

高齡社會「全照顧」系統芻議

張吉慶、毛治國

壹、前言

隨著國人生活品質提升，醫藥發達平均餘命增加，少子化生育率下降，人口結構失衡的問題持續放大。內政部統計臺灣於2018年65歲以上人口占總人口比例達14.05%，正式邁入高齡社會，國發會也估計2026年將達20.5%，邁入超高齡社會，顯示人口老化的快速與高齡照顧的急迫性。

根據統計2017年臺灣國人平均餘命為80.0歲，健康平均餘命為71.2歲（行政院主計總處，2018），顯示高齡者不健康且需要依賴他人照顧的壽命為8.8年，研究亦指出健康狀況良好高齡者的預期壽命比健康狀況較差的高齡者要長，但累積的醫療保健支出沒有差異，健康的高齡者活較久、花費少；失能者走得早、花費多。因此，高齡長壽不是問題，健康才是主要問題（Lubitz et al., 2003）。

臺灣從高齡照顧由1998年行政院核

定「加強老人安養服務方案」及「老人長期照顧三年計畫」等一連串的計畫發展至現行的「長照十年計畫2.0」，不過目前檯面上唯一實施的以「長照」為名的政策與計畫較無全局的概念與架構，該計畫僅以16.5%的失能／失智的高齡者為主要對象（衛生福利部，2015），其餘83.5%健康與亞健康的高齡人口卻沒有相對應的完整配套，且在照顧人力與財源上也尚未有周全的辦法，高齡照顧仍然沒有完整的政策；監察院也於2020年糾正衛福部長照的缺失，其主要問題包括長照財源穩定、長照人力之妥善規劃與運用、配套措施不到位、ABC級據點背離初衷等。本研究根據「由上而下」觀點，提出包括「健康、亞健康、失能失智」等的高齡長者所需的醫療照護社會關懷「全照顧」概念，以作為改善與補強當前「長照」系統的一套參考性的系統概念，提供高齡照顧完整的藍圖，讓高齡者可以健康老化。

貳、長期（高齡）照顧服務體系

學者Little（1982）將高齡的社會照顧概念化成三部分，在社區與家中的正式性服務之開放式照顧、在機構中正式性照顧之封閉式照顧及未組織與非組織照顧；Tobin and Toseland（1990）依高齡者的身體損傷程度（輕度、中度及重度三級）及服務提供地點（機構式、居家式及社區式）二個面向將高齡服務的類型分類為九大類。Little的概念化和Tobin and Toseland相較，可知封閉型的照顧式是指機構式照顧，而開放式的照顧則為居家式和社區式的照顧（呂寶靜，2011），所謂居家式照顧是指高齡者居住在家中，以非正式系統的資源為主；社區照顧是指社區居民照顧高齡者，並利用政府及社福機構等正式資源，提供高齡者在熟悉的環境中生活；機構式照顧係指高齡者居住在機構中，由機構負責一切的飲食起居生活（黃志祥等，2006），顯示高齡照顧應包括機構、居家及社區三方面的照顧，並依高齡者不同程度的身體功能提供服務。

目前臺灣的高齡相關政策與大部分研究涵蓋範圍太小、問題定義太狹隘，大多高齡照顧研究僅以居家、社區、機構、失能或失智等單一族群作為研究目標。在政策上，機構的數量、照顧人力、評鑑制度、財務補助等皆左支右絀；居家照顧以輕度或中重度失能／失智的高齡族

群為主要服務對象，但其餘高齡族群於則鮮少著墨；社區照顧之托老中心實際執行內容不足，照顧品質也參差不齊。現行以「長照」為名的高齡照顧將「由下而上」的策略作為政策之施行方式，但未有全局的概念與架構，其軟硬體等基礎建設尚未完備，疊床架屋的服務架構設計，組織多頭馬車，即倉卒執行政策，並以「滾動式」、「跳躍式」決策，導致高齡照顧政策不夠周延、缺乏配套，造成接受服務的民眾、承辦的團體及地方政府的怨聲載道，影響高齡族群的健康與照顧需求。

高齡照顧體系必須提供給高齡者廣泛的支持與服務，包括親友提供的非正式支持及政府、機構、團體提供的正式服務，包括居家式照顧、社區照顧及機構式照顧，整合成一個照顧的連續網絡，並整合財源、服務、照顧計畫等，跨部門提供高齡者完善與持續性的照顧需求，以促進高齡者獨立自主目標的理想模式（陳燕禎，2005）；2016年於提升長照量能需執行普及居家、社區及機構服務資源、擴大服務對象、強化長照管理與系統等策略，並倡議老照相關科系（學校）、照顧服務員（職場）及家庭照顧者回歸職場三軌並行的長照人才培育策略及透過長照保險方式穩定財源，以建構一個完善永續的長照體系，該研究以整體面向提升長照量能策略為主，但對高齡社會全照顧之架構則較少著墨（馮燕、陳玉澤，2016）；毛治國於

管理一書中描述到高齡社會應以結構性的對策建立高齡社會全照顧系統，亦利用居家、社區、機構提供照顧，且服務涵蓋失能／失智、亞健康、健康三類健康狀態的高齡人口，整合服務以三大支柱及四大支持系統求解跨部會之聯立方程式，解決此類複雜的問題（毛治國，2018）。

本研究將以「了解全局，把握重點」的原則，釐清照顧系統的供給與需求二方面的關鍵議題，在供給面上，機構提供專業照顧；居家為核心，也是高齡者最熟悉最想要的安老環境；活動在社區，可替高齡者的日常生活，提供休閒、體能、教育、社交、預防醫學及促進健康等綜合性服務活動，供給面除政府資源，也應善用民間力量，鼓勵民間投入照顧；在需

求面上，目前政策主要針對失能／失智為對象，其餘亞健康與健康的高齡者卻沒有完整的配套，將來會使失能／失智的高齡者不斷增加，屆時將需要更多資源投入高齡照顧上，高齡者的生活與照顧品質也難以提升。其高齡照顧系統主體以「居家安老、社區托老、機構養老」為三大支柱，服務涵蓋失能／失智、亞健康（註1）及健康三類全部高齡人口，並以醫療服務、照顧人力、財源及泛照顧環境為後盾之四大支撐系統（圖1），強化關愛高齡者的友善環境，讓高齡者可以健康老化；再應用尖點巨變論描繪出身體功能狀態的變化（圖2），敘述健康與亞健康由量變到質變為失能／失智的狀態。

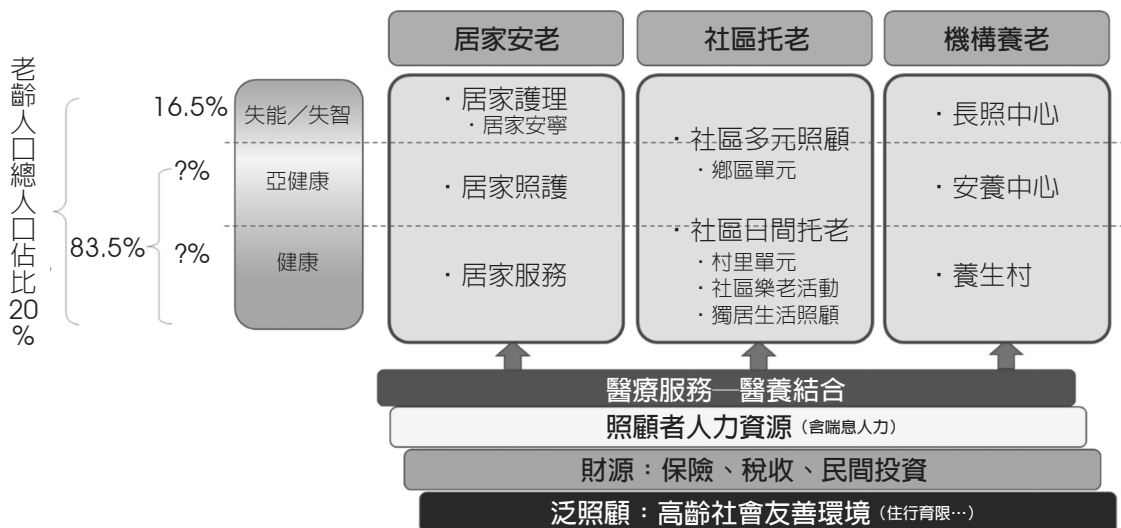


圖 1 高齡社會全照顧系統

資料來源：毛治國（2018）。

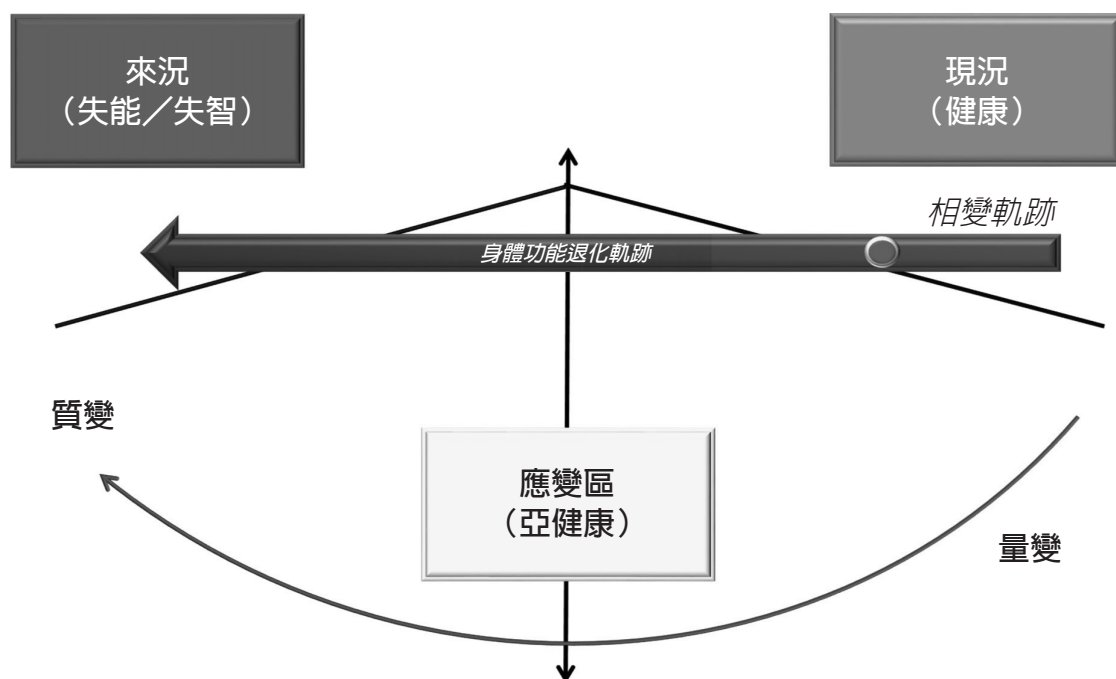


圖 2 健康狀態的變化

資料來源：本研究整理。

參、高齡社會全照顧系統 ——三大支柱

一、機構養老

根據內政部調查統計顯示高齡者對老人安養機構的服務需求最高占86.72%，排名第一，顯示現代人對老人機構的接受度已逐漸提高（黃志祥等，2006）。根據衛福部2020年統計全國以失能／失智高齡者為主要收容對象之老人長期照顧與安養機構概況分佈（衛生福利部，2021），顯示目前長期照顧型機構有45家，收容率88.2%；養護型機構1,011家，

收容率86.4%；失智照顧型機構2家，收容率90.7%；安養機構20家，收容率62.7%，機構總家數1,078家，總床數61,770床，總收容率84.6%，如表1。

目前以失能／失智高齡者為主要收容對象之機構式照顧服務因照顧人力不足無法開床，即便機構有床位，也只能「空著」，導致機構總收容率僅84.6%，又可能因對機構環境、照顧品質及無法負擔的費用等因素之隱藏性需求而選擇在家自行照顧，導致機構式照顧服務的收容率在表面上呈現供過於求的假象，故必須研究估算失能／失智的高齡者需要機構式服務的

表 1 老人長期照顧與安養機構之概況分佈

機構類型		機構數	可供進住人數	實際進住人數	收容率
長期照顧機構	長期照護型機構	45	2,409	2,124	88.2%
	養護型機構	1,011	54,330	46,934	86.4%
	失智照顧型機構	2	140	127	90.7%
安養機構		20	4,891	3,068	62.7%
總數		1,078	61,770	52,253	84.6%

資料來源：衛生福利部（2021）。

合理人數與比例及社會福利協助等，且在家自行照顧的個案也應深入調查照顧狀況與品質，以了解是否為隱藏性需求，其相關議題仍需後續研究深入探討。再者，從老人長期照顧與安養機構之概況分佈表得知失智照顧型機構目前只有2家，顯示照顧機構在城鄉資源分布不均，縣市仍供需失衡，區域均衡配置也是必須重視的問題。

照顧機構逐步成長，政府、機構及家屬越來越重視服務品質及滿意度，照顧機構的軟硬體設備與照顧人員服務品質與相較過去相比已有大幅提升（陳建文等，2016）。目前透過評鑑制度，提供民眾選擇給予所需照顧住民優質居住環境，但評鑑不該只有「打分數」的動作，機構資源形成已有困難，評鑑是否有發揮汰弱留強功能，輔導已投入但品質不好的機構應是首要目標，並藉由同業的標竿學習，讓機構省去獨自摸索、反覆嘗試所須付出的成本，提升機構的能力並厚植照顧品質之核

心能量。然而，針對屢次評鑑不合格、無意願改變或其他特殊情事致服務無法賡續辦理，應有嚴格的退場機制，以維繫整體照顧機構品質及高齡者受照顧的權利，進而達成照顧品質提升之目標。另，依據長照法第35條規定照顧機構之收費項目及其金額，僅需報備所在地之主管機關核定即可，但各縣市政府審核、核備及補助的標準都不一，造成價格亂象，影響入住率，訂價與補助應有設置基準及訂價公開透明化，將可以讓消費者的主權與機構的永續經營找到共鳴點，塑造嶄新的生態圈。

隨著社會高齡人口比率的快速增加，針對亞健康與健康之生活可自理的高齡族群，建構符合需求的高齡居家式機構，包括安養中心、養生村等，高齡居家式機構不只成為政府社會福利關心的課題，還是民間企業投資興建的重要標的之一，目前在臺灣的高齡居家式機構類型大致區分為公辦民營的高齡安養機構、高齡公寓，以及民間自行興建的私人高齡居家式機構。

但因價格、地點、空床位、管理方式，導致部分高齡者對高齡居家式機構有些顧慮，應利用獎勵、補助、規範等方式，建立一個滿足「可負擔性」、「可近性」、「可接受性」的高齡住宅。

二、居家安老

現行高齡居家安老多以居家護理來概括，其欠缺完整專業整合的服務（黃惠貞，2011），且偏重護理方面，並僅以失能／失智族群為主，亞健康與健康高齡者的居家照顧與居家服務較少著墨。研究指出居家安老可以改善高齡者的生活質量與功能健康狀況（Mitchell &

Kemp, 2000），也取代了醫院護理，使能繼續生活在家裡，居家是高齡者最熟悉的安老環境，居家安老內容需依不同健康狀態而有不同比重的服務，且需要專業領域的參與作為厚實的基礎，並參造馬斯洛（Maslow, 1943）人類需求理論（Maslow's Hierarchy of Needs）及公共衛生三段五級的架構，並針對失能／失智、亞健康及健康三類高齡人口，分別提供三類居家安老的服務項目，其為「居家護理、居家照顧、居家服務」，使高齡者有更好的照顧、更妥適的醫療資源及預防保健，並協助減輕家屬及主要照顧者之壓力，享有更好的生活品質。表2為居家安

表 2 居家安老服務內容

	主要族群	主要需求	公共衛生預防醫學	內容	現行政策比較
居家護理	失能失智	安全需求	✓第三段第四級 限制殘障 ✓第三段第五級 復健	➢專業團隊到宅提供技術性醫事服務 ➢照護的指導及模擬 ➢居家護理指引手冊 ➢善終	➢健保：護理師及醫師為主 •護理人員：每個月訪視2次 •醫師：2個月訪視1次 ➢長照：補助居家復健、居家服務的不足，但可能因服務對象的限制及補助條件的分級減低居家照護服務使用
居家照顧	亞健康	生理需求	✓第二段 第三級 早期診斷 早期治療	➢居家營養 ➢居家環境改善 ➢居家陪伴 ➢交通 ➢醫藥服務	➢失能或失智者為主
居家服務	健康	社交需求	✓第一段第一級 健康促進 ✓第一段第二級 特殊防護	➢社交活動：各項虛實活動 ➢健康促進：教育、體操等 ➢預防醫學：疫苗	➢失能或失智者為主

資料來源：本研究整理。

老在針對失能／失智、亞健康及健康三類高齡人口，分別提供三類「居家護理、居家照顧、居家服務」的居家安老需求內容，並應用Robert L. Katz的技能需求管理圖說明三類居家安老的需求比重。

三、社區托老

目前臺灣高齡政策以長照十年計畫2.0照顧族群以16.5%的失能／失智的高齡者為主要對象（衛生福利部，2015），其餘83.5%健康與亞健康的高齡人口卻沒有相對應的完整配套，僅少數資源投入該族群。其社區整體照顧模式經檢視後發現仍有許多地方需要改善，社區托老中心因佈建進度目標值的要求，數量遽增，但其實際執行內容不足，服務內容依各托老中心有所異同，服務對象、角色功能及照顧品質也雜亂無章，2020年監察院糾正衛福部長照缺失報告中亦提及長照ABC服務喪失照顧價值及照顧品質良莠不齊等問題。社區照顧模式看似以長照ABC整合，但只能看到分類改變，許多民眾根本難以理解及申請服務，其名稱也造成混淆，且權責不清、效率不佳，導致使用的不便利，甚至大部分民眾不知道長照資源在哪，影響社區照顧的成效。在長照ABC計畫中，屬於托老部分的內容與現行可發揮「社區托老」功能的長照C單位（巷弄長照站，又稱長照柑仔店），沒有建立明確關聯，這是不對的，本研究主張社區托老

應該以「據點」為基礎，增加它的數量、改善體質、強化功能；另還建議應該在村里「據點」之上再建立鄉鎮市級的上層具統合功能的托老中心，成為兩級式的托老系統。

社區托老服務對象應以高齡全族群為主，特別是高齡人口比重較高的亞健康與健康者應有妥善的社區照顧服務與協助，以避免或延緩失能／失智，使照顧資源效益最大化，其中照顧據點應充足，每一村里應設置至少一處社區日間托老中心，每一鄉鎮區（市）應設置至少一處社區多元照顧中心，整合社區、長照、醫療、預防保健資源於村里之日間托老中心與鄉鎮區（市）之多元照顧中心，使其有日間托老及短期住宿服務，且每個鄉鎮區（市）級社區多元照顧中心都被區域內的區域醫院或地區醫院認養，並輔導管理區域內村里級社區托老中心，共同建立「社區樂齡園」，讓高齡者安心，子女放心，建構以社區為基礎的健康照顧體系，如圖3。

肆、高齡社會全照顧系統——四大支撐系統

高齡社會全照顧系統以三大支柱「居家安老、社區托老、機構養老」照顧全高齡人口，提供醫療、照顧、預防及協助等服務，讓高齡者可以健康、安心老化，但仍需強力的後勤資源作為後盾，包括醫療

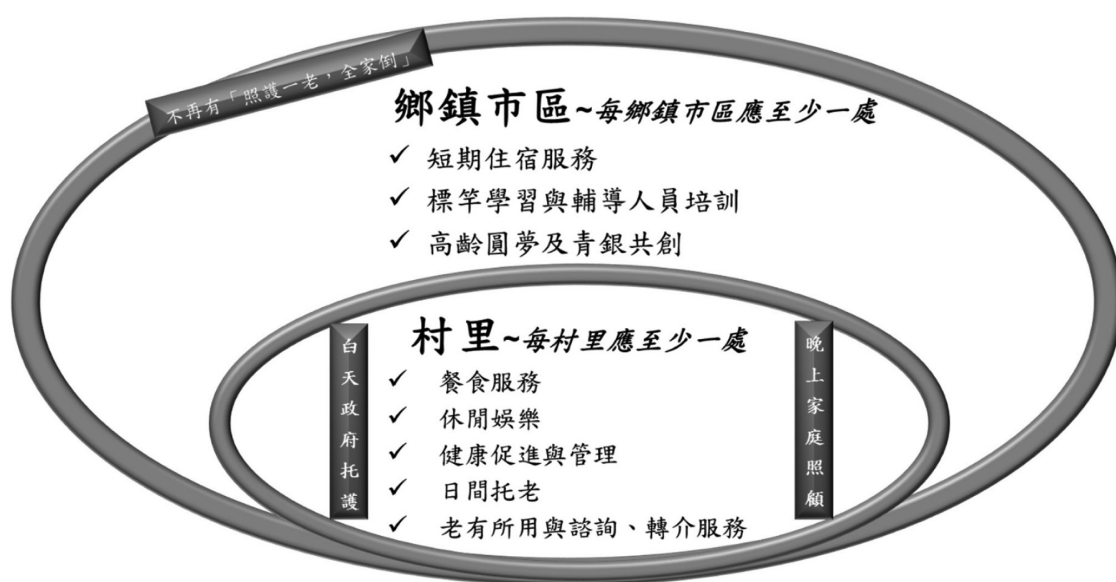


圖 3 社區樂齡園

資料來源：本研究整理。

服務、照顧人力、財源及高齡社會泛照顧環境等四大系統整合支持，使高齡照顧更完善周全，以建構高齡社會全照顧系統。

一、醫療服務——醫養結合

隨著高齡人口的快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率呈現急遽上升趨勢，醫療照顧與高齡照顧開始緊密連結，根據「醫養結合」理念提供高齡保健、預防、診斷、治療、復健，乃至出院準備等服務，與高齡社會全照顧系統搭配，支援居家、社區、機構三系統安老、托老、養老功能，優化並整合醫療資源以促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力。

目前國內醫療院所依規模與醫學評鑑分為醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所四個等級，由於健保未強制規範民眾分級就醫，大部分民眾習慣在醫學中心就診，對於區域等級以下之醫院及診所較不具信心，導致區域、地區醫院逐漸萎縮凋零，造成醫療體系嚴重失衡，為活化區域醫療資源，應輔導各區區域醫院或地區醫院認養區域內社區托老之社區多元照顧中心，使醫院與社區安養做結合，提升各鄉鎮區（市）級社區樂齡園照顧的信賴度與可靠度，並定期辦理研習、講座，使可近的醫療資源發揮最大效用，有利分級醫療，惟為確保醫療核心價值。並積極推展提供周全性老人評估為基礎的單一

窗口高齡醫學門診，整合跨領域的醫療照顧團隊，由多科醫師、藥師、護理師、個案管理師及社工人員等所組成（顏啟華，2006），將醫療資源做更有效的集中，全方位了解高齡者的問題，滿足高齡者各種的複雜需求及預防醫學，扮演協調整合的角色，提供周全性的功能性評估及專業化、個人化的連續性照顧計畫，達到跨科別的完整照顧。

二、照顧人力

由於長期照顧工作繁瑣、費時耗錢且十分艱辛，因此，高齡照顧服務人力顯得格外重要，為高齡照顧重點之一，於2020年監察院糾正衛福部長照缺失報告中，其主要問題之一即為整體照顧人力問題。根據長照2.0計畫服務涵蓋推估及行政院經建會委託之「我國長期照顧服務需求評估」研究，顯示照顧服務人力不足，其中照服員為人力最大的缺口，但該數據僅以失能／失智族群估計其照顧人力，未估算喘息人力與亞健康的照顧人力，故照服員需求遠比現有缺口還大，必須有更詳細的估算與規劃，甚或建立實際的人力需求資料庫，使高齡照顧更加完善。

照顧服務是一項勞力密集的工作，目前照顧人員以聘僱本國籍照服員與東南亞國家的外籍看護為主，本國籍照服員因薪資、福利、職涯規劃、社會支持及工作環境不佳等因素，導致人才流失且招募不易

（吳玉琴，2008；郭俊巖等，2015；謝玉玲，2011），造成本國照服員面臨極大的人力缺口，導致臺灣長期依賴外籍看護，但外籍看護因語言不同、缺乏社會支持、工時無限制、無完整專業訓練等種種因素使外籍看護的生活品質與個案受照顧的品質受影響（成之約、戴肇洋，2008；歐忠明、梁銘華，2013）。

然而，近年來東南亞國家經濟飛快增長，人民所得增加，而且同樣面臨人口老化，將來外籍看護來源可能減少。因此，必須積極提升本國照服員的留任與招募率，改善薪資與制度，提升照服員的價格與價值及職業尊嚴，降低對外勞的高度依賴（何立博、李玉春，2018），並以社區托老協助高齡照顧，減輕照服員的負擔。再者，善用老人福祉科技（gerontechnology）建構科技照顧系統，並借助資通訊技術力量執行健康照顧相關的活動，協助高齡者獨立生活並紓解照顧人員的負擔。

三、財源

高齡照顧需要有穩定與彈性的財源，各種經費籌措方式皆有其優缺點，各國文化背景不同其長照財源籌措方式不一。衛福部於2009年長期照顧保險規劃報告，分別以低、中、高三種推估方式，並以全體國民或40歲以上國民為保險對象二種案別推算長照保險費用，其中以全體

國民為保險對象，估計2011年總費用459-975億元，占GDP比重0.61%-1.25%，至2031年增加至1,168-2,402億元，占GDP比重0.36%-0.75%。以40歲以上國民為保險對象，估計2011年總費用426-906億元，占GDP比重0.33%-0.70%，至2031年增加至1,138-2,341億元，占GDP比重0.59%-1.22%（衛生福利部，2009）；根據2014年資料，OECD（經濟合作暨發展組織）國家公共長照支出平均約占1.4%GDP，以荷蘭、芬蘭與瑞典為最高，GDP占比依序為4.3%、3.5%、3.2%，日本則是2.1%（OECD, 2018）。顯示長期照顧保險無論以全體國民或40歲以上國民為保險對象做估算，其經費與OECD國家比，仍是相對偏低。長照保險仿照全民健保做規劃，在健保的基礎下，建立一個社會互助的體系，讓民眾可以負擔較少即可得到基本的服務，且長照保險與健保不一樣，它只提供基本給付，若想要得到更多服務則必須自付差額，並在該保險體制內作修正，採用部分提存，因應未來人口快速老化的需要，讓長照保險更容易永續經營。

在高齡社會全照顧系統架構下，居家、社區、機構三大支柱與失能／失智、亞健康、健康三大類的高齡人口皆必須提供服務，各類服務都需要足夠經費支撐才能使其服務完善並普及全高齡者。目前臺灣長照2.0計畫以稅收方式籌措財源（遺贈稅、菸品健康捐及房地合一稅），一年

預算約328億臺幣，約占GDP的0.18%，其與長期照顧保險規劃報告之推估費用相差甚大，僅占不到長照險估計費用的三分之一，且長照險僅以失能者為主要照顧對象估算費用，現行預算對失能者的照顧一本難支，遑論有額外經費服務失智、亞健康及健康的高齡者，且對社區托老的預算更是無法全面化，影響高齡者的健康與「在地老化」的推動；與OECD國家的長照預算相比更是明顯相判雲泥，顯示目前高齡照顧財源明顯不足，存有衝擊長照服務量能及連續性。

近年經濟發展停滯導致歲入成長受阻，政府刻將面臨財政緊縮、預算不足的窘境，受制於稅基變動，高齡照顧財源有限，稅收在2020年僅占GDP12.1%，遠低於已開發國家，且長照2.0目前僅讓40%的失能者獲得完整的補助，其財源的充足性、穩定性及公平性受到很大的挑戰（馮燕等，2018），監察院在2020年糾正衛福部長照缺失報告中亦提及長照財源需牢固方能有效提供長照需求，顯示目前長照財源的不穩定。在名為長照的高齡照顧開辦初期可能不會有經費不足的問題，但隨著服務範圍、照服員及高齡者需求日漸增加將造成極大的財政壓力，屆時高齡照顧服務的預算編列將不敷所需。無論高齡照顧的財源來自稅收、保險、醫療儲蓄帳戶等，亦或是多元混合的財源方式，都必須符合穩定、永續並滿足基本照顧需求為主

表 3 高齡友善環境內容

面向	內容
住宅	提供適合高齡者的住所與服務，包括居家緊急救援連線、老人防跌居家環境安全檢視及家事服務等
通訊與資訊	提供聚焦高齡者服務的資訊，確保與社會的連結
大眾運輸	提倡大眾交通禮貌運動及提供便利舒適的交通運輸環境
無障礙與安全的公共空間	以改善公共空間為主，包括無障礙公廁、餐廳、市場、人行道路平及騎樓淨空等
工作與志願服務	支持高齡者持續就業、參加志願服務或勇敢追逐夢想
社會參與	辦理各種服務與活動便於長輩參與以增加社會參與機會
社區及健康服務	以各村里級社區樂齡園為主，提供居家訪視與電話問安、長青食堂、送餐到府及關懷老人起居等社區與健康服務
敬老與社會融入	提倡敬老文化並辦理家庭與跨代交流活動消弭歧視，並且鼓勵業界發展各種銀髮服務和產品

資料來源：本研究整理。

要原則，才能有穩定的財源、健全的財務運作，作為高齡照顧的後盾。

四、友善環境

為因應人口快速老化與高齡帶來的感官和其他變化，高齡者在生活上面臨越來越多的挑戰，政府應積極讓大環境的經濟與資源進行變革，使其對高齡者更加友善，協助建構無障礙的實體與虛擬環境，讓長高齡者生活無障礙，並打造高齡老化生活環境與職場，透過融入社區與社會，讓高齡者喜歡出外走動、保持身心健康，以提升高齡者社會參與度。

高齡友善環境的建構可鼓勵高齡者持

續參與及貢獻社會，可使高齡者提升自我價值，改變社會對高齡者的刻板印象，並重新建立對高齡者的積極正向認知。參照WHO高齡友善城市指南之八大面向及高齡社會白皮書願景之具體作法營造高齡友善環境，整理如表3。

伍、結論與建議

臺灣邁向高齡社會是不可避免的趨勢，面對高齡社會的衝擊，需以全局角度並有更宏觀創新的思維與發展戰略。本研究檢視「高齡社會全照顧系統」與實然面的差距，其三大支柱、四大支撐系統讓失

能／失智、亞健康及健康三類的全部高齡人口可以得到完善的照顧，提供高齡者照顧層面更廣與服務周全的照顧，以滿足殷切的需求。

- 一、於機構養老提供專業照顧，以失能／失智高齡者為主的長照安養機構及亞健康與健康高齡者青睞的高齡居家式機構，但目前評鑑制度、退場機制及定價都還有很大的改善空間，須加緊腳步革新。
- 二、居家為高齡者生活的核心，該系統依造三類健康狀況的高齡人口提供比重不同的照顧內容，讓高齡者有安心又完善的服務，藉此減少照顧成本，以達到在地安老的目標。
- 三、生活在社區，藉由社區照顧提升高齡者健康，減輕政府與照顧者的負擔，而亞健康高齡者為社區的隱性照顧族群，若在社區能得到適當的照顧，可使照顧資源極大化，利用村里與鄉鎮區（市）共同建立的「社區樂齡園」提供照顧服務，協助機構養老與居家安老的不足。
- 四、支撐系統中的照顧人力問題為其重要又棘手，其中又以照服員的缺口最大，因此，改善照服員的制度與職涯發展為首要任務，讓照服員看的到前景，提升照服員的留任與招募率，並搭配社區照顧與科技的輔助，協助高齡照顧，減輕照服員的負擔。

五、支撐系統除了照顧人力外，另一個重要的議題就是財源問題，目前以稅收為主的高齡照顧財源，其充足性及永續經營將受很大的挑戰，相較長照保險草案有詳細的評估與規劃，採專款專用且量入為出，有較好的充足性、穩定性及公平性，且可考慮其他多元經費作為補充財源，以提供高齡者完整且永續的照顧。

六、高齡健康狀態如同光譜，從健康、亞健康至失能／失智狀態，高齡者一旦跨入亞健康狀態的界線，即應啟動預防醫學並提供適當的照顧與介入服務，使其避免身體功能退化之量變，進而質變而惡化成失能／失智狀態，造成無法負擔的龐大醫療與照顧費用問題，影響國家財政與經濟。目前尚未有針對亞健康高齡族群的詳細定義與研究報告，這個議題期學術與政府單位能審慎面對該議題，使高齡照顧能有更完整的參考，以利政策推行。

（本文作者：張吉慶為國立陽明交通大學管理科學系碩士班碩士；毛治國為國立陽明交通大學經營管理研究所終身榮譽教授）

關鍵詞：長期照顧、長期照護、老人照顧、高齡社會全照顧

📖 註 釋

註1：本研究將虛弱但未達失能的身體功能，並處於健康狀態與需照顧之間的高齡族群歸納為亞健康高齡族群，以便探討並讓高齡社會全照顧系統更加完善。

📖 參考文獻

- 毛治國（2018）。《管理》。新竹：國立交通大學出版社。
- 王用亨、顏啟華（2006）。〈老年醫學門診的設立〉，《台灣老年醫學會會訊》，55，1-7。
- 成之約、戴肇洋（2008）。〈在台女性外籍勞工工作條件調查與分析之探討〉，《台灣勞工》，16，48-57。
- 行政院主計總處（2018）。《國情統計通報》。臺北：衛生福利部。
- 何立博、李玉春（2018）。〈長期照顧相關政策對外籍看護之影響〉，《遠東白皮書 5—長照需求下的外籍看護勞動權益》。臺北：財團法人徐元智先生紀念基金會。
- 吳玉琴（2008）。〈臺灣居家照顧服務員勞動困境與對策〉，《社區發展季刊》，122，200-214。
- 呂寶靜（2011）。《老人照顧：老人、家庭、正式服務》。臺北：五南。
- 張吉慶、謝國文、毛治國（2019）。《「高齡社會全照顧系統」之檢視與深化》。新竹：國立陽明交通大學管理科學研究所。
- 郭俊巖、李綉梅、胡慧嫻、蔡盈修、周文蕊、賴秦瑩（2015）。〈臺灣老人長期照顧體系下居家照顧服務員職場風險之研究〉，《台灣社區工作與社區研究學刊》，5（1），129-169。
- 陳建文、白佳原、曾馨慧、陳威全（2016）。〈長期照護機構服務品質與住民滿意度和再使用意願之研究〉，《健康管理學刊》，14（1），29-44。
- 陳燕禎（2005）。〈社區老人照顧支持體系及政策之探討〉，《社區發展季刊》，110，158-175。
- 馮燕、李玉春、吳肖琪、吳淑芳、張淑卿（2018）。《長期照顧概論》。臺北：空大。
- 馮燕、陳玉澤（2016）。〈量能提升以建構永續發展的長期照顧體系〉，《社區發展季刊》，153，5-18。
- 黃志祥、劉醇典、蔡靜枝（2006）。《安養機構選擇之研究》。桃園：元智大學資訊管理研究所。
- 黃惠貞（2011）。《居家個案使用居家照護服務情形及影響因素之探討》。新竹：國立陽明交通大學臨床暨社區護理研究所。
- 歐忠明、梁銘華（2013）。〈東南亞籍看護工在臺灣境內之生活品質現況與展望〉。2013年台灣的東南亞區域研究年度研討會。
- 衛生福利部（2009）。《長期照護保險規劃報告》。臺北：衛生福利部。

衛生福利部（2015）。《高齡社會白皮書》。臺北：衛生福利部。

衛生福利部（2021）。《老人長期照顧、安養機構概況》。臺北：衛生福利部。

謝玉玲（2011）。〈看得到的照護政策、看不見的勞動差異：照顧工作者與勞動場域的檢視〉，
《臺灣社會福利學刊》，10（1），53-96。

Lubitz, J., Cai, L., Kramarow, E., & Lentzner, H. (2003). Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly. *New England Journal of Medicine*, 349(11), 1048-1055.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: a multidimensional analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55(2), 117-127.

OECD. (2018). Long-term Care.