

出國報告（出國類別：考察）

德國與荷蘭長期照顧政策及人力 培育考察報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：祝健芳司長

徐鉅美科長

派赴國家：德國、荷蘭

出國期間：112年7月24日至8月5日

報告日期：112年11月2日

摘要

鑑於目前多數先進國家面對人口老化與長照需求大幅增加時，均透過「長期照顧制度」提供必要的服務。尤其是德國與荷蘭，不僅由政府推動長期照顧相關立法，並藉由自助、互助精神落實在地老化，參訪內容包括德國 Weilheim an der Teck 地方市政府、Project Care 長照機構、全國老年組織協會聯合會（BAGSO）、私人健康保險聯合會及醫療服務鑑定公司(PKV and Medicproof)、歐盟組成及運作；荷蘭長照政策研究組織（AFEdemy）、Hogewey 霍格威村（失智村）、醫療保健國家組織（Vilans）。

藉由考察德國及荷蘭長期照顧組織體制、給付方式、服務項目、服務輸送、照顧管理、服務提供、人力培育、財務機制與財源籌措等，以作為未來推動各項長照資源布建及服務提供之精進參考借鏡。

關鍵詞：長期照顧、長照政策、長照人力、失智照顧

目次

壹、目的.....	4
貳、過程.....	5
一、參訪行程與成員.....	5
二、考察機構及團體介紹.....	6
參、心得及建議	38

壹、目的

以參訪及實地觀摩，了解德國及荷蘭長期照顧經驗，希冀達成以下目的：

- 一、了解德國及荷蘭長期照顧組織體制。
- 二、透過德國、荷蘭經驗，並就臺灣文化差異比較，從中選擇未來可推動政策，以逐步納入政策推動。

貳、過程

一、參訪行程與成員

日期	行程
7月24日星期一	啟程前往德國法蘭克福機場
7月25日星期二	1. 由德國法蘭克福機場前往德國巴登(Baden Würdenburg) 2. 考察 Weilheim an der Teck 市政府
7月26日星期三	1. 由德國巴登前往西北部魯爾區 2. 考察 Project Care 長照機構
7月27日星期四	1. 由德國西北部魯爾區前往波昂(Bonn) 2. 考察 BAGSO
7月28日星期五	1. 由德國波恩前往科隆(Köln) 2. 考察德國私人健康保險聯合會及醫療服務鑑定公司(PKV and Medicproof)
7月29日星期六	於德國科隆考察德國長照體系及長照保險制度
7月30日星期日	由德國前往荷蘭烏特勒支市(Utrecht)
7月31日星期一	考察歐洲聯盟組成運作及長期照顧財源制度
8月1日星期二	1. 由荷蘭烏特勒支市(Utrecht)前往豪達(Gouda) 2. 考察荷蘭長照政策研究組織 AFE Demy
8月2日星期三	1. 由荷蘭豪達(Gouda)前往北荷蘭省 Hogeweyk 2. 考察 Hogeweyk 失智村
8月3日星期四	1. 由荷蘭烏特勒支市(Utrecht)中區前往烏特勒支市(Utrecht)南區 2. 考察荷蘭醫療保健國家組織(Vilans)
8月4日星期五	啟程前往荷蘭阿姆斯特丹機場
8月5日星期六	返台航程

序號	單位	姓名	職稱
1	衛生福利部長照照顧司	祝健芳	司長
2	衛生福利部長照照顧司	徐鉅美	科長
3	基隆市政府衛生局	張賢政	局長
4	台灣居家服務策略聯盟	涂心寧	理事長
5	社團法人愛福家協會	俞正信	主任
6	青松健康股份有限公司	陳謀	董事長
7	青松健康股份有限公司	陳顯	副理
8	青松健康股份有限公司	黃彥溥	經理
9	財團法人創世社會福利基金會	李月雲	副秘書長

序號	單位	姓名	職稱
10	樹河社會福利基金會	蔡蕙鞠	執行長
11	永信社會福利基金會社一部	吳曉菁	副主任
12	資誠聯合會計師事務所	蔡晏潭	合夥會計師
13	新動能社會工作師事務所	林玉琴	所長
14	南華大學	王明偉	兼任講師
15	介惠社會福利慈善基金會	施欣錦	執行長
16	社團法人宜蘭縣社區照顧促進會	林懇	居家主任
17	財團法人嘉義縣私立瑞泰社會福利基金會	陳蔡美惠	學習長
18	財團法人嘉義縣私立瑞泰社會福利基金會	陳韋菁	副執行長
19	財團法人嘉義縣私立瑞泰社會福利基金會	蔡承憲	居服主任
20	財團法人安平文教基金會	王安慈	執行長

二、考察機構及團體介紹

(一) Weilheim an der Teck 市政府

1. 城市簡介

Weilheim an der Teck 市為德國巴登-符騰堡邦(Baden-Württemberg)邦政府，簡稱為巴符邦（德語：BW 或 BaWü）轄下之一行政區，相較於臺灣行政組織，屬於地方政府，該城市居民約1萬人，但因為多數大型公司（例如：賓士車廠）設置於此城市，致稅收及捐贈收入充裕，致有預算可以設置公共設施，包含：醫療機構、長照機構、公共學校、幼兒園、露天游泳池及文化建設等。

該市雖不屬於大型商業城市，且腹地較小，但因盛產農產品，例如：蘋果及葡萄，每年會舉辦櫻花季，並舉辦許多藝文活動，吸引遊客至此渡假，類似義大利托斯卡尼。再由觀光收入貢獻地方稅收之財政循環，而有較多預算做老人照顧，甚至有資源可以支援周邊4個較小城市。在人力部分，有許多志工參與老人照顧是其特色。由市府秘書長 Daniela Braun 帶領管轄老人福利及數位科技業務之代表接待參訪。

2. 數位化城市

巴符邦（德語：BW 或 BaWü）為鼓勵地方政府推動公部門公共行政事務數位化，包括人民申請案件及推動電子公文。藉由地方政府透過提案競

爭，計有1,011個地方政府爭取，最高可以獲得5萬歐元，最後選出50個鄉鎮市區獲得獎項，該市即為其中之一，獲得3萬5千歐元獎勵金，並把獎勵金持續運用在數位化推動。

政策推動初期，以問卷方式調查收集不同年齡層對數位化之需求，以符合各年齡層優先需求，例如：青少年期待市區各地方都有免費無線網路；成年人希望市民服務、就業資訊、文化學習等優先數位化；老年人期待有多元活動與課程（類似臺灣預防延緩失智失能課程），例如：桌遊。俟全數意見收集後，經由市政府統整及市議會通過，形成多達57頁的數位化策略，包括短、中、長期目標及策略，也涵蓋重要的網路安全，避免釣魚詐騙信件等資安疑義。具體推動中且該市政府已完成之數位政策，如下所列：

- (1) 幼兒園及學校教室採數位化教學。
- (2) 市府召開會議無紙化。
- (3) 人民申請案數位化。
- (4) 以社群媒體（例如：臉書及 IG）招募市府工作人員。
- (5) 停車費數位支付。
- (6) 老人照顧之現金補助，可透過線上申請及撥付。
- (7) 長照保險評估失能等級後之服務申請，均可由線上申請。

以上這些政策推動，每年均檢討實施成效並改善，聯邦政府原本期望2022年轄下所有城市達到100%數位化目標值，但目前執行率仍無法達成100%，所以聯邦政府持續提供計畫資源，鼓勵各地方政府努力執行。因德國地方自治色彩強烈，市民若居住地改變，其數位化 ID 也必須隨之更改，無法於全國通行，此為德國執行數位化，因地制宜而產生的發展限制，此次接待參訪之 Weilheim an der Teck 市政府代表人員希冀邦政府有個統一 ID 部門，讓每個城市居民不用因為搬家，而需耗費行政程序，重新申請新 ID。

3. 高齡健康與照護及 Quartier 2023

該市針對高齡者服務未以年齡區分，但退休年齡為67歲，提供居家高齡者

多元活動時段，由高齡者自行以上網選擇參加課程或參考市政府製作發放的課程手冊，課程內容包括數位化、文化課程等，活動舉辦來源多元化，不僅市政府自行辦理，也包括非政府組織(NGO)，並有許多志工參與協助；且設立於該市的住宿式機構，不僅針對住民提供活動，也對外開放非住民參與活動。

德國失能長者照顧，主要由中央長照保險提供服務；地方政府係針對非失能長者提供健康促進活動、送餐及長照機構核准設立，地方政府投入長者服務人力除了政府人力，也包含非政府組織(NGO)提供正式服務人力，另志工於協助政府提供高齡健康促進中，扮演重要角色，本市參與志工年齡層廣，包括年輕及長者志工，志工願意參與誘因僅有每年2,000歐元免稅額，主要仍係透過社會文化的營造，而非費用補償的誘因。

巴符邦希冀各市政府於既有基礎建設上，推動 Quartier 2023計畫，此計畫屬於競爭型計畫，於 Esslingen 行政區下，計11個市鎮競爭獲得參與執行計畫，該市是其中之一。計畫於2022年起針對長者進行問卷調查，問卷內容包括四大主題面向：生活支持、居家照顧、居住環境、多元活動。並邀請60位長輩參與討論，以蒐集整理意見，形成政策，再由20位長輩代表，就主題深化討論，並由每組5人彙整討論結果，包括討論結果於現況層面缺乏內容及決定優先執行方案，目前計畫已開始實行，逐步落實於高齡照顧。

	
Weilheim an der Teck 市政府	Weilheim an der Teck 高齡健康手冊



Quartier 2023計畫介紹



Quartier 2023計畫實際參與情形

(二) Project Care 長照機構

1. 機構簡介

德國2021年總人口為8,322萬人，老年人口佔22%，已達「超高齡社會」，德國政府統計2020年需要照顧者(Pflegebedürftige，定義為需要至少6個月以上長期照顧者)有350萬人，德國雖強調以社區式照顧為主，但密集照顧需求者，仍選擇住宿式長照機構，當失能者被政府評估為無法居家照顧，需要機構照護，可以在老人設施、護理機構及住宿式長照機構接受照護。

Project Care 為專門經營老人設施及護理機構的公司，2007年開始經營一家50床的護理機構，品牌名稱為 Cordian Pflegeresidenz。2011年於魯爾區營運2家，以去機構化概念之80床機構，並於2019年底完工複合式機構，每個單元可容納12位住民，複合式機構包括門診服務、日照中心與服務辦公室。2020年也在 Cordian 校園設計54套無障礙老人公寓，步行範圍含有滿足民眾生活一般需求的商店、醫療診所及大眾交通，目前 Project Care 集團於德國營運5家護理機構，合計300床。

本次參訪 Project Care 位於杜伊斯堡的 Cordian 住宅社區。作為老人設施及護理機構的經營業者，Project Care 提出 Cordian 住宅社區概念，強調去機構化讓住民盡可能正常生活。自2011年開辦，採「共居」式的系統，分成6個單元，每個單元有12至14名住民共同居住，絕大部分是單人房，機構總床數是80位，工作人員約60位，平均一個照顧人力負責3.2人。

2. 經營理念及服務設施內容

- (1) 機構混合收治失能及失智者，採混合式共居，日常相處雖難免會有摩擦，但只要照顧人員具照顧技巧，混合收治均非困難。
- (2) 取消一般長照或護理機構中央廚房設計，每區各設有開放式廚房與客廳，住民可以擴大共同生活範圍。
- (3) 機構設置廚師，於開放式廚房烹調並與住民互動，住民可參與備餐，非強迫性質，但居民都很樂意參與，住民由備餐及共餐過程，增加互動交流。

- (4) 尊重住民自主生活理念，提供近似正常家庭生活，用餐可選擇共餐，或自行單獨用餐，自由參加機構辦理活動，或讓住民選擇於房間內獨處。
- (5) 對住民及家屬傾聽，每個住戶均有一間浴室的套房，可依照自己的喜好把家具帶到個人空間，機構提供的基本設備為床及衣櫃。
- (6) 建構適合各年齡住民生活的房間及無障礙設施。
- (7) 提升失智老人尊嚴性生活。
- (8) 提供醫療及護理之連續性照顧。
- (9) 給予臨終照顧及關愛，降低無效治療。
- (10) 符合法規要求，並與長照保險公司簽約。

3. 收費方式

德國住宿式長照機構收費標準，非自由喊價，與長照保險公司溝通談判後而訂定收費標準，此機構依據設施和護理服務的不同，每個月平均收費價格約為5,000歐元，按德國長照等級分為 PG1-PG5，PG1為居家照顧，該機構住民均為 PG2-PG5，其中3,000歐元由長照保險支付，住民需自付2,000歐元，如住民有經濟困難，無法負擔自付額，則由政府社福部門連結社福團體募款，且該經濟困難住民可自留150歐元，以備平時零用花費，從申請到入住平均需等待2個月，多數均會通過，費用包括住宿、飲食、衣物清洗、清潔費。

4. 品質管理

德國長照保險具維護及監督長期照顧品質義務，政府部門將此職責委託獨立監督機構 Medizinischer Dienst der Krankenkasse，簡稱 MDK，其隸屬州層級之醫療保險人醫療服務處，MDK 會派不同長照保險公司人員，每年執行評鑑，且每6個月進行風險評估，MDK 亦有合作醫師每3個月至機構評估1次，隨機詢問住民生活及滿意度等相關問題，如有發現改善事項，會請機構限期改善，倘品質嚴重不良，且機構不配合限期改善，則會有懲處機構不能收新住民或勒令停業。而此次參訪機構於2019年獲得了1.0級的評價（類似臺灣評鑑優等）。此次參訪於機構同意下，實際參訪機構內部設施並與長輩互動，照

片如下所示。

	
<p>Project Care 長照機構</p>	<p>機構與社區住宅比鄰而居</p>
	
<p>機構設置廚師（人臉去識別化）， 於開放式廚房烹調</p>	<p>住民可共同參與活動， 亦可選擇於單人座獨處</p>
	
<p>住民藥品準備區</p>	<p>單人房設備，住民可以自行攜帶家中 物品，例如：圖片內玩偶</p>

(三) BAGSO

1. 機構簡介

BAGSO 是德語“Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganiseen”的縮寫，成立於1989年，非單一組織，為德國全國老年組織協會之聯合會，由約120個不同性質協會，代表德國900餘萬高齡者。透過與眾多成員組織合作，特別是每年召開3次會議的4個技術委員會（老年議題、長照、政策參與、數位化），針對老年經濟、政治、體育及社會各面向議題研究及倡議，使老人政策形成過程有不同面向，同時也考慮到其他世代需求。單位總部位於波恩。

BAGSO 專業領域包括教育數位化、年齡歧視、健康照護及老齡化解決方案等。目前聚焦終身學習、照顧數位化、失智症照護及健康老齡化等工作。與聯邦政府、老年人、婦女及青年部有密切的夥伴關係，並參加德國最重要的老齡理事暨委員會。

2. 組織任務及運作

- (1) 整合立法過程之民間意見。
- (2) 與主管健康及長照政策之政府部門溝通。
- (3) 辦理研討會及論壇。
- (4) 試辦老人政策相關計畫及製作相關出版品。
- (5) 經費來源為95%國家預算支出及5%會員年費。

3. 目前政策討論議題

BAGSO 每年會針對新的政策議題做討論，目前有4個政策議題方向，分述如下：

(1) 人口變遷：

A. 德國目前有 650 萬之 80 歲以上人口，而在 2050 年需要照顧的人口高達 460 萬人，表示在照顧人力比上，需求更多人力投入高齡產業，以照顧高齡者。

B. 德國有 80%高齡長者接受居家照顧，由於目前德國家庭狀況改變，青

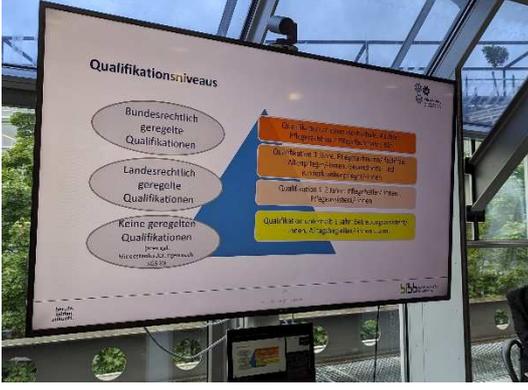
壯年人口外移，家中長輩無人照顧，因此德國目前建立新型照顧模式，期待透過鄉里間互助模式，市民之間可以互相照顧，透過社區之間共同參與來建構相關政策，終極目標是達到健康老化，降低急性照顧，解決人力需求的問題。

- (2) 生活成本：由於通貨膨脹且生活成本增加，在現實生活中，高齡者會越老越窮，原因是因為收入變低，且照顧成本的增加，目前需要針對高齡者生活成本做討論。
- (3) 城鄉差距：有35%高齡者居住在偏鄉，偏鄉因衛生、醫療、生活資源缺乏，致便利性及生活機能不佳，造成高齡者生活不便。
- (4) 照顧人力短缺及人力培育：
 - A. 在 15-20 年內照顧體系有可能會面臨危機，原因來自於機構照顧人力缺乏，目前估計約 15 萬照顧人力的缺口，但這並非單純人力不足問題，係複雜討論議題。
 - B. 照顧人力資格及培訓期間如下所列：
 - (A) 照顧者：訓練期間為 1 年以下。
 - (B) 照顧助理：訓練期間為 1-2 年，基本資格為 10 年級以上（相當於臺灣國中學歷）。
 - (C) 專業護理人員：訓練期間為 3 年，基本資格為 12 至 13 年級（相當於臺灣高中學歷）。
 - (D) 護理專家：必須修習相關學程且基本需求有大學以上學歷。
 - C. 學習過程由過去先進行學科學習，再機構實習模式，目前改為學科學習及實習交錯進行，在整個教學過程進行不同於以往的變革，實習單位於照顧課程中與學校及學生有 2 個合約，分別為產學合作（學校與機構）與建教合作（學生與機構），學生實習為有薪實習。

4. 失智照護

當日參訪團提出失智照護實務議題，據機構代表人員表示，有80%德國失

智人口接受居家照顧，失智照護傾向共融，德國政府未因失智疾病嚴重及病況進展程度，而予不同照護資源，針對失智症者伴隨 BPSD 症狀時，如何減少照顧者負擔，目前於德國沒有統一機制，且很難執行，但目前政策傾向，將失智症伴隨 BPSD 症狀者採專責機構照護，以減輕家屬照顧負擔。

	
<p>BAGSO 代表接待人員進行機構簡介</p>	<p>機構簡介</p>
	
<p>祝司長健芳與 BAGSO 人員討論德國 長照及失智照護議題</p>	<p>德國長照人才培育介紹</p>

(四) 德國私人健康保險聯合會及醫療服務鑑定公司(PKV and Medicproof)

1. 德國長照保險介紹

(1) 緣起：德國於1970年代開始面對人民有長期照護需求議題，於1978年開始在德國南邊試辦私人健康保險，1985年民間開始上市私人健康保險 (Private rankenversicherung，簡稱 PKV)，因私人健康保險實施成效佳，1995年德國政府開始實施法定健康保險(Gesetzliche Krankenversicherung，簡稱 GKV)，目前全國有100家公司承辦法定保險，40多家私人長照保險公司。

(2) 法定健康保險與私人健康保險制度比較：

項目	法定健康保險(GKV)	私人健康保險(PKV)
提供者	政府委由民間公司辦理	私人保險公司
服務輸送體系	委由 MDS (法定健康保險公司聯合會) 轄下之 MDK 執行長照保險等級評估及住宿型長照機構評鑑等事務	委由 PKV 轄下之 Medicproof 執行第一階段需求分級認定，保險局才進行二次審查判定確認
評估人員	政府聘僱人員，類似臺灣照顧管理專員	醫護人員為主，但執行評估人員要接受訓練
複評機制	有	有
被保險人	針對有保險需求的人，包含受薪者、退休者、失業者、學生、外國學生等。平均稅前年收入 66,000 歐元以下。	A. 以居住在德國且具德國籍人士為主 B. 平均稅前年收入 66,000 歐元以上者，規定要加入 C. 公務員 D. 自營工作者

項目	法定健康保險(GKV)	私人健康保險(PKV)
受益者	7,362 萬人(2021 年)	870 萬人(2022 年)
保險單位	家庭	個人
保費	非營利導向，保費每隔幾年會浮動，保費每月繳納，視收入決定保費，會因個人狀況包含單親、雙親、小孩（25 歲以下）人數等，影響保費。	費用固定，每 5 年制定一次最高付費上限
雇主負擔	每個人的薪水，約 1.7% 由資方支出	無（公務員除外，由雇主即政府負擔）
保險給付項目	只有基本的服務，且需負擔自付額，被保險人倘覺得不夠，額外加保私人保險附加險	提供項目與 GKV 差不多，但有提供私人保險附加險，涵蓋法定保險自付額
請款方式	法定保險與長照單位簽訂合約，被保險人使用長照服務後不會收到帳單，長照單位直接向法定保險公司請款。 （類似臺灣特約長照服務提供單位向地方政府請款）	當被保險人有長照需求，給予長照服務，並向保險公司請款
政府預算	每年 2 億歐元	除公務員外，原本無政府預算挹注，但自 2013

項目	法定健康保險(GKV)	私人健康保險(PKV)
		年 1 月 1 日開始，政府開始補助私人長照保險附加險，補助方式為每人付 10 歐元，政府再補助 5 歐元
使用概念	保險金相當於使用在當下的被照顧長輩身上	繳交保險費用於自己未來身上

- (3) 無論法定或私人長照保險，並非加入保險，就立即可以接受給付服務，需要加入保險2年，才能開始接受給付服務，另德國沒有獨立計算健康醫療險及長照保險給付各佔 GDP 比率，僅統計健康醫療險及長照保險給付合計支出，目前佔 GDP 13.2%。
- (4) 長照保險與健康醫療險必須同一家，健康醫療險在哪家公司，長照保險就會在同一家，健康保險及長照保險之保費，會持續繳納到身故才結束。
- (5) 失能等級評估六大面向：
- A. 移動功能：可獨立使用輔具，認定為可自由移動。
 - B. 認知功能。
 - C. 行為問題：例如：失智症造成精神行為(BPSD)等。
 - D. 生活自理能力：以評估現場觀察為主，此項評分比重最重。
 - E. 醫療及藥物使用。
 - F. 社交能力。
- (6) 當被保險人如果自覺疾病嚴重程度改變，或認為自己評估等級應該更高，可向保險公司提出進行複評需求，複評頻率無限制，也未訂有固定複評時間，不像臺灣規定每年複評一次。但德國被保險人要求複評情形不高，據統計平均每人於被保險期間約提出2次申請複評，保險公司也會審慎評估，但對於失智症者，保險公司認屬此類疾病具不可逆性，通常不會嚴格

進行監控防弊機制，認為失智症者評估等級變嚴重為合理現象。

2. 給付方式

- (1) 德國人開始需要長照服務平均歲數為77.5歲，平均需長期照顧時間為4.9年（不含身障者），基於被照顧者對既有環境的熟悉，德國長期照顧制度以在地老化為主，2017年開始，被判定需要居家照顧族群成長40%，而機構照顧族群減少35%，此變化與疫情無關，為國家政策方向，希望長照政策以居家照顧為主。長照服務有居家服務給付佔80%，機構住宿給付佔20%。
- (2) 德國長期照顧保險法賦予照顧需求者，有選擇實物給付或照顧津貼權利，給付方式說明如下：
 - A. 居家照顧—實物給付：類似臺灣現行長照特約服務提供單位，予被保險人照顧服務之給付制度。
 - B. 居家照顧—現金給付發給照顧津貼：目前為最多人申請之給付方式，被保險人自行尋找照顧人員，資格不限來自受過訓練之照顧服務員，鄰居、朋友、家屬均可列為照顧人員，因此當被保險人自行指定照顧人員，得申請照顧津貼。
 - C. 現金與實物給付組合。
 - D. 住宿式機構給付：MDK 和 Medicproof 每年均會評估住宿式長照機構是否依規定營運，並提供合適照顧服務，評鑑後資訊會公開。
 - E. 輔具及居家無障礙環境改善。
 - F. 綜合意見：本次參訪詢問機構代表者，是否會擔心發生民眾於未有照顧事實前提下，發生被保險人與其指定照顧人員，有私下分攤照顧津貼金額之舞弊情形，德國政府基於人性本善理念，認為被保險人有照顧需求是事實，會因此犯下詐欺罪機率較小。但避免是類違法情形發生，仍有每半年經專業第三方抽查監督機制，如果失能程度較高、花費較高者則每季檢查一次，除事後稽核，也會輔導長照個案照顧者。



德國私人健康保險聯合會講解
德國長照險制度



祝司長健芳贈予國際交流紀念品

(五) 德國長照體系及長照保險制度

本次前往科隆，由曾經任職於德國衛生部及 PKV，目前營運私人線上醫療照護產業的黃漢平先生，完整介紹德國長照體系及長照保險制度，其中長照保險的簡介及發展，綜整於前述內容，其他有關德國科技照護、整體保險體制及長照保險給付額度，摘述如下：

1. 德國科技照護

臺灣於科技照護發展，相較於德國快速，因民情不同，科技導入照護，德國需要花很多時間討論此議題，例如：法規、隱私及效益等。目前德國均以試辦計畫辦理，由機構或團體撰寫計畫，向聯邦政府申請，計畫執行年限以2年為主。缺點是計畫執行完畢，未有評估執行成效，或有實質效益呈現。

2. 保險制度：德國總共有13套社會法典，並以健康保險、意外保險、養老保險、長期照顧保險及失業保險之五大保險，建構成社會安全網。

3. 長照保險給付額度：依據失能等級及照顧模式之給付金額

評估等級		身體狀態	照顧津貼	實物照護	機構照顧
等級 1	輕度支持	精神和身體健康稍微依賴支持。	—	—	125 歐元
等級 2	中度依賴	需要他人協助，行動能力受限。	316 歐元	724 歐元	770 歐元
等級 3	重度照顧	生活能力不足，失智或肢體障礙。	545 歐元	1,363 歐元	1,262 歐元
等級 4	極重型照護	日常生活技能有嚴重限制，需要全天候照護。	728 歐元	1,693 歐元	1,775 歐元
等級 5	特殊照顧	照顧有特殊需求，包括長時間臥床。	901 歐元	2,095 歐元	2,005 歐元

註：照顧津貼係由長照保險每月支付補助金，以確保在家中可以得到照顧。直接轉入受照顧者的帳戶，可以作為薪資補償轉給家庭照顧者，照顧津貼的金額與照

顧等級相關。

1. 居家照顧服務內容

- (1) 內容涵蓋日常生活 ADL 協助、生活 IADL 協助，也包括進階照顧措施（心理社會問題、日常生活安排、支持溝通和社會聯繫、認知功能活化）、照顧技巧衛教指導及福利資源諮詢。
- (2) 由專業人員到居家提供照顧服務的「實物給付」、直接支付給被照顧者（轉給照顧者）的照顧津貼現金給付（金額較實物給付低），也可以混合兩者（依比例轉算）使用。
- (3) 提供喘息（機構喘息、居家喘息）、日間和夜間臨時照顧、照顧者年金、健康保險、額外救濟金、衛生用品援助、照顧課程。

2. 住宿式機構服務內容

- (1) 全日制的機構照顧可以得到保險的給付，包括照顧費用及醫療費用，額度與評估等級相關，補助額度通常不足以支付全部機構費用，個案或家屬也需要繳自付費用（經濟弱勢可以另外申請社會福利團體協助），因此不同照顧等級的自付費用也不同。
- (2) 機構照顧給付額度：

單位：歐元

失能等級	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
住宿費用	3,468	3,880	4,372	4,885	5,115
補助給付費用	125	770	1,262	1,775	2,005
自付費用	3,343	3,110	3,110	3,110	3,110

(3) 替代式的生活方式（alternative Wohnformen）

許多長者選擇在晚年盡可能的獨立生活，這種照顧模式與同年齡者共同生活，但也仍擁有個人的隱私和獨立。例如在設施裡擁有自己的房間，但可以使用公共區域社交生活。通常有啟動補助金和每月補助，一次性2,500 歐元啟動補助金和每月214歐元。包括以下類型：

- A. 老年住宅：無障礙公寓，獨立生活，房間佈置人性且個別化、每個公寓都各有特點和服務。
- B. 老年社區住宅：團體生活，需要申請，搬入、搬出、聯繫醫師或需要照顧時都能獲得協助。
- C. 替代式住房：鼓勵獨立生活及互助。



黃漢平先生介紹德國長照體系及長照保險制度

(六) 歐洲聯盟的組成及運作，公共衛生管理及長期照顧財源制度

1. 歐盟的組成及運作

本日參訪團安排與常駐歐盟的我國衛生福利部駐歐盟（歐洲比利時布魯塞爾-歐盟）衛生代表沈茂庭組長深度訪談及交流，了解歐盟的組成及運作，尤其是衛生及長照在歐盟的整體性及各國特色。歐洲聯盟（以下簡稱歐盟）成立於1951年，計有27個會員國，使用23國語言，開會時主要使用英語。而歐洲議會議員代表來自各不同國家，議會進行同步有6種語言翻譯。歐盟經濟區規模較大，有些不是歐盟國仍可加入經濟同盟，例如：瑞士、挪威。

2. 歐盟運作主要組織如下：

- (1) 歐盟理事會，由27個國家總理或總統組成，是最高的原則決策機構，每3個月召開歐盟高峰會，主席由各國代表輪流擔任。
- (2) 歐盟執委會，類似我國行政院，擬定歐盟理事會之主題草案，再由歐盟理事會檢視可行性，之後再給歐洲議會議決。
- (3) 歐洲議會，類似臺灣立法院，歐洲議會針對草案進行部分修正與或意見給予。

3. 歐盟通過法案有區分為以下二種型態：

- (1) 有約束力：必定要遵守，各國議會需把歐盟頒布的條文移轉到自己的國內法令，因此有2至3年的緩衝期進行立法程序當違反歐盟法令，歐盟將此國提報到歐洲法院，如果判決該國有錯，則會進行罰鍰或不予補助費；並將此罰鍰併入公費，公費用在救援事件，例如弱勢經濟(漁農業)難民。另一方面其實歐盟原本就是有相對充裕預算的，因此會投資進行預先採購，例如：COVID-19的疫苗採購案，於研發製造過程即訂購。
- (2) 無約束力：屬於宣示供參性質。

4. 公共衛生及保健

衛生保健政策，例如：醫療健康保險制度如何運作，醫院設立，醫療品

質管控，長照服務等皆是各會員國管理，但藥品與醫療器材則由歐盟統一管理。歐盟有很多行政管理單位稱總署（如同行政院轄下的部會），並且考量平衡分佈在不同國家，例如與衛生健康管理有關的衛生及食品安全總署 (SANT, DG)，歐洲藥品局(EMA)位在荷蘭、歐洲疾病管制局(CDC)位在瑞典斯德哥爾摩、歐洲食品局位在義大利，其職掌內容分述如下：

- (1) 歐盟衛生暨食品安全總署：主要是針對跨國議題管理，例如醫療健康保險，如需歐盟自由移動時，到另一個歐盟內的地點也能適用、罕見疾病網絡可跨國討論、以及跨國的電子化健康資料庫。
- (2) 歐洲藥品局：主要功能是新藥審查，讓藥品能於27個國家快速通用，各國無須再逐一審查，特別是癌症藥品，糖尿病藥品，神經退化引起之疾病，自體免疫藥品，病毒引起疾病之藥品，生物基因工程藥品，動物用藥則如瘦肉精或促進牛奶分泌。過期的專利藥後就由各自國家自行審查。
- (3) 歐洲疾病管制署(CDC)：主要進行資料收集及給予意見，以前歐盟各國沒有義務將傳染病資料傳給歐盟，現在除了需要傳送外，也須進行分級與預測疾病未來，例如目前關注議題之一是注意亞洲的斑蚊。
- (4) 歐洲食品局：提供食品安全相關意見給大家參考，例如福島食品是否進口，由專家意見評估。

以此次 COVID-19大流行及因應經驗來看，歐洲衛生聯盟的 **Regulation on Serious Cross-border Threats to Health**（跨國健康風險威脅）法令規定，各國依此規定移植到各國內的法令，例如：疫情發生時各國要將數據匯報，因此各國要修正自身法令後再回報給歐盟，同時也因為此法令而新增一個歐盟機構，並將藥品局功能延伸 **Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA)**健康緊急事件準備及應變部門：主要做緊急應變及統一採購，例如：疫苗、防疫物資及治療藥品等全由歐盟統一進行採購（且用投資觀念預先採購），當預購品項過多時則經評估後與廠商協調進行延長交貨的

方式進行展延。

5. 長期照顧

歐盟注重社會福利，即使是有醫療險、長照險的制度設計，仍有稅收及社會福利的概念，例如：依據收入訂定保費收取。因此許多國家人民所得整體稅率為40~50%，從嬰幼兒至老人福利皆顧及，但保險不一定由政府自辦，而是委託保險公司來辦，人民皆要納保，通常依收入納保，得到基本保費與福利皆一樣，但也可再自行加碼。

歐盟有長照保險的國家分別為：荷蘭、德國、比利時、法國、奧地利等，許多是由私人保險公司辦理，政府規定法定費率及基本保障，如要自行加保再購買私人保險附加險。在法定費率下，因為納保人不同，且保險公司不得拒絕民眾投保，部分保險公司可能有盈餘，亦有部分保險公司有虧損情形，例如：依據投保對象年齡分布不同，例如：某私人保險公司投保者以老年人多，支付風險增加，因此政府會給予風險分攤公式，由投保人口較年輕之保險公司，需提撥一些錢，給投保人口較老的保險公司。



沈茂庭組長介紹歐盟的組成及運作



祝司長健芳贈予國際交流紀念品

(七) 荷蘭長照政策研究組織 AFEdeMy

1. 機構簡介

AFEdeMy 是一個關注歐盟高齡友善的組織，由私人創辦，參與學術及跨國公共政策。此次參訪由共同創辦人暨執行長 Willeke van Staalduinen 帶領組織同仁介紹及對談。組織核心工作是執行歐盟的 Smart Healthy Age-Friendly Environments (SHAFE, 智慧健康高齡友善環境)，持續參與許多歐洲跨國網絡工作，主要從歐盟得到預算挹注，佔整體預算約95%，預算維持團隊運作及少數先導計畫費用。

2. Smart Healthy Age-Friendly Environments (SHAFE, 智慧健康高齡友善環境)

自2017年開始發展此專案，也就是建立智慧健康高齡友善環境，由4個單位合作組成，合計51個國家、540個成員、5個工作團隊一起參與計畫，也獲得聯合國認可，應用數位科技輔助，導入知識、服務、資源及環境因子，以解決長期高齡化社會問題，促成樂活環境。

高齡者現況挑戰包括：孤獨感（現況有25%老年人感到孤獨，20%老年人極度孤獨）、慢性病（2/3有2種或以上慢性病）、衰弱、肥胖等。此計畫依據世界衛生組織的高齡友善城市八大行動綱領推動相關計畫（類似臺灣目前推動高齡友善城市的方法），並進一步組成 NET4Age-Friendly 服務網絡推動。

SHAFE 在數位科技輔助上有相關目標及指引，但是沒有具體實務作法細節。落實仍需要各國具體推動，例如此組織推動的 SiRENE。SiRENE 是一項為期2年的 Horizon Europe 協調和支持行動計畫(2022/10~2024/9)，支持社會創新生態系統的發展，結合居住、資訊科技等基礎設施，協調政策和資金，在高齡民眾、工作人員、志工的生活、社會參與、物資、環境都有可用性、可及性的方案，無論是否行動不便、是否有聽力或視力障礙。

SiRENE 為 SHAFE 計畫建立了生態友善且可永續的社區模式，希望推動社會創新深入社區，實現包容、綠色和智能的住房和環境（也就是 SHAFE 的

目標)。此計畫引發社會創新，運用環境網絡幫助高齡友善環境，與人民共同討論問題，提出建議，共同合作，解決社會問題，長期計畫有賴改變且執行，人民與政府合作，接納新的建議與想法。AFEdemy 推動這些計畫的方法，運用五重螺旋框架、跨國地方圈模式等理論。所以本日參訪聚焦這些結合網絡的計畫推動方法，而非單項科技技術。

City & Co 屬於城市層級的計畫，進行高齡友善各大行動面向資料收集及統計分析，以導引高齡政策方向。舉例2年一次的海牙老年人問卷調查，發現低分面向之子議題，或特定群集的有特定低分項需要改善，專家小組每2年會透過老年焦點團體、地方政府工作人員建議等方式收集資訊，然後整合給政策建言。制定並實施行動計畫、監控指標、後續評估進展、評值實施成效、週期持續追蹤改進。

3. 荷蘭健康及長照法規

荷蘭於1840年開始是民主社會，當時受宗教影響深遠，當時荷蘭社會也因宗教而產生族群分裂現象，1900年代間，荷蘭開始注重工作權保障，後來發現更需關注健康保險，中間歷經多次改革，直到第一次世界大戰後，荷蘭被德國統治，開始導入保險思維，故德國及荷蘭均為採行保險制度的國家。

荷蘭於1968年開始，醫療機構普遍設置，荷蘭政府開始擔心民眾收入不及醫療支出，便開始籌組保險團隊，精算保險費率及被保險人資格。荷蘭長照保險制度架構於健康保險法規，並以社會保險方式推動長期照顧，長照保險非由政府直接開辦，而是由保險公司提供且規範民眾投保，民眾可以自由選擇保險公司，且保險公司不可拒保，保險公司具有給付權力，故必須有相關法規及政策為基礎，規範長照保險及服務輸送體系。

主要法規有健康保險法（強制納保、基本醫療保健）、長期照顧法、社會支持法、青年法（小於18歲需要照顧者）等構成整體健康照護法律。中央管理主要依照長期照顧法，地方管理則依據社會支持法（WMO）。

老年人口增加，照護人力短缺也趨嚴重，為解決照護人力問題、提高服務

品質、與擴大民間參與，荷蘭2006年通過社會支持法（取代舊的福利法、身障法），應用於照顧人力及產業，以緩解財政及人力困境。2007年開始實施。此法由地方政府負責執行，依居民的需求制定地方政策，以達到相同的目的：讓所有荷蘭公民盡可能地可以獨立生活、確保社會參與的權利，強調社會連結與促進社會參與。

社會支持涵蓋範圍包括：促進社會和諧以及社會互相照顧，提升生活品質；支持「非正式照護者」，包括幫忙解決困難，支持「志工」；並促進社會參與及提供服務，讓身障或心理社會問題者，能維持和強化其獨立性工作與參與社會。實現參與式社會支持精神，促成社會互助與融合。

社會支持推動預算來自政府，但透過自願性團體提供服務，例如：提供非醫療性的照顧服務（家事及社會服務），期待將低國家負擔。荷蘭過去制度過於複雜，許多方面沒有依預期進行，期待改善後更彰顯其社會化，目前包容性和可及性正在改善，歧視也正在減少。

<p>創辦人暨執行長 Willeke van Staalduinen 介紹組織核心業務</p>	<p>荷蘭健康及長照法規介紹</p>

(八) Hogewey 侯格威失智村

1. 機構簡介及經營理念

由2位機構創辦人介紹導引，並以個案隱私為由，此次參訪僅能參觀，但不能針對機構內任何軟硬體設施及住民拍照，Hogewey 於1970至2003年為護理之家，法源為醫療機構照護法，通常提供長照個案直到死亡。在1993年開始創辦人有個願景，希望讓重度失智症者，也能保有正常生活模式，創辦人於原護理之家舊大樓測試約10年，建議臺灣如果認同 Hogewey 失智機構照護模式，機構經營者可以先在傳統住宿式機構先進行試辦，循序漸進辦理。

在2002至2005年，2位創辦人拆除原建築，重新思考失智症長者適當的生活型態，也將新的照顧方式進行調整，認為就算是嚴重失智症者，也有重新學習及適應環境的能力，及訓練生活自理能力之機會，例如參與煮食、洗衣、散步、購物等，而不是讓重度失智症者，於長廊式住宿式機構，由醫護人員全責照顧，傳統醫療針對失智症伴隨精神行為症狀(BPSD)者，會實施安全看視，甚至進行約束，希望是類病患保持安靜狀態，但創辦人表示，伴隨精神行為症狀(BPSD)失智症個案其實仍能保有正常生活，以其照顧經驗，若針對是類病患，採取傳統醫療照護模式，反而會讓失智症更躁動。

整體園區占地約1,500平方公尺，目前多數棟建築為二層樓，以6~7人為一個單元，以家的概念，單元內有單人房間、共用廚房、客廳、衛浴、洗衣設備等，總共有27間房，每個小家房間整體面積330平方公尺，客廳及廚房80平方公尺，寢室18至20平方公尺，住民總計188位。於荷蘭文化中，即使醫療住院，家屬不能陪病，通常晚上8點之後就必須離開醫院，故住宿式長照機構也是採取此照顧模式，家屬不能陪同入住。

在荷蘭長期照顧模式，85%以居家照顧為主，其餘約15%為機構照顧個案，即使是重度失智症者，仍會使用居家照顧，除非是疾病進展、家庭結構改變無法照顧，才會申請照護機構，因此會接受此機構照顧之住民是已被荷蘭政府評估為「無法在居家照顧」的失智者，而政府會補助給機構8萬歐元/人/年支付給機

構，另外住民部分負擔依照不同所得情況而有不同的負擔費用，部分負擔由住民直接支付給政府。機構營運也有業外收入，例如：給住民消費的超市、咖啡廳與餐廳、理髮店、理念及經營管理 know-how 輸出等；其中最後一項就是付費參訪、受邀到各國演講分享，及擔任認同本機構照顧理念的同業輔導顧問。

2. 收案條件

失能等級評估為無法繼續在居家照顧之失智症者，照顧等級5級以上（有定向感混亂，需要跨專業人員進行密集性照護及持續性監控）；在這樣的條件下，目前實際188名個案中，有約40%坐輪椅，60%可自己使用輔具移動。在傳統照顧方式中，這樣等級的失智者在機構中很可能會被監控且避免自主移動發生危險，而無法有自己的生活，這也是此機構作法不同且著力甚深之處。

3. 服務核心理念

(1) De-institution 去機構化

將具需要傳統醫療照顧者帶入到社群生活中，著重生活與生活照顧，而從中又有醫療照護行為(social-relational model replaces the medical model)，聚焦在可能做到的而不是失能(focus on possibilities，not on disabilities)。

(2) Transform 轉型

逐步調整轉型以符合照顧理念，包括：多樣環境及設備，例如將中央倉儲室轉換成可以選購的超市；調整單元人數，從15~30人之單元調整為每單元7人，更接近正常家庭居住環境與功能角色；調整服務模式，以家的「生活」概念為主取代傳統集中管理與照顧。

(3) Normalize

以「人」為中心的照護，讓住民參與自己生活：有品質的生活是指每個人的需求有被滿足；所有住民有屬於自己的生活與決定參與自己喜歡的活動，不勉強與強迫；住民可自由移動，宛如家中自由生活，在單元家中及機構社區中都自由，但也會顧及安全，個案如果經過園區大門口也是有守衛會同步管控；在家中如何生活，在機構中也是，回歸正常生活，所以在家中會

跌倒，在這裡一樣會有跌倒風險，在以自主生活為前提下承擔跌倒風險，此點很顛覆一般傳統照顧概念，尤其是台灣，更深入的討論後，理解到此作法除了需要平衡自主與風險的對話、思辨。

4. 服務特色

個案入住前，家屬能協同住民參觀及相互了解，提升入注意願度及能穩定適應環境，機構也會安排家訪，透過家訪了解疾病史外，更重要是了解個案的生活史及生命經驗。

新案入住時將相似背景或興趣志同道合之住民分類至同一個單元，例如鄉村生活型態或城市生活型態的家庭布置，以類似的生活型態，也增進共同話題，並降低困擾行為，提升居住適應力。工作人員除了有照護專業證照外，也都受過失智症相關訓練，包括超商店員、咖啡廳暨餐廳廚師，機構園區內每位工作人員對於這188名個案皆認識與熟悉，每個工作人員都可作為安全守護員。

機構照顧內容遵循生活品質的幾大原則，作為園區的服務概念：好的生活型態、有利的周圍環境、生活樂趣與生命意義、健康、正式與非正式網絡、社交包容性及自由、調整所屬機構適合的模式，分述如下：

(1) 好的生活型態及有利的周圍環境：

每單元6~7人的小家居住環境，將居住生活區分為4個主題風格（鄉村型、傳統型、城市型、藝術文化型等），家俱搭配不同主題風格的裝潢將空間軟化，讓住民如同在家中生活，生活型態是連結所有元素的樞紐。沒有中央廚房，每個單元小家自行選定今日的餐食並共同烹調，並且由照服員陪同住民至超市採購，同時照服員會透過個案的儲值卡進行預算管控。

園區巷弄街道採模擬外界，有交通號誌、門牌等提供住民學習及方向辨識，提升定向感。公共區域設有噴水池、花園、劇院、咖啡廳、理髮廳、超市等多樣性設施，提供更多的社區互動，也開放外面居民或家屬使用，期待有更多的共融。有關此點，目前開放園區外居民進入，但對於住民自由外出

到園區大門外，與機構外居民互動，對機構及對園區外的社區，都還有在持續努力中的工作，尚待逐步突破。

(2) 生活樂趣與生命意義

園區沒有規定全體制式的課程表，透過社團經營，每個人可參與不同社團（合計有35個社團），社團有內部及外部，依照自己的喜好，依照自己的興趣選擇，這樣參與活動意願度會提高也有更多的社會互動與支持。同時也能透過社團的參與感受到成就感與老後生命的價值。

(3) 健康

用「健康」一詞取代醫療照護，就算是判定等級5級者，依然可以過自己要的生活，可以去購物等想參與的活動，也此很少個案會退化至臥床（目前僅約1~2位），即使臥床也通常已經是往生前幾天，也就是臥床時間縮短。

機構內有專業的老年醫學團隊及照護團隊進駐，在每位長者入住時就都會與個案及家屬討論生活品質意義、及用藥等問題；每位長者平均有8種藥，但通常還會再減藥，臨終前藥物及飲食可能更少，在荷蘭能接受以緩和醫療為主，更聚焦提昇臨終長者之生活品質（比起德國，更不會期待透過醫療來維持生命），又如前述討論，當個案跌倒可能需要手術時，則會考量到手術必要性及是否對生活品質會提升或降低。

(4) 正式與非正式網絡資源:

運用各種資源，非正式資源如家人、朋友、志工等，園區內有許多志工適當協助住民，例如協助陪伴去參與社團活動；正式資源如照服員、同單元之同儕、和醫療照護專業團隊；園區內27位照護人員及每單元的同儕固定在自己的單元內，照服員對自己家的個案相對了解，除了熟悉其疾病外，更著重生活史，例如生活型態、生活經驗等，以利照護時保有尊重。

參訪團員也進階關注照顧人力專業能力議題，此機構的照服員人進入機構前先完成3年相關專業知能訓練，然後搭配在職訓練，在20幾年前大多數只知道醫療照顧，至今則是要以生活照顧為主，因應時代觀念變遷必須日新

月異。人力短缺也是此機構面臨的問題之一，但在人員配置中，更重視必須是優質的照顧人力。

(5) 社交包容性及自主自由

前述的社團參與及園區內自由行走等就已經具此原則，進一步的，如果長者喜歡喝啤酒，通常也允許適量飲酒，當然這也算在小家從超市購買食品項裡。另外也舉辦市集、投票站、老幼共學等。

(6) 調整機構適合的模式

此機構照顧理念模式也拓展多國，目前在瑞士、美國、義大利、加拿大、澳洲等國家也有相同服務模式的機構，然而在相同的服務核心理念下，需依據各自國家文化及組織，因地制宜的調整，才能成功落實理念。

	
<p>Hogewey 侯格威 失智村市招</p>	<p>祝司長健芳與 Hogewey 侯格威 失智村2位創辦人合影</p>

(九) 荷蘭醫療保健國家組織(Vilans)

1. 機構簡介

Vilans 於2006年由政府出資成立，經費來自荷蘭政府、歐盟、及民間(包括產業)，是中立的角色。因荷蘭未完整應用科技於長期照顧，該組織致力於推動各種計畫，從研究到先期實作試驗，做為提供相關知識的平台，推動實際應用數位化照顧、升級各類系統、促進整合性的照顧。

終端使用者(被照顧者)在數位化發展/創新/應用過程中是非常重要的角色，科技必須本於使用者，能夠替人類生活帶來附加價值、提升生活品質。

2. 荷蘭的長照需求及人力需求

荷蘭人口1,720萬人，老年人占20.5%，大於75歲人口140萬人(8%)，大約有半數為獨居。健康支出佔 GDP 大於10%，長照服務支出(政府及法定保險支出)佔 GDP 的4%(OECD 平均1.5%)，照護領域從業人數約120萬人，佔總就業人口13%。

荷蘭對於老年居民照顧的宗旨是 **Solidarity**: 互相幫助、扶持、合作，平等能使用照護。長照近年的發展改變包括：去中心化、公共支出改為私人支付、由專業照顧轉變為更多自我賦能的照顧、周全的全人照顧而不只針對某病症、從原先重視照顧品質轉變為更重視生活品質，並且在自我照顧的部分，特別強調能回到家庭、鄰里，有更多的非正式照顧。今年(2023年)通過的一個居家照顧相關法案，主旨在於以居家為單位、自我照顧、數位化，如果再更嚴重才到護理之家去。

荷蘭正式照顧人力也短缺，年輕人及學生不想進入護理及長照領域。依現行做法，隨著社會人口組成持續老年化，2040年長照工作人力需求將達到總勞動市場1/4，這個挑戰跟大，需要不同的策略。

3. 國際及全國性數位照顧計畫

目前有40幾個國際性及全國性的計畫在進行，有40名員工負責。合作的機構超過120個。計畫都注重使用者的想法、用法、設計需要是實用的(work

very close to the people who use the care, which they called co-design), 成效以價值為導向，且要能以量化的證據及成效導引(value-based and data driven)。

組織有五大工作方向：Knowledge Sharing 知識分享，例如目前分享13個數位化照護的解決方法、Uniform Methodologies 為了能統一輸出及複製規格化、Innovations in Long Term Care 長照創新例如機器人等、Cooperation in Acceleration 整合加速發展、International Project & Presentations 國際計畫及成果展現

當天互動討論到幾個數位化照護實例，能夠提升品質且減少人力負擔，例如：給藥提醒器、尿布尿濕偵測、離床監測感應器，Vilans 與100多家照顧機構合作，由這些長照機構試驗，並統計這些數位化裝置能夠省下多少時間等量化成效。並以 Honingraat Model (honeycomb)，也就是不斷地重複檢測所執行、發想的東西，是否能回應臨床上的需求。需求分析、嘗試、研討及發展、臨床使用、更新、升級；就是想辦法將科技、及人工智慧應用到照護市場去，並且也在此過程中重視安全、風險避免。

4. 整合性照顧

歐盟的 HAAL 計畫，由荷蘭、義大利、丹麥、台灣共同合作。該計畫製作出一個整合平板，類似汽車的儀表板 dash board，能夠知道整台車的狀況，此整合平板匯入了被照顧者身上、生活環境周遭的各種電子輔助裝置、醫療監控裝置等，使得各照顧者能夠在這個整合平板上，就知道這個老人的所有狀況。藉由 AI 判斷這麼多的數據，哪些是重要數據，呈現在儀表板上。最原先是想要給專業照顧者使用的，後來變成目前的狀況是非專業照顧者用更多，未來仍希望連專業照顧者也愛用。

5. Vilans 共同創辦人馬歇爾 Marcel Canoy 教授會談

Marcel 教授是健康醫療及長照產業經濟學家，任教於阿姆斯特丹大學，參與 Vilans 的創辦。此次與本參訪團員會談聚焦長照政策的理念。他非常強調老年人的社區化需求，以及社區非正式照顧資源的可能。摘錄重點如下：

- (1) 必須先理解人們對於健康照顧/長期照顧的想法輪廓是什麼？以及到底什麼才是老年人們所需要的。失智症者需要什麼？社會該給予什麼樣的資源及支持，以及如何幫助他們最大限度的正常化他們的生活。
- (2) 對於這些老年人/失智症者們，首先要問你們能做什麼？你們需要什麼？你們的家人及鄰里能夠做點什麼？最後，才會來到社會、政府能夠提供什麼資源的階段，2大重點即為社會協助及使失智症正常化生活。
- (3) 這並非是組織及硬體的改變，比較重要是觀念改變。
- (4) 在家裡照顧、盡量正常化的生活是好的，也相對使用比較少的預算，能降低人力負擔，對於被照顧者/老年人們也好，因為賦能、因為身邊是熟悉的人。並且迷你社區化，生活更貼近原本的樣子。
- (5) 荷蘭也有很多關於人力短缺的抱怨，但也可是一個機會，迫使他們去面對真正的問題及解決可能方向，引進外籍照顧人力，不是荷蘭的解決方法。目前所提供的服務，有許多並非專業的醫療照顧，可以是來自社區各界的生活協助，有沒有專業背景不是那麼重要。尤其針對失智症，目前失智者照顧人力多是家中的配偶或子女，社區中已退休且健康的人也可以是這部分人力。荷蘭有約150萬的退休人力，都能成為非專業/非正式照顧者(informal care worker)，應該用鄰里互助概念執行失智居家照顧。



參、心得及建議

一、德國、荷蘭長照制度以居家照顧為主，但現金給付方式尚需審慎研議

德國、荷蘭兩個國家長照政策，仍以居家照顧為主，及以實現在地終老目標，與臺灣現行長照政策精神不謀而合，但德國、荷蘭因志工教育及鄰里互助精神，長期向下紮根教育，值得臺灣學習；另德國、荷蘭長照保險，運用鄰里互助及社區共生精神，提供非正式照顧人力執行居家照顧，並以申請照顧津貼（現金給付）最多，而臺灣需以接受訓練之合格長照人員提供服務，以實物給付為主，但照顧津貼之現金給付方式，考驗人性及具道德風險，倘臺灣學習德國、荷蘭之現金給付模式，必須有審慎之防弊機制，但恐更增加行政人力成本，且不適合臺灣民情，必須深入研議。

二、照顧人力短缺

由此次考察發現，因少子化衝擊，及年輕世代思維改變，德國、荷蘭與臺灣面對護理及照顧人力短缺的相同挑戰，德國及荷蘭於長期照顧，仍以護理人員為主，現行針對護理教育改革方向，類似臺灣已實施之學士後護理教育制度，且臺灣現行面對護理人力短缺，亦針對護理執業環境改善，也將透過智慧科技及建立老手牽新手臨床教師制度，改善護理工作負荷，提升醫院護理留任，而護理人力短缺最大困境為夜班護病比過高與人力不足，輪班亦為護理人員離職重要原因之一，為提升護理留任意願與協助醫院充實夜班護理人力，目前也優先推動額外提供護理人員夜班費獎勵，配合現行健保護病比連動機制推動，可以發現對於護理人力短缺因應，是全球面對高齡照顧的共通議題。

關於照顧人力，德國也開始執行以非護理人力之照顧人員培訓，類似臺灣已實施照服員及醫院護佐培訓，臺灣整體照服員人力並非完全短缺，如同臺灣護理人員及住宿機構照服員，因輪班制度而使執業時間不長及照顧人力短缺，使照服員選擇就業職場以居家及社區式機構為主，臺灣因應住宿式長期照顧機構資源布建及用人需求，招募外國學生至我國就讀設長照相關科系二專，並與住宿式機構業者（含老福、護家、身障機構）產學合作，提供學生學習津貼、實習名額、

實習津貼及畢業後就業機會與並以中階技術人力聘用，外國學生畢業後至少3年續留實習機構服務，相關補助費用由政府與業者各負擔一半，此與德國培育非護理人員之照顧人力有雷同之處。

三、非正式人力的引進

現行臺灣失智、失能的居家照顧，有部分服務項目可引進退休人員參與，因應臺灣預計將步入超高齡社會，推動「因應超高齡社會對策方案」，其中便囊括推動「共生社區」，希冀引進社區的力量，讓民眾發揮自身能力互相支援照顧，徹底翻轉「照顧者」與「被照顧者」觀念，此部分可學習荷蘭推動經驗，運用鄰里互助及社區共生精神達到自助、互助、共助，而不是一味仰賴專業照顧。

四、長期照顧保險

近年來民間團體不斷倡議，臺灣應該開辦長照保險，以解決財源不穩定情形，但從此次考察德國、荷蘭，發現2個國家開辦長照保險以來，面對老年人口逐漸增加，但於財源有限情形下，歷經多次改革，將給付項目不斷縮減，而產生部分項目需自費使用及自付額增加情形，且政府仍須撥補公務預算支應，由德國及荷蘭經驗，顯見開辦長期照顧保險並非解決財源唯一解方。

開辦長照保險需向雇主、民眾收取保費，並由政府編列預算，其籌措方式實質與加稅方式類同。以臺灣健保經驗，每次調漲保費都引發抗爭，如同德國及荷蘭每次面對改革，也必須面對反彈聲浪，且雇主負擔保費意願不高，恐轉嫁壓低員工薪資，以支應費率調漲。

臺灣長照仍屬於布建資源及提升服務量能階段，以指定稅收做長照財源，積極布建資源與提升服務涵蓋率，如開辦長照保險，在缺乏服務資源之原鄉、離島之被保險人照顧需求，將面對被保險人要求以現金補助來彌補，導致更不易發展出在地服務資源，無法在地終老，以現階段而言，指定稅收做長照財源，仍為務實可行做法。

五、失智照護

無論於德國或荷蘭，即使面對失智症照護，僅有居家照顧及住宿式機構可

供選擇，也未有考慮失智病程進展，衍生伴隨精神行為症狀之相關照顧模式，反觀臺灣長照2.0現行服務項目中，針對失智症長照服務推動項目，可歸為失智照顧服務計畫、居家服務、日間照顧、團體家屋、住宿式長照機構，亦考量失智疾病嚴重程度布建照顧資源，亦持續精進失智照顧資源之運用，發展更多元化的失智症防治照顧對策，讓民眾有更多選擇，此為考察過程中，發現臺灣於失智照顧布建資源考量層面，相較德國及荷蘭更以多元面向思考，惟社會大眾對失智症的接納包容，臺灣社會更需急起直追。

從參訪住宿式長照機構過程，發現荷蘭無家屬陪病文化，而臺灣為協助失智症者入住團體家屋之轉銜期間適應良好，及減少分離焦慮情形發生，於2022年針對入住團體家屋失智症者，推動「團體家屋服務創新模式試辦計畫」，有別於國外失智症照顧方式，發展符合使用團體家屋服務對象及其家庭之創新服務模式，透過獎助民間資源投入，提供服務對象之家屬部分時間陪同入住並參與照顧，協助失智症者及早適應機構環境，建立多元照顧模式，進而提升團體家屋服務量能，由此部份，可以發現，相較於德國、荷蘭失智照顧，臺灣失智照顧更考量全人及全家照顧理念。

六、智慧科技照顧及科技城市

臺灣長期以來，於 ICT 產業發展具有國際競爭力，從此次考察發現，臺灣於科技照顧及科技城市發展，走在歐洲前方，可以發現德國、荷蘭之智慧科技照顧多處於試辦階段，且未有具體落實於醫療或照顧現場之成果，而臺灣無論於醫療或長照機構，均已逐步將科技導入照顧，尤其科技照顧運用於醫療體系已實施多年，且目前仍不斷革新與精進。