

# 預防照顧的概念及其相關課題

莊秀美



## 壹、前言

近年，「預防」的概念廣被運用在老人長期照顧(護)領域上，所謂「預防照顧(護)」早已成為相關照顧服務辦法的重要措施及服務方案的核心項目，如：「老人健康促進四年計畫(衛生署，2009-2012年)」即規劃老人健康促進之願景為「使老人都能提升健康促進知能、執行健康生活形態、延緩老化、延長健康餘命」，並制定老人健康促進目標策略如下：老人健康體能、老人健康飲食、口腔保健、菸害防制、流感接種、預防保健及篩檢服務、老人跌倒防制、老人心理健康、老人社會參與等。「建立社區照顧關懷據點實施計畫(2005)」亦鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，以社區營造及社區自主參與為基本精神，自主參與初級預防照顧服務工作，提供在地的初級預防照顧服務。預防照顧服務已是國內老人福利服務重視的概念及項目(莊秀美等，2009)。

「預防照顧」此一概念之興盛，或可能是受到預防醫學及成功老化等概念普及之影響。健康老化的重要政策內涵即包括(1)老人是社會重要資產而非社會負擔，個人獨立

自主是維持其尊嚴和社會整合的重要基礎；

(2)應關注健康不均等(health inequalities)問題，並將社經因素及老人需求之異質性納入考量；(3)以「預防」為健康促進工作的重點。其所關注的焦點是如何減緩老人生理功能退化，維持個人自主以降低其對醫療照護及福利資源的依賴，達到個人福祉與整體社會福祉提升的雙贏(經建會，2009)。由此來看，「預防照顧」亦是源自於人口結構老化先驅國家對於失能照顧經費支出持續成長的檢討與反省所提出的因應對策之構想與措施。一般而言，人口結構逐漸老化，失能人口將隨之增加，長期照顧的需求及相關經費支出亦將持續成長。如此之說法，長久以來一直被人們視為理所當然並且廣被接受。但是，OECD在〈Trends in severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications (2007)〉研究報告中曾針對OECD各國長期照顧財務負擔之推估提出不同以往的看法與說明。亦即，如運用「靜態」人口影響因素計算(註1)，推估2005年至2050年平均每個國家之長期照護支出占GDP的比率

將超過 1%（從 2005 年的 1.1% 加至 2050 年的 2.3%），但是若基於所謂的「疾病/失能壓縮（compression of morbidity/disability）理論加以計算（註 2）的話，則各國的長期照顧支出占 GDP 之比率平均將減少 1/2。也就是說，透過健康與功能之改善，不但能延緩失能速度，延長老人獨立生活的時間，減少因單純的人口老化因素造成的長期照顧經費支出。該報告並進一步將老人較容易罹患的重要慢性疾病盛行率（包括關節炎、心臟問題、糖尿病）及風險因子（高血壓及肥胖）的相關資料進行分析，發現失能的減少（或增加）與重要慢性病盛行率的減少（或增加）呈現正相關。雖然各項慢性疾病影響失能的程度有別，但失能的發生機會與上述慢性疾病及風險因子卻存在高度正相關（經建會，2007）。可見，只要降低慢性疾病及風險因子就可能降低失能的發生機會，則長期照顧財務負擔之減輕是可追求的。

上述報告亦明確指出，若能藉由健康促進及失能預防工作之推動，將可有效降低長期照顧需求，此亦是各國政府降低對長期照顧負擔的可行作法。事實上，已有將健康促進及失能預防列入正式的長期照顧政策之中的國家。以德國為例，德國「長期照顧保險法」為防範需要照護狀態的發生與改善需要長期照護的狀態，強調預防保健與復健服務的優先性，並應加強其適切的必要措施（吳凱勳，1997）。因此照顧服務給付依據主要依「將預防及復健測量用到照顧上」以及「居家照顧優於機構照顧」之兩大原則，以促使老人盡可能留在熟悉的家中受照顧，延緩重度需照顧的發生（林志鴻，2008；林谷燕，

2009；林美色，2011）。除了 OECD 各國之外，近年來日本亦相當重視預防照顧相關措施之落實。日本的介護保險制度於 2006 年修訂，主要改革的重點包括「重視預防照顧」、「設置社區整合支援中心（日文：「地域包括支援センター」）」、「照顧資訊公開化及強化地區密合型服務」等（莊秀美，2012:34）。另外，國內各界亦極力推動預防照顧相關措施，除了上述「建立社區照顧關懷據點實施計畫（2005）」中將預防照顧列為重點項目之外，「我國長期照顧十年計畫（略稱「長照十年計畫」）」中亦提及預防照顧概念，規劃透過建立預防性照顧體系，實踐「疾病壓縮期」的理念，以達降低長期照顧負擔之目標（行政院衛生署，2007）。只是，健康促進及失能預防工作既然是可能達到預防照顧的目標，則其內涵、作法、效果、經費等都是值得更進一步加以探究的議題，本文的目的即在探討分析日本的預防照顧之發展及實施、其預防照顧的範圍與項目、預防照顧的經費來源及經濟效益檢驗之相關爭議等，期提供國內推動發展預防照顧政策及措施之可行參考。

## 貳、預防照顧的意義與分級概念

何謂「預防照顧」呢？一般而言，乃是以健康或較健康的老人為對象，透過保健知識、體能訓練、身體的功能訓練、檢測活動、團康遊戲、音樂吟唱等安全、有趣好玩、有效果的活動形式，讓老人保持身心健康、免於發病、或延緩需照顧程度的惡化。活動項目包括建立預防照顧的觀念與習慣、預防跌

倒、預防失智、使咀嚼吞嚥能力不退化、營養改善、深化生命意義等（厚生勞働省，2012a）。日本介護保險制度下的預防照顧乃指「儘可能防止（或延緩）需照護狀態，並且，即使已經是需照護狀況也要儘可能防止惡化，進而以減輕爲其目標」。日本介護保險制度以促進老人的自立生活爲其目標，當然也少不了民眾（老人）本身的努力。介護保險法第 4 條（民眾的努力及義務）就明示「民眾爲了預防本身成爲需照護狀況，除了必須留意年齡增加所帶來的身心變化，經常致力於健康之保持與增進之外，即使已經是需照護的狀況，亦應透過復健等適切的保健醫療服務及福利服務，致力於擁有能力的維持與提升」。第 115 條（社區支援服務）亦明示「爲了儘可能幫助民眾的社區生活自立自主，應提供社區支援服務」。因此，爲了儘可能讓老人能自立生活，社區營造的觀點對預防照顧而言是很重要的（厚生勞働省，2012a；厚生勞働省，2012c）。

其實，預防照顧的目標不只是以改善老人的運動功能及營養狀況等，更是包括透過身心功能的改善與環境的調整等，來提升老人的生活功能（活動）與社會參與（角色），並以此來支援深化老人的生命意義與自我實現，提高老人的生活品質。總之，預防照顧的目標不但在於儘可能延長國民的健康壽命，也在於創造值得真心喜悅的長壽社會。依此看來，運動功能提升等個別服務只不過是目標達成的手段而已，重要的是必須要有自我目標。因此，預防照顧特別重視照顧管理（care management）的功能，就是將預防照顧中的照顧管理想像成促進利用者提升其

生活功能之意願，以利其掌握服務使用後的生活。也就是說，本人必須先具備「生活功能無礙」之目標，再選擇達成上述目標的各種方法---即個別性服務。其次，若老人已經是預防照顧的對象，實已經歷身心功能與生活功能低下的痛苦，甚至不少人會有「自己的生活功能是不可能改善的」之誤解與灰心而形成自我放棄之心態，及因爲憂鬱導致意念低下。此時更有賴預防照顧專業人員多加考量其意願及生活背景，積極伸出援手（厚生勞働省，2012c）。

爲了延長老人的健康與壽命，提高其生活品質，推展社區「生活習慣病預防」及「預防照顧」是很重要的。一般來說，預防的概念可分爲三個層次，包括初級預防、次級預防及三級預防。「生活習慣病預防」方面，初級預防以健康老人爲對象，主要在預防生活習慣造成的疾病，提供預防發病的各種健康促進、疾病預防之相關預防活動。次級預防以既有疾病在身者爲對象，期在各種症狀出現之前，提供早期發現、早期治療的相關預防活動。三級預防針對已經出現病狀的老人，提供防止重度化、合併症及後遺症出現的相關預防活動。「預防照顧」方面，初級預防是以尚可自主活動的老人爲對象，提供生活功能的維持、提升之相關預防活動，特別是提供老人的精神、身體、社會各方面的活動性之維持、提升是很重要的。次級預防乃針對可能成爲需支援、需照護狀態之高危險群老人爲對象，提供改善症狀、延緩支援的相關預防活動，以期早期發現、早期因應。三級預防爲針對已經是需支援、需照護狀態的老人爲對象，提供需照護狀況改善及防止

重度化的相關預防活動（厚生勞働省，2012c）。

目前日本已經通過「預防照顧、日常生活支援整合事業」辦法，預計自 2013 年開始實施。該辦法旨在整合上述初級預防、次級預防及三級預防的相關服務，以期各種預防照顧服務得以無縫接軌（厚生勞働省，2012c）

## 參、日本預防照顧政策化之過程

預防照顧概念被提出之後，逐漸成為各國長期照顧體系的重要措施。以下分析日本藉由政策力量普及推動預防照顧的政策形成過程及推動的相關措施之範圍、內容等。

### 一、預防照顧的政策化

日本於 2000 年實施介護保險制度，該制度主要的目的在於建構一套由社會共同分擔照顧責任的體系。當被保險人處於需照護狀態或是處於有需照護之虞的狀態時，介護保險應提供被保險人必要的保險給付，並基於下列情況考量進行之：（1）必須兼顧需照護狀態的減輕、惡化、預防等，並與醫療單位充分合作。（2）必須因應被保險人的身心狀況及其所處的環境，基於被保險人的選擇，由多元化的業者或機構提供綜合性、效率性的適切保健醫療服務及福利服務。可見，介護保險制度的服務給付已納入考量預防照顧的重要性（莊秀美，2012:96）。

### 二、政策下的預防照顧體系

事實上，介護保險制度實施之後，老人福利發展實已邁向「新老人保健福利政策」

階段，地方的老人保健福利計畫與介護保險事業計畫化整為一。為了充實老人保健福利政策，乃重新制訂充實照顧服務基礎的綜合性計畫--「今後五年的高齡者保健福利政策方向（2000~2004）」（「黃金計畫 21」），其目標如下：活力充沛的高齡者、確保高齡者尊嚴與自立支援、建構互助的地域社會、及確立服務使用者信賴的照顧服務等，具體措施如下（丹羽啓，2002；莊秀美，2012:93）：

（1）強化照顧服務基礎；（2）推動失智症老人支援政策；（3）健康老人維護對策；（4）充實社區生活支援體制；（5）建構保護使用者及使用者可信賴之照顧服務；（6）確立支援高齡者保健福利的社會基礎。上述（3）、（4）就與預防照顧之推動密切相關，都道府縣必須補助推動下列業務的市町村，主要如下：預防照顧講習補助、社會參與及就業之支援（老人社團活動與銀髮族人才中心業務之補助等）、生活支援服務之充實（送餐、外出支援等各種服務）等。針對市町村的預防照顧措施之補助亦列入政策項目（丹羽啓，2002）。

其次，基於介護保險法，針對被評估為「需支援」者必須提供居家照顧服務、針對被評估為「需照護者」必須提供居家照顧服務及機構照顧服務。介護保險制度的保險人一市町村亦被賦予推動地方老人保健福利計畫之責任，必須依其地方特性，以第 1 類被保險人繳交的保險費作為財源，訂定「市町村特別給付」（針對需支援者及需照護者）及「地方保健福利事業」（針對地方內所有老人）。「市町村特別給付」及「地方保健福利事業」就是要讓老人盡量不要變成癱瘓

臥床的狀況，並減緩需照顧狀況之惡化，基於所謂的預防照顧之觀點及維持生活自立之需要，來提供必要的生活支援（丹羽啓，2002）。厚生勞動省為支援地方落實上述「市町村特別給付」及「地方保健福利事業」，乃公布實施「預防照顧、生活支援業務辦法（2001）」，明示市町村及縣市等地方行政機關應遵循辦理的預防照顧業務之內容，如表1所示（第一法規，2001）：

表1 地方行政機關辦理之預防照顧、生活支援服務

市町村業務	
業務項目	主要內容
生活支援	(1) 送餐；(2) 外出支援；(3) 寢具洗濯、烘乾及消毒；(4) 部分生活支援；(5) 住宅改善支援；(6) 居家理美容；(7) 高齡者共同生活支援；(8) 短期入住匯款手續；(9) 其他
預防照顧、深化生命意義活動支援	(1) 預防照顧；(2) 老人飲食生活改善；(3) 運動指導；(4) 深化生命意義活動支援；(5) 生活管理指導
家庭照顧支援	(1) 家庭照顧講習；(2) 照顧用品提供；(3) 家庭照顧者交流；(4) 家屬照顧服務員研習支援活動；(5) 家庭照顧慰問
老人生命意義深化及健康推動	(1) 老人社會活動宣導；(2) 文化傳承活動、三世代交流活動等老人社區活動之推動等；(3) 其他
法定監護制度利用支援	(1) 促進法定監護制度利用之宣導、推廣；(2) 法定監護制度利用所需經費補助

緊急通報系統建構	(1) 鄰居互助、志願服務等之推展、普及；(2) 安全確認、緊急狀況處理人員之確保；(3) 其他
預防癱瘓臥床對策	(1) 預防癱瘓臥床對策推動之方案企畫、實施及評估；(2) 預防癱瘓臥床對策推動之宣導；(3) 其他
健康有活力的社區營造	(1) 因應市町村特性之社區居民老年生活之健康與福利增進之綜合基本計畫之計畫性基本計畫之擬訂；(2) 上述基本計畫之推廣
老人社區支援體制建構、評鑑	(1) 需求掌握；(2) 評鑑、改善指導；(3) 網絡建構
都道府縣業務	
業務項目	主要業務內容
老人自主活動支援	(1) 建立老人休閒、健康促進及社區活動推動之組織；(2) 老人社會活動推廣指導員培訓；(3) 同好結合之支援
預防癱瘓臥床對策	(1) 推動預防癱瘓臥床對策之企畫、立案等；(2) 提供市町村、保健所等必要的指導及建言；(3) 針對居民的預防癱瘓臥床對策之宣導；(4) 其他
預防照顧指導者培訓	辦理保健人員、PT、OP、運動療法指導者、居家照顧服務員等照顧服務人員培訓研習等
老人居家支援活動之推動	(1) 居家支援活動推動之領導者的培訓研習
老人照顧相關知識與技術之推展	(1) 老人生活支援觀念之宣導；(2) 辦理老人照顧相關知識、技術等講習會
老人社區支援體系建構及評鑑	(1) 宣導；(2) 資訊收集；(3) 研究、開發；(4) 資訊提供；(5) 其他

資料來源：《預防照顧・生活支援事業等の関連通知》（第一法規，2001）。

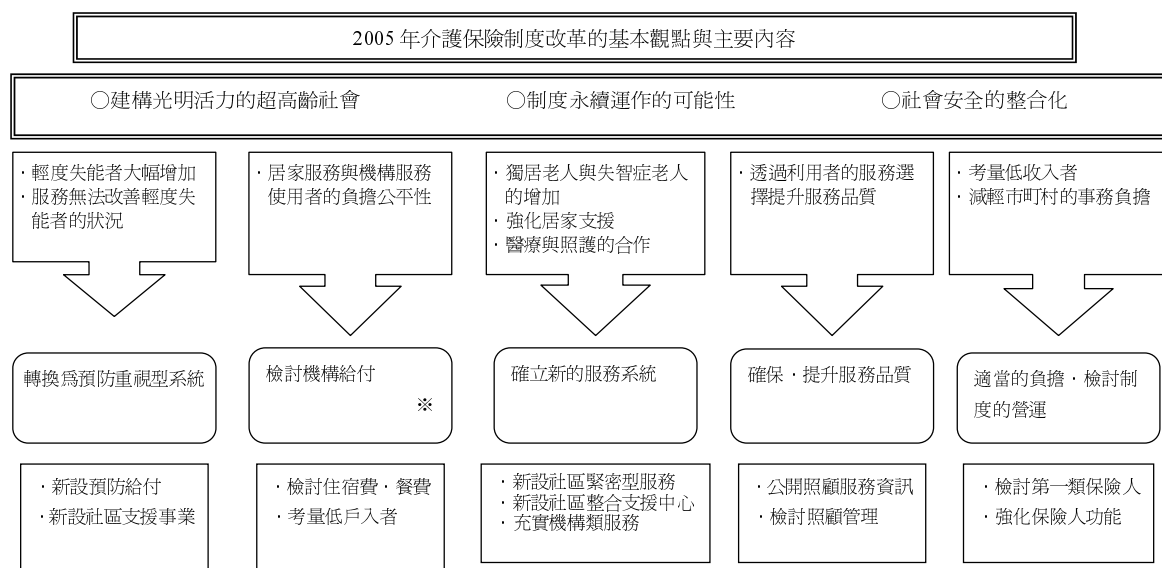
另一方面，在預防照顧、生活支援服務的服務輸送體系之中，居家照顧支援中心的功能備受重視。2001 年的『「居家照顧支援中心營運實施要項」修訂條款』中關於「社區型支援事業中心業務內容」要點中，即明示「針對較可能成為需照護狀況的老人，提供能夠延緩需照護狀況的適切性預防照顧服務」、「基於健康促進理念辦理預防照顧講習、預防跌倒講骨折講習等」之多項相關規定。其次，關於基礎型支援中心之業務內容，則明示「基於預防照顧、生活支援之理念，提供需求介護保險給付外的服務項目之老人各種有效的預防照顧、生活支援服務及社區照顧」（丹羽啓，2002；丹羽啓，2003）。

由此可見，市町村被賦予推動預防照顧

相關措施之責任，且被賦予因應地方特性來推動預防照顧及生活支援服務的行政責任與裁量權。

### 三、制度修訂與預防照顧

由於考量老年人口增加速度遠超過預期、失智症老人人數及獨老老人家戶持續增加等趨勢，介護保險制度於 2005 年進行修訂（2006 年生效），修訂重點如圖 1 所示，基本觀點有三：建構光明活力的超高齡社會、制度永續運作的可能性、社會安全的整合化；重點項目包括轉換為預防重視型系統、檢討機構給付、確立嶄新的服務系統等（野口定久，2007；二木立，2007：233-253；莊秀美，2008：121-126；服部万里子，2009）。



※2005 年 10 月實施。其他的修訂項目於 2006 年 4 月實施

圖 1 介護保險制度修訂要點（2005）

資料來源：《介護保險制度改革の概要（パンフレット）～介護保險法改正と介護報酬改定～》（厚生労働省，2006）。

由圖 1 可知，建立預防（prevention）重視型服務體系為主要修訂重點。考量輕度失能者（需支援及需照護 1）之人數大幅增加（當時幾乎已占照顧審核通過者的一半），加上原先針對輕度失能者所提供的照顧服務之效率不足，乃提出建立預防重視型服務體系之構想，這是基於落實介護保險的基本理念「自立支援」的觀點，檢討舊制預防給付的對象範圍、服務內容及照顧管理，而重新架構的

「新預防給付」。

保險給付與需照護程度類別如圖 2 所示，將「需照護 1」中較有可能維持、改善的對象區分出來為「需支援 2」，提供新預防照顧服務。新預防照顧服務包括「預防照顧日間照顧」、「預防照顧復健服務」、「預防照顧居家服務」、「預防照顧輔具租賃」等 15 種服務（預防照顧照顧管理除外）（厚生勞動省，2006）。

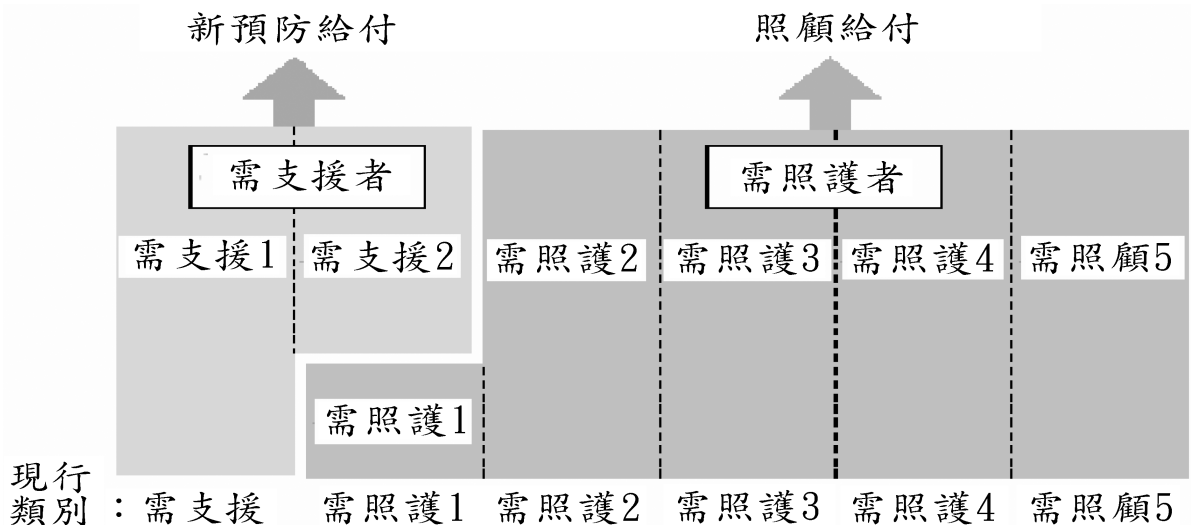


圖 2 保險給付與需照護程度類別

資料來源：《介護保険制度改革の概要（パンフレット）～介護保険法改正と介護報酬改定～》（厚生勞動省，2006）。

建立預防重視型服務體系的實施策略包括建立「預防給付制」及新設「社區支援事業」。建立預防給付制度乃是針對輕度失能者所訂，由市町村管轄下的「社區整合支援中心（comprehensive support center in a community）」進行評估，依申請人的狀況擬訂適當的預防計畫，提供相關服務，以延緩

失能程度惡化，減低照顧服務需求，並作定期追蹤（小坂健，2006；陳玉蒼，2009）。具體內容包括：（1）針對輕度、較有可能達到預防效果的老人，提供「新預防給付」（例如：運動功能改善---使力訓練等、口腔照顧、營養改善、預防性居家護理等）；（2）針對失智與身心狀態不穩定的老人，提供「照顧

服務給付（原本的照顧服務）」；（3）針對進入需支援、需照護階段前的老人，市町村發展預防照顧服務事業（由市町村的年度預算支付保險給付費的 3%）。新設社區支援事業乃指將有可能接受支持與有照護需要的老人列為預防照顧的服務對象，並將預防照顧納為介護保險制度給付的一環，由市町村執行。此乃基於需支援、需照護前的預防照顧及強化社區中的整合性、持續性管理功能之觀點。主要的服務內容包括預防照顧、整合性支援及其他特色服務。修訂後的介護保險服務的類型如圖 3 所示，可見預防照顧服務項目大幅增加，並追求以社區為基礎的照顧模式實踐（厚生勞働省，2006；厚生勞働省，2012c；莊秀美，2012：126-127；鏡諭，2012）

此後，介護保險制度的法定給付項目包括「照護給付」、「預防給付」、及各市町

村依其條例所頒布的「特別給付」三項。保險給付依需照護的輕重程度訂定給付額度，使用者使用各種服務時，原則上必須負擔該項服務報酬費的 10%，超過使用上限額度者、全額自己負擔；而入居機構或利用日間照護服務者，除需部分負擔膳食費用外，日常生活費用（理容、美容、日常生活用品等費用）需全額負擔。另外，若需求者每月部分負擔超過一定額度時，依照身分別，經過市町村核定後，則可申請「高額照顧服務費」，其超過部分由保險全額給付。「特別給付」即各市町村依當地居民需求提供的各種老人保健福利服務，這是介護保險制度給付以外的照顧服務，但其經費來源及給付對象等相關規定亦必須公開透明（厚生勞働省，2006；厚生勞働省，2012c；莊秀美，2012：126-127）。



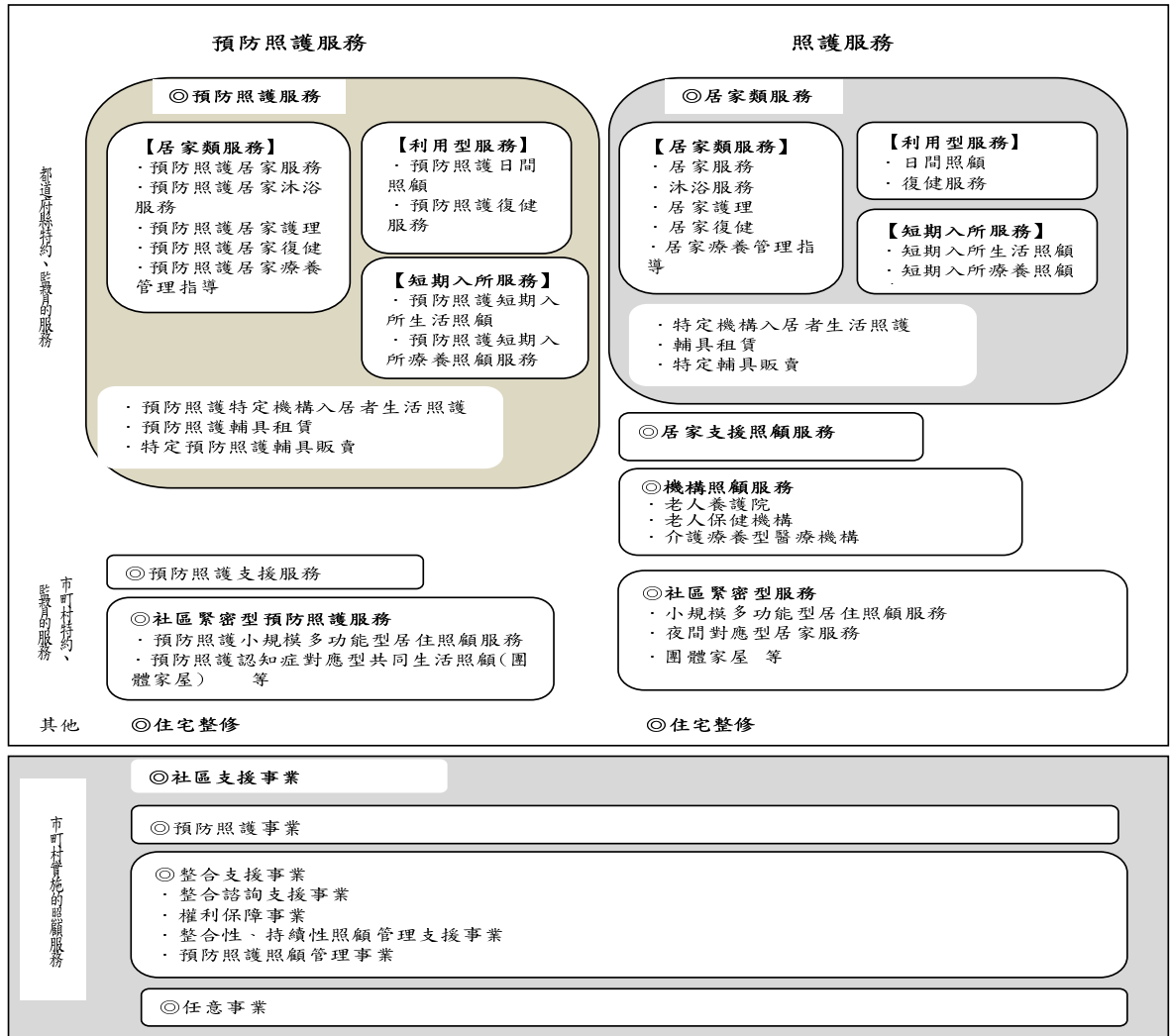


圖3 2005年修訂後的服務類型

資料來源：《介護保険制度改革の概要（パンフレット）～介護保険法改正と介護報酬改定～》（厚生労働省，2006）。

#### 四、修法後的預防照顧推動

綜合上述所論，預防照顧就是以支援「深化老人生命意義，創造老人自我生活」為目標的綜合性支援活動。只是，修訂後的介護保險制度仍存在幾個問題尚待解決，包括家庭負擔依然高、財務持續惡化、預防照顧推

動未如預期、人力雇用不穩定、照顧評估失立場等（野口定久，2007）。其中關於預防照顧推動方面，由於預防照顧服務的主要目的在於減輕老人日常生活障礙並改善日常生活，包括高齡者營養改善，身體及口腔機能強化等，以降低照顧給付額度。然而，這只是建立在一個單純的假設上而已，實際上並

尚未有任何實證研究結果支持（二本立，2007）。其次，預防照顧相關措施之推動狀況亦不如預期，以致新設的「社區整合支援中心」的績效難以提升。根據讀賣新聞的調查，預防給付部分，高達 6 成的市町村未達到當初預算的 50%，高達 3 成未達到當時預算的 30%，可見當時預防照顧服務的使用率仍然相當低（陳玉蒼，2009）。以愛知縣 A 市（人口 49,000 人，人口老化率 17.3%）為例來看，2006 年度社區支援服務實績報告顯示，接受基本健康檢查者有 6,003 人，其中接受生活功能評估者有 2,999 人，篩選出特定高齡候補者有 119 人及特定高齡決定者有 40 人，還不到擬訂照顧計劃需求者有 3 人。如此的數字遠低於厚生勞動省的預測值（5%），令該市府感到相當困擾（莊秀美，2012：219）。

## 肆、日本預防照顧的推動現況與效益分析

### 一、預防照顧推動之現況

現階段，日本的預防照顧服務之推動狀況如何呢？根據「2012 年度預防照顧事業（社區支援事業）實施狀況調查結果」（註 3）顯示，2012 年度預防照顧推展情況如下（厚生勞動省，2012b）：

基本調查表共發出 16,586,054 份（占老年人口的 55.8%），回收回答者 10,391,259 份（占老年人口的 34.9%），回收率 62.7%。該年度新審核通過的次級預防服務對象者共 2,590,792 人（8.7%），上述各項比前一年度（2011 年度）分別增加了 1.6%、5.2%、及

0.3%。次級預防服務之新通過審核的對象者之中，使用運動功能改善項目者占 58.3%，使用口腔照顧服務者占 52.1%，使用失智症預防支援服務者占 50.5%，使用憂鬱預防支援服務者占 47.8%，上述是使用比率較高的項目，而使用營養改善服務者只有 6%。2012 年度新審核通過的次級預防服務對象者加上前年度延續的次級預防服務對象者共有 2,806,685 人（占老年人口的 9.4%），使用次級預防服務者共 225,667 人（占老年人口的 0.8%）。以此對照 2007 年度的狀況，次級預防服務對象者占老年人口的比率增加 8.8%，使用次級預防服務者增加 0.6%。其次，在初級預防服務之中，預防照顧普及宣導服務以辦理預防照顧講座的業者最多，占 91.9%。

其次是提供預防照顧服務業者的狀況。日照型預防照顧服務方面，2012 年度共有 11,293 所，服務人數 166,397 人，服務次數 471,676 次。同時提供次級預防照顧服務與初級預防照顧服務的業者共有 3,529 所，服務人數 80,910 人（其中次級預防照顧服務對象者的人數為 30,481 人）。居家型預防照顧服務方面，服務人數 15,298 人，服務次數 157,699 次。

針對次級預防照顧服務的整體實施狀況而言，狀況改善而結束者 74,890 人（41.2%），持續至年終的參加者共 77,440 人（42.6%），因狀況惡化而結束者 9,873 人（5.4%），約 8 成的使用者的狀況獲得改善或維持。

關於服務評鑑方面，次級預防服務類之中，58.3%的業者有實施，比 2011 年度增加 11.9%。其中實施成果（outcome）指標評鑑的業者之比率明顯增加，比 2011 年度增加了

15.6%。初級預防服務類之中，50.3%的業者有實施，比2011年度增加9.8%。其中實施輸出量(output)評鑑的業者之比率增加，比2011年度增加了7.1%。

由上述可見，日本自2006年預防照顧政策化以來，服務提供機構及參與人數皆有大幅增加，並且，亦有相當高的比率顯示各項預防照顧的效益的正面的。

## 二、預防照顧的效益分析

除了從服務提供機構數及使用服務人數之增長變化來看之外，另一觀點乃是從經濟、政策學的角度來檢視預防照顧的效益。根據厚生勞動省(2010)辦理的「預防照顧持續性評估分析檢討會」中關於預防照顧服務經費效果分析資料，將制度實施前後的預防照顧之定量「效果變化」(以需照護程度惡化者的發生率加以測量)及「費用變化」(以介護保險的支出款項資料加以計算)加以對照比較，預防給付(需支援1)之中，針對1,000人的年間追蹤記錄顯示需照護程度惡化者減少155人，推論預防照顧具備正面的效果。另一方面，在費用變化方面，比較制度實施前後的經費支出變化後發現，不管是寬鬆估算制度實施後的經費支出或是嚴格估算制度實施前的經費支出，預防照顧的經費支出皆呈減少狀況，制度實施後比制度實施前估計最少減少1億2千萬日圓。可見，預防照顧是非常優良的措施(厚生勞動省，2010)。其次，吉田裕人等(2007)的研究結果顯示，老人隨著自立程度的降低，則醫療費及照顧費將隨之增加。該研究針對預防照顧服務使用者及非使用者分析其醫療費及

照顧費的變化情形(3年間)，以檢討預防照顧服務是否具備醫療費及照顧費的經費抑制效果。並且，從調整健康程度的總經費來看，也發現預防照顧服務之使用有其獨立性影響，亦是達到經費效果的優良措施(高橋俊等，2012)。

不過，二木立檢視2006年制度實施後5年間有關預防照顧的厚生勞動省及政府公布的相關資料，包括上述研究的研究方法及結果分析，指出並無充分證據顯示預防照顧給付的效果(包括健康促進效果與經費抑制效果)之嚴正質疑(二木立，2007；二木立，2011)。

首先，二木立指出，論述保健醫療服務的經濟效益評估至少應該留意以下幾點：

- (一) 効率與醫療經費抑制效果是兩碼子的事。具體而言，効率乃指經費對效果的提升(經費÷效果的比率降低)，提升効率化有時可能會增加經費。
- (二) 最近新的醫療技術(醫藥品、醫療器材、醫療服務)的經濟評估中，經費對效果的判斷基準並非基於經費降低與否，而是看其QALY(調整品質後的生存年數)平均一年追加的經費是否比一般醫療花費低。新的醫療技術勢必增加經費支出，美國的追加費用是5萬美元，英國是3萬磅，惟這些數據並無科學實證之基礎。
- (三) 任何保健醫療方案的經濟評估應該考量加入行政費用之計算，單純比較使用群組及非使用群組的保健醫療費的話，低估了使用群組的經費，並高估經費對效果的評估。

(四) 檢視近年有關預防照顧服務、方案的文獻，無法證明預防的經費對效果的評估優於治療，並且，只有極小一部分的預防照顧具備醫療經費抑制效果。岡本悦司指出日本健保的健康促進服務（生活習慣病對策）使醫療費增加約 4~5%。「預防勝於治療」的說法可能不適用於醫療經濟學（不同於醫學評估）。

(五) 預防照顧服務及方案之實施延長平均壽命，壽命延長期間需要新的醫療經費，生涯、累積醫療經費可能反而會增加。

其次，二木立亦針對厚生勞動省收錄的 144 篇「預防照顧的有效性相關文獻概要」進一步分析指出，針對機構入住者（主要是中、中度需照護者）為對象的口腔功能與營養改善、及基於運動功能訓練的下肢肌肉、步行功能改善方面，雖具其『嚴密意義之證據』。但是，針對社區中的輕度失能者提供的口腔功能與營養改善、基於運動功能訓練的 ADL 或是 QOL 的改善效果，很難說具有『嚴密意義之證據』。而且，幾乎沒有預防照顧的照顧・醫療費抑制效果的相關實證研究存在。再者，根據厚生勞動省發表的「預防照顧市町村示範事業中間報告」，不管是身體功能的相關項目，或是生活功能・QOL 相關項目，獲得改善者只有 5~6 成，惡化者達 3 成左右。2003 年及 2004 年間有關預防跌倒、運動訓練等研究結果同樣說服力不足，如：筋力增強・平衡訓練的效果「相當有限」，針對腦中風病患的體力增強訓練「現階段幾乎沒有足夠的證據」。關於跌倒預防，「適當的介入對跌倒預防確實具其效果，但是是否能夠預防跌倒相關的事故，並不是很明確」。甚且，

居家環境改善的評估、改善方面，「介入效果亦無十足證據足以斷定」。

事實上，當時並無任何有關經濟效益評估之檢討分析，甚至 2006 年之後，關於預防照顧經濟效果的研究也並無太大的進展，較嚴密的研究只有上述吉田裕人氏等的研究而已。而吉田裕人氏等的研究乃針對新潟縣與板町提供的整合性預防照顧服務之使用者，分析其三年間的醫療費用及照顧費用變化，結果如前所述，照顧服務經費具其正面效果。然而，該研究以其預防照顧服務的長期性經濟效果實證研究雖然獲得相當高的評價，但是研究者自己也承認該研究低估了預防照顧服務的經費，指稱該研究並非是隨機性試驗，自有其限制。而且，對象人口少，侷限於農村地區，無法保證適用解讀於都市地區。可見，該研究提出的經費抑制效果並無法適用於全日本。並且，針對厚生勞動省「預防照顧持續性評估分析檢討會」相關報告中的資料，導出結論的複雜計算過程很明顯並無明確的根據，其假設與定義存在許多令人質疑之處，雖然報告中已明示「有必要進一步檢討」，但是專責人員卻只強調效果，忽略研究限制。而且，該筆資料只限於一年期間的狀況，無法證明預防照顧的「長期效果」（二木立，2011）。

由上述分析來看，很明顯地預防照顧的照顧經費抑制效果並未獲得實證研究的支持。或許未來無法完全否定針對特定對象的預防照顧服務之絕佳經費抑制效果，但是從國內外隨機試驗的綜合性結果，對照一般的保健醫療服務經濟評估之常識來看，很難主張預防照顧具備經費抑制效果，嚴格來說，

或許那只不過是幻想罷了（二木立，2011）。

## 伍、他山之石

近年，預防性照顧已納為國內長期照顧體系重要的一環。如：衛生署亦從醫療照顧延伸至預防層面，積極發展綜合性的疾病管理策略，並且建立地區性的復健醫療體系；亦透過促進老人社會參與等相關方案來建立高齡者的正面生活態度（行政院衛生署，2007）。其次，『臺灣健康社區六星計畫』（2005～2008）的主要目標為全面性社區改造運動，期透過六大面向之提升打造健康社區。在「社福醫療」此一面向中，核定「建立社區照顧關懷據點實施計畫（2005）」，明示「鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，提供在地的初級預防照顧服務，再依需要連結各級政府所推動的社區照顧、機構照顧及居家服務等各項照顧措施，以建置失能老人連續性之長期照顧服務」。「建立社區照顧關懷據點實施計畫」的理念乃針對人口結構高齡化、家庭照顧功能式微衍生的照顧問題，配合六星計畫之推動，採取社區照顧的工作模式，以社區營造及社區自主參與之精神為基礎，鼓勵並輔導社區內立案之民間團體設置社區照顧關懷據點，就近提供在地的初級預防照顧服務，並結合長期照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，建立連續性照顧體系（莊秀美等，2009）。

在各界的熱烈推動之下，預防照顧服務已經全面展開。以社區照顧關懷據點而言，

開辦迄今持續呈成長趨勢，其服務成效，包括關懷訪視服務、電話問安諮詢轉介、餐飲服務、健康促進活動等皆有顯著成果（莊秀美等，2009）。不過，預防照顧服務的實務操作及各項措施的健康促進效果與經費抑制效果仍有待實證研究支持。就預防照顧服務的實務操作而言，首重實施對象的健康檢測。吳晉祥等（2007）指出，目前國內由政府主導之全民健保成人預防保健服務、國民健康局各項癌症篩檢及醫院或健檢中心之自費健檢服務，提升了預防性健康照護的水平，然而仍有部份項目並無實證的支持。尤其是預防性健康照護的臨床實務中，相關檢查是以看似健康的無症狀者為主。雖然國外已有老年人預防性健康照護的相關指引，但其應用在臨床的實務上仍有所差距，其原因主要是國內外人種、文化、醫療環境與保險制度上的差異所致。在老年人預防性健康照護的臨床實務上，應該依實證的文獻資料去追求本土、異中求同，並考量實際臨床需要，提供老年人早期診斷與預防失能的機會，達到疾病預防與健康促進的目標。並且，預防照顧之活動設計與實施亦重視內涵與落實。

其次，目前國內對於預防照顧之定義與範圍尚不明確。如前述之「老人健康促進四年計畫」中規範之老人健康促進範圍包括老人健康體能、老人健康飲食、口腔保健、菸害防制、流感接種、預防保健及篩檢服務、老人跌倒防制、老人心理健康、老人社會參與等，而「建立社區照顧關懷據點實施計畫」所訂的項目包括關懷訪視、電話問安諮詢、轉介服務、餐飲服務、健康促進等。呈業務龐雜分散、疊床架屋多頭馬車及跨部會協商

不足的狀況。

最後，加上考量上述日本發展預防照顧之經驗與課題來看，國內在預防照顧之推動仍有改善的空間，並且應審慎留意以下事項：

一、針對預防照顧的方案效果而論，必須確立各種研究方法的適用性及不適用性，透過針對特定的對象治療與介入，嚴密評估其效果，回歸實證性臨床研究。

二、有必要進行預防照顧的經濟效果之研究，透過針對預防照顧服務與照顧費或醫療費降低之間的關係之實證研究，確定兩者之間的正相關性，再予政策化、制度化。

三、精確計算預防照顧服務推廣的行政經

費，並列入預防照顧服務的整體支出經費計算，以免低估預防照顧服務推動的整體經費。

四、未來若實施長期照護保險制度，亦應審慎考量預防照顧給付的適當性，及給付分級的可行性等。

五、預防照顧的實踐上，應該依實證的文獻資料追求本土化、地方化的活動型態，並考量老人的實際需求及參與機會、環境限制等，提高老人參與的可能性，達到真正的預防照顧與健康促進之目標。

（本文作者為東吳大學社會工作學系教授）

**關鍵詞：**預防照顧、照顧服務

## 註釋

註1：係假設未來老年人口失能盛行率沒有改變，以單純的人口因素予以計算。

註2：係以過去幾年的失能者盛行率變化趨勢結合人口因素予以推估。

註3：該調查主要在掌握預防照顧服務實施狀況，以獲得預防照顧服務輸送改善的必要基礎資料。調查對象為日本全國各地 1,594 個介護保險服務業者，主要調查項目包括次級預防服務、初級預防服務、及上述服務之評鑑實施狀況（厚生勞動省，2012b）。

## 參考文獻

行政院衛生署（2007）。〈我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）〉。

取自行政院衛生署護理及健康照護處網頁資料。[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=211&now\\_fod\\_list\\_no=6582&level\\_no=2&doc\\_no=51315](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=211&now_fod_list_no=6582&level_no=2&doc_no=51315)，瀏覽日期：2010年08月29日。

吳晉祥、黃盈翔、張智仁（2007）。〈老年人的預防性健康照護－從指引到臨床實務〉，《臺灣老年醫學雜誌》，2卷3期：145-163。

經建會（2007）。〈強化預防照顧體系、因應高齡老人失能趨勢〉。網址：<http://www.cepd.gov.tw/m1.aspx?sNo=0008627&ex=+&ic=>，瀏覽日期：2012年12月20日。

- 經建會（2009）。〈健康老化政策新思維〉。網址：<http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0011847>，瀏覽日期：2012 年 12 月 20 日。
- 吳凱勳（1997）。〈高齡化社會」與「長期照護保險」（上）——介紹德國長期照護保險法〉，《長期照護雜誌》，1(1)：3-14。中華民國長照護專業協會。
- 林志鴻（2008）。〈德國長期照顧制度之發展現況及未來〉，《研考雙月刊》，36(6)，頁 68-79。
- 林谷燕（2009）。德國長期照護制度之探討。財團法人國家政策研究基金會國政分析。網址：<http://www.npf.org.tw/post/3/5368>，瀏覽日期：2012 年 11 月 15 日。
- 林美色（2011）。《長期照護保險：德國荷蘭模式析論》。巨流。
- 莊秀美（2008）。《長期照顧機構服務變遷發展之研究---單位照顧（unit care）、團體家屋（group home）的實踐理念及前瞻趨勢之分析---》。臺北，臺灣：松慧有限公司。
- 莊秀美等（2009）。〈臺灣社區照顧關懷據點的服務現況與營運前瞻之研究〉報告書。《地域福祉計画・介護システム開発を通じた東アジア型福祉社会モデルの構築に関する研究》子計畫（2006.04.01～2009.03.31，研究代表者：日本福祉大学社会福祉学部野口定久教授），日本文部科学省平成 18 年度（2006 年度）基盤研究（A）科学研究費補助金（三年計画）。
- 莊秀美（2012）。《營利部門與非營利部門於照顧服務提供之競合---日本介護保險制度的服務提供多元化政策分析》（ISBN978-986-7599-46-9）。行政院國家科學委員會補助學術性專書寫作計畫出版專書。臺北：松慧有限公司。
- 陳玉蒼（2009）。〈由 COMSN SHOCK 看企業的參與退出對日本介護保險制度實施之影響〉，《2009 第九屆臺灣社會福利學會暨『健康、照護、工作與退休——新興社會風險與弱勢關懷』學術研討會》，臺灣社會福利學會、東吳大學社會工作學系主辦，地點：東吳大學外雙溪校區。
- 厚生労働省（2006）。《介護保険制度改革の概要（パンフレット）～介護保険法改正と介護報酬改定～》。網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/index.html>。2006 年 5 月 25 日。
- 厚生労働省（2010）。〈預防照顧事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究〉，《第 6 回 預防照顧継続的評価分析等検討会》參考資料（介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業）。網址：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/s0326-12.html>，瀏覽日期：2012 年 10 月 26 日。
- 厚生労働省（2012a）。〈預防照顧とは〉。網址：[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/yobou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html)，瀏覽日期：2012 年 12 月 15 日。
- 厚生労働省（2012b）。〈平成 23 年度預防照顧事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果（概要）〉。網址：[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/yobou/tyousa/dl/h23\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/tyousa/dl/h23_01.pdf)，瀏覽日期：2012 年 12 月 18 日。

- 厚生労働省（2012c）。《予防照顧マニュアル（改訂版：平成 24 年 3 月）について》。網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>，瀏覽日期：2012 年 12 月 27 日。
- 第一法規（2001）。《予防照顧・生活支援事業等の関連通知》。日本：第一法規出版社。
- 鏡論（2012）。〈介護保険と高齢者福祉の政策的課題：予防照顧政策をめぐって〉，《淑徳大学研究紀要---総合福祉学部・コミュニティ政策学部》，46：1-28。
- 野口定久（2007）。〈日本の介護保険制度の課題と展望－コムスン問題の克服〉，《「少子高齢社会における福祉政策の実践と展開－台湾・日本の比較研究国際シンポジウム」国際シンポジウム大会資料集，頁 39-46。臺灣東吳大学社会工作学科主催，東吳大学綜合大樓国際会議ホールにて，2007 年 10 月 26~27 日。
- 二木立（2007）。《介護保険制度の総合的研究》。東京：勁草書房。
- 二木立（2011）。〈予防照顧の問題点：医療経済・政策学の視点から（第 27 回日本老年学会総会記録）--（パネルディスカッション：予防照顧：現状・課題と新たな方向性）〉，《日本老年医学会雑誌》，49(1)：54-57。網址：<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/20110801-niki-no085.html#toc1>。瀏覽日期：2012 年 10 月 27 日
- 服部万里子（2009）。《図解でわかる介護保険のしくみ（最新改訂 4 版）》。東京：日本実業出版社。
- 小坂健（2006）。〈介護保険制度と予防照顧について〉，《東北大学歯学雑誌》，25(1)：1-6。
- 高橋俊、丹野克、千葉登（2012）。〈予防照顧事業の費用対効果評価の検討〉，《山形保健医療研究：山形県立保健医療大学紀要》，15：1-8。
- 丹羽啓（2002）。〈高齢者福祉をめぐる政策動向に関する整理：予防照顧事業等を中心に〉，《地研年報》，7：69-78。
- 丹羽啓（2003）。〈老人保健福祉計画における予防照顧事業の位置付け〉，《地研年報》，8：63-76。
- 吉田裕人他（2007）。〈予防照顧事業の経済的側面からの評価〉，《日本公衆衛生誌》，54(3)：156-167。