



由社會福利政策綱領 談日本社區整合性照護體系



曾妙慧、呂慧芬

壹、前言

我國在高齡化與少子化之相互影響下，老人長期照護所衍生之經濟、社會問題，已成為政府亟待解決的重要議題。因此，建構完善之長期照護服務體系，並推動長期照護保險制度，係政府既定之主要施政目標之一。然而，建構一套完善的長期照護服務網絕非易事，其涉及範圍既廣且雜，並具高度的專業性，可謂為相當龐大且繁重之工程。

根據內政部於 2012 年 1 月公布之社會福利政策綱領顯示，實施長期照護保險是既定的政策目標，政府在照顧老人及身心障礙者所採行之政策，應以居家式及社區式服務為主、機構式服務為輔。其次，對於有關各項福利服務之提供，應以可近性、連續性、滿足全人需求等為原則進行規劃。換言之，社會福利政策綱領中明確宣示，長期照護服務應落實居家式與社區式之在地老化政策，並提供連續性及整合性照顧服務為主要目標。然而，根據上述原則，理想的長期照護體系應具有何種實質內涵，則有進一步探討

之必要。

反觀與臺灣面臨類似人口結構高齡化、少子化問題之日本，於 2000 年開始實施「介護保險」（註 1），期能有效解決老人長期照護的問題。日本介護保險制度的實施目標與我國社會福利政策綱領相同，皆以「在地老化」為基本精神，在實施初期，制度面著重於居家式照護體系的建立。然而介護保險實施之後，發現既有的居家式服務體系無法滿足在家接受照護老人的實際需求，故於 2005 年修訂介護保險法時，創設社區整合性照護體系，希望能讓在家接受照顧的老人與其家屬，都能得到完整的照護服務與支持性服務。嗣後於 2011 年再度修法時，增設全天候巡迴服務與複合式服務等多項措施，更進一步強化社區整合性照護制度之健全性。

有鑑於此，本文將藉由探討日本社區整合性照護體系之建構歷程、發展概況及具體效益，期能供作我國落實在地老化政策，建構全人、全程、全方位長期照護服務網參酌之用。

貳、以「在地老化」為基本精神之介護保險

一、落實「在地老化」之長期照護服務體系

日本政府為解決急速高齡化趨勢下所衍生之老人長期照護問題，於 2000 年 4 月開始實施介護保險制度。該制度係以標榜長期照護之「社會化」為設計理念，期望藉由介護保險制度之推動，由護理人員、復健師、或照顧服務員等專業人士提供相關服務，將過去由家庭負擔照護責任之狀況，轉換為由全體社會共同承擔老人的長期照護工作。其次，日本《介護保險法》第 2 條第 4 項亦明訂：「即使被保險人失能程度達到需要他人照顧之情況下，仍應以協助被保險人在其居住處所，以維持自立正常生活為原則，決定保險給付項目之內容與水準」。由此可知，日本介護保險制度自始即以「在地老化」為

基本精神，並以提供居家式服務為主要照護模式，進而據此作為保險給付之最高指導原則。

從日本介護保險實施 12 年的經驗來看，在「在地老化」的基本精神下，已有效減輕受照顧者對機構式照護的依賴，不僅降低了機構式服務的使用率，並同時減少了機構式服務之保險給付。

首先，如圖 1 所示，由各項服務使用人數觀之，2000 年時機構式服務占整體的 32.8%，居家式服務占 67.2%。嗣後，機構式服務呈現快速下滑趨勢，至 2011 年時降為 19.6%；而居家式服務，則呈現增加之趨勢，從 2000 年的 67.2% 上升至 2011 年 73.6%，其增加的幅度小於機構式服務減少的幅度，原因在於 2006 年日本介護保險制度創設了社區式密合型服務。2006 年時使用社區式密合型服務的被保險人占全體的 4.5%，經五年之不斷努力推動後，截至 2011 年底時已增至 6.8%。

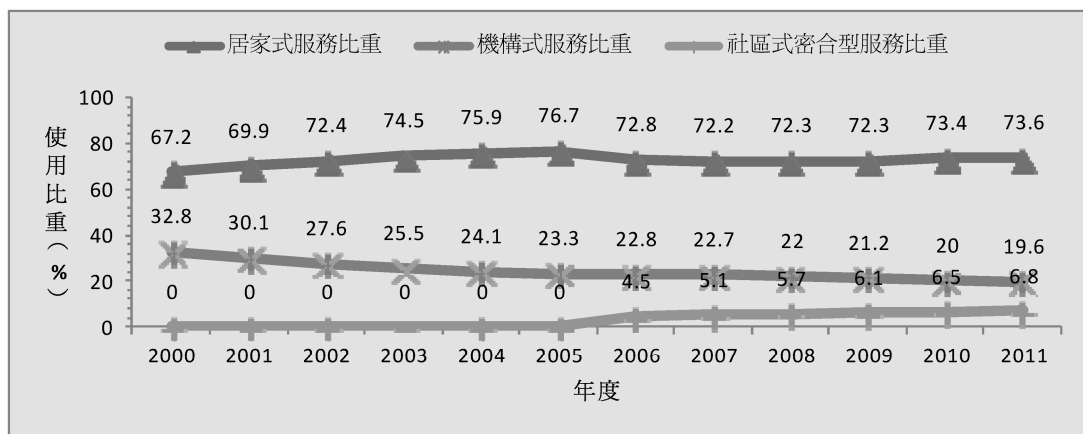


圖 1 介護保險不同類別照顧服務使用比重

資料來源：1. 厚生労働省（2011），《平成 21 年度介護保險事業狀況報告》。

2. 厚生労働省（2011），《介護保險事業狀況報告の概要（平成 22 年 12 月暫定版）》。

3. 厚生労働省（2012），《介護保險事業狀況報告の概要（平成 23 年 12 月暫定版）》。

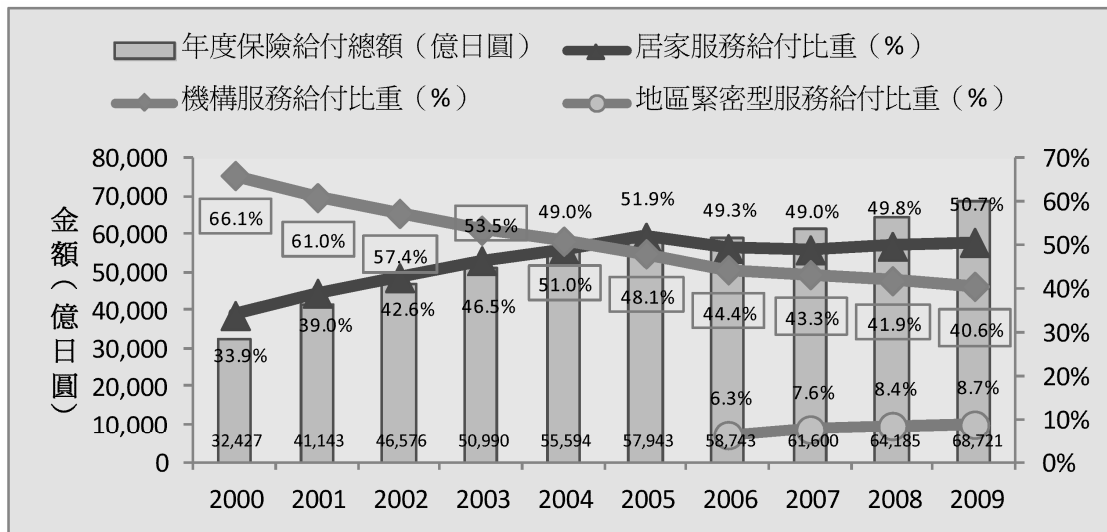


圖 2 日本「介護保險」的保險給付金額

資料來源：生勞働省（2009），《平成 19 年度介護保險事業狀況報告（年報）》。

其次，從保險給付的分配來看（圖 2），2000 年時機構式服務占全體支出的 66.1%，居家式服務占 33.9%，對照圖 1 不同類別服務的使用情形，突顯出機構式服務的高成本結構。2009 年時機構式服務降至全體支出的 40.6%，居家式服務與社區密合式服務合計占全體支出的 59.4%。

建構完善之長期照護服務網並非易事，需要不斷的檢討與修正，方能因應時代環境之變化。因此，日本於推動介護保險之初，即設定以三年為一期，定期檢討保險費率與保險給付等財務面問題；另外每五年則依保險給付狀況、國民負擔能力等情況之變化，進行制度整體之檢討與修正。

日本首度進行制度檢討時發現，在需要照顧者與輕度失能者人數逐年增加，以及失智老人照顧問題日益嚴重之情況下，居家式照護服務之質與量卻跟不上被保險人之需

求，致使部分受照顧者被迫選擇機構式照護服務（呂慧芬，2008）。然而，日本的長期照護機構長久以來就有供給不足的問題，因此當被保險人選擇機構式照護時，還須面臨等待名單過長的問題，並非隨時可以進住長期照護機構。根據相關統計顯示（參照表 1），介護保險的實際服務的使用率在 2000 年時僅有 71.8%，有高達將近 3 成符合保險給付資格者，並未使用由介護保險所提供的長期照護服務。長照服務使用率在 2000 年之後有陸續增高的趨勢，到 2011 年時為 83.6%。介護保險實施初期，由於民眾的不了解，導致實際服務使用率偏低的情況，隨著制度的滲透使得服務使用率逐漸提升。根據研究顯示（永瀨伸子，2000），符合資格的被保險人未使用服務的主要原因之一在於，被保險人希望入住長期照護機構，但仍在等待名單上（註 2）。

表 1 日本「介護保險」的「要介護」認定與服務利用狀況

年度	A 第 1 號被保險人數 (萬人)	B 要介護(支援) 認定人數 (萬人)	B/A 認定率 (%)	C 照顧服務利用人數 (萬人)	C/B 服務使用率 (%)
2000	2,242	256	11.0	184	71.8
2001	2,317	298	12.4	218	73.1
2002	2,393	345	13.9	254	73.6
2003	2,449	384	15.1	287	74.7
2004	2,511	409	15.7	317	77.5
2005	2,588	432	16.1	337	78.0
2006	2,676	440	15.9	354	80.5
2007	2,751	453	15.9	363	80.1
2008	2,832	467	16.0	377	80.7
2009	2,892	485	16.2	393	81.0
2010	2,907	503	17.3	417	82.9
2011	2,948	525	17.8	439	83.6

資料來源：1. 厚生労働省（2011），《平成 23 年度介護保險事業狀況報告（年報）》。

2. 厚生労働省（2011），《介護保險事業狀況報告の概要（平成 22 年 12 月暫定版）》。

3. 厚生労働省（2012），《介護保險事業狀況報告の概要（平成 23 年 12 月暫定版）》。

承上所述，當居家式照護服務的質與量，無法滿足被保險人需求時，易導致被保險人傾向選擇機構式照護，如此一來，不但會擴大保險給付支出，更有違介護保險制度設計基本精神。因此，積極推動社區式照護服務，並與居家式照護服務進行結合，建構良好之社區整體照護服務體系，落實介護保險在地老化之基本精神，乃日本政府亟待解決之重要課題。

二、落實在地老化政策與制度革新措施

介護保險制度正式實施後，由於接受照顧服務使用人數日益增加、居家服務體系未臻完善等因素之影響，導致保險給付支出大幅增加、保險財政嚴重惡化恐有破產之虞。茲為落實就地安養、在地老化之政策，並謀求介護保險制度永續經營之目標，日本在制度運作 12 年之歷程中，雖多次就保險給付內容進行局部修正，但就制度架構而言，僅於 2006 年 4 月及 2012 年 4 月進行兩次重大改革（詳見表 2），且皆與社區整合性照護體系密不可分。

表 2 日本介護保險制度的歷史發展軌跡

期 別	年	月	主要內容
	1997	12	介護保險法成立
第 1 期	2000	4	開始實施介護保險制度
第 2 期	2003	4	修訂介護報酬（增加 2.3%，充實居家服務）
	2005	6	介護保險法部分修訂
		10	開始實施一部分修訂後的介護保險法（機構給付）
第 3 期	2006	4	全面實施介護保險法部分修訂（創設預防性給付、社區式密合型服務） 修訂介護報酬（增加 0.5%）
	2008	5	介護保險法部分修訂
第 4 期	2009	4	修訂介護報酬（增加 3.0%、改善長照從業人員的待遇）
		5	全面實施介護保險法部分修訂（業務管理體制的整備、確保服務供給對策）
	2011	6	介護保險法部分修訂
第 5 期	2012	4	全面實施介護保險法部分修訂

資料來源：厚生労働省老建局（資料擷取日：2012/5/18）。

首先，2005 年修訂介護保險法時，主要係將重點置於「建構活力開朗的超高齡社會」、「制度永續運作的可行性」及「社會保障統合化」等基本觀點上，期盼藉由介護保險制度之各種新措施，達到提升老人照護服務、促使保險給付效率化及重點化，以及強化在地老化照護體系等目標。由於強化在地老化政策乃此次修正重點之一，基此並於 2006 年設置「社區整合支援中心（comprehensive regional support centers）」，以及推廣社區式密合型照護服務，藉由結合居家式與社區式服務之措施，建構符合在地老化目標之社區整合性照護體系。

其次，由於獨居老人、獨居老夫婦，以及失智老人快速增加等家庭與社會結構之改

變，其所衍生之問題已不僅侷限於單純之身體照護，更擴及至醫療與居家生活照顧等其他層面。由於介護保險所提供的服務，必須結合社區內醫療、社福團體等各項資源，提供全人、全程、全方位之照顧服務，方能建構完善而有效率的照護服務網。因此，2011 年 6 月第二次大幅修訂介護保險法時，就將「實現社區整合性照護體系」列為核心目標，除強調「醫療與照護結合」之重要性外，更增設「全天候定期巡迴、隨時對應型訪問照顧」、「複合型服務」等給付項目，並於 2012 年 4 月正式啟動。

綜合上述內容可知，日本介護保險制度自始即以「在地老化」為基本精神，而歷次制度修正之目的，乃在追求早日實現「在地

安養、尊嚴向晚」之目標，至於「社區整合性照護服務體系」之建構，則為主要具體措施之一。

三、社區整合性照護之基本理念與內涵

在日本而言，「社區整合性照護體系」並非新造之詞，過去即有「全人照顧」或「社區照顧」等類似用語，泛指在社區內提供有關醫療與社會福利等整合性服務（integrated care service）而言。然而，其內涵究竟為何？則未有明確之定義，所謂整合性服務，有指結合醫療與機構式服務者；亦有指結合醫療與訪問照顧服務者。

在 2006 年推動社區整合性照護制度之初，主管機關並未對社區整合性照護制度予以明確定義；直至 2008 年由厚生勞動省委託研究之《社區整合性照護研究會報告書（註 3）》始首度對「社區整合性照護」體制予以明確定義。該報告書指出「社區整合性照護體制，係指在日常生活圈之範圍內，基本上應視實際需要提供居家照顧服務，並為確保生活上之安全、安心與健康，除提供醫療與照顧服務外，亦應適時提供生活協助等相關社會福利措施」。其次，並將「社區」定義為「大約 30 分鐘車程以內可達之日常生活圈」，約等同於國中學區範圍（宮島俊彦，2012）。

綜上所言，社區整合性照護服務體系之基本理念，係期望能在失能長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住、以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系，藉此達到保障失能長者在其熟悉之生活圈內，維護應有生活尊嚴權

利之目的（參照圖 3）。以下茲就日本社區整合性照護體系之發展歷程及其具體作法，分述於後。

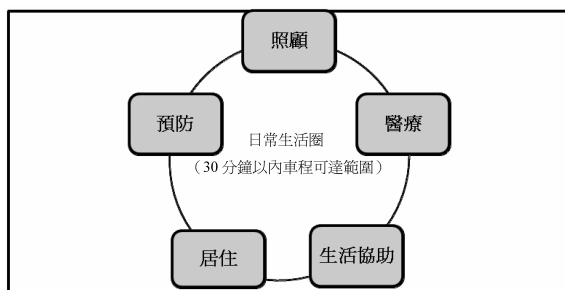


圖 3 社區整合性照護體系示意圖

日本雖於 2005 年將建構社區整合性照護體系，列為修訂介護保險法之重點之一；惟對「社區整合性照護」與「社區整合性照護體系」之內涵，並無具體明確之定義。然而，根據厚生勞動省《社區整合支援中心業務守則》（地域包括支援センター業務マニュアル）對社區整合性照護之解釋，至少應具備下列內涵：

- (一) 為使受照顧長者得在其熟悉的生活圈，繼續提供服務隨著個別高齡者的身體變化狀況，以照顧服務為核心，並輔以其他醫療等持續性統合性之相關支援服務。
- (二) 前述支援服務應建構於受照顧者本人及其家人間相互照顧等「自助」基礎上，再加上介護保險等各種公共性或社會性等各種制度，亦即善用社區內各種資源，而達到實現社區福祉之目的。
- (三) 在提供各項服務時，其重要之事項則為：提高工作人員的專業能力之同時，應涵蓋保健、醫療、福祉等專業人員與

其他專業機關相互結合，以及志工、居民活動等非正式活動，藉以整合社區內各種社會資源，並予以網路化。

(四) 除調整居家照顧之服務外，應確保住家與機構間、機構與醫院間入、出院過程之服務的連續性與一致性。此外，時間序列性、空間性等各種服務的持續性及統合性之提高，亦不可或缺。

(五) 解決社區內高齡者面臨之各種生活課題，在社區內持續維持尊嚴生活，建構「社區問題解決體系」。（小坂田稔，2010）

綜合上述所言，社區整合性照護之內涵，應可解釋為：「為使高齡長者能在社區內持續性尊嚴安養，有必要針對長者身體狀況之變化，應整合社區內照顧服務（主）、醫療服務（輔）等各種資源，提供適時、適切、適當之全面性照顧服務」。因此，社區整體照顧服務除應強調「適時」、「適切」、「適當」之照顧服務外，更應重視「社區性」、「持續性」、「整合性」、以及「全面性」，藉以保障高齡長者在熟悉的生活圈應有的生活權。

介護保險法雖未對「社區整合性照護體系」予以明確定義，但綜合前述可知，社區整合性照護體系之建構，係以整合社區內各種照顧服務資源為手段，以達到提供社區內高齡長者持續性與全面性照顧服務為目的之體系而言。

參、創設社區整合性照護服務體制

日本 2005 年介護保險之修正重點主要著

重於落實「社區整合性照護」概念之推行；惟為能實現社區整合性照護理念，過去僅憑照護專業技能之提升係無法達成，亟需藉由保健、醫療、社會福利等各項專業機構之配合，進而結合社區內公益團體或社區活動等非官方力量之資源，始能建構一個完善照護服務網。

至於社區整合性照護制度之具體措施，可包含兩項重要內容，亦即：（1）由基層的行政單位（鄉鎮區）設立「社區整合性支援中心，作為社區長期照護相關服務的統整窗口；（2）創設六項由基層行政單位所管轄的社區式密合型服務。前者係為整合社區內各種資源，以集合眾人之力量，達到實現社區整合照護服務之功能而設立；後者則為推動「尊嚴安養、在地老化」政策而設計之各種制度。

一、社區整合性支援中心（以下簡稱「支援中心」）

（一）設置目的

支援中心係由鄉鎮區等基層行政機構自行設立或委託其他機構營運。支援中心之設置目的，乃係期望藉由各種活動過程，達到實現社區整合照護之理念。因此，在確立社區整合性照護體系之前，應先考量下列三點因素：

1. 綜合性：應傾聽年長者之需求並提供各項諮詢服務，對其延續尊嚴生活環境提供必要的援助。
2. 整體性：並不僅局限於提供照護服務，應結合社區內之保健、社會福利、

醫療服務，以及公益活動等多樣化之社會資源。

3. 持續性：因應年長者身心狀況之變化，持續且適當提供各項服務，以期維持現有之生活品質。

基於上述三項考量因素可知，介護保險法第 115 條之 39 第 1 項規定，設置支援中心，係以「維持社區居民身心健康及生活安定而提供之必要服務，進而提升醫療保健水準及增進社會福祉之整合性支援活動」為目的。

(二) 基本功能

支援中心係以落實社區整合性照護制度而設立之機構，故應具備下列各項基本功能（參照圖 4）：

1. 建構共通支援基礎：在社區內建構綜

合性、雙重性服務網絡。

2. 提供綜合性諮詢支援、保障年長者之權利：

(1) 藉由年長者綜合性諮詢服務，並配合實際訪談過程，提供必要相關服務。

(2) 保障年長者之基本權利，避免老人受虐事件發生。

3. 提供整合性、持續性照護管理支援服務：善用社區內各種社會資源，協助建構照護管理體制，以期提供年長者持續而全面性之照護服務。

4. 提供照護預防管理服務：藉由適宜地管理措施，謀求高效能之介護預防工作與新制預防給付服務。

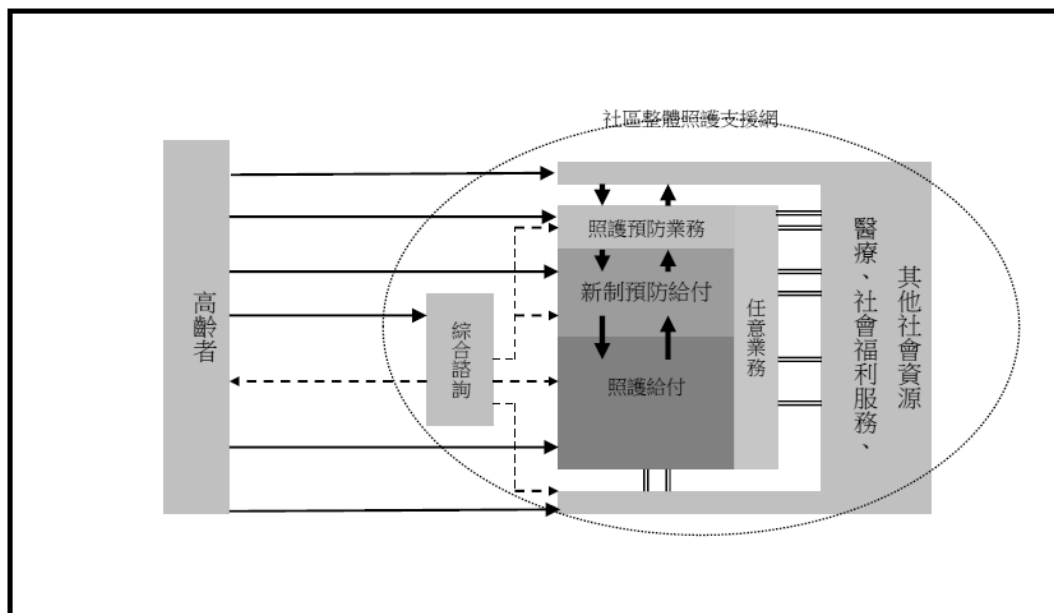


圖 4 支援中心基本功能

（資料來源）厚生労働省老健局（2005），《地域包括支援センター業務マニュアル》。

(三) 實際運作模式

社區型整合照護支援中心為能實現上述各項基本功能之目的，即在中心內配置健康指導員、照顧管理專員（care management）、社工三種專門技術人員，該等專業人員並非僅就各自專業部分獨立作業，而是採取團隊相互合作模式運作，亦即由三種專業人員共

同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「照護預防」、「照護支援」等四項業務（註 4）。

其次，年長者所需要接受援助之內容互有不同，為避免產生因不同需求須向不同單位諮詢或申請之困擾，而採用單一受理窗口方式辦理，亦即年長者不論任何需求皆能在支援中心獲得援助。茲將支援中心實際運作模式列示如圖 5。

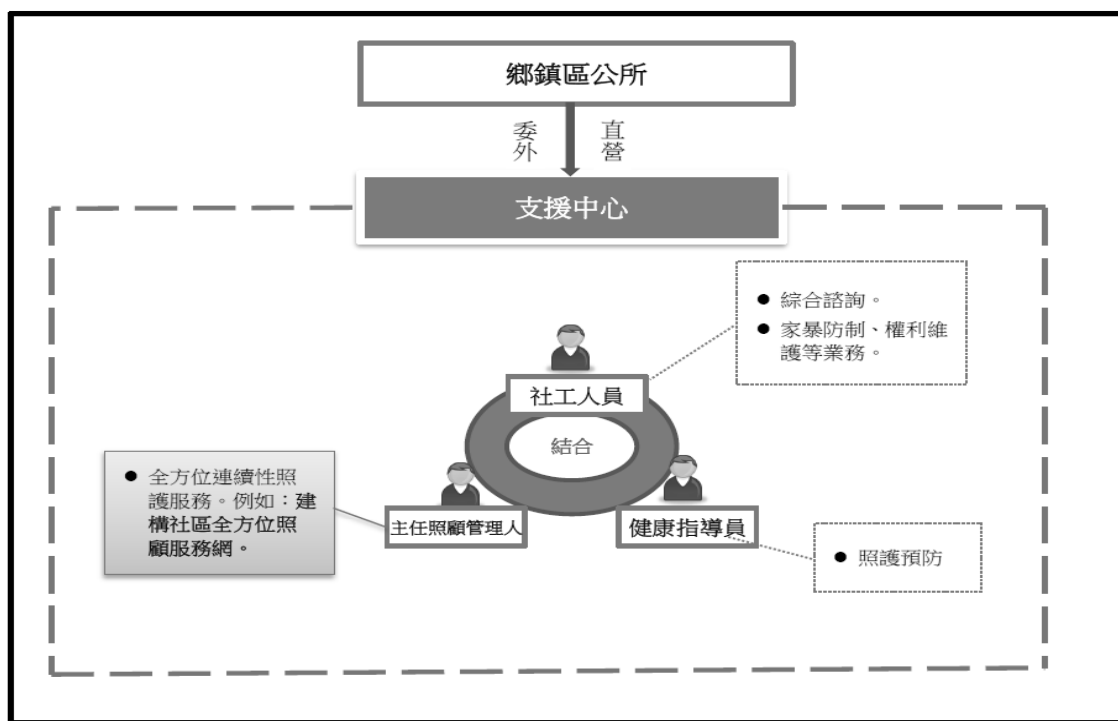


圖 5 支援中心營運流程

（資料來源）：作者自行整理。

(四) 實施狀況

根據日本「介護保險法」的規定，社區整合照護支援中心從 2006 年 4 月起，至 2008 年 3 月底止為籌設期，從 2008 年開始全面正

式營運。截至 2009 年 4 月底止，日本所有的基層行政單位皆完成設立社區整體照護支援中心（共 1,618 個基層行政單位），全日本共設有 4,056 個社區整合照護支援中心，其中約 3 成由行政單位直接設立，近 7 成採委託經營

的模式。而委託的對象以社會福祉法人居多，其次則是社會福祉協議會，再者是醫療法人（表 3）。

至於其業務內容，根據 2006 年度的統計顯示，社區整體照護支援中心所提供的諮詢

服務共 553 萬件，其中「介護保險與保健福利服務」相關諮詢最多，有 540 萬件，占全體的 98%。其它則包括「老人權利保護」相關諮詢約 7 萬件，「老人受虐」相關諮詢約 6 萬件（厚生労働省老健局，2008）。

表 3 歷年社區整體照護支援中心的設立主體與委託狀況

	2009 年 4 月底		2008 年 4 月底		2007 年 4 月底		2006 年 4 月底	
設立主體	個數	比率	個數	比率	個數	比率	個數	比率
行政單位	1,279	31.5%	1,409	35.4%	1,392	36.3%	1,265	36.8%
委託	2,729	67.3%	2,567	64.6%	2,439	63.7%	2,171	63.2%
社會福祉法人	1,445	35.6%	1,366	34.4%	1,277	33.3%	1,085	31.6%
社會福祉協議會	524	12.9%	467	11.7%	447	11.7%	427	12.4%
醫療法人	463	11.4%	448	11.3%	436	11.4%	396	11.5%
社團法人	92	2.3%	87	2.2%	86	2.2%	76	2.1%
財團法人	70	1.7%	70	1.8%	68	1.8%	70	2.0%
企業	64	1.0%	63	1.6%	58	1.5%	50	1.5%
NPO 法人	23	0.6%	21	0.5%	21	0.5%	14	0.4%
其他	48	1.2%	45	1.1%	46	1.2%	53	1.5%
無回答	48	1.2%	-	-	-	-	-	-
合計	4,056	100.0%	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

資料來源：厚生労働省老健局（2010），《全国厚生労働関係部局長会議資料》。

二、開辦社區式密合型照護服務

從 2000 年 4 月開辦介護保險制度開始，被保險人被認定符合請領給付條件時，可選擇居家式服務或機構式服務（表 4）。居家式

服務是以失能老人居住在家為前提，包括將服務輸送到家的居家服務等共 13 項服務；機構式服務則包括介護老人福利機構、介護老人保健機構、以及介護療養型醫療設施等三類型的機構收容不同失能程度的老人。

表 4 介護保險給付之長期照護服務項目

由鄉鎮區政府監督管理之服務項目			由縣市政府監督管理之服務項目		
長期照護給付	一、社區式密合型服務	夜間訪視居家照顧 失智老人日間照顧 失智老人團體家屋 小規模多功能型居家照顧 特定養護機構住民生活照顧 養護老人福利機構院民生活照顧	二、居家式服務	訪視照護服務	居家照顧服務
					居家沐浴服務
					居家護理
					居家復健
					居家療養管理指導
				社區照護	日間照顧（day service） 社區復健
				短期入住服務	短期入住生活照顧 短期入住療養照顧
				特定機構入住者生活照顧 福祉用具之租借 特定福祉用具之購買	
				居家照護援助（care plan）	
			三、機構式服務	介護老人福利機構 介護老人保健機構 介護療養型醫療設施 機構照護援助（care plan）	

資料來源：望月幸代，2012，頁 95。

由於介護保險的基本精神為「在地老化」，因此以失能老人居住在家為前提的居家式服務是介護保險的發展重點。然而，既有的居家式服務在獨居老人、獨居老夫婦，以及失智症老人快速增加等家庭與社會結構的改變之下，突顯出若干重大缺失。例如，失智老人的照顧、獨居老人緊急時或夜間照顧的欠缺、照顧服務與醫療服務的連結不足等問題。因此，介護保險法在 2005 年修訂時，創設了社區式密合型照顧，用以彌補居家式照顧的不足，讓居住在家老人可以得到更

完善的照護。

社區式密合型照顧服務計有：（1）夜間訪視居家照顧、（2）失智老人日間照顧、（3）失智老人團體家屋、（4）小規模多功能型居家照顧、（5）社區型養護機構住民生活照顧、及（6）養護老人福利機構住民生活照顧等六項。

此外，提供社區式密合型照顧服務之機構，與提供居家式照顧或機構式照顧的機構不同之處在於，其主管機關回歸到基層的鄉鎮區等行政單位，以便能更迅速、更有效的

針對各地的實際需求進行服務供給的調整。

(一) 夜間訪視居家照顧

所謂夜間訪視居家照顧 (home help service at night)，係指照護業者於夜間定期巡迴被照護者住家附近，遇有緊急狀況或接到通報時，得隨時派遣專業照護人員提供沐浴、排泄、飲食等相關照顧或一般日常生活照料上之服務而言。基本上，該等照護業者服務對象之規模設定為 300 人，且其服務對象失能程度皆須達「需要照護」程度。

(二) 失智老人日間照護

失智老人日間照護 (day service for the elderly with dementia) 係以失能程度達「需照護者」等級之失智症老人為照護對象，主要是提供被照護者日間至特別養護機構或托老所接受沐浴、排泄、飲食等相關照顧，或日常生活上之照料、復健等服務。

(三) 失智老人團體家屋

所謂失智老人團體家屋 (daily-life group care for the elderly with dementia)，係將失能程度達「需照護者」等級之失智老人共同安置於機構，接受沐浴、排泄、飲食等照顧或其他日常生活照料、復健等相關服務而言。失智老人團體家屋係專為照護失智老人而設立之機構，且採小規模經營方式，故每一失智老人之家通常僅安置十名左右失智症老人。

(四) 小規模多功能型居家照護服務

所謂小規模多功能居家照護 (small-scale

and multifunctional in-home care)，係指在住家或照護機構接受沐浴、排泄、飲食等照顧，或接受日常生活照料、復健等相關服務而言。原則上，為滿足被照護者居家照護之需求，多以被照護者自住家「往返」照護機構接受照護服務方式為主；惟經考量被照護者身心狀況或依本人之期望，亦得採「訪視」或「住宿照護」等方式提供服務。由此可知，所謂多功能係指「往返」、「訪視」、「住宿照護」等功能而言；而因採小規模經營方式，每一機構提供照護服務人數不得超過 25 名，且服務對象係以失能程度經判定為「需要照護」等級者為限，至於「需要援助者」則予以排除。

(五) 社區型特定養護機構住民生活照護

所謂社區型特定養護機構院民生活照護 (community-oriented daily-life care service in specified facilities)，係指失能程度達「需要照護」等級之老人，居住在社區型特定養護機構內接受沐浴、排泄、飲食等照顧，或接受日常生活照料、復健等服務而言。至於社區型特定養護機構，則係指專為提供照護服務而設立之自費老人院等機構，在採小規模經營之原則下，服務對象不得超過 30 人。

(六) 社區型養護老人福利機構住民生活照護

所謂社區型養護老人福利機構院民生活照護 (community-oriented welfare facility for the elderly requiring care)，係指失能程度達「需要照護」程度之老人，居住在社區型養護老人福利機構內接受沐浴、排泄、飲食等照顧，或接受日常生活照料、復健等服務而

言。至於社區型養護老人福利機構，則係指入住人數在 30 人（不含）以內的特別養護老人之家而言。

有關社區式密合型照護服務的實施狀況，如表 5 所示，在制度實施初期，6 種服務項目當中，係以失智老人為對象的日間照顧與團體家屋的使用人次最多，至 2011 年 4 月為止，失智老人仍是社區式密合型照護服務的主要對象，日間照顧與團體家屋兩項服務的使用人次為 21 萬餘人。另一方面，觀察歷年的發展狀況，從 2007 年 4 月到 2011 年 4

月的四年間，以失智老人為對象之外的其他 4 項服務，成長了 6.8 倍到 10 倍不等，相當快速。其中，夜間訪視居家照護與與小規模多功能居家照護兩項服務，雖然是提供老人可以在熟悉環境繼續生活的重要基礎，但制度創設之後使用人數未如預期的原因在於，日本仍有許多地區並無事業單位加入提供服務的行列，此乃日本社區式密合型照護服務未來發展的重要課題（厚生労働省老健局，2010）。

表 5 歷年接受社區式密合型服務人數統計

單位：千人

	2007 年 4 月	2008 年 4 月	2009 年 4 月	2010 年 4 月	2011 年 4 月
夜間訪視居家照護	0.6	2.2	3.9	5.0	6.3
失智老人日間照護	41.5	46.1	49.9	53.6	56.1
小規模多功能居家照護	5.6	18.1	28.8	37.4	46.3
失智老人團體家屋	124.3	132.6	138.7	144.7	154.6
社區型特定養護機構院民生活照護	0.5	1.3	1.9	2.7	3.4
社區型養護老人福利機構院民生活照護	1.0	3.0	5.7	8.4	10.5

資料來源：厚生労働省（2011），《平成 22 年度介護給付費實態調査の概況》。

肆、2012 年介護保險修正：健全社區整合性照顧服務體系

由於受照顧者之身體狀況隨時可能產生變化，所需照顧服務項目亦會因失能程度而易，不同時期恐有分屬不同照顧業者提供服務之情形發生。此種狀況不僅導致受照顧者及其家屬之不便，對主管機關亦有管理不便

之虞。茲為謀求社區整合性照護制度之健全，2012 年日本介護保險的修正目的在於提供「適時」、「適當」、「適宜」之社區照護服務。

社區整合性照護服務體系之規劃藍圖，係期望能在失能長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住、以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系，藉此達到保障失能長者在於其熟悉之

生活圈內，維護應有生活尊嚴權利之目的。由此可知，社區整合性照護服務體系之範圍，應包含「醫療」、「照顧」、「居住」、「預防」、以及「生活協助」等五個層面（參見圖3）。

有鑑於此，厚生勞動省於2011年6月16日公布之介護保險法修正概要中明確表示，為建構完善的社區整合性照護服務體系，應從下列方向著手進行：

1. 醫療：結合照顧與醫療資源共同提供服務，例如提供全天候居家醫療（如：抽痰）、訪問看護，以及復健等相關服務。
2. 照顧：擴張或改善現有照顧服務內容，例如增設照護機構、開辦全天候定期巡迴、隨時提供照顧服務等措施，以改善現有居家照顧服務品質。
3. 預防：致力推動各項預防工作，防止或減輕老人發生失能狀態，導致需要他人照顧之情事發生。
4. 生活協助：由於失智老人、獨居老人或獨居老夫婦單獨生活之情形日益嚴重，為確保其日常生活及財產之安全與安定，除應提供送餐、購物、陪伴等生活支援服務外，更應推動保障其基本權益之相關措施。
5. 居住：應設置老人專用租賃住宅，則可避免獨居老人或獨居老夫婦因失能程度嚴重，需離家入住照護機構之情形發生。

由前述內容可知，完善的社區整合性照護服務體系應包括：（1）老人專用住宅、（2）加強居家醫療服務、以及（3）全天候照顧醫

療服務網等三大構成要素。

1. 老人專用住宅：係指具備居家與照顧服務雙重功能之住宅，以提供老人無障礙之生活環境與設備，為老人營造溫馨舒適的家，並確保其能獲得完善的照顧服務。
2. 加強居家醫療服務：係指提供適當之醫療服務，使需要醫療照顧服務之老人亦能在家中接受醫療照顧服務，不必離開家庭入住照顧養護機構。
3. 全天候照顧醫療服務網：係指不論失能程度之輕重，受照顧者全天二十四小時皆能安心在家接受醫療與照顧服務，不至擔心臨時求助無門之困境。

茲為建構完善社區整合性照護體系，本次修正介護保險法時，特增設「全天候定期巡迴、隨時對應型訪問照顧看護」及「複合型服務」等項目，並允許「介護福祉士之抽痰行為」，其能藉此相關措施之施行，以強化現有社區整合性照護服務之不足。

一、全天候定期巡迴、隨時對應型訪問照顧

對於接受居家照顧服務之老人而言，在介護保險修正前若於夜間、深夜或清晨等時段臨時有照顧服務需求時，常因無法及時獲得適當之照顧服務而延救治，其中尤以獨居老人、獨居老夫婦、以及失能程度較為嚴重之長者等情形最為顯著。因此，為使重度失能長者與獨居老人等受照顧者，能在生活圈內維持應有的生活權，實有結合醫療、照顧、護理等各項服務，全天候不限任何時間，提供「適時」、「適量」、「適性」，以及「適

當」的服務。

有鑑於此，增設全天候 24 小時定期巡迴與隨時對應型訪問照顧看護服務，乃本次介護保險法修訂內容之重點之一。

(一) 基本概念

基於考量受照顧者身心狀況隨時均有產生變化之可能，若對照顧服務項目或時間予以設限，並不符合受照顧者之實際需求。因此，為改善過去制度限制提供服務時間，以及缺乏醫療、護理、照顧等各體系橫向聯繫作業等相關缺失，全天候 24 小時居家照顧服務內容，至少應具備下列各項基本概念（圖 6），方能使受照顧者安心接受居家照顧服務。

1. 每日評估受照顧者之身心狀況，並就其身心變化之情形提供不同之服務內容。

2. 全天候 24 小時提供服務，不論清晨、白天、夜間或是深夜任何時段，均能使受照顧者接受必要且適當之相關服務。
3. 每天應定時提供多次巡迴照顧服務，使受照顧者接受巡迴照顧之時間盡量縮短，增加居家生活之安全感。
4. 除應以定時多次巡迴照顧服務滿足受照顧者之基本需求外，更應建構隨時提供相關服務之機制，當受照顧者隨時有照顧需求時，得以藉由通報程序獲得照顧服務需求，增加其居家生活之安全感。
5. 應同時提供照顧與護理等相關服務，服務項目不應僅侷限於照顧服務，更應擴及護理、醫療等相關服務，增加居家照顧之安全感。

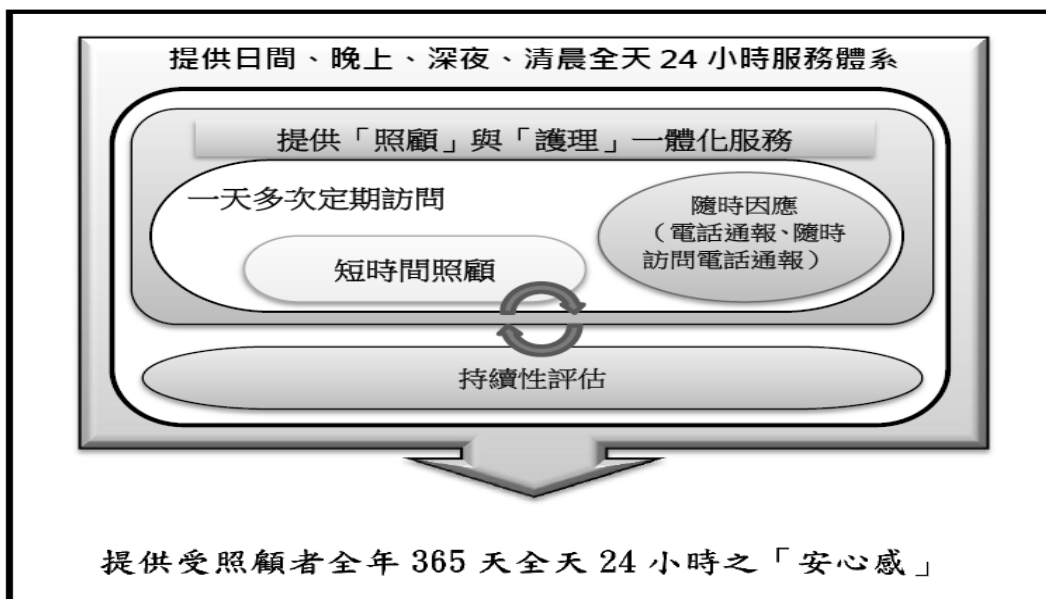


圖 6 全天候定期巡迴、隨時對應型訪問服務示意圖

資料來源：厚生労働省老健局高齢者支援課（2011）。

(二) 運作方式

全天候定期巡迴、隨時對應型訪問照顧看護服務，主要係基於上述概念設計而成，其主要運作方式如下：

1. 經營主體：市町村。
2. 適用對象：僅限於需照顧者，需支援者不適用。
3. 提供服務業者：
 - (1) 單一業者：訪問照顧與訪問看護均由同一業者提供。
 - (2) 不同業者：採聯盟方式，由訪問照顧業者結合訪問看護業者共同提供服務。
4. 服務時間：以定時巡迴為主，隨時通

報為輔，達到全天候 24 小時提供服務之目的。

5. 服務項目：

- (1) 訪問照顧：包括協助起床、就食、就寢、服藥、排泄等身體照顧，以及諸如料理、打掃環境、購物等生活協助。
- (2) 訪問看護：包括導尿、褥瘡之處理、點滴、呼吸器之處理等項目。
- (3) 協助就醫：接獲受照顧者或其家屬之通報，必要時得協助至醫療院所就診。

茲將全天候定期巡迴、隨時對應型訪問照顧看護服務之運作模式，以圖 7 表示之。

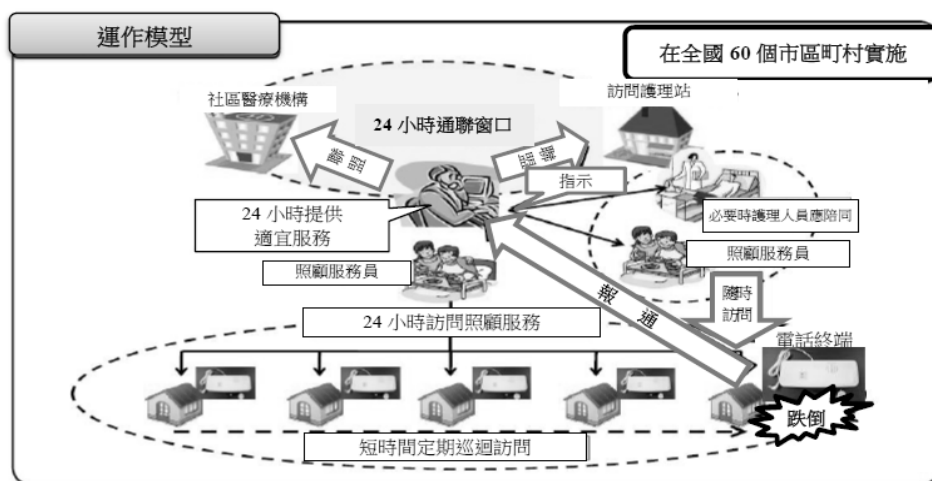


圖 7 全天候定期巡迴、隨時對應型訪問運作方式

資料來源：厚生労働省老健局高齢者支援課（2011）。

二、照顧服務與醫療接軌

(一) 複合型服務

所謂複合型服務，乃 2012 年修正介護保險法新增之照顧服務項目，其係指將「社區密合型照顧服務」與「居家照顧服務」項目（參閱表 4）予以結合，由單一業者提供兩種

以上之照顧服務而言。制度推行之初，係以結合「小規模多功能居家照顧」與「訪問護

理」兩種服務為主，未來再視實際需要進行必要之相關結合（參閱圖 8）。

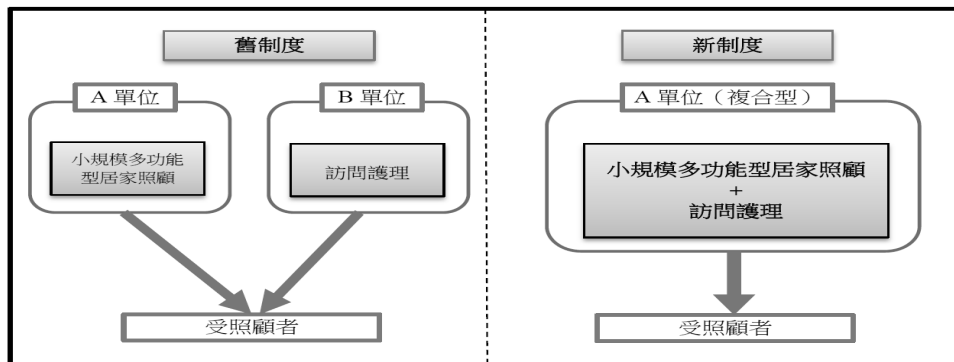


圖 8 複合型服務之概念

資料來源：厚生労働省老健局高齢者支援課（2011）。

「小規模多功能型居家照顧服務」乃構成社區整合性照護制度之重要一環，自 2006 年推動以來，因對日益增加之失智老人照顧頗具成效，而廣受各界之好評。然而，對於失能程度較為嚴重，需要若干護理或醫療服務之受照顧者而言，必須另行委託其他訪問護理業者提供相關服務，實有不便之處（社會保障審議會介護保險部會，2010）。

有鑑於此，日本政府期望藉由複合型服務之推行，能達到視受照顧者之實際需求，適時提供「往返」、「訪視照顧與看護」、「住宿照護」等各種服務之目的。例如：當受照顧者出院後或身心狀態不穩定時，初期可選擇住宿照護；待病況穩定後，則可轉為居家訪視照顧或護理，以及往返照顧等方式。

由此可知，對受照顧者而言，由於「照顧服務」與「護理服務」皆由同一業者提供，不僅服務項目具有彈性，又可省卻不同業者溝通不良之缺失。對照顧業者而言，則有整

合照顧與看護人力資源，進而提高整體經營效率之優點。

（二）開放部分醫療輔助行為

由於抽痰與管灌（Tube feeding）飲食等行為係屬於醫療輔助行為之範疇，過去相關照顧人員受限於法令之規範，不得執行與醫療有關之各種行為。由於近年來需要醫療服務之受照顧者日益增加，若持續限制照顧人員不得執行抽痰等相關醫療輔助行為，在醫護人員資源有限之情形下，勢必無法滿足所有受照顧者之需求，無法達到以受照顧者為中心的整合性服務之終極目標。

因此，本次修正介護保險法時，同意介護福祉士等提供照顧服務人員，在經縣市政府認可之研習機構內，接受一定時數之研習訓練，並經縣市政府認證後，在醫師指示下得執行抽痰或管灌飲食等醫療輔助行為。

由此顯示，藉由照顧人員執行抽痰等部

分醫療輔助行為之開放，以及「全天候定期巡迴、隨時對應型訪問照顧看護」與「複合型服務」之增設，將可有效提高社區整合性照護服務之品質。

伍、結論與討論：對臺灣的啟示

「在地老化」已成為全球建構老人長期照護體系之核心價值。然而，將價值落實到制度體系之具體實施，則有一段遙遠的路程。一般而言，失能老人所需之照顧服務是全面性，包括不同服務項目、不同專業、以及不同財務支援模式等內涵；再者，當老人之失能程度隨時間之推移而產生變化時，必要之照顧模式亦隨之改變。若無法發展出具有整合性、連續性的長期照護體系，則「在地老化」將僅淪為空洞之口號。

本文透過回顧日本介護保險體制實施十餘年之歷程，詳細檢討 2005 年與 2012 年兩次制度改革之重點，亦即「社區整合性照護服務體系」之建構與制度之強化。從「在地老化」之面向觀之，日本介護保險實施十餘年來，其所進行之兩次重大改革，對臺灣應有下列四項值得省思與參酌之處。

第一，明確界定「在地老化」中「在地」之實質意涵。所謂「在地」（＝社區）係指老人之「生活圈」概念，而「生活圈」則是距離失能老人住家車程 30 分鐘以內之活動範圍內，約相當於一個國中學區的地理範圍。對臺灣而言，雖然從 1990 年代起，長期照護政策走向即深受「在地老化」之精神影響，如 1994 年頒訂之《社會福利政策綱領》，即高揭「居家式服務和社區式服務作為照顧老

人及身心障礙者的主要方式」；1997 年修訂之《老人福利法》中，福利服務項目中亦大幅擴充居家式服務方案；1998 年頒訂之《加強老人安養服務方案》中，具體明列社區服務項目包括日間托老照顧及老人復健等，同時並列舉支持家庭照顧者等多項措施（如喘息服務、臨時或短期照顧等）；2007 年行政院頒訂之《我國長期照顧時年計畫》中，居家式與社區式之服務項目更高達 10 餘種不同項目。然而，政策上雖將「社區式」照護模式列為主流發展趨勢，卻不見政府對「社區」提出明確之界定，「社區」不只在理論上、更在實務面出現高度流動性，此對規劃有效之社區式照護制度產生根本的阻礙（莊秀美，2009；黃源協，2000；黃源協，2004）。

第二，隨著日本社區整合性照護體系之創設（2005 年）與強化（2012 年），顯示在日本介護保險制度之運作下，長期照護服務開始由「服務供給者」為中心之架構，轉變為以「服務使用者」為中心之制度體系。2006 年介護保險創設社區整合性照護支援中心，作為主動發現老人需求與整合長期照護服務之機構。日本之社區整合性照護支援中心內配置健康指導員、照顧管理專員、以及社工等三種專業人員，採取團隊相互合作模式，共同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「照護預防」、「照護支援」等四項業務。在此之前，若有需求照護之老人或其家屬，必須在各種分立制度體系下，自行尋求合適之服務，並提出申請；支援中心設立後，藉由年長者綜合性諮詢服務，主動發現老人需求並提供必要相關服務，達到保障老人之基本權利。此外，年長者所需要接受援助之內容互

有不同，為避免產生因不同需求須向不同單位諮詢或申請之困擾，而採用單一受理窗口方式辦理，亦即年長者不論任何需求皆能在支援中心獲得協助。反觀臺灣，「長期照顧管理中心」（註 5）扮演著類似性質之角色，但其與日本「支援中心」不同者在於，「長期照顧管理中心」係以縣市為設立單位，以照顧管理專員為核心，強調長照服務整合之功能；而日本之社區整合性照護支援中心，則以鄉鎮區等基層行政單位為設立之主體，不僅更加貼近「在地」之需要，且其功能並非單純整合各項長照服務，更具主動發掘社區老人需求、防範老人受虐、以及結合社區社工，共同建構更完善之服務網絡，朝向全人照顧目標邁進。

第三，日本於 2006 年共計創設六項社區式密合型照護服務，其中有五項係屬於小型化、社區化之老人福利機構，亦即失智老人日間照顧、失智老人團體家屋、小規模多功能型居家照護、社區型養護機構住民生活照顧、以及養護老人福利機構住民生活照顧。尤其是社區型養護機構住民生活照顧，以及養護老人福利機構住民生活照顧此兩項服務，與臺灣之小型老人福利機構的功能非常接近。雖然小型老人福利機構之緣起與發

展，具有其歷史獨特性，但配合「在地老化」政策之發展，老人福利機構朝向社區化與小型化之發展，乃時勢所趨（蘇麗瓊、黃雅鈴，2005）。因此，如何輔導既存之小型機構，使其能有效提升現有服務品質，乃政府必須嚴肅面對之課題。若持續採用現行老人福利機構評鑑制度，企圖藉由懲罰機制提升小型機構之服務品質，將可能導致與在地老化背道而馳的結果（蔡翔傑，2007）。

第四，在建構整合性照護體系時，主要係謀求身體照顧、生活照顧與醫療服務之無縫接軌，但往往因醫療相關法規之限制，成為阻礙提供整合性照護服務之主因。然而，從日本 2012 年之改革經驗發現，修法開放介護福祉士等照顧服務人員，在經縣市政府認可之研習機構內，接受特定時數之研習訓練，並經縣市政府認證後，在醫師指示下即得執行抽痰或管灌飲食等醫療輔助行為之模式，應有值得我國參酌之價值。

（本文作者：曾妙慧現為淡江大學保險學系助理教授；呂慧芬為醒吾科技大學財務金融學系副教授。）

關鍵詞：在地老化、整合性照護、連續性照護、居家式照護、社區式照護

註釋

註 1：本文在提到日本的社會長期照護保險制度（social long-term care insurance）時，直接以日文的「介護保險」稱之。

註 2：其他的原因還包括：（1）被保險人無力支付每次使用服務時的自負額（自付比率 10%）；（2）被險人或其家屬認為照顧工作應由家人提供，而不願意使用保險提供的專業服務；（3）申請「需照護認定」的被保險人並不打算立刻使用長期照護服務，例如被保險人

仍在住院中。

註 3：日文名稱爲：《地域包括ケア研究会報告書》。

註 4：其中綜合諮詢及權利維護兩項業務，係由社工負責；照護預防業務係由健康指導員負責；照護援助則由照顧管理專員負責。

註 5：1998 年衛生署所提出的「老人長期照護三年計畫」當中，首度出現了「長期照護管理示範中心」的設置計畫，目的在於透過對長期照護相關的資源管理，提供民眾單一窗口的服務，確保個案能夠得到整合性的長期照護服務。2001 年行政院頒訂的「照顧服務福利及產業發展方案」當中，亦規劃「照顧管理中心」，用以推動照顧服務產業，由於已有多數縣市成立「長期照護管理示範中心」，於是部分縣市由「長期照護管理示範中心」兼辦「照顧管理中心」。2005 年行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組決議將兩者統一爲「長期照顧管理中心」，負責執行我國長期照顧時年計畫（鄭文輝等，2004）。學者指出，臺灣「長期照顧管理中心」雖被定位爲民眾長期照顧需求的單一窗口，但各縣市長照中心與急性醫療之間並未建立銜接的體制，導致急性後期照護者（post-acute）未能即時接觸長照中心，造成目標人口群未能有效接觸（陳正芬，2011）。此外，臺灣目前長期照護的主管機關分屬社政與衛政兩大體系，居家護理、社區及居家復健等爲衛生署的管轄範圍，大多由現有急性醫療單位向外拓展的服務面，服務資源較爲充足，而其他由內政部所掌管的長照服務資源則相對缺乏，使得「長期照顧管理中心」的功能無法充分發揮（曾慧姬等，2010）。

📖 參考文獻

- 小坂田稔（2010）。〈地域包括ケアシステムの意義とその構成〉。《美作大学短期大学部紀要》，55，33-48。
- 永瀬伸子（2000）。〈家族ケア・女性修業と公的介護保険〉。《季刊社会保障》，36(2)，187-199。
- 佐藤哲夫（2011）。〈地域包括ケアシステムの構築：介護保険サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部改正〉。《立法と調査》，319，26-39。
- 呂慧芬（2008）。〈日本社區整體照護制度之研究〉。《社區發展季刊》，121，406-427。
- 宮島俊彦（2012）。〈地域包括ケアシステムの推進について〉。《保健医療科学》，61。
- 望月幸代（2012）。《介護保険の仕組みと活用法》。東京：高橋書店。
- 莊秀美（2009）。〈從老人的類型與照顧需求看「居家照顧」、「社區照顧」及「機構照顧」三種方式的功能〉。《社區發展季刊》，125，177-194。
- 陳正芬（2011）。〈我國長期照顧政策之規劃與發展〉。《社區發展季刊》，133，197-208。
- 黃源協（2000）。〈社區照顧服務輸送之探討〉。《社會政策與社會工作學刊》，4(2)，179-220。

- 黃源協（2004）。〈社區工作何去何從：社區發展？社區營造？〉。《社區發展季刊》，107，78-88。
- 蔡翔傑（2007）。〈背道而馳？老人福利機構評鑑機制實行之初探性研究〉。《社區發展季刊》，119，347-370。
- 鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、鄭清霞、朱僑麗（2004）。《推動長期照護保險可行性之研究》。臺北：行政院經濟建設委員會。
- 蘇麗瓊、黃雅玲（2005）。〈老人福利政策再出發—推動在地老化政策〉。《社區發展季刊》，110，5-14。
- 會計檢查院（2010）。《地域介護・福祉空間整備推進交付金及び地域介護・福祉空間整備交付金による夜間対応型訪問介護の実施状況について》。
- 行政院衛生署（1998）。《老人長期照護三年計畫》。
- 社会保障審議会介護保険部会（2010）。《介護保険制度の見直しに関する意見》。
- 厚生労働省（2006）。《介護保険制度改革の概要》。東京：厚生労働省。
- 厚生労働省（2008）。《夜間対応型訪問介護の利用状況》。
- 厚生労働省（2009）。《平成 19 年度介護保険事業状況報告（年報）》。資料檢索日期：2009.9.1。
網址：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>。
- 厚生労働省（2011）。《介護保険事業状況報告の概要（平成 22 年 12 月暫定版）》。資料檢索日期：2012.5.12。網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>。
- 厚生労働省（2011）。《平成 21 年度介護保険事業状況報告》。資料檢索日期：2012.5.18。網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/01/d1/tp0121-1s.pdf>。
- 厚生労働省（2011）。《平成 22 年度介護給付費実態調査の概況》。資料檢索日期：2012.5.22。
網址：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyuhu/10/kekka4.html>。
- 厚生労働省（2011）。《平成 23 年度介護保険事業状況報告（年報）》。資料檢索日期：2012.5.18。
網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/09/index.html>。
- 厚生労働省（2012）。《介護保険事業状況報告の概要（平成 23 年 12 月暫定版）》。資料檢索日期：2012.5.12。網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>。
- 厚生労働省老健局。資料檢索日期：2012.5.18。網址：www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001oxlr.pdf。
- 厚生労働省老健局（2005）。《地域包括支援センター業務マニュアル》。東京：東京都社会福祉協議会。
- 厚生労働省老健局（2010）。《介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部の改正する法律等の公布について》。東京：厚生労働省。
- 厚生労働省老健局（2010）。《全国厚生労働関係部局長会議資料》。資料檢索日期：2012.8.3。
網址：<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/01/d1/tp0121-1s.pdf>。

厚生労働省老健局（2011）。《介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要》。東京：厚生労働省。

厚生労働省老健局（2011）。《介護保険制度の改正概要及び地域包括ケアの理念》。東京：厚生労働省。

厚生労働省老健局（2011）。《地域包括センターにおける相談支援について》。資料検索日期：2012.8.3。網址：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/d1/s0130-12e.pdf>。

厚生労働省老健局高齢者支援課（2011）。《高齢者の住まいと地域包括ケアの連携推進について》。東京：厚生労働省老健局。