



不確定的年代

重新構思21世紀長期照護



kpmg.com/healthcare

KPMG INTERNATIONAL



關於本篇報告

本篇報告「不確定的年代：重新構思21世紀長期照護」為KPMG International受連氏基金會(The Lien Foundation)委託製作，目標為提供長期照護相關資訊，促進大眾對於此議題的討論。

KPMG經由一系列面談及電訪，獲得46位來自於各國意見領袖、專家及從業人員所發表的評論及意見。這些受訪者皆是來自KPMG的專家網絡或透過長期照護領域專家推薦挑選而出。

受訪者在訪問中被要求對當前及新興的照護供給與需求趨勢提出他們的觀點，並指出世界各地目前創新的長期照護服務運作方法與模式。

KPMG內部的研究團隊則為這篇報告蒐集了背景資訊與數據。

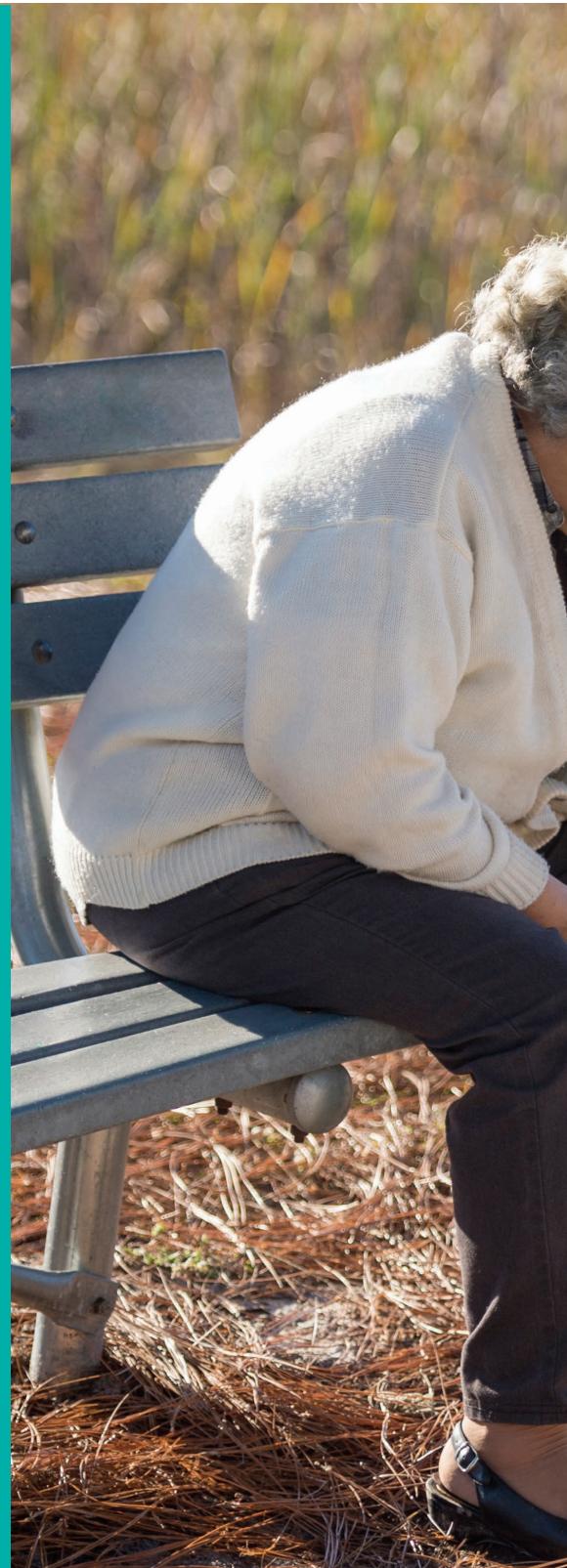
關於連氏基金會

www.lienfoundation.org

連氏基金會是以其完整的慈善模式(radical philanthropy)而聞名的新加坡基金會，並透過投資創新解決方案、建立策略夥伴關係以及促進社會與環境改善的行動開創創新局。該基金會旨在建立兒童早期教育的典範模型、優質的老年照護、水源及衛生設備的永續維護，他們也支持創新高齡照護模式發展，公開呼籲各界應提升對年長者的照護，並注重對於失智症的關切。

2005年起，連氏基金會藉由資訊科技進行能力提升的相關建設，並加強非營利照護機構（如安寧照護機構及護理之家）的照護品質。2010年，連氏基金會首次針對各國安寧照護環境發表史上第一個全球死亡質量指數報告（Quality of Death index），並列出表現優良的前40個國家。該基金會發表多項研究，揭示醫師及意見領袖對增進新加坡安寧照護的看法和觀點。

在本報告中，「老年人」指的是65歲以上之人口，並在本文中與「老人、年長者、高齡者」等用詞交互使用。



CONTENTS



前言	03
執行摘要	04
日趨增長的威脅	4
提供以病患為中心的照護	5
透視體制隔閡	6
投資於人力與科技資源	7
改變對於高齡化的態度及政策	7
第一節：長期照護的現況	08
不斷增長的老年人口	8
壽命差距降低	8
傳統家庭式照護的壓力	11
負擔轉移	11
長期照護的需求	12
長期照護的提供模式	13
資源上的挑戰	15
人力缺乏	16
第二節：形塑明日的長照體系	18
提供個人化照護	18
整合照護	21
重新思考醫療照顧服務	23
跨越社區照護中的組織隔閡	24
投資於正式及非正式人力	27
擁抱科技	31
著重於照護成果	33
建立更好的融資模式	36
進行更多研究	37
改變對於老化的態度	38
結論	40
行動時間表	41
在地觀點	40
在地老化、老幼共學、都市更新的創新銀髮生態圈	42
二十一世紀的醫療 共享經濟下的智慧醫療	44
老年長照體系概況及未來發展方向	46
資料來源	50
致謝	54



前言

在這世界上，幾乎沒有任何國家真正重視高齡長期照護危機的嚴重程度。若高齡長照體系失靈，將會對這些年長者、他們的家人、整個經濟體及社會造成災難性的後果。若再不加速行動，如此悲慘的前景將可預見。

長壽也許是社會發展的一大成果，但也造成身心障礙患者及慢性病患人數大量增加，並動搖整個正式及非正式照護網絡。提供年長者優質且有尊嚴的生活方式，是如今世界各地政府所面臨的重大挑戰，因為他們無法同時提供所有年長者住宿、醫療服務、運輸、護理及居家照護等需求。

相較於其他健康照護產業領域，高齡長照受到的關注非常稀少。因此，有鑑於連氏基金會的創立目標之一即為建立優質的高齡照護，因此特別委託KPMG研究現行的長期照護狀況，並尋找能夠在現有財力、人力及物力資源下可盡可能滿足快速增長的高齡照護需求的最佳創新實踐模式。

新興國家的平均壽命正在快速延長，但老年人口的照護需求在已開發國家更是迫在眉睫。此篇報告主要關注於各個國不同的因應方式，而這些來自於澳洲、加拿大、中國、芬蘭、法國、德國、香港、日本、荷蘭、挪威、新加坡、台灣、英國以及美國的46位受訪者所提供的見解及實例，將為全球其他國家提供發展長期照護的方向。

本篇報告的研究成果邀請多位全球著名的意見領袖於文中加註專家觀點，在此我們想特別向這些專家，為他們價值非凡的貢獻致上謝意。

我們相信，這篇報告將會是長照領域中相當全面性的一篇分析報告，但這些想法及案例只代表著前進的一小步。我們的目標是促進政府、私部門及非營利組織之間更進一步的對談，激發創新並進一步改變對於高齡長照的態度及政策。

Mr. Lee Poh Wah

CEO,
Lien Foundation

Dr. Mark Britnell

Global Head of Health,
KPMG International

執行摘要

高齡社會所帶來的威脅正在世界各大經濟體中蔓延。人口老化的現象有可能會動搖整個健康照護系統，因此我們急需新的解決方法。

在尋求全球一些智庫專家領導者的意見後，關於老年長期照護方面的議題，很明顯地並沒有統一的突破性想法。即便如此，我們從中也蒐集了許多創新而有趣的方式，能夠做為新世代老年照護的基石。和許多複雜的改革相同，這些創建的基石需要同步進行，因此將非常需要新系統導入的專業能力。

不論各國在發展老年照護的進程如何，在我們的研究中發現了三個重要且關鍵的議題：

第一，財務威脅的爭論常常掩蓋了高齡照護整體挑戰的規模及重要性。當然，財務是一項重要的問題，因為現在多數政府缺乏資金，而年輕世代也可能無法或不願意為老年照護買單。我們將越來越需要能夠兼容公私部門的財務方式，並需要新方法讓年長者為退休規劃存下更多的金錢。

第二，照護體系需要透過更完整的整合重新設計，來打破各個照護機構間的藩籬。醫療的模式也必須轉變，使其更有利於施行新的照護理念及照護進行方式。新興方式將更關注於病人之需求及渴望，而不單只是治療疾病。

最後，因為老年照護對社會影響甚鉅，此方面的討論應搬上檯面，並讓政府、私部門、非政府組織、照護提供機構甚至是更廣泛的社會大眾進行深入探討。只有在全面性的參與之下，才能夠強調老年照護中公共政策、照護模式、住宿及個人調適等重要議題。

威脅日趨嚴重

高齡人口比例的上升，將會對世界各國造成沉重負擔。2012至2050年之間，全球60歲以上人數將會倍增至20億人，相當於全球總人口的四分之一。一些像是日本的經濟體中，減少的勞動人口卻需要去支撐日趨增加的年長者。其他國家則面臨了越來越多的「下流老人(the newly aged poor)」，

這些五、六十歲的人們因為缺乏工作機會而被強迫退休，造成健康照護及社福經費大幅增加。

人口結構及生活方式的改變，代表現代人比較不可能照顧家中年長者，但政府又無法負擔增加的老年照護支出；商業的高齡照護保險保費通常較高，而在考量長照的風險下，這樣的高保費可能將繼續維持。高齡照護也同時面臨人力資源缺乏的危機，而引進外籍勞工這種治標不治本的方式，也只是把人力缺乏的問題轉移到其他國家而已。



過度強調政府補助的昂貴機構式照護，不但會造成政府財務吃緊，亦將導致照護機構對於照護資源補貼的期待過高，認為國家將會付費照顧所有年長高齡的國民。此外，照護的品質非常分歧，許多傳統的醫療方式並不適合老人的身體狀況。

若要帶給年長者豐裕、有尊嚴的生活，社會大眾需要重新思考長期照護的資金提供及營運管理，並藉由考量一些具體行動來改變對於老化的文化態度。

提供以個人為中心的照護

從原本的生活方式轉換至長期照護，對於年長者而言是一個困難的過程，因為這樣的改變可能會損及他們的健康狀況以及自我價值感。因此，照護方式需要針對不同個體的獨特需求而設計，才能使老人能夠被尊重對待、盡可能擁有獨立自理的生活。照護成果及生活品質的改善應優先於醫療體系運作及程序。這樣的變化需要藉由員工招募及訓練的改善，以及管理階層對於這些高工時低工資的照護人員的支持，才可使護理人員在其組織文化及專業技能上獲得大幅改善。

年長者醫療照護的重點，則應該從提供不計成本的治療 (cure at all cost)，轉變為因應人體逐漸老化，而著重於年長者健康及幸福管理的醫護模式。臨床醫師需要更加專注於了解患者的發病原因 (而非疾病狀態)、藥物副作用以及疼痛控制，以在開立處方上做出更好的判斷。另外，我們也需要進一步研究，了解並評估長期服用藥物的多重共病患者的身體狀況。

價值及照護成果需要更被重視。預算面的壓力導致了照護重點都放在砍價上，而價格管控將會對品質造成重大影響。隨著醫療照護的目標往價值面移動，長期照護也將會順應趨勢、關注照護成果，以增進效率並降低花費。我們預期管制當局未來將著重於使照護花費及品質透明化，並且將謹慎地監督照護機構的表現。其中一個提升價值的方法，是讓使用者自主控制個人所接受的照護，因此許多醫療體系正在測試直接給付被照護者，以期達到個人化照護並減少浪費。然而，這也可能造成困擾，使得年長者及其家人於進行個人化照護同時，亦需要醫療機構的協助以管理自身照護預算。

在正確的支援架構下，創新的想法才能成功實行。舉例來說，雖然中國政府為提供老年人口及其家人醫護費用補助，但事實上這些受補助者常無法在他們居處的地區找到合適、價格可接受的長期照護服務。



超越組織隔閡

隨著機構式照護的花費飆升，各界正在思量一些社區養老的替代方案。例如美國的比肯山莊(Beacon Hill Villages)以及「無牆社區(Community Without Walls)」等退休養生村，提供靠近醫療照護、社區服務及娛樂的居住環境。並且，這些養生村利用各種新奇的計畫來吸引各年齡層的志工，其中一個新方案就日本的「時間銀行(time bank)」，給提供幫忙的志工「時間貨幣(time credit)」，讓志工將服務的時數存入銀行，將來需要即可提領出來，即可獲得別人的服務，別人也因此累積其時數。另一個為傳統照護機構減輕壓力的方法，就是利用其他非醫療的設施(如飯店)，與醫療機構互補並降低對於昂貴的醫院病床數的需求。

許多接受長期照護的人都為複雜而多重的慢性疾病所苦，但他們卻只能從照護機構得到片段的服務，因為這些照護機構僅是依照他們被要求提供的照護項目收取費用，而非治療成果。整合照護模式則可解決這樣的問題，因為他可以預期到整個照護體系中病患的需求以及疾病管理流程，並且統合專科醫師、家庭醫師、居家護理師、社工服務等資源。另外，藉由運用共通的資訊系統、照護模式以及病患醫療紀錄共享，整合照護亦可使醫護流程運作更加流暢。在這樣模式運作下，新的角色可能會出現，例如照護協調員，他們藉由衛生福利系統幫助人們可以在正確的時間及地點下接受治療，透過早期介入，減少患者日後需要長期依賴照護系統的情況發生。單一預算的管理者需要整合跨領域團隊，並從照護成果中判斷他們的績效。

投資於人力與科技資源

許多已開發國家，在特定的產業上依賴廉價的進口勞力，使得這些產業與低薪、形象不佳以及缺乏工作升遷機會的形相掛鉤。在長照領域，我們迫切需要透過訓練及專業能力發展吸引更多人才投入，以提升高生產力、增進醫療技能，並且建立對照護需求者的同理心。同時，政府也應考慮資助額外訓練或證照課程，試著採用先前未充分投入的族群(如退休人士或社區志工)。由於維持充足的非正式照護人力對發展長照至關重要，政府可以藉由提供適當的財務及非常務支援，包括讓全職照護人員參與照護規劃、提供假期或特休等方式留住產業人才。

如遠端監控、輔助裝置等科技的進步，讓長者能夠更獨立自主，並減低照護需求。另外，資訊科技也可以幫助照護機構提升成效及行政效率、協助偵測早期病徵、整合工作人力及監測趨勢與成果。然而，長照產業在採用新科技方面一向緩慢，他們不需要投資於軟硬體，更需要集中管理支離破碎的組織體系。另一個待開發的領域是專為「銀髮市場」量身打造的產品及服務，這個領域需要專門技術投入，並理解這些長者的需求。然而，科技無法取代人際接觸的需求，各個照護提供者也都應該注意過度依賴遠端互動，所造成個體孤立化的風險。

改變面對老化的態度及政策

面對老化，國家政策層級的討論及對話非常少，主要是因為不願承認每個人都終將老去及死亡的事實。所有相關團體及人員－政治人物、政府官員、意見領袖、專家、病人代表及慈善機構－都應該參與討論及論辯，並同意老年人也可以對社會做出重大貢獻，而不只被視為社會問題。

與醫療照護政策研究相比，針對長照領域的重要研究相對較少。因此，若能從一些優良的組織(例如國際長壽中心聯合聯盟International Longevity Centre Global Alliance)，進一步建立真正的全球大型智庫，像這樣的大型智庫能夠統整研究資料、臨床試驗成果以及專業經驗，並且影響政府政策，促進知識及經驗交流以構思出創新的高齡化解決方案。專為銀髮族設計的產品，不僅能夠提升他們的生活品質，也能夠刺激經濟成長，因此政府必須鼓勵銀髮產業的發展。

長期照護所面臨的挑戰十分艱鉅，並對整體社會有深遠影響。若不盡快採取行動，將對後代子孫帶來嚴重後果。雖然不是所有的醫療體系都做好全面的準備，但本份刊物以全國性對話起點，為日後可能的創新方向提供想法參考案例。

第一節



長期照護的現況

在美國長照需求成長最快的族群是85歲以上的人口，每天都將有10,000個戰後嬰兒潮出生的人踏入65歲。

Bobbie Sackman,
美國紐約市老人中心及服務委員會(Council of Senior Centers and Services)公共政策負責人

老年人口不斷增長

長壽是一個相對較近期的現象，從二十世紀下半葉開始，僅有少數能夠活過60歲以上的人們需要由家人照顧。

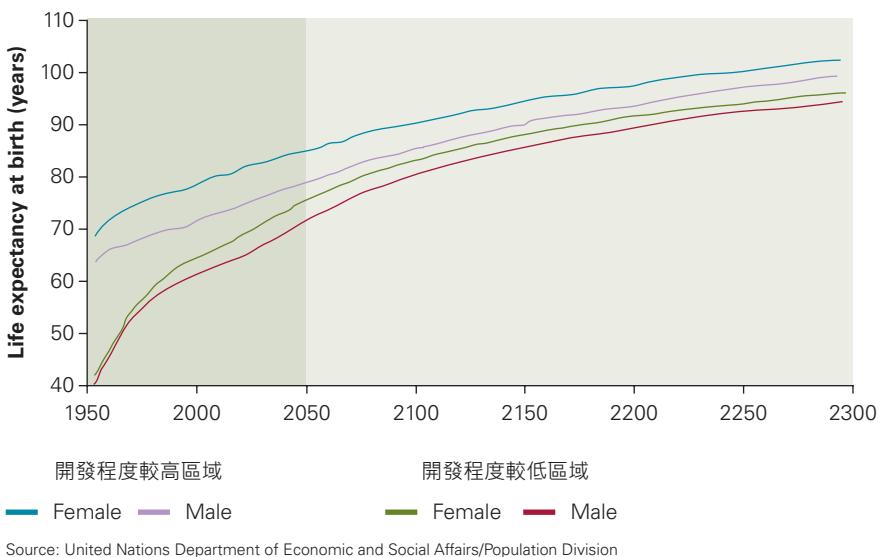
在1950年，由於人們開始可以獲得充足的營養及醫療發展的突破，已開發地區的人均壽命已經超過60歲，並且在2000年到達75歲。當已開發及新興地區間人均壽命差距逐漸縮小，全球的平均壽命也一併持續成長中。根據聯合國的資料估計，在2050年時，已開發地區的平均壽命將逼近80歲，而其他地區則會超過70歲。¹

壽命差距降低

由於世界上的人們變得更長壽，因此老年人口的比例正在增加中。

2030年時，歐盟區中超過65歲的人口將會從2005年的17%左右，上升到接近25%。²根據美國人口調查局在2010年所做的普查，他們預期美國65歲以上人口從2012年至2060年將從4310萬人增加到9200萬人，增加超過一倍。³

圖1：1950年至2000年男女出生時平均壽命：以發展程度區分



Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division

隨著人口老化以及能夠支撐退休人口的勞動人口大幅降低，新加坡全民保險給付的需求將會增加。然而現今的體系還沒準備好應對未來的挑戰。

楊南強

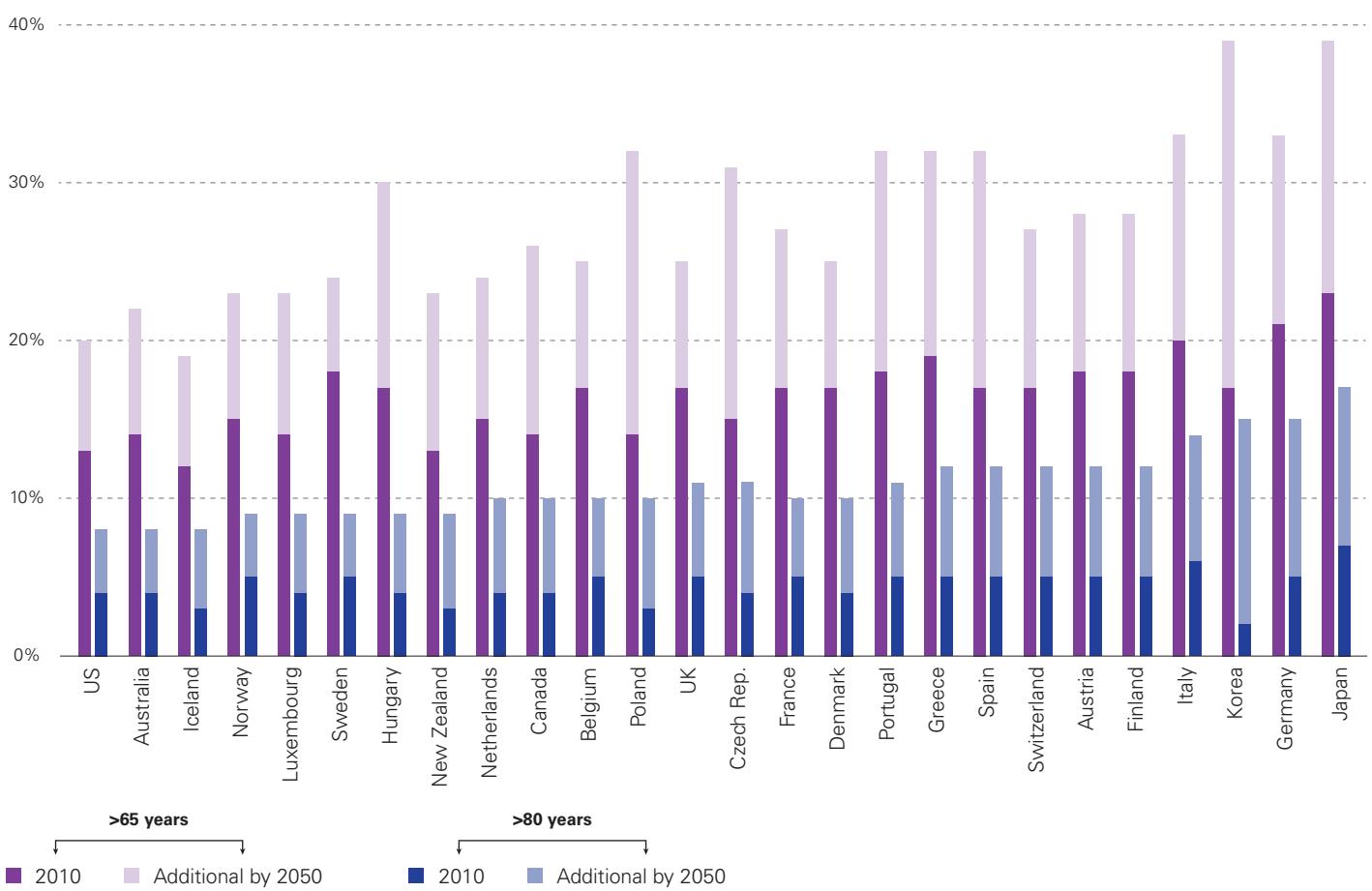
新加坡政策經濟學研究院副院長及資深兼任研究員

新加坡做為老年人口成長最快的國家之一，人口老化趨勢與世界其他地區相同，2030年更將應對87萬名的年長者所帶來的挑戰。若新加坡的總生育率維持現有水準，而且沒有新移民或永久居民的加入，2050年時，新加坡65歲以上的老人人口比將達總人口的三分之一。新加坡居民的年齡中位數將從現在的39歲上升到2030年時的49歲，2050年則變為55歲。⁴

中國也預期60歲以上人口將大幅成長。目前其境內60歲以上人口共1.8億人，2015年時將會上升至2.2億人，並於2050年時達到5億人口，這也將是2050年預期人口15億人中的三分之一。⁵



圖2：2015 - 2050年OECD國家中65歲及80歲以上人口比例。



Source: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

傳統家庭式(family-based)照護的壓力

隨著出生率降低、離婚率升高、單親家庭增加、越來越多小孩遠離父母而居，年長者想要從家庭中獲得照護的可能性也越來越低。

舉例來說，歐洲55歲以上的獨居人口約占30%。同樣的，中國許多年輕人由鄉村移往都市，造成他們的父母失去家庭支持網絡。2006年時，⁶僅有40%之成年子女與他們的父母一同居住，1991年時則高達70%。這樣的現象不止在中國，在其他國家也一再出現，例如墨西哥等國家。

負擔轉移

家庭照護的減少進而提高了對於付費照護及機構照護的需求，但照護的供給量也隨著人口結構的改變而受到威脅。幾乎所有的已開發國家都面臨了生產力人口(Produktive population)的減少、非工作老年人口增加的狀況，而這樣的情形也代表長期照護經費的成長，將會由更少的人口比例負擔。

新加坡就正面臨這種劇烈的改變：2011年時，有7名工作人口可支撐一名退休人員；到了2030年時，預期這個比例將降到2.3:1。⁷

長期照護的費用對於政府維持財務平衡將會是一大難題，巨額的花費更可能在年輕世代中造成憎恨與憤怒。

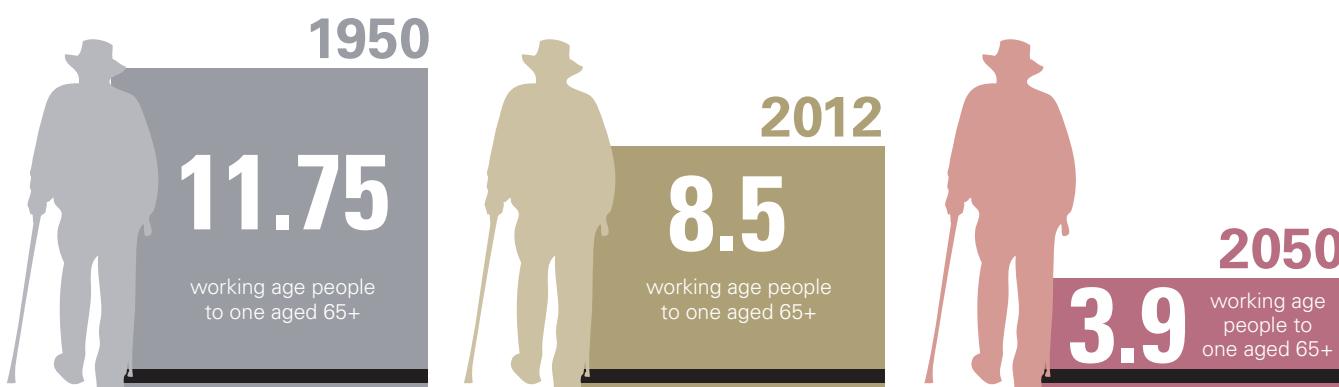
香港是一個現代化、都市化的社會。家庭結構以小家庭為主，許多年輕人都在外(甚至海外)工作。能夠照顧年長父母的子女變少，使得在香港30%的老年人與他們的配偶同居或獨居。

Dr. Edward Leung,
香港老年學會會長

日本的長照服務需求將來自於兩大基本需求：促進老年的獨立生活、減少照顧者負擔，尤其是對於家庭的照護負擔。

John Creighton Campbell,
日本東京大學高齡社會總合研究機構客座研究員

圖3：1950、2012與2050年全球勞動人口(15-64歲)對應65歲以上人口比例。



Source: The Global Health Policy Summit: Report of the Ageing Societies (2012)

在巴西，長期照護還是圍繞著許多污名。如果家裡有人最後落得住在長期照護機構的下場，這將會使家族蒙羞。某種程度而言，這也顯示了他們對於這些機構低品質的看法。然而，對許多人而言，機構式照護是他們的最佳選項，而我們需要更加努力改善照護機構的水平。

Dr. Alexandre Kalache,
巴西國際長壽中心(International Longevity Center)主任

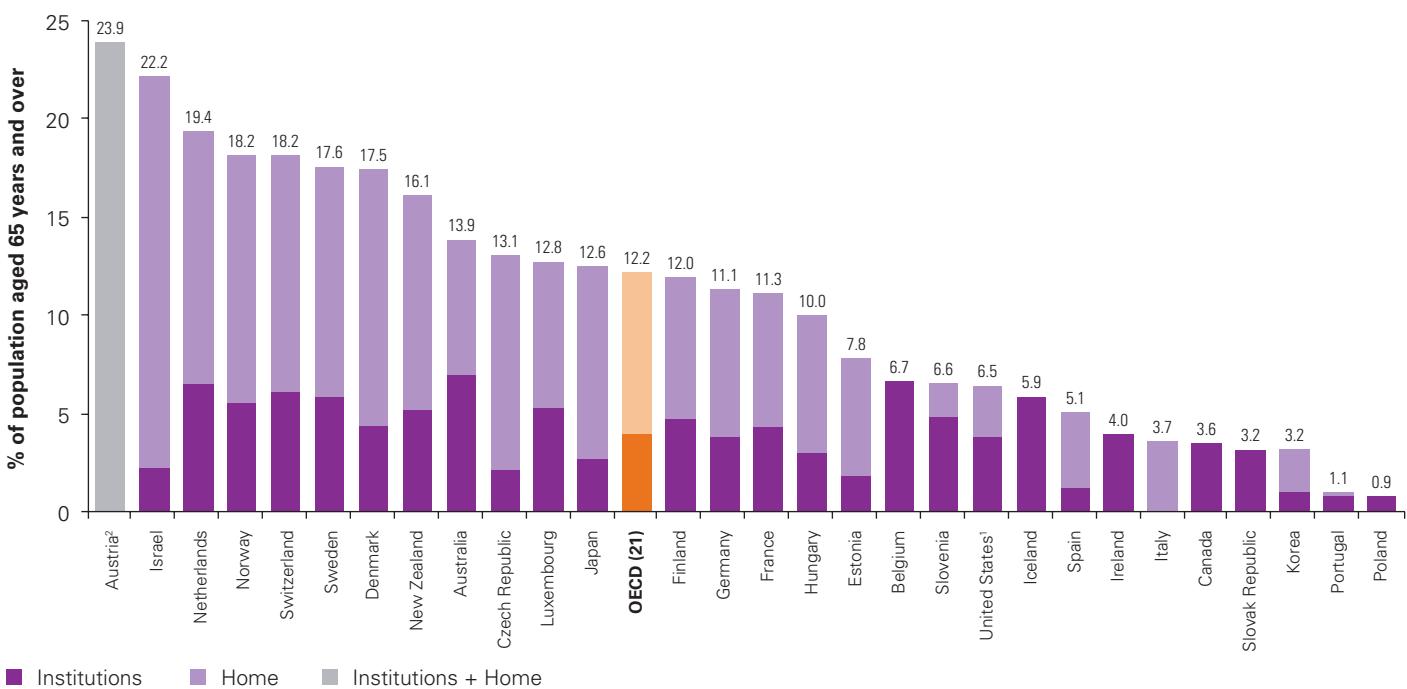
長期照護的需求

隨著人們逐漸老化，對於日常生活事項，像用餐、盥洗、清潔、穿著及短距離步行上需要更多協助。在許多OECD(Organization for Economic Co-operation and Development，經濟合作暨發展組織)國家中，80歲以上人口接受長期照護的比率超過65-79歲人口的6倍以上。

然而，照顧地點在各國之間可能差異很大。雖然在OECD國家中平均約有12%的65歲以上人口在家中或是在機構中接受照護，而且在奧地利接受長照的比例高達24%，但在葡萄牙及波蘭卻僅有1%。⁸

一份美國的報告指出，65歲以上的老人在一生中最後會進入護理之家的機率為40%，而進到護理之家的人口中，有10%的人會至少待上5年。⁹預計到2020年時，將會有1200萬名美國人需要長期照護，這些人口多數將在家接受照顧，而家人和朋友將會是這些人唯一的照顧者。

圖4：2009年(或資料最近一年)65歲以上皆受長期照護的人口比例。



Note:

1. In the US, data for home care recipients refer to 2007 and data for recipients in institutions refer to 2004.

2. In Austria, it is not possible to distinguish LTC recipients at home or in institutions. The data refer to people receiving an allowance for LTC, regardless of whether the care is provided at home or in institutions. Because of this, Austria is not included in the OECD average.

Source: OECD Health Data, 2011.

長期照護的提供模式

在世界各地，絕大部分的高齡照護都是由家中自願者及非專業人員所提供之。世界衛生組織(WHO)在最近的報告中力勸各國政府透過鼓勵私人機構、公益團體、政府組織間的整合，協助完成居家照護體系。¹¹

但是，對於許多年長者來說，不論在家中或是在機構接受照護，他們都需要獲得更專業的協助。

機構式照護(Institution-based care)是由護理之家、生活支援性機構(supportive living facility)、亞急性照護機構(sub-acute care facilities)以及輔助性照護機構(assisted living facility)所提供之。

護理之家提供醫療照護以及配合食宿的特定治療，部分機構甚至也擁有專業醫療照護的認證；雖然亞急性照護機構不及醫院或急性照護機構的水準，但也能夠提供專業護理服務以及較高程度的醫療監督(medical supervision)。

輔助性照護機構則提供了慢性疾病的基本照護以及各種日常生活的協助。這些機構的環境通常類似一般住家，可提供年長者較高的獨立性及自主性。

居家及社區式照護(Home and community-based care)則日趨被視為一個具成本效益的照護選項。這種在自家及社區養老的概念，可以滿足年長者對於高品質生活及文化偏好的渴望，這樣的照護模式對於非西方文化的年長者來說尤為重要。居家及社區式照護包含照護管理、護理服務、傷口護理、成人日照以及由非正式照護者所協助的照護機構及復健設施等。

生活品質管理是首要目標

在協助年長者追求富足、有價值的生活的同時，許多醫療及非醫療人員都意識到到生活品質對於長者的重要性，而生活品質的衡量面向則包含健康狀況、獨立生活能力、充足的收入、家庭與社會關係、肢體活動、幸福感、實體居住狀況、社區狀況、學習及發展的機會以及宗教。¹⁰

而可想而知的是每位年長者對於生活品質的預期會因為個人心智、身體狀態，以及所處的文化價值觀而有所不同。

生活品質的觀念也可以延伸到安寧照護中，也就是大眾所追求的「善終」，這樣的想法將病人的個人意願及期望皆納入考量，也能夠同時鼓勵病患積極參與其治療過程。

我們觀察到大眾日漸對於傳統的機構式照護產生抗拒，他們想要待在家中、或是一個像家的地方養老。

Michael Adams,
美國GLBT服務及倡議組織(SAGE)執行長

當子女開始遠離其父母而居、傳統社會網絡也日漸凋零的同時，我們可以預期非正式照護者可能將逐漸減少，因此相較於以往，大眾也相對的減少了他們對於非正式照護的依賴。雖然社會對於『是否顧用居家照護人員提供父母相對應照護』這個議題有過一次又一次的辯論，但這個想法仍然僅只於一般的討論，未曾真正受到重視的被嚴肅探討過，且就目前情況而言，被受僱於擔任居家照護者這項工作，對求職者也不具任何誘因。

Jon Magnusson,
挪威科技大學公衛及家醫主任及健康經濟學教授

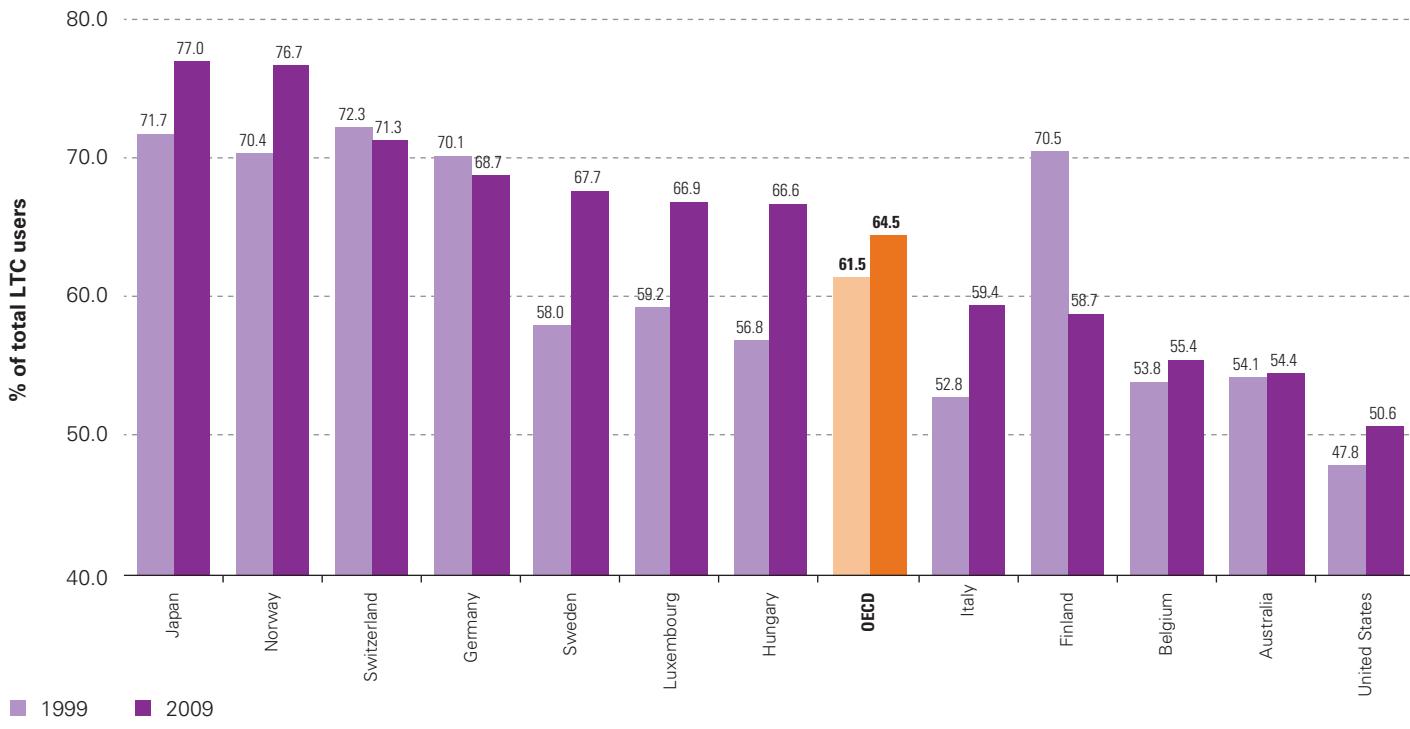
比起提供年長者最迫切的需求，機構式照護經營者反而更在意降低支出成本以及減少自身風險。

王燕妮
中國青松康護總裁及創辦人

過去十年，雖然已開發國家的高齡居家照護比例逐漸上升，然而各國的接受情況仍有所不同，目前OECD(經濟與合作發展組織)國家¹²的平均約為65%，而日本與挪威的比例則超過75%。¹³

社區式照護的類型則涵蓋被照護者的住家、小屋型獨立住宅、低度照護的高齡旅社以及高程度照護的護理之家等。居家服務及社區協助計畫則可補足如護理之家僅能提供定點服務的問題，以及提供更專門的照護如高程度居家照護、安寧療護及失智症照護等。而當日間照護中心可提供照護人員更多支援時，以個人生活形態或照護機能為導向的退休養老村將日趨受到歡迎。

圖5：1999及2009年長期照護接受者接受居家照護的比例。



Source: OECD Health Data, 2011.

資源上的挑戰

長期照護費用

正式的長照機構服務通常由全國或地區政府、私人機構或非營利組織所提供之，而資金則由稅收或保險而來；有些情況下，公立照護服務則外包由私人照護單位提供。

2009年OECD國家中，長期照護經費占整體公共支出的比例平均為1.4%。¹⁴而到2050年則預期會成長一倍至2.8%。¹⁵美國居家及社區式照護費用則從1997年的US\$136億美元成長到2009年的US\$500億美元，年均成長率超過11%。^{16,17,18,19}

即便是社會主義國家也無法以公共經費全額負擔高齡照護費用，因此許多年長者及他們的家人只能盡量彌補這些資金缺口。而當政府經費補助資格常被限定在提供給需要高程度照護、低收入、低所得的個人，意味著這些資產調查或排富條款將對個人或家庭的儲蓄及養老金等帶來壓力，並可能迫使年長者賣掉他們的房子(有時候甚至是與家人同住的房子)來支付長照費用。

保險則提供一個降低個人儲蓄需求的方式。然而，長期照護費用的提高，導致美國幾個主要保險公司暫停或不再銷售新的長照保險方案，而另外一些保險公司則大幅增加保費，使得許多人無力購買保險。^{20,21,22}

美國、墨西哥、西班牙及奧地利等OECD國家，正在評估或實驗以長照保險方案，做為緩解政府經費壓力的手段。²³藉由提供稅收優惠，如所得扣除額和免稅額等，鼓勵更多公民對政策買單。

如同許多社會及醫療照護服務，長期照護解決方案可能也沒辦法完全針對特定的需提供個人化服務。這可能造成照護資源浪費、降低照護成功機會並導致病患不滿。為了回應這樣的問題，部分政府正在嘗試直接將照護補助費用支付給年長者，讓他們在選擇照護時，能夠擁有更大選擇權和控制權，並且期望這樣的方式能夠同時降低照護成本。

人們時常到了他們需要長照照護服務的時候，才發現有照護補助有資格的限制，也才發現他們可能需要自掏腰包支付照護費用。並非所有年長者或他們的家人以及照護者可事先預期到這樣的狀況會發生。

Carolyn Denne,

英國社會服務評價機構 (Social Care Institute of Excellence) 服務品質部門主任

對政府而言，向選民要求支付更多費用是件困難的事。但現實是，政府可以透過這些稅收或使用者付費的方式來提供長照的經費。我認為使用者付費才是正確的方式。

Paul Gregersen,

澳洲保柏照護服務 (BUPA Care Services) 常務董事

照護工作者普遍低薪、價值低估、低社會地位，而且缺乏時間訓練。我們需要更尊重照護工作者、給予更高社會地位、更高薪水及更好的訓練品質。

Baroness Sally Greengross,
英國平等人權委員會(Equality and Human Rights Commission)主席

德國照護產業出現技術及人力缺乏的情形，主因是照護工作的性質並不吸引人，因為他們的工作既困難、薪水又低、又時常是兼職工作。過去我們使用廉價勞力補足部分人力不足問題，這些勞力是從歐盟中較窮的國家，像是波蘭而來。但這樣的現象，也使得現在這些勞動力將前往其他更具吸引力、薪水更高的地方。

Michael Plazek,
德國公共治理機構研究員

人力缺乏

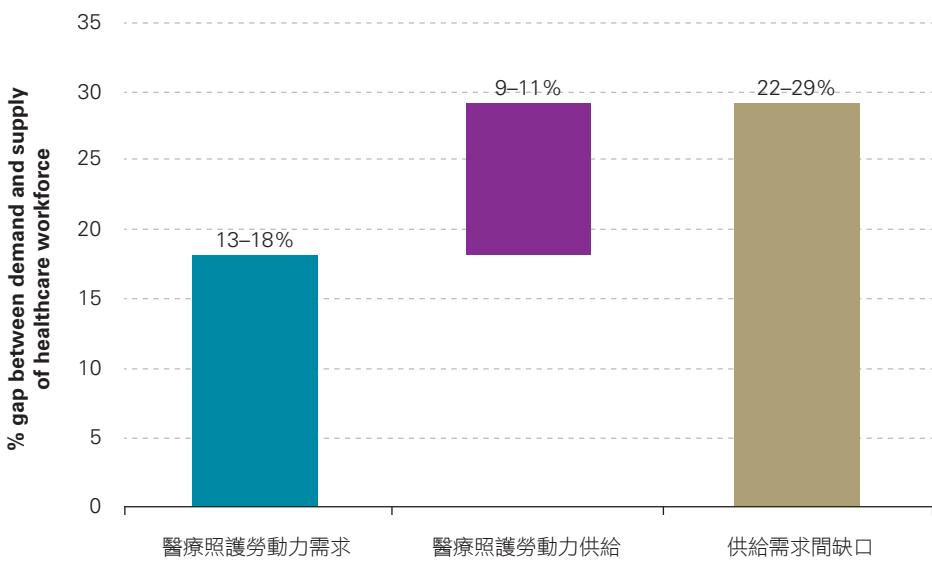
大眾對於長期照護的需求快速成長，使得合適的醫療照護人力供不應求，其中尤其缺乏高齡專科醫師、護理師及訓練合格的照護者。多數國家中，高工時、低薪資、低社會地位、專業教育及訓練不足等情形都是限制人才流入照護領域的因素。另一方面，正在老化的勞動人口，讓人擔心照護人力缺口未來將更加擴大，於是照護機構將被迫招募品質不佳的員工。

為了解決長照及其他醫療照護產業人力缺乏的問題，已開發國家正努力招募來自其他國家的醫療照護專業人員。OECD國家中，約有五分之一的醫師是外來移民或是外來合約醫師，主要醫療照護人員需求國來自於澳洲、加拿大、紐西蘭、而英國以及美國等地；而最大醫療照護人力輸出國，以印度的醫師及來自菲律賓的護理師為主。²⁴

專業人才流出對於這些人力輸出國家帶來負面影響，造成這些花費大量經費於培訓專業人才的開發中國家缺乏醫療照護勞動力。

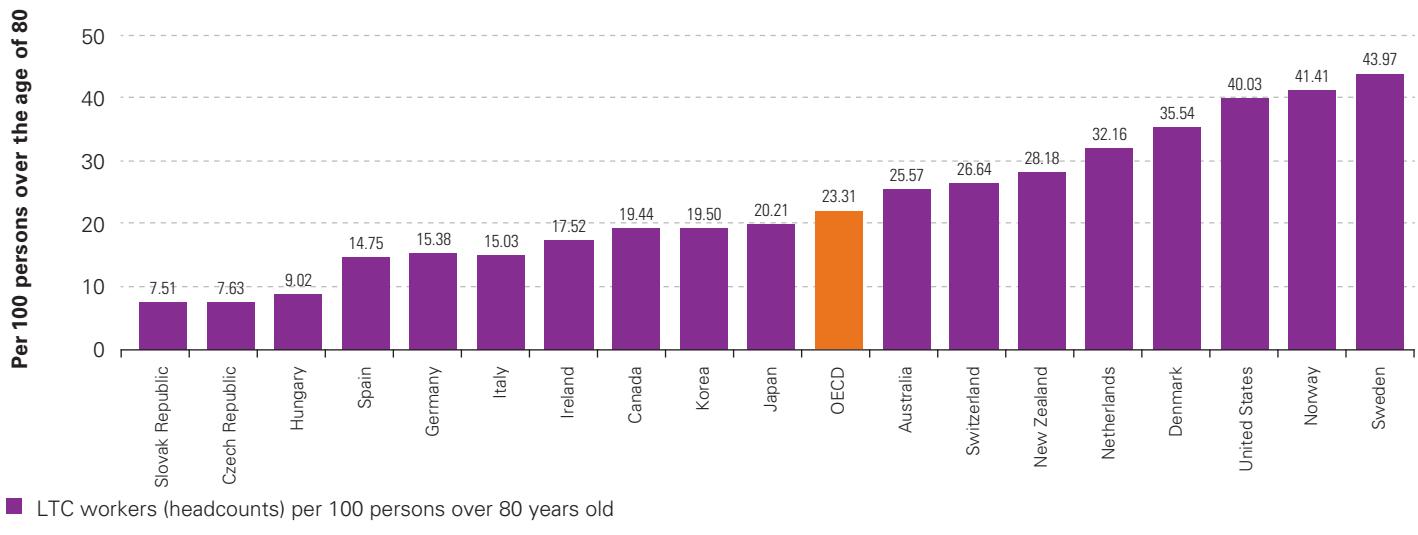
我們的分析指出，2022年時，OECD國家將會面臨勞動力不足的情形，不足的程度高達22%~29%。(請參圖表6.)

圖6：2022年醫療照護勞動力供給與需求間的缺口



Source: OECD data, Analysis: KPMG International, 2012.

圖7：2008年(或資料最近一年)OECD國家中，長期照護人力對80歲以上人口的比例。



Source: OECD Health data 2011.

醫療專業人員的長期缺乏

WHO估計，2006年時全球醫療專業人員約缺乏430萬人，其中貧窮國家受到的影響最大。²⁵

澳洲

澳洲需要機構式長期照護的老年人口數，至2020年預估將增加57%至25.1萬人以上，而護理人員及照護需求者比率將會由1:6.7升高至1:12.1。³⁰

中國

中國僅有20,000名合格的高齡醫療照護工作者，但卻有1.67億的老年人口，²⁷到2015年老年人口將會增加到2.2億人、2050年時將增加至5億人。²⁸

日本

日本的人均醫師數比起大部分的OECD國家低。2010年時，日本每千人口之職業醫師數為2.2人，遠比OECD平均的3.1名醫師/每千人低。據估計，日本的老年人口2010年占總人口的20%，在2055年時將會上升至總人口的40%。²⁹

美國

2012年時，美國有7,356名合格的高齡專科醫師，也就是每位高齡專科醫師平均需對應2,551名75歲以上美國老人。因為預期美國的高齡人口將持續成長，估計在2030年，高齡專科醫師與75歲以上老人之比例將會變為1:3798。²⁶

開發中國家的長期照護一直都落後於已開發的富裕國家。但現實情況是，已開發國家都在招募由非洲、較貧窮的亞洲及拉丁美洲等國而來的護理師、醫師及其他醫療輔助人員，而這群在外地工作的勞動人口往往無法獲得在地認同感，同時也領取著較低的薪資報酬，卻被要求以愛與尊重來提供常常連照護者家屬都不願意做、或做不到的長照工作。

Dr. Alexandre Kalache,
巴西國際長壽中心總裁

形塑明日的長照體系

相較於部分歐洲及亞洲國家，美國尚未以有組織性的方法發展創新的全國高齡政策。我們在如何運用創新模式解決供不應求的照護議題上（包括在包括專業照護人力減少及醫護成本降低）尚未擁有全國性的發展共識。

Eric Dishman,

美國英特爾健康策略及方案部門總經理及研究員

長期照護需求快速成長，意味各個國家必須有果斷的行動力來增加照護資源、提升效率並資助照護服務，否則將可能危及年長者及其家人的健康狀況。

在全球政府都試圖控制預算支出的狀況下，政府無法再負擔以加蓋醫院、招募更多醫護人員來做為解決醫療資源供應不足的問題。因此，我們迫切需要創新的模式來因應，諸如缺乏用戶參與照護自理、缺乏社福與醫療機構與其他照護服務間的整合、預防性醫療不足、有限或難以進入的治療程序、標準及立法規範不足等問題。

近幾年，長照領域出現了許多令人振奮的新想法或新做法，本節將關注於其中幾個新興發展方向，並思考這些改變是否亦能適用於其他醫療體系及文化中。

在進步的同時，我們也應該要一併重新評估年長者在社會中所扮演的角色，將他們視為有價值、可做出貢獻的公民，而不是負擔。

提供個人化照護

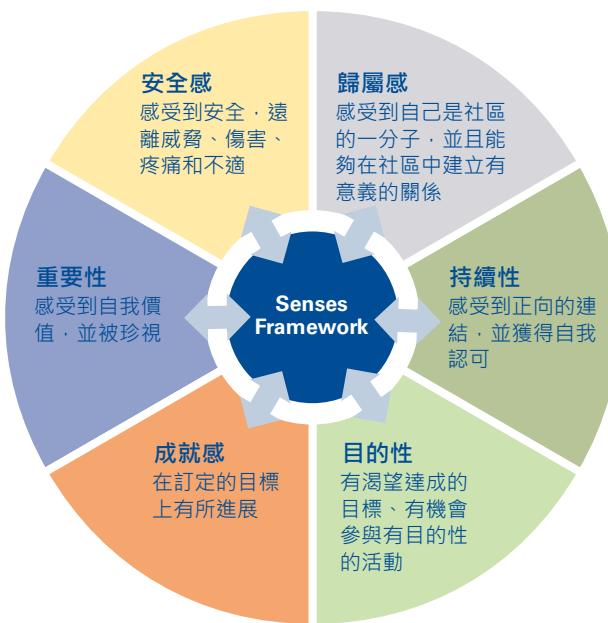
照護的設計與提供必須著重於個人需求，而非照護機構的體系與流程(多數照護服務重點一向僅著重於體系與流程)。為了改變照護的方向，照護機構及政府首長應該把重點放在照護成果而非行為。老年人和一般大眾一樣有相似的期待與渴望，而在消費性導向社會中，年長者與他們家人也會期待高水準的照護服務。這不只是道德面的問題與倫理上的義務，我們都應該要密切關注於每個人對於個人尊嚴、人權及自主性的期待。

接受長期照護的年長者，希望能夠獲得有禮、親切且適當的對待，尊重他們在個人隱私、衛生、外表儀態、服飾及傢俱上的選擇。年長者應受到適當的照護，以及在飲食、盥洗與其他日常生活方面的協助。

希望不論是在家或是在照護機構中，年長者都希望能夠盡可能保持他們對於生活的獨立自主權、受到平等對待，並且有權選擇自己生活或死亡的方式。

一份由英國教學醫院(雪菲爾哈倫，Sheffield Hallam)針對長期照護領域的研究調查，將照護者與照護提供者的需求皆納入考量，並區分為六大關鍵面向歸納出「感受架構(The Senses Framework)³¹」。(見下圖)

圖8，感受架構



Source: Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2., Nolan, M. R., Brown, J., Davies, S., Nolan, J. and Keady, J. Sheffield Hallam University Research Archive

為了在照護環境中擁有這些價值，高齡者(除非他們具嚴重認知障礙)應該在決定自己所接受的照護類型及範圍上扮演積極參與的角色。這包含了要求他人履行責任，或是協助整合複雜照護流程的權利。直接給付是一個可以讓每個人選擇如何分配照護經費的方式，也同時可以讓照護方案反映每個人不同的需求。

在高齡照護，尤其安寧照護中有許多灰色地帶，因此需要社會共識界定什麼是『適當照護』。政府在凝聚共識這方面扮演重要的角色，這也是領導者所應該扮演的角色。

楊南強

新加坡政策經濟學研究院
副院長及資深兼任研究員

生活節奏應該依一個人的生活步調而定，而非其照護提供者。人們應該要能夠依照他們的需求決定所受到的服務，而非讓他們的生活受到嚴格管理(例如盥洗時間、用餐時間等等)。

Dr. Stephen Judd,
澳洲哈蒙德照護(Hammondcare)
執行總監

澳洲社會對於高齡照護的觀感跟世界其他國家並無不同，大眾對於高齡照護擁有非常低的評價。沒有人想去老人安養院；老年照護被視為不得已的最後方案。因此我們需要提升大家對機構式老年照護的信心。

Paul Gregersen,
澳洲保柏照護服務(BUPA Care Services)常務董事

照護提供者以及照護機構應該要認同「生活品質」與「照護品質」有所不同。多重結構與複雜的照護制度，可能會因此限制了被照護者的選擇能力以及個人意願，使得照護品質受到影響。這樣的的理念需要專業高齡照護者在心態上有相當大的改變。

在個人照護上給予被照護者更大的發言權也可以節省花費，因為他們可以選擇避免自己認為不必要或不需要的藥物或治療，這樣的選擇權包含在極度不適或疼痛的情況下延長生命。

當被照護者在自我的照護選擇上獲得更多自主權，照護風險的負擔也可隨著移轉，從醫療專業人員轉移至執行決策者，也就是高齡者與他們的家庭成員。如果高齡者所選的照護方式比起正統方式，被認為較不具「醫學上安全性」的話，那麼被照護者、其家人及照護提供者需要在合約上一起同意這樣的照護方案。為了要達成這樣的改變，所有人都應該接受了解相對「無風險」的環境將會限制被照護者的獨立自主性。

提升安養中心的照護經驗

搬至長照機構居住是人生中的重大階段，可能會讓人覺得非常焦慮。然而，住宿機構的照護品質可能會因為許多因素而受到影響，包含負面文化、過度強調規定及流程、缺乏員工訓練及員工招募、篩選方式不佳、缺乏規範及後續的管理監督等等。

因此，安養院是否能創造出社區的感覺非常重要。這包括和安養中心員工、住戶、家人、朋友及其他附近居民建立有意義的人際關係。據英國研究指出，安養院住戶僅有3%的時間花在有建設性的活動上，³²所以安養中心應該要更著重於發展具有意義的活動，讓住戶能夠更投入於每天的生活並追求個人興趣。

安寧照護則是另一個重點，因為在接近死亡時，多重、慢性的健康狀況變得難以區分，而其所伴隨的不確定性也使得照護變得制式化、被動而且不適當。³³工作人員需要充足的支援與訓練，所以領導階層應該要讓照護工作者個人及情感的需求受到滿足。

整合照護

多數接受長期照護的年長者都有具有複雜且多重的慢性疾病，但他們所受到的醫療通常都很片面，例如年長者可能會遇到許多不同的專業醫療人員一再探訪，但他們給予的建議卻相互衝突。另外，照護機構也較傾向於僅提供急性治療照護，機構的收費或給付也通常是以護理服務提供的時數計算，而非照護成果。

如同其他醫療及社福領域一樣，長期照護也逐漸藉由將家庭醫師、老年科醫師、社區護理師、職能治療師、物理治療師、語言治療師、營養師、藥師、社工師以及心理師等專業人士匯集，開始投入於整合照護。隨著整合照護日趨成熟，我們將能看到醫療照護機構間開始藉由資料分享、共同照護流程、責任制的管理者統合所有預算並協調各領域之間運作等方式促使照護的效率提高、成果進步，並有能力提供更加流暢的服務。

照護整合是必要的基礎，這也是現今長照產業的一個重大問題。照護制度缺乏相互協調、醫療及社福沒有整合、療養機構間也缺乏合作。由此可見，我們在整合各個機構的預算與服務上仍有需填補的漏洞。

Baroness Sally Greengross,
英國平等及人權委員會主席

銀髮機動小組(Geriatric Flying Squad)³⁴

銀髮機動小組是一個針對亞急性居家照護病人所提供的即時、跨領域的護理服務。這個服務模式由澳洲新南威爾斯(New South Wales)的一家醫院於2010年建立，機動小組成員包括臨床護理師、老年照護專業醫師、社工師、職能治療師、物理治療師及臨床心理師。

這個服務的轉介來源非常多元，包括病人、照護者、家人、醫師、老年照護評估團隊、警方及醫務人員等等。護理師透過病歷搜尋、與家屬或負責醫師會談的方式進行治療分類，通常在一到兩天內會進行訪視。

待病患出院三到四個月後，這個小組將會對病患住家進行全面性的評估，包括醫療、社交、認知及環境等各面向。每週照護團隊都會開會討論目前個案的狀況並協調照護目標與治療方向。

自從這個小組成立開始，社區老人的醫院急診數下降，而接受機動小組服務的病患的生活品質也有所成長。

多科別或是跨科別的團隊合作應該要成為長照體系的骨幹。在專業醫療人員、輔助型專業人員、機構與研究單位間建立有效的跨人事、跨組織的長照模型是當務之急。

Dr. Dennis Kodner,
加拿大英皇基金(The King's Fund)國際訪問研究員

個案管理人應成為照護執行的最重要角色。個案管理人可以是居家護理師、家人或是社工師。關鍵點是我們不要使個案管理制式化，因為制式化只會造成費用上升。

Gabrielle Davits,

荷蘭區域醫療照護基金會(SVRZ)
執行長

我們在長照領域引進了專科護理師的制度，讓護理人員在特定地區中，針對幾個特定的居家照護地點提供支援。這樣的方式可以避免病患家屬直接幫長者請來急診救護服務。

Scott McLeod,

加拿大中西部地區健康整合網絡
執行長

長者在醫院所接受的醫療照護所費不貲（而且常常不必要）。然而隨著醫療體系逐漸朝向提升其醫療價值或照護成果發展（而不是按量計酬），整合型照護不但可以提升長照機構品質，也可以在安養中心或護理之家等機構提供更多元的治療，進而降低病患住院的次數及天數。³⁹

高齡照護中心需要高齡科醫師、專科護理師及其他高度專業的臨床人員提供高品質的協助，護機構的員工也需要在靜脈輸液、注射幫浦以及疼痛控制等領域受到專業訓練。在這之中，科技也同時扮演著重要的角色，讓專科醫師可以遠端提供照護建議並追溯患者的用藥歷史。

然而，整合照護也可能帶來風險，尤其是讓病患過度依賴單一的照護機構。但像這樣的疑慮可藉由要求整合照護機構提供多項醫療照護選擇，並透過仔細監控患者滿意度及其他數據成果來減緩風險發生。

全方位高齡照護計畫

Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE

PACE模型發展始於1973年的美國舊金山，他是一個由公費負擔、為社區中符合資格的弱勢或身心障礙老人所設計之整合照護體系。這個計畫的主要目標為增加年長者的生活品質與自主，給予老年人最大尊嚴與尊重、維持並幫助其家庭³⁵，讓他們可以盡可能地在家生活。

參與PACE的長者也會參加成人日照中心，在這裡他們主要接受的服務都是跨領域的。這個計畫幾乎涵蓋所有護理之家的服務，包括基礎照護、醫師及護理師的定期檢查、職能及休閒治療、居家及醫院照護等。透過照護整合及論人計費的方式，PACE藉由延緩老年人進入護理之家的時間及減少住院天數降低了醫療成本的支出。³⁶

2012年美國威斯康辛州(Wisconsin)開始實施名為「虛擬 PACE (Virtual PACE)」的試辦計畫^{37,38}，這個計畫是針對希望能在居住的社區中接受照護的合格老年民眾。這個計畫大約會為20,000名需要居家護理的弱勢、身心障礙長者提供照護服務。

Virtual PACE的初衷是希望能全面性的整合美國兩大公立體系、提升基礎照護流程及財務管理、急性醫療、精神及長期照護服務。藉由排除人為上的阻礙、始於迥異或相互競合法規或財務規定而衍生的不同照護模式，改變現行不完整的照護體系。另外，照護成果的改進，也應透過獎勵良好的基層照護、有效的照護轉型管理以及具彈性的照護服務提供等面向來進行。

重新思考醫療照護服務

在許多長照機構中，醫療監督及照護規劃常常不足，以至於缺乏定期病患複檢、處方用藥不一致（導致用藥過量或不足）或無法照顧到病患心理健康（尤其是安寧照護時期）等問題。

雖然醫療專業人員在危機處理上都訓練有素，但在面對生理逐漸衰退或是即將進入長照階段的病患上，他們所獲得的訓練卻相對不足。

因此，許多居住於護理之家的人都接受過量的藥物，這可能導致患者容易跌倒、入院，甚至因服用一些治療失智症的抗精神疾病藥物而縮短壽命。**40**在藥物使用上，應該考量病患的個人意願及期望，與其他可行的照護輔助。例如，治療帕金森氏症時，需在病患清醒程度與行動力兩方面做取捨，而這兩方面的平衡可能會因為病患從家中移居至長照中心而有所改變。鎮靜劑、降血脂藥物(statin)、抗精神用藥、乙型阻斷劑(beta-blocker，高血壓及心衰竭用藥)以及營養補充品等藥物，都需要做類似的考量。

長期照護專業人員需要在照護文化及細節中接受更多培訓，且這些培訓應著重於病患福祉（而非治療），幫助患者達到個人期望，而不僅僅是血壓等生物醫學指標。

許多醫療照護的從業人員，未能即時在長者發病之初識別其可治癒性，而誤以為自己所能做的有限。有系統性的評估長者健康狀況，可以在疾病辨識上帶來重大的改變；失禁、「無法應付的症狀」以及摔倒都不僅只是診斷狀況，而是其他潛在疾病的結果，需要接受進一步的檢查。對年長者來的止痛藥使用也未經妥善管理。

在隨機對照試驗（randomized control trials）中，鮮少會將高齡老人或具多重疾病症狀的患者納入試驗範疇，因此增加這方面的研究，應著手於揭露多重用藥對此族群的長期影響。但由於臨床試驗費用昂貴，故應建立長期研究，並和護理及安養中心合作，請他們協助提供用藥處方及成果的數據為研究貢獻。

醫療人員對於因老年所帶來的疾病都太宿命論，他們並未積極地處理可能可治療的老年疾病，並且對於潛在社會及心理因素的辨識能力不佳。

Dr. David Oliver,

英國衛生部國家老年臨床部門主任

從獨立自主的生活進入長期照護計劃或機構是一個重大的改變。由於在這個階段，並沒有明確的醫療目的，因此相較起來，我們更需要一個嶄新方法，能讓每個老人都能有最好生活品質。

Dr. Clive Bowman,

英國保柏照護服務 (BUPA Care Services) 醫療部主任



醫療專業人員所接受有關老化的訓練之少令我震驚。醫療培訓中，關於老年照護的課程非常稀少。有一個我們都還沒能處理的長期問題：要如何訓練人力，能讓這些人員能夠超越專業領域來提供全人照護？

Ruthe Isden,
英國老年機構(Age UK)公共服務專案
經理

在我理想的世界中，荷蘭現有的安養院都要關門大吉了。有鑑於大部分的照護都能以居家照護完成，因此另一部分的照護應該規劃以小規模的安養機構提供。其他照護方案應該要盡可能貼近老年生活，並融入社區中。

Jos De Blok,
荷蘭居家照護(Buurtzorg，音譯博組客)公司創辦人及執行總監

跨越社區照護中的組織隔閡

當人們逐漸老化，大部分的人都偏好生活在熟悉的環境中，因此就需要提供適合的住宿環境給生理機能或認知逐漸衰退的長者。在一些情況下，這樣的環境可以透過改變現有住家來達成，但更創新的選項是發展對高齡長者友善的社區。

由非正式和專業醫療、社福機構所支持的養生村越來越受歡迎。雖然養生村在建置營運費用上較高昂，但住戶可自有住家，以及建在住家旁的醫療照護、社區服務及娛樂設施。

另一個由美國波士頓比肯山莊(Beacon Hill Village)^{41,42}所建立的創新方案則較具成本效益，其構想是在既有的社區建立「虛擬村（virtual villages）」，讓年長住戶(及其他志工)集中到社區中，彼此在交通工具搭乘、居家清潔、健康照護等日常生活上互助合作。雖然多數社區都完全依賴志工的協助，但也有一些社區會另外聘請員工或與照護機構簽立合約。

同樣在美國的紐澤西無牆社區(Community Without Walls)則是一個與當地非營利組織合作的社區，主要由非正式志願者協助。加入這個社區的年費為\$30美元，若需更多協助則加收\$300美元。其他服務亦可加價購買。⁴³

2012年，日本也針對老化的嬰兒潮世代，開始實施新的整合社區照護系統(Integrated Community-based Care System)。這個概念旨在30分鐘內，能夠提供包括醫療、長照、預防、住屋及生活輔助等支援服務。計畫的第一步則是建立24小時居家照護服務，這樣的服務也同時由國家長照保險(日本稱介護保險)給付。銀髮住宅建設目前則有安全監測系統及其他由政府補助的服務。

雖然高齡社區有許多優點，但具排他性的社區形式也可能導致其與社會脫離，因此未來養老村的規劃，需要考慮更多如何使社區與現有基礎建設做更緊密的結合。

社會與醫療照護模式的差別

長期照護是一個融合傳統醫學與社會服務的獨特領域，很多從業人員仍在尋找結合兩者的最佳模式。

醫師主要被培訓為擔任疾病治療、傷害修復的角色，而緩解症狀則為次要項目。因此，醫師在治療過程中，鮮少注意到病患的情緒、精神及心理層面的痛苦。許多侵入性且較昂貴的手術及治療都非常疼痛，而且令人沮喪的是，這些治療對於衰老的慢性老年病患並沒什麼幫助。

相較而言，社福專業人員則主要關心病人的舒適度、緩解疼痛、生命尊嚴以及以維持一般社會個體生活的能力為主。

因此醫療和社會照護領域很難為了病患的利益而共同合作，年長者可能發現當他們待在醫院中進行藥物治療的同時，其實可能更適合待在照護中心，或甚至自己家中以獲得更個人化的密集照護。

而缺乏整合與協調的醫療及社福機構更惡化了這樣的矛盾，造成照護費用增加的同時，亦未能顧及照護者的生活舒適度及品質。

轉變照護環境⁴⁴

伊甸園計畫(The Eden Alternative) 於1994年在美國成立，目前在美、加、歐洲及澳洲已擁有300個登記立案的安養中心。此計劃目標為改變舊有的照護機構模式，為年長者量身打造可滿足個人需求、偏好及期望的照護服務，建立一個可提升老人及其照護者生活品質的高齡照護環境。

這種以人為本的照護發展，須藉由認證培訓師透過與非營利機構、信仰或居家照護組織、成人日照中心、安養機構以及社區等利害關係者的密切合作達成。其中相似的合作案例為與非營利基金會的合作，目的為提升認知障礙患者及其照護人員的生活品質及福祉。

伊甸園計畫也鼓勵機構社區內長者與青年成員建立跨世代關係（最年輕的志工只有11歲）希望能夠藉此改變社會對老化的態度，並吸引更多青年照護者參與。

除此之外，伊甸園計畫也提供多元的訓練及團隊建立服務，以及照護人員專業認證，並維繫這些經機構標準及原則認可的照護者的訓練、認證記錄。

我們需要多加思考如何解決社會孤立及減少照護依賴的問題。這需要更多可涵蓋廣泛興趣及能力的消費者導向活動，包括提供長者發展及維持社交生活的機會、將住屋計劃融入當地社區中、設計銀髮友善環境，利用餐廳與商店做為社交場所，確保長者在核心照護時間外可獲得其他外界支援的照護，包括使用科技產品。這些是良好照護居住設施所帶來的好處。

Jeremy Porteus,

英國居住學習與改善網絡(Housing Learning and Improvement Network)總裁

在美國發展照護到府服務受到阻礙，因為大家極度相信醫療一定要在臨床的環境下才可運作。

Eric Dishman,

美國英特爾健康策略及方案部門總經理及研究員

我們需要從社區照護的觀點構想長期照護的發展，並且將社區內既有的資源以長照角度加以考量運用。我們需要開始構想，機構的資源如何用更有效、更顧客導向的方式，整合於社區層面的長期照護供給中。

Michael Adams,

美國GLBT服務及倡議組織(SAGE)
執行長

由社區中得到更多協助

隨著人們生活更加忙碌、與社會脫節，大家較不可能會志願參與社區活動。一個吸引大家來擔任志工的方法是透過「時間銀行」：這些非營利組織會計算並回報人們互助的時間，志工藉由幫助年長者或殘疾人士可獲得時間貨幣，這些時間貨幣可運用於自身或他們所指定的第三人需要受到服務時。時間貨幣概念由日本而來，一開始稱為「情誼券」（触れ合い切符），並針對不同事務給予不同的報酬。例如，在正常工作時間以外提供協助者，或是提供個人照護者會被給予較多的貨幣。

身體健康硬朗的退休族也非常具有潛力提供協助（Grand-Aides就是這樣的計畫），而伊甸園計畫則較有機會吸引年輕志工服務。

補充勞動力

為了解決美國照護人力缺口持續擴大以及降低照護費用，一個在休士頓的健康體系（Grand-Aides基金會）正在募集想回饋社會，且具經驗、多數較為年長的社區成員，讓他們接受密集訓練，並獲得護理助理、醫務助理或社區健康工作者的認證。⁴⁵

這個計畫目的為改善基層及慢性照護的可近性（尤其偏鄉地區），並藉由居家照護、教育大眾預防疾病及自我照護的知識，減少長者看診及入院的情形。

參與基金會計畫的成員通常都會受雇於初級照護診所，且可能是以照護病患為目的的醫療院所之一份子。這些成員都會由護理人員督導並擔任「延伸護理人員」的身分，協助照顧200至250個家庭，並參與照護接受者的居家護理，提供基礎照護治療。

計畫的初期結果顯示，診所及急診的看診人數下降60-70%；另外，每次照護探訪的花費也僅有\$17美元，遠低於門診花費\$175-200美元。

參與過渡期照護（Transitional care）/慢性疾病照護（Chronic care）的成員也可以在病患出院日陪伴病患返家，並且提供慢性疾病患者每日探訪的照護，以達到出院30天內再住院率下降25-50%的目標。

擴展照護地點範圍

另一個降低傳統醫療照護機構壓力的方式是透過使用替代設施。其中一個在歐洲被運用的創新方式為「病患旅館（Patient hotel）」⁴⁶，在這個旅館中，由醫療提供機構負責病患治療，而旅館業者負責提供治療後之復建與照護。這樣的治療模式也許對於承受心靈與精神狀態困擾的患者特別有效。

病患旅館的住宿價格比起同等醫院病床更加便宜，並且可依照患者需求提供多樣的住宿環境，從僅提供床位的房間到具備各式醫療設備、且臨近於醫院的臥房一應俱全。這樣的旅館由醫院、旅遊休閒集團持有，或由上述兩者共同合資持有。2012年英國私人地產集團皮拉地產集團（Pillar Land Securities）就曾計畫興建兩個類似的建案。

在印尼，銀行則意外的成為醫療照護提供者之一。雅加達的Grand-Aides基金會（請參第26頁【補充勞動力】之說明）的正與印尼國家退休金儲蓄銀行（Bank Tabungan Penslunan Nasional, BTPN）合作，在其分行為年長顧客提供健康照護服務。

每周四天由銀行聘僱的醫師在10家分行固定提供健康檢查及諮詢，銀行認為健康的客戶將越有能力履行其還款義務。醫師會獲得經Grand-Aides基金會訓練的人員的協助，他們會遵循醫療協議行事、處理生病的客戶的電話，或是直接處理較基本的醫療問題。BTPN希望最終能在每個分行皆能建立一個這樣醫療團隊，為其500萬名的客戶及家庭服務。

投資於正式及非正式人力

人力是任何長照體系的基石，但許多國家皆面臨著嚴重醫療人力短缺的問題。有些國家則依賴由開發中國家而來的廉價勞工，但這樣的方式可能無法持續。隨著時間發展，開發中國家將會改善其基礎建設並提升國內薪資，進而減少了移民工作者的人數。

無論人力來源為何，所有的照護機構都在尋求更高生產力、更具同情心及更謹慎的人力，而這些部分需要大量投資於訓練與協助，來精進照護技能及提升情感上的富足。受過更多訓練的員工也比較不會以鎮靜或限制的方式來提供照護。

「以育嬰假來說」你可以離開職場三年，仍保有回到同樣職位的權利。但是，我們對於休假照顧年長雙親的員工，並沒有這樣友善的制度。

Juhani Lehto,

芬蘭坦佩雷大學 (University of Tampere) 社會及衛生政策教授

我們需要培養更多初級照護的醫師，教導他們有關高齡照護的基礎，並且建立一些人員來擔任照護團隊的『小幫手』，並分擔高齡專科醫師或初級照護醫師目前所背負的工作量。這些小幫手可能包含社區健康工作者或是被照護者的家屬。

Eric Dishman,

美國英特爾健康策略及方案部門
總經理及研究員

有鑑於許多長照人員常會因缺乏升遷機會而選擇離開他們的工作，因此我們需要提供這些長照工作者更加制度化的升遷管道。同樣地，政府也可以考慮以提撥經費訓練特定族群成為照護者的方式，來增加照護人力來源，例如退休人員或社區志工等未被充分利用的族群，這樣的人力擴充方式也可能包括全國性的照護服務計畫，或是與學術機構合作為學生設立職業學程，將照護領域的學術研究跟實務結合。

如同先前所述，照護工作者需要提升他們的醫療技能，來處理多重共病患者以及需要多種藥物治療的病患。同時，由於我們也缺乏高齡醫療的專科醫師，所以需要投入訓練資源培訓更多臨床醫護專家人員也是必要之舉。

提供非正式照護人員協助

許多其實需要機構護理或昂貴的專業居家照護的人，也同時都由他們自己的家人照顧，但是有些照護者其實本身年紀也很大。這些被照護者因其照護者生病或死亡而住進長照機構的狀況其實並不少見。有鑑於這些非正式照護人力在長期照護中扮演著極重要的角色，因此提供適當的支援可以幫助他們節省開支，也可以同時提升照護成效。

有些國家（像是德國）正針對照護者所花費的時間來給予報酬，以鼓勵更多家庭成員及朋友進行照護協助，進而減少醫療及社福體系的負擔。然而，在建立財務報酬的預期下，也有可能面臨非正式照護者不願免費提供照護的危險，最終反而降低照護量並增加花費。

沒有任何醫療及社福體系有能力支付所有非正式照護人員的報酬，而整體社會也可說會因為這樣的制度而變得窮困。但是根據我們的研究調查，也有其他更有效的方式提供照護者支援。（見30頁 - 「7個能夠更加支持照護者的方法」）。



賦予照護者權力⁴⁷

博組客(Buurtzorg)是荷蘭的一個居家照護機構，針對居家照護及個人照護提供創新服務方案。從評估到設計病患的整合照護計劃，護理人員會在一個自我負責的獨立團隊中工作。

每個照護團隊皆需負責界定照護需求者的類別，並被賦予可即時給予照護決策的權利。另外一個小型的集權組織會負責管理資訊及行政流程，並且支援這些照護團隊。

這樣的運作模式讓照護團隊可以把大部分的時間用在被照護者身上，進而更熟悉、了解他們的需求及擔憂，照護者也因此而受益。

照護品質在這樣的模式下有所提升，證據顯示照護者及被照護者的滿意度都顯著增加。博組客已經成功降低了50%的照護時數，並同時提升員工生產力、減少曠職。為了表揚這些成就，博組客在2011及2012年曾被選為全荷蘭最佳企業。^{48, 49, 50, 51}

全國有80%的高齡照護皆是由家庭成員自行負擔。這些人被要求回家，並做一些他們未曾受訓過的照護行為，例如醫療程序、注射以及移動病患。

Bobbie Sackman,

美國紐約市老人中心及服務委員會(Council of Senior Centers and Services)公共政策負責人

提倡老年教育及研究機構

新加坡衛生部 (Singapore Ministry of Health) 先前已提倡建立國家級的老年教育及研究機構，並以美國的相似機構做為模板，像美國退伍軍人事務部 (US Department of Veterans Affairs)、約翰霍普金斯大學 (Johns Hopkins University) 以及匹茲堡大學 (University of Pittsburgh) 醫學中心。

衛生部希望可透過基於國際標準認可的普通及專科高齡課程或研究模型，提升高齡照護工作者的專業度。教育研究機構的其中一個核心是教導所有的健康照護專家，如何了解高齡患者的特殊需求及臨床管理。

高齡醫學研究領域將涵蓋年齡相關的生理與臨床變化，以及後續臨床照護、治療模型、疾病預防、風險因子管理及健康促進等運用。

這個機構也將與多所高齡醫學部門、地區醫院及初級照護機構合作，共同構思照護移轉及社區高齡照護的創新模式。

接受長期照護的250萬個德國人中，有近一半的人是完全由家人或朋友所照顧，他們也僅能從照護保險中得到非常少的金額補助。

Michael Plazek,
德國公共治理機構研究員

澳洲花了許多力氣在支持非正式照護者，像是提供經費、喘息照護組織及其他協助措施。

Steve Teulan,
澳洲聯合照護機構老年部總裁
(UnitingCare Ageing)

瑞典非正式照護者的非財務協助⁵²

在1999年到2001年間，瑞典政府實驗了一個給予地方政府相當的權限，可自由提供非正式照護人力非財務協助的發展獎勵方案。

基礎的喘息照護在瑞典已相當普遍，並已擴大可代替非正式照護者的日照與專業照護者人力。伴隨著休息帶來的效益及其他種類的支援，個人諮詢與訓練也有顯著增加。接近半數的瑞典地方政府指派了特定的政府官員作為非正式照護者的諮詢及接洽人員。

令人意外的是，當時許多非正式照護者都拒絕了非財務協助。瑞典國家衛生及福利委員會因此認為，這些服務的品質需要進一步發展。

7個能夠更加支持照護者的方法

- 教育及訓練照護者，並提供他們容易取得相關資訊的管道。
- 運用科技創造照護整合工具，幫助照護者和醫療照護人員緊密合作，使合作成為整合照護的一部分。這可能包含提供個人照護的預算。
- 與全家人和照護人員共同討論擬定照護計畫。
- 確定醫療專業人士認同非專業照顧者的專業，並尊重他們對於被照護者所知及意見。
- 對於照護者的請求給予即刻的協助（尤其面對危機時）。
- 提供照護者個人協助，包含休假（並聘請專業醫療人員暫代其職務）及提供其所需的心理幫助。
- 讓照護人員可如同非正式照護者一般於日常工作中休假，包含提供彈性工時、兼職等選項。

擁抱科技

目前的長期照護還是屬於勞力密集度高的產業型態，而科技將可以為這個情況帶來明顯的效率改善，並提升老年人的生活品質。

資訊科技可運用在建立被照護者及照護機構間的即時數據流，讓行政作業、病歷紀錄以及回報更有效率。^{53,54} 遠端監測系統降低了年長者對於照護提供的需求程度，因為系統可以在需要介入處置時提醒照護機構⁵⁵，並讓許多人可以不用到醫院，就可在居家或地方的照護機構接受治療。資訊科技不但提高了照護服務量，同時也節省了開支、提供長者更多獨立生活的空間。^{56,57} 另外，芬蘭所採用的可連結照護者及護理之家患者的音訊系統，也明顯地協助提升了照護生產力。

健康監測器（穿戴式或是植入式）可透過無線網路傳送資料，對於具認知或身體障礙的病患特別有用；醫療人員則可透過監測器，監測患者的生理狀態，檢測是否有緊急狀況發生，並根據疾病提供早期治療。舉例來說，小型的加速感應器可以顯示病人於何時跌倒，並運用GPS（全球衛星定位）引導醫療人員到達現場給予治療。^{58,59}

當一些居家照護或社區照護機構運用行動科技與其在各個病患家進行醫療照護的員工溝通時，精密數據分析則可提供更準確的個案偵測及風險評估，並且追蹤執行效率。

儘管新興科技可讓長照機構獲得相當大的潛在效益，但是業者的接受度仍很緩慢，一部分原因是由於持續有廉價勞力可使用；另外，也可能因為昂貴的裝置科技設備費用、需要重新整併、集中管理各個零碎的護理之家而興趣缺缺。照護機構或護理之家也擔心，遠端溝通的方式可導致人際溝通減少、孤獨感及隔離感增加等問題。因此，運用科技應該還是要維持適當程度的人際互動。

在科技方面，中國在發展遠距照護或行動醫療上其實蠻跟得上其他國家的腳步。我們開始關注在被照護者的家中可能發展的各種服務項目，並利用這些科技網路的延伸來建構移轉照護...我們稱它為虛擬護理之家。

王燕妮

中國青松康護總裁及創辦人

遠距照護才正要起飛。現在有更多證據顯示遠距照護的好處，像是讓人遠離醫院、讓人獨力生活，而遠距醫療的費用現在也逐漸下降。我們建立新的方式，讓人們可以自行購買這些遠距醫照護產品。

Richard Humphries,

英國英皇基金(The King's Fund)資深研究員



Photo of Paro interactive robot courtesy of Dr. Takanori Shibata, AIST, Japan

老年人因為覺得科技很干擾人，故多數抗拒採用。科技沒辦法取代人或是社區的概念。

Dr. Ruth Finkelstein,
美國紐約醫學學院
政策規劃副院長

從寵物到平台

近期社交機器人的進展，將可以幫助長照患者處理日常家務，並提供慰藉與陪伴。⁶⁰

Paro是一款長得像小海豹的互動式機器人，會對聲音有反應並可記得名字(見上圖)。當Paro被撫摸時，它會搖動尾巴、眼睛一眨一眨，並可以做一些表情，像是驚喜、開心或是生氣。在美國它已是被核准使用的醫療器材，並已在世界各地的老年照護中心使用。⁶¹

另一個創新的工具是叫「我的湯匙 (My Spoon)」的自動餵食器，他可以讓老年人在照護人員些微的幫助下自我進食，讓老人在飲食上可擁有更多的控制權。這個裝置藉由搖桿控制湯匙上、下、左、右，並可切換成半自動模式，讓湯匙自動抓取食物並送到使用者的口中。

全方位監控平台 (Universal Monitoring, UMO) 則是由荷蘭公司Verklizan所設計。這個平台讓警報中心監控一系列的通訊和安全裝置 (包含影像)，幫助年長者在他們的家中維持獨立生活。⁶²歐洲14個國家、超過80萬名民眾都連結到了這些監測系統。



著重於照護成果

在財務備受壓力、缺乏正式照護品質衡量的情況下，許多支付者都著力於尋求獲得最低價的照護服務。對於照護機構來說，雖然提高照護品質可以降低成本，但前期的投資也是必要的；然而，如果只想著要如何降低成本，反而也可能導致照護品質降低。有鑑於醫療照護領域的首要趨勢是價值－價值的定義為照護成效除以成本－因此長照提供者應依此原則激勵自我成長。

監管機關需要仔細審查來自保險公司、政府或其他支付者的付款項目，確保在任何成本撙節的情況下，不會以降低照護品質作為代價。因此照護機構被期待需要將他們的花費公開透明化，並且照護成效也需受到仔細的監控。

在一些國家中，會提供照護需求者一些個人預算，希望可藉此提高個人對於自我照護的掌控程度。但是有些照護需求者（尤其非常虛弱的長者）比較不喜歡這種直接給付照護費用的方式，因為他們對於眾多的選項及行政流程感到困惑。現金給付的方式也可能導致誤用或濫用，因為這些被照護者及家人可能會把現金用做他途；兌換券的方式則可以降低這種風險。

由健康基金會（Health Foundation）所發布的報告指出，目前仍無足夠證據顯示直接付款可以提升照護品質，因為大部分現有的研究都是描述性質而未經實證研究，沒有對於健康成果、品質及成本效益分析影響的概括性資料。⁶³

美國醫療補助計畫的現金與諮詢方案（Medicaid Cash and Counseling）讓外出不便、有行動困難的患者可以管理自己的照護預算，並選擇符合他們需求的服務項目。⁶⁴而在荷蘭，國民會繳納應稅所得的12.15%到一個基金（AMAZ）中，用來支付肢體及精神障礙患者的服務（包括機構式照護）。⁶⁵

向大眾溝通整體『個人預算』支付方式，就如同要讓人們接受照護接受者有能力決定自身的重大照護決策一樣不容易。

Carolyn Denne,

英國社會服務評價機構(Social Care Institute of Excellence)服務品質部門主任

如果你接受居家照護或是居住於照護住宅，你可以申請國家的補助（如果是住在機構式照護中則不能申請）。

Dr. Harriet Finne-Soveri,
芬蘭國家衛生福利研究院老年及照護服務小組主席

德國高齡者的選擇權⁶⁶

1990年代中期開始，參加長期照護保險的德國公民可以選擇以提領現金（金額比傳統照護服務的費用低很多）、直接接受服務（包含機構式照護）或是兩方案組合的方式選擇其照護模式。⁶⁷

保險申請的資格並不是以年齡區分，但接近80%的受益人都在65歲或以上。被照護者依據依賴程度分成三等級。根據最新的數據，德國8200萬人口中，約有7900萬人都有至少一種長期照護保險。而在這7900萬人中，88%的保險為公立而12%為私人保險。⁶⁸

德國大部分長照險的受益人都住在家中（69%）。這些人可以選擇月領現金來支付照護費用，2012年為€235歐元（\$300美元）至€700歐元（\$930美元）之間；或是接受實物給付 – 2012年為€450歐元（\$600美元）至€1550歐元（\$2065美元）之間 – 也就是接受個人照護服務。受益人也可以選擇把錢給照顧他們的朋友或是親戚。

至於其他31%的保險受益人則住在照護機構，但是保險給付只涵蓋了照護機構（護理之家）每月支出的一部分。如果他們能負擔的話，這些照護需求者可以用其他保險或年金來補充長照險的不足。若無法負擔，則這些病患/長者的家人必須負責，再不行的話，申請社會補助是這些被照護者的最後一個選項。有趣的是，大部分人偏好由家人照顧，只有在更嚴重情況、沒有非正式照護者的情況下，才會接受專業照護者。

其中唯一擔憂的是，在付錢給非正式照護者的情況下，將會使預期照護報酬提升，而使得最後人們願意免費提供的照護減少。但從政策規劃的角度上，接受現金支付的比例提高，將使未來政府預算更容易掌握。

自我管理照護 – 包含照護經費運用 – 對於高齡者及其家屬而言非常困難。在引進直接給付方式之前，應該要提供被照護者諮詢服務，幫助他們管理財務、購買醫療社福服務並建立提升生活品質的計畫。

消費者導向照護 (Consumer directed care, CDC)

消費者導向照護是一種理念及服務提供的導向，讓消費者在他們接受服務上有更多選擇和決定權。研究顯示，消費者導向照護可以使生活品質提升、使被照護者更獨立、提升照護滿意度，並可能讓更多澳洲老年人可以在家待更久。

2010至2012年，澳洲聯邦政府衛生部 (Australian Government Department of Health and Ageing) 推出了700個具彈性的老年照護方案及喘息中心，想要在社區高齡照護環境下實驗消費者導向照護，並評估這個計畫的後續效果。

從這個計畫的採用及執行中，我們學到：

- 有高度照護需求的病患以及他們的照護者，比起低度照護需求者更有興趣參與，並積極參與規劃、決策。
- 計畫參與者選擇了和原本制式照護方案中類似的照護服務，並在決定照護服務如何提供上運用了他們的選擇及控制權（多數集中於服務提供彈性化、以及照護人力的連續性上）。
- 對CDC而言，讓消費者自由決定如何依自己的期望運用照護資金，與照護提供者需確保被照護者能夠獲得所需資源的責任與義務，這兩者存在衝突。
- 雖然已有初步跡象顯示CDC計劃會提高有喘息服務及高度照護需求的消費者的滿意度，而且執行起來相對具效益，但其他的數據資料搜集將可以更確切評估這個計畫的成果及成本效益。CDC的評估結果已經造成一些影響，如澳洲政府決定從2013年起，為老年人推出額外的居家照護方案，並承諾這些方案將會是「消費者導向」的。

*Consumer-Directed Care – Way to empower consumers, Alzheimer's Australia, May 2007, http://www.fightdementia.org.au/common/files/NAT/20070500_Nat_NP_11ConsDirCare.pdf, Accessed 13 February 2013.

大部分的民眾一輩子都存不到自己老年長照所需的金額。現今的家庭規模也太小，無法支付及支持他們父母的長期照護費用，因此我們必須更改期望由個人或家人支應長期照護的觀念。

曹慰萱醫師

新加坡曹氏基金會
創辦人及董事長

德國的財務狀況 – 尤其是長照保險 – 將會受到人口結構改變的挑戰。雖然照護計畫的資金到2014年都還足夠，但保險費將很有可能在之後變得比較昂貴。

Michael Plazek,
德國公共治理機構研究員

建立更好的資金模式

長期照護的資金是一項重要議題，這超過了這篇報告的範疇並甚至需要另外一篇獨立的報告來說明。各個國家目前皆在思考如何融匯運用公、私部門的模式，但最大的挑戰在打破現有思維，建構出創新的財務模式。

營造更專業的照護人力、重新設計服務並運用新興科技終將帶來更大的效益，但是執行這樣的行動也可能需要大筆投資，而許多國家並沒有能力負擔。隨著不斷增長的照護需求只會使照護人力缺口的問題雪上加霜，但政治人物及政策制定者多不願意處理這個問題，尤其國家剛從經濟蕭條中復甦的情況下。

政府應該思考，該如何鼓勵工作中的青壯年人口為退休生活多做儲蓄，以及如何為這些人推出專屬的長期照護保險。老年人口也應該能從更大規模的「資產價值釋放機制」（equity release，或譯「以房養老方案」）來實現他們所擁有的資產價值。

各國資金及政策方案一覽表⁶⁹

政策種類	施行國家	案例
拓展居家照護提供範圍	美國、日本、瑞典、加拿大、愛爾蘭、紐西蘭、波蘭、比利時、斯洛伐克 ⁷⁰	<ul style="list-style-type: none">在美國由29個州政府提供的照護管理計劃（由各州獨立支持）從2007年的43項增加至2012年的82項。⁷¹ 光是紐約州就計畫在2014年，要將7-8萬名被照護者移轉至照護機構外的管理照護中。⁷²在2012年二月時，加拿大英屬哥倫比亞省的衛生部（Ministry of Health）宣布捐助非營利志工組織United Way共\$1500萬美元，並將在未來三年提供65個社區中的老人非醫療的居家照護支援。這項計畫著力於運用社區驅動的照護模式，支援長者能夠擁有更多獨立自主的生活空間。^{73,74,75}墨西哥、紐西蘭、芬蘭及斯洛伐克則著手提供非正式照護者訓練及支援，提倡居家照護的施行。⁷⁶
不鼓勵機構式照護	匈牙利、澳洲、芬蘭、德國、捷克、瑞典、盧森堡、紐西蘭	<ul style="list-style-type: none">匈牙利限制預算使用，並提高入住護理之家的條件。⁷⁷澳洲提案取消自動在護理之家提供高強度照護的做法，以在社區及居家照護中提供更多元的照護選項。⁷⁸2011年，美國政府降低11% 對於醫療保險（Medicare）患者入住護理之家的補助費用。目前醫療保險給付約占護理之家總營收五分之一。⁷⁹
引進資金獎勵	美國、奧地利、荷蘭、瑞典、英國、瑞士	<ul style="list-style-type: none">2012年美國政府撥出30億美元的補助 – 提高個人補助費用 – 增加長期社區照護服務及支援的可得性。⁸⁰2012年四月，美國紐澤西州宣布，將大幅增加一個主要支援居家照護的健康照護計劃的經費。在這個健康照護計劃之下，該州允許符合入住護理之家的醫療補助計畫（Medicaid）者，能夠自行聘請或決定他們的居家照護服務支援的提供者（例如護理人員探訪或家務協助）。^{81,82}
總額預算 (Global budgeting)	加拿大、澳洲、台灣、美國、英國	<ul style="list-style-type: none">近年來許多國家（包含德國及英國）已開始採用“總額預算”，在照護機構及居家/社區照護服務間建立一個共同資金來源（而非在這兩種照護類別間建立分別的預算）。這不只讓長期照護的經費運用更加彈性化，亦能更有效地控制花費。此外在單一行政機構的管理下，資源可以從機構式照護安排至居家/社區照護上，讓消費者有更多選擇。^{83,84}

未來長期照護服務的資金負擔，將無可避免地落在下一個世代身上。年輕人可能不願意做這樣的承諾，並對於在時局已經很艱困時還要支援老年人感到不滿。

為了減少花費，一些國家正調整長照體系的結構，減少依賴機構式照顧，而更加依賴居家及社區照護。前一頁的表格中探討了一些政策的改變，在「附錄1：老年長期照護體系及其未來趨勢概況」中，將有更詳盡的案例。

進行更多研究

長期照護領域將會因在政策與資金、科技運用、人力缺乏及其他相關議題的深入研究而大量受惠。就宏觀角度而言，一個相對應於世界衛生組織(WHO)的衛生體系與政策觀測站(Observatory on Health System and Policies)的單位，將有助於集結研究、實驗結果及政策分析，促使政策制定者更創新的思考，分享長期照護的發展經驗並開啟公共辯論的契機。

老化會以多種方式對人們造成衝擊，並對身心理功能帶來重大影響。老年專屬商品及服務的市場看似仍有很大的發展空間，但想要設計新產品及服務的公司，需要對老化過程有專業的知識及了解。而在這個領域上發展的專家則多數集中於歐洲、美國及日本，這些國家的政府透過獎勵辦法及租稅優惠鼓勵高齡產業發展，相信這將為經濟成長及出口刺激帶來貢獻。不過當向海外銷售商品時，企業必須意識到可能影響產品設計及功能的不同文化規範。

現在有許多政策中心、觀察單位以及其他智庫，正在關注醫療、健康照護領域的政策及財務等發展，但卻沒有人針對長期照護或老化政策進行觀察。這代表著政策制定者正在迷霧中盲目飛行，他們已經處於一個自己也不是很清楚到底他們為何而在籌措資金的狀態。我們需要運用如同當初發展醫療照護的原則來思考長期照護的價值。

Dr. Clive Bowman

英國保柏照護服務(BUPA Care Services)醫療部主任



努力實現長期照護領域現代化的過程中，研究應用及評估應相互結合並行。這是為了要確保照護領域的改革可如預期進行，以及確認最佳執行方式可以在研究評估中被發掘，並提供予醫療照護機構，以提升照護服務及品質。

Dr. Dennis Kodner

加拿大英皇基金(The King's Fund)
國際訪問研究員

新加坡的長期照護應該要透過性別鏡頭(Gender Lens)審視照護服務，了解男性和女性會因老化程度不同，而有不同的財務及照護支援需求。同樣地，將長期照護觀點融入於預防治療、健康促進的規劃中也非常重要，以長期而言，可降低總體人口對於長期照護的需求。

曹慰萱醫師

新加坡曹氏基金會
創辦人及董事長

改變對於老化的態度

許多長期照護的挑戰，其實根源於社會對於老化及死亡深植的刻板態度及恐懼。當談到年長者的角色時，大家常常太著重於老人的身體脆弱以及退化上，而不是他們可主動為社會及經濟做出貢獻的潛力。

如此負面的看法，阻卻了對於安寧照護以及資金運用政策的廣泛討論，而原因僅僅是因為多數人單純不想談論這個議題。不過，有一些例子也顯示著社會正在進步，例如澳洲在2011年對年長公民及其照護者與家屬舉辦一次「全國對談 (national conversation)」，並將他們的回應提供予「關懷澳洲銀髮人口 (Caring for Older Australian)」的全國性報告中，幫助該國針對老化議題型塑更廣泛的發展規劃與討論。

英國國立公共行政學院 (The National Academy of Public Administration) 則設計一款「對話手機應用程式 (Dialogue App)」，專門用於促進長照利益相關者在政策討論、參與式預算、意見形成與公眾辯論等議題上之對話及參與。⁸⁶此方式已經被英國中央政府採納。類似這樣的工具可刺激全國對於高齡化危機的討論。

新加坡則在2012年推動首次的全國性「新加坡對話(Our Singapore Conversation)」計劃，讓新加坡民眾有機會參與討論他們想要居住的國家類型，並建立優先發展順序及方向。對話的主題也包括未來醫療照護的相關政策、對於高齡化的態度以及老年人及照護者的需求等。⁸⁷

這些嘗試雖然值得激賞，但卻也僅僅只是一個開始，世界各地的政治人物、政策制定者、意見領袖、專家、病患代表及慈善機構，都應該在關於高齡化與其首要面臨的困境上，以更加開放及坦誠的態度進行辯論。

國際長壽中心全球聯盟 (International Longevity Centre Global Alliance) ⁸⁸

國際長壽中心全球聯盟是一個致力於透過強調高齡人口生產力及其對社會與家庭的整體貢獻，以突破長壽及人口老化問題的聯盟組織。會員將長者視為關鍵利益者，並透過發想、研究調查和論壇舉辦的方式進行辯論或實際行動。

在美國、日本、英國、法國、多明尼加、印度、南非、阿根廷、荷蘭、以色列、新加坡、捷克、中國及巴西都有國際長壽中心聯合聯盟的中心。這些中心各自運作、互相合作，評估不斷增高的平均壽命及高齡人口將帶來的影響，並尋求解決辦法。





結語

在疾病早期治療或管理上，還有許多值得努力之處。有時候改變生活中最簡單的事情可帶來極大地差異，像是居家環境整修及安全檢查，可以避免摔倒；提供符合醫療需求的營養及充足飲食；確認患者按時服藥；提供回診時的交通安排；支持病患的情感需求等等。

Bobbie Sackman,

美國紐約市老人中心及服務委員會(Council of Senior Centers and Services)公共政策負責人

與其他社福或醫療政策相比，長期照護領域所接受的關注及投資都相對較少，而這也潛在地反映了大眾對於年長者的態度。然而，忽略高齡化帶來的問題，社會有可能會剝奪越來越多公民的尊嚴、尊重及醫療保健的基本權利。

政策制定者和意見領袖需要創新的解決方法，並改變對老人的態度，鼓勵民眾藉由儲蓄、預先規劃的方式，面對老年生活可能面臨的挑戰。

照護提供者需要在提供服務、行政管理方面尋求較佳的新方案，而政府則應該訂出長期照護計畫的財務及品質目標。許多國家為了要整合地方上散亂的長照服務，將必須要擴大照護設施、整併，或是建立合作網絡來提升效率。

部分國家的政府，例如澳洲，已開始依照下列的建議採取行動。澳洲政府在2012年四月公布一項改革案，目標為建立更好、更公平、且更能夠長期經營的全國高齡照護系統。這項名為「更長壽、更健康 (Living Longer Living Better)」的改革案將提供5年共37億美元的資金，而且將是一個十年計畫的開端，計劃的目的為建立更具彈性且流暢的照護體系，希望可以提供澳洲老人多元的照護選項及獨立自主權，並依照他們有照護需求的時間及地點上，可更容易地使用各式醫療照護服務。這項改革的重點，首要為在居家照護上更多的支援與協助、更容易取得照護機構服務、提供失智症患者更多協助，並幫助強化高齡照護人力。我們迫切需要政府馬上採取行動。

行動時間表

政府應該：

- 建立全方位的高齡政策，而不是區分為福利、醫療、居住及社福政策
- 找出永續的資金模式。
- 解決人力短缺問題，透過教育、訓練、並提供非正式照護者財務上及非財務上的協助。
- 管控照護品質，並公開照護成果及照護成本。
- 考量法規制度改變，讓居家及社區能夠對老年人及失智症患者更友善。

支付者(全國/地方政府、社會保險、私人保險單位)應該：

- 鼓勵照護提供機構重視於他們所提供的價值。
- 紿予照護品質及專家回饋，而非降低成本。
- 獎勵照護整合、照護規劃以及專業醫療服務。
- 提供照護使用者及照護者更多決定權，包含協助照護整合。

照護提供機構應該：

- 建立以人為本的整合照護模型。
- 投資於員工訓練及相關輔助支援，並基於對照護價值、態度、專業技能及經驗來招募員工。
- 提升長期照護的醫療服務水準。
- 和照護者合作，為每一個照護使用者建立照護計畫
- 善用科技以幫助人們或其照護者進行自我管理，並提高照護人員的生產力。

醫療照護專業人員應該：

- 建立因複雜醫療或社會照護衍生之需求的處理能力。
- 提高長期照護專業人員所接受的關注、社會地位及聲望。
- 重新審視用藥目的，讓藥物治療的重點由治癒疾病轉往控制身體衰退情況，以能夠最大限度地提高病患的生活品質。
- 為長期照護人員開發以醫療為目標導向的新照護模式。

研究人員應該：

- 觀察新興的照護服務、科技、製藥或其他相關醫療服務模式。
- 研究藥物對老人或多重共病患者的效果。
- 比較各國間的照護體系發展及數據。

照護使用者及照護者應該：

- 主張他們應有的權力、要求提供資訊，並積極參與照護規劃。



在地老化、老幼共學、 都市更新的創新銀髮生態圈



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊共同主持人
蘇嘉瑞 醫師暨資深律師
T (02) 8101 6666 ext. 15942
E jarrets@kpmg.com.tw



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊
郭欣頤 執業會計師
T (02) 8101 6666 ext. 05355
E sinneykuo@kpmg.com.tw

據統計，台灣老人人口占總人口比重，將從2018年的14.6%，至2025年跳升到20.1%，短短7年就從高齡社會邁入超高齡社會。2016年台灣65歲以上的人口數量超過14歲以下的人口數量，首度交叉翻轉，台灣人口結構已出現變化，老人壽命延長，加上少子化影響，老人照護問題將愈來愈嚴重，晚年的居住問題也漸漸受到注目，以目前台灣的長照環境，根本沒有足夠的老人安養場所可因應未來龐大的需求。另外，隨著社會變遷、生育率降低，家庭結構改變，原有的家庭成員相互支援照護功能降低，愈來愈多照護需求者不易從家庭取得合適的照護服務。除了照護人力問題，工作年齡人口與薪資水準也將急遽減少，社會將會發生勞動力減損，年金儲蓄與支付缺口，世代財富移轉與分配正義等問題。

首先在「在地老化政策」與「高齡友善環境」的商模結合上，傳統式的養護機構將逐漸減少，取而代之的是高齡友善的新型態住宅或社區，住宅改造的需求急速上升。這些因養護型態轉變所衍生的居住需求也將創造房地產及建築業之新商機。如何建構可以終生居住而不需變遷或改造的居住環境，將是落實「在地老化」的最終理想。因銀髮族的需求與年輕人不同，在食、衣、住、行、育樂方面，都應重新考量產品或服務設計。根據營建署統計資料，全台有逾半住宅屬於老舊公寓，缺乏電梯即無障礙設施，老人一旦失能，光就出門就是一難題。思考銀髮族面對老化過程，未來

長照服務規劃，必須跳脫傳統安養照護的模式，以人為出發點，結合物聯網、大數據、AI等新科技，創造出適合長輩的智慧居家環境，做為相關老人住宅的參考模式。

而所謂以國民中小學校提供「老幼共學」模式，則是少子化及老齡化、就地老化及社區安養的最佳解決方式。因為在台灣的都市計畫中，國民中小學設置地點是以人口分布輻射範圍來規劃，所以校園則是都市中最靠近每個社區的土地。在以日本為例，社區整體照顧模式是以失能者的住家為起點，在離住家30分鐘內車程的範圍，建構出「長照、醫療、住宅、預防、生活支援」等資源的照顧系統，因此即有不少廢校轉為老年住宅或安養機構優點是讓失能老人可以在熟悉的生活環境中終老，且危難、地震時也可作為社區民眾避難場所。近日我國高雄市大同國小內附設的「大同福樂學堂日間照顧中心」就是國內首座與現有國小共存且開始營運的日照中心。

而在「都市更新」市容建設與「金融營建」產業發展的商模結合上，若能擴大「以房養老」數量並健全「社區安養」整體服務體系後，擁有老舊房產的銀髮族，將會樂於釋出精華區且適合都更的老舊建築物，並將移轉於金融機構的實質資產中，對於都市更新程序中眾多所有權人的整合程序提供相當助益，也方便金融及營建產業協助政府政策推動都市更新。此因在台灣市中心要取得大面積土地開發並不容易，過去養老社區大部分因地處偏僻導致入住意願不高。若地方政府對於鄰近市區之廢棄校舍、閒置土地加以資產活化，再加上「以房養老」來結合政府與民間力量，無論是發展大規模之連續性照護退休社區，或是承辦小規模的機構校舍或活動中心之改裝整建，並提供托老所或托幼所等服務，以滿足銀髮長者連續性照護之需求，則台灣不動產業者結合長照服務業者，可發展養老不動產開發之整合性服務，將有機會突破目前景氣不明之迷霧，而地方政府也能在有限預算下，擴大政府效能，提升施政滿意，並創造就業機會，促進產業發展。

國內長照產業發展，需兼顧社會福利與國民健康，包含政策法規、財務規劃、運營管理及整體開發，必須倚賴跨領域整合規劃，因此，台灣應建立友善投資環境，吸引民間參與並建立發展動能，促使長照產業走向永續經營。

面對全球長照產業市場規模不斷擴大，了解需求偏好及市場趨勢，成為企業拓展國際市場前必修的課程。KPMG安侯建業擁有健康照護專業、財會稅務投資、政策法規遵循、與跨國資源整合的一站式服務，可協助企業找出有利契機維持市場優勢，提供企業最及時專業的前瞻性觀點，放眼全球之策略，布局國際市場，一同掌握長照產業最新趨勢及發展。



二十一世紀的醫療 共享經濟下的智慧醫療



KPMG安侯建業
健康照護產業服務團隊
陳盈如 執業會計師
T (02) 8101 6666 ext. 03603
E celiachen@kpmg.com.tw

提供線上醫療健康諮詢服務為主的春雨醫生在二〇一六年六月完成了人民幣十二億的IPO融資，計劃分拆打包上市，公司主張有九千萬用戶，四十萬的醫生在線提供服務，每天回答三十三萬個問題，三分鐘內即可完成回覆，包含了五十個科別，兩千種擅長的疾病，還有機會可以提供頂尖名醫直播互動。

春雨醫生主要是以移動互聯網科技配合收集用戶的各項運動、飲食、體重、血壓及血糖等進行彙總分析，除了可讓用戶了解自我健康狀況，更可用以自我診斷。更進一步，資料庫內包含了各種藥品庫、化驗檢查庫及美國CDC 四十萬樣本庫等資料，用智能演算支持症狀查詢及疾病發生概率；其手機APP在二〇一五年獲得了創新大會最佳健康類APP應用獎。

本來春雨醫生只是讓醫生建立個人平台，對所有病患可以提供線上收費諮詢，但之後漸漸轉為線下的服務，將病患引導到自己執業的診所，讓醫生可以不需靠大醫院也可以建立自己的口碑；接著，亦增加了快遞送藥上門的服務；近年來更拓展到台灣、日本與美國的健檢服務。



以春雨醫生為例子，集合了現今當紅的醫療大數據、共享經濟、互聯網等議題，用戶可以用非常簡便的智慧手機，隨時隨地的提出問題，醫生可以上線搶答以獲取用戶線上支付的問診費。在在說明了，未來平台的趨勢會十分廣泛的應用在人類的日常生活，除了大家耳熟能詳的線上購物、線上遊戲、線上交友、線上搜尋、線上借錢、線上叫車及送餐之外，線上的私人醫生看起來也似乎不那麼遙不可及。

姑且不論線上問診、回答，在目前台灣法律上是否為一合法行為，有可能就像Uber一樣，受限於法令最終胎死腹中，但平台就是一種打破舊有經濟、商業模式的新經濟行為。平台作為一種橋梁，提供商品、勞務的供應者與使用者交流溝通的管道，可以直接即時的提出需求及回應供給，並且大大降低了病患在醫院等待的時間，所以若以醫療分流制度來說，可能可以過濾一些不需去醫院即可簡易解決的問題。平台經濟是一種趨勢，會像洪水一般的襲捲而來，台灣總有一天會出現類似的醫療支援平台。

另外，淘寶網下負責金流業務的螞蟻金服公司的「螞蟻借唄」，可以借錢給在淘寶網上購貨缺錢的人，再把這些消費債權包裹成衍生性商品 - 資產擔保證券，賣給其他人再賺一筆。這樣看來，金服公司具有某部分銀行的性質，但又沒有受到政府機關對銀行所設的大量管制，所以金服公司對阿里巴巴來說，才是一個可以靈活操作資金的金雞母；或許，這更是發展平台的另一誘因。

二十一世紀的醫療，除了醫生的專業訓練、資格可能不會有太大的改變外，其他如提供醫療服務的方法、地點、形式等，可能都會受到科技發展而有很大的改變，說不定病患在累積看病次數多了之後還可以向醫院借錢，或是將房子抵押給醫院換取各項服務，平台拉近了醫生與病患的距離，醫院的功能性更加廣泛，醫療關係可能更加緊密。

老年長期照護體系及其未來趨勢概況

澳洲 89,90,91		加拿大	
現有的高齡長照體系	現行的長照服務由非正式照護者、政府補助的社區照護以及僅提供給65歲以上長者入住的照護機構提供。澳洲聯邦政府為高齡照護提供約70%的總資金。其中最大的高齡照護花費來源即是機構照護。	現有的高齡長照體系	各省政府負責對其民眾提供醫療服務（包含長期照護）。加拿大聯邦政府會提供各省醫療照護經費的支援，但在某些全國性的規範下，健康照護是省政府的責任。
照護計畫涵蓋範圍	現階段的社區照護透過四大方案提供。 居家及社區照護(HACC, Home and Community Care)是除了西澳及維多利亞州外，由聯邦政府在各洲出資成立的低度照護方案。高齡社區照護方案(CACP, Community Aged Care Package)同樣僅提供低度照護，但相較於HACC，CACP提供了其他種類的照護服務形式。 高齡居家護理服務(EACH, the Extended Aged Care at Home)是一個高度照護方案，而EACH-D則是專門為失智症患設計的高度照護方案。該方案中約有84%的照護都是由宗教、公益或是在地照護機構所提供。 機構式照護服務(Residential care services)則提供給居住於機構內的永久居民。多數照護機構由營利及非營利組織持有，而少數則隸屬於州政府或領地政府。	照護計畫涵蓋範圍	長期照護主要以居家照護及社區式照護為主，並多由各地區的護理之家提供服務。 護理之家可以為公營或私營機構。目前照護的趨勢是提供更多社區照護（有時被稱為居家優先Home First）而非機構式照護，但加拿大也還是有一些長期照護機構。
受益範圍	高齡社區照護方案(CACP, Community Aged Care Package)和照護機構，可基於基礎需求計畫標準提供高度照護服務。在2011年，全國照護計畫標準為每1000人名70歲以上長者則可設立達88家的照護機構以及25個社區照護方案。	受益範圍	高齡照護體系的補助，由護理之家決定。 個人評估的結果將決定本身照護受益範圍。值得注意的是，個人受益範圍可能因轄區不同而有差異。
資金來源	機構式照護及社區照護經費為由聯邦政府、州政府、地方政府、被照護者及公益團體所共同籌措，而聯邦政府會負擔其中超過三分之二的老年照護經費。	資金來源	必要的醫療服務資金由整體稅收支付，而部分省份則會另行徵收特定的健康保險費。 ⁹² 然而，病患也可能要繳納部分負擔，金額則會因省份、醫療服務種類或是收入級別而定。
改革初衷未來方針	澳洲聯邦政府在2012年四月宣布高齡照護領域的大規模改革計畫。由於多數民眾偏好盡可能在家中接受高齡照護，因此這項改革的目標為希望將一些在照護機構中所提供的服務，轉移至社區照護中。聯邦政府計畫在2021-2022年時，再多補助64,200個社區照護方案，並額外提供兩種社區照護方案。 這項改革也希望透過建立高齡照護單一窗口及服務串連，提升照護接受者可得的資訊，並讓醫療和高齡照護領域更加整合。其他的改變目標包括：改善居住價格、採用新的檢測方式、標準化照護評估流程，並透過給予翻新或建造新照護設施的機構補貼，進而吸引新的高齡機構投資者。	改革初衷未來方針	加拿大政府依賴多重預算分配控制照護價格。而多數診所則皆由醫師私人營運，並以論件計酬的方式收取費用。各省政府也正在尋求新的醫療給付方式，特別是可將給付和治療成果相互連結的運用方法；除此之外，在醫療照護體系的資金運用上，各省政府也在發展與採行各種可將財務與醫療照護成果連結的方式，而非僅關注於案件量。以長期照護服務而言，不同的費用分攤付款機制已開始在測驗及運用中。另外，也有許多關於全國性藥物治療策略的需求討論。各個政府也在透過公開報告，致力於改善誠信、透明及良性競爭。 ⁹³
中國 94,95		中國 94,95	
現有的高齡長照體系	中國目前並無正式的高齡長照體系。 在缺乏成熟、穩定的社會照護體系之下，居住於偏鄉和具身心障礙的老年人口是特別脆弱的族群。然而，近年來中國對於日漸嚴重的高齡長照問題開始積極處理，並正在著手建立老年人的社會照護體系。	現有的高齡長照體系	中國目前並無正式的高齡長照體系。
照護計畫涵蓋範圍	中國正在建立一套高齡社會照護體系。在十二五規劃中（2011-2015五年計畫）宣布了一個全國性的政策，希望建立「以居家為基礎、社區為依託、機構為補充、醫養相結合的養老服務體系」，以此改善中國的長期照護。	照護計畫涵蓋範圍	在缺乏成熟、穩定的社會照護體系之下，居住於偏鄉和具身心障礙的老年人口是特別脆弱的族群。然而，近年來中國對於日漸嚴重的高齡長照問題開始積極處理，並正在著手建立老年人的社會照護體系。
受益範圍	中國僅有1.8%的老年人口有機會利用機構式的高齡照護服務。中國也沒有完整的社區照護體系來協助居家照護。	受益範圍	中國僅有1.8%的老年人口有機會利用機構式的高齡照護服務。中國也沒有完整的社區照護體系來協助居家照護。
資金來源	目前主要來自民眾直接自費支付。	資金來源	目前主要來自民眾直接自費支付。
改革初衷未來方針	中國預計將擴大其照護網絡，目標在2015年能協助所有都會區、80%鄉鎮及半數偏鄉地區的居家照護。同時也規劃增加超過300萬床的照護機構床位，以容納全國3%的老年人口。	改革初衷未來方針	中國預計將擴大其照護網絡，目標在2015年能協助所有都會區、80%鄉鎮及半數偏鄉地區的居家照護。同時也規劃增加超過300萬床的照護機構床位，以容納全國3%的老年人口。

芬蘭		德國 ^{104,105,106}	
現有的高齡長照體系	芬蘭的長照系統主要依靠政府經費，所有居民皆可使用，並包含從居家到機構式照護的各種照護類型。獲得照護的資格權利是基於病患的居住地。 ⁹⁶	現有的高齡長照體系	德國的長期照護資金來自強制的長期照護保險方案。
照護計畫涵蓋範圍	芬蘭的長期照護包含由鄉鎮市政府等基層政府單位或非政府組織所提供之居家護理、日間照護以及機構式照護。 ⁹⁷	照護計畫涵蓋範圍	長期照護保險方案和強制的公立健康保險（全民健保，Statutory Health Insurance, SHI）各自獨立。該保險計劃為強制參加、適用於所有民眾，並至少需要繳交兩年以上保費。
受益範圍	75歲以上居民可由地方政府進行社福需求評估。照護給付金額則根據照護、協助及看護需求的程度而定。照護使用者也需要負擔部分費用。 ⁹⁸ 負擔比率的管理及裁定則由法律決定。 ⁹⁹	受益範圍	此計畫的給付方式可以用實物給付或現金給付。社會長照險則包含了居家照護及機構式照護。
資金來源	照護經費來源主要來自中央政府的轉移支付以及地方稅收。 ¹⁰⁰	資金來源	長期照護保險費根據收入計算，由薪資中扣除。
改革初衷 未來方針	芬蘭長照體系主要由地方基層政府機構管理。目前該體系正在進行大幅的全面改革，並將對長期照護帶來重大影響。這項2013年實施的改革方案，將要求地方政府降低機構式照護比例、減少照護延誤。此政策的主要影響將會是增加的人力需求。 ¹⁰¹	改革初衷 未來方針	德國的政府體系及私立機構正在建立多層級的模式，希望提供護理及長期照護保險永續的資金來源。這將使病患可以以其可負擔的價格獲得所需的照護服務。
法國		香港	
現有的高齡長照體系	老年人的居家或機構式照護主要由公立健康保險系統和個人照護津貼（Personal Allowance for Autonomy, APA）支應。長照體系的運作則由地方政府部門管理。 ¹⁰²	現有的高齡長照體系	香港的長期照護由中央政府直轄的安老事務委員會負責。 ¹⁰⁷
照護計畫涵蓋範圍	法國的長期照護主要以居家照護（透過Service de Soins Infirmiers à Domicile, SSIAD提供例如：居家健康協助/護理協助、個人衛生及飲食等服務）和機構式照護（主要服務身心障礙及需要照護的老人）。	照護計畫涵蓋範圍	長期照護包含社區照護（日間護理中心、家居照顧服務、住宿暫托服務、離院長者綜合支援計劃）以及政府提供津貼的機構式照顧服務。
受益範圍	居家護理完全由公立健康保險系統支付，機構式照護則分成三部分：醫療費用、住宿費用及照護費用。個人照護津貼（APA）不給付住宿費用，但整體而言，他會平均給付最多達70%的照護服務費用。	受益範圍	長期照護服務由許多不同的計畫及服務機構所提供。大多數65歲以上長者皆有資格接受此服務。
資金來源	長期照護資金來源由公立健康保險、個人津貼方案支付 – 例如個人照護津貼（APA）–（個人化殘疾津貼）和法國國家自主及團結處（Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA）以及其他補充的所得稅額減免。整體長照系統經費由稅收而來。 ¹⁰³	資金來源	香港政府直接（透過非政府組織）或間接（透過社會安全津貼）提供長期照護資金。
改革初衷 未來方針	2013年二月，法國總理公開呼籲醫療照護體系的組織改造。改革目標在於改善照護體系的垂直整合品質，以及根據人口變化調整健康照護制度。進一步政策細節待公布。	改革初衷 未來方針	香港政府的目標為減少機構式照護，並增加居家照護的輔助設施。為了達成此目標，需要考量人員短缺、指派照護管理員、服務機構以及建立品質保證委員會等措施。
日本 ¹⁰⁸		日本 ¹⁰⁸	
現有的高齡長照體系	日本目前已經實施了全民的長照保險（介護保險）。	現有的高齡長照體系	日本目前已經實施了全民的長照保險（介護保險）。
照護計畫涵蓋範圍	日本所有65歲以上的老人皆為公立介護保險的被保險人，而保險則由市町村等行政單位管理。	照護計畫涵蓋範圍	日本所有65歲以上的老人皆為公立介護保險的被保險人，而保險則由市町村等行政單位管理。
受益範圍	老年長期照護所提供的服務包含機構照護、復健、居家協助及日間照護等等。	受益範圍	老年長期照護所提供的服務包含機構照護、復健、居家協助及日間照護等等。
資金來源	介護保險由市町村等行政單位管理，財源來自稅收及保險費。（保險費與收入連動，各個不同地區之保險費可能不同）。所有的照護服務都有10%的部分負擔額（有隨收入調整的負擔上限）。	資金來源	介護保險由市町村等行政單位管理，財源來自稅收及保險費。（保險費與收入連動，各個不同地區之保險費可能不同）。所有的照護服務都有10%的部分負擔額（有隨收入調整的負擔上限）。
改革初衷 未來方針	因為日本的老年人口眾多且持續成長，日本政策的首要目標，乃是為想要在家中、需要長期照護的老年人，建立完整的地區照護體系。做為這項目標的第一步，日本政府目前提供居家協助服務，以及照護住宅。日本政府也積極強化預防治療的重要性，以期降低醫療費用。介護保險也為40歲以上保險人口，提供像是篩檢、衛教、諮詢等預防措施。	改革初衷 未來方針	因為日本的老年人口眾多且持續成長，日本政策的首要目標，乃是為想要在家中、需要長期照護的老年人，建立完整的地區照護體系。做為這項目標的第一步，日本政府目前提供居家協助服務，以及照護住宅。日本政府也積極強化預防治療的重要性，以期降低醫療費用。介護保險也為40歲以上保險人口，提供像是篩檢、衛教、諮詢等預防措施。

荷蘭		新加坡 ^{116,117,118}	
現有的高齡長照體系	荷蘭目前以全國強制性的社會保險制度提供長期照護。 ¹⁰⁹	現有的高齡長照體系	新加坡的高齡長期照護服務主要由「第三部門」的志願社會福利組織 (Voluntary Welfare Organization, VMO) 以及私人照護機構提供。在多種不同的方案中，主要財源還是來自政府。
照護計畫涵蓋範圍	荷蘭長期照護在經過評估之後，費用由地方照護採購機構提供（依照社會支持法 · Social Support Act, WMO ）。私人保險公司也會給付長期照護（根據荷蘭社會保險制度「AMAZ特殊醫療費用支出法」）。 ¹¹⁰	照護計畫涵蓋範圍	新加坡的高齡長期照護種類繁多，包含機構式照護（社區醫院、慢性病醫院、護理之家、住院醫療服務）以及居家及社區式照護（居家醫療、居家護理及居家安寧療護）。
受益範圍	荷蘭的醫療照護體系財源採雙軌制。長期治療由國家控制的強制性保險「特殊醫療費用支出法（AMAZ）」負擔。而其他所有一般（短期）的治療（如家醫科或醫院治療）也有一套與私人保險公司合作的強制納保制度。這些保險公司有義務提供一定的保險醫療方案。18歲以上被保險民眾則必須負擔一定的自行負擔額度（deductible），雖然平常家庭醫師的看診並不列入保險支付額度中（即全額自行負擔）。最重要的是，老年人的社會協助（非醫療的服務）依據社會支持法（WMO）是由地方政府負責。	受益範圍	除了照護服務之外，在國家的殘障保險（ElderShield）下，政府每月固定提供有照護需求的老人固定津貼補助。（給付標準為喪失六大日常生活活動功能中三項以上者）
資金來源	這些制度的資金來自雇主、個人及中央政府稅收。AMAZ大約8%的費用則是由使用者自行付費。 ¹¹¹	資金來源	長期照護經費來自多種儲蓄制度（Medisave, 公辦個人醫療儲蓄專戶制度）、殘障保險（ElderShield），以及醫療保險以支應潛在昂貴的急性醫療及住院費用（主要是MediShield，保費低廉的全國醫療保險）。
改革初衷未來方針	政府的目標是將長期照護的運作改由各地方政府自行運作（由特殊醫療費用支出法AMAZ轉往社會支持法WMO）居家照護已轉由地方政府管理，而日間照護與指導亦會在2013或2014年也轉由地方政府提供。到2013年，復健服務也將會由一般醫療體系來提供。 ¹¹²	改革初衷未來方針	新加坡衛生部已開始關注長期照護，希望能為高齡人口提供具可近性高且高品質的全人照護。 新加坡正在擴大並加強其居家照護及社區照護體系，幫助建立「在地老化(Aging-in-place)」規劃，並透過整合醫療體系提供照護者更多支援協助。政策提案方向包括： <ul style="list-style-type: none">增加提供老人與日間照護中心的整合照護服務。改善照護服務的可近性，如護理及復健服務、失智症管理計畫。
挪威		台灣	
現有的高齡長照體系	挪威的長期照護系統是社福體系的一部分。長期照護的財源及服務提供主要都來自公部門，而實際負責單位則是各地方政府組織。	現有的高齡長照體系	台灣的全民健保（NHI）提供老年人口醫療服務。全民健保也補助疾病篩檢、疾病預防，讓老年人能夠有機會使用醫療照護及社會安全網。
照護計畫涵蓋範圍	挪威的地方政府負責規劃居家照護和機構式照護（正式照護），而這些照護的資金皆來自政府。 居家照護涵蓋各種可以在家中實施、必要的醫療服務。居家照護的方案中，也包含食物的配送或是幫助料理/購買食物、居家清潔服務以及個人衛生協助等服務。	照護計畫涵蓋範圍	目前長期照護由多個機構管理：退輔會、農會、衛生福利部及各縣市長期照護管理中心。目前的體系提供日間照護服務、居家護理、居家及社區復健、喘息照護以及機構式照護服務等。
受益範圍	居家服務大部分都由國家保險制度（National Insurance Scheme, NIS）所給付。NIS的資金來自政府，並且適用於所有挪威居民。 機構式照護的使用者依照他們的收入負擔一部分的使用費。機構式照護主要由護理之家提供，提供內容包括飲食、住宿、看診、物理治療及牙科服務（也包含用藥及其他專科的醫療服務）。	受益範圍	全民健保主要涵蓋、給付公、私立院所提供的醫療服務。根據失能或殘障程度，亦有不同程度的補助。
資金來源	這套制度主要由稅收支應。 ¹¹³	資金來源	長期照護的財源大部分來自中央政府依據《長期照顧服務法》所徵收之稅收。
改革初衷未來方針	挪威政府施行一些政策，讓高齡長期照護更著重於老年居家照護的提供。其中一項政策是於2009年推出、2012年實施的「整合改革計畫（Coordination Reform）」，這個計畫希望能夠降低醫院入院率，尤其是老人與慢性患者。2012年起，地方政府需要負擔所有轉診至醫院的病患的部分醫療費用（包含門診病人及住院病人）。 挪威各界也越來越重視由私人機構所提供的高齡照護服務，挪威許多大城市正邀請私人的照護機構來互相競爭政府的招商案。 ^{113,114,115}	改革初衷未來方針	台灣的「長期照護十年計畫」提供居家照護、社區照護及長期照顧機構服務補助。目前長照體系目標在促進居家照護、增加殘障及依賴性老人做為服務對象。照護機構的補助也將會增加。整體政策推動預計會在2017年正式上路。 ¹¹⁶

英國		美國 126,127,128
現有的高齡長照體系	英國公醫制 (National Health Services, NHS) 針對某些需要長期醫療或專業護理需求之慢性病患提供給付。然而，大部分的長期照護則是由成人社會照護負擔，而給付程度則依個人經濟狀況而定。此外，根據英國政府的補助標準，具有殘疾的患者則可得到政府額外津貼。	現有的高齡長照體系 公立的長期照護由許多不同計畫方案提供，而各州的合規資格及計畫涵蓋範圍各異。參與計畫的資格主要由收入及個人資產而定。
照護計畫涵蓋範圍	成人社會服務：為具排富條款的社會安全制度。 殘障生活津貼：65歲以下殘障人士全面給付。 服務津貼：65歲以上需要照護服務的老人全面給付。	照護計畫涵蓋範圍 醫療補助計畫 (Medicaid)：針對需要照護的低收入老人提供，具有排富條款的社會安全制度。 聯邦醫療保險 (Medicare)：65歲以上需要照護的老人的社會保險。 私人醫療保險：個人自行購買或是在雇主提供的團體保險中的長期照護保險政策。
受益範圍	成人社會服務：居家及機構式照護、現金津貼。總資產低於£23,000英鎊 (約\$30,000美元)者則可免費入住國營的照護機構。 ¹²⁰ 殘障生活津貼：65歲以下殘障人士全面給付。	受益範圍 醫療補助計畫 (Medicaid)：包含居家照護及機構式照護。有些照護為強制性，各州計畫都必須包含；其他種類的照護則由各州選定，因此可能僅有某些州有涵蓋特定服務。 聯邦醫療保險 (Medicare)：提供急性醫療處置後，短期的護理之家或是居家醫療服務。 私人醫療保險：涵蓋的服務隨著所購買的保險條款而異。
資金來源	成人社會服務：透過中央及地方稅務收入。 ¹²¹ 殘障生活津貼：由稅收而來。 服務津貼：由稅收而來。(後兩者需經評估)	資金來源 醫療補助計畫 (Medicaid)：由聯邦政府及州政府共同提供。 聯邦醫療保險 (Medicare)：部分來自所得稅，部分來自聯邦醫療保險費以及其他稅收。 私人醫療保險：由雇主或員工個人負擔(提供稅額上的優惠)。
改革初衷未來方針	2011年，英國照護及協助資金委員會 (the Commission on Funding of Care and Support) 建議將免費入住國營照護機構的門檻由£23,250英鎊 (約\$30,000美元) 提高至£100,000英鎊 (約\$130,000美元)。該委員會也提議設立每人終生照護費用上限£35,000 (約\$45,000美元)。 ^{122, 123, 124} 成人社會服務的資金來源、制度設計及服務提供也正進行改革。英國政府非常希望改革能夠處理目前成人社會服務的問題。2012年五月時，英國女王演說 (the Queen's Speech) 中宣布了英格蘭重整老年及殘障的照護支持系統的法案草案。 ¹²⁵	改革初衷未來方針 美國在過去一段時間，州政府或地方政府陸續推出了醫療照護體系的新方案或是改革政策，來幫助老年人可以得到價格合理的長期照護服務，並增加醫療照護體系的成本效率。 ¹²⁹ 一些新的計畫如美國老人全包式照護計畫 (Program of All-inclusive Care for Elderly, PACE) 已經幫助減少住院天數、延遲住進護理之家等情形。 ^{130, 131} 最近，美國眾議院創立了一個新的委員會，來為現在的長期照護的改革提供建言。這個委員會希望能夠處理三大議題：老年照護的資金來源、照護提供以及照護人力的挑戰。 ¹³²

*Means-tested programs are financial assistance programs available only to people meeting the test of need – based on their income and assets.



Sources

1. WORLD POPULATION TO 2300, *United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division United Nations*, <http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf>, 2004, Accessed 1 October 2012.
2. Wolfgang Lutz, European Demographic Data Sheet 2006; Vienna and Washington, DC: Vienna Institute of Demography, International Institute for Applied Systems Analysis and Population Reference Bureau, 2006, http://www.oewa.ac.at/vid/popeurope/download/European_Demographic_Data_Sheet_2006_A4.pdf, Accessed 25 November 2012
3. U.S. Census Bureau Projections Show a Slower Growing, Older, More Diverse Nation a Half Century from Now, *United States Census Bureau*, <http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/population/cb12-243.html>, Accessed 29 January 2013.
4. S'pore could be 'extremely aged' by 2050: IPS study, *Yahoo Newsroom*, <http://sg.news.yahoo.com/s%E2%80%99pore-could-be-%E2%80%98extremely-aged%E2%80%99-by-2050--ips-study.html>, Accessed 29 January 2013.
5. Rise in China's Aging Poses Challenge to Beijing, *The New York Times*, Global Trends, 10 September 2012, <http://www.nytimes.com/2012/09/11/business/global/rise-in-chinas-aging-poses-challenge-to-beijing.html?pagewanted=all&r=0>, Accessed 5 December 2012.
6. New Bank Report Looks at China's Rural Elderly, *The World Bank*, 9 April 2012, <http://www.worldbank.org/en/news/2012/04/09/new-bank-report-looks-at-china-rural-elderly>, Accessed 16 October 2012.
7. Warning Bell for Developed Countries: Declining Birth Rates, *Forbes Asia Magazine*, May 2012, <http://www.forbes.com/global/2012/0507/current-events-population-declining-birth-rates-lee-kuan-yew.html>, Accessed 17 October 2012.
8. Recipients of long-term care, in Health at a Glance 2011 – OECD Indicators, *OECD Publishing*, 2011, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf>, Accessed 5 October 2012.
9. What is Long-Term Care, *Medicare.gov-The official U.S. Government Site for Medicare*, August 3 2012, <http://www.medicare.gov/longtermcare/static/home.asp>, Accessed 3 October 2012.
10. Aging and quality of life, International Encyclopedia of Rehabilitation, *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)*, <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/296/>, Accessed 10 October 2012.
11. Health Systems: Improving Performance – The World Health Report 2000, *World Health Organization*, 2013, <http://www.who.int/whr/2000/en/>, Accessed 7 November 2012.
12. OECD – The Organization for Economic Cooperation & Development is comprised of 30 member countries. Most are high-income economies with a very high Human Development Index (HDI) and all are regarded as developed countries.
13. Long-Term Care (LTC): Financing Overview and Issues for Congress, *Congressional Research Service*, 1 February 2010, <http://aging.senate.gov/crs/aging27.pdf>, Accessed 13 October 2012.
14. Health at a glance 2011: OECD indicators, *OECD*, 2011, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf>, Accessed 25 October 2012.
15. Sizing Up The Challenge Ahead: Future Demographic Trends and Long-Term Care Costs, *OECD*, May 2011, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884543.pdf>, Accessed 10 December 2012.
16. The Decline of Nursing Homes, *National Care Planning Council*, 28 February 2012, <http://longtermcarelink.wordpress.com/2012/02/28/the declineofnursinghomes/>, Accessed 15 December 2012.
17. A Shift From Nursing Homes to Managed Care at Home, *The New York Times*, 23 February 2012, <http://www.nytimes.com/2012/02/24/nyregion/managed-care-keeps-the-frail-out-of-nursing-homes.html?tntemail0=y>, Accessed 18 November 2012.
18. The Coming Nursing Home Shortage, *The Fiscal Times*, 26 January 2012, <http://www.thefiscaltimes.com/Articles/2012/01/26/The-Coming-Nursing-Home->, AccessedAccShortage.aspx#page1, Accessed 20 November 2012.
19. Long-Term Care Policy: Yesterday, Today and Tomorrow, *Senate Special Committee on Aging Forum*, Robyn I. Stone, Dr PH, December 14, 2011, <http://aging.senate.gov/events/hr241rs.pdf>, Accessed 2 December 2012.
20. Should You Buy Long-Term Care Insurance? Maybe Not, *Forbes*, January 18 2012, <http://www.forbes.com/sites/howardgleckman/2012/01/18/should-you-buy-long-term-care-insurance-maybe-not/>, Accessed 8 December 2012.

21. Sen. Corker: Long-Term Care is "Heading for a National Crisis," *Forbes*, April 18 2012, <http://www.forbes.com/sites/howardgleckman/2012/04/18/sen-corker-long-term-care-is-heading-for-a-national-crisis/>, Accessed 17 November 2012.
22. Preparing for Long-Term Care: Any Good Options?, *Time U.S.*, February 8 2012, <http://www.time.com/time/nation/article/0,8599,2044464,00.html>, Accessed 10 July 2012.
23. Private Long-term Care Insurance: A Niche or a "Big Tent"? , *OECD*, May 2011, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/47884985.pdf>, Accessed 10 July 2012.
24. Value Walks, *KPMG*, 2012.
25. Scaling up, Saving lives – Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers, Global Health Workforce Alliance, *World Health Organization*, 2008, http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf, Accessed 20 November 2012.
26. Documenting the development of geriatric medicine, *American Geriatrics Society*, June 2012, http://www.americangeriatrics.org/files/documents/Adv_Resources/PayReform_fact5.pdf, Accessed 13 November 2012.
27. Future Starts to Age: China's Elderly, *Market Watch*, September 6, 2010, http://articles.marketwatch.com/2010-09-06/general/30706553_1_senior-citizens-nursing-elderly-care, Accessed 1 November 2012.
28. Rise in China's Aging Poses Challenge to Beijing, *The New York Times*, Global Trends, September 10, 2012, <http://www.nytimes.com/2012/09/11/business/global/rise-in-chinas-aging-poses-challenge-to-beijing.html?pagewanted=all&r=0>, Accessed 21 October 2012.
29. OECD Data 2010 – How Does Japan Compare, *OECD*, <http://www.oecd.org/japan/BriefingNoteJAPAN2012.pdf>, Accessed 11 January 2013.
30. Nurses call for cap on aged-care numbers, *WA Today*, April 5, 2010, <http://www.watoday.com.au/national/nurses-call-for-cap-on-agedcare-numbers-20100404-rlu3.html>, Accessed 26 October 2012.
31. The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRIP) Report No 2., Nolan, M. R., Brown, J., Davies, S., Nolan, J. and Keady, J. *Sheffield Hallam University Research Archive*, 2006, http://shura.shu.ac.uk/280/1/PDF_Senses_Framework_Report.pdf, Accessed 17 November 2012.
32. Care and Support Briefing, *Age UK*, <http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Topic%20briefings/Care%20and%20support%20topic%20briefing.pdf?dtrk=true>, Accessed 25 January 2013.
33. Quality of Death Index – Ranking end of life care across the world, *Economist Intelligence Unit*, http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation&page=noads, Accessed 9 January 2013.
34. 'Flying squad' helping seniors at home, *Aged Care Insight*, Oct/Nov 2011, <http://www.agedcareinsite.com.au/pages/section/article.php?idArticle=22224>, Accessed 7 November 2012.
35. Programs of All Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual, *Centre for Medicare and Medicaid Services (CMS)*, June 2011, <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2PACE.pdf>, Accessed 20 December 2012.
36. Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Survey No. 13, *Health Policy Monitor*, 2009, http://www.hpm.org/de/Surveys/JHSPH_-_USA/13/Program_of_All-Inclusive_Care_for_the_Elderly.html, Accessed 1 December 2012.
37. Long-Term Care Pilot Program – Virtual PACE, 2011-2013 Medicaid Efficiencies, *Department of Health Services- State of Wisconsin*, 2011, <http://www.dhs.wisconsin.gov/mareform/virt-pace/VirtPace.pdf>, Accessed 21 October 2012.
38. Wisconsin's Demonstration to Integrate Care for Individuals Dually Eligible for Medicare and Medicaid, Department of Health Services Division of Long Term Care, Draft proposal for public comment, March 2012, <http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/WisconsinProposal.pdf>, Accessed 30 October 2012.
39. Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care Systems, *Social Policy & Administration*, December 2002.
40. Antipsychotic drugs used to treat dementia shorten life, *News Medical*, <http://www.news-medical.net/news/2007/06/05/26086.aspx>, Accessed 18 January 2013.
41. The Village: A Growing Option for Aging in Place, *AARP Public Policy Institute*, March 2010, <http://www.aarp.org/home-garden/housing/info-03-2010/fs177-new.html>, Accessed 23 October 2012.
42. The "Village" Model: A Consumer-Driven Approach for Aging in Place, *The Gerontologist*, 25 August, 2011, <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2011/08/25/geront.gnr083>, Accessed 7 November 2012.
43. It takes a village: Creatively aging in place, *Davison News*, 15 February 2012, <http://davidsonnews.net/fran/2012/02/15/it-takes-a-village-creatively-aging-in-place/>, Accessed 7 November 2012.
44. How We Serve, *Eden Alternative*, <http://www.edenalt.org/>, Accessed 8 November 2012.
45. *Grand-Aides*: The Program, *Grand-Aides*, 2012, <http://www.grand-aides.org/index.php/program>, Accessed 19 November 2012.
46. Patient Hotels – a concept worth further consideration? Baroness Greengross's Patient Hotel Group, June 2012. Provided by Baroness Sally Greengross.
47. *Value walks*, *KPMG*, 2012.
48. Community nurse makes comeback with Buurtzorg, *Go Dutch*, February 11 2011, <http://www.godutch.com/newspaper/index.php?id=1969>, Accessed 29 October 2012.
49. A New Way of Delivering Home Health Care, *University of Minnesota*, November 2011, http://www1.umn.edu/news/features/2012/UR_CONTENT_424638.html, Accessed 27 October 2012.
50. How to Prepare for the Future Long-term Care Workforce? *OECD*, May 2011, <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884930.pdf>, Accessed 17 October 2012.
51. Home Care for Elderly People: Good Practices and Education in European Countries, EQUIP Project 2006-2009, *Turku University of Applied Sciences*, November 2009, <http://julkaisut.turkuamk.fi/lsbn9789522161178.pdf>, Accessed 11 October 2012.
52. Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, *OECD Health Working Papers No. 20*, OECD, May 11 2005, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/34897775.pdf>, Accessed 7 November 2012.
53. What Does the Future Hold for Healthcare IT in Long-Term Care? *Biliani's Health Data*, October 20 2011, http://www.bilianshealthdata.com/news/SiteNews/news_items/2011/October/What_Does_the_Future_Hold_for_Healthcare_IT_in_Long-Term_Care, Accessed 9 November 2012.
54. Long-term care providers use IT to help keep patients safe, *Healthcare IT News*, April 11, 2012, <http://www.healthcareitnews.com/news/long-term-care-providers-use-it-help-keep-patients-safe>, Accessed 13 November 2012.

55. Evaluating telecare and telehealth interventions, WSDAN briefing paper, *The Kings Fund*, 2011, <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Evaluating-telecare-telehealth-interventions-Feb2011.pdf>, Accessed 10 October 2012.
56. What Does the Future Hold for Healthcare IT in Long-Term Care? *Billian's Health Data*, 20 October 2011, http://www.billian'shealthdata.com/news/SiteNews/news_items/2011/October/What_Does_the_Future_Hold_for_Healthcare_IT_in_Long-Term_Care, Accessed 13 October 2012.
57. Long-term care providers use IT to help keep patients safe, *Healthcare IT News*, April 11, 2012, <http://www.healthcareitnews.com/news/long-term-care-providers-use-it-help-keep-patients-safe>, Accessed 27 November 2012.
58. Wearable and implantable wireless sensor network solutions for healthcare monitoring, *Sensors*, 2011, <http://www.mdpi.com/1424-8220/11/6/5561>, Accessed 25 August 2012.
59. Sensors Facilitate Health Monitoring, *Sensors*, April 2011, <http://www.mdpi.com/1424-8220/11/6/5561>, Accessed 8 December 2012.
60. Assistive social robots in elderly care: a review, *Gerontechnology* Vol. 8, No 2, 2009, <http://gerontechnology.info/index.php/journal/article/view/gt.2009.08.02.002.00>, Accessed 9 December 2012.
61. Can robotics replace the family pet? *Aged Carer*, July 2011, <http://www.agedcarer.com.au/blog/emma-hamilton/can-robotics-replace-family-pet>, Accessed 9 December 2012.
62. UMO Platform, *Verklizan: Smart Support for Life*, <http://www.verklizan.com/content/>, Accessed 15 December 2012.
63. Personal health budgets, *The Health Foundation*, September 2010, <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2594/personal%20health%20budgets.pdf?realName=wiYPsk.pdf>, Accessed 10 January 2013.
64. A Healthcare Contract with America (No. 110), *National Center for Policy Analysis*, July 2012, <http://www.ncpa.org/pub/lb110>, Accessed 8 November 2012.
65. Personal healthcare budgets: what can England learn from the Netherlands? *British Medical Journal* 344:e1383, 2012, <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp4488.pdf>, Accessed 9 October 2012.
66. Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, *OECD Health Working Papers* No. 20, *OECD*, May 11 2005, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/34897775.pdf>, Accessed 10 October 2012.
67. Expert guide to direct payments, personal budgets and individual budgets, *CommunityCare*, July 2012, <http://www.communitycare.co.uk/articles/25/07/2012/102669/direct-payments-personal-budgets-and-individual-budgets.htm>, Accessed 13 October 2012.
68. Defusing the demographic "time-bomb" in Germany, *World Health Organisation*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/12-020112/en/index.html>, Accessed 10 January 2013.
69. Can We Get Better Value for Money in Long-Term Care, *OECD*, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/47885662.pdf>, Accessed 21 June 2012.
70. The Changing Demographics of Nursing Home Care: Greater Minority Access... Good News, Bad News, *Center for Medical Advocacy*, Centre for Medicare Advocacy Inc, <http://www.medicareadvocacy.org/2011/08/18/the-changing-demographics-of-nursing-home-care-greater-minority-access%2E%20%A6-good-news-bad-news/>, Accessed 21 June 2012.
71. The Decline of Nursing Homes, *National Care Planning Council*, <http://longtermcarelink.wordpress.com/2012/02/28/thedeclineofnursinghomes/>, Accessed 21 June 2012.
72. Ibid
73. Community Action for Seniors Independence, *United Way – Lower Mainland*, <http://www.uwlm.ca/blog/community-action-seniors-independence>, Accessed 13 January 2013.
74. Ombudsperson details senior care problems, government promises new advocate, *The Tyee*, <http://thetyee.ca/Blogs/TheHook/BC-Politics/2012/02/14/SeniorReport/>, Accessed 15 July 2012.
75. Seniors' Healthy Living: Report on Progress, *Province of British Columbia*, <http://www2.gov.bc.ca/gov/theme.page?id=E2F17E8BD56D50D8D4BAA2892C68960F>, Accessed 16 June 2012.
76. Can We Get Better Value for Money in Long-term Care? *OECD*, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/47885662.pdf>, Accessed 21 June 2012.
77. The Changing Demographics of Nursing Home Care: Greater Minority Access... Good News, Bad News, *Center for Medical Advocacy*, Centre for Medicare Advocacy Inc, <http://www.medicareadvocacy.org/2011/08/18/the-changing-demographics-of-nursing-home-care-greater-minority-access%2E%20%A6-good-news-bad-news/>, Accessed 21 June 2012.
78. Caring for Older Australians: Productivity Commission, Enquiry Report, *Productivity Commission*, <http://www.pc.gov.au/projects/inquiry/aged-care/report>, Accessed 23 June 2012.
79. The Coming Nursing Home Shortage, *The Fiscal Times*, 26 January 2012, <http://www.thefiscaltimes.com/Articles/2012/01/26/The-Coming-Nursing-Home-Shortage.aspx#page1>, Accessed 20 November 2012.
80. Balancing Incentives Program: New Hampshire First to Receive Grant, *Leading Age*, <http://www.leadingage.org/Article.aspx?id=5134>, Accessed 10 May 2012.
81. NJ Program Aims to Keep Seniors out of Nursing Homes, *NJ Spotlight*, <http://www.njspotlight.com/stories/12/0402/2019/>, Accessed 1 June 2012.
82. Global Options (GO) for Long-Term Care, *State of New Jersey Department of Health and Senior Services*, <http://www.nj.gov/health/senior.shtm>, Accessed 28 July 2012.
83. Long-Term Services and Supports: Challenges and Opportunities for States in Difficult Budget Times, *National Governors Association*, <http://www.hilltopinstitute.org/publications/LTSSChallengesandOpportunitiesforStatesindifficultBudgetTimes-December2011.pdf>, Accessed 20 July 2012.
84. Global Budgeting: Promoting Flexible Funding to Support Long-Term Care Choices, *Rutgers Center for State Health Policy*, <http://www.csph.rutgers.edu/Downloads/4710.pdf>, Accessed on June 14, 2012.
85. A National Conversation on Healthy and Positive Ageing, *Prime Minister for Mental Health and Ageing*, [http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/5220AC20AD59A3DCCA2578E70022590E/\\$File/MB094.pdf](http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/5220AC20AD59A3DCCA2578E70022590E/$File/MB094.pdf), Accessed 29 January 2013.
86. Who Uses Dialogue App, *Dialogue App*, <http://www.dialogue-app.com/info/clients>, Accessed 30 January 2013.
87. In the Press: 60 give views at first Our SG conversation, *Our SG Conversation*, <https://www.oursgconversation.sg/in-the-press-60-give-views-at-first-our-sg-conversation/>, Accessed 29 January 2013.
88. Home. *International Longevity Centre Global Alliance*. <http://www.ilc-alliance.org/>. Accessed 18 January 2013.
89. Aged care, *Department of Health and Aging*, Australia, Accessed on May 1, 2012, <http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-agedcare>, Accessed 4 June 2012.
90. National Health Reform: Progress and Delivery, *Australian Government*, September 2011, [http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nhr-progress-delivery/\\$File/National%20Health%20Reform%20Progress%20and%20Delivery.pdf](http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/nhr-progress-delivery/$File/National%20Health%20Reform%20Progress%20and%20Delivery.pdf), Accessed 4 June 2012.

91. International Profiles of Health Care Systems, *The Commonwealth Fund*, 2011, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf, Accessed 3 June 2012
92. Canada Long-term care, 18 May 2011, <http://www.oecd.org/canada/47877490.pdf>, Accessed 25 February, 2013
93. Canada Long-term care, 18 May 2011, <http://www.oecd.org/canada/47877490.pdf>, Accessed 25 February, 2013
94. Millions of Chinese families face elderly care challenge, *India Today*, March 26, 2012, <http://indiatoday.intoday.in/story/china-chinese-families-elderly-care/1/179412.html>, Accessed 10 May 2012.
95. Eai bulletin, East Asian Institute, March 2012, [http://www.eai.nus.edu.sg/EAI%20Bulletin%20\(Mar2012\).pdf](http://www.eai.nus.edu.sg/EAI%20Bulletin%20(Mar2012).pdf), Accessed 5 June 2012.
96. Long-term care in Finland, European Network of Economic Policy Research Institutes, June 2010, Accessed 21 February 2013
97. Finland Long-term care, OECD, 18 May, 2011 <http://www.oecd.org/finland/47877648.pdf>. Accessed 21 February, 2013
98. Finland Long-term care, OECD, 18 May, 2011 <http://www.oecd.org/finland/47877648.pdf>. Accessed 21 February, 2013
99. Long-term care in Finland, European Network of Economic Policy Research Institutes, June 2010, Accessed 21 February 2013
100. Finland Long-term care, OECD, 18 May, 2011 <http://www.oecd.org/finland/47877648.pdf>. Accessed 21 February, 2013
101. Act on Care Services for the Elderly to ensure a high standard of quality nationwide, 27 Dec, 2012, <http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/-/view/1847332#en>, Accessed 21 February, 2013
102. France Long-term care, 18 May, 2011, <http://www.oecd.org/france/47902097.pdf>, Accessed 21 February, 2013
103. Long-term care financing reform Lessons from the U. S and Abroad, February 2010, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Feb/1368_Gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_US_abroad.pdf, Accessed 23 February, 2013
104. International Profiles of Health Care Systems, *The Commonwealth Fund*, 2010, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf, Accessed 3 June 2012.
105. Germany's Long Term Care Insurance System, CARP, October 2011, <http://www.carp.ca/2011/10/21/germany-s-long-term-care-insurance-system/>, Accessed 3 June 2012.
106. International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, 2011, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf, Accessed 5 June 2012.
107. Healthcare Reform Series Canada, <http://www.examiner.com/article/health-care-reform-series-the-canadian-health-care-system>, Accessed 25 February, 2013
108. International Profiles of Health Care Systems, 2011, The Commonwealth Fund, November 2011, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf, Accessed 3 June 2012
109. Netherlands Long-term care, 18 May, 2011, <http://www.oecd.org/netherlands/47877903.pdf>, Accessed 21 February, 2013
110. Long-term care in the Netherlands and the role of CIZ, http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/presentaties/Presentatie_Engels_2012.pdf, Accessed 21 February, 2013
111. Netherlands Long-term care, 18 May, 2011, <http://www.oecd.org/netherlands/47877903.pdf>, Accessed 21 February, 2013
112. Healthcare reform and long-term care in the Netherlands, 11 Jan 2013 <http://www.oecd.org/eco/reform/2013-2.pdf>, Accessed 21 February, 2013
113. 21st, *Nordic Congress Of Gerontology*, Dilemmas in Ageing Societies, Abstracts and Program, June 2012, http://www.21nkg.dk/program/NKG_2012_low.pdf, Accessed 4 February 2013
114. Pensions, Health Care and Long-term Care, *asisp Annual Report Norway*, May 2012, http://www.socialprotection.eu/files_db/1273/asisp_ANR12_NORWAY.pdf, Accessed 4 February 2013
115. The Economics of Long-Term Care, CESifo, *Venice Summer Institute* 2012, http://www.cesifo-group.de/portal/page/portal/CFP_CONF/CFP_CONF_VSI/VSI%202012/vsi12-ltc-Cremer/Papers/vsi12-cbm_oeien.pdf, Accessed 4 February 2013
116. Singapore Healthcare System, *Ministry of Health Singapore*, http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system.html, Accessed 8 May 2012.
117. Long-term care for the aged in developed Asia; takeaways for developing Asia?, *Asian Trends*, November 23, 2011, <http://www.asiantrendsmonitoring.com/2011/11/23/long-term-care-for-the-aged-in-developed-asia-takeaways-for-developing-asia/>, Accessed 10 June 2012.
118. Insufficient care given to the elderly and chronically ill in Singapore, *Sgpolitics*, April 27, 2012, <http://www.sgpolitics.net/?p=7535>, Accessed 10 May 2012.
119. Long term care policy and practice in Taiwan, <http://asiaforum.tsaofoundation.org/pdfDownloads/Day2/D2%20Plenary/Plenary%202/Long%20Term%20Care%20Policy%20in%20Taiwan%20-Shiao%20Chi%20Wu.pdf>, Accessed 21 February, 2013
120. International Profiles of Health Care Systems, 2011, *The Commonwealth Fund*, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf, Accessed 15 June 2012.
121. Ibid
122. Highlights from Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, *OECD Publishing*, 2011, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/47908664.pdf>, Accessed 16 June 2012.
123. Elderly care: politicians urged to 'pull their heads out of the sand', *The Telegraph*, April 17, 2012, <http://www.telegraph.co.uk/health/elderhealth/9230997/Elderly-care-politicians-urged-to-pull-their-heads-out-of-the-sand.html>, Accessed 21 April 2012.
124. Average conversion rate for 2011, GBP1 = US\$1.60436, *Oanda.com*, Accessed 9 May 2012.
125. Queen's speech 2012: Draft bill on social care announced, *BBC News*, May 2012, <http://www.bbc.co.uk/news/health-18003629>, Accessed 17 July 2012.
126. International Profiles of Health Care Systems, 2011, *The Commonwealth Fund*, http://www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf, Accessed 10 May 2012.
127. Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, *OECD*, 2005, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/34897775.pdf>, Accessed 27 April 2012.
128. Make Long-Term Care Insurance Part Of Health Care, *Forbes*, April 11, 2012, <http://www.nytimes.com/2012/02/24/nyregion/managed-care-keeps-the-frail-out-of-nursing-homes.html?pagewanted=all&r=1>, Accessed 11 June 2012.
129. Ibid
130. Managed care keeping the frail out of nursing homes, *New York Times*, <http://www.nytimes.com/2012/02/24/nyregion/managed-care-keeps-the-frail-out-of-nursing-homes.html?pagewanted=all&r=1>, 2012. Accessed 1 June 2012.
131. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), *Medicaid website*, <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Long-Term-Services-and-Support/Integrating-Care/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE/Program-of-All-Inclusive-Care-for-the-Elderly-PACE.html>, Accessed 14 June 2012.
132. What Ever Happened to the Long-Term Care Commission, *Forbes*, February 2013, <http://www.forbes.com/sites/howardgleckman/2013/02/25/what-ever-happened-to-the-long-term-care-commission/>, Accessed February 2013.

Acknowledgments

Interviewees

As part of the research for this paper, KPMG interviewed experts within the aged care sector from across the world, including thought leaders, professionals and practitioners. The time and insights of these individuals are greatly appreciated.

Australia

Paul Gregersen
BUPA Care Services
Managing Director

Dr. Stephen Judd
HammondCare
Chief Executive Officer

Steve Teulan
UnitingCare Ageing
Director

Brazil

Dr. Alexandre Kalache
International Longevity Centre –
Brazil President

Canada

Dr. Dennis Kodner
The King's Fund
International Visiting Fellow

Dr. Janet E. McElhaney
Health Sciences North and Advanced
Medical Research Institute of Canada
HSN Volunteer Association Chair in
Geriatric Research and Medical Lead for
Seniors Care

Scott McLeod
Central West Local Health Integration
Network
Chief Executive Officer

China

Ninie Wang
Pinetree Senior Care Services
Founder and Chief Executive Officer

Finland

Dr. Harriet Finne-Soveri
National Institute for Health and Welfare
Chief of the Ageing and Services Unit

Juhani Lehto

University of Tampere
Professor of Social and Health Policy

France

Gilles Duthil
Silver Life Institute
President

Germany

Michael Plazek
Public Governance Institute, Germany
Research Associate

Hong Kong

Patrick Cheung
Jade Club
Founder and Chief Executive Officer

Dr. Edward Leung

Hong Kong Association of Gerontology
President

Japan

John Creighton Campbell
Institute of Gerontology, Tokyo University
Visiting Research Associate

Toshiaki Hashimoto

Message Co. Ltd.
Chairman and Chief Executive Officer

Shozo Ikeda

Ryukoku University
Emeritus Professor

Shigeru Tanaka

Graduate School of Business
Administration,
Keio University
Professor and Associate Dean

Osamu Utsunomiya

Health and Welfare Bureau for the Elderly,
Ministry of Health, Labor and Welfare
Director, Ageing and Health Division

Netherlands

Jos de Blok
Buurtzorg Nederland
Founder and Managing Director

Gabrielle Davits
Foundation for Regional Healthcare (SVRZ)
Chief Executive Officer

Dr. Joris Slaets

Groningen University
Professor

Norway

Jon Magnussen
Norwegian University of Science and
Technology
Professor of Health Economics and Head
of the Department of Public Health and
General Practice

Singapore

Janice Chia
Ageing Asia Pte. Ltd
Managing Director

Dr. Gerald C H Koh
Saw Swee Hock School of Public Health
Associate Professor & Director of
Undergraduate Medical Education

Dr. Mary Ann Tsao
Tsao Foundation
President and Founding Director

Yeoh Lam Keong
Institute of Policy Studies & Economics
Society of Singapore
Senior Adjunct Fellow & Vice President

Taiwan

Dr. Chung-Fu Lan
National Yang-Ming University
Honorary Professor



United Kingdom

Dr. Clive Bowman

Bupa Care Services
Medical Director

Ali Crossley

McCarthy and Stone
Executive Director

Carolyn Denne

Social Care Institute for Excellence,
London
Head of Service Quality

Baroness Sally Greengross

Equality and Human Rights Commission
Commissioner

Peter Hay

Birmingham City Council
Strategic Director, Adults and
Communities

Richard Humphries

The King's Fund
Senior Fellow

Ruthe Isden

Age UK
Public Services Program Manager

Dr. David Oliver

National Clinical Director for Older People
Department of Health

Lord Chai Patel

Court Cavendish
Chairman

Jeremy Porteus

Housing Learning and Improvement
Network
Director

United Nations

Manfred Huber

United Nations Agency
Aging Policy Specialist

US

Michael Adams

Services and Advocacy for GLBT Elders
(SAGE)
Executive Director

Eric Dishman

Intel Corporation
Intel Fellow and General Manager of
Health Strategy and Solutions

Dr. Ruth Finkelstein

New York Academy of Medicine
Senior Vice President for Policy and
Planning

Dr. Arthur Garson, Jr.

The Grand-Aides Foundation
Chairman

Donna Green

The Grand-Aides Foundation
Chief Executive Officer

Lillian Barrios-Paoli

New York City Department for the Ageing
Commissioner

Bobbie Sackman

Council of Senior Centers and Services of
New York City
Director of Public Policy

Project team

This paper would not have been possible without the input and support of the following people:

Core project team

Dr. Loke Wai Chiong
Nigel Edwards
Piumi Abeywardana

Research

Tanvi Arora
Gaurav Narang

Interviewers

Ruth Lewis
Beatrice Brooke
Andrea Cohen
Emmeline Kunst
Sachiko Wada
Noriyasu Furuya
Dominic Carrell
Anne Fitzpatrick

Expert panel

David Hansell
Kathy Ostin
Keiichi Ohwari
Marc Berg
Nancy Valley

Overall project support

Gerald Crowell
Jan De Boer
Eric Tsao
Janet Davidson
Jet Wiechers
Benoit Pericard
Dr. Sören T. Eichhorst

KPMG安侯建業健康照護產業服務團隊



健康照護產業服務團隊共同主持人
蘇嘉瑞 醫師暨資深律師

E : jarrets@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15942



健康照護產業服務團隊共同主持會計師
寇惠植 執業會計師

E : akou@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01652



KPMG安侯企管
曹坤榮 執行董事暨顧問部營運長

E : erictsao@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02272



KPMG安侯企管
陳文正 執行副總經理

E : stevenchen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02819



安侯法律事務所
卓家立 主持律師兼所長

E : jerrycho@kpmg.com.tw
T : (02) 2728 9696 ext. 14688



KPMG安侯建業
葉維惇 稅務投資部執業會計師

E : wye@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02281

KPMG安侯建業健康照護產業服務團隊成員

張芷 稅務部營運長

E : schang1@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 04590

黃柏淑 執業會計師

E : stellahuang@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01901

尹元聖 執業會計師

E : jasonyin@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 11139

吳惠蘭 執業會計師

E : celiawu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 04733

呂莉莉 執業會計師

E : llu1@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02248

周寶蓮 執業會計師

E : schou@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02195

連淑凌 執業會計師

E : lillianlien@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03591

趙敏如 執業會計師

E : cchao@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 07041

許育峰 執業會計師

E : dhsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 00532

許振隆 執業會計師

E : vincenthsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 05610

許淑敏 執業會計師

E : swimminghsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03592

郭欣頤 執業會計師

E : sinneykuo@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 05355

陳彥富 執業會計師

E : byronchen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 02909

陳盈如 執業會計師

E : celiachen@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03603

陳眉芳 執業會計師

E : mchen1@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 03558

曾渼鈺 執業會計師

E : etseng@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 01323

王佩如 會計師

E : peggywang@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 10763

游雅絜 會計師

E : ryu17@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 14139

葉建郎 副總經理

E : aaronyeh@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 06767

許志昌 協理

E : tommyhsu@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15077

孫碧月 協理

E : helenasun@kpmg.com.tw
T : (02) 8101 6666 ext. 15277

連絡我們

台北所

台北市11049
信義路五段7號68樓 (台北101金融大樓)
電話 : (02) 8101 6666
傳真 : (02) 8101 6667

Contact us

Taipei Office

68F, TAIPEI 101 TOWER,
No.7, Sec. 5, Xinyi Road,
Taipei City 11049, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (2) 8101 6666
F : +886 (2) 8101 6667

新竹分所

新竹市30078科學工業園區
展業一路11號
電話 : (03) 579 9955
傳真 : (03) 563 2277

Hsinchu Office

No.11, Prosperity Road I,
Hsinchu Science Park,
Hsinchu City 30078, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (3) 579 9955
F : +886 (3) 563 2277

台中分所

台中市40758西屯區
文心路二段201號7樓
電話 : (04) 2415 9168
傳真 : (04) 2259 0196

Taichung Office

7F, No.201, Sec. 2,
Wenxin Road,
Taichung 40758, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (4) 2415 9168
F : +886 (4) 2259 0196

台南分所

臺南市70054中西區
民生路二段279號16樓
電話 : (06) 211 9988
傳真 : (06) 229 3326

Tainan Office

16F, No.279, Sec. 2,
Minsheng Road,
Tainan 70054, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (6) 211 9988
F : +886 (6) 229 3326

南部科學工業園區

臺南市74147科學園區
南科二路12號F304
電話 : (06) 505 1166
傳真 : (06) 505 1177

Tainan Science Park Office

F304, No.12, Nanke 2nd Road,
Southern Taiwan Science Park,
Tainan 74147, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (6) 505 1166
F : +886 (6) 505 1177

高雄分所

高雄市80147前金區
中正四路211號12樓之6
電話 : (07) 213 0888
傳真 : (07) 271 3721

Kaohsiung Office

12F-6, No.211,
Zhongzheng 4th Road,
Kaohsiung 80147, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (7) 213 0888
F : +886 (7) 271 3721

屏東農業生物科技園區

屏東縣90846長治鄉
農科路23號3樓之8 (天明豐和館)
電話 : (08) 762 3331

Pingtung Agricultural Biotechnology Park Office

3F-8, Timing Fortune Mall,
No.23, Nongke Rd., Changzhi Township,
Pingtung County 90846, Taiwan, R.O.C.
T : +886 (8) 762 3331

kpmg.com/tw



KPMG App



The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after thorough examination of the particular situation.

©2018 KPMG, a Taiwan partnership and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved. Printed in Taiwan.

The KPMG name, logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.

LINE@生活圈

立即加入，一手掌握
專家觀點及產業消息



@kpmgtaiwan