

# 臺北市長期照顧服務網絡之 發展、創新與挑戰

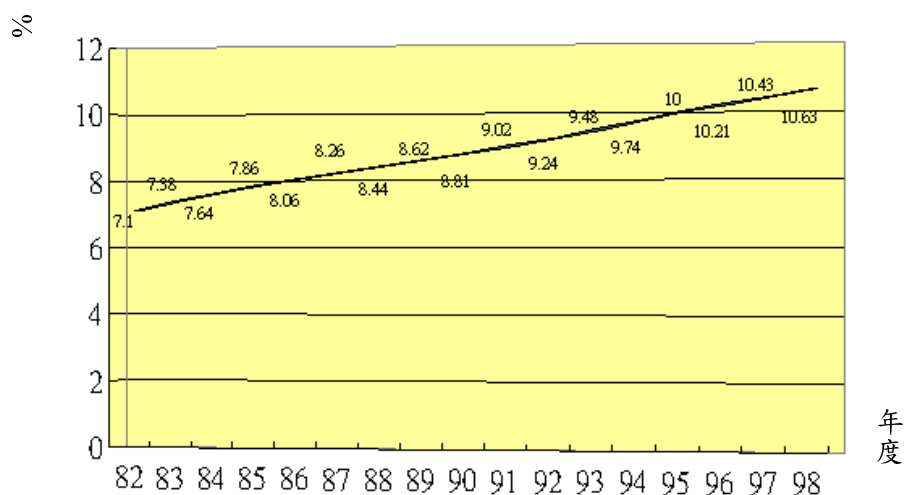
師豫玲·鄭文惠·蘇英足·葉俊郎·沈詩涵

## 壹、前言

隨著社會與醫療條件的改善，人口老化已為近代社會人口變動的普遍趨勢。臺灣於民國 82 年 65 歲以上老年人口比率到達 7% 後，高齡化社會(aging society)也儼然成為勢必面對的人口議題。

從內政部的統計數據看臺灣人口老化的趨勢，自民國 82 年起老年人口占總人口數 7.10%，87 年達到 8.26%，92 年 9.24%，

98 年底 10.63% (參見圖 1)。而其中 75 歲以上的老老人(olds old)所占總人口比率已從民國 82 年的 2.12% (同年老年人口比 7.10%，75 歲以上老人占 29.86%)，攀升至 98 年的 4.61% (同年老年人口比率 10.63%，75 歲以上老人占 43.37%)，快速老化的人口結構使得我國因應高齡化所帶來的社會議題之準備時間相對減短。



資料來源：內政部統計月報。

圖 1：民國 82-98 年間臺灣老年人口比

## 貳、臺北市失能老人照顧需求

以臺北市而言，民國 82 年老年人口占 7.63%，略高於臺灣地區 7.10%，每年並以將近 10,000 人的速度持續增加，加上本市人口密度較高，整體的老年人口數量在 100 年 2 月已達 331,988 人，占本市總人口

12.66%，其中逾 15 萬人為 75 歲以上的老老人，占老年人口比率將近半數。其中老年人口比率最高為萬華區 15.22%，最低則是內湖區 8.59%，其他行政區則介於 11.26～14.72%（表 1）。

表 1：臺北市各區老年人口比

行政區	人口數(100 年 2 月)	老年人口數(比率)
松山	208,769	27,820(13.33%)
信義	225,375	30,439(13.51%)
大安	311,896	45,910(14.72%)
中山	220,573	28,585(12.96%)
中正	159,768	22,138(13.86%)
大同	124,819	17,055(13.66%)
萬華	189,269	28,800(15.22%)
文山	262,651	30,498(11.61%)
南港	114,258	12,862(11.26%)
內湖	270,956	23,274(8.59%)
士林	284,976	35,399(12.42%)
北投	249,573	29,208(11.70%)
總計	2,622,883	331,988(12.66%)

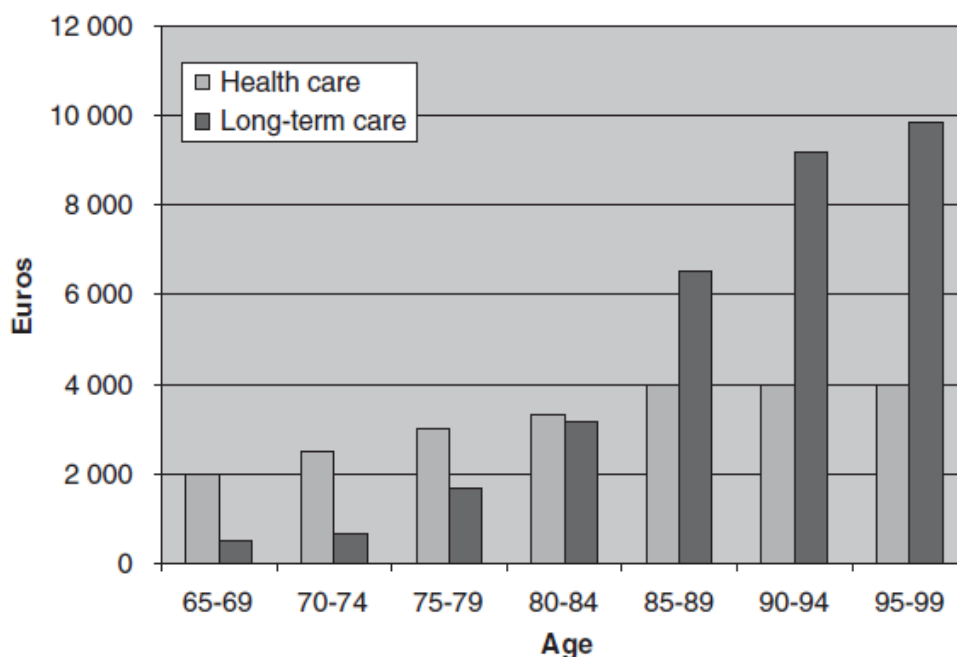
老人有慢性病問題的比率高達 50～60%，並隨年齡的增長提高比率；Wagner（1999，引自莫藜藜，2005）並指出逾 7 成 65 歲以上的老人中至少有 1 種慢性疾病，而 5 成以上至少有 2 種慢性疾病，25% 則患有高血壓和風濕。慢性疾病會損害個人的健康狀況和生活功能，導致失能和死亡的風險。徐震(2000)進一步提到，人

生到了老年階段，生活問題多來自於生活需求滿足的困難，而老人的生活需求可分為：經濟問題、醫療問題、居住問題、社會參與以及尊嚴問題等 5 類。因而失能老人的服務需求包含以失能者為核心的居家身體照顧、日常生活照顧、簡易護理、復健諮詢、輔具等，和連結社區醫護、照顧資源的交通接送與餐食提供，以及滿足失

能者社會參與或於社區中托顧、安置的需求。

此外，照顧者的支持系統也是長期照顧需求的一部份。Castries (2009)的研究報告中即指出，儘管 65 歲以後使用的醫療資源呈現增加的趨勢，但進入 85 歲以後的老

人，相較於純醫療資源，花費於長期照顧資源的比例更高、且快速攀升。有鑑於此，為因應未來人口結構變化及長期照顧人口需求，早於民國 70 年代起本市即展開一連串服務網絡的設置與規劃。



資料來源：Castries (2009)。

圖 2：歐洲公共醫療與長期照顧資源分配趨勢

依據經建會（行政院經濟建設委員會，2009）的推估，臺灣地區失能人口於民國 100 年至 125 年間將從 8 萬餘人增加至 10 萬餘人。本市 98 年間針對 65 歲以上老人進行的「臺北市老人生活狀況調查」報告（臺北市政府社會局，2009）顯示，若以巴氏量表得分低於 80 分為失能認定

標準，推估臺北市老人失能率為 9.1%，據以估計本市 99 年 9 月失能老人數約為 30,209 人，另以本市 99 年 9 月各區長期照顧服務站服務在案數來看，實際使用服務資源者僅約 22.78%，惟各區服務站個案管理量逐月增加成長中。

表 2：臺北市分區長期照顧服務量供需表

服務站	東區	西區	中區	南區	北區
服務區域	南港、內湖	中正、萬華	中山、大同	大安、信義 松山、文山	士林、北投
截至 99 年 9 月 在案量	756	1,567	910	2,349	1,299
占推估需求人數比 (9.1%推估數)	22.99% (3,288)	33.81% (4,635)	21.91% (4,153)	19.17% (12,254)	22.10% (5,879)

## 參、臺北市長期照顧服務概況暨 網絡的建立

### 一、長期照顧十年計畫開辦前

長期照顧服務係針對具照顧需求的失能者，提供以生活照顧為主、醫療照護為輔的服務，是具整合性與連續性的服務系統。因此建立長期照顧服務體系時，社會照顧與醫療健康照護的連結、整合十分重要（周月清等，2005）。

臺北市長期照顧服務體系的起步則遠早於 97 年長照十年計畫開辦前，從 70 年代規劃辦理的在宅服務（居家服務前身），至 90 年社會局與衛生局合作試辦長期照顧服務中心，期待藉由發展多元化的社區服務，提供失能長者友善的社區生活條件，以減少不必要的醫療資源浪費，並維護失能長者的尊嚴。然而長期照顧的服務考量服務方案之間的整合與銜接，並涉及服務提供者、使用者與支出經費等諸多因素，規劃實屬不易，因此臺北市歷經幾個階段，從服務經驗中不斷修正服務模式，

目的皆在於建立一個更完善的服務網絡。依照服務的提供約可歸納為社區照顧與機構式照顧兩發展方向，並可區分為如下幾個發展階段：

#### （一）社區照顧

##### 1.以家事服務為主的發展期

有鑑於第一線服務經驗，發現許多獨居或單身老人在身體功能逐漸衰退或自我清潔及家務無法自理，亟需有人協助，故社會局即著手規劃在宅服務，並於民國 72 年由社會局聘請在宅服務員，並由社工員擔任督導，在北市延平區、大同區進行試辦，服務對象為此 2 區之低收入戶。本項服務於 76 年擴及全市低收入戶辦理。

##### 2.以居家服務為主的專業服務

民國 79 年，因市民對在宅服務的認識增加，使用率提升，需求人數日益擴大的情況之下，在宅服務員卻受限於政府人事精簡政策（出缺不補）供不應求，因此本市將此服務轉型為委託民間專業福利機構與團體辦理方式提供，提升服務可近性，以嘉惠更廣大的市民。80 年首先委託中華

民國紅心字會辦理，服務項目包含家事服務、陪同就醫、文書服務與關懷照顧等。民國 81 年，臺北市因自 79 年起發行的「臺北市社會福利愛心彩券」創造許多盈餘，因此由本年度擴展服務，增加委託服務之民間機構，委託機構增加台北市立心慈善基金會、松年長春服務中心、中華民國紅十字會臺灣省分會及伊甸社會福利基金會等 4 單位，服務對象從低收入戶擴及中低收入，服務項目除在宅服務外，同時整合多項服務更名為「居家照顧服務」，並朝向專業化發展。

民國 87 年，居家服務歷經第二次擴展，補助對象擴及一般戶，並且再增加 4 家委託服務單位，至 90 年，全市共計已有 11 家居家服務提供單位；93 年，在居家服務補助的公平性與政府委託服務角色界定兩方面考量下，全面調整居家服務補助方式，除了在補助條件上以個案失能程度為依據，補充、協助失能者（包括中低收入戶及一般戶）購買服務，並依據個案之失能評估結果決定補助時數上限，及提高長時數補助、特殊需求個案專案補助、一般戶個案補助時數與經費，價格上則採高時數、低單價市場原則，凸顯政府作為服務購買者之議價行動，並將「補助額度」及「實際收費」視為兩個不同概念。政府僅決定所能補助之額度及相關條件，實際收費則由服務提供者自主訂定。

### 3. 開發新型服務期

儘管居家服務是社區照顧之主要部分，但是一個完善的社區照顧除了居家服務之外，尚應包括其他相互銜接使用的服

務，彼此連結成一個服務網絡，以使留在社區的老人能得到其所需要之充足、妥適的服務。此階段本局與衛生局皆著力於社區照顧服務的建構，並開始考量失能者核心照顧之外的需求，包含失能家庭的經濟負擔、照顧者身心負荷等。

民國 85 年，臺北市將日間照顧中心的服務型態併同社區老人服務中心，委託予財團法人臺北市立心慈善事業基金會辦理，為社區日間託顧服務的起始；87 年，正式成立大同老人日間照顧中心，是臺北市第一家純老人日間照顧中心，針對輕度失能長者提供社區裡的日間託顧，讓失能長者的家庭照顧者擁有更充分的彈性以調整照顧工作，藉此維護照顧品質和兼顧照顧者本身的需求。同年，衛生局亦開辦機構式暫託服務（喘息服務），提供社區失能長者短期機構照顧，以供照顧者規劃自我生活及喘息的空間；並開辦居家專業人員訪視服務，結合護理師、醫師、物理治療師、職能治療師及營養師等專業，提供社區裡的不易自由行動並缺乏家庭協助的長輩到宅訪視服務，以滿足其基本的醫護或照顧需求。民國 89 年，本局另為減輕家庭照顧者的負擔，提供低收入戶及中低收入失能老人照顧者津貼，以鼓勵、支持社區中弱勢家庭失能長者之照顧者。

### 4. 服務整合期

#### (1) 整合社政、衛政資源

老人照顧議題涉及政府跨部門合作，其中關係最密切的是衛政與社政。臺北市自民國 84 年即著手規劃「都會型長期照護系統模式」，86 年於信義區衛生所成立臺

北市長期照護管理示範中心，作為長期照顧服務與轉介的窗口，並提供輔具租借的服務，自此衛生局與社會局開始密切合作以建構本市長期照顧制度。而後，民國 90 年正式成立士林區、大安區及萬華區長期照護服務中心，為提供區內各類長期照護服務，建構一個更便民的服務輸送機制。91 年進一步成立市府層級的「臺北市長期照護規劃推動專案小組」，由兩局共同參與新制的規劃與運用，由社會局主責財務規劃，衛生局主責整合與研發。

同時，並在社會局與衛生局合作之下，重新規劃一套失能評估機制，作為失能個案接受本市老人照顧系統服務與補助之統一標準與依據，其方式為透過社會局 14 個老人服務中心及 3 個長期照護服務中心執行失能評估，相互承認評估結果，彼此轉介照顧服務資源。

### (2) 整合社區機構評估機制

失能評估機制在社區照顧服務中成為個案接受政府補助資格之評估基礎後，對機構照顧個案卻無評估相關的規定，在要求個案具失能評估等級或身心障礙手冊皆可進住機構的情況下，大部分機構照顧個案多以其身心障礙手冊取得政府補助，然而身心障礙手冊鑑定程度卻不等同於失能評估等級、使用工具與標準亦不一的情況下，除了可能發生個案對於機構照顧的過早使用，增加整體照顧系統之成本外，也不利於老人照顧服務系統性、連續性之服

務輸送（顧燕翎等，2004）。因此長期照護服務中心設立之後，發現服務的使用仍偏重於機構式照顧。

為了避免長者提早進入機構，並引導個案於社區中使用適切的照顧服務，臺北市 93 年開始積極研擬、建立一套失能老人照顧服務體系，依照「服務連續體」的概念，失能個案在老人服務中心或長期照護服務中心專業人員評估後，轉介可獲取之服務類型與決定政府補助額度，再依照評估結果提供個案相關照顧服務資源訊息，同時統整個案照顧服務資源，協助個案轉介並實際取得所需之照顧服務。希望藉此達到以失能評估為基礎的整合性服務機制，引導合理、適當的機構照顧使用，並對個案進行定期追蹤與評估，以實現失能老人照顧管理的服務目標。

### (3) 整合長期照顧服務補助標準

長期照顧是一連續性服務，惟補助標準採互斥原則，無法滿足有多重需求之民眾。據此，臺北市遂著手規劃「個人總額補助制度，以社區照顧資源為主，針對包含居家服務、短期及日間托顧、交通接送與家庭照顧者支持方案等服務項目（服務項目如表 3），規劃給付的時數與額度，目的在於增加失能個案變更使用照顧服務方式的彈性，增進民眾選擇符合個人需求的服務權利，同時達到行政作業流程精簡化的效果，並提供中央作為規劃十年長期照顧參考。

表 3：總額補助涵蓋項目及給付頻率

類別	服務項目	給付頻率	備註
經常性服務	1. 居家服務	每月	(1)經常性服務可交互使用。 (2)輕度失能者每月上限為 4,500 元(每月 25 小時);中度失能者每月上限為 9,000 元(每月 50 小時);重度失能者每月上限為 16,200 元(每月 90 小時)。
	2. 身心障礙者臨時暨短期照顧		
	3. 日間照顧或教養		
	4. 家庭托顧		
	5. 住院看護補助		
	6. 緊急救援系統(租金)		
按次給付服務	7. 陽光假期	每年	
	8. 交通接送服務	每月	
	9. 環境修繕	每年	
	10. 家庭照顧者支持方案	每年	
專業人員訪視服務	11. 評估費(初/複評評估費)	每半年	
	12. 督導費	每月	
	13. 居家營養指導	不定期	
	14. 居家復健指導(含 OT、PT 及呼吸治療)	不定期	

表 4：民國 97 年以前臺北市社區照顧服務網絡發展簡表

時間	發展內容	目的與意義
72 年	試辦在宅服務	1. 於延平、大同兩區試辦，成為全臺最早以雇用人員給薪式服務辦理居家服務的縣市。 2. 服務對象僅限於低收入戶或中低收入。
76 年	擴大在宅服務地區	回應市民需求，將服務對象擴及全市之低收入戶。
80 年	在宅服務轉型：委託民間機構辦理	1. 受限於政府人事精簡政策，公務預算有限及引進民間資源參與下，將服務轉為委託民間社會福利團體辦理。 2. 委託中華民國紅心字會辦理。
81 年	在宅服務擴展並更名居家服務	1. 服務對象由原本低收入戶擴大為中低

時 間	發展內容	目的與意義
		收入戶。 2. 整合多項服務而將在宅服務更名為居家照顧服務。
84 年	居家護理轉移至衛生局	1994 年護理人員法明定居家護理為衛生主管機關與醫護專業人員負責業務，因此將居家服務中居家護理項目轉移至衛生局。
	規劃「都會型長期照護系統模式」	衛政與社政合作建立長期照護制度。
85 年	龍山老人服務中心附設日間照顧中心	開辦日間照顧服務。
86 年	成立長期照護管理示範中心	作為長期照護資源轉介單一窗口與提供輔具租借服務。
87 年	居家服務第二次擴展	補助對象擴及一般戶。
87 年 4 月	開辦機構式暫托服務	針對輕度失能長者提供白天的照顧服務。
87 年 7 月	成立大同老人日間照顧中心	第一間純老人日間照顧中心。
87 年 11 月	開辦居家照護專業人員訪視服務	連結護理師、醫師、物理治療師、職能治療師及營養師提供居家服務。
89 年	中低收入老人照顧特別津貼	支持社區中經濟弱勢家庭照顧者。
90 年	成立士林、大安及萬華區長期照護服務中心	1. 擴大辦理長期照護業務，提供責任區內各類長期照護轉介諮詢服務。 2. 社會局與衛生局聯合辦理。 3. 整合失能評估機制，透過評估過程適切了解失能老人需求。
90 年 9 月	中低收入戶氣切個案進住照護機構費用補助	提供氣切個案良好照護條件及減輕其家庭負擔。
91 年	成立市府層級「臺北市長期照護規劃推動專案小組」	結合跨專業，建構本市長期照顧制度。
	長期照顧管理示範中心業務移至衛生局續辦	個案管理業務轉交至士林、大安、萬華長期照護服務中心。
93 年	調整居家服務補助標準	調整補助方式與依據，並區分政府補助

時 間	發展內容	目的與意義
		與民間服務提供者實際收費為兩概念。
	全面調整失能老人照顧服務方案	1. 落實「在地老化」目標。 2. 建立衛政、社政合作機制。
93年6月	建立大同、南港長期照護服務中心	擴大長期照護服務管理業務。
95年	規劃個人總額補助制度	1. 以「社區照顧」資源為基礎。 2. 增加失能者變更使用照顧服務方式的彈性。 3. 達到行政作業流程精簡化的效果。

## (二) 機構照顧

在失能程度和類別影響下，加上家庭資源與功能使個別失能者對照顧服務有不同的需求，儘管近年政府與民間均極力發展社區化、在地化的照顧服務體系，但照顧系統裡「機構照顧」仍是無法切割且必要的一部份。

民國 86 年老人福利法明文規定私人或團體設立老人福利機構，應向主管機關申請設立許可；而後在「老人福利機構設立許可辦法」與「老人福利機構設立標準」強制機構立案規定下，社會局即提出各項輔導方案，鼓勵、協助臺北市內機構儘速立案，自此老人安養護機構數量即大幅成長（圖 3）。86 年後立案機構數量突破個位數，88 年快速攀升至 118 家，94 年到達高峰期，全市立案老人照顧機構達 200 家。其中以養護機構增加量與比率為最，安養

及長期照顧型機構則相對緩慢，顯示照顧生活無法自理的老人養護機構數量，因照顧技術門檻較低，相對容易回應對老人的照顧需求，而成為老人照顧服務產業中最活躍也最關鍵的組織群體（紀金山，2008）。然而 94 年後，老人照顧機構設立標準逐漸法制化並細緻化的影響下，立案機構數量自此微量減少，95 年 181 家，96 年 169 家，97 年 162 家，至 100 年 2 月底全市共計 152 家。凸顯照顧服務在增進服務提供數量之後，勢必面對品質維護的議題，然而機構照顧的需求在老年人口仍持續增加以及社區照顧尚未完善之下，臺北市仍以機構評鑑、定期訪視等方式，輔導並協助機構提供優質的照顧服務，以充分發揮機構照顧與社區照顧銜接的功能，96 年臺北市長期照顧機構的住床率已達 83.91%，98 年 84.47%。

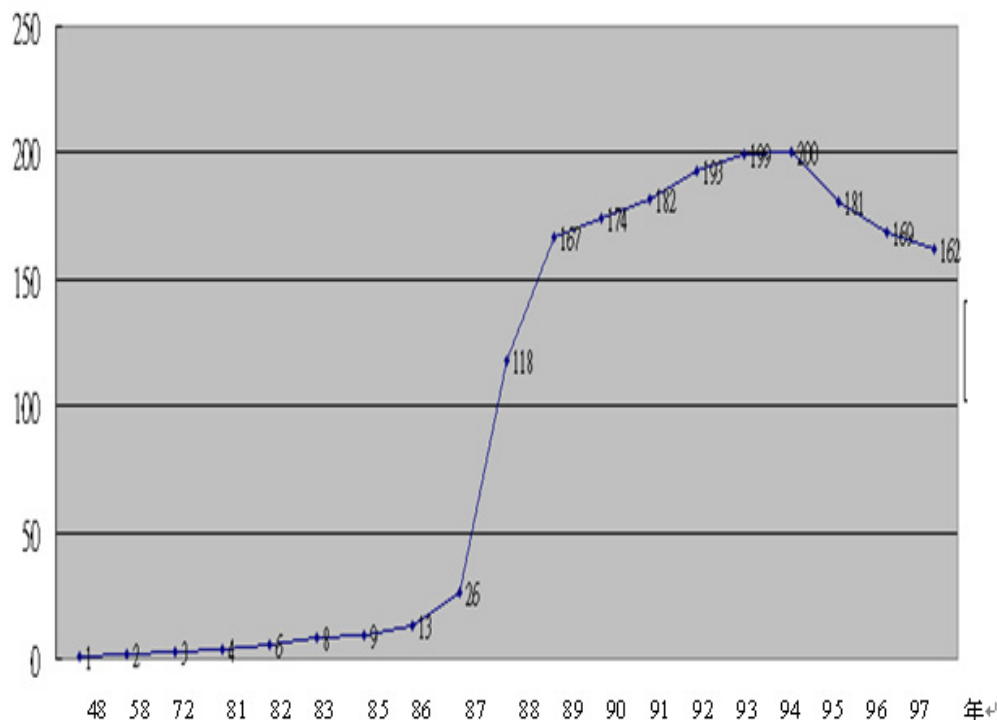


圖 3：臺北市老人照顧機構立案數趨勢圖

## 二、長期照顧十年計畫開辦後

民國 97 年中央開辦我國長期照顧十年計畫，本市積極配合推動長期照顧服務系統也因應調整，建立跨局合作之服務輸送機制，並明訂服務對象、評估工具，以下簡要介紹本市目前長期照顧服務：

### (一) 跨局服務輸送機制

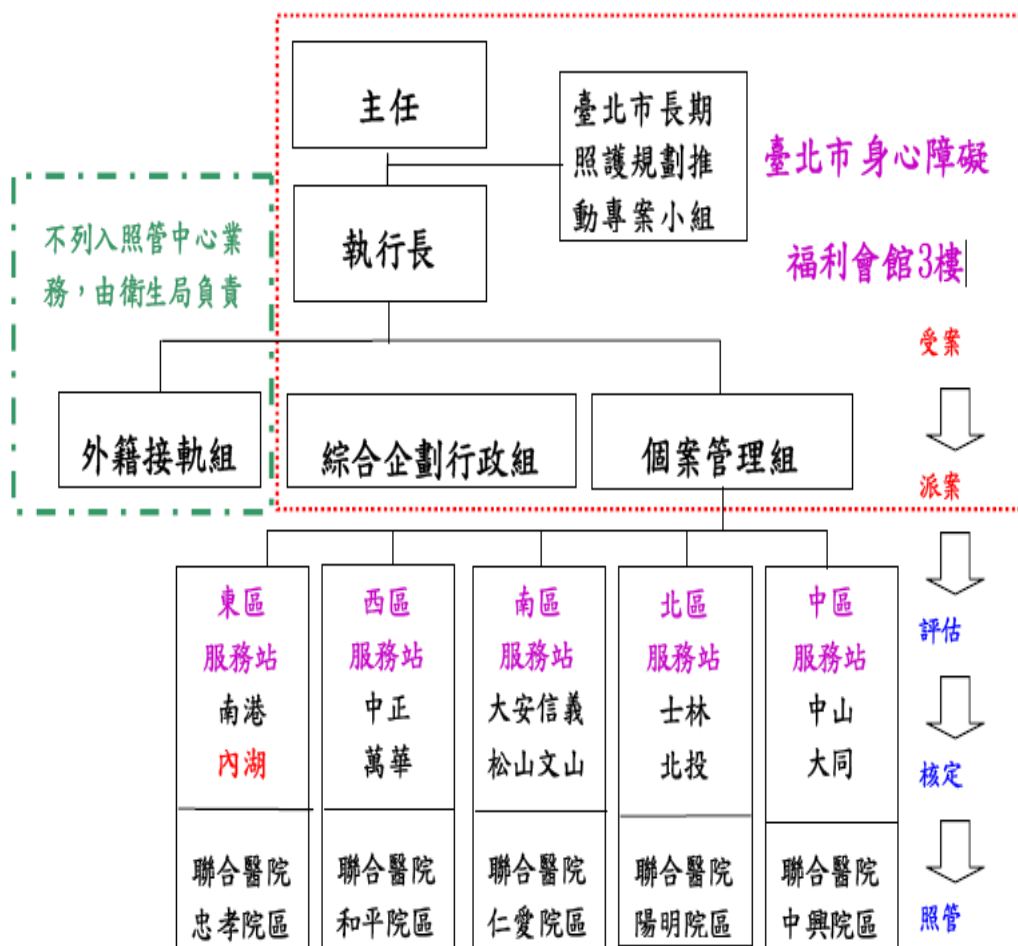
本市長期照顧服務運作模式在社政、衛政 2 局處協力合作之下，於 97 年 4 月成立臺北市長期照顧管理中心，此中心以衛政為主，社政為輔，設主任及執行長各一名，以整合兩局相關之行政及服務資源，並相互聯繫協調。中心主任由衛生局醫護

管理處處長兼代，中心執行長由本府衛生局遴派（兼）之，社政支援社工人力進駐中心。自此之後，本市各項長期照顧服務如居家服務、日間照顧、交通接送與機構收容安置補助等，均由長期照顧管理中心評估、媒合，提供民眾便捷、直接的服務申請單一窗口。

中心下設外籍接軌組、綜合企劃行政組、個案管理組 3 組，並於個案管理組下依據本市各區長期照顧需求人數、土地面積、人口密度及服務可近性，分別於聯合醫院 5 個院區設置東（忠孝院區）、西（和平院區）、南（仁愛院區）、北（陽明院區）、中（中興院區）5 個服務站。各區服務站人員包含原聯合醫院 5 位個案管理師專職

專責支援、3位照顧管理督導及20位照顧管理專員。業務上由長期照顧管理中心督導5區服務站的服務狀況，以及處理申訴案件，並指揮、輔導個案管理工作；5區服務站負責個案發掘及轉介、個案長期照顧需求評估、服務資格核定，與連結、整合、協調聯繫社區長期照顧資源（參見圖4）。至98年10月底已由社政、衛政共同甄選，完成聘僱20位照顧管理專員，專業

背景以護理專業為最多占74%，其次為社工占13%、營養師占13%；個案管理案數至99年9月底為262人，99年累計使用服務個案數（按月累積至9月）為2,636人次，收案服務時效為11天，接受與使用服務之個案量均逐年成長，來源以主動求助占第一位，其次則是社會局相關單位轉介。



資料來源：臺北市政府社會局(2010)。臺北市長期照顧整合第一期計畫。

圖 4：臺北市長期照顧管理中心組織架構圖

## (二) 服務對象

長期照顧的服務對象應不限於老年人口，包含因先天或後天導致日常生活功能喪失者。依照我國長期照顧十年計畫所定義，本市長期照顧的服務對象包含：(1)65歲以上 ADLs 失能者、(2)65 歲以上僅 IADLs 失能且獨居者、(3)55-64 歲山地原住民失能者、(4)50-64 歲身心障礙需長期照顧者。

## (三) 評估工具

目前臺北市長期照顧服務體系使用的失能評估工具主要為 ADL (日常生活功能量表, Activities of Daily Living Scale)、IADL (工具性日常生活功能量表, Instrumental Activities of Daily Living Scale) 及 SPMSQ (簡短操作心智狀態問卷, The Short Portable Mental Status Questionnaire)。

1. ADL (Activities of Daily Living Scale, 日常生活功能量表): 評估基本自我照顧能力受限, 需要個人照顧服務的程度, 如盥洗、進食、移位、如廁等。

2. IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale, 工具性日常生活功能量表): 評估需要社會支持的生活照顧程度, 如備餐、用藥、理財、購物等。

3. SPMSQ (簡短操作心智狀態問卷, The Short Portable Mental Status Questionnaire): 因失智症盛行率的增加, 認知功能的評估也成為長期照顧需求的重要依據。

依據上列評估工具, 將其需長期照顧的對象分為 3 級:

1. 輕度失能: 1 至 2 項 ADLs 失能者及僅 IADLs 3 項失能之獨居老人。
2. 中度失能: 3 至 4 項 ADLs 失能者。
3. 重度失能: 5 項以上 ADLs 失能者。

## (四) 服務項目與成果

表 5: 臺北市長期照顧服務項目與成果一覽表

服務項目	主責局處	開辦時間	家數	服務內容	服務量	說明
居家服務	社會局	72 年	14	案主生活起居為核心的家務及日常生活照顧服務, 及身體照顧服務	3, 319 人	99 年 1 至 9 月累計服務量
日間照顧	社會局	85 年 7 月	11	包含 2 家失智症老人日間照顧中心, 月托或臨時收托服務。提供生活照顧、促進老人自我照顧能力、辦理文康活動與提供福利、健康諮詢	359 人	99 年 1 至 9 月累計服務量 99 年 9 月實際收托數 272 人 可收托數 291 人 收托率 93. 47%
家庭托顧	社會局	99 年 7 月	1	於照顧服務員自宅提供身體照顧、日常生活照顧服務, 每家托顧家庭最高收托	1 人	98 年 9 月 30 日委託財團法人伊甸福利基金會辦

服務項目	主責局處	開辦時間	家數	服務內容	服務量	說明
				量 4 人。		理，於 99 年 3 月簽訂第 1 家托顧家庭，9 月始收托第 1 案。
交通接送	社會局	98 年 9 月	2	每家各提供 15 輛車。提供中、重度失能者為服務對象，提供就醫或使用長期照顧服務接送。	13,275 人次	99 年 1 至 9 月累計服務量
老人營養餐飲	社會局	定點 89 年送餐 90 年	62	週一至週五送餐到宅，中低收入且失能長者每餐補助 50 元。	4,136 人次	99 年 1 至 6 月累計服務量（半年呈報）
輔具購買及居家無障礙環境改善	社會局	98 年 4 月	98 年 4 月 4 日公告實施，補助失能長者生活輔助器具及居家無障礙環境改善。		202 人	截至 99 年 9 月申請人數
長期照顧機構	社會局		153	老人安養暨長期照顧機構。補助低收入戶及中低收入個案經失能評估達中度以上，一般戶經失能評估達重度失能以上。	5,472 人	截至 99 年 9 月可收容數為 6,472 人收托率 84.55%
居家護理	衛生局	87 年 11 月（居家專業人員訪視服務）	15	含身體評估、注射，更換或拔除鼻胃管、氣切內外管、導尿管及尿袋，呼吸訓練、灌食、灌腸及一般傷口護理等護理及復健服務。	297 人次	99 年 1 至 9 月累計服務量
居家復健	衛生局		8	居家物理及職能評估與治療，設定復健目標並協助、諮詢輔具與相關照護的使用。	1,220 人次	99 年 1 至 9 月累計服務量
喘息服務	衛生局	87 年 4 月	15	依失能程度不同提供每人每年可有 14-21 天的喘息服務，讓受照顧者在護理之家、養護所等機構，接受短暫照顧、停留，由機構工作人員提供 24 小時之照顧	612 人次	99 年 1 至 9 月累計服務量

【註 1】日間照顧服務中心含 2 家失智症老人日間照顧中心，收托對象為年滿 55 歲領有失智症身心障礙手冊，或經評鑑合格醫療院所診斷為失智症者，另 9 家日間照顧中心亦提供失智收托。

## 肆、社區化創新與服務方案—實踐在地老化服務理念

預防性與支持性老人服務可以延緩老人失能或老化之情況，同時也延緩老人使用補充性社區照顧服務或機構照顧服務，無論從老人需求或照顧成本兩方面來看都是較佳的選擇(顧燕翎等，2004)。在日本，預防性的服務早被視為介護項目的一部份，包含通勤介護、預防復健、介護預防訪問等(筒井孝子，2010)。莫藜藜(2005)指出許多長者仍然認為居家是最理想的養老方式，因此針對增強家庭照顧能力，提供社區為基礎之初級照顧服務對老年人及其家屬而言，暨能維持家庭的完整性，尚且兼顧老人居住安養的心理與社會需求，並可減輕醫療費用負擔。據此，臺北市在規劃長期照顧服務體系的同時，也自行或配合中央規劃許多預防性、社區化的服務方案，其中包括社區中的各類據點(包含老人活動據點、社區關懷據點、長青學苑及老人服務中心)、獨居與失能長者服務方案、假牙裝置補助，從健康維護與促進社交網絡等方面，期待從社區中建立起初級的預防服務網，支持社區長輩健康、有活力的老化。

### (一)活動據點與長青學苑

為落實積極性、預防性的照顧目標，本市藉由綿密的老人活動據點網絡，提供長者可近性、便利性及多元性的休閒文康活動，以滿足社會參與的需求。而各類型的據點包含：

1.民國 89 年本市自創「老人活動據點」設置方案，透過補助模式鼓勵民間團體於社區設置據點。

2.配合「行政院臺灣健康社區六星計畫」，自民國 94 年起設置「社區照顧關懷據點」。

3.民國 72 年起補助本市老人服務中心辦理「長青學苑」課程，並於 96 年起鼓勵社區大學及大專院校承辦。

4.各區老人服務中心本身作為一整合性服務據點。

老人活動據點設置主要的目的在於提供社區老人可近性文康休閒活動，而社區照顧關懷據點則以提供關懷訪視、電話問安諮詢轉介、餐飲服務、健康促進活動等服務。長青學苑提供長者多樣化的文康休閒及教育研習選擇。

截至 99 年 9 月，本市共計已設置 14 家老人服務中心，53 處內政部補助辦理社區照顧關懷據點，64 處老人活動據點及 23 處長青學苑，共計 154 處據點，除此之外，並有教育局 9 家樂齡中心、體育處 12 家運動中心及 158 處區民活動中心，就近提供社區長者活動場所。皆是期待各類型據點發揮社區營造及社區參與功能，並於作為初級預防照顧的網狀資源，以發揮作為長期照顧的預防性社區照顧前哨站。

值得一提的是本市自民國 72 年起設立的「老人服務中心」，初始名為「長青文康活動中心」，意在提供本市長者社會參與和休閒的場所；而後民國 87 年左右，因多起獨居長者於家中死亡多日無人發現的新聞震驚社會，老人服務中心逐漸轉型為連

結社區中衛生、警政、消防及榮民服務等多部門，提供獨居長者定期關懷追蹤；民國 91 年起，當時本市多項長期照顧服務已略具規模，並業於 90 年設立長期照護服務中心，因此老人服務中心被賦予社區失能個案評估及個案的任務。此後十多年間，本市陸續於 12 個行政區設立 14 家老人服務中心，至 99 年止，已有 9 家公設民營、2 家補助辦理與 3 家公設公營老人服務中心。在 96 年「長期照顧十年計畫」實施後，為建構完善的照顧服務網絡，賦予於 12 個行政區之 14 個老人服務中心作為社區預防的角色，除了連結長期照顧資源外，更發揮預防性功能；97 年，社會局更將輔導與開拓行政區內活動據點列入委託民間單位辦理老人服務中心之服務契約中，期待老人服務中心積極擔任活動據點開拓及輔導角色。

## (二) 獨居與失能長者服務方案

針對獨居長者，除了結合認養單位志工，根據長者意願進行電話問安及關懷訪視服務外，為增進獨居與失能長者的社會參與，透過方案補助鼓勵社區民間單位辦理營養餐飲、世代融合、節慶活動與健康促進等方案，目的在於強化老人社區照顧資源及建構服務網絡，使社區中的獨居、失能長者能就近獲得所需服務，落實「在地老化」的政策願景，並藉由支持及充實家庭照顧資源，以舒緩照顧者壓力，增進家庭其他成員與長者之互動；另外，為了提升服務品質、增進服務效益，亦補助團體辦理志工教育訓練。

民國 96 年至 98 年，本局補助民間單位辦理獨居與失能方案，計 51 單位 59 方案，共計服務 257,588 人次。

## (三) 假牙裝置補助

為恢復低收入戶長者咀嚼功能，強化消化系統、確保健康機能，讓長者過著更有尊嚴的生活，本市自民國 84 年起開辦低收入戶長者假牙裝置補助；98 年起配合內政部「中低收入戶老人補助裝置假牙實施計畫」，將原先由本局社會救助科辦理之低收入戶假牙補助措施，補助對象由 60 歲以上低收入戶，擴大至 65 歲以上中低收入戶，並改由老人福利科辦理。99 年再度將補助對象擴張至 65 歲以上領有本市身心障礙者生活補助費者、65 歲以上經本市補助身心障礙者托育費或養護費達 50% 以上者。期待從基礎保健預防的層面保障老人口腔健康，以維護其健康，減少經濟弱勢長者的負擔。

## 伍、臺北市長期照顧服務的挑戰

臺北市於民國 72 年的在宅服務的服務作為照顧服務的開始，逐步發展包括居家服務、日間照顧等多元化服務項目，長期照顧資源網的建構亦趨完善。但是，於急速老化的人口結構變遷下，仍有下列困境及挑戰亟需克服：

### 一、照顧服務人力尚不足

第一線照顧服務人力的不足在各項服務中都是顯而易見的問題。其中以居家服

務照顧服務員最為顯著，其主因一則是工作條件不佳，包括居家服務工作時數的不穩定、面對個別個案要求迥異的辛苦、薪資條件不如醫院一對一看護等；其次則是外在環境的誘因多，例如 92 年中央整合居家服務員及醫院病患服務員的訓練為「照顧服務員」訓練課程，結訓後的學員傾向選擇待遇較佳、工作內容單純的醫院看護領域，居家服務單位更面臨難以招募服務員的困境，加上此項補助的參訓對象以失業者為主，僅開放 10% 的非失業者，對於提升參與居家照顧服務的照顧服務員數量成果有限。

據本局 99 年針對居家服務受託單位的「照顧服務人力需求調查」顯示 98 年 14 家單位共計聘用照顧服務員 584 人，離職 169 人，流失率高達 28.94%。事實上，人才流失與招募不易的問題在日本介護保險的實行過程中已早有前例，2008 年日本厚生勞動省的調查報告顯示介護產業人員離職率為 14.6%，其中離職率最高為介護產業職員 21.9%，訪問介護員則是 13.9%，因而致使行政效率與直接服務品質堪憂；同時很高比率的介護福祉士、訪問介護員取得資格後沒有進入介護服務體系（筒井孝子，2010）。

再者，我國自 98 年 5 月 1 日起社團法人開始適用勞基法的實施，相關勞工法令改變大大增加雇主的薪資成本。筒井孝子(2010)指出雖然保險實施後每個介護服務使用者收入單位增加 1%，但支出卻增加 8%，而支出增加的比率中包含薪資增加 2.7%、委託費用增加 2.2%。依照日本介護

保險的經驗，由於一般民眾對居家服務員的評價常限於代做家事的勞動者，以致於居家服務員的待遇及工作條件始終不穩定，若政府亦壓低補助單價，一旦經營財務上產生赤字，屬勞動密集產業的居家照顧服務業者所採行的措施定是從人事費用的刪減開始，隨之而來的就是服務品質降低與人員流失的隱憂（陳玉蒼，2005）。

有關培訓第一線照顧服務人力方面，99 年 1 月起有關照顧服務員培訓業由行政院勞工委員會職業訓練局統一辦理招募訓練事宜，然為充實照顧人力，本市鼓勵民間團體自行辦理訓練課程，局部開放民間單位辦理照顧服務員自費訓練班，以增加服務人力來源，維持照顧品質。

另外，在機構照顧服務員方面，則因 96 年老人福利機構設置標準的改變，原有立案機構需按日夜間照顧人力比增設照顧服務員，因而舊有立案機構因應新制法規於 5 年內聘僱足額照顧服務人力，乃是現有機構照顧中需積極改善的一部份。

## 二、服務供給擴充不易

服務單位的充足性亦是長期照顧服務網絡完善與否的關鍵指標，因而臺北市始終積極擴充各項服務據點，惟在日間照顧、送餐服務與家庭托顧等服務方面，仍不易開拓足夠的服務提供單位。

日間照顧中心與送餐服務單位均面臨擴展不易的困境。其中失智型日間照顧中心的增加更為困難，因失智症初期診斷不易，需專業醫療人員及早進行鑑定並以適當的治療環境延緩病情發展，使失智症長

者的照顧需求實與一般失能長者有異；此外，依照法規兩者的人力配置比例亦不相同。因而特殊照護與人力需求，增加純失智型照顧中心的照顧成本，致使民間單位投入意願不高，相對較願意承辦照顧成本較低之混合型日間照顧中心；另一方面，土地取得實屬不易，日間照顧中心尚無法遍及本市 12 個行政區。96 年本市市議會附帶決議每一行政區至少設立 1 家老人住宅或日間照顧中心。社會局即積極開發籌設，臺北市截至 99 年 10 月底計有混合型公辦民營老人日間照顧中心 11 家(西湖日間照顧中心、中山老人住宅暨服務中心於 10 月開幕)，失智型私立養護中心附設日間照顧 1 家，市立醫院附設日間照顧 1 家，全市共計 13 家；惟大安區、中正區、北投區 3 區尚未設立，大安區則已規劃購地中、中正區已購地並籌備設置中，北投區搭配都市更新計畫期待於近年可設置完成。

失能老人送餐服務方面，中央補助款項以廚房及辦公設施設備為主，送餐單位需自行提供交通工具(摩托車、汽車、腳踏車及油資，而部分送餐單位志工自備交通工具；若送餐地點遙遠或偏遠，則志工交通代金不足支付交通工具耗損及油資費用，造成單位及志工額外的經濟負擔，間接影響服務提供意願。因而在非營利目的下經營的送餐服務，實則需要加以考量服務核心之外其他配套所需的補助款項，以提高服務單位的意願與能力。

另外，誘因不足將導致服務單位量難以成長。以家庭托顧為例，98 年原擬委託

2 家托顧服務提供單位為目標，歷經 4 次招標作業後卻僅有 1 家投標，至 99 年 3 月方有 1 家托顧家庭符合設立條件。檢討此服務設計的限制，阻礙照顧服務員投入成立托顧家庭之意願，係因「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」中另對於家庭托顧照顧服務員，有 1000 小時以上直接服務失能者經驗、且另置具照顧服務員資格之替代照顧者，相較於服務身心障礙者之託顧家庭服務員，僅需相關訓練 80 小時即可擔任之條件，差距過大；再者，針對住所設施設備玄關、地板面積以及扣除私人空間後每位受託者至少應有 8 平方公尺等室內規模的規定，在臺北市人口密度高、地價高漲，罕有符合上述條件的住家環境；又中央補助設施設備改善費用方面，實際補助的內容限於「含衛浴設備之防滑措施及扶手等裝備」，補助的範圍過低；加上，家庭照顧概念不普及，民眾需求量不明確，導致照顧服務員亦擔心成立托顧家庭後招收不到失能長者的困境。因此家庭托顧方案規劃推行以來，對於潛在受託單位的誘因始終不足。

### 三、失智症照顧服務尚待明確化

失智症患者罹病早期僅是短期記憶的喪失，發生在中老年人身上容易被視為老化的正常現象；但隨著疾病的發展，失去日常生活基本判斷力、理解力薄弱、智能退化、情緒波動與性格改變等症狀才逐漸出現。使得失智症照顧服務的規劃有其困難性。首先照顧時數給付難以界定，因失智症患者所需的是全天候的「陪伴」服務，

卻不需要太密集的個人照顧 (personal care)，矛盾的照顧需求使得給付時數不易取得共識 (林淑萱，2003)。例如失智症患者可能遺忘自我照顧功能裡極小的環節，像是使用餐具的動作、梳洗的步驟等，但稍經提醒仍可自行完成；或是患者可能記不得是否已用餐，而營養失調或進食過度，均需照顧者密集的關注與教導。

以臺灣 65 歲以上人口失智症盛行率 5.3% 計算，則臺北市應約有 17,000 人左右疑似或罹患失智症。由於考量社區內輕中度失智症患者不易察覺，且相關資源分散缺乏整合，臺北市於民國 98 年首先試辦「臺北市輕、中度失智症社區照護模式」，主要任務包含：(1) 加強宣導及預防篩檢，減少社區未發現之個案；(2) 失智症機構及社區式照護網絡模式之建構；(3) 辦理失智症家屬照顧技巧訓練班、家屬支持團體及瑞智學堂；(4) 提供輕、中度失智症患者「免費且持續性」的音樂照顧活動，延緩失智症患者病程發展。然而長期照顧十年計畫係以失能評估為納入計畫提供服務之機制，導致眾多失智而未達失能的長者無法納入長期照顧十年計畫中得到相關服務。考量失智人口增加，為減輕家屬照顧負擔及滿足失智者日間照顧服務之需求，本市日間照顧計畫將收託對象擴及 55 歲以上失智症患者。依據本市老人日間照顧中心收託比率計算，約計 3 成為純失智個案，因無法納入長期照顧十年計畫中取得中央補助，其收託費用全由本局編列預算支應，在近年倡議之下，中央日前已同意將其納入補助；另 3 成則為失能合併失智之

個案，可依其失能或失智程度擇優補助。

事實上，依據臺灣失智症協會的推估，臺灣地區在 98 年應有逾 17 萬的失智人口，然同年領有身心障礙手冊之失智症患者卻未達 3 萬，顯示仍有許多失智症患者為就醫並接受治療。另，部分失智症患者仍留在家中由家屬照顧，然大多數家屬並未接受正規的診療及照護指導，失智症特有的照顧需求和不穩定的病程發展，帶給照顧者相當大的壓力及負擔 (李光廷，2004)。因此，期待未來失智症照顧服務正式納入長期照顧服務項目，整合並發展更充足的失智症照顧資源、機制，以因應日漸增加的失智症患者與其家庭照顧者的需求。

#### 四、服務使用率尚須提升

儘管長期照顧需求隨人口結構的變遷勢必逐年增加，但以臺北市現有的長期照顧服務而言，家庭托顧、輔具及居家無障礙環境改善補助及交通接送服務在服務使用上仍未達預期的需求量，其中原因涉及服務使用條件的設定與服務內涵的推廣等層面。

在服務認知與使用習慣方面，以新開辦的家庭托顧來講，由於一般失能長者仍傾向在自家接受照顧，若有長時間的照顧需求，家屬仍會以能夠提供多元化照顧服務與活動的日間照顧或長期照顧機構為優先選擇，以致於家庭托顧開辦後仍未見顯著收托需求。

其次，99 年度臺北市依 65 歲以上人口於身心障礙者中所占比率推估約有 400

人左右使用輔具及居家無障礙環境改善補助，至 99 年 9 月止實際申請人數僅 235 名。該服務項目則是因申請流程與補助項目等條件方面的限制，本項補助項目及補助金額不及身心障礙者輔具補助，且申請之應備文件較繁複，補助款項核發前申請者尚且須先墊付購買輔具的費用，對部份經濟能力不佳的失能者幫助有限，因此缺乏申請意願。

此外，交通接送服務也受限於服務使用條件的規範，現有的交通接送服務係配合長期照顧十年計畫的規劃精神，以協助中、重度失能長者外出就醫或使用長期照顧服務。但實際需求顯示已進住長期照顧機構的中、重度失能長者仍有外出就醫、復健之需求。再者，長期照顧機構服務內容未含蓋固定就醫服務，因此目前仍多由家屬自行協助並負擔交通費用。由此可知機構式照顧服務未能完全取代社區照顧與復健的功能，因而進住機構的長者仍有交通接送的需求，卻未被納入交通接送服務的使用對象，致服務對象不夠普及，無法提升資源利用率。

## 五、長期照顧與身心障礙服務銜接的建立

依據長期照顧十年計畫，失能判定係以日常生活功能量表的項數為準則，現有的長期照顧服務對象在身心障礙者方面則限定於 50 歲以上。但依內政部規定，目前身心障礙者使用居家服務個案評估工具係以巴氏量表分數為失能判定標準，而入住機構則以身心障礙手冊為依據，因而 50

歲以上身心障礙個案若由原使用之服務銜銜至長期照顧服務，可能失能判定標準不一，使原有服務無法繼續使用，亦無法進入長期照顧服務項目。

## 陸、未來規劃

未來，面對中央積極規劃、即將開辦之長期照護保險制度，勢必對於目前以稅收為主要財務來源的長期照顧服務帶來影響與挑戰。而針對前述目前已遭遇的服務困境，加以考量長期照顧保險實施後的變數，本市仍有多項服務層面需積極研議、改善。

### 一、照顧服務體系與保險制度的接軌

未來開辦給付保費制度的長期照護服務，民眾以受保險人身份支付保費後，對服務提供的品質必定有更高的期待，服務使用的主體也不限於補助額度較高的經濟弱勢，普遍失能民眾的使用率與需求量也必定遠高於現況。期待從中央層級建立跨部會的商討機制，正視照顧服務勞動條件改善的必要性，因長期照顧服務中很大的成本考量在於專業以及行政人力的支出，因此為維護長期照顧服務的品質，服務督導、管理與人力培訓等費用是否為長期照護保險的給付範圍，保險的給付是否應依各縣市消費者物價總指數而調整，以支應都市地區物價及人力成本較高的需求等給付層面的設計，亦是保險規劃小組應重視之議題。

## 二、謹慎且積極擴充服務提供

目前本市長期照顧服務供給方式多採契約委託，因應未來實施保險制度後隨之而來的服務需求量，勢必要更積極擴充服務提供的單位。但在引進民間資源提供服務時，政府部門確有留意過與不及的權責。陳玉蒼(2005)曾提及日本介護保險實施初期，民間企業因廣大介護市場的吸引，在全國各地紛紛設立事業處；但制度實施後，使用情況非當初所預期，加上長期照顧使用者特性不同於一般營利事業的消費者，營業上開始產生赤字的企業陸續出現，由於企業的退出不受法律條文的約束，民間企業可以隨時撤除不獲利的事業處，如此一來持續且安定的服務提供不受保障，消費者的不安不減反增。以目前本市服務量尚無法滿足失能者照顧需求，未來因應長期照顧保險的開辦，服務提供單位仍有待繼續開發。惟在因應長期照顧需求而擴充服務提供單位的同時，尚且需要積極擬定激勵、誘導與規範的辦法，避免對特定非營利部門的過度依賴而導致壟斷之害；以及降低營利部門服務的商品化，避免利潤導向而傾向選擇有利的服務使用者；進一步需提供服務使用者充分的資訊，保障其選擇及參與的權益等，都是服務供給應該慎重其事的面向（林淑萱，2003）。

## 三、研擬提升服務使用率之策略

未來為增加服務使用率，讓有需求的使用者獲得適切的照顧服務，本局應加強

宣導服務內涵，提升民眾使用長期照顧服務的概念；並同步整合服務補助標準，避免同一類服務出現兩種補助標準；此外，考量機構安置失能者的多元化需求，機構式照顧未全面性提供的服務層面，期待於未來保險開辦時將長期照顧機構之失能者納入相關社區服務方案中。

## 四、正視外籍看護工議題

最後，關於外籍看護工的進用與規範。本市截至 99 年 7 月底，共有 38,668 名外籍勞工，其中從事家庭看護工的外籍勞工即有 35,289 名（行政院職業訓練局，2010；臺北市長期照顧管理中心，2010）。顯示外籍看護工負擔了很大的長期照顧服務工作。現行的長期照顧十年計畫尚未將聘請外籍看護工之失能者家庭納入服務對象中，而外勞的照顧品質與引進數量限制，也始終是爭議不斷且懸而未定的議題。一方面外籍看護工的雇用將排擠許多社區照顧資源的使用率（例如居家服務、喘息服務、營養餐食等等），但未受專業照顧訓練的外籍看護人力照顧品質不一。另一方面，目前以稅收支應的長期照顧服務由政府部門自行訂定服務提供對象；未來，繳納保費即具有服務使用權利的長期照顧保險實施後，則無法拒絕一樣納保的外籍看護工使用者，外籍看護工與其他長期照顧服務的需求量可能同步增加，服務系統勢必無法再一分為二，而需詳盡規劃以因應並滿足失能者的需求。

## 柒、結語

近年來因人口結構急速轉型與政策的引導，長期照顧服務已成為各地方政府積極經營的階段性目標。因應多元且複雜的失能長者照顧需求，同時需考量不同世代的老化人口特質、家庭功能與公私部門提供服務的能力等變項，長期照顧服務系統的規劃實非短期間內能完善。在國際趨勢上，聯合國 1991 年大會通過的「老人綱領」裡提出的五項要點：獨立、參與、照顧、自我實現、尊嚴；這同時也做為我國 96 年「老人福利法」修法的重要精神指標。其中修法重點除了增列對老人財產保護及住宅制度的規劃，相當聚焦於照顧服務體系的建立和對家庭照顧者的支持系統。顯示在面臨老化與失能議題的時代，建立一

個友善、完善的社會環境已是當務之急，以期邁向一個全齡的社會(towards a society for all ages)。值得肯定的是，無論高齡化的人口帶來的社會議題將如何變化，及早建構適切的長期照顧服務體系是必須且急迫的因應措施，而值得慶幸的是，臺北市在建構長期照顧服務體系，致力提升服務品質上，已努力多年，未來亦將持續搭起一張讓子女放心、長輩安心的照顧網。

(本文作者：師豫玲為臺北市政府社會局前局長；鄭文惠現為臺北市政府社會局老人福利科科長；蘇英足現為臺北市政府社會局老人福利科專員；葉俊郎現為臺北市政府社會局老人福利科照顧服務股股長；沈詩涵現為臺北市政府社會局老人福利科科員)

## 📖 參考文獻

- 行政院經濟建設委員會(2009)。我國長期照顧需求及服務供給現況。臺灣經建論衡，卷 7，10 期，頁 54-71。
- 行政院職業訓練局(2010)。統計速報：外籍勞工業務統計。
- 李光廷(2004)。失智症老人照護模式與日本機構照護革命。臺灣社會福利學刊，5 期，頁 119-172。
- 林淑萱(2003)。日本長期照護保險的發展經驗及其對臺灣的啓示。社區發展季刊，104 期，頁 454-463。
- 周月清等(2005)。我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目。臺灣社會福利學刊，卷 4，2 期，頁 97-138。
- 紀金山(2008)。臺北市老人養護機構產業結構分析。社區發展季刊，123 期，頁 295-315。
- 師豫玲、鄭文惠、蘇英足、李宜衡(2009)。臺北市老人服務中心的發展與變革－從文康休閒到區域整合服務。社區發展季刊，125 期，頁 20-30。

- 徐震(2000)。老人問題。徐震、李明政、莊秀美(2000)，社會問題，頁 177-210。
- 陳玉蒼(2005)。日本介護保險之介紹。社區發展季刊，110 期，頁 351-359。
- 莫藜藜(2005)。高齡化社會醫療福利體制與服務措施－臺灣經驗的反思與前瞻。社區發展季刊，110 期，頁 78-95。
- 筒井孝子(2010)。當前的日本介護保險概觀。國立保健醫療科學院福祉服務部。
- 顧燕翎、楊培珊、陳玲、張靜倫(2004)。從社區到機構的服務連續體－臺北市老人照顧服務系統規劃報告。社區發展季刊，106 期，頁 24-38。
- 臺北市政府社會局(2009)。臺北市老人生活狀況調查報告。臺北：臺北市社會局。
- 臺北市政府社會局(2010)。臺北市長期照顧整合第一期計畫。臺北：臺北市社會局。
- 臺北市長期照顧管理中心(2010)。臺北市政府外國人在華人數統計。
- Castries, H. (2009). Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private Systems. *The Geneva Papers*, 34, 24-34.