

監察院

106 年老人人權研討會

會議手冊

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）

目次

監察院 106 年老人人權研討會議程表	1
研討會議事規則	3
會場座次圖暨會議相關場地示意圖	4
中午用餐休息及開放參觀地點	6
第一場 老人經濟安全問題	9
1-1 何時才退休？兼及老年「就業歧視」問題	10
1-2 我國老人經濟生活：留多少老本才夠養老	25
1-3 如何跳脫老來窮的困境？	35
1-4 老了跟誰住？－兼談「以房養老」	47
1-5 老人經濟安全問題回應意見	64
1-6 高齡化社會下的居住政策方向回應意見	69
第一場回應意見表	76
第二場 失智與人權	77
2-0 失智與人權	78
2-1 我有失智嗎？談失智症的預防及發現	80
2-2 我有失智怎麼辦？－談失智症的照護及社會資源	88
2-3 失智者人權	104
第三場 長照服務網絡整合問題	107
3-1 長照服務社區化可行嗎？	108
3-2 把失智老人留在家裡照顧安全嗎？	118
3-3 我的病還沒好，醫院卻一直趕我出院，怎麼辦？	142
3-4 社區化長照服務該怎麼做？	149
3-5 「長照服務網絡整合問題」回應意見	154
第四場 長照制度之財源及人力供應問題	161
4-1 稅收制？保險制？或第三條路	162
4-2 長照人力規劃	174
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	181
4-4 我國長照財源規劃簡析回應意見	190
第四場回應意見表	202
參考資料	205

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)	張金鶚 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)				

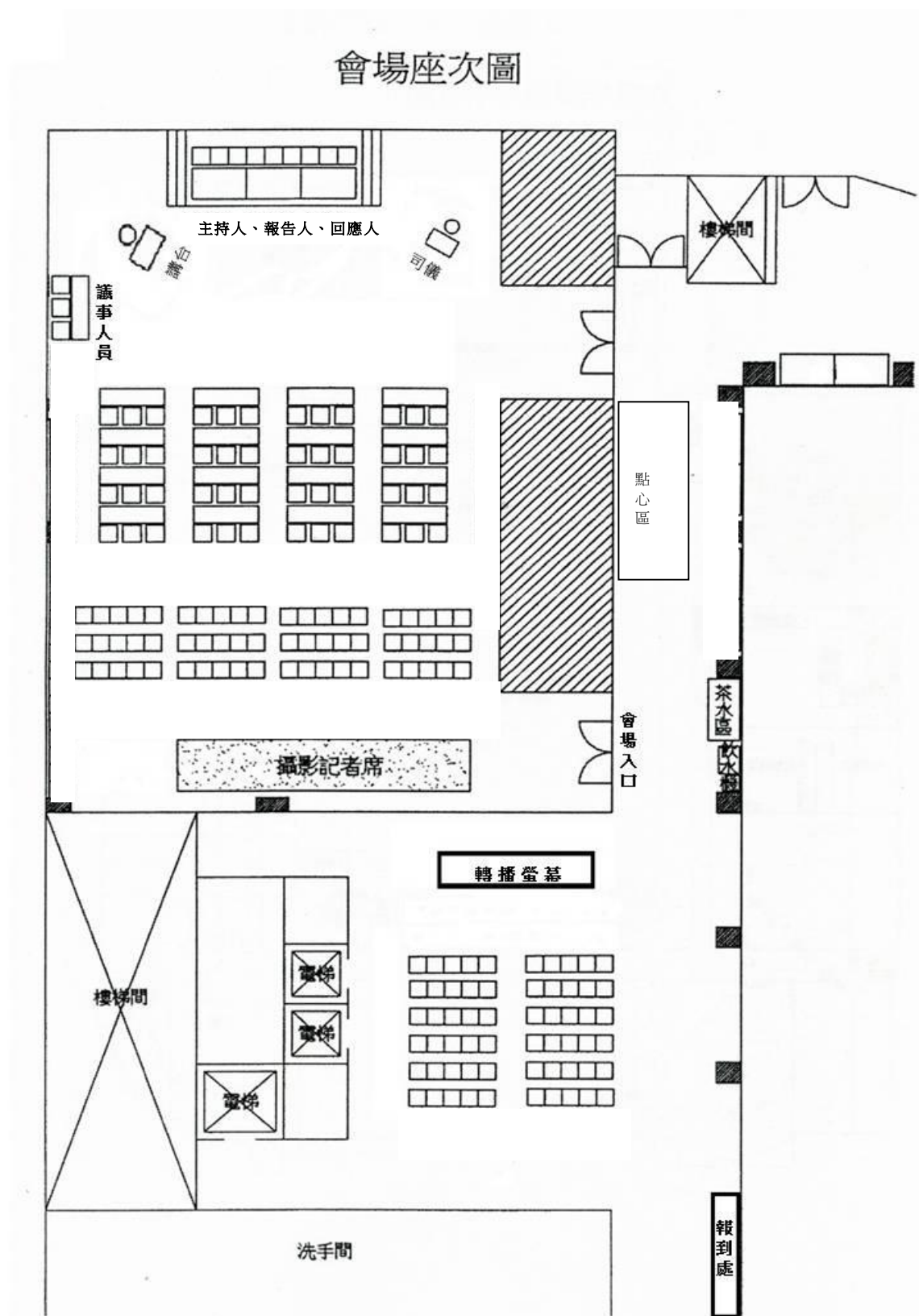
時間	主持人	子題	報告人	回應人
14:00-15:20 第三場 長照服務網絡 整合問題	尹祚芊 監察 委員	長照服務社區化 可行嗎？	李怡娟 陽明大學社區健康 照護研究所 所長	呂寶靜 衛生福利部 政務次長
		把失智老人留在家裡照顧 安全嗎？	伊佳奇 元智大學老人福祉 科技研究中心 顧問	
		我的病還沒好，醫院卻一 直趕我出院，怎麼辦？	韓德生 臺大醫院北護分院 醫療部主任	
		社區化長照服務 該怎麼做？	劉建廷 宜蘭縣政府衛生局 局長	
	自由發言與提問 20 分鐘			
15:20-15:40	中場休息 20 分鐘			
時間	主持人	子題	報告人	回應人
15:40-17:00 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			

研討會議事規則

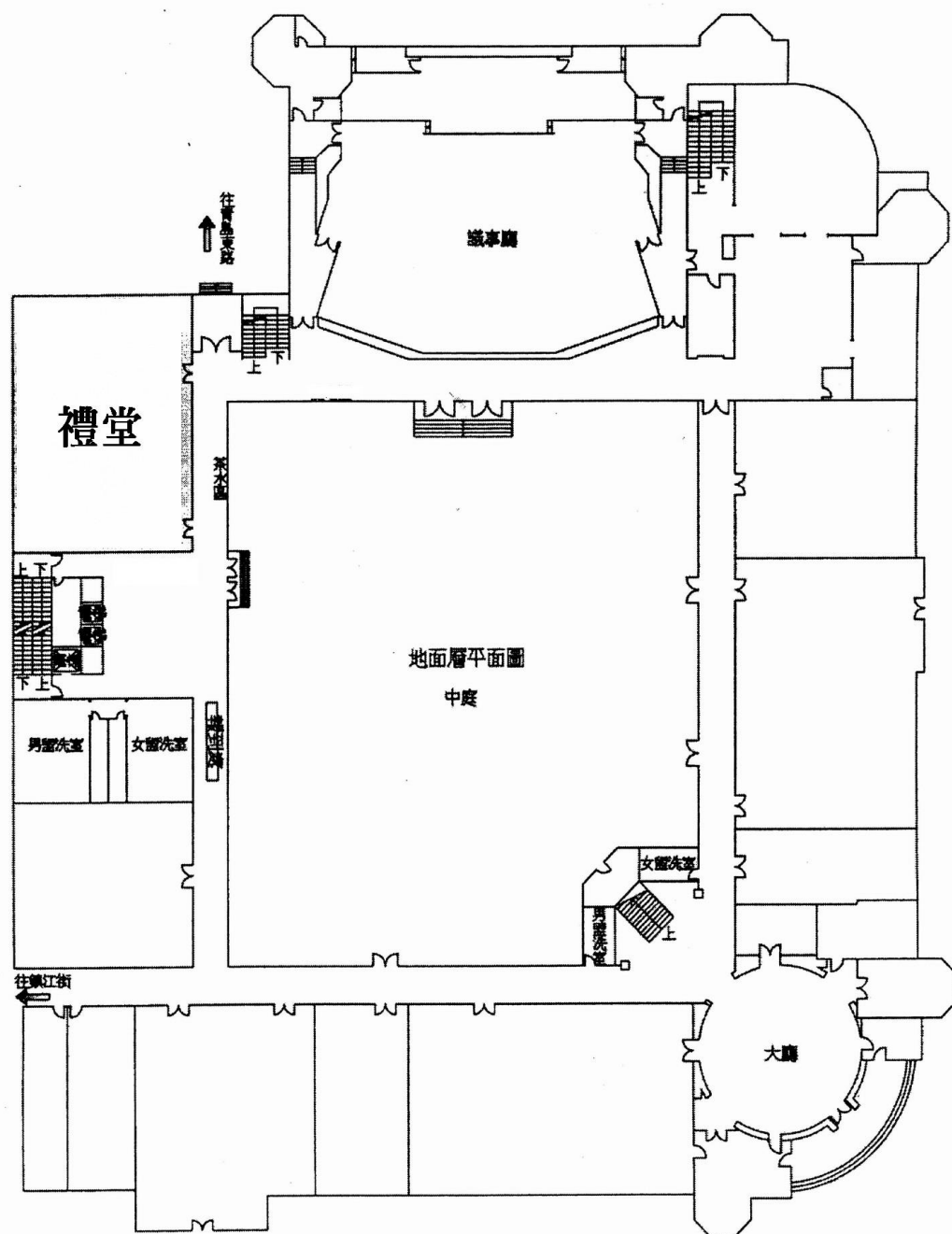
感謝您蒞臨「監察院106年老人人權研討會」。為使會議順利進行，請配合下列注意事項：

- 一、會議名牌於當日發放，請與會者配戴名牌入座。
- 二、會議開始前，請與會者將手機及鬧鈴等電子用品關機或轉為靜音模式。
- 三、會議進行中請勿將茶點攜入會場。
- 四、為利安排提問順序，歡迎填寫會議手冊後附之發言單。
- 五、本次研討會各場次發言時間配置如下：
 - (一) 主持人：致詞及介紹講者時間5分鐘；結語時間2分鐘。
 - (二) 報告人：發言時間10分鐘（第二場國外講者另逐步口譯10分鐘）；同一子題如有多人共同報告，全部發言時間共10分鐘。
 - (三) 回應人：發言時間10分鐘。
- 六、各場次現場問答時間配置及規則：
 - (一) 問答時間以每人3分鐘為限。
 - (二) 提問者請先告知姓名及服務單位；已填寫發言單者優先發言。
- 七、各場次「回答」提問之時間配置：每人發言時間為3分鐘（國外講者另逐步口譯3分鐘）。若主持人另宣布更動會議進程序，則依其決定為準。
- 八、會場時間控制：報告、回應、提問及回答時間屆滿前30秒，議事人員按鈴1響提醒；時間屆滿，按鈴2響；之後每逾30秒按鈴3響。

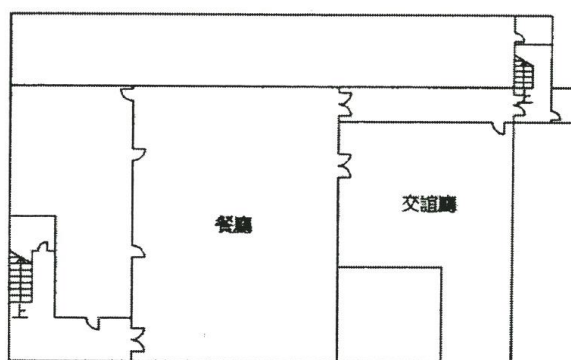
會場座次圖暨會議相關場地示意圖



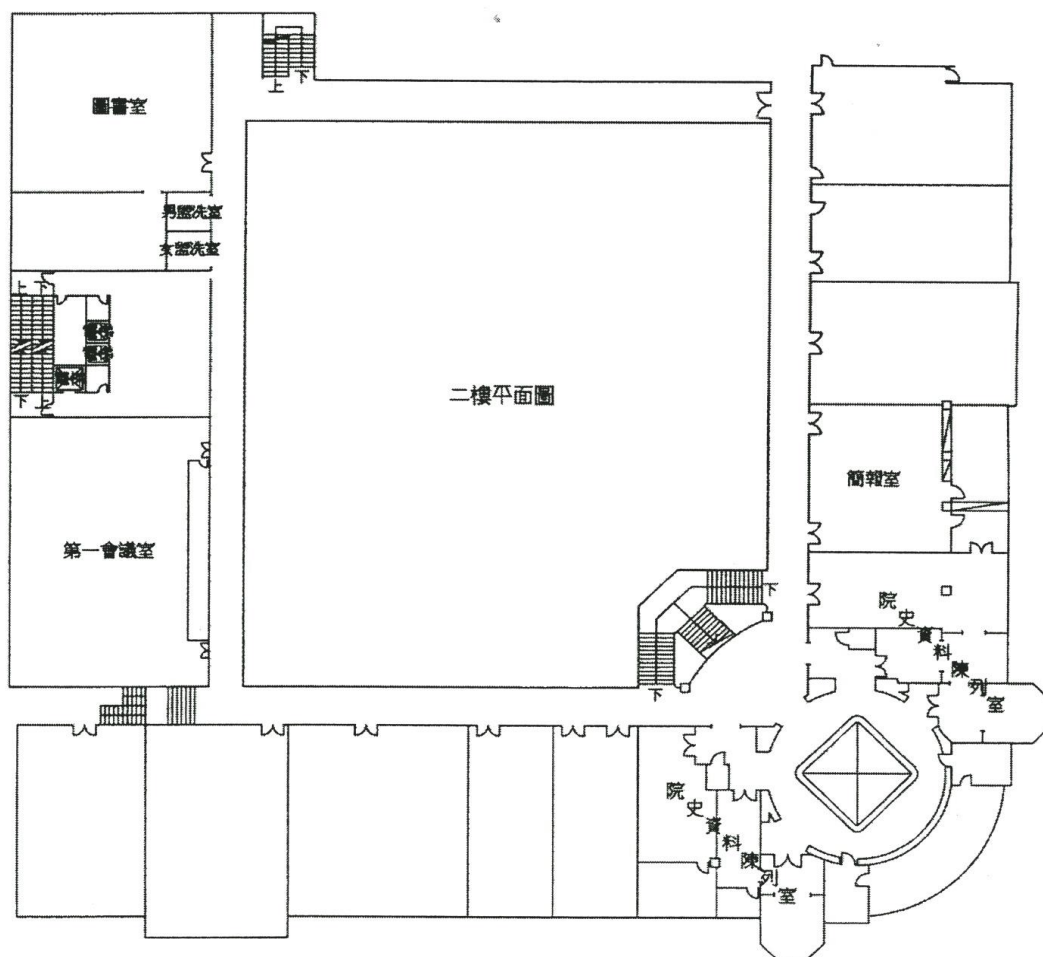
會議相關場地示意圖一



會議相關場地示意圖二



地下層平面圖



中午用餐休息及開放參觀地點

一、中午用餐地點：

- (一) 與會人員憑餐券領取餐盒後，即可在 1 樓禮堂或地下室餐廳用餐。
- (二) 貴賓請在 1 樓禮堂會場原座位用餐（餐盒）。

二、中午休息及開放參觀地點：

- (一) 中午休息地點：1 樓禮堂會場。
- (二) 中午開放參觀地點：2 樓文史資料陳列室。

第一場 老人經濟安全問題

主持人

陳小紅
監察委員

報告人

郝充仁
淡江大學保險學系副教授
薛承泰
台灣大學社會學系教授
傅從喜
台灣大學社會工作學系副教授
張金鶚
政治大學地政學系特聘教授

回應人

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

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 與我已與李主任聯絡，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 3600-7200 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；原因乃為各項給附之間有因銜接、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 $18282 \times 8 \times 0.65\% + 3628 = 4579$ 元。

勞保目前保險費率為 9.5%，雇主、政府與受雇勞工，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 45800 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 開始位為受雇勞工提撥 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×年資× 0.775 % + 3,000 元；（2）平均月投保薪資×年資× 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 $30000 \times 30 \times 1.55\% = 13950$ 元。

公教退撫自 1995 年開始採共同提撥，採本俸×2×12%（提撥率），其中政府提撥 65%，公教 35%。月退之領取金額採本俸×2×年資×2%。某丙若滿 30 年年資申請月退，本俸為 3 萬元，每月可領取 $30000 \times 2 \times 30 \times 2\% = 36000$ 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雇勞工相比，前者每月繳退撫 4200 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*12*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，

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）

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。

如果參考最近民間所做的調查，例如，摩根投信指出全台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」，仍會有一部份老人會陷於困境；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
	荷蘭	2.0	7.9	0.25

地 區	國 家	A. 老年 貧窮率	B. 全體 貧窮率	A/B
	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佔 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
斯洛伐尼亞	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。



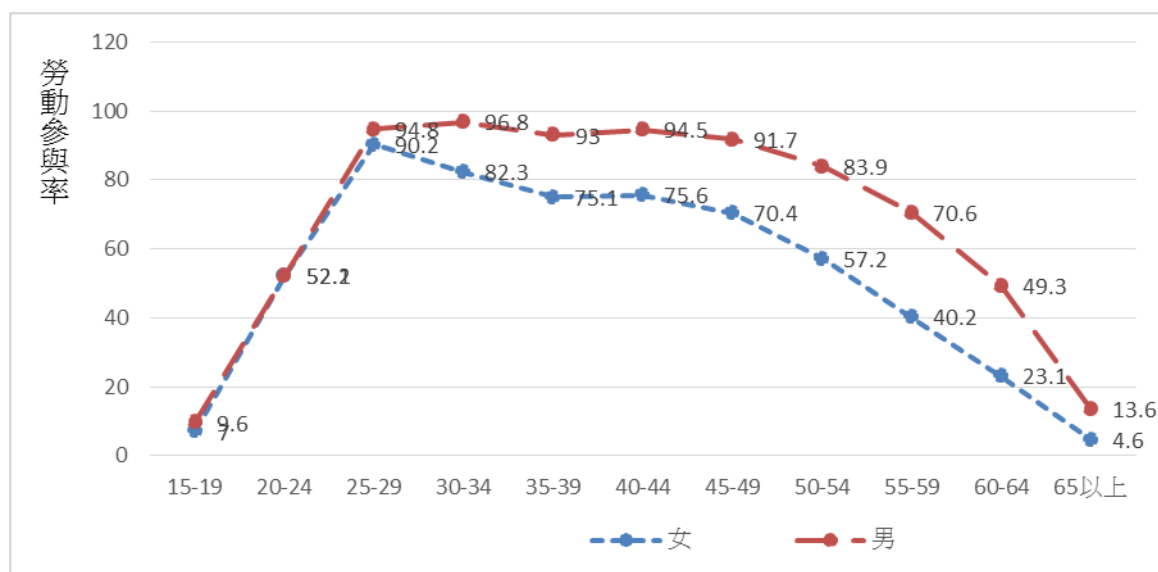
圖二 OECD 國家老年基本保障水準與老年貧窮率

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。

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。

⁴ 根據勞動部「勞工個人退休金試算表（勞退新制）」試算結果。

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。至於國民年金的部分，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畫的動機、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

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，與已婚子女同住的比例卻巨幅減少，65 歲以上的老人這個比例 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

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。

女與父母同居的意願，將會隨著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

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。

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。

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

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%。

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.

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，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。

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。

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。

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」

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。

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。

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。

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。

以房養老政策或能落實，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。

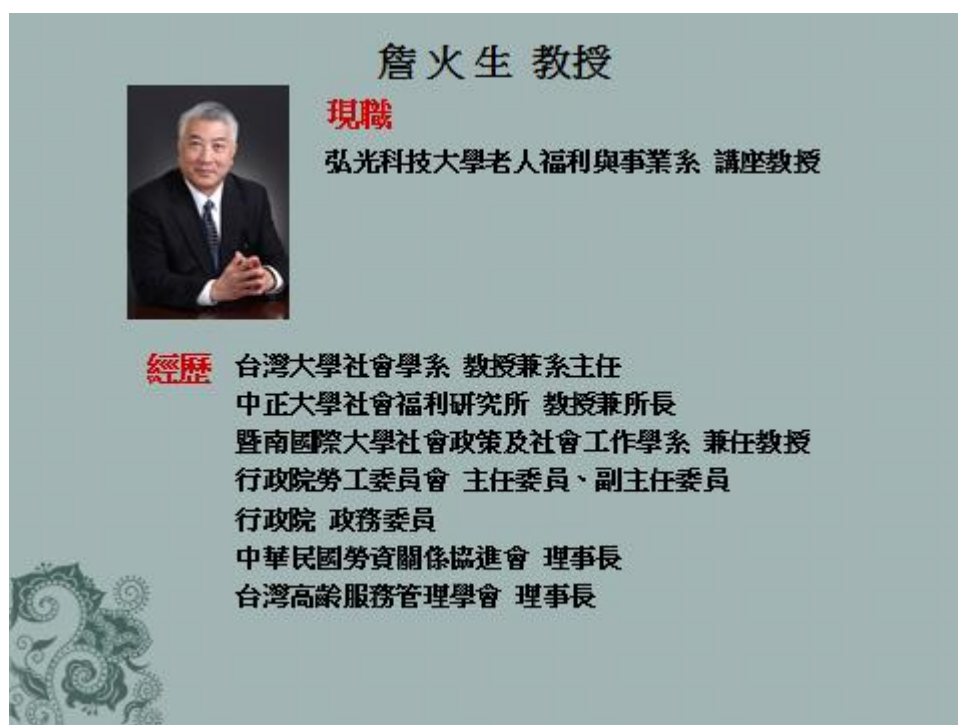
不論如何，政府社福單位應持續關注老人居住安排，乃至長照服務的滿意度調查，以確實掌握老人的需求，隨時調整老人的居住安排協助與長照政策的資源分配，才能有效提升老人的生活品質。

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		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 職業退休金	軍職人員 退休基金 (DB/年金) 16萬	公教 人員 退休 基金 (DB/年金) 47.5萬人	國營 高機 退休 制度 (DB/年金) 1.9萬人 (2015年)	公務 人員 離職 儲蓄 (DC) 5.8萬人	私校 教職 員工 退休 制度 (DC) (新制643.2萬人 舊制125萬人)	勞工 退休金 (DC) 約聘僱 人員 離職 儲蓄 (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、勞動部勞保局、財政部等，2017年6月。

圖二：我國現行老人年金制度架構

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、近期内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。

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。

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）。

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。

第一場回應意見表

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
吳淑慈	伊甸基金會	特專
場 次 請擇一勾選，以利分	V 第一場 老人經濟安全問題 ☐ 第二場 失智與人權 ☐ 第三場 長照服務網絡整合問題 ☐ 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） 使用者方之付費，應訂定付費上限，建議 10%	
說 明	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。	
建 議	（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%	

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

葉炳強

耕莘醫院神經內科主治醫師

陳俊佑

失智老人基金會社工主任

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

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 已於今年 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，阿茲海默症患者在早期接受治療(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-dem>

entia-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）進行的台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（**Homocysteine** 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、失智不矢志，「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「失智不矢志」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（「沒有人能理解我！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，協助輕度失智症者重新檢視、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症者是可以自我管理，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 訂定之目標值 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

庭照顧者之沉重壓力。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主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”之間享有與其他人相同的人權；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

李怡娟
陽明大學社區健康照護研究所所長
伊佳奇
元智大學老人福祉科技研究中心顧問
韓德生
臺大醫院北護分院醫療部主任
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

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美好與安適狀況，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，可以減少照顧員的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、安排相關科系的學生至學校所在地的「社區長照服務據點」見／實習機會，可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、陳熾玲，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，慢性疾病的藥品均佔健保一大支出，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、小規模多機等），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）年宣佈，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，台灣科技及 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，但台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」－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/7339/2637894https://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頸 兒得坐牢 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，更以對付牲畜非人道方式，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/realtime/news/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）

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 樓窗外警消急救援

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），台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。

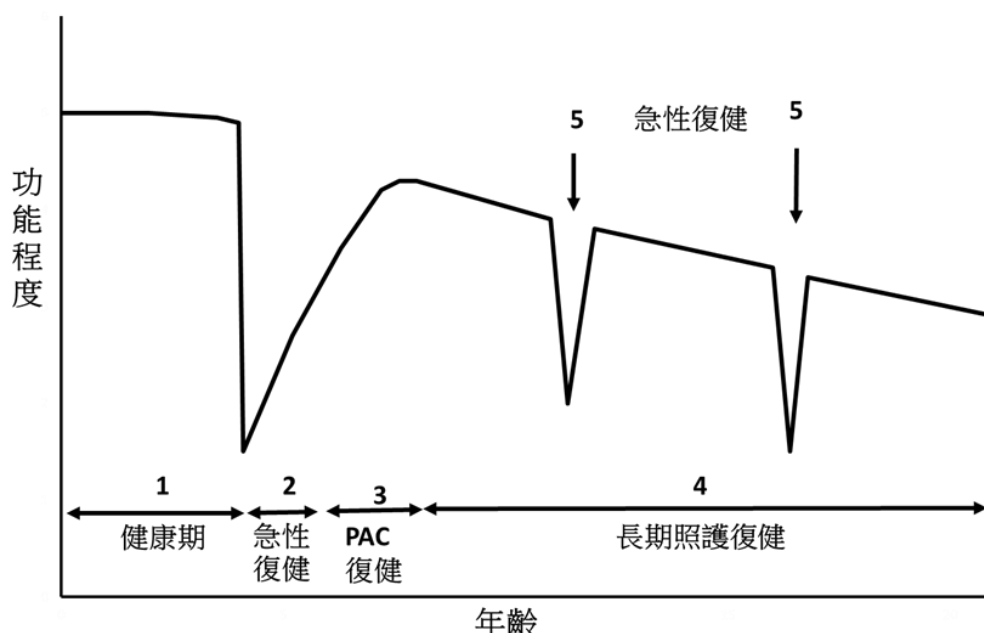
表一 Modified Rankin Scale

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。新台北護理期刊 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佔總人口數的 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」

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畫，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) 制定新版台灣「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案來處理老化之議題。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

李玉春

陽明大學衛生福利研究所教授

黃秋桂

勞動部勞動力發展署署長

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

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～只由雇主與受雇者平分保費（無雇主自營作業者需全額自付），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，政府將補助受雇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

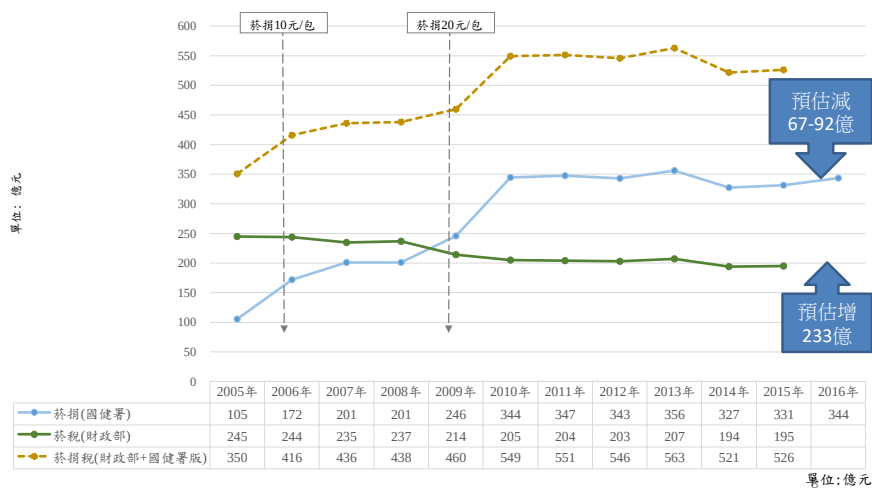
減少隱性照顧者負擔，避免員工因照顧而離職或降低生產力，因此在政府降低雇主保費分擔比率後，工商團體大致可以接受。4.現金給付只是一個選項，並非惟一選擇，且只提供給有照顧事實者，並不提供給外勞。5.長照保險跟健保不同，主要由需求面以「量入為出」的精神控制費用：失能者需先經健保署評估有失能，才能獲得基本定額給付，且有部分負擔，也只有重度失能者可住機構，另外並不給付膳宿費，不像健保想看病就看病，較不會造成嚴重浪費。

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），且一般戶部份負擔由三成降至 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。

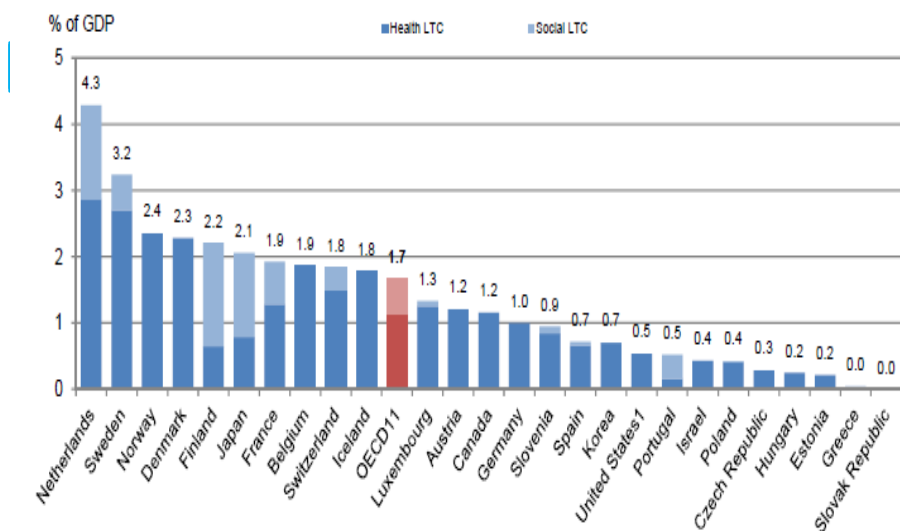
歷年菸酒稅捐實徵金額 ～吸菸率（目標減半）下降，收入將減少



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，

制度	長照十年2.0	長照保險
		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，走向長照保險制度，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」。

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。

6. 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。
7. 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。
8. 衛生福利部（2016）。長期照顧保險制度規劃報告。
9. 衛生福利部（2016 b）。長期照顧保險民意調查報告。
10. 衛福部（2016 c）。長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）（核定

本)。

11. 財 政 部 ： 財 政 統 計 資 料 庫 查 詢
(<http://web02.mof.gov.tw/njswww/WebProxy.aspx?sys=100&fund=defjspf2>) 2017/8/27 查詢。
12. 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，廣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	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。

商品類型	長期照顧保險	類長照險	
		特定傷病保險	殘扶險
	義明確，各家理賠認定一致。		
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「長期照顧保險」的話題升溫，使得「類長照保險」投保件數明顯增加。其中，「特定傷病保險」現行特定傷病可達 30 多項，保戶罹患保單約定的傷病，如癌症、急性心肌梗塞、多發性硬化症、運動神經元疾病等，即可獲得理賠；但部分傷病除了醫師診斷證明書確認病名之外，還必須同時符合無法自理生活活動其中三項以上或全部六項的嚴格條件，如類風濕性關節炎、腦中風後殘障、帕金森氏症、阿茲海默症、肌肉營養不良症，以及嚴重頭部創傷等，且自然老化的失能亦不在保障範圍。另外，「殘扶險」是針對殘廢失能設計，不論是因疾病或意外而導致殘廢，大多商品理賠是只要達到條款約定的殘廢程度（1~11 級殘）都能先獲得一筆一次性給付的殘廢保險金，符合 1~6 級殘廢者，可再依嚴重程度，領到定期給付的殘廢生活扶助金。

以 2016 年長照保險理賠經驗來看，理賠件數 1.8 萬件（較前一年度增加 3%）、給付金額 11.5 億元（較前一年度增加 8%），平均每件的年給付金額約 6 萬元，隨著長照 2.0 的實施，國人意識高漲，

未來以商業「長照保險」或「類長照保險」商品，補足制度面的缺口，將是國人減輕長照負擔的最佳工具。

以電影《我想念我自己》女主角罹患早發性阿茲海默症為例，只要符合條款約定時間、場所、人物二項以上持續一段時間（一般為 90 日）無法分辨，「長照保險」即可理賠，包括長期照顧一次保險金及長期照顧分期保險金。而類長照保險的「特定傷病保險」理賠項目含有阿茲海默症，且確診後無法自理日常生活活動其中三項以上，亦可申請理賠；「殘扶險」理賠則需符合神經障害中，中樞神經系統機能遺存障害之程度，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。

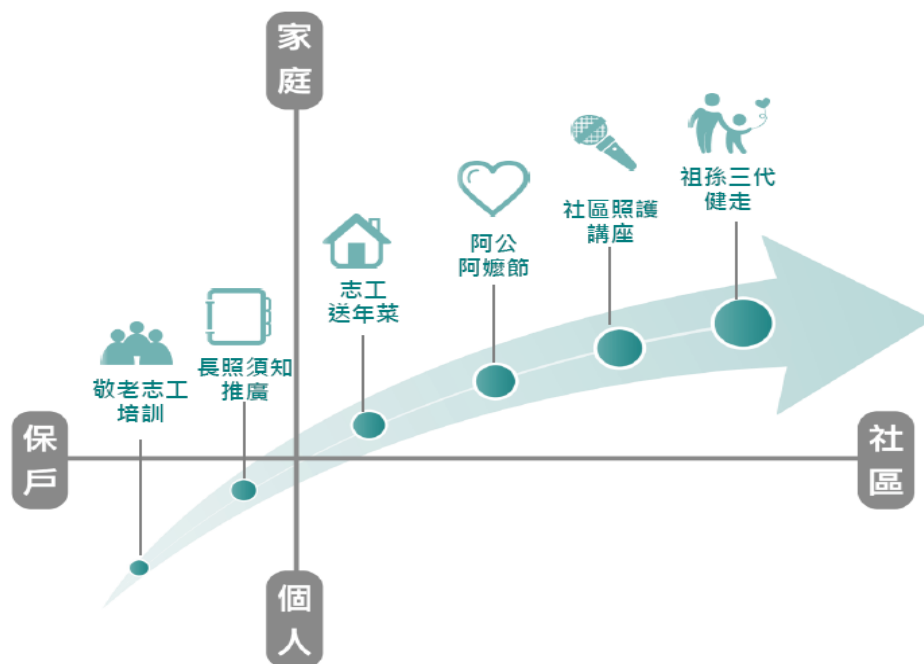
2.社會公益面

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。

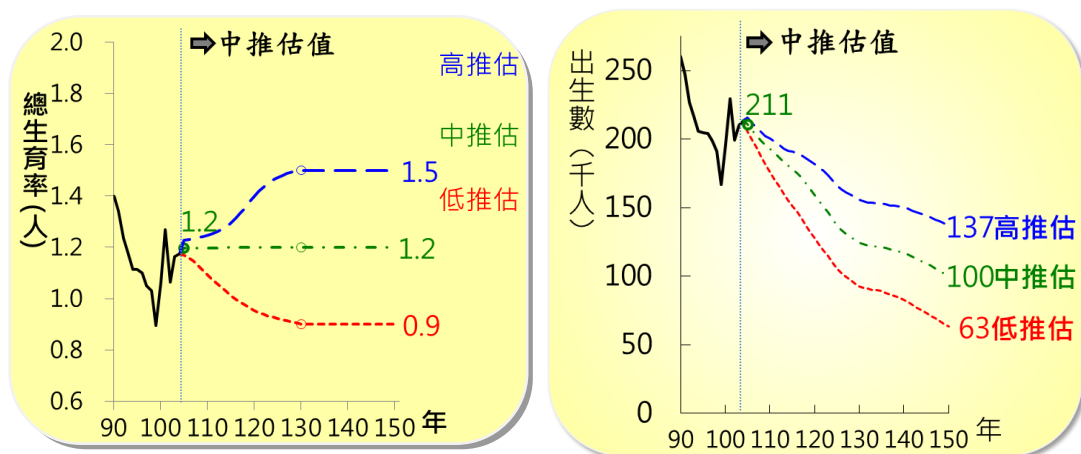
我國未來人口發展與世界各國大致相同，依國家發展委員會（下稱國發會）推估呈現下列趨勢：

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。

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。

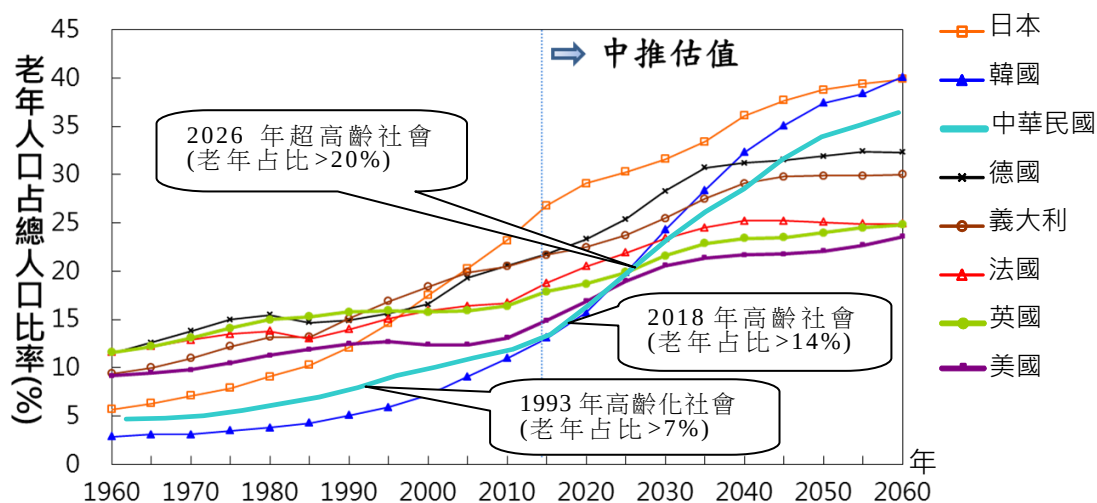
²²105 年出生數預估為 21 萬人左右，由於 15-49 歲育齡人口減少，至 150 年，高、中、低推估之出生數將分別減少為 14 萬人、10 萬人及 6 萬人，較 105 年分別減少 8 萬人（或 36.5%）、11 萬人（或 52.6%）及 14 萬人（或 69.2%）。



資料來源：國家發展委員會《中華民國人口推估（105 年至 150 年）》

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。



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。

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

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。

²⁵ 參見 OECD (2011), “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.” P.220.

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

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」。

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。

（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

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、償還國營事業債務及地方教育。

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。
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

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

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。

務，106 年 7 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。

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
吳淑慈	伊甸基金會	特專
場 次 請 擇 一 勾 選，以 利 分 類	☐ 第一場 老人經濟安全問題 ☐ 第二場 失智與人權 ☐ 第三場 長照服務網絡整合問題 ☒ 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	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。 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。 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。 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。
建議	（例如：改善方法等） 1、拍攝課程上網，供民眾隨時上網查詢或學習 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。

參考資料

監察院調查老人人權案件一覽表

資料日期：2014.8-2017.8

- 監察院第 5 屆（自 2014 年 8 月 1 日至 2017 年 8 月 31 日）監察委員共計調查 646 案，與人權問題有關者計 308 案（占調查案件 47.68%）；又人權相關調查案件中，涉及老人人權案件者共計 9 案（占人權相關調查案件 2.92%）。
- 上開 9 案中，因機關涉有違法或失職情事而經監察院糾正者計 5 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	106/06/08	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 健康權
2	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	社會保障

序 號	審 議 日 期	調 查 案 號	案 由	人 權 性 質
			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。	
3	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。	社會保障
4	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
5	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	生存權 健康權

序 號	審 議 日 期	調 查 案 號	案 由	人 權 性 質
			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。	
6	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 健康權
7	104/05/14	104 教調 0016	據審計部 102 年度中央政府總決算審核報告，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。	社會保障
8	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	社會保障

序 號	審 議 日 期	調 查 案 號	案 由	人 權 性 質
			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。	
9	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