

# 長期照護需求與社會救助系統間的競合關係

陳正芬  
王正

## 壹、前言

我國近年來社會層面不斷的進步，生活水準接著也相對提高。同時，醫療衛生技術等的高度提昇，使國民平均壽命延長，導致人口年齡結構產生重大變化。老年人口大幅擴張，於民國一九九三年底達到聯合國所訂之高齡化社會標準。一九九〇至二〇三六年間，六十五歲以上的老年人口，平均每年成長五·五%。足以見得，未來四十年人口將飛速地老化。隨著老年人口的快速增長，目前我國有一九〇多萬六十五歲以上老人。依據吳淑瓊等（一九九六）所做的推估，目前我國居住在社區中的六十五歲以上老人，因日常生活活動（洗澡、穿衣、上廁所、上下床或進食等活動）障礙，而需要長期照護的老人約十三萬人。如果，再加上因工具性日常生活障礙（準備實務、洗衣、購物、做輕鬆家事、理財、外出行動、或遵醫囑服藥等活動），需要照護人數提升為二十八萬人。再累加認知功能障礙者，則需要照護人數更多達三十四萬人。在未來三十六年

間，長期照護需要將成長為原來的三倍。前述照護需求人數的推估，係指居住在社區中居家老人的需要。如再加入，已經住進護理之家或養護機構者，則我國需要長期照護人數將遠超過此一數字。

由上述的分析可知，我國長期照護問題，已是日趨嚴重的社會壓力。我們必須加以及早關注瞭解，以便未雨綢繆有所因應。回顧先進國家對於長期照護政策因應之財務策略，初期多是透過「社會救助」政策，予以消極回應。亦即，由家庭及個人承擔主要的照顧責任。但隨著人口老化速度及照護需求的遽增，政府部門不得不對逐年快速擴增的「社會救助」範疇予以回應。而每個國家對於長期照護需求回應的策略與干預範圍，又與該國家之意識型態，及與社會安全體系樣貌存在密切相關。本文將回顧老化速度較快的先進國家，如何因應長期照護需求的策略，及與社會救助系統間的競合關係。進而透過財務上分析，說明我國社會安全體系如何回應長期照護需求之策略，並據以提出相關政策建議。

## 貳、他山之石

回顧先進國家對於長期照護政策干預的途徑與範圍，發現其與人口老化程度及老化速度有密切相關。在一九五〇年代以前，由於人口結構尚未呈現老化的趨勢，世界各國有關長期照護政策，多奉行選擇主義(selectivism)。換言之，照顧失能老人被視為是家庭的責任，政府只有在經濟貧困或家庭照護資源缺乏的情況下，才經由資產調查方式，以「社會救助」系統提供照護資源。且給付形式，偏屬實物給付(in kind)，而非現金給付(in cash)(OECD, 1996)。若家庭無法擔負起照顧責任時，則付費到市場購買服務，或向志願慈善組織尋求協助。相對國家角色而言，家庭、商業部門及志願部門，在長期照護的供給上扮演較為關鍵的角色，政府部門則往往僅擔負著殘補式的角色。

但在一九五〇年以後，OECD國家經歷一個前所未有的人口結構轉變。老人人口比例從少於十%，急速攀升至二十%以上。人口快速老化促使人口結構呈現倒金字塔高齡化之現象。而又因老人慢性病及日常生活功能障礙的盛行率，較其他年齡層者為高，造成照護費用快速上升。針對照護需求的急遽擴增，英國健康與社會安全部(the Department of Health and Social Security, DHSS)於一九八〇年代早期，放寬資產調查標準，使中低收入戶老人很容易可以獲得社會救助體系的各項補助而住進機構，造成當時私立老人之家與護理

之家(sheltered and nursing homes)快速成長(Means & Smith, 1994；吳淑瓊，一九九八)。就此而言，機構式的照顧模式與財源，大部分經由社會救助體系支應，有某種程度的關聯(例如美國的Medicaid program負擔長期照護的主要費用)。

德國需要機構式照護者，多數選擇護理之家。以簽約方式，由利用者的年金中自行負擔照護費用。惟因，照護費用上漲速度遠比年金金額的增加為多，且其差距愈來愈大。致使當時德西地區有八〇%，德東地區是一〇〇%的機構住民，其費用的一部分甚至全部，需要依賴「社會救助」的支援。因此，德國的社會救助費用年年增加，其中約三分之一被用於照護費用方面的補助；以一九九二年為例，社會救助支出總額四二六億馬克中，有三四·五%即一四七億馬克用於照護救助上(吳凱勳，一九九七)。又如加拿大聯邦政府早期回應照護需求的策略，主要以一九九六年的加拿大救助方案(Canada Assistance Program)，給付給不被健保納入的服務項目。如此做法，不但附有資產調查的排富條款，給付項目由地方政府自行決定(Deber & Williams, 1995)。由上述分析可知，在長期照護服務需求急遽擴增的壓力下，個人或家庭無法負擔時，早期政府採取的因應策略，多是選擇有「資產調查」程序的社會救助體系。

但當長期照護需求不斷急遽擴增，「社會救助」體系無法持續扮演承接的角色時，許多國家不得不針對人口老化速度產生的問題採取重大改革。例如，英國政府於一九八九年十一月發表之長期照

護白皮書(White Paper)，及其於一九九〇年通過之「國民保健服務與社區照顧法案」(National Health Service and Community Care Act)，其立法改革重點之一即是將長期照護財務責任從中央政府轉至地方政府。中央政府自一九九三年四月起，不再依據照顧提供量補助地方政府，而依據地區人口與社會特質，以定額補助(Block Grants)方式補助地方政府，同時財政赤字則需地方政府自行吸納，目的是希望由地方政府扮演長期照護管理者之角色，並發展照顧管理系統，監督機構式照護的使用。如此，一方面期望降低中央財政壓力，另一方面則是希望由地方政府因應，發展各地適切民眾需求及省錢的服務策略(吳淑瓊，一九九八)。即使是福利國家典

範代表的瑞典，也在需要服務人口成長速度過快，以及經濟不景氣等因素促使下，自一九九二年開始將所有老人長期照護服務提供的責任，完全轉向地方自治區。自治區所需的照顧經費，由中央依人口與地區的特質，提供概括性預算，讓自治區依地區老人需要，提供適切的服務，並在概括性預算下會量入為出，以最經濟的方式提供服務。因此，改革後一年，瑞典醫院超長住院的使用率下降五十%，機構式服務也出現下降的趨勢(OECD,1996)。

以醫療保險及社會救助體系支付長期照護費用的國家，如德國，在舊有制度無法承接長期照護財務風險的壓力下，開始針對長期照護議題提出各種政策方案選項。其中包括：維持由社會救助體系提供照護之現狀、將資產調查轉變為普及式給付、將財務責任轉

給聯邦政府之稅賦移轉方案、鼓勵人民購買私人保險之方案、擴張原有的健康保險系統、以及增設第五種保險(長期照護保險)。最後在考量政府財政、民眾需求、民間保險等眾多因素下，德國政府於一九九二提出長期照護保險方案，並於一九九四年正式立法通過成爲第五種保險(吳淑瓊，一九九八；OECD,1996；葉秀珍，一九九九)。

檢視OECD國家之長期照護政策的發展軌跡，當該社會的長期照護需求隨人口老化速度初步擴增階段，多數政府部門初期會採取由現有的社會安全體系承接(特別是社會救助體系)照護需求。例如，英國於一九八〇年代擴大資產調查的限制條件；同時，德國的社會救助體系明顯因承接長期照護需求而導致其財務壓力不斷上升。但當現有體系的承接能力，無法跟上照護需求上漲的速度後，這股壓力即會轉換成爲督促政府部門，擬定新的長期照護財務政策的方案。例如英國及瑞典政府開始將長期照護政策的主導權下放到地方政府。由地方政府同時掌控長期照護政策及社會救助政策的財務機制，鼓勵地方政府彈性運用經費與財源，將有限的資源做最有效的分配與使用。而素來以社會保險回應社會需求的德國，則在原有的社會安全體系下增設長期照護保險，積極舒緩「社會救助」體系之財務壓力。經由上述國家長期照護政策，與社會救助政策發展路徑的背景分析，接著本文將針對系統間的競合關係提出討論。

## 參、長期照護與社會救助財務間的競合關係

(一)因應長期照護需求擴大之社會救助系統

從上述世界主要國家對於長期照護財務政策的轉變觀之；人口老化速度及長期照護需求的擴大，乃是決定國家介入角色的關鍵因素之一。我國自一九九三年邁入高齡化社會以來，政府近年陸續推動多項與長期照護相關的重大計劃，包括老人福利法的修訂、行政院「老人安養服務方案」（實施期程從民國八十八年至九十年）、內政部社會司推動之「福利社區化」實施方案、衛生署制訂的「長期照護三年計畫」、「建立醫療網第三期計畫」、「醫療發展基金申請作業要點」，乃至行政院社會福利小組通過為期三年的「建構長期照護體系先導計劃」，在在都顯示政府部門對人口老化所衍生的長期照護問題之重視程度。

財務上，檢視上述計畫的推動，本文彙整政府部門在此期間投入長期照護資源發展的經費。發現在衛生體系下為配合「老人長期照護三年計畫」的推動，各級政府總共投入十億元左右預算，其中七億三千一百萬元用於普及機構式照護設施，而充實社區化照護設施和建立整合性服務網絡（如各縣市開辦長期照護管理示範中心）等兩項業務也各分得八千六百萬元的經費（行政院衛生署，一九九八）。對照檢視內政部社會司老人福利科，一九九九年與長期照護

相關之預算額度，長期照護佔老人福利預算比例高達七四·一%。其中，各項居家式及社區服務在一九九五年後陸續推展，包括居家服務、日間托老、營養送餐服務、緊急通報系統等；尤其居家服務預算甚至呈現巨幅成長的趨勢（如從八五年度的一萬七千元擴增為八九年度二十一萬四千三百三十八千元）（吳淑瓊、陳正芬，二〇〇〇）。

但值得注意的是，上述多項與長期照護相關之重大政策之中，包括老人安養服務方案、福利社區化、長期照護三年計畫及醫療發展基金的補助等，屬於供給面的政策。其發展重點多強調，對於服務供給者的補助，擴大長期照護服務提供量，包括社政體系及衛政體系兩方面。但檢視其對於長期照護服務使用者之補助辦法，社政部門近年來發展的老人照顧政策，其作法雖參考先進國家之發展經驗，推動多項社區式及居家式服務方案。惟其服務對象，大多侷限於弱勢的中低收入戶。檢視歷年來內政部老人福利服務預算，及「內政部推展社會福利服務補助經費申請項目及基準」中對於服務接受者的規定，幾乎所有非機構式的服務，例如緊急救援連線系統、改善住宅設施設備、居家服務、送餐服務等，皆是以服務接受者的經濟條件為判定標準（表一及表二）。顯示，社政體系之長期照護政策乃是採取「選擇主義」(selectivism)，透過救助體系所提供的照護資源，完全集中於「中低收入戶」。其餘經濟條件高於中低收入標準者，需自行擔負大多數的長期照護財務責任。

表一 內政部推展長期照護經費—選擇式或普及式服務：85-89 年度

項目	年度	88 下半年	88 年度	87 年度	86 年度	85 年度
	及 89 年度	預算數	預算數	預算數	預算數	預算數
<b>壹、選擇式服務</b>						
1.辦理老人居家服務方案		321,507	94,338	94,338	30,000	17,000
2.改善中低收入老人住宅環境		150,000	100,000	100,000	200,000	310,000
3.辦理中低收入老人重病住院看護補助 及中低收入特別照顧津貼		424,230	123,292	119,292	139,000	139,000
4.加強辦理老人營養餐飲服務		25,000	15,000	65,000	8,000	8,000
5.辦理中低收入老人重病醫療補助		—	70,000	70,000	91,211	88,229
6.辦理日間照顧方案		399,279	266,186	266,186	180,000	250,000
7.辦理老人保護方案		105,000	70,000	12,000	10,000	8,123
合 計		14,25,016	738,816	726,816	658,211	820,352
		(59.41%)	(56.59%)	(57.79%)	(54.93%)	(55.12%)
<b>貳、普及式服務</b>						
1.改善安養機構及設施設備		208,500	139,000	143,000	150,000	250,000
2.增設老人養護長期照顧改善設施設備		480,005	257,808	217,808	220,000	218,000
3.提升安養養護長期照顧設施服務品質		285,000	170,000	170,000	170,000	200,000
合 計		973,505	566,808	530,808	540,000	668,000
		(40.59%)	(43.41%)	(42.21%)	(45.07%)	(44.88%)
<b>總 計</b>		<b>2398521</b>	<b>1,305,624</b>	<b>1,257,624</b>	<b>1,198,211</b>	<b>1,488,352</b>

資料來源：整理自內政部 85-89 年預算。

表二 福利服務相關長期照護之補助項目與標準

補助項目	補助對象	補助標準 (元)
養護型日間照顧	低收入戶老人	5,000 (每人/月)
	中低收入戶老人	3,000 (每人/月)
老人營養餐飲服務	低收入戶老人	50 (每人/餐)
	中低收入戶老人	50 (每人/餐)
老人居家服務	低收入戶老人	3,600 (每人/月)
	中低收入戶老人	2,510 (每人/月)
中低收入老人重病住院看護費	低收入戶老人	1,500 (每人/日)
		180,000 (每人/年)
	中低收入戶老人	750 (每人/日)
		90,000 (每人/年)
中低收入老人特別照顧津貼	中低收入老人	5,000 (每人/月)

資料來源：整理自內政部社會司 (1999)，內政部八十八年推展社會服務補助經費申請項目及基準。

透過我國「社會救助」體系所提供的照顧，往往強調資產調查形式。使得多項長期照護服務接受者，以弱勢的中低收入戶為限，非以長期照護需求的檢定，作為服務提供的標準。此種結果，導致僅有低收入戶可以進入社會救助體制獲得照護服務，其他非低收入戶民眾僅能透過個人儲蓄或是依賴家庭在市場中購買服務。但依據行政院主計處提出的台灣地區家庭收支調查結果（一九九八）：目前平均每戶可支配所得約為八十七萬，消費支出約為六十四萬元，儲蓄金額約為二十二萬元左右。若家中有一需長期照護之老人，依據鄭文輝（一九九五）（註一）對老人扶療養機構收費標準之研究結果，老人自費安養費用每人每月平均三萬元左右。其一年所需費用遠超過家戶的儲蓄金額，且佔家戶消費支出五十%以上，顯示長期照護的重擔非一般家戶所能承擔。此種現象，換言之，亦即所謂照護財貨資源配置的市場失靈（market failure），必須有某種形式的財務支持系統加以補救。

#### (二) 社會救助政策與身心障礙政策間之銜合關係

社政部門透過資產調查形式，嚴格限制長期照護服務補助接受者人數的成長。同時，長期照護的財務重擔又非一般家戶所能承擔時。如此，長期照護需求無法獲得滿足或支持情況下，民眾需求開始朝向不同方向尋求支持，亦即產生所謂的氣球理論現象。例如，許多家屬開始為失能老人，申請身心障礙鑑定以獲得服務給付。此乃由於我國身心障礙政策之社區式及居家式服務內容，與中低收入

戶老人所獲得者相同。失能老人若無法通過「資產調查」程序獲得服務給付，則可能透過身心障礙鑑定，經由「需要檢測」(needs test) 獲得服務給付。再檢視「身心障礙者生活托育養護費用補助辦法」內之相關規定，政府補助身心障礙者進住機構費用，補助標準如下：(一) 列冊低收入戶全額補助；(二) 家庭總收入平均未達當年度每人每月最低生活費二倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出者補助四分之三；(三) 家庭總收入平均在當年度每人每月最低生活費二倍以上未達三倍，或未達臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍者補助二分之一；(四) 家庭總收入平均在當年度每人每月最低生活費三倍以上未達四倍，或超過臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍以上者補助四分之一；(五) 家庭總收入平均在當年度每人每月最低生活費標準四倍以上者不予補助。若以第三類及第四類補助標準換算為現金，則領有身心障礙手冊的老人進住機構可獲得一萬五千元或七千五百元左右。此補助水準遠超過於政府對中低收入戶老人，及身心障礙者之居家服務給付標準。此種現象似乎有違「就地老化」目標的達成。顯然的，補助財源不同將影響到民眾對照護模式的選擇。

檢視八十八年六十五歲以上身心障礙者申請補助概況。發現目前依身心障礙者保護法領有身心障礙手冊，並達身心障礙者生活托育養護費用補助辦法補助標準者共三五四、六五〇人。其中，領取生活補助者共三四六、九五三人，餘七、六九七人為領取托育養護

補助。而身心障礙者六十五歲以上老人共二二二、二四七人，其中接受生活補助者約九六、二三〇人（內政部統計處等，二〇〇一）。對照近年來身心障礙人數急遽增加的情況，八十九年六月底身心障礙者六九二、六一八人，較上年同期增加十二·五%。平均每百人有三·一人為身心障礙者；其中，肢體障礙者比例最高，約二九·九、六一五人占四三·三%最多，聽覺或平衡機能障礙者佔第二位，約七三、九〇六占一〇·七%（內政部統計通報資料，二〇〇〇）。而據中華民國殘障聯盟分析，各障礙類別及其人數增長情況，身體功能障礙老人申請身心障礙項目，正以肢體障礙及聽覺障礙為主。

檢討我國長期照護服務提供模式，各項長期照護服務之提供是以「資產檢測」為服務給付條件，導致各項服務過度集中於中低收入戶。也正因居家式及社區式服務之經濟條件限制，服務需求者為減輕長期照護服務使用之財務障礙，有轉向以身心障礙身分申請服務之現象（產生「社會救助」與「身心障礙福利」之間資源分配的競合關係）。其主要原因，乃因為身心障礙者機構補助費用，遠高於居家式及社區式服務補助標準。且領有身心障礙手冊的失能老人進住機構時，並未設定失能狀況與機構式照顧（密集照顧）相關的評估標準。現行服務模式是否誘導一般民眾，以身心障礙身分申請機構式服務？其是否造成失能老人及其家屬使用機構照顧之政策陷阱？則是我國因應未來長期照護需求，必須對社會安全體系系統

間，資源分配的平衡加以注意。

### (三) 社會救助與醫療保險之競合關係

除了長期照護需求與身心障礙政策發生競合關係外，其競合關係亦出現於全民健康保險的給付方面。依據吳肖琪等（一九九八）對全民健保實施後，急性病床住院病患超長住院情形之分析。發現，若以住院超過三十日定義為超長住院，則超長住院病患的比率為四·〇%，超長住院人日佔總住院院人日二十四·四%。而超長住院利用最嚴重者為精神科、復健科與放射線科等專科病患，多屬於慢性疾病；此與北市六家市立綜合醫院之調查（陳寶輝，一九九五），超長住院多發生在腦中風、癌症、慢性阻塞性肺部疾病、糖尿病，和心臟病等慢性醫院之結果相呼應。顯示，超長住院是迫切需要被正視的問題。針對慢性疾病之問題，衛生署雖在政策上採取「不鼓勵」將慢性病床列入健保給付範圍的做法。惟，全民健保對於醫療院所申報，慢性病床或急性病床的資格並無明文規定。同時，在「全民健保醫療費用支付標準」中，亦未發現有關慢性病院給付之相關規定。但實際上是由醫療院所，自行判斷病人使用急性或慢性病床。慢性病院的給付乃是依據採用「全民健保醫療費用支付標準」總則中第五項——「各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報」。歷年來，慢性病床申報比例呈現穩定成長趨勢。

對服務接受者而言，急性病床和慢性病床的差異，在於部分負

擔比率不同。因此，很可能存在慢性病患佔用急性病床之問題。如此不僅扭曲照護資源的配置，導致不必要的醫療費用上漲及醫療資源浪費；且若老人接受超過他所需要的醫療照護，不適切的長期照護層級安排，也可能增加他的依賴度（dependence）（藍忠孚，一九九四）。但急性醫療資源的被佔用，以及慢性病床的給付增加等問題，部分原因可以推論為，因社政部門所提供的各項服務需自行付費（因為社會救助資格嚴格），民眾在不堪長期照護之財務負擔，所採取之舒緩策略。也正因社政部門提供的生活照顧，在財務機制上強調「資產檢測」（means-test）基於「需要檢測」（needs-test），導致許多符合「需要檢測」（needs-test）的失能老人，改採取醫療照顧來滿足需求。但此種現象，社會救助範圍的限制，卻造成健保財務體系的獨立性受到挑戰。針對我國因人口快速老化所產生的長期照護需求，實有必要重新檢討，如何因應長期照護需求之總體社會安全策略。

## 肆、長期照顧與社會救助整合之未來發展

分析我國長期照護需求獲得滿足的途徑，發現除低收入戶及中低收入戶民眾之外，一般民眾較缺乏長期照護相關財務支持。在本身經濟狀況無法承擔情況下，民眾會尋找其他「替代」支持方案。例如，身心障礙者保護法與全民健康保險法等支援措施。但如此不

僅造成健保財務體系的失衡，更無法針對長期照護方案，進行完整且全盤的規劃。總體而論，台灣現今長期照護服務是以家庭為主要的提供者，政府現行所扮演滿足長期照護需求之角色是殘補式的。提供服務仍以「社會救助」方式為主，以資產調查（means-test）為給付條件。而採取「社會救助」方式的主因，即是擔心一旦擴大服務給付條件，我國長期照護潛在需求之急迫性，將有可能會造成財政重大負荷（目前國家的經濟環境困難）。但我們知道，社會救助的本質係為提供個人緊急救難，不宜作為經常性或固定性的照護財源。且又因社會救助給付條件十分嚴苛，目前國內的長期照護需求，已出現朝向身心障礙福利系統，及全民健康保險系統移轉的情形。

考量未來長期照護需求隨人口老化而加速，在國民年金制度尚未開辦前，目前我國老年經濟安全的保障，主要規範在社會救助體系內。例如，中低收入老人津貼等；顯然「社會救助」體制承接了沈重的長期照護需求。同時，我國從九十年代起，中央對地方政府補助款制度改革。原編列於各部會的計畫型補助款，均改由行政院統籌提撥補助地方政府。由於福利需求較高之縣市（往往代表較貧窮或農業地區），其財政自主性也愈低（財政困難），因此地方福利預算之編列將遭排擠。就此而言，如果財務補助之設計，真能有效的對弱勢團體或低收入家庭或個人提供援助，則部分財務補助由地方政府分攤，亦有加重相對貧瘠地區負擔之不良效果。就以長期照

護補助為例，通常需補助人口相對較多的縣市，亦是平均所得較低，開發程度較低，人口老化嚴重（年輕人口外移），財政能力較差的縣市。如此，反而因長期照護人口比例較高，要負擔更多的補助費用，加劇地方財政的困難（尤其是原有的「社會救助」承擔了太沈重的角色）。

回顧英國及瑞典之長期照護改革經驗，其在一九九〇年代初，均將長期照護責任下放地方政府。由於鼓勵私部門加入醫療及社會服務的行列，使得機構式服務的使用率得以降低。但是卻因此形成地方差異，產生長期照護資源分配不平等的問題。英國因此制訂最低「國家標準」指標，要求全國遵行，否則停撥地方補助款。此種鼓勵私部門或非營利組織，加入醫療及社會服務值得我國參考。建議將來我國或許可學習外國的經驗：第一、中央統籌分配款經費撥交時，要求地方達到國家設定的統一標準；第二，檢討在福利方面的分權程度，避免造成地區別的福利不平等；第三，地方政府應同時負起服務提供和財政平衡之雙重責任。

綜而言之，就長期照護財務屬性之選擇而言，主要有兩種不同思考路線。其一是「社會救助」方式，部分美國學者檢討長期照護相關補助措施，認為選擇性的補助較具效率。強調儘可能避免政府全面的干預，即使干預亦以促進市場機能發揮為前提（Pauity和Zweifel, 1996）。其二是從風險的角度觀察長期照護的需要，並比較分析不同長期照護財務模式（例如商業與社會保險）的選擇。此思

考路線基於逆選擇和道德危險等因素之考量，認為個人或市場並無法對抗（或消除）長期照護風險。唯有透過普及式社會保險方式，較能分散（攤）風險。同時，也輔以私部門的年金附加保險或不動產抵押等方案，補充公共長期照護財務的不足。除此之外，德國並提出長期照護財務改革的幾個方向，包括：長期照護的需要應被視為人生和老年的常態風險；保險對抗風險的功能較福利津貼型或救助方式為佳；長期照護需求者不應處於財務負擔的第一線；加強居家支持性服務的提供；以及權衡政府財政的可負擔性。同時，亦有學者提出第三條路線，建議為因應未來戰後嬰兒潮人口老化，需考量政府部門、家庭部門與市場部門聯合混合的策略；其中，在公領域方面宜採行社會保險，或放寬現有社會救助補助條件的方式為之（The Royal Commission on Long Term Care, 1999）。

（本文作者：陳正芬為中正大學社會福利研究所博士班研究生；王正為中正大學社會福利研究所教授）

#### ◎註釋：

註一：依據鄭文輝（一九九五）對老人扶養機構收費標準之研究結果，老人自費安養費用每人每月平均三萬元為推估基礎。

◎參考書目：

行政院研究發展考核委員會編印

內政部 一九九八 內政部八十八年下半年及八十九年度推展社會

吳淑瓊、王正、林萬億、吳玉琴、王榮璋 一九九八 建構台灣長

福利服務補助經費申請補助經費項目及基準

期照護體系十年計畫——執行前之規劃報告 中華民國公共衛生

內政部 二〇〇〇 內政部統計通報資料：身心障礙人數通報 內政

學會

部統計處

吳淑瓊、張明正 一九九六 台灣老人健康照護之現況分析 台灣省

內政部統計處等 二〇〇一 中華民國八十九年台灣地區身心障礙

家庭計畫研究所

者生活需求調查報告 社會福利服務篇

吳淑瓊、陳正芬 二〇〇〇 長期照護資源的過去、現在與未來 社

王正 二〇〇〇 「我國長期照護財務體系之建構」研究計畫報告

區發展九二期 頁一九—三一

行政院衛生署

吳凱勳 一九九七 第五種社會保險——兼論「高齡化社會」與「長

行政院主計處 一九九八 台灣地區家庭收支調查報告

期照護保險」 台大公衛研究所

行政院衛生署 一九九五 我國長期照護需求與服務體系之政策分

陳寶輝 一九九五 全民健保下慢性病床之需求與供應探討 臺北市

析

衛生局雙月刊 第三期五卷

行政院衛生署 一九九六 長期照護納入全民健康保險給付可行性

曾喬寬、王正 二〇〇〇 照護價值與資源配置：我國長期照護財

評估報告

務機制之動態研究 經社法制論叢 二五期 頁一五七—一八

行政院衛生署 一九九八 老人長期照護三年計畫

八

吳肖琪、林麗嬋、藍忠孚、吳義勇 一九九八 全民健保實施後急

葉秀珍 一九九八 長期照護財務機制與各國經驗之探討——社會面

性病床位院病患超長住院情形之分析 中華衛誌 十七卷二期

評析 長期照護財務問題——各國經驗及台灣前景研討會 台北

頁一三九—一四六

國家衛生研究院

吳淑瓊 一九九八 配合我國社會福利制度之長期照護政策研究

鄭文輝、沈淑芳 一九九五 老人扶療養機構收費標準之研究 國立

中正大學社會福利研究所

藍忠亭 一九九四 慢性病醫療費用由保險支付費用之可行性研究  
研究院衛生醫科技組委託計劃

The United States. In L. K. Olson (Ed.) The Graying of the  
World-Who Will Care For the Frail Elderly? New York: The  
Haworth Press.

Binstock, Robert H. (1998) "Introduction; The Financing and  
Organization of Long-Term Care " pp.1-24 in Walker(eds) Public  
and Private Responsibility in Long Term: Finding the Balance.  
Johns Hopkins.

Pauly, M. V. and Zweifel, P. (1996). Financing Long-Term Care: What  
Should Be the Government's Role?. Washington, D.C.: The  
AEI Press.  
The Royal Commission on Long Term Care, (1999). With Respect to

Deber, R. & A. Williams (1995) Policy , Participation and Payment:  
Long-Term care Reform in Ontario. Canadian Journal on Aging,  
14(2): 294-318.

Old Age: Long Term Care-Rights and Responsibilities. UK:  
Stationery Office.

Kane, R.A. & Kane R.L.(1989). Long-term care for Elderly in Canada.  
In: Schwab T. (ed.) , Caring for aging World: International  
Models for Long-Term Care, Financing, and Delivery. NY:  
McGraw-Hill Information Services Company. Pp.193-211.

Means, R & Smith R.1994. Community Care: Policy and Practice.  
London: MacMillan Press.

OECD. 1996. Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution.  
Paris: OECD.

Olson L.K (1994). Public Policy and Privatization .. Long-Term Care in