

第三章 民間參與發展構想

3.1 民間參與課題指認與因應對策

3.1.1 整體規劃層面

課題一：設施規劃如何兼顧各方需要，提供多元性的服務機能

說明：有別一般民營照護機構規劃著重於商業機能與投資效益，本計畫之照護設施需兼顧多元照護之服務機能，同時肩負在地老人安養服務機能的角色，除了需詳加考量各方需求，也需要兼顧委外廠商之營運利益，應在園區設施規劃上取得適切的平衡點。

對策：

1. 優先分析評估本福利機構在社區與屏東縣所扮演的角色，並釐清設施定位與營運方向。
2. 充分利用設施興建衍生之經費，在經濟效益有限的情況下，必要時須取捨服務設施項目及其機能。
3. 依園區定位及服務機能訂定合理之規模與服務項目，作為未來招商之基本條件與限制。

課題二：如何納入社區民意，避免民眾抗爭

說明：參考屏東縣相關老人照護之資源分布狀況，周邊地區已存在部分機構，本計畫應盡量減少對現有業者產生衝擊而引發反彈，嚴重影響到政府政策之推行與未來開發行為之進行。

對策：

1. 於資料收集及現況調查階段即應廣泛收集民意，了解地方需求並納入規劃內容
2. 研擬開發方式及先期規劃時，應考慮社區利益及產業發展需要，並將社區民意一併納入考量，尋求公共利益與廠商利益之平衡。
3. 未來研擬招商條件時，可考慮將提供就業、社區回饋等列為營運計畫之評分項目，適度保障社區權益並增加社區認同感。

3.1.2 土地取得層面

課題一：國有土地取得或合作開發模式之確定

說明：本計畫範圍之土地管理機關為屏東縣政府，但土地所有權人為中華民國，未來委外辦理營運仍有土地取得之疑義。

對策：

1. 依「各級政府機關互相撥用公有不動產之有償與無償劃分原則」規定，促參有營利行為之公有土地撥用應屬有償，可由主辦機關以有償撥用取得土地。
2. 以租用土地或設定地上權方式，向國有財權局取得土地使用權。
3. 以共同合作開發方式，協議分取委外之權利金。

課題二、營業範圍與項目之界定

說明：因本計畫未來涉及之營業項目廣泛，除應界定委外營運之範圍外，須針對各區之土地使用與營業項目訂定規範。

對策：

1. 依計畫目標與服務設施規劃各區域之空間機能屬性。
2. 參考財務及相關可行性評估之結果，訂定各項服務設施之規模與功能要求。
3. 主辦機關配合可行性評估之主業與附屬事業項目，檢討現有土地使用管制事項(目前為特定目的事業用地)，確保各項設施開發之合法性。

3.1.3 法令層面

課題一：照顧設施規劃項目與土地使用管制之競合

說明：未來長期照顧園區規劃完成後，應檢討所屬基地之土地使用管制項目，並進行必要之用地變更程序。

對策：

1. 依各分區服務設施之規劃內容，明訂各項允許使用項目；附屬事業應嚴格訂定規模上限與允許業種。
2. 參照「中華民國行業標準分類對照表」之行業類別，明確界定各

區設施之營業類別，避免產生履約爭議。

3. 土地使用管制之檢討與變更作業，盡量保留未來調整土地使用彈性。

課題二：目的事業相關法令之適用

說明：本計畫營運範圍廣泛，除前述之土地使用管制及營業項目外，尚包含相關目的事業主管法令之適用與競合關係，未來應揭示於招商文件當中，以提供投標廠商充分資訊。

對策：

1. 於可行性評估階段選定允許廠商之服務項目，並依照計畫目標訂定最低功能需求或服務機能。
2. 檢討相關目的事業主管法令之適用及競合關係，避免規劃之設施有違法使用之情況產生。
3. 明確界定相關規劃設計及執照申請之權責劃分，訂定甲、乙雙方各自之承諾與協助事項，作為後續擬定招商文件之基礎。

3.1.4 後續招商與營運層面

課題一：養護（或長期照護）種類、設施規劃與營運者評選之關係

說明：目前養護（或長期照護）種類分為重度、中度與輕度等三種，基本上養護（或長期照護）種類之不同，對於設施內容與營運者能力之需求亦有所不同，一般重度養護較需有醫師之診察處置，且其應有之設備標準（老人長期照護機構設立標準及許可辦法）亦較中度與輕度養護（老人福利機構設立標準）為高。

對策：本案將協同長期照護專業顧問評估重度、中度與輕度等三種照護市場之營運需求，研析本案之市場定位，再就擬設置之養護（或長期照護）種類進行設施規劃內容與營運者條件之檢討。

課題二：如何提供良好之老人照護服務 避免與民爭利及提升市場競爭力

說明：隨著老年人口快速增加，近年來私立小型老人安養機構眾多，未來如何提升本計畫之競爭力並避免與民爭利。

對策：

1. 在可行性評估階段瞭解現有市場之供需狀況，推估老人養護之市場定位與規模

2. 本計畫將以多元服務及提升各項設施服務水準，以創立屏東縣老人照護園區典範，作為計畫推動之基本目標。
3. 各項設施設備之組織管理應訂定高於設立標準之基本功能需求，並明定於未來招商文件當中。

課題三：本園區簽約委外後，經營之民間廠商需辦理財團法人登記，如何瞭解與提高民間投資意願

說明：本計畫未來招商作業階段，簽約後得標廠商尚須辦理社理登記作業，主辦機如何提供必要協助，瞭解業者需求以提高民間投資意願。

對策：

1. 在可行性評估階段，進行市場可行性分析，瞭解相關社會福利、醫療等財團法人機構投資意願調查。
2. 依據本團隊以往辦理民間參與之經驗，提高民間投資誘因，除促參法規定之優惠外，在財務方面未來如無法自償，可藉由降低權利金、履約保證金、相關補貼、政府部分出資、租金優惠等方式以提高民間投資誘因。
3. 主辦單位應建立單一窗口，辦理政府應辦事項及相關協調工作。
4. 明訂甲、乙雙方各自之承諾及協助事項，釐清雙方權利義務關係，給予投資人必要之協助以提高民間投資意願。

課題四：如何確保本計畫長期照護與安養設施委外後之公益性及服務性，落實政府社會福利政策

說明：因應內政部社會司與屏東縣政府之老年福利政策，鼓勵民間積極參與興設老人養護機構。由於投資廠商是以利潤為導向，未來應思考如何在廠商有利潤的情況下，仍能保有社會福利之公益性與服務性。

對策：

1. 建立營運評核機制，建立夥伴關係良性互動。
2. 配合政府老人福利機構評鑑計畫，納入年度績效評估指標及營運期滿續約評估指標。
3. 訂定各項設施設備之基本功能需求，並作為廠商甄審之評分項目。
4. 建議適當提高資本額限制與履約保證金額度，以確保廠商履約能

力。

5. 提供營運廠商合理利潤精神下，盡量降低本計畫之租金與權利金額度，並要求廠商應制定相關資產重置更新之分年投入計畫。

3.2 長期照顧園區相關案例分析

一、公辦類型案例一高雄仁愛之家、署立屏東醫院附設護理之家

(一) 高雄仁愛之家

1. 設立沿革

成立於民國 61 年，提供高雄市年滿 65 歲以上老人安養服務，於 88 年轉型兼辦養護照護服務、97 年設置失智照顧專區（忘悠園）、99 年設置身心障礙親屬與長者共住親子照顧及 101 年提供雙老同住照顧專區(安馨家園)，使家民因身體狀況改變時亦能獲得連續性、完整性的照護模式。

2. 園區簡介

(1) 區位與面積

位於高雄市燕巢區，園區面積達 9.8 公頃。另自費養護及失智照顧採委外由屏東縣私立椰子園老人養護之家經營辦理。

(2) 服務項目

服務項目包含安養、養護、失智照顧，以及提供親子同住照顧與雙老同住照顧之服務。

表 3.2-1 高雄仁愛之家服務對象

項目	服務對象簡介
公費安養、養護	設籍高雄市年滿 65 歲以上列冊有案之低收入戶，行動方便能自顧生活者、行動失能者。
自費安養、養護	設籍高雄市年滿 65 歲，行動方便能自顧生活者、行動失能者。
失智區	設籍高雄市年滿 65 歲以上列冊有案之低收入戶中度失智以上具行動能力或自費中度失智以上具行動能力之老人。
親子同住照顧	親子或祖孫雙方至少有一人為 65 歲以上且生活自理能力之老人。
雙老同住照顧	設籍高雄市年滿 65 歲之夫妻同住，雙老一方能為生活自理者，另一方為失能生活需協助者。

資料來源：高雄市社會局仁愛之家簡介

(3)環境設施

公、自費及委外廳舍共計 10 棟。公共設施包含餐廳、廚房、活動中心、醫療中心、服務中心、教堂、佛堂、槌球場、籃球場、運動公園、休閒農場等。

(4)收費標準

本園區居住房型包含四人房、雙人房、單人套房，自費收費標準如下表所示。

表3.2-2 高雄仁愛之家收費標準

項目	房型	費用(元/月)	保證金(元)
安養	8坪單人套房(松柏樓)	7,250	30,000
	16坪雙人套房(松柏樓)	7,250	30,000
	8坪雙人套房(松柏樓)	5,250	20,000
	8坪雙人套房(友愛廳)	3,550 (每期繳納三個月)	0
養護(輕癱)	單人房	20,000	20,000
	四人房	18,000	20,000
養護(重癱)	單人房	22,000	20,000
	四人房	20,000	20,000
失智症	單人房	30,000	20,000

資料來源：高雄市社會局仁愛之家簡介、屏東縣私立椰子園老人養護之家

(5)經營現況

本園區依 100 社會司核定收容人數為安養 52 人、養護 346 人，目前進駐率近九成。

(二) 署立屏東醫院附設護理之家

1.設立沿革

本家為署立屏東醫院長期照護科所設立，以「就地老化」之理念，結合本院之醫療資源，提供屏東地區之長者居家照料、住院醫療等服務。

2.園區簡介

(1)區位

位於屏東縣屏東市署立屏東醫院長期照護科。

(2)服務項目

服務項目包含長者居家護理、安寧療護、日間照護，以及入住本院之失智照護、失能照護、中期照護等服務。

表3.2-3 署立屏東醫院附設護理之家服務對象

項目	服務對象
居家服務	設籍並實際居住屏東之縣民。
居家護理	出院後仍需繼續照顧的病人、長期患病需居家醫療的病人、有明顯的醫療及護理服務項目（如更換鼻胃管、導尿管）、病情穩定能在家中進行醫療措施者。
安寧居家療護	經醫師診斷或轉介之末期癌症病患或不接受呼吸器處理之末期運動神經元疾病患者，因疾病已無法勝任日常工作或經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期患者。
失智照護中心	具失智狀態或症狀的老人。
失能專區	生活不能自理者、行動不便，需照顧者、出院後需積極復健者、出院後需療養者、無傳染性及精神疾病患者、短期受託照顧者。
失能型日間照護中心	患有急性病需接受診治、住院之民眾、需要長期照護之民眾。
中期照護專區	因病或意外造成生活功能下降，需短期入住照護復健者。

資料來源：署立屏東醫院

(3)收費標準

收費方式分為月費與日費二類，房型包含五人房、雙人房、單人房，收費標準如下表所示。

表3.2-4 署立屏東醫院附設護理之家收費標準

項目	房型	費用	保證金(元)
失智照護中心	月費	35,000(元/月)	--
	日費	1,200(元/日)	--
失能專區	單人房	33,000(元/月)	35,000
	二人房	24,000(元/月)	35,000
	五人房	21,000(元/月)	35,000
	日費	1,000(元/日)	--
中期照護專區	單人房	38,000(元/月)	35,000
	二人房	29,000(元/月)	35,000
	五人房	25,000(元/月)	35,000

資料來源：署立屏東醫院

(4)經營現況

現有設置床位為 100 床，目前進駐率近九成。

二、民營類型案例一臨安養護中心(德輝苑)、長庚養護之家

(一) 臨安養護中心(德輝苑)

1.設立沿革

成立於民國 97 年，由台南市基督教青年會社福基金會興建成立，採家庭化、生活化、人性化及專業化之經營方式，提供長者完善的照顧服務。

2.園區簡介

(1)區位

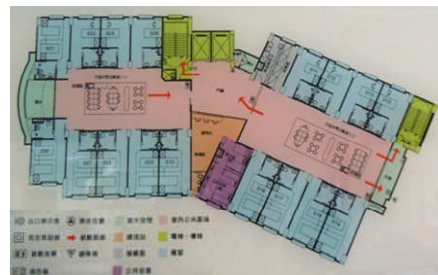
位於臺南市中西區。

(2)服務對象

經評估為輕、中度失智失能長者，或須照護服務之長期慢性疾病長者。

(3)環境設施

苑內全部房間東西向規劃，房房採光通風良好，參考日本的小規模照護 (UNIT-CARE)，以數間房間規劃為「家」的單元，各有其交誼活動空間，並於每層樓復設護理社工站，提供住民最佳的身心靈服務與生活管理。



(4)收費標準

收費方式分為月費與日費二類，房型包含單人房、雙人房、，收費標準如下表所示。

表 3.2-5 臨安養護中心(德輝苑)收費標準

房型	費用	備註
單人套房	28,000元起(元/月)	費用依健康狀況及服務需求而定。
雙人套房	24,000元起 (元/月)	
喘息服務	1000元起 (元/日)	

資料來源：臨安養護中心(德輝苑)

(5)經營現況

依 101 社會司核定收容人數為養護 68 人，目前進駐率近九成。

(二) 嘉義長庚醫院附設護理之家

1. 設立沿革

有鑑於現行醫療體系偏重於急性治療，慢性病床的數量仍未能達到實際需求，「長庚護理之家」結合長庚醫院的醫療技術與資源，提供老年人或慢性病患者長期或是短期的醫療照顧及全面身心靈的照顧，來彌補家庭醫護功能的不足。

2. 園區簡介

(1) 區位

位於嘉義縣朴子市。

(2) 服務對象

失能者、痴呆症的人者、癌症病患、洗腎者、需適當護理照顧者...等。

(3) 環境設施

包含具醫療設施之住房、以及護理站、交誼廳及休閒室、洗澡室、配膳室等，另設有佛堂與綠化公園。

(4) 收費標準

收費方式分為長期入住與短期入住二類，房型包含單人房、雙人房、六人房，收費標準如下表所示。

表3.2-6 嘉義長庚醫院附設護理之家收費標準

房型	長期入住 (三十五天以上) (元/月)	短期入住 (未滿三十五天) (元/日)
單人房	45,000	1,540
雙人房	40,000	1,370
六人房靠窗	34,000	1,170
六人房	33,000	1,140

資料來源：嘉義長庚醫院

三、公辦民營類型案例－高雄市明山慈安居老人養護中心、臺南市立官田老人養護中心

(一)高雄市明山慈安居老人養護中心

1.設立沿革

於 94 年原高雄縣府透過公開鄰選的方式委托「靜和醫院燕巢分院」承接「明山慈安居」服務照護工作，設立「高雄縣明山慈安居老人養護中心」。

2.園區簡介

(1)區位

位於高雄市仁武區。

(2)服務對象

年滿 60 歲以上，無法定與其他傳染性疾病的長輩。

(3)環境設施

包含具醫療設備之住房，以及公共洗澡室、交誼廳、禱告室及佛堂、復健室、日托暨活動中心、懷舊室、諮商室。

(4)收費標準

收費方式視依賴程分級為獨立、輕(中)度依賴、重度依賴，收費標準如下表所示。

表3.2-7 高雄市明山慈安居老人養護中心收費標準

依賴度\項目	照顧管理費 (元)	伙食費 (元)	洗滌費 (元)	特殊護理費 (元)	月費總計 (元)
獨立 (生活可自理)	15,300	4,500	1,200	0	21,000
輕/中度依賴 (輪椅輔助、輕度失智)	15,300	4,500	1,200	1,000	22,000
重度依賴、中度失智、管路	15,300	4,500	1,200	2,000	23,000

資料來源：高雄市明山慈安居老人養護中心

(5)經營現況

依 101 社會司核定收容人數為養護 90 人。

(二)臺南市立官田老人養護中心

1.設立沿革

於 93 年原臺南縣府透過公開決標的方式委托「財團法人台南縣私立萬安社會福利慈善事業基金會」，設立「臺南市立官田老人養護中心」。

2.園區簡介

(1)區位與面積

位於台南市官田區，院區面積 2.98 公頃。

(2)服務項目

以提供設籍於台南市、年滿六十歲以上、無法定傳染病，生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人養護，並以提供低收入戶及中低收入戶老人養護為優先。服務類別包含長期照顧、暫托照顧、日間托顧、公費安養、低收入戶安養。

(3)環境設施

包含具緊急通報系統之住房，護理站、遠端電子監視保護系統、保全巡邏系統、無線網路。

(4)收費標準

收費房型包含雙人房、三人房、四人房，另包含日托服務，收費標準如下表所示。

表3.2-8 臺南市立官田老人養護中心收費標準

房型	費用
V I P 雙人房	28,000(人/元/月)
V I P 三人房	23,000(人/元/月)
一般房 四人房	18,000(人/元/月)
日托	1,000(人/元/日)

資料來源：臺南市立官田老人養護中心

(5)經營現況

依 101 社會司核定收容人數為養護 200 人。

表3.2-9 案例彙整表

分類	案例	服務項目	特色	收費	給本計畫啟示
公辦	高雄仁愛之家	安養服務、兼辦養護照護服務、設置失智照顧專區、身心障礙親屬與長者共住親子照顧、雙老同住照顧專區	連續性照顧服務系統，	安養： 3,550~7,250 養護： 18,000~22,000 失智症：30,000	部分區域如養護照護服務、失智照顧專區皆委託民間機構辦理營運。
公辦	署立屏東醫院	長者居家護理、安寧療護、日間照護，失智照護、失能照護、中期照護等服務	屏東唯一辦理日間照護(含失能日照、失智日照)	失能日費：1,000 失智日費：1,800 失能照顧：21,000~33,000 失智照顧：35,000 中期照顧：21,000~38,000	署屏為完整長期照顧體系，以及規劃有中期照護專區，可提供短期入住照護復健者使用。
民營	YMCA德輝苑	安養、喘息照顧服務。	採用Unite Care照顧方式，讓長輩有如在家照顧般感受。	安養： 24,000~28,000 喘息服務： 1,000。	規劃的空間人性化、居家化，可使長輩入注意願更高。
民營	長庚養護之家	服務失能者、痴呆症的人者、癌症病患、洗腎者、需適當護理照顧者。	收費方式分為長期入住與短期入住二類。	短期： 1,140~1,540 長期： 33,000~45,000	不限定服務長者以服務失能者為主。
公辦民營	高雄市明山慈安居老人養護中心	養護、日托	高雄唯一公辦民營養護中心	安養： 21,000~23,000	以服務中、低收入老人為優先。
公辦民營	臺南市立官田老人養護中心	長期照顧、暫托照顧、日間托顧、公費安養、低收入戶安養	台南唯一公辦民營養護中心	安養： 18,000~28,000 日托： 1,000。	設有遠端電子監視保護系統可隨時觀察老人需求。

小結：

根據以上幾個案例分析，可以發現一般公辦民營的養護機構，因以服務中、收入老人為優先，一般在收費方面大致以 2 萬元為平均值，而民營機構若是以 NPO 組織則約略平均收費 2 萬 5 千元，若是以私立醫院等級的收費則為 3 萬 3 至 4 萬，可供後續本計畫定價參考。

另外參考案例對本計畫的啟示方面，參考仁愛之家、署立屏東醫院等具有連續性照顧服務的單位，皆能達成在院內轉送的在地安養概念，可供未來本計畫參考借鏡，另署立屏東醫院以及長庚養護之家皆

有提供中期照護專區或是提供短期失能者復健與恢復使用，顯見未來若本計畫園區能與醫療體系結合，將有機會發展中期照護機能，另外在空間規劃方面，由於屏東地區目前仍傾向在家照顧，未來本園區空間規劃若能朝向人性化、居家化的規劃，將可提高未來園區的接受度。

3.3 專家訪談初步建議彙整

一、深度訪談基礎資料

本計畫研究在實證資料之蒐集分為深度訪談和問卷調查二部分，為使調查問卷之架構內容完整，利於深入瞭解各領域專家對於屏東長照發展相關問題與發展定位方向之意見，因此先進行深度訪談，以作為建立調查問卷結構與內容之主要依據。本計畫研究初步盡可能挑選具代表性之人員作為訪談對象。基於上述考量，本研究共選取訪談對象四位，包含：(1)私立技術學院助理教授/博士 1 位；(2)公營機構營運者 2 位；(3)專家學者 1 位；(4)民間相關營運廠商 1 位。

二、深度訪談建議內容

綜合專家訪談對象之初步意見彙整如下表 3.3-1 所示。

表3.3-1 訪談意見彙整表

受訪者	本計畫核心發展精神	屏東縣目前長期照顧體系現況	基地區位發展條件	屏東縣長期照顧市場現況	未來可能的營運需求內容
I	站在政府角度，以服務弱勢為主，業者較偏好照護機構，未來本計畫可朝向前端服務，另外一環則是提供社區服務。	屏東縣老人教育程度普遍較低，社經地位也較低，一般對於學習新知的意願低，此外中低階層對於機構的接受程度也低，都是拖到沒有人可照顧時始往機構送。	屏東長照基地並非位於市中心、交通並不便利，週邊人口並不足以支持。	日照的營運問題，在於使用率不高，未來應包含日間照顧及輕度(失智)做24小時使用，增加基地空間可使用率。	建議進駐廠商一定要具備醫療背景，提供護士及24小時服務人員才可使園區有市場區隔。
II	未來社服的服務部分(長青/社區)，有可能與廠商營利需求產生衝突，以本案考	建議要把長照保險加入未來發展考量，未來有可能會結合健保與醫療，建議應該要檢討保	屏東長照的區位與主要生活圈距離很遠，以一般經營觀點，要從設置的地點到考	目前最有效益的是養護跟重度照顧部分，民間廠商擔心與政府合作，可能發展受	機構一定要做養護，或應該要結合教育訓練(如失智照顧訓練)才有

第三章 民間參與發展構想

受訪者	本計畫核心發展精神	屏東縣目前長期照顧體系現況	基地區位發展條件	屏東縣長期照顧市場現況	未來可能的營運需求內容
	量BOT精神，規劃發展應該要考量讓業者存活。	險的步驟與進程。	量周邊的環境。	限制，未來如果沒有固定的收入，將會很難成功。	機會可以提高收益。
III	未來的規劃設計必須要能夠吸引人家慕名而來。	建議應有多層級連續性照顧的概念。	區位問題並不大，如果成功即便偏僻也可有口碑，基地屬於較清幽的區域，或許做住宅是有利基的。	建議應了解需求的人口數，如市場需求調查，考慮可容納床數，或者其他地區域利用交通接送至基地可能性。	如果長照園區人過少或只有老人勢必會死氣沉沉，應增加活動或社區結合。
IV	未來若綜合發展居家、社區與養護，屬於『全面性發展老人照顧』，建議可以考慮把產業引進來，如發展全國的照護產業、產品展售。	政府比較鼓勵失智日照部分，以本計畫設置失智的照顧專區就非常適合。	屏東長照園區規模不應該太大，應該要有「在地老化」的概念，連續性的照顧是好的，包含社區到居家到日照到養護中心。	如果招商對象以社福團體或基金會為主，那由政府負責興建建築物結構，設備及裝修由民營負責出資與規劃，那整個建築設施才可以盡可能滿足營運需求。	建議日間照顧部分盡量放寬，園區可以做示範點，租金低才能吸引廠商投資意願。
V	未來如果以屏東長照的區位要發展如group house的社區概念，建議要打造一個社區的發展據點。	目前屏東的老人都希望能在家裡安養，被送到安養之家的老人都會有被遺棄的感覺，因此規劃必須有家庭式或有熟悉社區的感覺。	目前政府正積極的找點，希望就進能夠提供日照以及居家服務的據點，如果未來屏東長照的基地正位於九如、長治與鹽埔鄉的交界處，將很適合就近服務相關區域，或許可為未來的日照服務鋪路	以屏東目前7成的入住率(幾乎公立、私人都差不多)，必須要考慮城鄉差距，以日照來說一開始很難打平，必須仰賴補助。	如果未來廠商不負責建築物的攤提，會有一部分盈餘，如果必須要負責建築物攤提，應該剛好只能打平，不會有盈餘。

(一)屏東縣目前長期照顧體系現況

南部地區日照的營運問題，在於空有空間但是使用率不高的問題，若是本計畫包含日間照顧及輕度(失智)做 24 小時使用，空間才能充分利用，而照服員除了照顧輕度(失智)老人外，也可以提供老人住宅隨時的醫療與護士服務，將會增加誘因與廠商意願。

目前屏東地區缺乏失智照顧的示範專區，未來本計畫兼具政府公部門公益性的精神以及民間參與的靈活營運能力，非常適合作為失智照顧的示範或教育專區。

(二)本計畫基地區位發展條件

本計畫基地非位於市中心、交通並不便利，必須仰賴週邊人口以及社區之基本支持，雖不符合一般廠商經營選址之主要需求，但若以發展目前屏東地區所缺乏的如日照或是提供社區居家服務據點，做為輔助屏北甚至於到周邊九如、長治與鹽埔鄉，將會是未來園區服務重要的發展區位潛力。

(三)目前屏東縣長期照顧市場現況

考量目前高屏地區的一般市場狀況，每一床至少收取費用約 2~3 萬，2 萬為基本最低服務水準門檻，一般性廠商(營利為主的廠商)仍是會希望能設置機構，以維持基本的營收水準，若是 NPO 或法人組織等可能希望能仰賴政府各方面的補助協助機制，以達成最少之營運收支平衡，因此各方面來說屏東長照仍是具有其發展市場的，但應考慮主辦機關之政策目標，是否應盡量擴大服務層級與對象，因此未來政府補貼將是勢在必行的。

(四)未來可能的營運需求內容

專家學者皆建議具備醫療背景，提供護士及 24 小時服務，除了提供基本住宿在此老人的醫療緊急照顧之外，另外可做為社區基礎的醫療服務中心，將可為本地區吸引更多潛在使用者，而結合醫療的長輩健康促進中心，未來將可做為短期失能者復健或恢復健康的中途復健中心，讓短期失能者在手術後或中風後的六個月黃金恢復期，能利用健康促進中心的設施設備，配合既有 24 小時護士服務，在本園區獲得最佳的照顧，將可為本基地為了要增加基地特色與發展效益

此外，根據前述的社區『全面性發展老人照顧』精神，未來本園區必須與教育訓練(如失智照顧訓練、居家照顧護理等)結合，讓週邊社區長輩的家人或照顧者能有學習照顧技巧的地方，幫助長者延緩老化、促進健康。

小結：

綜合上述專家訪談的初步建議，以及第二章基地周邊的環境現況，未來若僅依賴基地所在的社區人口，將不足以支持本計畫園區未來的營運需求，考量目前在日間照顧服務現況方面，各縣市日間照顧資源的缺乏情形相當嚴重，因此未來的長照園區發展應針對目前屏東地區長照市場的需求，如日間照顧以及特殊性照顧(如失智)之現況需

求，發展具有代表性與特殊性的機能，並配合社區『全面性發展老人照顧』發展連續性照顧服務，將有助於本計畫長照園區未來的發展定位。

另外在基地區位問題，本計畫基地雖然位於屏東市市中心邊緣，但位處於九如、長治與鹽埔鄉三鄉中界區位，未來若能配合日照或是提供社區居家服務據點，將有利於分散服務資源，增加居家服務據點服務的可及性，更有利於建立未來本園區教育與訓練發展基地之機能，做為屏東地區社區性服務之示範性據點。

3.4 失智症照顧概述

一、失智症發生原因

由於失智症係一種，而是一群症狀的組合，是源自於大腦的疾病，它的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括有語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，然而發生於人類的抽象思考成熟滿 15 歲以後，且意識狀態必須是清楚的，下列各種疾病皆可以引發失智症¹：

（一）原發性失智症（中樞神經瀰漫性的腦實質疾病）：

（二）次發性失智症：

- 1.新陳代謝疾病：如黏液水腫、甲狀腺或副甲狀腺病，Wilsons 病、肝病、血糖過低、血鈣過低、血鈉過低、血鈣過高、尿毒症、Cushings 症候群、體液缺失、癌症的遠處效應、血液透析、成人異染性的白色素萎縮症、腦下垂體功能不足等。
- 2.心臟血管疾病：如動脈硬化症、心律不整、充血性心臟衰竭，血管栓塞性血管炎、主動脈弓症候群、全身性紅斑狼瘡（腦血管炎症反應）、大腦皮質下動脈性硬化腦病變、動靜脈畸形等。
- 3.缺氧或低氧：如貧血或缺血性的缺氧、無氧性缺氧、停滯性缺氧、組織細胞性缺氧（如低血糖、氰化物、酒精等物質干擾腦細胞的氧氣利用），慢性胸腔疾病所致的低氧或二氧化碳過高症等。

¹ 資料來源：失智症的臨床診斷流程，台中榮民總醫院精神部卓良珍。

- 4.正常腦壓的水腦症：可由腦腫瘤、慢性腦膜炎、蜘蛛膜下腔出血、外傷等所引起。
- 5.營養失調症：如 Wernicke-Korsakoffs 症候群（酒癮等引起缺乏維他命 B1），糙皮病（缺乏 Niacin），吃素者的維他命 12 及 Folate 缺乏症（如胃癌、胃酸過低、胃切除後）等。
- 6.腦腫瘤：約有 50—70% 出現精神及行為的改變。有原發性與轉移來的次發性。
- 7.腦外傷：如開放性及封閉性的腦外傷，拳擊選手的敲碎症候群（Punch-Drunk syndrome），硬腦膜下出血、熱中暑（約 10% 生還者有癡呆症）等。
- 8.感染疾病：如腦膿瘍、細菌性腦膜炎、黴菌性腦膜炎、腦炎、亞急性硬化性的瀰漫性腦炎、進行性多發病灶性腦白質炎、庫魯症（Kuru），Behcets 症候群（Virus 所致），梅毒、肺結核、心內膜炎、Creutzfeldt-Jakob 病等。
- 9.中毒及藥物：如一氧化碳中毒、有機物質、重金屬（如砷、汞、鉛），及其他藥物等的中毒。
- 10.憂鬱症：長期的憂愁煩惱、心力交瘁，對環境事物及活動缺乏興趣，而導致知覺及認知功能的減退。
- 11.感覺剝奪：如聾、盲所產生的認知功能減低，致使智力功能因少刺激反應，產生用盡廢退的失智症狀。
- 12.慢性疼痛：造成憂鬱症，再引發失智現象。
- 13.住院（麻醉、手術後）或環境改變、孤立等，造成憂鬱及感覺剝奪等。

雖然大部分的老年人，其腦細胞都有退化或萎縮的現象，但不一定都會患有『老年失智症』（Senile Dementia），這症狀的產生是由上述幾項因素相互交加影響的，一旦發生了此症，就需要有專人陪伴照料其個人的生活與衛生，目前許多研究已證明失智症患者愈早確診接受治療效果越好，如利用非藥物療法、社區型活化社交服務等，對於延緩失智症狀有明顯效果，再配合藥物治療控制退化速度，患者仍有機會維持很好的生活功能。

二、失智症比例

(一)總人口失智症比例

台灣失智症協會以「經建會 2010 年至 2060 年臺灣人口推計報告」之全國總人口成長推計報告為母數，進行失智人口推計，再乘以各年齡層之失智症社區盛行率進行推計，預估民國 100 年至 115 年失智症老年人口比例為 0.6%~1.1%，社區 65 歲以上失智佔總人口比例到了 2060 年時將接近 4.2%，而台灣的失智人口到 2060 年時將逼近 80 萬人。

表3.4-1臺灣地區社區失智症人口推計數

西元年	2010	2011	2012	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046	2051	2056	2060
民國年	99	100	101	105	110	115	120	125	130	135	140	145	149
全國總人口 (千人)	23,161	23,202	23,240	23,338	23,333	23,187	22,875	22,358	21,627	20,682	19,541	18,267	17,190
65歲以下	20,675	20,674	20,644	20,223	19,330	18,240	17,019	15,796	14,498	12,976	11,619	10,371	9,349
65-69歲	8,832	8,664	8,952	13,344	17,676	19,452	20,352	19,548	19,560	21,564	19,380	17,904	17,940
70-74歲	14,256	14,696	14,916	14,498	22,550	30,074	33,308	35,002	33,748	33,902	37,510	33,748	30,866
75-79歲	21,371	21,414	21,844	24,811	24,768	39,216	52,847	58,996	62,393	60,544	61,103	67,768	64,371
80-84歲	30,576	31,332	31,836	32,760	38,808	39,648	64,344	87,696	99,036	105,504	103,068	104,664	116,340
85-89歲	28,525	30,644	33,089	41,239	44,988	55,583	58,028	96,985	134,312	153,383	165,282	162,837	160,555
90歲以上	20,703	23,175	25,956	40,170	58,401	71,997	90,846	102,588	158,208	233,913	289,842	324,141	333,411
社區失智總人口	144,938	150,599	157,237	187,045	226,521	274,210	336,744	416,611	521,755	621,786	687,804	721,433	732,832
社區 65 歲以上失智人數	124,263	129,925	136,593	166,822	207,191	255,970	319,725	400,815	507,257	608,810	676,185	711,062	723,483
社區 65 歲以上失智佔總人口比例	0.50%	0.60%	0.60%	0.70%	0.90%	1.10%	1.40%	1.80%	2.30%	2.90%	3.50%	3.90%	4.20%

註：依據失智症流行病學研究學者 Jorm 所發展以曲線估計所做的成長評估模式，再利用台灣四個不同地區調查所得的盛行率平均值，經迴歸分析計算得出台灣社區失智症盛行率：65~69 歲為 1.2%、70~74 歲為 2.2%、75~79 歲為 4.3%、80~84 歲為 8.4%、85~89 歲為 16.3%、90 歲以上為 30.9%。

資料來源：台灣失智症協會。

(二)屏東地區失智比例

目前根據主辦單位統計，屏東縣 101 年 9 月底止 65 歲以上老年人口共 111,512 人，根據台灣流行病學的統計，65 歲以上人口患有失智症者，約佔了 2.5~5% 左右，與上述台灣失智症協會推估比例接近，另外參考台灣老年醫學暨老年學雜誌分析²，南部地區失智症盛行率略高於北部地區。

表 3.4-2 台灣 65 歲以上老人失智症的盛行率研究

地區	樣本數	失智症盛行率(%)	最主要失智症類型
台北	1586	1.7%	血管性失智症
全省八處，城鄉各半	1469	2.0%	阿茲海默氏病
金門	1764	2.6%	阿茲海默氏病
高雄	1016	4.3%	阿茲海默氏病

(二)安養機構失智症盛行率

台灣失智症協會接與台大醫院神經部合作，進行台灣長期照護機構失智症患者之盛行率調查³，調查結果台灣安養機構的失智盛行率為 24.54%、護理機構為 65.70%、養護機構為 61.17% (詳參下表 3.4-3)，與國外相關之研究結果類似。

表 3.4-3 台灣長照機構六十五歲以上住民失智症盛行率

機構別	安養中心	養護機構	護理之家
失智症盛行率	24.54%	61.17%	65.70%

資料來源：台灣失智症協會，陳達夫、邱銘章、湯麗玉等人，2004 年。

三、失智症評估工具

(一)簡易智能狀態檢查(Mini-Mental State Examination)

在台灣，如同世界很多國家，簡易智能狀態檢查(MMSE)是最常使用的失智症篩檢問卷，表面上好像只有讀寫和教育程度有關，事實上除了命名和登錄外，簡易智能狀態檢查上所有項目都和教育有關。

² 資料來源：台灣失智症現況，台灣老年醫學暨老年學雜誌，台北榮民總醫院神經內科、國立陽明大學醫學系，傅中玲，2008 年。

³ 資料來源：台灣長期照護機構失智患者之盛行率調查摘要報告。

(二) 老年人認知功能減退知情者問卷 (The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE)

老年人認知功能減退知情者問卷是一份 26 題的問卷，它是詢問受訪者的親屬他最近 10 年來的智能變化情況，針對教育程度差異甚大的族群，IQCODE 比 MMSE 更為合適作為一篩檢工具。

(三) 阿茲海默氏病量表 (Alzheimer's Disease Assessment Scale)

阿氏量表是目前美國食品藥物安全管理局 (FDA) 對於輕到中度阿茲海默氏病藥物試驗的標準量表，台灣版的阿茲海默氏病量表將原版中的語言記憶，改成視覺記憶，使得沒受過教育的老年人也可以使用。

(四) 智能篩檢測驗 (Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI)

它包含 10 個認知功能的細項，分別是長期記憶、短期記憶、定向感、注意力、心智操作和集中力、語言流利度、語言能力、抽象思考能力、判斷力、和繪圖能力，涵蓋的認知領域較廣。

(五) 畫時鐘測驗 (clock drawing test, CDT)

畫時鐘測驗主要是檢視視覺空間結構 (visuospatial construction) 和執行功能，和上述四個全面性檢測認知功能的測驗有所不同。它的另一個好處是沒有語言上的隔閡。

四、目前失智症照顧現況

目前屏東地區有提供失智症照顧的機構，計有屏東榮民之家、署立醫院屏東院區的失智型日間照顧中心，屏東榮民之家提供失智症住民居住安養服務，署立醫院屏東院區的失智型日間照顧中心則提供失智症患者日間照顧服務，兩園區分別說明如下：

(一) 屏東榮民之家-忘我園區

屏東榮民之家忘我園區已於 100 年 7 月 13 日正式啟用，參照北歐與日本盛行的新型態小規模「團體家屋」(group home) 的單元照顧 (unit care) 生活模式，以家庭化、生活化與人性化，及以生活代替復健的概念協助榮民長者恢復自立生活延緩失智老化，屏東榮民之家忘我園區可提供公費養護 60 床、自費養護 40 床，目前則提供屏東縣政府 6 到 12 個床位，以供評估轉介 65 歲以上，獨身缺乏親屬照顧的中度以上失智，中低收入戶縣民入園接受照顧。

(二)署立醫院屏東院區-失智型日間照顧中心

署立屏東醫院照護中心座落於屏東醫院宿舍區，為提供老人生活照顧良好環境，以整修舊有之廳宿，提供 260 m²使用空間。中心空間規畫有無障礙坡道、活動區、閱讀區、調理室、共同照護站、衛浴設備及室外休閒區，所有設備盡量考量老人生活之方便與安全，約可服務 10 位長輩。

1.服務目的：

使失智長者在家庭式的氣氛下得到人性的照顧。

紓解家庭照顧者長期照顧之身心壓力。

落實政府長照十年計畫之失智照顧。

2.服務對象：

領有失智症身心障礙手冊者或專科醫院診斷為輕度或中度失智症者。

3. 服務項目：

日常生活照顧、生活自力訓練與休閒活動、家屬教育與諮詢服、備餐服務…等。

4.收費標準：

1.照顧費：每月 10000 元；單次/日 550 元

2.餐點：午餐+2 點心 100 元/日(治療伙食費另定)

3.交通費：3000 元/月；單趟 100 元/次

4.洗澡費：100 元/次(自由選擇)

小結：

目前屏東地區有專業失智照顧能力的機構，計有屏東榮民之家、署立醫院屏東院區的失智型日間照顧中心，除了此兩專責機構外，根據表 3.4-3 統計分析，顯現目前居住於各長照機構的住民，部分具有失智症症狀卻缺乏專業性照顧，針對前述分析預估民國 100 年至 115 年失智症老年人口比例為 0.6%~1.1%，引目前失智長照之收容人數統計係併入失能人數中，經將相關數據乘上失智老年人口比例後，可推估失智床位需求約占現行長照機構需求床位數之 41.84%，因此建議未來本園區失智症的照顧比例應參考上述數值，以達到失智照顧基本照顧需求。