

跨域參與共治的社區照顧模式--屏東日間托老服務實驗方案 之分析

蘇淑貞¹ 鄭清霞² 吳麗雪³

摘要

研究背景：台灣人口老化速度快、平均餘命延長、生育率下跌且家庭照護能量縮小，日間照顧是政府積極發展的社區式照顧模式之一，惟實務上面臨硬體設置法規門檻高、人事成本高等推廣困境。再者，老化是一個動態過程，在地老化理念須有連續性照顧體系支持，屏東縣政府以提升社區照顧關懷據點的照顧能量出發，發展日間托老中心實驗方案，以跨域參與共治的新型社區照顧模式，期望長輩在社區中就能夠得到非營利、平價、社區化、參與共治的全人照顧服務。研究方法：本文將以屏東縣日間托老中心的實驗方案為例，以評估性研究方式，量化分析照顧情形及服務長輩的狀況，並輔以質化分析管理委員會會議資料以及相關文件，探討政策形成與執行階段的成效。研究發現：首先，社區照顧關懷據點成功轉型為日間托老中心的主要優勢：(1)迅速回應社區老人的照顧需求；(2)非營利、平價、社區化與參與共治；(3)擴展照顧服務據點的能量；(4)發展多元日間照顧型態；(5)落實社區照顧理念；(6)整合資源達全人照顧目標。其次，在試辦計畫營運期間，主要面臨的問題以及方案修正如下：(1)民眾對日托中心認知不足，誤認日托中心為機構照顧；(2)失智長輩進入日托中心比例高；(3)使用者付費機制建立與堅持；(4)堅持志工與照顧服務員的權責分工；(5)協助照顧服務員面對實務挑戰；(6)收案流程機制、請假制度、定型化契約、緊急事件處理流程等制度建立。最後，雖然本方案為實驗性質，未來希望能複製照顧服務模式並成為照顧服務的給付型態之一，但仍有下列挑戰須面對：(1)民主過程需時間磨合、凝聚共識再回應行動；(2)照護者家庭的整體性、個別化服務計畫；(3)成本效益分析；(4)釐清專業服務的界線。

關鍵詞：日間托老中心、社區式照顧、跨域整合、社區自主照顧管理機制

1 前屏東縣社會處長青科科長

2 中正大學社會福利系副教授

3 屏東縣政府副縣長

通訊作者：鄭清霞，E-mail: 0914cscheng@gmail.com

壹、前言

一、研究動機

台灣人口轉型的特徵「老化速度快」，根據資料顯示台灣老年人口占總人口 7%至 14%的時間，法國須時 115 年、美國 73 年、英國 46 年、德國 40 年、日本 24 年，而台灣則為 24 年。台灣老年人口比例從 10%增至 20%所需的時間：瑞典需費 67 年，老年人口比例將在 2015 年達到 20%的水準；相對地，日本僅需 20 年、在 2005 年完成此老化階段。至於台灣也只需要 20 年即可由 10%達到 20%（國家發展委員會，2014）。另外一個高齡化特性就是「壽命長」，根據國發會（2014）的人口推計假設，未來男、女性零歲時的平均餘命將由 2013 年的 76.7 歲及 83.3 歲，2061 年增至 81.0 歲及 87.7 歲。「低生育率」是第三個特徵，婦女總生育率由 1976 年的 3.1 人，下降至 1984 年的 2.0 人，低於替代水準；至 2003 年跌至 1.23 人，跨入所謂「超低生育率國家」之門檻，2010 年更進一步降至 0.895%，幾乎是世界上生育率最低的國家之一（內政部，2013）。

高齡人口絕對數與占率的快速增加，對台灣社會的勞動市場、消費型態、生活方式、家庭結構等造成變動，最顯著的衝擊是醫療與照護體系（鄭清霞，2014）。隨著人口老化趨勢，即便在失能率不變情況下，台灣長期照護需要人口也由 2016 年的 77.7 萬人增加至 2026 年的 103.9 萬人、2051 年為 196.4 萬人（長期照護保險籌備小組，2011）。照護需要性並不是疾病，其專業與實施領域與醫療不同（林志鴻，2000）。「長期照護」是指針對因生理或心理的疾病障礙，而導致長期無法獨立自我滿足生活功能（通常包括 ADLs 或 IADLs），而必須依賴人力或器具輔助的失能者，提供一套長期且持續性的健康照護、個人照顧與社會服務。長期照護服務的目的在於促進或維持這些失能者的身體功能，增進獨立自主的正常生活能力（European Commission, 2003；Kane & Kane, 1987；OECD, 2005；吳淑瓊，2005；阮玉梅等，1999；林志鴻，2000）。

從出生至死亡都可能發生長期照護風險，但老年階段的發生率較高，特別是 80 歲以上的高齡者。過去一旦照顧需要事故發生，通常由家庭承擔長期照護責任，包括照顧服務與所需費用。然，如前所述，長期照護風險不同於疾病具備復原性，長照雖然發生率低，但通常持續至生命終結，期間更可能因失能狀況變化所引發的需求與問題，長期造成個人及家庭嚴峻的身心及財務壓力。但在人口以及社會結構變遷、家庭型態改變、女性就業率不斷提升等背景下，家庭照顧功能逐漸式微，長期照護需要已被視為重大社會風險，台灣目前實施十年長期照顧計畫，並積極規劃長期照護保險，將長期照護納入完整的社會保障體系（鄭清霞、王靜怡，2014）。

根據內政部（2009）調查資料顯示，機構照護是老年人居住方式的最後一個選項（詳見表 1），在地老化是世界潮流以及台灣老人偏好，然長期照護的服務

供給有幾個特色，第一，服務人力並不是商品，不能立即採購，也不是增加生產線即可生產出來。而必須花費時間，進行培訓。第二，長期照顧服務是人與人面對面的服務，故服務供給必須在當地，以節省交通成本（鄭清霞，2014）。在地照顧服務供給型態也必須多元以滿足各種偏好與需求，日間照顧模式即是目前台灣積極發展的照護模式。

表 1 50 歲以上人口的理想居住安排單位：%

50-64 歲						
年別	與子女同住	僅與配偶或同居人同住	獨居	住在老人安養機構	住在老人長期照顧機構或護理之家	與親戚朋友同住
2005	44.25	27.32	6.86	1.82	0.04	0.84
2009	50.96	27.90	6.86	2.71	0.15	2.90
2013	66.20	18.5	7.30	2.40	0.70	2.60
65 歲以上						
年別	與子女同住	僅與配偶或同居人同住	獨居	住在老人安養機構	住在老人長期照顧機構或護理之家	與親戚朋友同住
2005	59.95	20.01	11.32	1.03	0.96	0.42
2009	68.49	15.57	6.85	1.68	0.87	1.32
2013	65.70	16.00	9.20	1.30	1.40	3.20

資料來源：

內政部（2009）。中華民國 98 年老人狀況調查報告

衛生福利部（2014）。中華民國 102 年老人狀況調查報告。

屏東縣一樣面臨人口老化的問題，截至 2015 年 5 月底 65 歲以上人口占總人口數 14%，有 119,681 位長輩（內政部統計處，2015），高齡人口比例高於全國平均。高齡化時代來臨如何讓長輩能夠在地老化是縣府重要課題。從回應高齡化的社區照顧重要政策—十年長期照顧計畫之日間照顧中心設置來看，屏東縣至 2013 年底僅有三處，體系與服務輸送的資源明顯不足。然屏東縣從 2006 年起跟隨中央政策，截至 2013 年底有 132 個社區照顧關懷據點，其鄉鎮含蓋率有 59.84%，其據點數在全國為第 4 高。

本文為探討屏東縣政府如何利用有限的資源建構長輩在地老化的另一個選擇-「日間托老中心」，並從社區的長輩社區自己照顧的理念下，檢討日間照顧中心推展困難，透過跨域整合，發展新的社區照顧模式提供長輩在地全人照顧，並討論整體方案形成過程及目前執行成果，提供未來台灣長期照顧服務制度下多元社區照顧模式的新型發展參考。

二、研究目的

- (一) 分析台灣社區照顧模式之現況與發展困境。
- (二) 以屏東縣日間托老中心方案為例，探討公、私跨域整合社區照顧新模式之形成過程、運作模式、執行成效與發展困難。
- (三) 因應長期照護保險法實行，發展多元社區照顧模式，提供全人照顧發展之可行性。

三、研究方法

本研究將以屏東縣日間托老中心的實驗方案為例，筆者從公部門的政策制定者出發，以參與式研究及文件分析，探討政策形成與執行階段的成效，所採之研究方法分述如下：

(一) 文件分析

本研究將分析本實驗方案的相關文件、籌備會議、管理委員會會議資料、督導記錄、照顧服務記錄及社工個案記錄等關文件，並參考國內外文獻，勾勒屏東縣日間托老中心的推動理念及方案輪廓。

(二) 參與式研究

透過筆者投身此實驗方案的規畫、推動的經驗，從參與經驗中整理本方案的社區照顧模式及跨領域合作的機制，並反思方案的行動及修正策略，並對未來我國推動社區照顧模式提出建議與討論，以供未來政策規畫之參考。

(三) 研究架構



貳、文獻探討

一、台灣長期照護需求

衛生署(2011)國民長期照護需要調查報告顯示,依據「日常活動功能(Activities of Daily Living, ADLs)」、「工具性日常活動功能(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)」以及「認知功能簡易篩選(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)」評估結果,2010年的失能率為2.98%,由於人口老化因素,在年齡別、性別、失能率不變動的情況下,2031年整體人口的失能率仍將成長為5.19%。

該調查結果顯示,我國長期照護需求人口約有幾項特徵:首先在總人數方面,目前全國失能人口約69萬人,占總人口2.98%,其中6成為老人,約42萬人;至2031年(民國120年)全國失能人口將大幅增加至118萬人,將近8成為老人,約有93萬人。其次在失能率方面,65歲以上總失能率達14.95%(其中65-74歲、75-84歲以及85歲以上失能率,分別為7.29%、20.44%和48.58%)。不論是男性或女性,65歲以上失能率比起5至64歲皆有明顯的上升,85歲以上失能率超過一半,為56.23%,此情形在女性尤其明顯。一般而言,女性65歲以上失能率較高於男性,但在50至64歲卻發現男性失能率高於女性。第三,在縣市別方面,25縣市當中,除了台東縣未失能比率為94.91%,其餘縣市均有95%以上之未失能比率(長期照護保險籌備小組,2011)。

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」,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。長照計畫涵蓋的服務項目,以協助日常生活活動服務為主,即所謂「照顧服務」,包括:居家服務、日間照顧、家庭托顧;另為維持或改善服務對象之身心功能,亦將居家護理、社區及居家復健納入;此外,為增進失能者在家中自主活動的能力,故提供輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務,並以喘息服務支持家庭照顧者。期待經由我國長期照顧體系之建置,提供有照顧需求的失能民眾多元而更妥適之照顧服務措施,增進其獨立生活能力及生活品質,維持尊嚴與自主的生活,以達在地老化的目標,並支持家庭的照顧能力。

依據國民長照需求調查,推估2013年全國人口失能人數71萬。而民眾使用長期照護服務情形,服務量占失能老年人口數2012年底為27%,服務評定需要人數以「居家服務」最多占66%,使用時數則以日間照顧最高(簡慧娟,莊金珠、楊雅嵐,2013)。顯見在地老化是民眾大多數選擇。從國際經驗可知,世界主要國家的老人照護政策,均以在地老化為最高指導原則,且在地化需求之意願隨老人的教育與經濟的提升而高漲。在地老化成為先進國家的重要照護概念之原因有四:(1)老人教育程度以及經濟水準的提升;(2)專業人員照護理念從全天候

密集性護理照護轉為留在家庭自主生活隱私的提升；(3)節約長期照護費用的經濟壓力；(4)新型設施設備研發增加老人留在家庭的可能性（吳淑瓊、莊坤洋，2001）。

連續性照顧為在地老化重要規劃原則，在此原則下服務項目愈加多元，但以居家式和社區式服務為優先，在此趨勢下造成居家服務的發展。至於日間照顧方案係社區服務體系之一環，除了服務失能者外，也被視為是對家庭照顧者提供的喘息照顧之一種形式，由於兼具老人服務方案和家庭支持性方案之性質，其重要性也愈加明顯（呂寶靜，2012）。落實在地化老化的思維，除失能照顧體系建立外，還有一重要的預防工作，即延緩老化的措施，強調老化是一動態過程，而非靜態的失能或非失能的兩個選項，在 OECD 國家的服務輸送上，則是朝著連續性的照顧潮流走。所謂連續性的照顧是指把適合的複合服務放到適當的地方（指居家及社區接受照顧）。連續性照顧最終目標有三點：(1)透過使案主方便獲得和使用適合的持續性照顧，以增強服務品質和案主的滿意度；(2)增加供給者的效率；(3)最大化使用資源而達到成本效益。連續性照顧的原則強調的是服務內容的流通順暢，因而與服務對象、服務項目、照顧管理制度、長期照顧人力及服務資源、財務制度及資訊系統等（王卓聖、鄭讚源，2012）；多層級連續性長期照護服務體系的定義，是指服務類型是多元化及連續性（邱汝娜等人，2012）。例如機構內的服務對象應涵蓋長期照護，安養照顧及其他老人福利。這樣的概念放在長期照護政策中亦同，除失能長者服務，健康或亞健康的長者服務呢？連續性服務應該是甚麼？

目前健康長者的服務有社區照顧關懷據點，提供老人初級預防照顧，同時也希望透過團體方式達到老人健康促進之目標，建構老人連續性的照顧服務原則（陳燕禎、林義盛，2010）。從老化的動態觀點，那串起失能及健康中間的亞健康長輩的服務是甚麼？根據國外研究鄉村地區長輩的健康與八個重要指標有關，有居住型態、交通、健康保健、經濟狀況、照顧資源、跌倒及社區支持系統。（Bacsu, Jeffery, Johnson, Novik & Abonyi, 2012），因此如何透過家庭資源及社區支持系統讓長輩有尊嚴的被照顧，尤其在家庭結構轉變，家庭照顧的壓力加劇的狀況下，社區支持的照顧系統更顯重要。

二、社區照顧及整合照顧、社區照顧關懷據點、日間照顧

（一）社區照顧及整合照顧

1. 社區照顧

1973 年由 Bayley 提出「在社區內照顧」（Care in the Community）和「由社區照顧」（Care by the community）兩個概念。在社區內照顧（Care in the Community）在社區內提供的照顧包括：由小型的、地方為主的機構（譬如住宿之家、中途之家、甚至小醫院），透過有酬勞的、符合資格的工作者所提供之服務；以及在案主的家中由專業的工作者提供的照護。此概念主要是在倡導機構式照顧以外的另一種照顧形式。由社區照顧（Care by the Community），是指家人、朋友、

鄰居所提供的照顧；或由有組織的團體（譬如鄰居）、地方志工團體所提供的照顧（張慈恩、楊松裕，2009）。

台灣有關社區照顧政策的討論，最早是在 1995 年「全國社區發展會議」提出「福利社區化」之概念。1996 年內政部頒訂「推動社會福利社區劃實施要點」當時即將「社區照顧」定義為結合正式與非正式社會資源使需要服務者能在社區內、居家環境中獲得照顧，過著有尊嚴、正常的生活（邱汝娜、陳素春、黃雅玲，2004）。因此，社區長期照顧追求的目標有三：(1)長期照護服務在地化、普及化；(2)社會參與及失能預防；(3)兼顧照顧者與受照顧者尊嚴、權益與生活品質（王品，2013）。

在社區照護中，通常照護來自各種方式，而非單獨存在，社區照顧的主要途徑包括：(1)官方／資源法定照顧—由政府提供的服務；(2)志願服務的照護—可由有組織性的志願機構提供，也可由熱心人士提供服務；(3)家人、朋友或鄰居所提供的照護—照護者是基於受照護者的親近關係或基於情感聯繫，而非要得到金錢回報或從事義務工作；(4)商業機構提供的照護—可由市場購買服務（張慈恩、楊松裕，2009）。國外研究也發現隨高齡人口增加，未來居住型態也將影響非正式照顧 (informal care) 資源的提供 (Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, Davies & Darton, 2000)。社區照顧既然為當代重要的政策，但在台灣卻發展緩慢，張文瓊、吳淑瓊（2014）指出各國的老人健康及長照政策會有不同演變，但面臨的問題和挑戰大致不外乎有：(1)家庭照顧資源減少；(2)全人照護與消費者自主性自覺的需求提升；(3)財源緊縮下面臨衛生福利的公共支出減少的壓力。另外由個案照護需求出發的整合性服務，才能回應個案多元且複雜的照顧需求。

2. 整合照顧

張淑卿、陳妍杏（2013）指出如何透過不同專業間合作機制模式，建構其有效合作方案，為社區長期照護工作的重要課題。社區照顧與整合照顧兩者合一是有可能的，就近年觀察臺灣社區老人及長期照護工作模式，分享歸納出常見三種合作策略，供未來社區工作者參考：(1)**專業策略聯盟合作模式**在社區的運用：跨專業服務網絡常藉用聯盟或策略結盟方式，藉由各結盟組織分別不同的專業分工，讓服務更加順暢，這是一般衛生及社會福利組織常用的策略之一；(2)**跨領域異業合作模式**的社區運用：社區照顧工作中，採納全人照顧工作，多數的照顧單位多侷限於既有熟悉的專業領域，如衛生醫療或社會福利領域，然在跨專業合作過程中，跨領域異業合作不僅是重要的，而且是目前必要的趨勢；(3)**建立個案管理平台整合跨專業團隊模式**在社區運用：在臺灣社區照顧服務模式中，許多的服務單位為提供更具完整性的照顧服務，結合不同專業形塑一個服務團隊，為使用者提供更具完善的照顧品質服務。

整合性服務可能是解決日間照顧中心發展速度及困境的途徑，我們從日本、美國、加拿大等國家的經驗來看，社區式整合性服務確實能建立可近性高、具互助型式的社區式服務網絡，分別概敘如下：

(一) 日本

在日本而言「社區整合性照護體系」泛指在社區內提供有關醫療與社會福利整合性服務。社區整合性照護體系之基本理念係期望在失能長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住，以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系。且認為對社區整合性照護之解釋至少應具備下列內涵：(1)以照顧服務為核心再輔以其他醫療；(2)支援服務應建構於受照顧者本人及其家人間相互照顧等「自助」基礎上；(3)各類專業人員與專業機構相互結合，以及志工、居民活動等非正式活動藉以整合社區內各種社會資源；(4)解決社區內高齡者面臨之各種生活課題（曾慧妙、呂慧芬，2013）。

(二) 美國

美國稱為「全方位老年照護計畫」，在日間照顧中心組織跨專業團隊包括醫師、護理師、社工、治療師、照顧服務員、司機等，整合提供老人醫療保險和低收入戶醫療中給付所有服務，有醫療、復健、日常生活照顧等，包含居家、社區和機構服務模式（張文瓊、吳淑瓊，2014）。

(三) 加拿大

加拿大魁北克省之「維持自主性的整合服務研究計畫」，透過單一窗口的設計及簡易篩選工具判斷長者需要再轉介給照顧管理師進一步評估及照護計畫的擬定。單位間的協力合作是此計畫最核心的元素，在政府層次的合作機制成立了共同治理委員會，成員包括健康及社會體系機關，及民間團體。該委員會對政策方向及資源配置等建立共識。管理層次則是由各公、私部門服務提供者與服務使用者代表共同成立聯合委員會，負責監督服務協力合作機制的運作並促進照護連續性。由照顧管理師提出個人化照護計畫並在跨專業團隊討論中取得共識（張文瓊、吳淑瓊，2014）。

3.社區式整合照顧

整合照顧服務是社區照顧的基石，目的係為達到全人照顧，全人照顧的概念在醫療照護中常被提出討論，基本的精神為尊重病人的概念，指除疾病外要尊重病人不同的選擇如社會經濟狀況、宗教、心理狀況等列入疾病照護目標。而本文之社區式整合照顧，強調的同樣是希望多重、善用社區社會資源網絡，結合衛生保健及宗教信仰等以達身心靈全人照顧目標。為達全人照顧概念，政策面哪些部門該被整合進來呢？日本經驗也許可以提供解答。日本考量中央與地方政府職責分工合作，共同創造激勵制度營運的機制，早在 1938 年創設厚生省，將醫療政策及福祉政策整合同一部門，於 2000 年又將勞動業務併入後稱為厚生勞動省；厚生勞動省是中央政府推動長期照顧政策的主政單位，該省是涵蓋醫療衛生、社會福利及勞動等業，長期照顧服務也常涉及前述三項業務共同投入；站在政策整合及推動觀點，日本厚生勞動省政策及法令的整合及協調，在歷史制度論來看，主要行動者（政府）其政策路徑整合作為清晰且有效率（王卓聖、鄭讚源，2012）。

回頭檢視台灣長期照顧網絡建置情形，王秀燕（2014）指出長期照顧計畫網絡出現的限制有：(1)資源網絡建構的主導單位-地方聯合機構模式尚未成型，隨老人失能或依賴程度的加深，其所需照顧逐漸從社政轉向衛政單位，在地方政府的體制設計目前尚未整合；(2)網絡成員仍為不熟悉的夥伴，社政、衛政及民間團體第一線成員缺乏溝通橋梁彼此並不熟悉；(3)網絡資源整備合開發不足；(4)橫向、縱向未連結。

從日本的整合性服務基本理念出發，以在失能長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住，以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系，即是筆者前提及貼近長者生活圈的照顧才能讓日間照顧中心有可近性。此外，見諸前述各國高齡化的照顧需求提高，在有限財源、資源的狀況下，建立有效整合平台和機制，讓家庭、社區及社會共同分擔之互助式照顧發展將是重要趨勢。建立公私合夥關係 (public-private partnerships) 的長期照顧服務產業發展，營造有利社會大眾合作之條件：在多元福利取向，由家庭、政府、民間部門（包含營利企業、非營利的組織）共同分工提供整體的社會福利服務，似乎已經是必然趨勢（王卓聖、鄭讚源，2012）。

4. 跨域共治的社區照顧模式

本文提出之「社區整合性照顧工作模式」，內涵如下：

(1) 結合醫療、照顧、預防、居住，以及生活協助等各項服務一體化之可近性高的照顧體系，筆者認為在台灣最貼近長者的生活圈就是社區。

(2) 建立有效整合平台、機制，發展家庭、社區及社會共同分擔之互助式照顧。互助式社區照顧發展，建立社區民眾參與機制，將會減少地方政治力對照顧體系之影響，也是邁入社區整合性全人照顧工作模式的重要關鍵。

(3) 建立個案管理平台整合跨專業團隊，整合服務提供表單，提供更具完善的照顧品質服務。

(4) 為落實社區照顧精神建立「決策機制」，以利永續經營。平台的成員除供部門、福利服務或照顧的提供者，還有社區工作者，透過活化在地社區居民的共同照顧意識，然後再導入照顧平台，建立第一線照顧的整合平台。此外，從長輩照顧的尊嚴維護及公部門的財政考量，如何有效運用非正式部門、市場及志願服務部門共同來負擔對高齡長輩的照顧，實不失為一明智雙贏的選擇。

（二）社區照顧關懷據點

2005 年行政院核定通過「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，政策面結合社區在地民間團體及志工提供在地長輩各項動、靜態健康促進活動，以延緩長輩老化速度，並發揮社區互助之精神。根據研究發現目前據點承辦單位以立案的社會團體（含社區發展協會）最多，主要經費以政府補助為主，據點所在地以鄉村型社區居多，多數設置於社區活動中心（莊俐昕、黃源協，2013）。

黃源協教授在 2012 年全國據點聯繫會報之社區照顧關懷據點服務成效分享報告也指出，長者參加據點後的改變有：(1) 與非正式網絡互動頻率提昇；(2) 與

非正式網絡互動關係改善，改善最多者為朋友；(3)自覺健康狀況有正向改變，女性改善幅度大於男性；(4)整體就醫頻率下降。前述研究發現我們可知，據點對長者有兩個很重要的影響，一是透過社區可近性高的健康促進活動，長者自覺健康狀況有改善，符合計畫初級預防促進長者健康的初衷。另一是據點也提供長者社會參與、互動的機會，甚至加入志願服務行列，讓長者有服務他人的機會，提高自我感覺或自尊。兩者都符合活躍老化的概念，且也與屏東縣曹縣長從 2012 年開始倡導「創齡」¹的概念不謀而合。

國外學者也指出隨高齡化來臨，我們應該改變生命的結構 (changing life structures)，退休不再是盡頭，活躍老化才是現況，因此長者的需求應該重新被定義，快樂老化 (growing old happily) 是目標，創新的便利連結 (innovations to facilitate connectedness) 是讓長者持續維持與社會的連結的方法。社會連結是提供社會福利 (social wellbeing) 的前提，發生連結者有親戚、朋友、鄰居及社區的人 (Wildevuur, Dijk, Ä yväri, Hammer-Jakobsen, & Lund, 2013)。社區照顧關懷據點確也符合前述創新連結的操作，並重新讓長者與其社區發生連結，維持長輩健康活化。

然研究也發現社區照顧關懷據點最常被挑戰的議題有三，一是運用志工或兼職人力非專業人力，因此建議若聯合數個據點共同聘僱一位專職人力經營據點或許更有助於據點功能的發揮（莊俐昕、黃源協，2013）。或在政策上建議政府應該補助社區組織進用專業社工人員，輔導在地社區發展協會永續發展老人社區照顧方案，以培力社區專業化發展（陳燕禎、林義盛，2010）。但從經營的觀點對於一個每週只有一個半天的方案操作，公、私部門在資源有限狀況下，除非該團體有承接其他更專業的方案實在很難從政府部門或自籌的方式去聘用專業的社工員。

另一個是，社區發展協會是社會團體性質其領導者有任期的制度，因此據點是否永續經營就受到協會改選人事問題，因為協會若有派系因素或政治力介入，改選後就形成服務人力無法延續等問題（陳燕禎、林義盛，2010）。或社區自主性仍嫌不足時，社區受制於「村里」的角色，淪為政府行政指揮體系，欠缺社區所應有的活力與自主性（賴兩陽，2004）。此外，多數長者對於社區方案的提供仍停留在福利免費的概念，是第三個挑戰，根據黃源協老師的研究長者對於本方案每月負擔金額平均376元，多數願意負擔金額在100元以下。且研究發現若據點正式資源較高，持續性使用者付費的情況也越高，因此推動使用者付費機制是據點重要的正式資源（莊俐昕、黃源協，2013）。

總之，目前社區照顧關懷據點的推動尚符初級預防的概念，惟若要朝常態社區照顧方案之一，一方面我們需要常積極導入使用者付費機制成為財務來源之一，

1「創齡」的概念是從一詞來自日本，以全新不受限的精神年齡，正面思索人生課題，繼續逐夢、追夢，開創充滿挑戰的第二人生。（摘自「創齡-銀色風暴來襲」，立緒文化事業有限公司，2012年）

較有利於其永續經營，同時也可累積聘用專業人力的成本。但團體改選及方案永續操作與經營，則有賴社區共識凝聚與民主參與機制的建立。

(三) 日間照顧

日間照顧係為提供失能及失智長輩的社區式服務模式之一，白天讓老人家藉由交通車的接送，到日照中心接受專業、貼心的生活照顧，為目前社區式照顧模式之一，此模式亦為台灣目前長期照顧服務給付項目。日間照顧的重要理念是讓長者一方面可以維持與家庭、社區連結，並因應小家庭的型態，保有在家照顧的部分功能，延緩老化或維持長者存續生活自理能力訓練。日間照顧的基本目標為：(1)維持或改善案主的功能能力（或極大化案主的功能能力）；(2)增進案主的社會化；(3)增加案主的滿足感；(4)預防或延緩案主進住機構。就家庭照顧者而言，具有下列功能：(1)提供照顧者獲得喘息的機會；(2)促使照顧者繼續就業；(3)增加照顧者的持續照顧能力（呂寶靜，2012）。

對整個長期照護體系而言，日間照護方案可降低成本（呂寶靜，2012）。國外研究也發現，長者的參與對日照中心的影響是積極的(Baumgarten, Lebel, Laprise, Leclerc, & Quinn, 2002)。林明慎（2011）表示老人做決定使用日間照顧的自主性，依其身體障礙輕、中、重程度、擁有資源程度多寡而有不同。輕度且握有資源者自主性高，當趨於嚴重，則周遭重要他人的影響就大。愈輕微愈能自主決定，因此假使老人在失能前即能接觸到健康型日間托老、參與學習活動等；輕微失能時，應當更能接受正式化程度較高的綜合型日間照顧，以及嚴重時的醫療型日間照護。

台灣地區的老人日間照護服務方案也是分別由社會福利和衛生醫療單位主管。1997 年老人福利法第一次修法時，第九條提及地方政府應視需要設立並獎助私人設立各類老人福利機構，在「服務機構」之綜合性服務項目中則列有「老人日間照顧服務」，1998 年遂修正老人福利機構設立標準，增列日間照顧設施之相關規定。2007 年老人福利法二度修法時，於第 18 條中指出主管機關應自行或結合民間資源提供社區式服務，並將日間照顧服務納入；另在第 19 條機構式服務中也載明輔導老人福利機構提供日間照顧服務。依據「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」規定，日間照顧服務項目為：「(1)生活照顧；(2)生活自立訓練；(3)健康促進；(4)文康休閒活動；(5)提供或連結交通服務；(6)家屬教育及諮詢服務；(7)護理服務；(8)復健服務；(9)備餐服務等」。從其提供的服務項目中可窺知日照中心所需的工作人力是跨專業的團隊，包括：護理人員、社會工作員、照顧服務員、物理治療人員或職能治療人員（呂寶靜，2012）。由於老人日間照顧服務業務轄管的分屬，以致各自為發展的相關數據資料並無彙整。2009 年起系統內的老人日間照顧資料僅計入十年長照日間照顧項目的服務人口。換言之，被評定失能者的老人才被認定具有日間照顧需求的對象。凸顯「日間照顧」(day care)提供在社區照顧光譜中的多樣化意義不被清楚認定外，點明老人日間照

顧服務的角色與功能其實長期以來是被忽略的；也因為不是社政及衛政單位推動重點，擺盪在二部門之間似乎就是若有似無，成長自然非常緩慢(林明慎，2011)。

目前依據衛生福利部社會及家庭署(社政單位)統計，截至2014年6月底止，全國123個日間照顧中心，其中失能日間照顧中心有103家，約可服務2897人；失智日間照顧中心有20家，約可服務480人。相對於老年人口數，我們確實也看日間照顧中心的不足和可近性的問題(請參考表2)。鄉村型的鄉鎮例如雲林、南投、彰化、嘉義、屏東等縣市而言，日間照顧中心的設置不只是「量」的問題，還會有因為交通距離所造成之服務可近性的問題，由於地理位置的特殊性，交通將會影響長輩接受照顧的可能性。

長照十年計畫中指出，「我國日間照顧(護)因為所屬管理單位之不同，呈現不同的樣貌。社政單位所管轄者稱為『日間照顧中心』，而衛政體系所管轄者則稱為『日間照護中心』。日間照護中心其收案之對象大多以失能者為主，而日間照顧中心則因定位較為多元，故其可區分為「失能型」、「健康型」及「綜合型」三類，目前國內設置的日間照顧(護)中心以社會型居多(蕭文高，2011)。各縣市政府對於日間照顧中心的設置方式依李劭懷(2013)研究之台北市有13處、新北市有7處是由政府提供場地委託民間團體經營，也就是所謂「公設民營」。在高雄市2005年有3個老人日間照顧中心，採公設民營方式，分別設立於長青綜合服務中心、三民日照中心及左營老人活動中心；三者的經營模式不同，服務的執行方式上也有差異；另外，有一家是由醫院附設的日照中心(陳政智、張江清，2007)。亦或以長照十年中央補助之修繕費及服務費用，依採購法的方式，運用醫療機構的場地，辦理日間照顧的方案，以定型化契約委託辦理。

表2 2014年6月底日照中心數目與2014年年底老年人口狀況

縣市	失能 日照中心	失智 日照中心	合計	65歲以上人 口數	65歲以上比 率(%)	每萬人的中 心數
臺北市	12	1	13	380,527	14.08	0.34
新北市	9	1	10	400,545	10.10	0.25
臺中市	11	3	14	266,370	9.79	0.53
臺南市	9	1	10	237,732	12.62	0.42
高雄市	10	1	11	332,089	11.95	0.33
宜蘭縣	5	1	6	63,438	13.83	0.95
桃園縣	2	0	2	191,590	9.31	0.10
新竹縣	4	1	5	60,322	11.22	0.83
苗栗縣	2	1	3	78,805	13.90	0.38
彰化縣	3	1	4	170,602	13.21	0.23
南投縣	6	3	9	75,641	14.71	1.19
雲林縣	9	2	11	113,535	16.10	0.97
嘉義縣	3	0	3	88,395	16.84	0.34

(續後頁)

(接前頁)

屏東縣	4	1	5	118,340	13.96	0.42
臺東縣	3	0	3	31,477	14.02	0.95
花蓮縣	1	0	1	45,216	13.56	0.22
澎湖縣	2	0	2	14,715	14.46	1.36
基隆市	2	0	2	46,818	12.55	0.43
新竹市	1	1	2	43,721	10.12	0.46
嘉義市	3	2	5	33,336	12.31	1.50
金門縣	2	0	2	14,292	11.19	1.40

資料來源：

(1)衛生福利部社會及家庭署(2014)。日間照顧中心統計。2015年02月23日。取自
<http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=361&pid=693>.

(2)內政部統計處(2015)。內政統計通報。104年第3週(103年底人口結構分析)。2015年02月23日。取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>

三、台灣日間照顧發展的困境

依據中央長期照護服務網計畫第一期(102-105年)，盤點社區式長期照護資源，入住機構(實際服務人數):居家(實際服務人數):社區服務(實際服務人數)之比例約為6:3:1。顯示日間照顧在目前照顧體系並未普及。對於日間照顧中心的需求，李劭懷(2013)提到日本企業2012年派人來台灣做日間照顧中心需求量的市場調查結果分析，發現以台灣的老化速度及社會狀態、風土民情，全台灣需求量为2500所左右。政策上為鼓勵日間照顧中心設置，內政部2011年有「日間照顧呷百二」之三年計畫，希望2013年日間照顧中心可以有120家(衛生福利部，2013)。日前行政院院長為回應高齡化社會來臨之日間照顧中心需求，提出「臺灣368照顧服務計畫」預計三年投入100億元，推動一鄉鎮日照，並調高照顧服務費，自2014年7月起調升照顧服務費補助標準為每小時200元，而照顧服務員的薪資亦同步調漲，漲幅逾10%；並同步訂定2014年至2016年的368鄉鎮建置多元日間照顧服務，以達成一鄉鎮日照的重大政策目標(行政院，2014)。

但實務上從長照十年計畫通過以來，日間照護資源的發展速度十分緩慢，且使用者的人數也未急劇增加，凸顯了資源發展過程中，政府的角色亟需調整(呂寶靜，2012)。筆者整理日間照護機構所遇到的困難大致如下：

(一)硬體設置法規門檻高，場地取得的困難

建築物使用類別為H1類為住宿類(供特定人短期住宿之場所)，消防為F1類，且規定「溯及既往」(吳玉琴，2014)，運用公有閒置空間或私有空間修繕符合前述法規程序繁雜費時。

(二)人力要求導致成本偏高

美國研究也指出日間照顧中心營運的最大成本花費在人力成本(Zelman, Elston, Weissert, 1991)，日間照顧中心要能夠設置也牽涉地方性團體是否有足夠

的財力及人力資源經營。台灣專業人力除照顧服務員依個案失能類型失能1:10、失智1:6、混合1:8的人力配比，還要有專職護理師至少1人、社工人員至少1人等，且目前長照十年計劃僅補助社工員未補助護理師，一方面無力負擔此沉重人力成本，一方面護理人員難覓，在成本的考量下，與醫院或護理之家合併經營將可以共享專業人力，降低經營成本（陳政智、張江清，2007）。

（三）缺乏跨域（專業）整合

目前長照服務需求人數預估時，並未實際納入真正反映服務對象需求的資料，過度偏重就既有服務供給型態，據以推論服務量之成長與人力配置，因此如何藉由計畫調整或改革當前的服務體系，似乎未受到應有的重視（蕭文高，2011）。雖然照顧產業政策之重點主要在於整合政府各部門之資源，但實際上整合機制卻仍未出現，資源仍多有所重疊浪費（陳燕禎，2008）。日間照顧服務在國內呈現的面貌是零碎的，不僅地方部門管轄不一，中央推動相關部會亦分歧。日間照顧未有清楚的置於長期照顧光譜中的位置，俾扮演發揮應有功能（林明慎，2011）。且人力資源嚴重不足，跨專業間的團隊合作模式有待建立（王卓聖、鄭讚源，2012）。

（四）服務缺乏多元化，未以老人為中心

服務輸送以單項服務為主，未能以老人及家庭照顧者需求為思考，提供整體性服務（吳玉琴，2014）。更遑論從全人觀點出發來整合照顧資源以降低家庭照顧壓力之機制。

（五）民眾認知不足

依據內政部2009年老人狀況調查有58.41%不知道日間照顧。另檢視長照各類服務項目，除居家服務外，新型服務模式如家庭托顧、失智症老人日間照顧中心因民眾認知與使用意願尚待建立，在專業知能及營運成本考量下，民間參與意願有限（簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐，2013）。

（六）日照中心交通接送成本高

學者指出日間照顧中心使用量的瓶頸為交通接送問題，交通車服務可增加收托率，但交通車營運的人力、油耗等成本又造成機構的負擔，存在經營上的矛盾與成本挑戰。（李劭懷，2013；王香蘋、蔡麗珍、施博文，2010；陳政智、張江清，2007）

（七）缺乏使用者付費觀念

國內研究指出，政府部門或其屬村里鄰長普遍對照顧產業和福利方案的認識不足或不願配合推廣，因而造成民眾對社區照顧服務的認知有限和有誤。雖然傳統中國的孝道文化認為照顧父母是家庭的「奉養」觀念，並且是一種「親力親為」的照顧模式，因而使得許多有能力購買服務的家庭不願使用長照服務產業，也進而導致目前民眾對「使用者付費」的觀念未被普遍接受（陳燕禎，2008）。

參、服務方案分析

一、服務方案的介紹

屏東縣政府在 2013 年底 65 歲以上老年占總人口 13.5%，高於全國平均，縣府財力等級屬第五級（行政院主計總處，2014），財政資源有限。隨高齡人口逐年增加，長輩照顧需求提高，另外十年長期照顧計畫之日間照顧中心設置，至 102 年底屏東縣僅有三處，其中有兩處在屏東市，分別為照顧失智及失能長輩的日間照顧中心，委託給同一家醫院經營。另一處在車城鄉亦是委託給醫療機構經營。惟屏東縣從 2006 年起跟隨中央政策辦理健康活化之社區照顧關懷據點，截至 2013 年底有 132 個社區照顧關懷據點，其鄉鎮含蓋率有 55.82%（衛生福利部社會及家庭署，2013），其據點數在全國為第 4 高。這些能夠操作社區照顧關懷據點的社區發展協會，依筆者研究觀察，社區可以有能力發展日間托老照顧，至少具備下列優勢：

（一）社區民眾對社區照顧具有共識

透過社區照顧關懷據點的操作，及縣府同仁輔導，社區發展協會在會務運作有雛形，並透過據點操作過程建立社區照顧自己社區弱勢人口的概念。因此，社區組織幹部及志工具有一定熱情與社會參與活力，透過志工團隊組織及培養社區自主方案操作過程，整合社區內學校等民間團體資源，建立照顧共識。

（二）社區已有志願服務人力，朝半專業照顧人力培訓

透過社區照顧關懷據點「生活輔導員」制度，培養志工人力成為半專業照顧人力，強化志工社區照顧理念，並培養其照顧長輩的動、靜態課程操作能力。

（三）社區已有固定長輩聚會的場地

在方案操作即已覓得合適聚會場地，並進行簡易無障礙設施設備之空間整備。該空間平時為社區活動中心、社區照顧關懷據點的場地，對社區民眾和長輩都是熟悉的社會參與場域。

（四）社區具備方案操作、文書作業的能力

社區幹部透過社區照顧關懷據點計畫撰寫、核銷的培力過程，對於官方文書作業要求具有一定能力。

（五）據點聯繫會報發揮分享、共好功能

社區透過據點聯繫會議及縣府活動的引導，讓社區發展協會有互動分享平台，且彼此支援，建立社區照顧共好的參與能力。

從長輩的需求思考甚麼是最好的照顧政策，在地老化，離住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住，以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系是首選，從社區照顧關懷據點的經驗發現，掌握住長輩健康，延緩失能就能減少照顧壓力。從連續性照顧觀點出發，據點服務健康長輩，失能長輩可以去日間照顧中心，那麼亞健康或輕度失能長輩，正是連續性照顧的缺口。

於是縣府從優勢出發，盤點縣內社區照顧關懷據點運作發現萬丹鄉總人口數 5 萬 3 千餘人，老年人口數 6 千 3 百餘人，社區照顧關懷據點之設置當時已有 120 個，該鄉為災後重點培力區域，且鄉公所、衛生所對社區積極熱情輔導，故擬提升該鄉社區照顧關懷據點的力量，除定時定點提供健康長者「照顧預防」、「健康促進」活動外，也期待將此服務天數加長成為日間托老中心。

透過社、衛政整合盤點擇定萬丹鄉辦理日間托老實驗計畫設置三處（水泉、竹林、廈北）日間托老中心，讓具備基礎能力且有服務熱忱的社區能藉社區的力量提供每週 5 天的日間照顧服務，落實在地老化，提升社區在地照護功能。利用社區現有活動中心進行空間改造，增加必要之無障礙浴廁空間，並導入「家」的生活概念與元素融入在公共空間內，藉由空間改善與社區照顧服務的提供融入老人在地的生活，提供老人與他人互動與獲得彼此相互照顧、扶持的機會。屏東縣「日間托老中心」實驗方案，依實驗計畫內容具有如下特色（屏東縣政府，2014a）：

（一）提供社區預防照顧服務

透過日托中心提供輕、中度失能長輩可近性高的健康促進、復健及身心機能活化活動，延緩長者老化，以達預防照顧之目的。

（二）跨域整合之『新』社區照顧模式

1. 社區整合式照顧服務

依日本社區整合性照護體系之理念，在長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內之社區活動中心，以社區發展協會為主體，建立結合醫療、照顧、預防、以及生活協助等各項服務一體化之照顧體系。

2. 跨域整合

跨域有兩個層次，一是縣府與鄉鎮公所二個不同層級政府部門的跨域合作，並整合社區發展協會此最基層組織；另一是社政與衛政部門跨專業的整合。第一線跨域整合之人員有，照顧服務員、社區志工及鄉內衛生所地段護士及轄區社工員，依工作手冊及工作書表，為長輩建立個案健康管理服務資料，並擬定個人照顧服務計畫。具有全國首創特性，由社政、衛政、鄉鎮公所、社區發展協會及民間團體共同攜手，提供高密度、社區化的日間托老整合性服務。

（三）建立社區自主照顧管理機制

設置管理委員會，由專家學者、政府單位、社區及家屬代表，針對中心運作做最後決策，建立「參與式民主機制」，初期每月固定召開委員會，針對社區照顧困難、資源整合、經費使用情形、日托中心之規模、收托時間、收托人數、服務模式、所需設備進行討論及決定。

（四）落實在地化、社區化照顧

以社區發展協會為方案辦理主體，聘用當地照顧服務員，並且運用在地井仔頭社區關懷協會送餐，創造在地就業機會，真正落實社區自己照顧社區長輩。本方案透過在地社區組織及人力的運用落實社區照顧理念，縣府在福利輸送的過程

中扮演使能者，由在地組織自主提供服務，試圖轉變目前政府在老人照顧服務輸送供給結構體系。

(五) 建置服務整合機制

透過衛生局提供具醫療背景專家每週至少一次到日間托老中心提供相關諮詢服務。並聘請具社會政策與長期照護方案發展專業背景的老師擔任日間托老中心外聘督導，在方案發展階段，每個月一次長達一整天的督導訪視，立即針對發現的問題給予討論以及改善方案回饋，並於下次訪視時檢討上次的建議是否積極改善或執行上有困難而必須有所修正，以整合社工員個案服務及照顧服務員之健康、生活照顧，建立個別長輩的健康、生活照顧及家庭處遇計畫(鄭清霞, 2014)。

(六) 建立永續之使用者付費機制

日托中心須採使用者付費機制，每位受托長者需月付 4,000 元。付費金額得視營運狀況，經管理委員會同意，得做適當之調整。所收取之費用需經管理委員會管理，做為營運資金，不得挪為他用。期待透過使用者付費機制，讓照顧服務得以在社區永續經營。

(七) 建構照顧服務網絡

除服務輕度失能或失智、亞健康長者外，固定於每週六辦理社區照顧關懷據點，藉由據點活動可鼓勵社區民眾參與照顧服務，並且連結據點人力、物力資源，建構長者照顧服務網絡。

二、計畫執行情形

(一) 空間規劃的改善

擇定萬丹鄉廈北、水泉、竹林辦理老人日間托老實驗計畫，針對現有社區活動中心進行簡易無障礙硬體修繕與擴充設施設備，以基本居家環境的概念將社區空間加以改造，打造專屬社區活照顧之日間托老中心—松鶴園。

(二) 人員培訓

縣府將社區的在地志工培力為領有專業証照的「照顧服務員」。創造在地就業機會，真正落實社區自己人照顧社區長輩。照顧服務員的專業水準及品質必須不斷的培育訓練及長期經驗累積而促成，除接受 110 小時的照顧服務員專業訓練外，也因應日托中心成立開辦一系列課程，有「加賀谷·宮本式音樂照顧活動設計暨帶動專業訓練」、「屏東縣生活輔導員培訓」、「照顧者專業知能及心理調適技巧」、「床上沐浴技巧與被動式肢體關節活動」、「口腔保健衛生技巧訓練」、「身體清潔及舒適技巧實務訓練」、「疾病徵兆之認識與處理」、「身體的移位及搬運技巧」、「意外災害的緊急處理」、「急症處理及急救概念」、「銀髮族心靈支持與「人際關係」、「認識失智症系列」等等研習增強照顧服務員活動帶領技巧及日常照顧服務之能力。

(三) 營運與管理

1.由縣府社會處、衛生局、長期照護管理中心、萬丹鄉公所、萬丹鄉衛生所、

屏東縣慈善團體聯合協會及受補助之單位派代表，共同組成管理委員會。有關管理委員會組成、運作及權責，由縣府輔導社區辦理。

2.主辦單位與管理委員會共同決定日托中心之規模、收托時間、收托人數、服務模式、所需設備等。管理委員會初期每月與日托中心定期召開聯繫會議，擬定個別輔導計畫並建立年度發展目標，後視營運狀況穩定每季召開乙次。

3.日托中心須採使用者付費機制，每位受托長者需月付 4,000 元贊助費。贊助費之價位，得視營運狀況，經管理委員會同意做適當之調整。所收取之贊助費由管理委員會管理，做為營運資金，不得挪為他用，初期並需將收支狀況提報管理委員會。

4.日托中心聘用合格照顧服務員提供服務，並接受縣府不定期訪查及定期評估實施成效及輔導。

5.在地衛生所於成立初期每週巡迴訪視日托中心至少 1 次，待中心照顧服務員服務穩定後，定期至中心檢視受托個案紀錄，提供：(1)協助「個案健康評估」評估失能、失智的程度，並與照顧服務擬定各別照顧計畫並給予衛教諮詢與轉介之服務；(2)指導照顧服務員，提升照顧服務技巧；(3)做為照顧服務員健康管理、專業諮詢、精神支持之對象。

6.社會處、衛生局、長期照護管理中心結合屏東縣慈善團體聯合協會之資源，提供照顧服務人員職前、在職訓練，為該地區長期照顧儲備人力資源。

(四) 健康照護內涵：

1.每日課程內容如下表：

表 3 托老中心課程時間表

時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
08:00~09:00	報到、量血壓				
09:00~10:00	健康管理、活化筋骨、新知分享				
10:00~10:20	休息、如廁、交流時間、點心時間				
10:20~11:50	認知、職能訓練、感官刺激時間				
11:50~12:00	如廁、洗手、餐前準備				
12:00~14:00	午餐、午休、給藥				
14:00~14:30	整容、交流時間、點心時間				
14:30~16:00	大腦健康操、健康促進以及相關文康活動				
16:00~16:30	賦歸				
備註	※課程活動依照性別、喜好及季節規劃並定期更新。				

2.照顧課程之特色：

(1)每日健康管理

每日定時測量長者體溫、脈搏、血壓、大小便情形、生活照顧情形、午休睡眠情形及特殊情況之記錄並建立每位長輩「個案照顧日誌紀錄表」，藉由照顧服務員每日落實填寫服務過程，了解長者每日生命徵象及生活狀況，此外連結當地公衛護士定期巡迴訪視，依據護理需求評估提出護理計畫，例如：健康管理（病情追蹤）、用藥指導、食與營養、預防感染、異常情緒處理等等。

(2)加賀谷式音樂治療

引進國外音樂相關課程及活動，充實照顧服務員之活動帶動項目，利用音樂的聆聽，可以讓收聽者產生快樂、安定的心情，藉由音樂的領導，配合身體動作的帶動，更是可以獲得身體活化、心情愉悅的效果。

(3)社區廚房送餐服務

居家式用餐環境，結合社區網絡資源由在地井仔頭社區關懷協會中央廚房提供送餐服務，依據松鶴園長者飲食習慣、營養調配、食物軟硬度等特別調配適合長者的營養低油之健康中餐，將廚房設計成供長者共同參與的開放式廚房，用餐空間與餐桌椅特選木質品營造「家」的感受與情境，有助於長者將中心視為白天的另一個家。

(4)因應長者個別照護需求結合職能治療師公會提供中心長輩簡易復健

為讓中心長者能活得健康，以維持現有能力及減緩身體功能衰退，照顧服務員藉由提供適當團體活動促進認知功能，加強老人關節活動度、訓練肌肉張力及手指精細動作、促進心肺功能，維持基本體能，並運用認知、肢體、觸覺、視覺、聽覺等感官刺激教具設計多元化活動，引發長者參與的意願與興趣，協助長者在活動過程中瞭解自己的能力，進而發展出技能和興趣，提升自信心及自尊心。

三、服務方案分析

屏東縣「日間托老中心」實驗方案從 2013 年初規劃，2013 年下半年開始進行各日托中心簡易無障礙的修繕。縣府並邀集社區幹部、衛生所、鄉公所、長照中心及社、衛政主管召開 4 次共識、籌設會議，並於 2014 年 2 月揭牌試營運。從試營運迄今實驗方案遭遇許多問題與困難，本研究整理實驗方案的管理委員會歷次會議記錄（屏東縣政府，2014b）與歷次督導會議記錄（屏東縣政府，2014c）發現，此方案仍能在社區中運作的主要原因乃源自於下列五個優勢：

（一）迅速回應社區老人的照顧需求

屏東縣長者確實對於社區照顧型的日托中心非常需求，尤其八十歲以上、獨居長輩，透過社區日托中心的照顧，減輕家屬照顧負荷，協助其繼續在社區中生活，且保有較佳的生活品質，從其每日參與狀況也可以看到他們確實喜歡這樣照顧型態，參與人數也呈現成長的趨勢，依屏東縣政府（2014d）實驗計畫月報表顯示在開辦第八個月三中心已收容 34 位長輩，累積服務 304 位長輩。

（二）非營利、平價、社區化與參與共治

縣府於 103 年 1 月起即建立管理委員會並定期開會、紀錄。於第二次管理委員會會議討論通過日托中心之使用者付費機制並決議收費機制得視營運狀況經委員會會議同意後調整，建構政府、公所、社區及民間團體共構的體系，讓非營利、平價及「互助」的社區照顧成形，而非過去一味由政府供應的照顧型態。

（三）發展多元日間照顧型態

透過個案招收過程、照顧需求及在地資源盤整，進行滾動性修正方案操作，

以竹林日托中心為例，由於當地失智長輩送托意願較高於第二次管理委員會仍決定收托長輩，並導入失智症照顧知能，以利長輩在社區接受照顧。

(四) 跨域整合服務

透過管理委員會及外聘督導機制，進行跨域整合服務之建構。例如第二次管理委員會針對其中兩位長輩家屬照顧不佳，決議社工員應進行家庭處遇工作並有紀錄，照顧員在家屬送托時亦應加強溝通並做成紀錄。另導入長照資源進行居家用藥及營養指導。此次會議亦決議導入衛生及社工外聘督導進場，以落實專業服務整合。並於第三次委員會決議社工、護理及照顧服務員應制定工作手冊，以落實專業服務流程。外聘督導會議隨即依會議決議逐步建構工作流程及表單。

(五) 落實社區照顧理念

在第二次管理委員會會議中，有社區提出招收長輩的區域範圍的疑義，會中決議仍以社區長者為優先，惟初期營運若尚有名額，家屬可自行接送者可收托，未來仍以社區中的亞健康度失能的長輩獲得適度的照顧為主，以落實社區照顧、在地老化理念。

另外此方案操作，實驗方案除積極宣導社區老人日托中心的社區照顧理念，也隨著進來中心的長輩照顧需求，不斷的修正照顧內涵與運作方式，迅速調整照顧者的專業知能。當然也透過管理委員會，討論進行實驗計畫的修正，並在社區中完成橫、縱向資源盤點及聯結。由社區照顧關懷據點拓展為日間托老中心，會遇到哪些執行上的問題呢？事實上在方案開辦營運的各個階段，遇到不同面向的問題，縣府也按照問題的輕重緩急，進行處理。下表為開辦初期、中期與近期所發生的問題以及回應方式（鄭清霞，2014）。

表 4 實驗計畫遭遇的問題與回應策略

問題	回應策略
初期	
失智長輩比例高， 照顧員現場挑戰大	<ul style="list-style-type: none"> • 導入失智症照護訓練 • 導入環境安全評估 • 每週社工員進行三中心照顧服務員內部督導
活動缺乏結構性 與目標性	<ul style="list-style-type: none"> • 團康型活動、知識型活動、體力肌耐力活動搭配教具使用。 • 長輩的需求評估表單，對照建構個別性服務計畫書。
沿襲關懷據點 的運作方式	<ul style="list-style-type: none"> • 建立請假制度 • 定型化契約 • 透明、公平的收費、退費機制 • 建立收案流程機制
正式人力與 志工角色模糊	<ul style="list-style-type: none"> • 志工與照顧服務員角色定位 • 志工與照顧服務員的權責分工

(續後頁)

(接前頁)

中期	
參與者的分工不清	<ul style="list-style-type: none"> 釐清托老中心、社工員、社區協會、管理委員會、縣政府彼此之間的權責分工與監督機制
缺乏記錄表單	<ul style="list-style-type: none"> 全面性建置表單 社工員指導照顧服務員填寫照顧日誌表單
照顧服務員	<ul style="list-style-type: none"> 學以致用的在職訓練
渴望快速提高照顧能力	<ul style="list-style-type: none"> 社工員隨時進行在做中學的工作督導 社工員固定時間到三個中心駐點
照顧服務員工作分配問題	<ul style="list-style-type: none"> 工作模式應制定輪流制度，讓照顧服務員能有機會體驗不同工作，藉此培力每位照服員都能全方位提供服務。 另照顧服務員應將主力放在照顧長者，減少廚房工作。
近期	
表單缺乏結構性	<ul style="list-style-type: none"> 建構表單結構以及個別表單功能與內容 發展接案前表單群、入園服務表單群、行政管理表單群
增進照護品質：家屬溝通與教育	<ul style="list-style-type: none"> 提供家屬與服務員溝通平台 對失智症家屬的教育及協助 建立家屬支持性團體 積極改善家屬與個案關係 導入個別性服務計畫目標與處遇
爭取列入 10 年長照給付項目	<ul style="list-style-type: none"> 收案服務對象的明確界定 成本與效益分析 規劃長期財務來源與收費標準

資料來源：整理自鄭清霞（2014）屏東縣日間托老中心實驗計畫督導_觀察報告。

整體而言，在試辦計畫營運期間，主要面臨的問題以及方案修正如下（屏東縣政府，2014b；屏東縣政府，2014c）：

（一）民眾對日托中心認知不足，誤認日托中心為機構照顧

初期招生宣導策略於第一次自治委員會議決議，以夾報的方式傳送中心簡介，並於電視公益頻道播放招生宣導。但鮮有回應，後發現民眾誤以為日托中心為老人養護機構。為此第二次自治委員會會議修正宣導方式，由萬丹鄉公所洪課長親自向鄉內村里長說明，透過社區在地幹部協助宣傳及個案轉介。另由於在地照顧服務員對環境非常熟悉，因此也結合村里長及社工員，進行社區潛在個案家訪，並向家屬說明日托中心照顧理念及使用者付費概念。此外，縣府也積極安排揭牌及參訪活動，透過各種活動媒體報導，讓民眾了解日托中心實驗計畫之照顧理念、內涵，逐步讓民眾瞭解日托中心的互助式照顧概念。

(二) 失智長輩進入日托中心比例高

屏東縣過去第一線社區照顧資源不足，更遑論失智症社區照顧資源的佈建。以竹林社區為例，103年3月招收7位長輩，有3位長輩有輕、中度失智情形。為落實30分鐘社區照顧生活圈的理念，團隊認為不應該將這些長輩拒於門外，否則方案就失去社區照顧的意義。為此管理委員會第2次會議決定結合署立屏東醫院失智日托中心之失智照顧經驗進場，導入環境安全評估，且利用假日進行照顧服務員之失智症照護訓練，並從實際照顧個案討論研議照顧技能，透過這樣訓練操作合一的方式，照顧服務員的照顧技巧迅速提升。

(三) 使用者付費機制建立與堅持

屏東縣的鄉村社區型態特性，以及台灣過去對於福利使用存在免費的概念，因此社區民眾及長輩對於透過使用者付費機制，能讓社區照顧平價化人人負得起，又不造成社區、政府財務負擔的概念不清，甚或有日托中心的社區領導人擔憂因此收不到個案，但透過第三次管理委員會的澄清與堅持，建立機制且並未造成招生困難，甚或許多家屬表示這樣才是平價、付得起的照顧。

(四) 堅持志工與照顧服務員的權責分工

由於培訓的照顧服務員過去是社區照顧關懷據點志工，其身分從志願服務的志工轉變成領薪照顧服務員，因此在社區照顧工作的分工及定位，一再被社區組織提出，初期對於照顧服務員期待過大，透過鄉公所協助在社區會議中詳加說明，讓社區其它志工了解其差異，並於第一次管理委員會即釐清志工與照顧服務員的分工。

(五) 協助照顧服務員面對實務挑戰

照顧工作本身隨照顧者每天的身心理狀況，隨時需要應變與接受挑戰，尤其照顧服務員面對失智症長輩照顧實是挑戰，如何即時補充在職訓練或資源進去，對協助照顧服務員從事照顧服務相當重要。因此於103年6月督導會議決議應提供照顧服務員在職訓練機會，並建立民眾服務滿意度調查機制。

(六) 收案流程機制、請假制度、定型化契約、緊急事件處理流程等

透過外聘督導積極且專業協助，於103年4月第二次督導會議即要求社工員將所使用表單建立資料庫、標準操作流程，並進行個別長輩定期評估。相關工作流程跟隨督導專業積極，逐步建立制度與標準化工作流程，以利未來工作經驗傳承與複製。

雖然本方案為實驗性質，但未來期待能永續在社區中操作，並期能複製經驗或影響中央制政的規劃，筆者觀察認為仍有下列挑戰須面對處理之：

(一) 民主過程需時間磨合、凝聚共識再回應行動

社區照顧互動參與及公、私部門協力分擔照顧責任是本方案的精神，尤其這當中有各級政府的整合、政府與民間團體的整合、社區民眾參與共識的凝聚等，皆需要無數次的溝通、協商及整合，方案精神在於社區的長輩由社區自己照顧，如何小政府、大社區的進行操作，擺脫過去照顧服務依賴政府經費的狀況，以妥

適回應社區的需求與資源，需要再累積經驗提出行動策略。尤其在台灣社區工作中，最常被挑戰的就是社區發展協會領導者常因選舉機制換人後就改變行動策略。因此，如何凝聚社區居民永續經營或支持日間托老中心存在價值，是未來提出行動策略的重點。

(二) 照護者家庭的整體性、個別化服務計畫

由於方案操作時間尚短，仍處於擴展個案收托及面臨收托個案照顧需求的回應，初步正積極發展個別化照顧服務計畫。舉例：在開辦之初曾發現有長輩是需被保護個案，縣府即結合保護社工聯手進入家庭進行處遇，因此從長輩需求出發回應其家庭狀況，未來應該持續擴大資源及服務網絡的建構，提供照護者整體性之個別化服務照顧計畫。

(三) 成本效益分析

本方案當初使用者付費機制係比照日間照顧中心輕度失能長輩的家屬自付額度設計，雖具有一定的成本效益基礎，但筆者認為透過在地民間部門結合公衛護士、職能治療師公會及民間團體社工員，所精簡的護理師及社工員人力負擔的成本，是否仍維持一定的照顧品質，值得再進行比較分析，以為未來方案滾動式修正的參考，並確保未來財源長期、穩健規劃，以發展永續社區整合式照顧模式。

(四) 專業服務的界線

本方案期待透過跨域整合能提供照顧服務一種在地化的新模式，因此各專業服務如何配搭及服務界線的劃分，還需要再磨合分工，以建立整合服務模式。

肆、結論與建議

屏東縣日間托老中心的實驗方案，試圖銜接健康與失能之間照顧服務的缺口，讓長輩在老化的過程中有延續性的照顧，以提升社區照顧關懷據點在地的能量並運用鄉村在地的人力，提供非營利、平價、社區化、參與共治、跨域整合的“新”社區全人照顧模式，這樣的服務模式不但結合縣市政府、鄉鎮市公所及社區發展協會的資源，也整合社政、衛政、勞政及民間團體的跨域服務網絡，不但是專業跨業聯盟，也是異業的合作。另外透過管理委員會及使用者付費機制建立，期共構政府、公所、社區及民間團體之社區整合式照顧網絡，讓非營利、平價及「互助」的社區全人照顧模式成形，而非過去一味由政府供應服務的照顧型態。

這是一項積極回應長者需求，降低家庭照顧負擔的積極性、創新性、試辦性計畫，可視為社區長期照顧服務的多元服務型態，但目前財務來源仍未連結至長期照顧十年計畫給付範圍，未來應評估其納入十年長照計畫的社區照顧給付項目可能，也可做為長期照護保險給付範圍。唯有納入長期照顧保險的給付，才能支持社區式照顧的模式在未來可以隨地域性長出不同型式的照顧模式，以建立維持長輩尊嚴的照顧模式。

長期照顧的人力培訓與留任，是穩定社區照顧模式的重要基石，尤其如何吸引在地的年輕人投入照顧工作，穩定的收入與勞動條件幾乎是最重要的因素，若再輔以因地制宜的訓練將有助於在地人力的培植。建議勞政單位應處理現行照顧服務員訓練由中央統籌的模式，思考如何保留彈性予地方政府運用培訓，以達到訓用合一的目的，並有因地制宜的在地訓練鼓勵措施，以利培訓在地照顧人力。

本方案精神在於社區的長輩由社區自己照顧，如何避免社區發展協會因選舉機制換人後就改變，最重要的策略是讓**社區居民參與**，支持日間托老中心存在價值，並感受其優點，當社區大多數人都具有這樣的社區共識時，不管誰出任社區幹部都能讓照顧方案延續。

對於照顧模式的發展，筆者認為社區式照顧的根本是多元形式，因地制宜是特色，因此政府部門為發展多元照顧，需保留彈性，惟如何保留彈性又提供平等照顧則考驗政策規劃及執行能力。

參考文獻

- 內政部 (2009)。中華民國九十八年老人狀況調查報告。2014 年 3 月 22 日，取自內政部。<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html>。
- 內政部 (2013)。人口政策白皮書。2014 年 3 月 22 日，取自 <http://www.gec.ey.gov.tw/Upload/RelFile/2712/703845/%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E6%94%BF%E7%AD%96%E7%99%BD%E7%9A%AE%E6%9B%B8.pdf>。
- 內政部統計處 (2015)。內政統計通報 (104 年第 3 週 (103 年底人口結構分析))。2015 年 02 月 23 日，取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>。
- 內政部統計處 (2015)。內政統計通報 (統計月報 5 月)。2014 年 3 月 22 日，取自 http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346。
- 王秀燕 (2014)。刻不容緩的議題-衛生福利部「長期照顧」資源網絡建構。社區發展季刊，145，111-127。
- 王卓聖、鄭讚源 (2012)。臺灣長期照顧制度之發展脈絡及借鑒-歷史制度論。國立空中大學社會科學系社會科學學報，19，90-125。
- 王品 (2014，2 月)。從服務談小太陽模式。論文發表於吳宜臻立委國會辦公室主辦「建立社區大家庭的整體長照照顧服務公聽會」，臺北市。
- 王品 (2013)。融合北歐平等精神與臺灣經驗的社區長期照顧。社區發展季刊，141，257-272。
- 王香蘋、蔡麗珍、施博文 (2010)。以方案委託方式委託醫院或民間團運用其空間提供服務民眾接受社區式日間照護之意向探討。靜宜人文社會學報，4(1)，1-22。
- 行政院國家發展委員會 (2014)。中華民國 103 年至 150 年人口推計。臺北：行政院國家發展委員會。
- 行政院 (2014)。即時新聞。江揆宣布「臺灣 368 照顧服務計畫」預計三年投入 100 億元推動一鄉鎮日照及調高照顧服務費。2014 年 3 月 22 日，取自 http://www.ey.gov.tw/News_Content2.aspx?n=F8BAEBE9491FC830&s=8CE2B4DD55E167AD。
- 行政院主計總處 (2014)。各直轄市及縣 (市) 政府財力分級表。2014 年 6 月 11 日。取自 <http://bud.tainan.gov.tw/doc/annocasedetail.aspx?ID=2013081304>。
- 吳玉琴 (2014，2 月)。長照服務的現況與困境，論文發表於吳宜臻立委國會辦公室主辦「建立社區大家庭的整體長照照顧服務公聽會」，臺北市。
- 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、莊坤洋 (2001)。在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向。臺灣公共衛生雜誌，20(3)，192-201。

- 呂寶靜 (2012, 3 月)。**臺灣日間照顧和居家服務之展望**。論文發表於臺灣社會工作專業人員協會 (主辦) 之「臺灣因應高齡社會來臨的政策研究研討會」, 臺北。
- 李劭懷 (2013)。建立社區日間照護之模式。**社區發展季刊**, **141**, 247-256。
- 阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、徐亞瑛與王祖琪 (1999)。**長期照護**。臺北: 空中大學。
- 林志鴻 (2000)。德國照護保險照護需求性概念與制度化意涵。**社區發展季刊**, **92**, 258-269。
- 林明慎 (2011)。「合作式競合」抑或「衝突性競合」--從日間照顧推動困境評析「長期照顧十年計畫」照顧服務。**臺灣健康照顧研究學刊**, **10**, 17-35。
- 邱汝娜、李允斐、蔡芳文、周芬姿、鍾紹熙、李大正、蘇倍慶 (2012)。**南臺灣高齡者多元照顧產業計畫**。臺北: 行政院經濟建設委員會。
- 邱汝娜、陳素春、黃雅玲 (2004)。照顧服務社區化-當前老人及身心障礙者照顧服務之推動與整合規劃。**社區發展季刊**, **106**, 5-17。
- 屏東縣政府 (2014a)。**屏東縣社會處萬丹老人日托中心實驗計畫**。
- 屏東縣政府 (2014b)。**屏東縣社會處萬丹老人日托中心實驗計畫歷次管理委員會會議記錄**。
- 屏東縣政府 (2014c)。**屏東縣社會處萬丹老人日托中心實驗計畫歷次督導會議記錄**。
- 屏東縣政府 (2014d)。**屏東縣社會處萬丹老人日托中心實驗計畫月報表**。
- 國家發展委員會 (2014)。**中華民國人口推計 (103 至 150 年) 報告**。2014 年 8 月 18 日, 取自 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455>。
- 張文瓊、吳淑瓊 (2014)。**整合健康與長照服務: 國際經驗與政策啟示**。**社區發展季刊**, **145**, 98-110。
- 張英陣 (2004)。**社區照顧與非營利組織**。**社區發展季刊**, **108**, 60-67。
- 張淑卿、陳妍杏 (2013)。**長期照護專業間合作策略—以臺灣社區照護場域運用為例**。**長期照護雜誌**, **17** (3), 213-221。
- 張慈恩、楊松裕 (2009, 12 月)。**高齡社會社區照護趨勢之探討**。論文發表於中華民國建築師公會全國聯合會 (主辦) 之「第六屆臺灣建築論壇—921 震災 10 週年回顧及展望」, 臺北。
- 莊俐昕、黃源協 (2013)。**社區照顧關懷據點成效評估: 服務提供者之觀點分析**。**社區發展季刊**, **141**, 230-246。
- 陳政智、張江清 (2007)。**高雄市老人日間照顧中心服務及經營模式之研究**。**社區發展季刊**, **119**, 313-327。
- 陳燕禎 (2008)。**福利? 市場? 臺灣照顧產業政策之初探**。**通識研究集刊**, **12**, 77-100。

陳燕禎、林義盛(2010)。社區照顧關懷據點之實踐經驗-社會工作者的田野觀察。

社區發展季刊，**132**，385-402。

曾慧妙、呂慧芬(2013)。由社會福利政策綱領談日本社區整合性照護體系。社

區發展季刊，**141**，442-463。

衛生署長期照護保險籌備小組(2011)。國民長期照護需要調查(第一階段)初步統計結果報告。出版地：出版者。

衛生福利部(2013)。日間照顧中心 **120**，阿公阿嬤呷百二。2014年3月22日，取自

http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=4260&doc_no=42765。

衛生福利部社會及家庭署(2013)。村里涵蓋率月報表。2015年5月25日，取自 http://e-care.sfaa.gov.tw/MOI_HMP/HMPe005/goPrint2.action。

衛生福利部(2014)。中華民國 **102** 年老人狀況調查報告。2015年2月23日，取自

<file:///C:/Users/%E5%93%81%E5%90%9B/Downloads/5.%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%88%86%E6%9E%90.pdf>。

衛生福利部社會及家庭署(2014)。日間照顧中心統計。2015年02月23日，取自 <http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=361&pid=693>。

鄭清霞(2014，9月)。長期照顧居家服務需求調查與服務發展規劃—以臺灣南部某縣市為例。論文發表於中國社會保險學會農村社會保險委員會主辦，第四屆海峽兩岸農村社會保險理論與實踐研討會。中國山西省。

鄭清霞(2014)。屏東縣日間托老中心實驗計畫督導_觀察報告。屏東：屏東縣政府。

鄭清霞、王靜怡(2014)。社會性長期照護保險的財務處理。臺灣社會福利學刊，接受刊登。

蕭文高(2011)。長期照顧服務需求：估計與規劃之檢視。高齡服務管理學刊，**1**(1)，47-74。

賴兩陽(2004)。社區發展協會推動福利社區化的策略分析。社區發展季刊，**106**，68-78。

駱紳(主編)(2012)。創齡-銀色風暴來襲。新北：立緒文化事業有限公司。

簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐(2013)。我國長期照顧十年計劃現況與檢討。社區發展季刊，**141**，6-18。

Bacsu R.J., B.Jeffery, S.Johnson, D.Martz, N.Novik & S.Abonyi (2012). Healthy aging in place: supporting rural seniors' health needs. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 12(2), 77-87.

- Baumgarten, M., P.Lebel, H.Laprise, C.Leclerc, & C.Quinn (2002). Adult Day Care for the Frail Elderly: Outcomes, Satisfaction, and Cost. *Journal of Aging and Health*, 14(2): 237-259.
- European Commission (2003). *Joint report by the commission and the council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*. Brussels: Council of the European Union.
- Kane, R.A., & R.L.Kane, (1987). *Long-term care: principals, programs, and policies*. New York: Springer.
- OECD (2005). *Long-term care for older people*. OECD: Paris.
- Pickard L., R. Wittenberg, A. Comas-Herrera, B. Davies & R.Darton. (2000). Relying on informal care in the new century?: informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing & Society*, 20(6), 745-772.
- Wacker, R.R., & K.A.Roberto (2013). *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change* (4thed.). CA: Sage.
- WildevuurS., D.vanDijk, A.Ä yväri, M.Bjerre, T.Hammer-Jakobsen, & J.Lund, (2013). *Design for an empathic society*, Printed by IPP printer.
- ZelmanW.M., J.M.Elston, W.G.Weissert, (1991). Financial aspects of adult day care: National survey results. *Health Care Financing Review*, 12(3), 27-36.

Community-Based Care across Boundary Integration: A Day Care Center in Pingtung

Shu-Chen Su¹ Ching-Hsia Cheng² Li-Hsueh Wu³

Abstract

In recent years, the increasingly aging population, extended life expectancy, lower fertility rate, and a decrease of home care capacity have been important issues in Taiwan. Day care centers are one of the community-based caring models that the government is actively developing. But the high threshold of equipment regulations and labor costs cause difficulty in promoting day care centers. Currently, the local government of Pingtung promotes a cross boundary governance integration by providing a day care center. For the purpose of anticipating elderly care, a nonprofit, fair price, and community-based care service will be able to be provided in a community. This study investigates the effect of a pilot program based on a day care center in Pingtung. The subjects are elders with care service in a day care center. Quantitative and qualitative analyses were applied to analyze the service effect based on the documents from the day care center committee. There are three findings summarized for this current approach: First of all, the day care center is able to: (1)provide early response for the needs of elders in the community; (2)be a nonprofit community-based care service charging a fair price; (3)expand the capacity of care service; (4)offer multiple day care patterns; (5)implement community-based care; and (6)integrate care resources. Secondly, there are several problems under pilot operation and modification could be applied: (1)most residents misunderstand the care service of a day care center as institutional care; (2)a high percentage of day care center users suffer dementia; (3)building up user pay mechanisms; (4)the division of responsibilities for volunteers and care assistants; (5)the struggles of day care assistants; (6)building up the mechanisms of the process of registration, leave policy, standard contracts and emergency response. Finally, although this experiment is a pilot program, several challenges are expected in the near future: (1)consensus takes time to be integrated; (2)individual and integral family care service plans should be taken into account; (3)cost benefit analysis should be applied; (4)the boundaries of the care services need to be identified.

Keywords: day care center, care by community, across boundary integration, community self-management mechanism

1 Pre-Social Welfare Department section Chief, Pingtung County Government

2 Associate Professor, National Chung Cheng University

3 Deputy Magistrate, Pingtung County Government

Corresponding Author: Ching-Hsia Cheng, E-mail: 0914cscheng@gmail.com