

在地老化：台灣二十一世紀長期照護的政策方向

吳淑瓊^{1,*} 莊坤洋²

SHWU-CHONG WU^{1,*}, KUN-YANG CHUANG²

¹ 台大衛生政策與管理研究所暨台大衛生政策研究中心
行政院社會福利推動小組長期照護專案小組，台北市徐州路19號
Graduate Institute of Health Policy and Management, Center for Health Policy Research,
National Taiwan University, No. 19, Hsu-chow Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

² 台北醫學大學公共衛生研究所
行政院社會福利推動小組長期照護專案小組
Graduate Institute of Public Health, Taipei Medical University.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: scwu@ha.mc.ntu.edu.tw

邁入二十一世紀，台灣人口立即飛快老化，老人的長期照護問題將嚴重挑戰我國公共政策。從國際經驗可知，世界主要國家的老人照護政策，均以在地老化(aging in place)為最高指導原則，認為老人應在其生活的社區中自然老化，以維持老人自主、自尊、隱私的生活品質。因此不論國家體制為何，其資源發展、服務提供、組織管理、財務支持等策略，均支持社區長期照護體系的建構，希望以「在地」的服務滿足「在地」人的照顧需求，盡可能延長他們留住社區的時間。反觀我國在行政院1998年核定的兩個三年計畫之下，機構式服務資源大量成長，但是，支持老人留住社區的服務資源卻依然十分欠缺。顯示我國的發展趨勢如不立即調整，將嚴重背離去機構化之世界潮流，將使我國不但必須負擔機構昂貴的照顧成本，又無法滿足我國民眾「在地安老」的願望。因此，我國的老人長期照護政策應全面目標「在地老化」發展，需要努力的方向包含：(一)評估地區長期照護需求，設定發展目標；(二)發展多元的「在地」服務，服務當地民眾；(三)連結資源建構社區照顧網絡，提升服務成本效益；(四)優先提供居家支持服務，降低對機構式服務的依賴；(五)建構財務制度，支持社區式長期照護體系之發展。(台灣衛誌 2001；20(3)：192-201)

關鍵詞：長期照護、在地老化、政策。

Aging in place: the direction of Taiwan long-term care policy in the 21st century

In the 21st century, long-term care has presented serious challenges to public policy as the elderly population in Taiwan increases rapidly. Many developed countries have used "Aging in Place" as the guiding principle for devising elderly care policy. Aging naturally in the community has been a key ingredient in maintaining independence, self-respect, privacy and quality of life. Thus, to be consistent with the concept of community-based care, many countries have started a reform in long-term care resource development, service provision, management, and financial schemes, regardless of political systems. The focus is to develop supportive services locally with the intention of helping the elderly stay in the local community for as long as possible. Contrary to the developed countries, supportive services to help the elderly staying at home are seriously lacking in Taiwan. Two three-year projects, funded by the Executive Yuan in 1998, have led to the dramatic growth of institutions, while community-based care resources remained scarce. Such trend is in the exact opposite direction of "Aging in Place" principle. If continues, it is expected the society will have to pay for the high cost of institutional-based care, and many elderly will be deprived of the opportunity to age naturally in the community. Therefore, the elderly care policy in Taiwan needs some adjustments. To be consist with "Aging in Place" principle and to achieve the goal of staying in the community, reforms and researches are needed in the following areas: (1) Perform need assessment for elderly care in the community level, in order to project resource development, (2) Develop various long-term care resources locally to serve local residents, (3) Integrate service network and to improve efficiency of services, (4) Encourage home care and other supportive services to prolong time spent in the community, and to reduce the use of institutional care, and (5) Devise a financing scheme consistent with the development of community-based long-term care system. (Taiwan J Public Health. 2001;20(3):192-201)

Key words: Long-term care, Aging in place, Policy.

前言

在二十世紀中，先進工業化國家的人口，一個接著一個爭相老化；邁入二十一世紀，這股人口老化的風潮，正快速的吹向全世界每一個角落，不論已開發或開發中國家，在這個世紀中，都必須面對人口老化所帶來的社會衝擊。因此，老人照護是二十一世紀全球最重要的政策議題之一。

台灣人口的淨繁殖率在1983年下降為1，達到人口轉型的水準[1]，隨著，老年人口所佔比率於1993年底突破7%，宣告邁入老化國家之列。其後，老年人口飛快增長，未來三十年中，我國老年人口所佔比率，將激增為20%[2-3]，成為一個十分老化的國家。面對台灣人口史上從未有過的巨變，社會上老人照顧的問題層出不窮，尤其是在1998年初，各大媒體報導多起老人在家死亡多日不為人知，以及中和慈民安養中心大火燒死老人等不幸事件之後，更讓各界正視老人的照護問題，因為不論是住在家裡，或是住進機構的老人，都得不到應有的照顧。

行政院為加強老人的照顧，於1998年核定兩個三年計畫，其一為內政部執行的「加強老人安養服務方案」，另一個為衛生署提出的「老人長期照護三年計畫」，重點在把使用率低的醫院轉營護理之家、部分安養機構床位轉為養護床位、衛生所兼營日間照護或居家護理業務、建立基層居家服務支援中心、並規劃單一窗口服務等[4]。在兩個計畫的推行下，雖然我國的長期照護設施獲得小額補充，但因其策略規模過於狹隘，過度遷就現有制度，不但未能全面發展理想服務資源，也未發展財務機制，當然無法建構理想的老人照護體系，以應老化社會的需求[5]。

跨入二十一世紀，老人照顧問題更為顯著，戰後大量嬰兒潮人口，即將於十幾年後陸續邁入老年，屆時老人照護需求勢必飛快暴增，面對此一挑戰，我們應如何回應？多蓋老人院？多蓋慢性病床？多蓋護理之家？發放老人津貼？引進志工協助？或仰賴家庭

照顧即可？這麼多的選擇，正挑戰著決策者的智慧。

反觀歐美先進國家的老人照顧經驗，每個國家幾乎都經歷三段歷程，一開始，只需救濟少數孤苦無依的老人；接著，在老人增長照護需求大量增加的趨勢下，乃建造大量機構，以滿足普遍的照護需求；從1990年以來，更在需求不斷暴漲，民眾對照顧品質更為要求的壓力下，更投入另一波改革，例如：英國、德國、瑞典、日本、美國、澳洲等國，均改變過去興建機構的策略，不約而同以「在地老化」(aging in place)為政策目標[6]，希望能讓老人留在家庭或社區中越長的時間越好，以提昇老人的生活品質。

為什麼先進國家近年來會以「在地老化」為老人照顧政策的目標？「在地老化」的內涵是什麼？它是否適合台灣老人的需求？這些國際經驗，對我國長期照護政策有何政策啟示？都是值得我們深入探討的議題。

有鑑於此，本文將簡介「在地老化」之意涵與策略，分析我國長期照護供需現況與問題，並檢討「在地老化」對於我國老人照護政策之適切性。

材料與方法

一、什麼是「在地老化」？

「在地老化」的概念起源於北歐國家，於1960年代提出，當時是因為民眾不滿於機構中束縛且缺乏自主隱私的生活，產生回歸家庭與社區的思考，希望人們在老化的過程中，不要因為身體功能衰退就必須住進機構療養，希望仍然能夠留在原地(自己的家中)繼續家居生活。

這個概念的提出，完全扭轉了先進國家長期照護的本質。以瑞典為例，在此概念提出後，她們一改過去大量依賴機構的策略，投入居家支持服務設施的發展，希望支持更多老人留在自己的家裡，降低機構式服務的使用，此一發展風潮於1970至1980年代之間達到高峰，造就了目前瑞典完備的居家支持服務系統。於1990年代，此一照顧概念更散佈到其他先進國家，例如：英國、加拿大、

投稿日期：90年5月16日

接受日期：90年9月11日

美國、澳洲、和日本等[6]，均以此為長期照護改革的政策目標。

「在地老化」視「老化」為人生常態，是人生成長過程中的一個階段，因此老化的過程應該很自然的在老人原來的生長環境中發生；老人不應因為身體不好，就必須離開生活數十年的熟悉環境，住到機構裡面才能接受照顧。因此之故，凡是以「在地老化」為目標的國家，都會發展替代機構的照顧方式，將服務輸送到老人的家裡面，儘量幫助老人能夠繼續住在家裡。

將老化回歸自然的想法，其實是導因於對老人生活品質的一種省思。認為能自我掌控自己的生活，能尊嚴的過著有隱私的生活，或能持續過著已經過慣了的生活是最基本的生活品質。如果老人在需要照顧時，只能選擇進機構療養，表面上，雖然可以得到全天候的照顧，但是機構集體生活方式，卻阻斷老人自主、自尊、隱私、和常態等最基本的生活要求，對老人生活品質傷害至巨。

據此，老人照顧的意識型態發生一百八十度的轉變，從消極的收養，蛻變為積極的追求獨立自主與常態的生活，希望在提供照顧的過程中，能儘量讓老人持續原有的生活方式。此一理念的變遷，賦予老人長期照護更積極的正面意義。

雖然「在地老化」的原意希望能協助老人盡量留住家庭，但是由於老年人口的持續老化，八、九十歲的超高齡老人越來越多，老人的身心功能障礙程度持續加重，留住家庭更形困難；再加上婦女外出就業增加，家庭照顧人力減少，老人是否能在家中獨居，面臨更大的挑戰。為使「在地老化」的理念更為實用，European Union Council of Ministers for Social Affairs聲稱：老人照顧政策應儘可能避免功能障礙的發生；[7]更進一步解釋為：老人應有安全的居住環境、獨立自主的生活、參與社會生活活動、並且不必用遷移來換取其所需要的服務；也有建議將「在地老化」修訂為aging in neighborhood或aging in community，強調讓老人留在社區中老化的重要性。據此，各OECD國家的健康與社會福利部門，均儘可能讓需要長期照護的老人住在

自己的家中，如不可能的話，應儘可能讓他們住在社區內的庇護支持環境(sheltered and supportive environment)中[6]。簡而言之，就是希望發展「在地」的服務，照顧「在地」的老人，儘可能避免老人因需要照顧而必須遷離他熟悉的環境。

二、「在地老化」政策為什麼廣受先進國家的歡迎？

如前述，「在地老化」概念於1960年代在北歐國家提出後，不但孕育北歐國家目前社區化的老人照護體系，更於1990年代成為世界許多先進國家的長期照護目標。分析其廣受各國政策歡迎的主要原因有四[6,8]：

(一) 老人教育經濟水準的提升

由於戰後教育普及，再加上各先進國家陸續開辦老人年金制度，老人的教育和經濟水準均逐漸改善，因此對獨立自主、自尊、隱私的生活方式，越來越為重視，對機構約束的生活方式越來越感不適，紛紛表達留住家庭度過晚年的意願。另一方面，由於老人經濟水準提升，更增進其選擇與購買服務的能力，造就居家支持服務市場的發展，進而影響公共政策對「在地老化」的支持。

(二) 專業人員照護理念的轉變

在多年提供機構式的照顧經驗之後，專業人員開始檢討如何突破機構式服務對住民的束縛，結果發現，機構並非照顧的唯一方式，尤其對不需全天候密集性護理照護的老人，根本沒有住進機構的必要，反而應該協助他們留住家庭，增進他們自主隱私的生活品質。

(三) 節約長期照護費用的壓力

由於人口持續老化，長期照護的需要不斷增長，老人住進機構者越來越多，機構照顧費用因而不斷成長，迫使決策者必須控制照顧成本的成長，因而急於尋求能夠降低成本的替代方案。例如：丹麥、瑞典、與英國等國，均致力於縮小護理機構的使用，並支持居家支持服務設施的發展[6]。

(四) 新型設備設施的研發

科技的發展更是增加老人留住家庭的可

能性。例如：居家無障礙環境和緊急通報系統的裝設，提供失能獨居老人安全的居家環境；小型攜帶式醫療儀器(如心電圖、超音波等)，可將服務輸送到家，老人不必住院也可接受各種檢查與治療等。這些科技的發展，對增進老人留住家庭能力，功不可沒。

三、「在地老化」的照護策略

各先進國家為具體落實「在地老化」的政策目標，過去採用的策略包含下列四個層面：資源發展、服務提供、組織管理、和財務制度等，簡述如下：

(一) 資源發展策略

在居家環境中配備服務資源是落實「在地老化」的必要條件，因此隨著「在地老化」概念的萌芽，各種居家支持服務方案紛紛出籠。進入1970年代，在世界經濟起飛的帶動下，各式各樣的居家支持服務更是蓬勃發展。到了1980年代，雖然經濟成長趨緩，但在北歐國家，社區服務資源已具基本規模。進入1990年代，更在機構照護經費節節上升的壓力下，採取縮減機構床位的措施，希望以社區居家服務替代機構服務[6]。

在上述資源發展的趨勢下，社區資源因而多元發展，以滿足各種不同依賴程度、不同家庭狀況、不同照顧偏好之需求。綜合而言，社區資源約可大別為五類：1.居家服務單位—單位中配備各類照顧人力，到個案家中協助醫療、護理、復健、身體照顧、家務清潔、交通接送、陪病就醫、關懷問安等照顧工作，並協助家庭照顧者提供照顧，讓她們獲得喘息的機會；2.日間照顧中心—可在白天幫忙照顧個案，提供個案醫療或社會模式的照顧，晚上再將老人送回家中；3.居家環境改造—幫助建造居家無障礙環境，增進功能障礙者在家中自主活動的能力；4.安全看視(oversight)—是增進居家安全的設施，例如夜間巡邏、電話問安等傳統方法，以及緊急通報設備等利用科技產品的做法；5.照顧住宅(sheltered housing, assisted living)—是結合住宅與照顧的服務模式，是北歐國家在1980年代的新發展，提供無障礙環境的套房設計，可供輕度身心功能障礙者進住，又配

置管理員，負責住民的安全看視、處理突發意外事故、協助引進社區照顧服務，因此住民可享生活的自主隱私，並可獲得照顧服務，大大提昇生活品質[6,9,10]。

以上居家支持服務資源的發展，建構了社區多元的照顧環境，個案住於其間，可依其需要加以選用，讓個案不出家門也能獲得必要的支持服務，故可提升個案住在家裡的可能性。

相對於居家支持服務設施的發展，近年機構式服務設施的發展反而遭到縮減。例如：丹麥於1987年法令禁蓋護理之家，並將已有的護理之家，改建為照顧住宅，此舉使其護理之家床位，在1987—1995間，下降25%；OECD國家不再興建安養機構收養可以自理生活之老人[6]；澳洲1973年勞工黨執政後，開始控制護理之家的成長，反向鼓勵居家支持服務的發展[11]；英國於1999年的改革策略中，鼓勵照顧住宅的發展，控制護理之家的成長[12]；美國照顧住宅在過去10年間成長一百多萬床[13]，其可能是近年護理之家床數下降之原因[14]。

分析以上各國資源發展軌跡可知，他們採取策略有二：第一，應個案需求，創造各類居家支持服務設施；第二，限制機構式服務的發展，降低機構服務的使用，以落實「在地老化」。

(二) 服務提供策略

除了居家支持服務資源的發展外，各國並努力於增進民眾選用居家支持服務的意願和能力。其所採行策略包含：1.補助民眾接受居家支持服務例如：瑞典於1982年制定社會服務法(Social Services Act)，規定基層地方政府必須保證居住在照顧住宅中的老人，獲得所需的居家支持服務[6,9]；美國實施DRG制度，迫使醫院為縮短住院日數而提供居家護理；德國的長期照護保險，優先提供預防、復健、與居家照護[15]；2.提供家庭照顧者支持性服務-加拿大和澳洲提供喘息服務與照顧者支持團體等服務[14]；瑞典從1989年開始給付30天的帶薪顧親假，方便家庭照顧臨終或緊急狀況的親人；3.提供金錢誘因—德國除現金給付家庭照顧者外，並給

予提供照顧的家庭減稅優待，家庭照顧者因提供照顧而辭職，將來仍可獲得退休金給付；澳洲對有資格住護理之家但選擇留在家中照顧者，給予每兩週42元現金補助[11]。

(三) 組織管理策略

自從1980年代以來，面對著照顧需求無限上升，財源逐漸拮据的窘境，如何提升服務的成本效益，乃成為各國長期照護改革的重點[16]，各種組織管理策略紛紛出籠，包含：1. 建構社區服務網絡和照顧管理 (care management) 制度—由於各類居家支持服務的發展並非計畫性的發展，它們係在不同時期、由不同單位、依不同需求陸續發展出來的，所以容易發生重疊散亂的情形，不但造成民眾選用困難，也影響服務提供的效率[17]。由於社區式服務成本過高是落實「在地老化」的一大阻力，因此各國乃投入社區服務資源的連結工作，建構完整社區照顧網絡，並在網絡中發展照顧管理制度，一面依民眾的需要提供計畫性的配套服務，一面監控服務品質與成本，以求資源最有效使用[11-18]；2. 以地方分權化策略促使地方政府重視成本效益—例如瑞典從1992年開始，一方面進行組織再造，斥資九億美元，將原屬中央管轄的護理之家和居家醫療照護單位，轉交地方政府主管；另一方面，又補助地方概括性預算(block grant)，由地方政府在固定預算之下，負起統籌提供服務之責。地方政府在收支平衡的壓力下，乃努力於減少機構式服務的使用，並鼓勵居家支持服務的使用[6]。同樣的，在英國、加拿大、美國也採用提供地方概括性預算的策略，以提升預算之有效使用[19,20,21]；3. 以民營化策略增進服務提供者的競爭與效率—由公部門提供服務的國家，例如北歐國家和英國等，從1980年代開始，開放私人營利企業提供服務，藉以增加公、私部門服務提供者間的競爭，降低服務成本。

(四) 財務支持策略

上述中央政府以概括性預算補助地方政府，有助於增加居家支持服務的使用，是重要的財務改革策略之一。另外，在德國的長期照護保險中，對留住社區的老人，給予現

金給付或居家服務，也是支持「在地老化」的財務策略之一。除此之外，澳洲在1985-1991年間的改革，規定聯邦和州政府在1991年提昇居家和社區照護預算，使其佔老人照護費用之比率高達21%[11]，更是直接增加居家服務的財務支持策略。

四、我國長期照護供需分析

反觀我國國內現況，目前我國有將近兩百萬65歲以上的老人，不久的未來，由於戰後嬰兒潮人口邁向老年，老年人口即將暴漲，其佔總人口的比率，在2010、2020、2030年將分別提升為10%、14%、和20%，30年後老年人口將增為540萬[3-4]，老人的長期照護需求當然隨之飛快成長。根據吳淑瓊等[22]之推估，目前我國居住在社區中的65歲以上老人，因日常生活活動洗澡、穿衣服、上廁所、上下床、或進食等活動障礙，而需要長期照護的人數約13萬；如果再加上因工具性日常生活(準備食物、洗衣、購物、做輕鬆家事、打電話、理財、外出行動、或遵醫囑服藥等活動)障礙者，需要照護人數提升為28萬；再累加認知功能障礙者，則需要照護的人數，更高達34萬。在未來36年間，長期照護需要將成長為原來的3倍。以上需要人數推估，係指居住在社區中的居家老人之需要，如再加上已經住進護理之家或養護機構者，則我國需要長期照護之人數將遠超過此一數字。不只如此，由於未來老人的教育與經濟程度將大幅提升，對照護之期待，當較諸今日老人為甚，將更加重老人對長期照護的需求。

在服務供應方面，根據吳淑瓊和陳正芬[4]之彙整，我國在2000年時，於衛生和社政體系下均設有機構式和居家支持服務設施。在衛生體系下，設有兩類機構式服務，包含5,028床的慢性病床，以及149家(6,838床)的護理之家；另設有兩類居家支持服務，包含20家日間照護中心，以及259家居家照護單位(估計一年提供109,285人次之居家護理服務量)。社政體系下，設有兩類機構式服務，包含養護機構385家(12,239床)，以及長期照護機構5家(250床)；另雖設有日間照護、居家

服務、營養送餐、緊急通報系統等居家支持服務設施，但其數量均相當有限。除上述設施外，衛生署已核准207家護理之家之設立，開辦後將可增加7,181床之服務；又在社政體系下，尚有283家(6,540床)未立案養護機構，實際提供服務之中。

綜合以上資料，我國目前立案機構式服務共有24,355床，如果再加上興建中的床位，總床位將超過3萬床；如再加上未立案床位，則總床位將近4萬床，據此估算我國每百位老人即將具有約2.2床的機構式照護資源。此一資源配備水準和1999年英國的統計數字相同[12]，較日本的每百位老人2.8床的配備[5,23]也相差不遠。在居家支持服務方面，以全民健保給付的居家照護單位供應最多服務，雖年服務十萬人次，但如以全民健保每月每人給付兩次服務估算，每月僅可服務約5,000人，服務量顯然遠遠低於機構式服務。

在財務支持方面，對一般老人而言，在上述各類設施中，可享受全民健保對慢性病床的給付，居家照護、居家安寧療護、長期依賴呼吸器治療等；對低收入或中低收入老人而言，政府提供機構就養、居家服務、重病住院看護、獨居老人緊急救援連線、特別照顧津貼、住宅設備設施改善等。在上述的各類財務支持中，全民健保對一般老人提供的只是醫療服務的給付，對長期照護中最重要的個人與生活照顧，並不涵蓋，因此一般老人所需的長期照護費用，均由個人或家人承擔。相對的，我國對中低與低收入老人相當照顧，設有多元的財務支持方案，顯現我國殘補式的社會福利精神。

五、我國長期照護問題

以上供需資料顯示，我國長期照護服務供需間之嚴重差距，因而衍生許多長期照護問題，以下從需要面、供應面、和財務面加以扼要分析：

(一) 需要面的問題

傳統上，我國老人一直由家庭照顧，雖然經歷時代變遷，但是民眾對長期照護的態度依然傳統，1994年社會意向調查顯示，我國20-64歲的一般民眾中，約六成認為應將

老人留在家中照顧；約三成認為白天送去日間中心照顧，晚上接回家，是最理想的照顧方式；只有約一成認為，送機構療養是最佳選擇[24]。1993年社區老人健康調查亦發現，只有約兩成的老人願意進機構療養[25]。由此可見我國民眾存在強烈「在地老化」的意願。

在國外，「在地老化」意願會隨者老人的教育與經濟程度提昇而高漲，眼看我國老人的教育與經濟程度正在快速提昇之中，未來對自主隱私的生活要求當更為強烈，對家庭與社區式的照顧需求當更為殷切。

但如前述，我國目前居家支持服務類別十分有限，而且只能提供數千人的服務量，面對數十萬人的照護需求，僅是杯水車薪，難怪許多國內研究發現，絕大多數長期照護由家庭照顧者單獨提供，其所背負的沉重負荷可想而知[26-27]。未來，隨著子女數的減少，婦女外出就業的增加，家庭照顧功能勢必式微，但是老人居家安老的意願又不斷提昇，居家支持服務如不能隨之增長，將難滿足未來老人的照顧需求。

(二) 供應面的問題

在供應方面，很明顯的可發現兩大問題：1.機構式服務遠多於居家支持服務—我國目前還處於先進國家早年重視機構式服務資源發展的時代，尤其在行政院1998年開始執行的兩個三年計畫中，更大量刺激機構式資源的成長，造成目前社區與機構兩類服務不能均衡發展的現況；2.長期照護資源分屬社政與衛生體系—不一致的設置、管理、和補助辦法，不但造成管理的問題，並造成資源零散，效率不彰，使用困難等問題。

(三) 財務面的問題

目前只有低收入戶和中低收入老人可以享有社會福利的救助，一般老人的長期照護費用，均由民眾自行負擔。住進養護機構者，每月至少需負擔3-4萬元，約為家庭平均可支配所得的一半[8]，負擔十分沉重。住在家庭者，經濟較好者，由於社區資源不足，購買服務困難；經濟狀況較差者，普遍缺乏購買居家支持服務的能力，家庭只好獨撐照顧責任，在此狀況下，家庭能否持續提

供照顧，令人質疑。

雖然在人口老化的壓力下，各界均能體認建構長期照護財務安全制度的急迫性，但是其所需的龐大財源，又令決策者擔心國家財政無法負荷，因而裹足不前。

六、「在地老化」對台灣老人照顧政策之啟示

從上述分析發現，雖然我國投入老人照護的發展時間不長，但是機構式服務資源已迅速成長，獨占我國的長期照護市場；相對的，居家支持服務的發展，卻一直停頓不前，顯現我國目前老人照護仍然停留在歐美國家六十年代的情境之中，如不加調整，將和歐美國家目前所追求的「在地老化」趨勢背道而馳。政策如不介入扭轉，將迫使我國長期照護體系朝極度機構化發展。

讓人不禁要問，這樣的發展策略，是否能滿足台灣未來的需求？觀察台灣目前的長期照護問題，其實和先進國家當初的問題十分類似，同樣面對著需求暴漲、家庭照顧功能式微、國家財政困難等等問題；從民眾的需求面觀之，我們民眾對長期照護的態度，可能比歐美先進國家還要「在地」，不僅在傳統上，我們具有強烈留住家庭的觀念，未來在老人教育和經濟水準逐漸提升的雙重影響下，留住家庭的意念更為執著，選擇居家支持服務的能力更為提升，因此，以機構為主的長期照護資源，當然無法滿足未來老人的需求。再從供應面觀之，如果我們繼續朝機構化的方向發展，將排擠居家支持服務的發展空間，機構的無限使用，將使我國必須負擔極為昂貴的機構式照顧成本，造成財政困境。

以上的分析，已經很清楚的告訴我們，只有採用「在地老化」政策目標，才能滿足未來老人的需求，也才能建構我國財政所能負擔的長期照護體系。面對著飛快增長的長期照護需求，如果政策不能馬上介入，扭轉我國目前落伍的長期照護發展態勢，將難滿足二十一世紀的社會需求。因此，建議應即針對我國的長期照護問題，投入下列體系發展策略：

(一) 評估各地區長期照護需求，據以設定「在地」服務資源的發展目標

如果我們希望以當地的服務滿足當地的照護需求，就必須了解地方的需求，方能據以訂定資源發展目標。日本於1990—2000年執行黃金計畫期間，即兩度要求地方政府提供地區需求評估資料，供其規劃長期照護保險制度之參考[23]。

過去我國雖有相關長期照護需要評估資料[22]，但因其僅粗估全國需要人數，並未詳細分析各類服務需要之內涵，也未提出各鄉鎮市區的需要數量。因此，應即召集長期照護相關專業團隊，深入評估各基層單位之長期照護需要，供「在地」資源發展參考。

(二) 發展多元的「在地」服務資源，服務「在地」民眾

為建構「在地老化」之服務資源基礎，應扭轉目前獨利機構的發展態勢，大量發展居家支持服務資源，平衡社區中兩類機構的供應。

因此，機構式資源的發展，應以滿足當地需求為原則，在政策上應依地方的需求，鼓勵社區小型機構的發展，不再核准偏遠地區大型機構的設立。

而在居家支持服務的發展方面，一方面，政策應全力支持營造有利此類資源發展之環境，鼓勵民間投入；另一方面，應協助引進國外新型服務模式，進行試辦，期能加入本土服務行列，多元化社區服務資源。

除了服務設施的發展外，培訓「在地」服務人力，也是重要的工作，應對醫療、護理、營養、復健、社工等相關專業人力，訓練他們社區工作概念與能力；另外，對需求最大宗的居家服務人力，應即鼓勵培訓，並研擬鼓勵留任策略，充實居家服務所需人力。

(三) 建構社區服務網絡，提昇社區照顧服務之成本效益

由於居家支持服務的類別繁多，又散佈社區之中，其成本效益的掌控並非易事，這是各國發展社區式照顧過程中最受詬病的問題之一。因此我國於發展此類資源的同時，應一併投入社區照顧網絡建構的工作，連結

各類長期照護服務與醫療服務資源，建立跨專業分級轉介服務模式，訓練護理或社工人員擔任第一線服務人力，對複雜嚴重個案，再連結其他專業協助，方能有效運用各類專業人力。

另外，為推動網絡之運轉，應引進國外「照顧管理」(care management)制度，測試其在台灣之適用性，設置照顧經理 (care manager)，一方面協助民眾引進並連結資源，監測照顧品質；另一方面，可協助服務使用管控，達到成本的控制的效果，避免社區照顧成本過度膨脹。

(四) 建立資訊管理與品質改善制度，追求「在地老化」的服務品質

服務零散和缺乏服務效率一直是社區照顧發展的絆腳石，因此，除應建構社區服務網絡和照顧管理制度外，並應建立電腦資訊系統，管控資源的利用，以增進社區照顧網之有效運轉。

另外，應建立品質改善機轉，重視老人獨立自主、自尊、隱私等生活品質，引導服務提供者服務提供之方向，增進「在地老化」目標之落實。

(五) 優先提供居家支持服務，控制機構式服務的使用

在社區資源發展與服務網絡建構之後，必須引導民眾加以使用，方能真正落實「在地老化」。由於民眾服務使用行為深受支付制度之影響，因此建議一方面應即檢討與修訂全民健保中相關長期照護給付，以及低收入和中低收入戶救助辦法，一方面，緊縮機構式服務的補助，嚴訂機構收案標準，讓機構式服務只用於真正需要機構療養的重症個案；另一方面，放寬居家支持服務的補助，以鼓勵民眾選用居家照顧方式。又在未來長期照護體系規劃中，也應將此服務補助原則納入規劃重點。

(六) 建構財務制度，支持「在地老化」照顧體系之發展

從國外的發展經驗可知，財務的支持是引導資源發展與服務使用的最佳利器，因此建議盡可能將長期照護財源用於獎助居家支

持資源之發展，優先給付居家支持服務，以鼓勵民眾選擇居家服務。

但如前述，我國目前政府公共財源僅支付低收入或中低收入老人之長期照護需求，因此上述建議並無助於一般民眾達到「在地老化」之目的。觀國外老人之所以能夠在地安老，係因其有國民年金制度與長期照護保險之支撐，提昇老人選擇並購買居家支持服務的財務能力，進而增進老人留住家庭之機會。因此我國如欲確切落實「在地老化」，應即開辦延宕多時的「國民年金制度」，並投入長期照護保險之規劃，並於保險規劃中，可優先給付居家支持服務，以達到控制長期照護費用與鼓勵民眾選用居家支持服務之效果，建構一個能夠支持「在地老化」理念之永續財務制度。

致 謝

本研究蒙國家衛生研究院（計畫編號NHRI-EX90-8801pp）和內政部「建構我國長期照護體系先導計畫」的經費補助，並由台大衛生政策與管理研究所陳鳳音研究生幫忙排版校對，特此一併致謝。

參考文獻

1. Freedman R. Policy options after the demographic transition: the case of Taiwan. *Popul Dev Rev* 1986;12:77-100.
2. 行政院經建會：中華民國臺灣地區民國87年至140年人口推計。台北：行政院經建會人力規劃處，1999。
3. 吳淑瓊、張明正：灣老人的健康照護—現況分析。台北：台大衛生政策中心與台灣省家庭計畫研究所，1997。
4. 吳淑瓊、陳正芬：長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展 2000；92：19-31。
5. 吳淑瓊、王正等：建構台灣長期照護體系十年計畫-執行前之規劃。台北：內政部

- 八十八年度推展社會福利服務補助計畫報告，1999。
- 6.OECD ed. Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution Social Policy Studies No.19, Paris: OECD, 1996.
- 7.Jamieson A. Issues in home care services. In: OECD ed. Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution. Social Policy Studies No. 19. Paris: OECD, 1996;67-77.
- 8.吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬：配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。台北：行政院研究發展考核委員會，1998。
- 9.Sundstrom G, Thorslund M, Sweden. In: Kosberg JI ed. International Handbook on Services for the Elderly. London: Greenwood Press,1994;401-14.
- 10.Kono S, Ogawa N, Maeda D. Aging in Japan. Japan Aging Research Center,1996.
- 11.McCallum J Australia. In: Jordan I. Kosberg ed. International Handbook on Services for the Elderly. London: Greenwood Press, 1994.
- 12.The Royal Commission on Long-Term Care. With Respect to Old Age: Research Vol. 1. UK, 1999.
- 13.Hodlowsky RT. Facts and Trends: The Assisted Living Sourcebook. Washington DC: National Center for Assisted Living, 1998.
- 14.Bishop CE. Where are the missing elders? The decline in nursing home use, 1985 and 1995. Health Aff 1999;**18**:146-55.
- 15.Cuellar AE, Wiener JM. Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany. Health Aff 2000;**19**: 8-25.
- 16.Doty P. International long-term care reform: A demographic, economic, and policy review. J Cross-Cult Gerontol 1993;**8**:447-61.
- 17.Davies B. The reform of community and long-term care of elderly persons: An international perspectives. In: Scharf T and Wenger GC eds. International Perspectives on Community Care for Older People. Sydney: Avebury, 1995;21-38.
- 18.Weissert WG, Hedrick SC. Lessons learned from research on effects of community-based long-term care. J Am Geriatr Soc 1994;**42**:348-53.
- 19.Alber J. Residential care for the elderly. J Health Polit Policy Law 1992;**17**:271-6.
- 20.Jamieson A. Home Care for Older People in Europe: A Comparison of Policies and Practices.Oxford: Oxford University Press, 1991.
- 21.Kane RA , Kane RL. Long-term care for the elderly in Canada. In: Schwab T eds. Caring for an Aging World: International Models for Long-Term Care, Financing, and Delivery. NY: McGraw-Hill Information Services Company, 1989;193-211.
- 22.吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正：功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之應用。中華衛誌1996；**15**：533-45。
- 23.吳凱勳：第五種社會保險—兼論「高齡化社會」與「長期照護保險」，1997。
- 24.Wu SC, Chu CM. Public attitudes toward long-term care arrangements for the elderly in Taiwan. Aust J Aging 1996;**15**:62-8.
- 25.吳淑瓊、賴惠玲、江東亮：影響社區老人對護理之家居住意願的因素。中華衛誌

- 1994 ; **13** : 388-94。
26. 李淑霞、吳淑瓊：家庭照護者負荷與憂鬱之影響因素。護理研究1998 ; **6** : 57-68。
27. 吳淑瓊、林惠生：台灣功能障礙老人的家庭照護者：全國概況分析。中華衛誌1999 ; **18** : 44-53。