

原住民族委員會

推展原住民部落文化健康照顧四年(104~107)計畫-1030512 修正



原住民族委員會
COUNCIL OF INDIGENOUS PEOPLES

主辦單位：原住民族委員會

日期：103年5月12日

目錄

壹、計畫緣起.....	1
貳、現況分析.....	8
參、計畫目標.....	12
肆、辦理機關(單位).....	14
伍、執行策略與方法.....	14
陸、預期效益.....	27

壹、 計畫緣起

一、 計畫依據

(一) 憲法增修條文第 10 條第 12 項規定「國家應依民族意願，保障原

住民族之地位及政治參與，並對其教育文化、交通水利、衛生醫療、經濟土地及社會福利事業予以保障扶助並促其發展。」

(二) 原住民族基本法第 26 條第 1 項：「政府應積極辦理原住民族社會福利事項，規劃建立原住民族社會安全體系，並特別保障原住民兒童、老人、婦女及身心障礙者之相關權益。」

(三) 本會審查申請運用公益彩券回饋金計畫處理要點第四點第一項及公益彩券回饋金運用計畫辦理。

二、 背景說明

依據衛生福利部「長期照護十年計畫成果」資料顯示，我國民眾使用長照服務情形，至 100 年已達 21%，97 年至 100 年間已增加 9 倍，另分析全國長照個案資訊建檔資料，97 年至 100 年 3 年總個案數共 10 萬 2,597 人，其中原住民個案使用人數佔 2.62%，約 2,688 人。另「輔具購買租借及居家無障礙環境改善」項目，100 年全國個案使用人數為 6,845 人，以原住民佔全國人口數 2.2% 推估，原住民使用該項服務只有約 150 人，與全國個案使用人數相較，明顯呈現出資源使用上的差距。

過去本會已建立各族群初步的社會文化背景資料庫，例如人口數、地理位置分佈、習俗特質、宗教信仰、祭典傳說、工藝及建築等。然而透過部落健康文化內涵而深入了解各族群健康差異之資料則較為有限，因此，建構一套部落文化健康照顧準則為當前需亟需關切之發展

重點。

隨著醫療技術的進步、生活環境的改善、生育率降低、平均餘命延長等因素，我國已開始面臨人口快速老化及少子化的情形。自 82 年起，我國 65 歲以上老年人口比率即跨越 7% 的人口高齡化國家 (aging nation) 門檻，至 101 年老年人口比率已達到 11.08%；根據行政院經濟建設委員會 99 年 9 月公布之人口中推計結果顯示，65 歲以上老年人口將從 109 年的 381.1 萬人 (16.3%) 增加到 119 年的 568.1 萬人 (24.4%)，至 149 年時我國 65 歲以上老年人口更將高達 784.4 萬人，佔總人口之 41.6%，而在 65 歲以上人口群中，85 歲以上者所占的比例亦逐年攀升，顯示我國將由高齡化社會邁入高齡社會，極需重視人口老化問題。此外，由於現代醫療科技的進步，許多疾病已能獲得控制但無法回復原有之生理功能導致需要被照顧的失能人口日益增加，疾病型態也由急性疾病轉變為慢性疾病為主，對於醫療之需求也由「治療」轉為「治療與照顧並重」。過去「家庭婦女」為照顧提供者，伴隨著人口移動、結構改變、婦女就業增加等因素，使得家庭照顧功能減弱。

依據內政部臺閩地區原住民族人口統計顯示，102 年 7 月原住民總人口數為 53 萬 756 人，其中 65 歲以上之老年人口計 3 萬 3,507 人，約佔總人口數的 6.3%，如加計 55~64 歲之人口，55 歲以上之老年人口計

8萬2,341人，約佔總人口數的15.5%。原住民族地區因地理環境、交通、青壯年人口外移謀生、醫療資源有限等因素，導致傳統部落文化空洞化，部落集體支持系統式微，獨居老人及失能者增加。目前衛生福利部辦理原住民族地區醫療照護相關計畫包括：「山地離島地區醫療給付效益提升計畫(簡稱IDS)」、「長期照顧十年計畫」及「偏遠地區長照實驗計畫」等，惟其內容無法讓原住民在地部落組織參與及缺乏原住民「集體照顧模式」，且無法讓有相同語言文化背景之原住民來照顧原住民，而必須依賴「有執照、有專業」但無法溝通之外來人員提供醫療服務。以「長期照顧十年計畫」的居家服務為例，民眾須主動向各縣市政府長照管理中心提出申請，再由照管專員到家中進行評估，符合資格者始能接受服務，但是許多原住民族人對長照計畫的不瞭解或文字語言上的差異性，使得在醫療衛生服務的輸送過程中，亟需依賴在地相關人員的協助，如公所、衛生所、教會組織、健康促進會等團體，若需要照顧的老人或失能者，在部落裡人際關係薄弱或未被發現需要照顧者，將被留置在家中無人照顧。另外，以部落老人照顧的層面來看，專業化的長照知識與技能，常會落入與主流照護體系相同的老人照顧模式，對於部落特定的疾病問題，以及原住民老人的特殊文化健康照顧需求，亦尚未被釐清與深入探討，以至於無法建立一套有系統的部落老人照顧系統。且本會截至102年設置108處原住

民老人日間關懷站，雖能提供部分的生活照顧，然而，卻因為地理位置偏遠深山，另方面天災的影響導致交通不便，更加遽了此部落老人日間關懷站提供給原住民族老人在生理上、心理上或社會上的社會照顧困難度。老人日間關懷站設置地點以部落為單位，分布在45個原住民族地區，每站平均服務30位老人，但關懷站設置據點無法全面落實55個原住民族地區，加上全國總計743個部落，目前設置涵蓋率僅14.4%，且102年度老人日間關懷站服務老人數僅為3,550人，無法照顧全國原住民老人，另目前關懷站之服務對象為55歲以上健康之原住民老人或年滿50歲以上輕度失能者，若依老人失能比例10%推估，原住民55歲以上失能者約8,234人，目前關懷站亦無法照顧到輕度失能以上之老人，是故，逐年增加設站有其必要性。再者，目前關懷站設置審查機制係部落當地提報計畫至縣市政府審查，縣市政府依當年分配站數數額核定關懷站站數及服務老人數，再報請本會備查，缺乏全面性的設置需求評估調查及評鑑篩選機制。

另一個更重要的議題是營養的提供與部分生活的照顧，仍然無法內化到疾病照顧的問題層面上，造成執行面與成效面的落差。因此，本計畫依循現況分析後，將部落老人健康文化照顧計畫分為兩大面向，包括實際提供部落老人文化健康照顧，以補足各資源分散與不足之處，第二部分則在於組織培力計畫，以落實原住民部落文化健康照顧專業

普及化，培力部落老人文化照顧人才。

102 年度全國原住民部落老人日間關懷站設置情形如下表所列：

縣市	鄉（鎮、市、區）	102 年設置之關懷站	
		數量	關懷站名稱/補助計畫名稱
新北市	烏來區	4	烏來、忠治、信賢、福山
宜蘭縣	大同鄉	2	寒溪、南山
	南澳鄉	1	東岳
桃園縣	復興鄉	2	羅浮、巴陵
新竹縣	尖石鄉	1	梅花
	五峰鄉	2	桃山、花園
苗栗縣	全縣地區	1	原住民弱勢老人居家照護關懷服務計畫
	泰安鄉	6	斯瓦細格、士林、中興、圓墩、梅園天狗、司馬限
	南庄鄉	2	東河、天主堂
臺中市	和平區	2	環山、雙崎
南投縣	信義鄉	5	豐丘、久美、望鄉、人倫、新鄉
	仁愛鄉	6	武界、史努櫻、德克達雅、萬豐、馬烈霸、親愛
嘉義縣	阿里山鄉	4	里佳、來吉、樂野、山美
	番路鄉	1	逐鹿永久屋
高雄市	那瑪夏區	1	達卡努瓦
	桃源區	2	建山、梅山里&拉芙蘭里「老人日間照顧關懷服務計畫」
	茂林區	2	多納、茂林
	杉林區	1	大愛園區永久屋
屏東縣	全縣地區	1	落實原住民福利服務-老人、身心障礙暨兒童照顧關懷服務計畫
	滿洲鄉	1	八瑤
	三地門鄉	5	青葉、達來、口社、大社、安坡
	牡丹鄉	1	牡丹
	獅子鄉	2	草埔、內文
	春日鄉	1	歸崇
	來義鄉	2	南和、來義

縣市	鄉（鎮、市、區）	102年設置之關懷站	
		數量	關懷站名稱/補助計畫名稱
	泰武鄉	3	卡比亞安、武潭、吾拉魯滋永久屋
	瑪家鄉	2	中村、涼山
	霧臺鄉	2	大武、霧台
臺東縣	全縣地區	4	原住民在地照顧服務第二年計畫、愛在關懷促進就業第二年計畫、心樂園計畫第二年、臺東縣偏鄉原住民長期照顧服務計畫
	長濱鄉	2	長光、烏石鼻
	關山鎮	1	德高
	成功鎮	3	小馬、宜灣、三民
	鹿野鄉	1	瑞興
	東河鄉	1	泰源
	太麻里鄉	1	金崙
	大武鄉	1	加羅板
	延平鄉	1	桃源
	金峰鄉	3	新興、正興、賓茂
	達仁鄉	2	土坂、台坂
	海端鄉	1	加拿
	花蓮縣	全縣地區	1
吉安鄉		1	東昌
富里鄉		1	萬寧
玉里鎮		5	春日、鐵份、松浦、玉里社區、樂合
瑞穗鄉		1	屋拉力
豐濱鄉		2	靜浦、港口
光復鄉		1	太巴塢
鳳林鎮		2	鳳信、山興
秀林鄉		3	加灣、三棧、佳民
萬榮鄉		1	馬里巴西
卓溪鄉		3	「護根」、「紮根」-塔菲拉部落的老人長期照護關懷服務計畫、古風、清水
新城鄉		1	飛揚
總計站數		108	

貳、 現況分析

原住民族地區老人暨慢性失能者，主要健康照顧問題如下：

一、 照顧服務提供者與接受照顧者之間存有文化溝通障礙

臺灣原住民族(16族)各有其特有的生活環境及語言文化背景，相較於一般地區及都會區而言，老人的健康照顧亦有其特殊性，文化的特性不僅是語言上的呈現，還包含了諸多的文化影響因子，而對於在部落終老的原住民老人而言，部落的文化及語言，為其生活價值所在，原住民老人多以族語溝通，而健康照顧為一互動密切頻繁的過程，藉由了解文化中的各種影響老人健康的文化影響因素，以促進良好的溝通及信任關係是建立良好照顧品質的關鍵。提供服務者若不諳當地語言或當地的文化，將無法深入瞭解原住民老人特定的需要，老人亦無法感受到關懷。即便是目前的老人日間關懷站也無法從文化的角度去檢視與思考，什麼才是活躍原住民部落老人化的關鍵因素。

二、 尚未建置部落老人文化健康照顧的資源與平台

過去已有學者針對原住民社會文化健康進行具有深度的討論，然而，以原住民族部落老人社會文化為背景依據的臨床實務的作法卻十分有限，無法考量到不同族群對特定疾病的影響。目前較多的文獻僅是針對全臺灣同質化的老人長照資源進行探討，然而，針對部落老人與失能者，則尚未建置獨特性的部落文化照顧需求評估與調查，因此，

目前部落長照的資源與提供，無法掌握部落文化全貌性之照顧觀點。

三、照顧服務之品質受限於地理環境因素影響

山地鄉的部落(社區)多屬散村型態，且多位於偏遠山區，提供服務所需的交通往返及時間成本相對較高，且山上氣候易變，每遇颱風或大雨等天然災害發生，則面臨道路中斷、橋樑毀壞及土石流等威脅，除與外界連繫交通中斷外，人員亦需暫時撤離接受安置。因此，部落老人的「遷移」對於長者本身會帶來巨大的威脅與不安全感，此威脅來自於外來照顧者的陌生感、環境的不熟悉及資源的無法掌握與運用，安置場所人員的設置與場地的設計，倘若具有該族群之文化特性，則相對能縮短部落長者與失能者對於安置場所之認同與安全感。

四、醫療資源分配分散

目前設立於偏遠地區老人相關的關懷站或服務站多以點的方式提供預防性的社區照顧服務，缺乏整體文化面向及資源連結的居家服務概念，以及缺乏在地化資源調查與老人基本資料的普查等步驟，甚至是最終的評鑑指標目前尚未被建置。目前臺灣地區醫療資源城鄉分配分散，原住民族地區(含30個山地原住民鄉區及25個平地鄉鎮市)之醫療資源主要仰賴當地衛生所及少數的診所提供，醫療設備不足、資源缺乏，且專業人力不足以提供原住民族地區個案連續性之的照顧。依據前衛生署2012年7月統計，全國30個山地原住民鄉(區)除衛生所外，

22 個鄉(區)有醫師開業設立診所(計 77 家，其中 14 家為牙醫)、8 個鄉無醫師開業。而衛生所提供服務僅係一般性之醫療服務，並無法提供專科醫療、急診或重大傷病之診治；另原住民族地區民眾就醫之單程時間在 30 分鐘以內者，在山地鄉(區)僅有 47.9%、在平地原住民鄉(鎮、市)僅有 59.8%。另以花蓮縣為例，13 個鄉鎮中共有 19 個關懷站，其中有 3 鄉、鎮、市尚未設置，從原住民老人人口數來看，關懷站服務的提供率僅有 4.05%。關懷站服務的涵蓋率低，且無適當的資源分配與性。

五、以「他者」觀點為主的部落照顧機構

目前設置於部落的長照機構與居家資源，主要由具有管理與經濟實力之他者所經營，營利為首要之目的。因此，無論就經營者、實務工作者與收案來源，大部分為非原住民，且收費標準亦偏高。而原住民老人或失能者，除了具有深厚的「在地老化」觀念之外，入住機構形同遷移的威脅般，無法貼近自身所熟悉的環境。再者，失能者亦無法負擔其經濟之負荷，導致在地老化形同“口號”，無法實現於部落老人身上。

六、原住民經濟能力相對較薄弱

依據本會 99 年經濟狀況調查顯示，原住民家庭可支配所得僅達全體家庭的 0.516 倍、3 成 8 的原住民家庭屬我國全體家庭最低的前 20%，另以原住民 55 歲即屬老人的標準計算出原住民家庭的扶老比為

21.8%，高於全體家庭扶老比 14.6%。經濟條件影響醫療服務的使用及費用的負擔，各項醫療服務依經濟條件及失能狀態分級提供服務，採取自費或部分負擔方式進行，對於經濟相對弱勢的原住民族地區，增加一定程度的障礙。礙於擁有原住民保留地卻無實際經濟價值，或其三等親有固定收入，但子女在外地工作無法就近照顧，無法被列為低收入戶或中低收入戶卻實際需要被照顧者，皆因無力自行負擔部分費用而放棄被照顧的機會。目前居住於原鄉部落之原住民老人或失能者未使用長照資源最主要的原因為服務據點距離住家太遠，造成「資源可近性不足」，及自付服務費用偏高，造成「費用可負擔性」差，形成原住民老人或失能者「在地老化」之限制。

七、原住民族地區老人比率超過臺灣地區，原住民身心障礙者比率也高於全體國民

以全體原住民來看，65 歲老人比率為 6.1%雖未達高齡化社會定義，但如以不同居住地區來看時，居住山地鄉及平地鄉之原住民，其老人人口皆已超過 7%高齡化門檻（各為 7.6%及 11.2%），其中平地鄉原住民老人人口比率已高出臺灣全體國民老人比率。而在身心障礙者部份，統計 96 年底全國領有身心障礙手冊之原住民，共計約有 20,411 人領有手冊，占原住民總人口比率約 4.2%，遠高於臺灣整體身心障礙人口於全體國民之比率（1.5%），而在原住民殘障人口中，有近 25%（約

5,107人)身心障礙者屬於重度以上之殘障，若依老人失能比例10%推估，原住民55歲以上失能者約8,234人，顯示發展具原住民文化特色之老人、失能者及居家照顧之重要性。老人獨居或失能者依賴程度高，造成環境安全之疑慮。

原住民族地區因青壯年人口外移嚴重，造成原住民老人獨居或老人同住比率升高，獨居的老人其依賴程度往往和年紀呈正比，居家安全與輔助設施的建構，常是被忽略之一環，甚至是公共場域的急救知識、設備與安全措施亦為建置部落老人安全環境之重要因素。

八、家庭照顧者人力不足，照顧知識或技能不足

原住民家庭老人照顧主要提供者為配偶，部落人力外流，導致照顧人力的不足，呈現出家庭支持系統減少、部落集體照顧模式瓦解老人照顧老人除需體力外，亦需要居家照顧技巧訓練，如預防跌倒的技巧、翻身轉位、正確使用輪椅或助行器等。

參、計畫目標

一、部落需求調查，增強原有照顧之不足

(一)落實居家安全與資源可近性之健康環境

落實依賴程度中等且照顧人力稀少之家庭之無障礙設施，並提供相關老人活動運動設施及輔具之便利與可近性。

(二)建置部落老人文化健康照顧之平台

建立族群老人文化健康照顧之需求與調查之平台，持續推廣部落近便性的部落文化健康站，提供電話問安及關懷訪視、生活諮詢與照顧服務轉介、餐飲服務、心靈與文化、健康促進等活動，以強化原住民族部落老人照顧服務與支持系統，保障原住民老人獲得適切的服務及生活照顧。

二、從培能至賦能，增加部落老人自我文化照顧能力

(一)建立原住民集體照顧模式

運用部落文化健康照顧員以部落互助合作為概念，採團隊合作、集體照顧模式，共同認養部落獨居老人或失能者，進行深耕、持續性的照顧並提供居家關懷服務。

(二)落實部落文化健康照顧培訓基礎

積極培訓在地部落文化健康照顧員，落實各族群健康照顧的文化特殊性。

(三)強化照顧能力及技能

結合當地政府單位資源，辦理健康照顧訓練，強化主要照顧者及長照機構人員等，部落文化照顧能力及技能。

三、營造多元部落文化照顧環境

(一)提供具文化敏感度的個別化照顧

建立部落內慢性疾病或失能個案名單，依據疾病別及失能別提供個別化的照顧。

(二)達成原住民老人在地終老的目標

希望推動原住民部落(社區)老人「在地老化」，讓老人家能在熟悉的部落(社區)，安心有尊嚴地度過餘生，以符合原住民族文化、倫理及人性化的需求。

(三)發展跨文化觀點建構原住民各族部落老人文化健康照顧準則

將原住民族各族群傳統及文化健康照顧價值與意義作有系統的建置，以作為健康照顧決策及行動的準則。

肆、 辦理機關(單位)

- 一、 主辦機關：原住民族委員會
- 二、 協辦機關：直轄市、縣(市)政府
- 三、 執行單位：依法設立之財團法人宗教組織或其所屬設立於原住民族地區之地方分會及立案之民間、社會福利或醫事團體(機構)

伍、 執行策略與方法

- 一、計畫期程：104年至107年
- 二、計畫核心理念

(一)營造原住民部落居家生活無障礙。

(二)原住民部落老人身體健康有關懷。

三、實施區域

原住民族地區(含30個山地鄉、區及25個平地鄉、鎮、市)及受政府安置原住民族部落據點。

四、服務對象

居住於部落(社區)內之55歲以上原住民老人或失能者或實際需被照顧者。

五、主要工作項目

本計畫除保留老人日間關懷站業務外(關懷訪視與電話問安、餐飲服務、健康操、文化心靈課程等)，新增主要工作項目為推動部落老人文化健康照顧計畫及建置培力組織計畫等2項分項計畫：

(一)推動部落老人文化健康照顧計畫

1. 失能老人居家無障礙空間改善

提供居家環境評估及諮詢服務，利用居家環境改善方式，增加居住者的安全性及舒適度。自104年度起，優先於長照服務資源缺乏地區(詳如下表)優先實施：

縣市別	無居家式資源	無社區式資源	無居家式且無社區式資源
臺東縣	海端鄉、達仁鄉 金峰鄉、鹿野鄉	大武鄉	東河鄉、長濱鄉
屏東縣	三地門鄉、霧臺鄉 泰武鄉、獅子鄉、 牡丹鄉		滿州鄉
花蓮縣		卓溪鄉	
高雄市	茂林區、桃源區 那瑪夏區		
南投縣	仁愛鄉		
嘉義縣		阿里山鄉	
新竹縣		尖石鄉、五峰鄉	
桃園縣		復興鄉	
臺中市	和平區		

2. 提供適切之健康輔具

依疾病或失能狀況提供健康輔具(如血壓計、輪椅、助行器等)之使用。

3. 居家關懷服務

重建原住民「集體照顧模式」讓在地部落組織參與提供失能者居家服務，採團隊合作、集體照顧模式，共同認養部落獨居老人或失能者，進行深耕、持續性的照顧並提供居家關懷服務。

4. 建置部落老人文化健康照顧平台

(1)持續設置部落近便性的部落文化健康站，結合部落在地人力，提供電話問安及關懷訪視、生活諮詢與照顧服務轉介、餐飲服務、心靈與文化、健康促進等活動，共同照顧部落獨居老人或失能者且同住者無照顧能力，提供沐浴或家事(務)服務等基本生活照顧。

(2) 於部落文化健康站設置自動體外心臟電擊去顫器(AED)，如遇老人參加活動時發生心臟相關緊急狀況時能及早取得並給予電擊，增加存活率，以保障原住民老人生命安全。

5. 部落老人健康促進方案

提供健康老人或獨立性高的老人，有關運動方案介入、老人陪伴與關懷志工、老人敘事競賽等活動，運用部落(社區)聚會場所，陪伴老人走入部落(社區)共同進行運動，增加老人對部落活動的參與度。

6. 直轄市、縣市政府自提整合型工作項目

以整合轄內原住民老人照顧為觀點，辦理整合性工作，如老人營養、懷舊治療、音樂活動、園藝方案等。

(二)建置部落文化照顧培力組織計畫

1. 普查部落老人及失能者之健康文化照顧需求

全面調查部落老人及失能者其相關支持體系，包括照顧人力、依賴程

度、特定疾病、生活型態等，以建置合適之部落文化照顧準則。

2. 調查各族群老人及失能者文化健康背景資料庫，並協助設立網路平台。

3. 針對族群老人及失能者特殊文化健康重點議題，建構文化照顧之準則。

4. 發展部落老人及失能者文化健康照顧準則，並協助教育、培訓、輔導族群跨文化照顧，發展文化照顧專門人才，落實全面性具文化內涵之健康環境。
5. 評價文化健康照顧之成效、提供追蹤、輔導、執行成效評價與檢討之機制。

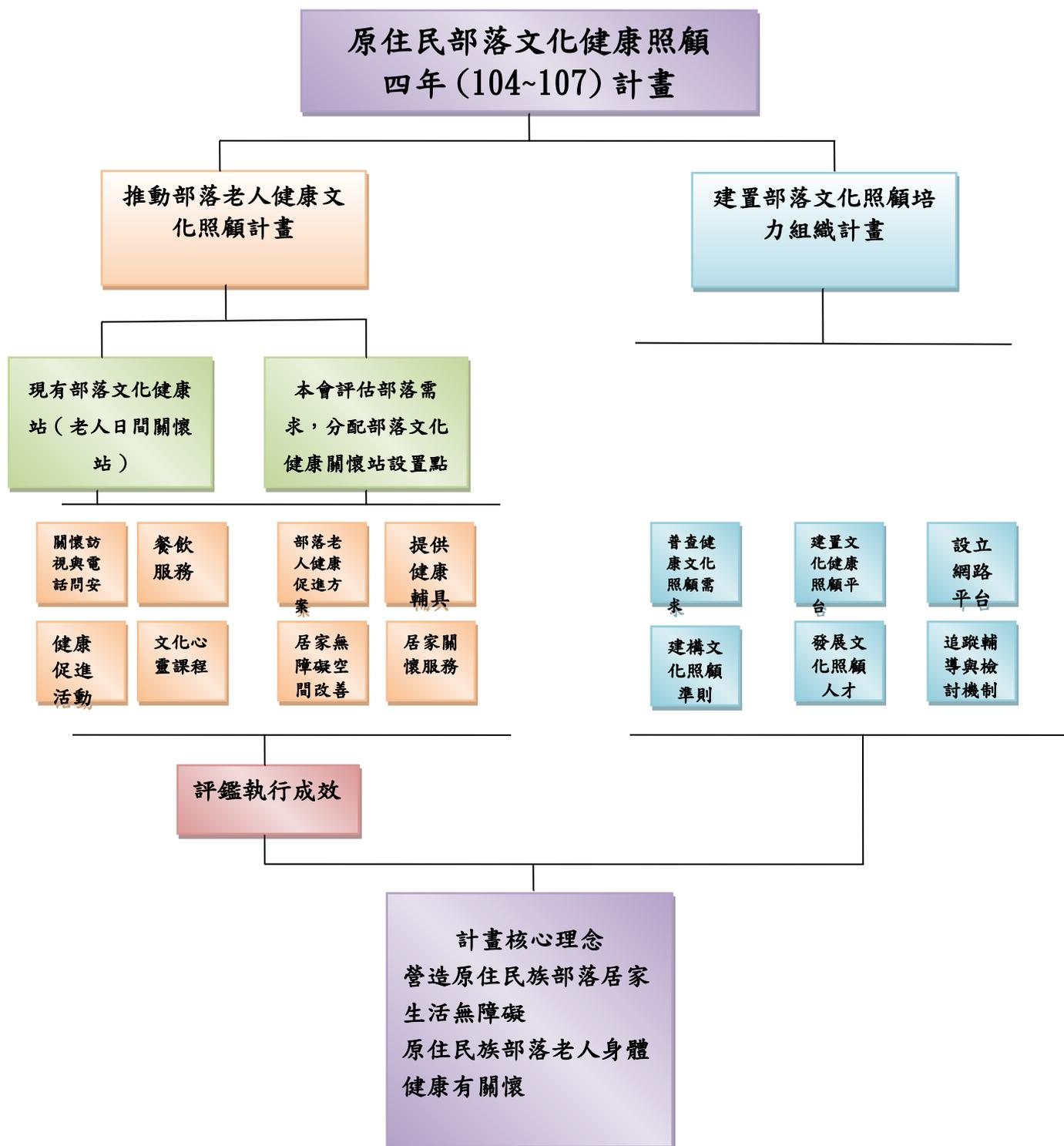
(三)主要工作內容：

計畫工作 項目	工作內容	執行年度			
		104 年	105 年	106 年	107 年
部落老人健康文化照顧計畫	一、保留老人日間關懷站業務（關懷訪視與電話問安、餐飲服務、健康操、文化心靈成長課程等）。 二、居家無障礙空間改善：提供居家環境評估及諮詢服務，利用居家環境改善方式，增加居住者的安全性及舒適度。 三、提供健康輔具：依疾病或失能狀況提供健康輔具(如輪椅、助行器等)之使用。 四、設置部落近便性的部落文化健康站： (1)以團隊合作、集體照顧模式，提供電話問安及關懷訪視、生活諮詢與照顧服務轉介、餐飲服務、心靈與文化、健康促進等活動，並共同認養部落獨居老人或失能者且同住者無照顧能力，提供基本生活照顧。(2)於部落文化健康站設置自動體外心臟電擊去顫器，如遇老人參與活動時發生心臟相關緊急狀況時能及早取得並給予電擊，增加存活率，以保障原住民老人生命安全。 五、部落老人健康促進方案：提供健康老人或獨立性高的老人有關運動方案介入、	√	√	√	√

計畫工作 項目	工作內容	執行年度			
		104 年	105 年	106 年	107 年
	老人陪伴與關懷志工、老人敘事競賽等活動，運用部落(社區)聚會場所，陪伴老人走入部落(社區)共同進行運動，增加老人對部落活動的參與度。				
部落文化照顧培力組織計畫	<p>一、 普查部落老人及失能者之健康文化照顧需求全面調查部落老人及失能者其相關支持體系，包括照顧人力、依賴程度、特定疾病、生活型態等，以建置合適之部落文化照顧準則。</p> <p>二、 建置部落健康文化照顧之平台：提供部落健康文化照顧網絡平台，以利個案篩選、需求評估、資源介入評價、登陸及追蹤各項健康資源之落實與成效。</p> <p>三、 輔導及協助執行單位推動年度計畫。</p> <p>四、 輔導各部落推動部落文化照顧計畫並建議其執行與落實之方向，以利年度計畫之推動。</p> <p>五、 協助建置部落文化照顧之平台。</p> <p>六、 提供專業資源，規劃、整合與建置平台下之部落文化照顧內容，包括兩個層面，為A. 照顧實務層面。B. 培訓人員管理層面。</p> <p>七、 發展設計評估部落老人疾病別及失能別、獨立或依賴不同程度、等部落文化照顧需求評估與調查。</p> <p>八、 建立部落健康照顧之諮詢管道及輔導機制。</p> <p>九、 將文化照顧理念落實於照顧課程中，促使部落團隊合作照顧人員，具有部落化照顧概念。</p> <p>十、 落實部落文化照顧專業培訓基礎。</p> <p>十一、 將衛生所、部落長照負責人、部落醫療院所實務工作者具有部落文化照顧之</p>	√	√	√	√

計畫工作 項目	工作內容	執行年度			
		104 年	105 年	106 年	107 年
	<p>概念，培訓部落文化照顧之種子教師，將部落文化照顧普及化。</p> <p>十二、設計以性別為主軸的部落文化照顧理念以原住民部落女性人口群較多之概念，以女性為主軸的方式發展部落文化與性別相關之照顧準則，並提供女性之就醫親近管道。</p> <p>十三、發展原住民各族群文化健康關懷照顧準則。</p> <p>十四、調查與分析各文化族群相關慢性疾病之有益或有害的文化核心概念價值或意義，釐清其主要的影響因素。將歸納後的重要影響因素納入文化照顧平台中。</p> <p>十五、協助辦理訪視、評鑑及相關工作會議。</p> <p>十六、協助辦理聯繫會報工作。</p> <p>十七、辦理年度成果展及出版成果專輯。</p>				

(四)計畫架構圖



六、分期（年）執行策略

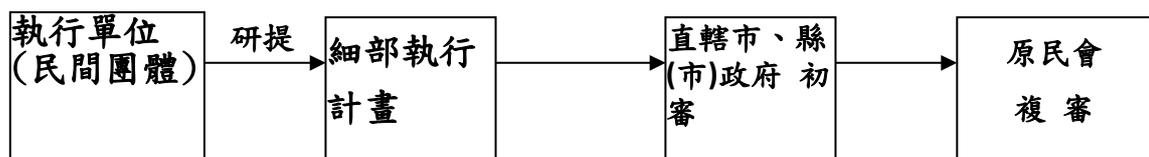
(一)分年度訂頒「推展原住民部落文化健康照顧計畫申請作業須知」，鼓勵

原住民族地區民間團體研提細部執行計畫，並藉由公開透明之審查機制，重點補助依法設立之財團法人宗教組織或其所屬設立於原住民族地區之地方分會及立案之民間、社會福利或醫事團體(機構)執行計畫。

1. 評選作業流程

- (1) 依法設立之財團法人宗教組織或其所屬設立於原住民族地區之地方分會及立案之民間、社會福利或醫事團體(機構)研提細部執行計畫，報請當地直轄市、縣(市)政府初審。
- (2) 直轄市、縣(市)政府依作業須知規定期限，公開辦理初審作業，並將審核結果作成紀錄函送本會複審。
- (3) 本會依直轄市、縣(市)政府提送之審查紀錄及申請文件，辦理複審作業，並依審核結果公布核定名單。

2. 評選作業流程圖



(二)計畫審核重點

1. 部落文化健康站據點之設置處所、活動空間、人力配置與營運規劃。
2. 計畫有無涵蓋具體之居家關懷服務、健康促進方案等重點工作(104年度優先於長照服務資源缺乏之原住民族地區優先實施)。

3. 計畫績效指標評估有無包含量化及質化指標。

(1) 量化指標：每年民眾使用服務人數成長百分比。

(2) 質化指標：

A. 提供服務流程之完整、順暢性及便民狀況。

B. 接受服務民眾對於服務整體(各項)滿意度及如何依滿意度調查結果提出具體改善措施。

C. 依調查結果提出具體改善措施。

4. 提供具文化敏感度之個別化服務，並考量照顧者之需求，減輕照顧負擔。

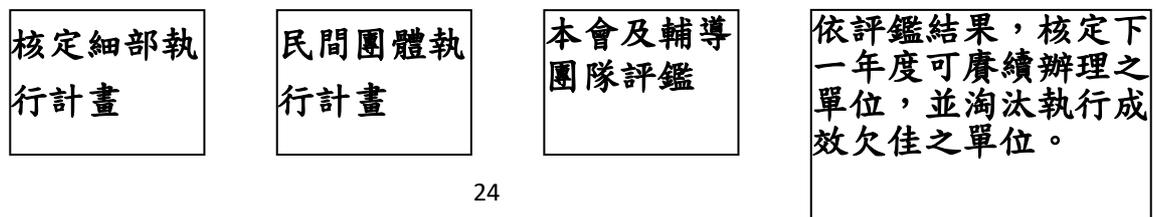
5. 服務整體推動機制建置情形及實施方式，包括：直轄市、縣(市)政府推動機制、運作方式、組成成員及是否將服務使用者代表納入。

(三)評鑑執行成效

1. 委託輔導團隊進行教育訓練、輔導、訪視及評鑑各執行單位各年度計畫執行之成效，並依評鑑結果篩選、淘汰執行成效欠佳之單位。

2. 經評鑑結果進度嚴重落後、或未確依核定之計畫執行相關工作、或發生其他重大違法情事經查明屬實者，即終止計畫。

3. 評鑑流程圖





4. 依各年度評鑑篩選之結果，每年度辦理遴選下一年度執行單位，或遞補經評鑑淘汰之執行單位。

5. 建置部落培力組織計畫：委託規劃團隊輔導執行單位推動計畫，並提供諮詢輔導機制，協助部落進行基本培力。

七、執行步驟與方法

1. 部落老人文化健康照顧計畫

(1) 提案審查階段：

- A. 執行單位(民間團體)應依據本會訂頒之申請作業須知，整合部落(社區)之需求研提細部執行計畫，並於每年度規定期限前函報直轄市、縣(市)政府初審。
- B. 直轄市、縣(市)政府應依據地方實際需要，結合轄內原住民行政單位、衛政與社政單位初審執行單位提案之計畫並排序後，於每年度規定期限前併同申請單位之申請文件，函送(以郵戳為憑)本會辦理複審。
- C. 本會依據直轄市、縣(市)政府提送之審查紀錄及申請文件，辦理提案計畫(包括直轄市、縣(市)政府自提整合型工作項目)之複審作業，並

於每年度12月中旬以前核定執行單位。

(2) 訪視評鑑階段：

- A. 研訂「執行單位輔導評鑑作業準則」，訂定評鑑標準，供為本會及輔導團隊、受評鑑執行單位之參據。
- B. 執行單位應於計畫核定後填具計畫管控表，並按月填具執行情形月報表函送本會備查。為掌握受補助單位計畫執行之進度與成效，本會除將委託專案輔導團隊陪伴輔導外，並將派員不定期前往訪視、督導與查核，受補助單位應檢具詳細資料供參；訪視、督導與查核之結果並應做成紀錄，列為次年度審核之參據。
- C. 委託輔導團隊於每年度10月間（計畫執行第三季後），對執行單位進行評鑑，並依輔導期間之執行實績與評鑑結果，篩選適宜賡續輔導之單位及淘汰執行成效欠佳之單位。

2. 部落文化健康照顧培力組織計畫

委託規劃輔導團隊，輔導執行單位進行人才培育及族群傳統健康理念調查等工作，並針對共通性之問題進行研究與規劃。另協助本會辦理執行單位之督導及品管，訂定公開透明的審查機制與資源投入流程，俾使地方政府及執行單位能所遵循。

陸、預期效益

一、量化方面效益：

(一)分年(期)增設部落文化健康站並提升其功能，四年內完成設置150處，

每年將可提供約4,000人服務(每站以服務25~30人計算)，並提供約

450人長期穩定之就業機會(以每站進用2~4人照顧服務人力估算)。

(二)分年(期)改善失能老人居家無障礙設施，104年以110戶示範家戶估算，

105-107年各以300戶估算，4年可提供950戶之服務量。

(三)分年完成編製16族傳統及文化健康照顧準則。

二、質化方面效益：

(一)提升服務流程之完整、順暢性及便民程度。

(二)提升接受服務民眾對於服務整體(各項)之滿意度。

(三)提供具文化敏感度之個別化服務，並考量照顧者之需求，減輕照顧負擔。

三、整體效益：

(一)減輕家庭照顧者負擔，降低因經濟因素而放棄接受照顧之個案數，達成

原住民老人在地終老之目標。

(二)強化原住民老人特定文化照顧之無縫接軌，避免部落(社區)因道路交通

中斷而造成服務輸送中斷。

(三)有效建構部落具有文化內涵之照顧環境，並增加部落(社區)在地工作機會。

(四)建構原住民老人文化照顧知識體系，提升原住民老人文化照顧網絡資料之共享機制，並強化照顧專業人員對文化照顧之敏感度。

(五)完善原住民老人文化照顧諮詢與輔導機制，強化照顧知能及技巧。