

監察院
106 年老人人權研討會

會議實錄

主辦單位：監察院人權保障委員會

時間：民國 106 年 9 月 29 日（星期五）

地點：監察院 1 樓禮堂（100 臺北市中正區忠孝東路 1 段 2 號）

監察院人權保障委員會 編印

中華民國 107 年 8 月



院長序

老吾老以及人之老

身為公共衛生學界的一員，復有幸忝掌行政院衛生署，鑒於老人之醫療相關問題，是各先進國家亟為重視的課題，且其影響層面涵括內政、經濟、財政、勞工、國防、衛生等全般性的議題。因此對於人口老化問題，長期以來，即已十分關注。而當時的衛生署保健處，在廣為蒐集各國老人醫療問題時，也已經察覺人口老化問題趨勢的難以避免；並在歷年的施政報告中，提出相關建言，全民健保政策的加速推動，正是植基於此的一項重大政治工程。

聯合國在 1992 年就已關注到世界人口正以穩定、驚人的速度向高齡化前進，而呼籲各國推行高齡問題方案。臺灣雖非聯合國成員，但基於醫療無國界的訊息分享，臺灣亦十分注意此類狀況，並加以因應。依據內政部統計，2017 年底我國 65 歲以上人口，已占總人口數的 13.86%，預估 2018 年底將超過 14% 而邁入高齡社會。儘管這個比率較鄰近的日本低，但因我國少子化情形嚴重，使人口老化問題加速進行。聯合國預估 2015 至 2035 年，開發中國家 65 歲以上老人成長率達 117%，遠高於已開發國家的 41%。我國 2017 年底人口老化指數（老年人口數與幼年人口數之比）已達 105.7，預估 2046 年我國人口將有三分之一是老人。高齡化勢必對勞動人口、產業發展與國家經濟有重大影響，值得各界共同重視。

監督政府落實國際人權公約及保護人權是監察院的重要職責。自第 5 屆監察委員就任以來（103 年 8 月 1 日至 106 年 12 月底），共

計完成 771 件調查案，其中 396 件（約占 51.4%）涉及人權議題；又上開人權調查案中，屬老人議題者計 13 案（占人權相關調查案 3.3%）。監察院針對老人人權遭受侵害及長照政策執行成效等議題，已完成不少調查案件，範圍涉及老人人權實踐、政府執行效能及長照機構管理整合等個案及通案性問題。監察院調查後，除指明行政違失，亦促請相關機關積極檢討改善。事實上，老人人權問題仍有許多改善空間，而監察委員也累積許多經驗，可與各界交換心得。為建立與民間人權團體及政府部門間之意見溝通平台，監察院舉辦本次研討會，以期共同維護與促進老人人權。

為探究國內各項重大人權議題，監察院人權保障委員會自民國 98 年起，先後舉辦「消費者及外籍配偶人權保障」、「司法人權保障」、「原住民教育權及經濟權保障」、「勞動者人權保障」、「婦女人權保障」、「原住民族土地權利保障」及「被強制安置之兒童及少年家庭權利保障」等範疇之研討會。鑒於人口結構攸關國家未來發展，老人比率成長快速勢必衍生安養及照護問題，且政府將面臨稅收減少及社福費用增加等財政負擔。相關預測顯示，我國將在 2026 年進入超高齡社會（老年人口超過 20%），距今尚有 8 年調整期間，政府應好好把握這段轉型黃金期，化高齡危機為轉機，以保障老人之生活及人權。

本次研討會有來自第一線的專業工作者、學者、醫師及政府單位等各界代表共 230 多人參加，並特別邀請國際失智症聯盟 (Dementia Alliance International, DAI) 主席 Kate Swaffer 擔任講座之一。她本身自 49 歲起被診斷為失智症者，而以實際個人經歷說明失智症者之情形與照顧需求。另邀請資深藝人譚艾珍女士分享照顧失智父親與婆婆的親身經歷與心得，現場氣氛溫馨感人，對於保障及促進老人與失智症者之人權，具有相當意義。

本研討會共分四場次，由本院監察委員陳小紅、江綺雯、包宗和、尹祚芊及陳慶財分別主持開場後，即請相關學界、醫界、社福界或政

府部門代表作深入且專業之報告。最後由本院副院長兼人權保障委員會召集人孫大川總結。

為讓關注此議題者能瞭解研討會當天討論內容，監察院將本次研討會各專題報告人、回應人及相關人士所提問題、分析及建言，集結彙編付梓；一方面作為本院行使調查職權審酌之素材，另一方面提供關心本議題之各界人士參考；既收共同監督政府之效，也將相關資訊流佈於全民，以廣教育與宣導。茲於本實錄出版之際，謹書數言，以為之序，並請讀者不吝指正。

監察院院長

A handwritten signature in black ink, consisting of three characters: '孫大川' (Sun Dachu).

謹序

民國 107 年 4 月 2 日

A black and white photograph of the entrance to the Office of the Inspector General (監察院) in Taiwan. The building features classical architectural elements like columns and a pediment. A sign above the entrance reads '監察院' (Office of the Inspector General).

目次

照片集錦	1
監察院 106 年老人人權研討會議程表	5
監察院張博雅院長致開幕詞	7
第一場 老人經濟安全問題	11
主持人陳小紅監察委員致詞	11
報告人發言內容	14
一、郝充仁（淡江大學保險學系副教授）	14
二、薛承泰（臺灣大學社會學系教授）	16
三、傅從喜（臺灣大學社會工作學系副教授）	19
四、張金鶚（政治大學地政學系特聘教授）	22
回應人發言內容	25
一、詹火生（弘光科技大學老人福利與事業系講座教授）	25
二、花敬群（內政部政務次長）	28
綜合討論	31
第一場回應意見表	36
本場次書面資料	37
1-1 何時才退休？兼及老年「就業歧視」問題	37
1-2 我國老人經濟生活：留多少老本才夠養老	53
1-3 如何跳脫老來窮的困境？	64
1-4 老了跟誰住？－兼談「以房養老」	77
1-5 老人經濟安全問題回應意見	95
1-6 高齡化社會下的居住政策方向回應意見	100

第二場 失智與人權	109
主持人江綺雯監察委員致詞	109
主持人包宗和監察委員致詞	110
報告人發言內容	111
一、葉炳強（耕莘醫院神經內科主治醫師）	111
二、陳俊佑（失智老人基金會社工主任）	114
三、凱特·史沃弗 Kate Swaffer（國際失智症聯盟主席）	119
回應人發言內容	122
譚艾珍（資深藝人）	122
綜合討論	125
本場次書面資料	136
2-0 失智與人權	136
2-1 我有失智嗎？談失智症的預防及發現	138
2-2 我有失智怎麼辦？－談失智症的照護及社會資源	147
2-3 失智者人權	165
第三場 長照服務網絡整合問題	167
主持人尹祚芊監察委員致詞	167
報告人發言內容	168
一、李怡娟（陽明大學社區健康照護研究所所長）	168
二、伊佳奇（元智大學老人福祉科技研究中心顧問）	170
三、韓德生（臺大醫院北護分院醫療部主任）	175
四、劉建廷（宜蘭縣政府衛生局局長）	179
回應人發言內容	182
呂寶靜（衛生福利部政務次長）	182
綜合討論	185
本場次書面資料	192
3-1 長照服務社區化可行嗎？	192

3-2 把失智老人留在家裡照顧安全嗎？	203
3-3 我的病還沒好，醫院卻一直趕我出院，怎麼辦？	229
3-4 社區化長照服務該怎麼做？	236
3-5 「長照服務網絡整合問題」回應意見	242
第四場 長照制度之財源及人力供應問題	249
主持人陳慶財監察委員致詞	249
報告人發言內容	250
一、李玉春教授（陽明大學衛生福利研究所教授）	250
二、黃秋桂（勞動部勞動力發展署署長）	253
三、葉栢宏（台灣人壽商品精算處資深副總經理）	256
回應人發言內容	258
吳自心（財政部常務次長）	258
綜合討論	261
第四場回應意見表	271
本場次書面資料	276
4-1 稅收制？保險制？或第三條路	276
4-2 長照人力規劃	288
4-3 長照制度之財源及人力供應問題－民間保險業者的空間	296
4-4 我國長照財源規劃簡析回應意見	305
閉幕致詞	317
附錄一 監察院調查老人人權案件一覽表	319
附錄二 會議結果	323
一、監察院對研討會重要議題之處理情形	323
二、主管機關對研討會議題回應情形	324

第一場 老人經濟安全問題



上：監察院院長張博雅開幕致詞

左下（由左至右）：淡江大學保險學系副教授郝充仁、監察委員陳小紅

右上（由左至右）：臺灣大學社會工作學系副教授傅從喜、臺灣大學社會學系教授薛承泰、淡江大學保險學系副教授郝充仁、監察委員陳小紅、政治大學地政學系特聘教授張金鶚、弘光科技大學老人福利與事業系講座教授詹火生、內政部政務次長花敬群

右中：開幕式，現場座無虛席

右下：監察院院長張博雅與貴賓合影留念

第二場 失智與人權



左（由上至下）：監察委員江綺雯、監察委員包宗和

右上（由左至右）：失智老人基金會社工主任陳俊佑、耕莘醫院神經內科主治醫師葉炳強、監察委員江綺雯、監察委員包宗和、國際失智症聯盟主席凱特·史沃弗 Kate Swaffer、台灣失智症協會秘書長湯麗玉、資深藝人譚艾珍

右中（由左至右）：國際失智症聯盟主席凱特·史沃弗 Kate Swaffer、台灣失智症協會秘書長湯麗玉、資深藝人譚艾珍

右下（由左至右）：失智老人基金會社工主任陳俊佑、耕莘醫院神經內科主治醫師葉炳強、監察委員江綺雯、監察委員包宗和

第三場 長照服務網絡整合問題



左上（由左至右）：臺大醫院北護分院醫療部主任韓德生、元智大學老人福祉科技研究中心顧問伊佳奇、陽明大學社區健康照護研究所所長李怡娟、監察委員尹祚芊、宜蘭縣政府衛生局局長劉建廷、衛生福利部政務次長呂寶靜

左下：臺大醫院北護分院醫療部主任韓德生

右上（由左至右）：宜蘭縣政府衛生局局長劉建廷、衛生福利部政務次長呂寶靜

右下（由左至右）：臺大醫院北護分院醫療部主任韓德生、元智大學老人福祉科技研究中心顧問伊佳奇、陽明大學社區健康照護研究所所長李怡娟、監察委員尹祚芊

第四場 長照制度之財源及人力供應問題



左上（由左至右）：台灣人壽保險公司商品精算處資深副總經理葉栢宏、勞動部勞動力發展署署長黃秋桂、監察委員陳慶財、陽明大學衛生福利研究所教授李玉春、財政部常務次長吳自心

左下：監察委員陳慶財

右上：監察院副院長兼人權保障委員會召集人孫大川閉幕致詞

右下：監察院副院長孫大川與貴賓合影留念

議程表

監察院 106 年老人人權研討會議程表

主辦單位：監察院人權保障委員會

時間：民國 106 年 9 月 29 日（星期五）

地點：監察院 1 樓禮堂

08:40-09:00報到				
09:00-09:10開幕致詞：監察院院長張博雅				
時間	主持人	子題	報告人	回應人
09:10-10:30 第一場 老人經濟安全 問題	陳小紅 監察 委員	何時(幾歲)才退休？ (兼及老年就業歧視問題)	郝充仁 淡江大學保險學系 副教授	詹火生 弘光科技大學 老人福利與事 業系講座教授 花敬群 內政部 政務次長
		留多少老本才夠養老？	薛承泰 臺灣大學社會學系 教授	
		如何跳脫老來窮的困境？	傅從喜 臺灣大學社會工作 學系 副教授	
		老了跟誰住？ (兼及「以房養老」問題)	張金鵬 政治大學地政學系 特聘教授	
自由發言與提問 20 分鐘				
10:30-10:50 中場休息 20 分鐘				
時間	主持人	子題	報告人	回應人
10:50-12:10 第二場 失智與人權	江綺雯 包宗和 監察 委員	我有失智嗎？ - 談失智症的預防及發現	葉炳強 耕莘醫院神經內科 主治醫師	譚艾珍 資深藝人 分享照顧 失智親人 的親身經歷 與心得
		我有失智怎麼辦？ - 談失智症的照護及 社會資源	陳俊佑 失智老人基金會 社工主任	
		我有失智，但我有人權 - 談國內外失智症人權 及照護議題之發展	凱特·史沃弗 Kate Swaffer 國際失智症聯盟 主席 湯麗玉 台灣失智症協會 秘書長	
自由發言與提問 20 分鐘				
12:10-14:00 午餐 (13:00-13:50 古蹟導覽)				

時間	主持人	子題	報告人	回應人
14:00-15:20 第三場 長照服務網絡 整合問題	尹祚芊 監察委員	長照服務社區化 可行嗎？	李怡娟 陽明大學社區健康 照護研究所 所長	呂寶靜 衛生福利部 政務次長
		把失智老人留在家裡照顧 安全嗎？	伊佳奇 元智大學老人福祉 科技研究中心 顧問	
		我的病還沒好，醫院卻一 直趕我出院，怎麼辦？	韓德生 臺大醫院北護分院 醫療部主任	
		社區化長照服務 該怎麼做？	劉建廷 宜蘭縣政府衛生局 局長	
自由發言與提問 20 分鐘				
15:20-15:40	中場休息 20 分鐘			
時間	主持人	子題	報告人	回應人
15:40-17:00 第四場 長照制度 之財源及 人力供應問題	陳慶財 監察委員	稅收制？保險制？ 或第三條路？	李玉春 陽明大學衛生福利 研究所 教授	吳自心 財政部 常務次長
		長照人力規劃 -外籍看護工 永遠可靠嗎？	黃秋桂 勞動力發展署 署長	
		民間保險業者 之空間？	葉栢宏 台灣人壽保險公司 商品精算處 資深副總經理	
自由發言與提問 20 分鐘				
17:00-17:10	閉幕致詞：監察院副院長兼人權保障委員會召集人孫大川			

監察院張博雅院長致開幕詞

孫副院長、本院各位委員、學校教授、顧問、醫師、來自澳大利亞的報告人—國際失智症聯盟主席 Kate Swaffer 伉儷、媒體記者、各位關心老人人權的先生、女士們，大家好。

老人到了一定年限，不管體力或心智，都可能逐漸退化，但若退化到成為身心障礙的弱勢族群，我們該如何保障老人的人權？這正是我們今天要討論的重要議題。

今天研討會分別針對四個主題進行討論：（一）老人的經濟安全；（二）老人及一般失智者之人權問題；（三）長期照顧服務網絡如何有更好的連結；以及（四）長期照顧財源及人力。這都是我們現在要關心與重視的議題。

近年來，我國已經陸續將 5 項重要的國際人權公約國內法化，包括 2014 年通過《身心障礙者權利公約施行法》，使得我國人權規範逐漸與國際人權標準接軌。對於大部分的人而言，在歷經生命過程進入老年階段，極有可能因身體機能或心智的逐漸退化，而喪失行動能力，終將成為身心障礙者。因此，維護老人的尊嚴及人權，包括延長其健康，確保人身安全、適意的生活、友善的環境、妥適的醫療照護，乃至避免他們成為弱勢族群等，都是公約簽署國（包括臺灣）的國家義務。

監察院是我國最高監察機關，監察院重要職責之一就是監督政府落實人權義務。監察院在臺灣是一個重要且最高的人權機構，所以我們應當監督政府落實執行國際人權公約情形，包括《身心障礙者權利公約》。近年來，本院針對老人人權遭受侵害，以及長照政策執行成效等相關問題，都有監察委員進行調查與研究，並完成許多個案及通案性調查意見；再根據調查發現的行政缺失，糾正行政機關，希望他們能夠檢討改善。

臺灣人口快速老化，已步入高齡化社會。根據內政部統計，去年

我國 65 歲以上之老年人口有 327 萬餘人，占總人口之 13.55%，預計民國 107 年老年人口比率將超過 14%，正式邁入高齡社會；至 115 年老年人口將超過 20%，進入超高齡社會；到了 135 年，我國老年人口占總人口數將達三分之一。所以我們在場一半以上的人，到那時已進入三分之一的人口那裡。隨著人口的高齡化，除了養老金之外，醫療支出及長期看護等費用，對於年長者本身與他們的家庭，乃至整個社會及國家財政都是重大的負擔。人口的高齡化與老人人權問題牽涉層面非常廣泛及複雜，而且許多問題無法在短期內獲得完全解決，值得各界重視與積極討論。

這次研討會的議題，我們聚焦在剛剛所提：（一）老人的經濟安全，包括如何避免貧窮。（二）如何面對持續增加的老人失智。今天本院特別邀請來自澳洲的國際失智症聯盟（Dementia Alliance International—DAI）主席 Kate Swaffer 分享她的經驗。她 49 歲即被診斷出失智，所以失智不一定發生在老人家。在第二個議題中，我們探討失智與人權問題。讓我們聽她本人陳述，一個失智者在被診斷出失智後，會需要或期望什麼樣的環境？別人該如何對待他？（三）在面對失智問題，我們應如何整合長期照顧服務網絡，以建構完整、多元及連續的老人照顧體系。（四）最後，在少子化的浪潮下，應如何確保老人照顧人力及財源的充足、穩定與持續，落實執行新修正的「長期照顧服務法」，也就是長照 2.0 政策。在座的李玉春教授當時曾推動長照 1.0 政策，即將進行長照 2.0 是否能做得妥善，乃值得關心的議題。

今天在座幾位委員，除了副院長外，有陳小紅委員、江綺雯委員、包宗和委員、尹祚芊委員、陳慶財委員等 5 位委員，他們都曾經積極參與本院老人人權相關調查及研究，累積豐富的心得及專業知識，待會兒將分別主持本日四場次議題。

世界衛生大會（WHA）通過「全球失智症行動計畫」，以因應全球失智症海嘯的到來。依據推估，臺灣約有 26 萬失智人口，大部分

是年長者；遠道而來的 Swaffer 主席將分享失智症患者人權議題之國際經驗。透過這次研討會，希望建立良好的溝通平台——一方面與 WHA 接軌，同時與一般社會大眾聯繫，讓大家知道，臺灣也有相關架構。透過今天研討會所提供經驗交流等意見，可以作為各級主管機關訂定法令、制定政策及實務運作的參考。希望今、明兩天的研討會，能達到此方面貢獻。

後天—10月1日—就是聯合國訂定的「國際老人日」。本院特別選擇今天—9月29日—舉辦老人人權研討會，一方面要對年長者為我們國家社會之貢獻表示尊重外，也希望對年長者提供更深一層的回饋，希望 929 就是「久而久」，讓老人家活得更幸福、更長久、更順暢。祝福我們研討會成功，祝福大家在這次議題上有好的發表成果，祝福大家健康、幸福。謝謝。

第一場 老人經濟安全問題

主持人：陳小紅（監察委員）

報告人

- 一、郝充仁（淡江大學保險學系副教授）
- 二、薛承泰（臺灣大學社會學系教授）
- 三、傅從喜（臺灣大學社會工作學系副教授）
- 四、張金鶚（政治大學地政學系特聘教授）

回應人

- 一、詹火生（弘光科技大學老人福利與事業系講座教授）
- 二、花敬群（內政部政務次長）

主持人陳小紅監察委員致詞

張院長、孫副院長，在座的各位委員以及遠道或從臺北過來的貴賓，大家早安。

首先非常榮幸能夠主持第一場研討會。各位可看到台上幾位皆為國內這方面議題的一時之選，不管是在政界或學界甚至於在企業對老人保險相關的研究都很有建樹，非常榮幸能夠邀請到他們。

要做好主持人的工作，最重要的就是控制時間，因為這場的貴賓非常多，議題也非常豐富。開始前，除先謝謝幾位與會貴賓，我想先簡單說明這次研討會的規劃構想。

剛才院長已提及我們整個社會老齡化，65歲以上老人比例上已經占總人口的13.5%，再過若干年我們就會跟日本非常接近。過去個人在經建會服務時，就是專門負責人口這塊，

所以瞭解到有關老人的一些議題。基本上老人最關心的就是老本，我們常講老人要有本錢，經濟上無後顧之憂，如果老而貧那是非常淒慘的事；如果老來病那就更是淒慘；若二者都有，貧病交迫，當然會影響整個生活品質。所以在規劃時覺得第一個重要介面就是老本的問題。當然老人健康也非常重要，所以我們第二場、第三場規劃探討健康議題，也謝謝江委員及方委員鼎力支持，共襄盛舉，尤其邀請到失智專家現身說法。另尹委員過去從事健康方面的工作，謝謝她願意主持第三場次，針對老人健康議題進行探討。

最後，整個老人制度牽涉到國家的方向。最近大家關心年金改革的議題，改革後很多40歲左右的同事或朋友都不敢輕言退休。以前公務人員平均退休年齡為53~55歲，現在至少會延到65歲。許多國家法定退休年齡已規定到67或70歲，就是考慮到人口老化帶來的財政壓力。

人口老化的背面就是少子化，誰來養你是很大的問題，要存多少錢才夠養老也是很大的問題。從人權的角度，老人不能居無定所，我們這個場次也針對老人住宅，因為常聽說房東看到老人年齡太大不願意出租房子，以避免後面出現不希望看到或未可預期的狀況。所以我們在規劃的時候，就圍繞著老本、老人健康，配合我們國家政策及本院人權的議題，詳加研議。

現先介紹出席這個場次分享多年研究成果或觀點的學者或專家。第一位是郝充仁教授，郝教授目前在淡江大學任教，不論在實務面及學理面對保險業務均有相當瞭解。各位如果注意這個議題，就很有機會拜讀到他的大作，待會就來聆聽他的高見。在郝教授右手邊的是薛承泰教授，薛教授目前任教於臺灣大學社會學系，曾擔任行政院政務委員，也擔

任過臺北市社會局局長，所以可謂理論與實務兼具。最近他經常在聯合報專欄發表文章，對本場次議題有獨到的見解。前不久天下有出版一本他對於人口問題的專書，有興趣者可加閱讀。

在薛教授右手邊的是傅從喜副教授。傅教授目前任教臺灣大學社會工作學系，非常年輕有為。他長期從事社會政策的研究，尤其是年金方面，且曾經跟英國學者共同出版老齡化亞洲地區的比較專書，待會兒我們可以聆聽他對老人貧窮議題的觀點。

接下來介紹我左手邊二位，我們把他們定位為官員，雖然他們在學術界也有很多的參與。第一位是詹火生教授，他曾擔任很多重要的職務，當過勞委會主委，也在智庫負責社會福利的研究。他的專長及在英國留學所學的是社會政策，可說理論與實務兼顧。他現在也是兩岸共同市場基金會董事長，對於兩岸事務有很多的參與，但並沒有忘記對學術的興趣，很多年輕輩的學者都是他的學生。

在詹教授的左手邊是內政部花次長，他的主要專長是住宅，待會兒我們可以看到最近很熱門的課題，以房養老、社會住宅等。老人是社會住宅關懷的對象，待會兒也請花教授、花次長針對發表人的論點內容，提出他另一面的解讀。我想時間已經很緊迫，我們就依照原本的安排，每一位講者有10分鐘的時間，全部報告完後我們有20分鐘的討論，希望能如實如期的完成，不要影響到下一場次的進行。

現在就來聆聽第一位郝教授的報告。

報告人發言內容

一、郝充仁（淡江大學保險學系副教授）

院長、主持人陳委員，在座各位先進大家好，很榮幸是第一場第一位報告。原來我的議題是老人再就業，我想趁這個機會夾帶另外一個議題，是我4年前在金管會提出的一個報告，就是商業保險如何來因應老齡化社會，第一個先談的是商業保險問題，感覺上大家比較少談到這個議題，大家好像感覺要準備老本就是儲蓄，今天要跟各位談，其實儲蓄還不夠，這裡面還有一些更重要的議題，我們現在還沒有處理。大家都很清楚老人化社會對高齡者經濟的考量運作當中，儲蓄所占的比率愈來愈大，也理解子女及政府在奉養部分開始在減少，從我這張圖當中可看出事實上我們現在只有在儲蓄，甚至我們買的保單也都跟儲蓄有關，這樣的儲蓄可解決一部分的問題，但是沒辦法解決另外一個問題，這個問題就是來自於我們需要一個保障，這個保障是什麼呢？就是危險的分散。這個危險分散的商品，為什麼現在沒有推出來，沒有大批在做，因為我們抓不到發生率，為什麼抓不到發生率，因為過去很難處理，過去根本沒有高齡者的發生率。

我舉一個例子，在英國已經執行好幾年的商品叫強化年金，我先講一下這個商品在做什麼，其實高齡者，也就是六、七十歲以上的老人，有一個現象，就是同一個年齡、同一性別的人狀況差別很大，有人每天可以爬山、游泳，有人卻需要坐在輪椅上，所以我們在做商業管理時，必須要分級化，也就是說狀況好跟狀況不好的人要拆開來。今天這個強化年金，針對狀況不好的人因其死亡率較高，將來可能要給付的年金比較高，因其生存率較低，但是我們現在抓不到這個東西。英國十幾年前就已經在推行強化年金，分析幾個做法，

包括對吸煙及非吸煙者作一個處理，對地區性職業作一個處理，對健康因素作一個處理，甚至如果身體狀況非常不好到嚴重損害則放另外一邊，他們永遠在那裡。比如剛剛有人談到年金改革，如果年金改革做下去有些年紀較大的公務員可能將來沒辦法像之前領到那麼豐厚的退休金，那將來如果得到癌症怎麼辦？換言之，如果我們早設計一個商品，讓不幸得到癌症者，將來可以拿到的金額變得很大，就可以用來處理自己生存問題。事實上在英國推出這個商品的時候，為了設計這商品，需要一些資料。以國內來說，唯一有完整資料的是儲存在全民健保資料庫裡，但是有涉及隱私權的問題，所以如何運用公部門的資料來回應我們人口的需求，政府先做基礎建設，這是非常重要的。很榮幸我目前在衛福部擔任加值型資料庫委員，現正推動如何將公私部門資料結合，但是要先解決圖利及隱私的問題，希望這可被視為一個國安議題去探討。第二是英國為了推動這項活動給長者用租稅優惠，提供誘因把部分資產用風險移轉工具的方式，讓其保障變大，我想用一點時間來呼籲大家，開始重視這件事情。

接下來進入到本次主題，何時（幾歲）才退休一兼及老年就業歧視問題。第一個什麼時候退休？從國際的角度來看，它的標準很不一致。一般來說，比較耗費體力的工作，通常也會較早退休。其次，何時才退休也取決於退休給付的水準，過去幾年公務員退休所得水準比較好，所以會早一點退休，現在年金改革實施後，就會往後延，跟退休給付的水準有關。另外，職場的生態與人口結構也會影響退休年齡。

再來有關老年再就業的議題，這是非常重要的。第一、長者再就業的時候，往往跟過去的職場工作型態不一樣，政府必須做這些長者的職業技能再訓練。我想政府勞動部門當

中勞動部人力發展署要加把勁，需在這個地方更多做一些處理。

第二、再就業的人仍需要社會的保障。我舉個例子，勞工保險當中，當年長者領取勞保老年給付後，政府要再提供單獨以職災給付為主的勞工保險。所以我們這個社會保障體系當中，要針對長者這塊做更深入的設計。

第三、長者再進到職場時，他的身體狀況跟年輕人是不同的，所以要做職務、職能的再設計。我舉個簡單例子，我們現在在規劃長照是不是要讓中高齡長者進到這個長照體系來做服務？這是一個很好的議題，但是要注意到一點，長者的體力有限，要做長照服務是非常消耗體力的。所以，有個非常重要的事情，那就是輔具。如何來推動輔具，輔具其實就是個產業。以國內在製造業當中包括電子科技、機械科技，在這種電子機械科技非常發達情況之下，政府應該鼓勵這些產業把它的產能移轉到輔具上面去，讓照顧的這群人能夠用更少的體力來照顧這些長者。我相信對職場上的再設計會有很大的幫忙，因為時間的關係，我的部分就到這個地方，謝謝大家。

二、薛承泰（臺灣大學社會學系教授）

院長、副院長，在座各位先進、來賓，大家早。10分鐘能夠做什麼，10分鐘剛好是年輕人排隊買奶茶的時間，我今天10分鐘來跟大家談到底需要多少老本才夠養老。先讓大家知道，要準備多少老本？這個答案非常不明確，而且會因人而異，所以我們要看一個趨勢。我們常講養一個孩子到大學畢業要6百萬，大學畢業要22年，我們現在推算如果60歲退休，尚有22年餘命，一個要花6百萬，另一個到底要花多少？起碼要6百萬加利息，待會兒再來告訴大家到底要花多少。

大家來看這張圖—民國45年老人跟小孩的比例。老人是65歲以上，小孩是15歲以下。在當年臺灣還不到1千萬人，老人跟小孩的比例，18個小孩比1個老人，那個年代老人是寶、小孩滿街跑。而到了今（106）年2月變成1個老人比1個小孩，老人、小孩大概各320萬人。到今天老人已經比小孩多了，明年老人會占總人口數14%，進入高齡社會。其實臺灣現在老人占總人口數為13%點多，跟歐盟國家平均19%、日本剛超過28%（算最老的國家），我們還差得遠，臺灣到底緊張什麼？臺灣要緊張的是從現在開始之後30年，我們的老化速度非常之快，所以臺灣可能在2060年跟南韓及日本老人比例都會占到40%左右。

談長照時要有時空的動態觀念，我們必須要知道那個國家的政策何以會走到今天這個樣子，和時間點與當時人口結構都有關連，我們看這過程，這個非常重要。我在報紙上寫過很多篇文章，強調要善於運用現在嬰兒潮世代人力來填補照顧人力缺口，而不是政府亂加碼，以為多花錢即可解決照顧老人的問題。我們需要大量花錢的時間點，我認為是在2025年之後；在2025年之前，55到67歲這批人都很健康，其中不少已經退休，這部分勞動力要好好運用，如果他們有機會願意來照顧自己年邁的長者，這不只是陪年邁長者走最後一段路是一般年長者的心願，同時我們也可從照顧老人家當中學到照顧自己的未來，因為有50%機會，父母的慢性急病會遺傳到我們身上，我們同時可學習到如何延緩老化。這對有嬰兒潮世代子女的年邁老人是多麼重要的一件事，同時我們還可以為我們的下一代（下一代往往人數很少）做出很好的示範。臺灣要好好把握2025年之前，善用這批人力，而不是砸錢就好，因為2025年之後這批人也開始成為被照顧者了。

過去馬政府2008年到2016年長照經費從20幾億到50幾億，看起來真得是不多。那有一個政府那麼笨呢，不多花點錢來照顧老百姓，然後得到更多選票。今天我們動不動就砸300億，請大家看看明年花了這300百億，照顧的人數會不會是過去的5倍？恐怕2倍都未必出現，這個就是我們要考量如何為下一代思考，如何為未來思考，錢要砸在適當的時間點。大家可以看到一個趨勢，2025年老人人口是小孩的2倍，到2060年老人人口會超過小孩的4倍，如果不重視我們的人口特質來擬訂政策，中華民國臺灣有可能走到那個時間嗎？

（看圖）這是老人主要經濟來源，我特別把紅色的地方列出來，因為只有這個是完全靠他自己，其他是靠別人，所以這個數字須特別處理。這個是非年金式，我們照顧近150萬的老人，年金式或領退休金式的將近200萬人，有些是重疊的，可以看出程度相差很大。

有兩個數字，一個是基礎老本，就是老人最少要有多少錢，亦即，不能生病哦，按照平常的花費。大概我把這幾年老人生活的調查看了一下，大概是一個月需2萬元。假設平均餘命為22年，總數約是528萬元，跟我們養小孩養到大學畢業，要花600萬元有點接近，時間一樣是22年，這稱作「基礎老本」。我同時也參考了一些雜誌所作的調查，通常雜誌的調查對象多數是中產階級，他們的需求相對較高，數字在1,450萬至1,750萬元間。參考這些調查後，我認為「理想老本」應該為1,000萬元左右。但這並不意謂著每個老人退休時口袋都有1,000萬元，而是老人可支配的存款、不動產一起來看的。十幾年前（民國94年）我在擔任臺北市政府社會局局長時，因當時「社會救助法」修正，我開始有「以房養老」的構想，所以在2009年2月我擔任行政院政務委員時把「以房養老」，（當時名稱叫「不動產逆向抵押」），正式向行政院

提出並通過。這個「以房養老」名稱怎麼來的，當時吳敦義擔任行政院長時覺得「不動產逆向抵押」這個名稱大家不曉得什麼意思，那時金管會陳沖主委給了「以房養老」名稱，大家覺得這名稱很好。那年9月楊志良擔任衛生署署長要推動二代健保，鑑於有些老人不一定能付得出錢來，覺得「以房養老」是值得推動的，因此被媒體披露，引起大家的注意，大概是這樣的過程。

我在社會局時及提出需要進行研究，剛剛報告的郝充仁教授後來承接「以房養老」研究案，當時的局長已經是江綺雯委員。理想的老本並不是口袋一定要有那麼多現金或存款，而是要有點資產，最重要的是資產要穩定，讓老人可以規劃、可以期待。否則如果口袋有錢，但無法預測、無法計劃，那還是有很高的風險，謝謝大家。

三、傅從喜（臺灣大學社會工作學系副教授）

院長、副院長、主持人陳委員，在座各位先進，大家早安。今天主辦單位給我這個題目是探討老人貧窮的問題。10分鐘的時間相當短，所以我就直接談一些我初期的思考。

老人是不是比不是老人有較高的貧窮風險？我想這是一個前提，我們來看看國外的經驗。這個是北歐國家，這個數字是老年貧窮率，這個是全體貧窮率，那這個比率就是，老年貧窮相對於全體貧窮率。如果這個數字高於1，表示老人貧窮率比較高，老人的的確比較窮；這個數字如果低於1，代表說年輕人比較窮，老人還是比較好的。我們看北歐國家，老人並沒有比較窮，很多國家的比值還不到一半，如果他的退休保障比較完整，其實老人未必會窮。即使部分國家高於1，也只高一點點，所以北歐國家老人貧窮風險並沒有比年輕人高。

再看西歐國家，其差距比較大。除了例外的瑞士，其他國家都低於1或只是比1高一點，差別都不大。也就是西歐的老人，他們貧窮風險沒有比在勞動市場的年輕人高。至於中歐跟東歐，他們過去是共產國家，這些國家傾向給退休者更優渥的退休金，所以他們的老年貧窮率相對比年輕人還要低，這是前共產國家很特殊的一些狀況。南歐也是一樣，老年貧窮率都明顯低於非老人貧窮率，他們的年金都相對比較優渥。整體來看，南歐的老人相對於年輕人，生活經濟反而比較寬裕。

美洲，只有加拿大的福利跟歐洲比較接近，其他美國、墨西哥這些比較典型實施市場經濟的老年貧窮程度比工作時來得高，即退休後貧窮風險相對較高。

我們看東亞，臺灣老年貧窮風險確實比非老年倍數要高，只有日本好一些，韓國比我們更糟。所以整個國際比較，確實臺灣老年貧窮風險值得關心。剛剛提到的是客觀的數據，現在我們再來看主觀的經驗。前面的報告人也提到，我們現在老人主觀經濟狀況調查，最近一次調查問老人，你覺得你的經濟夠不夠？結果覺得不夠的有四分之一左右。如果他的退休所得來源是自己的退休金，覺得不夠的比例是特別低；相對靠子女或孫子女奉養的，這邊就特別的高。也就是說，老人不同的所得來源會影響到他退休後之貧窮風險。所以對於一個國家的政策來說，我們可以看到若讓更多老人退休後可以從退休金、勞動市場所投保的年資獲得退休給付，作為他退休所得來源的話，可以降低他的貧窮風險。

我們在談老人貧窮或退休保障時，最常引用世界銀行1994年提出的三層年金退休保障；2005年進一步擴充為五層保障的倡議。基本上，對於在正式部門就業的人，最重要的

是職場就業之穩定性，而跟職業相關的就是退休制度，此乃最重要的退休所得來源。可是我們都知道未來因為人工智慧越來越普及，就業市場越來越劇烈的變動，在非正式部門工作的人會越來越多。

非正式部門最重要的是基礎保障，未來可能在勞動市場中有一群人可以穩定的就業，這群人靠著勞保，跟你的工作年資相連結的退休保障制度，但很多人還是不太適用。從世界銀行所提出的架構來看，是不是國家花越多的錢在公共年金，貧窮風險就越低呢？我們把國家標出來，仔細看可以發現國家花在公共年金占GDP的比率都差不多，約在12到18之間，可是貧窮率卻天壤之別，從低到2、4到高到10幾，他們GDP花在公共年金是差不多的，所以不一定多花錢，貧窮率就一定低。基本的保障對沒辦法參與勞動市場的人尤其重要。

然而，是否基本保障給得越優渥，貧窮率就可以降低？我們看基本保障年金給付貧困者慷慨的程度，跟剛才一樣，這個帶狀的國家其實花在老人基本保障的給付慷慨程度有差異，可是老年貧窮率卻差不多。整體來看，沒有辦法用單一的制度消除老年貧窮。回到世界銀行，必須要透過年金、基礎年金、勞動市場職業年金一起共同搭配，才能降低老年貧窮的狀況。臺灣勞動市場有關退休最大一塊就是勞保，去年年改會提出的資料，勞保退休平均給付，104年是1萬6,000多元，其實並不是很高，主要是因為投保薪資不高，平均3萬5,000多元；投保年資也不高。除了平均給付不高外，還有1成多的人勞保退休給付不到1萬。退休的人平均領勞保年金1萬6,000多元，相對還沒退休者平均薪資4萬8,000多元，對照後退休者領到的給付是沒退休者的三分之一。這只是勞保的給付，回到世界銀行的架構，我們現在還有勞退，現在6百多

萬勞工都有勞退，可是只有6%的提撥率，其實非常低，像新加坡公基金是勞工20%，雇主提供20%；香港則是5%，也是貧窮率很高。我們現在提撥率低，志願提繳率也低，600多萬只有14萬自願提繳，自願提撥是免稅的，而且投資收益是有保證的，可是為什麼這麼少？因為很多人不知道提撥免稅。

另外個人準備也是非常重要的，我在2012年調查過民眾有沒有為老年做準備。大概一半一半，一半說有，再問用什麼方式或考慮什麼，發現大家最擔心的是風險問題。當問民眾有沒有買基金、保險？民間投資機構可不可以信賴？自己有沒有具備投資理財知識？這兩個因素很重要，會影響他是否去商業市場投資，為老年做準備。這兩個政策也許是可以去改善的，讓民眾更有概念，對資本市場更放心，而願意把資源放在那裡。

最後，扼要做一個總結。基本上國家、企業、家庭、個人都對退休有責任。剛才提到，住宅、交通、醫療等規劃好，老人經濟需求比較低，就不用完全靠自己的錢支應，相對對老人經濟生活也有幫助。請各位指教，謝謝。

四、張金鶚（政治大學地政學系特聘教授）

各位在座的貴賓大家好，早安，今天指定的題目是老了跟誰住—兼談以房養老，這個題目剛好是我跟張桂霖博士的論文，基本上是由好幾篇的學術論文所組合起來的，因為時間很短，大概簡單的摘要跟大家分享。根據調查，在1989至1999年這十年當中，老人跟已婚子女同住的比率由70%大幅降低至49%，可以想到越來越多的老人自己住，這背後的長照問題當然是更嚴重，到現在更多老人處在自己獨住的情況。

我跟張桂霖調查官長期做的觀察及他的博士論文大概有四個和老了跟誰住有關之主題。第一、老人是否跟子女同住之居住安排轉換問題。到底是老人跟子女住還是子女跟老人住，這兩個雖然從表面上看起來一樣，可是事實上是不一樣的事。接著，老人其實有好多階段，有初老、中老、老老。換句話說，65歲到75歲這段時間是老人的黃金期，他的居住安排到中老，75歲到85歲，到後來年紀更大了，這個居住安排是根據長期的追蹤調查，每一個老人進行長期的追蹤調查，看他的居住轉換。

先回到第一個主題，老人居住安排的轉換。剛提到老人與子女同住的比率持續減少，傳統家庭觀念逐漸式微，因為跟子女同住這件事情背後有兩件事：一是家庭的支持；一是家庭傳統跟老人同住或跟子女同住的價值觀。這是一種經濟交換，那一個影響力較大？事實上我們的研究結論是，經濟交換的價值有比較強的影響力。由於老人要慢慢面對不跟子女同住的情況，所以政府必須提供更多的協助，因為老人沒有辦法達到自我長照，這是第一個研究的結果。

剛才已講，子女覺得跟父母住划得來，可以省就回去跟父母住，所以我們叫子女回巢。子女回居跟遷移與子女居的比率約4:1。這4比1什麼意思，就是大部分的是子女回來住，而不是老人去跟子女住。所以這個研究結果顯示，老人的經濟能力比較強，老人有自己的房子，所得比較高一點，子女顯然靠自己22k不夠，只好回去跟老人同住；不管如何，老人跟子女同住基本上都是讓長照能多點解決，這是件好事情，我覺得基本上都值得鼓勵，政府在這背後其實可以有更多獎勵措施，鼓勵子女回來住或老人跟子女住，減少政府長照的支出。

第二、隨著年歲增長的居住安排。剛才我們講初老、中老、老老，國外研究顯示，隨著年齡增加，與子女共住的機率呈現U型。也就是說初老的時候跟子女同住多一點；到中老的時候慢慢子女就離開了；最後到老老的時候，子女又回來了。但臺灣的研究卻是直線下降，意思是一旦離開就不回去了，不跟子女同住了，跟國外U型研究的結果不一樣，值得我們探討。這個研究顯示，我們對年紀越大的老人，政府越需要注意。換言之，政府對不同年齡的老人，其實不能全當一個族群看，而應分不同老人族群來看他的居住安排，且他的福利、照顧是不一樣的。

第三、討論老人居住安排的滿意或改變。根據2003到2007年的調查，從滿意到不滿意占了17個百分比，不滿意者變成滿意的占11個百分比。換句話說，不滿意的比例有相對增加趨勢，不過這也是早期研究。我們所知其實都還是不夠，且後來沒有繼續再做此研究，所以結論有他的限制。此外，除了年齡越高越不滿意外，裡面還包括有宗教信仰的滿意度較高、從負面轉成正面的，有些方式可以使老人透過不同的居住安排、不同的設施、不同的信仰等，而有所改變。我們覺得社福單位對老人長照服務的滿意度調查還是不足，過去研究對老人需求的掌握還是不夠。在有限的資料上，我覺得老人是否滿意的調查是很重要的。

最後講一下以房養老。以房養老是讓老人這輩子賺的這輩子花完，不但老了可以有尊嚴地生活，也幫助所有的老人給他最後service，所以有三個方式。我們現在講的都是反向抵押貸款，另一個售後租回，就是賣掉再租回，那是由壽險業者來做。另外，臺灣很特別的還有社會照顧(social care)，就是你將房子捐給社福單位，例如說伊甸基金會，而伊甸基金會就來照顧你。事實上老人要的不是錢，他要的是service、

是social care。伊甸基金會是可以幫助老人提供更好的老年生活。基本上，以房養老是可以三贏的政策。目前銀行強調商業化，使這塊還沒受到重視。其實以房養老對社福單位、對老人都有很大的好處，所以希望有些誘因，讓大家一起做。更重要的是，應該要建立以房養老的專法，如訂定以房養老條例，以排除很多法令的限制。最後我特別強調，與老人同住的背後就是與老人同鄰，而不是只同住在一個地方。我自己家裡就是這樣，我跟我爸媽住樓上樓下，可以減少家庭摩擦，又可以照顧好父母。日本人講同鄰，就是你煮一碗湯端到父母面前，那個湯還是熱的就是同鄰的距離。居住安排或住宅問題在老人最後的人權上，是很重要的。謝謝大家。

回應人發言內容

一、詹火生（弘光科技大學老人福利與事業系講座教授）

張院長、孫副院長、各位委員先進，報告人跟回應人，在座各位先生女士，大家好。我內心非常感動，監察院在10年後又召集大家來討論老人人權的問題。我稍微把2008、2009年老人人權報告裡面的摘要節錄下來：老年勞工經濟安全保障不足，社會保險年資欠周，各類社會保險與各職業退休制度欠整合，國民年金難以支持生活所需，農民老年生活經濟不足，失能老人財產保障。這些問題其實10年以來多多少少已經有部分的調整和改善，而剛才三位教授在老本方面所提的也已探討到這個議題。

監察院是最高人權機關，也關心老人人權議題，所以我今天的回應不從違失面來看。剛才張院長提到兩公約是我們對於人權最重要的規範，從人權角度來看，老人經濟安全有

兩個核心議題：第一是從國家角度來保障老人經濟安全，扮演的角色是甚麼？我們一直很混淆，到底職業年金該是誰的責任？公共年金又是誰的責任？剛才傅從喜教授的主張是政府、企業、個人都應該要負責任。但要付多少責任？哪一個部門要負多少責任？我們一直在打混仗。所以我要談的第二個議題是從現行老人年金的架構，如何保障老人經濟安全？

薛承泰教授提到，根據過去調查研究，一個人晚年經濟保障老本大概需要500萬到1,000萬元之間。那我要進一步問，那500萬來自政府的保障有多少？來自於個人職業的保障又是多少？與郝教授提到職業保險的保障是相似概念。我們應該從這個角度去思考。我再引用傅從喜教授剛才所提世界銀行多層次年金體系的架構。基本上我們現在所討論的，著重在第一層強制性的社會保險，至於第0層，當然是國家角色。補充式、不繳費的用社會救助，包括我們現在社會救助最低年金保證，我們國民年金的最低年金保障，應由政府補助給那些經濟及社會的弱勢人口，那是責無旁貸，由國家透過稅收或其他財源保障經濟及社會弱勢人口所需要的老本。

再來就是強制性，我們過去所推動的年金改革，其實重點應該放在這裡，就是強制性的社會保險年金部分。至於員工退休金，也就是傅從喜教授剛才提到的職業退休金。目前比較具體的是在勞工退休金制度，也就是我們剛才所提由雇主提撥6%究竟太少或太多，我沒有意見，這由立法院去決定，由社會公義去決定。傅教授提到新加坡是資方、勞方就個人薪資的20%，新加坡能，我國是否能接受？我拭目以待。

這張國發會最新的資料，這圖已經被引用過好多次了，只是人數稍微不一樣。這個圖看起來是很簡單，但裡面真的

非常複雜，陳小紅委員是這方面的專家。年金改革要把這個問題全部解決，我覺得還有很長的路要走、需要很長的時間。我對今天監察院談及老人人權有關老本部分，有幾個沉重的建議。但是我很遺憾地說，這些建議我已經提了很多年，但仍在原地踏步。

第一、國家對保障全體國民經濟安全的角色功能應該一致，不宜存有顯著差異。然而，現行制度在社會保險保費補助、給付條件、給付水準，我們都是採取selective。什麼叫selective呢？以公教人員保險系統為例，又分教員跟公務員，政府對這些人的保費補助是35%，都是一致的；但是就勞工保險制度設計而言，則分為有一定雇主和職業工人2種身分，則有很大的不同：有一定雇主的受僱者由政府補助10%，雇主負擔70%，自行負擔20%，然而退休的時候，如依2008年1月後的計算方式，卻可以拿到他自己所繳保險費額的12倍。我要講的是，政府年金改革應該朝一致性方向進行，對低收入、身心障礙者，國民年金制度設計對於這類處於經濟和社會弱勢的國民就存有這種精神。我建議採取下列3個政策，第一在現有「勞保」、「公教保」（含私校教職員）、「軍保」等社會保險給付，依「貧窮線」水準，切割為上下兩部分，水準以下部分依現行國民年金制度建構「橫向水準」一致的「全民基礎年金」，剛才郝教授一直主張這個，我非常贊成。水準以上部分則併入「職業年金給付」部分或維持現行給付水準，如此不影響「勞保」、「公教保」、「軍保」等已有給付數額者，讓各種身分勞動者的權益，不受任何影響。

第二是建構「全民基礎年金」制度。政府對每位參與社會保險年金的國民，提供保費補助應採定額制，每位國民的保險補助完全一致。而非採現行定率制，結果是高投保者，

政府補助愈多，有違社會公平正義原則。在座參加勞工保險都知道，勞工保險投保金額越高，政府補助越多。

第三是逐步提高國民年金給付水準。建構「全民基礎年金」制度，現行「國民年金」給付水準太低，必須大幅提高，縮短與「貧窮線」水準的差距，才能維持國人最低生活保障。因此除採取逐年調升政府公共支出補助數額外，提高稅收也將是難以避免的政策方向。換言之，全民必須體認，高福利、高稅負的社會，已逐漸來臨。

今天我們談到老人人權，要達到適當的經濟安全保障，享有高福利勢必要提高稅收，我想我今天再度沉重提出這幾項建議，已經提出20多年了，這是最後一次提出，還請各位指教，謝謝。

二、花敬群（內政部政務次長）

院長、副院長、陳老師、在座各位委員、各位先進，大家好。內政部本質上也是人口政策的主管機關之一，我們就一起來看，住宅跟貧窮之間的連結，這其實是非常密切的。剛聽到各位老師提到高齡化的經濟安全這個議題，其實因為「住」這件事情，我們很多高齡者，本來應該可以拿來當作退休的一些資源，卻被孩子們拿去買房子，這其實是退休資源的流失，也衝擊到高齡者的經濟安全。另一方面，臺灣社會中，住宅資源其實相當比例仍然留存在中高年齡者的身上，所以說我們怎麼樣讓住宅資產跟老年生活能夠做一個比較好的連結？當然這都必須搭建在一個比較穩定的住宅資源利用或分配下的基礎。去（105）年上任後，我們也推出住宅相關的政策，試著從高齡化社會的一些觀點思考。過去內政部在做住宅政策，多半比較單線條的針對所謂需求面補貼，例如租金補貼、購屋利息補貼，就是直接補助錢去市場

上消費。當然這部分不管從年輕人來講或者是高齡者而言，他有這樣的需求，當然都有幫助，但這樣的資源拿出去，無法累積政策或資源使用的效果。這段時間我們積極推動社會住宅、租賃市場的健全化和都市更新三大面向。雖然這是一個不分年齡層，對居住問題一視同仁的照顧，但是所轉換出來跟高齡化社會的關聯性，卻是非常密切。從興辦社會住宅這個系統下，政府透過掌握供給面補貼的資源，讓有租房子需求的人，可以安定地租到房子。對於比較不容易租到房子的高齡者而言，這就是一個直接的幫助。另一方面，他可以讓年輕世代選擇租屋來安定他的居住，使其跟爸媽要錢買房子的壓力減少。雖然8年這20萬戶的量對整個國家住宅量的系統比例很低，大概只有2.5%左右，但延伸出來整個市場供需行為會開始轉換。我們希望租房子這件事情變成是一個正常的居住消費模式，當租房子變成一個正常的居住消費模式，必然產生穩定的租屋服務體系和安定的房客、房東關係。另一方面，也涉及買房系統，不應該常常有暴漲的capital gain。

社會住宅方面，我們把高齡者當做優先，也提供無障礙設施。更精彩的是，社會住宅裡面20萬戶中，12萬戶是蓋的，8萬戶是包租代管的民間住宅。它的好處在於我們把房東這個系統，從過去小房東變成專業化房東，就是政府委託大型的管理公司，包租下來很多的房子，這些房子是政府在背後補助跟保障的，這個專業的租屋公司可以提供專業的服務、專業的經理人，讓他不是一個小房東這樣相對不穩定不專業的環境。在這情況下，一方面可以帶動租屋服務產業的專業化，後面還有另一個意涵是，很多高齡者有房子可以出租，但沒有力氣管，於是他可以把他的房子交給專業且有政府認證的專業服務公司幫他管。這就是租屋版的以房養老，也就是說，有房子可以獲得利益，但是我過去沒有力氣管，或怕

被房客欺負等的麻煩，現在只要付一點服務費，就有人幫我管。甚至如果你那間房子比較大，然年紀大不需要住這麼大的房子，就可以把房子交給租屋代管公司幫你出租，自己再去租一間有電梯的，不用那麼大的房子，同時也有專業的出租公司幫你管，讓你住得很安心。其實這一來一往都透過住宅服務的專業化，讓「住」這件事情在高齡者身上得到一些鬆綁。一方面孩子不用急著買房子，自己的養老金不會那麼快被掏空；另一方面自己擁有的房子也有專業公司幫忙管理，讓退休金的掌握有很好的銜接。

都市更新又是更積極的一環。臺灣房子老化的速度，未來十年不會輸給人口老化的速度。剛才也提到未來十年人口老化的速度會非常快，其實未來臺灣房子老化的速度也會非常快，都更當然可以往下走。現在「都更條例」的修法看起來都還算順利，如果繼續進行下去，對於住在老房子的老人家，未來將有機會可以住新房子。不僅自己的活動更自由自在，且使較低價值的資產透過都更過程，轉化成較高價值的資產。當然這樣的過程對於未來資產的分配，或者是包租代管的銜接，都會有更多元的可能跟選擇。

我們還有一個法案叫「租賃住宅市場發展條例」，現在立法院已經完成一讀，這個會期應該會完成二、三讀。除了社會住宅的包租代管，我們還要讓民間所有人的房子都可以透過包租代管的專業化服務來進行操作，所以透過租屋市場的健全化，再透過政府在供給面承擔及透過都市更新，三管齊下。後頭我們還有一些想法在規劃及醞釀，這邊提到社會住宅的共享社區這樣的概念。我們在林口，也就是世大運選手村，未來會交給內政部來管；這裡面會有些主題式的社會住宅，例如退休老人已經獨居了或空巢，想跟年輕時的好同學們住在一起，請組隊來報名，讓老人家生活的內涵可以多

元選擇。社會住宅可以提供這樣的Program，或是年輕的跟老人家，他可能本來不是親戚，但透過NGO協助，讓青年人跟老人家共居的Program可以進來，所以在社會住宅的推動下，可以開始跟銀髮族這個系統進行不同方案的創新，且這個方案未來在民間的租屋市場也可以銜接。

對於住在同一個房子裡面的，我們稱為「family」或「household」。大家同住了一個屋簷下，可以和平好好相處、互相扶持。我們希望社會住宅發展這樣一個體系，當然這背後還需要租賃服務更深化、更專業化。除了租賃服務業的創設外，我們後續還會有一個動作，專業的服務業，這部分還會再跟保險公司做連結，這都是後續要銜接的。當然還有比較弱的是老人住宅這個系統，應該再慢慢的強化。這段時間我們重新建構住宅政策跟基礎，用這個基礎再發展出更多元選擇的可能。其實這也是一個讓大家經濟能力提升的重要方向，透過今天的報告跟大家分享，謝謝大家，謝謝。

綜合討論

主持人陳小紅委員

剛才聽到好幾位專家的討論，我們這一個場次討論的議題是老本及跟老本相關的課題，已經有很豐富的內涵。事實上我們已超過預定的時間，但是這麼精彩的報告之後，沒有給大家對話有點可惜，所以我們是不是犧牲一些茶點時間，讓在座的聽完他們幾位發表及評論，能夠有一個對話的機會，如果在座有想要提問或評論，或是任何的想法，可以舉手來表達，我們先容許大概三位，三位之後我們再請講者或評論者回應。

提問人一：伊甸社會福利基金會顧問

我代表伊甸基金會就以房養老這個課題就教幾位教授。以房養老政策從2014年試辦後，提出5種類型修正建議，其中有4案屬公益型，另1案則偏向商業型，類似目前房屋資產轉換貸款（Home Equity Conversion Mortgage，簡稱HECM）的概念。臺北市政府在後面也有推動老人的實驗方案，這個案子也進行算順利，但卻沒有看到內政部對前面提出的4個公益型試辦方案的後續。是否有政策執行上的困難？我們站在非營利組織的立場，非常樂意與政府一同持續關注與推動。

主持人陳小紅委員

針對這個主題，我們先請張教授來做一個回應，接著我們再請花次長補充。

張金鶚教授

謝謝，剛才伊甸提到以房養老，其實我自己補充三種方案。我自己最prefer伊甸這種社會福利跟老人結合的情況，臺北市政府也是在我任內積極推動，本來完全沒有人申請，失敗的原因其實是法令規定太嚴格，就是非得沒有繼承人才能申請。我舉這個例子，實際上很難做到。我覺得在這些條件上要更有彈性，了解不同老人的需求，加上內政部之後將此業務移轉至衛福部，業務更不易推行。其實很多牽涉到法規上的競合，特別「銀行法」那些規定，所以我積極主張制定「以房養老條例」，建立此一專法能使資源配置更有效。綜觀目前的做法幾乎均以專業者從旁協助為多，很難可長可久；以銀行業的做法，對真正需要照顧的老人其實有許多不足之處，這是我簡單報告，謝謝。

花敬群次長

太困難的事情真的不要期待政府做。所謂困難，例如說現在從商業銀行這邊的系統優先，因為權利義務關係比較單純。今天透過NGO Social Care（社福照護）的服務，其計價本就很難認定，怎麼再跟計價、繼承銜接？以房養老進階的過程是最高階的產品，不能操之過急。短期而言，衛福部即便有意願推動也不容易，銀行產品漸漸成熟，並讓社會慢慢能接受後，才有可能開始對於Social Care(社福照護)的Pricing（計價）有一些標準，才有辦法銜接到資產價值底定的過程。倒不如先透過社會住宅或相關這些program，反而是一個機會。不一定是社會住宅、包租代管這樣的形式，這樣服務的做法會比較務實，和人民的感受也較貼近。社會司現在已經不在內政部，但從我個人專業判斷，我會這樣建議，謝謝。

提問人二：中華民國老人福利推動聯盟倡導人

各位貴賓、主管機關，我想提供一個意見。現在失智長者通常15年到20年才會畢業，當他們畢業的時候，這些照顧者可能離開職場很久，可能沒辦法回到職場去，他也沒有社會保險或年金，也沒有退休金，政府應該如何照顧這些長期在照顧失智長者的照顧者？

主持人陳小紅委員

我想這個議題跟下一場次關係可能更密切，我們再聽一位的意見。

詹火生教授

剛才提出來對於照顧者的老年經濟問題，我的建議是他可以參加國民年金保險。惟國民年金保險最大的缺點是年金給付額不高，目前每月最多只有3,628元（身心障礙給付可達4,872元），回應剛才幾位學者提到要和貧窮線（10,290~15,544

元)相一致,才能維持基本生活所需。但要與貧窮線相一致的話,須從3千多塊錢提高到1萬5千多塊錢,所以我一個很沉重的建議就是說,從3千到1萬5千多塊錢,除了增加自己繳的保費外,國家財政負擔也是在所難免。雖然沒有辦法一下子達到薛教授提出來的水準,至少3~4千多塊一個月,很勉強維持生活。如果他是低收入者,政府再補助他100%或70%,以上補充,謝謝。

郝充仁副教授

剛這朋友問到,照顧者就業問題,其實照顧失智長者的技能,我想未來在社會當中會越來越重要,因為需求越來越大。但是過去的經驗能不能複製到未來,恐怕還要一些考量。很感謝監察院扮演這樣的角色,隨著人口逐步老化,有必要去監督政府在這一塊,比如說專門職業訓練的機構,要不要花更多資源在這一塊,針對未來長者再就業設計等。我相信長者還有再就業的可能性,也可以解決目前此部分的經濟問題。

薛承泰教授

剛剛談到以房養老2013年的事情,可能我比較清楚。當年我在推動的時候,就是屬意地方政府,尤其臺北市跟高雄市,臺北市一直在做。當時是內政部社會司公告這個事情,各地方政府都表達有此意願,但地方政府打的算盤是以為會給人給錢,後來一召開會議之後,各地方政府發現並非是給人給錢的事情,就卡在那邊。第二是法令規定很嚴,非得是沒有繼承人與中低收入戶才能申請。第三個可能大家都不太清楚,監察院有為這件事情做過調查,我認為那時候社會司要併到衛福部,衛福部要掛牌,請問這個業務要掛到哪裡呢?我看這才是一個重要的考量。所以一公布不到3個月就收

攤了，因為衛福部那時候要成立了，社會司這個業務要怎麼辦？那時我也離開了，當時的次長曾中明講說，如果你真的拿到我的case，請問你怎麼收攤？那才是真的麻煩。也就是因為衛福部要掛牌了，社會司要歸併過去，這個業務懸在那個地方。

主持人陳小紅委員

再一次謝謝大家的參與，尤其是講台上幾位非常精彩的報告，謝謝大家。

第一場回應意見表

監察院 106 年老人人權研討會具體意見表

<p>場次 請擇一勾選，以利 分 類</p>	<p>V 第一場 老人經濟安全問題 <input type="checkbox"/> 第二場 失智與人權 <input type="checkbox"/> 第三場 長照服務網絡整合問題 <input type="checkbox"/> 第四場 長照制度之財源及人力供應問題</p>
<p>問題</p>	<p>(例如：政府機關作為失當與不足或監察院就保障老人人權有待加強之處等) 使用者方之付費，應訂定付費上限，建議 10%</p>
<p>說明</p>	<p>一、在少子化及經濟不景氣狀況下，政府應負起較多照顧責任。 二、使用長照服務若可以訂定付費上限，則對服務使用者在財務規劃上或政府在財政規劃上，均可以更為明確。 三、建議比照日本以 10% 為使用付費負擔上限。</p>
<p>建議</p>	<p>(例如：改善方法等) 建議於長照法入法，訂定使用者付費機制及付費上限為 10%</p>

本場次書面資料

1-1 何時才退休？兼及老年「就業歧視」問題

報告人：郝充仁

淡江大學保險學系副教授

運用商業保險以提升老年經濟生活

壹、前言

依據國發會統計資料顯示，國內 65 歲以上之比重，預估至民國 107 年時，將會超過 14%，符合高齡社會，至民國 114 年時，將會超過 20%，進入超高齡社會。面對國內人口結構快速朝向高齡化、少子化社會發展趨勢之下，若以現行社會安全保險制度而言，恐將無法因應與滿足老人晚年所衍生之各項經濟安全需求。因此，如何引導壽險公司，開發高齡化的保單，使老人安康有尊嚴的晚年生活，已成為極為迫切的議題。

先進國家如美國、英國等，已早臺灣進入高齡社會。在這些國家的發展歷程中，有許多值得臺灣借鏡。因此，本文希望透過各國實施的經驗中，彙整一些值得為借鏡之處，作為提出相關政策或推動相關商品建議之參考。

貳、高齡社會下經濟的安排

一、長壽的經濟效應

經濟學人雜誌針對高齡社會的經濟效應，做出一個跨國性的調查。它指出二十世紀末及二十一世紀初給多數人帶來了最後的禮物—就是老年。由於老年無法工作，而老年的費用支出，卻是不斷增加，使老年人迫切需要從其他方面所給

予的移轉性支出。這些移轉性支出，包括來自政府，以及子女。

首先，從政府的角度而言，當戰後嬰兒潮進入退休階段，迫使大多數國家重新考量照顧老人的費用。換言之，這意味著政府的職能，已經從老人照顧這個區塊中逐步後撤。最明顯的例子，就是政府自 2016 年開始啟動的年金改革，先從軍公教給付開始，逐步擴及至勞工、農民。這個現象，並非臺灣獨有，而是世界共通的現象。

其次，就家庭內移轉功能，取決於子女的數目。根據衛福部 2013 年「中華民國老人狀況調查報告」顯示，65 歲以上的人有 4 名以上子女的人數，超過 45%，其中，80 歲以上的人，擁有 4 名以上子女的人數，占總人數的比例高達 65%。然而，65 至 69 歲者則下降為 30%，這顯示隨著時間的推移，子女人數快速下降，也代表了奉養高齡父母的能力，也在快速下降。

二、老人經濟行為分析

老人自身的經濟安排，受到子女的移轉性奉養，以及政府的社會救助津貼的變化，而產生了影響。我試著以 2009 年與 2013 年兩次老人狀況調查報告來看，便能發現一些差異性。

首先，就子女奉養的面向而言，其重要度由 2009 年的 48.2%，下降至 2013 年的 43.9%，它反映子女移轉性支出的下降。再根據 2013 年的調查來看，小學程度的老人，其重要性高達 50%。而大學以上的老人，其重視程度降至 7%。

其次，就政府救助項目而言，若比較 2009 年與 2013 年兩次調查，其重要性由 29.6% 上升至 36.2%，它代表社會津

貼對老人經濟安全的重要性上升。以 2013 年調查報告顯示，小學程度的長者重要性為 40%，而大學程度重要性為 7%。

最後，在退休金及保險給付項目中，若比較 2009 年與 2013 年兩次調查，其重要性由 17.7% 上升至 19.6%，代表保險與職業退休金，已逐步成為長者重要的經濟來源。就教育程度來看，由 2013 年報告顯示，大學以上的長者，其重要性高達 60%，但是，小學程度的長者其重要性僅占 10%。

由以上分析可知，由於少子化的威力下，長者對於子女奉養的重視度開始下降。但是，學歷低的長者仍然高度依賴子女奉養。此外，政府救助的比例持續攀升，代表臺灣這幾年的社會福利制度逐步健全，尤其是低學歷的長者更倚重社會福利。然而，在政府財政狀況不佳的大環境下，這些長者可能要另外規劃經濟來源。最後，退休金及保險給付的重要性持續上升，尤其是針對高學歷的長者，更是有風險意識。

表 1 2009 年老人主要經濟收入狀況調查表

單位：重要度%

項 目 別	自己工作	配偶提供	自己投資	退休保險	子女奉養	政府救助
全體	7.91	5.23	14.9	17.3	48.2	29.6
男	11.2	2.49	16.0	26.6	37.8	26.3
女	4.75	7.80	13.8	8.7	58.0	32.7
年 齡 別						
65-69 歲	12.9	8.78	15.8	20.1	42.0	20.7
70-74 歲	9.01	6.22	16.3	11.6	47.1	34.5
75-79 歲	5.69	3.61	13.5	16.7	52.7	32.7
80 歲以上	1.39	0.65	13.2	20.5	54.3	33.7

資料來源：內政部 2009 年調查

表 2 65 歲以上老人人口現有子女情形

單位：%

項目	沒有	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人以上
全體	1.69	3.81	17.53	28.79	25.04	23.14
男	2.40	3.58	19.61	30.04	23.20	21.17
女	1.07	4.01	15.69	27.69	26.66	24.59
年齡別						
65-69	2.33	5.13	26.46	35.03	20.0	11.04
70-74	1.41	3.32	19.59	34.54	25.34	15.8
75-79	0.48	2.80	9.99	27.11	32.67	26.95
80 歲以上	2.18	3.57	10.97	16.99	24.62	41.67

資料來源：內政部 2009 年調查

表 3 2013 年老人主要經濟收入

單位：重要度%

項目別	自己工作	配偶提供	自己投資	退休保險	子女奉養	政府救助
全體	8	5.1	16.8	43.9	36.2	19.6
男	11.9	2.2	19.9	32.9	32.0	29
女	4.5	7.7	14	53.6	39.8	11.3
教育程度						
小學	8.4	5.2	14.8	49.9	49.5	11.7
國中	10	7.8	19.1	42.2	31.6	19.7
高中	9.4	5.5	25.1	31.7	24.5	31.0
專科	6.4	5.2	18.1	22	8.8	62.7
大學	9.8	6.1	30.1	11.2	7.4	59.4

資料來源：內政部 2013 年調查

參、商業保險在高齡社會之功能

一、現況分析

根據衛福部於 2013 年所做的調查分析顯示，在比較 2009 年與 2013 年，對於各類資產持有比例皆增加。整體來看，55 歲至 64 歲在所有資產項目中提存的比例，都比 65 歲以上的老人來得高，這意味著三件事。首先，55 歲至 64 歲者資產相對雄厚；其次，55 歲至 64 歲者整體風險意識較他們的前輩高；最後，55 歲至 64 歲者的子女數較其前輩少，而其平均餘命也較其前輩高，故其提存金額也較高。

然而，就細項來看，長者都偏好存款、房屋及不動產皆位居第二位，接下來 55 歲至 64 歲者較偏好儲蓄型保單。從這個資產組合分析，存款有資產累積與變現性功能，但無風險分散的功能。而不動產有保值功能，但變現性較差。最後，儲蓄型保險的功能類似定存，並未發揮保險的功能。

整體來看，55 歲以上者所累積的資產，主要功能為保值，但欠缺風險分散的功能。因此，市場上急需為長者提存風險分散的保單，以解決他們未來的長壽風險。

表 4 65 歲以上老人為未來老年生活保存資產類型

單位：每百人中若干人

項目別	房屋	存款	股票	儲蓄保險	其他
2009 年	30.2	40.2	8.3	8.9	0.5
2013 年	33.3	43.1	10	10.4	1.1
男	43	47.7	12.5	12.1	1.3
女	24.7	39.1	7.8	9.0	1.0
小學	27.9	37.9	5.6	7.2	1.6
國中	34.1	45	10.8	10.1	1.6
高中	47.9	56	16	18.1	0.3
專科	53.9	67	34.4	30.4	2.4
大學	71.9	76	34.3	28.5	—

表 5 55~64 歲者為未來老年生活保存資產類型

單位：每百人中若干人

項目別	房屋	存款	股票	儲蓄保險	其他
2009 年	43.3	52.7	20.5	25.8	0.9
2013 年	51	62.4	21.5	31.1	0.9
男	57.6	65	22.0	29.4	0.8
女	44.7	60	21.0	32.7	1
小學	33.4	43.6	8	18.4	0.7
國中	45.2	61.9	16.8	28.2	1.1
高中	57.5	70.0	26.0	36.5	0.3
專科	68.5	76.4	34.1	41.8	1.3
大學	72.1	80.2	37.6	45.3	—

二、開發高齡化保單之探討

一般而言，壽險保單具備有兩大功能：保障及資產管理。所謂保障即為風險分散，也就是用較少的保費，換取較大的保障金額。若能有效開發這些高齡化保單，則可以將 55 歲以上長者的部分資產，轉化為更大金額的保障，以解決他們在長壽過程中所產生之大額醫療費用、長期看護費用，以及生活費所需。至於資產管理類保單，則偏重投資報酬率，主要是著重於保單具備有保本功能，吸引一般定存客戶所需，其主要的商品類型為儲蓄型保險。

由以上分析可以了解，當前社會極需要具保障功能的高齡化保單，以解決未來人口老化問題。對保險公司而言，他們也了解商機非常大，但是，最大的困難點，在於如何設計高齡化保單，找出保單的發生率。

一般保單在設計時，精算上都假設同一性別與年齡的群體，其狀況大致相似，利用同一費率來計算，這是所謂大數法則的運作。然而，高齡族群的異質性相當高，不適用大數法則。美國精算學會經過 3 年的研究，於 2013 年提出一份完整的報告，指出高齡保戶的發生率是分歧的，會因為過去的職業、生活型態、家庭狀況、居住地區，而有所不同。因此，美國精算學會建議，未來保險公司在設計此類商品時，必須要針對目標客戶做區隔，再利用新型態資訊科技的協助，收集必要的統計資料。

肆、國外案例分析——強化年金

一、強化年金的發展歷史

所謂強化年金，是針對不同族群所設計的年金保險，特別是健康狀況不好的群體，因為死亡率高於一般人，可以享有較高的年金率。在強化年金中，所謂「好的風險」意指不健康的人，像慢性病患者、長期吸煙者，該族群因為死亡率高於正常族群，可在年金保險的費率中，考量差別費率，因此享有較高的年金率，領取較多的年金給付。

強化年金始於英國，當年英國政府為了因應長壽風險，以稅賦優惠為誘因，鼓勵退休人士在年滿 75 歲之前，將累積的退休金轉化成年金，以規劃長壽風險。然而，在平均餘命不斷延長之外，並非所有老人的健康狀況都良好。例如，糖尿病患者、癌症患者、長期吸煙者，以及從事高風險的工作者等，其死亡率相較一般人高出許多，若是勉強買年金保險，將對該族群造成不公平。因此，為了讓身體狀況不佳的人，亦能買到合適的保單，英國市場逐漸衍生強化年金（Enhanced Annuity）。

二、強化年金之類型

強化年金係針對特定族群提供較多的年金給付，但該族群的平均餘命必須要以過去統計研究為根據。例如：利用被保人之吸煙習慣、生活地區、職業、健康狀況、個別減少壽命減少的多寡。其類型可分為四種，分別為吸煙體年金（Smoker Annuity）、生活地區與職業年金（Socio-Geographic Annuity）、健康因子年金（Health-Indicator Annuity），與嚴重損害年金（Impaired Annuity）。

（一）吸煙體年金

吸煙體年金，是以吸煙及非吸煙作為區別，針對吸煙者提供較好的費率，以及較多的年金給付。以 60 歲為例，躉繳 1 萬英鎊的吸煙體年金，並保證 5 年給付，則男性每年可領取 958 英鎊，女性則為 854 英鎊。相較標準體年金而言，男性每年多領 88 英鎊，而女性每年多領 65 英鎊。

表 6 吸煙體年金給付範例表

單位：英鎊

		吸煙體年金 (A)	標準體年金 (B)	差額 (A - B)
60 歲	男性	958	870	88
	女性	854	790	64

資料來源：Hannover re's 1998

（二）生活地區與職業年金

依據被保人的職業及生活地區，作為釐定費率之標準，且此項年金投保無須健康檢查，只需填寫先前職業及居住地址，核保人員對照表格採取不同的年金率。

表 7 各種職業性質分類表

分級	細項說明	舉例
A	專業人員	精算師、律師
B	文書工作	辦事員
C1	需技術無須勞力	護士
C2	需技術且須勞力	鍋爐工人
D	部分技術性	建築工人
E	無技術性	輪胎裝配者

資料來源：Hannover re's 1998

在表中有六個職業分類，僅 C2、D、E 三類可以投保生活地區及職業年金，且其年金率相較一般年金之年金率，增加 5%至 10%。

（三）健康因子年金

透過結合不同健康因子，來分類訂定年金率。例如：肥胖及血壓、糖尿病及吸煙習慣等多種組合。若被保人僅符合一項健康因子，則無法領取健康因子年金之給付。此年金針對被保人罹患多種疾病時，其死亡率計算會先選擇適當之死亡率表，再加計超出於死亡率之部分。通常，健康因子年金之年金給付率，相較傳統型年金言，會多出 10%。

（四）嚴重損害年金

此年金與健康因子健康因子相似，但二者之差別，是在於嚴重損害年金，係針對一些較為嚴重疾病作分類。當被保人罹患一種以上之疾病，則能領取更多的年金給付。例如罹患阿茲海默症、高血壓、心臟病等疾病。就年金給付而言，

嚴重損害年金依據被保人之投保年齡，以及各項疾病的嚴重程度，來決定年金給付額。

表 8 各項疾病給付金額

單位：英鎊

疾病名稱	年滿 60 歲男性	年滿 60 歲女性
阿茲海默症	19,459	19,505
肝硬化	12,712	12,729
肺氣腫	10,773	10,802
糖尿病	7,822	7,820
高血壓	5,905	5,781
標準	5,258	4,854

資料來源：Hannover re's 1998

以 60 歲為例，躉繳 5 萬英鎊購買嚴重損害年金，無保證期間，則每項疾病所能領取之年金給付亦不相同。以被保人罹患肝硬化而言，男性每年可領取 12,712 英鎊，較標準體多出 7,454 英鎊，而女性可以領取 7,820 英鎊，較標準體多出 2,966 英鎊。

嚴重損害年金以嚴重疾病為投保要件，在費率估計上較為複雜，是以個人健康狀況，分析年金給付可以增加的幅度。在投保過程中，保險公司會要求被保人提供更進一步的訊息，例如：醫生診斷證明。

伍、政策規劃上之建議

由於人口快速的變化，使得臺灣面臨巨大的衝擊，老年經濟安全逐步成為大家關注的議題，甚至成為國家安全的討論層次。根據本文的討論，可以得到以下的發現及政策上建議。

一、高齡長者已有風險意識並提高儲蓄

由 2009 年及 2013 年兩次的調查顯示，長者無論在存款、不動產、股票，以及儲蓄險，都有顯著的增加。此外，學歷越高的民眾，準備的比例越高。

二、民眾在累積退休資產時，忽略了風險分散的概念

在檢視退休準備的資產組合時，發現民眾將主要的資產集中在存款、不動產以及儲蓄保險。這些資產在成長性來說，有一定的貢獻性，但是，就風險分散的角度來看，卻明顯不足。面對平均餘命快速增加，欠缺風險分散的機制。

三、建議政府應協助壽險業，開發高齡化保單

壽險業在開發高齡化保單中，最大的障礙是統計資料的欠缺。鑒於高齡者的狀況相當分歧，無法利用大數法則來計算，必須要以各種方式來區隔，包括身體狀況、居住情形、過去的職業等。面對此一難關，政府應開放健保資料庫，透過合理的方式，建立各類經驗生命表，做為壽險業者開發年金、重大醫療，以及長期照護商品的依據。

四、建議政府仿照英國模式，利用租稅優惠方式，鼓勵高齡長者，將部分資產轉換為年金、長期照護等高齡化保單

高齡長者到了一定年齡，死亡率會上升，則年金與長期照護保單的危險分散效果就會增加。英國以租稅優惠，鼓勵

長者在 75 歲以前，將部分資產轉換為年金，此一政策值得參考。

參考文獻

一、外文

1. Cord-Roland Rinke, 2013, Life & Health Longevity, Enhanced annuity of Asia, Hannover re.
2. Christine Dahlke, 2011, Enhanced annuity in the UK, Hannover life re, no.47.
3. American Actuarial Report on Aging, 2013.

二、中文

1. 郝充仁（2014），因應高齡化社會保險相關制度及保險商品之研究，金管會保險局。
2. 陳珮蓉（2015），強化年金之研究，淡江大學保險學系碩士論文。
3. 中華民國老人狀況調查報告（2009），內政部。
4. 中華民國老人狀況調查報告（2013），衛福部。

何時才退休？兼及老年「就業歧視」問題

一、何時才退休

談到何時退休，這是一個很大的問題，從國際的角度來看，它的標準很不一致。例如發生金融風暴的希臘，公務員在五十幾歲退休，但是這是制度造成的，並非自然形成的。此外，從職業別的角度來看，這也是一個有趣的議題，一些危險且耗費體力的工作，通常也會較早退休。

其次，何時才退休也取決於退休給付的水準，若給付水準較為優厚，能夠支撐之後生活，則會退出就業職場。然而，若退休給付水準不如理想，就必須要再一次進入職場。

因此，我們在看待退休年齡這個議題時，要先看退休制度。而所謂退休制度，一般而言，是觀察社會年金與企業年金的起算時間。首先，就社會年金而言，勞保年金的正常給付年齡為 60 歲。但是，未來會逐步上升至 65 歲，因此，一般勞工在認定退休年齡時，大致上以 60 歲或是 65 歲為給付水準。其次，就企業年金而言，由於軍公教退撫制度，其給付較為優厚，且採用年金制度來計算，因此，其制度的設計就會影響到公務員的退休年齡。過去的設計，是以 75 制為主，所謂 75 制是年齡加上年資要超過 75。同時，要符合年滿 50 歲的要求。因此，50 歲已成為一個重要的門檻。此外，要達到最高的退休給付水準，亦即工作滿 35 年，則可能要到 60 歲。因此，公務員退休年齡就可能在 50 歲至 60 歲中擺盪。

然而，職場的生態也會影響退休年齡。例如少子化的因素，國中小學被迫減班。因此，一些老師被迫離開職場。同樣的狀況，也發生在軍人，由於軍人的服役，取決於體力。

因此，許多志願役的軍官會在 40 多歲離開軍中，也就是說，軍人所謂的退休金，名義上比較像離職金。

最後，人口結構也會影響退休年齡。少子化影響中小學的生員，也間接促使大批中小學老師提前離開職場。但是，也是因為人口的結構的改變，會改變退休金制度，會改變未來職場型態，也會促使高齡者再就業的契機。

換言之，何時（幾歲）才退休？或是退休年齡的議題，取決於退休金給付條件，與職場環境而定。然而，人口結構的轉變勢必會牽動退休給付條件，與職場環境兩個因素。因此，這是一個動態變化的過程，而最終的狀況，會朝向退休後部分就業的情況發展。也因此，老年退休就業，所產生的就業職場環境是否友善，以及相關配套措施，便成為重要的議題。

二、老年就業歧視的問題

有關老年就業的議題，牽涉到三個子課題，即老年在就業前，需具備那些職場技能；其次，老年在就業時，須要提供那些社會安全保障措施；最後，在老年人口再就業時，雇主需要提供那些工作上的安排。

首先，就再就業的老年而言，最重要的議題，是重建職場技能。由於產業結構變化非常快，一些退休長者再就業之後，所面對的工作要求及職場環境，會與過去工作的經驗有截然不同的情境。為了快速進入到職場，這些退休後的老人需要一些訓練。而這些訓練可能包括心理上的調適，以及職場上新技能的提供，由於企業獲利及營運狀況不盡理想，通常不願意提供相關訓練。因此，政府勞動力訓練機構必須要

強化對長者之服務，加強銀髮族相關職業訓練，以及人力再運用之安排。

其次，已退休的長者，通常已經結束原有的社會保險，並領取老年給付。因此，當長者再進入職場時，必須要安排合適的社會安全保障。以勞工保險為例，當長者領取勞保老年給付後，政府會再提供單獨以職災給付為主的勞工保險，這便是一個很好的安排。然而，勞基法有關職災的雇主責任，通常會比勞保給付高，若政府能利用一些政策，鼓勵雇主提供員工福利團體保險，特別著重於職災方面的保障。如此，不僅可以安定高齡勞工的心。另一方面，又可減少雇主可能面對的風險，亦可提升雇主聘用高齡員工的意願。

最後，高齡員工再進入職場，可能需要職場環境改造。例如，燈光、工作間距等，而這些環境也需要一些資金。在企業經營日益困難的客觀環境下，政府需要提供一些補貼，鼓勵企業做相關之調整，以建構高齡友善的職場環境。

1-2 我國老人經濟生活：留多少老本才夠養老

報告人：薛承泰

臺灣大學社會學系教授

一、背景：我國高齡化趨勢與特性

由於人口高齡化主要是因生育率下降以及平均餘命的延長，臺灣在 1950 年代初總生育率（TFR）高達 7 人，當時堪稱世界之最，1984 年降至人口替代水準（2.1 人），2003 年總生育率為 1.23 人，開始進入「超低生育率」（1.3 人）階段，並被聯合國列為生育率最低之行列。臺灣半個世紀左右生育率從世界最高變為最低，堪稱「奇蹟」！至於「零歲平均餘命」（俗稱「平均壽命」）在一個世紀前男女分別為 34 與 38 歲，2014 年來分別成長到 77 與 83 歲，高於美國以及許多工業國家，成長速度也是驚人。

1993 年 65 歲以上人口占總人口 7%，我國正式步入「高齡化」（Ageing）社會，到 2016 年底老人增至 13.2%，和 OECD 國家平均達 18%與日本 27%相較，我國老化程度並不算高。值得注意的，由於臺灣二次戰後嬰兒潮人口比例相對較高，且於近年陸續成為老人，此後高齡化速度將加速；估計 2030 年我國人口老化程度將趕上歐盟，2060 年可以和日本並駕其軀。

在年齡結構方面，2016 年底幼年人口（0~14 歲）占總人口 13.35%、青壯年人口或稱工作年齡人口（15~64 歲）占 73.46%、老年人口（65 歲以上）占 13.20%（內政部統計處，2016），我國目前仍有相當不錯工作人口比例；但根據國發會（2014）中推計，2060 年將分別為 8.7%、50.8%與

40.6%，屆時工作人口只占總人口一半，有四成人口是 65 歲以上，扶養比將相當沉重。其實，工作年齡人口在 2014 年達 74.32% 高峰後即開始往下走，今年老年人口正式超過幼年人口。簡言之，臺灣人口所面臨的是「少子高齡化」雙重壓力，且因為速度快、衝擊會較大，足稱「國安問題」！

臺灣這些年來其實已先感受到年輕人口的減少，教育體制首當其衝。特別是 1995-2006 年間為了給年輕人更多升學機會，快速擴張高教，辦學者為了降低成本又以人文社會科學增加最猛，於是很快就產生大學生過剩以及和產業發展脫節現象，出現大學畢業生失業率的攀升與平均薪資的停滯。原本高教擴張目的在於提升國家競爭力與國民福祉，如今卻是面對崩盤危機，國家競爭力未見提升！

由於教育延伸會影響到年輕人（15-24 歲）參與勞動市場，另一方面，隨著人口高齡化，中高齡逐步成為勞動主力，其勞動力參與率卻又相對偏低（特別是男性 50 歲以上，女性 45 歲以上，比主要國家偏低許多），呈現高比例的「閒置人口」（Idle population）。近年來又有所謂「晚進早出」（進入勞動力市場「晚」，卻離開的「早」）與「高出低進」（高人力素質出走，低階勞動力湧入）現象，不啻雪上加霜，對於國家未來發展相當不利！

在此情形下，政府要照顧日益增加的老人已捉襟見肘，而家庭內部移轉，因子女的減少以及子女經濟能力的減弱，其功能也在式微中。老人如何安排未來的經濟生活，需要多少「老本」即成為重要議題！

二、老人經濟生活概況

2.1 內政部歷年「老人生活調查」

首先我們根據內政部歷年「老人生活調查」，了解 65 歲以上老人收入來源（如表 1），按順序：1)來自「子女或孫子女奉養」比例居收入來源第一位，但隨年下降，2013 年有 43.9%，比最高的 2005 年少了約十個百分點；2)來自「政府救助或津貼」，2013 年為 36.2%，居於第二位，較最低的 2002 年多出約 14 個百分點；3)「自己退休金、撫卹金或保險給付」2013 年為 19.6%，居第三，比例略有提升，較最低的 2005 年多出約 5 個百分點；4)來自「自己儲蓄、利息、租金或投資所得」比例也是略升，2013 年有 16.8%，居於第四，比 2002 年約多了 4 個百分點。

表 1 老人主要經濟來源

	2002	2005	2009	2013
自己工作或營業收入	11.81	11.78	7.91	8
配偶提供	3.32	4.4	5.23	5.1
自己儲蓄、利息、租金或投資所得	12.23	10.78	14.93	16.8
自己退休金、撫卹金或保險給付	17.35	14.15	17.37	19.6
子女或孫子女奉養	51.72	53.37	48.29	43.9
向他人或金融機構借貸	0.13	0.1	0.06	0.2
政府救助或津貼	22.58	33.34	29.66	36.2
社會或親友救助	0.55	0.56	0.4	0.6
其他	0.53	0.38	0.05	0.7
不知道/拒答	-	-	0.28	-
平均每月可使用之生活費	10,796	11,715	13,830	12,875

資料來源：衛生福利部統計處，

<http://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1767-113.html>，查詢時間 2017/7/23

值得注意的是，經濟來源主要是「子女或孫子女奉養」隨年下降，但依靠「政府救助或津貼」上升，2013 年已達 36.2%；由於後者多屬於「經濟弱勢」，此趨勢在年金改革之後是否會加深？政府應予重視。

2.2 弱勢老人的經濟保障

表 2 列出 5 個非保險性質，但具有給付功能的津貼或補助項目。1)「老年基本保證年金」指的是 2008 年國民年金法施行時，已年滿 65 歲、無領取其他退休金、津貼給付、政府安置等，可按月領取 3,628 元（2016 年 1 月開始），其前身為「敬老津貼」。2)「原住民給付」基本原則與前者相同，但給付年齡為 55 歲，其前身為「原住民敬老津貼」。2008 年 10 月「國民年金」開辦後，兩者納入「國民年金」項下的給付，但不由基金來支付而是由中央主管機關編列預算。

至於 3)「老年農民福利津貼」對象為 65 歲以上之農、漁民，依資格不同可每月領取 3,628 元至 7,256 元津貼。4)「中低收入老人生活津貼」則是根據「中低收入老人生活津貼發給辦法」針對收入、資產較低家庭中的年長者給予的基本津貼（每月 3,600-7,200 元）。5)「榮民就養給與」法源為「國軍退除役官兵就養安置辦法」，針對退伍軍人 61 歲或身心障礙而發給的福利津貼（就養給付原每月為 13,550 元，自 102 年 1 月起調整為 14,150 元，設有排富門檻）。

領取這些項目的人數從 1995 年的 76 萬人上升到 2014 年的 149 萬人；若扣除前兩項已納入「國民年金」者，2014 年仍有約 80 萬人。對照 2013 年「老人生活狀況調查」36.2% 的老人主要來源是「政府救助或津貼」，若以 300 萬老人為

總數來推算，約有 110 萬老人。換言之，領取「老年基本保證年金」或「原住民給付」（合計約 70 萬人），約半數認為其經濟主要來源是「政府救助或津貼」。

表 2 老年相關津貼領取人數

	老年基本保證年金(1)	原住民給付(1)	老年農民福利津貼(1)	中低收入老人生活津貼(2)	榮民就養給與(3)	領取人數合計
1996	--	--	366059	272878	131712	770649
2001	--	--	656460	181211	113832	951503
2006	795141	20548	703238	140544	89964	1749435
2011	836706	29444	684637	120266	67799	1738852
2012	793052	31672	674870	120968	62136	1682698
2013	764476	33099	664995	120869	55352	1638791
2014	728187	35091	651482	122423	50580	1587763
2015	692129	36852	638334	124490	46680	1538485
2016	652187	38089	627329	128188	43363	1489156

資料來源：(1)勞工保險局網頁，查詢於 2017/8/1，

<http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=fq5Xd8f%2feNY%3d>；

(2)衛生福利部統計處，查詢於 2017/8/1，

www.mohw.gov.tw/dl-18143-e4cdb675-a6d5-4b9c-b3ee-62663c418130.html；

(3)國軍退除役官兵輔導委員會，查詢於 2017/8/1，

<http://www.vac.gov.tw/cxls/index.asp?pno=93#gsc.tab=0>。

2.3 領取年金的老人

以「年金」方式領取作為退休或養老，主要有勞工保險、國民年金、軍公教退撫（見表 3）。1)勞工保險納保人數超過一千萬人。老年給付從 2009 年開辦年金，人數從 65,632 人攀升到 2016 年 88 萬 4 千。2)國民年金自 2008 年 10 月開辦，老年年金給付人數，從 1 萬 5 千，上升至 2016 年 79 萬人之多，若加上老年基本保證年金與原住民給付，總數接近 150 萬人。3)軍、公、教退撫人數 2017 年 6 月分別為 160,293 人、290,949 人、184,549 人，合計 635,791 人；根據民國 105 年公務人員退休撫恤基金統計年報，定期退撫給與之發放人數，2016 年為 306,639 人（軍 58,677 人、公 137,730 人、教 109,999 人、政務人員 233 人）。

這三項領取年金者之總數為 198 萬人（如表 3）約占總老人數 62%，若加上前述「經濟弱勢」老人約 149 萬人，總數達 348 萬人，超出我國當前老人總人口；原因乃為各項給付之間有因銜接、原住民以 55 歲計算、以及重複領取計算的情形。簡言之，這些數據顯示我國老人受到的經濟保護相當普及，問題應在於保護的程度。

表 3 老年年金或退撫月退領取人數

	勞工保險老年給付(1)	國民年金老年年金給付(1)	軍公教退撫退休金給付(2)	合計
2008		15191	168135	183326
2009	65632	108241	181042	354915
2010	118502	188853	195912	503267
2011	188716	271698	212943	673357
2012	318973	365483	232849	917305
2013	497373	466600	251909	1215882
2014	614960	571334	268704	1454998
2015	731428	675649	286221	1693298
2016	884481	791022	306639	1982142

資料來源：(1)整理自勞工保險局統計年報（103年）網頁，查詢於2017/8/1，<http://www.bli.gov.tw/reportY.aspx?y=105&f=h250>

(2)中華民國105年公務人員退休撫恤基金統計年報（2017），定期退撫給與之發放人數。

2.4 年金領取額度

國民年金保險月投保金額，自104年1月1日起，由17,280元調整為18,282元，目前費率為8.5%，其中政府分攤40%，個人負擔60%（每月932元）。被保險人在保險有效期間發生保險事故時，分別給與老年年金給付、生育給付、身心障礙年金給付、喪葬給付及遺屬年金給付。老年年金給付有A、B兩式：A式＝（月投保金額×保險年資×0.65%）＋3,628元。B式＝月投保金額×保險年資×1.3%。某甲若今年

滿 65 歲，從 2009 年開始繳交年資共 8 年，每月可領取 $18,282 \times 8 \times 0.65\% + 3,628 = 4,579$ 元。

勞保目前保險費率為 9.5%，雇主、政府與受僱勞工，分別分擔 70%、10%與 20%，職業勞工自行擔負保費的 60%，政府補貼 40%。投保薪資則是從基本工資到 45,800 元。2009 年勞保老年給付年金化，退休勞工可以選擇申請一次領取或以年金方式領取養老金。年金給付率為 1.55%，退休薪資水準之計算則是採用最高 60 個月投保薪資之平均。（勞工還有雇主自 2005 開始位為受僱勞工提撥 6%進入個人帳戶，即「勞退」）被保險人請領年金資格要件須保險年資合計滿 15 年，老年年金給付有二種計算方式（擇優給付）：（1）平均月投保薪資 \times 年資 $\times 0.775\% + 3,000$ 元；（2）平均月投保薪資 \times 年資 $\times 1.55\%$ 。某乙若滿 30 年年資申請年金，投保薪資為 3 萬元，每月可領取 $30,000 \times 30 \times 1.55\% = 13,950$ 元。

公教退撫自 1995 年開始採共同提撥，採本俸 $\times 2 \times 12\%$ （提撥率），其中政府提撥 65%，公教 35%。月退之領取金額採本俸 $\times 2 \times$ 年資 $\times 2\%$ 。某丙若滿 30 年年資申請月退，本俸為 3 萬元，每月可領取 $30,000 \times 2 \times 30 \times 2\% = 36,000$ 元。

雖然在年金方面，公教領得最多，其次勞工，最少是國民年金，可是公教也是繳得最多。以同樣是十萬元月薪的公教與受僱勞工相比，前者每月繳退撫 4,200 元，勞工繳 870 元。

三、代結論：老本多少才夠？

觀察 2000 年以來四次「老人生活調查」，65 歲以上老人「平均每月可使用之生活費」2002 年最低為 10,796 元、

2009年最高為13,830元，2013年調查顯示為12,875元（低於2009年）。由於來源有多種（如表1），若要「代表」未來退休後所需的「老本」，主要經濟來源為「自己退休金、撫卹金或保險給付」者較為貼近，其「平均每月可使用之生活費」金額是18,708元（2009年為20,749元）。

以此為「老本」參考標準，是因為這些老人假設在沒有工作與其他收入、不靠親人、也非經濟弱勢需靠政府的條件下，一位老人的基本經濟需求每月約2萬元（取2009與2013兩年平均），稱之為「基礎老本」。此額度高於我國社會救助法所規範的「最低生活費」（即每人可支配所得中位數百分之六十，以全國來計算約為1.2萬元），略低於目前的基本工資（2017年開始為21,009元）。

以60歲退休後的餘命平均22年來計算，一生「老本基準」為 $2萬 \times 12 \times 22 = 528萬$ 。值得注意的，「基礎老本」是以日常開銷為主要內容，並未反映地區差別。¹由於2013年「老人生活調查」顯示，老人以定期或不定期方式「支援父母者」占4.6%，「提供子女或雖子女經濟支援者」占9.8%，靠老伴（配偶）還有5.1%。換言之，將近兩成的老人，除了自己需要有基本經濟需求外，還需另外以定期或不定期方式提供支援給家人。基於此，部分老人所需老本會更高，尤其有以下情況發生時：1)子女收入低或工作不穩定時；2)配偶沒有退休金或僅領有國民年金時；3)老人或其配偶健康有問題時；4)自己或家庭需添購設備或修繕房屋時。

¹《遠見雜誌》、「施羅德投信」與「政治大學商學院資料採礦中心」共同發起「2017 台灣退休幸福指數大調查」，發現「經濟來源」，「非六都」最大比例來自於「政府發放的老年年金（例如勞保、公保）／老農年金／榮民等津貼」（42.1%），而「六都」最多來自於「自己的儲蓄/儲蓄保險」（39%）。（20170803 葉憶如，經濟日報）

如果參考最近民間所做的調查，例如，摩根投信指出全臺民眾的平均理想退休準備金約落在 1,450 萬至 1,750 萬元間(20170427 林韋伶，蘋果)。花旗銀行委請今週刊進行「2017 國人財富態度大調查」也認為一般大眾理想退休金額 1,724 萬(20170630 孫中英，聯合)。筆者認為，一般老人退休後 22 年(估計餘命)所需應介於「基礎老本」與「理想老本」之間，這個數字約為一千萬元。當然，多數國人在退休前並無法準備一千萬作為退休之需，於是筆者在 2009 年在行政院正式提出「不動產逆向抵押」(即「以房養老」)，即是作為日後(特別是嬰兒潮世代)退休經濟來源的選項之一。

臺灣嬰兒潮世代目前占總人口約四分之一，近年將陸續成為老人。由於擁有比過去老人高的學歷，也有較多人曾有職業而可領取退休或養老給付(一次性或年金)，當傳統家庭內部移轉(即由子女負責父母老年經濟生活)式微，加上生育率的下降，擁有成年子女數也在下降，靠「自己退休金、撫卹金或保險給付」將大幅提升!

政府近年著手年金改革，公教年改方案也在今年六月立法院三讀通過，十八趴兩年後落日，超過樓地板(32,160 元)者平均每月減少至少 20% 額度。雖然 32,160 元高於「基礎老本」，看似「可無虞過日子」，仍會有一部分老人會陷於困境；原因是，樓地板的設定以個人為單位，忽略老人在家庭中的角色，以及在養老過程中遭遇健康狀況、通膨、以及年輕人因低薪持續仰賴父母支助的情形。遑論非公教的多數老年人，能獲取的年金額度明顯低於此!「2017 台灣退休幸福指數大調查」針對 55 歲以上人口調查，有 43% 認為退休後目前經濟來源不足以負擔，有 48.3% 沒有進行投資理財。這

些數字，反映著仍有許多老人未來經濟生活是「不確定」或「沒著落」（遠見雜誌 374 期，2017）。

最後，筆者曾分析歷年來主計總處「家庭收支調查」資料，採用相同的定義與測量²，2013 年我國全體國民貧窮率 6.2%，和 OECD 國家平均 11.1% 相較雖偏低許多，然而我國老人的貧窮率卻高達 15.4%，高出 OECD 國家平均 11.3%³。當聯合國 2015 年發佈第二階段「永續發展目標」（SDG2），於未來 15 年消除極端貧窮，多數工業化國家雖無極端貧窮，但紛紛訂下減少一半貧窮人口的目標。我國若要符合聯合國 SDG2，也應減少老人貧窮，作為重要政策才對！

² 採調整後平均每人可支配所得低於全國中位數一半作為貧窮門檻的計算方式。

³ OECD 2013 年貧窮資料有 30 國家，網址 <https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm>。（查詢時間 2017/8/3）。

1-3 如何跳脫老來窮的困境？

報告人：傅從喜

臺灣大學社會工作學系副教授

一、各國老年貧窮概況

老年貧窮一直是社會福利領域中受到高度關切的議題。從國外經驗觀之，其實老人並不必然是社會中貧窮風險較高的人口群。下表一是我國與 OECD 國家的全體人口與老年貧窮率之比較。從表中可以看出，多數國家的老年人口貧窮率比全體人口為低；只有在東亞和北美地區，老人的貧窮風險普遍高於整體國民。我國老人貧窮率（15.63%）為全體人口貧窮率（6.22%）之 2.51 倍，顯示我國老人的貧窮問題確實值得關注。

表一 各國整體貧窮率與老年貧窮率之比較

地 區	國 家	A. 老年 貧窮率	B. 全體 貧窮率	A/B
北歐	丹麥	4.6	5.4	0.85
	芬蘭	7.8	7.1	1.10
	冰島	2.8	6.3	0.44
	挪威	4.1	8.1	0.51
	瑞典	9.3	9.0	1.03
西歐	奧地利	11.4	9.6	1.19
	比利時	10.7	10.2	1.05
	法國	3.8	8.1	0.45
	德國	9.4	8.4	1.12
	愛爾蘭	6.9	8.4	0.82
	盧森堡	3.0	8.4	0.36

地 區	國 家	A. 老年 貧窮率	B. 全體 貧窮率	A/B
	荷蘭	2.0	7.9	0.25
	瑞士	23.4	9.1	2.57
	英國	13.4	10.5	1.28
中歐/東歐	捷克	2.8	5.3	0.53
	愛沙尼亞	12.1	12.3	0.98
	匈牙利	8.6	10.1	0.85
	波蘭	8.2	10.2	0.80
	斯洛伐克	3.6	8.4	0.43
	斯洛凡尼亞	15.8	9.4	1.68
	土耳其	17.2	17.8	0.97
南歐	希臘	6.9	15.1	0.46
	義大利	9.4	12.7	0.74
	葡萄牙	8.1	13.0	0.62
	西班牙	6.7	14.0	0.48
北美	加拿大	6.7	11.8	0.57
	美國	21.5	17.6	1.22
	智利	18.4	16.3	1.13
	墨西哥	27.0	18.9	1.43
東亞	日本	19.4	16.4	1.18
	南韓	49.6	14.6	3.40
	臺灣	15.6	6.22	2.51
其他	澳洲	33.5	14.0	2.40
	以色列	24.1	18.6	1.30
	紐西蘭	8.2	7.9	1.04

資料來源：OECD 各國資料引自 OECD, 2015, Pensions at a glance 2015；臺灣的數據引自薛承泰等，2016，我國社會發展政策指標運用於政策分析之研究；均以 2012 年數據做比較。

二、我國老人的主觀經濟評估

衡量老人經濟處境的另一個角度個人的主觀評估。根據最近一次（2013 年）老人生活狀況調查的資料，我國 65 歲以上的老年人口中，大約有四分之三覺得生活費「相當充裕且有餘」或「大致夠用」；大約有四分之一覺得生活費不夠用，且男女比率差異不大（詳如下表二）。

表二 我國老人主觀經濟評估

單位：%

	總計	相當充裕且有餘	大致夠用	有點不夠用	非常不夠用
全體	100.0	12.4	62.3	17.9	7.4
男	100.0	12.2	63.3	17.3	7.2
女	100.0	12.6	61.4	18.4	7.6

資料來源：衛生福利部，老人狀況調查，2013

值得強調的是，老人主觀的經濟評估因其所得來源不同而略有差異。如下表三所示，老人主要所得靠「自己儲蓄、利息、租金或投資所得」與「自己的退休金、撫恤金或保險給付」者，覺得生活費「有點不夠用」或「非常不夠用」的比率最低。此一狀況也可與世界銀行多層次年金的理念相輝映。

表三 老人主觀經濟評估—以所得來源分

單位：%

項 目	總 計	相當充 裕且有 餘	大致夠 用	有點不 夠用	非常不夠 用
自己工作或營 業收入	100.0	12.6	66.8	16.6	4.0
配偶提供	100.0	13.3	63.9	15.8	7.0
自己儲蓄、利 息、租金或投資 所得	100.0	19.3	62.4	14.0	4.3
自己的退休 金、撫恤金或保 險給付	100.0	19.3	64.2	13.2	3.3
子女或孫子女 奉養	100.0	10.5	64.2	19.2	6.1
向他人或金融 機構借貸	100.0	4.9	53.5	25.5	16.2
政府或民間救 助或津貼	100.0	5.4	56.7	22.4	15.4

資料來源：衛生福利部，老人狀況調查，2013

三、世界銀行提倡的老年經濟保障體系

世界銀行提出一個五支柱的養老體系，認為各國應該因地制宜；且養老支柱越多，老年的經濟安全就越有保障（Holzmann and Hinz, 2005）。世界銀行的養老體系主張，詳如下表四。

表四 世界銀行的多層次年金體系

支柱	政策對象			特 徵	強制或志願	財 源
	終身貧窮者	非正式部門	正式部門			
0	*	*	*	基礎年金或社會救助	普及式選擇式	稅收
1			*	公共年金	強制參加	繳費式
2			*	職業年金或個人年金	強制參加	金融資產
3	*	*	*	職業年金或個人年金	自願參加	金融資產
4	*	*	*	家庭支持、醫療照顧、個人資產等	自願參加	金融與非金融資產

資料來源：Holzmann and Hinz, 2005

註：*的粗細表示其重要性之不同

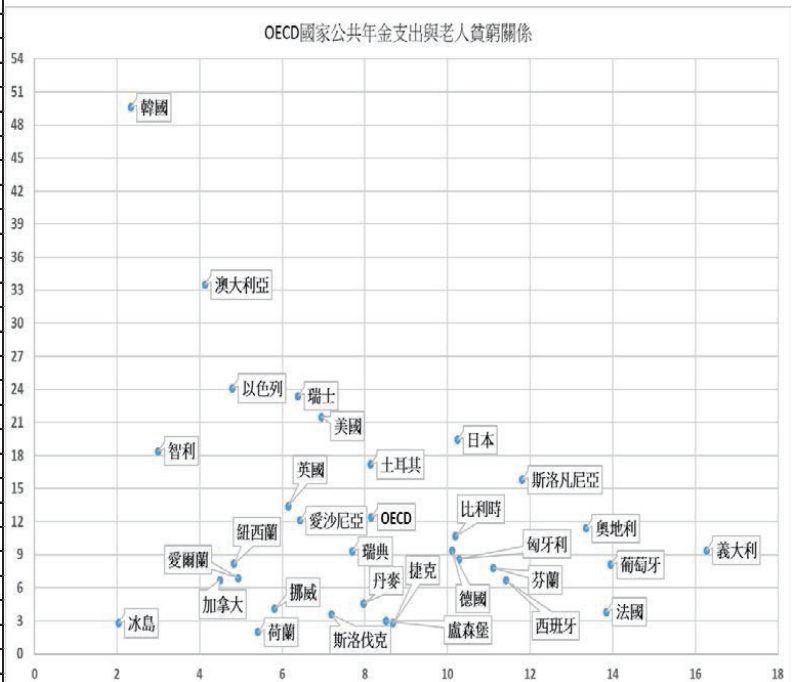
世界銀行所提出的這個五支柱受到各界廣泛的引用。從這個架構來看，保障老年經濟安全的責任應由國家、雇主、個人與家庭等共同承擔。衡諸我國的狀況，家庭與人口結構的趨勢下，未來家庭的養老功能必然持續下降；相對而言，國家、企業與個人的責任將越來越重要。

四、公共年金與老年貧窮

就國家的責任而言，從國外經驗來看，一國的公共年金支出越高，未必其老年貧窮就越少。下圖一是 OECD 各會員國公共年金支出規模與老年貧窮率的分布情形。從圖中可以看出，公共年金支出和老年貧窮率約略存在微弱的負相關。

然而，若從個別國家的狀況來看，澳洲、智利、英國、美國、愛爾蘭、荷蘭、挪威、紐西蘭、以色列與愛沙尼亞等國的公共年金支出占 GDP 比率都落在 4-7%之間，但這些國家的老年貧窮率高低差距極大（荷蘭 2.0%最低、澳洲 33.5%最高）。

	公共年金支出	老人貧窮率
冰島	2.034	2.8
韓國	2.337	49.6
智利	2.999	18.4
澳大利亞	4.13	33.5
加拿大	4.489	6.7
以色列	4.792	24.1
紐西蘭	4.825	8.2
愛爾蘭	4.94	6.9
荷蘭	5.414	2
挪威	5.814	4.1
英國	6.146	13.4
瑞士	6.382	23.4
愛沙尼亞	6.427	12.1
美國	6.944	21.5
斯洛伐克	7.195	3.6
瑞典	7.698	9.3
丹麥	7.963	4.6
土耳其	8.142	17.2
OECD	8.155	12.4
盧森堡	8.51	3
捷克	8.674	2.8
德國	10.111	9.4
比利時	10.197	10.7
日本	10.239	19.4
匈牙利	10.286	8.6
芬蘭	11.109	7.8
西班牙	11.418	6.7
斯洛凡尼亞	11.803	15.8
奧地利	13.353	11.4
法國	13.847	3.8
葡萄牙	13.953	8.1
義大利	16.275	9.4



圖一 OECD 國家公共年金支出規模與老年貧窮率

資料來源：年金支出之數據取自 OECD, "public pension spending"，為 2013 年數據；老年貧窮數據取自 OECD, Pensions at a glance 2015，為 2012 年數據。

另一方面，老年基本保障給付（safety-net benefits）的給付水準與老年貧窮的關係也非絕對。下圖二是 OECD 國家老年基本保障給付與老年貧窮率的關係。以澳洲為例，即使給付水準高，但老年貧窮率亦高。而美國與葡萄牙的給付水準相近，但美國老年貧窮率為葡萄牙的二倍多。這種狀況，應與不同國家的勞動參與及勞動市場薪資狀況有關。因為老年給付僅是老人的所得來源之一。老人是否擁有足夠的養老資源，還跟他是否獲得私人年金（包括職業年金與個人年金）以及擁有多少個人資產有關，而這些資產狀況跟個人步入老年之前的勞動參與有高度的相關。



圖二 OECD 國家老年基本保障水準與老年貧窮率

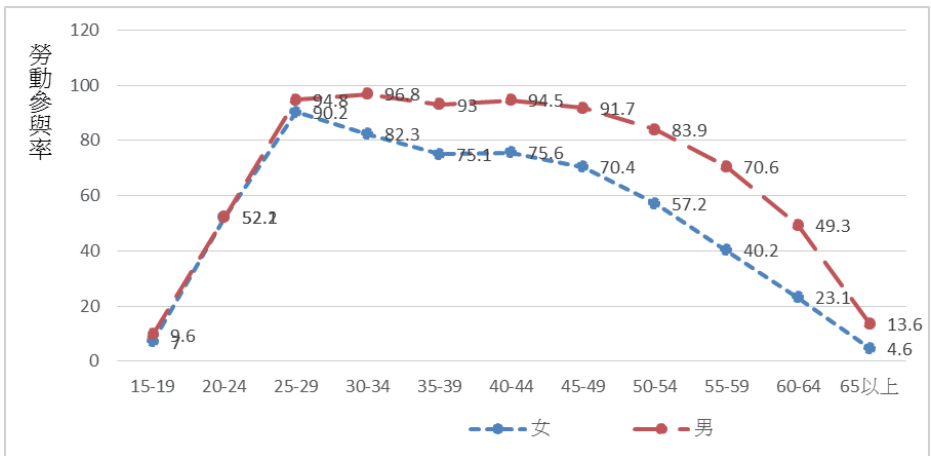
資料來源：OECD, Pensions at a glance 2015

五、勞動參與狀況與老年保障

從生命歷程的角度而言，個人老年時的經濟狀況，與其邁入老年之前的不同生命階段之經歷有重要的關連，尤其是勞動市場的參與。個人就業的年資與薪資通常是累積較高的

社會保險年金與職業年金的重要基礎，同時也影響個人在退休前是否有充足的資源進行退休準備。

下圖三是我國不同年齡層的勞動參與率情形。從圖中可以明顯看出，男性的勞動參與率相對較高，25-59 歲的各年齡組都能維持在七成以上的勞動參與率；但是女性到 50 歲以後的年齡組，勞參率就降到六成以下。以目前「有就業保勞保、沒就業保國保」、且國保給付明顯低於勞保的狀況下，女性的老年貧窮風險明顯高於男性。



圖三 我國不同年齡層之勞動參與率

資料來源：作者依勞動部「國際勞動統計」數據繪製

男性的勞參雖高，但因薪資水準相對較低，導致勞工保險的老年年金給付的實領金額也偏低。依我國勞工保險的老年年金給付公式，每加保一年可獲得相當於平均投保薪資 1.55% 的給付，35 年的年資可獲得 54.25% 的所得替代率，給

付水準並不低。然而，因勞動者薪資水準偏低（民國 105 年勞保平均投保薪資為 30,454 元，詳見勞動部 2017a），導致勞工退休後的勞保老年給付不高（民國 104 年勞保老年年金給付平均金額僅 16,179 元，詳見勞動部 2017b）。

未來勞動市場的發展，可能因越來越多產業運用人工智慧來替代人力，而導致勞動需求降、失業上升的問題（李開復與王詠剛，2017）。因此，如何保障非就業者的老年經濟安全，將成為社會安全體系嚴峻的挑展。

目前我國提供非就業者老年保障的最重要制度是國民年金。由於其投保薪資設定在偏低的水準，且制度尚未成熟、納保者之年資普遍偏低，以致平均老年年金給付僅 3,795 元（行政院年金改革辦公室，2017）。長期而言，國民年金與防老年貧窮的成效將相當有限。

六、勞工退休金與個人退休準備

勞工的養老制度除了勞保金之外，另有勞工退休金。依法令規定，雇主須提撥不低於受僱者薪資 6% 之金額至其退休帳戶中。民國 105 年底時，有超過 635 萬受僱者獲得勞退的提撥，平均提繳率為 6.04%（勞動部，2017c）。在提繳率 6% 的條件下，假設受僱者目前月薪資 30,000 元、投資報酬率 3%、個人薪資年成長率 2%、提繳年數 35 年、退休平均餘命 20 年，則其每月可領退休金約為其最後三年平均薪資之 17.5%⁴。

⁴ 根據勞動部「勞工個人退休金試算表（勞退新制）」試算結果。

除了雇主強制提繳外，受僱者亦可自願提繳勞工退休金，但提繳人數並不高，民國 105 年底時自願提繳僅 40 萬餘人（勞動部 2017d）。由於雇主提繳率低，且自願提繳人數少，使得勞工退休金在保障勞工老年經濟生活的功能相當有限。

至於個人的退休準備方面，民國 101 年由行政院研考會（現已改組併入國家發展委員會）委託的一項調查研究發現，約略高於一半（54%）的受訪者有為老年經濟做準備。有做準備者中，最普遍的老年準備方式是「一般儲蓄」（62.1%），接著依序為「投資型保險」（43.65%）、「共同基金」（29.8%）、「定期存款」（27%）、「股票債券」（23.1%）、「購物置產」（10.1%）等。受訪者在選擇不同的老年準備方式時，最多人是考量「比較沒有風險」（56.1%），其次是「符合自己的經濟能力」（31.2%）、「比較方便簡單」（29.1%），接著才是「潛在獲益性高」。顯示國人選擇老年準備的考量相對較為保守。另一個值得強調的發現是，是否有做退休準備的比率，除了因年齡、性別、教育程度、婚姻狀況以及所得等個人與社經變項而有不同之外，也因受訪者「是否瞭解投資理財知識」以及「是否信賴民間投資理財機構」而有不同。至於沒有做老年準備的受訪者中，最主要的理由是「沒有多餘的金錢」（68.1%）以及「離老年還很久遠、現在不需擔心」（25.4%）（傅從喜、王宏文、施世駿，2012）。

七、如何避免老年貧窮

從前述世界銀行的年金架構來思考，避免老年貧窮的責任必須由國家、企業以及家庭與個人共同承擔。由於人口結構導致家庭結構持續變遷，而科技（特別是人工智慧）的發展將使得未來就業市場的處境更加嚴峻，長期而言，家庭與企業的養老功能可能將逐漸下滑。相對地，國家與個人的角色將日益重要。

國家的主要角色之一在提供公共年金以保障老年基本經濟安全。我國目前在這方面的制度主要有繳費式的公教保險、勞工保險與國民年金；以及非繳費式的老農津貼、老年基本保證年金、中低收入老人生活津貼等。

（一）繳費式公共年金

公務人員與公立學校教職員因有相對優渥的退休金，故其老年貧窮風險相對低。私校教職員與勞工保險年金給付的所得替代率都不低，但長期面臨制度永續的問題。未來制度的改革，應朝向差異式年資給付率的方向調整，讓低薪投保者維持一定的年資給付率，再依投保薪資之提高而分階調降年資給付率（例如：勞保投保薪資 30,000 以下者年資給付率 1.55%、30,001-45,000 者 1.1%、45,000 以上者 0.9%）。如此將有助於提升社會保險年金的永續性，而不損及其保障老年基本經濟安全的功能。至於國民年金的部份，由於給付水準低，且一直無法有效提升被保險人的繳費率，長期應朝向與其他制度整併的方向處理。

（二）非繳費式公共年金

各項非繳費式年金中，老農津貼的給付相對較高，且領取給付人數亦高。在建立給付自動調整機制以及行政部門加

強資格查核後，應能避免未來出現過度的擴張。但目前的支出規模，仍是國家不小的負擔。未來應鼓勵農業工作者加入勞保，獲得較高之老年保障；長期而言亦可以考慮與將農保及老農津貼和勞保做整合。至於勞保與國民年金之基本保證年金，其給付水準相對偏低，預防老年貧窮之效果有限，給付水準應有向上調整之空間。隨著國民年金保險制度的成熟，未來請取基本保證年金的人數會持續減少，故適度調高國民年金基本保證年金未必對國家財政造成難以承擔之負荷。

除了強化公共年金之外，國家持續提升各項老人公共服務體系，包括醫療照顧、長期照顧、社會住宅、交通優惠等等，減少老人獲取相關服務的經濟負擔，亦是避免老年貧窮的有效途徑。

至於在個人方面，國家應鼓勵民眾儘早進行老年準備；個人也應建立為自我的老年經濟負責的認知。在此層面，國家應更積極提升個人的退休準備，包括鼓勵勞工自提退休金、強化金融監管以提升民眾理財規劃的動機、推動以防養老的觀念與制度以活化民眾老年的資產等。而個人在經濟有餘裕之時，也應撥出部分資源預作老年準備。透過國家與個人的共同投入與承擔，方能回應日益升高的老年經濟風險。

參考資料

1. 行政院年金改革辦公室，2017，我國年金制度概況彙整。
2. 李開復與王詠剛，2017。人工智慧來了。臺北：天下文化。
3. 勞動部，2017a，歷年來勞工保險平均投保人數及投保薪資。
http://www.bli.gov.tw/attachment_file/report/year/105/h070.pdf.

4. 勞動部，2017b，勞工保險及退休金制度概況，國家年金改革委員會會議資料，105.8.4。
5. 勞動部，2017c，勞工退休新雇主提繳人數及平均提繳率。
http://www.bli.gov.tw/attachment_file/report/year/105/h970.pdf.
6. 勞動部，2017d，勞工退休金個人提繳人數及平均提繳率。
http://www.bli.gov.tw/attachment_file/report/year/105/h990.pdf.
7. 傅從喜、王宏文、施世駿，2012。我國老人經濟安全保障與個人退休準備之研究。行政院研考會委託研究。
8. 薛承泰、辛炳隆、蔡培元，2016。我國社會發展政策指標運用於政策分析之研究。國家發展委員會委託研究報告。
9. Holzmann, R. and R. Hinz, 2005. Old age income support in the 21th century: an international perspective on pension systems and reform. Washington, DC: World Bank.
10. OECD, 2015. Pensions at a glance 2015. Paris: OECD.

1-4 老了跟誰住？—兼談「以房養老」

報告人：張金鶚

政治大學地政學系特聘教授

大綱

前言

老人居住安排的轉換

老人「移與子女居」和「子女回居」

年歲增長與居住安排

居住安排滿意與否的改變

退休族如何以房養老

結語與建議

參考文獻

壹、前言

臺灣由於少子化與長壽趨勢⁵，老年人口比例快速增加。2025年老年人口占總人口比例將超過20%，我國將成為超高齡社會之一員。隨著國人平均壽命逐年提高，日後所衍生之老人問題，如安養、就醫、長期照護、經濟保障等議題，亟需政府及早規劃因應。關於65歲以上人口之居住狀況，前行政院衛生署國民健康局（2002）指出，1989年至1999年之十年間，平均大約每10位60歲以上的老人就有一位獨居，但僅與配偶同住的老人，在比例上均有相當明顯的增加。相反的，與已婚子女同住的比例卻巨幅減少，65歲以上

⁵ 2015年兩性零歲平均餘命(life expectancy)80.20歲(男性77.01歲，女性83.62歲)。資料來源：內政部統計處網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/life.aspx>，取用日期：2017年8月10日。

的老人這個比例 10 年間由 1989 年時之 71% 減少為 49%。顯見近年來老人居住安排有顯著的變化，因此，「老了跟誰住」的議題值得重視與討論。

本文討論範圍包含：老人居住安排的轉換、老人「移與子女居」和「子女回居」、年歲增長與老人居住安排、老人居住安排滿意與否的改變，最後論及「以房養老」議題。前四項主題係使用前臺灣省家庭計畫研究所與美國密西根大學人口暨老年學研究中心（Institute of gerontology and population studies center, University of Michigan）合作的「臺灣地區老人保健與生活問題長期追蹤研究」調查資料所做的實證研究⁶。最後，歸納結語及提出建議。

貳、老人居住安排的轉換⁷

以老人居住安排的轉換是否與子女同住而言，可分為「由與子女同住轉為不與子女同住」和「由不與子女同住轉為與子女同住」二種類型。這二種類型之意涵不同，前者可能子女離巢獨立自主或老人獨立於子女之外，後者可能因能力受限而由子女接去同住或子女回巢。

近年來，臺灣老人居住安排有顯著的轉變，不與子女同住的安排持續增加，與子女同住的則持續減少。養兒防老的觀念轉淡，希望子女婚後一起生活的比例下降；除非成年子女基於經濟的考量，否則子女與父母同居的意願，將會隨著

⁶ 文中任何闡釋或結論並不代表調查單位立場。該縱貫性調查始從 1989 年，係以全臺灣地區 331 個平地鄉鎮市區在 1988 年底滿 60 歲以上之人口為調查母體，以鄰為基本抽樣單位，分三層（不同之都市化程度、教育程度及生育率水準），依三段分層系統隨機抽樣法抽出具有全國代表性之樣本，完成查訪計 4,049 人。第一次基準主波調查於 1989 年完成，詳細之抽樣、問卷設計及訪員訓練，請詳見 *1989 Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan: Questionnaire and Survey Design*。

⁷ 本節內容主要參照張桂霖、張金鵬，2010，「老人居住安排與居住偏好之轉換：家庭價值與交換理論觀點的探討」，《人口學刊》，40：41-90。

社會經濟的發展而繼續降低。雖然現今 65 歲以上之老人仍有大半是與子女同住，但現今中高年人在年老時，則可能大多只與配偶或是獨自住在自有的房子內。隱含著老人的居住安排會有不同轉換現象。

以往討論華人社會老人居住安排的轉換，大多以家庭價值觀解釋。但現代化社會，經濟因素轉趨重要，用家庭價值觀解釋轉換，可能已有所不足，需要以交換理論補強。又以往的相關研究大多以靜態變數為解釋變數，本節以動態的變數－相關變數前後期的變化，作為解釋變數，檢視其對老人居住安排轉換的影響。

本節以「由前期與子女同住轉為後期不與子女同住」(即「同住→不同住」)和「由前期不與子女同住轉為後期與子女同住」(即「不同住→同住」)二類型的居住安排轉換為分析重點，利用二元邏輯特迴歸模型(Binomial Logit Model)實證分析上開調查之縱斷面調查資料。針對該調查於 1989 年所建立之樣本世代，於 1996 年仍存活之 67 歲以上受訪樣本，觀察前後 7 年之居住安排轉換行為。

實證結果發現以家庭價值觀或以交換理論解釋老人居住安排轉換的影響，都獲得部分支持。但實證結果沒有足夠的證據證明「婚姻狀況的改變」、「健康狀況的改變」是影響老人「不同住→同住」的關鍵因素。相反地，「重大經濟行動決策者的改變」、「家計負責人的改變」，造成更可能發生「同住→不同住」或「不同住→同住」的轉變。隱含著家庭價值觀對老人居住安排轉換的影響逐漸式微，而交換理論的影響力則逐漸增強。其中居住安排偏好的變化是一種主觀指標，因人而異且易變化，對居住安排轉換的決定卻影響

重大；重大經濟行動決策者的變化、家計負責人的變化、居住地區的變化、住宅所有權人的變化，則屬客觀指標，可做為預測老人居住安排轉換決定的良好指標。

參、老人「移與子女居」和「子女回居」⁸

老人居住安排隨著生命週期有不同的轉換現象，老人居住安排轉換以「與子女同住」和「不與子女同住」的不同角度，可分為「由與子女同住轉為不與子女同住」和「由不與子女同住轉為與子女同住」二類，後者可能因子女能力受限、支持需要增加而回與老人居，或父母能力受限、支持需要增加而遷出與子女同住。後者可再分成二類：「由不與子女同住轉為子女回居」（簡稱「子女回居」）和「由不與子女同住轉為遷出與子女同住」（簡稱「移與子女居」）。二者主要的差異在於「子女回居」係老人仍住在原宅；「移與子女居」則係老人轉變住處，可能是老人搬去子女的家，亦可能是老人與子女一同搬去另一住處。相同之處是兩代均變成不是獨立生活。張桂霖及張金鶚（2010）已探討「由與子女同住轉為不與子女同住」和「由不與子女同住轉為與子女同住」二類的老人居住安排轉換。但相關文獻鮮少就「不同住→同住」的兩種分類型：「子女回居」和「移與子女居」，作更細緻的討論。由於與子女同住仍然是目前老年父母的優先選項，因此宜進一步探討，供老人政策制定參考。

通常，老人較偏好留在自己的家，因此子女照顧年老父母，理想的狀況應是「子女回居」勝於「移與子女居」。因為老人與環境的一致性已長達一段時間，老人如果移與子女居，會離開原來所熟悉的一切，包括原來的家、原來的鄰里

⁸ 本節內容參照張桂霖，2013，「老人居住安排—居住安排轉換、年歲增長與居住安排、居住安排滿意改變之探討」，國立政治大學地政學系博士論文：臺北。

關係、原來的朋友社交圈等，即使新家環境較改善、較安全、舒適，亦需要一段時間適應（Hooyman and Kiyak, 2005）。但老人有經濟、健康上的困難產生支持需要時，通常子女有其忙碌生活不能離開現有環境，因此無法搬回與父母居，寧父母移來同住。而父母會移與子女居，也是為了改善自己的幸福。

所以「子女回居」與「移與子女居」的意涵不同，在經濟及支持需要上可能有不同影響。本節從原來獨立於子女而居的老人角度，利用多項邏輯特模型（Multinomial Logit Model），分析縱斷面調查資料，以相關變數前後期的轉變為解釋變數，檢視「子女回居」及「移與子女居」的轉變機制，回答什麼是「拉」的因素－將子女拉回老人的家同住；什麼是「推」的因素－將老人推出原來的家移與子女同住，並比較該二類居住安排轉換之異同。

實證發現以經濟、需要、態度等因素的轉變解釋「子女回居」、「移與子女居」，大部分獲得支持。其中正向經濟、資源因素的增強，例如，年齡較輕、增加住宅面積、擁有家計負責人及重大經濟決策權者的角色卻撤離，對子女回居產生拉力，造成更可能發生「子女回居」，隱含正向經濟因素的轉變對「子女回居」的影響力較強。反之，需要因素及負向經濟因素的增強，例如，失偶、從鄉村搬至都市、喪失住宅所有權、男性經濟狀況轉差、喪失重大經濟行動決策權，對移與子女居產生推力，造成更可能發生「移與子女居」，隱含需要因素及負向經濟因素的轉變對「移與子女居」的影響力較強。但並無足夠的證據支持「健康狀況轉差」對「子女回居」、「移與子女居」有顯著影響。此與 Johar 及 Maruyama

(2011) 發現沒有證據顯示年邁父母的健康狀況惡化激勵子女與其同住的結論相同。而「重大經濟行動決策者的改變」、「居住地區的改變」、「住宅面積的改變」，造成更可能發生「子女回居」、「移與子女居」。顯示以交換理論解釋「子女回居」、「移與子女居」比以家庭價值觀解釋較能獲得支持。

「子女回居」與「移與子女居」兩者比例為 4 比 1，顯示「子女回居」型的老人較多，老人正向經濟因素的增強對「子女回居」的影響力較大，表示回居的子女經濟能力較弱。而「移與子女居」型的老人則經濟能力較弱、支持需要較高，是較需要接受照顧的老人。

老人與子女同住的比例雖有下滑的趨勢，但與子女同住的居住安排仍是目前大多數老人的最愛。與子女共住可取代以社區為背景、以家戶為基礎的社會安全網，增加對老年人的支持 (Elman, 1998)。惟臺灣除提供家居醫療服務、日間護理中心、以社區為基礎的娛樂服務外，在促進年老父母與子女共住方面，無直接的獎勵措施 (Frankenberg et al., 2002)。鑒於臺灣地區全體老人子女共住比例不到 6 成⁹及老人隨著年齡增加，與子女同住之比例呈下降之趨勢，以及目前人口密度較高的都會地區房價高昂，如臺北市，房價高昂且大部分住宅之面積無法供年老父母與子女共住，政府如欲促進年老父母與子女共住，最客觀直接可行的獎勵措施是增加住宅面積。因為本節實證發現住宅面積變大者，「子女回居」及「移與子女居」的機率均較高。

⁹ 根據內政部 2009 年老人狀況調查報告，65 歲以上老人與子女同住者占 64.27%，包括「與配偶(同居人)及子女同住」13.91%、「僅與子女同住」11.76%、「與子女及(外)孫子女同住」36.98%、「與父母及子女同住」0.84%、「四代家庭」0.78%。

肆、年歲增長與居住安排¹⁰

居住安排是一種進程，隨著老人年紀的增長而有變化。究竟老年人隨著年齡的增長，其居住安排的變化趨勢為何？老化（自然年齡的增長）對居住安排有何影響？以往文獻較缺乏實證研究與討論。而且以往許多居住安排的相關文獻常將老人當作一個群體，將各年齡層的老人加以混合，以非常廣泛的年齡群進行分析。然而不同年齡層的老人可能有不同的生理、心理特徵與行為。因此研究老化與居住安排的關係，可以年齡的增長，區分初老、中老、老老之不同生命歷程階段，觀察從初老經過中老到老老的居住安排行為。本節應用上開調查之縱斷面資料，分析同一樣本群的老人從初老到老老之居住安排。

Elman(1998)研究發現年齡與共住的機率呈U型關係，但本節實證發現相同樣本從初老經過中老到老老不同階段，與子女同住之比例呈直線下降。老人與子女同住比例隨著年齡增長而減少的原因，老人年邁健康狀況的好壞可能並非主因，因為在初老、中老、老老階段，均未發現有證據支持所謂代間同住預測因素中最強烈的是老人的健康狀況，健康越不良，同住的可能性越高(Brown et al., 2002; Raymo and Kaneda, 2003)的現象。

不少非在初老、中老、老老三階段皆發生顯著影響的因素，代表與年齡的變化有關，係討論老化影響之重點。例如有無兒子，僅在老老階段有顯著影響；有無女兒僅在初老、中老階段有顯著影響。另外，貫穿初老、中老、老老三階段，

¹⁰ 本節內容主要參照張桂霖、張金鵬，2013，「年齡增長與居住安排：初老到老老之相同樣本縱斷面研究」，『都市與計劃』，40(2)：157-189。本節部分內容另以“The Changing Pattern of Living Arrangement from Young Elderly to Older Elderly in Taiwan”為題發表於The 15th Asian Real Estate Society International Conference, July 09-12, 2010.

對居住安排均發生顯著影響的四項共同因素：前期居住安排、居住安排偏好、住宅面積及重大經濟行動決策者，影響的程度雖因年齡的增長而有不同，但不因年齡的增長而失去對居住安排的顯著影響。這些結果皆是預測老人各階段居住安排決定之良好指標。

以實證發現初老時同一世代內年齡的差異對居住安排有顯著影響。老老時有無配偶及有無兒子對居住安排有顯著影響為例，在初老階段，年紀較輕者，體力及其他資源較佳，可協助子女處理家務或養育後代，故與子女同住的機率比年紀較大者高，隱含著在老人生命週期的早期階段（初老的前期），與子女同住的模式可能反映子女的需要更勝於父母的需要；而在老老階段，年紀較高者、無偶者與子女同住的機率較高，有兒子者與子女同住的機率亦較高，此表示在老人的晚期階段，倘生活上因故需要協助（例如喪偶），而且兒子照顧父母是孝道之一部分，故使老老階段之無偶及有兒子者，與子女同住的機率增加，此隱含著對這些老人而言，在其生命週期的晚期階段，父母的需要較子女的需要優先。此與 Chen（2005）、Zimmer 及 Korinek（2010）之研究發現相符。

伍、居住安排滿意與否的改變¹¹

居住安排滿意與否，關係老人幸福。本節使用縱斷面調查資料，應用人與環境一致和基本生活需求滿足之理論基礎，以動態的變數－相關變數前後期的改變作為解釋變數，探討老人居住安排滿意與否之改變。

¹¹ 本節內容主要參照張桂霖，2013，「居住安排滿意與否之改變」，《住宅學報》，40(1)：55-80。

經統計，2003年至2007年4年間，居住安排從滿意變為不滿意者約占17%，從不滿意變為滿意者約占11%。這種不滿意居住安排者持續增加，滿意者持續減少的變化趨勢，如果缺乏有效對策，可能仍會是今後的變化趨勢，勢將影響老人福祉。

實證顯示老人年齡較高者，從滿意居住安排變為不滿意的機率較高。所幸，實證亦顯示前後期皆有宗教信仰者及從無宗教信仰轉為有者，居住安排從滿意變為不滿意的機率較低。此為有趣之發現，蓋宗教信仰雖不必然為基本生活需求，但對老人居住安排的滿意度卻有正面的影響，使其降低從滿意居住安排變為不滿意的機率。

以人與環境一致模式與基本生活需求滿足假說解釋居住安排滿意與否之改變，都獲得部分支持。但主要歸因於環境與個體間之一致及合適與否的改變。同時，「愛屋及烏」假說¹²亦獲得支持，顯示「愛屋及烏」效應，此可修正Aquilino及Supple（1991）認為居住安排滿意是老人對她（他）們目前居住安排的一種主觀認知，而非她（他）們住宅的實質方面之說法。在人與環境一致模式方面，從不喜歡現住屋變為喜歡者、從找醫生看病不方便變為方便者，其居住安排從不滿意變為滿意的機率較高，從滿意變為不滿意的機率較低。意味著改善居住環境，使人與環境一致，使人從不喜歡現住屋變為喜歡，從找醫生看病不方便變為方便，可以增加從不滿意居住安排變為滿意的機率，減少從滿意居住安排變為不滿意的機率。換言之，以人與環境理論解釋居住安排滿意與

¹² 老人對居住安排滿意，應不單是一種對與誰住在一起的主觀認知，住宅實質方面理應亦影響居住安排滿意，因此推論老人如果喜愛現行所住的處所，通常也會滿意其現行居住安排，會喜歡與其同住在一起的人，此為「愛屋及烏」的假說(the “love me, love my dog” hypothesis)，此推論亦符合人與環境理論的說法。因此，基於人與環境理論及「愛屋及烏」假說，推論老人喜歡現住屋與否的改變，可能是預測居住安排滿意與否之改變的因素。

否之改變，無論在居住安排「滿意→不滿意」或「不滿意→滿意」上，都獲得支持。人與環境一致模式之解釋變數係數絕對值，大致上較基本生活需求滿足假說之解釋變數係數絕對值大，表示其影響力較大。

以居住安排轉換的影響而言，從非僅與配偶同住轉為僅與配偶同住者，其居住安排從不滿意變為滿意的機率較高，此結果部分支持了 Chen (2001) 臺灣老人居住安排轉換率高是由不滿意居住安排所激發的推論。部分樣本由「與子女同住」轉為「僅與配偶同住」，其結果增加從不滿意居住安排變為滿意的機率，此可做為解釋「與子女同住」比例下滑而「僅與配偶同住」比例攀升的原因之一。但有些居住安排轉換卻使原來滿意居住安排變成不滿意，例如由與子女同住轉為非與子女同住，將增加老人從滿意居住安排變為不滿意的機率。又經濟狀況由差變佳者，因為經濟安全獲得滿足，居住安排從不滿意變為滿意的機率較高。反之，經濟狀況變差者、主要收入來源改由子女或其他親戚提供者，經濟變為依賴，基本生活需求有一部分無法獲得滿足，因此從滿意居住安排變為不滿意的機率增高。以上均符合基本生活需求滿足假說。

本節的發現可供老人、預備退休者、建築業、社區、宗教團體、政策制定者參考。老人、預備退休者可以改善現住屋，加強住屋的結構和預防措施，或移居喜愛的住屋及環境。建築業可以為老人營造適宜的居住環境，提供適當的住宅。社區可以提供社區服務包括醫療服務，提供有利老人的社區環境，以利老人在地老化。宗教團體可以加強老人的宗

教服務及社會支持。政策制定者須制定合宜的老人居住政策及指導方針，以降低不滿意居住安排的比例。

陸、退休族如何以房養老¹³

一、以房養老的本質與養生村或年金屋不同

- (一) 華人偏好購買不動產，但不動產變現性極差，很多退休族年老時，窮得只剩下一間屋，於是政府著手推動「以房養老」觀念。
- (二) 「以房養老」與時下建商或壽險公司推廣的「養生村」或「年金屋」本質不同。兩者退休後的居住與生活核心完全不相同。兩者最大差異是，「以房養老」核心是「在宅老化」的觀念，訴求退休族可以住在自己房子安享天年，還能在生前把房子變現金，做為退休後的生活費。
- (三) 而建商或壽險公司推出的養生村或年金屋，則是「移居」的概念。退休族要搬到建商或壽險公司規劃的社區，內有完善的醫療、休閒、娛樂等設施，但每月須支付租金或生活費，生活起居能受到良好照顧，甚至連身後事都能事先安排。

二、以房養老主要有 3 種方式

- (一) 住宅逆向抵押貸款 (Reverse Mortgage, 簡稱 RM)

這是目前政府主導的以房養老政策方向。做法是，老年人生前將房屋抵押給銀行，銀行精算後，可核貸約房屋市價

¹³ 本節內容主要參照張金鵬，2009，「台灣『以房養老』三方案模式提議」，「以房養老」逆向抵押貸款方案研討會。

的 5~8 成（視情況而異），老年人向銀行每月領取固定的生活零用金，直到往生為止。

不過 RM 制度並非將房子的「所有權」賣出，實際上只是把房屋抵押給銀行，若老人往生後，其指定繼承人或受益人可自由處分房屋，如把貸款還給銀行，受益人可取回房屋所有權；若受益人不把房貸還清，銀行則可處分不動產。

當然，若是老人過世後，房屋總價扣除貸款金額仍有剩餘時，這筆資金歸繼承人或受益人所有，銀行無權擁有。簡單說，銀行扮演的是融資，賺的是固定的服務費或手續費。

在美國 RM 初期推展不易，主要是老年人因壽命延長，可能領取超過房價 9 成的生活費，銀行礙於風險不願再繼續提供金援；後來，美國政府介入，由政府支付長壽老人生活費，把它變成社會福利的一部分，以房養老的觀念才廣為人民接受。

（二）售後租回（Sale and Lease Back，簡稱 SL）

SL 的做法是將老年人的房屋所有權賣斷給保險公司，但老年人有權向保險公司承租回來，保險公司在扣除租金費用後，每月給付固定的生活零用金。SL 最大好處是，老年人不用再負擔管理及維修房屋的麻煩事，而且，因為房屋賣斷，給付老人的生活費相當於當時 100%房價，會比 RM 的 5~8 成高。

相較之下，售後租回（SL）的核心類似「破產上天堂」的概念，也就是財務學上的「淨現值（NPV）= 0」觀念，老年人不須把錢留給子孫，這個方法對頂客族很有說服力，因為一輩子賺到的錢，可以全部在生前享受。

（三）社會照護贈與（Social Care，簡稱 SC）

SC 的做法是，老年人把房屋捐贈給社會福利團體，房屋所有權人可以得到社福團體的長期照護系統支援，如選擇繼續留在家中居住，或入住社福團體的長照系統。由於社福團體能提供老人照顧和安養，比單純只拿到錢更有價值，百年之後，再把房屋捐贈給社福團體。

把房屋捐贈給社福團體，依照房屋價值不同，可選擇自己喜歡的老年「生活套餐」，甚至包括身後事的安排。在制度上與壽險公司年金屋相似，唯一差異是，老年人可選擇在宅老化，而不是搬到另一個生活圈，適應新生活。

三、產業、經濟、老人三贏

無論何種以房養老方式，政府要持續關心以下風險。首先，因醫療進步造成人類的長壽風險，使得金融機構必須承擔更多不確定性；其次是房價風險，就拿 RM 為例，由於現在房價不等於未來房價，加上銀行與老年人的契約到期日並不確定，這些原因都會使得銀行估價過於保守，而讓原本希望老年人能過更好生活的美意打折扣。

要注意的還有全球低利率的風險，對於銀行或金融機構來說，給付老人的生活費或零用金，必須是每月固定的金額，這筆費用不能隨著市場利率變動而有大幅波動，否則會加深老年人的不安全感。全球長期處於低利率，考驗著金融業者的經營能力，若無法克服，也可能引發另一場風暴；此外還有道德風險，因為金融機構的利潤來自老人的提早往生，如何避免道德風險也要思量。

以房養老政策若能落實，將會大大活絡不動產交易，畢竟過去的傳統經驗是「養兒可以防老」，現在推動「養房防

老」的觀念，對於年輕人將是個置產誘因。對不動產的產業鏈來說，上從建築開發、銷售、房仲、估價，乃至裝修、家具等，需求只會越來越高，都屬正向的影響。

總之，以房養老可提供「有房子、無現金」的退休族生活規劃與安排，只要政策方向正確，將是一個產業、經濟、老人三贏的政策。

柒、結語與建議

本文實證發現老人隨著年歲增長，居住安排從滿意變為不滿意者的比例增加，健康狀況亦呈直線下降，但不與子女同住的比例遞增，與子女同住的居住安排則呈直線下降，許多影響因素已顯示老人由家庭照護的傳統價值日漸式微。無論老人採行何種居住安排，無論有無選擇，宜以提高居住安排滿意度，提升老人福祉為依歸。

本文最後建議：

- 一、政府宜結合相關計畫，規劃對促進年老父母與子女共住有誘因的方案。並積極推動興建無障礙住宅環境及提供完善的醫療、居家護理服務機制。
- 二、政府及民間宜適度增設安養機構床位數，以因應弱勢老人需要。並適度增設小型化、社區化、志工化的非營利老人福利機構。
- 三、宜為以房養老設計專法，降低政府介入、補助的角色，讓以房養老從試辦變成市場化商品，由市場而非政府承擔風險。
- 四、老人本身宜重視改善居住環境、移居良好醫療環境，家庭重大決策放手由子女承擔，多多參與社交性或拜訪親友、鄰居的活動，快樂邁向成功老化。

參考文獻

1. 內政部，2009，「中華民國九十八年老人狀況調查報告」，臺北：內政部。
2. 行政院衛生署國民健康局，2002，「臺灣老人十年間居住、工作與健康狀況的改變」。 <http://www.bhp.doh.gov.tw/bhpnet/portal/file/ThemeDocFile>，取用日期：2012.11.7。
3. 張桂霖，2013，「居住安排滿意與否之改變」，『住宅學報』，40(1)：55-80。
4. 張桂霖、張金鶚，2010，「老人居住安排與居住偏好之轉換：家庭價值與交換理論觀點的探討」，『人口學刊』，40：41-90。
5. 張桂霖、張金鶚，2013，「年齡增長與居住安排：初老到老老之相同樣本縱斷面研究」，『都市與計劃』，40(2)：157-189。
6. 張桂霖，2013，「老人居住安排－居住安排轉換、年歲增長與居住安排、居住安排滿意改變之探討」，國立政治大學地政學系博士論文：臺北。
7. 張金鶚，2009，「台灣『以房養老』三方案模式提議」，「以房養老」逆向抵押貸款方案研討會。
8. Aquilino, W. S. and Supple, K. R., 1991, "Parent-child Relations and Parent's Satisfaction with Living Arrangements When Adult Children Live at Home", *Journal of Marriage and the Family*, 53: 13-27.
9. Brown, J. W., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., Sugisawa, H. and Fukaya, T., 2002, "Transitions in Living Arrangements among Elders in Japan: Does Health Make a Difference?", *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(4): s209-s220.

10. Chen, C. N., 2001, “Aging and Life Satisfaction”, *Social Indicators Research*, 54: 57-79.
11. Chen, F., 2005, “Residential Patterns of Parents and Their Married Children in Contemporary China: A Life Course Approach”, *Population Research and Policy Review*, 24: 125-148.
12. Elman, C., 1998, “Intergenerational Household Structure and Economic Change at the Turn of the Twentieth century”, *Journal of Family History*, 23(4): 417-40.
13. Frankenberg, E., Chan, A. and Ofstedal, A. B., 2002, “Stability and Change in Living Arrangements in Indonesia, Singapore, and Taiwan, 1993-99”, *Population Studies*, 56: 201-213.
14. Hooyman, N. R. and Kiyak, H. A., 2005, *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*, Boston: Pearson Education.
15. Johar, M. and Maruyama, S., 2011, “Intergenerational Cohabitation In Modern Indonesia: Filial Support and Dependence”, *Health Economics*, 20 (Suppl.1): 87-104.
16. Zimmer, Z. and Korinek, K., 2010, “Shifting Coresidence Near the End of Life: Comparing Decedents and Survivors of a Follow-up Study in China”, *Demography*, 47(3): 537-554.

【附件】

降低長照壓力

老人與子女同住 不如比鄰住

2017-08-20 聯合報 A13 版 張金鶚／政大地政系特聘教授（臺北市）

最近聯合報願景系列討論老年人口快速增加所產生的長照問題，對於老人居住安排影響老人長照甚為關鍵，較少論及。

根據衛生署調查發現，老人與已婚子女同住比例，在一九八九至九九九年間，由七成一大幅減至四成九。因此「老了跟誰住」的議題，相當複雜且需較細緻化討論。

筆者曾和張桂霖博士長期關注研究老人的居住安排，包括老人是否與子女同住的安排轉換，到老人「與子女居」還是「子女回居」的不同安排，再隨著老人年歲增長，其初老、中老、到老老的居住安排如何轉變；到最後老人居住安排滿意與否的改變等問題探討。

這些研究顯示，老人不與子女同住的比率持續增加，隱含傳統家庭價值觀的影響逐漸式微，而經濟交換價值觀的影響則逐漸增強，這對老人長照問題，從過去家庭子女支持，到現在老人必須自我支持有明顯差異，更凸顯政府必須提供更多協助，避免老人陷入長照困境。

從「子女回居」與「與子女居」比例為四比一的調查結果，顯示前者老人的經濟能力較強，而且能避免老人的生活環境改變，是比較理想的老人居住安排，然即便是後者，也可減少老人長照問題，值得鼓勵。因此，政府應提供更多的獎勵措施，以鼓勵子女回居或老人移與子女居，如此可減緩政府的長照壓力。

老人居住安排隨著年齡增長，從初老、中老、到老老，會產生與子女同住不同變化。過去國外文獻研究顯示，年齡增加與子女共住機率呈現 U 型關係，但是國內隨著老人年齡增加，卻呈直線下降，顯示年紀越大的老人更需要受到重視，政府對不同年齡或身心老人的居住安排，應提供不同的居住協助，以符合不同年紀老人的需求。

根據調查，二〇〇三到〇七年老人居住安排從滿意變為不滿意者占十七%，而不滿意變為滿意者占十一%，顯示老人居住安排不滿意的增加趨勢。經實證研究，老人年齡較高者，變為不滿意的機率也較高，而宗教信仰對居住安排的滿意度轉變也有正面影響，顯示提升老人的居住滿意應有方向與作法。

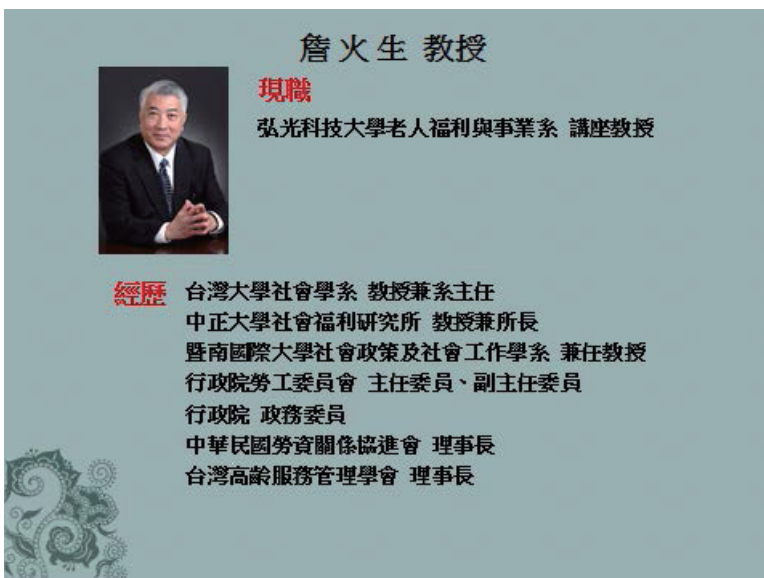
不論如何，政府社福單位應持續關注老人居住安排，乃至長照服務的滿意度調查，以確實掌握老人的需求，隨時調整老人的居住安排協助與長照政策的資源分配，才能有效提升老人的生活品質。

最後，探討老了是否要跟子女同住，老人與子女的觀點未必相同。與子女同住可能產生兩代生活壓力與摩擦；而不與子女同住可能產生長照的擔憂。因此，另類的居住安排是老人與子女「同鄰」居住，或可避免「同住」的摩擦，也可減少「不同住」的長照擔憂。

1-5 老人經濟安全問題回應意見

回應人：詹火生

弘光科技大學老人福利與事業系講座教授



壹 - 2008~2009年監察院人權工作實務—第四冊 「老人人權」報告有關「老人經濟安全」的 摘要報告：

- 一、勞工經濟安全保障不足
- 二、社會保險及職業年金制度欠周
- 三、各類社會保險及各職業退休制度欠整合
- 四、國民年金難以支持老人基本生活所需
- 五、農民老年經濟生活保障不足
- 六、失能或失智老人之財產保障

3

貳 - 從人權角度來思索「老人經濟安全」 兩大核心議題：

- 一、國家保障老人經濟安全應扮演的角色
和功能為何？
- 二、我國現行老人年金制度的架構
如何保障老人經濟安全？



4

參· 國家在老人經濟安全保障的角色與功能

4層	倫理性家庭奉養制度 (例如家庭支持、健康照顧及住宅提供)
3層	自願性商業保險儲蓄制度 (私人年金)
2層	員工退休金制度 (職業年金)
1層	強制性社會保險制度 (公共年金)
0層	補充性 (非納費式) 社會救助制度 (例如社會救助、最低年金保證或差額補貼方案、定額年金、就業相關定額年金等)

圖一：世界銀行多層次年金體系

5

肆· 當前我國老年退休經濟安全制度概況

	軍職人員	公教人員	公務人員	政務人員	私校教職	勞工	一般國民	農民
第3層 個人保險	私人商業保險、個人儲蓄、家庭互助							
第2層 法定 職傭退休金	軍職人員 退職基金 (DB / 年金) 16萬	公教 人員 退職 基金 (DB 年金) 47.5萬人 (2015年)	圖書 高階 退職 制度 (DB 年金) 1.9萬人 (2015年)	政務 人員 離職 給金 (DC) 5.5萬人	私校 教職 員工 退職 制度 (DC) 5.5萬人	勞工 退休金 (DC) (新制643.2萬人 舊制125萬人)	約帶僱 人員 離職 給金 (DC)	
第1層 法定社會保險 (公共年金)	軍人保險 (DB) 21.4萬人 (2007年)	公教人員保險 (含私校教員) (DB) 37.9萬人		勞工保險 (DB / 年金) 1,013.7萬人		國民年金 (DB / 年金) 340.9萬人	農民健康 保險(DB) 121.2萬人	
第0層 社會救助	農民就養給與(4.5萬人)、老年農民福利津貼(62.1萬人)、原住民給付(6.9萬人) 中低收入老人生活津貼(13.1萬人)、老年基本保證年金(63.3萬人)							

資料來源：國家發展委員會 - 勞動部勞工局 - 經數新報 - 2017年6月 -

圖二：我國現行人人年金制度架構

6

伍·政策與制度改革的幾點建議

一、國家對保障全體國民經濟安全的角色與功能應該是一致的（universal），而非有顯著差異性（selective）。例如在社會保險保費補助、給付條件、給付水準等。準此原則，有下列2項建議：

1. 政府年金改革基本原則應該是朝「一致性」方向進行改革。
2. 政府僅針對經濟或社會弱勢人口（如低收入、身心障礙、失能失智者）提供由政府公共支出負擔的「差異性」經濟保障措施。

7

二、儘速以現行「國民年金」為基礎，擴大為「全民基礎年金」，可採取下列3項策略：

1. 以現有「勞保」、「公教保」（含私校教職員）、「軍保」的社會保險給付部分，依「貧窮線」水準，切割為上下兩部分，水準以下部分與現行國民年金制度建構「橫向水準」一致的「全民基礎年金」。水準以上部分則併入「職業年金給付」部分或維持現行給付水準。如此對「勞保」、「公教保」、「軍保」等已有給付數額不受影響。

8

2. 為建構「全民基礎年金」制度，政府對每位參與社會保險年金的國民，政府補助保費應採定額制，每位國民的保險補助完全一致。而非採現行的定率制，結果是高保險費者，政府補助愈多，有違社會公平正義原則。
3. 為建構「全民基礎年金」制度，現行「國民年金」給付水準，依「貧窮線」水準，必須大幅提高其給付水準，間接亦提高政府公共支出的數額。因此除採取逐年調升政府公共支出補助數額外，提高稅收似乎是難以避免的政策方向。換言之，全民必須體認：高福利、高稅負的社會，已逐漸來臨。

1-6 高齡化社會下的居住政策方向回應意見

回應人：花敬群、江尚書

內政部政務次長、秘書

本研討會所討論的各子議題，涵蓋老人人權的幾個面向，包含經濟、居住、安養與照護等，而居住在老年生活所扮演的角色，在於提供居住的安穩，降低經濟的負擔，並支持老年人的活動與生活，讓相關制度與服務可以更緊密地銜接與落實。因此對於「老了跟誰住」或「以房養老」這個議題，本文試圖以更積極的角度詮釋其意涵。

一、過去內政部的做法

內政部過去對於老人的居住協助，以直接補貼為主要做法，並針對老人設定優先性。自 2007 年起，內政部及地方政府於每年 7 至 8 月間辦理住宅補貼，以家戶為單位，提供租金補貼、自購或修繕住宅貸款利息補貼；自 2007 至 2016 年度已協助 40 萬餘戶中、低收入家庭減輕居住負擔，其中以租金補貼為大宗。此補貼計畫針對較弱勢的民眾增加評點權重，對於老人的部分包含：申請人年齡 65 歲以上可加計權重 3 分，列冊獨居老人亦可加計權重 3 分，使其有優先獲得補貼的機會¹⁴；而若家庭成員平均所得較低，將獲得更多的加成。另在利息補貼部分，65 歲以上之申請人適用第 1 類優惠利率（目前為 0.562%），較一般戶所適用之第 2 類優惠利率（目前為 1.137%）低 0.575%¹⁵。

¹⁴ 來源：內政部不動產資訊平台，106 年度租金補貼專區，附件三 租金補貼評點基準表，<https://pip.moi.gov.tw/>（查詢日期 2017/9/10）。

¹⁵ 來源：內政部不動產資訊平台，106 年度修繕住宅貸款利息補貼專區，https://pip.moi.gov.tw（查詢日期 2017/9/10）。

此外，過去幾年雖已開始推動社會住宅，但較屬試辦的性質，目標戶數也不多。2011年推動「社會住宅短期實施方案」，中央政府在臺北市及新北市擇定5處興辦地點，總計約1,661宅，並於同年通過住宅法。但當時政府對社會住宅的目標與定位較不清楚，大量興辦的機制則尚未成熟，因此如何就社會住宅的內涵對老年人提供協助，也較欠缺想法。此外，過去住宅法明文規定社會住宅對經濟與社會弱勢者的保障僅需達到10%，加上地方政府實際操作時限制申請者的年齡，因此老人可從社會住宅獲得的協助機會並不多。

二、近期內政部居住政策的相關內涵

過去以補貼為主的取向，雖可一定程度改善老人的經濟能力，但能否將經濟的提升轉化為居住環境的改善，仍有不少疑義。因就實務經驗，在租屋市場上流通的住宅多已在一定屋齡以上，通常不具電梯或無障礙通道，要加裝輔助設備也會受到住宅硬體條件的限制；且老人在租屋市場上所遭遇的問題，不限於經濟層面，還有整體社會對於老人租屋較不友善的態度。因此，基於對前一階段的反省，政府在居住政策提出三個主軸「社宅、租屋與都更」，均更仔細考量不同居住者的需求及政策落實的效率。當然，政策制定不是純粹從老人的需求角度出發，但對於老人（及其他需求者）的支援，已成為政策設計的重要關懷，與前一階段有顯著的不同。

1. 社會住宅一租得安定

第一個做法是大量興辦社會住宅，以擴大供給的方式舒緩居住問題。政府在2016年宣示20萬戶社會住宅計畫，協助有居住需求的民眾，這對老人居住的協助具有以下意義。

首先，租金較低廉的出租住宅，供給數量將大幅提升。為了支持這樣的數量，政府全盤翻修住宅法，於 2017 年 1 月 11 日修正公布；這次的翻修以長期經營的角度規劃興辦機制，確保社會住宅的量可以持續累積，支持更多有需求的人。第二，就社會住宅的資格，政府已改變過往僅強調「青年」的取向，取消社會住宅申請年齡的上限，並將經濟與社會弱勢者（65 歲以上老人為其中一類）的保障比率提升到 30% 以上¹⁶，年長者可入住到社會住宅的機會因而大幅提升。第三，在硬體的設計上，「無障礙」或「通用設計」空間的營造，已成為社會住宅規劃設計的基本原則，意味著社會住宅不僅居住品質具有一定水準，也讓老人的行動與生活較不受限制，提升居住的舒適與便利，更促進社會參與的機會。最後則是居住與福利的緊密結合，社福設施及服務之提供，已明文規範於住宅法中，並在現正推動的社會住宅基地逐步實踐，例如，臺北市的「興隆公共住宅」、「健康公共住宅」均規劃老人日間照顧中心等設施¹⁷。社會住宅的特質及所提供的空間，讓「居住+福利」的理念及其具體內涵透過實務工作持續創造，提供關懷。

2. 包租代管—租賃版以房養老

除了直接興建外，社會住宅的另一種興辦方式為運用市場上的閒置住宅，亦即採取「包租代管」的方式提供民間空餘屋釋出的誘因。此模式是由政府核可的「租屋服務事業」¹⁸包租下民間住宅再轉租，或媒合後代為管理。「106 年度社

¹⁶ 相關規定請參考「住宅法」第四條。

¹⁷ 請參考臺北市政府公共住宅計畫網站，<http://www.housing.taipei.gov.tw/ph-ae/home>（查詢日期 2017/9/10）。

¹⁸ 依據「住宅法」第 52 條及「租屋服務事業認定及獎勵辦法」成立。

會住宅包租代管試辦計畫」¹⁹已於 2017 年 4 月獲行政院同意辦理，預計同年 10 月 6 直轄市便會陸續開辦。

在市場上閒置的房屋中，有一些是由年長者持有，但有許多因素阻礙其將房屋出租。例如，所持有的住宅屋齡已高且缺乏維護，修繕需付出不少成本及心力；有些年長者也不善使用網路刊登出租資訊，或對市場需求較不敏銳；或有些房屋持有者遭遇過不好的出租經驗，轉而趨向保守；以及體力或行動能力已較年輕時退化，不易負荷出租時需爬上、爬下的帶看工作……。面對這些細瑣但真實的阻礙因素，導致一些高齡的房屋持有者空擁房產，卻未透過出租轉換為經濟來源，也造成住宅資源的閒置；面對這些問題的屋主便是包租代管計畫的首要協助對象。

包租代管計畫補助地方政府辦理經費，委託租屋服務事業提供專業服務，減低前述的阻礙因素。政府提供相關稅賦優惠（綜所稅、房屋稅、地價稅），負擔管理服務費用；另有每年最高 1 萬元的修繕費，與居家安全相關保險補助，作為房屋受損的保障。此外，包租案並保證房東定時收到租金，沒有空置期的疑慮。因此，透過專業的管理及相關的補助，租屋糾紛與風險可望有效降低，對於較年長的房屋持有者，此方案具有協助其出租、提升其經濟安全的效果，可稱為「租賃版以房養老」。

而對於有居住需求的老人而言，這個方案如同直接興建的社會住宅，提供較便宜的租金及較高的保障，租屋的穩定性得以提升，也減少老人在租屋市場上不易租屋的情形。此外，由於包租代管的住宅將散布在城市的各地，年長者較有

¹⁹ 請參考：內政部營建署，包租代管專區，<http://www.cpami.gov.tw>（查詢日期 2017/9/10）。

機會依其偏好的居住區域（如：熟悉的鄰里或接近醫療照護場所的地點），選擇合適居所，彌補社會住宅在興建起步階段尚未普及的情形。

3. 都市更新—提升居住品質

依內政部不動產資訊平台 105 年第 2 季住宅存量統計，全國 30 年以上老舊住宅約有 8.6 萬棟；另依據公有建築物耐震評估的經驗，約有 40%、即約 3.4 萬棟，無法符合現行耐震設計標準。老舊住宅多無裝設電梯及無障礙設施，不符高齡者居住需求；難以自由外出活動，不僅是生活上的不便，更造成老年生活的疏離，及身體機能的退化。事實上，許多年長者所持有的自有住宅，可能是由早年辛勤累積的積蓄所購置，但在高房價的情境下，並無能力換購新的住宅。改善住宅及都市整體的居住環境，便是都市更新及相關政策重要的出發點。

「都市危險與老舊建築物加速重建條例」於今年 4 月經立法院三讀通過，這個法案針對具潛在危險或屋齡較高未設置升降設備的建築，鼓勵屋主申請結構安全性能評估，以相關的機制與誘因，促成社區朝向全體整合的方向。而「都市更新條例」的修正草案也正在行政院審查中，目標著眼於更大範圍都市環境的改善。兩個法案的基本理念，都是要透過正當且透明的程序與機制，增加危老屋重建或都市更新的信任，進而提高整合的意願，加速推行。另外，對於經濟能力較不足而在資金取得有困難者，也建立融資貸款的信用保證機制，以及對於弱勢者銜接社會住宅或租金補貼等協助，避免因為經濟上的問題，在都市更新的過程中遭到排除。

三、應再詳細規劃的體系

如同本研討會學者專家之著述指出，以家庭體系所支持的老年生活，正逐漸減少。因此當代社會所面對的挑戰，是要建構出更公共的居住支援體系，提供更多元的居住選擇。

1. 社會住宅的共享社區系統

社會住宅所支持的居住功能，如何與更多元的社會福利體系結合，臺灣的專業界就相關知識與論述，正在快速學習與累積，且在近期完工的社會住宅中，除了導入社福系統外，也嘗試更積極的協助方案。例如崔媽媽基金會在臺北市的興隆公共住宅 1 區中，協助原本安康平宅的住戶適應新的社會住宅，培養自立的能量，並經營更緊密的社區網絡。又如新北市政府在三峽社會住宅推出「青銀共居」方案，讓年長者與學生居住在同一屋簷下，一同生活，彼此學習與協助。隨著社會住宅一個個興建落成，更多創新的方案可望被發展出來。如此將能以穩定的居住為基礎，發展出更強韌的社會關係，讓社會住宅中的長者，不論經濟能力的高低，都能有尊嚴地度過人生的後半輩子；進而在自在地生活與社會的支持下，發揮更強的能量。

2. 租賃服務系統

以社會住宅的包租代管為基礎，「租賃住宅市場發展條例」（草案）也於 2017 年 4 月送請立法院審議，待立法通過後，包租代管的相關優惠及服務措施，也能普及到一般出租住宅。這對老人居住的意義，在於市場上將有更多合於品質且享有專業管理的住宅可供承租，並對長者在租屋市場上易遭排除的狀況有所舒緩。由於能擴大居住地區的選擇，有助長者在自己最熟悉的社區中安老，維持既有的人際與生活

網絡；或反過來，在子女獨立成家後，也較易與父母居住在鄰近地區，就近照料，又享有各自的生活空間。這是健全租賃住宅市場更重要與人性的意涵，讓一般家庭不需勉強購屋就能滿足居住需求，並隨著生命週期的變動，在合理的負擔下，居住在適合的社區。

3. 租賃業及老人住宅系統

更進一步，我們希望租賃服務產業逐漸茁壯，發展出住宅租賃業或相關的社會企業。國內已有一些公辦或企業經營的老人住宅及養生村，依據長者的生理及生活需求規劃居住環境，也會舉辦各種課程或活動，讓長者在參與過程中結交朋友，避免孤獨終老，並延長健康狀態。在國外也有更多元的做法可參考。例如位於日本大阪的 NICE 社會企業，除了經營以年輕、新婚夫妻為對象的出租住宅外，也混合了高齡者的出租住宅。除在設施設備及服務上仔細考量，也規劃了更有創意的方案（如：在屋頂規劃「一坪農園」，鼓勵長者種植農作物，並在收成時一同料理食用）。NICE 也連結非營利組織，運用住宅空間經營針對失智長者、身障者的團體家庭，讓每個人擁有獨立的生活空間，又有像家人一樣的同居者彼此陪伴。這些做法，需在接下來更仔細規劃，並在制度上給予支持。

四、結論：從基礎再整合

「在地老化」為高齡化社會所重視的概念，也是當前政策的目標，此願景需要居住的安穩與友善來加以支持。我們期待居住相關法規與政策的建制，讓支援老人居住更多樣的做法能夠蓬勃發展，發展出更體貼與創新的老人協助措施，

並隨著未來長照據點及相關計畫的普及，讓老人可以在便利的距離內享有照護、保健、供餐、社交等服務，將友善老人的住宅，擴大為友善老人的社區與社會。這需要內政部、衛福部及各級政府的緊密合作，也需要更多跨領域的專業及人性化的關懷，來共同投入。

第二場 失智與人權

主持人：江綺雯（監察委員）

包宗和（監察委員）

報告人

一、葉炳強（耕莘醫院神經內科主治醫師）

二、陳俊佑（失智老人基金會社工主任）

三、凱特·史沃弗 Kate Swaffer（國際失智症聯盟主席）

湯麗玉（台灣失智症協會秘書長）

回應人：譚艾珍（資深藝人）

主持人江綺雯監察委員致詞

院長、各位與會貴賓：

現代社會大家工作非常繁忙，分工愈分愈細，常常忘東忘西。有時大家不經意地說：「欸，你好像有失智喔」。這也許是個玩笑話，但是，對於聽到的人，當自己曉得有很多這種情形時，或許會開始疑神疑鬼。「我有失智嗎？」「我真的嗎？」「如果我真的失智，我老闆還會聽我講的話嗎？」「我的意見有用嗎？」「我的家人會怎麼看我？」「我將來會怎麼樣？」

這是一個認真要去思考的問題，如果沒有真正的去瞭解，人會開始覺得沒有自信，開始覺得他的生命不再是多采了。這個情況嚴不嚴重？是嚴重的。

1906年有一位醫師Dr. Alzheimer（Aloysius Alzheimer）發現這種現象，它是一種病症，所以這個名稱就稱為阿茲海默症（Alzheimer's Disease）。111年來人類在中間摸索，醫學界

也在努力，直到今年世界衛生組織在5月分向全世界宣告，每3秒就有一位失智症患者產生。這是一個失智海嘯的時代，為了因應這樣一個世界問題，世界衛生組織提出各國政府應該要積極面對的「世界失智行動綱領」。

為了這個原因，我們也特別去瞭解，人真正擔心的是，他有沒有存在感、存在的價值。所以今天我們的題目叫做「失智與人權」。臺灣醫療界、服務界對於失智症人權的推動，是非常進步的。我們經常聽到所謂的「四全服務」及「四全照顧」，就是「全人、全家、全隊、全程」這樣的一個理念。今天特別邀請到我們的貴賓，第一位是葉炳強醫師，他是我們國內「百大良醫」之一，就是好醫師；他治病，同時也治人。第二位請到的是，一直在第一線、不離不棄，服務失智長者的社工陳俊佑主任。他在「天主教失智老人基金會」所創辦的聖若瑟之家服務，跟著這些老人家，把他們的行事、故事等拍成電影，做成短片，然後出書，同時也應國家的要求，培訓很多服務人員，待會兒請他分享實務經驗。

第三位是Kate Swaffer女士，她是「國際失智症聯盟」的主席，待會兒包宗和委員會仔細介紹她，以示我們的尊崇。她本身是失智者，但同時是「世界失智症理事會」的理事。最後，我們邀請到深具服務、貢獻並給予我們歡笑的國家級藝人—譚艾珍女士，她同時也是失智者的家屬。今天涵蓋各層面的講座，接著為表示尊重，我們請包委員來介紹Ms. Kate Swaffer。

主持人包宗和監察委員致詞

院長、副院長，以及所有各位在場的貴賓，大家好。非常榮幸有這個機會介紹我們今天的貴賓Kate Swaffer女士。我先用中文，然後接著用英文做一個簡單的介紹。

Kate Swaffer女士是「國際失智症聯盟」的主席，也是執行長及共同創辦人，同時是「世界失智症理事會」的理事。她在49歲時就被確診是失智症者，但是她在國際間仍非常積極地為失智者代言，並致力於失智者基本人權的倡議。她所關注的對象，不僅限於她自己的國家—澳大利亞，還包含全世界4,700萬被確診的失智症者。在「國際失智症聯盟」以及「世界失智症理事會」我們都可以看到Kate Swaffer女士的身影。她所擔任主席的DAI「國際失智症聯盟」乃一個由不分年齡的失智者所組成的聯盟，其宗旨是「我們的事情，我們都得參與」。他們認為，失智者應該和一般人一樣，同樣享有人權的保障，不能因為他們的疾病而有所不同。所以說，她為失智症者發聲，主張的就是照護跟醫療併重。我們歡迎她及她的夫婿來到臺灣。

報告人發言內容

一、葉炳強（耕莘醫院神經內科主治醫師）

院長、副院長，各位委員及來賓，大家早安。首先感謝監察院人權保障委員會的邀請。剛才江委員已經很清楚地說明WHA今年5月的行動綱領，我今天的報告將聚焦在「預防」及「發現」兩部分。我的大綱會從整個政策的演變，包括幾個國家及臺灣的例子，還有目前世界衛生組織的想法，然後再來提最後的建議。

這個是上星期9月20日，世界衛生組織在他們的網頁上面更新的資料。因為9月21日是國際失智症日，主要希望提醒大家對失智症的關注及瞭解。剛才江委員提到「失智」本身不是一個疾病，它是很多的疾病產生腦功能退步以後的結果。

當然，等一下會提到，比較具代表性的疾病是退化性阿茲海默症及中風所引起的失智症。

今年WHA在2017年5月做出來的建議（應該Kate也有參與），成為今年的行動綱領，總共有7項。這一次的行動綱領「很具體」，這是它簡單的海報。如全世界至少到2025年，有50%的國家，能夠在其老年人口當中，診斷出（誰）患有失智，這是很清楚且重要的一個指標。而且它在建議的下面把每一個（建議）可以怎麼做，清楚地寫出來，使各個國家可以按照它的建議及自身不同的部分來配合執行。這是整個綱領，包括今天的題目，還有下一個主題，都涵蓋在內，互有關聯。

臺灣在2013年就有「臺灣失智症防治照護政策綱領」，這是當時衛福部在立法院的報告。其根據是什麼？當時能夠提出2大目標、7大面向，跟我這個主題相關的大概是第一跟第二的部分。我稍微引用一部分當時裡面的內容，讓各位瞭解。這是我們4年前所提出的報告。2012年世界衛生組織曾提出他們的Global Action，經過不到5年，要完全提出一個新版、而且是更積極的一個方案。這是怎麼發生的？

2009年英國的前前政府提出一個國家政策—Living Well With Dementia: a national dementia strategy，這是當時2009年至2014年的計畫。當時英國診斷出來的失智症比例大概是三分之一。就是老年人口中，患有失智症，然後被診斷出來，大概是只有三分之一。到2012年，前英國首相David Cameron（卡麥隆）認為，原來的國家政策，還不夠積極，所以提出「Prime Minister's challenge on dementia」。除了把整個政策做了大翻修以外，隔一年（2013年）還推動了世界八大工業國（G8）部長會議、召開高峰會，要讓全世界認識失智症這個問題的

嚴重性。從英國推動G8失智症高峰會開始，2015年在日內瓦再推出WHO的首屆部長級會議。所以今年我們所看到的2017年5月的行動綱領，事實上是來自於2015年他們所做的事情。他們清楚發現過去10年、20年，世界各國所做的，可能不夠，或者是相對應的，應該可以更積極。

2017年的WHA(世界衛生大會)，當然對於我們國家來講，是相當大的新聞，因為我們就是沒被邀請進去。英國前首相David Cameron在行動綱領上扮演重要的角色，我們也期待新的行政院長，能有這樣的魄力做到這件事。

再來探討兩大議題—預防及發現。先從預防開始。因為失智症不是一個單一疾病，所以很難集中預防。我們知道，肝癌跟肝炎有關係，那肝炎的預防可以減少肝癌。所以不同的因子之間，有危險因子及保護因子的相互影響。假如我們真正好好地把這些確定的危險因子再做預防的話，是否可以減緩失智症的發生，這是非常重要的。事實上，目前已有國家開始推行，就是芬蘭2015年所做的。他們非常積極地從「營養」、「活動」、「認知訓練」以及「代謝因子的處理」等4個面向介入。經過2年他們發現，確實，被納入進來的個案，認知功能是會進步的。這目前已有實證根據，即有很認真做的話，（失智症的減緩）是會進步的。

早期發現與早期診斷、篩檢有2個不一樣的部分。我們簡單做了一個網路調查，並在幾個禮拜前整理出數據。大概就是90%以上都希望自己如果有症狀的話，那在早期診斷的時候，希望被告知。它的理由包含可以早期做治療、進行生活安排、財務規劃以及避免造成家人負擔等。

可是，反過來，是不是可以做全民性的篩檢？這又是另外一個議題了。我們參考加拿大、英國、美國的經驗，事實

上，這些國家根據自身這幾年的經驗，提出了他們並不建議（做全民性的篩檢）。英國政府在「Recommendation against national dementia screening」一文中主張，失智在發生之前，這段時間是相當長的。因此，這段時間進行篩檢，可能會造成相當普遍地「假陽性」（即「分數不及格，但卻又不是真正失智」）的情形。

今天是一個很好的機會，因為是在一個國家級的場合。我們希望提升全民對於失智的認識。當然對於早期症狀的瞭解及診斷，是重要的。目前已經有全國性的失智症共同照護中心，這對於智能的保健，我想是一個好的模式。未來在年底，可能有新版的防治綱領，希望這個綱領可以更具體，類似WHO的綱領一樣，這是我的建議。謝謝。

二、陳俊佑（失智老人基金會社工主任）

院長、副院長，各位委員，在座各位先進，今天應該稱呼大家「各位未來的老人」，大家早安。其實這是一個祝福，上個月我有兩個身邊的夥伴，一個是我的學弟，因心肌梗塞離開了；這個月是一個比我小4歲的同事腦溢血走了。所以我們能夠活到老，其實是一個很幸福的事。儘管大家都很害怕失智症，失智症沒有解藥。

剛剛委員已經講了，這個病已經有100多年的歷史，可能在中國更早。因為以前有一個故事是在講老萊子綵衣娛親，應該就是在講失智症的故事。

由於失智症目前沒有辦法醫好，所以大家都很害怕。我們以前都說，可能學歷不夠比較容易失智，但其實連高學歷的諾貝爾物理學獎得主也失智。其實這個病，就是存活8至10年。雷根1994年發病，2004年過世，10年；柴契爾夫人2008年中風，2013年過世，5年的時間。所以大家對這個病都是相

當害怕，而且這個病造成家人非常大的負擔。這點我們可以從2012年嘉義的孝子把母親勒死的新聞看出來。

剛才委員有提到，我們有拍攝了「被遺忘的時光」紀錄片，希望大家對於失智症，能有多一些瞭解。片中有一位王老師，也是跟柴契爾夫人同年過世。

這樣事件的發生，把我帶到一個非常憂鬱的狀況。我們做了失智症的照顧，做了十幾年，可是看到愈來愈多這樣的悲劇。我要非常謝謝今天在座，有一位聯合報的好朋友，洪淑惠記者，大家應該要給她一個掌聲。因為當這些事件在發生的時候，淑惠跟我在聊，我們說我們該做一點事情。我們應該把名人中，家裡面有失智症患者的故事，讓大家有更多的瞭解，讓大家知道，這不是一件丟臉的事情。我們家裡有失智症患者，我們有權利去找尋適合的資源來協助他們。蔡英文總統也告訴我們，她的母親失智；當年的行政院長（指江宜樺前行政院長）也告訴我們，他父親有這樣的問題。我們的委員（指江綺雯委員）也告訴我們，甚至我們待會兒要跟大家回應的譚姐（指譚艾珍女士）也告訴我們大家。其實，這是一個大家都會遇到的問題。這個專欄，一個禮拜又一個禮拜地登，登了2個月。其實我的憂鬱狀況，愈來愈嚴重。為什麼？因為其實是每個人都可能會遇到這個問題。所以，我很謝謝委員（指江綺雯委員）今天給我的題目：「假如我得了失智症」。

失智症不是到65歲突然發生，失智症應該是發生在我這個年紀。我今年47歲，也到了中年。其實是從40歲開始，就有一些疾病的累積。在葉醫師（指葉炳強醫師）的文章有告訴我們，哪些是危險因子。2013年的時候，湯老師（指湯麗玉秘書長）曾找來國際失智症協會理事長演講，那是一場綜

合各國研究成果的演講。我也發現到，我的外婆有失智，然後我那時候又有憂鬱問題，加上我又肥胖，所以我應該是失智症的高危險群。另外，衛福部的研究也告訴我們，目前26萬失智症患者中，到民國125年時，也正巧是到了我65歲時，我們失智症人口將會成長至57萬。我告訴我自己，我絕對不要變成那50幾萬裡面的人。我也希望失智症患者的數字，不要攀升，而是能夠下降。那應該怎麼辦呢？

我要邀請各位來做一個小遊戲，有幾個題目要問問大家。如果你目前小於47歲，那你的失智風險，是0分。不用筆記，請記在腦中就好。幸好，我目前46歲。如果你的教育程度少於7年，目前在座各位一定是10年以上。然後如果你是女性；男性比女性的危險高。以前我們都知道，女生的失智人口多；其實是因為女生活得較老，所以男生是比較危險的。再來，你的收縮壓是多少呢？我昨天晚上量了一下，我的收縮壓120mmHg，舒張壓75mmHg，應該算是正常。身體質量指數，好，我終於有1分了（指大於30Kg/m²）。另外，膽固醇，我最近的員工健康檢查，檢查結果是168mg/dl，所以我也在0分。如果你自己有超過的，自己要記得。還有一個很重要的，就是你有沒有在運動。臺灣人，現在的工作時數都太長，我們知道太多可以預防失智的方法，可是我們都沒有做。所以我自己預估，在未來，會有愈來愈多人罹患失智症，其實是有道理的。目前我禮拜一晚上打太極拳；禮拜三、四、五這3天，我找2天，夏天可以去游泳，也可以去健身。所以我應該也是0分。至於有沒有載脂蛋白的對偶基因，我不曉得，就假設很不幸地，我有好了，剛才1分加上2分，目前我是3分。

目前，各位自己計算起來，如果你的風險，是在9分以內的話，那恭喜你，未來這20年，得到失智症的機會是0.3%；可是如果你已經有10分至11分，那10年內你便有23%機率會

成為失智症患者。剛也有提到，採用全民篩檢的方式來檢查失智症，可能不太鼓勵及建議，因為這會耗費太多成本。我們從民國92年開始提倡篩檢，但找不到一個適合的工具；可是我們仍建議大家，自己都要有警覺，因為這不是別人的事，是我們自己的事。

日本的失智者（指佐藤雅彥）告訴我們，即使得到失智症，也不要放棄人生。「被遺忘的時光」紀錄片裡面，有一個很可愛的水妹奶奶；她是原住民族奶奶，我們已經照顧她10幾年了，這是9月21日，國際失智症日的時候，我們做的一個活動。其實她現在的語言功能，比10年前我們照顧她的時候更好了。因為她是血管型失智症患者，不是所有的失智症都會走到最後，我們需要讓他們活得開心、溫馨、安心。

美國的研究也告訴我們，其實我們的大腦都在萎縮、退化。我最近有一個年紀相仿的朋友，他告訴我說，他去做電腦斷層，也有發現，他的腦部裡面有許多的鈣化，也就是學名「類澱粉的沈澱」。其實，很可能，你我都有，但我們要想辦法讓它不要變成失智症。

這是在民國99年的時候，我幫衛福部辦理一個重陽慶祝活動。我到全國各地去挑選臺灣的長輩。以前我們看到北歐的老人家80幾歲翻筋斗，我們覺得很厲害，其實我們臺灣的老人更厲害，不是只有翻筋斗，他還會唱王昭君。這是趙慕鶴爺爺，今年已經106歲，還在唸書。

如果我們要讓自己不要失智，剛才葉醫師也已經告訴我們，沒有單一的方法，也沒有一個方法告訴你一定可以（不會失智），可是我們想辦法讓自己延後失智症的發生，我們要做的，就是這些事情。打「X」的就不做。時間的關係，我就不多說了。

我們認識一個長輩，林添發爺爺。他在16年前，開車出門會睡著，是後面的駕駛鳴按喇叭將他喚醒。他有很多失智的症狀，他去醫院做了很多檢查，醫生掃過電腦斷層，確定診斷之後，給他一個疾病名稱：「初老期精神疾患」。他跟醫生說：「糟糕，我要瘋了嗎？」醫生說：「這不是要瘋了，這是失智症。」林爺爺說：「那這樣更慘，我會有一天連自己都認不得，那怎麼辦呢？」

林爺爺決定開始打太極拳，開始學習、去做志工。他也是看到跟聽到趙慕鶴爺爺演講、以及趙爺爺在96歲時去唸書、98歲時拿到碩士學歷。林爺爺決定，自己要跟趙爺爺一樣。所以他就在失智10幾年後，去南華大學唸書。當然，在這過程中，家屬很辛苦。包含兒子先把工作辭了，然後陪著他去學校上課。一年後，林爺爺開始可以自己去學校。最近有一個報導，在講林爺爺已經完成了碩士學位，我嚇了一跳。趕快打電話給他媳婦，她告訴我，林爺爺真的唸完碩士學分，只剩下把論文完成，就可以拿到學位了。所以，這是林爺爺，已經失智16年。

而Kate已經21年了。我想，這樣的例子都是有的。我也想，不能只靠政府，監察院最近也做了一些調查報告，指出我們照護要多做一些努力。可是我覺得這件事情，應該是我們大家要一起努力。

湯老師在推廣「失智友善社區」；我覺得我們也應該要成立「預防失智」的社區。怎麼做呢？我們做一些生活型態再設計的活動，包含去美國取經、針對高失智等高危險群，我們也用了一些方法。本來有影片，但時間上的關係，沒有辦法給大家看。大家可以上我們基金會的官網觀賞。從現在

開始，我們就要注重知能成本，未來才不會真的失智。好，以上跟大家分享到這邊，謝謝。

三、凱特·史沃弗 **Kate Swaffer**（國際失智症聯盟主席）；湯麗玉（台灣失智症協會秘書長）譯

各位貴賓大家早，很感謝今天讓我有機會來這邊跟大家分享。謝謝院長、副院長及江委員的邀請。

今天這個演講發現，我們不要太老；另外就是回家後不要看電視、不要玩手機，應該要花更多的時間與孩子相處，這對我們未來才有更多的幫助。

今天的主題是失智者的人權。「國際失智症聯盟」DAI是一個全球性的組織，也是為失智者代言、支持性的團體。這個團體只有失智者才能參加，我們為全球失智者發聲，表達他們的意見。我們與ADI，即「國際失智症協會」具有合作關係，一起表達全球失智者的聲音。整個DAI大概有4,000多位失智者會員，代表42個國家。失智者的年齡從18歲到93歲都有。

對於失智者，我想表達的是要看到這個人本身，而不是只有看到失智者「失智」的部分。

我創了一個名稱，叫做「退場機制」或「退場處方」。在被確診之後，醫生及護理人員告訴我：請回家做準備；臨終前很多事情，現在就可以開始準備了。Kate回想當時還有2個孩子，也還在念碩士班。沒有人告訴我，要如何與失智者相處，如何繼續好好生活。

這樣的處理方式，付出的代價是一失智者與家屬，他們更沒有希望。失智者成為受害者，且更失能了。家人也把他的權利剝奪，幫他做很多決定，這使他們感到無助。

在澳洲，目前大概有41萬多名失智症患者；到了2051年時，將會有120萬多名失智症患者。每年在處理失智症所投入的成本，大約是146.7億澳幣（相當於新臺幣3,667億元）。

世界失智症理事會，即WDC，也聚焦在降低失智症風險的實證研究。能夠有健康的生活型態，包括減少肥胖、降低血壓、降低血糖、降低膽固醇等，增加運動，或學習新的事務，減少社會隔離、減少抽煙、減少喝酒等，這些事可以降低失智症的風險。

在澳洲，有一項研究報告，如果從現在開始非常努力降低失智症風險的話，那2051年將有機會減少26萬失智症人口；而且也會省下1,203億澳幣，相當於3萬多億（即3兆多）新臺幣的成本。

1948年聯合國簽署了人權宣言，而在67年後的2015年，OECD（經濟合作暨發展組織）提出「Addressing Dementia: The OECD Response」。報告中提到，在已開發國家中，失智症跟其他疾病相比，是受到最差的照顧。

從人權的角度，我們不斷為失智者倡議。失智者在確診後，需要很多的復健服務。

就像前面的講者提到，今年（2017）WHO通過全球失智症行動計畫。

這對我們是一個新的概念。WHO已經正式認定，失智症的症狀，是認知上的一種失能，就像其他身心障礙一樣，失智症就是認知功能的失能。

因此，我們主張，失智症未來其實應該要有新的路徑，來面對失能，提供失智者更多支持，包含即時診斷。另外，Kate提到，就像血壓、血糖一樣，這些是必然要檢測的項目。而失智症也應該成為常規中應該要檢測的項目。

我很幸運能在很早的時候被發現，而且也是在年輕的時候被確診。很多腦傷的個案，在確診後，可以獲得很多的復健服務。我認為失智症也是一樣，應該在確診後，獲得很多的復健服務。我覺得自己很幸運，在確診後，能夠有機會獲得復健。

所以失智者需要即時的診斷。在診斷之後，能夠立即接受失能評估，提供所需要的支持，以維持獨立的生活，愈久愈好。

經過這樣的評估及支持服務，包括對失智者及其家屬，還應儘量維持失智者診斷前的生活型態。年輕人應儘量維持在工作場域上，這對他們最有幫助。

同樣地，在友善社區這部分，希望友善社區接納失智者，並邀請失智者共同參與活動、能夠到任何他們想要去的地方，就如同我們提供無障礙空間給坐輪椅的身心障礙者一樣。

WHO這項全球行動計畫對於政府、民間團體及整個社會都已做非常好的定調。政府跟民間團體、社會、失智者及家屬們，必須要成為一個夥伴的關係，一起來制定國家的失智症計畫，最重要的是，必須以失智者的人權為基礎的工作模式。

臺灣有很獨特的角色及能力，在失智症這個領域去領導全世界。臺灣不但有西方最好的醫療水準，而且有東方很好的哲理或方法，包括中藥等。相信臺灣在這個領域可以發展得非常好，未來在全球，也可以居領導性地位。謝謝。

回應人發言內容

譚艾珍（資深藝人）

在大家移動時，先向各位問好。

我很幸運，有照顧2位失智長者的經驗。現在先請教一下，我在18歲的時候，我父親失智，那麼距離現在45年，請問我幾歲？沒有人說嗎？（現場觀眾：18歲。）關於失智症的狀況跟種種照顧現象，我就不在寶貴時間內向大家一一說明。另外向大家致歉，因為我都在忙著演舞台劇，所以沒有書面報告；如果需要的話，我一定會後補，謝謝。

在這個舞台劇裡面，爺爺失智了。身為中年的兒子與媳婦，上有年老的父母，下有子女，他們是夾心餅乾。所以他們沒有辦法，也沒有能力；奶奶年紀也大了，也沒有能力體力再照顧爺爺。這個時候就要依靠外勞。那麼到最後呢，這個外勞照顧爺爺照顧得非常好，所以飾演失智的爺爺，他叫做陶傳正。他就會常常認為Eny（指認為Eny是媽媽），也是這齣舞台劇「我的媽媽是Eny」的名稱，這是一齣歌舞劇。在這個劇中，我們可以看到，對於失智老人的人權，是有注重的，因為他在家庭裡面得到非常好的照顧。

上一場的專家特別說到，過去的經驗與技能，是沒有辦法複製到未來的，因為我們的社會結構、家庭結構、價值觀等，都不一樣。我18歲的時候，父親就是很典型的糖尿病中風、高血壓所引起的失智。最需要照顧他的人，就是他貼身的親人。所以那個時候的我辦休學，然後24小時在父親身邊，陪伴、照顧他。從臺大醫院處理好糖尿病截肢問題，陪他回家，照顧了很長一段時間。他在家裡面的時候，呈現失智的狀態，到最後因為血壓太高而中風，送到耕莘醫院。最後在天主慈愛寵召下，在耕莘醫院離開人間。這個是一段很寶貴

的經驗，因為24小時在父親身邊，他都叫我「小姐」。他不認識我，但是他非常喜歡在這位「小姐」面前讚美他的女兒譚艾珍。所以我也覺得辛苦是有價值的。後來，父親在這樣的照顧之下，所謂失智老人的照顧人權，因為最貼心的孩子在身邊照顧他，我放棄學業，我甘願，這是沒有問題的。

我的婆婆，她有5個兒子、5個媳婦，公公是中興大學的英文教授。她其中一個兒子、媳婦在美國NASA工作，家庭狀況非常好，婆婆也是在教會非常活躍的志工，一個禮拜起碼在教會裡面為大家服務3至4次。回到家後，因為她的兒子、孫子、媳婦常常都要回來吃飯，所以她又忙著在家裡面照顧所有家人。她是一個很充實、快樂的奶奶。後來為了大兒子及媳婦，全家移民到美國去。公公的英文很好，早上吃完早餐，就出去串門子，兒子媳婦都在上班，孫子也去學校。這時候婆婆完蛋了，她不會英文，看不懂電視，不會用所謂的最先進家電用品。她的價值感，突然之間，沒有了；她的存在感，也沒有了。她最害怕的，就是有人按電鈴。因為如果有人按電鈴，她不知道該如何出去應對。就在這樣情況下，她呈現很嚴重的失智狀態。在這樣情形下，我提醒他們說，趕快搬到有華人的地方去住。從一個高檔的社區，搬到華人區，但是，病情只獲得稍稍延緩。於是我提醒大哥、大嫂，趕快回臺灣。

回到臺灣後，大家輪流照顧。我也很感恩我的婆婆，她只讓我幫她洗澡。所有的媳婦裡面，她只有在我面前全身脫光光。在脫光光的時候，我婆婆最喜歡在洗澡的時候跟我聊天。可是她在聊天的過程，我幾乎沒有感覺到她有什麼智能障礙，但她的生活是失能的，她跟我談了很多的話。

所以呢，針對這2個不同的狀況、個案。我今天說他們是個案，是因為我已經抽離了。那麼在這3、4年的時間內，我放在一個學習、是什麼學習呢？是一個深層心靈引導學習。我也回想，一切歷歷在目，雖然說距離父親離開，也已經45年，但說過的話、做過的事，我都很清楚地記在腦筋裡面。對於婆婆所有跟我說過的話，我也記得很清楚。我發覺，他們有一個共通點，今天在座有這麼多專家，我正好也提出質疑；我跟（陳）俊佑（主任）也曾經提過這樣的部分。

因為大家會放在生活，還有身體、生理的照顧上面。但是心靈層面，我發覺，我的爸爸跟我的婆婆，他們除了血糖過高、血壓過高之外。我在這邊特別提出，糖尿病跟高血壓，不一定會失智。像我媽媽活到95歲，她每天像FBI一樣。可是，為什麼我的婆婆跟爸爸出現這樣的狀況？他們在失智之前，有一個共通點，都是極度恐懼，非常非常地恐懼。恐懼，然後焦慮、憂鬱，最後失智。他們恐懼的點，不一樣。父親的恐懼來自，他回想到戰爭時期，他很多的戰爭殘酷心靈創傷，也就是心靈印記，在他的身體抵抗力非常弱的時候，這些從前他覺得他能挺得住的種種殘酷現象，全部浮現在腦海裡面。每天不斷重複講的，是戰爭時各種恐懼現象。

我們常在講，心靈的創傷印記，不一定存在於被害人，加害人也是會受到影響。因為他必須要保衛國家，他必須殺了很多人。所以到最後，他每天晚上叫我把窗戶跟門的縫，都要用塑膠袋貼起來，他說「他們」通通從那個縫爬進來了。那麼我陪伴他經歷很長的這段恐懼狀態，接著，他開始失智了。

那我的婆婆，就是我剛講的，她到一個陌生的環境，她非常地害怕、很恐懼，接著開始呈現憂鬱的狀態，最後她也

出現失智。我在想，會不會在心靈層面，因為我們年紀老了，我們的身體抵抗力弱了，我們的心靈抗壓性也變弱了，所以是否人本能地啟動一個自我保護程式。我們關門，我們把對外連結的門、窗戶關了起來，最後把自己關在房子的最後角落裡面，那個時候會覺得「安全」，對不對？因為在那個狀態下，我覺得最安全，所以我不必跟任何人事物做連結。

因為我在10幾年前就參加「天主教失智老人基金會」失智照顧者的關懷活動，一直很感恩且延續到現在。我們談到預防，也非常謝謝Kate給我們一個希望，失智後，還是可以透過很多醫療，讓它延緩、甚至比較好。我就在想，如果，我當年懂得的話，我一定可以幫我父親做心靈深層引導，讓他很勇敢面對自己曾經受到的創傷。我們需要很大勇氣，才能面對過去的我。那麼，如果是我的婆婆，我也可以引導她，然後去釋懷，釋懷大家把她一個人丟在家裡面，讓她獨自去面對孤獨、恐慌這樣子的一個環境。

如果說，我們撫平曾經的心靈創傷、印記，甚至於把它淡化的話，會不會更延緩我們的失智症狀？所以我在這邊把我的簡短經驗跟疑問提出來，交給各位專家，我們一起來朝這個方向研究。謝謝。

綜合討論

主持人江綺雯委員

非常謝謝葉醫師，他把跟國際同步的資訊向大家介紹。他還沒有提到他怎麼治療、因應這些失智者、家屬。俊佑提供如何從快樂當中陪伴失智家屬及患者，能夠享受快樂的時光。各位好像看不太出來，其實Kate有失智，但她不但把書讀好了，而且還組織了全世界、國際性的失智者聯盟。今天

她很樂意來到這裡，是因為她覺得這是一個平台，她願意用這個平台跟我們做夥伴關係。我們院長也是醫療的專家，昨天跟Kate談了一個多小時。艾珍呢，各位可以看到，她用談笑的方式來說明她如何照顧她的父親、婆婆；其實，艾珍沒有講到辛酸面。但是她跟我也有同樣的經驗，就是我們常常在想，「如果我知道，當時可以怎麼照顧我的親人，會比較好」。但是，大部分都是過去式，所以今天也是一個機會，讓他們為我們提供經驗，同時也請大家來做回應。還有我們湯麗玉秘書長，她是「台灣失智症協會」的秘書長。另剛才提到「國際失智症協會」，這是國際性的，由90幾個國家參與；參與者皆需是國家代表，湯秘書長就是臺灣的國家代表。Kate，她除了創辦「國際失智症聯盟」，提供純失智者加入外，也應邀參加能影響WHO政策，在開部長級會議時，可以為失智代言的「國際失智症協會」，也就是湯麗玉秘書長代表參加的同一協會。他們（指Kate Swaffer主席及湯麗玉秘書長）兩個人，都是「國際失智症協會」的理事。一位是代表失智者（Kate Swaffer主席），另一位是代表臺灣失智界（湯麗玉秘書長）。這樣的兩個角色，今天同時來到監察院，使得這場研討會非常國際化。

我們現在進行回應，需要發言者，請舉手。

提問人一

謝謝監察院提供這麼好的機會。我在此，於公於私，藉這個機會，先向湯麗玉秘書長說聲謝謝。因為當初發現我的母親失智時，她已經是中度（失智），但也因為（湯秘書長）的課程，讓我陸陸續續瞭解失智，也感謝她的課程，讓我能陪伴我的母親20年，這20年來，也謝謝她老人家，給我做完這個功課。現在於公要問的問題是，是否有開設失智專業人

員這類的培訓課程，如果有的話，如何參加？如何報名？想請教湯秘書長。謝謝。

湯麗玉秘書長

謝謝。您也很棒，20年可以把家人照顧這麼好，應該要給予掌聲。您提到的照顧訓練課程，我們一直持續開辦。至於「專業」課程，也有很多團體在辦，包括「天主教失智老人基金會」。如果想要知道這些照顧課程的資訊，可以上「台灣失智症協會」或是「天主教失智老人基金會」網站，都可以查詢到。另外我知道衛福部在今年年底時，也會完成失智症照顧課程的人員訓練，包括醫療專業人員、區服務員、家屬等的認證制度。明年會大量推廣這類課程，培訓更多具有失智症照顧能力的人。另外剛才江委員提到，其實，代表臺灣的是「台灣失智症協會」，而非我個人。當我不是秘書長時，我就不是那位代表。所以是「台灣失智症協會」為「國際失智症協會」的正式會員。我跟Kate都是「世界失智症理事會」的理事。在「世界失智症理事會」裡頭，總共有全世界24位理事，Kate是患者的代表，另外還有一位也是失智者的代表；我是那24位理事中，唯一的華人。

主持人江綺雯委員

所以今天真的很難得，能夠請到他們一起來，真的是非常國際化。剛才湯秘書長有提到，「天主教失智老人基金會」有專業培訓課程，陳俊佑主任是否也回應一下，讓大家能有機會瞭解。

陳俊佑主任

謝謝委員。天主教失智老人基金會有一個口號，也是委員所創，就是「認識它、找到它、關懷它、照顧它」。從早期的宣導，到專業人員的訓練。我想，臺灣現在針對失智症

的專業訓練，也是愈來愈多，包含很多企業，也都一起在做國際的宣導。針對專業人員訓練部分，其實要看目的，比方說，你今天是希望在失智症的機構裡面擔任專業人員的訓練，那有課程；另外像居家服務的部分，也有課程。所以接受訓練，不是只有取得受訓機會，而是希望投入直接照顧服務的工作。我想，臺灣目前在整個長照領域中，最欠缺的就是人力這塊。不管是在第一線的照顧服務員、專業人員這塊，我們都呼籲可以有更多人投入。訓練並不困難，重點是繼續在這個領域內的堅持。謝謝。

提問人二

剛剛聽了各位專家對於失智症相關的指導，我想請教 Kate Swaffer，因為她遠從澳洲來，同時也是失智症的個案。她有提到，確診後要快速復健及營造一個友善的社區，不曉得，以她的實例來說，她遇到的友善社區，給了她什麼樣的幫助？是否能與我們分享？謝謝。

Kate Swaffer

對失智者來講，希望能住在自己家裡，愈久愈好；另這個社區對失智者而言，是歡迎及包容的，並且讓他們能參與很多社區內的活動，也包括能及早確診，及提供各式各樣的醫療服務。換言之，並不是說，今天患者失智了，所以很多東西都不用、很多檢查也不需要了。所以，友善社區所指的，不僅只是讓社區民眾對失智症有更多的瞭解，而是失智症者希望像一般人、一般身心障礙者一樣，該有的人權與服務，他們都需要有。

主持人江綺雯委員

再請湯秘書長補充，什麼是友善社區。

湯麗玉秘書長

先前Kate有提到，就是當初她確診時，她感受到一個問題，就是醫生都只跟她先生講話，不跟她講話。這件事情，對臺灣的失智症患者來講，也有同樣經驗。當被確診時，醫生只跟家人講話，不跟他們（患者）講話。於是他們會覺得很奇怪，今天到底誰是病人。另外，有一位患者也提過，「我昨天還可以下樓去丟垃圾，今天我被確診後，太太就不准我下樓去丟垃圾了。」所以，「確診」剝奪了失智症患者很多生活當中的機會，其實會造成失智者更快失能，而且對自己沒有自信，更加退縮與自閉。所以她（指Kate）希望，是反過來的，即使失智，也應該給予更多機會讓失智者去做，不要因為他做錯，就不給他做，而是怎麼幫他可以做到、給他一些支持，他就可以做到。就像說，她的演講，她事先準備好很多powerpoint，事先我們也有很多討論，來讓過程可以很順利。有一些失智者在演講的過程，旁人會協助他，一張一張的powerpoint幫他往下一頁按。就是一些協助的過程，讓他自己也可以「做得到」。這也是目前「全球失智症聯盟」所主張的，希望能夠維持失智者獨立、維持居住在自己家裡，甚至是維持他的工作，維持到他確診之前，他就是繼續這樣子過日子，不因為診斷就剝奪他很多的機會。

主持人江綺雯委員

剛才才有提到，失智者被確診後，醫生都不會跟患者講話，只跟家屬講話，到底誰是病人？葉醫師，是否請您也回應一下。

葉炳強醫師

謝謝。我想這大概是一個很常見的現象。我們都有這樣的經驗，目前醫療制度都很注重作業流程，都需要相關紀

錄，才能申請到相關的健保給付或者避免被告等。所以大家的經驗多半是，到醫院就診時，大部分時間醫生是看著電腦，沒有看著病患。那我想，這要回到從醫療教育談起，還有對於失智者醫療在看診時的訓練以及應該有的態度。當然，剛才也有提到，非失智患者去醫院看病，都會覺得不受尊重，因為醫生並沒有常常看著你，所以這點，應該是要從更基層、訓練年輕一輩的醫學生作好溝通，從看病時做起。另外，我會強調兩件事情，第一，跟失智症患者及其家屬溝通，應可以從所有醫護人員（包含醫生、護士、跟診的同仁、物理治療師、職能治療師等）在學校時期時，就開始訓練。另外在醫療過程，應該要有充分時間，所以目前在推廣的記憶門診、失智門診，因為可以控制看診人數，也讓醫生能有較多時間，真正做到關心病人、關心家屬。我覺得這也是未來我們應該要更努力的部分。以上是大家到大醫院看診時，一定會碰到的問題。因為很多人都要到大醫院掛號，所以這個時候對醫學中心就很困難，醫生也很有壓力，假如看失智的醫療院所更普及與回歸基層就比較可以解決過度集中的見象。這是一個循環，也是整個體制應該要改善跟探討的地方。

譚艾珍女士

我用2分鐘回應一下關於友善社區的部分。剛好這兩天我接到慈濟大林醫院曹醫師寄來的影片，我分享2個個案。在嘉義地區，一個個案是爺爺失智，奶奶中風，由女兒照顧。這位女兒每天固定把2位老人家推到大樹下，而整個社區，因為鄉下，所以老人較多。他們將菜園採收的蕃薯葉，整堆交給奶奶；另外，整包大蒜，交給失智的爺爺。他特別拍了爺爺剝大蒜皮的影片，爺爺剝得非常好，他非常專注地將大蒜剝

好。所以，透過整個社區很友善的共同照顧，其實也減緩很多照顧者、家屬的心理壓力及負擔。

另外，也辦了一個團康活動，參加的都是失智老人，症狀輕重不同。大家拿報紙，圍著一圈，撕一張給你，祝福你，健康快樂；另外再撕一張，祝你開心。有的人，話講得清楚，有的則無法。最後，撕下來的報紙，滿地都是，大家再把碎紙拿來丟得滿天滿地。這個快樂的團康活動結束後，這些老人家看上去，感覺比一開始進場時更活絡了。就是這個社區，如同民眾服務中心，大家認同讓失智老人在這樣空間去胡鬧，其實這就是一種刺激與活化。好像在都會區「比較少」這樣的現象，反而在嘉義、雲林一帶較多。所以我們也可以參考慈濟大林醫院的作法，謝謝。

湯麗玉秘書長

不好意思，1分鐘時間。我覺得在未來，應該要走到下一個階段。過去的階段，我們對於失智的看法，其實是癡呆；但這已經是中重度之後的失智狀態。其實應該是由葉醫師講，會比較準。以我個人的經驗來說，剛才譚女士所提到的，之前她父親在開始恐懼、焦慮跟憂鬱階段時，其實也就是在失智的最早期。我們現在希望的就是，在最前面時就確診；確診後，能夠像Kate說的，開始復健，並像她一樣可以保持這麼好，一直在極輕度的狀態，這樣才有辦法減輕家庭、社會的負擔。那未來失智人口，這麼快成長的情況下，這是必然要去努力的方向。未來我們都有機會碰到失智問題，我也期待有一天我開始失智時，可以像Kate一樣，保持這麼好。謝謝。

陳俊佑主任

好，我也回應一下葉醫師的部分。因為以前我們覺得很無奈，25歲以後，我們的大腦就開始退化，可是現在有愈來愈多研究發現，其實我們的海馬迴細胞，每天都還是有細胞再生。可是我們得努力，它才有辦法讓神經的連結更好。所以為什麼我們要從失智症個案，還有從慢性病預防著手，因為其實健康的人多半不會關心這個事。可是假設在座各位有這樣慢性病、有這樣問題，甚至我們可能是失智症高危險群，那就得從現在開始努力。飲食習慣也好，剛沒有時間詳述，包含靜坐等，對於大腦的功能，都是有幫忙。我們期待大家的努力，未來我們的長照負擔，才不會真的是沒辦法承受。謝謝。

主持人江綺雯委員

我代替大家詢問一個問題。請教Kate的先生，我們國家有身心障礙法，所以我們非常禮遇身心障礙者。當他們坐車的時候，可以有陪伴；陪伴者同時也享有（票價）半價。而關於失智症的禮遇，在我們國家即將調整。因為，對失智症（認知障礙症）的照顧，目前引用老人福利法；現在，將要改由身心障礙權益保障法來推動。因為WHA已經提出失智症與國際身心障礙人權公約結合在一起做的。所以今天，Kate的先生一起應邀來到這裡，我們是否也請Kate的先生談一下，他身為家屬的角色。他如何陪伴幫忙Kate？

Peter Watt

我們對待每一位失智症病人，希望不只看到疾病，還能看到當事人本身。事實上，他在場，作為一名觀眾，他最想問他太太一個問題，就是說，如果在經過早期適當的診斷，

一個失智者是否依然能夠工作？能夠繼續付稅？能依然對國家有所貢獻？

Kate Swaffer

剛開始被確診時，其實我被告知要放棄很多東西。一開始，我確實也是這樣的。然後，Peter會幫我處理很多事情。可是，因為我是一個護理人員，所以也有自己的堅持與意見。後來我就說，不要這樣一直幫我做這些事情，只有當我有需要時，請你再幫忙我。

Peter Watt

我覺得自己比較像是太太的支持者，並不是全權代替她做很多事情。失智症現在還是遭遇一個污名化的問題，希望有朝一日，大家應該要將失智症像糖尿病或高血壓這樣的疾病來看待，失智需要一輩子去共處的。

所以我的太太仍然與過去一樣，而我就是一個丈夫的角色。謝謝。

Kate Swaffer

如果還可以重來的話，我被確診後，基於人權以及現在這些知識，會希望可以被良好評估、有好的支持服務。我的工作可以重新被調整，也就是透過「職務再設計」，讓我可以繼續留在工作崗位。我的駕照，當時也在確診後放棄了，這對我的工作也有影響。所以如果能重來，那這一切大概就會不一樣了。

主持人江綺雯委員

謝謝。目前林雅鋒委員跟我一起努力有關失智與人權的調查案。這個案子涉及到許多部會，有交通部、教育部、衛福部和法務部等，聯手為失智者做到「找到他、幫助他、關懷他、照顧他」。

在此，要謝謝包委員，包委員非常支持這次活動，他非常具有國際觀。請他為我們做一個ending。

主持人包宗和委員

我想這個ending應該是由江委員來做。我今天學習非常多。我對這個議題非常關注，因為自己父親生前，最後也是失智。我覺得，人權這個議題，非常好。而失智者，剛才也有提到，他們在開始時，都非常焦慮、恐懼。但是，有的家人不知道，不知道這是一個失智症開始的狀況，所以有時會覺得很煩、嫌棄。然後，患者也覺得受傷。所以我想，假如能有更多人瞭解失智症的狀況，不只是對患者本人，對其家屬，在剛開始時，用關懷的態度來對待，都是受惠。而Kate女士也許在一開始時，接收到的就是關懷，我覺得她現在非常好，一點都看不出有失智現象。所以我想，可能在剛開始家庭的關懷、關愛，對於失智延緩有所幫助，而這也是失智者的人權。所以我學習非常多。謝謝。

主持人江綺雯委員

最後我講一件小事情。現在失智在人權領域中，已經走進「正名」的討論。早期，我們院長，她在醫療界、內政部擔任首長，在修改身心障礙法時，大家都把失智稱為「癡呆症」。我們院長說，不能稱為癡呆症，太傷人，應叫失智症。而現在也慢慢有一些新的名稱，如：日本則採用「認知障礙症」。院長，您願不願意跟我們講幾句話，您是這方面的專家。

張博雅院長

非常謝謝各位。相信大家對於失智者的狀況，有更進一步的瞭解。我們一般說，「他失智了」，好像代表我們沒有辦法幫忙他。其實，聽到醫師、照顧人員、Kate及譚女士的

分享，我想我們平常就應該要注意。或許我們的親人、朋友、同事，如果在某一方面，有一點奇怪的現象，也許就是失智症的前兆。如果能夠獲得周圍人士或家人的幫忙，可能這個失智的進展，會有所延緩。希望我們今天在聽了這個研討會後，大家稍微注意一下，尤其是對自己的長者、家人多給予一份關心，就能減少他失智的發展。對於全家、對於個人，也都是有福的。祝福大家，謝謝。

主持人江綺雯委員

謝謝院長，也謝謝副院長，我們今天這場次就到這裡結束。謝謝大家。

本場次書面資料

2-0 失智與人權

主持人：江綺雯

監察委員

「我有失智嗎？失智了怎麼辦？大家會怎麼對待我？我的意見能被接受嗎？我還活著，還享有生活權和人權嗎？」這些都是失智患者的處境以及家屬的困惑。我國 97 年核定的「長照十年計畫」已將失智症服務納入，唯績效有限，而今年 1 月啟動另一個十年計畫長照 2.0，是否會如家屬說的：「看起來好像是滿漢全席，但是，看得到卻吃不到」？

失智症是 1906 年德國精神病學家和病理學家愛羅斯·愛茲海默首次發現，而取名阿茲海默症（Alzheimer），至今已過了 101 年，醫學界發現失智症不是單一的疾病，而是一種症候群，症狀不只是記憶力減退，語言表達、判斷力、注意力和抽象思考能力也在退化，至今仍找不到治癒的方法；而衛福部推估目前臺灣失智人口已逾 26 萬人，國發會的推估到民國 125 年將高達 56 萬人，是現在的兩倍。由於增加速度世界皆然，今年 5 月世界衛生大會（WHA）通告：每 3 秒就增加 1 人，於是通過了「失智症全球行動計畫草案」，呼籲各國及早因應此一失智海嘯，以降低失智症對個人、家庭、社會及國家的影響，失智症已成全球公衛主要議題，且進入行動時期。

而在失智患者的人權倡議上也有進展，如我國 1991 年通過的身心障礙者保護法，已將「痴呆」正名為「失智」，而今失智者和家屬對此二字已生排斥，希望學習日本和香

港，改名為「認知障礙症」或「認知失調症」；又如在世界衛生組織（WHO）中極為活躍的兩個民間組織：「國際失智聯盟（Dementia Alliance International，簡稱 DAI；2014 年成立，會員是來自世界各國的失智患者，有 4,000 多人）以及國際失智症協會（Alzheimer's Disease International，簡稱 ADI；1984 年成立，由全球 90 多個會員國組成），二組織針對失智人權去年合作，在 WHO 部長會議中提出三大訴求：

- 一、我們有權享有更合乎道德規範的照護，包括確診前後的照護及復健治療。
- 二、應當以「身心障礙權益保障法」與「聯合國身心障礙者權利公約」為基準，享有與他人相同的人權。
- 三、失智症的相關研究應給予照護與治療同等的重視。

監察院非常重視人權尊嚴，今年針對前 10 年實施的長期照顧計畫的實施績效，進行調查²⁰，提供政府作為十年計畫長照 2.0 的殷鑑和精進，並在本院人權保障委員會舉辦的年度研討會中，納入「失智與人權」議題；在接軌國際部分，特別邀請前述兩個國際組織的主席來院訪問，ADI 的主席 Glenn Rees 已於 106 年 8 月 28 日來訪，帶來 WHO 的行動策略，而 DAI 主席 Kate Swaffer 更親自參加本院今天舉辦的 106 年老人人權研討會，以親身經驗分享對失智者人權的奮鬥，及接軌國際的經驗。

祈願經由本次人權研討會，能激發國人與政府合作，朝「認識他、找到他、關懷他、照護他」的方向共同努力，提升對失智症認知和友善的環境，支持失智症家屬及照護者，為失智者爭取尊嚴與人權。

²⁰ 本案由監察委員江綺雯、林雅鋒負責調查，106 年 8 月 3 日經監察院內政及少數民族委員會會議討論通過，調查報告公告於監察院全球資訊網，網址為：
<http://www.cy.gov.tw/sp.asp?xdUrl=~/CyBsBox/CyBsR1.asp&mp=1&ctNode=910>

2-1 我有失智嗎？談失智症的預防及發現

報告人：葉炳強

耕莘醫院神經醫學中心主治醫師

天主教輔仁大學醫學系

前言：發現與預防的重要

「失智症」是新世紀健康、公共衛生及社會重要的課題，跟「癌症」與「心血管疾病」同樣是高齡化社會極重要的健康挑戰，因為影響層面從高齡長輩到家庭，乃至社會國家福利照顧，以國家層面該如何面對？

我國於 2013 年衛生福利部提出「台灣失智症防治照護政策綱領」¹，包括「兩大目標」及「七大面向」，第一大目標是「及時診斷、早期治療及降低失智症風險」。現已過了四年，我們在這一大目標的工作是否有達到預期結果？

我們以英國的國家政策轉變為基準，檢視我們是否有更能往上提升的空間，以符合我國在全民健保的政策。本講將重點聚焦在「發現」與「預防」兩大議題上。

英國政府在 2009 年推出「國家失智症政策」(2009-2014) 中提出三大方向 17 個目標，其中「早期診斷與支持」是其中一大方向。據當時的報告，在疾病及照顧的過程中，被正確的診斷為失智症者只有三分之一的個案²。英國衛生部長在報告中說明：「以前低估是常態，在過去，甚至認為沒有告知患者失智的必要！」

2012 年，前首相卡麥隆所領導的政府認為：為對抗失智症，英國應更加快腳步與能量，雖然按當時的統計正確率全國約為 42%（比 2009 的報告三分之一要增加了許多）。但他以“Scandal”（醜事）形容國家對失智症診斷、瞭解及覺

知的低落水平。卡麥隆於 2012 年 3 月推出「首相對失智症挑戰」的修正政策。對「診斷（個案發現）」、「友善社區」及「研究」三個方向，提出他的願景及行動綱領³。英國於 2013 年更召開世界已開發國家的「G8 失智症高峰會」，聯合資源較豐富的國家推動世界性行動⁴，因而促成 2015 年世界衛生組織舉行「抗失智全球行動首屆部長級會議」⁵。提出失智症的全球 6 大挑戰；其中一大挑戰為對「降低失智風險要有更多的證據」。行動綱領中，呼籲「遵循當前和新出現的證據，推進失智症的預防、風險減少、診斷和治療工作」。2017 年第 70 屆世界衛生大會（WHA）提出更具體的「Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia」（2017-2025 失智症全球行動計畫），明確指出七大行動範圍⁶。

從上述 2009 年到 2017 年的英國及世衛組織政策脈絡，我們看到進步國家如英國對抗失智症的態度及世衛組織的重點，不難發現「預防及發現」兩大議題的重要。

失智症的預防

基本上，我們必須以慢性退化性疾病來看待「失智症」，把預防分作兩個連續性階段，亦即「防止發生」及「減緩退化」。在現階段沒有「疾病緩解藥物」問世以前，預防工作更是唯一而首要的目標，而發展更有效的預防策略是持續的世界性願景⁵。此外，失智症對高齡者健康、整個社會及國家經濟都有重大的負擔及影響，因此，投資在預防的工作上，相信對上述三大方向均可能會有正面而重要的幫助。

預防的困境

「失智症」是一個綜合症候群，並非單一疾病，可能是上百個不同原因而引起的腦部認知功能退化結果，並非像某些癌症成因較明確，如肝炎與肝癌的關係。因此，預防策略上就得挑選重要的種類來進行介入，譬如就「退化型阿茲海默症」及「血管型失智症」兩大類積極尋找出減少發生的危險因子（**risk factors**）。然而，我們知道，最常見的退化型失智阿茲海默症缺乏單一主要成因，較難集中預防的力量。

預防的現況

最常見的退化型失智阿茲海默症（**Alzheimer's Disease**）先天（基因）及後天因素都扮演重要的角色，其後天因素是由許多不同危險因子交錯的結果。在過去的許多觀察性研究發現眾多因素會增加失智症的發生機會，換言之，並非單一因子就會引起失智。按預防醫學的概念分為「主要」及「次要」危險因子，「主要」因子是指單獨存在就有很高的致病風險，因此，只要預防此單一因子就會降低發生失智症的機會。「次要」因子是指單一因子不會有絕對致病風險，必須有多個因素結合才會致病；反之，必須要以多重因素預防介入結合，才能降低發病的風險。失智症比較符合後述的致病模式。

就上述概念來推演，目前就實證研究發現，下列七個因子被認為是失智症可改變（**modifiable**）的危險因子，它們分別是（1）缺乏運動；（2）憂鬱症；（3）中年高血壓；（4）中年肥胖；（5）低教育程度；（6）抽菸；及（7）糖尿病

7,8。因此，近年就上述的可改變危險因子設計了介入性研究，其研究結果，提供了部分線索可資參考^{9,10}。

預防的建議

世衛組織(WHO)2017年WHA行動範圍中的預防倡議：
(1) 提高人們對失智症與其他非傳染疾病關聯性的認識。
(2) 推動國家型計畫整合減少及控制可改變危險因子。(3) 支持有實證根據的多面向介入，以控制危險因子。

按目前的實證研究結果顯示，來自芬蘭的老年介入研究預防認知障礙及失能研究(Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment & Disability 簡稱FINGER 研究)⁹。此研究介入方法有四大面向：(1) 飲食諮詢及衛教(地中海飲食原則)；(2) 運動介入，肌力加強及有氧訓練；(3) 認知訓練；以及(4) 代謝與心血管危險因子的處理。其研究的特點是同時多面向介入及高強度的執行，並確定參與者有高順從性，結果發現介入組與對照組相比較，介入組的確可有效的提升認知功能。

失智症的發現

疾病的發現，代表「早期篩檢」及「正確診斷」，但對於失智症而言，這兩方面都有其難處，因為失智症如上述預防段落所言，並非是單一疾病，要符合現行的診斷條件，本身有明顯的灰色地帶，目前稱作「輕度認知障礙」，就是介於正常與輕度失智症之間，此區域的可逆性或發展仍有許多不確定之處，必須長期追縱，始能清楚認定。而且失智症不同原因的生物標記(biomarkers)或診斷標記仍然缺乏明確證

據，亦即無法以現有客觀檢查方式（如抽血或影像檢查）確診或提高敏感及準確度的篩檢。

早期診斷與接受適當治療的必要性

雖然確診失智症有上述困難，但就臨床觀點而言，早期的正確診斷仍有其必要性，對於高危險群或是有早期症狀的個案，進行確診是相當重要的工作^{10, 11}。

失智症的部分症狀與原因是「可逆的」（reversible）及「可治療的」（treatable）。例如藥物引起的副作用，使邊緣的認知功能停止退步，此症狀是可逆的，只要適當處理認知功能，仍有改善的空間。另外，正常壓水腦（normal pressure hydrocephalus）是可治療的，在早期執行腦脊液的引流，會有令人滿意的成果。

在臨床上，阿茲海默症患者早期接受治療（改善症狀藥物 symptomatic medications），其症狀改善也較顯著。因此，早期診斷對不同的主要致病因素較為容易釐清，對疾病的發展較易掌握。但是，失智症到中、後期的因素界定是較困難的部分¹⁰。

早期診斷的好處

早期診斷能使患者趁還有能力時獲得正確的資訊、資源及支持：如早期參與合適的支持性團體。且因對疾病的正確認知而可作出自我參與、充分的決定及規劃未來，對於個人理財、遺產、家庭事務、法律、長期照顧及安寧等選擇。進一步能提升生活品質，因為失智有別於失能，早期個案仍有

自我覺知，因此對患者的生活品質決定及提升有重要的影響。

現階段失智症可考慮與藥物或非藥物治療的研究，在未來的 10 年可見更重要進步，無論藥物或非藥物治療的研究，對醫學界都有舉足輕重的影響，因此，患者有權利自我決定相關研究的參與，而非依靠照顧者。

全民篩檢的必要性？

既然早期正確診斷如此重要，就延伸出另一議題：是否有進行社區全民篩檢的必要？

以美國¹²、加拿大¹³及英國¹⁴的官方與非官方的公衛、預防醫學組織的觀察，到目前為止，並沒有足夠的證據支持全民篩檢（65 歲以上），況且就現行失智症的篩檢方式，其假陽性率（false-positive）比例甚高，而篩檢出來的個案還要進一步接受常規醫療診斷，就現有的醫療資源並不足以應付初步篩檢陽性的個案。

對於失智症前期（輕度認知障礙）的個案，現有的藥物及非藥物治療並不能提供臨床有效的改善，動用醫療上大規模的經費及人力，並不正確。現階段重要方向，應以提升大眾對失智症的早期症狀及認知下降的了解，並且鼓勵有早期症狀患者有自我提出會診的行動。

建議

從上述對失智症預防及發現的回顧與說明，現階段暫提出個人的建議，作為更高層級的參考。

1. 以國家級衛政單位來提升全民對失智症的正確認知，因為「失智」現象是「疾病」的概念仍未普及。
2. 建立全民對失智症早期症狀的認識，能及早自我或由家屬轉介作早期診斷與治療。
3. 在現有全國「失智症共照中心」積極推動「智能」保健預防模式。
4. 修訂國家級失智症防治策略以符合國際倡議及本土適用，進而推動並整合失智症防治及照顧工作。

參考文獻

1. 衛生福利部（2013）：台灣失智症防治照護政策綱領。
2. Department of Health in England (2009): Living well with dementia: A National Dementia Strategy.
(<http://www.gov.uk/government/publications/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy>)
3. Department of Health in England (2012): THE Prime Minister's challenge on dementia.
(<https://www.gov.uk/government/publications/prime-ministers-challenge-on-dementia>)
4. G8 Dementia Summit Declaration (2014).
(<https://www.gov.uk/government/speeches/g8-dementia-summit-prime-ministers-speech>)
5. WHO (2015): Global Challenges in Dementia.
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179537/1/9789241509114_eng.pdf)
6. WHO(2017). Dementia: a public health priority.

- (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/)
7. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C(2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8) :788-94.
 8. Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H, Johns H(2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers Dement.* 2015 Jun;11(6):718-26.
 9. Ngandu T et al(2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015 Jun 6;385(9984):2255-63
 10. Andrieu S et al.; MAPT Study Group(2017). Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2017 May;16(5):377-389.
 11. Alzheimer's & Dementia Alliance of Wisconsin (<http://www.alzwisc.org>)
 12. Alzheimer's Disease International (<https://www.alz.co.uk/>)
 13. Moyer VA; US Preventive Services Task Force(2014). Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014 Jun 3;160(11):791-7.
 14. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Pottie K et al(2016). Recommendations on screening for cognitive impairment

in older adults. CMAJ. 2016 Jan 5;188(1):37-46.

15. GOV.UK (2015) Recommendation against national dementia screening UK National Screening Committee (UK NSC).

2-2 我有失智怎麼辦？—談失智症的照護及社會資源

報告人：陳俊佑

天主教失智老人基金會社工主任

一、你我都有可能成為失智者？

從美國前總統雷根、英國前首相柴契爾夫人、諾貝爾物理學獎得主高錕先生，到我國 MOD 之母嚴劍琴女士、總統蔡英文女士的母親、監察委員江綺雯女士的公公、前行政院長江宜樺先生的父親、前文化部長龍應台女士的母親、國內治療失智症的權威醫師劉秀枝女士的雙親、藝人張琪女士的公公、譚艾珍女士的父親、郎祖筠女士的父親、李艷秋女士的母親、侯昌明先生的父親、陳嘉樺女士的奶奶……，這些名人或是名人的家人都是~失智者！

根據英國國際醫學期刊《刺洛針》（the Lancet）2017年7月19日的報導：全世界目前有近5000萬人有失智症，這一個數字預計到2030年將增加到7500萬，以及2050年的1億3200萬，其中有很大程度上是由人口高齡化所造成的。失智症不僅因失能及個人的失序造成依賴，同時也會對家庭和其他照顧者有深刻影響，使得他們成為得到憂鬱和焦慮的高風險。照顧失智者的費用每年全球超過8000億美金、到2030年將上升到2兆美金。因為目前並沒有可以治癒失智症的處置，衛生保健系統對於未來照顧失智症者的成本將會不堪負荷。

依據衛生福利部（2011）進行的臺灣失智人口推估中推計：2016年，有26萬人罹患失智症（其中65歲以下的有12,650人）；到了2026年，會成長到超過55萬人；2051年

就會超過 81 萬人。日本人說：失智症是一種生活病！麥可·內爾斯（2017）說：「阿茲海默症是一種文化病！」在日本沖繩，阿茲海默症盛行率一直極低。相反的，為什麼僅僅在過去二十年內，日本本島人民罹患此病的風險激增了七倍之高呢？而且目前仍高居不下。但是在那一段時間，日本的老年人口結構並未出現過於大幅的變化，於是科學家開始尋找原因解釋。結果發現：二次世界大戰之後，日本社會迅速工業化，人民也非常快速地放棄了原有的傳統習慣。生活型態的改變提高了失智罹患風險。這項研究同樣也提供了證據，說明老化並非失智病因，而是因為不健康、不自然的生活型態讓我們在某段人生階段必須親嚐惡果。現代人的生活型態導致你我生活中充滿壓力，我們總是被時間追著跑、睡得少、睡不好、運動少、體內營養素也少。這些林林總總的生活樣態與其結果，終將導致大腦無法正常分解「乙型類澱粉蛋白」(amyloid β -peptide)，進而形成乙型類澱粉蛋白累積，最後加速個體出現阿茲海默病徵。失智症的主要高危險因子，除了遺傳的因素：年齡、家族史、唐氏症候群、血脂蛋白基因第四型 (ApoE4)；最重要的是非遺傳的因素：中年高血壓、中年膽固醇上升、高半胱胺酸水平上升 (Homocysteineg 上升，容易患上血栓症及心血管疾病)、憂鬱症、肥胖、第二型糖尿病、腦外傷 (Henry Brodaty, 2013)。也就是說，只要活得夠老（目前統計超過 90 歲，就有 30%的機率罹患失智症）、或是家人有失智症，最主要是上述的慢性病患者，如果沒有控制好，未來你、我都有可能成為失智者！

在 2014 年的關懷失智症電影《我想念我自己 (Still Alice)》中最傷感的一句對白就是：「我寧願自己得到的是

癌症，而非阿茲海默症。」關鍵在於兩者同屬絕症，罹癌之人還可以憑著自我意志，勇敢抗癌；一旦失智症纏身，你忘了自己是誰，人生形同繳械，如何自主？麥可·內爾斯（Michael Nehls）（2017）指出：根據美國衛生當局專家團隊的說法：阿茲海默症無法預防。2015年，美國阿茲海默症專家謝柯（Dennis Selkoe）曾在《南德日報》提出預防建議，語氣極其嘲諷，預防方法只有一種：「找對父母投胎，還有，別活太久！」

日本佐藤雅彥（Sato.Masahiko）於2005年10月27日被確診為失智者，在他2015年出版的《失智症的我想告訴你們的事》書中自述：「當醫生說出「你得了阿茲海默症」這句話時，我的腦海中一片空白，連提出問題都沒有辦法。當時的我，才不過51歲而已。我前往書店和圖書館，打開一本本有關阿茲海默症的書籍，從頭開始閱讀，努力用功了起來。只不過，隨著知識的增加，我也失去希望。因為不管哪一本書——『得到失智症之後，將逐漸沒辦法思考。』、『將會沒有辦法好好地過日常的生活。』、『總有一天會連自己都不認識』、『意見表達和情感都會消失。』上頭寫的全是這些東西。在這個世界上，失智症應該可以說是一種很恐怖的病症吧？」

二、與失智症共舞—理解失智者的生活

「大約三年前（2006年），我到成大……看病，我向醫師問說：為什麼每次量血壓高多少，低多少的數字，我很用心的背都無法背進腦裡，……醫師就幫我掛診白醫師。……首先服藥一段時間，做測驗，白醫師說：幾個月後再看看。

不多久，我的病更加嚴重，整天愁眉苦臉，一直掉眼淚，老公也不理會我，還大聲罵我。那時，常開冰箱門很久，也想不出要拿什麼東西，關起來再想，洗澡用的水龍頭，左右上下也想不起來，不會作家事了。每天整個腦裏只想頭（投）海結束生命。……回診時，白醫師看病轉壞（壞）說：變化很快，有時會來不及，快安排做各種檢查。報告出來是阿茲海默症，腦血管裏有一棵（顆）腦瘤，腦血管瘤，像耳鳴一樣轟轟妨礙睡眠。……患失智症，日常生活的心理行為有各種妄想，在精神上感到很困擾。……喪失對時間年月日，方向感，數字無法背進腦裡，每件事要靠筆記在月曆上，走路不平穩，失眠等是我的病狀。……」（白明奇，2009），這是一位失智者莊美子女士，親筆寫給白明奇醫師的信，陳述罹患失智症之後的內心想法與真實的生活情境（錯字是原來信中的原文真實呈現）。

曾於英國、荷蘭和澳洲從事藥物及出版行業，亦曾是澳洲政府高級行政人員的克莉絲汀·伯頓（Christine Bryden），在她 46 歲（1995 年）的人生顛峰被確診為阿茲海默症患者，她並沒有被失智症打倒，並成為一個失智症倡權者。為了讓大眾更瞭解失智者的感受，確診 10 年後（2005 年）出版的自傳書籍 *Dancing with dementia*（2007 年的中文版本譯名《與痴呆共舞：給患者與照顧者的分享及指引》）告訴了大家帶著失智症生活有什麼感覺？「我頭腦裡感到朦朧，而且變得更容易混亂。我很疲倦，只想不工作，想回家睡覺。……平常的事情都令我十分緊張，每星期我都嚴重偏頭痛。我會在說話中途忘了自己在說什麼，在上班途中迷路，感到越來越難做決定。……那些智力測驗令我精疲力盡，……我嘗試回憶不同的購物清單和故事時，腦海裡往往只有一片空白。我

們每天都掙扎著應付生活。每天都充滿無數的活動，隨著時間過去，這些活動變得越來越困難。……再沒有任何事情是可以自動完成的。一切都好像是我們第一次學習的。煮食時將東西燒焦，熨衣服時把衣服忘記了，洗衣服時沒有將衣服分類，駕車時變得害怕。……過去只是一片空白，這令人感到陌生和害怕，但你卻對我們感到沮喪。……不單單是失去記憶。我們迷惘，我們的視力、平衡力、處理數字和方向的能力都有問題。……我們感覺不到時間過去或將來存在，因而為過去或將來擔心。」（Christine Bryden, 2005；陳永財譯，2007）每一天，生命都是掙扎！不可靠的記憶、焦慮和痛苦、溝通困難「我想說的是哪個字？數字會都變成一團糟！」孤立、帶著恥辱生活……。我們雖無法想像與體會失智者的世界，但可以看出他們內心是充滿著不安、寂寞、孤獨、被害的、沒有自信，與混亂（水野陽子，2008）。

失智症是一群疾病的總稱，包括退化性失智，包括：阿茲海默症（Alzheimer's disease）、額顳葉失智症、路易式體失智症，還有血管性失智症、與其他因素，包括：營養失調：如缺乏維他命 B12、葉酸等營養素；顱內病：如常壓性水腦症、腦部創傷；新陳代謝異常：如甲狀腺功能低下、電解質不平衡等；中樞神經系統感染：如梅毒、後天免疫缺乏症候群等；中毒：如藥物、酗酒等（劉秀枝，2005）。患者除了認知功能與記憶的問題，還會因為腦部病變的影響，而產生情感及精神行為：憂鬱症狀（depression）、妄想（delusions）、幻覺（hallucinations）、錯認症狀（misidentifications）、日落症候群（sundown syndrome），與行為障礙（behavioral disturbance）：攻擊行為（aggression）、重複現象（repetitive phenomena）、睡眠

障礙（wake-sleep disturbance）、迷路（getting lost）、漫遊（wandering）、貪食行為（hyperphagia）、病態收集行為（hoarding behavior）、不適當性行為（inappropriate sexual behavior）（黃正平，2015）。

以往的華人社會，因為失智者外顯的精神行為，而用「老番癲」、「癡呆」等負面的字眼來稱呼患者。為了要讓患者減少被歧視的感受，我國現任監察院長張博雅女士擔任內政部長時期，於 1991 年正式推動身心障礙者保護法（2015 年改為身心障礙者權益保障法）中將癡呆正名為「失智症（Dementia）」，是全世界的華人社群中最早用失智症來取代癡呆的國家。之後，日本在 1998 年開使用「認知症」，香港於 2012 年改用「認知障礙症」。在筆者 20 多年的失智症照護的實務工作經驗中，真的有遇到許多失智者與家屬對「失智」這二個字是有排斥的。故我國是否要將失智症改為「認知障礙症」、「認知失調症」或「認知症」，是近幾年陸續有國人提出來需要思考的議題。

三、失智不失志，「慢性病自我管理」、「生活型態再設計」 失智症照護露曙光

現年 90 歲「失智不失志」林添發先生：63 歲（1990 年）從台糖公司退休，正享受退休的悠閒生活，卻在 74 歲（2001 年）那年開始出現狀況，常常開車開到睡著，直到後方喇叭聲響起才驚醒過來，甚至在自己家門口，卻不知道哪間是自己的家裡，生活上的技能也慢慢遺忘，家人發現異常時，趕往醫院就診，即被醫師診斷為失智症。雖然得知罹患失智症受到極大的打擊，但林添發仍樂觀的面對疾病，也感染全家

人。女兒林淑蓉表示，「全家人因受到爸爸正面樂觀的態度影響，在面對失智症態度是正向的，更努力陪伴爸爸，讓他不孤單。」為此，在知道爸爸罹患失智症時，兒子林聰耀為了能好好照顧爸爸，提前申請退休，從臺中回到嘉義專心照顧爸爸，並展開與疾病共舞的日子。在家人無微不至的陪伴下，更驅使林添發想要做點什麼事情，發現自己國、臺語逐漸忘記，但從國小讀到國中的日語還很清楚。因此，開始在社區大學教日文、做志工照顧獨居老人、練習太極拳、練書法、每天讀報等，漸漸的出現改變，女兒林淑蓉指出，爸爸後期可以記住志工的電話，這是一大進步，也開始降低用藥量，飲食上採取少油、有機蔬果為主，少量的肉類，讓身體無負擔。在一次偶然的機緣下，他參加南華大學「樂齡學習」演講，聽到百歲人瑞趙慕鶴分享自己在 98 歲拿到碩士學位的歷程深受感動，讓他立志要當大學生，並在 83 歲（2010 年）那年如願考取哲學與生命教育學系，兒子林聰耀及媳婦楊春茶更四年來風雨無阻陪爸爸去上課，一個擔任司機，一個擔任書僮。媳婦楊春茶表示，聽到爸爸要去上課，便自告奮勇擔任陪讀的工作。一開始需要兒子、媳婦全程陪伴及抄課堂筆記，在求學過程中可是比年輕學子更認真努力，上課從不缺課及遲到，座位一定是在前兩排，好與教授互動，直至大二那年漸漸可以自行搭車及抄筆記，病情也漸好轉，可獨立做些事情。因為生活的轉變，讓林添發體認到運動、動腦、飲食的重要性，更珍惜可以做志工及當學生的時光，在 2014 年六月份林添發順利完成學業，獲得「勤奮向學獎」及「學校爭光獎」，林添發更表示，讀出興趣來，決定再繼續攻讀碩士，也感性的說，發病時最感謝太太一直陪伴在他身邊，還有孩子們的照顧，使他沒有放棄自己，更加努力的做

復健，未來他會繼續服務下去（黃琬庭、陳珊，2014）。截至 2017 年 9 月 1 日與他聯繫，楊春茶女士告知確定林添發先生已經修完碩士所需學分課程，正在撰寫碩士論文中。從發病至今，已經超過 16 年。

當我們看到克莉絲汀·伯頓在 1995 年被診斷患上失智症以後，不被疾病打倒，反而成為失智者裏的積極倡議者，曾於國家及國際會議發表演講，並成為澳洲及日本電視紀錄片主角，以及首個當選國際阿茲海默氏症協會行政委員的失智症患者，更是已經與失智症共舞了 21 年。

佐藤雅彥（2015）說明：「得到失智症後，不能做的事雖然不斷的增加，但我卻發現，可做的事也還有不少。從被診斷出罹患失智症後，至今已有 9 年的時間，我仍然持續一個人生活。即使得到了失智症，我依然保有各式各樣的能力。社會上對於失智症的偏見，以及錯誤的看待，即使是被診斷出患有失智症的人也深信不疑——這種雙重的偏見，奪去了失智症患者想與疾病共存的力量，也掩蓋了他們活下去的希望。我希望能夠消除這些誤解，以及所有的偏見。」「得到失智症之後，的確會有一些不便，但絕對不是不幸。自己要怎麼活下去，是由自己決定的，而生命的價值是可以自己創造的。『即使得到失智症也不要放棄人生！』我就是用這樣的心情度過每一天的。」他同時舉出 10 個自認為不會使失智症的症狀繼續惡化的重點：

1. 自己做得到的事就自己去做。
2. 積極外出，並參與活動。
3. 任何事在實際去做之前，都不要認為不可能做到而放棄，首要之務就是就是放手去做。

4. 遇到會累積壓力的事就要立刻停止。
5. 對任何事都要加以關心。
6. 要有充足的睡眠，並過規律的生活。
7. （周圍的人）不要「這個不行！」、「那個也不行」地過度加以保護。
8. 要看美的東西，要做讓自己快樂的事，讓氣氛煥然一新。
9. 要感謝自己被生在這個世界上。
10. 要發揮自己的用處，度過充實的人生。

從上述的 3 個例子，我們看到「自我管理」（self-management）對失智者與此病共舞的重要性。自我管理一詞首次出現於 1960 年代 Creer 等人的氣喘病童研究計畫中，之後 Kate Lorig 等人將自我管理的概念運用於慢性病研究上，此後，運用自我管理於慢性病照護的研究蓬勃發展至今（轉引自郭嘉琪、王秀紅，2012；廖于萱，2016）。近年，也開始運用在失智者與照顧者，Kate Lorig, Halsted Holman, David Sobel, Diana Laurent, Virginia González, Marion Minor（2012）指出如何面對一件事情在很大程度上取決你對於此事的看法。例如，如果你認為得了慢性疾病就如同跌入了深淵，那麼要鼓起勇氣爬出深淵或許會很困難，甚至會覺得完全做不到。你的看法將對後來的病情發展，以及如何處理自己的健康問題起了決定性的作用。一些非常成功的自我管理者會把他們的疾病視作一條必經的道路，就如同任何其他道路一樣，這條路會有起伏變化，時而平坦，時而崎嶇難行。要走過這條路需要採取許多策略，有時可以走得快一些，有時又必須要放慢下來，有時甚至還要跨越一些障礙。一位好的自我管理者是學會三個下面的技巧來走過這條路：

1. 處理疾病必備的技巧：對任何疾病都需要採取一些新的做法。包括吃藥、使用吸入器或氧氣等。表示你需要跟醫生和醫護機構進行更密切的合作。有時也可能是一些新的健體運動或健康飲食需要學習和運用。這些都是你在管理自己的慢性疾病時所必須要做的。
2. 維持正常活動的技巧：得了慢性疾病並不意味著生活從此停頓，你仍然需要去做家務事、維持朋友的情誼、從事工作與聯繫家庭的關係。從前理所當然的事在罹患慢性疾病後會變得複雜許多。為了維持日常活動和享受生活就需要學習新的技巧。
3. 處理情緒的技巧：當你被診斷得了慢性疾病後，隨之而來的是未來的改變，包括計劃及情緒等都發生了改變。情緒通常會變得比較負向，包括憤怒（「何我這麼倒楣？這不公平！」）、恐懼（「我很怕會變成需要依賴別人！」）、憂鬱（「我不能再做任何事了，有何用？」）、沮喪（「我做什麼都不會帶來任何改變！我不能做我想做的事了。」），或是感覺到隔離（「沒人能理解我！沒有人願意跟一個生病的人在一起。」）。要走過慢性疾病這條道路，也表示要學習處理這些消極情緒的技巧。

「生活型態再設計」，則著眼於運用職能治療的觀點，鼓勵及協助個案選擇及（重新）參與日常職能活動，從而提升個人自我效能、功能獨立程度、生活滿意度及健康狀態（Mandel, D. R., Jackson, J. M., Zemke, R., Nelson, L., & Clark, F. A., 1999；鄭又升，2016）。天主教失智老人基金會於 2016 年開始推動「我的幸福計畫—輕度失智者生活型態再設計之自主管理團體方案」，團體內容以健康生活自我管理，結合生活型態再設計中各職能活動參與的項目，規劃 12

次團體（一週一次，一次兩小時），主題以「生活」為核心，透過適當的團體設計與動力、實作及分享，協助輕度失智者重新檢視、整合與訂出身、心、靈與社會互動的幸福計畫，重拾生活自主的動機，嘗試（重新）積極管理生活，同時亦針對參與者之家屬辦理說明會，詳細說明團體目標，以及後續家屬參與長者自我管理的方式。選取 2016 年 3 月到 6 月參與課程的輕度失智者 9 位，自覺改變的項目有：（1）運動的好處、（2）健康情況有進步、（3）行動計畫的重要、（4）心情好、（5）疾病與飲食的重要、（6）家人相處。另外 9 位家屬覺得課程對家屬也有幫助的部分，包括：（1）運動量的安排增加、（2）會在意飲食的部分、（3）心情變好、（4）自發性提升、（5）家人關係變好。經過交叉資料研究結果：（1）運動量的安排增加，提升運動之持續力。（2）會去注意飲食健康對自己的影響。（3）心情變好。（4）認同行動計畫的重要性，自發性提升。（5）與家人相處互動關係改善。實證經驗是輕度失智者是可以自我管理，其鼓勵個人學習管理自己的健康並改善自己的生活環境和條件，雖然在行動計畫之執行仍須家屬一同參與，但因家屬同時參與行動計畫，並得到成效之益處，與個案情感互動也增進（廖于萱，2016；鄭又升，2016）。

劉秀枝（2017）於《失智可以預防，更可以治癒》推薦序中提到兩篇美國加州大學洛杉磯分校布雷德森（Dale Bredensen）於 2014 年與 2016 年《老化》（Aging）發表的論文，對 10 位患者（其中 3 位自覺記憶力減退、4 位是輕度認知障礙，以及 3 位阿茲海默症）給予個人化、全面性的生活型態改變的治療，如減重、紓壓、運動、減少澱粉攝取等，以促進身體的新陳代謝。經過 3-6 個月的治療，除了一位晚

期阿茲海默症患者，其他 9 位的認知功能都明顯進步，其中 3 位後來還可回去上班。

四、社會資源運用~患有失智症，我也能健康生活：

佐藤雅彥（2015）提醒大家要是被診斷出失智症，有些事最好要先預先做好，在列舉如下：1.要想好將來自己要住在哪裡，以及過怎樣的生活。2.要寫下自己一生的歷史。3.要做好自己的財產目錄。要整理好人壽保險的各種文件。4.要整理好不動產的相關登錄資料。5.要先寫好遺囑。6.要先想好到了症狀末期時希望治療的方向。7.要整好自己在死亡時所需要的聯絡人名單。8.要學會電腦和平版的操作方式。9.不必要的東西要早日捨棄，儘量過簡單的生活。

而國際失智症協會（Alzheimer's Disease International）與 Bupa 於 2013 年也曾經提出全球失智症憲章「患有失智症，我也能健康生活」，包括：

1. 我應當擁有就醫的機會，檢查自身是否患有失智症。我應當可以進行記憶評估，確認對失智症的擔憂是否屬實。一份診斷書可以讓我的親友和我自己為將來做打算，為將來需求的變化做好準備。
2. 我應當獲得失智症的資訊，以便瞭解它將對我產生的影響。失智症將影響我和我身邊的每一個人。我的親友和我自己都應當獲得有用的資訊和中肯的建議，這樣一來我們就可以把握病情發展過程中會發生的狀況。
3. 只要我能力許可，我應當獲得協助，儘可能長時間獨

立生活。我希望在安全的環境中，在身邊他人的協助下，儘可能長時間活動。

4. 對於我接受的照護和支援，我應當擁有決定權。只要我能力許可，對於我接受的照護，我擁有發言權且應當擁有決定權。
5. 我應當可以獲得適當的高品質照護。在病情發展的各個階段中，我應當可以在需要的時候獲得高品質的照護，地點可以是在我家、我的村莊、城鎮或社區，或是在療養院裡。
6. 我應當獲得人本治療，照顧我的人應當對我的生活有所瞭解。照顧我的人應當知道我的生活、家人和病歷，以便提供合適的人性化照護。應當根據我的個性、喜好和生活方式來制定照護方式。
7. 我應當受到尊重。不得對我有任何方面的歧視，不論是年齡、殘障、性別、種族、性向、宗教信仰、社會或其他情況。
8. 我應當獲得對我有助益的藥物和治療。在失智症的各個階段中，我應當獲得對我的健康生活有助益的藥物和治療，醫生應當定期做評估。
9. 我的遺願應當在我還能做決定的時候討論。對於我臨終的日子，我應當可以決定如何度過。所以我的遺願應當在我還能做決定的時候討論。
10. 我希望在親友心中留下美好的記憶。我希望獲得內心的寧靜，如此親友便可坦然面對我的離去，使悲傷得到安慰，把我留在他們的記憶中。

只是目前全世界不到一半的失智症患者有正式的診斷（我國是三成），而診斷通常晚於疾病的發生過程，等到病

人要為治療做出自己的選擇時就已太晚了。診斷延誤的原因往往是錯誤地認為，失智症是自然老化的後果或由於個人不願意求助關於他們的記憶問題。建議不需要篩選所有年紀大的人，因為好處並不明確，但去發現那些處於高風險的失智症病例卻可能是有益的。雖然改善失智進程的治療方法目前並沒有，但可以做的是管理疾病的症狀—例如，膽鹼酯酶抑制劑和美金剛胺等藥物在臨床治療上對認知有重要的影響，以及心理、環境和社會的介入措施可以減緩行為和精神症狀。所以世界衛生組織（2017）針對失智的公共衛生《全球行動計畫》（2017-2025）更是訂定全球目標包括：將失智症列為公衛政策之優先議題、提升失智症認知與友善、降低罹病風險、失智症診斷、治療、照護與支持、支持失智症照顧者、建置失智症資訊系統、失智症研究與創新。

在實務工作中，時常有失智症家庭照顧者詢問：家中的失智者需要用怎樣的社會資源比較好？我回答前都需要先詢問：失智者的年紀多大？是否有病識感？目前在家中主要照顧上的困擾是？家庭的照顧能力如何？在長達 15-20 年的漫長病程，失智者的社會資源需求不僅僅是需要依據不同程度的失智情形來提供相對應的照顧服務（如記憶門診、失智症中心、共照中心；極輕度或輕度時可運生活型態再設計等認知促進課程（瑞齡學堂、瑞智學堂）、（失智症）社區照顧關懷據點、居家服務……；中到重度則是需要用到預防走失、日間照顧、小規模多機能或住宿型服務；亦或是請外勞、居家喘息、機構喘息……等），同時家屬或主要照顧者的生理、心靈、社會面的照顧負荷或壓力也需能夠適當的調適才行（電話諮詢或面談服務、家屬照顧技巧訓練班與老萊子家

屬聯誼會……等），綜合考量下來，才是選擇哪一項社會資源運用的決定。

我國政府雖自 2014 年 9 月 5 日起已持續推動「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，目前失智症社會資源的量能仍然不足，監察院已於 2017 年 8 月 9 日上網公告江綺雯委員及林雅鋒委員針對我國失智症照顧的調查報告，意見有 9 項：1.國內有許多失智症者隱藏在社區中未被發現，衛福部應提高社區及民眾對失智症之正確認知及警覺性，並結合醫療照護、社區據點、社會福利團體及村里等社區組織，主動發掘社區內認知功能障礙及疑似失智症者，協助其等至醫療院所即時進行篩檢或診斷，俾使個案及早接受醫療及照護。2.國內失智症確診率約 3 成，與 WHO 訂定之日標值 50% 有明顯落差，衛福部應促進基層照護體系對失智症者照護需求之認知，將失智症防治作為基層保健醫療照護之重要環節，並建置可近性高之失智症評估及診治網絡，俾及早發現失智症者，並適時介入協助。3.失智症者接受長照十年計畫服務人數甚低，衛福部應協助失智症者能依其不同病程之需求獲得早期介入服務及適當治療，延緩惡化及維持生活品質，並紓解家庭照顧者之沈重壓力。4. 相較於國內失智人口，國內失智症照顧資源仍嚴重不足，衛福部應加速資源之佈建，協助民間服務提供單位解決土地使用、建築取得等問題，或符合消防法令規定；行政院於必要時，亦應協助衛福部與內政部營建署、消防署跨專業之協調與聯繫，研議法規鬆綁之可行性，減少單位取得提供服務所需空間之困難。5. 國內目前有 8 縣市失智症者機構住宿式服務未達佈建目標，且有為數不少之失智症者住進未設有失智專區之住宿型機構，衛福部應予強化失智症專責床位之佈建；另護理之家及

老人福利機構設立失智專區並未統一相關之設置標準，亦請衛福部研議其適當性。6. 失智症家庭照顧者在長期照顧失智症者之過程中，無可避免將面臨各項極大挑戰，目前能獲得之照顧者支持卻相當有限。衛福部應強化家庭照顧者支持網絡，提供諮詢、多元支持性服務，並加強提供照顧技能之教育訓練，協助紓解照顧重擔。7. 國內目前醫院失智症整合門診未規範強制要求設置個案管理師，亦未設置全國失智症登錄管理系統，故各級醫院及社區尚無法整合醫療及照顧之服務資源，且未能持續追蹤個案醫療及長照服務使用狀況，衛福部允應檢討改進，建置個案管理及資源整合機制，提供失智症者個別化、整合性且連續性之服務。8. 2017 年長照照顧服務員人力有 5,295 人至 12,981 人之缺口，醫事專業人力及社工人力各有 8,422 人及 648 人之缺口；單以長照照顧服務員計算，2018 年需增加 11,368 人、2019 年需增加 13,801 人、2020 年需增加 15,855 人，即 4 年內需再增加 4 至 5 萬人；而失智症者需要長時間之陪伴及專業看護，較失能者更難照顧，未來勢必面臨照護人力及知能不足之問題，衛福部應加速充實失智症長照服務人力，並強化培訓醫事、社福及長照相關人員對失智症之照顧知識及技能。9. 衛福部國民健康署已推動高齡友善健康照護機構認證，提供長者友善支持之照護環境，惟深入社區之基層院所參與意願尚寡，允待檢討強化參與誘因並加強推廣，以達成政策目標。

最後，引用克莉絲汀·伯頓（2007）對家人、朋友、專業人士和政府的呼籲，作為本文的結語：我們需要脫離將自己標籤為照顧者和受苦者，而要朝「照顧伙伴」的關係走，在其中，我們在失智症的旅程中接受、合作和採納新的角色。我們可以成為生還者，患有失智症的人；而你可以成為

我在這旅程中的照顧伙伴。我可以成為你的照顧夥伴，向你傳遞我的真正感受，我的真正需要，讓你可以陪伴我一起走，在我們一起面對這掙扎時，調整和補足這些表達出來的需要。在這照顧的伙伴關係中，失智症患者在關係的中心，不是單獨作為需要照顧的對象，只是一個接受照顧的人。相反，我們在照顧的圈子中成為活躍的伙伴。照顧伙伴一家人、朋友、專業人士和政府一都應該積極尋求明白個人的需求，全面考慮現存的能力，根據哪些需要調整的水平。在我們嘗試表達這些需要和能力時聆聽我們。這樣我們便可以共舞，一起歡慶和擁抱大家共有的將來。

參考文獻

1. 白明奇（2009）忘川流域失智症船歌。臺北市，健康文化。
2. 水野陽子（2008）認知症照護與 GROUP HOME，九十七年度失智症團體家屋—中日實務經驗分享交流研討會講義，天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會。
3. 佐藤雅彥著（2015）失智症的我想告訴你們的事。新北市，好的文化。
4. 克莉絲汀·伯頓 Christine Bryden 著/ 陳永財譯（2007）與痴呆共舞：給患者與照顧者的分享及指引。香港，基道出版社。
5. 香港認知症障礙症協會網站資料引自 http://www.hkada.org.hk/tc/?page_id=1819
6. 麥可·內爾斯（Michael Nehls）著；呂以榮、彭意梅、許景理譯（2017）失智可以預防，更可以治癒。臺北市：商周出版。
7. 監察院（2017）失智症照顧案調查審查版 106.8.9 上網無附表，引自

<http://www.cy.gov.tw/sp.asp?xdURL=./di/RSS/detail.asp&ctNode=871&mp=1&no=5727>

8. 黃正平/鄧世雄等作（2015）失智症整合照護（二版）。臺北市，華騰文化。
9. 黃琬庭、陳珊（2014）活力 321、健康好腦力—談失智症預防與失智症者的自我管理。天主教失智老人基金會會訊第 49 期，頁 16-19。
10. 鄭又升（2016）失智症長者生活型態再設計之自我管理團體實務分享講義，天主教失智老人基金會。
11. 廖于萱（2016）輕度失智者生活型態再設計之自我管理團體方案設計及介入成效研究，經國管理暨健康學院健康產業管理研究所碩士論文。
12. Kate Lorig, Halsted Holman, David Sobel, Diana Laurent, Virginia González, Marion Minor (2012) *Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema & Others Physical and Mental Health Conditions* (4 th). U.S.A., Bull Publishing Company and The Board of Trustee of the Leland Stanford Junior University.

2-3 失智者人權

報告人：Kate Swaffer 凱特·史沃弗

Co-founder, Chair & CEO

Dementia Alliance International (DAI)

國際失智症聯盟共同創辦人、現任主席兼執行長

摘要

依據經濟合作與發展組織（OECD）發布的世界 38 個最富有的國家的報告，「失智症患者在已發展國家受到最差的照顧」。基於這一點，凱特將概述失智症患者為確保人權而採取的許多步驟。2015 年 3 月，國際失智症聯盟（DAI）向世界衛生組織第一次失智症部長級會議提出三項要求。我們主張我們有權可有一個更符合倫理的照護途徑，包括復健，我們要求在與“障礙歧視法”和“聯合國身心障礙者權利公約”之間享有與其他相同的人權；我們要求，研究不僅要關注治癒，而且更要關心目前診斷為失智症的 4,750 萬人。從那時起，我們已經與世衛組織和國際失智症協會（ADI）合作，這次演講將概述 DAI 和其他組織正在採取基於人權的方法，使失智症的人權，口號成真。

Human rights for people with dementia

Abstract

According to The Organisation for Economic Cooperation and Development's published report of the world's 38 richest countries, "Dementia receives the worst care in the developed

world.”With this in mind, Kate Swaffer will outline many steps people with dementia have taken to ensure human rights based approaches to dementia. In March 2015, DAI made three demands at the WHO First Ministerial Conference on Dementia. We claimed we have a human right to a more ethical pathway of care, including rehabilitation, we asked to be treated with the same human rights as everyone else, under the Disability Discrimination Acts and UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and we asked that research does not only focus on a cure, but on care for the more than 47.5 million people currently diagnosed with dementia. Since that time, we have collaborated with the WHO and ADI and this presentation will outline the progress DAI and others are making on taking the rhetoric of a human rights based approach to dementia, and turning it into a reality.

第三場 長照服務網絡整合問題

主持人：尹祚芊（監察委員）

報告人

- 一、李怡娟（陽明大學社區健康照護研究所所長）
- 二、伊佳奇（元智大學老人福祉科技研究中心顧問）
- 三、韓德生（臺大醫院北護分院醫療部主任）
- 四、劉建廷（宜蘭縣政府衛生局局長）

回應人：呂寶靜（衛生福利部政務次長）

主持人尹祚芊監察委員致詞

各位委員、各位來賓、各位同仁、在台上的專家學者，大家午安。中午的時間過的特別快，相信在座許多人中午碰到曾共事的老朋友、老長官，也有人參訪監察院，瞭解監察院平常執行的工作。

第三場的主題是「長照服務網絡的聯合問題」。非常高興邀請到這個議題上具相當經驗，且有理論基礎的專家學者。此外，這幾位專家學者不僅有理論基礎的實務經驗，還有國外的經驗。然我們絕非將國外的經驗原封不動轉移到臺灣本土執行，反是將國外學到的理論基礎及做法，配合臺灣民眾，發展出合適的實務模式。今天很高興他們來分享實務上的做法，待會有問題也歡迎請教他們。

先介紹今天請到的學者專家，從我右手邊開始，第一位是李怡娟教授、李所長。我跟李所長有超過 20 年共事的經驗，過去在陽明大學的社區護理研究所，這個所是我們一起開創出來，李老師一直在所裡面服務。她是專門學長照的，回國後因為要帶學生在宜蘭頭城實習，所以現在在宜蘭大概到處都有一些實務長照模式。

接下來是伊佳奇顧問，他是元智大學老人福祉科技研究中心的顧問，也是教授，他願意把個人照顧家人的經驗來跟我們分享；更重要的是，他有一些落實在科技方面，能夠輔助我們在照顧老人方面實務經驗的分享。

接下來要介紹韓德生主任，目前是臺大醫院北護分院醫療部主任。這個題目非常務實，探討如何把一個需要接受照顧的人，無縫接軌地從醫療機構轉移到接受長照，他會跟我們直接分享他的做法。

非常感謝劉建廷局長在百忙中從宜蘭趕過來。現在在地方做衛生局長很不容易，他特別過來解答各位的問題，也分享長照實務上可以借鏡的地方。

最後，是大家非常熟悉的衛福部負責長照業務的呂次長。呂次長在政府長照、老人照顧等部分有多年的經驗，待會兒就我們幾位專家所提的模式、工作經驗等跟我們做一些回應。

報告人發言內容

一、李怡娟（陽明大學社區健康照護研究所所長）

副院長、尹老師（還是習慣稱呼為尹老師）、各位委員、各位先進，午安。

第一個題目大概總歸二個重點：一就是人的需求。這個圖大家都很清楚，這是馬斯洛的需求理論，從最基層，每一個人都有生理的需求，包括我們的食衣住行，所以早上我們談了很多有關經濟的問題，因為經濟能力涉及到食物、飲用水及住屋；接下來有安全、愛、所屬感，然後有自尊、自重，最高層次就是自我實現。我覺得最核心的是自我實現，因為長輩不管在身體活動或認知上，都需要自我實現。往外是愛及所屬，包含自尊，他需要被人尊重。接著是社會參與，因為我們現在在社區，藉由很多的社會參與，不管他今天是來參加活動，或是長輩去服務他人、擔任志工，藉由這樣的參與，不管他參與的是健康、運動型，現在很多研究發現，老人的需求是多元性的。今天他來到一個場地，也許是認知上的，或需要藉由一些體能上、一些肢體的活動，預防失能，進而影響他的內心，讓他心裡愉快，覺得有愛、有所屬感。

就社會參與層面，若他來到活動中心，有人端上一杯水，可能勝於他在家端水給人喝，人家還不見得要喝，所以他要走出來，這是很重要的。現在一直強調社區參與，藉由這樣一個外圈，我們還要努力，包括最外圈，我們要營造尊重、包容的社會環境，他才會願意來到這裡；若他來到這裡沒有被人尊重，那儘管有好的場地與環境，若他不覺得受尊重，就不會想過來。同樣地，他來到這個地方，若要歷經坑坑巴巴的、不太能走的路，原本要去學防跌，結果反而在路上跌倒，那豈不更慘。所以物理環境，包括外圈是否安全，從 Physical 面，結合社會的氛圍、尊重、包容，讓老人覺得從馬斯洛最基層需求開始，每一層皆獲得滿足。

所以，為什麼我們現在推一個活躍、充滿愛的環境，它是可及的、活躍的，讓老人可以在這樣的環境下去活躍。這八大面向，是我們 6 年前開始在宜蘭推動，今年做到第 6 年。前面的 1、2 年，我們做的是行動研究，真正去瞭解當地的需要，所以我們自己擬了問卷，調查高齡友善相關議題。世界衛生組織提出八個指引，包含無障礙空間、交通運輸、住宅、參與、融入、工作、自願服務、通訊資訊、社區健康服務等面向，後來我們到了宜蘭發展出宜蘭長輩在這八大面向裡面的細項，總共有 32 題。題項不多，因為我們不希望問卷太冗長，致影響它的信效度。經過專家信效度分析後，我們在宜蘭做 PPS 抽樣，在統計學上是一個很精準的方法。當時在宜蘭有 6 萬多老人家，我們抽了 10 分之 1，總共做了 6 千名。當時三星有 13% 老人家，所以我們就依他們的比例去做抽樣，抽出來後，我們發現的確社區參與是最大的 Concept，甚至有老人家告訴我，他們走的出來就是健康的。老人不出來有可能是心情鬱悶不想出來；想做宅男宅女，那就不健康；也有可能是他身體上有什麼不一樣的，他出不來，有可能他可以坐輪椅，可是路上不夠友善；再來是，我出去了，一定要有活動啊，我要去的地方沒有熟識的人。所以「出去」一定有很多動機，因此，只要願意出來、願意做社會參與，就是一個很好的健康指標，這也是我們

大家應該努力的。所以我們就把社區參與當做這幾年核心、共同的架構。

宜蘭劉局長是第二任，他持續支持社區化的概念。在這裡我今天要說，高齡友善現在變成衛生局在做，其實不應該是衛生局，應該是跨部會。例如交通、環境要友善，這些需要跨部會一起做。3年前我們到社區去，開始了第一個老來寶，在三星尾塹社區，當時我們覺得要有一個架構，提供很多社區 Services，讓長輩特別有感。在參考國外的一些 Model 後，我把這個架構命名為多元性 All-inclusive。早上那位學者也提到，其實要有可進性、包容性的服務非常重要，因為民眾不可能因為我今天失智，要到失智據點去；我需要防跌，走到有防跌操的場所。我們應該要提供整合式、多元化的社區服務，所以我們要提供的是 All-inclusive、持續性的 Continuum Care，最終讓長輩覺得他是被尊重的。那個概念是 Empowering Services，取第一個字母就是 ACCESS。ACCESS 強調可進，不僅包含走得到，如果有便捷的交通，也可以透過交通，讓長輩能夠好好的處在這樣的服務中。

我們在三星尾塹開始嘗試，結合衛生局的防跌操、社會處的共餐、衛教服務、身體活動服務，午餐我們就可以進來。另希望透過這個 ACCESS，慢慢的引進其他的醫療，因此我們結合藥師公會、牙醫公會等醫事專業服務。我們除了希望健康促進外，還有醫療，之後還有長期照護機構，未來有些住民也會過來參加。我們有一家天主教的長照機構，它願意敞開讓老人家過去給他們做一些服務。我們期待把這樣的服務結合在一起，讓老人得到醫療服務、藥事諮詢。如果老人有復健需求，我們提供復健師，當然也要交通等的配合，希望這是我們大家可以一同努力的。謝謝。

二、伊佳奇（元智大學老人福祉科技研究中心顧問）

孫副院長、尹委員、在座的其他委員、各位女士、先生，很榮幸今天有機會為各位報告這個主題。Follow 早上 Kate 所談，她是

Dementia behavior patient，並提及在家居住的好處，剛好呼應到我今天這個題目「把失智老人留在家裡照顧安全嗎？」失智老人應該是在一個最熟悉的環境，早上 Kate 與她的先生均提到，即使她的 Cognitive 已經開始 Impairment，她還是一個人，只是功能面開始受損。比較有趣的是，功能性方面的受損是如何受損？到目前為止，臺灣所有的醫療體系尚未協助家屬、告訴家屬 MSE 測驗記憶功能是什麼狀況，所以記憶功能缺損，需要在生活面提醒他，因為他的 Memory 不在，如果現實導向缺損，MSE 考試裡也很清楚。我可以大膽的跟各位報告，今天全臺灣所有的醫療機構，沒有一個醫師願意花時間、願意在這樣的環境下，提醒家屬這個測驗的結果對於生活照顧有什麼直接的幫助。

所以在座的可以去思考，今天醫療是為了健保署，還是為了患者的生活品質？醫學的教育是要幫助病人改善生活品質，還是滿足醫療本身的給付？病人最熟悉的環境是家跟社區，應該幫助他找回自信心、找回尊嚴，由最熟悉的人來照顧他，也就是他的家人。因為家人最瞭解他的生病史與個性，瞭解他的現存能力，可是家人卻不瞭解這個疾病，以及這個疾病如果照顧不當的話，可能引發出來的精神行為症狀，所以我們要讓失智症的患者情緒穩定。早上 Kate 提到了愛、關懷、支持與鼓勵比醫師的藥更重要，Living well with dementia 是關鍵所在。病人留在家裡，讓他活得開心，能夠延緩退化；所以此時社區、家人對他的 Support 非常重要。此外，生活的規律化等非藥物療化的方式，可以延緩失智症患者認知功能的逐漸缺損。早上 Kate 先生也很清楚，他把自己定位成一個 Supporter，而非替代她做所有的事。如果 Supporter 不瞭解這個疾病，不瞭解患者，家人的 Cognitive Function 是在哪個部分 Impairment，那他是沒辦法幫忙的。各位如果看過” Still Alice”，Alice 的先生 John 如果叫她走過來，Alice 不敢走過去，因為她的現實導向、她的空間感受，她認為前面是一大的洞，她不敢走過去，John 是一個正常人，他不認識這個疾病，他說妳走過

來沒有問題，所以差異性就很清楚。日本談到認知功能受損是核心症狀，若已開始出現，配合好的照護方式，熟悉的環境、照護與溝通的技巧，他的周邊症狀一也就是精神行為症狀就可以降低，甚至不再發生。各位試想，當一個失智症的患者專注在於他熟悉的活動，譬如烹飪、做家事，請問他還有能力去遊走？還有能力去妄想嗎？如果他還能繼續遊走、他還能繼續妄想，那他大概沒有失智，因為他可以一心二用。然絕大部分的失智症患者因專注力會受損，所以很難一心二用，只要引導他到某個 Focus 上，這 Focus 他有興趣、熟悉了，他便可以在那裡得到剛剛李所長所談到的 Self-achievement 一個人的尊嚴與成就感。他會樂在其中，憑藉他的自信，自然得以減緩退化。

阿茲海默症整個病程平均 8 年到 12 年，剛剛早上也有這張幻燈片。臺灣神經醫學領域只重視前面這一塊，早上還有一條叫做死亡，我卻把老人醫學放進來。大部分失智症長輩們都是老年人，老年人面對的問題有些類似，包含共病等相關議題。為什麼這些醫學沒有整合起來，提供給老人服務呢？接下來，就整個病程而言，情緒跟行為在不同階段有不同發展；然認知功能或動作愈往下，病愈嚴重。

跟各位報告一張照片，我們希望把失智症的長輩留在家裡，可是這就是上個星期一位失智症的醫師做的家訪所拍下來畫面。我經過他同意，這是在家裡的一張照片。這家的經濟狀況不錯，所以為這位長輩買的是不錯的病床，可是在座的各位有沒有注意到，病床的旁邊這四條帶子是什麼？是約束帶。換言之，這個家庭欠缺對於失智症照護的一些知識跟技巧。他們很愛他們的長輩，可是不知道怎麼做。因為怕長輩遊走，一走出去，走不回來。這個還算是好的例子，是使用醫療機構提供的約束帶。包委員跟我有一位共同的老師，過去曾經被提名為大法官，是臺大法學院院長張劍寒教授，他走失過二次。第一次在四獸山上面，第二次卻是在華江橋旁邊的新店溪上游被看到的一具浮屍。所以失智症的長輩一旦遊走，他欠缺現實導向、欠缺方向感，往往他回到過去。張老師過去曾是青年軍，他躲在四獸山的山溝

裡；他躲在濠溝裡，害怕打仗，到了新店溪，他認為這是一條河，可以洗澡。那天是 6 月 30 日、7 月 1 日非常熱，所以他的認知功能影響到他的判斷。這張照片已經算好的，因為這個家庭只是用約束帶，我的報告各位可以看到，有的家庭是用什麼呢？是鐵鍊。今年 4 月份一位家屬用鐵鍊，經過法院判刑 4 個月有期徒刑，而且是不得緩刑。在座的各位為什麼會是這樣子呢？您可以往下看，還有一位家屬照顧者無奈的留言「平常還對我很兇（這是老照顧老），我真的不想活了，我的好女兒，老爸字留」，這是老照顧老的一個悲哀的狀況，為什麼會是這樣子呢？原因很簡單，這就是剛剛跟各位報告的鐵鍊問題。

這篇是我寫的「司法能夠解決長照的問題嗎？」法官判的這 4 個月進去之後，請問我們衛福部會進監所提供他失智症照護嗎？我們衛福部能夠解決這個問題嗎？還是法官能幫助我們解決衛福部這個問題？接下來，各位可以看到高雄一樣的事情。因為家屬不懂得照顧的方法，不讓老爸喊叫，結悶死他。所以沒有一個家庭照顧者是故意的、是願意的，沒有一個家庭照顧者是有經驗的。要誰來教導他？政府的失智照護網在哪裡？大部分的家屬是瞎子摸象。所以我們對失智症的認知，早上已經很清楚，有很多人提到，證明是非常重要的。江委員早上提到，日本 2004 年就開始改為認知症、香港在 2012 年所改的腦退化疾病，總是一個中式的名稱。到目前為止，我們失智的政策是錯誤的，搞了一堆的學堂，忘記整個關鍵就是家屬，如何 Empower 家屬，讓家屬懂得照顧的知識跟照顧的技巧，直接抄襲國外的失智政策，欠缺文化的思考是不對的。剛剛李所長也提到、尹委員也提到，比較重要的是什麼呢？今天到日本去抄日照中心、團體家屋，把長輩關在家裡。團體家屋不能讓長輩到社區裡去互動，失去他的核心價值所在，也沒有培養社會所需要的失智整合照護人才，直到今天，還是沒有。所以今天各位看到 20 個失智共照中心掛牌了，掛在醫療機構上面，各位試想這些醫療機構裡面，過去就已經看過失智症的患者了，他們過去為什麼不提供呢？因為沒有人動，也沒有人提供，沒有

人去做整合的照護，我昨天還碰到一位失智共照中心的醫生，就他一個人，下面完全沒有人。所以在座的可以看到，問題不是掛牌，服務就生出來了，人才是需要時間去培養，而今天所有的 NGO 不可能主動去規劃，絕大部分的 NGO，90%以上的 NGO，不會去主動培養人才，它通常是靠政府的預算補助、靠政府的專案，才開始 Hire 人，開始找人來做。失智症照顧所需要的知識跟技巧，沒有統一的教材，全臺灣目前沒有辦法建立一個失智照顧的案例研討資料庫。如果有這個資料庫，家屬可以從當中取得一些參考資訊，家屬裡面有不同教育背景的人，還有照護的人才，分級的證照制，還有如何運用科技。早上已經提到了，科技譬如說是臨床的設施、床墊、地墊，可以知道長輩遊走的一些狀況，也沒有建立社區支持的照護網。更重要的是，早上醫師已經提到的健保制度。現有的健保制度醫師在問診的時候只能開藥，因為他時間不夠，他不可能再去關心家屬，因為他每天的 Case 太多了。目前傳統的文化造成只重視醫療照護，忽略了生活照護跟生活自立。

最後，我想跟各位分享的是，我們今天在這裡高呼失智老人的人權的時候，卻在國際失智症日踐踏老人的人權。在座有許多人時常到國外或先進國家參觀，包括日本、美國、歐洲等。請問在座的各位，您去參觀的時候，他們機構裡面有沒有要失智老人出來敲鑼打鼓，表演給您看？各位回想一下，如果他們重視每一位失智症長者的人權，他會讓長者選擇他自己要做的事，而不是由機構來支配他們。

請看這一張照片，長者被支配包水餃，請問他願意嗎？請看這一張照片，長者被支配在這做 Model，請問他願意嗎？請問我們在高喊人權的時候，政府官員如何來看待失智老人的人權。這一張照片早上已經放過了，允許我再放一次，請問當事人同意嗎？當事人家屬同意嗎？請問公開的做這些事情，對失智症的長輩適當嗎？請問這些事情是長輩開心去做？還是機構希望他去做的？各位好好的去思考一下，這個在臺灣到處可以看到，為什麼到國外卻看不到呢？這就是對

人權尊重的一個差異性。謝謝。

三、韓德生（臺大醫院北護分院醫療部主任）

副院長、各位委員、各位先進，大家好。我要談的是醫療跟長照方面怎麼銜接，我的範圍也不侷限在失智，也包含失能。我們的健保系統其實做的不錯，但許多人覺得醫療仍有不足之處。我想，問題不在於醫療，在於中間銜接。我的內容會著重在 Continue，就是連貫式照護。

我來自臺大醫院北護分院，現在是復健部主任兼醫療部主任。大家都認識臺大醫院，但你們未必知道北護分院。臺大醫院是百年老店，可是它現在有 6 大分院，包含金山、萬華等。北護其實是以以前的臺北護理學院，在座可能有那邊的畢業生，因為少子化的關係，經營不善，所以就由臺大來接管。我們接管已經 13 年了，當時就有護理之家、居家護理所，所以一開始我們的目標很明確，就是做長期照護，也因為這樣的關係，我們每年都編列出國預算或接受捐款，去韓國、日本、香港等。我們有一個很好的復健中心，可以在裡面做運動，有很好的居家復健系統，不只復健，我們的營養也很好。大家如果最近有注意新聞的話，北護分院是長照 2.0 的 B 級機構，裡面不只有居家護理師、長期照護系統外，我們也提供到家裡面去看，包含營養師、物理治療師、職能治療師、語言治療師，所以我們也提供適合老人咀嚼的餐食，是軟質的，但依然保有食物的形態。大家看這個照片的豬排，它長的像豬排，但其實是經過處理的，物理方法加壓力鍋，化學方法加酵素，所以用舌頭一頂，就可以頂開來了。身為示範單位，我們陸續都在做這方面的研究。

照片中是我們的院長、市長，當然我們會跟他們提老化的過程。人越來越老，醫院裡頭復健科、老人科越來越受歡迎，這個問題就是在於需要照顧的人越來越多了。所以我們現在從老齡化、老化，到超級老化，這 7%、14%、20% 的老年人口，我們一步步在邁進，以後只

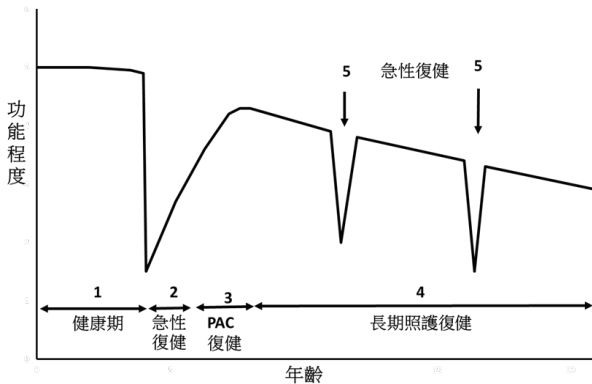
會越來越嚴重，這個嚴重的結果就是路上可能有 1/4 以上都是老人，4 個人有 1 個大於 65 歲。這樣的情形之下，我們的扶養就會很困難，特別是臺灣的少子化又特別嚴重。這個圖表是人口老化的比例，從 5%、10%、40%，這個是橫軸，斜率最斜的老的最快，這條是臺灣，我們的難兄難弟是韓國，目前在我們上面遊走的日本，不過日本的坡度沒那麼快，雖然我們目前的問題沒有日本嚴重，但是我們潛在的威脅比他們嚴重，而且嚴重太多了。

到底醫療銜接到長照機構裡面，我們有沒有什麼樣的事情可以做？我用急性後期照護來做關連，在我的講稿裡面有一個實際案例，有一個老太太中風了，經過急診做了初步處置，發覺是中風，我們就轉到神經科加護病房，花了幾天時間做了 Survey，知道她是腦部血管塞住，也知道病灶在哪裡，之後繼續做三高（高血壓、高血脂、糖尿病）的檢查，因為三高是她的危險因子。她在神經病房經過 14 天，以一個中風病人來講，14 天之後會不會走路啊？不會，她還是會一手一腳癱瘓，我們一般有一個概念，黃金期對一個重度的中風病人來說大概要半年，那怎麼辦？要回家或回機構？過去沒有急性後期照護機構，我們只知道復健病房，後來我們發現光叫復健病房可能還不夠，因為復健病房照顧的病人就那幾類，但事實上，很多住院很久的病人都需要這樣的服務，我們就直接稱為 PAC（post-acute care，急性後期之醫療照護模式），這不是臺灣發明的，這個國外早就有了，例如美國的 Medicare，已經實施大概 25 年了，他們也發現這個領域非常大，每 6 個人中有 1 個人出院就需要這個服務，而且它占的費用比可能是整個健保醫療費用的 6 分之 1，臺灣現在有 5 千億的健保預算，換句話說，我們可能需要 6、7 百億來滿足這一塊。

說具體一點，PAC 就是邊做物理治療、職能治療、語言治療，讓不能走的病人可以走，讓本來吞嚥有困難，插著鼻胃管的病人可以拔掉管子回家，讓本來要插著尿管的病人能夠拔掉尿管回家，這都需要訓練，所以這一段我們給的訓練就是 PAC。這一塊的訓練如果做好，

長照的支出就會少。臺灣目前有的 PAC 疾病種類包括腦中風、燒燙傷、中樞神經損傷、骨折衰弱症、心臟衰竭等。4 年前開始用示範計畫的形式試辦腦中風，我是裡面參加規劃的委員之一。之後因為八仙塵爆的關係，我們突然有 2 百多位中重度燒燙傷的病人，這些病人需要半年到一年的長期復健，所以健保署很快的將他們納進 PAC 計劃來。只納這 2 個病夠不夠？不夠，我剛說過了，1/3 到 1/6 的病人可能都需要這樣的服務，所以今年開始納入中樞神經損傷、骨折衰弱症跟心臟衰竭，詳細診斷你們不清楚沒關係，但你們都知道這是很麻煩的病，或者說得了之後，可能要好幾個月才能夠回家的病，一般就是這樣的概念，所以把這些病納進來，讓他們能夠做治療。這些病還有一個特色，他們會改善，如果今天一個病是不會改善的，我們不會放在這個 PAC 裡面，因為 PAC 要花很多醫院的精力跟錢。譬如說失智症，目前我們不傾向納入，因為失智症會一直退步，需以照顧為主，那在醫療上面就不會花那麼多訓練的時間，反而如同各位先進說的，家裡的照顧跟家人的陪伴可能是失智症照護重要的角色。

我們來看這一個很簡單的圖：



病患功能程度與復健分期示意圖

一個人的原本功能為百分之百，經過某一次中風之後，就掉了下來，如果放在那邊不治療，他就一直掉到下面去了，我們給他一點治

療可以拉上來，他可能會再中風、再骨折，或是其他事情，會掉下來再回復、掉下來再回復，之後會再慢慢往下降，這是自然老化。所以這裡面包含好幾個概念，第一個是健康期，第二個是急性復健把他拉回來，第三個是希望急性復健之後，他能接受 PAC 的復健，之後還有一些長期照護的復健，就放在後面。這個圖也給大家一個概念，這個縱軸代表他的功能程度，一個中風很嚴重的病人只有 10% 的功能程度，他需要二個人協助才能照顧、才能生活的，經過 6 個月的治療，他可以回復到 50% 左右的失能，變成僅需要一個人照顧。或許你們會認為這樣的治療沒有用，他還是要治療。錯，本來是需要 2 個人照顧，政府要付 2 個人的長照費用，付到他老死，可是經過這 6 個月訓練之後，政府只要付 1 個人的錢，付到老死，有沒有價值？有，而且是非常有價值、非常有效益。我只不過給了 6 個月的訓練，就補了他後來 30 年的長期照護費用。不要講重症，中度失能的更明顯，本來需要一個人幫忙的，經過大約 3 個月的時間，這時候他大概可以到巴氏量表 70 分左右，他還需要全時照護嗎？不用，只要一位照護服務員一天來 1、2 小時。從一個 2 萬多元的照護費用，降到大概 5、6 千元就達成了，貢獻大不大？大。2 萬減 5 千，1 萬 5 千元乘上後面的 30 年，所以這一段的投資就是我們在醫療機構裡面進行的急性後期照護。那輕症更不用講，本來要人照顧的，經過 1 個月的時間，他就到 90 分了，就不需要人家幫忙了。

接著，我認為核心就是把這個東西帶進來，應該要擴大辦理。除了 PAC (Post-acute Care) 概念外，事實上還有其他指標限制了醫療不能滿足病人的狀況。第一個是健保錢不夠了，所以實施 DRG (診斷關聯群, Diagnosis Related Groups)。大家大概都聽過 DRG，同樣的診斷給固定的錢，譬如肺炎，我就付你 2 萬元把病人治好。醫院拿 2 萬元，傾向要你早點出院，為什麼？因為你住的越久，我付的越多，所以在這個制度下，很容易產生還沒有治療好就出院的情形，這個需要再斟酌。第二個是不合適的照顧指標。健保局規定住院超過 30 天是

不良的病人照顧指標，所以還住不到 30 天，醫院就趕快讓病人出院了，這只是一個看似合理的品質指標，事實上造成病人提早出院。

另一個是我們長照的能量不足，病人跟醫師說，我不回去，我回去沒人照顧，你就讓我住久一點吧，即所謂不滿足（unmet need）。所以今天長照能量如果夠，就沒有所謂不滿足，或者我們可以拉低不滿足的情形。當然我們有一些解決方案，在講稿裡大家看到，不好指標的修改，治療慢性病我們應該允許給付更長，我們不要實施 DRG，要實施 FRG(functional related group)，什麼是 FRG？FRG 看的是功能，功能有進展，我就讓你回家去，功能沒有進展，就可以繼續住院。我們要擴大 PAC 的治療範圍，讓我們醫療的能量能夠讓不滿足的病人得到更滿足的治療。最後，如果長照體系完備，出院準備好好做，病人就不會怕出院，中間的 Defecit 就可以縮短。以上是我的報告，謝謝。

四、劉建廷（宜蘭縣政府衛生局局長）

99 年，我以一位臨床醫師的身份到衛生局去擔任局長，醫院同仁說到那邊我大概只做半年就會離開，結果現在我 survival 了 7 年半，真的很辛苦。100 年的時候林縣長要求衛生局規劃高齡友善城市，那時候是國健署，我們很幸運有李教授來帶領我們，就開始做了，反正什麼事情都是衛生局、都是執行秘書。100 年開始做的時候，宜蘭發了 6,000 多份問卷，都是我們在社區中一份一份做出來。我們發動了 100 多位保健志工，上了好幾天課程去把它完成，問卷的信、效度相當高。到了 103 年，我們覺得行動方案不夠，所以又到社區去。103 年 9 月我們選宜蘭人口最老的三星鄉，在尾塹社區落實社區照顧，把高齡友善落實到地方，當然還是各個局處的行動方案都有在社區推動。在這邊要感謝尹祚芊監委在我們開始做的時候，就給我們很多鼓勵。

103 年我們決定到社區推動老來寶健康促進家園，本來是 1.0，後

來一直調整。每個社區能量不一，但一定有一些東西我們可以做。我們用衛生所作平台去結合社區，這個社區裡本來就有社會處的關懷據點、長青食堂，還有原鄉的文化健康站。衛生所裡面有將近 800 多位保健志工，提供衛生所諮詢、保健業務或社區活動對社區有很大的助力。我們在這裡面規劃了 2.0 並結合社區。衛生所是地方一個末梢照護保健公部門，可以永續未來。

我們的社區在 80 到 90 年時就跟衛生所能量結合，在衛生所這個平台圈圈裡，我們對社區的關懷，從失能、讀書會、長者的陪伴、日照，高齡友善城市裡面的居家安全、社區安全、社會參與，還有健康促進。這邊就是長照的內容，我們也都引進來。另外社區也不只是這些運動促進，我們對社區的口腔照護、藥事服務、居家醫療、出院準備跟社區安寧，結合社區開業醫的醫療，衛生所都有這個能量，把整個架構連結起來。在這邊也跟大家報告，今天中午在礁溪我們成立第 26 個健康促進家園，我們每一個家園都是未來長照的一個點，未來還可以結合社區其他機構、團體，大家一起來照顧宜蘭縣民。

還有一個關鍵點，104 年 6 月 12 號我們成立了長照所，長服法是 104 年 5 月通過的，104 年 6 月我們成立長照所。那時只是為了縣長一句話，一個需要輪椅的要到衛生局，還要到社會處、勞工處，跑來跑去申請，你就想辦法吧。我說好，我們來努力。所以 104 年我們成立全國首創第一個長照所。宜蘭的經濟能力、所有資源都不夠，但是我們把社政、勞政和衛政相關資源整合，從長照 1.0 的服務先整合，提供縣民只要一進來不用到處跑就可以得到完整的服務。

我們現在談到長照，從身障鑑定、長照需求服務、輔具服務、機構管理，這 4 個東西環環相扣。成立長照所時我們把這些業務整合在一起，大家一起努力。兩年多了，當然大家彼此的整合還要再加強，至少我們想辦法讓縣民到這裡取得所需服務，包括現在討論設立「1966」。「1966」直接打到我們的服務台就好，不用再轉接。

我們剛剛談到的高齡友善城市落實到社區、健康促進家園、還有

長照所，把它結合在一起，還有社區的開業醫。到社區的開業醫成立不老診所，我們希望社區的開業醫能幫助照顧社區裡面的長者，就好像我們現在的居家醫療。我們推在宅醫療。我們跟日本的厚生省要一個 25 題的評估表，我們跟他要求可不可以讓我們做？那時日本在臺協會表示歡迎。裡面可以從長者有什麼需求，如他的口牙、他的健康、他有沒有失智、他有沒有憂鬱，我們可以預先知道，代表的不是他會馬上發生，而是說兩年後他可能會發生什麼？現在推的照顧失能、延緩失能也是用我們宜蘭縣使用的那一張，我們把社區建立起來，這是很重要的社區在宅醫療。

談到我們的衛生所，衛生所要改變，長照的照管專員要到衛生所去，未來我們衛生所如果空間夠，我們會成立日照中心。目前我們在衛生所編制有治療師，也成立早療復健中心，每個衛生所也都是居家護理所。另去年開始在衛生所讓我們同仁學習足部照護，我們已經在每一個衛生所都有種子師資。因為把足部照顧好，可以省下很多健保的給付。整個衛生所的增能，我們這幾年是這樣慢慢的在做。

在宜蘭，這是一個小小的分享，就是我們從衛生局到衛生所，中間再加一個長照所，醫療健康的保健，我們是從三段五級裡面，包括現在的長照，已經往前到健康的促進、到往後的醫療。現在長照 2.0 不管再怎麼變我們都可以服務提供，因為整體的照護，衛生所可以做一個中心、一個平台。我們已經有 26 個社區健康促進家園站，還要結合社區做更多的服務，去年在頭城我們開始做整合性的照護。

我們有幾個協力夥伴，在這邊不只是照顧一般的長照；我們有一個特色，訪視社區身障的需求，長照所主動的提供服務，做更多的健康促進。這邊有一個影片讓大家欣賞。

播放影片

所以在宜蘭我們覺得長照往前或往後，最重要的是，不管是健康

到失能，都可以到社區來做健康促進。我們上個禮拜才結束的宜蘭不老節有 3000 多個社區長者、50 個社區老人，裏面包括 10 個機構坐著輪椅的長者，也一起來做平和運動，真的是相當壯觀。我們就是要讓宜蘭所有的長者都健健康康、活力充沛。

還有很多課題要做，但是我們希望從高齡友善城市到社區，到衛生局、長照所、衛生所做一個平台，結合所有社區包括機構、團體，大家一起建立以使用者為中心的健康照護網絡，希望可以在宜蘭把我們縣民照顧得很好。我們覺得長照就是生活，謝謝大家。

回應人發言內容

呂寶靜（衛生福利部政務次長）

劉局長的簡報檔就是支持我做長照的動力，我們一直希望讓臺灣的長輩能夠過著這樣的生活，沒有一個人因為他行動不方便而被這個社會排除在外。

今天來回答的長照服務網絡整合問題。第一、長照服務社區化可行嗎？答案是當然是可行，而且是我們追求的目標，這也是我們長照 2.0 規劃的構想。今年正式執行的長照 2.0 是以人為本，以社區為基礎，建立一個連續性的照顧體系。我們希望向前銜接前端初級預防功能、健康促進、延緩失能、失智的活動，向後端是能提供提供出院準備的銜接，可以銜接健保現在正在做的在宅醫療、安寧照顧，最終的目標就是要實現在地老化，這是確認的。

第二件事情我們希望的是社區整體照顧服務，我們現在要談到的就是長照服務體系裡面大家熟悉的 A、B、C。我們現在看這個圖，我們希望長輩在住家 30 分鐘車程內，如果醫院、診所很多，在宅醫療可以很強的話，他生病時就可在其生活圈內獲得醫療服務；第二個是長照服務、預防服務，甚至他需要的生活支援。當然我們少掉了一個元素就是住宅，這也是跟今天早上討論議題有關，建構連續性的照顧

體系中還沒有把住宅放進來，這次我們長照 2.0 還沒有把住宅放進來，日本認為住宅要一起納入討論。

現在說明臺灣正在做的、大家比較熟悉的 A、B、C，其實這個 C 就是柑仔店，設在前線的第一個據點，讓長輩可以來這裡接受服務。第一件事情是「共老」的概念。社區裡的長輩大家都可以來這裏接受服務。社區照顧關懷據點的對象偏向以健康的老人為主，後來我們又做了關懷據點加值計畫。我常常在想，我父親中風 18 年，他好像只能看他朋友去老人會活動，他沒有地方去，所以巷弄站的功能就是這樣，我們希望能讓這些原來行動不方便的長輩可以去那裏做活動，開放一個可以讓大家共老，甚至自助、互助、共助的環境；健康的老人也可以當志工、來幫忙，這是一個社區照顧的服務體系。

目前的理想性規劃如何？A 就是一個整合照顧服務中心，當然我們可以來討論這個 A 是不是跟李怡娟所長的那個 A 整合？跟劉局長的 A 是不是一樣？這個 A 我們希望他能夠連結社區服務的量能，做個案管理的工作，把社區需要的資源長出來。B 就是長照服務機構，我們希望它做更多，本來賣咖啡看現在能不能也賣奶茶，賣麵包看能不能也賣咖啡，讓長輩在社區很快得到多元服務。今年通過後，我們可以佈建一個鄉鎮市區要有至少一個 A，B 是用國中的學區去做規劃，C 是三個里希望有一個巷弄站。今年如果每個縣市都能很積極佈建，加起來大概有 700 多個。很多人認為只有社政單位在做，但事實上還有很多民間單位、社區發展協會、村里辦公室都願意來做這件事情。大家知道高齡社會的需求，也做了很踴躍的回應，這是很欣慰的一件事。希望未來 4 年內能把這些點都佈建好，469 個 A、829 個 B、2,529 個 C，這是我們對社區整體照顧服務模式的規劃。

剛剛談到現在也在做延緩預防失能照顧的活動，不是只有唱歌跳舞的社會參與活動。第一件事情我們徵求很多的方案，各種專業團體研提方案。第二個我們培養人才、培養師資，種子師資到各個點去帶活動。讓很多長輩走出來，不只預防失能，也希望長輩不要在家裡孤

獨死亡，我們希望能走出家門的長輩都要走出來活動，如果我們很努力，相信可以把社區服務做得很好。

把失智老人留在家裡安全嗎？我覺得整個文章把失智症長輩跟家屬的處境，講得非常貼近真實。我們需要更多更多的支持服務，才有可能把他們留在家裡。我們今年做的是什麼？第一件事情，長照 2.0 今年開始把 50 歲以上的失智症患者正式納入計畫。第二件事情，可能伊顧問覺得我們做的還不夠，但是我們最少今年有開始做：第一個強化失智症照護資源的佈建，第二個設置失智症共同照護中心，第三個培訓失智專業服務人才，這件事情絕對要做而且是系統性。有不同的人、不同的層次，希望慢慢規劃出一個系統性的課程來。

失智症共同照護中心由醫院來設置，第一件事情就是希望能被確診。很多家屬都不清楚，很多長輩也不知道是不是失智症，所以我們希望能先被確診。第二件事是培養社區能認識失智症，進而建構社區成為友善社區。至於失智症社區服務據點則是提供比較直接的服務，失智症長輩可以去，家屬也可以去，希望將來至少一個鄉鎮要有一個專門提供失智症者的社區服務據點。

對家屬的部分，我想長照服務法把支持家庭照顧列為一個條文規定，最重要的支持服務項目就是喘息服務。失智症如果是輕度、中度，照顧者就有 14 天的喘息，就是有人暫代照顧，讓你獲得喘息的機會。這個喘息可以是照服員到你家幫忙，也可以送到機構，提供一段短時間的暫代照顧。

我的病還沒好，醫院卻一直趕我出院，怎麼辦？我們希望出院準備服務跟長照 2.0 能銜接，以前是你出院回到家，到照管中心去申請才可以得到長照服務，要等一個月，現在是建立一個橋介，讓照管專員可以到醫院去做評估，或者醫院出院準備服務的人也可以先做一個評估，接續讓照管中心來連接服務。如果老百姓能在出院準備計畫中得到長照 2.0 的幫助，是很大的進步。這是兩個部分，一個是在健保的部分做一些改革，另外一個部分是鼓勵醫院去做一些準備方案銜接

長照。

社區化長照服務該怎麼做？我想這可以來討論，我們社政單位的學生、社工都在談社區照顧，其實在美國是以老人中心，在臺北市的話就是以老人服務中心做為據點，它的服務對象是包括所有的老人，包括健康、亞健康還有一般失能的人。

談到長照，臺灣有很多種的可能性，衛生所也是一種可能，可是每個縣市政府社政衛政資源不同，所以我們現在是讓各個縣市去決定A 要由誰來做。醫院可以做，衛生所也可以做，一般比較有經驗、已經在做長照的社福團體機構也可以來做。

最後要談的有三件事情：第一、長照一定是社政衛政的整合，剛剛劉局長講的，是一種生活照顧的願景，跟急性醫療不一樣。第二個是要中央、地方及民間的夥伴關係，中央提供經費，扮演規制者，執行者就是縣市政府，縣市政府透過特約的方式讓民間單位進來，所以這三個一定要合作。第三、這需要跨專業，在規劃政策上一定要納進各種領域的專業人才，才能建立整合性的服務體系。

綜合討論

主持人尹祚芊委員

因為時間寶貴，剛剛幾位專家學者講得非常精彩，呂次長回應也非常完整。現在請各位就所聽到或實務上想要請教幾位專家或呂次長的地方，都請不要客氣。先讓3位請教，再請專家學者回應。若要指定專家學者，也非常歡迎。

陳俊佑主任

這個不用特別澄清，不能上鏡頭的老人家我們以前都會打馬賽克，看起來像奇怪的片子，後來會掛上一些特別的裝飾，很多網友會問：你們是辦化妝舞會嗎，為什麼老人家都戴著面具？其實這次的活動就如同早上所講，希望大家看到的是老人家的活力。失智症都不放棄自己的部分，所以這一段不管是他自己也好家屬也好，當然有些表

達需要家屬的同意，可是我藉由這幾張的投影片，想告訴大家，對失智這件事情來講，其實一般人都會想上鏡頭、都會拍照。只是為什麼我們都不是看到他的人，而是看到他的病就有不同的想法。那天我不在，可是聽到同仁的分享，他們其實很感動，我們的活動名稱叫做老人才藝大賞，不是為了什麼官員而來，而是我們主動告訴大家，其實在這裡生活是很愉快的，有老人、有家屬的參與，所以每個老人家表演不同的才藝。之前在籌備的時候我還跟同仁討論，如果是我，要來表演什麼？唱歌我也不在行，表演我也不在行。有些老人家是畫畫寫書法，可能這個照片沒有辦法呈現的很完整，歡迎大家上我們基金會的臉書，可以看到更多更精彩的活動。謝謝。

物理治療師

請教台上幾位專家，就我個人的觀察，我們在做一些老人或長者服務時，看到比較多伊顧問所說的情形，感覺上很多時候為了要做一些活動，讓他們在表演或者是才藝班，定期要一些成果報告或活動的展現。我個人認為，讓長者有一些固定活動的機會是很好，可是是不是能夠讓他們的增能（增加能力）更落實到生活裡。譬如說我之前看到了一個實例，有一個還不錯的心理師到社區裡去實作，他增能的方法是把長者的能力藉由實際的訪談把它帶出來。他去幫某一位長者之後，長者的生活改善了，長者欠了他一份人情。他不是用經濟交換的方式，他是希望用能力交換、勞務交換的方式來促成服務網絡，所以他說那你可以給我什麼樣的回饋，欠我這份人情事實上是欠勞務服務的動力。想了很久，幾個禮拜之後這個長著跟他說：我可以講故事給社區裡面的人聽。我是一個退休警察，在二二八事件時是一個警察，你們想不想聽在二二八事件的時候警察在做些什麼？對一個文史工作者來說，他們很需要這樣的口述歷史，這個時候就會有很多人想要來聽，想來聽就形成社區另外一個動力，藉由這樣的方式形成一個勞務的網路，把他們的能力喚出來。這些長者的能力就不會只用在才藝班，或只有起來唱唱跳跳，大家變成是有用的。我之前碰到一個 90

歲長者，他告訴我說他不太想活，因為覺得他明明可以做事情，可是沒有事情給他做。他 90 歲可以蹲、可以跳，可是沒有事情讓他做，我們的環境是不是讓這些長者沒有辦法展現他真正的工作能力及生活的價值？謝謝。

主持人尹祚芊委員

謝謝你的問題，怎麼讓失能者或是長者能夠增能，並帶出他的潛能、回饋給社會，待會兒請我們的專家回應你的問題。我們還可以允許再一位發問。如果目前沒有的話，就前面兩位所提問題，是不是先請伊顧問說明，然後再請其他專家回應。

伊佳奇顧問

剛剛兩位的問題大家都聽見了，事實上第一位的問題第二位已經幫我回答了。

換言之，第二位已經很清楚的說明，以人為本是需要瞭解長者心裡需求，瞭解長者過去的生命史、他的現存能力，以及他希望做些什麼，而不是因為我們希望辦一個活動，要長者配合我們的活動來唱唱跳跳。所以第二位已經很清楚說明，什麼叫做以人為本。換言之，如果我們是以長者為中心，我們需要個人化的量身裁製因應他的一些需求，而不是因應我們的需求。其實剛剛我跟各位報告的案例裡面，我們可以試想，如果總統去、副總統去、次長去，是不是要做許多的安全檢查，這些安全檢查長者要去配合，那到底是以總統為中心？以副總統為中心？還是以長者為中心？我完全肯定我們應該對國家元首跟國家副元首給予尊重，也給予一定的安全措施保護，這是應該的。可是如果我們整個長照的核心價值是以長者為中心，我們希望能夠在整個措施進行之前，考慮到這個跟我們以長者為中心的核心價值是否牴觸？是否需調整？目前有一些行政首長就很清楚他不需要交通管制，希望跟一般民眾是一樣的。謝謝。

主持人尹祚芊委員

謝謝伊顧問的回應。怡娟老師是不是給我們回應？

李怡娟所長

針對第二位的陳先生，我覺得剛剛你已經看到重點，就是在社區當中，我們增能長輩就是從他的日常生活、從他的喜好、從他的專長開始。我們希望他不是做很生疏、還要花力氣學習的事。三星尾塹社區有一個志在不老營，我們告訴社區的總幹事，辦的活動就是針對長輩想要、想做的事，因為志在不老營就是來讓他們在一起、給他一些刺激，各方面的刺激。但是他們說照我們申請的條件，所上的課程必須符合規定，就是這些課程要給他們畫畫、懷舊、聽音樂。所以為了要申報經費，等到滿牆都掛滿了畫，我們還是認為老人家也沒那麼快樂。後來就問老人家想要做什麼，他們想要種菜，因為很多老人是從事農事的，後來就把院子的圍牆弄高讓他們在種菜，他們就很高興。長輩也不是只有畫畫，因為那些是從國外來的，未必符合我們長輩想要的。後來我們就讓他有一些勞動，甚至一樓在跳龐德操。等評鑑委員來時就說，不是告訴你們失智就是該做這些課程，怎麼會做另外一套？所以他們評鑑分數就不如預期，可是這些才是讓長輩高興的，評鑑結果未必表現出長輩的回應。

主持人尹祚芊委員

謝謝怡娟老師的回應。

韓德生主任

我想我的年紀還不夠回答這種高深的問題，但是一些經驗可以分享。在照顧病人時，我是復健科當然有很多運動處方。大家可以想像一下，我給一些無聊的運動處方，老人家就會很反彈，就要想怎麼樣配合他們家裡面能夠做的事情。傳統上我們認為老人家會打太極拳、在樹下聊天，經過我在萬華區執業的經驗，我們的老人家不太做這些，我們老人家現在也不太抱孫子，家裡變很小了，小孩子都跟著爸爸媽媽而不是跟爺爺奶奶一起。所以我看到很多是老夫老妻在一起，問他們說他們想要什麼，裡面有不少比例給我答案是說，醫生你有沒有藥啊，讓我死了算了，不少比例是這樣。我沒有老到那個年紀來回

答到底人生的目的是什麼，不過我去日本看到老人家也是坐在那邊寫書法，也是坐在那邊跟著大家捏黏土，你說我到 70 歲也去那邊捏黏土寫書法，我可能不幹這種事情，我可能還是想念解剖學，摸人體。當然如果我們的社會資源夠多，有那麼多一對一的照顧，可以問這個人想要什麼，那當然很理想。可是現在老化的這群人，從年輕到現在他們只會工作，他們一直都是養兒育女、負擔了整個家計，現在 70 多歲，我父親就是這樣的年紀，他跌斷了大腿在家裡面，我教導他要運動其實他不太買單。他可能覺得我還是兒子，講的話也不是醫師的話。所以我說形而上的事情是說這個人的價值在哪裡？我父親是高知識水準，他是大學老師教國文的，他說他眼睛看不清楚，他聽力減退了，他電腦沒那麼行，所以我請他寫些回憶錄他也不行。我弄個 ipad 給他，他可以用嘴巴講錄音下來，試了兩次也沒繼續下去。我相信我家照顧是一對一的，這無庸置疑，可是我也沒找到答案。剛才前面幾位先進的分享我都可以感同身受，自己在服務老人上也有不少的經驗，只是這需要大家都把這當作一回事來看。有些老人家特別是 motivation 已經不高了，一心就是覺得小孩的成就不是他的成就，他也不需要再往下看顧了，我真的也沒有什麼可以幫忙的，大家趁年輕的時候多照顧自己的父母，多照顧自己的長者。

劉建廷局長

其實我剛剛談到的 powerpoint 裡面，就是不老節 3,000 多位長者。我是全年都在社區推動，不是為了那天表演而準備的。在社區除了他想要做什麼讓他做以外，我們發現長者就喜歡桌遊，我們就是要讓長者出來。另外還有一個讓我們非常感動的就是我們結合社區裡面的學校，去小學讓這些長者去講他生命故事，也許七、八十歲從來沒有人跟他一起完成他的故事，我們去處理這一塊，就有很多動人的故事。我們宜蘭也找智慧長者，智慧長者他有一些記憶從沒有被獎勵，但是我們請他到社區裡面跟長者一起疊疊樂或是做一些小技藝，其實大家都挺高興的，我覺得這是一種生活。我們在宜蘭就是讓社區裡面大家

很快樂，要在外面種菜也讓他去，只要他願意的話。我想還有很多故事啦，有機會大家來宜蘭玩一玩。謝謝。

呂寶靜次長

我有在社區照顧關懷據點帶過團體，我帶了一個懷舊的團體，結束之後很感動，有十幾個老人跟我說教授你跟其他的不一樣，其他都叫我們照他說的去做，可是你是坐在那裡作懷舊、帶團體，你很關心我們的生命，讓我們回顧我們的生命，你好奇喔，但是我們很開心，你要不要再來？我就說這就是我們要以他們為主體。為什麼我們社工員帶活動長輩都不來了，我就說換過來，看他們要做什麼？他們喜歡在原鄉裡，喜歡原鄉的烹飪、原鄉的服飾，改過來以後就發現出席率都很高。所以我想我們年輕的這些工作者，要去學習、瞭解長者在他們生命脈絡中做什麼樣的活動，去配合他們來做，這是第一點。第二點，我覺得志願服務這件事情絕對是個議題，讓高齡的長輩找到他可以介入的。我們以前認為要文書工作才能做志工，其實我在鄉下看到，共同廚房裡來這裏切菜的、洗菜的、拿菜的、佈菜的人，他們不認識字，但他們覺得自己的生命有意義。我想這都是我們年輕輩要學習的地方，不是我們去想，而是回到他們走過的歷史事蹟，他們怎麼過生活，需要什麼，我們儘量來回應。

主持人尹祚芊委員

謝謝次長，也謝謝在座的專家學者，我們雖然只有兩位提問，但是幾位專家學者的回應，已經回到我們這一節的主題核心。實際上我非常感謝劉局長帶來的 3 分鐘影片，他把長照的核心價值都表現在裡面。早上詹董事長提到，十年前我們監察院曾經以老人人權為題辦了一次研習會；十年之後，今天是以長照為核心。其實長照的對象不僅是老年人，也針對失能者，當然老年人失能占絕大部分，但是各位從剛剛的影片上可以看到，還是有很小的小朋友。對於長照的對象，也包括了這些人，可能是生理方面，可能是心理方面，但是不管怎麼樣，我們的照顧總是要以受照顧者為中心，這是我們大家都應該要念茲在

茲。今天很高興也非常感謝幾位專家學者，他們所講的都切合長照基本的理念。社政衛政到目前還有一點各自為政，為了要融合，將來又有一個「長期照顧師」。希望在次長的領導下，讓社政衛政以及其他包括交通、建設等，都能讓我們的長者留在他熟悉的環境中老化，但是在這個過程當中，我們不要讓他被社會隔絕，能夠帶領他們出來，延緩失智失能的程度，這是我們非常期盼的。謝謝各位專家學者，也謝謝次長給我們的回應。謝謝大家。

本場次書面資料

3-1 長照服務社區化可行嗎？

報告人：李怡娟

國立陽明大學社區健康照護所教授兼所長

大綱

- 壹、前言
- 貳、高齡者的服務需求是個別化的整體性
- 參、片段式的長照服務
- 肆、社區式化長照服務的困境
- 伍、發展整合性服務的社區化長照據點
- 陸、結語與建議
- 柒、參考資料

壹、前言

臺灣老年人口快速增加，65 歲以上人口於 2017 年已高達 13.3%，2025 年老年人口占總人口比例將超過 20%，屆時將成為超高齡社會。隨著人口老化，長期並持續性的服務需求，勢必增加；根據衛福部，若以 2010 年的我國老年人的長期照顧需要率為 12.7%之戶口普查資料進行推估，顯示 2017 年，有 76 萬人需要長期照顧服務，此外，高齡化所衍生之老人議題，包括日常生活協助、安養、就醫、長期照護、經濟保障等，皆值得政府、學者專家及社會大眾的關注。

基於此，新政府提出的「長期照顧十年計劃 2.0」亟欲發展社區式長照服務的多元整合性照顧模式，提供普遍的社區照顧據點，期待長照服務是「找得到、看得到、用得到、看得見」，長照服務社區化的期待能否達到？我們還需準備什麼？是本文探討的焦點！

貳、高齡者的服務需求是個別化的整體性

依據美國心理學家 Maslow，人之需求的需求層次理論：「生理」、「安全」、「所屬感」、「愛」、「自尊」、「自我實現」與「自我超越」，以金字塔圖像，基本生理性需求在最底部，需求程度最高，此需求理論的適用對象包括健康、亞健康及失能長者。雖 Maslow 認為人類的需要是以層次的形式出現的，由低層次的需要開始，逐級向上發展到高層次的需要。上述的需求類別之普遍性雖已獲證實，然而人之需求是一綜合與整體性，非一層滿足了，才接著到達上一層，而是各層次間會相互具增強與稍減之影響。同時每個人需求滿足的來源不盡相同，對不同類別的需求強度未必一致，這也顯示，人之需求的滿足是複雜多重且具特異性。

根據世界衛生組織（World Health Organization，WHO）於 1948 提出的健康定義：「生理、心理、靈性及社會等方面的良好與安適狀況，不僅僅是指沒有生病或者體質健壯」。因此社會的參與情形會影響長者的健康狀況與生活品質。幾乎每個人從幼年開始就自然而然得藉由就學機會，與人群互動及融入團體中，接著的就業與參與社會團體等，到了退休後，喪失原先的角色與社會功能而隔離，社會撤離理論（Social Disengagement Theory）與活動理論（Activity Theory）因此發展。活動理論建議在面對老化的過程中，個

體應當持續活動，包括體力、心理及社會的活動。對老年人而言，持續活動及避免社交範圍的縮減是健康的老化過程。因此，要能健康與活躍的老化，必須持續透過不同形式的參與活動，保持與社會的互動。

上述呼應 WHO (2002) 所提出的活躍老化中之三大支柱：獨立、參與及健康，且彼此相互影響；健康狀況會影響其獨立及參與，另一方面，參與也會影響其健康情形及獨立，而長者的獨立狀況也是其健康的表徵。國內外相關研究也強調社會參與對於高齡長者的重要性；Olesen 與 Berry (2011) 提出，長者廣泛的社會參與，會有較少的心理困擾。Ahern 與 Hendryx (2008) 針對美國 2,546 位社區老人進行長達 12 年的縱貫性追蹤研究，發現女性增加其社會參與，可有效減少 23% 的憂鬱症狀風險。國內 Chiao、Weng 與 Botticello (2011) 對臺灣社區老人進行長達 18 年的追蹤研究，發現社會參與能明顯改善老人的憂鬱症狀。施等 (2005) 設計為期四個月的社會參與介入措施，發現經常有社會參與的老人會明顯改善其憂鬱症狀。上述的實證與 2002 年 WHO 的活躍老化 (active ageing) 中所強調的"盡最大的可能來增進長者健康、參與和安全可提升其生活品質"相似 (WHO, 2002)。

本人在宜蘭進行的「高齡友善計畫」中，與在地社區組織領導人進行焦點訪談後發現：研究對象皆認為長者的「社會參與」可以顯著地反映其身、心、社會健康狀況，因此如何促使長者能夠持續參與社區中的活動是高齡友善計畫所需思考及應達到的目標 (李怡娟等人, 2015)。推動提升長者社會參與的行動計畫前及過程中，必須能夠考量長者的需

要。換言之，舉辦各項提升長者社會參與的活動，包括型態、時間、地點、內容及資訊的傳達方式，能夠考量長者的想法、過去經驗、興趣、特長及配合其日常生活常規等。舉例來說，長者的再學習、擔任志工服務或再就業等，除了有其從事該活動的目的外，規劃活動時，能強調發揮長者的優點及長處，增強其生命價值與意義，以降低因生理逐漸衰退的負向影響。因此在本人推動的「宜蘭高齡友善計畫」中，充能長者（empowering older people）是透過不同面向推動各項活動中的核心概念與價值。這樣的價值與考量不應只是適用於健康長者，更應包括失能、失智及其他需長期照顧者及其主要照顧者。

參、片段式長期照護（long-term care）服務

長期照護指的是，「針對因身體活動功能或認知受損而慢性失能，致日常生活無法獨立自理而須依賴他人者，在一段長時間內，提供包含醫療與生活照護之支持系統，主要服務對象可居住於社區或機構中，目標在增進及維持其獨立功能」（Kane & Kane, 1987）。亦有學者指出「長期照護的服務對象包括障礙及老衰者及家庭照顧者，提供生活照顧、醫療照護、護理、復健、和社會性支持等之一系列的照顧措施，服務的時間是長期的、連續性、周延性及可負擔的」（阮玉梅等，1999）。因此長期照護的服務是促使服務對象的生理、心理及社會等各方面功能，達到最佳及自立的狀態，並維護家庭照顧者的生活品質，維持尊嚴與自主。

雖政府多年來，透過多項法案與計畫，推動長照服務，不遺餘力，包括老人服務法、長照服務法、大溫暖計畫、建構長期照護體系先導計畫、長照計畫 1.0 及目前的長照計畫

2.0 等等，但一直以來截至目前，接受長期照顧服務者，幾乎多為失能或失智之喪失獨立自我生活的能力，提供的服務幾乎以生活照顧為主之長期性的照顧。在此情形下，幾乎無法達到”限制失能與殘障”，更何況健康促進與疾病預防，因此長期照顧成了消極與片段性的長期性的生活照顧服務，但，因支持體系的不足，無法滿足使用者的多元及連續性服務需求，常常因家庭主要照顧者得不勝負荷下，只好將長照家人送到機構照顧，突顯出轉銜性服務的專業人員與照護資源之間的合作與聯繫不足。

肆、社區化長照服務的困境

以「家庭為中心」之全人照護服務是為尊重”人”的整體性。WHO 倡導的整合性照護體系（Integrated Delivery System，IDS）強調結合健康相關的服務，包括醫療健康、公共衛生、基層醫療、居家照護、社會福利機構、學校、警察單位、與非營利組織等，共同提供健康促進、疾病預防、早期發現、早期治療、預防失能與復健等連續性的服務。IDS 涵蓋醫療及社會服務各個層面，並不限於單一專業或長期照顧處理，而提供連續性、整合性、個別性的服務（王懿範等人，2016）。

北歐所推展的「在地老化（aging in place）」乃為滿足長者能在熟悉的生活環境下，從居家到機構，接受多元與連續型服務，自然的老化。社區化的照顧內容包括日間托老及照顧、居家護理與居家照顧、喘息服務、送餐服務、交通接送、家事服務、輔具服務等，雖目前長照 2.0 中的服務項目將原先長照 1.0 中的 8 項增加至 17 項，期待服務能向前延伸

至預防階段、向後延伸至安寧服務，新增的九項服務有：失智照顧、原民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防/延緩失能、延伸出院準備、居家醫療等，但這些的服務內容可再具體；原民社區整合的服務項目有哪些？提供的方式與數量？預防/延緩失能的服務項目有哪些？提供的方式與數量？

從長照 1.0 起，期待各縣市長照管理中心的個案管理專員（照專）可扮演長照服務的評估、聯繫與轉介角色。然而照專的工作負荷從 2001 到 2004 年的新北市與嘉義市試辦「長照先導計畫」時期，到 2008 年開辦「長照 10 年計畫」，至如今的長照 2.0，每況愈下，雖然因受到服務對象的老化之數量激增及其需求愈加的多且複雜等之因素影響有關，但主要原因還是在於照專人數的嚴重不足有關，能力表現與期待之間亦有落差。按照國家發展委員會在 2009 年規劃，一名照專的合理工作量是 100 到 150 件長照個案，但是，人力不足之下，現在增加為 250 到 300 件，臺北市甚至是 400 件，新北市甚至到 500 名的負荷量（2017,8,13 聯合報）。反觀鄰近的日本，約五百多萬需長照老人家，照管師有將近九萬名，平均每人負責約六、七十案，是臺灣現況的五分之一。依目前照專的能力及工作負荷下，難以扮演長照服務整合及連續性之重要的管理角色，在地老化及長照社區化恐難落實！

伍、發展整合性服務的社區長照據點

期待發展整合性社區化長照服務，除了建構目前已有提供或規劃的多元長照服務，包括居家、機構、日間照顧、喘息、送餐、失能及失智等外，更應連結目前的社區關懷據點

或是社區健康促進與疾病的篩檢與診斷等之服務。本人在推動宜蘭高齡友善計畫時，期待能連結高齡友善計畫下的健康促進與慢性病照顧至失智、失能者之長照服務，特提出「整合性持續充能照護模式 All-inclusive Continuum Care Empowering ServiceS (ACCESS)」模式（圖一），以逐步建構多元、可近性與可負擔性之長者持續性照護，透過充能/賦權（empower）長者為目標，依當地長者的文化、經濟與價值等特性，規劃提供服務的內涵。期望透過 ACCESS 工作模式，結合相關資源與計畫，例如高齡友善計畫及各項健康促進及減緩衰弱等，建構符合在地長者的需求、文化、經濟狀況等之長照服務網絡，以提供長者具可近性且包羅萬有的「社區長照服務據點」之持續性照護服務，達到充能長者及提升其生活品質的目標。

建議如下：

- 一、「社區長照服務據點」中配置照顧管理者，其具備個案整合性需求評估、服務提供與轉介及監督與評值服務提供與轉介成效的專業能力，除肩負目前已有的轉銜醫療與出院準備服務、急性及亞急性照顧及協調各種的長照服務之外，還包括連結目前社區中的健康促進與延緩衰弱與失智等之各項服務，同時能教導主顧照者的照顧知識及技巧，也能在社區的長照關懷據點中提供其喘息服務。
- 二、可參考國外的老人全包式照顧計畫（Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE），結合長照 2.0 的資源，將居家的個案，透過交通接送到離家近的「社區長照服務據點」。現有的居家照顧服務員可以到離家

近社區中「社區長照服務據點」提供失能或失智者所需之服務，可以減少照顧員往返不同家庭的交通時間與花費，避免面對服務案家可能發生的意外，亦可同時照顧多位個案及與其他居家照顧服務員有互動學習機會。

三、安排相關科系學生至學校所在地的「社區長照服務據點」見／實習機會，早日接觸並參與契合長者生活圈的長照服務模式。

四、發展「社區長照服務據點」周邊之支持性的物理性環境

Levasseur, Desrosiers 與 Tribble (2008) 指出，環境因素，包括物理（無障礙空間、安全環境）與社會環境（家人、鄰居與朋友的關心與協助）會影響長者的活動、社會參與及生活品質。因此改變長者的物理與社會的環境因素，可以減緩因疾病或老化所限制的身體活動，藉由促使其身體活動來提升生活品質。因此營造「社區長照服務據點」周邊物理性環境因素，包括方便、可負擔與安全的交通運輸、無障礙公共空間、及友善與無障礙的室內環境和公共空間。

五、發展正向與關懷的社會性環境，鼓勵更多的人力資源投入照顧行列

在一充滿包容、尊重、愛、關懷與支持的社會環境下，民眾學習面對老化之正確態度，及正向形塑對老年及老化的態度，並進而激發與倡導老年人的能力（empowerment）與權力，營造親善之世代融合社會（Plouffe & Kalache, 2010），以期增加更多的照顧支持氛圍及實際投入更多的人力資源。當前國際推動「積極老化」的老人福利政策，核心理念涵括健康促進與社會參與；其中健康促進為透過多元角度介入，促進長者具備積極、有效的能力以維護及自主管理健

康；社會參與則有提供教育及學習機會、鼓勵長者依能力、偏好及需求，投入經濟發展相關的活動或志願服務工作，以及透過各項服務鼓勵長者充分參與社區及家庭生活等教育學習、社區生活、開發人力資源等。因此「社區長照服務據點」不只服務失能與失智者，也應包括健康、亞健康及衰弱的長者。

陸、結語與建議

高齡化的時代來臨，是會帶來不同方面衝擊，但不應消極看待，反該思考這是一個改變的契機；省思一直以來的思維與作法，不只是長照議題，也包括急性與慢性病照護等之互相關聯健康議題，先進行資源的盤點，避免疊床架屋式的服務或是片段不完整。相信長照服務社區化是大家的期待，唯有自健康促進與營造支持性的物理與社會環境做起，才有可能藉由建構持續整合性照護，包括社區化長照服務，達到全人照護與在地老化的目標。

參考文獻

1. 李怡娟、郭懷婷、劉建廷、陳嫻玲，發展宜蘭高齡友善城市的過程與工作模式，護理暨健康照護研究 2015; 11(3):216-223 (OI). 第一或通訊作者
2. 一位照管專員—人力最缺時一人背負 500 個案例 (2017,8,13) 聯合新聞網, <https://udn.com/news/story/7266/2640385>
3. 王懿範及邱文達 (2016) 打造全人照顧體系—醫療與長照整合。五南出版。
4. 阮玉梅等 (1999) 長期照護概論 (二版)，臺北·華杏。

5. Ahern, M. M., & Hendryx, M. (2008). Community participation and the emergence of late-life depressive symptoms: Differences between women and men. *Journal of Women's Health, 17*(9), 1463-1470. doi:10.1089/jwh.2007.0752.
6. Chiao, C., Weng, L. J., & Botticello, A. L. (2011). Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health, 11*, 292. doi:10.1186/1471-2458-11-292
7. Kane R.A., & Kane R.L (1987) *Long-term Care: Principles, program, and policies*. New York: Springer Publishing Co.
8. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes, 6*, 30. doi: 10.1186/1477-7525-6-30
9. Olesen, S. C., & Berry, H. L. (2011). Community participation and mental health during retirement in community sample of Australians. *Aging & Mental Health, 15*(2), 186-197. doi:10.1080/13607863.2010.501053
10. Plouffe, L., & Kalache, A. (2010). Towards global age-friendly cities: Determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 87* (5), 733-739. doi:10.1007/s11524-101-9466-0
11. World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
12. World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva, Switzerland: Author.



圖一、整合性持續充能照護模式

All-inclusive Continuum Care Empowering Services (ACCESS)

3-2 把失智老人留在家裡照顧安全嗎？

報告人：伊佳奇

元智大學老人福祉科技研究中心顧問

大綱

壹、前言

貳、認知功能缺損所形成生活上障礙

參、家庭在失智症照護上的要件

肆、目前失智老人留在家裡照護的困境

伍、失智症社區照護支持網應提供的功能

參考資料

壹、前言

「家」是最熟悉、也應該是最溫暖的地方，對於認知功能已經逐漸缺損的長者，提供他們一處熟悉、安全的居住環境，家人的愛、關懷，有助於他們情緒的穩定，精神行為症狀的降低，退化速度得以減緩，理論上，「原本的家」是最適合失智症長者的居住處所，但必須有許多支持條件，才能讓「家」成為失智症長者適宜的居住環境。

失智症長者是因認知功能（Cognitive Function）的缺損（Impairment），形成記憶力、判斷力、辨識力、決策力、空間感、現實導向、語言能力等開始產生退化，又因每一位長者腦部退化的部位、速度等不同，形成不同的失智症類型與病程，在他們生活獨立自主的能力上，也產生出不同的缺損，這些缺損的狀況需由專科醫師經由鑑別診斷的過程來瞭

解，讓家屬或照護者得以瞭解生活照護上需要注意的重點是在那些部分。

如果醫療專業人士無法提供上述資訊，專業團隊也未能提供整合性照護服務，家庭照護者則需要自行摸索，學習過程是漫長與不易，除會產生許多挫折，更重要的是：失智症長者因認知功能缺損，所產生出的行為，有可能影響自身及家人的安危，有時，甚至會影響社區的安危，影響是可大可小。

貳、認知功能缺損與生活上障礙間關係

認知功能缺損產生生活上障礙：

- 一、記憶力缺損：以阿茲海默症患者而言，是短期記憶先受到影響，仍保留遠期記憶、動作記憶、程序記憶等，短期記憶受損代表剛剛發生的事，或說過的話，無法儲存在腦部，如果無法儲存，自然無法提取，若家屬或照護者不瞭解，產生的結果，小的是，長者重覆言語、長者忘東忘西，與家人產生衝突或爭議，嚴重的是，忘記關爐火，引起火災等。
- 二、判斷力缺損：人們進行判斷之前，會與腦部所儲存的資訊做連接，因記憶力已開始受損，連帶影響其判斷能力，往往是根據直覺或是有限、不周全的資訊進行判斷，倘若家屬或照護者不認識失智症對患者的影響，誤以為他們仍與以前尚未罹病時一樣，會做適切的判斷，忽略他們這方面能力可能已經缺損。

譬如：熱水龍頭出來的水是熱的，如果要開熱水龍頭，必須配合冷水龍頭的冷水，才不會被熱水燙傷；或是杯中

的水要喝之前，先要測試溫度是否適合直接喝等生活細節。嚴重時，有失智症長者住在高樓層住宅，因家屬或照護者怕他出門遊走，走失，所以將大門鎖上，長者執意出門，會從陽台直接出去。

- 三、辨識力受損：當人們睡眠不足、精神不濟，往往會影響辨識能力，更何況失智症長者記憶力、判斷力，決策力等都已缺損時，辨識力自然也受到影響，譬如：無法辨別其他人的動作、言語、表情等所代表的意義，甚至對臉孔的辨識，也產生困擾，無論是對他人，或是自己，所以一旦照鏡子時，會被突然嚇住，驚恐的認為：怎麼會多出一位不認識的人。
- 四、決策力缺損：決策是需要周全的資訊，進行分析與比較，是複雜度較高的過程，失智症長者的記憶力與專注力均受損下，要他們進行決策是高難度的挑戰，譬如：給予一些抽象的符號或文字代表著我們熟悉的物品，這對失智症長者會是困惑與打擊心理或自信心的做法，他們一下無法將正常人所提供的符號或文字所代表的物品做連接，更遑論分析與比較，此刻，選擇是高難度的事，有些失智症長者會以發怒或生氣等方式來保護自己，避免他人知道他們功能已受損。
- 五、空間感受損：從三度空間到二度空間物品的操作產生困難，對於自行穿著已產生困難，因無法分辨衣服領口及袖口，無法自行穿衣，或即使穿上，卻無法將扣子扣進對應的扣眼，形成不對稱情況；地面如有不同色調的區塊，會以為是洞，不敢前進或走過；有階梯的地方，卻以為是平面的路面，前進時，容易產生跌倒等現象。

六、現實導向的缺損：這項能力的缺損與上述認知能力的缺損連接在一起，因為短期記憶缺失，不記得現在的時空環境，回到他自己最熟悉的時空環境；又因判斷力與決策力受損，無法收集現在所處時空環境的相關資訊，進行分析與判斷，會以自己最熟悉的情境做結合，在生活上，造成家屬與照護者最大的困擾是：失智症長者在炎熱的夏天會穿著冬天的厚衣物，在寒冷的冬天穿著單薄的夏天衣物，且還堅持己見；遊走更是失智症長者致命的原因，因無法記得與辨別回家的方向與路，會走向深山或河川，導致死亡。

因此為讓失智症長者能「安全」居住在家庭中，政府責無旁貸需要提供失智症社區支持網，以協助家庭能「順利」照護失智症長者，是關鍵所在，一個健全、完善的失智症社區支持網，能協助家庭自主照護失智症長者，維持家庭經濟生產力，減少家庭成員的衝突，促進社會的和諧與穩定發展。

參、家庭在失智症照護上的要件

失智症長者受疾病影響，再加上照護方式，照護環境等因素所產生的精神行為症狀（BPSD）會造成哪那些影響，是與家屬或照護者是否具體下列條件有關：

（家庭在失智症照護上的要件）

- 一、是否理解什麼是失智症？
- 二、是否瞭解長者的認知功能是那些部位開始受損？
- 三、是否認識這些受損的功能會造成長者在生活上有那些狀況？
- 四、是否懂得照護失智症長者的技巧與溝通方式？

- 五、是否具備盤點家庭照護資源知識與能力？
- 六、是否善於運用社會正式與非正式資源？
- 七、是否能整合家庭及社會資源以建立照護體系？
- 八、是否瞭解家庭可運用老人福祉科技，以增進照護能力，減輕照護壓力？
- 九、社會長照資源是否能有效提供？
- 十、社區是否已建立適合失智症長者的友善生活環境？

肆、目前失智老人留在家裡照護的困境

臺灣目前如要讓失智症長者留在家庭中照顧，當前的困境是家屬無法取得足夠支持與服務，原因是：

- 一、錯誤的失智症政策，欠缺以需求者為導向的政策思維與規劃
- 二、直接抄襲國外失智症政策，欠缺思考文化、基礎建設、價值觀等差異性
- 三、忽視失智症照護人才的培養
- 四、未建立失智症照護所需知識與技能的教材
- 五、未建立本土失智症照護案例研討資料庫
- 六、未建立失智症照護人才分級證照制
- 七、未重視如何運用老人福祉科技來協助家庭照護工作
- 八、未建立社區失智症照護支持網
- 九、健保制度影響醫療對失智症照護的發展
- 十、重視醫療照護，忽視生活照護、生活自立

一、錯誤的失智症政策，欠缺以需求者為導向的政策思維與規劃

政策的規劃目的應以協助政策目標對象解決其所面對的問題，臺灣從過去至今，無論失智症政策或是長照政策，都是以服務提供者為導向的思維模式來進行政策規劃，基於知識、資訊、經驗等的不對等，民眾無法取得完整資訊，清楚有那些選擇，或未來整體會面臨那些問題，往往是走一步算一步，無法做全盤性規劃與事前的安排，甚至以「滾動式決策」來掩飾決策不周全的困境，又無法及時「滾動」修正。

過去至今，失智症政策服務對象是以失智症長者為主，忽略家庭主要照護者，一方面，不易見到成效，另一方面，更無法做資源的累積，所以政策最大盲點是弄錯政策服務對象。

如何將失智症政策主要對象是放在對家庭主要照護者的培力（Empowerment），而不是今天所見社區的各種學堂，唯有家庭主要照護者學習到照護知識與技能，有能力進行照護工作，亦可成為社區失智症照護種子協助新進家庭照護者，同時，成為失智症社區支持網運作的生力軍，才能擴散成為臺灣失智症照護網的支柱。

倘若失智症政策能先針對不同地區失智症家庭進行焦點團體訪談，瞭解失智症家庭的需求與差異性，進一步規劃出能符合失智症家庭照護者的需求，並能引導一步一步走向長期照護所需知識與技能，提供心理的支持，導入社區支持網。

二、直接抄襲國外失智症政策，欠缺思考文化、價值觀、基礎建設等差異性

任何國家失智症政策是根據該國文化、民眾價值觀、醫療與長照基礎建設等來規劃，歐美許多國家已建立醫療分級制，也由於老化時間為長，已逐步建立長照服務體系，在這基礎上，他們再進一步規劃符合他們民眾需求的失智症政策。

臺灣民眾傳統上認為疾病是以醫療方式得以解決，忽視自身的責任。長期以來，慢性疾病的藥品均占健保一大支出，事實上，所有慢性疾病首要是重新建立健康的生活方式，從飲食、運動、睡眠等著手，再配合藥物的控制，國人一直欠缺這方面認知。失智症亦是一種慢性疾病，目前全世界尚未研發出藥物可治癒這疾病，唯有賴於建立規律化生活作息，以生活自立為核心，鼓勵與支持失智症長者「做」自己，才能減緩退化，降低精神行為症狀（BPSD），這是極需建立的文化觀、價值觀，絕非一朝一夕可成，需要政策長期教育。

目前臺灣失智症政策抄襲歐美國家，失智症照護服務又抄襲日本（日間照顧中心、團體家屋、小規多機等），非但忽略文化與價值觀，更忽視照護失智症長者的核心價值一對人的關懷，又受限於制度，或說是機構的收費標準，照護人力質與量不足之下，影響照護品質。

三、忽視失智症照護人才的培養

由長照的照服人力嚴重不足，更遑論需要對失智症有專業訓練的照護人力，至今看不到臺灣失智症照護人才長期培育計畫，若不規劃出人才培育長期策略，將直接影響臺灣失

智症照護品質，及失智症長者留在家庭照顧，這也是為何衛福部去（2016）年宣布，將在去年底開始提供失智症家庭每月十五小時的安全看視，至今（2017年9月）仍然看不到服務提供的關鍵所在，沒有專業人力，服務是無法從天而降。

監察院內政及少數民族委員會 2017年8月16日發布新聞，根據該院所通過調查報告指出，政府目前正大力推動長照 2.0，但國內失智症照顧資源及照護人力仍嚴重不足，對於有需求的民眾恐「看得到、用不到」，亟待強化及改善。這份由監察委員江綺雯、林雅鋒於調查報告指出，臺灣對失智症者及照顧者的服務量能明顯不足，民國 106 年長照人力有 5,295 人至 1 萬 2,981 人的缺口，到 109 年缺口恐達 4 萬人，要求衛福部確實檢討，加速資源布建。證明失智症照護專業人力嚴重不足的現象。

四、未建立失智症照護所需知識與技能的教材

失智症照護是具有文化特性，臺灣目前失智症照護方面書籍以翻譯國外著作居多，尤其是翻譯日文的著作更多，其次，失智症照護所涉及知識與技能必須是跨領域與整合許多學科，臺灣目前有所謂失智症整合照護書籍，是由不同專業領域人士各自寫各自所長，欠缺核心價值貫穿，也欠缺文化觀，如要發展臺灣失智症照護，勢必需要建立具有文化特性、本土化的失智症照護所需知識與技能的教材。

五、未建立本土失智症照護案例研討資料庫

正如上述所言，失智症照護是有文化特性，甚至因語言（原住民、客家）、地理區域（山區、海邊、都市、農村）、教育程度、職業類別等在生活方式上有其差異性，每一失智症長者均有其個別化因素，雖無法全然仿照，但可做為其他

人在照護時的學習案例，達到舉一反三之成效，由於臺灣連失智症專業人才都不足，更遑論有人去彙集不同照護案例，如希望建立臺灣自己的失智症照護各種不同模式，且提升照護品質，建立本土的失智症照護案例研討資料庫是刻不容緩。

六、未建立失智症照護人才分級證照制

要能留任好的人才，除相對適宜的待遇，職涯規劃與證照制度均是十分重要，由於失智症照護是需要跨領域學習整合不同的知識與技能，更要能研發出本土化、有文化特性的照護方式，應給予失智症照護人才分級證照，一方面，鼓勵留任優秀人才，另一方面，提供良好職業發展環境，為未來臺灣失智症照護吸引更多生力軍。

七、未重視如何運用老人福祉科技來協助家庭照護工作

照護人力的欠缺已是世界人口老化國家都面臨的問題，尤其是失智症照護更耗費照護人員的心力，日本首相安倍所提新經濟政策的第三支箭，即是以發展機器人來減輕照護人力不足的壓力，老人福祉科技已是世界人口老化國家所重視的領域，臺灣科技及 ICT 產業發展是發展智慧照護及老人福祉科技的最佳基礎，政府至今尚未有完整政策或策略。

政府並應宣導如何運用居家環境改造，以減輕照護上負擔，減少照護壓力，降低對長者精神行為症狀的誘發，建立可讓長者維持自立生活的支持性環境。

八、未建立社區失智症照護支持網

家庭是生活在社區中，若希望失智症長者能留在家庭中接受照護，社區失智症照護支持網是不可或缺的要件，上述已從當前政策、制度、人力、教材等面向討論到各種問題，

這些問題若無法解決，將很難見到社區失智症照護支持網的建立。

正如，衛福部在今年四月已在全臺掛起二十個所謂失智症共同照護中心的招牌，至今真正能開始運作有多少？能真正落實提供失智症跨領域整合照護服務及個別性的照護計畫又有多少？這二十個共照中心有十九個是醫療機構，過去即提供失智症醫療服務，為何過去無法提供失智症跨領域整合照護服務？關鍵就在人才，欠缺這方面專業人才，從未培育，如何有專業人才？過去醫療機構是以醫療服務為主，忽視生活照護所需知識與技能，掛了牌，不代表人才就有，服務自動產生。

此外，早期篩檢是失智症共照中心令一重要工作目標，社區完全早期篩檢後，再由醫療機構進行鑑別診斷，試問：今天衛福部是否提供相關配套措施？醫療機構在一例一休後，人力早已捉襟見肘，如何有多餘人力來執行鑑別診斷上所需要的檢查項目：MRI、CT 等影像醫學上檢查、神經學檢測、MMSE 測驗等。

九、健保制度影響醫療對失智症照護的發展

健保制度一直引導醫療服務方式與內容，健保總額支付制度是直接影響醫師看診方式與時間的重要因素，由於過去健保從未就醫師提供失智症照護知識或技能後，給予衛教點數，大多數醫師是以開藥為主要醫療服務內容，而失智症是以生活照護為主，醫療照護為輔的前提下，醫療所扮演的角色僅有「傳統的權威」，目前失智症共照中心也僅可能改變二十個中的十九個醫療機構服務模式，倘若能學習糖尿病衛教的給付點數方式，才有可能改變醫療服務的現況。

過去至今，醫療機構及專科失智症醫師雖瞭解非藥物療法重要性，但少有醫療機構及失智症專科醫師願意主動整合不同專業領域人員，進行跨領域失智症整合服務，至今的整合服務，僅是將不同領域專業人員放在一團隊中，各自做各自的，少有以長者為中心進行跨領域整合服務的討論及規劃。

十、重視醫療照護，忽視生活照護、生活自立

民眾傳統思維是有病看醫師→領藥→服藥→康復，失智症與其他慢性疾病均無法尋這一路徑治癒疾病，藥物治療的效果至多是減緩退化，但也需要在家屬能配合，在長者服藥後，提供非藥物療法活動的生活自立活動，並就長者精神、行為、認知功能的表現、體能表現等進行紀錄，醫師才能瞭解所開立藥物是否有幫助，是否需要調整劑量，是否需要更換或增加其他藥物等。

各地日間照顧中心主要仍歸社政體系，目前臺灣絕大部分縣市衛政與社政尚未整合，未來或說現在自然出現各地失智症共同照護中心無法與當地日照中心、居家服務提供團體、長照管理中心等進行社區服務網絡的合作。

伍、失智症社區照護支持網的功能

若希望將失智老人留在家裡照護，必須要有完善的失智症社區支持網，其內容應具備下列要件：

- 一、提供家屬在照護上歷經每一病程所需的知識與技能。
- 二、提供家屬喘息服務
- 三、提供家屬支持團體服務

四、協助家屬快速有效取得長照資源

五、提供失智症長者不同階段所需的照護計畫

六、提供失智症長者一友善的社區環境

一、提供家屬在照護上歷經每一病程所需的知識與技能

每一位失智症長者因其罹患失智症的種類、所處的病程階段、個人生命史、現存能力、教育背景、社經地位、多重共病狀況等生理、心理、家庭條件等均有所不同，所需的照護計畫與方式如以個別化方式進行規劃會有所不同，提供服務者必須具備失智症整合照護知識與技能，累積豐富的經驗，來提供服務。

阿茲海默症患者平均存活時間長達八至十年，病程因隨長者認知功能退化程度不同，可分為輕度認知障礙、輕度、中度、重度、極重度等不同階段，所需知識與技能是配合病程，從神經醫學、老人醫學、老人護理、老人心理學、老人社會學、職能治療、物理治療、口腔保健、營養學、身體照護與清潔、安全移位與翻身等可規劃出上百堂課程，但臺灣至今尚未有政府或民間團體提供家屬完整的照護資訊。

二、提供家屬喘息服務

失智症照護是無法由一個人獨自完成，往往需要以照護團隊來進行，整合出家庭及社會資源，包括：家庭成員、外籍看護、居家服務、日間照顧中心、機構喘息服務等，甚至可結合社會非正式資源服務，以減輕家庭照護壓力與負擔，往往許多失智症家庭悲劇的產生，不外乎是欠缺照護知識與技能，獨自一人負擔照護工作，形成照護壓力無法有效紓解。

三、提供家屬支持團體服務

除有人接替照護工作，得以喘息，更重要的是：能夠有機會與其他失智症家庭照護者共同交流，一方面，藉以學習他人的照護經驗，另一方面，更可讓自己走出照護的象牙塔，知道世界不是只有自己是如此辛苦，不是只有家中失智症長者是如此，甚至還會慶幸，原來自己不是最辛苦的照護者，相互交流，相互支持，在社區中的支持團體運作，也因地理區域接近，彼此的同質性較高，容易交流互動，更可建立在平日相互支援的伙伴關係。

四、協助家屬快速有效取得長照資源

家庭照護者對於長照資源並非全然熟悉或清楚，社區失智症支持網可協助家庭速度申請取得所需長照資源，包括：長照 2.0 所提供失智症安全看視、居家照顧、日間照顧中心的資訊、居家環境的改善、購買輔具的補助、免費輔具的申請、團體家屋的資訊、交通接送的服務、教育訓練的課程等訊息與服務。

五、提供失智症長者不同階段所需的照護計畫

絕大多數失智症家庭照護者是第一次進行照護工作，欠缺經驗與知識技能，且失智症長者的病程階段會隨著退化與生理狀況改變有所不同，因此在不同階段所需的照護計畫皆有所不同，也有不同的照護目標，需要不同的照護知識、技能，如果社區失智症支持網能協助對長者狀況進行評估，幫助家屬規劃現階段新的照護計畫、使得家庭照護者得以因應新的變化，順利持續進行照護工作。

六、提供失智症長者一友善的社區環境

由於在地化、社區化的照護環境是以社區為範圍，能讓失智症長者維持自力生活方式，是減緩退化的重要照護原則，又希望避免長者因認知功能缺損，無法獨立完成生活作息，因此如能建立失智症友善社區環境是有助於長者持續生活在家庭，減少家庭照護壓力，避免長者遊走而走失，或是購物忘記付款，被當成偷竊等事件，社區中的店家、鄰居、社團等，若能瞭解失智症，進而成為失智症支持者，建構出失智症友善社區，是讓失智症長者持續居住在家庭中的重要因素之一。

以日本為例，如何長期建構失智症友善社區環境。日本失智症政策是從 2004 年全國性政策持續推動，「理解失智症之社區建構 10 年計畫」，建構出基礎，落實到社區。2005 年 4 月開始，「理解失智症的 1 年」，2009 年學習失智症相關知識的居民達 100 萬人左右，並成為社區失智症支援者，在全國各都道府縣完成數所即使得了失智症也能安心生活的社區模式。

2015 年日本在國家政策方案中，為了充實失智症對策，提出下列具體策略。推進「失智症初期集中支援小組」之設置—醫療・看護專業人員將以小組方式拜訪、支援失智症患者。於 2017 年底前讓參加提升對應失智症能力研習的看診醫師人數擴大至 6 萬人。於 2017 年底前培養 800 萬名「失智症支援者」一對失智症有正確的知識和理解，在當地幫助失智症患者及其家屬。

自 2018 年度起在全部的市鎮村實施。為看護職員舉辦提升對應失智症能力的研習—針對失智症的狀態給予適當

的關懷。為新進看護職員引進遠距教學—使其學會關懷失智症最低限度所需之知識和技能。

日本除提出社區照護網，還推動國民對失智症的認識，以建構出社會對失智症患者的友善環境與支持，我們望塵莫及。

參考資料

1. 趁你還記得：醫生無法教的失智症非藥物療法及有效照護方案，侍親 12 年心得筆記，兼顧生活品質與孝道！

時報文化出版 2014-11-24

作者：伊佳奇

http://www.books.com.tw/products/0010655770?loc=P_004_080

2. 郝市長不懂老人照顧（伊佳奇）

2010 年 10 月 21 日蘋果日報論壇版

<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20101021/32901831/>

http://tw.nextmedia.com/applenews/article/art_id/32901831/IssueID/20101021

3. 讓家庭照顧者成長照支柱

【聯合報／伊佳奇／專職家庭照顧及文字工作者（臺北市）】

2012.04.23 01:40 am

<http://udn.com/NEWS/OPINION/X1/7045368.shtml>

4. 被遺忘的失智人口（伊佳奇）

2013 年 10 月 12 日蘋果日報論壇版

<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20131012/35358546>/被遺忘的失智人口（伊佳奇）

5. 〈台北都會〉防失智者走失科技配備築保護牆

自由時報記者林郁姍報導 2014-12-17

<http://news.ltn.com.tw/news/local/paper/839757>

6. 台版「愛·慕」……長照牛步下的悲劇

2016-01-07 01:38 聯合報

伊佳奇／元智大學老人福祉科技研究中心顧問（臺北市）

<http://udn.com/news/story/7339/1425971>

7. 人倫悲劇不斷說好的長照 2.0 呢

2016-07-11 03:07 聯合報伊佳奇／元智大學老人福祉科技中心顧問
（臺北市）

<http://udn.com/news/story/7339/1819994>

8. 山盟海誓敵不過殘酷的失智症照護

作者／伊佳奇 發表日期／2016/8/18《遠見雜誌》

https://health.gvm.com.tw/webonly_content_10712.html

9. 《伊佳奇》醫療掛帥長照將成災難

中國時報言論版 2016/8/20 下午 07:59:00 伊佳奇

<http://opinion.chinatimes.com/20160820004367-262105>

10. 長照的失智症政策應給釣竿不是魚（伊佳奇）

蘋果日報論壇版 2017 年 01 月 10 日

<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20170110/37514984/>長照的失智症政策應給釣竿不是魚（伊佳奇）

<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/forum/20170110/1031570>

11. 錯誤的失智症政策比貪污更糟！

作者／伊佳奇發表日期／2017/2/5 《遠見雜誌》

https://health.gvm.com.tw/webonly_content_13467.html

12. 《自由廣場》長照有個失智破洞

自由時報自由廣場 2017-04-09 06:00 伊佳奇

<http://talk.ltn.com.tw/article/paper/1092825>

13. 《自由廣場》台灣不只一位瓊瑤

自由時報 2017-04-16 06:00

<http://talk.ltn.com.tw/article/paper/1094706>

14. 伊佳奇：掛上招牌專業服務會自動生出？

蘋果日報網路論壇 2017年06月13日 09:25

伊佳奇／元智大學老人福祉科技研究中心顧問、臺北市政府市政顧問

<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20170613/1138804/>

15. 撒錢掛牌沒人才長照 2.0 恐一團亂

2017-07-19 03:03 聯合報伊佳奇／元智大學老人福祉科技研究中心顧問（臺北市）

https://udn.com/news/story/7339/2591415?from=udn_ch2cate6643sub7339_pulldownmenu

16. 失智照護人才長照重中重

2017-08-12 00:14 聯合報伊佳奇／元智大學老人福祉科技研究中心顧問（臺北市）

<https://udn.com/news/story/7339/2637894><https://udn.com/news/story/7339/2637894>

17. 失智症防治照護缺失監察院促改善

2017-08-11 17:29 中央社臺北 11 日電

https://udn.com/news/story/6656/2637295?from=udn_ch1cate1_pulldownmenu

18. 「失智症整合照護」專家伊佳奇：政府失智政策錯放資源

【聯合報／記者王昭月／即時報導】2017-09-09 18:59

<https://udn.com/news/story/7327/2692313>

19. 「趁你還記得」失智症「需整合性照護」

【聯合報／記者王昭月／高雄報導】2017-09-09 23:13

<https://udn.com/news/story/7327/2692532>

以下為最近一年及相關所發生失智症長者在家庭所發生的實際案例。

失智翁短暫「翹課」 暖警送返老人日照中心

中國時報郭韋綺 2017 年 07 月 17 日 23:56

<http://www.chinatimes.com/realtimenews/20170717005923-260402>

高雄岡山警分局彌陀分駐所巡佐薛長青、警員蔡岳廷，日前擔服巡邏勤務巡經彌陀區中正路，發現有位長輩行走在大馬路上，不顧車輛來往，導致交通混亂，員警見狀伸手援助。

經了解，這名長輩語言表達能力不佳，無法查明身份，員警詢問附近民眾得知長輩姓陳，今年 75 歲，以電話聯絡上陳兒，他說早晨將父親送到彌陀區日間照護中心，以為接受白天日常照護，沒想到接到警方通知，父親跑到市區街道上。

問題點：失智症專業人力質與量的不足

【獨家】對面阿公愛露鳥 她從 10 歲看到 23 歲

蘋果日報 2017 年 08 月 15 日 14:49

嘉義縣六腳鄉溪厝村侯姓 82 歲老翁，10 多年來，時常在住家 3 樓陽台爬到鋼梯上露鳥自慰，更離譜的是，還跑到對面鄰居住家前做不雅動作，住附近的 23 歲王姓女子，氣到拿水潑變態老翁，他仍照樣做不雅動作，街坊鄰居都拿他沒輒，連他的兒子也嘆說：「每次勸父親就被罵」。家屬告訴警方，老翁疑有失智和罹患思覺失調症，但不肯看醫生。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網、精神行為症狀

失智父控告傷害兒喊冤改判無罪

2017-01-02 01:12 聯合報記者游振昇／臺中報導

<http://udn.com/news/story/7321/2204900>

六十六歲傅姓男子被控索錢被拒後持棍棒打傷九十歲父親，一審法院依傷害尊親屬罪判刑五月，得易科罰金；傅喊冤，堅稱沒打父親，上訴後，臺中高分院發現傅的父親失智，且沒有證據證明他傷父，改判無罪。

二審法官傳訊傅姓老翁與妻子出庭作證，二人都未出庭，法官發現老翁之妻警詢時表示記不清楚當天的事。傅姓老翁的女兒出庭證稱，父親常到處亂講她要變賣土地霸占財產，她關心父親之舉也常被

父親誤解，現在她不敢回家探視父母，她還曾氣的告訴父親：「你名下沒有土地，哪來霸占」。

二審法官查出，老翁有失智症，到北部女兒家住時堅持要出門，女兒擔心失智父親危險，請外勞在家看護，老翁竟打電話報警說有老人被監禁。法官認為，傅姓老翁平常受暈眩所苦，長期服藥，容易暴怒誇大渲染，他說被兒子打傷，唯一目擊證人是妻子，但妻子記不得當天的事，沒有證據證明他被兒子打傷。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網、精神行為症狀

鐵鍊套阿茲海默症父親 兇得坐牢 4 月不得上訴

自由時報社會版 2017-04-07 12:48

<http://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/2028830>

〔記者丁偉杰／嘉義報導〕嘉義一名邱姓男子因不堪長期照顧患有阿茲海默症父親的壓力，一時氣憤下，在今年元月 15 日深夜把父親帶至超商，買來鐵鍊後要父親套頸，防止再走失，但又突然情緒失控動手毆打父親，民眾見狀報警，嘉義地院今天依剝奪直系血親尊親屬行動自由罪，判邱男徒刑 4 月。

未婚的邱男（36 歲，有公共危險前科）目前擔任鐵工，事後他向法官表示，父親患阿茲海默症，身心狀況不佳，因一再走失，才用這種方法限制父親行動，父親也原諒他了。

但法官認為，邱男身為人子，理應負起照護父親責任，且父親患有輕度阿茲海默症，更應體諒其身心狀況不好，邱男不但不能耐心以對，更以對待牲畜非人道方式，限制罹病父親的行動，以控制父親行蹤，讓父親身心飽受痛苦。

法官審酌邱男坦承犯行，父親受剝奪行動自由的時間不長，邱男犯後態度良好，但屬累犯，對直系血親尊親屬犯下剝奪行動自由罪，加重其刑，不准緩刑及易科罰金，判刑 4 月，不得上訴。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網法官造法是否可解決長照問題

失智症偷單車 被逮忘了怎麼偷的

蘋果日報社會新聞版 2017 年 06 月 15 日 10:56

<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20170615/1140597/>

臺北市內湖分局，5 日下午 4 時許，接獲民眾報案表示，自己停在內湖三軍總醫院的自行車遭竊，警方到場陪同被害人察看，並調閱監視器畫面，發現 1 名身穿紅色 T-Shirt、頭戴深色鴨舌帽男子涉有重嫌。

警方立即針對內湖三軍總醫院周邊擴大調閱監視器，並將監視器畫面傳至派出所群組，派出所許姓警員一眼認出，該名男子正是 6 年前曾遭他逮捕的沈姓（66 歲）自行車竊嫌，警方循線到沈嫌位於大湖山莊的住家查緝，在其社區地下室內當場查獲民眾遭竊的自行車。

警方表示，沈嫌因患有一級失智症，一度否認犯案並對犯案細節表示完全不知情，但警方人贓俱獲，將沈嫌帶回偵訊，偵訊後將他依竊盜罪函送法辦。（突發中心簡銘柱／臺北報導）

問題點：欠缺社區失智症照護支持網

教授提早退休照顧失智父 5 年老了 10 歲

2017-03-03 16:37 聯合報記者陳崑福／即時報導

https://udn.com/news/story/7266/2318786?from=udn_ch2cate6649sub7266_pulldownmenu

「你們要毒殺我，我不要吃」，一名大學教授，為照顧罹患失智症的父親，提早退休，父親懷疑他及家人在食物、飲水中下毒，在醫師建議下申請監護宣告，但因患者出現身體自衛現象，病情時好時壞，致無法做鑑定，讓他精神飽受煎熬，外表看起來比實際年齡老了十多歲。醫師建議，目前有口服或長效型注射治療藥劑，以減緩症狀。

醫師說，這位患者，初期出現失智症狀，家人未特別留意，等出現忘東忘西情況，才發現情況嚴重，在大學擔任教授的兒子為了父親，提早辦理退休，全心照顧父親，不料，他父親不時懷疑他在食物、飲水中下毒，不敢吃、也不敢喝，讓教授及家人備受煎熬、困擾，準備帶患者就醫。

醫師檢視患者情況嚴重，開具藥方供患者服用，但患者也懷疑醫師在藥物中下毒，不吃醫師開出的藥物，醫師建議下向法院提出監護宣告訴訟。

有一次，趁患者較嚴重時送醫治療，欲進行鑑定，等醫師及法院人員趕到，患者卻溜出醫院，致鑑定不成，致他飽受精神煎熬，親友看到他為照顧父親，老化速度相當快，5 年宛如老了 10 歲，相當不捨。

屏東縣屏安醫院長黃文翔說，失智症患者雖然會出現痠、麻、熱等身體現象，但大腦在不吃藥也不會感到不適症狀。由於失智症會併發妄想，有時會對家人、週遭的親友產生敵意，甚致出現攻擊行為，目前有新型滴劑，可加在患者飲水或食物中，或注射長效型藥劑，減緩患者症狀，稍為紓解患者家人的精神壓力。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網醫師欠缺失智症照護知識

嫌飯菜難吃 94 歲阿公割傷媳、孫

2017-04-01 01:19 聯合報記者王長鼎／新北報導

https://udn.com/news/story/7320/2377809?from=udn-relatednews_ch2

新北市九十四歲的蔡姓男子昨天碎念媳婦煮的飯菜難吃，又不滿媳婦出言頂撞，怒氣飆升，涉持刀揮舞，混亂中，媳婦遭劃傷，孫女上前勸架也遭波及受傷，送醫後都無大礙。傷者念及都是一家人，不願提傷害告訴；警方處理後，依規定通報新北市家暴中心。

新北市消防局昨天中午十二時許獲報，汐止區伯爵街一處公寓發生家庭糾紛，有人受傷。救護人員到場，發現五十三歲的鄭姓女子左手臂有切割傷，屋內一片凌亂。

警方調查，鄭婦的公公蔡姓男子中午吃飯時，碎念媳婦煮的飯菜難吃，疑似引起媳婦不滿，出言頂撞，雙方發生口角；蔡一時情緒失控，竟持小刀揮舞。

混亂中，鄭婦遭蔡劃傷，廿八歲的孫女見狀連忙上前勸架，要分開二人時也被波及，造成右手及腳背有切割傷。二人均由救護車送至汐止國泰醫院急救。

鄭婦及女兒二人因傷勢均不嚴重，考量都是一家人，不願意提出傷害告訴；蔡男的孫子也趕回家安撫爺爺情緒。警方處理後依規定通報新北市政府家庭暴力暨性侵害防治中心，派員了解。

家暴中心主任許芝綺表示，鄭婦平日要照顧公公及失智的婆婆，十分辛苦；公公因年紀大，情緒起伏變化大。因鄭婦丈夫洽公出國，為免再發生類似情況，在丈夫回國前，鄭婦及女兒先住親友家，公婆二人由孫子照顧。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網、精神行為症狀

失智老婦把窗當門？懸掛 11 樓窗外警消息救援

2017-06-22 20:28 聯合報記者劉星君／即時報導

https://udn.com/news/story/7320/2540720?from=udn_ch2cate6639sub7320_pulldownmenu

高市鳳山警分局成功所今天下午 4 點接獲民眾報案，一名老婦人懸掛在 11 樓窗外，警方、鳳山消防隊員到場發現，87 歲老婦人疑失智，誤將窗戶當門，爬出窗外，兒子發現後趕緊抓著母親的手，消防人員到場後，破門進入，並同時派一名消防隊員在 10 樓窗戶設法抓住老婦人，最後花了約半小時將老婦人救起，隨後送往醫院。

臉書爆料公社今傍晚有網友 PO 文「當下超驚嚇」，「門鎖住了，她兒子拉著她，還好鄰居出來幫忙，最後沒事沒事」，並 PO 出老婦人懸掛在窗外約 28 秒影片，過程驚險，兒子手拉著母親，喊著「不要動」，老婦人也喊著「救命啊，救人啊！」

<https://www.youtube.com/watch?v=pcDi3ijqT2U>

問題點：欠缺社區失智症照護支持網、精神行為症狀

女兒疑中風暴斃 8 旬失智老母伴屍日餘

自由時報 2017-06-26 19:11

<http://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/2112447>

〔記者王冠仁／臺北報導〕今天下午將近 4 點時，臺北市消防局接獲報案，指稱建國北路 2 段一間民宅 4 樓內，有一名 62 歲王姓女子倒臥房內床上身亡，王女高齡 88 歲的老母親則坐在客廳中，身體十分虛弱，疑似多日沒有進食。救護人員緊急將王母送醫，目前正在救治復原當中。

警方調查，王母患有失智症，平時生活起居都由 62 歲女兒照料，母女倆相依為命，兒子偶爾會來探視。不過王女有中風症狀，警方檢視現場，發現屋內沒有外力入侵跡象，有沒有打鬥痕跡，研判平時照料母親的王女，應是中風症狀發作而暴斃身亡。

王母則因患有失智症，不知女兒已死，也無法自理生活，只能在屋內伴屍不知要對外求援；幸虧王母兒子今天下午回家探視，才發現這起事件。警方說，王女遺體已經發黑、屍僵，研判至少已經死亡將

近 1 天，王母年事已高、身體狀況不佳，若她兒子今天沒有返家，恐釀成 2 命悲劇。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網

失智父吵鬧 子繃帶捆口頸竟奪命

蘋果日報 2015 年 05 月 07 日 20:24

高雄市男子黃忠義的父親去年因車禍傷及腦部，出現失智、胡言亂語、行為不受控制等現象，需人長期看護，但黃男對照顧父親逐漸失去耐心，今年初因為父親半夜吵鬧，黃男先發狠把父親打到重傷住院，今年 1 月 11 日清晨在義大醫院照顧父親時，因父親吵著要下床，黃男竟在病房內，不顧房內還有其他病患，以繃帶捆住父親口、頸，致父親窒息死亡。高雄地檢署依殺害直系尊親屬罪起訴黃。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網

子身亡多日 失智老母餓多日獲救

【聯合報／記者趙彥／即時報導】2014.05.09 04:54 pm

高雄市前鎮區林森三路一處巷內公寓 2 樓 9 日下午傳出怪味，鄰居懷疑有異報警，警方到場敲門無人應答，轉請消防人員破門而入，發現 47 歲無業的趙姓男子坐著死在沙發上，另有一名老婦人倒在大門後；警方說，老婦嚴重失智，躺在地上應是餓了幾天，送醫後無礙，初步研判，死者應非他殺。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網

失蹤 3 天 跌山溝喝雨水 張劍寒奇蹟獲救

中國時報【胡欣男、朱芳瑤／臺北報導】2013 年 11 月 7 日上午 5:30

曾是馬英九總統甲等特考口試委員之一的臺大退休教授張劍寒，3 日出門散步失蹤，大批警消在臺北市四獸山搜索，終於在 6 日傍晚在 10 公尺深的溝渠裡找到手腳皆挫傷的張，送醫無大礙。警消研判張失蹤期間是以喝雨水維生，高齡 85 歲能撐到警消救援，真是奇蹟。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網
七個月之後悲劇依然發生

臺大政治系前主任失足溺死

【聯合報／記者王冠仁／臺北報導】2014.07.05 02:29 am

罹患失智症的臺大政治系名譽教授張劍寒，曾離家走失又獲救，本周一他與妻子去醫院看病返家，在家門附近走失；前天傍晚被發現陳屍在華江雁鴨公園河岸邊，警方研判他走失期間不慎落水溺斃。

八十六歲的張劍寒，曾任臺大政治系主任、臺大法學院院長，早年隨國民黨十萬青年十萬軍撤退來臺，離開軍隊後繼續苦讀，在學生眼中上課條理清晰、風趣幽默，除了專攻行政法、憲法，更是戒嚴法方面的專家，常被人稱為「戒嚴大師」。

問題點：欠缺社區失智症照護支持網

3-3 我的病還沒好，醫院卻一直趕我出院，怎麼辦？

報告人：韓德生

臺大醫院北護分院復健科主治醫師兼醫療部主任

[案例]

蔣奶奶，80歲，與小女兒同住。某天上午起床後如廁時突然發生跌倒，右手右腳不聽使喚，神智雖然清楚但劇烈頭痛、卻又說不出話。經過急診電腦斷層檢查發現是左側大腦前額葉的出血性中風以及蜘蛛膜下腔出血，與家人討論後，緊急接受開顱手術抽出血塊，並轉入神經加護病房接受治療。由於神經學症狀穩定，病人在發病7日後轉出加護病房，住進神經科一般病房接受進一步的檢查治療。

接下來的12天，神經科醫師安排了頸動脈超音波確認蔣奶奶腦部血液循環的狀況、抽血確認血糖及血脂濃度、給予癲癇預防藥物並監測血中濃度、追蹤腦部電腦斷層確認血塊吸收情形。終於在發病後的第三周末轉入復健科病房，以手持四腳拐杖獨立步行為目標開始接受復健訓練。進入復健科病房第一周的重點在床上翻身及移位訓練，第二周開始站立訓練並試著邁步練習大腿肌力；然而在此時發現病人退步，動作遲鈍，同時小便偶有失禁現象，經診斷極可能是水腦現象（hydrocephalus），需追蹤腦部電腦斷層，但是超長住院（>30天）的壓力讓主治醫師開始出院準備，蔣奶奶的家人開始尋覓出院後下一個能繼續住院復健治療的醫院……。

[分析]

提早出院（Early discharge 或稱 premature discharge）常見於醫療體系，由於真正醫療需求未被滿足（unmet need），常常導致再住院的情況發生。提早出院的原因包括：要求高周轉率、等候治療人數太多、或是診斷錯誤。在病人端最常見的抱怨便是：「我的病還沒好，為什麼要我出院？」然由於醫療資源有限，要讓每一位病人都能完成完整治療，並不容易。

在臺灣，目前造成提早出院的常見原因有四：

（一）實施 DRG（Diagnosis Related Groups）。

DRGs 診斷關聯群係一種住院支付制度，將醫師診斷為同一類疾病、採取類似治療的疾病分在同一組，給予相同的給付金額。其間會依病人的年齡、性別、有無合併症進行微調，然主要目的係為了有效控管醫療支出。醫療機構為了增加盈餘、避免虧損，將傾向收治輕症病患；而複雜度高、預計醫療花費將超出該診斷關聯群支付金額的病人，恐成為醫療人球，接受較不完整的治療。

（二）不合適的醫療照護指標。

除了量的控管，衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）亦進行品質的審查。品質審查不易量化，關鍵在於品質指標（quality indicator）的選擇。常用的品質指標包括了不預期再住院率（readmission rate）、再急診率、超長住院（prolonged hospitalization）率等。其中超長住院率武斷地將超過 30 天的住院視為不良品質指標。本來病情重、病況差的病患住院日數自然延長，然而為了避免非醫療因素延長住院（social hospitalization）、低周轉率（turn over rate），

超長住院便成為了不良品質指標。對於以慢性病患治療為主的科別（如精神科、復健科）來說，這個不合理的指標造成重大限制。以復健科為例，文獻顯示越多時數的復健治療對病人的功能進步越顯著，呈現明顯的劑量效應（dose effect）。若將住院天數上限定為 30 日，unmet need 便會出現。造成病人在住院滿 30 日前，需像遊牧民族般，找尋下一個可以再住院的醫院，即使治療不連貫、復健項目未必相同，只要能夠持續住院，有醫院能提供照護（相較之下，此時復健反而成為次要需求了），就心滿意足了。

（三）缺乏 PAC 概念或欠缺 PAC 資源。

急性後期照護（post-acute care, PAC）是接續於急性醫療之後，為便利病人順利返回社區所提供之跨專業照護，具有降低醫療花費、整合各類專業服務、提升病患功能的特色。健保署在 2014 年推動急性後期照護計畫，期待建立新制度，能達到提升腦中風病患復健品質，並減少再住院率的目的。另自 2017 年起擴大接受急性後期照護服務之病患，包括頭部損傷造成失能者、髖關節骨折/脊椎骨折術後失能者、慢性心臟衰竭失能病患、急性失能之衰老人。

急性後期照護的主要目的是降低病患失能、促進成功返家。此階段的醫療支出能實質增進病患功能、減少照護需求，將有效減少長期照護的相關費用，具備相當的經濟效益。整體而言，應繼續擴大實施 PAC。然而，由於三項主因，造成實際下轉率偏低。首先是下轉醫院營運之考量（主要為醫學中心），臺灣醫學中心復健科病房有自己的經營壓力，當病患住院天數減少，下轉至下層醫院時，會造成收入減少的營運壓力。其外，醫學中心多收治重症病患，復健病房亦

然，多數病患屬於 MRS 5 (Modified Rankin Scale，用以描述病人失能等級的指標，表一) 的等級，不屬於下轉對象標準，故造成首年試辦計畫中醫學中心下轉比例小於五成。超過半數病人係由區域醫院轉區域醫院照護。第二是承作醫院面向，面對日額給付，病患若發生併發症，所衍生之檢查、檢驗、影像費用皆無法申請給付，承作醫院須冒財務風險，乃至有虧損的可能，在賠本生意無人做的前提下，對於病況相對不穩定或有可能增加檢查的患者，便有可能淪為進不了 PAC 的醫療人球。從病患面向，病患基於在大醫院能得到更好醫療照護的心理因素，以及一動不如一靜的邏輯，會傾向選擇留在高層級的醫學中心或區域醫院，接受復健照護，此現象乃人之常情，但違反健保署將病患下轉的目標。綜上所述，如何提升並確保承做醫院醫療水準，甚至以行政命令強制病患下轉，可能是此面向的解決方案。另外，多加強行銷力道，讓病患熟悉急性後期照護精神與運作模式，以增加接受下轉之意願，方能造就多贏的局面。

表一 Modified Rankin Scale

分數	敘述
0	無症狀
1	除少數症狀外，無明顯失能，可獨立執行全部的日常工作
2	輕度失能，可在監督下執行所有的日常工作
3	中度失能，需要協助，但可獨立行走
4	中度嚴重失能，無法獨力完成日常生活，無法獨力行走
5	嚴重失能，需要持續性護理照護、臥床、失禁
6	死亡

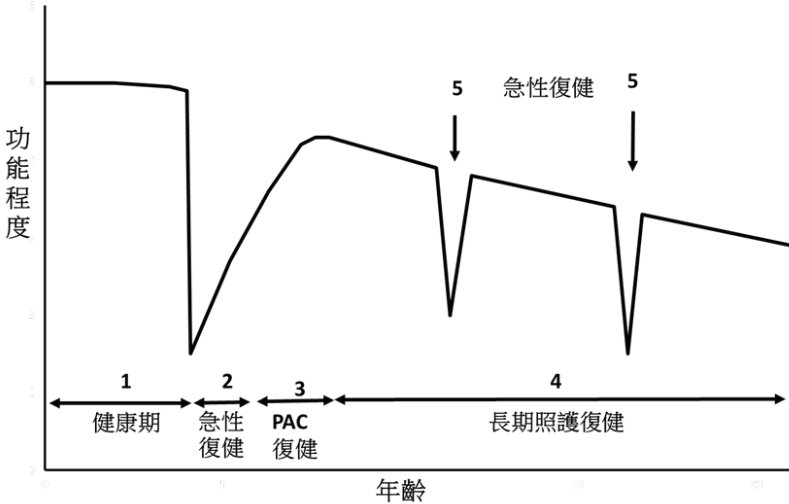
(四) 長期照護能量不足，出院準備工作困難。

病人因病入院，進行急性醫療，當病情恢復或穩定之後，就必須評估出院的可行性。此時，便需要「出院準備服務 (discharge planning)」，確保病人得以出院，及出院後能維持良好狀態。執行單位是否能成功的協調整合將病人或受照顧者，安全順利地由一個照護場所轉往另一照護單位，端視出院準備服務所納入的社區下游資源的多寡。若下游資源網路不足，則巧婦難為無米之炊，順利下轉困難。

根據急性後期照護第一年試辦計畫顯示，約有 **8%急性腦中風病患** 出院後係安置於長期照護機構，**20%居家自行復健**，其餘則接受門診復健或再次住院，政府有責任為此 28% 病患提供適當的長期照護服務。然而目前長期照護服務總供應量仍然不足，病患常錯把醫療當照護，把住院治療當作長期照護；以致長期照護需求隱身於醫療系統中，造成非醫療因素住院 (social hospitalization) 比例增加。儘速提升長期照護的總服務量應列為首要目標，方不致形成急性病房住院病患堆積無法消化。

圖一 病患功能程度與復健分期示意圖

[解決方案]



依照上段分析，我認為避免提早出院的方案亦有四項：

1. 首先應修改不適當的醫療品質指標，**揚棄超長住院為不良品質指標**的概念。以避免住院需求出現 unmet need。
2. 對於治療慢性病為主的科別，不宜實施 DRG，而應採用 FRG (function related group)，以「功能」作為給付醫療費用的標準。相同的功能群組，而非疾病群組，得到相同的給付；如此提早出院較不易出現在這群病人身上。
3. **擴大急性後期治療的範圍**。身為患者，憂心轉出後的下游醫院復健醫療品質不足是對 PAC 計畫裹足不前的主因。**確認地區/區域醫院復健照護品質應是首要目標**。由專業的復健專科醫師負責來承接他科急性病患應是國家未來努力方向。亦應思考針對 PAC 提出評鑑或稽核計畫，以確保照護品質。針對以恢復功能、成功返家為目標的急性後期照護進行投資，將可有效降低長期照護支出。

4. **強化出院準備業務，增加長期照護量能。**對於仍然遺留有失能，真正需要長期照護的病患，利用有效率的出院個案管理師在出院前便進行初評，再轉給長照體系的照護管理專員核給服務項目，達到零等待、準確專業的長照服務。

減少提早出院除了避免再住院的發生，減少急性醫療資源支出；亦能避免病人提早進入長照體系，降低長期照護資源耗用。站在公共衛生角度來看，是應被優先解決之醫療議題。希望在監察院的指導下，能針對上述解決方案予以執行、落實，方能造福病患。

參考文獻

1. Rhew DC, Weingarten SR. Achieving a safe and early discharge for patients with community-acquired pneumonia. *Med Clin North Am.* 2001 Nov;85(6) :1427-40.
2. Chang KV, Hung CY, Kao CW, Tan FT, Gage B, Hsieh CL, Wang TG, Han DS. Development and validation of the standard Chinese version of the CARE item set (CARE-C) for stroke patients. *Medicine (Baltimore).* 2015 Oct;94(42):e1828.
3. 韓德生、陳適卿、鄧復旦、王亭貴。台灣急性後期照護現況與展望。醫療與長照整合-打造全人照顧體系，王懿範，邱文達主編。五南出版社，2016
4. 韓德生，談全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫。新北護理期刊 17(2):1-9 頁，2015 年 9 月。
5. 韓德生、蕭名彥、王亭貴，復健科之整合及未來展望，臺大醫療體系長期照護手冊（In press）。
6. 韓德生、黃美涓，出院準備計畫很重要—從急性後期到安全回家（In press）。

3-4 社區化長照服務該怎麼做？

報告人：劉建廷

宜蘭縣政府衛生局局長兼長照所所長

大綱

壹、現況

貳、社區化長照服務的重要因子

參、社區化長照服務推動經驗—以頭城鎮衛生所承接
長照 2.0 服務為例

肆、結語

壹、現況

一、社區化長照服務的需求量

宜蘭縣 2017 年 6 月底 65 歲以上的老年人口數占總人口數的 15.10%，超過全國平均數 13.52%，且是全國第 9 高的縣市，宜蘭人口老化問題，比全國更來的快速，是亟需解決且刻不容緩的重要課題，宜蘭縣政府在社區總體營造的基礎上，秉持在地老化、活躍老化、在地安養的原則，公私協力戮力於社區推動各項長者的照護政策，如推動（規劃）宜蘭縣長青友善計畫、高齡友善城市、成立宜蘭縣長期照護服務管理所、不老診所、老來寶健康促進家園站等。

二、社區化長照服務的重要性

長照 2.0 的宗旨在於從「使用者」為中心，且因地制宜的發展出「在地化」、「社區化」，打造民眾「找得到、看的到、用的到」的長照服務，再加上宜蘭縣大部分鄉鎮屬於

醫療資源不足地區，交通較不便捷，將長照服務社區化，營造一個符合健康促進的照護社區，才能提供讓民眾「有感」的服務。

貳、社區化長照服務的重要因子

一、協力夥伴

宜蘭縣衛生保健志願服務工作深耕社區多年，源自 82 年即由各鄉鎮市衛生所暨社區衛生促進（委員）會招募衛生保健志工，協助各項衛生保健工作，建立以一種鄰里的互助與奉獻。85 年時，協助全縣的社區健康評估與社區健康計畫的執行介入，接續 88 年又協助辦理社區健康營造計畫，為衛生保健工作奠定深厚的基礎。99 年起推動長青友善、高齡友善城市、成立老來寶健康促進家園站，衛生保健志工擔任衛生所的得力助手，協助辦理各項衛生促進活動、平衡班、陪同至個案家訪視等。

二、政策支持

從於 101 年與社政合作推展「長青友善計畫」，由 12 鄉鎮市衛生所關懷訪視員實際至案家進行訪視，評估長者用餐、藥品使用、長期照顧需求、相關疫苗接種、居家安全、憂鬱指數、老人健康檢查服務、社會福利、醫療照顧、生活服務等使用狀況及需求情形，並提供服務資源使用與轉介，期能提供獨居長者所需之服務，讓長輩在社區中活得獨立自主又有尊嚴。

為實質讓宜蘭長者有感，以在地社區鄰里互助系統為根基落實高齡友善城市，並鼓勵長者社區參與走出家門為目標及願景，於 103 年 9 月擇選目前老年人口比率全縣最高之三

星鄉（占 17.67%）尾塹社區活動中心成立「老來寶健康促進家園站」第 1 站，透過營造概念，並集結社區組織民間團體力量，結合在地化服務方案如社區健康營造小站、防跌計畫、銀髮族平衡班、長青關懷、遠距照護、社區關懷據點、長青食堂、日間照護中心、失智症照護服務、不老診所等不同方案，提供長者全方位健康促進與照護，讓長輩生活在熟悉地方，將社區營造為一個符合「老人友善、長期照護」八大面向適居之家園，目前已於全縣 12 鄉鎮市逐步完成 24 個老來寶健康促進家園站，落實長者，營造「高齡者幸福居」。

三、平台的整備—成立「宜蘭縣長期照護服務管理所」

宜蘭本縣於 104 年率全國之先整合成立「宜蘭縣長期照護服務管理所」，整合現有衛政及社政相關長照資源，針對失能、失智、身心障礙及特殊需求等四大對象，同時融合便利、就近、多元及整合的四大特性，以單一窗口「一站式」的服務，提供包含長期照護服務、身心障礙鑑定與需求評估服務、輔具資源服務、優質的老人安養護機構及護理機構服務管理及職訓轉銜等業務，讓鄉親獲得最符合需求的資源與服務，縮短降低民眾舟車奔波於數個行政單位間尋求服務的窘境。並且建立溝通、協調、規劃、培力的平台，以各鄉鎮市衛生所結合協調轄內各相關長照機關及非營利事業單位，共同提供服務，重建資源，從而實現社會共享、共管的公共化精神。

四、衛生所增能與轉型

宜蘭縣自 88 年起在衛生所成立社區健康營造小站，協同衛生保健志工、衛生促進會深入社區辦理各項健康促進活動，衛生所的同仁在第一線面對面提供民眾服務，與民眾建

立起深厚的情誼，經過多年的努力與深耕，讓衛生所在社區中扮演無可取代的重要角色。99年起，衛生所開始從「在衛生所提供醫療服務」慢慢轉型「到個案家提供社區醫療」，賦予衛生所同仁「守護縣民健康」的使命感，增強各項技能，舉凡：樂齡運動指導員培訓、社區安寧人員訓練、足部照護種子人員等，且各項的培訓與增能，正好能與長照服務中的各項在宅服務相互呼應，甚至能提供更多的進階服務。

長照 2.0 服務上路後，照顧管理專員嚴重不足是全國共同面臨的困境，而宜蘭縣各鄉鎮市衛生所的同仁已具備社區長照服務的相關技能，主動在社區中提供服務給長照需求者，並將個案轉銜給照顧專員評估、核定服務，讓長者在家中、社區中即可接受到長照服務，發展出「以民眾為出發點」的宜蘭縣長照服務模式。

參、社區化長照服務推動經驗—以頭城鎮衛生所承接長照 2.0 服務為例

頭城鎮衛生所承接長照 2.0 服務模式，係由長期照護服務管理所負責規劃，頭城鎮衛生所擔任平台整合頭城鎮內的社區資源平台，與社區各單位「龜山島社區老來寶健康促進家園站」、「財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會附設宜蘭縣聖方濟老人長期照顧中心」及「財團法人弘道老人福利基金會」合作，公私協力並跨單位整合連結社區式照護、居家式照護、機構式長期照護服務。

我們以長期照護服務管理所提供資料，列管社區重度特殊需求者，由衛生所主動進行家訪，並將照管專員派駐在衛生所，針對衛生所初篩的長照服務需求名單進行評估並核定

服務，並鼓勵協助個案到社區活動中心（柑仔店 C）參與健康促進活動，增加社區參與並與社區互動。

在頭城衛生所全體動員進行家訪的過程中，發現許多在社區中需要幫助的個案，主動提供個案在宅醫療、居家復健、輔具服務等，更進一步接送身障個案到家園站參加健康促進活動、服務聯結在地企業免費供餐給社區中的獨居長者、號召社區志工至個案家協助進行環境清潔；協助臥床多年身障個案與雙胞胎姊弟不僅獲得長照的服務，還能夠讓社區中有需要的民眾有更多的健康促進與社會參與。

肆、結語

「幸福立縣、友善服務」是宜蘭縣的施政願景，隨著高齡化社會的來臨，全方位福利已迫在眉睫，宜蘭縣已預先整備完善的規劃與策略，戮力打造在地健康照護網絡，社區健康促進家園的設置，宜蘭縣長期照護服務管理所肩負長照服務的平台，提供即時便利的長期照護服務，讓所有長照需求者都可以在自己熟悉、安心的社區在地安養、在地老化，提供最完整的「便民、效率、有感」的長照服務。

宜蘭縣政府以高齡友善為範疇，整合縣府各局處資源，全面於各鄉鎮市建置老來寶健康促進家園，成立長期照護服務管理所整合社、衛、勞政資源，提供縣民便捷的長照服務及福利連接、職訓轉銜，以各鄉鎮市衛生所為各地永續經理平台結合相關長照資源、共同建置宜蘭健康促進及照護網，讓宜蘭打造「付的起、用的上」且溫馨的長照服務體系，提供符合「需求」的永續服務，以站在「民眾的立場」和「權

益與方便」設想，讓接受服務的縣民維持尊嚴又能享有妥善即時的照護。

3-5 「長照服務網絡整合問題」回應意見

回應人：呂寶靜

衛生福利部政務次長

一、針對李怡娟教授「長照服務社區化可行嗎？」之引言，我的回應意見可歸納為下列四項：

首先，長照 2.0 計畫是在建構一個連續性的照顧體系，這個體系是以人為中心，以社區為基礎。為了提供連續性照顧，在服務體系部分長照 2.0 提供多元的服務，從支持家庭到提供居家、社區和機構式照顧等多元的服務。此外，我們也規劃向前延伸到健康促進、預防失能，向後銜接出院準備服務及居家醫療照護，以達到在地老化的政策目標。

其次，為了達成「建構以社區為基礎的服務體系」，我們積極推動社區整體照顧服務體系。社區整體照顧服務體系之目標，係在建構「結合醫療、長照服務、住宅、預防，以及生活支援」等多元服務的照顧體系，期望失能者能在住家車程 30 分鐘以內的活動範圍中獲得其所需的服務；至於推動策略為：培植 A（社區整合型服務中心）、擴充 B（複合型服務中心）、廣設 C（巷弄長照站）等三層單位。社區整合型服務中心的功能是建立在地化服務輸送體系，整合與銜接複合型服務中心與巷弄長照站資源，並依該區域長期照顧管理中心研擬之照顧計畫進行協調連結照顧服務資源；而複合型服務中心的功能是提升社區服務量能，除提供既有服務外，且擴充辦理其他類型之社區式長照服務，使民眾能夠獲得多元的服務；至於巷弄長照站的功能是提供具近便性的照顧服務及喘息服務，向前延伸強化社區初級預防功能。此

外，也透過 ABC 巡迴交通接送，讓社區中有長照需求的民眾可搭乘社區巡迴巴士到各據點使用服務。社區整體照顧服務體系的目標值是希望在四年內，設置 469 個社區整合型服務中心、829 個複合型服務中心（一個國中學區）、2,529 個巷弄長照站（三個里），期以綿密化服務據點，讓民眾「看的到、找的到、用的到」長照服務。

再其次，巷弄長照站的功能就是打造社會參與的平台，讓失能者可與他人互動，保持關聯性（stay connectedness），避免孤獨感，增進幸福感，另一方面也可讓社區中的老人「共老」（Aging together），同時也鼓勵各據點聘僱部分工時之大學生，以儲備人力。

最後，有關延緩失能（智）照護計畫之規劃與執行情形，該計畫的目的是發展可近、普及、有效的社區預防照護網絡；實施策略包括：研發照護方案、培訓社區帶領師資人才，以及佈置社區特約服務點。為補助研發照護方案，透過公開徵求補助計畫，研發實證有效之照護方案並監測成效，研發方案單位包括醫護、職能治療、物理治療、復健、體適能、膳食營養、語言治療、臨床心理、失智、社會福利及老人照顧等多元專業團體；照護方案的內容包含：肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養及認知促進等實證應用方案。106 年目標值之設定，在發展方案與人才培訓部分，已核定通過補助計 104 案、預計培訓師資至少 7,280 人；在佈建社區特約服務點部分，則預計於全國佈建 1,880 點。

二、針對伊佳奇教授「把失智老人留在家裏照顧安全嗎？」

乙文的回應意見有下列七項：

- (一) 此文很簡要說明認知功能障礙長者所需的照顧服務，也清楚敘明家庭照顧者的處境及其需要的支持服務。
- (二) 長照 2.0 計畫已將 50 歲以上失智症患者納為服務對象，並將失智症照顧列為新增的服務項目之一。
- (三) 長照 2.0 計畫中之照顧管理量表除了考量 ADLs 失能外，也涵括失智情形。
- (四) 長照 2.0 計畫中失智照顧策略有三項：(1) 強化失智照護資源佈建，包括：廣設失智社區式服務據點、增設機構失智專區、團體家屋等；(2) 創新設置「失智共同照護中心」；(3) 培訓失智專業服務人才。
- (五) 衛福部已補助 2.0 個縣市成立失智症共同照護中心，其任務為：協助疑似個案就醫確診、陪伴複雜失智個案照顧、失智社區識能教育、輔導育成據點與資源連結、系統性培育失智專業人才，以及營造失智友善環境。至於失智症社區服務據點，其服務項目為：認知促進、互助家庭、關懷訪視、家庭照顧者訓練及支持團體等。106 年已補助縣市政府設立 135 個據點。
- (六) 針對家庭照顧者提供之支持服務有：(1) 建置家庭照顧者支持服務據點，提供的服務項目包括：① 個案管理、② 居家照顧技巧指導、③ 照顧技巧訓練課程、④ 喘息服務、⑤ 支持團體、⑥ 紓壓活動、⑦ 心理協談、⑧ 電話關懷；(2) 家庭照顧者諮詢服務專線 0800-507-272 (有你真好真好)；(3) 推動照顧實務指導員制度：到宅提供關懷訪視及專業諮詢指導，提升家庭照顧者

照護知識及照顧技能；（4）喘息服務：凡經評估為輕度、中度失能者之家庭照顧者，每年最高可獲得 14 天喘息服務之補助，重度失能者每年最高則可獲得 21 天喘息服務補助。

- （七）未來工作重點為：（1）持續加速佈建失智照護資源；（2）廣續發展失智專業人才系統性培育計畫；（3）制定新版臺灣「失智症防治照護政策綱領」，以符合國際趨勢。

三、針對韓德生主任「我的病還沒好，醫院卻一直趕我出院，怎麼辦？」乙文之回覆

強化出院準備與長照 2.0 之銜接是長照 2.0 推動的項目之一，其目的為縮短符合長照 2.0 服務對象病人出院後等待長照服務的時間。衛福部採取兩項策略：

- （一）推動「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院與獎勵計畫」，該項計畫之目標係使民眾於出院後 1-7 天內獲得長照服務，並連接 17 項長照 2.0 服務內容，其中需至少包含居家服務、居家護理、居家復健、喘息及簡易生活輔具等五項服務之其中三項；推動方式為鼓勵醫院及照管中心參考衛福部所訂指引，創新出院準備銜接長照服務流程研發，依規模與效益補助醫院專業服務費。今年度已審查通過由 155 家醫院辦理。
- （二）精進健保署支付的出院準備服務。衛福部健保署於 103 年 1 月起實施腦中風 PAC 試辦計畫，並於 106 年 8 月公告擴大 PAC 服務對象（包括創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡等）。未來的工作

重點有：（1）訂定標準作業流程、（2）輔導尚未申報之醫院、（3）修訂申報格式、（4）與各縣市照管中心建置資訊交換平台。

四、針對劉建廷局長「社區化長照服務該怎麼做」乙文的回應意見：

長照服務依其提供的場域大致可分為機構式、社區式和居家式服務等三類，其中社區式照顧服務的討論可分為：在社區內照顧（care in the community）與由社區照顧（care by the community），而長照 2.0 旨在打造關懷的社區（caring community），也就是說建構一個「自助、互助和共助」的服務體系。

在推動社區照顧之際，哪些組織團體或單位扮演中樞據點（focal point）？以美國為例，係以老人中心為中樞據點，而針對老人中心的描述如下：（1）一個社區照顧的中樞據點，增進老人共同參與以提供能反映他們經驗和技巧的服務和活動，並且回應他們多元的需求及興趣，進而提升老人的尊嚴、支持其獨立性並鼓勵他們參與社區。（2）老人服務中心係綜合性的一項社區型服務方案以滿足老人的需求，中心提供服務、舉辦個人和團體的活動，並且連結社區內各機構的資源給參與者。（3）另老人中心也對整個社區提供關於老化的資訊、對家庭照顧者給予支持、培訓專業人員和領導人及學生，並且也發展有創意的方法來處理老化之議題。有學者將老人中心的方案分為「活動」和「服務」兩類，活動是指老人中心舉辦活動，通常開放給所有老人，有時收取費用；至於服務則有資格條件限制，可能需要資產調查以確定其資格。

反觀臺灣，針對老人提供之休閒、康樂、文藝、技藝、進修及聯誼活動，係於鄉鎮市區老人文康活動中心來辦理，有些縣市隨著功能之改變，更名為老人服務中心（如臺北市）、長青綜合服務中心（如高雄市）。服務對象主要為社區內健康老人或亞健康老人，而不是針對失能者。因此在長照 2.0 之體系中就規劃設置整合型服務中心；社區整合型服務中心的申請資格為：（1）公立機關（構）；（2）以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體；（3）區域醫院、地區醫院。且申請要件有二：（1）辦理日照中心及居家服務，並擴充辦理一項長照服務。（2）由醫院辦理者，須辦理日照中心及居家式服務（居家服務、居家護理、居家復健），並擴充辦理一項長照服務；若無提供居家服務者，需結合區域內有辦理居家服務單位之複合型服務中心。目前試辦的 ABC 服務提供單位中（17A-44B-85C，計 146 個單位），衛生所擔任 B 複合型服務中心的情況有 4 個。由此可知，在資源不足地區，衛生所確實可做作為統整社區式服務之據點，也落實蔡總統將衛生所轉型為「社區健康照護管理中心」之政見。

第四場 長照制度之財源及人力供應問題

主持人：陳慶財（監察委員）

報告人

- 一、李玉春（陽明大學衛生福利研究所教授）
- 二、黃秋桂（勞動部勞動力發展署署長）
- 三、葉栢宏（台灣人壽保險公司商品精算處資深副總經理）

回應人：吳自心（財政部常務次長）

主持人陳慶財監察委員致詞

大家好，很感謝各位一整天來參加我們一年一度的研討會。老人人權這個議題，受到社會各界關注，也是我們監察院非常關心的議題。今天的研討會現在進入最後一個主題—長照制度之財源及人力供應的問題，這個主題與前面的議題關係非常密切，因為沒有人、沒有錢，什麼都做不了。

政府現在正在推動長照制度，長照制度推得成不成、順不順，兩個關鍵問題就是錢和人，這個議題非常值得大家多花點時間來關注它、重視它。有關財源的問題，世界各國有不同的制度、不同的選擇，有些以稅收挹注，也有選擇保險制度的，任何選擇都有它的優點跟缺點。我們國家曾經研究過選擇保險的制度，但是後來改為以稅收挹注財源。長照財源的重點是長期、穩定、夠用，稅收到底能不能達到這樣的一個目標，值得我們大家深入討論。所以今天我們特別感謝財政部吳次長來代表參加。

此外，人力的問題，不只是數量的問題，長照服務員的訓練、專業、社會地位、待遇，還有工作意願等，都是我們必須關心的課題。針對這個場次的議題，我們特別邀請了3位報告者，第1位是陽明大學衛生福利研究所的李玉春教授，李教授曾經擔任過衛生福利部的政務次長，也是陽明大學衛生福利研究所的創所所長，請她來講這個主

題非常適切。第 2 位是勞動部勞動力發展署的黃秋桂署長，黃署長長期在勞動部服務，也曾經參與許多勞動政策的制訂，對勞動議題非常熟悉。第 3 位是臺灣人壽保險公司資深副總葉栢宏先生，他是精算師，實務經驗非常豐富，在壽險這一塊可以提供很多專業的建議。因為本議題涉及財政，我們也特別邀請財政部吳自心次長，他是財政及稅務方面的專家，請他來指導我們有多少資源可以用來辦長照。現在我們就從李教授開始，謝謝各位。

報告人發言內容

一、李玉春教授（陽明大學衛生福利研究所教授）

主持人、孫副院長、各位委員、講者跟回應人，還有在座的先進，大家午安。今天很高興有機會來跟大家聊一聊長照應走稅收、保險或走第三條路。

有關長照的財源，今天這個議題我們談了很多次，應該要澄清一件事，就是我們問的到底是短期還是長期，我今天想要講的是長期，而不是短期，先向大家說明。

有關稅收或保險，如果就長期來講，大部分人都會瞭解整個國家的制度是取決於福利意識形態。比如說健保，如果認為這是一個人民基本權利，可能會用稅收；但其實臺灣是用保險，過去公、勞保都是採社會保險。如果今天我們是一個福利國家，當然會認為這是基本權利，那財源可能會來自一般稅，或指定用途的稅，瑞典就是很典型的例子。其實臺灣跟瑞典有很多差別，最大的差別就是稅。早上詹教授談到，要享受什麼福利，就要付多少代價。以瑞典來講，他們過去在政策上走的是去家庭化，等於是國家完全接手，甚至正式立法，子女不需要照顧父母，他們有正式這樣的立法。但相對地，政府必須要有權來徵稅滿足這個需要，所以瑞典以前在這個方面做得非常好，甚至日本也是學瑞典的。執行很多年下來會發現，整個長照制度真的是非

常重，因為走國家照顧，且專業化的照顧，整個長照制度占 GDP 的比例高達 3.2%。給大家一個數字概念，我們的健保大概占 GDP 的 3.5% 左右，其中只有 4% 是自費。也因為這個負擔非常重，最後因為負擔不了，只好不得不縮減給付對象，而且提供現金來鼓勵親屬，甚至鄰居加入協助照顧，這是整個國家照顧。

從早上薛教授的資料，大家知道 2060 年我們的老年人口會占 40%，失能人口比例占 10.5%，每 10 個人有 1 個失能。長期來講，我們要走國家照顧，而且只靠稅收，這個負擔對我們是有困難的。特別以稅賦來看，臺灣整個稅收大概占 GDP 的 12.7%，跟瑞典、甚至丹麥以國家照顧為主的國家相比，真是不可同日而語。也因為這樣，我們最終很可能還是要走回社會保險。社會保險基本上就是所有的民眾共同來負擔，特別是雇主和民眾。以臺灣的特色，我們的社會保險不是只有雇主跟受僱者，我們還有政府的稅收，所以在過去，臺灣走的基本上已經是第三條路。

稍微整理一下幾個國家的狀況，如果認為這是一個基本權利，大家比較熟悉的北歐國家採稅收制，過去有些國家走社會保險制。這裡特別把社會保險分二類，一是付保費為主，還有政府補助為主，這可能就是我們現在講的第三條路。德國健保是以保險費為主，在長照依然這樣。其他國家如果過去健保採稅收制，長照大部分也都是靠稅收；如果原來走保險，後來長照還是走保險。然有兩個例外，一個是法國，醫療走的是保險，但長照走向稅收。因為法國後來在保費以外，開始開徵全民的社會安全捐，所以走向以稅收來處理。另一個是奧地利，奧地利因為開辦當年，健保費才剛剛調漲，所以政府決定長照用稅收，這個錢是一些意外。所以整體來講，應驗了公共政策上的路徑相依說法。過去認為基本權利會走稅收，如果認為透過整個社會大家一起來共助，那可能走向社會保險。目前我們暫時在長照 2.0 是用稅收，但是在長照服務法也提到希望 2 年之後，能夠檢討財源。

原先長照制度規劃在稅收制下，先把資源建置起來，所以如果照

原來的規劃，到 107 年前都是稅收，沒有稅收跟保險的爭論，因為當時就是希望能夠用稅收來做。等資源建置好，我們長照保險法通過之後，2 年後我們來檢討到底適不適合，這個時候來開辦長照保險。

我簡要講一下長照保險，當時規劃三個層次：第一個層次是社會保險，第二個層次是商業保險，第三個層次是個人儲蓄。這裡跟健保不一樣，它走的是基本給付的路，規劃以社會互助、維護促進失能者獨立功能，帶動整個資源的成長。其他的規劃跟健保有一部分相似，但特別強化財務制度的規劃。長照 2.0 採稅收而捨保險的理由有幾個：第一個認為保險則要收保費，因雇主和民眾反彈。民調 86%、甚至 89% 年輕人支持這個政策。另外就是擔心有保險，沒有資源。韓國從 2008 年開辦到 2013 年，它的資源成長了 3 倍，所以如果我們的投資得當，服務模式符合需要，即便我們短期資源不夠，但是可以成長的。特別強調，服務模式得當很重要。如果我們的服務模式沒有辦法滿足需要，就像現在很多人到最後聘外勞，我們即便認為有補助，他還是去聘外勞，那最終我們即便投入了 300 億、500 億、1000 億，最後是沒有效的，所以這一點是非常重要的。

長照 2.0 的財源是來自稅收及遺贈稅，如果預估這樣下去的話，可能財源增加，但是穩定性不夠。這是聯合報一張卡通，吸煙救長照。如果看一下過去菸捐調漲，收入大概是增加，但是最後它會下降，因為吸煙率是會下降的。所以我們可以看到說，第一個，財源不穩定；第二個，財源不夠，因為以 OECD 來講，中位數長照是占 1.4%，但如果長照保險 1,000 億，只有 0.6%，更不用講現在的 300 億，所以最後用這個比較表跟大家說明。以目前的財務制度，我們負擔的人，目前長照 10 年只靠吸煙者、付遺贈稅者、還有公務預算，那長照保險我們可以所有的人都來繳費，這個可以支撐的可能性比較高，而且可以涵蓋全部的人。目前長照十年 2.0 最重要目標只涵蓋 36%，住機構的不付，這個落差其實非常大。就財源的充足性、穩定性、公平性來講，可能是保險比較足夠，我在資料裡面都有提及，請大家參閱。

最後做一個總結，如果我們都像日、韓一樣長年照顧，我們最終能走第3條路，就是社會保險和政府比較高的補貼，可能是比較穩健的，第一個理由是因為路徑相依，第二個菸稅和遺贈稅只能治標，但不夠、不穩定，沒有辦法符合多數人的需要，即便調高營業稅，還必須和國民年金競爭財源，而且法治上也不夠，所以未來我個人是看長期，希望能夠走向保險。在量的部分，每一個人包括老人都要繳保費，加上一部分提存，這個財源才會穩定的。最重要的是，無論採稅收或是保險，都應該儘速規劃，因為一個制度不可能2年就長出來，應該早為因應，更重要的是配套措施。只有錢，是沒有辦法把制度做好的。謝謝大家。

二、黃秋桂（勞動部勞動力發展署署長）

主持人、副院長、委員，還有各位女士、各位先生，大家午安，我針對有關長照人力規劃的部分做報告。

首先我們看長照服務法第4條的規定，長照人員的管理、培育和訓練的規劃，是由衛福部統籌，至於按照長照服務法第6條的規定，就勞動部來說，我們是負責長照人員還有個人看護者的勞動條件、就業服務諮詢、職業安全衛生等事項。那當然就是包括到照顧服務員，還有個人看護者的訓練、技能檢定等都是屬於勞動部的職責所在。那另外就是外籍家庭看護工的補充訓練，也是我們應負責的部分。所以整體來說，按照現在長照服務法的規定，長照人力的整體規劃，是由衛福部來主責，就勞動部來說，是配合辦理照顧服務員培訓、就業促進，還有外籍看護工之管理。

先就長照的照顧人力規劃，來跟各位作一個報告。就本國長照的人力培訓跟就業促進方面，目前按照中央跟地方的訓練能量，從92年到105年底為止，我們總共培訓了11萬多人，但是很可惜，到105年調查的結果，實際從事長照工作的卻只有2萬多人。當然我們必須進一步去探討原因在哪裡？根據我們瞭解分析主要的原因，一個就是

薪資的問題，另一個就是專業成長跟職涯發展誘因不足的問題。

就促進國人投入長照方面，我們採取了一些重要的措施，包括人力培訓。首先，所有照顧服務人力必須接受照顧服務方面的訓練，所以我們有補助訓練的費用，針對一般參訓的對象，每個人我們補助 80% 的訓練費用；如果是二度就業的婦女、中高齡者或新住民、原住民，甚至於中低收入戶等特定對象，則 100% 補助整個訓練費用。在舉辦訓練的班次方面，我們有訓練專班，另可配合實際需要，有自訓自用的訓練。因為立法委員也很關注，認為說有關於照顧服務員的訓練應該要回歸到地方，所以我們也在今年的 1 月，開始推動補助地方政府辦理照顧服務員這些方面的訓練計畫。

我們希望用人機構願意去僱用一些特定的對象，甚至一些失業者，所以我們採行了就業獎助的措施。希望透過這些措施，充實我們照顧服務的人力。

就僱用獎助部分，我們提供照顧機構、居服單位和日照中心等事業單位，雇主僱用獎助每人每月 9 千到 1 萬 3 千元，最多可以補助到 12 個月。換句話說，最高可以補助到 15 萬 6 千元。另外，外勞的部分，有些家庭希望他們能夠捨外勞而選擇僱用本國勞工來照顧家人，所以在這樣的情況下，我們也針對符合僱用外勞資格但是沒有僱用外籍家庭看護工的這些家庭，提供雇主僱用獎助。每個人每個月我們給獎助 1 萬元，最多補助 12 個月，所以最多可以補助到 12 萬元。

當然我們希望有更多的國人願意投入照顧服務的產業裡面，所以我們也針對勞工提供就業獎勵，包括失業勞工每個月 5 千元到 7 千元的就業獎勵津貼，最長可以獎勵 18 個月。換句話說，最多可以補助 10 萬 8 千元。目的希望鼓勵失業勞工能夠受僱在照顧或是安養護還有醫療的機構，同時包括到居服單位及日照中心等，希望有更多的人願意投入照顧服務的產業。

就業媒合也是我們重點工作之一。在本署台灣就業通這個網站，我們另外建置長照就業服務專區。希望透過網站及實體 3 百多個服務

據點，媒合我們長照人力，希望能夠適時提供各項促進就業的措施，也加強補實照顧服務人力的需求。

當然大家都很關心外勞的部分。我們引進外勞，本來就是以補充性原則來引進外勞，不能讓外勞的引進影響本國人的就業，甚至影響到整個國家社會經濟的發展。外籍看護工不會、也不應該是我們長期穩定的勞動力。現在引進外勞的這些國家，事實上，他們的經濟發展也讓他們重新考量是不是要輸出他們的勞動力，所以我們認為外籍看護工不會是長期穩定的勞動力。就外籍家庭看護工的政策而言，怎麼跟國內的長照服務體系能夠漸進的接軌，應該是我們共同努力的目標。

從外籍看護工引進的歷程來看，機構看護工主要是收容養護中度以上身心障礙者、精神病患及失智症患者之長期照顧機構、養護機構、安養機構或財團法人社會福利機構、護理之家機構、慢性醫院或設有慢性病床、呼吸照護病床之綜合醫院、醫院、專科醫院。如果是進家庭的話，針對特定的身心障礙者、重度以上的植物人或漸凍人，當然就可以引進外籍家庭看護工。另外經過醫療團隊專業評估、開具診斷證明書的，是以被看護者的失能程度及年齡為基準，訂定不同資格標準。如果被看護者的年齡不到 80 歲，而且全日有照顧需求的，才能夠申請家庭看護工。另外被看護者他的年齡是 80 歲以上不到 85 歲，必須有嚴重依賴照護的需求。被看護者年齡如果是滿 85 歲以上，有輕度以上依賴照護需求，必須要符合相關的條件，才能夠引進外籍家庭看護工。有些家庭如果不是 24 小時給看護工來照顧他們需要照顧的人，在這樣的情況下，有沒有可能我們用外展看護的方式，能夠給需要者他們也能夠有需要的照顧。所以由通過審查居家服務單位，採本、外勞搭配，聘僱外籍看護工的方式，共同指派到符合資格的被看護者家庭來從事照顧。外展看護基本上有 2 個目的，一是有些家庭確實有照顧的需求；二是不要大量的引進外籍勞工，所以希望能搭配本勞。所以外展看護雖然是一個試辦計畫，但最重要的就是這樣的作

法，希望能夠帶動本國人從事照顧服務工作。

以目前在臺灣工作的外籍勞工人數，真的是偏高。整體來說，以 106 年 7 月的資料，我們的外勞有 65 萬多，其中產業外勞是 41 萬多人，社福外勞 24 萬多人，其中在家庭的有 22 萬多人，在機構的有 1 萬多人。另外，就目前所遭遇的困難來說，怎麼樣可以有更多誘因吸引長照的服務人力，讓勞動條件、職涯發展，或是專業成長，應該會是重點，但是這部分也需要衛福部有一些改善措施。過去曾有反映說，外籍家庭看護工的照顧技巧不夠，針對這個部分，現在所有到臺灣來工作的外籍看護工，必須在該國先接受 90 小時以上的訓練才能到國內來工作。

未來策進的作為，我們希望能精進充實本國的照顧人力，現在一年預定培訓的人數是 6 千人。另外關於僱用外勞的這些家庭，希望讓外勞能夠在照顧方面，有更多的精進，照顧的品質也能提升，所以我們採取一些補充訓練的作法，當然必須衛福部給我們一些協助或認同。

三、葉栢宏（台灣人壽保險公司商品精算處資深副總經理）

主持人、副院長、回應人、各位長官、先進，大家好。我針對民間保險業者的觀點，就商品面及公益面來跟大家做一個分享。

今天資料裡面可以看到，高齡的程度非常嚴重，解決高齡、長照的問題，是我們刻不容緩需要去面對的。商品面而言，高齡化社會的原因之一就是少子化。換句話說，未來 1 個小孩子要去照顧 2 個老人的情況是非常可能發生的，所以現在的一個中壯年，要針對自己退休時的財源，還有未來老化做準備。

在退休準備的部分，基本上是可以利用養老保險、增額型壽險，還有年金保險來規劃，使退休後有一些財源。另外，我們知道隨著年齡的增加，未來醫療的費用會逐步快速上升，所以要及早做醫療保險的規劃，把醫療所產生的費用，轉嫁給保險公司，減輕家人的負擔。

在照顧準備方面，目前市場上有 3 類商品，第 1 類就是長期照顧保險，它是根據失能或失智，作為理賠的判定。另外有 2 類長照的商品，1 個是殘扶險，它是根據殘廢，不管是健康或者是意外所造成的一個殘廢程度，來作為理賠的依據。在特定傷病保險的部分，包含漸凍症、阿茲海默症、帕金森式症，是按照疾病來作為理賠的認定，如果認定要理賠的狀況下，可以有一次跟後續每個月的給付，來作為財源。

長照制度實施後，到底還需不需要長照的保險？答案是肯定的。長照制度是一個基本的保障，以政府的補助來講，一般戶補助的是 7 成，且所提供的服務相對有一些限制，如果我們以居家服務屬於重症的長照案例來看，1 個月可以用到的時數是 93 小時，那換算每天只有 3.1 小時，所以需要透過商業保險來補足。

在長照的額度上面，需要準備多少才夠？根據相關的文章可以看到，需要照顧的年度，大概有 7 年多；以外籍看護來看，每個月 2.5 萬，那也要準備 2 百多萬。如果請本國的看護加上其他支出，要準備的金額會更高。所以商業保險可以解決一些高齡跟長照的問題。如果給予適當的誘因，包括報稅可以扣抵額度，應該有所幫助。

我們以 2 個例子來看該怎麼投保。以一般年輕的族群來看，男性 25 歲，他的收入可能是 40 萬至 50 萬之間，按照我們一般保險可以撥 10% 來購買意外險或壽險，也可以用 2 萬元額度規劃長照部分，它所換到的殘廢保險金大概 10 萬到 200 萬，殘廢補助金每個月領的部分，根據殘廢等級的不同，大概是 2 萬到 4 萬。另外隨著年齡的增加，如果有家族病史的族群，以 35 歲他的收入相對比較高的狀況，我們希望他能夠拿出 5 萬元左右，去買一個長期照顧的保險，這個長照的一次金大約是 60 萬，然後另外每個月分期給付 4 萬元。

商業長照保險部分，2015 年金管會也有開放實物給付型保單，包括長期照顧服務，還有老年安養服務。未來保險業者如果能夠找到適當、有品質的廠商，相信這種商品未來上市是可以期待的。

在供應方面，為了解決高齡所產生的問題，臺灣人壽過去也長期推動銀髮關懷系列活動，包括祖孫 3 代健走、親送年菜給獨居老人，另外就是長期照護的社區講座，也捐贈長照地圖來推廣長照須知，在未來是希望能夠響應政府建構健康幸福的高齡社會。

另外，我們也瞭解到人力及專業的需要。從過去來 11 萬的照顧服務員，大概只有 2、3 萬人是實際從事相關工作，所以我們在今年，也和弘道老人福利基金會推動長照人才培育計畫。除了職前訓練及在職訓練外，我們也在大甲建置實境照顧模擬空間，使民眾、照顧員能實際做一些模擬，減輕照顧的壓力，並減少錯誤照護造成的傷害。

後續我們在臺灣還會持續提升這一方面的工作，希望能夠讓臺灣長照的水準跟技術，能與國際並駕齊驅。

回應人發言內容

吳自心（財政部常務次長）

副院長、主持人、各位委員、先進、各位貴賓，大家好。跟各位報告我國長照財源的規劃。

財政部實際上是配合衛福部對於將來長照制度的規劃來籌措財源。不管是稅，或者是費，將來如果走保險制，要繳保險費。稅和費都是民眾和政府負擔，所以要加稅或加費都不是一件容易的事情。記得行政院林前院長在剛開始的時候曾經有一個想法，是不是營業稅增加 0.5%，就可以解決相關的財源問題，可是社會各界並不太支持用營業稅做財源，後來不得已就找了 2 個稅目，1 個是遺產贈與稅，1 個就是菸稅。這 2 個稅目立法委員比較傾向支持，所以最後在立法院獲得通過。

調增遺贈稅部分，因為過去，我國遺產贈與稅稅率曾高到 50%，前些年調降到單一稅率 10%，但是並沒有發生讓資金回到臺灣，讓臺灣做實質生產性的建設，反引起社會各界產生不公益的質疑。所以

稅率的問題，應讓它適當的調高來支應長照財源，也可獲得民眾支持。

雖然川普最近剛剛公布美國的稅改方案，他曾經提過把遺贈稅取消變成零，但是後來公布的方案並非如此。其實按照川普曾提出的規劃，他雖然是取消遺產稅，但是他對於高額的遺產部分，還是要課徵所得稅，所以並不是把所有稅拿掉，就不再課稅。那麼，我們國家自己的部分，從單一稅率 10% 調整為 3 級稅率到 15% 和 20%，超過 10% 的部分，我們會把它撥到長照基金，這一部分預估大概是 63 億新臺幣。這是用 103 年度實際申報的數字去換算試算，以稅率 10% 來計算大概是 319 億，但是如果我們用 3 級的累進稅率套到原來的那些申報案去處理的話，估計大概可以增加到 63 億。

另外一個是菸稅，剛剛李老師放了一個漫畫，好像說怎麼要吸菸的人付這個長照，這個在立法院也被立法委員質詢，但是因為世界衛生組織期待每一個國家在菸的相關稅捐，占菸價的比例希望能超過 70%，就是希望減少國民來吸菸。我們國家在這次調整菸稅之前，它的比例大概只有在 48% 左右；這次調整後大概會到 60%，實際上離世界衛生組織所期待的標準還有一段距離。跟各位報告，實際上我們國家的菸，在這次調整菸稅之前，它的菸價在世界各國來講，除了泰國和中國大陸的某些地方以外，我們的菸價是全球最低的。

這是衛福部委外做一個規劃，就是說我們菸稅如果調整 20 元，實際上從菸稅可以新增加的稅收是 233 億，但是菸捐的地方會少 69 億，但是我們這個 233 億就可以全部撥到長照基金，少的菸捐原來是撥到國健署的基金，當時主計長說會由中央預算來撥足。因為這是指定用途稅，而加稅不容易，但是如果指定用途，比較容易獲得民眾的支持。當然民眾會講你加我的稅，稅收用到哪裡去？如果我們告訴民眾，我們加的稅是在做長照，衛福部把長照推得非常成功，這樣民眾就比較容易支持政府來籌措財源。剛剛李老師也說明北歐國家是採稅收制，以丹麥來講，整個國民的租稅負擔高達 48%，但是我們國家是多少？只有 13%。所以也有學者講說，只要給我們增加 10%，我

們可以做得比北歐國家還好，所以我們要的其實並不多，但是就是需要民眾支持，如果長照開辦非常好，將來不管是稅還是費，因為都是民眾的負擔，所以民眾如果覺得你做得好，他自然就會樂於支持。

剛剛李老師提到，這個財源是不是會不太穩定？初步以民國 98 年到 105 年來看，平均菸稅大該都維持在 200 億上下，那遺產贈與稅雖然是機會稅，但是也都在 300 億上下，所以基本上還是一個相對穩定的財源，不至於會有什麼大起大落的現象。因為我們從這些年度來觀察，從 106 年的 1 到 8 月來看，菸稅有 159 億，菸捐的部分 266 億，遺贈稅因為受益遺產贈稅的稅率調高，所以遺贈稅在 106 年是有大幅超徵。

這是稅目變化的理由，剛剛有質疑課徵的菸稅是不是因為菸價提高，致民眾減少吸菸？實際上這也在我們的估算範圍內。因為我們估算挺嚴的，我們估算這個菸價因為菸稅提高 20 元，會導致吸菸率減少 2 成，然後算出菸稅增加 233 億，其實是一個相對穩健保守的數字，不至於導致不穩定或不足的狀況。

目前要看新的菸稅進來，可能要到第 4 季比較清楚，因為大家曉得菸要漲價，所以民眾可能會提前購買菸。但是菸有一個好處，就是它的保鮮期是有限的，因為它會潮濕，因為臺灣比較潮濕，所以他不可能買太多，也不可能儲存太久，所以預計到第 4 季整個就會出廠或者是新的菸上市，這個情形就會恢復正常。這 2、3 個月因為還是舊菸，新菸大概 9 月開始上市。可以看得出來，過去幾個月實際上菸稅有增加，但那是因為消費者提前消費的關係。

另外有一些配套如查緝私菸。這是我們海關、海巡在這段期間的努力成果。這段期間，甚至有從國外進口菸草、走私菸草，在國內來製菸來規避菸稅的情形。

這個是新、舊菸品的標誌，現在大家可能還不太注意，因為新菸上來的還不多，等新菸上來的時候大家就可以注意到，我們會標示說新菸才可以漲價，舊菸是不可以漲價的，因為舊菸還是用舊稅制，不

可以漲價。

這是未來規劃，剛剛李老師特別說明立法院在審我們相關法律時，有一個附帶決議，要求 2 年內要作滾動式的檢討，究竟我們國家要走什麼樣的制度？是要用稅，還是用費？在 2 年之內要作滾動式的檢討，到時候財政部一定會配合因應，因為陳委員在主計系統非常專業跟資深，曉得只要政策決定了，財源籌措並不是問題，最後中央總預算一定會做優先順序的調整，所以各位不必擔心財源不穩定或財源不足；只要政策決定要做，一定會找到適當的財源，財政部會很負責任的來配合籌措財源。謝謝大家。

陳慶財監察委員

非常感謝 3 位報告人及回應人的說明，各位可以感受到長照的複雜性，除了財源要穩定足夠、人力要充足、素質要夠外，整體配套措施也非常重要。這個問題對臺灣社會來說已經迫在眉睫，雖然政府已經規劃了很多年，但是速度應該要再加快，要再積極一點。剛剛聽到吳次長的回應內容，令人比較放心，看起來政府已有一套想法。

現在進入提問階段，請在座的各位先進指教。

綜合討論

提問人一：伊佳奇顧問

我問幾個有關人力規劃的問題。從黃署長的報告裡面，可以充分感受到他的無奈與無助，換言之，勞動部已經充分盡力，所以我的問題不是針對勞動部，而是希望讓在座的監察委員們，能夠看看糾正權與彈劾權如何應用在這上面。

人力的規劃應該是跨部會的，現在卻是多頭馬車，勞動部勞動力發展署已經培育了 11 萬的照服人力，教育部每年也培育約 4,750 位長照相關科系的人才，退輔會也培育相關人力，在這種情況下，我們看到衛福部針對照服員的社會地位、勞動條件、專業技能等，並沒有相關具體方案。所以，過去這 11 萬人力，對勞動部來講，他已經盡了

力了，可是市場上面，只有 2 萬多位的照服員就業，而實際做居家服務的不到 1 萬人。我們需要居家服務職場上有更多的人力，行政院應該透過它的機能，不管是負責長照服務的政務委員，或者院長指派人員，跨部會的整合長照人力的政策規劃，以及希望各部會之間，政策執行上面能夠步調一致，謝謝。

主持人陳慶財委員

謝謝您的高見。下一位。

提問人二：總統府人權諮詢委員

勞動部的資料裡提到家庭看護工，未滿 80 歲以上，評估不需要有全日照護需要者。我在想，如果它需要全日照護，是不是允許他要有 2 位外勞，不然他一位外勞，又要應付全日的照護。我們又說外勞必須給予足夠的人權，注意他的勞動條件，這樣如何平衡？這樣引進的政策與資格是不是矛盾？家戶引進的照護模式有沒有可能改變？

我有注意到外診的看護工，它人數很少，這個問題是出在哪？是不是請勞動部說明一下，謝謝。

主持人陳慶財委員

先請勞動部說明，謝謝。

黃秋桂署長

謝謝二位的高見。就我所知道，衛福部已經針對培訓出來的照護服務員沒有從事照護工作的原因，做了進一步的探討，同時也討論如何提升這些照護服務員的薪資待遇、勞動條件，甚至對於未來專業能力的提升或職業發展予以規劃，不知在場是否有衛福部的代表能進一步說明。勞動部也反映很多的意見，希望改進照護服務的勞動條件，未來的生涯規劃能有更多的誘因，讓國人願意從事這個工作，這是第一點的回應。

第二點有關委員提到，如果需要 24 小時照顧是否可多聘一位外勞，譬如失智症者可能需要 24 小時照顧，但是他會有睡覺的時間；另有些真的是狀況需要 24 小時特別關注的被照顧者，可能一個外勞不

夠。委員提到需要 24 小時照顧的這些人，他就只能僱用一位外勞，其實也不盡然，只是我們採用非常嚴格的「巴氏量表」評核制度。當然我們也認為外勞的人權非常重要，就勞動部來說，我們在外勞人權方面，其實著力很深，所以，不管是外勞的勞動條件或應有的例假休息等，我們著墨相當多。至於外展看護工人數為什麼這麼少，我們有探求原因。第一確實有幾個試辦的單位，因為相對成本比較高。它們是機構，既然是機構就適用勞基法，所以勞動成本較高，在這種情況下，被照顧者可能也會覺得成本太高，這是我們所瞭解的，當然很多的問題，它的因素不會只有單一，我先做這樣簡單的回應。

主持人陳慶財委員

謝謝黃署長。衛福部部分請曾擔任衛福部政務次長的李教授做個說明，謝謝。

李玉春教授

既然主席指示，就遵照辦理。有關長照人力的留任問題相信在座只要關心長照的人，應該都聽過行政院在 4、5 年前就規劃相關方案。第一就是學校教育，這部分聯合 15 個學校，有 35 個學程，建立產學合作平台，希望在學校已經受照護服務人員的訓練，在學校就可以去實習，因為有實習就比較有可能留任，再加上單位可能有給實習津貼。這部分其實大家都覺得非常好，但目前並沒有大力支持，有點可惜，這是第一個我覺得可以努力的地方。

第二個當然就是目前這 90 小時訓練，剛剛勞動部也做了非常好的說明。接下來最後一塊，誠如黃署長所講，在衛福部過去規劃的配套措施裡面，包含鼓勵月薪聘僱、鼓勵升遷資績，更重要是創立有成就感、能符合家庭需要的工作模式。因為目前的服務模式，未必能夠完全滿足家庭的需要，所以很多人最後去聘外勞。如果他能夠在工作上就有成就感，有高滿意度，我們再給比較高的薪水，有升遷的管道，當然這個留任率就會很高。

這個模式已經在幾個單位印證，是可以成功的，譬如剛剛大家提

到的「弘道」，「弘道」在 40 歲以下的年輕人有百分之 60 幾，相對全國只有 2~3%，落差非常大。我們已經找到對的模式，但是在政府這部分，除了應該再有些誘因外，可能要加把勁，對這些能夠符合需要、有成就感的服務模式，能夠快速地鼓勵他們能夠拓展，這樣子我們才有辦法，在未來讓更多的年輕人願意進入這個行業。

主持人陳慶財委員

謝謝李教授。長照制度的推動，其實政府也知道很重要，而且很積極，我想我們應該讓政府多點時間去努力，先不要糾正，讓政府好好去做，我們會關注。還有哪位？請。

提問人三：尹祚芊委員

很高興聽到署長說到勞動部訓練出來的長照人力有 11 萬人，另退輔會、教育部訓練出來的人，大約共 15 萬人，但執業的人大概只有 2~3 萬人，還多加一點，因為上面講的是 2 萬人。針對此點，我們已經糾正過勞動部，因為訓練出來這麼多人，為什麼只有 2 萬人在做，當然不只針對這一點。

訓練好的人，為什麼不照訓練的目的，而提供給長照的機構，或者是進入到家庭？第一個問題想請教為什麼你們自己不做？第二個我提供一個訊息，「一例一休」影響許多機構或公務單位，可是有一點，為什麼沒有去抓醫院裡面照顧病人的「陪病服務員」？「陪病服務員」叫個人僱用，不在「一例一休」的監督管理範圍內。陪病服務員 90%由勞動部訓練出來，到底有多少？在全臺灣各個醫療機構裡面，一對一的照顧病人，一天是 2200~2500 元的費用，他沒有什麼成就感，也沒有什麼升遷，為了這個，一個月他可以只休 4 天，4 天還是醫院規定的。只要錢多，我就往這邊走，這是我提供的訊息。在臺灣，光臺北市就可以找到大概 1 萬人，是不是可以就這部分回應，謝謝。

主持人陳慶財委員

尹委員所提的問題，請黃署長回應。

黃秋桂署長

勞動部當然關心培訓的照顧服務員就業流向，並非只有衛福部關心；培訓的人到哪裡去了，我們比他們更關心。所以，這些調查報告及原因探討等，我們當然有做。剛剛我只是強調，衛福部也在做這件事，但不表示勞動部沒有做，這是第一點。

第二點，事實上我們確實受限，應該是說我們與衛福部的分工方式，比方說相關的這些訓練的課程，包括這些機構、日照或者是居服，他們的人員待遇等，事實上不管在業務分工，這是衛福部的權責，所以由他們來做決定；當然如果以勞動部來說，今天回歸到勞動市場，那就是勞資雙方如果能夠有共識的話，這個待遇事實上是由勞資雙方協商的，所以跟委員報告，這些有關照服員他們的升遷或者是待遇等，事實上目前是屬於衛福部他們的職掌，但是我剛也特別提到，如果今天以勞動部的立場，回歸到勞動市場來決定薪資的話，我們現在就只有一個，就是說機構你適用勞基法，所以你晉用人員，你給的報酬工資，不能夠低於基本工資，所以也跟委員提出說明，不是我們不關心，而是我們跟衛福部間有分工。

第三個部分，委員剛剛提到說，這些在醫院陪伴的人員，為什麼他們就沒有「一例一休」的問題，其實關鍵在於勞動基準法有適用範圍的問題。比方說，某些行業或工作者因為適用勞基法，適用勞基法這些雇主就必須要負勞基法上的雇主責任，可是如果說，今天有家人住院，你可能只是去找一個可以 24 小時來陪伴的人員，這樣的情況並沒有在勞基法的適用範圍內，所以就不是去檢查的問題了。簡單的來說，勞動基準法目前適用的範圍很大，但是並不包含剛剛所提的，我只是個人僱用一個人做這樣的照顧服務工作。

主持人陳慶財委員

謝謝黃署長的回答。請。

提問人四：居服員

因為現在少子化，我們現在照顧我們的父母親，可使當我們老的

時候，誰來照顧我們？政府的補救措施為何？第二、是不是有可能由政府設計一個 IC 卡，假如我還沒失智失能前去照顧別人，可以把點數記起來，以後老了、失智了，我們可用點數折到別人來照顧，不知道這是否可行？謝謝。

主持人陳慶財委員

這個問題也請李教授說明。

李玉春教授

這部分目前已有民間在做，如果由國家來做可能會缺乏彈性。由民間做我想是有它的道理，但如果要變成一個國家的制度，其實是要多加考慮。例如有些人只想做志工，在實務推動上必須考量。這是一個挺好的想法，如果民間能夠有更多人推動，我相信還是滿可行的。

主持人陳慶財委員

謝謝李教授的說明，還有哪位提問？陳委員請。

提問人五：陳小紅委員

我想請教，現在保險公司在老人化的前提下，常常強調長壽的風險，其實私人保險是有著墨的空間，但是實務上，大部分的私人保險公司設有年齡限制，比方 65 歲以上或者 70 歲以上，某些保險就沒有資格參加，因為怕沒多久可能發生保險事實，保險公司就損失。想請問隨著我們高齡化的現實，保險公司有沒有做一些調整或者重新考量？另外如果曾經罹患重大疾病者，會喪失投保一些重大疾病，包括長期照顧保險的資格，這與今天的議題好像相關。有些保險公司最近也考慮到高齡化，就把保費提高，尤其「長照險」。長期照顧因為不知道壽命多長，如果延長到 70 歲還可以投保的話，保費相對很高，對於老齡化社會，本來私人保險是一種輔助，然私人保險公司畢竟是營利單位，所以如何在現實的老齡化與精算風險的降低中間，能真正扮演企業社會責任？希望聽聽葉副總的經驗分享，謝謝。

主持人陳慶財委員

請葉副總回答。

葉栢宏副總經理

有關投保年齡，實務上的做法就是繳費延期，加上投保年齡已從以往 85 歲提高到 90 歲。換言之，如果投保 10 年期的，現在大概 75 歲至 85 歲都可以投保，這個部分我們也注意到高齡化社會的狀況，當然保險公司要去精算，但已把投保年齡提高。有關於罹病之後不能再投保，現在也有所謂「弱體保單」。因為保險公司採對價原則，若體況不好者，怎麼樣有合宜費率，尚須足夠經驗值去精算，相信未會有越來越多弱體保單推出，委員可以放心。另外現在大型保險公司越來越重視社會責任，我們一定會配合國家政府的需要，共同去面對高齡化的社會，謝謝。

主持人陳慶財委員

謝謝副總經理的回答，還有哪一位？請。

提問人六：監察院約聘專員

因為我的朋友是長照督導，我在此就他們第一線的心聲做個分享。

照服員出去常被當成傭人，今天家屬請他去幫忙，他們服務的範圍應以老人行動的範圍為主，可是家屬常要求他們順便幫忙洗窗戶、打掃廚房、廁所，額外多了很多任務，及花費很多時間，這不應該在他們照顧的項目裡。這種情況如果他們拒絕，回去又可能被投訴，投訴後又要寫報告。我覺得這部分他們很難跟被照顧對象的家屬去做解釋，政府單位如果要推，也該也要注意對家屬的教育。

第一線為什麼留不住人，為什麼訓練 10 幾萬人，可是最後待下來的那麼少？我覺得這個部分影響他們覺得照顧沒有專業，我被當作下人指揮，這是第一點。

第二點，在「一例一休」以前，每位照服員如果自己努力一點，一般大概可以領到 4 萬多元收入；可是「一例一休」之後，機構排班時都在摸索，不敢太過安排，使他們整個收入驟減到頂多 3 萬元，差距很大，所以使照服員考慮轉職。

第三點，我們一般在做日照業或居家服務，好像大部分還是以機構為主。機構在行政上與地方政府有行政上的往來，部分地方政府在核撥或行政作業上非常沒效率，已影響到機構的運作，這一點我覺得政府行政應該有可以改善的空間，謝謝。

主持人陳慶財委員

謝謝你的問題，第一點、第三點請李教授說明；第二點請黃署長說明，請。

李玉春教授

第一個部分，基本上是先做專案評估，之後會擬照顧計畫。照顧計畫以外的，當然就不會是照顧的範圍。剛剛講的是督導，這部分我想還需要有些溝通；但是我也想提另外一個問題，就是我們的居家服務過去就是限制很多，導致服務範圍非常受限，若還要再請另外一個人來時，家屬往往最後決定乾脆去聘外勞，所以我們須考量這二個事實狀態。目前民間做的就是以全人全家的需要為基礎，在政府補助之外就收自費。一個完整的照顧計畫包含一部分政府補助項目，一部分自付，應該強化推動這部分。

第三個部分是有關政府欠費，可能因為我們過去採招標等方式，據說明年政府打算採特約制，只要認可的就跟健保一樣，提供服務後很快會拿到暫付款，所以這個問題理論上應該可以紓解，謝謝。

主持人陳慶財委員

謝謝李教授。「一例一休」麻煩黃署長說明，謝謝。

黃秋桂署長

沒有想到「一例一休」變成這麼夯的議題。其實我們試著去思考，每週工作 40 小時周休二天，這個政策的方向是錯的嗎？如果它沒有錯，當然也可能有另外一個問題，所有適用勞基法的事業單位，它的守法情況如何？當然今天比較大的遺憾是因為「一例一休」導致某些事業單位，可能在人員的工作安排上做了調整，這次的修法也造成各界很大的討論。所以針對「一例一休」問題，院長已指示要充分與勞

資雙方溝通，充分發掘問題，然後提出比較有效的解決方法，不過這也涉及到法案的修正，所以我們也是看最後立法院修正的結果如何。

主持人陳慶財委員

謝謝。妳剛剛提到長照人力的問題，不管是本國人或外國人，不是只有人數的問題，它牽涉到我們長照服務員的待遇、尊嚴、地位及工作意願。我們不能把長照服務員當作傭人看待，這個需要大家共同努力。

提問人七

如同主持人所說，願不願意留任絕對會涉及薪資，還有是否被尊重。過去我們發展一套「多元評估量表」，目的就是為了要把長照對象的需求，透過長照專案管理專員、專案管理師評估後派案。去年我也幫忙把後面照顧的計畫發展完成，希望我們照顧的督導員或是照顧管理員專業地評估整個面向。評估完後再根據照顧者的需求，提供專業或照顧服務。如此，我們的服務將完全配合需求。如果這些不符合現在長照之給付，也可以跟我們的案家、家屬討論是否願意自費。所以應該在派案前先與家屬討論，根據家中長輩的需要，提供服務。某些服務可以獲得給付，某些需要自付，有些沒有任何付費。這樣的過程很重要，所以照顧服務員到家裡去，應該充分瞭解他要協助長輩的是穿衣、洗澡，或協助上下床。這是一個團隊，理想是要這樣子做，我們過去也努力發展一套工具，但是現在好像推動不是那麼順遂。

主持人陳慶財委員

謝謝分享。

提問人八

我是實際的工作者照服員，曾經聽說我們受訓了 90 個小時，今年可能會再去培訓，之前的證書已經不 OK 了，要重新再去培訓，是否如此？

另近期聽到我們的老闆說，大學有勞人服務科系，相對之下，這些人力培訓的職稱，從經理、照服管理員，甚至長照師、長照士，以

我現在的證書來說，我算是長照士。聽說以後這方面必須達到某個程度，才能當長照師，才能被任用，是否這樣？這些關係升遷的管道，跟所謂的薪資標準的提升，想請前面的長官們回答，謝謝。

主持人陳慶財委員

謝謝。請李教授說明。

李玉春教授

107 年 6 月 3 日開始實施長服法，未來照服員要登錄，因為照服員將被視為專業人員。我們非常尊重照服員，這也是一個專業，所以對於專業服務，通常需要更新相關知識，所以確實有在職訓練的要求。

至於長照師、長照士，應該只是一些想法，目前還沒有成熟。因為真正的相關要求，會反映在長照服務法或相關子法，但那些子法並沒有這些名詞。我們當初為了要讓照服員能夠有個未來，確實曾講說可以建立職級，但是那時只是一個概念，就是有基本的照顧服務，然後督導。可以自己當老闆，也可以自己創業，有個升遷管道，但是目前還沒有明確規定。剛剛問勞動部，也表示現在還沒有定案。

過去曾討論過丙級證照，在行政院也討論過乙級證照。從整體的照顧專業而言，長期一定會有愈來愈多的要求，從日本的經驗來看，他們照顧服務人員協會反映日本到後來要求太高，以致薪水負擔不起，結果反而讓很多人跑掉，我覺得臺灣在這個部分應該要權衡負擔與要求，建立照顧專業機制。

主持人陳慶財委員

謝謝各位熱烈的回應，這個議題牽涉非常多、非常廣，政府目前正在努力推動，我們會持續關注政策推動的情形，監察院也會持續擴大關心老人人權問題。謝謝 3 位報告人、回應人，謝謝各位。

第四場回應意見表

監察院 106 年老人人權研討會具體意見表

姓 名	服 務 機 構 / 就 讀 學 校	職 稱 / 系 所 名 稱
場 次 請 擇 一 勾 選，以 利 分 類	<input type="checkbox"/> 第一場 老人經濟安全問題 <input type="checkbox"/> 第二場 失智與人權 <input type="checkbox"/> 第三場 長照服務網絡整合問題 <input checked="" type="checkbox"/> 第四場 長照制度之財源及人力供應問題	
問 題	(例如：政府機關作為失當與不足或監察院就保障老人人權有待加強之處等) 照服員常被照顧者或其家人當下人或傭人看待，難以建立專業形象，維護工作尊嚴。	
說 明	第一線工作之照服員常被照顧者或其家人當下人或傭人看待，不當要求處理照顧任務以外如清理全部廚房、廁所、或全家衣物……等事項，未應允時動則遭受投訴，心力交瘁。	
建 議	政府應建立雙向之反饋機制，讓照服員亦能反映被照顧者或其家人不當之訴求，並經常性向被照顧者及其家人教育宣導，以制度化機制促使雙方相互尊重，俾以建立照服員形象，並維護其工作尊嚴。	

監察院 106 年老人人權研討會具體意見表

姓 名	服 務 機 構 / 就 讀 學 校	職 稱 / 系 所 名 稱
場 次 請 擇 一 勾 選，以利分 類	<input type="checkbox"/> 第一場 老人經濟安全問題 <input type="checkbox"/> 第二場 失智與人權 <input type="checkbox"/> 第三場 長照服務網絡整合問題 <input checked="" type="checkbox"/> 第四場 長照制度之財源及人力供應問題	
問 題	<p>(例如：政府機關作為失當與不足或監察院就保障老人人權有待加強之處等)</p> <p>照服員於「一例一休」施行後之薪資水準降低頗多，致影響留任意願。</p>	
說 明	<p>照顧機構為因應「一例一休」法規之施行，且無經費支應照服員正常班以外之加班時數，故須控管照服員之工作時數，導致照服員整體薪資水準較法令施行前降低頗多，致使照服員難應家庭經濟需要，進而影響留任之意願。</p>	
建 議		

監察院 106 年老人人權研討會具體意見表

姓 名	服務機構 / 就讀學校	職稱 / 系所名稱
場 次 請擇一勾選，以利分類	<input type="checkbox"/> 第一場 老人經濟安全問題 <input type="checkbox"/> 第二場 失智與人權 <input type="checkbox"/> 第三場 長照服務網絡整合問題 <input checked="" type="checkbox"/> 第四場 長照制度之財源及人力供應問題	
問 題	(例如：政府機關作為失當與不足或監察院就保障老人人權有待加強之處等) 地方政府行政效能不彰，且有刁難行政作業情形，打擊第一線人員士氣，並影響照顧機構運作。	
說 明	部分地方政府時有行政作業挑剔、刁難及補助款延遲撥付等情形，除使機構疲於應付行政作業外，並影響照顧機構之運作。	
建 議	(This cell is currently empty in the provided image)	

監察院 106 年老人人權研討會具體意見表

姓 名	服 務 機 構 / 就 讀 學 校	職 稱 / 系 所 名 稱
場 次 請擇一勾 選，以利 分 類	<input type="checkbox"/> 第一場 老人經濟安全問題 <input type="checkbox"/> 第二場 失智與人權 <input type="checkbox"/> 第三場 長照服務網絡整合問題 <input checked="" type="checkbox"/> 第四場 長照制度之財源及人力供應問題	
問 題	(例如：政府機關作為失當與不足或監察院就保障老人人權有待加強之處等) 長照人力不足問題	
說 明	<p>一、照顧服務員（以下簡稱照服員）人力不足，在臺灣一直是問題，在全球也是問題。國人對照服員觀念不正確，照服員被照顧者本人或其家屬以「下人/傭人」看待，社會形象低下，導致照服員願任及留任意願低。</p> <p>二、成為照服員途徑目前有二，一為在大專/高中職老服相關科系畢業，考取丙級照服員單一証照者，一為接受勞動部核准或縣市政府委託/核准的 30 人一梯次 100 小時左右之進修課程，礙於經費，各縣市一年通常為一梯次，最佳 5-6 梯次，開課有其時間限制，在職想轉職者無法參與，而參與受訓者，亦常因對照顧服務錯誤認識，中途退場，完訓者留任常只剩 1/3。</p> <p>三、為因應長照人力需求，也為建立全民對照服員的正確認識，進而對照服員專業的尊重，提升照服員專業形象；其次亦可增進全民照顧專業</p>	

	<p>能力的提升，幫助在家自行照顧家屬者的能力，亦可為未來可能潛在人力之開發。</p> <p>四、建議應建立照顧服務員初階 e-learningh 系統，提供有興趣的公民以註冊方式，隨時可以上網學習，且加多次重複學習／複習，建立全民對照顧專業的正確看法及態度；待其有意願成為照服員時，才報名實習課程，因此，應加強實作課程（含回覆示教、機構／實務實習、機構參訪……等）的時數及內容，透過實作實習幫助未來照服員更確定於照顧產業服務。</p>
<p>建 議</p>	<p>1、拍攝課程上網，供民眾隨時上網查詢或學習</p> <p>2、於各公家機關、長照提供服務單位廣設，並補助民間非營利長照提供服務單位電腦及上網設備，幫助經濟較弱勢無電腦者或電腦能力較不足之中高齡者上網學習或查詢，並提供照顧技巧諮詢上網查詢服務。</p>

本場次書面資料

4-1 稅收制？保險制？或第三條路

報告人：李玉春

國立陽明大學衛生福利研究所

一、人口老化與各國長照制度

臺灣人口急速老化，老年人口占率將由 2017 的 13% 增加到 2061 年的 39%，成長速度較多數國家為快。人口老化使長照需求隨之增加，依據衛生署 2011 年全國性長照需要調查結果與國發會人口推計估算，五歲以上需長照的失能人口（含心智功能障礙～如失智、精障、智障，需要長照者）在 2016 年約 78 萬人（失能率 3.45%），2060 年將激增至 193 萬人（失能率 10.54%，約為 2016 年的 3 倍），以此推估全國約有 230 隱性照顧人口（就業人口中須負擔照顧的），其中已有 31 萬因照顧而離職或降低生產力（衛生福利部，2016）。

先進國家比臺灣更早面臨人口老化、長照需求驟增的問題，OECD 2011 年出版的“Help Wanted”報告就指出：長照財源籌措問題已成為 OECD 各國當前最重要的長照問題（OECD, 2011），愈來愈多國家推動全民保障（universal coverage for long-term care）。但有些國家採用以「社會集體分擔風險」為原則的**社會保險制**：如荷蘭（1968 年）、以色列（1988）、德國（1995）、盧森堡（1999）、日本（2000）、韓國（2008）；有些福利國家視長照為人民基本權利，採用**稅收制**（如瑞典、丹麥、挪威、奧地利、法國、澳洲、英國、

加拿大等），有些國家則採**殘補式的社會救助**（如美國，需資產調查才能獲得補助；前述稅收制國家仍有些服務需經資產調查，如英、加、奧等）（OECD, 2011）。除少數例外（如奧地利），多數國家長照財務制度之選擇，多數「路徑相依（path dependency）」受其福利意識型態與既有制度的影響。

稅收制中，瑞典法律規定「國家（地方政府）照顧」的責任，而未規範子女照顧父母的責任。但專業化照顧（formal care）的負擔越來越沉重（2013 公共長照支出占 GDP3.2%，其中僅 4%自費），國家財力無以為繼，不得不節流，除逐步限縮補助資格、鼓勵居家服務，減少住宿機構利用外，也提供家庭照顧者現金給付，鼓勵家庭提供非正式照顧（informal care），兼顧國家與家庭照顧（Anell A, Glenngård AH, Merkur S., 2012）。

保險制中最具代表性的是德國的長照保險制度。該國原先也採資產調查，以社會福利補助長照服務使用；但因長照支出吃掉 6-7 成社會福利預算，社會福利負擔沉重，因此開辦全民長照保險，提供正式照顧與家庭照顧者支持服務（包括現金給付），妥善運用長照資源。

除德國外，日、韓也先後開辦長照保險，且政府大量補助保費（日本為 50%，韓國 20%），可說是在傳統的卑斯麥模式～只由雇主與受僱者平分保費（無雇主自營作業需全額自付），政府不介入或極少介入，建立第三條路，也就是**稅收加保險的混合制**，可提升政策可行性與公平性、減輕民眾（含雇主或長者）負擔、提升財務充足與穩定性。

基於全球長照人力的短缺，OECD 國家無論採社會保險或稅收制，有 3/4 的國家在正式照顧外，提供家庭照顧者（甚

至親友、鄰閭）現金給付（照顧者津貼）與支持服務（OECD, 2011），以支持提供非正式照顧的家庭照顧者。這也是在純正式與非正式照顧間的第三種選擇。

臺灣並非福利國家，國家稅收在 2016 年只占 GDP 13%，遠不及挪威（28%）、瑞典（34%）與丹麥（47%）（見表 1，財政部，2017），很難扮演全能大政府的角色。因此過去公、勞、農、健保主要學習德國以社會保險集體分擔風險的思維，提供生育、傷害、疾病、職災（病）、失業、失能、老年及死亡等相關事故的社會安全保障。但為使制度能順利推展，我國政府對多數社會保險制度亦如日韓都有補助保費，因此臺灣過去公、勞、健保的財務制度，選擇的已是**第三條路**：採稅收與保險混合，加上部分負擔多元財源的社會保險制。

表 1.臺灣與主要國家稅賦負擔（占 GDP%）：（財政部，2017）

	中華民國	澳大利亞	奧地利	加拿大	丹麥	法國	德國	希臘	日本	南韓	荷蘭	挪威	新加坡	瑞典	瑞士	美國
2001	12.4	28.9	29.4	29.3	45.3	27.2	21.1	21.8	17	17.8	23.1	33	15.7	33.5	20	20.5
2002	11.5	29.8	28.4	27.6	45.3	26.5	20.5	21.2	15.9	17.8	23	32.7	13	32	20.4	18.4
2003	11.4	30	28.1	27.5	45.5	26.2	20.6	19.6	15.5	18.2	22.2	32.1	12.3	32.6	20	17.9
2004	11.9	30.3	27.7	27.5	46.3	26.5	20.1	19.2	16.2	17.4	22.1	33.2	11.8	33.1	20	18.2
2005	13	30	26.9	27.5	47.9	26.9	20.4	20.2	17.2	17.8	23.2	33.9	11.9	34.1	20.2	19.6
2006	12.7	29.6	26.5	27.7	46.4	27.1	21.3	20.1	17.8	18.6	23.3	34.3	12.2	34.2	20.2	20.4
2007	12.9	29.7	26.9	27.5	46.3	26.7	22.1	20.5	18.1	19.6	23.5	33.3	13.3	33.2	20.1	20.4
2008	13.4	27.1	27.6	27.1	44.8	26.4	22.5	20.2	17.4	19.3	22.9	32.8	13.8	33	20.3	19.4
2009	11.8	25.8	26.7	27.2	45.1	25.1	22.2	20.6	15.9	18.2	22.6	31.6	12.6	33.2	20.6	16.8
2010	11.5	25.6	26.7	26.1	45	25.9	21.3	21.1	16.2	17.9	23	32.6	12.6	32.3	20.2	17.4
2011	12.3	26.3	26.9	26	45	26.9	21.9	22.9	16.7	18.4	22.1	32.8	13.3	32.6	20.4	18.4
2012	12.2	27.4	27.5	26.3	45.7	27.8	22.4	24.5	17.2	18.7	21.3	32.2	13.5	32.4	20.1	18.6
2013	12	27.6	28	26.3	46.7	28.5	22.6	24.8	18	17.9	21.6	30.4	13.5	32.9	20.2	19.5
2014	12.3	27.9	28.2	26.5	49.5	28.5	22.6	25.5	19.3	18	22.7	28.8	13.7	32.9	20.3	19.7
2015	12.7	...	28.7	27.1	46.6	28.6	22.9	26.1	...	18.5	23.5	27.6	13.5	33.6	21	20.1
2016	13	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	14.1	...	...	...

二、臺灣近年長照制度發展

臺灣自 2008 年推動「長照十年計畫」，以稅收提供八項居家與社區式長照服務，及中低收入老人住宿式機構服務（行政院，2008），至 2016 年，已涵蓋約 36%失能老人，建立基礎的居家與社區長照服務；但因預算不足，補助有限，無法補助聘外勞與住在機構之一般失能老人；加上長照資源不足，長照人力留任率低，服務模式無法配合家庭需要，30%失能者聘外勞，家庭整體照顧與經濟負擔仍甚沉重，41%失能者家庭有經濟壓力，33%照顧者有壓力性負荷，有必要儘快改革長照制度（衛生福利部，2016）。

為解決上述問題，臺灣自 2009 年開始規劃涵蓋全民的長期照顧保險（簡稱長照保險），擬借鏡全民健保的成功經驗，採用稅收與保險混合財源的社會保險制分擔財務風險，為臺灣長照籌措充足而穩定的公共財源（初期約 1,100 億元約占 GDP0.6%），以提升失能者功能，促進長照資源發展，減輕家庭負擔（李玉春等，2013）。長保採三層次設計，第一層為社會基本保障，第二層為商業保險（若有），第三層為家庭儲蓄或社會福利。為爭取雇主的支持，政府將補助受僱者的保費由一成提升至三成，雇主由六成降為四成。保險另外設計部分提存制、每三年依公式調整費率、收支連動、需經保險人評估有失能才能獲得基本定額給付、給付以實物為主、現金為輔等財務健全方案（衛福部，2016）。

另外為落實在地安老有很多配套措施包括：強化預防減輕依賴，建立單一窗口以個案與家庭為中心之電子化全方位的評估，提供整合醫療、長照與社區照顧之完整照顧計畫，對長照機構以特約管理取代招標，以包裹論人支付取代論

項、論時支付與核銷，鼓勵跨專業跨層級整合，依據服務提供成本訂定支付標準而非部分補助，降低經營風險與行政成本，以加成支付鼓勵照服員月薪聘僱，建立照服員職涯發展，提升成就感與留任率，並藉由保險制度的帶動，促進民間業者投入長照服務產業，進而提供更多元化、可近及普及的長照服務，建立完善的長照制度。

新政府上任，改以稅收制（調高遺贈稅（預計增 63 億）、菸稅（預計增加億元）與公務預算）籌措每年約 330 億（GDP 0.2%）的長照基金，推動長照十年 2.0 計畫以取代長照保險，以建立優質、普及、平價之社區整合照顧體系，落實在地安老。在制度面擬藉創新計畫以培植 A（社區整合型服務中心）擴充 B（複合式服務中心）廣設 C（巷弄長照站）建立社區整體照顧體系，強化長照與社區、醫療服務之整合，向前銜接預防向後銜接安寧照護（衛福部，2016 c）。另將採用長照保險規劃的多元評估量表、電子化評估載具，以提升評估的一致與公平性，並試辦特約與包裹論人支付制度，減輕機構行政負荷，促進長照資源發展，預計 2017 年試辦，2018 年正式實施（蔡淑鳳，2017）。

綜合媒體報導，新政府採稅收而非保險制，主要有以下理由：1. 保險制需收保費，擔心雇主與民眾反彈；尤其年青人暫時用不到服務，能如國民年金一樣，不願繳保費。2. 擔心有保險無資源。3. 長照機構、長照人力、給付標準、服務、產業等都沒有建立起來，若開辦保險，因除實物給付，亦給付照顧者津貼，擔心會變成外勞化、現金化。4. 擔心住宿型機構大幅成長，造成機構化、私人財團介入，影響長照品質。

5.擔心保險開辦將誘發需求，造成浪費。6.暫時不需這麼多財源，長期再評估採保險或稅收制。

這些論述除 6 外，多數是對長照保險之誤解。1.長保並未要立即開辦，而是要等以稅收推動的「量能提升計畫」完成長照服務網居家與社區長照資源布建，且長照保險法立法通過兩年後始由行政院依資源整備狀況擇期開辦，因此短期內，新舊政府策略皆在以稅收發展資源，並無不同。2.開辦長照保險一定會有反對聲音，但制度一旦上路，就可福國利民，值得努力。長保政策是近年支持度最高的政策之一，在需繳納保費、部分負擔始能獲得保險基本定額給付前提下，民眾支持度高達 86%（衛福部，2016 b）遠高於健保規劃時的 36%，更何況長照是家庭而非僅個人需要，民眾（尤其年青人）怕老了無人照顧、無力照顧家人、怕淪為下流老人，危機意識都很高，年青人對長保支持度甚至高達 89%（衛福部，2016 b）。3.對雇主而言，長照保險可減少隱性照顧者負擔，避免員工因照顧而離職或降低生產力，因此在政府降低雇主保費分擔比率後，工商團體大致可以接受。4.現金給付只是一個選項，並非惟一選擇，且只提供給有照顧事實者，並不提供給外勞。5.長照保險跟健保不同，主要由需求面以「量入為出」的精神控制費用：失能者需先經健保署評估有失能，才能獲得基本定額給付，且有部分負擔，也只有重度失能者可住機構，另外並不給付膳宿費，不像健保想看病就看病，較不會造成嚴重浪費。

三、當前稅收制的隱憂

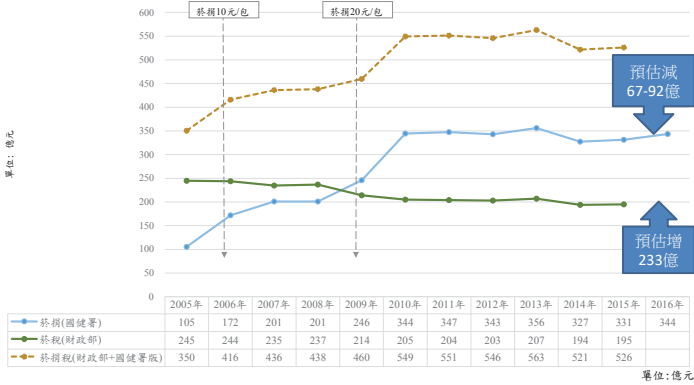
1.財源增加但穩定性不足：調整遺贈稅預計增加 60 億，調高

菸稅預計增加 230 億元，加上公務預算，每年約 330 億元的長照基金，若用在刀口上，可大幅促進長照資源發展。另菸稅提高可有效降低吸菸率固然是好事，但依據本人菸品價格需求彈性研究推估，提高菸稅可能降低菸捐收入 67-92 億元（李玉春、陳珮青、張麗娟, 2016），嚴重影響菸害防制與預防保健計畫之推動，長期也因吸菸率下降，導致菸稅減少，長照財源很難永續。由歷年菸捐與菸稅（調整）一段時間後不增反減（見圖 1），即可知菸稅並非穩定稅源。

2.財源充足性明顯不足，因此目前對使用機構住宿型服務以及聘雇外勞家庭，並無法補助其使用長照服務，因此被評為「保小不保大」，公平性不足。長期而言，因收入僅占 GDP 不到 0.3%與長照保險初估 2018 年約 1,100 億元（約 0.6% GDP），與 OECD 國家公共支出占 GDP 1.7%相比（見圖 2），嚴重不足（李玉春, 2016）；更遑論北歐國家，長照花費在 GDP 2.2-3.2%之間。若以社會保險國家經驗估算，長保保費約占健保 1/4-1/5，長照公共支出至少在 1,300-1,600 億之間，現行財源長期而言，顯然只能治標無法治本。

3.缺乏整體規劃與長期策略考量：目前已提供高額免費的居家與社區服務（居家服務試辦計畫最高補助 30,150 元），且一般戶部分負擔由三成降至 18%，若未來財源不足要提高部分負擔或要開辦長照保險加收保費，阻力勢必很大。另外長照資源發展策略與規範（尤其 ABC）過度中央化、缺乏彈性，無法因地制宜考量地方需要，即便投入很多經費，未必能實現看得到、用得到。

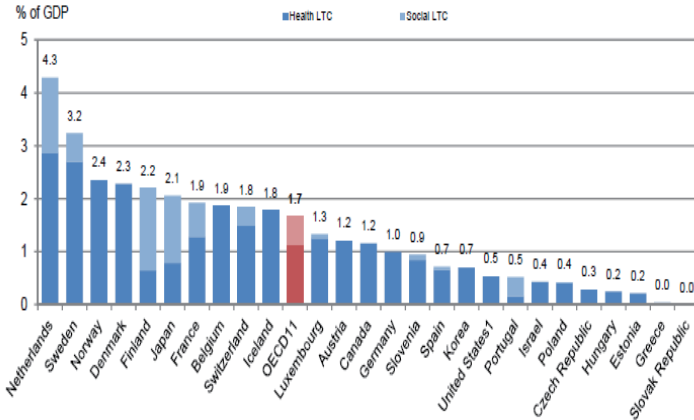
歷年菸酒稅捐實徵金額 ~吸菸率(目標減半)下降,收入將減少



資料來源:國民健康署提供、財政部統計處財政統計分析

圖 1：歷年菸酒稅捐實徵金額（來源：財政部，2017）

2013各國公共長照支出(健康與社會)占GDP%,



註：OECD11係為11個國家公共長照支出，同時編列健康與社福預算。

28

圖 2：OECD 國家長照公共支出占 GDP 百分比

資料來源：OECD (2015)

表 2：長照保險與長照十年 2.0 財務制度比較

制度	長照十年2.0	長照保險
財務制度	長照基金：指定用途稅+政府預算+部分負擔	保險費：多元財源=稅收+保險費（含補充保費）+部分負擔
政府財源（規模）	主要財源：遺贈稅（60 億）+菸稅（230 億）每年約 330 億（主要財源） 次要財源：公務預算（2017 年 162 億）	主要財源：財政健全方案+房地合一實價課稅新增稅收+公務預算 補充財源：菸捐+公益彩券 開辦時每年1,100億元 差異：涵蓋率，補助項目/標準
受益項目	提供13種給付，可 彈性因地制宜自由組合使用或提供 （混搭）滿足各類型失能需求，促進醫療長照與社區服務整合	17 項服務，多數目前提供，著重社區整合照顧服務發展（ABC）與服務連結，高度管制反影響服務整合與需要之滿足
繳稅人數	少數人繳稅，多數人不需負擔	除經濟弱勢外，全民皆需繳費，每人負擔較輕（86%支持）
受益者	未聘外勞與未住機構者（占36%），<50歲身心障礙者補助有限。	逐步涵蓋率全部失能者及主要照顧者
財務充足性	短期可，但保小不保大，因應長期需要可能嚴重不足	財源包括政府稅收與保費，除經濟弱勢幾乎每人都要繳保費，充足性較高，另有 部分提存制規劃
財源穩定性	菸稅可能隨吸菸率下降而減少，遺贈稅屬機會稅，不穩定	保費逐年穩定小幅增加，每三年依公式調費率，較不受景氣影響。
財務負擔公平性	遺贈稅為富人稅，菸稅負擔對中產與低收入者較重。	稅基超過國民總所得九成，負擔公平性較一般稅高，但論口計費相對不公平。
未來可能新增財源	營業稅（但國民年金亦規劃調高營業稅1%彌補預算不足，然迄未調整），可能影響物價。	長期政府財源亦可考慮營業稅或社會保險捐（有學者建議）為補充財源。
行政管理	中央與地方對制度認知落差大，地方執行方式不一管理能量可能不足。尚未導入特約制，無法簡化行政，欠費問題仍未解。	採特約制簡化行政，財務給付支付全國一致較為公平，服務提供與特約管理因地制宜，撥款迅速。

部分參考李玉春（2016）、蔡淑鳳（2017）

四、終極策略：選擇第三條路（社會保險）或加稅

綜合以上分析，目前長照以遺贈稅與菸稅籌措財源，短期或許夠用，但長期將嚴重不足。為滿足全體民眾基本長照需要，長期可能需要另尋稅源，否則可能要回歸第三條路～採稅收與保險混合的社會保險制，兼顧國家照顧與家庭照顧，理由如下：

1. 依據路徑相依原則，我國過去社會安全保障多採社會保險，長照亦同，其可行性較高，也可兼顧稅收與保險制之優點。
2. 長照十年 2.0 財源不足、法制規範不足（只簡單修長照服務法）、行政體制不夠健全，遺贈稅為不穩定的機會稅，菸稅與遺贈稅只能滿足短期長照財務的需求，僅能治標無法治本，菸稅收入長期將因吸菸人口降低而縮減，因此無法因應長期永續經營的需要。
3. 稅收財源有限，無法普及照顧所有需要照顧者：現行目標僅在補助 36%失能者（蔡淑鳳，2017），而排除使用住宿型機構以及聘雇外勞家庭的中重度失能者，形成保小不保大不公平的現象。
4. 若加徵營業稅，因需同時考量國民年金需求（擬提高 1%），可能需由 5%調高至 6.5%，可能影響物價，可行性較低。
5. 社會保險可籌措足夠財源，滿足全民基本需要：保費費基已可涵蓋國民總所得九成，且保費隨薪資或所得成長而自動成長，保費由政府、雇主、保險對象共同負擔，有基本保險費之設計，除經濟弱勢，包括老人在內，每個人都需繳保費，財務充足性、穩定性與可

負擔性皆較高，財務採部分提存制較為穩健，較不受景氣變動與人口老化影響、較易永續。

6. 保險制採專款專用自負盈虧，強化財務責任制度，制度由社會成員共同監督，容易隨需要微調，落實收支連動機制，人民較具成本意識。
7. 社會保險採量能負擔，全國集體分擔財務風險，財務負擔、給付標準、受益資格全國標準化，財務負擔與給付都較限制公平；而行政管理採地方化、分權化，服務提供面較能因地制宜滿足地方之需要。
8. 基於人口老化，照顧人力短缺，長照保險妥善運用華人家庭與鄰里照顧的力量，在互助（社會保險提供的正式照顧）外，亦提供照顧者支持服務與津貼做為選擇，維護自助（家庭）也鼓勵他助（社區關懷據點），以非正式照顧的功能，補正式照顧之不足，更容易滿足社會長期需要。

因此短期內政府雖選擇稅收制，未來除非能找到更穩健充足的稅源，最終應該還是會如德國及日本，走回長照保險制度，才能使長照制度滿足所有身心失能者需要，並可長可久、永續經營。另外長照制度規劃非一蹴可及，無論未來將開辦長照保險或開徵其它稅收，皆需長遠規劃、推動立法、精心籌備與推動才能為國家建立永續經營可長可久的制度，因此建議政府儘早啟動長照 3.0 或長照保險的規劃。

參考文獻

1. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review,WHO.

2. Health Systems in Transition, 2012, 14(5):1-159.
3. OECD (2015). 2013 OECD Library, health at Glance, 2015.
4. OECD (2011) : Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.
5. 行政院 (2007)。「我國長期照顧十年計畫」。
6. 李玉春、林麗嬋、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組 (2013)：臺灣長期照護保險之規劃與展望。社區發展季刊, 141, 26-44。
7. 李玉春 (2016)：臺灣長照制度之檢討與改革策略建議～如何建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系？社區發展, 153, 19-31。
8. 李玉春、陳珮青、張麗娟、徐婕、周弈君 (2016)：「菸害與酒害政策分析諮詢服務計畫」105 年年度成果報告。國民健康署委託研究計畫。
9. 衛生福利部 (2016)。長期照顧保險制度規劃報告。
10. 衛生福利部 (2016 b)。長期照顧保險民意調查報告。
11. 衛福部 (2016 c)。長期照顧十年計畫 2.0 (106-115 年) (核定本)。
12. 財政部：財政統計資料庫查詢 (<http://web02.mof.gov.tw/njswww/WebProxy.aspx?sys=100&fuid=defjspf2>) 2017/8/27 查詢。
13. 蔡淑鳳 (2017)。長照十年 2.0。國立陽明大學演講 2017/6/20。

4-2 長照人力規劃

報告人：黃秋桂

勞動部勞動力發展署署長

大綱

壹、前言

一、長期照顧人力之規劃

二、本國長期照顧人力培訓、就業促進政策

貳、外籍看護工引進政策

參、目前遭遇困難

肆、未來策進作為

壹、前言

我國隨著社會變遷與醫療衛生的進步，生育率與死亡率雙雙出現下降的趨勢，整體人口結構快速趨向高齡化，相對的失能人口也將大幅增加，使得長期照顧需求人數也同步增加。爰此，長期照顧服務法（以下簡稱長服法）於 104 年發布，並於 106 年 6 月 3 日正式施行。按長服法第 4 條規定長照人員（包含照顧服務人員、居家服務督導員、社會工作人員及醫事人員、照顧管理專員等）之管理、培育及訓練之規劃，係由衛生福利部（以下簡稱衛福部）統籌掌理。

勞動部依長服法第 6 條之規定，職掌長照人員及個人看護者之勞動條件、就業服務、職業安全衛生等事項，與非為醫事或社工專業證照之長照人員及個人看護者之訓練、技能檢定等相關事項，並配合衛福部依長服法第 64 條規定所訂定之外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法，辦理外籍家庭

看護工之補充訓練。依上開規定，有關長照人力整體規劃由衛福部辦理，至照顧服務員培訓、就業促進及外籍看護工之管理由勞動部辦理。

因應長服法施行後，第一線照顧服務人力需求增加，以下謹就勞動部長期照顧人力政策之規劃（包含我國長照人力培訓、就業促進措施及外籍看護工政策）、目前遭遇困難與相應策進作為進行報告。

貳、長期照顧人力政策規劃

一、本國長期照顧人力培訓、就業促進政策

（一）我國長期照顧服務人力現況

1. 依衛福部統計，由勞動部、地方政府、國軍退除役官兵輔導委員會及原住民族委員會等相關部會共同辦理之照顧服務員訓練課程，自 92 年起至 105 年底止共計訓練 11 萬餘人，而截至 105 年底實際從事長期照顧服務相關工作者為 2 萬餘人。另經該部調查各縣市委託或補助辦理居家服務單位所聘僱之照顧服務員，以平均每人每月服務 132 小時計算（不含交通時間及自費時數），月薪約新臺幣（以下同）2 萬 2,440 元。
2. 復依行政院於 104 年 11 月核定「長期照顧服務量能提升計畫（104~107 年）」分析，照顧服務員目前未投入長照服務及留任率偏低原因，包括薪資水準、專業成長、職涯發展等勞動條件誘因不佳。

（二）促進本國人投入長期照顧產業相關政策

1. 長期照顧服務人力培訓措施

- (1) 辦理本國照顧服務人力培訓：為協助國人投入照顧服務產業及因應照顧服務員人力需求，勞動部依衛福部所訂「照顧服務員訓練實施計畫」規劃之課程、訓練時數及師資條件等作為施訓規範，並配合該部所提人力缺口數，辦理照顧服務員專班訓練，針對一般參訓對象每人補助 80%訓練費用；如為二度就業婦女、中高齡者、新住民、原住民、中低收入戶等特定對象，則補助 100%訓練費用，每年培訓約 6,000 人。
- (2) 推動用人單位自訓自用，照顧服務員培訓工作地方化：為充裕長期照顧十年計畫 2.0 之照顧人力需求，勞動部 106 年除持續由所屬勞動力發展署各分署辦理照顧服務員專班訓練外，並配合立法院提案要求，新增 2 項補助地方政府辦理之計畫：
 - I. 自 106 年 1 月起推動補助地方政府辦理照顧服務員用人單位自訓自用訓練計畫，鼓勵居家服務單位、日間照顧中心或機構等用人單位，依據自有職缺、或結合其他用人單位職缺向地方政府申請辦訓，訓後由用人單位依承諾僱用條件直接僱用合格結訓學員，達到自訓自用、落實訓用合一之目的，以提升訓後留任成效。截至目前已有臺北市等 18 個縣市政府公告可受理照顧服務員用人單位提報訓練計畫。
 - II. 另於 106 年 7 月訂定發布補助地方政府辦理照顧服務員專班訓練計畫，目前計有臺北市等 11 個縣市政府有意願辦理專班訓練，未來將逐步回歸由地方政府在地辦理，俾利地方政府依其掌握之轄

區長期照顧人力供需情形，運用自訓自用及專班訓練，雙軌辦理照顧服務員訓練，以因地制宜，滿足地方長期照顧人力需求。

2. 運用就業獎助，充實照顧服務人力措施

(1) 鼓勵雇主僱用本國照顧服務員之僱用獎助

- I. 為促進及穩定本國勞工就業，並鼓勵雇主僱用失業勞工，提供照顧機構、居服單位及日照中心等事業單位雇主僱用獎助。雇主僱用經公立就業服務機構諮詢推介之失業勞工，並符合相關規定者，得申請核發每月 9,000 元至 1 萬 3,000 元之獎助，最長 12 個月，合計最高 15 萬 6,000 元。
- II. 符合聘僱資格但未聘僱外籍家庭看護工之家庭雇主，聘僱經地方政府之長照管理中心推介之本國照顧服務員，每月可申領 1 萬元獎助，最長 12 個月，合計最高 12 萬元。

(2) 鼓勵國人投入照顧服務工作之勞工就業獎勵

考量照顧服務工作辛苦，影響國人從事意願，又為配合長照服務體系發展與照顧服務人力需求，勞動部於 103 年 5 月起將機構照顧服務工作納入「鼓勵失業勞工受僱特定行業作業要點（缺工就業獎勵）」適用範圍；復於 106 年 6 月 20 日發布實施「鼓勵失業勞工受僱特定行業作業要點（缺工就業獎勵）」適用範圍，提供勞工每月 5,000 元至 7,000 元之就業獎勵津貼，最長 18 個月，合計最高 10 萬 8,000 元，以鼓勵失業勞工受僱於照顧機構、安養護機構、醫療機構、居服單位及日照中心等從事照顧服務工作。

(3) 透過實體及虛擬通路服務，強化人力媒合

於臺灣就業通網站建置長照就業服務專區，提供民眾從事長照服務工作之求職求才、職訓課程及津貼補助等相關資訊，並透過實體服務據點，推介媒合長照人力，適時運用各項促進就業措施，加強補實照顧服務人力。

二、外籍看護工引進政策現況

(一) 外籍看護工引進政策原則

為因應人口結構變遷，並減輕家庭照顧負擔，滿足家庭照顧需求，勞動部自 81 年起，在不影響國人就業及經濟社會發展前提下，採補充性原則開放引進外籍看護工。考量我國刻正建構長期照顧服務體系，鑒於外籍看護工並非長期穩定的勞動力，外籍家庭看護工政策應漸進接軌國內長期照顧服務體系。

(二) 外籍看護工開放資格

1. 機構看護工：目前開放收容中度以上身心障礙者之老人福利機構或財團法人社會福利機構，以及護理之家、慢性醫院或設有慢性病床、呼吸照護病床之綜合醫院，可聘僱外籍機構看護工。
2. 家庭看護工：目前開放具有重度以上特定身心障礙項目者（例如：植物人、漸凍人）；或年齡未滿 80 歲，經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定有全日照護需要者；或年齡滿 80 歲以上，經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定有嚴重依賴照護需要者；年齡滿 85 歲以上，經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定有輕度依賴照護需要者。

3. 外展看護工：試辦由地方政府委託或補助之居家服務單位採本、外勞搭配聘僱外籍看護工，共同指派至符合資格之被看護者家庭從事照顧。

(三) 外籍看護工在臺工作現況

截至 106 年 7 月底止，在臺外籍勞工總計 65 萬 7,983 人，其中產業外勞在臺 41 萬 2,971 人（占總人數 62.76%），社福外勞在臺 24 萬 5,012 人（占總人數 37.24%）。又社福外勞中，外籍家庭看護工在臺 22 萬 8,376 人（占社福外勞人數 93.21%）最多，外籍機構看護工 1 萬 4,638 人（占社福外勞人數 5.98%）次之，外籍家庭幫傭 1,963 人（占社福外勞人數 0.8%）再次之，外展看護工 35 人（占社福外勞人數 0.01%）再次之（如下表）。

開放項目		人數（人）	比率（%）
總數		657,983	100
產業外勞		412,971	62.76
社福外勞	小計	245,012	37.24
	家庭看護工	228,376	(93.21)
	機構看護工	14,638	(5.98)
	外展看護工	35	(0.01)
	家庭幫傭	1,963	(0.8)

註：統計截至 106 年 7 月底止。另家庭看護工、機構看護工、外展看護工與家庭幫傭比率係指引進人數占社福外勞人數比率。

參、目前遭遇困難

一、本國長期照顧服務人力部分

- (一) 照顧服務工作受薪資水準、專業成長及職涯發展等勞動條件誘因不佳影響，致國人從事意願較低，為改善

照顧服務產業之勞動條件、提供多元專業晉升管道及職涯發展，衛福部自 103 年 7 月起，調整照顧服務費補助由每小時 180 元提高至 200 元，其中明定提供照顧服務員之時薪不得低於 170 元，其餘 30 元則由居家照顧服務用人單位用於核發照顧服務員工作福利等必要支出，並輔助照顧工作之簡易配備及居家服務單位應負擔之照顧服務員勞、健保費及勞退準備金，依其投保薪資等級，最高補助 90% 等措施，且自 106 年起將補助偏遠地區之交通費由每月 1,500 元提高為 3,000 元。

- (二) 另為拉高國人從事照顧服務意願，衛福部已規劃透過爭取財源，提升與穩定照顧服務員薪資收入之措施（如月薪制）；鼓勵任職照顧服務員滿 5 年以上者晉升為居家服務督導員；規劃照顧服務分級與專業加給，試辦照顧實務指導員計畫，到宅提供關懷訪視及照顧技巧指導或諮詢服務，強化照顧服務員職涯發展與多元晉升管道；提升社會大眾對照顧服務員之認識與正面價值，增進專業形象。

二、外籍看護工部分

現行外籍家庭看護工雖在其來臺工作前，須接受參照衛福部公告之「照顧服務員訓練實施計畫」90 小時以上之訓練，訓練合格後經來源國勞工部門驗證，並取得專長證明書，始申請入國簽證來臺工作，惟外界仍有應提供在職訓練以提升照顧服務技巧之建議。

肆、未來策進作為

因應長服法之施行，勞動部將持續配合衛福部之制度規劃方向，持續辦理照顧服務員訓練、加強宣導及運用相關就業獎助措施，鼓勵失業勞工投入長照產業，充實本國照顧服務人力。

又按長服法第 64 條第 2 項及第 3 項規定，初次入國之外國人受僱從事家庭看護工作，雇主得依衛福部之規定申請補充訓練。衛福部依長服法授權於 106 年 6 月 3 日訂定發布「外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法」，規定課程內容、申請程序、辦訓單位等資格。勞動部持續配合該辦法，刻正規劃建置外籍家庭看護工集中、到宅及數位學習補充訓練，後續配合衛福部公告補充訓練課程資訊，賡續辦理補充訓練工作事宜，以提升外籍家庭看護工照顧服務技巧。

4-3 長照制度之財源及人力供應問題—民間保險業者的空間

報告人：葉栢宏

台灣人壽商品精算處資深副總經理

依內政統計通報，2017 年 2 月底我國 65 歲以上老人高達 313.9 萬人，占總人口 13.33%，首次較 0-14 歲幼年人口為多。依聯合國定義及國家發展委員會推估，我國 2018 年將邁入高齡社會（老年人口比率超過 14%），預計 2026 年老年人口將超過 20%，進入超高齡社會。另依衛生福利部長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）報告，2017 年全國長照需求人數推估為 74 萬人（包含 65 歲以上失能老人、未滿 50 歲失能身心障礙者、50-64 歲失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者及衰弱老人），2026 年更高達 100 萬人，解決長照問題刻不容緩。

民間保險業者投入長照服務，在長照保險保單規劃及公益合作方面的空間：

1.商品面

國內壽險市場第一張長期看護保險保單是從 1995 年開始銷售，最早銷售的新光人壽及後續推出同類型保單的國泰人壽及台灣人壽，其商品設計以長期看護一次給付及分期給付搭配身故保障方式銷售，但因民眾對長照風險意識淺薄，且長期看護保險與傳統醫療險的理賠認定不同，業務員較難行銷，初期銷售量不佳。隨著高齡少子化的社會趨勢快速發展，市場上陸續出現多樣化保單，其長期看護狀態的定義包羅萬象，但認定標準仍需符合生理功能障礙或認知功能障

礙，方能給付長期看護保險金。民眾也因業者及政府長照計畫的宣導，對於長照風險愈益重視，進而喚起民眾提早做好長期照護準備的意識。

其後，配合政府推動的「長期照顧服務法」，金管會於 2015 年 3 月 26 日核定「長期照顧保險單示範條款」，並規定保險業自 2015 年 7 月 1 日起全面依示範條款及其「長期照顧狀態」定義，將保險業過去銷售之「長期看護保險」改為「長期照顧保險」。目前市場上共有 11 家壽險公司包括台壽、臺銀、國泰、富邦、南山、新光、三商美邦、中壽、宏泰、全球及第一金等銷售長期照顧保險商品。

民間保險業者投入長期照顧保險 20 多年，響應政府推動長照政策不遺餘力，而政府長照 2.0 實施後，民眾還需要買長照保險嗎？規劃未來長期照護保障，應準備多少額度才夠？哪些商業保險可以有效補足制度面的缺口？以及未來保險公司待研發之創新商品，都是民間保險業者持續努力宣導及開發的空間。

(1) 政府長照 2.0 實施後，民眾還需要買長照保險嗎？

為因應人口結構的改變，衛福部自 2008 年起分階段建立長期照顧制度。第一階段長照十年計畫，奠定基礎服務模式；第二階段長照服務網計畫及長期照顧服務法（2015 年 6 月 3 日總統令公告，已於 2017 年 6 月 3 日實施），建置普及式服務網路，充足長照服務量能，發展在地資源。

長期照顧制度對受照顧者會依其家庭經濟狀況給予不同比例的補助，「一般戶」政府補助 7 成、民眾負擔 3 成；「中低收入戶」政府補助 9 成、民眾負擔 1 成；「低收入戶」則由政府全額補助。以「居家復健」為例，也就是有復健需

求但無法至醫院作復健治療之受照顧者，即派由專業物理治療師或職能治療師到宅提供復健服務，教導個案、家屬及主要照顧者復健技巧。每次服務費 1,000 元，每次交通費 200 元，一年最多各 6 次，政府與民眾各負擔的費用如下表：

以居家復健費用為例－政府與民眾各負擔比例

身分別	每次服務費 1,000 元		每次交通費 200 元	
	政府補助	民眾自付	政府補助	民眾自付
一般戶	700 元	300 元	0 元	200 元
中低收入戶	900 元	100 元	180 元	20 元
低收入戶	1000 元	0 元	200 元	0 元

因為長期照顧已是臺灣必須面對的問題，在面臨需照護服務時，政策型的長照服務僅能提供國民基本照顧保障，難以給予充分的長照服務需求，例如，以長照 2.0 版提供的「居家服務」為例，依衛福部擬定的支付標準，「重度」失能者補助服務時數，一個月僅 93 小時，換算每天 3.1 小時，即照護員僅能協助餵食、洗澡、換尿布、翻身、拍背等的服務項目。但需 24 小時照顧的「重度」失能者，政府所能給予的服務時數過少，故為提升照護品質，給予完善的照顧服務，需延長補助時數或聘請本國籍或外籍看護專人照護，但其超過政府補助時數，民眾需全額自行負擔，其資金缺口可透過商業保險來補足，才能相輔相成，發揮補充長期照顧制度之作用。

(2) 規劃未來長期照護保障，應準備多少額度才夠？

根據世界衛生組織推估，長期照護潛在需求為 7~9 年，而根據國內研究資料，平均壽命與疾病型態變數推估，國人一生中需要長期照護約 7.3 年，男性平均需要 6.4 年，女性則高達 8.2 年。長期照顧包括耗材品、營養品、輔具及照顧人力等開銷很可觀，依保發中心及各壽險公司資料，若聘僱外籍看護居家照顧每月約 2.5 萬元，本國看護之日間照顧每月需 3~4 萬元，全天照顧動輒 6~7 萬元，以平均看護期 7.3 年來計算，最少應準備 220 萬元；如聘僱本國看護，再加上其他長期支出，則需要準備 600 萬元。

(3) 哪些商業保險可以補足制度面的缺口？

國人在規劃商業長照保險時，可評估自己的需求，購買「長期照顧保險」或含定期給付的「特定傷病保險」及「殘扶險」（泛稱「類長照保險」），補足長期照顧制度的缺口。

依長照 2.0 服務對象，有長照需要時，採「多元評估量表」（MDAI）評估狀態，而現行開立外籍看護工診斷書使用兩種量表，即失能用的巴氏量表（日常生活功能量表（ADLs））及失智用的臨床失智量表（CDR），其核心項目都已整合在「多元評估量表」。另外，商業長期照顧保險之「長期照顧狀態」定義是依據 2015 年 7 月以後新的示範條款，將「長期照顧狀態」分為下列兩項：

- A. 「生理功能障礙」：一般採巴氏量表進行評量，必須經專科醫師判定日常生活能力持續存有三項以上障礙，如進食、移位、如廁、沐浴、平地移動、更衣等有三項以上不能自理。
- B. 「認知功能障礙」：採臨床失智量表（CDR）或簡易智

能測驗表（MMSE）評估達中度以上，必須經專科醫師判定為持續失智狀態，且有時間、場所、人物等二項以上分辨障礙。

上述商業長期照顧保險的「長期照顧狀態」定義亦已包含在長照 2.0「多元評估量表」6 大面向，且未來將與制度面連動，使長期照顧狀態定義具一致性，減少民眾認知上的差距。

依壽險公會統計，截至 2016 年底，商業「長期照顧保險」有效契約達 58 萬件，每件「每年分期長照保險金」投保金額約 18 萬元（每月給付 1.5 萬元），其中約 32 萬人是女性，占率 54.5%，高於男性僅約 26 萬人的投保率。一般認為女性平均餘命比男性多出 4~5 歲，女性未來面臨需要長照的風險也較男性高，必須提早因應相關的長照風險，也因此長照險購買的女性被保險人數較男性多。但其實男性意外風險及三高風險不亞於女性，如車禍造成癱瘓、腦中風、心血管疾病等，使得男性的長照需求也越來越受重視。而從投保年齡來看，長照險的投保年齡集中在 40~59 歲，可了解民眾大多在 40 歲之後明顯意識到長照風險，也較有能力規劃退休後的照護保障。

除了「長期照顧保險」商品之外，市場上亦有銷售「類長照保險」，雖「類長照保險」與「長照保險」商品一樣都具有定期給付保險金功能，且同時存在於市場上，將可兼收互補之效果，惟兩者的理賠認定標準及優缺點各有不同。

長期照顧保險與類長照險之差異

商品類型	長期照顧保險	類長照險	
		特定傷病保險	殘扶險
理賠定義	依「失能」或「失智」判定： 失能依據巴氏量表的六項生活自理能力判斷。 失智依分辨上的障礙判定，即無法分辨時間、場所、人物等二項以上，臨床失智量表（CDR）或簡易智能測驗表（MMSE）評估達中度以上。	依「特定傷病」判定： 現行特定傷病可達30項多，其中腦中風後殘障、運動神經元疾病（俗稱漸凍症）、多發性硬化症、帕金森氏症、阿茲海默症等係易導致長照狀態的特定傷病。	依「殘廢等級」判定： 因疾病或意外導致的殘廢，依傷病的狀態等級（共11級79項），申請給付倍數。
優點	1. 不論因意外或疾病造成，僅視失能或失智狀態理賠。 2. 2015年7月後新的示範條款，市場上對長照狀態定義明確，各家理賠認定一致。	病名明確易於瞭解，但各家公司對同一傷病定義之嚴重程度有所不同。	殘廢等級細分79項理賠明確，且依殘廢等級比例給付保險金，保費較平價。
缺點	每年需提具相關診斷證明書及專業評量表、病歷摘要等文件，以確認持續符合長照狀態。	理賠時，除了病名確診之外，部分傷病仍需達一定程度失能才能領取保險金，自然老化的失能亦不在保障範圍。	失智狀態無法理賠，除非符合1-3級殘廢定義中「終身無工作能力」之判定。

依統計資料，2016年「長期照顧保險」新契約件數4.5萬件，新契約保費18.1億元，創近4年最低紀錄之原因，除了民眾認為「長期照顧保險」投保時不易說明之外，近年因「特定傷病保險」及「殘扶險」商品可部分取代「長期照顧

害之程度，由殘廢等級表判斷病患工作能力之殘廢等級，故除醫師開立診斷外，須視保戶實際勞動能力為審核依據，故消費者購買前可評估自己的保障需求，藉以提升照護品質。

（4）未來待研發之創新商品—實物給付型保險商品

過去商業保險理賠必須採現金方式，為落實真正照顧到有需要的長者，金管會已於 2015 年開放實物給付保單，規範保險業者提供的服務或物品，必須與醫療服務、護理服務、長期照顧服務、健康管理服務、老年安養服務與殯葬服務等六類相關，目的在確保實際用於受益人身上，避免保險金被移作他用。截至 2017 年 8 月底為止，計有 4 家保險公司銷售實物給付型保險商品，給付樣態包含殯葬服務、醫療服務與健康管理服務等三項，但迄今未有護理服務、長期照顧服務及老年安養服務等實物給付型商品推出。

未來待長照體系建置完備，保險業克服合作廠商品質、給付成本、相關作業流程及爭議處理等風險，將進行長期照顧服務相關實物給付型商品之研究與開發，並配合政府落實社區化及在地化的長照精神，給予保戶更有保障的照護生活。

2.社會公益面

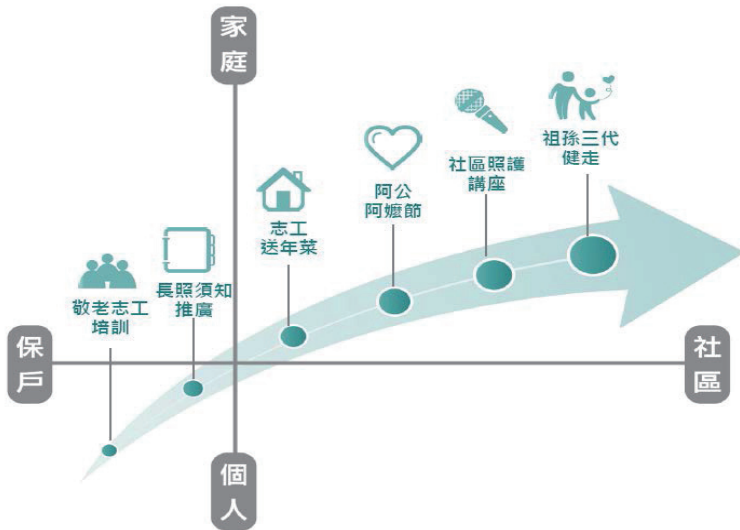
2016 年，台灣人壽在與政大合作進行退休大調查中發現，43-65 歲族群對老後最擔心的三大問題，依序為「身體健康」、「經濟來源」與「照顧問題」。

為能協助解決高齡社會所衍生的問題，台灣人壽自訂目標，從長期推動銀髮關懷照顧到提倡自主健康管理並持續投入資源、付諸具體的行動，與政府積極推動的「在地老化」

政策理念不謀而合；近年來，更結合 NPO 共同響應聯合國千禧年「活躍老化」的目標，結合自身的核心能力，提出做法逐步實踐，響應政府建構「健康、幸福及活力友善」的高齡社會。

台灣人壽過去長期推動「銀髮關懷」系列活動，深入家庭與社區，如：舉辦祖孫三代健走活動、親送年菜給獨居老人、長期照護社區講座、捐贈千本長照地圖書籍推廣長照須知，並培訓敬老志工等。

【銀髮關懷策略地圖】



然而，臺灣人口仍在快速老化，老化社會最需要的即是照顧服務，一旦進入長照階段，除了家人的照顧與支持，最需要的還是專業的照護，但臺灣在照顧服務的人力上嚴重不足，更遑論專業的提升。

根據衛福部統計，過去政府培訓 11 萬餘名照顧服務員，但至 2015 年底實際從事長期照顧服務相關工作者（包括醫療院所擔任看護工者）僅 3 萬多人；台灣人壽在過往的志工關懷活動中也發現到照顧人力的匱乏，以及照顧專業尚待提升，身為企業公民，且為善盡企業社會責任，2017 年起台灣人壽率先和弘道老人福利基金會推動長照人才培育計畫，除了職前培訓、在職訓練，以及多元化的主題課程，更邀請國外長照領域的達人來臺分享交流，同時在臺中大甲建置臺灣第一個以實境場域來訓練長照人才的培育中心，透過擬真實作，讓民眾及照顧服務員學會正確的照顧技巧，有效減輕照護壓力及長期錯誤照護所造成的傷害，加上政府的支持，盼能翻轉過去臺灣未受重視的照顧專業。

根據內政部統計，臺灣 65 歲以上的老年人口比率將在 2018 年超過 20%，進入超高齡社會，未來大多數社會資源將可能投入在長者的生活保障、福利等，有鑑於此，特別是在醫療上的支出，為降低老年人口的失能率及長期臥床的時間，台灣人壽連續 6 年舉辦祖孫三代健走活動，透過家庭凝聚的力量，關照長輩的心理健康，進而讓他們有意願做好自主健康管理，以聯合國所公認最安全的運動一健走，促進全家共同的運動習慣。

此外，台灣人壽自我要求在持續投入銀髮關懷的行動方案能與時俱進，因此鼓勵臺灣和國際之間的長期照顧經驗及技巧交流，提升並精進彼此在長照領域的專業，並師法國際，推動世代共融的活動，期許達到「活躍老化」的目標。

4-4 我國長照財源規劃簡析回應意見

報告人：吳自心

財政部常務次長

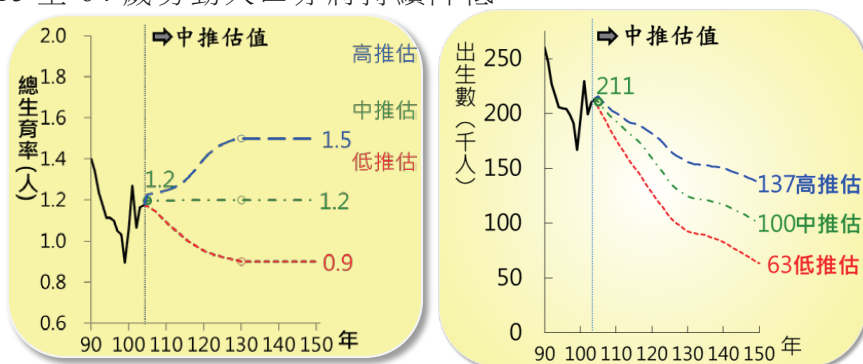
壹、前言

人口為國家構成基本要素之一，人口數量及年齡結構變化為決定國家發展重要關鍵。隨著醫療衛生進步，平均餘命延長，老年人口顯著成長，人口老化成為世界各國共同面臨之社會變遷議題，其所衍生長期照顧需求與家庭照顧責任日益沈重。

我國未來人口發展與世界各國大致相同，依國家發展委員會（下稱國發會）推估呈現下列趨勢：

一、少子化造成勞動人口降低

根據國發會資料²¹顯示，總生育率若維持現況，150年出生數將減少一半以上²²，即使總生育率回升，因育齡人口減少，出生數亦難增加，未來20年，學齡人口將持續減少；15至64歲勞動人口亦將持續降低。



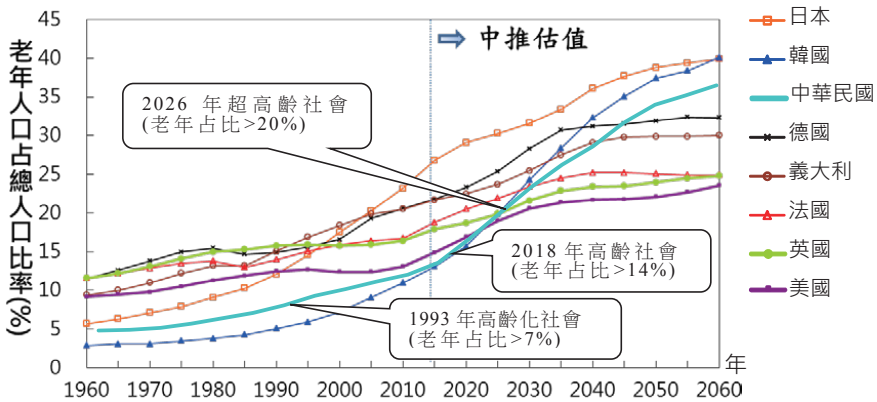
資料來源：國家發展委員會《中華民國人口推估 105 年至 150 年》

²¹ 參見國家發展委員會(2016.8)《中華民國人口推估(105至150年)》P.1-P.2。

²² 105年出生數預估為21萬人左右，由於15-49歲育齡人口減少，至150年，高、中、低推估之出生數將分別減少為14萬人、10萬人及6萬人，較105年分別減少8萬人（或36.5%）、11萬人（或52.6%）及14萬人（或69.2%）。

二、人口結構快速趨向高齡化

我國已於 82 年邁入高齡化社會（老年人口占總人口比率超過 7%），預估將於 107 年成為高齡社會（超過 14%），115 年成為超高齡社會（超過 20%）；由高齡社會轉為超高齡社會時間預估僅 8 年，高齡化速度超過歐美先進國家。



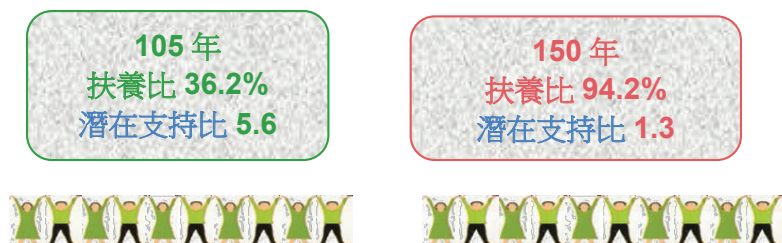
資料來源：國家發展委員會《中華民國人口推估（105年至150年）》

三、青壯年扶養負擔將逐年增加

由於工作年齡人口遞減、退休年齡人口遞增，15 歲至 64 歲青壯年人口（又稱工作年齡人口）扶養負擔將逐年增加。依據 105 年至 150 年推估結果，扶養比²³將由 36.2% 增加為 94.2%；老年人口對青壯年人口造成扶養負擔，約由每 5.6 個青壯年人口扶養 1 位老年人口，變為每 1.3 個青壯年人口扶養 1 位老年人口²⁴。

²³ 扶養比=(0-14 歲人口+65 歲以上人口)/15-64 歲人口*100%

²⁴ 潛在支持比=15-64 歲人口/65 歲以上人口



資料來源：國家發展委員會《中華民國人口推估（105年至150年）》

綜觀我國人口發展趨勢，面對即將到來超高齡社會，為因應人口老化及照顧需求多元化、回應高齡化社會之長照問題，行政院於105年9月29日通過「長期照顧十年計畫2.0」（下稱長照2.0），期藉相關部會各司其職以完備我國長期照顧體系（下稱長照體系）。財政部執掌國家財政，謹就財源籌措方式、我國採行制度、協助提升長照服務量能及未來規劃等面向作一簡析。

貳、財源籌措方式

國際間長照體系財源籌措方式，主要以稅收制及保險制為主，採行稅收制者多為北歐國家如瑞典、挪威、丹麥及芬蘭，由中央及地方政府分工辦理；採行保險制者如日本、韓國、德國、荷蘭等，由被保險人、雇主及政府按比例分攤費用；除上開主要機制，亦有透過健保制度執行，如比利時²⁵，茲就採保險制及稅收制優缺點說明如下：

一、保險制

（一）優點

1. 保費隨薪資（所得）自動成長，財源充足，較具穩定性。
2. 全民皆需繳納保費，符合權利義務對等精神，較具有互助性。

（二）缺點

1. 直接向民眾徵收保費，需較高行政成本，民眾痛苦感較強，影響繳納意願。
2. 雇主需負擔保費，易有反彈。
3. 長照體系建立初期，服務量能尚有不足，全民納保收費，易造成資源分配無效率。

二、稅收制

（一）優點

1. 統一由稅收課徵，減輕行政成本負擔。
2. 政府可量入為出，控制預算。
3. 可漸進式推動，較具充足時間建立長照體系。

（二）缺點

1. 稅收易受景氣影響，長期財源較不具穩定性。
2. 面對人口老化加速，稅收制財源不足，阻礙長照推動。

參、我國現行制度

為因應老年化的長期照顧需求，政府有必要儘速建立長照體系，而建立長照體系須有穩定財源支持，我國長照服務無法全面推展主因，包括經費不足及相關服務體系與產業尚未完整，而經費需求又與長照體系規模連動，亦即初期經費需求較小，隨長照體系與產業發展漸趨完整，所需經費將益趨增加。

現階段我國長照業務主管機關（衛生福利部）務實推動長照社區整體照顧模式ABC²⁶，均衡發展居家、社區及機構服務資源，期漸進建立長照體系與產業基礎，培育長照專業人力，俟整體長照服務量能提升，再逐步擴大服務對象，提供多元創新長照服務，屆時可再思考大量財源籌措方式。財政部配合政策決定，評估辦理規模及籌措適當財源，茲就稅收制規劃指定稅收與配套作為說明如下：

一、規劃指定稅收

（一）修法背景

為充裕長照財源，造福社會大眾，長期照顧服務法（下稱長照法）第 15 條明定調增遺產稅及贈與稅（下稱遺贈稅）稅率、菸酒稅菸品應徵稅額（下稱菸稅）所增加稅課收入作為長照特種基金來源。財政部配合研擬「遺產及贈與稅法」部分條文修正案及「菸酒稅法」第 7 條、第 20 條及第 20 條之 1 條文修正案，經立法院 106 年 4 月 21 日三讀通過，總統 106 年 5 月 10 日公布；菸酒稅法修正案並報經行政院核定，自 106 年 6 月 12 日施行。

（二）調增遺贈稅及菸稅做為長照財源理由

1. 調增遺贈稅部分

- (1) 國際間實施遺贈稅制國家多採累進稅率，對照我國 106 年 5 月 10 日修正公布前遺贈稅稅率為單一稅率 10%，外界時有稅率偏低可能造成世代不公議論。
- (2) 為期發揮遺贈稅課徵對社會公平正面意義，配合長照法第 15 條規定，將遺贈稅稅率由單一稅率 10% 調整為三級累進稅率 10%、15% 及 20%，預估挹注新臺

²⁶ A 級：「社區整合型服務中心」；B 級：「複合型日間服務中心」；C 級「巷弄長照站」。

幣（下同）63 億元。

2. 調增菸稅部分

(1) 菸品稅捐為抑制菸品消費政策工具，各國對於菸品普遍課徵特種消費稅性質之稅捐，期藉由價格效果影響菸品消費行為，且近年來有調漲菸品稅捐之趨勢。修法前菸品稅捐占菸價比重約 48%，與世界衛生組織建議菸品稅捐至少應占菸價 70% 相較，我國菸品稅額尚有調高空間。

(2) 自 91 年菸酒稅開徵以來，未曾調整菸稅，衡酌我國經濟財政狀況，配合長照法第 15 條規定，將各類菸品菸稅由每千支（每公斤）徵收 590 元調增為每千支（每公斤）徵收 1,590 元。在菸捐不調整之情況下，菸稅每包調漲 20 元，估計菸品稅捐收入可增加 233 億元。

3. 稅捐係作為滿足公共財政、實現公共任務需要之用，一般適用預算法上之「統收統支原則」；惟在例外情形，國會立法者可以立法裁量決定某項稅收是否專款專用²⁷，國際經驗亦有類似規定²⁸。為期適用明確，上開調增遺贈稅稅率及菸稅所增加之稅課收入，全數撥入依長照法設置特種基金，用於長照支出，不適用財政收支劃分法規定。

²⁷現行我國指定用途稅之立法例：1.所得稅法第 125 條之 2 規定，依同法第 14 條之 4 至第 14 條之 8 及第 24 條之 5 規定（房地合一稅制）計算課徵之所得稅稅課收入，用於住宅政策及長期照顧服務支出。2.加值型及非加值型營業稅法第 11 條規定，金融業營業稅專屬本業稅率 2% 以內之稅款及非專屬本業營業稅稅款，指定用途撥入金融業特別準備金。3.特種貨物及勞務稅條例第 24 條規定，特種貨物及勞務稅之稅課收入，用於社會福利支出。

²⁸其他國家亦有類似規定，如日本、韓國、越南、泰國、印尼、菲律賓、孟加拉等亞洲鄰近國家，亦將部分菸品稅收，指定用途用於菸害防制、公共轉播、健康促進、衛生保健、醫療援助與衛生設施改善計畫、

(三) 指定稅收撥入長照基金部分

1. 106年5月12日至同年7月31日遺產稅及贈與稅撥入長照基金實徵淨額0.18億元(遺產稅0元、贈與稅0.18億元)。
2. 106年6月12日至同年7月31日菸酒稅撥入長照基金實徵淨額0.11億元。

二、 配套作為

為防堵菸品走私、囤積配售及按新價販售舊菸情事，確保國家稅收、穩定菸品交易秩序及保障消費者權益，財政部同時採行相關配套措施：

(一) 推動「查緝走私菸品精進執行方案」

1. 為加強邊境查緝、強化市面查緝，財政部105年10月20日邀集行政院海岸巡防署、行政院消費者保護處等相關機關(單位)共同研商訂定「查緝走私菸品精進執行方案」。
2. 自開辦至106年7月底，查獲違法菸品1,122萬7,187包，未來仍將統合各查緝機關能量加強查緝。

(二) 成立「新舊菸品辨識作業專案小組」

1. 因應菸品應徵稅額調增，參照98年衛生福利部(前行政院衛生署；下稱衛福部)調漲菸品健康福利捐作法，財政部105年11月30日成立新舊菸品辨識作業專案小組，積極辦理新舊菸品辨識相關事宜。
2. 海關配合辦理新舊菸品辨識，於邊境就申報未刊印辨識標記進口菸品加強查核。

(三) 執行「菸品走私配售及辨識標記聯合實地查察作業計畫」

1. 加強新舊菸品價格及辨識標記市面稽查，106 年 5 月 26 日訂定「菸品走私配售及辨識標記聯合實地查察作業計畫」，由各地區國稅局及直轄市或縣（市）政府進行聯合實地查察。
2. 自開辦至 106 年 7 月底訪查 29,508 件，其中缺貨 225 件，缺貨率 0.76%；漲價 4 件，占抽查比率 0.01%。

肆、協助提升長照服務量能

長照政策與全民福祉息息相關，除修正稅法充裕長照財源，財政部同時統籌可用資源，活化運用國有土地協助長照產業發展，引進民間資金扶植長照產業及結合金融創新服務營造優質樂齡樂活環境，以協助提升長照服務量能。

一、活化運用國有土地協助長照產業發展

- (一) 依長照法第 17 條第 1 項規定，非以營利為目的長照機構配合國家政策有使用公有非公用不動產必要時，得專案報請主管機關核轉該不動產管理機關依法出租。其租金基準，按該土地及建築物當期依法應繳納之地價稅及房屋稅計收年租金。同法第 17 條第 3 項規定，其專案報請之申請程序、要件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關衛福部訂之。衛福部依該規定，於 106 年 6 月 3 日訂定發布「長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法」。
- (二) 財政部（國有財產署）配合前述規定，主動函詢衛福部所需閒置土地或建物具體需求條件，並依該部所需條件，提供 40 處國有非公用閒置房地及 111 處國有非公用閒置土地資料予該部評估及利用，後續將持續

配合以出租方式提供國有非公用房地供長照機構作長照服務使用。

二、引進民間資金扶植長照產業

- (一) 政府與民間公私協力，對減輕政府財政負擔、增加政府財政收入、加速提供公共服務及提振經濟發展，均有助益。長期照護設施（如老人福利機構、身心障礙福利機構及護理之家等）如符合促進民間參與公共建設法（下稱促參法）第 3 條第 1 項第 4 款、第 5 款及其施行細則第 8 條、第 9 條第 1 項第 3 款所定衛生醫療設施或經中央目的事業主管機關衛福部認定之社會福利設施，且依同法第 8 條規定之民間參與方式辦理，得依促參法辦理。
- (二) 為提升民間投資誘因與營運期間服務品質，同法第 29 條第 1 項規定，對不具完全自償能力之公共建設，得按營運績效給予補貼。長期照護設施多屬自償性較低案件，主辦機關於辦理民間參與公共建設可行性評估及先期規劃時，得併予考量。
- (三) 自開辦至 106 年 6 月底，長期照護相關設施已簽約營運中案件 8 件，簽約金額 6,000 萬元。

三、結合金融創新服務營造優質樂齡樂活環境

財政部係臺灣金融控股股份有限公司²⁹等公股金融事業股權管理機關，將督促各公股金融事業積極推動高齡化金融創新服務，開拓高齡商機，營造優質樂齡樂活環境。

- (一) 研發新型態創新商品及服務

²⁹ 臺灣金融控股股份有限公司、臺灣土地銀行股份有限公司、中國輸出入銀行、兆豐金融控股股份有限公司、第一金融控股股份有限公司、華南金融控股股份有限公司、合作金庫金融控股股份有限公司、彰化商業銀行股份有限公司、臺灣中小企業銀行股份有限公司。

1. 金融機構對高齡族群業務，主要係以房養老項目（反向抵押貸款）。
2. 高齡族群將房屋抵押給銀行，銀行於一定年限內定期支付款項給貸款者，以保障高齡族群退休基本生活。
3. 目前臺灣銀行股份有限公司（下稱臺灣銀行）、臺灣土地銀行股份有限公司（下稱土地銀行）、第一商業銀行股份有限公司（下稱第一銀行）、華南商業銀行股份有限公司（下稱華南銀行）、合作金庫商業銀行股份有限公司（下稱合庫銀行）、臺灣中小企業銀行股份有限公司（下稱臺企銀）已有相關商品，自開辦至 106 年 7 月底核貸金額 96.12 億元。

（二）依高齡需求設計新型態信託商品

1. 依據高齡族群個人需求，按生活保障、安養照護、醫療給付及財產傳承等目的，將現金、保險金、有價證券及不動產信託予銀行，受託人依據約定方式管理信託資產，收益專款專用指定受益人。
2. 臺灣銀行、土地銀行、兆豐商銀、第一銀行、華南銀行、合庫銀行、彰化銀行及臺企銀 8 大公股銀行均提供相關客製化服務，106 年 7 月底信託財產為 49.15 億元。

（三）發展高齡族群保險商品

1. 長期照護保險部分：針對長期照護族群所需經濟支持，設計保險相關產品，藉此保障老年生活。
 - (1) 臺銀人壽：樂活人生長期照顧終身壽險、軍人暨榮民安家長期照顧健康保險等。
 - (2) 第一金人壽：照護九九長期照顧終身壽險。
2. 養老保險部分：針對保障、資產移轉等多重目的，設計多項保險商品。

- (1) 臺銀人壽：金桔利還本終身保險、金美利美元還本終身保險等。
- (2) 第一金人壽：臻愛小額終身壽險。
- (3) 合庫人壽：福利雙收專案平臺保險。

伍、未來規劃

財政穩健是國家經濟永續發展礎石，政府政務推動與功能發揮，須仰賴穩定財源支應，達成重要施政目標，茲就財政部職掌配合長照政策之未來規劃說明如下：

一、稅制檢討

立法院第 9 屆第 2 會期第 1 次臨時會第 1 次會議修正長照法部分條文時，通過 10 項附帶決議，其中「為確保長照財源穩定，107 年度起第 15 條第 1 項基金及其他相關財源額度以 330 億元為原則，缺額由政府預算撥充之，且主管機關應於 2 年內通盤檢討長照財源建置，研擬其他稅收或採行長照保險制之可行性，以因應我國逐年增加長照之財源需求」乙項，未來俟衛福部依該決議檢討長照財源時，將就涉賦稅業務部分積極配合辦理。

二、開源（調增其他稅源支應等）節流（檢討我國歲出結構等）

目前行政院通過「長照 2.0」，規劃調增遺贈稅及菸稅等指定稅收，作為長照財源。未來長照財源如有不足，須開源或節流，將由衛福部會同相關部會，併同現行制度設計、計畫推動及財源籌措情形等整體檢討通盤研議，財政部可就涉及中央政府總預算部分協助籌措歲入財源。

陸、結論

近年來國際間對財富分配議題日益重視，適度調增遺贈稅稅率，可發揮遺贈稅課徵對社會公平正面意義；考量抽菸與疾病、失能密切相關，調增菸稅可減少國人吸菸，降低未來需要長照服務可能性。適值政府建立長照體系，財政部依據長照法第 15 條規定，以調增遺贈稅稅率及菸稅所增加之稅課收入，挹注長照財源。

面對高齡化社會，長照服務未來將益形重要，財政部將配合長照體系建立，致力於穩定財源籌措、活化運用國有土地協助長照產業發展、引進民間資金扶植長照產業及結合金融創新服務營造優質樂齡樂活環境，透過公私協力共同提升長照服務量能，俾長照體系得以永續發展，使全民受益。

閉幕致詞

孫大川（監察院副院長兼人權保障委員會召集人）

我每天早上送小孩子去上學，問太太：我們家車子停在哪兒？她有時說忘了。有時說停在某某處，去了卻找不到，當然就打電話罵她。為這樣的事，有時夫妻關係還滿緊張的。同樣自己有時上班一整天回到家，一進門，太太就指責說：你今早忘了將冷氣關掉，浪費了一整天的電費。今天聽大家談很多老人照顧及失智問題，覺得回去要向太太道歉，可能這是一個癥象：我們都漸漸老了，應彼此擔待、檢討。

感謝各位朋友前來參加。監察院在 89 年成立人權保障委員會，主要是希望能面對不同且多樣的人權問題，例如雙性人，這一兩年開始接觸這個議題，愈和他們談話，愈發現人好複雜也好豐富，看起來一般的事，仔細去瞭解，會發現每個個體都有獨特的一面。我們看問題時，通常總是把它簡化；我後來發現，當我們對人的問題瞭解愈深，愈知道自己所知好少。人權的工作，就是盡一切力量把這些差異性及多樣性在制度、法律上做更好的安頓和處理。這個工作一定是沒完沒了的，就像我們面對貧窮一樣。但，卻是我們民主社會永遠無法逃避的責任。

監察院人權保障委員會這二、三年來曾就原住民、兒童權利舉辦過研討會，這次則針對老人人權進行探討。有趣的是規劃過程先有架構，後經陳小紅委員給了很多建議，幾位委員也主動跳出討論，再調整架構，最後五位委員親自參與主持，每位主持人其實就是那場內容的設計者。

聯合國 1990 年代指定 10 月 1 日是國際老人日，我也關心老人，因我母親已經 105 歲了，而 10 月 17 日是聯合國拒絕貧窮日，看來

10 月不僅是政治上光輝的十月，我們還可以藉這個機會和國際人權行動產生一些聯結，人權問題不只是國家要面對，全人類都要面對。今天（929）舉辦研討會，早上院長提到「久而久」，聽起來很吉祥，好像是酒喝下去要再喝一杯。希望透過研討會，能把臺灣人權工作做到最好，「久而久」。

我們同仁都知道我老媽媽雖然 105 歲了，但身體功能大都健全。我一直覺得老人的問題，還涉及到人存在很深的層面。剛才有一位報告人提到，人到底要活多久是好的？我們都希望老人活的健康、活的久，這是好的，沒有問題，可是，要活出什麼樣的生活？成為什麼樣的老人？如何活的有尊嚴？我雖沒推動什麼宗教信仰，但有些終極的問題在思考這些事時還是要放進來考慮。因為死亡是人生必經的一個旅程。所以我在想，將來若能將長照及所謂的安寧照顧一起檢討，可能對老人終極圖像會有較清晰且符合人的自我限度的思維。我們不是上帝，無法看透永恆的全貌。

謝謝大家的參與。

附錄一 監察院調查老人人權案件一覽表

資料日期：2014.8-2017.12

- 監察院第 5 屆（自 2014 年 8 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日）監察委員共計調查 771 案，與人權問題有關者計 396 案（占調查案件 51.4%）；又人權相關調查案件中，涉及老人人權案件者共計 13 案（占人權相關調查案件 3.3%）。
- 上開 13 案中，因機關涉有違法或失職情事而經監察院糾正者計 6 案。
- 有興趣的讀者可依據下列調查案號，至監察院網站瀏覽各調查案的詳細內容。

序號	審議日期	調查案號	案由	人權性質
1	106/12/12	106 交調 0024	交通部臺灣鐵路管理局屏東車站耗資新臺幣 28 億元，啟用不久卻發生站體及月台漏水等情事，究係設計瑕疵，抑或工法、施工品質有問題，或維護管理不善所致，此攸關公共服務品質，有瞭解釐清之必要案。	社會保障
2	106/09/07	106 內調 0056	據悉，桃園市龍潭區龍元路某長期照護中心發生火警致死案，究相關權責機關對於長期照護中心之安檢及管理 etc 機制之落實，有無違失及怠忽職守等情案。	生存權及健康權
3	106/12/06	106 財調 0049	「『以房養老』政策之研析」通案性案件調查研究。	社會保障
4	106/11/23	106 國調 0019	據審計部 104 年度中央政府總決算審核報告，「臺北榮民總（分）醫院規劃公務預算病床轉	生存權及健康權

序號	審議日期	調查案號	案由	人權性質
			型護理之家，仍未經行政院國軍退除役官兵輔導委員會核准，且未考量市場供需及轉型後競爭情形，轉型規劃尚乏相關配套措施」等情案。	
5	106/06/08	106 內調 0032	據悉，新北市私立樂活老人長期照顧中心於 105 年 7 月 6 日清晨發生火警，未能及時疏散，致 6 死、1 命危、27 輕重傷。究失火原因為何？緊急疏散及救援有無疏失？死傷長者及其家屬有無獲得適當照護、安置及賠償？該機構有無保險？如何善後？及其人力配置有無違法？權責機關針對安養機構之設置規準、評鑑及查核是否確實？政府應如何協助及提升安養機構之照顧品質及防災應變能力？均有深入瞭解之必要案。	生存權及健康權
6	105/09/08	105 內調 0072	審計部函報：派員調查國軍退除役官兵輔導委員會暨所屬榮譽國民之家辦理「安養機構功能調整及資源共享設施環境總體營造中程(98-102 年)計畫」，其執行過程核有未盡職責及效能過低等情案。	社會保障
7	105/09/08	105 內調 0071	臺中市后里區李姓母子陳屍家中 2 個月無人知曉；該市大雅區患有情感性精神疾病之林姓女子，疑因照顧中風母親不堪負荷，將汽油淋在母親身上點燃，繼而將之推落大排致死。究臺中	社會保障

序號	審議日期	調查案號	案由	人權性質
			市政府社會局、衛生局及警察機關等橫向聯繫是否出現問題？該府有無建立協助殘障等弱勢家庭之單一窗口或專線，並站在受照護民眾及家屬之立場來整體考量、規範、管理，以防杜類案之不幸悲劇發生等情案。	
8	105/07/07	105 內調 0050	據審計部 103 年度中央政府總決算審核報告，退輔會持續辦理榮民就養(護)業務，並考量榮家永續發展，推動資源共享計畫，惟榮家內住人數逐年遞減，資源共享計畫擬訂及執行未盡周妥，均待檢討改進等情案。	社會保障
9	105/08/04	105 內調 0067	行政院消費者保護處於日前公布老人福利機構查核結果，發現不合格率高達 9 成，諸如違章建築、安全通道堆積物阻礙、使用過期藥品等缺失，均嚴重危害老人健康與安全，實有深入瞭解之必要案。	生存權及健康權
10	105/01/07	105 內調 0006	據媒體報導，有醫師指稱：有位老校長 7、8 年來在呼吸照護病房倚賴呼吸器維生，飽受無效醫療折磨，子女為領取其 18% 利息之退休俸，竟不願拔除呼吸器管線使其安寧善終。本案凸顯家庭暴力之老人虐待及無效醫療等問題嚴重，政府相關部門有無有效防治對策，以維護基本人權？洵有深入瞭解之必要乙案。	生存權及健康權
11	104/05/14	104 教調 0016	據審計部 102 年度中央政府總	社會保障

序號	審議日期	調查案號	案由	人權性質
			決算審核報告，教育部推動高齡教育，並逐步建構樂齡學習體系，其相關計畫統整規劃、政府資源整合、預算編列及執行成效等情形，有深入瞭解之必要乙案。	
12	104/04/09	104 內調 0012	雲林縣 8 旬阿嬤疑遭外孫子女虐養，三餐不繼瘦成皮包骨，半年未洗澡且遭禁錮繩綁，經媒體大幅報導引起社會震驚。國內老人受虐案件逐年增加，101 年及 102 年通報事件均高達 3 千餘件。我國因應老人受虐之法制面及執行面有無漏洞？有何有效防治及因應對策？是否依法執行通報及救援？對於加害人有無依法處置並向其求償保護及安置費用？老農津貼及老人年金有無確實用於養護老人？均有進一步瞭解及調查之必要乙案。	社會保障
13	104/05/07	104 內調 0017	我國已進入高齡化社會，屬弱勢族群之一的老人面臨許多難解之居住問題及租屋困境，政府應如何改善老人之住宅需求及生活環境，以保障老人之居住人權乙案。	社會保障

附錄二 會議結果

一、監察院對研討會重要議題之處理情形

議題	場次	案由摘述	處理方式
1	1	推動公益型「以房養老」政策	調查
2	1	提供失智長者就業與資源	調查
3	2	如何透過友善醫療及社區給予失智症患者支持與協助	調查
4	2	關照失智症患者心靈層面並提供照顧失智者之專業人員的訓練及培訓課程	調查
5	3	長照之推動與機構評鑑	調查
6	4	長期照顧人力不足問題	調查
7	4	如何兼顧外籍家庭看護工的勞動條件及外勞的人權	調查
8	4	老人投保問題	函請金融監督管理委員會查明
9	4	地方政府補助款行政作業不當致影響長照機構運作	函請衛生福利部查明

二、主管機關對研討會議題回應情形

議 題	主 管 機 關	回 應 重 點
<p>老人或曾患重大疾病者之投保資格有遭受不合理限制</p>	<p>金融監督管理委員會</p>	<p>1. 保險業係以保險精算及統計資料評估各要保案件之保險風險後，再依據其風險承受能力決定是否承保。鑑於商業保險是基於費率對價的原則，由保險公司考量承保風險能力及消費者可接受的價格程度等，設計消費者可購買的保險商品；社會保險則是採普遍性原則，將所有具備適格身分之被保險人一體納入保障，兩者實有差異。綜上，年齡或過往病史等為考量人身保險商品定價及核保危險評估之重要因素之一，各保險公司依其商品特性、風險承受能力及風險控管機制等因素綜合考量後訂定最高承保年齡及核保條件。</p> <p>2. 面對未來人口老化及少子化趨勢，除加強向民眾宣導及早透過商業保險預為規劃老年退休經濟安全及醫療照顧需求，並於 105 年 12 月 28 日函頒「小額終老保險相關規範」，相關保障包括傳統型終身人壽保險保額新臺幣(以下同) 30 萬元及一年期傷害保險附約保額 2 萬元，不得有增額或加倍給付設計，並以承保單一保險事故(死亡)為限。經查保險公司自 106 年 2 月起陸續銷售小額終老保險商</p>

		<p>品。截至 106 年 11 月底計有 10 家保險公司開辦該項業務，累計投保件數逾 33 萬 9,804 件；累計保費收入為 40 億 6,873 萬元。而投保年齡達 55 歲以上累計投保件數為 13 萬 5,981 件（占整體件數 40.02%）；累計保費收入 25 億 8,800 萬元（占整體收入 63.61%）。</p>
<p>部分地方政府時有行政上挑剔、刁難及補助款遲延撥付長照機構等情</p>	<p>衛生福利部</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經查部分地方政府延撥補助款項之因，係受限該縣市委託招標及契約規定，致驗收或核銷程序過於繁複，延長稽核時間，無法準時撥付款項予服務單位。 2. 為保障受委託機構之權益，簡化地方政府審核撥款等行政程序，縮短服務單位自申領費用至服務費用實際入帳之等待期間，提升行政效能，衛福部自 107 年起推動長照服務特約制度，由地方政府與各項長照服務之服務單位簽訂行政契約，並參照健保支付，規劃長照服務費用暫付機制，當服務單位向地方政府申領服務費用時，由地方政府依據服務單位過往申領費用之紀錄，免經審核即直接撥付部分金額。嗣由地方政府審查核定服務金額後，再撥補賸餘金額；如暫付金額大於核定金額，則於次一期金額中扣除或追回。

國家圖書館出版品預行編目資料

監察院老人人權研討會會議實錄 . 106 年 /

監察院人權保障委員會編著 . -- 初版 .

-- 臺北市 : 監察院 , 民 107.8

面 ; 公分

ISBN 978-986-05-6039-8(平裝)

1. 人權 2. 老人 3. 會議

579.27

107008653

監察院 106 年老人人權研討會會議實錄

編著者：監察院人權保障委員會

發行人：張博雅

出版者：監察院

地址：臺北市忠孝東路 1 段 2 號

電話：(02)2341-3183

網址：<http://www.cy.gov.tw/>

監察院檢舉專用信箱：臺北郵政 8-168 號信箱

傳真：(02)2341-0324

監察院政風室檢舉：

專線電話：(02)2341-3183 轉 539 (02)2356-6598

傳真：(02)2357-9670

展售處：五南文化廣場 臺中市中山路 6 號 (04)2226-0330

國家書店松江門市 臺北市松江路 209 號 1 樓 (02)2518-0207

國家網路書店 <http://www.govbooks.com.tw>

印刷者：湯承科技印刷股份有限公司

地址：新北市中和區立德街 148 巷 50 號 4 樓

電話：(02)3234-6666

中華民國 107 年 8 月初版

定價：新臺幣 355 元整

ISBN：978-986-05-6039-8

GPN：1010700856

著作權管理訊息：

著作財產權人：監察院

◎本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求監察院同意或書面授權。請洽監察院人權保障委員會，電話：(02)2341-3183。