

# 長照保險審慎規劃 優質照顧老有所養

洪耳鼻喉科診所 台北市醫師公會智庫副召集委員 洪德仁

## 前言：快速老化呈現照顧的需求

2008年，政府進行長期照顧制度，2017年，推動長期照顧2.0，著重於「以社區為基礎」的照顧模式，結合社區照顧資源，包括：推動長照2.0的ABC社區整體照顧模式，落實社區老化、在地老化；並在醫界推動社區醫療、居家醫療照顧整合計畫、出院準備銜接長照服務計畫以及居家失能個案家庭醫師照顧方案等，建立優質的社區醫養合作模式基礎。

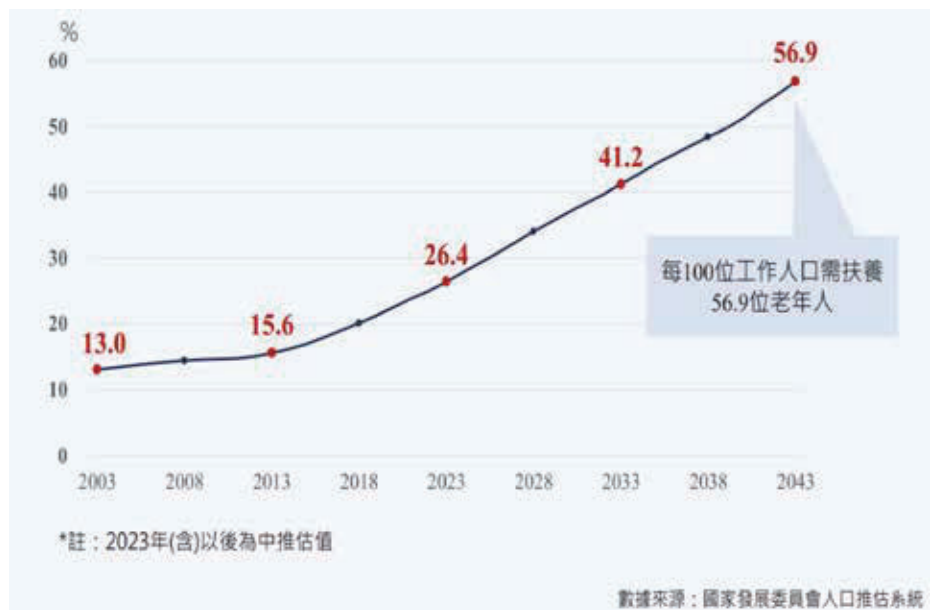
然而，台灣社會正面臨快速高齡化和少子化，扶老比趨勢快速惡化，每100位工作人口需扶養老人數，從2003年的26.4人，到了2043年將達56.9位老人。目前我們的長期照顧是建立在家庭照顧的基礎上，主要仰賴婦女同胞（台灣阿信），包括：媳婦、女兒、外籍看護工等的照顧；特別是主要照顧者如果還需要工作，即使部分工時是由居家服務人員照顧，兩頭燒的結果，苦不堪言；也有很多人辭去工作，全職照顧。不管是兼職或全職照顧，長期下來，身心疲憊，經濟來源拮据，甚至造成社會事件的悲歌。

政府雖然推出居家失能個案家庭醫師照顧方案，鼓勵醫師接受長照管理中心的派案，前往住家訪視，評估失能

個案整體健康、生活照顧需求、家庭和社會支持功能，開立醫師意見書，作為長照管理中心（A據點）個案管理師媒合長期照顧資源，立意良善。但是要求參與醫師諸多門檻和限制，必須完成參加的教育訓練，以及每6年120小時的長照繼續教育學分，以至於醫師參與意願低落，一方面個案整體健康及生活需求評估無法落實，醫師整合角色闕如，都會造成無謂的健康傷害，醫師負責的復能潛力評估流於形式，以至於復健相關介入資源往往耗用，不易評估其效益。

## 長照2.0的財源

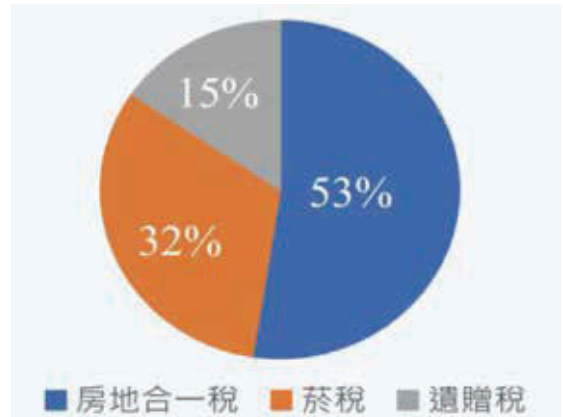
長照2.0是稅收制，依《長期照顧服務法》第15條規定，長照財源包含：遺贈稅、菸稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一稅）及政府預算撥



圖一 台灣扶老比趨勢

充。衛生福利部指出：長照基金之財務規劃係「以支定收」，也就是「量出為入」，係依據長照服務支出情形，來規劃收入規模，爰日後現有之稅收財源如無法因應失能人口之快速成長，則將長期照顧服務法編列公務預算予以支應，故無破產之虞。

財政部指出2022年撥入長照基金共920億元，較2021年增加200億元(+27.7%)。稅收來源有：房地合一課徵所得稅483億元、菸稅295億元、遺贈稅142億元等。雖然「以支定收」無破產之虞，然而快速老化，一定造成失能人口急速上升，長照服務人數和規模也跟隨增加，長照基金從2018年163億的支出，逐年飆漲，到了2022年支出為478億，上升達293%，未來的趨勢更令人擔心不已。而且，政府又不敢加稅的情況下，稅收大量的使用於長照基



圖二 2022年長照基本稅收來源（基金稅收總額為920億元）

金，一定會面臨稅源不足，排擠其他的政府預算，壓縮國家的公共建設，影響國家安全和永續發展。所謂「以支定收」或「量出為入」的說法，代表財源的不穩定，令人疑慮。

我國的稅率偏低，台灣並非社會福利國



圖三 長照基金近五年收支趨勢

家，絕對無法像北歐國家，政府承擔所有的社會福利服務。

長照基金使用於長照2.0服務，採用包裹性支付（俗稱4包錢），包括：

- (1)長照服務給付：照顧及專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務、喘息服務。
- (2)長照機構補助，建構失智共同照顧中心、失智社區服務據點等。

我們的長照基金只有補助住在機構的民眾每月1萬元，平均支出每月3.6萬元，以至於很多民眾認為台灣目前長照2.0不夠用，不好用<sup>1</sup>，導致需要引進約25萬名外籍看護工，照顧在家裡安養的老人家。也造成長照服務發展成三種樣態：市場化（經濟富裕者聘本國生活照顧服務員在家照顧，每月約6萬元），甚至於加聘特別護理師；另外還有機構化（一般家庭將家人送至私人機構，每月約3-6萬元），或家庭化聘請外勞（每月約2-3萬元），模式雖然多元與階層化，但是不易整合銜接，造成長期照顧的缺口。

政府雖然推出居家失能個案家庭醫師照顧方案，期待醫師開立醫師意見書，作為以個案為中心，生活照顧和醫療服務的合作建議，但是制度的設計要求參與的醫師必須是社區醫療群或居家醫療團隊成員，還要參加認證課程，加上每6年120小時的長期照顧繼續教育課程，導致醫師意願薄弱，政府美意無法落實。因為醫師意見書開立的困難，影響醫師整合角色，醫療和長照合作之全人照顧不易實現，深深的

影響照顧品質和資源的耗用。

過去20年長照1.0、長照2.0，並沒有讓我們累積足夠的照顧人力，而且照顧人力不足、分布不均及穩定性問題，也是十分嚴重，值得重視。近年來，長照2.0改變為論量計酬，按照服務項目給予酬金，相關人員整體收入大幅增加，醫療部門和長照部門的競爭，不止護理師、復健治療師等醫事人員，從醫療院所流向長期照顧；連醫院陪病生活照顧人員，也轉換為到宅的居家服務員，加上城鄉差距，偏鄉居家照顧個案住宅距離非常遙遠，無法發揮最大服務的時效，造成長照服務人力調度缺口的窘境，更造成醫療院所護理師人力的不足，各大醫院病房關閉，影響到醫療服務量能。

日本介護保險開辦之初，日本就已經完成25萬人的照顧士的專業認證，讓長期照顧服務順利推動，日本經驗真的值得我們借鏡和學習。

### 日本介護保險財源

日本介護保險是依據《介護保險法》的強制性社會保險制度，由中央、都道府縣及市町村各級政府共同負擔，其營運主體為市町村地方自治體(政府)，委託營利與非營利機構提供照護服務。40歲以上國民需強制加保，65歲以上為第一號被保險者，40歲至64歲的人為第2號保險者。使用照護服務時，依照使用者財務狀況，自行負擔1至3成費用。

2022年，介護保險總費用為13.3兆日圓（2.9兆新台幣），總給付費為12.3兆日圓



(2.68兆新台幣)。介護保險的財源中，公費（相當於台灣的稅收制）占50%，國庫負擔20%、都道府縣12.5%、市町村也是12.5%。加上國庫負擔調整交付金5%。國民繳交的介護保險費也是50%，分成兩部分：(1)65歲以上國民負擔第一號保險費，占23%（2.8兆日圓）。(2)44-64歲國民負擔第二號保險費，占27%（3.3兆日圓）。

日本介護保險提供機構、社區、居家的長期照顧，機構住民的給付，是目前台灣長照

2.0所沒有的，也是很多台灣照顧者殷殷期待的服務。

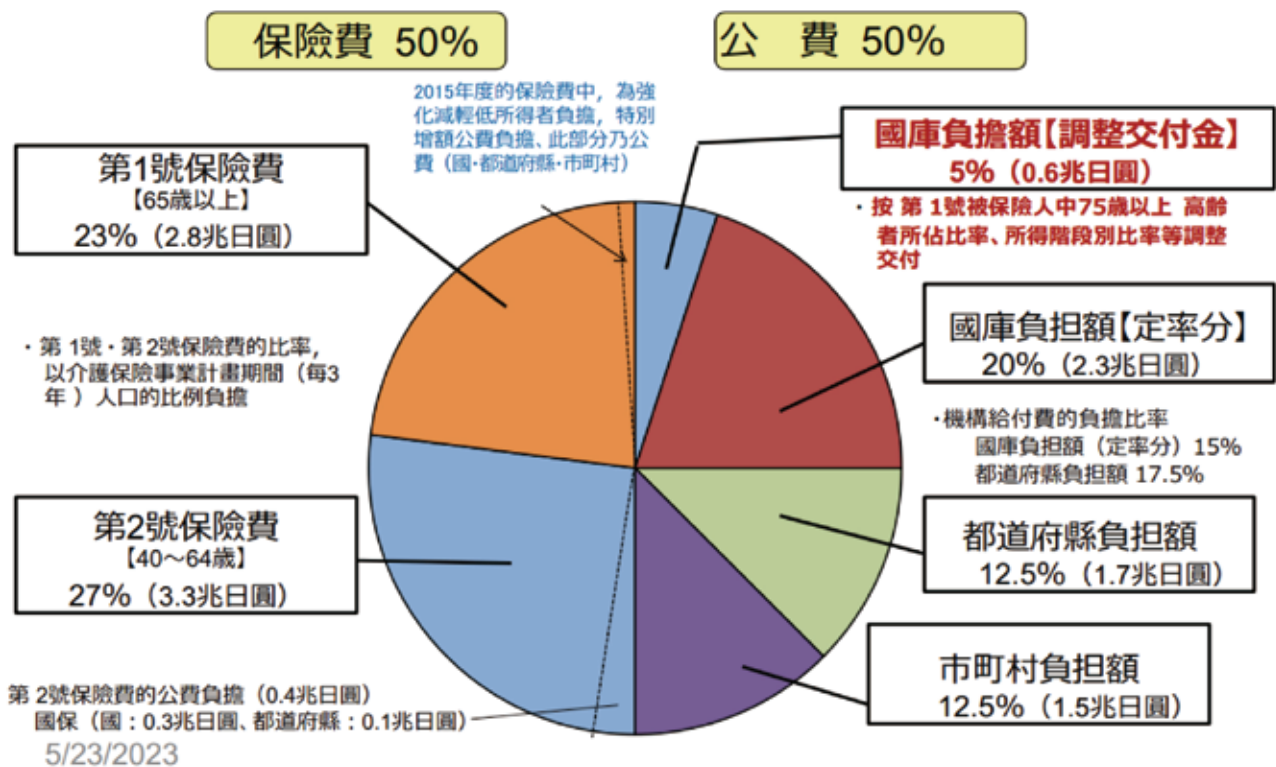
### 長照3.0混合制

長照服務在財務規劃，若採用社會保險制，必須經過立法，受到政黨輪替影響較低，專款專用特性強烈。強調事先加保始具有請領給付的資格，一旦風險發生，符合給付條件，被保險人即可申請給付。

保險制將面臨開放機構給付、現金給付壓力，但其後續對於社區照顧體系發展，以及

## 介護保險財源結構與規模

(2022年度預算案 介護保險給付費：12.3兆日圓)  
總費用：13.3兆日圓



圖四 日本介護保險財源（資料來源：李光廷，轉載自2022年3月24日厚生勞動省老健局「介護保險制度最近動向」）



圖五 長照3.0混合制

對以「社會投資模式」，發展社會福利服務之影響，值得審慎評估因應。此外，服務輸送體系、長照需求及照顧人力規劃、與商業保險關係等，聘僱移工家庭支持服務，充實第一線服務者的專業知能。

日本介護保險強調自助、互助、公助，李光廷教授指出：社區整體照護體制的費用負擔以「自助・互助・共助・公助」方式支應。「公助」來自於公家的稅負擔；「共助」來自於被保險人共同負擔的介護保險費、「自助」是「自己的事自己負責」，包括由市場購入服務（轉載2013年3月 社區整體照護研究會報告書）。自己幫自己、鄰里互助、政府支援，相關理念深入國民內心。

李光廷教授也提到：日本自2015年起各自治體依法建構「居住」、「醫療」、「照護」、「預防」、「生活支援」等一體化提供

的「社區整體照護體制」，預計2025年付諸實現。屆時眾多戰後嬰兒潮出生人口全都邁入75歲以上的後期老人，即使他們變成重度需照護狀態，社區整體照護體制亦可支應其繼續在住慣的社區過自己想過的生活。

台灣具備良好的社區營造基礎，我們更有志願服務的文化，台日文化類似，我們可以大力推動時間銀行服務交換制度，善用初老人力資源，以長期照護、地方創生、青銀共創等，發展永續服務。

誠摯建議我們要借重日本介護保險經驗，以長照2.0的社會保險稅收為基礎，政策延續，階段精進，審慎評估規劃長照保險，加上補助性的商業保險，醫養合作，強化社區醫療，成為優質、完整性、永續性的長照3.0混合制，讓老有所養，壯有所用，年輕的工作族群安心就業創業，造福有需求的個案和家庭安心的老有所養、老有所終。

**謝誌：**台北市醫師公會智庫、台灣健康經濟學會在2023年舉辦長期照顧保險系列論壇，本文內容部分引用淡江大學會計系韓幸紋教授、輔仁大學跨專業長期照護碩士學程李光廷教授簡報內容，特此感謝。

#### 參考資料

1. 葉冠好：一廂情願 長照2.0不好用不夠用。聯合報新聞眼2021-09-29 <https://health.udn.com/health/story/6631/5778823> 📄

# 如果人生能回頭

振興醫療財團法人振興醫院 藍淑馨

## 前言

台北市醫師公會會刊編輯林宜璇醫師看過刊登於台灣醫界的拙作『隧道盡頭是什麼?不一樣的父親節』(註1),因而邀稿,其實該文緣起於台北市醫師公會在家父(也是會員)於2021年1月3日離世後請家屬寫紀念短文刊登於會刊,當時我因文章字數過多,故改投台灣醫界。也因此意外接到外縣市醫師的迴響,台中沙鹿張志國醫師不但親筆寫信回應,令人感動的是他還寄來以自己的畫作製成的精美賀卡,我也藉此機會分享給大家,一起欣賞張醫師的才藝(見圖)。

人生無法回頭,但我們可以從歷史學到教訓。前文多回憶及情感抒發,本文經過更長久的理性思考沉澱,我想談談內心深處不願觸及,然而終究必須面對的人生課題。回想這七年來所作過的決定,如果人生能回頭,我會怎麼作?將來若遇到類似的狀況,我該如何抉擇?我如何為未來作準備。新光醫院侯勝文醫

師2022年9月11日有關英國女王逝世於臉書的發文(註2):『我認為(猜測),女王令人稱羨的『平靜地』逝世,是歐洲強大的安寧系統的展現…。根據女王的指示給予在宅安寧,沒有經過插管。沒有緊急透析,沒有長時間臥床就能安詳地離世。』令我感觸良深,高齡96歲的女王最後一次公開露面是2022年9月6日,去世前兩天還露面任命新首相,家父95歲離世,但離世前臥床7年受盡折磨令人心痛不已。





爸爸是內兒科醫師還是劍道七段高手，一向把自己照顧得穩穩當當，也定期回診拿心血管藥物，對於他的健康及用藥因為我對內科知識不足故從未過問，2014年4月26日凌晨他突然主動脈剝離(type A)，其實後來家兄整理爸爸的日記，發現他發病前已隱約不舒服一段時間了，難怪他三月突然跟我要主治醫師聯絡方式，我卻未警覺，如果當時我積極介入安排檢查，或許能提早發現從容處理預後會有所不同，回頭查病歷他許久沒作心電圖、心臟超音波……等檢查。以前爸爸看門診的時間與我上診時間重疊，我都讓他自己去求診，家父身為醫師卻很客氣，並未要求檢查，5%的主動脈剝離患者並沒有明顯疼痛症狀。

**一定要親自陪家人去看病，才能了解狀況快速處理，這是我學到的第一課。積極充實本科以外的專業知識是我學到的第二課**，如此才能提高警覺掌握病情與主治醫師作最有效率的溝通，這樣的覺悟讓我日後面對其他家人生病時能快速找資料整理成重點，跟家人及主治醫師一起討論應變及處理方法。

發病當日凌晨，爸爸緊急送到急診，他自己推測若不開刀可能過不了這關，但當時CCU沒有床位需移床，從診斷到開刀超過12小時，主動脈剝離發病後每小時增加百分之一的死亡率，術中出血量非常大，開完刀天已亮。開刀後爸爸清醒兩週就左手腳癱瘓，中風還是爸爸自己診斷的，兩天後家父又再度中風右手癱瘓，半年內三度中風連唯一能動的右腳也癱瘓，不能言語，軀幹四肢漸漸攣縮變形。

肺炎、泌尿道感染、氣喘、癲癇……反覆發作，爸爸越來越虛弱，復健科醫師幫我開診斷書時，看了爸爸腦部CT告訴我他腦部梗塞嚴重萎縮。在術後清醒的兩週爸爸告訴家人祖母也曾罹患主動脈剝離，當時心臟病權威國泰醫院陳炯明院長來家裡診斷確定，祖母並沒有開刀，在爸爸的悉心照顧之下控制血壓又活了十年，多年後大伯也罹患主動脈剝離，在長庚醫院開完刀正常生活了五年，五年後腹部動脈瘤破裂離世。

2014年11月爸爸轉往榮總，當夜心臟外科醫師下刀後來看爸爸，他讓我看他住院治療中裝置人工血管的案例並未使用抗凝血劑，我問他為何爸爸開完刀即使用抗凝血劑卻接二連三腦梗塞?接著討論爸爸腹中尚有一顆5公分大的動脈瘤是否需放置血管支架，如果不處理，恐影響腎動脈血流甚至腎衰竭，但爸爸太虛弱只能先保守以對。爸爸在榮總感染漸獲控制，中風無起色，於是開始作復健。2015年春天爸爸轉到其他醫院，發生了胃出血引起休克，血壓一度掉到50以下，主治醫師問我意見，媽媽不忍心爸爸繼續受苦，主張放手，但我想要搶救。我永遠記得當下主治醫師欲言又止的眼神，拖過那次危機爸爸也只能維持生命跡象，痛苦的活著並無意義。主治醫師猶豫的眼神透露的訊息或許是放手吧!事實上後期我只求讓爸爸減少痛苦而非延壽，我了解到**生活品質更勝生命長度，真正為病人考量應該適時放手是我學到的第三課。**

爸爸住院時，無法出聲叫人也無法行動，

曾發生半夜點滴滲漏到皮下組織手腫得比腿粗，病房護士未注意，等到早上媽媽來時才發現，那恐怖的景象從此深植媽媽腦海，後來媽媽幾度住院點滴注射時她總是神經緊繃到無法休息。醫院因營運績效考量精省人力，無法時時刻刻監測患者狀況，我們就多請個人力來照顧爸爸。但是之後這種事又一再發生在爸爸及其他同事親人身上，直到2021年媽媽住院時醫院照護品質改善才沒再發生。回頭想，若第一次發生時我就陪媽媽去找決策者「懇談」直接面對問題，或許爸爸不會遭到第二次甚至第三次更不堪的狀況。怕媽媽傷痛更深，至今我沒讓她知道後面還有更多次，當時的照片始終留在我的檔案裡，提醒自己遇事第一時間處理才能避免後患無窮，**及時反應問題，解決問題是我學到的第四課。**

我用兩名看護、藥費、病房費……，前半年每個月花費約五十萬，半年之後每個月花費約十五至二十萬，七年花費超過千萬，未透過仲介我自己引進兩名菲籍護士，醫療照護省力很多。當下心痛慌亂一定會有，但一定要沉著應戰，理智思考。家人務必分工，有人負責整合醫療資訊及意見，有人負責盤點照顧人力、物力及財力……等支持系統。是否要開刀、手術成功率、照顧困難度、支持系統是否能長期維持都是當下必須立刻考慮的，**臨危不亂，長遠考量是我學到的第五課。**

2020年一則新聞令我心生警覺：

**主動脈剝離和遺傳有關 長庚：有家族病史發病風險高達6.82倍**

主動脈剝離與遺傳有強烈相關性，所佔比例超過一半；長庚醫院2020發表有家族病史者，會顯著增加家族成員的發病風險，一等親的發病風險可達6.82倍。（註3）

家父是就我所知親族內第三個主動脈剝離的案例，家祖母及大伯父三十年前七十歲上下陸續發病，祖母保守治療，大伯父積極開刀，有五至十年不錯的生活品質，家父八十八歲發病，雖然體質強健但術後兩週就中風了，開刀時機非常重要，當時若能透過緊急醫療網就近找到CCU床位及早開刀，或許預後會好些。緊急就醫分秒必爭，哥哥家跨過馬路即達新光醫院，我看到此訊息即幫哥哥掛號新光醫院心臟外科林佳勳主任留下就醫紀錄及家族史，地緣考量振興、榮總、新光三院都必須留有紀錄。我也積極尋找振興醫院步行十分鐘內可至、無障礙可停車、就醫方便的住處，讓照顧者隨時能就近喘息休息，保持體力太重要了。未知下一場仗將何時開打，我盡一切努力準備中，如果有會員願意隨時update主動脈剝離與人工血管環的相關新知給我，我會無限感激。**Who will be the next? What should I do? 這是最艱難的第六課課題。**

家父最後時光住在榮總大德病房，有一天在往大德病房的電梯內，我看到實習醫師輕撫床上老奶奶的頭安慰她，爸爸生病時我也常這樣作，實習醫師溫柔的眼神令人動容。爸爸走後一年，在榮總門口遠遠看到大德病房收治爸爸的吳醫師走下交通車，風中飄揚的白髮、夕陽斜照下微駝的側影令我難忘。人生精華三十



年他們各自在首尾兩端，我感受到他們發自內心的大愛。有時會問自己下輩子還要當醫師嗎？能在這個圈子與這麼多優秀且善良的人同行，因此我願意。

走筆至此，收到沙鹿張志國醫師寄來的第八張賀卡，原來透過醫界雜誌可以與醫界朋友有更多的交流，我很願意提供七年來殘障相關照護個人經驗及資源供大家參考，這又是另一篇血淚史，歡迎來函:yaachen@gmail.com。

註1 台灣醫界第65卷第2期杏林隨筆『隧道盡頭是什麼?不一樣的父親節』

<https://drblueclinic.wordpress.com/2021/10/18/>



<https://reurl.cc/eDMD9M>



註2 新光醫院侯勝文醫師2022/9/11臉書發文

<https://reurl.cc/65K51y>



註3 長庚醫院研究團隊花費3年研究，確認主動脈剝離和遺傳有強烈關聯，有家族病史者會顯著增加家族成員的發病風險，

一等親的發病風險高達6.82倍。「美國心臟病學會雜誌」(J Am Coll Cardiol 2020;76(10):1181-92)。<https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2020.07.028>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32883411/>

<https://reurl.cc/y7R7k2>



<https://reurl.cc/AAMAKY>

