

# 從全球化老人照顧之發展趨勢 對臺灣長期照顧之省思

黃明發

## 壹、全球化下的老人照顧發展

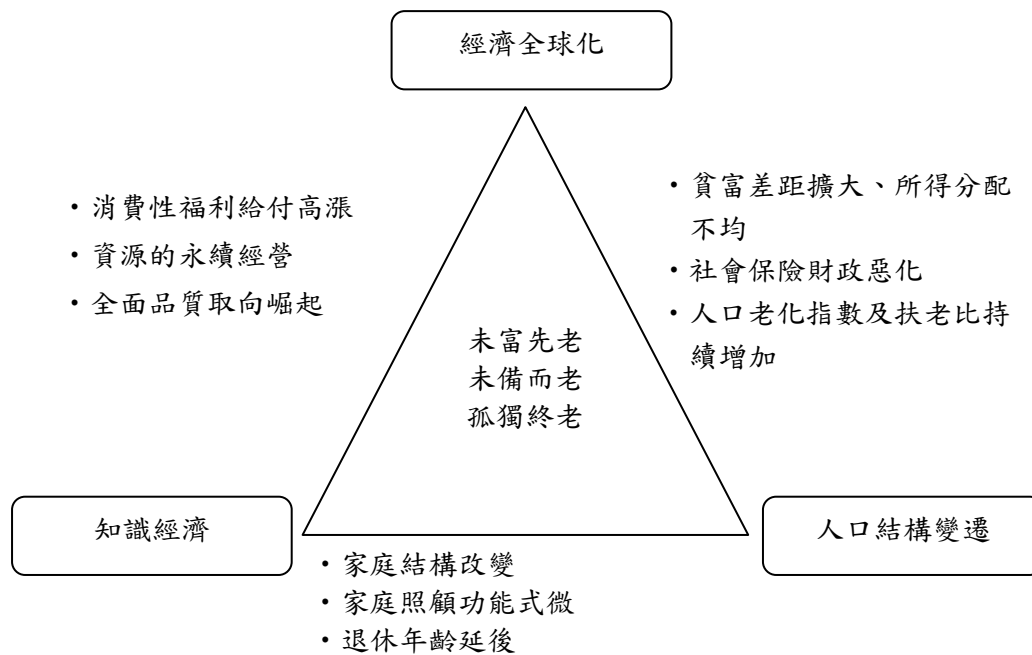
「全球化」(globalization)是指各種社會關係的處置措施等空間性組織的轉變，藉由擴展範圍、強度、速度與衝擊影響等觀點來評估，而產生跨越洲際或橫跨區域的行為、互動與權力運作等交流與連結的一種過程 (Held, McGrew, Goldblatt & Perraton, 1999)。全球化觀點的分析角度已是當今顯學之一，全球化的脈動是超越國家疆界的，透過大量跨疆界的貨物與服務的交換、國際間的資本流動、以及科技迅速而廣泛擴散的一系列過程 (曹俊漢，2009)。如今，世界各國在經濟面上超越了民族國家間的籬籬，被緊密的互賴結合在一起，形成了一個新的世界經濟。從人的行為與改變開始，觀察其進行的活動，包括環境、經濟、文化及政治等，進而了解全球化的內涵 (Held & McGrew, 1999)。

影響全球化經濟的關鍵如 Peter F. Drucker 所言，分別為經濟全球化、知識經濟與人口結構變遷的發展 (劉真如譯，

2002)。臺灣無疑也深受全球化之影響，在經濟全球化、知識經濟、人口結構變遷的三者影響下，對臺灣影響亦甚，其影響之特點為「未富先老」、「未備而老」及「孤獨終老」(見圖 1)，其中最大影響因素則為人口結構變遷。人口為國家基本構成要素之一，人口數量、素質及結構的變化乃為國家發展的重要關鍵。臺灣面對少子化及老年化之人口海嘯 (population tsunami) 影響之下，由於老過度快速從老年人口占總人口的百分比、老化指數、扶養比或是老年人口依賴比均顯示全球老化的普遍現象，但由於老化過度快速，國家社會準備不及，造成社會及家庭很大的衝擊；臺灣的少子化卻是世界最低的國家，平均生育率為每戶 1.02 人，相較於全世界平均每戶 2.2 人來得低很多。臺灣與先進國家一樣都歷經人口轉型，由高出生率與高死亡率，轉為低出生率與低死亡率，且因過去 60 年生育率快速下降，導致當前少子女化、高齡化嚴峻現象 (行政院，2013)，在未來即將邁入超高齡社會的同時，勞動力人口

的沉重負擔與家庭照顧機制將面臨更險峻的挑戰。經濟全球化影響人口變遷，在全球經濟低迷的情況下，國家財政面臨危機，貧富差距擴大，所得分配不均，失業率居高不下，貧窮人口比率增加，消費性福利支出高漲，連帶地影響國家的國際競

爭力。在知識經濟的影響下，國際老人福利發展趨勢有了改革新思維，先進國家開始強調福利資源的永續經營概念，並關注老人生活水準的維繫，以追求老人經濟安全、社會包容的友善環境、社會凝聚、自主與充權之目標。



資料來源：修改自劉真如譯（2002）

圖 1 經濟全球化、知識經濟與人口結構變遷的三角關係

為積極迎向高齡社會，聯合國於 1991 年通過「聯合國老人綱領」(United Nations Principles for Older Persons)，提出獨立、參與、照顧、自我實現、尊嚴等五項要點，以宣示老人基本權益保障之共同目標。世界衛生組織 (WHO) 亦於 2002 年提出「活躍老化 (active ageing)」核心價值，認為

欲使老化成為正面的經驗，必須讓健康、參與、和安全達到最適化的狀態，以提升老年人生活品質。同時並通過「馬德里國際高齡行動計畫 (The Madrid International Plan of Action on Ageing)」，強調促進健康、預防疾病、為高齡者取得公平的健康照護服務是健康老化的基礎。有鑑於此，

行政院衛生署（現改為衛生福利部）於 2010 年營造高齡友善健康照護的服務與環境納為重要政策之一，以「在地老化」為導向，希望能發展與 WHO 接軌，且適用於國內健康照護體系的健康照護架構及指標，以營造對長者友善的照護環境與服務。

人口的高齡化為社會帶來一連串有關人口、經濟、文化等問題，例如家庭規模縮小，贍養比重提高；勞動年齡人口老化，勞動力資源不足；人口高齡化所帶來的巨大經濟負擔等（葉至誠，2012）。未來社會資源的分配、家庭組成方式，以及子女和年老父母的居住安排與奉養關係等，將持續變化。所以，如何使老人生活更有尊嚴與健康、營造活力老化環境、延緩失能發生時間、強化家庭與社區照顧及健康體系、保障老年經濟安全與促進人力資源再運用等，均使得長期照顧服務變成重要議題。臺灣自 1993 年進入高齡化社會，人口老化指數及扶老比持續增加，勞動力與家庭照顧人力改變，加上罹患慢性或重大疾病者之比例增加等，皆顯示臺灣的長期照顧需求急遽成長。本文試以臺灣人口發展對於長期照顧的需求性，透過各國長期照顧發展之知識經驗，來提供臺灣未來長期照顧發展之省思。

## 貳、臺灣長期照顧之發展

### 一、臺灣長期照顧發展背景與歷程

隨著醫療及社會的進步，臺灣老年人口及其比率逐年顯著增加，根據內政部統

計，我國 65 歲以上老年人口於 2013 年 9 月達總人口數之 11.39%，臺灣早已開始步入高齡化社會，尤其值得注意的是，臺灣地區老人人口之成長，距離高齡社會指標（老人人口數達總人口數之 14%）已愈來愈近，根據行政院經建會（2010）預估，臺灣老人人口比例從 14% 成長至 20%（超高齡社會）只需要 8 年。有鑑於此，至 2025 年左右，銀髮族人口將超過 20%，屆時每 5 人中就有一位是老人（見表 1），其中老人人口之 1/3 將為失能或健康照顧需求者，針對失能及照顧需求者，政府已在長期照顧十年計劃中積極推動居家式、社區式及機構式各項照顧服務方案，期能提供完整與持續之長期照顧服務。

臺灣老年人口比率因國民壽命延長及出生率降低而顯著上升，65 歲以上人口估計從 2000 年至 2025 年將增加一倍以上，佔總人口比率由 2000 年的 8.6% 升高至 19.6%，這種種顯示臺灣老年人口的照顧及扶養負擔將更為沉重。此外人口老化的速度從 7% 升高至 14% 的年數為 26 年，相似於日本的 23 年，但相較於英國 45 年、德國 45 年、美國 70 年、瑞典 85 年，顯見我國也是人口老化速度最快的國家之一，而人口快速老化，將擠壓因應高齡社會之準備時間。

以人類發展的觀點來看，老年時期雖面臨身體老化與疾病的困擾，若能將老化之負向觀點轉為積極正向面對晚年歷程，則身心健康與社會參與將是帶來高齡者幸福感的重要指標，因此健康促進與活躍老化議題已成為世界各國政策推動要項，健

康促進的概念著重於正面積極的健康，當個人對自己有信心，同時體力充沛又富有朝氣，則幸福安寧和生命的品質將隨之提升。WHO 於 2007 年提出高齡友善城市（global age-friendly cities）之理念，呼籲世界各國正視高齡化社會需求，並且應早日作因應，我國於 2010 年開始推動「高齡友善城市」政策，實施面向包含八大議題：(1)無障礙與安全的公共空間、(2)交通運輸、(3)住宅、(4)社會參與、(5)敬老與社會融入、(6)工作與志願服務、(7)通訊與資訊及(8)社區及健康服務，期提供長者一個兼容且無障礙，能增進活躍老化的城市環境，以延後老化並縮短失能的期間。我國國民健康局更於 2011 年設置臺灣高齡友善健康照護機構認證架構，以活躍老化為目的，採取生命歷程面向，將生命中各項疾病及事故之風險預防概念導入，期能將高齡友善理念落實於各機構管理政策、溝通與服務、照護流程、物理環境等，並且於社區健康營造計畫中，鼓勵各縣市推動老人保護、預防跌倒及社區健康活動等，

均以健康老化及活躍老化作為核心推動政策。除此之外，教育部在 2006 年已公佈老人教育白皮書，積極推動老人教育，強調老人教育的四大遠景—「終身學習」、「健康快樂」、「自主尊嚴」和「社會參與」。並且分別推動多元化、精緻化與在地化之老人方案，鼓勵老人關心健康與社會參與之外，透過方案的實務提升老人的自我價值和激發潛能（黃富順、黃明月，2006）。老人福利政策則以經濟安全、健康維護、生活照顧三大規劃面向為政策主軸，就老人保護、心理及社會適應、社會參與分別推動老人福利相關措施。

以上各部會均已擬定高齡相關政策以因應高齡化社會所需之服務，未來高齡人口終將有更大部分為健康群體（約佔老年人口的 2/3），這些退休人力之民生與相關服務產業之需求，包含健康維護、教育、休閒、安定生活及心理與社區適應等面向，亟需各界培養具高齡服務專業之人才，以提供高齡社會優質化服務與健康生活環境。

表 1 老年人口 Old Age (65 Years & Over) (1) 實數 單位：千人

年別	中華民國	韓國	香港	日本	美國	加拿大	法國	德國	義大利	英國	瑞典	中國大陸
1980 年	766	1453	325	10560	25949	2306	7525	12211	7420	8371	1354	47426
1990 年	1269	2144	483	14809	31211	3121	7935	11882	8691	9050	1522	64357
1995 年	1631	2607	597	18264	33257	3512	8771	12634	9523	9270	1542	74255
2000 年	1921	3338	725	21826	34999	3884	9462	13421	10396	9309	1541	87295
2010 年	2429	5056	884	28683	40376	4752	10234	16672	11645	9928	1723	110886
2025 年	4642	8812	1726	36070	63550	7711	14113	19534	13496	12423	2158	194100
2050 年	7005	14154	2793	40077	81665	10050	16980	22121	15447	15439	2353	319262

(2) 占總人口比率

單位：%

年別	中華民國	韓國	香港	日本	美國	加拿大	法國	德國	義大利	英國	瑞典	中國大陸
1980年	4.3	3.8	6.5	9.0	11.2	9.4	14.0	15.6	13.1	15.1	16.3	4.7
1990年	6.2	5.0	8.5	12.0	12.2	11.3	14.0	15.0	15.3	15.9	17.8	5.6
1995年	7.6	5.8	9.7	14.6	12.3	12.0	15.1	15.5	16.6	16.0	17.5	6.1
2000年	8.6	7.1	10.6	17.2	12.3	12.6	16.5	16.3	18.1	15.9	17.4	6.8
2010年	10.5	10.3	11.7	22.4	12.8	14.4	16.5	20.2	20.6	16.4	19.3	8.1
2025年	19.6	17.6	20.3	29.2	17.8	21.3	22.0	23.8	25.5	19.6	23.8	13.4
2050年	35.3	30.5	29.6	36.5	20.0	25.7	26.4	28.0	34.4	23.3	27.0	22.9

資料來源：我國—內政部戶政司、2001年以後，行政院經建會“臺灣地區民國91年至140年人口推計”、其他—日本「國際勞動比較」2005年版（UN, “World Population Prospects 2002”）。

審觀臺灣長期照顧發展時期，若從不同的觀點和不同的角度切入，會有不同的劃分方式，除了常有的是依據年代別來分，亦有從 Gilbert 與 Terrell (2010) 歸納社會福利政策關鍵的四個議題面向：給付對象、資源形式、輸送方式與財務基礎等來解析其發展之演進（引自陳正芬，2011）；或從長期照顧政策參與者及倡導者的角色來分為貧困救濟、收容安置期、老人照顧是家庭完全的責任期、老人福利機構全面合法立案期、老人長期照顧多元實驗方案蓬勃發展期、長期照顧整合期、長照保險規劃期（吳玉琴，2011）；亦或是依據時期或階段別來分的混沌期、萌芽期、發展期、制度建立期、資源快速發展期、產業化時期、協同合作期（陳惠姿，2002；劉淑娟，2010；黃明發，2013）。若從臺灣長期照顧發展的歷史性及其結構性，依序可分為七階段：

(一) 混沌期

在 1980 年代以前，臺灣地區並沒有任何關於長期照護的明確法令規章，當時的傳統觀念普遍認為照顧身心障礙者乃是個人和家庭的責任，並不需要外力的介入或委由市場購買，這也使得對於老年與身障人口族群的照護負荷，直到 1980 年代老人福利法的公佈（明定出包括扶養機構、療養機構、休養機構與服務機構四種類型的老人福利機構），才有了初步的解套，最後，在此一時期裡也於彰化基督教醫院設置有社區健康部，首開以醫院為基礎之居家照護服務先例。

(二) 萌芽期

政府有感於家庭之外的長期照護需求，而紛紛試辦多項的因應措施，這部份主要是分成社政體系以及衛生體系兩大的

發展主軸，其中社政體系乃是臺灣省政府於 1987 年開始試辦的日間托老和老人居家服務，而衛生體系也在 80 年代末期跟著動起來，主要是起因於慢性疾病所產生身心功能障礙的盛行，特別是慢性疾病的後續照護需求超乎原有醫療體系的服務範圍，事實上，也由於政府無力發展相關的服務措施，以致於此一階段裡各種未立案之養護中心、安養機構紛紛成立，但是卻無相關法源和人力以進行必要的管理建置。

### （三）發展期

由於臺灣老年人口數於 1993 年超過 7%，正式邁入高齡化社會，使得政府開始在國家發展會議中關注到長期照護的公共議題，並且正式訂定長期照護的發展政策，此一時期裡，比較重要的政策法令包括有 1991 年公告「醫療發展基金申請作業要點」，鼓勵民間設置慢性病床，並且透過實驗計劃方式委託耕莘醫院試辦第一所由醫療機構所附設經營的「護理之家」；1993 年頒布護理機構設置標準（見附錄），此乃是我國首度以法律明定長期照護性質的護理機構（包括護理之家、日間照顧、居家照顧機構），並且可以透過機構評鑑來維持護理之家的服務品質。

### （四）制度建立期

自從 1995 年開辦全民健保以來，長期照護給付的範圍陸續擴大，像是將居家護理納入給付範圍，亦將給付擴大至護理之家的專業性醫療護理服務，而且有鑒於呼

吸器長期依賴病患人數的日益增加，長期佔用醫院急性病床所造成急性醫療資源浪費情形，行政院衛生署亦於 1996 年開始辦理「呼吸器長期依賴病患居家與機構式照護服務」，並且藉由健保給付，使得此三類的服務資源也隨之成長。

### （五）資源快速發展期

雖然小型未立案養護機構因應市場需求而來的大量增長，但是，低落的照護品質再加上頻傳的公安事故，引發社會諸多質疑，因此，為了約束此類機構，便寄望在 1997 年新版老人福利法的修法上，其修訂重點包括有：第一，訂定出長期照護相關的三類機構為「長期照護機構」、「養護機構」、和「服務機構」（日間照顧、臨時照顧、在宅服務等），並於 1998 年公佈機構設置標準，特別降低 49 床以下小型機構的設置標準；第二，訂定出未立案機構負責人的罰則；除此之外，行政院在 1998 年提報所謂的「老人長期照護三年計畫」中所提，該計畫為首創獨立於衛生醫療政策（醫療網計畫）之外的長期照護政策，計畫目標係以發展居家社區式照護為主和機構式照護為輔，也因此成為日後醫療單位推動長期照護政策重要的參考指標。

### （六）產業化時期

為了整合長期照護相關部會與資源，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」，首度將照護服務對象由中低收入失能者以擴及到一般的失能國民，同時，鼓勵非營利團體

及民間企業共同投入照顧服務體系，並且以全面開發本國籍照顧服務就業人力為其政策目標，以期使能夠漸少外籍看護工的聘用。

### （七）協同合作期

此一時期所研擬的「長期照顧法」，係為了統一整併長期照護的相關法規，相關的研擬內容包括有中央扮演政策規劃及協助資源發展角色；地方則成立跨局室長期照護推動小組，藉此達到事權統一、目標一致的行政整合效果；除此之外，在資料庫整合方面，內政部與衛生署亦分別開發照護服務管理資訊系統與長期照護資訊網。但於 2013 年 7 月，在行政體系方面，已由原先分屬社會福利與衛生體系整合由衛生福利部護理及健康照護司統籌、規劃、辦理相關長期照護網絡服務。

簡言之，臺灣長期照顧發展是由家庭自立而起，逐漸轉由社會組織參與以及政府介入、法規制度建立，進而形成公私部門合作，逐步將長期照護網絡建置周全。

## 二、臺灣長期照顧發展現況與困境

根據內政部（2009）老人狀況調查報告顯示，老人家庭組成以三代家庭者占 37.86% 為最高，兩代家庭者占 29.83% 居次，僅與配偶（同居人）同住者占 18.76% 再次之；而屬兩代家庭者以與配偶（同居人）及子女同住者占 13.91% 較高，屬三代家庭者以與子女及（外）孫子女同住者占 36.98% 較高。與 94 年調查相較，65 歲以上老人獨居、僅與配偶（同居人）同住比

例降低；同時，老人理想的居住方式主要希望「與子女同住」占 68.5%，其次為「僅與配偶或同居人同住」占 15.6%。而獨居老人理想的居住方式有 28.3% 希望「與子女同住」。而在生活自理方面，老人自理日常起居活動有困難者占 16.8%，其主要幫忙料理者為子女合占 48.5%、配偶或同居人占 14.3%，為外籍或本國看護工合占 16.6%，為機構、居家服務員（含志工）合占 3.9%，惟無人可協助而須自我照顧者占 12.1%。有鑑於此，臺灣老人仍多選擇在家養老。

目前臺灣長期照顧的相關服務可分為「衛生福利部護理及健康照護司體系」與「行政院國軍退除役官兵輔導委員會體系」。前者，將社會福利體系與醫療服務體系整合統籌，提供機構式、社區式、居家式等服務。根據衛生福利部（2014 年 4 月）全國老人福利機構資源分布表顯示，臺灣的長期照顧、安養機構共有 1,044 家，58,449 床，目前已收容 43,930 人，收容率為 75.2%；護理之家方面，截至 2013 年底，共有 471 家，36,845 床。後者，以安養支領軍公教月退休俸，年滿 65 歲，在臺單身或夫妻無依無舍的榮民，身心正常、無精神疾病或法定傳染病、能自理生活起居者，包括公費及自費榮民之家。近年來由於老榮民漸漸凋零，這些資源將部分釋放，提供一般民間使用。根據衛生福利部（2014 年 4 月）全國老人福利機構資源分布表顯示，目前全臺共有 16 家榮民之家，總床數為 8,585 床。

長期照顧服務之問題，包括部分區域

缺乏資源、品質不齊、利用率低、城鄉資源分布不均、機構大型化、服務輸送時效不一等（吳肖琪、林麗嬋、葉馨婷、蔡閻閻，2011）。衛生福利部護理及健康照護處處長鄧素文於 2013 年指出，目前臺灣長期照護發展所面臨的問題有四（陳桂敏，2014）：

1. 人口快速老化，長照需求急遽成長，服務對象未全面含括於政府補助長照十年計畫。

2. 由於臺灣山地離島地區環境特殊，交通不方便且幅員較廣，就業條件較差年輕人口外流，老人人口比例偏高，以致長照資源分布不均。雖然行政院衛生署於 2010 年已開始偏遠地區（含山地離島）設置在地且社區化之長期照顧服務，但長期照顧服務資源仍有不足，尤其是長期照顧專業人員羅致不易（因交通、薪資、服務型態等）。

3. 長照人力資源待培訓及發展，由於長期照顧服務品質之良窳，與服務單位及人力之管理及訓練有著直接的影響關係。目前國內針對各類長照服務單位之督考評鑑發展尚不一致；在長照相關人力的部分，除了照顧人力不足、人員之專業能力有待提升之外，針對全職人員與兼職人員之數量管理，及執業人員之留任機制亦需加強。

4. 長期照顧缺乏穩定及充足之財源挹注，提供之服務無法充分滿足失能者需求，服務內容與民間期待存有落差；加上財政部統計顯示，我國賦稅負擔率僅 18.4%，無法負擔快速增加之長照需求。

此外，對於無自宅的獨居長者正面臨到「老無所歸」之窘境。老人租屋常遇到的困難有因年齡的歧視而有租不到的困擾，或因老人公寓租金昂貴而有租不起的擔憂，亦或是因公營住宅的年齡限制而被排拒在外；因此，在整體老人長期照顧中，無自宅的獨居長者的居住權問題是不容漠視的。

## 參、主要發展中國家老人長期照顧之發展經驗

老人長期照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則，依此原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務。此外，為因應高齡化問題，長照保險制度之推動已是主要發展中國家之趨勢。故以下將主要發展中國家老人長期照顧之發展經驗分為「長照保險」、「居家式照顧」、「社區式照顧」及「機構式照顧」四類進行介紹。

### 一、長照保險方面

德國自 1970 年代因面臨人口老化及家庭結構變遷，導致長期照顧需求快速增加，加上長照費用龐大，造成個人及家庭極大經濟壓力，因而落入低收入戶者亦不在少數；德國歷經 20 年討論後，將「失能需長期照顧」定義為需由社會共同分擔之風險，並建立社會保險制度，協助民眾面對此一新風險（陳靜雯，2010）。故於 1994 年立法通過長期照顧保險法，成為全世界第一個實施國家長期照顧保險的國

家。

相較於西歐先進國家，日本進入高齡化社會的時間雖然較晚，但戰後平均餘命從 50 歲延長到 80 歲，一躍成為世界著名的長壽國（莊朝榮、李宗派、吳曉蕙、鄭景文，2004）。日本於 1997 年底正式通過「介護保險法」，2000 年 4 月 1 日開辦。

旨在減輕家屬照護上的負擔，並由社會共同支持照護，降低年生活之不安與風險，使老人都能老有所終（吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭，2002）。

以下就德國與日本為例，依其長照保險制度特色整理如下（見表 2）：

表 2 德國、日本的長照保險制度特色

國家	長照保險制度特色
德國	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 屬強制性保險。與健保分屬兩個系統，在德國各地區分別設立「長照基金」與「疾病基金」。</li> <li>2. 請領資格以長期失能或身心障礙為條件，並經健保組織中的醫療服務部門的專業人員，到申請者家中依其居家及個人衛生條件、進食、活動及家事能力進行鑑定（依照需求程度分三級：有某種程度上照顧的需求、非常有照顧的需求、極度有照顧的需求），鑑定通過後才能獲得給付。</li> <li>3. 另給付非專業照顧人員（例如：被照顧者家屬、非受正規護理訓練的照顧員）現金酬勞，亦替每週從事居家照顧超過 14 小時的非專業照顧人員支付退休金保險的保費，並提供免費的在職繼續訓練。</li> </ol>
日本	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 屬強制性保險，40 歲以上之國民依法需投保及繳納保費。</li> <li>2. 與健保分屬兩個系統，統一由各地市政府辦理，但其經費預算獨立規劃。</li> <li>3. 以年齡為基礎的社會保險。請領資格分為兩種，其一是 65 歲以上且有長照需求者；其二是 40 至 64 歲且因疾病（例如：失智、帕金森氏症等）所導致需長照服務者。</li> <li>4. 資格認定是由市政府派專員到申請者居住地進行鑑定（每半年一次），依照需求程度決定其需求等級（分六級）。</li> </ol>

資料來源：葉至誠（2012）；吳淑瓊等人（2002）。

## 二、居家式照顧方面

法國是世界上最早經歷高齡化的國家，因此老人照顧等社會安全照顧體系啟動的非常早（葉至誠，2011）。而日本在面

臨人口快速高齡化、少子女化、家庭照顧功能式微等情形下，其老人居家服務更顯重要。以下就法國與日本為例，簡要說明其居家式照顧服務內容（見表 3）。

表 3 法國、日本的居家式照顧服務內容

國家	居家服務內容
法國	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 服務內容包括在宅協助、送餐服務、緊急通報、住宅改善、休閒服務、護理服務等。</li> <li>2. 若依服務類型分類，則可分為三種：                     <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 義務服務：由中央規劃且提供部分財源補助的服務，例如住宅改善。</li> <li>(2) 參與社會文化生活的服務：由中央出資獎勵高齡者俱樂部，進行各種老年人的活動。</li> <li>(3) 志願服務：由地方或其他社會福利相關團體設計提供，例如預防服務、休閒活動、生活援助、保健服務、餐飲服務等。</li> </ol> </li> </ol>
日本	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 服務內容包括家事服務、文書服務、醫療服務、休閒服務、精神支持、保健預防、復健協助、介護服務。</li> <li>2. 其中介護服務，是由介護保險制度結合在宅服務與機構服務雙軌進行的，以居家訪視照顧、護理、復健、福祉用品出租、失智老人社區或機構日常生活照顧、購買福祉用具補助，以及居家生活環境改造津貼為具體項目。</li> </ol>

資料來源：葉至誠（2012）。

### 三、社區式照顧方面

社區式照顧的服務理念與作為是英、

美等國在 1980 年代興起的理念。以下就英國與美國為例，簡要說明其社區式照顧服務內涵（見表 4）。

表 4 英國、美國的社區式照顧服務內涵

國家	社區照顧服務內涵
英國	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以「促進自主」與「預防不必要的住院」為兩大主要目標，並經由提供嶄新且完整的服務架構，包括醫院、社區醫院、照護機構與社區是照顧來達成目標。</li> <li>2. 「社區中期照護」是英國老人健康照護體系一個嶄新的作為。以「盡量靠近家的照顧」為概念，提供整合性的健康照顧，而主要的達成方法是透過醫療服務的延伸與以社區為基礎的整合。</li> </ol>
美國	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 推展社區式照顧的目的即「去機構化」或「轉機構化」。除可節省政府財政支出，同時亦可讓老人留在社區中感受到更人性、更彈性的照顧情境。</li> <li>2. 採取民營化、分散化、參與化為主要策略目標，並讓照顧回歸社區。</li> </ol>

資料來源：葉至誠（2012）。

#### 四、機構式照顧方面

1980 年代，爲了照顧貧窮和生活無法自理的老人，避免其流落街頭，美國地方上開始成立救濟院、養老院等照顧機構，以提供基本生活照顧；1935 年通過「社會安全法」，對私人營利照顧機構及養老院院

民發放救濟金，使營利照顧機構快速成長（葉至誠，2011）。另一機構式長期照顧發展亦早的先進國家之一爲加拿大，其體制乃沿襲自英國，惟發展更爲先進而精緻（葉至誠，2012）。以下就美國與加拿大爲例，簡要說明其機構式照顧的服務模式（見表 5）：

表 5 美國、加拿大的機構式照顧服務模式

國家	機構式照顧服務模式
美國	根據老人的照顧需求程度，提供不同的機構式照顧。由依賴程度最高至生活能自理之情形，依序規劃之機構類型爲：「護理之家」、「集合式老人住宅」、「輔助式生活」、「獨立生活住宅」。
加拿大	服務模式包括急性照護組織、社區照護服務、緊急照護服務、原住民社區健康服務、居家照護組織、長期照護復健組織等。

資料來源：葉至誠（2012）。

綜合上述主要發展中國家的老人長期照顧發展經驗，以臺灣高齡化三大特點來進行歸納。首先，「未富先老」方面，透過強制性長照保險的推行，設置有效財務管理制度，即早爲未來超高齡社會做準備。再者，「未備而老」方面，結合社政與衛生資源，並依據老人不同的照顧需求程度，規劃不同的照顧模式；同時照顧模式應注重服務的連續性及長者的自尊與自主性，以落實友善且完備的照顧環境。最後，「孤獨終老」方面，強調在地老化，以居家式、社區式照顧爲主，重視與支持家庭照顧，維繫家庭持續照顧功能。

#### 肆、臺灣長期照顧之省思—代結論

人口高齡化是全球性的，如何提供完善的長期照顧服務、保險或相關立法，也一直爲國際間所重視。臺灣面對高齡化與家庭結構變遷趨勢，未來長期照護的需求量只會持續增加，同時家庭照顧人力也將不斷地萎縮，因此，必須持續克服當前仍存在的一些困境：

##### 一、未富先老

臺灣自 2008 年受全球金融危機影響，國內外經濟成長持續走緩，失業率高不下，貧窮人口比率增加，消費性福利支出高漲，使得國家的社會福利財政面臨危機；加上社會保險制度不公，以及保險基金虧損消息頻傳，造成屆退國民心慌，提領潮不斷。對此，臺灣政府如何有效提

出因應之道，而國民亦需即早規劃老年退休財務，以避免落入未富先老之困境。

## 二、未備而老

臺灣人口結構中，各年齡階段又以老年人口的人數和比例呈現顯著的快速成長，未來，臺灣將在短短的 11 年內，人口快速老化，先是 4 年後(2018 年)將從「高齡化社會」轉變為「高齡社會」，緊接著 7 年後(2025 年)躍升為「超高齡社會」(行政院經濟建設委員會，2012)。另根據內政部(2009)調查結果顯示，65 歲以上老人有慢性或重大疾病者占 75.92%，與 2005 年調查結果比較，罹患慢性或重大疾病者之比例增加 10.72 個百分點。由此可知，臺灣的長期照顧需求急遽成長，但就目前發展困境，例如服務對象未全面含括於政府補助長照十年計畫、長照資源分布不均、長照人力資源短缺且待培訓及發展、

長期照護缺乏穩定及充足之財源挹注等，皆考驗著臺灣政府處理高齡化問題的能力。

## 三、孤獨終老

獨居老人的照顧問題一直是目前臺灣高齡化社會中所關切的問題之一，根據內政部統計，臺灣在 65 歲以上人口中，獨居老人於 2005 年的人口數已高達 2,216,804 人。當少子化、空巢化、殘疾化、和無偶化結合在一起，最後導致其老無所依、老難所養。

(本文作者為中國文化大學中山與中國大陸研究所博士生)

**關鍵詞：**全球化 (Globalization)、  
老人照顧 (Elder care)、  
長期照顧 (Long-term Care)、  
人口海嘯 (Population Tsunami)

## 📖 參考文獻

- 內政部 (2005)。94 年老人狀況調查報告。臺北市：內政部。
- 內政部 (2009)。98 年老人狀況調查報告。臺北市：內政部。
- 行政院 (2013)。人口政策白皮書。臺北市：行政院。
- 行政院衛生署 (2010)。發展偏遠地區(含山地離島)在地且社區化長期照護服務體系計畫。臺北市：行政院衛生署。
- 行政院經濟建設委員會 (2010)。中華民國 2010 年至 2060 年人口推計報告。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 行政院經濟建設委員會 (2012)。中華民國 2012 年至 2060 年人口推計報告。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 吳玉琴 (2011)。臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望：老盟觀點。社區發展季刊，136，251-263。

- 吳肖琪、林麗嬋、葉馨婷、蔡閻閻（2011）。百年大計—建構我國長期照護服務網。**社區發展季刊**，133，209-221。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2002）。**考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書**。行政院衛生署委託研究報告。臺北市：行政院衛生署。
- 陳正芬（2011）。我國長期照顧政策之規劃與發展。**社區發展季刊**，133，197-208。
- 陳惠姿、李孟芬、蔡閻閻、毛慧芬、李世代、林麗嬋、葉莉莉、楊清姿、熊嘉玲、金惠民、陳桂英、熊曉芳、賈淑麗、許雅娟、徐亞瑛、蔡秋敏、王祖琪、張淑卿、周麗芳、王正、田麗珠、李小菁、呂欣欣、謝瓊慧（2002）。**長期照護實務**（陳惠姿主編）。臺北市：永大。
- 陳桂敏（2014）。臺灣長期照護發展的困境與出路。**高醫醫訊月刊**，33，11，8。
- 陳靜雯（2010）。**德國長期照護保險制度之現況及未來**。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 曹俊漢（2009）。**全球化與全球治理—理論發展的建構與詮釋**。新北市：韋伯文化。
- 莊朝榮、李宗派、吳曉蕙、鄭景文（2004）。**老人福利與照顧相關產業推廣及營業登記之研究**。內政部委託研究報告。臺北市：內政部。
- 黃明發（2013）。**長照機構經營與管理**。新北市：揚智文化。
- 黃富順、黃明月（2006）。**邁向高齡社會老人教育政策白皮書**。臺北市：教育部。
- 葉至誠（2011）。**老人福利國際借鑑**。臺北市：威秀資訊科技。
- 葉至誠（2012）。**老人長照政策**。新北市：揚智文化。
- 劉淑娟、葉玲玲、蔡淑鳳、徐慧娟、廖彥琦、周世珍、蕭仔伶、謝佳容、謝媽媽、毛慧芬、胡月娟、張晴翔（2010）。**長期照護**（劉淑娟主編）。臺北市：華杏。
- 劉真如譯（2002）。**下一個社會**（原著 Peter F. Drucker）。臺北市：商周出版。
- 衛生福利部（2014）。**全國老人福利機構資源分布表**。臺北市：衛生福利部。
- Held, D. & McGrew, A. (1999). Globalization. *Global Governance*, 5: 495.
- Held, D., McGrew, A., Goldblatt, D., & Perraton, J. (1999). *Global transformations: Politics, economics and culture*. Cambridge: Policy Press.
- Gilbert, N., & Terrell, P. (2010). *A framework of welfare policy analysis dimensions of social welfare policy (7th ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon.