

研究論文

從整合照顧發展檢視台灣社區整合照顧系統之建置*

李佩芳**

佛光大學社會學暨社會工作學系專案教師

國立中正大學高齡跨域創新研究中心移地訪問學者

收稿日期：2020年8月31日，接受刊登日期：2020年10月26日。

* 本文部分內容改寫自本人發表於2020年5月之台灣社會福利學會「2020的社會福利：以社區為本的照顧政策與地方創生」研討會，論文名稱「從整合照顧觀點檢視台灣高齡者照顧系統建置」。並，感謝教育部高等教育深耕計畫特色領域研究中心計畫以及國立中正大學高齡跨域創新研究中心的支持。

** 通訊作者：peifanglee2013@gmail.com

中文摘要

本文從整合照顧的定義彙整開始，耙梳英國與日本從慢性病管理、強化自我健康管理到建構社區共生，認為良好的整合照顧體制仍是需回歸到社區本身的量能強化。在台灣，照顧服務可分為社政體系主導、衛政體系主導及跨越社政及衛政的長期照顧制度。但不管健康照護或社會照顧，都在長期照顧制度的引入後，受到深重的影響。本文認為「以人為本」、「全人照顧」的核心基礎，仍是在個人參與整合照顧溝通協商能力提升與賦能上，個人也並非僅是疾病的載體，只具有疾病治癒的需求，社會照顧的發展是重要的，同時有足夠的環境支持，促進個人對健康責任的重視與落實也才能切實，而台灣整體的高齡照顧體制也需在此目標前提下通盤檢討與再思考。

關鍵字：整合照顧、長期照顧、社區照顧

Reviewing the establishment of Taiwan’s integrated care system in community from the perspective of integrated care development context^{*}**

Pei Fang, Lee

Fo Guang University, Department of Sociology and Social Work Project Instructor
Visiting Scholar, Center for Innovative Research on Aging Society (CIRAS),
National Chung Cheng University

Abstract

This article reviewed the United Kingdom and Japan’s integrated care system development. These case studies indicate that the government must strengthen its community care capacity to provide a high-quality care system. The social care service of Taiwan is managed by the social administration, and health care is managed by the health administration. However, both systems have been affected by the long-term care policy. An integrated system could prevent care resource waste and increase benefits for care recipients. The present article argues that improving people's ability to be involved in the care integration process can achieve the “People-oriented” and “Holistic Health Care” goals. Furthermore, increased environmental support may encourage the public to notice and practice personal health responsibilities. Therefore, in Taiwan, more structural consideration should be placed on the development of an integrated system on the community side at this policy beginning stage.

Keywords: Integrated Care, Long-term Care, Community Care

^{***} This work was supported by the Center for Innovative Research on Aging Society from The Featured Areas Research Center Program within the framework of the Higher Education Sprout Project by the Ministry of Education (MOE) in Taiwan.

壹、前言

人口結構的高齡化連帶影響社會需要的改變。排除高齡勞動、經濟保障、休閒娛樂等需求，可將高齡人口的照顧需求可概分為：不涉及醫療健康照護的「社會性照顧」與專注於疾病治療及健康維持的「醫療照護」。社會性照顧是以輔助或協助個人完成日常生活工具量表（ADLs）項目之活動為核心，而醫療照護則是以因應急、慢性疾病治療需求與治療後期的醫療、藥事、護理及復健、復能需求的照護。這兩種照顧工作目標各不相同，但缺一不可。尤其，前者，在家庭結構與世代居住型態、經濟型態的轉變下，逐漸無法透過家庭供給；後者，則因在健康資訊傳播、公共衛生建設及健康政策的發展之下，逐漸提高醫療資源的可及性、可利用性、可負擔性，也轉變了使用者與提供者間的關係。兩者也都在整體社會變遷歷程中面對巨大的變革。

社會照顧部分，本國正式照顧服務提供不盡然可以承接、滿足全部家庭照顧高齡失能人口的照顧需求。以內政部（2019）「106 年老人狀況調查」數據，65 歲以上具有一項 ADLs 以上失能的比率為 13.03%；調查當年度 65 歲以上人口為 326.8 萬人，其中具一項失能且不居住安養護機構之社區老人約有 37.7 萬人，同年度依照勞動部統計網（2020）統計，2017 年外籍家庭看護工（排除機構看護工、家庭幫傭）為 23.3 萬人，占比為 61.89%，同年使用公共服務中居家照顧、日間照顧及家庭托顧者人數共計約 61468 人，占比為 16.3%，顯見大多數的家庭仍是以透過自行聘用外籍看護工替代家庭成員照顧的私有化方式因應需求。而醫療服務則因疾病型態轉向慢性化，慢性病衍生照護型態與需求的轉變，也使得醫療體系需有所變更。兩種基本照顧都是以回應個人照顧需求、提升個人整體福祉為核心，同時也將服務場域逐漸從醫院或集中式的機構照顧

轉向社區、居家，在此前提下，整合式照顧的發展便是必然的結果，但跨越兩種截然不同屬性的照顧整合，也提高了整合照顧的難度。

整合照顧並不是新興議題。尤其在臨床醫療上，早因醫療的高度專業分工而必須跨專業合作以產生最大效益，例如安寧照護、慢性病照護、糖尿病照護、重症病人的照顧分工、精神疾患的跨專業合作系統等等。後續社會性照顧概念的興起及相關服務的發展，也使得過往單純的醫療實務整合，需納入更複雜的需求考量，結果也使得整合照顧的模式及內涵產生極多元的發展。在寬鬆的定義之下，Goodwin, Stein and Amelung（2017）彙整近代具整合照顧性質的定義和概念工作模式/名稱有高達 175 種。

Berwick 等學者認為「整合照顧」終究就為了達到改善成本效益、改善照顧經驗、改善健康產出三種目標的手段（Goodwin et al., 2017）。為了達成此目標的各種工作模式、組織安排都可以被視為整合照顧的範疇。台灣過去也早已在醫療服務面向產生整合照顧的分工、模式，近期才在長期照顧體制的發展下，更具系統的發展跨越社會照顧與健康照護的整合照顧制度。以下本文從整合照顧的發展開始，耙梳英國與日本的整合照顧發展，釐清整合照顧發展脈絡及核心訴求，同時檢視台灣在社會照顧及健康照護的發展，認為台灣除應持續積極建構整合服務體系外，也應納入個人對於自我照顧責任的認知與重視，增加被照顧者在整合照顧協商中的角色，才能促進健康照護及社區照顧在社區端的整合確實回應個人需求，最終構築更加完善的照顧體制。

貳、整合性照顧的定義與發展脈絡

一、整合照顧的定義與整合範圍

整合照顧 (integrated care) 是協調健康及社會照顧服務提供個人的整體性照顧。World Health Organization (1999) 在歐洲區域全民健康政策框架的建議中，認為各國應具備全面性的初級健康照顧服務，透過具效益及效率的中介系統，或透過分級醫療系統的轉介或反饋，確保照顧連續性；並認為應以家庭醫師和護理人員作為整合初級健康照顧服務的核心，採用衛生、社會和其他各部門的多元專業團隊，參與在當地的社群中，同時各國也應具有確保個人參與和認同的健康服務，將個人也視為健康照顧的生產者。至 2017 年 World Health Organization (2017) 更提出高齡整合式照顧 (integrated care for older people, ICOPE) 的具體實作策略，除了提升服務本身的整合效能之外，也持續強調社區照顧與對照顧者支持的重要。

雖然並沒有一套單一的整合性照顧適用於所有情況與環境 (Shaw, Rosen and Rumbold, 2011; Goodwin, Dixon, Anderson and Wodchis, 2014)。整合照顧和「以人為中心」的訴求，也沒有完美整合及通用 (one size fits all) 的運作模式 (Mühlbacher and Bethge, 2017)。但透過個案管理整合醫療及社會照顧服務，確實可以具體改善社區的照顧成效 (Bernabei, Landi, Gambassi, Sgadari, Zuccala, Mor, Rubenstein and Carbonin, 1998)。透過整合來對治照護碎片化及提升照護品質的效益仍是無庸置疑的操作策略 (Goodwin, 2013)。

在實務操作定義上，整合照顧就是對有多元或具有類似問題/需求的個人，提供一套有計畫、組織良好的服務和照顧流程，強調滿足個人需求，並聚焦在

「整合過程」的共同參與討論（Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen and Wistow, 2003; Nies, 2004）。促進各專業與服務使用者間的合作溝通，是整合照顧實務中相當重要的一環，也是不同的整合照顧模式中共同重視的環節，另一方面，不同的研究者或組織也會發展不同的分析架構來比較不同照顧模式間的差異，以從既有的照顧模式經驗中尋找最佳的整合照顧發展策略，並系統化分析整合模式的建構細節。

Kodner and Spreeuwenberg（2002）從鉅觀的角度觀察，總結「整合照顧」是涉及資金、行政、組織、服務提供和臨床水準（clinical level）等一套連貫的方法和模型，在促進特殊個案群體利益的前提下，進行多方面努力與促進融合的結果，而不同的模式整合「方向」，也顯示出在實務面上對於不同政策內涵的重視；若為「由上而下」的整合，是以完善與優化組織運作為目標，但服務使用者和提供者在制度成形過程中便常被忽略；反之，「由下而上」的整合模式，則強調使用者的特徵與需求，並據以檢視現有系統的資源有無及合適性。

英國國王基金會（The King's Fund）將整合照顧的分析架構，區分為強調組織內部服務輸送整合的「實質整合」與強調不同單位透過網絡結盟方式合作的「虛擬整合」；同時分析兩者在同一照顧等級的「水平整合」及跨級照顧形式的「垂直整合」實務運用（Ham and Curry, 2011）。實質整合，強調的是實際合作操作，每一個輸送環節都需要經過工作者許多協調以確保服務輸送的連續性；虛擬整合，則是強調訊息流通的透明度與即時性。兩者涉及的資源連結需求、著重的目標及成本都有所不同。

在探討整合照顧運作涉及的結構層次分析，還有 Reed, Cook, Childs and McCormack（2005）分析各國對高齡者照顧的整合制度研究，更細緻的將整合概分為微觀（個人層次）、中觀（組織層次）及鉅觀（社會層次）三種層次；此三種層次的觀察，聚焦在每一個層次整合目標與涉及資源的差異，亦反應出

完善的整合照顧需要從行政管理、服務供給及服務使用三個面向協調合作的重要。在此基礎上，後續更有 Valentijn, Schepman, Opheij and Bruijnzeels (2013) 在同樣三層次分類基礎上，再加入強調實務運作的「功能性整合」與強調組織、專業服務者，及個人普遍可接受的參考架構、文化、價值觀的「規範性整合」兩大類別，將實質與虛擬整合的概念納入其中，構成三層六個面向的「彩虹模型」(The rainbow model)，此模型因為考量到抽象的社會規範與價值觀層次，因此對於整合照顧的觀察分析又更加深入。

各種分析層次與框架，一方面提供政策分析比較的基礎，另一方面也是歸結出常見的服務整合樣式與範疇，提供不同服務提供者、政策制訂者參考。因整合照顧系統的發展，不僅是使服務提供者端可以有更好的工作效率、成本效益與控制，更重要的是要能改善個人的狀況，使服務使用者接受並感到滿意 (Kodner and Spreuwenberg, 2002; Kodner, 2006)。因此，在越晚近的模式分析建構中，對於鉅觀與中觀層次組織如何因應微觀層次整合需求、提升臨床整合成效的觀察也越被凸顯出來，並切分得越為細緻以更精準的分析在每一個環節中所涉及的組織或專業層面的需求，促成更完善的整合照顧模式建置，以極大化整合照顧的效益。

二、整合照顧的成效

1998 年 Bernabei et al.(1998)以實驗法探究整合式照顧對個案健康的影響，該研究結果發現醫療與社會整合式照顧的投入確實能降低個案在醫院或護理之家的停留時間，整體的生理與認知程度降低狀況也趨緩。Bird, Kurowski, Dickman and Kronborg (2007)則以急診利用率、住院率、平均臥床日數等數據，

採前後測的方式，測量澳洲民眾參與整合照顧計畫的成效，其結果亦顯示民眾因急性醫療利用頻率降低，使整體財務支出下降。同樣的，Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, Tousignant, Contandriopoulos and Dallaire（2006）也以住院時間及急診利用等因素來檢視加拿大的高齡體弱者整合服務（Services Intégrés Pour les Personnes âgées Fragiles, SIPA），其結果也顯示，即使參加 SIPA 計畫者平均而言，因接受更多居家式照顧而導致整體成本上漲，與未參加計畫者相較單位成本並無差異，健康狀態及死亡率亦沒有顯著差異，但參加者住院時間確實有所減少。

另一方面，也有部分的研究顯示整合照顧的效益並不如預期。如 Kodner（2002）檢視美國、加拿大、義大利與澳洲等國的整合照顧服務計畫，也發現即使整合確實帶來一些效益與服務彈性上的改進，但部分整合照顧仍是無法產生預期成效；如美國的 Program of All-inclusive Care for the Elderly（PACE）計畫雖降低參加者的財務負擔，但服務涵蓋的人口數相對少，另一 Social HMO 計畫則雖照顧者表示對服務滿意並覺得非常有幫助，醫療耗用也相對較少，但整體財務上並無較節約；加拿大 SIPA 計畫則是難以促進醫師參與，即使個案的急診利用率下降 20%，但整體成本卻上升 5%，澳洲的實驗計畫則是成本同樣沒有下降。另一項 Hoogendijk（2016）研究，則比較三項荷蘭採用問卷調查及電子病例分析的既有研究調查成果，發現三項中有兩項研究認為整合照顧對社區體弱老人早期功能性失能的影響很小，僅一項研究表示可能存在一點效益。

縱然整合照顧研究，並非一致肯定整合照顧的效益，但如 Øvretveit, Hansson and Brommels（2010）所述，即使整合照顧尚不完全確定能否產生更好的成效與成本控制，但確實發現結構與流程改善能提升照顧成果。面對社區照顧個案的複雜需求，整合照顧本身的實務操作複雜度高，涉及面向多，其所產生的效益也可能需要長期觀察才能完整呈現，將之與一般各自獨立運作的分散照顧成

果進行短期成效比較，恐難以觀察其顯著的差異。另一方面，如同「住院日程減少」也可能間接反應出降低疾病惡化或是增加個人生活滿意度等潛在效益，如何將時間的因素與合宜的測量指標納入，仍是觀察整合照顧成效的重要考量。

整體而言，整合照顧的效益與需求仍是被肯定的，因此各先進發展國家才會全面發展或小規模的推動整合照顧計畫，且不管各國如何侷限於自身既有的健康與社會照顧體制框架，整合照顧的發展仍有約略歸納出依制度發展脈絡。

三、整合照顧的發展脈絡

(一) 整合照顧的起點：慢性病健康管理

Goodwin et al. (2017) 主張整合照顧是源自 1978 年 WHO 的阿瑪阿塔宣言 (Alma-Ata Declaration Primary Health Care)，早期整合照顧側重疾病管理，從各種慢性病照顧模型發展開始，直至發現單純慢性病管理模式並不能滿足患者的全部需求，進而逐步納入初級健康保健 (Primary Health Care) 的概念，與促進病人的自我管理能力和賦權。此種逐步在體制中強調個人賦權的狀況，也源自於慢性病管理越來越注重「以人為中心」的訴求。World Health Organization (2017) 所提出的「Integrated Care for older people (ICOPE)」其中一項核心便主張，高齡者不只是一個失能與健康惡化的「載體」，而是具有獨特經驗的個體，因此應在「承認特殊的生命經驗」的條件下，需提供適當介入與協助，支持高齡者維持生活自主與生活品質。

另一方面，源於基礎健康管理的發展，眾多整合照顧基本上也會強調大量的溝通與協調。諸如 Johri, Beland and Bergman (2003)、Nies (2004)、Reed et al. (2005) 等研究認為，不管整合照顧的特質或是限制都涉及管理，因此也

強調各面向中溝通與協調的重要性。因為，整合照顧並不只是一套工作守則，當中更涉及轉換照顧過程中的服務界線及整合範圍的釐清（Gröne and Garcia-Barbero, 2001）。不僅如此，近代各種照顧專業的發展也都不斷重新定義公與私之間的照顧責任界線，因此需要大量服務提供者和被照顧者之間的協商（Leira and Saraceno, 2002）。因為各層面間的界線釐清，並不能僅透過一套良善制度規劃或財務管理制度就可以完全解決，而是需要大量的意見與想法交換。因此，美國老人醫學協會醫療保健系統委員會（American Geriatrics Society Health Care Systems Committee）對於整合基本實務操作建議中，第一項便是建議臨床專業者，除必須要確保轉銜落實外，同時需讓個案及其照顧者參與照顧計畫研擬（Coleman and Boulton, 2003）。Reed et al.（2005）在微觀層次同樣強調增加使用者參與、支持使用者進行協調並獲得相關的服務等的重要。換言之，系統性的組織管理只是整合照顧的表徵，核心目的仍是建構一個利於溝通的環境，達到整合的效果。

（二）從慢性病管理到自我健康管理

整合照顧強調溝通、協商。然要確保溝通與協商得以順利進行，也必須確保在整合照顧中的每一個角色，都可以善盡自己的責任及有相應能力進行溝通，尤其是被照顧者。

美國史丹佛大學在 1980 年代所發展出來的慢性病自我管理計劃（Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP），被 20 個以上國家採用；CDSMP 是在「自我效能論（self-efficacy theory）」的理論基礎上，設計出來增進慢性病患者生活管理信心的訓練課程，當中包括對醫療知能、個人角色及情緒管理等面向的增強（Yukawa, Yamazaki, Yonekura, Togari, Abbott, Homma, Park and Kagawa, 2010）。實質操作模式則是透過 6~7 週，每週 2.5 小時的工作坊形式來提升個人的自我管理。Ahn, Basu, Smith, Jiang, Lorig, Whitelaw and Ory (2013)

觀察全美國 CDSMP 方案參加者，發現使用急診的次數顯著減少 5%、住院減少 3%，其認為此效益相當於每名參與者潛在淨節省 364 美元，並認為該方案的效益凸顯出公共衛生三級預防干預措施的價值，也認為政府應以政策來支持 CDSMP 的廣泛運用。Ahn et al.(2013)對 CDSMP 效益的肯定，甚至推估 CDSMP 的投資報酬率可達到 1：1 的具體成效。

以英國為例，國家健康服務 (National Health Service, NHS) 在長期龐大的公共健康照顧財政壓力下，具有積極引入個人健康管理的誘因，且英國不僅引入 CDSMP，同時也更加強調 CDSMP 中對個人健康維護的責任。整體而言，英國 CDSMP 的執行狀態與結果，普遍明顯降低門診與急診的使用，具有實質的經濟效益 (Ahn et al., 2013; Lorig, Sobel, Ritter, Laurent and Hobbs, 2001; Richardson, Kennedy, Reeves, Bower, Lee, Middleton, Gardner, Gately, and Rogers, 2008)。Lorig et al. (2001) 發現將增進個人慢性疾病自我照顧管理的教育方案在社區中實際運作，一年期間計劃參與者在健康行為 (訓練、認知症狀管理以及與醫生的溝通)，自我效能和健康狀況都有所改善，急診就診次數較少、門診就診人數略減少，而計劃費用估計為每位參與者 200 美元左右；大多數患者的健康在統計學上也都有顯著改善，急診就診次數也減少。且兩年後，Lorig, Ritter, Stewart, Sobel, Brown Jr, Bandura, Gonzalez, Laurent and Holman (2001) 再針對接受訓練的個人追蹤調查，也仍是保持同樣的結果；發現透過自我管理教育方案，可減少個人的健康困擾並減少門診就診次數；更重要的是部分參與者平均狀況雖仍有增加慢性病且殘疾，但並未顯示出其他任何健康狀況的惡化，住院次數或住院天數更沒有顯著增加。

依據英國 Department of Health (2005) 的報告，英國家醫科醫師 (GP) 進行的醫學檢查中約有 40% 被歸類為輕症，但在輕度疾病上花費了醫療總勞動量

的 75%，所以，倡議民眾自我照顧除了為了讓醫療資源得到妥善的運用，另一方面也可以產生提高個人滿意度。因此，Department of Health (2005) 認為在自我照顧與整體健康照顧的結構中，專業照顧應不占最核心地位，相反的，自我健康管理與支持人民自我健康管理的環境才是最重要的核心（見圖 1、圖 2）。

英國將促進自我保健做為優先事項，強調個人責任的因素，可能導因於國家健康服務系統（NHS）資源有限的考量，且為了更深化個人責任的落實，除了原有的 CDSMP 計畫之外，更以自我照顧為核心，提出更進一步的加強計畫。

「病人專家計劃」（The Expert Patients Programme；EPP）作為英國慢性病管理政策的重要核心，旨在發展個人的自我管理技能，增強個人的信心和動力以更有效地控制自己的生活和疾病，同時透過支持自我管理的環境，改善人們長期的生活質量；而後續的研究也展示，促進個人自我照顧技能的介入是具有實質正面效益的（Rogers, Kennedy, Bower, Gardner, Gately, Lee, Reeves and Richardson, 2008）。但在英國，促進個人健康照顧的能力與責任，並不是將健康責任消極的回歸個人，其中仍包含建設各種積極且透明的專業諮詢資源管道，以及各種社區資源的納入，以建構有利於個人自我照顧的環境為目標，並不限於對個人自我疾病照顧或是健康維護的教育。

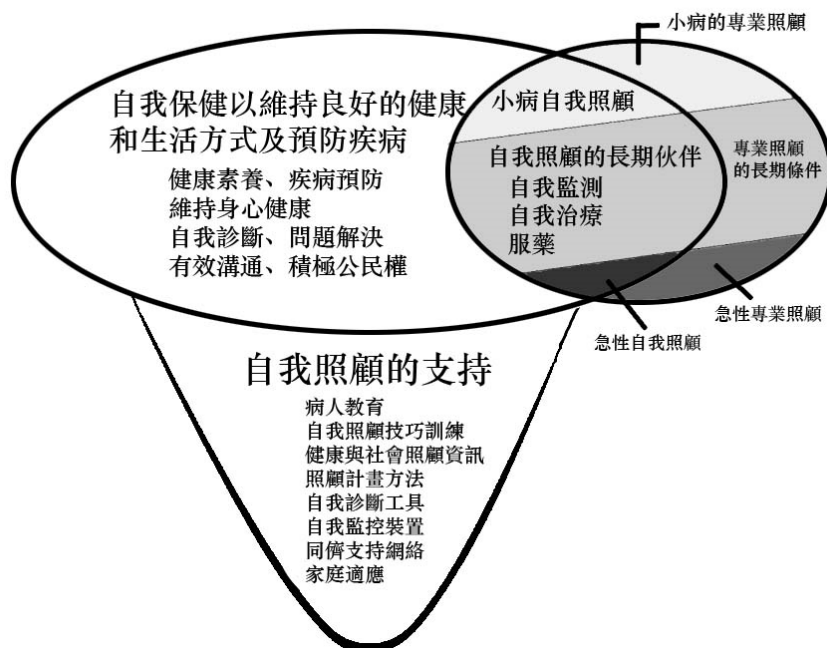


圖 1：英國自我照顧與自我照顧支持結構

資料來源：Department of Health (2005)

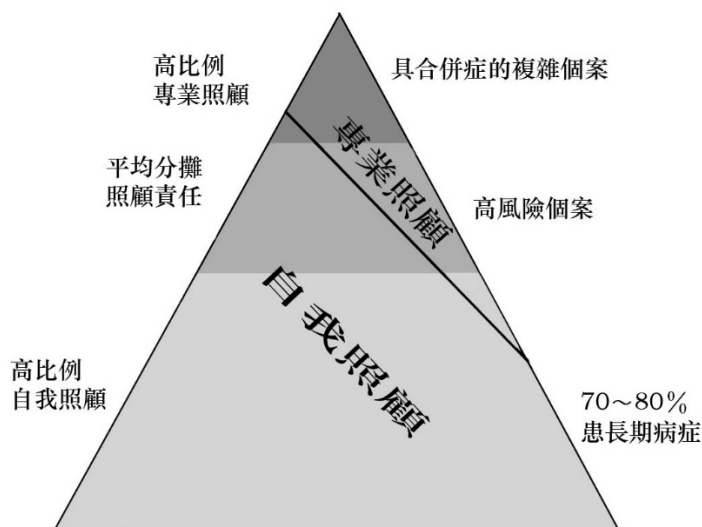


圖 2：英國專業照顧與自我照顧間的比例

資料來源：Department of Health (2005)

（三）自我健康管理到社區共生

在東亞國家中，對台灣整體健康及社會福利體制影響甚深的日本，也與英國相同，不停留在提倡個人自我照顧責任的層次，而是從結構面建構支持體系，且不以個人為單位，轉以「社區」作為建構的主體。日本國立保健醫療科學院上席主任研究官松繁卓哉（2012）歸納分析日本整體照顧政策發展的沿革、脈絡，認為日本的制度是源自於英國形式的 CDSMP，並更發展/銜接公共照顧政策的社區照顧，用以支持個人達到自我照顧的目標。

除了少子化的因素影響，日本因醫療與公共衛生體制建置的斐然成就，使得日本成為世界中高齡化社會甚至超高齡化社會發展進程最快的國家。為了因應急速增加的高齡人口照顧需求，從 70 年代便開始辦理「免費老人醫療」制度，接著銜接介護保險前期的「黃金計畫」，其後又因為要因應醫療體制負擔、社會性住院等種種問題，2000 年開始實施介護保險。如何善用有限資源在家庭功能快速式微的狀態下，照顧越來越大量的高齡人口，成為日本高齡政策中最核心的考量。因此，近年日本也開始著眼於整體性的社區照顧推展。

厚生労働省（2018）在「深化社區整體照顧，實現社區共生社會（地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現）」的文件中，清楚的揭示未來日本政策的規劃將以社區為基礎，將高齡者、身障者及兒童的照顧需求都納入社區軟硬體建置考量。除了將社區作為一個福利服務建置的基本單位，與長期照顧（介護保險）體制強調個人接受服務協助的概念相較，明顯強調個人在照顧歷程中的責任，不再只是一個服務的接受者。且涵蓋的責任範圍也不僅在於健康維護，而是更為總和的社區參與責任。如在前述的官方文件中，「以整體社區發展為己任（我が事・丸ごとの地域づくり）」為題，強調地區發展與個人責任的連結，重視培養居民對在地課題的問題解決能力，「社區共生（地域共生）」概念也由此而生。

日本政府在其「健康幸福社會(健幸社會)」的策略框架下,期待透過「產、官、學、民」的合作,永久地促進、創造滿足「連續性、全面性和持續性」三個發展條件,並兼顧人文、社區和社會共同發展的目標下積極發展實施策略,其基本目標包括社區居民的整體生活品質提升、人際關係與協力合作關係的建構、社會參與、資源的連結與整合等等(山本勝、史文珍、永井昌寬與橫山淳一,2013)。個人的健康維護責任是此大框架下的一環。因此,對社區中的高齡體弱者,會透過「社區整合照顧服務體系(地域包括ケアシステム)」,納入居家式服務、醫療、長期照顧、長照預防、生活支援等五大要素,目標是建構一個高齡者即使在需全天照顧的失能狀且獨居的狀態下,也不需要入住養護機構,而是居住在習慣的社區中,持續生活(游曉微、鞏愛華、植村尚史與陳雅美,2019)。

在強調個人綜合性社區參與責任的框架下,日本政府提出自助、互助、共助與公助¹主張,系統化切分政府、組織和個人間的責任分野(松繁卓哉,2012)。漸進式的責任分攤訴求中,個人對於自身生活維持的責任被置於核心首要地位。但以促進個人健康維護責任為例,與英國相較,日本政府更著重於發展各種整合照顧服務的提供,卻缺乏系統性的協助個人培養相對應的自我照顧能力。因此,松繁卓哉(2012)認為若日本沒有發展如英國一般,有系統、有計畫的培養個人落實健康維護責任的能力,逕自強調自助、互助等策略,將潛藏許多問題,尤其日本人民也不像英國人民重視自我照顧責任,結果將易導致政策規劃定義不明、照顧責任界線不清的問題影響,進而影響整體政策成效。

¹ 自助是透過工作或年金收入支持個人的生活並保持健康;互助,是指非正式協助,包含社區互助、參與志願工作;共助,則主要是指來自各種社會保險制度的協助;公助,則是在無法解決的貧困等情況下的社會救助介入(松繁卓哉,2012)。

早在 1970 年代前半，日本便對社區照顧有相當多討論。社會福利學者岡村重夫早期便發表社區福利論（地域福祉論），主張社區照顧必須基於居民的社區認同（身份感），因為社區照顧必須全面考慮個人生活需求，同時考慮特定社會福利價值觀，以及瞭解人們及其家庭的生活條件，只有透過當地社區的各種服務組織、團體和機構以及處於條件弱勢的人共同合作與協調，才可能落實；但 1970 年代後半期以來，日本關於社區福利的討論重點便逐漸從社區照顧轉向個人的居家服務與福利社區化的發展（川島ゆり子，2007）。換言之，岡村所主張的社區照顧並沒有獲得開展，後續的政策發展更從社區轉入家戶之中，政策強調提供服務滿足個人需求更勝於支持個人社區參與，此是松繁卓哉主張日本人民缺乏對自我照顧責任的重視的遠因，亦成為當前政策潛在的近憂。

不管整合照顧是在「以人為本」的訴求或提升服務效益、需求滿足的因素下在各國的開展，如 Goodwin et al. (2017) 所言，「整合」是一種廣泛的思維和原則，即便在不同的定義之下，最終的目的都在於達到三重（Triple Aim）目標：改善成本效益、改善照顧經驗與改善健康產出；三者必須由政策制訂者、服務提供者與服務使用者共同努力才能實現；但若僅是為了提升成本效益來推動整合照顧，通常會以失敗收場。不管是英國或是日本，兩國的整合照顧發展都不只停留在照顧服務輸送及體制整合，同時也進一步納入強調個人健康維護責任的策略，從而實現政策制訂者、服務提供者與服務使用者共同努力的目標。台灣作為逐步建構高齡照顧體制的國家，也應從他國的經驗中，檢視整體政策發展的規劃。

參、台灣健康照護與社區照顧發展

台灣的照顧相關體制與政策發展，因行政體制因素切分為衛生部門主導與社會部門主導的兩大體系，兩者各自發展。即便後續在行政體制上，將行政院衛生署結合行政院內政部的部分業務，改制為衛生福利部，並且也在 2008 年建構正式的長期照顧制度，用獨立制度提供高齡體弱者一套社會照顧服務，並在當中納入部分醫療照護服務，如居家護理與居家復健、居家藥事等。因此長期照顧政策可說是台灣強調整合照顧的正式體制發展的第一步，但實際上這套制度發展，除同樣有早期疾病管理發展的背景，原有的社、衛政居家/社區服務，卻沒有在長期照顧政策的推動下獲得良好的彙整。

一、從疾病管理起步的健康照護

台灣自 1985 年推動實施「籌建醫療網計畫」，開始進入醫療體系的整合期，籌備醫療網以整合各自發展各類醫療機構、均衡醫療資源分佈、提高醫療服務品質與改善醫療作業與管理效率；1986 年開始執行醫療網計畫，配合醫療法的實施，將台灣劃分為不同的醫療區域，改進醫療服務的整體管理效能，並加強醫療服務的供給量；醫療網實施 4 期 20 年後，2005 年接續推動「全人健康照護計畫」，2009 至 2012 年實施「新世代健康領航計畫」等；在社區的部分，自 1999 年起，也不斷擴大推行社區健康營造中心，至 2004 年共有 302 個社區營造中心，協助、鼓勵及指導社區組織動員社區力量，以推動建立健康社區（王榮德、江東亮、陳為堅、詹長權，2015）。

另一方面，跨專業整合策略發展，台灣一開始也以慢性病或安寧照顧為主，如 1996 年衛生署於宜蘭縣試辦、2002 年全國開辦的「糖尿病共同照護網計畫」（劉棻，2006）；1995 年開始補助醫院開辦住院安寧療護及強調跨專業整合的居家安寧（趙可式，2009），乃至 2009 年隨著病人逐漸產生跨方案整合需求，為避免多重慢性病人有多位個案管理師提供服務，促使中央健保局試辦的「多重慢性病整合照護計畫」（李曉伶、吳尚琪，2013）。後續，又於 2015 年開始舉辦「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，以提高醫療可近性、減少不必要社會性住院，提供病人整合全人照護；2019 年再依病人需求狀態，將服務整併為「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三階段服（全民健康保險局，2019）。居家醫療照護整合計畫旨在整合多項醫療照護在居家場域進行，包括出院三管（氣切管、鼻胃管、尿管）患者、慢性精神病患者、呼吸器依賴患者、末期病患安寧等之居家照護，與特殊身心障礙患者與失能老人到宅牙醫醫療服務等，這些都是因服務場域轉變、病患需求複雜以及症狀長期持續，而體現的醫療相關整合照顧實踐。

至 2017 年「第八期醫療網計畫」仍持續以「建立以人為中心，社區為基礎的健康照護服務模式」為核心工作目標之一，強調由衛生局主導評估轄區健康資源與人口需求，統籌調度轄內衛生所、醫療、社區資源與人力，促進社區內衛生、教育及社會等各類資源之整合；並且，結合基層診所及社區資源，如衛生所、長照中心、福利機構等，連結醫院出院後服務及社區長期照護資源，發展疾病別（如失智症、慢性多重性疾病等）之自醫院至社區的整合性健康照護服務模式及服務網絡，強化出院轉銜機制，以及逐步落實家庭醫師制度，同時以社區醫療群為基礎，提升基層診所醫療品質與量能，強化醫師全人醫療照護能力及疾病管理能力，並著力於分級轉診制度的建立（衛生福利部，2017）。

2003年SARS後，健保局推動「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫（家醫計畫）」希望強化社區醫療的量能，同時也在醫療網的大框架之下，透過「社區公衛群服務與資源整合試辦計畫（社區公衛群）」，建構社區公衛體系，由各承接計畫的醫療院所自主規劃與連結社區內的可用資源，例如，台北市東區便整合發展包括「家庭醫師共同照顧網」、「社區用藥安全照護網」、「青少年憂鬱症共同照護網」以及「居家護理長期照護網」等服務網絡（楊慎絢、陳麗雪、廖峰偉、邱怡玲、徐惠松、黃芬芬、陳金雀、陳柳鶯、邱文祥，2005）。

在社區醫療政策上，儘管由體制核心發動的方案具有相當大的能見度與影響，但落實上仍會因經過層層改變而成效不一（林文源，2019）。以家醫計畫為例，選擇加入診所會員的家庭，其實早就已經對所加入的診所所有高度「忠誠度」，健保對參與計畫的診所給予的健康管理費，只是讓診所醫師可以將過去散滯的各種病歷資料加以整合，是否真的對臨床整合有幫助是很值得懷疑的；且除非個案的病情複雜、棘手，許多診所醫師早已不習慣將病人轉診到醫院，反而比較願意將病人「介紹」給其他熟識專科診所就醫（宋松遠、張慧如、陳銘樹、錢慶文，2007）。

台灣在當前制度影響下，使得醫療機構跨越以往醫療照護與社區照顧的分野，發展多元服務樣態。此種單一服務提供單位的複合式多元發展，雖易於在組織面達到整合的目標、對治服務的碎片化，卻也可能限縮多元服務提供者的發展。台灣跨出慢性疾病管理類型的整合照顧發展，整體而言仍在初起步階段，不僅是政策、體制面的初起步，在既有的整合實務運作中，不同單位、組織與專業間資訊協調與溝通不足的問題也同樣存在（李佩芳、鄭清霞，2019）。照顧資訊的共享、共用，以及以個案為中心的討論平台需求，實則已經超脫過往由單一機構針對各自的病患進行疾病管理及健康促進的範疇，又加上社會照顧

需求及服務的引入，更不會使得整合照顧只是作為單純過往慢性病管理的複製、延伸或強化。即便在英、日的經驗中也並非是以強化相同的制度予以因應新時代的需求。台灣過往並非以家庭醫師為醫療服務的主流，醫療服務集中化的現象，使得由上而下的長照政策發展之後，社區醫療難以在社區慢性病的管理經驗上，承擔銜接社會照顧與健康照顧、健康促進的角色。

二、社區發展政策下的社會照顧

社區是指居住於某一地理區域，具有共同關係社會互助及服務體系的人群（行政院衛生署，2009）。社會照顧則是指提供協助給人們，以維持他們生理及社會層面的獨立生活，通常提供安養機構、日間照顧中心的照顧，或居家照顧；典型上，通常包含人們的社會支持以幫助個案維持跟家人、朋友的互動與接觸，發展社會技巧以及獨立生活的技巧（黃松林，2009）。完整的社會照顧範圍深廣，而限縮在以「社區」作為照顧場域者，則是社會照顧下定義相對單純的社區照顧。

台灣出現較明確的社區照顧政策是從 1991 年頒佈「社區工作綱要」開始，明訂社區發展工作項目包括「社會福利之推動」，至 1994 年內政部公布「社會福利政策綱領」更出現「結合社區資源建立居家照顧服務網絡」、「結合區域內相關老人（或身心障礙機構）辦理各項社區化福利服務」等文字。同時，1994 年台北市針對老人及心智障礙者推行四個社區照顧的實驗方案，這是我國首次以「社區照顧」為名的實驗方案（賴兩陽，2000）。

具體政策面，政府於 1994 年提出「社區總體營造政策」，以促進國民自主參與公共事務，並希望藉此整合臺灣民間的社會力（文化部，2015）。另一方面，內政部則依據「全國社區發展會議」結果，於 1996 年 5 月訂頒「加強推

展社區發展工作實施方案」，開始實施、推動福利社區化。並於同年 12 月制定「推動社會福利社區化實施要點」，當中福利社區化的 5 項原則中，便包括福利規劃整體化、福利工作團隊化（張英陣，2016）。等兩項具有社區整合照顧意涵的工作原則。

後續於 2002 年再提出「新故鄉社區營造計畫」，其中的「社區人力資源開發」乃是希望能夠運用社區婦女人力資源，進行社區老人照護、社區幼兒照顧、社區學童課輔及運用社區青少年人力資源協助推動社區活動等等；2005 年則提出「臺灣健康社區六星計畫」，對於社區營造的政策提出更具體的分工（文化部，2015）。其中，在六星計畫的框架之下，推動的「社區照顧關懷據點」更是期待由非營利組織結合社區內、外資源，對高齡者提供照顧關懷服務。但在此項服務，是否能增進個人對服務需求的滿足及增強個人參與服務供給歷程的討論能力，仍有待商榷。

整體而言，1991 年以前的老人照顧，政府僅以機構照顧和零星的居家護理或日間照護介入，絕大多數需照顧的老人，仍是留在家中。1991 年以後，政府才開始以居家服務的方式介入，並開始建構社區福利服務體系的政策；其中，最主要的特色之一，即為開始以補助或契約委託的方式，鼓勵志願部門提供服務；政府原先在老年照顧所佔的角色是非常薄弱的，除了提供比例甚少的機構式照顧外，正式提供支持、補充或強化以家庭或社區為基礎的直接服務輸送甚少（黃源協，2001）。

根據王仕圖（2013）對社區照顧關懷據點的調查，據點提供的服務項目，主要集中在「電話問安及諮詢」、「關懷訪視」和「健康促進活動」三種類型，而涉及高齡者營養的「餐飲服務」則易受承接單位資源籌備因素影響相對較少提供；另一方面，在資源整合操作面，據點所進行的資源連結，較易傾向資源

分享或個案轉介等非正式的合作模式；與其他領域連結方面，政府是連結最多的對象，其次則是醫療院所，用以舉辦健康講座等活動。以社區支持個人接受整合照顧服務而言，社區關懷據點的功能相當有限，且關懷據點的運作顯然也易受政策計畫引導及本身資源的限制，而傾向提供固定的服務項目。

但另一方面，以社區老人餐食服務為例，陳燕禎、謝儒賢、施教裕（2005）的研究也發現，承辦單位會依據外在資源的可獲性與內在資源的可行性來取捨服務的提供與否，表面上似乎是種理性的決策的過程；然而，實質上，受訪單位主要是為了尋求「經費」而跟隨著「政府的補助方向」而舞動，而在既有服務上「附加」或「創新」一個組織原來不提供的服務，此種短期的「經費迎合」策略對組織的長期發展而言，可能有模糊組織使命與降低自主性的負面隱憂。同樣的，此種短期迎合經費補助項目的操作方式，也易使餐食服務與其他多元服務在整合面遭遇困難，除了與其他專業服務（如居家營養），容易受到經費補助與否牽制，另一方面服務本身也潛在許多變數，端視服務提供單位本身的量能與態度而定。

社區發展的目的是藉由居民的參與以促進社區歸屬感與社會融合（張英陣，2016）。但政府的補助或契約委託的型式卻反而使得社區中的服務提供單位，成為單純因應政策需求的服務提供者，因而缺乏居民共同參與共同決策的意涵。在整合照顧的架構中，每一個服務提供單位，都應可從各自的專業服務角色考量、研議謀求個案的最大福祉。但服務提供單位若僅依循經費的供給而決定服務的樣態，就很難達到這樣的目標。尤其，自 1968 年「台灣省社區發展 10 年計畫」開展社區發展業務起，應是推動社區工作的基本社區人民團體的社區發展協會，在扮演社區永續發展的中介組織角色上，總處於基層政治派系的糾葛中，不斷遭致詬病（林明禎，2011）。在牽涉地方政治與政府經費補助的影響

下，便更難產生具有系統的、有結構的、統整的，並得以反應個人需求的整合社區照顧服務體系。

三、獨立發展的長期照顧政策

本身即應是體現整合照顧精神的長期照顧政策，雖從先導計畫開始，推動制度的核心成員便整合社政、衛政相關領域的專家學者，制度設計也跨越了社政與衛政的藩籬，但長照政策對於原本社區照顧及健康照護卻產生了各種程度不一的影響。對健康照顧體系而言，引導了更多原為集中式管理的醫療服務提供單位，走入社區提供各式居家或社區式服務。對於原本就依賴政府計畫支持甚深的社區照顧則帶來更深遠而根本的影響。

長期照顧政策的發展，依衛生福利部護理及健康照護司（2013）彙整，核心政策包含 1998 年「老人長期照護三年計畫」、2000 年的「建構長期照護體系先導計畫」，至 2008 年實施的「我國長期照顧~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」是為我國正式長期照顧制度發端。之後更有為加強資源不足區域獎勵資源發展，提升照護機構服務品質擬定的「長期照護服務網計畫 102 年至 105 年中程計畫」。至 2016 年提出「長期照顧十年計畫 2.0」計畫，將既有長期照顧服務輸送體制重新劃分為社區整合型服務中心（A 單位）、複合型服務中心（B 單位）、巷弄長照站（C 單位），重新劃分各級服務提供單位的任務與責任，同時擴張服務範疇（衛生福利部，2016）。

長期照顧制度發展，對於既有的健康照顧及社區照顧，都提供新制度財源的引入，因此使得原本從事急性醫療的醫療單位及社區照顧因為長照給付、支付制度的影響，改變了原本社區發展的樣態。健康照護面向，在衛生福利部社

會及家庭署（2017）於社家老字第 1060104188 號函所示²彈性放寬醫院辦理日照中心及居家護理等長照業務，並可結合居家服務設置長照 A 級單位後，使各大醫院積極投入長期照顧服務佈建，除整合各醫療專業提供居家類型的服務外，也發展其他各項社會照顧相關服務。促使許多醫療財團法人醫院結合非營利的基金會組織各種照顧服務，包含醫療照護（急慢性醫療、居家醫療等）與社會照顧（日間照顧、居家照顧等）等。即如台北市立聯合醫院一方面發展以居家醫療為基礎的整合醫療照顧（黃喬煜、黃勝堅，2018），同時也參與台北市蘭州社區的「石頭湯」計畫，參考日本柏市的長期照顧服務模式，擇定高齡人口集中的國宅及附近區域設立整合式服務的單一窗口，以建置完善整體長期照顧支持網（周姚均、楊美如、陳麗如、曾湘玲、翁瑞萱、劉志光、白裕銘、李易翰、孫文榮、黃勝堅、陳靜琳，2018）。

社區照顧的部分，在長期照顧政策投入以及對人口老化、高齡者照顧的強調之下，社區也越來越扁平地被強調其「服務場域」的角色。如張世雄（2018）認為社區最後僅是被政治地納編為高齡社會中健康與社會照顧制度的一個單位環節：在地性的社區關懷據點。社區中其他功能與角色並沒因為長期照顧制度的推動而促進社區居民對社區事物共同參與、互動、自決，建置「全人照顧」、「以人為本」的社區照顧。黃松林（2009）認為雖然台灣自 1995 年以來大力推動福利社區化及社區照顧政策，但在 2007 年推動長期照顧 10 年計畫後，又陸續規劃長期照顧保險，長期照顧服務逐步醫護化、高價化的趨勢，使政府多年來推動社區照顧層次已有面臨瓦解的可能。

² 社家老字第 1060104188 號函示內容為「為自 106 年 4 月起彈性放寬申請資格，醫院（含區域醫院、地區醫院）辦理日照中心及居家護理（或居家復健），並結居家服務單位者，可設置 A 級單位，鼓勵醫療機構發揮專業量能，共同投入辦理」。

長照政策並不是將既有健康照顧及社區照顧強化與整合，而是在照顧高齡者健康及生活的目標上，獨立引入一套制度，發展立基於整合基礎的服務輸送嘗試。如蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪（2015）對屏東市「日間托老中心」實驗方案的觀察，強調在「資源整合、全人照顧」的目標下，跳脫原本的地域限制跨區提供服務，實質整合各種服務在托老中心供給，包括由在地社區關懷協會提供送餐服務、由職能治療師公會提供簡易復健、由衛生所公衛護士定期巡迴訪視，依據護理需求評估提出護理計畫、用藥指導、飲食營養、預防感染、異常情緒處理等等；另外並邀集不同專業人員參與或作為外聘督導，提供跨域整合服務之建構建議。但長照服務提供者在訊息整合、合作分工等的整合也同樣遭遇困難。包括蘇淑貞等（2015）認為屏東市日間托老中心的運作面對各專業服務如何配搭及服務界線的劃分，還需再磨合、分工，以建立整合服務模式。李光玉與蕭玉芬（2009）對於嘉義市社會福利措施及團體家屋經營進行研究結果，也建議仍需增強照顧服務的照護人員對相關福利制度的全面性了解。

日本岡村重夫的「社區福利論（地域福祉論）」主張因社區是由人們利益多樣性的構成，人們也會因為利益而對社區產生共同感、認同感，社會照顧也必然需在此基礎上生成（川島ゆり子，2007）。這並不意味著社會照顧僅是將社區視為服務提供的場域，相反的應是培養居民的認同與共同感後，賦予居民整合及共同提供照顧服務的能力。張世雄（2018）認為，在長期照顧政策下，搖擺在市場化的社區小型機構和被「準市場化」為連鎖便利商店的照服機構和社區據點之間以符合所謂的「在地老化」和「全人照顧」的願景，實際上卻是使用套餐點餐模式，逐漸計價和累加服務的品項。換言之，即過去長期以來仰賴政府計畫經費挹注的社區照顧，在長照資源的投入下使得原有的社區照顧更加傾向以市場原則運作，越來越趨於商品化。同樣的，此種發展也對健康醫療

體系帶來隱憂。陳美霞（2011）便認為台灣社區醫療與社區公衛逐漸市場化及商品化的長遠影響，並不利於國人整體疾病預防與健康維持的發展。

肆、結語與討論

台灣的長期照顧雖然主張在社區/居家整合服務的提供，但長期照顧政策本身並不是建構在社區發展的基礎上，強化社區居民對社會照顧的概念，也並非以社區為發展的核心重新強化基層的公共衛生照顧體系。當長期照顧制度帶著嶄新的服務支付給付規則進入社區時，舊有制度開始調整各自的作法以因應更強勢的長期照顧制度需求。從服務整合的鉅觀層次觀察，顯見台灣在制度面並沒有一套有系統、全面性的統整規劃，社政、衛政及長期照顧的政策各自運作。在中觀層次的服務輸送單位，則顯然因為制度面的未整合及釐清整體的發展策略，導致各單位各自尋求最有利的擴張發展管道，各自發展各自的整合策略，在微觀層面的個人，則端視個人所處環境的資源多寡，獲得不同的資源，位於資源缺乏或缺乏整合區域者，則需面臨各種複雜的個案管理，以及服務的分散供給。即便制度會在動態發展中逐步修正、尋求制度與實務間的平衡，並整合散落的服務供給及需求，但缺乏整體規劃與清晰發展基調的指引，也會存在整體發展方向背離原始目標的風險，成為整合照顧推動上難以預測的變數。

不管是英國強調由整體制度支持個人善盡個人健康照顧責任的策略，或是日本將社區建構承接個人在家庭之外的基本服務供給場，都是強調個人賦能與以社區為中心的建設，台灣過往在社區軟體建設的不足，使得服務的發展由政府機構及服務提供者更具主導權，使得整體服務供給更傾向任務取向與特定項目的需求滿足，而這樣的發展長遠來說也越會偏離英國或是日本的發展模式，而更傾向由服務提供者提供更多的「服務商品」，並視個人的購買能力或是政

府的給付支付能力而提供。此亦背離增進社區民眾及社區中的專業人員的賦能與共同參與的目標。而此購買-滿足模式的樣態，是否相較於英國或是日本的回歸社區與個人賦能參與，更能因應未來社會的照顧需求的質量變化及社會結構的變遷，則需更多觀察與討論。

世界衛生組織從 1999 年便對於「整合照顧」提出各種政策指引與建議，強調各國公衛、社會和其他各部門的多元專業團隊，參與在當地的社群中，以發展確保個人參與和認同的健康服務。因整合照顧是涉及資金、行政、組織、服務提供和臨床水準等一套連貫的方法和模型，為促進特殊個案群體的利益而進行的多方面促進融合的結果（Kodner、Spreeuwenberg，2002）。Goodwin et al.（2017）提及當 80% 需照顧人口皆具慢性病照護需求，又輔以近代「以人為中心」的訴求時，過往只注重疾病管理的模式也必然逐步轉向廣納不同面向的照顧服務供給，整合照顧因而從慢性病照顧模型（Chronic Care Model，CCM）發展而來；而世界衛生組織提出的「創新慢性病管理」，用「生產夥伴關係（productive partnership）」說明在病人、家屬、社區夥伴、服務提供者間的關係也擴張了單純疾病管理的概念。生產夥伴關係使過往具有高低位階差異的醫病關係更趨於平等，也因此健康維護與照顧需求滿足的歷程中，個人的參與成為重要的一部分。

在台灣，慢性病管理中促進個人自我健康管理面向，發展甚早並且完整。以「糖尿病共同照護網」為例，台灣自 1996 年便於宜蘭縣試辦第一個「糖尿病共同照護」計畫，至 2002 年推至全國；後續中央健康保險局更推出「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」；同時，也建設線上資訊管理交換系統；相關從業者也須通過當地糖尿病共同照護網的認證；政府也編寫「糖尿病共同照護工作指引」以及辦理全國糖尿病共同照護觀摩會；對於病人個人管理支持，則

以糖尿病衛教師搭配醫療門診，定期追蹤並提供病人相關的資源（衛生福利部國民健康署，2019）。圍繞在以疾病為中心的管理計畫雖發展完善，但卻無法因應人在社區中多元、複雜的社會照顧需求，個人可能具有多項疾病，也可能具有非疾病相關的照顧需求，如何擴張慢性病照顧（CCM）框架以銜接到更為整合的照顧體制中，並沒有明確的政策指引。

台灣的長期照顧制度雖具備 CCM 基本組成內涵，但並非在統整台灣過往照顧實務基礎上建構，結果除了影響過往既有照顧體制的運作，使其更傾向以符合長期照顧給付項目及支付水準而調整或規劃服務外，制度內也無規劃更加全面性的整合照顧發展策略，即便是最基本的資訊分享、交流的面向，也仍有許多問題。例如，一個長期追蹤的高齡體弱糖尿病患，如何將其長期疾病照護管理資料，整併入長期照顧體系與社區中提供照顧服務的相關人員共享，目前在制度面並沒有一套具體的整合策略，僅能依賴工作者各自尋求管道與方式整合，而各種專人員或是半專業人員在服務輸送過程中所需要的各種技術支援，即使現行具有長期照顧的照顧管理系統，仍是有使用上的限制，無法立即發揮承擔系統溝通平台的功能，因而使得許多替代性的交流與溝通方法出現，此現象並不利於長久的整體制度發展。

日本政府在 2010 年整體性檢討介護保險後，陸續投入社區型服務的建設，逐步的開展多元社區型服務；在 2014 年後至今則更為積極開展、整備社區服務資源（厚生労働省老健局，2018）。但光是布建社區服務輸送管道仍是不足的，因此，日本安倍內閣主導的日本高齡者照顧由社區住民的「照護管理」逐漸轉變為社區整體的「社區管理」概念；實務上即透過地方自治體的「社區管理」掌握社區實況與課題分析，在達成自治體設定的社區目標下，依社區需要探討如何運用及整備該社區「醫療與護理」、「照護與復健」、「保健與福利」、

「照顧預防與生活支援」以及「居住」等必要的正式、非正式服務資源（李光廷，2018）。

社區發展一直未能成為台灣公民社會的基礎，使得台灣在發展整合照顧服務之際，不能在公民社會的基礎上，迅速銜接作為照顧制度發展的基石。以蔡安佳（2018）對糖尿病人遵醫囑行為的研究為例，病人藥物遵醫囑程度最佳，其次是飲食控制，最低則是運動。顯然的，飲食及運動等日常自我管理與促進的內涵，必須仰賴個人參與執行，同時日常生活中若有足夠的支持也更易使個人產生有益的行為，但這種系統建置卻需要更全面性的統整規劃才能實踐。在促進個人自主健康管理的政策上，即使全民健康保險有「健康存摺」系統³，用來鼓勵民眾提升自我健康資訊管理、提升醫藥健康資訊透明度，但應用仍不普及，也非整體健康管理促進體制的建構。一如英國一樣的從各個面向規劃落實促進個人實踐健康維護責任的作法，仍值得台灣借鏡。

本文從整合照顧的發展出發，綜合英國與日本的發展經驗，從慢性病管理、強化自我管理到建構社區廣泛支持人民生活的社區共生，最後仍是回歸到社區本身的量能強化上。在台灣，照顧服務的整合一直著重任務性整合，而非體制上的整合。因此，不管健康照護或社會照顧，都在長期照顧制度的引入後，受到深重的影響。長期照顧制度在服務擴張需求與時間壓力下，給付支付制度的設計也使得市場化與商品化快速擴展，對於社區健康照顧體系及社會照顧體系都帶來相當的衝擊。「以人為本」、「全人照顧」的核心基礎仍是在個人參與整合照顧溝通協商能力提升與賦能上，尤其面對各種疾病慢性化的高齡體弱者，除了各種照顧政策的發展，同時建構足夠的環境支持，以促進個人對健康

³ 全民健康保險局健康存摺詳見：
<https://myhealthbank.nhi.gov.tw/IHKE0002/IHKE0002S01.ASPX>

責任的重視與落實也才能切實實現優質人性化照顧的目標，而台灣整體的高齡照顧體制也需在此目標前提下通盤檢討與再思考。

參考文獻

- 內政部 (2019)。《106 年老人狀況調查報告》。台北：內政部。(Ministry of the Interior (2019). *The Elderly Condition Survey Report 2017*. Taipei Taiwan: Ministry of the Interior.)
- 文化部 (2015)。《社區營造三期及村落文化發展計畫 (105-110 年)》。台北：文化部。(Ministry of Culture (2015). *Community Creation Phase III and Village Cultural Development Plan (2016-2021)*. Taipei Taiwan:Ministry of Culture.)
- 王仕圖 (2013)。〈非營利組織在社區照顧服務的協調合作：以社區照顧關懷據點為例〉。《臺大社會工作學刊》，27，185-228。(Wang, Shu-Twu (2013). The Coordination of Nonprofit Organizations in Community Care Service: A Research for the Community Care Stations. *NTU Social Work Review*, 27, 185-228.)
- 王榮德、江東亮、陳為堅、詹長權 (2015)。《公共衛生學 上冊》(修訂五版)。台北：國立臺灣大學出版中心。(Wang, Ron-gde, Dong-Liang Jiang, Wei-Jian Chen and Chang-quan Zhan (2015). *Public Health (Part I)* (5th Revised Edition). Taipei:National Taiwan University Press.)
- 全民健康保險局 (2019)。《全民健康保險居家醫療照護整合計畫》(106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂)。台北：全民健康保險局。資料檢索日期：2019.12.15。網址：http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/6894_1060032768-1.pdf。(National Health Insurance Administration (2019). Home Medical Care Integration Plan(Amendment to Announcement No. 1060032768 of March 1, 2017). Taipei:National Health Insurance Administration. Retrieved

15-12-2019, from http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/6894_1060032768-1.pdf.)

行政院衛生署(2009)。*《2020 健康國民白皮書》*。台北：行政院衛生署。(Executive Yuan Department of Health (2009). *Healthy People 2020*. Taipei: Executive Yuan Department of Health.)

宋松遠、張慧如、陳銘樹、錢慶文(2007)。*〈全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之評估－以花蓮某社區醫療群為例〉*。*《醫務管理期刊》*，8(1)，51-66。(Song, Song-Yuan, Hui-Ru Zhang, Ming-Shu Chen and Qing-Wen Qian (2007). Assessing the Outcome of NHI's Family Physician Demonstration Project-A Study of a Community Health Network in Hua-lien City. *Journal of Healthcare Management*, 8(1), 51-66.)

李光玉、蕭玉芬(2009)。*〈嘉義市失智老人社區照顧服務網絡之研究〉*。*《嘉義大學通識學報》*，7，21-64。(Lee, Guang-Yu and Yu-Fen Hsiao (2009). The Research of Community Care Service Network Giving to the Elderly with Dementia in Chia-yi City. *Journal of General Studies of Chia yi University*, 7, 21-64.)

李光廷(2018)。*〈日本建構「社區整體照護體制」的手法－以地方自治體的「社區照護會議」為中心〉*。*《長期照護雜誌》*，22(1)，7-14。(Lee, Guang-Ting (2018). The Method of Establishing “The Community-Based Integrated Care” System in Japan- Focusing on” The Community Care Conference”by Local Municipalities. *The Journal of Long-Term Care*, 22(1), 7-14.)

李佩芳、鄭清霞(2019)。*〈臺灣社區整合照顧的經驗與挑戰：以健康照護專業服務為例〉*。*《社會政策與社會工作學刊》*，23(2)，179-223。(Lee, Pei-Fang and Ching-Hsia Cheng (2019). The Experience and Challenge of Community -

Based Integrated Care in Taiwan: The Example of Health Care Services. *Social Policy & Social Work*, 23(2), 179-223.)

李曉伶、吳尚琪 (2013)。〈台灣慢性病人醫療利用之探討—以慢性腎臟病、糖尿病及高血壓為例〉。《台灣公共衛生雜誌》，32(3)，231-239。(Lee, Hsiao-Ling and Hsiao-Qi Wu (2013). Medical Utilization by Patients with Chronic Diseases in Taiwan: Chronic Kidney Disease, Diabetes and Hypertension. *Taiwan Journal of Public Health*, 32(3), 231-239.)

周姚均、楊美如、陳麗如、曾湘玲、翁瑞萱、劉志光、白裕銘、李易翰、孫文榮、黃勝堅、陳靜琳 (2018)。〈臺北市石頭湯計畫—蘭州國宅社區整合照護服務〉。《北市醫學雜誌》，15(3)，75-82。(Chou, Yao-Chun, Mei-Ju Yang, Li-Ju Chen, Hsiang-Lin Tseng, Ruey-Shiuan Ueng, Chih-Kuang Liu, Yu-Ming Pai, Yi-Han Lee, Wen-Jung Sun, Sheng-Jean Huang and Ching-Lin Chen (2018). The Taipei City Stone Soup Project: Integrated Community Care Program in Lanzhou Public Housing. *Taipei City Medical Journal*, 15(3), 75-82.)

林文源 (2019)。〈醫療實作的社會學：在地醫療—社會想像及實作對批判的啟發〉。《臺灣社會學刊》，65，127-178。(Lin, Wen-Yuan (2019). Sociology of Medical Practice: Implications of Situated Medico-social Imaginaries and Practices. *Taiwanese Journal of Sociology*, 65, 127-178.)

林明禎 (2011)。〈中介團體：台灣社區發展運作難題與另類選擇〉。《社會政策與社會工作學刊》，15(1)，137-166。(Lin, Ming-Chen (2011). On the Intermediate Group: Difficulties of Community Development in Taiwan and Its Alternative Choice. *Social Policy & Social Work*, 15(1), 137-166.)

張世雄 (2018)。〈高齡社會中的社區照顧與社區政策：社區要怎樣照顧？〉。《台

灣社區工作與社區研究學刊》，8(3)，1-34。(Chang, Shr-Syung (2018). Community Policy and Community Care for the Aged Society Let the Community “Care” for Us?. *Journal of Community Work and Community Studies*, 8(3), 1-34.)

張英陣(2016)。<〈福利社區化的省思：社區治理的觀點〉。《社區發展季刊》，154，44-55。(Chang, Ying-Zhen (2016). Reflections on Community-Based Welfare: Perspective of Community Governance. *Community Development Journal*, 154, 44-55.)

陳美霞(2011)。<〈台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析〉。《台灣社會研究季刊》，81，3-78。(Chen, Meei-Shia (2011). The Analysis of the Historical Development of Marketization and Medicalization of the National Public Health System in Taiwan. *Taiwan: A Radical Quarterly in Social Studies*, 81, 3-78.)

陳燕禎、謝儒賢、施教裕(2005)。<〈社區照顧：老人餐食服務模式之探討與建構〉。《社會政策與社會工作學刊》，9(1)，121-161。(Chen, Yen-Jen, Ru-Shian Hsieh and Chaiw-Yi Shih (2005). Constructing Community Care: A Study of Meal Delivery Service for Elderly People. *Social Policy & Social Work*, 9(1), 121-161.)

勞動部統計網(2020)。<〈產業及社福外籍勞工人數－按開放項目分〉。檢索日期：2020.10.23。網址：<https://statdb.mol.gov.tw/evta/jspProxy.aspx?sys=100&kind=10&type=1&funid=wqrymenu2&cparm1=wq14&rdm=I4y9dcLi.A>。(Ministry of Labor Statistics(2020). Number of foreign workers in industry and social welfare-by projects. Retrieved 23-10-2020, from <https://statdb.mol.gov.tw/evta/jspProxy.aspx?sys=100&kind=10&type=1&funid=wqrymenu2&cp>

[arm1=wq14&rdm=I4y9dcli. A.](#))

游曉微、鞏愛華、植村尚史、陳雅美 (2019)。〈日本介護制度沿革對台灣長期照顧體系發展之啟示〉。《台灣公共衛生雜誌》，38(5)，457-469。(Yu, Hsiao-We, Ai-Hua Gong, Hisashi Uemura and Ya-Mei Chen (2019). Lessons Learned from The Evolution of Long-Term Care Programs in Japan and The Implications for Taiwan's Long-Term Care System Development. *Taiwan Journal of Public Health*, 38(5), 457-469.)

黃松林 (2009)。〈老人長期照顧產業中的社會照顧品質〉。《台灣健康照顧研究學刊》，7，2-12。(Huang, Song-Lin (2009). Social Care Quality in Long-term Care for Elderly People. *The Journal of Taiwan Health Care Association*, 7, 2-12.)

黃喬煜、黃勝堅 (2018)。〈高價值居家醫療整合照護－臺北市立聯合醫院的經驗與願景〉。《長期照護雜誌》，22(1)，15-23。(Huang, Chiao-Yu and Sheng-Jean Huang (2018). High Value Home Healthcare System-Experience from Taipei City Hospital. *The Journal of Long-Term Care*, 22(1), 15-23.)

黃源協 (2001)。〈臺灣社區照顧的實施與衝擊－福利多元主義的觀點〉。《臺大社會工作學刊》，5，53-101。(Hwang Yuan-Shie (2001). The Implementation and Impact of Community Care in Taiwan-Perspective of Welfare. *NTU Social Work Review*, 5, 53-101.)

楊慎絢、陳麗雪、廖峰偉、邱怡玲、徐惠松、黃芬芬、陳金雀、陳柳鶯、邱文祥 (2005)。〈臺北東區社區公衛群之建構與運作〉。《北市醫學雜誌》，2(10)，926-933。(Yang, Sun-Shen, Li-Hsueh Chen, Feng-Wei Liao, I-Ling Chiu, Huei-Song Hsu, Fen-Fen Huang, Ching-Chueh Chen, Lui-Ying Chen and Allen W.

- Chiu(2005)Structure and Implementation of Community Public Health Team in Eastern Taipei. *Taipei City Medical Journal*, 2(10), 926-933.)
- 趙可式(2009)。*〈台灣安寧療護的發展與前瞻〉*。《護理雜誌》，56(1)，5-10。(Chao, Co-Shi Chantal (2009). Development and Prospects of Hospice Palliative Care in Taiwan. *The Journal of Nursing*, 56(1), 5-10.)
- 劉綦(2006)。*〈台灣糖尿病共同照護網推行現況與挑戰〉*。《領導護理》，7(2)，28-34。(Liu, Fen (2006). The Present Practicing Situation and Challenge of DM Shared Care Program in Taiwan. *Leadership Nursing*, 7(2), 28-34.)
- 蔡安佳(2018)。*《探討糖尿病病人不確定感對遵醫囑行為之影響》*。中山醫學大學護理學系碩士學位論文。台中：中山醫學大學。(Tsai, An-Jia (2018). *To Explore The Influence of Uncertainty to Compliant Behaviors of Patients with Diabetes Mellitus*. Chung Shan Medical University Master's Thesis of Department of Nursing.Taichung: Chung Shan Medical University.)
- 衛生福利部(2017)。*《第八期醫療網計畫(核定本)》*。台北：衛生福利部。(Ministry of Health and Welfare (2017). *The Eighth Medical Network Plan (Approved Version)*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.)
- 衛生福利部(2016)。*《長期照顧十年計畫 2.0(106~115年)核定本》*。台北：衛生福利部。(Ministry of health and Welfare (2016). *Long-Term Care Ten-Year Plan 2.0 (2017-2026 Years) Approved Version*. Taipei: Ministry of Health and Welfare.)
- 衛生福利部社會及家庭署社家老字第 1060104188 號函(2017年5月8日)。(Social and Family Affair Administration, Ministry of Health and Welfare Official letter No. 1060104188(2017.05.08).)
- 衛生福利部國民健康署(2019)。*《糖尿病共同照護工作指引手冊》*。資料

檢索日期：2019.10.14。網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=642&pid=1234>。(Health Promotion Administration, Ministry of health and Welfare(2019). *Diabetes Integrated Care Guidebook*. Retrieved 14-10-2019, from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=642&pid=1234>.)

衛生福利部護理及健康照護司（2013）。《我國長期照顧十年計畫-101 至 104 年中程計畫》。台灣台北：衛生福利部護理及健康照護司。(Department of Nursing and Health Care, Ministry of Health Welfare (2013). *The Medium-Range Plan of Long-term Care Ten-Year Plan form 2012 to 2015*. Taipei: Department of Nursing and Health Care, Ministry of Health Welfare.)

賴兩陽（2000）。〈英國社區照顧之政策發展與實施之優缺分析－兼對台灣福利社區化之啟示〉。《臺大社會工作學刊》，3，151-212。(Leang-Yang Lai (2000). Community Care Policy Development in British: Lessons for Taiwan. *NTU Social Work Review*, 3, 151-212.)

蘇淑貞、鄭清霞、吳麗雪（2015）。〈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〉。《人文社會科學研究》，9（2），63-91。(Su, Shu-Chen, Ching-Hsia Cheng and Li-Hsueh Wu (2015). Community-Based Care across Boundary Integration: A Day Care Center in Pingtung. *NPUST Humanities and Social Science Research*, 9(2), 63-91.)

Mühlbacher, A and S. Bethge (2017). Patients Preferences. In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte and E. Suter (Eds.), *Handbook*

- integrated care*: Switzerland: Springer.
- Ahn, S., R. Basu, M. L. Smith, L. Jiang, K. Lorig, N. Whitelaw and M. G. Ory (2013). The Impact of Chronic Disease Self-Management Programs: Healthcare Savings Through a Community-Based Intervention. *BMC Public Health*, 13(1), 1141.
- Leira, A., C. Saraceno (2002). Care: Actors, Relationships, Contexts. *Contested Concepts Gender and Social Politics*, 55-83.
- Béland, F., H. Bergman, P. Lebel, A. M. Clarfield, P. Tousignant, Contandriopoulos A. P. and L. Dallaire (2006). A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from A Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(4), 367-373.
- Bernabei, R., F. Landi, G. Gambassi, A. Sgadari, G. Zuccala, V. Mor, L. Z. Rubenstein and P. Carbonin (1998). Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in the Community. *Bmj*, 316(7141), 1348-1351.
- Bird, S. R., W. Kurowski, G. K. Dickman and I. Kronborg (2007). Integrated Care Facilitation for Older Patients with Complex Health Care Needs Reduces Hospital Demand. *Australian Health Review*, 31(3), 451-461.
- Coleman, E. and A., C. Boulton (2003). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs: Position Statement of The American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
- Department of Health. (2005). Self-Care - A Real Choice: Self-Care Support-

- A Practical Option. *Gateway reference*, 4401, 1-11.
- Goodwin, N. (2013). Understanding Integrated Care: A Complex Process, A Fundamental Principle. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-2.
- Goodwin, N., A. Dixon, G. Anderson and W. Wodchis (2014). *Providing Integrated Care for Older People with Complex Needs: Lessons From Seven International Case Studies*. London: King's Fund.
- Goodwin, N., V. Stein and V. Amelung (2017). What Is Integrated Care ? In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte and E. Suter (Eds.), *Handbook integrated care*. Switzerland: Springer.
- Gröne, O., M. Garcia-Barbero (2001). Integrated Care: A Position Paper of The WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1-10.
- Ham, C., N. Curry (2011). Integrated Care: What is It? Does It Work? What Dose It Mean for The NHS? In King's Fund (Eds.), *Ideas that Change Health Care*, 1-8. London: King's Fund.
- Hoogendijk, E. O. (2016). How Effective Is Integrated Care for Community-Dwelling Frail Older People? The Case of The Netherlands. *Age and Ageing*, 45(5), 585-588.
- Johri, M., F. Beland and H. Bergman (2003). International Experiments in Integrated Care for the Elderly: A Synthesis of the Evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 222-235.
- Kodner, D. L. (2002). The Quest for Integrated Systems of Care for Frail Older Persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), 307-313.

- Kodner, D. L. (2006). Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons. *Health & Social Care in the Community*, 14(5), 384-390.
- Kodner, D. L. and C. Spreeuwenberg (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications—A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-6.
- Lorig, K. R., P. Ritter, A. L. Stewart, D. S. Sobel, B. W. Brown Jr, A. Bandura, V. M. Gonzalez, D. D. Laurent and H. R. Holman (2001). Chronic Disease Self-Management Program: 2-Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. *Medical Care*, 1217-1223.
- Lorig, K. R., D. S. Sobel, P. L. Ritter, D. Laurent and M. Hobbs (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
- Mur-Veeman, I., B. Hardy, M. Steenbergen and G. Wistow (2003). Development of Integrated Care in England and the Netherlands: Managing Across Public–Private Boundaries. *Health Policy*, 65(3), 227-241.
- Nies, H. (2004). Integrated Care: Concepts and Background. Integrated Services for Older People. *A Resource Book for Managers*. Dublin: EHMA.
- Øvretveit, J., J. Hansson and M. Brommels (2010). An Integrated Health and Social Care Organisation in Sweden: Creation and Structure of A Unique Local Public Health and Social Care System. *Health Policy*, 97(2-3), 113-

121.

Reed, J., G. Cook, S. Childs and B. McCormack (2005). A Literature Review to Explore Integrated Care for Older People. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-8.

Richardson, G., A. Kennedy, D. Reeves, P. Bower, V. Lee, E. Middleton, C. Gardner, C. Gately and A. Rogers (2008). Cost Effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for Patients with Chronic Conditions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(4), 361-367.

Rogers, A., A. Kennedy, P. Bower, C. Gardner, C. Gately, V. Lee, D. Reeves and G. Richardson (2008). The United Kingdom Expert Patients Programme: Results and Implications from a National Evaluation. *Medical Journal of Australia*, 189, S21-S24.

Shaw, S., R. Rosen and B. Rumbold (2011). What is Integrated Care. *An Overview of Integrated Care in the NHS*. London: Nuffield Trust.

Valentijn, P. P., S. M. Schepman, W. Opheij and M. A. Bruijnzeels (2013). Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-12.

World Health Organization. (1999). *Health21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2017). *Integrated Care for Older People: Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in*

Intrinsic Capacity. Geneva: World Health Organization.

Yukawa, K., Y. Yamazaki, Y. Yonekura, T. Togari, F. K. Abbott, M. Homma, M. Park and Y. Kagawa (2010). Effectiveness of Chronic Disease Self-management Program in Japan: Preliminary Report of A Longitudinal Study. *Nursing & Health Sciences*, 12(4), 456-463.

山本勝、史文珍、永井昌寛、横山淳一（2013）。健幸社会を支える地域包括-ケアシステムの基本理念と推進方策。 *日本経営診断学会論集*，13，7-12。（Yamamoto, K., B. Katsura, M. Nagai, J. Yokoyama (2013). Community-Based Comprehensiveness that Supports a Healthy Society- Basic Principles and Promotion Measures for Care Systems. *Journal of Japan Management Diagnosis*, 13, 7-12.）

川島ゆり子（2007）。コミュニティ・ケア概念の変遷：新たなケアの展開に向けて。 *関西学院大学社会学部紀要*，103，73-84。（Kawashima, Y. (2007). Transition of The Concept of Community Care: Toward the Development of New Care. *Sociology Faculty Bulletin of Kwansai Gakuin University*, 103, 73-84.）

松繁卓哉（2012）。地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題。 *保健医療科学*，61（2），113-118。（Matsushige, T. (2012). Agenda for the Promotion of Self Care and Mutual Aid in the Construction of Community-Based Integrated Care System. *Journal of the National Institute of Public Health*, 61(2), 113-118.）

厚生労働省（2018）。地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現。日本：厚生労働省。検索日：2020.7.30. from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshout

[antou/0000130500.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/000130500.pdf). (Ministry of Health, Labor and Welfare (2018). *Deepening Development Community-Based Care and Realizing a Community-Based Society*. Japan: Ministry of Health, Labor and Welfare. Retrieved 30-7-2020, from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/000130500.pdf.)

厚生労働省老健局 (2018)。公的介護保険制度の現状と今後の役割。日本：厚生労働省。検索日：2019.12.01. from <https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>. (Elderly Health Bureau of Ministry of Health, Labor and Welfare (2018). *Current Status and Future Role of the Public Long-Term Care Insurance System*. Japan: Ministry of Health, Labor and Welfare. Retrieved 01-12-2019, from <https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>.)