

國立東華大學公共行政研究所

碩士論文

指導教授：朱景鵬 博士

花蓮縣長期照顧十年計畫

政策行銷之研究

A Study Of Public Policy Marketing : Long-Tern Care In Hualien



研究生：黃瓊瑤 撰

中華民國一〇一年六月

學位考試委員會審定書

國立東華大學 公共行政研究所碩士在職專班

研究生 黃瓊瑤 君所提之論文

花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究

經本委員會審查並舉行口試，認為

符合碩士學位標準。

學位考試委員會召集人	<u>林強</u>	簽章
委員	<u>朱錫明</u>	簽章
委員	<u>林強</u>	簽章
委員	<u>朱榮明</u>	簽章
指導教授	<u>朱榮明</u>	簽章
系主任 (所長)	<u>李以仁</u>	簽章

中華民國 101 年 6 月 16 日

謝誌

從事護理工作之後從來沒有想過還有機會可以回到學校讀書，更沒想到可以完成學位，能夠順利完成這份論文，首先我最要感謝的就是我的指導教授朱景鵬老師，在老師細心以及耐心的指導之下，讓我可以順利完成這份論文。在寫作論文的過程中，雖然遇到很多的困難以及書寫過程中遇到很多不確定的方向及迷惘，但是終究能在老師的指點迷津以及悉心指導之下，如期完成這份論文，最大的感謝莫過於老師的指導。

另外在東華學習的兩年中，很幸運可以遇到很多很好的老師在教學上悉心的指導以及傳授寶貴的知識給我，謝謝老師兩年來的教學，最難忘的老師有朱鎮明老師、許源派老師、高長老師、魯炳炎老師、黃朝盟老師、王鴻濬老師等諸位老師的教學，感謝有老師您們的教導，讓我在東華求學的這兩年在學業上獲得精進，在東華的每一堂課堂上所學習到的都令我受益良多。

接下來還要感謝花蓮縣衛生局林運金副局長、石惠文科長以及長照中心官秀滿督導對於我的指導、鼓勵以及支持，更感謝我任職的單位花蓮市衛生所李素娟主任以及衛生所同事佩芬、婉儀、菟雯、欣穎、貴鈴、紫薇、杏茹、曉青們的支持，謝謝妳們讓我在繁忙的業務之餘協助我處理許多公事，讓我無後顧之憂的可以回到學校讀書。此外也要感謝這兩年求學過程中，協助我甚多的同學們：舜慈、燕孜姐、昌澤、玉鳳姐、碧芳姐、木松、秀慧、彭科長、家豪等好同學的協助，讓我不孤獨且快樂的順利完成我的學業。

最後我最要感謝我的父親以及母親對我的支持以及栽培，讓我順利完成我的論文。

在此，謹將本論文獻給我家人以及我的朋友們，謝謝您們的支持。

黃瓊瑤

101年6月

摘要

隨著醫療的進步以及科技日新月異的發達，高齡化社會正式到來，台灣早在民國82年9月已達聯合國世界衛生組織（WHO）所規定的高齡化社會指標。以花蓮縣為例，截至民國100年12月底為止全縣65歲以上共有42,726人，佔花蓮縣總人口數的12.68%，這項數據顯示隨著醫療的進步人們平均餘命正持續上升，依據行政院衛生署的推估，台灣在民國100年時65歲以上人口比例會上升10%，可見未來老人的照護是一項重要的政策。有鑑於此行政院在96年4月核定我國長期照顧十年計畫，規劃在十年內注入經費，提供長者一個優質化、社區化的長期照護制度。

本研究的個案以地方政府對於「長期照顧十年計畫」政策行銷為研究對象，隨著醫療進步導致高齡化社會的到來，對於長者的生活照顧已經不只有強調醫療的照顧，對於長者晚年生活應該回歸社區以及家庭，且強調「在地老化」。筆者也同意晚年「在地老化」的精神。因此欲讓民眾了解政府長期照顧政策的美意，在政策推動的過程中，利用行銷的手法是相當重要的。因此本研究將以內部及外部環境分析以及行銷4P手法包含產品、價格、通路以及夥伴分析政策行銷的方法為何。並透過深度訪談方式了解政策內涵以及執行方法。

永續政府長期照顧的精神，透過長期照顧十年計畫政策的實施以及政策行銷並確保長者晚年優質生活是相當重要的，透過長期照顧十年政策行銷讓長者使用到貼心以及優質的長期照顧服務，如此不僅可以減輕家庭照顧者的負擔，更可以增加民眾對於政府施政的滿意度。

關鍵字：政策行銷、在地老化、長期照顧、長期照顧十年計畫、行銷組合

目錄

第壹章	緒論	1
第一節	研究背景與研究動機.....	1
第二節	研究問題與研究架構.....	5
第三節	研究範圍與研究方法.....	8
第貳章	文獻回顧	11
第一節	政策行銷的定義.....	11
第二節	長期照護的定義.....	23
第三節	各國長期照護之發展.....	27
第參章	我國長期照顧十年計畫	35
第一節	我國長期照顧發展背景.....	35
第二節	我國長期照顧十年計畫.....	51
第三節	長期照護保險制度.....	65
第肆章	花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之分析	69
第一節	花蓮縣長期照顧十年計畫執行現況分析...	71
第二節	花蓮縣長期照顧十年計畫環境分析.....	77
第三節	產品與價格之行銷分析.....	85
第四節	通路與夥伴之分析.....	94

第五章 結論與建議	97
第一節 研究發現	97
第二節 研究建議	100
參考文獻	103
附錄一 訪談題目	108
附錄二 訪談紀錄	112

表目錄

表 1-1	我國長期照顧相關法案彙總.....	2
表 1-2	深度訪談受訪人員名單.....	9
表 2-1	行銷類型的比較.....	21
表 2-2	長期照護體系.....	24
表 3-1	各縣市長期照護服務項目總數.....	37
表 3-2	各縣市長期照顧十年計畫各項服務數量及百分比.....	38
表 3-3	各縣市長期照顧管理中心服務地點.....	38
表 3-4	我國長期照顧發展歷史.....	42
表 3-5	我國長期照顧十年計畫服務項目及補助內容...	55
表 3-6	長期照護與醫療照護之比較.....	66
表 4-1	花蓮縣 96 年至 100 年來 65 歲以上人口之統計...	69
表 4-2	花蓮縣 100 年 12 月底各鄉鎮人口統計表.....	70
表 4-3	花蓮縣長期照顧十年計畫服務.....	70
表 4-4	101 年 3 月底各縣市申請社福外籍勞工人數一覽表...	83
表 4-5	花蓮縣 98-100 年度長期照顧各項服務使用量.....	87
表 4-6	花蓮縣長期照顧十年計畫各項服務補助費用.....	88
表 4-7	失能老人接受長期照顧服務輔具購買及居家無障礙環	

境改善補助項目表..... 90

表 5-1 花蓮縣長期照顧十年計畫行銷模式以及內容..... 99

圖目錄

圖 1-1 研究步驟流程圖.....	6
圖1-2 研究架構圖.....	7
圖3-1 長期照顧制度發展SWOT分析.....	59
圖 4-1 花蓮縣長期照顧十年計畫符務申請示意圖...	76

第壹章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

一、研究背景

從古至今，醫療與人類息息相關，早期的農業社會醫療資源較匱乏，人們往往在生病時才會尋求醫療助，但隨著高科技時代以及先進的醫療設備迅速進步下，提高了人類的生活品質，也將人類的平均餘命逐漸提高中。依據內政部人口資料統計得知台灣地區在民國 82 年 9 月底，台灣地區年齡超過 65 歲以上者 148 萬 5 千 2 百人，已達到世界衛生組織對於高齡化社會的指標。依據學者之推估，我國目前至少有五萬名老年人需要長期照顧，另有許多老年人因日常生活活動能力的喪失，以致無法獨立生活。雖然絕大多數老人希望與自己的家人同住，但是多數老年人仍被家屬送往安養機構，多數老年人期望晚年可以在地老化，因此為了提供年長者優質的晚年生活，推動長期照護之政策變成為政府所重視之議題。長期照護就是在家庭、社區或機構中，提供一段長時間的醫學、護理、社會等相關服務。

我國於民國 87 年起開始推展長期照顧服務，做為老人福利政策的主要內涵，強調的精神在於「以社區維基礎、推動福利服務、達成在地老化的政策目標」，希望以「在地老化」作為主要政策思維，社區組織籌成為長期照顧政策的主要核心，由社區組織承擔政策執行的要角。此外，隨著社會形態的改變，台灣也從農業社會轉變為工業社會，婦女總生育率由 1965 年的 4.8 個降為 2007 年的 1.1 個。再面臨高齡化、少子化的衝擊，疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化等等問題，都促使長期照護的需求日益增加（蔡金宏，2011：pp48-52）。

社會福利制度具有促進社會安定，改善所得分配與保障國民基本生活的正面功能，就長期而言，社會服務與經濟、財政的發展應該是相一致的。我國社會福利發展起步很慢，1980 年以前著重經濟發展，社會福利制度乏善可陳；隨著經濟生活水準提高後，為因應社會以及政治結構的變遷，因而於 1980 年代開始建置重要的福利法案。然而社會福利方案的實際推動，並反應在政府社會福利支出的增長，自 1990

年代以來才顯現（鄭文輝，2007）。以花蓮縣為例，100年12月底花蓮縣總人口數共有336,838人，而其中年齡超過65歲者有42,726人，佔花蓮縣總人口數的12.68%，由此數據得知國人平均餘命逐年提高，因此除了民間醫療團體開始重視這項議題，政府部門也開始重視長者晚年照護的議題，政府部門也積極推展所謂長期照護服務。另外，不僅年紀大的長者需要照護服務，對於失能者來說，長期照護的需求更是比一般人更被需要的，對於一個家庭來說，家中若有失能者，對於主要照顧者甚至一個家庭而言，精神壓力以及照顧所帶來的勞累是相當沉重的負擔。因此照顧失能者也是一個重要的議題。

二、研究動機

台灣地區因醫療衛生迅速進步，因而國人平均壽命延長，此外再因生育率急遽下降以致人口老化快速以及失能人口增加；另一方面，家庭照顧資源逐漸衰竭，而政府提供照顧服務不足，形成仰賴大量外籍看護工提供服務的現象。依經建會的推估，台灣失能人口之數量與比例，將由2011年的44.8萬，占人口的1.9%，逐漸升高至2036年，所有失能人口數量將達到107.9萬人，占總人口數的4.6%（行政院經濟建設委員會，2009），為因應人口老化而導致的長期照護需要，政府自1998年起即開始加強老人安養服務，2000年並進行「建構長期照護體系先導計畫」。歷經十多年來推動各項長期照護相關方案，如表1-1，最終決定推行長期照護保險，並預計於2012年正式實施（行政院經濟建設委員會，2009）。

表 1-1：我國長期照顧相關法案彙總

期程	方案名稱	主辦單位
1998-2007	加強老人安養服務方案	內政部
2000-2003	建構長期照護體系先導計畫	內政部、衛生署
2001-2004	新世紀建康照護計畫	衛生署
2002-2007	照護服務服利及產業發展方案	經建會、內政部、衛生署

2002-2007	長期照護社區化計畫	衛生署
2007-2016	我國長期照顧十年計畫	內政部、衛生署
2007-2008	遠距照護試辦計畫	衛生署
2007-2009	健康照護服務產業發展方案	經濟部

資料來源：經建會人力規劃處（2009a）

本研究之研究動機可分為下列三點：

- （一）高齡化社會的來臨以及人口老化趨勢上升：台灣地區在 1980 年代達到經濟高度成長，而另一方面，人口的少生加上少死使得人口結構出現明顯的變化，形成少子高齡化社會。台灣形成人口高齡化的主要原因包含社會安全、醫療衛生進步、生育率降低、及戰後嬰兒潮的老化；因此對於老人的照護除了加強健康促進之外，最重要的就是必須儘早儲備長期照顧服務體系。
- （二）我國失能人口數漸增：依據民國 89 年行政院主計處辦理「戶口及住宅普查」報告顯示，台灣地區約有 33 萬 8 千餘人需要長期照顧，其中 53.9% 屬 65 歲以上老人，約有 18 萬 2,351 人，占全體老年人口 9.7%。本報告推估，96 年長期照顧服務需求人數有 24 萬 5,551 人（其中提早老化之人口數占老人人口數之 5%），民國一百年年增為 27 萬餘人，2015 年為 32 萬 7 千餘人，2020 年為近 40 萬人。因此隨著台灣地區失能人口逐漸增加，不僅僅造成家庭負擔、照顧者的身心壓力會增加，依據家庭照顧者關懷協會網站研究調查：台灣地區目前失能者家庭照顧選擇：安養中心占 8.2%、外籍看護占 26.2%、家人照護占 65.6%，由此可見之照護失能者的重擔多數還是落在家人的身上，為了舒緩照顧者的身心壓力以及提升被照顧者的照護品質，因此長期照顧十年計畫是勢在必行的政策。
- （三）了解花蓮縣「長期照顧十年計畫」政策行銷方式為何：本研究的研究動機三要探討花蓮縣執行長期照顧十年計畫中政策主體以及內涵所在，並且瞭解如何

透過政策行銷方式推動政策，除此之外亦針對長期照顧政策執行機關進行分析。隨著全球化的趨使，政策行銷中的公共關係已經成為目前的主流趨勢，政府部門在制定一個新的公共政策最終的精神就是透過政策將產品行銷給需要的對象，而政策行銷是一種通路及管道。以台灣而言，醫療水平的成就在世界上已是有目共睹，目前的社會福利制度也建立的相當完善。而政府部門為了維持自身良好形象以及為了滿足更多民眾的需求，積極的從事政策行銷的工作。故為本研究動機之三。

本研究擬以花蓮縣推動長期照顧十年計畫政策行銷為研究為主，以花蓮縣為例，截至民國 100 年 12 月為止全縣 65 歲以上共有 42,726 人，佔花蓮縣總人口數的 12.68%，這項數據顯示隨著醫療的進步人們平均餘命正持續上升，依據行政院衛生署的推估，台灣在民國 100 年時 65 歲以上人口比例會上升 10%，可見未來老人的照護是一項重要的政策。有鑑於此行政院在 96 年 4 月核定我國長期照顧十年計畫，規劃在十年內注入經費，提供長者一個優質化、社區化的長期照護制度。花蓮縣也於民國 88 年成立長期照顧示範中心，透過長期照顧示範中心的評估後依據不同需求提供所需之服務。因此本研究欲了解目前花蓮縣透過何種方法方式以及如何利用政策行銷推動長期照顧十年計畫，並藉由環境分析了解其優勢以及劣勢所在。

第二節 研究問題與研究架構

本研究以花蓮縣推動「長期照顧十年計畫」政策行銷為研究主題，這項政策被社會所期望可以提供長者晚年優質生活、提供失能者完善的照護品質進而健全醫療體系。本研究範圍設定在 98 年至 100 年間花蓮縣推動「長期照顧十年計畫」政策過程中政策行銷過程做研究，分析花蓮縣對於該政策執行現況做分析，並且以深度訪談法方式針對中央單位以及政策執行機關進行該政策，已了解程度分析。研究目的與研究問題為以下三點：

- 一、花蓮縣長期照顧十年計畫政策內涵為何？政策執行方法為何？
- 二、花蓮縣長期照顧十年計畫政策內部及外部環境為何？
- 三、以公共政策行銷觀點檢視花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷方法為何？

本研究研究步驟：本研究步驟先以選定研究主題以及確認動機、目的，再設定研究範圍後收集相關文獻進行歸納以及分析後，確認訪談主題對象後分析資料，由資料中得到本研究發現。

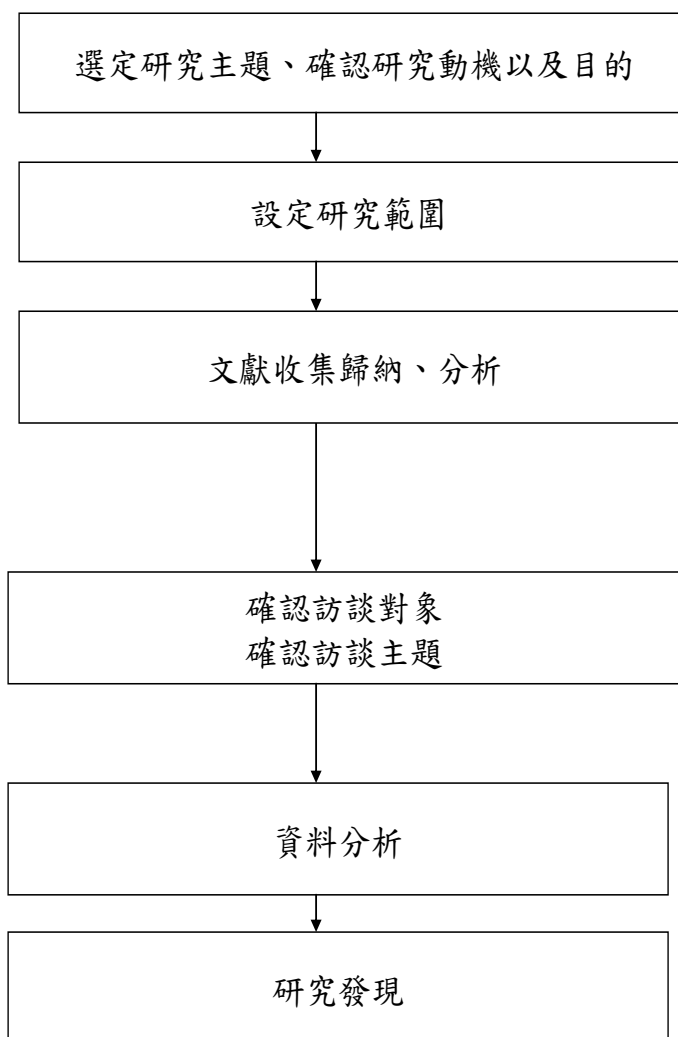


圖 1-1：研究步驟流程圖

研究者自繪

本研究問題確認之後，研究架構以花蓮縣推動長期照顧十年計畫政策行銷為研究對象，本研究之研究架構圖如下：

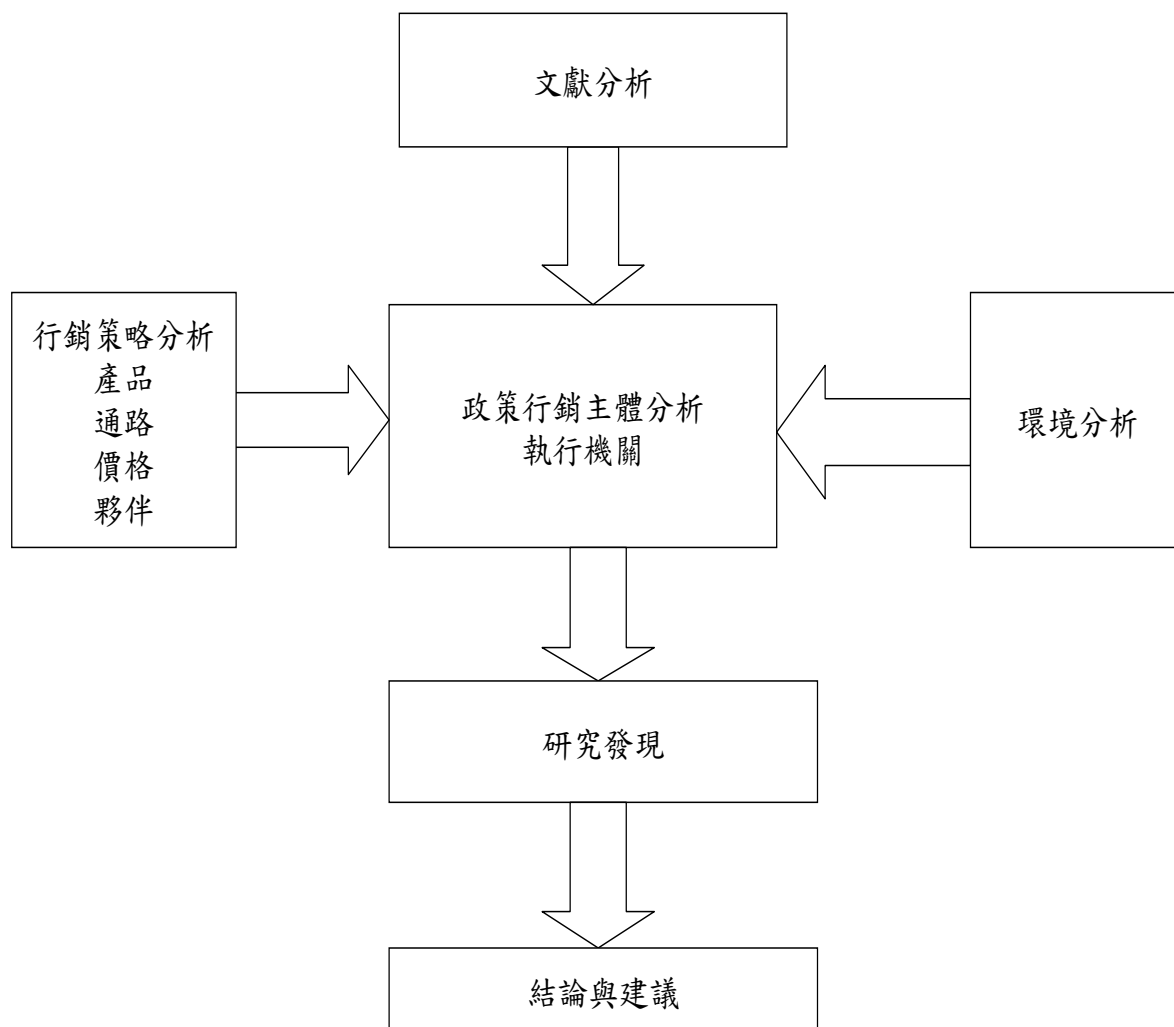


圖 1-2：研究架構圖

研究生自繪

第三節 研究範圍與研究方法

一、研究範圍

本研究之研究範圍分別為以下三點，研究範圍如下說明：

- (一) 政策行銷時間：本研究研究範圍以民國 98 年至民國 100 年花蓮縣執行「長期照顧十年計畫」政策行銷之研究。
- (二) 研究區域：本研究以花蓮縣為研究區域。
- (三) 研究對象：本研究以深度訪談法針對政策決策機關以及執行機關進行訪談。

二、研究方法

本研究計畫採取質性研究，收集相關資料，分析目前花蓮縣長期照顧政策執行現況以及政策行銷，並藉由深度訪談方式後歸納整理，了解長期照護政策主體內涵以及地方政策行銷之模式，因此本研究擬使用三種研究方法進行研究，說明如下：

(一) 文獻研究分析法 (Literature Study)

文獻研究分析法是常見的研究方法之一，屬於傳統性的探索性研究方法，也是最節省時間與成本的研究方法。因此藉由前人所研究的資料，做文獻的回顧、整理、歸納，甚至找到新的研究方向來補文獻資料之不足，本研究將蒐集與政策行銷理論、公共組織策略規劃理論、執行與評估、行銷理論以及政府行銷理論之書面資料進行整理後進行歸納、比較以及分析後作為本研究之文獻理論。本研究所需要的文獻來源有：

1. 收集長期照顧政策行銷相關論述之著作書籍、博碩士論文或相關期刊。
2. 政策行銷理論相關專書。
3. 政府出版相關出版品，例如：文宣、小冊等。
4. 參考網際網路資訊系統之資源。
5. 政府相關部門網站資料。

(二) 深度訪談法 (In-depth Interview)

深度訪談法是一種研究性的交談，是研究者透過口頭談話的方式從被研究者那裡蒐集第一手資料的研究方法，透過雙方相互作用，建構事實和行為的過程。深度訪談希望透過語言的交流，使人可以表達自己的想法，讓人與人之間可以達到一定的互相理解；同時，希望透過提問與對話來了解受訪者的價值觀、感受、態度、生活經驗、意識形態與實際行為（陳向名，2002，pp221）。深度訪談經常被描述成一種對畫的形成（Burgess，1982a，1984；Lofland and Lofland，1995），Sindney Webb和Beatrice Webb描述深度訪談方法為帶有目標的對話。深度訪談本身重現了一個基礎的過程，透過這個過程，在人們普通的互動當中建構關於社會情況的認知（藍毓仁譯，2008：pp148）。本研究將以深度訪談為研究方法之二，藉由深度訪談過程訪談與本計畫行銷之相關人員為訪談主要對象。

1. 訪談對象共4位：本研究以花蓮縣為主，深度訪談計畫訪談對象中央決策機關人員1位以及為公部門人員共計3位。透過政策執行過程以及實務經驗進行深度訪談後進行分析。

表1-2：深度訪談受訪人員名單

類別	訪談對象	受訪者代號
決策機關	中央決策機關	A1
公部門	地方執行機關	B1
	地方執行機關	B2
	地方執行機關	B3

資料來源：研究生自行整理

五、研究限制

依本研究所採取的研究方法在研究過程中可能會遭受到以下的研究限制：1. 在深度訪談時受訪者可能會因為其職務的利害關係，對於訪談內容可能有避重就輕或是曲解受訪者的原意，2. 長期照顧十年計畫雖然在 97 年開始實施，本研究只針對花蓮縣 98 至 100 年長期照顧十年計畫之政策行銷做研究，是因考量 98 年政策較明朗化後政策順利執行後才針對政策行銷做研究。最後筆者因時間以及能力的限制僅針對中央機關以及地方政策執行機關做深度訪談，因此在資料收集以及研究分析上都不可避免的會有未逮之虞。

第貳章 文獻回顧

第一節 政策行銷的定義

一、行銷定義

美國行銷學會 (American Marketing Association, AMA) 認為：「行銷是規劃與執行理念、產品、服務的孕育、訂價、促銷、與配送以創造交易而滿足個人組織目標的過程」(葉日武, 2002)。行銷本來是商業上的名詞，是指「認定、預期與滿足顧客利益需要的過程」，其具有以下幾點特點：

- (一) 行銷是一種管理過程，一個管理導向的組織一定會重視行銷管理。
- (二) 行銷是顧客導向、顧客至上並以顧客為組織的生命中樞，這種重視顧客的觀念影響到行銷管理的發展。
- (三) 行銷是一種認定，預期與滿足顧客的過程，因此如瞭解消費者的需要，並加以滿足，乃是行銷能否成功的關鍵。

行銷這一名詞是由 Kotler 在 1880 年提出的商業行銷模式最為著名，傳統的行銷 4P 分別為產品 (product)、價格 (price)、促銷 (promotion)、通路 (place)。

- (一) 產品 (product)：產品是行銷組合的重點。產品包含設計、生產和銷售的商品及服務，以及實際生產之前所有的企劃、研發、安裝和維修等附隨產品的所有服務。
- (二) 價格 (Price)：價格及是購買者接受產品的費用，或必須支付的代價。價格通常是指金錢，但有時包括雙方互換商品和服務的交易。價格並不是一成不變。在公共政策中行銷模型中，「成本」即是「價格」觀念的延伸 (翁興利, 2004：pp215)。
- (三) 通路 (Place)：通路是當目標市場預執行策行為時，能夠獲得所需的支援實體及服務的管道。
- (四) 促銷 (promotion)：就是要將潛在顧客轉變成實際的顧客，透過推廣活動可以讓顧客群接收完整資訊，也能藉此說明服務的重點與核心意義及價值，

像是說明會、公聽會、公共宣導、各類廣告與運用媒體等，整體而言，促銷也可以說是組織針對產品的訊息，藉由告知、提醒、說服讓目標顧客接受。

公共行政學者吳定教授就「行銷」的定義如下述：指行銷推動者採取種各種方法，促使服務對象接受或是認同其服務、產品、政策或理念之動態過程。行銷常被人與銷售、宣傳、包裝劃上等號，事實上他涉及機關組織的各項功能。目前他已由產品導向轉向銷售導向再趨向顧客導向（吳定，2004：pp391）。行銷的目的在於能夠了解顧客，進一步將產品或服務自我行銷並且適合顧客的需求（傅岳邦，2007：pp71）。另外依據學者葉日武在「行銷學：理論與實務」中提到，對於行銷的分類採取三種二分法模式（Three Dichotomies Model）（葉日武，2002）。第一種分法是營利行銷與非營利行銷，第一種是區分為營利行銷與非營利行銷。所謂的營利行銷（Profit Marketing）是指營利事業有關的各種行銷活動與議題，一般企業的行銷活動全部屬於這個類別。所謂的非營利行銷（Nonprofit Marketing），自然是指非營利機構有關的各種行銷活動與議題。第二種分法是區分為敘述性與規範性。敘述性行銷（Positive Marketing）著眼於對實際行銷活動與現象的說明、解釋、與瞭解，而規範性行銷（Normative Marketing）則是說明個人、組織或社會應該建立何種行銷體系或如何從事行銷活動。簡單來說，敘述性行銷探討的是「實際上怎麼樣」，而規範性行銷則是指出「應該怎麼樣」。第三種二分法是參考經濟學，將之區分為宏觀（總體）與微觀（個體）這兩部分。宏觀行銷（Macromarketing）所探討的是行銷體系的一般狀況以及行銷體系與社會的互助關係，而微觀行銷（Micromarketing）的著眼點則在於組織、家庭、獲個人的各種與行銷有關的活動。

行銷模型概念理論：國內學者吳定（吳定，2005：pp399-402）指出策略並非是單一的一項技術、方法或工具，它是對一組重要決策要素綜合考量後的組合策略。就政策行銷而言，策略就是對行銷計畫決策者或擬訂者作決定、或對計畫提供指引方向的一組有價值的前提。因此，策略乃是決策者或主事者對一組策略要素 依各種系絡因素綜合考慮後的一項組合決定。政策行銷計畫所涉及的策略要至少包括以下數項(7W)：

- (一) What (行銷是什麼東西)：如何向行銷對象行銷服務、產品、政策、方案計畫或做法等。
- (二) Whom (行銷對象為何)：政策行銷的對象分為機關內部工作人員與外部服務對象。
- (三) Who (由何人行銷)：行銷活動究竟由機關負責得行銷單位負責？還是機關各單位全體動原？或是交由機關外的公司團體或人員負責？抑或採取公司部門「協力」的方式進行？
- (四) When (在何時行銷)：行銷的時機必須慎重考慮，是否政策擬訂前？擬訂中？還是擬訂完成付諸實施時進行行銷？
- (五) Where (在何地行銷)：選擇有效的行銷地點，如鬧區、車站、機場、公車或大型聚會處等。
- (六) How (如何行銷)：欲有效執行行銷計畫，應考量需要投入多少經費、人力、時間等。並應考慮如何擬訂完善的執行辦法。
- (七) Why (為何行銷)：主事者必須釐清機關組織問題所在，為何要從事行銷活動，一般最常見的理由不外乎要求服務對象作為或不作為，及促使必要的改變。改變的情況有認知改變 (Cognitive Change)、行動改變 (Action Change)、價值改變 (Value Change)。

行銷的意義包含五種概念 (王濬, 2006: pp12)。

- (一) 需要、欲望與需求：需要 (need) 是指人類心理及生理的基本需要，例如：Maslow 所提出的生理需要、安全需要、愛和歸屬感的需要、尊榮需要、自我實現需要等等。欲望 (wants) 是指從人類需求透過文化及個人特性外的部分。至於需求 (demands) 是指個人購買力所能滿足的欲望，指涉消費者的理性選擇過程
- (二) 產品與服務：產品 (product) 指所有可在市場中吸引、取得、使用或消費，而能滿足人類需要與欲望的物品、服務、人、地點、組織及創意。服務 (service)

則是一方提供給另一方無形的且不會導致任何所有權問題的活動或利益。

- (三) 價值、品質、滿足：價值是指消費者的價值 (customer value)，亦指物品的價值不在於他的實際成本，而在於消費者依個人需求所做的認定，品質與消費者滿足 (customer satisfaction) 是相關的，消費者滿足即是指生產者的績效內容符合購買者的期待，也就是說品質是由顧客滿意度來界定的。
- (四) 交易、交換、關係：交易 (transaction) 是雙方對彼此各自擁有的兩種具有價值的物品，在合意的情況下進行貿易 (trade)。交換 (exchange) 指行動者以交換某物而從他方獲得想要的東西。此行為行銷的核心概念。行銷關係 (marketing relationship) 則是創造、維持及增強顧客和其他利害關係人的價值連結 (value-laden) 的過程。
- (五) 市場：市場 (market) 指所有具體的與潛在的產品或服務購買者所形成的集合。

二、政策行銷的定義

依據學者吳定在公共政策辭典對於政策行銷的定義是指「政府機關及人員採取有效的行銷策略與方法，促使內部執行人員與外部服務對象，對研議中或已形成之公共政策產生共識或表示贊同的動態性過程，其目的在增加政策執行成功的機率，提高國家競爭力、達成為公眾謀福利的目的」(吳定，2003：pp307)。就對此定義，有以下的重點。

- (一) 政策行銷的本質：採取有效的行銷策略與方法的動態過程。
- (二) 政策行銷的主體：政府機關及人員。
- (三) 政策行銷的客體：研議中或已形成的公共政策。
- (四) 政策行銷的對象：內部執行人員 (內部顧客) 與外部服務對象 (外部顧客)。
- (五) 政策行銷的短期目的：促使內部與外部顧客對政策的共識和贊同，使增加政策執行成功。
- (六) 政策行銷的長期目的：提高國家競爭力，為公眾謀福利。

在現今「主權在民」、「顧客至上」的民主時代中，民眾有知的權利(the right to know)，政府機關所頒佈的任何政策都必須假定，民眾的知識程度非常有限，接受訊息的機會很少的，因而必須借助各種宣傳與行銷手段，讓民眾隨時都能接受政策的規範與指導。公共政策之所以需要行銷，主要是因為統制階層由權威走向民主、消費者社會的出現及公民主義的抬頭，使得政府與民眾的關係從上下隸屬的垂直關係轉變為平等互惠的水平關係。政策行銷是指：「政府部門機關與人員透過政策行銷策略工具之組合，與公民顧客之間完成價值交換關係，以實現政治目標，並因勢利導、促成特定社會行為的政策過程」(魯炳炎，2007)。而政策行銷是以行銷之技巧促進公共政策與社會需求之互配，公共政策行銷管理是要辨識、預測以滿足社會/公共需求，並以最少的權威手段以最多的受眾愜意手段，推展及執行政策。按傳統政策分析的模式，政策經過政策問題形成、政策規畫、政策合法化、政策執行及政策評估的黑箱(Block Box)作業後(吳定，2003)，所有的分析工作似乎到此已告一段落，不過，隨著民主體制的運作愈趨成熟，民眾參與政策過程的意願愈加劇烈，政黨競爭也日趨白熱化，因此所有重大的公共政策方案往往必須向社會大眾加以行銷，故如何讓民眾都知道政府政策內容，並且接納奉行，乃是十分重要的工作。換言之，我們必須學習「政策宣導」而非「政令宣導」，此時政府亦將扮演政策行銷者的角色(丘昌泰，2008)。

政策行銷是逐漸發展而來的世界潮流，可從下面幾項行銷觀念的發展階段加以觀察：(一)從營利到非營利行銷：過去行銷總被認為是企業的專利，故營利行銷為主流思維，後來行銷大師柯特勒將其概念擴大至非營利部門，於是非營利行銷逐漸為主流、(二)從個體到總體行銷：過去的行銷活動係以個別廠商與公司行號對象，行銷目的是為個別企業賺取利潤，故屬個體行銷；但目前愈來愈重視總體行銷，如國貿局代表台灣行銷台灣製造(Made in Taiwan, MIT)的產品、高雄市政府透過2009年的世運行銷台灣、台北政府則透過2009年聽奧與2010年國際花博會行銷「創意台北」的國際知名度與辨識度、(三)從有形到無形的服務行銷：過去營利行銷大都強調有形產品的行銷，但目前則愈來愈重視無形服務的行銷。(四)從企業利潤到

企業社會責任的行銷：過去行銷的目的係以贏取企業利潤為目標，但目前則愈來愈重視企業社會責任 (Corporate Social Responsibility, CSR)，透過行銷樹立企業良好形象。

政策行銷的內涵：政策行銷的主體是政府部門的機關與人員，政策行銷的對象是社會公民或是利害關係的個人、組織或團體；政策行銷的目的在於滿足政府機關和社會公民、或是服務對象之間價值交換各自的需求，並促成民眾對於公共政策的認識與支持；此外，政策行銷的手段包括行銷的策略與工具，其過程是一個持續循環的動態過程，而其內容則除了一般既定公共政策行銷與公共服務傳送之外，還包含政策的規劃、推介以及執行。成功的政策行銷活動，在其內部要有機關首長的支持和機關成員的充分參與，而在其外部則要有政治、經濟、社會等系絡環境因素的配合，而且有其不可忽視的重要性。政策行銷的主體應該將公民價值奉為主臬，並和政策利害關係人進行溝通對話，以了解、辨識、甚至預測、以及滿足社會與公共需求，以最少的權威手段和最被民眾所接受的手段，推展及執行政策。魯炳炎 (2007：pp60-61)。另外綜合前述國內外學者對於政策行銷的定義，可以歸納成為以下各點 (魯炳炎，2007：pp60)

- (一) 政策行銷的主體是政府部門的機關與人員
- (二) 政策行銷的對象是社會公民或是利害關係人的個人、組織或團體。
- (三) 政策行銷的手段包括行銷的策略與工具。
- (四) 政策行銷的目的在於滿足政府機關和社會公民、或是服務對象之間價值交換各自的需求，並促成民眾對於公共政策的認識與支持。
- (五) 政策行銷的過程是一個持續循環的動態過程。
- (六) 政策行銷的內容除了一般既定公共政策行銷與公共服務傳送之外，還包含政策的規劃、推介以及執行。
- (七) 成功的政策行銷活動要有機關首長的支持和機關成員的充分參與。
- (八) 政治、經濟、社會等外在政策系絡環境配合的重要性。
- (九) 公共服務應該將公民價值奉為主臬，並和政策利害關係人進行溝通對話，以

了解彼此的意向和需求。

政策行銷的原則（吳定，2006：pp338）：公開原則：即政策制定過程應適時及適度的公開。設身處地原則：即應站在行銷對象的立場，以同理心進行行銷，才能夠備對象所接受。誠信原則：即所有政策內容與相關資訊，必須透明化且真實呈現。可靠原則：即作任何政策承諾，均應設法兌現。主動積極原則：即政策行銷單位與人員，應以前瞻及宏觀的眼光，主動積極的進行必要的行銷活動。另外，一項成功的政策行銷活動，除應掌握時代脈動及把握行銷原則外，尚須以下條件的配合（吳定，2006：pp338-339）須擬定卓越的行銷策略與方法、須具有明確可行的具體行銷活動設計、行銷活動需機關首者長全力的支持、行銷活動需機關成員全體的參與、須擁有具備雄辯、協調、溝通、說服、專業能力的優秀的行銷人員、須具有充分政治、經濟、社會等資源條件的配合。

政策行銷的核心概念：（一）產品（product）：係指無形的社會觀念或公共政策，該觀念或政策本身的「說服性」或「合理性」就顯得十分重要，因為唯有足以說服他人的觀念與政策，才能達到宣導效果。（二）定價（pricing）：社會觀感或政策行銷概念的對象是「公共財」，雖然多半是採取免費服務，不需要考量價格問題，但為了避免搭便車（free-rider）的效應，往往對於使用服務的消費者亦酌收象徵性的費用，以產生「以價制量」的擁擠效果，因此，定價問題亦非常重要。通常，政策行銷的價格設定僅反應「成本」，不以營利為導向。（三）通路（place）：政策行銷的通路相當重要，例如：要宣導青少年不要夜遊不歸，行銷該項政策的可能通路有哪些呢？學校、圖書館固然是其中可能行銷地點。（四）促銷（promotion）：最常見也是影響力的促銷手段就是邀請名人代言。（五）夥伴（partnership）：政策行銷如果光是靠政府機關的力量絕對是不夠的，更何況今天政府在高喊「政府再造」的時刻，人員必須精簡，自然人手不足，必須借用其他部門的人手推動政策行銷，這種合夥關係愈來愈重要。（六）政策（policy）：政策行銷所涉及的公共政策往往不是一個機關所能決定的，因此政策內涵與主管機關都是政策行銷必須注意的對象（丘泰昌，2010：pp376-377）。

政策行銷的架構亦可以由 5C 說明，5C 是指 Cost（民眾取得政策服務所付出的代價）、Convenience（便利）、Consumer（顧客，即目標對象）、Communication（溝通）、Creativity（創意）。依 5C 架構，可將公共政策之內涵以大眾採用之成本、便利性、效益係屬具體或抽象個人或社會而區分為四的面向

（一）A 型政策為政策效益屬具體之個人效益，且大眾用此政策之成本低及富便利性，其利益清楚而直接，改變容易，政策行銷之關鍵在於溝通與資訊提供。

（二）B 型政策為政策效益屬抽象無形之社會效益，且大眾採用此政策之成本低及富便利性，其利益不具體、不直接，改變很容易，政策行銷應強調最終之利益，關鍵在於便利性。

（三）C 型政策為政策效益屬具體之個人效益，且大眾採用此政策之成本高及改變困難，其利益清楚而直接，改變很困難，政策行銷關鍵在於溝通與支持系統並重。

（四）D 型政策為政策效益屬抽象無形之社會效益，且大眾採用此政策之成本高及改變困難，其利益不具體、不直接，改變很困難，政策行銷應盡力導向 C 政策，善用首創者之熱誠，配合支持系統（何吉森，2011：pp35-45）

政策行銷的作用有以下六點（吳水木，2007）。

（一）博取民眾更多好感：現代不少民主政府是靠選舉來執政的，故執政黨政府非常重視民眾滿意度，如果民眾對於政府施政感覺不滿，則要繼續取得執政權就很困難。因此政策行銷可以博取民眾更多好感。

（二）澄清不必要的誤會：民主政治是言論自由的社會，傳播媒體成為批評政府的公器，但傳播媒體亦經常成為散佈謠言的溫床。為了澄清誤會，必須透過政策行銷，以澄清群眾的疑惑。

（三）獲得社會更多支持：政府凡百施政，基本目的都為了造福人民；對人民有利的公共服務，如發放消費券，民眾自然願意支持；但若民眾分攤義務的公共政策，則民眾可能會覺得不便和麻煩而不願意配合，無論如何，都

必須透過政府行銷，才有機會獲得社會更多的支持。

- (四) 贏取媒體更大的認同：在民主國家中，傳播媒體的影響力不容忽視，號稱是「第四權」。有人說：台灣社會的民主表現於傳播媒體的多元性與活躍性。政策行銷必須要透過傳播媒體，贏取媒體更大的支持，才能得到民眾的認同。
- (五) 建立雙向溝通管道：過去的政令宣導是權威式的宣導方式，只要政府公布資訊，就假設民眾一定要瞭解並接納，沒有妥協餘地；但如今政策行銷則強調行銷是民眾與政府的雙向溝通行為，政府要將明確訊息傳遞給民眾，民眾則需將感受告訴政府，以作為改進參考，雙向溝通才是政策行銷的目的。
- (六) 構築彼此回饋的橋樑；民眾對於政府的回饋是政府不斷改進的重要來源，不回饋代表民重的冷漠，一旦表現在選票上，則執政權也就失去了。因此，政策行銷的目的之一是企圖建構民眾意見回饋的橋樑，政府機關希望其所提供的公共服務，能更滿足人民的需要，若未能滿足，顯然尚有必須改進之空間。

政策行銷的步驟（科特勒，2007：pp110-138）

- (一) 發展與改善熱門計畫與服務：政策行銷的第一步是發展民意導向的公共計畫或服務，換言之必須要發展出一個受到民眾熱烈歡迎的產品(product)。
- (二) 制定有效的價格、誘因與罰則：政策行銷的價格(price)有兩種類型：一是金錢性的誘因(monetary incentives)，如補助購買電動車；二是金錢性的懲罰(monetary disincentives)，如對違規者的罰款，使其服從交通規則。
- (三) 發展最適化的通路：這個指公共組織配送服務或消費者取得公共服務的管道，通常最適化的通路(place)是愈多愈好，最好讓消費者有更多的選擇權。
- (四) 創造與維持品牌：品牌是代表政府機關的鮮明形象，消費者往往透過這種

品牌形象來認識政府機關所提供的公共服務。因此如何創造與維持公共服務的品牌是非常重要的。

- (五) 與目標對象有效溝通：行銷對象必須要掌握有關產品或服務的訊息，才能接受行銷影響。與目標對象進行溝通時，必須掌握三個重要問題：1. 你希望目標對象之道甚麼？2. 你希望目標對象相信甚麼？3. 你的目標對象採取何種行為？由此可見，透過適當的訊息代言人，告知消費者正確的訊息是非常重要的。有效訊息溝通的要件是 1. 必須維持簡單 2. 將焦點放在民眾利益上，3. 用字生動，4. 容易記憶，5. 確保訊息和基調與品牌相符。
- (六) 改善顧客服務與滿意度：改善顧客服務，提升顧客滿意度具有下列益處：可以提高收益、有助未來籌措資金、提高行政效率。改善績效評量標準。提升顧客滿意度的方法有以下五點：1. 協助員工傳遞最佳服務，2. 確保基礎建設與系統是助力而非阻力，3. 加強顧客關係管理系統，4. 發現全面品質管理裡的好處，5. 掌握與追蹤顧客期望與滿意度。
- (七) 影響正面的公眾行為：社會行銷：社會行銷的目的是希望改變民眾的價值觀念，相較於營利行銷強調最大利潤的獲取，其困難度甚高。社會行銷的方法甚多：利用過去既有的成功案例、從準備好行動的目標市場著手、一次只推廣一種容易做到的期望行為、確認問題所在移除障礙、拉近目標與實際利益之間的距離。
- (八) 形成策略夥伴：建立行銷夥伴可以提高政策行銷的效果，一般而言政府機關可以結盟的行銷夥伴甚多：1. 與私營企業的夥伴關係，2. 與非營利組織的夥伴關係，3. 與政府機關之間的夥伴關係。

政策行銷的原則，賴建都（2007）認為政策行銷管理必須掌握五項基本原則

(一) 要影響閱聽人的行為：政策行銷不只是一要影響閱聽人的認知或態度，更要藉著傳播的努力讓消費者有所回應，採取正面的行動。

(二) 從閱聽人的角度看事情：政策行銷應盡量避免過去宣傳活動採

「inside-out」（由公共組之道閱聽人）的模式，而要採取「outside-in」

(由閱聽人道公共組織)的模式，先了解閱聽大眾心理想什麼，然後在制定宣傳方法，進而服務或產品的訴求。

(三)運用各種管道接觸閱聽人進行宣導：由於媒體愈趨多元化，近來傳播新科技也帶來不少新興媒體，為了避免單一選擇固定媒體，多元媒體的運用是非常重要的，如網路行銷、部落格行銷、微網誌、直效行銷、活動贊助與事件行銷等宣傳方式，都可以用來進行政策宣導。

(四)達到訊息一致性：無論是電視廣告、平面媒體廣告、公關報導或各式行銷活動，都必須要求訊息的一致性，說出同一種聲音(Speak with a single voice)，如此閱聽人才能累積片斷的訊息，並將訊息深植腦海。

(五)與閱聽人建立關係：在政策行銷活動中，公共組織為了長期行銷服務，必須刻意與消費者建立密切得互動關係，以獲取其長期的支持。

表 2-1：行銷類型比較

	一般行銷	政策行銷 (公共政策觀點)	政策行銷 (一般行銷觀點)
行銷者	個人和群體	政府機關與人員	政府機關與人員
核心價值	創造與交換	促成標的人口的共識與獲得支持	促使標的人口接受和支持
行銷內容	產品與價值	研議中或已形成的公共政策	政策中的行動
行銷對象	個人與群體	所需服務之對象	決策當局、公眾
目的	滿足人類的需求與欲望	增加政策執行的成功率，提高國家競爭力，為公眾謀福利	使公共政策獲得接受與支持
內涵	一切行銷行為	不包括政策合法化	政策推薦、政策合法化、政策採納，政策

			接受與支持
--	--	--	-------

資料來源：王濬（2006：12）

第二節 長期照護的定義

一、何謂老年人：

- (一) 依據臺灣老人福利法的二條，老人係指年滿六十五歲以上之人。
- (二) 我國老人福利法規檢閱：政府在民國 69 年制訂老人福利法，主要是因應高齡化社會的來臨所制定的第一個政策架構，民國 86 年首次做修正，將全文由原來的 21 條修正為 34 條，民國 89 年及 91 年雖有做修正，但修正的幅度並不大。以民國 86 年 6 月 18 日修正公布的老人福利法，條文著重在老人年齡及福利措施之界定，老人津貼、老人年金、住宅、保護等需求之規劃以及專責人力等，對於老人的各種福務與保護鄭具完整性以及前瞻性。

二、長期照護之定義：

長期照護是指對失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，所提供之不同程度之照顧措施，使其保有自尊、自主及獨立性或享有品質之生活。其內涵為對身體功能障礙缺乏自我照顧能力的人，提供健康照顧(health care)、個人照顧(personal care)、及社會服務(social services)。服務可以是連續性或間斷性，但必須針對個案的需求，通常是某種功能上的障礙，提供一段時間的服務。因此長期照護應包含有診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務(陳晶瑩，2003)。

依 Kane 及 Kane 的說法對於長期照護之定義，長期照護是針對主要照顧對象的慢性傷病所引發部分或多重身體功能喪失的障礙者，提供其所需要的醫療、護理、復建、個人、生活、和社會支持等照顧(吳淑瓊，1998)。而 Weissert 則對長期照護的服務對象、服務內容性質與服務提供者作了更加明確的說明，長期照護是對罹患慢性疾病的身心障礙者，提供診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。這些服務可經由不同的機構或非機構設施獲得。例如：慢性病療養院、傷殘復健中心、安養院、護理之家等機構；或是非機構式的家庭。其目的在促使患者的生理、心理、及社會功能各方面皆達到最佳狀態(吳淑瓊，1998：pp7-8)。

長期照護需求與日俱增：雖著人口結構高齡化，慢性疾病及功能障礙的老年人數成長快速，健康醫療服務與長期照顧服務的需求亦日益提高（莊秀美，2008）。長期照護人口並不侷限於老年人，像是身心障礙者和其他慢性疾病患者也包含在此。依據「戶口及住宅普查」報告的推估，台閩地區約有33萬8千餘人需要長期照顧，其中65歲以上老年人口占53.9%，達18萬2351人，占老年人口總數的9.7%（引自廖錦桂主編，2007：69）評定長期照護的需求，基本上需依照功能狀態。身體功能障礙若以Katz氏日常生活活動(activity of daily living, ADL)評估，包括：穿衣(dressing)、吃飯(eating)、活動移位(ambulatory)、上廁所(toileting)、洗澡或梳洗等個人衛生照顧(hygiene)，簡記為英文單字DEATH；若以Lawton和Brody氏的複雜性日常生活活動(instrumental activity of daily living, IADL)評估，包括：購物(shopping)、家務打掃(housekeeping)、理財(accounting)、備餐(food preparing)、交通運輸(transportation)及電話使用(telephone)，簡記為英文單字SHAFT，並加上服藥(medication)、及洗衣(laundry)共八項。一位ADL 正常和IADL 大部分正常的老人，有能力在家中生活；而長期照護系統的服務，可以協助一位IADL 或ADL 有部分障礙的老人仍可在家中生活，如：送餐服務使老人不需要自行購物及備餐；每週兩到三次的協助洗澡服務使老人仍能在家中照顧自己（陳晶瑩，2003）。

表2-2：長期照護體系

體系類別	職責及工作概要
一、行政管理體系 1. 長期照護專責機關 2. 經費支付中心 3. 個人管理中心 4. 品質管理中心 5. 人力培訓中心	總理長期照護行政管理事宜。 如：長期照護管理局，掌理行政管理與研究事宜。 辦理長期照護支付的行政管理。 辦理長期照護個案轉借追蹤研究事宜。 辦理長期照護研究管理事宜。 辦理長期照護服務人員義工等之培訓等。
二、臨床醫療體系 1. 門診醫療服務 2. 急診醫療服務 3. 住院醫療服務 4. 短期評估及治療中心	辦理長期照護個案臨床醫療服務事宜。 提供門診診療及病情追蹤等之服務。 提供急診治療服務。 提供一般住院治療服務。 提供短期住院或日間病房，作為老人評估以及後續

<p>5. 緊急處置服務 6. 醫師出診服務</p>	<p>安置計畫或日間治療之用，包括：醫師、護理師、復健治療師、營養師、社工等之評估與服務。 提供緊急庇護場所，特別是精神疾患的短期留置。 為社區獨居不良於行或嚴重失智的老人，提供老人評估、診察及治療。</p>
<p>二、社區照護體系</p> <p>1. 機構照護服務 2. 日間照護服務</p> <p>3. 居家護理服務 4. 居家復健服務 5. 個案管理人服務</p> <p>6. 社工員服務</p>	<p>辦理長期照護個案臨床照護、復健等服務事宜。 如護理之家、老人安養及養護機構。 如日間照顧或日間照護服務，日間照護也可提供護理、復健、營養、社工等之服務。 辦理臨床居家護理評估及服務，包括監督正確用藥。 包括物理治療及職能治療，及居家安全評估。 統整老人問題及現有資源，評估安置及安排其他社區照護或支持服務。 提供以個案為中心的相關社會資源。</p>
<p>三、社區支持體系</p> <p>1. 餐食服務 2. 個人衛生 3. 家事服務 4. 交通運輸服務</p>	<p>辦理長期照護個案臨床照護支持支援服務事項。 提供居家照護、日間照護等個案飲食服務。 提供居家照護、日間照護等個案之洗澡等。 提供居家照護、日間照護等個案之家務整理。 提供居家照護、日間照護等個案，移動到他處之交通服務。</p>

資料來源：陳晶瑩（2003）

三、長期照護的特性：

- (一) 其服務內容是以身心功能異常程度為基準，也就是身心功能異常之程度必須嚴謹評估，以確定長期照護服務開始、停止期及提供服務內容增減的情形。
- (二) 長期照護服務大多數是由家庭所提供，一般民眾大多在其所生長的家庭中獲取自己生活所需。當一個家庭成員有長期照護需求時，都是由家人提供照護。
- (三) 長期照護服務具有勞力密集的特性。長期照護服務是屬於相對的較非特殊專業的服務，是長期而密集的勞力工作，且具有公眾事務性質。長期照護服務的內涵主要是以日常生活起居的照護且其服務是長期而需勞力密集的。
- (四) 所有年齡群民眾都有長期照護的需求。雖然老年人是長期照護的主要服務對

象，尤其是八十歲以上的人口群；實則長期照護服務包含了各種年齡層的人，無論是壯年或是嬰幼兒，只要是身心功能異常者均可能成為需要長期照護之人口群。

(五) 長期照護服務的本質是團隊的整合性服務體性。長期照護服務需要跨專業醫療團隊服務、半專業與非專業人員參與合作參與的，因其關係到失能或失智者及家庭與社區如何生活和面對生活問題，所以需要醫療保健專業人員，如醫師、護理人員、藥師、物理治療、職能治療、營養師以及社會服務團體的介入，也需要社會整體環境，如無障礙空間、社會價值觀等配合。

(六) 生活照護為主，醫療照護為輔。目前接受長期照護之病人其主要疾病診斷以腦部疾病、心血管疾病以骨骼系統疾病等慢性病為主。此類病人之照護，因主要為慢性疾病，病情皆屬於穩定狀態，其醫療費用僅佔總照顧費用的10-15%，其餘開支皆以生活照護為主。因於長期照護服務具有以生活照顧為主、醫療照護為輔之特質。

第三節 各國長期照護之發展

我國在 69 年 1 月 26 日正式公佈實施「老人福利法」，隨著高齡化社會以及老人服務需求增多的到來，行政院衛生署於 87 年辦理「老人長期照護三年計畫」，接著又在 90 年核定「新世紀照護計畫」，另外又於 96 年 4 月 3 日核定「我國長期照顧十年計畫」作為大溫暖福利套案之旗艦計畫，該計畫於 2007 年底開始實施，規劃於十年內注新台幣 817.36 億元經費，以建構一個符合多元化、社區化、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度。我國長期照護體系之建立已歷經多年，政策趨向逐漸強調社區化長期照護的發展，以支持老人「在地老化」為導向。有鑒於西方世界國家多年來長期照護資源間的消長，政府長期照護政策中已正視並強調長期照護資源整合與管理機制建立的重要性（劉立凡、葉莉莉，2002：106） 世界各先進國家大致上均認為近身的照顧服務，如居家照顧、日間托顧、居家醫護、照顧管理等不宜營利化，以免讓受照顧者淪為商品。事實上，長者照顧很難斷定其價格，使用者也很難自行監督服務品質。長期照顧是一個勞力密集的勞務，目前除德國、日本、荷蘭等國以長期照顧保險來推動長期照顧外，大部分國家都以政府一般稅來補助國民使用長期照顧所需經費。下列為其他先進國家之長期照護計畫：

一、日本：日本位於西太平洋偏北之域，居台灣之東北方，是為我國關係密切之近鄰。無論在地緣、文化及歷史上之淵源上，乃至於政治、經濟依存關係上，台灣與日本確具有不可忽略之聯結與互動關係存在。在基本之政經水平上，日本擠身世界前茅，毋庸贅述。日本有一億二仟六佰萬之人口，其中老年人口高達二仟七佰萬之眾，佔有全人口之兩成以上。日本為當今舉世知名之「老人國」，其人口老化速度，其國民之平均壽命，以及老人所佔之人口比例與老年人口中偏高比例之高齡，高居世界第一（劉美吟、高琇珠、曾淑琪、謝鸞英、蔡淑娟、曾韻霜、劉曼莉、宋佩珊，2008）。因應高齡社會的來臨，日本於1990年開始實施「老人保健福利推動十年戰略（黃金計畫）」，1994年底重修制定「新黃金計畫」，2000年起推動介護保

險，提出使用者本位、普遍主義、提供綜合性服務及社區（地域）主義等四大基本理念，俾使任何需要照護服務者都能就近獲得服務以營自立生活。介護保險制度的建立，基於1995年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照顧系統之確立」的政策建議。這份報告顯示到日本有必要建立老人照護的新制度的原因可以分為以下幾點：

- （一）人口的快速老化。
- （二）日本的健康保險財物負擔逐年增加，已經難有財力來照顧日益增加的高齡老人日本的健康保險財物負擔逐年增加。
- （三）日本介護保險制度的開發，受1980年代福利多元主義思潮的影響，尤其強調福利供給的分權化與民間福利組織力量的參與，國家福利角色的縮減，莫不息息相關。介護保險制度雖屬國家立法的強制社會保險制度，但提供介護服務的，主要是由民間老人福利機構，政府（中央與地方政府）主要的功能與角色，是在籌措介護保險的相關財務。（詹火生，2005）

綜觀日本長期照護的發展理念，長期照護的演變為對高齡者的生活支持，依其個人意願，支持其過獨立的生活。「新黃金計畫」、「高齡介護制度」的重點有四點。

- （一）由高齡者自己選擇。
- （二）長期照護服務一元化。
- （三）個案管理。
- （四）社會保險的介入

服務的對象包含

- （一）需居家照護或在護理之家等長期照護機構療養之高齡者。
- （二）老人健保設備（中間照護機構），醫療型病床及老人醫院支老齡者。服務提供需符合普遍性、公平性、妥當性以及專門性，並給予居家老人必要的協助，甚至24小時的協助使其能安全舒適的住在家裡，而且不要造成家人沉重的負擔（阮玉梅，1999）。

給付方式包含：介護保險的給付方式以實物給付也就是服務給付為給付原則，若是

遇到情況特殊者給予現金給付，介護保險服務費用90%由保險給付，使用者負擔10%，但對於機構服務使用者，如部分負擔外，機構之食宿費用與日常生活雜費等需自付，低所得由各市町村自訂減青措施。(梁亞文、劉立凡、林育秀，2010:311-324)。

二、英國長期照護發展之歷程

英國於1946年開始實施國民保健服務法案(National Health Act)；在1945年至1948年社立了歐洲第一個現代化的年金制度，開起了社會福利的先端。且於1989年通過「照顧人民：社區十年願景」(Caring for People: Community care in the next decade and beyond)的社區照顧政策白皮書，明確指出適切的需要評估及良好的照護管道是高品質的照護基石，並以需求導向為目標，鼓勵使用居家服務而非機構式照護。1991年通過國民保健服務級社區照護法，主要是順應去機構化照護模式而發展，目標是在提升使用者和照護者的「選擇和自主」，朝向福利混合經濟的社區照護，規定英國全面實施照顧管理配置，將長期照護的財務責任由中央轉移至地方政府，並提升使用者的選擇自主性，使用者可藉此降低個人對長期照護的經濟負擔(梁亞文、劉立凡、林育秀，2010:311-324)。

2001年英國政府再通過「老人之全國性服務架構」(National Service Framework for Older People)，這是英國第一個特別針對老人照顧的整合型十年計畫，期待透過照顧標準的建立，降低全民健康服務(NHS)之健康及社會服務提供時的差異；計畫目的旨在確保老人能夠獲得公平、高品質，以及整合性的健康和社會服務。

英國長期照護需求者可分為兩種：一為失能者，以日常生活功能量表評估

(activities of daily living, ADLs)加以評估；二為認知損傷者(cognitive impairment)，以智能狀態測驗(mental state examination)量表加以評估。而失能或失智的考量均以需要依賴他人提供照顧的程度來看。而長期照護需求者的評估標準會因城市、部門使用形式而有所不同，經費補助亦有不同，除了社會福利保障的護理津貼級照顧者津貼外，並無其他任何形式的給付可以補助長期照護。(梁亞文、劉立凡、林育秀，2010:311-324)。所有的資格審核均是依據個人資產調查

(means-test) 以及需求進行評估。需求者依失能分為輕度、中度、重度以及極重度等。近年來英國也透過地方議會針對16歲以上的照顧者經由評估之後給予直接給付 (direct payment)，如此一來照顧者可以使用直接給付購買其所需要的服務，以幫助維持照護者的健康以及福祉。

英國的長期照護服務項目可以分為四大項

- (一) 持續性的 NHS 照護：當個案有持續性、密集以及不穩定或快速惡化的健康照護需求時，可以不要接受急性醫院的照護，可以轉而接受完全免費且持續照護的 NHS 照護服務。
- (二) 安養及護理之家 (residential nursing home)：屬於機構式照護服務，經費由地方政府的社會服務部門支出。
- (三) 居家及日間照護 (domiciliary and day care)：此項服務開始於 1993 年，希望以家庭照護取代機構式照護。目前英國無論是護理照護或是個人化照護還是需要透過資產調查進行申請者的資格審查。
- (四) 社會保障福利 (social security benefits)：藉由國家評估標準進行資格評估，評估後提供護理津貼給需要定期或大量個人照護或需維持安全監督的長者。

三、瑞典長期照護發展之歷程

瑞典是全世界人口最老化的國家，早在1990年瑞典65歲以上了老年人口佔總人口數的17.8%，瑞典對於長期照護的重視開始於1960年，藉由在醫院中開設長期照護的病床，並且增加護理之家、老人院的床數，提供服務給需要的老人。瑞典的長期照護是一系列針對必須長期依賴醫療和社會服務的人，包括身體或精神殘疾的慢性疾病，所提供的基本活動與日常生活的照護；而由政府提供的社會護理則針對身體或精神障礙以及日常生活需要支援的長者和特定需要的族群。因此，瑞典的長期照護政策是由不同政府部門、私人單位及私人的共同責任所建立起的服務網。

北歐國家以高福利聞名全世界，福利的體現來自於對於人權的重視，因此北歐

政府對於肢體上有任何不便的國民，提供多項方便的措施與建設，期望使其與一般人能有一樣的生活水準。針對肢體不便的國民包括失能者與老年人，在瑞典65歲以上的老人已占全國人口的17%，是世界上擁有最多銀髮族的國家之一，因此，對於瑞典老人及殘障人口的生活，政府會透過安裝輔助設備，使他們能夠透過簡單的居家護理設備而自理生活。

綜觀瑞典的長期照護發展，大至可以分為以下四點：

- (一) 機構式老人照顧。
- (二) 照顧責任由中央部門轉至縣級地方政府，使得所提供的服務更接近需求者以方便利用服務。
- (三) 服務原來以完全由公部門提供服務，轉變為與私部門共同提供服務。
- (四) 運用照護管理，例如建立個案管理系統來決定提供服務的優先順序，並且讓使用者參與選擇所需之服務，使所提供的服務能符合使用者之需求。

(Coleman, 1995)

四、美國長期照護發展之歷程

美國之長期照護啟蒙於殖民地時代，由歐洲之殖民者開辦救濟院，到20世紀初開始有城市設立之收容所及療養院；1935年有社會安全保險(Social Security)，老年人和某些殘疾人可以購買長期護理服務，到1950年美國政府提供貸款資助不以營利為目的療養院，1965年實施Medicare和 Medicaid制度，營利性長期護理業受到激勵，更加蓬勃發展，弊端也應運而生。到了1970年美國國會就有聽證會，公開長期照護病患所受到不人道的待遇及業者的一些疏失，例如：護理之家之工作人員未經訓練或人手不足，病患生活於危險、衛生不佳的環境，療養院用藥過量或不足，對少數民族的歧視及病患財物失竊等。

由於美國疆土遼闊、人口眾多，長期照護產業也走上連鎖經營之路以增加競爭力。許多大型業者具有數萬名員工、數百處照護所、分布於二、三十州。美國目前的長期照護業務，大致可分為以下幾種經營模式

- (一) 護理之家(Skilled nursing facilities, Nursing Homes)：護理之家專責照顧其他照護機構無法照顧的居民（住在長期照護機構中的人謂之居民），提供24小時的醫療及生活照護(含醫療復健)，為僅次於醫院層級的醫療照護機構，護理之家的居民通常都是老年人。
- (二) 輔助照護機構(Assisted living facilities, ALF)：輔助照護機構是介於護理之家和居家照護之間的機構，因為護理之家的收費昂貴，而有些居民自己還能照顧自己的部分生活起居，事實上並不需要如此專業之照護，但獨立生活又存在風險，輔助照護機構因此應運而生。輔助照護機構是按月收費，較護理之家按日計費便宜許多。
- (三) 居家照護 (Home care services)：居家照護是起源於20世紀初期，為服務工業化城市移民的一項社會福利。顧名思義，這是一種到府服務的照護，病患可以在自己的家裡接受照護。照護的內容通常包括日常生活行動照料、協助上下樓梯、行走和轉乘輪椅，打理簡單家務、準備三餐、代為購物、跑腿、交通協助等。短期的家居照護病患大多是重症後的療養恢復照護，較長期的則是因為慢性疾病所需。
- (四) 安寧照護：在美國安寧照護(Hospice care)多由志工來執行，2008年有145萬人接受安寧照護，2009年志工的人數為55萬人，創歷史新高。安寧照護是Medicare 醫療保險的唯一福利，其中包括藥品、醫療器械、每天24小時/每週七天的照顧和死亡。後對其親人的補助。Medicaid醫療補助和大部分私營保險計劃也涵蓋安寧照護。大多數的安寧照護是在病患家裡進行，也有些是在家庭般的安寧公寓、輔助照護機構、護理之家、退伍軍人的宿舍、醫院或監獄進行。
- (五) 喘息照護服務(Respite care)：喘息照護服務是提供短期、間斷的臨時性服務，以替代家庭成員照顧病患；如果沒有這種服務，病患可能就得安置在安養中心等照護設施。所以喘息照護服務通常都是專家到府服務，基本上這是一種依照客戶的需求：如照護時間長短、病人之狀況而設計的服務，有時也

可以在其他照護機構，如成人日間護理中心進行。

- (六) 成人日間護理中心(Adult day care Center)：許多的長期病患是由家人照護的，但是有時家人因工作分身乏術，也所以需要成人日間護理中心，一方面讓家人可以日間繼續工作，晚間接病患回家共同生活；一方面讓病患取得較專業之醫護，避免住進護理之家，降低照護費用。

第三章 我國長期照顧十年計畫政策現況

第一節 我國長期照顧發展背景

因應老年人口的快速增加，我國的長期照顧政策自民國75年推展第二期「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」中的「中老年病防治四年計畫」以及民國76年辦理「居家護理」實驗性計畫起開始萌芽發展。17年以來包括民國80年配合國家六年建設推行「醫療網第二期計畫」加強復健醫療及長期照護服務，到86年「醫療網第三期計畫」中推行「長期照護十五年計畫」，接著87年10月行政院核定「老人長期照護三年計畫」及行政院社會福利推動小組於89年4月第六次委員會議通過實施「建構長期照護體系三年先導計畫」，一直到民國90年核定之「醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫」，明顯可見我國長期照護政策的演進及政府在長期照護政策上的努力。

近年以來，我國長期照顧的政策方針可顯見於多項政策宣示當中。其中民國86年行政院衛生署發表「衛生白皮書—跨世紀衛生建設」提出長期照護發展重點以健全發展長期照護體系為主。方針以居家/社區式照護服務為主（佔70%），機構式照護為輔（佔30%）。同年行政院經建會正式將長期照護納入「跨世紀國家建設計畫」中。民國87年10月行政院衛生署於奉行政院核定執行之「老人長期照護三年計畫」，其中除了要普及機構式長期照護外，也強調社區化長期照護體系之建立，並鼓勵充實社區化照護設施。其具體措施包含建立整合性服務網絡，在實務運作上，對「長期照護管理示範中心」的設立，試辦「單一窗口」制度，已有明文規定，希望長期照護病患經由專業評估及個案管理方式，可以就近得到妥適之照護安排。在最新的「新世紀健康照護計畫」中也強調以各縣市之「長期照護管理示範中心」為據點，建置轄內長期照護資源整合與配置的網絡，以有效結合社政及衛政之照護資源，提供民眾長期照護專業的諮詢評估與轉介、輔具租借、教育訓練與家屬支持團體等適切的服務。而民國91年提出的我國「照顧服務產業」方案，乃行政院經建會協同內政部、衛生署、勞委會、農委會及退輔會等共同推動，希望以專業化、企業化的方式，提供失能國民所需身體和日常生活服務，並以提高國民就業率為目標。基於建

構完整之照顧服務體系之理想，民國91年5月在全國社會福利會議第五分組簡報中也特別提到資源、財務與管理機制的發展十分重要，期以提供可近、適切品質與合理成本之服務。在對策上則包括發展多元化服務體系、建立各級政府長期照護資源整合與管理機制，以及提供醫療與長期照護銜接的連續服務等多方面（行政院衛生署，2002）。綜合上述，我國長期照護的發展歷程，依據行政院衛生署所做的政策分析，可歸納為四期，包括混沌期（民國74年以前）、萌芽期（民國75年至82年）、制度建構期（民國83年至86年）、資源快速發展期（民國87年至民國90年）以及產業化時期（民國91年以後）。尤其在政府政策宣示鼓勵資源快速發展以來，照護資源彼此間缺乏銜接性，社政、衛政資源有交錯重置之慮，而一般民眾對這些資源也常因不熟悉而無法利用，因此引發地方政府及相關團體進而探討資源整合之策略。政府政策也朝向包含建構管理機制、協助民眾引進服務提升成本效益，並規劃評估長期照護之合理財務機制等（吳淑瓊，2000）。有鑒於國內長期照護需求殷切、社區照護資源普遍不足，民國90年開始推展的「照顧服務產業」方案，其具體服務措施終極也包括建立照顧服務管理機制，加強服務輸送系統及建立資源網絡等。

由於醫療快速進步，國人平均壽命逐年延長，臺灣地區人口也急劇的老化，根據統計在1993年年底，老年人口所佔比率已經達到7%，正式邁入了聯合國世界衛生組織所稱的「老人國」，至2010年年底，65歲以上人口比率已佔總人口的10.7%，依行政院經濟建設委員會估計至2028年時，臺灣老年人口所佔比率將達22.8%（約533萬人）。因此未來失能、失智人口均將急速增加。為因應人口老化的問題，政府近年以來陸續推動諸多相關政策。在內政部主導的社政體系方面，包括1998至2007年推動「加強老人安養服務方案」、2000至2003年推動「建構長期照護體系先導計畫」、2002至2007年推動「照顧服務福利及產業發展方案」等重大政策，並修訂「老人福利法」及「社會福利綱領」等相關政策。在行政院衛生署主導的衛政體系方面，包括1998至2001年推動「老人長期照護3年計畫」、2001至2008年推動「全人健康照護計畫（醫療網第四期與第五期計畫）」、2009至2012年推動「新世紀健康領航計畫」等相關政策。由此顯示，政府部門對於人口老化所衍生的健康以及長期

照顧問題，相當重視。（邱文達，2011：pp123-130）。為滿足長期照顧需求人數的快速增加，行政院於2007年4月核定「我國長期照顧十年計畫」，規劃於10年內挹注新台幣817.36億元經費，以建構一個符合多元化、社區化(普及化)、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度。以97年政府實施長期照顧年計畫以來，服務項目包含13項服務項目：下表為各縣市執行長期照護十年計畫服務項目總數，其中以嘉義縣提供11項服務項目最多縣市，而嘉義縣、台南縣以及新竹縣提供6項服務項目為最少。

表3-1：各縣市長期照護服務項目總數

縣市	服務項目總數	縣市	服務項目總數
花蓮縣	7	嘉義縣	6
台北市	8	台南縣	6
高雄市	8	南投縣	10
新竹市	10	雲林縣	9
台中市	10	高雄縣	8
嘉義市	11	屏東縣	7
台北縣	9	宜蘭縣	7
桃園縣	9	台東縣	7
新竹縣	6	澎湖縣	7
苗栗縣	8	金門縣	9
台中縣	9	連江縣	8
彰化縣	9		

資料來源：行政院經濟建設委員會（2009）

依據97年資料統計，各縣市辦理長期照護十年計畫之各項服務辦理情形百分比 如下表所示：

表3-2：各縣市長期照顧十年計畫各項服務數量及百分比

服務項目	辦理縣市數量	百分比
居家服務	25	100%
日間照顧	13	52%
失智老人日間照顧	6	24%
家庭托顧	2	8%
交通接送	12	48%
老人營養餐飲	25	100%
輔具購買及租借	20	80%
長期照顧機構	21	84%
居家護理	25	100%
居家復健	25	100%
喘息服務	25	100%

資料來源：行政院經濟建設委員會（2009）

目前我國共有54個長期照護管理中心，各縣市均有長期照顧管理中心為服務據點，下表3-3為各縣市長期照顧管理中心之服務地點。

表3-3：各縣市長期照顧管理中心服務地點

單位		地址
台北市 長期照顧 管理中心	總站	台北市中山區長安西路15號3樓(台北市身心障礙福利會館)
	東區服務站 (南港、內湖)	台北市南港區同德路87號9樓(台北市立聯合醫院忠孝院區)
	西區服務站 (萬華、中正)	台北市中正區中華路二段33號A棟5樓(台北市立聯合醫院和平院區)

	南區服務站 (松山、信義、大安、文山)	台北市大安區仁愛路四段 10 號 5 樓(台北市立聯合醫院仁愛院區)
	北區服務站 (北投、士林)	台北市士林區雨聲街 105 號 B1 樓(台北市立聯合醫院陽明院區)
	中區服務站 (大同、中山)	台北市鄭州路 145 號 6 樓 (台北市立聯合醫院中興院區)
新北市 長期照護 管理中心	板橋分站	新北市板橋區中正路 10 號 2 樓
	雙和分站 (中和、永和)	新北市板橋區中正路 10 號 2 樓
	三重分站 (三重、蘆洲、新莊)	新北市三重區中山路 2-1 號 2 樓
	深坑分站 (深坑、新店、烏來、石碇、坪林、平溪、瑞芳、雙溪、貢寮、汐止)	新北市深坑區深坑街 165 號 3 樓
	三峽分站 (土城、樹林、三峽、鶯歌)	新北市三峽區光明路 71 號 3 樓
	淡水分站 (淡水、八里、三芝、石門、金山、萬里、五股、泰山、林口)	新北市淡水區中山路 158 號 3 樓
桃園縣 長期照護 管理中心	衛生局分站	桃園市縣府路 55 號 1 樓
	南區分站	中壢市溪洲街 298 號 4 樓
	復興分站	復興鄉澤仁村中正路 25 號
新竹市長期照顧管理中心		新竹市東區竹蓮街 6 號 3 樓(身心障礙福利大樓)
新竹縣長期照顧管理中心		新竹縣竹北市光明六路 10 號 B 棟 4 樓
苗栗縣 長期照顧 管理中心	苗栗本站	苗栗市經國路四段 851 號 2 樓
	頭份分站	頭份鎮頭份里顯會路 72 號
台中市 長期照顧	豐原區	台中市豐原區中興路 136 號
	城中區	台中市西區民權路 105 號 2 樓

管理中心		
南投縣長期照顧管理中心		南投市復興路6號1樓(南投縣衛生局)
彰化縣長期照顧管理中心		彰化縣彰化市旭光路166號4樓
雲林縣長期照顧管理中心		雲林縣斗六市府文路22號
嘉義市長期照顧服務管理中心		嘉義市德明路1號1樓
台南市 長期照顧 管理中心	總站 (安平區、東區、 中西區、南區)	臺南市安平區中華西路二段315號6樓(臺南市社會福利綜合大樓)
	新營區家庭福利服務中心(白河區、後壁區、 新營區、東山區、柳營區、 下營區、鹽水區、麻豆區、 學甲區、)	臺南市新營區府西路36號3樓
	北門區家庭福利服務中心(七股區、 西港區、佳里區、將軍區、 北門區)	臺南市佳里區中山路458號2樓
	善化區家庭福利服務中心(上區、 六甲區、官田區、善化區、 安定區)	臺南市善化區中山路353號
	新豐區家庭福利服務中心(左鎮區、 新化區、歸仁區、關廟區、 仁德區、龍崎區)	臺南市歸仁區信義南路78號2樓
	安康區家庭福利服務中心(服務區： 永康區、新市區、安南區、 北區)	臺南市永康區忠勇街51號3樓
	玉井區家庭福利服務中心(大內區、 南化區、楠西區、玉井區)	臺南市玉井區中正路7號2樓
高雄市 長期照顧 管理中心	中正站(左營區、楠梓區、 鼓山區、鹽埕區、旗津區、 前金區、新興區、三民區、 苓雅區、前鎮區、小港區)	高雄市前金區中正4路261號2樓
	仁武站(鳳山區、仁武區、 鳥松區、大社區)	高雄市仁武區文南街1號2樓

	大寮站(大寮區、林園區、大樹區)	高雄市大寮區進學路 129 巷 2-1 號
	岡山站(岡山區、橋頭區、燕巢區、田寮區、阿蓮區、路竹區、湖內區)	高雄市岡山區公園路 50 號 3 樓
	美濃站(旗山區、美濃區、內門區、甲仙區、杉林區、六龜區、桃源區、茂林區、那瑪夏區)	高雄市美濃區美中路 246 號
	永安站(茄萣區、永安區、梓官區、彌陀區)	高雄市永安區永安路 28-1 號 3 樓
屏東縣 長期照顧 管理中心	總站	屏東縣屏東市自由路 272 號(屏東縣政府衛生局)
	屏東分站	屏東縣屏東市華正路 95 號(屏東縣老人文康中心)
	高樹分站	屏東縣高樹鄉長榮村南昌路 12-2 號(高樹鄉衛生所)
	潮州分站	屏東縣潮州鎮南京路 163 號(社會處潮州區家庭福利服務中心)
	枋寮分站	屏東縣枋寮鄉保生村海邊路 6 號(社會處枋寮區家庭福利服務中心)
基隆市 長期照顧 管理中心	總站	基隆市安樂區安樂路二段 164 號前棟 1 樓
宜蘭縣 長期照顧 管理中心	總站	宜蘭市民權路一段 65 號 5 樓
	溪南分站	宜蘭縣羅東鎮民生路 79 號 2 樓
花蓮縣 長期照顧 管理中心	總站	花蓮縣花蓮市文苑路 12 號 3 樓
	南區分站	花蓮縣玉里鎮中正路 152 號 (玉里鎮衛生所)
台東縣長期照顧管理中心		台東市博愛路 336 號 5 樓
澎湖縣長期照顧管理中心		澎湖縣馬公市中正路 115 號 1 樓
金門縣長期照顧管理中心		金門縣金湖鎮中正路 1-1 號 2 樓
連江縣長期照顧管理中心		馬祖南竿復興村 216 號(連江縣衛生局)

資料來源：內政部社會司

一、我國長期照顧法制化與發展歷程

目前長期照顧所涉及的法規，有老人福利法、身心障礙者權益保護法、護理人員法、精神衛生法與醫療法等，分屬於社政與衛政體系主管，各法所界定需受照護的對象多所重疊，而且仍有部分必需受到照護的人，並無法律加以保障。為解決此問題，衛生署正推動「長期照護服務法」的制定工作，針對各項長期照護資源配置、機構管理、設施供需、設置標準、服務供給者的資格條件、品質規範與評鑑標準等執行面的內涵，審慎加以研議擬訂，以便促成長期照護服務體系健全發展，確保服務品質，維護與保障接受照護者的尊嚴及權益，並使長期照護制度具有足備法源基礎。（邱文達，2011：pp123-130）

（一）我國推動長期照顧的歷史為以下表格所述。

表 3-4：我國長期照顧發展歷史

時間	方案名稱	主管單位	工作重點
87年5月7日核定 實施期程 91年7月1日至 93年12月31日	加強老人安養 服務方案	內政部	1. 居家服務與家庭支持 2. 老人保護網絡體系 3. 無障礙生活環境與住宅 4. 保健與醫療照護服務 5. 機構式服務 6. 津貼與保險 7. 社區照顧 8. 專業人力及訓練 9. 教育及宣傳
87年至90年10 月	老人長期照護三年 計畫	衛生署	1. 以「消費者導向」及「就地老化」為規劃概念。 2. 以「居家社區式照護為主，機構式照護為輔」。 3. 每年選擇2-3縣市或直轄市成立「長期照護管理示範中心」，截至88年度，共有台北市、大台中地區、嘉義市、花蓮縣及台東縣成立。
90年至93年	醫療網第四期計畫： 新世紀健康照	衛生署	1. 接續於89年結束的「老人長期照護三年計畫」，此方

	護計畫		<p>案目的在於「規劃研析長期照護制度、研修相關法規、建立整合性服務網絡、推動多層級照護方案、加強人力培訓宣導」等。</p> <p>2. 繼續補助直轄市或縣市成立「長期照護管理示範中心」，並且加強其服務轉介、個案管理、與發展統一管理系統。</p> <p>3. 推動長期照護的「單一窗口」制度。</p>
89年至92年	建構長期照護體系 先導計畫	行政院	<p>總目標：「在地老化」 建構策略如下：</p> <p>1. 資源發展面：包含九類服務模式、及強調人力資源的整合。</p> <p>2. 服務提供面：在實驗社區（北縣三鶯地區、嘉義市）建置實驗社區中心，並配置照護經理，執掌個案工作並協助此先導計畫的發展。</p> <p>3. 經濟支持面：以設計社區服務給付辦法，以實驗進行觀察民眾在此辦法下的服務使用行為，並估算所需成本。</p> <p>4. 組織管理面：建立中央及地方整合行政機制；採「管理式照顧」理念，透過照護經理的角色提供全套服務</p>
91年至96年	照顧服務福利及產業發展方案	內政部	<p>91年經建會「照顧服務福利及產業發展方案」的目的為：促進就業，並且建構高齡化社會老人、身心障礙者支持系統。粗分兩期：</p> <p>1. 第一期（91-93年）：各縣市成立「照顧服務推動小組」及「照顧管理中心」（前身</p>

			<p>多半是「長期照護管理示範中心」)。由專業人員提供個案服務、對失能者提供專業的評估與判斷。</p> <p>2. 第二期(94-96年)：強化「照顧管理中心」的功能，並且進一步推動以下策略：</p> <p>(1) 整合社政與衛政照顧服務資源(建立跨局處的資源連結與行政整合、統合推展與決策單位)。</p> <p>(2) 落實照顧管理制度(以單一窗口提供多元諮詢、確立照顧管理中心的SOP(標準化作業流程)、定期評估與輔導各中心的運作)。</p>
94年至97年	全人健康照護計畫	衛生署	<p>1. 92年底，醫療網第四期計畫之「長期照護管理示範中心」已完成全國25據點的設置。</p> <p>2. 93年以全面轉稱「長期照護管理中心」。</p> <p>3. 94年行政院核定「全人健康照護計畫」，延續醫療網第四期計畫的辦理，採行策略為：</p> <p>(1) 一個鄉鎮長期照護需求調查結果，推估轄內服務的供需情形。</p> <p>(2) 輔導各縣市辦理「長期照護管理中心」計畫，輔導其建置資源管理的實務運行並研析解決相關問題。</p>
94年至96年	長期照顧制度規劃	行政院社會福利推動委員會	<p>1. 94年4月27日成立行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組，試圖協調與整合長期照顧制度推動的跨部會、跨局處合作業務。</p>

			<p>2. 94年5月24日第2次委員會議決議中，正式統一名稱為「長期照顧管理中心」，以落實中央在整合長期照顧管理組織及流程的決心與政策支持。</p> <p>3. 94年1月至95年6月內政部自行辦理「加強居家式健康服務」、「整合照顧管組織及功能」、「連結居家式、社區式、機構式長期照顧服務」、「改善長期照顧居家式各項措施」等研究。並委託辦理服務輸送、財務制度、法令制度、資訊系統等四項研究案。</p> <p>4. 94年7月至10月，為瞭解地方政府的長期照顧服務現況與問題，巡迴25縣市各辦理一場「建構長期照顧制度—中央與地方對話座談會」，提供意見供未來中央政策參考。</p> <p>5. 95年7月至96年1月委託台灣社會工作專業人員協會整合前述各項研究與規劃報告，完成我國長期照顧十年計畫初稿。</p>
96年至106年	我國長期照顧十年計畫	行政院	<p>行政院於台內字第0960009511號函核定。普及照顧服務、支持家庭照顧能力、建立照顧管理制度、發展人力資源與服務方案，以及建立財務補助制度。</p>

資料來源：林萬億（2006）

二、台灣長期照顧之發展歷程：我國長期照護大致分為四個時期，即混沌期、萌芽期、發展期、建構期以及後續蓬勃發展期（許佩蓉等，2006）。

- (一) 混沌期：溯自 1980 年或更早，此期間由內政部正式公布實施「老人福利法」，第九條明列五類老人福利機構包含長期照護機構、養護機構、安養機構、文康機構、服務機構。同年，「老人福利法實施細則」公佈實施，其中第十條內容更詳細明訂詳細推定。隔年依此公佈了「老人福利機構設立標準」，詳細規定老人福利機構的工作人員、設施及建築要求等。
- (二) 萌芽期（1986 年至 1990 年）：行政院衛生署於 1995 年所提出我國長期照護需求與服務體系之政策分析，將機構式照護予以明確定義，此期間也陸續完成，護理人員法及護理機構設置標準相關立法及規範，使得相關機構有了法源依據，漸漸開始發展。台灣省立彰化老人養護中心開始辦理收容養護業務為首度公辦公營之省立老人養護機構。
- (三) 發展期（1991 至 1994 年）：行政院衛生署於 1991 年頒布了「護理人員法」，因應連續性醫療照務之需求，並發揮護理人員之執業功能，可設立護理機構，以授與護理人員開業權。另外，退輔會實施「榮民就養安置發展五年計畫」，設立榮家、提供榮民安養服務，並且隨著失能榮民之增加，陸續依需求設置「休養堂」或「癱瘓堂」。1992 年「護理人員法施行細則」公佈，第六條規定了護理機構以「居家護理」、「護理之家」及「產後護理機構」為限。1993 年 9 月我國邁入高齡化社會，隔年也就開始進入長期照護。1994 年衛生署公佈護理機構設置標準。
- (四) 建構期（1994 至 1997 年）：1995 年全面實施全民健康保險，1996 年護理之家比照居家照護納入全民健康保險給付。1997 年「殘障福利法」修正公佈，並更名為「身心障礙保護法」，將長期照護納入相關福利機構中；衛生署也成立跨部會小組，研擬「長期照護中、長程發展計畫」，以法規及獎勵辦法鼓勵護理之家設立或轉型，使得機構式照護資源迅速發展。
- (五) 蓬勃發展期（1998 年後）：這個時期再政府具體安案獎勵下，各地區陸續成

立「長期照護管理示範中心」，提供單一窗口的個案管理服務，為民眾解決不熟悉資源無法獲得服務的問題，同時引發中央及地方進行資源整合的工作問題。同期，衛生署及內政部陸續提出「老人長期照護三年計畫」、「老人照護安養方案」及「建構台灣長期照護先導計畫」，使得發展趨勢延續下去。

台灣老人長期照護政策發展之回顧：回顧台灣老人長期照護政策的發展，大致可以分為六階段：

- (一) 貧困救濟、收容安置期（1979 年以前）：台灣老人的照護從日據時代的貧困救濟，民間成立的救濟院較以孤苦無依、乏人照顧的長者為主，也包含了醫療、殘疾的照顧；隨著國民政府遷台，政府設置公立救濟院收容安置無人奉養的低收入老人為主；另外為戰後老弱傷殘戰士的照顧，先後成立榮譽國民之家，以照顧退伍老兵為主。（吳玉琴，2011：pp144-145）。
- (二) 老人照顧是家庭的責任期（1980 年至 1996 年）：1980 年老人福利法通過，老福法中針對長期照護服務需求的措施，僅規範機構式服務，其中「療養機構：以療養罹患長期慢性疾病或癱瘓老人為目的」，針對長期慢性疾病需照顧老人為收容對象，設立老人福利機構應辦理財團法人登記。這段時期老人照顧由家庭承擔完全責任，政府介入角色極少。因應國內失能者長期照護需求，行政院勞委會於 1992 年開放家庭聘僱外籍監護工，提供家庭中老身心障礙者或重大傷病者之照護需求。（吳玉琴，2011：pp251-263）。
- (三) 老人福利機構全面合法立案期（1997 年至 2002 年）：1997 年老人服務法第一次修法通過，機構也首度開放小型機構只要不對外募捐，不接受補助或不享受租稅減免者，得免辦財團法人登記，跟舊的老人福利法要求所有的老人福利機構階要辦理財團法人登記，已有大幅放寬限制，這樣的改變是為了解決當時在社會上未立案小型機構林立問題而坐開放條件。據 1997 年當時業者宣稱台灣未立案老人機構約有 3000 多家，但從未正式清查，難以了解到底有多少家未立案機構，直到 1999 年 6 月 18 日老人福利法最後期限要求所有機

構立案登記時，當時政府清查並列管未立案機構統計為 714 家，其服務人數約 13000 餘人（吳玉琴，2005：pp279-292）。內政部社會司經過三年（1999 年至 2002 年）清查與列管輔導 714 家未立案老人福利機構，截至 2002 年 11 月已有 401 家許可立案，264 家停業，44 家轉型，未立案機構只剩 5 家。老人福利機構全面立案的過程，只是要求提供老人一個基本的居住安全，但開放小型機構的設置，小型機構營利的本質，長期來在老人服務品質，一直呈現參差不齊的狀況，未獲得普遍的信賴。另外老福法新增 18 條為協助因身心受損日常收活功能需他人協助之居家老人的得到所需支持續性照顧，地方政府應提供或結合民間資源提供下列居家服務：1. 居家護理。2. 居家照護。3. 家務服務。4. 友善訪視。5. 電話問安。6. 居家環境改善。7. 其他相關之居家服務。立法的照護重心逐步加入居家式服務。（吳玉琴，2011：pp251-263）。

（四）老人長期照護多元實驗方案蓬勃發展期（1997 年至 2007 年）：1. 加強老人安講服務方案（1998 年至 2007 年）：首先，1997 年老福法修法後，1998 年獨居老人議題浮現，行政院劉兆玄副院長商請台大林萬億教授協助舉辦「誰來照護老人？」研討會，並於 1998 年 5 月行政院核定「加強老人安養服務方案」。內政部自 1998 年起陸續推動第一期至第三期「加強老人安養服務方案」，至 2007 年底方案辦理期程屆滿（內政部，2009）。此方案綜合了各部會有關老人照顧政策，對於老福法的落實有輔佐之效，但此方案因為框列專款經費支應，僅由各部會自行編列預算推動，致執行成效有限。（吳玉琴，2011：pp251-263）。2. 老人長期照護三年計畫（1998 年至 2001 年）：衛生署於 1998 年提出「老人長期照護三年計畫」，以充實社區化照護設施，普及機構式照護設施為照護方向，並建立整合性服務網絡，試辦長期照護管立示範中心。2001 年接續推出醫療網第四期計畫：新世紀健康照護計畫，持續補助縣市成立長期照護管理示範中心，推動長期照護單一窗口。3. 建構長期照護體系先導計畫（以下簡稱先導計畫）（2000 年至 2003 年）：建構長期照護體系先導計畫以在地老化為總目標，參採世界主要國家長期照護經驗，評估全國各地長照服

務需要，研議人力資源發展策略，研議財務支持策略，以實驗社區獲取實務經驗、製作老人及身心障礙者教材等多項內容、總投入經費 1 億 2665 萬元。

(行政院社會福利推動委員會第七次委員會議，2004)。4. 照顧服務福利及產業發展方案(2002 年至 2007 年)：先導計畫進行的同時，行政院經建會隨先導計畫參訪國外長照經驗，也開始重視照顧人力密集的產業，可以因應當時嚴重失業問題，因而於 2001 年 5 月奉當時行政院張俊雄院長指示，由經建會會同內政部邀集行政院相關機關、學者專家及民間團體代表，組成福利產業推動小組，積極研議，並於 2002 年 1 月實施照顧服務產業發展方案(以下簡稱照產方案)。此方案名稱過於偏重產業發展也引發部分學者專家反彈，建議應加上「福利」，才能突顯政府對福利的重視，後來方案改名為「照顧服務福利及產業發展方案」。此方案。透過適度補助一般戶失能者使用居家服務，輕度失能者每月全額補助 8 小時，第 9 至 20 小時補助 50%；中度失能者全額補助 16 小時，第 17 至 36 小時補助 50%，藉此誘發民間需求，創造就業機會，預估投入經費第一年 2 億、第二年 7 億、第 3 年 10.5 億，方案重點完全以促進就業為主，投入大量資源企圖創造照護產業的發展，但仍不敵國人對外籍看護工的依賴。(吳玉琴，2011：pp251-263)。5. 長期照護政策試圖整合期(2004 年至 2006 年)：有鑒於各部會在過去陸續提出「加強老人安養服務方案」、「新世代健康計畫」、「建構長期照護體系先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展方案」各項方案大多基於各部會權責業務需求自行推動，導致之間仍缺乏整合，形成對象或有重疊或有需求確處於條件邊緣者而無法取得照顧措施，以置堆動績效有限。因此內政部建議在行政院社會福利推動委員會下設長期照顧制度規劃小組，成立專案小組，以二至三年期間完成規劃「我國長期照顧政策整合體系」，預定 2006 年底提出完整規劃報告(內政部，2004)。

(五) 長期照護整合期(2007 年至 2016 年)

2006 年蘇貞昌擔任行政院院長，有鑒於相當重大國家政策一直未能凝聚朝野共識，因而籌辦「臺灣經濟永續發展會議」，分五組有完善社會安全體系、提昇

產業競爭力、財政金融改革、全球佈局與兩岸經貿、提升政府效能等五大議題，其中「完善社會安全」中針對人口高齡化的衝擊與因應得到 9 項共識及 35 項具體建議（臺灣經濟永續發展會議秘書處，2006）。其中有關長期照顧的政策建議。也整合進入 2007 年行政院提出我陀長期照護十年大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。歷經十年之久，長期照護的政策漸漸有更完整的面貌呈現，長照十年計畫的提出，企圖整合相關政策部會業務，並因應高齡化的衝擊，提供老人多元連續服務。在地老化、全人照護的願景，2007 年老人福利法修法也在政策整合的氛圍，通過老人福利法修法第十五條：「直轄市、縣市主管機關對有接受長期照護服務必要之失能老人，應依老人與家庭支經濟狀況及老人失能程度提供經費補助。」依照需求者家戶經濟能力及失能程度，提供不同額度階梯式補助原則，也讓台灣對失能老人的照顧由過去家庭負擔完全責任，走向由國家、社會、家庭一起分擔照顧的壓力。（吳玉琴，2011：pp251-263）

（六）長照保險規劃期（2008 年以後）

2008 年「長期照顧十年計畫」剛起步，隨著政黨輪替，馬英九總統政見主張「推動長期照護保險與立法，四年內上路」，執政團隊在劉兆玄院長的領導下，2008 年至 2009 年積極規劃，2009 年 7 月至 8 月期間經健會辦理 50 場次「長期照護保險初步規畫構想」說明溝通座談（行政院長期照護保險推動小組第二次會議，2009）。但是在民間團體及學者的不斷呼籲，在長期照顧體系未建構完善，若是貿然推動保險，恐造成供給創造需求的風險，服務供給容易走向財團化、營利化、醫療化，偏遠地區長照資源不足，民眾繳了保費得不到服務等等，再加上二代健保改革，民間的反彈聲浪、朝野的對峙，長期照護保險的規畫陷入停滯期，2009 年底衛生署長期照護保險籌備小組按照進度，將長照保險草案版本送入行政院，此法案版本今未在行政院院長期照護保險規動小組審查討論，也未與民間團體、社會大重進行對話。

第二節 我國長期照顧十年計畫

依據民國 89 年行政院主計處辦理「戶口及住宅普查」報告顯示，台閩地區約有 33 萬八千餘人需要長期照顧，其中 53.9% 為六十五歲以上長者，約 18 萬 2,351 人，占全體老年人口 9.7%。(我國長期照護十年計畫，2007) 本計畫推估 96 年長期照顧服務需求人數有 24 萬 5,551 人(其中提早老化之人口數占老人人口數之 5%)，2010 年增為 27 萬餘人，2015 年為 32 萬 7 千餘人，2020 年為近 40 萬人。針對長期照顧十年計畫，當時陳水扁總統也指出，政府提出「長期照護十年計畫」預計在 2007 年至 2015 年至少投入新台幣 434 億元，將建立專有的穩固財源，朝向可長久的長期照顧制度發展，以減輕家庭照顧的負擔。(張庭，2006)。

一、長期照顧十年計畫目標：我國「長期照護十年計畫」是由行政院於 96 年 3 月 14 日通過，估計在十年內政府將投入 817 億 3,566 萬元，這是我國因應高齡社會來臨，除國民年金制度之外，最龐大的社會福利計畫。本計畫已列為「大溫暖社會福利套案」的旗艦計畫。長期照護十年計畫計畫目標可分為以下六點所述：

- (一) 以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，加強照顧服務的發展與普及。
- (二) 保障民眾獲得符合個人需求的長期照顧服務，並增進民眾選擇服務的權利。
- (三) 支持家庭照顧能力，分擔家庭照顧責任。
- (四) 建立照顧管理機制，整合各類服務與資源，確保服務提供的效率與效益。
- (五) 透過政府的經費補助，以提升民眾使用長期照顧服務的可負擔性。
- (六) 確保長期照顧財源的永續維持，政府與民眾共同分擔財務責任(我國長期照顧十年計畫摘要本，2007)。

此外，為了健全長期照護服務體系發展，確保服務品質，保障接受長期照護者之權益，衛生署已完成長期照護服務法草案之研擬工作，該草案共7章，55條，包含總則、長期服務及長照體制，長照人員之管理、長照機構之管理、接受長照服務者之權益保障、罰則及附則。

二、我國長期照顧專業人力資源發展

考量服務人力是建置完整長期照護服務輸送體系最關鍵的因素。我國長期照護業務在衛政和社政體系中共同推展長期照護十年計畫的積極作為中。對於長照所需人力已經採取若干措施，但礙於各縣市資源落差甚大，長期照護管理中心的整合運作與服務提供單位均感不足，加上勞動條件不佳，難以留住長照人力，很多民眾又偏好使用外籍看護工，連帶造成各縣市發展服務資源更為困難。衛生署為避免長期照護服務專業人力不足，而導致有需求無服務的現象，同時考量長期照護需求多元的特質，故在長照人力資源的發展上，特別擴大專業人員參與層面，包含醫療、護理、復建、營養、藥事等方面之人力。另外人力資源的規模運用上，為了強調多元整合團隊模式的重要性，亦擴大各類照護人力的培訓，以便提升人員服務之專業度，進而健全長期照護人力制度。(邱文達，2011：pp123-130)

三、長期照顧十年計畫之服務對象

我國長期照顧十年計畫之服務對象為日常生活需他人協助之失能者，包括以下所述

- (一) 六十五歲以上老人
- (二) 五十五歲以上山地原住民，
- (三) 五十歲以上之身心障礙者，
- (四) 僅¹工具性日常生活活動功能 (IADLs) 失能且獨居之老人等四類。

¹工具性日常生活活動功能 (IADLs)：包含上街購物、外出活動、食物烹調、家事維持、洗衣服

²日常生活活動功能 (ADLs)：在長照十年計畫包含進食、位移、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪

服務對象失能等級之界定如下：1 輕度失能：一至二項日常生活活動功能（ADLs）以下簡稱 ADLs 失能者；2. 中度失能：三至四項 ADLs 失能者；3. 重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能。（楊志良，2010：pp86-87）。依據上述服務對象之界定，推估長期照顧服務需求人口數，2007 年為 245,511 人，2010 年為 270,325 人，2015 年為 327,185 人，2020 年為 398,130 人。

四、長期照顧十年計畫服務原則

- （一）給付型態以實物給付（服務提供）為主，現金給付為輔，並以補助失能者使用各項照顧服務措施為原則。
- （二）依民眾失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的補助；失能程度愈高者，政府提供的補助額度愈高。
- （三）失能者在補助額度內使用各項服務，需部分負擔經費；收入愈高者，部分負擔的費用愈高。

五、長期照顧十年計畫補助方式。

長期照顧十年計畫規劃之給付型態，以補助服務使用為原則，並依照失能程度及經濟狀況，提供合理的照顧服務補助。服務補助額度與標準乃依照失能等級進行界定，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得補助額度愈高。照顧服務補助對象依規定使用服務時，需負擔部分費用，部分負擔的比例與個案之經濟狀況有關，依照經濟條件分為一般戶、最低生活費用 1.5 至 2.5 倍、最低生活費用 1.5 倍以下。服務項目及補助方式之規劃原則有三：

- （一）針對一般社會大眾，補助型態以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔，而以補助服務使用為原則。
- （二）依老人失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的照顧服務補助，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高。
- （三）照顧服務補助對象在補助額度下使用各項服務時，仍需部分負擔費用，部分負擔的費用則與失能者之經濟狀況有關，家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者政府全額補助；家庭總收入符合社會救助法規定最低生活

費用1.5倍至2.5倍者政府補助90%（自付10%）；而一般戶則補助60%（自付40%）（我國長期照護十年計畫摘要本，2007）。

（四）失能程度分為以下三級

1. 輕度失能：一至二項 ADLs 失能者；僅 IADLs 失能之獨居老人。
2. 中度失能：三至四項 ADLs 失能者。
3. 重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能者。

（五）依家庭經濟狀況提供不同補助標準

1. 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者：由政府全額補助。
2. 家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者：由政府補助 90%，民眾自行負擔 10%。
3. 一般戶：由政府補助 60%，民眾自行負擔 40%。

六、長期照顧十年計畫服務項目

長期照顧十年計畫之服務項目共有 13 項服務項目：其中包含居家服務、日間照護、失智老人日間照護、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲、輔具購買以及租借、長期照護機構、居家護理、居家復健、喘息服務；另外也包含行社政的「社區照顧關懷據點」及衛政「緊急救援系統」。一般而言，失能者及其家庭通常面臨複雜課題，為使長期照顧需要者獲致最大的滿足，並使服務提供的品質與效率達到極大化的效果，有必要透過照顧管理制度，以民眾多元需求為導向，由照顧管理者擔任需要照顧者與照顧體系間的橋樑，透過需求評量、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督服務品質以及複評等職責之執行，連結需要照顧者與其所需的服務體系及資源，並強調老人的自主與選擇權，以及與照顧者及服務提供者間伙伴關係，進而發揮提升照顧品質及控制照顧成本的功能，確保照顧資源之有效配置。

表 3-5：我國長期照顧十年計畫服務項目及補助內容

服務項目	補助內容
(一)照顧服務 (包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務)	1. 依個案失能程度補助服務時數： 輕度：每月補助上限最高 25 小時；僅 IADLs 失能且獨居之老人，比照此標準辦理。 中度：每月補助上限最高 50 小時。 重度：每月補助上限最高 90 小時。 2. 補助經費：每小時以 180 元計（隨物價指數調整）。 3. 超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。
(二)居家護理	除現行全民健保每月給付 2 次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次。補助居家護理師訪視費用，每次以新台幣 1,300 元計。
(三)社區及居家復健	針對無法透過交通接送使用健保復健資源者，提供本項服務。每次訪視費用以新台幣 1,000 元計，每人最多每星期 1 次。
(四)輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	每 10 年內以補助新台幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。
(五)老人餐飲服務	服務對象為低收入戶、中低收入失能老人（含僅 IADLs 失能且獨居老人）；每人每日最高補助一餐，每餐以新台幣 50 元計。
(六)喘息服務	1. 輕度及中度失能者：每年最高補助 14 天。 2. 重度失能者：每年最高補助 21 天。 3. 補助受照顧者每日照顧費以新台幣 1,000 元計。 4. 可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 5. 機構喘息服務另補助交通費每趟新台幣 1,000 元，一年至多 4 趟。
(七)交通接送服務	補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助 4 次（來回 8 趟），每趟以新台幣 190 元計。

服務項目	補助內容
(八)長期照顧機構服務	1. 家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能老人：由政府全額補助。 2. 家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能老人：經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。 3. 每人每月最高以新台幣 18,600 元計。

資料來源：我國長期照顧十年計畫摘要本（2007）

七、我國長期照顧十年計畫服務現況

目前長期照顧十年計畫的服務對象為：日常生活活動功能（ADLs）失能者，或經工具性日常生活活動功能（IADLs）評估，日常生活需要他人協助的失能者，包括65歲以上老人、50歲以上的身心障礙者、55歲以上的山地原住民、僅IADLs失能且獨居的老人。服務原則包括：（一）以提供服務為主，並以輔助失能者使用各項照顧服務內容以日常的生活活動服務為主，包括居家服務、日間照顧、家庭托顧服務；另為維持或改善個案的身心功能，也將居家護理、居家（社區）復健納入服務項目。為增進失能者在家中的自主活動能力，提供輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務；為經濟弱勢的失能老人提供營養餐飲服務、為家庭照顧者提供喘息服務。另為協助重度失能者就醫及使用長期照顧服務，補助他們經費使其得以享有交通接送服務。為讓需要長期照顧個案容易獲得資源，以滿足其多元需求，並且於各縣市設立「長期照顧管理中心」（以下簡稱照管中心），作為長期照顧管理制度樞紐。同時，衛生署亦輔導各縣市的照管中心，依統一制定的評估工具，執行需要評估、資格核定、照顧計畫擬定、連結服務資源、監督服務品質，以及複評等項工作，如民眾有使用長照資源之需要時，即可透過各縣市的照管中心提出申請，並由具備社工、醫學、護理、職能治療、物理治療、藥學、營養、公共衛生與相關專業的照顧管理專員，執行上述個案照顧管理工作，2010年12月服務中的個案共有

70,567人，約佔失能人口數的16.33%；其中2010年新增加的個案數為26,151人。(邱文達，2011：pp123-130)

八、長期照顧十年計畫特色

- (一) 提高補助經費額度，並擴展服務項目，培養服務使用者付費的觀念，以發揮照顧資源之有效運用。
- (二) 增補全民健保給付不足之居家護理服務，以提升照顧品質。
- (三) 全面辦理社區及居家復健服務，以支持失能者自主生活之能力。
- (四) 輔具購買、租借及住宅無障礙環境服務之補助對象，從中低收入者擴展到一般戶。
- (五) 創新補助失能者，使用長期照顧服務所需之交通接送服務。
- (六) 將家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費1.5倍之經濟弱勢且重度失能老人，納入機構式照顧服務補助範疇。
- (七) 增加喘息服務補助天數，並得以彈性運用居家式或機構式服務，以有效支持家庭照顧者。
- (八) 發展新型服務項目，如家庭托顧、交通接送服務…等，以滿足失能者多元之需求。

九、我國長期照顧十年計畫發展現況

目前各縣市均設有長期照顧管理中心，且照顧管理的權責涉及政府資源的管控和配置，照顧管理專員宜具備行政上的法定權威，爰由縣市政府的長期照顧管理中心來擔任長期照顧管理制度之執行單位，以提供失能者及其家庭單一窗口整合性服務。為促使長期照顧需要者獲致最大的滿足，並使服務提供的品質與效率達到極大化的效果，將由具備社工、醫學、護理、職能治療、物理治療或公共衛生與相關專業背景之照顧管理專員 (care manager) 擔任，扮演需要照顧者與照顧體系間的橋樑，承擔協調的責任。因採密集式照顧管理模式，每位照顧管理專員的個案負荷量設定為200人；以我國2007年失能人口24萬5千多人計算，假設服務對象中有20%在第一年會申請服務，則應配置246位照顧管理專員 (低推估)；另每5-7位照顧

管理專員配置一名督導。為積極發展長期照顧服務資源，十年計畫採「引進民間參與」之實施策略來辦理，也就是透過民營化策略中的購買服務方式鼓勵民間參與，並透過補助方式鼓勵相關資源之建置，加強民間對相關照顧服務之參與，以發揮擴展服務提供單位的數量，及多元化服務模式之功能。透過政府提供社區服務營運所需的財源基礎，藉此引進民間資源建構多元且完整的社區照顧網絡。預計完成的資源建置如后

- (一) 居家服務：推估 2010 年至多建置 229 個居家服務單位，至 2020 年有 308 個。
- (二) 日間照顧服務：預定 2012 年至少有 191 個單位提供日間照顧服務(約占全國 368 個鄉鎮之 52%)，2016 年每一鄉鎮市至少有一個單位提供服務。
- (三) 新型服務設施：自 2007 年起，五年內，每縣市至少有一個單位提供失智症老人日間照顧服務；此外，未來五年內每一縣市有一個家庭托顧服務支持系統。
- (四) 機構式服務資源：未來三年優先補足雲林縣、澎湖縣及金門縣等機構式資源，預計設定 790 床；另為因應 2015 年後，戰後嬰兒潮世代老化，導致老年人口遽增，未來再逐步增加機構式資源。

(五) 長期照顧制度發展SWOT分析

S	W
1. 台灣資訊科技產業具有利基。 2. 政府大力推行長照制度。	1. 長期制度尚未完善。 2. 相關法律未健全。 3. 照護人力資源不足。 4. 日間照顧資源不足且過度集中。
O	T
1. 高齡化、少子化社會來臨。 2. 中國、東南亞市場龐大 3. 居家照護服務與社區照護服務需求 攀升。	1. 國際大廠相關產品佔率高。 2. 各國皆已認知長照制度的重要性。

圖3-1：長期照顧制度發展SWOT分析

資料來源：蔡金宏（2011）

十、我國長期照護面臨問題

(一) 長期照護人力不足：目前政府雖已推展若干長期照護相關的福利服務，但在服務輸送上仍面臨人力不足的窘態。造成人力不足的因素，大致上可以歸納為三項：(1) 學有專長的人力訓練不足；(2) 因為照護工作者的薪資過低，以致人力流動過大；(3) 本土照護人力運用成本較高，民眾偏好使用外勞。若無法解決這三項困境，則未來長照服務的供給不僅有不足的可能，照顧服務品質也受到嚴重的考驗。

(二) 照顧服務資源地理分佈不均：若由縣市別失能率來看，農業縣市的失能率最高，但相關照顧資源卻最少。而城鄉之差別，也表現在家庭可照顧能力上，農業縣市由於工作人口減少及工作機會少，平均而言，家庭可支應的照顧人力與資源，相對上是比較薄弱的。在市場與公部門的長照資源供給量不足，

長照需求者人數又多，而家庭自給能力不足的狀況下，未來長照保險制度的運作將面臨相當的挑戰。

(三) 既有長期照顧主管單位分歧：業務工作重疊，若是無法透過組織再造或詳細組織設計來運作龐大的長照業務，未來的發展相當令人堪慮。

一般而言，長期照顧個案的需求十分多元，且在有效地獲得資源或使用服務方面易遭遇困難；在服務體系層面，長期照顧服務的提供，牽涉到公、私部門的服務提供者，以及跨專業團隊的合作，致服務輸送流程更加複雜。因此有必要透過照顧管理制度，以民眾多元需求為導向，連結其所需的服務體系與資源，並強化個案的自主與選擇權，以及與照顧者及服務提供者間伙伴關係，進而促進服務的品質、效率與責信。目前各縣市均已設有長期照顧管理中心，且照顧管理的權責涉及政府資源的管控和配置，照顧管理專員宜具備行政上的法定權威，爰由縣市政府的長期照顧管理中心來擔任長期照顧管理制度之執行單位，以提供失能者及其家庭單一窗口整合性服務。

一、核心任務：包括需求評估、服務資格核定、照顧計畫擬訂、連結服務、監督服務品質以及定期複評等，即以密集式模式為發展主軸。

二、照顧管理專員的員額配置與任用：為促使長期照顧需要者獲致最大的滿足，並使服務提供的品質與效率達到極大化的效果，將由具備社工、醫學、護理、職能治療、物理治療或公共衛生與相關專業背景之照顧管理專員 (care manager) 擔任，扮演需要照顧者與照顧體系間的橋樑，承擔協調的責任。因採密集式照顧管理模式，每位照顧管理專員的個案負荷量設定為 200 人；以我國 2007 年失能人口 24 萬 5 千多人計算，假設服務對象中有 20% 在第一年會申請服務，則應配置 246 位照顧管理專員(低推估)；另每 5-7 位照顧管理專員配置一名督導。

三、照顧管理制度規劃與現行制度之差異

(一) 大幅增加現有長期照顧管理中心照顧管理專員角色，強調需求評估、資格核定及照顧計畫訂定等任務，均需由照顧管理專員親自執行。

(二) 照顧管理制度肩負連結「醫療照護」與「長期照顧」二大體系功能，並積極與醫療機構「出院準備服務」連結。

(三) 為促使照顧管理制度健全發展，有關「聘僱外籍看護工之綜合評估及就業媒合」與「本國長期照顧服務照顧管理」等作業，於地方政府長期照顧管理中心按專業分工(組)執行。

我國人口快速老化與少子化的雙重壓力下，長照制度的完整，實乃我國國力興衰之重要關鍵，因其不但可有效減輕國民之負擔，亦可促進新興產業的發展。但是，其仍有努力的空間。我國長期照護體系仍存在人力供給不足與不均之問題。為解決此一困境，應定期調查我國長照體系的供需情況，如此一來才能真實掌握人力缺口。再來，根據供需資料進行所需人力的招募與培訓，並可透過證照制度的建立，逐步改變民眾喜雇用外勞來取代照護員的觀念。政府亦應進行總量管制，維持相關人力資源的品質水準，避免一窩蜂的情況發生，造成劣幣驅逐良幣，進而降低民眾對長照體制的信心。其次，鑒於長照制度的發展目前仍是以社政與衛政為主，尚未具被產業化規模。不過，由於高齡化與少子化的影響，相信除了無力自我照顧的失能者之外，具有較佳經濟能力或是有其他額外需求的失能者，其所創造出的需求將會促使長照產業逐步發展。因此，政府應發展多元化的長照模式，用以符合各階層失能者的需求。使得長照制度服務的對象，從自我照護者、需政府提供輔助者、自願購買政府辦長照制度者、需要更具附加價值的商業長照保險需求者，甚至是以長照制度作為個人退休規劃或理財之需求者，其需求都能獲得滿足，進而達到減輕國民負擔與安定社會之目的。（蔡金宏，2011，pp48-52）

十一、當前長期照顧政策面對知課題

(一) 社政、衛生、退輔、法規整合不足：衛生署急於提出長照服務法，企圖統一長照機構集人員的管理制度，但也引發既有機構及單位的反彈，因其服務的推動依其原定法令規範，合法執業，新的長照服務法的相關設立條件是未知

狀態，未來若需重新設立，其成本機構不敢想像。另外各法之間的競合關係亦須釐清，如老人福利法、身心障礙者權益保障法、護理人員法、精神衛生法、退輔條例等五法之間的銜接，應再更清楚說明，至於是否需要新的法令重新規範，未來社政及衛生合為「衛生福利部」，前面四個法的整合若在子法層次，只要進行內部行政整合及可。

- (二) 長照資源建構不足且不均：長照服務資源除了機構式的資源發展較充足外，居家式及社區式服務嚴重不足，居家服務2010年底服務人數27800人，較2009年增加5783人；社區式的日間照護服務截至2011年5月全國僅成立69處日照中心（內含12處失智症日照中心）（內政部，2011），離每一鄉鎮市區至少設置一所的長照十年政策目標相去甚遠。除了資源不足外，又有分佈不均的問題，特別偏遠地區山地離島資源的建構更加不易，服務成本高，政府未增加誘因，不易吸引服務資源的投入。
- (三) 機構品質參差不齊：機構的數量尚足夠，但機構的品質參差不齊無法取得民眾的信賴，面對未來戰後嬰兒潮加入老年的老人潮，機構服務的需求量將呈現不足，除了量的不足外，只提供基本照護服務已經不能滿足戰後新一代老人的長照需求，如何開創多元，豐富生命，尊重生命價值的人性化服務，是機構面臨的挑戰。
- (四) 照顧服務員人力不足問題：長期照顧服務是一項勞力密集的服務，其中各類長照人員的需求也將隨著服務需求而大增，其中人力需求最大的就是照顧服務員，2009年供給量18991人，預估至2015年需要48569至64300人，應培訓的人數在29578至45309人最為大宗（鄧素文，2011）。照顧服務員處於低薪資、低社會形象的雙重負向因素，造成培訓後大量流失，在職場也不易留任，再加上外籍看護工低薪資的競爭，讓照顧服務員的人力長期處於嚴重不足且高流動的情形，照顧服務員人力問題不解決，台灣推動長期照護政策可能流於空談或更加依賴外籍看護工。
- (五) 預算編列不足：目前長照十年的對象仍未涵蓋所有長照服務需求者，老年人

人口自然成長，服務使用率增加，每年需增加的預算3億至7億，若在擴大服務對象到領有身心障礙手冊者，每年約增加1.4億至2.6億，這些預算是非常保守的估算，若回歸到長照十年計畫原預算，十年預計框列817.36億，顯示了民進黨政府規動長照的決心，而2012年預算的編列正考驗國民黨政府是否有決心推動長期照顧政策。

此外諾貝爾獎經濟學家得主Striglitz (1986) 的公共經濟學指出，具有以下幾種特質，屬公共性高，宜由公部門提供：一是競爭失靈者，如獨佔性、交易成本高、規模回報率低者；二是公共財：如社會福利、教育、健康；三是外部性高，如環境保護；四是不完全性市場；五是資訊失靈者；六是在失業，通貨膨脹、社經失衡者，最後是為了資源重分配與功績財 (merit goods)

十二、我國長期照護服務之展望 (鄭文輝、呂朝賢，2010：pp79-84)

- (一) 建立長照法規及專責機關來負責長照業務：為避免政府機關的本位主義，宜打破既有的社政、勞政與衛政體系、並整合所有的資源，建立專責機關來執行長照業務。
- (二) 鼓勵民間參與：單靠公部門的長照體系是無法滿足日益增多的長照需求。政府透過租稅、獎勵投資計畫等政策工具，激發民間對長照的供給意願。尤其對長照資源薄弱區域，更應積極的投入與鼓勵，以縮減供需差距。引進民間參與機制主要為 (陳惠姿等，2009)：
 1. 讓民間組織/團體充分瞭解明確的長期照護政策與規劃，並鼓勵其參與。
 2. 與民間組織發展為共造夥伴關係。
 3. 全面檢視所涉及長期照護民間參與配套的相關法令及進一步解示與救濟。
 4. 常態性專業推動組織與長期照護營運主體的選定與培成。
- (三) 預防性保健的投入：年紀大不一定需要長照，長照需求與使用的時間，與個人健康狀況息息相關，若能提昇國人活躍平均餘命的時間，讓需要長照的平

均餘命時間縮小，將有助於抑制人口老化所引致的長照需求壓力。

- (四) 重建家庭與社區的照護能量：畢竟家庭與社區才是長照的第一線單位，但在少子化的趨勢下，如何讓在地老化的理念可以落實，唯有重建家庭與社區非正式照護體系。

第三節 長期照護保險制度

2008年馬政府上任後，推動長期照護保險列為重點施政項目以解決國內人口老化的問題。因此未來建構長期照護制度的財源籌措方式將由政府補助轉變成保險支付，這兩個政策方向的轉銜是一項重大的挑戰。有鑒於人口老化所帶來的長期照護需求，我國政府近年來已積極推動長期照護相關方案，致力於建構完善之長期照顧制度，以滿足高齡社會所需。為建立穩健且可長可久之長期照護制度，馬英九總統競選政見及行政院劉前院長97年施政方針均明確宣示「推動長期照護保險與立法」，經建會依據行政院指示，會同衛生署及內政部自97年12月起積極進行長期照護保險之規劃。為規劃長照保險，透過十項專案委託研究、定期召開工作會議及經由研究團隊辦理專家學者座談廣納意見等，就各項保險內容行研議，並於初步規劃構想完成後，於全國辦理五十場縣市政府及相關團體之溝通座談會，以廣泛蒐集各界意見，據以修正或調整規劃內容，以利未來制度之推行。為了建立穩健且可長久之長期照護制度，馬總統於競選期間即提出「四年開辦長期照護保險」之政見，行政院劉前院長上任後，於97年5月30日「院長施政方針報告」明確宣示。

- (一) 落實長期照護制度：開辦照顧者津貼；培訓居家服務員，實施政照制度；結合社區長期照護服務與醫療服務資源，提供有需要之老人及其家庭整合性與持續性之照顧服務。
- (二) 配合未來快速成長的長期照護需求，推動長期照護保險與立法，減少民眾負擔，讓高齡長者能享有健康與快樂之環境。

我國長期照顧保險政策目標。

- 一、因應人口高齡化，建構完善之長期照護制度，以滿足高齡化社會之照護需求。
- 二、以社會保險方式籌措長期照護制度之財源，藉社會互助分擔長期照護風險。
- 三、提供失能者適切之照護服務，維護與促進失能者獨立自主之生活能力，以減輕個人與家庭的長期照護負擔。
- 四、積極發展各類服務資源，提高民眾接受服務之可近性。

一、長期照護保險與全民健康保險之關係。

(一) 長期照護與醫療照護的差異：長期照護與一般醫療服務的性質大不相同，供給者、需求者照護模式皆有所差異。

表3-6：長期照護與醫療照護之比較

類別	長期照護	醫療照護
對象	慢性病患或身心障礙之失能或失智者	急性病患 慢性病患
期限	長期	短期
地點	機構、社區或居家	機構式照顧為主
內容	生活照護佔九成左右	醫療照顧為主
對健康闡釋	生活模式	疾病模式
照顧概念	生活功能	治療疾病
主要負責人員	護理與社工人員	醫師、護理及其他醫事人員

資料來源：行政院經濟建設委員會（2009）

二、長期照護保險制度之法制與體制：為推動長期照護保險，研提「長期照護保險法」及「長期照護服務法」二項法案，以使制度實行具備法源基礎。長期照護保險之主管機關為行政院衛生署，承保機關為中央健康保險局，主管機關轄下設立保險及爭議審議等兩個委員會，賦予相關權責與任務。（長期照護保險規劃報告，2009）

三、長期照護保險制度之保險對象：長期照護保險對象規劃方案包含全民以及四十歲以上之國民兩種方案。

四、長期照護保險制度之給付方式與項目：給付方式主要分為實物給付及現金給付兩大類，現金給付係對於家庭照顧者之補償，實物給付細分為機構式照護（即

全日型機構照護)、社區式照護(包括日間照顧、社區復健等)及居家式照護(包括居家護理、居家復健、居家服務、喘息服務等)。其他服務包括交通接送、餐飲服務、輔具、家庭托顧、無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持、營養諮詢、藥師諮詢等尚須進一步考量是否納入給付項目。(長期照護保險規劃報告,2009)

五、長期照護保險制度之服務輸送：整體服務輸送流程分為申請、受理、訪視評估、需求分級判定、照顧計畫擬定、服務連結及複評等七個階段。照顧管理機制目前規劃兩種方案，方案一為整體照顧管理機制皆由保險人負責，方案二為評估由保險人負責，照顧管理計畫之擬訂由縣市政府負責。

六、長期照護保險制度之財務制度：

(一)財源

1. 本案之財源結構規劃為90%為保險費收入，10%為部分負擔。
2. 勞資政保費分擔比例之規劃研提三種方案，方案一為比照全民健康保險分擔比例，並隨健保改革調整；方案二係考量本保險受益對象多為非工作人口，故調降雇主分擔比例為30%（健保為60%），政府補助增為40%（健保為10%），至於農漁民、榮眷及其他保險對象則維持與健保相同分擔比例；方案三則將被保險人僅區分為受雇者及其他國民，受雇者之勞資政分擔比例為30：30：40，其他國民為60：--：40，即政府對所有國民補助均為40%。
3. 部分負擔之可行方案，方案一為各項服務一律10%；方案二為居家/社區服務為10%，機構給付為15%，以增加居家/社區服務之使用意願。

(二)費用估算：依據相關假設條件，包括需求人數、照護等級、給付項目及標準等，估算保險費用規模，估計民國100年之總費用為459至975億元，占GDP比重為0.36%至0.75%，費率則介於0.58%~1.23%，相關費用將會逐年上升。

(三)政府負擔部分之財源籌措方式可考慮調增營業稅與開徵能源稅等。

(四)財務處理機制包括採部分提存準備制、保險費率之經算採「量出為入」方式、建立收支連動調整機制等，以維持長期財務穩健。

- 七、長期照護保險制度之支付制度：長照保險支付制度之可行方式包括論個案（人）計酬、論量計酬及混合支付制。支付標準訂定之考量因素應包括服務提供之內容、人力、專業要求、特殊地區時段等，均對成本產生影響。
- 八、性別影響評估：此方案規劃過程中進行必要之性別統計分析，規劃內容亦盡可能納入性別觀點。

第肆章 花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之分析

花蓮縣行政區域劃分由北往南，分別是與宜蘭縣交界的秀林鄉，緊接著是新城鄉、花蓮市、吉安鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、瑞穗鄉、卓溪鄉、豐濱鄉、玉里鎮以及富里鄉，共有一市二鎮十鄉。而花蓮縣地形狹長，南北長 137.5 公里，全縣的面積為 4628.5714 平方公里佔台灣的總面積八分之一。

截至 100 年 12 月底全縣共有 336,838 人，依照人口密度而言，又以花蓮市共有 108755 為最多人口數之鄉鎮，吉安鄉有 80464 人次之。而縣內 100 年度 65 歲以上人口為 42,726 人，占總人口數的 12.68%，由表 4-1 可以顯示，花蓮縣從 96 年至 100 年縣內 65 歲以上的老年人口逐年增加中。

表 4-1：花蓮縣 96 年至 100 年來 65 歲以上人口之統計

	總人口 數	65-69 歲	70-74 歲	75-79 歲	80-84 歲	85-89 歲	90-94 歲	95-99 歲	100 歲以 上
100 年	33,686	12,009	10,863	8,359	6,543	3,506	1,138	256	52
99 年	338,805	12,111	10,692	8,405	6,636	3,223	1,046	253	52
98 年	340,964	12,675	10,453	8,538	6,479	2,932	938	247	42
97 年	341,433	12,704	10,350	8,635	6,240	2,794	882	222	35
96 年	343,302	12,560	10,284	8,753	6,082	2,599	830	211	32

資料來源：內政部戶政司，研究生自行整理

表 4-2：花蓮縣 100 年 12 月底各鄉鎮人口統計表

	總人口			原住民人口數		
	合計	男	女	平地 原住民	山地 原住民	合計
花蓮市	108,755	53,220	55,535	8,771	2,652	11,423
鳳林鎮	11,712	6,189	5,523	1,574	416	1,990
玉里鎮	26,452	14,294	12,158	70,75	853	7,928
新城鄉	20,130	10,449	9,681	3,986	1,960	5,946
吉安鄉	80,464	41,049	39,415	11,523	2,760	14,283
壽豐鄉	18,494	9,974	8,529	5,413	398	5,811
光復鄉	13,837	7,385	6,452	6,900	194	7,094
豐濱鄉	4,857	2,697	2,160	3,891	98	3,989
瑞穗鄉	12,588	6,799	5,789	4,443	486	4,929
富里鄉	11,387	6,197	5,190	1,560	200	1,706
秀林鄉	15,173	7,879	7,294	579	12,828	13,407
萬榮鄉	6,756	3,612	3,144	185	6,277	6,462
卓溪鄉	6,233	3,461	2,772	171	5,781	5,952
合計	336,838	173,205	163,633	56,017	34,903	90,920

資料來源：內政部戶政司，研究生自行整理

第一節 花蓮縣長期照顧十年計畫執行現況分析

一、花蓮縣長期照顧之發展

花蓮縣長期照護的發展起源於 82 年花蓮縣衛生局自行或委託醫院辦理居家服務原之訓練，提供醫院的出院病患居家護理服務。在 84 年時首創全國第一個由縣市衛生局結合鄉鎮衛生所共同辦理居家護理的縣市。花蓮縣長期照顧管理中心（以下簡稱長照中心）於 88 年成立，目前長期照顧管理中心設立至於社福館 3 樓，透過單一窗口服務方式協助需要長期照顧的民眾，透過轉介等服務協助取得適當之服務；並且建立相關資源、建立各單位之間的轉介服務、追蹤以及資源分享等，建立完整的長期照顧服務網絡。

長照中心服務項目多元，截至 100 年長期照顧服務項目包含十項服務項目，如表 4-3 所示，包含 10 項服務。

表 4-3：花蓮縣長期照顧十年計畫服務

服務項目	一、照顧服務【居家服務、日間照顧】		
服務內容	居家服務		
	由受過專業訓練並領有證照之照顧服務員，到府協助老人及身心障礙者日常生活及身體照顧等服務，如沐浴、進食、陪同就醫或外出活動等。		
輕度失能	補助時數每月最高上限 25 小時，超過部分須民眾全額自付 180 元/時。		
中度失能	補助時數每月最高上限 50 小時，超過部分須民眾全額自付 180 元/時。		
重度失能	補助時數每月最高上限 90 小時，超過部分須民眾全額自付 180 元/時。		
收費標準	居家服務費用：180 元/時		
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	126 元/時	162 元/時	180 元/時
民眾自付	54 元/時	18 元/時	0 元/時
服務內容	日間照顧		
	提供白天無法於家中接受照顧的老人，至日照中心接受日間照顧服務，以減輕家屬白天無法照顧的負擔。		

收費標準	受托類別 (最高補助 額度)	失能 程度	最低生活費 1.5 倍 以下者	最低生活費 1.5 倍 -2.5 倍 以下	一般戶
	月托 (單位：月 數)	重度	12,000	10,800	8,400
		中度	9,000	8,100	6,300
		輕度	4,500	4,050	3,150
	日托 (單位：天 數)	重度	600	540	420
		中度	450	405	315
		輕度	280	252	196
	短托 (單位：小 時)	重度	100	90	70
		中度	80	72	56
		輕度	60	54	42
<p>※當月使用月托日間照顧服務天數未達 15 日者，依日托類別核予補助。</p> <p>※日托補助以 8 小時為補助單位，未達 8 小時者，依短托類別核予補助；日托補助之金額以不超過當月月托補助之金額為限。</p> <p>※使用短托補助者，每日至多補助 4 小時為限。</p>					
服務項目	二、送餐服務				
服務內容	<p>一、提供本縣符合中低收入戶者、低收入戶者之失能、獨居且備餐能力不佳長者及年滿 40 歲以上重度身心障礙者餐食服務。</p> <p>二、餐食服務時間：每週一至週五提供午餐服務。</p>				
收費標準	55 元/餐				
經濟別	中低收入戶		低收入戶		
政府補助	49.5 元/餐		55 元/餐		
民眾自付	5.5 元/餐		0 元		
服務項目	三、居家護理				
服務內容	由專業居家護理師到府提供護理指導，例如：傷口護理、更換導尿管、鼻胃管、各種注射、代採檢體及護理相關衛教等，並加強民眾出院後返家之適應協助。				
收費標準	護理服務：1,300 元/次；交通費：200 元/次				
經濟別	一般戶	中低收入戶		低收入戶	
政府補助	護理費 910 元/次	護理費 1170 元/次 交通費 180 元/次		護理費 1300 元/次 交通費 200 元/次	
民眾自付	護理費 390 元/次 交通費 200 元/次	護理費 130 元/次 交通費 20 元/次		護理費 0 元/次 交通費 0 元/次	

輕度、中度、 重度失能 皆為補助對象	補助次數限制： 1. 已使用健保居家護理 2 次/月，經長照中心評估仍有需求者，每月最高可再增加補助 2 次。 2. 非健保給付個案，經長照中心評估有需求者，每月最高補助 2 次。		
服務項目	四、居家及社區復健		
服務內容	提供失能且困難到醫院接受復健治療，但有復健意願者，另一種復健機會： 一、居家復健：由治療師到府提供物理治療或職能治療之評估、指導及治療等服務。 二、社區復健：由治療師在定點提供復健治療，例如：肌力訓練、移位平衡訓練、輔具使用等改善自我照顧功能之個別指導。(僅設置於秀林、萬榮、卓溪等山地鄉)		
收費標準	居家復健：護理服務：1,000 元/次；交通費：200 元/次 社區復健：政府全額補助 *註：一般戶不補助交通費		
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	服務費： 700 元/次 交通費：0 元/次	服務費：900 元/次 交通費：180 元/次	服務費：1000 元/次 交通費：200 元/次
民眾自付	服務費： 300 元/次 交通費： 200 元/次	服務費：100 元/次 交通費：20 元/次	服務費：0 元/次 交通費：0 元/次
輕度、中度、 重度失能 皆為補助對象	補助次數： 一、1 年以 6 次為原則，但經醫師或治療師評估有延長治療之需要，可向長照中心提出延案申請，經長照中心核定後每次延案以 6 次治療為限。 二、復健期間若連續 1 個月無明顯進步，且無法積極配合者停止補助。		
服務項目	五、喘息服務（機構式/居家式）		
服務內容	為舒緩家庭照顧者之照顧壓力或因事需外出所衍生之照顧問題，協助安排失能個案至合格之照顧(護)機構接受幾天短期安置及照護，或請照顧服務員到家提供白天 8 小時(算 1 天)之陪伴與照顧-居家式喘息服務。		
收費標準	照護服務：1,000 元/天；交通費：1,000 元/趟（僅補助機構喘息，由機構派車接送部分，居家喘息不補助）		
輕度失能 中度失能	照護天數：每年最高補助 14 日 交通費：每年最多補助 4 趟		
重度失能	照護天數：每年最高補助 21 日 交通費：每年最多補助 4 趟		
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	照護費 700 元 /天 交通費 700 元 /趟	照護費 900 元/天 交通費 900 元/趟	照護費 1,000 元/天 交通費 1,000 元/趟

民眾自付	照護費 300 元/天 交通費 300 元/趟	照護費 100 元/天 交通費 100 元/趟	照護費 0 元/天 交通費 0 元/趟
服務項目	六、緊急救援連線		
服務內容	透過緊急救援連線主機安裝，提供電話問安及建立安全網絡，協助失能、獨居之長者及年滿 40 歲以上重度身心障礙者能獨立且妥適生活於社區及家中。		
收費標準	服務費用：1,500 元/月		
補助對象	滿 65 歲以上或滿 40 歲以上重度身心障礙者。(準) 獨居、戶籍設在花蓮縣、未聘僱看護照顧、失能或罹患慢性疾病。		
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	服務費：0 元/月	服務費用：1,500 元/月	服務費用：1,500 元/月
民眾自付	服務費：1,500 元/月	服務費：0 元/月	服務費：0 元/月
服務項目	七、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務		
服務內容	由專業物理治療師及職能治療師到宅進行評估居家無障礙設施設備改善及輔具購買建議，如氣墊床、便盆椅、扶手等，以方便老人及身心障礙者的居家生活。		
收費標準	參考另附件		
服務項目	八、中低收入戶特別照顧津貼		
服務內容	提供有工作能力但未工作且於家中擔任家庭照顧者 5000 元/月之照顧津貼		
補助標準	每月 5000 元		
申請資格	<p>一、被照顧者申請資格：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年滿 65 歲以上，領有中低收入老人生活津貼者 2. 未接受收容安置、居家服務、未請看護者。 3. 未經政府補助中低收入老人重病住院看護及其它看護補助者 4. 經本縣衛生主管機關指定身心障礙者鑑定醫療機構診斷證明罹患長期慢性病，且經社政單位指定之醫療機構、護理人員或社會工作人員作日常生活活動功能量表(ADL)評估為重度以上，或罹患特定病症項目之一，需家人照顧者。 5. 實際居住戶籍所在地者。 <p>二、照顧者申請資格：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 16 歲以上 65 歲以下具工作能力而未就業者。 2. 應與被照顧者同一區或鄉鎮市並實際居住且負責照顧者。 3. 出嫁之女兒或子為他人贅夫者及其配偶。 4. 受照顧者二親等以內之直系血親卑親屬。 		
應備證件	<p>檢具以下文件向戶籍所在地之鄉鎮公所提出申請</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 照顧者與被照顧者身分證影本、戶口名簿影本。 2. 被照顧者身心障礙鑑定醫療機構出具罹患長期慢性病證明。 3. 申請人(照顧者)郵局摺封面影本。 		

	4. 申請表。		
服務項目	九、長期照顧機構服務		
服務內容	協助家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能 65 歲以上老人，入住合格照顧(護)機構。		
補助標準	護理之家 25,000 元/月；老人福利機構：17,000 元/月 *額外耗材費用需由家屬全額自費(如管路、尿布、管灌飲食等)		
補助對象	家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能 65 歲以上老人失能。		
服務項目	十、長照交通接送服務		
服務內容	提供長輩在花蓮縣境內，協助就醫及社區式服務活動之交通接送服務。共乘雙方再予 60% 的優惠。		
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	服務費：133 元/趟	服務費用：171 元/趟	服務費用：190 元/趟
民眾自付	服務費：57 元/趟	服務費：19 元/趟	服務費：0 元/趟
補助對象	經照顧管理專員到府評估，中度失能。		

資料來源：花蓮縣長期照顧服務簡介(2008)

二、花蓮縣長期照顧管理中心概述

長期照顧管理中心起初由花蓮縣衛生局保健課主辦，門諾醫院協助辦理，衛生局有三名個案管理師，服務人員由門諾醫院進用。長照中心於民國 88 年成立為提供縣內長照服務之單一窗口，90 年 1 月改由花蓮縣衛生局醫政課主辦，如此一來更來結合醫院資源的相互連結，使縣內長照資源整合更方便，長照中心服務項目針對縣內有長期照顧之需求者提供評估、諮詢、轉介、收案等各項服務。目前長照中心由花蓮縣衛生局以及花蓮縣社會處兩個單位共同督導，長照中心成員採取約聘制，成員針對縣內失能者以及生活無法自理之個案，給予持續性醫療、護理以及各項服務，以提升失能者的生活品質。長照中心申請示意圖(圖 4-1)如下：

花蓮縣長期照顧十年計畫申請示意圖

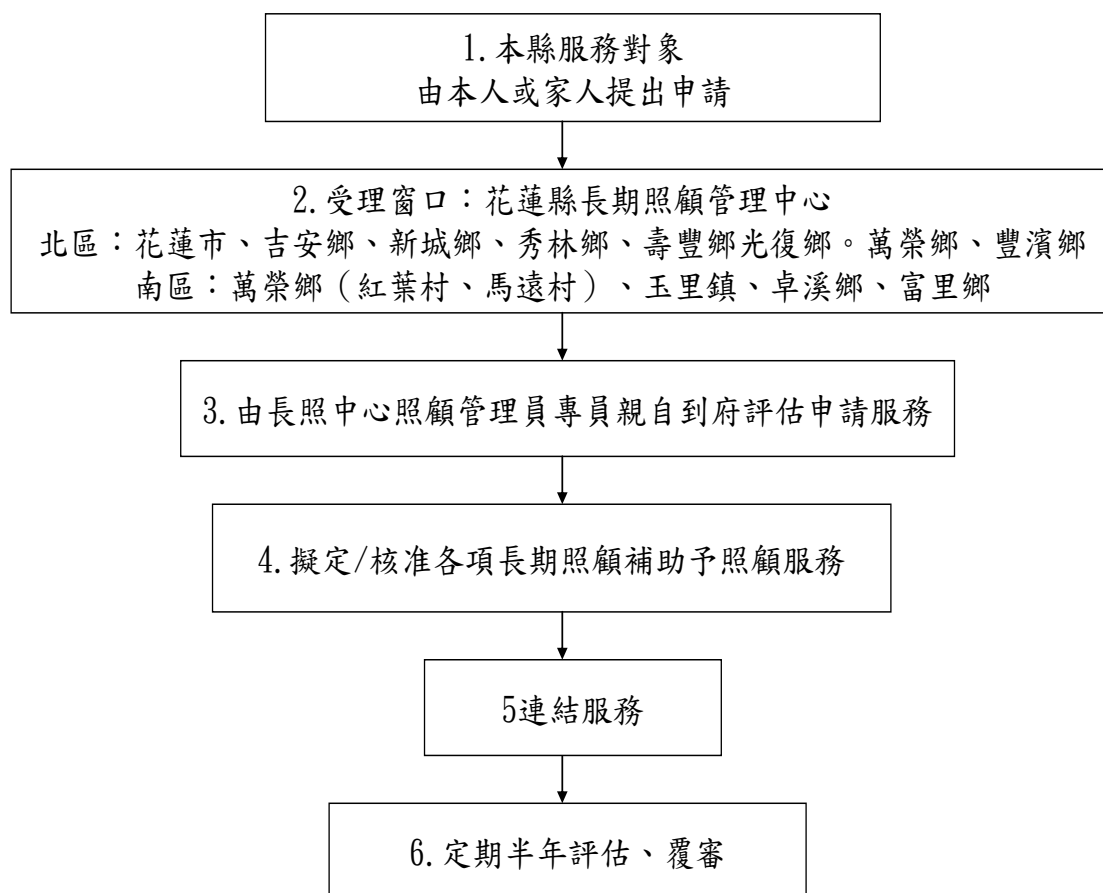


圖 4-1：花蓮縣長期照顧十年計畫符務申請示意圖

資料來源：花蓮縣長期照顧簡介（2008）

第二節 花蓮縣長期照顧十年計畫環境分析

一、內部環境分析

內部環境分析即是針對本體的先天條件，擁有的資源進行分析，此一環境通常是可以透過主體的控制而加以改善。藉由檢視其優勢及劣勢，以便妥善運用優勢，改善劣勢，所謂優勢是指本身所擁有的優點，有利於競爭、發展的條件；而劣勢則是本身不利於發展的條件而言。

針對花蓮縣長期照顧十年計畫內部環境優勢包含以下幾點論述：

- (一) 老年人口比例逐年增加，符合長照十年之規範使用對象：截至 100 年 12 月底花蓮縣全縣人口共有 336,838 人，縣內 65 歲以上人口為 42,726 人，占全縣人口的 12.68%，早已超過世界衛生組織對於老人國的定義，因此由這項數據可以顯示，花蓮縣 65 歲以上的老年人口逐年增加中。隨著老年人口比例增加和醫療水準的進步，老年人的年齡增加但是生活品質未必隨著增加，因此晚年日常生活必須仰賴他人協助者還是居多，因此長期照顧成為老年人以及失能者的重要的服務。長期照護十年計畫服務對象為 65 歲以上老人，因此老年人口比例增加，透過政策執行以及政策行銷，對於服務對象可以享受到應有的服務。長期照護十年計畫主要推動方向是因為老年人口比例逐年升高，尤其是像嘉義縣，東部或是南部地區老年人口比例很高，台灣 99 年老年人口比例已經達到 10.7%，推估到 114 年大約五分之一，也就是五個人當中就有一個老年人，而現在人又很長壽，萬一年老又失能的話累積的人數就會很多，再加上飲食習慣等等會造成功能不好，但是現在醫療技術又很發達就會延長壽命，但是功能並沒有延長，所以就造成需求快速的增加，所以才會推動長照計畫，不然以後都會是社會的成本。(受訪者 A1)

- (二) 豐富長期照護服務資源：花蓮縣長期照顧十年計畫之服務項目共有 10 項服務項目，以社政服務項目以照顧服務（居家服務）的服務項目為最多人數使用

之服務項目，衛政服務項目以喘息服務為最多人使用之服務項目。且花蓮縣長期照顧十年計畫中不同於其他縣市之服務項目包含緊急救援連線之服務項目，透過緊急救援連線主機安裝，提供電話問安及建立安全網絡，協助失能、獨居之長者及年滿 40 歲以上重度身心障礙者能獨立且妥適生活於社區及家中。長期照護管理中心針對轉介之個案進行評估後給予個案個別之長期照護服務。

社政使用率最高的服務是居家服務，以長照交通接送來說其他縣市資源很多，花蓮目前只有 15 台復康巴士，他們單位真的排班排得非常密集，幾乎沒有甚麼休息，特別是中午，因為中午是所有的居家個案去就診要回家的時間，他們的服務量真的也很多。使用率最低的是居家復健，喘息服務的量每年都衝暴，以前都是一年 7 天的喘息服務，後來一直反應之後重度失能有 21 天的喘息服務，所以他們都會很珍惜，喘息服務我覺得是衛政三項服務裡面設計的最好的服務。(受訪者 B3)

使用量最多的是喘息服務，多到甚至還要嚴格管控，因為這項服務是要讓家屬有一個喘息的時間，以便將來更有力量去照顧個案。面臨資源的城鄉差距的問題的解套措施當時有一個很好的方法，就拿健保來說如果健保有城鄉差距怎麼辦，所以就有 IDS，透過一些補助機制給一個團隊的專業人員去偏鄉去做服務，但是這種和醫院申請的給付標準絕對是不一樣的給付標準，就算到偏鄉去只看 2 個人給付的標準也要兩倍，因為它花了一樣的時間，這個就是所謂的經濟效益，如果你把經濟效益的問題丟給醫院一定不會有醫院願意支援，所以就必須把這個錢就必須由公部門吸收，就是由健保局去給付，因為大家都有繳交健保費，所以不能因為我住在山上而把我當成三等公民；用這樣的概念我們看花蓮的長照，我們當初一直在和中央爭取的是尤其是將來長照保險的部分，因為大家都交了長照保險費用，所以長照所有的服務都要遍地開花，所以負責收費的單位就必須要讓資源長出來，但是對於偏鄉還是要有一個特別的補助機制，無論是給服務提供單位等等，所以中央要定好中間的那個差價，無論如何一定要有一個補助機制，因為越是偏鄉的地區資源越是長不出來，所以這就是政府必須負起責任的地方，沒有商人會做賠錢的

生意，既然要把它變成產業，產業就一定是商業化，只是我們這是照顧人的服務業，所以一定要從服務提供單位的角度替他們想，所以一定要讓他們覺得我在花蓮服務一個個案的成本跟在台北服務一個個案獲得的利潤是一樣的，那資源絕對可以遍地開花沒問題。所以我會覺得它一定要有一些漸進式的機制，有一些額外的補助才會讓服務單衛覺得獲利是一樣的，至少趨於接近一致，這樣產業化才有可能遍地開花，而且還有有一定的資料去分析，像是偏鄉有偏鄉的補助、都市有都市的給付，這個本來就是要先做好的，像是日本黃金十年計畫，他們收集了多少年的資料，所以他們才會有那 85 題的問題，問題問完之後對應到服務提供，人家有做資料收集、資源評估和服務提供。所以台灣應該做一些階段式的評估、試辦計畫慢慢去收集資料，所以制度的建立是很重要的（受訪者 B2）。

針對花蓮縣長期照顧十年計畫內部環境弱勢包含以下幾點論述：

- （一）城鄉差距過大，長照資源分配不均：花蓮縣地形狹長縣內又有三個山地鄉，包含萬榮鄉、秀林鄉以及卓溪鄉，山地鄉的原住民部落大多是處於偏遠山區，人員往返及物資的運送，交通費用及所需時間成本都相對提高。花蓮縣內醫療資源多數集中於北區，然而原住民部落醫療資源更是相當有限，目前花蓮縣三個山地鄉均無醫院，原鄉的醫療服務主要仰賴當地衛生所以及少數的診所，以長照資源來而言，目前北區、南區設立長期照顧管理中心，但是多數長照資源委辦單位多集中於北區，像是門諾基金會、慈濟醫院；中區則有一粒麥子基金會。另外對於山地鄉而言，若是民眾有長照服務的需求時，長照工作人員必須驅車前往山地部落，往返十分耗時以及耗費用，且無法爭取照顧時效，服務效率易受影響。

因花蓮地區非都會型縣市不可以以台北看天下的觀點以齊頭式的模式去分配資源，尤其民眾經濟水平較低，低收入戶比例較城市多，社區復健、居家復健要落實偏鄉，民眾不甚了解其優點，長照的同仁十分發心的照顧民眾，可以在社區得到專業復健的照顧，另外地段護士在推動初期不認同到明白政府的角色，如何提供最佳的到宅在社區照顧民眾是一件功德、積善緣使公共衛

生的幫助和民眾需求結合在一起，感受溫暖服務（受訪者 B1）。

（二）長期照顧服務人力資源不足：目前花蓮縣推動已長期照顧等相關的服務數年，但在服務輸送上仍面臨人力不足的窘態。造成人力不足的因素，原因歸納為三項：（1）學有專長的人力訓練不足；（2）因為照護工作者的薪資過低，以致人力流動過大；（3）照顧服務專業人力不足：長期照顧服務是一項勞力密集的服務，其中各類長照人員的需求也將隨著服務需求而大增，其中人力需求最大的就是照顧服務員，2009年供給量18991人，預估至2015年需48569至64300人，應培訓的人數在29578至45309人最為大宗（鄧素文，2011）。照顧服務員處於低薪資、低社會形象的雙重負向因素，造成培訓後大量流失，在職場也不易留任。且長期照護又屬於綜合性的服務，所需要的人力包含醫學、護理、社工、職能治療、物理治療與營養專業等服務，而我國長期照護政策未依據長期照顧之人力需求來訂定全面的培育計畫，因此人力養成明顯的缺乏，再加上專業人員之間的分工合作模式仍然模糊未定，因此也阻礙了人力資源的發展與服務品質的提升。

第一期的問題資源的不足、人員的素質、人員的培訓、資訊的傳達等，因為有好的東西總是要想辦法把它用出去想辦法讓民眾知道，還有包括系統的整合等要做一些改善。另外第二期還會再提一個長照服務網的計畫，第二期大致延續第一期，服務的對象大致一樣，服務的內重大比較延續第一期，就第一期所看到的問題作一些改善。那第二期所提的長期照護服務網主要的目的大概是先盤點所有長照資源先去盤點花蓮縣到底有多少長照機構、有多少長期照護人員、照管中心的運作情形等等，先把各縣市的資源做一個盤點，盤點後就去看哪些地方資源是不夠的，像是花蓮哪些偏鄉資源不夠，那就想想用什麼方是去補助，就是先把每個點的資源讓他先長出來，至少在使用的時候是有可近性的，就是我們一般所說的據點，民眾就可以去利用，點多了接下來就是量的達成，接下來就是質。那人員的部分就是開始培訓，例如醫療專業人員、社工人員、長期照護人員、評估的照

管人員等必須上過一些課程，通過什麼樣的課程，有哪些資格，甚至要考過什麼樣的證照就是類似這樣的規劃，等於是質和量要先上來，中央政府也會希望做另外一個計畫去強化和補助，讓資源長出來。(受訪者 A1)

- (三) 長期照顧服務資源雖多，但是未能突顯其地方特色：花蓮縣長期照顧十年計畫服務項目多元共有 10 項服務項目，但是未能突顯縣內服務特色，縣內擁有多元族群文化，雖然針對行銷均有進行相關之行銷方法，但是總體來說尚未推出一個獨特性的行銷方法，且針對使用率不足的服務項目未有一項特套解決措施。

二、外部環境

外部環境分析及分析主體以外之環境，此一環境通常非主體所能控制，分析外在環境主要是讓主體了解其所面臨的衝擊，妥善運用外在環境所提供的機會並調整策略降低威脅帶來之傷害，所謂的機會是指在外在環境中對主體有利的條件；威脅是指外在不利於主體發展的條件。

針對花蓮縣長期照顧十年計畫外部環境機會包含以下幾點論述：

- (一) 未來「社會福利部」之成立：根據民國93年9月15日出版之「衛生及社會安全部」組織規劃參考資料中顯示，我國比照過去日本的厚生省和美國衛生及人群服務部，將衛生和社會福利兩個專業作整合性規劃，而能建構更有效能、更周全的專業社會福利體系，更有效實行更完整的社會福利政策，「長期照護司」則將老人和身心障礙業務納入，我國已邁入高齡化國家，對於老人照護的需求逐漸增加，加上身心障礙、精神疾病或需長期照護的弱勢團體，其需求是多元且複雜的，包括生活照顧、急性醫療和長期照護、整合衛生和社會福利專業才能提昇整體全人的福利服務。

其實我們衛政在做組織有幾個指標性的部會希望組改後可以做得更好，衛生福利部就是主要的部會，長照又是最明顯會看到的好處，由其是將來要銜接上長照保險之後，因為可以依循健康保險的制度去做。現在應該要想分在衛

政和社政可能的問題是什麼，第一是法規上的不同，因為兩個不同的主管機關，衛政的主管機關是衛生局，社政的主管機關是社會局當兩個單位需要協調的時候，是需要兩個主管協調，如果將來融合在一起的話，頂多是兩個科或是兩個司協調好就好了，所以整個行政協調的成本就會省下來很多協調成本。在將來對於長照這一塊系統是可以全部都整合在一起的，所以在各種面面相的執行都是有好處的，要是將來整合在衛生福利部的話就是那個機關權責都是該機關的，但是組織法我們有權規定的是中央的機關，至於地方有地方自治法，地方到底要不要配合做這樣的整併中央沒辦法規定地方一定要做這樣的整併，所以如果沒有整併的話，地方執行在長照還是分別在兩個機關，中央融合了地方如果沒有融合，在中央資源做好整合但是到的地方怎麼執行都有困難，因為還是在兩個不同的局室做，所以地方政府還是自己要去做考慮，但是如果地方不做整併中央做了整併長照還是分兩邊在執行，各自使用各自的資源和人力，那兩個單位都很吃力。所以期許可以重新的整理資源的配置，但是成立的初期大概會有兩三年的磨合期，而且不管是社政還是衛政大家都是本位主義，所以都會有一段時間的磨合期，所以這種大幅度的組織融合其實不太容易。(受訪者 A1)

針對花蓮縣長期照顧十年計畫外部環境威脅包含以下幾點論述：

- (一) 國人習慣於外籍看護工之使用：勞委會自1992年開放引進外籍看護工之後，外籍看護工在我國使用率快速成長，截至2012年3月底全台灣外籍看護工使用人數為198,770人，以花蓮縣而言，以表4-4所示，截至2012年3月底外籍看護工使用人數為3,285人，綜觀這幾年外籍看護工的發展，自從政府引進的大門開啟之後，變如洪水般的一發不可收拾，縱使政府近年來對於外籍看護工有政策以及制度的干預而稍微減緩期申請的腳步，但是國人使用外籍看護工仍是我國照顧服務的首位。

表4-4：101年3月底各縣市申請社福外籍勞工人數一覽表

縣市別	社福外籍勞工	
	看護工	家庭幫傭
新 北 市	31892	308
臺 北 市	38256	751
臺 中 市	22121	197
臺 南 市	11834	49
高 雄 市	15129	100
宜 蘭 縣	4968	24
桃 園 縣	17367	176
新 竹 縣	5623	70
苗 栗 縣	5629	48
彰 化 縣	8771	114
南 投 縣	4440	32
雲 林 縣	6134	38
嘉 義 縣	4473	17
屏 東 縣	5435	19
臺 東 縣	1590	4
花 蓮 縣	3285	11
澎 湖 縣	713	4
基 隆 市	3235	11
新 竹 市	4962	57
嘉 義 市	2312	9
金 門 縣	506	11
連 江 縣	95	0
總 計	198770	2050

資料來源：行政院勞工委員會職業訓練局

- (二) 社政、衛生、退輔、法規整合不足：衛生署急於提出長照服務法，企圖統一長照機構集人員的管理制度，但也引發既有機構及單位的反彈，因其服務的推動依其原定法令規範，合法執業，新的長照服務法的相關設立條件是未知狀態，未來若需重新設立，其成本機構不敢想像。另外各法之間的競合關係亦須釐清，如老人福利法、身心障礙者權益保障法、護理人員法、精神衛生

法、退輔條例等五法之間的銜接，應再更清楚說明，至於是否需要新的法令重新規範，未來社政及衛生合為「衛生福利部」，前面四個法的整合若在子法層次，只要進行內部行政整合及可。

第三節 產品與價格之行銷分析

對於公部門而言，政策行銷所有銷售的產品是屬於複雜的綜合體，並非只是單純的意象、表徵或圖騰。產品可以分成三個層次：核心產品、有形產品即引申產品。核心產品其實就是顧客真正尋求的東西，行銷者應該盡力找出目標顧客鎖真正想要的服務或是核心利益，再依照此原則設計產品。整體來說公部門提供的產品，具備人們不得拒絕購買的特性，以及缺乏選擇權（陳耘盈，2002：pp36）。

一、產品

產品的概念是指市場上可以提供給消費者滿足其欲望獲需求的貨物、服務或概念。就長期照顧的資源而言，長照資源是項多元性且具有人性化的服務項目。

花蓮縣長期照顧十年計畫之服務項目包含十種服務項目：

- (一) 照顧服務(居家服務、日間照顧): 由受過專業訓練並領有證照之照顧服務員，到府協助老人及身心障礙者日常生活及身體照顧等服務，如沐浴、進食、陪同就醫或外出活動等。

目前社政使用率最高的服務是居家服務，以長照交通接送來說其他縣市資源很多，花蓮目前只有 15 台復康巴士，那北區中區南區分下去也沒有多少台，但是他的使用率也算是很高的，復康巴士是委託給門諾基金會，他們單位真的排班排得非常密集，真的超厲害的，他們幾乎沒有甚麼休息，特別是中午，因為中午是所有的居家個案去就診要回家的時間，他們的服務量真的也很多，所以你剛剛說的使用最高的是居家服務和長照交通接送。使用率最低的是居家復健，而喘息服務的量每年都衝暴，喘息服務從 87 年開始實施到現在，以前都是一年 7 天的喘息服務，後來一直反應之後重度失能有 21 天的喘息服務，所以他們都會很珍惜，喘息服務我覺得是衛政三項服務裡面設計的最好的服務，而社政設計最好的服務我覺得是居家服務。(受訪者 B3)

(二) 送餐服務：提供本縣符合中低收入戶、低收入戶者之失能、獨居且備餐能力不佳長者及年滿 40 歲以上重度身心障礙者餐食服務；餐食服務時間：每週一至週五提供午餐服務。

(三) 居家護理：由專業居家護理師到府提供護理指導，例如：傷口護理、更換導尿管、鼻胃管、各種注射、代採檢體及護理相關衛教等，並加強民眾出院後返家之適應協助。

(四) 居家及社區復健

1. 提供失能者困難到醫院接受復建治療但有復建意願者，另一種復建機會。

(1) 居家復健：由治療師到府提供物理治療或職能治療之評估、指導及治療等服務。

(2) 社區復健：由治療師在定點提供復健治療，例如：肌力訓練、移位平衡訓練、輔具使用等改善自我照顧功能之個別指導。(僅設置於秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉)

使用率較低的服務為居家復健，一般的專業人員受限於院方之制度，不希望員工到社區作居家復健，可能花蓮幅遠太廣，人力以及時間浪費於交通往返，因此每個人的想法以及考量不同，主要還是因為地域太大，針對居家復健使用率偏低的措施可以採取：1. 健康促進的落實，讓長者活的健康快樂，不會產生慢性疾病就不需要居家復健。2. 鼓勵醫院之巡迴醫療到社區復健，有雙倍的績效且有加分效果。3. 教導熱心志工協助簡易居家復健。4. 日本長照非常棒，可否有日本的模式拿來複製。(受訪者 B1)

(五) 喘息服務（機構式/居家式）：為紓緩家庭照顧者之照顧壓力或因事需外出衍生之照顧問題，協助安排失能個案至合格之照顧（護）機構接受幾天短期安置及照顧，或請照顧服務員到家提供白天 8 小時以內之陪伴照顧。

(六) 緊急救援連線：透過緊急救援連線主機安裝，提供電話問安及建立安全網絡，協助失能、獨居之長者及年滿 40 歲以上重度身心障礙者能獨立且妥適生活於

社區及家中。

- (七) 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務：由專業物理治療師及職能治療師到宅進行評估居家無障礙設施設備改善及輔具購買建議，如氣墊床、便盆椅、扶手等，以方便老人及身心障礙者居家生活。
- (八) 中低收入戶的特別照顧津貼：提供有工作能力但未工作且於家中擔任家庭照顧者 5000/月之照顧津貼。
- (九) 長期照顧機構服務：協助家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規最低生活費 1.5 倍之重度失能 65 歲以上老人入住合格照顧（護）機構。
- (十) 長照交通接送服務：在花蓮縣境內提供協助就醫及社區式服務活動之交通接送服務。共承雙方再予 60% 的優惠。

由於花蓮縣地理南北狹長，長期照顧十年計畫中十項服務內容雖然豐富，但是部分服務內容使用率仍偏低，以下為 98-100 年度長期照顧服務項目使用人數及人次。

表 4-5：花蓮縣 98-100 年度長期照顧各項服務使用量

		98 年	99 年	100 年
居家服務	人數	785	802	932
	人次	90,807	102,248	111,282
居家復健	人數	41	35	75
	人次	65	42	730
社區復健	人數	207	175	233
	人次	204	402	730
喘息服務	人數	217	282	344
	人日數	1,518	1,688	3,386
送餐服務	人數	383	439	324
	人次	111,527	120,603	103,680
緊急救援連線	人數	141	152	208
公費機構安置	人數	61	139	82
輔具購買、租	人數	14	26	19

借及居家無障礙空間改善	人次	241	169	358
	人數	0	1,218	2,390
長照交通接送	人次	0	5,234	10,341

資料來源：花蓮縣長期照顧管理中心提供，研究生自行整理

二、價格

在行銷的推動上，價格的決策是重要的行銷組合之一，但是因為長期照顧的行銷產品通常針對標的族群提供實質服務，較無法以金錢衡量其價值所在，也無法像企業產品般用成本及利潤的概念量化作計算。

- (一) 標的族群的經濟能力：依據使用者的經濟別會有不同的價格標準。花蓮縣長期照顧十年計畫各項服務補助及收費標準依據經濟別為收費準則。但是針對一般戶未達中低收入戶者，另外有「長照經濟審查」，此項審查機制為花蓮縣政府社會處福利科審查機制，此審查針對經濟可以落在 2.5 倍，卻不能申領中低收入的補助款者，只要審查通過一般戶者仍可享受有長照的補助等同於中低收入戶的補助。

表 4-6：花蓮縣長期照顧十年計畫各項服務補助費用

一、照顧服務（居家服務、日間照顧）			
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	126 元/時	162 元/時	180 元/時
民眾自付	54 元/時	18 元/時	0 元/時
二、送餐服務			
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	無	49.5 元/餐	55 元/餐
民眾自付	無	5.5 元/餐	0 元
三、居家護理			

經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	護理費 910 元/次	護理費 1170 元/次 交通費 180 元/次	護理費 1300 元/次 交通費 200 元/次
民眾自付	護理費 390 元/次 交通費 200 元/次	護理費 130 元/次 交通費 20 元/次	護理費 0 元/次 交通費 0 元/次

四、居家及社區復建

經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	服務費 700 元/次 交通費 0 元/次	服務費 900 元/次 交通費 180 元/次	服務費 1000 元/次 交通費 200 元/次
民眾自付	服務費 300 元/次 交通費 200 元/次	服務費 100 元/次 交通費 20 元/次	服務費 0 元/次 交通費 0 元/次

五、喘息服務

經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	照顧費 700 元/次 交通費 700 元/趟	照顧費 900 元/次 交通費 900 元/趟	照顧費 1000 元/次 交通費 1000 元/趟
民眾自付	照顧費 300 元/次 交通費 300 元/趟	照顧費 100 元/次 交通費 100 元/趟	照顧費 0 元/次 交通費 0 元/趟

六、緊急救援連線

經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	服務費 0 元/月	服務費 1500 元/月	服務費 1500 元/月
民眾自付	服務費 1500 元/月	服務費 0 元/月	服務費 0 元/月

七、中低收入戶特別照顧津貼

每月 5000 元

八、長期照顧機構服務

協助家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規最低生活費 1.5 倍之重度失能 65 歲以上老人，入住合格照顧（護）機構。
補助標準：護理之家 25,000 元/月；老人福利機構 17,000 元/月

九、長照交通接送服務			
經濟別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
政府補助	服務費 133 元/趟	服務費 171 元/趟	服務費 190 元/趟
民眾自付	服務費 57 元/趟	服務費 19 元/趟	服務費 0 元/趟

資料來源：花蓮縣長期照顧管理中心提供後，研究生自行整理

表 4-7：失能老人接受長期照顧服務輔具購買及居家無障礙環境改善補助項目表

項目		家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達中央主管機關或直轄市主管機關當年公佈最低生活費 1.5 倍，且未超過台灣地區平均每人每月消費支出 1.5 倍之老人最高補助金額（元）	家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達中央主管機關或直轄市主管機關當年公佈最低生活費 1.5 倍以上，未達 2.5 倍，且未超過台灣地區平均每人每月消費支出 1.5 倍之老人最高補助金額（元）	前類以外之老人最高補助金額（元）
政府補助		100%	90%	70%
輔助器具	輪椅	4,167	3,750	2,917
	輪椅附件(如安全帶、桌板等)	833	750	583
	特製輪椅	15,000	13,500	10,500
輔助器具	柺杖(不銹鋼製)	833	750	583
	柺杖(鋁製)	417	375	292
	助行器	1,250	1,125	875
	助步車	3,000	2,700	2,100

轉位板(含移位墊及移位腰帶)	2,000	1,800	1,400
移位機	16,667	15,000	11,667
手動或電動床	8,333	7,500	5,833
放大鏡	833	750	583
馬桶增高器	1,000	900	700
沐浴椅凳	1,000	900	700
流體壓力床墊、氣墊床	10,000	9,000	7,000
流體壓力輪椅座墊(特殊量製坐墊或特殊材質坐墊)	10,000	9,000	7,000
飲食輔具:含特殊刀、叉、湯匙、筷子、杯盤、防滑墊等相關項目	417	375	292
衣著輔具:含穿衣桿、穿鞋(襪)輔助器、長柄取物鉗等相關項目	833	750	583
居家輔具:含特殊門把、烹調用具、開瓶罐器、特製開關、電話撥號輔助產品等相關項目	667	600	467
電話閃光震動器	1,667	1,500	1,167
門鈴閃光器	1,667	1,500	1,167
無線震動警	1,667	1,500	1,167

	視器			
	電話擴音器	1,667	1,500	1,167
	火警閃光警 示器	1,667	1,500	1,167
	門(加寬、折 疊門、剔除門 檻、拉門、自 動門)	5,000	4,500	3,500
	防滑措施	2,500	2,250	1,750
	扶手(單隻)	1,250	1,125	875
	扶手(連續)	30,000	27,000	21,000
	可攜帶斜坡 板	3,333	3,000	2,333
	斜坡道(限自 有土地)	6,667	6,000	4,667
	水龍頭(撥桿 式或單閥式)	2,500	2,250	1,750
	浴室改善工 程(含水龍 頭、扶手、防 滑措施、門 等)	16,667	15,000	11,667
	特殊簡易洗 槽	1,667	1,500	1,167
	特殊簡易浴 槽	4,167	3,750	2,917
	廚房改善工 程	16,667	15,000	11,667

資料來源：花蓮縣長期照顧管理中心提供，研究生自行整理

二、競爭者的價格結構

產品的競爭型態大體可以分成價格競爭和非價格競爭，價格競爭是指採取降價的方式，非價格競爭則是以不變動價格為原則，用改善其他競爭的條件與競爭者一較高下。以花蓮縣長期照顧十年計畫價格行銷，可以運用專業的醫療服務團隊、專業照管中心服務人員以及專業服務項目，例如：居家復健、居家護理等，來突顯產品

的價值。

那說到真正的困難應該說是當初推動的時候很多民眾對於長照的觀念還是停留在福利補助的概念，比較偏向社會救助的面相，那時候轉型成要使用服務必須自付 30% 很多民眾就有有壓力，所以我們那時候也面臨要去行銷、說明、要講得頭頭是道讓民眾覺得有這項服務我若是不使用會很可惜，像是居家復健最難說服，民眾可能會認為我到醫院刷一次健保卡可以用六次，那如果我申請居家復健一次五十分鐘就要 500 元，可是我們這個服務是針對很難出家庭的個案或是臥床的病人，如果每次就診都要使用救護車或是送到醫院去這是一件多耗時耗力的事情，那居家復健就是有一個治療人員，醫師的部分也確認後有一個醫囑，然後治療師到家中評估就個案家中現有的輔具教導個案如何自我鍛鍊，這是居家復健的好意，但是當初民眾可能不知道這樣的服務，很多民眾也很樂天不使用這項服務，所以這是當初在推動的時候比較辛苦的部分，但是到後來慢慢的做宣導或是使用過的人頭耳相傳，透過使用過幾次可以進步到某種程度，對於一些四、五十歲中風的人還有機會站起來、傷口不好的個案增加兩次的居家護理等等，慢慢民眾知道這項服務的好處就會開始使用。當初遇到的最大的困難就是民眾不了解，不願意使用然後我們必須在這方面要有很大的突破。(受訪者 B2)

第四節 通路與夥伴之分析

一、通路

所謂的通路是指地方利用直接或是間接的方式或服務傳遞給消費者，已方便其接觸、利用或購買。因此在策略上必須讓顧客知道有這項產品，最重要的是要使他們順利取得。本研究中「長期照顧十年計畫」政策行銷廣泛的來說，花蓮縣只要符合長期照顧十年所規範的服務對象的均為目標群，從行銷的觀點來看，可以利用各鄉鎮巡迴說明會、專題講座、廣播媒體宣導、報章雜誌等做為行銷的通路，另外因應科技的進步，亦可以提供網際網路提供相關長期照顧資訊，惟考量宣導的對象以年輕族群居多，需要較謹慎的評估此方法。

花蓮縣實施長期照顧十年計畫該計畫，除了公部門主導推動之外，更涉及其他部門，像是醫院、非營利組織、非政府組織等各單位行銷通路，因此要如何整合、協調各通路機制，提升長期照顧通路總體的績效，是地方政府行銷的重要課題之一。但是礙於政府經費有限的情況之下，長期照顧十年計畫在媒體廣告的播放相較於其他政策就較顯薄弱，因此還是透過地方政府所屬的機關為宣導平台最居多。例如：長期照護管理中心、各鄉鎮衛生所、社會處等，宣導的同時還需要考量宣導對象的特性，事前先做市場分析後才宣導，才能達到宣導的目的，將服務提供給真正需要的標的族群。

行銷的部分我覺得我們做很多，不管大型活動或是小型活動等等我們通通都有去設攤宣導，可是我覺得這樣的效果不是很好，那我們比較多的行銷管道來自醫院的出院準備服務（以下簡稱 DP），鄉鎮公所和衛生所，有需求的民眾透過轉介也會尋求服務。那還有就是服務單位，就是各院所的 DP 和居家護理都會轉介個案，像是居家護理師到案家發現個案都沒有使用到長照的資源就會轉介過來，還有就是民眾主動求助，就是透過親友或是曾經使用過的親友介紹後就會打電話來長照中心，這樣的個案有漸漸多起來。（受訪者 B3）

目前有利用的行銷方法包含 1. 出院準備服務：醫院的出院準備服務 2. 衛生局所以及

社會處利用活動主動宣導。3. 利用政府、民間團體、農漁會團體、報紙、電視、印刷 DM 以及紅布條、電台、電視、社區日托站以及民意代表服務處、教會組織等方法作宣導，例外還有利用政府的跑馬燈、車站、大型海報等協助宣導。(受訪者 B1)

二、夥伴

政策行銷如果光是靠政府機關的力量絕對是不夠的，更何況今天政府在高喊「政府再造」的時刻，人員必須精簡，自然人手不足，必須借用其他部門的人手推動政策行銷，這種合夥關係愈來愈重要。以花蓮縣長期照顧十年計畫而言，行銷的夥伴包含：1. 醫院出院準備服務團隊、2. 其他公部門單位：例如外籍看護工申請單位、3. 其他非營利組織，例如門諾基金會、一粒麥子基金會等。

其實透過醫院出院準備服務工作人員一針見血的方式宣導，知道個案的需求在哪裡，這種行銷讓家屬間互相傳達實際的訴求最便捷以及實際。(受訪者 B1)

那時候我們為了輔具的事情還去找慈濟基金會的師兄等等，從台北捐贈輔具來到花蓮，彰化基督教醫院也給 30 幾床，目前輔具中心有 200 多床的床都在個案家使用。
(受訪者 B2)

還有一個很特別的就是利用外籍看護，那時候就是外籍看護申審的單位的承辦人在家屬來申請外籍看護之前有會告訴他們長照的資源，他們可能需要就醫，所以申請長照交通工具的個案最多。她們就可以申請居家護理、居家復健、復康巴士等等都可以申請。(受訪者 B3)

第五章 結論與建議

由於醫療進步造成高齡化社會的到來，台灣已成為高齡化社會國家，而隨著高齡化社會的來臨，對於長者的晚年生活照顧已經不再是送進安養院度過晚年生活，而是期許在地老化的精神，因此透過長期照顧的服務不僅大大減輕主要照顧者的生理、心理的負擔之外，更可以可以地提供在地長者各項專屬服務。

長期照顧十年計畫是項結合各項專業性之服務，若是要落實政策執行必須仰賴政策行銷的方法讓民眾知悉這項政策，因此透過地方政府在進行政策行銷時，單靠公部門政令宣導是不夠的，必須透過各種行銷的宣導方式，利用行銷通路以及結合個夥伴共同進行政策行銷，才能讓長期照顧十年計劃落實在需要使用的族群。

第一節 研究發現

政策行銷強調在政策執行過程中要如何使政策的執行能夠達到最大效果，從花蓮縣執行長期照顧十年計劃政策行銷過程中，所採取的作為有以下的發現。

一、利害關係人對於長期照顧的需求性增加。

在公共政策領域當中，最重要的一項特徵就是政策規範內的利害關係人重多，而隨著人口老化快速的成長，長期照顧儼然成為勢在必行的重要政策之一，花蓮縣老年人口比例逐年增加，97 年度開始實施長期照顧十年計畫，強調在地老化的精神，期望長者們皆可以在家中享受優質的老年化生活。近年來，世界各先進國家開始重視老人化議題，鄰近的日本等國家，對於高齡化時代的來臨，早已有完善的社會服務政策，在台灣也是如此，長期照護十年計畫主要推動是因為老年人口比例逐年升高，以主計處推估，民國 114 年每 5 個人當中就有 1 個老年人，隨著醫療技術的進步延長國人壽命，因此推動長照計畫可以帶給長者以及失能者更便利的服務以及減輕家中主要照顧者的負擔，進而降低社會成本以及醫療成本，提升政府的施整滿意度。

二、地方首長對於政策的支持以及倡導，為政策行銷的最大優勢。

花蓮縣擁有多元族群的文化，歷任縣長以及政策執行機關對於長者的照顧不遺

餘力，長期照顧十年計畫政策實施至今，共有兩個機關包含衛生局以及社會處共同執行及行銷該政策，政策推動的初期雖然會遇到困難以及瓶頸，但是各部門之間進行有效溝通且均能和中央做溝通後順利的執行政策以及推動政策。

三、花蓮縣長期照顧十年計畫政策內部及外部環境均有其優勢及劣勢所在。

依據內部環境已及外部環境的分析所得知花蓮縣長期照顧十年計畫在內部優勢包含長期照顧需求性增加且服務項目多元化、政策受到中央以及地方政府的支持；外部優勢則是未來的組織改革下的社會福利部將有助於長期照顧的推動。但是依據研究過程也發現，長期照顧十年計畫的推動並非如預期中的順利，在推動以及執行的過程中，在內部環境中所面臨的問題包含地形狹長所帶來的城鄉差距問題、服務人員的不足，並且在外部環境中亦發現，隨著全球化的到來以及政府開放外籍看護工的政策後，國人習慣於使用外籍看護工以及使用機構型居家養護中心，降低民眾對於長期照顧服務項目的使用率，導致政策執行以及推動造成困難，加上現今社政、衛生、退輔、法規整合不足，在政策執行機關以及地方政府在推動該政策時方向不明。

四、多元行銷組合工具及策略。

在現今「主權在民」、「顧客至上」的民主時代中，民眾有知的權利，政府機關所頒佈的任何政策都必須假定民眾的知識程度非常有限，接受訊息的機會很少的，因而必須借助各種宣傳與行銷手段，讓民眾隨時都能接受政策的規範與指導。近年來老人化議題在世界各國受到政府部門的高度重视，各個國家針對此議題分別有不同之解套措施以及制訂各個法令、政策等就是要照顧年長者們，使晚年生活更有品質。

本研究發現，花蓮縣長期照顧十年計畫中政策行銷模式有運用了產品、通路、價格、夥伴四種行銷模式進行政策行銷，其中產品的部分多元化包含了十種不同的長期照顧服務，從 98 年至 100 年各項服務使用人數只增不減，更以緊急救援連線不同於其他縣市之特殊服務項目；行銷通路則是利用平台宣導、廣播媒體以及所屬機關的專題講座作宣導，讓標的對象知道此項服務，並且利用公私協力的夥伴關係，像是各醫院出院準備服務團隊、非營利組織以及非政府組織等共同行銷長期照顧十年

計畫。

表 5-1：花蓮縣長期照顧十年計畫行銷模式以及內容

行銷模式	內容
產品	有形的產品包含十項服務：照顧服務、送餐服務、居家護理、居家及社區復健、喘息服務、緊急救援連線、輔具購買、居家及無障礙環境改善服務、中低收入戶特別照顧津貼、長期照顧機構服務、長照交通接送服務。 無形的產品包含：服務員的優質服務以及關心。
通路	各項平台宣導、大眾傳播媒體、報章雜誌、其它政府組織、非政府組織以及非營利組織。
價格	依據使用者使用的服務項目審查身分別後，有不同機制的補助金額。
夥伴	醫院、委託辦理以及其他非政府部門之單位。

研究生自行整理

第二節 研究建議

一、定位長期照顧管理中心的位階與功能：本研究發現，長期照顧管理中心目前仍無法發揮統籌管理的功能，因兩者分屬兩個主管機關，以及組織定位不明確有很大的關連，再加上長照中心人力多為約聘僱人員，使得長期照顧管理中心無法充分發揮被期待的功能。本研究建議應積極讓長期照顧管理中心制度化，可採行的方法如下：

(一) 重新定位長期照顧管理中心的位階與功能：配合行政院組織改造自2012年1月1日開始施行，中央將設置「衛生福利部」，藉以整併現行行政院衛生署與內政部社會司。惟地方政府組織調整係屬地方自治事項，未來地方政府仍可能衛政與社政位分立。故建議地方縣市政府將長期照顧管理中心提升至二級單位，俾利於長照業務與事權的統一。再者，未來中央「衛生福利部」亦應積極建立與縣市政府間溝通協調管道，就地方縣市社政與衛政長照業務之協調分工，發揮統籌整合的功能（行政院研究發展考核委員會委託研究，2010）。

(二) 推動照顧管理師專業體制：隨著人口的老化，長期照顧的需求急遽攀升，照顧管理將成為整個長照體系運作的核心，照顧專員也將成為服務輸送的靈魂人物，其需求量與專業性也將隨著體系的推廣而增加，為建構健全的照顧管理體系，強烈建議應仿效社會工作師專業，讓照顧管理體系專業化，籌措公務部門之「照顧管理師」專業證照的建置。

二、重視偏遠地區服務使用的公平性：以花蓮縣為例，囿於地處偏遠與交通不便，加以地方資源匱乏，偏遠與原鄉地區民眾所享有之照顧資源，一般而言較都會地區或平地鄉鎮缺乏，影響偏遠與原鄉地區服務使用之公平性。因此可以培訓在地服務人力，例如服務人員知招募、訓練以及培訓等，亦可增加就業機會以及增進服務之可近性與在地親切性。

三、推動長期照顧服務的觀摩學習與經驗交流：各個縣市因民眾需求和歷史發展脈

絡不同，因此各項服務推展的順利與否也產生不同的結果。本研究認為縣市與縣市之間舉辦「推動長期照顧服務之經驗交流」，分享成功經驗也提出困境以集思廣益。

四、加強多元化的宣導：本研究結果顯示，從中央到地方皆重視長期照顧服務的宣傳與宣導，且目前已有一定成效，但是研究仍發現有許多民眾，尤其是未使用過服務的民，並不瞭解服務的理念、方式、內涵與助益，甚至基於錯誤的觀念或對年長失能者的歧視，以及對於政策不熟悉之觀念，造成政策執行的阻力。而花蓮縣在施行行銷過程中，雖然透過各種方式進行政策行銷，但是仍然有時會出現一些須進一步透過宣導予以釐清疑義的困擾現象。本研究認為目前宣導內容與方式仍有努力的空間。可採行的方法建議如下：

(一) 加強對一般民眾的教育與宣導：長期照顧勢將成為一般家庭普遍需求的務，除針對標的對象（有照顧需求者）持續做宣傳外，也應加強對一般民眾的宣導與教育。例如可以將宣導對象結合其他業務搭配辦理，如此行銷人員可以節省下更多時間進行更多元化的行銷，以俾政策推動順利。

(二) 強化預防保健的觀念與做法：宣導過程中除介紹本國長期照顧服務外，也應加入預防保健的概念，使目前健康的人在未來可能需要長期照顧服務時，能夠瞭解如何申請與使用，同時也提升其對政府設置各項長照設施的接受度。

(三) 增加夥伴關係成員：在進行政策行銷過程，光仰賴公部門單打獨鬥行銷所帶來的成果是有限的，因此透過夥伴關係的建立對於行銷可以帶來雙倍的行銷效果。隨著高齡化社會來臨與照護需求人口的增加，民間機構已成為重要的資源，政府勢須強化與民間機構團體之合作關係，方足以因應龐大的照顧需求與提供多元性、普及性與可近性之照顧服務。

(四) 採行多元化的教育與宣導管道：考慮置入性行銷的可行性，緊密連結民眾的日常生活，可以考慮與村里社區建立網絡關係，由村里長或社區精神領袖、頭目等等協助長期照顧政策宣導，在社區中發掘個案並且透過學校教育下一代正確觀念，學校方面也可以配合有關課程，行銷人員進入校園做宣傳，從

小培養長期照顧的相關理念。

參考文獻

書籍部份：

- 丘泰昌（2010），《公共政策：基礎篇》，高雄：復文書局。
- 羅清俊（2008），《社會科學研究方法》，台北：威仕曼文化事業股份有限公司。
- 藍毓仁譯（2008），《質性研究方法》，台北：巨流圖書公司。
- 莊秀美（2008），《長期照護機構服務變遷發展之研究》，台北：松慧有限公司。
- 科特勒與李南西（P.Kotler & Nancy Lee）著，郭思妤譯（2007），《科特勒談政府如何做行銷》，二版，台北：台灣培生教育出版社。
- 黃俊英（2006），《行銷研究概論》，台北：華泰文化有限公司。
- 林萬億（2006），《社會服務輸送體系》，台北：五南圖書。
- 吳定（2005），《公共政策辭典》，台北：五南圖書出版股份有限公司。
- 黃朝盟（2005），《公共組織策略規劃之研究》，台北：韋伯文化。
- 吳定（2004），《公共政策》，台北：空中大學。
- 翁興利（2004），《政策規劃與行銷》，台北：華泰。
- 吳定（2003），《政策管理》，台北：聯經。
- 朱鎮明（2003），《政治管理》，台北：聯經。
- 孟延春等譯（2003），Philip Kotler & Alan R. Andreasen 著，《非營利組織戰略行銷》（第五版），北京：中國人民大學出版社。
- 葉日武（2002），《行銷學》，台北：前程企業管理有限公司。
- 吳定（1998），《行政學》（上冊）（下冊），台北：空中大學。

期刊類

- 丘泰昌（2011），《政府施政與民眾感受之間的連結器：政策行銷》，研習論壇，頁 1-13。
- 何吉森（2011），《媒體公關與政策行銷》，研習論壇，頁 35-45。
- 劉兆隆（2011），《政策溝通與政策行銷的理論及實務》，研習論壇，頁 14-24。

鄭文輝、呂朝賢（2011），《我國長期照護服務輸送之公私力協力探討》，非營利組織的發展與前瞻，頁 79-84。

林玉琴（2011），《臺灣老人長期照護政策之回顧與展望：老盟觀點》，社區發展季刊，第 136 期，頁 251-263。

蔡金宏（2011），《臺灣長期照護制度之發展》，經濟前瞻，第 138 期，頁 48-52。

施孟涵、張雅琦、吳明根（2011），《臺灣地區長期照護政策現階段推動方向之研究》，台灣老人保健學刊，第 7 卷第 1 期，頁 72-83。

邱文達（2011），《衛生福利的融合綜效-長期照顧的前瞻》，研考雙月刊，第 35 期第 2 卷，頁 123-130。

梁亞文、劉立凡、林育秀（2010），《英日兩國長期照護制度對推動我國長期照護制度之意涵》，長期照護雜誌，第 14 期第 3 卷，頁 311-324。

楊志良（2010），《我國長期照護現況與展望》，研考雙月刊，第 34 期第 3 卷，頁 86-91。

梁亞文、劉立凡、林育秀（2010），《英日兩國長期照護制度對推動我國長期照顧之意涵》，長期照顧雜誌，第 14 期第 3 卷，頁 313-324。

孫本初、傅岳邦（2009），《行銷性政府的治理模式：政策行銷與政策網絡：整合的觀點》，文官制度季刊，第 1 期第 4 卷，頁 25-55。

蔡閻閻、李玉春、林麗嬋、吳肖琪（2008），《評析我國長期照護十年計畫落實的可行性》，長期照護雜誌，第 12 卷第 1 期，頁 8-16。

蘇偉業（2008），《政策行銷：理論建構與實踐》，中國行政評論，第 16 卷第 1 期，頁 1-34。

吳水木（2007），《政府行銷》，研考雙月刊，第 70 期，頁 317-326。

朱鎮明（2007），《觀察需要、滿足需要-顧客導向下的關係行銷》，考銓季刊，第 50 期，頁 238-254。

傅岳邦（2007），《公務人員政策行銷能力之培訓》：以行銷資訊系統為例：考銓季刊，第 49 期，頁 69-89。

- 魯炳炎(2007)，《政策行銷理論意涵之研究》，中國行政，第78期，頁31-53。
- 王濬(2006)，《論政策行銷之策略管理》，行政試訊，第19期，頁1-7。
- 張庭(2006)，《淺談台灣長期照護政策-以我國長期照護十年計畫為例》，行政試訊，第23期，頁46-54
- 許佩蓉、張俊喜、林靜宜、林壽惠、李世代(2006)，《機構式長期照護綜論》，台灣老年醫學雜誌，第1卷第4期，頁195-215。
- 詹火生(2005)，《日本介護(長期照護)保險制度現狀與展望》，國政分析，
- 吳淑瓊(2003)，《人口老化與長期照護政策》，國家政策季刊，第4卷第4期，頁5-24。
- 陳晶瑩(2003)，《老年人之長期照護》，台灣醫學，第3期第7卷，頁404-413。
- 劉立凡、葉莉莉(2002)，《探討台灣長期照護資源整合與管理機制建立之實務面》，社區發展季刊，第106期，頁106-114。
- 黃旒壽、辛振三(2001)，《我國老人長期照護政策執行之研究-以新竹市為例》，玄奘管理學報，第1期第2卷，頁1-24。
- 吳淑瓊、莊坤洋(2001)，《在地老化：臺灣21世紀長期照護的政策方向》，台灣公共衛生雜誌，第20卷第3期，頁192-201。
- 吳淑瓊(1998)，《老人長期照護政策評估》，長期照護雜誌，第2期第1期，頁7-13。

政府文物

- 行政院經濟建設委員會人力規劃處(2009a)《長期照護保險制度初步規劃成果與構想》，台灣經濟論衡，第7期第10卷，頁12-32。
- 行政院經濟建設委員會人力規劃處(2009b)《我國長期照護需求推估及服務中供給現況》，台灣經濟論衡，第7期第10卷，頁54-71。
- 陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟、翟文英(2009)，《長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫。
- 行政院經濟建設委員會(2009)，《長期照護保險規劃報告》。

行政院經濟建設委員會（2009），《因應長期照護保險法規劃檢視『我國長期照護十年計畫』成效及發展方向》。

行政院（2007），《我國長期照護十年計畫》。

行政院衛生署（2008），《花蓮縣長期照顧服務簡介》。

內政部（2007f），《我國長期照護十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫》。

行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部、行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會（2008），（長期照護保險規劃報告）。

內政部（2004），《我國長期照顧政策整合體系推劃草案》。

內政部（2000）。社會工作辭典第四版。

相關政府網址

行政院勞工委員會職業訓練局。網址：<http://www.evta.gov.tw/>

內政部戶政司。網址：<http://www.ris.gov.tw/>

內政部社會司（1997）。老人福利法。網址：<http://sowf.moi.gov.tw/04/02/02.htm>

《日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究》：行政院經濟建設委員會。

碩博士論文

顏雅萍（2009），政策行銷之分析-以花蓮縣無毒農業政策為例，花蓮，東華大學公共行政研究所碩士學位論文。

林伯藤（2009），《我國老人福利安養政策之研究》，花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

林巧韻（2008），《以地方行銷推動花蓮縣觀光發展之研究》，花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

孫震（2007），《社區福利組織化芻議-在少子高齡的社會中，對家庭養老育幼兩項功能的補助計畫》，台北：東吳大學社會工作學系碩士學位論文。

李冠樺（2007），公共政策行銷之研究-以花蓮縣地方文化館計畫為例，花蓮：東華大學公共行政研究所碩士學位論文。

顧慕晴（2006），我國菸害防制政策行銷之研究-以國民健康局無菸餐廳計畫為例，台北：公共行政暨政策學系碩士學位論文。

李志郎（2006），《政策行銷之研究—以花蓮縣民宿管理政策為例》。花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文。

胡子勻（2006），《我國長期照護政策行銷方式之研究》，台北：銘傳大學公共事務學研究所碩士學位論文。

張美慧（2004），《花蓮縣政策行銷之研究-以「洄瀾 2011 創造花蓮永續發展願景規劃案為例」之分析》，花蓮：東華大學公共行政研究所碩士學位論文。

蘇偉業、蔡岳展（2004），政策行銷之研究：以限制使用購物用塑膠袋及塑膠類免洗餐具政策為例，高雄：國立中山大學公共事務管理研究所。

相關網站

陳耘盈（2002），《台北市垃圾費隨帶徵收之政策行銷》，台北：國立政治大學公共學系碩士論文。

黃澤銘（1999），《台北市政行銷之研究—台北市政府新聞處之角色功能》。台北：國立台北大學公共行政暨政策學系，碩士論文。

附錄一 訪談題目

訪談同意書

『花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究』訪談同意書

您好：

十分感謝 您願意接受本次的訪談，此次訪談的目的是為了更進一步了解「長期照顧十年計畫政策行銷」之研究，希望透過此次訪談能夠更深入了解該政策，且提供已未來學術之參考。本研究訪談時間約為半小時，同時為了方便資料整理，會於訪談前詢問您是否同意於訪談過程中接受錄音，錄音內容僅作為作者分析資料及歸納資料時之用途。基於保護受訪者之立場，對於 您的姓名、服務單位以及受訪內容於論文中將採匿名代號的方式呈現。若 您對於此次訪談有任何疑問以及意見，歡迎 您隨時提供給研究者 您寶貴的意見，最後誠摯地邀請 您撥冗接受此次的訪問。

最後，若 您對於研究過程中有任何疑問，請 您隨時與研究生黃瓊瑤聯繫

我願意接受此次訪談

我同意在訪談過程中錄音

受訪者：

(簽名)

日期： 年 月 日

國立東華大學公共行政研究所

指導教授：朱景鵬博士

研究生：黃瓊瑤敬上

聯絡電話：

花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究訪談說明

此次訪談是為了針對長期照顧十年計畫政策行銷作更進一步的了解，長期照護十年計畫於 96 年 4 月起實施，政策目標是以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，並加強照顧服務的發展與普及。目前政策已施行將近 5 年，因此本研究希望透過此次訪談，對於長期照護十年計畫政策執行、行銷以及該政策之政策面有所了解，並提供未來學術之參考，在此感謝 您的支持與協助，使得本研究更具有參考價值與意義。

此次訪談的主題，訪談大綱如下

- 一、就您所知，長期照顧十年計畫的政策主軸以及內涵為何？其具體推動的方向為何？
- 二、請問中央政府和地方政府對於該政策施行過程中，如何與地方連結以便政策順利推行？
- 三、請問長期照顧十年計畫政策施行之前中後曾經面臨何種問題，面對種種問題時，請問曾經作過何種改善方法？
- 四、請問您認為目前長期照顧十年計畫政策執行之成效如何？是否有滿足民眾之需要？
- 五、請問您認為長期照顧十年計畫實施至今，其行銷成果如何，對於該政策之政策行銷您認為哪些方面最完善？哪些方面還需要加強？
- 六、目前長期照顧政策由社政單位以及衛政單位協助整合推動，針對未來「衛生福利部」的成立，您認為對於長期照顧有何益處？其整合方式為何？

此次訪談約需要半小時之久，同時為了方便資料整理，會於訪談前詢問您是否同意於訪談過程中接受錄音，錄音內容僅作為作者分析資料已及歸納資料時之用途。基於保護受訪者之立場，對於 您的姓名、服務單位以及受訪內內容於論文中將採匿名代號的方式呈現。若 您對於此次訪談有任何疑問以及意見，歡迎 您隨時提供給研究者 您寶貴的意見，最後誠摯地邀請 您撥冗接受此次的訪問。

敬祝

平安快樂

國立東華大學公共行政研究所

指導教授：朱景鵬博士

研究生：黃瓊瑤敬上

聯絡電話：

『花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究』訪談同意書

您好：

十分感謝 您願意接受本次的訪談，此次訪談的目的是為了更進一步了解「花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷」之研究，希望透過此次訪談能夠更深入了解該政策，且提供已未來學術之參考。本研究訪談時間約為半小時，同時為了方便資料整理，會於訪談前詢問您是否同意於訪談過程中接受錄音，錄音內容僅作為作者分析資料已及歸納資料時之用途。基於保護受訪者之立場，對於 您的姓名、服務單位以及受訪內容於論文中將採匿名代號的方式呈現。若 您對於此次訪談有任何疑問以及意見，歡迎 您隨時提供給研究者 您寶貴的意見，最後誠摯地邀請 您撥冗接受此次的訪問。

最後，若 您對於研究過程中有任何疑問，請 您隨時與研究生黃瓊瑤聯繫

我願意接受此次訪談

我同意在訪談過程中錄音

受訪者：

(簽名)

日期： 年 月 日

國立東華大學公共行政研究所

指導教授：朱景鵬博士

研究生：黃瓊瑤敬上

聯絡電話：

花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究訪談說明

此次訪談是為了針對長期照顧十年計畫政策行銷作更進一步的了解，長期照顧十年計畫於 96 年 4 月起實施，政策目標是以全人照顧、在地老化、多元連續服務為長期照顧服務原則，並加強照顧服務的發展與普及。目前政策已施行將近 5 年，因此本研究希望透過此次訪談，對於長期照顧十年計畫政策執行、行銷以及該政策之政策面有所了解，並提供未來學術之參考，在此感謝您的支持與協助，使得本研究更具有參考價值與意義。

此次訪談大綱如下

- 一、請問據您所知，目前花蓮縣在推動長期照顧十年計畫已經完成第一期的政策執行，在執行過程中曾經面臨哪些困難？其因應方法為何？
- 二、請問您認為，長期照顧十年計畫的政策實施至今是否有符合民眾的需求，其中有哪些服務內容是資源較缺乏，請問主管機關有哪些作為？
- 三、就您所知，以花蓮縣長期照顧十年計畫服務項目中，哪項服務使用率最高？哪項服務使用率最低？針對使用率偏低的項目地方政府有哪些因應方案？
- 四、就您所知，花蓮縣在推動長期照顧十年計畫時如何透過行銷或是曾經利用何種行銷方式？
- 五、就您所知，花蓮縣在推動長期照顧十年計畫時有無特殊的行銷方式？
- 六、就您所知，請問地方政府在推動長期照顧十年計畫時，和中央政府如何連結以便政策順利推行？而和委託機構的連結方式又為何？
- 七、未來在長照服務項目的規劃會不會考慮計畫一些除了現行規定的服務項目外，是否有一些創新的服務項目更吸引標的族群使用？例如運用花蓮縣地方特色、或是依據失能人口的特性等，可以規劃不同的作為？
- 八、目前長照制度的發展仍是以社政和衛政為主，針對未來「衛生福利部」的成立，您認為對於地方在推動長期照顧有何益處？其整合方式為何？

附錄二 訪談紀錄

受訪者 A1

一、訪談日期：101 年 4 月 5 日

二、訪談時間：下午 2 點至 4 點

三、訪談方式：面訪

訪問者：就您所知，長期照顧十年計畫的政策主軸以及內涵為何？其具體推動的方向為何？

受訪者 A1：97 年到 100 年為推動的第一期，去年年底已經規劃推動第二期計畫，如果推動的順利的話是要銜接長照保險，但是在長照保險推動之前要完成很多的法，就像健保一樣有健康保險法，那長照就是有長照保險法，長照在推動的第一期會有一些問題，也導致長照保險如果貿然的推動會有一些問題，因為目前長照的資源不足也不夠，質的部分也不能夠保證，因為它不像健保一但繳了保費，路上的醫療資源很豐沛，那偏鄉地區如果醫療資源不足還有 IDS 等等的服務，可是長照的資源就還沒有辦法像健保這樣充足，所以如果貿然的往下推動。因為保險一旦繳了錢但是沒有利用到應有的資源就會產生民怨，因此在面臨這些問題時就會去檢視第一期執行下來有哪些問題。

長期照護十年計畫主要推動方向是因為老年人口比例逐年升高，尤其是像嘉義縣，東部或是南部地區老年人口比例很高，台灣 99 年老年人口比例已經達到 10.7%，推估到 114 年大約五分之一，也就是五個人當中就有一個老年人，而現在人又很長壽，萬一年老又失能的話累積的人數就會很多，再加上飲食習慣等等會造成功能不好，但是現在醫療技術又很發達就會延長壽命，但是功能並沒有延長，所以就造成需求快速的增加，所以才會推動長照計畫，不然以後都會是社會的成本。

訪問者：請問中央政府和地方政府對於該政策施行過程中，如何與地方連結以便政策順利推行？

受訪者 A1：其實最大的平台是成立一個照管中心，因為現在分兩個機關就是社政和衛政，在地方政府也是分兩個不同的體系在執行，因此希望成立一個跨局處的照管中心來執行並且做整合，中央把政策交給地方去執行時透過照管中心的機制來做一個整合，再由照管中心去推動給服務提供者做轉介的工作，因此地方的連結最主要的還是成立照管中心作為一個橫向聯繫的平台，長照成立初期也是希望照管中心是一個正式的單位，因為會比較穩定下來也會比較長久，才不會像現在這樣不穩定，流動率高。

訪問者：請問長期照顧十年計畫政策施行之前中後曾經面臨何種問題，面對種種問題時，請問曾經作過何種改善方法？

受訪者 A1：長照第一期推動這四年的成效並不如預期，長照計畫一開始是由內政部開始負責推動，到了 98 年後計畫做修正，發現執行的成效就會發現第一年執行下來服務的量占總失能人口，真正服務到的人數比例第一年佔二點多，到了第二年也才三點多不到五，可是到了第三年才佔全部失能人口的 16.7%，其實真正需要服務但是才服務到 16.7%，主要的原因我覺得是在第一是在其實長照計畫是一個中央規動的政策放下去給地方政府執行，地方政府對於政策熟悉度到底多少？第二個問題是到底行銷為何，大家到底知不知道這個政策是什麼？而第三個是這幾年看下來有些人員的流動率是很高的，普遍很多縣市都有這樣的情況，所以在這種情況之下就沒有辦法的成效很好，從各縣市回來的數據就可以看得出來，所以長照的推動的一期下來其實是有進步啦！但是推出去的人口占失能的人口還那麼少的主要原因。但是每年都有在進步，進步的空間也是很大，我相信到第三年第四年也會更進步，因大家也更知道這項服務，但是整體的成效還是沒有到達當初預期的成效，因為所占到的比例還算是低的。

訪問者：在花蓮面臨的問題也差不多，有些地方其實長照資源也不足，所以服務的量也比較少。

受訪者 A1：資源不足主要是供給面，也就是我有這種需求但是供給面不夠，但是有

時候其時也是因為民眾根本不知道有這項服務，其實也很多真的是因為這樣的原因，後來政策修正後，每年地方政府都要提報長照的計畫到內政部或是衛生署去做審核，那像是內政部或是衛生署就會邀請相關的機關，我們會和經建會等等還有相關的學者何定審核這項計畫，但是每個縣市都會出現剛剛提到那些問題所以執行率就不太好，那現在就是想民眾為什麼會不知道這項計畫，所以就開始做主動開發也就是主動服務，很多需求者來自中低收入戶，也多都不知道有這種服務但是卻有這種需求，所以反倒過來就是把中低收入戶的名單拿出來後請人去問有沒有這種需求，就是主動去做，才有辦法把執行率拉起來要不然前面推動了兩年那個執行率就是很低，就會去探討原因什麼會沒有辦法達到成效。因為中低收入戶其時候會建制系統然後就是把名單拉出來然後去看看這種人有沒有這樣的需求。

那資源不足的方面那真的也是另外一個問題，因為真的有需要的人把他送去服務幾個小時，除非你是居家服務，那居家服務你要看服務的提供單位願不願意跑到那麼遠的地方去服務，如果是在很偏遠的地方，數量又很少以民間的機關還是要賺錢因此就不會在那個地方設立，就會在案數比較多的地方去設立，如果要跑到那麼遠的地方去服務就會考量到不划算，所以那些偏遠地區那一地帶的人民的使用率就不會很高。

那現在第二期計畫出來可能會做一些調整，包括可能獎勵一些偏遠地方的補助設立，不然就是有些衛生所不是要到民眾家中作居家護理可能費用就會給的比較高，有不同的標準啦！可能第二期會做一些改變。第二期從 101 年到 104 年，大致還是就第一期的問題資源的不足、人員的素質、人員的培訓、資訊的傳達等，因為有好的東西總是要想辦法把它用出去想辦法讓民眾知道，還有包括系統的整合等要做一些改善。另外第二期還會再提一個長照服務網的計畫，第二期大致延續第一期，服務的對象大致一樣，服務的內重大比較延續第一期，就第一期所看到的問題作一些改善。那第二期所提的長期照護服務網主要的目的大概是先盤點所有長照資源先去盤點花蓮縣到底有多少長照機構、有多少長期照護人員、照管中心的運作情形等等，先把各縣市的資源做一個盤點，盤點後就去看哪些地方資源是不夠的，像是花蓮哪

些偏鄉資源不夠，那就想想用什麼方是去補助，就是先把每個點的資源讓他先長出來，至少在使用的時候是有可近性的，就是我們一般所說的據點，民眾就可以去利用，點多了接下來就是量的達成，接下來就是質。那人員的部分就是開始培訓，例如醫療專業人員、社工人員、長期照護人員、評估的照管人員等必須上過一些課程，通過什麼樣的課程，有哪些資格，甚至要考過什麼樣的證照就是類似這樣的規劃，等於是質和量要先上來，中央政府也會希望做另外一個計畫去強化和補助，讓資源長出來。那第二期主要來是延續第一期，做到最後看是怎樣可以順利銜接長照保險，但是在長照保險之前最重要的是要把質和量用好，至少量的方面要像一個樣，像是健保到處都是合約診所，要是你健保合約診所太少民眾也會覺得可利用性不足，那長照保險也是一樣。所以第二期的方向大概會朝剛剛所說的那些去做。

長照十年計畫當初在研擬計畫時也有辦理公聽會，計畫本來就是會邀請一些專家學者來研擬的，在定制度之前本來就會辦理相關的公聽會，在推動的初期甚至辦理完之後會到地方政府辦理分區說明會，像是社會處、衛生局等等，收到訊息之後再告訴基層人員。各縣市的照管中心也是面臨很多問題，如果人員已經訓練好但是照顧據點拉太遠的話，給的薪水又是一樣的來回又很辛苦，日子久了都會待不住。再加上評估的專業性，有些評估過後民眾會覺得無法達到他要的需求，拿到的時數的落差也不是民眾可以接受的，那這些都和人員的素質和是否足夠有很大的關係。所以這和執行上就會有一些相關。

訪問者：請問您認為目前長期照顧十年計畫政策執行之成效如何？是否有滿足民眾之需要？

受訪者 A1：我覺得整體看下來長期照護執行到現在並沒有符合民眾的需求，每個縣市這樣看下來其實平均來講使用率已經不高了，最明顯的是他沒有辦法達到他的成效，他包含好幾種服務項目，像是社政是提供哪些項目、衛政提供哪些項目，你可以去分析看看哪一種項目是民眾使用率最高的，社政應該是居家服務、衛政的話應該是喘息服務。有些像是居家復建這種東西，有些就是有規定一些時數，其實對於

民眾來說是不夠的。我覺得整體的民眾使用成效沒有很理想的原因是在就現有財政的情況，可以分配多少錢如果現在無上限的開高的話，萬一到時候需求量增加，整個財政就會負擔很重。所以現在再衡量整個財政和可以服務的時數，但就需求者來說使用的服務時數是不夠的。目前長照保險先暫緩，要等整個資源都好了之後才適合推動，目前有計畫在推動長照服務網，其實長照十年計畫服務對象是有些對象的限制，將來在推的時候尤其是第二期，長照服務網的精神在於只要是失能者就應該要受到服務，但是這個涉及到財政以及資源的準備，資源如果不夠當這些需要被服務的人進來之後有需求卻沒有辦法服務，因此現在必須把資源用出來，將來要把所有失能的人都納進來長照服務網。那第二期的長照計畫主要先把 49 歲的身障者納入，接下來希望 102 年到 104 年分階段把那些失能者全部都納入長照服務網，這樣也比較符合長照服務網的精神。這樣服務的對象比較廣需求相對的就比較多，但是前題之下資源一定要夠。一定要先打這些資源都長出來才有辦法提供需要服務的人。就類似醫療網，先做一個區分的盤點，哪些地區是比較多資源等等。另外一個就是機構整合式的評鑑，像是很多長照機構例如老人服務機構，有些機構有不同的評鑑標準，像是社政的福利機構看的是社政的標準，一定會偏向社政要看的標準，那像是護理之家等等偏向衛政，主要看的是衛政的指標。所以將來是希望變成一個長照機構，就沒有分衛政和社政，所以怎樣那標準一致，那剛剛所說的量已經上來，再質的部分未來長照服務網也會要求機構有一樣的規範，會有一致評鑑的標準，那現在就在考量評鑑的標準是不是要那麼嚴格，因為如果一開始就那麼嚴格，又要質和量都要上來，那就會考量有一些先天本來就不好的機構是否可以生存下來，所以長照服務網的精神，那未來在執行的細則和法條怎樣可以兼顧到這個。

然後接下來就是人員的部分，不管是照顧人員到底是要具備哪些資格能夠符合，在長期照護法規定人員到底要符合哪些條件，你要有這些條件就必須要有相對的訓練，這種訓練就會牽涉到你訓練後將來要有足夠的機構或是民間團體有服務的對象讓他們有工作的機會，現在也是有很多訓練後沒有服務者給他們工作，即便有工作再加上待遇沒有那麼好的情況下你看每個縣市的照管中心人員的流動率是很高

的。有點環環相扣。另外一個是外勞的部分一直在討論要不要把他們納入長照，因為長照有所謂的實體的服務，有一部份是現金的給付，長照服務法最主要討論外勞的部分是如果把外勞納入長照的話，外勞的職前訓練其實是歸屬在勞委會在管理，如果把外勞納入長照服務法，勢必要接受到長照服務法的規範和勞委會之間的規定所以外籍看護工在拿出來討論的時候就會有一些爭議，而且和本國的看護工等於是本國的產業會以及就業有一些競爭的可能。另外長照服務法還會規定照服員可能要接受到哪些訓練，可是外籍看護工如果不規範的話，那接受到的品質就無法受到保障，如果外籍看護工不受到這些規範的話，等於和勞委會的規定就會有一些衝突，所以也會被考慮到。這個法案上個會期也在立法院被討論過很多次，後來也是沒有什麼共識，不是只有針對外勞，而是針對剛剛提到的問題都有做一些討論。

訪問者：請問您認為長期照顧十年計畫實施至今，其行銷成果如何，對於該政策之政策行銷您認為哪些方面最完善？哪些方面還需要加強？

受訪者 A1：計畫推動完交給地方政府，地方政府可能面臨哪些問題、在經費上面又怎樣去資助，就是比較專注這個計畫要怎樣執行的內容。以行銷來說在我回想計畫行銷方面做得不多，其實也很少在電視上看到有相關的宣導，好像也沒有什麼印象。地方政府要藉機用什麼方式去行銷，就主管機關中央機關可能會要求地方政府每年要達到多少數量？有這樣的基準在嗎？好像也沒有這種要求。相關部門一定會做宣導，宣導也是一種行銷的過程也是一種手段，可是要看到的東西應該是要看到服務的比例，縣內有多少人，那你要多少服務多少比例，才有達到一定的量。可是就各縣市所提出的計畫都是制定，例如說我要什麼服務達到多少等等，但是內政部並沒有規定縣市要提升多少百分比，這樣地方政府才會依照目標數趕快去完成，其實現在沒有這樣強制的要求。等於是給地方政府自己去訂定。

而所謂的宣導也是要看看地方政府如何搭配你現有的資源怎樣去做行銷，就目前比較沒有看到所謂的整體性的行銷。計畫的層面行銷方面是比較少。另外可以看到使用的對象大概以中低收入戶、低收入戶，他們本來對於這種資訊的取得本來就是比

較弱，他們謀生都來不及了，對這種資訊的取得的管道本來就比較少，回來思考才想說其實中低收入戶其實他們的需求可能比較多，因此把那些名單找出來告訴他們政府有這樣的措施。有些縣市利用縣政府的預算補助變成一般戶自付 30% 等等的措施，原因是要衝高服務量，因為民眾可能會認為我得到的時數多付得錢有得到補助，那可能就不會請外籍看護工，就是縣市政府可能看到問題，如果他重視的話他們就會這樣做。但是如果這樣做的話，到時候如果長期照護保險上路後，可能會讓民眾不能適應，甚至有些縣市全免，到時候長期照護保險要收費時就會讓民眾付費，造成銜接上的困難。

訪問者：那您剛剛有提到行銷方面是不足，請問您認為長照十年計畫未來在行銷方面應該如何加強？

受訪者：如果有錢的話就電視一直打廣告，但是這是最不負責任的講法啦。不過我覺得行銷這種東西真的很難做，因為他不只有長照需要做行銷，因為像是你們地方在做癌症篩檢，他今天多了很多癌症篩檢像是乳癌、子宮頸癌等等？這種新的政策你們如何行銷？

訪問者：政府好像都先找代言人。

受訪者：對！一樣都是花錢下去上廣告等，沒有增加曝光度就沒有辦法讓大家知道，行銷這種東西，看你是要放平面或是要上電視媒體或是你要買時段可以做。但是就要很多的錢，但是任何一個縣市的地方政府都沒有那麼多的經費去專做你一個政策的行銷。中央可以做一個整體性的政策宣導，或許他可以買一個電視時段去做宣導，對於縣市政府來說，如果像是長照，一般我們在做行銷就會想大概使用的對象是誰，先去做了解，有可能了解使用對象後就分重去做行銷，譬如說長照使用的對象是 65 歲以上的人，以衛生局的角度來講的話，在現行哪些措施的對象是這些人，或是更往前推 50 歲的人將來可能符合年齡，運用現在有的機制做行銷，告訴民眾有這樣的服務，等於就是去看我現在使用的是哪些標的族群，那就去看我現在有哪些機制可以去做結合去行銷，那另外一個是搞不好要申請這些服務的是他們的子女、配偶會比較多，像是我看衛生統計的資料上面說：其實家庭照顧這塊需要長照族群的人，

以男女來說就是婦女最多、再來就是兒女、接下來就是配偶，從這些調查對象，針對在家裡要去幫忙最長照的人，針對這些人去做行銷，假設是女性比較多，你們在做癌症篩檢的時候就可以配套下去告訴他們有這樣的服務，行銷這種東西花大錢下去曝光度是一定有。那現在比較好是有網路，網路那方面可以去做網路行銷，但是網路行銷又要考慮到會使用網路的族群大概是年輕人居多，那如果在這邊下猛藥的話，如果資源有限就要想要怎樣去配置，網路行銷下去傳達很快，雖然宣導的對象不是主要的標的族群，可是至少讓他知道這個訊息，如果經費成本不高，或許可以試試看，但是網路行銷這些對象在做宣導政策時一定不是主要標的對象，因為離他們會使用到這塊服務太遠了，除非是他們家裡有對象，不然我想也很難，但是也可以針對不同年齡像是 30、40 歲去最不同管道的行銷。但是央還是只能做到整體性的行銷，但是到了縣市政府他們可以去看個縣市不同的人口特性跟失能人口的特性去分配資源放在有用的地方，針對主要的族群去強化宣導，至於長照宣導單張等等放在長照中心門口、衛生局門口等，善用這種公家資源去擺那當然可以。但是有效性就不會那麼高。即便我可以買時段做宣導，我也會去分析哪的時段是那些族群要聽的時段，最主要是看族群啦！要想說怎樣把資訊告訴那些族群，在針對這些族群去做不同行銷的模式，不然政府做很多事情民眾都無感，這就是政策行銷很難做的地方。

訪問者：剛剛您有提到長照可以增加很多服務的據點，增加他的通路。

受訪者：對！如果要讓據點長出來就是要補助，說實在集團需要賺錢，或許覺得人家很商業，今天不管是哪的團體要來開機構或是提供這樣的服務，除非你是公家單位以社會福利的導向來看，要不然當然是團體要營利，所以長照的第二期是想要提另外一個計畫就是長照服務網，最主要的目的就是要獎勵和補助偏遠地區，更精確講的話是長照資源不足的地方讓他去長出來，等於政府就是要藉由這種力量去補助讓資源長出來，如果做得好的話看會不會有需求量增加，慢慢的在推行，現在很多的問題就是在資源不足所以服務體系就送不出去而其他地方都推不動。就要變成要想怎樣去設計讓這些資源可以送的出去，當大家都收一樣的費用的時候這個就很重

要。而且每個縣市都有不同創新的服務，因為我看每的計畫除了必定的項目之外其實有些縣市政府，像是台北市資源多，就可以提供一些創新的作為，是因地制宜啦。依照地方不同的特色提供不同的服務，例如像是花蓮可以到偏遠地區長照團隊直接進去服務，但是還是要考慮有沒有這樣的經費，所以還是要看地方的特色和財政來看。那像是關懷據點也可以從裡面去宣導，因為他參與的對象就是我們要的那些對象，那就從那邊去做宣導其實也是一種方式。

訪問者：目前長期照顧政策由社政單位以及衛政單位協助整合推動，針對未來「衛生福利部」的成立，您認為對於長期照護有何益處？其整合方式為何？

受訪者：其實我們衛政在做組織有幾個指標性的部會希望組改後可以做得更好，衛生福利部就是主要的部會，長照又是最明顯會看到的好處，由其是將來要銜接上長照保險之後，因為可以依循健康保險的制度去做。現在應該要想分在衛政和社政可能的問題是什麼，第一是法規上的不同，因為兩個不同的主管機關，衛政的主管機關是衛生局，社政的主管機關是社會局當兩個單位需要協調的時候，是需要兩個主管協調，如果將來融合在一起的話，頂多是兩個科或是兩個司協調好就好了，所以整個行政協調的成本就會省下來很多協調成本，那另外從法規面來看，如果從社政的法規來看包含例如老人福利法、精神障礙法、兒童少年法等等，都是針對對象別，可是衛生主管的法令大概都是功能性的法令，譬如說護理人員法、緊急醫療法等等，長照服務法也是一個功能性的取向，就以身障者來說，可能在社政適用於身障法、衛政又有其他法令，這樣資源容易造成重疊，因為分屬於不同的部會，所以每個部會本來就應該提供應給的資源，所以其實資源會重疊，那如果將來可以合在一起的話，資源就可以做妥善的分配。總之就是第一是組織的協調機會可以減少，第二是法規的部分可以一起去檢視，資源的分配會比較整體性。

如果更細節來說的話，評鑑標準也會不同，因為他們的角度本來就不同，社政看的是提供支持服務的功能，衛政看的是醫療功能取向來當作評鑑標準，可是將來兩者融合在一起的時候就是一個長照服務機構，就要有一致性的標準，可是如果是在不

同部會的話要再整合是滿難的，因為每的部會是不同的，那將來整合之下標準會比較一致，即便是要協調也是在同一個部會，在協調上就是比較容易取得共識。那在更細一點項像是系統的整合，社政有社政的像是長照執行的情形、社工等等的個字的系統，衛政也有自己的系統，像是長期照護服務網等。而這兩個在系統的整合是可以合在一起的，在將來對於長照這一塊系統是可以全部都整合在一起的，所以在各種面相的執行都是有好處的，像是人員的訓練也是一樣，因為長照的服務是一個團隊的服務，像是社工員、照顧員等等，如果訓練的資源可以整合在一起的話，等於是從組織的管裡面到資源整合到法規都是可以重新做整合的。就是很典型的合在一起權責都在同一個部會，以前是權責不知道是哪個部會，所以要是將來整合在衛生福利部的話就是那個機關權責都是該機關的，他要做起來就比較能夠一體的去檢視，這是我們目前所期許的。但是作起來是有困難的，但是組織法我們有權規定的是中央的機關，至於地方有地方自治法，地方到底要不要配合做這樣的整併中央沒辦法規定地方一定要做這樣的整併，所以如果沒有整併的話，地方執行在長照還是分別在兩個機關，中央融合了地方如果沒有融合，在中央資源做好整合但是到的地方怎麼執行都有困難，因為還是在兩個不同的局室做，所以地方政府還是自己要去考慮，但是如果地方不做整併中央做了整併長照還是分兩邊在執行，各自使用各自的資源和人力，那兩個單位都很吃力。所以期許可以重新的整理資源的配置，但是成立的初期大概會有兩三年的摩和期，而且不管是社政還是衛政大家都是本位主義，所以都會有一段時間的摩和期，所以這種大幅度的組織融合其實不太容易。

訪談結束

訪談紀錄

受訪者 B1、B2、B3

一、訪談日期：101 年 4 月 17 日

二、訪談時間：下午 3 點至 6 點

三、訪談方式：面訪

訪問者：請問據您所知，目前花蓮縣在推動長期照顧十年計畫已經完成第一期的政策執行，在執行過程中曾經面臨哪些困難？其因應方法為何？

受訪者 B1：因花蓮地區非都會型縣市不可以以台北看天下的觀點以齊頭式的模式去分配資源，尤其民眾經濟水平較低，低收入戶比例較城市多，社區復健、居家復健要落實偏鄉，民眾不甚了解其優點，長照的同仁十分發心的照顧民眾，可以在社區得到專業復健的照顧，另外地段護士在推動初期不認同到明白政府的角色，如何提供最佳的到宅在社區照顧民眾是一件功德、積善緣使公共衛生的幫助和民眾需求結合在一起，感受溫暖服務。

受訪者 B3：我覺得最大的困難在當初在寫長照十年計畫的時候是齊頭式的一個計畫，沒有考量到城鄉差距，花蓮有三個山地鄉，秀林鄉又是全省山地鄉面積最廣的山地鄉，三個山地鄉地廣人稀，還有城鄉資源配置問題，目前設北區、南區分站，但是像是高雄就設很多的分站，花蓮雖然老年人口在全省還說不是那麼的多，不管人力配置也好還有服務的多元性都是齊頭式的，我舉一個例子，我們衛政三項服務，尤其是居家復健，就我們花蓮的復健師有多少位，他不可能有那麼多的資源跑我們居家的個案，光是醫療院所的復健師，他們在醫院裡面個案就做不完了，假設萬榮鄉有兩個個案，他就要從北區到萬榮服務，而且花蓮的醫療資源多數集中在北區，北區願意簽約的醫療院所也不多，因為成本不划算，而且一個個案跑一次一千塊，五十分鐘的指導評估，如果是一般戶政府補助七百塊，那家屬必須拿出三百塊加上一般戶的交通費兩百塊都是家屬必須要負擔的，這就牽扯到城鄉差距問題、經濟問題、人員配置問題都是一個很大的負擔。若是經濟家庭的允許五百塊可能可以接受，

可是對我們的個案來說不要說是一般戶，如果他是一般戶拿不到中低收入戶但是他的經濟確實是很困難的比比皆是，而且就算去的中低身分，中低補助四千七百元，一趟就要付一百二十塊，對一個一個月只有四千七百元中低收入戶來說光是一個居家復健就要拿出一百二十塊是不可能的。所以很難推就是在這裡，因此我覺得面臨的困難就是這樣。長照中心也非常努力在找單位協助居家復健，但是因為成本考量等等，很多醫療院所都不願意參與。我覺得因應的方法是花蓮縣是用地方彩券盈餘的分配款來負責我剛剛說到的一般戶和中低收入戶他拿不到中間資格，去評估的時候確實發現真的沒有什麼收入，例如有些個案有不動產取得不到中低收入戶的資格的，這樣的個案我們就有一個方案就做長照經濟審查，這是縣府福利科的一個審查機制，他授權給我們專員有這樣的審查，這個審查的意義在他的經濟可以落在 2.5 倍，可是他卻不能領中低的補助款，這個審查通過一般戶享有長照的補助等同於中低收入戶的補助，就是政府負擔 90%，這個是我們因應的方法，這個也是其他縣市沒有的，比較特別的補助，這個也讓我們專員花很多時間去審查。

受訪者 B2：當初有明定社政七項服務和衛生三項服務需要的目標數的明定我覺得很好，困難得部分其實也還好。但是我覺得補助方式用同一種模式用於全部縣市（補助機制）對我們來說是比較吃虧的一件事情，像是一般戶要自付 40%，那對於我們弱勢家庭很多的縣市和地方財源不足的狀態下，也只能按照中央給的這套標準去做，真正的困難是當初推動的時候很多民眾對於長照的觀念還是停留在福利補助的概念，比較偏向社會救助的面相，那時候轉型成要使用服務必須自付 40% 很多民眾就有有壓力，所以我們那時候也面臨要去行銷、說明、要講得頭頭是道讓民眾覺得有這項服務我若是不使用會很可惜，像是居家復健最難說服，民眾可能會認為我到醫院刷一次健保卡可以用六次，那如果我申請居家復健一次五十分鐘就要 500 元，可是我們這個服務是針對很難出家庭的個案或是臥床的病人，如果每次就診都要使用救護車或是送到醫院去是一件多耗時耗力的事情，那居家復健就是有一個治療人員，醫師的部分也確認後有一個醫囑，然後治療師到家中評估就個案家中現有的輔具教導個案如何自我鍛鍊，這是居家復健的好意，但是當初民眾可能不知道這樣的

服務，很多民眾也很樂天不使用這項服務，所以這是當初在推動的時候比較辛苦的部分，但是到後來慢慢的做宣導或是使用過的人頭耳相傳，透過使用過幾次可以進步到某種程度，對於一些四、五十歲中風的人還有機會站起來、傷口不好的個案增加兩次的居家護理等等，慢慢民眾知道這項服務的好處就會開始使用。當初遇到的最大的困難就是民眾不了解，不願意使用然後我們必須在這方面要有很大的突破。

受訪者 B2：像我們遇到的困難就是有時候像遇到會計、主計、審計等等相關合作的業務科、幕僚科等等她們有時候會不清楚長照在做甚麼。所以就要花很多時間去和他們說明，因為我們不懂會計的東西，像是候喘息服務的補助還要釐清招標的東西內容，還要讓衛生所承辦的小姐能夠寫的出來，因此耗費很多時間。所以遇到的困難也有包含這些，機關和機關的溝通、科室和科室之間的溝通，從無到有也只能會對方理解的話語去溝通解決。

訪問者：請問您認為，長期照顧十年計畫的政策實施至今是否有符合民眾的需求，其中有哪些服務內容是資源較缺乏，請問主管機關有哪些作為？

受訪者 B1：長照十年計畫共 10 項，如果以專業的思考方法去規劃應是可以滿足基本的需求，但民眾往往把政府規劃的美意擴大無限，把非專業、專業所規劃之外的工作作為需配合，一旦無法滿足民眾的期待照常規來說，政府的規劃以貼切足夠，否則有限的資源將很快用盡，政府的資源有限，民眾的慾望無窮，獨居長者行動不便、偏遠地區更協助長者，需規劃鄰里長、村幹事、員警等鍵入電腦，可連結社區發展協會、婦女關懷據點之婦女朋友關懷、陪伴、愛心志工的介入均十分重要。對於健康長者可以培力成關懷天使更可以貼心關懷同年齡層的長者。

受訪者 B3：我覺得民眾的需求我們政府是永遠沒有辦法幫他們滿足的，他可能有其他不同的需求是我們沒有辦法達到的，我們提供的服務只是支持性的並沒有辦法滿足個案或是案家所有的需求，實際上去評估個案他的需求和問題是真的還滿多的，無法用長照的資源來滿足個案所有的需求，政府的長照計畫真的只是一個支持性的服務，無法取代案家的照顧。

受訪者 B3：目前社政有七項服務衛政有三項服務，我覺得中央一直有強調整合在單一窗口，可是我覺得有一個很大的疑問在我心中，衛生署每次在考核長照服務為什麼只考核衛政三項，然後又一直強調我們這裡是單一窗口，為什麼不十項服務都考核，中央又一直希望長照可以整合單一窗口但是每次考核內政部、衛生署又不一樣，現在我們又隸屬在衛生局醫政科，但是現在又是社政做社政的、衛政做衛政的，所以真的很希望我們這裡真的是一個單一窗口就是專門做個管。我舉例好的，例如一個個案可能使用三四樣服務不等，例如送餐、居家服務、居家護理和喘息服務等等，以送餐來說每個個案每半年要做複評一次，除非重度失能而且他的失能狀況應該不會有很大的變化的個案就一年複評一次。一般輕度和中度失能的個案是半年要複評一次，這樣下來我們有很多需要複評的個案，新案的部分每個專員大概一個月 20 位不等，所以我們的專員幾乎都在複評個案。居家復健我覺得是目前一直量都衝不起來的一項服務。

訪問者：就您所知，以花蓮縣長期照顧十年計畫服務項目中，哪項服務使用率最高？哪項服務使用率最低？針對使用率偏低的項目地方政府有哪些因應方案？

受訪者 B3：目前社政使用率最高的服務是居家服務，以長照交通接送來說其他縣市資源很多，花蓮目前只有 15 台復康巴士，那北區中區南區分下去也沒有多少台，但是他的使用率也算是很高的，復康巴士是委託給門諾基金會，他們單位真的排班排得非常密集，幾乎沒有甚麼休息，特別是中午，因為中午是所有的居家個案去就診要回家的時間，他們的服務量真的也很多。使用率最低的是居家復健，喘息服務的量每年都衝暴，以前都是一年 7 天的喘息服務，後來一直反應之後重度失能有 21 天的喘息服務，所以他們都會很珍惜，喘息服務我覺得是衛政三項服務裡面設計的最好的服務，而社政設計最好的服務我覺得是居家服務。雖然花蓮的醫療資源都集中在北區床位也足夠，但是精神護理之家就占很大的床位，而且是全省的個案都有，所以有些長照的資源不是很足夠的，在加上老人的養護機構我覺得也是不足的。

受訪者 B2：使用量最多的是喘息服務，多到甚至還要嚴格管控，要確認不是是想把

個案送到機構的家屬，因為這項服務是要讓家屬有一個喘息的時間，以便將來更有力量去照顧個案。面臨資源的城鄉差距的問題的解套措施當時有一個很好的方法，就拿健保來說如果健保有城鄉差距怎麼辦，所以就有 IDS，透過一些補助機制給一個團隊的專業人員去偏鄉去做服務，但是這種和醫院申請的給付標準絕對是不一樣的給付標準，就算到偏鄉去只看 2 個人給付的標準也要兩倍，因為它花了一樣的時間，這個就是所謂的經濟效益，如果你把經濟效益的問題丟給醫院一定不會有醫院願意支援，所以就必須把這個錢就必須由公部門吸收，就是由健保局去給付，因為大家都有繳交健保費，所以不能因為我住在山上而把我當成三等公民；用這樣的觀念我們看花蓮的長照，我們當初一直在和中央爭取的是尤其是將來長照保險的部分，因為大家都交了長照保險費用，所以長照所有的服務都要遍地開花，所以負責收費的單位就必須要讓資源長出來，但是對於偏鄉還是要有一個特別的補助機制，無論是給服務提供單位等等，所以中央要定好中間的那個差價，無論如何一定要有一個補助機制，因為越是偏鄉的地區資源越是長不出來，所以這就是政府必須負起責任的地方，沒有商人會做賠錢的生意，既然要把它變成產業，產業就一定是商業化，只是我們這是照顧人的服務業，所以一定要從服務提供單位的角度替他們想，所以一定要讓他們覺得我在花蓮服務一個個案的成本跟在台北服務一個個案獲得的利潤是一樣的，那資源絕對可以遍地開花沒問題。所以我會覺得它一定要有一些漸進式的機制，有一些額外的補助才會讓服務單位覺得獲利是一樣的，至少趨於接近一致，這樣產業化才有可能遍地開花，而且還有有一定的資料去分析，像是偏鄉有偏鄉的補助、都市有都市的給付，這個本來就是要先做好的，像是日本黃金十年計畫，他們收集了多少年的資料，所以他們才会有那 85 題的問題，問題問完之後對應到服務提供，人家有做資料收集、資源評估和服務提供。所以台灣應該做一些階段式的評估、試辦計畫慢慢去收集資料，所以制度的建立是很重要的。

授訪者 B1：家庭照顧者對於喘息服務需求量最多，使用率較低的服務為居家復健，一般的專業人員受限於院方之制度，不希望員工到社區作居家復健，可能花蓮幅遠太廣，人力以及時間浪費於交通往返，因此每個人的想法以及考量不同，主要還是因為地域太大，針對居家復健使用率偏低的措施可以採取：1. 健康促進的落實，讓長者活的健康快樂，不會產生慢性疾病就不需要居家復健。2. 鼓勵醫院之巡迴醫療到社區復健，有雙倍的績效且有加分效果。3. 教導熱心志工協助簡易居家復健。4.

日本長照非常棒，可否有日本的模式拿來複製。

訪問者：就您所知，花蓮縣在推動長期照顧十年計畫時如何透過行銷或是曾經利用何種種行銷方式？

受訪者 B3：行銷的部分我覺得我們做很多，不管大型活動或是小型活動等等我們通通都有去設攤宣導，可是我覺得這樣的效果不是很好，那我們比較多的行銷管道來自醫院的出院準備服務（以下簡稱 DP），鄉鎮公所和衛生所，有需求的民眾透過轉介也會尋求服務。那還有就是服務單位，就是各院所的 DP 和居家護理都會轉介個案，像是居家護理師到案家發現個案都沒有使用到長照的資源就會轉介過來，還有就是民眾主動求助，就是透過親友或是曾經使用過的親友介紹後就會打電話來長照中心，這樣的個案有漸漸多起來。其實電台警廣還每個月定期都會宣導、之前是每個月的第三個星期四的晚上 8 點 40 到 9 點 10 分宣導長照服務，現在是黎民教養院去上電台，他們現在在推廣身心障礙生活重建的服務，這是一個很新的服務，他是和內政部拿計畫協助個案做生活重建，其實地方就是要一直不斷的開發新的資源來滿足民眾的需求，像這個服務我覺得就是一個很好的服務。

受訪者 B2：目前在警廣還是會持續廣播宣導，計畫實施的初期也有在洄瀾電視台、中廣、教育電台和燕聲等等都有宣導，那新聞的部分我們都會盡可能寫新聞稿，那個時候印象最深刻就是利用報紙的專欄，剛開始我們用一個故事化去引導，利用一個感人的故事或不幸的故事等等，然後帶到不用那麼無助，其實還有長照資源等等，因為畢竟看報紙的人還是有透過這樣的故事去引導，像是有些縣市也是會透過 DP 來找到個案，但是 DP 也是會有漏接或是民眾沒有提出需求的時候，然後回到家才想到面臨很多問題，所以我覺得不能只單靠一個管道，還是要利用多重管道讓民眾多方去得到訊息才能讓真正需要使用服務的人使用到服務。那時候也製作很多的 DM、手冊（做過民眾版和專業人員版）的。當時也做過健康調查的普查，發現花蓮有 20-30% 的長者都有失能的問題，而失能當然就是要有輔具才能夠維持正常的運作，所以利用輔具的租借個案也是有做到長照資源宣導的效果。

受訪者 B3：還有一個很特別的就是利用外籍看護，那時候就是外籍看護申審的單位的承辦人在家屬來申請外籍看護之前有會告訴他們長照的資源，他們可能需要就醫，所以申請長照交通工具的個案最多。她們就可以申請居家護理、居家復健、復

康巴士等等都可以申請。

受訪者 B2：那時候我們為了輔具的事情還去找慈濟基金會的師兄等等，從台北捐贈輔具來到花蓮，彰化基督教醫院也給 30 幾床，目前輔具中心有 200 多床的床都在個案家使用。

受訪者 B3：利用輔具的租借真的可以紓解很多家屬的經濟負擔，像我們下鄉去看民眾，有很多使用到居家呼吸器或是臥床的個案真的是花費很多金錢，對於照顧者經濟壓力很大加上照顧個案都快要把他們的精力消耗了，所以輔具的租借真的幫助他們很大。

受訪者 B1：目前有利用的行銷方法包含 1. 出院準備服務：醫院的出院準備服務 2. 衛生局所以及社會處利用活動主動宣導。3. 利用政府、民間團體、農漁會團體、報紙、電視、印刷 DM 以及紅布條、電台、電視、社區日托站以及民意代表服務處、教會組織等方法作宣導，例外還有利用政府的跑馬燈、車站、大型海報等協助宣導。

訪問者：就您所知，花蓮縣在推動長期照顧十年計畫時有無特殊的行銷方式？

受訪者 B1：其實透過醫院出院準備服務工作人員一針見血的方式宣導，知道個案的需求在哪裡，這種行銷讓家屬間互相傳達實際的訴求最便捷以及實際。

受訪者 B3：除了各大活動我們長照中心都會搭配去擺攤、設攤宣導，我們也製作很多的宣導品想吸引民眾來認識這項服務計畫，說真的我覺得行銷很難做，因為我覺得民重要是沒有碰到問題，你去擺攤宣導也不會吸引他們，最好行銷的方法就是他問到使用過這項服務的人，我覺得我們的周邊行銷最大的效益是輔具租借服務，很多民眾都是因為輔具租借不用錢，遇到出院的個案要使用氣墊床他就會到處打聽，很多使用過的民眾就會告知可以到長照中心租借，來這裡借的時候我們就會一個個問一個個初篩，然後從其中收到個案；再來就是 DP，DP 也會轉介個案過來，像是個案如果要出院了，可能需要各種輔具的幫忙，醫院的 DP 都會把個案轉介到我們長照中心，所以我覺得這是一個很大行銷的通路，第一就是靠輔具租借服務來行銷，這個也是其他長照中心目前沒有在做的服務，因為其他縣市都有內政府成立的輔具資

源中心，輔具租借是我們早期 88 年成立到現在都有在做的服務，所以這是一個很好的行銷。所以你所說的行銷，像是電視行銷、廣播行銷、活動的行銷收到的效益沒有那麼好，像是我們剛成立的時候那時候是門諾醫院委辦的時候我們一一的打電話宣導，我們最大宗的個案來源還是透過 DP，因為他既然會失能一定會經過醫院，所以醫院的 DP 是最重要的關卡。

訪問者：就您所知，請問地方政府在推動長期照顧十年計畫時，和中央政府如何連結以便政策順利推行？而和委託單位的連結方式又為何？

受訪者 B1：各縣市的人文、地域不同，剛推動十年計畫有許多的機會和他縣市取經學習，把適合自己縣市的模式帶回來推動再和業務銜接，間接相關的單位、機構橫向、縱向學習訓練。其連結的最終目的是如何提供方便、可近性、貼心的服務給民眾。

受訪者 B3：以我們長照中心這個單位連結最多的就是社會處的福利科，以花蓮縣來說，每個月的中心會議每一個社會處的承辦人都會參與行政會議，像是輔具的承辦人、送餐的承辦人等等都會參加，那像我們衛政的就是三項服務是同一個承辦人。和委託單位像是門諾、慈濟等等都是三個月開一次業務聯繫會議。

受訪者 B2：當初遇到問題其實就是不厭其煩的打電話溝通，然後把地方的需求讓中央清楚，因為像是在台北可能不像花蓮幅員遼闊，在開始的規劃上可能就有一些限制，像當初一開始規定一個照管專員要負擔 200 個個案，像是台北市可能一棟大樓 6000 個人可能就有 20 個個案在裡面了，一天走進去剛好 20 個可以訪完，以花蓮來說一天要訪完 20 個個案要走多久，所以那時候有申請交通補助費，那時候光是交通補助費的簽核就卡了三個月，然後申請到一個月 3000 元。

訪問者：未來在長照服務項目的規劃會不會考慮計畫一些除了現行規定的服務項目外，是否有一些創新的服務項目更吸引標的族群使用？例如運用花蓮縣地方特色、或是依據失能人口的特性等，可以規劃不同的作為？

受訪者 B1：如能有透過雲端系統設計緊急救援連線，讓獨居長輩或是子女不在身邊的長者有可近性、立即性通報或回應。在花蓮弱勢民眾比例較高，輔具需要的租借

日益增加，例如電動車、輪椅等，若是有大企業回饋長者愛心，也挺不錯的。

受訪者 B3：我們花蓮有一個不錯的服務是緊急救援連線，這是納入我們長照服務的項目，這是其他縣市沒有的服務，還有輔具租借中心也是其他縣市的長照中心沒有的服務。

訪問者：目前長照制度的發展仍是以社政和衛政為主，針對未來「衛生福利部」的成立，您認為對於地方在推動長期照顧有何益處？其整合方式為何？

受訪者 B1：衛生福利部真的整合在一起是一個美好的願景，屆時民眾不用社政、衛政之不同的需求分別來申請造成民怨，雖然不同單位要整合要打破藩籬，應先把日本完整推動的情況複製在台灣，找幾個不同類型的縣市先試辦，以發現問題之癥結，到一切推動順遂後再大方向的全國同步實施，雖各縣市財源不一，如果長照的專員能納入正式員工部在浪費過多的人員訓練經費（因為沒有公務員保障無歸屬感），有機會她們均選擇去他處有保障之公職。像是台北縣早在 90 年長照同仁已是公務員，再辛苦有委屈也還有保障，縱有低潮也能適應。

受訪者 B2：其實不管是現行的衛生局主導長照業務或是社會處其他科室業務整併到衛生局人員和經費一起併過來，或者是說衛生局相關長照的併到社會處，因為這在地方式各有權責，以往我們的想法是這樣的推動我們如果可以做合署辦公，因為在日本長照推的很好，而在台灣好像到處都卡住了，光是設長照中心到底是社會處來設立還是衛生局設立大家都壁壘分明，衛生局有衛生局的想法社會處有社會處的想法，如果可以做到合署辦公當在衛生署考核的時候可以加分代表我們是有用心要做這件事情，不然就各自本位主義壁壘分明，其實中央衛政和社政本來就各有其職，衛政負責管人的部分、社政負責業務費用，這是中央自己做分工，因為他們還沒有辦法整合，如果衛生福利部成立了就可以做整合，就不會做到別人家的事情或是有權責不清的部分，因為其實公部門大家都必須很清楚的知道自己的職責所在，如果職責越過別人的職責的時候是不好的。那在推動業務的時候中央可以明定地方由誰

來承接的話這樣地方也很好推動，像是例如成立一個衛福處等等，如果明定一個專屬的單位，而且每個縣市都有，像是日本他們就很明確，衛生下面就包含福利，他們衛生下面就有一個衛生福祉科，其實日本他們已經融合的很好了，我們對於整合是樂觀其成，但是對於法源還是希望能夠明確。不然就是中央已經合併了地方還沒有合併、或是大家都在觀望其他縣市，大概有一個指標性就是北高兩市先整合，看看他們整合的情形大家在去參酌，其實有以往有其他縣市設立長照科，但是當初設立的這些人可能因為種種因素就不繼續做了，所以也是讓大家望而卻步。

訪談結束。