

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

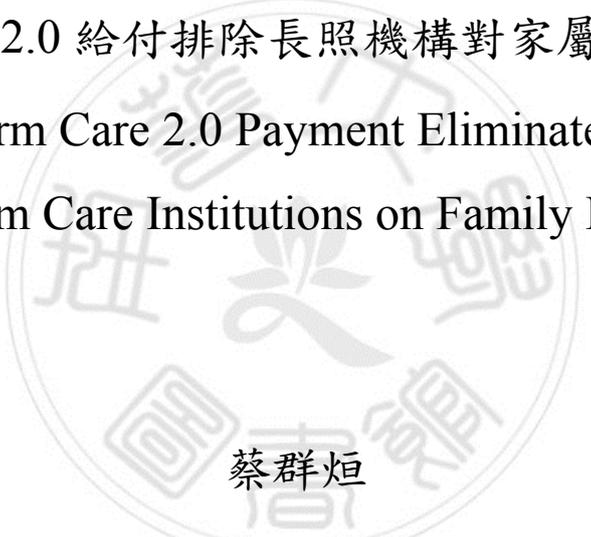
College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

論長照 2.0 給付排除長照機構對家屬之影響

On the Long-term Care 2.0 Payment Eliminates the Impact of
Long-term Care Institutions on Family Members



蔡群烜

Chun-Hsuan Tsai

指導教授：張國偉 博士

Advisor: Kuo-Wei Chang, Ph.D.

中華民國 110 年 12 月

December 2021

南 華 大 學

生 死 學 系 碩 士 班

碩 士 學 位 論 文

論長照2.0給付排除長照機構對家屬之影響

On the Long-term Care 2.0 Payment Eliminates the
Impact of Long-term Care Institutions on Family
Members

研究生： 蔡群烜

經考試合格特此證明

口試委員： 楊淑慧

林原賢

張國偉

指導教授： 張國偉

系主任(所長)： 楊國松

口試日期：中華民國110年12月28日

謝誌

〈2021 遊合歡〉

巍巍仙蘊島，渺渺匿雲蹤，日月同輝映，風濤浪幾重；
萬年鑿濬壑，千古矗危嵩，金契歷十載，寒暄暖暮冬。

謹致在學業中協助過我的眾多師長們與網絡單位，以及接受我叨擾的諸位朋友們，在這受疫情影響而青黃不接的時代，離開職場重新捧起書本實在是件很苦的事情。但是很慶幸一路走來，在每個階段都有不同的夥伴給予支持與鼓勵，我才能一步一步完成這件作品，也算是在神聖的學術殿堂，留下一點足跡。

感謝指導教授**張國偉**教授，自從在社工學分班開始便接受您的教導，在實務與學術領域不斷耕耘，不管遇到什麼問題都難不倒你，總是夠詳盡地予以解答及說明，十分有幸在您的指導下完成論文。

感謝口試委員**林原賢**教授在初審與口試時，不吝給予寶貴建議與卓越見解，以豐富論文內容的紮實度；感謝崇仁醫護管理專科學校**楊筱慧**主任，在口試時精闢的說明以及研究嚴謹度的提醒，使論文得以更加洗鍊、周延。同時也感謝本研究的7名受訪者，給予豐富詳盡且多面向的回應，因為您們無私地分享，是本研究最獨特的主角。

此外，感謝南華生死所的所有授課老師，您們不辭辛勞的教誨讓學生獲益良多：感謝**蔡宜延**老師，與您的互動不僅只在課業上，一直以來更是在工作上承蒙您的鼎力相助。感謝**王枝燦**老師、**孫智辰**老師在您的教導與熱情鼓勵下，使我開啟了就讀研究所的契機。能在學術途中有如此多位專業的老師教導，實屬萬分榮幸，再次深深感謝。

最後，感謝自己這三年來的堅持才有這樣的成果；感謝**育成、偉珉、健真、爵亦、婉婷**，從社工學分班便認識至今，在我困頓乏力的時候，總能陪伴我、拉著我；感謝辛苦的所辦助理**惟文**，初審、口試以及離校手續都讓你費心講解；還有感謝眾多陪伴我找靈感的網絡單位夥伴們，每次去拜訪叨擾都受你們照顧了。

「學海無涯勤是岸，青雲有路志為梯。」本篇論文的寫作歷程已告一段落，我將為自己種下期許的種子，希望未來的我在有朝一日，能夠繼續踏入學術領域，在樂高積木 (LEGO®) 或是中國古文詩詞方面探索新知識，在此向各位看倌分享近年來的詩文作品：

〈南亭歌〉

小曲幽林魚雁行，南亭碧水渡香茗；
輕茶慢品緣深意，笑看鵝池書墨情。

〈籠俚〉

十載哀哀困一囚，家財散盡難書愁；
蟠龍帶土年年落，石舫徒興日日流。

〈明月夜獨思〉

閣樓幽望星清點，困倚紅欄寸願寒；
寥是人間金醉夢，卿揖將骨位仙官。

〈雙娛戲〉

肆宴流觴落玉樽，參朝顧首著芳魂；
貳眉添喜眸嬌翠，壹水春塘蕩客心。

〈賀羊年〉

零星古印尋幽徑，一縷清香引路行；
兩儀明心風水起，三陽開泰到渠成。

趣味對句

〈消夜文〉

香菜、蘿蔔、排骨酥，幾滴烏醋成國民美食。
薑絲、大腸、麵線羹，數片白肉就市井珍饈。

〈東南西北〉

大暑至、熱浪襲，為求涼爽開冷氣；南極蝦、北極熊，何其無辜沒了家。
歡情厚、書情薄，但願孤寂遠市井；東家長、西家短，怎堪奈何枉性命。

論長照 2.0 給付排除長照機構對家屬之影響

摘要

本研究旨在探討有關長期照顧 2.0 計畫之相關給付項目，排除住宿型長期照顧機構對其家屬之感受與影響。現行長期照顧 2.0 計畫著重預防勝於治療，積極推動居家照顧服務，以延緩長輩老化為首要目標。然而隨著長輩衰老至一定程度，家屬照顧負荷隨之提高，不得已而必須採用機構式照顧時，往往因政策無相關補助制度，且國家亦未推動相關保險制度，將使得家庭面臨重大經濟壓力，居家照顧服務與機構式照顧無法順利延續，長期照顧計畫的服務斷層便因此顯現。

為此本研究採用質性研究法分別就兩面向進行訪談：機構照顧之家屬及長照體系工作人員，針對照顧效能、照顧費用以及照顧壓力等議題進行探討。經研究結果可歸納出：

1. 依照照顧效能而言：住宿型機構中的照顧設備相較於家中充足，且全天候皆有工作人員看照，長輩健康與安全無虞；另對於完全臥床或失智症照顧，較有量能照顧。
2. 依支出費用而言：居家照顧服務在政府的補助下，明顯低於機構式照顧，但家內照顧人力之就業收入隱藏成本以及其照顧負荷則難以計算多寡。
3. 依照照顧壓力而言：使用機構式照顧，家屬壓力源較為經濟議題之壓力；而使用居家照顧則仍會因長輩病況、家屬共識不同、或臨時突發狀況等，家屬仍因多項照顧壓力而困擾。

綜上結果顯示經濟程度許可的家庭便會將長輩送往長照機構，而經濟程度較不允許的則可能維持原樣，待在家中等待服務較斷裂的居家照顧服務，事實上也是沒有完整的解決國人的長照問題。

本研究希冀政府能顧及在照顧服務以及市場機制的運作下，積極推動「長期照顧保險制度」，以保險制之方式規劃民眾納保，藉由擴大基數分散風險等概念來調節財政支出，並監督照護市場之運作情形。唯有大家一同繳納保費、一同分擔分險，未來的長照服務才能永續發展。

關鍵字：長期照顧 2.0 計畫、照顧壓力、照顧效能

On the Long-term Care 2.0 Payment Eliminates the Impact of Long-term Care Institutions on Family Members

Abstract

The purpose of this study is to explore the relevant payment items of the Long-Term Care 2.0 Program, excluding the feelings and influences of residential long-term care institutions on their families. The current Long-term Care 2.0 Program focuses on prevention rather than treatment, and actively promotes home care services to Delaying the aging of the elders is the primary goal.

However, as the elders age to a certain extent, the family care load increases accordingly. When institutional care must be adopted as a last resort, there is often no relevant subsidy system due to the policy, and the state has not promoted the relevant insurance system. As a result, families are faced with severe economic pressure, and home care services and institutional care cannot be continued smoothly, resulting in a gap in long-term care services.

For this reason, this study adopted qualitative research method to conduct interviews on two aspects: family members cared for by the institution; staff of the long-term care system. Discussed issues such as care efficiency, care costs, and care pressure. The research results can be summarized as follows:

1. In terms of care efficiency: compared with home care facilities, residential institutions have sufficient care facilities, and there are staff looking after them around the clock, so the elders are healthy and safe; in addition, there are more care facilities for complete bedridden or dementia care.
2. In terms of expenses: home care services cost significantly less than institutional care when government subsidized, but it is difficult to calculate the hidden cost of employment income of family caregiver and their care load.
3. In terms of caring pressure: when using institutional care, the source of stress for family members is the pressure of economic issues; while using home care, family

members are affected by a variety of medical conditions, family members' has different consensus, or temporary emergencies. The family is still troubled by multiple care pressures.

To sum up, the results show that households with a higher economic level will send their elders to long-term care institutions, while those with less economic levels may remain as they are, staying at home and waiting for home care services with broken services. In fact, there is no complete solution for long-term care of the people. This study hopes that the government can actively promote the "long-term care insurance system", taking into account the operation of care services and market mechanisms, planning people's insurance coverage in the form of an insurance system, adjusting fiscal expenditure by expanding the base and diversifying risks and other concepts, and supervising How the care market works. Only when everyone pays the premiums and shares the insurance together can the long-term care services in the future develop sustainably.

Keywords: long-term care 2.0 program, care pressure, care efficacy

目錄

謝誌.....	I
摘要.....	III
Abstract	IV
目錄.....	VI
圖目錄.....	VIII
表目錄.....	VIII
第壹章 緒論	1
第一節、研究背景.....	1
第二節、研究動機.....	1
第三節、研究目的.....	2
第貳章 文獻探討	3
第一節、長期照顧意涵與我國長照政策.....	3
第二節、我國長期照顧保險草案.....	6
第三節、先進國家長期照顧制度.....	6
第四節、照顧責任公共化現象.....	9
第五節、非正式照顧資源.....	10
第六節、家庭支持系統的現況.....	11
第七節、新社會風險下的長期照顧模式.....	15
第八節、總結.....	17
第參章 研究方法與資料蒐集	18
第一節、研究架構與流程.....	18
第二節、研究方法與設計.....	20
第三節、訪談住宿型機構之家屬.....	21
第四節、訪談照顧管理專員與 A 單位個管師.....	23
第肆章 研究資料分析	25
第一節、住宿型機構家屬之樣態.....	25
第二節、居家照顧之服務樣態.....	27

第三節、綜合討論.....	33
第伍章 研究結論、建議、限制與反思	38
第一節、研究結論.....	38
第二節、研究建議.....	40
第三節、研究限制與反思.....	41
參考文獻	42
附錄一、【研究訪談邀請】 家屬版	48
附錄二、訪談大綱—家屬版	49
附錄三、【研究訪談邀請】—照專版	50
附錄四、訪談大綱—照專版	51
附錄五、訪談同意書	52



圖目錄

圖 3-1-1 研究架構圖	19
圖 3-1-2 研究流程圖	19

表目錄

表 2-1-1 長照需要等級、長照服務給付額度及部分負擔比率	5
表 3-3-1 機構家屬資料	21
表 3-3-2 機構家屬訪談大綱	22
表 3-4-1 照專與 A 個管資料	23
表 3-4-2 照專與 A 個管訪談大綱	24

第壹章 緒論

第一節、研究背景

「老吾老以及人之老，幼吾幼以及人之幼。」這句話是千古流傳的美意，然而時至今日撫養這件事已演變為公共化的議題。研究者早年實習於長期照顧機構，實習期間深感長輩照顧不易，且時常得面臨親情與照顧壓力的拉扯；在出社會工作後，進入地方政府衛生局服務，在因緣際會下有機會更瞭解長期照顧業務之執行與運作情形。

對此有感人口老化進程越發快速，且身處於雲林、嘉義地區又是全台灣老化人口最高情形，很多家屬頻繁地因為長輩照顧事宜而疲於奔命，且最終只能選擇安置於住宿形機構。讓人不禁思考在長照政策執行至今，是否能充分發揮照顧的精神、服務輸送的完整性為何，此即本研究欲深入探討的重點。

第二節、研究動機

我國自 106 年實施長期照顧十年計畫 2.0 至今已超過 5 年。衛生福利部(2017)因應高齡化社會，為建立優質、普及、平價的長期照顧服務體系，實現在地老化，而推動「長期照顧十年計畫 2.0」（自 2017 年至 2026 年）。

長照 2.0 服務內容除原先長照 1.0 所提供之居家護理、居家照顧、復健服務、喘息服務等，還擴大推動小規模多機能的照顧者服務據點，更重要的是包括失智者照顧、預防延緩失能、出院準備服務計畫、居家醫療等(黃惠璣等人，2019)。

隨著家中長輩年事甚高日漸失能，生活功能已非居家照顧所能滿足，多數家屬最終會傾向將長輩安置於住宿式長期照顧機構。依據長照 2.0 給付標準，有關安置機構之給付項目僅有臨時短期的托育服務，而該項目在長照 2.0 中將原先每人每月最高補助安置費用 18,600 元提高為 21,000 元。

然而，據主計處近 10 年統計物價起伏比例及薪資水準，可知近十年來消費者物價指數¹自 100 年全年平均至 109 年年平均漲幅達 7.52%；且加上少子化情況越來越嚴重，扶養比²在 100 年時為 35.75 而 110 年則提升至 40.25，總體提升 4.5%，致使家庭內對於老年人口的撫養負擔逐年上升；另外照顧人力短缺以及人事成本提高，據勞動部歷年

¹ (中華民國統計資料網主計總處統計專區

<https://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=36221&CtNode=4874&mp=4>，查詢日期：110 年 2 月 22 日)

² (中華民國內政部最新統計指標 <https://www.moi.gov.tw/cp.aspx?n=602&ChartID=S0601>，查詢日期：110 年 2 月 22 日

基本薪資統計³，可知自 100 年 17,880 元/月提升至 110 年 24,000 元/月，基本薪資共提升 34.83%。

就家庭照顧功能內而言，因少子化現象，平均人口數減少，可照顧人力相對減少，且因教育程度擴張，人力資本提升，到外地謀職機會上升，更導致難以就近照顧失能長輩；以及從市場機制來看，不論我國或外籍長照人力，所需開銷均低於自行照顧成本。

綜觀上述現象皆顯示整體照顧成本提高，致使照顧人力費用及相關耗材成本相對提高，不禁讓人思考若往後家中長輩均安置於長照機構，家屬間是否有能力能負擔所有開銷。

另從經濟學上來說，數量越多越具經濟規模，同樣是 10 個長輩散佈在家庭內的照顧費用，跟 10 個長輩都居住在機構內的照顧費用有相當大的落差。舉個例子來說，以雲林縣斗南鎮某私立小型安養中心為例，基本費用 25,000 元/月(6 人房)、27,000 元/月(2 人房)，若有尿布、鼻胃管、尿管、抽痰、血糖測試、氧氣機再增加 1,000 元至 3,000 元不等之費用。

相較於由家屬自行照顧，扣除該人力就業收入之隱藏成本以及長照給付額度補貼費用，並考量照顧者之照顧負荷，以及照顧品質能否達到機構照顧之等級，研究者認為仍應以機構式照顧為首要選擇。

第三節、研究目的

以現今少子化現象及人力資本擴張情形，均會對我國長照政策產生衝擊，諸如付費機制、評估狀況、整體服務，或是有關照顧壓力、家屬感受性等問題。最終演變成有錢的家屬會將長輩送往機構照顧，而沒錢的還是會讓長輩待在家中，等待服務較斷裂的居家照顧，整體而言也未能完整解決國人的長照問題。

因此，綜上所述，本文主要欲探討下列問題：

- 一、長輩居住在住宿型機構中，其家屬的感受性為何。
- 二、長輩居住在熟悉社區內的長照機構，生活品質是否會比在家居住還差。
- 三、根據經濟學的理性選擇理論，少子化、照顧人力短缺、照顧成本提高等等結構性因素，選擇住宿型機構應是降低照顧壓力與負荷之重要選項，長照 2.0 給付制度是否應修正提供給付機構式住宿的照顧費用。

³ (中華民國勞動部基本薪資制訂與經過 <https://www.mol.gov.tw/topic/3067/5990/13171/19154/>，查詢日期：110 年 2 月 22 日)

第貳章 文獻探討

第一節、長期照顧意涵與我國長照政策

一、長期照顧意涵

有關長期照顧之內涵，美國學者 Kane 夫婦兩人(1987)給出了以下的定義：「長期照顧係針對先天或後天失能者，在一定時間內提供完善的長期性照顧服務，內容包含健康與醫療照護、個人照顧以及社會支持照顧；其目的在於促進或維持失能者身體功能，增進獨立自主的正常生活能力。」

另依據 Brody(1982)針對「長期照顧」的定義：係指對罹患慢性疾病或心理障礙之患者，提供診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的照顧服務。而這些服務可透過各種不同的機構或是非機構性之設施來取得(吳淑瓊，2005)。

1. 機構住宿式服務：療養院、安養院、急慢性病住院等，可 24 小時提供失能者的密集照顧式機構，主要服務對象以重度失能或缺乏家庭照顧支援的失能者。
2. 居家式服務：居家服務中心或醫院附設之居家護理中心，可調配各式照顧人力前往個案家中，提供醫療護理、復健、身體照顧、家務清潔、交通接送、陪同就醫等照顧工作，並暫代或協助家庭照顧者之腳色，使其可暫時獲得喘息機會。
3. 日間照顧(day care)：於白天時段幫忙照顧失能者，並提供醫療或社會模式的照顧，晚上時段再送回家中，可保有失能者維持家庭生活。
4. 居家環境改善：進行居家無障礙環境的改裝修繕，促進功能障礙者於家中的自主生活動力。
5. 安全看視(oversight)服務：係指增進失能者居家安全的服務方案，包含夜間巡邏、電話關懷等。

二、我國長期照顧政策

我國「長期照顧十年計畫 2.0」係延續原先「長期照顧十年計畫 1.0」(2007-2016)，為求實現長輩在地老化，強化照顧者與被照顧者之生活品質，積極推動社區整體照顧服務體系(俗稱長照 ABC 據點)以提升照顧之連續性，從服務項目可知大部分以居家服務、居家護理等喘息支持服務為主，另外也擴大服務對象範圍，著重於延緩退化與失能。

根據長期照顧 2.0 政策的「建構社區服務體系」，為了讓全國各地都能享有整合、便利的長照服務，故以 A、B、C 等據點來進行劃分，來提供不同階段的服務，以提升

照顧之連續性，達到在地老化之目標。所謂的 A、B、C 據點，即是：

A 級：「社區整合型服務中心」，由各地區照管專員擬定照顧計畫，協助服務使用者連結與在地長照資源，落實全方位照顧計畫，並有效與區域內的 B 級與 C 級單位合作。A 級單位除提供既有居家服務與日間照顧服務外，另需辦理居家/社區復健、居家護理、營養餐飲、喘息服務或輔具服務等至少一項服務，且視服務對象之需求銜接居家醫療照護。

B 級：「複合型服務中心」，於固定區域內提供在地化長期照顧服務，以目前已在社區提供之長照相關服務之單位為主，除提供原先既有服務外，另擴充提供日間照顧服務、居家服務，或提供社政與衛政之長照服務，用以提升社區服務量能，增加民眾獲得多元服務之管道；亦積極延伸服務至 C 級巷弄長照站，且充分運用在地社區志工，強化單位照顧量能。

C 級：「巷弄長照站」，提供短時數照顧服務或喘息服務（臨托服務）、營養餐飲服務（送餐或共餐），並且預防失能或延緩失能惡化，以及就近提供可促進社會參與之活動。

有關長照 2.0 之給付標準，依據下表 2-1-1 可知長照需求等級劃分為 2-8 級，給付類型分為照顧及專業服務、交通接送、輔具服務及居家無障礙環境改善服務、喘息服務等項目，且視使用者經濟狀況來支付部分負擔。

隨著長照 2.0 的開始運行，衛福部也陸續推動其餘配套措施，諸如 106 年時推動「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」，與醫療端之出院準備服務結合，連結現行失能長輩出院需求最高的服務項目「居家服務、居家護理、居家復健、喘息及簡易生活輔具」等 5 個項目，來研發因地制宜、在院創新的出院準備銜接流程。（黃惠璣等人，2019）

109 年額外公告「109 年度住宿式服務機構使用者補助方案」⁴，若使用機構照顧者，入住相關合法機構且於 109 年間實際入住日數達 90 天以上，並經稅捐機關核定 107 年度綜合所得稅申報資料符合累進稅率未達 20%者、股利及盈餘合計金額併入綜合所得總額合併計稅者、未課徵基本稅額者，最多可請領 6 萬元之補助費用。

綜上述給付標準以及配套措施，可顯長照 2.0 給付項目較著重於居家照顧之補助，在長照機構方面則寥寥無幾。

⁴ 109 年度住宿式服務機構使用者補助方案公告 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4511-55777-201.html>，查詢日期：110 年 4 月 18 日

第二節、我國長期照顧保險草案

我國於 104 年通過衛福部擬定之「長期照顧保險法」草案，制定長照保險法之目的在於提供國民基本長期照顧服務，增進社會安全福祉。立法內容更明確表示，雖考量我國已有全民健康保險、國民年金與相關職業保險等社會保險制度，唯獨缺少長照保險制度，故特立此法來保障國民之最基礎長期照護需求，以健全我國社會安全體系之完整。

長期照顧保險之保險對象於保險有效期間，因身心失能事故而有長期照顧需求時，依本法規定給予保險給付。由於長期照顧政策考量每位國民均可能面臨一般生存風險，因此國家將藉由增加風險基數的方法，來擴大長照保險保障國民之範疇，故長照保險係採用強制全民納保之方式運作，來避免市場機制產生逆選擇現象，而影響保險制度風險分攤之基本原則(李卓倫、龍紀萱、劉立凡，2010)。

此外，不論以往我國推行何種長照政策，均由政府主動考量國民需求而制定之計畫，也就是人民只能被動接受國家提供之長照措施，較難有主動請求項目之依據。而在長照保險實施後，政府與人民有明確的公法保險關係，民眾在履行保費繳納之義務之時，若有照顧風險情事發生，可以據長照保險法規之規定，向政府請求保險給付。亦即人民握有主動向政府請求提供照顧服務之權限，提高了人民的生活保障程度(蔡雅竹，2014)。

第三節、先進國家長期照顧制度

一、日本

日本的長期照顧制度是透過「介護保險」來運作，「介護」一詞系有「介助」、「照護」之意，相當於我國的「長期照顧保險」(呂慧芬，2008)。日本的介護保險制度強制將年滿 40 歲以上的國民納入保險對象，且被保險人一共分為兩類：第 1 類為 65 歲以上且於市、町、村內設有住所之國民；第 2 類為 40 歲至 64 歲於市、町、村內設有住所之國民，則納入醫療保險。

由於日本的介護保險由地方政府為所屬的老年人投保，故在保費負擔上，由政府負擔 50%(市、町、村負擔 12.5%與都、道、府、縣負擔 12.5%與中央政府負擔 25%)；其餘 50%則由第 1 類被保險人負擔 18%、第 2 類被保險人負擔 32%。至於保險費的繳納，第 1 類被保險人由國民年金來扣繳、第 2 類被保險人則透過國民健康保險費當中，

額外繳交介護保險之費用(日本厚生勞動省, 2013)。

介護保險可由本人、家屬或居家照顧個管員提出申請, 審查結果將分為兩類:

1. 自主的老人: 將提供送餐服務或簡單的日常生活照顧。
2. 需要被照顧的老人: 依失能程度區分為需支援 1-2 以及介護 1-5 等 7 個級距。
「需支援」為日常生活可自理, 但沐浴、穿衣等動作需協助, 「需介護」則為日常生活能力相對低下, 沐浴、穿衣、排泄等動作需他人協助, 將可申請居家服務或設施服務等相關項目。

日本的介護保險制度具有普遍性、權利性、公平性和選擇性等特點(陳玉蒼, 2005)。「普遍性」指任何人在需要被照顧時, 都可不受限經濟狀況而得到應有之照顧; 「權利性」為使用照顧服務高齡者應當享有之基本權利。「公平性」則是在介護保險制度中, 高齡者負擔的費用是依據保險給付內容來訂定; 「選擇性」是指可依據自身的需求, 來選擇所需的服務項目。

然而日本的戒護保險仍存在部分問題(詹火生, 2005; 呂慧芬, 2008), 比如保險費負擔方式無法達到重分配效果, 低收入者若逾期未繳納保費, 則會被暫時停止保險給付, 反而造成懲罰性的福利剝奪; 又或者使用居家照顧以及機構照顧的比例為 3:1, 但實際的保險給付總額卻相去不遠, 在財政負擔上就存在著不同公平性的爭議。

二、德國

德國是世界上最早實施社會保險制度的國家, 自 1883 年推動健康保險, 1989 年實施職業災害保險, 一直以來德國在社會保險制度方面都是領導先驅, 1994 年更是強制全國實施長期照顧保險, 將長期照顧保險納為社會保險制度的一環, 即所謂長期照顧保險依附於健康保險當中(江清謙, 2009)。

德國政府規定所有的民眾必須參加健康保險以及長期照顧保險, 除了所得高於一定程度者, 可選擇參加民營的健康保險, 以及必須投保長期看護保險(Rothgang, 2011; 林藍萍、劉美芳 2005)。而財務的來源則是採用「隨收隨付制度」(pay as you go, PAYG), 由勞資雙方平分保險費, 被保險人的保費額度與收入有關, 但與年齡及健康狀況、風險無關, 且服兵役者或是領取失業給付者, 無須額外負擔保費。

概括來說, 德國的長期照護保險具有下列幾項特色 (Rothgang, 2011; 李光庭, 2009):

1. 公共照護保險是以家庭照護為前提，支持人民自立、負擔連帶責任，並予以輔助支援為原則。
2. 保險人及受給付對象，在照護保險給付時，不分對象年齡，不問需照護原因。雖然使用給付者同為老年人口居多，但與日本的介護保險制度限定在 65 歲以上大不相同。
3. 有多樣性的服務內容供被保選人選擇，不論是機動式照護、部分機構式照護/短期照護或是全機構式照護，亦可組合成不同形式的給付方式。
4. 對於短期需求的被保險人，可提供暫時性的替代照護，讓家屬或照顧者得以喘息，且被保險人的照護服務不會因此中斷。

然而德國的長期照護保險在運作上仍有部分潛在問題，像是資格審查與認定問題，因長照保險制度原先就偏重於生理醫學方面，而較輕忽心理及精神上的認定，對於特殊疾病的被保險人，像是失智症等疾病，較難符合照護需求之條件。

另外在收費制度上，由於高收入者可自行選擇民營的長照保險公司投保，故造成政府辦理的保險公司，投保對象均為中產階級或中、低收入戶者，若無力負擔保險費時，得轉由地方政府體系來支援，形成惡性循環的狀況，故其社會公平性不時遭到質疑(李孟芬等人，2013)。

三、荷蘭

荷蘭自 1962 年通過「特殊醫療費用支出」來取代長期照護一詞，更於 1967 年立法通過「特殊醫療費用支出法」，是第一個將長照制以社會保險方式來施行的國家(周世珍，2006；柯木興、林建成，2009)。然而自荷蘭實施「特殊醫療費用支出法」以來，因缺乏自由競爭的機制，導致行政效率狀況不佳時有所聞，且經濟結構改變，造成原先有的保險制度無法因應社會變遷及人口老化。

對此，荷蘭政府於 2003 年透過有規範的市場機制，逐步將「特殊醫療費用支出法」轉型。例如每年由地方政府辦理福利服務招標，由私人保險公司參與競標，並採用強制性的方式要求全民納保，不論被保險人是否使用到該服務，仍需固定向合法的私人保險公司投保，而這項制度的範疇亦包含在荷蘭工作的外國人。

另於 2006 年通過「社會支持法」來取代原有特殊醫療費用支出法的部分給付項目，並透過社會救濟及促進參與，提供多元化的支持服務，賦予地方政府更多的照顧

責任。

荷蘭的長期照護保險制度具備下列幾項特徵(李孟芬等人, 2013):

1. 結合社會保險與商業保險之特性: 政府強制全體人民納保, 且訂定基本保險條款, 而私人保險公司須接受政府管理, 不可收取額外或其他的費用。可融合社會保險的福祉以及商業保險的效率優勢。
2. 連續性與社區式的健康照護架構: 將急性的醫療給付與慢性的長期照護, 一同納入健康照護體系中, 把所收取的保險基金統一管理, 藉以整合的方式, 達到服務連續性之目標(周世珍, 2006)。
3. 政府的強勢主導: 荷蘭政府為避免政府的行政運作缺乏效率, 以及市場的惡性削價競爭, 故強制主導整個保險制度運作。除要求全民納保外, 更避免企業壟斷、控制照護品質、資訊透明化等, 以達到全民皆可享有高品質的保險給付。

有關潛在問題方面, 荷蘭面臨專業照護人力老化的困境, 從業人員平均年齡大於其他國家, 且有工作負荷量大及薪資報酬偏低等現象; 另大多數的長期照護工作由非正式照顧者及志工來提供, 因此較難兼顧多方面的照顧需求(林美色, 2011)。

第四節、照顧責任公共化現象

現今社會隨著少子化現象及雙薪家庭不斷成長, 可照顧人力相對減少, 演變為更多的兒童與失能長輩是透過國家及市場所供應的托育服務或長期照護服務。但這並非家庭照顧制度在人類活動中被取代, 相反的只是換了一種形式來照顧兒童與長輩。

以往由女性直接以「照顧者」的角色讓被照顧者可以享有無酬的照顧服務, 而在女性投入勞動市場後, 便與男性皆扮演「養家者」的角色, 來承擔並購買家庭外的托育服務所需之財務成本, 確保被照顧者可以持續享用不可或缺的照顧服務。(洪惠芬、廖美蓮、謝玉玲, 2012)

當照顧服務成為有酬勞動, 照顧者可以透過付出勞務來獲得報酬, 但仍須取決與雇主願意支付的薪資水準及勞動條件。如果雇主提供的薪資過低、或要求超時工作、工作負荷量過重等, 同樣也會淪為惡劣的勞動處境, 同時因為無法獲得組構所得而陷入經濟困境。

因此, 家庭外的照顧體系發展, 幾乎所有國家都會透過公權力介入, 對有資格成為提供家庭外照顧服務的機構場所, 以及針對照顧服務提供者進行規範。(洪惠芬、廖美蓮、謝玉玲, 2012)

第五節、非正式照顧資源

每個人從出生、求學、工作、結婚生子、退休、變老、生病等階段，都需建構一個維護個人不同人生階段的社會網絡，古今中外皆然，家庭照顧一直是長期照顧領域最主要的方式。當人年老後更有照顧需求，因此能夠滿足老人需求的並非只有安養或養護機構、護理之家或醫院，「家」更是大多數老人選擇終老的地方，當殘、疾、病、老時，「家」總是最能提供各類滿足需求的地方，而家庭成員是最能提供生活照顧的人。(余金燕、陳亮汝，2021)

隨著人類壽命延長，高齡化時代來臨，老人照顧需求相對提高，同時因經濟、社會環境之變遷，促使婦女就業參與勞動市場的比率增加，家庭結構也起了變化，如現代人不婚、不育者增加，形成少子甚至無子化之狀況，使當今的子女數驟減，也導致對老人照護之非正式支持網絡大幅度萎縮。其次是因婚姻關係中斷後所造成之家庭解組，尤其在失偶(widowhood)後，亦影響了過去家庭照顧之功能。家庭照顧支持網絡是透過長期照顧行政、服務等系統所架構，提供失能者在家也能接受「生活」與「醫護」的照顧。

一、非正式照顧資源的定義

非正式照顧系統(informal care system)指提供的照護具有情感性和功能性支持，在專業或知識訓練上相對較少，是一種自然機制，動機可能基於愛、情感、孝道與社會責任規範，受個人特質和情境變化因素所影響(黃協源，2005)。

非正式照顧網絡的提供最早存在於「家庭」，其次是親朋好友所提供的協助，或擴及到社會與社區的支持網絡(community supportive network)，如鄰里、志工，以及與之互動的各個宗教團體組織(教會、慈善基金會)和民間社團組織(社區發展協會、社團組織)等。根據張淑卿等人(2003)對非正式長期照顧服務的認定包含家庭照顧及社區非正式照顧服務。

非正式資源的產生不像正式組織系統具有限定性，其權力亦非來自授權，而是由於家庭、家族組織成員及朋友情感的相互支持，或是來自地域性與宗教性社群的互動關係而產生的交流。而社會和經濟的支持網絡則是決定非正式照顧資源能否持續進行家庭照顧的重要因素。當今工商社會變遷，此議題也產生諸多的質疑與討論，如由家庭聘僱之本籍或外籍看護工，將之視為正式資源或非正式資源，此實難論斷。本章將

本籍或外籍看護工列為非正式照顧系統，乃因其較不具專業性及非組織性之服務，僅提供一般性生活照顧為主。

二、非正式照顧資源的現況

「支持網絡」是指老人的生活、生存照顧來源及其對情感上的主觀評量，孱弱老人會經常性地接受來自於家人、朋友和鄰居給予的日常生活活動協助，而家人所提供的照顧與看護是最基本的方式，也是最重要的資源。當今台灣社會，多數人家中若有人生病時，其處理方式不外乎是送醫。因此，「醫院」是最基本的照護單位，非正式照顧的提供主要是以「自家人」為首要，其次才是親朋好友、左鄰右舍及社團組織。

當超出可負擔的照顧責任後，則視經濟能力許可狀況區分為三：

1. 經濟能力高者：較傾向聘僱本籍看護或特別看護協助之，但仍為少數。
2. 經濟能力普通者：尋求外籍看護工支援，並讓外籍看護入住到受照顧者家中，以提供 24 小時之看護工作，並分擔家庭勞務性工作。
3. 符合中低收入戶資格者：可利用正式社會福利資源與相關設施，向政府單位提出需求。

近年來政府不斷地強調社會福利「社區化」、「正常化」與「家庭化」，但在社區照顧支持網絡不足及家庭照顧需求不斷增加的壓力下，廉價且多功能的外籍看護便不斷地被引進。

第六節、家庭支持系統的現況

人一旦生病到醫院接受治療，「家庭」即開始擔負起照顧責任，當失能者返家休養時，家庭成員亦得擔負長期照顧病人之責任，其需要扮演醫師、護理師、復健師、藥師等醫療專業人員的角色，提供病人在生活、安全、病痛、心理支持上舒適的照顧，且需隨時監測病況的變化（林秀蓉等人，2004）。

一、家庭支持在長期照顧體系之角色

根據衛福部統計，全國約有 76 萬名失能、失智老人及身心障礙者，其中僅約一成使用政府長照資源，近三成聘僱外籍看護工，六成左右仰賴家庭照顧者，也就是說當中有超過 45 萬人是由家人照顧（衛生福利部，2016）。

而失能者最主要的需求為心理社會需求，其次為家庭生活協助，再來則是服務措施需求、醫療技術服務及意外防範等（吳淑瓊、林惠生，1999）。家庭照顧者通常有七成為女性，如配偶、女兒、媳婦等，年齡以 51~60 歲間居多，主要照顧的對象依序為父母、子女、配偶與配偶之父母（家庭照顧者關懷總會，2007）。

1. 照顧者的角色類型：「家庭社區照顧」的主要角色有二類：「被照顧者」(cared) 及「提供照顧者」(caregiver)。後者依照照顧角色類型可分為四類：

(1) 主要照顧者(primary caregiver)：為長期性照顧者，最主要為配偶、媳婦及子女。

(2) 次要照顧者(secondary caregiver)：即替補性照顧者，當主要照顧者太忙或太累時，暫時替代照顧的人，如已婚之女兒。

(3) 有範圍照顧者：最主要為提供金錢、藉由電話問安、偶爾探視及提供心理支持照顧，如外出工作之兒女。

(4) 偶發性照顧者：為遠離家庭親屬關係(kin relationships)較難得返家者。

長期照顧體系裡，主要照顧者被視為是最重要的非正式資源之一，家庭照顧之優點為可以延長失能障礙者留在社區生活的時間，提高被照顧者的生活品質。因此，較能滿足大多數人的期許，再者亦可降低政府在長期照顧上所需之龐大經費。

2. 主要照顧者的壓力：

主要照顧者從事家人或孱弱老人之照護，除承擔直接生活起居和醫護照顧工作外，也承受心理及身體上的負擔及壓力，這些照顧負荷包含生理、心理及情緒、社會功能、經濟、時間層面等(Garlo et al., 2010; Monod et al., 2010)。

(1) 照顧者本身生理/身體負荷(burden)：照顧者因提供照顧所帶來的身體負擔壓力。2016 年「守護者聯盟」也針對照顧者照顧傷害問題進行調查，結果發現有六成受訪的照顧者「過去半年因照顧而有肌肉不適症狀，包含疼痛、僵硬、刺麻等經驗」，而最容易產生的疼痛部位依次為肩膀、手肘、下背及腰（高富，2016）。

(2) 照顧者心理及情緒負荷：指家庭照顧者感受到的無助、生氣、情緒失控、憂鬱等心理或情緒問題。家庭照顧者在照顧失能老人時經常會有缺乏照顧經驗與技能而產生的無助感、照顧過程中不知如何處理被照顧者的情

緒或疾病問題，甚至受到老人挑剔的無奈感、辛苦照顧卻不被肯定，其他家人不諒解的委屈感、眼看老人逐漸邁入死亡的無力感等心理上的負面感受（呂寶靜，2001），根據「家庭照顧者關懷專線」統計，照顧者來電傾訴的煩惱中，超過三分之一為心理壓力。此外，長期照顧家人的家庭照顧者有 87%罹患慢性精神衰弱、65%有憂鬱傾向、20%確診罹患憂鬱症，家庭照顧者死亡率比非家庭照顧者更高出 60%（婦女新知基金會電子報，2017）。

- (3) 照顧者的社會功能負擔：照顧者的社會負擔或壓力增加，與社會互動會產生疏離感，使其社會功能變差。許多需要時間的活動如外出旅行、逛街、休閒活動等都因照顧工作而受到嚴重的影響，幾乎是失去自己的生活，也影響了與社會互動的機會（家庭照顧者總會，2007）。而根據勞動部的統計，約有 230 萬工作人口因為照顧失能家人而影響工作，其中有 13 萬人因為照顧而離職、18 萬人「減少工時、請假或彈性調整」，工作與照顧之間實難以兼顧。家庭照顧關懷總會於 2016 年與 104 人力銀行共同針對線上會員進行「在職照顧者狀況調查」，結果發現照顧責任影響了工作表現，包括：「請假頻率變高」（86%）、「無法配合加班」（83%）、「遲到早退頻率增加」（73%）、「無法專注工作」（72%）等，這些都會影響到全職工作，因而轉任兼職或無法工作（陳樹強，2002）。或者會犧牲休閒時間，調整工作型態，以極為緊湊的生活步調等方式來適應。
- (4) 提供照顧者的經濟負擔壓力增加：照顧成本包含用於照顧的物品、醫療費、額外費用及特殊設備費，而照顧者在照顧老人時常是不支薪工作，且喪失收入也是另一個經濟負擔。居家照顧病人平均每月需負擔 30,000~60,000 元不等的照顧費用（邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿，2002）。家庭中的照顧者所付出的照顧工作是無酬的，為了擔任家庭照顧工作，導致許多婦女不參與勞動市場，或是選擇部分工時及間斷性的工作。根據家庭照顧者總會於 2007 年的調查可發現，已有 20.3% 表示經濟困難，對他們而言是無經濟資源能做投資、理財，甚至也無法為自己老年時的經濟生活做規劃，因此這群照顧者未來也將遭遇到貧窮及經濟危機。
- (5) 家庭成員之間的衝突：照顧工作不僅會造成個人的身心負荷及壓力，也會影響到家庭關係，尤其大多數照顧者是中年婦女，一方面要照顧老人

或失能者，另一方面也要對家庭其他成員負責，可能是年幼子女、配偶等。當子女照顧失能年老的父母，犧牲了與原本小家庭成員的相處時間，則有可能因此影響夫妻感情；另一方面照顧的負擔不僅落在主要照顧者身上，也落在家庭所有成員身上，當對照顧的意見不合、需求無法充分被滿足時，就容易產生衝突，這也是照顧者的另一個壓力。

二、家庭照顧者現況與問題

不論國內外的文獻或調查都可以發現，大多數的失能高齡者都是居住在家中，內政部 2010 年戶口普查資料顯示，全國需要長期照顧的人有 475,282 人，其中 67,488 人由機構照護，其餘 407,794 人則在家中接受照護（占 85.8%），因此家庭照護在長期照顧體系中扮演極重要之角色。

根據中華民國家庭照顧者關懷總會於 2007 年所做的家庭照顧者調查，家庭照顧者平均照顧時間達 9.9 年、每天近 14 小時。因此許多家庭照顧者都有睡眠的問題，家庭照顧者每日平均睡眠僅 5.3 小時，62% 有「睡不著」問題，55.1% 使用助眠藥物入睡，照顧者最希望的協助就是能有時間好好「放鬆與休息」（31.6%）。照顧時數依被照顧者身體狀況或疾病類型的不同而有所差異。吃不好也是家庭照顧者常有的現象，調查發現超過三成三餐不正常，包含三餐併兩餐、兩餐併一餐等。五成五是「自家烹煮」，平均花費 1 小時，照顧者最大困擾是「準備時間匆忙(30.1%)」、「覺得營養不夠(17.5%)」、「因照顧而時間中斷(16.9%)」（家庭照顧者關懷總會，2007；林雅美、陳品元、游小微，2016）。

1. 家庭照顧者現況：

提供家庭支持的服務網絡，可劃分成家庭內部提供的支持(support within family)和家庭外部提供的支持(support outside family)二種，前者提供的支持包括：居家服務、送餐服務、居家護理、到宅協助托老喘息服務；後者提供的支持包括：成人日間照護、交通接送服務、日間暫托服務、輔導及支持。其亦可視為以家庭為基礎的服務方式(home-based service)和以社區為基礎的服務方式(services based in the community)。

隨著社會經濟發展，消費者期望居家自主生活的意願不斷提升，機構式照顧被視為服務最後的選擇，發展多元的居家及社區照顧資源已成為長期照顧政策改革的優先課題（陳樹強，2002）。

2. 台灣現存家庭照顧支持網絡之問題：

- (1) 社會福利對長期照顧之病人，多以中、低收入戶為主要的服務和補助對象，對於收入所得屬中間階層所提供的服務似乎仍有欠缺。
- (2) 健保雖然給付部分慢性醫療與長期照顧的費用，若以日漸捉襟見肘之健康保險財務狀況，擬全面性滿足長期照顧服務需求，勢必將面臨很大的挑戰，要解決長期照顧之居家照護財務問題，仍需尋找更多的途徑才是良策。
- (3) 台灣居家支持服務設施的發展，現行法制並沒有誘因，現行政府獎勵民間投入居家支持服務補助標準，著重於硬體設施補助，並未充分地涵蓋實際施行所需要的人事費用，然而社區服務方案最主要的需求即是人力資源，因而無法提升居家支持服務發展的誘因，再加上其行政與經費核銷手續十分繁雜，更讓有意之民間團體裹足不前；其次是相關的法令和無障礙環境等周邊的配套措施仍屬不足，這些都阻礙居家支持服務的發展（吳淑瓊，2002）。
- (4) 非正式的家庭照顧者，大部分是唯一的主要照顧者，一個人擔負大部分照顧工作，鮮少有他人的協助，因此負荷相當重（周月清，2000）。主要照顧者會因失能者病情變化，為因應受照顧者治療需求和生活照顧，也被迫必須面臨生活方式的改變、調整和適應。隨著照顧時間增長，因而得承受累積於身心、社會和經濟上的壓力，常見於照顧者個人的問題包括：睡眠型態的混亂、家庭因應調適失序、社會支持的缺乏，因而產生焦慮、疲憊、負荷及憂鬱等現象（孫宗慧、陳淑銘、邱金蘭，2006）。
- (5) 雖然政府提供各類的福利方案，但由於照顧者缺乏訊息來源，因而導致使用率偏低（謝美娥，2000）。

第七節、新社會風險下的長期照顧模式

近年來政府不斷地強調社會福利「社區化」、「正常化」與「家庭化」，但在社區照顧支持網絡不足及家庭照顧需求不斷增加的壓力下，廉價且多功能的外籍看護便不斷地被引進。

由於我國家庭型態日漸改變，從原本大家庭模式演變為小家庭，且為了因應其他

外在因素而導致子女無法與父母共同居住，遂發展出聯邦式或輪流式的照顧模式。(葉光輝，1997)

- (1) 聯邦式家庭：當子女們各自離家並組成小家庭，雖然無法共同生活，但家族間仍保有一定的親密關係，在情感以及經濟上仍以父母為重心。
- (2) 輪流式家庭：當子女們各自離家並組成小家庭，雖然無法共同生活，但在奉養父母的傳統道德觀念下，父母因此輾轉於各子女的家庭中居住(俗稱：食火鬮)。

但是在這樣新型態的家庭生活中，照顧能量與經濟壓力仍是受到考驗，在張道義(2008)的研究中指出，年長者的經濟供給分為常態性與非常態性兩種類別，常態性的經濟供給在時間及金額上較為固定，多半是私人保險或者是勞保、軍保、公保、國民年金等退休金制度；非常態性的經濟供給，則為子女視其本身經濟狀況而不定期提供給父母的經濟支持。因此可推估年長者對於照顧方式之選擇與經濟支持及家庭生活型態息息相關。

在李天生(2018)提出關於使用長照服務意願中，長輩較傾向於居家式照顧，家屬則較偏向於機構式照顧，選擇權往往因長輩的失能程度逐漸轉移到家屬身上。而有關「選擇權」是指個人能從多個選項當中，依自己的偏好進行選擇(Bannerman, 1990; Kishi, 1988)。至於要選擇何種模式則取決於每個人的「因應模式」，在情境論的觀點中認為，情境是影響個體因應壓力時所採取的主要因素，且個體對事物的認知與評估，都會影響到選擇的行為及後果。(魏弘真，2006)。

黃忠志(2013)提出，長時間的照顧工作，將使照顧者面臨犧牲時間的情況，導致無暇參與社交活動，失去娛樂空間，影響生活品質以及社會關係下降。黃美鳳(2015)也指出，照顧是24小時全年無休的工作，照顧者可能因睡眠不足、體力不佳，而出現失眠、頭暈等生理症狀；心理上也可能因隨時擔心長輩身體狀況，或對疾病不熟悉、不知從何照顧起而感到手足無措，此時若不能適時引導調適，長久下來將對整個家庭造成龐大的壓力。

且經「中華民國家庭照顧者關懷總會」於2007年統計，照顧者最常遇到的壓力不外乎為照顧時間、照顧壓力、經濟問題、福利資源、經濟困難以及機構品質等。

在簡珮涵(2019)；陳貞吟等人(2008)；馬先芝(2003)之研究發現，照顧者的經濟條件與生活品質呈現正向關，亦即家庭收入越高者，照顧負荷程度越低。且呂如分(2005)的研究指出兼職工作者與無業者在時間成本與照顧負荷中是需要協助的，若照

顧者有經濟支持，以付費方式支應得到更多的實際協助，將能減輕照顧者負荷壓力。

第八節、總結

馮燕、李玉春、吳肖琪、吳淑芳、張淑卿(2018)指出不論是原先的長照十年計畫或是現今的長照 2.0，皆以補助居家式與社區式照顧為主。相較於失能程度較高或是家人無法照顧的長輩，則須由民眾自行負擔住宿型機構之費用，且若機構照顧品質越高，當長輩活得越久，家庭經濟負擔越大。

根據衛生福利部統計處統計老人入住長期照顧、安養機構概況⁵，可知截至 110 年 3 月於長期照顧機構接受安置之長輩約五萬多人。若入住機構平均每月花 3 萬元，一年下來的費用就將近 200 億，這些費用均由民眾來承擔。

長照 2.0 除了經費未補助住宿型長照機構外，更間接影響了工作人力流向居家照顧或日間照顧機構。因住宿型機構 24 小時日夜輪班，且密集照顧長輩工作壓力較大，而居家照顧或日間照顧的工作人員，在薪資與未來發展上，在長照 2.0 政策的制度下，提供較為優渥的薪資及工作環境，故吸引了大量的住宿型機構工作人力流向居家照顧或日間照顧機構(簡國維，2021)，且間接影響到住宿型機構的工作人力，值得讓人反思政府推動長照 2.0 政策的公平性為何？現行長照政策是否應該更照顧長照機構，讓機構內之住民能有更好的生活品質，也讓家屬減輕照顧壓力，故想以此為研究瞭解使用住宿型機構照顧之家屬對此政策之看法。

⁵ 衛生福利部統計處老人長期照顧、安養機構概況 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/cp-2977-13854-113.html>，查詢日期：110 年 4 月 18 日)

第叁章 研究方法與資料蒐集

本章將介紹研究的方法及步驟，共分為：研究架構與流程、研究方法與設計、訪談住宿型機構之家屬、訪談照顧管理專員與 A 單位個管師等，四個小節依序陳述。

第一節、研究架構與流程

本研究共分兩方面進行探討，一是訪談現正使用住宿型機構照顧之家屬，瞭解其在經歷長輩之各種照顧需求，以及承受之照顧壓力後，最終選擇機構式照顧之原因，並討論對於居家照顧模式與機構式照顧之看法。

二為瞭解現行居家照顧服務之樣態，惟使用居家服務者眾多且照顧需求各異，在有限的研究人力下，難以挨家挨戶進行訪談。遂採以長期照顧體系之源頭，即各地長期照顧中心之照顧管理專員，以及地區 A 單位個案管理師為研究對象，針對實務方面所接觸之長期照顧需求、評估情形，以及給付項目、服務輸送狀況等。

本研究將依據先前文獻探討結果，為求資料較完整地呈現，採用質性研究法探討下列兩方向：

1. 有關家屬或被照顧者使用住宿型機構照顧之考量，對於現行長照 2.0 相關法規與補助是否影響其使用意願。
2. 有關照顧管理專員與 A 單位個管師在實務方面所接觸之長期照顧需求、項目，以及政府補助給付、經費使用狀況，與如何開結案，以及更後端的醫療資源介入等。

綜上所述，建立研究架構圖如圖 3-1-1，並擬定研究流程圖如圖 3-1-2 進行研究。

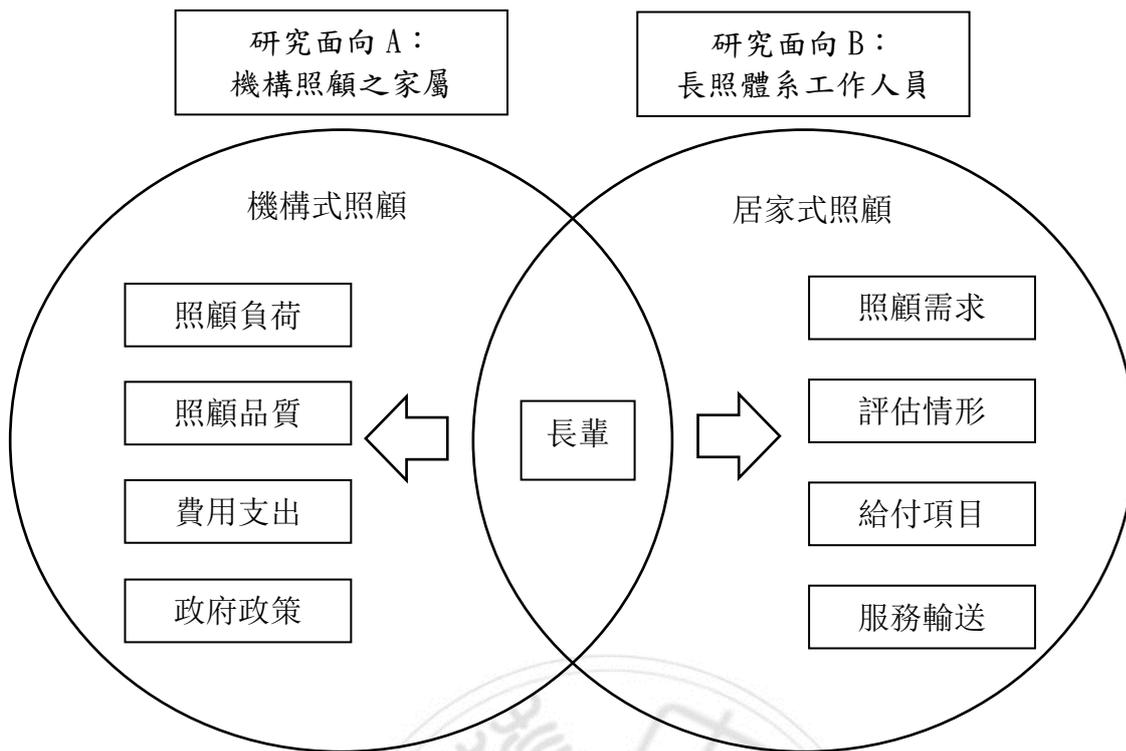


圖 3-1-1 研究架構圖

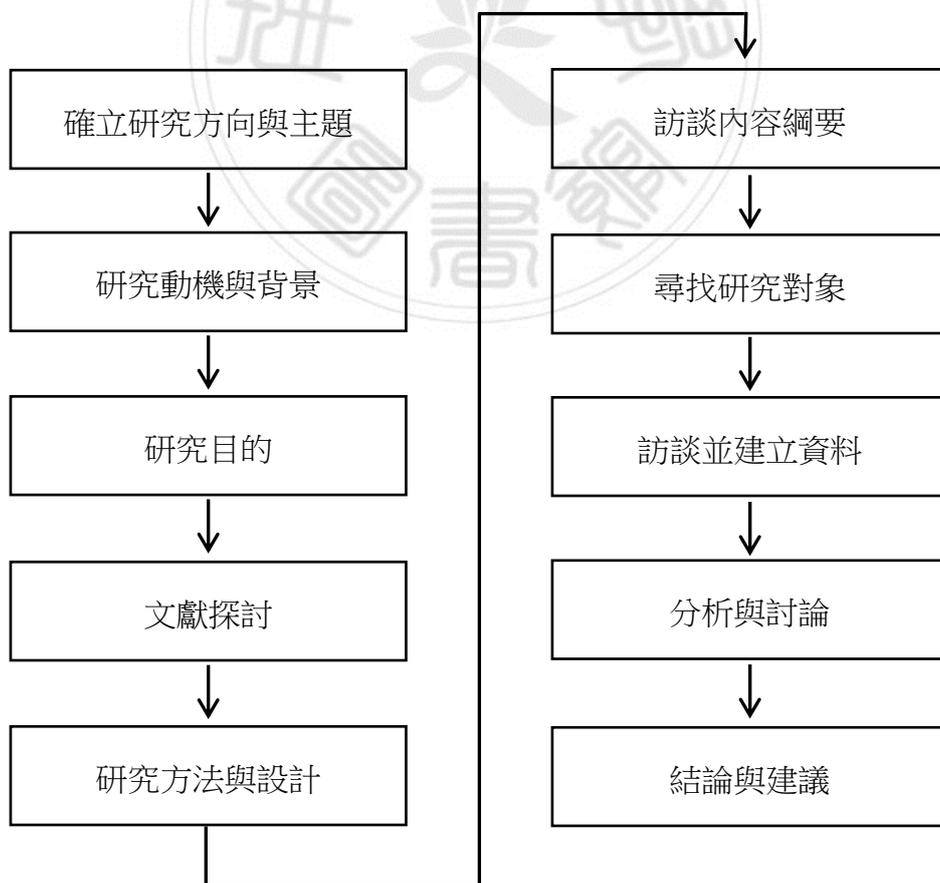


圖 3-1-2 研究流程圖

第二節 研究方法與設計

質性研究是為透過研究者進行訪談來分析研究對象，以描述性的方式瞭解研究對象的背景脈絡，因此在訪談過程中需具備一定的彈性。在資料蒐集之方式採以半結構式訪談，即研究者在訪談前針對研究目的與問題來設計訪談大綱，並在正式訪談時，依當下訪談情形進行調整。

本研究的研究工具有，研究者本身、訪談大綱、訪談備忘錄以及錄音設備等，深入探討以下兩面向：

1. 從使用住宿型長照機構的家屬之角度切入，對支出費用、照顧狀況及其他考量，與政策的看法等議題進行訪談，並瞭解後續帶來的影響。
2. 從照顧管理專員與 A 單位個管師之角度切入，對照顧需求、服務項目，以及政府補助給付、經費使用狀況，並瞭解後續帶來的影響。



第三節、訪談住宿型機構之家屬

一、研究對象

研究者早期曾於雲林縣私立某小型養護中心實習服務，故以該養護中心之家屬為研究對象進行訪談。該養護中心創辦人於民國 86 年自國小校長退休後，有感現代社會工商忙碌，子女較無法全心陪伴在雙親身邊，若長輩有照顧需求也較難提供完善照顧，遂籌辦創立老人養護中心，並於 91 年在地方成立社區型老人養護機構，提供安全舒適並具有溫馨居家生活的環境，以照顧在地的長輩。

本研究採用立意取樣及滾雪球方式，進行半結構式訪談，訪談前事先告知訪談目的，訪談當下依訪談大綱進行訪問，但可接受受訪者的發言順序來彈性調整發言順序，並於全程錄音紀錄。編碼方式依訪問順序由 1-A 至 1-D 進行排列，並註記長輩入住年紀、疾病症狀、入住時長。受訪者資料如下表 3-3-1：

表 3-3-1 機構家屬資料

編號	長輩年紀	疾病症狀	入住時長
1-A	80	低血糖	2 年
1-B	84	失智症	8 個月
1-C	85	失智症	5 年
1-D	85	失智症中度	1 年

資料來源：研究者自行整理

二、訪談大綱設計

本研究的訪談大綱將成兩部分，第一部分為瞭解長輩入住機構情形、家屬間如何溝通與考量、為何選擇該長照機構及目前付費方式。第二部分則針對長照 2.0 相關居家照顧與機構照顧之服務項目內容，瞭解對其看法。詳如下表 3-3-2：

表 3-3-2 機構家屬訪談大綱

	1. 長輩於哪一年開始住機構，那一年是幾歲？
	2. 當時入住得考量主要原因是什麼？錢、距離、沒人可照顧、長輩對於入住的想法？如何說服長輩？
主題一	3. 在眾多長照機構當中，選擇該機構的考量是什麼？(經濟、交通距離、與醫院合作、機構內休閒設施、機構抗災應變能)
	4. 當初如何付費，現在如何付費，是否有申請相關政府補助？
	5. 是否知曉長照 2.0 當中居家照顧之相關補助措與支付系統？
主題二	6. 倘若機構照顧都沒有補助，那對於居家照顧者可申請補助之看法。
	7. 認為政府是否應當補助住宿式機構，應補助多少費用才適合？

資料來源：研究者自行整理

第四節、訪談照顧管理專員與 A 單位個管師

一、研究對象

研究者透過地緣性以雲嘉嘉地區來進行取樣，又雲林及嘉義屬全台老年人口比率最高之縣市，訪談對象以這三個縣市當中現職的長照管理專員或長照 A 單位之個案管理師進行訪談。

本研究採用立意取樣方式進行，進行半結構式訪談，訪談前事先告知訪談目的，訪談當下依訪談大綱進行訪問，但可接受受訪者的發言順序來彈性調整發言順序，並於全程錄音紀錄。編碼方式依訪問順序由 A 至 C 進行排列，並註記長照人員之工作年資、專業背景、服務案量。受訪者資料如下表 3-4-1：

表 3-4-1 照專與 A 個管資料

編號	服務年資	專業背景	服務案量
2-A	6 年	護理	200 案/年
2-B	1 年 6 個月	社工	200 案/年
2-C	8 年	社工	500 案/年

資料來源：研究者自行整理

二、訪談大綱設計

本研究的訪談大綱將成三部分，第一部分為探問長照體系當中照顧管理專員與 A 個管之合作模式，並瞭解案件來源以及服務需求。

第二部分則針對在長照體系中服務至今所遇過的挑戰，是否發生過摩擦或印象深刻的案例，後續再延伸至使用居家照顧服務後，會轉往居家安寧療護或機構式照顧。

第三部分則為對長照工作人力現況之看法。詳如下表 3-4-2：

表 3-4-2 照專與 A 個管訪談大綱

	1. 目前服務年資與過往經歷背景？
主題一	2. 至今經手過的案件數，共核准過多少額度？服務案件來源？
	3. 與 A 個管或長照專員的合作模式？大多因何項照顧需求進行申請？
	4. 服務至今遇過何種挑戰(家屬因素或是政策因素)？
主題二	5. 是否曾發生照服員與案家摩擦？有服務過那些印象深刻的案例？
	6. 使用居家照顧服務直到轉由居家安寧療護或機構式照顧介入？
主題三	7. 對於長照工作人力現況或人力流動之看法？

資料來源：研究者自行整理

第肆章 研究資料分析

人的一生中，必定會經歷許多生老病死，當我們衰老或生病到一定的程度時，勢必得仰賴他人協助與照顧，而政府便是這些服務背後最大的推手。政府如何擬定政策，如何推動新創的服務，都不斷影響著長輩、家屬甚至是相關的從業人員。

本研究藉由訪談使用機構照顧之家屬以及現行長照體系中的照管專員與 A 單位個管，將個別分析兩項主題，最後再一同整理歸納。

第一節、住宿型機構家屬之樣態

一、部分長輩年紀超過 80 歲，且罹患失智症，家屬評估使用居家照顧服務或聘請外籍看護來照顧不符照顧效益。

〔A：於 109 年時入住，當時差不多 80 歲。……因為在家裡沒有辦法顧，婆婆當時是因為血糖太低然後住院治療，出院之後就直接安排送過來僑真照顧，並且考量機構的醫療設備會比家中自行準備的還要齊全，才送過來。〕

〔B：於 110 年 2 月時入住，當時 84 歲。……因為長輩罹患失智症，在家裡不好照顧，後來因生病住院，出院後就直接安排來機構入住了，而且僑真這邊風評還不錯，主任人也很好。〕

〔C：忘記多久了，但是超過 5 年以上，當入住約 80 歲左右。……因為父親的狀況是失智症，在機構照顧會比較全面。〕

〔D：109 年 8 月多，當時 85 歲。……曾經聘請過三任外籍看護，但是在溝通方面效果不理想，才安排到機構入住。〕

二、家屬在挑選住宿型機構時，首要考量大多以鄰近居住地之機構為主，其次則為因機構風評良好而安排長輩入住。

〔A：……主要是因為距離家裡比較近，能就近看照……〕

〔B：……因為機構風評還不錯，實際來參訪時也覺得主任很盡心，適合將長輩安排來這裡居住……〕

〔C：……當初僑真老闆跟父親是同事，故安排母親及父親接來僑真入住……〕

〔D：……交通距離考量，因為機構位址離原本住家很近，家屬也能頻繁前來探視……〕

三、每月固定支付 25,000 元基本費，若有額外就醫或醫療耗材費用另計。而在補助方面曾申請過「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法」或「109 年住宿式長照機構補助方案」。

{A：……固定每月 25,000 元，如果有另外的醫療開銷則是另外計算，上個月就是 25,000+2000 元的就醫或耗材費用……另外有補助 14,000 元的身心障礙補助。「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法」……。}

{B：……目前基本月費 25,000 元，另外若有插管或其他耗材再額外算錢……至於補助費用則是因為有長輩自身的退休金能夠支應，就沒有額外申請。}

{C：……平均基本費加耗材約 26,000-27,000 元。但上個月因為父親肺炎住院，就花了 4 萬多元……另外去年有申請「109 年住宿式長照機構補助方案」，大概兩萬多元，今年也開始申請。……}

{D：……每月基本費 25,000 元，若有回診就醫會再另外支付……另外去年住了四個月，主任有幫忙申請補助「109 年住宿式長照機構補助方案」，說最高可以申請 6 萬元的補助。……}

四、關於長照 2.0 提供之居家服務以及相關補助措施的看法。但因考量失智症長輩需要更長時間的照顧，而居家服務所提供的時數在家人自行照顧間難以取得平衡；或者因本身住家空間狹窄難以容納其他服務人員；甚至是家中有另一名長輩已聘請外籍看護照顧等原因，最終選擇住宿型機構來照顧長輩。

{A：……有聽過長照 2.0，但因家中生活空間狹隘，不足以容納其他服務人員前來提供服務，才會選擇住宿式機構。……}

{B：……知道長照 2.0 提供的居家照顧服務，但因為長輩照顧需求不符合居家照顧措施，故沒有使用。……我們家本身就還有一位 90 歲的父親，並且有請外勞在照顧，那如果要再照顧媽媽，也得再額外申請外勞，並且也不知道要等多久，所以仍選擇住宿型機構來使用。……}

{C：……有聽過長照 2.0，大概知道服務內容，照顧服務員大概都每周來個 1-3 次……但因為父親的失智症狀較難在家照顧，且家人間也因有工作，較難長時間照顧父親，評估照顧認為效果不大，才會選擇住宿型機構。……}

{D：……知曉居家照顧之福利措施，但因為長輩幾乎要 24 小時的照顧，所以不太符合長輩的狀況。而且居家照顧幾乎都是小時制，感覺意義不大。……}

以家屬的角度來說，還是會選擇機構照顧，因為機構的護理師、照服員等工作人員較多，較能夠完善照顧到長輩。另外就是互動性的部分，機構內均會安排活動，並且較能使用長輩熟悉得語言，若在家裡請外籍看護，就會面臨語言不通的問題。……]

五、針對政府是否補助住宿式機構，應補助多少費用才適合？在受訪家屬回應中歸納出，除了長輩本身退休金足以支應無虞外，皆希望政府能針對使用住宿型機構的家庭，提供固定額度之補助。

[A：……希望補助金額可以提高一些，畢竟有些家庭必須要夫妻都外出工作才能支應生活開銷以及子女開銷或是其他貸款(房貸、車貸)，若要再支應長輩住宿費用其實會更為吃緊，故希望金額能多加提高。……。]

[B：……因為母親本身有退休金足以支應無虞，故無法評估其他家情之需求以及補助金額……。]

[C：……希望能每月補助 1/3 的住宿費用，來減緩家庭經濟負擔。……]

[D：……認為每年補助 6 萬元還算合理，對家庭不無小補……]

第二節、居家照顧之服務樣態

一、長照專員每年新案加列管舊案均服務超過 200 案，案件來源大多為自行宣導開發，部分由醫院出院轉介，少則由民眾自行申請或地方村里長代為聯繫，核准額度 2-8 級均有核過，額度端看案主使用服務之情形。

[A：……(每一年)通常是在 150-180 之間。……1-8 級我都有核過，但 1 級完全沒有補助，這通常就不會申請長照服務了，因為沒有補助額度就得自費，通常自費對民眾來說就很貴阿。……長照服務申請的方向：1.從醫院轉介過來。2.打電話到衛生局的長照中心專線。3.另一個就是 1966。4.長照中心網站的線上申請。5.求助於鄰里間的村里長、里幹事，再者是找議員。……]

[B：……我負責的鄉鎮算是比較鄉下，但案量大概有 230 到 240 案左右……我們有 2-8 級額度，……原則上如果是輕微的，步態不穩這類的長輩，一個月去服務，煮飯(49 元)或者洗澡(一個月 23 次，周一至周五)，大概都是花費一個月 1200 多元。……大部分都是地區醫院轉介過來，出院前醫院端就會幫忙詢

問，有需要就轉介長照資源介入。……自己主動聯繫的比較少，雖然我們有去宣導……但實際上能去據點活動的長輩，身體狀況都還不錯，他們就會覺得不需要花這樣的費用，認為自己還能打理生活所需，或者是大概煮一下就能解決一餐，不需要額外花錢。……]

[C：……當初剛到協會時案量沒那麼多，現在大概成長有一倍以上。當初 200 多案，現在則 500 多案，服務員從 20 出頭成長為 40 多位。……早期在 1.0 需要透過標案來進行，所以要自己抓預算額度……服務來源都是靠自己開案……尋找在地動員力較高的村里長，並介紹長照服務，透過頻繁接觸請村里長協助連結在地需要服務的長輩。……除了自己開發之外，也會有民眾透過電視廣告跟縣政府連繫，然後到公所申請，在接受公所派案，這也是其中一項來源。……另外有時候，縣政府也會專門派一些特殊案件過來，像有些是政府高官退休的，就會派給我們來服務。……]

二、長照專員與 A 個管間，部分會採用共同訪視之機制，減少民眾困擾與不便，且共訪機制可一同擬定長輩之照顧計畫。服務需求多以基礎身體照顧或日常生活服務為主，少部分為抽痰或管路清潔服務。

[A：……像我今天去評估完，我把評估等級給個管師，就像剛才在那邊個管師與家屬一起釐清需要的服務是什麼？……後續個管師會再找居家服務員介入提供居家服務，要做什麼項目，一個禮拜做幾次，個管師就會用電腦聯繫服務單位，當然個管師也要送報告、擬定照顧計畫、回來讓我審核。……我們跟個管師的關係有點像是衛生局與承接單位的對話窗口……要清楚什麼是身體照顧，像是洗澡、換尿布等……另外還有管灌餵食、拍痰那些，就是看長輩本身有沒有插管路的狀況，有鼻胃管或者是氣切，我們就會提供這些項目。像這類型會是從醫院做出院準備，就會告知需要進行管灌、拍痰等服務。然後在服務項目表中，就有可以勾選比較特殊的醫療介入，鼻胃管、尿管、氣切、氧氣、傷口阿這些的。……]

[B：……我們地區都採共訪制度，避免兩個人分開去看，評估需要服務的項目不同，另外分開過去也會容易造成混亂，或者是家屬交代的項目與實際過去長輩的需求不相同，或者長輩不知道有人要過去評估。……如果是常見的服務像是煮飯、洗澡或者輪椅單拐這類比較多數；那像如果家務服務，則受限於

政府的規範就比較少申請，只能以生活作息空間，房間、客廳坐位來清掃，廚房或者二樓都不算在內，甚至桌面也不能幫忙清。……家事服務這項也會被家屬抱怨，因此影響申請家務服務的意願。……]

[C：……這幾年與照專關係都還不錯，有問題也會事先聯繫。像是宣導時如果有民眾想申請，我們會直接幫忙寫申請書，然後就送到照專那邊。……照專在評估也會有時間壓力，如果下午送件，也會算一天，所以我們都會盡量在上午的時候送件，減緩他的工作壓力。……服務需求大部分都是沐浴服務，備餐、環境整理等，而管灌餵食可以做，但抽痰就不能做，侵入性的不做，不過那種得還算是少數。……]

三、服務過程的挑戰均包含與業主或家屬商討服務項目及費用，或是與照顧提供單位商討派工分配等，總體來說不是說服別人就是說服自己。

[A：……我覺得整個挑戰就是心態的轉換，因為你沒辦法去改變環境，心態改變後就會冷靜下來，就能聽得懂他要的是什麼……就像數學題一樣，面對什麼樣的數學題，要帶什麼樣的公式。什麼樣的民眾就要用什麼樣的溝通方式。要有自我的主張，不能被民眾牽著鼻子走。……有過政治介入呀，我有遇過一對老師一直很堅持，要服務的額度。……老師應該不缺錢，但是他就是希望可以拿到補助。……他還是沒辦法接受，就是去投訴議員，又去投訴社會處又是什麼的。……我就委婉地說明長輩希望能在這個政策以外的漏洞來給予(服務)，但是就不是長輩他要的，就變成他堅持他想要的，我這邊也介入不了，以這樣的方式來跟議員助理說明，他們就比較能夠接受。……我覺得最大的挑戰比較在於如何去回應，因為去投訴是每個人都有得權利。但你投訴完，之後我要怎麼去回復，是這個關係的問題，因為那個人根本對我不認識，唯一就只有這通電話。……人說見面三分情，聽電話也是，所以如果在電話中你的口氣，口吻如果 OK 的話，那他也會理解，是投訴者的問題，不是我這個照專的問題。……]

[B：……就社工背景而言，(我)對於長輩的病症方面相對較為不熟稔，需要額外加詢清楚，才能瞭解某些疾病會影響到後續的生理狀況(肢體關節障礙、血壓高導致眩暈等)，這部分需要較多的實務經驗，對我來說挑戰性很高……比較深刻的是我當初剛上線沒多久，案主很生氣地打電話過來投訴，說 A 個

管來之後就亂改服務項目……導致 A 單位跟 B 單位兩邊為這件事情吵架，又影響到長輩的沐浴狀況，最後家屬打電話來罵我。……有時候家屬也不會瞭解那麼多，什麼服務碼別的都不重要，他們的要求就是長輩有人協助洗澡就好，可是這對居服單位來說就不同，會影響到申請的錢。……]

[C：……剛開始的困難來自於對長照業務的不熟悉，唯一相關的只有早年辦過照服員的培訓課程，所以知道照服員需要具備什麼專業能力。但是從來沒有想過照服員可能要做多少事情。……但轉換做居家服務，則有較多的錯愕，倒不是挫折。……因為有些服務員不一定會協力你，願意立即幫忙解決服務上的問題，例如有一個新案近來，有三天派工的壓力，看完了就要去媒合服務員，可能服務員沒告訴原因就拒絕了，而對於這樣的互動合作關係感到錯愕。……]

四、均有遇過案家與照服員發生摩擦，亦有發生長輩對照服員進行不當肢體觸碰。印象深刻的事件當中，另有發現一名長輩過世，經通知家屬後隔好幾個小時才前來處理，因死亡現場不可隨意移動，長輩便光溜溜癱軟在地上。

[A：……有遇過案家打照服員的阿，這屬於異常事件通報，我們就是進入協調，瞭解為什麼案家會打這名照服員……那當然我們也不是都以案家為主……我們也有跟居服員詢問是否透過法律途徑提告，這個就是由服務單位的主管與居服員溝通，那我就是寫整個異常事件的過程……所以後來換一名照服員過去之後，案家就 OK 了。我來這麼久(6 年)才遇過一案而已。……另外印象深刻就是個案性騷擾照服員，這案是我去年通報的個案……後來服務單位就反映說沒辦法幫他服務了……那也跟家屬談過，就先暫停一段時間，至於服務員當時也沒有打算要提告……後續個案又是來說要申請沐浴……那我們就說要改安排男性照服員提供服務，他就是不要，我們也是就說算了，還要找也沒有……後來就不了了之，結案了。……]

[B：……這種情形是有，肢體上的觸碰，曾經有出現過案主會去摸服務員……那這時候我們的服務是先暫停的，我們就先跟女兒講，因為爸爸有出現這樣的狀況，為了保護居服員的安全，要先把服務暫停……請他們先帶長輩去看醫生，請醫生評估究竟是什麼原因，會讓長輩情緒起伏這麼大，然後還有攻擊行為。看是不是需要定期服藥，讓長輩穩定一點。不然長輩一直有攻擊行為，

我們也得保護我們的服務員吧。……最後就有去看醫生，情況有穩定下來，才又導入居家服務。……]

[C：……印象深刻的有服務員一早打電話來，表示案主死在家中……後來的故事，讓我很感慨，……警察都處理完了，在等家屬來簽名，確認無他殺嫌疑，殯葬業者就可以介入幫阿嬤入殮的服務。……但是家屬從八點半一直到十點多都還沒出現……我就自己跟家屬聯繫，：「大哥，你們附近都沒有家屬嗎？阿嬤很可憐，沒有穿褲子攤在地上。我們也沒辦法去移動，是不是能夠聯絡住這附近的家屬，來簽名就好，打完後大概 12 點多，才有人出來簽名。……我在意的是，為了一個服務費也沒多少錢，阿你們兄弟兩的事自己不敢講，反而是我這個外人來講。……]

五、在長期照顧的後期，僅少部分長輩因癌症末期，由醫療端安排安寧療護，並連結居家服務，協助進行身體照顧；較多數長輩為在家中自然死亡或是提早轉由機構照顧。

[A：……安寧緩和療護，應該是說長輩開使用服務，到最後被醫生判定不行了，我們通常會聯繫居家安寧的部分。……健保只補助醫生跟護理師跟其他的專業，他沒有補助居家服務，所以這個時候，我們長照的居家服務還是要介入。像怎麼擦澡啦安寧療護的護理師可以教。……但比較多的狀況是，家屬通常都是不知道，都到很嚴重之後才叫我們過去，那這樣的個案通常都已經到重度，很快就已經掰了。……]

[A：……居家轉機構照護，最常見的大概是居家服務額度不夠了。因為家屬照顧不來了，尤其是已經完全臥床，大小便失禁，家屬沒辦法隨時 24 小時在你身邊，這種的一定會送到機構。或是失智的個案，他能跑能跳，更難照顧，但是他晚上會有黃昏症候群，他一直想要走出去，就因此而走失；或是夜間的時候，會自己開門。失智的個案給他鎖好幾個門，他也能夠開喔。這種情況家屬沒辦法照顧，就會送到機構，所以主要還是取決於家庭的照顧量能，能否支應 24 小時這麼長時間的照顧。……]

[B：……安寧療護這一塊，通常這樣的案例，在醫院端醫生就會跟病人或者家屬告知了……看要不要導入安寧療護，不然就回家休養，但回家後通常沒有多久，很快就會往生，這樣的病患通常都是服務來不及介入居多……]

〔B：……目前還沒有遇過轉機構的，有一個是本來有外勞在照顧，那我們其實不會提供居家服務，主要就是安排喘息跟交通接送……那個阿嬤有很嚴重的失智症，我們去評估的時候已經有插導尿管了，後來又泌尿道感染，發燒，住院之後，家屬評估送回家也沒辦法照顧，就直接轉機構，只是如果有預計要長住機構，我們這邊就會結案。……〕

〔C：……真正要做到居家安寧還是有條件的，像是有疾病到善終的，大部分都不會到居家安寧，多數還是會直接轉機構，原因大概是因為獨居，居家服務是補充性服務，不是替代式的……而且居家服務不會一整天，所以如果身體狀況不好到需要整天照顧的長輩，就會建議他們請外傭，或者就是進機構，更差更差就是住院治療之後就往生。……〕

〔C：……至於要不要去機構，這通常在服務過程中，家屬會詢問，在長照系統中有主要照顧者的話，我們會建議先用機構喘息，之後再轉入住機構。……有一些家屬就會直接請外傭，可能長輩一個人在家裡，家屬會不放心。……〕

六、有關長照人力現況絕大多數受政府政策影響，不同時期政府長照政策重心著重在不同的地方，便影響工作人力的流動；且 1.0 至 2.0 當中不同職務之薪資給付均有所變化，端仰賴政府滾動式修正。另外也有行政業務、輔具申請流程或是執行涵蓋率等情形，進而影響工作人力現況。

〔A：……我覺得人力流動是正常的，因為人都是看錢在做事，像我之前長照 1.0 年的時候，居服員的薪資很低，所以很多人去機構訓練完了，就轉去醫院了……醫院該有的醫護人員什麼的都有，環境就是很單純。……後來長照 2.0 之後，政府就調升居服員的價錢，所有醫院的居服員，全部都轉出來了，就是你錢哪一邊比較高，一定會湧人潮過去的，這是必然阿，因為都是同樣的工作範疇阿，所以這都是錢的問題啦。……〕

〔B：……現在很多政策都是滾動是在修正。不管是服務項目、細節、專業服務、系統上面的操作，其實都是一直在修一直在修，並不是進來就照固定的東西在走。……就像以輔具來說，輔具申請的限制，也得照政府的流程進行，不是說申請完補助就會馬上下來，……所以很多家屬都會嫌麻煩，所以像是當有就醫需求，醫療機構告知各項輔具補助項目時，家屬也會認為自己買比較立即。……另外就是涵蓋率的部分，除了去訪案還要衝涵蓋率……在這方面

就就會變成到底是要追求服務量還是服務品質……到最後會不會是變成為了開案而開案？……]

[C：……這幾年 2.0 開始之後，鼓勵了更多人力投入，但整個長照服務是個市場機制運作，所以還是需要很多的磨合。……台灣這幾年有很多外配投入，面臨的問題，就語言、或者認知。……早期有要求國小學歷，那時候就擋掉很多外配，但現在照顧人力出現困境，則改為識字即可，陸配繁體字不一定看得懂，語言上可能比較能懂，但風俗民情則多少會有落差，陸配也比較強勢，在溝通上就會有一定的困境。越南籍這幾年還有，印尼幾乎沒有了。這也是在新住民、外配的分配問題。總體來說，人力還是缺啦……]

第三節、綜合討論

研究者藉由本參與本研究的數名研究對象之經驗分享中，就照顧效能、支出費用以及照顧壓力三點進行比較，可歸納出：

1. 隨長輩失能程度提高，在家庭照顧量能不足下，便轉由機構式照顧。
2. 在政策補助下，居家照顧的支出明顯低於機構式照顧。
3. 機構照顧多為經濟壓力，居家照顧仍因多種狀況而費心。

一、機構照顧與居家照顧之照顧效能比較：

使用住宿型機構照顧之家屬在考量照顧種類時，可能因居家環境狹隘、家中同時有兩名長輩需要照顧，以及長輩失智症狀嚴重，居家照顧服務難以輔助照顧長輩，皆會影響家屬使用服務意願。

在照顧品質方面，機構式家屬認為，住宿型機構的器材設備、工作人員較充裕，全天候皆有人看照，能完善照顧到長輩健康與安全；且有定期舉辦活動，而在語言方面，較使用長輩熟悉的語言，相較於外籍看護或者外籍照服員，較能降低語言不通的陌生感。

從長期照顧體系專業人員觀點來看，當長輩的失能程度提高，進入完全臥床或失智症狀加劇的情況，居家服務項目與額度不足以輔助家屬照顧長輩，在家庭照顧量能不足下，便會轉由機構式照顧。

[1-A：……有聽過長照 2.0，但因家中生活空間狹隘，不足以容納其他服務人員前來提供服務，才會選擇 住宿式機構。……]

[1-B：……知道長照 2.0 提供的居家照顧服務，但因為長輩照顧需求不符合居家照顧措施，故沒有使用。……我們家本身就還有一位 90 歲的父親，並且有請外勞在照顧，那如果要再照顧媽媽，也得再額外申請外勞，並且也不知道要等多久，所以仍選擇住宿型機構來使用。……]

[1-C：……有聽過長照 2.0，大概知道服務內容，照顧服務員大概都每周來個 1-3 次……但因為父親的失智症狀較難在家照顧，且家人間也因有工作，較難長時間照顧父親，評估照顧認為效果不大，才會選擇住宿型機構。……]

[1-D：……知曉居家照顧之福利措施，但因為長輩幾乎要 24 小時的照顧，所以不太符合長輩的狀況。而且居家照顧幾乎都是小時制，感覺意義不大。……以家屬的角度來說，還是會選擇機構照顧，因為機構的護理師、照服員等工作人員較多，較能夠完善照顧到長輩。另外就是互動性的部分，機構內均會安排活動，並且較能使用長輩熟悉得語言，若在家裡請外籍看護，就會面臨語言不通的問題。……]

[2-A：……居家轉機構照護，最常見的大概是居家服務額度不夠了。因為家屬照顧不來了，尤其是已經完全臥床，大小便失禁，家屬沒辦法隨時 24 小時在你身邊，這種的一定會送到機構。或是失智的個案，他能跑能跳，更難照顧，但是他晚上會有黃昏症候群，他一直想要走出去，就因此而走失；或是夜間的時候，會自己開門。失智的個案給他鎖好幾個門，他也能夠開喔。這種情況家屬沒辦法照顧，就會送到機構，所以主要還是取決於家庭的照顧量能，能否支應 24 小時這麼長時間的照顧。……]

[2-B：……有一個是本來有外勞在照顧，那我們其實不會提供居家服務，主要就是安排喘息跟交通接送。那個阿嬤有很嚴重的失智症，我們去評估的時候已經有插導尿管了，後來又泌尿道感染，發燒，住院之後，家屬評估送回家也沒辦法照顧，就直接轉機構，那她應該是還沒有往生。只是如果有預計要長住機構，我們這邊就會結案。……]

[2-C：……多數還是會直接轉機構，原因大概是因為獨居，居家服務是補充性服務，不是替代式的，而且居家服務不會一整天，所以如果身體狀況不好到需

要整天照顧的長輩，就會建議他們請外傭，或者就是進機構，更差更差就是住院治療之後就往生。……至於要不要去機構，這通常在服務過程中，家屬會詢問，在長照系統中有主要照顧者的話，我們會建議先用機構喘息，之後再轉入住機構。……有些則是在服務過程中給家屬建議，看怎樣的照顧會是對長輩最好的。有一些家屬就會直接請外傭，可能長輩一個人在家裡，家屬會不放心。]

二、機構照顧與居家照顧之支出費用比較

機構式照顧固定月費在 25,000 元上下，若有額外就醫及醫療耗材費用另計，在目前政府推行之補助有「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法」及「109 年住宿式長照機構補助方案」二擇一。

居家照顧方面則以長照需求等級區分 2-8 級，並給予不同程度之補助額度，最多可達 36,180 元，而一般戶需負擔 16% 之額度，中、低收入戶為 5%，低收入戶為 0%。以較基礎之身體清潔與餐食服務來計算，每月大概花費 1200 左右不等。

費用支出方面，居家照顧服務在政府的補助下，明顯低於機構式照顧。但家內照顧人力之就業收入隱藏成本以及其照顧負荷則難以計算多寡。

[1-A：……固定每月 25,000 元，如果有另外的醫療開銷則是另外計算，上個月就是 25,000+2000 元的就醫或耗材費用……另外有補助 14,000 元的身心障礙補助。「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法」……。]

[1-B：……目前基本月費 25,000 元，另外若是有插管或其他耗材再額外算錢……至於補助費用則是因為有長輩自身的退休金能夠支應，就沒有額外申請。……]

[1-C：……平均基本費加耗材約 26,000-27,000 元。但上個月因為父親肺炎住院，就花了 4 萬多元……另外去年有申請「109 年住宿式長照機構補助方案」，大概兩萬多元，今年也開始申請。……]

[1-D：……每月基本費 25,000 元，若有回診就醫會再另外支付……另外去年住了四個月，主任有幫忙申請補助「109 年住宿式長照機構補助方案」，說最高可以申請 6 萬元的補助。……]

[2-A：……1-8 級我都有核過，但 1 級完全沒有補助，這通常就不會申請長照服務了，因為沒有補助額度就得自費，通常自費對民眾來說就很貴阿。……]

[2-B：……我們有 2-8 級額度，主要就是我們勾選長輩的狀況，然後系統會跳分級，可能身上有傷口或是接受進階的治療級數會再往上調。原則上如果是輕微的，步態不穩這類的長輩，一個月去服務，煮飯(49 元)或者洗澡(一個月 23 次，周一至周五)，大概都是花費一個月 1200 多元。……]

三、機構照顧與居家照顧之照顧壓力比較

研究者在進行訪問後，可歸納出有關家屬照顧壓力方面，使用機構式照顧之長輩，家屬壓力源較為經濟議題之壓力，而在長輩身體及醫療照顧方面，家屬則無後顧之憂。

居家照顧方面，過往曾發生長輩因失智症狀嚴重，經常走失而最終轉往機構照顧；也有過長輩獨居接受居家服務最終死亡，但因子女照顧共識不足，而遲遲未協助長輩處理身後事；另因長輩活動功能不同，過往曾發生不當肢體觸碰事宜，為此家屬需多加費心溝通或協助就醫。

[1-A：……考量機構的醫療設備會比家中自行準備的還要齊全，才送過來機構。……希望補助金額可以提高一些，畢竟有些家庭必須要夫妻都外出工作才能支應生活開銷以及子女開銷或是其他貸款(房貸、車貸)，若要再支應長輩住宿費用其實會更為吃緊，故希望金額能多加提高。……。]

[1-B：……因為母親罹患失智症，在家裡不好照顧，後來因生病住院，出院後就直接安排來機構入住了，……因為母親本身有退休金足以支應無虞，故無法評估其他家情之需求以及補助金額……。]

[1-C：……父親的狀況是失智症，在機構照顧會比較全面。……希望能每月補助 1/3 的住宿費用，來減緩家庭經濟負擔。……]

[1-D：……曾經聘請過三任外籍看護，但是在溝通方面效果不理想，才安排到機構入住。……認為一年補助 6 萬元還算合理，對家庭不無小補……]

[2-A：……居家轉機構照護，最常見的大概是居家服務額度不夠了。因為家屬照顧不來了，尤其是已經完全臥床，大小便失禁，家屬沒辦法隨時 24 小時在你

身邊，這種的一定會送到機構。或是失智的個案，他能跑能跳，更難照顧，但是他晚上會有黃昏症候群，他一直想要走出去，就因此而走失；或是夜間的時候，會自己開門。失智的個案給他鎖好幾個門，他也能夠開喔。這種情況家屬沒辦法照顧，就會送到機構，所以主要還是取決於家庭的照顧量能，能否支應 24 小時這麼長時間的照顧。……

[2-B：……我有接觸過好像是肺癌還什麼癌的，就是已經嚴重到，一動就會痛，不然以往都是家屬在照顧，只是到後期他的病況擴散了，已經到骨頭，一動就會痛，真的家屬沒辦法照顧了才會尋求資源。……因為我們長照有一個缺點，(不能 24H)，針對真的需要就是請外勞。除非是去住機構，但是這也是得看等級補助 14 天或 21 天(喘息)，不然就是自費長時間入住。有一個是本來有外勞在照顧，那我們其實不會提供居家服務，主要就是安排喘息跟交通接送。那個阿嬤有很嚴重的失智症，我們去評估的時候已經有插導尿管了，後來又泌尿道感染，發燒，住院之後，家屬評估送回家也沒辦法照顧，就直接轉機構，那她應該是還沒有往生。只是如果有預計要長住機構，我們這邊就會結案。……]

[2-C：……後來的一段故事，讓我很感慨，……警察都處理完了，在等家屬來簽名，確認無他殺嫌疑，殯葬業者就可以介入幫阿嬤入殮的服務。……但是家屬從八點半一直到十點多都還沒出現……我就自己跟家屬聯繫，：「大哥，你們附近都沒有家屬嗎？阿嬤很可憐，沒有穿褲子攤在地上。我們也沒辦法去移動，是不是能夠聯絡住這附近的家屬，來簽名就好，打完後大概 12 點多，才有人出來簽名。……我在意的是，為了一個服務費也沒多少錢，阿你們兄弟兩的事自己不敢講，反而是我這個外人來講。……」

第五章 研究結論、建議、限制與反思

本章節旨在探討現行長期照顧政策中，選擇機構式照顧或居家式照顧所面臨之情況，並針對下列研究結論、研究建議、研究限制與反思進行說明。

第一節、研究結論

在本研究中，共計訪問機構家屬 4 名，長照體制人員 3 名，均得出當家中長輩需要照顧的初期，皆會自行照顧並輔以居家照顧服務或申請全日型看護。但當長輩失能程度嚴重，家屬照顧負荷隨之提高，不得已而必須採用機構式照顧時，往往因政策無相關補助制度，且國家亦未推動相關保險制度，將使得家庭面臨重大經濟壓力。

如此一來，經濟程度許可的家庭便會將長輩送往長照機構，而經濟程度較不允許的，則可能維持原樣，待在家中等待服務較斷裂的居家照顧服務，事實上也是沒有完整的解決國人的長照問題。

下述將根據第肆章研究資料分析所歸納出之結論逐項之說明：

1. 依照顧效能而言：住宿型機構中的照顧設備相較於家中充足，且全天候皆有工作人員看照，長輩健康與安全無虞；另對於完全臥床或失智症照顧，較有量能照顧。
2. 依支出費用而言：居家照顧服務在政府的補助下，明顯低於機構式照顧，但家內照顧人力之就業收入隱藏成本以及其照顧負荷則難以計算多寡。
3. 依照顧壓力而言：使用機構式照顧，家屬壓力源較為經濟議題之壓力；而使用居家照顧則仍會因長輩病況、家屬共識不同、或臨時突發狀況等，家屬仍因多項照顧壓力而困擾。

一、依照顧效能而言：

據研究者訪問機構式之家屬以及長照專員等，皆指出隨長輩失能程度加劇，需要長期臥床或失智症狀嚴重，最終都會轉往機構式照顧，由機構提供完善照顧服務，包含身體照顧、醫療、復健等，且機構提供全日照顧，亦可減少原先家中照顧人力的耗損。

反觀居家式照顧，即便導入居家照顧服務提供多樣化專業照顧，也極其容易受

長輩退化症狀不同以及家庭成員互動關係而影響。且家庭成員的照顧壓力與互動關係常因此隨之波動，對於長輩的照顧方式是否達成共識，或因此產生矛盾也時有所聞。

二、依支出費用而言：

現行長照給付制度在居家服務方面，依照長輩長照需求等級給予不同的使用額度，並依據身分別訂定不同比例的自付額，以較常見的餐食及沐浴服務來說，平均每月花費 1,000-1,500 元不等，另外再仰賴其他家庭成員的協助照顧。

在機構式照顧之費用方面，研究者訪談之機構平均在每月 25,000 元上下，若長輩有其他醫療耗材或定期就醫則另外計入。相關政策補助目前僅有「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法」及「109 年住宿式長照機構補助方案」之臨時性專案補助，為非常態性政策。

由此可知現行長照給付制度著重於居家照顧服務，以致銜接機構式照顧出現斷層，家庭需額外支出龐大費用。長輩從居家照顧要轉往機構式照顧的話，需開始長期支付大量照顧費用。在研究者訪談的數名家屬中，多數仍期待政府能提供不同面向之補助，減緩家庭的經濟開銷。

三、依照照顧壓力而言：

使用機構式照顧之長輩，家屬壓力源較多為經濟議題之壓力，而在長輩身體及醫療照顧方面，家屬則無後顧之憂。

在居家照顧方面，過往曾發生長輩因失智症狀嚴重，經常走失而最終轉往機構照顧；也有過長輩獨居接受居家服務最終死亡，但因子女照顧共識不足，而遲遲未協助長輩處理身後事；另因長輩活動功能不同，過往曾發生不當肢體觸碰事宜，為此家屬需多加費心溝通或協助就醫。

由此可知居家照顧服務在減輕照顧壓力方面，不如機構式照顧有成效。

第二節、研究建議

本節將討論當一般家庭面對長照壓力之建議以及長照政策之建議與後續研究建議等面向進行論述。

一、當一般家庭面對長照壓力：

長期照顧是我們必然會面對的議題，李天生(2018)指出若身為主要照顧者，盡可能多方諮詢相關照顧問題，並連結外界資源介入協助，並且也要在尊重被照顧者的前提下，與家人進行良好的溝通，達成家人間一致的照顧態度。同時長期照顧是「長期」的事件，要照顧好自己才能照顧好家人，不要過度壓抑與承受來自照顧上的壓力。且當照顧者本身醫療需求時，應盡快就醫診療，避免陷入於因照顧帶來的負面情緒中以及環境造成的健康問題。

另簡珮涵(2019)也提到由於目前照顧者普遍年齡偏高，常因照顧工作而失去對外的聯繫與往來，導致照顧者社會關係疏遠，進而增加照顧負荷程度，故適時參與支持性團體有其必要性。諸如在社區據點提供之各類興趣休閒活動，除能增進照顧者照顧技巧、協助照顧者減輕照顧壓力，也可透過同儕支持，與他人分享照顧經驗，維持良好的社會互動，建立照顧者正向的自我覺察與健康心理發展。

二、對我國長照政策之建議：

承前述文獻探討長期照顧已然成為公共化議題，台灣的家庭外照顧服務也由政府從長期照顧 1.0 推動至 2.0，絕大多數的業者為因應家庭變遷的需求，將其轉化為照顧服務的商機。然而在市場機制的運行下，照顧服務作為一種勞務商品，必然陷入「服務品質」與「服務價格」的兩難。

假如要保障服務提供者的勞動處境，並確保一定之照顧品質，業者將得承擔更多的經營成本，最後終將反映在以服務作為商品的價格上面；但若是降低價格，勢必只能犧牲服務提供者的勞動處境以及照顧服務品質。

要在這兩難當中取得平衡機制，就需要國家出面承擔分擔財務的責任，倘若政府尚未規劃直接介入提供照顧服務，至少應以間接的方式透過有系統的現金給付，來補貼不同處境的家庭以購買外部服務所耗費的財務成本。(洪惠芬、廖美蓮、謝玉玲，2012)

政府存在的目的需要幫助人民解決生活上的難題，而財政負擔總是政府的難題與

議題。因此仍倡議政府積極推動「長期照顧保險制度」，以保險制之方式規劃民眾納保，藉由擴大基數分散風險等概念來調節財政支出，並監督照護市場之運作情形。唯有大家一同繳納保費、一同分擔分險，未來的長照服務才能永續發展。

三、後續研究之建議

有關後續研究之建議，研究者建議未來可擴大樣本選取，以不同地區之樣本進行研究，研究結果將更具代表性，亦能促進政府積極推動完善長照政策。

第三節、研究限制與反思

本節旨在探討有關本研究之限制以及研究過程的反思，分別以下列兩點進行說明。

一、研究限制

本研究受限於研究對象、研究者本身以及研究場域等三項限制。本研究採取立意取樣，研究者在有限的研究量能與時間因素下，僅能以自身周邊可用人脈來取樣進行訪問。

研究者自身限制方面，在與長照專員及 A 個管的訪談中，可能因本身在研究過程中具備一定相關認知，故在某些議題方面，使得受訪者認為研究者理應知道而省略未談論，最後從研究者口中提出而受訪者肯定回應，因而失去該議題的客觀性。

研究場域限制則因全國所有長照機構以及長照體系內的照專、A 個管數量過於龐大，本研究無法一一進行訪談，僅以研究者所在地，即雲嘉嘉地區進行取樣。

二、研究反思

台灣已經入高齡化社會，衰老這件事情，無時不刻都在我們身邊發生，是我們每個人將會遇到的。研究者在研究過程中，除了查覺到照顧體制間的斷層情形外，且有件十分弔詭的情況發生，在現今的機構式照顧當中，當機構的照顧品質越好，則長輩的生存年限便越久，因此影響到家屬需支付更長期的照顧費用。

希望在未來政府的努力下，能完善整體長照制度，以保護我們每個人的未來生活。

參考文獻

一、中文文獻(期刊文獻)

- 吳淑瓊 (2005)。人口老化與長期照顧政策。國家政策季刊，4(4)，5-24。
- 吳淑瓊、林慧生 (1999)。台灣功能障礙老人家庭照顧者的全國概況剖析。中華衛誌，18(1)，44-53。
- 呂如分 (2005)。中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。長期照顧雜誌，9(2)，152-170。
- 呂慧芬 (2008)。日本社區整理照護制度之研究。社區發展季刊，121，406-427。
- 李天生 (2018)。長期照顧 2.0 版社區中小型護理機構經營困境與管理之研究：以台中市為例(未出版之碩士論文)。國立中興大學碩士論文，台中市。
- 李光庭 (2009)。由德日兩國經驗看我國長期照護保險制度規劃。臺灣經濟論衡，7(10)，33-53。
- 李卓倫、龍紀萱、劉立凡 (2010)。台灣長期照護保險的理論與挑戰。護理雜誌，57(4)，13-14。
- 周月清 (2000)。香港社區照顧緣起與發展現況及對台灣的省思。社區發展季刊，92，215-232。
- 周世珍 (2006)。荷蘭健康照顧法治新趨勢。健康照護雜誌，10(2)，136-153。
- 林秀蓉、蘇瑞勇、廖敏娟、邱啟潤 (2004)。住院失能病人之主要照顧者長期照護需求及其相關因素探討。長期照護雜誌，8(2)，236-250。
- 林藍萍、劉美芳 (2005)。德、日長期照護保險制度之簡介。臺灣老人保健學刊，1(2)，75-94。
- 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿 (2002)。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。醫護科技學刊，4(4)，273-190。
- 洪國展 (2019) 居家型、社區型、機構型長期照顧方案使用效益之研究。康寧大學碩士論文，台南市。
- 洪惠芬、廖美蓮、謝玉玲 (2012)。照顧任務分配的公平性：對台灣社會照顧體制的初步檢視。社會發展研究學刊，11，30-70。
- 孫宗慧、陳淑銘、邱金菊 (2006)。協助一位主要照顧者減輕身、心、社會、經濟負荷的照護經驗。長期照護雜誌，10(2)，167-177。

- 馬先芝 (2003)。照顧者負荷之概念分析。護理雜誌，50(2)，82-86。
- 張淑卿、吳肖琪、陳惠姿、沈秀卿 (2003)。台閩地區失能老人機構照護供需資源分布現況-先驅性研究。長期照護雜誌，6(2)。
- 張道義 (2008)。國民年金財務問題的法規範。臺灣本土法學，113，74~85。
- 陳玉蒼 (2005)。日本介護保險之介紹。社區發展季刊，110，351-359。
- 陳貞吟、陳楚杰、蔡明足、沈玉卿、周歆凱、翁林仲 (2008)。影響居家長期照顧病患主要照顧者生活品質因素之研究。長期照顧雜誌，12(3)，267-283。
- 陳雅美、陳品元、林小微 (2016)。創造三贏長照體系：家庭照顧者支持服務。社區發展季刊，153，199-213。
- 陳樹強 (2002)。老人日常生活照顧的另一選擇 — 支持家庭照顧者。華東理工大學學報，(3) 67，78-83。
- 黃協源 (2005)。正式照顧對非正式網絡互動關係之影響-以原住民部落老人居家送餐為例。社會政策與社會工作學刊，9(1)，163-198。
- 黃忠志 (2013)。臺灣家庭照顧者多面向評量與工具建構之初探。臺大社會工作學刊，28，137-173。
- 葉光輝 (1997a)。台灣民眾的孝道觀念變遷情形。中央研究院民族學研究所集刊，82，65~114。
- 葉光輝 (1997b)。親子互動的困境與衝突及其因應方式-孝道觀點的探討。中央研究院民族學研究所集刊，82，65~114。
- 葉光輝 (1997c)。年老父母居住安排的心理學研究：孝道觀點的探討。中央研究院民族學研究所集刊，83，121-168。
- 蔡雅竹 (2014)。論我國長期照顧雙法草案及其法律問題-兼論德國之長照保險制度。台灣大學碩士論文，台北市。
- 謝美娥 (2000)。美國對失能老人非正式照顧者協助措施之初探。社區發展季刊，92，242-257。
- 謝榮堂、周佳宥 (2009)。德國照護保險法制之研究：作為我國未來立法借鏡。軍法專刊，55(5)，85-107。
- 簡珮涵 (2019)。雲嘉南地區照顧者照顧負荷與生活品質之探討。南華大學碩士論文，嘉義縣。
- 簡國維 (2021)。在長照 2.0 及長服法的規範下，住宿型長照機構經營發展與困境。台

北醫學大學碩士論文，台北市。

簡惠娟（2017）。長照 2.0 新作為：前瞻、創新、整合—老人社區照顧政策。《**國土及公共治理季刊**第五卷第三期，114-121

魏弘真（2006）。影響癲癇青少年生活壓力因應策略相關因素之研究。《**社區發展季刊**，115，363-379。



二、中文文獻(書籍文獻)

江清謙(2009)。德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究。臺北：行政院經濟建設委員會委託研究計劃成果報告。

余金燕、陳亮汝(2021)。非正式照顧資源與家庭支持網絡。載於趙海倫等合著，**長期照顧政策與管理**(頁 6-1 至 6-22)。臺中：華格那。

吳淑瓊等(2002)。建構長期照護體系先導計畫第二年計畫。內政部委託研究。台北：國立台灣大學。

呂寶靜(2001)。**老人照顧：老人、家庭、正式服務**。台北：五南。

李孟芬、石泐、曾薔霓、邱泯科、曾煥裕、趙曉芳、王潔媛、陳柏宗(2013)。**長期照顧概論**。台北：洪葉文化。

林美色(2011)。**長期照護保險：德國荷蘭模式析論**。臺北：巨流。

馮燕、李玉春、吳肖琪、吳淑芳、張淑卿(2018)。**長期照顧概論**。新北市：空大。

黃惠璣、陳麗華、陳翠芳、胡月娟、陳世堅、何瓊芳、許佩蓉、蔡淑鳳、葉淑惠、吳麗芬、賴添福、陳坤鍾、黃劭璋、吳岱鋼、胡中宜、郭淑珍(2019)。**長期照顧**。新北市：新文京。

三、英文文獻

- Bannerman, D. J., Sheldon, J. B., Sherman, J. A., Harchik, A. E. (1990). Balancing the Right to Personal Liberties: The Rights of People with Developmental Disabilities to Eat too Many Doughnuts and Take a Nap. *Journal Appl Behav Anal*, 23, 79-89.
- Brody, S. J. (1982). *The hospital role in providing health care to the elderly : Coordination with other community services in the hospital' s role in caring for elderly: Leadership issue*. Chicago: The hospital research and educational trust.
- Garlo, K., O' Leary, J. R., van Ness, P.H., & Fried, T. R. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics society*, 58(12), 2315-2322.
- Kane, R. A. & Kane, R. L. (1987). *Long-term care: Principles, programs, and policies*. NewYork: Springer Publishing Co.
- Kishi, G. & Teelucksingh, B, & Zollers, N. (1988). Daily Decision-making in Community Residences: a Social Comparison of Adults with or without Mental Retardation. *Americian Journal Ment Retard*, 92, 430-435
- Monod, S. M., Rochat, E., Bula, C. j., jobin, G., Martin, E., & Spencer, B. (2010). The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatrics*, 10(88), 1186-1471.
- Rothgang, H. (2011). Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model. In Joan Costa-Font (Eds.), *Reforming long-term care in Europe*. Nj:Wiley-Blackwell.

四、網路資料

林谷燕(2009)。「德國長期照護制度之探討」。國政分析，社會(析)098-003號。檢索日期：110年5月19日，<https://www.npf.org.tw/3/5368>。

柯木興、林建成(2009)。「從荷蘭的經驗看我國未來長照保險的推動」。國政研究報告，社會(研)098-008號。檢索日期：2021年5月25日。網址：
<http://www.npf.org.tw/post/2/6117>。

家庭照顧者關懷總會(2007)。取自 <https://www.familycare.org.tw/about>。

高富(2016)。「『守護者聯盟』幫助照顧者喘息、充電、再出發」合庫人壽攜手家總關懷家庭照顧者身、心、靈。2021年12月10日取自
<https://wealth.businessweekly.com.tw/GArticle.aspx?id=ARTL000077424>。

婦女新知基金會電子報(2017)。「我要睡覺！全台72萬家庭照顧者陷入睡眠障礙威脅！」聯合記者會。2017年7月1日
<https://www.awakening.org.tw/chhtml/epaper-view.asp?id=79>。

黃美鳳，2015，你累了嗎？談照護長者常見的壓力與紓解方式。高醫醫訊。取自
<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/10402/19.htm>

詹火生(2005)。「日本介護（長期照護）保險制度現況與展望」。《國政分析》，資料檢索日期：2015.10.28。網址：
<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-022.htm>。

衛生福利部(2016)。照顧者服務交流網「照顧家人的人也需要照顧 全國第一間家庭照顧者『喘息咖啡』開辦」。2017年7月1日取自
http://familycare.mohow.gov.tw/FCWEB/Annce/detail.aspx?pk_idx=3503

【研究訪談邀請】 - 家屬版

論長照 2.0 給付排除長照機構對家屬之影響

自民國 82 年起，我國 65 歲以上老年人口比率大於 7%，邁入「高齡化社會」，而在 107 年時，65 歲以上人口則突破 14%，正式進入「高齡社會」。由於老年人口比例增高，伴隨而來的是疾病、衰老或身心障礙導致照護需求增多，長期照顧將成為社區主要的健康需求。

一般而言，家庭仍是提供照顧人力與經濟資源的第一線，但因晚婚、少子化、雙薪家庭結構等因素，導致家庭照顧功能降低，致使家庭較難以滿足成員的照顧需求，必須仰賴政府與社會的介入。

二十多年來，政府及民間單位均投入相當大的心力，不論是法規制定、政策規劃、資源開發、人力準備等，從原先的長照 1.0 到長照 2.0，以及長照服務法的核定，期望能整合多方資源，為長期照顧的家庭帶來更大的效益。

本研究旨在瞭解針對長期照顧 2.0 實施至今，相關法規及福利措施，對於使用住宿型機構照顧者的家屬帶來之影響，諸如照顧品質、照顧壓力、費用給付、或相關補助等。

藉由嚴謹的研究方法，一一呈現使用住宿型長照機構者實際使用的感受，以及家屬間照顧歷程的心路轉變，讓政府更深入能瞭解機構照顧的情形。

本研究所得資料純做為學術研究之用途，不做個別處理，且對外保密，敬請安心回答，您的回答是相當寶貴且有價值性，非常感謝您的協助與幫忙。

南華大學生死學系碩士班

指導教授：張國偉 博士

研究生：蔡群烜 敬啟

訪談大綱-家屬版

1. 長輩於哪一年開始住機構，那一年是幾歲？
2. 當時入住得考量主要原因是什麼？錢、距離、沒人可照顧、長輩對於入住的想法？如何說服長輩？
3. 在眾多長照機構當中，選擇該機構的考量是什麼？（經濟、交通距離、與醫院合作、機構內休閒設施、機構抗災應變能）
4. 當初如何付費，現在如何付費，是否有申請相關政府補助？
5. 是否知曉長照 2.0 當中居家照顧之相關補助措與支付系統？
6. 倘若機構照顧都沒有補助，那對於居家照顧者可申請補助之看法。
7. 認為政府是否應當補助住宿式機構，應補助多少費用才適合？

【研究訪談邀請】 - 照專版

論長照 2.0 給付排除長照機構對家屬之影響

自民國 82 年起，我國 65 歲以上老年人口比率大於 7%，邁入「高齡化社會」，而在 107 年時，65 歲以上人口則突破 14%，正式進入「高齡社會」。由於老年人口比例增高，伴隨而來的是疾病、衰老或身心障礙導致照護需求增多，長期照顧將成為社區主要的健康需求。

一般而言，家庭仍是提供照顧人力與經濟資源的第一線，但因晚婚、少子化、雙薪家庭結構等因素，導致家庭照顧功能降低，致使家庭較難以滿足成員的照顧需求，必須仰賴政府與社會的介入。

二十多年來，政府及民間單位均投入相當大的心力，不論是法規制定、政策規劃、資源開發、人力準備等，從原先的長照 1.0 到長照 2.0，以及長照服務法的核定，期望能整合多方資源，為長期照顧的家庭帶來更大的效益。

本研究旨在瞭解針對長期照顧 2.0 實施至今，相關法規及福利措施，對於使用住宿型機構照顧之家庭的影響，諸如照顧品質、照顧壓力、費用給付、或相關補助等。訪談對象除機構使用者之家屬外，另想透過與長期照顧管理中心之照顧管理專員訪談，從不同面向探討現階段我國長期照顧運作當中的居家照顧或機構照顧之需求服務申請現況。

本研究所得資料純做為學術研究之用途，不做個別處理，且對外保密，敬請安心回答，您的回答是相當寶貴且有價值性，非常感謝您的協助與幫忙。

南華大學生死學系碩士班

指導教授：張國偉 博士

研究生：蔡群烜 敬啟

訪談大綱-照專版

1. 目前服務年資與過往經歷背景？剛開始服務時，哪些層面對你較為挑戰？是如何克服這些挑戰？
2. 目前經手過的案件數，共核准過多少額度？服務案件來源(醫院或家屬聯繫等)？與 A 個管的合作模式？大多因何項照顧需求進行申請？
3. 服務至今遇過何種挑戰(家屬因素或是政策因素)？是否曾發生照服員與案家摩擦，如何進行協調？有服務過那些印象深刻的案例？
4. 是否曾有長輩持續使用居家照顧服務直到在宅善終接續居家安寧療護，或是隨長輩身體機能退化轉由機構式照顧？由照專評估後建議，或是由家屬主動提出？
5. 對於長照工作人力現況或人力流動之看法？

訪談同意書

- 我同意參與本研究，並且接受訪談錄音和論文發表。
- 我同意參與本研究和接受訪談錄音，但不接受論文發表。
- 我同意參與本研究和接受論文發表，但不接受訪談錄音。
- 我同意參與本研究，但不接受訪談錄音和論文發表。

研究參與者簽名_____