

有效連結整合醫療、安養、服務機構功能及資源， 建構「醫養合一」健康促進 及長期照顧制度之研究

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

台灣地區因經濟的發展及醫療衛生進步，平均壽命普遍延長及出生率下降，在人口結構中，老年人口的人數和比例呈現顯著的成長，人口老化問題日益嚴重。自 1993 年 9 月時，老年人口佔總人口比例已超過 7%，達聯合國世界衛生組織定義之「高齡化社會」，根據內政部統計資料，2005 年 11 月底老年人口為 221 萬餘人，占全國人口 9.72%，根據經建會推估，至 2026 年後老年人口將達 482 萬人，所占比例將超過 20%，屬超高齡社會 (super-aged society)。隨著人口快速老化及平均餘命延長，我國失能人口也同步急劇增加，依行政院主計處 2002 年公佈人口普查失能老人人口比例 9.7% 推算，目前台灣失能老人人口估計有 21 萬餘人，可見人口老化使得長期照顧之需求殷切。另一方面，面對家庭結構核心化、生育率大幅下降、婦女就業增加、家庭的照顧功能日漸薄弱等社會經濟環境的急劇變遷，政府所推動之老人福利政策，必須因應照顧服務需求的多元化與專業化而調整。

根據 2002 年老人狀況調查結果，一般老人對生活的期望，以「身體健康的生活」為最高，「與家人團圓和樂的生活」居次，而生活上所擔心的事情，則以「健康問題」為首，「經濟來源問題」居次；從對各項服務之需求度比較，即以「老人免費健康檢查」最高、「中低收入老人生活津貼」居次，再者為「中低收入老人重病住院看護補助費」。此外，調查結果亦指出，有 66.96% 的老人「不願意使用安養護機構」，僅 9.18% 願意使用，顯示老年人普遍期待可在自己的家庭與熟悉的環境中健康的安享天年。

為因應人口快速老化產生大量的長期照顧及福利服務之需求，行政院於 2000 年核定「建構長期照護體系先導計畫」（以下簡稱先導計畫），並於台北縣三鶯地區及嘉義市分別設立鄉村型及都市型實驗社區進行實地研究，是我國規劃長期照顧體系之實務先趨。其後，行政院社會福利推動委員會並於 2004 年決議成立「長期照顧制度規劃小組」，以規劃建立完整的照顧服務體系為目標，參酌先導計畫研究成果之基礎，並汲取德、日、英、荷等先進國家經驗，積極針對現行各項照顧服務措施檢討改善。

世界各國面對人口老化問題之經驗，提出「在地老化」(aging in place) 之概念，已成為面臨高齡化社會的共同指導策略。為使失能者能夠回歸到家庭或社區當中照顧，並符合失能者所期待的熟悉環境，避免大量發展機構服務所導致過度機構化的缺點，先導計畫乃以發展社區式長期照顧體系為目的，並以「在地老化」作為服務提供策略，因此採取「社區優先」及「普及服務」的理念，希望每一位有照顧需求的民眾，能夠優先尋求社區照顧資源協

助，在社區無法照顧的前提下，才進入機構照顧。

「兒童、少年、身心障礙者、老人均以在家庭中受到照顧與保護為優先原則，機構式的照顧乃是在考量上述人口群的最佳利益之下的補救措施；各項服務之提供應以在地化、社區化、人性化、切合被服務者之個別需求為原則。」由此可知，在地服務及社區照顧之觀念已然成形，並已納入指導台灣社會福利政策發展的社會福利政策綱領之中。

老人福利政策係以「在地老化」及「社區照顧」等二大發展目標作為政策前提，在服務提供上，結合家庭及民間力量，以居家式服務及社區式服務為主，機構式服務為輔，提供全人照顧、在地老化及多元連續之服務，因此，基於上述之動機，本研究之目的如下：

- 一、榮家如何因應長期照顧制度之實行，提供社區機構式服務。
- 二、探討榮家如何建構「醫養合一」結合長期照顧服務之永續經營策略。

第二節 研究內容

研究內容可分為以下幾個部分：

一、長期照顧制度之探討

針對行政院長照 10 年計劃，探討我國長期照顧制度，以作為榮家永續經營之參考。

二、榮家如何因應長期照顧制度之實行

由於榮家在長期照顧上，提供機構式照顧服務佔重要一環，因此分析榮家現有服務模式、硬體利用現況、人力及軟體等，以作為因應長期照顧制度實行之參考。

二、雲林榮家建構「醫養合一」結合長期照顧服務之永續經營策略探討

針對榮家區域資源現況、客源需求、榮家發展潛力與限制分析，就發展問題分析及對策研擬，研擬榮家之永續經營策略，包括未來設施規劃及興建、軟體加強、人力需求及經費的補助等。

第三節 研究範圍

本研究係以雲林榮家周邊區域縣市為調查分析範圍，由於榮家以收住榮民為主，因此本研究以雲林榮家永續經營，轉型為社區式長照機構為研究之課題。

第四節 研究方法

本研究利用文獻迴溯、統計資料分析與召開會議研討等作為研究之方法與工具，詳細之內容如下：

一、文獻回溯

蒐集、整理國內外有關長期照顧制度及永續經營之資料、文獻與研究報告，透過文獻資料的歸納與分析，了解有關安養機構永續經營之研究概況、研究方法與內容及相關研究成果，以作為未來榮家永續經營策略之參考。

二、統計資料分析

蒐集、利用國內有關長期照顧服務統計資料，歸納分析榮家轉型經營問題與對策，作為未來榮家發展之參考。

三、召開會議

邀集地區會屬安養、服務及醫療機構開會討論醫養合一之整合及因應長期照顧制度之實行，就現有制度及作法，共同研擬因應對策，並分析未來永續經營之方向及作法。

第五節 預期效益

藉由相關資料文獻整理、統計資料分析及會議召開結果之分析，瞭解雲嘉地區榮民安養、就醫之現況、榮民之需求，進而研擬榮家因應長期照顧制度永續發展之策略。預期研究成果可分為以下二部份：

- 一、榮家如何因應長期照顧制度之實行，轉型提供社區機構式服務。
- 二、研擬榮家如何建構「醫養合一」結合長期照顧服務之永續經營策略。

第二章 台灣長期照顧制度之探討

第一節 長期照顧保險制度規劃背景

一、規劃緣起

(一) 人口結構快速高齡化

台灣地區因醫療衛生進步，平均壽命延長及出生率下降，老人的人數和比例呈現顯著成長，人口老化問題日益嚴重。82 年 65 歲以上老年人口占總人口比率開始超過 7%，至 97 年已超過 10%，估計至 117 年老年人口所占比率將達 22.5%。

台灣人口結構推估

年別	65 歲以上人口		65-74 歲人口		75 歲以上人口	
	人數 (萬人)	占總人口 (%)	人數 (萬人)	占 65 歲以 上人口 (%)	人數 (萬人)	占 65 歲以 上人口 (%)
97	239.7	10.4	136.5	57.0	103.2	43.1
107	348.0	14.7	202.8	58.3	145.2	41.7
117	536.1	22.5	314.7	58.7	221.5	41.3
145	761.6	37.5	306.9	40.3	454.7	59.7

資料來源：行政院經建會，中華民國台灣 97 至 145 年人口推計，97 年 9 月
註：本表內數據係為中推計。

(二) 家庭照顧功能逐漸式微

隨著社會變遷、生育率降低，家庭結構改變，原有的家庭成員相互支援照護功能降低，現有照護需求者不易從家庭取得合適的照護服務。

(三) 需照顧之失能人口增加，照顧成本大幅成長

根據推估，我國 97 年失能及失智的人口約為 39 萬 6,937 人，隨著人口老化，失能人口將大幅增加，推估至 117 年將成長為 81 萬 1,971 人。

OECD (經濟合作發展組織) 曾於 2006 年對會員國進行醫療與長期護之財務負擔推估，發現在人口老化下，平均各會員國政府在醫療與長期照護之支出占 GDP 的比率，將從 2005 年的 6.7% 提升至 2050 年的 12.8%，成長幅度相當大。我國雖無

對應推計，但在人口快速老化下，未來醫療與照護成本亦將大幅增加。

二、基本理念

(一) 建構多層次長期照護保障制度

關於長照保險的定位問題，參考世界銀行所主張的多層次的老人經濟安全保障體系，長照體系方面也應有多層次的保障：

1. 政府建立長照制度提供基本的照顧服務

面對重大的社會風險，基於社會連結與風險分攤的理念，政府必須建立完善之長期照顧制度，以滿足國民基本且必須之照顧服務需求。對於弱勢民眾，則應有相關的社會救助措施、慈善團體及志工來協助。

2. 個人在能力範圍內購買商業長照保險

政府提供之照顧服務僅能提供基本保障，個人可以在能力範圍內購買長期照顧的商業保險，靈活的使用自有財源來增加保障水準。

3. 個人與家庭成員負擔

透過個人之退休給付、投資理財與家庭成員的可更進一步提高保障水準。

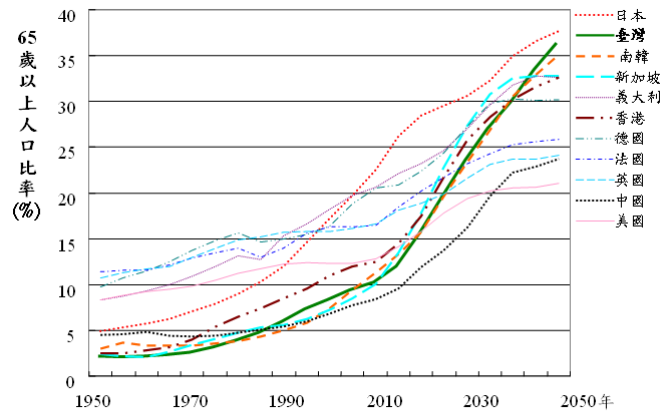
(二) 長期照護服務係屬整體照護體系之一環

1. 為因應人口老化，整體照護制度應涵蓋生活照顧服務、醫療服務及長期照護服務等三大體系，以滿足不同身體狀況之國民各方面之需求。三大體系均需政府與民間共同努力，以持續發展多元照護服務體系，並強化服務輸送體系之連結，除滿足民眾需求外，亦可發展相關產業，促進經濟成長，並創造就業機會。
2. 目前政策已決定以保險方式來做為我國長期照護制度之財務處理機制，未來長期照護保險在整體照護體系中將扮演重要的角色，即提供失能者基本照護服務，滿足失能者之照護需求，減輕民眾負擔。
3. 長照保險規劃需充分考量與現行醫療體系、全民健康保險及福利措施等相關制度之配合與銜接，亦需妥善規劃財務機制，以使未來長照保險能順利推動，滿足高齡化社會之照顧需求。

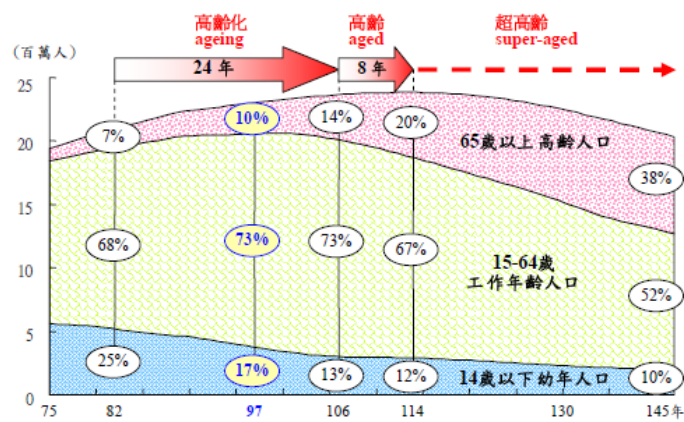
第二節 台灣長期照顧制度的規劃

一、我國人口老化的趨勢

- (一) 1993年我國的老年人口比率超過7%，進入高齡化(aging)國家。2009年老年人口比率達到10.7%。
- (二) 當臺灣嬰兒潮人口進入老化的2014年起，老人人口快速增加，從273萬人(11.6%)，增加到2021年的392萬人(16.54%)，2025年的20%，2050年時將達35%。
- (三) 台灣從高齡化(aging)國家到高齡(aged)國家的2017年，期間只有24年；再到超高齡(super aged)國家的2025年，期間只有8年。



資料來源：United Nations, *World Population Prospects: The 2006 Revision*.



說明：圖內百分比數字代表三階段人口年齡結構百分比。
資料來源：1.內政部，中華民國人口統計年刊，各年。
2.97至145年為本報告推估。

二、長期照顧的需求增加

- (一) 高齡化對社會的影響層面廣泛。老人人口增加，獨居老人也顯著地增加。由於生理與心理疾病的增加、獨立生活功能的衰退，各式各樣的需求隨之而來，例如，生理與心理健康服務、個人照顧、社會服務、所得維持、住宅、休閒活動、交通、溝通、教育等。
- (二) 以日本為例，為因應人口老化帶來的醫療支出增加，1982年通過老人保健法，將從1973年老人福祉法修正以來，給予70歲以上老人免費醫療的福利，改為由老人自付10%的部分負擔，餘由各醫療保險負58%，中央、縣、市町村負擔42%（中央2/3、縣1/6、市町村1/6），藉此舒緩國民健康保險的財務壓力。
- (三) 1989年日本厚生省推出「黃金十年計畫」，推動護理之家、居家、日間照護計畫，將長期照顧負擔社會化。1994年修正為新黃金計畫。為改革財務於2000年將長期照顧從全民健康保險中分離自成「介護保險」之外，自2002年10月起於5年內將老人健康保險對象逐年提高到75歲以上，並將門診與住院自費額均提高，保險費負擔比率由原來七成降低至五成，以減低年輕世代的保險費負擔。
- (四) 我國的調查顯示65歲以上老人失能率約是2.9%到5.4%之間，約有15-30萬人

因日常生活活動或認知障礙而需要長期照護，此項需求在未來三、四十年間將成長4倍，推估65歲到74歲有身心功能綜合障礙者占8.01%，75歲到84歲者高達19.57%，85歲以上者更高達45.63%。

(五) 依長期照顧十年計畫推估，2007年我國需求長期照顧的老人約245,551人(含及早老化)。如果再加上極重度障礙者117,033人，總計362,584人(其中及早老化者少數也可能是極重度者)。需求人數約占老人人口的10.5%，身心障礙人口的11.25%，總人口的1.55%。

(六) 2009年台灣的長期照護、養護及安養機構計有1,443所(含行政院退輔會主管的14家榮民之家及4家自費安養中心)，可供進住人數90,513人，占老人人口2,435,068人的3.72%，占需求長期照顧老人的37.2%(以失能率10%推估)。實際入住老人70,860人、佔床率約為72.6%。其餘需求長期照顧的17萬2千餘老人住在家裡，由家庭照顧者或外籍看護工照顧。

(七) 2009年9月，台灣有17萬3701位外籍看護工，受雇於家庭與社會福利機構，擔任老人與身心障礙者的看護。三個主要的外籍看護工來源國分別是印尼(119,275人)、越南(30,739人)、菲律賓(22,353人)。外籍看護工的語言與文化隔閡、資格要件、勞動條件、就業排擠等議題得不到適當處理，滋生困擾。

三、我國長期照顧10年計畫

(一) 服務對象：

1、以日常生活需他人協助者為主(經ADLs, IADLs評估)，包含下列四類失能者：

- (1) 65歲以上老人。
- (2) 55歲以上山地原住民。
- (3) 50歲以上之身心障礙者。
- (4) 僅IADLs失能且獨居之老人。

2、失能程度界定為三級：

- (1) 輕度失能【1至2項ADLs失能者，以及僅IADL失能且獨居老人】。
- (2) 中度失能【3至4項ADLs失能者】。
- (3) 重度失能【5項(含)以上ADLs失能者】。

(二) 服務人口推估

*以台灣2007年至2020年失能人口推估

年	2007年		2010年		2015年		2020年	
總計	245,511		270,325		327,185		398,130	
性別	男	女	男	女	男	女	男	女
人數	105,641	139,870	111,196	159,129	126,144	201,041	146,919	251,211
比率	43.03%	56.97%	41.13%	58.87%	38.55%	61.45%	36.90%	63.10%

(三) 服務原則

- 1、以服務提供（實物給付）為主，現金給付為輔，並以補助服務使用者為原則。
- 2、依家庭經濟狀況提供不同補助：
 - (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：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：補助 90%，民眾自行負擔 10%。
 - (3) 一般戶：補助 60%，民眾自行負擔 40%。
 - (4) 超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。

(四) 服務項目

照顧類型	項 目
居家式及 社區式	照顧服務 (含居家服務、日間照顧、家庭托顧*)：1. 補助時數： (1) 輕度失能：每月補助上限最高 25 小時。 (2) 中度失能：每月補助上限最高 50 小時。 (3) 重度失能：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. 民眾可於核定補助總時數內彈性使用居家服務、日間照顧、家庭托顧等照顧服務。
	居家護理：除現行全民健保居家護理給付 2 次以外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次。每次訪視服務費以 1,300 元計。
	社區及居家復健*：對重度失能無法透過交通接送使用健保復健資源者，每人最多每星期補助 1 次，每次訪視費用以新台幣 1,000 元計。
	輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務：補助金額為每 10 年內以新台幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。
	老人營養餐飲服務：低收入戶及中低收入失能老人，最高每人每天補助一餐，每餐以 50 元計。
	喘息服務：1. 輕度及中度失能：每年最高補助 14 天。 2. 重度失能：每年最高補助 21 天。 3. 可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 4. 每日以 1000 元計。
	交通接送服務*： 補助重度失能者使用交通接送服務，以滿足就醫與使用長照服務為目的，每月提供車資補助 4 次（來回 8 趟），每次以 190 元計。
機構式	長期照顧機構服務：1. 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能者：由政府全額補助。2. 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能者：經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。3. 每人每月以 18600 元計。

註：* 表示創新服務項目。

(五) 長期照顧 10 年計畫面對的困難

- 1、社政、衛政、退輔整合不足。
- 2、社區式、居家式服務方案不夠普及。
- 3、區域資源分配嚴重不均。
- 4、機構式服務品質參差不齊。
- 5、照顧品質評鑑指標尚未建立。
- 6、服務人力尚不足以因應所需。

- 7、民眾付費使用照顧服務習慣未養成。
- 8、補助制度仍不夠精確回應需求。
- 9、地方政府首長重視程度不一。
- 10、對外籍看護工的過度依賴，擠壓本國籍照顧人力的培育空間，也無從建立服務品質的監控機制。
- 11、長期照顧管理制度尚未完善建立。
- 12、失智症、年輕嚴重身心障礙者仍未完整納入範圍。
- 13、服務人力的勞動條件未明訂。
- 14、資訊管理系統未建立。

第三節 榮家如何因應長期照顧制度之實行

一、國內長期照顧未來發展

就長期照護之整體性來看，機構照護擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模濃縮，即接近機構之型態。在積極強調落實「在地老化」之社區式照護目標的同時，機構式照護比例雖可能較少些，然不可或缺；且機構式照護亦為社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式照護之喘息服務平台，有其存在與發展絕對之必然性。

長期照護之發展上，為了收容、安置受照顧者，機構式之照護往往最早被考量與建置，之後才往更大比例之居家式及社區式照護發展。如此一來，機構式與社區式之照護即發展成型，並在各地以不同之樣貌出現或存在。從各先進國家之發展經驗來看，機構式照護（residential care/institutionalized care）雖比社區式照相對少得多，但兩者須為一體之兩面，相輔相成。因此，機構式之長期照護恆然必定佔有長期照護一定之比例，兩者約為三與七或二與八之比。此趨勢有其普遍性、終極性及必然性，而以台灣之經驗應可達二~三成左右，國外亦大致差不多，或可能更低，但乃因國內外對長期照護機構（long-term care facilities）之定義略有出入使然。

就長期照護之整體性來看，隨著時代的發展與推進，機構照護亦必然在經營規模、技巧及串聯上發展，當其擴展至最大，即接近社區之型態，而社區照護規模精製濃縮，即接近機構之型態。在積極強調落實「在地老化」之社區式照護目標的同時，機構式照護比例雖可能較少些，然不可或缺。另外，因為社區式照護之比重愈來愈大，在既有基礎上發展延伸乃理所當然，故機構式照護亦可為社區式照護之延伸或外展基礎，以及社區式照護之喘息服務平台。所以，在本質上、趨勢上、因應策略上、乃至實務之經營上，機構式照護有其存在與發展絕對之必然性。因此，「機構」之原意為「提供特殊目的而設置之建築」空間，可進一步延伸出『照護機構』之定義，即『提供特殊個人、生活、健康及安全照顧維護之地點、場所或設施，其照護（顧）內容可包括住宿服務、醫療、護理、心理諮商、交通接送及社會性服務等』。故機構式照護為一特定之地點、場所或設施，受照顧者（即住民）生活於其中，且須有居住過夜（residence）之事實或情況。是以，機構式照護是指需要長期照護的病患居住在機構中，由機構提供全天候的綜合性服務，服務內容可以包括：住宿服務、護理醫療照

護、個人照顧、交通接送服務、心理諮商服務、物理治療和職業治療等。機構式照護能為需要密集照護者提供完整而且高密度專業照護的型態，可以減輕病患家屬在精神和體力上的負擔。凡是病情嚴重、依賴度高、沒有家庭照護資源、沒有社區資源的病患，都是機構照護的主要對象。

二、榮家因應長照制度調整經營型態

- (一) 由於老年人口日漸增加，且安養榮民亦日漸體衰，養護需求相形增加，以本家為例，目前養護人數約 390 人，安養人數約 180 人，比例約為 2:1，住家榮民平均年齡高達 83 歲，因老化導致功障礙或缺乏自我照顧者，亟需長期照護服務，在本質上、趨勢上、因應策略上，乃至實務經營上，機構式長期照護服務，有其存在與發展絕對之必要性；因此，本家以現有養護照護良好的基礎，在硬體上如能改善或增加設施設備，應可擴展為安養、失能〈智〉養護及長期照護等功能兼具之多元服務機構。
- (二) 隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率，亦呈現急遽上升趨勢，相對需提供更多之醫療照護資源；又因本家責任支援榮院嘉義榮院，本身受到長庚嘉義分院及慈濟大林分院排擠，客源已明顯壓縮，經營困難，如能將榮家保健組與榮院結合並配組織架構調整，在榮家增設門診科別、榮院醫療團隊及設備支援，將榮家住家榮民納為主要客源，並進行個案管理，相信必可提升住民醫療服務品質。
- (三) 榮家現有以工作性質為架構區分之秘書室、輔導室、保健組，在目前工作及業務執行上，各司其職，礙於本位主義，總是無法達到統合之效果及提升服務品質，如配合政府組織再造，修正為以照顧對象為架構之安養組、養護組及醫務組等單位，結合社工、護理組成照護團隊，打破本位主義，才能充份運用專業照護榮民。
- (四) 因應政府組織再造，榮家應調整組織架構，增編專業人力，並擴展為安養、失能〈智〉養護及長期照護等功能兼具之多元服務機構，除照顧榮民外，應放寬進住條件，收住社區需照護之居民，讓住家榮民與社區居民互動、交流，營造溫馨「家」的感覺，更能落實「在地老化」之目的。
- (五) 因應政府組織再造，建議退輔會依據各榮家實際內住榮民人數，調整各榮家之編制人力，以符實際現況及需求。

第三章 雲林榮家建構「醫養合一」結合長期照顧服務之永續經營策略探討

第一節 區域資源現況

(一) 區域資源現況：

- 1、本家位於雲林縣縣治區域－斗六市中心，地理位置良好，交通方便、綠地面

積適中，活動空間充足，環境清幽，餐廳設施新穎溫馨，內住榮民每人平均使用樓地板面積符合內政部老人福利機構設立標準。

2、與榮（總）院及鄰近醫院醫療資源整合現況：

(1) 本家保健中心週一至週五每日由醫師駐診。

(2) 每月特約台中榮總免疫風濕科及身心科醫師來家門診。

(3) 特約嘉義榮院身心科醫師及灣橋榮院復健科醫師每週來家門診。

(4) 成大斗六分院每天派交通車來本家接送榮民就診。

(5) 每週定期送榮民至台中榮總 2 次、嘉義榮院 1 次及灣橋榮院 1 次就診。

4、榮家有榮（總）院之專科醫師支援，提供駐診的服務。

5、鄰近各大醫院（台大雲林分院、成大斗六分院、洪揚醫院），分別簽訂醫療資源協定，急性醫療資源不虞匱乏。

6、本家已協調雲林縣政府同意辦理低收入戶養護老人委託照顧，以推展社區資源共享。

第二節 客源需求

1、經營區域及人口：

縣別	現 有 榮 民 (99 年 10 月 資 料)							
	總計	軍官	士官兵	單身	有眷	20-49 歲	50-64 歲	65 歲以上
台中縣	21,871	9,925	11,946	2,354	19,517	4,979	4,673	12,219
台中市	23,093	14,737	8,356	1,862	21,231	5,789	6,476	10,828
彰化縣	9,136	3,720	5,416	1,443	7,693	2,009	1,752	5,375
南投縣	7,243	3,380	3,863	617	6,626	1,916	2,039	3,288
雲林縣	5,979	2,707	3,272	725	5,254	1,453	1,412	3,114
嘉義縣市	10,096	5,175	4,921	982	9,114	2,373	2,585	5,138
總 計	77,418	39,644	37,774	7,983	69,435	18,519	18,937	39,962

雲林縣 98 年性別年齡人口數統計一覽表 (98 年 12 月 資 料)

年齡	男	女	男女合計
50-54 歲	27,478	22,557	50,035
55-59 歲	24,095	20,726	44,821
60-64 歲	16,739	15,765	32,504
65-69 歲	15,701	16,312	32,013
70-74 歲	13,980	15,774	29,754
75-79 歲	10,262	13,103	23,365
80-84 歲	5,945	8,208	14,153
85-89 歲	2,183	3,967	6,150
90-94 歲	589	1,335	1,924
95-99 歲	95	258	353
100 歲以上	20	33	53
總計	117,087	118,038	235,125

2、未來（5-10 年）安養、養護需求：

依雲林及南投縣「現有就養榮民狀況及預估未來就養人數統計」評估顯示，5 年後外住就養需求約 239 人，10 年後需求約 272 人，依近兩年入住榮民分析雲林及南投縣榮民僅佔內住人數 17%。家區因地勢平坦，鄰近市區，交通便利，外縣市榮民入住率高佔內住榮民 83%。

縣別	年齡別	單身	有眷
南投縣	50-60 歲	59	1,521
	61-70 歲	17	345
	71 歲以上	502	2,909
雲林縣	50-60 歲	39	1,058
	61-70 歲	9	228
	71 歲以上	386	2,499
合計	1,012	8,560	

年齡結構	現有人數	5 年後	10 年後
50 歲以上	0	9	18
61 歲以上	11	13	15
71 歲以上	195	217	239
內住就養	239	272	
71 歲以上百分比	94.6%	90.1%	87.9%

內住就養榮民來源：雲林縣及南投縣部分地區，依據雲林縣及南投縣，現有 50 歲以上榮民人數以平均安養入住率 2% 及入住比例推估計算。

第三節 發展潛力與限制分析

一、SWOT 分析：

(S) Strength：優勢	(W) Weakness：劣勢
<p>一、本家位於雲林縣縣治區域－斗六市中心，地理位置良好，交通方便、綠地面積適中，活動空間充足，環境清幽，餐廳設施新穎溫馨，內住榮民每人平均使用樓地板面積符合內政部老人福利機構設立標準。</p> <p>二、榮家屬公務預算，無財務危機。</p> <p>三、公務人員流動率低，減少人員培訓之成本。</p> <p>四、醫護人員均有專業證照，門診設備及藥材完備，能提供大多數榮民之醫療需求。</p> <p>五、榮家有榮（總）院之專科醫師支援，提供駐診的服務。</p> <p>六、鄰近各大醫院（台大雲林分院、成大斗六分院、洪揚醫院），分別簽訂醫療資源協定，急性醫療資源不虞匱乏。</p> <p>七、本家已協調雲林縣政府同意辦理低收入戶養護老人委託照顧，以推展社區資源共享。</p>	<p>一、依老人福利機構之人力設立標準，本家目前社工、護理人力不足，有 17 員護士惟缺護理長編制，在推動「醫養合一」狀況下，無法滿足榮民安（養）護及專業之需求。</p> <p>二、本家現有安養榮舍建於民國 55 年，房舍老舊已逾年限，養護大樓建於民國 89 年，50 人共用二個浴室，內部設施已不符現代化老人福利機構設立標準。</p> <p>三、安置對象僅限榮民，以目前地區榮民需求性，單身者日趨減少有眷者增加，且預期未來走向募兵之國防政策下，使用率將偏低。</p> <p>四、目前政府財務緊縮，公務預算逐年降低，機構行政維持困難，各項設施、設備之維護更形艱難。</p> <p>五、欠缺企業經營理念及條件，行政人員以法律為準繩，以上級命令規定為侷限，致自行創新、進步動力待提升。</p> <p>六、本家無失智專區，中度以上失智者需送往中、南部及北部失智專區。</p>
(O) Opportunity：機會	(T) Threat：威脅
<p>一、目前雲林縣無大型公立安養護機構，本家預算由政府編列，且收費低廉，輔以良好的服務，應可爭取進住率。</p> <p>二、榮民人數逐年遞減，可考慮修改相關規定調整服務對象，提供「自費榮眷就養服務」、「自費榮民夫妻共同就養」或收住一般民眾，以增加客源，擴大業務能量。</p> <p>三、台灣老年人口逐年增加，近年來老年醫學興起，各大醫院紛紛成立老年醫學科，可考慮與台中榮總高齡醫學科及老年醫學學會合作，發展本家成為老年醫學示範暨教學中心。</p> <p>四、可結合會屬醫療機構成立社區門診中心，或辦理居家護理，以提供老人較為完整性之醫療護理照顧。</p> <p>五、結合醫療及服務體系之整合，以政府推動「長照」計畫為目標，將更能符合社會環境之需求，使本會成為服務照顧公務部門之典範。</p>	<p>一、雲林縣小型私立安養院林立，加上設備新穎，且鄰近社區，佔盡地利之便，吸引不少老人辦理進住且雲林、南投縣外住榮民數量有限，服務範圍如侷限該兩縣市，進住率將無法提升。二、榮民凋零速度快，主要核心工作萎縮，政府面臨檢討整併榮民安養機構之壓力。三、法規僵化，限制了各榮家的發展，若未能洞晰趨勢，前瞻性的修改法規、增建設施，將使榮家在競爭的安養護環境中面臨淘汰或併編社福機構的命運。</p> <p>四、社區民眾與榮民生活習慣不同，降低其入住榮家之意願。</p> <p>五、各自費安養中心目前已開辦自費養護床位，原由自費安養中心轉介本家養護之榮民人數將遞減。</p> <p>六、斗六市目前區域醫院有台大雲林分院及成大斗六分院（成大為新建築），均距離榮家不到 10 分鐘車程，依民眾就醫心態，如設門診中心，必需有完善之醫療技術及設施，否則門診人數勢必受到影響。</p>

二、SWOT 矩陣策略

在進行 SWOT 分析後，將進一步採用學者 Wehrich 在 1982 年所提出將組織內之優勢、劣勢（限制）與外部發展的機會、威脅，以矩陣（matrix）的方式表示，並運用策略配對的方法來擬定因應策略。

學者 Wehrich 所提出的 SWOT 矩陣策略配對（matching）方法包括：S-O 策略表示使用優勢並利用機會，即為“Maxi-Maxi”原則；W-O 策略表示克服劣勢（限制）並利用機會，即為“Mini-Maxi”原則；S-T 策略表示使用優勢且避免威脅，即為“Maxi-Mini”原則；W-T 表示減少劣勢（限制）並避免威脅，即為“Mini-Mini”原則。以下分別以 S-O 策略、S-T 策略、W-O 策略與 W-T 策略等，對雲林榮家未來發展進行初步策略之研擬，說明如下：

（一）Strengths-Opportunities 策略（優勢 - 機會）

在 S-O 策略方面，由於本家位於雲林縣縣治區域 - 斗六市中心，地理位置良好，交通方便、綠地面積適中，活動空間充足，環境清幽，餐廳設施新穎溫馨，內住榮民每人平均使用樓地板面積符合內政部老人福利機構設立標準，且榮家屬公務預算，無財務危機，主要職員工屬公務人員流動率低，減少人員培訓之成本；另附設醫務室，醫護人員均有專業證照，門診設備及藥材完備，能提供大多數住民之醫療需求，且榮家有榮（總）院之專科醫師支援，提供駐診的服務，鄰近各大醫院（台大雲林分院、成大斗六分院、洪揚醫院），分別簽訂醫療資源協定，急性醫療資源不虞匱乏。以目前雲林縣無大型公立安養護機構，加以本家預算由政府編列，且收費低廉，輔以良好的服務，結合醫療及服務體系之整合，以政府推動「長照」計畫為目標，修改相關規定調整服務對象，提供「自費榮眷就養服務」、「自費榮民夫妻共同就養」或收住一般民眾、辦理社區居家護理，以增加客源，擴大業務能量以提供老人較為完整性之醫療護理照顧。。

（二）Strengths-Threats 策略（優勢 - 威脅）

在 S-T 策略方面，由於本家位於雲林縣斗六市中心，地理位置良好，交通方便、綠地面積適中，活動空間充足，且為公務預算單位，若期望提高進住率，應儘速修改法規，充實設備，改善硬體設施，多舉辦各類社區活動，透過活動讓榮民與社區民眾接觸，除可提升榮家知名度，讓民眾瞭解榮家及榮民生活習慣，並可讓榮民藉與民眾接觸機會學習包容不同生活習慣之雙重效果。

（三）Weaknesses-Opportunities 策略（劣勢 - 機會）

在 W-O 策略方面，由於本家係丁種榮家，在人員編制上少，惟近年來收住養護榮民人數劇增，造成人力不足，尤以護理人力最為明顯，且安養榮舍老舊，養護榮舍內部衛浴設施缺乏隱私及人性化，因此，在政府推動「長照」計畫之際，爭取預算整修或改建榮舍涉及改善硬體設施、增加新穎設備，結合會屬醫療機構成立社區門診中心，或辦理社區居家護理，以提供老人較為完整性之醫療護理照顧。

（四）Weaknesses-Threats 策略（劣勢 - 威脅）

在 W-T 策略方面，由於榮家現有編制人力不足、榮舍硬體老舊，且鄰近小型私

立安養院林立，各自費安養中心業已開辦自費養護床位，原自費安養中心轉介本家養護榮民人數遞減，唯一優勢是服務人員在軟體照護上較為用心，可藉由人員訓練及教育，增加與其他機構之間的競爭力。

第四節 發展問題分析

經由雲林榮家現況調查，並透過發展潛力及限制分析（SWOT 分析），以便瞭解榮家在未來發展永續經營將面臨之問題，其發展課題經由整理如下：

課題一：硬體建設過於老舊

本家現有安養榮舍建於民國 55 年，房舍老舊已逾年限，養護大樓建於民國 89 年，50 人共用二個浴室，內部設施已不符現代化老人福利機構設立標準，硬體設施欠缺整體規劃，雖地勢平坦，適合老人活動，但戶外休閒設施及綠地規劃仍嫌不足，影響入注意願。

課題二：社區民眾或外住榮民入住的意願不強

由於本家現有住民均為榮民，其生活習性與社區民眾之生活型態及習慣有所不同，榮民大多早睡早起，晚上七、八點就熄燈睡覺，半夜三、四點即起床活動，且集體生活及管理模式較像軍隊，讓社區民眾或習慣獨居之外住榮民望之卻步，影響其入注意願。

課題三：住民的素質參差不齊

本家內住榮民大多以退伍老兵為主，軍官退伍者占極少數，在生活、衛生習慣及教育程度上也有明顯差別，造成住民自治管理不易，更遑吸引社區民眾或外住榮民進住。

課題四：服務人員的心態不夠積極

由於本家照顧服務第一線編制工作人員仍存有舊有公務人員之心態，認為公務員是鐵飯碗，多做多錯，少做少錯之消極錯誤觀念，殊不知現在入住的有眷榮民已日漸增多，家屬監督意識抬頭，如再以過去之服務心態照顧住民，勢必影響家屬將其送到機構照顧之意願。

第五節 發展對策研擬

從上述章節所提到的課題，可分為硬體方面、入注意願方面、住民素質方面、服務人員心態等方面之問題，並針對上述課題提出解決策略及發展對策。

課題一：硬體建設過於老舊

對策：環境再造，改善硬體設施，營造優質生活環境。

（一）現階段

1. 依本家推展「社區資源共享暨永續發展」實施要點，持續開放家區設施（備），設置社區關懷據點，發揮本家現有資源的邊際效益，達到最大使用功能及資源共享的服務理念。
2. 依內住榮民人數消長及外住榮民內住之需求，檢討調整床位數，總床位將自 620 床調整至 520 床（養護 400 床、安養 120 床、新建西區行政區。）。

（二）中長程

1. 現有信義堂榮舍建於民國 55 年，屋齡以達 41 年，樓地板面積空間雖符老人福利法規及身心障礙機構設立規定，但榮舍老舊且因「921 地震」之影響，

部分建物結構安全受損，雖經逐年配合施政計畫，不斷投資改善，然受房屋主體結構及格局、配置等限制，仍不符年邁榮民安養需要，規劃優先改建為養護大樓，原養護大樓則整修為二人住套房式的安養大樓，以提升榮民居住品質。

2. 調整保健組門診中心至新養護大樓一樓，並安排榮（總）院醫師來家增設門診科別，除兼顧養護及安養榮民就醫之便利外，並可提供社區民眾就近看診。
3. 充實復健中心復健醫療器材，安排榮（總）院復健醫師駐診或委外經營復健中心，提供榮民及社區民眾良好之復健理療服務。
4. 規劃榮民活動中心及綜合行政區；結合醫療資源、復健中心、佛堂、教堂及配合全區景觀設施構建。
5. 配合輔導會年度施政計畫賡續規劃調整榮民居住空間、更新生活器具，擴充休閒設施、綠化家區，以改善榮民實質生活，並以老人安全與身心障礙者便捷舒適為首要考量。

課題二：社區民眾或外住榮民入住的意願不強

對策：功能再造，提供多元化服務，提升入注意願。

- （一）配合行政院之「長期照顧 10 年計畫」，同時為減輕家庭照顧者的照顧壓力，及鼓勵社區老人走出家庭參與社區，本家除公、自費安養、養護另配合功能調整，逐次辦理「社區關懷據點」、「日間〈臨托〉照顧」、「身心障礙家庭照護專區」朝向多功能、多元化服務之機構。
- （二）賡續辦理環境設施、門診復健、衛生教育及社區關懷等，與民共享資源工作外，協請地方政府，採行政委託方式，擴大安置社會低收入戶老人及身心障礙者。
- （三）開放部分家區設施及場地供外住榮民及社區民眾共同使用，並加強榮民與社區民眾的互動，以爭取社區民眾認同，營造社區居民關懷互助的健康社區。
- （四）配合功能調整及轉型需要，將逐次再進用、復健、社工、心輔、營養等專業人力，以提升本家專業照顧能力。
- （五）招募志工成立志工服務隊，積極走入社區協助宣傳榮家多元化服務，並於榮民服務處與外住榮民座談會時加強宣導，鼓勵榮民至榮家參觀，進一步瞭解榮家團體生活型態，提高其入注意願。

課題三：住民的素質參差不齊

對策：文化再造，加強文宣導正榮民觀念，養成良好生活習慣。

（一）加強文宣導正榮民觀念：

1. 建立正確生活行為，利用各種集（機）會加強宣導：環保觀念、保健常識、安全維護、個人衛生，以建立正確生活行為及觀念，鼓勵多從事正常休閒生活。
2. 提倡宗教信仰，提昇精神生活，積極引導榮民朝向有益身心靈之各項活動，鼓勵以開朗的心情面對生活，面對人生。

3. 把握以「榮民照顧榮民」，平時尤應落實生活及安全互助，遇問題立即反映並協助處理，共同創造安適的頤養環境。
- (二) 配合台中榮總高齡醫學中心團隊，每月來家辦理健康講座及每週辦理三合一團康衛教活動，落實榮民衛教及醫學保健常識之認知，藉以改善榮民個人衛生習慣加強自我保健之功效。
- (三) 配合嘉義榮院高齡醫學服務團隊，運用社區醫療資源進入本家推展健康促進活動，教導榮民多運動及健康吃的理念，並協助自動性的參與執行，促進對活動的耐力，達到個人健康管理及提升個人衛生習慣。
- (四) 結合嘉義榮院高齡醫學團隊，針對住家榮民實施精神評量，舉辦心理衛生教育課程，同步與榮院一起進行培訓種子人員，瞭解預防失智記憶訓練，懷舊、園藝、記憶訓練與供能性體適能團體課程，延緩榮民失智。

課題四：服務人員的心態不夠積極

對策：法制再造，加強員工訓練及文化教育，導正服務觀念，提升服務品質。

- (一) 依輔導會政策需要，重新評估本家組織編制與相關專業人力需求及在職教育訓練。
- (二) 依政府組織再造，增列相關專業人力需求，協調縣政府社會、衛生、教育局、榮服處等相關單位與社會團體實施需求調查，先期瞭解掌握以為辦理本家功能調整參考與依據。
- (三) 重視機構評鑑，針對學者專家所提長照之服務照顧理念，持續管考改進，以確保榮民整體性服務與人性化照顧。
- (四) 建立正確認知，加強職工教育，強化服務觀念，樹立服務照顧榮民為工作首要目標，主動積極，勇於負責的精神為榮民謀求福祉，從制度、觀念、作法層面作檢討策進，以求整體改革，全面提昇服務品質。
- (五) 充分運用現有資源，落實照顧榮民，並宣導溝通說明，使之樂於居住本家。各級幹部尤應以身作則，親近榮民，帶頭服務，並定期檢討執行成效，落實第一線服務人員管考，使全體員工深切體認，做好服務照顧為本家存續發展之關鍵所在，以建立正確認知及提高憂患意識。

第四章 結論與建議

第一節 結論

九一九在大高雄地區落下驚人的雨量，造成岡山普德安養中心水淹老人的慘況，讓人更加認為安養機構的在地化、社區化，才有辦法解決老人照護問題。

由於社會型態老早就從農業走向工商業的時代，人口均湧進都市陪伴，有些則將老人送到養護機構照顧，但養護機構大多在偏遠的郊區，在離開老人熟悉的地方，除了衝擊老人的心理外，照顧的良否子女不易監督，像這次普德遭受水淹，有些地區，常見的是經濟能力較好的家屬為老人僱請外勞來家屬是在媒體報導後，才知曉事態的嚴重性。

其實老人最好的照顧地點，是在自己的家，但因子女上班的關係不放心老人單獨在家，

1、100-102 年規劃新建

- (1) 原和平堂整建為套房式安養房舍。
- (2) 休閒附屬設施整建購置。

2、103-104 年以後規劃改建

- (1) 新建門診養護大樓
- (2) 原養護大樓改建為套房式安養專區。
- (3) 新建西區行政區。

三、建議方案：

- (一)、依內住榮民人數消長及外住榮民內住之需求，檢討調整床位數，總床位將自 620 床調整至 520 床（養護 400 床、安養 120 床、原和平堂整建為套房式安養房舍）。
- (二)、現有信義堂榮舍建於民國 55 年，屋齡已達 43 年，樓地板面積空間雖符合老人福利法規及身心障礙機構設立規定，但榮舍老舊且因「921 地震」之影響，部分建物結構安全受損，雖經逐年配合施政計畫，不斷投資改善，然受房屋主體結構及格局、配置等限制，仍不符年邁榮民安養舒適的需求，擬規劃優先改建為長照養護專區，原養護大樓整建為套房式安養區，以提升榮民居住品質。
- (三)、調整保健組門診中心及復健中心至養護專區，並安排榮（總）院醫師來家增設門診科別，除兼顧養護及安養榮民就醫之便利外，並可提供社區民眾就近看診。
- (四)、充實復健中心復健醫療器材，安排榮（總）院復健醫師駐診或委外經營復健中心，提供榮民及社區民眾良好之復健理療服務。
- (五)、規劃榮民活動中心及綜合行政區：結合醫療資源、復健中心、佛堂、教堂及配合全區景觀設施構建。

四、預估辦理期程：

- (一) 99-101 年：配合輔導會政策方向，逐步規劃調整本家相關硬體設施與設備，並爭取改建經費，以符功能調整需要，並將西區原和平堂榮舍整建套房式安養房舍。
- (二) 101-103 年：將東區榮舍（原信義堂榮舍）拆除改建為長照養護專區，並將保健組門診中心及復健中心調整至該專區，增設門診科別，提供社區民眾就近看診。
- (三) 104-105 年：將原養護大樓整建為套房式安養專區，並規劃榮民活動中心及綜合行政區，結合佛堂、教堂及配合全區景觀設施構建。

五、預期效益：

- (一) 將榮家東、西家區區隔為養護區及安養區，並結合台中榮總嘉義及灣橋分院醫療資源及人力，擴充現有保健組成立社區門診中心，提供社區民眾及榮

民就近看診，並作為門診醫療轉介服務中心，將急重症病患轉介至台中榮總嘉義分院治療，有效並落實分級轉診制度，達成與該二院間醫療合作與分工，減少醫療資源的浪費，使病人得到最適當之醫療照護。

(二) 規劃整建家區舊有榮舍及綠地，依榮家未來發展方向及願景，轉型為社區長照機構，擴大客源，運用專業人力提供更精緻化的服務，營造具有家庭溫馨與親切之氛圍，使榮民能有尊嚴的頤養天年，並吸引外住榮民內住。

參考文獻

1. 林萬億，台灣長期照顧制度的規劃：回顧與前瞻。
2. 行政院衛生署、內政部、行政院經濟建設委員會，長期照護保險制度初步規劃成果與構想。
3. 陳武宗，長期照顧服務人力需求與職涯發展。
4. 行政院長期照顧制度推動小組，落實推動長期照顧服務 簡報。
5. 張庭，淺談台灣的長期照護政策－以我國長期照護十年計畫為例。

