

醫療長照整合財務制度論壇

地點：臺北醫學大學醫學綜合大樓四樓圓形會議廳(誠樸廳)

日期：中華民國103年11月21日(星期五)

主辦單位：臺北醫學大學

共同主辦單位：財團法人國家衛生研究院、國立陽明大學

協辦單位：臺北醫學大學護理學院

指導單位：衛生福利部·衛生福利部社會及家庭署

承辦單位：臺北醫學大學公共衛生學院衛生政策暨健康照護研究中心

會議手冊 Proceedings



目錄

議程.....	1
主持人簡歷資料.....	2
從市場經濟及政府財力看長照服務與保險.....	5
中風急性後期照護試辦計畫現況與展望.....	22
長照與健保支付整合芻議.....	32
長照給付支付制度如何促進整合照護.....	40
照護津貼與家庭照顧角色.....	62
從日本介護保險看台灣長照保險之財務規劃.....	84
民間與公辦保險之互補接軌-以長照為例.....	97
長照體系如何回應民眾需要，提供好用的居家服務.....	106
會場平面分配圖與交通位置.....	108

議程

時間	主題	主講人
08:30-09:00	報 到	
09:00-09:15	開幕 貴賓致詞	臺北醫學大學 邱副校長弘毅 美國凱斯西儲大學 王教授懿範
主持人：衛生福利部社會保險司 曲司長同光		
09:15-09:30	導言	衛生福利部社會保險司 曲司長同光
09:30-10:10	從市場經濟及政府財力看長照服務與保險	亞洲大學健康產業管理學系 楊教授志良
10:10-10:40	中風急性後期照護試辦計畫現況與展望	台大醫院北護分院 韓主任德生
10:40-11:00	休 息	
主持人：臺北醫學大學醫學院臨床教授 陳再晉醫師		
11:00-11:30	長照與健保支付整合芻議	臺北醫學大學醫學院臨床教授 陳再晉醫師
11:30-12:00	長保給付支付制度如何促成整合照護	陽明大學衛生福利研究所 李教授玉春
12:00-13:30	午 餐	
主持人：中華民國殘障聯盟 王秘書長榮璋		
13:30-13:50	照護津貼與家庭照顧角色	中臺科技大學老人照顧系 徐教授明仿
13:50-14:10	從日本介護保險看台灣長照保險之財務規劃	國泰人壽綜合企劃部 陳經理崇佑
14:10-14:30	民間與公辦保險之互補接軌-以長照為例	南山人壽研究發展部商品企劃處 李經理榮俊
14:30-14:50	休 息	
主持人：南華大學非營利事業管理系 鄭教授文輝		
14:50-15:10	永續可負擔的財務制度-家庭照顧者觀點	臺灣身心障礙人福利促進協會 劉理事長展瑞
15:10-15:30	長照體系如何回應民眾需要，提供好用的居家服務	弘道老人福利基金會 林執行長依瑩
15:30-17:00	綜合座談 主持人：陽明大學衛生福利研究所 李教授玉春 與談人：演講者及各單元主持人	
合照留影		



曲同光



現職 • 衛生福利部社會保險司司長

學歷 • 國立台灣師範大學衛生教育碩士
• 美國洛杉磯加州大學衛生政策與管理碩士

經歷 • 行政院衛生署醫政處、健保規劃小組專員
• 中央健康保險局專門委員、副經理、研究員
• 行政院衛生署醫事處、企劃處副處長
• 全民健康保險監理委員會副主任委員
• 行政院衛生署參事兼健保小組、長照保險籌備小組副召集人
• 行政院衛生署企劃處處長



王懿範 Ye Fan Wang Glavin, PhD



美國凱斯西儲大學·醫學院·家庭醫學和社區(人口)衛生·臨床教授
台北醫學大學·資深訪問學者·講座教授
國家衛生研究院·講座教授
計畫總顧問·長期照護與醫療服務資訊整合研究計劃案

工作重點：醫療系統整合及循證衛生政策研究，大量數據分析和全國性醫療示範及系統發展，包括醫療保險和醫療補助的方案，急性和長期照顧的整合和醫療保健改革。

王懿範教授為美國許多全國性或區域性的健康政策方案的計畫主持人，包括協助舊金山市 (San Francisco) 發展醫療與長照整合模式(Health and Long Term Care Integration Model Development)，俄勒岡州老人與低收入保險之資料規劃 (State of Oregon on Medicare and Medicaid data planning) 以及俄亥俄州針對老人、失明及失能者的照護政策規劃。她也受邀參與由RWJF基金會 (Robert Wood Johnson Foundation) 贊助之老人保險與低收入保險整合計畫 (Medicare and Medicaid Integration Program, MMIP)，在全美17個州針對高醫療費用及高風險之族群發展管理式照護模式 (managed care strategies for the high cost and high risk populations)。她主導俄亥俄州 PACE 項目(Program of All-Inclusive Care for the Elderly)，針對有長照需求的老人，整合Medicare(醫療)與 Medicaid(長照)，以論人支付(capitation)之全國性試辦計畫。

王教授也利用Medicare 與Medicaid整合資料，分析發展出整合慢性病病人之急性和長期照護模式。兩個全國性的示範項目亦基於她的政策及模式分析而得到聯邦政府的經費支持，包括俄亥俄州老人和殘疾資源中心 (Aging and Disability Resource Center, ADRC) 由聯邦政府高齡管理中心 (AoA, Administration on Aging) 和老人及低收入保險 (CMS, Center for Medicare and Medicaid Services) 資助，以及另一項由美國國家心理健康研究所 (National Institute of Mental Health, NIMH) 補助之計畫。王教授在美國長期照護評估支付系統 (MDS, Mini Data set) 開始建立時就參與工具的建立，並數次向聯邦政府報告工具使用評估及改善。

王教授為亞洲多個高校，醫療中心，跨國公司和政府機構提供教學和諮詢(包括協助長庚系統建立DRG管理制度及延伸照顧體系)。王教授在北京清華大學授課“醫療政策及系統建立”並與中國國情中心主任，清華大學教授胡鞍鋼共同撰寫“中國10年醫療保健改革的思考”向中央政府提出中國醫療改革的白皮書。

王教授在紐約雪城大學(Syracuse University)護理學院取得學士，在麥克斯韋公共事務學院(School of Maxwell Public Affairs and Citizenship)取得碩士和博士學位，並由美國國家老人研究院(NIA)全額獎學金支持取得老年學證書。她曾任密歇根大學國家衛生研究院研究員和並在匹茲堡大學醫學院任教。

王榮璋



現任：

1. 中華民國殘障聯盟秘書長
2. 公平稅改聯盟召集人
3. 台灣社會心理復健協會理事長
4. 行政院長期照護保險推動小組委員
5. 衛生福利部身心障礙者權益保障推動小組委員
6. 考選部身心障礙者權益維護措施審議小組委員
7. 台北市住宅諮詢審議及評鑑委員會委員
8. 台灣社會福利總盟常務理事
9. 蘋果日報慈善基金會常務董事
10. 新境界文教基金會董事
11. 法律扶助基金會發展專門委員
12. 台灣智庫諮詢委員
13. 伊甸社會福利基金會顧問
14. 台灣少年福利與權益推動聯盟顧問

曾任：

1. 台灣社會福利總盟秘書長
2. 行政院顧問
3. 立法委員
4. 伊甸社會福利基金會中區分會主任

鄭文輝

現職中正大學、南華大學兼任教授(2013-)

衛生福利部社會保險司顧問(2013-)

TEL (05)2750844

E-mail wenhui@mail.nhu.edu.tw

學歷：美國明尼蘇達大學經濟學博士

相關經歷：

中央健保局財務處經理（1999-2001）

衛生署全民健保監理委員會委員（2001-2003）

行政院二代健保規劃小組財務組召集人（2001-2004）

行政院長期照顧規劃小組財務組召集人（2004）

行政院社會福利推動委員會委員（2004-2006）

衛生署長期照護保險籌備小組顧問、委員(2009-2013)

中央健保局顧問（2010-2011）

政治大學財稅系講師、副教授（1978-1982,1985-1993）

中正大學社會福利系副教授、兼系主任（1993-2003,2001-2003）

亞洲大學長期照護研究所教授兼所長（2003-2006）

大同技術學院財稅系、福祉科技與服務管理系教授、兼技合處處長
(2006-2008,2006-2007)

南華大學非營利事業管理系教授、兼系主任（2008-2013,2011-2012）

研究領域：

社會福利制度與政策、社會保險、醫療照護財政、非營利組織財務管理

SESSION 1

主持人：曲司長 同光

主講人：楊教授 志良

主講人：韓主任 德生

楊志良



亞洲大學健康管理學院 講座教授

專長

健康管理、衛生政策、健康保險、醫療制度

學歷

- 1968-1971 國立台灣師範大學衛生教育系學士
- 1972-1973 國立台灣大學公共衛生研究所碩士
- 1975-1979 美國密西根大學公共衛生學院博士

經歷

- 1972-2001 台灣大學公共衛生學科助教、講師、主任、副教授、教授
- 1984-1987 台灣大學公共衛生研究所所長
- 1986-1988 中華民國公共衛生學會理事長
- 1988-1990 行政院經濟建設委員會全民健保規劃小組召集人
- 1990-1994 中華民國醫院行政協會秘書長
- 1992-1993 中華民國衛生教育學會理事長
- 1992-1996 台大醫院資訊室主任
- 1995-1999 全民健保爭議審議委員會委員
- 1996-2001 台大公衛學院醫療機構管理研究所所長
- 1998-1999 全民健保醫療費用協定委員會主任委員
- 1999-2000 行政院衛生署政務副署長
- 2000-2002 全民健保體檢小組執行長
- 2004-2006 柳營奇美醫院執行長
- 2001-2014 亞洲大學講座教授、所長、院長、副校長
- 2009-2011 行政院衛生署署長

著作

專書：

- 1983 生物統計學新論
- 1990 公共衛生學新論
- 1994 健康保險
- 2008 健康保險
- 2011 拚公義-沒有好走的路
- 2012 台灣大崩壞-挑戰沒有希望的未來



從市場經濟及政府能力 看長照服務與保險

亞洲大學
楊志良講座教授
2014. 11. 21



台灣怎麼了？

84歲老翁王敬熙 鎚死老伴(2010年12月)



- 臺北市王敬熙的太太孫元平罹患帕金森氏症，2010年9月摔倒骨折，他認為太太活得很苦，2010年12月26日拿六顆安眠藥給太太服下昏睡後，用鐵鎚把九公分的螺絲起子釘入太太前額致死。案發後他報警自首，被羈押。
- 台北地方法院開庭審理時，王敬熙哽咽地向法官說：“不要放我出來，如果我出來，等於是要我自殺”，並說若有安樂死制度，“我何必親手殺死太太？”法官2011年9月依殺人罪判刑9年，他怒嗆法官：“為什麼不判我死刑？”
- 聲稱台灣沒有安樂死制度，“害病人必須痛苦死去，太過殘忍”。
- 老翁被羈押在台北看守所近1年，生前簽下DNR，2011/12/26因心肺衰竭在台北看守所病舍中過世。

3

孝子勒殺 失智(癱瘓)母 2012年11月14日



- 嘉義大林鎮45歲江進盛疑因長期獨力照顧久病失智的老母親，身心俱疲，加上不堪經濟壓力，昨用電線勒死母親，伴屍5小時後才向警方自首。
 - 姊趕到，抱著安慰說：「我知道你累了！我們都很愛你！」他才情緒崩潰、痛哭：「對不起！我實在撐不下去了！很後悔殺了媽媽。」
 - 江進盛和母、妻、兩名子女三代住在兩層透天厝，原一家和樂，但母親（81歲）十多年前起即因肝硬化、骨質疏鬆、骨髓神經受壓迫，造成行動困難，後來又出現失智情況，無法自理生活，長期臥病在床，江5個已出嫁姊姊雖常回家探視，但獨子獨力撐起照顧老母親的責任。
- 鄰居說「江是個很孝順的兒子，在雲林六輕工業區做工，有房貸壓力，兒子讀大學夜間部、女兒國三，都要用錢。江和妻子曾為看護母親的問題爭執，江妻認為把江母送到安養院可接受妥善照顧，也能減輕丈夫身體的負擔」，故兩個月前把江母送到安養院，但江疑因不捨母親，擔心在安養院過得不好、環境不舒適，上月底突然辭職，並於上週五將母親接回家，希望自己照顧母親，同時節省每個月2、3萬元的看護費

4

為何需推動長期照護

- 避免不幸的事件

- 媳婦枕頭悶死久病癱瘓婆婆 2009-2-12
- 84歲老翁王敬熙鎚死老伴 2010-12
- 疑不忍獨子背重擔老翁溺斃太太上吊自殺 中廣新聞網，2012-6-26
- 孝子勒殺失智(癱瘓)母 2012-11-14
- 彰化自殺老人服農藥高達31.2% 中時電子報，2012-7-6

- 家庭無法獨力負荷

- 照顧面
- 經濟面

- 高齡海嘯應及早因應

5

2012/09/03

真是人倫悲劇！一名45歲的哥哥，上周得知自己罹患肝癌末期，來日無多，擔心年邁父母無力照顧從小就四肢殘障、無法自理的弟弟，決定帶著他一起走。昨天他趁父母不在家，以改造手槍殺了弟弟後，再朝頭部自轟身亡。



2013/1/12

台南市柳營一名75歲顏姓老翁，長期照顧行動不便、患有輕度失智的70歲妻子，日前兩人疑似發生口角，顏姓老翁用輪椅將妻子推到兩公里外的水埤，先將妻子推下水溺斃，自己再跳水共赴黃泉。

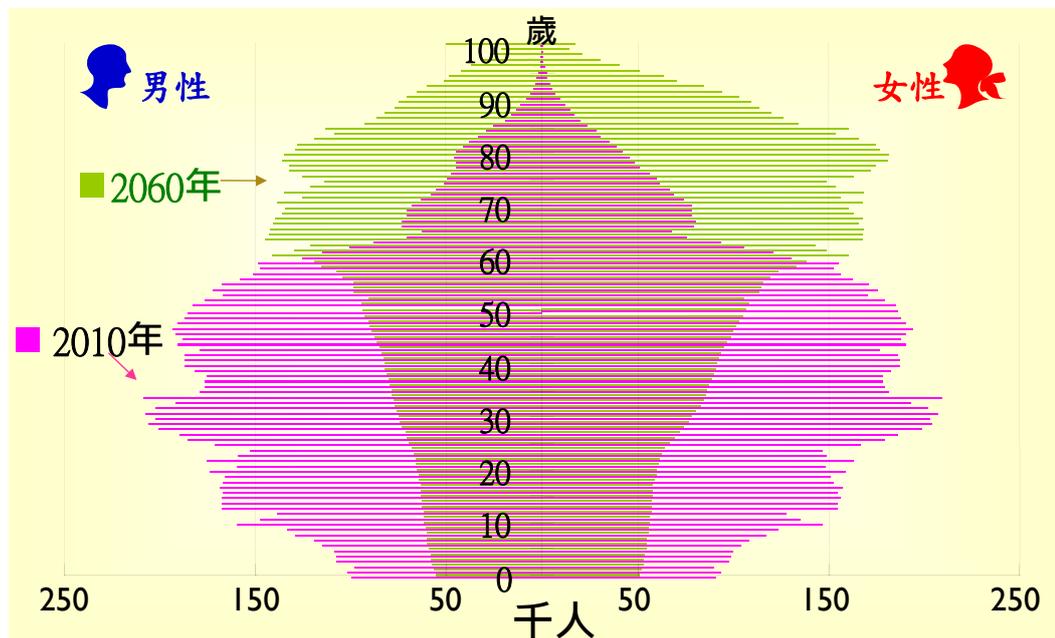


2012/12/13

高市27歲施姓婦人因丈夫另結新歡而離婚，因獨力撫養5歲幼子、1歲幼女而無法外出工作，為了餵飽幼女，今年8月起，至少4次進入賣場偷奶粉被捕，檢察官見她處境堪憐都釋回；前天她第5度犯案又被捕，她向警方說「不曉得能不能獲釋，若被羈押，就須請朋友代為照顧小孩」，檢察官最後還是將她釋回。

2010年及2060年臺灣人口金字塔

- 2010年人口金字塔為中間大、兩頭小之燈籠形，代表勞動力供給充沛。
- 2060年人口金字塔將轉變為上寬下窄之倒金鐘型態，社會負擔相對較重。



資料來源：經濟建設委員會「2010年至2060年臺灣人口推計（中推計）」

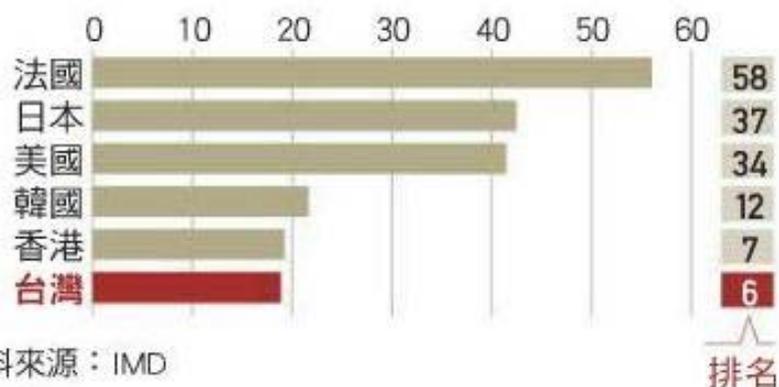
9

103年長期照護預算:42.2億

老農津貼每月加1000元，每年增82億

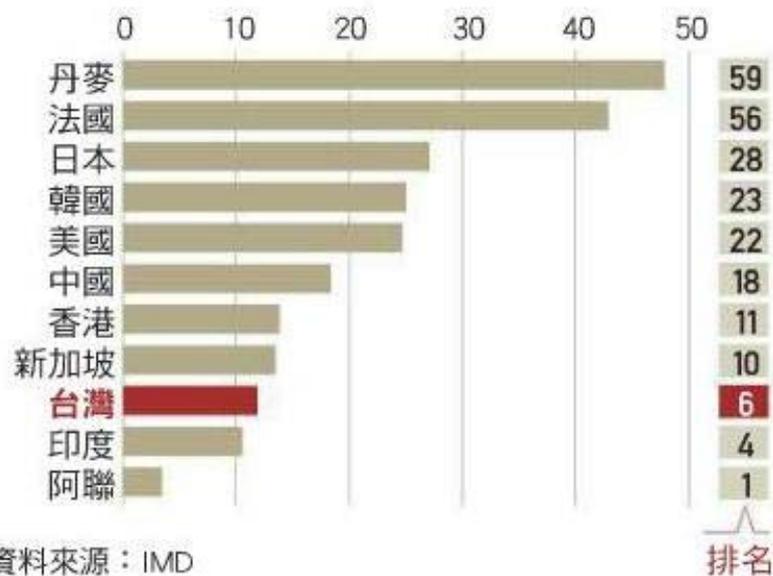
政府小而窮 世界第六小

政府支出佔GDP比重 單位：%



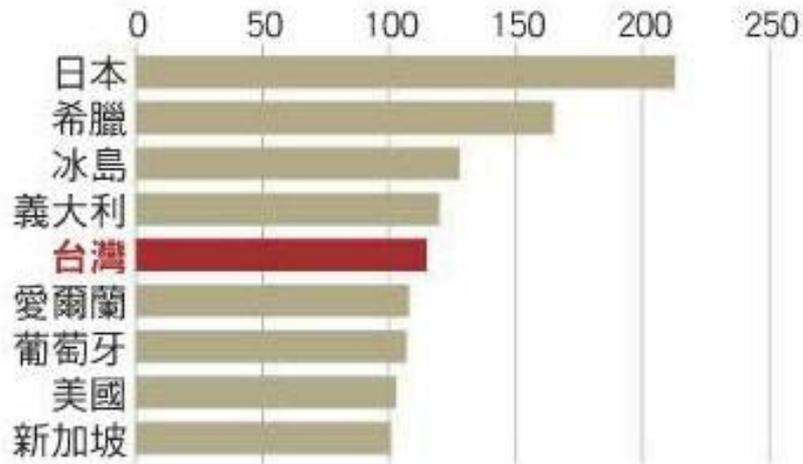
台灣稅負 全球第六低

2010年租稅負擔率（稅收佔GDP比重） 單位：%



負債比逾115% 名列前茅

政府債務佔GDP比重 單位：%



為什麼，台灣會落入「政府窮、人民窮、富人富」的困境？
為什麼，台灣會淪為「貧者愈貧、富者愈富」的不公社會？
為什麼，炒房炒股新增的十七兆財富，幾乎不需繳稅？
台灣出了什麼問題？

文／張理一 研究／陳得治 繪圖／江小A

炒房炒股賺17兆 幾乎免稅

台灣是富人的
低稅天堂

獲利百億企業 稅率比上班族低



公司名稱	實際稅率	獲利(億元)
緯創	0.0%	102
遠東新	0.2%	119
聯電	0.3%	114
亞洲水泥	0.5%	101
聯發科	2.2%	140
彰銀	3.0%	106
台塑化	3.5%	247
台塑	5.1%	406
仁寶	5.6%	121
台化	5.7%	365
日月光	6.1%	151
台積電	7.1%	1447
可成	8.5%	113
台達電	8.7%	131
中石化	8.8%	120
南亞	11.0%	282
台灣大	11.6%	148
華碩	11.6%	198
鴻海	12.4%	918
中鋼	13.3%	203
宏達電	13.7%	698
遠傳	13.9%	108
中華電	14.1%	554
廣達	16.5%	274

平均稅率 9.1%

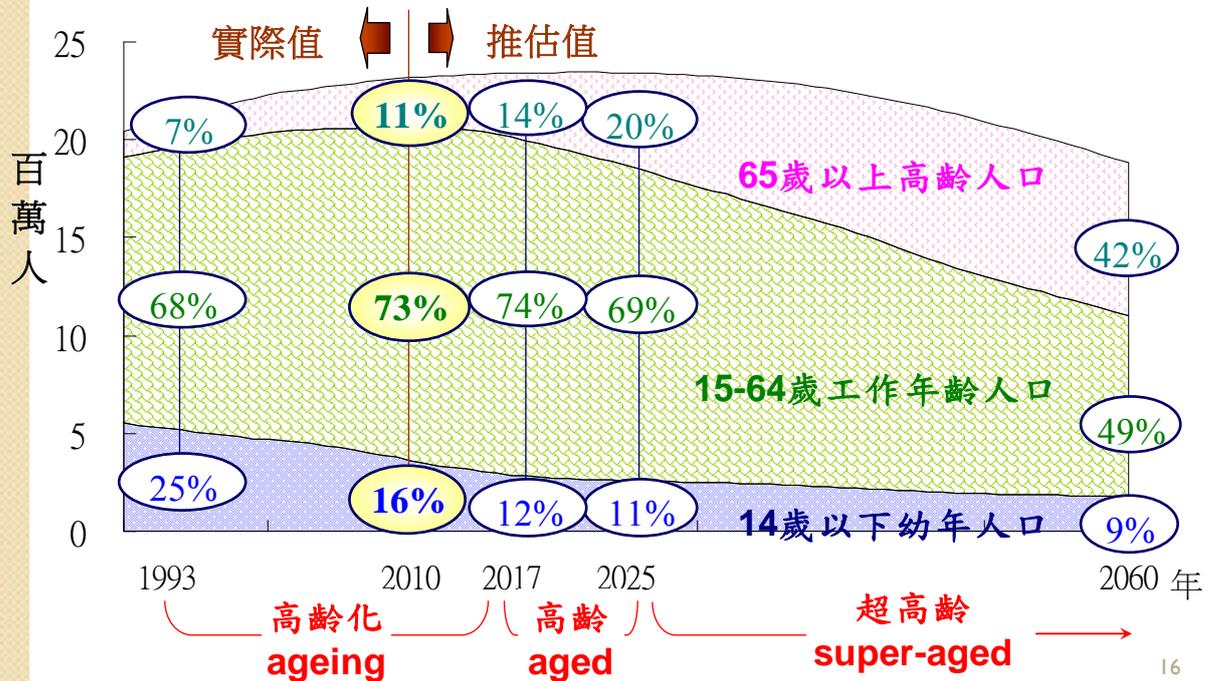
5 以下 7 年
5 以上 12 以下 11 年
12 以上 6 年

資料來源：安永德勤
戶部稅務局、台灣五種
社經中心
註：資料截至 2015
年臺灣企業獲利榜
2011 年資料



臺灣人口結構變動趨勢

65歲以上人口占總人口比率將由2010年11%，2017年增加為14%，達到國際慣例所稱的高齡社會，2025年再增加為20%，邁入超高齡社會，2060年65歲以上人口所占比率將高達42%。Dep. ratio=36, 35, 45, 104



目標五 105年完成長照人力培訓，補足人力缺口 (1/2)
以105年實施長照保險，涵蓋率70%推估長照專業人力需求數

- 全失能人數77萬人，其中65歲以上51萬人，需長照服務53.9萬人
- 照顧服務員需求最大，估共需57,854人

專業人力	社區式		居家式		機構式		合計	
	需求人數	專業人力	需求人數	專業人力	需求人數	專業人力	需求人數	專業人力
照顧服務員	5,520	923	共416,000 (含家事服務 295,000)	37,042	117,000	19,889	538,520	57,854
社工人員		292		3,688		2,018		5,998
護理人員		352		1,318		14,824		16,494
物理治療人員		253		2,328		111		2,692
職能治療人員		576		789		1412		2,773

17

目標五 105年完成長照人力培訓，補足人力缺口 (2/2)

一. 105年完成照顧服務員培訓補足缺口38,700人

102年:9,000人 103年: 9,200人

104年:9,500人 105年:11,000人

二. 105年完成社工人員培訓3,200人

護理人員培訓8,000人

物理治療及職能治療人員培訓3,500人

服務人力	盤點結果(99.12)	105年需求量	105年需增加量
照顧服務員	19,154	57,854	38,700
社工人員	2,932	5,998	3,066
護理人員	8,647	16,494	7,847
物理治療人員	1,301	2,692	1,391
職能治療人員	653	2,777	2,124

長期照護制度發展三階段

❖ 第一階段-長期照顧十年計畫

- 長照服務及體系前驅實驗性計畫

❖ 第二階段-長期照護服務法

- 完備及整合長照體系
- 建置體系法制化

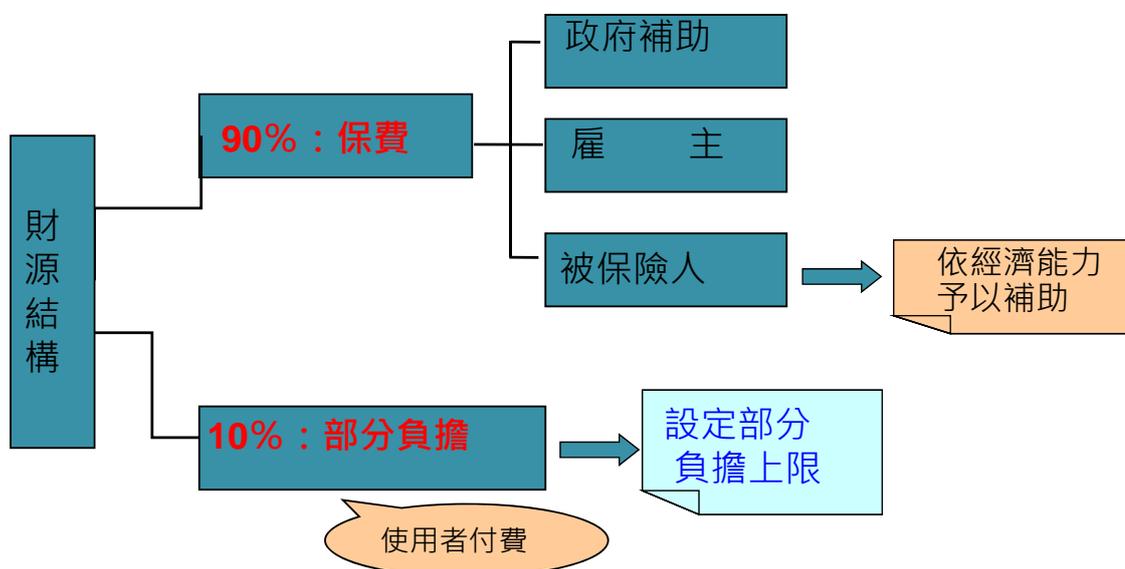
❖ 第三階段-長期照護保險法

- 保險機制啟動

19

長照保險財務制度規劃

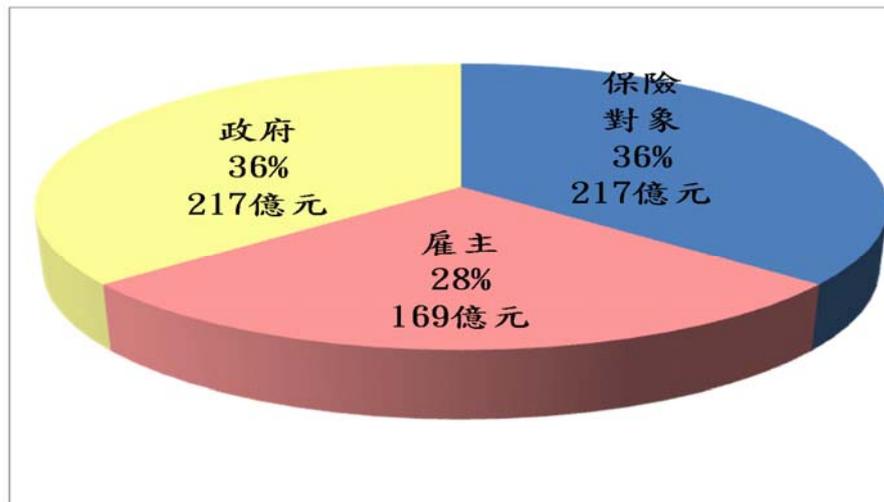
- 一. 主要財源：保險費，保費負擔比率與健保一致，但財務獨立
- 二. 負擔比率：政府、雇主及被保險人三方負擔共 90%，部分負擔 10%
- 三. 保險人：中央健康保險署



長照保險保險費三方負擔比率

以105年實施長照保險推估：

- 政府負擔36%，為217億元
- 雇主負擔28%，為169億元
- 保險對象負擔36%，為217億元



註：金額為105年長照保險費用低推計初步推估，假設使用率為70%。

21

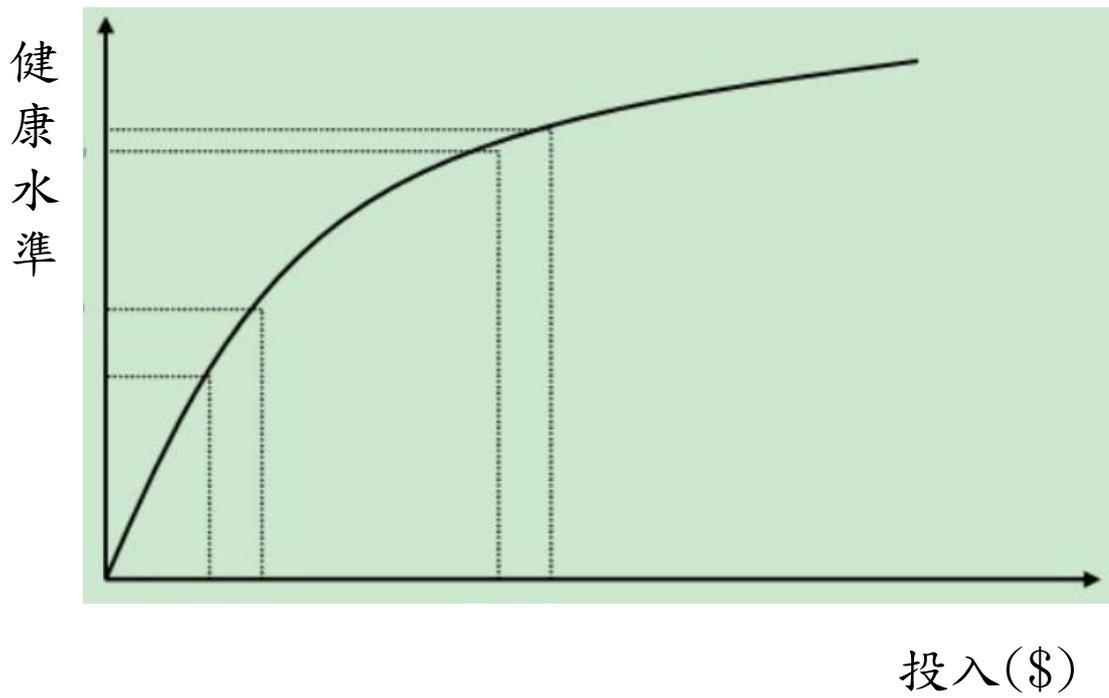
長照保險費用初步推估

- 以105年使用率70%，低推計總費用為604億元，政府負擔36%，為217億元

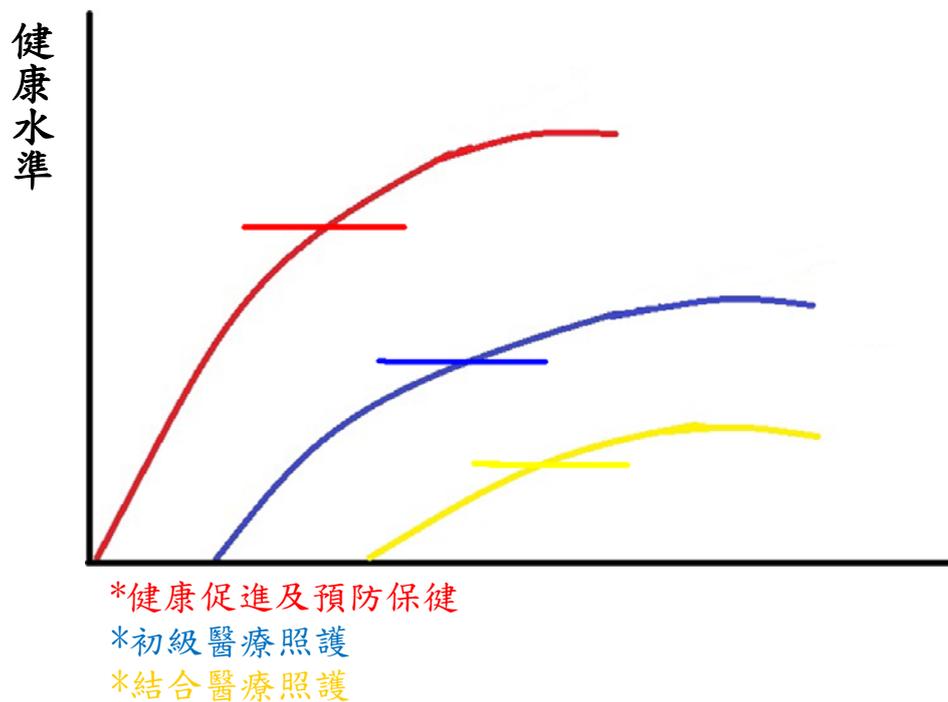
			總費用(億元)	政府負擔(億元)
105年	使用率70%	低推計	604 217	
		中推計	798 287	
		高推計	1,111 400	
110年	使用率100%	低推計	1,036 373	
		中推計	1,372 494	
		高推計	1,908 687	
120年	使用率100%	低推計	1,571 566	
		中推計	2,085 750	
		高推計	2,893 1,041	

22

醫療投資報酬遞減



理想的醫療資源配置



醫療體系總體策略

- 公共財源為主—就醫公平
- 私人機構為主—醫療效率



長期照護總體策略

- 公共財源為主—照護公平
- 私人機構為主—照護效率



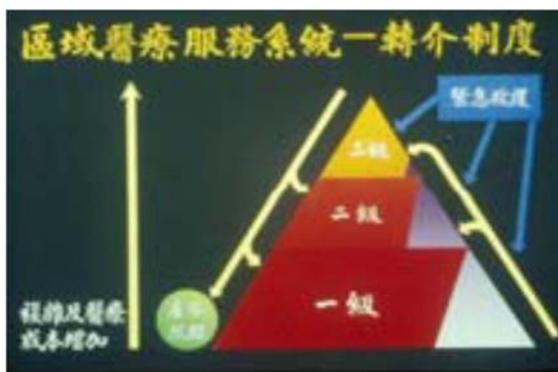
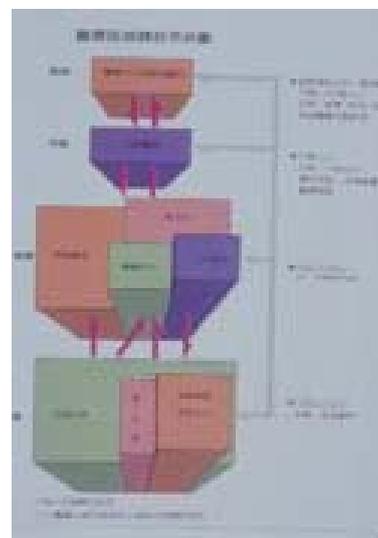
- 醫療網計畫(1985)奠定全民健保基礎及醫療法通過
- 百億醫療發展基金

醫療網計畫(區域醫療規劃)

1978-1985



Since 1985



如何減少三輸的「死亡套餐」

- 體外膜氧合（Extra-Corporeal Membrane Oxygenation，縮寫ECMO，音譯俗稱「葉克膜」）
- 柯文哲：以台大為例，迄今使用葉克膜一千八百例，其中也有一成是裝了也不會活的患
- 他更指出，很多癌末患者因為沒有簽署放棄急救聲，就曾經歷「死亡套餐」：一開始可能只是因為管還喘、送進加護病房，然後插上呼吸器、放入鼻胃管，裝上動靜脈導管，開始使用靜脈營養，最後可到真的裝上動靜尿管、然後輸血，更末期要洗腎，電擊、壓不進行時，還要打上強心劑，給予CPR、電擊、壓能真正步上死亡之路。這一段路，只為了顯示兒孝、醫師盡力。

修正安寧緩和醫療條例條文

末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成年子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。



韓德生 Han, Der-Sheng

台大醫院北護分院醫事部主任

E-MAIL : dshan1121@yahoo.com.tw

聯絡地址：台北市萬華區內江街 87 號

學歷

台灣大學臨床醫學研究所博士

高雄醫學大學學士後醫學系醫學士

台灣大學動物學系理學士

現職

台大醫院北護分院復健科主治醫師兼科負責人(2005/7-)

台大醫院北護分院醫事部主任(2012/5-)

台大醫學院醫學系臨床助理教授(2014/2-)

經歷

台大醫院復健部住院醫師、總醫師

苗栗大千醫院復健科主治醫師

台大醫院復健部主治醫師

台大醫學院醫學系兼任講師

書籍

- 1.韓德生、王顏和. Neurogenic bladder in CVA, Parkinson's disease and multiple sclerosis. In Clinical Urology 2nd ed. 郭漢崇, 2012.
2. Han DS. The regulation of myostatin and its relationship with muscle atrophy. Doctoral dissertation, Graduate Institute of Clinical Medicine, College of Medicine, National Taiwan University. 2011.
3. 韓德生. 女性應力性尿失禁之治療：行為治療及骨盆底肌肉訓練. 台灣尿失禁協會臨床指引制定委員會, 2009.
4. 韓德生. 多發性硬化症之排尿障礙. In 神經性因排尿障礙. 郭漢崇、林登龍主編. 台灣尿失禁防治協會, 2006.

Stroke PAC in Taiwan

Der-Sheng Han, MD, PhD
 Chief, Dept of Physical Medicine and Rehabilitation,
 National Taiwan University Hospital BeiHu Branch
 Executive committee, Taiwan PAC program

臺大醫院北護分院



- 前身：臺北護理學院附設醫院
- 2004/7移撥臺大醫院
- 願景：成為「老年醫學暨長期照護的整合型中心」
- 綜合病房31床
- 護理之家59床
- 居家護理



PAC in Taiwan

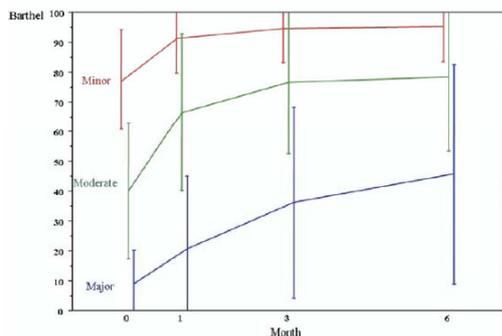
- Acute care
 - National Health Insurance (NHI)
 - Coverage rate: 99.9% (population 23million); satisfaction: 80%; low cost.
 - ER, OPD, admission, home visit.
- Post-acute care (PAC)
 - Ventilator user (by NHI)
 - Stroke (Pilot program by NHI since 2014)
 - Other diseases (Since 2015)

Post-Acute Care (JCAHO)

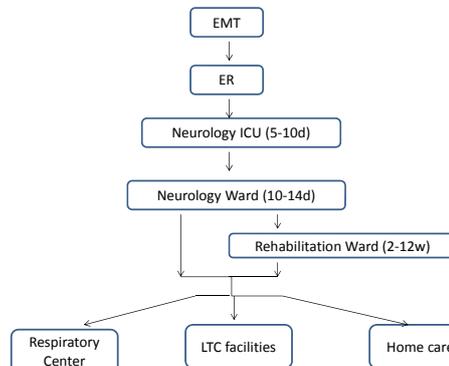
- 為有急性疾病、傷害或病程惡化者所設計的住院照護
- 提供治療≥1種特殊、急性、複雜技術的醫療狀態
- 不需要高技術性醫療觀察或複雜的診斷流程
- 需要以跨專業團隊提供協調性服務
- 要經常(每天到每週)反覆評估病患、回顧臨床歷程
- 提供數天到數月有期限的療程
- 直到個案穩定或達到原本預定的療程結束為止
 - 類似制度：急性後期照護(post-acute care, PAC)、亞急性照護(subacute care, SAC)、出院後照護(post-hospital care)、轉銜照護(transitional care)、中期照護(intermediate care)

Prognosis

Barthel ADL After Stroke



Stroke Care in Taiwan



Before 2014.....

- Stroke patients with significant disability were admitted repeatedly in rehabilitation ward of different hospitals.
 - Paid by NHI (acute care)
 - Rehabilitation ward (1055 physiatrist, 700 in hospital)
 - LOS: 30 days + 30 days +30 days +.....
 - "admission relay" in 5% new stroke patients.
 - Depending on the disability of individual patient
- Discharge
 - Home: cared by family or foreign caregiver.
 - Institution (<10%)

Stroke PAC in Taiwan

- Eligibility
 - Stroke onset within 30 days (proved by image studies)
 - Modified Rankin Scale 2-4
 - Good motivation and cooperation
 - Step-down from higher level of hospital
- 醫療狀況穩定：
 - 神經學狀況：72小時以上神經學狀況未惡化
 - 生命徵象：血壓、心跳、體溫72小時以上穩定或可控制
 - 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制
- Evaluation tool
 - 13 instruments. Every 3 weeks.

• Payment

- Per diem
- RUGs
 - FRG1 (functional related group): High rehab utilization (>= 3 sessions per day)
 - FRG2: Medium and low rehab utilization (1-3 sessions per day)

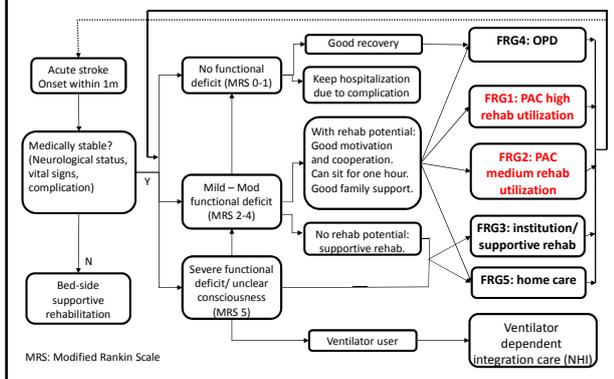
• 積極復健潛能判定原則

- 具基本認知、學習能力與意願。
- 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 能主動參與復健治療計畫。
- 具足夠家庭支持系統者為佳。

Modified Rankin Scale

- 0 - No symptoms.
- 1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.
- 2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.
- 3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.
- 4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.
- 5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.
- 6 - Dead.

Recruitment algorithm



FRG1

- PT
 - Weekday: 1-2 sessions/day, 30~60 min/session
 - Weekend: 1 session/day, 30~60 min/session
 - Before going home: home visit 1 time/admission for environment evaluation and community adjustment
- OT
 - 1-2 sessions/day, 30~60 min/session
 - Before going home: home visit 1 time/admission for environment evaluation and community adjustment
- ST
 - At least 5 sessions/week

FRG2

- PT
 - Weekday: 1 session/day, 30~60 min/session
 - Weekend: 1 session/day, 30 min/session
 - Before going home: home visit 1 time/admission for environment evaluation and community adjustment
- OT
 - 1 session/day, 30~60 min/session
 - Before going home: home visit 1 time/admission for environment evaluation and community adjustment
- ST
 - 3-4 sessions/week

Code	Content	Pay	ment*
High rehabilitation utilization (FRG1)			
P5101B	-first 3 weeks (3-5 sessions/day)		3486
P5102B	-first 3 weeks (<3 sessions/day)		2016
P5103B	-first 3 weeks (weekend and holiday)		1200
P5104B	4 th to 12 th weeks (3-5 sessions/day)		2788
P5105B	4 th to 12 th weeks (<3 sessions/day)		1613
P5106B	4 th to 12 th weeks (weekend and holiday)		1200
Medium rehabilitation utilization (FRG2)			
P5107B	-first 3 weeks (1-3 sessions/day)		2310
P5108B	-first 3 weeks (no treatment)		1200
P5109B	-first 3 weeks (weekend and holiday)		1200
P5110B	4 th to 12 th weeks (1-3 sessions/day)		1848
P5111B	4 th to 12 th weeks (no treatment)		1200
P5112B	4 th to 12 th weeks (weekend and holiday)		1200

- In NT dollar (1US\$=30NT\$)
- Including ward, nursing, physician fee, rehabilitation treatment, lab & radiology exam.

RUG

第1群：Rehab+extensive services			
超高復健需求(Ultra High) ≥720 min/week 至少2個訓練,1 st 專業訓練至少5天,2 nd 至少3天≥720分鐘	16-18 7-15 <7	RUX RUL Cat.2	\$723.59 \$635.46
更高復健需求(Very High) ≥500 min/week 至少1個訓練=5天 500-719分鐘	16-18 7-15 <7	RVX RVL Cat.2	\$548.61 \$511.59
高復健需求(High) ≥325 min/week 1個訓練=5天 325-499分鐘	13-18 7-12 <7	RHX RHL Cat.2	\$465.05 \$456.23
中復健需求(Medium) ≥150 min/week 3個訓練=5天 150-324分鐘	15-18 7-14 <7	RMX RML Cat.2	\$532.38 \$488.31
低復健需求(Low) 最低3天,45 min/wk. 護理運動：2種,1週6天,45-149分鐘	7-18 <7	RLX Cat.2	\$377.95

RUG

第2群：Rehab			
超高復健需求(Ultra High) ≥720分鐘/週 至少2個訓練-1 st 專業訓練至少5天,2 nd 至少3天≥720分鐘	16-18 9-15 4-8	RUC RUB RUA	\$614.30 \$563.19 \$536.74
更高復健需求(Very High) 最低500分鐘/週 至少1個訓練=5天 500-719分鐘	16-18 9-15 4-8	RVC RVB RVA	\$493.97 \$469.29 \$421.70
高復健需求(High) 最低325分鐘/週 1個訓練=5天 325-499分鐘	13-18 8-12 4-7	RHC RHB RHA	\$429.80 \$410.40 \$380.45
中復健需求(Medium) 最低150分鐘/週 3個訓練=5天 150-324分鐘	15-18 8-14 4-7	RMC RMB RMA	\$394.89 \$384.31 \$375.50
低復健需求(Low) 最低3天,45分鐘/週. 護理運動：2種,1週6天,45-149分鐘	14-18 4-13	RLB RLA	\$348.00 \$296.87

成本效益分析

- 傳統住院復健每週給付(以區域醫院等級與複雜復健治療計算)
 - 診察費(257元)+病床費(457元)+護理費(516元)+藥事服務費(29元)=1259=A
 - 物理治療600(元/次/人)*1(次/天)+ 職能治療600(元/次/人)*1(次/天)+ 語言治療480(元/次/人)*1(次/天)=1680=B
 - 每週給付:7*A+5*B=17213
- PAC照護計畫給付(以高強度復健費用(FRG1)計算)
 - 前三週每週: 3486*5+1200*2=19830
 - 後四週至第十二週每週:2788*5+1200*2=16340
 - 假設病人皆住六週,平均每週為(19830*3+16340*3)/6=18085

- PAC照護計畫給付(以一般強度復健費用(FRG2)計算)
 - 前三週每週: 2310*5+1200*2=13950
 - 後四週至第十二週每週:1848*5+1200*2=11640
 - 假設病人皆住六週,平均每週為(13950*3+11640*3)/6=12795
- 兩種給付方式每周差額為
 - FRG1: 18085-17213= 872 (+ 5%)
 - FRG2: 17213-12795=4418 (-26%)
- 以上計算方式,尚無考慮其他相關部門之支出,包括VPN及資訊系統建置、出訪、個管師、檢驗與影醫等。此外,考量住院日數增加後的支付遞減因素,實際差額應比上述計算公式更為巨大。
- 承作醫院評估費(初次) 1000點
- 承作醫院評估費(複評) 400點

Training course at Taipei



Training course at Taoyuan



Training course at Tainan



參加醫院數

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
團隊	10	7	7	5	8	2	39
醫學中心	8	1	4	2	3	1	19
區域醫院	6	12	13	10	9	3	53
地區醫院	12	13	23	7	17	6	78

Instrument list

- **Core**
 - 1. Modified Rankin Scale (MRS)
 - 2. Barthel ADL index
 - 3. Functional Oral Intake Scale
 - 4. Mini Nutrition Assessment (MNA)
 - 5. EuroQoL-5D (EQ-5D)
 - 6. Lawton-Brody IADL Scale
- **Supplementary**
 - 7. Berg Balance Test
 - 8. Usual Gait Speed
 - 9. Six-Minute Walk Test, 6MWT
 - 10. Fugl-Meyer Assessment, FMA
 - 11. Mini-Mental State Examination, MMSE
 - 12. Motor Activity Log
 - 13. Concise Chinese Aphasia Test

PAC in USA

Location	Instrument	Payment
Long Term Care Hospital		
Inpatient Rehabilitation Facility	FIM	Per discharge
Skilled Nursing Facility	MDS 2.0	Per diem
Home Health Agency	OASIS	60 days

PAC case conference

- 參與人員：急性後期照護團隊成員
- 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
- 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
- 品質管理指標：定期召開率98%以上，病歷完成率100%
- 評量時機：
 - 轉出醫院評估、承接醫院初評、期中每3週評估、結案評估(包含銜接居家環境服務，或與長照管理中心聯繫)
- Model:
 - Multidisciplinary-Interdisciplinary-Transdisciplinary



台大醫院北護分院復健部(急性後期)病例討論會

病患姓名：OOO 性別/年齡：女/OO 病歷號：000000
 會議日期：2014/00/00 地點：職能治療室 病房：603-01
 發病日期：2014/00/00 轉出醫院：台大醫院 轉入日期：2014/00/00
 復健強度：FRG2 歷次評估日期：2014/00/00；2014/00/00
 與會人員：

部門	內容
NP/ Resident	Diagnosis: (1) Ischemic Stroke; (2) Hyperlipidemia; (3) DM; (4) DM retinopathy; (5) Cataract; (6) 1. Modified Rankin Scale (MRS): 2. Barthel Index: 3. Mini-mental state examination (MMSE): 4. Mini Nutrition Assessment (MNA):

PT	5. Euro QoL-5D: 6. Berg Balance Scale (BBS): 7. Gait speed (記錄患者以最快速度行走五公尺所需的時間(秒)): 8. 六分鐘行走測試(要求患者以盡快，可能會微喘的速度在走廊來回行走六分鐘，然後記錄其總共距離和測試前後的心跳、血壓):
OT	9. Fugl-Meyer Assessment (FMA) (下肢分測驗(全七項)建議不評): 10. Lawton-Brody IADL Scale: 11. Motor Activity Log(MAL)-30 (此量表可反應重返社會家庭的能力):
ST	12. 功能性口進食量表 (Functional oral intake scale, FOIS): 13. 失語症功能性溝通活動量表:
總評	<input type="checkbox"/> 續住。未來三周復健強度： <input type="checkbox"/> FRG1 <input type="checkbox"/> FRG2 復健目標： <input type="checkbox"/> 不續住。出院準備:

出院準備服務

- 居家照護建議
- 復健治療建議
- 社區醫療資源轉介服務
- 居家環境改善建議
- 輔具評估及使用建議
- 轉銜服務
- 生活重建服務建議
- 心理諮商服務建議
- 其他出院準備相關事宜

病歷號： 國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院
 姓名： National Taiwan University Hospital Bei-Hu Branch
 床號： 出院準備計劃(身障者適用)

100年3月制定
 100年7月第一次修定
 101年6月第二次修定

先生/女士，您好：
 您於____年____月____日，因____住院接受診治。
 在您住院期間，本院醫療護理團隊依您的情況，擬定出院準備計畫如下：
 一、 居家照護建議
 無新建議
 有需求，建議：_____ 建議人：_____
 二、 復健治療建議
 無新建議 門診復健 居家復健 轉機構或住院 其它
 建議人：_____
 三、 社區醫療資源轉介服務
 無新建議 _____醫院/診所 _____健康中心/衛生所 居家護理
 建議人：_____

四、居家環境改善建議

無新建議 傢俱間之通道寬度應維持在至少 80cm 加強照明

須加裝/強化 扶手 地面落差，需以_____斜率處理

在走廊，○左側○右側○兩側 <1cm 需加上標示物

距地_____cm(75-85cm) 落差在 1-2cm 1:2

床邊○左側○右側 落差在 7cm 以下 1:3

浴缸或淋浴處，○左側○右側 加裝止滑墊，在_____

馬桶，○左側○右側○兩側 浴室 其它_____

洗手台，○左側○右側 加裝夜燈指引常用路徑

迴轉空間 其它_____

使用輪椅通道寬度 90cm 以上

室內最小淨迴轉空間 150cm x 150cm

建議人：_____

五、輔具評估及使用建議

無新建議 普通拐杖 四腳拐杖 助行器 輪椅

特製輪椅 便盆椅 其它_____

建議人：_____

六、轉銜服務

無需求 有需求，建議：_____

建議人：_____

七、生活重建服務建議

無需求

有需求，建議：_____

建議人：_____

八、心理諮商服務建議

無需求

有需求，建議：_____

建議人：_____

九、福利需求評估建議

建議人：_____

十、其他團隊成員出院準備相關事宜

(一)語言治療師

無新建議

有需求，建議：_____

建議人：_____

(二)營養師

無新建議

有需求，建議：_____

建議人：_____

(三)護理師

無新建議

有需求，建議：_____

建議人：_____



成效核心指標

- 分為MRS 2~4三個等級分別統計
 - Modified Rankin Scale & Barthel Index
- 急性後期照護品質PAC品質監測指標
 - 醫療共病處理成效
 - 個案收案後一年內死亡率
 - 個案收案期間急性病房轉入率
 - 功能改善及後續適當轉銜之成效
 - 醫學中心病人下轉率
 - 個案出院後14日內再入院率
 - 個案出院後30日內再入院率
 - 個案之功能進步情形



Problem faced-1

- Low recruitment
 - Epidemiology (www.stroke.org.tw, 2014)
 - Annual new admitted stroke case: 30000
 - New disabled stroke case: 18000
 - Planned to recruit 3000 cases in the 1st year
 - Only 600 were recruited till end of July
 - Among them, 250 cases were step-down

- Possible causes
 - Medical center: low bed occupancy
 - Hierarchy of hospital in Taiwan
 - Medical center
 - District hospital
 - Local hospital
 - Local hospital: relative low payment
 - Patients: sense of uncertainty, select for larger hospital

- Resolution
 - Increase incentive: bonus for successful recruitment, quality improvement, and consultation fee to local hospital
 - Extra payment for home visit, videofluoroscopy, NG diet.
 - Complete explanation to patients
 - Establish information system for better communication
 - Strict censorship in rehabilitation ward admission.

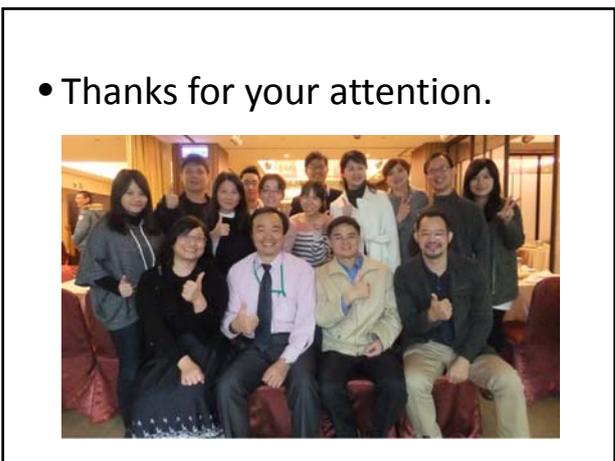
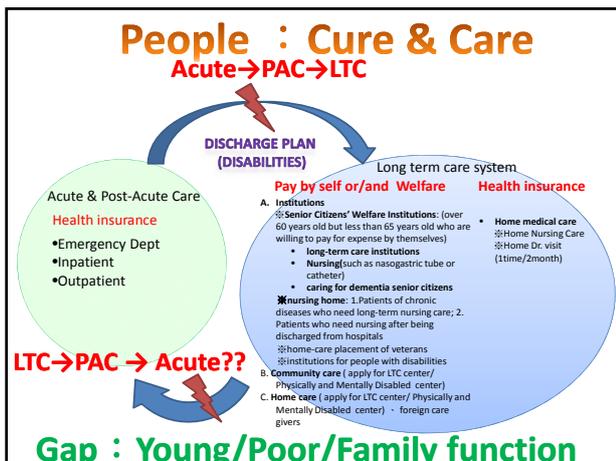
Problem faced-2

- High administrative paperwork
 - 13 instruments!
- Resolution
 - Eliminate EQ-5D and IADL in the initial evaluation.
 - Eliminate the redundant items.
 - Develop adaptive electronic base tool.

Problem faced-3

- What kinds of patients will be recruited in next year?
 - Hip fracture
 - s/p arthroplasty
 - Spinal cord injury
 - Traumatic brain injury
 - All cases having acute function decline
 - COPD, CHF, PN,

- Difficulty in discharge planning
 - Integration of LTC facilities
 - Case manager
 - Universal evaluation tool
 - Discharge disposition (6 months after onset):
 - Home: 92.9%
 - Institution: 7.1% (0.7% needed ventilator)



SESSION 2

主持人：陳醫師 再晉

主講人：陳醫師 再晉

主講人：李教授 玉春

陳再晉 醫師

現職:

- 1.台北醫學大學臨床教授兼衛生政策暨健康照護研究中心主任
- 2.台北醫學大學(市立)萬芳醫院醫學教育執行長

學歷:

- 1.美國哈佛大學公共衛生碩士 (1991)
- 2.台灣大學醫學系畢業 (1976)

經歷:

- 1.行政院衛生署副署長(2004.8~2011.9)兼醫院管理委員會執行長(2004.8~2005.10)及法規委員會主任委員(2004.8~2011.2)
- 2.行政院衛生署技監兼中部辦公室主任(2001-2002);參事兼中部辦公室主任(2003-2004)
- 3.行政院衛生署疾病管制局局長(2002-2003)
- 4.行政院衛生署保健處處長(1998-2001)
- 5.行政院衛生署技監(1997-1998)兼代中醫藥委員會主任委員(1998.1-3月)
- 6.台北市立慢性病防治院院長(1992-1995)及和平醫院院長(1995-1997)
- 7.台北市立忠孝醫院內科主任(1988-1992)
- 8.台灣省立桃園醫院內科主治醫師(1981-1988)兼代實驗診斷科主任(1982,1986)
- 9.台大醫院內科住院醫師(1978-1981)及兼任主治醫師(1982-1996)

長照與健保支付整合芻議

台北醫學大學臨床教授 陳再晉 醫師

全民健保財務自公元 2000 年起，漸次面臨收支短絀之困境。及至 2010 年 4 月，以薪資和全國平均保費為基礎(payroll-based)之保費費率，由 4.55%一次調升至 5.17%(增幅達百分之十三點六)；且併同將最高一級保費費基，由十三萬一千七百元調升至十八萬二千元(增幅達百分之三十八點二)。其後，保費收入大幅增加，以權責會計為基礎之收支帳，很快由短絀轉為賸餘；102 年元月開始實施所謂二代健保，加徵補充保費(2%)，雖將前述費率由 5.17%回調至 4.91%，但至今收支帳仍持續呈現明顯順差。

原二代健保方案規劃內容中，完全放棄薪資為基礎(payroll-based)，不再區分六大類被保險人，改以「家戶總所得」計算保費之核心主張，卻因家戶難以定義，致無法通過立法院之審議。因為，到底家戶是同一戶籍的共同居住者呢？或是所得稅納稅戶的共同申報人呢？前者變動性很大，就算親等近如父母配偶子女者，亦未必設於同一戶籍；後者則因許多人未達所得稅申報標準，又如何去為他們組合家戶呢？加上若與納稅戶連結，免納入所得稅稅基的收入，稅務機關並未強制通報登錄，難以稽核，原二代健保草案卻想納入家戶總所得計算，作為收取保費之費基。爰此，這一個看來很有理想性的概念，在立法院審議協商過程，財政部堅定表示實務上有窒礙難行之處，以致倉促之間，決定繼續維持當時已實施十五年以上，大家習於接受，較少爭議之 payroll-based 制度，再另外加徵補充保費。反觀目前擬議中之長照保險法草案，在財源之設計架構上，幾乎與健保一致；因

此，是否只要酌修健保法，擴大其給付範圍，適度調增費率來涵括長照給付，以收簡化行政，提升管理效能好呢？或者增訂長照保險法，兩者財務分立，各自努力，期收學習競爭之效好呢？確實是在當前政府積極規劃醫療長照整合照護管理模式時，必須認真思考的議題。

首先，個人建議，在規劃下一波健保(或稱三代健保)改革，及推動長照保險時(不論是內涵於或獨立於健保之外)，保險費收取機制上，除了延續全民普遍接受，且極為穩定之 payroll-based 保費計收機制外，不妨修法將補充保費改為隨所得稅徵收。例如，可就所得稅稅率逾 10% 部分之稅額，加徵一定百分比之補充保費，並可設定收取之總額度上限。這樣一來，一年只要收取一次，即便經稅務機關稽查完竣，核定稅額有所增減，致補充保費隨之變動時，也只要併同補退稅辦理即可，手續極為簡便。至於所得稅是否需做更公平合理之修正，則回歸稅制改革去討論，健保或長照保險無須，也難以在國家的稅制之外，去另外建構一套財富重分配的機制，背負難以承擔之重責大任；現行補充保費收取公平性之爭議(如：租金因承租對象不同，有收有不收)，以及手續繁複之問題，亦可迎刃而解。至於遇有調增保費收入之必要時，究竟是應調整 payroll-based 之保險費費率，或所得稅一定稅率以上之稅額為基礎之補充保費費率，或同時調增，甚至分別增減該二費率，只要符合收支連動審議原則，以及社會對健保及長照保險保費公平負擔的看法，都有相當彈性運用的空間。

至於長照保險是否應有獨立之財務收支帳目呢?關鍵在於現有健保給付與規劃中之長照給付間,是否存在二不管的中間照護,或者健保有無期待現行部分給付(如:居家護理)轉移給長照負擔。如果兩個問題的答案均為否定,則財務分立尚屬允當;否則應以合一為宜,但內部控帳可以虛擬切割,以監控健保與長照保險間,有無出現保險支出不當流動的現象。這樣,健保與長照之財務資源可以整合運用,並逐步擴大論人計酬實施範圍。一方面可以激發服務提供者樂於開發推動創新且更具效益之資源使用與尊嚴照護模式,積極辦理安寧緩和醫療,減除當今對多重不可逆慢性病重症者,經常施予之英雄式、壯烈式醫療,導致其可能留下後續沉重之長照負擔,以及沒有尊嚴的維生治療,使安寧緩和醫療逐漸成為該等病人的重要選項;二方面可減除醫療與長照間出現灰色二不管地帶,互推受照護者之現象。如此一來,不但有助於推展整合性、連續性之醫療與長照服務,也能有較餘裕之健保與長照資源,可以用來提升照護範圍與品質效益,是因應老化社會必須優先考量的方向。

其次,可考量建立單一管理者(regulator)與多元支付者(multiple payers)並行之資源運用體制。目前我國的健保由衛生福利部與其所屬之中央健康保險署共同扮演管理者與單一支付者(single payer)之角色。雖然在總額預算協定與執行過程中,有服務提供者的參與,但,基本上,主管機關還是資源分配與支付制度的主導者,包括總額分配模式、給付範圍、支付制度等在內的主要保險政策(insurance policy),還是相當單元化,不同地理分區幾乎沒有因地制宜,彈性

自主的空間。為促進多元創意之醫療保健服務，不妨考量參照部分國家健保的運作模式，政府機關只作為管理者，主管法規訂定、加退保、收支連動審議、保險費收取與醫療費用分配及重大之爭議處理等事項；支付者之角色功能，可透過議約程序委辦，或經由公開甄選之方式，由數家公益法人或民間保險公司來擔當。被保險人有選擇登記歸屬特定支付者之自由(當然需配套限制非有特殊情況，應在該支付者之特約醫療機構就醫，及被保險人在一定期間內，可以享有一次變更加入其他支付者之選擇權)；主管機關訂定基本之支付標準表，個別支付者可視其營運效能，分別訂定優於該標準表之支付政策(包括更多支付項目與更高品質之醫療與長照服務)。這樣一來，可以活絡支付者之競爭機制，發展經營特色與提升營運效能，或訂定因地制宜之給付增項，嘉惠被保險人。

前述多元支付者的另一個選項是，搭配結合公共衛生施政，開放地區分權，多元化總額重分配之改革方案。目前健保總額採醫療類型區分，包括中醫、牙醫、西醫基層、西醫醫院、基層洗腎與醫院洗腎等，每年議定總額成長與分配時，固然都有將不可協商之投保人口數與人口結構、醫療物價指數變動，及可協商之醫療科技發展、服務品質改善等因素納入。然而，畢竟是以全國為範圍，缺少因地制宜之考量；且實施至今，已產生不同醫療總額類型間，給付點值明顯之差異。因此，如能以單一直轄市、縣市為總額分配單位，或依其意願自行結合鄰近之直轄市、縣市為一個總額分配單位，於完成分配後，各該單位可會商轄內醫療機構，決定再以何種分類方式細切割總額，或不再細切割。如此，可使地方政府依轄內

醫療資源因地制宜，靈活運用細分小總額，並可結合地方自籌及中央補助地方之公共衛生預算，綜整運用，納入健康促進及疾病預防服務，有助於導正以醫療為中心之保險政策，加速導入論人計酬制度。更重要的是，可以發展多元、有創意的資源運用模式，及均衡發展地區醫療資源。當然，此一分配方式，除考量各受分配單位之人口數及人口結構外，也必須納入經實證研究顯示，對醫療及長照服務成本有所影響之因素(如，人口密度較低之地區，服務成本必然較高)；且如民眾在轄區外就醫，也要有配套之費用移轉機制。

長保給付支付制度如何促進 整合照護

李玉春

陽明大學衛生福利所教授
衛生福利部長期照護保險籌備小組總顧問

1

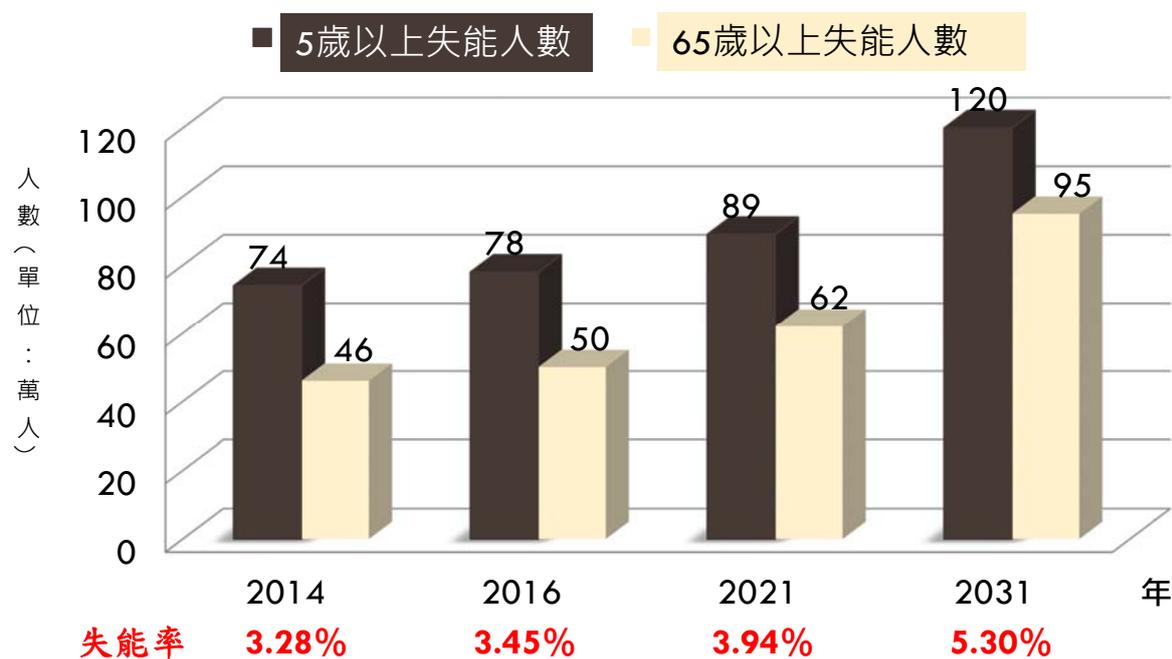
報告大綱

- 背景
- 目的
- 研究構想
- 機會與挑戰

背景與目的

3

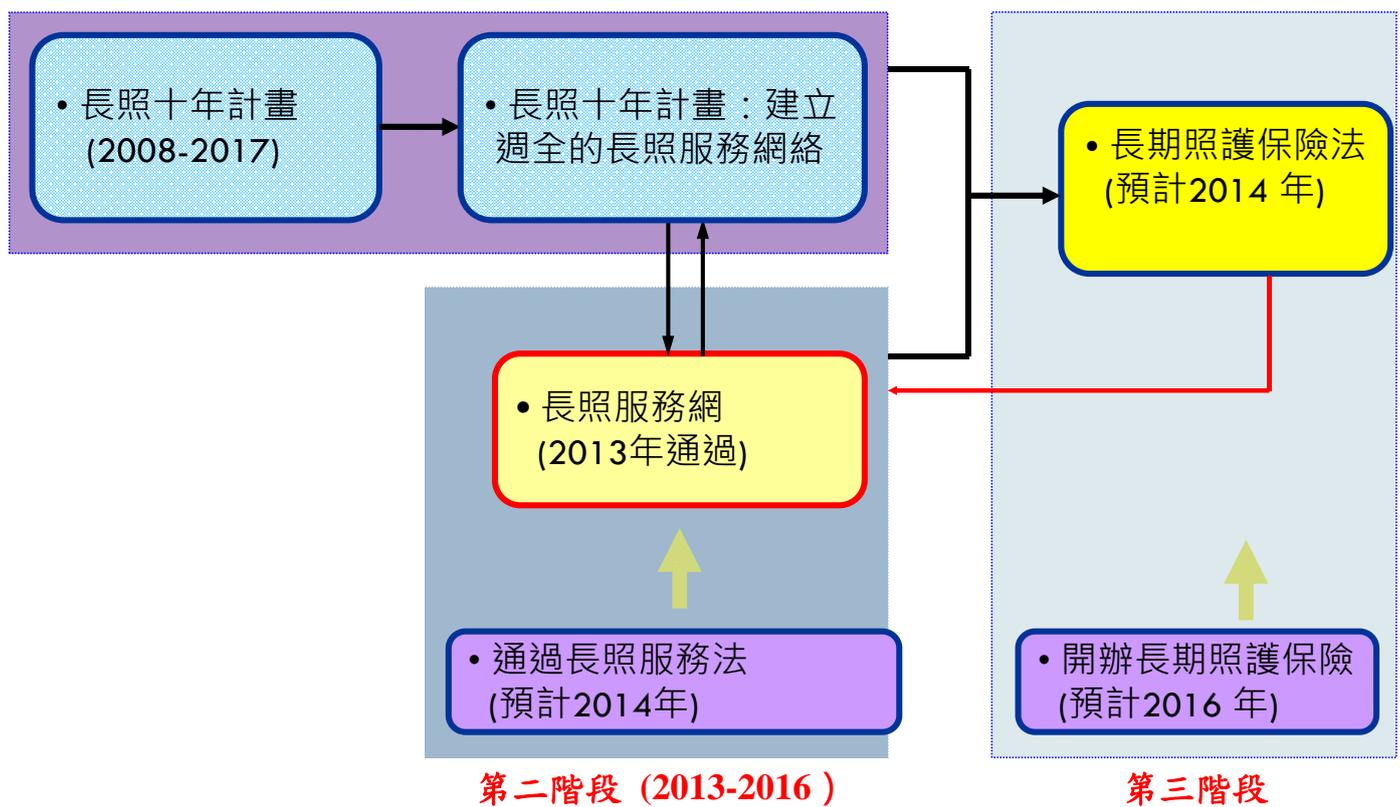
台灣未來需要長期照護服務人數推估



資料來源：「2010年國民長期照護需要調查」報告(衛生福利部·2011)

建置長照體系之策略 – 三階段策略

第一階段 (2008-2017年)



5

長期照護保險體制之規劃

- 社會保險，全民納保(全民互助)
- 承保財務與健保一致，三年等待期
- 強化財務責任制度
- 經評估有需要始能獲給付
- 謹給付基本長照服務
- 與健保、衛生、社會福利體系無縫接軌
- 健保署為唯一保險人(single payer)
 - ▣ 除承保財務支付外，亦負責給付評估與核定

台灣整合照護當前議題

- 論量計酬醫療模式，使病人沒有出院的誘因，會想在醫院長住或輪住，長照保險後社會性住院可能仍存在。
- 台灣目前已開始針對中風病患進行急性後期照護(post-acute care, PAC)品質試辦計畫(PAC-CVD)，然誘因不足，收案人數很少。
- 長期照顧體系正在發展，但缺與急性與急性後期照護連結
 - 已有單一評估機制決定是否進入長照，但仍有改善的空間
 - 評估工具未能完全反映失能者需要，尤其是有認知功能障礙者
 - 服務之提供各自為政，缺乏跨專業之整合機制(照顧工作者、護理人員、職能治療、物理治療人員各自運作)
 - 缺乏適當的財務誘因以促成整合
 - 補助主要以居家與社區為主，服務有限
 - 資訊系統片段不連續，重覆key-in

7

目的

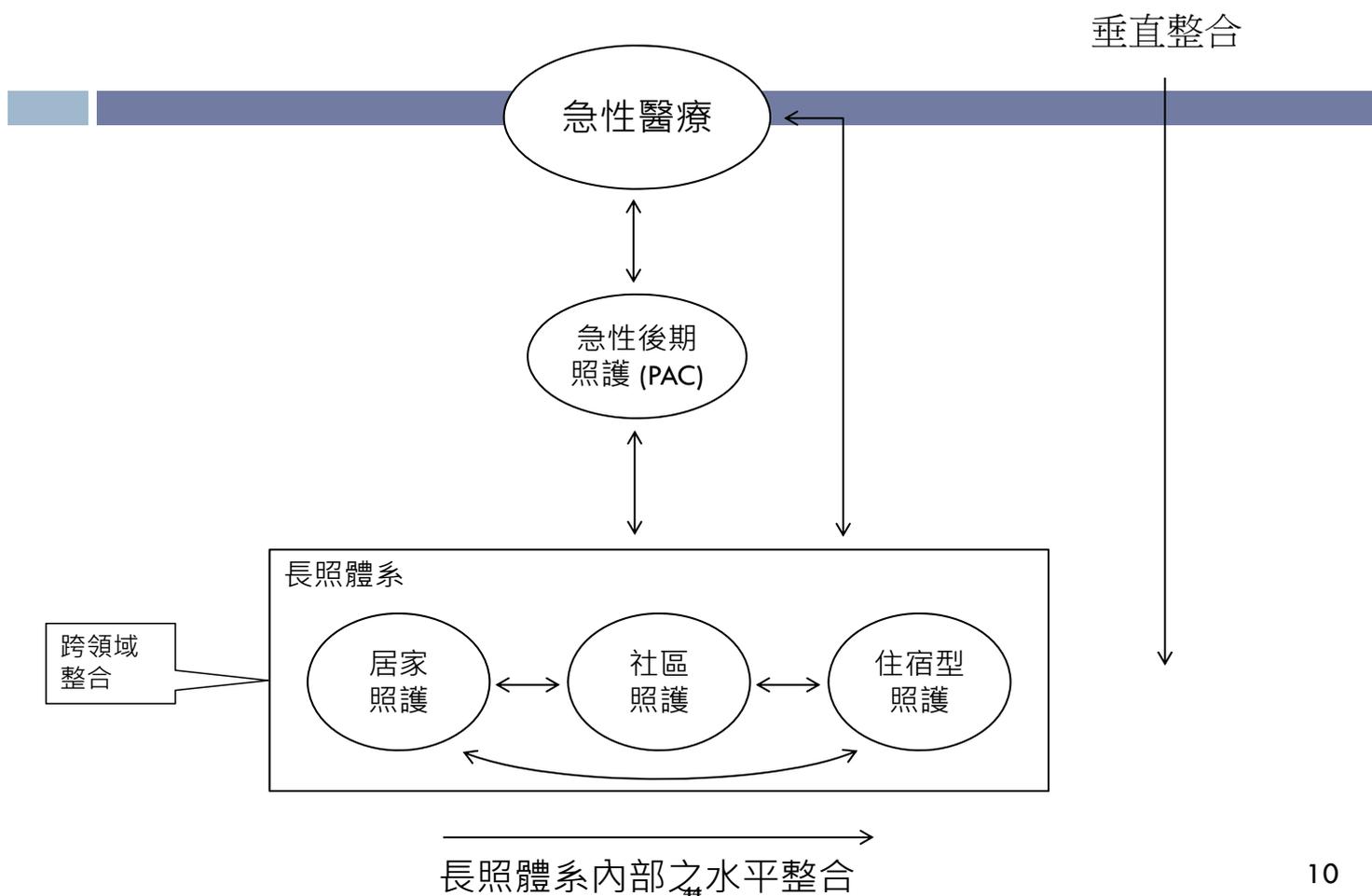
- 了解台灣在整合急性醫療與急性後期照護、及整合急性後期照護與長照體系時可能的障礙。
- 發展適合的財務誘因/支付制度，以加速照護體系的整合。
- 規劃發展標準化的評估工具。

8

規劃構想

9

服務體系之整合



10

建置整合照護之重點策略

- 建立單一窗口、標準化、全人的評估機制
- 發展具效度及信度之評估工具
- 提供滿足個案需要之給付與服務
- 提供家庭照顧者需要的支持服務
- 擬定整合之照顧計畫
- 建立整合的長照服務體系
- 提供適當的財務誘因(支付制度)
- 建立整合性的資訊系統

11

策略性建議

- 加速急性期住院DRGs支付制度之推動，才能降低急性住院日，減少再住院。
- 限制病人無效醫療或低價值(low value)服務。
- 急性後期照護應配合急性期DRGs支付制度之推動，並發展以功能為基礎之支付制度
- 應建立單一管道、標準化整合性評估與管理評估機制，設計適當的財務誘因(給付支付制度)，以促進照護之整合與無縫接軌，提升照護之效率與成效，為保費加值。

急性醫療、急性後期及長照垂直整合的誘因

照顧層級	財源	支付制度	垂直整合之誘因
急性醫療	全民健保	主要是總預算的論量計酬模式，論質計酬 住院病人：DRGs，論日論人試辦計畫（IP+OPD）	DRGs（醫院包裹式支付制度） 論人計酬
腦中風急性後期 照顧試辦計畫	全民健保	論日支付給整合團隊	出院計畫，限制給付： 照護期間最長12週。
長照十年	中央及地方政府	按時支付 或 論次計酬 按月支付之住宿照顧	較少
長照	長照保險 (規畫中)	案例組合(調整的論人計酬) 之支付標準， 論質計酬	包裹式支付制度 (case-mix system, CMS, 案例/論人)

13

DRGs支付制度之推動

- 總額支付制度已能控制費用
- DRGs支付制度目的在提升效率、改善品質與療效
 - ▣ 住院費用支付: 依據DRGs分類包裹支付(bundled payment)，提供醫院誘因控制住院日與費用
 - ▣ 原預計自2010年起，以五年漸進導入DRGs, 目前只導入兩階段401項DRGs
- 中風住院DRGs將在第五階段才導入，缺乏推動PAC之誘因

Tw-DRG實施期程

時程	DRG項目或MDC	占DRG範圍 之點數%	累計導入之 DRG占DRG範圍 之%	占全部住院 費用之點數%
第1年	98.12.17公告之155項DRG (含蓋11個MDC)	28.60%	28.60%	17.36%
第2年	MDC 5、8、12、13、14 (循環、骨骼肌肉、妊娠生產、 男性及女性生殖)	18.00%	46.60%	10.97%
第3年 (暫定)	MDC 2、3、6、7、9、10 (眼、耳鼻喉、消化、肝膽胰臟 、骨骼肌肉、內分泌)	14.30%	60.90%	10.26%
第4年 (暫定)	MDC PRE、4、11、17、23、24 呼吸系統、腎尿道、骨髓、影 響健康狀態、多重外傷及PRE MDC)	21.40%	82.30%	12.97%
第5年 (暫定)	MDC 1、15、16、18、21、22 (神經、新生兒、血液、傳染疾 病寄生蟲病、損傷中毒、燒傷)	17.70%	100.00%	9.16%
合計	1029項DRG	100.00%		60.72%

100.01.01再分類後計164項

103/7/1
導入237項

15

健保Tw-DRGs實施之影響評估

- 醫療效率提升：
 - ▣ 平均住院日數降低
 - ▣ 住院醫療點數下降(減少不必要之用藥檢查治療)
 - ▣ 費用點數微增(支付標準調整)與加成支付。
- ▣ 醫療品質未降低但超長住院增加
 - 同診斷出院後14天/30天再住院率，3日內急診率無顯著差異，90日內再住院率、出院後180日內死亡率降低
- ▣ 病患移轉多數減少
 - ▣ 除出院後費用移轉門診增加外，其餘病患移轉(轉門診手術、住院前門診檢查、轉院、轉護理之家)減少
 - 因有總額支付以及健保署介入監控，不如美國嚴重
 - 需擴大包裹支付(PAC，住院前或後之門診)範圍的需要性較低
 - ▣ 疾病嚴重度指數CMI (Case-mix Index)未持續增加。

長照保險如何改善長照體系內之垂直整合

標準	現行長照十年計畫	長期照護保險
單一、標準化、全人的評估	目前為地方政府自行評估，評估與判定標準各縣市不同	未來將由健保署進行統一評估，使不同縣市、不同評估人員間、不同居家或機構間之評估較為一致。
具信效度且完整的評估工具	(ADL, IADL, CDR ...) 較無法評估認知功能障礙	多元評估量表(multi-dimensions Assessment Instrument, MDAI)，廣泛、有效、可信之評估
提供需要的照顧，且允許消費者選擇	提供基本長期照顧	提供組合式的給付：實物及現金 提供家屬諮詢、支持及教育訓練
協調的照顧管理機制	已有單一評估機制、照顧計畫及諮詢	除有評估、照顧管理外，也將透過照顧管理資訊的整合提升照顧管理機制的品質

17

多元評估量表 (Multi-dimensional Assessment Instrument MDAI)

ADLs及IADLs	<ul style="list-style-type: none"> • ADLs：移位、走路、吃飯、上廁所、上下樓梯、穿脫衣物、大便、小便、個人修飾、洗澡 • IADLs：上街購物、外出活動、備餐、家務處理、洗衣服、使用電話能力、服用藥物、處理財物
溝通能力	<ul style="list-style-type: none"> • 視力、聽力、說話能力、理解能力及意識狀態
健康狀況、特殊與複雜照護需要	<ul style="list-style-type: none"> • 特殊照護 (鼻胃管、氣切管、導尿管、呼吸器、傷口引流、造瘻部位、氧氣治療)、皮膚狀況、口腔牙齒、用藥、疼痛、進食、疾病診斷、疼痛、用藥、肌力、關節活動度、輔具、衰弱等
認知功能、情緒及行為型態	<ul style="list-style-type: none"> • 認知功能簡易篩選表 (SPMSQ) • 情緒及行為型態：遊走、日夜作息困擾、語言攻擊行為、肢體攻擊行為、干擾行為、抗拒照護、妄想或幻覺、恐懼或焦慮、憂鬱、自殺或自傷
居家環境、家庭支持及社會支持	<ul style="list-style-type: none"> • 居家環境：居住狀況、居家環境 • 社會支持：社會參與
主要照顧者負荷	<ul style="list-style-type: none"> • 生理負荷、心理負荷、社交負荷、經濟負荷

18

多元評估量表 (MDAI) 之信效度

	信度		效度		
	內部一致性 α	信度-ICC	專家效度 (CVI)		
			適當性	相關性	可行性
ADLs 及 IADLs	.955	.999	0.95	0.98	0.98
	.935	.996	0.99	0.99	0.99
溝通能力	-	-	0.95	0.95	0.97
特殊及複雜照護需要	-	-	0.98	0.98	0.97
認知功能、情緒及行為型態	.925	.999	0.95	0.95	1.00
	.931	.994	0.95	0.93	0.93
居家環境、家庭支持及社會支持	-	-	0.97	0.95	0.97
主要照顧者負荷	.977	.999	0.95	0.90	0.90

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

19

長照保險如何改善長照體系內之垂直整合

標準	現行長照十年計畫	長期照護保險
整合之照顧計畫	公共及私人資源	<ul style="list-style-type: none"> 多元整合的資源：不僅限於保險，其他縣市政府、私人民間之資源均將建立GIS,透過PAD呈現涵蓋進來、即便是多元財源，仍可透過單一評估提供無縫接軌的服務 以失能者需要為導向的照顧計畫(如包括一天多次走動式服務)
協調的而非零散的服務體系	較少	利用財務誘因鼓勵跨領域專業間的合作及整合，尤其是在居家服務體系，以及居家與社區照顧體系

提供需要的照顧且允許消費者選擇，

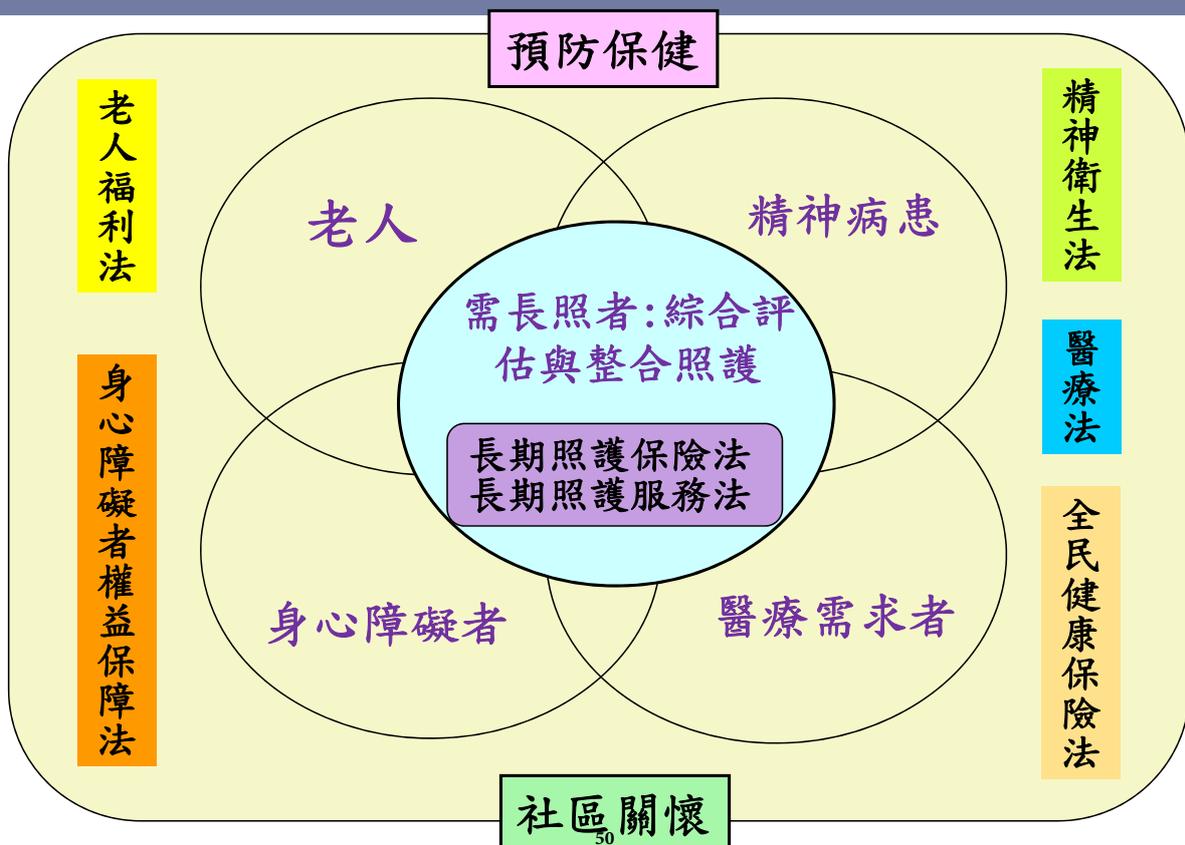


給付的種類	給付的種類
個人照顧	交通接送
家庭勞務	喘息服務
安全監控 Safety monitoring	照顧訓練
護理照顧 Nursing care	照護諮詢
日常與復健訓練 Living and rehab. training	照顧者津貼
輔具服務	關懷訪視
居家環境改善	其他：新發想

照顧者支持

*僅提供給重度失能者

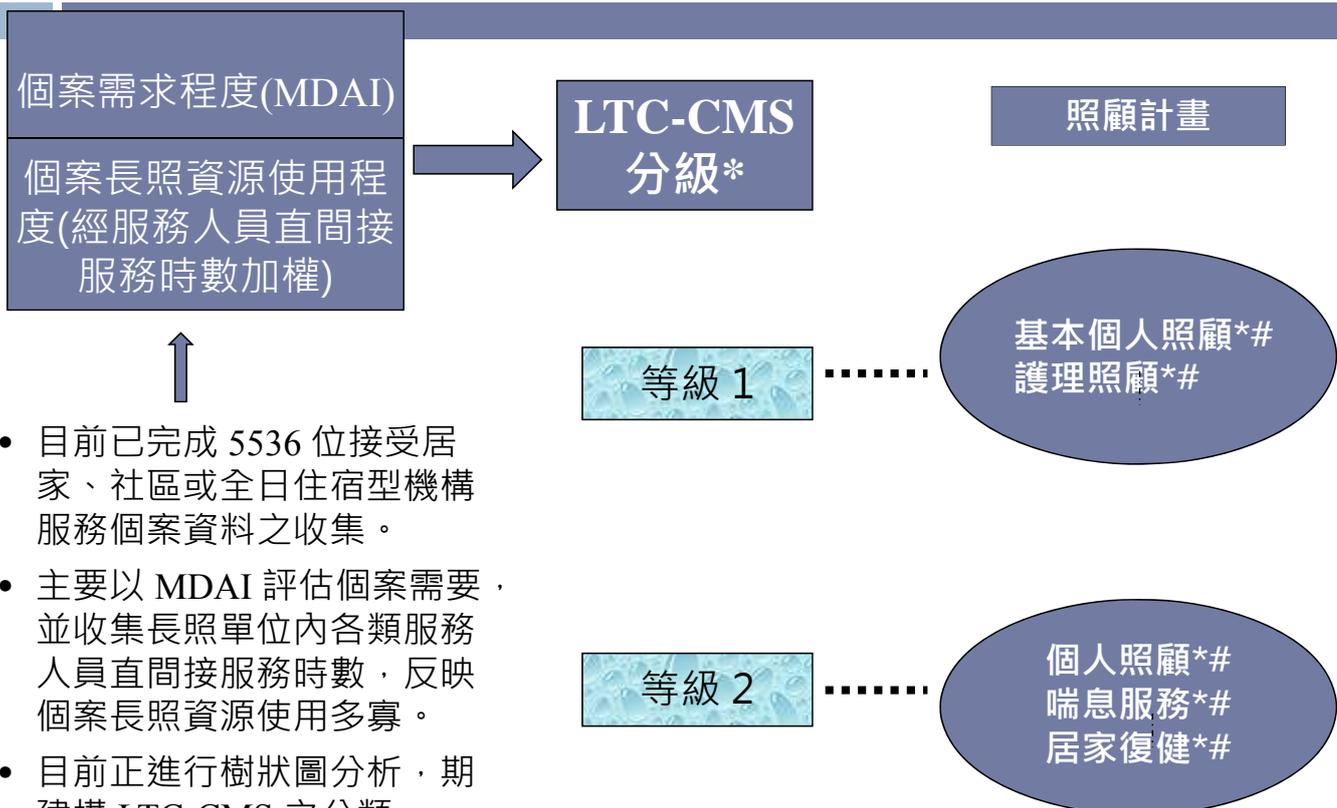
長照保險與保健、醫療、健保及福利體系無縫接軌



長照保險如何改善長照體系內之垂直整合

標準	現行長照十年計畫	長期照護保險
設計適當的財務誘因	較少	多元財源、藉案例組合(case-mix system, CMS)或校正風險的論人計酬(各部門CMS加總即為論人額度)為基礎的支付制度加速整合、論質計酬
整合的資訊系統	較少	可透過電子化資訊系統 (ex.電子病歷、長照保險資訊系統、醫療雲、長照雲、健康雲) 與其他體系整合 保險人：應用、照顧管理、(評估、給付判定、照顧計畫可提供之資源、品質監控)、稽核、剖析、精算分析 提供者：評估、照顧計畫、個案管理、個人化調度與管理、計費、品質改善、認證

長期照護案例組合系統的研發 (LTC-CMS)



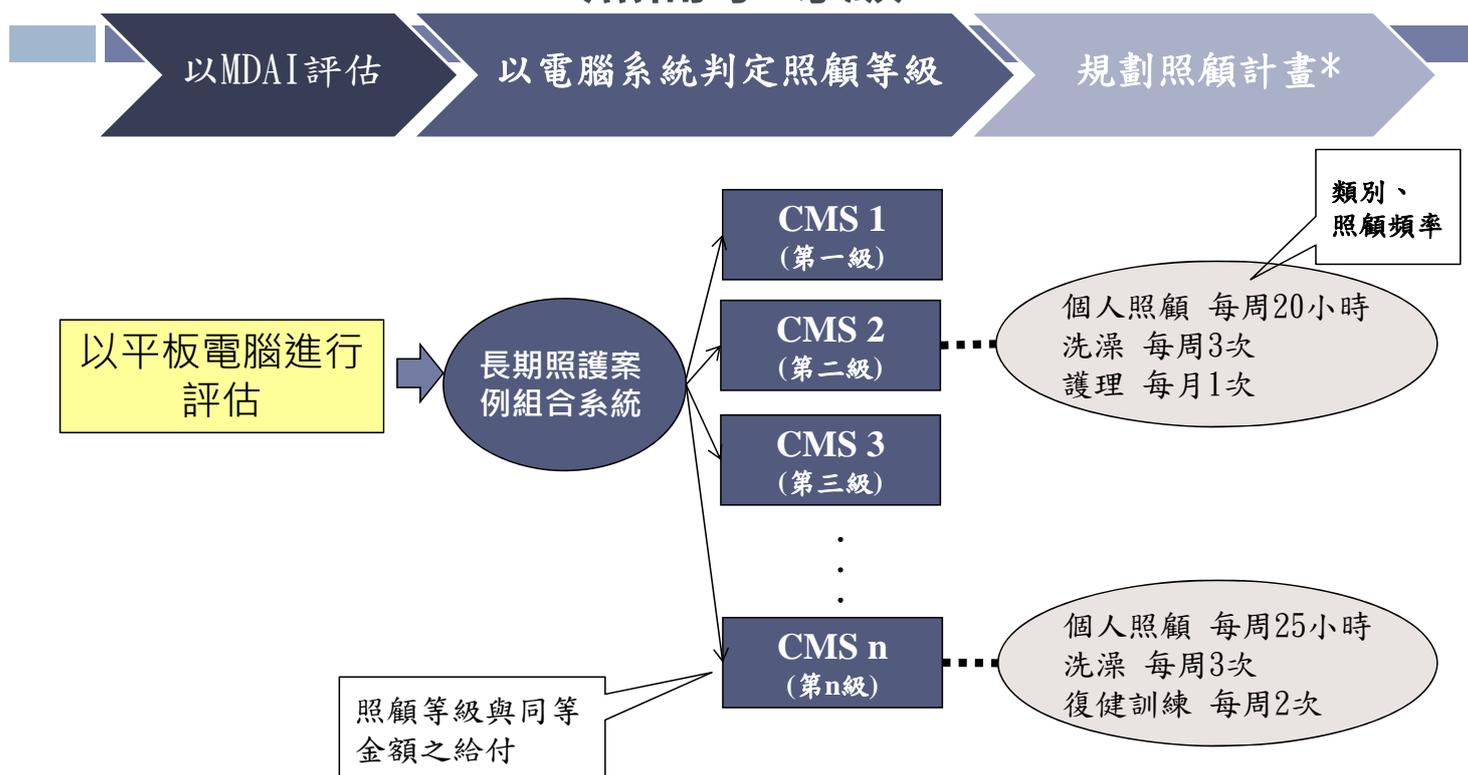
- 目前已完成 5536 位接受居家、社區或全日住宿型機構服務個案資料之收集。
- 主要以 MDAI 評估個案需要，並收集長照單位內各類服務人員直間接服務時數，反映個案長照資源使用多寡。
- 目前正進行樹狀圖分析，期建構 LTC-CMS 之分類。

急性醫療、急性後期及長照垂直整合的誘因

照顧層級	財源	支付制度	垂直整合之誘因
急性醫療	全民健保	主要是總預算的論量計酬模式, 論質計酬 住院病人：DRGs， 論日論人試辦計畫 (IP+OPD)	DRGs (醫院包裹式支付制度) 論人計酬
腦中風急性後期 照顧試辦計畫	全民健保	論日支付給整合團隊	出院計畫，限制給付： 照護期間最長12週。
長照十年	中央及地方政府	按時支付 或 論次計酬 按月支付之住宿照顧	較少
長照	長照保險 (規畫中)	案例組合(調整的論人計酬) 之支付標準, 論質計酬	包裹式支付制度(案例/ 論人)

25

應用長期照護案例組合系統(LTC-CMS) 判定長照需求等級



LTC-CMS:長期照護案例組合系統，與 RUGs 相似

*擬定照顧計畫時可以GIS帶入地方相關資源(補助與服務)

26

建議之支付制度

- 短程：
 - 各體系各自引進案例組合(case-mix system,如DRGs)為基礎之包裹支付制度以鼓勵垂直整合
 - DRGs,急性後期照顧, 居家照顧, 社區照顧, 住宿照顧
 - 急性醫療：
 - 修改現行論人計酬試辦計畫
 - 擴大DRGs支付制度
 - 為降低住院日、鼓勵急性醫療與急性後期照顧之整合
- 中程：
 - 在急性醫療、急性後期照顧及長照體系分別試辦論人計酬支付制度
- 長程：
 - 針對急性醫療、急性後期照顧及長期照護以修正式的PACE模式試辦全包式整合式論人計酬試辦計畫

27

美國PACE之現況

- PACE體系 (Program of All-inclusive Care for the Elderly)是很理想的照顧模式，以全包式的論人計酬（急性與長期），鼓勵減少住院、住在護理之家的時間，以提供人性化便捷的社區與居家為主的服務，滿足老人在地老化的心願、提高生活品質。
- 但此模式到目前為止全國服務人數很少，規模很小。
- 未能推廣原因包括
 1. 收案標準針對重度失能者（即有資格住在護理之家者），且收案後個案越來越老，風險越高。
 2. 要組成包括11人的跨領域的小組負責個案管理，所需人力非常多，成本昂貴。
 3. 需等候45天才能核准參加形成障礙。
 4. 政府要求要有三個月財務安全準備金，影響周轉。因此若非有類似McGregor的私人資金捐獻挹注，很難只靠收費維持，因而難以推廣。
- 台灣將來應發展本土之模式，不宜完全參考PACE。

28

台灣PACE試辦計畫建議

- 可做為長程之發展目標
- 先發展人性化便捷好用的社區與居家服務，滿足在地終老之需要
- 再試辦修正式的PACE體系
 - 對象:不限嚴重失能個案，提高風險分擔機制。
 - 財源:結合健保、長照十年(長保)、其他社會福利預算
 - 支付:採用包裹支付與分享利潤誘因(shared saving)，以促進服務體系之整合與品質之提升

29

評估工具之運用

30

- 評估與判定個案在各照顧系統之需要等級
- 擬定照顧計畫
- 追蹤比較品質、照顧結果、資源利用之改變
- 發展案例組合(風險校正)之支付制度

評估工具比較

計畫	工具
長照十年	主要:以ADL、IADL(獨居老人)及CDR判定需要等級
中風急性後期照護(PAC)試辦計畫	6個核心量表及8個專業量表, 支付與評估不完全相關
長照保險	單一之多元評估量表(MDAI)橫跨各種照護方式(居家、社區、入住機構)個案, 不像美國分採FIM, DRGs MDS, OASIS

31

腦中風急性後期照顧試辦計畫病患之評估

6 個核心量表	8 個專業量表
整體功能(Modified Rankin Scale)	姿勢控制、平衡功能(Berg Balance Scale)
巴士量表(Barthel Index)	步行能力(Gait speed)
吞嚥進食功能(Functional oral intake scale, FOIS)	心肺耐力(6 min walk test)
營養評估(Mini Nutrition Assessment)	感覺功能評估 (Revised Nottingham sensory assessment, RNSA)
健康相關生活品質(Euro QoL-5D)	認知功能(Mini-mental state examination, MMSE)
工具性日常生活功能量表(Lawton-Brody IADL Scale)	職能表現 (Motor Activity Log, MAL)
	重返社會能力評估(Canadian Occupational Performance Measurement)
	失語症功能性溝通活動量表(performance measure in functional communication for aphasia)

美國「連續性評估紀錄與評價工具」(CARE) 之項目組合

- CARE(The Continuity Assessment Record and Evaluation)為國家急性後期照護支付改革示範計畫的一部分，Medicare預計2018年導入。(Gage,B., Constantine,R.,Aggarwal, J. et al, 2012)
- 目的:發展單一標準化的急性後期照護評估工具，以反映病人醫療、功能、認知及社會支持狀態的需要，以適用在不同的PAC體系(包括急性醫療、急性後期照顧、長期照顧)，包括長照醫院(LTCH)、住院復健設施(IRFs)、技術性護理設施(SNFs)、居家健康設施(HHAs))，以整合Medicare目前在不同體系採不同的評估工具與支付制度

PAC 類別	長照醫院	復健機構	護理之家	居家照護
評估工具	病歷紀錄	FIM	MDS	OASIS
支付制度	LTC-DRGs	FRG	RUG	HHRG
支付單位	一次住院	一次住院	論日	60天episode ³

美國「連續性評估紀錄與評價工具」(CARE) 之項目組合

- 策略:只使用與病人嚴重度、支付或監控照護品質相關的項目。排除只用於擬定照護計畫之項目(與MDAI相同)
- CARE五個主要構面：
 - ▣ 醫療 (Medical):MDAI較少
 - ▣ 功能 (Functional)
 - ▣ 認知 (Cognitive)
 - ▣ 社會支持 (Social support)
 - ▣ 體系轉換項目 Transition items
- 第1~第4構面為不論照護場所多數通用之評估工具
- 第5構面為評估照護品質改善之重要評估工具
- 與MDAI之比較:項目，評估的;level, 評估的頻率或 recall period

(Gage, B., Constantine, R., Aggarwal, J. et al, 2012)

三種發展評估工具策略之比較

方案	發展以功能為基礎CMS判定需要等級包裹支付可行性	擬定治療或照顧計畫	促進整合之誘因
在MDAI加入CARE中亞急性照護額外所需核心評估與非核心評估	高	容易	最高，易無縫接軌
急性後期照護(PAC)採用CARE、長照採用MDAI	高	稍困難	高
比照中風PAC試辦計畫，依疾病別由各專業提出適用之評估量表	較困難，且較難兼顧公平性	較容易	較低

35

CARE與長照保險多元評估量表比較

項目		長照保險MDAI	CARE
特殊 照護	鼻胃管	✓	✓
	氣切管	✓	✓
	導尿管	✓	
	呼吸管	✓	✓
	傷口引流管	✓	✓
	造瘻部位	✓	✓
	氧氣治療	✓	✓
	其他	✓	✓
皮膚 狀況	皮膚乾燥、疹子、瘀青	✓	
	傷口	✓	✓
	壓瘡	✓	✓
口腔牙齒		✓	
疾病史	✓	✓	

[詳細比較表\(請點選\)](#)

CARE與長照保險多元評估量表表較(續)

項目		長照保險MDAI	CARE
用藥	注射		
	其他	√	√
疼痛	疼痛評估	√	√
	疼痛管理		
進食	進食準備		
	進食型態		
	進食方式		
營養	營養狀況評估	√	
肌力			√
其他			√
關節活動度		√	
輔具		√	√
跌倒		√	√

[詳細比較表\(請點選\)](#)

37

CARE與長照保險多元評估量表精細度之比較 – 功能評估量表

項目		長照保險MDAI	CARE
ADLs	移位	√	√
	走路	√	√
	吃飯	√	√
	上廁所	√	√
	上下樓梯	√	√
	穿脫衣物	√	√
	大便	√	√
	小便	√	√
	個人修飾	√	√
	洗澡	√	√
	其他	<ul style="list-style-type: none"> 任一項日常生活活動功能是否有退步或變差 目前行動能力及使用輪椅狀況 	

[詳細比較表\(請點選\)](#)

58

38

CARE與長照保險多元評估量表精細度之比較 – 功能評估量表(續)

項目	長照保險MDAI	CARE	
IADLs	上街購物	√	√
	外出活動	√	
	食物烹調	√	
	家務維持	√	
	洗衣服	√	√
	使用電話	√	√
	服用藥物	√	√
	處理財務	√	
	其他	任一項工具性日常生活活動功能是否有退步或變差	<ul style="list-style-type: none"> • 撿拾物品 • 上下車 • 使用大眾運輸

[詳細比較表\(請點選\)](#)

39

敬請指正
感謝！

email: yclee@ym.edu.tw

機會與挑戰

- 機會：
 - ▣ 長照保險是目前最有感且最受支持的政策之一(80%)，可滿足失能者需要，降低家庭照護與財務的負擔，並且提供一個很好機會改善現有照護體系之協調整合與照顧結果。
 - ▣ 台灣的急性後期照顧(PAC)仍在發展初期，DRGs也仍未完全實施，因此現在正是推動制度改革以促進體系整合的最好時機。
- 挑戰：
 - ▣ 長照保險法在立法過程仍會面臨很多挑戰
 - ▣ 要設計新的評估工具並不容易，若無適當之誘因要實施更困難
 - ▣ 支付制度提供財務誘因使行為改變，但仍需要一段時間才能落實
 - ▣ 提出整合之建議很容易，但多數人仍習慣各行其事

SESSION 3

主持人：王秘書長 榮璋

主講人：徐教授 明仿

主講人：陳經理 崇佑

主講人：李經理 榮俊

徐明仿

現任

2012.02-至今 (台灣)中臺科技大學老人照顧系 理教授

2013.02-至今 (台灣)台中市北屯區樂齡學習中心 任

E-mail 107606@ctust.edu.tw

聯絡電話 04-2239-1647#6259

專業領域 長照政策、介護保險(長照保險)、老人福利、社會福利

學歷

2006.3 (日本)縣立高知女子大學健康科學研究科 社會福祉學 博士

2003.3 (日本)國立高知大學 福祉經濟學 碩士

經歷

2006.04--2012.01 (日本)八戶工業大學研究員、助理教授、資深助理教授

著作

1. 武川正吾、沈潔編、徐明仿、大保久美子、上之園佳子等八人(2014.12 預計出版)『ケアのグローバル化と外国人ケア労働者の循環型職業教育』東京・明石出版，執筆第二章。
2. 徐明仿(2013.11 審稿)「我國長期照顧制度的問題與挑戰」
3. 詹火生總校閱、陳怡如、曾蕃霓、徐明仿、吳老德、陳伶珠、陳秀靜、馮意苙(2013)『老人福利服務』華格納，執筆第四章及第五章。
4. 徐明仿(2012)「日本介護保險制度的現況與問題—從現金給付的議題來探討—」《挑戰 2025 超高齡社會：101 年度社會福利實務與學術研討會論文集》
5. 徐明仿(2011)「台湾における少子化問題とその対策」賃金と社会保障 No.1538
6. Hsu,Ming Fang and Hirasawa,Emi(2011) Development of long-term care insurance system in Taiwan based on a comparative study of elderly care in Japan and Taiwan. 21st Asia-Pacific Social Work Conference (15-18July,2011,WasedaUniversity,Japan)
7. 徐明仿(2009)「超少子高齢社会の進展を見据えた青森県の新たな挑戦—地域活性化に向けた「人づくり・安心安全なまちづくり」の可能性—」ニューズレター第30号青森雇用・社会問題研究所監修発行pp.12-19。

醫療長照整合財務制度論壇

地點：台北醫學大學醫療綜合大樓4樓圓形會議廳

日期：2014/11/21

照護津貼與家庭照顧角色

中臺科技大學 老人照顧系 徐明仿

內容

- ▶ 待釐清的觀點
 - ▶ 照護津貼之實施目的與方法。
 - ▶ 長照保險vs家庭照顧功能。
 - ▶ 照護津貼vs支持家庭照顧措施。
- ▶ 國外制度實施經驗
 - ▶ 德國、日本
- ▶ 對我國政策的反思與借鏡

一、待釐清的觀點

▶ 實施目的與方法(1)

▶ 站在家庭照顧者的立場

- ▶ 實施目的：減輕家庭照顧者的壓力。
 - 照顧壓力：身體、精神、經濟層面負擔。
- ▶ 實施方法：由主要家庭照顧者向保險人請領「照護津貼」



待釐清的觀點 (續)

▶ 實施目的與方法(2)

▶ 站在被保險人的立場

- ▶ 實施目的：確保被保險人的選擇權。
- ▶ 社會保險原理之一：被保險人於保險事故發生時，有權選擇服務或現金。
- ▶ 實施方法：由被保險人向保險人請領「現金給付」。



待釐清的觀點 (續)

- ▶ 長照保險VS家庭照顧功能
- ▶ 長照保險無法取代家庭照顧功能
 - ▶ 我國規劃中制度只能補家庭功能之不足。
 - ▶ 國外制度實施經驗亦同。
 - ▶ 德國經驗 (階段式實物給付,後敘)
 - ▶ 日本經驗 (2000年4月實施)
 - ▶ 韓國經驗 (2008年7月實施)

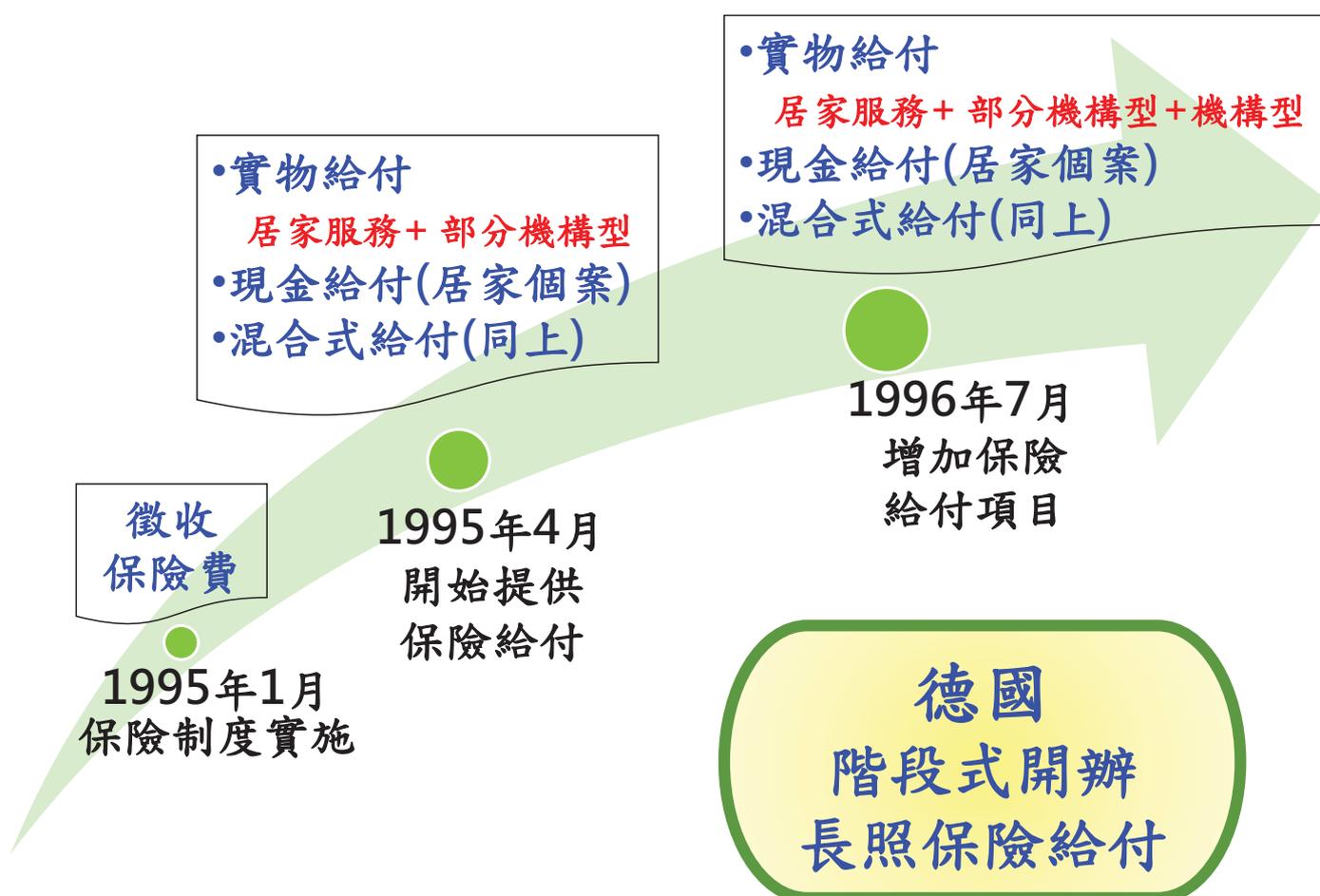
待釐清的觀點 (續)

- ▶ 照護津貼VS支持家庭照顧措施
- ▶ 照護津貼是支持家庭照顧措施之一環
 - ▶ 德國制度：廣義 (家庭照顧有酬化;後述)
 - ▶ 日本制度：狹義 (家庭照顧無酬化;
變相的現金給付)

二、國外制度實施經驗：德國

- ▶ 先徵收保險費，後提供保險給付。
- ▶ 階段式開辦保險給付項目。
- ▶ 設計現金給付水準低於實物給付水準。
- ▶ 實物給付項目少於台·日。

德國制度設計：誘導國人選擇現金給付；
抑制保險財務急速成長。



德國制度給付上限(2013年1月)

(失智個案給付上限,另有規定)

現金給付
低於實物給付

失能等級	居家服務/ 部分機構服務	現金給付	完全機構 入住型服務
輕度 (I級)	450€ / 月	235€ / 月 (52.2%)	1,023€ / 月
中度 (II級)	1,100€ / 月	440€ / 月 (40.0%)	1,279€ / 月
重度 (III級)	1,550€ / 月	700€ / 月 (45.2%)	1,550€ / 月
特別重度	1,918€ / 月	—	1,918€ / 月

▶ 資料：厚生労働省（2014）2013年海外情勢報告 P 223

德國	台灣(規劃中)
<p>【居家型服務】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 居家服務 • 輔具租借/購買 • 居家無障礙空間規劃或修繕 • 替代照顧(1年4週) <p>【部分機構型服務】</p> <ul style="list-style-type: none"> • Day care • Night care • 短期入住(1年4週) <p>【機構型服務】</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 身體照顧服務 • 家務服務 • 安全看視 • 護理服務 • 生活自立或復健訓練 • 輔具服務 • 居家無障礙空間規劃或修繕 • 交通接送 • 喘息服務 • 照顧訓練課程 • 照顧諮詢 • 關懷訪視

←

設計
可請領
現金給付

**實物給付
項目少**

▶ 資料：德國：厚生労働省（2014）2013年海外情勢報告 P 223;台灣：衛生福利部(103年)長照保險照顧者津貼研商會議資料，筆者製作

德國長照制度歷年給付人數

單位：人，%

選擇現金給付
被保險人比例下降

	1996	2000	2004	2012
居家服務 (實物給付)	105,879 (6.8)	159,693 (8.5)	169,357 (8.5)	129,489 (5.3)
現金給付	943,878 (60.4)	954,684 (50.7)	959,580 (48.4)	1,075,835 (43.9)
混合式 給付	135,305 (8.7)	193,018 (10.3)	203,531 (10.3)	380,186 (15.5)
機構型	355,142 (22.7)	494,793 (26.3)	548,665 (27.7)	642,334 (26.2)
總計	1,562,088 (100.0)	1,882,125 (100.0)	1,983,363 (100.0)	2,499,383 (100.0)

▶ 資料出處：森周子(2014)メルケル政権下の介護保険制度改革の動向，海外社会保障研究，spring 2014 No.186,p31。

德國長照制度歷年給付費用

單位：億歐元，%

現金給付費用占
保險費用比例下降

	1996	2000	2004	2009
居家服務 (實物給付)	15.4 (15.2)	22.3 (14.1)	23.7 (14.1)	27.5 (14.2)
現金給付	44.4 (43.1)	41.8 (26.4)	40.8 (24.3)	44.7 (23.1)
機構型	27.3 (26.3)	76.9 (48.5)	85.8 (51.2)	95.4 (49.4)
總計	102.5 (100.0)	158.6 (100.0)	167.7 (100.0)	193.3 (100.0)

註：機構型的數據為老人機構為身障機構之合。

▶ 資料出處：土田武史(2006)介護保険の展開と新政権の課題、社会保障研究、No.155, pp25

二、國外制度實施經驗：日本

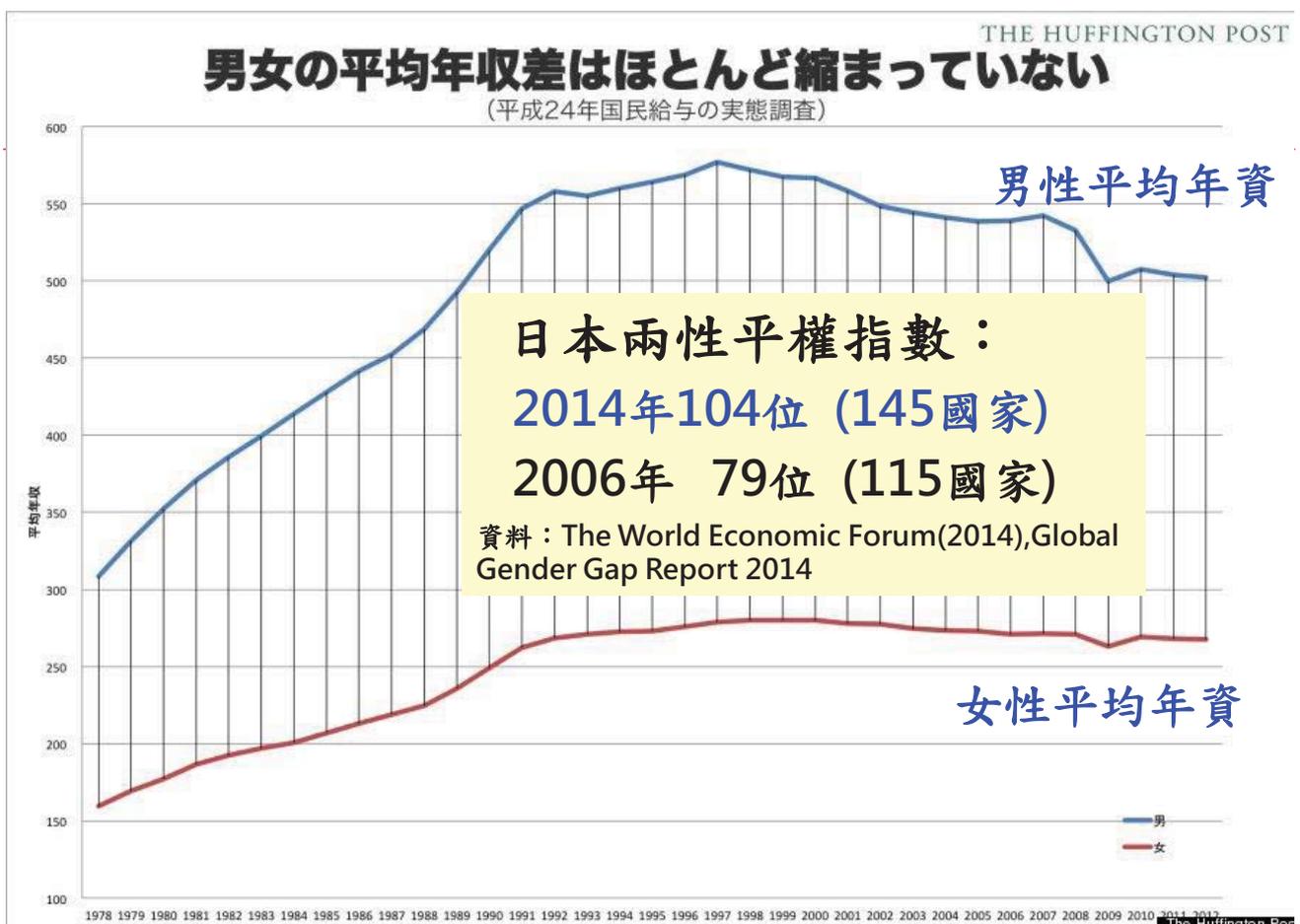
- ▶ 日本制度設計原則無現金給付三大理由
 - ▶ 1)阻礙女性就業。
 - ▶ 日本學者稱此為「情緒化理由」。
 - ▶ 2)不利長照服務供給量的成長。
 - ▶ 3)容易造成保險財務的急速成長。

反對理由 1.阻礙女性就業

- ▶ 反對團體：日本女權團體
- ▶ 考察：此理由與日本特有社會文化背景、勞動條件有關。
- ▶ 至90年代為止(介護保險規劃時期)
 - ▶ 兩性價值觀：男主外;女主內。
 - ▶ 勞動市場雇用形態：兩性薪資差距。
 - ▶ 社會安全制度設計：不利女性全職就業。
 - ▶ 年薪¥ 103萬門檻、¥ 130萬門檻。

考察

- ▶ 日本兩性價值觀：
 - ▶ 日本內閣府輿論調查（2012年10月「男女共同參畫社會」）結果：回答贊成「男主外，女主內」51.6%，反對 45.1%。
- ▶ 日本雇用形態性別差異
 - ▶ 非正職雇用形態：七成為女性(2012) (總務省統計局2013年)
 - ▶ 兩性薪差：女為男之五成(53.4%；2012年)
 - ▶ 男平均年資¥ 502萬;女平均年資¥ 268萬。(日本國稅局,國民薪資調查2013)。



考察：日本社會安全制度設計

▶ 是枝(2011)研究結果：

- ▶ 妻的年薪超過¥130萬，保險費約佔本人年薪之14%。
- ▶ 妻的年薪介於¥130萬至¥160萬，妻的可支配所得將低於年收¥129萬的可支配所得。



• 日本社會安全制度，不利已婚女性以正職雇用身份投入勞動市場。



台日機會成本不同。

日本制度設計原則無現金給付三大理由

- ▶ 2) 不利長照服務供給量的成長。
- ▶ 3) 容易造成保險財務的急速成長。



我國規劃中的現金給付機制
有別於德國機制，
有異於日本對現金給付概念。

日本制度設計原則無現金給付三大理由

▶ 考察：不利長照服務供給量的成長

- ▶ 主要反對團體：長照服務提供單位
- ▶ 對策：政府需致力於減輕服務供給量城鄉差距問題。
- ▶ 方法：日本經驗可供參考。以鄉鎮市為單位，每5年定期推估失能人口，做為推算所需之各項長照服務供給量之依據。
- ▶ 財源：協請縣市及中央提供獎勵措施。
- ▶ 現況；長照服務網計畫。



三、對我國政策的反思與借鏡

- ▶ 1)我國需考量規劃「支持家庭照顧措施」理由
- ▶ 2)支援家庭照顧措施內容
- ▶ 3)確保家庭照顧服務品質的機制



1.我國需考量「支持家庭照顧措施」理由

- ▶ 以實物給付為主；
配套措施—支持家庭照顧措施（含現金給付）
- ▶ 理由：
 - ▶ 1)我國長照服務體系尚未完整建置
 - ▶ 2)我國規劃中長照保險給付水準問題
 - ▶ 3)未來外籍看護工人力引進不易問題

未來我國可能面臨：
財源與人力不足的雙重問題

我國長照服務體系尚未完整建置

- ▶ 居家服務供給量：大幅成長
- ▶ 日照服務供給量：不足

每一萬老人 每年可使用的 服務次數	居家服務 (次/年)	日間照顧 (失能+失智型) (日/年)	人口高齡 比率(%)
日本 (1999年)	20,100	24,900	17.0
台灣 (1999年)	3,057	1,026	8.4
台灣 (2013年)	24,117	1,367	11.5

資料：日本財團法人長壽社会開発センター的資料；台灣內政部統計年報1999年底及台灣衛生福利部統計處社會福利統計年報(其他社會福利統計)2013年底，筆者制作

國人對長照服務認知度

服務項目 %	台灣 調查 回答「知道」比例		日本 調查 回答「知道」比例	
	2005年	2013年	1995年	2010年
居家服務	31.0	67.2	83.3	88.0
居家護理	17.6	38.9	27.3	78.0
日間照顧	27.7	45.7	61.9	89.3
喘息服務	—	30.6	45.3	65.0
輔具租賃 或購買	—	31.8	53.6	65.8

資料：日本內閣府「高齡者介護に関する世論調査」1995年版、日本內閣府「介護保險制度に関する世論調査」2010年；台灣內政部統計處《民國94年老人狀況調查結果摘要分析》及衛生福利部統計處《民國102年老人狀況調查報告》p34-35；筆者制作。

1. 我國需考量「支持家庭照顧措施」理由

理由：2) 長照保險給付水準的問題

- ▶ 我國制度給付水準將低於日本。
- ▶ 保險給付水準與財源（保險費、稅金、自付額水準）有關。
- ▶ 保險給付水準與國人的理解與共識有關。

- 德日：數次調漲保險費。
- 日本調幅大：與給付項目多、實物給付、給付對象多有關。
- 不論採行何種制度設計，需有國人共識。

台日之長照服務給付水準現況

台灣長照十年計畫		日本介護保險制度(2014年)		
失能等級	小時	失能等級	給付上限(月)	小時
輕度 ●1~2項ADLs失能者 ●僅IADLs失能之 獨居老人	25	需要照顧 等級1	¥166,920	49
		需要照顧 等級2	¥196,160	58
中度 ●3~4項ADLs失能者	50	需要照顧 等級3	¥269,931	80
		需要照顧 等級4	¥308,060	91
重度 ●5項以上ADLs失能者	90	需要照顧 等級5	¥360,650	107

▶ 出處：筆者制作。

日本介護保險制度 長照服務的使用現況

長照服務 類型	2000年6月底 (萬人)	2014年8月底 (萬人)	成長率 (%)
居家型＋ 社區型＋ 社區密集型	97.1	410.2	422.5
機構型服務	51.8	89.6	173.0

註：2000年6月數字97.1萬人，為居家型與社區型之合。

資料：厚生労働省(2014)「介護保險事業狀況報告(2014年8月)」

筆者製作。

日本介護保險給付 長照服務費用(單月)

長照服務 類型	2000年6月底 (億日幣)	2014年8月底 (億日幣)	成長率 (%)
居家型＋ 社區型＋ 社區密集型	570.0	4,575	802.6
機構型服務	1448.7	2,341	161.6

註：2000年6月數字570億日幣，為居家型與社區型之合。

資料：厚生労働省(2014)「介護保險事業狀況報告(2014年8月)」

筆者製作。

確保財源德日措施

▶ 德國：調昇保險費率

- ▶ 1995年 1.70%
- ▶ 2008年 1.95% (+0.25)
- ▶ 2013年 2.05% (+0.10)

▶ 日本：營業稅(消費稅)與保險費

- ▶ 介保實施前：兩度調漲營業稅。
- ▶ 介保實施後：每3年定期調漲第1類保險費，
每年定期調漲第2類保險費。

日本：調昇營業稅與保險費

- ▶ 1989年新設營業稅(消費稅)3%。
 - ▶ 目的：為確保長照服務資源（黃金計畫）。
- ▶ 1997年調漲營業稅為5%。
 - ▶ 目的：為確保推動介護保險之財源。
- ▶ 2000年後,第1類被保險人之保險費調漲170.8%。

全國平均	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
	單位：每月/¥；%				
保險費	2,911	3,293	4,090	4,160	4,972
漲幅	100	113.1	140.5	142.9	170.8

▶ 資料：厚生勞働省歷年「介護保險事業狀況報告」，筆者製作。

日本：支持家庭照顧措施不足帶來的問題

- ▶ 為照顧家人而離職：增加
 - ▶ 厚生勞働省統計
 - ▶ 1999年：全國總計28萬2千人
 - ▶ 2010年：全國總計49萬6千人；約增加了2倍。
- ▶ 照顧壓力過大，殺死家屬及自殺案件：增加
 - ▶ 警視廳於2007年起將犯罪與自殺的理由加入「家庭照顧者自殺、殺死失能家屬」這項理由。
 - ▶ 2007年：全國560件
 - ▶ 2010年：全國706件
- ▶ 統計數據佐證，保險制度無法取代家庭照顧功能。

1.我國需考量「支持家庭照顧措施」理由

- ▶ 理由：3) 未來外籍看護工人力引進不易問題
- ▶ 現況：先進國家皆面臨照顧人力不足問題
- ▶ 對策：引進外籍看護工補人力不足。
 - ▶ 法國、加拿大：開放永久居留權。
 - ▶ EU加盟國：照顧人力移動。
 - ▶ 日本：人力缺口100萬,決定擴大EPA引進人數。
 - ▶ 人力輸出國：未來將面臨本國高齡化問題，有減少看護人力輸出之虞。

2.支持家庭照顧措施內容：德國(1)

- ▶ 家庭照顧者定義：不以獲取所得為目的，在家照顧失能者每週14小時以上。
- ▶ 經濟層面保障
 - ▶ 社會安全制度：適用各項社會保險，補助保險費。
 - ▶ 國民年金、醫療保險、長照保險、就業保險、職災保險。
 - ▶ 實施：照顧假、家庭照顧者彈性工時制度。
- ▶ 提供諮詢服務、照顧技巧與知能
 - ▶ 設置支持照顧據點、免費參加照顧研習
- ▶ 維持生活品質：替代照顧、喘息服務

確保家庭照顧者的權益－德國(2)

- ▶ 確保兼顧「繼續工作」與「照顧家人」措施
- ▶ 1) 實施「照顧假」－原則無薪
 - ▶ 10天以內的照顧假：所有企業
 - ▶ 最長6個月的照顧假：員工超過15位的企業
- ▶ 2) 實施「家庭照顧者彈性工時制度」
 - ▶ 家屬照顧期間制度
 - ▶ 最長可申請2年、兼職形式、最大範圍可將工時縮短至每週15小時。

德國－家庭照顧者彈性工時制度

使用此制度時的薪資(如：申請使用1年)

	申請前	申請使用	復職後
期間	2012年5月底	2012年6月至 2013年5月底 (1年)	2013年6月至 2014年5月底 (1年)
每週 工時	40H (100%)	20H (50%)	40H (100%)
月薪	3,000€ (100%)	2,250€ (75%)	2,250€ (75%)

出處：齋藤純子「ドイツにおける介護休業制度の拡充－家族介護時間法の制定－」

『外国の立法』no. 252, p192

支持家庭照顧措施：日本

- ▶ 地方政府(1999年11月)實施
- ▶ 財源：稅金（含中央補助款），非保險財源。
- ▶ 措施項目：
 - ▶ 家庭照顧者慰勞金
 - ▶ 協助家庭照顧者取得居服員資格，提供服務。
 - ▶ 開辦家屬照顧教室、提供照顧用品（尿布等）、實施家庭照顧者互動服務、提供失智老人家屬協尋服務・安心協助服務等。

3.確保家庭照顧服務品質機制：德國

- ▶ 家庭照顧者：家屬＋非家屬
 - ▶ 隣居、志工、失能者以雇主身分直接雇用之人。
- ▶ 監督單位：MDK
- ▶ 監督機制：定期接受專業人員指導。
 - ▶ 輕度與中度失能等級：每6個月定期一次。
 - ▶ 重度失能等級：每3個月定期一次。
- ▶ 拒絕指導之懲罰機制
 - ▶ 扣減現金給付金額、停止現金給付。

3.確保家庭照顧服務品質機制：德國

- ▶ 監督機制：定期接受專業人員指導。
- ▶ 專業照顧工作者家訪的任務：
 - 調查服務品質
 - 提供教導照顧技巧與建議
 - 視需要連結其它服務或建議使用長照服務
 - 獲得失能者同意後，向保險人報告照顧品質、及是否需要改善等意見。

3.確保家庭照顧服務品質機制：日本 A村（保險人）的措施

- ▶ A村：人口未滿3千人
- ▶ 人口高齡比率(2010年)：43%
- ▶ 2008年4月起實施「特例居家照顧服務」
 - ▶ 法源依據：介護保險法第42條
 - ▶ 市町村可認定家屬為提供居家服務據點，被認定的家屬可提供居家服務給失能家屬。服務時數規定，由市町村做各別判斷。

3.確保家庭照顧者服務品質的機制

日本A村的措施

- ▶ 多重機制評估品質、確認家庭照顧者和失能者的身心狀況
 - ▶ 品質把關4單位：
 - ▶ 「社區總合支援中心」(公部門)
 - ▶ 「社區照顧會議」(學者專家團隊)
 - ▶ 「社會福祉協議會」(準公部門)
 - ▶ 村公所(公部門)

日本介護保險制度(地方保險)

- ▶ 中央：設計藍圖。僅實物給付，無現金給付。
- ▶ 地方：保險人。於離島、偏遠地區等地且符合一定條件時，保險人可決定是否實施現金給付。
- ▶ 現金給付的2種型態—**僅限**離島／偏遠地區等地
 - ▶ 「家庭照顧服務員」—需取得居服員資格。
 - ▶ 「特例居家照顧服務」—不需取得居服員資格。
- ▶ 現金給付的替代措施—**不限**離島／偏遠地區等地
 - ▶ 「家庭照顧者慰勞金」
- ▶ 家庭照顧服務員、家庭照顧者慰勞金：嚴格條件限制，符合條件之家庭照顧者有限。家庭照顧無酬化。

結 論

- ▶ 需同時考量策劃「照顧責任的公共化」與「支持家庭照顧措施」。
- ▶ 「照顧責任的公共化」：充實居家型和社區型服務供給體系、提昇照顧品質、建立在職訓練機制、樹立照顧工作的專業性、培育專業的照顧人力、公民教育等方面來推行。
- ▶ 「支持家庭照顧措施」：可學習德國制度經驗。
 - ▶ 確保家庭照顧者權利：社會安全制度、彈性工時制度等。
 - ▶ 建立家庭照顧品質監控機制
 - ▶ 諮詢服務、免費課程等。

參考文獻一覽

中文文獻

- 內政部統計處(2005)《民國94年老人狀況調查結果摘要分析》。
- 衛生福利部統計處(2013)《民國102年老人狀況調查報告》。
- 衛生福利部(2014)長照保險照顧者津貼研商會議資料。

日文文獻

- 土田武史(2006)介護保険の展開と新政権の課題, *社会保障研究*, No.155。
- 內閣府輿論調査(2012)男女共同参画社会
- 內閣府(1995)「高齢者介護に関する世論調査」
- 內閣府(2010)「介護保険制度に関する世論調査」
- 是枝俊悟、鈴木準(2013)女性をとりまく社会保障制度と税制—最大の課題は「130万円の壁」—大和總研調査季報 2013年Vol.9, pp62-79。
- 是枝俊悟(2011)。社会保険料還付つき税額控除の提言。大和總研調査季報2011年春季號Vol.2, pp20-41。
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局(2010)男女間の賃金格差解消のためのガイドライン
- 厚生労働省(2014年)厚生労働省説明資料「社会保険における被扶養者の適用について」
http://www.cao.go.jp/zei-cho/gijiroku/zeicho/2014/_icsFiles/afieldfile/2014/04/22/26zen6kai5.pdf
- 厚生労働省(2014)2013年海外情勢報告P223
- 森周子(2014)メルケル政権下の介護保険制度改革の動向, *海外社会保障研究*, spring 2014 No. 186。
- 總務省統計局(2013)労働力調査の結果を見る際のポイントNo16, 2013年2月19日。
- 國稅局(2013)国民給与の実態調査2013
http://www.huffingtonpost.jp/2014/05/06/woman-in-japan_n_5274351.html
- The World Economic Forum(2014) Global Gender Gap Report 2013
http://memorva.jp/ranking/world/wef_global_gender_gap_report_2013.php

陳崇佑



國泰人壽綜合企劃部經理

學歷：台中一中畢業

東吳商用數學學系 學士

逢甲保險學研究所 碩士

經歷：1993.6 月進國泰人壽，期間經歷數理部、展業部、董事長助理、營業企劃部、大陸經營團隊、團險部、海外市場部及業務發展委員會

※2003-2010 年先後參與籌建壽險及產險的大陸子公司

專業資格：

美國壽險管理師(FLMI)

臺灣壽險管理學會正會員

臺灣精算學會副會員(考試通過6科)

臺灣財政部登錄助理精算人員

大陸高級壽險管理師

從日本介護保險 看台灣長照保險之財務規劃

國泰人壽 陳崇佑

Nov. 21, 2014



國泰人壽

國泰金控

報告大綱



臺灣高齡化社會現況分析



日本介護事業發展概況

結論與建議

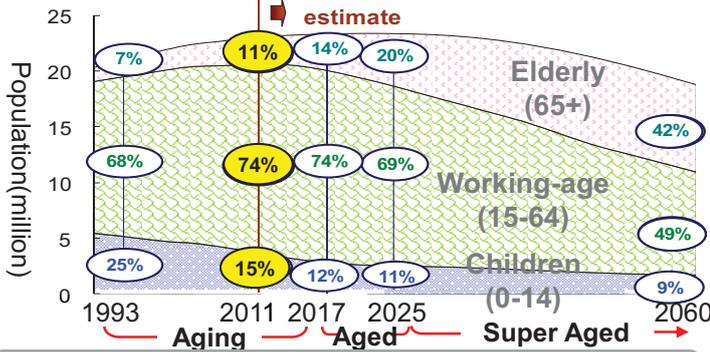


國泰人壽

國泰金控

臺灣人口結構老化

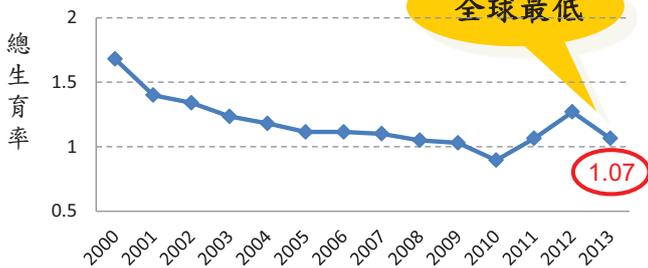
人口快速老化



失能人口持續增加



少子化



資料來源：2012年經建會「2012年至2060年臺灣人口推計」簡報

- 2012年平均餘命高達79.5歲，近十年延長2.2歲
- 2011年全台失能人口約67萬人；其中，65歲以上占率超過60%
- 失能人口將將於2025年突破100萬人

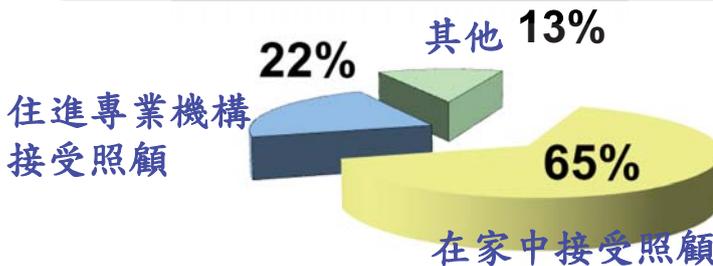
資料來源：內政部統計年報

註：總生育率為指該國家或地區的婦女在育齡期間，每個婦女平均的生育子女數。另2012年為龍年，所以生育率稍高(1.27)

國泰人壽 國泰金控

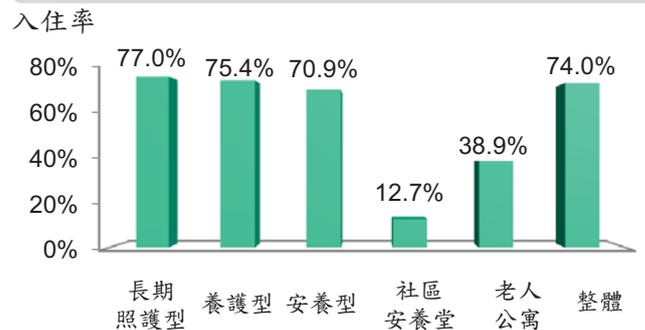
臺灣對專業長期照護需求未被完全滿足

照護需求調查(本人)



資料來源：淡江大學曾妙慧教授調查報告

機構式仍有超過20%空床率



註：長期照護型機構及養護型機構主要入住者為失能者；安養型、社區安養堂及老人公寓等機構之主要入住者以健康老人為主。

資料來源：內政部統計通報,2012年6月

居家式照護外勞化

居家式	外籍看護工	2~2.2萬元/月(註)
	臺籍看護工	白天：3~4萬元/月 全天24小時：6~7萬元/月
社區式		日間照顧1.5~1.8萬元/月
機構式	養護之家	2.5~4萬元/月
	護理之家	3~4萬元/月

- 目前臺灣仍以在宅老化為主
- 以發展居家、社區式服務來因應在地老化趨勢
- 以發展專業及優質的長照機構來滿足需求

註：資料來源為東南亞外籍人力仲介所網站，<http://www.sea.com.tw>

國泰人壽 國泰金控

臺灣專業長期照護人力供給有限

臺日介護人力與需介護者比較

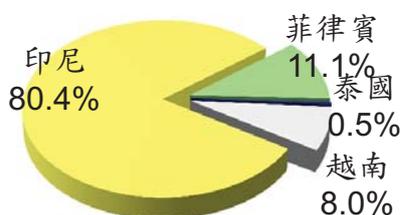
資料來源:衛生福利部長照處

國家	臺灣	日本
介護人力	3.7萬人	140萬人
專業介護人力	1.0萬人	81.2萬人
65歲以上需介護者	40.7萬人	506萬人
介護人力:需介護者	1:11	1:3.6

- ▶ 臺灣的專業介護人力泛指護理師、職能治療師及物理治療師，介護人力同時還包括照顧服務員和社工師
- ▶ 日本則有介護福祉士之認證(需通過國家考試)
- ▶ 日本與臺灣在介護人力供給具顯著差異

外籍看護工以印尼為大宗

外籍看護工人數近18.9萬(2012/6)



註：統計數據不含養護機構看護工 資料來源：勞動部

居家照護人力3年內將受到衝擊

YAHOO! 新聞

印尼人力部長：2017年停止輸出女傭

新聞記者 2012.12.20 亞芬通訊社報導

根據印尼官方通訊社安塔拉(Antara)報導，印尼人力暨僑務部長穆海明(Mohaimin Iskandar)表示，雅加達當局正在研議，預計2017年前停止對外輸出女傭，若政策上路，恐將衝擊大部分台灣僱主。

近來印尼女傭時常傳出在國外受虐情事，穆海明呼籲各僱主必須遵守印尼政府設定的僱傭條件，如比照一般勞工待遇、正常工時等。不過，日前印尼國會副議長帕利(Priyo)曾公開感謝台灣善待印尼輸出勞工，認為台灣對待印尼勞工的經驗，足以成為中東世界和其他國家對待外籍移工的最佳範例。

國泰人壽 國泰金控

5

臺灣長期看護保險銷售概況(1/2)

臺灣長期看護保險銷售概況

年度	契約件數(萬)		保費收入(新台幣億元)	
	新契約	有效契約	FYP	總保費
2013	6.6【1.7%】	47.0【0.8%】	20.3【8.6%】	117.9【4.2%】
2012	6.1【1.4%】	42.6【0.7%】	16.4【5.9%】	102.6【3.9%】
2011	7.1【1.8%】	38.6【0.7%】	27.8【11.1%】	93.4【3.9%】

註：【】內數字表相對於個人健康險之占率

資料來源：壽險公會

銷售狀況不理想

原因分析：依現代保險調查

1. 民眾對長看風險意識較為不足，認為用到機會少(需求感不迫切)
2. 長看認定方式較複雜且業界理賠定義不一致(間接影響銷售意願)

未來隨「政府長照制度實施」及「主管機關研擬統一業界長看定義」→ 上述問題點將適度改善

國泰人壽 國泰金控

6

臺灣長期看護保險銷售概況(2/2)

● 長看險給付金額 VS 看護費用

項目	2013壽險業 長看險給付金額	國泰人壽 平均給付金額	看護費用	
			外籍看護	專業看護
金額/月	1.1萬	1.4萬	約2萬	約6萬

資料來源：壽險公會、網路調查

國人長看險
保額明顯不足

● 國外長看險之投保率概況

臺灣	日本(2001)	日本(2013)
2%	3.1%	8.2%

資料來源：現代保險(2014/3月)、2010國際商品發展趨勢研討會(科隆再保)、日本生命保險文化中心2010年生活保障調查

1. 台灣投保率較低
2. 日本公辦保險實施後，長看險投保率快速上升

國泰人壽 國泰金控

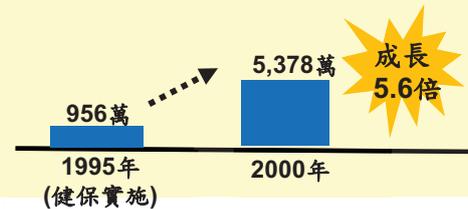
未來商業長看保險經營策略方向

政府施行三階段長照政策

- 第一階段：10年長照計畫(照顧經濟弱勢者，一般民眾須自費或部分負擔)
 - ⇒ 2007/3開始先導計畫
- 第二階段：長照服務法(全民納保)
 - ⇒ 2014/1立法院通過初審
- 第三階段：長照保險
 - ⇒ 預計2016年實施

全民健保經驗

商業健康險有效契約件數



商機

喚醒國人長照風險意識 ⇒ 商業長照保險未來發展空間大

需求面向



長看後續
服務需求多

醫療照護諮詢

居家護理

住宅改造

商品
策略

產品

持續創新

如：保障自特定
年齡起生效



服務

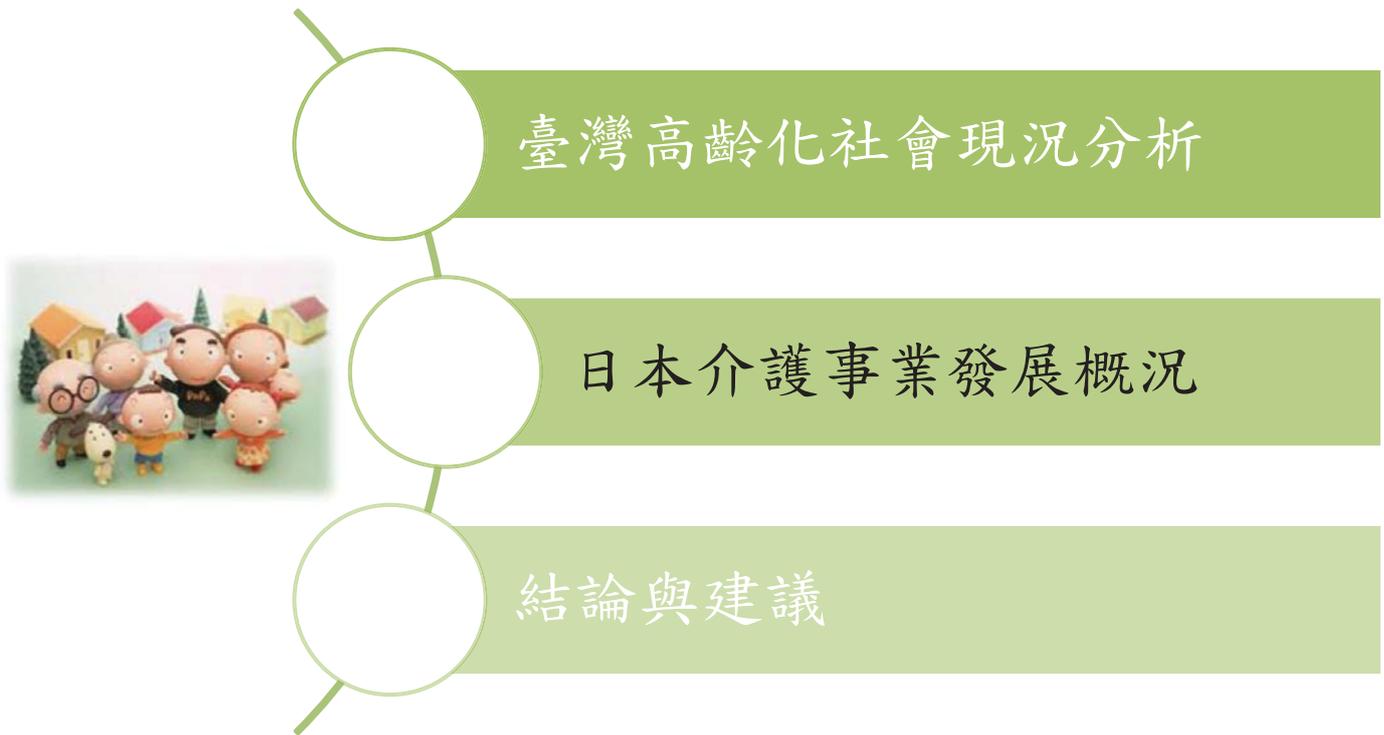
投入照護產業
或透過異業結盟

長照服務
提供(協助)者

保險
銷售者

國泰人壽 國泰金控

報告大綱



日本公辦介護保險制度的起源

年代	高齡化比例	主要政策
1960年代 高齡者福利政策	5.7%	1963年 老人福利法制定 ◎設立特別養護老人之家 ◎老人家庭看護員法制化
1970年代 老人醫療費增加	7.1%	1973年 老人免收醫療費
1980年代 長期臥床老人成社會問題	9.1%	1982年 制定老人保健法 ◎導入老人醫療費定額負擔 1989年 制定高齡者保健福利推進十年戰略計畫 ◎設施與在宅福利
1990年代 新目標與計畫	12.0%	1994年 新高齡者保健福利推進十年戰略計畫 ◎在宅介護充實
介護保險制度導入準備	14.5%	1996年 介護保險制度朝野黨派協商完成 1997年 介護保險法制定完成
2000年代 介護保險制度實施	17.3%	2000年 介護保險施行

高齡化社會

高齡社會

日本公辦介護保險制度及財務規劃(1/2)

對象

項目	第1類被保險人	第2類被保險人
對象	65歲以上	40~64歲，有加入全民健保者
人數	3,083萬人 (2013.2)	約4,331萬人 (2013.2)

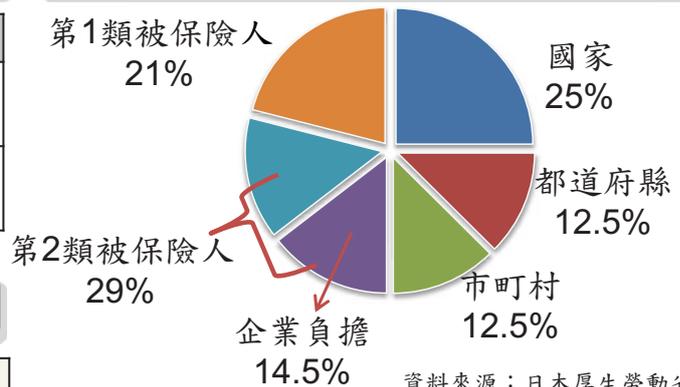
資料來源：日本統計局

政府長照費用負擔比例

項目	長照保險	被保險人
負擔比例	90%	10%
給付方式	實物給付 ^註	現金 (或商業保險)
給付條件	「要照護」、「要支援」狀態	

註：實物給付指，被保險人入住介護機構或使用介護服務所產生的費用(90%)由機構或服務提供者向介護保險請領

政府長照保險財源構成



資料來源：日本厚生勞動省
註：此表三年調整一次，本次為第五次(2012-2014)

- 採40歲以上國民納保，財源來自於政府、企業、被保人
- 政府給付90%，採實物給付，被保險人自負額為10%

日本公辦介護保險制度及財務規劃(2/2)

要介護、要支援狀態區分方式

狀態等級區分	身體狀態	可利用服務
要支援1	日常生活需要部分介護 (等級2較等級1需較多介護)	居家服務
要支援2		地區緊密型服務
要介護1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 站立或步行較不穩 ▶ 排泄及入浴需要部分協助 	居家服務 機構服務 地區緊密型服務
要介護2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 自力站立或步行較困難 ▶ 排泄及入浴需要部分或全面性的協助 	
要介護3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 無法自力站立或步行 ▶ 排泄、入浴、穿脫衣物需要全面性的協助 	
要介護4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 日常生活能力低下 ▶ 排泄、入浴、穿脫衣物需要全面性的協助 	
要介護5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 日常生活需要全面性的協助 ▶ 意志表達困難 	

保費根據介護保險事業計畫每3年調整1次



註1：保費月額(全國每人平均)，單位：日圓
註2：介護保險保費受被保險人所得及戶籍地區影響

公辦介護保險每年支付之介護費用

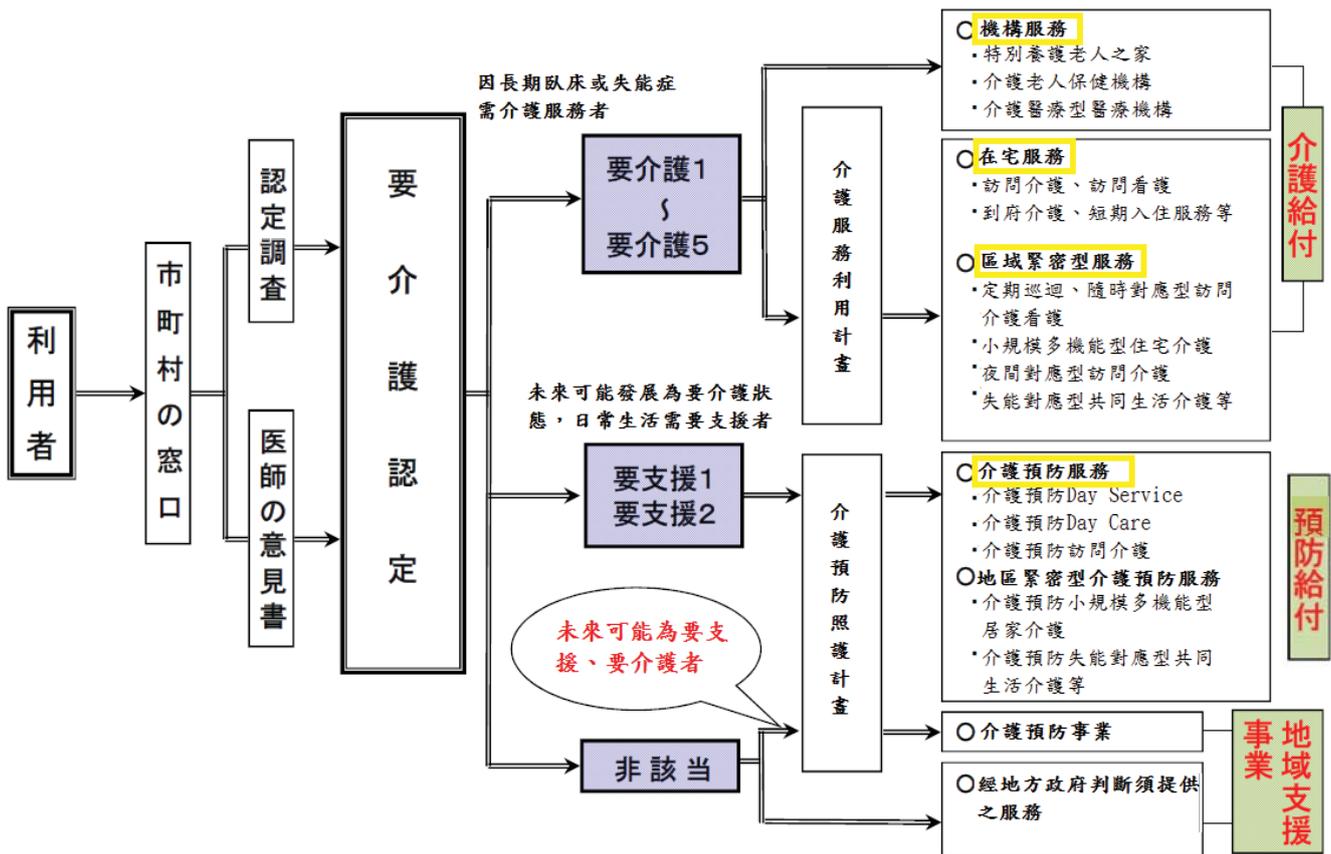
	2009.04	2010.04	2011.04	2012.04	2013.04
平均每人(日圓)	151,200	157,300	155,800	157,000	157,600

每月給付上限 日圓

要支援		要介護				
1	2	1	2	3	4	5
49,700	104,000	165,800	194,800	267,500	306,000	360,650

註：日本「要介護、要支援狀態區分方式」類似ADL(Activity of daily living)的概念。

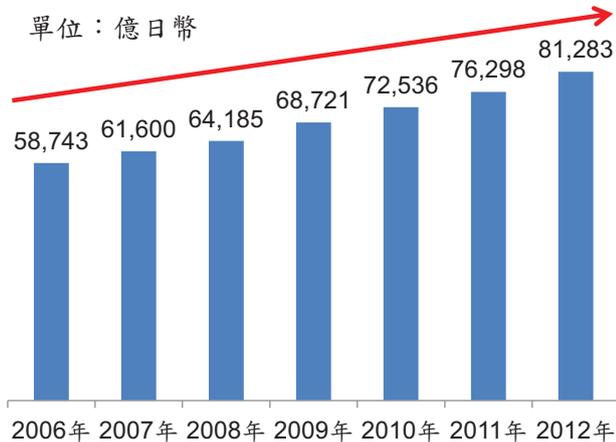
介護標準認定與服務內容



日本介護產業的市場規模成長快速

- 公辦介護保險開辦十多年來，整體介護產業的市場規模，由最初3兆2千億成長至8兆1千億日幣，年複合成長率達167%。
- 65歲以上失能人口數突破546萬人，佔公辦介護被保險人17.6% (台灣65歲以上失能人口佔總失能人口比例為16.1%)
- 日生基礎研究所預估，2030年產值將達到20兆日圓

2006-2012年日本介護產業市場規模



2008-2013年日本失能人口數

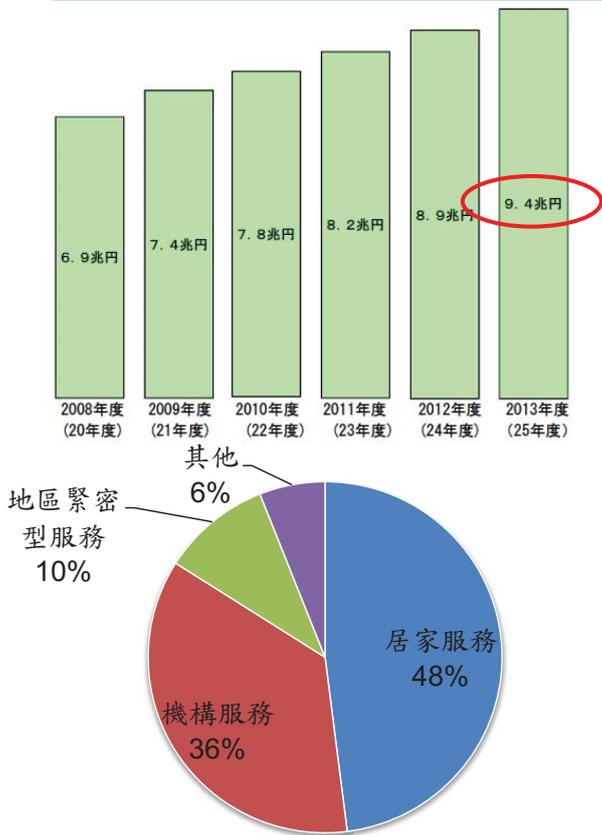


註：市場規模係以公辦介護保險的實支保險金推估

資料來源：厚生勞動省介護保險事業狀況報告(截至2013年3月底)

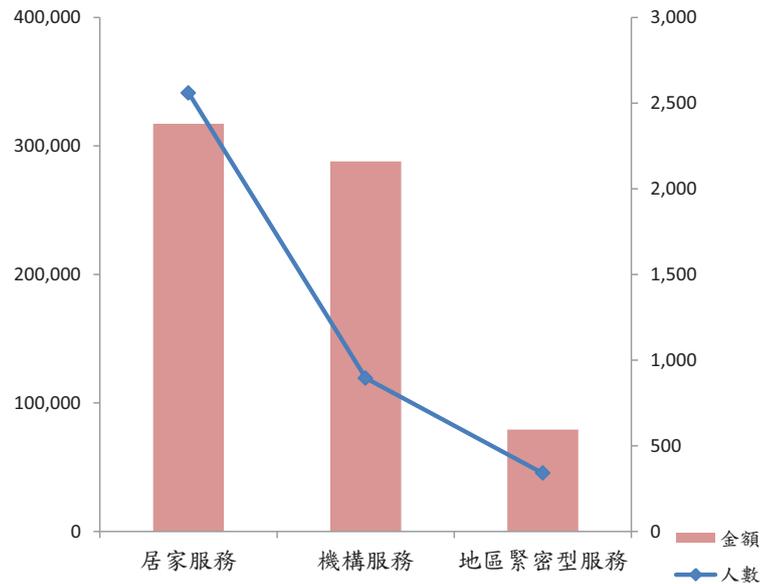
介護服務費用現況

需介護服務使用者人數與費用



單位: 百萬日圓

單位: 千人



厚生勞動省介護保險事業狀況報告(截至2013年3月底)

國泰人壽 國泰金控

日本介護事業相關法令

成立介護事業子公司之相關法規

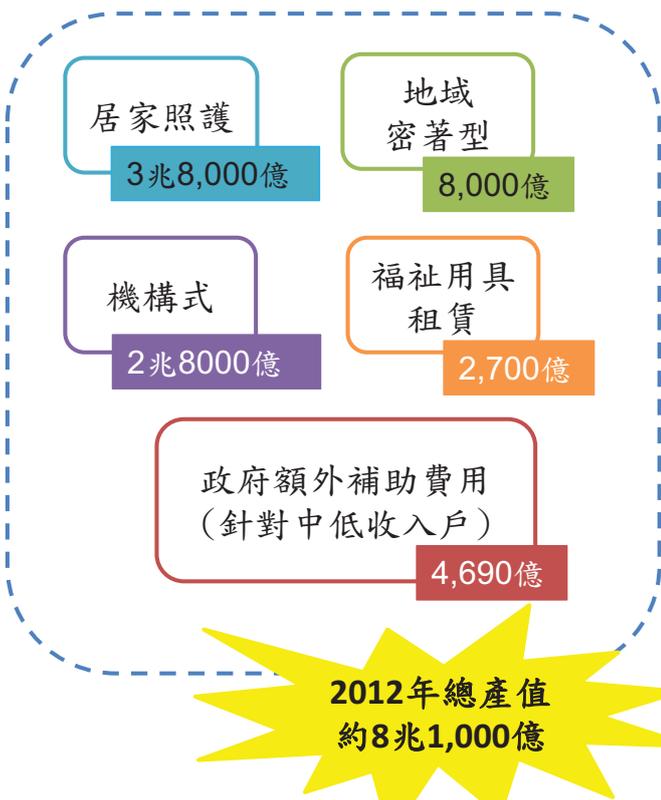
保險業法	壽險公司可成立符合「老人福利法」定義的 <u>老人介護設施</u> ，以及 <u>收費式老人之家</u> 等，及其他「老人」及「身心障礙人士」相關之 <u>服務介護事業</u>
老人福利法	<u>私人企業</u> 得以 <u>公司</u> 的型態經營介護相關事業

商業介護保費列入所得稅扣除額

單位: 日圓	1990-2011年		2012年-	
	個人所得稅	地方稅	個人所得稅	地方稅
年金保險	50,000	35,000	40,000	28,000
長照・醫療保險	50,000	35,000	40,000	28,000
其他人壽保險			40,000	28,000
合計	100,000	70,000	120,000	70,000

國泰人壽 國泰金控

日本民間介護業者發展概況



營收排名	公司名	近兩年營收(億日幣)		
		2012	2013	成長率
1	Nichii學館	1,384	1,412	2.02%
2	Benesse	665	739	11.13%
3	Tsukui	489	539	10.22%
4	Sekomu	429	480	11.89%
5	Message	386	672	74.09%

- 介護產業參與者多為**跨業經營或多產業聯盟**
- 日本介護市場為勞力密集產業，並以中小型業者居多，趨近於**完全競爭**
- 至2013年為止，共約17萬所介護機構。
- 民間營利法人為介護產業之核心，前五大業者營收達3,353億，佔整體介護產業約4%

註：介護市場產值以2012年公辦介護保險的實支保險金推估
資料來源：平成24年介護保險事業狀況報告

資料來源：日本厚生省網站，<http://www.kaigokensaku.jp>

日本長期照護產業整合概況

上游 解決養老資金來源問題

- 公辦介護保險
 - 民間保險業者提供之介護保險商品
- NISSAY 第一生命 明治安田生命

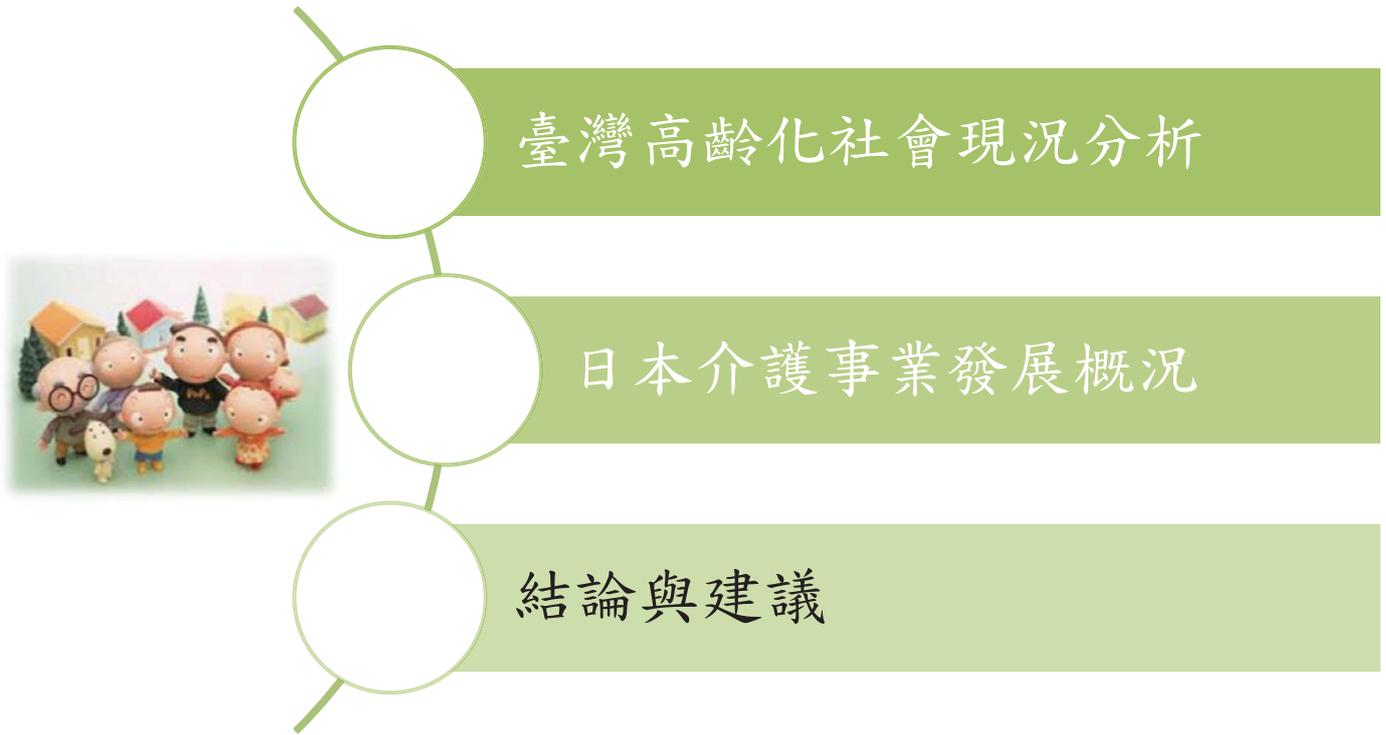
中游 提供專業照護人力以及完善介護環境

- 專業介護機構
- ニチイ 株式会社ライフケアパートナーズ Life Care Partners Co.,Ltd. サビナス立川 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 Seirei Social Welfare Community For You 社会福祉法人 奉優会 nesse 社会福祉法人 暖家の丘

下游 提供健康管理服務或其他周邊服務

- 醫療器材、住宅附加、家事服務、配送服務等
- 配食サービス (提供: (株) レバスト)
 介護用品・福祉用具優待 (提供: フランスベッド (株) エコール協議会)
 HOME ALSOK みまもりサポート (提供: ALSOK)
 家事代行サポート (提供: (株) ニチイ学館)
 要介護者外出支援 (提供: (株) エニマットモト風 つばめ自動車 (株))

報告大綱



台灣長期照護產業發展現況

上游

公辦長照政策須明確，有利帶動產業發展

- 長期照護保險法(預計2016年上路，目的為穩定長照資金財源)
- 長看險投保概況遠低於美、日、法等先進國家
- 壽險業長看險給付金額遠低於看護支出費用

中游

亟需改善專業人力照護及長照機構服務品質

- 長期照護服務法(整合長照機構、外籍看護改採雙軌制、家庭看護者納入長照體系)
- 長照機構品質良莠不一且專業照護人力不足(照護人力/需照護者=1:11)

下游

相關產業蓬勃發展惟尚待與上中游進一步整合

- 遠距照護產業年複利成長近20%



資料來源：工研院,2010

- 經濟部推動遠距健康照護計畫
一主為鼓勵遠距照護相關廠商(例：設備、系統、醫療機構)，凡申請該計劃通過者，可獲得政府補助
- 穿戴式裝置興起



日本介護保險制度及財務規劃對台灣啟示

日本介護相關制度	台灣可學習之處
公辦保險制度	<ul style="list-style-type: none">▶ 解決養老資金來源，並喚醒民眾對長照之意識以及需求▶ 明確定義介護狀態，便利壽險業者及介護業者設計商品▶ 採取實物給付方式，直接帶動上中下游產業整合及發展▶ 允許民間機構進入介護市場，提升產業競爭力
專業教育訓練	相較於台灣照顧服務員訓練時數，日本 教育訓練制度完整，且訓練時間長達1-2年
長照機構評鑑制度	<ul style="list-style-type: none">▶ 第三方評鑑制度：除由政府單位進行基礎評鑑外，日本政府尚透過扶植第三方長照機構評鑑廠商，進行實地考察。▶ 服務品質可供民眾直接查詢：公布第三方評鑑廠商之考察結果，方便民眾查詢長照機構服務品質，減少介護服務供需者間資訊不對稱問題

日本老人學專家堀內裕子表示，老人照護事業成功的關鍵為：**政府支持及照護人力質量兼顧**。根據日本經驗，長照相關政策明確後，方有利長照產業的發展。

附件

日本三大主要保險公司介護商品

商品	日本生命 定期介護保險	明治安田 終身介護險	第一生命 終身介護險
以40歲男性被保人為例			
承保年齡	40~70歲	40~80歲	40~75歲
保險金支付 條件	達到公辦介護保險 要介護2~5等級	達到公辦介護保險要介護 2~5之等級或保險公司所訂 定之照護等級	達到公辦介護保險要介 護2以上等級或保險公 司所訂定之照護等級
保險金支付 方式	一次性或年金 (擇一)	A案：房屋改造與入住設施 補助金+終身介護 年金 B案：終身介護年金	年金
保額	1,000萬	B案：每年60萬	每年120萬
身故保障	無	300萬	120萬
保費(月繳)	40~58歲:5,300 59~69歲:15,880	終身:7,836 20年期:12,486	終身:10,745

▶日本壽險公司的介護保險(長期看護保險)的保費費率與保險金支付皆為固定，不與「物價」或「公辦介護保險」等連動



國泰人壽

國泰金控

23

謝謝聆聽

李榮俊



南山人壽研究發展部商品企劃處資深經理 (2010~迄今)

聯絡電話 02-87589196

E-mail Jason-JL.Lee@nanshan.com.tw

專業領域 人身保險

學歷

1988 淡江大學保險學系 學士

2006 淡江大學保險經營研究所 碩士



南山人壽

民間與公辦保險之互補接軌~ 以長期看護險為例

南山人壽 李榮俊資深經理
2014.11.21

1

有**依靠**，人生可以更勇敢。



南山人壽

說明大綱

1. 商業保險的功能與角色
2. 商業保險推動長期看護保險的歷程
3. 商業保險與社會保險之差異
~以全民健保與長期看護保險為例~
4. 商業保險之長期看護保險內容
5. 國外商業保險的借鏡
6. 公辦與商業長期看護保險接軌

2



人口老化社會之需求

高齡社會趨勢下，國人面臨長壽、疾病及傷害及長期照護風險所帶來之各項需求，勢將大幅增加

長壽風險	疾病或傷害風險	長期照護風險
平均餘命每年以0.13歲增加，退休金負擔沉重 	台灣老人每年平均醫療支出約台幣8~10萬，是全民平均值的3倍 	一生約7.3年需長期看護，男性約6.4年女性約8.2年 
經濟安全需求	醫療費用需求	長期看護需求

3

有**依靠**，人生可以更勇敢。



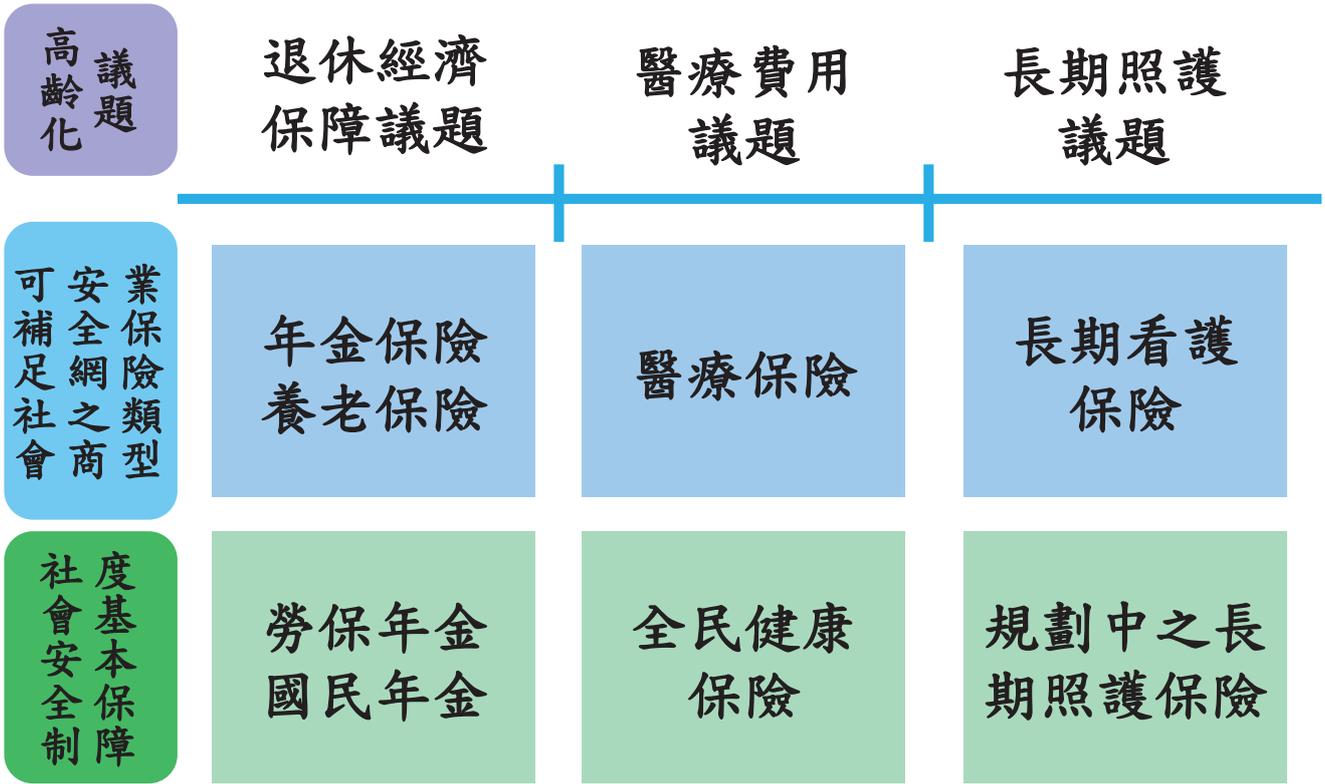
商業保險的功能及角色

保障層次/功能需求	健康期 【經濟安全保障】	障礙期 【醫療費用保障】	臥病期 【長期照護保障】
第三層 【商業保險】			長看險
	醫療險		
	年金險		
第二層 【社會保險】			長期照護保險
	全民健保		
	勞保失能、勞保傷病給付		
勞保/公保/國民年金、勞退金、軍公教退撫金			
第一層 【社會救助】	中低收入戶老年生活津貼		

4



南山人壽 因應人口老化社會需求之保險商品

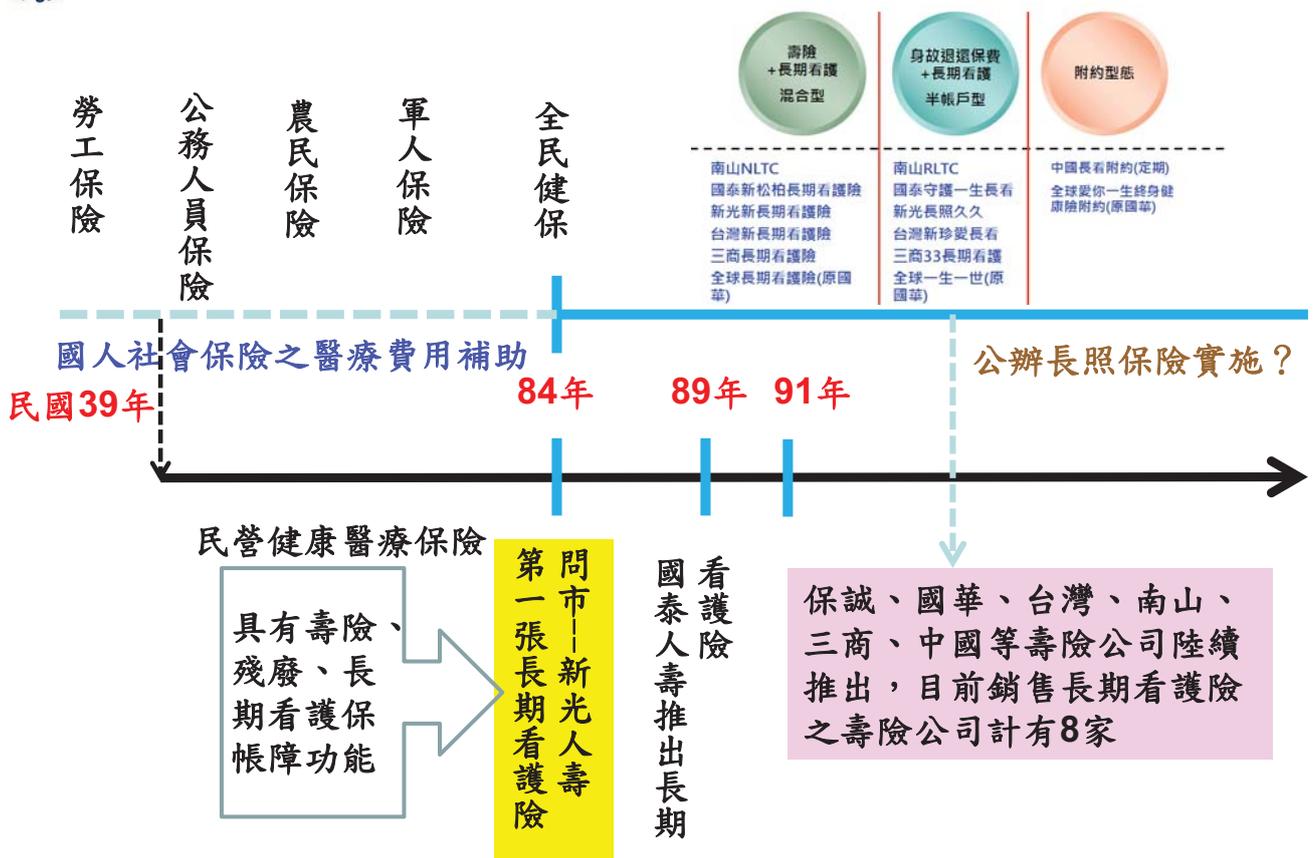


5

有**依靠**，人生可以更勇敢。



南山人壽 商業保險推動長期看護保險的歷程



6



南山人壽

商業長期看護保險市場概況

投保商業長期看護險之人數仍偏低！

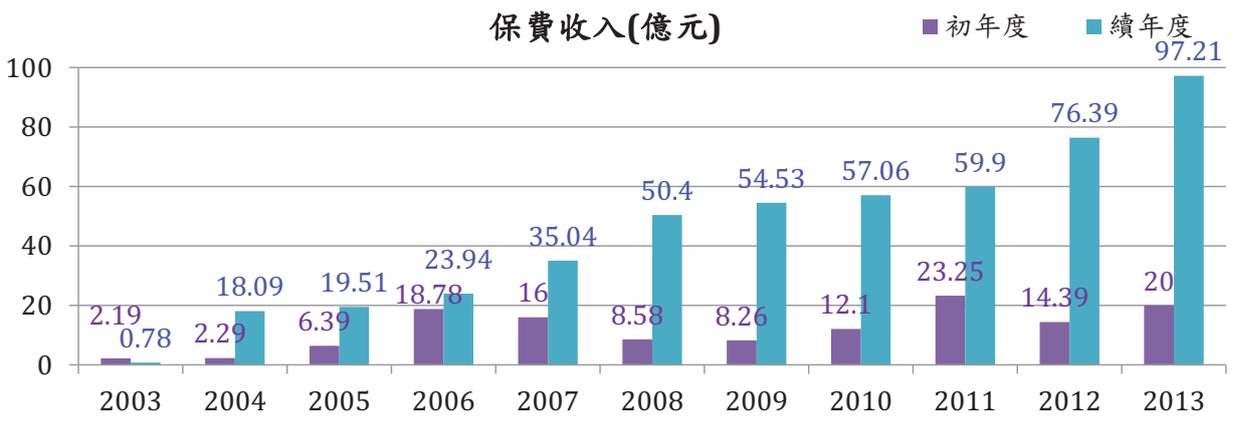
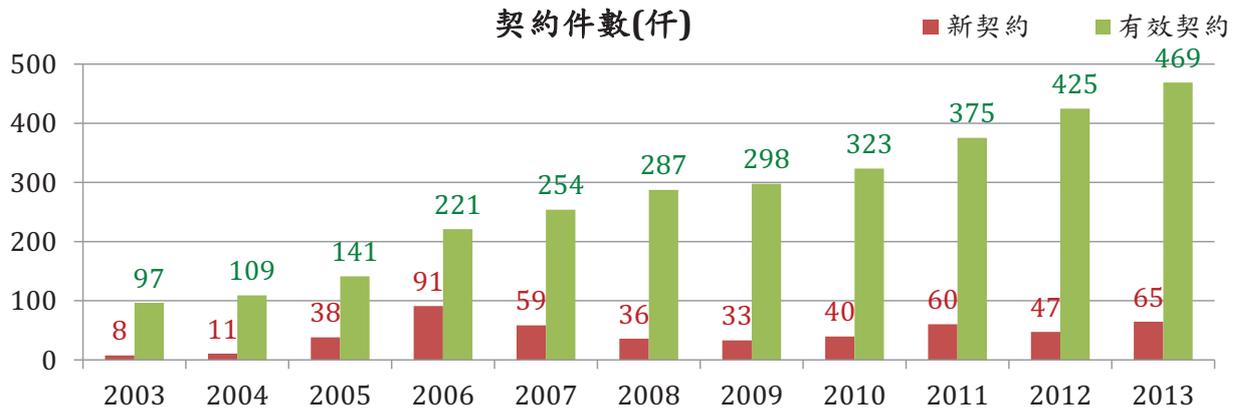
年度	契約件數			保費收入(億元)			
	新契約	新契約增加比率	有效契約	初年度	初年度增加比率	續年度	合計
92	7,568	-	96,583	2.19	-	0.78	2.98
93	10,647	41%	109,161	2.29	5%	18.09	20.38
94	38,150	258%	141,316	6.39	179%	19.51	25.9
95	90,986	138%	221,199	18.78	194%	23.94	42.71
96	58,543	-36%	253,975	16	-15%	35.04	51.03
97	35,943	-39%	287,440	8.58	-46%	50.4	58.99
98	33,093	-8%	297,756	8.26	-4%	54.53	62.79
99	39,580	20%	323,436	12.1	46%	57.06	69.16
100	60,364	53%	375,370	23.25	92%	59.9	83.15
101	47,279	-22%	424,735	14.39	-38%	76.39	90.78
102	64,632	37%	468,935	20	39%	97.21	117.22

資料來源：壽險公會
有**依靠**，人生可以更**勇敢**。



南山人壽

商業長期看護保險市場概況



全民健保vs商業健康保險

	全民健康保險	商業健康保險
性質	強制性社會保險	民眾自由投保之商業保險
投保對象	合乎資格者一律納保	得視風險予以決定承保與否
保險費計算	量能付費	依風險計費
給付	一視同仁	依保費有所高低
給付項目	疾病、傷害或生育之醫療	需視投保險種而定但範圍大致與全民健保相同
給付方式	直接給付	現金給付

未來公辦長照保險vs商業長期看護保險

	未來公辦長照保險	商業長期看護保險
需要照護定義	身心失能,指身體或心智功能於使用可能之醫療及輔助器具後,其日常生活自理能力或生活工具使用能力仍部分或全部喪失者。	ADLs無法執行三項以上或失智
給付(理賠)判定	由醫事、社工專業人員組成長期照護保險核定小組判定	依專科醫師開立之巴式量表或臨床失智量表由保險公司判定
給付內容及方式	以實物給付為主,現金給付為輔。 如社區、居家、機構服務或輔具居家修繕交通接送或身故給付	現金給付

南山人壽商業保險之長期看護保險之內容~定義篇

	長期看護狀態	理賠依據												
ADLs (生理障礙)	<p>如無他人協助,無法自己執行下列三種(含)以上日常生活活動者:</p> <table border="1"> <tr> <th>飲食</th> <th>穿衣</th> <th>行動</th> <th>起居</th> <th>沐浴</th> <th>如廁</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	飲食	穿衣	行動	起居	沐浴	如廁							巴氏量表
飲食	穿衣	行動	起居	沐浴	如廁									
失智 (心智障礙)	<p>被診斷確定為「器質性失智」,在意識清醒的情形下有「分辨上之障礙」,需他人為看護照顧者。</p> <ul style="list-style-type: none"> 器質性失智:係指按衛生福利部最新刊印之「國際疾病傷害及死因分類標準第九版」編號第二百九十號及第二百九十四號所稱病症,且經醫院檢查診斷確定者為準。 分辨上之障礙:係指經專科醫師判定,符合下列分辨障礙中之二種(含)以上者: <table border="1"> <tr> <th>時間</th> <th>場所</th> <th>人物</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	時間	場所	人物				CDR失智評分量表						
時間	場所	人物												



南山人壽商業保險之長期看護保險之內容~給付篇

王南山於30歲時，投保XX人壽長期看護終身保險，繳費20年，保額2萬元，每年年繳保費為43,400元，20年總繳保費為868,000元，王南山擁有多少保障呢？

保障項目	保額2萬元的 給付內容金額	發生長期看護狀態 長達16年	皆無發生長期看護狀態
長期看護關懷保險金	48萬元	48萬元	-
長期看護保險金	48萬元/年，累計16年	768萬元	-
全殘廢關懷保險金	48萬元	-	-
全殘廢生活扶助保險金	48萬元/年，累計16年	-	-
身故/祝壽(110歲)保險金 (需扣除已給付保險金)	所繳保險費的1.06倍	-	約92萬元
1~6級殘廢或需要長期看護狀態豁免保險費			

- 首筆48萬的長期看護關懷保險金可供購買輪椅、電動床或特殊衛浴器材等輔具用品
- 每月4萬元的長期看護保險金可供每月請看護之固定費用，或紙尿布、衛生醫療用品等需重複購買的日常消耗用品，累計給付最高可達768萬元
- 倘如無任何給付，最後所繳保險費還加計利息退還給您

11

有**依靠**，人生可以更勇敢。



南山人壽

國外商業保險的借鏡

美國	<ul style="list-style-type: none"> • 保險商品由1980年代以補償療養院費用為主之商品架構，演進為依個別保戶需求制定彈性化之商品內容 • 賦予適格長期看護保險單額外之保險費扣除額
英國	<ul style="list-style-type: none"> • 長期看護保險金給付，不論是直接給付照護機構或給付保戶不需課徵所得稅
德國	<ul style="list-style-type: none"> • 全球第一個實施全民強制性長照保險之國家，政府規定民眾必須在民營保險公司提供之私人長照險或州政府所辦之公營長照險中二擇一 • 強制長照險給付包括實物給付、現金給付和服務給付，並依照護需求輕重決定內容
日本	<ul style="list-style-type: none"> • 採民營化及契約化方式提供服務，一旦被保險人需要長期照護服務該制度將提供介護給付 • 保單設計上，老年以前以終身死亡保障為重點或以遞延年金形式為基礎，老年以後則以看護保障為主(可將終身保險或遞延年金變更為看護保險。)



南山人壽

公辦與商業長期看護保險接軌

商業保險一直具有穩定社會經濟、補強社會保險保障及提升品質之功能，商業長期看護險在未來政府實施強制長照險也會具有同樣相輔相成之互補角色。

- 扮演補強保障的角色~讓保障更完整，減輕家庭經濟的壓力。
- 共同加強政策宣導~商業保險公司及主管機關共同推廣長期看護保險是政府建構老人安全生活的重要政策。
- 技術支援與訊息共享~國外經驗或實務經驗之相戶交流與提供。
- 法令定義之一致性~長期看護定義及判定機構的一致性。
- 創新商品內容與服務並運用新科技~例如提供實物給付、現金給付或服務，透過運用新科技如穿戴裝置的結合以提升服務與保障。
- 稅賦之優惠~針對長期看護保險保險費予以額外的扣除額。
- 其他~現有已投保壽險保單之活化轉換為長期看護險。

13

有**依靠**，人生可以更勇敢。



南山人壽

Thank you !

14

104

有**依靠**，人生可以更勇敢。

SESSION 4

主持人：鄭教授 文輝

主講人：林執行長 依瑩

林依瑩

弘道老人福利基金會 執行長
中華民國弘道志工協會 秘書長

E-mail yiyu670202@hondao.org.tw

聯絡電話 04-2206-0698 轉 42

專業領域

社會福利與非營利組織管理

學歷

逢甲大學 合作經濟系 學士

中正大學 社會福利研究所 碩士

經歷

2012-14 年 行政院人口政策會報 委員
2013-15 年 教育部終身學習推展委員會
2013-14 年 衛生福利部老人福利推動委員會 委員
2014-15 年 行政院長期照護保險推動小組 第六屆委員
2011-13 年 行政院青輔會區域和平志工團推動 委員
2013-14 年 台中市公益彩券盈餘管理委員會 委員
2011-13 年 臺中市長期照顧服務推動小組 第一屆委員
2012-13 年 臺中市政府高齡友善城市推動委員會 委員
2012-14 年 老人福利推動聯盟 理事

長照體系如何回應民眾需要，提供好用的居家服務

弘道老人福利基金會 林依瑩 執行長

弘道老人福利基金會自民國 84 年成立以來，秉持「聯合眾人 用愛心關懷老人」，除了運用志工關懷弱勢獨居老人外，也在社區推動『社區照顧方案』讓老人透過健康促進活動、圓夢活動延緩老化再造老人生命價值活躍老化；在社區推動居家服務、日間照顧、瑞智互助家庭、老人送餐...等服務方案讓老人得以溫馨健康在地老化。然而隨著國內迫切的長照需求產生，並無相對應完善的資源可以運用。台灣長照服務直至目前的發展仍是機構式服務過剩，社區式服務零碎不完整，在居家式服務的部份雖有政府提供的長照居家服務但只能滿足部份需求，因此目前大量依賴二十一萬多名的外籍監護工。弘道在老人服務領域推動十餘年，深刻感受到整體長照服務制度上的空乏與困境，以及龐大的長期照顧需要，為達成老人活躍老化在地老化的使命，弘道將以十多年的社區發展在地服務經驗為基礎，導入丹麥、日本等國家在社區推動的走動式照顧服務。

透過走動式照顧服務能提供長輩在需照顧的時間得到及時的協助，服務時間的安排並非只有一天一次的選擇，可以依照長輩的狀況量身訂做一天多次的服務，一天中多次有人到家關心與協助，服務內容的部分更是從長輩的需求出發創造更具有彈性的服務；從基本的洗澡、翻身拍背...等身體照顧，備餐、打掃、購物...等生活支持服務外，更提供長輩失智症認知學習、肢體關節運動、園藝治療、健康管理等多元服務。此外本方案中的服務人員(照顧秘書/助理)會深入了解長輩的身體與心理狀況，結合本會每年固定推動的多元方案提供長輩陪談、陪同旅遊、慶生、圓夢...等服務。走動式照顧服務提供的不僅是身體上的基礎照顧，更是透過服務的輸送讓長輩可以有更多健康促進活動的參與，增加人際上的互動機會，讓長輩更健康減緩退化的速度。此外走動式照顧服務也透過服務人員主動地去觀察發掘長輩的潛在心理需求，搭配會內生命回顧方案、圓夢方案讓長輩找到自己的生命價值與意義，走動式照顧服務追求的不僅是長輩者在身體上的照顧，更是心靈的陪伴跟照顧。

2013 年 7 月 1 日開辦至今，吸引了不少年輕人力投入照顧服務，擔任「照顧秘書」，並開創許多多元照顧服務，包括陪伴型照顧服務、身體型照顧服務、健促型照顧服務、全家型生活服務、照顧指導服務、夜間居服、居家安寧(目前規劃中)等，期待可以找出台灣居家服務發展的新契機。

臺北醫學大學校區及附屬醫院平面分配圖



- ① 小7公車站牌(可至市府捷運站)
- ② 1F, 7-11
- ③ 星巴克

醫療長照整合財務制度論壇