

長期照護的國際趨勢

徐慧娟

壹、前言

近年來人口老化的趨勢使各國的老年人口比率增加甚速，以OECD國家為例（見表一），六十五歲以上老年人口比率已超過一〇%，預期到二〇四〇年更超過二〇%，尤其高齡老人自一九八五到二〇四〇年將超過一倍以上的成長。在此趨勢下各國必須重新檢視相關的社會與衛生政策，特別是老年人口使用龐大的醫療與社會資源，老人的功能退化與慢性病又需要長期的照護，因此長期照護政策與改革正不約而同在國際間進行。我國也已跨過七%以上老年人口的門檻，長期照護的問題也已迫在眉睫不可忽視。

本文期望藉由觀察國際趨勢，做為我國發展長期照護政策的參考，因此選取人口較老化的部分OECD國家，於長期照護發展行之有年，又可代表不同體制之長期照護政策者，做為本文探討的主體。本文首先以美國、加拿大、德國、日本、英國、瑞典、丹麥等七國為例，對其長期照護政策與改革分別簡述，之後針對長期照護的國際趨勢再加以分析，包括長期照護由機構到社區的發展、長期

照護財源、系統與管理方式等主題。希望經由此一探討，對台灣發展長期照護政策提供參考。

表一 各國老年人口比率(一九八〇至二〇四〇年)

國家	加拿大	德國	日本	英國	美國
六十五歲以上人口占總人口比率					
1980	9.5	15.5	9.1	14.9	11.3
1985	10.4	14.8	10.2	15.1	11.9
2000	12.8	17.1	15.2	14.5	12.1
2020	18.6	21.7	20.9	16.3	16.2
2040	22.5	27.6	22.7	20.4	19.8
八十歲以上人口占總人口比率					
1980	1.8	2.6	1.4	2.7	2.3
1985	2.1	3.3	1.8	3.2	2.5
2000	2.8	3.7	2.5	8.2	2.9
2020	4.2	5.4	4.5	3.3	3.1
2040	7.0	7.3	5.6	5.1	5.7

註：一九八〇年與一九八五年為實際數目，二〇〇〇至二〇四〇年為推估值。

資料來源：OECD, The Future of Social Protection, 1988.

貳、各國長期照護簡介

影響各國長期照護政策與執行之因素有：(一)系統因素：醫療照護與社會服務的系統分開，不僅組織與財務上的分歧，在利用的資格限制原則亦異；(二)福利意識型態：不同的福利意識型態將發展出不同的長期照護政策；(三)經濟因素：期望以較便宜的服務取代昂貴的機構式照護；(四)政治因素：政府（政黨）的利益與信仰會影響政策走向(Jamieson, 1991)。以下就福利體制討論各國長期照護政策。

Esping-Andersen對福利國家體制分成三類（林萬億，一九九四）：(一)自由福利國家(liberal welfare state)：以資產調查為基礎，適度與普及的移轉性社會救助，受益者為低收入戶與依賴者，主張以福利取代工作；福利有限，鼓勵市場介入；如美國等。(二)保守的組合主義福利國家(conservative corporatist welfare state)：自由主義與市場效率不受重視，國家為福利提供者，但福利存有階級與地位差異；此體制受教堂影響而重視傳統家庭價值觀，只在家庭無法負擔時國家才介入；如德國、日本等。(三)社會民主福利國家(social-democratic welfare state)：強調普及主義與國家支配，人人享有同等權利；主張個人互賴甚於依賴家庭，主動將家庭成本社會化；如北歐各國。

根據以上的分類，自由福利國家的長期照護政策以資產調查為資格限制，以社會救助的方式提供給貧病或孤苦無依者，服務體系

著重市場競爭；組合主義福利國家重視家庭功能，鼓勵女性擔任照顧者角色，因此社區或居家式的服務發展較少；而社會民主福利國家不重家庭責任，由提供服務解除家庭壓力，須面對龐大的成本。以下便依此簡介美國、加拿大、德國、日本、英國、瑞典、丹麥等國的長期照護與改革。

一、美國

機構式照護主要為護理之家，合格的護理之家有兩類：skilled nursing facilities(SCF)與intermediate care facilities(ICF)。另一類機構式照護為安養機構，原來目的在提供老年人的居住場所，實際服務從只提供用餐和打掃到技術性護理服務都有，對象也從完全獨立的老人到需要護理與個人照護的失能老人都有，大多限制為低收入戶。社區或居家式照護中，居家照護包括居家護理、個人照護、家事協助(homemaker)、送餐到家、居家探視、高科技治療等，主要對象為短期的出院病人。成人日間照護提供醫療與復健、個人照護、社交或娛樂活動，提供者有醫院、安養院、社會服務機構兼辦，或獨立成立。短期照護涵蓋各種服務，提供形式在各社區有所不同，有居家照護、日間照護、或短期居住在安養院等(Kane & Kane, 1987)。

美國在長期照護政策上為典型的自由福利國家。長期照護的公共財源最主要的是Medicaid，以低收入戶為對象，財源來自州與聯邦補助的一般稅收。其他的公共財源如Medicare以失能老人為對象

，財源來自一般稅收、保費與部分負擔，提供長期照護較有限；聯邦另有 the Social Services Block Grant, the Older American Act, the Rehabilitation Act等，以及州或地方政府的長期照護計畫。私有財源以個人家戶自付為主，另有私人長期照護保險、Individual Accounts(IRAs)的自我支付、Individual Retirement Mortgage Accounts (IRMAs)的住屋抵押、人頭制的老人社區(life-care communities or continuing care retirement communities)與Social/HMOs等(ACP, 1988)。

一九八一年以來的費用控制策略如限制聯邦總額補助、支付方式的運用(如論人計酬與病例組合等)、收取部分負擔等。但因未能建立整合體系與控制營利性機構等原因，造成公共支出的社會服務減少，居家照護需求增加，個人家戶負擔增加，降低利用的可近性等(Estes, 1988)。

近年來國會考慮各種改革方案，從涵蓋最普遍的社會保險，到限制公共補助以誘使購買私人保險等。一九九三年 the Health Security Act的改革，包括以聯邦與州聯合贊助的居家社區式照護，依收入收取部分負擔，以功能需要為評估資格等(GAO, 1994)。

二、加拿大

一九七八年改革後加拿大採取接近社會民主福利體制方式，大多數的省份均提供長期照護服務，提供的對象資格是以失能情況為基準，而非個人收入。健康保險的系統中包含長期照護服務，機構

式照護有慢性病院、護理之家(nursing home)、老人院(homes for the aged)等，居家或社區式的照護則有居家護理、家事服務等。各省的服務提供不盡相同，如 Ontario為分散式的提供，Manitoba則較有系統性；但二者均由個案管理員安排(Kane & Kane, 1991; GAO, 1994)。

各省的長期照護財源互有差異，但最主要來源是一般稅收，包括聯邦的衛生總額補助、加拿大救助計畫(Canada Assistance Plan, CAP)下的非醫療服務支付、省的一般收益等(GAO, 1994)。以Ontario和 Manitoba為例，機構式照護由個人使用付費和政府補助，或由非營利機構贊助；居家社區式服務則是免費的，財源來自中央政府購買之(Kane & Kane, 1991)。由於主要財源來自稅收，財務容易控制，量能原則上比較公平，涵蓋範圍大。當稅收無法與費用平衡時，若不加稅則須減少公共財源的支出。中央因而凍結總額補助，各省也尋求更有效率和高成本效果的服務(GAO, 1994)。

加拿大以總額補助方式(block grants)分配至各省醫療服務之用，因此各省一方面將預算重新分配急性醫療與長期照護的運用，一方面整合各種醫療與社會服務的財源，並訂出長期照護的總額預算，再以其費用控制方式配合實施。在總額預算下，機構式照護的費用控制方式為：控制機構病床數與新建機構數，採單一進入體系、個案管理及入院資格篩檢，鼓勵利用居家社區式服務、住宿費的部分負擔等；居家社區式照護的控制，如以預算限制提供時數、個案管理、依收入收取部分負擔等(GAO, 1994)。

三、德國

德國長期照護服務並不包含在社會保險體系內，資格多限為資產調查為低收入戶者。機構式照護有三類：庇護之家(Altenwohnheime)，老人之家(Altenheime)，與療養院(Pflegeheime)，原則上依不同失能程度決定入院資格，但分際並不清楚。居家與社區式照護範圍從醫療、特殊護理(Behandlungspflege)、基本護理(Groundpflege)、到個人照顧(Haushaltshilfe)、家事協助等。一九九五年的健康保險改革將納入長期照護，提供標準的機構照護、部分的居家和社區式照護、以及對非正式照護者的支持(Alber, 1992; Jamieson, 1991; GAO, 1994)。

德國制度中清楚劃分疾病醫療與老邁照顧，前者由強制的社會保險涵蓋，後者屬於個人自付，少數通過資產調查者享有公共協助，以地方的社會福利計畫提供財源。機構式照護是以個人家戶自付和社會福利系統為主要財源。州與地方政府補助非營利的義務性機構，各地的補助不同。至於居家或社區式照護，早期教堂與社區護理組織是最主要的財源提供者。近年來營利性護理服務漸增，但仍以非營利福利組織為主。目前主要的財源來自州與地方政府及社會福利，而社會保險自一九七七年與一九八二年的立法後，成為居家社區式照護的重要財源。

德國長期照護遭遇以下幾個問題：醫療照護以雇主和員工形成的保險系統為主，非勞動力人口受的醫療保障較小，並採社會福利

補助低收入戶方式，涵蓋範圍較小，仍須靠自付解決長期照護費用。其次醫療與社會服務財務分開，不利整合；提供的服務內容各地又有相當差異，對服務品質有所影響。

在一九九五到一九九六年，德國計畫將長期照護財務由福利基金納入稅基系統的社會保險，每年並將增編七點三兆美元的預算，長期照護將以全國的社會保險方式提供。社會保險仍將採勞工與雇主各半的保費方式，新增加的服務則調整稅率以因應之。屆時低收入戶福利仍為長期照護中主要公共財源，條件將有更嚴格限制(GAO, 1994)。在費用控制上，在預算的估計上若未能反映人口需要，改革後將面臨提高稅率以彌補赤字之憂慮。改革中並要求部份負擔，居住護理之家須付住宿費(lodging cost)，照護相關費用則由社會保險支付，但兩種費用並未清楚界定，可能產生提高住宿費的誘因。支付費率的控制由政府規定下，由疾病基金與提供者協商。並由政府與疾病基金同意設立新機構，支付營運成本，以控制護理之家的提供(GAO, 1994)。

四、日本

在機構式照護上，包括一般醫院病床、老人病院(Rojin-byoin)、老人之家(Yogo-Rojinhomu)與Keini-Rojinhomu)、護理之家(Tokubei-tsu-yoho-Rojinhomu)、與老人保健院(Rojinhoken-Shisetsu)。一般醫院病床對急性與長期照護並沒有分開，由於老人與家人較能接受住進醫院而不願住進安養院，醫院成為急性病或慢性病老人照護

的一個主要場所，但醫院對這群長期住院病人僅提供有限的個人和護理服務。老人病院則發展老年人的長期照護，比一般醫院用較少的醫護人力提供服務。老人之家對象為限制低收入戶，提供基本的生活照顧。護理之家則為臥床老人提供護理照護與有限的醫療服務。老人保健院是新型態的照護機構，為老人病院和護理之家之間的中途站，對象為患慢性病需要復健的臥床病人，服務上提供比醫院較多的個人照護，及比護理之家略多的醫療監護。老人保健院因比護理之家更偏醫療取向且不需等候過久，而漸受歡迎。

日本的居家照護發展較慢，正式照護仍著重在機構式上。由居家照護員(home helper)提供老人或需要生活協助者的居家服務，多以地方政府或社會福利協議會為主要提供者；而由醫護人員提供的居家護理則多限於臨終臥床老人。短期照護由中途性機構(chukan-shitsetsu)提供，做為醫院與護理之家、或機構與居家照護的轉介站。服務類型有兩類：短期住院和日間照顧，由地方政府管理，但多由護理之家提供之(kabayashi & Reich, 1992; Furuse, 1988)。

一九八三年老人保健法實施後，由政府與保險提供醫療服務給六十五到七十歲臥床老人與七十歲以上的老人。財源主要來自國民健康保險、中央與地方政府補助；機構式照護的一般醫院與老人病院，財源來自國民健康保險；老人保健院財源有七〇%來自健康保險，中央與地方政府各占二〇%與一〇%。安養機構與療養機構為公立或非營利性機構，故財源來自中央與地方政府的福利支出，其中安養機構常以收入限制資格，療養院雖未限制，但依收入收取使

用付費。居家社區式服務由地方政府與地方的社會福祉協議會提供，健康保險不予給付。個人家戶自付多用於非正式照護，在正式照護上的比例較少(kabayashi & Reich, 1993; Furuse, 1988)。

日本的長期照護仍以非正式照護為主，即使使用正式照護也偏重在醫療機構，財源來自國民健康保險，涵蓋範圍大又能達到量能公平；其他的長期照護又以政府補助或社會福利提供，個人家戶不致有太大負擔。若長期照護需求不斷增加，老人將成為健康保險的沉重負擔。尤其支付制度鼓勵住在機構，對居家需長期照護老人較不公平，同時長期住院也造成醫院缺乏效率、照護品質低落。近年來改革方向，在支付標準表上增列居家照護部分，並提高居家護理的醫護人員支付費率，以提供鼓勵居家照護的誘因(kabayashi & Reich, 1993)。

五、英國

英國在許多方面接近社會民主福利國家，但並未發展綜合、普及的長期照護體制，尤其近年來保守黨的改革趨向自由化，很難定位英國的長期照護政策屬於那一類福利國家(Jamieson, 1991)。國民健康服務(National Health Service, NHS)對於急性醫療與長期醫療照護的劃分並不清楚，在醫院或安養院兩類照護均予提供，但對醫療服務和社會服務則明顯分開。除醫院慢性病床外，機構式照護包含護理之家(nursing home)與老人之家(residential home)。居家照護提供通常為短期的居家護理，與多為長期的個人照護、家

事協助、監護(surveillance)、社會活動(socialization)等。使用資格以專業評估需要來決定，醫師決定護理照護，而居家照護管理員則分配個人照護與家事協助。一九九三年的社區照護法案(Community Care Act)通過後，由地方政府負責綜合規劃社區的長期照護，由個案管理員評估功能後，給予需要的長期照護服務(Alber, 1992; Jamieson, 1991; GAO, 1994)。

英國的長期照護中醫療與社會服務也來自不同來源。機構式照護中，NHS提供長期照護中醫療的部分，也就是醫院或療養機構，而地方政府僅提供基本照護的安養機構，屬於社會服務。機構式照護財源以公共財源為主。中央政府不但對無能力使用私立機構的老人給與收入補助，一九九〇年後更以社會安全支出提供老人支持，不論是居家或住在私立機構的老人(Alber, 1992)。居家社區式照護方面，社會服務由地方社會服務部門提供，財源來自調整地方稅率與中央政府的總額補助系統(block grant system)；護理服務方面則由地區衛生單位提供，財源來自中央的一般稅收(Jamieson, 1991)。

英國一方面與德國相似的是醫療與社會服務分開，不利整合及規劃老人需要；且社會服務同樣以資產調查限制涵蓋範圍；所不同的是英國不僅社會服務來自公共財源，醫療部分也以稅收為財源，加上對公私立機構都予補助，使公共財源成為主要來源。如此在公平上能達到代間財富再分配，來源通常穩定，但不斷增加地方稅率，有影響總體經濟的隱憂。

一九九三年中央政府對長期照護費用訂出總額補助，分配至地

方政府，預算包括機構式照護與社區居家式照護。預算的八五%必須用於支付私人提供者，且頭三年中央指定預算悉數為長期照護使用，三年後不再限定，地方政府可依優先順序使用這筆預算。此方式之目的在於確保地方發展長期照護服務，鼓勵私人提供服務。但限制解除後地方可能減少長期照護的支出，而用於其他服務；支付私人服務的要求也可能造成成本上漲，及服務發展偏差，影響可獲性(availability)。而最重要的問題是總額預算依過去費用訂定，並非依照人口需要，而過去費用只含對低收入戶的福利，且不含護理之家費用，預算估計並不恰當，地方政府勢必增加稅收以支持長期照護。如此一來，總額預算是否足以提供需要的長期照護以及地方難以增加稅收，將成為地方政府的難題。在部分負擔方面，因無全國性的規定，各地的差異可能很大。由於補助地方的預算不足和加稅的困難，部分負擔勢必增加，造成家戶的財務負擔，影響可近性。在費率訂定方面，一九九三年起由地方政府與提供者協商費率。因多數的服務將來自私人，政府欲藉市場競爭與使用者的選擇，做為提高效率與品質的誘因(GAO, 1994)。

六、瑞典

瑞典為典型的社會民主福利國家，因此照顧老年人的責任在於政府而非家庭。地方分權色彩極重，過去由郡議會提供醫療健康照護、居家護理、護理之家與老人病院服務，由市政府負責社會服務與老人居住安排。一九九二年的改革(the Adel Reform)後，權責更

轉移至市，由市政府統籌管理財務與服務提供，負責機構式與社區居家式的健康、居住與社會服務。政策上鼓勵留在社區或家中，減少機構式服務利用，發展居家式照護；試辦將不適當的長期住院轉移至護理之家或社區式照護；為較健康老人提供居住安排，避免住進耗費資源的護理之家。並為家庭照顧者提供支持性服務，如日間照護、喘息照護、現金給付、給付照護休假二十天等(Colman, 1995; GAO, 1994; Cates, 1993)。

長期照護財源主要來自地方政府。大多數費用仍來自中央與地方政府的稅收；一九九一至一九九三年部分負擔由四%增至一〇%，希望藉此降低增稅的壓力。社區與居家式服務中，居家護理免費，但社會服務依收入訂價部份負擔；機構式照護中的居住費用部分亦開始收費(GAO, 1994)。

七、丹麥

一九八〇年以前由公共支出的健康與社會服務體系，以完整和高品質又兼顧經濟發展著稱，但隨著人口老化的壓力，丹麥也開始對長期照護政策社區化。一九八七年the Housing for the Elderly Act開始落實此政策：由地方政府發展多種老年人居住安排，在地方自治下配合各市的居家服務計畫使其符合需要；一九八九年起老年人的居家服務免費。社區式服務以健康中心方式整合提供。對機構式服務一方面選擇性的將護理之家轉型成居住性質的安養機構，配合提供機構外的二十四小時護理服務，另一方面亦摒棄傳統護理之

家全套服務方式(service-package)，依老人需要提供。因強調自我照護(self-care)，一九八〇年起居住安養機構老人則需對個人與醫療照護付費(Colman, 1995)。

由以上發現各國普遍面臨到公共支出上升的壓力，即使各國的福利意識型態不同，許多國家仍不約而同走向長期照護的去機構化、重視對家庭照護的支持、採用地方分權方式管理、長期照護系統的整合、服務資格限定配合需要評估、採用個案管理等趨勢。以下針對這些長期照護政策的趨勢再加以分析。

參、長期照護的國際趨勢

一、長期照護的發展：從機構到社區／居家

長久以來家庭一直是老年人照護的最主要提供者(見表二)，但隨著時代的變化已經漸有不同。觀察OECD國家發現，失能老人的家庭照顧者以家戶成員(尤其是配偶)為主，對獨居老人而言，家戶外的照顧者如兒女、媳婦為主要照顧者(OECD, 1994)。然而老年人與子女同住的比率下降，過去家庭中為主要照護人力的婦女參與勞動比率也明顯增加，家庭可維持的照護人力不復從前，加上獨居老人的比率有上升的趨勢，研究亦顯示老年人有較大可能離開家庭住入機構(OECD, 1994)。這顯示許多家庭已無法獨立負擔長期照護的責任。

表二 失能老人之主要照顧者

主要照顧者（百分比）

國家(年代)	家戶中	家戶外家人	居家照護	其他
丹麥 (1988)	28	28	44	0
德國 (1978)	67	33	14	18
日本 (1984)	82	6	不詳	不詳
瑞典 (1975)	46	21	23	10
英國 (1976)	64	21	13	15
美國 (1982)	74	不詳	10	不詳

資料來源：OECD. Caring for frail elderly people, 1994.

一九六〇到一九七〇年代開始有「去機構化」回歸社區的呼聲，但並非各國都持相同看法；這段時期開始有些國家發展社區或居家式照護，如荷蘭、丹麥。至一九八〇年代，此風潮才逐漸展開，主要的原因一方面是經濟上的壓力，一方面政策的回應需要時間。如福利組合主義的德國，在政策上就先以殘補式提供極有限的居家照護。雖然並非所有國家都採減少機構數量的政策，但除丹麥以外，大多數國家都期望家庭能繼續發揮功能，主要也是因加稅壓力日益嚴重。Jamieson 指出英國的「在社區照顧」(care in the community)其實就是「由社區照顧」(care by the community)(Jamieson, 1991)。

家庭仍為失能老人重要長期照護來源，因此政策上欲使失能者留在社區，必須考慮如何支持家庭繼續提供照護。常見的支持計畫可分以下四類(OECD, 1994)：(一)提供照護者經濟支持：如視為雇傭關係付費給照護者，對臨終者之照護給付至三十天等；(二)提供照護者喘息的機會，如歇息照護或日間照護；(三)以支持性團體或義工組織提供照護者資訊與情緒上的支持；(四)其他，如對申請國宅之年輕人若與老人同住可予優待等。

發展社區或居家式照護的另一種新觀念，是丹麥的政策所採行的分離照護與照護地點(Jamieson, 1991)，亦即不論失能者在機構或社區，仍可提供失能者所需的照護，因此機構中未必配置照護資源，失能者也不一定需要住進機構才可獲得照護，在資源運用上可更有效率。

至於發展社區式或居家式照護能否取代機構式照護並無定論，減少某種機構（如急性醫院中的長期照護）可能促使另一類機構的利用增加。而社區或居家式照護是否能達到降低經濟壓力、控制長期照護費用的目標，也在未定之數。一方面節省與否是相對比較而來，原來在機構上花費較高的國家實施社區或居家照護可能較為便宜，但對機構花費較低的國家則缺乏誘因實施社區或居家照護；另一方面實施社區或居家照護的效果如何仍不確定，或許有可能利用居家照護者反而產生對長期照護更大的需求，反而無法達成節省費用的目標(Jamieson, 1991)。

一、長期照護財源：分權化與私有化

長期照護財源可分公共和私有財源：公共財源可來自中央衛生主管機關與社會安全或福利部門、地方政府稅收、或涵蓋長期照護的健康保險；私有財源以個人家戶自付為最主要部分，其他還有私人保險、企業保險或福利、及慈善捐贈等。以本文的七國為例，社會民主福利體制的加拿大、瑞典、丹麥以公共財源為主，以資產限制提供的美國、德國、英國則以自付私有財源為主，日本則來自國民健康保險。來自稅收的公共財源，較為穩定，又可由累進稅率公平反映財務能力，但個人所得成長速率可能趕不上人口老化對長期照護的需要，政府面臨加稅與財政危機的兩難。至於家戶自付為最重要的私有長期照護財源，但有失能老人的個人及家庭財務能力與長期負擔等問題，如美國老年人必須個人自付或尋求福利協助，由

於主要的公共財源Medicaid限制提供低收入戶，老人常自付至資產耗盡(spending down)再進入Medicaid，且使用公共補助尚有貧戶的心理烙印問題(Wiener & Hanely, 1991)。以公共強制保險為主的財源，在公平性、涵蓋範圍、效率、服務型態上都受到肯定，但長期照護的費用龐大，必須與工作人口的健康保險合併才可分擔風險，甚至政府也須以稅收補助。

以公共財源為主的瑞典與丹麥，均採行分權政策，將長期照護權責移至地方政府，由地方政府負起財政與管理責任；加拿大制度與英國改革計畫，則由中央以總額補助方式分配至省，目的均使地方政府必須採更有效率的資源運用方式，如整合各項財源、積極發展社區或居家式服務種類、控制機構與居家服務提供、以及部分負擔等。

由於公共財源的重大負擔，尋求個人自付以外的私有財源的建議也紛紛產生(OECD, 1994; ACP, 1988)。(一)私人的個人保險：以修正傳統私人健康保險方式，由個人（老人）購買長期照護保險，雖可滿足個人偏好或補足一般保險範圍外的保障，但對保險人的不確定性較大，有辦理能力與意願、逆選擇的問題；對被保險人有個人負擔能力的公平性和危險分攤的問題。此方式在美國、日本、英國、德國等非公共財源為主的國家慢慢開始發展起來。(二)私人的群體保險：搭配非老人的工作人口，也就是以工作人口與老人共同為購買的被保險人。由於成員比個人長期照護保險年輕且危險性較低，風險分散使保費較少。勞工在退休或轉職後可以各種方式繼續涵蓋

在保險中，如個人自願加入、強制雇主付費、使用退休保險或人壽保險方式購買長期照護等。問題來自非強制性下工作人口是否願意加入。(三)自我保險(self-payment, self-insurance)：個人可用存款、退休金、投資或其他資金，甚至以減稅方式鼓勵每年保留部分花費做為基金，累積為自己日後長期照護的財源。涵蓋範圍因更受到收入多寡的影響，付得起的使用者更少。(四)住屋抵押(home equity conversion; reverse mortgage)：屋主將房子抵押並過戶給投資者或銀行，屋主不用付費且仍可住在原屋中，並由投資者付給現金或每月的補助收入，做為長期照護的財源。當屋主死亡、住入機構或不再住在原屋時，以房屋付給投資者。屋主可僅抵押一部分；房屋繼承人也可再以原價買回。由於OECD國家的老人擁有自己房屋的比率很高，可為擁有房屋的中低收入戶的一種私有財源，又可略為矯正機構化問題；但對投資者而言，財務風險難以預期，期限又長；在需求面不適用高收入者，屋主也未必能接受此方案，且在資產限制的國家根本就無房屋為提供服務的根據。(五)減稅優惠(tax credit)：對於照顧失能老人的(家庭)給予減稅優惠，鼓勵並支持非正式照護。減稅優惠的辦法，雖可能減少家戶自付的負擔，但本質上並不是財源，在國際間也少採行。

二、長期照護系統建立與管理：個案管理

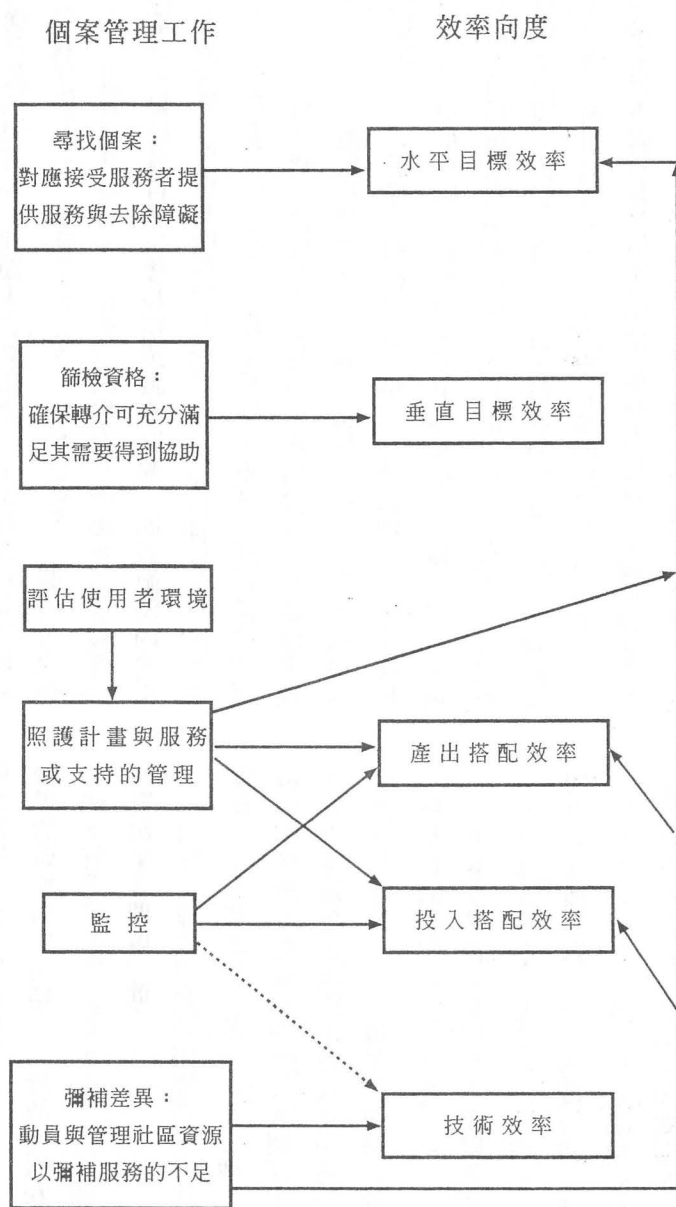
長期照護政策必須同時兼顧多項目標，包括使老年人與社區融合並提升其生活品質、減輕家庭照顧者的負擔、使資源運用更有效

率與效能並控制公共支出。為了達到這些目標，除了前述發展不同服務種類、以及財務控制外，必須面臨系統與管理的問題，如服務提供的資格限定與轉介、分散的服務組織與財務等。因應這些問題，個案管理(case management)為長期照護管理系統的新趨勢，以下便對個案管理做一簡介。

個案管理的起源是因應資源、組織、與服務提供的分散(fragmentation)造成的問題，以及分權化後面臨的創新與多樣化趨勢。故個案管理基於使資源的投入與產出更可預測且更有效率的目的，以專門技術和知識將多種長期照護的目標與方法連結起來，可定義成在有限資源下，分辨與配適個人獨特的需要來提供不同的服務的一種整合的過程(OECD, 1994)。

個案管理的主要核心工作與效率評估標準見圖一。核心工作第一步是尋找個案，希望找出在個案管理系統下最能獲得利益者，亦即需要多種服務，而在傳統方式下無法得到滿足者。此步驟目的是提供資訊與轉介。第二步是篩檢資格的評估過程，由於個案管理為需要取向而非收入取向，因此必須評估其實質的需要。在此步驟中必須先對個案的服務利用、環境與需要、個案與家庭的意願與對目前問題的認知做一調查，並了解問題原因，及建立與個案、家人的關係。在此目標是做為個案與資源的橋樑，提供下一步照護計畫的準備與標準的品質控制。第三步是建立照護計畫與安排支持；照護計畫必須明定目標與個人責任，協調個案、家庭與服務機構，並達到最少介入和服務量的目的。第四步是監控與瀏覽，因個案管理為

一持續性的活動，必須在過程中予以檢視、修正與回饋，並用系統性方式瀏覽管理過程，以提高成本效益。個案的結束則在個案必須結束社區與居家服務，以住入機構為佳的情況下，由個案管理員協助做此決定，並可協助選擇適當的機構以及對個案住入前後的調適等。



圖一 個案管理工作與效率向度之關連

資料來源：OECD. Caring for frail elderly people, 1994.

在評估效率的指標上，水平目標效率(horizontal target efficiency)與垂直目標效率(vertical target efficiency)測量何謂目標人口與是否使用資源：水平目標效率意指實際接受某一服務或介入的人口與適用該服務的人口比；垂直目標效率指目標人口對服務資源的實際消耗量與總資源消耗量之比。提高水平目標效率在於提高普及率，減少不被滿足的需要(unmet need)；而提高垂直目標效率則在於減少資源的誤用，二者必須在政策下達成平衡。另外三種效率指標用以測量福利的生產效率：產出搭配效率(output mix efficiency)是測量某一計畫的各產出結果搭配是否依相對價值產生，以及合乎預期的需要和價值的程度；投入搭配效率(input mix efficiency)是測量投入是否依其相對的價格、稀少性、替代性，在最少成本下獲得預定產出的程度；技術效率(technical efficiency)則是測量可用資源下用以達到最大產出量的程度。

目前個案管理普遍在各國長期照護上發展與試辦中，如美國的the National Long-Term Care Demonstration (Channeling)與the Monroe County Long-Term Care Program，英國的the Personal Social Services Research Unit (PSSRU Community Care Projects)，澳大利亞的the Community Option projects等(Kane & Kane, 1991: OECD, 1994)。雖然個案管理在控制成本、減少機構利用、或提高病人滿意度上沒有明顯的效果，但的確是一種較有彈性且符合需要的服務提供方式。

肆、結論

本文探討OECD國家的長期照護國際趨勢，發現各國在人口老化的壓力下，共同面臨在有限資源下，提高可近性與服務多元化、服務需要取向、控制公共財源、與資源的運用效率等課題。主要有以下三點共同趨勢：社區或居家式服務的發展，財源的分權化和私有化，以及個案管理的興起。我國長期照護目前仍處供不應求、政策未明的階段，為避免或減緩其他國家曾經遭遇的難題，應以他國為鑑，審慎規劃我國長期照護政策。

(本文作者為臺灣大學公共衛生研究所博士班研究生)

參考文獻

- 林萬億 福利國家—歷史比較的分析 台北市 巨流圖書公司
一九九四年 一二五—八頁。
- Alber J. Residential care for the elderly. J Health Polit Policy Law 1992; 17:929-57.
- Cates N. Trends in care and services for elderly individuals in Denmark and Sweden. Intern J Aging Human Development 1983; 37:271-6.
- Coleman BJ. European models of long-term care in the home and community. Intern J Health Serv 1995; 25: 455-74.

- Estes CL. Cost containment and the elderly: conflict or challenge? *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:68-72.
- Furuse T. National policy for the elderly in Japan. In : ROC-Japan Symposium on Problems of the Ages:1988 Sep 2-3; Taipei. Z
- General Accounting Office. Long-term care: other countries tighten budgets while seeking better access. Washington, D.C.: U.S. General Accounting Office; 1994. GAO/HEHAS-94-154.
- Health and Public Policy Committee, American College of Physicians; Philadelphia, Pennsylvania. Financing long-term care. *Ann of Intern Med* 1988; 108:279-88
- Jamieson A editor. Home care for older people in Europe : a comparison of policies and practices. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Kane RA & Kane RL. Home-and community-based care in Canada. In: Rowland D and Lyons B ed. Financing home care: improving protection for disabled elderly people. Baltimore: The Johns Hopkins University Press , 1991: 199-266.
- Kane RA & Kane RL. Long-term care: principles, programs , and policies. Springer Publishing Co., New York: 1987.
- Kobayashi Y & Reich MR. Health care financing for the elderly in Japan. *Soc Sci Med* 1993; 37:343-53.
- OECD. Caring for frail elderly people: 1, New direction in care. Paris: OECD, 1994.
- OECD. The future of social protection. Chapter 4, Health care systems: needs, control and efficiency . Paris, OECD, 1988.
- Wiener JM & Hanely RJ. Long-term care financing: problems and progress. *Annu Rev Publ Health* 1991; 12:67-84.
- Kane RA & Kane RL. Home-and community-based care in Canada. In: Rowland D and Lyons B ed. Financing home care: improving protection for disabled elderly people. Baltimore: The Johns Hopkins University Press