

# 我國長期照顧政策之規劃與發展

陳正芬

## 壹、前言

1993 年，我國老年人口（65 歲以上）比率跨越 7% 的人口高齡化國家(aging nation)門檻，2010 年底的老人人口比率提高到 10.71%（內政部統計處，2010）；人口老化現象將因二次世界大戰後出生的嬰兒潮世代進入老年而明顯，老人人口將從 2014 年的 273 萬人(11.6%)增加到 2021 年的 392 萬人(16.54%)，2025 年我國人口中將有五分之一是老人，老人人口比率直逼英國與法國等已發展國家（行政院經濟建設委員會，2008a）。由於醫療科技的進步，老人的壽命不但延長，更使過去可能致命的疾病，因得以治療而保留性命。但老年人雖然從疾病侵襲中存活下來，卻有不少比例的老人在日常生活活動上需要他人協助。由於疾病的困擾再加上年齡增長引起的自然老化，促使長期照顧成為社會關注之議題，依據推估，我國 2008 年失能及失智的人口約為 399,979 人，預估 2016 年將達 900,494 人（行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部，2009），總人數較

2008 年成長近 22.5%，顯示長期照顧需求問題不容小覷。

回顧我國長期照顧政策自 1980 年代發展至今的軌跡，可從社會行政、衛生行政、勞工行政三個主管機關與研究發展等四個面向進行回顧。社會行政體系方面，人口老化政策係以 1980 年公布實施的「老人福利法」為始點，其後陸續公布「社會福利政策綱領」（1994 年）、「加強老人安養服務方案」（1998 年～2007 年）重大政策，並修訂「老人福利法」（1997 年、2007 年）及「社會福利政策綱領」（2004 年）等；衛政體系亦陸續執行「建立醫療網第三期計畫」（1997 年）、「老人長期照護三年計畫」（1998 年）及「醫療網第四期計畫」（新世紀健康照護計畫）（2001 年～2005 年）；行政院勞委會則於 1992 年公告「因應家庭照顧殘障者人力短缺暫行措施」，引進外籍家庭看護工作為長期照顧服務的補充人力。但有鑑於長期照顧業務分屬社會行政與衛生行政主管機關，服務內涵、服務設施設備標準、服務從業人員法令亦分由「老人福利法」、「護理人員法」

及「身心障礙者權益保障法」及「就業服務法」規範，致使社政體系服務對象以經濟弱勢者為主，非經濟弱勢者則是選用衛政體系發展的居家護理服務、護理之家機構式服務與勞政體系引進的外籍看護工偏多。為整合長期照顧相關部會與資源，行政院經建會於 2002 年至 2004 年間推行「照顧服務福利及產業發展方案」，首度將照顧服務對象由中低收入失能者擴及一般失能國民，鼓勵非營利團體及民間企業共同投入照顧服務體系，並以全面開發本國籍照顧服務就業人力為目標，期能漸少外籍看護工的聘用（行政院經濟建設委員會，2005）；該方案雖於 2005 年延增第二期計畫（執行至 2007 年底），但照顧服務總時數增加的幅度有限，外籍看護工人數亦持續成長，未能達成減少僱用外籍看護工改聘本國照顧服務員之預期目標（行政院經濟建設委員會，2008b）。

研究發展方面，行政院研究發展考核委員會首度於 1997 年委託吳淑瓊、呂寶靜及盧瑞芬等人進行「配合我國社會福利制度之長期照護政策研究」（吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬，1998），行政院社會福利委員會隨後於 2000 年核定「建構長期照護體系先導計畫」，由衛生署與內政部委託臺灣大學執行，選定嘉義市與臺北縣三峽鶯歌地區為實驗社區城市型與鄉村型代表，在三年期程中進行社區實驗計畫，實驗多元化服務方案與發展設施，研提我國長期照顧體系建構之策略藍圖（吳淑瓊等，2004）。當先導計畫於 2003 年結束之後，行政院行政院社會福利推動委員會 2004 年第 7 次委員會

議決議，為因應人口老化加速，需求長期照顧人口增多，於該委員會下另組成「長期照顧制度規劃小組」，先後由兩位借調自社會福利學術界的政務委員擔任召集人，我國長期照顧制度亦由此時期從區域型與實驗型的政策研擬轉向全國性與長期性方向。傅立葉政務委員擔任召集人期間，政策研擬亦由小組邀請諮詢顧問密集指導，小組自行辦理「加強居家式健康服務」、「整合照顧管理組織及功能」、「連結居家式、社區式、機構式長期照顧服務」、「改善長期照顧居家式各項措施」等規劃案，另亦由內政部配合辦理「我國長期照顧制度規劃研究委辦案」，針對服務輸送、資源開發、財務制度、法令制度、資訊系統等面向進行委外規劃；2006 年林萬億教授擔任政務委員期間，內政部以專案政策補助「臺灣社會工作專業人員協會」再度進行「我國長期照顧制度規劃」，由時任社工專協理事長的呂寶靜教授擔任計畫主持人，結合專家學者按專業領域分工，統整近年主要規劃研究報告資料，並經多次工作會議與焦點團體密集討論，依會議決議修正部分內容，並提送 2007 年 2 月 6 日行政院社會福利推動委員會臨時會議確認，再循行政程序提報 2007 年 3 月份行政院院會報告，核定為「我國長期照顧十年計畫」，基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」（行政院，2007）。惟歷經 2008 年政黨輪替，因應馬總統「推動長期照護保險與立法，四年內上路」競選政見，行

政院衛生署成立長期照護保險籌備小組，邀請李玉春教授擔任總規劃師，於 2009 年底完成「長期照護保險法」(草案)送交行政院院會討論。

回顧上述長期照顧相關部會推動的政策、法案與相關研究，在在都顯示政府部門對人口老化所衍生的健康及照護問題之重視程度(行政院，2007；行政院經濟建設委員會等，2009；吳淑瓊、陳正芬，2000；陳淑芬、鄧素文，2010；楊志良，2010)；長期照顧政策的涵蓋對象亦從低收入戶擴及一般戶，服務方案的內涵從機構式擴展至社區式及居家式等多元服務，長期照護保險法的研議更意謂長期照顧服務的財務基礎將經歷重大變革。誠然，社會福利政策的制定往往涉及價值取向抉擇，擺盪於個人主義與集體主義兩個取向之間，而此價值抉擇亦又會影響政策的給付對象、資源形式、輸送方式與財務結構。本文以下將依據 Gilbert 與 Terrell (Gilbert & Terrell, 2010)提出的社會福利政策分析架構，針對我國自 1980 年代至今長期照顧政策之發展進行檢視；其次將參考聯合國於 2007 年更新的 21 世紀老年研究議程(United Nations, 2007)，比較分析我國政策發展與聯合國政策建議方向之相同及相異之處；最後，依據聯合國與其它先進發展國家的政策趨勢，提出我國長期照顧政策未來發展之建議。

## 貳、解析我國長期照顧政策規劃與發展的架構

長期照顧政策規劃最常面臨的價值抉擇議題包括：服務對象的選定標準應以經濟狀況、年齡或是照顧需求為原則？服務內涵應以現金或是實物給付為主？實物給付又應涵蓋哪些服務項目？中央政府與地方政府，以及營利與非營利組織在服務提供面向的權責劃分依據為何？服務資源提供的財源應著重個人責任或政府預算的挹注？Gilbert 與 Terrell (2010)歸納社會福利政策關鍵的四大議題如下：給付對象、資源形式、輸送方式與財務基礎，以下即從這四個議題面向解析我國長期照顧政策的發展與內涵之演進。

### 一、照顧服務對象的擴大－從選擇主義(selectivism)到普遍主義(niversalism)

回顧我國人口老化政策的始點－1980 年公布實施的「老人福利法」，長期照顧服務對象的選定標準相當有限，國家責任的界定範疇顯然係依據選擇主義(selectivism)價值，照顧老人被視為是家庭的責任，政府只有在老人面臨經濟貧困或家庭照護資源缺乏的情況下，才經由資產調查以社會救助系統提供照護資源；如老人福利法第七條中扶養機構的服務對象即侷限於「無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人」；第十六條醫療補助對象亦以老人及其扶養義務之親屬無力負擔者為限。1990 年代後，當我國老人失能比例隨人口老化速度攀升，加上婦女勞動參與率的攀升、父母與子女同住比例下降因素之影響，長期照顧政策開始朝向普遍主義

(universalism)向移動，服務對象逐漸擴及一般戶老人。首先，1997年修訂的老人福利法之「福利服務」專章將身心受損致日常生活功能需他人協助之居家老人納為服務對象，不再侷限於低收入戶或中低收入老人；更顯著的範例是行政院於2002年訂頒的「照顧服務福利及產業發展方案」，服務需求者部分即載明「適度補助非低收入失能者」；內政部配合照顧服務產業發展方案同步開辦「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」，將補助對象擴及至一般失能國民，長期照顧十年計畫與規劃中的長期照護保險亦延續同樣的服務對象設定原則，顯示我國老人政策的取向已從選擇式邁向普及式，將所有長期需求的老人納入服務對象，不再侷限於低收入戶或中低收入老人。再者，除放寬服務對象的經濟門檻，長期照顧服務對象選擇增列「照顧需求」為主要條件，由長期照顧專業人員進行評估，並依據不同的照顧需求等級訂定不同程度的照顧資源配置標準。綜言之，我國長期照顧服務對象乃是依據「經濟需求」與「照顧需求」雙重原則為服務選取標準。

## 二、長期照顧資源形式的多元化—從機構式服務到居家優先

決定「誰」(who)是服務對象之後，下一個議題即是該服務對象可獲得的照顧資源為何(who gets what)? 政策在規劃服務資源形式時常徘徊於現金(cash)與實物(in-kind)給付之價值抉擇，長期照顧服務現金給付可依對象分為(1)案主本身：由個案

本人運用現金給付購買其所需的照顧服務；(2)照顧者：指在家庭內提供長期照顧的家屬，透過現金給付彌補其退出勞動市場的經濟損失；實物給付可依地點分為包括(1)機構式：如護理之家與養護機構，即相對於急性醫療機構住院服務的慢性照護機構服務；(2)非機構式：如居家服務、日間照顧及送餐服務等(呂寶靜，2005)；檢視我國早期政策中規劃的照護服務形式，顯然偏重於實物給付，給付地點以機構式服務為主，如1980年公布實施的老人福利法中提及的服務方案就僅有老人福利機構，非機構式的服務類型僅有健康檢查及保健服務。反觀世界各主要國家的長期照護發展，雖然早期也是著重機構式設施的發展，但在1960年代以後致力於居家支持服務的發展，希能支持身心功能障礙者在家中生活更長的時間；其主要轉變原因有三：(1)老人在教育和經濟水準的提升下，追求「在地老化」(aging in place)獨立自主的生活目標；(2)科技的發展，強化居家安全照護的能力，使功能障礙者也可具有獨居的能力；(3)老年人口更加老化，使長期照護需求無限增長，因而決策者希望利用回歸社區與家庭的策略，減少機構式服務的使用，節約長期照護成本(Brodsky, Habib, & Hirschfeld, 2003; Gibsom, Gregory, & Pandya, 2003; 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬，1998)。

這股風潮亦於1990年代開始影響我國老人照護政策之走向，如1994年訂頒之社會福利政策綱領明訂以「居家式服務和社區式服務作為照顧老人及身心障礙者的

主要方式，再輔以機構式服務；當老人及身心障礙者居住於家內時，政府應結合民間部門支持其家庭照顧者，以維護其生活品質」。1998 年頒佈的老人福利機構設立標準即新增小型老人福利機構類別；且內政部歷年公布的「推展社會福利服務補助經費申請項目及基準」中，亦於 1999 年停止老人安養機構的新增與改建補助條文。另一方面，我國社區式服務的發展可溯及行政院衛生署於 1987 年以實驗計畫方案委託臺北市護理師護士公會推展「居家護理服務」，提供居家重度功能障礙病人之技術性護理服務；中央信託局於 1989 年同意以實驗計畫方式，將居家護理方式納入公務人員保險之試辦計畫，將居家護理納入公保給付範圍，訂定居家護理之支付標準。1997 年修訂公布的「老人福利法」之福利服務則大幅擴充居家式服務方案，強調地方政府應提供或結合民間資源提供居家照顧、餐飲服務及居家環境改善等居家服務；行政院 1998 年訂頒的「加強老人安養服務方案」則正式將「社區照顧」列為實施要項，具體敘明社區照顧服務之項目，包括：日間托老照顧及老人復健等；且列舉支持家庭（照顧者）之措施，譬如：提供勞務性支持方案、辦理喘息服務、臨時或短期照顧等；加強家庭照顧者相關專業之訓練與講習，研究辦理就業性支援方案，如員工享有彈性工時及合理額度的無薪親職假等。行政院衛生署於 2001 年開始推動之「醫療網第四期（新世紀健康照護）計畫」亦涵蓋長期照護及身心障礙醫療復健，積極充實居家護理及喘息服務社區照

護資源（吳淑瓊、陳正芬，2000；呂寶靜、吳淑瓊、徐亞瑛，2006）。行政院 2007 年訂頒的「我國長期照顧十年計畫」涵蓋的照顧服務項目最為廣泛，包括：居家服務、日間照顧、失智症日間照顧、家庭托顧、老人營養餐飲、交通接送、輔具購買及居家無障礙環境改善、長期照顧機構、居家護理、社區及居家復健，與喘息服務共 11 項服務，顯示實物給付（服務提供）為主要照顧資源提供形式，但服務提供形式盡可能從涵蓋各種服務提供地點（居家、社區及機構式服務），服務內涵亦整合社政與衛政體系（居家服務、居家護理與復健服務），並納入交通接送、輔具購買及居家無障礙環境改善等服務給付形式協助銜接跨越各服務地點之間的移動障礙補充服務地點本身的限制，服務給付水準亦依據服務對象所需的照顧服務密集程度設定之。

惟現有長期照顧資源仍有不夠周延之處，其不足之處可歸納為三個面向：(1)長期照顧服務體系與急性醫療體系的無縫接軌尚待建立：現有長期照顧服務雖已納入居家護理與復健，但介於急性照顧與長期照顧之間的亞急性照護(sub-acute care)一直備受忽視，以及從醫院回到社區需要轉銜或過渡性服務(transitional care)的急性後期照護(post-acute)病人未能獲致完整的照顧計畫諮詢建議（林麗嬋，2010），顯示強調技術性護理服務且附設於醫院體系的護理之家在長期照顧體系的定位有待重新檢討，各醫院的出院準備服務方案實質功能亦有待提昇；(2)勞政體系引入的家庭外籍看護工欠缺有效整合：截至 2010 年 10 月

底，家庭外籍看護工人數已攀升至 182,447 人，雖然勞委會於 2006 年起實施「外籍看護工審核機制與國內照顧服務體系接軌方案」，由勞委會職訓局委請各縣市政府長期照顧管理中心辦理就業媒合業務，納入長期照顧管理中心媒合國內照顧服務員的先行政程序，但每年各縣市由長照中心推介且受僱用的本國籍照顧服務員都是個位數，合計每年被聘用的本國籍照服員僅佔當年度聘用外籍看護工人數的千分之一（行政院經濟建設委員會，2008b），顯示原本被設定為補充人力的外籍看護工已明顯排擠本國籍照顧服務體系的發展，致使我國社區型照顧服務體系人員依據其國籍分割為社政與勞政體系，實有必須重新檢討外籍看護工的引進與品質監督策略；(3)現有長期照顧服務品質監督與退場機制有待落實：依據官有垣與陳正芬(2010)的調查分析，我國截至 2008 年底，公立長期照護機構共計有 1 所，公設民營長期照護機構共計有 7 所，財團法人長期照護機構共計有 78 所，小型長期照護機構則共計有 829 所，合計為 915 家；護理之家方面則共計有 347 所，其中醫療院所附設者計有 157 所，獨立型的護理之家則計有 190 所，全數機構式服務之相關機構總計有 1,255 所機構；與 1995 年機構數比較，總體家數成長 1,229 家，其中以小型機構增加家數最多（814 家），依序為獨立型護理之家（185 家）、醫院附設護理之家（152 家）與財團法人老人福利機構（78 家），顯示我國機構式長期照顧機構成長最迅速者即為不具「非營利」性質的服務組織。雖然主管機

關近年來積極設立機構品質監控相關指標與評鑑制度，惟機構品質仍有待積極提昇，依據內政部公布的 2007 年財團法人老人福利機構評鑑結果，列為「優」等與「甲」等比例僅占 53.2%，大多數機構被列為「乙」等（占 42.6%）；檢視機構式服務的供給與需求面向，近年來機構式服務的家數與床位數已逐步滿足需密集式照顧服務者的需求，建議未來可參考英國今年公布的健康照顧報告，致力於提供所有服務組織在評鑑中列於優等與甲等等級之比例（Care Quality Commission, 2010），針對連續兩年未能達到照顧品質要求者嚴格執行退場機制，確保照顧服務之品質。

### 三、照顧服務輸送體系的建制—從地方分權走向中央統籌

隨著失能民眾照顧需求的增加，以及服務模式朝向多元化方向發展，如何有效運用資源為失能民眾提供適當的照顧服務成為政府的一大挑戰，照顧管理制度乃應運而生。照顧管理包含兩個相對目標：一是個案導向，針對需求多元複雜的個案必須透過服務整合方能滿足需求；另一目標則是組織導向，強調資源的分配與控制，強調透過行政安排建立跨組織間的合作機制，並賦予個案管理者守門人(gatekeeper)角色，不僅可避免服務的重複提供，並藉以提供服務提供效率（American Association of Homes & Services for the Aging & Institute for the Future of Aging Services, 2007; Ljunggren, 2004; 黃源協，2006）。我國政策上首度出現「照顧管理」

(care management)概念者為行政院衛生署於 1998 年提出的「老人長期照護三年計畫」明示透過各縣市成立之「長期照護管理示範中心」，該中心之總目標乃是「透過對長期照護相關人、事、物之資源管理，提供民眾『單一窗口』服務，確保個案能得到統合、完整之長期照護服務」。但由於各中心並未擁有機構式或社區式服務方案的配置權，導致各中心的功能侷限於服務資訊的提供。而行政院社會福利推動委員會核定之「建構長期照護體系先導計畫」有鑑於專業合作機制建立之必要性，於實驗社區（嘉義市及臺北縣三峽鶯歌地區）設立「跨專業團隊服務模式發展專案」，一方面建立醫師、護理師、社工師、職能治療師、物理治療師及營養師之間的跨專業轉介評估量表，規劃照顧管理人員(care manager)培訓課程；另一方面招募具備社會工作或護理背景，且有實務經驗之專業人員擔任照顧管理人員，賦予照顧管理人員擁有資源控管的實權，且肩負對其服務可權責性(accountability)；該計畫確立了照顧管理人員獨立於服務提供者外的原則，且確實發揮服務整合及跨專業分級轉介制度的功效；而後由於 2001 年行政院訂頒的「照顧服務福利及產業發展方案」亦規劃在縣市層級成立「照顧管理中心」推動照顧服務服務產業，由於大多數縣市已在行政院衛生署輔導下成立上述之「長期照護管理示範中心」，於是部分縣市由「長期照護管理示範中心」兼辦「照顧管理中心」，促使該中心開始具有資源配置與連結的功能；而後經行政院社會福利推動委員會長

期照顧制度規劃小組於 2005 年會議決議將名稱統一為「長期照顧管理中心」，迄今仍持續執行我國長期照顧十年計畫（鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、鄭清霞、朱僑麗，2004；戴玉慈、張媚、呂寶靜、吳淑瓊，2004）。

然而，首先檢視我國長期照顧計畫各項服務人數，依據內政部統計，截至 99 年 6 月，各縣市接受長期照顧服務人數總計 59,489 人，其中居家服務人數為 25,028 人，日間照顧人數為 565 人，失智症日間照顧人數為 97 人，家庭托顧為 23 人，老人營養餐飲為 4,828 人，交通 12,397 人，輔具購買（租借）及居家無障礙環境改善 2,731 人，長期照顧機構為 2,417，居家護理為 3,475 人，社區及居家復健為 3,457 人，喘息服務為 4,471 人，與長期照顧十年計畫推估各項服務需求人數出現高度差距（行政院，2007）。分析服務推動成效未如預期的原因，參考 Rossi (2004)、Chambers (2006)及 Gilbert 等人(2010a) (2008)針對服務輸送體系提出的評估標準，從服務利用率及方案組織架構二個面向進行接軌方案的過程評估，服務利用率的指標包括：(1)方案是否確實接觸到目標人口群？(2)方案規劃的服務是否確實輸送給個案？(3)服務輸送後，個案是否從輸送體系中流失？方案組織架構的指標則有三項，分別是整合性(Integration)、權責性(accountability)與可近性(accessibility)，據此，吾人可看出服務輸送體系出現的缺失如下：(1)服務體系的不連續性(discontinuity)使然：長期照顧管理中心雖

被視為滿足民眾長期照顧需求的單一窗口，但卻未見各縣市長照中心與急性醫療服務體的銜接機制，致使急性後期照護(post-acute)病人此一目標人口群未能即時接觸長照中心；再者，雖然勞委會委託長期照顧中心的專員為外籍看護工申請者進行本國籍照顧服務員的人力媒合，企圖銜接外籍看護工的審核機制與國內照顧服務體系，但申請外籍看護工者由醫療團隊進行需求評估，且未賦予長期照護管理中心複審診斷證明書的權限，致使我國長期照顧需求的評估呈現雙軌分立制，致使有長期照顧需求但決定聘僱外籍看護工者從服務體系中流失；(2)服務體系本身的無權責性(unaccountability)：針對上述目標人口未能有效接觸，或是從服務體系中流失的問題，卻未見中央與地方政府，以及長期照顧相關部門，包括衛政、社政與勞政體系共同研議解決策略，顯示長期照顧管理中心的權責不明；(3)服務的不可獲得性(inaccessibility)：長期照顧十年計畫當中的居家護理、社區及居家復健、喘息服務的經費是由行政院衛生署挹注，其他項目則由內政部編列預算。檢視各項服務的提供單位，顯然衛生署負責的服務大多由現有急性醫療單位拓展服務面向，服務資源的發展較無障礙。反觀社政體系負責的諸多項目，各項服務的可獲得性均有待提昇，即使是發展最為成熟與穩健的居家服務，多數單位的服務時段為週一至週五上午 7 點至下午 6 點，少數單位的服務時間可延至晚間九點，週末時段則需透過服務對象申請而事先調配；然而，居家服務體系為

各項日常生活照顧服務的主體，意謂居家服務的積極發展有助於其他類型照顧服務（包括日間照顧、家庭托顧及居家式喘息服務）的推動，主管單位實有必須重新研議照顧服務的給付標準，特別是居家服務依據鐘點給付的時薪已數十年未曾調整，致使照顧服務員將居家服務工作視為過渡性工作選項，不利人力資源的累積，另議建議主管機關應針對服務時段與服務對象的嚴重程度設定差別的給付標準，鼓勵服務單位拓展服務時段，提供各項照顧服務的可獲得性。我國行政院組織修編將於民國 101 年元月一日正式上路，屆時現制中的衛生署與內政部社會司將整併為衛生福利部（鄧素文，2010），未來如何從透過行政體系的協調整併，提昇我國長期照顧體系的整合性(Integration)、權責性(accountability)與各項長期照顧服務的可近性(accessibility)，顯然是我國政策不可迴避之重要課題。

#### 四、財源籌措方式的制度化－從政府補助走向獨立財源

如前所述，我國長期照顧十年計畫中偏重醫療照顧面向的服務係由行政院衛生署編列預算，社政部門推展之居家及社區式服務方案，主要是透過經常性預算以及政策性補助提供，並依據服務對象的經濟狀況設定不同比例的自付額比例。以政府預算作為長期照顧制度的財務來源，主要強調「效率」與「效益」，也就是錢要花在刀口上，故通常以資產調查來區分給付內容的多寡或者部分負擔的程度；然而，此



種財源主要缺點來自因資產調查產生的烙印(stigma)效果，以及獨占式的提供服務，而致使效率偏低或受照顧者自主選擇性不夠等問題(Ikegami & Campbell, 2002)。回顧 Gibson 等人(2003)分析已發展國家之長期照顧政策之關鍵發展趨勢，確保個人可透過公私部門財務的整合對抗長期照顧的高成本已成為許多國家的發展目標，主要原因係考量包括：長期照護需要應被視為人生和老年的常態風險(Normal-life risk)，且後續的照顧成本變異頗大，一旦個人儲蓄無法因應，將造成社會救助體系的負擔(Brodsky, Habib, & Hirschfeld, 2003; Brodsky, Habib, & Mizrahi, 2000; Gibson, et al., 2003)。依據目前行政院衛生署送交行政院審查的長期照顧保險法草案，保險費將成為長期照護保險的主要財務來源，部分負擔與其他補充性財源則是協力財源，上述財務來源有助於平衡個人與社會責任，惟保險費率與民眾負擔比率則需審慎規劃；考量現行全民健康保險調整費率時常因政治因素而受到阻礙，至今費率僅調整過一次，因此建議擬定費率調整機制避免政治面的干擾，費率的決定可仿照二代健保制度，設計收支連動的機制，由保險人及被保險人共同組成委員會，採量出為入制，據以維持長期照顧體制之財務穩健；另一方面民眾負擔保費比率應避免政府對於不同身分的受雇者有差異性的補助；且對於弱勢群體，政府應規劃提供較高的補助比例與降低部份負擔的比例，避免形成經濟弱勢民眾使用長期照顧服務之財務障礙（鄭清霞、鄭文輝、林志鴻、林

昭吟、陳正芬，2009）。

## 參、結語：我國長期照顧政策的挑戰與關鍵議題

依據聯合國於 2007 年更新的 21 世紀老年研究議程(United Nations, 2007)，吾人可整理其對於照顧體系提出的關鍵課題包括：(1)各項照顧服務的可獲得性，特別是平衡城鄉之間服務供給的差距；(2)照顧服務輸送體系的建制：著重有效的公私混合(public-private mixes)策略；(3)連續性照顧服務體系(care continuum model)的發展：從醫院、社區到居家的無縫接軌；(4)人力資源的訓練與發展策略應著重於各照顧層級人力質與量的提昇；(5)照顧者角色的關注，特別是老年照顧者所造成的影響；(6)檢視照顧服務體系內女性所佔比例及其使用服務時所遭遇的各項障礙因素。

檢閱我國長期照顧體系從「我國長期照顧十年計畫」走向「長期照顧保險」的歷程，政策近來關注面向侷限於服務對象的選取與財務籌措方式的討論，惟服務對象的選擇偏重於年齡層的切割，例如究竟要全民納保或是排除部份年齡層的民眾，並未探討老老人(oldest-old)與不同性別服務對象所需的照顧服務項目有何差異；其次，從服務連續體(continuum of service)的概念（連續體可以被視為是一直線式的等級劃分，由低至高，就像溫度計一樣）來看，長期照顧應積極應立基於連續性照顧服務體系之原則，一端是老人健康的住在自己熟悉的環境，輔以預防保健等相關服

務；隨著失能程度的增加，所需的服務等級與服務項目亦隨之累積（顧燕翎、楊培珊、陳玲、張靜倫，2004），建議我國長期照顧體系的建構前端可延伸至急性醫療體系，鼓勵更多醫療單位開立老人醫學專科，並發展亞急性照護服務，並提供個案無縫式連續性照護，經由改善急性照護、亞急性照護與長期照顧之間的轉銜管理。再者，對營利／非營利組織、家庭照顧體系以及急性醫療體系在長期照顧服務體系相對應的角色與功能亦遲遲未見相關討論，特別是營利組織在長期照顧服務提供網絡中的定位與比例不能忽視，亦絕不能重蹈機構式服務之覆轍，也就是避免在木已成舟的狀況下不得不開放營利機構進入服務行列；而在家庭照顧體系方面，則需因應照顧者的異質性規劃不同的支持服務，例如外籍媳婦照顧者與老人照顧者的照顧負荷都需更多的傾聽與關注（陳正芬，2010），最後，服務執行的核心要素——各照顧層級的人力資源亦缺乏系統性的檢討、政策誘因及完整的在職訓練制度，如曾慧姬等人(2010)分析臺灣長期照顧管理中心的運作現況發現，照顧管理人員在工作層面最感困擾的是「資源與政策」與「福利與保障」，推論照顧管理人員大多為臨時

約聘人員，加上其在長照中心平均工作年資僅有 17.4 個月，因此對於長期照顧相關政策發展脈絡與現況不甚清楚，未來如何設定照顧管理人員的任用資格、職前教育與在職教育，乃是政策下一階段必須面對的核心課題；另一方面，由於長期照顧乃新興且勞力密集的服務，但相關人力培訓仍分屬不同行政體系，包括：內政部、教育部、行政院衛生署與勞委會，由於各部會目標人口群不同，人力培訓理念與重點殊異，致使人力資源無法統籌發展與管理，相對亦阻礙完整連性照顧服務體系的穩健發展。綜言之，回顧我國長期照顧體系近三十年來的發展軌跡，體系涵蓋的服務對象與服務項目愈加完整，財務結構亦隨長期照顧保險草案的出爐而露出穩定的曙光，惟服務輸送體系應朝連續性、多元性、優質化與兼顧城鄉、性別、文化之方向逐步修正，並致力於多層次照顧人力資源的培訓與留任，方能滿足高度老化社會之長期照顧需求。

誌謝：感謝內政部社會司老人福利科莊金珠科長提供我國長期照顧十年計畫最新統計資料，特此誌謝。

（本文作者陳正芬現為中國文化大學社會福利學系助理教授）

## 參考文獻

- 行政院(2007)。我國長期照顧十年計畫～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。
- 行政院經濟建設委員會(2005)。照顧服務福利及產業發展方案第一期計畫執行情形總檢討報告。
- 行政院經濟建設委員會(2008a)。中華民國臺灣地區民國 97 至 145 年人口推計。

- 行政院經濟建設委員會(2008b)。照顧服務福利及產業發展方案第二期計畫總結報告。
- 行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部(2009)。長期照護保險規劃報告。
- 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬(1998)。配合我國社會福利制度之長期照護政策研究。臺北：行政院研究考核發展委員會。
- 吳淑瓊、戴玉慈、莊坤洋、張媚、呂寶靜、曹愛蘭、王正、陳正芬(2004)。建構長期照護體系先導計畫—理念與實踐。臺灣衛誌，23(3)：頁 249-258。
- 吳淑瓊、陳正芬(2000)。長期照護資源的過去、現在與未來。社區發展季刊，第 92 期，頁 19-31。
- 呂寶靜(2005)。支持家庭照顧者的長期照顧政策之構思。國家政策季刊，4(4)，頁：26-40。
- 呂寶靜、吳淑瓊、徐亞瑛(2006)。高齡社會的來臨：為 2025 年臺灣社會規劃之整合研究—健康與社會照顧組成果報告書。行政院國家科學委員會研究計畫。
- 官有垣、陳正芬(2010)。臺灣機構式長期照顧服務組織屬性與政府相關政策演變之探討。發表於 2010 臺灣社會福利學會年會暨「風險社會下臺灣福利社會的未來」學術研討會。
- 林麗嬋(2010)。無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護。長期照護雜誌，14(1)，頁 1-9。
- 陳正芬(2010)。外籍媳婦照顧角色形成與照顧經驗之初探。發表於高齡社會的來臨：為 2025 臺灣社會規劃之整合研究南區研究成果發表會。
- 陳淑芬、鄧素文(2010)。臺灣長期照護服務體系的發展。護理雜誌，57(4)，頁 5-10。
- 曾慧姬、陳靜敏、李孟芬、蔡淑鳳(2010)。臺灣長期照顧管理中心運作現況探討。長期照護雜誌，14(2)，頁 161-176。
- 黃源協(2006)。個案管理與照顧管理。臺北：雙葉書廊。
- 楊志良(2010)。我國長期照護現況與展望。研考雙月刊，34(3)，頁 86-91。
- 鄧素文(2010)。淺談我國長期照護機構之評鑑制度。長期照護雜誌，14(2)，頁 117-124。
- 鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、鄭清霞、朱僑麗(2004)。推動長期照護保險可行性之研究。行政院經濟建設委員會委託研究。
- 鄭清霞、鄭文輝、林志鴻、林昭吟、陳正芬(2009)。長期照護保險體制與收入面執行方案研議。中央健康保險局 98 年度委託研究計畫。
- 戴玉慈、張媚、呂寶靜、吳淑瓊(2004)。社區式照顧管理模式的設立與初步評價。臺灣衛誌，23(3)，頁 197-208。
- 顧燕翎、楊培珊、陳玲、張靜倫(2004)。從社區到機構的服務連續體--臺北市老人照顧服務系統規劃報告。社區發展季刊，第 106 期，頁 24-37。
- American Association of Homes & Services for the Aging, & Institute for the Future of Aging Services. (2007). The Long-Term Care Workforce: Can the Crisis be Fixed? Problems, Causes and Options. Washington, DC: Institute for the Future of Aging Services.

- Brodsky, J., Habib, J., & Hirschfeld, M. J. (Eds.). (2003). Key Policy Issues in Long-Term Care. Geneva: World Health Organization.
- Brodsky, J., Habib, J., & Mizrahi, I. (2000). Long-term care laws in five developed countries: A review. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Care Quality Commission. (2010). The state of health care and adult social care in England: Key themes and quality of services in 2009. London: Care Quality Commission.
- Gibson, M. J., Gregory, S. R., & Pandya, S. M. (2003). Long-term care in developed nations: A brief overview. Washington, D. C.: AARP.
- Gilbert, N., & Terrell, P. (2010). A Framework of Welfare Policy Analysis Dimensions of Social welfare Policy (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Ikegami, N., & Campbell, J. C. (2002). Choices, Policy Logics and Programs in the Design of Long-term Care Systems. *Social Policy & Administration*, 36(7), 719-734.
- Ljunggren, G. (2004). Needs Assessment. In H. Nies & P. Berman (Eds.), *Case Management*. Ireland: European Health Management Association.
- United Nations. (2007). Research Agenda on Ageing for the 21st Century. Geneva: United Nations.