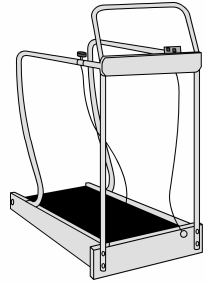


日本失智症老人團體家屋多功能 變身計畫及啟示

李光廷



壹、前言

日本 65 歲以上老年人口 2,975 萬人，占其總人口 1 億 2,780 萬人的 23.3%（俗稱「高齡化率」），是全球最老化的「超高齡社會」，（註 1）男性平均壽命 79.64 歲、女性 86.39 歲二者亦高居世界之冠。（註 2）厚生勞動省（以下簡稱「厚勞省」）推估，2010 年時點，失智症老人且有日常生活障礙者 280 萬人，占老年人口的 9.5%，其中 140 萬人（50%）住在自宅或老人專用的集合住宅、老人特別養護之家 41 萬人（15%）、精神科病院或療養病房（醫療機構）38 萬人（14%）、老人保健設施 36 萬人（13%）、失智症老人團體家屋（全名「失智症對應型共同生活照護」，以下簡稱「團體家屋」）14 萬人（5%）；同 2012 年 8 月統計，該人數已高達 305 萬人。（註 3）

根據日本介護保險法，（註 4）實物給付分為「機構照護體系」與「居家照護體系」，前者包括老人特別養護之家、老人保健設施、照護強化型療養病床等 3 種機構服務，

失智症者入住機構時，居住、照護、生活支援等服務一體化提供；老人特別養護之家目前僅允許社會福利法人營運，老人保健設施、照護強化型療養病床等必須由醫療法人經營，民間企業僅可自由參入居家照護體系的各類服務。由於機構床位有總量管制政策，機構床位不敷使用。據各都道府縣 2010 年 12 月統計，約 42.1 萬人排隊申請想要住進老人特別養護之家。（註 5）

失智症者利用居家照護體系時，必須透過「照護支援專門員（俗稱「照護管理師，care manager）」擬定照護計畫（care plan），依老人需要，最適化設計居家服務、短期入居照護（俗稱「喘息服務」）、日間照護等服務分配，始能將居住、照護及生活支援服務一體化整合。自 2006 年起，日本全國各地普及化創設「社區緊密型服務」，其中包括失智症老人團體家屋（以下簡稱「團體家屋」，group house）、私費老人之家（附照護）、照護住宅（收容身體機能降低且無法自炊的低收入需照護者，care house）（註 6）等 24 小時對應的居住型服務以及彈性多樣化

小規模多功能居家照護據點。前 3 種類似機構照護的變相型設施當中，團體家屋定位為「失智症對應型共同生活照護」，後二者定位為「付照護居住型特定設施（或稱「照護型私費老人之家」），並且開放給民間企業者自由經營，其用意不難看出彈性開放「擬似機構」的「居住及生活場所」，以彌補機構數量的不足。（註 7）

由於失智症者對環境改變及人際關係變化的適應能力差，團體家屋可謂是專為失智症者設計打造的照護環境。團體家屋的照護服務人力配置比為「常勤換算 1:3」，（註 8）人力配比和大型機構規定一致，但照護職員素養方面，格外要求具備失智症照護專業領域知識及能力。尤其是 2012 年 4 月 1 日起實施新照護報酬條例，規定團體家屋兼並提供短期入居服務時，照護人力至少須配置 1 人曾經接受過「失智症照護團隊組長（team leader）」或「失智症照護指導者」、「專門課程」等研習訓練者，始核准保險給付；照護團隊全數若僅具備「失智症照護實踐者研修課程」（註 9）或「基礎課程」研修證明，則不合乎給付條件，（註 10）團體家屋的照護品質備受期待可見一斑。

本稿以介紹日本團體家屋發展史及團體家屋多功能變身經營方式，提供國人對經營失智症老人團體家屋或創設小規模多功能居家照護有關的認識及參考。

貳、文獻回顧

一、日本創設失智症團體家屋的背景

失智症者的日常生活支援及社會性支援

需要隨生活型態改變而變化，機構傳統封閉性的照護模式及居家訪視的單向化服務模式難以期待實現「以失智症者為本位」的照護理念，遑論帶領失智症者走入社區，並且策畫和居民交流互動。2006 年團體家屋普及化設置以後，團體家屋一度被譽為失智症者的「王牌」而吸引業者蜂擁林立，照護品質高低不一，市區町村為確保社區緊密型服務品質，因此導入第三者評價制度，並將評價結果公布於政府官方網站「WAMNET」（註 11）供國民參考選擇，此資訊公開措施不僅提供民眾明確公正的判斷，所有服務業者亦可藉此公平競爭平臺比較和檢討，為提升更好服務評價而改善。

（一）失智症老人照護啓蒙期

失智症原本被稱為「癡呆」，2004 年全國問卷調查共識下改稱為「認知症」，臺灣一般以「失智症」稱之。日本失智症老人對策早在 1963 年制定老人福利法時，即已列入法律保障範圍。早期，貧困的單身低收入老人收容在養老院中，老人福利法制定後，隨著高齡化快速進展，因社會性因素而導致需保護、需照護的老人普遍增多，於是分別設置「養護老人之家（收容身體行動自如的經濟弱勢老人）」、「老人特別養護之家（以身心障礙的低收入老人為主要收容對象）」、「低費老人之家（以中低收入老人為主）」等三類型機構，安置不同需要的老人。（註 12）其中收容身體或精神上明顯障礙且經常需要照護而無法單獨居住者入住「老人特別養護之家」，此可謂是失智症老人對策的第一步。

1970 年代以前，「痴呆」患者是精神科醫療對象，收容「癡呆老人」的機構和精神病房的收容模式兩者並無不同。當時的機構停留在「收容所」概念，絲毫沒有「生活場所」的考慮及意涵，老人特別養護之家的集體管理及照料方式也和療養病房相當。1971 年推動「社會福利機構緊急整備 5 年計畫」時，老人特別養護之家雖計畫性拓展擴建，惟當時的整備計畫僅止於以「福利機構量的擴充」為目的，機構的生活品質並未列為整備對象。1972 年，日本全國上下因閱讀知名小說家有吉佐和子的一本描寫照護失智症老人長篇小說---『恍惚的人』（註 13）而造成輿論轟動，民眾對失智症老人的家庭照護、老人照護及照護地獄等實況及認識起了莫大的迴響及共鳴。雖然如此，1977 年推動的「老人精神病房機構與設備整備事業」並未具體規劃失智症對策，此說明 1970 年代，失智症課題尚未在日本國家政策中受到關注。

(二) 失智症老人照護摸索期

1980 年代的失智症老人照護特徵在於相關具體對策增多以及逐漸開始摸索針對失智症老人的照護技巧，幾家先驅性嘗試在小規模團體中對失智症老人實施生活照護的「宅老所・團體家屋」相繼提出自己的實驗研究報告，（註 14）（舊）厚生省內設置的「失智症老人對策專門委員會」則一方面思考「對失智症老人而言，甚麼才是失智症老人適當的照護模式」？一方面摸索專門照護失智症老人的對應方法。

1980 年起，『恍惚的人』帶給民眾「照護地獄」的印象逐漸成為市民家庭熱烈討論

話題，全國各地紛紛組織「失智症老人家屬支援協會」，主動關懷家庭照護者（care giver）並提供支援。1982 年，公共衛生審議會於「老人精神病房相關意見」中提示：「充實對失智症老人患者門診治療、推動訪視指導、設置諮詢窗口、家屬照護者教育訓練等措施」，並要求居家照護與福利相關機構結合，以支援居家照護服務；為因應失智症老人的精神障礙及症狀，並於老人保健法附帶決議訂定「醫院病床及其他機構整備、推動老人精神障礙對策的專門性調查研究」等綜合性對策，失智症老人對策順勢納入精神保健領域範圍。同年 11 月，公共衛生審議會以綜合性觀點提出下列建議---預防及啓發教育普及化、社區精神保健對策（訪視指導、日間照護 < day care >、家屬團體組織化等）、精神病醫院的住院醫療對策、確保照護人員就業、推動研究、保健醫療與福利服務連結等。（註 15）

1984 年推動「老人對應技術研修事業」之際，失智症老人對策開始納入福利領域，該計畫規定每一個縣（或市）設置一所「失智症對應型老人特別養護之家」、「指定研修機構」、「機構照護職員或生活指導員（多半為 social worker）必須接受失智症照護實踐性研修等人力訓練」。

1986 年，（舊）厚生省開始正式導入失智症對策而設立「失智症老人對策推動本部」及「厚生委員會」，並以「失智症老人對策專門委員會」名義展開研究。1987 年，失智症老人對策首度納入預算計畫，厚生委員會於「失智症老人對策推動本部報告」中指摘：「有必要綜合性實施推動調查研究、充實預

防對策、居家保健福利對策及機構整備、其他基盤整備等政策」；為促進民眾對失智症老人的理解與包容，除充實設施設備、發展失智症研究、實施照護教育訓練等具體措施外，並深刻探討過去少有的精神保健領域、福利領域等對策及方法。

2000年，隨著介護保險制度實施，針對認知障礙及併發有行為與精神症狀（BPSD）等照護服務明確定位為「失智症照護」，其用意希望針對失智症老人的症狀及需要設定重點課題及因應方法。

2003年，「老人照護研究會」發表『2015年的老人照護』研究報告，面臨2015年即將到來的戰後嬰兒潮世代新老人，建議政策方針以「確立有尊嚴的老人照護」為主軸，失智症照護方面，除明示「建構以生活圈域為基本的服務體系」為前提外，並提示各種重點課題及因應方法。該報告指出：失智症老人日常生活作息中應該有「自己」的角色和存在，照護過程應注意維護失智症者的人格和尊嚴。（註16）此意識形態展開後，不僅促成日本國民重新型塑「失智症老人的形象」、重新檢視對失智症的認知、重新理解失智症者的需要，厚勞省並藉此契機積極導入失智症照護的相關研究、教育訓練，並慎重思考未來失智症對策應走的方向，之後的機構導入生活單位型照護（unit care）、創設團體家屋、小規模多功能據點等機構照護革命性行動亦由此萌生。

（三）團體家屋制度化導向期

1. 團體家屋的登場

日本失智症照護引進團體家屋照護模式緣起於1985年瑞典「Balzargarden之家」的團體家屋成功範例，該設施由Barbro Beck-Friis博士利用民家改造而成，其少人數共同生活的照護模式研究成果受到全世界高度肯定及認同。在此之前，日本的失智症老人和其他需照護的身心障礙者混合照護，1987年，島根縣一位有20年機構服務經驗的機構理事長槻谷和夫亦將自宅自費改建成小規模團體家屋「ことぶき園（長壽園）」，開啓日本第一所融入社區的照護服務先端。

（註17）1991年，福岡市某社會福祉師（social worker）下村惠美子抱持讓失智症老人繼續在社區中生活的理想，利用一間木造房子和另一位同事共同創設日本第一所「宅老所（「よりあい」）」，照護特點除提供餐食、沐浴及陪伴、互動外，盡量讓老人維持一慣的生活步調、支援老人自由自在地生活於社區；（註18）1994年起，小型NPO法人正式於全國各地展開宅老所的創業經營。

小規模照護模式結合「強調生活單位的硬體設備」、「少人數組織的照護職員」、「因應服務利用者的個別需要」等要素，和過去機構照護最大差異在於失智症老人和照護職員於「家庭氣氛」和「熟識關係」情境下，共同打造生活。1994年，（舊）厚生省基於「失智症老人對策是國民重要的課題」、「社區需要共同生活的服務提供」、「學者專家提議：檢討團體家屋新型服務」等社會聲浪及需求，組成「失智症老人團體家屋照護調查研究委員會」，調查及檢討過程中並一面以制度化為前提，逐步整理營運基本事項。至此，（舊）厚生省的團體家屋制度化

意圖漸趨明朗。2006年4月介護保險制度改革下，團體家屋、宅老所、小規模多功能型居家照護等均以「社區緊密型服務」類型定位，小規模多功能型居家介護正式以宅老所為模型而變身。

2. 團體家屋先驅開拓者的共識

過去的失智症照護最常見問題包括：(1) 不限定失智症老人一定要有事做，大部分老人不是坐著發呆，就是綁在輪椅上限制其亂走亂動(2) 失智症老人的照護重點不在生活時間，而在機構時間，照護人員以自己勤務工作為優先，鮮少顧及老人的感受(3) 原本應該由老人自己決定意志的主導權，不知不覺落在照護人員或家屬身上，聽不到本人的心聲(4) 醫院治療以藥物治療為主，忽略服藥後的表情呆滯、無精打采、食慾降低等副作用。回溯上述歷史軌跡，日本全國普及化設置失智症團體家屋雖然僅有十餘年光景，但日本的宅老所或團體家屋模式並非直接取樣於北歐或某種特定型態，而是照護現場先進等累積30年的實踐摸索下，串聯本土化文化經驗得來(永田久美子，2002)。(註19)

日本一向重視國際比較研究，而曾經參訪過北歐的失智症福利設施的相關團體其回國後的視察報告中，不難發現下列指摘：「記憶障礙、認知障礙等失智症核心症狀雖無法治癒，但徘徊、暴力行為、弄便、盜食、不想動等併發性行為及精神症狀大都與過度用藥或不適當的照護方式、周圍的人際關係和住屋環境等條件有關。若除去這些原因並且改善環境，病情終究能獲得改善」。因此，「失智症老人不應以用藥為重心、而應以生

活照護為重心」。(註20)

失智症老人對策尚未具體化確立之前，失智症老人通常被當作「癡呆患者」或「精神病患者」。具體化失智症老人對策之所以遲遲未能確立，表示該問題並未顯在化、普及化。隨著社會情況變化以及媒體效應影響，被視為社會問題的失智症老人對策逐漸由醫療本位轉換為生活支援本位。而過去對失智症對策表示質疑的照護人員，正是摸索開創團體家屋的前輩。這些精神科醫師、護理師等雖各有專業立場，但接觸需照護對象的共通點仍是以失智症本人為主體、支持失智症本人過自己想過的生活方式。

參、介護保險與團體家屋的定位

團體家屋的照護模式雖然型態上和機構照護一樣24小時365天全年無休提供服務，但團體家屋在介護保險制度中定位為「居家服務體系」的「失智症對應共同生活」，此定位意涵與介護保險支付制度有關。介護保險實施初始，照護療養病床、老人保健設施、老人特別養護機構等機構照護的收費內容包括照護服務報酬、住房費、伙食費等住宿費用，此包裹式費用總額均屬於保險給付範圍；相對於照護機構，團體家屋的費用負擔至始至今僅將照護服務報酬列入保險給付範圍，服務利用者的個人住房費、伙食費、水電費等住宿費用(hotel fees)則全額由服務利用者自己負擔。2005年介護保險法改革之際，為導正機構照護與居家照護之間給付不公平的錯誤設計，同年10月起，入居所有類型機構照護的住房費、伙食費、水電費等住

宿費用改由入住者全額自己負擔，至此，團體家屋和照護機構的成本結構始提升至同等待遇。費用負擔方面，團體家屋大部分設有入住保證金，管理費用城鄉差距不一；由於全都是個人房間，每月的平均負擔略高於老人特別養護之家。（註 21）

一、團體家屋的照護報酬體系特徵

照護機構的 unit care 和居家照護的照護報酬以需照護程度給付上限額為基準分級設定。換句話說，此二者的需照護程度較輕者，其整體照護報酬較低，需照護程度較重者，

整體照護報酬較高。但團體家屋的階梯式照護報酬當中，輕度需照護者反而設定較高的服務報酬，原因在於團體家屋的入住條件為需照護度 1 以上的輕度、中度失智症者，而機構照護入住條件為需照護度 2 以上非限定失智症的需照護老人（含失能者）。2003 年照護報酬修訂時，機構照護報酬體系以需照護度 4 和需照護度 5 者為重點對象，加上 2006 年機構照護的居住費用 (hotel fees) 改為全額自付體制，相較之下，同樣成本架構的團體家屋階梯式報酬體系，輕度者反而給付水準較高（參閱圖 1；圖 2）。

照護報酬體系比較

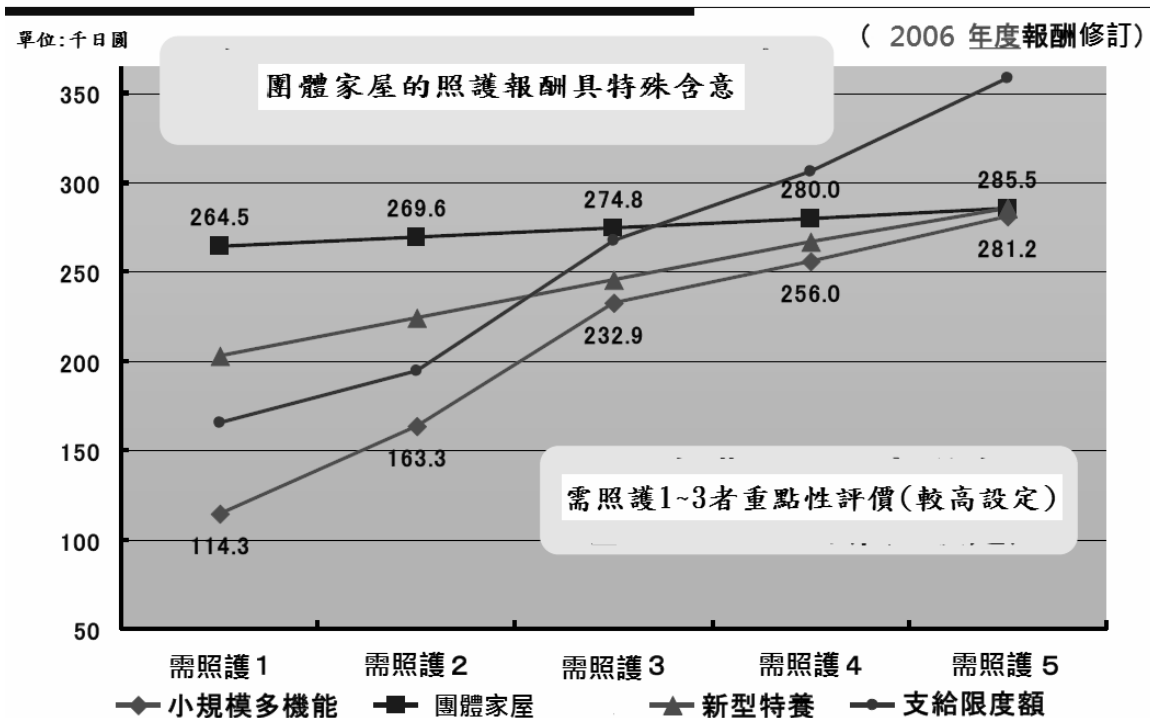


圖 1 照護報酬體系比較 (2006 年)

需照護程度別照護報酬比較(月額)

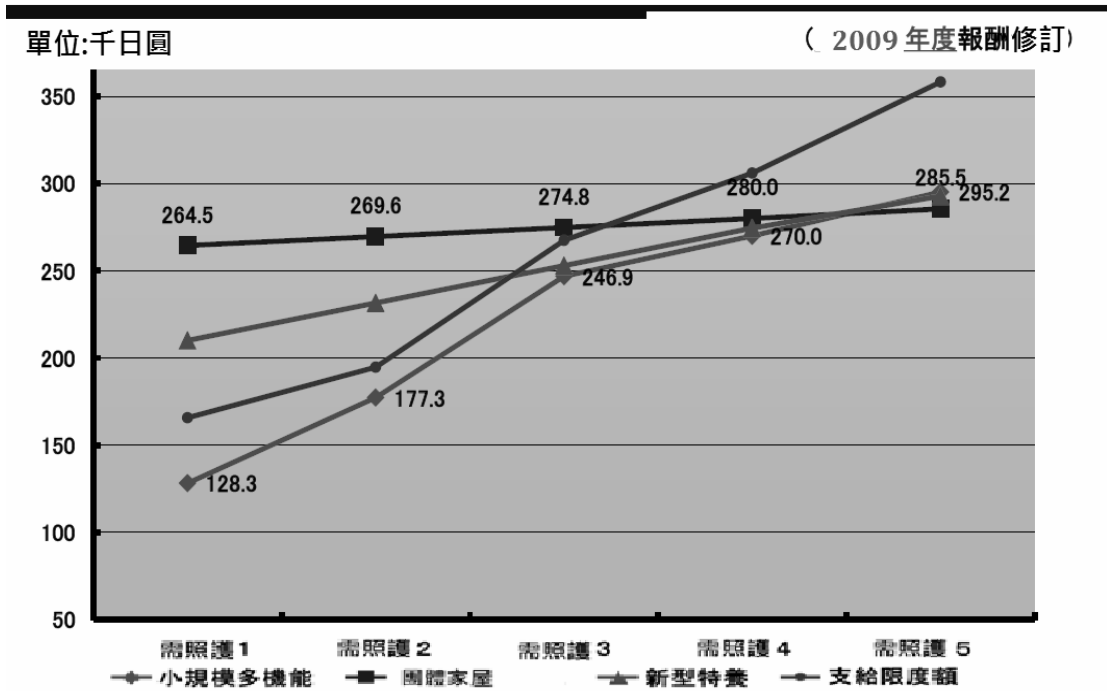


圖 2 照護報酬體系比較 (2009 年)

團體家屋的照護手法並非單純為彌補機能喪失而無法自理的身體照護或家事服務，更重要者，是在輕度或中度失智症時期積極刺激及激發潛在保有能力的最大化發揮，以維持其日常生活動作功能（ADL）及透過語言或非語言溝通的行為能力。基於此前提，特別是四肢及行動功能健全的輕度失智症者，反而需要較多的時間及精力陪伴支援及照護。同時，為支持失智症本人的自我決定，喚起失智症者有尊嚴地「活著做自己」，支援過程中需花費相當時間及耐力以求順利溝通，並建立彼此的信賴關係，始能傳遞及感受與人互動的愉悅氣氛和生活樂趣。

現實生活中，許多心力交瘁的家庭照護者因無法妥善處理失智症者的行為及精神症

狀（BPSD），不得已將老人送進團體家屋，這些老人在小規模、家庭環境氣氛以及專門性的適當照護下，情緒穩定而有笑容，不少老人的需照護程度反而較入住前降低。雖然如此，照護職員等卻不可因此而掉以輕心。就介護保險給付制度而言，需照護程度減輕時，給付上限額理應下降，業者收益亦受到影響。為緩和需照護程度減輕而影響報酬收入及安定團體家屋事業者的經營收支，厚勞省特別將需要專門性知識技術的失智症團體家屋照護報酬採階梯式設定，以期提高經營誘因。（註 22）團體家屋於 2006 年介護保險制度改革後，開設數量大增（參閱圖 3），據介護新聞（2012 年 3 月 31 日，北海道医療新聞社）公布的「失智症 Group Home 開設動

向調查」統計，全國現有 11,382 個事業所。如果不是總量管制，（註 23）開業所數恐怕還會更多。

隨著團體家屋的需求擴大及快速普及

化，團體家屋限定輕度及中度失智症者的入住者條件及封閉式照護功能的侷限性開始受到質疑，既有事業所亦面臨機能多元化的市場需求及確保經營利潤的挑戰。

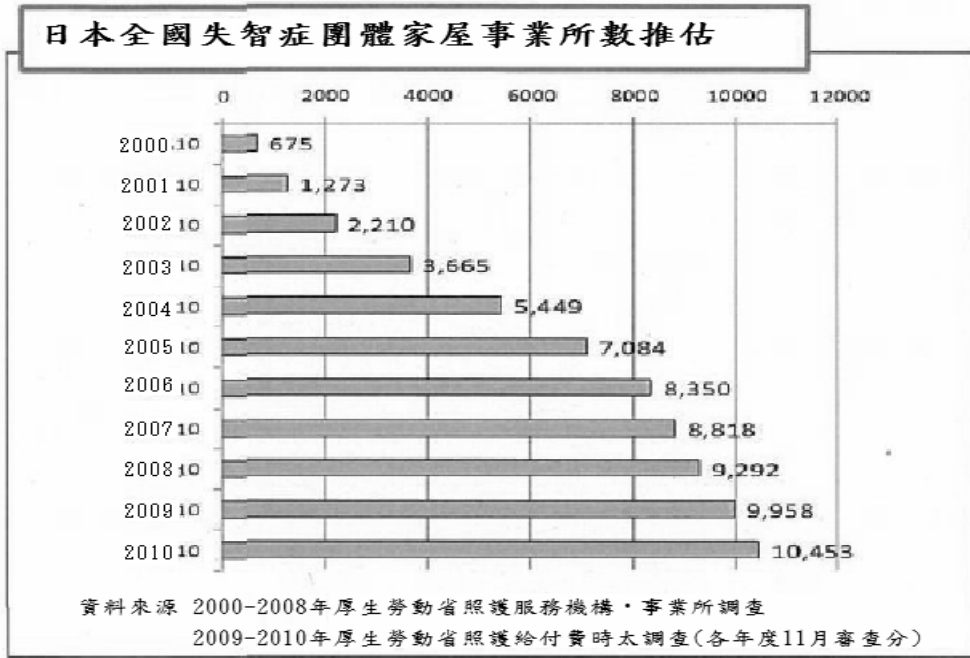


圖 3 2000-2010 年日本失智症團體家屋數量擴增變化

二、團體家屋機能擴張計畫

介護保險法修訂前(以下簡稱「舊法」)，下列三種情形不列入團體家屋服務對象：(1) 呈現明顯精神症狀的失智症者 (2) 呈現明顯行為異常的失智症者 (3) 失智症的原因呈急性發病狀態者等。介護保險法改革後 (2006)，廢除第 (1)、(2) 兩項規定，僅保留第 (3) 種情形列為服務對象之外，並且明定「失智症照護者於共同生活的團體家屋環境中，提供入浴、排泄、用餐及其他日

常生活支援與機能訓練等服務」(介護保險法第 8 條第 19 項)。失智症者往往因周邊環境不適應及人際關係錯亂而引發行為及精神症狀，團體家屋的功能即在營造透導失智症者回歸生活常軌的設施環境，支援及協助其重建人際關係。事實證明，即使日常生活有明顯行為及精神症狀者，只要找到引發症狀的背景原因，並盡早掌握時機導入照護計畫，大多數失智症者可獲得相當程度的改善效果。

為因應入住團體家屋者的長壽化、機能

退化及症狀惡化，2006 年 4 月起團體家屋規定必須配置護理師，擔負確保日常性健康管理、醫療服務等必要時的對應處理，並因應病情轉重或終期照護時的環境整備、照護方針規劃等責任，而團體家屋與醫療機構簽訂合作契約者，給予「結合醫療體制加算」收費認定。（註 24）報酬加算主要目的在鼓勵團體家屋致力於讓失智症老人容易接受的環境整備，盡可能維繫老人繼續在團體家屋中生活，減少因症狀變化而轉入醫院或入住機構；若不設置護理師而只有醫療機構醫師定期診療或單只和醫療機構簽訂合作關係，則不符合加算條件規定。

介護保險實施初期，團體家屋即有試辦增加日間照護服務（Day Service）及短期入住照護服務（Short Stay）等共用型設施設備企圖，以期發揮多功能使用效果。此願望終於在 2006 年介護保險制度改革下實現，全國各地一致展開團體家屋和日間照護共用型設施事業。2008 年，東京都因應失智症照護市場需求增加而實施「失智症者老人團體家屋緊急整備 3 年計畫」，該計畫針對團體家屋附設日間照護併設併設團體家屋與小規模多功能居家照護者，照護報酬均予以加算收費，以便促進服務提供者參入團體家屋經營。（註 25）據厚勞省老健局計畫課調查（2008 年 10 月），失智症老人團體家屋市占率以「有限公司」27.5% 為最多，其餘依次為「株式會社」25.2%、「社會福利法人」22.5%、「醫療法人」18.0%，營利法人合計超過一半以上。若以服務提供主體類型區分，則有「單獨型（54.5%）」及「併設型（43.0%）」二類，其中營利法人 90% 以上為「單獨型」，

「併設型」則由機構或醫院、老人保健設施等附設。（註 26）

日本團體家屋「ことぶき園（長壽園）」創始人槻谷和夫在接護保險實施初始時接受眾議院議員山井和則訪問，指出：「團體家屋若只提供居住，則團體家屋的好處只發揮了一半。制度化之際就應導入不僅限於居住，並應包含『日間照護』或『短暫住宿』等多功能選項」。（註 27）團體家屋多功能外展業務具有下列意義及利基，不僅嘉惠入住老人，對社區的居家老人及家屬提供彈性支援亦是一大福音。

- (一) 可接受面孔熟識的服務利用者及家屬的臨時受託照護
 - (二) 可緩和適應新環境的衝突及壓力
 - (三) 可增加既有入住者與社區居民互動機會及頻率
 - (四) 擴大團體家屋發揮個別化及社區資源的多機能性
 - (五) 活化服務提供型態及提高經營利潤
- 團體家屋多功能擴展或小規模多機能設施均規定必須實施第三者評價制度，以確保最低限度品質。

三、社區緊密型服務建置與地方政府職責

儘管機構照護可確保 24 小時時 365 天全天候照護，但根據老人生活實況調查，老後希望住在自己家裡養老及照護的比率遠高於想住進機構者。（註 28）失智症老人有半數居住在社區中生活，「症狀惡化時要在哪裡接受照護」是個切身關心的大課題。即使內心不願意住進機構，但老人的家屬或周圍親

屬的情勢判斷總是優先被採納，原因出在長久利用「居家服務」對家屬照護者的身心負擔及無法脫身離開片刻的約束感備感壓力，恨不得早點解脫。

社區緊密型服務包括新創設的（1）小規模多機能型居家照護、（2）夜間對應型訪視照護，以及既有服務重整的（3）失智症對應型日間照護、失智症對應型共同生活照護（團體家屋）（4）社區緊密型特定設施入居者生活照護（=29床以下私費老人之家）、社區緊密型老人福利機構入居者生活照護（=29床以下老人特別養護之家）等項目，主要目的在彈性化建置 24 小時服務提供體制，讓需照護者於住慣的社區中生活，不必要住進離鄉背井的社區。

「小規模多機能型居家照護」服務類型以日間照護為主，依服務利用者的身心及家庭狀態及希望任意和夜間照護（住宿服務）、居家（訪視）服務組等彈性組合，形成單一居家服務事業所提供多樣化服務的 24 小時 365 日照護體制。「小規模多機能型居家照護」的理念構想同樣緣自於「宅老所」，強調「不離開日常生活環境」、「不剝奪殘存能力」、「隨時陪伴」、「維持和過去一樣生活方式」等安心自在的生活照護。因為是「小規模」，所以環境面積不大，可承接的服務利用者至多不超過 25 人、日間照護服務量 1 天至多 15 人（照護人力比 1:3）、夜宿人數至多不超過 9 人，而且必須是日間照護服務利用者。（註 29）

小規模多機能型居家照護最大的特點在於服務利用者可依自己需要，連續性選擇利用白天、夜間或居家訪視服務，不論任何場

合，都是由同一組熟識熟悉的照護職員個別性對應，並且由於設施環境空間小，服務提供者在貼近需照護者情況下，照護本身就是生活的絕大部分，因此能夠充分掌握服務對象的需要。此外，社區緊密型服務提供場所不但立地據點於自家附近，其內在化的「活化立地環境的照護內容」、「密集和社區互動」意義尤其重要。（註 30）

失智症老人要想安心在社區中生活，社區居民及社區整體的理解和支援不可或缺，地方政府的主導與帶動更是責無旁貸。政府開拓服務之際，同時也是社區啓發活動、社區友善環境營造的最好時機。照護服務的普及和滲透程度和地方政府對社區緊密型服務的理解與支持程度密不可分。地方政府若以「打造失智症照護優質環境」作為社區發展指標，並負責品質控管與監督指導，則社區居民幸甚、國家幸甚。

肆、團體家屋的照護費用與團體家屋的經營管理

日本的照護服務業者（含機構、社區緊密型及居家服務）通常以「法令遵守」列為營運法則第一優先，服務品質次之。政府針對照護服務業者開創新的照護服務或提升照護品質投資時（包括環境改善及人力資格訓練），不論公民營業者均給予程度不一的定期定額補助，以提高照護服務者素養，促進堅守法令遵守原則。例如，日本需照護認定及照護計畫派任給 5 年實務經驗以上且有國家考試資格的「照護管理師」擔任，很難想像需照護「輕度者」會誤判成需照護「重度

者」、「輕度認知障礙者」被判定為「重度的失智症者」，甚至「曾經是」但已經足夠脫離低收入條件者仍然死守「低收入者」標籤而坦然接受免費照護，日本民族的自律性值得稱讚。

一、團體家屋的收費

收費是所有服務利用者及家屬最關心的議題。入住團體家屋時的照護服務費用由介護保險給付（部分負擔 10%），但個人生活的（1）伙食費（2）理容美容費（3）紙尿布費（4）其他日常生活費等則全額自己負擔。（註 31）收取個人負擔費用必須遵守下列規定，不得巧立名目額外收取不當費用，此資訊公開政策不但減少服務利用者一方受到資訊不對稱弊害，服務提供者一方亦因收費透明化而更容易獲得民眾的認同及信任。

（一）全額自費部分

1. 不得與介護保險給付對象重複徵收費用。
2. 收費名目必須具體而明確，不得以照護費、管理協助費、共同受益費、機構利用補償金等曖昧不明名目徵收費用。
3. 「其他日常生活費」屬於自選收費項目，必須事前充分說明，並經服務利用者同意及簽名。
4. 「其他日常生活費」採實報實銷收費，但實際收取費用不得原定範圍。
5. 「其他日常生活費」費用必須明訂於營運規章中，並張貼於適當場所。
6. 「其他日常生活費」若屬變動價格或

附加性質，應依「實價」收費。

（二）不適當的收費名目

1. 共用的清潔劑、衛生紙等
2. 照護需要的塑膠手套
3. 居家療養管理指導以外的介護保險給付費用
4. 外宿或住院期間的伙食費
5. 照護必要的輔具利用費（除非服務利用者自願要求及付費）

二、經營團體家屋注意事項

（一）照護服務者可介入的醫療行為

1. 測量體溫、血壓、脈搏等
2. 輕微刀傷、擦傷、燙傷等不需專業判斷或技術的處理（含換敷料）
3. 符合下列 3 種條件的協助用藥。具體包括皮膚軟膏（褥瘡處理除外）皮膚貼布、點眼藥、內服藥、協助肛門坐劑插入或鼻腔粘膜藥劑噴霧等。
 - 患者入院・入居機構等不需治療、狀態安定者
 - 不需醫師或護理職員連續觀察有無藥物副作用或調整藥量必要狀態者
 - 不需特別考慮有內用藥誤嚥、肛門坐劑出血等危險的專門用藥方法者
4. 指甲無異常、指甲周圍無化膿或發炎現象的糖尿病疾患，可適當剪修指甲
5. 無重度牙周病者的日常口腔清潔。

（二）入住團體家屋的住所變更

團體家屋屬於社區緊密型服務，原則上

只有居住在當地市區町村的被保險人，始能利用服務。入住團體家屋期間服務利用者若因「轉入其他市區町村家屬居住」或「入居其他市區町村機構」等理由而變更地址，則無法接受服務給付（保險給付），業者須明確向家屬說明，避免家屬未經事業所確認便隨意更換地址而喪失利用者權益。

日本介護保險實施後，被保險人的保險費徵收、保險給付內容、需照護認定申請及照護計畫擬定等，在在與居住場所、住所所在地及有無與家屬同住有關。為避免被保險人隨意變動地址而影響市區町村介護保險事業規劃管理或個人權益，登錄住址以實際居住場所為基準（含機構、團體家屋、私費老人之家等）。

(三) 入退住團體家屋的支援（團體家屋營運基準第 94 條）

介護保險的被保險人經過「需照護認定」和「照護計畫」手續後利用服務，團體家屋僅可接受能和少數人共同生活的「需照護程度 1 以上」失智症老人入居照護。入住者若因急性病狀而無法共同生活時，家屋業者需盡快協助送診就醫或轉院。入住者若因其他原因申請退居，家屋業者得依本人及家屬期望並考慮退居後的生活環境及持續性照護等條件辦理退居手續；退居前，業者除提醒注意事項及提供居家照護支援指導者（care manager）資訊外，並主動與相關保健醫療服務單位、各種福利服務部門聯繫，連結退居後的支援網絡；退居的經過及支援內容等業者應紀錄存檔及保管。

伍、代結論--啟示及課題

一、啟示

(一) 照護市場環境及經營收益性

日本的照護服務市場早年曾經由「社會福利法人」獨占，1990-2000 年期間，民間業者（含 NPO 及私人企業）陸續投入居家服務市場，成為社會福利法人（以下簡稱「社福法人」）的競爭對手。尤其是 2000 年 4 月介護保險實施下，政府大量開放民間業者大量投入居家服務，市場業績快速趕上社福法人。2005 年介護保險制度第一次制度改革後，政府更開放社區緊密型照護以及居住型附照護服務領域給營利法人經營，福利法人營運優勢因此備受威脅。

日本的照護機構不但僅允許社福法人開設營運，社福法人在稅制上及國家補助上亦占優勢，整體比較下，機構照護的經營成本高於其他服務類型。2003 年第一次調整介護保險費及照護報酬時，機構服務報酬降低 4%，此改變讓習慣於政府補助且形式僵化的社福法人首度感受到自負盈虧的經營壓力。相較於社福法人，民間業者早已認知自負盈虧，並深知經營業者的服務口碑是最好的品牌保證，2006 年導入社區緊密型服務及預防照護服務時，民間業者不斷用多元化、多樣化、彈性化、連鎖化經營方式導入各種服務，供服務利用者選擇。

目前，民間業者的服務量業已超過社福法人，但政府始終未鬆綁照護服務報酬自由設定，此亦是經營照護服務事業最重要的關鍵。根據介護保險法，同類型的服務收費標

準用「全國統一規格點數計算」設定，此價格「內含利潤」，經由學者專家精算得來，每隔 3 年由厚生省修訂公布。營利法人儘管提高軟硬體設備水準，但照護報酬方面必須遵守政府訂定的價格收費，主要為防止社會性排除及營業暴利，營利法人只能靠服務輸送及管理 Know How 優異而取勝。

臺灣目前發展的照護市場除了服務量不足外，其中一半市場幾乎已被外勞取代，政府雖極力鼓勵及輔導非營利組織擴大服務範圍，但部分習慣於接受政府委託照護的非營利組織重形象而不重經營，以至於長期仰賴政府補助勉強支撐營運。令人擔憂的是，未來若實施長期照護保險，非營利組織勢必和其他未接受補助的民間經營業者站在同一天平上競爭，以現在非營利機構的掌權者、管理者與第一線服務者彼此間缺乏組織歸屬感與共存共榮意識感來看，非營利機構因為無自負盈虧壓力，組織上下難免殘留「不做不錯」、「維持現狀」習性，因此，鬆綁民間業者加入照護市場，形成良性競爭與淘汰，未必不是件好事，或許可因此建立市場遊戲規則，提早促成健全多元的照護服務提供體制。

(二) 小規模封閉式照護模式的品質管理

由宅老所到團體家屋，由團體家屋到小規模多機能居家照護據點，都可利用一般民宅改建而提供居住、照護、生活支援一體化服務，以滿足失智症者持續住在習慣的社區中生活。日本全國約有 1000 所宅老所（2009 年統計），宅老所的營業執照由市區町村審核發放，比起地價高漲的都市住宅環境，鄉

村地方開設較為普遍。

宅老所原本以日間照護為中心，後因常被服務利用者的家屬要求而實施短暫住宿（short stay）。但接受住宿服務的宅老所當中，難免有品質不佳、環境惡劣，卻收取高額住宿費者，因此未取得合法「住宿設施」資格，介護保險亦不予給付。由日本宅老所先例反視臺灣目前正在展開所謂「家庭托顧」的創新型照護服務，宅老所因為是「法人」經營，政府可以循法律約定對應管理，而「家庭托顧」是個人經營，其受託環境與照護品質的責任歸屬難於鑑定，在未審慎評估前，實不宜貿然推動。

(三) 照護報酬價目公開

無論是機構或團體家屋，臺灣的收費方式習慣以月額制總體結算，非但名目不清，機構設施間亦無從比較價格及確認。民眾縱使有城鄉差距認知，總不及日本將所有收費細目及價格公開，以便讓付費者親自確認及比較的做法來得令人信服。

(四) 個人資料與調查統計

臺灣目前尚未導入長期照護保險，許多老人的居住場所和地址所在地不一致，政府或研究機構實施人口普查或與老人生活相關調查統計時準確性和效率性都受影響。未來如果長期照護保險上路，被保險人的給付權益若隨著個人或扶養人的居住環境或生活條件影響而頻繁變更地址，則徒增管理上的困擾，有必要提前設想、檢討及規劃。

二、課題

(一) 營利法人與非營利組織的本質及課題

從經營觀點來看，團體家屋與小規模多功能設施的經營對象群區分為二。營利法人顧客群偏向於生活水準相對優裕階層，營利法人在衡量一定程度收益性及合理價位下提供服務。就團體家屋提供入住照護的服務性質而言，低收入者入住團體家屋的可近性不高，而營利法人為提高照護品質，確保人力穩定乃經營者當務之急。根據調查，進入營利法人就職容易，離職率亦高；（註 32）就職於社會福利法人的薪資相對較高，離職率亦低於營利法人，究其原因，薪資待遇低是離職的重大關鍵。相較於營利法人，社福法人或 NPO 等非營利組織本來就以公益性高、收益低的服務提供主體而定位。社福法人、公益法人不但接受政府補助，營業稅收亦低於營利法人，針對低收入或中低受入者，理當多盡一份責任和義務提供照護及服務。

今後社福法人、公益法人等機構的課題有必要回歸公益性本質並發揮照顧弱勢機能；而營利法人的課題則在「法令遵守」規範下，擴大市場服務量及提升照護品質，日本的經驗啟示可以避免試行錯誤而原地踏步。

(二) 制度鬆綁及設置基準彈性調整

根據日本失智症團體家屋實況調查報告（2009），團體家屋在導入日間照護或短期居住照護等合併使用上，績效不如預期。該調查分析，市場雖有服務需求，但由於制度規定過嚴，業者因此裹足不前。（註 33）針對阻礙因素，業者意見反映如下：

1. 團體家屋經營者不諳日間照護要領，

針對被介紹進來的對應困難需照護者的收費設定過低。

2. 小規模、家庭氣氛的團體家屋提供日間照護，對本人及家屬而言，比一般獨立型或機構附設型日間照護的環境更具有容易適應及安心感等優點。惟 1:3 的照護人力配置不利於經營成本。（註 34）
3. 利用短期居住照護服務時，限定原定利用者人數床位空出時（入院或退住）方可利用，不得隨意增加床位（團體家屋 2unit=18 人、小規模多功能設施利用者至多 25 人）。
4. 事業所開設後 3 年經驗以上者，方可實施日間照護或短期居住照護等合併使用設施（若有開設其他機構經驗 3 年以上者。本條例可免除）。

根據日本第 177 回（2011 年）通常國會議決議，「推動社區自主性與提高自立性改革法律整備等相關法律」及「強化照護服務基盤，介護保險法律等一部分修訂」等法案成立，並指定社區緊密型服務事業的人力配置基準、設備基準及營運基準規定廢止厚生勞動省令，改由市區町村條例制定。（註 35）

臺灣有關團體家屋的建置措施已近 3 年，國人對團體家屋認識不足，制度規範亦不明確，因此投入營運的案例不多。時下，政府僅補助非營利團體實施單獨型團體家屋及單獨型日間照護服務，尚未有拓展團體家屋或日間照護多功能化計畫。筆者在協助老人福利推動聯盟承接的輔導及推動建置團體家屋及日間照護服務據點過程中發現，臺灣

模式的單一類型服務無法提供一致性、連續性及整體性照護服務，何況即便是此單一類型服務，市場需要仍然供不應求。服務據點拓展不足最大的問題出在（1）各地方政府轄下的土地變更使用目的時，規定不一（2）公有設施釋放困難（3）行政部會協調不足等重重障礙，不少有意願經營業社區緊密型服務業者在遭遇多層難關後，只得知難而退。

團體家屋多功能化發展之後，受惠的是全體社區，制度化導入前，社區中間置空間

公開釋放、政府部會協調溝通、土地變更彈性運用等課題必須提早確定並公布於大眾，以便讓業者順利掌握明確資訊，並及早準備申請資料，依流程進行審核。

（本文作者為老人福利推動聯盟顧問、國立護理健康大學兼任副教授、輔仁大學兼任副教授）

關鍵詞：失智症照護，團體家屋，社區緊密型服務，宅老所，小規模多機能居家照護

註釋

註 1：高齡化社會的高齡化率 7% - 14%、高齡社會 同 14% - 21%、超高齡社會 同 21%。

註 2：內閣府「2012 年版 高齡社会白書」。

註 3：読売新聞 2012 年 8 月 24 日、朝日新聞 2012 年 8 月 24 日。

註 4：1997 年 12 月法案通過，2000 年 4 月實施。

註 5：厚生勞動省（2010）「老人特別養護之家入居申請者及待機者狀況」www.mhlw.go.jp/stf/shingi/.../2r9852000000tm58.pdf

註 6：居住型體系的私費老人之家分照護型及住宅型、care house 分照護型及一般型，非照護型者提供生活支援服務；小規模多功能居家照護據點以日間照護服務為主，同時提供居家照護、夜間照護及臨時或短期入居照護等服務。

註 7：據厚生勞動省統計，2009 年機構入住待機者共計 42 萬 1,000 人（東京新聞，2010.10.31）。

註 8：每週 40 小時×4（週）=160 小時（月）、實際勞動時間每月 160 小時=常勤換算 1。非常勤者若每週工作 20 小時，則每週 20 小時×4（週）÷160 小時=0.5、非常勤者以常勤換算為 0.5。

註 9：日本全國推動失智症照護研習訓練課程包括失智症照護實踐者、失智症照護實踐 Leader 及失智症照護指導員研修等初級及進階訓練。前二者由都道府縣執行實施、指導者研修則由督道府縣知事推薦，派往東京、仙臺及大府三所研修中心訓練。

註 10：厚生勞動省社會保險審議會一介護給付費分科會第 85 回議事資料（2011・11・14）「認知症対応型共同生活介護「短期利用共同生活介護費」の算定について」

註 11：綜合性提供福利保健醫療相關資訊的官方網站，<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

- 註 12：老人需求多樣化包括「高齡化、長壽化」「入居機構老人病弱化而有必要提高機構機能」「小家族化、家庭喪失扶養機能」等。
- 註 13：有吉佐和子小說描寫的 84 歲失智症老人因記憶障礙・認知障礙而併發幻覺・徘徊・異食・暴力・不衛生行為等症狀，兒子媳婦被折騰得精疲力盡，最後重新振作的故事。6 個月期間售出 140 萬本，其後被拍成電影籍連續劇，而「恍惚的人」也成為一時的流行語。1972 年 6 月新潮社出版。
- 註 14：平野隆之・大橋美幸・池田昌弘（2002：22）
- 註 15：宮城県保健福祉部長寿社会政策課（2002）「痴呆介護概論－痴呆性高齢者グループホームの歴史を通しての概観－」
- 註 16：高齢者介護研究会報告書（2003）『2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』，<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
- 註 17：槻谷和夫 接受 山則和夫 採訪時表示：「過去看到住進大型機構的老人特別養護之家的老人常因遠離自己家鄉，幾乎沒有親友前來探望，如今入住這裡的老人，家裡就在附近，還可以吃到家人從家裡帶著自己做的食物，覺得十分幸福」。（第 16 話 事始め「小規模・多機能・地域密着」，『月刊・介護保険情報 2005 年 7 月号』）
- 註 18：第 16 話 事始め「小規模・多機能・地域密着」，『月刊・介護保険情報 2005 年 7 月号』
- 註 19：永田久美子・（2002）・「利用者主体の暮らしとケアの実現に向けて－痴呆性高齢者グループホームの挑戦－」・『老年社会科学』Vol.24-1・pp.25-26
- 註 20：「2002 年芬蘭之旅報告」（2002 年 5 月 29 日～6 月 5 日）「學習芬蘭的失智症老人照護（フィンランドにおける痴呆性高齢者の介護を学ぶ）」
- 註 21：2005 年後的新建老人特別養護之家（簡稱「新型特養」）規定以個人房為基準，舊有機構則補助其改建成單人房並實施 unit care，目前仍保留多人房。
- 註 22：日本失智症團體家屋協會（2014）「團體家屋品質評價尺度與自治體的活用調查研究報告（認知症グループホームの質の尺度と自治体における活用に 関する調査研究報告書）」
- 註 23：日本認知症グループホーム協会（2010）「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業報告書」
- 註 24：有關失智症老人團體家屋「結合醫療體制加算」與「日常性健康管理」（各市區町村行政通知）<http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/content/000347762.pdf>
- 註 25：東京都政府報導發表資料 <http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2008/05/22i51101.htm>
- 註 26：特定非營利活動法人全国認知症グループホーム協会（2009）「認知症グループホームの実態調査事業報告書」

- 註 27：山井和則 <http://www.wao.or.jp/yamanoi/service/kotobuki.html> (1962 年生於京都，代表日本民主黨的參議院議員，留學瑞典福利學院，大力推動團體家屋，著有『体験ルポ世界の高齡者福祉』 山井和則著 岩波書店 1991 年 9 月、『改訂新版 グループホームの基礎知識』 上田 理人・山井和則著 リヨン社 2008 年 3 月等多種書籍。)
- 註 28：東京都 (2010) 「高齡者の生活実態」福祉保健基礎調査
- 註 29：厚生労働省社會保障審議會介護給付分科會資料 2011.09.22
- 註 30：山梨恵子 (2005) 「社區緊密型服務改變照護型態 (介護のカタチを変える地域密着型サービス)」『基礎研 REPORT 2005.10』
- 註 31：横浜市健康福祉局高齡健康福祉部 『2010 年版失智症老人團體家屋營運手冊』
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/jigyousya/shinsei/shitei/gh/tebiki/tebiki.pdf>
- 註 32：山本克也・杉田知格 (2008) 「施設サービスの複合化・多機能化—特に経営の観点から—」『季刊・社會保障研究』Vol.43 No.4, pp.343-344, 国立社會保障・人口問題研究所出版。
- 註 33：特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会 (2009) 「認知症グループホームの実態調査事業報告書」
- 註 34：據 WAMNET 公布資料，團體家屋照護人力實際平均為 1:1.3；小規模多功能設施 1:1.2 (獨立行政法人福利醫療機構福利貸付部 (2011) 「認知症高齡者グループホーム及び小規模多機能施設の実態調査について」)。
- 註 35：大阪府吹田市 (2013 年 1 月 9 日) 「吹田市介護保險服務事業所整備計画説明會」，
<http://www.city.suita.osaka.jp/var/rev0/0029/2825/201251111271.pdf>

📖 參考文獻

- 內閣府「2012 年版 高齡社會白書」，<http://www8.cao.go.jp/>
「認知症対応型共同生活介護「短期利用共同生活介護費」の算定について」
綜合性提供福利保健醫療相關資訊的官方網站，<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>
平野隆之・大橋美幸・池田昌弘 (2002) 「宅老所・グループホームの發展経緯」『福祉のまちづくり研究』Vol.4 No.2 日本福祉のまちづくり学会
高齡者介護研究会報告書 (2003) 『2015 年の高齡者介護～高齡者の尊嚴を支えるケアの確立に向けて～』，<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
株式会社法研 (2005) 『月刊・介護保險情報 2005 年 7 月号』
永田久美子・(2002) 「利用者主体の暮らしとケアの実現に向けて—痴呆性高齡者グループホームの挑戦—」『老年社會科学』Vol.24-1・pp.25-26

日本失智症團體家屋協會（2014）「認知症グループホームの質の尺度と自治体における活用に 関する調査研究報告書」

日本認知症グループホーム協会（2010）「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業報告書」

厚生労働省社会保障審議會介護給付分科會資料 2011.09.22

山梨恵子（2005）「介護のカタチを変える地域密着型サービス」『基礎研 REPORT 2005.10』

横浜市健康福祉局高齢健康福祉部 『2010 年版失智症老人團體家屋營運手冊』

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/jigyousya/shinsei/shitei/gh/tebiki/tebiki.pdf>

獨立行政法人福利醫療機構福利貸付部（2011）「認知症高齢者グループホーム及び小規模多機能施設の実態調査について」