

OECD^(註1) 國家之長期照顧改革策略借鑒及啟示



王卓聖

壹、前言

隨著環境衛生的改善、醫療的服務、免疫能力的增強、營養改善及社會福利制度之建立等因素之影響，世界各地老年人口都在增加，造成全球有史以來，65 歲以上人口最多的時期。全球老人總人口數，從 1990 年的 3 億 5,700 萬，預計 2025 年會上升到 7 億 6,100 萬，屆時全球每 7 人就有 1 人是老人（U.S. Bureau Census, 1996；引自林歐貴英等合譯，2003：39）。已開發國家的老人總數，占全球老人總數 60%，預計到 2020 年會增加到 75%。而在 OECD 國家中，65 歲以上人占總人口之比率，於 1960 年平均為 8.7%，至 2000 年平均為 13.8%，預估 2040 年平均為 25.6%。除了亞洲的日本以外，世界前 25 個人口老化最嚴重的國家都在歐洲；以老人人口占其所有人口的比率來看，前五名依序義大利 18.1%、日本 17.4%、希臘及瑞典均為 17.3%、西班牙 16.9% 及比利時 16.8%（OECD, 2005:101）。在 OECD 國家因應這股高齡化潮流，有所謂「灰色革命」、「銀髮產業」、「照顧產業」、「健康產業」、「長期照顧」等各式各樣的說法及發展。

在高齡化潮流下，高齡者的自立生活和促進健康成為主要目標，也帶動了商機市場及相關研究課題的發展。日本東京迪士尼樂園不得不屈服於現在高齡、少子女化現象，推出無限暢遊的優惠票價，堪稱史無前例轉攻銀髮族商機（魏國金，2008a）。日本經濟產業省和千葉縣政府採用「10 坪健身房」構想為專案研究課題，在千葉縣柏市高齡者居多的住宅區或商店街開設 10 所「10 坪健身房」，在只有 10 坪大的室內擺設 5 到 7 具的健身器材，目的是為了幫助高齡者維持健康身體及促進腦的活性化，預防發生失智症及避免臥病在床的痛苦（黃菁菁，2007）。

在日本越來越多膝下無子女或老來無伴的高齡族群將寵物當作人一般疼愛，因此業者紛紛推出各式各樣的住宅寵物設施，如「寵物日光房」作為寵物的休憩及聚會場所；「寵物柵欄」裝設於家中主要通道，防止寵物在客人來訪時爆衝；以及「寵物洗腳槽」設於門口，讓寵物散步回來後可以用熱水洗腳（鄭曉蘭，2007a）。日本一家顧問公司預測 50 年後少子女高齡化社會的殯葬業演變，首先可能成真的是在「超商葬禮申辦服務」挑選

代辦葬禮業者，讓遺族能有比較價格或選擇服務的機會；另一方面，由於興建火葬場及殯儀館土地取得不易和周邊居民的反彈，可能發展在海上興建兼具「殯儀館」及「火葬場」功能的「海上殯儀船」未來產業（鄭曉蘭 b，2007）。

英國「生命信託基金會」的研究報告宣稱，到了 2048 年退休長者可以獨立住在自己的家，實現不必賣房子支付養老的「老有所住」或「在家養老」願景。未來高科技養老照顧住宅的運作，包括：（1）先進視訊：在家中裝設大小如一面牆的電視，透過螢幕可以面見親友聊天；（2）家庭設備的安全感應器：如地板感應器，當居民滑倒或走出房子時，會通知醫護人員與親友；炊具感應器，預防老人忘記爐上在炊煮東西；冰箱感應器，牛奶快喝光或食物快吃完時，會發出警訊；語音秘書水龍頭，水槽與浴缸的感應器感應到水龍頭沒關緊，會觸發聲響；（3）照顧老人的設備：如自動給藥器，發出嗶嗶聲提醒居民服藥；晶片植入物，讓相關人員得以追蹤老人的行動；手機，可用來監測心律；（4）情境感應器：老人進家門時，會播放最愛聽的音樂，也可用來調整溫度與燈光（魏國金，2008b）。

在此高齡化現象的趨勢下，除了盛行健康促進-「長命百歲」主流概念外，對於失能者的照顧，催促著 OECD 國家都扣緊著長期照顧服務的途徑、成本、品質等議題，找尋提升所有失能者的長期自主生活方法（Gibson et al., 2003；OECD, 2005:101）。因而有關長期照顧的對象，則是從少數貧窮老人轉為多數一般老人及各年齡層的普遍問題；討論的

議題由私領域轉入社會化的公領域；同時對有需求長期照顧的服務界定為「新的社會風險」（陳正芬，2006：16；Morel, 2006：227）。

由於高齡化、平均餘命（註 2）的延長、疾病型態的轉變及失能人口大幅的增加等因素，有關長期照顧服務的需求也日益增加。另家庭及社會結構的改變，如核心家庭及雙薪家庭增多、婦女較高的勞動參與率、少子女化現象等等，都影響了生產及照顧人力之供給。換言之，需要長期照顧服務對象的需求越來越多，而能夠提供照顧的人力是越來越少；此一現象漸引起諸多的注意、關切及改革行動。

臺灣在 1993 年底（註 3）65 歲以上人口數占總人口數超過比率 7% 進入「高齡化社會」；在 2006 年底 65 歲以上人口數占總人口數比率 10%。若依據行政院經濟建設委員會未來人口結構之中推估至 2018 年（註 4）超過 14% 進入「高齡社會」，2026 年（註 6）則會超過 20%，往「超高齡社會」。如此看來，臺灣由「高齡化社會」（1993 年）進入「高齡社會」（2018 年）約只需花 25 年的時間。人口老化速度，僅次於日本歷時 24 年（1970-1994 年），較之英國及德國歷時 45 年、美國歷時 70 年、瑞典歷時 85 年、法國歷時 125 年為短（林維言，2000：6）。臺灣人口老化速度僅次於日本，在退休政策、健康及長期照顧政策、及社會福利政策等之因應上形成一股壓力。

依據 2000 年行政院主計處的戶口及住宅普查資料，臺灣地區需要長期照護者為 33 萬 7,510 人；其中 13 萬 5,488 人需重度（占 24.8%）與極重度（占 15.3%）照護，另 20 萬 2,062

人需輕度（占 40.1%）及中度（占 19.8%）照顧。又依據 2005 年內政部委託辦理之「我國長期照顧財務制度規劃研究」（鄭文輝等，2005）顯示，則預估 10 年後（2016 年）具有 ADL 及 IADL 障礙失能者人數合計達 72 萬餘人。

臺灣的政府部門約在 2000 年代左右，出現有關長期照顧的研究或著作，最早為行政院研究發展考核委員會編印之「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）。國家衛生研究院論壇以「智庫」角色，分別在 2000 及 2004 年出版 2 本論文集，均以長期照護財務問題或制度為探討主題；又內政部 2000 年所發行之「社區發展」第 92 期季刊，中心議題以「長期照護體系之建構」為主軸。臺灣在政策及制度之規劃上，2007 年定案的「我國長期照顧十年計畫」，大致顯現臺灣長期照顧政策之方向確定。2008 年馬英九競選總統的政策提出「長期照顧保險」為口號；執政後 2009 年 7 月 23 日正式成立「長期照護保險籌備小組」，逐步展開長期照護保險各項議題的深入探討及規劃，同年 12 月完成「長期照護保險規劃報告」及建議應研提「長期照護保險法」及「長期照護服務法」二項法案，以使制度實行具備法源基礎。2011 年 1 月 25 日行政院長吳敦義主持「社會福利推動委員會」，表示長期照護制度要分階段推動，先通過長照服務法，再建立長照網絡，最後建立長照保險制度；同年 3 月 31 日行政院院會通過「長期照護服務法」草案，未來待推動立法及執行。然而監察院在 2012 年 4 月 6 日監察院對內政部及衛生署執行長期照顧 10 年計畫

成效不彰提出糾正案，可見臺灣建制長期照顧制度過程亟需集思廣益而成。

換言之，臺灣推動長期照護體系之三部曲，第一部曲持續推動長照十年計畫整備服務資源，第二部曲推動長照服務法立法整建服務網絡，第三部曲推動長期照護保險法整合長照制度。因而本文基於政策學習的觀點，以 OECD 國家之長期照顧改革策略為借鑑而知興替；或是站在後發優勢的觀點，期待臺灣學習建立可長可久之長期照顧制度。因而底下分為 2 部分來論述，一部分針對 OECD19 國的長期照顧改革策略說明；另一部分，借用 OECD 的長期照顧改革策略思考臺灣長期照顧之發展方向。

貳、學習 OECD 國家之長期照顧改革策略為借鑒

OECD 組織可視為先進國家之縮影，自本世紀起「長期照顧」已成為其之發展重點，2008 年又再度宣示強調之（李世代等，2009：1）。1990 年代中期即有許多 OECD 國家創立新政策或修改原有制度，來介入處理長者長期照顧的需求，如最早的是奧地利在 1993 年選擇社會救助給付；德國（註 6）在 1994 年針對建立所謂長期照顧的第五保險體系；法國在 1997 年建立新的社會救助給付給無依的長者，在 2002 年又加以擴展；而盧森堡於 1998 年、日本（註 7）在 2000 年及韓國 2008 年實施則是走社會保險的路線（Morel, 2006：227）。

檢視 OECD 之 19 個會員國（註 8）近 10 年長期照顧的政策，在財務上多數的國家是

以一般稅賦支付，僅有德國、日本、盧森堡及荷蘭等 4 個國家選擇社會保險型的財務處理來應對；長期照顧的財務花費是約占 GDP 比率之 0.2%至 3%之間，多數國家是在占 GDP 比率之 0.5%至 1.6%之間，當中第 1 名及第 2 名的瑞典及挪威（註 9）分別占 GDP 比率之 2.89%及 2.15%（OECD,2005:26）。

進一步分析，發現長期照顧制度可分為 2 類，第 1 類是提供全面性的長期照顧服務，包括奧地利、德國、日本、盧森堡、荷蘭、挪威、瑞典等 7 國，公部門的長期照顧服務支出占 GDP 的比率 0.8%到 2.9%間；第 2 類以資產調查手段為提供服務的門檻，包括有、澳洲、加拿大、匈牙利、愛爾蘭、韓國、墨西哥、紐西蘭、波蘭、西班牙、瑞士、英國及美國等 12 國，公部門的長期照顧財務支出約占該國 GDP 之 0.2%到 1.5%間。預估至 2050 年，在 OECD 國家提供的長期照顧服務，其財務支出將約占 GDP 比率的 2 倍（OECD,2005:80）。

事實上，上述國家回應長期照顧需求的程度有所不一；但綜言之，大致可歸納以下 4 項供臺灣未來政策規劃之學習：

一、整合各項服務流程，以建構連續性照顧體系

依照 Evashwick（2001:4-5）的定義，所謂連續性的照顧是以案主導向的體系，此一體系是由服務和整合機制所組成，透過提供一段時間全面系列性的身體健康、心理健康和社會服務之所有層面的密集照顧，進而引導和追蹤病人。案主導向是依據案主需要的服務。全面性的是考慮個人的身體健康、心

理健康和社會及經濟狀況。所有層面的密集照顧是指從急性醫療到家務服務的結合，即醫療系統和長期照顧系統整合機制的結合。

而建構連續性照顧體系的目標，是要使案主很快及有效率的得到適當的服務；具體而言，有 8 點的目標，說明如下：（1）依案主情形連結資源，避免重複的或不恰當的使用服務；（2）以多元趨向面對案主及家庭的情況；（3）掌握案主的情況，當其需要改變時，也跟隨著改變服務；（4）協調許多照顧的專業人士和規範；（5）安排一系列整合性照顧；（6）暢通服務案主的流程，讓服務更容易獲得；（7）保留全面性的紀錄包括臨床、財務及有用的資料；（8）整合資源或財務。

在 OECD 國家的服務輸送上，則是朝著連續性的照顧潮流走。所謂連續性的照顧是指把適合的複合服務放到適當的地方（指居家及社區接受照顧），長者得到一種較好協調照顧的感覺；即使長者儘量在家接受各式各樣的需求照顧。亦即包括有預防、急性、復健及長期照顧服務等領域之連續性照顧。連續性照顧的主要有 3 個層面：在急性、復健及長期照顧間需求之互動；在策略上增加提供居家照顧服務；關注特別的需求，如失智症者及其照顧者。為整合各項服務流程，以建構連續性照顧體系，有各式各樣的作為，如澳洲設立高齡照顧評估小組（Aged Care Assessment Teams）擔任守門員的角色，來評估進入機構照顧的需求；荷蘭則是由當地評估機構提供建議意見給使用者參考；日本和英國透過個案經理及個案管理等工作的推動，協調各項照顧需求及提供連續性的照顧；英國則是在 2004 年完成長者健康和社會

照顧聯合評估程序（OECD,2005:38）。

換句話說，真正的連續性照顧最終目標有三點：（1）透過使案主方便獲得和使用適合的持續性照顧，以增強服務品質和案主的滿意度；（2）增加供給者的效率；（3）最大化使用資源而達到成本效益。連續性照顧為原則強調的是服務內容的流通順暢；因而與服務對象、服務項目、照顧管理制度、長期照顧人力及服務資源、財務制度及資訊系統等層面息息相關。

就服務對象來看，依照案主的需要可以在醫療及長期照顧體系得到適當的服務，不管是醫療的治療或是生活照顧的需求。在時間及經濟上很有效率，對案主而言，是一項符合人性的服務。具體而言，連續性照顧的對象包括：有多重慢性病情、因老化引起的複雜健康問題、先天異常、神經退化、中風、因意外引起的主要外傷或永久性失能、心理疾病，和需要複雜照顧的急性病患者。

就服務項目來說，是由急性治療、次急性治療、出院準備計畫、居家式服務、社區式服務、機構式服務等連續性的服務項目，透過整合性機制的運作，可以建構一無縫隙的連續服務流程，使案主容易得到適當的服務需求，隨時案主都能各得其所。具體而言，連續性照顧的服務項目包括：醫院、護理之家、居家復健、安寧療護、成人日間照顧、住宅照顧及非正式照顧等。

以照顧管理制度而言，案主在連續性照顧的服務項目流程裡，透過專業代理人或是守門員（照顧管理專員）擬訂照顧服務計畫及提供相關資訊，使案主的權益受到保障，也可恰當的使用長期照顧的資源。同時稱職

的照顧管理師也解決了所謂資訊不對稱之問題。

以長期照顧人力及服務資源來說，連續性的照顧人力是跨越各專業，如醫師、藥師、護理師、治療師、社工師、照顧管理師、照顧服務人員等，透過連續性的照顧服務，及專業團隊的分工合作，提供全面性的服務功能。

在財務制度方面，不管是私人保險的、社會救助的或是社會保險的醫療治療或長期照顧的體系，連續性的照顧講求供給者之效率，以最大化的使用資源而達成本效益。透過連續性的照顧服務，可精確的運用財源，建構一可長可久的財務制度。以資訊系統來講，連續性照顧與資訊系統的運用更可相得益彰，在案主服務流程、服務項目內容、資源情形及相關資訊等之掌握，更加方便及透明化，使得資訊流通更快速，更為符合網際網路時代之需求。

二、推動「消費者偏好」及「消費者選擇」導向之長期照顧體系

OECD 國家提供現金津貼的居家照顧有澳洲、法國、德國、荷蘭及英國等（Gibson et al, 2003：iv-v）。這些國家以現金給付方式來誘發消費者意識及選擇權；通常有 3 種方式：第 1 種方式視為個人的預算及消費者意識來僱用照顧助理，通常會選擇僱用親戚來照顧；第 2 種方式是直接支付給有需求的受照顧者來支配，但必須有照顧的效率可言，故僅可以選擇如何花費在支持性的照顧；第 3 種方式是直接支付給非正式的照顧者當作收入的方式，是兼具支持長者能長居社區和減

少使用較昂貴的機構式照顧之雙重目標（OECD, 2005:50-59）。

簡言之，消費者選擇的意識能改善長者的自尊感及滿意度，以及增加獨立生活的程度；甚至面對長期依賴照顧的個案，也是能如此。換言之，倡導消費者意識及選擇權的最後目標如下：（1）藉由選擇購買較適合需求的服務來培力長者；（2）支持獨立生活的長者，以避免進入較花費成本的機構；（3）發展各式各樣的正式照顧服務的提供者，及創造新的和優質的工作環境；（4）提升及酬報非正式服務的提供者；（5）協助非正式服務的提供者在工作和家庭生活較為滿意（OECD, 2005:59）。

事實上，是否給予現金給付或津貼常有不同的考量，德國在 1995 年開辦長期照顧保險，在居家照顧方面有照顧服務（實物給付）與照顧津貼（現金給付）2 種，提供受照顧者依自己的需要及意願選擇使用，此一制度之設計使得近百萬未住進養護機構之有長期照顧需求者，在家中也可以獲得長期照顧的給付；同時其家人之照顧不再是無酬的扶養義務，而是經由長期照顧保險機構支付酬金的有給行為。在制度上也由長期照顧保險人為其繳納年金保險費，協助提供家庭照顧的工作者取得年金權資格；同時也受法定職業災害保險之保障。如此的運作方式，有助於促進家庭之團結及減輕財務之負擔。總體而言，在德國現金給付仍然維持照顧需要者最多的選擇方式之一，但其比例正逐年降低之中，在 1996 年占該年之 60.4%，到了 2002 年有 49.6%（林志鴻，2004:21-29；郭明政，1997：20）。

而日本在 2000 年開辦介護保險時，則是將現金給付予以排除，主要原因是德國事例的影響，德國在實施初期不少家庭選擇家屬照顧以領取現金給付，導致專業人員的照顧服務受到排擠，有輕忽照顧服務品質之虞；另一方面日本女性團體則以提供介護津貼會強化女性傳統家庭照顧者角色、妨礙女性家屬就業自由、阻礙正式居家及社區為基礎服務的發展、正式的訓練供給者是較優於由許多家庭照顧者所提供的服務及助長虐待老人等理由，而加以反對。換言之，日本不提供現金給付的，僅在離島、山地等照護人力缺乏地區可例外現金給付，是為了加速推動「長期照顧社會化」的進展（李光廷，2003：154；Gibson et al, 2003：11）。

簡言之，反對現金給付的一方，認為現金給付未必可以與適當長期照顧服務相結合，因為現金可能被浪費或不當使用，且造成家屬長期照顧之固定化。贊成現金給付的一方，從尊重失能者及其家屬之選擇、利用外部服務之公平性及效率觀點來論述。

三、督導及改善長期照顧服務之品質

督導及改善長期照顧服務的品質，也是 OECD 國家面對的一個重要課題。通常在機構及社區中服務品質不佳的，包括有：不良的居住環境、在護理之家缺乏個人隱私及社交關係、不恰當的服務或處遇（如產生慢性病、憂鬱病、褥瘡等）。在政策上，常以增加公共預算，及創立長期照顧的管理規則來因應，如建立品質評估和監督結果；因而常以長期照顧的基礎結構及過程來設立品質的標準，以及來改善服務的結果，並將此一資

訊讓實際的和潛在的案主知悉。有關提供服務者之品質評鑑等級是公開且便利的資訊，且伴隨著較多的消費者選擇權；常會導致保護消費者意識抬頭，及營造品質競爭之氛圍。在 OECD 國家中有關長期照顧服務人員短缺及資格問題，亦備受矚目；最主要是服務人員的薪資待遇及工作環境之問題。

有關在長期照顧領域的服務品質，可分為基礎結構面、過程面及結果面（如表 1）。事實上，許多 OECD 國家在服務品質上的要求，已經從最低標準的基礎結構設施及照顧過程，涵括建築物的安全及工作人員的比率等；進展到較複雜的評估及基礎結構的改善要求，包括結果測量的工具和持續改善品質的策略，如持續性的在職教育、有明定的文件及要求來保障案主的權利、隱私權和參與權（OECD, 2005:67）。

具體而言，為確保服務品質的提供，利用下述的 3 種趨向在策略上互為補充，（1）藉由管制者和購買者的角色持續監督提供的服務，特別是在責信方面的要求，如使用限制的藥物及控制疼痛，均制定明確的實務指導方針；（2）提升供給者和專業的承諾來改善品質，即提供者的自我管控，品質確保的承諾在挪威和瑞典代表是專業的象徵；（3）增加消費者的資訊和市場競爭，特別是消費者的培力部分，如傾聽抱怨、明確的品質指標和大眾知悉的標桿品質服務水準。簡言之，為確保長期照顧服務品質的提供，有許多國家已經以中央政府為主，建構了全國一致的照顧標準，如澳洲、德國、愛爾蘭、日本、紐西蘭、英國和美國等；有些國家以區域或地方政府為主來監督照顧的標準，如奧

地利、加拿大及許多斯堪地那維亞國家等（OECD, 2005:71-72）。

表 1 長期照顧的服務品質層面

基礎結構的品質	建築物的品質和安全（防火標準、衛生設施） 居住環境的舒適性 房間的大小 工作人員比率；各種工作人員的資格
過程的品質	保護住民權利的機制 功能佳的轉介管理 評估住民使用照顧計畫的程序 獲得便利的需求服務及維持住民最佳的實行機能水準 合格的工作人員的輪值提供服務 營養的餐飲 相關的便利輔助服務（如復健、藥劑、控制傳染病） 要求臨床的紀錄和照顧過程的文書 品質確保委員會的運作
結果的品質	壓力分數的盛行率 營養失調的盛行率（含脫水）；餵食管的適宜性 預防降低 ADL 和 IADL 的功能 住民的痛苦指數 住民的使用藥劑情形 住民的傳染病情形 使用抗精神病藥物的盛行率 餵食管的盛行率 跌倒的數量；預防跌倒 大小便失禁的盛行率 社會的使命感及保護個人隱私

資料來源：OECD, 2005:67。

換言之，這些國家的照顧標準即涵蓋了基礎結構面、過程面及結果面等服務的品質標準。以 1997 年澳洲的長者照顧法案為例，對於居家照顧的立案即有 44 項評估標準，主要有 4 個面向：（1）管理系統、工作人員和組織的發展；（2）健康和個別的照顧；（3）住民的生活方式；（4）生活環境和安全系統。而 1987 年美國的護理之家改革法案，主要有 5 個面向：（1）住民的權利；（2）生活的品質和照顧的品質；（3）對工作人員、服務內容和住民的評估；（4）聯邦政府調查的程序；（5）強制實行的程序。在澳洲及英國則是分別建立獨立機構-照顧長者標準暨立案機構（the Aged Care Standards and Accreditation Agency，簡稱 ACSAA）及社會照顧檢查委員會（the Commission for Social Care Inspection，簡稱 CSCI），來監督提供服務者之績效（OECD,2005:72-73）。

日本於 2004 年開始在全國都道府縣試辦「第三者評價制度」，由外部評鑑機關對於服務提供者給予公正的評價，並將結果公布於厚生勞動省網站（WAMNET）上供民眾方便選擇，藉由公開市場競爭的機制，旨在督促業者改善缺失及支援業者順利營運，並且誘導業者自我期許提高其營運服務水準，最終以提高服務品質。接受評價的對象包括居家照護服務業者，如居家（訪視）照護、訪視入浴、日間照護、福利用具租借等項；以及機構照顧服務業者，如特定老人生活照護機構（自費老人之家等）、老人特別養護之家、老人保健機構等，針對其經營理念、生活環境空間、服務內容與營運體制等加以評價。到了 2005 年以後，強制要求所有介護保

險服務業者必須導入此一評價制度（李光廷，2004：93）。

四、調整財源籌措方式，以因應長期照顧財務壓力

事實上，長期照護的財源籌措方式有 5 類，包含有：（1）自助：依賴個人或家庭的扶養、儲蓄和財產作為支應；（2）市場機能：個人以私人保險方式投保，政府不加干預，或由政府提供投保誘因；（3）儲蓄帳戶制：以個人（或家戶）為風險單位，由每個月薪資中提撥固定比例之金額，轉入個人專屬之儲蓄帳戶，做為未來支應長期照護的支出；（4）社會保險：以社會保險方式將所有可能面臨風險者，強制納入保險；（5）移轉模式：政府以社會福利的方式提供，財務由政府稅收支應。

上述 5 類財務籌措方式若進一步做統整，則可區分為三大類型：（1）以私人付費的方式支應；（2）以社會保險方式支應；（3）以稅收支應。而 OECD 多數國家皆同時採納 2 種以上的財源籌措方式，主要的國與國間差異是財源籌措組合在比重上的差異（葉秀珍，2000：21-22）；如日本介護保險之保險費分擔，50%來自被保險人（第 1 類是 65 歲以上老人負擔 17%，第 2 類是 40 歲以上至 64 歲負擔 33%（註 10）），另 50%來自國庫（中央政府（註 11）、都道府、市町村之分擔比例為 2:1:1；即分別為 25%、12.5%、12.5%）。換言之，在長期照顧財源的籌措較先進國家多數採取多元化的趨勢，以因應長期照顧財政壓力。

以 4 個實施社會保險型的國家為例，其

在財源籌措的特色有 4 點：（1）長期照顧制度非為「自由財（註 12）」，視為社會保障制度之一環，如奧地利之長期照顧津貼、德國之長期照顧保險、日本之長期照顧保險及盧森堡之自立保險等，因而都以附加稅來支持服務方案；（2）長期照顧制度財務的分擔包括有工作人口、雇主及領年金者，在高齡社會裡，特別是老人的繳納對長期照顧制度的持續支持是重要的；（3）利用現有的健康保險或社會服務系統來執行長期照顧，如在德國之健康保險及在日本之都道府縣行政系統，使得新建的長期照顧制度運作更順暢；（4）公立及個人長期照顧方案並存，如在德國，個人的長期照顧保險市場伴隨著發展，是用來補充公立長期照顧保險未涵蓋到的額外支出成本（OECD,2005:85）。

而若健康與社會服務的財源來自一般稅收的國家，仍然企圖透過稅制可支持的財務方式，以建構兼具公平與品質的長期照顧體系，其改革有 2 個方向，一是走「北歐模式」（註 13）修正的路線，如瑞典縮減服務範圍，將服務對象鎖定在更嚴重失能的老人，資格調查程序較以往更為嚴格。瑞典在 1992 年後開始倡導「目標服務」（targeting services），即將公共資源放在最重症病人和失能者；而較輕微者則鼓勵使用個人的資源，如自行購買的私人服務或家人提供的非正式服務。同時也進行了中央政府與地方政府分權的工作，中央政府負責在醫院體系的急性治療部分，並將長期照顧的財務基金轉移到地方政府；而地方政府負責所有長期照顧及相關的服務。如此的改革，瑞典在醫院的占床率有明顯的變化，在 1990 年代占床率高達 15%，

但到了 1999 年占床率已降低至 6%（OECD,2005:85-86）。

另一是緊扣著資產收入的調查與長期照顧資格的評估模式來改革，如澳洲、紐西蘭及英國等 3 國；澳洲是透過照顧評估及津貼方案整合原來分立的機構式服務體系，藉以建立連續性的照顧系統，並針對照顧失智症患者之措施予以配置特定的資源。紐西蘭則是考量過去機構式服務的資產調查標準過於嚴苛，因而宣布自 2005 年起逐步淘汰機構照顧的資產調查程序，也承諾未來會投入更多公共資本在長期照顧體系；但為降低老化社會帶來的財務壓力，則是將領取年金的年齡從 60 歲延後至 65 歲。

參、啟示及結論

思考臺灣內部及外部 OECD 路徑之發展，攸關未來臺灣長期照顧政策及制度的發展良窳，筆者認為有 4 點建議：

一、考量規劃建立長期照顧制度的時程及基本工作，以降低建立制度之交易成本：臺灣人口老化的速度和程度，緊迫在日本之後；預估臺灣在 2050 年的老年依賴比是 58%，屆時是 1.7 個工作人口養 1 個老人，而日本則是 1.3 個工作人口養 1 個老人，如此看來，臺灣長期人口發展趨勢如同日本的翻版（鍾俊文，2007：63）。日本從規劃長期照顧服務整備至保險型推出，歷經 10 年時間，期間陸續推出黃金計畫（註 14）、新黃金計畫（註 15）及黃金計畫 21（註 16）等 3 個目標明確的計畫。即從 1990 年開始基本服務

整備及修訂福利關係 8 法（註 17），到 1994 年加倍數量的基本服務整備，2000 年迎接優質的長期照顧保險服務時代，且在整備期間有消費稅的特定財源來支持，又開辦時以社會互助理念，讓政府及被保險人共同分擔保險費。

由日本的歷史經驗發展的時間點來看，在 1990 年老人人口比例達 12% 時，推出「黃金計畫」，在 1994 年老人占的比例達 14% 時，加倍整備基本服務數量，在 2000 年老人占的比例達 17% 時，開辦長期照顧保險制度。簡言之，在臺灣的老人人口數占總人口數比例達 10% 之際，且已有長期照顧 10 年計畫為基礎，若能借鏡日本從規劃長期照顧服務整備至保險型推出之時間歷程及基本工作規劃作為；如調查及掌握長期照顧服務的需求人數、基本資源的盤整及創造、專業服務機構及人力的培育、相關法令修改及整合、財務籌措規劃、社會形成共識及互助理念之凝聚等，對臺灣建立長期照顧制度之起步是有助益的。

二、考量中央與地方政府職責分工合作，共同創造激勵制度營運的機制：日本早在 1938 年創設厚生省，將醫療政策及福祉政策整合同一部門，於 2000 年又將勞動業務併入後稱為厚生勞動省；厚生勞動省是中央政府推動長期照顧政策的主政單位，該省是涵蓋醫療衛生、社會福利及勞動等業務；事實上，長期照顧服務也常涉及前述 3 項業務共同投入；站在政策整合及推動觀點，日本厚生勞動省政策及法令的整合及協調，在歷史制度

論來看，主要行動者（政府）其政策路徑整合為清晰且有效率。另日本從 1985 年開始推動地方分權化，有 2 項主要的作為，一是提高地方公共團體對社會福利經費負擔之比例；另一是中央事務改為屬於地方公共團體辦理之事務；使得行動者分工路徑更為明確。

換言之，日本長期照顧保險是由中央、都道府縣及市町村各級政府共同負擔長期照顧制度的經營，委託營利、非營利機構提供長期照顧服務的強制性社會保險。因而考量服務的區域特性及地方分權之趨勢，由市町村擔任保險制度的保險人，負責保險費的計算、徵收及管理，保險給付的核定、支付及服務的輸送等。中央（註 18）、都道府縣（註 19）、醫療保險單位（註 20）、年金保險單位（註 21）、國民健康保險團體連合會（註 22）等必須支援市町村的長期照顧保險財務與事務。

臺灣中央政府雖有行政院長期照顧制度推動小組作長期照顧政策的跨部整合，但卻是任務編組的運作方式。因而如何在中央政府之政策上整合，以及在中央與地方政府之職責分工合作益顯得重要。

三、考量建立公私合夥關係（public-private partnerships）的長期照顧服務產業發展，營造有利社會大眾合作之條件：在多元福利取向下，由家庭、政府、民間部門（包含營利企業、非營利的組織）共同分工提供整體的社會福利服務，似乎已經是必然趨勢。特別在 1970 年代新右派

意識型態主導下，福利國家的思潮轉向社會福利民營化的議題，以及 1980 年代對於政府與民間的分工有諸多的討論及主張。如雷根革命（Reagan Revolution）所喊的口號是，「讓政府從我們的背上下來，讓政府的手遠離我們的口袋」；又如柴契爾（Thatcherite Britain）所領導的英國所喊的口號是讓「政府的疆界後退」（Savas 著、黃煜文譯，2005：23）。而臺灣則是內政部在 1997 年訂定「推動社會福利民營化實施要點」，才正式確立方向；隨後行政院公共工程委員會在 2000 年公布了「促進民間參與公共建設法」，使得民間部門參與社會福利建設及營運有更彈性的方式。2001 年行政院經濟建設委員會及內政部為推動福利產業，主導成立「福利產業推動小組」，並訂定了「照顧服務產業發展方案」；其重大的意義是社會福利服務方案有可能成為產業，同時帶出了在社會福利的決策中市場性可能是為選項；深遠的意義顯示活絡福利產業時代的誕生。

日本長期照顧保險制之實施，即是採用民營化、契約化方式建構服務供給體系，其中以（營利）企業加入服務供給體系最受矚目，就居家訪問照顧來說，企業占 44.8%，其次社會福利法人占 33%，再者醫療法人占 22.2%。惟新參與的企業在營運初期，可能因錯估服務需求總量或服務顧客量不足，而陷入裁員或縮減規模之困境；以 1988 年成立經營居家訪問照顧的「COMSN」大企業為例，最初設置 1200 餘所服務據點，在營

運 3 個月後（2000 年 6 月）立即縮減經營規模，關閉 470 餘所並裁員高達四成的居家服務員（約 1600 人）（莊秀美，2005：117-118）。

目前長期照顧政策上針對居家服務、日間照顧服務、失智症老人日間照顧服務、家庭托顧服務、交通接送服務等項之民間提供單位，可以提供社工人員專業服務費、辦公室租金、設施設備費、修繕費等項之補助。事實上，長期照顧服務是內需型的產業，同時也亟需高密度人力投入的專業工作；若是能擴大投資資金投入，以建構公私合夥關係的長期照顧服務產業之發展，除了可帶動臺灣經濟發展活路外，也可建立高品質的長期照顧服務水準，更可使臺灣的失能者活得有尊嚴。

四、考量政策脈絡或路徑依賴及借鑒國外制度的因素，創造外部經濟效益為世代所享；在政策面來看，有所謂制度路徑依賴或政策鎖住的說法。典型的社會保險路徑國家，即以社會保險選項來解決社會問題，如德國社會保險鼻祖-原有健康保險、意外保險、年金保險及失業保險等四個體系，加入長期照顧保險為第五個保險體系。又如日本也是原有健康保險、年金保險、失業保險、職災補償等四個體系（註 23），再加入長期照顧保險為第五個保險體系。典型的社會救助路徑國家，在法國長期照顧被定義為與年齡有關的需求，而需求觀念在俾斯麥主義的福利系統，即是與社會救助有關；而老人長年以來都是使用由省（註

24) Allocation Compensatoire pour Tierce Personne (簡稱 ACTP (註 25)) 方案的失能給付，擴展此一方案回應老人和失能者兩者的需求是合理的；再者 1983 年地方分權通過後，任何新的法定社會支援方案都必須由省來負責，如此看來，法國有很強的制度理由因而延續著相同的路徑 (Morel, 2006: 230-231)。日本的社會福利發展是有脈絡可循的，依據日本 1950 年社會安全制度審議會之建議書，即提出以社會保險為核心，發展其社會安全制度 (李志好, 2003: 10)。

臺灣隨著國民年金及勞工保險老年年金實施後，再加上原已建立的全民健康保險、就業保險及各種對象別的保險 (如勞工保險、公教人員保險、農民健康保險、軍人保險)，社會福利體系一直朝著社會保險制度的路徑前進，未來長期照顧服務導向社會保險是必然之路。

簡言之，在臺灣建制長期照顧之過程，學習 OECD 國家已建立長期照顧制

度之改革路徑經驗，足為臺灣借鑒攻措，此為「知彼」之略。建立新制度之路徑，以政府部門為主要行動者，可依循以往關鍵點路徑，也可參照外國制度改革之經驗，進而融合成特有之本地制度；亦即臺灣在建立長期照顧體制過程，需如孫子所云：「知己知彼，百戰不殆」方略，方能成大業。如果說建立社會福利體系的過程如同玩拼圖遊戲 (持續為人民謀幸福)，而每一政策、法令、作為如同每一塊拼圖，在完成每塊拼圖連接之過程，都有其參照值 (知己或知彼之略)。如果說長期照顧制度是臺灣社會福利體制重要的拼圖 (幸福樂園) 之一，那麼亟待社會形成共識戮力以赴。

(本文作者為內政部雲林教養院社工課社工員，中正大學社會福利研究所博士候選人；本人感謝中正大學社會福利研究所鄭讚源教授之指導。)

關鍵詞：長期照顧、OECD 國家、OECD 長期照顧

註釋

註 1：經濟合作暨發展組織 (Organization for Economic Cooperation and Development, 簡稱 OECD) 於 1961 年成立，總部設於法國巴黎，目前有 30 個會員國，分別如下：(1) 7 大工業國 (G7)：美國、加拿大、日本、德國、法國、英國及義大利；(2) 大洋洲 2 國：澳洲及紐西蘭；(3) 歐盟之 11 個會員國：比利時、荷蘭、盧森堡、丹麥、瑞典、芬蘭、奧地利、愛爾蘭、希臘、西班牙、葡萄牙 (若加上 7 大工業國中之英國、德國、法國、義大利四國，則包含所有歐盟國家)；(4) 歐洲自由貿易協會國家：挪威、冰島、瑞士；(5) 其他國家：土耳其、墨西哥、捷克、匈牙利、波蘭、韓國、斯洛伐克。OECD 30 個會員國之國民生產毛額總合占世界三分之二。OECD 組織素有智庫、監督機構、富人俱樂部、非學術性大學等不同稱號。

- 註 2：有關平均餘命依照 Katz（1983）的說法可分為活躍平均餘命（active life expectancy）及失能平均餘命（dependent life expectancy）；活躍平均餘命代表活到老，健康到老；失能平均餘命代表不能再獨立，需要依賴別人協助過活。WHO（1995）指出女性老年期平均約 20 年，13 年為活躍平均餘命，7 年為失能平均餘命；男性老年期平均約 15 年，其中 1/3（約 5 年）依賴別人協助過活（林歐貴英等合譯，2003：43-44）。日本早即推估出其全人口中任何人一生中須分攤 6.5 年之『長期照護需求時段』，其中男性平均需分攤到 5.7 年，女性平均須分攤到 7.1 年之「長期照護」服務需求，後來又逐漸擴延至 7~8 年（李世代等，2009:2）。
- 註 3：依照內政部戶政司資料，1993 年底臺灣總人口數 2,099 萬 5,416 人，而 65 歲以上老人人口數 149 萬 801 人，後者人口數占前者之比率為 7.1%。
- 註 4：推估 2018 年臺灣總人口數約 2,330 萬人，而 65 歲以上老人人口數約 334 萬人，後者人口數占前者之比率為 14.36%。
- 註 5：推估 2026 年臺灣總人口數約 2,310 萬人，而 65 歲以上老人人口數約 476 萬人，後者人口數占前者之比率為 20.63%。
- 註 6：德國原有健康保險、意外保險、年金保險及失業保險等四個體系，加入長期照顧保險為第五個保險體系。
- 註 7：日本原有健康保險、年金保險、失業保險及職災補償等四個體系，加入長期照顧保險為第五個保險體系。
- 註 8：包括有奧地利、澳洲、加拿大、德國、匈牙利、愛爾蘭、日本、韓國、盧森堡、墨西哥、荷蘭、紐西蘭、挪威、波蘭、西班牙、瑞典、瑞士、英國及美國等 19 個國家；這些國家都已經開始進行長期照顧財務改革及著重於改善照顧服務流程。
- 註 9：瑞典及挪威分別占前 2 名的主要原因：超過 80 歲的長者比率較多、全面提供需要密集照顧的護理之家及居家服務。
- 註 10：2003-2005 年調整為第 1 類負擔 18%，第 2 類負擔 32%。
- 註 11：中央政府的 25%，其中 5% 是統籌分配款，視 75 歲以上老人比率及老人所得分布狀況，交付給市町村作為調整。
- 註 12：自由財（free goods）：在特定時地價格為零之財貨或勞務，自由財可能是人生不可或缺的必需品，如免費的空氣及陽光，但不涉及選擇的問題（高希均，1987：559；張清溪等，1991：3）。
- 註 13：北歐模式強調提供普遍的可近性、重分配機制與高水平的福利與服務；因而提供老年人口所得安全與老年照護服務，均由公部門主導，如國民年金的取得是基於普遍性與居住地區原則，老年照護服務同時包括居家照顧和機構式服務。
- 註 14：黃金計畫：1989 年日本政府為提高保健福利部門的公共服務基礎措施，制定「高齡者

保健福利推動 10 年戰略」(稱爲黃金計畫)，並於 1990 年開始實施，以 3% 的消費稅爲財源，預期在 1999 年達到既定目標。其主要目標爲：(1) 以市町村爲福利服務主管機關；(2) 強調居家服務，推動居家長期照顧、日間服務中心、短期入所等事業作爲居家福利服務之重點；(3) 以零癱瘓老人爲目標；(4) 設置長壽社會福利基金，以補助及支援居家福利服務；(5) 多元化之機構服務；(6) 重視老人生活教育；(7) 鼓勵社區開發綜合老人福利事業(周世珍，2007：110)。

註 15：新黃金計畫：在 1993 年老人保健福利計畫顯示的需求總數值遠超過黃金計畫所設定的目標，且 1994 年高齡化人口比例超過 14%，經全面檢討制定「新高齡者保健福利推動十年計畫」(稱爲新黃金計畫)，調高消費稅 5% 爲財源，並於 1995 年開始展開，計畫重點在迎接成立長期照顧保險之基本服務整備，確立 4 大服務理念：(1) 使用者本位，強調自立；(2) 普遍主義；(3) 綜合性服務；(4) 社區主義(周世珍，2007：111)。

註 16：黃金計畫 21：2000 年時與介護保險同步進行，提出「今後 5 年期間高齡者保健措施之方向」(稱爲黃金計畫 21)，主要是進一步充實伴隨長期照顧保險法實行與高齡化進展之高齡者保健福利對策，謀求促進良質介護服務計畫成立之基本整備。其目標爲：(1) 創造有活力之高齡者；(2) 確保高齡者尊嚴、自立支援；(3) 成立相互支援之區域社會；(4) 確立使用者能信賴之介護服務。其具體策略爲：(1) 整備介護服務之基礎；(2) 推進失智高齡者之支援對策；(3) 推進健康高齡者之養成；(4) 整備社區生活支援體制；(5) 培育保護使用者權益及建立值得信賴的介護服務；(6) 確立支持高齡者保健福利的社會基礎(周世珍，2007：111-114)。

註 17：福利關係八法：老人福利法、身體障礙者福利法、精神薄弱者福利法、兒童福利法、母子及寡婦福利法、社會福利事業法、老人保健法、社會福利及醫療事業團法。

註 18：中央政府的分工項目有設計制度、設定基準、指導保險者及事業者、支援市町村等。

註 19：都道府縣的分工項目有指導保險者及事業者、指定事業者、受託認定要介護、設置財政安定化基金、策定介護保險事業支援計畫、設置介護保險審查會等。

註 20：醫療保險單位包括政管健保、組合健保、日雇健保、船員保險、共濟組合等及國民健康保險等，協助由薪資扣繳 40 歲以上至 64 歲國民之保險費，由社會保險診療報酬繳費基金轉交保險人。

註 21：年金保險單位包括國民年金、厚生年金及共濟年金等，協助由年金扣繳 65 歲以上國民之保險費，轉交保險人。

註 22：國民健康保險團體連合會負責審查及支付介護給付費、申復業務處理、保險者事務共同處理等。

註 23：健康保險：包括職業型與地區型；年金保險：包括國民年金、厚生年金、各種共濟年金等；失業保險：一般失業保險與船員失業保險；職災補償：一般職災補償、船員職

災補償、國家公務員災害補償。

註 24：目前法國總人口數約 6400 萬人，行政區分為 26 個大區（Régions），100 個省（Départements），省下轄專區（arrondissement），專區下轄鄉（canton），鄉下轄市鎮（commune）。

註 25：1975 年為失能者創立的現金給付，這項給付須經資產調查、至少 80% 的永久失能、以及需要他人的協助才能完成日常生活任務；在 1990 年代，超過 70% 的 ACTP 給付是依賴的長者。在 1983 年的地方分權法案通過之後，這項社會救助的給付改由省所管理及負擔方案的費用。

📖 參考文獻

- 李志好（2003）。《日本長期照護保險法制之研究》。政治大學法律研究所碩士論文。
- 李光廷（2004）。〈日本介護保險的最新發展-由給付面看日本介護保險的財務危機〉。《長期照護財務制度規劃》，頁 57-110。
- 李世代、劉美吟、高琇珠、曾淑琪、謝鶯玉、蔡淑娟，．．．宋佩珊等（2009）。《日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究》。行政院經濟建設委員會委託研究計畫。
- 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬等（1998）。《配合我國社會福利制度之長期照護政策研究》。行政院研究發展考核委員會編印。
- 林維言（2000）。〈從「加強老人安養服務方案」的執行談長期照護制度之建構〉。《社區發展季刊》，92，6-18。
- 林歐貴英、郭鐘隆譯（2003）。《社會老人學》，Hooyman, N.R. & Kiyak, H.A.（2002）。臺北：五南。
- 林志鴻（2004）。〈照護需要風險制度化滿足之社會經濟效果-以德國長期照護保險為例〉。《長期照護財務制度規劃》，7-56。國家衛生研究院論壇。
- 周世珍（2007）。〈日本介護保障法制及其基本理念之發展〉。《明新學報》，33，105-128。
- 高希均（1987）。《經濟學的世界（增訂版）》。臺北：經濟與生活出版公司。
- 莊秀美（2005）。〈日本社會福利服務的民營化-「公共介護保險制度」現況之探討〉，《臺大社工學刊》，11，89-128。
- 張清溪、許嘉棟、劉鶯釧、吳聰敏等（1991）。《經濟學-理論與實際上冊》。臺北：雙葉。
- 陳正芬（2006）。《從老人居住安排及未滿足需求論我國長期照顧政策》。國立中正大學社會福利研究所博士論文。
- 黃煜文譯（2005）。《民營化歷程：公部門、非營利、企業的夥伴雙贏之道》，Savas, E.S.（2000）。臺北：五觀。

- 黃菁菁 (2007)。〈「十坪健身房」銀髮族動起來〉。《中國時報》，2007/7/15，A14 版。
- 郭明政 (1997)。《社會安全制度與社會法》。政治大學法學院勞動法與社會法研究中心。
- 葉秀珍 (2000)。〈各國長期照護財務機制與實施經驗之探討〉。《長期照護財務問題》，21-39。
國家衛生研究院論壇。
- 鄭文輝等 (2005)。《我國長期照顧財務規劃研究》。內政部委託規劃告。
- 鄭曉蘭 (2007a)。〈剩牠能寵日人連住也遷就〉。《自由時報》2007/4/11，A6 版。
- 鄭曉蘭 (2007b)。〈老人社會火葬也要排隊海上殯葬船日未來產業〉。《自由時報》2007/02/11，
A6 版。
- 魏國金 (2008a)。《日本老人國！東京迪士尼轉攻銀髮族商機》《自由時報》。2008/02/23，A8
版。
- 魏國金 (2008b)。〈e 護公寓老人跌倒有人救〉。《自由時報》，2008/4/23，A7 版。
- Evashwick, Connie J. (2001). The continuum of long-term care: An integrated systems approach. 2nd
ed. New York: Delmar Publishers.
- OECD. (2005). The OECD Health Project Long-Term Care for Older People. Paris: OECD.
- Gibson, Mary J. Gregory, Steven R. Pandya, Sheel M. (2003). Long-Term Care in Developed Nations:
A Brief Overview. New York: AARP.
- Morel, Nathalie (2006). Providing Coverage against New Social Risks in Bismarckian Welfare States:
The Case of Long-Term Care. In K. Armingeon & G. Bonoli(Eds), The politics of post-industrial
welfare state: adapting post-war social policies to new social risks (1st ed., pp.227-247). London;
New York: Routledge.