

台灣長期照護機構經營問題與展望座談會

開會時間：中華民國八十九年十二月十五日(星期五)

開會地點：國家衛生研究院內湖院址第一會議室

(台北市內湖區 114 民權東路六段 109 號 3 樓)

主辦單位：國家衛生研究院

協辦單位：中華民國長期照護專業協會

議 程

09:00-09:30 報到領取資料

09:30-10:00 開幕致詞

主持人：邱亨嘉，高雄醫學大學公共衛生學系副教授

致歡迎詞：藍忠孚，國家衛生研究院論壇執行長

余玉眉，中華民國長期照護專業協會監事

陽明大學護理學院院長

主題一：台灣地區長期照護服務需求探討

主持人：藍忠孚，慈濟大學校長

10:00-10:30 主要照護者對長期照護系統之需求與期望

邱啟潤，高雄市家庭照顧者關懷協會理事長

10:30-11:00 台灣長期照護服務體系之財務障礙與展望

王 正，中正大學社福所教授

11:00-11:50 綜合討論

11:50-13:00 午餐及休息

主題二：台灣地區長期照護服務供給探討

主持人：張 媚，台大護理系副教授

13:00-13:20 從居家護理及日間照護提供者觀點談台灣長期照護經營
杜敏世，獎卿護理展望基金會護理之家董事長

13:20-13:40 從護理之家提供者觀點談台灣長期照護經營
鄧世雄，財團法人天主教耕莘醫院副院長

13:40-14:00 從養護及安養機構提供者觀點談台灣長期照護經營
以高雄市為例

李宗融，慈融老人養護中心主任

14:00-14:50 綜合討論

14:50-15:10 *Tea Break*

主題三：長期照護成本效益與品質之迷思

主持人：邱亨嘉，高雄醫學大學公共衛生研究所副教授

15:10-15:40 護理之家新擴建成本之效益
廖學志，嘉義聖馬爾定醫院副院長

15:40-16:10 長期照護服務品質監測系統之建置與促進
蔡淑鳳，高雄市政府衛生局第五科科长

16:10-17:00 綜合座談

17:00- 會議結束

與會人員簡介(依姓氏筆劃序)

王 正	中正大學社會福利研究所教授
王俐人	慈濟基金會主任
成 亮	康寧醫院副院長
余玉眉	陽明大學護理學院院長
李孟芬	中華民國長期照護專業協會秘書長
李宗融	慈融老人養護中心主任
李碧珣	葡萄園居家護理所院長
杜敏世	獎卿護理展望基金會護理之家董事長
周麗芳	政大財政系教授
邱亨嘉	高雄醫學大學公共衛生研究所副教授
邱怡玟	中國醫藥學院附設醫院
邱啟潤	高雄市家庭照顧者關懷協會理事長、高雄醫學大學護理系教授
邱淑妹	彰化基督教醫院高專
倪同芳	林口長庚醫院督導
張志明	馬偕紀念醫院護理長
張淑卿	市立萬芳醫院護理長
張 媚	台大護理系副教授
郭淑珍	行政院衛生署台中醫院督導
陳孝平	中正大學社會福利研究所副教授
陳怡君	長榮管理學院醫務管理學系講師
陳明珍	彰化老人養護中心組長
陳敏雄	財團法人台北市私立恆安老人養護中心院長
陳惠津	中台醫護技術學院主任
陳聽安	考試院委員

楊培珊	台大社工系副教授
葉淑娟	國立中山大學人力資源管理研究所助理教授
葉莉莉	成大護理學系講師
廖學志	嘉義聖馬爾定醫院副院長
熊嘉玲	物理治療學會治療師
劉達麗	國立台北護理學院附設醫院主任
劉翠蘭	財團法人康寧醫院護理長
潘翠瓊	台北市立慢性病防治院護理長
蔡淑貞	高雄縣衛生局第三課課長
蔡淑鳳	高雄市衛生局第五科科長
鄧世雄	天主教耕薪醫院副院長
藍忠孚	國家衛生研究院執行長、慈濟大學校長
羅鈞令	台大職能治療系主任

目 錄

開幕致詞	7
壹、演講詞	
主要照護者對長期照護系統之需求與期望	11
邱啟潤，高雄醫學大學護理系教授、高雄市家庭照顧者關懷協會理事長	
台灣長期照護服務體系之財務障礙與展望	19
王 正，中正大學社會福利研究所教授	
從居家護理及日間照護提供者觀點談台灣長期照護經營	23
杜敏世，獎卿護理展望基金會護理之家董事長	
從護理之家提供者觀點談台灣長期照護經營	29
鄧世雄，天主教耕薪醫院副院長	
從養護及安養機構提供者觀點談台灣長期照護經營— 以高雄市為例—	41
李宗融，慈融老人養護中心主任	
護理之家新擴建成本之效益	43
廖學志，嘉義聖馬爾定醫院副院長	
長期照護服務品質監測系統之建置與促進	49
蔡淑鳳，高雄市衛生局第五科科長	

貳、綜合討論紀錄	
第一場：台灣地區長期照護服務需求探討53
第二場：台灣地區長期照護服務供給探討63
第三場：長期照護成本效益與品質之迷思67
參、與會人員書面意見71
肆、綜合摘要79
邱亨嘉，高雄醫學大學公共衛生研究所副教授	

開幕詞

邱亨嘉

藍校長、余院長及各位貴賓大家好，今天十分榮幸能邀請各位先進及專家來共同探討有關台灣地區長期照護機構經營問題與展望，希望各位能在今天的座談會中提供您寶貴的意見。藍執行長也希望能透過此座談會將各位所提出的意見，彙整成為相關政策建言報告書。

今天在題目選定方面，共有三個主題，原本整個議程中並無訂定主題一之議題，但經論壇長期照護委員會各委員研議結果，認為探討此座談會之主題，應該從需求面深入瞭解，也就是主要照護提供者所面臨的困難，又居住在社區裡的老人究竟遭遇何種困難，實有必要深入探討。所以，在主題一的議題中，特別邀請高雄市家庭照顧者關懷協會邱啟潤理事長、中正大學社福所王正教授，為我們主講照護者的需求及實際上長期照護體系所面臨的財務問題。而主題二，則由服務提供者的立場，請他們提出在經營上所面臨的問題及未來可能之發展方向。在最後主題三，主要針對照護品質及費用問題，進行研議。

以上是今天座談會的主要議程架構，在整個議題的設計上，特別要感謝中華民國長期照護專業協會提供許多寶貴意見，促使我們在很短時間內能夠定案。另外，也非常感謝中華民國長期照護專業協會成員及論壇長期照護委員會各位委員，在籌劃過程中提供多方面的協助，謝謝。

歡迎詞之一

藍忠孚

各位先進、各位朋友，我僅代表國家衛生研究院，以論壇執行長及論壇長期照護委員會召集人身分，首先歡迎長期照護產、官、學、業各界代表，共同討論此重要課題。我們在邱亨嘉老師的籌劃之下，得到中華民國長期照護專業協會的協助，一起來討論這個課題，相信此一合作能夠更能切入問題的核心。

對於長期照護我個人的看法是，隨著人口高齡化、少子化社會的到來，其需求確實越來越明顯，這個問題在國內談來談去，至少也談了 15 年到 20 年左右，但是遺憾的是我國的相關政策一直不是十分明朗，無論是內政部所管轄的範圍內，或是衛生署、乃至於退輔會，或者其他相關政府的部門，對於如何推動長期照護政策，無論是整個系統的協調溝通，也就是人力、硬體設備、服務模式、服務品質提升等等，都還有很多值得檢討的地方。目前雖然政府都有法令及管理，但都仍然稍顯零散，在這樣零散的情況之下，特別是長期照護的財源問題，也就是錢怎麼來怎麼給付，整個部分都十分不明朗，以致相關機構的發展有些類似自生自滅，或者該說是在艱困的情況下，比較無法兼顧照護品質、生活品質。

然而邱老師將整個座談會設計得非常好，於架構上不僅兼顧了需求及提供雙方面，也涉及到有關整個系統的協調及財務問題，甚至兼顧到成本問題及品質之間的平衡。因此在今天這樣的安排下，就請各位盡量暢所欲言。

國家衛生研究院之所以成立「論壇」，當初的構想是希望論壇能成為像美國的 IOM(Institute of Medicine)。IOM 在台灣來說應該相當於中央研究院，是最有權威的專家學者雲集之處，他們不定期地針對一些醫藥衛生重要議題去討論。IOM 之下確實是有很多專家，擔任著檢討政府醫藥衛生政策的過去與未來展望，對政府及衛生界提出具體建言。國家衛生研究院論壇在開辦當時，吳院長便指示我們應該有類似這樣的功能，擔任政府與民間的橋樑，針對相關議題進行討論並提出具體建言，促進相關單位給予重視與採納。

在過去論壇將近四年的運作裡，無論政府機關部門或民意代表，經常向論壇索取報告性質的出版物(座談會正式紀錄)，這些出版物的內容可能成為立法院執行的材料，也可能成為相關政府單位執政上的參考或決策的依據。所以各位不

要認為這只是另外一個座談會，而這是論壇的座談會，這是可以透過國家衛生研究院的力量，將各位意見呈報至政府機關單位。所以希望在座各位，利用此時間暢所欲言。倘若今天所提供的時間不足，敬請各位利用工作人員為您準備的書面意見單，以書面的方式提供您的意見，我們會將彙整所有意見到報告書中。歡迎各位踴躍參予，集思廣益，希望在我們可預見的將來，長期照護的政策能有更明確的方向，謝謝大家。

歡迎詞之二

余玉眉

謝謝藍執行長及邱教授。

各位專家、同業，我今天的身分很不一樣，原本我只是很榮幸被論壇邀請來參加這個座談會，此時此刻我卻又以中華民國長期照護專業協會監事的身分在此致詞，首先要感謝國家衛生研究院論壇，讓敝協會有機會協辦這個活動。協會成立至今，一路走來十分辛苦，因為這是一個跨領域的團體。協會當初是一些服務性質的人員聚集在一起，走了十幾年總算稍有一些成果呈現，今天能與論壇合作，我感到我們又跨出了層面較大的另外一步，真的由衷感謝。今天也趁此機會以監事的身分，我想「監督監督」協會和外界聯繫的情形。所以我今天到此，真是目的眾多。

過去我有五年左右健保的實務經驗，長期照護一直是大家所關心的，但大家都不知該如何走下去。我和藍教授從最初小型的研究、審查，直到今天這樣的場面，合作了二十多年，我們真的看到國家上下參與這件事情的熱誠越來越大，也了解到其需求真的相當大。我僅代表陳惠姿理事長，感謝大家熱誠地參與。希望今天的座談會能順利成功，謝謝大家。

主要照顧者對長期照護系統之需求與期望

邱啟潤

前言：和中華民國家庭照顧者關懷總會之緣起

我之所以會注意到照顧者(care giver)的問題，其實是因教學的過程中開始的。因我個人的背景是社區衛生護理，在學生訪視的過程中曾經發現有些個案必須申請低收入戶，但在深度訪談之後發現其實不然，此個案是因妻子照顧中風的先生三年，整個家庭環境十分髒亂，致使學生於第一次訪視時，誤認為這是一個低收入戶的個案。直到第二次進行深度訪問時，才發現個案兒女皆事業有成，然而每個小孩都十分忙碌，沒有時間回家幫忙照顧父親。

這樣的問題讓我省思到過去在護理工作的過程中，重點都放在病人身上，從來就沒想過照顧者的問題。就因這樣的開始，在民國七十五、六年間，我們開始深入思考這群人是否需要我們去幫助他，於是便進行調查，從此調查中發現他們確實是有一些負荷及問題存在。可是針對這些問題，事實上必須有一些實質的介入、服務才能對其有所幫助。

就在民國八十五年於一個有關失智症的研討會裡，曹愛蘭理事長發起成立中華民國家庭照顧者關懷總會，我個人當時也受邀擔任發起人之一，參與整個推動的工作。三年後由於總會希望此組織能有一些實質的服務，於是推動在各地成立協會，而我剛好高雄，似乎有些責無旁貸地就由我擔負起高雄地區理事長的角色。但是目前因同時擔任學校的教職，又要兼任醫院護理部的行政工作，在這樣的情況下擔負如此重任，實有心有餘而力不足之感。但是面對這樣的問題卻不去承擔責任，似乎又覺得十分罪過。因此在這樣有限的時間與精力下，能做的事真的十分有限。今天在此機會我僅以多年來所思所想，在此和大家分享，並且將所遇到的一些問題和大家一起討論。

一、台灣地區長期照護服務需求增加的原因

1. 老年人口快速成長

我國老年人口的比率在 1993 年突破 7%，正式邁入所謂高齡化社會，而在

1999 年增加至 8.4%，也就是六年間增加約 1.4%。往後六年，也就是在 2005 年老年人口將成長至 12%。從這些數字可以發現，我國老年人口成長速度將越來越快。

2. 平均餘命的延長

依內政部統計處於民國 88 年 12 月公佈的資料顯示，男性的平均餘命為 72.46 歲，而女性則延長至 78.12 歲(男女平均 75.04 歲)。平均餘命逐漸延長，也將成為長期照護服務需求增加的原因之一。

3. 心智功能或身體功能降低的人增加

在高齡化社會中，心智功能或身體功能有障礙的人口逐漸增加，也許是因失智、失能或是癌症等等很多問題，而造成其需要接受照顧。在此一過程中之所以造成失能，事實上疾病是因素之一，另外意外也是因素之一，而意外卻以青壯年居多，其他則以老人占較多數。

二、長期依賴病人對家庭的衝擊(5W1H)

因為以上原因而產生了長期依賴病人。「家庭照顧者的負擔」一議題的存在，主要是因被照顧者是長期依賴、長期需要人照顧的，而此依賴的對象或照顧的提供通常就會落在家屬身上。長期依賴病人究竟會對家庭造成什麼樣的衝擊，可從「5W1H」來思考。

1. 受照顧者是誰？(Whom)

1) 在家中的角色

倘若家中原本扮演經濟負擔者或任何事情的決策者等之重要人物，突然病倒，而成為長期需要照顧的對象時，對家庭所造成的衝擊可能就相當大。

2) 與家人的關係

不難聽到照顧者這樣的抱怨：「因他(被照顧者)過去對我不好，所以不想照顧他。」或正好相反：「因他過去對我很好，所以願意無怨無悔地照顧。」此類的家庭關係是長年累月累積下來的，關係好壞深深影響照顧者與被照顧者間的互動，也成了照顧者是否願意繼續承擔照顧工作的重要因素，也就是「家庭照顧」

是否成立的重要關鍵。

3) 依賴程度如何

對照顧者而言，是否將依賴病人留在家中自己照顧，亦或送至機構由專人照顧，病人本身的依賴程度往往成為重要的決定因素。

2. 如何做決定？(How)

照顧的工作由誰決定，照顧者決定、被照顧者與照顧者共同決定、全家人共同決定、在家中有權利的人決定，每個家庭決定的方式雖不盡相同，但同樣地在決定形成的過程都十分複雜，同時也牽涉到很多衝擊。

3. 在哪裡照顧？(Where)

萬一不幸家中出現長期依賴病人時，往往會以被照顧者的健康狀況來決定在哪裡照顧。在家中照顧是否方便、放心？又選擇機構照護時，又以何種型態較為合適？若決定在家中照顧，則由家人輪流分工，或者沒有上班的家人就責無旁貸地負起照顧的責任。涉及到需要辭職的問題時，女性通常就成了犧牲者。

4. 誰來照顧？(Who)

當決定照顧地點為家裡的同時，便會發生「誰來照顧？」的問題。照顧者除了考慮到自己的健康狀態及時間是否允許外，也會考量到在技術面上是否有能力照顧；又若在家庭中同時扮演多重角色時，是否有能力負荷等等問題。

5. 照顧的品質？(What)

1) 照顧者：對自己的照顧方式滿意與否？亦或不在乎，還是無能為力。

2) 被照顧者：沒有能力表達；或是即使有能力表達，也因無奈而不表達。

6. 照顧的時間？(When)

因為長期依賴病人需被照顧的時間都非常長，也許一年、二年，或更長。所以無論照顧的時間是全天候、下班後，或是需要時才出面，長期下來對每個家庭的衝擊都相當大。

整個照顧的工作中最重要的因素是「人」，照顧者是一個「人」，被照顧者亦是。只要是「人」，便會涉及到彼此情感的關係，而其中病人的狀況又有很多不確定感，因此如何使照顧的過程有條理就變得很難。雖說「學習條理化才可能將

照顧變成輕鬆事」，但是「條理化」卻並非易事。

三、家有長期依賴病人抉擇的因素與結果

1.採取機構式照顧

被照顧者的依賴程度超越照顧者處理能力的範圍；或因雙薪家庭無人力可以照顧的情況下，家人通常很無奈地選擇機構式照顧。

2.採取居家式照顧

以下幾種因素，使家屬選擇採取居家式照顧：

- 1)我國長期照護政策目標規劃社區式照護佔 70%，而機構式照護則佔 30%。這樣的政策目標，和我國講求孝道的文化背景息息相關。若採取居家式照顧，除能增加被照顧者與家人互動的機會外，也符合孝道的觀念。
- 2)家中有現成的人力願意犧牲提供照顧，且能減輕家庭經濟負擔。
- 3)工作與照顧可以兼顧，接送方便，費用也能接受之情況下，也許會採取日間照顧。

除了上述幾項因素會影響家人決定選擇機構式照顧或居家式照顧外，文化、經濟、社會資源等整個大環境的因素也會影響其選擇。

四、家庭照顧者面臨的問題

1.機構式照顧

若將家人送到機構接受照顧時，家庭可能會面臨以下問題：

- 1)費用：目前在兼顧品質情況下，一般機構式照顧之費用大約為每個月 3 萬元，則一年的費用為 36 萬元。長期下來，這個數字對任何一個薪水階級的家庭而言，想必都是一種負擔。
- 2)方便性：機構是否位於所居住的社區內，是否方便就近探望。
- 3)品質：或許並非所有人都在意，但是一個重視個別性且有訓練合格的專業人員提供服務的機構，是較符合人性，且較能令家人安心。

4)良心的譴責與不安：雖然機構式照顧擁有：減輕照顧的壓力、時間應用的自主性增加、改善健康問題、減少家人的衝突等好處，但是往往因社會文化的價值與觀念，而導致自己受到良心的譴責。除此之外，還要擔憂其在機構內是否習慣、是否能接受品質良好的照顧等等。

2.居家式照顧

1) 主要照顧者特性

國內近十年期刊論文索引中有 52 篇是探討「家庭照顧者」的相關議題，經整理發現下列的結論：女性多達 70-80%；年齡在 50 歲以上的佔 30-50%；65 歲以上達 20-30%；教育程度在小學以下的佔 50-60%；本身有慢性疾病的達 30-40%；身分以配偶為主，子女、媳婦次之。社區式照顧深受大家喜愛，但以上結果的顯示，令人擔憂是否社區式照顧就落入為家庭照顧，而家庭照顧就又變成女性照顧。這樣的照顧者特性，其實國內外皆一致，照顧者是弱勢中的弱勢，是被侷限在家庭中而無法走出家庭，甚至無力氣將自己的困擾向別人傾訴，這群「弱勢團體」需要社會大眾的關懷。

為何此弱勢團體的成員多半為女性，分析其原因大約可歸納下列幾點：

- (1)身體照顧工作，向來被認為女性較為適任。
- (2)有需要時，被要求辭去工作的通常是女性。
- (3)即使繼續工作，也無法縮減照顧工作時間或工作量。

2) 照顧工作的特性

照顧的工作是長期的，日復一日、年復一年，而且是全天 24 小時不眠不休的；即使是睡覺時間也會因精神緊繃而睡不安穩。

3) 主要照顧者面臨的困境與需求

(1)照顧病人的知識、技巧與福利資源之需求

身體照顧的知識及技巧：如清潔(特別是沐浴)、翻身、上下床、坐輪椅、飲食、各種管路的照護、抽痰、感染的處理、疾病的過程及預後、意外防範、小便訓練等等。

情緒的處理的技巧：如何幫助被照顧者處理情緒。

社會福利之申請：社會福利資源及其申請管道都是照顧者迫切需要的。

(2)實際的服務

人力的替代：若有其他家庭成員、志工、外籍看護、日托、家事服務等人

力的替代，便能使其得到短暫的喘息。

協助困難度高的照顧工作：如洗澡、搬運病人就醫、交通工具、門診拿藥。

(3)經濟的補助：如醫療費、器材費、看護費、生活費、交通費等的補助。

(4)照顧者須面對「尋找平衡點」的互相競爭需求（心理層次）

照顧者通常心理上都會存在著很多掙扎，例如面臨(a)要照顧病人同時又要照顧其他家人(b)要照顧病人同時又要作像煮飯、洗衣、買菜家事(c)要照顧病人同時又要工作賺錢(d)需要多些人手來照顧病人，但又要維持照顧上一致的標準及照顧方式(e)要照顧病人同時也需要出去辦事情（如幫病人拿藥、）等狀況時，為求平衡互相競爭的需求便會出現。此類互相競爭需求通常以心理層次的問題居多。

又，倘若照顧的是父母，照顧者不婚的情況便相當多，而即使結婚了，在先生與孩子之間也很難取得平衡點，總難免顧此失彼；照顧的是公婆、配偶或甚至自己的兄弟姊妹，難以兼顧的問題仍然是會存在。因為照顧者必須同時扮演以上所述多重角色，所以學習壓力的調適、獲得情緒的支持，甚至獲得家人的支持與諒解，對一個照顧者而言是不可或缺的。

(5)自身健康促進、健康維護、情緒支持與社交休閒

(6)未來的就業

五、期望

1. 長期照護服務體系的建構

長期照護服務體系的建構是高齡化社區基本的健康服務，應做到「基層保健醫療服務」所強調的可獲性（Availability）、可近性（Accessibility）、可接受性（Acceptability），因此要注意是否能達到解決方便性、熟悉性的問題（社區化），並且考慮到個別需要（人性化），以及提昇相關人員的素質、標準的建立及評鑑（高品質）。

2. 家庭中主要照顧者的支持體系

（1）家人及親朋間建立起自助的支持網絡，建立時間儲蓄型的制度。

（2）家中有長輩需要照顧時，上班的子女可以申請留職停薪的「顧親假」。

（3）專業人員提供「照顧技巧訓練」、「支持團體」等各項實質的協助，並作情緒的疏通。

（4）民間社團與政府合作規劃多元的服務方案，如：加強個案管理、團隊合作

及轉介、喘息服務、困難工作的服務、分享與成長班、協助家屬訓練外勞。
(5) 照顧者津貼及低利貸款：目前低收入戶照顧者津貼，但是長時間支出照護費用，雖非低收入戶也不勝負荷。故今後實有必要開放非低收入戶也能申請照顧者津貼或低利貸款。

六、結語

由於照顧的對象是「人」，以致照顧工作自始至終都相當複雜、辛苦。我們不難發現許多例子，在送走病人後，自己也失去健康，患得一身病痛而不支倒地，因此社會可能又增加了另一個需要照顧的個案。為防止這樣的惡性循環，唯有早日落實社區化照顧，強化對家庭照顧者支持網絡的建構，以減輕家庭照顧者的負擔。

台灣長期照護服務體系之財務障礙與展望

王 正

一、長期照護財務總體面

目前提供長期照護財源的有兩個領域，一是健康保險領域：主要以保險方式，提供長期照護醫療給付方面之財務。另一則是社政領域：屬於救助型態，僅對中低收入戶提供實質幫助。然而，目前無法從以上兩個領域獲得經費補助的長期照護個案，也就是不涉及醫療(cure)僅屬於照顧(care)，且又非隸屬中低收入戶的個案竟然佔全體的 80-90%，這些個案對於長期照護的支出必須全額自己負擔。因此，如何處理這 80-90%個案的給付問題，成了未來長期照護財務的規劃重點。

直至兩、三年前止，由於德國與日本都開辦照護保險，因此我也很堅定地認為，以長期照護「保險」的方式來解決長期照護的財務問題是唯一的方向。但是，這兩年來翻閱的資料越多，越是徬徨、越是沒把握、越是失去確定方向。探究其因，首先以保險的角度來看，必須事故發生的機率普遍，大家都享受得到，如此每個人才願意加入保險。例如，全民健康保險，相信每個人都一定會生病，無人能保證自己一輩子都不生病；又如國民年金保險，每個人都會老，因此幾乎每個人都可以確定享受這方面的給付。所以這類的保險(健保、年金)可以以強制性的方式開辦，且每個國民的參加意願都很高。但是，就長期照護而言，橫斷面資料顯示老年人口中僅有 6%的人口享受得到給付，另外 94%的老人是不需要使用這方面的給付。所以假設向一位老人說明，繳一輩子的保險費，大概只有 6%的機率可使用到給付，而有 94%的機率可能使用不到。相信多數老人聽了的反應，都是將來寧可自己負擔費用，或是寧可參加其他私人保險。

許多美國的學者都認為長期照護「保險」並不適用於美國，而需以其他方式代替，例如使用照顧券等等。而基本上，目前我仍認為長期照護保險是一個可能的方向，只是沒有過去那麼確定與篤定，也打了很多問號。過去看過世界許多國家的財務規劃，以美國、德國、英國三個國家為例，三個國家各有其特色。英國的醫療系統是以福利型租稅，以 NHS 的系統處理，因此在其下游的長期照護系統也是以福利形式處理，有其一致性。德國是以保險處理醫療財務，長期照護的

財務也是以保險來處理。而美國的醫療則著重在市場面，長期照護也同樣將重點放在私人保險市場。綜合這三個典型國家的特色，長期照護的財務處理方式，與其醫療財務的處理方式都具有一致性。反觀思考我國應規劃的政策，我已不像過去那麼篤定相信能採用保險的方式。將來會是如何，仍在思考當中。但若不走保險而採用福利形式、以政府租稅來處理的話，可能會牽涉到一些財務問題。以目前執政黨連對公務員的加薪都持保留態度的情況下，採用純福利方式的可行性可能相當渺小。另外，如果稅制是一個不公平的制度，若以租稅當作社會福利的主要財源，則對其合理性也需持質疑的態度。

而若採用公基金或儲蓄形式，基本上其社會互助的理念就會因此而消失，而恢復到類似「市場機制」的狀況。事實上，居住在安養院的個案，使用過去的積蓄或由子女付費，如台灣目前現況便是儲蓄的情形。歸納其缺點有三：1)與現況相同，2)違反社會福利的理念，3)和目前整個醫療體系財務的規劃方向不太符合。

保險是建立在使用者只要付費，就有權利享受的財務理念上。台灣目前無論是醫療(國民健康保險)或生活(國民年金)，雙方面都以保險方式處理財務問題。而老人生活三大支柱的另外一個項目 照顧(長期照護)，或許也可以考慮以保險的方式辦理。唯目前政府的方向(財務理念)仍有點亂，如何規劃好長期照護財務體系，可能還需花一些時間思考。

二、個體面財務

1.照顧津貼

目前台灣有兩個政府部門發放照顧津貼，一是內政部社會司的中低收入老人特別照顧津貼；另一則是台北縣居家失能老人照顧津貼方案。兩者的差異為：1)前者須經過資產調查，只有弱勢者才能申請；而後者則屬於普遍性發放。2)領取的份數不同：兩者的金額都同樣為 5000 元，但前者無論照顧的人數多寡僅能領一份，而後者則可依照照顧人數申請份數(最多四份)。

然而基本上這兩個措施本身，就財務而言都有問題。顧名思義「照顧津貼」是政府給付給照顧者的補助津貼。照顧行為可產生對：1)公益(社會面)，2)私益(個人性)兩個效果。前者是對整個社會的利益，若社會不負起責任，則可能發生外部效果而造成社會成本負擔。後者屬於自己的責任，小時後父母照顧子女，長大

後子女照顧父母，原本就有其相當的代際間責任存在。換言之，「照顧責任」不完全屬於政府，亦不完全屬於個人，乃介於兩者之間。

就國外研究顯示，照顧行為所產生的利益面，社會可共享的部分大約佔四分之一，屬於個人利益或個人應負擔的部分約佔四分之三比重。故財務上政府應負擔的部分為照顧費用×1/4，家庭或個人應負擔的部分則是照顧費用×3/4。在此所指之照顧費用應不包括生活費及醫療費，並以非專業照顧者的成本為估算基礎。根據周麗芳教授等人針對失智老人經濟成本之研究，推算出此非專業照顧者的成本每月約為一萬元左右。依此計算，政府應負擔一般照顧費用為 2500 元，中低收入戶則以全額補助 10000 元。

所以我認為內政部發放的津貼太少，而台北縣居家失能老人照顧津貼方案所發放的津貼又似乎過多，因此提出雙軌制度。換言之，弱勢老人發放一萬元津貼，而一般家庭則發 2500 元。然而當中還有許多值得爭議之處，仍有待進一步探討。

2. 照護資源配置之考量

雖我國長期照護政策標榜著「在地老化」，但從資源配置層面來看，仍有待考量之處甚多。如社政單位對機構照護的補助包含了固定成本及人事費用兩方面；但對社區照護或居家照護的補助僅限於屬於購買式服務的部分，如一次服務提供購買費用 180 元等。因此居家照護所得到的補助往往無法支付應有之固定成本，造成其服務必須以量取勝。甚至，我發現有些接受服務的個案並未達需要照顧之程度，反倒浪費照護資源，造成資源配置上的失當。所以假設長期照護的目標是要朝向居家照護或社區式照護發展的話，實有必要對居家照護或社區照護，增加一些固定成本的補助，也就是提供一些誘因較為妥當。

另外，很多人都希望長期照護財務與全民健康保險的財務能整合為一，但我個人認為並不是非常妥當的做法。因為，全民健康保險所定的成本標準，是以醫院的成本而設計的。醫院與長期照護機構之間，財務結構的最大差異在於固定成本。醫院的固定成本比重相當高，長期照護機構的固定成本比醫院低很多。就經濟學的定價法則來看，全民健康保險是依醫院的平均成本定價，但長期照護保險則可以用邊際成本定價。就因為邊際成本遠比平均成本低，若將兩個保險合而為一，則長期照護保險會比照全民健康保險以平均成本定價，導致增加財務上的負擔。所以醫療與照護兩個體系的財務應該各自獨立，而不應合併在一起。

從長期照顧服務之困境談對未來的期望

杜敏世

一、長期照顧服務之經驗

獎卿護理展望基金會護理之家成立至今已六年了，由於社會的需求，發展相當快速，今天我謹就本機構曾有的經驗與所遭遇到的困難就教於各位。本機構這幾年來主要有以下四方面的業務：

- 1.居家護理
- 2.護理之家
- 3.日間照顧
- 4.居家服務

二、各項服務所經歷之困境

1.居家護理

- 1) 訪視次數的限制：健保局雖然宣告並無絕對的限制，但是在執行面，仍然持守只能訪視二次的限制，居家護理師花很多的時間在申覆工作上。
- 2) 第一次訪視個案不肯購買服務的困擾：個案經常由於不願出計程車資，如果出院時剛換過三管的管子，會拒絕第一次的訪視，等到訪視時。會發現有太多必需教導的事項，個案在出院前沒學好，卻並不知道需要學，這種現象應尋求改進。
- 3) 中央健保局與地方健保局溝通的困擾：中央健保局的原則並未能有效的讓地方健保局的工作人員了解，在地方上發生了困難，向中央反應，中央會說，不是中央的問題，是地方的問題，而地方會說，是審核委員個人見解的問題，想要申覆核退的個案，又受限於只准申覆二次的限制，只好向中央的爭議審議委員會申述，為了一千元，所費的精力真不小。
- 4) 評審委員一致性低的困擾：同樣的個案情況，A 評審委員通過的，可能 B 評審委員不通過，甲地通過的可能乙地不過，評審委員之間缺少一致的標準，大家自由心証，是目前居家護理給付嚴重的問題。
- 5) 給付未考慮營運成本也未考慮合理的人事成本：居家護理給付只涵蓋了居家護理的訪視人事成本，並未考慮到營運成本，例如辦公室成本，事病假、婚假、產假等成本，職前及在職教育成本，這些未

被考慮入給付之中，一個居家護理師不是一開始就能上路，每位居家護理師要能每個月訪 80 人次才能賺到自己的薪水，有經驗的優秀護理人員也需要訓練四到六個月，醫院型的居家護理部門都是以其他部門的盈餘來彌補這個部門的虧損，獨立型態的機構連薪資都遠較醫院為低，更發不出年終獎金，於是惡性循環，聘不到居家護理師，很少人願意投入獨立型居家護理的行業，是否政府只期望醫院附設型的居家護理存在呢？在給付的設計上是否太過份的厚彼薄此呢？

- 6) 居家護理訪視與養護機構訪視 護理之家三種情況一視同仁的不合理：居家護理的給付有三種情況：a.到個案家訪視，一次訪一位個案，必須要指導家屬；b.到養護機構訪視，一次訪數個或數十個個案，由於機構有本身的護理人員，比較著重技術性服務，每個個案花的時與路途時間較少，c.護理之家的個案比照居家護理的個案給付，護理之家所付出的護理人力遠多於養護機構，在保險給付上沒有任何鼓勵，在評鑑上的要求卻較嚴格，使得民間業者，對護理之家望而卻步，實非民眾之福。
- 7) 居家護理特殊衛材內含的不合理：依據本機構最近三年的資料，八十七、八十八、八十九年每人訪視的健保給付收入平均是 1003, 1030, 1027 元，而每人訪視的總成本分別為 1178, 1223, 及 1336 元，業務成本、房屋租金、折舊攤提、郵電、水電、保險費、廣告費、車旅費、修繕費、訓練費、稅捐等等都未包含，再加上衛材內函，真是雪上加霜。
- 8) 居家護理個案的復健及營養需求未受重視：居家護理個案目前只有居家護理給付，其實居家病患的需求是多元的，其他的服務應如何提供、是未來值得深入探討的問題，是要訓練跨專業的老人照顧人員呢，還是派各種人員有限制性的服務呢？都是可以考慮的方向，總之絕不是目前這種只有管路才給付的服務方式。

2.護理之家

- 1) 比照居家護理給付所衍生的困境：護理之家的法規條件較高，護理之家收容 20 個病人的空間，在養護中心可以收住 30 人，護理之家至少要 4 位護理師，養護中心只要 2 位，護理之家病患的嚴重度比養護中心嚴重，可是在給付上，目前健保除比照居家護理之外，對這一個特殊的領域並未有任何個別性的考慮，可以說是無視其存在，這種情況還要持續多久？實非百姓之福。
- 2) 養護機構與護理之家標準不同所衍生的問題：養護機構與護理之家

名稱雖不同，實際上收住的個案大多相同，雖然表面上規定不可以收有氣切的個案，實際執行上，並沒有差別，造成規矩經營者成本高，品質低落者成本低，劣幣驅逐良幣，這個部份有許多可以再深入探討的問題。

- 3) 病患的復健需求被漠視：有許多個案有復健需求，目前這個部份的需求被漠視，使病人的生活品質降低，建議加速提出解決方案。
- 4) 病患的營養需求被漠視：長期照顧病患的營養需求被漠視是全面性的，不但是居家病患、養護中心，連醫院附設型的護理之家也一樣是以急性期個案的觀念來照顧長期病患，相當不人性化。並沒有“家”的考慮。
- 5) 沒有娛樂治療師的培訓計劃：機構化的照顧，如果只有身體的照顧，會使個案感嘆人生沒有意義，必需讓生活有活力，美國有娛樂治療師的訓練專班，設在學院中，任何大專畢業生對這方面有興趣者都可以參加訓練，課程包含音樂治療、工藝、美術、教學方法等等，畢業後可以在長期照顧機構工作，台灣目前並沒有這種訓練班，為了病患的生活品質，應加強這方面的訓練計劃。
- 6) 市場的惡性競爭問題：由於醫院不重視出院準備服務，長期照顧病患出院時面臨選擇照顧方式時沒有專業人員做個案管理，妥善地教導、提供資訊，使得地下仲介行為猖狂，控制市場，不給介紹傭金者就很難生存。
- 7) 缺少評鑑制度：雖然護理機構已於八十二年允許設立，到目前只有台北市有高水準的評鑑制度，對於民眾的健康權益是一種保障，其他地方有待努力。
- 8) 缺少獎勵措施：長期照顧機構既沒有給付上的照顧，又沒有對品質優者給與實質上的鼓勵，讓許多有心人望而卻步，甚為可惜。
- 9) 缺少長期照顧保險：全民健保已不敷急性病使用，長期照顧也別想再做文章，何時才能比照德國或日本，推出長期照顧保險？經濟學專家是否可以告訴我們？
- 10) 低收入戶給付不合理：社會局轉介的低收入戶長期照個案，每月補助一萬七千元，多年不變的金額並沒有考慮每年的物價指數，使業者叫苦連天。
- 11) 缺少研究經費：長期照顧已經是嚴重的社會問題了，試問政府在這方面的研究經費有多少？轉眼機構設置辦法公告已有七年了，大部份都是經營不佳的醫院放出的床位做為護理之家床位，床位數是增加了，但在質的方面，並沒有合理數量的研究代表這方面所作的

努力。

- 12) 復健人員缺少到長期照顧機構服務的誘因：醫院附設型的護理之家是利用健保給付收取復健費，所以復健人員是隸屬於復健部門，獨立型的長期照顧機構健保並不給付復健費，等於並不肯定在這種機構工作的復健人員，更不合理的是即使是有特約醫師支援的情況也不給付復健費。
- 13) 義工的選擇性：長期照顧機構的病患與人溝通的能力較差，義工較不能得到精神上的回饋，義工較願意照顧輕殘的個案。這也是護理機構比較吃力的地方。

3.日間照顧

都市型日間照顧與鄉村型日間照顧有不同的問題，都市中的日間照顧不容易收到個案，原因很多，最大的問題是交通問題，如果日照中心沒有停車場，或有停車場卻一位難求，家屬都無法將個案送到中心來，交通問題使中心的可及性大為降低。鄉村型的日照中心如果缺少交通車也一樣收不到個案，大部份民眾是以摩托車作為交通工具，是無法將殘障的長輩用摩托車送到中心來的。如果補助鄉村設立日照中心，卻不補助交通車效果會不彰的。

4.居家服務

居家服務的效果，到目前為止，個人認為台北市與高雄市都推行得很順利成功，尚提不出具體得建議。

三、對突破困境之建議

1.居家護理

- 1) 重新研擬合理的居家護理給付
- 2) 考慮居家個案復健及營養的需求，研擬可行方案

2.長期照顧機構

- 1) 落實出院準服務，列入評鑑重點
- 2) 釐清護理機構與養護機構之標準
- 3) 建立評鑑制度
- 4) 研擬長期照顧機構獎勵措施
- 5) 研擬長期照顧機構之復健服務及營養服務方案
- 6) 設立娛樂治療師之培訓計劃

3.重新估算合理的低收入戶給付標準

4.加強義工的培訓與運用

5 保險給付之籌設

6.設立社會役，使長期照顧機構可以有社會役的人員，可以降低經營成本的困境。

從護理之家提供者觀點談台灣長期照護經營

鄧世雄

一、台灣地區護理之家經營狀況

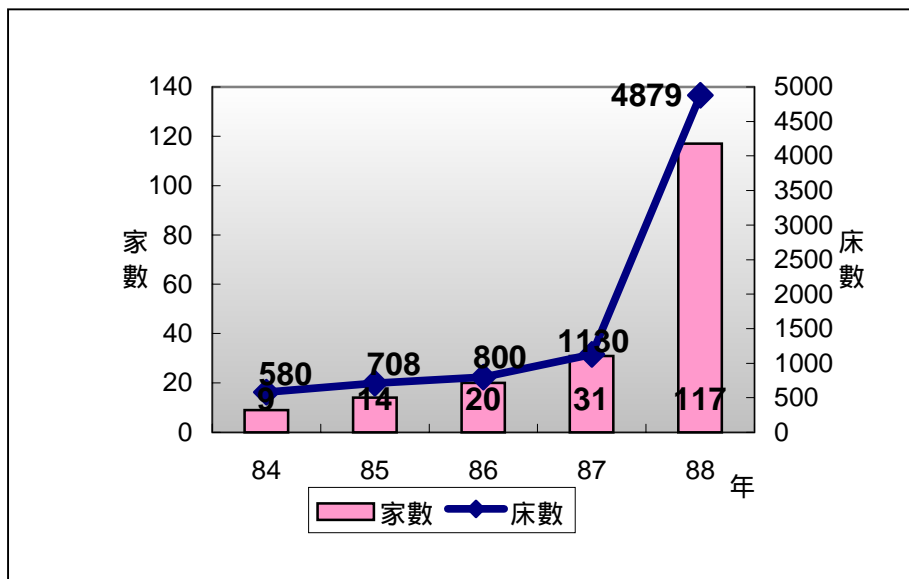
從衛生署網站所顯示的資料得知，目前全國約有 117 家護理之家，其中醫院附設的比獨立型態多，床數已達四千八百多床（表 1）。護理之家的成長情形從圖一可看出其速度相當驚人，八十七年原本只有 1,130 床，到了八十八年成長至 4,879 床，短短一年間增加了約四、五倍左右。為什麼會突然快速增加，這與我國整個醫療環境的改變與衛生署的積極推動息息相關，為數不少的公民營醫院轉型或增設護理之家為最大原因。

表 1 經營型態

數量 型態	家數	床數
醫院附設	64	2,645
獨立型態	53	2,234
總計	117	4,879

資料來源：行政院衛生署網站資料

圖 1 台灣地區護理之家成長情形



資料來源: 1.行政院衛生署委託計劃“八十八年度護理機構訪查計劃報告書”

2.行政院衛生署網站資料

表 2—4 是針對護理之家佔床率及收費情形所做的調查結果。調查 32 家醫院附設型態的佔床率達百分之百的有十一家，其餘各家佔床率約在百分之七十到九十，最低也有百分之六十左右。其平均收費約為三、四萬元。而獨立形態護理之家最低佔床率也在百分之五、六十左右，平均收費比醫院附設型態便宜一些。

根據衛生署的研究報告，各家護理之家的收費差距頗大，醫院附設型態的最高收費可達 63,000 元，最低收費則為 15,000 元，而獨立型態最高達四萬元，最低只有一萬元。

表 2 護理之家佔床率及收費情形 - 醫院附設型態

縣市別	名稱	總床	空床數	佔床率	收費標準
基市	基隆市立醫院附設護理之家	30	0	100.00%	43000 元
北市	武男診所附設護理之家	35	0	100.00%	29000-35000 元
北市	中興醫院附設護理之家	30	0	100.00%	40000-43300 元
北市	和平醫院附設護理之家	38	0	100.00%	45000 元
北縣	天主教耕莘醫院附設護理之家	52	0	100.00%	35000-47000 元
桃縣	壠新醫院附設護理之家	40	0	100.00%	25000-38000 元
桃縣	仁義醫院附設護理之家	20	0	100.00%	25000 元
中市	省立台中醫院附設護理之家	49	0	100.00%	34000-45000 元
高市	天主教聖功醫院附設護理之家	49	0	100.00%	29000-39000 元
高市	信義醫院附設護理之家	57	0	100.00%	27000-33000 元
宜縣	聖母醫院附設護理之家	30	0	100.00%	25000 元
北市	福全診所附設護理之家	24	1	95.83%	33000-36000 元
北市	景美醫院附設護理之家	24	2	91.67%	35000-39000 元
桃縣	國軍桃園醫院附設護理之家	44	4	90.91%	43000 元
雲縣	省立雲林醫院附設護理之家	20	2	90.00%	27300-30300 元
北市	台北護理學院附設護理之家	81	9	88.89%	43000-60000 元

表 3 護理之家佔床率及收費情形 - 醫院附設型態

縣市別	名稱	總床	空床數	佔床率	收費標準
中縣	沙鹿童綜合醫院附設護理之家	70	8	88.57%	25000-39000 元
桃縣	新陽明醫院附設護理之家	45	7	84.44%	30000-40000 元
桃縣	景仁醫院附設護理之家	30	5	83.33%	25000-30000 元
北市	萬芳醫院附設護理之家	70	12	82.86%	42000-45000 元
投縣	埔里基督教醫院附設護理之家	23	4	82.61%	24000-29000 元
高縣	峰田醫院附設護理之家	27	6	77.78%	20000-25000 元
花縣	省立花蓮醫院附設護理之家	110	29	73.64%	17000-22000 元
宜縣	省立宜蘭醫院附設護理之家	40	11	72.50%	23500-29500 元
桃市	桃園醫院附設護理之家	14	4	71.43%	28000-33000 元
雲縣	中國醫藥學院北港分院附設護理之家	40	12	70.00%	30000 元
宜縣	普門醫院附設護理之家	50	15	70.00%	25000-30000 元
桃縣	新永和醫院附設護理之家	60	20	66.67%	30000 元
竹縣	湖口仁慈醫院附設護理之家	50	20	60.00%	27000-30000 元
苗縣	為恭醫院附設護理之家	100	40	60.00%	25000 元
湖縣	馬公惠民醫院附設護理之家	50	20	60.00%	25000-30000 元
高縣	聖光醫院附設護理之家	52	23	55.77%	18000-29000 元
	合 計	1454	254	82.53%	17000-60000 元

表 4 護理之家佔床率及收費情形 - 獨立型態

縣市別	名稱	總床數	空床數	佔床率	收費標準
中市	惠群護理之家	49	2	95.92%	26000 元
基市	和平護理之家	60	5	91.67%	34000 元
桃市	桃園市立忠孝護理之家	30	3	90.00%	30000 元
高市	博正護理之家	84	10	88.10%	28500-34500 元
高市	獎卿護理展望基金會護理之家	70	10	85.71%	25000-40000 元
高市	博暉護理之家	25	4	84.00%	18000-20000 元
高市	進安護理之家	80	20	75.00%	12000-20000 元
中縣	葡萄園護理之家	28	8	71.43%	32000-40000 元
高市	新立護理之家	168	48	71.43%	2200-35000 元
北縣	福德護理之家	13	4	69.23%	24000-30000 元
北縣	雙園長青護理之家	54	20	62.96%	32000 元
嘉市	佳恩護理之家	120	45	62.50%	23000-30000 元
高縣	民安護理之家	25	16	54.29%	15000-25000 元
	合 計	816	195	76.10%	12000-40000 元

二、醫護照護人力比、成本估算與政府補助狀況

如表 5 所示，我國醫護照顧人力與住民比率的平均值在白天為 1:17，晚班為 1:26.8，夜班為 1:32.2。而台北某醫院附設護理之家，白、晚、夜三班合計的醫護照顧人力比為護士約為 1:8.6，病服員則為 1:3，這個數字比起衛生署的規定（護士 1:15，病服員 1:5），護理人力充足許多，由此可見，若比照衛生署所訂標準設置人力，照護品質將令人感到疑慮。

目前為止尚未有護理之家成本分析報告，今以台北某醫院附設護理之家(52 家)的成本概況，每個月每床的人事費用成本為 20,048 元，約佔所有成本的 53.06%以上，每床成本約為 3.7 萬元以上。(如表 6)

表 5 醫護照護人力比

住民與各班護理人力比 (病房服務員比)	某醫院附設 護理之家	Mean	Min	Max
白班		17 (7.1)	1 (3.8)	50 (12)
醫院附設型	26 (6.5)	19 (7.6)	2 (5)	50 (12)
獨立型護理之家		14 (6.6)	1 (3.8)	33 (10)
晚班		26.8 (13.3)	1 (2)	74 (40)
醫院附設型	52 (17)	30.8 (16.8)	2 (5)	74 (40)
獨立型護理之家		21.3 (8.9)	1 (2)	50 (20)
夜班		32.2 (14.9)	1 (0)	84 (30)
醫院附設型	52 (26)	36.1 (17.4)	1 (0)	84 (30)
獨立型護理之家		26.4 (11.0)	10 (4)	66 (20)

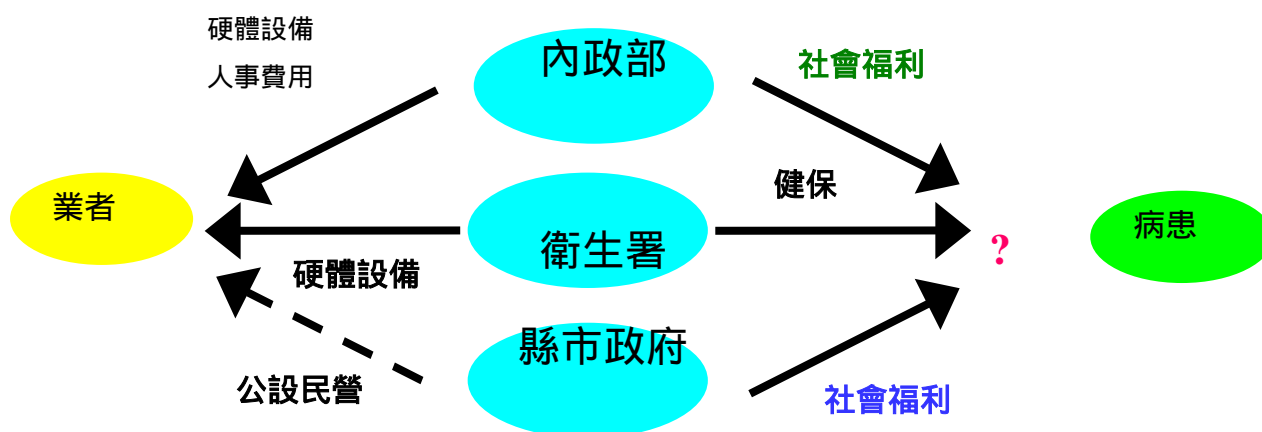
資料來源：行政院衛生署委託計畫「88 年度護理機構訪查計畫報告書」

表 6 台北某醫院附設型護理之家成本情形

項 目	成本/床/月	百分比	備 註
一、人事費	20,048	53.06%	①護理人員 6 人，平均每 8.6 床一名(15) ②病房服務員 19 名，平均每 3 床一名(5) ③醫師、營養師、社工師、物理治療師等
二、材料費	9,715	25.71%	藥材、衛材、伙食
三、設備費	4,104	10.86%	房屋、設備之維護費、修繕費、折舊費及租金費
四、作業費	2,875	7.61%	含水電、郵電、清潔、文具、洗縫等
五、管理費	1,890	5%	以收入 5% 計
總 計	37,785	100%	52 床

至於政府獎勵及補助政策，目前提供來源有三，分別為內政部、衛生署及各縣市政府，其政策都各不盡相同，其中以內政部的補助最為優厚，除了硬體設備補助可達 70% 以外，每年還可得到一筆為數不少的人事費用補助；而衛生署的補

助僅在於硬體設備方面；而縣市政府補助的公設民營機構，則是提供硬體設施，但卻有許多限制，如收費標準等。由於機構之經營成本高於一般民眾經濟負擔頗多，而政府補助經費有限，同時政策無法整合，以致長期照護之推廣仍然困難重重。



三、照護需求與醫療利用情形

目前醫院型態與獨立型態護理之家的收案情況，事實上差不了多少，但是醫療利用情況在兩者之間，則差距甚大，根據台北縣兩家機構調查結果，比較門診、急診及住院的利用率，醫院型態約高於獨立型態二倍左右，而復健利用率則差距更大，醫院型態約高出四十倍。這樣的差距原因可能是因兩者所能得到服務的方便性差異甚大的緣故。

四、居家護理情形

如表 7 所示，某護理之家雖只擁有 52 床數，但每年所做居家護理的總人次卻與擁有 136 床的養護之家之居家護理人次差距不大。也許是因護理之家本身就有護理人員從事居家護理，而養護中心則需靠外界支援，執行上較為不便及不易之故。

表 7 居家護理情形(健保給付)

項目	單位	護理之家(52)			養護中心(136)		
		年總人次	平均每月就醫次數	平均每人每月就醫次數	年總人次	平均每月就醫次數	平均每人每月就醫次數
居家護理		869	72.4	1.39	1035	86.2	0.63

五、醫院推動長期照護服務之優勢

醫院因具備下列條件，比起其他獨立型態機構在推動長期照護服務時占了許多優勢：

1. 相關專業人才充足
2. 醫療設備充足
3. 較能有效提供可近性、連續性之綜合服務
4. 醫療照護及企業管理經驗及能力足夠，可有效運用資源，降低經營成本
5. 醫院本身具較佳之形象，較易取得老人及家屬的信賴及安全感
6. 與政府或民間各類機構問題較易建立良好的互動關係，進而達成資源共享之社區整合目的
7. 與醫院本身各項服務配合，較能永續經營；且對醫院經營之整體性及連續性有所助益，為一雙贏之策略

以上醫院所具備的條件對病人而言，都是正向的，都會令病人感到安全、信賴，無形中增加了醫院的號召力。另外，以醫院目前所擁有的管理及有效均勻運用成本資源，若能和長期照護服務結合，使急性、慢性醫療、長期照護、居家護理有其一貫性，如此一來不但對醫院的經營有所正向的助益，對民眾而言也是一項非常好的福音。且當醫院無法從護理之家得到盈餘時，則可從急性醫療重創業績，這是此種結合的另一個間接效益。

六、經營困境

根據衛生署的報告書得知，目前護理之家所遭遇到的主要的經營問題，約有如表 8 所列的 11 個項目。其中特別是感受到「同行間競爭激烈」的獨立型護理之家已達 100%。另外，讓我感到困擾很多的是「仲介費太高」一項，目前的價碼約為一萬元至一萬五千元不等，這樣的收費對每一個機構的成本效益，造成很

大的威脅。

表 8 護理之家經營困境

變 項	次數分配(百分比)	醫院附設型	獨立型護理之家
1.同行間競爭激烈	30 (76.9%)	14 (60.9%)	16(100.0%)
2.經費問題	25 (64.1%)	15 (65.2%)	10 (62.5%)
3.收費偏低	24 (61.5%)	10 (43.5%)	14 (87.5%)
4.聘請護士成本過高	20 (51.3%)	12 (52.2%)	8 (50.0%)
5.看護員聘請不易	15 (38.5%)	6 (26.1%)	9 (56.3%)
6.病人的安全不易維護	11 (28.2%)	9 (39.1%)	2 (12.5%)
7.積欠費用催繳不易	10 (25.6%)	4 (17.4%)	6 (37.5%)
8.工作人員離職率高	10 (25.6%)	3 (13.0%)	7 (43.8%)
9.缺乏法令依據，定位困難	10 (25.6%)	1 (4.3%)	9 (56.3%)
10.仲介費太高	8 (20.5%)	1 (4.3%)	7 (43.8%)
11.家屬意見多，溝通困難	8 (20.5%)	5 (21.7%)	3 (18.8%)
12.病人的醫療轉診不易	8 (12.8%)	1 (4.3%)	4 (25.0%)

資料來源：衛生署委託計畫八十八年度護理機構訪查計畫報告書

七、政府政策

未來我國有關長期照護的政策當中，我想最重要且最先需解決的，應該是「財務機制」問題，倘若沒有解決一般民眾之經濟負擔，或有效降低提供者的成本，我想無論談論任何政策，都將陷入紙上談兵，沒有實際功效。另外，談到「教育培訓」，個人感到十分可悲，目前在中華民國竟然還沒有「老人專科醫師」的培育方案，精神科方面也很少聽到有「老人精神科」這部門，但是這些都是一些高齡化國家十分重視的，而在我國似乎不然。

而有一點可感安慰的是，目前在護理科、職能治療、物理治療的教育課程中，已逐漸將長期照護列入必修課程，惟可惜的是，這方面的實習課程並非十分普遍。由於長期照護對職能治療、物理治療、護理人力方面的需求性漸高，若能在今後增加一些實習課程、培育學識與實務兼具的照護人力，相信對長期照護而言，必定是助益良多的。

有關設置標準、分級分類、轉介管理網路之建立、健保給付等政策，已談論

多時，如何將其早日定案，實為重要課題。獎勵補助、教育訓練、財務規劃、環保等政策與機構的營運安危息息相關，希望政府能在考量機構經營困境的情況下，規劃出合理的政策方案。

八、長期照護需求推估

如表 9 根據陳副教授的資料推估，在民國九十年機構式長期照護的供給量與實際的需求量已達平衡，供需差距數僅有 267 床，幾乎已達飽和狀態，卻有分布不均的困境。

但是反觀居家式及社區式長期照護需求狀況(表 10)，同樣在民國九十年，供需間的差距達 48,705 床，供給量約只有需求量的一半。這跟政府的「七成社區照護，三成機構照護」口號，相距甚遠。要達目標仍有待大家繼續努力。

表 9 機構式長期照護需求推估表

	需求數	86 年	88 年	90 年(預估數)
需求量				
需長期照護人數	106,211		110,150	118,531
需機構式長期照護人數(30%估算)	31,863		33,135	35,559
機構式供給數(立案數)				
護理之家床		1,120	4,335	11,430
一般慢性床		4,691	5,027	5,027
社政養護床		4,237	11,473	16,473
退輔會榮民之家床		2,151	2,151	2,151
長期照護機構床			210	210
合計		12,199	23,196	35,292
供需差距數		-19,664	-9,939	-267

資料來源：輔大護理系陳惠姿副教授

表 10 居家式及社區式長期照護需求推估表

	需求數	86 年	88 年	90 年(預估數)
需求量				
需長期照護人數	106,211		110,450	118,531
需社區式長期照護人數(70%估算)	74,347		77,315	82,971
社區式供給數				
居家護理(衛政)		4,571	14,249	18,480
居家服務(社政)		5,027	9,041	13,050
日間照護(衛政)		180	669	936
日間照護(社政)		120	1,157	1,800
合計		9,898	25,116	34,266
供需差距數		-64,449	-52,199	-48,705

資料來源：輔大護理系陳惠姿副教授

九、社區式照護與機構式照護

1) 日間照護

目前在台灣很少見到辦理日間照護成功的例子，個人服務的醫院附設日間照護中心，目前的佔床率勉強可達約 80%，敝院的服務對象大多為失智老人，每人每月的收費為一萬八千元。之所以能成功，最主要的原因除了收費低廉外，同時因為我們也解決了運輸問題，因為運氣尚佳，遇到願意配合的交通公司，每天幫忙將病人運送到機構來，而且也願意將住在高層樓的個案用背的方式搬運下來，但這些費用都由個案自己另行負擔。至於收費方面，月收費一萬八千元是不夠的，依據推估，至少每月要二萬多才能達到收支平衡，但因我們配合其他長期照護服務一同實施，在經營上勉強還過得去。日間照護的確存在著許多問題，有待政府的支持及獎勵措施方案，且這些措施一定得顧及到被照顧者、業者及家屬各方面，才能有效地解決問題。

2) 居家照護

此項服務一定要有生活照顧服務的配合，才算完整，也才能達到居家照護

的真義，若僅是醫療方面的居家服務而沒有生活服務，我想再好的照顧可都大打折扣。

3)機構式照護

依我的觀察，現有的獨立型態機構，將來可能漸漸地被醫院附設型態所取代。被取代後的後果，首先政府應該仔細評估。如何保護獨立型態機構能良好地經營下去，實在是值得大家仔細思考的問題。

十、長期照護體系成功之要素

長期照護體系成功的最基本要素，我想應該是民眾的需求和服務供給者之間能互相清楚地瞭解到彼此的需求，這也是政府在施政中，必須考量的公平性問題。假若供給者所提供服務的收費是一般民眾所無法負擔的，我想除了民眾無法得到服務外，服務供給者也會因此而無法繼續營運。

十一、財務機制

每當提到有關長期照護政策問題時，我總認為首要解決的是財務機制，因唯有好的財務機制，才能讓服務提供者減低成本，並使需求者的經濟負擔減至最低。在這個財務機制中，至少應包括分級分類、設置標準及評鑑制度，並同時成立轉介管理網路，以整合醫政、社政及榮民體系，控制服務的量與質，並顧及資源均衡分配問題，這些實有必要政府出面統合、管理。

從養護及安養機構提供者觀點談台灣長期照護經營

－ 以高雄市為例

李宗融

一、經營現況

- (一) 官方資料及各方傳媒報導台灣已邁入老人化國家，由於此現象造成老人需要照護的憧憬假象，故形成目前社會福利機構如雨後春筍到處林立，品質價格參差不齊，值得堪慮。
- (二) 老人家何辜？台灣現在有如此安康富裕的生活，舉世認同與羨慕，功臣就是目前我們需要去照顧的一群默默奉獻自己的無名英雄，如今呢？可悲！
- (三) 個人從事養護工作五年，深深感受或懷疑從前老師教導我們「百善孝為先」是否錯了？如今社會的變遷與功利主義下，我發覺到這一群的老人們真的很可憐又無奈，只好認命！
- (四) 目前高雄市的養護機構個人看法以傾向「劣幣逐良幣」，業者惡性競爭，不顧品質的要求下，都以低價位招攬生意，而老人家心不甘情不願之下，由家人安排至機構，度過餘生。前面提過的老人家又何辜呢？他們有什麼選擇權力呢？過去犧牲一切，辛苦一生，換來的卻是如此的待遇，這又是情何以堪呢？

二、經營困境

- (一) 美其名為「社會福利機構」，但事實上私立社會福利機構是一個高成本、高支出、高稅額、高風險以及呆帳多的一種特殊行業（但先決條件是品質高、衛生好、環境佳），此行業身負著社會責任，然而不幸的是，目前高雄市有許多業者都反其道而行，造成有心從事服務老人機構的業者，難以生存。

例如：家屬把老人家送到機構後就很少來探望，只是繳費才來一次，在此情況下家屬無法感受到品質，但收費低廉的業者會被誤認為大善人，反而品質高的業者以合理收費卻被罵為沒良心，認為在搶錢。

- (二) 目前高雄市的業者，據本人所知超床嚴重，絕大部分的業者都以申請少床數為手段來規避「營運保證金」或建管、消防單位的審核，實際上卻不顧老人家的安危和服務品質。以低價位超收老人家來達到營利的目的，建議主管單位於不定時，不預警的情況下前往查核環境、品質、老人數等，以平時考核成績作為往後評鑑分數的一部分。
- (三) 有關住院人數問題，個人有一點建議，希望主管單位確實執行依法嚴辦。但中國人處理事物的原則及法律也都不外乎「情理法」根據同業間閒談在國外社福機構有所謂的預備床，建議主管單位能准予業者有預備床 10%~20%的調整彈性，以利短期院民出院後遞補之用。有此彈性後，爾後如果業者還有超出申請床數的情形，擬請主管單位嚴辦，以伸張公權力，如此一來或許可以改善各機構的品質，以免讓這一群無名英雄，含恨一生！

三、結語

「讓台灣老人活得快樂、活得有尊嚴，一切的努力是值得的」，這是個人時常與住在本中心的家屬共勉的話，今與各位先進分享。

世界上幾十億人口，但你我的父母親都各一個，他們無怨無悔把我們養大成人，我們為什麼不在他們來日不多的日子裡，提供一個舒適、安全、溫馨的環境，讓他們活的快樂，活的有尊嚴，各位您說是嗎？但，這是誰的責任呢？這是做人子女的責任！但當子女為了生活，為了家庭奮鬥無暇照顧父母，將他們託付給社會福利機構照顧的時候，這就是我們的責任了。這時候就需要政府、學界、業者共同努力讓社會有個健全的福利機構，獎勵優良的養護機構給予適當的補助，主管單位確實執法，讓取巧的養護中心無法生存下去。畢竟你我都會老，現在我們為這些老人所做的，就是為將來我們自己。以上所言，僅是個人從事照護機構的一點點小小心得，請各位先進指正，謝謝！

護理之家新擴建成本之效益

廖學志

一、中華聖母傳教修女會簡介

(1)聖馬爾定醫院是由天主教中華聖母傳教修女會創辦。以效法基督愛人之精神，為生病貧苦及需要照顧的人服務，使患者得到身、心、靈的「完整醫療」。

(2)天主教中華聖母傳教修女會，於民國四十年由大陸山東陽谷撤退來台，並於嘉義縣梅山鄉設立會院。

(3)民國四十五年本會美籍華淑芳修女(SISTER MARY PAUL WATTS)，有鑒於梅山鄉地處偏僻，貧苦病患無法前往城鎮就醫，乃創立「海星診所」惠澤鄉民，是為「聖馬爾定醫院」之前身。

(4)民國五十一年，會院遷至嘉義市，海星診所亦隨之遷往嘉義市民生路，同時改「海星診所」為「啟明診所」。

(5)民國五十四年蒙美國教友捐獻，乃在嘉義市民權路興蓋聖馬爾定醫院，(院名之由來係為紀念美籍恩人"馬爾定"先生，因為他的鼎力捐助，始有今日之聖馬爾定醫院。又按天主教教會聖人史上聖馬爾定是一位充滿慈悲，救人濟世的好醫師)

二、天主教聖馬爾定醫院附設護理之家籌設經過

(1)基地面積=4026 平方公尺(約 1217.8 坪) ，建蔽率約 49%，地下二層，地面六層ㄇ形大樓，總樓地板面積=17036.6 平方公尺(約 5153.5 坪) ，民國八十六年十二月六日護理之家(芳安院區)舉行動土儀式，民國八十九年元月十八日遷入啟用。當時，衛生署所核准的床數為 200 床，依估算 200 床的經營十分困難。因若以每坪七萬元的經建費計算，五千坪的建費合計約需三億五千萬元。但以當地的收費標準，平均每床的產值約為 28,593 元，則 200 床每月的營業額約有六百萬，這六百萬元的所剩盈餘實在很難去還三億五千萬元的貸款。

(2)樓層配置：

地下二樓：停車場、污衣收集室、污水處理

地下一樓：廚房、餐廳、庫房、機電中心、空調中心、鍋爐室、中央監控室

一樓：日間照護中心、復健中心、行政中心、聖堂、接待櫃台

二、三、四、五樓、六樓：病房、護理站、日光室、全身按摩水療室、貴賓套房、配膳室、污衣室等

(3)床位分佈：

樓層	單人	二人房	四人房	五人房	六人房	八人房	總計
二樓病房數	3	7	0	1	2	3	16
床數	3	14	0	5	12	24	58
三樓病房數	2	8	1	1	2	4	18
床數	2	16	4	5	12	32	71
五樓病房數	2	8	1	1	2	4	18
床數	2	16	4	5	12	32	71
病室數總計	7	23	2	3	6	11	70
病床數總計	7	46	8	15	36	88	200

(4)床位安排原則：

- 1.樓層：二樓收置嚴重程度高者(三管)；越嚴重之住民安排住近護理站；三樓、四樓主要收置自我照顧功能較佳者。
- 2.性別：男女分區分間，夫妻除外可同住雙人房。
- 3.疾病屬性：功能或疾病狀況相同安排在同一區。
- 4.住民或家屬意願

(5)例行處置：

- 1.鼻胃管灌食：一天六次
- 2.管灌住民水份補充 2 次
- 3.至少每 2 小時翻身一次
- 4.住民安全及舒適維護
- 5.每三天及必要時測量生命徵象
- 6.住民清潔：
 - 1)盥洗、更換衣物、床單、刮鬍子、修剪指甲
 - 2)便後及必要時施行會陰沖洗
- 7.管路更換：
 - 1)鼻胃管--每月更換一次；蓄尿袋：每週更換一次

- 2)導尿管：每月更換一次；氣切外管：每週更換一次
 3)氣切內管：每天清洗、消毒兩次(白天小夜班各一次)

三、天主教聖馬爾定醫院附設護理之家營運現況分析

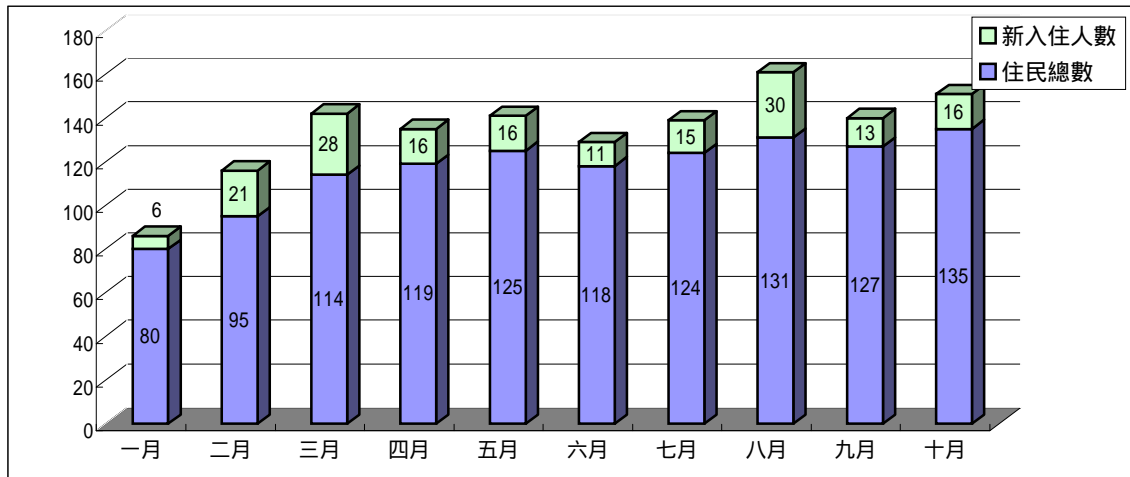
(1)收費標準

病房別	病房費/每月	伙食費	特殊護理費	耗材	保證金
單人	32,000元	一般伙免費 管灌營養費加計 2000元	氣切 2000元	另計	一個月 病房費
雙人	27,000元		胃管 1000元		
四-六人房	25,000元		導尿管 1500元		
八人房	24,000元		褥瘡 500元		
			深度褥瘡 1000元		
			呼吸器 4500元		

(2)人力配置：(目前約使用 135-140 床)

護理人員：13人(含主管)
 病患服務人員：29人
 廚房與縫補：5人
 機電值班人員：3人(休假由總院支援)
 警衛：2人(休假由總院支援)
 櫃台(兼總機)：2人(休假由總院支援)
 清潔(外包)
 床單衣物清洗(外包)
 總院支援(資訊、運輸、採購、庫存管理、營養、社工、牧靈、醫師巡診、志工、實習學生)

(3)業務動態：



項目	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月	十月
住民總數	80	95	114	119	125	118	124	131	127	135
新入住人數	6	21	28	16	16	11	15	30	13	16
退住人數	4	6	8	11	10	10	16	21	16	10
佔床率	62.0%	73.6%	88.4%	92.2%	96.9%	59.0%	62.0%	65.5%	63.5%	67.5%
總床數	129	129	129	129	129	200	200	200	200	200

(4)營運概況與分析：

下表為本院 89 年 1~10 月份的成本概況，有關折舊攤提費用部分，依據中華民國稅法規定，設備依 5~8 年折舊，建築物依 56 年折舊。我想以這種算法，大概永遠湊不足資金去蓋房子，因為 56 年是直接除的，例如投資費用為 2 億元，則 $2 \text{ 億} \div 56 \div 12 = 30 \text{ 萬元}$ ，這 30 萬元就是每個月攤提的費用。如果有人願意以這種方式提供資金，分 56 年的時間還錢，那就足夠蓋護理之家，但可惜的是幾乎沒有銀行願意做這種生意，銀行頂多只提供 15~20 年的貸款，而且還要加上 7.95~8.5 的利率。

10 個月來，本院的總成本費用約佔 92%，其中人事費用稍微偏高，約佔 44%，偏高的原因，可能是因佔床率不高(60%左右)的緣故，其他的費用是屬於隨佔床率而變動的部分。如果將折舊攤提費用加上(總收入-總費用)百分比所得到的和(未提折舊的毛利率)大約是 20%左右，若以 200 床每月的總收入約六百萬元，乘以這 20%，每月則約有一百二十萬的「未提折舊的毛利」，若以這一百二十萬向銀行攤還貸款的本息，則預多只能貸款一億二千

萬元。但目前本院蓋這座護理之家的總投資額約為三億五千萬元，所以直到現在，我們仍持續著虧本現象，且擔憂著不知該怎麼還錢，另一方面以上的估算尚未考慮土地成本，若是再考慮土地成本則永遠無法回收。

依以上經驗，我認為以目前的收費標準(每月低於三萬元)不應蓋新的建築物，去經營總床數在二百床以下護理之家。我建議以舊有的醫院房舍去改建，且需和現有的醫院結合在一起，除了住民就醫方便外，更可節省諸如櫃台、警衛、監控、廚房等人力費用的支出，這些節省下來的費用，可成為經營的部分利潤。假使無論如何都必須新蓋建築物，則我建議至少必須在 350 或 450 床以上，且每床產值需大於三萬元才有生存空間，雖然很多人並不贊成大型機構化的照護，但是唯有大型的機構才較符合經濟效益，別忘了能夠存活且才能兼顧品質。

人事成本	44.31%
物料成本	15.75%
水電氣體成本	7.91%
洗縫費	0.65%
清潔費	1.26%
雜項購置	10.85%
折舊攤提費用	11.48%
總成本	92.21%
總收入	100.00%

備註：

人事成本未包括退休金提撥準備及總院支援人力，設備依 5-8 年折舊，建築物依 56 年折舊

長期照護服務品質監測系統之建置與促進

蔡淑鳳

一、長期照護服務範圍與內容項目 - 以高雄市為例

(一)我國長期照護可分為三大體系

- 1) 醫療服務體系：包括慢性病床、護理之家、日間照護及居家護理。由衛生醫療單位以護理人員法及醫療法予以規範。
- 2) 社會福利體系：安療養機構、身心障礙福利機構及托老中心，由社會福利單位以福利法予以規範。
- 3) 國軍退除役官兵輔導委員會體系：指一般的榮民體系。

眾所周知，我國於民國 82 年正式邁入為老人社會，由於高雄以工業為主，年輕人力大量流入之故，老年人口於 88 年底達 7%，僅高於台北縣及台中市，為我國排行第三人口結構較為年輕的地區。

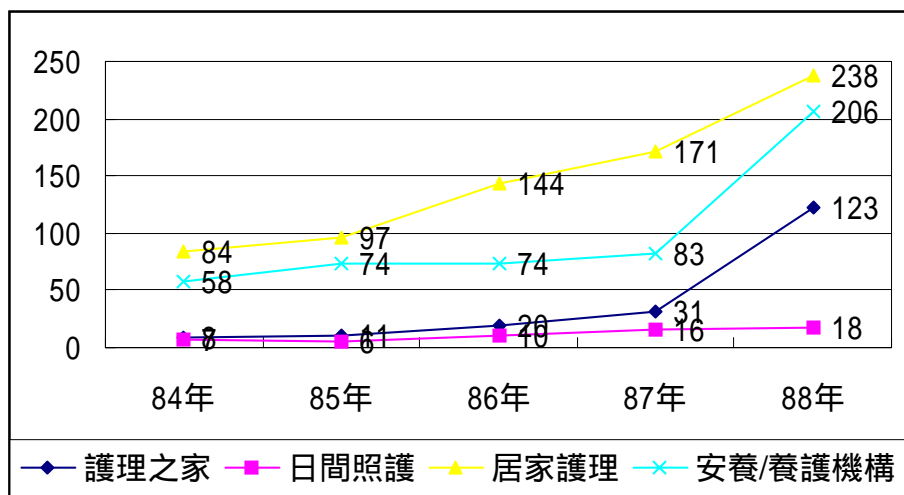
(二)長期照護機構成長狀況

如圖一，於民國 87 年，除了日間照護未呈現成長狀況外，其他無論是護理之家，安養護機構或居家護理都出現明顯增加的情況，其中尤其以安療養機構的成長速度為最快，其次則為護理之家。而居家護理雖因能得到健保合理的給付，一直呈現高成長率狀態，但實際上的運作似乎並非十分活躍，營運上也似乎不是十分理想。

表一 高雄市長期照護機構床數分布與老年人口比例一覽表

	護理之家		養護中心		床數合計	老年人口	平均每萬老人床數
	家數	床數	家數	床數			
鹽埕區	1	103	0	0	103	3495	294
鼓山區	4	150	5	187	337	8392	401
左營區	3	213	3	108	321	14683	218
楠梓區	2	67	3	177	244	8667	281
三民區	9	225	11	374	599	17149	349
新興區	3	92	0	0	92	5776	159
前金區	3	142	2	83	225	3640	618
苓雅區	6	356	3	111	467	13904	335
前鎮區	4	78	7	239	317	12119	261
旗津區	0	0	0	0	0	2519	0
小港區	2	69	1	49	118	7003	168
合計	37	1495	35	1328	2823	97347	289

圖一 台閩地區長期照護機構歷年成長圖-84年至88年



(三)高雄市護理之家經營狀況

目前高雄市合法立案之護理之家機構計有 37 家，養護中心計有 35 家，立案床數已達 2823 床，遍佈十一個行政區，每萬老人平均有 289 床，若含已許可惟尚未營業之機構，平均每萬老人人口床數則達 300 床，較行政院衛生署規劃之 150 床標準高出 2 倍，是目前全台灣地區合法護理之家最多的縣市。(如表一)

如表二所示，從民國 86 年到 88 年之間，高雄市護理之家無論是個數或總床數都呈現增加的狀況，雖住院日及新案數也呈成長趨勢，但佔床率卻是有減無增。由此可以預測在 89 年，護理之家總床數的成長率可能會出現停擺狀態。

表二 高雄市護理之家服務量表

項目	八十六	八十七	八十八
家數	12	22	31
床數	488	868	1332
佔床率	91	81.1	74.5
住院日	244	575	844
新案數	980	1040	1093
出案數	250	565	873

(四)高雄市護理之家及安療養機構的特色

1.護理之家

- 1) 建築物：獨立型態護理之家約佔百分之七十六，其建築物有三分之一左右是屬於獨棟的，其中二 五層樓約佔三分之一，十樓以上的建築物約佔十分之一。
- 2) 床數：因受限設置標準是每 16 平方公尺設一床，500 平方公尺是建築物不同標準的切點，故 30 床以下，佔百分之六十，30~100 床佔百分之四十。

2.安療養機構

- 1) 建築物：獨棟的佔三分之一，二 五層樓的建築物佔其中的三分之一。
- 2) 床數：因安療養機構的設置標準是每 10 平方公尺設 1 床，49 床以下為小型安療養機構，故 50 床佔百分之六十，而 30 床以下佔百分之四十。

二、護理之家的品質管理

目前高雄市在照護機構的管理上，面臨最大的問題是業者的惡性削價競爭及挑選個案。針對這些問題，為預防市場失能的情況下，本局已開始積極輔導管理。在輔導的過程中，遭遇重重困難，例如，約有一半左右的機構經營負責人並非為醫事從事者，每當討論到照顧品質等問題時，往往會發生溝通不良狀況。

目前有關衛生局正進行中的策略如下：

- (一)照護人力培訓計畫：無論公私立機構，一律開辦人員訓練課程，培訓費用，由衛生局支付，透過人員培訓，提昇照護品質。
- (二)產、官、學界評鑑合作計畫：與中山大學及高雄醫學大學合作，共同研發最適當的護理之家評鑑量表。

以上兩個計畫雖尚未完成，但接下來在其完成後，衛生局計畫將與社會局合作，包括資源如何互相運用，如使衛生局的喘息服務與社會局的中、低收入戶福利的使用，及共同研討人員培訓計畫及評鑑計畫之可行性，使高雄市的長期照護機構管理能在同一體系下執行，而非社政、衛政各自為政。

(三)護理之家評核與品質改善審查

有關護理之家品質的建置與促進，目前共分以下兩大部分進行：

1. 合法立案違規經營的護理之家：進行不定期多次的訪查，以改善超床現象。

訪查方式及項目如下：

- (1)訪查前與業者召開多次座談會，讓業者了解衛生局輔導、管理的真正用意。
- (2)在第一回合的訪查前，採事先通知業者。
- (3)第二回合的訪查則依區域分成五組，採同儕不定期訪查。
- (4)訪查項目為①有無護理紀錄；②環境衛生（整齊、清潔、通風、光亮、舒適，視聽觸嗅感覺適合人助的地方）；③聯合消防局訪查公共安全設施；④護理人員疾病患服務員人數及資格。

2)新設立護理之家：

為確保護理之家品質與經營潛力，除依照護理法通過立案申請的護理之家的標準，衛生局加強審查護理之家經營管理計畫，透過專家實地輔導改善品質問題。

第一場：台灣地區長期照護服務需求探討

主持人：藍忠孚

主持人

從以上演講內容可以了解到長期照護是非常複雜的問題，涉及層面很廣，目前沒有一個單一的公式及方向，世界上也沒有任何模式是大家公認可以模仿、學習。長期照護牽涉到醫療及生活兩方面的照顧，目前分別有全民健康保險及國民年金負責統籌其財源，將來需不需要有另一個獨立的長期照護保險，或另外思考其他方式來解決長期照護的財源問題，我想關於此議題應該有很多地方值得我們來探討。誰需要這些照顧？這些又是誰的責任？由誰來照顧？以什麼方式照顧？由誰出錢，錢又怎麼來，適當的給付方式又為何？等等，我想今天探討的問題非常廣泛，無論是總體面或個體面、無論在政策面或實務面，現在誠摯歡迎各位先進及朋友一起來討論。

陳聽安

關於照顧者的津貼，王教授提到內政部發得太少而台北縣又發得太多，到底照顧者津貼要給多少才算合理，這個問題十分有趣。王教授提出的理論基礎是政府之所以要給津貼，是因為照顧之後會產生兩種利益，一是屬於社會的利益，另外一個是家庭個人的利益，前者理所當然政府要負起責任，所以應由政府給付津貼，而後者的利益是個人收的，所以應由個人付出代價。換言之，此理論既提到社會利益又提到個人利益，介於兩者之間，我想這樣的理念是非常堅實的。

但是我想有些學者的想法與王教授的想法可能有些出入，例如台北縣林萬義副縣長曾經是台大社會系教授兼所長，他是一位均等主義者、普遍主義者，基於此，林副縣長的理論基礎應該是不將照顧利益分為個人得到或是社會得到，而是站在「福利」的立場，在此立場因每個人的利益都是均等，所以就不能因家庭或其他狀況而有所不同。

因為理念基礎的出發點不同會導致不同的政策方針，所以固然我認為王教授的批判是對的，但是也很難說王副縣長的理論基礎是錯的。但是我所關切的是往下走一步，也就是像這樣的照顧者津貼發放，在中央政府財政困難，縣市政府財政迥後的台灣現狀下，我懷疑台北縣的政策還能做多久，且擔憂它會成為一

個「短命政策」。所以台北縣的照顧津貼方案，將來可能不會成為其他縣市參考的對象，而得另尋他法。但是內政部應該不能允許各縣市有不同的政策措施，應該集思廣益採取一致的政策。照顧者的津貼究竟要發多少？應該先討論出共同的理念依據，而後決定共同的政策，不能讓各縣市各自為政，否則將來台灣不但會天下大亂，而且政策都會很短命且失去意義。

周麗芳

去年著手研究失智症照顧者時，開始接觸到家庭照顧者，因失智症病患特殊，所以深深感受到照顧者的壓力真的相當大。衡量照顧者的成本時，除了一般考慮到的直接成本，如所得、經濟等外，應該還必須包括間接成本，但是就如邱理事長所提到：照顧帶來很多心理負擔、身體狀況減弱、甚至很多人因此走上自殺之途，諸如此類的間接成本的衡量往往相當困難。因此對於間接成本的評估，應該多蒐集一些實証與數據，以衡量出照顧者真正付出的辛勞。然而在衡量經濟成本時，有一點大家可能容易忽略，一般正常工作時間一天為 8 小時，但是家庭照顧者的工作時間，一天可能長達 24 小時，雖然有人會批評並非每一分每一秒都在照顧，仍然有時間可做一些家事或其他想做的是，但是不難想像這是一種壓力，只要有緊急狀況，可能就需馬上從床上跳下來。那麼該如何去評估一天 24 小時，全年 365 天無休的照顧者的負擔呢？除了經濟上的協助，應給予一些情緒上的關懷與支持。

至於經濟的協助，最近有幾次學術研討會針對照顧者的津貼，提出了許多正反對的意見，事實上發放津貼的良法美意是要改善照顧者的經濟負擔，但又有人認為發放津貼給照顧者，反而成了家庭束縛照顧者的理由，家人也許會說辛勞已有了回饋，為什麼還要另找工作。或許更有人因此認為國家社會已給了照顧者回饋，就應全心全意照顧，不能再將被照顧者丟還給社會照顧。很多政策正反面看來好像都很有道理，但其著眼點到底要怎麼想，個人責任與政府責任又應如何切割，這些政策將不斷地挑戰著我們。

主持人

急性照顧與長期照顧最大的不同點在於前者有改善或治癒的可能性，但後者相較之下較具不可恢復性，而令人感到氣餒。也許有人認為若有好的照顧支援仍是可改善其生活品質。不過可以得知癌症病人的照顧、安寧或臨終照護、乃至於

痴呆及阿茲海默症病人的照顧，都是充滿較多壓力，多幫忙這些照顧者是非常重要的。

楊培珊

目前我個人也擔任中華民國家庭照顧者關懷總會的一些工作，今年度為了追蹤內政部中低收入戶老人照顧特別津貼辦法訂定後的實施狀況，最近蒐集了一些相關資料。根據內政部最近召集各縣市承辦單位所開的內部會議中得知，自從三月正式辦法擬定後，各縣市陸續開辦，到目前為止實施狀況都屬於小規模的，以台北市為例，只發放八十餘人，和我們當初花了很多時間為倡導、討論、精算所投下的成本完全不成比例，更糟糕的是由於各縣市政府財政困難，辦法中雖明定台北、高雄兩地在試辦期間由中央補助 70%，地方自籌 30%，而其他縣市的補助可達 90%，甚至 100%，但多數縣市都仍表示無法負擔自籌部分，而不願繼續辦理。所以，雖然我們有五十萬的照顧者承擔著很大的負擔，但在總體財政的考量下，仍像邱老師所說，他們是弱勢中的弱勢，很快地可能就會被遺忘。今後我們會更加努力陸續蒐集各縣市照顧者津貼實際執行狀況，並將資料整理在照顧者刊物上。

另外，王教授提到個人照顧不包括清掃家務、準備食物、洗衣、購物、特殊交通服務、陪伴接送等等間接照顧，一般機構式照顧的保險給付中，也排除膳食費與住宿費，但是實際上從實務工作中發現，其中除了有實際的生活費用外，還包括輸送費用，以買菜為例，除購買的人力費用，還包括製作餐飲及後續之保溫、衛生管理等。目前我們的居家服務已提供了很多屬於過程性的服務。

主持人

基本上任何一個計畫、政策、最重要就是看它能否持續，例如全民健保目前的財務看來不是很樂觀，所以很多人就談能否永續經營。地方怎麼給照顧者津貼，我也擔心它的持續性。另外，楊教授也提到間接成本的問題，真正的忙要怎麼幫，目前各式各樣的理論都不錯，但是由誰來計算費用，誰來出錢，即使是 income 的幫忙，最後仍要換算成錢，且要有財源，才是重要。

鄧世雄

耕莘醫院做老人照護工作為時已久，最近也開始失智老人的照顧工作，在

此提出兩點意見。首先針對家庭主要照顧者，我們正式成立家庭支持團體已有三年多，其成效相當好，透過院方的組成，家屬彼此關懷，分享經驗，因為這個組織的成立，使得這些家庭照顧者也成了機構內工作人員的一分子，他們對於整個機構的營運不但有很多實質的幫忙，更把溝通的困難減輕到最低，也獲得家屬們的好評，因此我覺得這樣的支持團體是值得推廣的。另外針對失智老人照顧也成立了兩個支持團體，家屬也因加入這樣的組織而得到很好的情緒舒解及照顧技巧。所以我認為大家可以在照顧者問題上多費點心，因最後得到幫助的會是我們提供者。

另外，希望政府能早日確定長期照顧的財源機制，若沒有財源機制，長期照顧工作的推動都將呈現「原地踏步」現象。標準訂得過高，低收入戶根本承擔不起，而導致只有高收入的人才能接受照顧。就我接觸到醫療體系的健保給付，感覺到因醫院要求健保給付項目越來越多，甚至有些地方已達濫用現象。如果老人長期照顧以附加險形式（可獨立分開，且不一定要強制加入）辦理，則健保可把一些浪費在急性醫療或慢性醫療的錢規劃提撥至長期照護方面，如此一來，對健保而言應可減少一些浪費，且長期照護也可得到一些財源補助。

主持人

若能成立家屬支持團體，至少家屬就不會感到那麼無助，透過團體的討論或分享彼此經驗，應該可獲得一些幫助。

王正

楊教授提到領台北市津貼的人很少，那是因為 in kind, in cash 只能選擇一樣，而居家服務通常都達四、五十小時，甚至在台北市最高可達九十六小時，錢算起來已超出五千元，所以多數人寧可 in kind 而不要 in cash，造成實際領取津貼的人並不多，為解決此問題將來在制度規劃上應做一些調整。

另外，我要回答楊教授所提，幫助買菜、煮飯、洗衣等成本為何不能算進去的問題，為此我曾經訪視英國，並與當地學者討論，假設將來我們有長期照護保險、全民健康保險、國民年金保險三個保險局，老人無論居住何處，所有費用都由這三個保險局處理，此時三個單位，尤其長期照護保險與國民年金保險一定會互相討論費用由誰付，例如需要有人到家裡幫忙打掃、洗澡、餵食等時，因為這些事情是生活和照護混在一起，費用究竟該由哪個單位負擔，當時我就請教了

英國學者要如何區分，他們回答我一個很簡單的區分方式：如果這個行為有碰到身體就是「照顧」，沒有碰到身體就是「生活」，所以買菜、煮飯、洗衣因沒碰到身體都算是生活費，費用由國民年金保險局負擔，而餵食及洗澡則是「照顧」，所以我剛才報告買菜不算在費用內，是因「買菜」沒碰到身體，基本上是屬於生活費。

還有，我贊成鄧院長提出的以附加險方式，只是此形式的財務一定要獨立且必須強制，不能任意參加，因為它的風險大都集中在 5~6% 人口的身上，須要靠另外 95% 的人來承擔，若是自願，可能只有 5% 的人加入，那是無法撐下去的。

主持人

我曾經在過去的研討會上提出，全民健保、國民年金、長期照護三項保險或其他相關政策一定要合併考慮。從我國長期照護制度便可得知，衛生署、內政部、退輔會或其他民間團體各作各的，缺乏事先的溝通與協調，以致很難達到一個好的成果。因此這三個政策實施到一個程度就必須一併考慮，否則就很難劃分清楚各自負責的範圍。

余玉眉

是不是要用附加保險一事，已經談了很久了，真的需要儘快提出具體方向。我是比較贊成用附加保險，雖然很多護理界人士認為應該擠到全民健保裡，但我認為並不妥當。希望能利用今天的機會，請在座專家針對附加保險稍作說明，讓實務界的人瞭解什麼是附加保險，以取得一致的見解，不然又會因意見分歧，而使此方案遲遲無法實施。

王正

德國的長期照護保險費用，根據估算大約是全民健保的六分之一，若以此推估，我國全民健保每人一年的費用是 12,000 元 13,000 元，所以長期照護保險的費用為其六分之一，大概是二千多元，不到三千元。而所謂「附加」，意思就是指收健保費時，就順便收長期照護保費。另外，是「醫療」或是「照顧」必須有人判斷，在德國就由疾病基金集中處理，也就是管理單位為同一個，但財源是獨立的，且行政人員是兩套人馬，把照顧和醫療分得很清楚。

邱亨嘉

目前的工作職場上仍未有所謂的「顧親假」，雖然它不像喪假十天就可以解決，但若由家屬輪流請假，應可提供被照顧者一段為期不短的「照顧期間」，為減輕照顧者及被照顧者的負擔，希望能儘快擬定「顧親假」制度。

鄧世雄

近來由於週休二日制及工時調整，致使員工的假期比起過去多出了許多，若在此時實施「顧親假」方案，恐怕多半業者都無法承擔供給員工那麼多的假期，因此倘若政府能積極獎勵推動社區化照顧，如此，便可將被照顧者安置於日間機構、短期臨托等處，減少一些家人照顧的負擔。也就是說社區式照顧能步上軌道，也許就能消解「顧親假」所面臨的難題。

廖學成

每當看到家屬攙扶病人上下計程車時，都感到一陣心痛，因此工作除了費力，一不小心還可能雙方面都摔倒而需送急診急救。為解決這個問題，建議政府能鼓勵並補助設置輪椅專用計程車，例如可以全額補助所有裝置並減少此種計程車業的稅收，而規定使用費用比照一般計程車，以方便使用者。

第二，建議家庭照顧者關懷協會成立照顧者網路，讓他們能彼此連繫，當需要出門辦事或稍微喘息時，也許可以互相照應，將自己目前所照顧的家屬，請另一位家庭照顧者暫時看顧一下，你來我往，也許可以得到一個不錯的成效。

另外，關於「顧親假」的問題，我以醫院經營者身分提出一些看法，不知各位有沒有計算過，從民國九十年一月一日週休二日開始實施後，每位員工每年約有 113 天的假期，比起原本隔週休二日時 105 天的假期多出了 8 天，若再加上「顧親假」恐怕會影響人事費用，成本頗大，就算是能採用「留職停薪」，不動用到人事成本，但這個位子該由誰替補？目前幾乎所有的企業都是一個蘿蔔一個坑，有時甚至一個蘿蔔兩個坑，所以我想幾乎沒有企業能承擔這種狀況，也就是說「顧親假」的實施，對每一個企業經營者而言，都會是沉重的負擔。

王俐人

花蓮慈濟醫院所辦理的日間照顧，目前大約有二十床，這二十床當中約有

二分之一以上，都由員工的父母使用，早上上班時，將自己的父母帶進照顧中心，下班時就順道帶回家。除此之外，醫院還設有托嬰中心，大部分的員工也都善加利用此中心。我覺得這樣的方式比起「顧親假」會好一些，關於「顧親假」剛才已有幾位先進提到，在實施上不僅只有留職停薪之成本問題，也涉及到自己工作崗位的專業性是否能有適當人選代職之問題，所以假若企業經營者有能力辦理托兒中心，是否也應同時考慮辦理「顧老」中心。

劉達麗

目前「日間托老」在台灣的使用率並不高，有許多地方雖做得很好，但因個案太少，而致營運不佳慘遭關閉之命運。而有關於日間照顧接送之運輸問題，都會型與鄉村型實有其截然不同之處，鄉村型只要能具備設備完善的交通工具，在運輸上通常不會有太大的問題。反觀在台北市所需面臨的運輸問題，不光只是運輸工具或交通狀況，連個案從自己位於高層樓的屋子走到停車處都成問題。這樣的情況該如何改善，實有待多加討論。

在台北市有許多國宅，國宅雖然都屬大樓式但多數設有電梯，而一樓部分，都由一些商店及中庭所占據，我建議應將部分之一、二樓層面預留給需要照護的人或老人們，並且設計一個能提供多層級照護包括健康功能較佳到功能較差，或失智老人照顧的日間照護中心，將未來老化問題也列入國宅生活機能當中。還有也應儘量鼓勵設計無障礙空間的建築物。我們常說老人需要年輕的人和他在一起，小孩需要學習怎麼跟年老的人相處。過去我們曾經舉辦相關活動，讓幼稚園的小朋友有機會接觸住在機構中的老人，結果發現多數的小朋友雖手上都持有禮物，但都不知如何遞送老年人，出現老年人十分希望能接觸小朋友，但小朋友卻感到十分害怕的情形，如果將來國宅能預留一些空間，讓托兒所及老人照護中心同時設立在此，應可增進彼此交流的機會。

另外，我想提出另一個觀點與大家分享，當初我們在成立護理之家時所訂的收費為每人四萬元，在當時為全國收費最高之護理之家，但至今此價位在全國已成為一般價位，這當中牽涉了幾件事情，目前有很多安養中心都在比較低價位，致使消費者會考慮選擇便宜之處，但是想必有很多人都會擔憂自己年輕時努力賺錢，將來老了買得起高價位服務時，究竟有沒有人能提供高品質的服務。所以我認為應有個恰當的市場機制，應有人提供雖收費高，但高品質的服務。希望將來長期照顧不要淪落像健保一般，比照價格之後，而無法享受到品質多層級的

服務。另外，也真的有一些人連目前所訂最低價位的收費都付不起，所以我認為有必要訂定多層級價位的機構，以供消費者選擇最適合自己的服務，但前題條件為這個制度必須由政府監控，雖然收費低，但最基本的環境衛生等事項，一定要能符合標準。

李孟芬

- 1.日前剛好有一些英國的專家至協會做一些非正式的交流，他們提到目前在英國新開辦的地方化政策，由中央政府委託地方政府去做自己的需求規劃與服務模式的設計與事後的評估，每一個政府都享有極高的權責。由此我思考到在我國整個財務大轉換的世紀裡，接下來地方政府將扮演十分重要的角色，尤其是社會福利財源地方化的同時，十分擔憂許多縣市政府會輕社會福利，而重建設或經濟。雖然中央政府強調會有專款專用方案，但究竟由誰擔任監測角色，實值得質疑。
- 2.有一新觀念「信託制度」希望大家能共同討論，我想目前我們對此的需求性應該很大，因為現在所有的長期照護的支出都是由家人或個人來負擔，當個案失智或步入老年期仍擁有很多財產時，常須面臨因財產而起的紛爭，往往因此而落入一些未立案的安養機構。諸如此類的事在我們的社會中不斷發生，究竟應如何預防，也許「信託制度」應會是一個很好的解決方法，但我想請教在座財務專家，如果我國要推動這樣的制度，應由誰擔任著力點會較恰當？
- 3.長久以來在我們的社會中一直有個觀念，認為社會福利是慈善事業，不應與營利為主的產業或企業界掛鉤。但英國在推動老人政策時，就把企業界與產業界都一起納進來，結果產生的效應都十分良好，尤其是無障礙空間及終身住宅的規畫，已經完全溶入福利制度中，這是值得我們學習的地方。

陳敏雄

最近我個人參加內政部營建署關於國宅法人修改案的會議，會議中提到「照顧住宅」的觀念，但是建築工會擔憂這種住宅的銷售情況會不好，因此，無法接受此建議。另外有人也提到政府蓋的國宅應加強鼓勵無障礙設施，但是反觀全國目前國宅銷售狀況，有人質疑似乎政府已無須蓋國宅。

主持人

非常感謝各位在第一場次如此踴躍的發言與討論，並也感謝邱教授對照顧者的需求及王教授對財源面所做的詳細介紹。由於時間的關係，無法讓各位暢所欲言，我建議假若還有其他意見，請各位加以利用桌面上的發言條，以書面方式陳述您寶貴的意見，工作人員會儘可能將其彙整於報告書中。

第二場：台灣地區長期照護服務供給探討

主持人：張媚

主持人

剛才三位報告者都講了很多經營上豐富的經驗與困境，想必在座的各位心中一定有許多共鳴或其他感想與建議，歡迎各位利用這段綜合討論的時間，踴躍提出您的看法。

張志明

馬偕醫院橫跨了長期照護的各領域，包括日間照護、居家護理及護理之家，在我個人管轄的範圍內同時跨越了衛政及社政單位，衛政部分是居家護理，而社政部分則是日照中心。從剛才的報告中得知，護理之家的經營問題似乎不大，但居家護理及日間照護則好像面臨了許多困境。目前在台北市所看到每一家日間照護的經營狀況都十分慘烈，就經營成本面來看，我們面臨了很大的困擾，就如鄧副院長所提到的，我們踩到了「公辦民營」的地雷，開辦的第一、二年，因有經費、人事費的補助，而勉強能有盈餘，到了第三年便出現經營赤字，通常我們是以第一、二年的盈餘來補第三年的虧損，以維持機構的營運。然而往後是否要增加更多公辦民營的機構，且原本不用錢的租地，接下來都要收費，將來經營越來越困難是可想而知的。究竟公辦民營是政府所獎勵的，亦或是當負責人接下這燙手山芋後，卻變成一個懲罰措施。我想這是政府急需深思且改變的問題。

無論是日間照護、居家護理或護理之家，因照護的對象是老人，都難免會涉及到家庭照顧者的問題，在此我想請教各位專家，依目前台北市的交通狀況，接送老人至日照中心至少花費二小時左右，這二小時當中有些老人難免會出現失禁現象，如此一來除了令老人家的人際關係惡化外，也常令家屬無法諒解。以照護者身分，該如何協調或解決此問題？

另外也想知道機構與機構間能否有整合或合作的空間，就我所知某些機構擁有自己所屬的交通車，那沒有的地方是否可以以付費的方式請他們幫忙接送，或是由幾家機構共同擁有一台交通車，並共同聘請司機，不知道這個意見算不算成熟，也不知道其他機構是如何計算這方面的經營成本。

任憑今日人事等諸費用日漸高昇，但健保局所訂的標準就我所知自民國八十五年以來，都沒有調高過，若不加以檢討改善，相信有很多長期照護機構將會逐漸面臨無法經營下去的問題。

陳敏雄

剛才聽了幾位報告者對台灣長期照護經營問題的分析，深深覺得感受十分相似，在此我僅提供台北市的經營現況和大家分享。

常有人說長期照護的床數不夠，但這已幾乎成了歷史名詞。從鄧副院長提供的資料中可以得知到民國九十年的總床數為三萬五千多床，幾乎已達平衡狀態，但有個事實，雖部分護理之家的佔床率達到百分之百，少則也有六、七成左右，但是養護機構的狀況似乎沒那麼好，根據專家的統計其佔床率約有百分之七十左右，若將現有的三萬多床，以百分之七十去估算，至少還有五千床左右的空床是尚未被使用的。

然而根據報導，未來在台北市將陸續成立大型的養護機構（約五百床），還有榮民系統的醫院在全省共有十四家（共一萬九千床），而這十四家醫院據說也正積極規劃養護、安養機構，就此看來台灣養護業是十分具有未來性的。只是目前的狀況十分混亂，經營上十分辛苦，但是等到大家普遍立案後難免又會是另一個春秋戰國的開始。所以我認為長期照護目前所面臨的問題並非「量」的不足，而是種類太多，功能重疊。又如鄧副院長的報告中也提到，醫院附設型態的經營狀況尚算良好，但獨立型態護理之家，已面臨許多經營上的困難。

針對這些問題，老人福利聯盟做了一些研究，提出以下建議：是否未來不要再出現醫院附設型護理之家，醫院只要專門負責 post acute 方面的工作，而護理之家則和老人福利法下的長照機構，加以整合成為一個同一名稱的機構，並將此機構分級為低層級、中層級、高層級三階段的照顧，低層級負責養護機構階段，中層級負責護理之家階段的照顧，而至於該隸屬那個政府單位的問題，則可加以規劃該由衛政、社政或兩者共同統籌，並且設計一套合理的收費標準。

曾經見過位於高雄的某家復健護理之家的廣告單上這樣寫著「榮獲高雄市政府評鑑甲等，每月收費一萬五千元，免費試住一個月」。可見為了招攬生意已到了無所不用其極的地步，簡直也無品質可言。另外，眾所皆知，小型機構如何操作只有 12 床的經營，有無超床現象，就台北市最近的狀況向各位報告，至 12 月 12 日止的統計，台北市共 200 家大小型養護、安養機構，就其床數的分析，

100 床以上僅有 5 家(2.5%)，而屬最難經營 9 床以下的約有 34 家，佔總數量的 17%，其餘 10~19 床有 82 家(41%)，20-29 床有 52 家(26%)。

根據以上數字統計，29 床以下所謂「小型」機構竟達總數的 84%之多。這些小型機構當中的超床現象是可想而知的。因此我認為在台灣，安養機構非但沒有不足，反倒可能是供多於求，以至於業者會利用降低價格等方式以招攬生意。小型化的目的不外乎是走向家庭化、個人化，其出發點固然很好，但是否為一種迷思，實有待各方多加思考。規模太小的機構難免會有品質穩定性不夠、因設置標準低以致照護人力不足、病人活動空間小、不同照護層次的病人混雜在一起等問題存在，加上業者缺乏營運成本概念，實在令人擔憂這樣的經營能維持多久。

羅鈞令

在國外確實是有娛樂治療這樣一個專業，至於活動治療雖然有活動設計人員，但是至於能否稱為「師」級的專業人員，好像尚未十分確定，此一問題仍有待解決。由於職能治療所關心的是生活面廣義的個人活動，所以有關娛樂活動、遊戲、休閒活動、家事活動及其他活動分析、活動設計都包涵在職能治療學系的課程中，所以不管今後我們是否可能去培育娛樂治療師或活動治療師，但我想目前可以由職能治療專業人員去從事這方面的治療工作。

鄧世雄

有關剛才所提到日間照護運輸時間的問題，實行上或許有些困難，但我想也許應想辦法利用小型車在半小時內將個案送達目的地，如此才不失日間照護的真正意義。

此外，我覺得會花費同樣或更多費用，白天將父母送到日間照護中心，晚上自己照顧的人，甚稱十分孝順，所以希望政府能早日實施照護社區化，以鼓勵支持這些有心照顧家人的人，並減輕其相關費用的支出。

杜敏世

最近收到外勞仲介公司的通知，今後若沒有提撥退休金的證明，就無法雇用外籍勞工。而在目前虧本的現況下，根本沒有多餘的錢支付退休金，這樣的規定若成定局，很可能就要遭遇「關門」一途了。

主持人

非常感謝各位的參與。在這場綜合討論會中，得知目前每一種機構都有其經營上的困難，我們都希望儘快能有個好的財務機制及評鑑制度。

第三場：長期照護成本效益與品質之迷思

主持人：邱亨嘉

陳明真

高雄市的長期照護機構不僅只是超床，同時亦存在著許多機構因被未立案機構「掠奪」床位後，出現占床率偏低的現象。已立案的機構在經營上已相當困難，還要經常應付衛生局的稽查，其實是值得同情的，我認為應花更多的時間及心思去取締未立案機構。而對已立案機構除了管理其超床問題外，應給予多一些協助，如專業人員的訓練及經營管理的理念及方法等等。還有政府單位應向業者表明立場，不要讓業者認為彼此是對立關係，讓長期照護機構的市場能太平一些。

雖然國人擁有很高的所得和生活品質，但通常不是很樂意花費太多金錢在老人的照顧方面，因此不管機構品質如何，儘管以價格便宜為第一優先選擇條件。在此有個建議，希望老人福利法能比照身心障礙法，無論老人是否為中、低收入戶，只要需被送到機構照護時，政府都應給予適度的補助，不然也應及早開辦長期照護保險，以減輕家庭對老人照護的支出，並藉此改善機構間削價競爭的問題。

蔡淑鳳

高雄市社會局目前針對未立案養護之家仍持續進行稽查作業，在多次罰款後仍屢勸不聽者，予以斷電、斷水使其停業。至於衛生局針對護理之家的查床作業，已和業者間取得共識，基於保護優良經營者的立場，今後的「查床」工作有必要繼續執行。我想執行這樣的工作，引起業者的反彈是必然的，但若事先做好溝通，相信執行上應會較為順利。

蔡淑真

1. 目前高雄縣的護理之家，約有 80~90%都是由地區醫院轉型成醫院附設型護理之家，而獨立型護理之家只有 4 家。至於超床、削價、惡性競爭等狀況，並未出現在高雄縣。唯一有的困擾是未立案安養機構的問題。在醫政及社政聯合會報中常聽到已立案安養機構業者抗議的聲音，未立案時可省去很多與縣政府之間的接獨，立案後反倒凡事都受到政府的控管及監督。由於高雄縣

政府目前並無法以公權力強制未立案機構停業，因此而造成已立案機構生存的空間遭到威脅。

2. 希望相關單位能早日訂定制度，釐清護理之家與安養機構的收案標準。依目前的規定，安養機構所收容的個案應是屬於日常生活功能較佳，但乏人照顧的個案，但實際狀況並非如此，多數安養機構與護理之家扮演相同的角色，除照顧外(Care)也涉及很多照護(Cure)的行為。或許這是因為多半家屬因背負著許多道德標準，較不易將不需要護理行為的家屬送至機構接受照護，因此我認為除了嚴格執行護理之家與安養機構的收案標準外，是否應重新思考，目前台灣是否真的需要這麼多的安養護機構。

熊嘉玲

物理治療的專業走向是增加輕度失能者的日常生活功能、儘量維持中度失能者的自我照顧能力、並期望能延緩重度依賴人口的成長。但許多機構經營者總認為病患接受物理治療，生活功能恢復後，便會離開機構回家生活，所以都不甚樂意機構內的個案接受物理治療；相反的，居家照護的家屬配合度通常都相當高。而由於復健治療需要照顧者高度的配合，才能得到良好的復健效果，所以我認為基於照顧者配合意願，應儘量提倡社區復健治療。雖然財源是健保局十分沈重的負擔，但是我想很多事情都是一體多面的，社區化長期照護是需要專業的物理或職能治療，或者其他專業如營養等等，並且需加強團隊間的合作，以提供需要者更完善的照護。

劉達麗

目前在長期照護的領域中都分專業，我想當初培養專業時並非了將來統合性的運用，既然要推動小型化、社區化長期照護，若把很多專業都各自分開，相信大家都不負擔不起這樣的費用。在此領域中，國家應培養的是兼具物理治療、職能治療、營養等知識於一身，但不需要各個專業都十分專精的人材。每當談到財源時，每個專業都希望得到更好的給付，但依我國財政現況，實在負擔不起，所以我認為應培養多功能長期照護人材，以因應小型化、社區化長期照護之需。

余玉眉

長期照護成本不足問題是世界性的，確實若每個專業都各自計算自己在長期

照護領域的成本，想必再雄厚的健保資源也都無法應付，今後培養跨領域長期照護人力是未來必要之趨勢。

鄧世雄

按照規定，病患人員的配置為每 5 床 1 人，實際上這樣的人力配置是不夠的，若要提供良好的照護品質，往往都需要增加更多的服務人力才足以應付，所以請相關單位應重新考量，擬訂新的標準。

劉達麗

假設土地不成問題，做長照機構的樓層應不要蓋得太高，且應將每 10~20 人左右的住民分成小組，使其感覺上像一個家，再將每一個小組住的地方及必要設施像蜂房一般連結在一塊，使生活起居與其他設施功能結合在一起。

廖學志

以目前消防法及建築法的規定，發電機、鍋爐、冷凍空調主機及其監控都是必要設備，100 床以下的獨立型機構恐怕很難獨立負擔這樣的固定成本，關於這一點在小型機構設立前應加以考慮。

張媚

剛才各位都提到小型機構的經營十分困難，不知是否可能經營多層級的機構，也就是把安養、養護、護理之家、慢性照護整合在同一機構內，如此一來除可擴大機構規模，又可得到內政部及衛生署雙方的補助，不知這樣的構想的可行性有多大？

鄧世雄

這是未來應該發展的方向，事實上在國外已開始成立這樣的機構，唯有分層級的照護，且使社區式照護到機構式照護有其連貫性，才能降低成本，並才能提供較良好、較完整的照護服務。

郭淑珍

1. 有些安養層級的機構，將老人當成商品一般轉來轉去的，看了令人十分心痛，

畢竟對象都是我們的長者，不知是否有辦法遏止這樣的情形？

2. 有關收費標準，我想有很多機構所訂的收費價格都是一種假象，等到真正住進去後，很多服務項目都須額外收費，合計起來是十分可觀的。希望相關單位在訂定收費標準時，應詳加調查、計算。
3. 有關安養機構與護理之家之間的差別，其實在相關條文中已定義得相當清楚，包括服務內容、服務項目、人力配置、收案類別等等的區別都記載得很清楚。但因護理之家的起步較晚，直至近日才見其蓬勃發展，在這之前，安養機構所收的個案，就好比護理之家目前所收的個案。以致縱使兩者之間有所區別，但民眾及業者本身都混淆了。今後社政單位加強取締安養機構未依標準收案是必要的。

廖學志

完全自負營虧的私人企業經營，因所有的土地、房舍、設備的部分都未能得到補助，若花費過多的成本在人事費用上，想必經營上一定會很困難，除非還有其他來自如急性醫療方面的盈餘，來補這個虧本，否則一定無法經營下去。奉勸各位在設立之前，一定要仔細計算成本費用。

鄧世雄

同樣都是長期照護的補助，內政部與衛生署應有一致性，應儘早整合在一起。

主持人

首先代表國衛院感謝各位熱烈的參與及各位講者們精采的報告，也感謝各場次主持人的帶領。在今天的座談會中，針對我國長期照護機構的經營問題與展望，做了十分詳細的剖析，工作人員會儘快彙整大家的意見。長期照護是在座各位的責任，各位在不同崗位擔負著不同的責任，希望台灣的長期照護能藉由各位的力量，今後無論在量或質方面，都能發展得更好，謝謝。

與會人員書面意見

發言人：蔡淑真

代表單位：高雄縣政府衛生局

主題：台灣地區長期照護服務需求探討

意見陳述：

一、因應高齡化的社會，建立全民的共識，如何活到老、活得健康、活得有尊嚴，應從教育著手。教育民眾如何迎接未來的老化 - 1.健康的促進與維持；2.觀念的改變（接受機構照護是不孝的行為迷思，孝順是真誠的態度與對待親人而非表面）。

二、整合現行的長期照護服務體系：

1. need 的評估（地方化）
2. 財務制度 - 財源籌措、給付制度
3. 長期照護人力資源培訓
4. 確保品質。

發言人：李宗融

代表單位：高雄市私立慈融老人養護中心

意見陳述：

私立老人養護中心也是『社福機構』同業們大多經營困難：

1. 在稅法上，財團法人經營是免稅，而『私立』經營卻要繳『營業所得稅 30%』，造成經營上很大的負擔。
2. 日常消費上所用『水與電費』，以商業用計價，造成經營成本很大的支出，如果節省水電費，可能會影響老人家的權益，以上懇請有關單位協助，不勝感激。

發言人：楊培珊

代表單位：台大社會系

意見陳述：

藍執行長所提將健保國民年金 Long Term Care 整合性考慮建議有關「稅制」及「社會補救助」亦應一併考量，否則各 section 之間的轉移將不可避免，且造成執行面許多困擾。

發言人：羅鈞令

代表單位：台大職能治療學系

主題：台灣地區長期照護服務需求探討

意見陳述：

長期照護的主體 - 需要協助或照護者的感受，常常在我們規劃財務或關懷照護者時，被拋在一邊。然而因為這一切都是因這些需要照護者而起，換句話說，這些需照護者的感受或生活品質即反應將這一切行為的意義及效果。因此呼籲參與長期照護相關服務或規劃者，務必記得服務主體的感受及獲得。

另一方面照顧者如不將照顧工作純以勞務、負擔來看待，而懂得採取一個協助者的角色，協助受照護者體驗生活，自我實現(即使非常有限)，則照顧工作就可以是一項具挑戰並可以有成就的工作，而非只是單純的付出；可以減輕照顧者的無力感、無奈及工作倦怠(burn-out)。

發言人：陳明珍

代表單位：內政部彰化老人養護中心

意見陳述一：

應盡速提昇中央辦理老人福利單位內政部社會司之位階，為「社會福利部」，以使政府機制能有效因應老人長期照護的諸多需求與問題。並規劃長期照護保險制度，以普及地照顧到需要照顧的人。

長期照護目前有關老人、身心障礙者之就業、安置、機構管理、消防建築安全、照顧者津貼、老人生活津貼、國民年金保險、獨居老人及中低收入戶老人各項福利措施補助及居家服務，老人文康休閒服務等等，種類非常繁多，面對老人人口快速增加，老人長期照護問題亦日益嚴重，急速間老人福利政策措施亦不斷訂定，但是中央主管老人福利單位，僅是內政部內一個司 - 社會司的老人福利科

(有科長一人，承辦人員僅三人)，在人力不足並位階太低情況下，實無法讓一個關於人民福祉的政策有長期性、統整性的規劃與執行。故為因應目前老人長期照護諸多需求與問題，應儘速提昇「社會司」為行政院「社會福利部」。

目前迫於財力，並在政府不加稅的政策下，推動社會福利是非常困難的，因此當前政府短視選舉利益，而未體察社會問題與需要，喊出「三年不加稅」的口號是非常短視，不負責的。另一方面，為了普及地滿足民眾長期照護的多元化的需求，長期照護保險制度的規劃執行是非常重要的且可行之道。

意見陳述二：

1. 建請政府已立案機構應加強管理暨監督，並定期辦理評鑑，建立分級制度。目前長照機構收費有每月 40,000~64,000 元，最低有 18,000~10,000 元者，差距甚大，品質差距亦大，但民眾卻常有「貪便宜」之情形，造成養護品質無法提昇。
2. 建請在政府未辦理長期照護保險者，對於老人於機構安置之費用，應比照身心障礙者機構收費方式，依殘障程度及家庭收入情形，分等級予以 3/4、1/2、1/3 不同的補助，以減輕民眾負擔，並提昇照護品質。一般家庭對於每月平均約 30,000 元的長期照護費用，實無力負擔，故老人亦難以獲得較高品質之服務，目前身心障礙者進入身心障礙機構安置，依「身心障礙者保護法」，訂有補助費用要點，但一直未擴及老人機構。在「長期照護保險」未開辦前，應比照儘速立法並編列經費予以適度地補助。

發言人：張淑卿

代表單位：萬芳醫院

意見陳述一：給予主要照顧者時間上的支持

顧親假建議由政府配合勞委會相關育嬰假執行，一般業者會擔心顧親假會加深人力的負擔，但建議顧親假採多元化需求請假，而非給予一整年（一整個時段的給予）。根據臨床經驗，一般人在醫院住院至出院中，最常須要親人的照顧，多屬階段性需求（如：剛住院第一週或出院前二週），可給予最密切親人照顧需求時請假，對工作崗位上而言，一般員工在多重壓力無法承受下，多無法有很好的產能，實務工作經驗發現，許多照顧者礙於無法請假，多屬翹班或上班仍在處理親人之照顧情事。何況若一位熟手的員工離職，新手完全取代熟手可能也需要

二至三個月，所以整體面而言，給予顧親假不一定會加深業界的負擔。

意見陳述二：台灣地區長期照護服務供給探討

1. 居家護理的健保給付收案標準目前過高，要求要有明確醫護照護措施（或案子），但實際進行出院準備服務工作中發現有大部分的病人，尤其是老人，並非有健保照護要求之措施需求，但卻有實際照護上的需求。如：2 度以下傷口照護，每日打胰島素，末期病人（非癌症）之小量點滴等等。建議修正目前的收案條件之規定。
2. 居家護理訪視費 = 護理之家訪視費、養護所之訪視費不合理。實際上目前居家訪視可深入進行個案管理，而居家護理師及養護所多較侷限於技術措施之執行，且時間上考量居家照護須吸收大量交通時間之人事成本，而護理之家不須要或較少，建議居家護理收費標準應再修正。
3. 出院準備服務目前已列入醫院評鑑重點，但僅列有工作手冊及記錄，且佔分偏低。普通醫院皆不重視，僅由護理部某個 part-time 護士執行而已，若要實際落實，建議如感控護士或其他特殊單位護士規定，直接在人員方面，洽予明文規定一專責人員負責，另在急性床上，應更有嚴格之規定（尤其對滯院病患應有更明確的費用差距……）
4. 儘早將老人福利法與護理人員法中，長期照護機構經營管理要求辦理整合，以免造成社會功利趨勢，就低品質、低價位者，寧可經營養護所而不轉經營護理之家。經營者寧選 ADL 輕者，而不收 ADL 差之個案……。
5. 目前衛政鼓勵 Nursing Home 建立，多直接以鼓勵硬體建設基金補助，造成許多機構因應取得補助，而不落實經營內涵之軟體。建議相關單位整合衛政、社政之資源，做有效率的輔助鼓勵措施，而非只是“蓋房子”，社政 money 又多於衛政，讓業者愛社政不愛衛政。
6. 基本上長期照護系統，涵蓋生活照護，醫療照護層面，所以，建請行政院儘早整合相關行政部門，有效結合公部門及私部門之有限資源，共同投入長期照護系統。目前社政、衛政整合過慢！目前機構種類過多，功能亦多數重疊。
7. 從個案照護層面及病患床屬需求面而言，單一窗口的個案整理是迫切需求的，實務上，家屬常花許多時間在尋求他們 unknow 的資源，現有的個案管理示範中心多為被動。建請與醫療網轉診系統共同建立，主

動積極先發現前段需求的個案，加強個案管理之落實！可從 primary care long term care 結合 如建構地方衛生單位 - 衛生所 health information center，並兼具單一窗口及個案管理之角色。

發言人：張志明

代表單位：馬偕紀念醫院

主題：台灣地區長期照護服務需求探討

意見陳述：

針對王教授所提長期照護保險制度，若採用附加險則以志願（個人需求）投保方式，若與健保一起付時是否會造成業主保費之負擔及意願。

發言人：邱怡玟

代表單位：中國醫藥學院附設醫院

意見陳述：

1. case manager 在長期照護而言應為 care manager，但在各專業紛紛強調“術業有專攻”的情況下，care manager 也應該只負責大部分的溝通與協調工作，但從業者的經營面上，要多聘一人似乎是相當困難的一件事，因此，政府的法規若能界定一些標準，相信應該可以以結構面來對結果（照護品質）作稍稍的監控。
2. 長期照護體系應思考與企業的結合，以民間的力量協助政府財政的危機。
3. 護理之家之經營的確以大規模較能達損益平衡，但若建立聯合採購制，應可節省部分變動成本。

發言人：邱啟濶

代表單位：高雄市家庭照護者關懷協會、高醫大學護理學院

主題：積極支持社區網路的建置

意見陳述：

社區照顧要能達 70%，是需要政策上積極的介入，支持網路的配合應多給予協助、獎勵，是否可以在開始的階段給予民間團體補助，去做建置網路的先驅服務模式。

發言人：鄧世雄

代表單位：天主教耕莘醫院

意見陳述：

1. 儘速制定「財務機制」如以健保附加保險方式，否則長期照護的改善與發展仍然原地踏步。
2. 儘速制定專業專科制度，如老人專科醫師、老人精神科專科醫師等等。
3. 針對長期照護需要之各類專業專才，於學校課程即訂定適當之長期照護課程及實習時數。
4. 機構式照護之床數快到飽和，故量與質之控制，適當的資源分配，以免惡性競爭，品質更壞。
5. 醫政、社政、榮民體系整合。

發言人：倪同芳

代表單位：長庚醫院

主題：如何落實社區照顧中有關居家照顧之服務

意見陳述：

1. 鼓勵居家護理機構附設居家照顧(personal care, daily care, meal service)擬訂相當獎勵辦法，以達普設之目標。
2. 加強居家照顧服務員之監督、管理。
 - 1) 目前僅對其 Skill 有 Quality。
 - 2) 這些人員之人身背景之清查，以確保被照顧者之人身、財產安全，以達提供喘息照顧服務之美意。

發言人：陳惠津

代表單位：中台醫藥技術學院

意見陳述：

如何將資源回歸社區化 - 曾經聽過有老人因兒子要將她送去安養中心而自殺，所以有很多老人、里民對安養中心是無法接受的，甚至未來的托老機構，所以可先探討內心問題，再來做籌劃。未來完善的規劃，提昇民眾對長期照護的認識，以社區總體營造的力量，讓社區照護社區，以減輕國家龐大的負擔。

發言人：陳怡君

代表單位：長榮管理學院醫務管理學系

意見陳述：

長期照護市場不適合放任自由競爭，且僅透過品質規範，無法解決優良供給者之經營困境：

1. 市場價格係由提供者與受照護者之主要經濟支持者決定，受照顧者無選擇權（即使他有很好的經濟能力，但可能因健康狀況，使其喪失支配財富的自主權）。
2. 品質規範雖可降低長期照護市場資訊不對等的問題，但品質卻非主要經濟支持者所最重視的（付不付得起，願不願意付可能更重要）。
3. 承 1,2，長期照護消費如仍堅持自費為主，依台灣現行的社會環境，最後的結果，供給者的部分必須劣幣逐良幣，真正的需求者的生存權也將嚴重被剝奪，有失社會公平，因此，長期照護問題應優先解決，才能治本。
4. 老人福利機構分類不應於養護機構之上外加長期照護機構一類，因為養護機構與護理之家機構收案有重疊之虞，但立案條件差很多，品質要求、獎助條件亦迥異，可能會抑制好的照護機構的生存，有必要重新檢討，不宜太牽就市場現況。
5. 財源是最重要的問題，衛生署與內政部共同推動長期照護工作，資源配置卻重福利而輕衛生，加以養護機構與護理之家，收案對象有相當高的重疊性（除氣切病人外），相當威脅正常營運的長期照護機構的生存。
6. 資源配置的再檢討（財源開拓不易的情況下）
 - 現有已投資於長期照護的資源的使用率如何？宜重新檢討。
 - 是否有更有效率的資源配置方式？可否導正長期照護服務的發展？可否彌補市場失靈的狀況？可否符合民眾(caregiver 與 patient)需求？

發言人：熊嘉玲

代表單位：物理治療學會

主題：專業服務照顧者 V.S.非專業照顧者

意見陳述：

1. 財務津貼的對象建議採分類式（而非一般性），如應至少分成失智、失能以其輕、中、重程度之不同。
2. 目前專業服務提供者尚未全面性的參與，建議發展多重專業服務團隊模式。
3. 物理治療專業是促進或維持個案日常生活活動功能，建議政府要正視對輕度失能者，加強提供此服務對中度失能者能維持能力，以延緩重度依賴人口的成長。

發言人：陳敏雄

代表單位：財團法人恆安老人養護中心

意見陳述：

1. 有關機構式照護設施(含護理之家、老人養護機構)，目前市場供需情況可謂已趨平衡，從已知的社政、衛政長期照護機構的持續擴充計畫，以及大型財團的興建計畫，可以窺知，在未來二年機構式照護設施供給量將有相當幅度的成長，加上景氣持續低迷，獨立型長照機構佔床率普遍偏低的情況下，長照床供給量將超過需求量，所以今後我們要面對的將不是量不足，而是種類過多，功能重疊的問題，以及服務品質如何提昇的問題。
2. 私立養護機構規模普遍過小，不符經營價值，以台北市為例，目前立案安養護機構已達 200 家，其中 29 床以下者高達 168 家，佔總數之 84%，10 床以下者亦達 56 家，佔 28%，社區化固屬未來發展方向，但如此龐大數量的小型機構，規模小，無論設備、人力、素質及品質的穩定度均不足，要達到所謂家庭化服務品質可能是項迷思。

綜合摘要

邱亨嘉

高齡化社會對個人、家庭、社會和國家之衝擊和挑戰，自二十世紀末到二十一世紀初一直被視為是重要議題。依經建會推估台灣人口急速化之趨勢，至民國110年時，將上升至14%，亦即每一百位就有14名老人。如何面對伴隨高齡化所衍生的安養安置及慢性病患者的照顧，以提供適時、適當的健康照護？如何在現有的長期照護服務供給基礎下，提供連續且整合的長期照護體系？如何權衡成本效益與品質評估，以確保服務的供給符應服務使用者的需求？本次研討會之安排即奠基於這三個問題，有別於一般研討會邀請專家學者之外，本會並特別邀請長期照護機構服務提供者以及實際負責規劃執行方案的政策參與者，分別就服務需求面、供給面及效益品質等三方面進行討論。開啟了相互間的對話與交流，就是“在正確的時刻做對的事情”（do the right things at the right time）。

（一）長期照護服務需求面

高雄醫學大學護理系邱啟潤教授以照顧者負荷的觀點來思考長期依賴病人對家庭的衝擊，以及家庭照顧者所面臨的困境，引申對長期照護服務體系的期望 - 可獲性（availability）、可近性（accessibility）以及可接受性（acceptability）。除此之外，也強調應正視家庭中主要照顧者的支持來源，結合社區、民間社團以及職場的配合，落實社區化照顧，以減輕照顧者的負擔。

中正大學社會福利研究所王正教授則分別從總體面及個體面的觀點切入，討論長期照護的財務問題。在總體面：王教授以其長期投入長期照護保險的研究，指出配合目前台灣的全民健康保險及規劃中的國民年金，及相較以市場及公基金或儲蓄形式的弊病，採用“保險”方式辦理似乎是較可行的方向；在個體財務面，則提出以公益（社會面）及私益（個人性）兩個效果來計算合理的照顧津貼，並從資源配置的角度反思我國長期照護政策：假若長期照護的目標是朝向居家照

護或社區式照護發展的話，則有必要對此兩者增加固定成本的補助，提供誘因以落實社區化照護。至於長期照護財務是否與全民健康保險整合為一的爭議，王教授在文中則指出醫院與長期照護機構的財務結構差異相當大，合併的結果將導致財務上的負擔，是故，醫療與照護兩個體系的財務應各自獨立才為最佳之策。

在綜合討論的部份，發言相當踴躍，茲將其整理如下：

1. 家庭中的主要照顧者所從事的照顧工作，若我們把它視為是一種 Love Labor，是否就屬於勞動工作的一種？是否要給予金錢的資助，或者換算成等值的給薪制？後者的爭議可能會更多了，因為在沒有界定清楚究竟照顧工作的內容是什麼時，要如何換算等值的薪水，再者，是不是付錢就解決了家庭中主要照顧者的問題？顯然不是，其它相關配套的替代服務，例如：支持團體的相互協助、顧親假、日間托老、喘息服務等，也是主要照顧者亟需的支援。
2. 長期照護的內容由於包含了生活與醫療更增添其定義的困難，亦即要區隔出照顧與照護是相當複雜。因此，長期照護體系的建立，會受理念基礎的差異而有不同形貌的制度以及財務機制產生。
3. 一個體系的建立，總先得回到“經費哪裡來”的問題，基於前述與全民健康保險合併的可行性不高、及以增加新的保險會在此經濟欠佳時增加政府財務負擔的前提下，以附加保險的方式加入保險，以及藉助國外納入企業與產業界合作的經驗，不失為思考的另一方向。

（二）長期照護服務供給面

獎卿護理展望基金會護理之家杜敏世董事長分別從居家護理、護理之家、日間照顧以及居家服務等四方面的服務方案來談服務提供者的困境與期許。

在居家照護系統上，面臨的困境最主要在於健保制度未考慮實際照護成本，導致健保的給付不足、對於照護程度不同卻一視同仁，而未給予合理的給付、忽略對個案的復健及營養需求、市場惡性競爭問題、以及對長期投入照護工作者

缺乏獎勵措施。針對上述問題所提出的建議歸納如下：研擬合理的給付及評鑑制度、獎勵措施、以及整合多元化居家服務補助條款。

天主教耕莘醫院鄧世雄副院長陳述台灣目前護理之家驚人成長的現況及收費情形，發現大部份的醫院附設護理之家的佔床率和收費皆較獨立型護理之家高；再以醫護照護人力比做為照護品質指標，引申至照護費用占人事成本即約占總成本一半。此外，提出在兼顧照護需求及醫療利用的原則下，由醫院來推動長期照護之優越性。另，該文亦列出目前護理之家所遭遇的主要經營困境，再度凸顯同行間的惡性競爭造成照護品質之問題。最後，比較機構式長期照護機構及居家（社區式）長期照護目前的供需情形，發現前者已達飽和，而後者的供給量尚未達需求量的一半，顯示還有成長的空間。

慈融老人養護中心李宗融主任以身為私立社會福利機構之經營者，深深慨嘆有些同行業者未兼負此行業之社會責任，無視院民的安危及服務品質，致使有心從事服務的業者難以生存，並建議主管單位應加強未預警的考核以及確實執行依法嚴辦，以改善各機構之品質並免於劣幣逐良幣之虞。

歸納綜合討論部份如下：

1. 公辦民營的困境：為何居家護理及日間照護會供給量太少，乃是因為多數的經營者會遇到「公辦民營」的問題，亦即開辦的前一、兩年會有經費及人事費的補助，爾後就得完全自負盈虧，成為原先是政府獎勵措施卻轉變為燙手山芋的窘境。
2. 機構間整合的問題：是否機構有整合的空間？例如：整合老人所需的交通運輸，以節省此方面的經營成本。老人福利聯盟則指出醫院應專司其職，而護理之家和在老人福利法定義下的長期照護機構，可以整合為同一名稱的機構，並依照護等級不同區分成低層級、中層級、及高層級等三階段，且由衛政社政統籌設計合理的收費標準。
3. 照護人力問題：照護人力在長期照護系統中一直是經營者面臨的重要問題之一。首先，專業人力的成本高昂，若要符應不同個案的需求，則勢必照護成本會增加；再者，為降低成本聘請的外勞，同樣不久也會被”雇用外勞需提撥

退休金”的限制而相對地必須提高人事成本。

(三) 成本效益及照護品質的迷思

嘉義聖馬爾定醫院廖學志副院長從擴建該院的護理之家來談成本效益，以其目前經營 10 個月的分析中可知人事費用在總成本費用中所佔的比率相當高 (44%)，並建議醫院經營附設護理之家，應以舊有的醫院房舍改建，且和現有的醫院結合，才得以節省費用；若以每床的產值 3 萬元來估計，至少須 300 床才符合經濟效益並兼顧品質。

高雄市衛生局第五科蔡淑鳳科長由高雄市的長期照護服務的範圍與內容呈現高雄市各類長期照護服務的現況，並指出目前品質管理所面臨最大的問題正是前面所提及之業者惡性削價競爭及挑選個案。針對此些問題且正進行中的策略包含：培訓照護人力、研發適當的護理之家評鑑表、不定期評核並審查敦促品質改善。

整理綜合討論部份之要點如下：

1. 已立案機構生存之空間受未立案機構之威脅：未立案機構之超床現象，使得已立案機構占床率偏低，在經營上更形困難，建議主管機關應加強未立案機構之稽查。
2. 機構間相互的削價競爭問題：由於普遍國人對於老人的照顧，都以價格便宜為優先選擇要件，而不管機構照護的品質如何，建議老人福利法比照身心障礙法，無論老人是否為中、低收入老人，只要被送到機構照護，政府都應予以適度的補助，否則應及早開辦長期照護保險，以減輕家人對老人照護的經濟負擔，以改善機構間削價競爭問題。
3. 安養機構與護理之家收案標準的重疊性高：期望能藉由清楚界定護理之家及安養機構的收案標準，並嚴格執行此一收案標準。
4. 社區化長期照護人力議題：既然小型化、社區化的長期照護是一種較人性“在地化”的趨勢，則必定要培養兼具物理治療、職能治療、營養等知識於一身

的跨領域長期照護人力，但不需各個專業都十分專精的人材，亦即多功能長期照護人材，才得以因應社區化長期照護之需。

5. 多層級的機構經營方式：以經營多層級機構的方式，亦即把安養、養護、護理之家、慢性照護整合在同一機構中，既可擴大機構規模，又可得到內政部及衛生署雙方補助，並從社區照護到機構式照護有其連貫性。