

鳥瞰老人天堂

瑞典公共老人長期照顧服務

王品

* 王品，國立台北大學社會工作學系助理教授。專研性別與長期照顧政策、福利國家理論等。本文特別感謝銘傳大學公共事務學系助理教授陳欽春老師提供照片，及國立高雄師範大學性別教育研究所楊佳羚助理授提供瑞典行程之翻譯與說明。

前言

台灣社會近年來對北歐國家感到好奇，因為北歐社會能夠克服低生育困境，平穩地邁向高齡化，且以高度民主參與實踐性別與階級雙重平等，締造卓越的經濟表現，突破了大部分「高度發展」國家深陷其中的高齡少子化人口困境，證明少子化並非人類社會「發展」的必然代價，且托育托老問題以普及公共照顧服務應對頗令人安心，是促進婦女就業與社會團結的關鍵政策。亞洲最早進入高齡化的國家日本，自1980年代開始模仿北歐國家如瑞典與丹麥，建構公共長期照顧服務，靠此基礎才得以於2000年實施「長照保險」（Campbell et al., 2009: 69）。而日本當年選擇學習瑞典的原因是希望如同瑞典，實現「在經濟上也具有競爭力的福利社會」（日經business, 2012: 45）。

台灣2014年的2,343萬人口中，老年人口281萬人，占全國人口比率12%。且由於遲遲無法解決低生育率難題，影響所及，推估老年人口比率將於十年內成長8%，於2025年達到20%（473萬老人），並於2030年超過24%（561萬老人）（國發會人力發展處，2014）。顯示台灣正以高速進入超高齡社會，政策應對時間極為壓縮。相對於此，瑞典高齡化的速度非常平緩。二次大戰結束的1945年，瑞典老年人口占9.8%，至1971年成長到14%，進入所謂「高齡社會」，其後經過四十餘年老年人口比例才成長6%，於2014年達到約20%（191萬老人）（Statistics Sweden, 2015）。且預估再經過16年，至2030年老年人口才會成長到23%（234萬老人）（Statistics Sweden, 2009；Swedish Institute, 2013），屆時台灣的老年人口比率已高過瑞典。顯示瑞

典因為生育率穩定，整體社會人口老化速度掌握得宜。北歐經驗給世界的啟發為何？

長期在台灣推動社區照顧政策的彭婉如基金會，於2010年10月安排了一趟瑞典與丹麥的深度參訪行程，邀請關心高齡少子化議題的學者與媒體同行，以期了解瑞典在老年長照的政策理念、歷史變遷、制度設計、實務運作，與近二十年來北歐照顧制度經歷劇烈變革後的影響。筆者將此行參訪第一線長照服務單位的見聞，整理為本文的主要部分，並補充介紹瑞典長照制度之歷史與晚近變遷，及分析瑞典長照政策之成效。

一、瑞典長照之發展與成效

1-1 百年來的瑞典老人福利

瑞典學者Marta Szebehely（2013: 4）形容北歐的普及式照顧福利國特色為：提供公共長照服務是屬於地方政府的責任，並由地方政府裁量與判定需求，容許各地因地制宜，財源來自公共財源（稅收），地方政府還可在法定範圍內徵稅與決定服務費率。有需求的人均可獲得長照服務，不限定貧窮者或無依者，因此無資產調查。且品質夠高，服務的確為社會各群體所使用，所謂「費用讓經濟弱勢者負擔得起，品質讓中產階級也滿意」，達到可及（accessible）、可負擔（affordable）與令人滿意（attractive）的效果。北歐國家老年照顧政策的目標是「幫助老人幫助她自己」（help to self-care）（Rostgaard, 2011: 91）、「支持老人過有品質且獨立的生活，愈久愈好」（Fukushima et al., 2010: 1）。此目標主要是透過「居家照顧」

政策實現，這項政策同時造就了北歐國家的女性普遍得以走出家門、進入職場，且照顧服務領域本身也為女性帶來大量就業機會的雙贏現象。

在瑞典，長期以來的基督宗教教區自治與地方自治傳統，使得照顧無依老人成為地方政府的責任。19世紀末瑞典經歷了生育率急速下降以及大量青壯人口移出國的移民潮（Kruse, 2010: 48），導致老年人口比例從1850年代占全國人口的4.8%，迅速倍增到1900年的8.4%（同時期英國與德國老年人口都只占總人口的4%），造成地方政府承受極大的福利壓力。在此「濟貧法」（The Poor Law）時代，政府僅針對貧窮無依的老人提供「救濟院」機構式照顧服務。1913年瑞典的國民年金保險開辦，全民的老年經濟安全獲得相當的保障，才減輕了地方政府濟貧的財務負擔（Edebalk, 2010: 67）。1918年，養護機構開放讓一般老人入住，但需全額自費，因此機構式照顧服務仍非「全民福利」，而係照顧弱勢的殘補式社會救助福利，此情形一直維持到1940年代。

1950年代，瑞典社會開始出現全面檢視老人福利政策的聲浪。起因是在二次大戰期間，瑞典的年金者（pensioner，退休者）組織起來抗爭，向政府爭取住宅津貼和提高年金額度。這個抗議組織請著名記者Ivar Lo-Johansson走訪全國老人養護院，並且詳加報導。1949年廣播播出後，再經歷1950年代幾起轟動一時的養護院老人離奇死亡事件，造成輿論沸騰。年金者組織除了批評養護機構「把各種狀況的人混在一起」的照顧模式，更揭露整個社會對老年照顧的漠視與被動，無視於老人在養護機構的悲慘處境，形同剝奪老人生存的價值。因此Lo-

Johansson喊出：「我們要『居家照顧』，不要『照顧之家』」（Home-care instead of care-homes）的口號。這股輿論逼得政府設立「老年照顧政策研擬委員會」。自此，「社區照顧」概念才被提出，並被視為是既符合人性、又最便宜的老年照顧對策（Edebalk, 2010: 69-70）。

居家照顧自1950年代誕生並茁壯，提供家務打理（採購、清掃、煮飯、洗衣）與／或身體照顧服務（個人清潔），成為支持老人獨立（免於依賴子女，尤其是女兒）、並能繼續住在自己家中的最重要且有效的老人福利舉措。至1975年居家照顧規模達到巔峰，受惠於居家照顧者達到全國65歲以上老年人口的16%，機構照顧者9%，合計涵蓋25%的老人（Sundström, 2009: 26）。其中，80歲以上老人有38%使用居家照顧，30%入住機構，公共照顧涵蓋率高達七成。但當時自付額甚低且常被免除，故存有相當程度的「過度使用」（Sundström and Johansson, 2005: S6）。於1990年代，長照制度經歷劇烈的制度性變革，使居家照顧與機構照顧受惠者比率大幅度降低。80歲以上老人使用居家照顧的比率從1993年23.2%逐年降為2001年的18.3%，其後回升為2007年的23%，此後並大約維持此比率直到2012為24%；入住機構的比例則從1993年的22.5%一路下滑到2007年的16%，此後並大約維持此比率直到2012為14%（Karlsson et al., 2010: 8, Table 4; NBHW, 2013: 29）。就80歲以上高齡人口而言，居家照顧與機構照顧兩者合計之涵蓋率自1993年的45.5%，一路降到2007年的39%，此後至2012年皆大致維持在該比率；就65歲以上老人而言，則是自1975年的涵蓋率25%降到2008年的15%。

事實上，居家照顧在1990年代的涵蓋率大幅降低，伴隨的是瑞典在單一的居家照顧之外發展出新興的「其他服務」（警鈴、送餐、日間照顧、交通服務等），尤其是預防性、成本較便宜，且能達到社會參與效果的服務，以滿足多樣化的需求。Sundström et al.（2011）等人計算分析，如果將使用其他服務的老人，與使用居家照顧及機構照顧者並列，則2008年三者的涵蓋率分別是10%、9%、6%，合計為25%，就與1975年的居家與機構照顧涵蓋率合計一致，且昂貴的機構照顧使用比率在2008年還縮減到1950年代的規模。

當居家照顧廣受歡迎並成為北歐老人能獨立安心生活的依靠後，瑞典於1978年廢除法律中的子女奉養義務，因此子女照顧父母純粹是出於自願與情感。即便經歷1990年代的制度變革與居家照顧涵蓋率縮減，2007年歐洲的跨國長照研究（Eurobarometer, 2008: 66）仍顯示，當問到「老年父母需要照顧時，最好的方式為何」，北歐國家均有超過半數的人民認為，最好的安排是應由（公共或私人）居家照顧服務提供老人到宅服務；認為老年父母應搬去與子女同住者，瑞典與荷蘭僅有4%，丹麥與芬蘭僅有7%。

1-2 跨國比較：北歐普及長照制度的成效

在不同福利體制的國家中，家庭與國家對老人照顧的參與為何？北歐國家的長照服務使用率均高，在2007-2008年，居家服務涵蓋65歲老人的比率，丹麥為18.1%，挪威為12.1%，瑞典為9.2%；三國的機構照顧涵蓋率則分別為5.0%、10.8%、6.4%（Karlsson et al., 2010: 7, Table 3）。Sundström et al.（2011）的

跨國研究發現，在長照資格相對較嚴（資源集中在重度者）的德國與西班牙，有長照需求的家庭中（表一），分別有31%與37%的重度照顧需求者完全只靠家人獨立照顧，這種情形在實施普及長照服務（資源並非集中在重度者）的挪威只占4%。再者，德國與英國的未使用居家照顧者中，分別有高達59%和52%是重度照顧需求者，顯示「資源集中制度」的矛盾與失靈。相反的，挪威的普及公共長照服務廣為人民使用，使用者中，重度需求者比率81%，而未使用服務者中，重度需求者僅占15%。顯示德國、英國的資源集中做法無法真正達到給重度失能者安全網的效果；挪威的普及長照制度則能真正發揮減少漏網之魚的安全網效果。

北歐的長照設計是讓大部份國民都使用得到國家提供的居家照顧，讓家人樂得跟著投入，政策真正達到促進家人感情、支持家庭的效果。而德國與西班牙的制度卻是因資格嚴、門檻高，老人不容易獲得公共長照服務，結果家人必須承擔全部的照顧責任、孤立無援。值得注意的是，居住自宅的重度失能者中「既沒有得到家人照顧，也沒有得到國家照顧」的這個「兩頭空」的比率，在德國、西班牙高達45%、42%（表一）。原來，不少人是選擇領取國家提供的「現金給付」（照顧津貼）再去雇用外籍看護移工（Lamura et al., 2008）。德國實施長照保險近二十年來，居家老人選擇領取現金給付者，始終高達八成（王品，2015）。且德國社會中社經地位低與移民背景者尤其傾向於領取津貼，此趨勢將造成社會二元化與貧富差距擴大，不利社會團結（Theobald and Hampel, 2013）。

表一：四種福利體制國家的居家照顧效能比較

福利體制	社會民主	自由主義	保守主義	家庭主義
代表國家 (單位：%)	挪威	英國	德國	西班牙
使用公共居家照顧者中，重度失能者比率	81	95	100	84
無使用公共居家照顧，亦無使用機構服務者中，重度失能者比率	15	52	59	58
重度失能者中，無使用公共居家照顧，只仰賴家人照顧的比率	4	19	31	37
重度失能者中，既無使用公共居家照顧與機構服務，也無家人照顧的比率	13	27	45	42

原始資料來源：Sundström et al. (2011)，改製表：本文作者。

Sundström (2009) 比較公共長照服務普及的瑞典與不普及的西班牙（表二），發現瑞典的老年人不管是獨居或有家人同住（多半是偶居），得到家人照顧的比例都不低。且同時得到政府與家人照顧的比例，瑞典比西班牙高出甚多。再者，獨居而有照顧需求的老人中，只仰賴家人提供照顧的比例，西班牙是65%，瑞典是38%；有家人同住，但既沒有從家人得到照顧也沒有從國家得到照顧的，在西班牙高達19%，瑞典是2%。

表二：家人在北歐與南歐兩福利體制的照顧參與程度比較

福利體制	社會民主	家庭主義
代表國家 (單位：%)	北歐瑞典 (資料年代2002-2003)	南歐西班牙 (資料年代2004)
ADLs至少一項須要幫忙的65歲以上老人，占全體老人比率*	21	20
獨居老人，其照顧來源：		
只有家人照顧	38	65
只使用公共居家照顧	24	5
兩者皆有	30	6
兩者皆無	8	—
與家人同住之老人，其照顧來源：		
只有家人照顧	78	76
只使用公共居家照顧	5	—
兩者皆有	15	3
兩者皆無	2	19

* Activities of daily living (ADLs) 係指日常生活活動功能，包含：上下床、走路、梳洗、吃飯、穿衣、上廁所、洗澡等。

原始資料來源：Sundström (2009)，改製表者：本文作者。

1-3 居家照顧人力的變遷

居家照顧是人力需求最密集、制度設計最複雜的一個長照服務項目，也是北歐長照政策的最大特色與成就。到底北歐長照制度的居家照顧人力何來？事實上，瑞典從1950年代開始推動居家照顧政策以來，歷經四個政策轉型階段，正好吻合於人力來源的四次變遷 (Edebalk, 2010: 70-72)。

瑞典老人人口從1940年代快速增加，照顧需求也跟著攀升，福利提供吃緊。1950年代，地方紅十字會開始招募有經驗

的家庭主婦來服務社區的老人，結果創造了三贏：（一）老人本身很滿意，（二）養老院床位需求降了下來，（三）招募傳統勞動市場所不看重的中年婦女，結果證明很成功。1950年代也是瑞典的建築現代化與家電用品蓬勃上市的年代，科技所造就的生活環境便利，也造就了居家照顧工作環境便利，大大有利於招募兼職的家庭主婦。居家照顧迅速擴增，原因之一是這項服務沒有「濟貧」烙印的問題。這個模式在瑞典各地被複製，直到老年人口攀升到志願組織的服務人力無法負荷，非靠地方政府出馬不可。

1960年代政府開始發放「居家照顧使用補助」，促使居家照顧持續成長，於1978年達到高峰。這個階段政府持續認為「居家照顧」是比「機構養護」便宜的老年照顧形式，因為到這時候為止，政府都只有付給這些在第一線從事照顧的中年婦女微少的象徵性薪水，幾乎可以說是志工性質。

從1970年代中期開始，瑞典的「全職家庭主婦」幾乎消失光了，政府開始必需用勞動市場的競爭價格來招募照顧人力。同時，照顧難度也開始升高，對照顧服務員的能力與教育要求跟著提高，整個居家照顧的成本水漲船高。尤其是需要密集照顧之重度者，提供其居家照顧的成本其實比提供其機構養護還昂貴。但是一直到1980年代中期，地方政府還是堅信居家照顧較便宜，甚至不惜關閉養護機構把老人移回自宅提供居家照顧。居家照顧的實際成本不容易被看出來，因為有一項隱藏性補助未被納入計算，亦即，政府只針對住在自宅的老人提供「住宿津貼」，卻遺漏住在養護機構的老人。後者必須自行負擔膳宿費，這項開支是他們年金的70%加上其他收入的80%，可

謂相當高（Edebalk2010: 71）。因此政府無意間創造了一個「不要去住養護機構」的誘因，也讓地方政府沒有誘因興建養護機構。

Edebalk（2010: 71）指出，十年後回頭檢驗，發現「鼓勵重度失能者回自宅接受居家照顧」這個作法是錯的，應該改為興建適當的養護機構，將重度照顧需求者集中在此，並提供大量而密集的照顧。從1980到1990年的十年間，瑞典全國只有蓋出一棟新式的養護中心，而計算發現，住在這個新式養護中心的老人如果改為住在自己家裡並使用居家照顧服務，整個照顧成本會提高35%。因此發現，重大照顧需求的人如果採用居家照顧的服務形式，反而是昂貴的選擇。這些問題演變為政治問題，在1980年代末搬上政治檯面。政府的改革是平行提供住在養護中心的老人一筆住宅津貼，讓地方政府有誘因去增建養護中心，也讓老人有誘因選擇住到養護中心去。同時，中央政府還讓地方政府可以選擇外包此業務，以稅金公共購買民間營利性質的養護中心提供的服務，使地方政府在老人照顧上，同時得到更多自由與更大的責任。

1-4 1990年代長照制度劇烈變革

於1990年代，瑞典經歷經濟衰退與失業率升高，政府財政吃緊。同時，社會也開始要求多元與充足的服務。身心障礙法（the Disability Act）於1994年修法，國民教育法（the School Act）（規範市政府提供1-12歲小孩的照顧及教育）於1995年修法，地方政府想滿足社會不同群體的新需求，感到左支右絀（Szebehely and Trydegård, 2012: 302）。這段期間中央政府在長

照事務的變革包括調整地方政府權責，以及福利治理理念的轉變。例如身心障礙法將學習障礙者、肢體障礙者與長期精神病友的照顧責任，從中層省政府轉到下層市政府。再者，瑞典規範長照制度的「社會照顧法」（the Social Service Act）於1992年修法（又稱the Ädel reform），內含強烈的經濟誘因引導地方政府「以提供照顧服務來縮短醫院的住院天數」，導致醫院病床數從1992年到2005年減少了50%，且平均住院天數明顯縮短至遠低於歐盟各國，結果不管是機構或居家照顧，其使用者都愈來愈集中在高度照顧需求者（Szebehely and Trydegård, 2012: 302）。

這段期間的居家照顧成本持續升高，又因為要承接出院病人的居家照顧，故政府改革的重點放在緊縮需求評估標準。結果是整體居家照顧使用者人數降了下來，且居家照顧的對象開始調整為「需要密集照顧之重度者」，導致一部分使用者的服務量更大、更密集、更多夜間或24小時照顧需求（OECD, 2005; Trydegård, 2000: 586）。這就是第一節提到1990年代瑞典長照服務涵蓋人數比率下降的背景。

「社會照顧法」改革（the Ädel reform）還包括將原由三級政府的中層省政府負責的護理性服務（包括機構住宿式照顧與居家護理），交由原只負責社會性服務（居家照顧等）的下層地方政府（市政府），原屬前者的護理人力也隨之移撥到後者。而長照第一線服務人員的培訓內容也放入大量醫學相關專業；長照管理階層中的專業背景消長更明顯，1993年的統計顯示，醫療相關背景之管理者（例如註冊護士與職能治療師）比率竄升，而社會照顧相關背景者則降低12%（Trydegård, 2000:

588)。

這個階段的變革還包括開始引進一連串「新管理主義」(New Public Management [NPM])的作法，盼能增進效率(efficiency)、品質(quality)、選擇(choice)與增權(empowerment)(Szebehely and Trydegård, 2012: 302)。變革作法包括將需求評估者與服務提供者二分，需求評估趨於嚴格，以及開放地方政府可將照顧服務外包給營利業者，亦即政府(以稅金)公共購買私人企業辦理之居家與機構照顧服務。此變革導致居家照顧督導的角色，從1970年代老年照顧黃金期的「福利協調者」(mediator)，職司普及協助老人安心取得服務，變成1990年代福利摶節期的「守門人」(gate-keeper)，負責控管預算、瞄準需求及提高資源效能，其心理所承受之倫理兩難不可謂不大(Trydegård, 2000: 588)。

制度變革還有兩項結果，其一是需求評估趨嚴導致獲得居家照顧者減少，未獲滿足的需求遂轉向家人或私立營利業者所提供的服務。Szebehely and Trydegård (2012: 304)比較1988-1989與2004-2005兩個階段有長照需求的老年人，發現後者從家戶之外的家人與朋友得到服務的比率成長近50%，顯示有「照顧再家庭化」(re-familialisation of care)的現象。其二是私立營利長照服務業成長快速，且轉向使用營利照顧服務者主要是社經地位高，或只需低度協助以致於被公共居家照顧排除在外的人(Szebehely, 2012)。瑞典自從開放公共長照外包後，私立居家照顧時數占全國居家照顧總時數的比率，從1993年的3%，一路升高到2005年的9%，再快速上升到2013年的24%；機構照顧由私立機構提供的床位數所占比率，從1993年的5%，一路升

高到2005年的14%，再升高到2013年的21%（Szebehely, 2015: 17）。在瑞典首都斯德哥爾摩市，73%的機構照顧與61%的居家照顧時數是由營利公司提供（Szebehely, 2013: 7）。丹麥的營利居家照顧公司也自2003年開放後，快速成長到2009年全國出現611個私人營利居家照顧公司，平均每市有6家，首都哥本哈根市更達到57家；全國98個地方自治區中僅4個市尚無營利居家照顧（Rostgaard, 2011: 84）。

瑞典將公共醫療服務、長照服務及國民教育「外包」，以稅金購買營利公司提供之服務，在近年來陸續爆發醜聞，引發社會一片激烈討論，甚至成為2014年的國會大選焦點^①。在長照方面，2011年11月瑞典的長照大型連鎖公司Carema在首都斯德哥爾摩市郊區所開設的老人養護機構，被家屬檢舉衛生與照顧品質低落，導致老人感染、截肢與死亡。其後該公司員工也檢舉公司種種導致品質下降的不當裁減經費措施，包括要求尿布需要全濕才能換，導致老人褥瘡嚴重；食物不足，讓老人餓著；減少耗材提供，導致廁所沒有衛生紙可用；老人的床壞了就讓他睡在地上數個月；以及裁減清潔人員，要求照顧人員兼做清潔工作，僅在評鑑前一天雇清潔公司來做大掃除；現場照顧人員不足，就叫別的部門的人員來零星幫忙等，而照顧人員向管理階層反應問題都被壓下，所以才導致家屬直接向市政府檢舉（The Local, 2011）。媒體還發現該公司給主管的獎勵原則是「替公司省錢最多」，而非「品質最佳」（Radio Sweden, 2011）。隔年政府成立了一個委員會，要研究如何加強管理長照與醫療服務，而社會也激烈討論究竟適不適合讓創投公司（Venture Capital firms）從福利部門賺取暴利（Radio Sweden,

2012a)。長照醜聞議題也成為2014年的選舉焦點，政治人物不分左右派政黨都強調要加強管理，「不能坐視我們的福利成為掏金者的天堂」（Reuters, 2014）。究竟營利企業所遵循的唯利是圖市場法則與自由競爭（低度規範）邏輯，與福利領域所需要的公共性與高度規範是否相容，或該如何因應，成為北歐經驗啟發世界思考的新課題（劉毓秀，2012）。

二、瑞典的居家照顧

以下介紹瑞典的整套普及公共長照服務。服務類型可依使用者的住處分為兩類：一是住在自己家裡的老人所使用服務，簡稱「居家系列服務」；二是入住式的「機構系列服務」。

「居家系列服務」都含有預防失能與延緩失能惡化的功能，包括：居家照顧（Home Help，住在一般自宅或是住在集合老人住宅者均可使用）、失智症日間照顧、老人聚會點、送餐服務與平價老人餐廳、交通服務（政府補貼失能而無法搭乘大眾交通工具者，以公車車資搭計程車）、警鈴服務、輔具購買、居家無障礙設施改善、家庭照顧者支持服務等。機構系列服務則包括特殊住宅與復健服務。瑞典不稱「養護機構」而稱為「特殊住宅」（special housing），目的是改革以往病房式的空間與照顧思維，而強調個別性、家的感覺與生活的延續。本章以2010年10月參訪瑞典所得，介紹居家照顧的制度設計與運作狀況，參訪對象為瑞典隆德市居家照顧服務中心（Hemvård, rehabilitering och service för seniorer）品管主任Cecilia Åmark女士以及照顧服務員工作站主任Annica Stark女士。其後兩章分別介紹瑞典的新興「其他服務」與機構住宅系列服務②。

2-1 居家照顧申請程序

政府提供單一窗口讓有需要的民眾提出申請，所有申請案均交由一個單位負責評估，所謂「守門人」的角色，以確保資源配置的效率。評估後再交由居家照顧單位負責提供服務，評估的目的是決定提供服務與否、以及核定服務「時數」。居家照顧單位表示，瑞典的評估者很有公信力，幾乎沒有人質疑評估結果有何不公或不足。

「需求評估」的標準依據「日常生活活動」(Activities of Daily Living [ADLs]) 量表，看老人是否可獨立完成這些動作、是否需要輔具，以及是否有其他人可協助。ADLs的項目包括：上下床、走路、梳洗、吃飯、穿衣、上廁所、洗澡等。評估員還會決定每項任務需要多少時間來完成，同一位老人每天需要去服務幾次；這些都是由評估單位的評估員決定，不是由居家照顧單位來決定，而且是在開案的時候就決定好了。居家照顧單位表示，由於政府財政的壓力，需求評估的標準近年來有轉嚴的趨勢。例如近幾年只要「有家人住在附近」、或是「經濟上負擔得起私立營利的居家照顧（家事服務）」的人，都可能被政府評估為「不需要」居家照顧。

政府原則上一年進行一次複評，但是如果老人自己或是家人覺得情況變差了，需要更多時數，也可以主動向評估員申請重新評估。究竟老人的需求以誰的意見為主呢？瑞典的長照人員表示，評估員會以當事人（老人）意見為主，而非家屬的意見。例如家訪的時候，即便家屬當場對於照顧安排有意見，評估員還是會專注在老人本身的想法，而不是家人，這是表示對個人的尊重。

如果老人覺得評估員給的服務時數太少，可以向市政府的上一個行政層級「省」的行政法院申訴，這樣就會重啟評估程序。申訴管道包括申訴信箱，到處都有掛設，例如市立圖書館裡面也有。申訴的信件由政府主管來審理，並且規定在收到申訴的十天內，申訴者一定要得到答覆。

2-2 居家照顧內容與頻率

居家照顧根據老人的需要安排服務內容與頻率，服務內容分為「照顧」（洗澡、穿衣、吃藥等）與「服務」（洗衣、煮飯等）兩類。需要打掃的人可能服務頻率是兩週一次；同時需要照顧與服務者，可能就需要單天多次的服務，高頻率者可達一天服務7到8次，甚至可提供夜間居家照顧。再者，如果老人有家人可以擔負一些照顧任務，政府所提供的照顧就不會那麼密集；完全沒有家人的人，則可能仰賴政府的居家照顧來提供他所需要的全部服務與照顧。

2-3 居家照顧支援中心

我們所參訪的是瑞典南部最大城市隆德市南北兩個居家照顧支援中心之一，這是安排居家照顧服務與調度人力的中樞，但也負責規劃與諮詢其他的老人服務。例如：老人聚會點、老人公寓、足部照護諮詢、家屬支持、老人餐廳、志工服務等。

隆德市2014年總人口11.6萬人，老年人口1.8萬人，占該市總人口的15.79%（Statistics Sweden, 2014）。台灣與隆德市人口規模及老年人比率接近的為台北市的大同區，2014年底總人口13萬人，老年人口1.9萬人，老年人占比14.54%。

（一）「空間資源平均」的概念

為確保每個照顧服務支援中心有足夠的個案量，瑞典地方政府將全市劃分為人口適當之次區，每個次區僅由一個居家照顧支援中心提供服務，亦即「空間資源平均」的概念。如此能確保每位照顧服務員的每日工作量充足，以及往返各案家的交通路程適宜，能以走路或騎腳踏車的方式就近服務多人，或是提供單日多次的服務（高頻率），節省交通時間與耗能、減輕勞累，有助於照顧人員留任，也同時達到節省人力與服務多樣化的目的。居家照顧的個案之間約是騎腳踏車十到十五分鐘的距離。且配案通常會稍微按照地區來分，讓一位居服員的案子盡量集中在附近，不需要一下子衝到南邊、一下子又衝往北邊。隆德市是都會區，不像鄉下地區人與人之間住得很遠，所以其實還蠻好調配。

（二）照顧人力配置

以隆德市為例，全市人口11.6萬人，老年人口約1.8萬人，分作12區，每區大約有60到100位老人在使用居家照顧。12個區總共大約有1,000多位老人在自宅接受居家照顧，也有一些服務是送到老人集合住宅去的。全市設南北兩個照顧支援中心，各負責約600戶需要居家照顧服務者，管理150到160位照顧服務員。照顧服務員分為早、午、晚三班。每15位照顧服務員為一組，負責150戶，平均一個人大約負責10戶。大部分照顧服務員每天服務10個人，一天只服務4個人的是少數。然而，每戶的狀況不同。有的家戶一週只需要去一、兩次，有的則需要一天去五次，更有的需要兩位照顧服務員一起出動去服務同一位老

人。支援中心有103輛公務車供照顧服務員使用，也有許多是騎腳踏車出任務。

居家照顧支援中心還有三位護士的編制，其中兩位為全職，另一位為75%工時，負責教照顧服務員關於醫療方面的照顧，例如怎麼協助老人服藥。此外，支援中心還有一位復健專門人員，以及一位負責「無障礙環境」與「輔具」評估的人員。這兩位專門人員除了負責居家照顧的使用者以外，同時也負責支援中心本身附設的護理之家的住戶、與老人復健中心的使用者的診斷評估工作（楊佳羚，2007）。

居家照顧工作很累，很難做到一週40小時的全職，所以這裡的居家照顧員約只有一半是全職（做滿100%時數），其他多是工作75%到80%的時數。每天早上七點，日班的各組會先在支援中心集合。小組中有一人負責接聽電話，看當天是否有居家照顧員生病，要如何調度。如果調度不來，可以從市政府的人力資料庫找「臨時人員」來支援（詳見「2-5照顧人力來源」一節說明）。照顧服務員四人一組，以電話或傳真來互相聯絡。晚班則在傍晚有集會交接，以便不同的照顧服務員可以掌握之前發生的狀況。所謂晚班並不是半夜，在半夜如果老人或肢體不便者有需要，可以按警鈴連到相關單位（楊佳羚，2007）。

照顧服務員派案的原則是，盡量讓一位或是一組照顧服務員固定照顧某幾位老人。但是因為照顧服務員輪班、生病或參加在職訓練等因素，要完全固定配對關係很困難，只能盡量讓兩個人負責照顧同一位老人。居家照顧的主管說，這個問題對他們來說也還是個挑戰。

居服工作站

在「支援中心」行政總部之下，全隆德市設有10-12個分站，稱為「居家照顧服務員工作站」（簡稱「居服工作站」）。居服員相當多為年輕女性，還有不少男性。這個工作站有1位主管、3位護士、居服員總共約10位男性、40位女性。每天出去工作的居服員大約20人。

居服工作站每站由一位主管管理30到50個人，包括護士、照顧服務員，除了這個主管以外，還有一個輔助者，他的工作就是要支持、指導這30到50個人。工作站主管每三週要回支援中心開領導會議。過去在照顧領域的主管是以「護士」背景為多，但目前是「社工」背景為主，且有愈來愈多社工的趨勢。瑞典的社工是經過四年的大學教育畢業取得資格，社工教育中，必修的課目包含心理學、法律、教育、政治學、社會學、經濟學、政治經濟學，溝通技巧等。照顧服務員沒有辦法直接晉升為主管，必須進入實務工作後，再去進修三年半的主管課程，才可取得主管資格。

保障照顧人員工作權益的法規是「工作環境法」，而保障老人的法規是「社會照顧法」。這兩個法案沒有位階高低的差別，因此兩者要想辦法在彼此的權利上磨合。照顧人員有任何抱怨、不滿或建議，都可在支援中心的「工作環境」會議上提出來。在市政府層級設有「長照委員會」，委員會成員包含相關職業的工會代表，包括照顧服務員代表、護士代表、復健師代表等。

（三）工作模式

居家照顧不是以一小時一小時來安排，而是以「每家任務所需時間」來安排一整天的工作表。有的任務只需要十五分鐘就可完成，例如代購物品帶去使用者家中，照顧服務員完成任務後就可以離開。

對於新申請服務的老人，居服工作站的護士會跟著居服員去老人家裡指導如何做護理照顧，經過一到兩個禮拜後再跟著同一位居服員去看一次服務狀況，如果狀況穩定就不需繼續跟訪，而讓居服員單獨作業。居家照顧並無督導，護士與居服員去老人家裡的頻率都是評估之初就已定好的。

工作配備與預防感染

居服員來工作站的時候是穿私人的衣服，但他們出發去工作時會穿上工作服。工作服就是牛仔褲配上衣。他們的固定配備是雙肩式工作背包，裡面一定要有三樣東西：一是一次性塑膠手套；二是一次性塑膠鞋套，套在自己的鞋子外面，就可以不必脫鞋走進人家家裡；三是塑膠圍裙。如果有特殊需求的話，還要另外帶配備。工作背包是不帶回居服員自己家的，因為怕任何傳染。工作服也不帶回自己家，居服員換下來的工作服都留在工作站，減少細菌傳染機會。工作所需的報表也全部在工作站寫完後留在工作站不帶走，所以每天工作完就來這裡把全部東西留下。此外，也不需打卡。

午餐問題

居服員通常自己帶便當，在工作站的共同餐廳裡用微波爐加熱。通常不會在所照顧的老人家裡用餐，但是在失智老人住

宅裡的工作人員就會跟老人一起吃飯。居服員碰到老人希望他留下來陪著吃飯的時候，他們會陪一段時間，但不會在老人家裡用餐。有時候老人邀請居服員一起喝個咖啡，居服員會一起喝咖啡或吃茶點，但是午餐是不會一起吃的。但有些老人需要餵食。

騷擾問題

老人騷擾照顧人員的事情其實很少發生，處理原則是：不會因為甲騷擾乙，就剝奪甲被照顧的權利，因為瑞典認為被照顧是人應有的權利。這時就會用調配的方式處理，例如讓兩位居服員一起去值勤，避免單一工作者被騷擾的機會。也可能會換成男性居服員去服務男性老人。

2-4 居家照顧收費設計

瑞典的居家照顧服務是由稅收來支付，而且是地方稅（瑞典的稅制特色是地方享有極高的稅收來源，故自主性較高）。但是使用服務的人，還是要負擔「自付額」。自付額的計費方式有三個特色：

- （一）上限保障：居家照顧費用設有「自付額支出上限」（表三），目的是為了保護人民不會因為一時照顧需求提高，而必須付出災難般的巨額費用，最終造成破產落入貧窮。因此，凡是該月份的照顧需求（以及相應的費用）超過這個上限的數額，超過的部分人民就不用付費，由國家負擔。上限額度由地方政府決定，以落實地方自治、因地制宜的精神。

(二) 小量補貼大量：讓失能程度輕的初階使用者（所謂小量使用者）負擔較高的單價，而失能程度重必須大量使用居家照顧者，其單價較低。

(三) 量能付費：在上述「支出上限保障」以內的居家照顧時數，人民的自付額到底是多少？答案是——每個人不一樣！受兩個因素影響：

1、收入水準：

居家照顧費用設有級距，依據國民的收入（例如年金）來決定要付多少自付額。所以，同樣使用「洗澡」服務的兩個人，付的費用可能不同，因為這兩人收入程度不同。

2、月費級距：

依照不同服務使用量劃分級距（表三），以單月計費，在同一個級距內所需負擔的費用是相同的。例如在1-9小時的級距裡，使用1小時與使用9小時的月費都是324克朗，不管護士去服務一次或去十次。評估員評估決定申請者一個月需要多少小時的居家照顧，然後就根據申請者的收入來決定月費。

表三：瑞典普通住宅的「居家照顧」使用者自費額計費方式^③

居家照顧計費法：按照服務需求層級計費				
服務級距	1	2	3	4
每月核給時數	1-9	10-49	50-119	120-
以個人收入計算費用： 收入範圍＝「稅後收入」減「房租」再減「生活基本所需費用」				
每種服務級距者「收入範圍」納入之上限	60%	70%	80%	100%
每種服務級距者，每小時費用占「價格基數」之最高百分比（2012年價格基數為44,000瑞典克朗）	30%	34%	38%	48%
計算結果：2012年每種服務級距者，每月最高收費上限	1100克朗	1247克朗	1393克朗	1760克朗

資料來源：Lund（2012）

說明：

1. 本表格內容之翻譯與下列註腳說明由國立高雄師範大學性別教育研究所楊佳玲助理教授提供，特此致謝。
2. 所謂「生活基本所需費用」，指扣除居家照顧費用、老人日間照顧費用與市政府健康照顧費用及房租後，仍需支付之生活基本所需費用，包括：食物、衣鞋、休閒與基本醫療所需（如報紙、電視稅、電話、傢俱、居家保險、旅行、牙醫、醫療）。瑞典每個市政府會依據當年度價格基數進行計算，再依據住所性質不同列出兩套「生活基本所需費用」。以隆德市政府2012年為例，說明如次頁表四。

表四：隆德市「生活基本所需費用」表（2012）

居住在普通住宅 或肢體不便者的集合住宅		居住在特殊住宅 （有24小時照顧服務的機構式住宅）	
狀態	生活基本費用	狀態	生活基本費用
超過65歲獨居者	5,165 克朗/月	超過65歲獨居者	3,067 克朗/月
超過65歲與伴侶同住者	4,356 克朗/月/人	無（因特殊住宅皆為單人房）	
19-64歲獨居者	5,701 克朗/月	19-64歲獨居者	3,670 克朗/月
19-64歲與伴侶同住者	4,731 克朗/月/人		

2-5 照顧人力來源

瑞典人認為，國家不能以「招募不到照顧人力」為由而不發展照顧服務制度。因為照顧服務是對失能者的一種生活支持與失能預防，一定要及時進入老人的家中，才能防止失能情況發生或惡化，並防止老人失去獨立生活的能力。一旦錯失時機，後續的照顧會更昂貴、更費人力。瑞典開發、留任照顧人力的做法如下：

（一）薪資

瑞典的照顧服務員薪資水準，根據隆德市居家照顧支援中心主任的說法，是「對同樣學歷的人來說，居家照顧是能夠得到相對較好薪資水準的工作」。臨時照顧員的起薪是月薪16,200克朗，正式照顧員17,900克朗，薪資還會隨工作表現年年爬升，逐漸升到21,000至22,000克朗。薪水與加薪幅度係每年由工會與雇主（市府）協商，個別照顧服務員也會與主管商談，主管會

依個人能力與工作表現不同，而給予不同程度的加薪比例，並不是齊一水準，也不是由所照顧的個案困難與否來決定薪水高低。每年調薪比例約1-3%。照顧服務員的年齡，從二十幾歲到六十幾歲都有，平均約四十到四十二歲。人力流失情形約每年10%，招募的難度不一定，看時期。

照顧服務員的薪水是算月薪，不是時薪。正式管道所雇用的人力，又分為全職工作者（例如做滿100%的工作時數），以及非全職工作者（例如僅做到75%或50%的工作時數）。照顧者多數是全職，所謂全職的時數是一個月大約工作165個小時，一週約36.33個小時。政府用了多重方法確保每位照顧服務員每個月有足夠的工作量，以確保其月薪穩定，但不會過累。方法包括上述「空間資源平均」等。居服工作站主管表示，年輕人的流動率並沒有比較高。

（二）正式與臨時人力

居家照顧制度所用的照顧人力，正規培訓管道在「職業高中」與「成人教育機構」。在高職通過2年訓練課程者，畢業就可以從事照顧工作。除了正式人力，瑞典還另外開闢「臨時照顧員」這個人力來源，直接錄用「毫無訓練的一般人」開始提供服務並邊做邊學，叫作「代理照顧服務員」。他們的工作時間一半用去上課（帶薪上課假，算在工時之內的訓練課程），在「成人教育」機構完成進修，把照顧知識與技巧補齊，但沒有規定需要在多久時間內上完這些課程。臨時照顧員上完課後就成為正式的照顧服務員，不需經過其他考試，也沒有「證書／證照」這類規格，原因是瑞典認為相關課程的老師會負責把

關，所以不需另外再考試。

「代理照顧服務員」其實只占整個居家照顧人力的10%，表示這個職場不斷有新人進入，也不斷有人完成訓練成為「正式照顧員」，所以常態存在的「代理」人員只占10%。另一方面，也表示瑞典居家照顧的主力並不是這些沒有受過訓練的人，而仍舊是「完整受訓」的人。但因為有「代理照顧服務員」存在，長照政策能夠服務到的人數就多出很多。譬如說，失能程度比較輕，需要服務以家務打理為主的「老人公寓」住民，一半的居家照顧都是由「代理照顧服務員」所提供。

一個居服工作站每天約有20位工作人員，服務30-40位老人。當居服員請假時人力如何調配？靠的是瑞典的「人力資源中心」。他們手上有40位人才名單，這些人才有的是已完成居服員訓練，有的是尚未受過訓練的。當某個居服員工作站缺人的時候，就會向「人力資源中心」調「臨時照顧服務員」人手過來。可以申請調配人手的情況包括正式員工請假、員工參加在職訓練或休假等。

居服員的在職進修是由居服工作站安排地區護士來上課，一個禮拜一小時。調度的方式是把工作站居服員分成兩半，一半出去工作，另外一半上課。在職進修的課程包括「癌症認識」、「癌末照顧方式」等實務主題。除了集體上課，每位居服員每個月會有一次與主管的工作談話機會，如果需要幫忙可以使用此管道向主管提出。

三、瑞典的新興「其他長照服務」

對於居家的老人，除了居家照顧，還有一系列新興長照服

務可搭配使用，包括：老人聚會點、志工服務、老人餐廳、家屬支持中心、失智症日間照顧中心等。

3-1 老人聚會點（Meeting Point）

（一）空間與無障礙設施

我們在2010年參訪的這所聚會點，是一棟看起來相當新、相當明亮的公有建築，地上三層樓加地下室空間。一樓的高度高於地面，出入口有7階階梯，故在扇形開展的階梯左右兩側與中間都設有扶手。出入口一側還設有電梯，讓使用輪椅等輔具者可自行出入。一樓平面配置包括長型的展示空間與沙發座椅，牆上展出該聚會點老人所編織的掛毯壁飾，多個玻璃櫃展示著老人們手製的布娃娃、裝置藝術品等。長廊右側有無障礙廁所、護足室（足部治療室，瑞典文Fotvard）、工作人員辦公室，長廊左側放置兩部電腦可供上網。長廊最底端是一間編織工作室，裡面沿著牆放置十部木架織布機，房間中央是兩張長桌併成的大方桌，我們參訪時，有十位女士正圍著大方桌坐，進行她們的手工藝課程，她們的助步車輔具就停在工作室的門邊，也有人直接坐在自己的小車上。我們還看到來打電腦的女士使用單手拐杖。地下室有兩個房間，我們參訪時老人們正在其中一間上韻律舞課程，另一間的撞球檯當時沒有人使用。

（二）設立緣由

瑞典的老人聚會點性質上類似台灣的長青會館、樂齡學堂、長青學苑／大學或村里老人活動中心、關懷據點等，參與者從65到95歲都有，多是因為興趣而來。但瑞典老人聚會點與

圖一：瑞典老人聚會點，無障礙空間讓使用行動輔具的老人也能來參加活動



(王品／攝)

台灣的差別是，瑞典徹底做到環境無障礙，因此真正落實讓一般老人與失能老人均能前來使用，達到社交與休閒娛樂目的。也因此配備專業照顧人力、成本相對較「老人聚會點」昂貴的「老人日間照顧中心」，就只服務「失智症」老人。老人聚會點這項服務發展的背景是，隨著瑞典老人人口成長，愈來愈多的老人終日待在家裡，當其同輩親友漸次凋零後更易感到孤獨且與社會脫節，因此發展出老人聚會點這項服務，作為一種預防孤獨與失能的措施，鼓勵老人參與社會、保持自我身心活躍與人際圈活絡，故不用事先評估或登記，任何老人都可以來參加。

瑞典老人聚會點稱呼老人為「參與者（visitor）」，而非社福領域慣用的「使用者」或「個案」。老人聚會點的定位是「沒有壓力」，老人不是來見特定的人，而是來參加活動、體

驗文化，例如欣賞歌劇、藝術展覽、音樂欣賞等，他們也會自己組成他們有興趣的事務的小團體，例如爵士樂團。各種活動中，最受歡迎的是健身運動，不僅歷時最悠久且每週都安排。老人聚會點也有「常客」，每天都想來參加活動。因此工作人員會用「排隊等候」（waiting list）的方式，確保排隊者終究有機會可以進來。

（三）活動安排

老人聚會點固定會舉辦室內、室外活動，大部分的活動點子都來自老人，聚會點工作人員的角色主要是聆聽前來參與的老人的想法，從旁協助。唯有依照老人的想法去經營聚會點，他們才有參與感、成就感、歸屬感，也才會吸引更多人來參加並且創造更多互動。例如參與的老人想組織讀書小組、電腦課、編織課、去看服裝秀、一起去旅遊等，或是八月安排品蝦大餐、十月安排品鵝大餐、十二月聖誕節活動等，甚至有大學等級的課程，而老人最愛的是體育課。我們所參訪的這所老人聚會點地下室設置的「撞球桌」，就是來自該中心參與者的建議。聚會點平日常態維護交由聚會點的老人集體幫忙，例如煮咖啡，因為他們都是成人，都有能力自己做事。

老人聚會點也會排入國家重點健康政策的相關活動，例如，聚會點特別安排足部治療師的門診時間，幫老人檢查，也提供足部照護諮詢，包括如何強化腳力、糖尿病患者的足部照顧、足部腫脹相關的醫療與護理問題等，以幫助老人維持行走能力。這項措施是出於「老人有健康的腳就能夠更長久維持健康生活」的認知。因此在市政府編制了四個具備足部照護專長

的專業人士，在聚會點提供收費便宜的諮詢服務。

此外，老人聚會點也會連結其他社會資源（附近的教堂或 NGO 組織）一起辦活動。活動安排的重點之一是增進世代接觸機會，例如與附近的學校合作安排電腦課，讓 16-18 歲的青少年教導老人如何使用電腦。也歡迎國中小學校在一到九年級的課程中放入與老人有關的教材，歡迎學校來邀請老人去學校講課。

（四）交通接送

使用居家照顧的老人也可以來聚會點社交，由最熟知他們狀況的「照顧服務員」（稱做「連絡人」，contact person）幫他們安排公車接送路線。老人約 15-20 人一組，在家吃完午餐後，政府派一輛低地板公車去將他們一一接來聚會點。低地板公車讓老人上下車自如，而固定一群人一起坐車有一種團體歸屬感，像郊遊一樣，所以老人出門都非常開心。通常天氣好的話會安排公車載大家去海邊、國家公園、星期天的農場烘焙與咖啡時光等，這些活動都是參與者自行組織，老人聚會點的員工並不會隨行。租用公車可得到政府補助，老人只需負擔很便宜的公車票錢，由志工負責收錢。

主管告訴我們，全隆德市 15 個老人聚會點合計約每天 450 人來訪。1 個老人聚會點每週的使用量平均達到 160 人次，其中 100 人次是搭乘公車前來，另外 60 人次是自行前來，包括自己走路過來或是搭乘計程車。

圖二：瑞典低地板公車到站時下沉，讓公車地板與人行道等高且無縫。車門開啟後，門上與車內適當高度處均設有扶手，協助乘客安穩走入車內



（王品／攝）

（五）預算與營運

隆德市設有15個老人聚會點，年度總預算為1,300萬克朗，用以支付人員薪水、空間、場地、活動、食物費用等。（2014年10月24日，1美元 = 30.04台幣（現金匯率）=3.77克朗，故1,300萬克朗約等於344.8萬美金=103,586,211台幣）。老人聚會點雖然不是地方政府的法定義務，但隆德市認為這項服務能讓老人更為活躍且能預防老年失能、失智症，所以隆德市主動加強辦理。

（六）行政人力編制與運作

15個老人聚會點共用一位主任，每一聚會點編制2-3位工作人員（性質為市政府雇用人員），15個點總共25位工作人員。員工背景主要是社工畢業，但這並非必要條件。他們需要具備一點老人學的知識，以及休閒學、運動技巧與安全等概念。

15個老人聚會點裡面，9-10個中心是一週開張五天（星期一到五），其他的一週僅開張1-2天。主任每月工作表是輪流去拜訪這15個中心，並且每兩個月就把15個中心的全體工作人員召來開一次大會。通常會把會議時間安排在足部治療師到聚會點看診的時段，就能請足部治療師幫忙看視整個老人聚會點，這樣聚會點就不需要因為工作人員通通不在而不開張。

事實上，這位主任不僅管理15個老人聚會點，還兼管5個「老人公寓」的駐站服務員（老人公寓駐站服務員提供老人家庭清掃與修理等服務，一個禮拜約去老人家裡1-2次，與「居家照顧」及「公寓管理委員會」都不同，後者另見「4-1老人公寓」一節說明）。

3-2 志工服務

這是一個非常新的政策項目，2010年9月才開始實施。根據推估，2025年隆德市八十五歲以上老人會比現在多出百分之五十，將難以因應其需求。又發現現在一般六、七十歲退休者還很健康，也並不想從社會退休。因此志工來源很大一部份是去招募退休者，也有來自社工系的學生，到我們參訪時（2010年10月）此政策上路甫滿月，已經招募到二十位志工。目前政府人員與這些志工常聚在一起討論如何發展志工服務。已經發

展出來的項目是提供老人陪伴與讀報等，服務地點在老人聚會點或是老人自家住宅。志工來源很大一部份是來自「退休者」本身，也就是健康的年輕老人，構想是由年輕老人去服務老老人。

3-3 老人餐廳

老人餐廳設立的目的是讓老人以較優惠的價格，吃到不錯的正餐或茶點，也成為老人社交的場所。我們的行程刻意安排來此午餐。這間老人餐廳位在交通方便的一幢市區建築一樓，挑高的空間四面全是無色玻璃落地窗，裡外明亮。每隔一扇窗掛一副暖色系藤蔓植物圖案的棉布窗簾，增添室內的色彩。黃色吊燈光線足夠但柔和。空間無障礙，木桌木椅都很輕，可自由移位，我們用餐時看到餐廳最裡面有一群女士們圍著圓桌聚餐，其中一位成員就坐在她的電動車上面用餐。老人餐廳還附設撞球檯，一男一女兩位老人在比賽。午餐是自助套餐，提供適合老人的食物，菜色色香味兼具，既能引起食慾又營養均衡。正餐價位是老人42克朗、員工52克朗、一般人70克朗；一套茶點（咖啡加蛋糕）是15克朗。像這樣的老人餐廳大約每天100-150人次使用。

3-4 家屬支持中心

於2009年，瑞典立法規定地方政府需提供家屬支持服務，但在此之前有些地方政府已開始提供這種支持服務。例如，隆德市在大約十五年前就開始有這種對家屬的支持服務，但直到法定義務出現，才開始設立正式的服務中心。「家屬支持中

心」是屬於公民服務的性質，所以只要隆德市的居民都可以使用，不分區域。主要提供照顧者建議、資訊、諮詢與支持。

為何2009年會立法強制要求地方政府「應提供」家屬支持服務呢？原來「社福法」的規定是地方政府「得」提供家屬支持服務，並沒有強制性。但瑞典政策走向愈來愈傾向讓老人與病人都盡量待在家裡養老，不進入機構照顧，導致六、七十歲的家庭照顧者的重要性頓增，因此法律裡的「得」字就被改成「應」字。

「家屬支持中心」的目標是給家庭照顧者支持，提供他們需要的資訊，並減少壓力，預防家屬身心耗弱。這些都是非常個別性的服務。家屬中心也在服務過程中，肯定家屬對家人的照顧的重要性。

家屬支持中心有4位工作人員，其中一位是主管。服務對象是所有家裡有需要照顧的人，包括伴侶（配偶或同居人）、照顧子女的父母、照顧父母的子女，甚至是參與照顧的鄰居或朋友。需要照顧的人包括慢性病患、老人、肢體不便者，包含所有20歲以上的人，但最常見的使用者是老人的家屬。

諮詢談話以個別或團體方式進行；每個禮拜四則舉行「週四咖啡」活動，辦不同主題的演講。當家屬無法出門參加活動時，工作人員也會主動做家訪。而如果家屬要來這裡參加活動，就一定會安排「喘息服務」去家裡替代這位家人。

支持中心設立了一個電話專線，家屬突然遇到問題不知道該怎麼辦，或是需要找人談話時，就可以打電話來這邊問，服務時間為禮拜一到禮拜四早上與禮拜四晚上。除了專線，上班時間打進來的諮詢電話他們也會接。另有「晚間演講」這項新

活動，目前為止只辦了兩次，其中一次找人來談失智症，另一次是特別從挪威請專家來講一個專題。他們還與紅十字會合辦「家屬團契」，讓家屬互相交流照顧經驗，又交到新朋友。家屬也會自組讀書會、進修班，談同理心。在具有普及公共照顧傳統的瑞典，這些活動的需求是新興的，一方面是讓家屬增加知識，另一方面協助他們更加留意自己、關照自己，不能因為一直照顧別人而忘記自己的需求，到最後自我都不見了，容易導致身心耗弱。

家屬支持中心的所有服務都是免費的。晚間的聚會活動不一定在此中心舉辦，也可能辦在老人聚會點。很多家庭照顧者本身也是老人，她平常是有能力去聚會點做日間活動的。因此家屬支持中心的工作人員透過聚會點，已接觸到愈來愈多的「家屬」老人。除了獨立主辦活動之外，他們也會轉介相關資訊給家屬。比如說「短期照顧中心」有提供一種叫做「安全感的地方」的服務，該處有兩個床位提供短期照顧1至2週，讓家人去旅遊度假。家屬支持中心最主要的功能是支持、連繫與轉介，例如，他們會邀請隆德市聘僱的兩位失智症專門護士來演講，或與家屬會談、給予支持。

評估員會評估家屬需要多少小時的喘息服務，一個月十五小時以內的喘息服務是免費的，超過要自費。喘息服務自付額基準與居家照顧一樣，且都與申請者的收入相關。

由於家屬支持中心是新設立的服務，因此做了一張小摺頁發給家屬，也放置在醫院、社區健康中心等地方，很多人真的是透過此管道才跟中心連絡上。此外，他們也製作了一種「家屬卡」，讓家屬把老人的資訊都寫上去，隨身攜帶。「家屬

卡」的目的就是在於給家屬安全感，比如說，如果有一個太太突然生病了，她被救護車載去急救，她會想說我家裡那個失智症的丈夫怎麼辦？有了隨身攜帶的「家屬卡」，救護人員就會知道她還有一個失智症的丈夫在家，就會趕快調配人力去照顧這位失智症丈夫，這樣就能給照顧者很大的安全感。此外，家屬支持中心也必須告知整個長照體系裡的工作人員這個新中心的存在與功能，讓大家幫忙向家屬宣傳。

與家屬支持中心合作的單位包括家屬讀書會、家屬成立的各種協會、失智症協會、肢體不便協會、教堂、報紙，甚至是年金者雜誌。他們會與這些單位合辦活動，或這些單位如果有需要來借場地也可以合作。隆德市政府的網頁上也有提到家屬支持中心，並發布相關消息。

家屬支持中心的經費來自國家撥給市政府的一筆特別經費，約一年三百萬克朗，支應四位工作人員的薪水、場地與活動費。工作人員需要的背景是社工、照顧服務員、醫療與護理，此外，他們也支持在職進修，例如，我們到訪時恰好有兩位工作人員去首都斯德哥爾摩上關於家屬方面的專業課程。

3-5 失智症日間照顧中心

空間與活動

我們所參訪的這間失智症日間照顧中心（下稱「日照中心」）是1970年代的建物，僅一層樓，原是醫院的聚會中心，8年前整修成為日照中心。一走進日照中心，感覺像是進到人家家裡，只不過這個家幾乎沒有隔間，而且相當寬敞，一眼就看到整個家的空間功能分布在日照中心的幾個角落：客廳沙發

區、廚房流理台區、餐桌區、窗邊小桌區，以及近門口處的一間廁所。挑高的空間光線充足，每個窗台邊都擺滿了綠色懸垂植物。原木色系的傢俱，搭配地毯與壁毯的暖色調，沙發圍繞著一個假的壁爐，牆上佈置著許多幅畫與一個骨董鐘，還有一架原木色的立式鋼琴，十足家庭感。

唯一用牆隔間的是「休息室」。休息室大小接近一個臥房，裡面有一張床，但並不是用來睡午覺的（瑞典人並沒有睡午覺的習慣）。休息室的目的是讓情緒比較躁動的老人可以緩和下來。休息室採間接光源色澤接近自然光，明亮但柔和，放著柔和的音樂，牆上投影出充滿綠意的森林照片，還有光纖等光影輔療器材，佈置出一個可以讓情緒緩和、放鬆的空間。

圖三：瑞典失智症日照中心，就像一個比一般家庭還要寬敞的家



（陳欽春／攝）

日照中心的理念是不以藥物來治療失智症，而是透過社交性的活動來刺激失智症老人的種種能力。為老人所設計的活動中，有個別活動也有群體活動。群體活動包括大家很喜歡的文字接龍、音樂、唱歌、畫畫、照相、玩牌等，也有比較動態的「手部按摩」活動。現場的三個工作人員會保持互相幫忙，帶活動的時候，如果分「角落」，就是你負責廚房這一角，我負責客廳這一角。一位工作人員需要備餐或是打掃的時候，就由另一位工作人員去帶全體老人做群體活動。並沒有職能治療師等，但日照中心會有志工參與，例如「帶唱歌」的吉他志工一週來一次，陪老人一起彈吉他、唱歌。

「懷舊療法」（reminiscence therapy）是日照中心的一個重點，身處在熟悉的古早用品中，對老人非常重要，是他們回味與安全感的來源。因此之故，日照中心佈置成「懷舊環境」，書架上陳列的書籍、裝飾品、用品等，都充滿了古早味，是阿公阿嬤小學、中學年代的東西。例如那個時代的學生帽、日記本、連絡簿、成績單、古早的駕照、郵局帳簿、髮簪、日曆、相片、畫片、書籤等，老人往往拿起這些東西就愛不釋手，可以談上一個早上，談他們以前怎樣怎樣。

失智症日照中心還養了一隻綠腹黃背的小鸚鵡，名字叫做 Sune，住在一個城堡般的大鳥籠中，放在客廳沙發區。工作人員認為生物與人的互動對於失智症老人很重要，所謂「寵物療法」。但貓狗不好掌握，所以選了養小鳥，小鳥會飛到老人肩膀上，可以親近又不會有傷害性。

老人在日照的一天

每天早上九點，交通服務會去家裡接老人來日照中心（所謂的交通服務就是政府補助行動不便的老人用「公車」的票價搭乘計程車）。在出門之前，老人的家人，或是他們的居家照顧服務員，會幫老人換好衣服、扶上車。自己有辦法上下車的老人就自己坐車前來。到了日照中心，一天的開始是先喝咖啡、吃小麵包、小點心，然後一起聊天。中午十二點三十分，市政府的中央廚房把午餐送來，大家一起用餐。下午兩點半，就是結束之前，還會有一次喝咖啡時間，活動三點結束，交通服務再把老人送回家。

日照中心一整天的活動是什麼？每天固定一定有的項目就是全體一起做運動，還會去日照中心室外的花園坐著聊天，以及出去散步。另外也會安排老人們幫忙洗碗、做沙拉、做蛋糕等。讓老人「一起做事情」，是日照中心規劃活動的重點。家人不會跟著一起來日照中心，但有時候老人的照顧服務員（連絡人）會與家人連繫，告知狀況。

政策目標

日照中心的目標是失智症老人的「功能維持」，包括環境認知的能力，以及能夠執行日常生活活動的能力，或是「減緩老人功能喪失的速度」，以便讓失智症的人能夠住在自己家裡愈久愈好。日照中心工作人員現在都稱呼老人為「參與者」（visitor），而不稱「病人」或是「服務使用者」，是重大的心態轉變。在瑞典，「老人聚會點」針對一般老人與失能老人提供服務，而「日照中心」純粹是服務失智症老人，兩者不相混

合。

申請流程

申請使用日照中心須經兩次評估，第一次由評估員、該地區失智症護士（全隆德市共有2位）、申請者的居家照顧服務員（即所謂「聯絡人」，contact person）三人一起進行家訪，以便了解老人的需求及家裡的狀況。如果評估結果是老人的確有日照的需求，評估員就會與日照中心連絡，安排這位老人到日照中心做「初次拜訪」，通常由家人或是聯絡人陪同，不會在中心待很久，通常是下午一個小時，喝杯咖啡。如果初次拜訪一切OK的話，接下來可能就會固定拜訪日照中心幾次並加長時間，並安排交通服務（計程車接送）。第二次的評估是在日照中心進行，由評估員與該地區的失智症護士一起完成評估。

適應新環境

老人剛開始來日照中心的時候，是以一周兩天為單位，讓老人慢慢適應。接下來就看他們的需求，適應得好而且需要的話，評估者會讓老人一週來日照中心五天。大部分人是一週來2-3天，但也有少數5天都來日照中心的。評估的時候，是先看日照中心有沒有足夠的位子讓老人來，再看老人適應的程度，以決定他／她來日照中心的頻率。在日照中心的照顧計畫（care plan）是由日照中心員工、家人與參與者（老人）一起做成。

哪種老人適合來日照中心？

適合來日照中心的老人，失智症程度大部分是輕度，能自己吃、自己走，再嚴重就不適合了，因為日照中心的活動會帶

大家一起料理食物，像是做沙拉、切玉米等，要動刀、動叉，所以必須是手部有活動能力並能掌握力道者才適合。再者，必須是能夠自己行走的人才適合來，即便是拿輔具（拐杖、助行器等）行走也行，但是不能是完全需要仰賴輪椅者。我們參訪時正好看到一位使用助步車輔助行走的老公公，在工作人員的看視下，自己緩緩地從日照中心走出來並坐進私人轎車的後座。手腳能力如果退化嚴重了就不適合來日照中心，而應該去特別照顧失智症老人的機構，像失智症住宅（團體家屋）等。

老人組成與工作人員

因為每位老人選擇來日照中心的頻率與日期不同，所以每天人數與老人組成都不一樣。例如，我們拜訪的這所日照中心今天有15位老人前來，但是昨天可能只有10位。這所日照中心登記的失智症老人有15位，其中2位一周來5天，其他的一周來2到3天。

這樣的老人組成需要配置怎樣的工作人力？現場固定要有3位工作人員，對應8位老人。中心總共聘請4位工作人員，全職3個，兼職1個。全職的工作時間是從早上八點半到下午五點，算是很長的工作時間。照顧工作人員的背景是護士，但都受過特別的失智症照顧訓練。

瑞典的長照服務近年來開始出現「電腦化」，書面報表上的所有文字記錄都被要求輸入電腦。評估員每年針對老人進行一次複評，但日照中心本身每個月會為老人做一次評估，留意認知與情緒變化，如果發現老人狀況有異則會馬上請評估員重做評估，以便決定是否需要改變服務。至於評估表格，則是所

有長照服務都使用同一種表格。

評估的智慧

使用日照中心的老人，大部分是輕度失智症。他們在經評估為有需要日照服務後，被交給地區失智症護士來決定分配到哪個日照中心，而決定的標準，既不全然以「地理上的近便」，也不全然以「失智症程度」來區分。雖然隆德市的四個日照中心功能與基本運作模式都一樣，但是每個中心的既有老人組成結構不同，工作人員特質也不同，這就構成了每個日照中心的根本差異。

例如，雖然來日照中心的都是輕度失智症的老人，但在輕度裏面，還是有不同狀況，需要注意很多細節。地區失智症護士的專業智慧，就在於判斷以這位老人的「特質」來說，現有的幾個日照中心裡哪一個比較適合他或她。所以最終的結果是，一個日照中心同時會有不同失智症程度與狀況的老人相處在一起。

服務密度

隆德市目前有4所失智症日照中心，第5個中心正在蓋。每個中心平均服務10到15位老人（名冊上登記的），全隆德市約服務了60位老人。不過因為並不是每人每天都來，所以每天出現在一個日照中心的老人大約總共8位。

四、瑞典的老人住宅與特殊住宅

目前瑞典老人人口中，94%住在自宅，其餘6%住在特殊住宅，後者是依據社會照顧法被判定為符合需要者。以往，

瑞典老人可以以自宅狀況不佳或有障礙為由，申請入住公立的老人院，但現在這些已非合法申請理由，原因是瑞典政府近年來重點加強提供老人無障礙住宅，所謂「55+」、「65+」老人住宅，且老人住宅的住戶與一般自宅老人一樣可使用居家照顧服務，因此「老人住宅」在國家統計項目上已被視同為一般住宅，並不列入所謂「機構照顧」類型。這種老人住宅成長快速，從2000年全國有11,737戶，到2008年已有32,761戶（SALAR, 2009: 20）。且長照領域慣稱的「機構照顧」（nursing home），在瑞典也已改稱「特殊住宅」（special housing），目的是改革以往病房式的空間與照顧思維，而強調個別性、家的感覺與生活的延續。

4-1 「55+」、「65+」老人住宅

在瑞典，到老如果還獨自住在獨棟獨院的房子，夏天需要除草、冬天需要剷雪，管理很麻煩。因此可以考慮搬到「55+老人住宅」或是「65+老人住宅」，就是一種限定55歲以上或是65歲以上的人才可以申請的有電梯無障礙公寓。老人住宅的住戶如果需要家事打理或身體照顧服務，同樣可以申請市政府的「居家照顧」。

空間與區位

老人住宅多位處市中心，交通方便。空間無障礙，房型多為一臥一廳一廚一浴一陽台，打理簡單。各棟大樓的頂樓通常設有公共的休閒室，例如織布室、健身房等。也有大大小小的公共活動室可供舉辦常態或特殊聚會活動。

管理組織

老人公寓自組自治委員會，通常由60、70歲的「小老人」住戶擔任幹部，服務更為高齡的「老老人」住戶。自治委員會會舉辦住戶喜歡的常態性活動，例如每周都有「大家來唱歌」活動；也會舉辦年度重點活動，例如「化裝舞會」等。

租售與價位

老人公寓有租有售，但是租的情形需要排隊等比較久，用買的可以比較快申請到（有當天決定就獲准的例子）。而且如果是原有自有宅的老人，則採取換屋（買屋）的方式比較划算，因為用租的房租還是蠻貴的。買屋的話，在瑞典的延雪平市二十年屋齡三十坪（80平方公尺）的老人公寓約一百萬克朗。若是新屋會較貴。

買屋仍然要繳交每月管理費，租屋則每月繳費約5,532克朗，包含月租費、管理費、水費、公共洗衣機、使用公共休閒設備費等。但不包含電費與電視網路費，這些必須自付。如果是沒有自有屋而承租老人公寓者，可以申請市政府的住宅補助津貼（每月）。

4-2 「65+」老人特殊住宅

依據瑞典「社會福利法」（Social Services Act），地方政府有責任提供附護理與照顧服務之住宿處所給需要特殊支持的老人。所謂「65+」老人特殊住宅（瑞典文Äldreboende，英文special housing）就是指65歲以上有需求者都可以申請，但需經過市政府的評估員（Bistonshamkerer）核准，才可以入住的一種

配備24小時照顧人力的老人特殊住宅。瑞典不稱此為「養護中心」或「護理之家」，而一律歸類為「住宅」，僅稱作「特殊住宅」，且稱呼入住的老人為「住民」，不稱「病人」或「個案」，自稱這個住宅為「家」（home）。

2007年瑞典有95,200位老人住在「特殊住宅」，比2000年減少26,000人，占65歲以上老人的比率從2000年的7.9%，降為2007年的6.2%；但同期間瑞典的一般「老人住宅」（未附24小時照顧）則從12,000戶增加到33,000戶（其中包括10,000戶從特殊住宅轉為一般住宅）。事實上，瑞典約有半數的地方縣市其80歲以上人口住進特殊住宅的比例僅為16%，多數超高齡老人選擇於自宅使用居家照顧而非搬入老人特殊住宅。老人特殊住宅的年度「翻房率」達到30%，表示特殊住宅的管理模式可以讓更為大量的老年人口群受惠（SALAR, 2009: 47）。

我們參訪了瑞典南部延雪平市（Jönköping）的兩所「65+」老人特殊住宅，一所公立、一所私立營利性質，以及瑞典南部隆德市的一所公立「65+」老人特殊住宅。延雪平市 2014 年總人口13萬人，老年人口2.5萬人，占該市總人口的19.05%（Statistics Sweden, 2014），約相當於台北市的中正區（總人口16萬人，老年人口2.5萬人，老年人占比15.06%）。

（一）公立「65+」老人特殊住宅

空間與活動

我們所參訪的這所延雪平市公立老人特殊住宅名稱為 Solstickans Äldreboende。住在這裡的老人與政府所簽的契約是「房租」契約，並沒有合租的情形，也不是病房式的。公立與

私立老人特殊住宅的規格都一樣，每一位老人住一間套房，大窗光線明亮。每個房間內附相當大的一間無障礙衛浴室，左右開的拉門設計，馬桶兩側有扶手，以拉簾隔開旁邊的淋浴空間。蓮蓬頭兩側在坐姿高度處的牆上，各裝有斜置的長扶手一支。房間天花板裝有移位用的懸吊軌道，從床的位置一路拉到

圖四：瑞典延雪平市公立老人特殊住宅 Solstickan，個人房間附設無障礙浴室。馬桶兩側，與蓮蓬頭兩側坐姿高度處的牆上，均裝有安全扶手，並以塑膠材料包覆以防滑並防冰冷，讓長輩自己幫助自己坐穩或站起。左側牆上的微溫鐵管既做烘乾毛巾之用，亦可確保浴室內溫暖與乾燥。



（陳欽春／攝）

浴室門口。房內固定設備還包括一套小型流理台，有水槽、兩個電爐爐台、小冰箱與若干櫥櫃。

房間內擺設的傢俱都是老人自己帶來的，包括玄關處的骨董梳妝桌椅與鏡子，明亮的窗邊放著兩張單人高背皮沙發、小茶几與立燈，波斯地毯與綠色植物盆景等。可調整高度的電動床是由機構提供，床的一側並設有扶手以方便起身。床架是木製的，與其他傢俱質感及色調和諧。床頭側裝有懸吊桿與握把，讓老人能用自己的雙臂把自己的上半身拉起，以方便照顧人員工作。床頭的牆上還裝有警鈴與對講機系統。

像這樣獨立一房並配備烹調與衛浴設備的特殊住宅普遍嗎？在2007年瑞典約有78%的特殊住宅達到這樣的標準，僅

圖五：瑞典延雪平市公立「65+」老人特殊住宅Solstickan，公共活動空間寬敞又不失家庭感，陳設有沙發、電視、撞球檯等，並連接到陽光房



（陳欽春／攝）

有1%（950人）需與非伴侶的他人共用房間（SALAR, 2009: 49）。

除了自己的房間，這所特殊住宅還有公共空間供團體活動時間使用，例如吃飯時間就是大家在一起。最受歡迎的團體活動是玩賓果遊戲，以及體育活動。最新增添且頗受歡迎的活動空間是「海灘房」，一走進去彷彿置身熱帶的海邊沙灘，對著成排海灘椅照射的燈具不僅熱力十足，我們一行人的變色眼鏡鏡片都瞬間變黑。

老人特殊住宅的老人可以自由進出，老人的家人也可以隨時來看望老人。只有針對失智症老人會在門禁方面有一些限制，其他的都隨便他們自由進出。瑞典的家屬探望頻率不一，個別差異很大。

申請流程與入住評估

申請流程與入住評估分為兩種情形。一種是老人從醫院出院想直接搬入老人特殊住宅的情況，評估就會在醫院進行，參與者包括：職能治療師、復健師、評估員，以及家屬。第二種是老人從自宅搬到老人特殊住宅的情況，申請者向市政府提出申請，市政府就按照申請者的居住區域派出一位評估員（延雪平市全市人口約13萬人，老年人約2.5萬人，有25位評估員，按照區域分工評估），去做家訪。這位評估員直接做出最終決定，不需要再回報給任何委員會。

評估的考量並非「有無子女」、「家庭是否有人同住」等，而是看老人的身體能力是否已經不適合獨居。不過瑞典最近評估標準也納入一些新的面向，其中之一是社會關係（social

relation），也就是寂寞的問題。如果申請者是社會關係薄弱、親友與活動很少、常常處於自己一個人的狀態，評估上就會認為他比較適合搬進老人特殊住宅，讓他早點進來交朋友、參與活動、增加社交機會。另外一個評估重點是失智症，申請者需要做失智症診斷。對於有失智症的人來說，即使肢體沒有任何問題也往往會被評定為需要住進老人特殊住宅。

簡言之，瑞典老人特殊住宅入住評估的基本原則是，如果評估員認為老人還有能力繼續住在家裡的話，他就會盡量協助讓老人繼續住在家裡，例如增加居家照顧的頻率與服務內容，讓老人安心繼續住在自己家裡。

一旦評估核准入住即完成程序可搬入，不再需要做任何後續評估。如果老人的照顧需求升高，老人住宅裡各類照顧人員會組成一個「團隊」（team work），定期開會，掌握住民的照顧需求變化，予以調整。「團隊」由下列人員組成：照顧服務員、護士、職能治療師、復健師、老人住宅主管等。例如，老人住宅內有10位需要特別照護的老人，就配置了3位照顧人員，可以快速掌握老人狀況的變化。職能治療師在老人特殊住宅的工作包括協助輔具的使用、教導老人如何安全的自行起床、上廁所及進行個人活動。

失智症者如果要申請入住老人特殊住宅，通常表示他已經沒有辦法繼續住在自己家中。如果只是輕度失智症，市政府會派出一個評估團隊（包含評估員、地區護士、職能治療師等）定期去做家訪，了解老人的狀況。瑞典提供輕度失智症者的服務主要是「居家照顧」搭配「日間照顧」服務。總之，瑞典的觀念是盡量讓老人住在自己家裡愈久愈好。

至於長照補助的評估表，市政府會直接將補助評估表寄給長照機構，表中明列各種照顧項目及程度，填妥寄回給市政府，後者就會核發不同程度的補助額度。老人特殊住宅每個月都會針對老人做評估，再將評估結果通知市政府，市政府評估後會再調整服務項目與補助額度。有的地方可能找職能治療師或其他專業者一起評估。基本上市政府都相信機構的評估。

台灣的服務人員要做很多文書工作（paperwork），且政府也不相信服務提供單位，會以評鑑來作考核。瑞典老人住宅的服務人員都是市政府聘的，屬於政府雇員，所以不大可能有什麼玩弄空間。而且他們與台灣的公務員來源不同，台灣是要經過高考、普考等才能當公務員，且福利又比一般勞工好。瑞典社福單位的工作人員不是用公務員考試來選取，老人住宅的工作人員資格是必須具備特定的教育背景，例如社工、護士、醫療等，只要具備該工作所要求的教育背景就可以來申請應徵這份工作。

以不移動為原則

在瑞典，失能、失智症、有病痛這三種狀況的人並不一定會或不會住在一起，每所老人特殊住宅的安排不大一樣。有些地區的老人特殊住宅專收失智症者，但我們參觀的這所不是，並沒有標準規格來衡量。當失能或失智症程度出現變化時，瑞典並不會因此而把老人依照狀況做樓層分類，把老人搬來搬去。瑞典的原則是老人一旦住進來就一直住在固定的房間裡，儘量以不移動老人為原則，除非是老人自己或是家人希望遷移，才會做移動，否則絕不會以機構管理方便的原因來移動老

人的居所。瑞典認為，對老人而言，當老人已經很習慣照顧她的這三位工作人員時，若把她搬遷到別區，還需要重新適應，所以不應該隨便搬動老人。不過，在瑞典因為失智症者非常多，到底該如何做比較好，各種說法也是很紛雜，並沒有單一答案。

住宿期間

我們所參訪的這一所老人特殊住宅的最大容量是90人，目前已經住滿。其中40位有失智症現象，另外40位是一般的老人，最後10位是有特別照顧需求者，包括有疾病的老人。核准入住老人住宅者，可以住到過世為止。

關於收住人數問題，台灣現在朝向社區化小型機構發展。延雪平市這所公立老人特殊住宅收住90人，但瑞典平均每所收住上限是40位老人。如果本市老人特殊住宅已住滿，還可以去使用其他城市的老人特殊住宅。住民入住期間長短之個別差異很大，可以從一個禮拜到好幾年，平均約兩、三年。

費用

老人特殊住宅的入住費用分為兩部分：房租與伙食費。房租一個月4,900克朗。費用分擔分為兩部份：10%是自付額，90%是政府補助（中央補助給市政府，市政府再補助市民）。無自有住宅者可以向市政府申請「住宅補助」，補助額度會依照申請者的收入（年金）程度而有差異。伙食費一個月2,500克朗。市政府收費的原則是計算老人的每月整體支出，必須在扣除食宿費用後還能剩下2,000克朗零用錢給老人自行花用，亦即自付額實際負擔程度不能高到讓老人連零用金都不剩。

老人特殊住宅還提供可自費購買的照顧服務，但照顧服務費最高只能收到每月1,700克朗，服務項目包含復健治療、居家護理，或是更頻繁的打掃服務等。

人力比

在老人特殊住宅裡，原則上3位照顧人員對應10位老人。如果是一般老人居多，照顧人力就稍微調少一點，可能只要2：10就好；如果失智症老人居多，照顧人力就稍微調高一點，可能需要4：10，就是在既有人力中微調。

這所90個床位的老人特殊住宅編制的工作人力為：4位護士、1位職能治療師、1位復健師、2位主管，以及照顧服務員。他們沒有編列「社工」人力，但是其實這兩位主管的學歷背景是社工。他們輪值上班，夜間需要4位照顧服務員，一層樓一位。少部份是全職的（100%工時），大部分是部份工時（例如75%工時）。

老人住宅的住民需要去醫院看診的話，大部份的狀況都會派工作人員陪同前往，除非是在夜間。因為夜間只有四位工作人員值班，一人顧一層樓，不可能離開。這時就會想辦法連絡家人，讓老人有人陪去醫院。

照顧服務員待遇

最缺乏的人力就是照顧服務員，到處都缺，所以他們也很容易就換工作。照顧服務員的薪資，剛開始的時候是17,800克朗。如果她通過一個學歷認證考試後，薪水會升到18,200克朗。照顧服務員的薪資還有地區差異，延雪平市的照顧服務員平均月薪約19,700克朗，但是首都斯德哥爾摩市則平均約21,000克

朗。這樣的薪資水準算不算低呢？其實如果與同等教育程度的人所從事的工作來比，照顧服務員這個工作的薪資並不算低。從事店員或圖書館員等工作者的薪資可能低於照顧服務員。

（二）私立營利連鎖公司Carema的「65+」老人特殊住宅

這家由營利連鎖公司Carema經營的老人特殊住宅名為Tornets Äldreboende，每位老人都有自己的房間，並附獨立衛浴。房間裡的家具只有床（可調整高度）是由老人特殊住宅提供，其他傢俱都是入住者自己帶來的。我們訪問了一位推著助步車（可坐的小推車）行走的老太太。她住進這所老人特殊住宅已兩年半，再兩個月就滿八十歲。她的房間有扇大窗，望出去是教堂。她在窗邊放了一張圓形餐桌與三張椅子，鋪著棉質

圖六：瑞典延雪平市私營連鎖公司Carema所經營之「65+」老人特殊住宅Tornet，Ingrid Leven女士的個人房間



（陳欽春／攝）

白底淺粉紅碎花的桌巾。桌上與窗台上布置著一盆盆盛開的白色蘭花、仙客來與菊花。她坐在窗邊習慣的位子上與我們聊天，可以同時欣賞自己的盆景與窗外風景。房間內還有電視、矮櫃、小冰箱、衣帽架、立燈、單人沙發等，動線無障礙。茶几上放著一組銀製茶具，牆上掛著銅框古典造型鏡子與左右對稱兩幅小尺寸油畫，很有古典美感。

老人特殊住宅的房間硬體設備包括一套小的廚房流理台用具，但是老太太說她基本上是不會去用那些廚房東西的。只有在很多訪客來的時候，她可以煮咖啡或煮茶招待她的客人。老太太說她在室內短距離行走時都使用助步車；如果要走出老人特殊住宅，她通常是讓別人用輪椅推她出去。

老太太退休前是學校老師，退休後的年金收入是每月16,000克朗，約台幣56,000元。在搬進老人特殊住宅前，這位老太太一向都自己一個人住。她在22年前（58歲時）中風，生活開始需要有人幫忙，所以搬進這附近的一所「55+」老人住宅，她在那裡有使用居家照顧。2年半前，她發現沒有辦法自己獨立生活，就換到這所65+老人特殊住宅，因為這裡日夜都有照顧人員在，讓她覺得很有安全感。申請老人特殊住宅者，政府是按照老人原居地區分配入住附近的老人特殊住宅，她就是被依照這個原則分配住進這家私人營利公司所開設的老人特殊住宅，並不是她自己選的。

這所老人特殊住宅每月的費用是4,488克朗（約台幣18,486元），但包含餐費的總月費是9,840克朗（約台幣40,531元）。之前她住在「55+」老人公寓還須負擔空調電費，每月約4,000克朗，所以搬來「65+」老人特殊住宅滿划算的。

老人特殊住宅的一天

早上八點半，有人來幫她盥洗跟換衣服。九點吃早餐，吃完飯她通常會看報、看電視或聽廣播。十二點吃午餐，下午三點是喝咖啡時間（瑞典文Fika），五點半吃晚餐。

這位老太太早餐與午餐是選擇去大廳與大家一起吃，晚餐則選擇在自己房間吃，這樣她可以自己看看電視。晚上七點會有人來幫她換衣服準備睡覺。

老太太說，她並不需要更多團體活動，因為她也喜歡自己看書、看電視。而且她有很多朋友，因為她從1947年以後就一直住在這個地區，已經六十幾年了。年輕時是從旁邊一個小鎮搬來的。

瑞典人看瑞典長照制度

整體而言，這位瑞典老太太覺得她這個城市的長照做得不錯，但她也提到，瑞典的福利有地區差異，有些地區資源不足，照顧人手不夠，服務品質就成問號，那些地方的老人可能就無法得到跟她一樣好的照顧。此外她覺得瑞典提供給老人的交通服務很好，她可以用搭公車的錢搭計程車去做復健。

（三）隆德市公立「65+」老人特殊住宅

隆德市這所老人特殊住宅Norrdala，與我們在延雪平市所參訪的兩所特殊住宅規格大致一樣，每個單元包括八間個人套房、寬敞的室內公共廊道加座椅、讓老人圍成一桌用餐的寬敞餐廳兼活動空間、簡單開放式流理台區域、工作人員的小辦公工作站等（設於個人房間與公共空間之間的過道上）。

我們參訪這天，一位坐在拆除了踏板的輪椅上用自己的雙

腳「划行」的85歲老公公Kjell，帶我們參觀他的「家」。老公公說他年輕的時候是在馬戲團工作，去過很多地方。他的家大約12坪大，窗戶明亮，窗台上擺著五六盆綠色植物，原木色系的家具與櫥櫃上擺滿了各國紀念品。另有書桌、衣櫃、茶几與電視，沿著房間四周的牆放置，中間留出寬敞的活動空間，以便輪椅行進。他還在一進房間的玄關處，擺了子孫幫他慶祝80

圖七：瑞典隆德市公立「65+」老人特殊住宅 Norrdala，個人房以個人傢俱佈置，每「家」各有風格。天花板架有移位機軌道，以便從床上移動到浴室門口，以及在房間內前後左右移動



(王品／攝)

大壽所製作的手工家族相簿，不時翻看。床上有懸吊輔具，可以讓老公公用雙臂協助自己抬高上半身，床頭的天花板上還裝有軌道，可以把人直接從床上送到浴室門口。

Norrdala這所老人特殊住宅目前有46位住民，23位有失智症，另外23位無失智症但有老年疾病（例如中風）。瑞典過去的「老人特殊住宅」政策都是將失智症者與非失智症者混合居住，這種做法背後的理念是，老人搬進來之後這裡就是他的家，如果老人開始出現失智症狀況也不應移動他，而要讓他繼續住在熟悉的地方，這樣對老人較好，所以每所老人特殊住宅都準備了失智症與非失智症各半的房間。不過隆德市最近幾年開始出現純失智症者的老人特殊住宅。

如果申請入住者在搬進來之前已經確診為失智症者，就會直接安排住到失智症的那一區。但是如果住進來的時候沒有失智症狀，後來才開始出現，則雖然標準作業程序是要將這位住民遷移到失智症區，實際上會依據個案判斷。瑞典將老人的年齡、失智症程度、是否有干擾鄰居的行為等都納入考量，才會做出較理想的決定，並非僵化的一律強制遷移，因為最重要的原則是讓失智症者生活在熟悉的環境。他們說英國的作法就很嚴格，會要求失智症者必須遷移到專門的住所，他們的入住規定裡就會寫明什麼情況下不可以繼續住在失能老人機構。

錯誤政策設計例一：以數學規劃照顧服務

瑞典的老人特殊住宅曾經是12位住民配置3位照顧人員，12人分別住在對稱的兩個單元內，每單元各6間個人房。但瑞典隆德市近年新蓋的老人住宅，皆用數學算法來設計人力與空間，

改為8間個人房為一個單元，配置3位照顧人員。他們認為人力比從3:12提高到3:8，照顧品質應會更好，且這樣的空間配置可能會比較省錢。

但實際上人力比3:12不見得比3:8來得差。原因是新的設計一個單元就有8房，所以通常兩個單元會放在不同樓層。即便兩個單元16個房間放在同一個樓層平面，但因為房間數量變多，走廊都變長了，而如果其中一個單元有緊急狀況，另一個單元的人就得跑很遠的路來支援。此外，3:8對現場照顧的人來說，實際調配人力很困難。他們的經驗是，照顧的動態實況不可能永遠是3個人對8個人，有時候會是3個人必須面對12個人。以前的那種一個樓面6+6硬體配置，讓他們有辦法調度人力。現在的硬體每個樓層8間，需支援人力時，得在樓層間跑上跑下，反而不易調度。問題是，從2006年開始有此問題出現，此後並未檢討新規格是否產生問題，也沒有針對人力效能做政策變化前後的研究。如此一路到2011年市政府新蓋的老人住宅全都採用8人為一單元的新規格，讓第一線照顧人員很困擾。由此可見，光光增加人員比例不見得有利於服務或管理。

錯誤政策設計例二：懸吊移位輔具問題

大約從2000年開始，懸吊式移位輔具受到了質疑（詳見楊佳羚，2007）。舊老人住宅的設計原則為「適當的個人空間，搭配多處公共空間」，例如讓老人隨時可以坐下來的室內寬敞走道等，所以平常老人很少待在自己的房間內。且舊老人住宅設計為兩間個人房共用一間衛浴，從床上到浴室的天花板一路鋪設軌道，方便用軌道式移位機將老人懸吊起來，從房間一路

移進浴室如廁或洗澡，減少工作人員受傷的風險。新老人住宅的設計規格改為，每間個人房都附設衛浴，且浴室大小足以讓輪椅和兩位協助人員都進得去；但每個房間所附設的移位機軌道只鋪設到浴室門口，由工作人員在浴室門口將老人從移位機移下來，放到洗澡椅上，然後將洗澡椅推進浴室。

政策改變的原因是隆德市政府認為，舊老人住宅那種把老人懸吊起來的方式太不人性了，因此決定全面拆除舊老人住宅，以便讓衛浴的空間大到可以讓兩位工作人員進去協助（楊佳羚，2007：75）。然而，隆德市政府照顧委員會的委員妮塔提出質疑：「當老人必須（在浴室門口）先脫掉衣服，由兩位工作人員協助坐上洗澡椅，再移動到浴室，對老人而言真的比較『人性』嗎？」舊老人住宅的主管蘇珊也說：「也許這些（做決策的）政治人物應該實地來看老人的狀況，而非只憑自己的想像做決定」（楊佳羚，2007：75）。

2010年，蘇珊已從老人特殊住宅主管職位離開，改任隆德市的失智症評估護士，她表示實務現場照顧工作者的聲音還是很難被決策者聽到。且雖然市政府裡面有工會代表，但第一線工作者不能直接去向工會代表反映這類問題，因為照規定必須先把問題反應給上司，越權向工會代表反應會很麻煩。但問題是，如果上司沒有繼續把這個問題反應上去，第一線聲音就都不會被聽到。這個情況導致瑞典近年出現一個很大的醜聞事件，發生的背景是某一個老人特殊住宅因為人力嚴重不足，導致凌晨四點只有一位工作人員在餵食、照顧所有的老人。人力無法調配的情況下，只好把所有的老人都鎖起來，因此爆發醜聞。

私有化衝擊

隆德長年以來都是左派右派輪流執政，但2010年為右派繼續執政。右派在選舉前保證不會再繼續將公共照顧服務私有化（privatization），但是人們不相信這個承諾，因為他們其實已看到私有化速度非常快。瑞典觀察到私營服務提供者其實使用非常多人力去做漂亮的報表（paperwork），所以他們的成果都呈現得很漂亮。而原有的公立老人特殊住宅照顧人員因為沒有時間做報表，以至於呈現成果時看起來比較遜色。

私有化為什麼會影響到現有公立老人特殊住宅的人力編制？原因是私人公司用比現有規格還少的人力去照顧一樣多的老人，政府就反過來問公立單位：為什麼私人公司可以用這麼少的成本做到這種成果，而你（公立單位）不能？政府認為公立單位不應該花那麼多錢，所以公立單位預算被跟著調降。但私人公司為什麼能用較少人力做較多事情？瑞典人有此疑問。

老人特殊住宅的前主管蘇珊說，私立老人特殊住宅的確有其優點，例如他們真的會去稽核（They do check on something），因此能夠很快發現問題並解決問題，公立機構的確不見得有這麼好的效能。但她認為私立的最大問題是業者會把老人照顧當成營利服務來辦，蘇珊覺得「人的事情不應該拿來賺錢，尤其是老人，不應該從老人身上賺錢」。她比較公營和私營有一個不公平競爭之處，亦即私立營利公司的規模可能只是一個小公司，但是既有的公立單位卻可能有著如同大公司規模的行政體系，因此較不容易節省成本。到底哪個省錢、哪個有效率？這涉及不同的比較基準點。第二點，私人公司有非常多的「成果包裝」人手，他們會聘專業的人專門做這些事

情。相反的，公營單位雖然做很多事，卻不會把他們所做的每一件事情都寫下來，因此不利「包裝」。例如，公立單位可能做了一百項事情，但從紀錄上來看卻好像什麼都沒做，原因是他們通常不要求每個活動的參與者都「簽到」，他們重視的是把時間拿去與老人相處互動，而不是填寫報表，紀錄成果，結果就是活動辦完卻沒有留下「紀錄」。

再者，公立單位的員工也不太會做問卷。例如，政府的年度問卷調查會問老人特殊住宅的員工：「你有沒有每天幫老人刮鬍子？」他們當然就很誠實的說「沒有」，因為依據經驗他們知道不是每位老人都需要每天刮鬍子，且老人也未必願意每天讓你刮。但是這一題回答「沒有」對這個機構很不利，因為這一題其實是要測量工作人員是否每天都有幫住民做清潔衛生工作。因此公立單位很生氣政府的問卷題目設計得充滿玄機，不講清楚到底想問什麼。「清潔」的指標難道只是「刮鬍子」嗎？如果問卷換一個問法：「你每天都有幫住民打理個人清潔衛生嗎？」員工就會回答「有」，因為他們的確每天有做。總之，公立單位員工雖然誠實回答每一題，卻不能保證他們的回答將會被怎樣詮釋。最後結果顯示，隆德市聘雇了最多照顧工作人員，照顧品質卻不好。對此，公營單位很不服氣，認為所謂「不好」的標準應該要被質疑。

「好」的指標是什麼？蘇珊舉例，好的品質應該是走進這個老人院看到老人有笑容、有精神，而不是員工聚在一桌講話、卻任老人癱著或昏睡著。蘇珊表示，目前最大的變化是他們被要求很多資料要輸入電腦，結果是他們原先用來照顧老人的互動時間，現在被挪用到「電腦資料輸入」工作上。對於失

智症者的評估，雖然失智症者沒有辦法回答你的問題，但可以由他的家人、或是「聯絡人」來回答「老人是否每天有笑容？」，這其實就是用很具體的指標來評估失智症者的感覺。

另外關於公私立機構的選擇問題，目前只有「居家照顧」可以讓老人自由選擇，老人特殊住宅這樣的機構服務因為等候名單很長，所以不可以自由選擇要進公立或私立，更不可以選擇特定的機構。目前隆德市19所老人特殊住宅中，公立14家、私立5家。

聯絡人 Contact Persons

照顧服務員每個人有他們最熟悉的一兩位失智症老人，這種照顧者就叫做「聯絡人」，是最熟悉特定老人、知道他們所有事情、哪種事情該怎麼幫他們做、擬定照顧計畫等等的人。6個聯絡人（照顧服務員）對應8位老人，也就是每1位聯絡人要負責1至2位失智症老人，她要很清楚知道每位老人的照顧計畫，並幫忙擬定。瑞典沒有所謂另外的一個督導在指導照顧服務員；擔任聯絡人的這位照顧服務員，在擬定照顧計畫的時候不是只在做例行性的工作，而是很清楚知道這位老人的特定需求。

人力與核心價值

失智症照顧的人力比約是0.86；非失智症老人的照顧人力比是0.83。在我們拜訪這天遇到老人特殊住宅裡的兩位男性工作人員，一位是20歲的年輕男生，大學剛畢業，他說來老人特殊住宅工作是因為他其實還未決定未來職涯，所以先來老人特殊住宅工作，邊做邊思考。之前他有一個朋友在老人特殊住宅工作

過，蠻喜歡這個工作，所以他才想也透過人力資源中心介紹，進入老人照顧工作。另一位男性員工是護理師背景，已在照顧場域工作15年，但轉來這所老人特殊住宅僅2年，他很喜歡這份工作，且他的服務對象甚至包含女性住民。老人特殊住宅讓住民自行決定想要由男性或女性照顧人員服務，所以除非有女性住民不願意接受男性護士照顧，否則男女性照顧工作者都會輪配到服務男女性住民。一位資深女性照顧人員說明，老人特殊住宅有男性照顧員實在很重要，因為有的男性住民堅持由男性照顧員為其洗澡，也有女性住民不接受男性照顧員，所以老人特殊住宅工作人力包含兩性非常重要。

老人住宅的工作人員每六週輪換一次排班課表，主管會議每月開一次，主要是處理員工壓力的問題。因為如果工作者與主管不懂得處理壓力，很有可能你的工作態度就會讓住民感受到壓力，而壓力其實對應的就是耐心，所以老人機構對工作者的耐心養成很看重，並且培養工作人員向住民學習的心態與習慣。

躁動

老人特殊住宅的住民出現躁動狀況時如何處理？如果是在白天，一個單元8位住民有3位照顧員，可以機動調配。但如果是發生在晚上，因為只有1位照顧員要照顧16位住民，人力吃緊，所以處理方式與白天不同。若要找幫手，可以聯絡該地區的夜間護士或是失智症專門護士來支援。瑞典不希望對失智症老人用藥，例如鎮定劑，所以他們如果人手夠的話，都是用陪伴與安撫的方式慢慢陪伴躁動者，有時候躁動的人只需要有

一個人陪著他說話他就會慢慢平靜下來。如果有人躁動的情形比較嚴重，其他老人也會被他影響，整體的情緒都變成比較躁動，那就需要找失智症專門護士來支援，她能指導類似這種狀況要如何處理。緊急情況當下不一定能解決，但是度過之後員工會再找時間去諮詢專家，學習未來應如何應對特定問題。

4-3 短期照顧中心、安寧照顧與失能壓縮

很多人會在這裡過世，這是一個離死亡不遠的地方。但我們看到這裡所有的房間裡，很少用到那些台灣病房與護理之家常見的整套插管設備。台灣很多人到死亡前其實已插滿管路且插管很久，但在瑞典，生命末期的人很少是重癱的，這是怎麼做到的？

圖八：個人房配備讓老人自助與她人協助之移位輔具



（陳欽春／攝）

雖說住在這裡的人需要照護的程度都很高，但房間還是儘量做到不要像病房，而能有個人感。例如能照進陽光的大窗，白底淺花紋帶來明亮感的窗簾，電動床旁矮櫃上有電話與個人物品，還有一張小書桌與桌燈，以及可坐式助行器，表示病人是有下床走路能力的。一樓可以親近戶外花園，二樓也有一個小陽台可以呼吸新鮮空氣，陽台上就可望見一樓的花園，草木扶疏。

這個短期照顧中心有20個病房，可以收22位病人，多數是個人房，只有少數是兩人房。這裡原來是一個復健中心，現在將復健與短期照顧中心合併。來這裡的人主要是剛從醫院出院的病人，也許因為家裡的無障礙設施改裝還沒有完成，所以先來這裡住2-6星期。住在這裡的期間病人會得到很好的照料，讓家人可以專心與醫護照顧人員協談後續的安排事宜。雙方需要討論的事包括：病人需要住在這裡多少周、每位病人需要多少醫療照顧服務、如何增進病人的行走能力等。也會從病人的資料或聯絡醫院得知病人的需求、自我清潔能力、需要哪些行動輔具等。病人一來到這裡，護士與復健師就會召開一個歡迎會議，以便了解病人的照顧需要。入住之後，護士每天早上都會去與病人打招呼。而照顧服務員（尤其是每位病人的對口聯絡人）是與病人最親的，知道最多事情，所以護士也會根據照顧服務員回報的資訊，為病人更新照顧計畫。重點是探求病人自己的目標而協助他：例如復原、回家或希望做到什麼事情。

另外，有些病得很重的病人出院後，因為家裡沒有其他人，就不適合讓他單獨回家而適合住在這裡。瑞典的信念是任何人都不應該孤獨的死去，陪伴是非常重要的。但這裡並沒有

很長的等候名單，全隆德市也只有8個安寧病房。一位工作15年的資深員工說，她這幾年看到病人變得愈來愈老、病得愈重，意思就是說瑞典已經成功把疾病失能壓縮到人生的最末端。如果這裡有出現年輕病人，都屬癌症病人。瑞典真正完全臥床的人都在醫院，但醫院通常也只有4-5個安寧病房，每個病房8-10人。

工作人力

這所短期照顧中心有35個工作人員，其中有4位全職護士、1位復健師、1位職能治療師、1位負責整個中心的環境清潔工作，25位照顧服務員，其中5位在夜間工作。像星期一早上就有3位護士與6位照顧服務員執勤。

醫療費用

醫生來「短期照顧中心」看診的費用相當於居家醫療，比醫院看診的掛號費貴。平常去醫院看醫生一次約自付150至200克朗；但如果是出診到家裡的話是300克朗。短期照顧中心的自付額總上限是950克朗，亦即老人只需要付三次的自付額之後就都不用再付了，其餘開支由國家負擔。這個上限的設計用意是預防個人因病重或需重度照顧而破產，具有重分配的社會公平用意。

五、結論與政策建議

台灣長照發展的關鍵問題是公共長照服務不足與不夠社區化，以及人力開發無效。綜觀瑞典半世紀來普及公共長照服務發展與調整的經驗，尤其是實地參訪所了解到的瑞典第一線服

務人員在改革過程中所見證的矛盾與困境，筆者整理出給台灣長照發展的四點啟發：

- (一) 具有預防意義的公共長照服務：瑞典所發展出來的公共社區整體長照服務，包括居家照顧、警鈴、送餐、共餐、（無障礙）老人聚會點、失智症日照，與（無障礙）交通服務，已證明是普遍受老人歡迎的服務，且是能夠讓老人安心在地老化、持續參與社會的必要措施，也是延長老人自立生活（延緩失能惡化）的有效預防對策。而上述所有服務中，居家照顧是發展最早、最受歡迎、服務人口最多，且使用者失能程度從輕到重都迫切仰賴的服務。實地參訪瑞典更讓我們看到居家「照顧服務員」成為最了解老人的「連絡人」，承擔起連絡家屬與協助老人轉銜使用其他各式服務的關鍵角色，帶給老人與家人安心。因此發展公共長照，應從建構一個有效能的綿密公共居家照顧系統出發。
- (二) 公共性與財源永續性：即便近年來瑞典福利外包化加速，但其長照制度性質仍為公共性，因為是由地方政府主責規範，並以公共資源（稅收）公共購買（民間提供的）服務，維繫其普及主義。且即便在以稅收支應福利的北歐國家，這些服務始終有自付額，甚且設計級距式自付額，實踐再分配意義。顯示「公共化不見得必須靠高稅率作為財源，或一律由政府直接提供；公共化的重點乃在憑藉著公共決策機制，包括公共購買機制，以維繫服務系統的公共性，如此，財源可涵蓋（較高的）自付額，人力也可由私部門雇用」（劉毓秀，2012:

111)。

- (三) 直接民主審議決策機制，以避免營利弊端與決策壟斷：政府以公共資源委外辦理長照服務時，應引進民主組合審議機制，將決策權擴大涵蓋於照顧事務相關之社會各方，包括服務使用者（劉毓秀，2012: 109-110）。再者，從我們參訪所聞照顧服務工作者的第一線經驗顯示，不論就長照硬體設施的規劃（例如特殊住宅）、照顧人力比的調整，或是品質管理機制的設計（例如報表電腦化、品質調查問卷等），全國性政策制定過程似乎欠缺地方性第一線經驗的回饋與參與，因此照顧事務的決策委員會應進一步擴大涵蓋服務提供者。
- (四) 多元管道培育人力：瑞典對於開發照顧服務人力的經驗也值得台灣參考，尤其是隨著社會人口結構轉型過程而開發潛在勞動人力的務實精神。另外，訓用合一、招募管道多元化、以及人才留任所牽涉到的宏觀政策設計（例如空間資源平均、勞動福利保障等），都值得台灣取法。

瑞典長照服務體系所開創的龐大照顧工作職場，對全國女性的就業機會、勞動參與率及經濟安全，皆有巨大且直接的影響，可從下列統計數據一窺究竟。根據瑞典政府最新的性別統計（Statistics Sweden, 2014a），20-64歲女性中，最多人所從事的職業排名第一名與第二名為「長照相關機構、病房與居家領域」照顧服務員與個人助理等。且瑞典照顧工作之收入水準與百貨零售服務業相當。又根據瑞典政府的長照人力分析

（SALAR, 2009），2007年整體長照領域（含老年與身心障礙兩領域）的工作人力為253,300人；當年度65歲以上人口中，153,700人使用居家服務（占65歲人口之10%），95,200人使用機構住宿式服務（占6%）（Socialstyrelsen, 2008）。這超過25萬的長照工作人力特色為：（1）照顧服務員約18萬人，其他照顧人員（含個人助理）約3.3萬人，餘為督導、護理、職能治療、物理治療等工作人員。（2）全體均為瑞典國民（具移民背景者占14%），無移工。（3）女性占90%，男性占10%（男性約2萬人）。（4）教育背景為高職及以上者占90%。（5）由於照顧工作的特質為全年不能中斷（需覆蓋一天24小時、每周7天），故各類照顧工作者均有「加班費」收入，例如照顧服務員之九成皆有。（6）人力主要分為「月薪全職工」、「月薪兼職工」與「時薪工」三類，以工作時數的平均投入程度（average activity level）來比較，「全職」為100%，「兼職」為73%，「時薪工」為37%。瑞典這套長照服務體系加上幼托服務體系，締造瑞典擁有世界最高的女性勞參率（Statistics Sweden, 2014a）：2013年瑞典20-64歲人口之勞參率，女性為83%，男性為89%；未參與勞動的女性中，原因為「料理家務者」僅占2%。相較之下，我國2014年15-64歲人口的勞參率（行政院主計總處，2015），女性為50.6%，男性為66.8%，且我國未參與勞動的女性中，原因為「料理家務者」，高達49.3%。

註 釋

1. 醫療醜聞是指2012年瑞典一家政府外包的營利醫療公司，將政府撥予的醫療經費挪出國外以避稅的嫌疑（Radio Sweden, 2012a, 2012b），而教育的醜聞是指2013年瑞典最大的私人教育機構之一突然破產，導致11,000個學生無學校可上（Reuters, 2013）。
2. 瑞典非屬「服務」性質的長照福利還包括勞工可請帶薪「親屬照顧假」，來照顧重病或臨終的家人、友人、甚至鄰居。1989年立法規定一年可請最多60天，2010年延長為100天，這項政策頗受歡迎，1999年全國有7,625人使用，2007年9,843人使用，到2010年11,300人使用，平均一年使用12天。
3. 「居家照顧」使用者自費額計費公式至2015年亦未改變，僅「價格基數」提高為44,500克朗，故相應之各級距收費上限亦微調（Lund, 2015）。

參考書目

- 王 品 (2015) 〈德國長期照顧保險效應分析：1995-2013〉，《人文及社會科學集刊》27(1): 135-203。
- 日經Business (2012) 〈老人ホーム革命〉，《日經Business》1650：26-47。
- 行政院主計總處（2015），〈103年兩性勞動指標〉，2015年5月1日，取自 <https://www.dgbas.gov.tw/public/Data/5519107USMXRN7A.pdf>
- 國發會人力發展處 (2014) 〈中華民國人口推計（103至150年）報告與簡報〉，2014年8月20日，取自 <http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0061246#.VDzEPmeSzTp>。
- 楊佳羚 (2007) 《台灣女生，瑞典樂活》。台北：女書。
- 劉毓秀 (2011) 〈北歐普及照顧與充分就業政策及其決策機制的台灣轉化〉，《女學學誌：婦女與性別研究》29：1-77。
- Campbell, John C., Naoki Ikegami, and Soonman Kwon (2009) “Policy Learning and Cross-national Diffusion in Social Long-term Care Insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea,” *International Social Security Review* 62(4): 63-80.
- Edebalk, Per Gunnar (2010) “Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden.” In Tommy Bengtsson (ed.), *Population Ageing: A Threat to the Welfare State? The Case of Sweden* (pp. 65-79). New York: Springer.
- Eurobarometer (2007) “Health and Long-Term Care in the European Union,” Special Eurobarometer Report 283. Retrieved March 8, 2015, from http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- Fukushima, Nanna, Johanna Adami, and Mårten Palme (2010) “The Long-Term Care System for the Elderly in Sweden,” ENEPRI Research Report, No. 89. Retrieved March 8, 2015, from <http://aei.pitt.edu/14600/1/Sweden.pdf>

- Gustafsson, Rolf Å and Marta Szebehely (2009) “Outsourcing of Elder Care Services in Sweden: Effects on Work Environment and Political Legitimacy.” In Debra King and Gabrielle Meagher (eds.), *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices* (pp. 81-121). Sydney University Press.
- Huber, Manfred, Ricardo Rodrigues, Frédérique Hoffmann, Katrin Gasior, and Bernd Marin (2009) “Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America.” Retrieved March 8, 2015, from http://www.euro.centre.org/data/1258467686_61318.pdf
- Karlsson, Martin, Tor Iversen, and Henning Øien (2010) “Scandinavian Long-Term Care Financing,” HERO, University of Oslo, Working Paper 2010:2. Retrieved March 22, 2015, from https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2010/2010_2.pdf
- Kruse, Agneta (2010) “A Stable Pension System: The Eighth Wonder.” In Tommy Bengtsson (ed.), *Population Ageing: A Threat to the Welfare State? The Case of Sweden* (pp. 47-64). New York: Springer.
- Lamura, G., Mnich, E., Nolan, M., Wojszel, B., Krevers, B., Mestheneos, L., et al. (2008) “Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evidence from the Eurofamcare Study.” *Gerontologist*, 48(6), 752-771.
- Lund (2012) “Avgifter inom äldre- och handikappomsorg” (隆德市老人與身心障礙者服務收費說明). Retrieved October 5, 2012, from <http://www.lund.se/Global/F%C3%B6rvaltningar/V%C3%A5rd-%20och%20omsorgsf%C3%B6rvaltningen/Avgifter/Avgiftsbroschyren.pdf>
- , (2015) “Avgifter inom äldre- och handikappomsorg” (隆德市老人與身心障礙者服務收費說明). Retrieved April 25, 2015, from <http://>

www.lund.se/Global/F%C3%B6rvaltningar/V%C3%A5rd-%20och%20omsorgsf%C3%B6rvaltningen/Avgifter/Prisbilaga%202015.pdf

Meagher, Gabrielle and Marta Szebehely (2013) “Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences.” In Costanzo Ranci and Emmanuele Pavolini (eds.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (pp.55-78). New York: Springer.

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) (2005) *Long-Term Care for Older People*. Retrieved March 8, 2015, from http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page1

Radio Sweden (2011) “Elderly Care Scandals Raise Questions,” November 7. Retrieved March 22, 2015, from <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2054&artikel=4787510>

--, (2012a) “Stricter Rules for Private Healthcare Companies,” September 19. Retrieved March 22, 2015, from <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2054&artikel=5275810>

--, (2012b) “Healthcare Money Is Disappearing Overseas,” October 22. Retrieved March 22, 2015, from <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2054&artikel=5317750>

Reuters (2013) “INSIGHT-Sweden Rethinks Pioneering School Reforms, Private Equity Under Fire,” December 10. Retrieved March, 2015, from <http://www.reuters.com/article/2013/12/10/sweden-schools-idUSL4N0JK32620131210>

--, (2014) “Sweden's Famed Private Welfare Provision Faces Clamp-down After Election,” September 24. Retrieved March 22, 2015, from <http://www.reuters.com/article/2014/09/24/sweden-welfare-idUSL6N0RO3F320140924>

Rostgaard, Tine (2011) “Home Care in Denmark,” pp. 73-94 in *LIVINDHOME: Living Independently at Home—Reforms in Home Care in 9 European Countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research (SFI). Retrieved March 8, 2015, from <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/LIVINDHOME/LIVINDHOME.pdf>

SALAR (The Swedish Association of Local Authorities and Regions) (2009) *Developments in Elderly Policy in Sweden*. Retrieved March 8, 2015, from <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/developments-in-elderly-policy-in-sweden.html>

Statistics Sweden (2009) “The Future Population of Sweden 2009—2060.” Retrieved April 25, 2015, from http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2006I50_BR_BE51BR0602ENG.pdf

--, (2014a) “Women and men in Sweden - Facts and figures 2014” (30 years, 1984-2014). Retrieved August 13, 2015, from http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/LE0201_2013B14_BR_X10BR1401ENG.pdf

--, (2014b) “Folkmängd i riket, län och kommuner efter kön och ålder 31 december 2014.” Retrieved August 13, 2015, from http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningssstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Kommun-lan-och-riket/159277/

--, (2015) “Swedish Population (in one-year groups) 1860–2014.” Retrieved March 8, 2015, from http://www.scb.se/en_/Finding-statistics/Statistics-by-subject-area/Population/Population-composition/Population-statistics/#c_undefined

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare, NBHW) (2008) “Äldre – vård och omsorg år 2007.” Retrieved March 22, 2015, from <http://www.>

- socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8881/2008-44-7_2008447_rev2.pdf
- , (2013) "Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2012." Retrieved March 22, 2015, from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-23>
- , (2015) "Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform år 2014 (Elderly and Persons with Impairments—management form, 2014)." Retrieved March 22, 2015, from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-3-8>
- Sundström, Gerdt (1986) "Family and State: Recent Trends in Care of the Aged in Sweden," *Ageing & Society*, 6(2), 169-196.
- , (2009) "Ageing and Old-Age Care in Sweden: Administrative, Demographic, Political and Financial Aspects." Unpublished Speech.
- , & Lennarth Johansson (2005) "The Changing Balance of Government and Family in Care for the Elderly in Sweden and Other European Countries," *Australasian Journal on Ageing*, 24: S5-S11.
- , Katharina Herlofson, Svein O. Daatland, Eigil B. Hansen, Lennarth Johansson, Bo Malmberg, and Maria D. P. González (2011) "Diversification of Old-Age Care Services for Older People: Trade-Offs between Coverage, Diversification and Targeting in European Countries," *Journal of Care Services Management*, 5(1), 35-42.
- Swedish Institute (2013) "Facts about Sweden: Elderly Care." Retrieved January 31, 2015, from <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>
- Szebehely, Marta (2010) "Long Term Care Policies for Older People in Sweden: Are There Lessons to Learn?" Presented at the International Symposium on

- Reconciliation of Family Care and Paid Work. Taipei: National Yangming University.
- , (2013) “Long-Term Care Policies for Older People in Sweden: Are Lessons to Learn?” Presented at the seminar organized by Nordic Horizons. Edinburgh: The Scottish Parliament. Retrieved March 8, 2015, from <http://www.nordichorizons.org/excellent-elderly-care-.html>
- , (2015) “Refamilialisation, Privatisation and Marketisation: Recent Trends in Swedish Long-Term Care” Presented at the conference A New Perspective on Care Practices. Amsterdam.
- , & Gun-Britt Trydegård (2011) “Home Care in Sweden,” pp. 231-252 in *LIVINDHOME: Living Independently at Home—Reforms in Home Care in 9 European Countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research (SFI). Retrieved January 31, 2015, from <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/LIVINDHOME/LIVINDHOME.pdf>
- , (2012) “Home Care for Older People in Sweden: A Universal Model in Transition,” *Health and Social Care in the Community*, 20(3): 300-309.
- The Local (Sweden's News in English) (2011) “Stockholm Elderly Care Scandal Widens,” November 2. Retrieved March 22, 2015, from <http://www.thelocal.se/20111102/37116>
- Theobald, Hildegard and Sarah Hampel (2013) “Radical Institutional Change and Incremental Transformation: Long-Term Care Insurance in Germany.” In Costanzo Ranci and Emmanuele Pavolini (eds.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (pp.117-138). New York: Springer.
- Trydegård, Gun-Britt (2000) “From Poorhouse Overseer to Production Manager: One Hundred Years of Old-age Care in Sweden Reflected in the Development

of An Occupation,” *Ageing and Society*, 20: 571-597.

Vabø, Mia and Marta Szebehely (2012) “A Caring State for All Older People?”

In Anneli Anttonen, Liisa Häikiö, Kolbeinn Stefánsson (eds.), *Welfare State, Universalism and Diversity* (pp. 121-143). Cheltenham, UK: Edward Elgar.