

活動紀實

「2012 銀髮產業無限可能： 照顧保險及其與醫療保險服務的連結與整合的 可能性-以日本經驗為例」 專講暨座談會活動紀實

許逢育¹

研討會簡介

由國立成功大學醫學院老年學研究所、台南市政府照顧服務管理中心以及財團法人台南市基督教青年會社會福利慈善事業基金會共同主辦之「2012 銀髮產業無限可能：照顧保險及其與醫療保險服務的連結與整合的可能性-以日本經驗為例」專講暨座談會，已於 101 年 12 月 14 日假國立成功大學圖書館會議廳圓滿落幕。



此次研討會共設定四項重要議題，主題與講者分別為：醫療照顧的整合跨專業合作的必要性（苟原 实醫師）、台灣銀髮產業發展課題—照護供需之掌握與發展（李世代教授）、日本在宅醫療介紹（苟原 实醫師）、為何醫療照護與照顧工作需要整合（王榮德教授）以及因應未來長照保險實施對台灣銀髮照顧產業可能的影響與因應（綜合座談）等。整天會議下來，與會來賓都表示獲益良多，期待透過在學術上的交流，帶給與會者在銀髮產業與照顧保險的連結與整合主題有更進一步思考。

¹ 國立成功大學老年學研究所碩士班學生。

台南市副市長顏純左副座於開幕式致詞時表示，過去常說：「家有一老、如有一寶」，但如果整個醫療體系與長照體系無法銜接得宜，可能會變成「家有一老、必有一倒」，高齡者反而社會非常沉重的負擔。因此，政府制定長照相關政策的機構，必須有「未來學」的觀念，此次研討會，希望藉日本的機會讓我們有更多的啟發，希望與會貴賓能夠以務實的眼光來討論、溝通政策。

台南市政府衛生局林聖哲局長進一步說明，目前全台南市共有22萬的老人，台南市在國民健康局規劃的國家藍圖架構下，已逐步與國際接軌，期許這次藉由聆聽日本的經驗，結合台灣的經驗，能夠讓台南市所有長者能夠在地老化。

老年學研究所盧豐華所長最後以主辦單位身分代表，感謝與會嘉賓百忙中的親臨指教，並期待透過本所第一次以「產、官、學」共同辦理研討會的合作模式，陸續可以安排類似的活動，讓大家有機會齊聚一堂，在服務老年人的領域合作，也再次感謝大家的參與。

以下將節錄各場次講者報告主題，讓未能同時參與的讀者能有機會一窺活動全貌：

場次一：醫療照顧的整合跨專業合作的必要性

講者：苛原 実 醫師（日本全國在宅照護協會會長）

翻譯：游如玉 主任（台南市臨安老人養護中心主任）

如何將醫療與照顧整合，以個案為本位來支援老人繼續在熟悉的社區生活，在日本是獲得全民共識的議題，本場次主要的重點是談醫療跟照顧整合的必要性，共有五個重點：首先就是如何從醫療主導到生活照顧模式，為什麼要連結，還有最近日本提出的包括地域照顧、社區整合模式、多職種跨單位的整合、醫療院所或民間院所跨公司合作的必要性，以及台灣與日本未來如何面對這樣高齡社會的挑戰。



一、醫療照顧的跨專業多職種整合

(一) 高齡者的特徵

常患有多種疾病而服用多種藥物，且常常與基礎疾病產生併發症；此外精神與身體狀況有密切的關係，如失落體驗、經濟來源的喪失與居住地的改變、伴侶的死亡等等、因失落而造成壓力增加等；社會方面像是老人受虐、貧窮，與有失

智症患者對於環境的變換的不適應等，問題非常多元，因此需要跨專業多職種的合作團隊。

(二) 跨專業多職種合作團隊

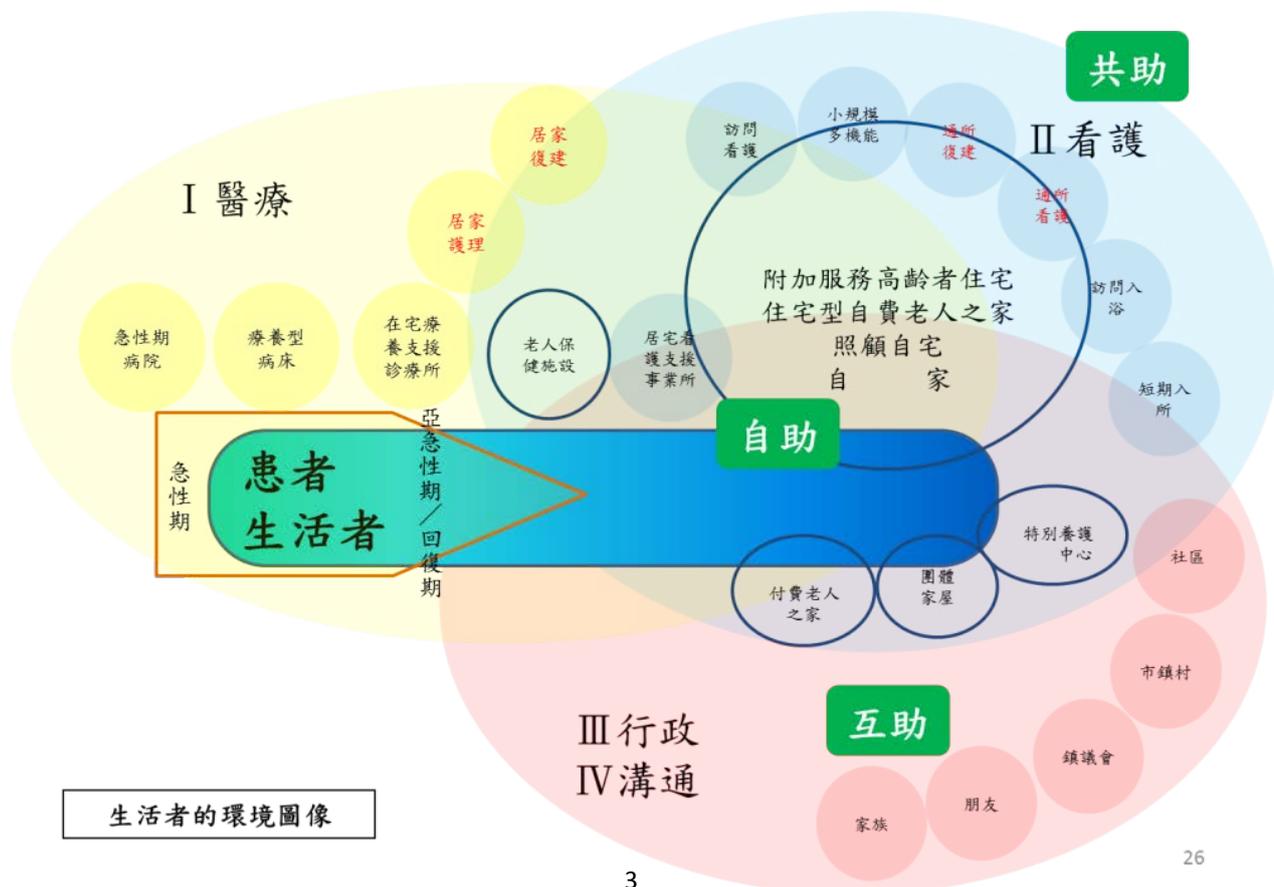
跨專業多職種的合作團隊定義為：因社區的需要而決定出持有共同目的之健康團隊，在社區中為了達成目的，各成員各自發揮自己的能力與技能，並一邊調整他人機能的團隊。

跨專業多職種合作困難的理由，就像是醫療模式與生活支援模式兩者的目標本來就不同；此外，相關專業的養成教育是分科系訓練，在這麼多的不同裡面，要很自然而然的可以溝通其實是不容易的事情；此外可能利潤與競爭的考量，像日本現在的狀況就是本來只有醫生可以做的事，變成是護理師可以做，本來是護理師可以做，變成是照顧服務員在做。

(三) 跨專業合作七原則

1. 照顧品質的改善
2. 服務使用者與照顧者的需求要有交集
3. 將服務使用者與照顧者納入多職種合作中
4. 透過共同學習，從彼此的專業相互學習以強化專業性
5. 尊重彼此專業的技術的高尚聖潔與貢獻
6. 強化專業的實踐
7. 增加專業技術職務的成就感等

二、地區整體照顧與跨專業多職種合作



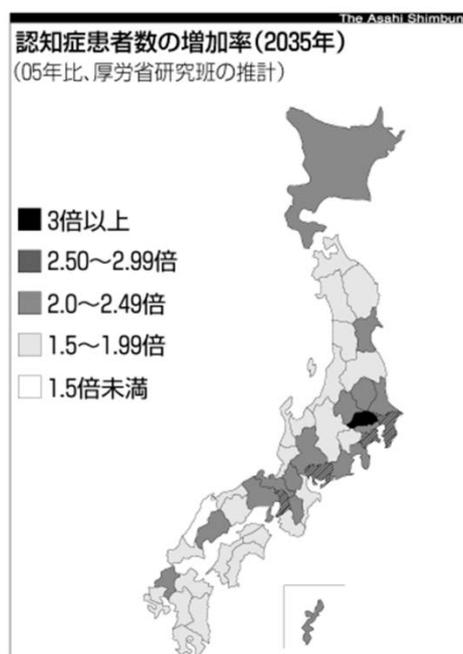
(一) 總體性社區照顧

日本在今年介護保險制度修定，導入整體社區照顧的概念，不只是醫療與照顧，也在日常生活圈中提供住宅、預防還有生活支援，制定出可以讓服務使用者，居住在習慣的社區中生活到最後的系統；社區總體照顧中包含自助、互助、共助的概念，與福利的邏輯類似。可惜在日本，互助的機制是最弱的，共住的部分則是指像醫療保險或照顧保險等，藉由服務整合制定一個好的系統。社區總體照顧的概念即為，如何在有限的財源、人力資源等諸多社會資源中，將完整的系統架設在社區裡面，所以不只是中央單方面的責任，同時也是各縣市政府的責任，尤其針對越來越疏離、缺少互助的都市區域，特別是需要的。

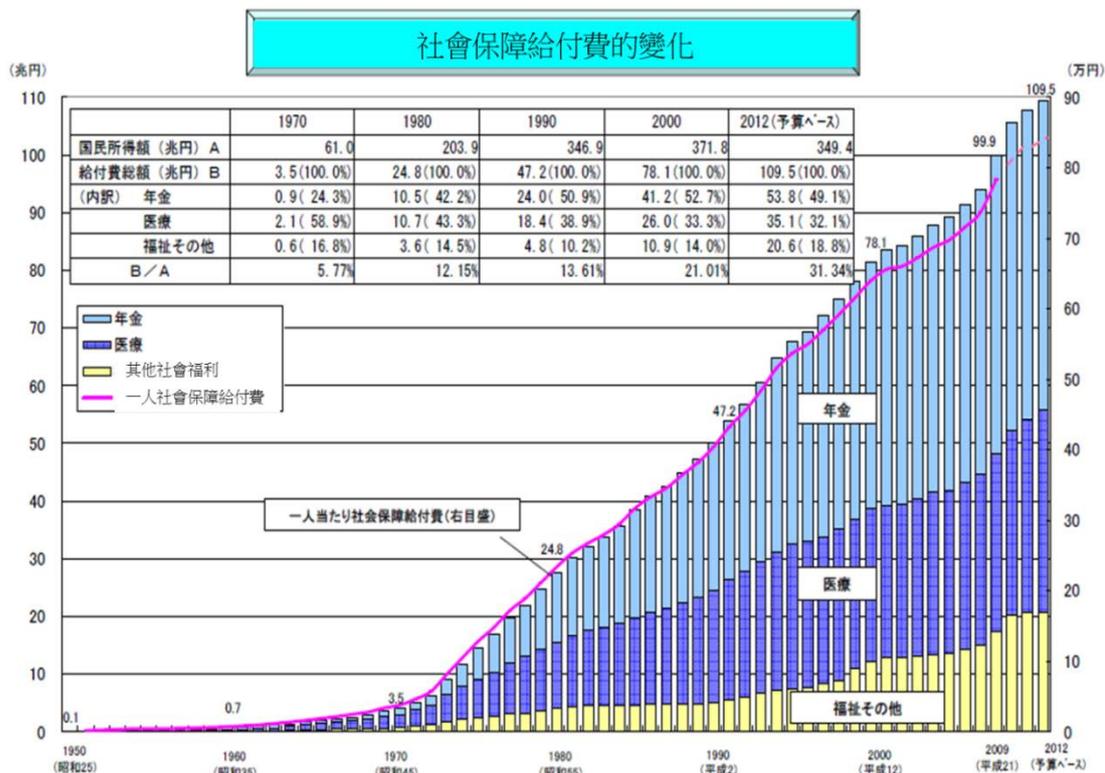
我們可以做到的事情是做市民的啟發、啟蒙活動，或是專業人員彼此的交流分享，再來就是如何不斷地、積極地向公部門倡議。明年日本預計由公部門設置在宅醫療事業據點，用於失智症團體家屋的社區交流活動。我們已經知道日本有團體家屋好像非常盛行，但其實在日本個別設置團體家屋時，有時候還是會遭遇民眾強烈反對。日本的收音機六點半有聽收音機做體操的帶動，這樣收音機晨操，小孩進到老人的場域裡面一起交流，其實可以促進大家了解為什麼要做失智症照顧，像這樣的作法就是社區營造的一種模式。

(二) 跨專業多職種合作的背景

- 1.人口減少、少子高齡化
- 2.都市地區高齡人口急遽增加
- 3.死亡人數的增加
- 4.高齡失智症者的增加
- 5.獨居者的家庭數增加
- 6.日本政府財政狀況不佳



全國失智症高齡者的人數從 05 年約 205 萬人開始，到嬰兒潮時期出生的人全都 65 歲以上的 15 年時約增加 1.5 倍，約 302 萬人，35 年時增加 2.2 倍，約 445 萬人。根據都道府縣分別估算，在 35 年時比起 05 年增加最多的為埼玉縣的 3.1 倍。接下來是千葉縣與神奈川縣的 2.9 倍▽愛知縣 2.6 倍▽大阪府 2.5 倍▽東京都 2.4 倍。在嬰兒潮時期出生的人大量居住的住宅區增加顯著。最低的為島根縣的 1.5 倍。



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2010年度～2012年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2012年度の国民所得額は「平成24年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成24年1月24日閣議決定)」
 (注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2009並びに2012年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

日本的稅金收入從 1990 年後開始減少，歲出以醫療、照顧、年金等社會保障費增加，而此差額由國債來填補。今後社會保障費用也會隨著高齡者數的增加而持續增加，只有增加保險費用和稅金，或抑制給付等方法，除此之外就是推行在宅照顧以及跨專業多職種合作。

三、今後台灣和日本的醫療・照顧

(一) 65 歲以上按人口比例的到達年次和倍化年數

國家	到達	年次	需要年數	到達	年次	需要年數
	7%	14%		20%	30%	
新加坡	2000	2016	16	2023	2034	11
韓國	2000	2017	17	2026	2040	14
台灣	1993	2017	24	2025	2040	15
日本	1970	1994	24	2005	2023	18
德國	1932	1972	40	2009	2036	27
英國	1929	1976	47			
瑞典	1887	1972	85			
法國	1864	1979	115			

「2012 銀髮產業無限可能：照顧保險及其醫療保險服務的連結與整合的可能性-以日本經驗為例」專講暨座談會活動紀實

日本和台灣的高齡化比率由 7%到 14%要 24 年、德國 24 年、法國 115 年、韓國 17 年，亞洲各國的高齡化速度較快。而且，高齡化比率由 20%到 30%為止，日本為 18 年、台灣 15 年、韓國 14 年，高齡化的速度比日本還要快。

(二) 各國 65 歲以上老人人口的比較

順位	2010年		2030年		2050年	
1	日本	22.7	日本	30.3	台灣	35.7
2	德國	20.4	德國	28.0	日本	35.6
3	義大利	20.4	義大利	26.4	葡萄牙	34.0
4	希臘	18.6	香港	25.6	韓國	32.8
5	瑞典	18.2	葡萄牙	25.2	義大利	32.7

可以看出我們亞洲有共同要面對人口老化很嚴重的問。同樣是亞洲的各國，在宗教文化上跟北歐國家有諸多的差異跟不同，但我們在未來應該要放入亞洲的觀點，各國應該要好好聯繫因應快速老化的轉型。

場次二：台灣銀髮產業發展課題—照護供需之掌握與發展

講者：李世代教授（台北護理健康大學長期照護研究所）



一、長期照顧與醫療照顧的異同

廣義來說，醫療也是一種照顧，醫療照顧一定要照顧成分，照顧一定有醫療成分，這是免不了的，可是兩個把它混在一起的話，它要怎麼運作？這就是 1968 年全人類第一個長照體系是在德國建立的背景。相對其他生活中的重大意外事件，長期照護的風險比這些高得太多，而且每個人都可能面臨長期照顧的需求，所以 OECD 每個國家都把長照的推動列為國家重大政策。

二、長期照護產業之規劃、推動與經營

在論及國內產業化之際須伴隨私有化之考量。先機構化，再及於社區化考量之餘，為求其永續發展，也須能順勢將其導向私有化及產業化之可能性、可行性、必然性與透過市場機制調節之未來願景。要解決長照，機構是長照產業的第一個雛形。首先機構要先獲利，獲利就要有資源，那到底資源怎麼分配？誰來付？不能存在就不能永續，然後每一個國家會慢慢發展出不同的機構型態，在促進非機構的發展。

在國內很難定義非機構和社區，像是：聊天算不算社區型照顧？老人送餐也許可以算，聊天呢？探望算不算，不一定是。但是我們可以去定義誰來參與，在台灣的話自然而然想到醫院，有醫護人員，等同用醫療觀點來涵蓋照顧人員，可

是照護服務員才是長照產業的第一線工作人員，其他醫院的 14 種的醫事人員的角色，應該不是扮演主角，只是配角，但在台灣的制度底下，配角變成主角，都是用醫療觀點介入長照，所以對外的體系就永遠建立不起來，長照就不可能產業化，供需永遠都是失衡。

反觀日本在長照領域設有 19 種專業證照，尤其技職體性必須也有相關課程規畫的人力培訓。另一方面，照管專員(care manager)的角色相當重要，地位類似醫療觀點的主治醫師一樣，實施老年長期照顧領域中照顧管理的目的是在照顧品質的前題下控制照顧成本，主要目標並非在於增進老年案主的身體健康或消弭老化所造成的障礙，而是在合理成本控制的前提下，使老年長者仍能保有較有品質的老年生活，避免過早、不必要的機構照顧。可惜的是，在台灣我們很習慣把醫療觀點那套搬過來，導致難以區分兩者的不同。

三、長期照護產業國外經驗引介

長照未來對產業的需求，就是能不能提供個人化的照護，但假如沒有企業化、私有化的話，這個產業是不容易有發展。以餐飲業近期投注開發老人食材為例，老人不容易吞嚥，但如何做到讓老人把每一口吃下去，並且每一塊食物都美味且口味多元的話，是不是大家都想吃，這就是一個新的產業的發展。日本長期照護推動，最得意的帶動許多照護提供業（介入操作管理、喘息替代、由其他事業轉銜投注…）、建築、營造（開發老人住宅空間改造）、裝修業（通用設計、改造……）、餐飲業、輔助機具用品耗材及物流業、特定大眾運輸（特殊輔具讓行動不便的障礙老人走出去）或宅配輸送業、休閒活動安排業、教育培訓、補教業、媒體、資訊業等等，即便都是自費花自己的錢，這些有需求的消費者還是會願意主動買單。上述舉例都是長照裡面產業可以凝聚出一個產業的雛型來。

四、長期照護產業的國內現況

在國內經常把醫療體系的知識帶到照護體系裡面，穩定值、觀察值…結果長照就變成慢性病房的延伸，哪像養護中心？哪像長照管理？。另外，現行的照顧專員薪資太低，有更好的機會絕對跑掉，這樣的話怎麼留得住？另外也必須讓工作有社會價值，在工作中得到成就感。若社會價值沒有建立的話，就沒有人願意投入。

五、結語與省思

長期照護體系要比其他之體系複雜得多，且似乎愈來愈重要。然而，國內一直以來均以急性照護掛帥或單一存在思維，又與學術研究與教育體制混合一起，且甚至混合了服務、教學、研究與政策等，幾乎成為惟一之綜合價值體系，其決策基礎、專業分科基礎、專業教育訓練、醫療院所評鑑、全民健康保險、資源分配、價值取向等，無不以急性照護之思維為主，甚至輕忽凌駕其他長期照護、社區照護與亞急性（中介）照護之價值與專業。

「2012 銀髮產業無限可能：照顧保險及其醫療保險服務的連結與整合的可能性-以日本經驗為例」專講暨座談會活動紀實

國內發展情況有其隱憂，幾乎絕大多數都以急性照護做為代表性之窗口，幾乎壟斷了包括慢性長期及社區導向在內之所有健康照護需求。不同照護體系各有其不同之理念、思維、動線、以及專業知識與技能考量，無法以急性照護代表慢性長期照護及社區健康照護。況且，慢性病況佔所有健康問題之絕大多數，在健康功能狀況自然趨往下坡的過程中，各種健康與因應之照護問題便交織而來，對此相關之照護問題而言，長期照護體系建構的重要性不言而喻。這一切健康照護的訴求，欲投向急性照護、慢性長期及社區照護三者整合為一體之健康照護體系，與現有的健康照護體系有所衝突，阻力重重，並不易落實。因此，必得要有「長期照護」體系的完整設計與建構，做為國家建設之總體目標。

下期待續……