

出國報告（出國類別：考察）

日本老人福利機構考察報告

服務機關： 監察院

姓名職稱： 監察委員 尹祚芊

監察委員 仇桂美

監察調查處調查官 游聲麒

監察調查處調查員 陳良輔

派赴國家： 日本

出國期間： 104 年 12 月 24 日至 26 日

出國考察報告目次

壹、前言	1
貳、考察機構、項目及行程	8
一、考察機構	8
二、考察議題	8
三、考察行程	10
參、考察發現	10
一、日本介護保險概述	10
二、東京城東病院附設介護老人保健設施	12
三、SACRA VIA成城介護老人設施	19
四、蒲生MEISEI介護老人設施	24
肆、心得與建議	28
一、日本老人介護保險制度以「在地老化」為基本原則，並以「社區整合性照護服務體系」為運作架構，結合社區內醫療服務與社會福利	28
二、日本老人介護體系，除了提供老人設施服務外，並且以日間照顧服務為主；目前我國日間照顧服務資源仍顯不足，允應加強拓展日間托老據點，以落實在地老化之政策	29
三、日本老人介護設施以老人復健服務為主，藉以提升老人	

原有之生活功能，達到恢復老人生活自理之能力；我國老人長期照顧機構，較缺乏完善預防老化及復健等服務內涵，因此日本強化老人復健之發展，值得借鏡推廣 29

四、日本政府對於長照機構之收費標準，並無規範上限，可促使機構朝向市場化及產業化發展，並使老人能夠依照其需求選擇適當之機構，反觀我國尚未解除收費標準上限，恐不利產業化----- 30

五、日本老人介護設施之服務對象包括安養、要支援者(1至2級)或要介護者(1至5級)，使老人不因健康狀況及失能程度的改變而被迫搬移至其他機構接受照顧，反觀我國多層級連續照顧服務發展緩慢，亟待研議解決對策，日本作法尚值我國參考借鏡 ----- 31

六、日本老人介護設施之專業人員，如護理人員、照顧服務員亦面臨人力不足及低薪問題，因此我國應及早因應人員培訓及薪資合理化問題 ----- 33

七、日本目前面臨老人介護設施供需不足之問題，約有52萬位需介護老人等待入住，加上約有1千多家老人介護設施有不合法情形，更使得原已不足的機構資源，雪上加霜，值得我國加以警惕，及早因應準備 ----- 33

八、日本「介護離職」現象普遍，家屬為照顧家庭內失能之老人，不得不辭去工作，造成經濟壓力沉重，形成更多家庭及社會問題，我國應以為鑑，及早預防介護離職現象之發生 ----- 34

伍、 參考文獻 ----- 37

參訪紀要：

本次赴日本考察，係為同時調查監察院(下稱本院)所派「政府相關權責機關對於護理之家及老人福利機構之輔導查核、評鑑事項是否妥適（下稱政府對老人長期照顧機構之管理及監督案）」及「衛生福利部（下稱衛福部）所屬醫院多仰賴公務預算補助，無法自給自足，且部分醫院占床率偏低、醫療照護品質欠佳」等2案需要而成行。其中政府對老人長期照顧機構之管理及監督案部分，在考察前，已事先蒐集日本介護保險與服務體系的相關資料，並參酌本院近年處理國內長期照護體系有欠完善等調查案所發現及待釐清問題，整理成相關議題後，請臺北駐日經濟文化代表處先行協助送請相關機構參考，俾利會面時能充分交換意見。在赴日期間，經由與參訪機構相關人員，包括：獨立行政法人地域醫療機能推進機構藤木理事、獨立行政法人地域醫療機能推進機構東京城東病院（下稱東京城東病院）及其附設介護老人保健設施中馬院長、SACRA VIA成城老人設施高見理事、蒲生MEISEI老人設施大田設施長等人交換意見，使我們對於日本老人服務設施提供的服務內容及相關的措施有了更多的瞭解。

在日本實地參訪期間，承蒙臺北駐日經濟文化代表處的安排，得以順利拜會參訪機構；且東京城東病院及SACRA VIA成城老人設施，更以簡報方式，說明機構之運作情形，再透過與上開機構及人員的討論與意見交換，對於本考察報告的完成，助益甚豐。而日本老人服務設施之管理及運作，亦確有值得我國借鏡之處，爰將考察所得加以統整，期能有效運用以作為檢討國內制度及調查相關措施有無不當的參考。

壹、前言

一、人口老化幾乎是世界各國共同面對的現象

(一)隨著全球人口穩定增加，高齡人口越來越多，加上生育率下降與平均餘命延長，高齡者占總人口數之比率逐漸增加。世界衛生組織(World Health Organization，即WHO)將高齡人口占總人口比率達7%以上稱之「高齡化社會(Ageing Society)」，14%以上稱之「高齡社會(Aged Society)」，20%以上稱之「超高齡社會(Super Aged Society)」。根據美國人口資料局(U.S. Population Reference Bureau)「2016世界人口統計要覽(2016 World Population Data Sheet)」，全球於公元(下同)2016年間65歲以上老年人口比率已達到8%，而日本(27%)、摩洛哥(24%)、義大利(22%)、德國(21%)、芬蘭(20%)、瑞士(20%)、保加利亞(20%)、葡萄牙(20%)老年人口甚至已達20%以上的「超高齡社會」，為老化程度較高之國家。

(二)在高齡人口比率益趨增加之際，有關高齡者之身體健康、經濟來源及失能照顧等問題一一浮現，因此，如何維護高齡生活的品質與尊嚴，已成為各國政府施政的重大挑戰，也是最為迫切的施政項目。

二、我國近年也面臨人口快速老化的變遷

(一)我國老年人口比率於1993年跨越7%，進入「高齡化社會」，2015年底已提高至12.5%。隨著國人平均壽命逐漸延長及少子女化趨勢，再加上戰後嬰兒潮世代即將邁入老年期，在可預見的未來，我國人口老化的現象將持續，且速度加快。根據國家發展委員會最新的推估結果¹，再過2年(2018年)，我國老

¹ 資料來源：國家發展委員會105年8月「中華民國人口推計(105至150年)報告」。

年人口比率將超過14%，達到「高齡社會」，2026年時老年人口比率將達到20.6%，達到「超高齡社會」，屆時每5人中即有1位老人(詳見下表1)。

表1、我國2014年至2061年老年人口概況

單位：千人；%

年別	年底老年人口數(千人)					
	合計	65-74歲 年輕老人	75-84歲 高齡老人	85歲以上超 高齡老人	65-79歲	80歲以上
2014	2,812	1,565	923	324	2,106	706
2021	3,992	2,518	1,040	434	3,096	895
2031	5,772	3,221	1,964	587	4,440	1,333
2041	6,876	3,169	2,540	1,168	4,591	2,286
2051	7,513	3,292	2,539	1,682	4,679	2,834
2061	7,356	2,819	2,657	1,880	4,180	3,175
年別	年齡分配百分比(%)				占總人口比率(%)	
2014	100.0	55.7	32.8	11.5	9.0	3.0
2021	100.0	63.1	26.0	10.9	13.1	3.8
2031	100.0	55.8	34.0	10.2	19.1	5.7
2041	100.0	46.1	36.9	17.0	20.8	10.3
2051	100.0	43.8	33.8	22.4	23.2	14.0
2061	100.0	38.3	36.1	25.6	23.3	17.7

資料來源：國家發展委員會。

(二)人口高齡化雖為全球普遍的現象，惟各國從7%「高齡化社會」增加至14%「高齡社會」之速度，各有差異，例如：法國需時127年、瑞典85年、美國71年、英國47年、德國40年，但我國僅25年，略長於日本的24年。惟從「高齡社會」到「超高齡社會」之速度，日本、德國、義大利分別需時11年、36年及19年，我國僅約8年時間，轉變時間更快，面臨的挑戰更加急迫及嚴峻(詳見下表2)。

表2、主要國家或地區高齡化轉變速度

國 別	65 歲以上人口所占比率到達年度 (年)			轉變所需時間 (年)	
	高齡化社會 (7%)	高齡社會 (14%)	超高齡社會 (20%)	7%→ 14%	14%→ 20%
中華民國	1993	2018 [*]	2026 [*]	25 [*]	8 [*]
日 本	1970	1994	2005	24	11
南 韓	1999	2018 [*]	2026 [*]	19 [*]	8 [*]
新加坡	1999	2019 [*]	2026 [*]	20 [*]	7 [*]
香 港	1984	2013	2023 [*]	29	10 [*]
美 國	1942	2013	2028 [*]	71	15 [*]
加拿大	1945	2010	2024 [*]	65	14 [*]
英 國	1929	1976	2027 [*]	47	51 [*]
德 國	1932	1972	2008	40	36
法 國	1864	1991	2020 [*]	127	29 [*]
挪 威	1885	1977	2036 [*]	92	59 [*]
瑞 典	1887	1972	2017 [*]	85	45 [*]
荷 蘭	1940	2005	2021 [*]	65	16 [*]
瑞 士	1931	1985	2025 [*]	54	40 [*]
奧地利	1929	1970	2023 [*]	41	53 [*]
義大利	1927	1988	2007	61	19
西班牙	1947	1992	2021 [*]	45	29 [*]
澳 洲	1939	2011	2034 [*]	72	22 [*]

備註：*表示為中推計，其他無*表示為實際值。

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推計(105至150年)報告」，105年8月。

(三)隨著人口老化加劇，使得失能人口呈現上升的趨勢，長期照顧需求殷切。但近年來我國社會變遷、人口結構、家庭型態、福利需求等，漸趨複雜及多元，家庭對於老人的照顧功能與方式，迥然不同於過去，老年人口的照顧與扶養，已難全由家庭獨自承擔。因此，長期照顧議題已是我國當前不可迴避的重大議題。

三、選定至日本考察長期照顧機構制度之緣由

(一)1948年聯合國「世界人權宣言」第25條揭示：「人

人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。」自該宣言觀之，老人人權之保障至少應包括下列3項內容：老人應有維持基本生活水準之所得、有適當之居住環境及有依個人意願參與勞動市場之機會²。

(二)聯合國老人綱領提出對於老人的照顧，可適當透過機構提供服務

- 1、聯合國為積極面對高齡人口增加之社會趨勢，於1991年通過「聯合國老人綱領」，提出5大原則，宣示老人基本權益保障之共同目標，包括
 - (1)獨立。例如：老人應有途徑能獲得食物、水、住屋、衣服、健康照顧、家庭及社區的支持、自助；老人應能居住在安全與適合的環境等。
 - (2)參與。例如：老人應能持續融合在社會中，參與相關福利政策的制定，並且與年輕世代分享知識與技能等。
 - (3)照顧。例如：老人應能夠在人性及尊嚴的環境中，適當利用機構提供的服務；老人在任何居住、照顧與治療的處所，應能享有人權和基本自由，包含對老人尊嚴、信仰、需求、隱私。
 - (4)自我實現。例如：老人應能適當地追求充分發展的可能等。
 - (5)尊嚴。例如：老人能在尊嚴和安全感中生活、

² 摘自 2008-2009 年監察院人權工作實錄，第四冊老人人權，第 2 頁。

自由發展身心；老人應不拘年齡、性別、種族、失能與否等狀況，都能被公平的看待。

- 2、從前述聯合國老人綱領內容可知，在20多年前，聯合國已意識到對於老人的照顧，可適當透過機構所提供的服務，使老人的尊嚴及基本人權能被維護。

(三)老人福利機構為我國長期照顧服務模式之其中1項³，乃是我國最早發展之照顧服務措施，也是目前服務量最廣、最具規模之服務項目。惟根據行政院消費者保護處於民國103年12月底所公布之老人福利機構查核結果，發現不合格率竟高達9成，其中不乏甫經地方政府輔導查核及評鑑績優者，卻仍再發生許多違規事項或相同之缺失，甚有部分機構在建管及消防項目上不合格、現場無護理人員當班、違法收容氣切或插管之長者、本國籍照顧服務人力係掛名灌水等違規情事。究竟我國政府有無站在受照顧民眾及其家屬的立場來考量、規範、管理各類長照機構，並落實品質管控及監督機制？此均攸關機構內老人健康安全與機構服務品質，實有深入瞭解之必要，本院因而立案進行調查。但本院於調查過程中，經與國內老人福利機構及團體座談，並辦理專家學者諮詢會議後，深感機構提供之長期照顧服務措施及服務，係老人不可或缺之需求，但如何兼顧照顧服務品質、機構營運成本，以維護老人就養權益、維持機構永續經營，並落實在地老化政策，乃是現今機構管理相當重要之課題。因此，本院為瞭解國外老人長期照顧機構制度之運作與管理，作為該調查案之參考，於是決定出國進行考察，以蒐

³ 依據我國老人福利法第17條規定，主管機關應針對老人需求，提供居家式、社區式及機構式等服務。

集相關資料及國外實施經驗。

(四)根據統計，日本早在1995年時即邁入高齡社會，接著10年後的2005年，邁入每4人中有1人為65歲以上老人的超高齡社會。2016年老年人口比率高達27%，成為目前全球老化程度最高的國家之一，預估2025年時日本老年人口比率將達到30%(詳見下表3)，老化速度相當驚人。因此，日本很早就開始經歷如何因應人口老化之課題。

表3、日本1950年至2040年老年人口概況

單位：萬人；%

年別	總人口	高齡人口				高齡人口占總人口比率			
		65歲以上	70歲以上	75歲以上	80歲以上	65歲以上	70歲以上	75歲以上	80歲以上
1950	8,320	411	234	106	37	4.9	2.8	1.3	0.4
1955	8,928	475	278	139	51	5.3	3.1	1.6	0.6
1960	9,342	535	319	163	67	5.7	3.4	1.7	0.7
1965	9,827	618	362	187	78	6.3	3.7	1.9	0.8
1970	10,372	733	435	221	95	7.1	4.2	2.1	0.9
1975	11,194	887	542	284	120	7.9	4.8	2.5	1.1
1980	11,706	1,065	669	366	162	9.1	5.7	3.1	1.4
1985	12,105	1,247	828	471	222	10.3	6.8	3.9	1.8
1990	12,361	1,493	981	599	296	12.1	7.9	4.8	2.4
1995	12,557	1,828	1,187	718	388	14.6	9.5	5.7	3.1
2000	12,693	2,204	1,492	901	486	17.4	11.8	7.1	3.8
2005	12,777	2,576	1,830	1,164	636	20.2	14.3	9.1	5.0
2010	12,806	2,948	2,121	1,419	820	23.0	16.6	11.1	6.4
2014	12,706	3,296	2,382	1,590	964	23.9	18.7	12.5	7.6
2015	12,683	3,384	2,415	1,637	1,002	26.7	19.0	12.9	7.9
2020	12,410	3,612	2,797	1,879	1,173	29.1	22.5	15.1	9.4
2025	12,066	3,657	2,950	2,179	1,339	30.3	24.5	18.1	11.1
2030	11,662	3,685	2,949	2,278	1,571	31.6	25.3	19.5	13.5
2035	11,212	3,741	2,945	2,245	1,627	33.4	26.3	20.0	14.5
2040	10,728	3,868	2,981	2,981	1,576	36.1	27.8	20.7	14.7

資料來源：日本總務省統計局。

- (五)日本政府為能創造一個安心生活之長壽福利社會，於1989年制定「老人保健福利推動10年戰略(黃金計畫，即Gold Plan)」，以擴增保健福利部門的公共服務基礎措施，並於1990年開始實施，預期於1999年達到既定目標。黃金計畫共有8大重點，其中1項重點即是加速設置機構資源：「緊急設置機構—機構對策推動10年計畫：目標為設置特別養護老人之家24萬床、老人保健機構床位28萬床、護理之家10萬床，以及400所偏遠地區高齡者生活福利中心。」
- (六)前述黃金計畫執行3年後，日本政府發現有必要大幅提高原先設定的服務目標值，並加強各種老人保健福利措施，經全面檢討研議後，於1994年12月重修訂定「新黃金計畫」。除修正老人照護服務基礎項目之各項目目標值外，並針對未來政策之基本架構提出構想，新黃金計畫提出的4大基本理念⁴，即是希望任何需要照護服務的人皆能就近獲得服務。
- (七)嗣後日本鑑於日益增加的照護服務需求，為提供安定適當的照護服務，於1997年底通過介護保險法，並於2000年4月1日開辦，以減輕家屬照護上的經濟負擔，並由社會共同支持照護，降低老年生活之不安與風險，使老人皆能老有所終。但介護保險法施行後，日本政府考量老年人口增加的速度遠超過預期的快速，且罹患失智症的老人人數以倍數不斷增加，加上老人單人家戶也持續增加，再分別於2005年、2011年兩度修正介護保險法。

⁴ 「新黃金計畫」四大理念：(1)使用者本位、支援自立：服務提供能尊重老人之個人意思及選擇權，亦即提供以使用者為本位的高品質服務，並提供支持以促使高齡者持續地自立生活；(2)普遍主義：老人福利向來易被認為只是針對生活困難者或獨居者等需要特別援助者所提供的制度，但此計畫涵蓋所有待援助的老人，提供普遍性的服務；(3)提供綜合性服務：為促使身體功能障礙之老人盡可能地在自己家中持續地生活，該計畫以居家服務為基礎，提供有效率、綜合性的服務，以滿足高齡者在保健、醫療及福利各方面的需求；(4)社區主義(地域主義)：為提供居民就近在社區使用所必要的服務，該計畫採行以市町村為中心的體制建構。

(八)鑑於日本已是全球老化程度最高的國家，多年來持續致力於因應及解決人口高齡化所衍生之長照問題，相關作法足堪作為借鏡。加上我國從7%「高齡化社會」增加至14%「高齡社會」，歷時25年，甚至從「高齡社會」增加至20%的「超高齡社會」，也只有8年時間，此情況與日本人口老化的速度相當。因此，此次選定日本進行考察，期透過此次考察汲取日本經驗，作為本院調查案件之參考。

四、綜上，我國老人福利法第17條明確揭示，主管機關應針對老人需求，提供居家式、社區式及機構式等服務。我國高齡化人口越來越多，且人口老化快速，機構安置需求因而隨之增加⁵，政府亟需積極正視老人長期照顧機構管理相關問題，以維護老人尊嚴及基本人權。基此，本院選定與我國老化速度相當並有多年推動經驗之日本進行考察，實地瞭解日本長期照顧機構之運作情形及管理相關制度，透過日本實施之經驗及所面臨之問題等為借鏡，作為調查政府相關措施有無不當及是否完備之重要參考。

貳、考察機構、議題及行程

一、考察機構

(一)獨立行政法人地域醫療推進機構東京城東病院附設介護老人保健設施（下稱東京城東病院附設介護老人保健設施）。

(二)SACRA VIA成城介護老人設施。

(三)蒲生MEISEI介護老人設施。

二、考察議題

⁵ 目前我國老人長期照顧機構及護理之家近年來收容率呈現逐年上升之趨勢：我國長期照護型機構收容率從101年之73.98%，逐年增加至104年之82.83%；同期間養護型機構收容率亦從76.45%，提升至78.43%；護理之家收容率均維持在8成以上。

(一)東京城東病院附設介護老人保健設施部分

- 1、成立之沿革、宗旨、服務項目、組織架構及營運經費來源。
- 2、行政管理作業。
- 3、各類專業服務人力配置情形。
- 4、收容對象及來源、入住資格條件、居住空間與相關設施設備、收費項目與標準，以及如何與介護保險支付制度結合。
- 5、經核准可收容的人數、實際服務人數。
- 6、在進用各類專業服務人力上（尤其是第一線護理人員及介護勞動者）所遭遇之困難及解決方法？另對於政府近年來引進國外護理人員及介護勞動者的制度，有何看法及助益？
- 7、如何因應其服務對象失能程度的改變？是否需要改變居住地至該機構內其他場所，或機構外其他醫療及介護機構？有何配套措施？
- 8、如何接受政府機關的評鑑、查核監督或管理？對於政府機關各項監督管理作為，有何看法？
- 9、住院病患如有長期照顧服務需求，可否優先入住醫院附設之介護老人保健設施？如何進行轉介？

(二)SACRA VIA成城介護老人設施部分

- 1、同前述（一）東京城東病院附設介護老人保健設施考察議題1至8。
- 2、有無臨托或日間照顧服務？
- 3、針對有介護需求之失能老人，有無與醫療機構建立轉介服務體系？
- 4、如何接受政府機關的評鑑、查核監督或管理？對於政府機關各項監督管理作為，有何看法？
- 5、SECOM 介護老人保健設施與相關醫療機構進行

合作，該項服務係如何執行及運作？有何具體成效？

(三) 蒲生MEISEI介護老人設施部分

- 1、同前述（一）東京城東病院附設介護老人保健設施考察議題 1 至 8。
- 2、有無臨托或日間照顧服務？
- 3、針對有介護需求之失能老人，有無與醫療機構建立轉介服務體系？
- 4、如何接受政府機關的評鑑、查核監督或管理？對於政府機關各項監督管理作為，有何看法？
- 5、蒲生 MESEI 介護老人保健設施提出「地元型醫療系介護體制」該體制係如何執行及運作？具體成效？

三、考察行程

天數	日期	行程	住宿地
1	12/24	1、自松山機場搭機前往日本東京羽田機場。 2、參訪東京城東病院附設介護老人保健設施。	東京
2	12/25	1、參訪SACRA VIA成城介護老人設施。 2、參訪蒲生MEISEI介護老人設施。	東京
3	12/26	自日本東京成田機場搭機返回桃園國際機場。	返國

參、考察發現

一、日本介護保險概述

日本為因應人口老化問題，於1997年12月立法通過介護保險法，並於2000年4月開始實施介護保險制度，嗣後分別於2005年、2011年兩度修正介護保險法，

次(2012)年推動地區醫療與介護綜合服務。

日本介護保險的保險人為市町村等地方自治團體，為多元保險人體制，保險人主要負責管理及營運。被保險人分為二類，第一類被保險人為65歲以上者，第二類被保險人為40至64歲者(40-64歲者限定因特定疾病所需照護始給付)。至於介護保險之財源係由政府以稅收支應保險總費用之50%，財源分別來自中央政府、都道府縣及市町村；其餘50%總費用則由被保險人繳納保險費負擔。另被保險人實際接受介護保險服務時，應自付10%費用。

日本介護保險被保險人須經認定需要支援或需要照護時，方能使用介護保險所提供之各項服務。介護保險依據老人日常生活自理之能力，區分「要支援」等級及「要介護」等級，等級越高表示失能程度越高：(一)「要支援」等級係指尚未達到介護之標準，分成1級與2級，即被保險人日常生活運作，例如步行、吃飯、睡覺、沐浴尚可獨力完成，但仍需協助，主要提供以居家服務為主之預防服務。(二)「要介護」等級者，係指上述生活運作無法獨力完成而需透過專業人員協助者，並以提供設施服務為主，分成1至5級，符合第5等級之老人，其生活自理能力最差(詳見下表4)。

表 4、日本介護保險被保險人照護程度等級

等級	身心狀況
要支援 1 級	個人用餐及沐浴等可以自理，倘若整理家務需協助者。
要支援 2 級	狀態和要支援 1 級相同，以積極希望改善和維持介護狀態者為對象。
要介護 1 級	個人用餐、排泄及沐浴等幾乎可以自理，但進行起立等動

	作及整理家務，需要協助者。
要介護2級	個人用餐、排泄、沐浴、走路及整理家務等內容幾乎需要他人協助者。
要介護3級	個人用餐、排泄、沐浴、走路及整理家務等內容無法自理，也無法任意自行走動者。
要介護4級	個人用餐、排泄、沐浴、走路及整理家務等內容無法自理，也無法任意自行走動者，並且有認知行為喪失者。
要介護5級	個人用餐、排泄、沐浴、走路及整理家務等內容無法自理，也完全無法任意自行走動者，並且有認知行為喪失者。

二、東京城東病院附設介護老人保健設施

(一)簡介

- 1、成立於1996年5月，屬於獨立行政法人機構。
- 2、機構為5層樓建築，各樓層配置如下
 - (1)未將床位設置1樓處，1樓為事務所、會議室、美容室。
 - (2)2樓為復健訓練室、浴室、食堂。
 - (3)3樓至5樓則為療養室、食堂，分別設有33床、33床及34床。
- 3、提供服務及收容對象
 - (1)設施服務：收容對象為介護保險的被保險人，符合要介護等級1至5級且無法獨自在家生活而需長期入住的老人。除提供生活照護、飲食、沐浴等服務外，亦透過日常生活照護為主所進行的復健、休閒娛樂，讓入住者身體機能提升及精神安定，並能夠早日回到家庭。
 - (2)短期入所服務：收容對象為要支援者。當收容對象的家屬因疾病、休養或臨時需短期外出等各種理由而有家庭看護、介護一時困難的情況時，可以短時間利用介護老人保健機構

，並透過復健、入浴、用餐、休閒等來維持收容對象的身體機能，以減輕家人的介護負擔，又稱作喘息服務。

4、每一寢室設4床，床與床之間皆有隔簾供使用⁶，可保護住民的隱私。

5、居住環境相當乾淨及明亮。

6、沐浴部分，設有機器沐浴，提供給行動較為不便之老人使用。

7、運用復健設施，進行手腳復健訓練等，強化老人身體機能，進而能自理生活。

(二)通勤所服務：收容對象為要支援者，老人於日間至老人保健設施，由機構提供生活照顧、飲食、復健、沐浴等服務，又稱日間照顧服務。

(三)營運方針

1、營造家庭氛圍，提供以入住老人為中心的服務，使每位老人具有尊嚴及歸屬感。

2、重視與社區及入住老人家庭的共同合作，提供餐飲、沐浴及復健等服務，提升生活自理之能力，以老人回歸原有家庭居住為目的。

(四)特色

1、為東京城東病院的附設老人服務設施，患者若有急性醫療上的需要，即可直接就近至城東病院接受醫療服務。

2、提供愉快自在的入住環境，讓入住老人身心皆能獲得合宜照顧。

3、結合日本傳統藝能文化，邀請相撲選手參加慶生會活動。另每月舉辦歌唱娛樂活動。

(五)床位使用率

⁶ 依據我國「老人福利機構設立標準」及「護理機構分類設置標準」規定，我國長期照顧機構及護理之家每間寢室至多設6床，2人或多人床位之寢室，應備具隔離視線之屏障物。

1、設施服務收容人數概況

(1) 98年至103年，可收容人數分別為87人、86人、89人、91人、93人及90人；實際入住人數分別為87人、86人、89人、91人、93人及90人。以收容率觀之，近年來，收容率維持在87%至93%間，變化不大（詳見下表5）。

表5、2009年至2014年東京城東病院附設介護老人保健設施服務收容人數概況

單位：人、%

年 別 項目別	2009	2010	2011	2012	2013	2014
可收容人數	100	100	100	100	100	100
實際入住人數	87	86	89	91	93	90
收容率	87	86	89	91	93	90

資料來源：依據東京城東病院附設介護老人保健設施提供之資料，彙整製作。

(2) 入住老人，平均入住時間為300天，至於入住老人離開保健設施之原因，係因生活自理能力提升，能回歸到原本的居家環境生活。

(3) 入住老人若無法提升其生活自理能力，亦會持續提供其醫療及復健服務。

2、通勤所服務收容人數概況

2009年至2014年通勤所服務可收容人數皆為30人；實際使用人數分別為20人、19人、18人、23人、27人及25人。收容率從2009年之67%，逐年下降至2011年之60%，嗣後再逐年上升至2014年之83%(詳見下表6)。

表6、2009年至2014年通勤所服務收容人數概況

單位：人、%

年別 項目別	2009	2010	2011	2012	2013	2014
可收容人數	30	30	30	30	30	30
實際入住人數	20	19	18	23	27	25
收容率	67	63	60	77	90	83

資料來源：依據東京城東病院附設介護老人保健設施提供之資料，彙整製作。

(六)員工人數

- 1、2009年至2014年工作人員均包括：1名醫師、1名營養師、4名職能治療師及諮商師。行政人員人力維持3人或4人、調理員人力則維持6人或7人。至於護理人力從2009年之11人，上升至2014年之14人；介護員從2009年之40人，上升至2014年之44人(詳見下表7)。

表7、2009年至2014年東京城東病院附設介護老人保健設施員工人數

單位：人

年別 職業	2009	2010	2011	2012	2013	2014
醫師	1	1	1	1	1	1
職能治療師	4	4	4	4	4	4
護理人員	11	11	11	13	14	14
營養師	1	1	1	1	1	1
介護員	40	40	42	42	44	44
行政人員	3	3	4	4	3	3
諮商師	4	4	4	4	4	4
調理師	7	7	7	7	6	6
合計	71	71	74	76	77	77

資料來源：依據東京城東病院附設介護老人保健設施提供之資料

料，彙整製作。

- 2、東京城東病院附設介護老人保健設施之護理人員招募不易，是目前經營上的困境，爰此，該機構與護士專科學校進行產學合作，提供獎學金，未來從學校畢業後，即可至該機構就業。



照片 1-1：聽取東京城東病院及其介護老人保健設施之主管簡報，雙方熱烈討論相關議題。



照片 1-2：致贈獨立行政法人地域醫療機能推進機構藤木理事及東京城東病院附設介護老人保健設施中馬院長禮品，與會人員並進行合照。



照片 1-3：東京城東病院附設介護老人保健設施為 4 人 1 房，同時使用簾幕，保護隱私。



照片 1-4：設有復健場地及設施，透過復健，使要介護之老人，能夠恢復具有自理生活之功能。

三、SACRA VIA 成城介護老人設施

(一)簡介

- 1、成立於1996年7月1日，屬於私部門機構。
- 2、機構為10層樓建築，各樓層配置如下
 - (1)1樓為大廳、餐廳、事務室。
 - (2)2樓為介護居室、沐浴室。
 - (3)3樓為圖書室、理髮室、美容室、娛樂室、麻將室、電影院、茶室、沐浴室、復健室。
 - (4)4樓為診療室、介護居室、沐浴室。
 - (5)5樓到10樓為居住室。
 - (6)計有150間居住室及18間介護室。

3、服務對象

服務對象為60歲以上老人，可提供安養、要支援者(1至2級)或要介護者(1至5級)長期入住，但目前仍是以安養老人為主(即生活尚可自理者)。

- 4、設施環境規劃及空間的運用，猶如豪華飯店，大廳裝潢及擺設甚為氣派。
- 5、1樓提供用餐區，該機構為維護入住老人之飲食營養，聘請營養師，讓老人均衡飲食，並獲得每日所需的熱量及營養。
- 6、部分設施平常即有許多老人使用，如娛樂室、麻將室等，因此需要提早預約，設施使用狀況甚佳。
- 7、參觀復健室時，發現老人與復健人員之間互動良好，且能提供功能較差之老人，進行復健服務，提升身體機能，避免持續退化。
- 8、4樓為專屬診療室，全年無休且24小時皆有醫師駐診，提供急診服務，以應變緊急突發狀況。另專科醫師看診之科別，包括：內科、消化器內科、心臟內科、骨科、眼科及皮膚科等，會依不同

時間安排，提供不同看診科別服務。

- 9、每間介護居室均有客廳、房間、廚房、廁所等設備，居住環境空間明亮且乾淨，提供老人良好的居住品質。

(二)特色

- 1、位於高級住宅區，提供良好的居住環境。
- 2、除有完善的介護服務外，亦設有醫療部門，可24小時提供醫療服務。
- 3、機構內設有許多公共設施，例如：復健室、陶藝室、演奏室、娛樂室、理髮室、圖書室等，提供入住老人使用。

(三)服務人數：該機構最多可服務200人，實際入住人數為167人，收容率84%。

(四)入住費用

- 1、保證金：依照居住坪數大小不同及入住人數1人或2人，需支付日幣(下同)1億395萬圓至2億3,190萬圓不等(約新臺幣4,338萬元至7,212萬元不等)。
- 2、每月生活費：依照入住人數1人或2人，需支付日幣30萬圓至61萬圓不等(約新臺幣9.3萬元至18.9萬元不等)。

(五)工作人員類別及人數

該機構專業工作人員包括：設施長1人、諮商師3人、護理人員6人、介護員43人、機能訓練指導員2人、計畫作成執行員3人、營養師3人、調理員14人、行政人員5人及其他人員41人，總計121人(詳見下表8)。

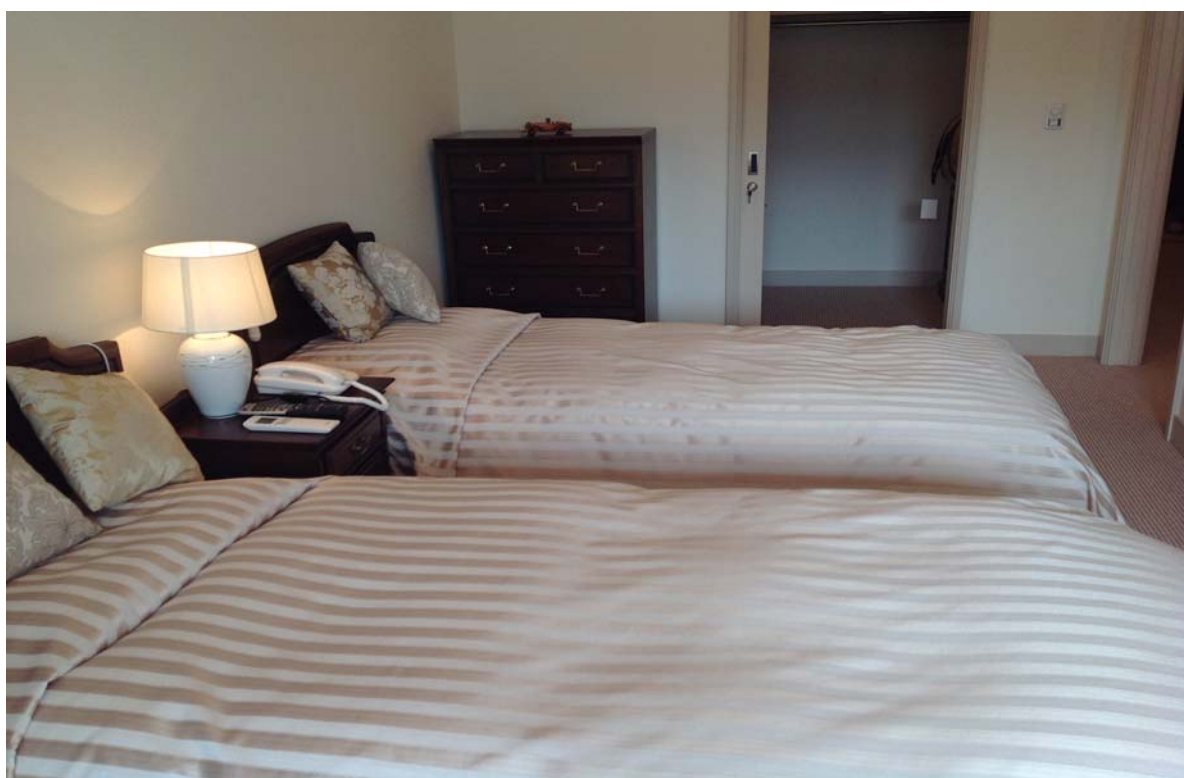
表 8、SACRA VIA 成城介護老人施設員工類別及人數
單位：人

員工類別	人數
設施長	1
諮商師	3
護理人員	6
介護員	43
機能訓練指導員	2
計畫作成執行員	3
營養師	3
調理員	14
行政人員	5
其他人員	41
總計	121

資料來源：依據 SACRA VIA 成城介護老人施設所提供之資料，彙整製作。



照片 2-1：SACRA VIA 成城介護老人設施之公共設施，此為入住老人聚會環境。



照片 2-2：SACRA VIA 成城介護老人設施之樣品屋。



照片 2-3：參訪 SACRA VIA 成城介護老人設施居住之樣品屋時，接待人員詳細說明內部空間與陳設。



照片 2-4：於 SACRA VIA 成城介護老人設施大門合影。

四、蒲生 MEISEI 介護老人設施

(一)簡介

1、成立於2014年3月1日，屬於私部門機構，並附設有日間服務。

2、該機構樓層配置情形如下

(1)1樓為復健室、會談室、沐浴室、理髮室、事務室、健康管理室

<1>1樓大廳的機能訓練室(即復健室)有平行桿、多功能型牽引機等，提供老人復健訓練，復健訓練同時會結合音樂播放，藉以恢復老人原有的身體機能，達到自立生活之目標。

<2>沐浴室分為兩種類型：一種類型為一般浴室，提供身體功能較好之老人使用；另一種類型為機器沐浴，提供失能程度較嚴重之老人使用。

<3>提供許多活動，包括：料理DIY、書法、家族旅行、插花藝術等，讓入住之老人能夠有歸屬感及喜悅感，每日都保持著笑容，不僅維護入住老人之權益，並促使家屬也能夠安心讓老人入住於該機構。

(2)2樓至4樓為居住室，房間環境乾淨、通風，且光線明亮。

3、服務對象：60歲以上老人，提供要支援者(1至2級)或要介護者(1至5級)長期入住者。

4、特色：

(1)強調讓老人的生活更積極且保持活力，並時常提供娛樂活動。

(2)強化老人復健，促使失能之老人，能夠恢復原有之功能。

(3)該機構與附近醫院(苑田第一病院)合作，提供

入住之老人醫療服務、定期回診及夜間急診等服務，結合社區醫療服務，維護入住老人之健康。

5、服務人數：該機構設有96床，最多可收容96人。

6、入住費用：

(1)保證金：需支付日幣50萬圓(約新臺幣15.5萬元)。

(2)每月生活費：需支付日幣24.46萬圓(約新臺幣7.6萬元)。



照片 3-1：1 樓大廳有許多復健設施，提供老人復健，藉以恢復老人原有之自立生活能力，強化身體機能。



照片 3-2：大田設施長詳細介紹相關服務內容及設施。



照片 3-3：針對失能程度較嚴重之老人，提供機器沐浴。



照片 3-4：參訪完畢後，雙方進行禮品交換，並且合照。

肆、心得與建議

根據國家發展委員會最新的推估結果⁷，2018 年時，我國老年人口比率將超過 14%，達到「高齡社會」，2026 年時老年人口比率將達到 20.6%，達到「超高齡社會」，屆時每 5 人中即有 1 位老人。顯見我國 65 歲以上高齡人口逐年增加，老人長期照顧服務需求日益提升。另據日本總務省統計局之資料，日本於 1995 年時，65 歲以上老年人口比率達到 14%，進入「高齡社會」，嗣後於 2005 年達到 20%，進入「超高齡社會」，2025 年時將達到 30%，老化速度相當快速。基此，我國與日本同樣面臨人口老化之問題，日本亦處於亞洲地區，爰此次至日本進行考察，瞭解日本實務上老人長期照顧機構之運作模式及管理等相关制度面，透過考察訪視及交流討論之結果，提出以下心得與建議

一、日本老人介護保險制度以「在地老化」為基本原則，並以「社區整合性照護服務體系」為運作架構，結合社區內醫療服務與社會福利，值得我國參考借鏡

日本介護保險係由中央規劃制度，地方自治團體自訂營運計畫，將介護服務權責下放地方。介護保險之保險人為市町村，保險人多元，故能因地制宜，結合社區資源，提供醫療、照顧、居住、生活協助、預防等不同服務及收費，因能讓老人在熟悉之社區環境生活，並維護其應有之尊嚴，有助於落實在地老化的照護社區化理念。

此次參訪之蒲生 MEISEI 介護老人設施便與社區苑田第一病院合作，倘老人有身體不適之狀況或是身體健康檢查及診療之服務，可以迅速且立即至社區之醫院。我國老人長期照顧機構，關於在地老化及社區化之實際運作，尚於孕育期，似可參酌日本老人介護

⁷ 資料來源：國家發展委員會105年8月「中華民國人口推計(105至150年)報告」。

體系之「社區整合性照護服務體系」為運作架構，結合社區內醫療服務與社會福利。

二、日本老人介護體系，除了提供老人設施服務外，並且以日間照顧服務為主；目前我國日間照顧服務資源仍顯不足，允應加強拓展日間托老據點，以落實在地老化之政策

日本老人日間照顧服務，又稱通勤所服務，也就是說，白天由家屬接送需要照護之老人親屬至老人日間照顧設施服務，由日間照顧設施服務提供需要照顧之老人服務，晚上再由家屬接送回家居住。此作法可以減輕家屬日間對於老人之照顧壓力，且俾利家屬就業，避免產生經濟壓力問題，直到家屬下班時，至老人日間照顧設施，接送老人回家居住，以日本東京城東病院附設介護老人保健設施為例，其介護員人力比遠高於我國⁸，更能提供日間照顧完善服務。亦即老人於日間可至通勤所接受生活照顧、復健等相關服務，老人設施提供妥善之照顧，晚間又能夠回到自己所熟悉的環境生活，可減輕家庭照顧壓力，又可提供老人有尊嚴的照護。目前我國日間照顧服務資源仍顯不足(僅256處)，允應積極運用現有機構及閒置空間，加強拓展日間托老據點，以落實在地老化之政策。

三、日本老人介護設施以老人復健服務為主，藉以提升老人原有之生活功能，達到恢復老人生活自理之能力；我國老人長期照顧機構，較缺乏完善預防老化及復健等服務內涵，因此日本強化老人復健之發展，值得借鏡推廣

此次參訪日本老人介護設施服務，可以發現到各

⁸ 日本東京城東病院附設介護老人保健設施，2012年實際入住人數23人，介護員42人，照顧人力比為1:1.8；2013年實際入住人數27人，介護員44人，照顧人力比為1:1.6；2014年實際入住人數25人，介護員44人，照顧人力比為1:1.76。

個老人介護設施服務，均投入許多資源，購買許多強化身體機能之復健設備，並且鼓勵及倡導入住之老人多加運用復健設施，藉以提升老人之生活自理能力，恢復原有之功能，嗣後回歸居家之生活環境。反觀我國老人長期照顧機構，以安養、養護、長期照護、護理之家等服務內涵，主要以生活協助為主，較缺乏更完善預防老化及復健等服務內涵，因此日本對於強化老人復健之發展，值得我國借鏡推廣。

四、日本政府對於長期照顧機構之收費標準，並無規範上限，可促使機構朝向市場化及產業化發展，並使老人能夠依照其需求選擇適當之機構，反觀我國尚未解除收費標準上限，恐不利產業化

此次參訪SACRA VIA成城介護老人設施之收費標準為(1)保證金：依照居住坪數大小不同及入住人數(1人或2人)，支付日幣1億395萬圓至2億3,190萬圓不等(約新臺幣4,338萬元至7,212萬元不等)；(2)每月生活費：依照入住人數(1人或2人)，支付日幣30萬圓至61萬圓不等(約新臺幣9.3萬元至18.9萬元不等)。另外，蒲生MEISEI介護老人設施之收費標準為(1)保證金：需支付日幣50萬圓(約新臺幣15.5萬元)；(2)每月生活費：需支付日幣24.46萬圓(約新臺幣7.6萬元)。顯然日本政府對於老人介護設施收取入住保證金及每月生活費的上限，並未有相關限制。此舉一方面可提供入住老人完善之照顧品質，另一方面可讓老人介護設施之財務運作結合市場機制，更具彈性。

本院諮詢之專家學者亦提出：「世界各國，包含北歐福利國家，荷蘭及瑞典學者表示，所謂之福利國家，每個不同屬性之福利類別，其公有化之情形也不盡相同，譬如，瑞典在托育部分，全部皆為公立性質

，然老人機構有6成是私立付費機構，為何會有市場化，係因為中產階級，特別是高級中產階級。從我們本身為例，退休之後的生活，以現今國內機構之水準，是否會願意入住？應該大部分的人是不願意去住，因為政府一直不瞭解現今經濟水平狀況，政府將機構的價格門檻壓低，規定一個收費標準」⁹、「國內長期照顧私人保險，相關產品及給付，可以提供市場服務，品質亦有一定水準。惟目前沒有合理的計價市場，演變成被其他國家之競爭者搶走市場」¹⁰、「政府應以最低標準維護弱勢族群後，其他則進行產業化。國內這些業者是有能力可以做好老人照顧產業，並與國際競爭。但這些業者並不想在國內進行投資，許多業者到馬來西亞及大陸投資，係因老人照顧是產業，在國內未有利潤。我認為政府現今定位不明確，導致現今制度既不像福利也不像產業，非常模糊，政府應該予以鬆綁，讓老人照顧可以走向產業化。」¹¹

因此，現今政府除必須維護及滿足經濟弱勢老人之長照服務需求外，對於其他老人，能否參酌日本的作法，解除長期照顧機構收費標準的上限，朝向市場化及產業化發展，使老人能夠依照其需求選擇適當之長期照顧機構，亦為可參考的選項。

五、日本老人介護設施之服務對象包括安養、要支援者(1至2級)或要介護者(1至5級)，使老人不因健康狀況及失能程度的改變而被迫搬移至其他機構接受照顧，反觀我國多層級連續照顧服務發展緩慢，亟待研議解決

⁹ 本院 104 年 1 月 7 日院台調壹字第 1040800001 號派查，案由為：「行政院消費者保護處於日前公布老人福利機構查核結果，發現不合格率高達 9 成，諸如違章建築、安全通道堆積物阻礙、使用過期藥品等缺失，均嚴重危害老人健康與安全，實有深入瞭解之必要案」，調查報告業經本院內政及少數民族委員會於 105 年 8 月 4 日審議通過。本段說明摘自第 84 頁。

¹⁰ 同註 9，摘自第 86 頁。

¹¹ 同註 9，摘自第 99 頁。

對策，日本作法尚值我國參考借鏡

老人身體狀況及障礙程度隨著疾病、年齡而有所變動，其生活能力、依賴程度及生活需求未盡相同，需要提供不同之照顧模式與服務內容，而在連續性全人照顧理念下，多層級照顧模式能夠滿足以住民為導向之服務需求，亦可避免老人因身體狀況變化而不斷在不同機構之間往返、轉換，儘可能於同一機構內獲得不同層級及模式之照顧服務。

日本老人介護設施服務對象含括安養、要支援者(1至2級)或要介護者(1至5級)，並以在地化及社區化為服務之基本原則，結合社區資源，如醫療、照顧、居住、生活協助、預防等多元服務，提供機構內老人最佳照護服務，使老人不因其身體健康狀況及失能程度的改變，皆能夠在其熟悉之環境中生活，並且維護其應有之尊嚴，無需在機構、醫療院所間不斷轉換、搬遷。

惟截至105年3月底止，我國老人福利機構提供多層級連續性照顧服務之家數計有公立12家、公設民營6家、財團法人41家及私立小型48家，合計107家，僅占老人福利機構總家數之10%¹²。再者，基於過去超大型化機構型態已對機構內老人產生許多不良影響，因此，老人機構式服務朝向在地化、社區化並能提供多元連續服務，使老人即便進住機構，亦能就近在熟悉的社區環境中達到「在地老化」，已成為老人機構式服務之發展趨勢。惟根據衛福部提供之統計資料顯示，我國目前49床以下之私立小型機構計有934家，占全國老人福利機構總家數之比率高達87.29%，但目前僅有48家小型機構提供多層級連續性照顧服務¹³。顯見

¹² 同註 9，摘自第 146 頁。

¹³ 同註 12。

我國在老人福利機構體系中，對於多層級連續性照顧服務之建構，發展腳步仍甚緩慢，亟待政府積極研議解決對策，輔導協助機構推動多層級連續性照顧服務。

六、日本老人介護設施之專業人員，如護理人員、照顧服務員亦面臨人力不足及低薪問題，因此我國應及早因應人員培訓及薪資合理化問題

日本面臨人口高齡化之問題，長期照顧需求日益增加，惟部分機構內護理人員、照顧服務員等專業人員，卻面臨人力不足及低薪等問題。此次參訪東京城東病院附設介護老人保健設施時，與會人員亦提及護理人力聘僱不易，此亦為現今日本老人介護設施經營之普遍困境。

此次至日本考察前，本案調查委員已與國內老人福利機構及團體進行3場座談，與會之老人福利機構及團體強烈反映普遍面臨照顧服務員及護理人員人力不足且招聘困難之問題，部分機構為達到人力配置標準以因應評鑑及查核，而產生掛名及借牌等違規情事。因此，我國面臨人口高齡化之議題，對於老人長照服務所需要之護理人員、照顧服務員等專業人力之培訓，應提早介入及重視前開相關人員之培訓及薪資待遇問題。

七、日本目前面臨老人介護設施供需不足之問題，約有52萬位需介護老人等待入住，加上約有1千多家老人介護設施有不合法情形，更使得原已不足的機構資源，雪上加霜，值得我國加以警惕，及早因應準備

日本政府規劃介護保險制度起步甚早，但自2000年開辦至今，整體社區長照服務資源仍然不足，甚至發生不耐等候現象。目前日本尚約有52萬需介護之老人等待排隊入住老人介護設施，且多半需等候3至5年

之時間，即使無法自理生活者，亦無法順利入住介護設施接受照護，顯見日本老人介護設施之供給及需求嚴重失衡。再者，近期日本政府檢視國內約1千多家老人介護設施，發現有不合法情形，使得原已不足的機構式服務資源，無異是雪上加霜，亦待政府後續的協助及機關持續的改善。

至於我國雖曾面臨老人長期照顧機構及護理之家整體收容能量供過於求問題，惟近年來收容率呈現逐年上升之趨勢，隨著我國未來老年人口數因戰後嬰兒潮人口邁入老年期而有遽增趨勢，需要照護之老人也越來越多，以目前機構床位數能否足敷未來大量成長之需求人口數，不無疑義。為保障老人之最佳利益及基本人權，政府允應正視老人長期照顧服務之「供給」及「需求」之間如何達到平衡，並積極依法落實督導老人長期照顧機構之合法性及服務品質，以保障老人權益。

八、日本「介護離職」現象普遍，家屬為照顧家庭內失能之老人，不得不辭去工作，造成經濟壓力沉重，形成更多家庭及社會問題，我國應以為鑑，及早預防介護離職現象之發生

日本持續面臨人口高齡化問題，現今日本社會更出現「介護離職」之現象。所謂介護離職係指家屬為照顧家庭內失能之老人，不得不辭去原有的工作，但面臨家庭照顧壓力之同時，卻又因為辭去工作以致經濟壓力沉重，反而形成蠟燭兩頭燒的窘境，衍生更多家庭及社會問題。然而，介護離職現象在日本已越來越普遍，每年更有10萬以上仍具勞動力的人口，因需要照顧家庭內之失能老人而辭去原有的工作，促使日本安倍首相提出「零介護離職」計畫，透過增加更多

照顧老人之床位數，以及勞工可申請93天有薪假等政策，以因應處理日本介護離職之現象。但現今日本老人介護床位數仍屬不足，迄今尚有52萬需介護老人等待介護設施入住。我國應以為鑑，及早預防介護離職現象之發生，避免因老人長期照顧問題而衍生更多家庭及社會問題。

伍、結語

此次至日本考察東京城東病院附設介護老人保健設施、SACRA VIA 成城介護老人設施、蒲生 MEISEI 介護老人設施，瞭解到日本老人介護保險制度以「在地老化」為基本原則，並以「社區整合性照護服務體系」為運作架構，保險人多元更能因地制宜提供不同服務內容，且除提供老人設施服務外，並以日間照顧服務為重點，更期透過老人復健服務之提供，藉以提升老人生活自理之能力，此強調預防及復健之理念，值得參考；而日本對於長期照顧機構之收費標準，並無規範上限，且老人設施服務以多層級照顧模式為主，避免老人因身體狀況變化而不斷在不同機構之間往返及轉換，有助於老人獲得完善服務，亦可讓老人介護設施結合市場機制，在財務運作上更具彈性。然而，日本自 2000 年 4 月實施介護保險制度迄今，已發現諸多問題，包括：老人介護設施之專業人員，例如護理人員、介護員面臨人力不足及低薪問題；且日本目前面臨老人介護設施供需不足問題，約有 52 萬位需介護老人等待入住；更因此發生「介護離職」現象，即家屬為照顧家庭內失能之老人，不得不辭去工作，造成經濟壓力沉重，衍生更多家庭及社會問題。我國長期照顧機構亦面臨護理人員及照顧服務員之人力不足及低薪現象，且我國目前老人長期照顧機構供需間尚未平衡，皆需及早因應，更要避免「介護離職」現象普遍發生。上述考察之發現，將於本院日後

調查相關案件或巡察中靈活運用以作為檢討政府機關對於國內長期照顧服務制度及相關措施有無不當的參考。

陸、參考文獻

一、中文部分

- (一) 中華民國人口推計105年至150年報告(2016)，國家發展委員會。
- (二) 監察院(民105)。「行政院消費者保護處於日前公布老人福利機構查核結果，發現不合格率高達9成，諸如違章建築、安全通道堆積物阻礙、使用過期藥品等缺失，均嚴重危害老人健康與安全，實有深入瞭解之必要案」調查報告。臺北市，監察院。
- (三) 監察院(民100)。2008-2009年監察院人權工作實錄，第四冊老人人權。臺北市，監察院。

二、日文部分

- (一) 東京城東病院附設介護老人保健設施簡介資料。
- (二) SACRA VIA成城介護老人設施簡介資料。
- (三) 蒲生MEISEI介護老人設施簡介資料。

三、網站部分(2016年1月～2月25日)

- (一) <http://www.prb.org/>美國人口資料局網站。
- (二) <http://www.mhlw.go.jp/>日本厚生勞動省網站。
- (三) <http://www.stat.go.jp/index.htm>日本總務省統計局網站。
- (四) <http://joto.jcho.go.jp/>東京城東病院附設介護老人保健設施網站。
- (五) [http://www.sacravia.co.jp/SACRA VIA](http://www.sacravia.co.jp/SACRA_VIA)成城介護老人設施網站。
- (六) <http://www.fukushi-e.com/shisetsu/gamo.html>蒲生MEISEI介護老人設施網站。