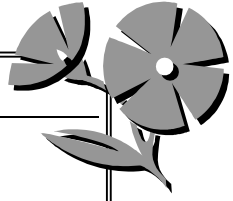


# 建構「老人長期照顧制度」之我見—— 日本「公共介護制度」經驗之參酌



蔡 啟 源

## 壹、前 言

根據內政部戶政司於 2008 年 1 月 09 日發布之老年人口數統計資料，台灣老人人口數已有 2,343,092 人，占全國總人口之 10.21% 以上。此數據意指台灣已然從「高齡化社會」（Aging society）階段逐漸邁入「高齡社會」（Aged Society）階段；這也表示面對亟需解決之各形各色老人需求與問題，將會不斷地接踵而來。台灣之社會價值觀、經濟發展、人口結構、家庭組合型態與功能、生活習慣、社會機能、福利需求等，全已驅複雜化、多元化；尤其家庭對老人之照顧（Caring）功能與方式，更是與過去有著極明顯之差異。故而，建構「長期照顧制度」（Long-term care

institution）便成是除經濟、醫療、休閒外，未來老人們會最為迫切需求之項目；此對失智、失能程度較嚴重者尤甚。社會各界對老人長期照顧之定義或許有著看法上之歧異，但綜歸其各自之照顧目標、項目、措施、性質、內容、服務方法、工作方式、施用對象及定位，實不超脫居家式服務（Home-help services）、社區式照顧（Community-based care）、及機構式照顧（Institutional/Residential care）等三大範疇（蔡啟源，2000，2001a，2001b，2003）。歷年來，政府善意地為解決老人被照顧之需求，陸續於各縣（市）設置有「長期照護管理中心」、「居家服務支援中心」、「老人福利服務中心」、「社區照顧關懷據點」等單位，甚至強調「單一窗口」服務；惟其在

名稱上雷同，各別功服務內容與定位區分不明確，區域性服務功能又是混雜不一之情況下，在執行上實是疊床架屋，服務效果不能彰顯（梅陳玉嬋、楊培珊，2006）。就因各服務單位係隸屬在不同行政組織結構下，其所負責推動之照顧服務項目及內容，就缺乏整體性規劃，在分工合作無法相互協調、配合情況下，屢屢致使老人及家屬們莫名其妙、難以妥善利用，導致資源白白被浪費，服務效益了無可陳（蘇麗瓊、黃雅鈴，2005）。為避免上述現象繼續存生，中央政府居位領導、指導、督導之地位，應要：如何規劃、推動、執行合宜之完整性（Comprehensive）長期照顧制度？長期照顧相關法令制訂是否周全？如何培訓「質」、「量」兼備之照顧人力？長照制度之財源應如何運籌？被照顧老人及其家屬要分攤那些責任與義務？……等，都會因老人人口之持續成長，必得謀求解決之道。

現代女性不論在教育程度或勞動市場參與之比例，均較過往提升許多，並占有舉足輕重之份量。從下列理論之觀點，就可得知在現代社會價值觀中，女性早已不必然被認定需得負擔「照顧家中老人」之

傳統責任（石井京子，2003，pp.20-21）：

**分工／役割理論（Task-sharing theory）：**強調為維繫及統合家庭之機能，女性在家庭中最適合、也被期待要擔任育兒與顧老之工作；當家庭責任分工過於單一化，或自認照顧表現無法勝任而生有罪惡感，或無法承擔生活周遭所賦予之角色期待壓力時，現代女性就不一定會接受照顧工作之要求與分派。

**性別理論（Gender theory）：**強調從社會、文化、傳統與男權中心之角度，女性是被期待要擔任在家庭中之照顧角色與職責，此論點顯然與女性在家庭中之傳統地位與權力份量有所關連。但是當現代女性在經濟收入、權力結構之地位與角色已能有左右決定之份量時，則就不一定會接受照顧角色之要求與分派。

**交換理論（Exchange theory）：**強調居於對被照顧者之感恩與回饋心態，在老人有需要時，便用承擔照顧責任方式以回報恩情；只是此說較適用於照顧者是配偶及親生兒女，若是為媳婦則並非一定是如此。尤其當媳婦與公婆間並無良好互動關係，或本身為工作族，或有未成年子女，或可以付費方式請人

照顧代勞 (Care substitution) 情況下，當然就不一定會接受照顧工作之要求與分派。

**資源理論 (Resource theory)：**強調男女平等意識已存在於現代社會中，照顧工作並非必得全限由女性來承擔不可；在家庭中，男性也同等地具備要共同分攤照顧之責任與義務，也是家庭中既存、可供運用之另一照顧資源 (Care resource)。何況社會中也已存在著許多照顧資源可供選擇與運用。

上述理論所闡述之內涵在在反映出現代之家庭事實：(1)不能單依賴女性來擔負照顧家中老人之責；(2)男性絕對有分攤照顧老人之能力與義務，是足可供運用之既存之照顧人力資源；更重要的是，(3)家庭 (Family) 不是唯一被認定可提供老人照顧之場所 (Location)。所以，政府所規劃、制訂及推動之「老人長期照顧制度」，就是社會福利服務之必要措施與作為；換言之，政府有義務與責任在「家庭範圍」以外，連結所有相關資源來建構正式而完整之「照顧系統」 (Care system)，以確保老人晚年之生活依賴 (Life dependency) 能享有一定之品質。

若以理性步驟 (Rational ap-

proach) 來規劃長期照顧制度，勢必先要確定與掌握需要被照顧之不同年紀及性別之老人人口數、分佈地區、渠等之身心理狀況、所需要之照顧型態、經濟負擔能力、現有之各類長照資源等相關資訊 (DiNitto, 2005, pp.5-7)。內政部於民國 96 年 10 月 19 日公布：各縣市政府最快將於同年 11 月開始辦理「家庭托顧」、「居家復健」、「交通接送」等三項長照業務；此三項服務在性質上雖是隸屬於長期照顧範疇，但卻未曾考慮到其是否為居住在不同地區、不同年紀、不同性別、不同失能及失智程度之老人們所需要的？其實，這三項服務只是在強調服務方法 (Service means)，並非依照老人之需求指標 (Need indicators)、需求人口數量來決定服務提供 (Service delivery) 之方式與內容。截至目前，政府所做之任何有關長照服務之決定，都是以推估 (Assessment) 方式在計算，從未在全國各地進行過相關之需求調查 (吳淑瓊，2003；吳淑瓊、呂寶靜、王正、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭，2003)。以台南市為例，為配合中央推動上述三項長照業務，市政府才於 96 年 10 月起率先全國進行「疑似失能者普

查計畫」，結合社政、民政、衛生系統，主動尋找先前中央所推估有逾八千位可能需要長照服務之失能者，是分佈在市區之何處（資料來源：<http://iservice.libertytimes.com.tw/2007/11/04>）？雖然如此之作爲似是符合前述之理性步驟來貫徹社會福利政策執行之內涵，但中央政府卻是先點畫紅心，再由地方政府來圈畫箭靶；作法本末倒置、前後次序倒錯。

根據行政院主計處「民國 89 年戶口及住宅普查」（2001）統計資料顯示：台閩地區共有 338,417 人需要長期照顧服務（含各種不同失能分級程度者）；其中 65 歲以上老年人口就占其中之 53.9%，有 182,351 人，約爲當時老人總人口數之 9.7%。民國 93 年內政部統計處之人口統計資料顯示：老人總人口中有 17,186 位失智症者、81,593 位智能障礙者、83,175 位精神病者，共爲 181,954 人（合計約爲當時老人人口數之 8.5%）。民國 94 年 1 月到 9 月全國各地政府之「長期照顧服務統計資料」顯示：接受「居家服務」之老人人數共爲 35,962 人（約爲老人總人口數之 1.5%）。根據「民國 94 年老人狀況調查報告」（2006）中所陳述有關全國 65 歲以上受訪老人之調查結果，其中與長

照服務有關之統計資料爲：

(1)約有 90%之 75 歲以上老人會因視力、體力、反應之衰退，在外出散步、搭車、上街購物等社會性生活活動上有困難；而吃飯、穿脫衣服、洗澡、刷牙、洗臉、梳頭髮、控制大小便等日常性生活活動有困難之老人比例，亦隨其年紀之增長而遞升。

(2)逾 10%之老人在生活起居上有不同程度之困難；其中需依賴本、外籍看護工、居家服務員、機構服務員、及志工等之協助者，約占其中之 20%。

(3) 80 歲以上老人想住在「安養機構」之比例稍高於其他年齡層之老人群，但所占比例極低。

(4)近 30%老人自認身體健康與身心功能狀況不太好，尤其是 70 歲以上、女性、無配偶、不識字、居住在中部／南部／金馬地區、罹患循環系統及骨骼肌肉系統疾病者尤甚。

(5)因病住院、居住北部／東部／金馬地區之老人，認爲配偶（或同居人）是主要照顧者；居住在其餘地區者，則視兒子爲主要照顧者；其中，女性老人較依重兒子照顧，男性老人則較依重配偶（或同居人）照顧。

(6)約有 98%之老人不知道（或未利用）政府所提供之「獨居老人關懷服務」、「遭受虐待、遺棄之老人保護服務」、「居家護理」，也不知道中／低收入老人可享有「重病住院看護補助費」、「特別照顧津貼」、「老人住宅設施、設備改善補助」等福利措施。

(7)老人認為政府需要提供之服務項目中，「醫療照顧、保健服務」位居第二；特別是居住在金馬地區者。

(8)有 80%老人對「老人安養機構、養護機構或養護之家」之服務狀況不盡瞭解，只有不到 3%之老人認為理想的居住地方是各類型之安養護機構或老人住宅。

(9)老人對未來生活最擔心的是「自己與配偶之健康、生病照顧問題」；當健康狀況不佳時，近 50%之老人不願意住進「養護機構」或「養護之家」，其中女性更甚於男性、年齡為 80 歲以上者更甚於 65～79 歲者、無子女者更甚於有子女者、喪偶者更甚於有配偶或離婚者、教育程度較低者更甚於教育程度高者、居住於金馬地區者更甚於居住在其他地區者。

若是認為進行「全國性老人長照需求普查」會過於費時、費力、

費錢，難道從上述官方人口資料中，政府也無法研判出老人真正所需要的長照服務內容嗎？

自民國 93 年底起，行政院即正式成立「長期照顧制度規劃小組」，針對台灣老人之長期照顧需求進行業務規劃及籌備相關事宜。民國 96 年 9 月 20 日在行政院會議中提陳「2015 年經濟發展願景之大溫暖社會福利套案」之「第一階段三年衝刺計畫，2007～2009」，將「建構長期照顧體系十年計畫」納為「12 項重點計畫」之一；10 年內將編列支援經費新台幣 817 億 3,566 萬元。民國 97 年 3 月 14 日行政院又通過「我國長期照顧制度之執行計畫」；行政院稱謂：如此具體規劃「強化老人安養」事宜，係為貫徹國家「落實社會公平正義」之施政目標，故將「照顧弱勢」列為施政主軸之一；希冀建構健全之「長期照顧體系」以因應台灣社會「人口老化、少子女化」之發展趨勢，促使建立完善之「社會安全制度與體系」。雖然如是之政治主張與口號似已勾勒出長期照顧之藍圖，但若將其與上述近年來官方之人口統計數據相對照，即可發現：老人照顧之需求事實與政府目前所規劃、提供之措施間，明顯存在著差

距 (Gap)。也就是，政府只在做想要做的 (What wants to do)，而非做需要去做的 (What has to do) (DiNitto, 2005, p.2)。從過去政府所推動各類社會福利措施之作爲與表現看來，怎能不令人擔心長照制度最後不會淪爲僅專屬於中、低收入老人之另一項福利措施；才剛起步之長照制度難道就註定要帶著「供不符需」之宿命嗎？

日本老人平均壽命長居全球之冠，占該國總人口中之比率亦幾乎年年遙領全球各國。日本政府爲澈底解決老人介護（即我國所稱之長期照顧）方面之問題與需求，於 1989 年起開始推動全國性「黃金計畫」(Gold plan)；此大手筆作法引起世界各國之矚目。爲要確定公共介護制度在全面實施後能臻完善，在 1997 年立法通過「介護保險法」；並在 2000 年正式推動全國性「公共介護保險制度」之前，即在全國各地進行老人生活與介護相關需求之普查，以求能確實掌握到老人長照人口之分佈、結構、性質、需求等相關資料。甚至在 2003 年時便已開始著手規劃擬於 2015 年達成之「高齡者介護——支持性照護」工作目標。眼見日本政府從過往到未來，至少已積極地花用超過 20 年時

間於老人介護工作上，且已呈具體之執行成效，想必其中定有許多足可供我輩學習之處。我等若能對日本政府多年來在公共介護所做之努力有所認識，瞭解其沿革之來龍去脈，多作借鏡，相信必能更清楚我國長期照顧制度之定位、期待與走向，進而展現出更有效益、更務實之作爲來。

## 貳、日本公共介護制度之沿革

二次世界大戰結束後，日本之人口結構劇變；此乃因年輕者在戰爭時大都赴外地爲侵略他國紛紛捐軀，所以戰後自然迅速列入「老人國」之林。對此已無可挽救之社會事實與現象，日本政府自是無法對老人之生活需求漠視；於是，年屆高齡後之介護 (Nursing care) 問題便成爲必得爲之努力。根據日本府在不同時期對老人介護之做法，可劃分成下列幾個施行階段 (石井京子，2003，pp. 27-28)：

(1)「家族介護」階段 (1945～1962)：

除對生活困苦之老者施以經濟協助外，扶養、介護等事宜全由家族自行負責與負擔。

(2)「機構介護」階段 (1963～

1973)：

急速之經濟復甦，年輕人口群陸續大量湧入都會地區求職，獨居之高齡夫妻比例增加，子女扶養年老、孤立父母之意識低落，機構介護體制與設施便隨之興起。

(3)「回歸家族介護」階段(1974~1980)：石油危機後，日本經濟發展鈍化，「家族共同體」之意識再度被喚起，照顧家中老者之責任便再回轉到家庭中輩份較低之女性身上，如：媳婦、女兒。

(4)「民間介護」施行階段(1981~1985)：「少子化」及「婦女入職場」之趨勢，使得核心家庭不易照顧自家老人，而公部門便必需對此有介入；相對之下，活用民間力量來「共興介護服務」遂成趨勢。

(5)「在宅介護」階段(1986~現在)：日本政府為加強對社會資源之應用，以補充家族成員介護之不足與限制，「在宅介護服務」於是成為「地域福祉」之主要施行目標與項目；同時更以「輔導改善介護機構設施」為輔，強化機構設備與培訓照護人才，來策劃、推行「黃金計畫」系列服務措施。此階段可再依不同年份之實施重點與計畫內容詳分為：

1986~1989：規劃「21世紀に向けて高齡者介護基盤づくり」。

1990：實施「高齡者保健福祉推進十か年戦略(黃金計畫/Gold plan)」。

1991：將相關福祉法(含老人福祉法)修正，通稱為「福祉關係八法改正」。

1992：修正「福老人保健法」。

1993：修正「醫療法」。

1994/03：策定「21世紀福祉ビジョン」，對「黃金計畫」施行結果做檢討，再修正改稱為「新黃金計畫(New Gold Plan)」執行之。

1997：通過「介護保險法」。

2000：實施「今後5か年間の高齡者保健福祉施策の方向(21世紀黃金計畫/Gold Plan 21)」。

2000/04/01：開始實施「公共介護保險制度」。

2005：修正「介護保險法」。

2005：確定「2015年「高齡者介護——高齡者尊嚴」支持性照護之確定方向」計畫。

目前日本老人人口約占全國人口數18%左右，預期在21世紀中期將達全國總人口數之25%。除老人人口數量續增、不得不持續對渠等重視外，日本政府會積極規畫「黃

金計畫」系列（Series）之背景原因主要是（老人の保健醫療と福祉：制度の概要と動向，1995）：

- (1)國民平均壽命延長。
- (2)出生率下降。
- (3)年齡結構已有變化。
- (4)人口高齡化速度變快。
- (5)75歲以上人口劇增。
- (6)區域間之人口高齡化差異大。
- (7)高齡者對老後生活普遍有不安感。

此外，尚有受到其他社會、文化因素之影響，如：平均壽命長表示老人之晚年生活之「殘障期」可能拉長；老人之醫療、福祉費用會增加，形成國家、家庭、個人之經濟重擔；「少子化」牽動家庭人口結構，居家養老之環境惡化；未婚率增高，媳婦、女兒已不再是照顧老人之主力；老人機構之設施不夠完善……等。可見老人之生活需求範圍，涉及介護、福祉、經濟、生理、精神、生活等各層面，觸及：家庭所得、健康福祉、疾病醫療、勞動雇用、社會參與、居住環境……等，不一而定（石井京子，2003；坂本勉，2002）。

#### 一、黃金計畫 vs. 新黃金計畫：

日本政府早在 1986 年（昭和 61 年）即訂有「長壽社會對策大綱」，期在經濟社會中讓老人之生活活性化，以造就有活力之「長壽社會」。1988 年（昭和 63 年）訂定「實現福祉社會之施策：基本考量與目標實現」，強調透由「社會連帶」（Social relationship）之建立，形成「地域社會」（Community society），其目的是在重視市町村（如我國之區與鄉）之分工義務與責任（坂本勉，2002）。1989 年（平成元年）3 月，中央社會福祉審議會公布「國民福祉需要之確定方向」；其中提到「擴充福祉服務之質與量，促進福祉服務之一般化、普遍化、綜合化、體制化，以達到福祉社會」之目標，並設定以 2000 年為「福祉元年」。歷經半年、在超過 30 次以上之密集討論後，日本政府才於 1989 年底公布「高齡者保健福祉推進十か年戰略」（通稱為「黃金計畫」），作為實施高齡者保健福祉施政依據，預計總費用需超過六兆日圓（老人の保健醫療と福祉，1995，pp.44-45；坂本勉，2002，pp.94-95）。「黃金計畫」規劃之基準是「以家族介護為首要、減輕國家負擔」，以擴充「在宅福祉」（我國稱之為居家服務）為重



心；而所擬定之目標，全係根據人口調查所得與預期之施行結果制訂而成（老人の保健醫療と福祉：制度の概要と動向，1995，p.96；坂本勉，2002；莊秀美，2000，pp.86-87，95）。

日本在 1994 年 12 月 19 日修正策定之「新黃金計畫」係由「大藏、厚生、自治」三省（就如我國之主計處、衛生署、勞委會、內政部之社會司、民政司、戶政司等單位之綜合）合意策定，修正自「黃金計畫」，要求於 1999 年底前完成擬訂之目標；計畫修正後之費用估計共需要九兆日圓。「新黃金計畫」之達成目標內容為（老人福祉のてびき，1997；坂本勉，2002；蔡啓源，2003）：

1.在宅服務（非機構式服務）：

(1)居家服務員（Home helper）：  
170,000 人。

(2)短期收容（Short stay）：  
60,000 人次。

(3)日間照顧（Day service）：  
17,000 所。

(4)在宅介護支援中心（Support center）：10,000 所。

(5)老人訪問看護站（Station）：  
5,000 所。

2.機構式服務：

(1)特別養護老人之家：290,000 人次。

(2)老人保健機構：280,000 人次。

(3)照顧之家（Care house）：  
100,000 人次。

(4)高齡者生活福祉中心：400 所。

3.介護人力（Manpower）：

①在宅介護人力（含行政職員）：200,000 人。

②機構看護人員：100,000 人。

③物理治療師／PT・職能治療師／OT：15,000 人。

所謂之「公共介護保險制度」保險適用對象包括兩大類：(1)第一號被保險者：為 65 歲以上，身體虛弱、臥床、失智程度，需要介護服務、生活協助者；需負擔自付保險固定額。(2)第二號被保險者：40 歲以上未滿 65 歲，為醫療保險加入者，且有初期認知症、腦血管障害等引致老化之特定病狀（註 1），需要介護服務、生活協助者；保險費負擔係用來自健康保險（含雇主依標準酬勞、介護保險課賦率所付之保險費）、國家保險（依個人收入所得、國家分擔之比例原則支付）等（井村圭壯、相澤讓治，2004，p.88；社會福祉の動向編輯委員會，

2003, p.207)。在公共介護保險制度下，繳付保險費後即可在給付額規定範圍內，接受設定之「介護基準服務」（財團法人厚生統計協會編集，2003b）；若有額外經濟負擔能力，則可另外付費、接受額度外之服務項目（許麗津譯，1996；莊秀美，2000，p.86）。介護收費標準雖會視生活指數與經濟收入做調整，但主要還是視老人所使用之服務項目內容及家庭收入，而訂有不同之收費設計；但是尊重由老人決定個人所需接受之服務項目，是為最基本之理念與作法（崛勝洋，1994）。若為求介護保險制度能正常運作、收支平衡，不出現赤字，以 2005 年（平成 17 年）為例，估算平均每人每月所需繳交之保險費至少要 2,800 日圓；到 2010 年（平成 22 年），則每人每月所需繳交之保險費就得超過 3,500 日圓（介護保險制度の概要，1998；財團法人厚生統計協會編集，2003c）（註 2）。雖然曾引起全國各界之撻伐，日本政府仍自 1996 年起將全國之消費稅調高至 5%，以運籌介護制度所需之相關經費。而實施公共介護保險制度後，部分高齡者福祉與高齡者醫療之費用，便轉移自「公共介護保險」項下支付（資料來源：

<http://www.fukushi.com/news/2000/10/18gdppup.html>）。

在「介護保險法」頒布實施後，日本政府對長壽社會之認定是：致力於使老人能「生活有精神、生理健康、心靈豐富」。而在正式推動「公共介護保險制度」前，針對 65 歲以上老人所做之「生活與介護相關需求普查」中，至少包括以下之調查項目：

- (1)與子女同住狀態。
- (2)家庭經濟（收入所得、負債、儲蓄狀況）：
- (3)健康狀況（疾病別、健康意識、長期住院狀況、臥床狀況、癱瘓狀況）：
- (4)就業狀況（可就業、完全無法就業）：
- (5)住宅（自擁、借住、租賃）：
- (6)社會參與（宗教活動、社交活動、老人俱樂部、休閒活動）。

在「新黃金計畫」實施屆滿時，時已邁入 21 世紀；日本政府根據所做過之努力，發現針對不同失智、失能程度老人所實施之介護工作，得要分工、分類、分級，才能提供所需之不同服務類型、方式、性質及內容，才可使服務更符合專業標準與要求，達到介護之實質意義與目的。而日本政府認為過去使

用之「癡呆症」一詞，有損失智老人之尊嚴、且欠缺人性考量；在徵求全國國民命名後，自 2004 年 12 月 24 日起在名詞使用上，改用「認知症」，以示尊重老人人權、尊嚴，與無任何歧視。在著手進行修正「介護保險法」之前，日本政府也未雨綢繆地進行著介護相關研究與討論，以為日後修法之參酌依據，如：高齡痴呆醫學研究、「0」身體拘束、介護保險制度評鑑、介護保險修正研究、2015 年高齡者介護研究、高齡者復健方向研究、……等。

## 二、21 世紀黃金計畫：

日本政府在檢討執行「新黃金計畫」結果後，發現成效是正向的，不但每年之國民生產毛額（GNP）增逾 3~4 兆日圓，就業率也增加 1.8%以上；尤其提供「介護福祉士」之就業機會（註 3）。根據民間保險業者「朝日生命」之估算，日本 2000 年之國家生產總額（GDP）成長率，約提高在 0.3~0.7%之間，介護保險費用之收入，估計高達 4 兆 3,000 億日圓（資料來源：<http://www.fukushi.com/news/2000/10/18gdppup.html>）。所以，日本政府才於 1999 年 12 月底追繼宣布要執行「今

後五年高齡者保健福祉施策方向」（「21 世紀黃金計畫」）；執行期為 2000~2004 年（平成 12~16 年），估算需花用經費達 1,383 億日圓。「21 世紀黃金計畫」之基本目標為：「建構高齡者活力形象、確保高齡者尊嚴與自立支援、建構互助支援之地域社會、確立服務使用者能信賴之照護服務」等四項，此次計畫強調：介護預防（指：癡呆預防、退化預防、疾病預防、生活封閉預防等）、生活支援、社會參與等（財團法人厚生統計協會編集，2003c）；具體之施策內容為（井村圭壯、相澤讓治，2004，pp.113-127；坂本勉，2002，p. 101；莊秀美，2005，pp.384-385）：

(1)加強照護服務基礎：加強照護人才之培育與研修，整頓照護相關措施及改善機構處遇品質等。

(2)推動失智老人支援政策、營造高齡者生活所需之服務系統：推動失智症研究、推動失智老人「團體家屋」（Group home）照護服務、提升照護失智老人品質、充實權益維護體制等。

(3)推動健康老人對策：推動綜合性疾病管理制度、充實社區復健體系、提升高齡者生活意識感、推動照護預防措施、支援高齡者社會

參與及就業等。

(4)充實社區生活支援體制、營造互助溫馨社區：溫馨社區之社會營造支援、充實生活支援服務、改善居住環境、推動志工活動、推動居民參與等。

(5)建構保護使用者及使用者可信賴之照護服務：推動資訊化、建構使用者保護網絡、促進參與多元服務事業、開發及推廣生活福祉用具等。

(6)確立支援高齡者保健福祉之社會基礎：推動發展長壽科學——福利教育之國際交流、推動體貼身心障礙高齡者之社區營造等。

「21世紀黃金計畫」實施完成後，預計達到之目標內容如下（社會福祉の動向編輯委員會，2003）：

(1)訪問服務：

①介護訪問（Home-help service）：350,000 人次（共 225,000,000 服務小時）。

②訪問看護站：9,900 所（共 44,000,000 服務小時）。

(2)通所服務：

①通所介護（Day service）：1050,000 次。

②通所復健（Day care）：26,000 所。

(3)短期入所服務（Short stay）：

①短期入所生活介護：4,785,000 週。

②短期入所療養介護：96,000 人次。

(4)機構式服務：

①介養老人福祉施設／特別養護老人之家（Nursing home）：360,000 人次。

②介養老人保健施設：297,000 人次。

(5)生活支援服務：

①癡呆對應型共同生活介護／癡呆型高齡者（Group home）：3,200 所。

②介護利用型輕費老人之家（Care house）：105,000 人次。

③高齡者生活福祉中心：1,800 所。

「公共介護保險制度」雖然訂定有明確之執行目標，但在實施後仍發現許多問題與議題（財團法人厚生統計協會編集，2003c；Campbell & Ikegami, 2003）：

(1)若投保者未利用公共介護服務，家庭照顧者可否享有對等之介護津貼？

(2)介護預防總費用（Cost control）出現赤字時要如何應對？

(3)介護照顧「六等級」劃分仍偏籠統，有時難以決定鑑定等級（註4）。

(4)身心障礙者與老人所需有所不同，介護服務結構需有不同之規劃（如：社區式照顧與機構式照顧間需要有明顯之區隔）。

(5)有足夠能力擔當介護行政（Care administration）或照顧管理（Care management）之人員，不論在質或量均為不足。

為確定「介護保險法」之執行能奏效如預期，日本政府透過對公共介護之提供體制、保險給付、給付內容、使用者負擔部分、被保人接受給付範圍、國民負擔、社會經濟狀況等要項做通盤性檢討，於2005年2月8日通過修正法，於2006年4月1日開始施行；法令新修正之要點為（介護保險法等の一を改正する法律案について，2005）：

(1)注重「預防性介護」系統：

①大幅度提高輕度認知症者所需之介護服務。

②創設地域性支援服務。

(2)調整介護機構給付額：

①重新檢討居住費、食費之介護機構給付額度。

②減輕低收入者自付額負擔。

(3)設計「創新」服務體系：

①創設與地域生活相關連之服務。

②創設地域性支援中心。

③充實住宅性介護服務。

(4)確實提昇介護服務品質：

①公布服務資訊程序標準化。

②重新檢討服務規章與程序。

③提供合理之介護管理服務。

(5)介護保險費負擔合理化及重新檢討介護制度營運：

①重新檢討第一號保險者負擔額。

②重新檢討介護認定範圍。

③強化市町村之介護保險業務機能。

(6)檢討被保險者、給付者之認定範圍：

①檢討介護制度被保險者、保險給付、給付範圍等與社會保障制度之關連性，做為平成21年（2009）再修正法規之用。

(7)其他：

①自2004年12月24日起，「癡呆症」全改稱「認知症」。

②調整在宅介護支援中心、養護老人之家規定。

③調整討社會福祉機構職員之

退休津貼與給付。

### 三、2015 年「高齡者介護——高齡者尊嚴」支持性照護之確定方向計畫：

在「21 世紀黃金計畫」實施成果尚未定讞之前，日本厚生勞動省老健局所屬之研究會已於 2003 年 6 月 26 日在自行完成之研究報告書中擷諸：「2015 年「高齡者介護——高齡者尊嚴」支持性照護之確定方向」計畫（2015 年の高齡者介護～高齡者の尊嚴を支えるケアの確立に向けて，2003）。此項研究是針對介護制度實施狀況所做之調查，研究對象為第二次大戰後嬰兒潮期出生、現為高齡者；而研究發現公共介護制度需要處理之問題與議題有：

1. 需要被介護鑑定之人數增多。
2. 罹患輕度「認知症」人數增多。
3. 在宅介護服務效果仍待加強。
4. 介護機構收容需求量增多。
5. 介護機構需注重照顧個別化。
6. 照護管理現狀需待檢討及改進、需積極爭取「認知症」高齡者

介護服務。

7. 介護服務現狀需全盤檢討。

8. 介護人員對機構內老人施待（田中莊司，1998）。

該研究報告中雖建議有未來努力之方向與內容，但也指出：介護服務與模式已然需要有所調整或轉變；而這些都事事涉及介護鑑定、介護服務、介護管理、介護給付、介護保險費等「制度性修正」。研究報告書所另提述之預期目標，便全是針對「強化高齡生活內涵」而訂：

(1) 設計可維持生活機能之「創新介護模式」：1997 年開始試行之「團體家屋」已見成效，新介護模式可以「小規模居住空間、熟悉之人際關係範圍、似家庭之生活氛圍、已習慣之地理生活圈」等條件與格局來設計、推動，以維持老人之生活尊嚴與機能。

(2) 確立可維繫生活持續性之「介護服務體系」：介護服務體系宜由「小規模、多元生活機能」之地域性服務單位來組成。

(3) 確切提昇「介護服務品質」：對罹患「認知症」老人所提供之介護服務，需事先確切明示照護立場與理念，尤其要將服務標準化，以超越過去之介護方式與作

法；而提供正確介護相關資訊，亦是為提昇服務品質之道。

(4)充實「介護預防」與「復健服務」：為減輕介護之支出與費用，「預防性作為」是務實之舉；若在高齡前階段即能多所防範、強化活動、復健、恢復功能，則可使日後之老年生活少受限礙。

日本雖推行公共介護制度已有時日，卻仍不斷地朝著「照顧高齡者」之社會目的（Social goal）前進；台灣從其中至少可學習到：

(1)整頓照顧服務基盤：以實際需要被照顧人口總數，施以「居家式、社區式、機構式」服務方式來奠定長期照顧服務基礎；對不同生活、知能障礙程度之老人，應依個別需求提供不同內容、方式之照顧服務；服務之選擇與提供應以尊重當事人「需求意願」為首要。

(2)加強醫療與復健體制：長照服務涉及醫療、復健、護理、藥事、保健、福利（尤其是區域性福利）、教育等領域之通力合作；推動「疾病綜合性管理」制度亦為照顧服務工作之要環。

(3)推動「社區照顧教室」、鼓勵居民志願參與照護服務：建構完整之社區支持系統，形成「照顧社區」（Care community），達到「自

助、共助、公助、共生、導入民間資源」之服務目標。

(4)活化「應對型」日托服務：小規模、社區式長照模式為較易被接受、較易管理之服務方式，日後可朝此方面多作謀對。

(5)鼓勵高齡者參與「社區性社會活動」：「預防性介護」係講求預防癡呆、退化、疾病等問題之提早罹生，高齡者若能多參與社區性活動，生活自不封閉，並可減低年紀增長後需被照顧之依賴程度。

(6)設立「老人研究中心」：老人之諸多議題與問題定要有專業機關或單位負責研發工作，才能確切掌握老人相關訊息；我國目前尚未設有如是之專責機構。

## 參、長期照顧制度相關議題之討論

一般人對老人問題與需要之界定，都以「65歲」當做通盤性考量與計算之分界嶺（現代エイジング辭典，1996）；但是除年齡（Age）為共通點外，老人們並非為高同質性群體之組合。近二十多年來鑑於人在年老後，醫療與被照顧需求會因年紀增長而有程度上之差異，日本社會福祉與醫學界遂以年齡將老人嚴分為三大類群：65～74歲者為

「年輕老人」(Young-old)，75～84 歲者為「中年老人」(Moderate-old)，85 歲以上者為「老年老人」(Old-old) (註 5)。雖然人類一邁入「中年後期」後，生理機能、心智機能、日常性活動、食慾與五官感覺等各種身體、心理、精神等狀態都會明顯地退弱；但老人福祉之協助對象還是以 65 歲以上者為主。而日本政府對醫療費用之補助則改提高至以 70 歲以上者為主要給付對象，此乃係以「年齡越高、才越有被照顧需求」為著想點之故 (石井京子，2003，pp.3-5)。參照上述，台灣長期照顧是否也要以不同年齡來劃分可接受之服務項目與內容？英、美、加、日等國規劃長期照顧之前提是：除非必要，對老人之照顧應以在自家 (Self-home) 為主；因為居家服務之收費較低廉，老人所接受到之照顧時間與方式，較易有個別化內涵。相較之下，養護之家 (Nursing home)、安養中心 (Care center) 等長期照顧機構在營運策略上較強調「醫療設施」、「照護設備」與「服務效能」，往往欠缺「居家環境與氛圍」(Home environment and climate)，以致老人通常不容易或需花很長時間去適應機構生活 (Davies, 1998, pp.76-77)。Davies

(1998) 與 Jack (1998) 綜合不同英國學者針對機構照顧與居家服務所做之服務效益比較研究，咸認為：對不同年紀階段老人設計、提供、協助適合渠等之「多元性照顧服務」才是最務實的作法，而不要老浪費時間在「對老人應提供何種照顧較好？」議題上打轉。

年紀老邁，身心機能日漸衰退，生活功能與社會應對能力變弱，既是人類演化之必然現象與結果；之故，各類照顧服務對老化狀況之改善應有其極限，主要功能應只是在維持 (Maintain) 生活機能及減輕 (Reduce) 生活之不便。日本「黃金計畫」在開辦後四年，即因介護費用支出太多、介護資源調配不當而可能要出現赤字；於是便將介護資源及人力改投擲在「預防慢性病及保健」課題上，強調「介護預防」(Care prevention) 之重要性。在作法上為：鼓勵老人平日多做活動、注重自我照顧 (Self care)、多參與社會性活動 (Social activity)，好讓身體隨時保持良好健康狀態；身體保持健康狀況越久，則會越慢使用到介護設施，甚至對介護資源之使用時間將更縮短。為增進晚年生活之舒適度，日本政府在 2005 年修正「介護保險



法」時，特地強調介護預防為未來十年內必要達到之介護工作目標；其作法是：在個人層次（Individual level）上，期待老人平日就自我注意維護身體健康、注重養生、多參與社區性活動；對照顧服務者（Caretaker）要多體諒、多給予支持，要提供喘息與休憩之機會與時間；家屬（Family member）則要注意家庭互動關係，保持彼此間之聯繫與關切。在社區層次（Community level）上，要建構「社區支持與資源系統」（Community support and resource system），以形成「照護社區」；照護社區尤其適合住於都市生態（Urban ecology）中之老人（Davies, 1998）——也就是，社區生活環境若加以改善，能使生活活動更為方便、舒適，則身心功能退化之老人便會更有生活品質可言。在機構層次（Institutional level）上，除要求照顧設備、設施之齊全外，更要求機構能提供質、量並重之人性化照顧（Human care）方式。在政府層次（Governmental level）上，為保持制度與規模之健全與實益，以居於監控、轄管之權限與立場，對長照服務要求以革新（Innovation）取代競爭（Competition），定期評鑑、輔導及表揚盡心盡力之相關從業人員。

觀之公共介護保險制度在日本推動實施後，不但有達到具體之績效目標，更促進經濟之實質成長（資料來源：<http://www.fukushi.com/news/1999/10/08gdp.html>）。雖然開辦以來，在執行上發現不少問題，但日本政府的態度是：坦然面對與探究原因，定期檢討、分析問題所在、擬訂再改進策略，著力於修正介護法令之規範內容；在財務處理上，更一直堅持著：若需要額外照顧服務，就得多繳交附加費用。我長照制度在推動後，目前仍是以政府補助或費用津貼方式在進行，日後會否改採「保險制」雖另可議論，但有關行政效率、政府補助、經費平衡與精算等議題，並未見事先已有周延之考量；所以日後中央政府會否因財政困難，隨時刪減地方補助，讓老人有頓失照顧之窘困呢（95 年度派員「赴日考察長期照顧制度推展情形計畫」報告書，2006，pp.24，27）？見識到日本政府步步務實之行事作風，我政府實應具遠瞻性視野（Vision）——以「為全民設想，非為政治計謀」為基本考量（Burton, 1993, p.73）。既然長照是為「政策⇨行政⇨實務」之連續性執行活動，若因制度設計涉有任何限制非低收入者可平等享

受之機制，則依人權（Human right）與社會權（Welfare right）之基點視之，便完全不符合公平（Fairness）、平等（Equality）、公正（Justice）之社會福利基本價值與原則。雖然政府對非低收入老人之福利需求已在程度上有所注意與回應，但所做之努力與心意仍嫌不足。反觀政府歷年來對老人社會福利經費之挹注，有九成以上是花在中、低收入者身上，在作法上是以選擇性（Selective）福利為考量——即偏向殘補式福利（Residual welfare）。只是對於：真正需要接受長照服務之老人是誰？有何特性？有多少人？分佈在哪裡？需要何種類型之長照服務？現存之長照資源之質、量狀況？……等資料之掌握與分析，均不清楚。倘若這些必要之資料都一直懸缺，則又可如何決定長照服務之類別與內容？如何去確實推動？如何編列所需經費？又可如何知道需要多少照顧人力呢（Wiener, 2004, p.86）？換言之，長照既是體制性措施，若不是以全面性提供（Universal providence）方式來執行，實失去照顧國民之實質意義與價值。

中外政府在推動任何社會福利措施之衷由，大都以「鞏固政權」

及「爭取選票」為現實考量，並非真正以受益者（Beneficiaries）之真正需求（Needs）、需要（Wants）或福利需求（Welfare needs）為依歸。就因如此，社會福利措施不論在構思、規劃或執行上，福利服務方法（Means）往往被當成是目的（Ends）來處理（DiNitto, 2005; Ozawa, 1984）；也就因在設計思考邏輯上是倒果為因，才常會致使事倍而功半。我政府對長期照顧制度之規劃與制訂雖甫定案，但在推動之初，實應記取一向以來之邏輯謬思之殷鑑，莫再重蹈覆轍。只是中央政府居於領導地位，常是受制、屈就於政治主張與環境，不禁令人質疑：若地方政府若不以當地老人之所需來推動長照業務，政策貫徹無法如預期時，是否得擔負推動成敗之完全責任（Burton, 1993, p.18; Wiener, 2004, p.87）？務實言之，長照制度之邏輯基礎（Philosophical basis）、訴求、機制及主體內容，需明確規範；對中央與地方政府之職權、職掌劃分與分野，仲間者（Third party）之照顧任務及功能，位處工作前線（Front line）之各公、私立長照服務單位之權限，老人者與家屬之角色、義務、權益等，都得一一予以明確化，以避免

各自為政、莫衷一是。日本之「介護保險法」修正後，更加強調以「個人權利、自立援助、自主選擇」理念推動介護服務，其中以「在宅照護綜合性支持服務」與「小規模、多機能、高品質機構介護服務」（規模非以收容人數之多寡來界定，而是以照顧設施空間、生活環境機能、服務人力配置等條件來評斷）最受到青睞與肯定。介護機構之設置也因老人照顧需求之多元，在設計上更講究服務功能，包括：夜間應對型訪問介護、認知症對應型通所介護（日託照顧類型）、小規模多機能型居宅介護、知能症對應型共同生活介護（團體家屋類型）、特定設施進住生活介護（指 29 人以下需付費之老人之家）、老人福祉施設入住者生活介護（指 29 人以下特別養護老人之家）……等（註 6）。此等種種均與過去社會福祉界長久來所呼籲之「地域福祉」相呼應（蔡啓源，2001a），更為注重「地域密著型服務」方式；即，老人除在所熟悉之地域生活接受服務外，並將「市町村」（如我國之「市區鄉」）定位為適合服務指導與監督之區域規模。

「在地老化」（Aging in

place）是個美麗的概念、構想與口號，但絕不代表老人若留住「在地」就可以得到適切之照顧服務；只要是不違反老人意願之長照服務，是否「在地」或「非在地」，就成為次要了。依據「新故鄉社區營造計畫」及「社區營造條例（草案）／2004」條文中所擬述，所謂「社區」之範圍應改以公共議題（Public issue）來界定；即，以「事緣社區」（Affair community）（就特定公共議題，依一定程序確認，經由居民共識所認定之空間及社群範圍）來取代過去僅以政府管轄權為考量所認定、具備行政特性之「地緣社區」，以更符合社區居民之實際需求（蘇麗瓊、田基武，2004）。可見，事緣社區在提供與推動各項社會服務措施應較能符合社區居民之真正需求；之故，對於住在不同區域老人們之不同照顧問題與需求，自是會期待能提供有不同之照顧服務與資源可供運用。日本政府自 2006 年起，就把設置在各地之「老人介護支援中心」改設為「區域整合介護支援中心」，以求落實介護保險政策之推動。同樣的，我政府應將在各地設置之「衛生所」、「長期照護管理中心」、「居家服務支援中心」、「老人福

利服務中心」、「社區照顧關懷據點」、「居家照顧據點」等單位，全部整合成各地區單一之「長期照顧管理中心」，在長照服務、復健、醫療、照護預防上多方盡力，以避免另置「老人長照服務據點」之人力重複與經費浪費。

嚴格說來，長期照顧之性質與內涵實不超脫社會照顧（Social care）、健康照顧（Health care）、養護照顧（Nursing care）三大形體之綜合（Hardy, Mur-Veeman, Steenbergen, & Wistow, 1999; Kodner, 2004, p.102），在行政體系上則分由衛生署與社會司兩個不同層級之行政單位分別管轄。只是，此兩行政單位針對相同服務對象之老人人口群從未做明確之權限劃分，長期以來各司所職、各自行事，各有所推陳之行政措施及內容；但卻也常因行政立場及考量之分歧，而易造成決策執行之衝突、重複，甚至有服務立場對立之局面。此現象常令第一線工作人員在工作上產生混淆，難揣政府之行事意圖。類似狀狀亦曾發生在英國，該國政府為澈底解決這存在已久之困境，便將兩者併成單一組織，用來整合照顧業務之人力、財力及相關行政資源等（Lewis, 2001, p.352, c.f.，林淑萱，

2004，p.98）。可見為確切落實長照制度，衛生署與內政部社會司需跳脫各自之行政立場，針對整體長照制度之醫療、保健、看護、復健、財務、社會支持……等業務及職責作明確分野，商議永續合作之經營格局，來銜接不同照顧規劃與業務推展。而更上者為，將兩者合併成單一機構（可改稱衛生福利部、厚生部……等），則在推動長照制度時，方能停止各自為政、各說各話之局面。

一直以來，學術界、實務界人士們對長期照顧之建構理念，均不超脫連續性照顧（Continuum of care）之軸輒（施教裕，1997；高淑芬，2000；黃源協，2000；莫藜藜，2005）；此說更被老人實務界人士奉成圭臬，視為理所當然。Davies（1998）認為：連續性照顧之意涵並未注重需求與服務間之照顧切合（Care match）；對需要被照顧之老人而言，渠等所需要的是「選擇當下適合己身所需求之照顧服務」，而非去遷就「循照居家－社區－機構之非客觀性照顧脈絡次序」（Ory & Dunker, 1992, p.3）。其實，只要稍加留意長照之執行狀況，即可明瞭一切絕非如連續性照顧所述在運作（Redfern, 1998）。雖

然長照服務無論在概念、規劃、執行、作法上，是以居家、社區、機構三類為服務主體，但 Davies (1998) 認為，除非老人本身有著功能性障礙 (Functional disability)，依賴他人 (Dependency) 照顧之程度高，或為中、重度失智、失能無自我照顧能力者，否則均應享有自主選擇權 (Self-determination/Autonomy)，而非一成不變地被制約著或被代為決定。故而，針對老人之不同照顧需求來設計不同類型照顧服務內容、持續地提供服務 (Consistent providence)，供老人選擇、使用，才是務實作法 (註 7)。

#### 肆、對建構長期照顧制度之建議

由上節中所討論之議題，針對長期照顧制度之建構，筆者提出以下之建議：

##### 一、針對不同年紀老人提供不同性質之長照服務內容：

應鼓勵「年輕老人」多利用「社區式照顧」，「中年老人」(尤其是獨居老人們)則以「居家式服務」為主體選擇，而身心衰弱、生活及社會功能差之「老年老人」，則需多借重「機構式照護」之照顧與協助。只是，政府還是先

需針對全國老人施以「長期照護需求與資源調查」，方能確實掌握相關基礎人口之實際需求與既存資源資訊，以為全盤性考量之依據。

##### 二、長照服務內容應力循簡明化、區域化、個別化之原則：

過去長照業務中慣用之「安養、療養、養護、長期照顧」等稱謂，屬性劃分不清，不易理解、常令人生混淆；宜應將之加以簡化，方可便民、利民。而長照資源之規劃、分配與執行，宜以區域需求 (Regional needs) 為考量重心，不能再以行政劃分之社區領域來設限，而是改以區域事態 (Regional state) 之老人需求實況做為長照資源與管理之依據，才可實際解決照顧需求。

##### 三、長照服務之執行內容需秉持多元化、持續性原則：

老人福利法 (民國 96 年 1 月 12 日修正) 第 16 條之部分內容應修正：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及提供多元持續性服務原則規劃辦理……」。而一直在家庭私人領域 (Private sphere) 中實際擔任無償照顧者角色之家屬們，也應享有相關配套服務措施之權益，如：可領取固定額度之津貼、

接受喘息服務（Respite care）、享有優先接受長照服務之選擇……等。另，居家服務除平時之訪查督導外，為避免在自家環境中有不易被察覺之照顧死角，尚需佐以不定期、不定時之查訪制度，才可確定或維持照顧品質。

#### **四、長照服務是所有老人可能之生活需要與福利需求，非專屬於中、低收入者之權益：**

長照既是全國所有老人之生活需要與福利需求，政府不能只注意到中、低收入老人；對非中、低收入老人，尚需多付出關切。不論老人之社經地位為何，凡是國民全都有接受長照服務之權益。日後倘能將長照改施以「保險制」，更需嚴守「負擔義務——享受權益」原則，才能符合「公平、平等、公正」之社會福利正義價值。

#### **五、為求長照業務能永續經營，需杜防日後財務發生赤字窘境之可能性：**

長照服務之被期待與要求，並不單是因「個人老化」所需，而是「人口老化」、「社會老化」等實際現象提早浮現且程度嚴重所趨；政府除應澈底考量長照制度需有健全之財務做後盾外，更應整頓所有

現存設備不良、不適之長照機構，澈底要求改進以符合照顧標準。而為防範長照服務被濫用後經費赤字浮現，可參照日本政府作法，除繳交保險費外，只要接受長照服務，仍需要求負擔自付額。

#### **六、詳訂相關法令，以規範長照服務之執行基準：**

長照業務之執行目標、發展進度、服務對象、照顧服務、輸送方式、設施分類、不同失能／失智程度之照顧內容與方式、收費標準、使用者費用分攤比例、監督／管理機制、政府單位之分級分職、評鑑制度之執行……等，均需明確規範於相關法令條文中，以利實務工作之依據施行；而法令內容立場應陳述中立，不能偏袒政府、服務提供者或接受照顧者之任一方。

#### **七、中央相關行政單位需釐定管理權責，方利長照業務之推動：**

為求長照制度與體系能正常運作、不浪費資源，更為避免民眾在各不同行政體系之服務單位間無所適從，在中央政府層級之衛政與社政單位，需就各項長照工作之執事權責與管理領域細加劃分、協調，以求執行步驟、服務內容之基調一致；如此才得使地方政府與長照實

務工作人員能配合政策、履達目標。

### 八、注重政府與民間力量之合作、銜接與共力：

政府針對長照業務之發展，在研擬發展方向與各實施階段目標後，應極力促使所有各級相關政府、機構、單位、社區、團體、家庭、甚至老人們，能明瞭各自在長照制度中之定位、任務及職責；如此才能共力合作，發揮長照之服務效益。而對照顧服務員之要求，不一定得是全職、全時、全工，若同時允許以臨時、兼職、計時方式參與，自可減緩照顧人力不足之慮。另，志工人力在協助推動長照業務亦有其定位與助力，有關共同參與事宜，也應一併規範，以確保在社會照顧、健康照顧、養護照顧等領域中，渠等能有可盡心盡力之處（註8）。

### 伍、結 論

老人人口遽增所附帶之需求與問題已趨複雜化、多變化及擴大化；長期照顧既被視為是必要之政策性措施與制度，則要被推行得宜，政府、民間、社區、老人、家屬等均為攸關之共同體。實體上，

若政府能設定以「照護預防」為推動之發展基礎與目標，鼓勵民間致力參與「社區式照顧」服務、佐以「居家照顧為主、機構照顧為輔」策略性服務措施，配合福利、衛生、醫療、保健、復健、藥事、教育、社區、文化、經濟、運動、休閒、藝術等領域間之合作，則長照制度對提升老人之晚年生活內涵與品質，必然是水到渠成。長照工作絕非僅止於照顧而已，舉凡：教育部要否責成護理、高職、技術學校擔負培訓長照人員之職，勞委會分擔篩選、引進、訓練、監督外勞來台擔負長照工作，長照相關產品之研發或引進，生活無障礙空間之要求……等，都是必需同步進行與處理之課題。此外，「營利」絕對是長照經營者之主要誘因與期待，政府是否得絕對要求長照經營者，僅能追求「非營利」標的？也是值得深究之另一課題。其實只要政府能主導：收費規範、主導機構營運帳目清查，要求年度利潤能定額提撥於精進專業服務水準及機構設施，制訂有公信力之服務評鑑標準……等，則最後之結局：誰不是贏家？

（本文作者蔡啟源現為東海大學社會工作學系教授）

## 註釋

- 註 1：介護保險中所謂之「法定特定疾病」包括：初期老年痴呆、腦血管疾病、筋萎縮性側索硬化症、帕金森症、脊椎小腦變性症、シャイ・ドレーガー症候群、糖尿病性腎症、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺病、變形性關節症、慢性關節リウマチ、後縱韌帶骨化症、脊椎管狹窄症、骨折及骨質酥鬆症、早老症等（財團法人厚生統計協會編集，2003，p.207）。
- 註 2：以 2000 年（平成 12 年）為例，「第一號被保險者」之人數有 2,200 萬，「第二號被保險者」之人數有 4,300 萬。
- 註 3：「介護福祉士」是指具備介護專門知識與技術之工作人員，係通過國家考試認定之高齡者介護專業人員；針對身體、精神上有障礙，受限於環境因素而致生活不便之老者，提供入浴、飲食、指導及相關之介護協助。渠等在介護福祉養成研修設施中完成二年課程後，必需通過國家考試合格，俟考試合格通過後，方具備擁此名稱之專門人員資格，但需於登錄後方可正式受聘就業。以考試來認定資格，是依據 1987 年之法律規定，於 1990 年開始實施。應考符合資格認定方式有兩種：(1)畢業自介護福祉訓練機構，(2)經國家鑑定具備有合格之相關實務經驗者。介護福祉士之工作職場可包括：老人介護機構、老人介護保健機構、療養型醫療機構、身心障礙更生援護機構……等（井村圭壯、相澤讓治，2004，p. 53；增子忠道，2002，p.63）。
- 註 4：日本之「介護度 6 段階（介護照顧六等級劃分）」，主要是在細分「照護程度」（Care level），其包含：生理介護、生活照顧、家事協助、身體復健、前述之複合性照護、短／長期機構照護及養護收容等；各段階均詳列：評估項目與標準、認定人員資格、各所提供之介護項目與內容、制度給付額、自付額……等（增子忠道，2002，pp.75-76）。「在宅服務」設定有「利用限度額」，對所接受服務與支付額度都要有所規範與節制；超出限制額度者，需再追加付費，政府不提供任何額外補助或津貼（增子忠道，2002，p. 48）。
- 註 5：有些日本學者們將老人年齡另劃分為三大群：65～70 歲（年輕老人）、70～80 歲（中年老人）、80 歲以上（老年老人）；井村圭



壯、相澤讓治（2004）則以 75 歲為分界點，75 歲以前為「前期高齡者」（young-old），75 歲以後為「後期高齡者」（old-old）。但是在日本社會中，只要是年齡屆達 55 歲以上，就被視為是「高齡者」（蔡啓源，1994，1995）。另有美國學者之分法為：65～74 歲是 young-old，75～84 歲是 old-old，85 歲以上是 oldest-old（Hooyman & Kiyak, 2002, p. 16）。

註 6：日本東京都立川市至誠老人機構大村洋永園長稱：長照單位規模較小之服務收容量至少需有 70 位，否則難在財務收支上取得平衡（另參閱：95 年度派員「赴日考察長期照顧制度推展情形計畫」報告書，2006）。

註 7：在日本，就介護機構而言，特別養護／特養＝介護（適用「老人福祉法」），老人保健／老健＝機能訓練（適用「介護保險法」），療養＝長期療養之照顧（適用「醫療法」）；老人使用長照機構之方式可分為：入所型（長期入住）、通所型（僅通勤性、固定、長期性使用）、利用型（偶而、短時期使用之）；前者屬於機構式照顧，後兩者係屬於社區式照顧（井村圭壯、相澤讓治，2004，pp.71-73）。介護福祉之內容主要包括：身體性援助、精神／心理／社會性援助、環境整頓援助、自立生活指導等（笠原幸子，2003，p.21）。井村圭壯、相澤讓治（2004，p.73）根據介護機構之社會福利、醫療看護、生活關連等三種服務性質，整理出不同介護機構類型（井村圭壯、相澤讓治，2004，pp.76-82）：

(1)介護保險法適用者，以家庭機能、家庭回歸、療養機能等功能為設施主體：

- ①指定介護老人福祉施設：注重身體、生理、精神（心理、社會）、環境（包括金錢管理、交通）等方面之促進、生活自立之照顧提供。
- ②介護老人保健施設：注重醫療、復健、看護、機能訓練、醫護等方面之治療、療養服務提供。
- ③指定介護療養型醫療施設：注重支持、恢復生活自立方面之療養服務提供。

(2)居宅介護保險適用者，共有 2 種：

- ①痴呆老人團體家屋：適用於痴呆對應性型共同生活介護給付者。
- ②有料老人之家、Care house：適用於特定入所者生活介護給付者。

(3)老人福祉法所適用之機構共有 9 種：

- ①特別養護老人之家（新特養型／Need care 型）。
- ②養護老人之家。
- ③輕費老人之家（分有：A 型／給食、B 型／自炊）。
- ④照顧之家（Care house）。
- ⑤老人福祉中心（包括：特 A 型、A 型、B 型之生活支援之家、老人休養中心、老人休閒之家等）。
- ⑥老人介護支援中心。
- ⑦高齢者生活福祉中心（通常為小規模、具多機能之複合型設施）。
- ⑧有料老人之家（通常為 10 人以上，由介護保險指定使用之設施）。

有關日本老人介護照護機構之分類，另參閱：蔡啓源（2003）。

註 8：經常被論及長期照顧人力不足之癥結所在不是在各大學培育之相關人才不夠，而是大學相關科系之畢業生有志於投入長期照顧行業者，大都自我定位為社工師、個案管理師、照顧管理師、督導……等職位。在長照業務中。需要的是照顧服務員——需天天與老人們共同生活、關係密切之基礎人力（大守隆，1999；資料來源：<http://www.gpc.pref.gifu.jp/informag/gifu/100/8-comori.html>）。長照業務中所需之照顧服務員人員比例、總額人數、職務內容、工作時間、排班值夜、待遇調整、工作保險、福利津貼、升遷制度、退休權益……等，均需在制度上事先規劃完整，才能要求各級學校、社政、衛教、教育等培訓單位配合，訓練出所需之照顧人力。大守隆（1999）建議：在以「完全競爭市場」之機制下，長照服務若開放給以牟利為要之民間企業自由參與，必然效果更為可期；不過先決條件是：要能確保消費者有自由選擇之權利、地區之照顧供需無落差、可

維持固定之照顧品質、能保障經濟弱勢者仍被照顧之基本權益、及建立具有公信力之評鑑制度等。

## 參考文獻

<http://iservice.libertytimes.com.tw>

<http://www.fukushi.com/news/1999/10/08gdp.html>

<http://www.fukushi.com/news/2000/10/18gdppup.html>

<http://www.gpc.pref.gifu.jp/informag/gifu/100/8-comori.html>

95 年度派員「赴日考察長期照顧制度推展情形計畫」報告書（2006）台北：內政部，社會司。

民國 89 年戶口及住宅普查（2001）台北：行政院主計處。

民國 94 年老人狀況調查報告（2006）台北：內政部統計處。

我國長期照顧十年計畫——大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）（2007）台北：內政部。

吳淑瓊（2003）全國長期照護需要評估第三年計畫，台北：衛生署。

吳淑瓊、呂寶靜、王正、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2003）建構長期照護體系先導計畫（第 3 年報告書），台北：內政部。

林淑萱（2004）從「長期照護先導計畫」的執行論長期照護體系的建構，社區發展（106），97～106。

施教裕（1997）福利社區化的理念與實務之探討，社區發展（77），41～49。

高淑芬（2000）個案管理於老人長期照護的應用——以社區老人長期照護為例，社區發展（92），195～205。

梅陳玉嬋、楊培珊（2006）台灣老人社會工作：理論與實踐，台北：雙葉。

許麗津譯（1996）日本高齡者照護保險制度創設之基本構想，社區發展（74），221～225。

黃源協（2000）社區照顧團隊的建構與管理，社區發展（92），141～159。

莫藜藜（2005）高齡化社會醫療服務體制與服務措施——台灣經驗的反思與

- 前瞻，社區發展（110），78～94。
- 莊秀美（2000）高齡社會的老人長期照護對策：以日本的公共介護保險法為例，東吳社會工作學報（6），73～100。
- 莊秀美（2005）少子高齡化社會的福利政策建構：日本因應對策之分析，社區發展（110），379～391。
- 蔡啓源（1994）老人福利服務：研究與實務，台北：五南。
- 蔡啓源（1995）台灣地區高齡志工及協助高齡者工作模式之研究，台北：雙葉。
- 蔡啓源（2000）老人居家服務之探討，社區發展（91），252～268。
- 蔡啓源（2001a）老人之社區性照顧——兼介紹日本「寄合之家」，社區發展（96），190～201。
- 蔡啓源（2001b）老人居家服務之檢析，社區發展（95），228～238。
- 蔡啓源（2003）老人「機構式照護」之評鑑，社區發展（101），399～420。
- 蘇麗瓊、田基武（2004）「新故鄉社區營造計畫」與「社區營造條例草案」的介紹，社區發展（107），5～22。
- 蘇麗瓊、黃雅鈴（2005）老人福利政策再出發——推動在地老化政策，社區發展（110），5～13。
- 2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて（2003）月刊福祉，October，12～31。
- 井村圭壯、相澤讓治（2004）高齢者福祉基本體系，東京：勁草書房。
- 介護保險制度の概要（1998）月刊福祉，March，22～25。
- 介護保險法等の一を改正する法律案について（2005）月刊福祉，May，62～73。
- 田中莊司（1998）住宅・施設における高齢者及び障害者の虐待に関する意識と實態調査，東京：高齢者處遇研究會。
- 石井京子（2003）高齢者への家族介護に関する心理學的研究，東京：風間書房。
- 老人の保健醫療と福祉：制度の概要と動向（1995）東京：財團法人長壽社會センター。

- 老人福祉のてびき（1997）東京：財団法人長寿社会センター。
- 坂本勉（2002）第三章：高齢者福祉制度改革，永和良之助（編），高齢者福祉論（初版一刷）（94～109），大阪：高学。
- 笠原幸子（2003）介護福祉職の労働環境についての一考察，岡山県介護福祉研究会、中国四国介護福祉学会、日本ケアワーク研究会（合編），介護保険時代の介護福祉研究（19～26），岡山：大学出版社。
- 社会福祉の动向编辑委员会（2003）社会福祉の动向 2003，東京：中央法規出版社。
- 京极高宜（監修）（2003）新版介護保険辞典，東京：中央法規出版社。
- 厚生統計協会編（2002）国民の福祉の动向，東京：厚生統計協会。
- 現代エイジング辞典（1996），東京：早稻田大学出版社。
- 財団法人厚生統計協会編集（2003a）国民の福祉の动向：厚生 of 指標（臨時増刊）50（12），60～71。
- 財団法人厚生統計協会編集（2003b）国民の福祉の动向：厚生 of 指標（臨時増刊）50（12），169～180。
- 財団法人厚生統計協会編集（2003c）国民の福祉の动向：厚生 of 指標（臨時増刊）50（12），206～216。
- 堀みゆき（2003）ホームヘルパ養成研修（2 級課程）の現状と課題，岡山県介護福祉研究会、中国四国介護福祉学会、日本ケアワーク研究会（合編），介護保険時代の介護福祉研究（109～114），岡山：大学出版社。
- 崛勝洋（1994）人権と社会福祉，月刊福祉 77（13），36～41。
- 増子忠道（2002）介護保険はどう見直すべきか，東京：大月。
- Burton, J. (1993) The handbook of residential care. New York: Routledge.
- Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2003) Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration*, 37(1), 21-34.
- Davies, B. (1998) Shelter-with-care and the community care reforms – Notes on the evolution of essential species. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions welfare provision* (pp.71-111) London: Macmillan.
- DiNitto, D. M. (2005) *Social Welfare: Politics and public policy* (6th ed.) Boston:

Allyn and Bacon.

- Hardy, B., Mur-Veeman, I., Steenbergen, M., & Wistow, G. (1999) Inter-agency services in England and the Netherlands: A comparative study of integrated care development and delivery, *Health Policy*, 48, 87105.
- Hare, I., & Clark, J. (1992) Case management assessment in school social work and early intervention programs for disabled infants and toddlers. In B. S. Vourlekis & R. R. Greene (Eds.), *Social work case management* (pp.51-74) New York: Aldine De Gruyter.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2002) *Social gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (6th ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Jack, R. (1998) Institutions in community care. In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of institutions in welfare provision* (pp.10-40) London: Macmillan.
- Kodner, D. L. (2004) Beyond care management: The logic and promise of vertically integrated systems of care for the frail elderly. In Knapp, M., Challis, D., Fernandez, J. L., & Netten, A. (Eds.), *Long-term care: Matching resources and needs* (pp.101-117) London: Ashgate.
- Ory, M. G., & Dunker, A. P. (1992) *In-home care for older people: Health and supportive services*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Ozawa, M. N. (1984) Benefits and taxes under social security: An issue of inter-generational equity. *Social Work*, 29(2), 131-137.
- Redfern, S. J. (1998) Long-term care: Is there still a role for nursing? In R. Jack (Ed.), *Residential versus community care: The role of Institutions welfare provision* (pp.166-184) London: Macmillan.
- Wiener, J. (2004) Home and community-based services in the United States. In Knapp, M., Challis, D., Fernandez, J. L., & Netten, A. (Eds.), *Long-term care: Matching resources and needs* (pp.83-99) London: Ashgate.