

出國報告（出國類別：研究）

105 年組團出國專題研究高齡整合 照顧與服務班

服務機關：衛生福利部社會及家庭署等 18 個機關

姓名職稱：簡署長慧娟等 20 人

派赴國家：日本

出國期間：105 年 8 月 21 日至 105 年 9 月 3 日

報告日期：105 年 11 月 3 日

摘 要

我國的人口老化軌跡與日本相似，雖然老化進程落後日本約 25 年，但相較下老人人口倍增的速度更為快速，且相應的準備期也更為縮短，整體來說，我國針對健康高齡者，係以強化初級預防及整合跨域資源，積極推動高齡友善城市與「友善關懷老人服務方案」計畫，對於失能長輩，則是以推行「長期照顧十年計畫」，為未來建立穩定永續發展的長照制度，顯示我國高齡政策發展趨勢，其對象係從弱勢與失能者的福利照顧擴大至一般老人，服務係由長期照顧服務朝向對健康促進、友善環境及社會參與的重視；日本從 1989 年制定推動黃金計畫，2000 年實施介護保險，迄今已歷 27 年，除已建構起高齡者的社區醫療與社會照顧體系，並在整體社會對策方面也有進展，其當前老年人口超過 26%，正足以作為我國 2030 年的寫照，因此，本研究以高齡整合照顧與服務為主軸，研究重點包括高齡社會政策制定與議題研究、社區整體照顧體系發展、社區資源整合機制及社區再生與銀髮產業群聚四大主題為參訪研究重點，呈現日本相關政策推動與體系建置的經驗，以供我國參考借鏡。

關鍵詞：銀髮、高齡、長期照顧、社區、整合

目錄

壹、研究目的	1
一、研究計畫目標	1
二、研究主題	1
貳、研究重點內容與成員名冊	2
一、105年組團出國專題研究高齡整合照顧與服務班研究重點一覽表	2
二、105年組團出國專題研究高齡整合照顧與服務班-研究重點與課程對照表	3
三、國外課程表	4
四、105年組團出國專題研究高齡整合照顧與服務班成員名冊	9
參、參訪過程研究重點分析	10
一、高齡社會政策制定與議題研究	10
二、社區整體照顧體系發展	44
三、社區資源整合機制	80
四、社區再生與銀髮產業群聚	115
肆、心得與建議	148
伍、附錄(各研究小組成果發表簡報)	172
一、第一組成果發表簡報	172
二、第二組成果發表簡報	196
三、第三組成果發表簡報	245
四、第四組成果發表簡報	272

圖目錄

圖 1 我國人口結構發展趨勢.....	10
圖 2 日本人口金字塔結構.....	12
圖 3 護理保險制度的體制.....	16
圖 4 介護制度的使用流程.....	17
圖 5 介護制度的修正歷程.....	18
圖 6 地區綜合關懷體系.....	20
圖 7 生活支援與介護預防服務網.....	20
圖 8 生活支援與介護預防提供概念.....	21
圖 9 社區整合支援中心與社區照顧會議.....	22
圖 10 介護人力供需.....	22
圖 11 實際從事介護人數.....	23
圖 12 引進介護人力措施.....	24
圖 13 外國人取得介護資格之程序.....	25
圖 14 來自國外之介護人數.....	26
圖 15 高齡者是社會的支撐(負擔方).....	28
圖 16 在地老化示意圖.....	29
圖 17 圖 17 Aging in place 綜合感知的城市構築.....	44
圖 18 第二世代 VR 技術.....	46
圖 19 健康長壽的『3 大支柱』圖.....	49
圖 20 豐四季台団地 Cocofump 有服務的老人住宅.....	52
圖 21 訪問團學員體驗安心服務介助員實地操作課程之情形.....	63
圖 22 訪問團學員詢問「安心服務介助員標誌」之情形.....	65
圖 23 畑中稔理事長說明與負責辦理奧運之體育廳合作之情形.....	66
圖 24 以三種診療型態來實踐區域醫療.....	69
圖 25 土浦協同病院綜合地區醫療中心圖.....	72
圖 26 日本的人口變遷.....	74
圖 27ImPACT 運營會議.....	76

圖 28 零重介護的社會	77
圖 29 日間照顧中心設施照	86
圖 30 共用品的概念	89
圖 31 視障者不便感受	90
圖 32 高齡者不便感受	90
圖 33 福祉用具共用品	91
圖 34 觸摸就懂得的共用品	91
圖 35 包裝即可理解的共用品	92
圖 36 電器用品附有語音介紹的共用品	92
圖 37 單手就能使用的生活用品展	94
圖 38 三鷹市市民協働中心平面配置圖	95
圖 39 三鷹市市民協働中心設立沿革	96
圖 40 介護保險輔具用品一覽表	104
圖 41 今川福祉設施即將開幕宣傳 DM 及建物平面圖	112
圖 42 旅客設施與車輛的無障礙整備導引準則	129

壹、研究目的

- 一、研究計畫目標：為減緩高齡化趨勢下所造成之社會衝擊影響，達到社會正義與照顧服務，本計畫期以高齡整合照顧與服務為主題深入研究，瞭解鄰近先進國家經驗，做為推動相關業務之參考，並落實於我國高齡相關政策規劃與執行。
- 二、研究主題：以高齡整合照顧與服務為主軸，研究重點包括高齡社會政策制定與議題研究、社區整理照顧體系發展、社區資源整合機制及社區再生與銀髮產業群聚四大研究重點。

貳、研究重點內容與成員名冊：

一、105 年組團出國專題研究高齡整合照顧與服務班研究重點一覽表

依 105 年 2 月 19 日採購評選會議修正

研究重點及配當	研究內容	涉及機關
高齡社會政策制定與議題研究(25%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日本內閣高齡社會政策運作、編制狀況、與民間服務執行單位之運作模式 2. 高齡社會議題研究與政策建議 3. 在地老化、預防保健、照顧及衛生福利等資源聯結整合服務 	衛生福利部、本院內政衛福勞動處、內政部、教育部、經濟部、交通部、文化部、勞動部、科技部、本院農業委員會、各地方機關（社會局、衛生局等相關單位）
社區整體照顧體系發展(25%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 生活區域內在宅醫療運作模式 2. 高齡服務人力供給情形與訓用機制 3. 社區醫療與照顧體系連結運作模式 4. 有效運用智慧科技、整合社區照顧服務與醫療資源 5. 小規模多機能居家照顧據點營運模式 6. 小規模多機能據點及巡迴式護理服務運作模式 	衛生福利部、教育部、經濟部、勞動部、科技部、各地方機關（社會局、衛生局等相關單位）
社區資源整合機制(25%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配餐、日間交流活動、居家服務等介護保險給付外的社區支援體系 2. 失能、失智者社區生活支持及輔具服務 3. 社區整體照護體制、社區整合支援中心（地域包括 care system、地域包括支援 center）單一窗口整合的運作機制 	衛生福利部、內政部、經濟部、交通部、文化部、勞動部、科技部、各地方機關（社會局、衛生局等相關單位）
社區再生與銀髮產業群聚(25%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 聯合非營利組織服務提供住宅模式與強化代間合作互動、世代經驗傳承之青銀共居型態 2. 農地、工作場域、商圈、交通運輸及健康照顧等設施單位重新整合進行社區再生 3. 為長者創造不同的就業機會，並提供長者彈性工時再就業 	衛生福利部、內政部、教育部、經濟部、交通部、文化部、勞動部、科技部、本院農業委員會、原住民族委員會、各地方機關（社會局、衛生局等相關單位）

二、105 年組團出國專題研究高齡整合照顧與服務班-研究重點與課程對照表

研究重點 /研究人員	對應之國外課程	
	參訪單位/講者	主題
高齡社會政策制定與議題研究/團長: 簡慧娟、副團長: 賈裕昌、小組長: 江雪嬌、組員: 李佳峯、宋紫雪	1. 定點研習 厚生勞動省老健局	地域關懷體系與介護保險政策
	2. 定點研習 厚生勞動省社會援護局	高齡福祉人才培育政策
	3. 定點研習 案例參訪 東京大學藥學部	日本高齡社會下的預防醫學與藥學發展、藥學部參訪
	4. 定點研習 一般財團法人社會福祉研究所秋山由美子、世田谷區高齡福祉部瓜生律子部長	日本高齡社會政策交流座談
	5. 案例參訪 東京大學附設醫院參訪	東京大學附設醫院老年病科參訪
	6. 定點研習 東京都三鷹市役所健康福祉部高齡者支援課	介護保險等高齡者相關議題探討
	7. 定點研習 筑波大學永田恭介校長、茨城県保健福祉部長等	高齡照護交流座談會
社區整體照顧體系發展/小組長: 高淑真、組員: 陳宗志、陳秀玫、葉俊郎、洪美智	1. 定點研習 案例參訪 醫療法人社團實幸會苛原診所	巡迴式訪問介護服務運作模式、近郊在宅醫療及養護機構參訪
	2. 定點研習 案例參訪 公益財團法人安服介助員培訓機構	青銀共居-安心服務介助員供給與培訓、高齡服務人力培訓體驗
	3. 案例參訪 世田谷區立特別老人養護機構北澤苑	社區整體照顧體系設施參觀
	4. 案例參訪 柏市役所及豐四季台社區	豐四季台住宅的背景及高齡再就業的創造
	5. 定點研習 案例參訪 筑波大學附設醫院、筑波大學	介護連携教育與高齡照護人力的培育、失智症日間照護參訪
	6. 案例參訪 東京大學先端科技研究所	高齡者工作與生活支持 ICT 平台實驗室參訪
	7. 定點研習 案例參訪 土浦協同病院、外骨骼機器人公司	高齡照護智慧科技-未來智慧照護模式與急性醫療的發展、急性醫療照護參訪、外骨骼動力服開發實驗室參訪

社區資源整合機制/小組長: 陳美蕙、組員: 簡明雄、詹秀玲、洪明婷、劉耀元	1. 案例參訪 社會福祉法人小茂根之鄉	失智失能照護支援-日間照護機構參訪
	2. 定點研習 案例參訪 公益財團法人共用品推進機構	從福祉用具到共用服務的普及、共用品實境體驗
	3. 定點研習 案例參訪 蘭德爾公司	(1) 量身訂製的醫療服務-介護保險及社區整合照護系統介紹 (2) 日間照顧中心及輪椅無障礙空間體驗 (3) 高齡輔具與租賃服務-介護保險制度下福祉用具事業介紹 (4) 輔具清潔物流中心參訪
	4. 案例參訪 稻毛特別養護老人機構	近郊長期照護與特別養護機構參訪
	5. 定點研習 東京都三鷹市役所健康福祉部高齡者支援課	社區支援與三鷹市民協働機制簡介
	6. 案例參訪 近郊大型日間照護機構參訪	今川醫療福祉機構
	7. 定點研習 東京大學高齡社會總合研究機構	柏市地域包括整合照護體系
社區再生與銀髮產業群聚/小組長: 張惠珠、組員: 林佳玟、陳淑娟、祝瑞敏、賴美孜	1. 案例參訪 世田谷區深澤環境共生住宅	高齡住宅參訪
	2. 案例參訪 示範型高齡者住宅參訪	NODA 高齡者住宅東京展示館
	3. 案例參訪 社團福祉法人樂山會特別養護老人機構	終身學習機制&機構照護服務-樂齡學習與代間互動
	4. 案例參訪 巢鴨銀髮商圈	高齡友善商街參訪
	5. 定點研習 公益財團法人個人移動與運輸基金會	高齡社會下的交通運輸整合運作機制
	6. 定點研習 案例參訪 東京都立城北高齡職業能力開發中心	日本高齡人力培訓與就業、高齡職業能力開發機構參訪
	7. 定點研習 案例參訪 獨立行政法人勞動政策研修機構	日本高齡勞動政策介紹、高齡就業培訓機構參訪

三、國外課程表

1.期程：105年8月21日至9月3日辦理(8月21日啟程，9月3日返國)，含交通時間共計14日。

2.地點：日本東京都、千葉縣、三鷹市、埼玉縣及茨城縣。

日期	時間	課程主題	主題內容	主講人/演講者	地點/地址
8月21日 (星期日)	05:50-	台北-桃園	總處-機場接駁、候機		中央聯合辦公大樓北棟 1F
	08:55-13:15	桃園-成田	桃園國際機場出境		桃園國際機場出境
	15:00-17:00	入住飯店	東京成田機場入境		東京都文京區 1-3-61
	18:00-20:00	歡迎晚宴	開幕晚宴		
	早餐、午餐(機上)、晚餐、住宿東京圓頂飯店				
8月22日 (星期一)	10:30-12:00	案例參訪 1	東大病院參訪	東京大學附設醫院飯島勝矢教授	東京都文京區本郷 7-3-1
	13:00-15:00	定點研習 1 案例參訪 2	1. 專題演講：日本高齡社會下的預防醫學與藥學發展 2. 東京大學藥學部參訪	東京大學藥學部新井洋由部長、富田泰輔教授	東京都文京區本郷 7-3-1
	15:30-17:30	案例參訪 3	高齡者工作與生活支持 ICT 平台實驗室參訪	東京大學先端科技研究所廣瀨通孝教授	
	早餐(飯店)、午餐、晚餐(自理)、住宿東京圓頂飯店				
8月23日 (星期二)	10:00-12:00	定點研習 2	專題演講：柏市地域包括整合照護體系	東京大學高齡社會總合研究機構飯島勝矢教授	千葉縣柏市柏市豐四季台 1-1-118
	13:00-16:00	案例參訪 4	豐四季台住宅的背景及高齡再就業的創造	柏市役所及豐四季台社區	千葉縣柏市豐四季台 4 丁目 1 豐四季台団地
	早餐(飯店)、午餐、晚餐、住宿東京圓頂飯店				
8月24日 (星期三)	09:00-12:00	案例參訪 5	巢鴨銀髮商圈-高齡友善商街參訪	巢鴨銀髮商圈	東京都豐島區巢鴨
	14:00-16:00	案例參訪 6	失智失能照護支援-日間照護機構參訪	社會福祉法人小茂根之郷	東京都板橋區小茂根 4 丁目 11 番 11 号
	早餐(飯店)、午餐、晚餐(自理)、住宿東京圓頂飯店				

日期	時間	課程主題	主題內容	主講人/演講者	地點/地址
8月25日 (星期四)	08:30-11:00	案例參訪 7	社區整體照顧體系 設施參觀	世田谷區立特別 老人養護機構北 澤苑	東京都世田谷 區北沢 5-24-18
	11:00-12:00	案例參訪 8	高齡住宅參訪	世田谷區深澤環 境共生住宅	東京都世田谷 區深沢 4 丁目 17 番
	14:00-16:00	定點研習 3 案例參訪 9	1. 專題演講：日本 高齡人力培訓 與就業 2. 高齡職業能力 開發機構參訪	東京都立城北高齡 職業能力開發中心	東京都千代田 區飯田橋 3-10-3
	早餐(飯店)、午餐、晚餐、住宿東京圓頂飯店				
8月26日 (星期五)	10:00-11:30	定點研習 4 定點研習 5	1. 專題演講：地域關 懷體系與介護保 險政策 2. 專題演講：高齡福 祉人才培育政策	厚生勞動省老健局 、社會援護局官員	東京都千代田 區三崎町 3-6-15(貸會議 室內海 1F 教室 會議室)
	14:00-16:00	定點研習 6 案例參訪 10	1. 專題演講：日本 高齡勞動政策 介紹 2. 高齡就業培訓 機構參訪	獨立行政法人勞動 政策研修機構姉崎 猛副所長	東京都練馬區 上石神井 4-8-23
	早餐(飯店)、午餐、晚餐(自理)、住宿東京圓頂飯店				
8月27日 (星期六)	10:00-12:00	案例參訪 11	示範型高齡者住宅參 訪	NODA 高齡者住宅 展示館	東京都台東區 淺草橋 5-13-6
	14:00-16:00	定點研習 7	日本高齡社會政策交 流座談	一般財團法人社會 福祉研究所秋山由 美子研究員 世田谷區高齡福祉 部瓜生律子部長	東京都世田谷 區世田谷 4 丁 目 21 番 27 号(世田谷區役所)
	早餐(飯店)、午餐、晚餐(自理)、住宿東京圓頂飯店				
8月28日 (星期日)	09:00-12:00	休息	市區自由參觀		東京都內
	13:00-17:00	休息	市區自由參觀		東京都內
	早餐(飯店)、午餐(自理)、晚餐(自理)、住宿東京圓頂飯店				

日期	時間	課程主題	主題內容	主講人/演講者	地點/地址
8月29日 (星期一)	09:00-12:00	定點研習 8 案例參訪 12	1. 專題演講：青銀共居-安心服務介助員供給與培訓 2. 高齡服務人力培訓體驗	公益財團法人安服介助員培訓機構向笠高弘理事、富樫正義室長	東京都千代田區三崎町 2-2-6
	13:30-15:30	定點研習 9	專題演講：高齡社會下的交通運輸整合運作機制	公益財團法人個人移動與運輸基金會澤田大輔課長代理、竹島惠子專員	東京都千代田區猿樂町 2-5-4(公益財團法人共用品推進機構)
	15:30-17:30	定點研習 10 案例參訪 13	1. 專題演講：從福祉用具到共用服務的普及 2. 共用品實境體驗	公益財團法人共用品推進機構星川安之專務理事	東京都千代田區猿樂町 2-5-4
	早餐(飯店)、午餐、晚餐(自理)、住宿東京圓頂飯店				
8月30日 (星期二)	10:30-12:00	定點研習 11	專題演講：介護保險等高齡者相關議題探討	東京都三鷹市役所健康福祉部高齡者支援課	東京都三鷹市野崎 1 丁目 1 番 1 号
	13:00~14:00	定點研習 12	專題演講：社區支援與三鷹市民協働機制簡介	東京都三鷹市役所健康福祉部高齡者支援課	東京都三鷹市野崎 1 丁目 1 番 1 号
	14:00~16:00	案例參訪 14	終身學習機制&機構照護服務-樂齡學習與代間互動	社團福祉法人樂山會特別養護老人機構	東京都三鷹市大沢 4 丁目 8 番 8 号
	早餐(飯店)、午餐、晚餐、住宿東京圓頂飯店				
8月31日 (星期三)	09:00-12:00	定點研習 13 案例參訪 15	1. 專題演講：量身訂製的醫療服務-介護保險及社區整合照護系統介紹 2. 日間照顧中心及輪椅無障礙空間體驗	蘭德爾公司謝吟君專員	埼玉縣朝霞市西原 1-7-1
	13:00-17:00	定點研習 14 案例參訪 16	1. 專題演講：高齡輔具與租賃服務-介護保險制度下福祉用具事業介紹 2. 輔具清潔物流	蘭德爾公司謝吟君專員	埼玉縣入間郡三芳町北永井 421

日期	時間	課程主題	主題內容	主講人/演講者	地點/地址
			中心參訪		
早餐(飯店)、午餐、晚餐、住宿東京圓頂飯店					
9月1日 (星期四)	09:00-12:00	案例參訪 17	近郊長期照護與特別 養護機構參訪	稻毛特別養護老人 機構	千葉縣千葉市 稻毛區山王町 327-1
	14:00-16:00	定點研習 15 案例參訪 18	1. 專題演講：巡迴 式訪問介護服 務運作模式 2. 近郊在宅醫療 及養護機構參 訪	醫療法人社團實幸 會苛原診所苛原実 院長、和田忠志在 宅醫療部長部長	千葉縣松戶市 小金原 4-3-2
	早餐(飯店)、午餐、晚餐、住宿東京圓頂飯店				
9月2日 (星期五)	09:00-12:00	定點研習 16 案例參訪 19	1. 專題演講：介護 連携教育與高 齡照護人力的 培育 2. 失智症日間照 護參訪	筑波大學永田恭介 校長、筑波大學附 設醫院松村明院長 、森千鶴看護學類 長	茨城縣つくば 市天久保 2 丁 目 1 番地 1 茨城縣つくば 市天王台 1-1-1
	13:30-17:00	定點研習 17 案例參訪 20 案例參訪 21 案例參訪 22	1. 專題演講：高齡 照護智慧科技- 未來智慧照護 模式與急性醫 療的發展 2. 急性醫療照護 參訪 3. 近郊大型日間 照顧機構參訪 4. 外骨骼動力服 開發實驗室參 訪	土浦協同病院藤原 秀臣名譽院長、今 川醫療福祉機構、 外骨骼機器人公司	茨城縣土浦市 おおつ野 4 丁 目 1 番 1 号 茨城縣土浦市 文京町 8-5 茨城縣つくば 市学園南 2 丁 目 2 番地 1
	17:00~19:30	定點研習 18	高齡照護交流座談會	筑波大學永田恭介 校長、茨城縣保健 福祉部長等	茨城縣つくば 市 小 野 崎 488-1
	早餐(飯店)、午餐、晚餐、住宿住宿東京圓頂飯店				
9月3日 (星期六)	10:00-	休息	飯店-機場接駁、候機		
	14:30-17:15	成田-桃園	桃園機場入境		
	17:15-	桃園-台北	自機場接駁至總處		
	早餐(飯店)、午餐(機場)、晚餐(機上)				

四、105 年組團出國專題研究高齡整合照顧與服務班成員名冊：

編號	服務機關	職稱	姓名	備註
1	衛生福利部社會及家庭署	署長	簡慧娟	團長
2	衛生福利部綜合規劃司	科長	宋紫雪	
3	衛生福利部護理及健康照護司	科長	陳秀玫	
4	衛生福利部社會及家庭署老人福利組	副組長	陳美蕙	小組長
5	行政院內政衛福勞動處	參議	賈裕昌	
6	內政部營建署國民住宅組	副組長	陳淑娟	
7	教育部終身教育司	科長	陳宗志	
8	經濟部工業局民生化工組	科長	李佳峯	
9	交通部高速鐵路工程局第一組	科長	賴美孜	
10	勞動部勞動力發展署雲嘉南分署	科長	林佳玟	
11	行政院農業委員會水土保持局農村建設組	副組長	祝瑞敏	
12	文化部文化資源司	專門委員	張惠珠	小組長
13	科技部生命科學研究發展司	副司長	江雪嬌	小組長
14	原住民族委員會社會福利處	專門委員	簡明雄	
15	臺北市政府社會局	科長	葉俊郎	
16	新北市政府衛生局	副局長	高淑真	小組長
17	桃園市政府社會局	專員	詹秀玲	
18	臺中市政府衛生局	技正	洪美智	
19	臺南市政府照顧服務管理中心	主任	洪明婷	
20	高雄市政府社會局長青綜合服務中心	主任	劉耀元	研究員長

叁、參訪過程研究重點分析

I、研究重點 I：高齡社會政策制定與議題研究

一、前言：我國長期照顧推動現況

我國 65 歲以上老年人口於 1993 年達 149 萬人，超過總人口 7% 成為高齡化社會，至 2016 年 7 月已達 302 萬 6,690 人，占總人口 12.83%，為人口老化迅速的國家，依據國家發展委員會推計，我國老年人口將在 2018 年超過 14%，進入高齡社會，並在 2025 年超過 20% 成為超高齡社會。這樣的人口老化的軌跡與鄰近的日本相似，但老年人口倍增速度更為快速，凸顯老人健康與社會照顧的重要性。

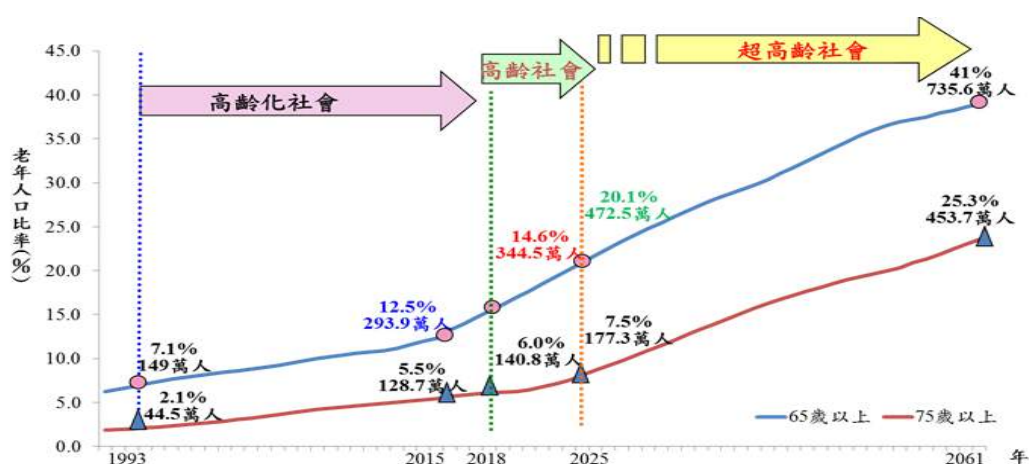


圖 1 我國人口結構發展趨勢

因應此一人口趨勢，政府已推動高齡人口相關政策，從「中華民國人口政策綱領」、「社會福利政策綱領」、「人口政策白皮書」到《老人福利法》等，均強調保障高齡者基本生活、提升健康及生活照顧品質、完備友善高齡生活環境、提升高齡者社會參與及強化家庭及社會支持等原則；針對失能高齡者的照顧需求，政府陸續推動多項方案或計畫，如 1997 年至 2007 年推動「加強老人安養服務方案」，2002 年至 2007 年推動「照顧服務福利及產業發展方案」，主要成果為擴大居家服務對象，提升專業照顧知能；2008 年起推動「我國長期照顧十年計畫」整備照顧資源量能，2013 年起推動「長期照護服務網計畫」建構長期照顧體系，及推動《長期照顧服務法》於 2015 年 6 月 3 日公布，預定 2017 年 6 月 3 日施行上路。另鑑於我國高齡人口中，尚有八成以上並非失能者，因此需關注其健康老化及友善生活等多元需求，政府亦於 2009 年推動「友善關懷老人服務方案」第 1 期計畫，以「活力老化」、「友善老人」、「世代融合」三大核心理念，整合各單位資源，積極推動各項策略，建立悅

齡親老社會，又於 2013 年賡續推動該方案第 2 期計畫，參考聯合國千禧年目標「活力老化」模式，以「健康老化」、「活力老化」、「在地老化」、「智慧老化」及「樂學老化」為政策目標，及配合聯合國「高齡友善城市計畫」(AFC) 的推動，於 2012 年達成各縣市均簽署公約，為全球推動高齡友善城市密度最高國家。

在長照制度推動方面，政府係持續以稅收作為財源，持續建立服務模式、管理機制及發展資源等，2015 年政府一度規劃推動長照保險制度並提出法案，惟考量「現階段以社區為基礎的長照服務發展緩慢且多元性不足」、「辦理保險增加全民負擔」、「避免保險支出扭曲為以家庭照顧者津貼現金給付與機構化照顧為主，背離長照在地老化、家庭式、小型化、人性化的原則與趨勢」等因素，現階段政策方向，係採取全力推動長照十年計畫 2.0 以實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎之照顧服務體系，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質，其目標包括（1）建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔，（2）實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質，（3）向前端優化初級預防功能，銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質，（4）向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔，預計從 2017 年至 2026 年投入超過 3,000 億元，推動「建立以服務使用者為中心的服務體系」、「培訓以社區為基礎的健康照顧團隊」、「發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心」、「鼓勵資源發展因地制宜與創新化，縮小城鄉差距，凸顯地方特色」、「健全縣市照顧管理中心組織定位與職權」、「提高服務補助效能與彈性」、「開創照顧服務人力資源職涯發展策略」、「強化照顧管理資料庫系統」、「增強地方政府發展資源之能量」及「建立中央政府總量管理與研發系統」等十大策略。

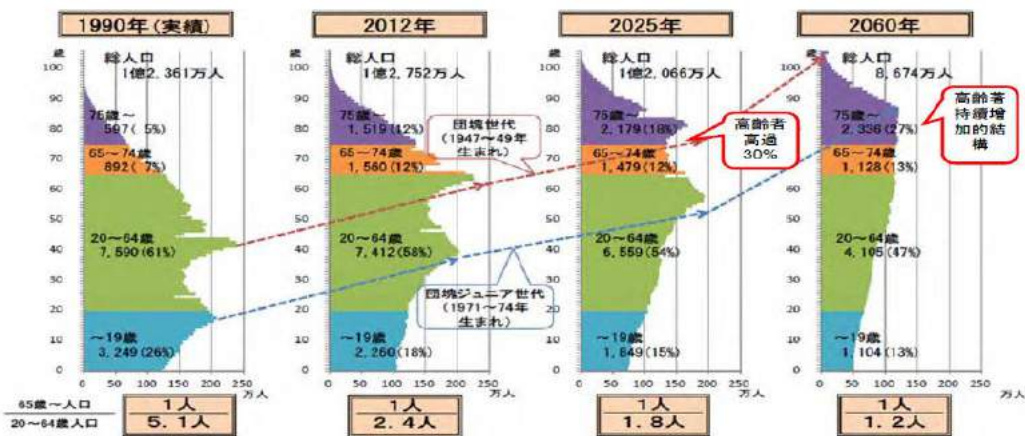
我國的人口老化軌跡與日本相似，雖然老化進程落後日本約 25 年，但相較下老人人口倍增的速度更為快速，且相應的準備期也更為縮短，整體來說，我國針對健康高齡者，係以強化初級預防及整合跨域資源，積極推動高齡友善城市與「友善關懷老人服務方案」計畫，對於失能長輩，則是以推行「長期照顧十年計畫」，為未來建立穩定永續發展的長照制度，顯示我國高齡政策發展趨勢，其對象係從弱勢與失能者的福利照顧擴大至一般老人，服

務係由長期照顧服務朝向對健康促進、友善環境及社會參與的重視；日本從 1989 年制定推動黃金計畫，2000 年實施介護保險，迄今已歷 27 年，除已建構起高齡者的社區醫療與社會照顧體系，並在整體社會對策方面也有進展，其當前老年人口超過 26%，正足以作為我國 2030 年的寫照，因此，其政策推動與體系建置的經驗，值得我國參考借鏡。

二、日本高齡化現況、遭遇問題與因應對策：

(一) 高齡化現況：

日本早在 1970 年 65 歲以上的老年人口即正式超過 7%，進入高齡化社會，其後老化速度加快，陸續在 1994 年、2005 年先後跨越高齡社會（14%）及超高齡社會（20%）門檻，到 2015 年總計 65 歲以上老年人口已達到 3,395 萬人，占總人口數 26.8%，其中 75 歲以上老年人口計有 1,646 萬人，占總人口數 13%，預估到了 2025 年 65 歲以上老年人口將達到 3,657 萬人，占總人口數 30.3%，其中 75 歲以上老年人口計有 2,179 萬人，占總人口數 18.1%，此一老化趨勢將在 2042 年達到高峰，屆時預估老年人口將達 3,878 萬人，且 75 歲以上老人占總人口的比例，將在 2055 年超過 25%，其中又以二次世界大戰後的兩個團塊世代（人口密集出生世代，包括 1947 年-1949 年的第一代及 1971 年-1974 年的第二代）為主要老化人口群。



團塊世代(日語:団塊の世代)是指日本戰後出生的第一代

圖 2 日本人口金字塔結構

(二) 遭遇問題：

1. 政府公共支出及家庭照顧壓力雙重沉重負擔：

根據日本財務省的預估，隨高齡化與少子女化的人口結構發展，日本在 2012 年的扶老比(65 歲以上人口/20-64 歲人口)約為 2.4 人(即 2.4 個工作人口扶養 1 個老人)，到了 2050 年及 2060 年其扶老比將降至 1.8 人及 1.2 人，此

一趨勢將造成政府公共支出及家庭照顧壓力的雙重沉重負擔，以日本社會福利支出為例（主要包括介護支出、醫療支出及年金支出），在 2000 年為 78.1 兆日圓，到了 2012 年成長為 109.5 兆日圓，而預估到了 2025 年將增至 148.9 兆日圓，其中尤其在介護及醫療支出均面臨快速成長，介護支出由 2000 年的 3.3 兆日圓增加至 2025 年的 19.8 兆日圓，而醫療支出更由 2000 年的 26 兆日圓倍增至 2025 年的 54 兆日圓。

2. 以都市圈為中心的老年人口急速增加：

預估到 2025 年第一團塊世代將達 75 歲以上，這世代人口隨都市發展及工作機會集居移入至都市圈及其衛星城市生活，隨其老化導致都市圈老齡人口大量急遽增加，其醫療與照顧需求亦隨之增加，現有的醫療、社區照顧及預防保健資源準備不及，須儘速構建醫療、護理、預防、居住、照顧及生活支援的地區關懷體系。

3. 失智症患者人數的快速增加：

日本在 2012 年時失智症患者約計 462 萬人，占老年人口之 15%，預估到 2025 年將達到 700 萬人，占老年人口之 20%，而隨日本 75 歲以上人口群快速增加，有關失智症患者的預防、早期發現、復健治療及照顧等議題益形重要。

4. 高齡者獨居及夫妻同居老老照顧的生活型態增加：

高齡者獨居或僅夫妻同居的比例增高，家庭照顧能力低落，須以整合社區中的醫療、照顧及生活支援服務等力量，支持高齡者家庭安居。

5. 醫療保健與社區照顧重點的轉移：

根據東京大學飯島勝矢教授的分析，日本老人平均壽命與健康壽命的差距，在 2013 年男性為 9.0 年(平均壽命 80.2 歲、健康壽命 71.2 歲)，女性為 12.4 年(平均壽命 86.6 歲、健康壽命 74.2 歲)，隨老年人口比例與數量增加，醫療與照顧體系所面對的需求，轉變為老年長期的在身體、精神及社會性虛弱化（frailty）的因應與預防。

（三）對策 1：推動介護保險

6. 推動介護保險背景與基本理念：

日本老年人口比例在 24 年間(1970-1994)由 7%倍增至 14%，面對高齡化社會快速增加的老人健康與照顧需求，在 1989 年即制定推動「高齡者保健福利推動 10 年戰略(黃金計畫、Gold Plan)」，嗣檢討調整於 1995 年擴大投入經費與政策目標推動「新黃金計畫」，就失能者的居家、社區及機構等照顧資源與服務人力積極進行整備與擴充，包括積極培訓居家服務人力、廣設小

型日間照顧服務中心與特別養護之家所等服務處所、整合建構在地化的地域綜合服務模式及強化失智症老人支援等，建構高齡者在地安老的服務體系，復於 2000 年推動「今後五年的高齡者保健福利政策方向（黃金計畫 21）」期確保高齡者的尊嚴與自立援助，強化在地互助機制與照顧服務品質。

隨著高齡化發展，需照顧的高齡者人數及照顧需求增大、小型家庭增多、高齡獨居與老老照顧家庭增加等，日本於 1997 年搭配消費稅由 3%調增至 5%，制定介護保險法，其制度理念根據「介護保險法」第 1 條規定：「根據此法，對於因高齡伴隨來的身心變化引起的疾病而陷入要介護狀態，針對需要協助入浴、排泄、餵食等介護及功能訓練、看護或療養管理及醫療者，維持其尊嚴，找出其殘存能力並使其營運自立的日常生活，並且需進行必要的保健醫療、福祉相關服務等給付，介護保險係基於國民共同連帶的理念而設立，主要目的為提昇國民的醫療保健及社會福利的增進，為此制訂相關保險給付等必要的事項。」並於 2000 年老年人口達 17.3%時，推動介護保險，以「自立支援、利用者本位、社會保險」為核心理念，要言之，日本介護保險服務的核心理念是：以社會保險的形式，由專業人員綜觀須介護者的全般生活，找出其尚存的自立能力，再以案主自決的原則，尊重案主(家)選擇，支援協助其自立。此一理念隨日本介護保險制度歷 16 年的推動，已內化成為相關專業人員與案主建立關係、參與服務的基本信念與工作目標。

7. 介護保險對象：

介護保險被保險人分為二類，包括年齡為 65 歲以上的第 1 類被保險人及年齡介於 40 至 64 歲間的第 2 類被保險人，其第 1 類被保險人數隨日本高齡人口增加，已由 2000 年保險開辦時的 2,165 萬人，增加到 2015 年 4 月的 3,308 萬人。

8. 保費收取及給付條件：

保費的徵收因被保險人之年齡而有不同做法，第 2 類被保險人之保費，併同國民健康保險或公司所投保之健康保險收取，第 1 類被保險人，原則上由市町村就個人所領取的年金中扣除(年金之年所得高於 18 萬日圓者由年金扣繳，年所得低於 18 萬日圓者需填寫繳納書自行繳費或約定從帳戶扣繳)。

被保險人需繳納之保費，由全國各市町村每 3 年為一期（2005 年前為 5 年 1 期，目前已進入 2015-2017 的第 6 期），參考當地被保險人數、照護的需求與服務供給量、服務內容等精算，以財政收支平衡的原則，制定及檢討調整該市町村之介護保險事業計畫，據以規定當地保險費之收取及服務費用之支付，因此各市町村被保險人所繳費用並不一致，且高所得者之保費負擔重於低所得者。

在給付條件方面，第 1 類被保險人其不論發生原因經認定符合要介護或支援的狀態，以及第 2 類被保險人處於特定疾病(癌症晚期或罹患關節性風濕病等由於身體老化引發的疾病)；其符合保險給付之人數，從 2000 年保險開辦時的 218 萬人增加到 2015 年 4 月底的 608 萬人，實際使用服務的人數，也從 2000 年保險開辦時的 149 萬人增加到 2015 年 4 月底的 511 萬人（資料來源：厚生勞動省老年人保健局總務課 2016 年 8 月簡報資料）。

以全國平均保費而言，2000 年保險開辦時全國保險給付規模 3.6 兆日圓，每人每月保險費為 2,911 日圓，到 2016 年估計全國保險給付規模達 10.4 兆日圓，每人每月保險費已調增至 5,514 日圓，預估到 2025 年全國保險給付規模將上升至 21 兆日圓，屆時每人每月保險費將達到 8,165 日圓。

9. 保險財務結構及中央與地方分工：

(1) 財源：

介護保險的財務由中央、都道府縣、市町村等公費及被保險人的保費收入共同承擔，其中 50%由政府以稅收之公費投入(中央 25%，都道府縣 12.5%，市町村 12.5%)，其餘 50%由第 1 類被保險人保費 22%，第 2 類被保險人 28%。

(2) 中央與地方分工：

介護保險的保險人，係由全國的市町村（目前共 1,741 市町村）及特別區（東京 23 區）擔任，目前計有 1,579 個保險人，因此其保險制度的分工，在中央的政策原則（例如在 2012 到 2014 年的第 5 期計畫中，強調社區整合性照護系統的建構，包括強化失智症支援照顧、社區照顧與醫療體系及高齡者居住政策連結、強化生活支援服務等；在 2015-2017 年的第 6 期計畫中，強調地域整合照顧計畫並充實連結在宅醫療與照顧等）及財務支持下，主要係由身為被保險人的市町村負責當地的失能狀況調查、供給需求掌握、資源盤整、保健介護政策擬定、保險營運及服務事業管理等，因此各市町村應每 3 年要思考「用什麼樣的保險費水準，規劃出什麼樣水準的服務」，就當地(1) 各年度介護給付及服務的種類及量、(2) 確保服務供給量的策略措施、(3) 相關服務事業者間之合作整合及(4) 保險推動相關策略措施等事項，以收支均衡的原則，透過計畫策定委員會等公開討論機制向市民說明後，檢討調整其介護保險事業計畫，俾據以向市民收取保險費並釐定保險給付的內容與額度。

而在保險之外，基於財政與居民健康的考量，各市町村並依其財政能力，以自有財源結合在地產官學界，以「自助、互助、共助及公助」的原則，整合推動各種在地的醫療保健、健康促進、生活支援及社會參與活動，以本次所參訪的柏市、三鷹市及東京世田谷區為例，就分別以結合東京大學醫學部

推動豐四季台社區整合照護體系實驗計畫、整合（社區福祉協議會、城市建設中心辦事處及社區照護體系）建構社區整體照顧體系及建構社區支援與三鷹市民協働機制等方式，主動強化市民的醫療照護與福利服務，而各市町村亦相互參訪學習成功經驗引發良性競爭，有助於建構以市民為主體且具有地方特色的安老照護體系。

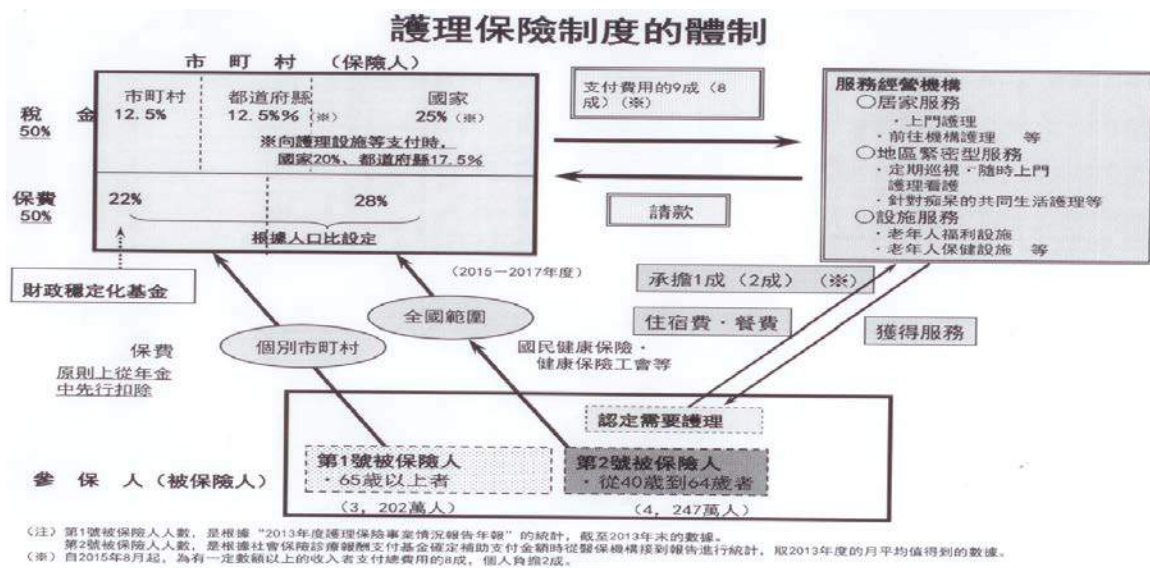


圖3 護理保險制度的體制

10. 保險申請流程、給付及服務內容：

(1) 申請流程：

被保險人如有需求，應向居住所在地市町村櫃台窗口提出申請，由市町村派專人到府訪問調查並將結果輸入電腦進行初步判定（搭配被保險人醫師的意見書），並經市町村所組成的介護認定審查會（由保健、醫療、護理及福祉等專家組成）根據初判結果及主治醫師的意見作第二次認定，認定結果將以通知書郵寄申請人，原則上從申請到接獲認定結果通知約在 30 天內完成，認定的有效期原則上為 6 個月(效期內若失能狀況未改善可更新照護認定，更新後的照護認定有效期為 1-2 年)，其失能程度由輕到重分為要支援 1、2 級（有轉為要照顧狀態之虞，其日常生活有必要支援者）及要介護 1 到 5 級（因臥床和失智而有必要接受照顧服務者，原則上，必須達到要介護程度 3 以上，方能申請進住機構接受特別養護），若經認定為非失能者，將轉介由市町村自籌經費所推動的在地預防支援體系提供服務。

完成失能認定後，將由照顧經理(Care Manager)綜觀其失能狀態、照顧目標、服務需求、在地服務資源與品質及個人(家屬)意願後，與失能者及家屬討論擬定照護計畫(Care Plan)，經照顧會議(Care Conference，由照顧經理召集服務提供者、失能者本人與家屬及家庭醫生)討論諮詢，其照顧計畫經同意與服務提供單位簽約後實施，後續則由照顧經理到府追蹤確認照顧計畫實施情形，並視需要召開照顧會議檢討調整計畫內容，服務期間家屬非經照顧經理檢討調整，不能任意更換服務內容。

(2) 給付內容：

以實際的服務作為給付內容，需要支援者，依所擬定的「介護預防照顧計畫」可接受居家照護服務、社區緊密型服務及照顧預防服務；需要介護者所擬定的「照顧服務使用計畫」可接受居家照護服務、機構照護服務、社區緊密型服務、照顧預防服務，接受服務者須依服務自付 1 成的費用，而自 2015 年 8 月起，針對 65 歲以上年收入 160 萬日圓以上，或單身 280 萬日圓、或夫婦 346 萬日圓年收入所得以上者，其自付比例調升為自付 2 成，主要服務包括：

- A、居家照護服務：包括居家照護員、護理師到府進行居家照護支援、照顧預防支援、訪視照護、訪視沐浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導(醫師或牙醫師到府診療服務)，或到社區中之照護機構接受步行、飲食訓練、復健、日間照護、短期入住照護及照護用具租賃等。
- B、機構照護服務：入住照護機構接受照顧、復健及醫療協助等。照護機構包括特別養老院、護理老年人保健設施及護理療養型醫療設施。
- C、社區緊密型服務：對於無須入住機構者，在其熟悉環境中接受服務如24小時居家巡迴服務、夜間訪視照護、失智症使用者日間照護、小規模多機能型居家照護、失智症使用者共同生活照護、社區特定機構入住者生活照護、社區緊密型照護機構服務等。

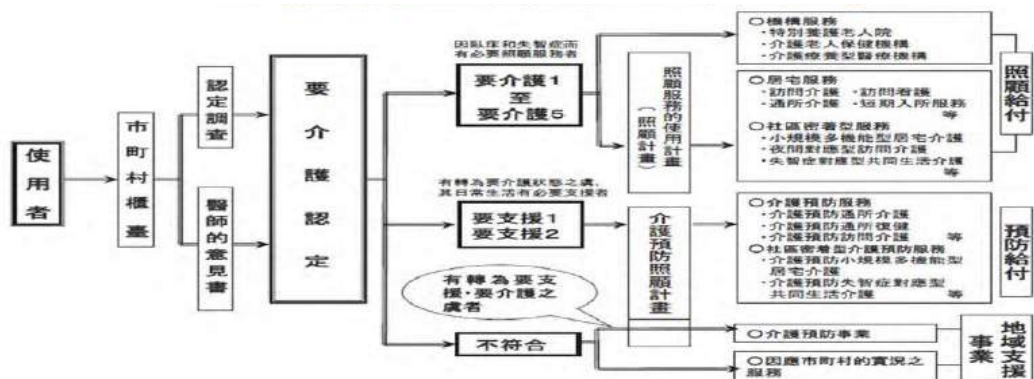


圖4 介護制度的使用流程

11. 保險檢討及調整機制：

介護保險由市町村以每3年為期，進行保險事業計畫擬定及檢討調整，自2000年保險開辦以來，已進行至第6期（2015-2017年度），基於預估到2025年全國保險給付規模，將上升至21兆日圓，屆時每人每月保險費將達到8,165日圓。日本介護保險制度，正藉由給付制度的設計，引導各市町村，積極建置拓展社區整合式照護系統、發展社區式日間照顧服務（由2000年的9,726間增至2014年的39,196間）、強化在地預防照護及生活支援體系，在可預見的未來，將完成在地的日常生活支援綜合事業體系建構，讓衰弱及輕度失能的要支援者照顧責任逐步由保險體系回歸市町村辦理。

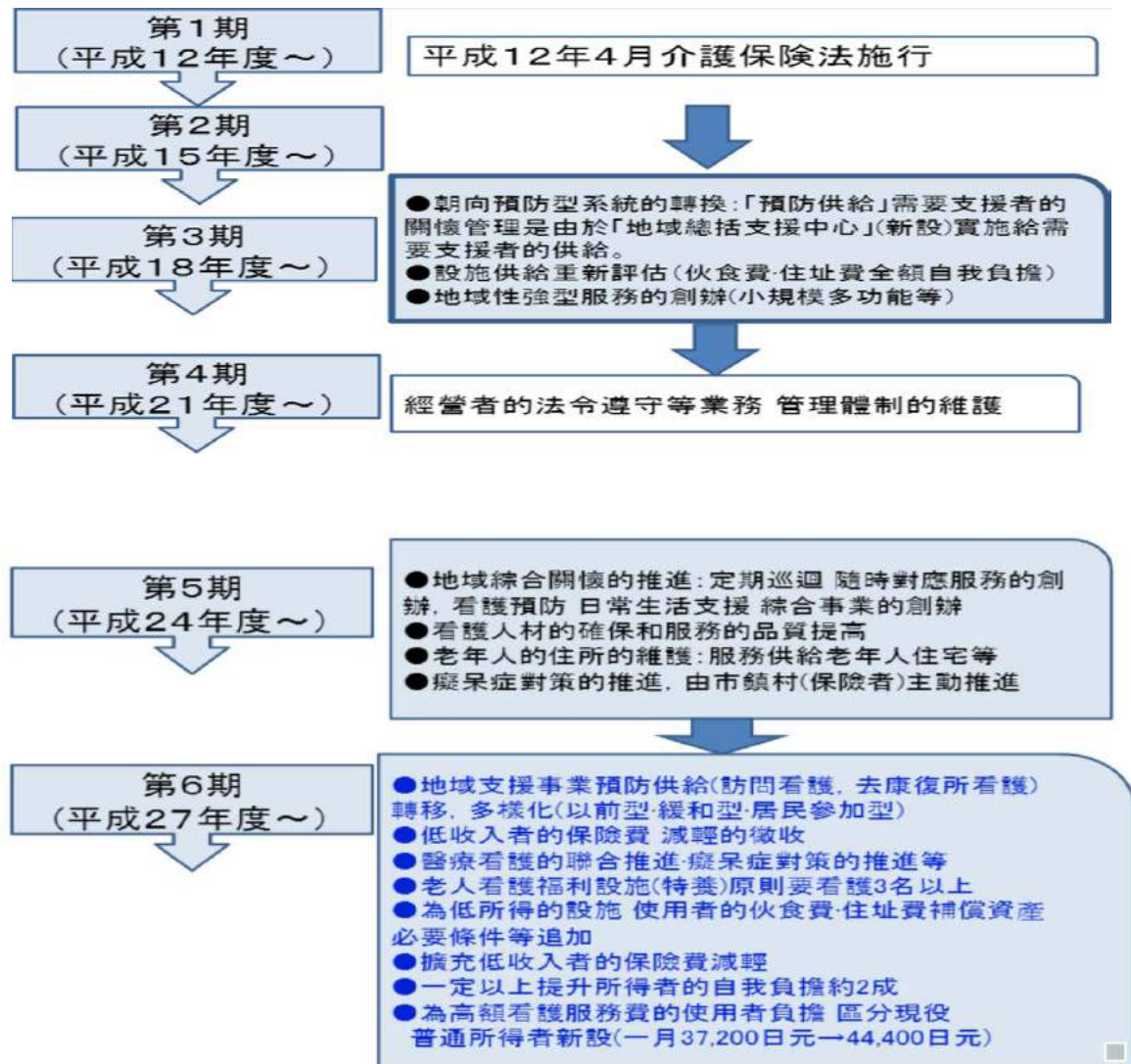


圖 5 介護制度的修正歷程

12. 保險治理的特色：

日本介護保險透過保險給付(2016年預估為10.4兆日圓)的支出,以「補助使用者方式」及「三年一次檢討調整機制」,由政府在一定範圍內(包括規範服務的內涵、規格與價格,以及指定服務事業者的資格、人員、設備及營運等基準),引進公、私部門參與市場競爭機制,而其居家服務亦開放營利單位投入服務,建構了一個以市町村為範圍的內部市場(quasi-market),加上設計了具有國家認證專業資格的照顧經理,踐行專業職能,綜觀使用者的需求、意願及社區服務資源等,規劃安排照顧計畫並進行服務的追蹤與調整,從而形成一個由政府成為單一購買者的具有封閉意義且競爭的介護服務市場,服務提供者不能提供保險所沒有給付的服務而向使用者收費,僅能以額外服務來為已有的給付內容增值(例如所參訪的藍德爾公司附設日間照顧中心就自聘人員提供免費修容理髮服務);就微觀角度而言,在此市場中使用者具有顧客的地位,是服務提供者爭取的對象,可與照顧經理討論並選擇服務計畫的提供廠商,讓服務提供者必須在公定價格下,回應需求並提高品質與附加服務來爭取口碑認同,以維持其利潤及事業經營,而就宏觀角度而言,政府亦可透過保險給付政策3年一期的設計與調整,提前引導市町村及業者規劃發展符合政策需要的服務體系及服務內容,讓整體國家高齡者保健照顧政策目標得以逐步向前推動。

此項保險治理的特色,包括(1)使用者可由此競爭下,參考業者服務口碑選擇較有品質的服務,而社區的服務事業者亦產生競爭/淘汰的機制;(2)市町村在3年的介護保險事業計畫期間,在總保險預算的收入與支出控管下,可以主導當地服務市場促使在地業者強化服務品質;(3)照顧經理的專業性與公信力獲得居民認可,進一步強化對保險制度的信任度;(4)國家可透過保險給付政策的設計,以3年為一期主導控制服務市場的發展;(5)保險制度所主張的多元服務及使用者自主價值得以落實。

(四) 對策 2:整合建構地域關懷照顧體系,落實在宅老化

1. 政策理念：

隨著團塊世代的老化,日本預估團塊世代將在2025年達到75歲,處於高度需要照顧與生活支援的狀態,雖然政府已推動並持續改革介護保險,但面對保險支出及照顧需求的同步增加,不得不從預防服務的觀點,及早準備並建構起醫療、照顧、預防、居住、生活支援等綜合支援的在地安老體系,讓這些高齡者能夠在自己習慣的生活環境終老,有鑑於此,日本在2013年的「社會保障制度改革國民會議報告書」中強調,須將醫療的概念轉化為醫

療與照顧並重，整合在地醫療與照顧資源，以「社區生活圈為基礎」，並由「市町村為主體」，推動「地區綜合關懷體系」，建構高齡者「大約 30 分鐘車程以內可到達之生活圈(約等同於國中校區範圍)，兼具醫療與照顧的整合式服務」的社區照顧體制。



圖 6 地區綜合關懷體系

2. 體系構成要素及社區支援事業的開創

地區綜合關懷體系的組成要素，係以「醫療+護理」、「照顧+復健」、「預防+保健」、「生活支援+福祉」及「居住+居住方式」構成，其中服務使用者雖有部分比例為經認定由介護保險給付服務的失能者，但更多的非屬介護保險給付範圍，能力尚可或衰弱需輕度支援的高齡者，需要市町村在中央與都道府縣政府的支持引導下建立平台，整合在地的「產、官、學、民」包括大學醫療福祉相關學系、服務事業者、志工、NPO、企業等，連結社區住民的參與，共同構築一個以市民為中心而具備生活支援與介護預防服務網絡。



圖 7 生活支援與介護預防服務網

同時以這個服務網絡為基礎，圍繞著高齡市民的需求，進一步發展社區支援事業，引導出具有營利、非營利及志願服務性質的自由市場，提供食、衣、住、行、生活照顧服務及社區活動參與等服務，如此一方面可有效回應市民的多元服務需求，另一方面政府也可以在消費緊縮的高齡社會下，在介護服務市場以外有效創造出一個規範性較低（參與資格與服務內容屬低密度規範管理）的介護預防、生活支援服務事業（日本稱之為新綜合事業），來擴展國家的內需服務市場，並為未來介護保險制度的檢討改革（例如正規劃將要支援者的居家及日間照顧工作併同介護預防與生活支援工作移由市町村辦理）提前做好基礎準備工作。



圖 8 生活支援與介護預防提供概念

3. 社區整合支援中心與社區照顧會議：

為了推動前述政策，日本在 2006 年介護保險第 3 期檢討時，即開始推動實施「社區整合支援中心」（地域包括支援中心），其業務內容包括（1）社區整合性支援事業：包括介護預防評估、綜合諮詢、基本權利保障、整合且持續性的照顧預防諮詢，（2）擬定預防型照顧計畫規劃；其人員以當地第 1 類被保險人 3,000 人至 6,000 人各配置保健師、社工師及照顧經理各 1 人為基準（小規模市町村另有規範），到 2012 年全國各市町村包括自設、公設民營及委辦的社區整合支援中心已增加至 7,072 所，以本次所參訪的三鷹市為例，就配合當地學區設置了 7 處的社區整合支援中心（另含 1 處小型分站）。

在社區整合支援中心，係透過社區照顧會議來整備社區基礎服務資源，並連結社區及居家服務，在操作面係由市町村的主管當局於中心召開會議，邀集相關行政人員、地區服務事業者、醫療保健與護理照顧專業人員、照顧經理、基層自治代表、志願服務團體及 NPO 組織等共同參與，針對社區的

課題研商解決及資源開發對策，並回饋給市町村形成制定介護保險事業計畫的政策依據；綜言之，日本透過介護保險政策的制定改革、地區關懷照顧體系的構築、社區整合支援中心的布建、社區照顧會議的運作及專業的照顧經理職能踐行下，能兼顧「由上而下」及「由下而上」的政策規劃與落實。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2013年

圖 9 社區整合支援中心與社區照顧會議

三、照護高齡者的人才培育政策

(一) 介護人力的供需

依據厚生勞動省社會援助局的調查結果，自 2000 年(平成 12 年度)介護保險制度實施至 2014 年(平成 26 年度)，被認定需要介護(需要協助)人數由 218 萬人增加至 586 萬人，因服務量增多，導致介護人力在 14 年間由 54.9 萬人增加至 176.5 萬人，增加 3.2 倍。(如下圖)

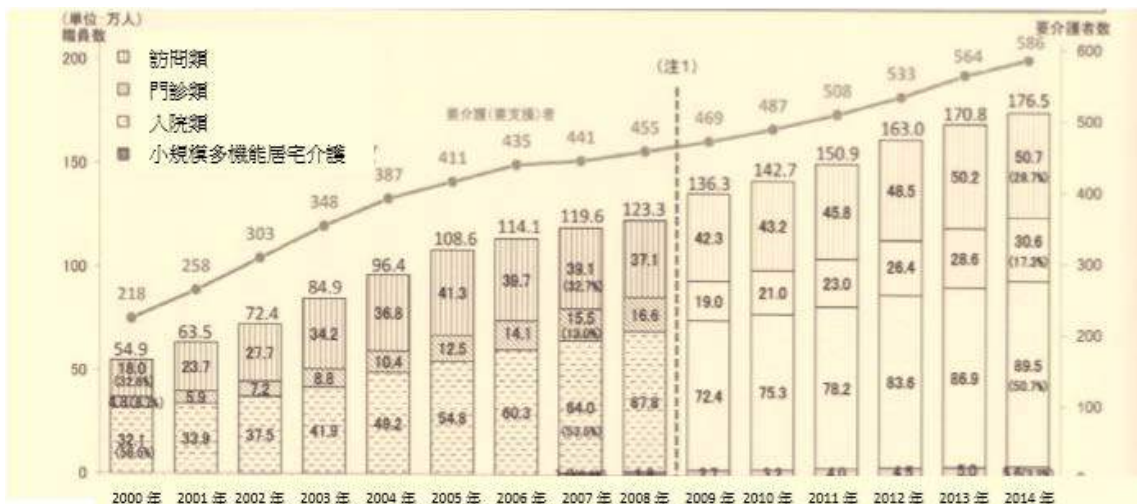


圖 10 介護人力供需

由介護福祉士登錄人數與介護職業從業人數的變化來看，實際從事介護職業的人數僅 6 成左右。(如下圖)



圖 11 實際從事介護人數

原本預估至 2020 年需要的介護人力約 20 萬人，但是到目前為止，預估應有 25 萬介護人力短缺，如何補足人力是目前重要的課題。為確保 2020 年介護人力提升之綜合推動政策如下：

1. 找回潛在介護人力：給予離職介護人力再就業準備金之貸款制度，貸款額度為 20 萬日圓 × 僅限一次 (連續 2 年從事介護職業則免除還款)。

2. 促進新血加入：

(1) 給予希望成為介護福祉士的學生獎學金制度(學費貸款)，每年貸款額度為 80 萬日圓 × 2 年 (連續 5 年從事介護職業則免除還款)·並向在學學生宣傳介護工作或實施職場體驗 (活用地區醫療介護綜合確保基金)。

(2) 對從事志工的中高齡者，實施入門研修 / 職場體驗(基金)。

3. 預防離職，促進留任及提高生產力：

(1) 擴充介護職員的待遇改善，平均每月增加 1.2 萬日圓(2015 年度介護報酬修訂)。

(2) 減輕升遷進修時的費用負擔或確保替代人員，以保障進修機會(基金)。

(3) 支援 1 對 1 或菁英制度的導入(基金)。

(4) 加速建構為了介護設施…等職員所設立的幼兒安親設施(基金)，新開設費用 310 萬日圓，建構費用：1,130 萬日圓，營運費用：依各縣市政府規定的金額。

(5) 創設職場留任輔助金清單，事業者導入獎勵金制度(設定獎勵金門

檻…等) 50 萬日圓，1 年後達成離職率目標 60 萬日圓，3 年後離職率若未上升 90 萬日圓)。

(6)推廣介護機器人、活用資通訊科技(ICT)，支援高價(超過 20 萬日圓)介護機器人的導入經費，建構活用資通訊科技(ICT)以達成業務高效化(無紙化)的模範事業及指標。

(二) 日本一億總活躍規劃

2016 年安倍推出「日本一億總活躍規劃」，朝向「介護零離職」的推動方向，以積極改善整體介護環境。

1. 介護人力待遇方面：為了去除和其他產業的獎勵金差距，2017 年起將建構升遷進修，以期達到平均每月增加 1 萬日圓，編列預算時檢討是否納入介護保險制度。

2. 培育多樣化介護人才方面：除了針對希望成為介護福祉士之學生給予每月 5 萬日圓並免除還款的就學貸款制度外，還有離職介護人力再次就業時 20 萬日圓之再就業準備金貸款制度，充實及活用高齡人力等。

3. 促進使用介護機器人，或藉由資通訊科技(ICT)提高生產力，簡化行政與紙本作業等。

4. 藉由介護進修制度之修訂、增加介護培訓人數、提高介護工作魅力、改善介護人力待遇、培訓多樣化介護人力、運用科技以提高生產力減輕勞動負擔等重要政策推行，將可確保 2020 年提升 25 萬人的介護人力。

5. 另有關「經濟夥伴關係協定(EPA)」專業介護人力運用，在修訂出入境管理及難民認定法部分條文後，更可以依據各項制度積極導入外國人力。(註：「要件」係指導入印尼、菲律賓、越南三個國家介護人才取得日本居留資格。)

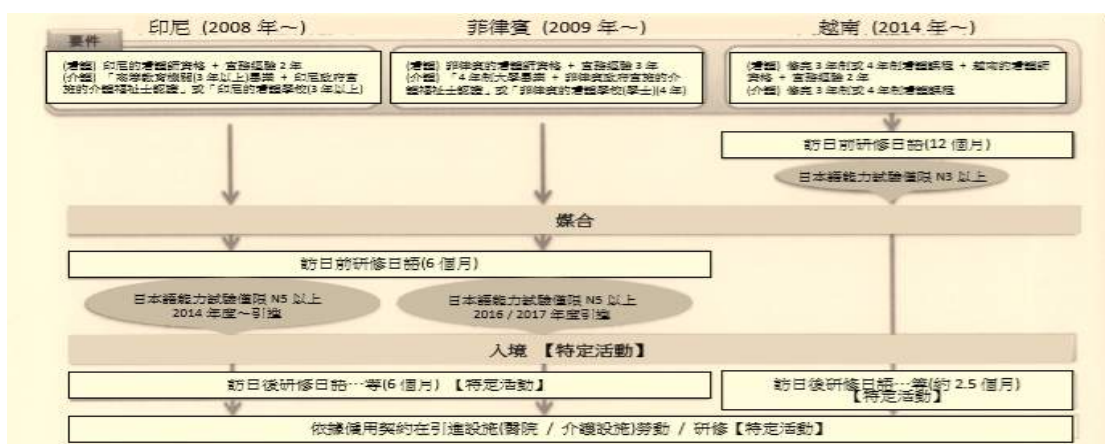


圖 12 引進介護人力措施

6. 引進外國介護人才的基本原則：

(1)以充實及強化國內人才政策為根本。

(2)不應是為了解決人力不足，應該遵循各制度來進行

A. EPA 是以強化經濟活動為目的，實施公共政策的特例引進。

B.給予考取證照的留學生居留資格、引進專業技術的外國勞動者。

C.技能實習，給予他國的技能轉移。

(3)於 2015 年向國會提出「出入境管理及難民認定法部分條文修訂法律案」，給予考取證照的留學生居留資格，並取得介護福祉士國家資格的留學生居留權，創設居留資格「介護」。法案目前繼續審議中。

(4)於 2015 年向國會提出「技能實習法案」，在訂定新制度細節的階段時，應能夠對應介護服務特性為需求之前提下，才實施新制度並增加新職種。

(5)引進外國介護人才要避免以下疑慮：

A.不能造成介護是「外國人做的單純工作」的印象。

B.依據業務內容給予外國人適當待遇，不能損及日本人勞動者長期改善待遇及勞動條件的努力。

C.確保介護服務品質，不可造成使用者的不安。



圖 13 外國人取得介護資格之程序

外國人取得介護資料並進行相關工作後，仍須繼續相關研修課程，即使國家考試不合格也可以停留延長 1 年。回國後，可依據居留資格「短期停留」

再次入境接受國家考試。依據 EPA 在 2016 年 1 月的統計，2015 年實際從菲律賓、越南與印尼入境的人數為 2,106 人，截至 2014 年取得介護資格者有 355 人。

	入境人數 (※1)	候補者		資格取得者(※2)		
		勞動中	雇用契約 結束 / 回 國人數	合計	勞動中	雇用契約 結束 / 回 國人數
印尼	966	528	224	214	135	79
菲律賓	885	502	242	141	115	26
越南	255	253	2	—	—	—
合計	2106	1283	468	355	250	105

圖 14 來自國外之介護人數

四、日本高齡化社會下的預防醫學與藥學發展

(一) 高齡化的老年醫學

1. 日本老年醫學的發展歷程

所謂老年醫學，指的是研究高齡者健康維持、適當的疾病治療方式、預防醫學領域的一門學問。東京大學附設醫院老年病科為內科診療部門，以內科學為基礎，對高齡者的身體、心理、社會及其生活功能做全方位的醫療照護，以解決老年人的所有健康問題，並以改善老人的活動功能及生活品質為目標，結合臨床醫學、基礎醫學進行「加齡醫學」研究。主要診療對象為 75 歲以上的失能(無法自行行走、吃飯)、失智患者，採用高齡者綜合功能評估標準(CGA: comprehensive geriatric assessment)進行積極的檢查、診斷及治療，除了維持原有急性疾病的醫療品質外，亦重視對於疾病的預防以及對於不可治癒的慢性疾病長期而持續的照護，2003 年起，針對高齡女性獨有之疾病開設更年期專門診(預約制)。

高齡者由於生理儲備量降低，較年輕人容易受到疾病侵襲，具有多重疾病是一大特色，而這又常導致重複用藥、失智、失能等生活功能降低的後遺症，由於老年病人的上述特色，其疾病表現、診斷與治療照護方式皆與一般病人不同，且治療的目的除疾病控制外，更著重日常功能與生活品質的維持，並強調慢性、長期及整合照護的重要性。基於老年人醫療的特殊性，故老年病科以器官專業醫療團隊為主，再輔以其他診療方式，提供全人醫療與照護服務，讓具有多重疾病，不知道該掛「哪一科好」，或是「不清楚罹患哪一種疾病」的高齡患者就診，除了要讓就診者「病痛痊癒」之外，還希望可以

維持日常功能，提升「生活品質」，因此，東大病院除了提供出院後「地域醫療連携部」追蹤外，2013 年也在東京大學醫學部內成立在宅醫療學據點，期望能為老年病患提供完整的照護。

日本最早關心老年病的是養育院長澁沢栄一，他在 1872 營繕會議所屬的避難所設立（後來的東京健康長壽醫療中心），1906 入澤達吉等人發行老人病學（南江堂），1928 尼子富士郎發行欲風會調查研究通報測試老年人的生理與病理研究，同時也開始東京大學的老年病學課程（1956）。而老年醫學的創始者是尼子富士郎，他於明治 26 年（1893）年出生，1918 年從東京帝國大學畢業，進入稻田內科（現在的第三內科）擔任院長的欲風園是 26 年來日本最專業的養老院。尼子富士郎一方面隨著欲風會醫院的發展，擔任代理院長職位，另一方面也擔任醫學中央雜誌的編輯與發行人。1956 舉行日本第一次的老人醫學學（壽命學研究協會贊助），1959 日本老人醫學會創立，並舉行第一次日本老年學會總會，1962 東京大學醫學部老年病學教室成立（沖中重雄教授），1964 日本老年醫學會雜誌創刊，日本老年醫學會的日本醫學會分科會加入，1989 日本老年醫學會醫生認證（現在的專科醫生）制度就任，1995 日本老年醫學會協會成立，2001 英文期刊"Geroiatrics and Gerontology International" 創刊，2004 衛生勞動福利部認可"老年病專科醫生"。

日本因應老人增加的趨勢，目前已有 80 所大學開設老年醫學相關課程，其中，有老年醫學教育課程的有 20 所，有老年醫學專門課程的有 7 所(包括公立大學的東京大學、名古屋大學、大阪大學、東京醫科齒科大學以及私立大學的杏林大學、金澤大學、東京齒科大學)，課程內容以預防或減緩老人健康問題的臨床、研究與教育為主。

(1)臨床：老年醫學所設的老年病科的主要特色在於高齡者的專門綜合治療內科、接受各式各樣高齡者緊急入院的應對、癡呆症、體重減少、不明發燒、多種藥物管理等等的各種精密檢查，以及多職業（科別）合作進行吞嚥功能評估、出院後輔導。

(2)研究：針對年齡增加與性賀爾蒙的關連、老年人肺瀰漫性細支氣管炎下吞嚥、骨質疏鬆症發病機制與治療藥物、由長壽基因控制衰老、肌肉衰減症（肌少症）、血管鈣化和帕金森症的控制、癡呆症的診斷、疾病狀態、治療和老年癡呆症的護理負擔、老年病、老年症候群與使用中藥的機制、骨關節疾病與遺傳的分析、老年症候群與藥物作用相關數據研究等。

(3)教育：包括老年醫學課程 8 學分、高齡者的診療方法、在療養型的醫院與有看護設施的醫院實習，針對醫學部 5、6 年級的學生，上其他的專業

課程，如臨床老年醫學生活機能診斷在家療養與支援診所、外部醫院的訓練等，透過臨床、研究、教育以取得老年病專家執照、高齡者醫生總醫生執照或其他專科醫生執照。

高齡化社會已是無法避免的現象，日本高齡化的人口比例逐年提高，1990年65歲以上人口只佔12%，2012年增加到24%，預估2025年增加到30%，2060年提高到40%，總人口數則從1990年的1億2,631萬人大下降為8,674萬人，此趨勢若不及時處理，未來高齡化社會將造成日本政府重大影響。誠如東京大學飯島勝矢教授所言，高齡者是社會的“負擔方”。

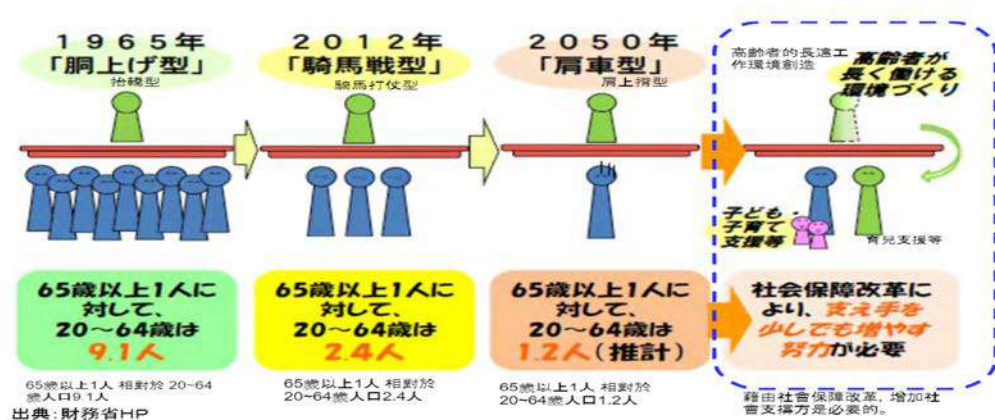


圖 15 高齡者是社會的支撐(負擔方)

日本高齡化的現象，在 2025 年將面臨以下的問題:

- (1)1947 年到 1949 年二次大戰後的嬰兒潮將於 2025 年到達 75 歲。
- (2)老人晚年生活困苦(苟延殘喘)的人數從 2015 年 140 萬人增加到 2025 年 160 萬人。
- (3)醫療與照護的需求增加，受照護者的人數增加 3 倍。
- (4)現階段的地方社區措施已無法延長。
- (5)預防的需求將遠勝於醫療的重要性。
- (6)都市區域快速增加失智症的高齡人士。

高齡者的老年失智症預估為 439 萬人(約人口數 15%，平均 7 人有 1 人為失智患者，顯見，高齡者的健康問題是日本政府與各界探討與解決的議題，而老人病學也就更加受到重視。所謂老人病學(Institute of Gerontology, IOG)係高齡社會的挑戰與跨領域的研究，包括人文社會、教育、工程、醫學與資訊的整合等，以建構在地老化。

各界對高齡者的關心與支持，尤其在電子資訊發達之今日，逐漸思考如

何利用醫療與資訊情報網，透過遠距醫療提供高齡者食物營養、健康資訊及居家醫療照護措施，讓高齡者在自己住習慣的地方，安心做自己，進而將居住、醫療、照護及預防、生活支援合而為一的提供服務，亦即在地老化。

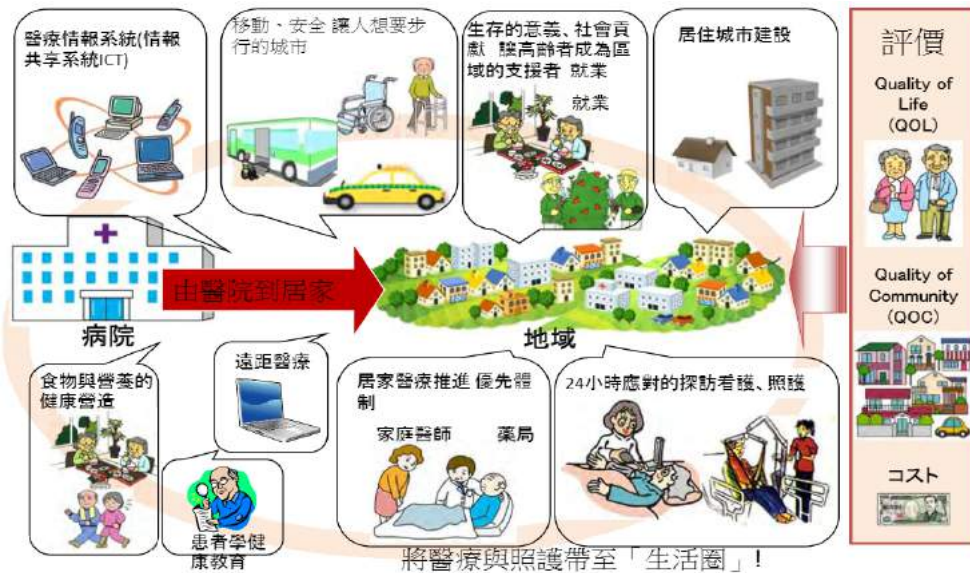


圖 16 在地老化示意圖

2. 老人病的症狀

誠如前述，日本在老年病的醫學發展歷程相當早，所謂老人病，指的是身體老化以後，所病發的症狀，在生物學及醫學上，老化是生命隨時間而惡化的現象。一般而言，人類大約在 60 至 65 歲，身體機能便會漸漸衰老，老化與疾病產生的病理變化，表現在身體和認知的功能衰退。老化來自於細胞及基因體的傷害，如自由基、細胞老化、DNA 損害等。老人的衰弱症歸類為兩個主要的表現型，一個是身體的表現，包括：老縮（體重減輕和肌少症）、軟弱、耗竭（耐受不良）、走路緩慢以及活動力降低。第二種是多面向的表現，包括認知能力和情緒行為的影響而導致身體衰弱和失能。

(1) 失智症(dementia)

高齡化的老人常伴隨失智現象，所謂失智係指心智能力逐漸喪失，包括思考能力、記憶能力、判斷力、知覺、學習能力及解決能力等，所以，失智症是腦部認知退化疾病的總稱，大致可以分為退化性失智症和血管性失智症。症狀除了記憶力的減退，還有其他認知功能的退化，包括語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等，同時可能出現干擾行為、憂鬱、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力，此症發展到最後，心智的功能會完全喪失。

失智者常缺乏獲取與記憶新的信息的能力，包括：重複問題或談話、忘記個人財物放置所在、遺忘事件或約會、迷失在熟悉的路線。以及缺乏推理和處理複雜任務的能力、判斷力差，包括：缺乏危機意識、無法理財、缺乏決策能力、無法計劃複雜的活動。另外，視覺空間能力受損，包括：無法識別人臉或共同物品、無法定位物品、無法操作簡單器具、無法穿戴衣物。而在語言功能方面（說、讀、寫），則不易思考同義詞、說話斷斷續續、語法和字體錯誤。同時也可能造成人格行為改變，包括：不尋常的情緒起伏，如情緒激動、缺乏動性、冷漠、社會退縮、對以往感興趣的活動失去興趣、缺乏同理心、強迫行為、產生社會所不能接受的行為，嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。

(2)阿茲海默症 (Alzheimer's Disease, AD)

阿茲海默症是失智症的一種，占失智症 6 成到 7 成，屬於進行性且不可逆性的神經退化性疾病。好發於 65 歲以上的老年人(有極少部分的人會在較年輕時發病，又稱早發性阿茲海默症)，阿茲海默症患者腦部海馬迴神經細胞會受到破壞，病徵最明顯的為記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題。

阿茲海默症是 1906 年由德國 Alois Alzheimer 醫師發現，因此以其名命名，是最常見的失智症。阿茲海默症罹病早期的症狀表現以記憶退化最為明顯，並隨著罹病時間的增長，慢慢會出現語言、計算、空間能力退步，以及抽象、思考等精神行為上的異常。阿茲海默型失智症的特性為兩種以上認知功能障礙，主要以記憶功能為主。以罹患阿茲海默症的比例而言，65 歲以上的罹病率約 4-5%，85 歲以上則約一半到三分之一的機率。由於罹患阿茲海默症後的看護人力與成本會隨著病情逐年惡化而增加，因此，如何進行早期診斷、預防或延緩惡化即成為高齡化社會的重要議題。依據失智症的發展期與症狀，可以簡易區分為早期、中期與晚期。

表 阿茲海默症期程

發展期	症 狀
失智症前期	輕微的認知障礙 難以記住最近發生的事
早期阿茲海默	語言障礙(詞彙減少、流暢度降低) 動作不協調
中期阿茲海默	語言障礙更加明顯甚至失去讀寫能力 複雜動作不協調

	記憶惡化，可能無法認得親近家屬 情緒不穩定
晚期阿茲海默	行動退化，生活完全依賴照護者 語言能力退化，甚至失去談話能力 情感冷漠，但能理解及回應情感刺激

(二) 預防與治療

1. 老人病

老人病症的指標包括體重減輕、費力、體能活動度低，行走速度慢及肌握力不良。以及衰弱所引起的後遺症，包括身體功能下降，活動力下降，跌倒、受傷、失能或殘障、住院、住進養護之家，及提高死亡率。因此，老人病的早期診斷，找出衰老的早期症狀，才能避免後續的惡性循環。老人的持續性健康照護過程中，每一階段透過需求評估、擬定照護服務、調查及協調社區資源，以完成在地老化的政策目標。而老人病當中，失智症與阿茲海默症是介護保險制度的重要照護對象，因此，如何預防或治療即成為主要討論的議題。

2. 失智症

依據研究，社會參與或社交活動可降低罹患失智症之風險，其相對風險下降 4 成；孤單的人，罹患阿茲海默症的風險增加 2 倍以上，孤單的生活方式其認知功能退步速度比較快。因此，努力保持社會參與、和人群接觸，如參加同學會、公益社團、社區活動、宗教活動、當志工、打牌等，都有助於增加大腦的血液灌流量，降低失智症發病之風險。

至於藥物治療有各種對抗精神或抗憂鬱劑，目前已有相當多的藥物可以提供減緩的作用(如膽鹼酶抑制劑：愛憶欣、憶思能、利憶靈；NMDA 受體拮抗劑：憶必佳、威智;抗精神病藥物：思樂康 (Seroquel, quetiapine)、理思必妥;抗憂鬱劑：百憂解、樂福得、美舒鬱)

除了藥物治療外，懷舊療法也是相當有效的方式，透過對過去事物及經驗的回憶而增加患者語言表達、人際互動、改善情緒之目的，進而延緩病情的一種治療模式(例如，日本 NODA 的高齡者住宅展示館展示高齡者門口貼上放大尺寸的家人照片，以提醒高齡者不要走錯房子)。回想與分享個人人生經歷的過程，可透過團體懷舊過程，鼓勵並支持失智老人的人際互動並鼓勵失智老人有組織地回想、討論並分享過往的事情及經驗，以增加自己的信心、

自尊，進而減輕憂鬱情緒，緩解症狀，東京都世田谷區役所或東京都樂山會特別養護老人機構等，均運用樂齡學習與世代互動，以協助高齡者協助形成良好人際互動、增進人際之滿足，促進語言溝通進而延緩退化。

此外，運用輔助教具、日常生活器具或其他器材以設計認知活動，幫助失智症者動動腦、減緩認知功能退化。過程常搭配結合感官刺激、現實導向活動，建立參與活動的習性，以保持最大可能的獨立功能並面對調適失智症帶來之困擾。

3. 阿茲海默症

由於罹患阿茲海默症後的看護人力與成本會隨著病情逐年惡化而增加，因此，如何進行早期診斷、預防或延緩惡化即成為高齡化社會的重要議題。然而，要診斷是否罹患阿茲海默症，不是一件很容易的事，現行醫療上的偵測，主要利用影像偵測出大腦的結構、大腦組織體積的變化、大腦血流量、代謝率與乙型類澱粉蛋白(beta-amyloid protein)的含量，來評估是否罹患阿茲海默症。檢測方式包括：神經影像的檢查包含核磁共振(MRI)、電腦斷層(CT)、正子斷層掃描(PET)。此外，腦脊髓液檢查(從背部以長針進入到脊髓蜘蛛網膜下腔中，抽取腦脊髓液)，亦可判斷是否患有阿茲海默症。但脊髓液採集危險性高，且至少得等一星期才能知道結果，腦部攝影亦有注射顯影劑或輻射曝露量的風險等。因此，研究人員正在研發，從血液偵測以協助診斷阿茲海默症。

除了偵測阿茲海默症外，世界各國均積極從事治療藥物的研發，例如日本東京大學目前已開始進行第三期臨床試驗，美國、英國與其他國家亦不斷嘗試發展新藥，包括減緩阿茲海默症初期階段病患的認知衰退，並降低類澱粉蛋白斑在腦中的堆積等，除了新藥外，亦持續進行老藥新用的開發，以加速和廣泛的治療阿茲海默症者。

4. 小結

老人病會使患者會越來越需要他人的照護，這對照護者是一大負擔；這樣的照護壓力涵括了社會層面、精神層面、生理層面和經濟因素，尤其阿茲海默症患者的照護需要投入更多的照護資源，是相當耗費社會財政補助的疾病，而其真正成因仍然不明。目前將阿茲海默氏症視為一種神經退化的疾病，有將近七成的危險因子與遺傳相關(如茱莉安摩爾主演的電影-我懷念我自己，她飾演美國大學教授，卻被診斷罹患阿茲海默症，她的子女亦被診出遺傳該病)；其他的相關危險因子有：頭部外傷、憂鬱症或高血壓的病史。要確切地診斷阿茲海默氏症，需要根據病人病史、行為評估、認知測驗的結果、腦部影像檢查和血液採檢。惟，目前並沒有特定藥物或營養補充品，有實證證明

對疾病有效阻停止或逆轉病程的治療，只有少數可能可以暫時緩解或改善症狀，所以，早期診斷與及早預防將是現在醫學發展階段的最佳方式。

五、日本東京大學的藥學發展

(一) 東京大學藥學部學及藥品開發:

隨著高齡化來臨，慢性疾病、癌症、神經退化性疾病患者日益增多，由於生物學與分子生物學等技術的進步，以疾病的治療與健康之維持做為目標之藥學領域之發展及新藥物的開發，便成為整體醫療環境建立不可或缺的一環。東京大學藥學部以新藥開發與生命科學為基礎，並且以藥劑師的養成，與藥的基礎研究為重點。其中，大學部的學生約有 10 % 會成為藥劑師，另外有 90 % 多到研究單位及企業擔任研究及管理工作。由於東京大學藥學部以研究為導向，因此與台灣的交流相當密切，同時也與許多國家都有交流及協定，包括與中國大陸的瀋陽大學等也都有相互的交流與合作。

(二) 創藥機構

在 2006 年由於日本沒有大規模的公共化學貯存庫 (即化合物超過 100,000 種的資料庫)，因此大部分的日本研究者就不能從事長時間且系統性的研究藥物工作，因此就有建立一個大型公共化學貯存庫的主張。此化學貯存庫的建立對於藥物開發及化合物篩選具有重要意義，該機構隸屬於東京大學校本部，成立在 2015 年 4 月並更名為創藥機構 (Drug Discovery Initiative, DDI)，為一藥物開發開放的創新中心。設立宗旨在促進人民健康，不僅為日本化合物篩選設備的大型研發基地，化學貯存庫的研究人員也提供在工業界、學術界和政府等相關單位的資料搜尋，例如提供諮詢服務、技術支援、化合物樣品、化合物篩選分析技術和儀器等藥物開發所需設備及技術。此外，也扮演負責藥物研發支持系統及與其他大學合作的樞紐功能，已在日本各地作為研究人員的支援系統。

創藥機構提供化合物樣品之政策：

1. 須告知化合物使用的目的及方法(會保密)。
2. 所有分析的結果須做報告(會保密)。
3. 可再現性結果應公開分享並發表。
4. 化合物樣品室免費提供，但消耗性樣品材料則需由使用者付費，例如試驗器皿、封存及運費等。
5. 申請者須為在日本境內的機構，目前並不提供海外寄贈樣品。
6. 申請的機構不分營利或非營利。
7. 如無法進行共同的智財合作，創藥機構不會主張智財權。

8. 如申請者有需求可支持分析系統的開發或化合物電腦提供篩選(in silico compound selection)。

目前合作計畫：自 2008 年起即提供各式營利及非營利機構化合物樣品；篩選設施，近 5 年來所提供來訪使用者已達一天 3,500 人，亦有相關的諮詢、技術支援、化合物樣品提供等相關服務。

化學貯存庫的化合物種類至 2016 年 3 月，已達 230,090 種化合物，多為具有化學變異性的藥物相似性化合物(Drug-like compounds with chemical diversity)，亦聚焦於運用電腦預測目標蛋白質官能基的候選藥物。貯存在該機構之化合物包括固體樣品(多貯存在攝氏 4 度)及液體樣品(多貯存在攝氏零下 20 度)，並且運用條碼(barcode)進行管理，此外化合物樣品的訂購、自動取樣、放置測試盤、封裝、低溫乾冰包裝、冷凍貨物運送至藥物篩選實驗室，皆有完整的標準作業程序。

創藥機構在藥物開發的目標及計劃，包括：降低產業界藥物開發之風險(甚至接受標的化合物與疾病之關聯尚未受到驗證案件)、開發受忽視及罕見疾病藥品、藉由化合物篩選出新藥物，以及教育及訓練年輕的研究者。目前創藥機構有與企業合作，並合約進行利潤分配，惟成立時間仍短，尚無具體顯著成果。

六、日本介護保險制度下輔具產業的改變

(一) 輔具的定義與類別

輔具係指對營運日常生活有障礙之老人或為謀求身心障礙者日常生活上之便利的用具及為前述對象之機能訓練的用具。

介護保險法中明訂給付包含福祉用具(輔具)的租賃及購買費用。在 2000 年日本尚未實施介護保險前，日本輔具市場是以購買為主，即過去都道府縣及市町村對長照需求者在輔具使用上是採購買給付方式，2000 年實施介護保險後，介護保險對輔具是採取租賃的補助，立即影響整個日本輔具市場。目前日本介護保險福祉用具給付種類，設定 13 類輔具產品提供租賃給付，包括：輪椅、輪椅附屬品、照護床、照護床附屬品、褥瘡預防用品、體位變換器、扶手、斜坡、步行器、步行輔助拐杖、失智老人徘徊知感器、移動用升降機、自動排泄處理器；另設定 5 類輔具產品提供購買給付，包括：坐式馬桶、自動排泄處理器可替換零件、沐浴輔具用品、簡易浴帽、移動用升降機吊帶。輔具租賃中使用者即被保險人仍需自付 10%金額，其餘 90%則向保險人(市町村)請款，自 2015 年 8 月起，一定所得以上被保險人需負擔 20%租賃費用。

1.據日本福祉用具生活支援用具協會統計，2014 年日本福祉用具市場規模為 13,995 億日圓，較 2013 年成長 3.8%。其中，以手動輪椅、代步車、拐杖、助行器為主的移動機器在介護保險實施前 CAGR 為 18.5%，介護保險實施後 CAGR 為 1.8%。(由輔具持續購買的情況轉為以租賃為主的形式)。此外，包含入浴相關用具、排泄關連用具等為主的個人照護相關用具在介護保險實施前 CAGR 為 8.7%，實施後為 3.8%。因此，介護保險制度將輔具使用的給付方式由購買轉為租賃，即產品由一次性的買斷(購買給付)，轉變為以租賃為主(租賃給付)的產業生態模式，連帶亦影響日本輔具產品發展，經分析如下：

(1)聚焦行動(移動、移位)、起居(床、浴廁)、特定疾病(失智)等領域：由於介護保險主要意涵，主要以需求者角度出發，透過協助高齡者可自行打理日常起居為主，進行相關品項給付設計。因此其租賃與購買給付品項設計，主要以行動(移動與移位)、起居(床類、浴廁類)及部分特定疾病(失智症)等輔助品項為主，藉此提供與增加高齡者日常起居自理能力。

(2)發展模組化、人因工程、增加使用便利性的產品：針對行動(移動與移位)、起居(入浴、排泄、床)以及特定疾病(失智症)三大重點領域，進行現有產品的重新設計與開發，產品開發思維仍以使用者(高齡者)需求角度進行出發。因部分品項以租賃為主，為了後續物流運送、拆卸組裝與清潔滅菌便利，產品以模組化設計為主要概念。此外，產品開發設計上，透過探索高齡者使用型態與習慣，注重介面細節設計(貼心設計)、增加使用便利性與安全性、強化人因工程為主要趨勢。

(3)運用 ICT 技術的創新與整合，達到輔具智慧化與預警功能：活用 ICT 技術，透過布局精確控制技術、整合人體生理資訊與感測技術，提供周遭環境的辨識與感知，達到提早預警、減少危險事件、自動避開危險區域等方式，提供高齡者可自立、安全以及安心的移動。對於既有輔具功能之創新及智慧化設計，如遠端監測、提前警示、人工智慧導入等，皆提供新的解決方案。

(4)布局機器人技術，解決高齡者於重點領域的照護與被照護需求：除了上述的既有產品重新設計開發外，更思考透過產業既有技術及創新技術，即布局機器人技術開發，解決高齡者於重點領域的需求，藉此促進自立支援，提供高品質的照護。

(5)介護保險衍生日本輔具產業流通服務流程新樣態：由於日本福祉用具租賃事業所多以小規模居多，需要初期投資購買多樣的輔具來提供租賃服務，且還要準備消毒、維修、保管等相關設備，因此產出「租賃批發商」本身向製造業者購買輔具，並租賃給福祉用具租賃事業所，並進行後端消毒及保管

等作業。此次參訪的蘭德爾公司本身所經營輔具製造之模組化、規格化、易組裝、可運送性如照護床等設計，以及參觀其輔具清潔物流中心之運作，對於其整體之輔具設計概念及租賃後端之運作設計，留下深刻印象。

此外，該制度下福祉用具相談員應運而生，使用福祉用具，需要了解使用的身心狀況與需求，並且考慮使用者的生活環境條件，基於專業性知識來選擇適當的使用福祉用具建議，以協助並支援使用者自立生活。福祉用具相談員需針對使用者，提出福祉用具使用服務計畫書，內容須包含服務目標、選用的福祉用具理由及使用上需注意的事項。另外，福祉用具使用後，福祉用具相談員需確認及追蹤使用者的使用狀況，並適時進行調整，以符合使用者的需求。福祉用具租賃事業所配置至少兩位福祉用具專門相談員。

(6)輔具產品結構設計朝向易組裝、零件更換及耐用性：由於鼓勵輔具租賃制度，租賃事業下使用的福祉用具須提供給不特定的使用者，且有循環重複使用的特性，對於相關福祉用具開發的改變包含有：適配調整要求的容易性，即容易拆解、組裝、零件交換等保養修理上的設計及構造，並且需有承受消毒等耐用性。

(7)輔具產品資訊公開：厚生勞動省委託公益財團法人輔助科技協會(The Association of Technology Aids，簡稱 ATA)進行福祉器具審核登錄工作。此外，亦有福祉用具情報(TAIS)，包括收集、分類、系統化管理企業及輔具的資訊。可查詢到功能、是否取得憑證等資料；提供需求者可透過檢索相關資訊，快速取得附近可獲得資源。

2.小結：

日本與我國社會皆呈現高齡化的趨勢，且出生率也逐年降低，皆促使人口結構產生關鍵性的改變。高齡化現象也相對於未來醫療照護系統帶來沉重的負擔，透過輔具的應用可建構需求者友善環境，提升高齡者及失能者生活自主能力，而輔具的有效使用可減少老人照護與身障養護的社會成本與國家資源投入，並可引導及促進相關產業發展。

日本透過介護保險度來保障福祉用具補助的經費來源，並透過照護管理機制來規範福祉用具提供運作流程，以完整的需求評估與輔具評估，瞭解使用者需求，來找出適合服務對象的輔具協助，並定期訪視觀察使用者狀態有無變化或新增需求，加以提供福祉用具的更替。更成立公益財團法人福祉用具協會進行福祉器具審核工作，以及建置福祉用具情報資訊網站，提供福祉用具廠商、產品資訊查詢與推廣使用。此外，推動福祉用具租賃制度，讓福祉用具重複被使用，減少資源的浪費，也可因應服務對象的身體狀況、照顧必要程度的變化更替不同的福祉用具服務，也帶動相關租賃服務、回收、消

毒、清洗、倉儲等產業的蓬勃發展，從而建立輔具產品整體品質及功能之提升。

七、特定議題探討

(一)區域綜合護理和長期護理保險

1. 世田谷區的區域綜合護理和長期護理保險

日本看護保險法第 1 條：要看護狀態也需保持尊嚴，面對自立支援國民的一起合作，安排提高保健醫療和增進福利。第 2 條介護狀態要獲得適當給付，希望被介護狀態改善，不惡化並要與醫療銜接，使每個人得到其所想要的服務，在自己熟悉的環境中生活。此即為日本推動介護保險的宗旨。介護保險制度於 2000 年實施第一期，2003 年第二期，2006 年第三期，此時期朝向預防型的轉換，新設立的總合支援中心提供給需要支援者，並重新評估設施供給項目，包括伙食費、住宿費全額自行負擔，此外，創辦地區性的小規模多功能服務。

2009 年實施第四期，強調經營者遵守法令規定及維護管理體制。2012 年實施第五期，進行定期巡迴的地區綜合關懷，隨時因應服務需要，提供看護預防及日常生活支援，並對於高齡者住家給予維護即主動推展失智症的對策。2015 年強化地區支援事業的預防供給(訪問看護以及到復健所看護)、減輕低收入戶的保險費並對年收入達到 106 萬日幣所得者，將使用看護的自行負擔比例由一成提高為二成。

看護服務體系分為在家與設施看護二種類型，在家看護包括訪問服務、到復健所服務、短期入所服務、到小規模多功能型的住宅看護、輔具借用、住宅修復等；設施看護則包括失智症的收費養老院，以及復建所的老人保健設施等。

依據國家觀點的地區總合關懷系統之概念，因為在嬰兒潮時期出生的人，在 2025 年將達 75 歲以上，希望在成為受照護的狀態時也能在自己熟悉住慣的地區生活，因此看護預防服務方式，讓老人可以讓自己的家朝向免費老年住宅，如生病則有急救期醫院及康復醫院，日常醫療則有經常就診的醫生及地區醫院，如果需要看護則有在家服務及設施與住宅服務，即提供在地老化之支援與綜合服務關懷系統。

2. 世田谷區高齡面臨問題與對策

2016 年 4 月，世田谷區總人口為 88.8 萬人，65 歲以上有 17 萬佔總人口數的 20%，75 歲以上有 8.9 萬佔總人口數的 10%，其中 3.3 萬人需要介護。由於看護費用逐年提高，從 2000 年的 164 億日幣，於 2014 年增至 505 億日

幣，致使保費逐年提高，從 2000 年每月交 2,967 日幣，於 2014 年提高至 5,100 日幣，預計 2020 年需提高到 7,296 日幣。

(1)世田谷區的高齡者有四項課題:

A.75 歲以上老人及失智症老人增加，以至於看護費用提高以及看護人才不足。所需醫療服務的必要性也增加。

B.約 50%的老人是屬於老老照護及老年夫妻互相照顧，另一方面，由於晚婚的關係，造成年輕人亦同時有育兒看護問題。

C.單身老人的家庭增多，以致提供生活支援的關懷與探視需求亦增加。

D.65 歲以上的孤獨死亡數日才被發現者人數逐年增多，以往 1 年約 50 人，2015 年則增加為 69 人。針對孤獨死議題，世田谷區也在 27 個小區域開辦關懷訪視服務，獨老的訪視頻率較高，地域支援中心有專人會去關懷訪視，高齡者安心專線全年無休提供電話問安及電話諮詢，形成社區網絡關係。例如報紙好幾天沒拿、收電費無人回應等訊息。

(2)為解決上述問題，世田谷區的地區總合關懷系統的工作重點：

A.提供失智症的養老院及老年住宅。

B.整合醫療與看護的資訊，共同進行關懷與電話諮詢。

C.提供定期巡迴的訪問，並推廣小規模多功能住宅看護的新事業。

D.鼓勵居民多參加社區活動，如烹調、唱歌、聚餐、跳舞等，以預防失智或看護需求。

E.提供生活支援，如送餐、外出接送、購物及清掃等事務，讓健康的老年人可以透過這些協助工作，獲得更好的社會參與以及生存的意義。例如居民自行組成的日間家庭交流活動，讓老年人與孫子輩每周一次共同參加聚會，進行跨世代的交流，稱之為”蛋之家”。

(3)世田谷區每年增加 1,000 人罹患失智症，目前總數為 2 萬人，因此，預防及防止惡化很重要，包括：

A.社區生活的支援體系、家屬對失智症的認知以及資訊的傳遞。

B.失智症的預防，如失智症的照護人員培訓、預防活動發表會。

C.提供失智症家屬的心理諮詢及失智症初期徵兆的醫師諮詢。

D.區民參加社區福祉協議會以成為失智症的監護人。區民監護人：預防失智者被騙，在此可以成為失智者的監護人，維護失智症者權益。設立中心培育監護人才，並提供諮詢，律師人數無法負荷，因此發展培育區民成為監護人的制度，已經培育 115 人，登記成為監護人為 70 人。

介護保險財務越來越困難，失能人口越來越多，服務項目也越來越多，

如何不增加介護保險負擔，預防失能更為重要，因此，如何與區民共同努力做好社區預防體系是未來重要課題。

3.課堂發言紀錄：

Q1.日本介護服務的種類很多，是否需要向政府登記並經設立許可？

回復:有關看護預防服務方式，可讓老人在家如生病則有醫療服務，如果需要看護則有在家服務及設施與住宅服務，如上述屬介護保險服務的體系所列服務皆須向政府申請，其中屬地域性的服務可向市町村申請，例如失智症、老人之家。此外，有關介護保險服務的類型、收費的標準由國家制定，有關服務的費用則向都道府縣申請，有關地域密集型小規模多機能失智症的老人之家、定期隨時訪問緊急救護等，則向市町村申請。居民回饋機制，可以對服務內容提供建議，回報之方式可透過市町村向上反應至都道府縣，都道府縣亦可向上反應至中央。

Q2.政府給予介護士額外津貼(每年 1 萬至 1.5 萬日幣不等)是否對其留任職務有幫助？介護職員的薪資與一般職員薪資水準有無差異，在機構或居家、日照有無不同？一般介護士工作之留任率如何？

回復：基本上政府政策上是希望增加介護士薪資，但會由機構僱用者來決定薪資，且介護士工作型態多元，無法給予一致性數值，因此，基本上此份額外津貼未必直接反映在介護士之直接薪資上。政府逐年提供增加補助，但是是由業者增加僱用介護職員人數而提供補助，並要將補助回饋加到介護職員的薪資中，但是也要看業者良心。每 3 年檢討一次，因此政策會每 3 年調整。工作型態很多種，較一般上班族薪資水準較低。正職年薪約 200~300 萬日圓，每月約 20 萬左右，東京基本工資時薪為 938 日圓，所以不會低於 938 日圓。此外，因為介護士的離職率很高，據統計，一年內約有 30%離職，滿 3 年留任機會較高，為鼓勵介護士留任工作能滿 3 年政府有推動薪資補貼；也會鼓勵工作 5 年可考個案管理師(care manager)，透過升等的制度以及鼓勵往上進修，並非只靠薪水提高，較有機會留任人員。透過職涯發展階段，對於參與不同階段進修的人，可以有不同的發展。

Q3.政府有推動高齡者就業嗎，會引導去進行介護士工作嗎？

回復：政府雖然有鼓勵措施，但一般高齡者較不會進修 150 小時從事介護士的工作，實際會去接受專業訓練而去從事照顧服務者的人數並不多，大都尋找較不需要證照的外出陪伴工作，包括媒合到高齡者家清洗、地區性工作等有收入的工作。世田谷區區民接受部分家事服務的訓練(非照顧服務)後，也可以到家庭中提供有薪的服務，(蛋之家就是這樣的交流平臺)。另外，因為介護士的離職率很高，一年內約有 30%離職，從事的年齡差異頗大，除大

學剛畢業者外，大部分都是小孩子長大比較有空閒時間和二度就業者。

Q4.世田谷區設有地域總括支援中心共 27 個(每個區域 4,000-9,000 人不等，平均 6,000 人/區域)，每中心工作人員有幾人，會依照高齡人口數做工作人員配置嗎？此外，會不會根據不同地理條件如交通路程遠近，給予不同之照護服務給付？

回復：每中心配置工作人員依定包含個案管理師、保健福祉師及介護士等 3 類職種人員，且該 3 類職種至少各有 1 人，加上行政人員，原則上每中心配置 4 至 9 人。東京都亦有許多小島，或許有另一套服務模式，但世田谷區因位於市區，對此不清楚。

Q5.世田谷所組成的看護預防自主小組，政府是如何推動，有沒有給予補助？

回復：看護預防自主小組是屬於介護保險外的一種相互支持聯繫之活動，政府不會提供補助，但是可提供場地免費申請借用。目前活動團體約 700 個，使用者約 24 萬人，志願繼續參加者約 5 萬人，活動據點 23 處；舉辦活動相當多元，如烹調、體操、演奏、唱歌、聚餐、跳舞等，以活化老年生活並增加其社會參與率。

Q6.世田谷區福祉人才培育研修中心，政府有給予支持或有發揮效果嗎？

回復：世田谷區福祉人才培育研修中心，設有基礎課程如福祉基礎講座、區內介護設施參觀、座談會等；進階課程包括新進人員、在職人員、指導人的再教育課程，以及介護技術精進、失智症關懷課程；主要藉由對第一線介護人員的繼續教育、心理諮詢，以使介護者在其工作當中仍有再訓練機會，可降低其離職機會；除重視人才之培育、品質的提升，也更重視不同組織間橫向聯繫網絡之建立。

Q7.輔具補助額度為何？

回復：輔具有租借服務，另外無障礙設施一生補助一次，最高限度 20 萬元，但失能程度一次加重 2 級時(如介護 1 至介護 3，介護 3 至介護 5)，可以再補助一次。

Q8.對外籍介護人力進入日本的想法？

回復：針對外國人介護人才進入日本，基本上都要通過日本語考試，也要讓照顧服務員瞭解日本文化及生活習慣。

(二)東京都三鷹市役所健康福祉部高齡者支援課

1.三鷹市推動介護保險制度介紹：

(1)三鷹市面積 16.42 平方公里，人口有 183,951 人，目前人口因移入而有

增加，2016年預算規模約1,107億日圓，其中一般會計科目695億日元，特別會計科目412億日圓，一般會計中民生費用占331億日圓(48%)，特別會計中國民健康保險與照護保險事業等社會保障占373億日圓。

(2)2016年三鷹市65歲以上人口為39,328人(其中75歲以上者為19,553人)，占全市人口21.4%，預估2025年老年人口將占全市人口22.5%，其中要介護/支援人數7,159人(認定率18.2%)，預估5到7年後會再成長13.9%。

(3)介紹介護保險的詳細申請流程：

三鷹市1997年創立委員會就介護保險制度的建立開始討論，1998年設置介護保險準備室，1999年設立介護保險事業計畫檢討市民會議，在2000年4月開辦介護保險，歷來雖保險制度有所改革，但仍穩定推動中，介護保險費用從第1期的每人每月3,168日圓增加到第6期事業計畫為每人每月5,500日圓，並將於2017年展開第7期(2018至2020年)的保險事業計畫檢討。

(4)地域綜合支援中心：

內有包括社會福祉士、照護管理人員及保健師三種專業人員，中心任務是綜合諮詢窗口，市町村必須設地域包括支援中心，三鷹市有7個中心，按國中學區來分設，下午參訪機構樂山會也是1個中心。市役所補助支援中心每年共約2億1千萬日圓。

(5)未來做法：

強化地區照護體系的建構，整合醫療與照顧為居民提供地域化的服務，重點包括「強化地域綜合支援中心機能」、「失智症對策的推進」、「確保高齡者居住安定」、「充實照護預防及生活預防支援」及「推動居家醫療與照護合作」等。

2.課堂發言紀錄：

Q1.地域支援中心是否同時具備老人福利及介護保險窗口?是由市役所自設還是委託民間設置?市役所有無補助，人員由誰聘用?

回復:基本上屬於綜合服務與受介護諮詢與申請的窗口，由市役所自行或委託民間民間社會福祉法人或醫療法人辦理，由承辦機構聘用人員，會依照該中心所涵蓋的人口比例協調後給予補助(每年共補助7個支援中心共2億1千萬日圓，平均一個中心一年約3千萬日圓)。

Q2.高齡者住宅為整修還是新建，是否為公營住宅，對於老人住宅修繕的補助有無與介護保險連結?

回復:以民間新建住宅較多，也有部分為舊住宅改建，基本上無公營住宅，這也是三鷹市移入人口增加的原因之一，經介護保險認定者會由保險給付，而未認定的則有住宅改善補助。

Q3.三鷹市的特色為醫療與介護的整合聯結，由哪一個單位來推動?

回復:今年組織了一個協議會，包括醫師會、護理師、藥劑師等十幾位不同專業人員，會討論如何整合連結資源。

3、小結：

三鷹市在中央整體的介護保險制度推動下，仍重視以市民為主體，並以市民的意見為中心，整合相關專業人士建立機制提供相關服務，未來也提出包括「強化地域綜合支援中心機能」、「失智症對策的推進」、「確保高齡者居住安定」、「充實照護預防及生活預防支援」及「推動居家醫療與照護合作」等具體策略強化在地照護系統。

(三)日本整體介護人力的供需：

依據厚生勞動省社會援助局對於高齡福祉人才培育政策之簡報內容與說明，課堂發言紀錄相當多，僅摘述如下:

Q1.獲得介護服務的方式，有關申請介護服務的流程，是由誰認定個案需要介護的程度。以及介護保險之個案管理師(care manager)扮演的角色?

回復:有需要的民眾到市町村區公所提出申請，經由諮詢服務及確認清單(Check List)，交由電腦初步統計後判斷個案需要介護的程度。申請介護服務流程的諮詢部分是由個案管理師提供，並完成後續的照護計畫。

Q2.獲得介護服務的方式是由市町村來做認定調查，只要認定調查，即可確認需要的介護，還是「認定調查」及「醫師意見書」二個都要做?

回復:不是每個人都需要醫師意見書，比較特殊的個案才需要。市町村先將確認清單交由電腦初步統計，第二次再由審核團隊來做認定，團隊會依個案的狀況，指派適當的人員到個案家中，實際了解需要介護的程度是否與電腦統計的相符合，之後再判斷個案需要介護的程度。

Q3.市町村審核團隊?

回復:其組成包括：醫師 78 人、保健 26 人、其他福祉專家學者等約 136 人，組成人數不一定，要依每個自治體的大小而定。

Q4.為解決介護人力不足的問題，有補助介護系學生學費 80 萬日圓、曾有執業登錄的介護士再職準備金 20 萬日圓，是否屬於借貸要歸還?在此鼓勵政策下，曾有執登介護士又回流執業的成效如何?

回復:因應鼓勵政策發放的補助金不用歸還，也沒有利息，學費補助 80 萬日圓是依最低的標準計算。去年才剛施行此項鼓勵政策，目前尚未有數據以瞭解執行成效。

Q5.地區綜合關懷體系的建構，有做哪些措施來預防介護問題的發生?

回復:生活支援例如舉辦活動、安排簡單的運動、唱歌等。

Q6.每3年檢討一次介護保險,在持續改革過程中有哪些覺得比較棘手、不容易獲得共識,國會是否也會反對持續調高保費?

回復:民眾及國會也是會反對調高保費,但因應需求經費愈來愈高等問題,我們會讓民眾認知除了用於提供介護醫療服務之外,還有做預防介護發生等其他措施。

Q7.介護保險的經費來源,主要是預算還是稅收?

回復:因為大部分的人有工作,且公司也有賺錢,因此在補助預算這部分主要的財源仍是來自稅收。目前國家徵收有:所得稅、消費稅、營業稅、贈予稅;市町村徵收有:房屋稅、地價稅等地方稅;都道府縣徵收有:都民稅,有些稅會重複徵收。

Q8.地區綜合關懷體系的建構,有關提供生活支援的相關措施,是否有結合中央部會共同推動及執行?

回復:生活支援主要是由市町村負責,厚生勞動省只是鼓勵市町村推動,但仍有扮演整合的角色。

Q9.有關認定需要護理(需要支援)人數增加 2.79 倍,是需要護理的人增加,抑或需要支援的人增加?

回復:要介護度 1、要支援度 1.2 的人數均有增加,較以往增加了 3 倍,即預防的部分增加較多。

Q10.鄉村偏遠地區需要照護的人,是否會因為偏遠地區而有不同的給付?

回復:因為財源是市町村,為了不讓偏遠地區的高齡者付太多的經費,因此提供的服務會比較少,是由市町村針對地區狀況自訂的。

Q11.有關「夜間上門護理」提供的內容及使用效果如何?

回復:夜間時段是指晚上 6 點至隔天早上 8 點,如果家人無法照顧時會請介護服務員至家中,有關使用「夜間上門護理」的費用計算方式,基本負擔是一個月一次是 981 日圓,定期(如洗澡、上廁所)如一周晚上 2 次,每次是 368 日圓再乘以當月使用的次數,如果臨時訪問(如突然跌倒需人協助)是 560 日圓;另 2 個介護員以上同時訪視,一個人是 754 日圓。

II、研究重點 II：社區整體照顧體系發展

社區整體照顧體系建置是因應高齡化社會最大的支持系統，以個案（家庭）為中心。提供具備「介護」、「醫療」、「預防」等專門性服務為前提，並建立五個構成要素與觀點：**【醫療+看護】**【介護+復健】**【預防+保健】**【生活支援+福祉】**【居住+居住方式】**。已達成建立自助、互助、共助、公助（體系化、組織）之社會。

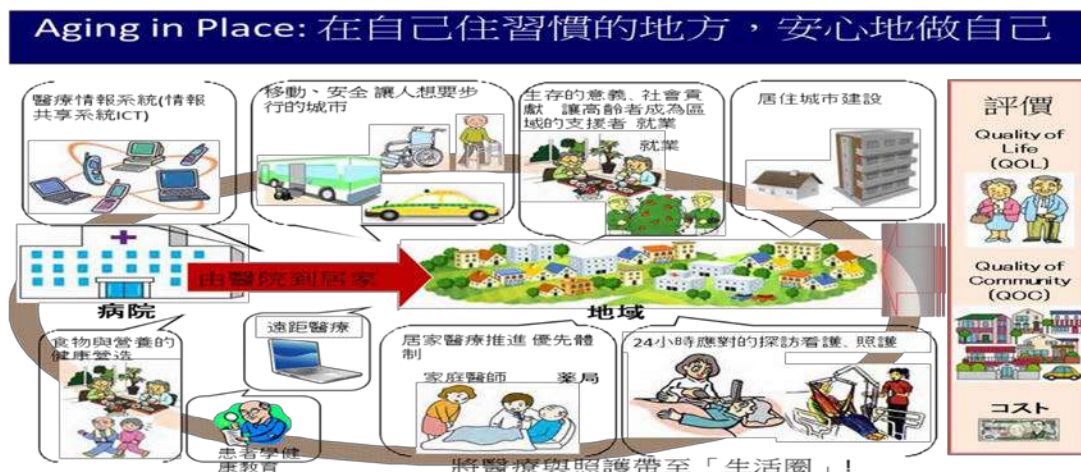


圖 17 Aging in place 綜合感知的城市構築

從社區整體照顧體系以柏市豐四季台社區為示範點，從醫院端到居家醫療，居家安寧，並在社區內的各項生活支援系統包括住宅（青銀共居）、生活支援（輔具交通）、介護預防或介護設施（日間照護、小規模）及重要的全民衛生教育識能等，讓高齡者可以在自己習慣的地方具生存的意義、社會貢獻，安心、安全的做自己。

（定點研習及案例參訪：豐四季台社區、醫療法人社團實幸會苛原診所、公益財團法人安服介助員培訓機構、世田谷區立特別老人養護機構北澤苑、筑波大學附設醫院失智症日間照護、東京大學先端科技研究所、土浦協同病院、外骨骼機器人公司）



一、參訪機構名稱：東京大學先端科技研究所

(一)機構代表人員：東京大學先端科技研究所 廣瀨通孝教授

(二)參訪內容摘要：

參訪主題內容為「高齡者工作與生活支持 ICT 平台實驗室」，廣瀨教授實驗室(Cyber Interface Lab)著重於利用 ICT 結合人與電腦間的溝通，虛擬實境(Virtual Reality, VR) 技術的開發及應用，利用 computer simulation 以及可視化技術，甚至加上數值生物力學等 讓使用者有現實感及臨場感，結合數學與 3D 解析，利用可穿戴式的配備和數位內容進行運算，所做出的 VR 成果，確實是“百聞不如一見，百見不如一體驗”。例如“五感”情報通訊技術，以圖像的調整技術為基礎，開發三維虛擬空間並增強實境技術，使得視聽功能能有觸覺、嗅覺、味覺、感覺等多功能，未來或可被用來影響人體的感官。例如可讓鏡中看到自己總是維持“笑臉”，擴展持久飽腹感(看到的 enlarged cookies，會讓自己少吃些，改變看到杯子的高度會影響飲料喝的多寡，因此可利用這項工具進行攝食行動的改善)也可透過擴增實境介面深度認知行動喚起感情，在不同擴增實境介面顯示喜好度與接受度，另外也可利用大數據處理技術來獲取人的生活紀錄，進行各種服務概念提案，以建構體驗室互動設計系統及應用推廣。例如對消費預報、肌力訓練、短期工作媒合等等多元應用系統開發。該實驗室未來在以下領域正大力前進：



廣瀨教授研究室

第二世代 VR 技術更加洗練，包括 HMD 立體發展到廣視野角，高精度解析 Computer Graphics 將實世界與 VR 空間結合，在閉鎖空間的擴展於

屋外解放空間。

Cross-model Interface，感覺間相互作用，例如認知→ 知覺(五覺)→ 感覺器(目、耳等)→ 視覺(光、音等) → 其他感官，以三次元形狀變形提示。未來預測與認知行動，均是未來發展方向。



圖 18 第二世代 VR 技術

(三) 課堂發言紀錄

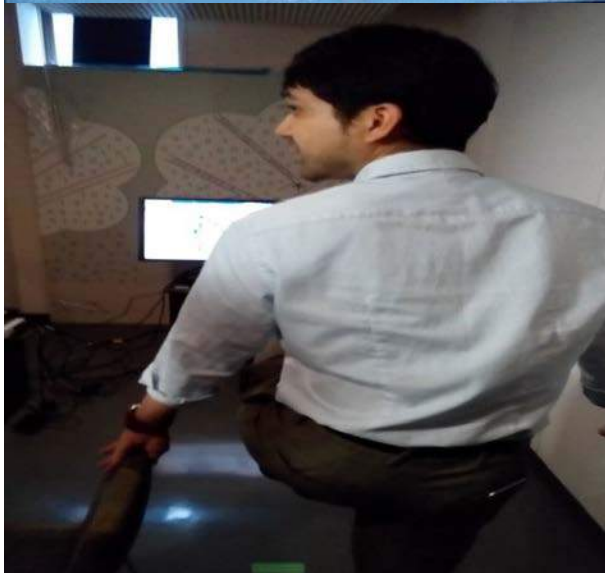
1. 擴張持久飽腹感：看到 enlarged cookies 會讓自己少吃些，看到 shrunk cookies 會讓自己多吃，這個系統似乎可以控制改善攝食行動，不知戴的 interactive 眼鏡是否會不舒適，是否會是實用上的瓶頸？

2. 將過去的影像重疊在實境中：這個裝置十分有趣，對瞭解一個地方的變革應有很具體的幫助，目前是看到一個影像重疊，可以是隨時間 dynamic 變動嗎？

3. Yubi-Toko 視覺刺激擬似觸力覺，視觸覺相互作用：看到雪地上不同阻力的狀況，手的觸覺也會有不同的阻力感受(實際上都是平板)。這個成果很有趣，但是沒瞭解它的實用是那方面？

4. Virtual Time Machine：時間軸與空間軸結合是更進一步的研究，將長期行動履歷蓄積統合，用過去到現在的時間在不同空間中體驗，似乎是進入時間機器轉換時代，這個部分在研發中，很令人期待。

照片集錦



復健使用的體感捕捉器	團員實地練習 一致度達 94
研究室人員講解說明體感器	藍色代表使用人一致度 98

GBER 系統

二、參訪機構名稱：柏市市役所及豐四季台社區

(一) 機構代表人員：東京大學高齡社會總合研究機構

1. 辻哲夫教授
2. 飯島勝矢教授 柏市市役所及豐四季台社區
3. 株式会社学研ココファン 五郎丸徹社長
4. 株式会社東急リゾートサービス張鏡潔主任
5. 東急不動産株式會社 田中康夫先生

(二) 參訪內容摘要：

1. 專題演講：以地方支援體制為基礎擬定早期預防衰弱之策略

日本老年醫學會將高齡者筋力與活力衰退的階段命名為「Frailty」。至今我們將這些現象視為「老化現象」，現在藉由統一名稱，目標是醫療與照護的意識改革。Frailty 意思是虛弱的英文。健康與生病之間「過渡的階段」75歲以上有許多人會經過這個階段後會陷入需要照護的狀態。隨著身體高齡，筋力衰弱現象稱為「sarcopenia」，漸漸地生活機能整體降低，變成「Frailty」。

美國老年醫學會的評價法以(1)移動能力的降低(2)握力的降低(3)體重的減少(4)疲勞感的自覺(5)活動程度下降，當中有三者即認定。根據國立長壽醫療研究中心的調查，愛知縣大府市所居住的 65 歲以上高齡者約 5 千人(除了腦死中等的疾病)當中有 11%有衰弱的症狀。藉由吃含有蛋白質的飲食以及定期的運動，可以預防、延緩這個階段。

京都大學荒井秀典教授表示「適當的應對，有助於身心常保良好」。(土肥修一)人會在什麼方面漸漸衰弱呢?分三面向:『身體』的虛弱 (physical frailty) 『精神』的虛弱 (mental frailty)及『社會性』的虛弱 (social frailty) 而面對多樣性的衰弱症我們應如何因應，飯島教授特別指出

(1)預防生活方式造成的相關疾病:走路、活動及飲食(八分飽) 【注意】老年人減重與 BMI 值間的矛盾飲食的錯誤認知

(2)照護預防重視早期預防型◆走路、活動◆細嚼慢嚥◆參加社會貢獻(不關在家裡)

(3)虛弱期的照護應包含醫療、照護、住宅的照護系統◆地域支援照護與在宅醫療的推動◆醫療照護的總合性服務◆重視生活的品質(QOL)

何謂 Sarcopenia 肌肉減少症其<判斷基準>

A. 低肌肉量···四肢(雙手足)的肌肉量 B. 低肌力···握力 C. 低身體能力···平常的步行速度

所以應以「肌肉減少症」做為需要照護的起點思考東京大學高齡社會總和研究機構飯島教授之團隊就機能降低「症狀明顯化之前」的觀點～策略性的學術研究以「柏市」為實施示範目標：

在居民部分：以衛教及篩檢為重點使居民能清楚明瞭並彼此能確認簡易評量法(確認虛弱)與了解早期照護重要。在公部門端：擬定以居民為主體的策略，成為身體健康高齡者的虛弱預防支援者。另維持高齡者的『飲食能力』所需要思考的是：除考量本身即是多重疾病及多種藥劑併用外其社會性、心理(心)認知、經濟(貧困)身體(包含口腔) (肌肉減少症 Sarcopenia)、口腔、吞嚥機能(殘齒、咀嚼、吞嚥、口腔內衛生等)營養(營養攝取、平衡、營養狀態、對食物的錯誤認知、等)等等都是複雜的且重要的為了不要像骨牌般倒下！東京大學高齡社會綜合研究機構提出：

(2)失去與社會的關聯是衰弱的起點的呼籲：健康長壽的『3大支柱』

A.營養飲食・口腔機能 ①蛋白質攝取②口腔衛生與定期檢查

B.身體活動運動、社會活動等 ①多走動②稍微努力訓練肌肉

C.社會參與、就業、閒暇活動、志工活動 ①與朋友一起吃飯②正面的參與社會透過虛弱預防，構築快活的城市～向全國展開～最後由多種面向來應對虛弱，以『社會參與』為核心，預防虛弱。產(企業團體).官(行政市町村).學(大學.學術團體).民(居民.專門職業) 四面向共同創造『Aging in place 綜合感知的城市構築』

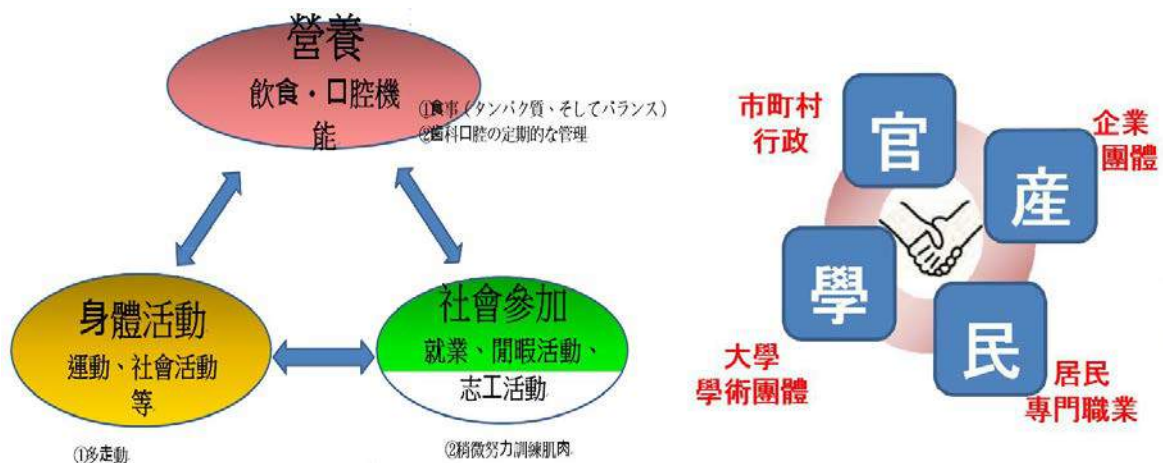


圖 19 健康長壽的『3大支柱』圖

2. 案例參訪：豐四季台住宅的背景及高齡再就業的創造千葉縣柏市市役所 Kashiwa City (柏市市政府)基本資料概述：

距東京 30 公里，人口數 41 萬人有足球隊的城市，屬東京都千葉縣西北部的一個商業城市，面臨少子化及高齡化問題。豐四季台地區高齡社會綜合研究會為柏市、東京大學老年醫學研究組織（簡稱東京大學 IOG 及獨立行政法人都市再生機構（簡稱 UR 都市機構）等三單位共同事業體組成，並以醫療、照顧地區醫療為據點。社區中設有「社區醫療連繫中心」，作為推動在宅醫療的設施，並引進福祉服務事業，在老人住宅的一樓開設 24 小時居家照護服務的長照機構和社區整體照顧支援中心。

最後營造出有「生活氣息」、可以持續勞動的環境，設有「事業統籌組織」，協助高齡者就業媒合與勞務管理，銀髮族就業對個人的第二人生課題及地區振興都有貢獻。業務項目包含永久性在住家生活的城市(在家醫療)、永久性活躍參與城市與敬老事業(長者有生存價值、就業環境)等。千葉縣柏市的長壽社會城市營造目標(1).了解高齡化的現狀與課題 (2).柏市豐四季台的地區長壽社會城市營造 (3).創造新的生活意義：具生活價值的就業勞動、具幫助意義運用高齡者的力量活化城市因為高齡者擁有知識與技術、以及豐富的經驗、明確的判斷力，在地區性社會更能夠運用。

實踐具生活意義的就業勞動事業 5 種領域 8 種事業自 2011 年起推動「長壽社會造鎮計畫」，為因應快速人口高齡化問題，鼓勵高齡者繼續就業，研究指出高齡者若能持續工作將有助於減少老化，也可以讓高齡者可以維持生計亦感受到生命的價值，其鼓勵繼續就業的性質不是勞動性，是屬於專業性的，工作時間可以是每星期 3 天以上，每次 4-5 小時，也可以是每星期 2-3 天以上，每次 2-4 小時，可以依據工作內容來調整工作時間。高齡者繼續就業的工作類型有從事農耕、植物栽培和屋頂的農園事業、地域的食堂、學童學習支援、或到幼稚園照顧提早到校或晚歸的學童、協助日常生活事務處理、特別老人養護機構從事助理性質工作。研討會的訓練與體驗學習修業完成者 528 名當中 235 名就業勞動（平成 27 年 9 月至現在）高齡者雇用的機制重點：(1)促進雇用意識的變革(2)雇用事業的擴大以及確保雇用者(3)活用 Work sharing 工作共享(4)雇用者與雇用事業者所聯繫的角色是必要的(5)高齡者工作的意義

(四)發言紀錄：

Q1.東京大學與柏市合作方案為何?中央政府的角色

回應:飯島教授及辻哲夫教授 最重要的是柏市市役所的意願與動力。

本案執行思考:老化為必經之過程，讓老人在習慣的環境中持續生活，送設施機構是不好的選擇，希望以在宅醫療照護為主，將各項服務輸送到家。並以社區為基礎的健康照護體系。醫院功能的再創是過程而非終點(以往過世

者有 80%是在醫院)。醫院無法接收所有失能之高齡者全國市町村應重新檢討，體系重新建立，由醫院轉為以家庭為中心之健康照護。

東京大學花 3.5 年時間，在前期主要設計規劃系統模式、組織訓練專業人員(醫師、護理人員、照護員)及教育，並派駐人員引導。在運作期持續培訓並回饋，了解問題、確立問題、解決問題，並在推動委員會中當任顧問，整合研討提供修正策略，製作推廣手冊並成為學術成果。

柏市市役所前期財務行政支持並參與規劃。運作期實質監督執行。在這過程中地區醫師公會必須參與討論及提供支援。中央政府在本案給予全力支持並推行至全國，協助建立理論執行、找出問題、解決問題雙向回饋溝通並出書以為全國遵行。

Q2.UR 機構在體系中的角色與期待(利基)

回應:該機構係為本案之土地開發商，參與並負責建築規劃與設計。



圖片出處：U R 都市機構 | WEB UR PRESS vol.36

| 生きがいのために働いて無理なく、楽しく、地域に貢献



圖 20 豊四季台団地 Cocofump 有服務的老人住宅



在集合住宅區內設置「社區醫療聯繫中心」，作為推動在宅醫療的設施。它也扮演在宅醫療活動的協調者，肩負多專業間連繫的訓練工作，市民諮詢窗口和對社區宣導的工作。其次，在老人住宅的一樓，開設 24 小時服務的居家護理所、居家服務所、提供到宅診療的診所、小規模多機能照顧事業所、團體家屋（group home）和社區整體照顧支援中心。最後營造出有「生活氣息」，可以持續勞動的環境，例如老人住宅旁有幼稚園，特別養護設施，還有可以種菜的菜園等。



柏市地域醫療聯繫中心，由市役所辦理內有十三位工作人員，包含四位事務管理人員，七位護理及其他專業人員，一位特約醫師，一位牙科醫師，一年業務經費約三千五百萬日幣(不含人事費)。社區整合支援中心的營運主要項目：介護預防照顧諮詢、總合相談支援業務、權利維護業務、照顧諮詢評估支援。

三、參訪機構名稱：世田谷區立特別老人養護機構(北澤苑)

(一) 機構代表人員：岩上広一

(二) 參訪內容摘要：

1、世田谷區人口 89 萬人，老年人口 17 萬 8,000 人，佔總人口比例 20%。世田谷區特養機構有 2 類型，公營 3 家，民營及公辦民營計 16 家(以後不會再有公辦民營的設立)，總床數 1,452 床，床位量是不足的。

2、世田谷區立特別老人養護機構(北澤苑)設立平成 12 年，至今年是第 16 年，為地下 1 樓、地上 4 樓的綜合機構。1 樓設有日照中心收托失能 38 人、失智 12 人，另外設有居宅介護支援事業所、訪問介護事業(居家服務)、訪問看護事業(居家護理)及獨居老人送餐服務(目前送餐 65 人)以及美容院(由志工經營，收費便宜)；2 樓至 4 樓為養護中心，養護床 100 床(有 1 人房/2 人房及 4 人房)，短期臨時住宿 25 床。因屬公辦民營性質，入住除依

介護保険専任評価点数外，收不收住區行政機關有主導權。日照服務有短時數(1至5小時；每回1,200日幣)及長時數(5至7小時；每回1,200至1,400日幣)之分，養護床入住費用1個月10至15萬日幣(含伙食費)因為公辦民營性質所以較便宜，而且只提供市田谷區區民申請使用，目前有1,843人候補，每年出缺25人。採機構跟家裡移動機制，全國6,500家只有5家採行這機制。

3、北澤苑規劃活動提升長者生活品質，除安排志工帶活動外，社區國高中也會到院進行音樂表演，夏天吃流水麵，機構雖不能飲酒，但8月舉辦喝啤酒活動以充實長者生活。

4、北澤苑在照顧上強調復健重要性：

(1)復健方面(強調個案不是進到北澤苑後就永遠臥床不起，透過訓練恢復功能)案例1：垂直腳經復健師訓練六個月後可以用助行器行動。案例2：失禁坐輪椅站不起來奶奶，家人希望她住機構，介護制度則希望服務到家，住家裡家人也可照顧。住進北澤苑後在物理治療師協助腳往前移，2個月可用輔助車行動，1個月後可稍微走路及上廁所，家人也同意讓她回家住。在家如果功能下降則可再回到機構。案例3：29年中風男性個案，只能坐臥，因母親無法照顧而求助機構，當被發現時已64歲。在機構持續復健三個月後可持助行器走路，回到家第一件事是到柏青哥打彈珠。北澤苑強調機構照顧的重點不是只讓他行走，而是達成他的目標。

5、北澤苑也藉由水分補充、飲食營養、如廁排泄及走路運動等4方面做好基本關懷照顧：

(1)水分補充方面：人體每日應該補充多少水分才能滿足需求？由下表可知每日必要飲水量為1,500毫升。

水がなくなると どうなるの？
水没有的话怎么样？

%	水分量	起こる症状 发生的症状
1~2%	500	意識障害 意識障碍
2~3%	500~700	発熱 发热 循環機能に障害 在循环功能是故障
5%	1250	運動機能低下 运动机能减退 (特に耐久力) (特别耐力)
7%	1750	幻覚の出現 幻觉的出现
10%	2500	死亡

施設でよく見る
在设施好好看
・椅子の上で寝ている
正在椅子上睡觉
・机に伏せて寝ている
对桌子膝下,正睡觉

体重50キロの方を例に、水分の欠乏による症状の出現
在例子朝50kg体重的方向是出自水分的缺乏的症状的出现

出ていく (ml) 走掉		必要量 (ml) 需求	
尿	1500	飲水	1500
不感蒸摂	700~1000	食事	700~1000
便	200~300	燃烧水	200~300
計	2400~2800	計	2400~2800

不感蒸摂 体内細胞は代謝の中で38℃の熱が出ます。その熱をそのままにしておく熱が蓄積して死に至るため出ている熱を捨てるために使う水(皮膚から蒸気になる)
在不感蒸摂体内細胞进行代谢的里38度的发热。由于那个热保持原样为把为做的话热累积起来,死,至出来的热扔掉用的水(从皮肤变成蒸气)

燃烧水 細胞の中でエネルギーが燃えると、水と炭酸ガスが発生する。細胞の中で自家生産している水です。
源在燃烧水细胞中着火的话水和二氧化碳气体产生。自家在细胞中是正生产

而水分不足會導致意識暈眩、發熱、機能下降，嚴重的甚至休克死亡。當坐著昏睡的老人有可能是脫水，所以需要補充水分。北澤苑藉由資料管理，基本上每位老人以 1,500 毫升進行管理。透過觀察老人是水分不足發燒還是疾病發燒，許多案例因補充水分改善而非以藥物治療。另外失智症長者從中午到傍晚補充水分也可改善焦躁不安情緒。因此，機構會為老人家準備各類飲料以補充水分。

(2) 營養飲食：依日本人食事攝取基準之概要（2015 版）建議各年齡層的營養需求必要量如下：70 歲以上男性至少需要 1,850 卡、女性則為 1,500 卡，另 70 歲男性糖尿病患者最低也要 1,200 卡、70 歲女性糖尿病患者最低也要 1,010 卡。缺乏營養相對缺乏體力，營養不足也易引發疲倦、浮腫、褥瘡、感染與疾病惡化等症狀，因此北澤苑相當重視營養管理，由營養師針對長者餐食進行調配管理。

なんで1500kcal必要か

基礎代謝(年齢別・平均)		
年齢	男性	女性
10代	1600kcal	1250kcal
20代	1550kcal	1210kcal
30代	1500kcal	1170kcal
40代	1500kcal	1140kcal
50代	1400kcal	1110kcal
60代	1300kcal	1060kcal
70代	1200kcal	1010kcal

糖尿病の人でも 1200kcalは必要!!
在糖尿病的人也 1200kcal是必

目標とするBMIの範囲 (18歳以上) 1.2

年齢(歳)	目標とするBMI (kg/m ²)
18~19	18.5~21.9
30~69	20.0~24.9
70以上	21.5~24.9 ¹⁾

日本人の食事摂取基準(2015年版)の概要より

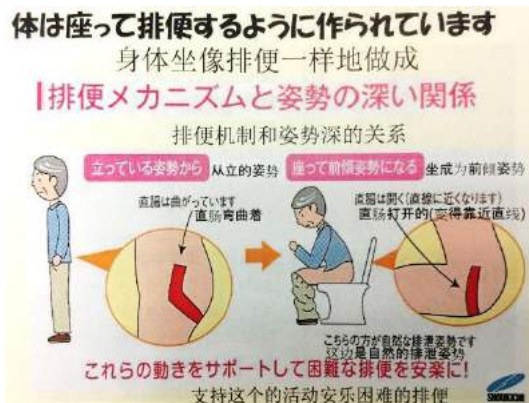
低栄養になると・・变成低营养的话・・・

- ①筋肉や骨の減少に伴う体重の減少(疲れやすい)①
伴随肌肉和骨的减少的体重的减少(容易累)
- ②筋肉や骨の減少に伴う運動機能の低下
②伴随肌肉和骨的减少的运动功能的降低
- ③タンパク質不足による皮膚の異常(浮腫・褥瘡)
③由蛋白质不足的皮肤的异常(水肿・褥瘡)
- ④免疫力の低下による感染症(日和見感染)
④由免疫力的降低的感染症(观察天气感染)
- ④由免疫力的降低的感染症(观察天气感染)
- ⑤体力低下の悪循環による疾病の悪化
⑤由体力降低的恶性循环的疾病的恶化
- ⑤由体力降低的恶性循环的疾病的恶化
- ⑥生活自立度の低下に伴う要介護の上昇
⑥伴随生活自立度的降低的要看护的上升

1日の消費エネルギー

あまり運動していない 不太运动	けっこう運動している 相当运动着	かなり運動している 相当运动着
基礎代謝 × 1.5	基礎代謝 × 1.75	基礎代謝 × 2.0

(3) 如廁排泄依人體結構而言：是需要坐著排泄，直立排泄不易則需要使用瀉藥，使用瀉藥則無法控制，就導致要包尿布，同時讓老人家坐著上廁所也是維護他（她）們的尊嚴。但目前日本人才培育的學校都沒有不要包尿布的觀念，而是教導如何包好尿布，但調查住民有 70%表示要包尿布寧願不要住，因此在北澤苑連臥床不起的老人家也要訓練到廁所坐下來排泄。另外調查 93%表示不希望排泄服務，因此研發助排的器具（如下圖），墊子壓在腹部，增加腹部的壓力以助排泄，為維護長者尊嚴，使用輔助器具介護士可在廁所外而讓老人家自己自行使用輔助器具如廁。規律生活讓住民養成固定排泄時間，以參觀時 100 位長者的排便狀況，中午前 65 位，午後 32 位，夜間就寢後 0 位。照顧案例：1 位無意識的老人家，碰下顎張口餵食，2 個月後在早餐 30 分鐘後可到廁所排出如香蕉狀的健康排泄物。



(4) 走路運動：運動可增加老年人肌肉，也可增加腦內啡，讓身心暢快而想法上也有正向思考。所以北澤苑會讓長者先抓著扶手站 5 秒後 1 步 2 步逐漸增加來訓練復健走路。會由介護員來幫助長者走路訓練，介護員因為照顧機會來執行走路訓練，也讓老人家以走幾步路來做生活復健。照顧案例：1 位女性長者，入住時服用精神藥物，經走路復健後可取消精神藥物，之後臉部表情有極大明顯的改變，老人家及家屬都很高興。北澤苑藉由上述的照顧法則加上住民口腔清潔衛生及藥物(精神科藥物及安眠藥)減量，住民住院天數逐漸減少，肺炎及尿路感染的也減少很多；而跟世田谷區其他特養機構比較，北澤苑住民入住醫院的日數相對少很多的。

6、2000 年介護保險開辦，住民進住機構床位則使用到老死，即使到醫院也會保留床位，但想住機構的人多而床位數相當有限，大部分還是在家裡生活，但被保險人開始抱怨交稅交保費卻使用不到服務，因此 2005 年介護保險就有了改變，床位不是為特別單 1 人使用而是可多人使用。目前 1 床位會簽約多人使用，最長使用 3 個月，短的也可以，如 A 住 3 個月轉 B，B 住 3 個月轉 C，C 住 3 個月後又轉 A。不住機構在家裡就由居家服務員到宅服務，如果在家生活功能退化了又可申請入住機構，功能回復時又可轉回家裡生活。



7、失智症患者在機構 3 個月太長，回到家裡會不適應，因此會以 2 個月在機構生活為主。北澤苑在失智症住民的照顧上，介護員要記錄生活中造成長者生氣憤怒的用語而避免再使用該話語，不用負面的說法如不要吃的到處都是，那長者可能就生氣就說那我就不要吃了等等。

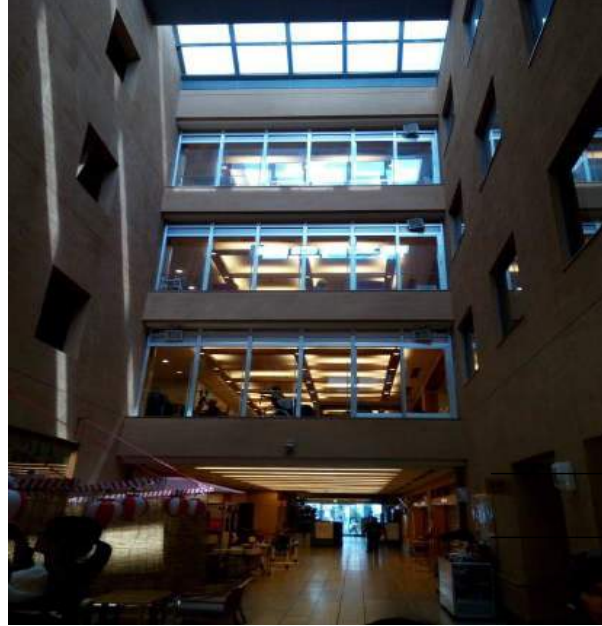
8、北澤苑施設長表示，要不要採行分享床位的方式目前是由機構自己決定，因為分享床位方式需要較高的人力、財力，如前所述全國 6,500 家機構目前只有 5 家採行這機機制。日本也有較不願意送父母或祖父母到安養院觀念，北澤苑有住宿及居家服務及居家護理，因此不會有送進機構終老的目標，而是可再回到家裡生活，因此配合政府政策，建置在宅、入所相互機制，讓長者可入住機構也可回到自己熟悉環境家裡生活。當然，這部分政府因政策關係有鼓勵機制。

9、介護員不足，10 年前因媒體報導介護員工作好，薪水高因此有很多年輕學生投入，但幾年前媒體又報導介護員工作辛苦，待遇也沒那麼高，所以目前介護人力是缺少的，施設長表示政府想增加人手但似乎慢了，政府如不好好培養人才，供需不平衡，未來可能要引進介護勞力了。

10、機構參訪集錦：



入口招牌	北澤苑外觀
復健空間	居家服務 辦公空間
日照服務	3 樓服務台



明亮無障礙走道

4 人房

洗澡床

醫務室

明亮挑高中庭

牙科診室

(三)課堂發言紀錄：

Q1.有關在宅、入所相互機制，長者離開北澤苑回到家裡是由北澤苑提供居家居家服務?

答：當長者轉回家裡時如有需要居家服務是由北澤苑提供。

Q2.當長者轉回家住，如有緊急在入住特養機構需求，但因床位為多人使用，此時已轉由下一位住床，這時會如何處理?

答：長者如果轉出但原床位已有他人暫住時，那就需要到別的特養機構了。

Q3.剛施設長提及分享床位的在宅、入所相互機制是政府政策，經營成本較高，請問介護保險有無鼓勵誘因?

答：平成 26 年之前是只有介護度 3 至 5 才能使用，平成 26 年之後就開放介護度 1 至 5 都可使用這類機構，另外介護保險給付點數由 30 點增加到 40 點。

Q4.請問機構照顧人力

答：介護員正職 7 人、兼職 5 人；復健師正職 3 人、兼職 3 人；護士正職 4 人、兼職 6 人；齒科保健員正職 3 人、兼職 3 人；6 位合約醫生；營養師正職 2 人；廚工正職 4 人、兼職 9 人；照顧管理員 5 人，訪問護士正職 3 人、兼職 4 人；居家服務員正職 3 人、兼職 2 人；行政人員正職 4 人；兼職 2 人。

四、參訪機構名稱：公益財團法人安服介助員培訓機構(以下簡稱安服培訓機構)

(一)機構代表人員：畑中稔理事長、向笠高弘理事、富樫正義室長

(二)參訪內容摘要：

1.安服培訓機構是有感於日本超高齡社會，衍生出公共空間需要無障礙服務的「安心服務介助員」。其目的是要任何人都能安心、安全、安定的生活，朝向建構良善環境、豐富內心、充滿溫暖人情味的共生社會。

2.所謂「安心服務介助員」就是協助高齡者或身體行動不便者在居家之外的公共區域能夠安心活動。這是有別於「居家照顧服務員」進行居家看護的飲食、洗澡、換衣、排便等事項。「安心服務介助員」主要是協助高齡者或身體行動不便者在外面所面臨的問題，例如：要如何安全的操作及推動輪椅?要如何和視覺障礙及聽覺障礙的人士做溝通?要如何以讓對方放心、安心的肢體接觸去引導及幫助他們。



畑中稔理事長向本訪問團說明安心服務介助員之情形

3.剛開始安服培訓機構向厚生省提出計畫，但未獲厚生省支持，又向經產省說明，經產省建議應針對百貨公司做市場調查，又當時日本介護保險法剛實施，所以百貨公司有賣輔具，但百貨公司的職員卻連輪椅都不會操作。安服培訓機構認為，這些百貨公司等服務機構的職員不需要非常專業知識，但需要一點點基本常識。後來經產省又再建議安服培訓機構，考量日本人喜歡認證，因此做成訓練講座，並進行認證。

4.另也有一促成事件發生，是有一位腦性麻痺身障者要乘坐地鐵，車站人員也提供協助服務，但因車站人員回頭服務其他乘客時，忘了把這位腦性麻痺身障者的輪椅用上煞車，剛好月臺有約5度的斜度，輪椅就移動而差點發生意外，後來該身障者也對地鐵公司提出告訴，地鐵公司也認為需要改善且不應該再發生此事件。後來日本在2004年公布「障害者差別解消法」，要求大型的交通公司要有一些無障礙措施，例如電車車站每天進出5,000人以上者，就要有手扶梯、電梯等措施。所以那時開始地鐵公司、百貨公司等企業就開始辦理所屬職員的訓練，而安服培訓機構有其訓練的資源，所以就與這些企業合作，目前安服培訓機構已和1,000家企業合作培訓。

5.安服培訓機構前身是於1999年11月成立「NPO法人日本CARE-FIT協會」，到了2012年4月日本政府同意改為「公益財團法人安服介助員培訓機構」。剛開始以NPO方式推動非常辛苦，慢慢的以口碑來宣導，尤其有受過訓的人會再推廣，很多都是企業公司出錢讓所屬職員進行訓練。後來除了「安心服務介助員」認證培訓外，也再增加「防災介助員」和「失智症介助員」認證培訓。

6.安服培訓機構提出：(1)希望讓每個人都有殷勤待客之心、(2)希望每個

人有正確的照護技術。該機構認為「任何人都可以把安心帶給社會」，也希望與學校合作，從小學開始推動，從小就培養同理心，並經由體驗了解世上有各式各樣的人。另該機構也針對亞洲各國進行市場調查，因為亞洲高齡人口相當多，希望臺灣也可以培育更多人。

7.安服培訓機構也會與 TASKAL 志工團體合作，在足球比賽、演唱會、演講會等，配置安心服務介助員在現場，讓參加活動的所有人，都能共享感動的環境，目前該機構是有活動才會參與，未來希望有辦公室可常駐，而且希望不只協助高齡者或身體行動不便者，連外國人都可以幫助，只要有人需要就可以來向該機構尋求協助。

8.安服培訓機構除了上述進行介助員培訓之外，也規劃辦理「健康照護農場」，此農場目標是創造任何人皆能共同工作、共同學習的場所，經由介助員的活動支援，創造一個高齡者、身障者和一般人士共同努力地方，並且確保日本農業的再生與食品安全。目前該機構在勝沼的菱山及鳥居平共有 2 個農場。在這六年推動的時間中，該機構發現了日本一些農業問題，如：(1)從事農業人手不夠、(2)農地棄耕面積擴大(全國約有 242 萬公頃棄耕地，約為國土的 1%，約與埼玉縣面積相當，農場附近的農作人力約 80 歲左右)、(3)農產減少、農業衰退、(4)好的農業技術無法傳承、(5)TPP 協定引起食品安全的危機…等問題。

9.安服培訓機構希望將「健康照護農場」做成一個農業事業推廣的模型，規劃對農產品進行 6 級化產業：生產加工行銷販賣。該機構原為人才培訓機構，所以也規劃對身障者職業訓練，並提供工作機會，展開身障者就業勞動支援及偏遠地區的就業協助。主要是「障害者差別解消法」有明令企業需雇用 2%身障者的規定，50 人以下企業不用雇用身障者，50 人以上企業則至少要雇用 1 位身障者，1,000 人以上企業就要雇用 20 位身障者，子公司雇用的人數，可算在母公司的額度上，未遵守規定的公司 1 個人 1 月罰 5 萬日幣(臺灣罰 2 萬)。但會有企業不知所雇用身障者要做那些業務的問題，因此，該機構便規劃協助企業予以職業訓練，由該家企業予以聘任，讓身障者來「健康照護農場」工作，工作的區域也會分隔起來，收穫的農作物則為企業的收益。一方面可解決企業不知如何運用身障者的問題，一方面身障者在農場工作的成果也是企業的效益，最重要是企業的正向形象，可以行銷企業對社會的貢獻。

10.偏遠地區就業的注意事項：(1)企業會想所雇用身障人員就由安服培訓機構去管理就好，但安服培訓機構會與企業在契約上約定企業也需要派一位管理者。且企業之人事單位必須每個月和農場的雇用同仁面談，了解農場工

作情形。另安服培訓機構也會協助企業讓職員做志工或進行培訓，藉由農業體驗，培訓員工：A.人與人的連結密切、B.對於大自然、生產者身懷感謝感恩之心、C.接納各式各樣人的不同想法，具有同理心，以他人的立場來思考、行動。

(2)共育效果(共同成長、共同學習)：A.身心比較健全、不要有太多壓力，重新提起勁。B.改善公司內的人際關係，或是建立新的人際關係。C.對食物存有感謝之意，認識與大自然的共生、共存。D.認識人的多樣性，接受及學習尊重不同的想法。E.破除對身障者的偏見，身障者也有可學習之處，培養大家有平等想法，擴及溝通方法及學習基本的照護技術。

11.當然上述的「健康照護農場」構想還在規劃階段，現在尚無企業和安服培訓機構簽訂合作契約，雖還未正式開始，但目前安服培訓機構租用農場的土地已有 1.2 公頃，管理者有 5 個，未有很有可能越租越多，並預計運用高齡者為管理者。

12.最後，安服培訓機構也提出「連續關懷退休的共同社會 Continuing Care Retirement Community,CCRC」的構想，其想法目的即是要縮短平均壽命與健康壽命的落差，讓高齡者臥病在床的時間縮短，其構想的特徵以農業中心、以自己為中心，有效運用空屋，讓以東京為主的高齡者，在還是健康的階段，安排到其他地方移居(例如山梨縣，因該縣空屋較多)，過著健康有活力生活的同時，也可以繼續接受醫療的照護。

13.綜上，安服培訓機構希望經由介助員培訓、健康照護農場、連續關懷退休的共同社會等措施，希望農業再生、地方創生和一億總活躍，一步一步建構祥如的社會。

(三)課堂發言紀錄

Q1.貴機構有說明「安心服務介助員」與「居家照顧服務員」的服務內容不同，「安心服務介助員」主要是協助高齡者或身體行動不便者在外面所面臨的問題，那請問有關「安心服務介助員」培訓課程科目是那些？

回應：

(1)「安心服務介助員」培訓課程分為自修課程及實地操作課程。

(2)自修課程包含：A 服務介助的基本理念、B 對高齡化社會的理解、C 對高齡者的理解、D 對身心障礙者的理解、E 無障礙服務的基礎知識、F 殷情款待之心與接待之術、G 具體的介助技術、H 對地區社會之貢獻、I 為迎接超高齡社會之法規的範例等。

(3)實地操作課程則包含：A 課程說明、B 討論<高齡者是什麼樣的人>高

齡者模仿體驗、C 討論〈對體驗之感想〉、D 何謂 Gerontology〈創齡學〉、E 殷情款待之心與接待之術訓練、F 輪椅的操作方法演習轉乘訓練、G 如何協助聽覺障礙者、H 如何協助行走障礙者、I 如何協助視覺障礙者與練習、J 導盲犬、導聽犬、輔助犬、K 全方位設計、共用品、L 輪椅操作及引手法之確認、M 綜合練習、N 總結、O 檢定筆試等。



圖 21 訪問團學員體驗安心服務介助員實地操作課程之情形

Q2.「安心服務介助員」培訓的教材是誰編製?

回應：教材是由安服培訓機構自編，如遇有專業知識部份，會請教東京大學或京都大學教授協助，但考量有時教授所撰寫內容過於難澀，所以，該機構會酌予修改，讓教材淺顯易懂。

Q3.安心服務介助員培訓認證是有政府授權的嗎?日本政府有無政策支持?還是該機構自己推動的?

回應：安心服務介助員培訓認證是由安服培訓機構自行推動。日本政府覺得該國的認證已太多了，所以並未有經費支持安服培訓機構辦理培訓認證，惟日本同意該機構成立財團法人時，僅費時 3 個月，一般申請財團法人時程需要 3 年，代表日本政府對安服培訓機構的肯定。

Q4.貴機構所發「安心服務介助員證書」有無時間效力?

回應：是有 3 年的效力，認證之後 3 年需進行一次的回流訓練，倘 3 年不回訓，則證書將予以取消，回訓需再花 2,000 日圓更新證書。

Q5.貴機構目前共培訓多少位「安心服務介助員」、「防災介助員」和「失智症介助員」呢?

回應：截至 2016 年 6 月底為止共要有 13 萬 1,313 人通過「安心服務介助員」培訓，獲得「安心服務介助員」標章。而「防災介助員」和「失智症介助員」目前則各約有 500 人通過。



Q6.貴機構相關宣傳海報均有「安心服務介助員標誌」，甚至理事長及同仁也胸前掛上標誌，剛剛說明時，貴機構也希望「安心服務介助員標誌」貼在擁有「安心服務介助員」資格者的工作場所、集中場所或是車子上，讓高齡者及身心障礙者能一眼就知道。此「安心服務介助員標誌」看起來非常典雅、好看，不知當初設計時所代表的意義為何?

回應：「安心服務介助員標誌」主要是由五個心形圖案所組成，主要是代表了人生的五個階段，每個心型圖案都填滿了濃淡不一的色彩，期待高齡者在人生的最後一個階段裡不要留白，為自己填上更飽滿的色彩。





圖 22 訪問團學員詢問「安心服務介助員標誌」之情形

Q7.貴機構在推動時並無公部門的政策支持，推動過程中有無困難?企業及社會的接受度為何?日本還有其他機構辦理類似的認證機制嗎?

回應：

(1)剛開始 2000 年推動時確實不是那麼容易，所以認證人數沒有顯著成長，起初也會向企業做說明，但經由這幾年的努力，建立口碑，企業及社會的接受度也慢慢提高，尤其有受過訓的人會再協助推廣，因此近幾年認證人數也才持續增加。目前安服培訓機構總部在東京，另在大阪也有辦事處，如有企業要合作，安服培訓機構也會派講師及教材過去進行培訓。

(2)目前日本還有 2 個機構再辦理類似的認證，但都比安服培訓機構辦理的規模小(經私下再詢問此 2 個機構，一為之前創辦成員，惟與安服培訓機構經營理念不符，所以離開另成立；二是由受過安服培訓機構辦理安心服務介助員培訓的學員所成立)。

Q8.請問貴機構辦理「安心服務介助員」培訓費用為何?

回應：企業有補助員工培訓的費用嗎? 培訓費用為 3 萬 8,000 日圓，分為 2 天 12 小時，有輪椅操作、角色扮演及體驗等課程，最後一小時有筆試。會先提供一本教材自學，內有 100 題題庫，通過 60 分後，才可以參加第 2 天培訓。企業多會支應員工培訓的費用。

Q9.貴機構有提「安心服務介助員證書」有 3 年效力，3 年內要回訓，一般認為時間太久了，有關這 13 多萬人貴機構有無運用網站、FB 建立聯繫機制，以促進經驗分享?

回應：安服培訓機構是有網站及臉書，約 3 個月會有一次聚集，來做

交流，做經驗分享。

Q10.貴國於 2020 年將辦理奧運及身障奧運，未來一定有許多需求，不知貴機關有無協助貴國進行人才培訓？

回應：安服培訓機構有跟負責辦理奧運之體育廳合作，培育多一點人才。在安服培訓機構近期發行的刊物上，即有體育廳鈴本大地長官的介紹。



圖 23 畑中稔理事長說明該機構與負責辦理奧運之體育廳合作之情形

五、參訪機構名稱：醫療法人社團實幸會苛原診所

(一) 機構代表人員：苛原實、和田忠志醫師

(二)參訪內容摘要：

1 日本在宅醫療政策背景：

日本厚生勞動省為因應高齡化社會，越來越多老人不便於出門，於醫政局特別設置在宅醫療推動室，著手規劃於社區中推動在宅醫療，提供老人所需要的醫療服務。過去日本的病人通常是在宅死亡，1970 年因醫院與機構大量林立，改變了病患在宅死亡的情況。又 2000 年介護保險制度導入推動後，機構或醫療死亡占多數的現象才有了改變。然日本高齡化持續進展，預期 2025 年將會有戰後嬰兒潮的大量後期(75 歲以上)老人，利用醫療機會更大，屆時若只有介護保險照顧制度將不足以因應老人照護實際需求，因此必須將照護與在宅醫療合作推動才能因應。又日本厚生勞動省每 5 年針對民眾有關死亡場所之統計調查，調查民眾最終死亡前希望在哪生活或臨終場所，結果顯示 60%民眾對於最後希望過世或生活的地點，選擇家裡的比例較高。故日本在宅醫療推動的主要因「75 歲以上老人需要醫療的比例較高」、「民眾大多希望臨終時能夠在家」這兩大因素，尚包括：失智症患者比例提升、獨居老人、老夫妻同住比例提升，此對象需要醫療照護需求增加更須在宅醫療。

2.政策推動：日本政府為提供民眾健康促進、延緩老化同時推動社區整體照護體制，其設計了包括:生活協助、居住問題、醫療、照顧、預防等五個條件整合運作，以達到一體化的效果。在宅醫療主要為醫師和其他醫療相關專家如：醫師、牙醫師、護理師、藥劑師、復健師等，至患者的自家或接近自家的場所進行醫療行為。主要是以患者為中心，涉及多職種專業人員提供之服務，醫師到宅診療為一個月兩次，護理師次數多於醫師，牙醫師因長期臥床之個案牽涉口腔衛生和吞嚥功能，藥劑師工作重要的是確認個案服用藥品的方式與劑量是否正確，並幫個案把藥帶到家。生活照顧與支援則是由照顧部門的照服員到宅做訪視與服務。然生命後期隨著病期轉趨嚴重，在宅醫療可能不足以支應需求，故日本設置社區照護整合中心，將周邊大型醫與在宅醫療作連結與支援，亦即日本推動社區整合照護制度，為維持一定照護品質，個案居家在宅醫療報酬比至機構施行在宅醫療之報酬高。

千葉縣的松戶市，是東京鄰近的重要都市，47 萬人口中，11 萬 4 千人為高齡者；高齡化率 23%(2014)。苛原診療所位於其中，由醫療法人社團實幸會成立，有專任醫師 4 名、兼任醫師 9 名，專任工作人員 61 名(社工 2 名)、兼任工作人員 73 名。提供的服務有:住院醫療(19 床)、訪問看護所、居家照顧中心、復健中心及日間照顧中心。除了提供門診、訪視與住院三種診療服務，同時也是在宅醫療之診療所。以個案為中心，提供 24 小時跨專業多職種的在宅醫療與居家服務。



綜觀日本的在宅醫療：因屬醫療保險，保險的給付對象僅為到院困難之病患，是否符合「到院困難」則由醫師判斷，政府不會過問到院困難的原因。

主要的服務對象以癌症與難以治癒的神經疾病患者、虛弱的高齡人士、失智症高齡者、外傷致後遺症患者及重度障礙疾病患者。

厚生勞動省建議：病症穩定者，醫師每月往診 2 次，但若病情較不穩定的患者增加訪視的頻率為每週或是每週 2-3 次，嚴重患者甚至可能每日或是每日進行 2-3 次訪視，也是可被接受的。

由日本厚生勞動省的網頁資料，可看出高齡者的居家照顧護理使用者數多的都道府縣，居家死亡者數量的比例有偏高的傾向；也就是說社區居家照顧護理師的數量與該地區的居家死亡率有正相關。



圖 24 以三種診療型態來實踐區域醫療

(三) 課堂發言紀錄

Q1. 請問居家醫療個案的照顧分類由誰判定?

回應：由醫師來判定。

Q2. 貴法人社團中有 2 名社工，可請教他們的工作內容?

回應：工作內容包括：個案出院時，辦理出院服務須社工加入評估，居家醫療開始時社工須介入評估，身障者照顧需求時要社工協助評估，介護保險級別判定時須社工協助訪查-----等。

Q3. 介護度 5 的案例如何決定在宅醫療?

回應：居家醫療需個案完全無法行走時才可申請居家醫療、可由個案本身或家屬決定提出申請。

Q4. 在宅醫療中有使用人工呼吸器的個案、若治療無效請問誰決定拔管?

回應：以財政來說在家使用呼吸器是較經濟、也較人性化的醫療，但若治療無效，在日本的法律尚未通過安樂死的條例下，沒有人能拔除呼吸器。



六、參訪機構名稱：筑波大學附設醫院、筑波大學

(一)機構代表人員：筑波大學永田恭介校長、筑波大學附設醫院松村名院長、千鶴看護學類長

(二)參訪內容摘要：

1. 9月2日是參訪的最後一天，上午我們參訪了筑波大學以及其附設醫院，筑波大學早期偏重師範教育方面，在1970年代改革成為新型大學，並結合筑波科研學園發展，現任校長為永田恭介，訪問過程給予熱烈的歡迎，在開場的演講中表達了與台灣持續友好深切交流的意願，事實上該校已在台灣大學設立了台灣辦事處，以推動與台灣的交流。筑波大學的 modern technology 發展得非常傑出，例如穿戴性機器人的開發，有支持負重的，也有醫療用的，在介護領域的應用指日可待，會是高齡社會醫療照護十分有力的幫手，應可大力推廣。筑波大學的研究，除了發展科學技術面，也與社會國家的需求緊密結合。

2. 我們亦參訪了筑波大學附設醫院，該醫院院長松村明亦是大學的副校長，該醫院的目標包括提供高品質的醫療、培育醫療、照護人才，社區醫療與照護體系的整合建置，並提供健康促進、臨床研究、醫療技術開發。

松村明院長做了簡介後，分別有兩個演講，一為森千鶴教授，講題為筑波大學 Japan Expert 健康照護管理學士課程，另一則為精神醫學教授新井哲明，講題為失智症相關。現分別說明一下：第一個演講 Japan Expert 學士課程，將於2016年10月開設針對留學生的新學位課程，目的在培養能理解日本文化、社會及養成擁有日本思考的留學生，畢業生無論在日本國內或是母國關聯企業就業，都能架起其母國與日本間的橋樑。分成四項類別(1)健康照護管理(2)農業學家養成(3)日本藝術(4)日本語教師養成，並需有現場實習的實踐，以健康照護管理方面為例，取得學位為 Bachelor of Science in Health Care。

第二個演講則著重於(1)認知力方面如何進行預防衰退以及(2)在災害時如何進行精神支援活動。(1)包括心理活動、身體活動、知的活動以及教育活動，各部分都有明確推動的項目，每個月要做的 program 也有規劃，例如有運動方面的，音樂方面的。運動療法、音樂療法，可刺激感覺神經。經過臨床研究，參加介入者 MMSE 一年半內由平均 26.6 提升至 28.2，對照者反由 26.43 下降至 24.37；由畫鐘測驗亦可知對視空間認知效果有改善。總體而言，經過介入，在質的變化方面，生活品質(Quality of life)提升，活動力增加，情緒更穩定，體力亦向上。在失智症方面，連結專門醫療及介護服務，重點為早期診斷，專門醫師相談，對付合併症、急性症等。以筑波大學附設

醫院為中心，與茨城縣附近的 6 個醫院連結，形成一個合作網絡。(2)災害精神支援：精神科醫師在大災害過後進行訪問活動，訪問後將老人們分為需去醫院就診的，需導入介護保險服務的，需由地域包括資源中心幫助的，其他則為繼續觀察的，讓人驚訝的是約 80%都需要處置。受災者事後來信表達，受災後感覺什麼都沒有了，什麼都不如意，不知怎麼活下去，這時有人來關問，覺得感動，應要繼續活下去。(3)失智症的團體訓練，當天用奧運五環的顏色連結其意義為開始，並由速寫畫來訓練患者。有觀察到，學員大多都很有興趣，更為感人的是認知情況較好的患者會幫助認知情況較差的。

(三)課堂發言紀錄

Q1.對森千鶴教授演講的發言：這個 JapanExpert Program 有碩士班嗎？

回應：這個給留學生的 program 是學士班，並非碩士班，graduatedschool 另外有 program，2016 年 10 月份入學的含有 7 人其中 2 人是屬健康照護管理的。

Q2.對新井哲明教授演講的發言：參加團體訓練 program 的患者是由那個管道來的？訓練頻率如何？結果有發表嗎？

回應：參加 program 的都是來醫院就醫的，並非在社區篩檢的，此部分還需另外有對策。參加訓練的 program 一星期來 2-3 次，每個月做一次認知測量評估，研究方面仍是 preliminarydata，這方面研究以後可互相交流。

Q3.另一個提出的問題是參與訓練的老師是那些領域的？患者反應如何？有做基因檢測嗎？

回答為：失智症的團體訓練，會與各種 professionals 合作，例如 artists 等，也有心理師等。患者的反應也是有差異的，有的進步快，有的較慢，也有沒什麼效果的。該團隊並沒有做任何基因檢測，因這方面 IRB 管理較嚴格。

七、參訪機構名稱：土浦協同病院

(一)機構代表人員：土城協同病院名譽院長藤原秀臣

(二)參訪內容摘要：

土浦協同病院是位於茨城縣土浦市的地區核心醫院，在今年的三月更是啟用了新大樓含 800 個床位，用於對應所有的疾病急性綜合醫院，主要特色有全年 24 小時無休的急診中心，可供大型直接機起降，附設有 5 種重症加護病房，該院獲得日本醫院機能評價機制的認定，也是各種研修訓練指定之醫院，對於醫療照護培育人才也是佔有貢獻，土浦協同病院附設復健科，除了職能治療、物理治療外，針對現行日本高齡化社會趨勢，也提供各

式服務，以維持年長者的功能活動，提升生活品質，也結合智慧科技與長期照護兩種不統領域，在傳統的醫療照護之外，更加尋求科技化但不失人性化的創新醫療照護，其院內從業人員(如表一)。今川醫療福祉機構為今川醫療福祉集團投資建設的一所可容納 200 人的照護機構，鄰近土浦協同病院，今川醫療福祉集團主要是經營策略與其他企業不同，在於從住宅建設與醫療照護中心兩種層面的不同。過去的照護機構都是以看護為經營中心，而該集團則是將療養做為營運方針，將病房轉變成高齡者專用的租賃型住宅，讓有各種需求的長者能夠更加舒適的生活。

土浦協同病院以綜合地區醫療中心結合「醫學、環保城」醫療環境經濟成行為創辦目標，並結合老年人關懷，育兒支援，健康增進等福祉，醫療設施和日常生活支援設施與公園與自然環境融合的區域，較為特別是該院非常重視病患之自主生活與復健之服務，不僅院內有寬敞有職能治療與物理治療之場地，且以居家生活之環境設計，協助病患返回居家或社區。

土浦協同病院員工人數表(表一)

職位類別	目前人數(人)	職位類別	目前人數(人)
醫生	236	註冊營養師	12
		廚師	8
		烹飪人員	16
護士	754		
助理護士	13	書記	110
護工	3		
護理員	39		
的醫療秘書	17		
藥師	39	育兒	26
藥物業務員	1		
		視覺矯正師	3
放射線技師	50	社會工作者	14
放射線勞動人事	1	臨床心理學家	4
放射線業務員	1	駕駛員	2
		人事	3
		電氣室主任	2
		營養師	1
		物理治療師	33
		職業治療師	12
		言語治療師	6
		牙齒衛生員	2
實驗室技術員	66 人		
檢查勞動人事	1 人		
臨床工程師	28 人		
總計			1503 人

※員工人數統計至 2016 年 5 月 31 日

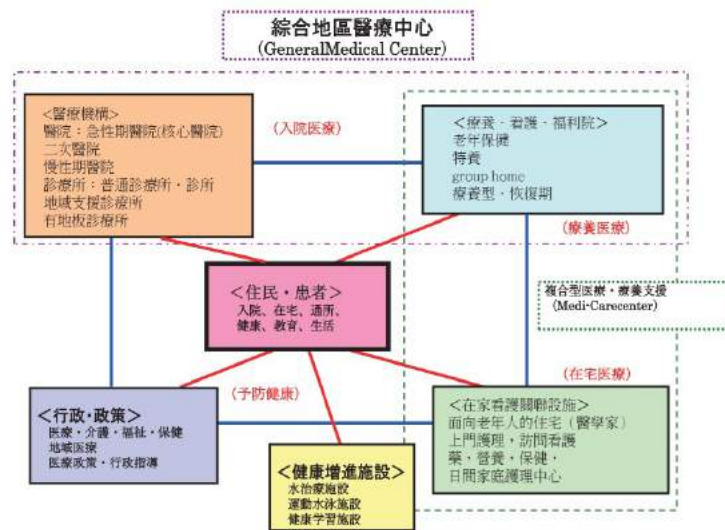


圖 25 土浦協同病院綜合地區醫療中心圖



土浦協同病院亦附設護理專門學校，以培育更多的護理人員，服務該地區民眾。



學員與土浦協同病院同仁合影

八、參訪機構名稱：外骨骼機器人公司

(一)機構代表人員：外骨骼機器人公司山海嘉之

(二)參訪內容摘要：

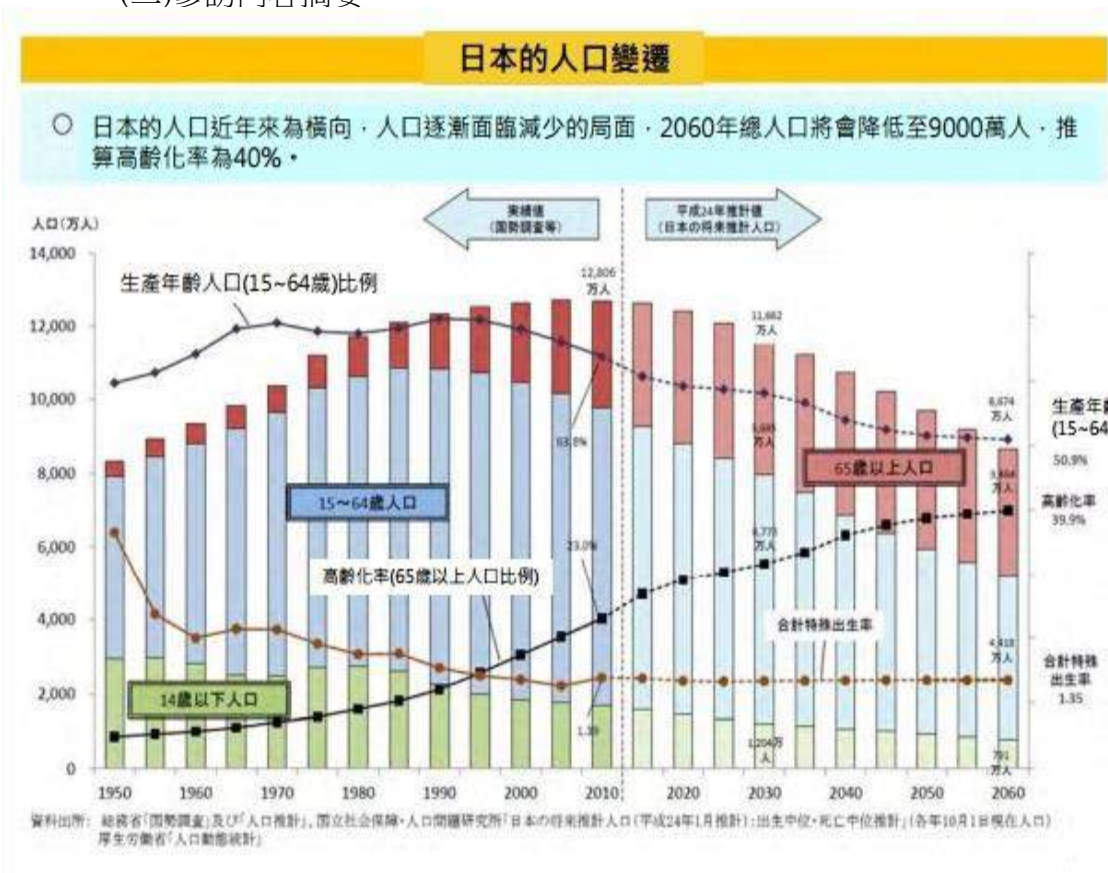


圖 26 日本的人口變遷

日本人口截至 2016 年 2 月，總人口為 1 億 2,681 萬人，是世界人口第十大國。在 20 世紀之後，由於日本進入工業化社會，人口生育率降低，醫療條件提高；加上日本一向對外來移民管制甚嚴格，導致日本成為世界上人口老化程度最高的國家之一，同時日本也是平均壽命最長的國家之一。據內閣府 2014 年版《老齡社會白皮書》的統計，65 歲以上的老齡人口 2013 年是 3,296 萬人，比前一年增加 111 萬人，在日本總人口（12,707 萬人）中所占的比例—老齡化率，也上升至 25.9%，比上一年高出 0.9 個百分點，再創歷史新高。被稱為「團塊世代」(指日本戰後出生的第一代)的群體，已全部超過了 65 歲，以至老齡化率急劇上升。

日本自 1971 年起每隔 5 年實施「中長期發展的科學技術預測前瞻調查」，第十次前瞻調查從 2013 年起執行，到 2050 年為止的科學技術發展。並在已於 2015 年 9 月公布第十次前瞻調查，其中所研議的未來社會發展的方向，包含：

- 1.從全球化觀點，探討日本的國際定位。
- 2.從網絡化社會急速進化的觀點，探討社會緊密連結所引發的新發展可能及不穩定性。
- 3.從人口分布觀點，探討人口結構、都市、地方及社區。
- 4.從產業優勢觀點探討知識社會及服務化、糧食等議題。

日本第十次前瞻調查共區分為 8 個領域共 932 個科技課題。其中關於高齡化相關之技術課題經篩選後有 36 項技術課題，涵蓋在五個領域中，分別為 ICT 分析共 4 項、健康、醫療、生命科學領域共 16 項、農林水產、食品、生技共 2 項、社會基礎共 7 項、服務化社會共 7 項等，其中與使用智慧型機器等則有 10 項：

- 1.在人工智慧技術支援上，則期望讓高齡者可以在不受人照護下，可自行生活；
- 2.運用高速運算電腦強化機器人的使用效能。
- 3.醫療資訊的整合，如藉由穿戴式感測器和床邊的高精確度感測器，於老人跌倒時立即引起照護者注意的系統、具有導航功能的電子病歷卡系統、利用活體感測器進行遠程診療、活用識別照護行動感測器的監控系統等技術課題。
- 4.在城市建築環境方面，如開發可預測街道環境且隨著人口構造變動，建築物和基礎設施能逐年變化的模型；在無人協助下，可裝設支援飲食、入浴、排泄、娛樂等機器(人)的住宅。
- 5.在基礎設施上以開發照護功能的支援生活型機器人為主。
- 6.交通工具相關設施則有，高齡者需要時可利用的公共交通工具系統及高齡者可安心並自由行動之資訊導航系統等技術需求課題。
- 7.強調服務型機器人之發展，如強化對人體安全性及接觸時加速運作兩全技術的照護機器人、藉由遠程操作可安全的對遠方的高齡者進行生活支援的智能機器人技術。
- 8.在資訊整合上則有促進高齡者外出參與社會活動之資訊支援系統，如將生活空間感測資訊和網路資訊彙集後的預知危險系統；
- 9.在針對高齡社會的設計，如對高齡者的興趣、健康狀況、醫療資料、生活行動等資訊加以管理與分析的資料庫。
- 10.使高齡者可度過「理所當然的生活」時的無障礙設計，包括機器人共住的住宅設計。而要促成這些高齡化照護與科技化機械的結合，日本也推動了產官學結合，推行革新的研究開發推進計畫（Impulsing Paradigm Change through Disruptive Technologies Program，ImPACT），政府做為一個推動創新政

策的主要司令，鼓勵大學和企業都大膽地挑戰難度的研究和發展挑戰，期望將開闢新的創新領域與新的科學技術，並對於日本社會帶來重大改變，ImPACT 其執行核心就是選用各領域頂尖專家做為方案經理人(Program Manager, PM)，由 PM 提出創新變革的科技計畫並進行執行與管理。而山海嘉之教授便是 ImPACT 中提出實現零重介護社會的核心人物。

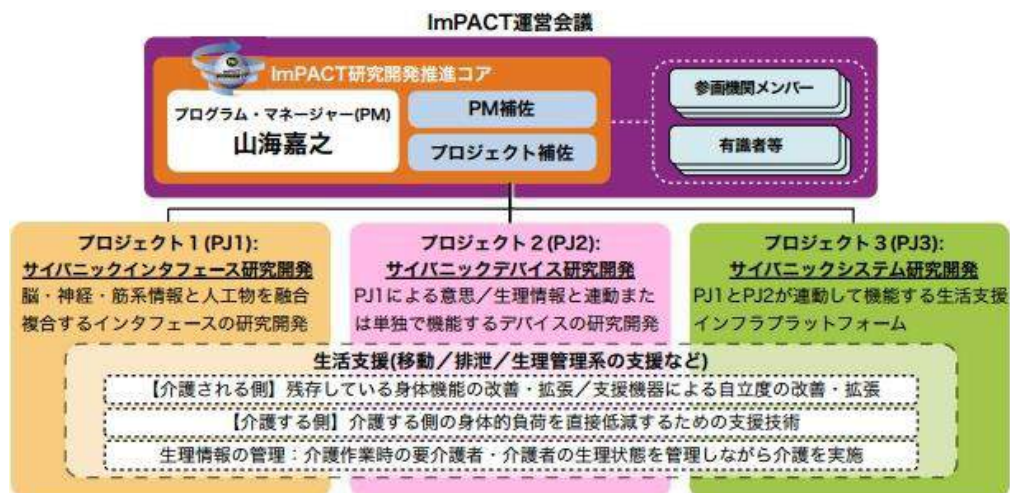


圖 27 ImPACT 運營會議

筑波大學是一所日本國立大學，本部位於茨城縣筑波市天王台，也是結合筑波研究學園都市的新型大學，簡稱筑大。前身為日本第一所師範學校「東京教育大學」。筑波校區佔地 258 公頃，是日本面積最大的單一大學校園。山海嘉之教授，筑波大學研究所系統資訊工學研究科教授，一直在進行的機器人與醫療領域之間的聯動研究。確立了使人、機器、資訊技術相融合或複合的生物體機器人理論(Cybernetics)這一全新的學術領域，開發出了可輔助、放大並擴展身體功能的「機器服混合輔助肢體 HAL(Hybrid Assistive Limb)」，

2004 年設立 CYBERDYNE 株式會社-一所大學科研成果和企業投資的共同合作創辦的公司，並任首席執行官，用以推進 HAL 研發及普及。



山海嘉之教授的講義提到先進長壽國家「重介護」是個嚴重的社會問題，透過創新的科技與工業技術，使人的腦神經系統、身體與機械的複雜機能融合，讓長者的剩餘能力大幅度的改善與增強，「人與機械藉由創新的人力輔助系統連繫」如此促進新興產業的創作，實現「零重介護的社會」。

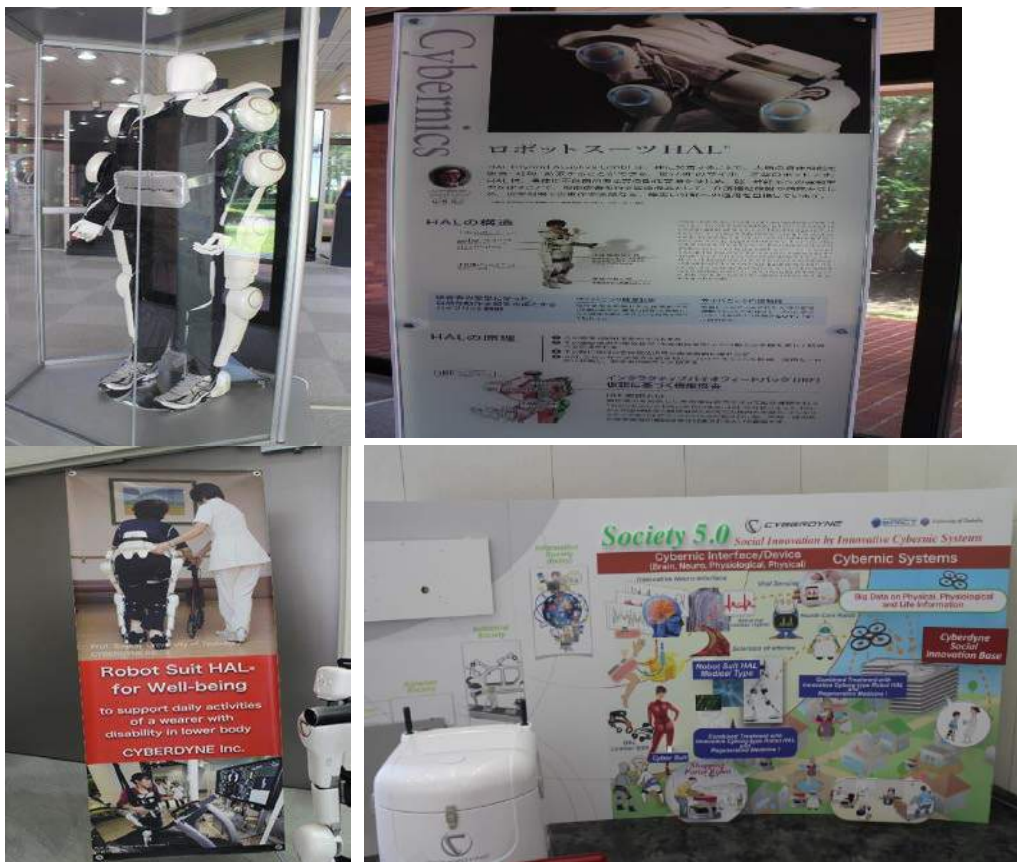


圖 28 零重介護的社會

CYBERDYNE 株式會社最重要的核心 Hybrid Assistive Limb，(機器服混合輔助肢體，簡稱 HAL)，仿造人體工學設計，外型看起來是人體的外骨骼，穿戴後可以探測肌肉的著力點，強化人體的肌肉力量，輔助人完成肢體動作，

主要原理是利用人在移動身體時大腦會向肌肉發出信號，HAL 在皮膚表面檢測到微弱的生物體電位信號。然後，關節部位的馬達就會根據這些信號與人形成一體，傳遞力量。因腦部及神經障礙造成行走困難的人配備 HAL 運動時，HAL 就會按照腦部的命令使身體做出動作，而且還會將「已做出動作」的反應反饋給神經。靠充電電池電池驅動，一塊電池充滿電可工作約 2 小時 40 分。該裝置可以協助人的手臂和腿運動，而正常人穿上後可以做到用一隻手就能抬起 70 公斤重的重物。

HAL 將讓存在活動障礙的長者獲得行動上的改善，增強長者的活動能力，使他們不必再接受長時間的看護。老化不代表就是喪失自我照護的能力，因此除了健全照護網絡，更應該強化長者自主照護能力，過去政府提出一些智慧健康照護的概念，例如遠距照護，就是讓長者能夠在地老化，全球的企業和學研界均已積極投入結合科技與醫療，部分專家學者朝向開發可提供照護及強化肢體機能的移位輔助機器人，期望藉由機器人的輔助，能提供高齡族群自由及自主的生活，另外一方面來看，一些長時間需要協要長者移動或是搬動長者的看護或是醫護人員，也能藉由穿戴 HAL 較為輕鬆的進行過去需要使用大量力氣的動作，若能藉由開發照護機器人來補足社工及看護人員短缺的問題，也可減輕高齡和少子化所帶來的醫療照護人力缺口的壓力。



(三)課堂發言紀錄：

Q1.有關山海嘉之的研究表示欽佩，由於研究透過大腦之訊息使身體做出動作，至於失智症者是否有特別之研究？

回應：並無特別之研究。

Q2.相關之研究有無政府之補助？

回應：政府之補助非常微薄。



III、研究重點 III：社區資源整合機制

一、專題演講：柏市地域包括整合照護體系

(一) 主講者：東京大學高齡社會總合研究機構飯島勝矢教授

(二) 內容摘要：

首先由柏市市役所保健衛生局局長陳嶋致詞並簡單介紹柏市，接者由介護保險的推手時哲夫先生介紹介護保險下柏市與東京大學所推的整合照護系統目的，最後由東京大學高齡社會總合研究機構飯島勝矢教授就柏市地域包括整合照護體系進行專題演講。

柏市離東京大約 30 分鐘車程，人口有 41 萬人，擁有 1 個足球隊，是 1 個商業模式城市。柏市跟日本其他城市一樣都面臨少子化及高齡化問題，為改善此狀況，所以柏市具有三個特色：一、環境：希望創造具有安心生育與養育小孩的環境；二、健康：希望每個居住在此的人都能生活健康；三、活力：希望居住在此的人民都能有很多活動與交流。

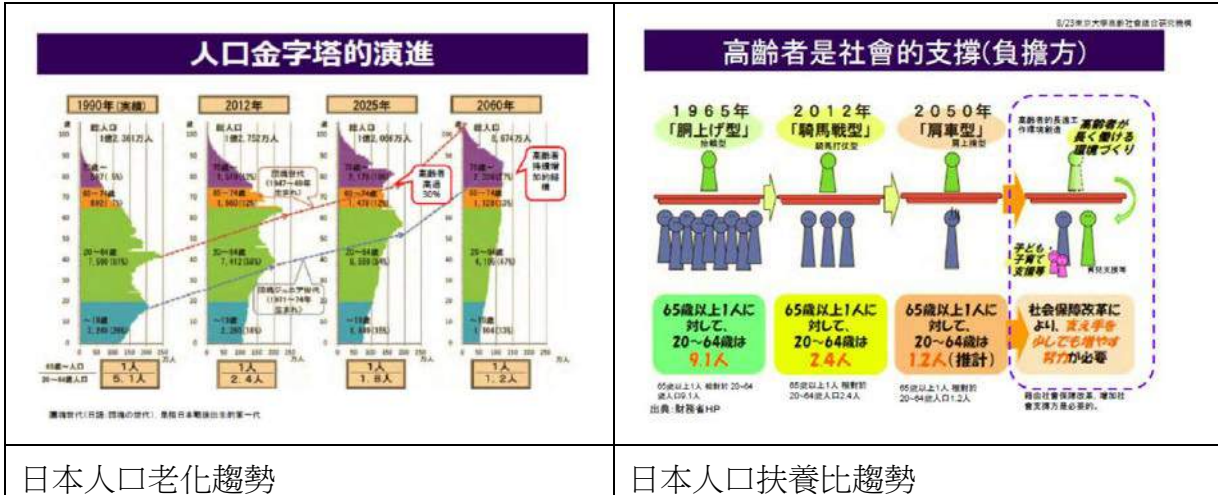
2025 年日本 65 歲以上高齡者將高達 30%；第 1 個團塊世代(1947-49 年出生者)會超過 75 歲，其人數占總人口 20%，其中獨居及夫妻同住獨居者占 7 成、失智症高齡人口增加、被認定需要照護的人增加，醫療需求接踵而來。少子化問題導致勞動力下降，家庭照顧能力下降，地區性社區照護功能薄弱，因此，如何讓高齡者能在原來的社區生活，各項設施服務的提供所需的社會性革新是必要的。因此，如何讓高齡者健康有活力是一個課題。

雖然所謂高齡者是指 65 歲以上，但以真正老化而言，75 歲以上才比較會有虛弱 (frailty) 的現象，「虛弱」(Frailty)是指年內減少 4.5 公斤或覺得容易疲憊或是握力降低或是步行速度降低或是身體活動降低，以上有其中 3 種以上則稱為虛弱。虛弱會讓人失去與社會的關聯，影響社交、生理與心理功能，這樣的問題在大都市中最为嚴重，但政府無法有這麼多的設施來接納他們，也無法提供完善的照顧，因此重視早期預防，對於虛弱者須採早期發現早期提供服務來改善。藉由產官民學地域聯合預防虛弱，並由多面向來應對虛弱，對於生理虛弱者改善其生活習慣，對社會性虛弱者而言則需增加其活動與交流或增加其短期就業機會，讓高齡者有一生活目標，尤其以社會參與為預防虛弱核心。

虛弱是一老化必經過程，希望高齡者在此過程可以開心與正面的面對老化是我們的目標。尤其是在原來的環境中，正向的老化是我們的終極目標。高齡者在設施內終老並非好的選擇，藉由長照及看護等服務送到家中，醫師可以到家診療，讓高齡者能在家中終老，期望在 2025 年可以做到普及性的

在宅醫療。

柏市與東京大學所推的整合照護系統，希望能推展到其他市，此計畫其實也算是都市計畫，需要整合發展，讓此種小規模多機能示範區能於 10 年內擴展。而柏市所提供的特色便是：一是讓高齡者有工作，二是讓失能者能即早發現、即早瞭解面對，促使正向思考與接受失能。



日本人口老化趨勢

日本人口扶養比趨勢

柏市所採的目標為 Aging in Place，就是讓高齡者在自己住習慣的地方安心地做自己。這樣的目標所產生的地域性照護系統，是以居家為中心，導入醫療、介護、預防及生活支援等服務，送到高齡者家中。但此一地區照護系統，其高齡者本人的心態與選擇，家人的心態與想法，如家人對於在家接受治療、服務最後終老在家的接受度，是相當重要的，也是此一地區照護系統能建置成功的關鍵。



Aging in Place概念圖

地域性照顧的概念圖

地域性照護重點以是使用者的居家為中心，以 30 分鐘可到的距離，導入醫療服務、介護服務及支援性服務，或將服務送到高齡者家中，以符合個別性照護，符合在地老化，並積極提高照護人員素質以提昇照護品質。

為了讓高齡者能繼續在熟悉的地域中生活，並以此原則讓高齡者在日常生活圈內即可就近得到服務。市町村成為實行地域性服務的單位，而柏市因為與東京大學合作，成為一個成功的典範。其服務內容包括：(1)24 小時應對的探視看護、照護服務；(2)首創居家醫療團隊服務，除了醫師 1 個月 1 次的在宅醫療服務外，並結合護理師、復健師、藥師、營養師等多元專業人員提供在宅醫療服務；(3)遠距醫療服務；(4)醫療情報系統建置(ICT)；(5)就業服務；(6)高齡者住宅提供。

柏市地域整合照護系統建置，從2010-2015年為第一階段發展，現在進入2015-2018年第二階段發展，第一階段以在宅醫療為重點，也就是醫師每月一次到家服務外，另外結合護理師、營養師、物理治療師等專業人員到家服務，目前發展成熟，此一整合服務在全國為創舉。第二階段將繼續擴展在宅醫療，未來將發展高齡者工作媒合發展平台供大家使用。在建置期，成立居家醫療照護多種職業合作委員會，每一年開四次會議。委員會下面設有3個部會，分別為多種職業合作情報共有系統部會、研修部會及啟發廣報部會，也是一年開四次會議。



柏市地域醫療合作中心於一樓作為市民都可以諮詢服務的窗口，而據點型高齡住宅(豐四季)在外表看起來如一般公寓，但一樓是具備多種功能設施設備服務，有訪問看護服務、小孩支援服務、居家診所及藥局等。低樓層為需人照顧所居住，高層樓為生活可自理者居住，並可以連結介護保險之服務、預防保健之服務，提供社區居民，此種據點設施在柏市開始發展中。

24小時應對的服務提供【附帶據點型服務的高齡者住宅】

UR的事業	提供服務
UR cocofump	附設服務的高齡者住宅、小規模多機能
民間福祉會	小規模多機能、24小時應對服務所、訪問看護事業所
Soai medical	居家看護事務所、訪問看護

24 小時社區據點型服務(附帶高齡住宅)

『Aging in Place』: 住習慣的場所, 安心地做自己

在習慣的場所安心養老

柏市役所在一樓，主要都是公務人員共13名，其中1名為牙醫師、2名為管理者、其他為專業人員(如社工、護理、訪問員)。柏市與東京大學合作的整合照護系統會持續與改進中。

(三)課堂發言紀錄：

Q1.東京大學與柏市合作的内容，各自所扮演的角色為何？中央的角色為何？

回應：1 樓是市役所作為行政諮詢，2 樓是醫師會的辦公室。75 歲以上高齡者會變多，醫院設施不足以提供床位照顧，因此希望醫師可以提供到宅醫療服務。居家醫師約 2 星期去高齡者家中 1 次診療服務，護士及照服員去的次數比較頻繁。監督護士及照服員服務是市役所的责任，市役所與醫師會等合作組成委員會，溝通協調研討服務如何提供，市役所與醫師會須密切合作，一樓市役所提供民眾諮詢服務，東京大學在此提供諮詢與建議。日本有 8 成民眾在醫院往生，然醫院只是治療的過程非最後的終點，一個人的善終應該是在家中，因此全國市町村將會以柏市為參考的範例；並且以家為中心也將是介護保險重要改革的方向。東京大學在此整合照護系統中，也培訓專業人員，如到宅醫師、護理人員及照服員，目前因為柏市已發展成熟，故東京大學的角色以顧問為主，持續協助輔導與提供改善建議。

Q2.UR 事業的角色為何？

回應：UR 是豐四季社區的建築業，有點類似台灣的國民住宅發展處，與柏市合作。社區由 UR 所蓋，土地也是 UR 所有，借市役所使用，一樓的招商是由市役所負責辦理。

3. 剪影

	
柏市市役所保健衛生局局長陳嶋致詞	介護保險的推手時哲夫先生列席介紹
	
飯島勝矢教授演講	小組成員與飯島勝矢教授合影

二、案例參訪：失智失能照護支援-日間照護機構～社會福祉法人小茂根之鄉

(一)接待人：施設長杉田美佐子及業務役吉田初雄

(二)機構地址：東京都板橋區小茂根 4 丁 11 番 11 號

(三)機構電話：03(3959)7421/ FAX: 03(3959)7438

(四).機構簡介：

社會福祉法人小茂根之鄉主建築是一棟地下一樓地上三樓建物，1996 年 12 月完工，總樓地板面積 4,377.89 平方公尺，1997 年開始營運，營運項目包括：特定養護老人福祉設施、短期入住、老人日間照顧中心、居家照顧、居家護理及復健等服務。另外也經營高齡者住宅、身障者居家介護及提供身心障礙者就業的「櫻咖啡館」。

服務種類	事業所名稱(服務人數)	備註
特別老人養護機構	東京武藏野機構(60 人)	
短期入住事業	東京武藏野機構(7 人)	
日照服務	一般(55 人)失智症(36 人)	
指定居介護(居家服務)	居服員站	正職 3 人兼職 29 人
指定居介護支援所(長照顧管中心)	擬訂照顧服務計畫	正職 6 人兼職 1 人
指定訪問看護(居家護理)	訪問看護復健站	正職 3 人兼職 6 人
地域包括支援中心(社區整合支援中心)	板橋區地域包括支援中心	市町村業務委託,介護
板橋區高齡者住宅		
身障者居家服務		依據身障支援綜合法

表：社會福祉法人小茂根之鄉服務設施

4.參訪經過：

先參觀一樓日間照顧中心及復健場所，施設長表示：日照中心收有 10 人以上時，依政府規定需設置復健服務項目。現場有一般老人 33 人及失智者 19 人共 52 人共同參與歌唱指導課程，施設長表示：日照中心安排有多項活動或課程，由受照顧者自由選擇，另外一般失能者服務人力比為 1:12，失智者服務人力比為 1:4。然後介紹說明送餐設施及流程，施設長表示：餐飲內容會盡早事先公告，並提供選擇機會，如有適當時機，也會邀請附近居民一起用餐。又於走廊上參觀日照中心失智症者參與書法及繪畫課程之創作成果。

接續參觀二、三樓住宿式設施，包含個人房、四人房、廁所、浴室及醫護室等設施，房間部分設有軌道式服務設施，除利於老人至廁所方便，並減少照顧者身體勞力負擔，廁所、浴室部分設有中大型電暖爐設備，避免老人於天氣低溫期間受寒而受傷害。現場老人正實施矇眼劈西瓜趣味活動，笑聲連連。目前收容有二樓 34 人、三樓 33 人共 67 人，施設長表示：房間的擺設可因受照顧者習慣或喜好調整。醫護室的醫師一個月來看診 2 次，醫師由該區醫師公會推薦擔任，除臨終前一個月的醫療費用由介護保險支付外，其他由醫療保險支付。

現場設施參觀行程結束後，前往機構旁小型咖啡廳進行非正式座談會，繼續交換意見。其中提到板橋區介護認定人數的變遷(如圖表中)，因為要支援 2 和要介護 1 能使用的服務內容不同，所以造成評定為要介護 1 的人數遠高於要支援 2。直到 2015 年嚴格限制後人數比較平均；另被認定為要介護 3 等級很是困難的，所以在要介護 2 的人數會遠高於要介護 3。要使用老人特別養護機構需達要介護 3 以上，但因為機構入住者要介護度的重度化，亦使機構服務人員離職率提高。

要介護者の變遷 (板橋區)
要介護者数の推移 (板橋區)

板橋區	要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	總數	認定率 (%)	伸び率 (%)
2000年	855			2,347	1,779	1,207	1,099	1,394	8,681	10.62	100
2003年	2,033			4,581	2,382	1,792	1,800	1,699	14,287	15.90	165
2006年		1,920	1,739	3,550	3,165	2,413	2,200	2,027	17,014	17.90	196
2009年		2,195	2,212	2,858	3,621	2,755	2,390	2,253	18,284	17.15	211
2012年		2,724	2,846	3,024	3,831	2,861	2,402	2,324	20,012	17.60	230
2015年		3,883	3,446	3,526	4,028	3,013	2,778	2,377	23,051	18.50	266

(圖片來源：社會福祉法人小茂根之郷施設長杉田美佐子簡報)



圖 29 日間照顧中心設施照

5. 課堂發言紀錄：

Q1. 貴機構失智症失能老人照顧模式如何？

回應：本機構依本區規定以一個單位 12 人方式進行，目前有三個單位共 36 人，並依症狀程度之不同來分別照顧及安排活動。

Q2. 貴機構服務費用如何收取？在此所謂相談員是指何人？

回應：全部均由介護保險給付。相談員類似社工師的性質。

Q3. 介護士與失智症老人的照顧人力比？有無其他專業人員？

回應：依規定為 1:4。其他需設有一位護理師及一位職能治療師之人力。

Q4. 日間照顧中心有無設置床位？

回應：原則上，因日本國民沒有午休的習慣，所以沒有規定需設置。但本機構為因應老人有時還是會有體力不支需要休息之需要，所以是有提供一些床位。

Q5. 申請到貴機構接受服務的人如果很多，如何決定及處理？

回應：原則上依據介護保險的規定來提出申請，如果申請的人超過本機構服務能量時，我們會委婉的請他申請到別的機構。

Q6. 住宿式老人多久沐浴一次？

回應：本區法令有規定，一星期至少要沐浴二次。

6. 剪影：



三、專題演講：從福祉用具到共用服務的普及共用品實境體驗

(一)主講者:公益財團法人共用品推進機構星川安之專務理事

(二)單位簡介：

公益財團法人共用品推進機構(The Accessible Design Foundation of Japan (ADFJ)) 組織成立於 1991 年，以研究調查人的不方便為起點，推廣生活可方便任何人使用的產品、服務及設施為宗旨，並鑒於高齡化的趨勢，或為協助身心障礙者獲得無障礙生活，許多生活便利小物開始被設計、製造，所以 ADFJ 開始促進共用品的使用，希望由通用設計(Universal Design)的概念，設計出方便所有人使用的產品。

(三)內容摘要：

共用品的定義與概念：共用品(通用品)之意義為-不論是一般使用者、或任何障別的人，又或是高齡者，人人都能方便使用的產品，所有人都能活的舒適。而所謂共享的產品和共享服務，是包含以下三個方面的概念：(1)對於所有從開始的人，共享設計是兼容的。(2)消除對一般產品的不便使用，消除障礙設計。(3) 輔助器具的福利設計的目的是原來的一個概念推廣。

ADFJ 為推動共用品概念，從 1993 年開始執行生活上“方便”與“不方便”調查，ADFJ 調查了多種障別人士的方便與不方便感受，包括：視障者、聽障者、下肢障礙者、高齡者等等，並完成相關報告書(包括：視障者早上起床後及晚上就寢前的不方便調查(1993 年)、聽障者早上起床後及晚上就寢前的不方便調查(2002 年)、孕婦日常生活及職場的不方便調查(1995 年)、認知障礙者的不方便調查…等等)，提供參考。

在 ADFJ 推動共用品之努力，以及日本企業本著企業良知通力合作，日本已有許多日常生活上之共用品產出，如：多功能廁所、老人食品、左撇子、右撇子皆可使用的剪刀等，還有啤酒等酒類製造業者，在鋁罐上浮凸「酒」之點字，牛奶製造業者在牛奶紙盒頂端加上「一剪即開」設計，家庭用保鮮膜技術採用外包裝上浮凸「W」字母之產品識別記號，洗髮精瓶身作凸起記號利於與潤絲精作辨識、按鍵大及操作簡單的遙控器、語音電磁爐這些產品，其他電器產品也有針對不便者使用的部分進行改善，例如 Panasonic 在 2010 年 2 月開始所有的電視產品 可以使用聲音遙控，另近年為方便視障者使用 ATM，日本 7-11 便利與銀行合作，所有 ATM 已開始增加聽筒設備，方便視障者可由聽筒聽取操作指令，從而獨立操作 ATM 的任務。

推動共用品概念後，日本開始制定了許多共用品相關的標章及標準化規範，共用品推動標準化的目的，包括：

(1)促進相互理解

- (2)確保安全性，預防危險事故與防止危害。
- (3)確保品質，保製品有一定的品質與性能。
- (4)確保互換性。
- (5)保護環境，製作對環境溫和的產品。
- (6)節省能源，提升熱效率、節省電力。
- (7)保護消費者、高齡者、身心障礙者任何人都可以安心使用。

ADFJ 分享推展轉變為任何人都易於生活的社會 10 個訣竅:

- (1)深度掌握使用者需求。
- (2)掌握優點。同時進行「不方便點調查」+「滿意點調查」。
- (3)多樣性、多元的關係者一起討論。
- (4)理性的回答問題。
- (5)最初要實施的重點～觸摸就懂得共用品。
- (6)重視宣導語言～如「單手就能使用的生活用具展」。
- (7)更廣、更多、持續推展。
- (8)快樂的實施。
- (9)持續不斷的接力傳承
- (10)以數據呈現成果。

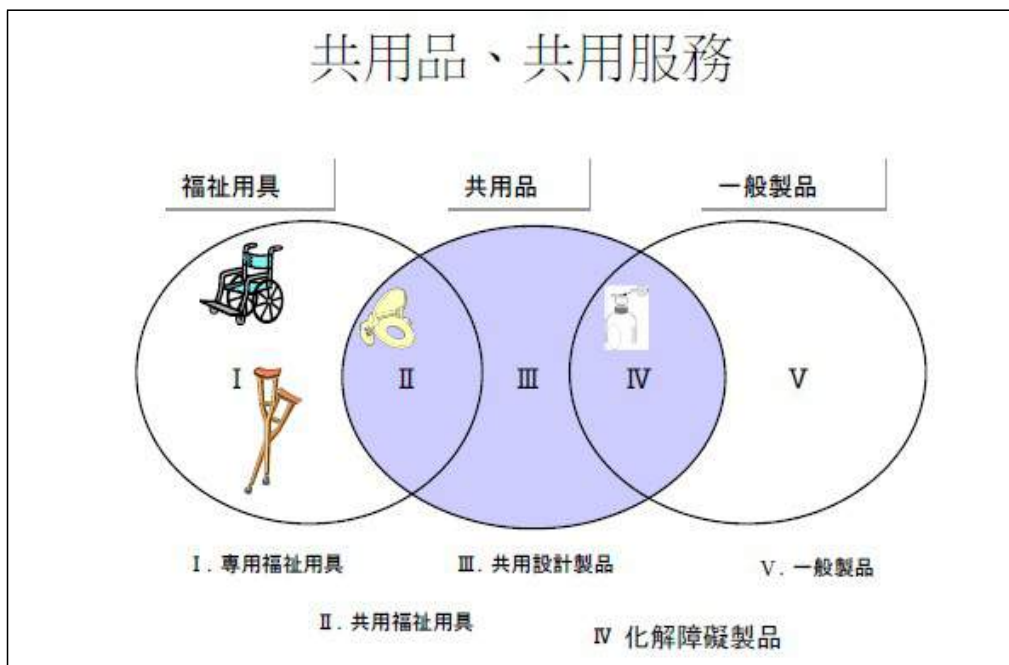


圖 30 共用品的概念(*)

*圖片資料來源取自 ADFJ 星川安之專務理事簡報



圖 31 視障者不便感受



圖 32 高齡者不便感受



圖 33 福祉用具共用品



圖 34：觸摸就懂得的共用品



圖 35 包裝即可理解的共用品

關鍵字:全部

2010年2月起，全部的製品，都附有語音介紹。

キーワード:続ける

大同電鍋(電子炊飯器)

關鍵字:持續

ユニバーサルデザイン 配慮家電製品

圖 36 電器用品附有語音介紹的共用品

(註:星川安之先生非常推崇「大同電鍋」的設計(1960年發售迄今設計未變),它改變了許多家庭與個人的飲食生活(煮飯與做菜全相宜,一鍋就搞定),幾乎臺灣每一個家庭都有及使用過「大同電鍋」)

4. 課堂發言紀錄

Q1. 推動共用品最大的困難是什麼?

回應：從 1991 年開始的 8 年，推廣非常快速，1999 年轉換為財團法人時最難，因為要再去想更多的東西。

Q2. 目前市面流通的 3 種預付卡，為何不想轉合成一張卡?

回應：整合統一規格，也是一件困難的工作，因為各種不同的福利團體需求與企業能做的有很大的代溝，有些機構會因許多因素，仍希望有自己的規格。

Q3. 共用品會不會增加成本?

回應：愈多人買、大量生產，成本就可以降低。

Q4. 所提供的書面資料，共用品調查 2011 數據為何是下滑的?

回應：因那一年，類比電視全面變更為數位電視。

5. 剪影:

■ 中華民國（台灣）行政院視察團 來日

2016年08月30日

日時：2016年8月29日（月）13：30～17：30

場所：共用品推進機構 會議室

出席者：中華民國（台灣）行政院視察團28名、通譯者1名

講演者：交通エコロジー・モビリティ財団（エコモ財団）

バリアフリー推進部 坂下晃氏、澤田大輔氏、竹島恵子氏

共用品推進機構 専務理事 星川安之



參訪學員合照及討論相片

參訪學員熱烈發問討論





2015 國際共用品展 in TAIPEI



2015年6月18日～21日 台北 展示場へ出展



圖 37 單手就能使用的生活用品展

四、專題演講：社區支援與三鷹市民協働機制簡介

(一)主講者：東京都三鷹市役所健康福祉部高齢者支援課

NPO 法人 みたか市民協働ネットワーク安達徹事務局長

(二)內容摘要：

市民協働中心如何設立的呢？主要是三鷹市公所在規劃第三期計畫時公開招募 375 人參加市民會議，並將他們分成健康、醫療等 10 個小組，這些小組經過 1 年的討論後，於 2000 年 10 月提出「三鷹市民計畫 21」建議書，市公所將此建議書納入市政規劃基本構想中，其中有一新概念是市民想要一個地方可以協働式方式建立新型態社會，所以市公所召集市民、學者、政府部門一起檢討如何建立協働式社會，2003 年 6 月三鷹市社區總體營造研究所向三鷹市提出「市民協働中心之設立及營運方式」，2003 年 12 月市民協働中心（建物原屬東京都財產，後移撥三鷹市公所加以整修）開幕，剛開始以公辦公營方式由市公所自行營運管理，2009 年開始由市公所指定 NPO 法人營運管理，也就是所謂的公設民營（市民協働中心設立沿革）。

為什麼需要協働機制？因為市民的需求愈來愈多樣化複雜化，如交由市公所單方面來做，可能由於人手不足以致無法滿足市民需求，所以把主導權給市民，讓市民有參與感，不是由市公所來指定。但為了實現真正宜居社區的目標，單純只有市民的力量是不足的，也要納入行政或事業經營者等不同立場的組織，依據大家不同的長處與特性，結合眾人的力量來共同推動，才能使全體市民共同投入進行社區總體營造的工作，這就是所謂的協働。而市民協働中心的成立，即是為了能提供市民及不同組織進行溝通、協調、討

論合作，主要的功能有三：協同推動、支援、參與規劃。

1.協同推動（つなぐ，collaboration）：因為從單方面思考是無法開創新的可能，故需要融合各方的優勢，才能以不同觀點來討論與解決社區問題。例如召開市民圓桌會議、市民活動發表會、談話沙龍（talk salon）等。

2.支援（ささえる，support）：提供市民訊息、學習、聚會空間與相關器材等支援，讓市民得自由自在地發展相關市民活動，廣納各種不同的人員參與加入。例如提供會議室租借、辦理講座、發行通訊月刊等。

3.參與規劃（つむぎだす，participation）：作為一個公民領袖，市民協働中心是讓民眾參與組成團隊及規劃社區營造方案的地方。市公所每年隨機抽選 18 歲 以上市民參與討論會。

後記：「協働」是近年來日本地方自治最流行的價值，概念來自美國，是指市民和行政體系彼此對等，行政體系其實也只是地區的一員，共同推動市政，三鷹市協働的成果具體展現在老人福利，由市民從自己生活所需構築出希望的服務和設施，三鷹市役所推動的「實現人人互相接觸、互相支持、友善的三鷹」的健康福利計畫，便是經過一年以上的「市民會議」後通過的公共政策。在這個計劃中，大家一起決定需要給予老人、殘障人士安心的無障礙的空間，也用使用者觀點設計與執行地區關懷網絡，市民不僅要提供意見，更要互相合作、參與。



圖 38 三鷹市市民協働中心平面配置圖



圖 39 三鷹市市民協働中心設立沿革

(三)課堂發言紀錄

Q1.市民協働中心不只是提供場地，也扮演市民與市公所在政策討論及後續分工的橋樑，請問近 2 年討論的政策或計畫是什麼？市公所都會接受？

回應：市民討論的政策，市公所並不會全盤接受，但最近市民針對防災機制進行討論後，提出防災公園周遭的交通應加以改善的建議，市公所已進行檢討。

Q2.市民協働中心利用者中，以哪一類對象（老人、婦女）或 NPO 團體最多？

回應：目前登記利用的 NPO 團體大約 130 個，個人不能單獨登記，個人如想參與活動，中心會介紹加入相關 NPO 團體，每年利用者大約 5 萬人。

Q3.市民協働中心自 2009 年指定 NPO 團體營運後，每年花多少經費？

回應：每年補助 NPO 團體指定管理費及營運費大約 2,800 萬日圓。

Q4.市公所將協働中心指定 NPO 團體營運後，會利用協働中心舉辦活動？

回應：市公所及登記的 NPO 團體如有場地需求，協働中心會免費提供，其他的則依照收費標準收費。

五、專題演講：量身訂製的醫療服務-介護保險及社區整合照護系統介紹及案例參訪：日間照顧中心及輪椅無障礙空間體驗

(一)主講者: 蘭德爾公司謝吟君專員

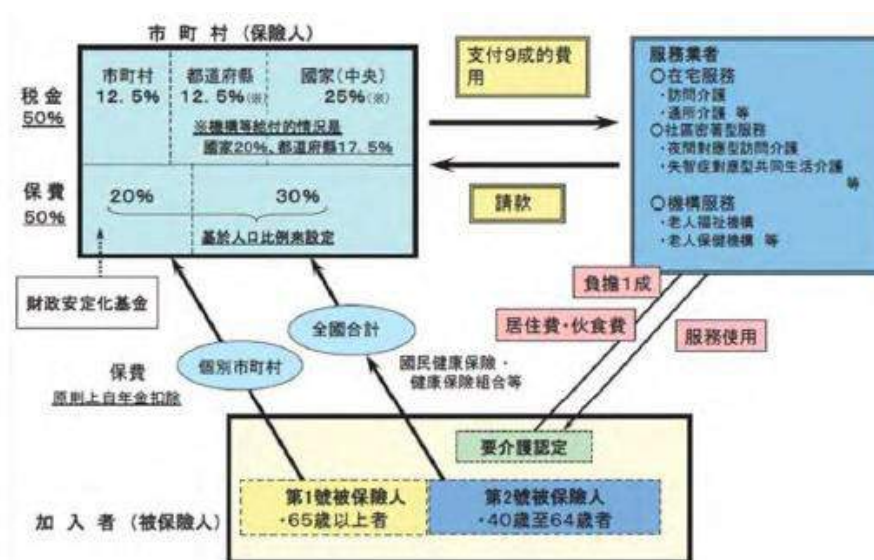
(二)單位簡介：

蘭德爾株式會社 (LUNDAL corporation)，1985 年 8 月設立，主要營業項目包括：(1)醫療福祉用電動床等製造：包含醫療床、電動照護床、輪椅、斜坡板、起身扶手、床墊。(2)福祉用具租賃批發商：透過高品質輔具租賃回收消毒再利用流程，讓簽約之租賃事業所，提供使用者適切的輔具綜合服務。目前藍德爾公司有 3 處清潔消毒物流中心，16 個物流據點。(3)醫院用設備、機構用設備販售。(4)日間照顧事業、預防介護所：總計有 1 間大規模日照中心、2 間小規模日間照顧中心、1 間預防介護所。

(三)內容摘要：

■專題演講：介護保險及社區整合照護系統介紹

1.介護保險的架構



(圖片資料來源取自蘭德爾公司謝吟君專員簡報)

(1) 財源：50%來自稅金，50%來自保費

(2) 被保險人：65 歲以上稱為第 1 號保險人，保費自年金中直接扣除；40-64 歲稱為第 2 號保險人，保費併同健康保險一起收取。

(3) 保險人：日本全國市町村及特別區。

(4) 被保險人自負額：原則 1 成自付額。

(5) 保險人角色：每 3 年制定市町村的介護保險事業計畫，按照該區高齡人口及服務需求量，訂定徵收保險額度，以達收支平衡，目前為第 6 期介護保險計畫（2015 年－2017 年），全國平均保費為 5,514 日元。

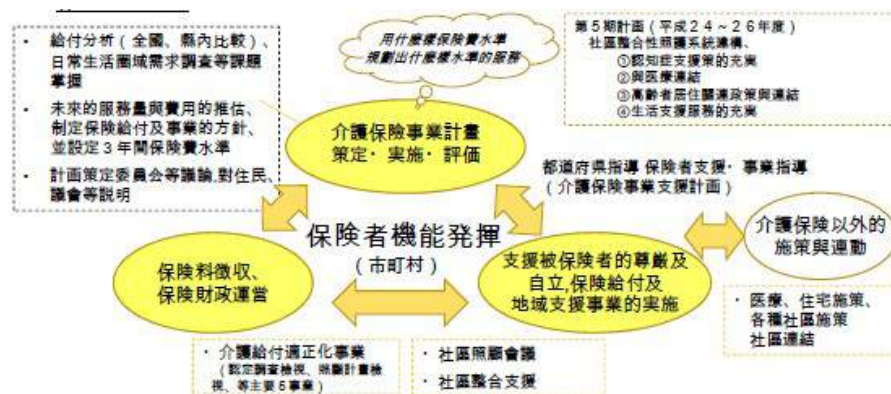
(6) 介護保險事業計畫內容如下：

A. 預估各年度的介護給付及服務種類及數量。

B. 服務供給量的確保措施。

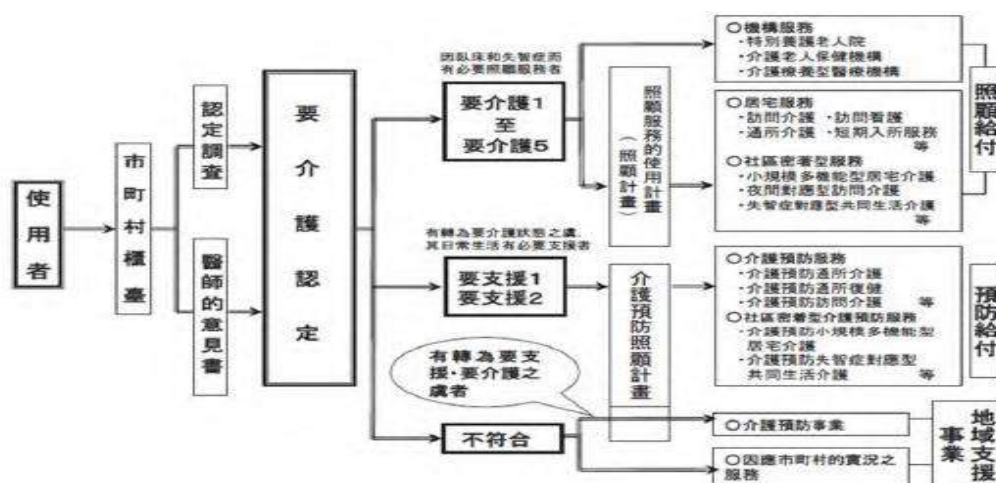
C. 確保服務事業者間之合作措施。

D. 順利推動其他保險給付之相關措施。



(圖片資料來源取自蘭德爾公司謝吟君專員簡報)

2. 介護保險使用流程



(圖片資料來源取自蘭德爾公司謝吟君專員簡報)

使用者向市町村提出申請，經市町村認定調查委員會要介護度核定後，

要介護 1-5 者由居宅介護支援事務所中 Care Manager 提供適切的照顧服務計畫，並召開家屬及照顧服務事業者討論會議；要支援 1-2 則由地域包括支援中心的 Care Manager 提供介護預防照顧計畫。

3.社區整合照護系統



(圖片資料來源取自蘭德爾公司謝吟君專員簡報)

(1)導入背景:因應 2025 年人口問題:後期高齡者(75 歲以上)超過 18%; 獨居及獨偶居老人增加;失智症人數預期超過 700 萬人。

(2)目的:

A.75 歲以上老人即使轉為重度要介護狀態，也能住在習慣的地區過自己想要的生活終老。

B.支援失智症高齡者在社區內持續生活。

C.高齡化增加程度有區域性差異，應以地區的自主性及主體為基礎，建構地區特性之社區整合照護系統。

(3)構成要素:「醫療.護理」、「照顧.復健」、「預防.保健」、「生活支援.福祉」、「居住方式」。

(4)推動時間:在第 5 期介護保險計畫(2012-2014 年)中提出建構社區整合性照護系統，第 6 期介護保險計畫(2015-2017 年)，延續第 5 期計畫朝向 2025 年社區整合照顧計畫，正式展開在宅醫療介護連結。

(5)變革:市町村應依據地區特性建構社區整合性照護系統及網絡，2014 介護保險法修正及醫療介護綜合推進法，修正社區支援事業，預定 2018 年起移由市町村負責內容如下:



(圖片資料來源取自蘭德爾公司謝吟君專員簡報)

A.新介護預防.日常生活綜合事業(簡稱新綜合事業):支援 1、2 原預防給付的訪問介護(居家服務)和通所介護(日間照顧),變成訪問型服務、通所型服務、生活支援服務。

B.地域包括支援中心(社區整合支援中心)功能強化:執行「醫療介護連結」、「失智症支援」、「地域(社區)照顧會議」、「生活支援」、「介護預防」。



(圖片資料來源取自蘭德爾公司謝吟君專員簡報)

□ 補充:地域包括支援中心(社區整合支援中心)為 2006 年介護保險改正時創設。

業務內容:社區整合性支援事業(介護預防評估、綜合諮詢、基本權利保障)、擬定預防性照顧計畫。

人員配置:保健師、社工師、主任 Care Manager。

配置基準:1 號保險人數 3,000-6,000 人,須配置各 1 名(小規模市町村為例外基準)。

■ 案例參訪:日間照顧中心及輪椅無障礙空間體驗

本次參觀蘭德爾公司位於埼玉縣朝霞市西原 1-7-1，建物一樓為大規模日照中心，二樓介護預防所及會議室和產品展示室，頂樓為「輪椅體驗空間」，目前該公司亦於台灣設立分社--日商蘭德醫療器材股份有限公司。



圖：蘭德爾公司外觀(來源：蘭德爾公司簡報資料)

一樓日間照顧中心每月最高服務 900 人次，每日最多提供 40 人服務，目前服務對象多為須介護度 2-3，另聘有機能訓練指導員提供服務，機能訓練指導員並非物理治療師或職能治療師，是護理師或整脊師資格即可擔任，對於聘有機能治療指導員，在該項服務介護保險會加給。為提供使用者更多元服務內容，並提供免費增值服務如聘請視障按摩師提供服務。

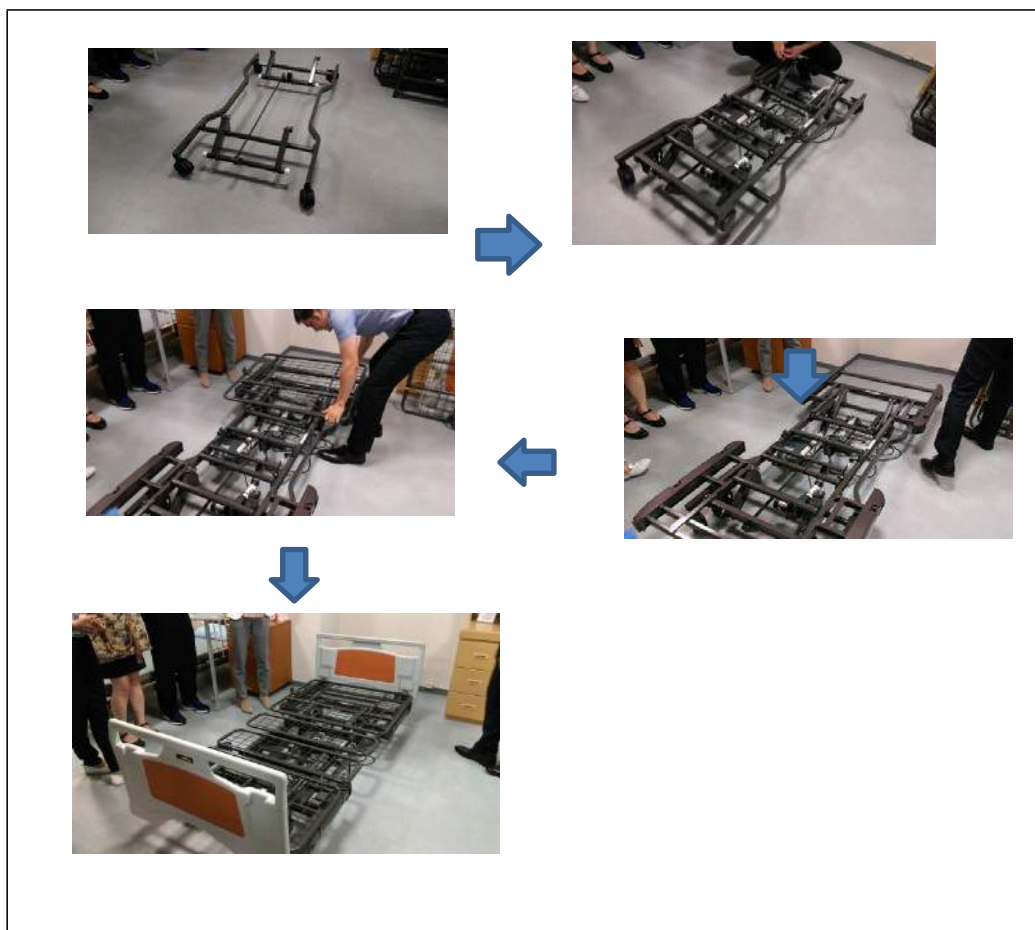


圖：日照中心活動



圖：日照中心入浴服務

二樓為介護預防所，本次並未安排參觀，在產品展示室中展示因應介護保險輔具租賃制度下，非專業技術即可搬運與組裝便利之電動床。現場示範約僅需 5 分鐘及組裝完成；另有該公司研發之「站立君」輔具。



圖：五大步驟即可完成，所有配件皆以模組化，方便拆裝亦方便消毒清潔

年長者由於腰部或膝蓋無力，起身時對膝蓋及腰部負擔較大或重心不穩容易跌倒，「站立君」可協助年長者省力安全的起身預防跌倒。



謝吟君專員示範



左圖：站立君特色介紹：

1. 扶手最上部彎曲 45 度，讓使用者重心前移，較易站起，並有夜間反光貼設計。
2. 支柱為一根設計，起身空間較大。
3. 網球拍形狀彎曲扶手，容易手握使力。
4. 地板面可拆卸清洗。

頂樓為輪椅操作模擬場地，在輔具製造業中是唯一有此類場地的公司，主要用意是提供輪椅操作者了解在不同地面所需運用的輪椅操作技巧不同，避免因為操作 不當導致乘坐者發生危險。



圖：輪椅操作模擬場地



圖：水溝縫隙，前輪容易陷入，應以斜切方式推進



圖：石頭地、沙地或雪地，應以前輪翹立起，後拉的方式移動



圖：凹凸不平面，應以前輪翹起，向前推方式移動



圖：斜坡應以後推方式移動



圖：遇高低差路面，先前輪翹起接觸高處後，再推動輪椅讓後輪上去

六、專題演講：高齡輔具與租賃服務-介護保險制度下福祉用具事業介紹及案例參訪：輔具清潔物流中心

(一)主講者：蘭德爾公司謝吟君專員

(二)內容摘要：

■專題演講：高齡輔具與租賃服務-介護保險制度下福祉用具事業介紹

1.介護保險制度下輔具使用思考：

(1)考量使用者身體狀況、照顧需求程度變化，須變換不同輔具用品，故補助以「租賃」方式為原則。

(2)但若使用他人用過易生心理抗拒感之輔具（與洗澡、排泄相關），或使用過後產品容易變型之輔具（懸吊式升降機的吊掛帶）等，則以「購買」方式補助。

(3)日本介護保險下目前使用項目，計有租賃輔具 13 種、購買輔具 5 種。



圖 40 介護保險輔具用品一覽表

租賃(13 項)：1.輪椅（電動輪椅）2.輪椅配件 3.特殊的床鋪 4.特殊的床鋪配件 5.褥瘡預防設備 6.位置轉換器 7. 扶手 8.斜坡板 9.步行器 10. 拐杖 11. 失智症患者遊蕩感應設備 12. 移位升降機（不含吊帶）13. 自動排泄處理器-特殊尿器（機器本體部分）

購買(5 項)：1.坐式馬桶（便盆椅）2.沐浴輔助設備 3.自動排泄處理器-特殊尿器（更換零件部分）4.簡易式浴缸 5.移位機（吊帶部分）

2.介護保險輔具租賃業者，無論營利或非營利單位，只要符合「指定基準」營業規範即可。關於業者設備的規範，規定業者必須有空間保管輔具，以及輔具消毒所需的設備。但是，輔具保管及消毒可以委託外部事業者。日本輔具用品店以小規模居多，初期要購買多樣輔具提供租賃相當困難，且要評估投資消毒和保管的相關設備，因此介護保險施行後產生新的行業別—租賃批發商。形成「租賃批發商」向製造商購買輔具，再租賃給「租賃事業所」這種商業模式。



3.目前日本約有 645 家輔具製造商，210 家租賃批發商，7,296 家租賃指定事業者。租賃批發商必須取得銀髮振興會清潔物流消毒標章，每 2 年必須重新申請核定。也因應輔具須重複使用清潔消毒所需，在輔具製造設計出現：耐久性、模組化零件、易搬運組裝、易倉儲保管等特性。

4.一間租賃事業所需配置 2 位專職的輔具專門會談員，負責輔具評估及建議、輔具到府組裝、輔具調整符合個案和居家環境使用、使用指導、追蹤服務、回收搬運等工作，其資格可以是介護福祉士、義肢裝具士、保健師、護理師、OT、PT、社會福祉士等，但大部分是由接受 50 小時講習合格的人擔任輔具專門會談員，占該任職人數約 77.8%。

5.介護保險的理念在介護保險法第 1 條：「維持其尊嚴，找到其殘存能力，並使其營運自立的日常生活」，應該將生活能力仔細區分為「可以做得到的」、「做不到的」、「好像可以做得到的」，並讓「好像可以做得到的」充分發揮未來的可能性，所以在面對個案生活目標及輔具的利用思考上，其順序應為：



■案例參訪：輔具清潔物流中心

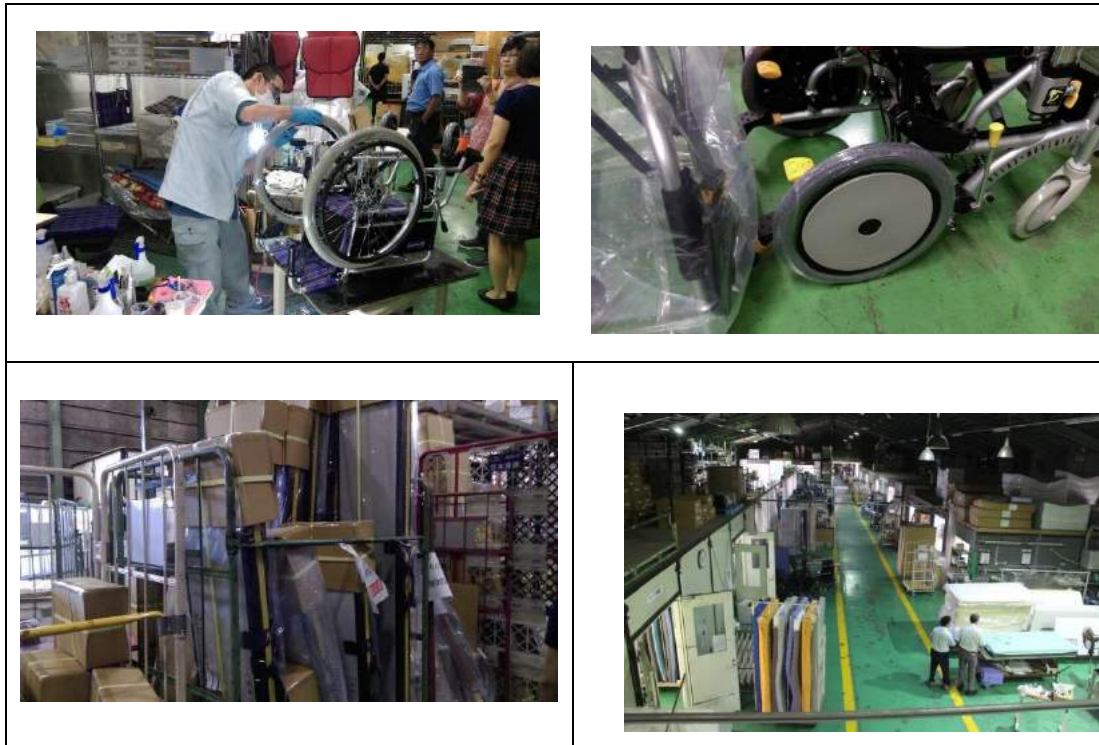
本次參訪地點為蘭德爾公司位於埼玉縣入間郡三芳町北永井 421 之輔具清潔消毒工廠，工廠面積約 1000 坪(不含品質管理室)。參訪過程由謝吟君專員引領參訪路線，從輔具解約品返回搬運單一入口，經過各處理步驟到後面捆包和倉儲。

因為輔具品項繁多，為有效處理輔具清潔消毒都已建立一套履歷管理機制，藉由條碼掃描即可獲得所有相關資訊，並記錄每一清潔消毒步驟的施作人員，以利未來責任歸屬。

每一種輔具都有其特定的一套清潔消毒處理過程，一般來說大多數輔具零件為臭氧消除，但部分須為酒精消毒，例如輪胎；其中床墊處理步驟最為複雜所需設備亦最多，尤其重點在乾燥的設備。輔具租賃市場為一自由市場，雖然輔具皆訂有淘汰年限，但競爭激烈為滿足顧客，一定是「像新品」的原則下處理。

因輔具市場產品日新月異，一些舊款的輔具出租率較不高，所以亦與老人特養機構連結提供輔具，因為介護保險入住老人特養機構不補助輔具租賃補助。





(三)課堂發言紀錄

Q1.日本所指的二個團塊世代是指甚麼年代？

回應：第一團塊世代指 1945-1950 年出生者，亦是日本戰後的第一個生育高峰期；第二團塊指的是“團塊世代”的子女，也就是日本 70 後“團塊年輕一代”。

Q2.社區整合支援中心的 Care Manager 和居宅介護所的 Care Manager 有何不同？

回應：社區整合支援中心的 Care Manager 負責須支援 1-2 的照顧服務計畫擬定；而居宅介護所的 Care Manager 負責須介護 1-5 的照顧服務計畫擬定。

Q3.Care Manager 的個案量和薪資狀況？

回應：依規定一位 Care Manager 最多服務 40 位個案，介護保險依個案失能程度給付一位個案 1 萬日元到 1 萬 3 千日元不等，如果服務個案超過 40 人則介護保險給付會下降，因為 Care Manager 有點像是業績制，所以也有績效不好的只服務 5.6 位個案，若以 40 人平均來算，每月薪資約為 40 萬日幣左右。

Q4.有關簡報中有談到 2000 年到 2007 年介護保險設施・事業所被取消指定處分有 482 家事業所，是如何處分的？

回應：每一種事業體每 6 年就須更換指定事業證照，這時是由國家進行查核，若發現有不法即馬上取消資格，所以之前就曾發生全國介護保險申請排名第二大的集團被取消指定，全部事業體退出介護保險市場。

Q5.事業體申請介護保險支付費用，約需多久拿到經費？

回應：約 1 個半月時間。

Q6.以日間照顧中心為例，介護保險定價，日照中心可否為提供更好服務收取較高費用或額外收費？

回應：介護保險定價即包含日照所需的相關費用，如餐費、交通費等，服務提供單位不可再額外收費，若有額外收費狀況即取消指定事業資格，因為介護保險是一種準市場機制，期望透過市場競爭機制，提高服務的品質。

七、案例參訪：近郊長期照護與特別養護機構-稻毛特別養護老人機構

(一)接待人：施設長 長嶋智明

(二)機構住址：千葉縣千葉市稻毛區山王町 327-1

機構電話：043-424-0520/ FAX: 043-424-0078

機構網址：<http://www.koyama-gr.com/>

(三)機構簡介：

稻毛特別養護老人機構屬於湖山医療福祉集團所設置之機構之一，湖山医療福祉集團開設於 1983 年、設有 26 法人組織、NPO 組織 11 處、医療法人 9 家、社会福祉法人 10 家、株式会社 6 家，有 473 事業所、職員數總數 8,451 名。該集團設有人才培育學校，學生人數有 597 人，培養介護福祉士取得國家及格證照，合格率有 70%。

稻毛特別養護老人機構設有 60 名職員、登記服務 103 位老人。其建築物為 4 層樓建築物、一樓為服務中心、大廳及會談室；二至四樓為老人住宅、護理站、活動空間及浴室；共設有個人房 97 間、夫妻房 3 間。

稻毛是屬於自費附設有護理人員照顧的老人住宅，因此，住在此的長者幾乎都是排不到介護保險規定的特別老人養護機構才住到稻毛。其照顧理念是長者為房子的主人，住在此的長者如住在家裡一樣，不需要改變原來生活模式來適應機構設施，而是機構護理照顧方式改變來適應每位長者。另外一個特色是寵物治療的引進，讓長者居住於此像家的感覺，並於 2014 年 4 月 1 日獲得 ISO9001 認證。

(四)參訪經過：

從一樓的大廳搭電梯至 2 樓參觀，2 樓有護理站、長者的活動空間，有介護人員帶長輩作簡單活動。長者以健康為主，部分為失能及失智長者，

失能者與失智者都是混合居住。入住保證金 261,000 日元、每月的餐費+住宿費+午茶費等為 180,690 日元，符合介護保險給付者，依介護保險給付規定。政府規定機構的護理人員為 50：1、介護人員(照服員)3：1，因此稻毛設有 3 位護理人員、42 個照服員(2.5：1)。2 至 4 樓格局相同，單人房每間 18 平方公尺、夫妻房為 36 平方公尺，目前 2 至 3 樓為滿床的狀態。長者住的床都有可以監測心跳、血壓床墊，長者只要在床上移動時，心跳、血壓都會跟著改變，並透過感應傳到電腦或手機上，護理人員就可以了解長者的身體狀況。每月內科醫師會來機構 2 次看診、齒科醫師每月來 1 次，如臨時有問題也可以提供看診服務。

實際至 4 樓夫妻房參觀，先生外觀功能看起來為輕度失能、能跟我們打招呼、太太則坐輪椅、沒有跟我們打招呼，感覺為重度失能。夫妻各別睡一張床，床的中間為桌子，夫妻正在桌子兩端對望。

(五)課堂發言紀錄

Q1.自辦訓練的人才是否有留用年限的規定?

回應：我們的訓練是針對我們機構的人員，因為介護福祉士需工作 3 年才能考國家證照，且自行去外面訓練，訓練費用約 15 萬日元，因此我們提供給我們自己的員工此項福利。

Q2.為何我們集團以 NPO 組織為總管理單位?

回應：因為與節稅有關。

(六)剪影



機構人才養成訓練

廁所除無障礙扶手外，還有在馬桶前有一扶手，讓長者累了可以趴一下



八、案例參訪：近郊大型日間照顧機構參訪-今川醫療福祉機構

(一)機構住址：茨城県土浦市おおつ野 2 丁目 1 番 1 号

機構電話：029-849-3607/ FAX: 029-846-3606

(二)機構簡介：

今川醫療福祉機構經營有介護老人保健機構、居宅介護支援事業所、醫療福祉機構、特別養護老人機構、高齡者住宅、附有照顧服務之老人住宅、日間照顧中心及藥局等。其服務理念是希望長者「日照」、「短期入住」、「居宅」間可以互相串連使用，持續讓長者住在家中，尊重自我決定，活用自己的能力。

(三)參訪經過：

本次參觀為位於茨城県土浦協同醫院旁之今川醫療福祉設施－日月（SUN LUNA）日間照顧中心，預計 2016 年 10 月才正式開始提供服務，一樓交誼廳、辦公室、咖啡廳、餐廳、TAX 機能訓練室、泡湯池和泳池，2 樓為運動器材機能訓練教室及不同類別課程教室，還有短期住宿 40 床（1-2 樓）。

日月日照中心特色：

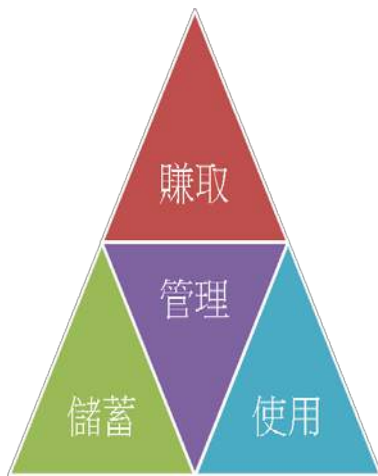
- 1.豐富的節目活動供自由選擇
- 2.設施內貨幣制度供運用儲蓄
- 3.正式的健身房、專業的水中復建
- 4.提供美味的自助式午餐
- 5.每日更換泡湯池水
- 6.準備多種陶藝書法成果展
- 7.定期舉辦季節旅遊活動。

今川日照中心可服務人數 200 人，使用日照的長輩早上 9 點到達日照

中心下午 4 點回家，每日早上自行選擇想要上的課程，總計有 11 種類的課程，包含 3 種機能訓練課程：TAX 訓練、水中運動、運動器材，接受機能訓練，事前皆會進行身體機能測試，會有專門教練擬定個別的機能訓練計畫，並依據執行狀況修正訓練計畫，有分 10 人、20 人或個人的方式來進行機能訓練課程，每次 30 分鐘。2 樓課程教室有陶藝室、動腦教室、歌唱視聽室、娛樂室（電玩、柏青哥）、料理教室、電腦圖書室、手工藝教室、美甲護足室、吹劍室，每種課程皆聘有專門老師，同一時段最多服務 10 人。

其中很特別得是機構內發行「設施貨幣—Luna」，發行 100、500、1000、5000 及 10000 luna 等不同幣值，成立 sunluna 銀行（辦公室的櫃檯），發行存摺、依登錄順序發行 ID。每一位使用設施的長輩會有一個攜帶型盒子，內放置存摺，長者回家時盒子由設施管理，接送時拿給使用者自行管理，存摺是手制的，採手寫方式管理（貨幣交換的時候使用者簽名用），其效果為：

1. 注意到錢是必要的東西—注意力、理解力的提升。
2. 理解支付價格—理解力與數字的認知力的提升。
3. 從錢包存取金錢—金錢的拿捏與認知方面，理解力的提升。



賺取(做什麼可以賺多少)	儲蓄(如何管理)	使用(如何使用)管理(用銀行系統進行 luna 的管理)
賺取	—參加設施內的活動 —參加自助午餐 —參加特別的活動	
儲蓄	—用攜帶型盒子自我管理 —sunluna 銀行 —教育訓練課程	
使用	—換取咖啡、紀念品 —參加文化教育活動 —外出活動(員工企劃)	
管理	—收款管理 —支款管理 —存摺管理	



圖 41：今川福祉設施即將開幕宣傳 DM 及建物平面圖（翻攝今川福祉文宣單張）



圖：TAX 機能訓練教室

圖：TAX 教練示範

圖：2 樓運動器材機能訓練室

圖：日月溫泉池



圖：娛樂室



圖：1樓餐廳



圖：美甲護足室



圖：歌唱視聽室



圖：料理教室



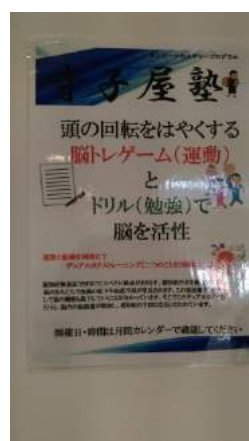
圖：陶藝教室



圖：吹劍室



電腦圖書室



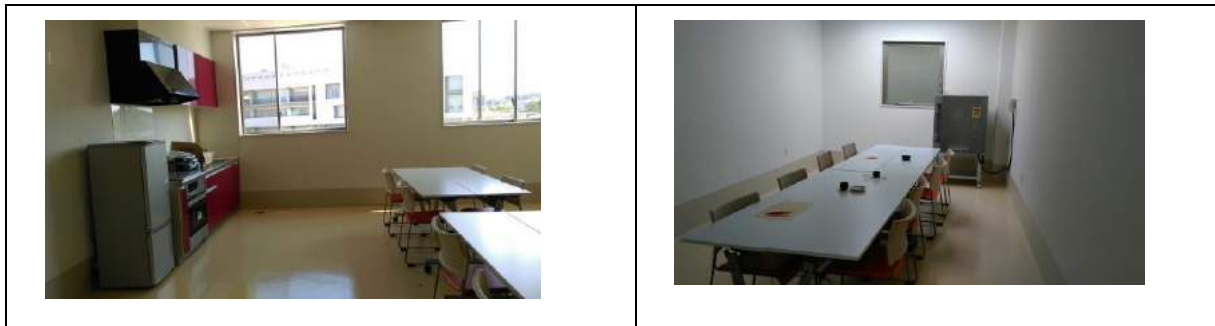
動腦教室



手工藝教室



水療池



(四) 課堂發言紀錄

Q1. 可以選擇的課程種類非常多元，是否服務對象有限制須介護程度多少以下才能使用呢？

回應：沒有限制，須介護 1-5 的長輩都可以使用，每一課程皆配有專門老師，如有特殊需求亦會依他的狀況提供服務人員。

Q2. 有關機能訓練課程，因為老人生理徵狀變化，如何確保訓練過程的安全性？

回應：每天都會先量測長者生理數值，確認長者當日身體狀況，隨之調整訓練內容。

Q3. 餐廳有提供社區民眾使用嗎？

回應：目前僅提供使用設施的人員用餐，營運後再評估是否開放。

Q4. 請問擔任 TAX 機能訓練的講師要什麼資格？

回應：TAX 訓練教練要有基礎訓練課程結訓證書或醫療訓練課程結訓證書。

IV、研究重點 IV：社區再生與銀髮產業群聚

台灣人口結構快速老化，為因應高齡社會來臨，延續長照十年計畫，政府正在推動長照 2.0。此次赴日本取經，主要作為政策推動參考。本次團隊研習重點在於介護制度的建立，在需介護之外的高齡者需求討論較少。事實上，高齡並不等於老態或失能，65 歲以上長者有 70% 為健康或亞健康者，更應正視營造高齡友善環境城市，讓健康長者有尊嚴及意願走出戶外，走入人群，參與社會活動，以活化老化，過個優質的老年生活，亦可減少國家及社會在健康醫療照顧所需的負擔。因此除長期照顧服務之體系以外，營造自信生活、友善居住、友善生活環境、參與社會之機會，是長照體系以外其他部門可以通力合作、一起來共同營造更優質的社會。

研習主題重點在高齡住宅、高齡樂齡學習與代間互動、高齡友善商街、高齡社會下的交通運輸整合運作機制與高齡就業政策及培訓機制，參訪及定點研習共有七個單位，相關心得分述如後。

一、案例參訪：高齡住宅—NODA 高齡者住宅展示館參訪

(一) 內容摘要：

NODA 高齡者住宅展示館，是建材公司的建材展示推廣中心，做業務介紹及展示場引導解說。公司主要是為住宅改善及裝修工程提供建材，主要是木材製品，如地板、木門、櫥櫃等，還有無障礙設施的居家建材研發等。其銷售的重點就是和顧客溝通、詢問需求。提供模擬高齡者之器材，有白內障、青光眼、加重器等。模擬高齡者行動及身體狀況，一方面讓家屬瞭解高齡者的不方便，一方面研究推出符合高齡者需求的產品。

依據研究顯示，高齡者發生意外的場域，發生在自宅的比例為 63%，因此，提供安全的住宅環境是重要的課題。日本日式房屋階梯高低差大，玄關到室內有高低差，老人有跌倒的危險性；採光、照明不夠，常看不清楚；門的大小，輪椅可能過不去；廁所狹小，沒有扶手，不易照顧；老人家在玄關蹲跪下去很難站起來；地震等災害時，屋內動線不佳，擔心來不及逃跑。因而，開發很多與無障礙相關、安全、安心的產品。

依據厚生勞動省(平成 22 年)國民生活基礎調查的資料顯示，需要介護的發生原因約 47 萬人(10.2%)是因為跌倒骨折。因此研發一項產品，能有效減緩衝擊的地板建材，將木地板改為夾層地板，表面具防滑效果而下面有緩衝層，以減低跌倒及發生骨折的機率。與靜岡縣工業技術研所、醫療法人清明會、靜岡復健醫院、財團法人勞動科學研究所等合作，地板防滑程度由財團法人勞動科學研究所研究，不能過度也不能不足，施作防滑地板後，經實測顯示有較少發生跌倒情形。日本有防止跌倒協會，該企業開發的產品是第一

次能在協會中發表介紹的。

建材使用上以顏色劃分，是要讓失智症者可以依顏色辨認自己的房間。另外，在門的設計上有一項巧思，加設一個相框，可放置能喚起失智症者記憶物品，例如自己的照片、配偶或親人、喜愛的寵物等。

一般無障礙設施多會設置拉門，但坐輪椅者使用拉門較不方便，所以設計研發出內外均可推而且省力的門，獲得川崎市的認證(川崎市基準福祉製品)。而沒有力氣開關門的高齡者，可以用感應的方式來開關門。

一般住宅中的很多地方，因平日就近使用，對某些不方便的地方早已習以為常，但家人或設計者若能多花些心思，會有很大幫助。NODA 公司主要是住宅改善及裝修工程的建材提供者，但能本著用心、貼心、同理心的態度來開發建材，重新審視住宅各角落地方，透過高齡者住宅展示館，模擬高齡者行動及身體狀況，一方面讓家屬瞭解高齡者的不方便，一方面研究推出符合高齡者需求的產品，值得我們學習。





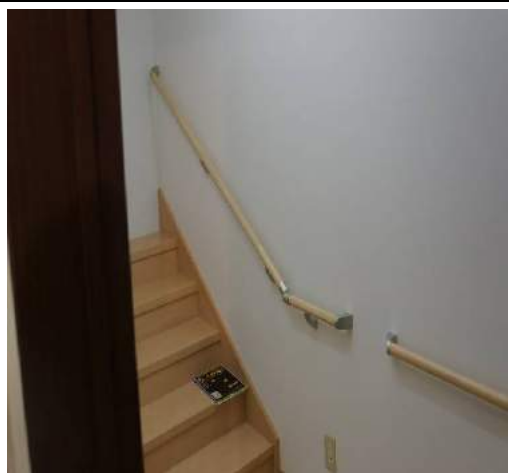
玄関太小，設計可折式的小椅子



防滑地板的比較，可防長者跌倒



改良式大門，可縮小門的迴轉半徑



樓梯加裝扶手



加大拉門長度，方便輪椅進出

(二)課堂發言紀錄

Q1.請教與學校及醫院的共同研究方式為何?

回應：與學校的合作，是提供建材做試驗，與醫院的合作，則僅是觀察施做後的改善效果，如有改善之處則可繼續研究改良。

Q2.如何推廣? 施作費用又如何?

回應：推廣方式是提供建築師及室內裝修設計師產品目錄，俾供採用。施作費用則因公司僅是建材商，並不包含施工，爰對於施作費用並不了解；惟一般而言，以 200 萬日元的預算做小家庭的門、地板等改造是足夠的。

Q3.產品收益情形如何?

回應：有關產品收益，在這個產業方面，公司於八年前開始開發產品，在日本是算早的，以市場需求而言，有上升趨勢。

Q4.產品是不是都經過認證?

回應：關於產品的認證問題，全日本也只有川崎市有做認證，而公司多項產品有獲得川崎市的福祉製品認證。

Q5.防滑吸震地板的價格如何?

回應：防滑吸震地板的價格約一般木材地板價格的 2.5 倍。其防衝擊力的功效，就跌倒所遭受的衝擊力，JIS A6519 的地板硬度要求，防跌倒受衝擊力的安全目標值為 100G，一般木質是 140G，公司防滑吸震地板的檢測數值在目標值以下，數值為 80G，其安全性相對較高。

Q6.高齡者建材占公司營收比例為何?

回應：高齡者建材約占公司營收的 15%；以前的業績成長率約可達 108%，但近年來有類似產品出現，則成長率僅約為 103~105%。

Q7.公司有多少員工?

回應：研發人員約 15 人，公司職員約 2、30 人，與外面合作研發的人員總計約有百人。對於研發，政府並無任何補助，是與民間合作。

Q8.產品有否輸出國外?

回應：在靜岡縣及印尼有工廠，並無國際代理商，但可能有貿易商，可能在印尼有些使用者。

Q9.可內推也可外推的門，相當特殊，有無申請專利?

回應：有關推門中間的特殊材質，並無申請專利，另一家公司已似有類似產品的使用。

Q10.為何會在學會上發表公司的產品?

回應：有關為何會在學會上發表的問題，是因為社長的弟弟是醫師，認

為公司的產品很值得推廣，爰有機會到學會上做發表。

Q11.其他公司有否類似的展示中心?

回應：有關有否其他公司有類似的展示中心的問題，據悉其他公司也有作產展示，但有提供高齡體驗的，僅有本公司。

二、案例參訪：高齡住宅—世田谷區深澤環境共生住宅參訪

(一) 內容摘要：

昭和 27 年(西元 1952 年)，東京都在此建設了 35 戶木造平房的都營住宅，在這個社區裡住戶培植草木，促進了社區間相互交流。40 年後(西元 1992 年)，此住宅的管理權從東京都政府轉移到世田谷區，因為變得老舊及隨著人口高齡化的來臨，所以進行重建。

住宅重建當時的背景是：(1)地球環境問題：全球暖化以及酸雨等。(2)能源問題：日本大部分能源皆仰賴外國。(3)住宅問題：高齡化社會，住宅內的設備舒適度逐漸受到重視。

為了解決這些問題，世田谷區公所「環境共生住宅」(Symptiotic housing)做為目標，住宅計畫有 3 個概念：(1)地球環境的保護(Low impact)：實踐節約能源、充分利用資源並減少廢棄物。(2)周邊環境的連結(High Contact)：策劃與周圍的自然環境，以及與當地社區和文化的和諧。(3)居住環境的健康和舒適(Health&Amenity)：創造健康舒適的居住空間、和人們交流的空間，以及享受自然環境。

當時中央政府的住宅政策，是希望能夠和環境共生，節省能源並減少廢棄物。確立了這願景之後，世田谷區公所便找了原本 35 戶以及附近的人家，開過非常多次協調會，讓大家一起參與討論建構這個住宅。

新的集合住宅建設繼承著住戶與自然共生的歷史，開啟了新的一頁。深澤環境共生住宅基地面積約 7,400 平方公尺，總共興建 70 戶，分成 5 個區域、包括從 1DK 到 3DK 的五座住宅建築，在外圍設土壤、綠化和水源。這五座住宅建築，分別以 1-5 編號。

1 號棟有 24 戶住宅稱為銀髮住宅，其中 1 號棟(A)包括 17 戶高齡住宅，1 戶特定公共出租住宅(提供高齡生活顧問和生命保障顧問)，並有團聚室、會議室及進修室等共同設施；1 號棟(B)有 6 戶公營出租住宅，還有開放給社區的高齡者在宅服務中心。

2 號棟有 11 戶公營出租住宅。

3 號棟有 9 戶特定公共出租住宅。

4 號棟有 12 戶公營出租住宅。

5 號棟有 14 戶公營出租住宅，其中包含 3 戶身障者的住宅。

每棟建築的建造重點為通風和採光，優先考量健康和舒適，也針對殘障的高齡者設置保健機構。例如 1 號棟，玄關能夠讓輪椅進出無礙，或消除在每個房間在坡度上的差異，對生活不便者，也考量到他們浴室、廁所應有的配置格局。對於障礙者的住宅，設置了各種設備，以因應個別的狀況以及生活習慣。因此，像個人日常使用的廚房、盥洗室，以及廁所、浴室等空間，每戶的類型都不同。

在重建時原居民也積極參與了開發計畫，表達他們重視自然和社區人際網絡，所以，世田谷區深澤環境共生住宅一部分保留了過去的景觀，而成為更豐富多元的共同住宅。此外，這並不僅僅只是一個簡單的住宅重建計畫，還考量到與自然環境調和，因此，世田谷區深澤環境共生住宅以水、風、綠三項元素進行規劃，重視地域周遭水、風和綠意的分布，也進行環境中小動物生態的科學調查，這些都納入設計與施工的考量。關於水，世田谷區公所先調查附近的水域，瞭解哪裡有地下水，哪裡有河川的流域，以守護週邊河流和地下水的循環。關於風，觀察風向，秋天及冬天吹西北風，為防範冷風，在建築物週遭種植常綠樹木；春天及夏天吹南風，因而南面比較開闊且種植落葉樹木，讓住宅保持通風。關於綠意，調查周圍的綠資源，以培育保護豐富的林木。世田谷區深澤環境共生住宅考量地域中的小動物，持續保持水流和綠意，以保護其生活環境。設計和工程上考量整個周邊自然環境，以舒適的居住空間為目標。

深澤共生住宅環境共生的理念和相關技術，係透過使用節約能源的隔熱素材，在每棟樓頂種植草坪、綠化，提高住宅內的隔熱和保溫，目標是建築一個不需空調的居住環境。環境共生設計的相關設施設備如下：

(1)藤架和屋簷：建築物陽台安裝建置了藤架和屋簷。

(2)太陽能發電設備：為有效利用自然能源系統，在 1 號棟屋頂安裝太陽能板，所儲存的太陽能可用於 1 號棟高齡住宅的地板暖氣和熱水供給。

(3)風力發電設施：在住宅區安裝 2 組風力發電設施，用風力發電，開放給社區居民使用。

(4)保留井水泵：住宅中用了四口井汲取地下水來澆花。

(5)設置雨水儲存桶：雨水也被妥善利用，在每個住宅的陽台設置雨水儲存桶收集雨水，用於種植花木和陽台的清掃。

(6)基地保水：地坪儘量採用透水材質，讓基地有較佳的保水效果。

(7)加強綠化：社區中庭留設一處生態池與菜園，雖然建築物以斜屋頂為主，但在平屋頂部分則被以綠化草皮。

(8)為了社區的通風採光與日照，將社區的棟距放大。

		
<p>屋頂綠化及設置太陽能板</p>	<p>每一棟有編號，並棟間有走廊相連通</p>	
		
<p>原大樹保留，保有生態</p>	<p>裝設有風力發電設施</p>	<p>家戶設有雨水儲存桶</p>
		
<p>水井保留，可供防災使用及平日澆水</p>	<p>身障者房設於 1 樓，近電梯，留設座椅</p>	

日本在二三十年前，推動世田谷區公營住宅重建時，即以環境共生的理念，以綠、水、風三項元素進行住宅規劃，將社區棟距加大，以利通風、採光與日照，屋頂綠化，社區中心設置生態池與菜園，並設置風力揚水及太陽能發電設備，以節省能源使用，整體配置已採綠建築概念。全球暖化、臭氧層的破壞，以及酸雨等環境問題，是當今各國面對的課題，政府目前推動社會住宅在規劃設計上對環境保護設施配置亦多訂有基準或審議原則，共同維護地球環境。

此社區有許多開放式公共空間，消除居民通行隔閡：社區的公營住宅，除提供低收入者居住，也提供身障者及高齡者居住，是一個單身、家庭、高

齡者的混合社區。這與我國社會住宅採混居的居住型態類似，社會住宅並非專供某一特定族群居住，而是以適度分散，提供適當比例予經濟或社會弱勢者居住，也提供初入社會的年輕人、單親、婦女等一般族群，在人生過渡期，以平價租得一個合宜的安身居所，藉由混居的居住型態，以凝聚社區關懷。

(二)發言紀錄：

Q1.公營住宅改建，原住戶最關心的是什麼？

回應：於重建溝通過程中，原住戶最關心的是能否全數保障入住，並希望能夠持續住下去，要能維持互動和諧的鄰里關係。

Q2.原住戶是否全數都回到這個住宅？

回應：因為重建後，戶數比原本戶數倍增，從原來 35 戶增為 70 戶。所以除了舊有的鄰里關係，也會有新住戶加入新的鄰里關係。

Q3.公營住宅由誰來經營管理？入住對象如何決定？

回應：公營住宅由世田谷區公所經營管理，一樓的日照中心則是招標由民間經營。入住條件必須是區內一定收入以下者。如有餘屋會定期公告受理申請(一年二次)，有意願者得登記抽籤，以前中籤率約 200 分之 1，現在中籤率約 60 分之 1。

Q4.重建時對原住戶有何補助？

回應：重建時請住戶離開，搬家的費用由區公所來負擔，但暫租在外的租屋期間並無其他補助，住戶須自付租金。

Q5.公營住宅的面積與隔局為何？

回應：單人房約 30 平方公尺，家庭房約 60 平方公尺。隔局從 1DK 到 3DK。

Q6.此區 5 棟，多為 3、4、5 層樓的住宅，都設有電梯嗎？

回應：本區只有 2 部電梯，但棟與棟之間有連通道可利用。

Q7.重建時有無中央政府的補助？

回應：公營住宅重建時，有獲得國土交通省的經費支援(提申請計畫)。

Q8.世田谷區有幾個類似案例？

回應：像此類型的公營住宅，在世田谷區僅有本處。

Q9.重建前開了幾次協調會？

回應：開了非常多次的協調會，主要是讓大家一起參與討論建構這個住宅，希望原本 35 戶以及附近的人家，能對這個住宅的重建，達成一定的共識。

三、案例參訪：高齡樂齡學習及代間互動—社團福祉法人樂山會特別養護老人機構

（一）內容摘要：

該機構為東京都三鷹市 1996 年開設之養老機構，委託社團福祉法人樂山會經營，鄰近野川公園、國立天文台、深大寺等自然人文景觀，其組織人員除介護人員、看護師等外，還包含生活顧問、社會福祉士、保健師、營養師，較特別是設有機能訓練員和音樂療法士。亦與醫療體系緊密合作，定期有內科、精神病科、牙科和復建的服務。

該機構設除了養老服務，提供住房及介護照顧外，亦設有日照中心及短期入住服務，失智症與一般老人混合照顧。機構內長者平均 80 多歲，甚至有超過 100 歲，90 歲的人也很多。此機構共有三層樓，房型多為 4 人房，也有 2 人房，但僅有一間，房內陳設都很簡單，每張床鋪都有把手供高齡者起身用，並有緊急緊報令，廁所很寬，也都有扶手。為讓老人家有居家的感覺，各樓層的走道都以在地街名命名，如人見街道、連雀通り，連房間也有在地門號，各種無障礙設備及用具，隨處可見，走道都設有扶手，連沙發旁都有立式把手供高齡者起坐使用。還設有洗澡機，為行動不便的高齡者沐浴。一樓設有餐廳，乃委託餐廳業者營運，除提供居住者及日照中心的高齡者用餐外，鄰近居民亦可付費用餐或外帶便當。

樂山會強調生活品質，經常開設書法、音樂、茶道和藝術課程，房子內隨處可見老人家的書法及工藝作品，為養老機構帶來溫暖的色彩。比鄰而居的是幼兒園，亦為樂山會所經營。由於現代家庭多屬小家庭，小朋友較少有機會接觸到長者，為創造小朋友了解長者的機會，並為養老院帶來活力，該機構每月舉辦一次活動，老人家看到小朋友來，總是樂開懷，增添許多笑聲。

高齡者需要各種與社會互動的機會，不僅有利身心健康，亦可延緩老化，藝文活動正是適合高齡者參加的活動。樂山會養老機構運用藝術課程，供高齡者學習及創作，並將之作品呈現在房舍內，使高齡者感到有成就感外，亦可增進分享與交流。我國對於高齡者藝文活動之提供，除健康高齡者可自行到音樂廳、畫廊、博物館欣賞各種音樂、戲劇、繪畫藝術外，亦應思考如何協助行動不便的高齡者走入藝文場館欣賞藝文活動或將藝文資源帶入他們所在的社區，方便高齡者就近參與。藝文場館經營者亦應思考如何根據高齡者的不同需求，規劃適合的活動內容，以提供高齡者藝文參與機會，豐富優質老年生活。

	
施設長吉田先生説明機構設置情形	樂山會養老機構
	
沙發旁設置輔具方便長者起坐	高齡者書法作品

(二)發言紀錄

Q1.日照中心的老人都很健康，活力十足，是否有安排其傳授幼兒園小朋友傳統的技藝或風俗？

回應：前幾年，長者剛入院時，曾有類似技藝傳受課程，讓小朋友學習傳統文化。但近年長者年歲漸大，與小朋友之互動，多採遊戲方式，一起同歡。

Q2.貴機構係採失智者與日照老人混合式照顧，優缺點為何?政府政策為？

回應：政府並沒有混合或分離照顧之政策，本機構混合式照顧，其優點為輕度失智者可適時協助重度失智者。

Q3.貴機構電梯及樓梯均上鎖，與消防規定不同，是否與政府溝通過？

回應：電梯及樓梯在發生災害或地震時，會自動開啟。

Q4.貴機構是否有復健設備或設施，是否有物理治療師?除餐廳開放一般社區居民使用外，還有那些設施可供使用？

回應:有復建設備，每週物理治療師會來4次，幫助老人家復建。本機構為地區支援整合中心，所以辦理活動時也會邀請居民來參加。

Q5.貴機構為可終老型之養護機構，審核決定入住之機制為何？

回應:目前等待名單有200人，先由市役所審核排序，再由本機構了解申請者情形後，再調整排序，後安排入住。

四、案例參訪：高齡友善商街—巢鴨商圈參訪

（一）內容摘要：

巢鴨商圈就在 JR/都營巢鴨站前，交通便利，是東京老人的購物天堂。商圈的設計主軸為高岩寺，高岩寺為日本老人信仰中心，利用高齡者赴高岩寺參拜的契機，建構高齡者的友善商圈，無障礙環境是高齡者友善環境的基本要求，商圈除了販賣高齡者專用物品及其感興趣之商業產品外，商店也是高齡者友善商店，當地的麥當勞設有高齡用餐區，提供專為高齡者設計的座椅，所提供的菜單字體、餐飲內容都與一般商店不同。此外，巢鴨銀髮商圈也提供高齡者就業機會，服務顧客，一方獲得存在價值、另一方則感受同理心服務。

日本的寺廟有「緣日」的習俗，在高岩寺，緣日是逢四，即 4 日、14 日及 24 日，在巢鴨，緣日會封街，也會有較多來擺攤的攤商，方便老人家們購物。因為客人大多數是銀髮族，所以對於促進銀髮族身體健康的東西就比較多，例如，綠茶、蒜頭、漢方、保健品、蜂蜜、紗布巾、恆溫熱水器等，又如在日本大福是很甜的，在此地很有名的則是塩大福。

在此地，商家特別有耐心，老人家們顯得很有活力。有時會見到一些有趣的物品，例如，有療癒效果的玩偶，對聲音有反應的玩偶，逗得老人家們很開心。有些東西比較便宜，也常見到二手貨。一方面老人家錢不多，所以東西太貴就不適宜，有些商家來擺攤就會注意這些特質。老人家買到好東西回去，也會很高興，認為替家裡省了不少錢。而有些店看到很多人排隊，通常是那個商品特別便宜的緣故。

在環境方面，其人行步道與道路間的高差甚小，店家與人行步道間如有高差也會用墊子使之平順。賣現做的餐食，常見擺有幾張座椅，方便老人家們坐著等待。商家使用的售價、促銷字板等，其字體都較一般其他地方的店家所使用者都來得大些，方便銀髮族閱讀。也有在店內放置座椅、購買一定金額以上免費送貨服務的店家。

在巢鴨，處處可見店家的用心與對於銀髮族的貼心，更難能可貴的，是商圈內的店家能夠同心，對於發展方向能形成共識，一起攜手合作，形成一個溫馨的氛圍，讓銀髮族在此地購物時擁有快樂，以及幸福感。

<p>廣告的字體特大， 依年齡給予不同折扣</p>	<p>水洗觀音求健康的人潮 絡繹不絕</p>	<p>輪椅族也能輕鬆入內的 餐廳</p>
<p>道路與人行步道的高差 甚小行走安全</p>	<p>店家與人行步道間也能 行走平順</p>	<p>購買一定金額以上，店 家可貼心送貨到府</p>

(二) 課堂發言紀錄

Q1. 老人家為何喜愛來此？

回應：是為了向地藏王菩薩求健康、求長壽。商圈中的高岩寺為老人的信仰中心，商圈的營業方針是經過經營者們共同討論的，因為看到了高齡商機，利用高齡者赴高岩寺參拜的契機，來建構高齡者的友善商圈，讓商圈能夠活化、發展。

Q2.此地的地藏王菩薩為何被稱為拔針，故事之緣由？

回應：有二個故事，其一是一對夫妻，妻得了難病醫不好，快死了，夫就去求地藏王菩薩，菩薩顯靈，妻即病癒。其二是有一位妻不小心把針吃下肚，一般而言是沒得醫，結果妻自己去求地藏王菩薩，後來就好了，而針跑到了地藏王菩薩那裡。所以高岩寺的地藏王菩薩很有名，遠地的人們也會來此參拜。另外，來到高岩寺的老人家們，會去洗觀音像，水淋觀音後替觀音擦身體，求那裡健康就擦那裡，也很靈驗。

Q3.商圈與其他地方的最大差異有那些？

回應：心靈的支持以及陪伴，對於老人家是最重要的。因為地藏王菩薩在此，老人們得到了心靈慰藉；在商圈中會有算命攤，因為有些老人家對未來有些不安，所以在此地的算命攤，讓老人們有詢問的對象，可以問事情也讓他們放心許多。店員都很有耐心，對於老人們的慢步調一點都不介意，買起東西來也很愉快。緣日路邊攤二手物很多，日本人惜物，大多數東西保存得很好，也很便宜，有些好物可撿。

Q4.巢鴨商圈主打銀髮族客群，是如何決定的？

回應:巢鴨商圈主打銀髮族客群，打造老人友善氛圍與環境，是商圈裡商家們自主的決定，是商家的聯合意識，此一老人友善商圈的出現，與日本的民族性有關，與日本人的生活習慣有關。

Q5.餐廳標榜無障礙是自發性的，還是商圈自治體有要求？

回應:店家表示,店裡的桌子高,如身障者來用餐,只要把椅子移開即可,店裡並無做特別的設施,是適合身障者或使用輪椅的人來用餐的。

五、定點研習：高齡社會下的交通運輸整合運作機制—公益財團法人個人移動與運輸基金會

(一) 單位簡介：

「公益財團法人個人移動與運輸基金會」(Foundation for Promoting Personal Mobility and Ecological Transportation, 簡稱 Eco-Mo Foundation)介紹

Eco-Mo 基金會成立於 1994 年，成立宗旨為推動無障礙個人交通運輸，在 1997 年基金會新增推動環保與地球共存之交通運輸並更名為目前名稱(Eco-Mo foundation)，於 2012 年奉內閣府核定改制為公益財團法人。

Eco-Mo 原以推動無障礙為主要經營事業項目，1997 年因應京都議定書簽訂，增加交通環境對策事業，即推動節能減碳之環保，及辦理綠色貨運之認證。在 2000 年國土交通省依無障礙設施法指定為專責促進機構，嗣因應 2006 年無障礙設施新法頒布實施，合併身心障礙、高齡、婦幼、外國人之通

用設施法，該基金會經國土交通省認可推動運輸場站無障礙設施及提供無障礙相關研究成果。

企業財團捐助 180 億元資本額所滋生利息為基金會推動事業之主要財源，另外尚包括交通事業、地方公共團體之捐助，每年預算約 33 億元，其中無障礙推動部預算約 3 億 6 千萬。基金會全部員工 30 人，無障礙推動部員工 6 人。

Eco-Mo 基金會主要業務內容包括：

- (1)高齡及身障者無障礙設施之推廣、研究及資訊提供。
- (2)針對旅客設施及運具設備，協助改善提昇高齡及身障者無障礙服務。
- (3)運用中央及地方政府補助款，協助鐵路公司改善車站無障礙設備設施。
- (4)發現及解決交通環境議題。
- (5)促進國際交流，改善當地交通運輸狀況及社區再造。

(二) 內容摘要：

1.日本無交通無障礙法相關法令及設計準則

2000 年國土交通省頒布交通無障礙化法，為使高齡者及身障者順暢利用公共交通設施移動的專法。2006 年更合併「交通無障礙化法」及「心建築法」(1994 頒布，為促進高齡者及身障者順暢使用特定建築物之專法)二部法令，並容納身心障礙、高齡、婦幼、幼兒，甚至包括外國人之通用設計概念之「高齡者、障礙者等的移動上促進順暢化所相關的法律」，簡稱「無障礙法(Barrier-Free Law)」。

國土交通省根據無障礙新檢討制定無障礙化基準子法，並委託 Eco-Mo，依據前述基準進一步制定包括旅客設施、車輛構造、客船、市區道路、建築、都市公園等相關整備導引準則，提供相關單位於新建或改善相關設備設施時之參據。

前述基準或設計準則之制定及檢討機制為設置評議委員會，廣納專家學者、使用者之利害團體、公共運輸業者及政府單位共同討論制定，確保各界能充分溝通、達成共識，建立合理、實務及相互尊重之基準及整備導引準則。

Eco-Mo 接受國土交通省委託於 2013 年針對通用對象制定公共運輸的旅客設施、公共運輸與的車輛、旅客船、市區道路、都市公園的無障礙整備導引準則，以及針對高齡者及障礙者順暢移動的建築設計準則等，本次係就公共運輸的旅客設施及車輛的移動順暢化整備導引部分進行研習。

2.旅客設施與車輛的無障礙整備導引準則

旅客設施的無障礙導引準則包括旅客動線之通道、出入口、購票窗口、

驗票閘門、坡道、階梯、電扶梯、昇降梯等；在標示部分則包括了旅客資訊顯示系統、視障指示標誌及緊急指示標誌；車站內設施設備則包括廁所、購票窗口、自動售票機、驗票閘門、候車區及其他設備。

車輛的無障礙導引準則依鐵路系統分別制定，並針對不同型式的身障輪椅座位、無障礙計程車，以及提供肢體障礙者、高齡者、視障者、聽障者、智障者、精障者等，提出車廂座位設置之因應對策。

各項導引準則標示以三個等級，第一級為法令規定(obligation，標示以◎)，各機關團體均需遵守；第二級為設計標準(standard，標示以○)，機關團體應積極遵守，對政府單位為強制要求，對私人機構則要求積極辦理；第三級則為建議事項(recommendation，標示以◇)，機關團體應努力達成。



圖 42 旅客設施與車輛的無障礙整備導引準則

研習課程中針對目前改善的無障礙整備事項提出分享，包括視障引導區域(導盲磚)、音響/語音導引聲音警示、解決樓梯高低差(人工協助、手扶梯、電梯)、多機能廁所(供輪椅者、攜幼兒者、高齡者、人工肛門者)、標誌/資訊看板、標識與訊息顯示、化解車輛高低差(月台間隙、公車渡板)、輪椅以外的步行輔助道具(電動車、助步器)、從外觀看不出來的障礙或內部障礙者(孕婦標章、友善廁所)以及無障礙路線情報等等。在已陸續建置的設備下，或許在建置者已認為完善，惟仍有許多不足的地方，特別是在面對使用者愈來愈多元的社會。因此，在分享已建置的無障礙整備事項同時，也提出「再想一想」的思考方向，「再想一想」意涵包括「是否有更好的方法？」、「是否可

以達到效果？」、「是否足夠了？」等等。



導盲磚



語音指引



無障礙計程車



多機能廁所

能廁所



消除高低差

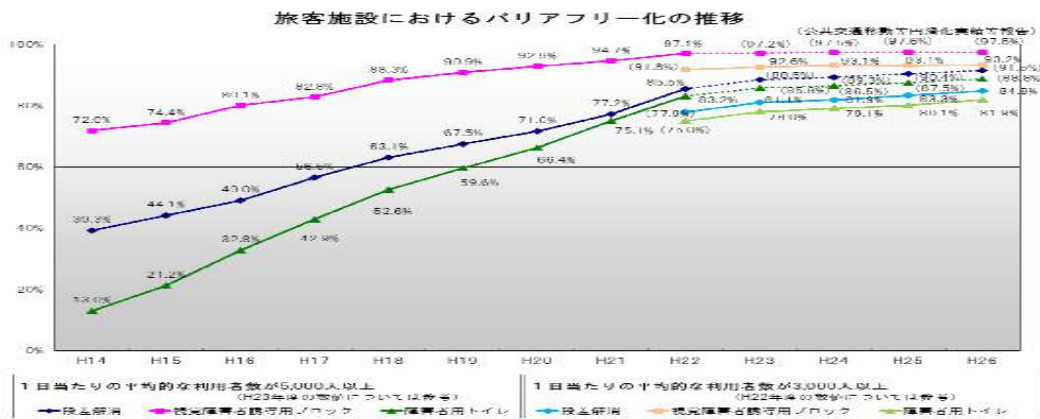


博愛座

3.實施成果

以最主要的消除動線高低差、視障用指示標誌及無障礙廁所的改善成效觀之，相關改善措施推動 15 年以來，均有顯著的成效。至 2013 年止，在日平均 5 千以上旅客的車站，無障礙廁所之設置已從 13% 提昇到 88.8%、消除高低差之無障礙動線則由 39.3% 提昇為 91.5%、視障用指示標誌已建置 97.5% 的車站。近年來，亦於日平均 3 千人以上的車站推動，完成各項設施改善之車站已達 81.9% 以上。

鐵路車輛部分，2013 年底全國總車輛數 52,203 輛，符合無障礙基準之車輛數已達 32,389 輛，合格率達 62%。



4.障礙者差別待遇化解法

無障礙新法的最高境界為，讓更多的人能安全、舒適地使用所有的公共設施，各種無障礙設施並不是依據障礙的種類以及身體的狀況來判定。在 2014 年進行的在交通上受到歧視的問卷調查結果，有 52.1% 的受訪者本身有受到歧視的經驗，25.6% 則是有看過受歧視的案例，其中以服務人員的態度最多。為消除對障礙者的歧視，日本在 2016 年 4 月頒布實施「障礙者差別

待遇化解法」，規定國家的行政機關、地方公共團體以及民間團體，不得以障礙為理由，拒絕提供服務或制定特殊限制。意即，有障礙人士對於各項服務如有特殊考量或需求時，業者在可負擔、合理範圍內，應儘量以「合理的方式」去除可能想像到的屏障。

過去業者面對弱勢者，可能出自好意提醒搭乘可能遇到的困難，或者覺得麻煩拒絕服務，都是違反障礙者差別待遇化解法。因此，因應新法，除了在中小學生學習教材宣導外，Eco-Mo 並針對交通事業者所有員工推廣實施障礙理解的教育。

在另一研習課程，公益財團法人安服介助員培訓機構(The Nippon Care-Fit Education Institute)早在前述新法實施前長期推動安心服務照護士標章，有消除歧視障礙者相同意義。安心服務介助士(即照護士)為該機構提供短期課程目的為培養服務人員對於高齡者、身心障礙者、聽障者、視障者有同理心、正確的照護技術，與其他專業需取得國家證照的介助士不同，並不從事須專業訓練之餵食、沐浴、清理排泄的工作。目前已有 1,000 以上法人團體參與活動、13 萬人取得安心服務介助士標章，交通運輸業者包括 JR、東急電鐵、日航、東京都等多地的地方交通局。該標章於 2007 年引進台灣，由台灣安服介助促進會派員接受公益財團法人安服介助員培訓機構指導員的訓練，在台灣推廣「安心服務介助員」。



(三)課堂發言紀錄

Q1.除優先座席外，所提供給予外觀看不出來的愛心標章，其效果如何？

回應：5 年前東京都開始推動，其他地區陸續跟進，可於剪票口或市役所索取。

Q2.國內無障礙法令在建築物、住宅、市區道路、公園、公共運輸等已有相當完善的規定及設置準則，惟相關法令係以身障者為主要對象，至於通用化的設計概念，國內由交通部、內政部、地方政府、鐵路興建營運機構等各自發展交通環境通用化設計的計畫或研究，尚無一致的準則。請問對於高齡者生理狀況不同，如何設定標準？(醫學基礎?物理研究?高齡團體意見?)特別想瞭解在標誌字體大小及顏色配置上的設計。

回應：(傳譯代答)建議稍後通用設計課程再行說明，應係依問卷調查結果納入 JIS 統一規定標準。

Q3.台灣有設置 15%為博愛座之規定，日本的規定?以及對於設置博愛座的看法。

回應：日本並無法令規定，由事業機構自行決定，電車大多在車廂兩側設置，約提供全車 1/7~1/8 的座位。

Q4.無強制規定設置優先席，身障團體不會抗議嗎？

回應：抗議較多的是年輕人不讓座的行為，另外，有增設娃娃車空間之議，如此一來正常座位將愈來愈少，是接下來必須解決的問題。

Q5.ECO-MO 正在依 IPC 的交通導引制定東京版本導引，ECO-MO 是政府單位嗎？

回應：ECO-MO 為內閣府核定的公益財團法人，受法定委託制作東京版的交通導引草案，主要角色為提供相關資料給委員會參考，最後仍由委員會的核定。

Q6.簡報提及針對交通員工實施障礙理解的教育乙節，一般印象日本服務人員態度很好、無障礙設施也很健全，為何還有再加強教育之議？是否曾經有重大事件發生所致？

回應：日本服務業雖已很好，高齡者及身障者心理脆弱仍會因無心之舉招致心理傷害，引發一些社會問題，本基金會已在蒐集相關案例，因此希望針對交通事業者加強無障礙研修，倒不是因為有重大案例。

Q7.個人在日搭乘電車經驗，優先席並不會空著，查閱了網路資訊有在日本讓座是不禮貌的？被讓座者並不樂於接受？是否正確。

回應：確實有部分的人不想被讓座。根據首都圈的調查，坐在優先席的人大約 50%會主動讓座、40%會先問過再讓座，因此網路說法並不完全正確。

Q8.所謂 barrier free 有無制定距離車站的範圍應該要符合基準？要實施的無障礙計畫是否可向中央申請預算？

回應：希望是車站週邊 1 公里的範圍內，車站為重點，但無障礙法並不限於車站範圍，市町村可自行判定須應用基準或設置導引的處所，相關經費

由市町村自行籌措，因為本基準非法定義務，因此，市町村部分，確實會有考量經費而設置不足的問題。

Q9.鐵路車站無障礙設施改善也由市町村負責嗎？還是鐵路機構或其他？

回應：鐵路車站因為改善重點且規模大，因此之前國土交通省有募集財團提供之專款補助改善部分設施，並由本會協助審查及撥款。專案結束後，由交通事業單位自行維護及續辦改善。現階段，專款補助計畫係針對旅客船之部分。

Q10.客船及鐵路之無障礙設施是否已有規範？

回應：是，已有針對既有的船的改善整備導引，以及新建船的整備導引。

Q11.如何制定法令及導引？

回應：無論制定法令或導引均會成立委員會，基金會也是委員之一，此外尚有自治團體、專家學者、使用者之利害團體、公共運輸業者及政府單位等，共同討論制定，確保各界能充分溝通、達成共識，建立合理、實務及相互尊重之基準及整備導引準則。

六、定點研習：高齡就業政策—獨立行政法人勞動政策研究

(一)機關組織架構介紹：

獨立行政法人勞動政策研究・研修機構（JILPT）為 2003 年日本勞動研究機構和勞動研修所(厚生勞動省)合併設立，隸屬於厚生勞動省。董事：5 人(理事長 1 名，理事 2 名，監事 1 名)，兼任監事 1 名，職員：114 人。

為實施有助於提升勞工品質及重點化的研究調查，以助於厚生勞動省推動及策劃勞動政策。與蒐集彙整國內外的勞動政策情報及各種統計資料，藉由蒐集與彙整資訊以利於進行國際化的政策研究。主要研究內容為外部勞動市場(失業率、勞動力供給、勞動力移動、地域差異、企業規模等勞動力供給與需求市場)、內部勞動市場(薪資、工作時間、人事管理、人才培訓、晉升機制、勞資糾紛處理等)、勞動者(就業輔導、青年/女性/高齡者就業、管理階層、外國勞工)三者之間的關係，對於經濟、產業政策、經營環境、經營政策、教育、介護、年金政策均有影響。

除日本國內勞動情況調查，也同時蒐集國際間其他國家的勞動資料，進行比較。其研究成果每季、每年公布一次，主要提供給厚生勞動省作為勞動政策規劃之用，由於是獨立行政法人的編制，比起一般民營企業及大學等研究機構，更具有中立的性質。

(二)主要工作項目

- 1.對於非正規勞工的勞工僱用政策。
- 2.在日本的經濟與社會環境變遷中受僱者/勞工反應與變化。
- 3.在經濟與社會上的變化中職能發展系統的反應情形。
- 4.職涯發展支持條件及僱用關係提升。
- 5.公司僱用制度和人員策略，透過僱用規則的發展以提升就業品質及實踐合宜的工作環境。
- 6.以勞工管理為中心，研究勞動項目及條件的評估機制。

(三)內容摘要

1.人口高齡的現狀與展望

(1)日本的人口近年來面臨減少的局面，預計 2060 年總人口將會降低至 9,000 萬人，推算高齡化率為 40%。

(2)經調查 60 歲之後的工作意願及期望退休年齡，年齡超過 65 歲，回答想工作的人約占了 5 成。就業者人數以及期待就業者人數，以高齡者與女性，期望能就業的人最多，而 65 歲以上的期望就業者為 207 萬人。了解高齡者想就業的理由，以 60~64 歲「獲得生活的糧食」最多，65~69 歲則以「對健康有幫助」、「有生活意義、為了社會參加」的比例增加。

2.高齡僱用安定法的改正與企業的應對

少子高齡化急速進展，目標是年輕人、高齡者、身障者等能夠全部參與就業，以提升勞動力人口，需要能夠支撐社會的全體參加型的社會實踐，作為高齡者就業勞動促進的一環，作為連續僱用體制的對象的高齡人士，因此，刪除雇主所訂定的基準，充實高齡者的僱用確保措施等的改正規定。

(1)「高齡者的僱用安定等相關法律-部分改正法律」的概要說明

A.廢除連續僱用體制的對象限定制度：高齡者身為連續僱用體制的對象，廢止業主依據勞資協定所規範的限定基準。為確保受僱高齡員工能服務至 65 歲，雇主必須對高齡者採行「延長退休年齡」、「延長僱用」、「廢止退休制度」三擇一措施。

B.延長退休年齡：將員工之退休年齡由現行之 60 歲延長到 65 歲。

C.繼續僱用制度：包括「工作延長制度」及「再僱用制度」兩種類型。「工作延長制度」為無視退休年齡之限制，對已屆退休年齡之員工仍繼續僱用。「再僱用制度」則係對已屆退休年齡之員工，先讓其退休後再予以僱用。

D.廢除退休年齡：取消退休年齡之限制。

(2)擴大僱用以連續僱用體制作為對的企業：僱用以連續僱用體制對象的高齡人士企業，以該範圍，聯合企業擴大。

(3)對於違反義務的企業，導入發佈規定：僱用高齡者確保措施相關的義

務，將經勸告仍然不守規範的企業名稱公開。

(4)設置雇主所需的高齡者僱用確保措施以及運用的相關指南基礎。

(5)其他：到達厚生年金(所獲得報酬的比例部分)的給付開始年齡者為對象，能繼續利用的基準，除了設置 12 年的持續措施，實施所需規定的整備。

(6)對於高齡僱用安定改正法，雇主的考量：針對高齡人士的生活安定方面做社會全體的應對、僱用政策實施時所重視的重點(如：環繞視高齡者僱用的環境多樣性、對年輕人的僱用上是否有影響)。

(7)具體的高齡者僱用實施策略的方法：

A.僱用確保措施的方法及法定年齡的提升：現行的僱用確保措施的三種選項與繼續僱用制度的對象相關的基準今後也必須持續，及法定年齡的提升。

B.持續僱用的僱用確保對象：現行的同一企業內的僱用確保原則改訂，企業內外的僱用確保，也包括法令上的僱用確保措施。

C.關於安全網等的活用、建構：僱用政策、福祉政策，在這兩面的安全網的方式是需要探討的。

3.改正法後的高齡者僱用狀況

(1)勞動人口及就業率比率的變遷：高齡者勞參率（2013 年 65 歲以上占 20.5%）及就業率（2013 年 65 歲以上佔了 20.1%），近年有上升的傾向。日本的高齡就業率與工作意願，相較其他國家也是相當高的水準。想要有收入、想要工作(繼續工作)高齡者比例，相較其他國在 2015 年 44.9%，也是最多的。

(2)因應改正法實施的公司其內部組織、人事、待遇制度等的變更及對應新措施，如:薪水重新評估等。

(3)高齡者僱用確保措施義務化約在 2006 年前後，對年輕人的就業率並無太大的影響變化。

(4)應徵者全員都工作到 65 歲以上的企業狀況：三擇一的狀況下，均以選擇應徵者全員都工作到 65 歲以上的繼續僱用制度的比例最高，達 54.4%。

(5)到達退休年齡者的動向：過去一年間(2014 年 6 月 1 日起至 2015 年 5 月 31 日)的 60 歲退休年齡企業中，到達退休年齡者中，繼續僱用的占全體的 82.1%。

4.今後的高齡者僱用課題～「日本一億總活躍計畫」(2016 年 6 月 2 日內閣會議決定)

高齡者的就業勞動促進，在日本也被說是 Active Senior，身體還很健康，也有工作意願，具有豐富的經驗與知識的高齡者人數很多。

另一方面，高齡者的比例中佔了近七成雖然超過了 65 歲但還是想繼續

工作的人，但實際繼續工作的人只有 2 成。為了實踐生命的積極度，延續僱用與提高退休年齡的環境改善，為了達成高齡者工作的願望，有必要充實就業支持。在人口持續減少的狀況下，為了確保成長力，高齡者的就業率有繼續提高的重要性。

為了將來繼續僱用年齡與退休年齡的上升，有必要改善就業環境。企業自發性活動擴展，針對 65 歲之後的繼續僱用延長以及到 65 歲的退休年齡延長的企業，實施支援，對企業提供外部影響。

另外，為了實現繼續僱用延長與退休年齡延長的優良事例橫向展開，支援高齡者僱用的改正，以及僱用保險的實施，企業的再就業安置支援與高齡者就業勞動媒合的強化正在積極前進。

5.對於 65 歲以上的高齡者僱用的企業想法

(1)對於企業而言，高齡者的工作慾望、有沒有想要工作以及身體健康與否，是僱用最大的考量，如有想要工作，年齡不是問題。

(2)對高齡者的工作具體印象：技術傳承、工作共享、活用專門技術的居家工作、Senior sub-manager、Senior staff 店舖、區域的企業的共同接收公司、出身企業的自營支援、對 NPO 的支援、企業支援的 NPO 等。

(3)工作上所需的執照、證照、資格的取得狀況與就業狀況：不論男女「取得證照、資格的人」比起「未取得者」，「就業中」的比例逐漸增高。

(4)教育訓練對於高齡者的所得以及勞動供給的影響均有加分效果：經調查 55 歲以後接受教育訓練的相較 60 歲高齡者的有所得提高的效果，對就業方面、對高齡期的非正職員工僱用以及非正規就業有加分效果。

6.高齡者的就業與健康的關係

(1)中高齡者的健康狀態與參與勞動相關的研究：針對中高齡者的健康狀態與就業勞動的關係進行量化分析，得到以下的結論：

A.男性病歷增加一個，失業的機率也會增加 7%~10%。三大疾病(癌症、惡性新生物、心臟疾病、腦死狀態、腦血管障礙)的罹患，會導致失業率增加 48~54%，每周工作時間短少 11.5 小時。女性方面，不論何者都不會對失業或每周勞動時數造成影響。

B.因此，為了促進中高齡者參與勞動，在改善勞動環境的同時，由早期開始維持健康，增進保健措施是很重要的。

(2)高齡者的就業率與醫療費的關係：產業醫生異口同聲主張的意見是「並非因為身體健康而工作，而是因為工作所以才健康」，工作有維持健康的結果。如果工作能夠維持健康的話，也能夠抑制增加的醫療費用。高齡者的在職率較高的縣市，其老人醫療費用也會相對較低。這也確認了產業醫生

們的主張，工作對健康是有益的，有就業則醫療費用相對就會比較少。

7. 今後的銀髮產業及未來展望

(1) 針對高齡者的市場有3種：A. 醫療保險所適用的醫療服務、醫療器具、醫藥品等的領域的「醫療、醫藥產業」、B. 照護保險所適用的居家照護、居住型照護、照護設施等的「照護產業」、C. 日常生活相關的「生活產業」。針對高齡者的市場規模，伴隨高齡化的進展推進而有成長，以照護產業來說，到2025年時將會擴大至15.2兆日圓。

(2) 醫療健康戰略：

A. 健康、醫療關聯兩法在2014年5月23日成立：「健康、醫療戰略推進法」（「健康、醫療戰略推進本部」在2014年6月10日設置）及「獨立行政法人日本醫療研究開發機構法」（日本醫療研究開發機構於2015年4月1日設立）。

B. 健康、醫療戰略（閣議決定）：醫療領域的研究開發、新產業的創出、醫療的國際展開、醫療ICT化等。

C. 關於針對2020年代初的照護人才對策：使用者約為12萬人，整備基礎的同時，約有5萬人的照護人才是必要的，2020年所需的照護人才約20萬人，因此，應綜合性地、計劃性地提出對策如下。a 將建構介護人才的升遷進修，以期提高待遇平均每月增加1萬日圓的改善。b 推動學生就讀介護的獎學金制度。c 推動離職介護人力再就業準備金貸款制度。

(四) 參訪經過



天瀨光二部長進行致詞及姉崎猛副所長專題報告



樓層簡介

參觀圖書室



擺滿各式的勞動刊物及相關情勢報導等

(五)課堂發言紀錄：

Q1.介護員平均月薪多少？是位於日本的那個階層？

回應：以產業來說，醫療、福祉月薪 33 萬，介護月薪 24 萬。

Q2.日本稱 65~74 歲為前期老人，報告當中有呈現因為工作才健康，但想成為正職工作的人，不多反而只希望有工作就好，企業對 65~70 歲者願意提供其延長工作，但比例並不高且待遇水準下降，在日本 65 歲以上就業中，係以全職或兼職最多，而其待遇是否有下降？

回應：60 歲退休後，會轉成企業社員，薪水為原先的 70%或一半的薪資，例：之前有個案，開卡車貨車司機，已退休，變成一年一簽，沒年終獎金，薪資變低，但工作是一樣，所以申訴，經判定第一審是不公平，目前，仍上訴中，事實於 2012 年針對本規定也已有修法。近期推出的「一億總活躍計畫」中，也提出退休年齡要提高到 70 歲或 74 歲；所以，法令目前的三個選擇中，大部分的企業選擇繼續僱用下去。

Q3.對於違反義務的企業導入公告發布規定，使僱用高齡者確保措施相

關的義務，將經勸告仍然不守規範的企業名稱公開，對企業的改善是否有緩衝期？

回應：目前，沒有這樣的企業。

Q4.企業不能拒絕因健康理由而不僱用有意願工作者，但有些行業仍需以員工健康因素考量是否僱用，仍會有一些特殊行業無法執行，是否有排除？

回應：沒有排除，可以明定於契約中，以契約中有無明定為主。

Q5.為協助中高齡者與高齡者就業，日本的民眾和企業對高齡法令等接受度都很高，有那些相關政策或宣導活動？另外，在制定各中高齡、高齡就業促進法令或措施過程有否遭遇一些傳統文化、觀念、態度方面之困難，如何提高民眾、企業或是民間的接受度？尤其是中小企業是否也是能遵守法令？

回應：修法前，均先召開三方審議會，如：產官學會議，先行討論，不管是大企業或中小企業，均有代表參加共同研商，才予修法。

Q6.貴國有鑑於高齡化趨勢，特別針對高齡者提出了許多獎勵措施及政策，如：延長退休年齡、創業補助金、職務再設計等，請問，那些措施，以貴國經驗目前執行下來，效果最為顯著及有幫助？法令端、執行方面或實施上有什麼可提供我們在執行上的參考及建議。

回應：先倡議，針對觀念啟發加以宣導及利用獎勵的方式，一段時間後才立法，才再義務化，以先教育、啟發為主，在立法專法前，先實施了許多的補助措施，才漸漸立法，建議可以依循此流程，再予制訂專法。

Q7.未來是否還有其他因應大環境改變，以滾動式修正政策或提出其他措施，除了目前的日本一億總活躍計畫外，是否還有那些創新的改革政策作法對高齡就業有所幫助？目前還是僅針對法的部分修正嗎？有無其他獎勵措施的提出？

回應：年金年齡有修正，會隨著這個法而去改正，厚生年金 2013 年修正到 61 歲，如 60 歲退休，則會有一年沒有薪水。目前，仍是針對法令來修正政策，獎勵措施暫無改變。

七、定點研習及參訪：高齡就業培訓機制—東京都立中央城北職業能力開發中心 (一)單位介紹：

1.設置沿革：東京都立中央・城北職業能力開發中心（高年齡者校）始於 1949 年，時稱「東京都大塚職業補導所」，1958 年因日本職業訓練法的頒布，改名為「東京都大塚職業訓練所」，1971 年增設夜間部，1990 年改名「東

京都立大塚高年齡者高等職業技術專門學校」，正式開始以高齡者為主要招收學員，2007 年才改為現在的名稱。

2.事業特色：主要招收對象為 50 歲左右的高齡族群，提供職前所需的知識以及技能訓練，為其進入職場做準備，師資方面除了各科目專職的指導員之外，也邀請具有各領域專業的學者、業界專家擔任講師，為企業提供具實務能力的人才。

3.課程設計：關於本校的訓練內容為「實務技術」為主，包含工藝、餐飲服務、建築技術等，在日間部學習各科目共同的技術與技能，為了使學員掌握就業所需的知識和技能，並提高熟練程度促進其就業，7 成以上的課程提供實作以及施行與企業等其他合作的校外實習、舉辦對於就職有幫助的實際訓練。此外，以在中小企業工作的人們為對象，實施提高技能的短期講習課程。另外，該機構亦提供詳細的職業諮詢及就業輔導服務，和就業中心在同一棟大樓，有各種各樣的就業措施，與職業輔導結合，並有專門為高齡求職者設置的諮詢窗口。

4.與工作有關不同的機構都在這棟大樓(東京都千代田區飯田橋 3-10-3)中，另有由東京都所設立的工作中心，本棟 1 至 5 樓，為找工作的求職者而設，介紹就業機會、諮詢想要有工作而設計並前來諮詢，6 至 12 樓，則為職業訓練及其他和就業相關的單位。

(二)內容摘要

1.東京都立中央・城北職業能力開發中心提供日本高齡就業情形資料如下：

(1)日本全國及東京都的就業情形介紹（資料時間：2016 年 6 月）

A.由有效求供倍數來看，日本全國及東京都之比較，可提供 1 個求職者的工作機會均有增加，而東京都的工作機會高於日本全國，係因應 2020 年東京奧運，因此，工作機會大幅增加。

有效求供倍數比較表

內容	2016 年 6 月	2011 年
日本全國	1.37	0.65
東京都	2.05	0.82

（註：求供倍數：指求才數對求職人數之倍數）

B.完全失業率

內容	2016 年 6 月	2011 年
日本全國	3.1	4.6

C.職業種類區分就業情形

内容	職業種類
職缺 < 求職者人數	事務（行政人員）
職缺 > 求職者人數	警備、介護、飲食、建設、文書處理等

(2)退休制度

A.日本企業退休年齡以 60 歲為原則（年齡達 60 歲即退休）。

B.法律規定的退休年齡則是 65 歲，在 65 歲以前的僱傭關係是受法律保障的。

(3)針對高齡者的就業諮詢內容介紹

1 樓的高齡服務櫃台，每天都有高齡者來諮詢，這裡有專門針對 55 歲以上者的諮詢櫃台，有拿到年金但生活不是很困苦，或拿不到年金，而生活很苦，相談員需先了解其經濟上的狀況。想要工作，有很多狀況，如：原本是正職工作，而未來也想找這種工作，或想找打工的工作。所以，會針對每個不一樣的人，依經濟狀況、工作、求職狀況（有找工作、或已去面試）來考量決定如何媒合。並依個人的求職進行狀況三個部分的了解（如下圖）：

A.自己的方向：個人必須了解為什麼想要工作，要有想法，例如：如果拿到年金了，為何還要工作，有的是因為生存目標，或自認有專業能力，還想要提供出去，因為高齡者在職場上有經驗，想和年輕人分享等等，而這些想法，都會以一對一方式進行就業相談的服務來建議。

B.具體的求職準備：了解自己就業方向後，開始準備履歷表並試著回答面試過程，以進行訓練等。

C.具備何種就職能力：是否需要訓練或參加就業促進課程講座，如：撰寫履歷講座，以補充不足之處，或其他諮詢。

年長者專區服務一覽表

(4)單位使命：一年有 8,000 人高齡者至本單位求職，有 2,000 人能媒合成功，在超高齡社會，讓還沒有工作及想要工作者就業，是本單位的使命。



8 月 25 日座談會進行專題報告

(三)參訪經過

2016 年度訓練課程概要總表

日間部訓練課程科名	訓練概要	期間	規定人數
和裝技術科	學習和服必要知識及縫製技能	1 年	30 名
內部(室內)裝潢科	學習各種關於內部裝潢知識及技能	6 個月	30 名
建築物(大樓)管理科 (-高齡專班)	學習維持建築物管理知識及技能	6 個月	30 名
旅館、餐廳服務科 (-高齡專班)	學習旅館及餐廳服務的必要知識及技能	6 個月	30 名
小計			210 名
夜間部訓練課程科名	課程名稱	期間	規定人數
建築物(大樓)設備管理科	鍋爐(熱水器)保養管理、基礎高電壓電氣工程、高電壓電氣工程實用技術、基礎低電壓電氣工程、低電壓電器工程實用技術、冷凍機械保養管理、消防設備保養管理	3 個月	各 30 名
小計			240 名
合計			450 名

※能力增強訓練 22 個課程 620 名 24 堂(一堂一小時)

105.8.25 參訪-東京都立中央・城北職業能力開發中心照片



本棟樓層簡介



本大樓外觀



所屬業務



本棟的 10~12 樓是高齡者校



內部(室內)裝潢科教室(11 樓)



每個學員的工作桌



和服技術科(11 樓)



老師正講解訓練內容



旅館、餐廳服務科-高齡專班～餐飲設備
(12 樓)



旅館、餐廳服務科-高齡專班～旅館模擬
設備(12 樓)



建築物(大樓)管理科-高齡專班
～教室(12 樓)



建築物(大樓)管理科-高齡專班～教室設
備(12 樓)



就業資訊區～相關各式資料索取



就業資訊區～求才職缺資訊公告欄

(五) 課堂發言紀錄：

Q1.請教，中心是否只針對銀髮族提供服務？

回應：本工作中心服務提供的對象，可分為 34 歲左右(1 對 1，同一個服務員)、35~54 歲、55 歲以上、以及女性等四大類。

Q2.有關就業諮詢，是否是一案到底，由同一個人服務？相談員是否任何人皆可？需要何種條件？

回應：55 歲以上則以臨櫃來決定，2~3 樓服務 34 歲以上者，相談員則從頭到尾都是同一個人，相談員是需要認證的，目前有 2 種，有諮詢員的國家資格認證，也有民間的資格認證，本單位都需要培訓認證，但中心人員基本上都是有認證資格的人。

Q3.台灣目前有設立 2 家銀髮人才中心，針對銀髮人力做相關服務，因國情、文化等差異，想了解貴單位在推薦高齡者就業的困難點何在？企業端或公司端，有否遭遇那些問題，最大的困難點為何？

回應：高齡者工作無法達到以前的水準，是最大的問題，高齡無法得到以前的收入，但很多人又無法低就，造成推薦不成功；而企業端，至本中心登記 8,000 人左右，均有相關統計資料，並印製手冊，定期提供給公司高齡人才清冊，來加強僱用。

Q4.請教宣導資料中(55 歲以上就職支援講習)，列有十項職訓課程，為何選擇此十種職種？

回應：因此課程係為高齡者而規劃，如：行政人員工作，業者要求其需具備這樣的技能，才会有課程產出，也告訴求職者該等職業也不錯，鼓勵進入該等行業。例如公寓管理員，經過 15 天的講習，結業會發給證書，也邀

請有需求的公司直接來現場進行面談，以利媒合。

Q5.中心的服務，或職業訓練有否限定是東京都的人？

回應：東京都政府是任何人皆可的。

Q6.東京都或中央政府有否提供辦理職業訓練的補助費用？

回應：大多數的經費來源是都政府，也有相關業務一些是來自內閣府。

Q7.對於求職者，來參加職訓者也生活上的支出考量，是否有提供職訓生活津貼，以維持其訓練期間之生活支持？

回應：目前並無提供生活津貼，生活福利補助的部分是另由福祉保險局負責。

Q8.未找到工作者的主要原因是什麼？

回應：主要是就業技能不足等問題，而無法媒合，但仍會持續推薦工作。

Q9.課程是中心自主規劃，是否須送政府審核？

回應：中心所開辦課程，多是三十日內的短期課程，是勿需送審核的，不過中心經費多是來自都政府，所以都政府會審核。

Q10.是否接受民間團體委託訓練？

回應：會與相關團體的業者合作。55 歲以上就職支援講習那張表單上，所列十項課程，都是因為該產業人才有求人需要，所以才開設的。也會和民間團體合作開課。

Q11.在 2,000 位媒合的高齡者，正職與兼職的比例？薪資和不是高齡者是否有差異？

回應：正職者約占 30%。收入的話，55 歲以上者與 50 歲以上者差不多，但如果是 65 歲以上者的收入大約會減少 10 萬元(月薪)左右。

Q12.訓練後，人員的再就業成效如何？政府有列再就業率的 kpi 嗎？再回流的高齡者參訓多嗎？

回應：再就業率 KPI 是 100%，目前是 85%左右，仍會以 100%為積極努力的目標，另今年上過課的學員，原則上就不能再上課，會優先給更需要的人報名。

Q13.85 歲以上的媒合狀況？

回應：以行政人員、保全人員及清掃人員居多。

Q14.師資有無和職業學校合作或聘用？

回應：老師有 2 種，官派的指導員，外聘的講師。

肆、心得與建議：

I、研究重點 I：高齡社會政策制定與議題研究

一、預防勝於治療—發展預防失能及延緩失能的對策：(相關主管機關：衛生福利部)

日本高齡人口快速增加，我國高齡化速度較日本為迅速，而日本已經關注嬰兒潮世代 75 歲的這個團塊人口群，日本因介護保險財政困窘，目前採行預防失能及延緩失能的對策，將需支援 1 及 2 級的對象，交由地方市町村處理，並著重老人能做的活動就由老人自己做，以自助、互助為原則，發展預防失能及延緩失能的服務方案。這個政策方向與我國目前高齡社會白皮書的減少失能人數，延長健康年數的目標相同。日本相關政策實施較我國為早，其規劃內容值得我國借鏡，例如：在社區中實施老幼共融的活動，讓幼年者認識老人，也讓老人感受年輕的動力，進而激勵老人的活力，另外日本在社區中經常針對老人辦理健康促進、口腔保健、肌力訓練、吞嚥訓練等，不論是健康、失能或是雖尚未達失能但已屬衰弱的老人，藉由活動而能預防失能或延緩失能。另外由於日本老人人口多，透過初老者服務老老者，這種志願服務的照顧制度，我國亦有類似的照顧體系，即社區照顧關懷據點的設置，但是參與者多為健康、亞健康的老人，對於失能者雖不排除，但老人往往因無法參與相關活動或因場地的不友善，而失去參與社區照顧關懷據點活動的動機，日本在社區中即辦理類似的社區互助照顧之體系，不論是失能或健康者，均得以獲得適切的服務，這是我國可以借鏡之處。

二、自助、互助及共助的社區整體照顧模式：(相關主管機關：衛生福利部)

日本自助、互助及共助的社區整體照顧模式強調網絡整合，服務項目可靈活運用，服務資源普及於社區中，可近性高，方便民眾使用，自然而然只有重度失能者才會入住機構，確實落實在地老化的精神。我國長期照顧服務輸送體系欠缺體系間的整合，資源發展未具可近性，服務內容僵化，不具彈性，造成民眾寧可聘僱外籍看護工，如何扭轉民眾使用習慣，發展在地照顧資源，我國長期照顧計畫 2.0 已參採日本經驗，推動社區整體照顧模式，試辦 A 級區整合型服務中心、B 級複合型日間照顧中心及 C 級巷弄長照站，布建及發展社區資源及照顧人力，提供普及且整合式的照顧服務，日本的經驗是我國在推動社區整體照顧模式時的重要參考。

三、輔具租賃制度：(相關主管機關：衛生福利部)

日本輔具租賃制度帶動科技產業發展，減輕照顧者照顧壓力，方便使用者自立生活，基於自立支援的精神，日本輔具服務特別強調，便利使用者自行操作，且充分理解及尊重長者的個人意願，維持長者尊嚴並按照其身心能力，支援及協助規劃其自立的生活。因介護保險基於整體資源之最適運用及環保議題等因素，將原先補助購買輔具修正為補助輔具租賃，由於採行補助輔具租賃政策，輔具勢

必要重複使用，如何維護輔具的乾淨、衛生，就相形重要，並且因為輔具清潔之需求，輔具須改為模組化，以方便搬運、清潔，因此輔具清潔及相關物流產業相繼產生，也帶動輔具製造商因應輔具清潔機具之規格，改採輔具模組化，整體輔具產業製造模組化、輔具物流業(含維修)、租賃服務業等因應而生，形成輔具的產業鏈，因應輔具市場需求，經濟產值已然大幅成長。

由於輔具清潔、維修執行相當澈底，因此也改變日本國民輔具使用觀念，習慣重複使用輔具，從購買改為以租賃為主，除非與身體有密切接觸而適宜重複使用者，才會購買新的輔具。我國輔具向來以補助購買為主，雖然亦有提供輔具租賃，惟民眾心態多以政府既有補助購買新的輔具，自然不願意採行租賃方式。基於經費節省及資源不浪費的原則，日本輔具租賃制度及其因而帶動的輔具產業鏈，值得我國借鏡。另外輔具科技化，也是日本近幾年努力發展的方向，日本鑑於照顧人力不足，如何減輕照顧者的人力負擔，是重要的方向，因此，積極研發智慧輔具，例如照顧機器人，以協助執行老人的照顧工作，減輕照顧者之照顧負荷。我國 IT 產業發展乃世界引領之先趨，未來應積極運用我國 IT 產業的先進科技技術，發展智慧輔具產業，除了減輕國內照顧負荷外，亦可獨步全球，帶動智慧輔具產業之發展。

四、規劃在宅醫療制度：(相關主管機關：衛生福利部)

日本在宅醫療制度，提供民眾居家醫療減輕民眾出門看病壓力及負擔，同時提供在宅臨終安寧療護，對於民眾及家屬身心靈提供全方位的服務，如日本東京都千葉縣柏市的地域整合照護計畫，結合學界、地方政府、民間團體及社區資源，建置以居家為中心的社區整合照顧模式，在居家環境中接受醫療照護、預防保健訓練等服務，讓社區老人可以在地安老，不但可以提升老年生活品質，創造優質照顧服務，又可降低社會與醫療成本。目前，日本其他地區也都在盤點檢討，如何將柏市的經驗複製，以家庭為中心，而不是以醫院為中心，其作法亦值得我國參採。

II、研究重點 II：社區整體照顧體系發展

一、心得：都市更新與造鎮計畫，社區整合照護模式利用社區營造建立結合醫療、養老、生活支援的社區整體照顧體系：(相關主管機關：衛生福利部)

日本多數都市已是高齡化城市，在柏市 65 歲以上人口佔近 20%(約 8 萬人)，75 歲以上人口佔 7.9%(約 3 萬人)，在豐四季台地域公寓住宅區老化程度已將近 41%，為解決老化問題東京大學高齡社會綜合研究機構與柏市役所和 UR 都市機構開始合作實施「社區養老」項目，並以該機構作為實驗社區。柏市役政府與 UR 都市機構是共同事業體，東京大學負責研究，UR 都市機構負責重建社區，而柏市役所主要提供行政經費，經費最主要是用在人事費上(區域支援中心)。而此社區整合照護模式利用社區營造建立結合醫療、養老、生活支援的社區整體照顧

體系已然成為日本之典範，再深究觀察其實是一都市更新與造鎮計畫，其系統性之規畫完善住民、政府、學界、業界同心一起努力而能達成。可見系統性的資源有效配置及整合是非常重要的事情。目前為止，我國為了協助長者能安心在地老化，推出社區照顧關懷據點計畫，發展居家式和社區式服務為主、機構式服務為輔之各項服務措施。目前新政府正大力推動長照 2.0 計畫。其目標為建構一個民眾看的到、找得到、用得到的長照服務，同樣係為建立我國社區整體照顧模式，佈建綿密照顧網。這些都必須建立在以地方政府為基礎的推動策略。爰新北市政府在民國 89 年即在偏鄉推動在宅醫療，103 年推動居家安寧，讓每個人都可以在宅善終。今年為因應高齡化社會快速的來臨，已於全國之先在老人健檢中加入衰弱症篩檢並針對早期衰弱症民眾進行介入性運動計畫，改善成效顯著。於 8 月份由市長啟動全市民之動健康、健康動計畫。這呼應東京大學高齡社會綜合研究機構所提出為了不要像骨牌般倒下，須預防健康與生病之間「過渡的階段」，陷入需要照護的狀態隨著身體高齡，筋力衰弱，漸漸地生活機能整體降低，變成「Frailty」。我們期待在未來的長照 2.0 是確確實實將預防保健以早期衰弱症預防作為首要目標讓我們都有健康的平均餘命。在集合住宅區內設置「社區醫療連繫中心」，作為推動在宅醫療的設施。它也扮演在宅醫療活動的協調者，肩負多專業間連繫的訓練工作，市民諮詢窗口和對社區宣導的工作。其次，在老人住宅的一樓，開設 24 小時服務的居家護理所、居家服務所、提供到宅診療的診所、小規模多機能照顧事業所、團體家屋（group home）和社區整體照顧支援中心。最後營造出有「生活氣息」，可以持續勞動的環境，例如老人住宅旁有幼稚園，特別養護設施，還有可以種菜的菜園等。

二、照顧關懷機制：（相關主管機關：衛生福利部）

1. 世田谷區立特別老人養護機構(北澤苑)實踐生理學基本理論，以水分的補充、食事營養、坐著排泄及走路運動來管理老人健康，以理論基礎為依據落實機構老人身體照顧，而實務上也確實達到老人健康成效，為提升我國老人機構照顧品質，這基本的照顧關懷是值得推廣到我國各公私立老人機構。

2. 北澤苑在住民復健的用心、盡量不包尿布及藥物的減量方案也是值得借鏡。透過復健及步行的改善讓老人家回復肢體功能，除復健師的復健外也落實到介護員對長者每日生活照顧上而有成效。另外藉由水分補充、瀉藥的廢止使用、步行能力改善及坐式排泄達到不使用尿布，維護住民的健康與尊嚴。藥物的減量當然需要專業醫生來建議，而現行老人重複用藥情況是多的，因此配合身體功能改善加上藥物減量，對老人身心改善都會有很大的幫助。

3. 北澤苑在住民失能失智方面是採混居方式，如同我國現行大多數的長期照顧機構(失智照顧型機構除外)。對失智長者的照顧卻不能完全等同失能長者照顧，面對失智長者在認知、情緒等障礙上則需要更加費心。北澤苑強調介護員從照顧

失智長者生活中加強記錄，藉以了解長者情緒變化的原因而盡量避免亦值得學習。

4.安服培訓機構該機構提出「殷勤待客之心+正確的照護技術」，認為我國地狹人稠，天然災害不少，人為的社會事件也層出不窮，當事件發生時，綜然有好心要幫忙，但如果沒有好的技術，也可能幫倒忙，例如幾年前的「玻璃兒童事件」一樣，就令人遺憾。安服培訓機構重視被服務者心理層面的感受、得到真正的協助及有尊嚴的款待，使高齡者或身體行動不便者能夠像正常人一樣能外出進行社交活動，不至於因為外出的不便而阻礙與外界的互動，認為此舉與 2002 年聯合國提出「活躍老化-健康、安全、社會參與」理念相符。且俗云：「政府資源有限，民間資源無窮」，從網路查詢得知我國目前也有「臺灣安服介助促進會」向內政部立案，此「臺灣安服介助促進會」即是公益財團法人安服介助員培訓機構在臺灣的分會。爰建議政府的相關部會如衛福部、內政部、教育部，亦可與臺灣安服介助促進會合作推廣，讓高齡者或身心障礙者能安心的出門，除了推動無障礙空間等設施的硬體外，再讓社會加入「協助高齡者與身障者時之同理心與服務介助知識」，軟硬體兩者相輔相成，建構出全方位無障礙的社會環境，就如同安服培訓機構在宣導影片所說的「人跟人需要連結在一起，笑臉才會繼續下去」。

5.《禮記·禮運》:故人不獨親其親，不獨子其子，使老有所終，壯有所用，幼有所長-----。這樣的理想社會，在這次的日本高齡整合照顧與服務研究中彷彿看到了可達到的藍圖。日本因應高齡社會的來臨，有多重疾病者增加以及醫療費用的快速攀升，同時為了滿足對生活的人性化照顧及在家終老的期望，透過制度的改革，相關法令修改與預算的編列，結合地方政府與相關社區資源，推動在宅醫療照護計畫，不僅將醫療服務送到個案住宅中，還將觸角延伸到社區的小規模多機能服務，團體家屋，甚至於照護機構中，讓失能老人能在宅或社區中獲得全方位照護，也提供家庭照顧者最安心最支持環境，同時能實現在地老化的目標。在醫療的部分，採醫療保險和長照保險相併行政策。體系由市町村擔任保險人，同時也規定各級地方政府必須制定地域福祉保健計畫。由中央政府制定政策，地方政府依各地風俗民情與資源、支持系統發展地方特色的照顧模式。這是值得我們台灣借鏡學習的地方。

三、推動在宅、入所相互機制：(相關主管機關：衛生福利部)

日本 2000 年推動介護保險以來，也面臨財力困境，落實在宅老化、社區老化也是目前政策方向。因機構床位數有限致供不應求，因此推動在宅、入所相互機制，讓機構床位能開放多人使用同時兼顧在宅老化之需求。我國目前機構的使用為市場機制，家屬如能力許可，傾向讓長者在機構終老。而在宅、入所相互機制不只是考量長照資源的充分與廣泛使用外，重要的是讓長者仍可在自家熟悉的環境中生活，需要時則住機構。惟日本很多介護保險服務提供單位都是多角化經

營，以北澤苑而言就是老人機構、日照服務、居家服務、居家護理及送餐等多元服務，因此長者不住機構時所經營的居家照顧服務可連結提供。未來，我國如果長照機構在能量俱足情況下，提供多元服務，因應人口快速老化，失能失智長者相對與日增加且資源擴展有限下推動在宅、入所相互機制也許是個方向。

四、建立照顧人才培育的技職教育：(相關主管機關：教育部)

我國從 2008 推動長照十年計畫以來，目前也同日本一樣面臨照顧人力短缺的問題，除照顧人力不足外，照顧服務員年齡偏中高。如何吸引年輕人投入照顧產業並得以留任，日本厚生勞動省祭出鼓勵機制與方案，但人才培育也是重要的機制，如同北澤苑的設施長所言，應從人才培育下手，他也如是建議我國。因此，如何建立照顧人才培育的技職教育將是我國面臨的重要課題，唯有透過人才培育管道，提升照顧產業專業及改善勞動條件方足以因應長照 2.0 計畫的推動。

五、自助與互助，發揮社區互助：(相關主管機關：衛生福利部)

以日本的經驗看來，若老人的長照需求與生活資源完全依賴介護保險，恐難永續經營。所以政府在每三年為一期的檢討中，訂定強調自助與互助的重要性；如何發展社區資源、發揮社區互助，是目前他們在做的----社區整合照護系統-----這也是我們需要面臨的重要課題。這同時也是醫療在地化，讓高齡者在他熟悉的環境中接受生活支援→介護預防→生活援助→居家醫療→在地終老。不僅節省醫療資源，也較人性化的關懷與照護。

六、未來智慧照護模式：(相關主管機關：衛生福利部、科技部、經濟部)

1.本次參訪的外骨骼機器人(亦稱可穿戴式機器人)公司日本 Cyberdyne，為目前世界上主要生產可穿戴式機器人的 4 家公司其中一家，其他分別是美國的 Ekso Bionics(EKSO)、Argo ReWalk Robotic 以及紐西蘭的 Rex Bionic。早期外骨骼機器人是美國海軍為幫助士兵在扛重物也能行軍千里所研發出來的產物，使用對象仍以軍人為主，直到日本筑波大學研究團隊把外骨骼機器人應用在醫療復健領域時，才普遍廣為人知。國內工研院開發的外骨骼行動輔具機器人設備，目前是屬於下肢矯具系統，主要還是針對髓損傷病友及行動不便人士，近期工研院所研發的輔助機器人，已經與台灣大學合作進入臨床研究。全球人口年高齡化將使因神經骨骼肌肉退化而造成肢體障礙的人數隨之上升，也將持續帶進市場對肢體障礙輔助醫療器材的需求，尤其是高齡化最為嚴重的歐日地區。我國已經邁入高齡社會，同樣也面臨幾個基本的影響，包含低生育率、更高的健康照護成本、財政壓力及逐漸降低的勞動生產力。針對上述各種影響，政府應該研擬因應之道。而從科技的角度思考，如何有效應用各種科技產品，從物理、心理、健康照護等面向全力協助高齡者安全且健康地享受有品質的生活，已不僅是一項國家議題，更是產業發展的重要契機。

七、強化醫療行動輔具產業相關供應鏈：(相關主管機關：經濟部)

筑波團隊開發出來的外骨骼機器人 HAL 有重量過重及造價昂貴二個問題。目前台灣醫療行動輔具產業相關供應鏈來看，上游的零組件到下游市場，台灣醫療行動輔具產業的相關供應鏈在輕量化的結構設計上，仍有需創新突破之處，因為若是要讓輔具的攜帶性更佳，有效延伸脊損傷友的活動範圍，開發碳纖複合材料及金屬／碳纖異質接合技術是重要的目標，政府應協助產學補足這項也是目前國內在發展上較大的技術缺口。其次，國內開發的外骨骼機器人若能利用國內 IT 研發之成本優勢，其售價目標若能落在 1-2 萬美金，應該就可以受到市場的青睞。

研究成果技轉商機暨產學合作媒合平台除工研院積極投入外，國內幾所大學，包括台灣科技大學在下肢外骨骼復健系統發展與應用、中興大學在個人行動載具的研發與應用、成功大學在居家服務型機器人與人形機器人：系統整合與應用、交通大學機器人情緒辨識與互動及機器人行動輔助器及台灣大學在整合 3D 視覺伺服及機器人與人機互動安全系統…等，應建立產學合作媒合平台，將其投入的技術成果拓展至產業界，協助他們建立高階產品的研發能量，築起產品技術高牆，確保國內相關產業的持續發展。

III、研究重點 III：社區資源整合機制

一、心得

由此次安排的專題演講課程及實地的案例參訪中，瞭解日本在 1970 年老人人口比率已超過 7%，進入高齡化社會，1994 年邁入老人人口比率 14% 的高齡社會，隨著高齡化的發展，需要照護的高齡者增加及照護時間長期化等照顧的需求愈來愈大，而另一方面由於少子女化的關係，家庭結構產生變化，獨居及雙老高齡者家庭增加，主要照顧者也由家人照顧轉變為老老照顧，更由於醫療保健與社會福祉未有連結，導致社會性入院情況及長期臥床的社會性問題增加，為因應此狀況，日本政府除了 1963 年制定老人福祉法，正式啟動老人福利政策外，也陸續制定了相關法規與政策，包括 1973 年實施老人醫療費減免，1982 年制定老人保健法，規定老人醫療費用須自行負擔比例，以減少社會性入院情況，1989 年制訂「高齡者保健福祉推動 10 年戰略」又稱（黃金計畫 Gold Plan），1994 年依據實施狀況，經過評估修正，制定「新黃金計畫」，老人福利由機構服務轉向居家服務為主，開始於各市町村建構中學學區化的社區居家照顧支援中心，大規模擴充在宅服務員、老人保健機構、日間照顧中心及養護所等老人福利服務，並整頓相關硬體及軟體設施，加強照顧服務基礎及推動失智症老人支援政策等。

日本於 1997 年底通過「介護保險法」，並於 2000 年 4 月開始實施。照護保險的保險人是由民眾接觸最密切的地方行政單位—市町村擔任，主要負責保險費的計算、徵收及管理，保險給付的核定、支付及照護服務的輸送等。40 歲以上的國民都必須加保，65 歲以上高齡者為第一號被保險人，40 歲以上未滿 65 歲之國民

為第二號被保險人。保險給付對象主要為第一號被保險人之高齡者，第二號被保險人若因長期臥病在床、失智症或重大特殊疾病而需要照護或生活支援者亦為給付對象。被保險人提出申請後經一定程序被判定為需要支援或需要照護者方能使用介護保險所提供之照護服務。需要支援或照護的狀態依被保險人所需照護的程度可分為「要支援 1-2」、「要照護 1-5」等 7 個等級，保險給付方式以實物給付（服務給付）為原則，照護服務項目另有規定，一般而言，需要支援者可接受居家照護、社區密著型及照護預防等服務；需要照護者可接受居家照護、機構照護、社區密著型及照護預防等服務。

日本自 2000 年 4 月開辦介護保險後，以每 3 年為一週期（2005 年為止為 5 年 1 期）針對保費、保險給付等項目進行量出為入的滾動式制度檢討，但在人口高齡化衝擊下，輕度失能人數（要支援 1、2）占介護保險使用人數最多，造成保險費支出成長遽增，影響保險財務平衡，因此在第三期(2006 年 4 月)新增預防性給付，同時推動全國「地域包括支援中心」，在各市村町成立地區性的支援中心，這是執行地區住民保健、福祉、醫療提升、防止虐待、介護預防管理的總合性機構，為高齡者能夠在熟悉的居住環境中安心地生活而設置的，並由保健師、社會福祉士以及主任 Care Manager 等專業人員提供住民健康，維持生活安定必要支援，減輕「要介護」狀態或防止惡化之必要的介護預防、諮詢服務等各項福利促進。另外入住設施的給付項目將餐費及居住費排除，也為了失智症者的照顧需要，開辦地域密著型服務(小規模多機能等)。

日本政府為了因應 2025 年人口問題，包括後期高齡者(75 歲以上)超過 18%、獨居及雙老老人增加、失智症高齡人口增加、被認定需要照顧的人增加等狀況，在第 5 期介護保險計畫(2012-2014 年)中提出建構社區整合性照護系統的概念，此系統包括醫療、照護、住宅、預防及生活支援等五大構成要素，支援高齡者安心居住在熟悉的社區，因此市町村應依據地區特性建構社區整合性照護系統及網絡，2014 年 6 月修正介護保險法並提出「醫療介護綜合推進法」，修正社區支援事業，促進醫療及介護全面性的合作關係。目前正進行第 6 期介護保險計畫（2015-2017 年），將延續第 5 期計畫朝向 2025 年社區整合照顧計畫，正式展開在宅醫療介護連結。在此概念之下，謹提出參訪心得：

（一）地域性整合照顧服務模式是未來的趨勢

日本為因應少子化、家庭結構功能改變及高齡失能失智者照顧問題，於 2000 年 4 月開辦介護保險，將老人照顧對於家人造成的重擔，由家庭轉向社會與國家共同分擔的公共化制度層面；再透過 3 年一次的檢討修正讓介護保險制度更加完善，其中社區整體照顧模式的建構是一個重要概念，希望能在失能高齡者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構結合「醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等五項服務的照顧體系，支持高齡者安心居住在熟悉的社區，讓即使成為

重度需照護的人，也能在自己住慣的地方過自己想要的生活，一直到生命的最後。而要達此目的，地方政府的角色與意願很重要，參訪過程中柏市與東京大學及 UR 機構合作所推的整合照顧系統就是一個成功案例，但目前也只有這個案例，日本政府期望此種小規模多機能示範區能於 10 年內擴展，目前台灣長照十年計畫 2.0 也強調社區整體照顧模式，日本的經驗值得學習。

（二）社區整合支援中心的設置

社區整體照顧模式的運作關鍵，即為「社區整合支援中心」，日本的社區整合支援中心由市町村自行設立或委託其他機構營運，是執行地區住民保健、福祉、醫療提升、防止虐待、介護預防評估管理、照顧計畫擬定、綜合諮詢的總合性機構，其設置目的係結合介護保險服務、醫療、社工福祉與綜合保健等多專業人員與志工等社區資源，維持社區居民身心健康、生活安定、減輕「要介護」狀態或防止惡化而提供必要之服務，進而提升醫療保健水準及增進社會福祉之整體性支援活動。依據厚生勞動部規定，65 歲以上的人口每 3,000 人~6,000 人，市町村須設置保健師(或是護理人員)、主任介護支援專門員(care manager)、社會福祉士(社工師)各 1 名為基準，運用各自的專業領域互相合作及執行業務，提供諮詢與協助市町村指定介護預防、日常生活支援總合事業、地域支援事業所的機構(服務據點)，並非直接提供照護與收住等服務，目前日本的社區整合支援中心大多委託其他機構營運，且幾乎皆設於服務設施中。目前台灣長照十年計畫 2.0 中推動 ABC 服務點的規劃，其中 A 級社區整合型服務中心也希望朝日本模式規劃，每一鄉鎮市區至少設一處，配置上述三類專業人員，但目前照顧計畫市由各縣市照顧管理中心的照顧管理專員擬定的，且除了擬定照顧計畫外，尚有許多社區資源連結、督導管理等工作要辦理，因此未來如何加強各類專業人員知能是一個重要課題，也是 ABC 模式成功的關鍵。

（三）以人為中心的照顧理念提供服務內容及環境設施規劃

此次參訪行程實際至日本的老人養護中心及日照中心參訪，看到日本的設施很容易被他們的空間規劃吸引，在空間規劃上將最好的視野、陽光留給長輩，動線流暢方便照顧工作，廁所、浴室規劃無障礙化，環境清潔無異味、寢室寢室空間明亮、保有隱私及個別化，處處看到設計的用心。除了硬體的規劃得宜外，軟體的用心更令我們佩服，例如膳食準備依據長輩口腔咀嚼能力設計不同軟硬度的飲食，並將各類的菜單內容以實物拍成照片供長輩選擇、真正做到個別化照顧，另外也藉助科技產品加強照顧品質，如藉助床墊型感應器以測得心跳、血壓情況，以掌握長者的生理狀況，避免長者因言語上的不便或情緒上的因素不願意說明時，可以輔助工作人員了解長者的真實狀況，亦可有利於應對緊急突事件的產生，或雖然老人半夜會起床，怕他走出去，但不會以約束來處理，而是用感應器來警示，人員隨時協助應對，整體服務內容皆以長輩為中心思考，許許多多的照顧細節是

內化到每個工作人員的行為中，值得我們重新思考如何提升現有的服務讓長輩即使入住機構，也能真的像住在原來家裡一樣，非僅是口號，而是落實照顧長輩的需求。另外參訪的今川日照中心是大規模型的日照中心，提供多樣課程尊重長者選擇，讓長輩過去的興趣可以延續，除了日照中心空間寬敞外，提供貼近長者的課程規劃很重要，在看到娛樂室有日本常見的「柏青哥」非常驚訝，或許這也是今川福祉日照的貼心，因為介紹人曾說過：「90%設施是女性在使用，希望提供男性可以輕鬆使用設施」，讓人非常佩服。曾聽過一句話「是因為老了不能玩樂，還是因為不玩樂才變老了」，不要因為年齡而限制可以規劃的課程內容，外在年齡不應限制內在年齡，亦提供一個反思，或許我們在提供服務的過程中，是否常自以為是認為「老人就是應該....；老人應該喜歡...」，不要忘了年輕人很多元，老年人也是很多元的喔。

（四）提高預防照顧服務

日本開辦介護保險後，被認定需照護及需支援的人數逐年快速增加，其中輕度失能人數(要支援 1、2)占介護保險使用人數最多，造成保險費支出成長遽增，影響保險財務平衡，為減少長期照護之財務負擔，於 2006 年修正介護保險，增加介護預防給付，針對高風險老年，投入 3%費用提供預防性福利服務，減省未來需要介護保險的成本，因此市町村對於經認定屬要支援 1、2 級或可能要支援、要照護的人，規劃設計提供高齡者支援性的服務，如辦理飲食講座、運動課程、社團活動、社區居民一同共餐、志願服務等，啟發高齡者對於老化的預防、認知與接納，期待高齡者健康老化。目前台灣的長照十年計畫並未將預防照顧納入服務項目，但體認到預防照顧如做的好，不僅可延緩失能也會降低照顧成本，因此長照十年計畫 2.0 總目標之一即是向前端優化初級預防功能，銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進老人健康福祉，提升生活品質，未來實施過程中可借鏡日本經驗。

（五）輔具租賃市場競爭激烈，回收清潔流程標準化

日本 2000 年實施介護保險後，在限定的範圍內引入市場機制，促進民間事業者進入長期照顧市場，成為多樣性服務的主要提供者，讓服務提供者不論是公部門、私部門都進入相互競爭的準市場，競標服務提供，期望透過市場的競爭及選擇提高服務的品質，輔具租賃及回收清潔即是其中之一。本此參訪的蘭德爾公司營業項目之一是福祉用具租賃批發，為了教導用戶在不同的地面正確使用輪椅，在公司頂樓設有輪椅操作模擬場地，可以體會到這家公司不只是製造輔具、租賃輔具，不只是一種買賣行為，而是站在顧客使用端來思考，可能面臨的問題，用正確省力的方式操作輪椅，除了保護使用過程中的安全外，更希望輔具真正帶來生活上的方便，當然也會增加租賃率，在台灣雖然也有教導輪椅操作，但通常是在宅使用的教導，或居家附近環境的操作指導，這需要我們去思考提供行動輔

具一輪椅，到底只是為了移位，或應該是希望可以提供家庭照顧者和長者可以方便的到處走走晃晃呢？另蘭德爾公司也設有輔具清潔物流工廠，此項服務目前台灣尚未有此種工廠，工廠作業區分清楚明確，而且工作環境保持清潔，在輔具清潔消毒上也步步到位，每一個小零件都注意到，參觀過程可以看到體會到，工作人員對於每一樣輔具的用心，尤其在作業室中工作人員非常專注，環境是與外面隔絕的獨立空間，以避免在清潔消毒過程受到外面干擾，另外再捆包作業，亦分別針對輪子或床墊，都有很細的分類包裝，真的讓每一樣回收輔具在清潔流程完後，真的像新的產品，這或許也是讓民眾願意接受回收輔具的原因之一。

（六）共用品、共用服務概念的推廣

所謂共用品(通用品)是指不論是一般使用者，或任何障別的人，又或是高齡者，人人都能方便使用的產品，目的是讓所有人都能活的舒適。本次參訪的公益財團法人共用品推進機構(The Accessible Design Foundation of Japan (ADFJ))是推動共用品使用的最大推手。ADFJ 在進行不方便調查時，同時也會將設施檢視到優點呈現，一方面有鼓勵性質，一方面也能讓受檢者有意願進行改善。

在社會服務的過程中，常發現被服務的個案因一些特殊的需求，就被貼上標籤，標籤化的認為那是一種偏差，進而衍生增加許多互動的困擾。ADFJ 所抱持的「將特別轉為普通」概念，讓人印象非常深刻，也覺得應該就是要以這樣的態度來服務每一個需要被幫助的人，因為我們服務的目的不就是希望～所有人都能活的舒適。而針對不同的對象使用不同的語言來進行宣導，也是一項值得學習的地方。因台灣地區對共用品比較不了解，ADFJ 今(105)年在台北展示時，就以「單手就能使用的生活用具展」來吸引民眾參觀，加深共用品的宣導印象。

台灣地區對共用品比較不了解，多數人會覺得共用品是一種通用設計的作品，其實共用品的推進使用，就是希望由通用設計的概念，設計出方便所有人使用的產品。台灣其實也有很多共用品，就像 ADFJ 簡報者星川安之先生非常推崇的「大同電鍋」，其設計自 1960 年發售迄今設計未變，煮飯與做菜全相宜，一鍋就搞定，而且幾乎臺灣每一個家庭都有及使用過「大同電鍋」。因此，只要台灣地區能有共用品專門推進機構的成立，多加宣導，共用品的概念應能讓更多人了解及使用。

（七）財源永續及財務平衡

日本介護保險自 2000 年開辦以來，保險支付的費用 10 年內增加 2 倍以上，目前透過每 3 年檢討修訂介護保險計畫，並依計畫所需調整保險費，以確保未來 3 年內財務收支平衡。目前台灣已確定不推動長照保險，即將推動的長照十年計畫 2.0 將以稅收方式支應，面對高齡人口的快速增加，如何確保財源永續是一大課題。

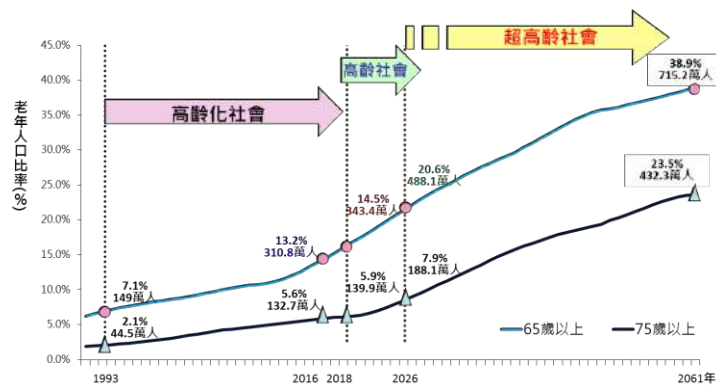
（八）鼓勵民眾參與議題討論

本次參訪三鷹市公所主要是該市的市民協働機制推動的非常成功，聽過簡報後才了解「協働」是近年來日本地方自治最流行的價值，概念來自美國，是指市民和行政體系彼此對等，行政體系其實也只是地區的一員，共同推動市政，民眾對於自己或社區相關的事務可透過討論，最後經過市民會議通過後即可形成政策，過程中不同觀點的人皆可提出意見，政策決定後也要互相合作、參與，讓政策順利推動，而市民協働中心提供場地租借及相關支援，讓民眾可在此參與組成團隊及規劃社區營造方案，市公所每年也會隨機選出 18 歲以上市民參與討論會。目前台灣也逐漸有此概念，例如台北市推動的參與式預算，聽取市民對預算編列的意見，或是召開某行政區開發計畫說明會，聽取當地居民的意見。至於市民協働中心雖類似台灣的福利服務中心或長青綜合中心，但功能上仍有不同。

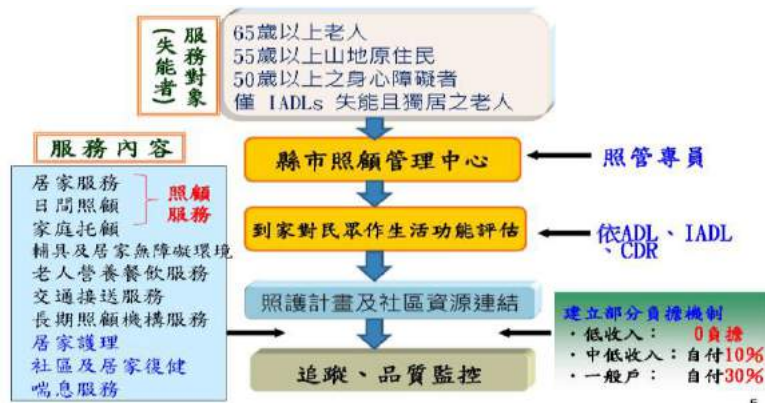
二、建議：

我國自 1993 年起，65 歲以上老年人口比率達 7.1%（149 萬 801 人），已符合聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會，依行政院國家發展委員會推估，我國將於 2018 年進入高齡社會，老年人口比率將達 14.5%（343.4 萬人）；2026 年邁入超高齡社會，老年人口比率將達 20.6%（488.1 萬人）；2061 年，老年人口比率將續升高至 38.9%（715.2 萬人）

（老人人口占率如下圖）



隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求與負擔也隨之遽增，為因應失能、失智人口增加所衍生之長期照顧需求，行政院於 2007 年核定我國長期照顧十年計畫，服務對象、服務內容及服務輸送體系如下圖：



圖：長照十年計畫服務對象、服務內容及服務輸送體系

計畫執行迄今，服務人數及資源雖有所成長，但仍面臨以下問題與挑戰，包括長照服務對象涵蓋範圍待擴大、長照人力資源待培訓發展、偏遠地區服務及人力資源有待積極擴展與佈建、預算嚴重不足、補助核定額度與服務品質未能回應民眾期待、家庭照顧者支持與服務體系仍待強化、長照服務項目未能回應多元新興需求、服務輸送體系未整合、行政作業繁雜影響民間單位參與意願、長照資訊及相關服務資源待整合及長照政策之宣導仍須加強等。

因此，為回應前開問題與挑戰，更積極回應民眾多元照顧需求，新政府 520 上任後積極規劃推動長照十年計畫 2.0，擴充服務內涵，增加服務彈性；擴大服務對象，回應不同族群照顧需求；整合服務模式，提升照顧連續性；創新多元服務，滿足多元需求；另為減少失能照顧年數、壓縮失能期間，應積極向前發展各類預防保健、健康促進等減緩失能之預防性服務措施，且向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，以期達成以服務使用者為中心之多元連續性服務之服務體系。

• 彈性與擴大	• 創新與整合	• 延伸
<p>■ 長照十年計畫8大類服務項目「彈性與擴大」</p> <ol style="list-style-type: none"> 照顧服務擴大 <ul style="list-style-type: none"> - 對象擴大至衰弱(frailty)對象、50歲以上失智症患者、49歲以下失能身心障礙者 - 調整服務補助金額 交通接送 <ul style="list-style-type: none"> - 補助社區整合型服務中心車輛、司機與維修費用，在小區域內定時巡迴 - 考量各縣市幅員差異，規劃分期補助機制；並調整於原鄉與偏遠地區交通成本，提供加成補助。 長期照顧機構服務 <ul style="list-style-type: none"> - 提高中低收入公費老人安置機構費用 - 提升機構服務品質 - 擴大機構服務使用率安置費用之補助對象 喘息服務 <ul style="list-style-type: none"> - 服務區域托及日間照顧中心 	<p>■ 推廣試辦計畫</p> <ol style="list-style-type: none"> 失智症照顧服務 原住民族地區社區整合型服務 小規模多機能服務 家庭照顧者支持服務據點 <p>■ 創新服務(將退輔體系及身障者納入)</p> <ol style="list-style-type: none"> 成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站 社區預防性照顧 <ul style="list-style-type: none"> - 強化社區關懷據點功能並拓展據點 - 對象：納入衰弱者 - 項目：預防失能或延緩失能的健康促進服務 	<p>■ 服務往「前」與往「後」延伸</p> <ol style="list-style-type: none"> 預防或延緩失能之服務(如肌力強化運動、生活功能重建訓練、吞嚥訓練、膳食營養、口腔保健、認知促進等服務) 延伸至出院準備服務 <ul style="list-style-type: none"> - 照顧管理專員無縫評估銜接居家醫療 - 一般居家照護 - 安寧居家療護

資料來源：長照十年計畫 2.0

另外有鑑於長期照顧十年計畫發展 8 項服務，2.0 計畫將擴增為 17 項服務，但民眾對長期照顧服務的認識與使用狀況仍有待提升，各項服務亦有待發展；為促使民眾可獲得整合式服務，以及增進照顧服務提供單位分布的密度，因地制宜發展在地化長照服務，積極建置以社區為基礎的長照體系，參考日本的整合照顧模式和美國的老人全包式照護計畫(PACE)精神，推動社區整體照顧模式，期待藉由 A 級社區整合型服務中心、B 級複合型服務中心與 C 級巷弄長照站，讓服務已相對多元與穩定的 A 級單位提供一定區域內 B 級與 C 級單位的成立、督導與技術支援，透過佈建綿密的照顧服務資源，發揮互助、共助精神，提供民眾預防性健康服務以及在地、即時、便利的社區照顧，落實在地老化政策目標。

社區整體照顧模式- A-B-C 服務說明一覽表

單位	A-社區整合型服務中心	B-複合型服務中心	C-巷弄長照站
功能	1.擴增與整合現有服務內容 2.提供「套裝式」服務。	提供複合型長照服務或日間托老服務。	提供具近便性的照顧服務及喘息服務。
服務對象	長照十年計畫 2.0 服務對象		

服務內容	<p>1.於一定區域內建立在地化服務輸送體系,提供 B 級與 C 級督導與技術支援,任務包括:社區結盟、個案開發、服務輸送、人力資源培植。</p> <p>2.提供下列服務:</p> <p>(1)提供日間照顧、居家服務 2 項服務,並以跨域結盟或特約方式提供營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、臨時住宿、喘息服務、輔具服務等至少 2 項以上服務。</p> <p>(2)透過社區巡迴車定時接送與隨車照服員,協助服務對象使用各項照顧資源。</p>	<p>1.於固定區域內提供在地化照顧服務,除原提供長照服務項目外,也提供日間托老服務或長照社區型服務,如日間照顧、社區復健、營養餐飲服務等。</p> <p>2.提供下列服務:預防失能服務、輕度失能復健、社區失智症照顧服務、營養餐飲服務、喘息服務、諮詢服務等,至少 2 項服務。</p>	<p>1.於固定區域內充實初級預防照顧服務。</p> <p>(1)提供就近社區活動場域結合區域志工資源</p> <p>2.提供下列服務:</p> <p>(1)短時數照顧服務或喘息服務(臨托服務)(2)營養餐飲服務(共餐或送餐)(3)預防失能或延緩失能惡化服務,如:肌力訓練、生活功能重建訓練、吞嚥訓練、膳食營養、口腔保健等。</p>
單位	A-社區整合型服務中心	B-複合型服務中心	C-巷弄長照站
交通接送	透過社區巡迴車定時接送與隨車照服員,協助服務對象使用各項照顧資源。		
辦理單位	<p>1.長期照顧服務單位</p> <p>2.提供日間照顧及居家服務</p>	<p>1.長期照顧服務單位</p> <p>2.提供複合型長照服務或日間托老服務</p>	<p>1.長期照顧服務單位</p> <p>2.社區照顧關懷據點</p> <p>3.社區發展協會</p> <p>4.村(里)辦公室</p> <p>5.老人服務中心</p> <p>6.樂智據點</p> <p>7.瑞智互助家庭</p>
設置目標	<p>1. 每一鄉鎮市區至少設置 1 處為原則,並依區域人口數酌增設置。</p> <p>2. 2026 年規劃設置 469 處。</p>	<p>1. 每一個國中學區設置 1 處。</p> <p>2. 2026 年規劃設置 829 處。</p>	<p>1. 每 3 個村里設置 1 處。</p> <p>2. 2026 年規劃設置 2,529 處。</p>

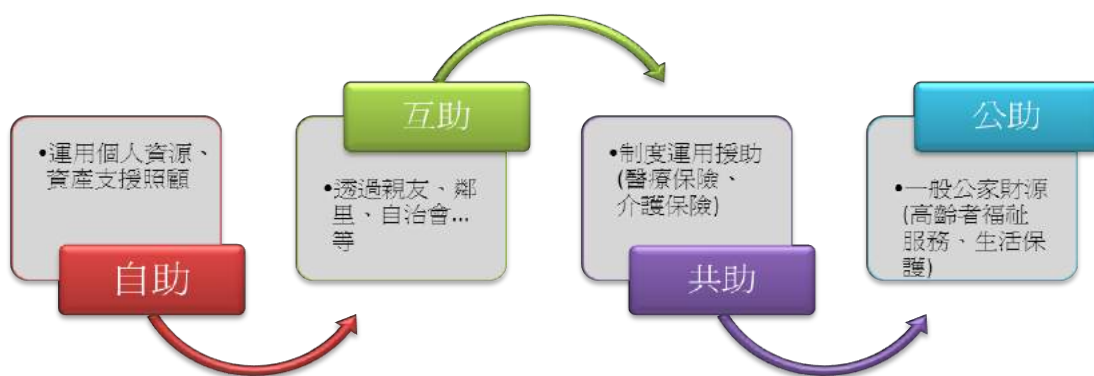
資料來源：長照十年計畫 2.0

值此長照十年計畫 2.0 即將上路之際，謹就本次研習課程及參訪心得，提出相關建議：

(一)廣設社區照顧關懷據點，發揮自助互助精神，強化社區預防性照顧功能：
(相關主管機關：衛生福利部)

日本社區整體照顧體系是建構在自助、互助、共助、公助的架構上(如下圖)，除了運用各種方式使個人能力提升外，亦希望社區能發揮功能，再由制度面如健保、介護保險全面普及的照顧，經濟弱勢者再由公助—社會救助系統來支持，建構完整連續性的整體照顧，提供長輩專業服務與尊嚴的生活品質。其中對互助的強調，透過住民組織，在老人照顧服務中扮演一定角色，目前台灣積極推動的社區照顧關懷據點或許是我們穩定發展的利基。

為建構初級預防照顧服務體系，促進社區老人身心健康，落實在地老化及社區營造精神，衛生福利部自 94 年度起推動「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，結合有意願的村里辦公處、社會團體（社區發展協會、基金會、農會）、宗教團體等參與社區照顧關懷據點之設置，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，以延緩長者老化速度，發揮社區自助互助照顧功能，建立社區自主運作模式。推動至今已設立 2,500 多個據點，其中並有 60 餘個據點提升量能辦理日間托老服務，擴大現有據點服務項目與時段，並依長者需求規劃醫療保健課程，以增進老人社會參與機會。未來應積極輔導辦理據點強化功能，將衰弱老人及輕度失能失智老人納入服務對象，提供預防失能或延緩失能惡化服務，如：肌力訓練、生活功能重建訓練、吞嚥訓練、膳食營養、口腔保健等，真正發揮巷弄長照站功能，服務量能好的日托據點能升級為 B-複合型服務中心；另一方面仍應繼續輔導有意願者成立社區照顧關懷據點，從提供四項基本服務做起，儲備量能，為轉型巷弄長照站作準備。



(二)加強社區整合型服務中心人員訓練，發揮照顧管理及資源連結功能: (相關主管機關：衛生福利部)

前面曾提過日本在第三期介護保險計畫(2006年4月)中新增預防性給付，同時推動全國各市町村成立「地域整合支援中心」，主要是為了高齡者能夠在熟悉的居住環境中安心地生活，提供各種諮詢及支援使用介護保險與其他服務所設置的據點，配置有保健師、社會福祉士以及主任 Care Manager 等專業人員進行以下業務：

1.綜合商談支援：為使高齡者住在習慣的社區中安心生活，不僅以介護為主，也提供保健、福祉、醫療等服務與相關機關以及資源連結的支援。

2.高齡者的權利擁護業務：為維護高齡者在社區中的尊嚴生活，提供安心的生活，從專門性、持續性的觀點給予支援。利用成年監護制度，接受高齡者虐待相關商談。

3.整體的、持續的照顧管理支援：為使高齡者可以住在熟悉的社區中安心生活，與各相關單位合作，因應高齡者的狀況，提供整體性、持續性的支援，於社區中建立合作體制，由介護支援專門員提供支援。

4.照顧預防管理：(1)對於被認定非屬要支援、要介護者：為了防止生活必要機能退化，避免高齡者成為要支援、要介護狀態製作照顧計畫，執行介護預防事業的使用。(2)對於被認定為要支援、要介護2者：身為介護預防支援事業者，提供介護保險的預防給付服務的使用諮詢，製作照顧服務，協調介護預防服務。

目前長照十年計畫 2.0 中的 A-社區整合型服務中心功能類似日本的社區整合支援中心，除了要擴大與整合現有服務內容，以「套裝式」整體規劃照顧服務、預防照顧以及生活支援等各項服務，提供優質、平價及普及的照顧服務，讓服務使用者享有具近便性、彈性、多元的服務項目外，還需對負責區域內居民召開說明會，並定期進行各式宣導，發掘該區域內所有潛在長照需求對象，轉介至地方政府照管中心，依核定之補助時數、總金額內訂定照顧計畫，針對長照需求連結其所需長照服務；且需除本身提供服務項目外，亦須整合 B 級與 C 級單位資源，並提供督導與技術支援，強化各項長期照顧服務資源間之連結及資訊分享，透過邀集區域內各服務單位、照管中心之照顧管理專員舉辦個案研討會、行政聯繫會議等方式，建立社區結盟的區域協同合作網絡，因此中心人員的專業能力養成訓練是相當重要的，除了推動初期以在職訓練方式提升專業知能外，未來應加強正規教育之養成，在相關科系納入相關課程，尤其是資源連結、整合等能力的養成。

(三)鬆綁法規，鼓勵小規模多機能複合式經營模式型機構設立，發揮小規模多機能功能：(相關主管機關：衛生福利部)

在日本的參訪行程中，發現每家機構都是複合型機構，通常一樓作為日間照顧使用，並設置社區整合支援中心，有些也作為居家服務、居家護理工作站，二樓以上作為住宿式設施(特別養護中心或付費老人院)；或日照中心也附設有短期住宿空間，由於服務供給的多樣性，高齡者的需求可在同一處獲得滿足，反觀國

內大都是單一功能型機構，因為居家、社區、住宿機構各有不同的土地、建管、消防法規，設施設備及人力配置也分別規範，過去大家常提出可運用少子化後的校園閒置教室設立長照設施等建議，也都礙於法規而少有成功案例，因此面臨人口高齡化快速的台灣，未來應整合相關部會主管法規，檢討鬆綁可行性，鼓勵業者設立複合型機構，發揮小規模多機能功能，滿足民眾多元需求。

(四) 鼓勵輔具產品開發，推動輔具租賃制度，建置相關配套制度：(相關主管機關：經濟部、衛生福利部)

1.日本介護保險及身心障礙者補助制度雖由厚生勞動省負責，惟輔具產品(包括輪椅、助行器等)之安全管理，則屬「消費生活用製品安全法」中的消費生活用品，其管理單位為經濟產業省。而我國則主要歸屬於醫療器材，由衛生福利部食品藥物管理署管理，為因應高齡化社會的需求，建議於輔具產品的開發、檢測、產品安全、事故通報及管理上經濟部與衛生福利部能有更積極、更密切的分工合作。

2.因應高齡化社會，有關高齡者、身心障礙者友善商品、輔具產品將有很大的需求，惟相關各類產品製作標準、安全性、各種驗證標章、操作手冊及環境適用性等等，又如相關產業法令制定、政策發展與期程、稅法與投資獎勵、人才培育課題，都是目前我國亟需面對的重要議題，該當有所積極作為，以協助廠商開發高齡者、身心障礙者適用的通用品，逐步的推動通用品設計、開發及製作。

3.強化輔具成本效益：以日本來看都採租賃，對於一些低單價輔具如拐杖，整體下來政府所支出的成本是遠高於購買的，雖然會說這樣資源才能再利用，但那應該是強化二手輔具回收，及媒合或後送機構的管道；對於高單價輔具則採租賃，因長者使用輔具的長短變化大，購買後不適用或往生，都形成輔具資源的耗損，所以建議考量低單價輔具採購買，高單價輔具採租借，再加上易有心理抗拒感物品採購買等因素，來擬定採租借及採購買之項目。

4.擬訂輔具租賃契約範本：目前尚未要求輔具租借廠商必須與使用個案或家屬簽約，建議應擬訂契約範本，以確保使用個案安全，及輔具意外造成之傷害權責，並應提供租借品之更換保障。

5.辦理輔具販售者教育課程：雖然目前輔具是由治療師評估後購買，但仍應教育販賣業者了解輔具的真正意義，是以協助使用個案自立為原則，而非僅提供家屬「好照顧」的用具，另外亦須讓販賣者認識相關長照政策，增加個案資源連結協助的管道，讓社區中多一位長照好幫手；另外販售人員亦應了解輔具操作技巧，提醒使用者使用注意事項，提供近便性之諮詢及售後服務。

IV、研究重點 IV：社區再生與銀髮產業群聚

一、心得

我國逐漸步入高齡化社會，社區人力也逐漸老化，社區活力如何再造及新生，是台灣面臨的重要課題。當退休人口越來越多，年輕勞動者越來越少時，國家生產力下滑，將造成經濟嚴重問題；再者年長者醫療照護支出大增，將增加國家財政問題，我國雖有社會保險及健康保險制度，仍難負荷如此龐大支出。以日本為例，該國目前高齡人口已超過總人口的 20%，2050 年將超過 30%，成為超高齡社會，日本雖有介護保險制度及醫療保險，支付各項醫療及照顧費用，仍會面臨龐大支出之困境。是以日本開始提出預防觀念，鼓勵運動及社會參與，並針對日益增加之失智症問題，進行醫藥研究及預防延緩工作，延緩輕度失智症者變成重度之時間。並提出以使用者需求為主軸，使用者可在地老化及就近醫療之觀點，推出各項支援措施，於市町村成立社區支援資源整合中心，以支持高齡者生活需求。鼓勵高齡者就業，也帶動了銀髮產業、生物醫學與科技研發進步。

我國社區營造工作自 1994 年推出以來，各地社區參與社區營造工作越來越多，不僅關切社區的文化歷史保存與傳承、環境保護及生態維護、社區在地產業發展等等，亦積極照顧社區的弱勢族群，因此社區關懷照顧據點越來越多，關懷獨居老人，提供送餐服務等等不一而足，共同朝向更好的未來前進。隨著高齡化及少子化社會來臨，社區人力逐漸老化，面臨活力活躍的問題，尤其農村及偏鄉地區，青年人口外流，留在社區多僅有老人及小孩，社會、教育及經濟問題繁多，醫療資源不足，農村面臨勞動力及發展力不足之嚴重問題。而都會社區亦同樣面臨少子化及高齡化的情形，再加上房價居高不下，年青人難以安身，獨居老人亦隨著時間逐漸增加，需要社會更多的關注。除了正在推動的長照法外，政府亦應進一步推動對高齡社會認識、重視友善服務、鼓勵社區學習、促進高齡就業，發展銀髮產業與健全人才培育環境，創造優質的高齡化社會。

本次研習重點在於介護制度的建立，在需介護之外的高齡者需求討論較少。事實上，高齡並不等於老態或失能，65 歲以上長者有 70% 為健康或亞健康者，更應正視營造高齡友善環境城市，讓仍為健康的長者不必依賴他人而有尊嚴、有意願的走入社會，主動參與各項社會經濟活動，提昇長者活動範圍及頻率，進而延緩其進入失能照顧及長期照顧群組，減少使用介護制度的資源。

日本內閣府頒布高齡社會白皮書針對公共運輸方面推動許多對策，諸如消除高低差、消除電線桿…等等，國內無障礙法令在建築物、住宅、市區道路、公園、公共運輸等已有相當完善的規定及設置準則，惟相關法令係以身障者為主要對象，至於通用化的設計概念，國內由交通部、內政部、地方政府、鐵路興建營運機構等各自發展包括因應高齡社會的交通環境通用化設計的計畫或研究，惟尚無一致的準則。我國政府曾有制定高齡者建築設計規範之議，其中很大部分與無障礙通

用設計重疊，因此後來並未續予推動。事實上，高齡者的無障礙需求與身障者確實有很大部分的重疊，但大多數的高齡者為行動力退化或受損但未達身障程度的高齡者(未達坐輪椅)，針對高齡者行動、視覺、聽覺生理退化特性，應該要有不同於身障者的設施設備及服務。

日本新無障礙法(Barrier-free Law)廣納身心障礙、高齡、婦幼、幼兒，甚至包括外國人，統合不同族群的需求制定相關整備導引準則確實不容易，其無論法規制定或整備導引準則以及檢討，均以廣納專家學者、使用者之利害團體、公共運輸業者及政府單位組成委員會，共同討論制定，確保各界能充分溝通、達成共識，建立合理、實務及相互尊重之基準及整備導引準則。以旅客設施篇整備導引準則為例，檢討委員會以北星學園大學秋山哲男教授為委員長，委員多達 56 個單位指派專任委員，其下設的小委員會的委員也多達 40 個單位。這麼多單位意見的整合，相互的溝通及尊重扮演十分重要的角色。國內的無障礙設施曾有因利害關係團體的需求不同產生衝突，以國內導盲磚增設及撤除與身障輪椅通行順暢之爭議為例，日本亦有相同爭議，以人行道導盲磚鋪設至車行道路邊緣之無障礙斜坡為例，經過長期的討論後決定該無障礙斜坡與車行道路銜接處將保留 2 公分之落差，雖使輪椅之通行有些許的不便，但卻大幅提昇確保視障者步行安全，該 2 公分落差所代表的同理心及相互尊重，是值得國內相關團體代表學習的。

我國 1993 年老年人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化社會；推計 2018 年將超過 14%，成為高齡(aged)社會，2025 年將再超過 20%，邁入超高齡(super-aged)社會；隨著少子化及高齡化之雙重人口結構變遷，勞動力逐漸出現缺口，依國家發展委員會推估，2015 年我國工作年齡人口達到最高峰，之後平均每年將減少 18 萬人，顯示勞動人口將逐年下降。面對全球人口老化趨勢，各國針對此一趨勢，均提出相關措施及因應對策來面對，日本於 1970 年老年人口占總人口比例於達 7.1%，於 1970 年即進入高齡化社會，在 2005 年達到了 20%。為因應人口老化所帶來勞動力短缺等的衝擊，雖然日本人口快速老化的趨勢是在近 30 年才發生，但日本厚生勞動省在該國 1970 年邁入高齡化社會之前，即開始研擬高齡人力僱用對策及早因應。不僅如此，日本也因應其介護制度等相關高齡政策，許多銀髮產業興起。能善加利用中高齡、高齡人力，是國家重要人力資本發展政策之一，如何擬定符合時宜的政策，實相對重要。

綜觀各國，縱然其法源制定原則不同，但對於相關法案的時效性及可執行性皆有相關單位定期從現場帶回真實資料進行相關法規的修訂與延續，因此，對於法令執行狀況，定期修法，以符時代潮流需求。日本不管是針對勞動法令、高齡專法或是介護保險制度等，均定期滾動式修法，逐年提出建議修正方向，並依實際執行情形，於每三或六年進行通盤檢討與修訂，如：勞動法令更有專門機構協助分析、提供建議；不但在法令方面、也配合推動各項政策如：推動「日本一億

總活躍計畫」，或是為準備東京 2020 年奧運而開始提出相關措施的準備態度等，都值得學習。

高齡化時代即將來臨，銀髮族群是未來重要消費主力，銀髮產業商機無限，如：銀髮族社區整體照護體系（健康照護、居家服務、營養餐飲、健康管理等）、休閒娛樂、交通、家事服務等相關產業，均可促成銀髮產業形成，掌握高齡者食衣住行育樂等各面向需求，透過產業群聚，創新研發科技與高齡照顧相結合的產品與服務等，都是一個發展銀髮產業並擴大經濟規模，提供多元服務的選擇。如：巢鴨商圈，是一個對銀髮友善的商圈，是高齡者的「原宿」，不僅針對高齡者販賣高齡者專屬的食衣住行育樂高齡產品，更進一步提供就業機會使其獲得存在價值，打造雙贏。

不管是針對介護保險的參訪單位、醫療單位、學校、研究機構，均提異口同聲主張的意見是「並非因為身體健康而工作，而是因為工作所以才健康」。工作有維持健康的效果，因此，倡導提供短期工作，可改善高齡者虛弱狀況，使其有生存目標。也可以讓高齡者感到被需要與具備能力的價值感，更間接提升高齡者的自信心。因此，退休高齡者繼續工作所帶來的好處不僅止於經濟方面，還有生理、心理健康的促進與維持、社會網絡的建立、成就感的獲得，以及增加自信心等等。最重要的是，高齡者透過工作的肯定，重新找回身為老年人生存的意義與樂趣，尤其，更因大多具備長年之工作經驗，也是無可替代，故只要是健康狀態、工作意願符合工作所需即為優質勞動力。

日本高齡化相較其他國家來的很早，因此，中高齡者職業能力開發在頗為完備的中高齡者僱用及就業促進法制下，展現了其特色，係以就業為導向、訓後就業率高，就業與訓練機構緊密連結推動系統的建立(包括求職面談、訓練諮商、再就業輔導之應用等)，可使職訓與就業緊密結合。又促進就業被認為是既符合經濟、社會效益，諸多解決中高齡者問題的各種措施中，符合個人發展的較佳方法，因此，日本中高齡者、高齡者就業促進系統係以「僱用促進」做為就業促進的槓桿點的作法，可作為我國推動中高齡者職業訓練之參考。

中高齡、高齡者或許因與勞動市場主要就業族群背景相異，不管是失業再就業、轉業或退休後再就業等，多以技能不足而需進行職訓訓練居多。因此，如何提升職前或在職技能，以銜接族群特殊性與符合實際勞動市場之職場技能需求，提升就業，職業訓練及善用各項就業促進課程，協助高齡者轉職或就業相對重要，以解決結構性失業。日本除有針對高齡者設置職訓學校，所開課程的考量，以日本當地最有需求及傳統產業為主的課程，考量其勞動市場供需性，如：和服設計、室內設計、建築管理及餐旅課程，提供給高齡或一般人選擇，以提高就業，同樣重視訓後之就業率，以期職業訓練真正達到就業的目標。另外，配合企業求才端立即的人才需求條件，以即時性的就業促進課程、講座等活動，讓求職者先行各

行業需求職能，了解現階段雇主的人才需求，加速媒合成功率，有助於吸引潛在銀髮人力加入政府人才資料庫後，可得到更多的服務等。

日本相當重視一對一的就業相談(就業諮詢)，可適性了解中高齡、高齡者實際就業的需求，東京工作中心運用一對一的就業諮詢流程，詳細了解所需，以推薦適合之各項的就業促進課程及職業訓練等，適性推薦，以協助其就業及參訓，和我國服務流程相同，同樣重視個人就業實際需求及現況。不同的是，針對不同年齡 34 歲、30-54 歲、55 歲及女性再就業者分別設在不同樓層或單位，予以分流，依據各就業對象的需求來服務，用意良好。

二、建議：

從日本經驗，提出以下幾項建議：

(一)社會住宅結合社福支援：(相關主管機關：內政部)

世田谷區深澤環境共生住宅設置高齡者在宅服務中心，提供周邊住戶高齡者的安養照顧，方便社區長者白天托顧。這個作法即將落實在我國社會住宅的興辦，為照顧弱勢及青年族群的居住需求，改善國人居住品質，行政院已將「住宅法」修正草案列為優先審議法案，已於 105 年 9 月 2 日函請立法院審議，在社會住宅結合社福支援部分，明定社會住宅應保留一定空間供社區長照服務、托育設施、青年創業空間等附屬設施之用，並增訂非營利私法人得承租公有社會住宅轉租經濟或社會弱勢者的規定，對高齡者的居住整合照顧與服務又向前邁進了一步。

世田谷區公營住宅改建時，當時中央政府的住宅政策，是希望能夠和環境共生，節省能源並減少廢棄物。而原住戶最關心的是能否全數保障入住改建後之住宅，並希望能夠持續住下去，要能維持互動和諧的鄰里關係。確立了這願景之後，世田谷區公所便找了原本 35 戶以及附近的人家，開過非常多次協調會，讓大家一起參與討論建構這個住宅，在召開多次協調會時，知道當地居民有種菜習慣，為讓他們對新的地方仍存有認同感，因此把舊有的菜圃保存下來。同樣地，我國社會住宅等政策規劃推動時，應與當地居民充分溝通，瞭解居民的顧慮與需求，才能進一步獲得支持。

(二)促進民眾對於高齡社會的認識：(相關主管機關：衛生福利部)

隨著高齡化社會的來臨，一般人對於銀髮者的認識仍停留在身體老化、需要被照顧的刻板印象，是以多重視醫療照顧，事實上 65 歲以上仍有近七成健康及亞健康銀髮者，透過各種社會參與及保健預防不僅能提升老年生活品質，更可為社會帶來更多精彩活力。建議各部會辦理各種講座，工作坊，展覽與活動，增進民眾對於高齡社會了解。再者高齡化時代，銀髮族群是重要消費主力，銀髮產業商機無限。要如何掌握商機？需要用心、貼心、同理心。如巢鴨商圈，商品價格等字體加大，無障礙街道及友善環境，加上服務人員耐心，貼心問候，提供令人

愉快的購物環境，自然客戶會喜歡來購物，建議經濟部加強商圈店家對高齡者服務態度及友善規劃，創造地方商圈主題特色，吸引銀髮族消費，及早建立高齡產業的產業鏈能。各級政府亦應加強行政人員對於高齡者的認識及高齡社會面臨的各種挑戰及機會，以提升相關知識及視野，融入各項施政規劃及服務。

(三)鼓勵跨世代合作的創新服務：(相關主管機關：衛生福利部、教育部)

日本積極協助高齡者就業，辦理各項職業訓練，無論是農業、工業或社會服務等行業均投入大量的經費及行政資源。然銀髮族擁有許多經驗及知識，仍有貢獻心力及再創新生的機會。現在許多年青人留在社區創業，這些有經驗及智慧的高齡者可與青年合作，世代攜手再創社區新生機。農村社區老農對當地自然環境及氣候的了解、耕作知識及技能；傳統工藝文化匠師熟稔深藏於工藝中的文化脈絡與精湛技藝，或部落長者對傳統文化內涵的知識，都可結合現代科技與青年的新創意，創造出新的社區服務模式與產業型態。擁有高科技專業技能的銀髮族更可提供剛步入社會的青年更多產業新知與創業的協助，是以鼓勵跨世代合作可為社會帶來更多的新動能及新興產業的可能性。

(四)促進高齡者終身學習與文化參與：(相關主管機關：教育部)

世界衛生組織指出，「社會參與」是活躍老化的基礎。而各種學習場域或機會不僅可以滿足自身學習的欲望，亦可增進自我價值的肯定，促進身心健康，維持銀髮族的社會性。我國目前各地均有社區大學、長青學苑、樂齡學習中心，開設各種課程，提供長者學習及交流人生經驗的機會。另外代間共學亦是高齡者與年輕世代互相了解及學習很好的方式，建議教育部可多開發相關教材、教案及學習方法，增進高齡者終身學習的意願及兩代之間的感情。

文化平權是世界潮流，不分身份地位、族群、年齡、地域均應享有文化的權利。各地博物館及藝文機構應隨高齡化社會的來臨，提供友善環境及貼心的服務，並推動跨領域合作平台，結合醫學、社會學、老人學、科技及博物館等專業學門，規劃專業活動，促進創意老化，預防失智、減緩失智。不論任何年齡者，都可以透過博物館環境、展覽、活動中的人事物認識或調適自己對年老的印象與態度。或用老人劇場、高齡特展，或互動裝置、虛擬實境等方式，增加高齡者參加藝文活動的意願。而對於行動不便之長者，可結合社區關懷照據點或養老機構及相關長照中心，將藝文資源帶入社區，方便高齡者就近參加欣賞藝術表演及活動。亦建議將各種文化活動資訊串連至各地社區關懷照顧資源整合中心，方便各種社會福利機構及照顧中心傳遞給高齡者及其家屬，增加參與藝文活動機會，降低年長民眾參與文化活動之各項限制，活躍老化。

(五)強化高齡者公共運輸無障礙服務：(相關主管機關：交通部)

因應高齡社會來臨及快速進入超高齡社會，公共運輸服務為提供高齡者友善生活環境最重要的一環，國內推動無障礙環境的建置改善主要以身障者為主，高

齡者的無障礙需求與身障者雖有一部分重疊，仍應針對高齡者行動、視覺、聽覺生理退化特性，提供高齡者不同於身障者的設施設備及服務。

為提昇公共運輸服務人員對高齡者、身障者的服務品質，日本正推動交通事業員工接受障礙理解的教育，以及由公益團體推動事業單位培養員工同理心及簡單照護常識的課程，值得國內借鏡與推廣。

(六)加強資源連結，多元化倡議，增進高齡者就業：(相關主管機關：勞動部)

中高齡、高齡者在求職、就業歷程中，支持系統一直是影響其就業穩定的重要議題，應針對經濟條件、心理及生活環境等方面提供足夠的資源連結以協助建立穩定的支持系統，並充分溝通與適性安排工作，是協助高齡者穩定就業、再就業或與社區連結的重要措施。可與民間團體、志工團體、退休公務人員協會等單位合作，並運用社區照顧關懷據點、老人會、社教文化中心等長者聚集場所，結合村里長資源，開發潛在中高齡及高齡人才。另可透過各地方辦理之長青學苑、樂齡大學、社區大學等長者學習場域，鼓勵學員再投入職場及社區服務。

規劃中高齡、高齡就業或重返職場相關政策時，企業的支持及配合、民眾對中高齡、高齡的友善態度相對重要，有鑑於中高齡、高齡就業者其優勢多在於經驗優勢而非生理條件，對此，可加強辦理產官學座談、會議等倡議及相關宣導活動，有效提高與產業對話，將觀念導入，大力倡導高齡化社會之議題、鼓勵雇主進用，進而使其提供就業機會，同時進一步向社會倡議中高齡、高齡者所能提供勞動市場不同於傳統勞力付出的價值性，使其經驗資產可有效留存以協助產業發展並發揮產值，進而提升進用意願，也可開發出更多的中高齡者、高齡者勞動力，提升勞動參與。

(七)開發高齡者工作機會、加強就業媒合，促進高齡勞動及社會參與：(相關主管機關：勞動部)

工作有維持健康的效果，有工作對高齡健康有相當的幫助，是日本各單位不斷倡導的重要概念，顯見持續工作的重要。惟考量中高齡、高齡者可能因身體因素、照顧家庭，或希望保有較好的生活品質，無法從事全時工作，故應加強開發彈性化(如：彈性工時及彈性職務運用)、部分工時等工作型態之職缺，並可搭配對應之在職或職前訓練，增加及穩定就業機會，提供個人化求職及就業媒合服務，並積極運用各項僱用獎助、職場學習及再適應計畫等就業促進工具，短期內薪資補助以增加企業僱用誘因，協助其順利就業。透過工作分享、短期職務替代，增加就業機會，同時也需積極開發符合中高齡者就業之產業，鼓勵雇主僱用或持續僱用中高齡、高齡者就業，更可使高齡者的生活具有生產力並與社會持續接軌。

(八)規劃高齡就業顧問人才輔導團，提供建議諮詢：(相關主管機關：勞動部)

日本為實現高齡者能持續就業之目標，設置高齡者僱用顧問，透過有規劃之系列漸進、經驗傳承式培訓課程，培訓具高齡者僱用之相關專門知識及經驗的顧

問，以協助企業僱用管理之改善。在勞動政策研究調查方面，則有如獨立行政法人勞動政策研究・研修機構（JILPT）為實施有助於提升勞工品質及重點化的研究調查，以助於厚生勞動省推動及策劃勞動政策之參考，蒐集彙整國內外的勞動政策情報及各種統計資料，進行比較，並提供給厚生勞動省作為勞動政策規劃之用。因此，我國在人口老化的趨勢下，在提供相關服務或制訂政策前，相關的資訊蒐集及勞動市場調查等是必要，除了可多方委託研究單位提出相關高齡議題之研究報告外，也可建構發展適合國內銀髮勞動力發展的輔導委員團，輔導或協助各企業、社區等，定期提出相關輔導建議及經驗之外等，可提升穩定中高齡及高齡員工就業或延後退出職場之效益，不但可滿足高齡者經濟需求，更可促進高齡者的健康及社會參與。

（九）發展銀髮新產業與商機：（相關主管機關：經濟部、衛生福利部）

高齡化時代即將來臨，也同時帶來新機會、新商機，有需求就會產生供給，因為，高齡者多，銀髮族群將是未來重要消費的主力，銀髮產業商機無限，又隨著醫療保健技術之提升，人類平均壽命延長，生物科技和醫療服務產業蓬勃發展佔經濟產值的比重快速提升，對經濟成長的貢獻也將日益擴大。因此，便可以從高齡者的食、衣、住、行、育、樂等層面來著手發展，即是從銀髮者的生活各個面向與需求，如：社區整體照護體系（健康照護、居家服務、營養餐飲、健康管理等）、休閒娛樂、交通等等，來做出產業的延伸，並調整策略，重視比年輕人更具消費能力且快速增加的銀髮族消費市場，即可促成銀髮產業形成，透過產業群聚，創新研發科技與高齡照顧相結合的產品與服務等，可發展銀髮產業並擴大經濟規模，提供社會多元服務的選擇，如：因應日本介護制度下，而產出的輔具租賃事業及清洗公司，創造出新的銀髮產業，更進一步提供就業機會使其獲得存在價值，打造雙贏。

105年高齡整合照顧與服務班

高齡社會政策制定與議題研究

(第一組)

團長：簡慧娟
組長：江雪嬌
組員：賈裕昌
李佳峯
宋紫雪



簡報大綱

- 地域關懷體系與介護保險政策
- 高齡福祉人才培育政策
- 高齡社會的預防醫學與研究議題
- 高齡社會的藥學發展與輔具研發
- 高齡照護的省思

地域關懷體系與介護保險政策

報告人：賈裕昌

行政院內政衛福勞動處

地域關懷體系與介護保險政策



地區綜合關懷體系

- 問題：：
 - 政府公共支出及家庭照顧壓力沉重負擔
 - 都市圈老年人口增加
 - 失智症患者人數增加
 - 高齡獨居及夫妻同住生活型態增加
 - 醫療保健與社區照顧重點轉移
- 對策：
 - 以介護保險為基礎，以在地醫療體系為後盾，由地方政府為主體，整合構築地域綜合關懷體系
 - 核心理念：自立支援、利用者本位、社會保險

地域關懷體系與介護保險政策

• 介護保險：

※被保險人：65歲以上（第1類，2015達3308萬人）
40歲到64歲(第2類)。

※保費與服務：市町村3年一期擬定保險事業計畫，
規定保費收取與服務費用支付，2016年全國平均每人/月5514日圓。

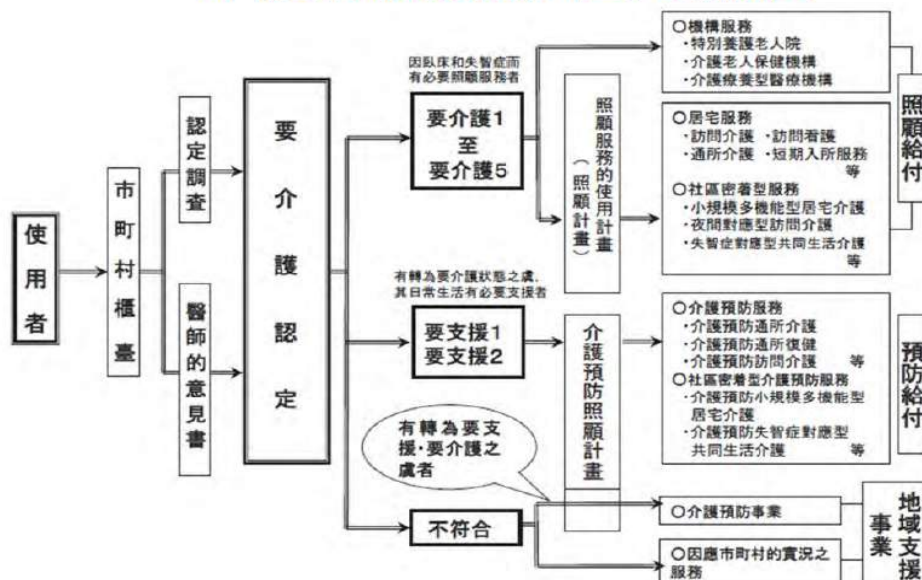
※財源：稅收公費(中央25%，都道府縣12.5%，市町村12.5%)，其餘50%(第1類被保險人保費22%，第2類被保險人28%)。

※推動主體：中央的決定政策方向原則；市町村負責當地的失能狀況調查、供給需求掌握、資源盤整、保健介護政策擬定、保險營運及服務事業管理等，保險政策及事業計畫每3年檢討一次。



地域關懷體系與介護保險政策

介護保險服務使用流程



地域關懷體系與介護保險政策

保險特色：

- 政策價值明確，案主、服務提供者及專業工作者具有高度共識。
- 保險給付為基礎，政府主導服務規格及內部競爭市場，並設計專業的照顧經理，安排調整個人服務計畫，強化人對制度及專業的信心。
- 三年調整一次的機制，讓制度發展運作可因應政策需要保持彈性。
- 圍繞著使用者，在社區建構底層(介護保險給付服務)/中層(市町村推動介護預防及保健促進)/上層(生活支援事業的自由市場)，打造社區安老體系。



地域關懷體系與介護保險政策

• 建構地域關懷體系

- ※ 政策理念：整合在地資源，以生活圈為基礎推動「地區綜合關懷體系」，建構「30分鐘車程以內可到達之生活圈(約國中校區)，兼具醫療與照顧的整合式服務的社區在宅照顧體制。
- ※ 推動主體與機制：以市町村為主體，整合在地的「產、官、學、民」包括大學醫療福祉相關學系、服務事業者、志工、NPO、企業等，連結社區住民，共同參與，並發展出社區整合支援中心及社區照顧會議等機制。



地域關懷體系與介護保險政策

三層級的在地安老體系

- 底層(介護保險給付服務)
- 中層(市町村推動介護預防及保健促進)
- 上層(生活支援事業的自由市場)

多元綜合服務：

- 兼具介護給付服務、預防保健、生活支援及銀髮生活等需求，由營利、非營利、社區組織及居民自發的多元服務。

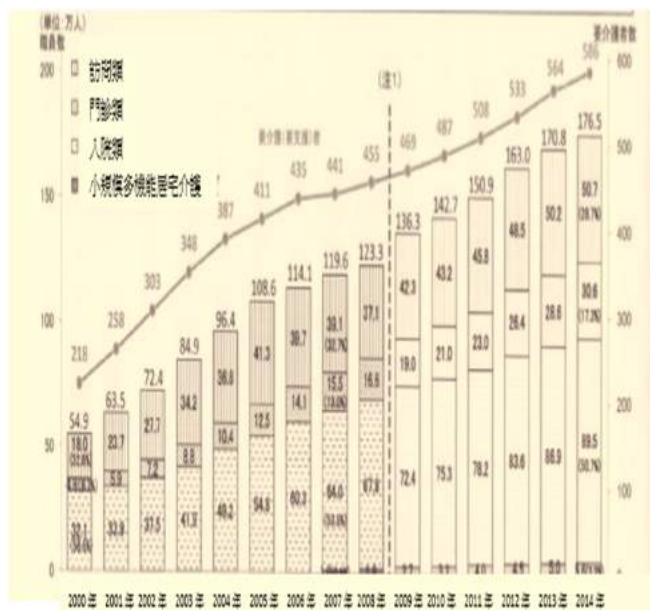


高齡福祉人才培育政策

報告人：宋紫雪 ∴

衛生福利部綜合規劃司

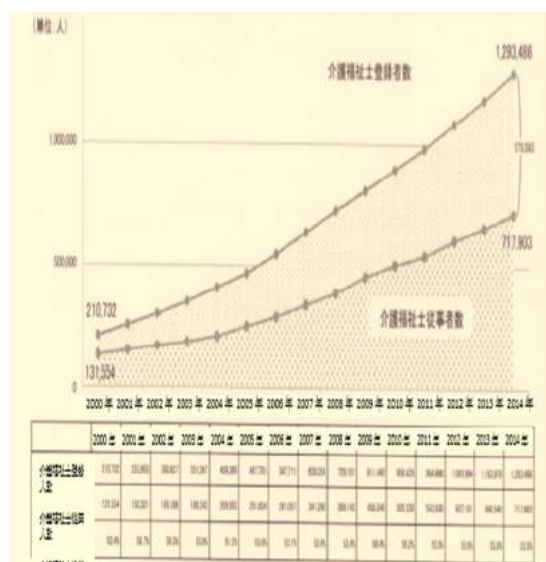
高齡福祉人才培育政策



- 自2000年(平成12年度)介護保険制度實施至2014年(平成26年度), 需要介護(需要協助)人數由218萬人增加至586萬人。
- 因服務量增多, 導致介護人力在14年間由54.9萬人增加至176.5萬人, 增加3.2倍。

高齡福祉人才培育政策

- 原本預估至2020年需要的介護人力約20萬人, 但是到目前為止, 預估有25萬介護人力短缺, 如何補足人力是目前重要的課題。



依介護福祉士登録人數與介護職業從業人數的變化, 實際從事介護職業的人數僅6成左右

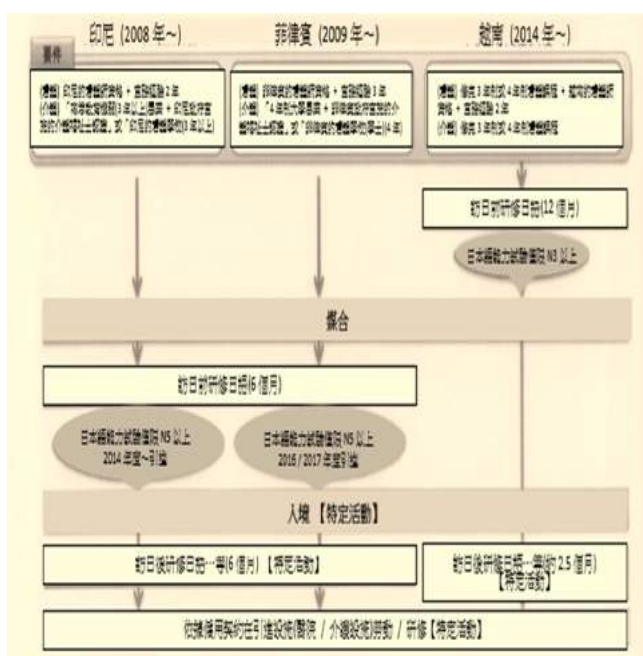
高齡福祉人才培育政策

提升介護人力之綜合推動政策：

- 找回潛在介護人力
 - ✓ 離職介護再就業準備金貸款
- 促進新血加入
 - ✓ 學生獎學金制度
 - ✓ 中高齡者，研修及職場體驗基金)
- 預防離職，促進留任及提高生產力
 - ✓ 提升介護職員的待遇
 - ✓ 減輕升遷進修時的費用
 - ✓ 修訂介護進修制度
 - ✓ 加速建構介護員需要相關設施
 - ✓ 職場留任補助金
 - ✓ 推廣介護機器人，活用資通訊科技



高齡福祉人才培育政策



引進介護人力措施

引進外國介護人才的基本原則：

- 充實及強化國內人才政策為根本
- 遵循各制度來進行
- 「經濟夥伴關係協定(EPA)」專業介護人力運用
- 「出入境管理及難民認定法部分條文修訂法律案」，給予考取證照的留學生居留資格
- 「技能實習法案」對應介護服務特性為需求之前提下，才實施新制度並增加新職種

高齡福祉人才培育政策

	入境人數 (※1)	候補者		資格取得者(※2)		
		勞動中	雇用契約 結束 / 回 國人數	合計	勞動中	雇用契約 結束 / 回 國人數
印尼	966	528	224	214	135	79
菲律賓	885	502	242	141	115	26
越南	255	253	2	-	-	-
合計	2106	1283	468	355	250	105

引進外國介護人才避免以下疑慮：

- 不能造成介護是「外國人做的單純工作」的印象
- 依據業務內容給予外國人適當待遇，不能損及日本人勞動者長期改善待遇及勞動條件的努力
- 確保介護服務品質，不可造成使用者的不安

來自國外之介護人數

高齡社會的老人醫學與研究議題

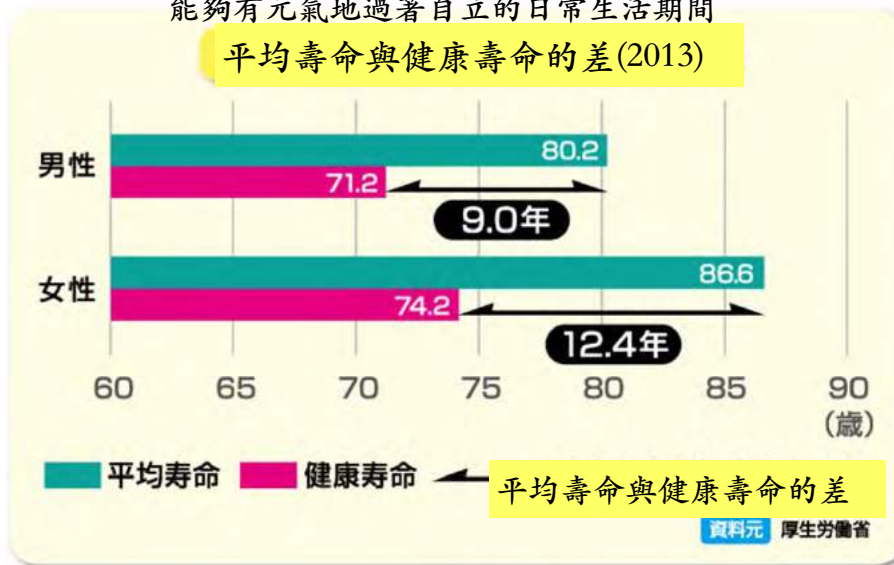
報告人：江雪嬌：

科技部生命科學研究發展司

『健康壽命』：

能夠有元氣地過著自立的日常生活期間

平均壽命與健康壽命的差(2013)



東京大學高齡社会總合研究機構教授飯島勝矢製圖：預防虛弱手冊

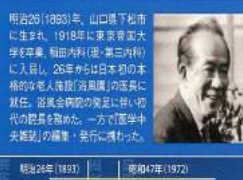
日本老年醫學與東大老人醫學： (gerontology)的共同發展

日本老年醫學的創始者

尾子 富士郎

(あまこ ふじろう)

日本の老年医学の開拓者



養育院長
渋沢栄一

- 1956 日本第一次老人醫學學：
- 1959 日本老人醫學會創立：
:::舉行第一次日本老年學會總會：
- 1962 東京大學醫學部老年病學教室成 ::
:::立 (沖中重雄教授)：
- 1964 日本老年醫學會雜誌創刊：
- 1989 日本老年醫學會醫生認證 (專科 ::
:::醫生) 制度：
- 1995 日本老年醫學會協會成立：
- 2001 英文期刊Geroiatrics and ::::::::::::::
:::GernotologyInternational創刊：
- 2004 衛生勞動福利部認可"老年病專科 ::
:::醫生"

1872設立東京健康長壽醫療中心
研究老年人的生理與病理課程 (1956)

東大老年病學創始者



沖中重雄教授
(1902-1992)

日本老年醫學的教育機關：

(Institute of Gerontology, IOG)

80所大學開設老人醫學相關課程：

20所有老年醫學教育課程：

7所大學設老人醫學科(東京大學、名古屋大學、：

大阪大學、杏林大學、金澤大學、東京醫科與齒科大學)：

我國：.....

老人相關系所(5所)-長庚大學護理研究所-老人社區護理學組：

老人管理相關系所(8所)-嘉南藥理科技大學老人服務事業管理學系：

照護相關系所(7所)-國立台北護理健康大學長期照護研究所：

學位學程(4所)-輔英科技大學-老人長期照顧學位學程：

學分學程(6所)：中山醫學大學醫學系-老人照護學程



東京大學附屬醫院的老年醫學：

* 研究高齡者健康維持、適當的疾病治療、預防醫學領域：

* 東京大學附設醫院老年病科為內科診療部門，以內科學為基礎，對：

高齡者的身體、心理、社會及其生活功能做醫療照護，以解決老年：

人的健康問題，並改善老人的活動功能及生活品質，結合臨床醫學、：

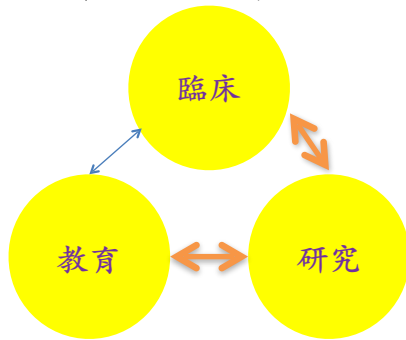
基礎醫學進行「加齡醫學」研究。：

* 主要診療對象為75歲以上失能、失智者，採用高齡者綜合功能評：

估標準(CGA: comprehensive geriatric assessment) 檢查、診斷：

及治療以及對於不可治癒的慢性疾病長期而持續的照護。

東京大學老人病科



老年病科三個主要內容

臨床：

老人病科門診：

高齡者的專門綜合治療內科
接受各式各樣高齡者緊急入院的應對
癡呆症、體重減少、不明發燒、多種藥物管理
各種精密檢查

入院診療：

多職業（科別）合作、各項功能評估(如吞嚥功能)、出院後輔導

2015年間396人入院 平均住院天數 19.6 天 ::

.....住院的30%為急救患者，平均年齡82歲：

.....有72%合併癡呆症

研究：

年齡增加與性賀爾蒙的關連、骨質疏鬆症發病機制與治療藥物、
長壽基因控制衰老、肌肉衰減症（肌少症）、癡呆症的診斷、治療
老年病、老年症候群與使用中藥、骨關節疾病與遺傳分析
老年症候群與藥物作用相關數據研究

教育

對實習醫師的教育

專業培訓（1-3）年
臨床老年醫學的實踐在
家療養與支援診所、外
部醫院等等培訓



大學4年
從事老年醫學研究
參與社會研究及發表
撰寫學術論文

臨床、研究、教育的延續；
取得“老年病專家執照”、
高齡者醫生總醫生執照、
其他專科醫生執照

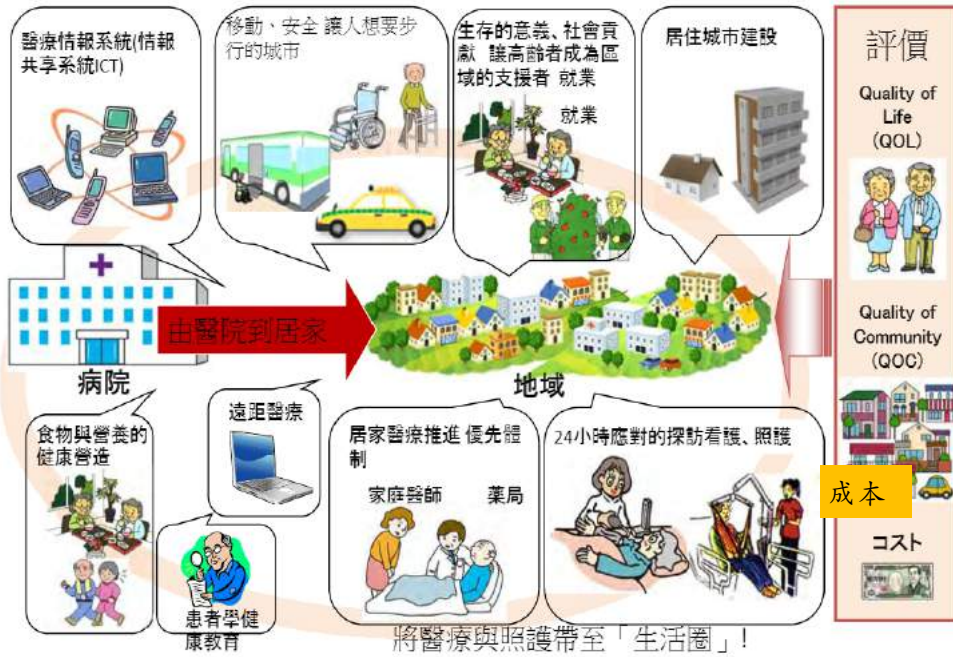
對其他醫師、患者、家屬的教育

高齡者的安全用藥方針2015
老人護理的決策方針
人工水分、營養供應補給介紹
針對高齡者給予適當的醫療指南
高齡者教室的開課
有關高齡者多種疾病的解說



各種就業管道
大學、急性護理、慢性的護理
設施、在家醫療、行政等

在地安老



研究議題

心智以及精神狀態處於快速「失能」的不可逆情境（中風、阿茲海默症、帕金森氏症等）、年齡增長身體機能衰退（飲食、行動不便）

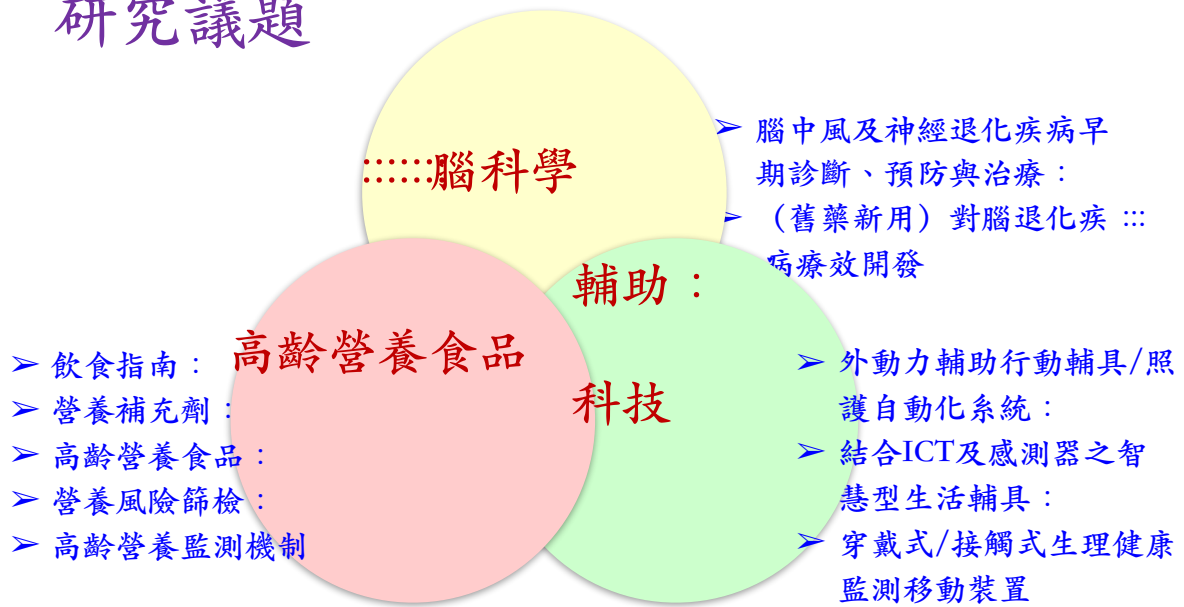
如何因應「肢體尚健卻心智失能」現象，發展早期偵測、治療與預防等

如何發展適切的高齡營養需求、改善老年營養

如何研發增進生活功能、獨立、減輕負擔之便利、照護者負擔



研究議題



P9

高齡社會的藥學發展與輔具研發

報告人 李佳峰：
經濟部工業局

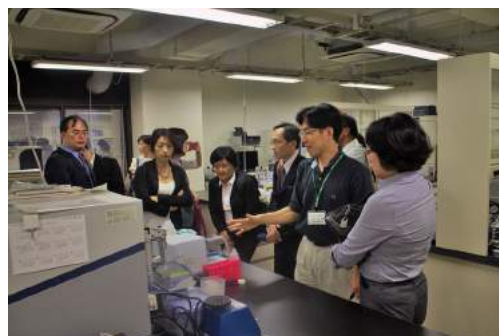
日本東京大學的藥學發展

□ 東京大學藥學部學及藥品開發：

- 高齡化來臨，**慢性病、癌症、神經退化性**疾病增多，疾病治療與健康維持為目標
- 東京大學藥學部以**新藥開發與生命科學**為基礎，並以藥劑師的養成，與藥的基礎研究為重點。以研究為導向:大學部的學生約有10%會成為藥劑師，另外有90%多到研究單位及企業擔任研究及管理工作的。
- 國際交流與合作

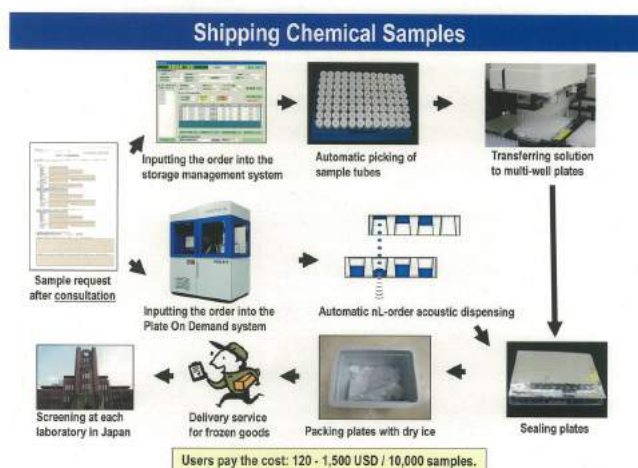
□ 創藥機構(Drug Discovery Initiative, DDI)：

- 2006年成立公共化學貯存庫，2015年4月更名為創藥機構。該機構隸屬於東京大學校本部，設立宗旨在促進人民健康。
- 化合物**超過200,000種**，對於藥物開發及化合物篩選重要。
- 日本化合物篩選設備的大型研發基地，研究人員也提供在工業界、學術界和政府等相關單位的資料搜尋，如**提供諮詢服務、技術支援、化合物樣品、化合物篩選分析技術和儀器**等藥物開發所需設備及技術。扮演藥物研發支持系統及與其他大學合作的樞紐功能。



創藥機構化合物樣品運送流程

- 化合物樣品**免費**提供，但消耗性樣品材料則需由使用者付費
- 申請的機構不分營利或非營利
- 提供化合物的諮詢、技術支援、樣品等相關服務，近5年來提供來訪使用者已達3,500人
- 化學貯存庫的化合物種類已達230,090種化合物(至2016年3月)多為具有化學變異性的藥物相似性化合物(Drug-like compounds with chemical diversity)，及運用電腦預測目標蛋白質官能基的候選藥物
- 化合物包括固體樣品(多貯存在攝氏4度)及液體樣品(多貯存在攝氏零下20度)，並且運用條碼(barcode)進行管理
- 化合物樣品的訂購、自動取樣、放置測試盤、封裝、低溫乾冰包裝、冷凍貨物運送至藥物篩選實驗室，皆有完整的標準作業程序



日本介護保險下輔具產業的改變

從產品購買轉為產品租賃

- 福祉用具(輔具)定義：係指對營運日常生活有障礙之老人或為謀求身心障礙者日常生活上之便利的用具及為前述對象之機能訓練的用具。
- 介護保險法中明訂給付包含福祉用具(輔具)的租賃及購買費用。在2000年日本尚未實施介護保險前，日本輔具市場是以購買為主，即過去都道府縣及市町村對長照需求者在輔具使用上是採購買給付方式，2000年實施介護保險後，介護保險對輔具是採取租賃的補助，立即影響整個日本輔具市場。
- 目前日本介護保險福祉用具給付種類，設定13類提供租賃給付，5類提供購買給付。**輔具租賃中使用者即被保險人仍需自付10%金額**，其餘90%則向保險人(市町村)請款，自2015年8月起，一定所得以上被保險人需負擔**20%租賃費用**。

租賃給付(13類)

- | | |
|-----------|---------------|
| 1. 輪椅 | 10. 步行輔助拐杖 |
| 2. 輪椅附屬品 | 11. 失智老人徘徊知感器 |
| 3. 照護床 | 12. 移動用升降機 |
| 4. 照護床附屬品 | 13. 自動排泄處理裝置 |
| 5. 褥瘡預防用品 | |
| 6. 體位變換器 | |
| 7. 扶手 | |
| 8. 斜坡 | |
| 9. 步行器 | |

購買給付(5類)

1. 座式馬桶
2. 自動排泄處理裝置可替換之零件
3. 沐浴輔具用品
4. 簡易浴槽
5. 移動用升降機吊帶

日本介護保險下輔具產業的改變

■ 從購買轉為租賃，影響產業生態：

- ✓ 以手動輪椅、代步車、拐杖、助行器為主的移動機器在介護保險實施前CAGR為18.5%，介護保險實施後CAGR為1.8%。(由輔具持續購買的情況轉為以租賃為主的形式)。
- ✓ 2014年日本福祉用具市場規模為13995億日圓，較2013年成長3.8%。
- ✓ 包含入浴相關用具、排泄關連用具等為主的個人照護相關用具在介護保險實施前CAGR為8.7%，實施後為3.8%。

■ 產品發展新趨勢：

- ✓ 聚焦行動(移動、移位)、起居(床、浴廁)、特定疾病(失智)領域
- ✓ 發展模組化、人因工程、增加使用便利性的產品
- ✓ 運用 ICT 技術的創新與整合，達到輔具智慧化與預警功能
- ✓ 布局機器人技術，解決高齡者於重點領域的照護與被照護需求

■ 輔具流通服務新樣態：

- ✓ 利用數據分析技術，建構服務導向的專業數據加值平台，吸引上中下游業者共同開發創新的服務模式
- ✓ 專業福祉用具相談員
- ✓ 輔具產品資訊公開、審核登錄等

以需求者(高齡者)角度出發的產品發展趨勢1

模組化、人因工程、增加使用便利性

- 聚焦**行動(移動與移位)**、**起居(入浴、排泄、床)**以及**特定疾病(失智症)**領域，進行現有產品的重新設計與開發。產品開發思維仍以使用者(高齡者)需求角度進行出發。
- 因部分品項以租賃為主，為了後續物流運送、拆卸組裝與清潔滅菌便利，產品以**模組化設計**為主要概念
- 產品開發設計上，透過探索高齡者使用型態與習慣，**注重介面細節設計(貼心設計)**、**增加使用便利性與安全性**、**強化人因工程**為主要趨勢。

注重細節、貼心設計：
床下鋼架以凹洞式設計，方便使用者下床，減少下肢碰撞造成的傷害次數

強化人因工程設計：透過鍵盤按鍵突起設計，並透過字體放大，增加高齡者使用時的辨識與觸控的便利性



高適配性、可自行透過高度調整與控制，讓腳部提高，以減少浮腫

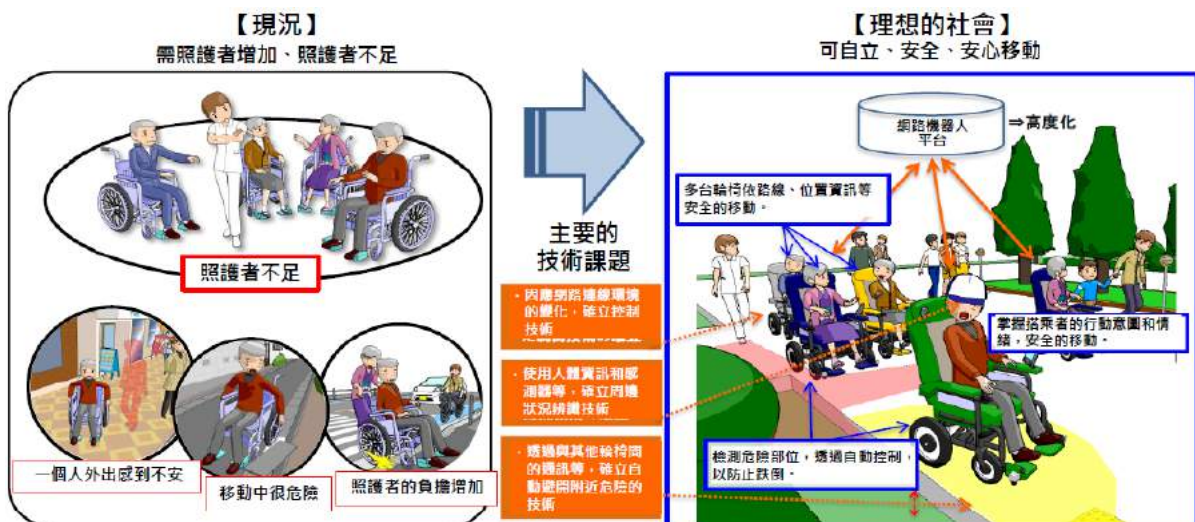
卡榫以及結構式鋼架設計，方便收納、物流運送與拆卸組裝

網狀結構設計，增加高齡者臥床使用的通氣性

以需求者(高齡者)角度出發的產品發展趨勢2

活用與整合ICT技術，達到輔具智慧化與提前警示

- 活用與整合ICT技術，透過**布局精確控制技術**、**整合人體生理資訊與感測技術**，提供**周遭環境的辨識與感知**，達到**提早預警**、**減少危險事件**、**自動避開危險區域**等方式，提供高齡者可自立、安全以及安心的移動。
- 使得既有輔具達到更智慧化以即可提前警示。



以需求者(高齡者)角度出發的產品發展趨勢3

布局機器人技術，解決高齡者於重點領域的照護與被照護需求

- 除了上述的既有產品重新設計開發外，更思考透過產業既有技術及創新技術，即**布局機器人技術開發**，解決高齡者於重點領域的需求，藉此促進自立支援，提供高品質的照護。

移位協助

- 穿戴式：利用機器人技術，成為照護者助力的穿戴型機器。
- 非穿戴式：採用機器人技術，協助照護者做抬舉動作。

移動協助

- 戶外用：支援高齡者外出，並可安全搬運物品的步行支援機器(整合馬達、感測器技術)
- 室內用。



排泄支援

- 使用機器人技術，開發可調整擺放位置的馬桶。
- 透過技術防止排泄物氣味瀰漫。

失智症照護

- 開發照護設施，採用具感測器以及對外聯網通訊功能的機器人技術之機器平台。
- 提前偵測被照護者意圖，進行及早因應。

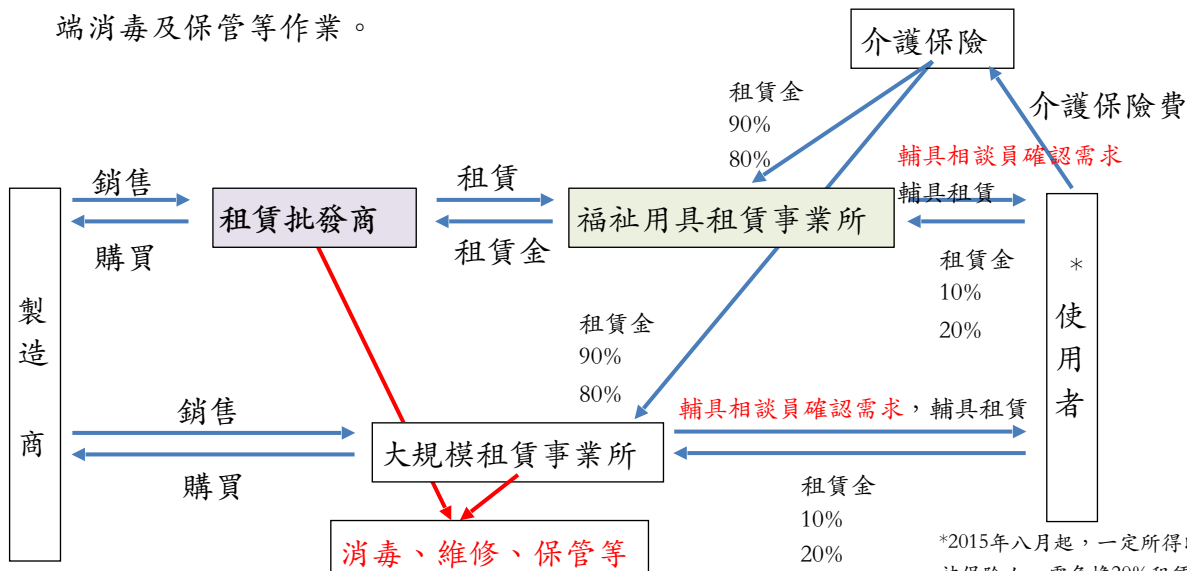
入浴支援

- 使用機器人技術，開發可支援進出浴連貫動作的機器。

日本介護保險改變輔具產業生態

衍生流通服務流程新樣態

- 由於日本福祉用具租賃事業所多以小規模居多，由於需要初期投資購買多樣的輔具來提供租賃服務，且還要準備**消毒、維修、保管**等相關設備，因此產出“**租賃批發商**”的製造業者購買輔具，在租賃給福祉用具租賃事業所，並進行後端消毒及保管等作業。



介護保險下的福祉用具服務改變

因應服務流程改變，產品需求特性調整

由於鼓勵輔具租賃制度，租賃事業下使用的福祉用具須提供給不特定的使用者，且有循環重複使用的特性，對於相關福祉用具開發的改變包含有：

- 適配調整要求的容易性
- 容易拆解、組裝、零件交換等保養修理上的設計及構造
- 承受消毒等耐用性



福祉用具相談員(專業評估人員)：

- 使用福祉用具，需要了解使用的的身心狀況與需求，並且考慮使用者的生活環境條件，基於專業性知識來選擇適當的使用福祉用具建議，以協助並支援使用者自立生活。
- 針對使用者，提出福祉用具使用服務計畫書，包含服務目標、選用的理由及使用上需注意事項。
- 福祉用具使用後，確認及追蹤使用者的使用狀況，並適時進行調整，以符合使用者的需求。
- 福祉用具租賃事業所配置至少兩位福祉用具專門相談員

輔具服務發展建議

- **高齡化**的趨勢，及出生率逐年降低，促使人口結構產生關鍵性的改變。對未來醫療照護系統帶來沉重的負擔，透過輔具的應用可建構需求者**友善環境**，提升高齡者及失能者**生活自主能力**，而輔具的有效使用可減少老人照護與身障養護的社會成本與國家資源投入，並可**引導及促進相關產業發展**。
- 目前臺灣在社政、勞政、退輔、體育、教育、衛政系統，都有提供相關輔具服務，社政系統下，有身心障礙者與長照的失能老人輔具的補助與服務，由主管機關訂出各類輔具的基本定額與條件，主要流程由輔具評估人員建議使用者需求輔具後，由使用者自行付費購買輔具後，再以購買輔具之發票或收據申請縣市政府之輔具費用補助。但常因**使用者病況的改變**，導致輔具的失用及浪費。
- 日本透過社會保險體制介護保險，來**保障福祉用具補助的經費來源**，並透過照顧管理機制來規範福祉用具提供運作流程，以完整的需求評估與輔具評估，瞭解使用者需求，來找出適合服務對象的輔具協助，並**定期訪視觀察使用者狀態有無變化或新增需求**，加以提供福祉用具的更替。
 - 推動福祉用具租賃制度，讓福祉用具**重複被使用**，減少資源的浪費。
 - 可帶動相關租賃服務、回收、消毒、清洗、倉儲等產業的蓬勃發展。

高齡照護的省思

報告人：簡慧娟：

衛生福利部社會及家庭署

省思—落實高齡社會政策

- 因應高齡社會的挑戰與機會，跨部會推動高齡社會政策，滿足不同世代/領域/階層需求，擘劃完整「全人」政策藍圖

- 增加健康年數、減少失能人數
- 強化居家、社區、機構多元連續性照顧服務
- 提供老人預防失能、健康促進、醫療照顧，保障生活權益

- 鼓勵年輕學子、中高齡、新住民等投入高齡照顧服務
- 提供家庭照顧支持，減輕家庭照顧壓力

- 發展高齡產業，提供多元服務選擇
- 提供員工留任職場誘因，支持員工家庭照顧
- 創造友善老人交通環境

- 提供老人尊嚴生活、世代融合的友善環境
- 破除高齡歧視，促進正向認知：

省思—長照1.0的問題與挑戰

- 長期照顧服務對象涵蓋範圍待擴大
- 長照人力資源待培訓發展
- 偏遠地區服務及人力資源有待積極擴展與佈建
- 預算嚴重不足
- 補助核定額度與服務品質未能回應民眾期待
- 家庭照顧者支持與服務體系仍待強化
- 長照服務項目未能回應多元新興需求
- 服務輸送體系之反思
- 行政作業繁雜影響民間單位參與意願
- 長照資訊及相關服務資源待整合
- 長照政策之宣導仍須加強

省思—推動長照2.0計畫

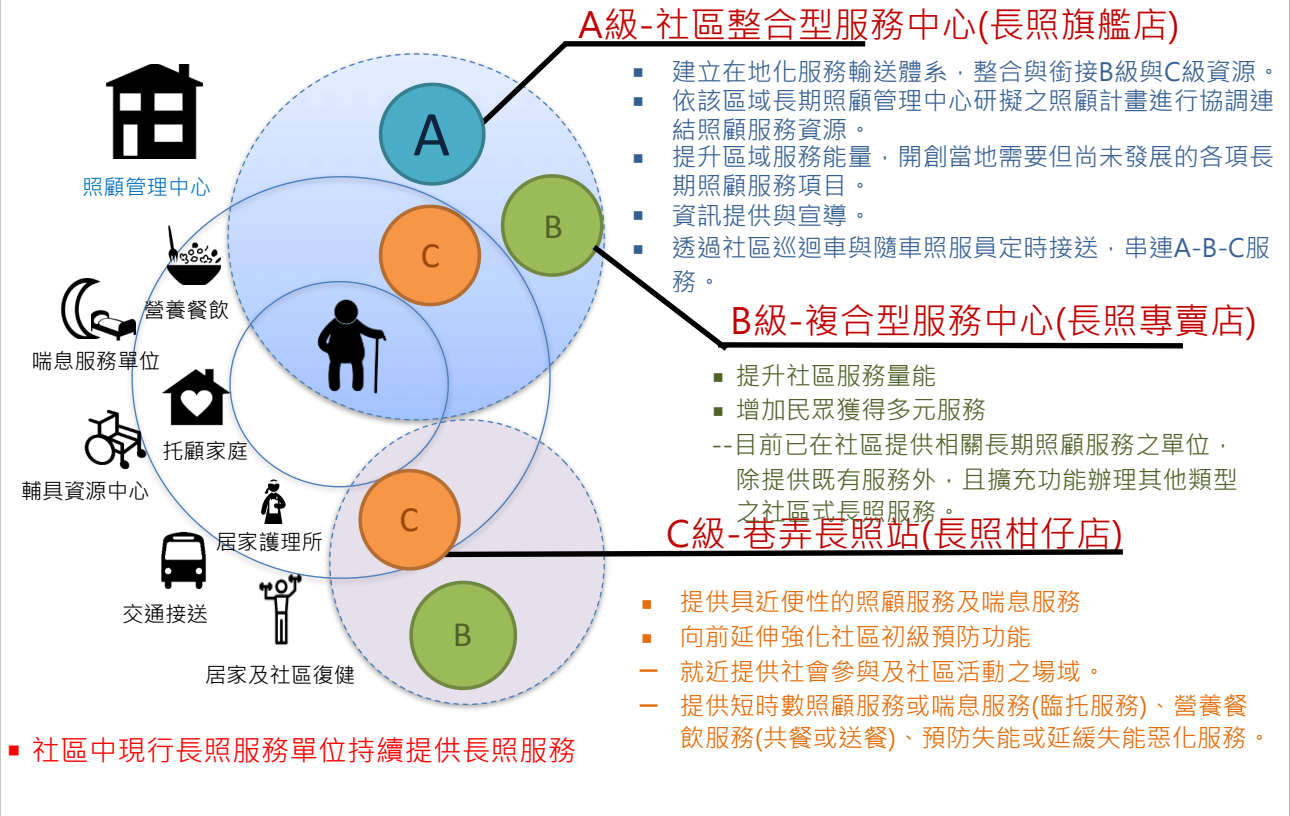
計畫目標：

1. 建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。
2. 實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。
3. 銜接前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。
4. 向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔

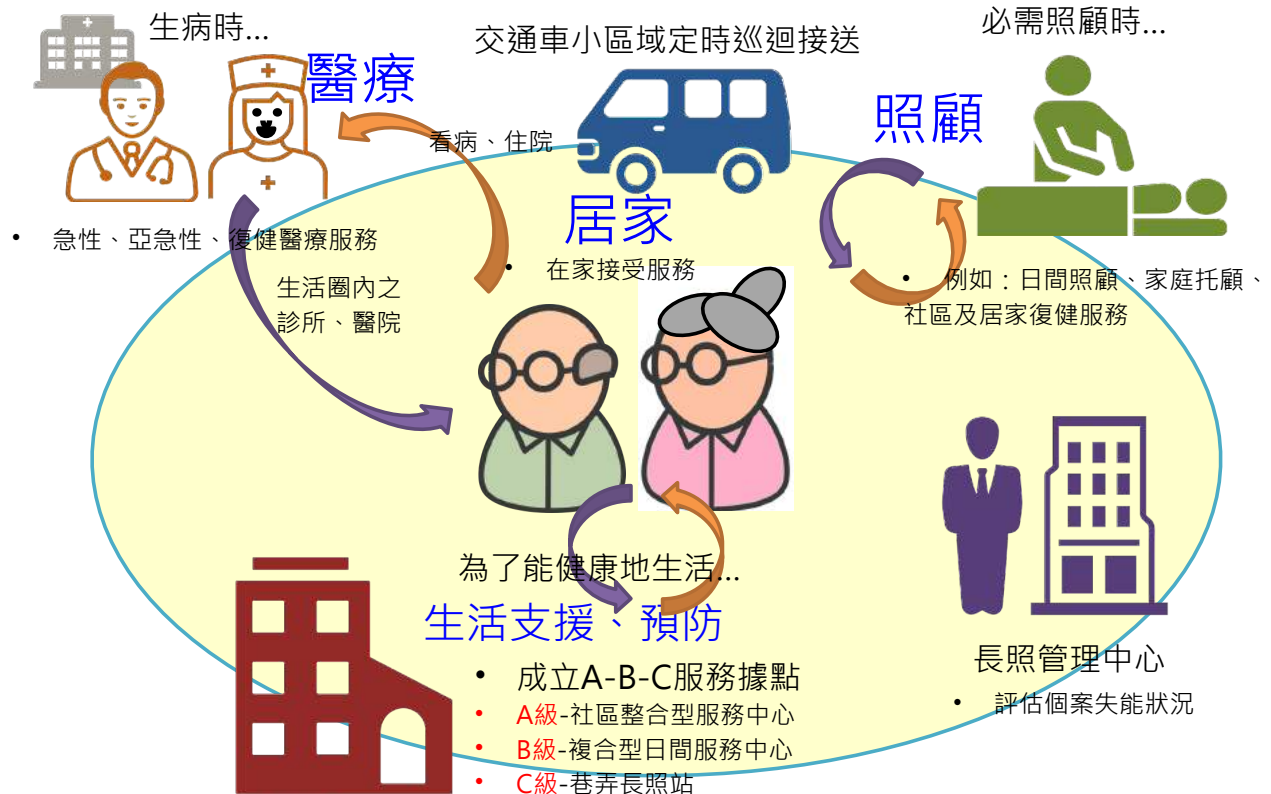
實施策略：

1. 建立以服務使用者為中心的服務體系
2. 培訓以社區為基礎的健康照顧團隊
3. 發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心
4. 鼓勵資源發展因地制宜與創新化，縮小城鄉差距，凸顯地方特色
5. 健全縣市照顧管理中心組織定位與職權
6. 提高服務補助效能與彈性
7. 開創照顧服務人力資源職涯發展策略
8. 強化照顧管理資料庫系統
9. 增強地方政府發展資源之能量
10. 建立中央政府管理與研發系統

省思—推動社區整體照顧模式



省思—推動社區整體照顧模式



省思—推動失智症照護

- 推動失智症之認知、預防與照顧
- 強化基層醫療照護服務
- 加強失智症早期介入方案
- 研訂失智症照護品質指標
- 發展人力資源，強化服務知能

省思—逐步推動在宅醫療

- 在地老化是目標，但多數日本老人均在醫院臨終，除了費用較高外，亦使有就醫需求而移動困難的老人，無法順利就醫，甚至無法達到使老人在熟悉的居家環境中走完人生，因此日本推動在宅醫療制度，提供民眾居家醫療減輕民眾出門看病壓力及負擔，同時提供在宅臨終安寧療護，對於民眾及家屬身心靈提供全方位的服務，值得我國參採。

省思—推動輔具產業化

- 發展輔具科技研發
- 鼓勵輔具產業化
- 建立輔具資訊平臺
- 推動輔具租賃制度

結語

高齡化社會人口結構的轉變，增加了醫療健保、社會保險與福利的支出。對於平均年齡的延長，高齡者神經退化性疾病（如中風、阿茲海默氏症、失智症、帕金森氏症、憂鬱症等）產生及身體機能衰退（如咀嚼、營養吸收能力下降、體行動力的不便）等，希望在各界共同努力下，提升國人生活品質以達到**成功老化、在地安老**的目標。



謝謝聆聽 敬請指教：



第一組



1

高齡整合照顧與服務

- 出國期間:8月21日至9月3日
- 出國地點:日本東京都、千葉縣、三鷹市、埼玉縣、茨城縣
- 組長:高淑真
- 組員:陳宗志、陳秀玫、葉俊郎、洪美智、熊昭
- 報告日期:105年9月30日

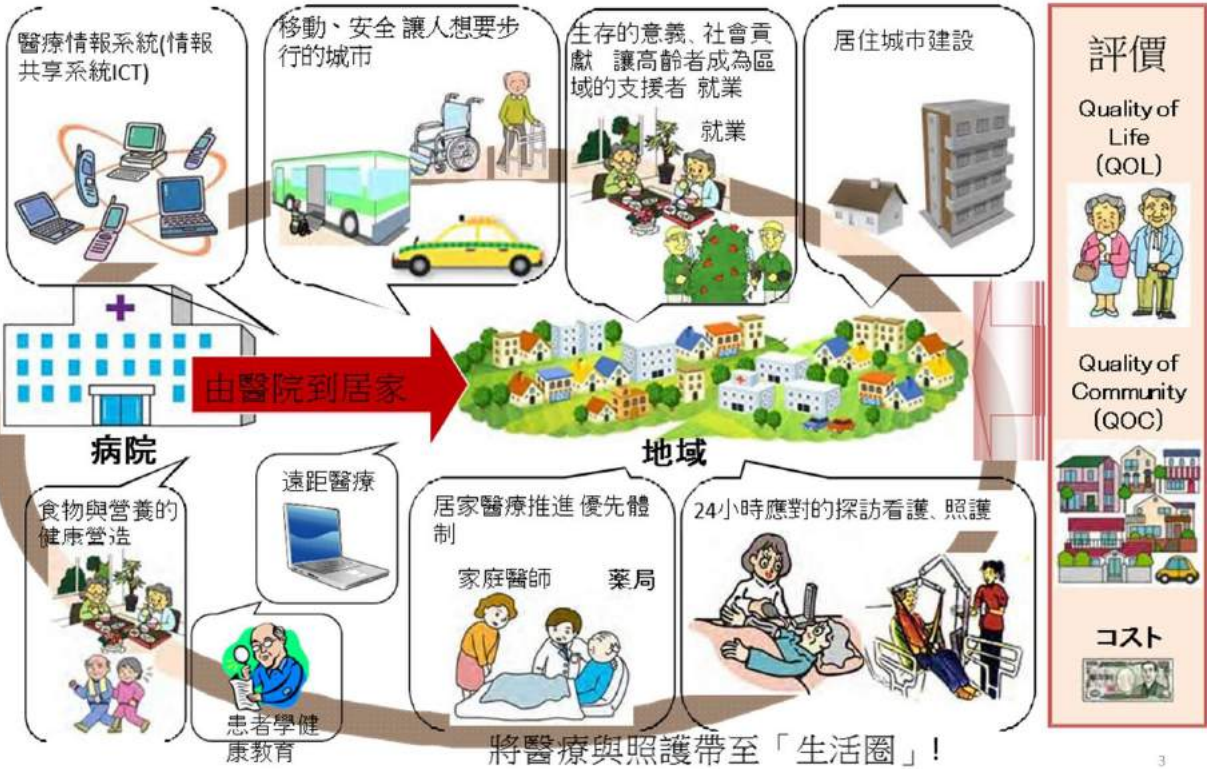
2

四大主題

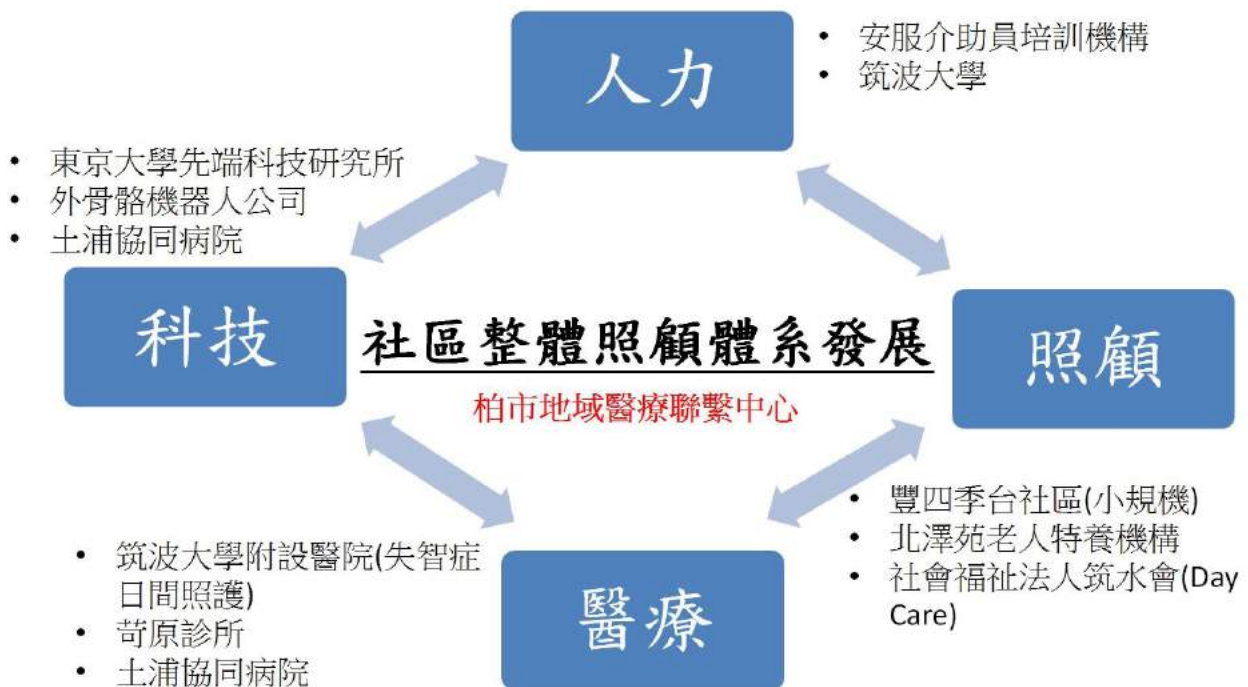
以定點研習並案例參訪進行

- 高齡社會政策制定與議題研究
- **社區整體照顧體系發展**
- 社區資源整合機制
- 社區再生與銀髮產業群聚

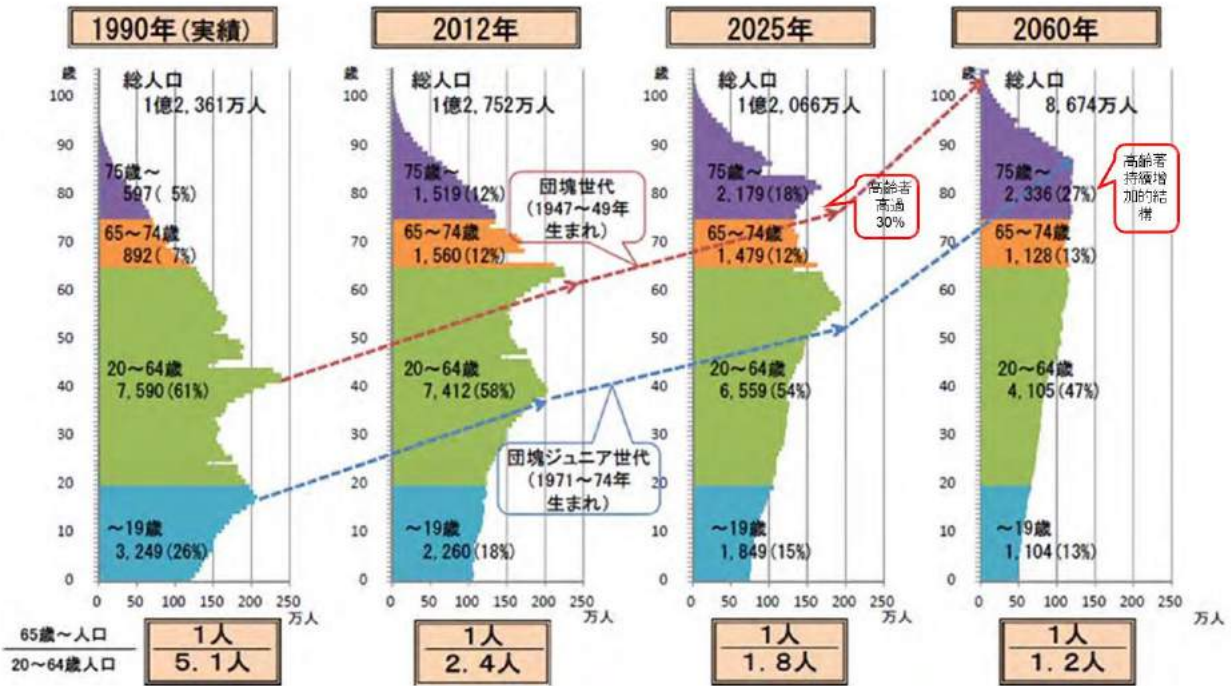
Aging in Place: 在自己住習慣的地方，安心地做自己



報告架構



日本人口金字塔的演進

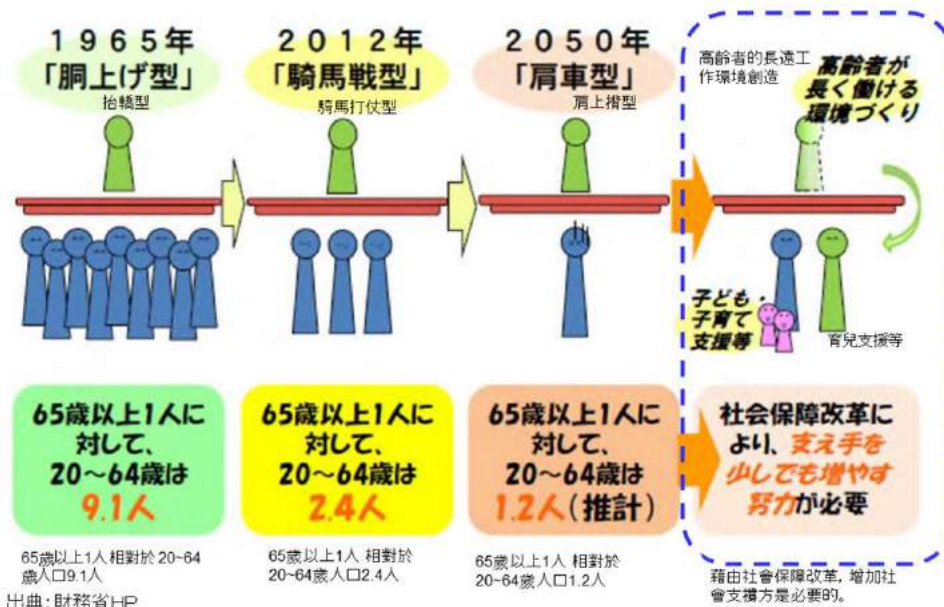


団塊世代(日語:団塊の世代), 是指日本戰後出生的第一代。

5

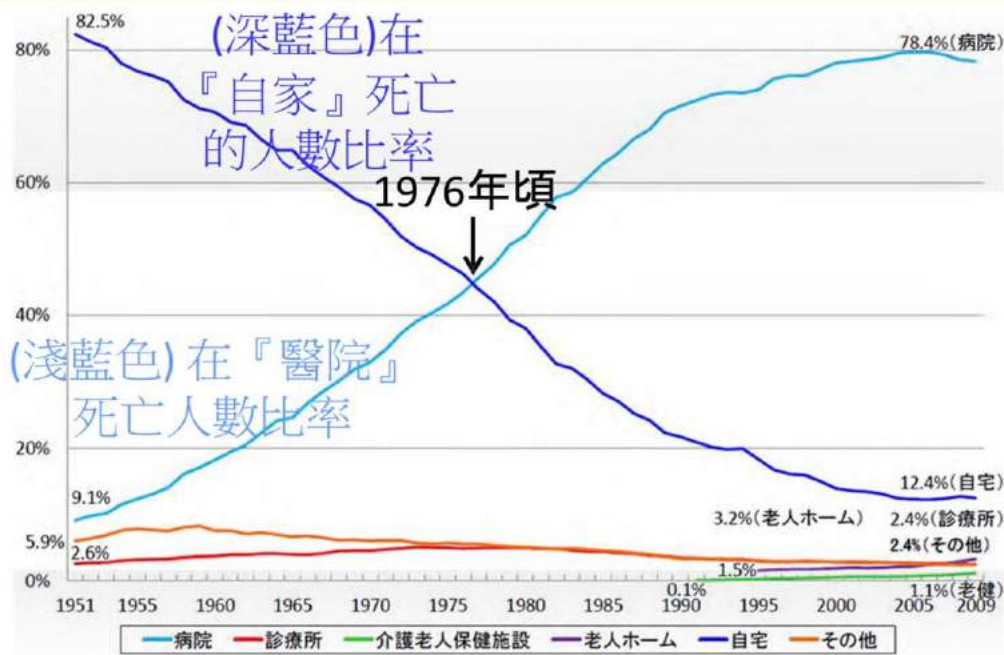
8/23東京大學高齡社會總合研究機構

高齡者是社會的支撐(負擔方)



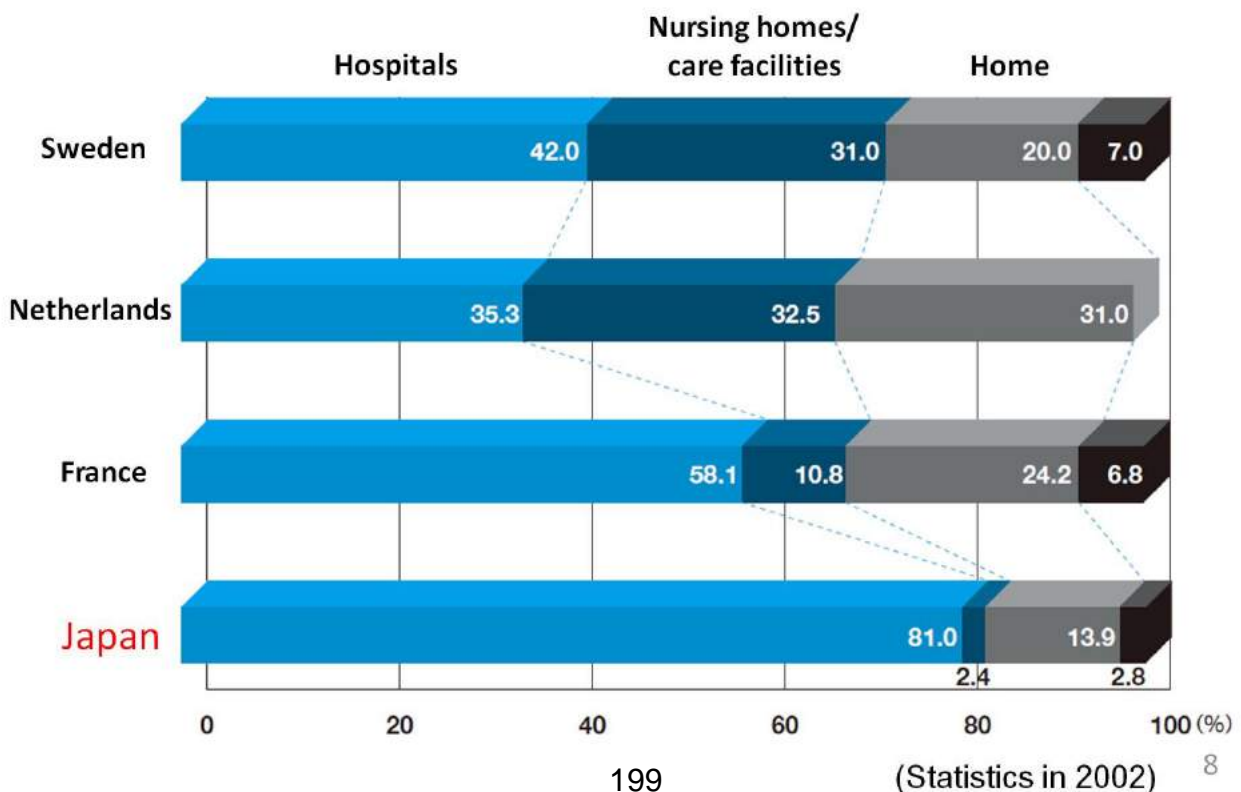
6

死亡場所的演變

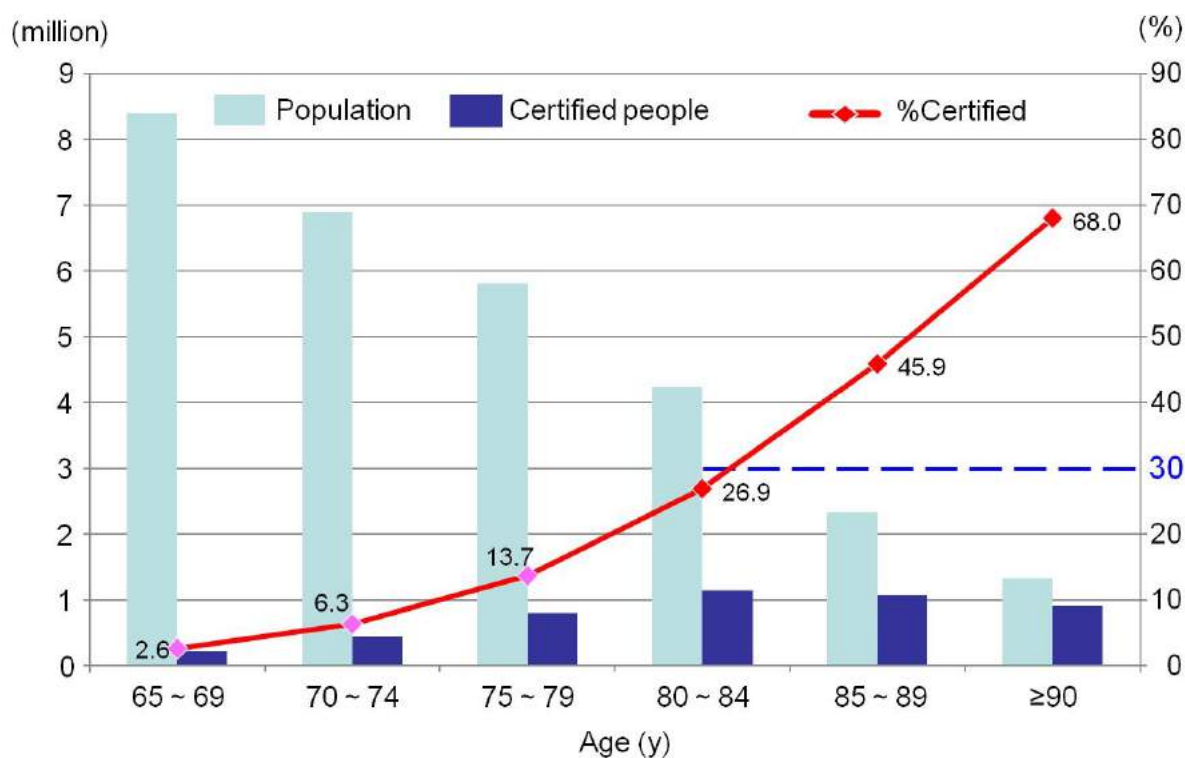


出典：厚生労働省「人口動態調査」

International comparison on places of death



People certified as requiring long-term care increase with age

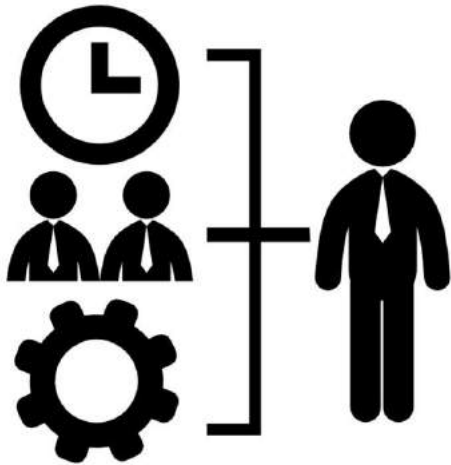


9

日本面臨高齡化主要問題

- 2025年、75歲以上的團塊世代達到高峰，醫療與照護需求增加(需受照護者也增加3倍)
- 失智症增加(2025預估470萬人)、夫婦高齡(老老)獨居，家庭的照護力低、地區性社區脆弱化
- 高齡化的進展狀況有顯著的區域差異，以都市為中心的老年人口持續增加
- 病患疾病類型構造變化、多重慢性疾病增加

長壽不等於健康



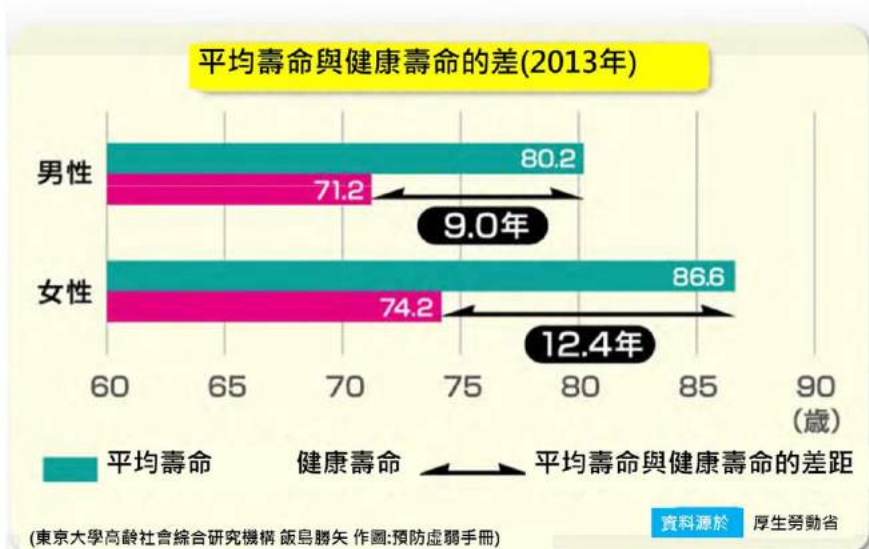
全世界
2人活到60歲/每秒
2050年→320萬超過100歲



台灣
生活失能臥病在床 8.7年
88.7% 一項慢性病
51.3% 三項慢性病

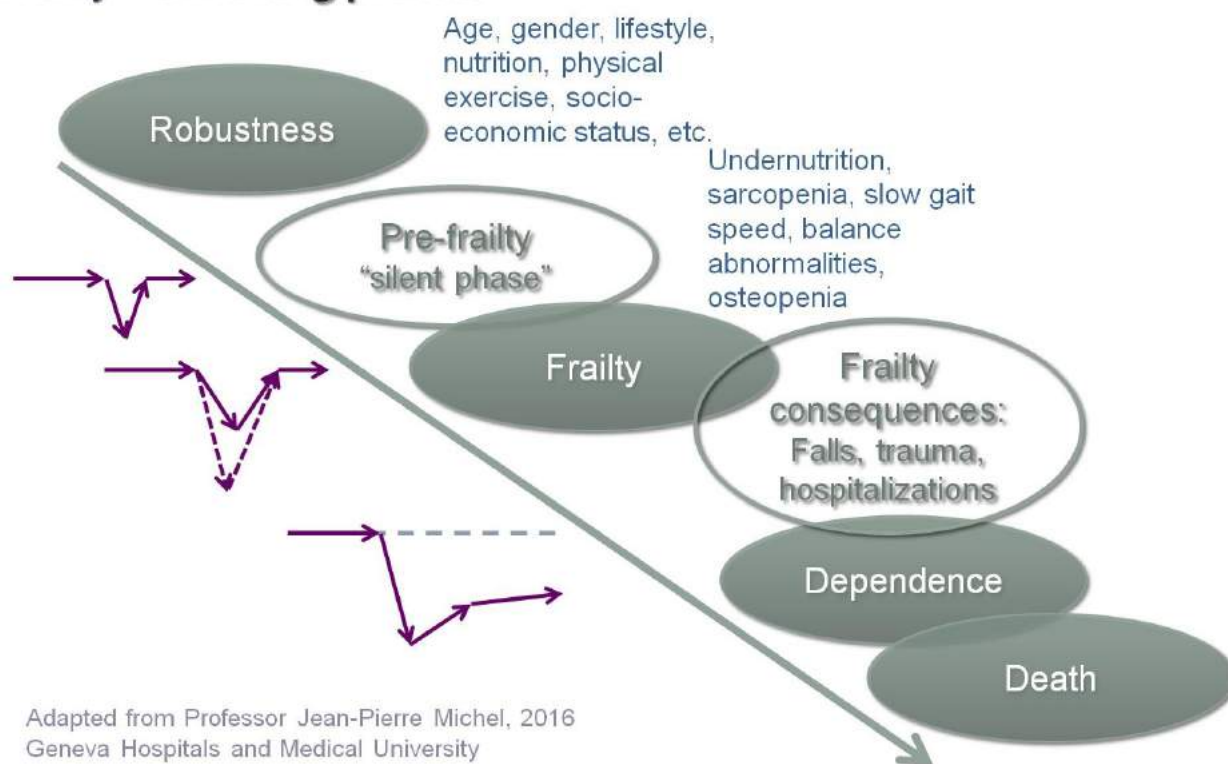
*資料來源：
1.行政院主計總處(2014)·《我國國民幸福指數-國際指標統計與排名、在地指標統計表》。
2.行政院衛生福利部國民健康署(2009)·《老人健康促進計畫2009-2012》。

『健康壽命』 能夠有元氣地過著自立的日常生活期間



衰弱-一個持續漸進但相對可逆的過程

Frailty – a life-long process



衰弱症研究調查及臨床症狀

衰弱症盛行率比較

國家/地區	衰弱症(%)
美國	6.9
瑞士	5.8
韓國	7.8
日本	6.9
臺灣	4.9~5.4*

Makizako H, et al. (2015) BMJ
Choi, Jaekyung et al. (2015) JAMDA
*依據台灣中老年健康因子及健康老化長期研究 (HALST) 分析調查

臨床症狀主要包括

- 衰弱症老人的共病症盛行率較正常老人與衰弱前期老人高
- 共病症: 如高血壓、糖尿病、心血管疾病等
- 體重減輕、疲倦、費力(提不起勁來做任何事)
- 肌肉流失、握力減弱、行走時間慢
- 步態變差、平衡異常、易跌
- 骨質流失

2015年新北市瑞平雙貢四區衰弱症盛行率調查：

衰弱症 **13.3%** 衰弱症前期 **48.8%**

為了不像骨牌般倒下！



～失去與社會的關聯是衰弱的起點～

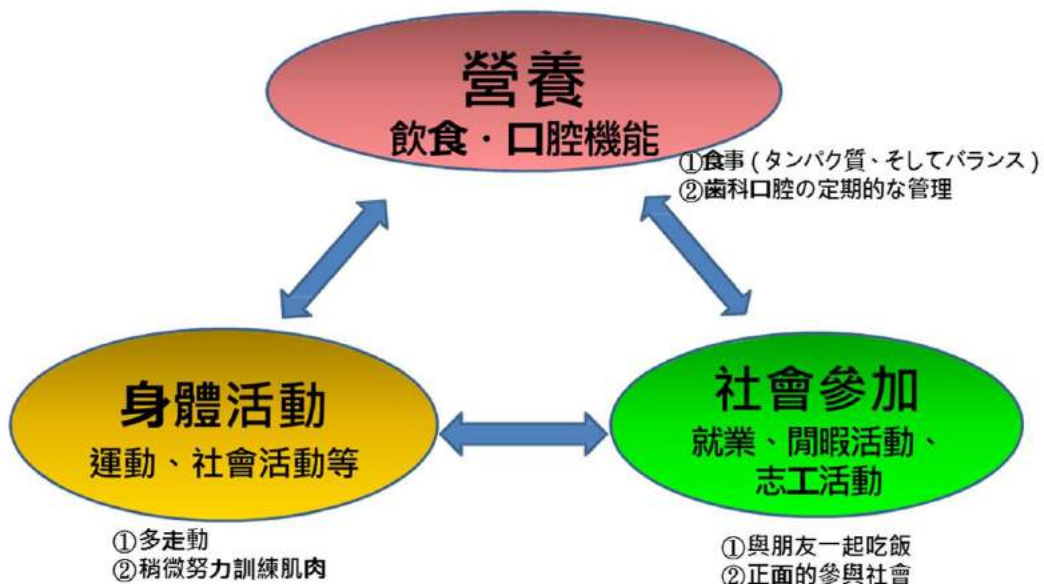
(東京大學高齡社會綜合研究機構 飯島勝矢 作圖)

東京大学 高齡社会綜合研究機構・飯島勝矢ら
厚生労働科学研究費補助金(長寿科学綜合研究事業)「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考察および検証を目的とした調査研究」(H26年度報告書より:未発表)

15

健康長壽的『3大支柱』

從更早期開始的肌肉減少症和虛弱預防



虛弱預防意即『綜合感知的城市構築』

由多種面向來應對虛弱，以『社會參與』為核心，預防虛弱



「社區整合照護系統」政策形成

- 廣島縣御調町(後合併為尾道市)公立みつぎ醫院山口昇院長1970年代開始提倡。
- 政府文書上首次記載，為2003年的「2015年的高齡者介護」。
- 2005介護保險法改正後為政策理念，新增**介護預防及創設社區整合支援中心**。
- 2011年介護保險法第三次改正，明記自治體(市區町村)有義務推動**社區整合照護系統的推進**，醫療部分尚為「居家醫療」。
- 國際動向以社區為基盤的整合式照護的推動及社區整合照護研究會的研究積累。
- 2013年8月發表的「社会保障制度改革国民會議報告書」強調醫療與介護需整體一起檢討。2013年12月成立的「社会保障改革法」之「持續可能社会保障制度確保之改革推進法相關法律」確立社區整合照護系統的法律上定義。
- 2014介護保險法改正及醫療·介護綜合推進法。

日本社區整合照護系統推進

急性期
表 復原 - 番 警
醫療
領域
機能
分擔

整合式照護 (Integrated care)

先進國家高度發展以急性期醫療為主的醫療服務，對於急性期病患有良好的治療效果。但是對於患有多種慢性疾病，需要長期照護的患者，以同樣照護方式，效果卻很低。

(2012年厚生勞動省調查，一般急性期醫院裡超過50%的患者不需要醫療處置。)

慢性期照護 (水平整合)
醫療 介護 生活支援的連結

生活圈區域
體制整備

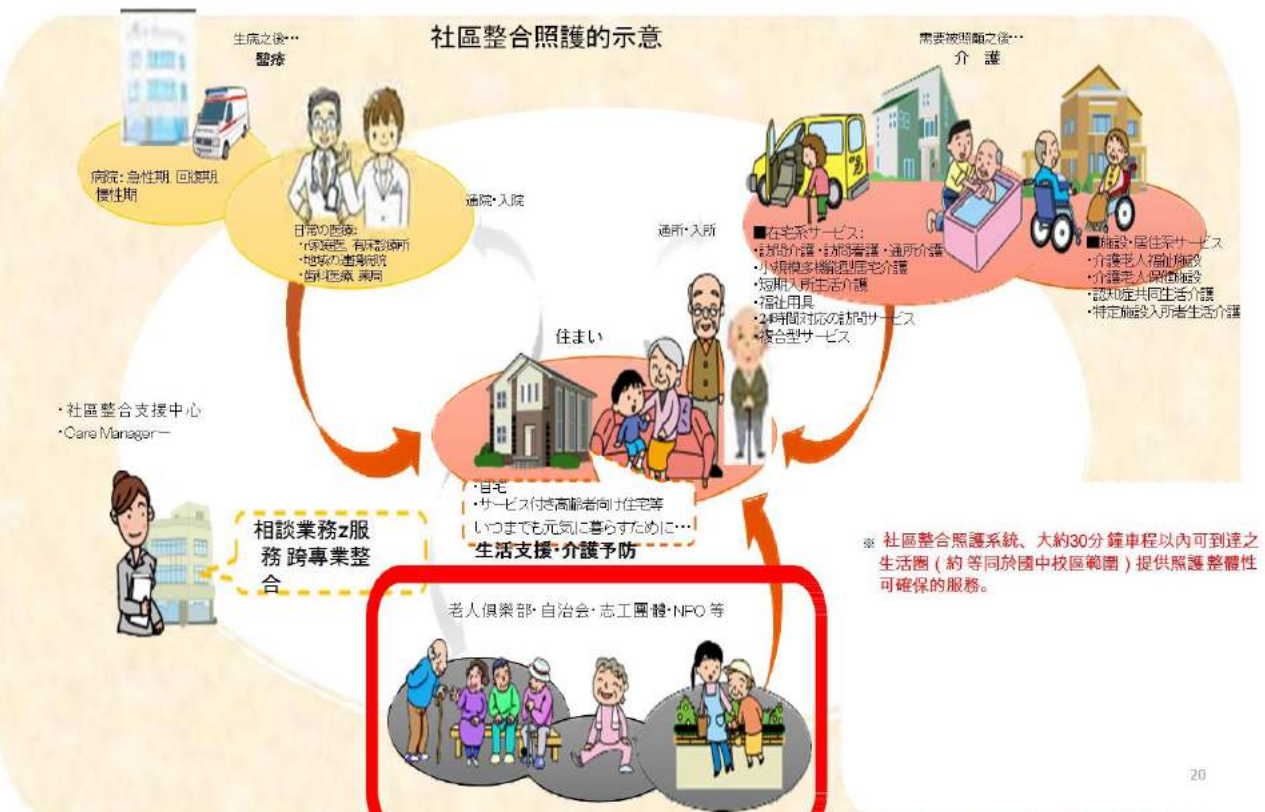
社區為基盤的照護 (community based care)

「大約30分鐘車程以內可到達之生活圈 (約等同於國中校區範圍) ，提供醫療介護整合式照護 (Integrated care) 可確保的體制。

(參考) 日本經濟新聞 (2014.10.28) 「地域包括ケアシステムの考え方とその実践」 富士宮市における地域包括ケアシステム構築の取り組み 医療・介護改革の論点 (下) 地域包括ケア、住民主体で 兵庫県立大学教授 筒井孝子

19

關於社區整合照護系統的建構



20

日本社區整合照護系統

五個構成要素與視點

- 【醫療 + 看護】 【介護 + 復健】 【預防 + 保健】
- 【生活支援 + 福祉】 【居住 + 居住方式】



地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

案例參訪：豐四季台住宅的背景及高齡再就業的創造



『千葉県: 柏模型』

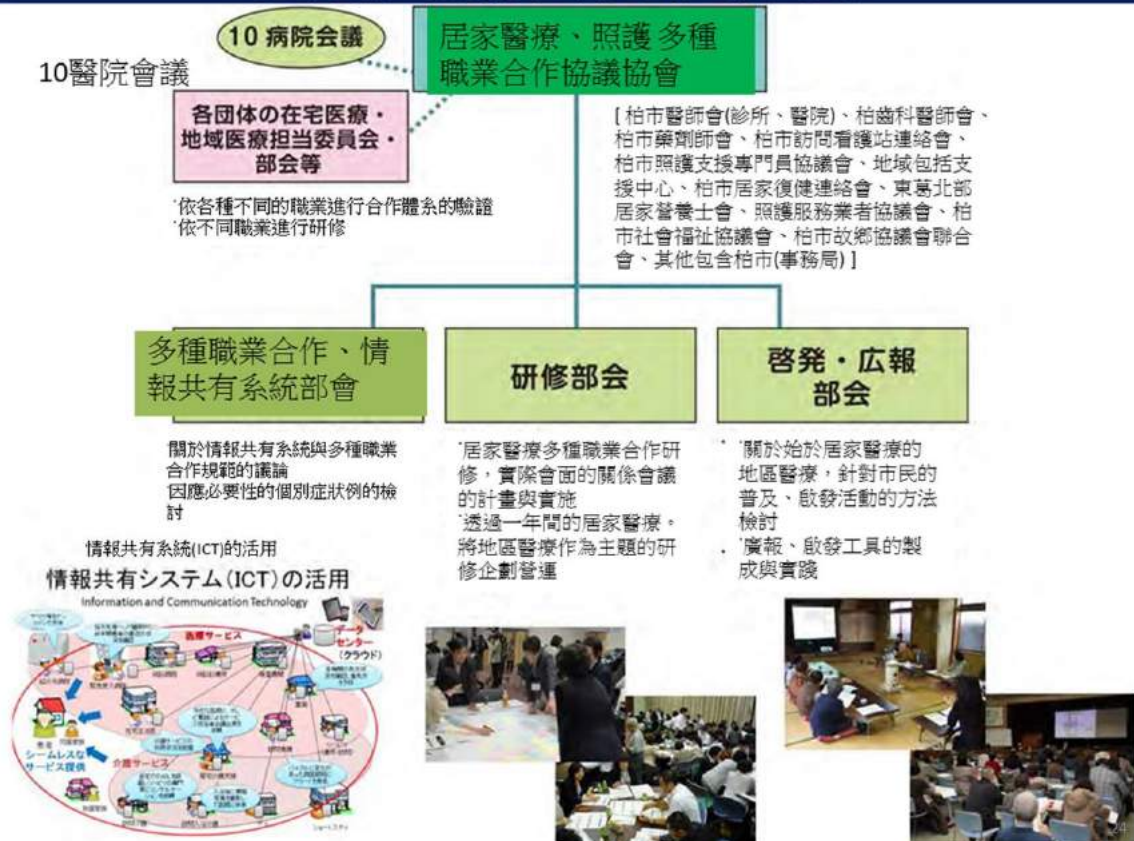


柏市社區整體照護實驗模式

時間	第一階段2010-2015	第二階段2015-2018
居家醫療	<ol style="list-style-type: none"> 減輕對居家醫療負擔的支援系統 增加居家醫療醫生及多職種合作推進 ICT系統的建構 對市民啟發 2014柏地域醫療中心開業 	<ol style="list-style-type: none"> 進一步居家醫療體制建構 多種職業合作品質與機能提升 居家醫療搭配成果可視化
生活支援	支援地域的會議設立、營運支援	
照護預防	開發虛弱狀態的預防程式（虛弱狀態的檢測、擴大與落實）、預防虛弱project2025	
社會參與	有生活意義雇用（銀髮人才中心在全市開展）、第二生命計畫事業	
居住	豐四季台：招攬據點型含服務的高齡住宅 其他地區：在全市展開據點型含服務的高齡住宅	

23

居家醫療、照護多種職業合作的推進體系



實踐具生活意義的就業勞動事業 5種領域 8種事業



主要事業 農業經營者的指導下工作的高齡者

直接販售與市場出貨的異なる作業

直売と市場出荷で異なる作業

49名雇用 平成27年7月

- 野菜の栽培管理 番茄、小黃瓜、茄子、青椒等直接販賣，少量多產。有耕作與土壤培育開始，播種、育苗、定植、施肥、鋤草、收穫、出貨等的作業。
- 小松菜の溫室栽培 提供的市場與學校供餐等的小松菜，透過一年間的栽培、收穫、結束、洗淨、裝箱等的作業。
- 稻半田的耕作補助 稻半的生產由4月開始，整土、育苗、播種、除草、水源管理、收穫、乾燥、出貨等各式各樣的作業。
- 整枝的剪枝 從枝的選定與收穫作業，需要許多人手。可說是針對高齡者的職務。另外，因為主要是直接販賣，所以 也有販賣業務。

野菜・米・果実
生産野菜、米、果實等多彩的農產品
物を生産する

高齢者同士の農作業と賣入る。直売販売が生であるため、販賣業務もある

東京大学農学社会研究機構 PHOTO BY S.KIMURA



在老人住宅的一樓，開設24小時服務的居家護理所、居家服務所、提供到宅診療的診所、小規模多機能照顧事業所、團體家屋（group home）和社區整體照顧支援中心。

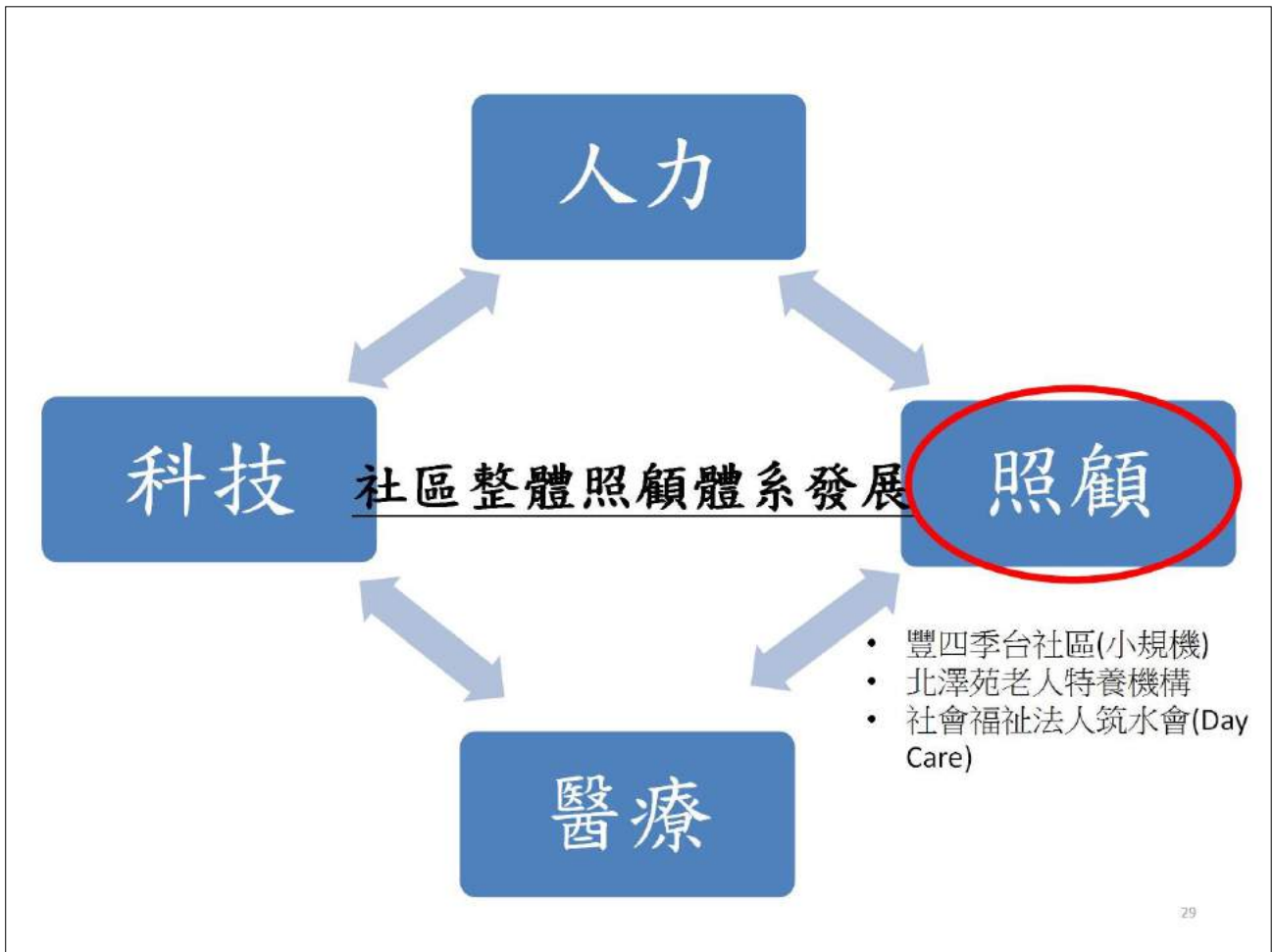


27



編制:十三位工作人員，包含四位事務管理人員，七位護理及其他專業人員，一位特約醫師，一位牙科醫師，一年業務經費約三千五百萬日幣（不含人事費）。

在集合住宅區內設置「社區醫療連繫中心」，作為推動在宅醫療的設施。它也扮演在宅醫療活動的協調者，肩負多專業間連繫的訓練工作，市民諮詢窗口和對社區宣導的工作。



豐四季台社區(小規模)

參訪日期：105年8月23日

參訪地點：柏市豐四季台住宅（市役所與東大合作）

據點型含服務的高齡住宅豐四季台則由下列3個單位提供24小時對應服務：

事業單位	提供服務
學研cocofump	高齡住宅、小組活動屋
長岡福祉會	小規模多機能日照中心、24小時訪問介護 訪問看護
Sugi medical	居家介護、訪問看護。

豐四季台社區(小規模)



高齡住宅模型圖

入口服務單位標示

住宅1樓診所等服務單位

豐四季台社區(小規模)

住宅1樓設有小規模多機能日照服務9人3種房型，1比3照顧員比。失智團體家屋，18人，1人1房。



小規模日照	夜宿房	和式活動空間
	休息區	

世田谷區立特別老人養護機構(北澤苑)

參訪日期：105年8月25日
機構代表：設施長岩上広一
機構設立：平成12年（至今16年）



33

世田谷區簡介

- 人口89萬人，老年人口17萬8000人，佔總人口比例20%；75歲以上人口8萬9505人（10%）。
- 75歲以上老年人增加（需介護及失智症老人增加）
- 50%老年人有介護需求（8050問題）
- 獨居老人家庭增加
- 財力良好行政區
- 世田谷區特養機構有3類型，公營3家，民營及公辦民營計16家，總床數1,452床，床位量是不足的。

北澤苑介紹(地下1樓、地上4樓綜合機構)

- 1樓設有日照中心收托失能38人、失智12人
- 居宅介護支援事業所、訪問介護事業(居家服務)、訪問看護事業(居家護理)
- 獨居老人送餐服務(目前送餐65人)以及美容院(由志工經營，收費便宜)



35



36

1樓日間照顧服務與復健服務

- 日照服務有短時數（1至5小時；每回1200日幣）及長時數（5至7小時；每回1200至1400日幣）
- 復健空間與復健設施



37

2樓至4樓養護中心

- 養護床100床（有1人房/2人房及4人房），短期臨時住宿25床(喘息服務)
- 養護床入住費用1每月10至15萬日幣(含伙食費)因為公辦民營性質所以較便宜，而且只提供市田谷區區民申請使用。
- 目前1843人候補，年出缺25人。





寬敞明亮走道與貼心設計

休憩小角落



沐浴床

4人房



39



無障礙廁所

醫務室



齒科保健活動海報

齒科診療室



215

40

照顧人力配置(行政人員正職4人、兼職2人)

職稱	人數	職稱	人數
介護員	正職7人 兼職5人	營養師	正職2人
復健師	正職3人 兼職3人	廚工	正職4人 兼職9人
醫師	合約6人	照顧管理員	正職5人
護士	正職4人 兼職6人	訪問護士	正職3人 兼職4人
齒科保健員	正職3人 兼職3人	居家服務員	正職3人 兼職2人

41

住民基本關懷照顧



216

42

在宅、入所相互機制

- 日本2000年推動介護保險以來，面臨財力困境，而落實在宅老化、社區老化是目前政策方向。
- 機構床位數有限致供不應求，因此推動在宅、入所相互機制，讓機構床位能開放多人使用並兼顧在宅老化之需求。



43



社會福祉法人 筑水會

- 鄰近土浦協同病院。
- 容納200人。
- 提供日間照顧、短期入所、內科與神經內科診所、在宅介護支援



社會福祉法人 筑水會

- 日照服務規劃：約9點到達展開一日生活、生命跡象量測、水療／溫泉浴、午餐、TRX抗阻力訓練、
- 休閒運動（付費）、娛樂時間、下午茶後返家
- **水療池** **TRX抗阻力訓練**



社會福祉法人 筑水會

- 設有各類休閒運動設施含運動、陶藝、料理、卡拉OK、工藝、圖書室及電玩遊樂設施等



上圖
運動設施

右圖
卡拉OK室



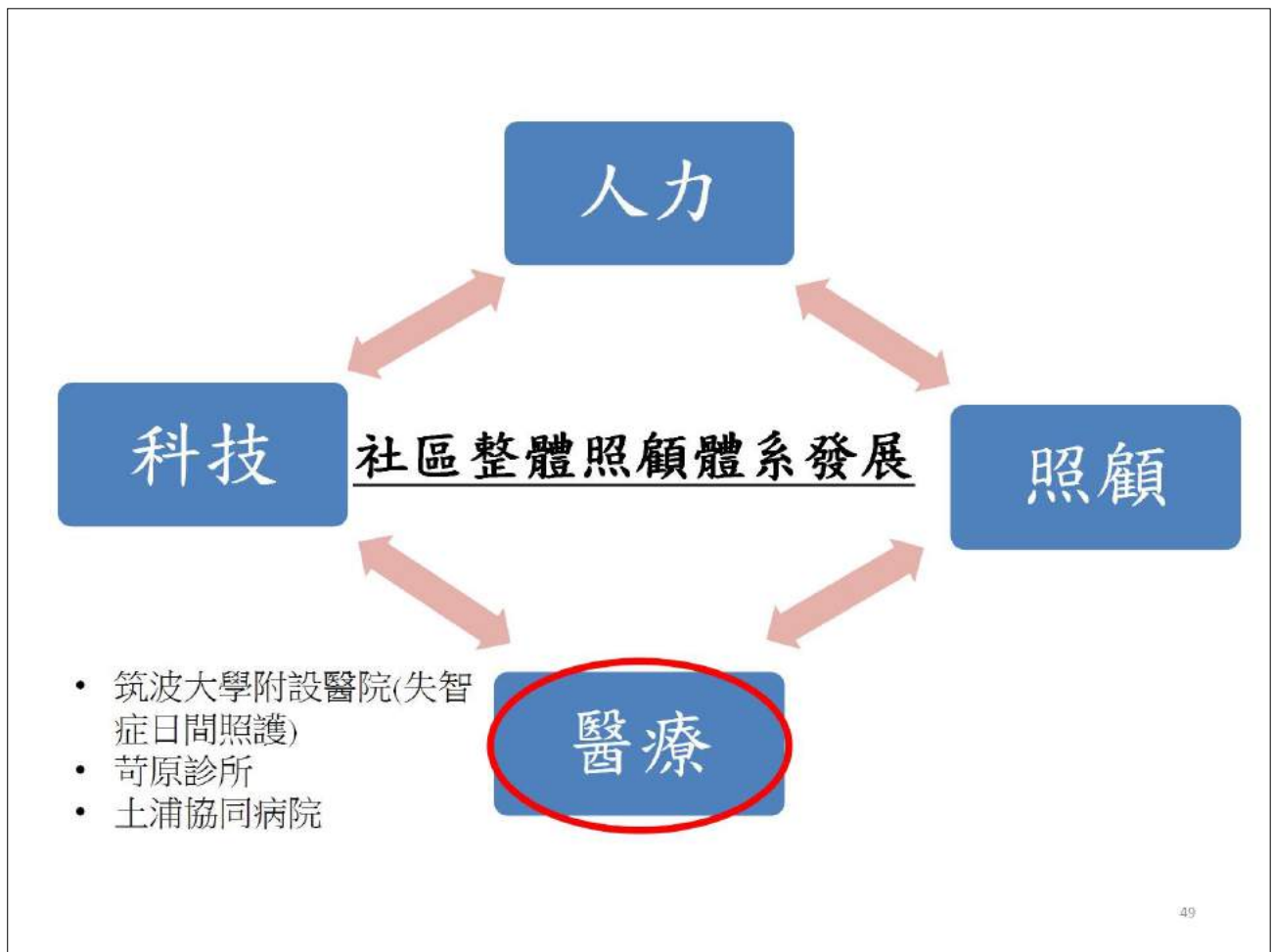
陶藝教室



電玩室

小組研究建議

- 社區型日照服務(要支援1~介護度5)在長照服務中扮演重要角色，需要持續積極推動。
- 實踐生理學基本理論，以水分的補充、食事營養、坐著排泄及走路運動來管理老人健康，以理論基礎為依據落實機構老人身體照顧，復健的用心、盡量不包尿布及藥物的減量方案值得借鏡。
- 我國同日本一樣面臨照顧人力短缺的問題，因應長照2.0推動照顧人力及專業人力培育是當務之急。
- 多元整合照顧服務是未來趨勢，值得參考推動。



筑波大學-失智症相關研究

- 由精神醫學教授**新井哲明**介紹
- 演講則著重於1. 認知力方面如何進行預防衰退、2. 在災害時如何進行精神支援活動
- 運動療法、音樂療法，可刺激感覺神經。經過臨床研究，經過介入，在質的變化方面，生活品質提升，活動力增加，情緒更穩定，體力亦向上
- 以筑波大學附設醫院為中心，與茨城縣附近的6個醫院連結，形成一個合作網絡
- 失智症的團體訓練，當天用**奧運五環**的顏色連結其意義為開始，並由速寫畫來訓練患者
- 有觀察到，學員大多都很有興趣，更為感人的是認知情況較好的患者會幫助認知情況較差的



小組研究建議

- 筑波大學與在地科技結合，發展特色科技，很值得借鏡。他們立足日本，放眼世界，培育國際人才，也很值得參考。
- 在失智症方面，形成醫院協力聯盟，且除了藥物影像治療及評估，也採取非藥物治療如運動、音樂等，初步顯示效果良好，值得學習。



地域包括地方重點



土浦協同醫院

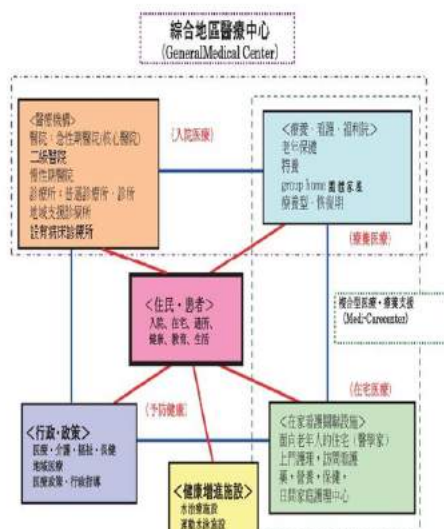
- **特色：**
 - ◆ 屬於疾病急性綜合醫院。
 - ◆ 附設有5種重症加護病房。
- **銀髮照護：**
 - ◆ 附設復健科，提供職能治療、物理治療。
 - ◆ 結合智慧科技與長期照護兩種領域。

職位類別	目前人數(人)	職位類別	目前人數(人)
醫生	236	註冊營養師	12
		廚師	8
		烹飪人員	16
護士	754	書記	110
助理護士	13		
護工	3		
護理員	39		
醫療秘書	17		
藥師	39	育兒	26
藥物業務員	1		
放射線技師	50	視覺矯正師	3
放射線勞動人事	1	社會工作者	14
放射線業務員	1	臨床心理師	4
		駕駛員	2
		人事	3
		電氣室主任	2
		營養師	1
		物理治療師	33
		職能治療師	12
		言語治療師	6
		牙齒衛生員	2
土浦協同病院員工人數表			
實驗室技術員	66		
檢查勞動人事	1		
臨床工程師	28		
總計			53 1503

員工人數統計至2016年5月31日

土浦協同病院綜合地區醫療中心

- 以綜合地區醫療中心結合「醫學、環保城」醫療環境經濟並行為創辦目標。
- 重視病患之自主生活與復健之服務。
 - 寬敞職能治療與物理治療之場地。
 - 以居家生活之環境設計。
- 附設看護專門學校，培育更多的看護人員。



以三種診療型態來實踐區域醫療

訪問⇔門診⇔住院 提供不間斷的醫療

3種の診療形態で地域医療を實踐
訪問⇔外来⇔入院 切れ目のない医療の提供



- 跨專業多職種的醫療合作
- 2名專任社工
- 在組織內的居家護理站
- 診療所鄰近多間照護機構
- 多職種連携の医療
- ソーシャルワーカー2名常勤
- 組織内に訪問看護ステーション
- 診療所に隣接をした介護施設を持つ

医療法人社団実幸会



9

Affiliation with care-giving facilities 設施連結



医療法人社団実幸会

Basic Structure of Medical Care Carried out by Physicians & Nurses 醫師及護理師所提供的在宅醫療基本構造

- ① Home Visits of Physicians & Nurses on regular basis.
 - ② Consultation Services around 24 hours, and Emergency Visits at any time, if necessary.
- ①醫師及護理師的定期訪問
②提供24小時諮詢服務, 必要的時候可隨時訪問

Medical Care at home in

針對可能的重症患者進行在宅醫療

Medical Treatments in the home-care settings

- ◆ 緩和醫療(安寧療護) Palliative care
- ◆ 居家高壓氧療法 Home oxygen therapy
- ◆ 導尿管 Urinary catheters
- ◆ 鼻胃管 Tube feedings
- ◆ 點滴輸液·皮下輸液·全靜脈營養療法
Drip fluid infusion, Total parenteral nutrition
- ◆ 氣切·人工呼吸器
Treatment with artificial ventilators

在宅醫療之流程

- ▶ 主要由個案管理師擬定個案有關在宅照護服務計畫
- ▶ 協調多職種專業人員如：醫師、牙醫師、護理師、藥劑師、社工師、復健師、照管專員等提供服務。
- ▶ 主動聯繫多職種專業人員召開在宅家庭會議。
- ▶ 2014年另針對罕病與重病兒童推動兒童在宅醫療。

松戶市苛原診所---在宅醫療---



苛原診所---居家照顧與住院病房

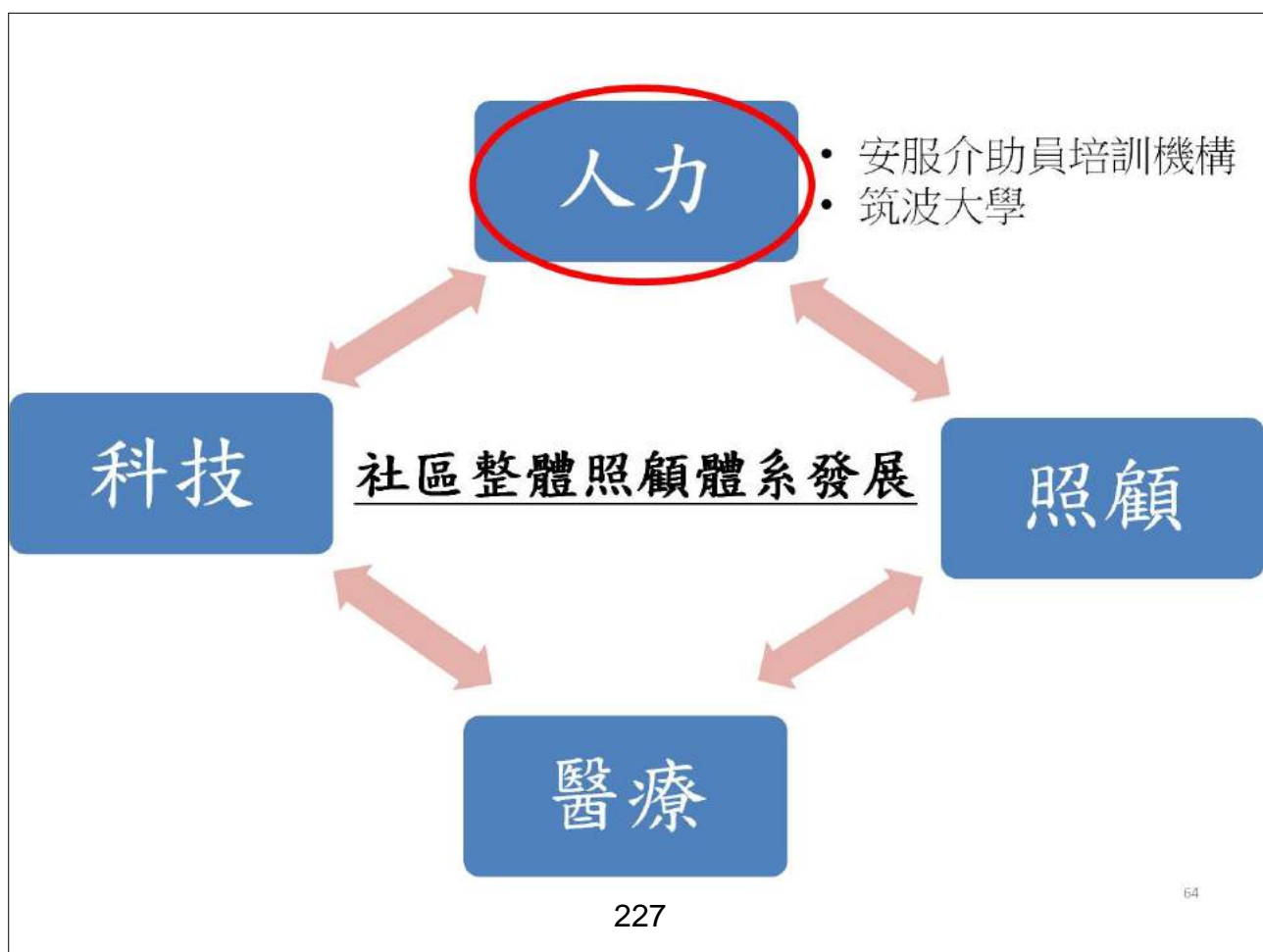
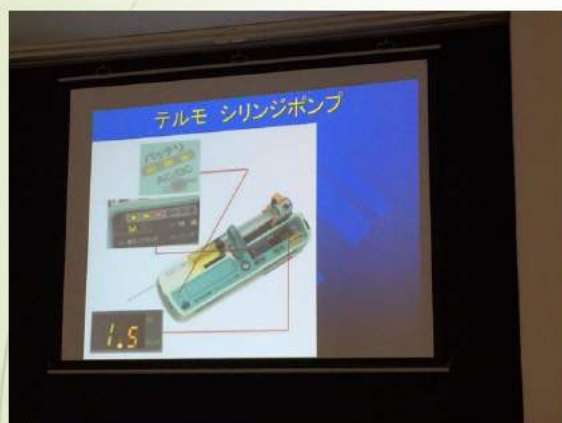
- 診所由醫療法人社團實幸會成立，有居家護理所、居家照顧中心、復健中心、日間照顧中心與住院病床。是一
提供在宅醫療的診療所。
- 提供訪視、門診與住院的區域醫療，屬於跨專業的醫療合作。



苛原診所---居家照顧辦公室及
居家醫療設備箱

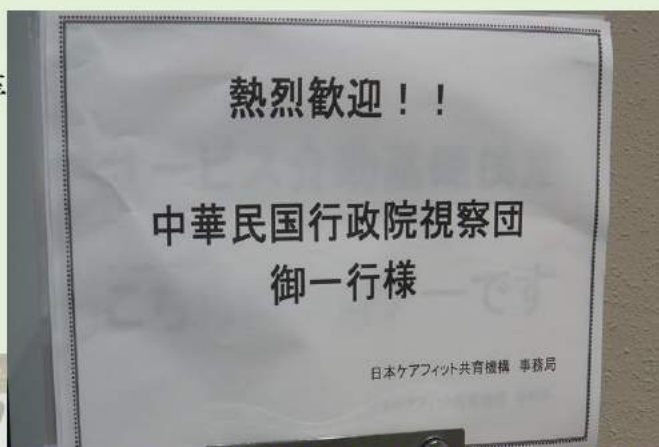


重症患者在宅醫療提供項目



公益財團法人安服介助員培訓機構

- 參訪日期：
8月29日(星期一)上午9時至12時
- 機構代表人員：
畑中稔理事長
向笠高弘理事
富正義室長



- 安服培訓機構是有感於日本超高齡社會，衍生出公共空間需要無障礙服務的「安心服務介助員」。
- 其目的是要任何人都能安心、安全、安定的生活，朝向建構良善環境、豐富內心、充滿溫暖人情味的共生社會。

安心服務介助員

- 協助高齡者或身體行動不便者在居家之外的公共區域能夠安心活動。
- 有別於「居家照顧服務員」，進行居家看護的飲食、洗澡、換衣、排便等事項。
- 主要是協助高齡者或身體行動不便者在外面所面臨的問題。例如：
要如何安全的操作及推動輪椅？
要如何和視覺障礙及聽覺障礙的人士做溝通？
要如何以讓對方放心、安心的肢體接觸去引導及幫助他們？



早期發展	促成事件	增加認證項目
<ul style="list-style-type: none"> 先向<u>厚生省</u>提出計畫，未獲支持。 <u>經產省</u>建議針對百貨公司做市場調查。 當時日本介護保險法剛實施，百貨公司有賣輔具，但職員卻連輪椅都不會操作。 安服培訓機構認為，百貨公司等機構的職員不需要非常專業知識，但需要一點基本常識。 經產省再建議，<u>考量日本人喜歡認證</u>，做成訓練講座，並進行認證。 	<ul style="list-style-type: none"> 腦性麻痺身障者乘坐地鐵，車站人員用上煞車，用輪椅移動差點發生意外。 身障者對地鐵公司提出告訴。 日本2004年公布「<u>障害者差別解消法</u>」，要求大型的交通公司要有無障礙措施，例車站每天進出5,000人以上者，要有手扶梯、電梯等。 地鐵公司、百貨公司等開始辦理職員的訓練，而安服培訓機構有訓練的資源，所以就和企业合作。 目前安服培訓機構已和1,000家企业合作培訓。 	<ul style="list-style-type: none"> 安服培訓機構前身是於1999年11月成立「<u>NPO法人日本CARE-FIT協會</u>」。 2012年4月日本政府同意改為「<u>公益財團法人安服介助員培訓機構</u>」。 剛開始以NPO方式推動非常辛苦，以口碑來宣導，尤其有受過訓的人會再推廣，很多都是企業公司出錢讓所屬職員進行訓練。 <u>安心服務介助員</u> <u>防災介助員</u> <u>失智症介助員</u>

67

安服培訓機構理念

- 安服培訓機構提出：
 - 希望讓每個人都有殷勤待客之心。
 - 希望每個人都有正確的照護技術。
- 該機構認為「任何人都可以把安心帶給社會」
- 也與志工團體合作，在足球比賽、演唱會、演講會等，配置安心服務介助員在現場，未來希望常駐，讓參加活動的所有人，都能共享感動的環境。



- 主要是由五個心形圖案所組成，是代表了人生的五個階段。
- 每個心型圖案都填滿了濃淡不一的色彩，期待高齡者在人生的最後一個階段裡不要留白，為自己填上更飽滿的色彩。

「安心服務介助員」培訓課程

自修課程+實地操作課程

1. 服務介助的基本理念	6. 般情款待之心與接待之術	1. 課程說明	6. <u>輪椅的操作方法演習</u> <u>轉乘訓練</u>	11. 全方位設計、 <u>共用</u> <u>品</u>
2. 對高齡化社會的理解	7. 具體的介助技術	2. 討論<高齡者是什麼樣的人> <u>高齡者模仿體驗</u>	7. 如何協助聽覺障礙者	12. 輪椅操作及引手法之確認
3. 對高齡者的理解	8. 對地區社會之貢獻	3. <u>討論<對體驗之感想></u>	8. 如何協助行走障礙者	13. 綜合練習
4. 對身心障礙者的理解	9. 為迎接超高齡社會之法規的範例等	4. 何謂 Gerontology<創齡學>	9. 如何協助視覺障礙者與練習	14. 總結
5. 無障礙服務的基礎知		5. 般情款待之心與接待之術	10. 導盲犬、導聽犬、輔	15. 檢定筆試等 ⁶⁹

體驗課程





教材編製

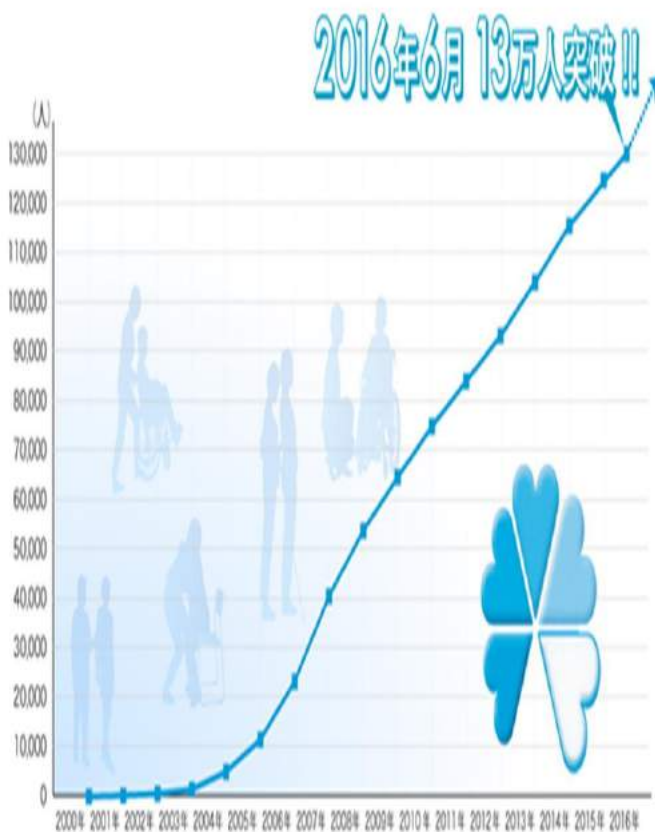
- 教材是由安服培訓機構**自編**
- 遇有專業知識部份，會請教**東京大學或京都大學**教授協助
- 但考量有時教授所撰寫內容過於難澀，所以，該機構會酌予修改，讓**教材淺顯易懂**

培訓費用

- 培訓費用為**3萬8,000元**
- 分為2天12小時，有輪椅操作、角色扮演及體驗等課程，最後一小時有筆試
- 先提供一本教材自學，內有100題題庫，通過60分後，才可以參加第2天培訓
- 企業多會支應員工培訓的費用



サービス介助士資格取得者数（累計）



通過認證人數

- 安心服務介助員培訓認證是由安服培訓機構自行推動。
- 截至2016年6月底為止共要**13萬1,313人**通過「安心服務介助員」培訓
- 「防災介助員」和「失智症介助員」目前則**各約有500人**通過。
- 有**3年的效力**，認證之後3年需進行一次的回流訓練倘3年不回訓，則證書將予以取消，回訓需再發2,000元更新證書。

73

推動的困難

- 剛開始2000年推動不是那麼容易，認證人數沒有顯著成長
- 起初會向企業說明，經這幾年努力，建立口碑，企業及社會的接受度慢慢提高，受過訓的人會協助推廣，近幾年認證人數才持續增加
- 總部在東京，大阪有辦事處，如有企業要合作，會派講師及教材過去進行培訓
- 日本**還有2個機構**再辦理類似的認證，但都比安服培訓機構規模小
- 本小組私下再詢問此2個機構，**一為之前創辦成員**，惟與安服培訓機構經營理念不符，所以離開另成立；**二是由受過安服培訓機構辦理安心服務介助員培訓的學員**所成立)。



2020年奧運及身障奧運需求與合作

- 安服培訓機構有跟負責辦理奧運之體育廳合作，培育多一點人才。
- 在安服培訓機構近期發行的刊物上，即有體育廳鈴木大地長官的介紹。



健康照護農場

- 目標是創造任何人皆能共同工作、共同學習的場所，經由介助員的支援，讓高齡者、身障者和一般人士共同努力地方，並且確保日本農業的再生與食品安全。
- 目前該機構在勝沼的菱山及鳥居平有2個農場。



日本農業問題

在六年推動時間中

- 從事農業人手不夠
- 農地棄耕面積擴大(全國約有242萬公頃棄耕地，約為國土的1%，與埼玉縣面積相當，農場附近的農作人力約80歲左右)
- 農產減少、農業衰退
- 好的農業技術無法傳承
- TPP協定引起食品安全的危機…等問題

農業事業推廣+身障者職業訓練

- 希望將農場做成農業事業推廣的模型，對農產進行6級化產業：生產→加工→行銷販賣。
- 規劃對身障者職業訓練，展開身障者就業勞動支援及偏遠地區的就業協助。
- 主要是「障害者差別解消法」明令企業需雇用2%身障者的規定，子公司雇用人數，可算在母公司額度，未遵守者1個人1月罰5萬日幣。
- 有企業不知所雇用身障者要做那些業務的問題。該機構便規劃協助企業予以職業訓練，讓身障者來農場工作，收穫的農作物則為企業的收益。
- 一方面可解決企業不知如何運用身障者的問題，一方面身障者在農場工作的成果也是企業的效益，最重要是企業的正向形象，可以行銷企業對社會的貢獻。

77

連續關懷退休的共同社會CCRC

- 目的是要縮短平均壽命與健康壽命的落差，讓高齡者臥病在床的時間縮短
- 構想特徵以農業中心、以自己為中心，有效運用空屋，讓東京為主的高齡者，還在健康階段，安排到其他地方移居(如山梨縣，因該縣空屋較多)，過著健康有活力生活的同時，也可繼續接受醫療的照護。
- 安服培訓機構希望經由介助員培訓→健康照護農場→連續關懷退休的共同社會等措施，希望農業再生、地方創生和一億總活躍，一步一步建構祥如的社會。



小組研究建議

- 安服培訓機構該機構提出「**殷勤待客之心+正確的照護技術**」，本小組認為，我國地狹人稠，天然災害不少，人為的社會事件也層出不窮，當事件發生時，綜然有好心要幫忙，但如果沒有好的技術，也可能幫倒忙，例如幾年前的「玻璃兒童事件」一樣，就令人遺憾。



- 該機構重視**被服務者心理層面感受、得到真正的協助及有尊嚴的款待**，使高齡者或身體行動不便者能夠像正常人一樣能外出進行社交活動，不至於因為外出的不便而阻礙與外界的互動，本小組認為此舉與**2002年聯合國提出「活躍老化-健康、安全、社會參與」**理念相符。



79

小組研究建議

- 政府資源有限，民間資源無窮，本小組從網路查詢我國目前也有「**臺灣安服介助促進會**」向內政部立案，此促進會即是安服培訓機構在台灣的分會。
- 本小組建議政府的相關部會如**衛福部、內政部、教育部**，亦可與促進會合作推廣，讓高齡者或身心障礙者能安心的出門，除了推動無障礙空間等設施的硬體外，再讓社會加入「**協助高齡者與身障者時之同理心與服務介助知識**」，軟硬體兩者相輔相成，建構出全方位無障礙的社會環境。
- 就如同安服培訓機構在宣導影片所說的「**人跟人需要連結在一起，笑臉才會繼續下去**」。



筑波大學

- 參訪日期：

9月2日 (星期五)

- 機構代表人員：筑波大學永田恭介校長、筑波大學附設醫院松村名院長、森千鶴看護學類長



- 筑波大學早期偏重師範教育方面，在1970年代改革成為新型大學，並結合筑波科研學園發展，現任校長為永田恭介

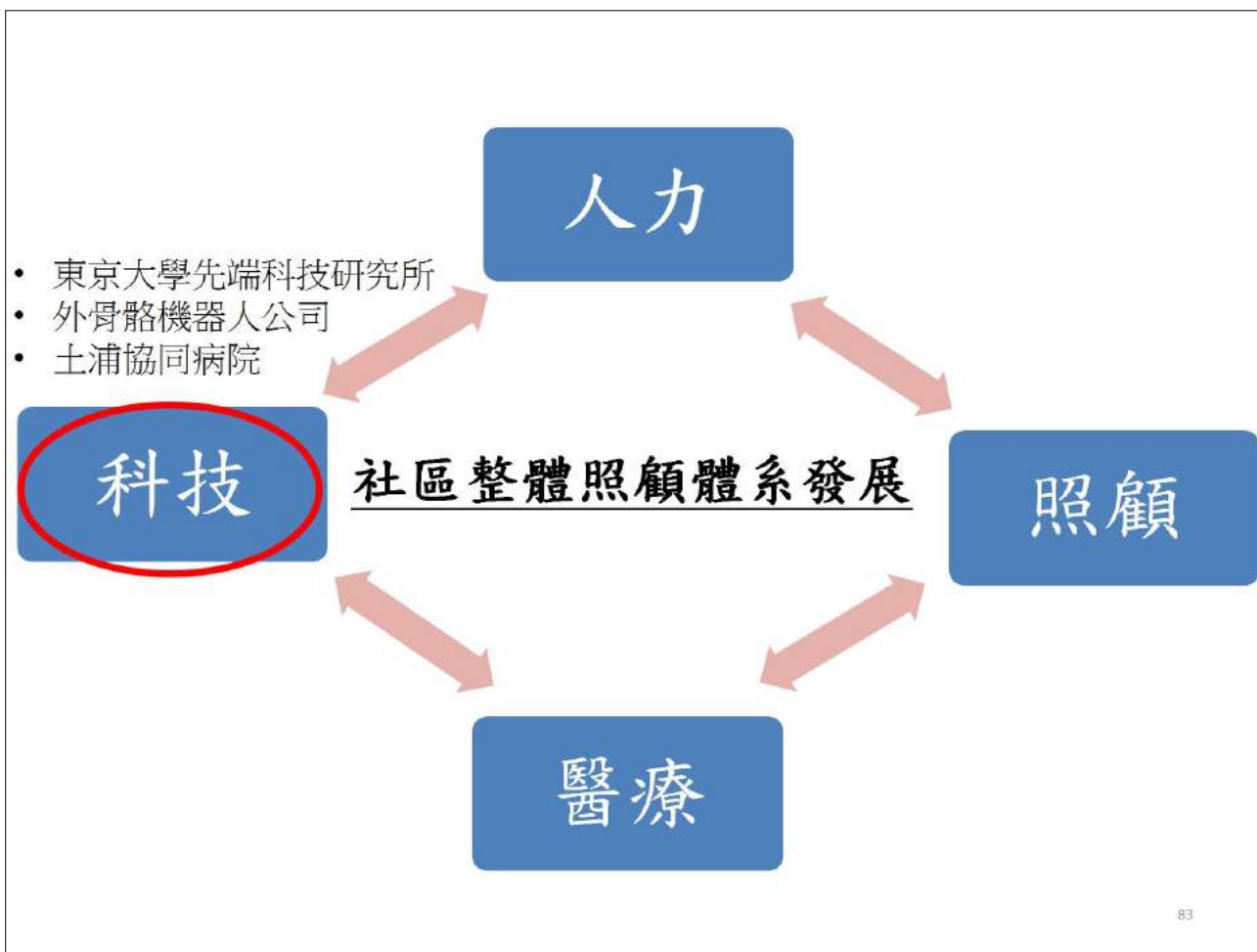
- 訪問過程校方給予熱烈的歡迎，在開場的演講中表達了與台灣持續友好深切交流的意願，事實上該校已在台灣大學設立了台灣辦事處，以推動與台灣交流。

81

筑波大學-健康照護管理學士課程

- 由森千鶴教授介紹
- 將於2016年10月開設針對留學生的新學位課程。
- 目的在培養能理解日本文化的、留社會及養成擁有日本思维的、國內學生，畢業生無論在日、本、或架起其母國與日本間的橋樑。
- 分成四項類別
 - (1) 健康照護管理
 - (2) 農業學家養成
 - (3) 日本藝術
 - (4) 日本語教師養成，並需有現場實習的實踐，以健康照護管理方面為例，取得學位為 Bachelor of Science in Health Care。





東京大學高齡者工作與生活支持 ICT平台實驗室

廣瀨教授實驗室著重於利用ICT結合人與電腦間的溝通。跟柏市合作GBER系統，整合在地各類資源，老人家透過APP知道自己週遭有哪些資源可協助，當遇到問題可主動向哪個單位求助。老人家也可在系統PO出就業需求，而GBER同時也可秀出工作機會及志願服務。



廣瀨教授實驗室研發復健使用的體感捕捉器讓老人在家得到正確復建，正確的運動，訓練肌力。

動作穩合度顯示

體感捕捉器

學員體驗



日本機器人新戰略

●推進機器人產業的創新和應用-

- 人口因素
- 社會問題
- 國際因素

●投資一千億日圓於照護醫療、基礎建設災害防治、農林水產食品、製造服務四項領域，其中又以醫療照護投資最多，占總投資金額33%。

十個重點領域

製造業、服務業、醫療護理業、基礎設施、自然災害應對、工程建設、農業、林業、漁業、食品工業

日本機器人新戰略

八項重點任務

1. 成立機器人革命促進會
2. 發展面向下一代技術
3. 實施全球標準化戰略
4. 機器人現場測試環境建設
5. 加強人才儲備
6. 推進位度改革
7. 加大扶持力度
8. 考慮舉辦機器人奧運會

六大重要措施

1. 一體化推進創新環境建設。
2. 加強人才隊伍建設。
3. 關注下一代技術和標準。
4. 制定機器人應用領域的戰略規劃。
5. 推進機器人的應用。
6. 確定數據驅動型社會的競爭策略。

照護與醫療領域機器人應用之目標

日本機器人新戰略在照護與醫療領域擬定了三個重點：

- 一、5大支援領域。
- 二、普及手術支援機器人。
- 三、審查的迅速化。

措施	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
機器人開發支援	新機	支持精準看護人的優先技術研發 (開發種族看護機器人、控制種族看護與種族看護人之應用)			
	改良	活用開發後，進行技術開發支援			
使用導入	開發	研擬看護機器人的安全、效能與機體性能，但新保存的各種信息，國際標準化標準次序			
	試驗	透過驗證取得 ISO-13482 驗證，國際化日本的監理制			
	推廣	進行海外試驗與國際標準化等全球取組以促進國際標準(與歐美等合作)			
	普及	提供給當地 減輕必要性的調查保險申請 透過開發機器人技術減少看護階級化人員的負擔			
實際	60%	70%	70%	80%	

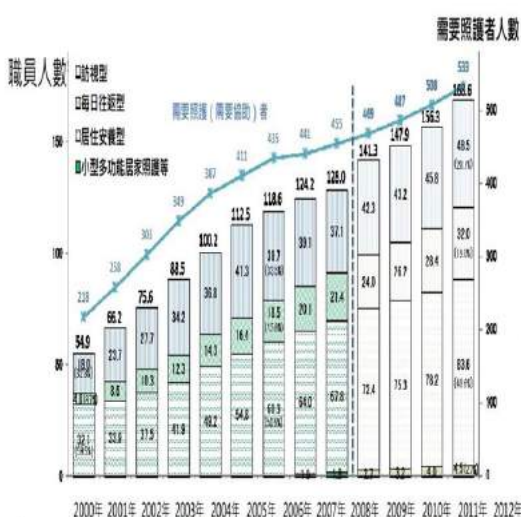
資料來源：ロボット基盤與綜合(2015)；日本經濟產業省(2015)

照護與醫療領域2020年機器人應用之目標：

- 一、日本市場規模擴大至500億日圓。
- 二、看護者有高度引發腰痛的可能性降至0。
- 三、提升日本民眾對於機器人看護之意願。
- 四、使運用機器人技術的醫療達到100件。

87

照護機器5大支援領域



2014年經產省・厚勞省修訂機器人技術運用於照護上的重點領域



移乘協助

- 運用機器人技術對照護者提供動力支援的配戴型裝置
- 運用機器人技術針對照護者提供搬起動作協助的行動支援



排泄支援

- 支援高齡者等外出，或者運用機器人技術協助安全搬運貨物等的步行支援裝置
- 支援高齡者等在室內的移動或站起坐下，尤其是運用機器人技術支援廁所的往返以及在廁所內的排泄支援裝置



失智症患者的照護

- 在照護設施所使用，運用配備感測器及外部通訊機能之機器人技術的裝置平台
- 使用於居家照護，運用配備跌倒感測器及外部通訊機能之機器人技術的裝置平台



入浴支援

- 運用機器人技術針對出入浴缸之際的一連串動作提供支援的裝置



	平成12年度 (2000年度)	平成27年度 (2015年度) (估算值)	平成28年度 (2016年度) (估算值)	平成30年度 (2018年度) (估算值)
照護人員	55萬人	149萬人	167~176萬人 (164~172萬人)	237~249萬人 (218~229萬人)

老化程度上升、需要的照護人員增加、7成腰痛

以創新技術實踐零重度照護社會的革新



零重度照護-

由ImPACT計畫專案經理(PM)山海嘉之教授提出「人的腦神經系統、身體與機器人等搭配，使其機能複合的創新技術研究開發。殘存的機能的提升與照護者負擔的減輕。」

89

外骨骼機器人公司-CYBERDYNE 株式會社

Cybernetics理論

- 使人、機器、資訊技術相融合或複合的生物體機器人理論。
- 筑波大學為研究及推廣Cybernetics的世界唯一研究中心。

CYBERDYNE 株式會社

- 為筑波所大學科研成果和企業投資的共同合作創辦的公司。
- 擁有國際標準認證之革新機器的開發能力。



重介護ゼロ社会を実現する
革新的サイバニクスシステム

プログラム・マネージャー
山海 嘉之 Yoshiyuki Sankai

山海嘉之教授身兼筑波大學研究所系統情報工學研究科教授與Cybernetic研究中心所長，更是CYBERDYNE(株式會社)社長與CEO。



HAL(Hybrid Assistive Limb)-混合輔助肢體

以人體工學原理設計可供穿戴，輔助人完成肢體動作。

- 原理：HAL 檢測大腦發出移動的電位信號後，關節部位的馬達配合產生力量。
- 應用對象：
病患-HAL 按照腦部的命令使協助身體做出動作。
正常人-可以協助一隻手抬起70 公斤的重物。



91

HAL照護應用

年長者-行動支援

- 讓活動障礙的長者獲得行動上的改善，增強活動能力，減少接受看護時間。
- 藉由HAL的輔助，提供高齡族群自由及自主的生活。



照護者-移乘協助

- 減少看護或是醫護人員使用大量力氣動作的時間。
- 藉由開發照護機器人來補足社工及看護人員短缺的問題。



241

92

小組研究建議-1

強化醫療行動輔具產業 相關供應鏈

政府應協助產學補足這項也是目前國內在發展上較大的技術缺口。

國內開發的外骨骼機器人若能利用國內IT研發之成本優勢，應該就可以受到市場的青睞。



台灣醫療行動輔具產業相關供應鏈

93

小組研究建議-2

研究成果技轉商機暨產學合作媒合平台
應建立產學合作媒合平台，將其投入的技術成果拓展至產業界，協助他們建立高階產品的研發能量，築起產品技術高牆，確保國內相關產業的持續發展



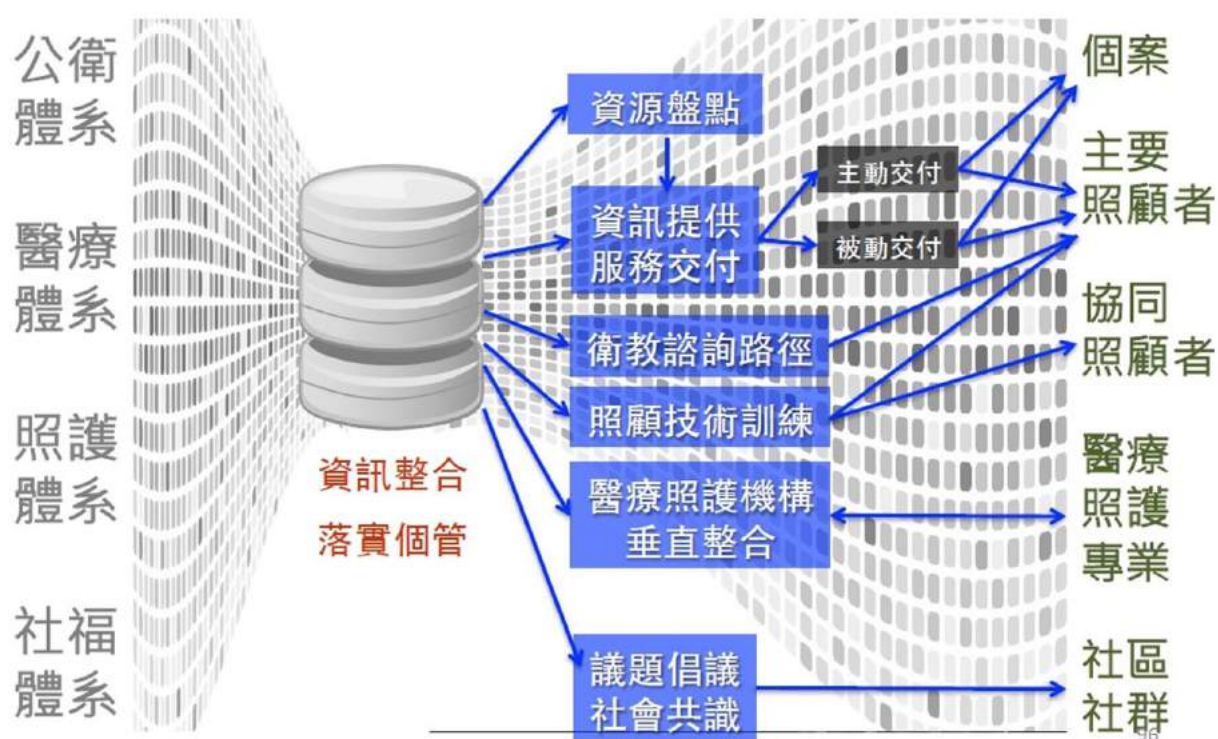
94

健康老化的公衛架構 生命進程中採取公衛行動的時機

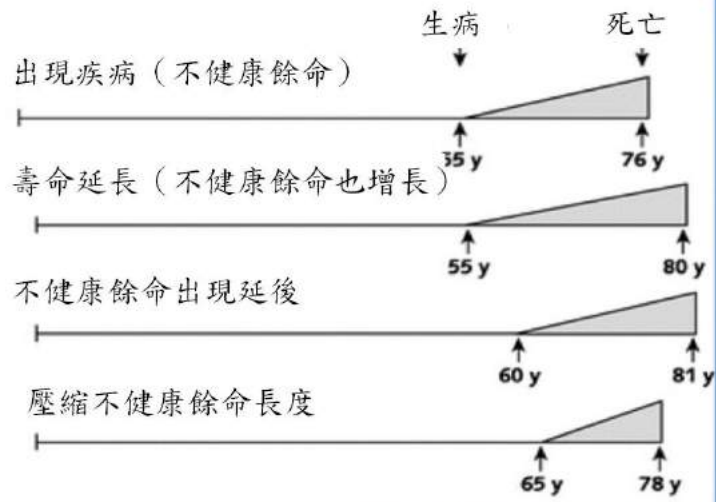
	高且穩定的身體能力	衰退的身體能力	明顯喪失身體能力
健康服務	預防慢性病及確保早期發現及控制	反轉或減緩能力衰老的狀況	控制更後期的慢性病發展
長照服務		提供增強身體能力的行為 保障生命最後的尊嚴	
環境	促進身體功能提升的行為 移除社會參予的障礙 補償失能狀況		

95

高齡整合照顧與服務體系



感謝聆聽



敬請指導



第三組：社區資源整合機制組

小組長：衛生福利部社會及家庭署老人福利組副組長陳美蕙

組員：原住民族委員會社會福利處專門委員簡明雄

桃園市政府社會局專員詹秀玲

臺南市政府照顧服務管理中心主任洪明婷

高雄市政府社會局長青綜合服務中心主任劉耀元

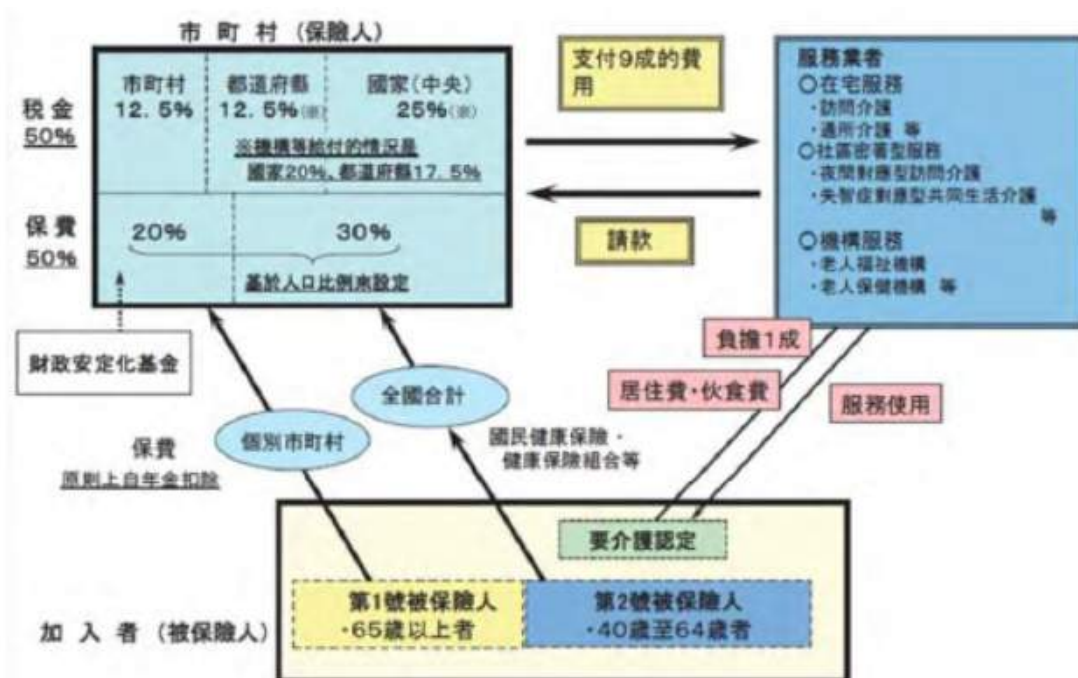


簡報大綱

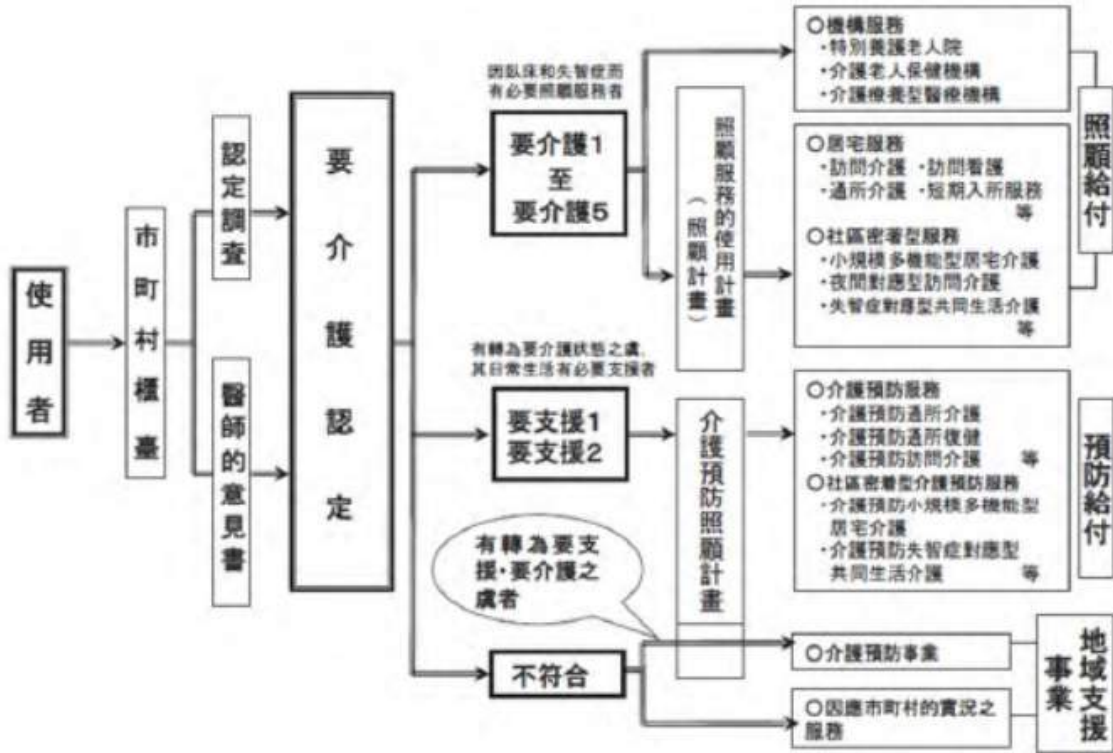
- 壹 社區整合照護系統
- 貳 介護保險下福祉用具(輔具)
- 參 從福祉用具到共用品推進
- 肆 參訪設施介紹
- 伍 建議事項

壹、社區整合照護系統

介護保險 1/2



介護保險 2/2



社區整合照護系統政策形成

- 2005年介護保險改正，新增介護預防及創設「社區整合支援中心」。
- 國際趨勢以社區為基盤的整合式照護
- 2012年厚生勞動省調查，一般急性醫院超過50%患者不需要醫療處置。
- 2013年「社會保障制度改革國民會議報告書」強調醫療與介護需要整體一起檢討。

• 2014年介護保險法改正：

- 醫療與介護的聯合推動
- 地域包括支援中心（社區整合支援中心）功能強化：執行「醫療介護連結」、「失智症支援」、「地域（社區）照顧會議」、「生活支援」、「介護預防」。

第五期計畫社區整合性照護系統建構
 ①認知症支援策的充實 ②與醫療連結③高齡者居住關連政策與連結
 ④生活支援服務的充實

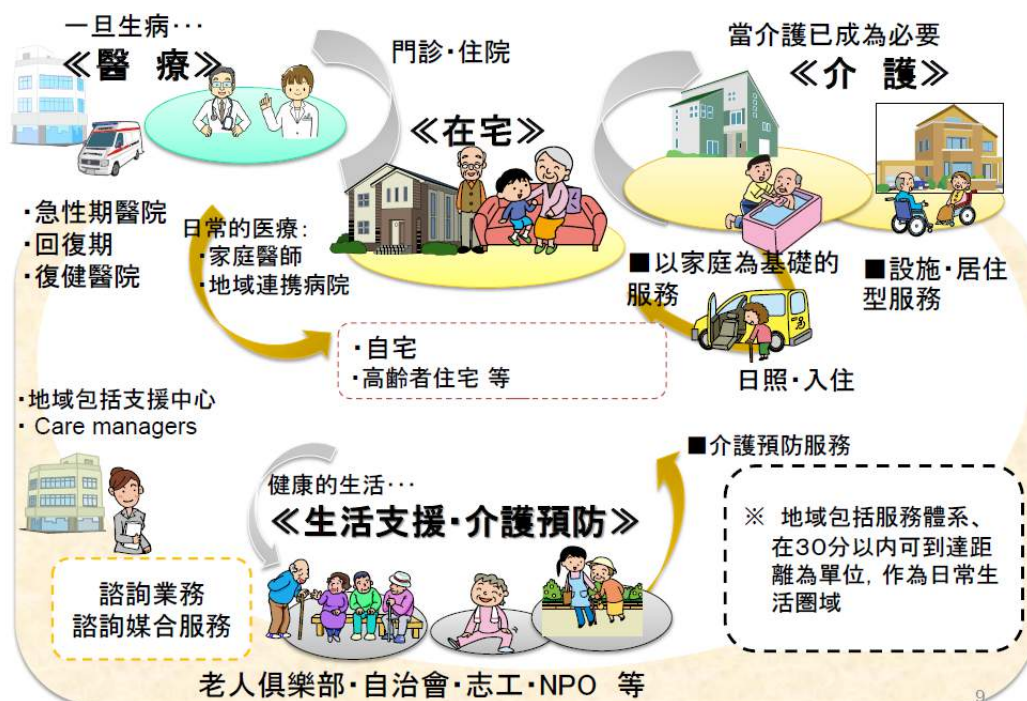


○ 第6期計畫以後の計畫、
 朝向2025年「地域整合照顧計畫」
 延續第五期的地域整合照顧實現的方向性,正式展開在宅醫療介護連携等連結

建構社區整合照護系統

- 因應2025年人口問題：
 - 後期高齡者（75歲以上）超過18%
 - 獨居及獨偶居老人增加
 - 失智症人數預期超過700萬人
- 目的：
 - 75歲以上老人即使轉為重度要介護狀態，也能住在習慣的地區過自己想要的生活終老。
 - 支援失智症高齡者在社區內持續生活。
 - 高齡化增加程度有區域性差異，應以地區的自主性及主體為基礎，建構地區特性之社區整合照護系統。

社區整合照護系統示意圖



社區整合照顧系統構成要素

- 以「醫療・護理」、「照顧・復建」、「預防・保健」等專門性服務為前提，「生活支援與福祉」、「居住方式」為基礎，建構社區整合照護系統。
- 連結系統內組織及團體，以達「自助」「互助」「共助」「公助」。



社區支援事業

- 新介護預防.日常生活支援綜合事業(簡稱新綜合事業)



- 整合性支援事業
 - 社區整合支援中心(增加社區照顧會議)
 - 在宅醫療.介護連結
 - 失智症資源連結(初期失智症服務、失智症社區支援連結)
 - 生活支援資源建構(生活支援資源連結員)

社區支援事業概念圖



柏市豐四季台

24小時應對的服務提供【附帶據點型服務的高齡者住宅】



主要的事業者	提供服務
學研 cocofump	附設服務的高齡者住宅、小組活動屋
長岡福祉會	小規模多機能、24小時訪問照護事業所、訪問看護事業所
Sugi medical	居家照護事業所、訪問看護

心得

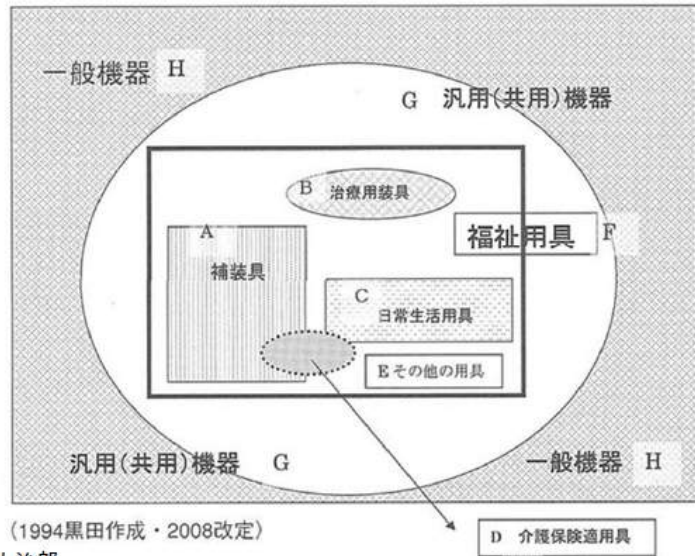
- (一)提高預防照顧服務
- (二)社區整合支援中心的設置是社區整體照顧模式的運作關鍵
- (三)地域性整合照顧服務模式是未來的趨勢
- (四)建構圖



貳、介護保險下福祉用具(輔具)

介護保険下の福祉用具

- 謀求介護者自立促進或可減輕照顧者負擔的用具
- 居家所使用的用具，非醫療所使用之用具(如氧氣製造機抽痰機為除外項目)



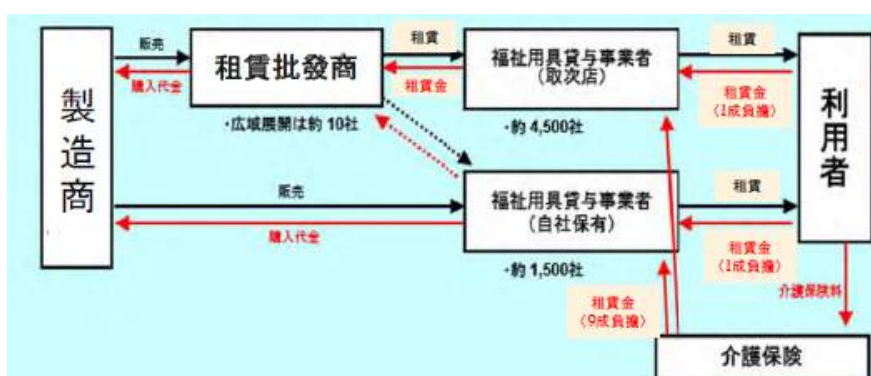
介護保険的輔具服務

- 考量使用者身體狀況、照顧需求程度變化，須變換不同輔具用品，故以補助以「租賃」方式為原則。
- 但若使用他人用過易生心理抗拒感知輔具（與洗澡、排泄相關），或使用過後產品容易變型之輔具（懸吊式升降機的吊掛帶）等，則以「購買」方式補助。

租賃〈13項〉			購買〈5項〉			
<p>1. 車椅子</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>2. 車椅子用座墊</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>3. 車椅子用脚踏板</p> <p>脚踏板</p>	<p>1. 座掛便座</p>	<p>2. 洋式便座の高さを揃うもの</p>	<p>3. 座式便座</p>	
<p>4. 車椅子用座墊</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>5. 車椅子用脚踏板</p> <p>脚踏板</p>	<p>6. 車椅子用座墊</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>4. バスボード</p>	<p>5. 入浴補助用具</p>	<p>6. 浴槽内いす</p>	
<p>7. 車椅子用脚踏板</p> <p>脚踏板</p>	<p>8. 車椅子用座墊</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>9. 車椅子用脚踏板</p> <p>脚踏板</p>	<p>7. 特殊座器</p>	<p>8. 浴槽用浴槽</p>	<p>9. 移動用リフトのつり具の部分</p>	
<p>10. 車椅子用座墊</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>11. 車椅子用脚踏板</p> <p>脚踏板</p>	<p>12. 車椅子用座墊</p> <p>座面・背板・脚踏板・手すり</p>	<p>13. 移動用リフト</p>	<p>14. 移動用リフトのつり具の部分</p>	<p>15. 移動用リフトのつり具の部分</p>	

介護保險下輔具租賃制度

- 介護保險輔具租賃業者，無論營利會非營利單位，只要符合「指定基準」營業規範即可。
- 關於業者設備的規範，規定業者必須有空間保管輔具，以及輔具消毒所需的設備。但是，輔具保管及消毒可以委託外部事業者。
- 日本輔具用品店以小規模居多，初期要購買多樣輔具提供資貸相當困難，且要評估投資消毒和保管的相關設備，因此介護保險施行後產生新的行業別－租賃批發商。



輔具租賃批發商

清潔.消毒



品管.維修



保管.庫存



配送體制



- 介護保險の指定基準為盡可能的提供種類豐富的福祉用具
- 購買福祉用具及清潔消毒設備及倉庫，初期投資資金較大



清潔消毒認證

- 認證單位：一般社團法人銀髮振興會
- 驗證內容：消毒工程管理
- 有效期限：2年

安心と信頼の



消毒工程管理
認定マーク



輔具租賃制度下輔具設計

- 耐久性
- 清潔保養維修〈模組化〉
- 搬運與組裝
- 倉儲保管



以『自立』『安全』『生活』『確保』為設計的
Relife居家電動照護床 **GOOD DESIGN**
 床寬：分為100cm及91cm+
 床頭/床底板：木製板（91cm及100cm床）及樹脂板（91cm床）



輔具租賃事業所

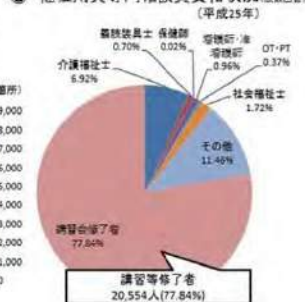
- 每間租賃事業所內配置2名輔具專門相談員
- 輔具專門相談員資格：介護福祉士、義肢裝具士、保健師、護理師、OT、PT、社會福祉士、完成指定研習課程50小時者(占7.7成)
- 輔具專門相談員工作內容：負責輔具評估及建議、輔具到府組裝、輔具調整符合個案和居家環境使用、使用指導、追蹤服務、回收搬運等工作。

① 福祉用具専門相談員従事者数



出典：介護サービス施設・事業所調査（各年10月1日現在）

② 福祉用具専門相談員資格状況(複数回答)



出典：介護サービス施設・事業所調査
 第19表（各年10月1日現在） n=26,405

日本輔具用具給付状況 1/2

■ 扶手占25.95%、電動床23.33%、輪椅19.41%



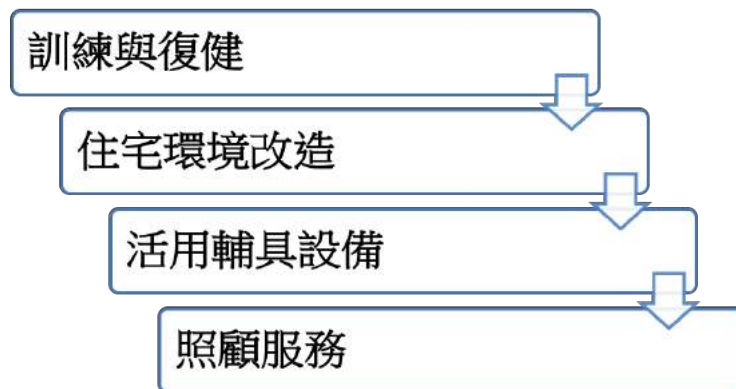
日本輔具用具給付状況 2/2

		受給者:千人							
介護保険 利用者の		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	人数	522	630	1,025	1,006	771	693	544	5,192
	構成比	10.1%	12.1%	19.7%	19.4%	14.9%	13.3%	10.5%	
	2以下/3以上	61.3%			38.7%				
		費用:百万円(保険支給分+自己負担分の合計)							
福祉用具 利用者中の		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	金額	14,032	28,121	108,024	143,895	162,089	173,498	155,697	785,356
	構成比	1.8%	3.6%	13.8%	18.3%	20.6%	22.1%	19.8%	
	2以下/3以上	37.4%			62.6%				
うち福祉用具	694	1,626	2,317	6,161	5,027	4,784	4,130	24,739	
福祉用具の割合	4.9%	5.8%	2.1%	4.3%	3.1%	2.8%	2.7%	3.2%	

		受給者:千人							
福祉用具 利用者中の		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	人数	129	247	309	480	319	246	172	1,901
	構成比	6.8%	13.0%	16.2%	25.2%	16.8%	12.9%	9.0%	
	2以下/3以上	61.2%			38.8%				
		費用:百万円(保険支給分+自己負担分の合計)							
福祉用具 利用者中の		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	金額	694	1,626	2,317	6,161	5,027	4,784	4,130	24,739
	構成比	2.8%	6.6%	9.4%	24.9%	20.3%	19.3%	16.7%	
	2以下/3以上	43.6%			56.4%				

心得

- 輔具回收標準化作業流程，建立輔具履歷
- 輔具專門相談員，落實定期諮詢及維修
- 輔具使用思考：在面對個案生活目標及輔具的利用思考上，其順序應為



參、從福祉用具到共用品推進

人的不便感受



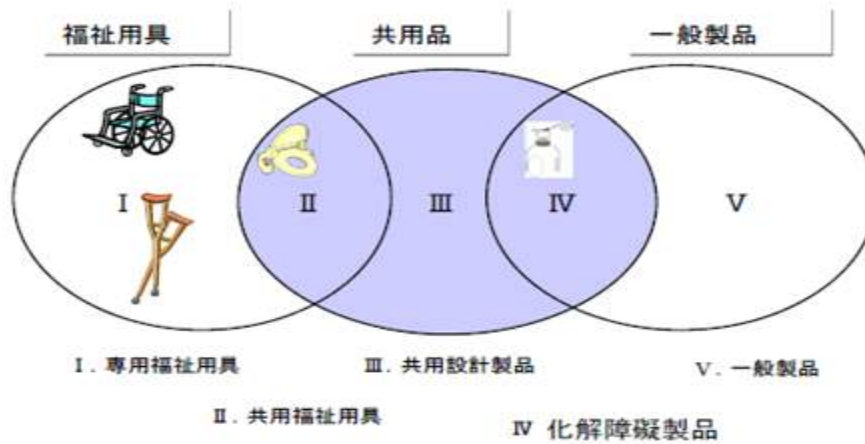
公益財團法人共用品推進機構

- 本次參訪的公益財團法人共用品推進機構(The Accessible Design Foundation of Japan (ADFJ))是推動共用品使用的最大推手。ADFJ在進行不方便調查時，同時也會將設施檢視到優點呈現，一方面有鼓勵性質，一方面也能讓受檢者有意願進行改善。
- 組織成立於1991年，以研究調查人的不方便為起點，推廣生活可方便任何人使用的產品、服務及設施為宗旨，並鑒於高齡化的趨勢，或為協助身心障礙者獲得無障礙生活，許多生活便利小物開始被設計、製造，所以ADFJ開始促進共用品的使用，希望由通用設計(Universal Design)的概念，設計出方便所有人使用的產品。

共用品概念

共用品(通用品)之意義為不論是一般使用者、或任何障別的人，又或是高齡者，人人都能方便使用的產品，所有人都能活的舒適

共用品、共用服務



原本是輔助用具到共用品的福利設計

共用品的概念：

一

- 對於所有從開始的人，共享設計是兼容的。

二

- 消除對一般產品的不便使用，消除障礙設計。

三

- 推廣輔助器具的福利設計概念。



在鋁罐上浮凸「酒」之點字，牛奶製造業者在牛奶紙盒頂端加上「一剪即開」設計，家庭用保鮮膜技術採行外包裝上浮凸「W」字母之產品識別記號。



日本工業規格

JIS
S 0021 : 0000
(ISO 11156 : 2014)

包裝—アクセシブルデザイン—一般要求事項
Packaging—Accessible design—General requirements

包裝——可理解的设计——一般要求的事项



 體重計(副耳機)	 血壓計	 エアコン 冷氣	 ATM
 計步器	 体温計	 リモコン 遙控	
附帶語音 視覺障礙 視覺障礙者			
 手錶 時計	 電子 時鐘	 電磁調理器	 炊飯器
	 タイマー 碼表		

電器用品均附帶語音，以聲音提醒視障者。

歩道と車道 2センチの段差の意味

歩道與車道 2英寸差高低差的意義



讓輪椅族、視障者利用高低差分辨歩道與車道

キーワード: 続ける

大同電鍋(電子炊飯器)

關鍵字: 持續



1960年発売
現在までに、1,600万台を販売
参考: 全台湾の家庭 約650万家庭

大同電鍋
1960年開始販售
至今, 已販售1600萬台

「大同電鍋」的設計(1960年發售迄今設計未變), 它改變了許多家庭與個人的飲食生活(煮飯與做菜全相宜, 一鍋就搞定), 幾乎臺灣每一個家庭都有及使用過「大同電鍋」。

單手就能使用物品展



2015 國際共用品展 in TAIPEI

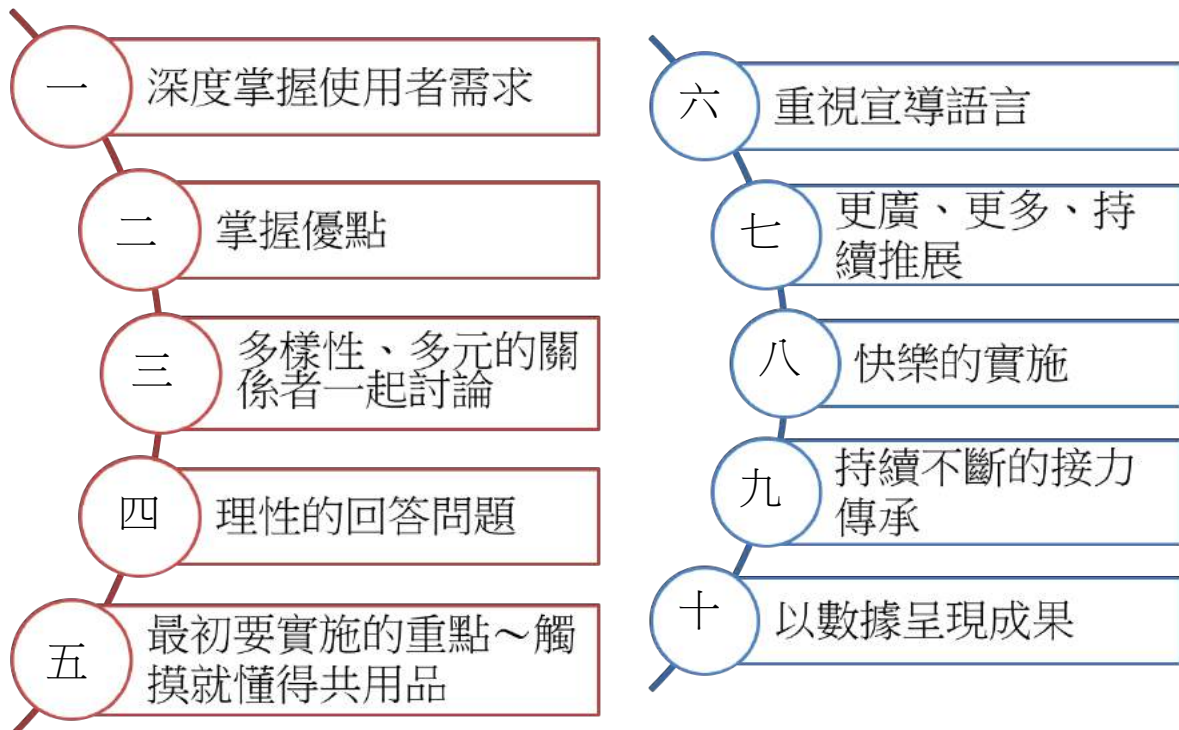


2015年6月18日~21日 台北 展示場へ出展



針對不同的對象使用不同的語言來進行宣導，也是一項值得學習的地方。因台灣地區對共用品比較不了解，ADFJ今(105)年在台北展示時，就以「單手就能使用的生活用具展」來吸引民眾參觀，加深共用品的宣導印象。

ADFJ分享推展轉變為任何人都易於生活的社會10個訣竅



心得

- 在社會服務的過程中，常發現被服務的個案因一些特殊的需求，就被貼上標籤，標籤化的認為那是一種偏差，進而衍生增加許多互動的困擾。ADFJ所抱持的「將特別轉為普通」概念，讓人印象非常深刻，也覺得應該就是要以這樣的態度來服務每一個需要被幫助的人，因為我們服務的目的不就是希望～所有人都能活的舒適。
- 台灣地區對共用品比較不了解，多數人會覺得共用品是一種通用設計的作品，其實共用品的推進使用，就是希望由通用設計的概念，設計出方便所有人使用的產品。台灣其實也有很多共用品，就像ADFJ簡報者星川安之先生非常推崇的「大同電鍋」，其設計自1960年發售迄今設計未變，煮飯與做菜全相宜，一鍋就搞定，而且幾乎臺灣每一個家庭都有及使用過「大同電鍋」。因此，只要台灣地區能有共用品專門推進機構的成立，多加宣導，共用品的概念應能讓更多人了解及使用。



社會福祉法人小茂根之郷



今川大型日間照顧中心

肆、參訪設施介紹



蘭德爾日照中心及
輪椅無障礙空間體驗



稻毛特別養護老人機構

■ 社會福祉法人小茂根之郷

服務種類	事業所名稱(服務人數)	備註
特別老人養護機構	東京武藏野機構(60人)	
短期入住事業	東京武藏野機構(7人)	
日照服務	一般(55人)失智症(36人)	
指定居介護(居家服務)	居服員站	正職 3 人兼職 29 人
指定居介護支援所(長照 顧管中心)	擬訂照顧服務計畫	正職 6 人兼職 1 人
指定訪問看護(居家護理)	訪問看護復健站	正職 3 人兼職 6 人
地域包括支援中心(社區 整合支援中心)	板橋區地域包括支援中心	市町村業務委託,介護 保險支付
板橋區高齡者住宅		
身障者居家服務		依據身障支援綜合法



櫻咖啡館

失能失智日照、特養機構



■ 蘭德爾日間照顧中心及輪椅無障礙空間體驗

蘭德爾株式會社1985年8月設立，主要營業項目包括：(1)醫療福祉用電動床等製造(2)福祉用具租賃批發商(3)醫院用設備、機構用設備販售(4)日間照顧事業、預防介護所。

日照中心



輪椅操作模擬場地



■ 湖山醫療福祉集團-稻毛特別養護老人機構

湖山医療福祉集團1983年設立、有**26**法人組織、**NPO** 組織**1**處、医療法人**9**家、社会福祉法人**10**家、株式会社**6**家，有**473**事業所、職員**8451**名。另有人才培育學校，培養介護福祉士取得國家及格證照，合格率**70%**。



■ 今川醫療福祉法人-日月(SUNLUNA)日照中心

今川醫療福祉機構經營有介護老人保健機構、居宅介護支援事業所、醫療福祉機構、特別養護老人機構、高齡者住宅、附有照顧服務之老人住宅、日間照顧中心及藥局。



1樓：
交誼廳、咖啡廳、餐廳、
TAX機能訓練室、泡湯池、游泳池、辦公室、
短期住宿區

2樓：
陶藝室、動腦教室、歌唱視聽室、娛樂室、料理教室、電腦圖書室、
手工藝教室、美甲護足室、吹箭室、短期住宿區



TAX機能訓練室



短期住宿區



餐廳



日月溫泉池



咖啡廳、交誼廳

1樓設施



料理教室



陶藝教室



娛樂室(電玩、柏青哥)



電腦圖書室



吹箭室



手工藝教室



動腦教室



運動器材機能訓練室



美甲護足室
2樓設施



歌唱視聽室

發行「設施貨幣—Luna幣」

賺取(做什麼可以賺多少) 儲蓄(如何管理) 使用(如何使用) 管理(用銀行系統進行luna的管理)



賺取

- 參加設施內的活動
- 參加自助午餐
- 參加特別的活動

儲蓄

- 用攜帶型盒子自我管理
- sunluna銀行
- 教育訓練課程

使用

- 換取咖啡、紀念品
- 參加文化教育活動
- 外出活動(員工企劃)

管理

- 收款管理
- 支款管理
- 存摺管理

心得

- 以人為中心的照顧理念提供服務內容及環境設施規劃



伍、建議事項

（一）廣設社區照顧關懷據點，發揮自助互助精神，強化社區預防性照顧功能：

- 日本社區照顧體系是建構在自助、互助、共助、公助的架構上。台灣自94年度起推動「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，發揮社區自助互助功能。
- 建議應積極輔導據點強化功能，將衰弱老人及輕度失能失智老人納入服務對象，提供預防失能或延緩失能惡化服務，真正發揮巷弄長照站功能，服務量能好的日托據點能升級為B-複合型服務中心；另繼續輔導成立據點，為轉型巷弄長照站準備。



（二）加強社區整合型服務中心人員訓練，發揮照顧管理及資源連結功能

- 日本推動各市村町成立「地域整合支援中心」，主要是讓高齡者能夠在熟悉的居住環境中安心生活。
- 長照十年計畫2.0中的A-社區整合型服務中心功能類似日本的社區整合支援中心，以「套裝式」規劃照顧服務，讓服務使用者享有近便性的服務。另外A還需發掘潛在長照需求對象，轉介至照管中心，依核定之時數、總金額內訂定照顧計畫，亦須整合B與C的資源，並提供督導與技術支援，建立社區結盟區域合作網絡
- 未來建議應加強中心人員資源連結、整合能力的養成。

（三）鬆綁法規，鼓勵複合式經營模式型機構設立，發揮小規模多機能功能

- 在參訪中，發現每家機構都是複合型機構，通常一樓作日照，二樓以上作住宿式服務；高齡者的需求可在同一處熟悉的環境中獲得滿足。反觀國內大都是單一功能型機構，因為居家、社區、住宿機構各有不同的土地、建管等法規，過去提出閒置教室設立長照設施建議，也礙於法規而少有成功案例。
- 因此建議應整合相關部會主管法規，檢討鬆綁可行性，鼓勵業者設立複合型機構，發揮小規模多機能功能，滿足民眾多元需求。

（四）鼓勵輔具產品開發，推動輔具租賃制度，建置相關配套制度

- 日本輔具屬生活用品由經產省管理，我國歸醫療器材由衛福部管理，未來輔具有很大的需求，惟產品製作標準、稅法與投資獎勵等課題，都是我國企業需面臨的大議題，建議經濟部與衛福部能積極、密切的合作，協助廠商開發及營運。
- 日本對高單價輔具採租賃，因長者使用輔具的長短變化大，避免資源耗損，建議低單價採購買，高單價採租借，強化輔具成本效益。
- 目前輔具是由治療師評估後購買，但仍建議應教育業者了解輔具的真正意義，另亦讓販賣者認識長照政策，增加資源連結的管道。

簡報結束 敬請指教



105年組團出國專題研究

高齡整合照顧與服務班



第四組報告

105年9月30日

第四組 成員介紹



小組長 張惠珠 文化部 文化資源司 專門委員

組員 陳淑娟 內政部 營建署國民住宅組 副組長

賴美孜 交通部 高速鐵路工程局第一組 科長

林佳玟 勞動部 勞動力發展署雲嘉南分署 科長

祝瑞敏 農委會 水土保持局農村建設組 副組長

簡報大綱

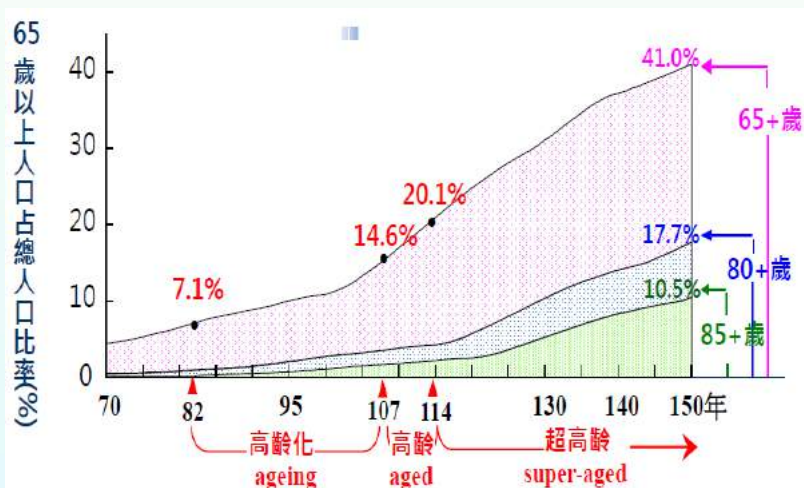
- 壹、高齡政策與參訪目的
- 貳、本組研究重點及參訪主題
- 參、各主題報告
- 肆、小組研究建議



壹、高齡政策與參訪目的

新的時代挑戰--

我們進入人口快速老化的時代



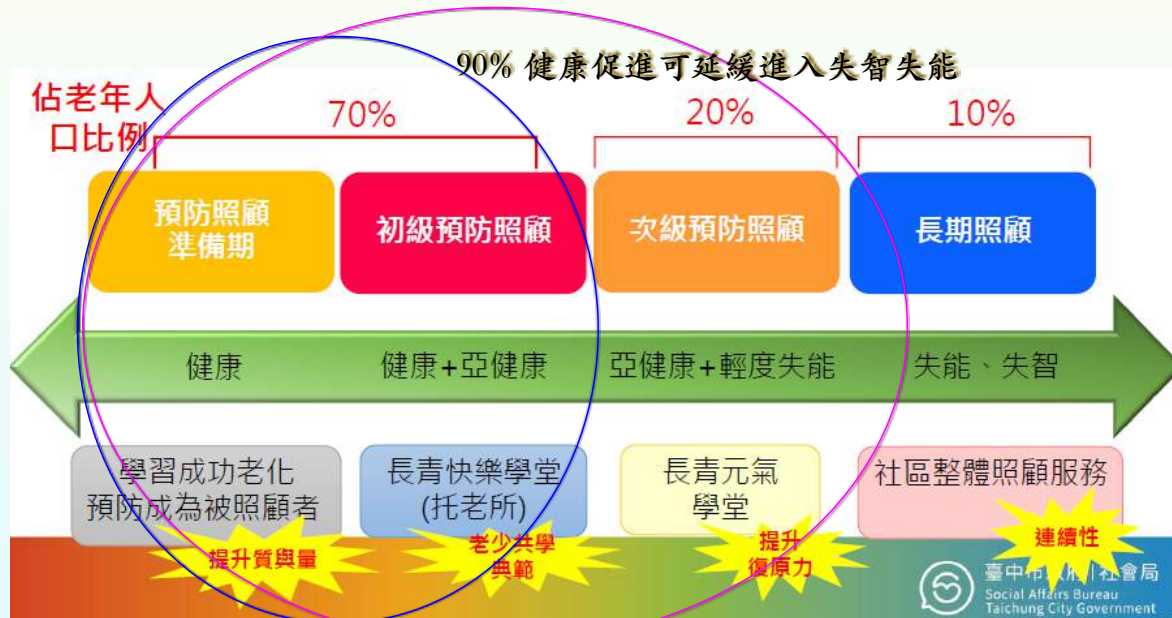
- 醫療技術、環境衛生等的進步，平均餘命增加。
- 民國82年步入高齡化社會，104年5月65歲以上人口達286萬人(占總人口12.21%)，將於107年邁入高齡社會，114年邁入超高齡社會。150年65歲以上人口占總人口41%

資料來源：國家發展委員會，中華民國人口推計報告(103至150年)

- 台灣人口結構快速老化，為因應高齡社會來臨，延續長照十年計畫，推動長照2.0。赴日本取經，作為政策推動參考。



- 除長照本身照護服務之體系以外，營造自信生活、友善居住、友善生活環境、參與社會之機會，是長照體系以外其他部門可以通力合作、一起來共同營造更優質的社會。



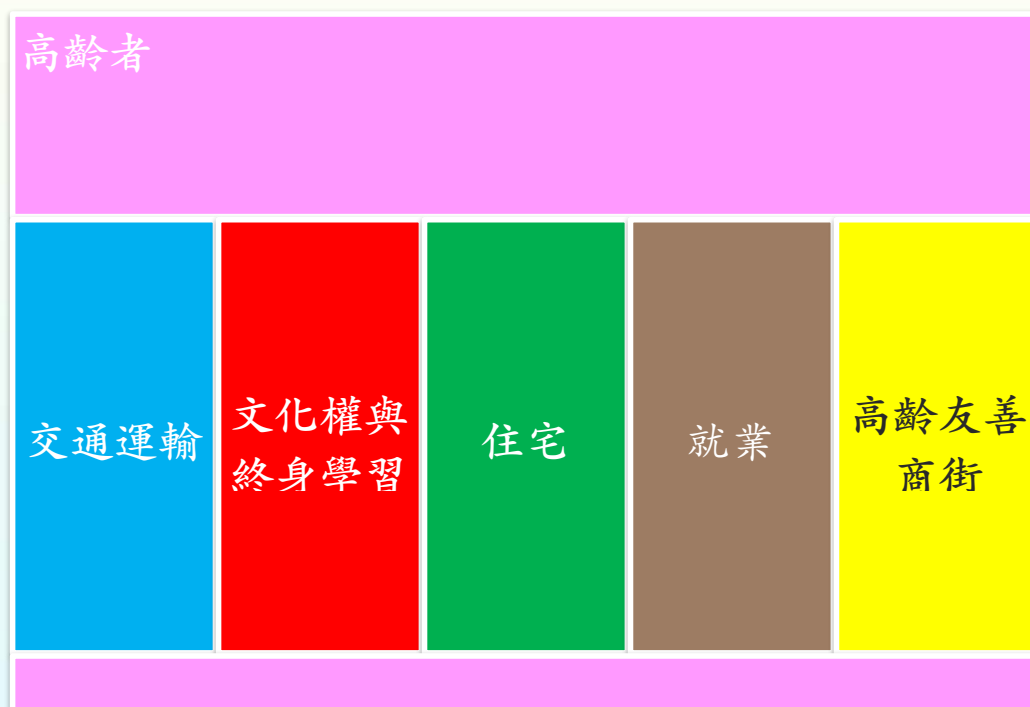
※圖片資料來源：台中市政府社會局呂建德局長國內課程105.7.22簡報

貳、本組研究重點及參訪主題

第四組 社區再生與銀髮產業群聚

- 高齡樂齡學習與代間互動/社團福祉老人樂山會特別養護老人機構
- 高齡住宅/世田谷區深澤環境共生住宅、NODA高齡者住宅東京展示館
- 高齡友善商街/巢鴨銀髮商圈
- 高齡社會下的交通運輸整合運作機制/公益財團法人個人移動與運輸基金會
- 高齡就業政策及培訓機制/東京都立中央城北高齡職業能力開發中心、獨立行政法人勞動政策研究研修機構

參、各主題報告



高齡樂齡學習與代間互動

- 社團福祉老人樂山會特別養護老人機構

樂山會養老機構


用心，貼心，老人的歡笑

藝文活動

幼兒園老少共歡



心得

 人類不可避免老化，高齡者保有獨立日常生活能力可稱為成功老化，成功老化的老人擁有生理和功能的健康、高度認知功能及能夠主動參與社會。

 1 9 9 9 聯合國活躍老化口號


 2 0 0 2 世界衛生組織提出活躍老化政策架構


1. 年長者擁有參與藝術文化活動的機會，是符合人性的老化基礎
2. 社會參與是活躍老化的基礎原則
3. 實踐終身學習理念是高齡者社會參與的重要方式

心得

 因了解而改變，尊重，用心，體貼，就會有好的服務。各級政府及機關應積極促進民眾、業者對高齡化社會認知及了解。

 終身學習有益高齡者身心健康，參與社造工作，創造自我價值。

 重視文化平權，高齡者文化近用權，參與藝文活動不因年紀而有別，高齡者是文化寶貝。

 藝文資源走入社區，藝文機構提供友善環境，運用科技提供高齡者創齡服務。

 跨世代合作創新服務，開發新產業。

終身學習有益高齡者身心健康


 長青大學

 樂齡學苑

 社區大學

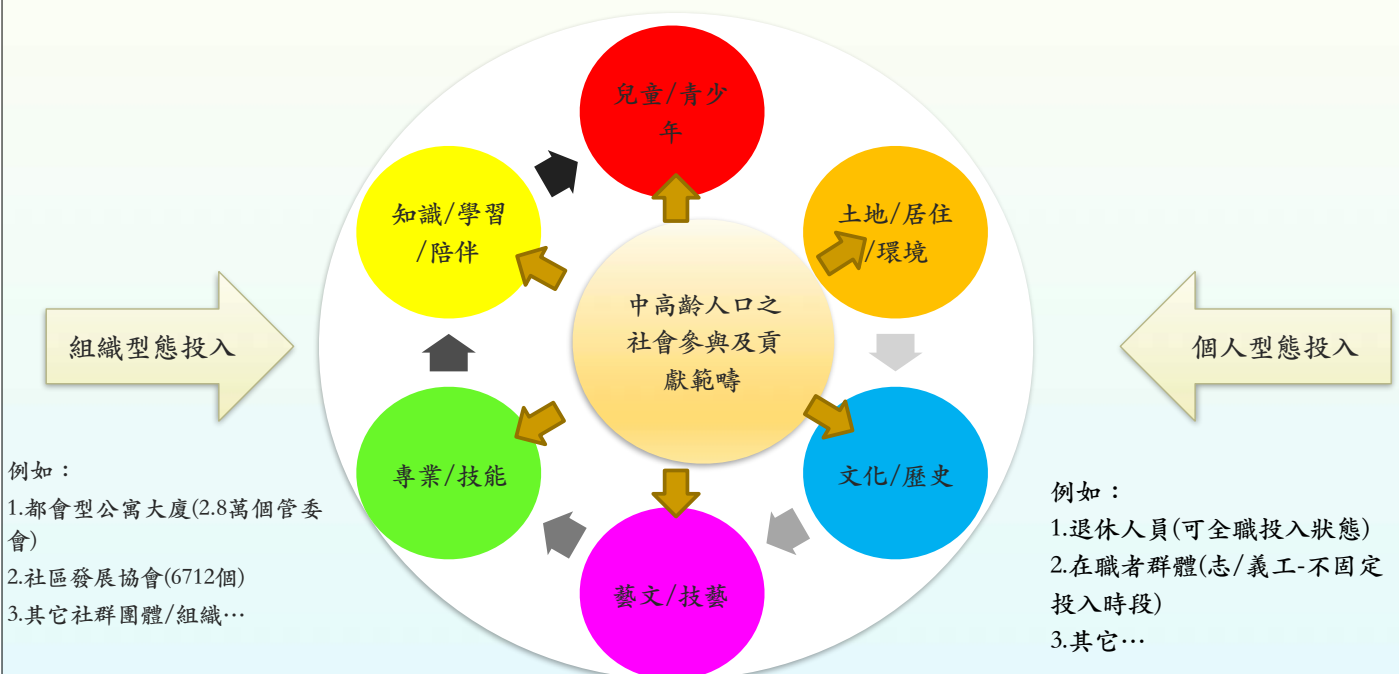
 社區營造活動

 國民記憶庫－生命故事經驗

 社區劇場－演自己的故事



社區營造操作類型歸納及可投入型態



跨世代及族群參與

不同世代卻擁有一樣的情感連結，透過社區營造參與機制，讓大小朋友從家門走出來，共同關心在地文化的傳承與活化，也適時搭起溝通橋樑，促進社區間或公私部門間相互瞭解及合作。



貢寮水梯田復育—以共同理念復育生活之美(老中青幼)



嘉義縣咬仔竹社區—從垃圾滿地到環保天堂



雲林學生志工隊



彰化永樂社區販售菜乾自籌興建活動中心

跨世代合作 保留部落自主權



花蓮縣奇美部落文化發展協會
凝聚部落青年推動文化旅行體驗



屏東縣牡丹鄉高士社區
老中青全面參與、帶動部落均衡發展

藝文機構友善服務



- 無障礙廁所
- 輪椅
- 電梯
- 放大鏡
- 大字體

- 高齡觀眾研究
- 高齡者導覽
- 高齡者推廣教育

- 行動博物館
- 在地田野調查
- 線上數位博物館

高齡住宅

- 世田谷區深澤環境共生住宅
- NODA高齡者住宅東京展示館

高齡住宅--世田谷區深澤環境共生住宅參訪

1952年：東京都在此建設了35戶木造平房的
都營住宅。

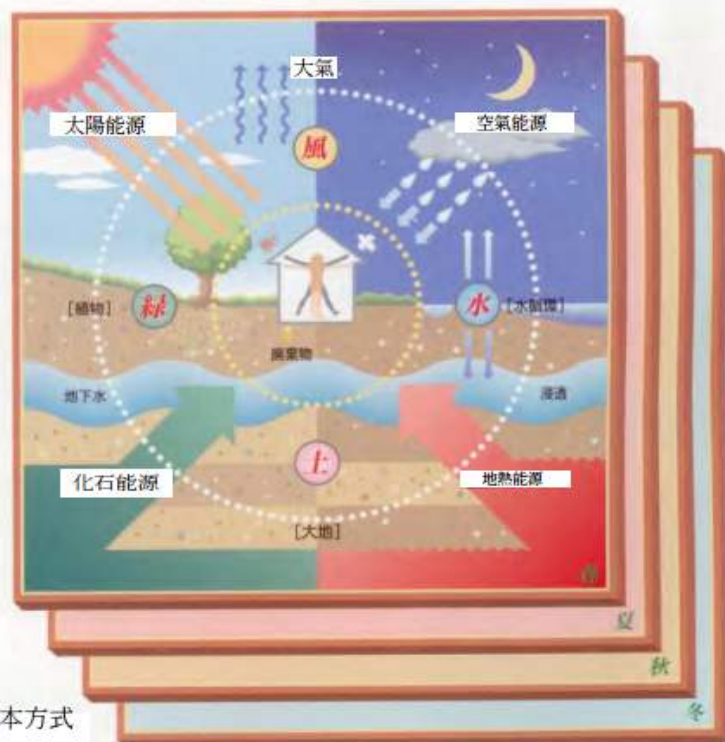
1992年：管理權從東京都政府轉移到世田谷
區，隨著房屋老舊及人口高齡化的
來臨，所以進行重建。

當時中央政府的住宅政策：環境共生

何謂環境共生住宅

它的意思

環境共生住宅指的是「由地球環境保全的觀點，充分在能源、資源、廢棄物等方面考量，或者與周邊的自然環境親密調和，以居住方為主體為關聯，特別下了使居民能健康、舒適生活的住宅，也指該地域環境」。



■ 環境共生的基本方式
概要

背景.....

...

1. 地球環境問題

全球暖化與臭氧層的破壞，酸性雨等地球規模的環境問題是現今國際的重要課題。

2. 資源能源問題

資源能源的大半都仰賴國外的日本，長期的資源能源政策是不可缺少的。

3. 住宅問題

高齡化與閒暇時間的增加等社會背景，重視住宅內部與屋外健康、舒適性，考量自然與周邊環境的調和與景觀，當今更加高品質的住宅供給是被市場要求的。

目標.....

.....

A. 地球環境的保全 (LOW IMPACT)

- 能源的消費削減與有效利用
- 有效利用自然、未利用的能源
- 有效利用資源
- 削減廢棄物

B. 與周邊環境的親和性 (HIGH CONTACT)

- 考慮生物的多樣性與循環性
- 考慮建築內外的關聯性
- 地域社會、文化的調和
- 支援居住方的共生活動

環境共生住宅 SYMBIOTIC HOUSING

C. 居住環境的健康、舒適性 (HEALTH & AMENITY)

- 享受大自然的恩惠
- 實現安全與健康、舒適的室內環境
- 美感調和的設計
- 產生、培育豐富的集住性

土地的準備上，首先訂定地區內的環境方針，接著再採取與其相互配合的住棟、住戶計畫方法。其具體的配置如右圖所示。以公營住宅的改建為事業的核心，包含對高齡者的考量，整理出可能實現的環境共生要素，將其適用於土地。

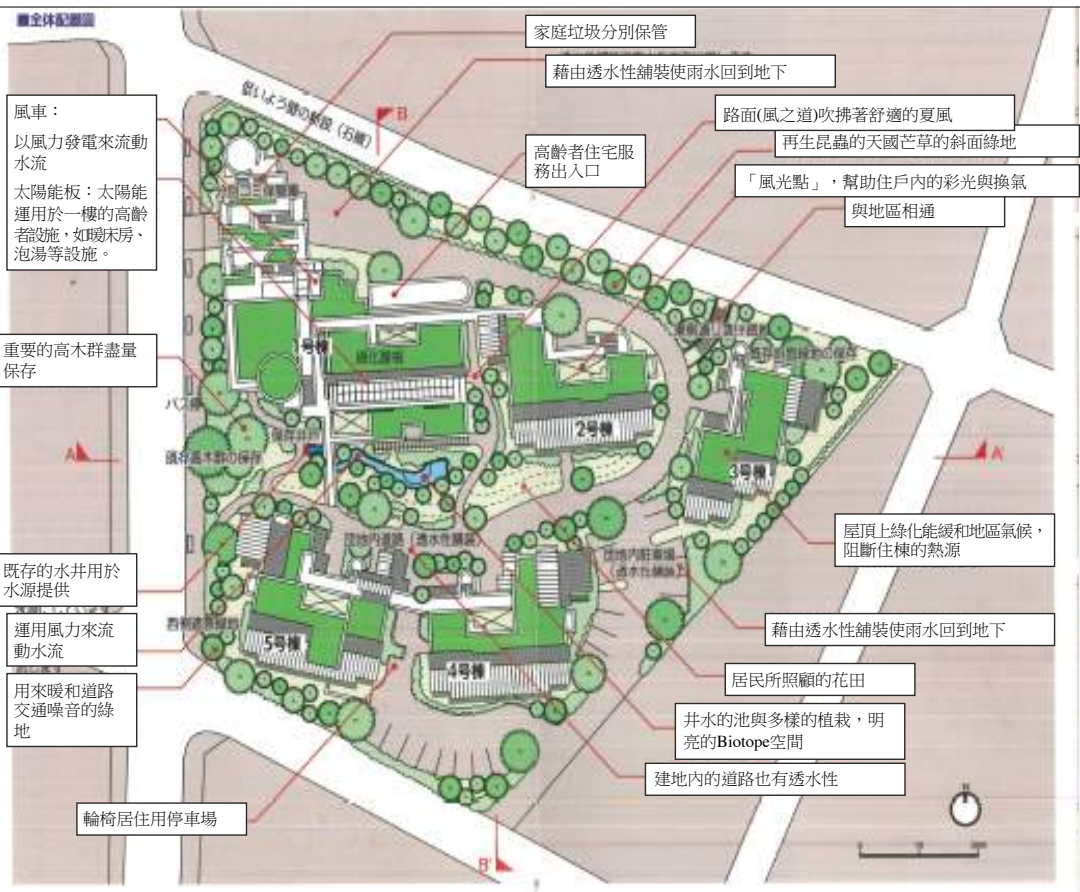
の配慮もめいて実現可能な環境共生要素を整理し、箇内に適用しました。



保存下来的水井與高木



移植の梅花満開



環境共生設計の相關作法

頂樓陽台安裝涼棚	屋頂綠化及設置太陽能板
	
裝設有風力發電設施	家戶設有雨水儲存桶
	

環境共生設計の相關作法

原大樹保留，保有生態	可回收資材再利用	每一棟有編號，並棟間有走廊相連通
		
水井保留，可供防災使用及平日澆水	身障者房設於1樓，進電梯，留設座椅	
		

深澤環境共生住宅 V.S. 社會住宅

	深澤環境共生住宅	社會住宅
一、居民參與	召開多次協調會時，為原住戶及附近人家對新的地方存有認同感，把舊有的菜圃保存下來。	與當地居民充分溝通，瞭解居民的顧慮與需求
二、規劃設計	環境共生的理念，以綠、水、風三項元素進行住宅規劃。	對環境保護設施配置亦多訂有基準或審議原則，共同維護地球環境。
三、居住型態	除提供低收入者居住，也提供身障者及高齡者居住，是一個單身、家庭、高齡者的混合社區。	提供適當比例予經濟或社會弱勢者居住，也提供初入社會的年輕人、單親、婦女等一般族群，藉由混居凝聚社區關懷。
四、結合社福	設置高齡者在宅服務中心，提供周邊住戶高齡者的安養照顧，方便社區長者白天托顧。	應保留一定空間供社區長照服務、托育設施、青年創業空間等附屬設施之用。

高齡住宅-- NODA高齡者住宅展示館參訪

公司主要業務：

(一)住宅改善及裝修工程提供建材

如地板、木門、櫥櫃等

(二)無障礙設施的居家建材研發等

提供模擬高齡者之器材，模擬高齡者行動及身體狀況，一方面讓家屬瞭解高齡者的不方便，一方面研究推出符合高齡者需求的產品。

住宅中需重新審視的地方

即使因平日就近使用,對其不便性早已習以為常,
但家人或設計者若能多花些心思會有很大幫助



防滑地板的比較, 可防長者跌倒	改良式大門, 可縮小門的旋轉半徑	樓梯加裝扶手	加大拉門長度, 方便輪椅進出

多少房子有需要推動無障礙住宅？

我國高齡者97%住在一般住宅，全國5層以下之老舊住宅(約有581萬戶，約占總住宅數量70%)，因應高齡化趨勢，落實在地老化目標，須解決「行」的困難。

縣市/地區	五層以下住宅 佔全國比例	有老人戶籍佔全 國總戶籍比例
全 國	70.45%	26.57%
新北市	10.16%	3.91%
臺北市	5.85%	3.61%
桃園市	7.70%	1.83%
臺中市	5.76%	2.51%
臺南市	6.57%	2.24%
高雄市	8.46%	3.19%
六都小計	44.51%	17.28%
其他縣市	25.94%	9.29%



解決「行」的困難

- 1.老舊公寓增設無障礙電梯
- 2.加裝爬梯機
- 3.購買(租用)爬梯椅



爬梯機



電梯加裝前

電梯加裝後



爬梯機

心得

高齡者有70%為健康或亞健康者，高齡者有97%住在一般住宅，應正視營造高齡友善環境，讓高齡者走出戶外，走入人群，參與社會活動，以活化老化，過個優質的老年生活。因此，除長期照護服務之體系以外，社會住宅結合社區長照服務及非營利私法人得承租公有社會住宅轉租經濟或社會弱勢者，以及強化輔具的租借，格外重要。

高齡友善商街



巢鴨銀髮商圈

高齡友善商街 巢鴨銀髮商圈

巢鴨商圈就在JR/都營巢鴨站前，交通便利，是東京老人的購物天堂。



日本的寺廟有「緣日」的習俗，在高岩寺，緣日是逢四，即4日、14日及24日，在巢鴨，緣日會封街，銀髮族可以安心購物。

在巢鴨商圈 處處可見用心



- ✓廣告的字體特大，依年齡給予不同折扣
- ✓輪椅族也能輕鬆入內的餐廳
- ✓水洗觀音求健康的人潮絡繹不絕
- ✓道路與人行步道、商家的高差甚小行走安全

健康 安心 貼心



✓ 商圈客群為銀髮族，多見健康促進商品/產品



✓ 在店內設置座位，與客人可閒話家常

✓ 二手物攤商前常有人駐足



✓ 放置座椅方便客人等待



✓ 花台的高度恰可方便客人等待休息

心得與感想

- 巢鴨銀髮商圈處處可見店家的用心與對於銀髮族的貼心，更難能可貴的，是商圈內的店家能夠同心，對於發展方向能形成共識，一起攜手合作，形成一個溫馨的氛圍，讓銀髮族在此地購物時擁有快樂，以及幸福感。
- 宜加強宣導，俾利迎接超高齡時代的來臨，讓高齡產業的產業鏈能及早建立。
- 需教導民眾，如何對待高齡者，使能多一些同理心，建立友善社會。
- 有人說：「多一座農場，就少一間醫院。」，因此，在預防保健方面，農村的環境營造良好，在社區間有和諧的人際關係，加上適當的飲食，就能對於老人的健康促進有很大的幫助。這是相關部會的計畫可以共同促成的。

以農委會水保局計畫為例

青銀共學 社區發展好模式

- 大專生回游農村計畫暨南大學學生與埔里籃城社區案例 社區的老人家教導青年稻米栽種技巧，大學生們運用自己的專長協助販售米與行銷，在農村產生了新的火花。類此好的政策計畫，是值得持續推動，並予以支持的。



✓穀笠合作社賴克祥大哥，
教導年輕人種稻

✓金海伯教導年青人秧苗知識

✓青年人於耕地上進行畫線實作

農村再生 先做培根

- 陪伴課程 無毒地瓜葉園區與螢火蟲復育基地 大家一起動手做，不論老人、青年或兒童，共同學習農業、生態及環境的知識，也能促進社區網絡與社區一家的和諧關係。



雲林縣大埤鄉西鎮社區

促進高齡者社區參與及終身學習

- 社區參與 自主提案 籃城社區風味餐料理課程
今年度的課程是風味餐料理學習，社區媽媽們運用於平時的老人送餐菜色中，居民感覺很實用很充實



南投縣埔里鎮籃城社區

高齡社會下的交通運輸整合運作機制

- 公益財團法人個人移動與運輸基金會

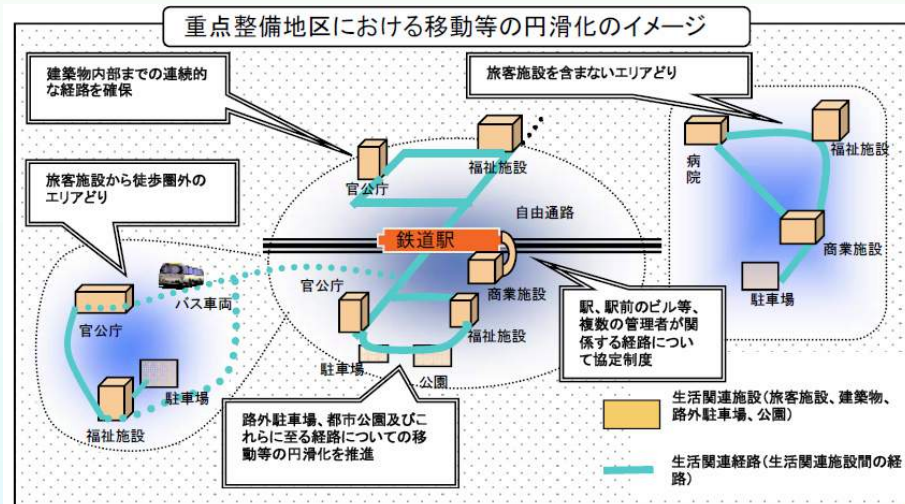
交通運輸在高齡社會扮演角色

✓ 交通運輸與WHO高齡友善城市指南八大面向均有關聯



高齡者、身障者移動順暢化法 Barrier-Free Law

✓ 對高齡者、身障者、幼兒、孕婦、外國人…友善之通用化法



加強服務人員之同理心

- ✓ 障礙者差別待遇化解法
- ✓ 交通支援管理人研修－Eco-Mo Foundation
- ✓ 安心服務介助士－The Nippon Care-Fit Education Institute



心得

- ✓ 因應高齡社會來臨及快速進入超高齡社會，公共運輸服務為提供高齡者友善生活環境最重要的一環，國內推動無障礙環境的建置改善主要以身障者為主，高齡者的無障礙需求與身障者雖有一部分重疊，仍應針對高齡者行動、視覺、聽覺生理退化特性，提供高齡者不同於身障者的設施設備及服務。
- ✓ 為提昇公共運輸服務人員對高齡者、身障者的服務品質，日本正推動交通事業員工接受障礙理解的教育，以及由公益團體推動事業單位培養員工同理心及簡單照護常識的課程，值得國內借鏡與推廣。

高齡就業政策及培訓機制

- 東京都立中央城北高齡職業能力開發中心
- 獨立行政法人勞動政策研究研修機構

我國高齡化所面臨的勞動現象

現況及問題

中高齡及高齡勞參率與國際比較偏低

◆ 104年中高齡民間人口686萬1千人、勞動力424萬人、勞參率61.69%；高齡民間人口273萬3千人、勞動力23萬8千人、勞參率8.68%【主計總處人力資源調查】

◀ 103年國際比較【勞動部國際勞動統計】

國家	我國	日本	美國	韓國
中高齡者	61.69%	78.3%	72.1%	74.9%
高齡者	8.68%	21.2%	18.6%	31.9%

國人普遍過早退出勞動市場

◆ 104年軍公教及勞工退休人數127,418人，平均退休年齡勞工57.8歲(103年)、軍人42.79歲、公務人員55.72歲、教育人員53.98歲【銓敘部統計年報、勞保局統計年報、公教人員退休撫卹基金統計年報、主計總處「受雇員工動向調查」】

家庭照顧影響中高齡者勞動參與

◀ 104年5月中高齡者(非勞動力者)不願工作，主因為料理家務(含照顧家屬)占42%【勞動部104年中高齡(45~64歲)人力資源統計】

中高齡者就業協助主要需求為彈性工時、就業媒合及職訓

◀ 103年10月中高齡者目前無工作但未來會工作協助需求以修訂彈性工時規定占69.5%、就業媒合占56.3%、職業訓練占48.3%居多(可複選)【主計總處103年中高齡工作歷程調查】

人口結構老化致勞動力減少,亟需提升勞動力參與充裕勞動力-
104年工作年齡人口達最高峰, 105年起平均年減18萬人

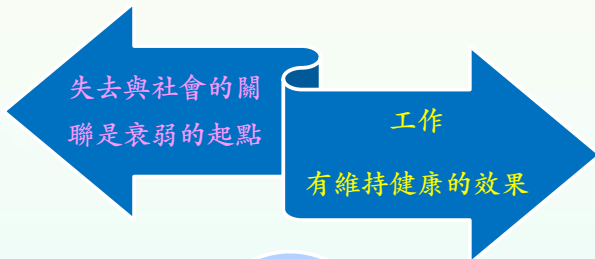
【國發會中華民國人口推計(103至150年)】

解決

- 1.增加中高齡及高齡者、已退休人員勞動參與。
- 2.協助中高齡及高齡者再就業，使其保持健康，進而延緩其進入失能照顧及長期照顧群組，以活力社會。

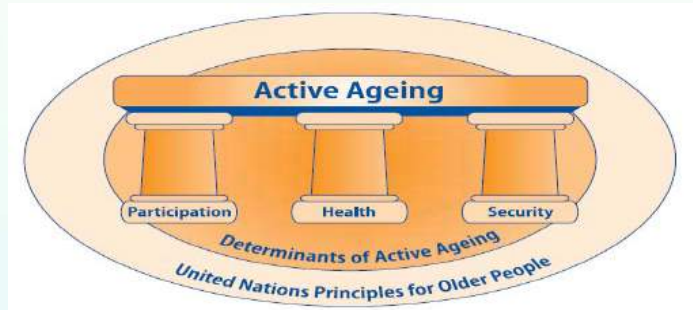
日本因應高齡化

「加強勞動參與、促進就業」可以活力老化



健康長壽的三大支柱

活力老化(Active Ageing)



「社會參與」是活躍老化的基礎，在各方面顯示工作有維持健康的效果，「並非因為身體健康而工作，而是因為工作所以才健康」。因此，在解決中高齡、高齡問題的各種措施中，促進就業被認為是既符合經濟、社會效益，也符合個人發展的較佳方法，能活力老化，創造活力社會。

日本高齡就業政策 以「僱用促進」為出發點



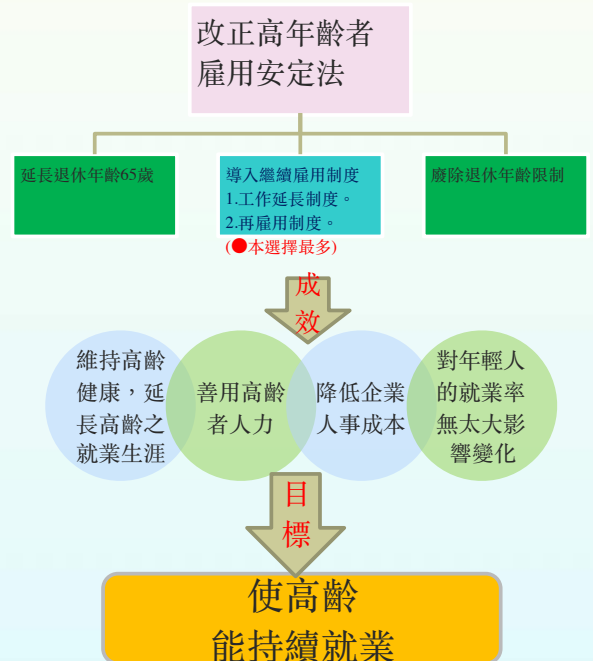
訂定相關專法，且定期修法
 • 訂定完整法律架構做為推動依據，並將政府、企業與民間團體的角色與責任確認。

高齡者僱用確保措施義務化，延長就業
 • 為確保受僱高齡員工能服務至65歲，雇主必須對高齡者採行「延長退休年齡」、「延長僱用」、「廢止退休制度」三擇一措施。

促進就業相關措施
 • 企業方面規定了許多促進就業相關措施，如強制退休與持續僱用等措施，政府亦提供雇主在管理或組織發展上的協助與資訊，藉此鼓勵雇主對高齡勞工的僱用。

設置銀髮人力資源中心
 • 提供屆齡退休這免費的職業媒合服務，多半與社區發展緊密結合，包括鼓勵多元社區參與、促進自營作業、提供更好的條件給非典型工作、工時減少等

設置相關勞動政策研修單位
 • 協助國內勞動情況調查，也同時蒐集國際間其他國家的勞動資料，進行比較。其研究成果，主要提供給厚生勞動省作為勞動政策規劃之用。



設置勞動政策研修單位 提供高齡就業政策諮詢及研究

本次高齡就業政策參訪點：獨立行政法人勞動政策研究・研修機構

為有助於提升勞工品質及重點化的研究調查，是一個以助於並提供厚生勞動省推動及策劃勞動政策的單位，藉由蒐集彙整國內外的勞動政策情報及統計資料以利於進行國際化的政策研究，其研究成果，對於**經濟、產業政策、經營環境、經營政策、教育、介護、年金政策**均有影響。由於是獨立行政法人的編制，比起一般民營企業及大學等研究機構，具有中立的性質。



姉崎猛副所長進行
專題報告



參觀機構設置的勞
動圖書室，各國及
多元化書籍供閱覽



圖書室擺滿各式的
勞動刊物及相關情
勢報導等

提升高齡職業能力，以「再就業」為導向

橫向面→
提升職業
能力

就業相談

職涯諮詢
能力開發課程
職業介紹

再就業



重視就業相談

個人の就職活動の進捗状況に合わせてサポートする

<p>① 方向性を決めたい</p> <p>働く目的や条件、経験の整理など自己理解を深めたい</p>	<p>② 具体的な希望を伝えたい</p> <p>応募書類や面接対策など、具体的な目標に備えたい</p>	<p>③ 就職能力を高めたい</p> <p>予め知識や技能を身に付け、異動時に備えたい</p>
---	---	---

**工作中心為高齡求職者設計
年長者專區就業服務流程表**

④ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑤ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑥ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑦ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑧ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑨ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑩ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑪ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑫ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑬ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑭ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑮ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑯ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑰ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑱ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑲ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

⑳ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉑ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉒ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉓ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉔ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉕ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉖ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉗ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉘ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉙ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉚ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉛ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉜ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉝ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉞ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㉟ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊱ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊲ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊳ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊴ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊵ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊶ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊷ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊸ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊹ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊺ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊻ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊼ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊽ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊾ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

㊿ 就職活動の進捗状況に応じて、個別のサポートを受ける

- 增加高齡者受僱用機會→**加強高齡者的就業能力。**
- 高齡者訓練三部曲：對象於**接受面談、接受職涯諮詢輔導、能力課程、就業協助及再就業。**
- 日本對高齡者職業能力開發以**再就業為導向，以就業與訓練機構緊密連結推動系統為設計，而非單純的辦理職能開發或職業訓練而已。**

建立高齡就業培訓機制

提供專屬高齡者的職訓及就業服務

本次高齡就業培訓參訪點：東京都立中央・城北職業能力開發中心

該校的訓練內容為「**實務技術**」為主，主要招收對象為**高齡者（50歲左右）**的高齡族群，提供職前所需的知識以及技能訓練，為其進入職場做準備，機構並與職業輔導結合，同一棟大樓並有專門為**高齡求職者**設置的諮詢窗口。每年**210位(4科)**的參訓者，職訓後再就業率平均超過**85%**，足見其職訓重視再就業的程度，**呼應以「再就業」為導向的目標**。

訓後
就業
率
超
過

85%



建築物(大樓)管理
科-(高齡專班)
30人/2班/1年



旅館、餐廳服務
科-(高齡專班)
30人/2班/1年



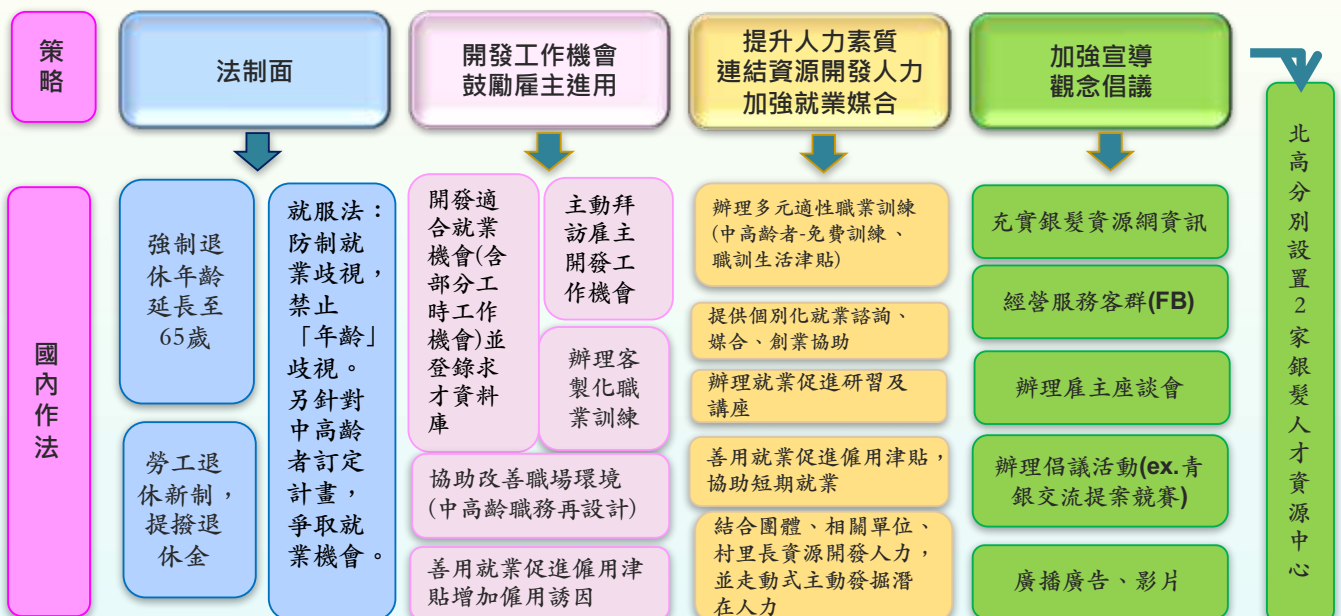
室內裝潢科
30人/2班/1年



和裝技術科
30人/1班/1年



我國協助中高齡、高齡就業措施



與
日本
比較

- 設立專法：對高齡就業修法及配套有效率及完整，如：導入繼續僱用等機制等。
- 及早因應高齡化問題：日本1970年代即規劃高齡就業措施及法令較早。
- 倡議足，接受度高：日本積極倡議高齡勞動力，雇主及民眾對高齡者接受度高。

小結與心得

定期修法 以符時代潮流需求

- 日本針對相關法令或保險制度等，依實際執行情形，每3或6年進行通盤檢討與修訂，勞動法令更有專門機構協助分析、提供建議；日本早於1970年代就對高齡者就業投入政策規劃，於職場加強對高齡者保障其工作權益措施，都值得學習。

銀髮商機無限 重視產業發展

- 銀髮族群是未來重要消費主力，如：銀髮族社區整體照護體系、休閒娛樂、交通、家事服務等相關產業，掌握高齡者食衣住行育樂等各面向需求，均可促成銀髮產業形成，提供多元服務的選擇。

善用高齡人力資源 投入職場有目標

- 工作有維持健康的效果，開發就業機會，倡導善用高齡者勞動人口，促使其再就業可改善高齡者虛弱狀況，使其有生存目標，與社會接軌，提升勞參率，只要是健康狀態、工作意願符合工作所需即為優質勞動力，此項作法，值得肯定及宣導。

重視就業諮詢 協助推介就業 開發高齡就業力

- 一對一的就業相談，以人為本，可適性了解高齡者實際就業的需求，以推介適合之各項的就業促進課程、職訓及工作機會，協助其就業，重視個人就業實際需求及現況，並應加強開發工作機會、就業媒合，促進高齡勞動及社會參與。

肆、小組研究建議

- (一)促進民眾對於高齡社會的認識
- (二)鼓勵跨世代合作的創新服務
- (三)促進高齡者終身學習與文化參與
- (四)社會住宅結合社福支援
- (五)強化高齡者公共運輸無障礙服務
- (六)加強資源連結，多元化倡議，增進高齡者就業
- (七)開發工作機會、加強就業媒合，促進高齡勞動及社會參與
- (八)規劃顧問人才輔導團，提供建議諮詢
- (九)發展銀髮新產業與商機



同心協力
社區再生 高齡友善
健康促進

感謝聆聽 敬請指教