



老人長照制度問題分析與 政策規劃之建議

蕭金源

壹、緒論

根據內政部戶政司統計，台灣老年人口於民國八十二年九月達到一百四十八萬人，占總人口數的百分之七點一，正式進入聯合國所定義的「高齡化國家」，直至民國九十三年十月底止，已攀升為百分之九點四三，全國將近二百一十四萬個老人(陳燕禎，2007)；經建會推估我國老年人口到九十七年底約有二三九萬餘人，約占總人口的一成(內政部統計資訊服務網，2008)。臺灣因生育率急遽惡化，人口高齡化速度已超越日本為世界第一。職是，長期照護成為當務之急，其各項資源也因應老年社會的需要如雨後春筍般的竄起。

首先在八十二年之前早有民間投入長期照顧的產業，諸如立案或非立案的安養院、老人院到處林立，之後政府便加緊腳步規劃及立法，如在管理面、照護人力資源及環境等。由此觀之，可視為國內各界及政府單位對於老人照護的重視(蘇淑娥，2005)。

因應台灣逐漸邁入老人化社會，充實長期照護之量能，因此行政院擬定推動長期照護保險方案，希望能解決未來老人照護的問題。職是，行政院長劉兆玄宣布，將於今明(98、99年)兩年推動規劃與立法完成長期照護保險制度及照護服務輸送系統，以建構全方位的社會安全網及社會保險制度。值得注意的是劉院長宣布時所強調的施政重點除振興經濟外，也把「擴大照顧弱勢」當作重要的施政策略。換句話說，對劉內閣而言，把長期照護保險制度也納為應對當前經濟危機的視野之中；而這一點與近鄰日本把擴大介(照)護、醫療產業，來拉大內需，作為經濟危機下的對策之一頗為相似(聯合報，2009、1、31；陳玉蒼，2005)。

政府規劃的長期照護保險制度，順利完成立法之後便在100年可正式上路，藉此落實「擴大照顧弱勢」的施政主軸。誠然，長期照護保險制度的構思與推動，自當有它回應於健康保險、職災保險、失業保險、公勞農保以及國民年金保險之社會

保險體系的完整建構，特別是反映對於從個人老化、家庭老化到社會老化而來的照護壓力，這點明了：標舉「國家」作為民眾的最終父母之際，如何從被動地位擴及到主動地位的各项法定福利措施，藉此維護百姓基本的公民權益（王順民，2009）。

貳、臺灣老人長期照護措施實施概況

一、現行長期照護實施概況

長期照護之定義常被採用的是 Kane (2001)的說法，為對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力（王雲東，2009）。其意涵乃對於因傷病或老衰而導致的身心功能障礙者，能獲得適切的服務，增進尊嚴及獨立的生活能力，提升生活品質，是長期照顧服務的目的；長期照顧服務應包括不只健康上的照顧，還須要包括社會的及心理的照顧服務（林惠芳，2009）。

(一)近年來長期照護相關方案與計畫

為建構我國長期照護制度，政府自八十七年起即陸續推動多項相關長期照護方案，例如：八十七年的「老人長期照護三年計畫」、八十九年至九十三年年的「建構長期照護體系先導計畫」、「新世紀健康照護計畫」、九十一年至九十六年的「照顧服務福利及產業發展方案」、「長期照護社區化」、九十六年至九十八年的「遠

距照護試辦計畫」、「健康照護服務產業發展方案」亦或於「挑戰 2008—國家發展重點計畫」以及民進黨政府在二〇〇七年推動「我國長期照顧十年計畫」（內政部、衛生署、經建會網站），從九十六年到一〇五年，預計編列的總經費八百一十七億餘元，將逐年投入推展各類照顧服務，以整備我國各項長期照護資源與建立完備的服務輸送機制為主要目標，俾利未來長期照護制度之建構（鄭文輝、鄭清霞，2008；詹火生，2009）。

(二)推動長期照護的具體作法

行政院衛生署本著「在地老化」理念，以著重居家照護，維護家庭功能；整合照護體系，強化專業協助；增設多元化機構，提供持續性照護；確保長期照護品質，促進老人生活品質與尊嚴及建立自助助人助觀念，兼顧個人與社會責任規劃臺灣老人長期照護政策。其具體作法包括：1.建置並強化縣市長期照護管理中心功能；2.結合醫院出院準備服務，建構持續性之長期照護服務網；3.強化及評估醫療復健輔具中心功能；4.推動家庭醫師參與社區照護及長期照護社區復健；5.強化偏遠地區居家護理服務；6.推展長期照護暫托（喘息）服務；7.強化照顧服務人力培訓與認證制度；8.建立護理機構評鑑指標暨制度；9.加強失智症患者之照護；10.開發長期照護資訊網（黃美娜，2005；29～32）。

二、老人長期照護的服務內容

行政院(2007)長期照顧十年計畫中，

規範長期照護服務內容大致包括：居家服務、居家照護、居家復健、短期或臨時照顧、日間照顧（護）、機構式服務補助（含長期照護機構、護理之家、養護機構、安養機構）、營養餐飲服務、緊急救援服務、中低收入老人住宅設施設備補助改善、中低收入老人重病住院看護費補助、中低收入老人特別照顧津貼等項（王雲東，2009）；依照行政院衛生署的定義，長期照護的服務方式，依支援單位提供的支持網絡資源的差異及疾病型態程度而不同，分為：居家式、社區式、及機構式三種（萬育維，1995；王雲東，2009），另針對家庭照顧者提供喘息服務。家庭照護是長期照護的骨幹，家人、朋友或鄰居所提供之非正式性的服務，一般而言，占社區老人非正式性照護的 80%，其成本較便宜，是台灣目前最普遍的照護型態，也是台灣老人認為最理想的養老方式（陳武宗，1994；陳燕禎，2005）。

三、理想長期照護模式之特色

理想的長期醫療照護政策，是以社區為基礎之照護模式，社區式的照護應能滿足老人家居的支持需求（呂寶靜，2001）。江亮演(2009)認為理想社區照顧模式之七項特色為：1.長期照顧是社會整體的責任；2.去機構化；3.非正式照顧；4.減少對公共照顧的依賴；5.參與和選擇機會增加；6.訪視醫師、訪視護士、物理治療師及職能治療師的到府服務；7.健康、社會、及房屋政策整合以周全性的方式提供服務。

社區照顧政策最終目標又以「家庭為中心」，推展社區照顧工作必須由社會支持體系（正式和非正式；公部門和私部門）中發展「夥伴關係」，才能扎根社區照顧的服務輸送（陳燕禎，2007）。職是，我國老人長期照護政策亦全面朝向「在地老化」的社區照顧為目標，努力的方向包含：1.評估地區長期照護需求，設定發展目標；2.發展多元的「在地」服務，服務當地民眾；3.連結資源建構社區服務網絡，提升服務成本效益；4.優先提供居家支持服務，降低對機構式服務的依賴；5.建構財務制度，支持社區式長期照護體系之發展（吳淑瓊、莊坤洋，2001）。

參、臺灣老人長期照護制度問題分析

我國目前還沒有全面性完整的長期照顧制度，各項政策方案執行方面缺乏連結機制，導致資源分散，阻礙體系的統籌發展。現行照顧服務系統主要是由政府重大法案或計畫主導，並分由不同主管機關訂定相關法規予以規範及推動，政出多門容易產生福利服務輸送制度整合的難題（戴章洲、吳正華，2009）。

一、長期照護制度問題分析

（一）「我國長期照顧十年計畫」執行成效不如預期

本計畫採用普及式（全民式）的稅收制，長期照顧制度只要國民有長期照顧需

求，符合接受服務需求即可申請（戴章洲、吳正華，2009）。然實施後有以下的窒礙（衛生署、經建會、內政部，2009；詹火生，2009）：

1.組織體制：「長期照顧管理中心」組織定位不明，難以發揮被期待之功能。社福業務分屬社福與衛生體系，統籌、協調、管理困難。

2.人力問題：人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式有待建立。

3.服務供給：縣市服務資源差距大，離島縣市缺乏民間服務提供單位，影響服務推展；照顧服務資源之提供單位不足，造成長期照顧服務供給量不足。

4.財源不足：長期照護整合項目繁多，計畫補助經費配置不一，且諸多費用項目未補助，地方財政配合困難。

（二）民衆偏好使用外籍看護工，照顧服務資源發展不易

國人關念仍傾向留在家庭或社區中接受照顧，所以擔任長期照顧重症病患的家屬，同時需面對婚姻、經濟、人際及子女教養等問題，身心壓力極大。對於長期病患照顧者，各縣市衛生福利單位都有喘息照護服務，作為調節家庭照顧者之需求（陳燕禎，2007）。惟這些短暫「換手」的措施，實際幫助不大（人間福報，2008.2.4）。根據國內外學者研究發現，六成五照顧者有憂鬱、焦慮與緊張傾向。所以有經濟許可的家庭或可聘用外籍看護工，惟大多數家庭只能由家人分擔（黃秀梨、李逸，2002；陳燕禎，2007）。

由於外籍看護工雇用成本相對較低，且可協助其他家事，故民眾多偏好使用外籍看護工來滿足照護需求。準此，對於國人提供的居家式及社區式服務接受程度仍有限，故相關服務尚不普及，此亦相對壓抑了對國內照顧服務的需求，導致民間照護資源發展不易。近年來雖持續推動各項方案，惟服務資源與服務使用成長仍然相當有限，目前國內各類照顧人力普遍呈現不足狀態，相關照護人力亦不易開發與留任，不利於照護服務體系之建立。

（三）長期照護服務輸送體系尚不健全

吳淑瓊(1999)認為，不論是民間的投資意願或政府的補助策略，均偏向機構式資源的發展，反倒是社區照護與居家服務，仍有供給不足的情形。若不加以導正，我國長期照護機構資源將持續增多，進而壓縮居家支持設施的發展空間，此將使我們付出高額的照護成本，還無法滿足民眾偏好居家常態生活的意願。職是，長期照護服務輸送體系有以下之困境：1.不同的服務供給者、機構之間服務無法連續，服務呈現片斷性現象；2.服務品質或給付水準高低不一致，使老人的權益受損；3.服務供給有重複或過度供給之重複現象，造成資源浪費；4.服務體系網絡零散，缺乏完善之服務管制機制和系統網絡；5.服務供給的目標和機構的品質績效存在責任危機（陳燕禎，2007）。

（四）長期照護資源及服務輸送，城鄉存有差距

機構式服務的分布以交通便利之都會區較多，部分偏遠地區的鄉鎮或是山地鄉、離島則相關資源較為欠缺，同時服務提供單位的人力及交通成本等因素，因此資源提供單位的介入誘因不大，亦會影響服務品質。此地區性落差有待弭平，部分特殊性需求之機構服務如失智者照顧較為不足，均有待進一步解決（衛生署、經建會、內政部，2009；詹火生，2009）。目前離島與偏遠地區整體長期照護資源不足，如原住民鄉鎮地區與都會地區的長期照護服務相關資源有相當大的差距，在服務使用方面，隨著地區愈偏遠，其服務量亦隨之下降。

(五)行政體系和法規分歧

目前長期照護相關業務之主管機關仍分屬不同行政體系，包括內政部、衛生署、退輔會等，法規方面亦分為社政（老人福利法、身心障礙者權益保障法）、衛政（醫療法、全民健康保險法、護理人員法、精神衛生法）與退輔（國軍退除役官兵輔導條例）等三大體系，事權不易統一，資源亦無法統籌發展與管理（衛生署、經建會、內政部，2009）。目前呈現長期照護機構類別太多、功能重疊、收費標準欠缺規範、惡性競爭，品質堪虞、管理標準不一、獎勵條件差異、跨領域專業無法整合等缺失，阻礙整體發展，民眾只好面對殘缺零散的服務（吳淑瓊，1999）。

(六)缺乏完善長期照護制度財務規劃

長期照護的主要財源，仍以家庭為

主，目前除「我國長期照顧十年計畫」所提供之各項補助外，另全民健保提供慢性病床及居家照護給付，社政單位則另提供中低收入戶及身障者相關照顧服務及照顧者津貼（王正、曾薔霓，2000）。然而全民健康保險已經給付部分慢性醫療及長期照護費用，但藉由健康保險給付，全面給付長期照護服務，並非良策；且解決長期照護財務問題並非唯有保險給付一途。綜觀我國長期照護的財務制度尚未健全，故應及早規劃完善長期照護財務機制，此有待社政與衛生單位共同研擬，並作為整體性的規劃。

(七)專業人力不足及人力素質問題

莫藜藜(2005)指出，長期照護服務為一綜合性服務，所需的人力包括醫療、護理、復健、物理治療、社工、生活照顧人力……等，甚至於包括社區內志工團體與人力資源。然而專業人力不足的現象由來已久，因此面臨以下困難：1.人力資源與培訓不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立；2.全面性之長期照顧人力培育不足及勞動條件不佳；3.照顧人員工作負荷量過重，且其係約聘僱人員，流動率較大，照顧管理經驗無法傳承；4.照管專員專業背景人數差距懸殊，以及受限資格條件聘人不易（詹火生，2009）。

(八)長期照護資料庫不完整

長期照護相關業務分屬不同行政體系，事權不易統一，資源（料）亦無法統籌發展與管理。社政與衛政之資訊系統未

有整合性的資訊平台，不利資源盤點與服務推動。內政部「照顧服務管理資訊系統」與衛生署「長期照護資訊網」目前僅限於個案基本變數與服務使用量登錄。中央與地方之資訊系統亦未有整合性的資訊平台，部分服務發展成熟的縣市，已經在使用自行開發的資訊管理系統，並積極進行擴充規劃，未來全國性的資料統一建檔後，將發生資料格式轉檔問題（詹火生，2009）。此外，外籍看護工的進用，甚至於未來長照保險開辦後，外籍看護工勢必納入其中，屆時會再增加與勞政部分的整合，因此各項資源的使用可能會更治絲而棼（王雲東，2009）。

二、台灣地區長期照護未來發展的省思

雖然我國早在進入高齡化社會之前便已開始著手規劃長期照護問題相關措施，然而有關長期照護之提供、轉介體系、乃至財源之取得迄今尚未確立。

(一)有關長期照護之提供，意指各層級老人照護系統的建構，必須要質量並重，提供各類型的服務；社政與衛政間應整合。(二)就轉介體系而言，單一窗口的實施，以及各專業評估體系的整合，應盡速落實在社區、門診、急診、住院、長期照護的醫療環境下。(三)特別重要的是財源的問題，中央應有專責單位，研擬長期照護財政來源，確立是社會保險或社會救助及附帶方案，以及非營利團體的角色等，否則空有長期照護體系與轉介體系，民眾卻因沒有財政的資源，無法進入體

系，而中央單位，更可擔任長期照護體系與轉介體系資源建立與整合的龍頭角色，連結專業照護的醫療資源，此三項要務，刻不容緩（蘇淑娥，2005）。

隨著人口急速的高齡化，長期照護需求的迫切性將會與日俱增，而且此種需求是不分年齡層與社會階層，是大家都可能需要面臨的問題，故實應好好的省思未來發展亟需努力的方向（詹火生，2009）：

(一)長期照護法制化

1.通盤考量現有衛政與社政法律之適用對象（全民健康保險、兒童及少年福利法、老人福利法、身心障礙者權益保障法、精神衛生法等），以便未來釐清長期照護制度納保對象；2.制訂長期照護保險法；3.制訂長期照護服務法。

(二)制度建置

1.長期照護中心予以制度化，由中央統籌管理與評估業務的推動；2.釐清未來長期照護保險與全民健保的權責分工；3.未來長期照護相關資訊系統必需進行整合，以利長期照護保險的推動。

(三)服務對象與範圍

1.長期照護保險應以全民納保為目標；2.長期照護保險的適用對象及服務範圍應與全民健康保險的對象有明確區隔，並將被保險人之年齡、失智、身心障礙、族群等因素併入考量適用對象。

(四)人力資源

1.建立長期照護專責訓練中心；2.學校體系建立長期照護相關學程；3.建立證照分級制度。

(五)服務供需

1.促進地方長期照護服務資源發展，並解決城鄉資源配置不均，以便未來銜接長照保險制度所需；2.鼓勵地方政府提供創新方案及多元化服務，發展地方特色；3.推動長期照護服務產業化與多元化，並建置評估與監督機制，確保服務品質；4.落實社區關懷據點。

(六)保險財源

1.導入部分負擔制度，避免道德危害，同時強調對社會經濟弱勢團體的保障；2.建立健全財務制度，有效學習健保經驗。

肆、長期照護保險政策規劃內容與構想

長期照護保險由經建會、內政部、衛生署等相關單位正積極籌備規劃階段，主管機關為行政院衛生署。老人長期照顧保險制牽涉的範圍很廣，目前初步規劃與構想的重要內容分述如下（經建會，2009）：

一、制度類型

長期照護保險傾向涵蓋全民，類似社會保險，具強制性，跟健保一樣，設計為「全民納保」的第五種社會保險（楊志良，2009）。

二、保險適用對象

考量國際實施經驗與民眾需求，長期照護保險保險對象之可行方案包含全民納保及四十歲以上國民二方案，其保險對象及制度設計考量說明如下：

方案 1：納保對象：全體國民；服務對象：老人及身障需長期照護者。

方案 2：納保對象：40 歲以上國民；服務對象：老人及與老化相關病症者。

三、法制與組織體制

1.法制

未來實施長期照護保險之前要建構「長期照護保險法」及「長期照護服務法」二個法案，使制度實行具備足夠的法源基礎（楊志良，2009）。

2.組織體制

長期照護保險的主管機關在中央為行政院衛生署、地方為直轄市、縣（市）政府，承保機關為中央健康保險局，主管機關下設立長期照護保險委員會、長期照護保險爭議審議委員會等二相關委員會，賦予相關權責與任務（楊志良，2009）。

四、服務輸送

1.服務輸送流程

整體服務輸送流程初步規劃分七個階段如下：

服務申請階段→受理單位及初篩→訪視評估→需求分級認定→照顧計畫擬定→服務連結機制→複評（吳肖琪，2009）。

2.照顧管理機制

整體服務輸送體系將依據組織體制不

同方案設計，由健保局或縣（市）政府分工，主要差異在於照顧管理單位係由健保局抑或縣（市）政府負責。為齊一評估及給付認定標準，並考量合理調整資源分配，相關評估與給付認定單位均需由保險人負責；至於照顧管理機制，則可考量加入地方政府的協助（吳肖琪，2009）。

五、給付項目與方式

1. 保險給付項目

初步規劃實物給付項目以機構式照護、社區式照護及居家照護服務及其他（創新）服務等「服務給付」為主，發放「照顧津貼」的現金給付為輔（李玉春，2009）。

2. 給付方式採階段式給付設計

開辦初期以實物給付為主，現金給付為輔；中長期則視保險辦理狀況及長期照護體系發展狀況，保留收回現金給付之可能性，或可訂定現金給付條件，請領現金給付需有配套措施。保險人並應定期監控服務提供狀況與品質，必要時得取消現金給付，改提供實務給付（李玉春，2009）。

六、給付水準

1. 給付分級

(1)開辦初期：參照德國模式，以分四級為原則。分級標準係整合巴氏量表之評分及認知功能行為量表分級，分為需支援、照護一級、照護二級與照護三級等四級，即涵蓋 ADL 量表及認知功能障礙狀態來設定給付分級。

(2)中長期：依據長期照護保險案例組合訂定給付與支付標準。

2. 給付上限

(1)依據個別失能等級分別訂定給付上限，作為一保險財務控管機制，亦使照顧管理者在訂定照顧計畫時充分考量給付成本，作合理之資源配置。

(2)在每一等級之給付上限之內，允許被保險人或照顧管理者決定給付內容。

3. 現金給付

現金給付之額度應低於實物給付，其範圍之訂定應以折換實物給付之居家服務為度，並參考現行照顧津貼額度訂定（李玉春，2009）。

七、財務規劃

1. 保費分攤之設計

開辦長期照護保險後，民眾必須先盡繳費義務，由民眾每年的薪資所得中提撥一定的比例，做為基本財源，政府另外編列預算支付一定比例保費（鄭文輝，2009）。除了全民健保，長期照護保險之勞資政保費分擔比例，研提下列三方案：

方案一：比照現行全民健保分擔比例，並隨健保改革而調整。

方案二：參照 1.5 代健保方案加以調整，完全由政府負擔的第四、五類與榮民維持不變，並降低雇主的負擔，由 60%降為 40%，政府補助由 10%增加為 30%。

方案三：不再細分各種不同的職業補助，由政府一律補助 40%，雇主負擔調整為 30%。

上述方案中，現行健保對於低收入戶、義務役及榮民等給予全部保費補助，仍維持不變。

2.部分負擔

部分負擔比例可行方案如下：

方案一：一律 10%。

方案二：居家/社區給付 10%、機構給付 15%。為鼓勵在地老化，機構給付部分負擔可略高於居家/社區給付。

（上述資料引自行政院衛生署、內政部、行政院經濟建設委員會，98 年 7~8 月，長期照護保險制度規劃溝通座談會資料，『長期照護保險制度初步規劃成果與構想』）

伍、對籌備規劃中長期照護保險政策規劃的體認與建議

一、臺灣長期照護保險制度規劃的體認

現今規劃中的長期照護保險急需思考的課題有以下幾點：

（一）長期照護資源的整備

超過八百多億經費的「長期照護十年計畫」於九十六年才執行，原定建構完整長期照護體系後，才規劃長期照護保險，如今政府卻將行程壓縮到只剩兩年，連衛生署都坦言壓力很大、難度很高。專業照護人力、日間照護中心等基礎建設嚴重不足，服務供給不足地區，如山地、離島、鄉村、偏遠地區，易造成有保險無服務之憾。準此，制度倉促上路執行政策恐會失控，嚴重犧牲照護品質。

（二）長期照護體系（居家、社區及機構）

整合困境

長期照護是一連續性與完整性的服務體系，居家、社區及機構三大次體系彼此間如何協調、整合與溝通、互動，關係著服務品質與成本效益等問題。日本的整合經驗並不甚成功，主要來自政治力的介入與既得利益者不願意配合改革。臺灣長期以來社政部門與衛政部門的分立，目前呈現長期照護機構類別太多，反倒是社區照護與居家服務，仍有供給不足的情形，功能重疊，收費標準欠缺規範，惡性競爭，品質堪虞等缺失（林淑萱，2003）。因此，為達成多層級與經濟效益的服務目標，機構中老人要往社區或回到家庭接受較人性化的照護時，是否應有誘發、鼓勵的機制使民間團體轉向投資在社區照護（林淑萱，2004）。

（三）目前保險費規劃的方向

依經建會研議中的方案，除全民繳費外，及四十歲以上者繳保費等二方案；雖然傾向全民繳費、全民納保，惟全民繳費阻力最大，是否要全民都為保障對象，還有待討論。至於保費分攤是由個人、雇主、政府按比例分攤（鄭文輝，2004），如今經濟景氣不佳，是否依全民健保繳費方式採個人三成、雇主四成、政府三成，恐將引發各方激辯。再者，若無足夠的服務供給經驗、資料累積與研究，無法精確計算出保險費率，給付額度與品質評鑑指標。

（四）就給付項目而言

初步規劃實物給付項目以機構式照

護、社區式照護及居家照護服務及其他(創新)服務等「服務給付」為主，發放「照顧津貼」的現金給付為輔(陳惠姿，2009)。然以日本為鑑，需全面清查老人人口群特質，將居家服務之基本性問題予以分類與定位，充分準備後才能全面推廣適宜；基本性問題包括：女性老人之平均壽命較男性為長，是否更需要居家服務？各高年齡層之人口結構為何？其各所需要之居家服務類別、項目為何？服務項目是否有優先次序？由誰來從事居家服務服務最適宜？在提供過程中會有何難度等(蔡啓源，2000；施教裕、賴建仲，1998)。再者，保險給付有供給創造需求的道德風險，需求給付快速增加，易使保險財務很快陷入危機，德國、日本均於開辦不久便面對同樣的痛苦。

(五)就保險費繳納與權利享用的對價關係而言

老人長期照護保險制度主要係採類似社會保險制，以完成繳費義務，始可以享受權利為前提，強調權利義務對等的原則(陳琇惠，2000：89)。健康保險只要有繳納保險費即可享用保險的益處，包括有工作者幫眷屬加保，健保、勞保人人馬上可以享受到保險之益處，國民年金當事人死亡，遺屬可領遺屬年金。規劃中的長期照護保險要看年齡層及失能程度，因風險無法預估，不論依年齡層強制納保，或全民納保，非全部被保險人均有長期照顧的需要，致大部分被保險人有繳交保險費卻無服務需求，實非公平。

(六)創造就業機會提高就業率而言

在當前不景氣時開辦長期照護保險，可以擴大照護產業內需，創造就業機會。惟目前各類照護人員的就業情況多為勞心勞力的工作且流動率極高，也許政府開辦長期照護保險後，附加效益是促進長期照護各類專業人員就業率；然而，不是任何人都有能力及意願從事長期照顧老人及失能者，這需要具極大耐心、愛心的人格特質。如果政府為緩解失業問題，減輕政府社會福利的財務負擔，因而急著開辦長期照護保險，顯然本末倒置。

(七)專業照顧人力嚴重不足

專業照顧人力不足，人才培訓規劃尚待開發，台灣的長期照護服務產業處於萌芽階段，服務輸送及照護管理之相關人才尚待培育，而現有之各項照護之專業人力還需要接受不同障礙類別之特殊教育訓練，才能勝任相關工作不至產生誤判的情形。然而現階段欠缺各項師資、訓練專班與教育資源，各教學體系不是資源不足，就是還在摸索適合台灣本土民情的照護模式，因此相關培訓課程有待積極發展(詹火生，2009)。過去已經開辦的居家復健、日間照顧等服務，都因為缺乏人力而困難重重，如今又要投入資源建立長期照護保險，行不行得通恐怕還是個大問號？

(八)財務危機

由全民健保的經驗可見，保險費不易調高，因老年人口與照顧需求增加，現行規劃保險財務必然不足以因應。開辦長期

照護保險，將使政府再度面臨沉重財政負擔，政府現在規劃的長期照護保險是以財務來源為考量重點，並一併擴大內需提升就業，很像是日本的介護保險。推動長期照護保險，與全民健保難以區隔，切割不明時，易造成長期照護保險成為健康保險的財務赤字的挹注源頭，除非先將健保財務健全化，規劃急就章恐讓照護品質欠缺保障。

(九)財務規劃

在保險費率分擔上，不再依不同身分或職業類別給予不同補助的第三方案，當然比較符合資源分配的公平性，但仍然無法解決健保條例規定因不同職業別，訂定不同的繳費標準，例如有「經常性薪資計徵」、「營利所得計徵」、「固定金額計徵」等多重標準，未能依總所得高低來計徵保險費，還是違反了公平正義原則。此以健保為鑑，健保以個人薪資計算保費，且以眷口數計算，讓薪資所得相同的人，但眷口數較多的家庭，負擔亦較重，這些都是違反社會保險所強調的「量能負擔」原則。

(十)長期照護營利化

在準備不周下強行推動不具共識的長期照護保險，為立即創造出服務商機，服務供給易走向大型化、機構化、營利化、醫療化；大量開放醫院開辦長期照護服務，使長期照護醫療化；廣設護理之家或養護機構，不但讓目前三成的機構空床率滿床，使長期照護更加機構化；最後，開放照顧服務產業，讓財團加速進入照顧服

務產業，使長期照護營利化，甚至財團化。此與長期照護的原則：在地老化、社區化、社會化、小型化、多機能、非營利化背道而馳（林萬億，2009）。

(十一)經濟與政策的迷思

經濟上，國民健康保險的虧損、舉債發放消費券、勞保退休年金化越來越嚴重，現在還要加上長期照護保險推動的財務問題，足夠令當政者為推動新政策的財務規劃憂心；就政策定義而言，長期照護保險是始於社會福利政策或是保險政策？社會福利政策有老人年金的部份來支應，若是屬於保險政策，那是要與民間保險業者搶食這塊長期照護保險商機的大餅，因目前有民間保險業早就推出長期看護保險了。

二、建議

(一)制度規劃前的準備工作

由全民健保的經驗可見，開辦長期照護保險，將使政府再度面臨沉重財政負擔，現階段應該將居家服務普及化，並縮短城鄉服務差距，否則收了保費卻無法提供足夠的服務，品質令人憂心。準此，妥善配置居家、社區與機構資源，以均衡分區資源；發展多元服務，滿足資源匱乏區域之民眾需求；普及照護資源，提高民眾使用服務之可近性。

以日本為鑑，先做完善的長期照護服務輸送體系為首要工程，再決定是否開辦長期照護保險；繼續推動與完成大溫暖長

期照護十年計畫，建構完善的社區與居家服務，並在財務上全力求取收支平衡，提供較低廉的收費和專業的服務品質，希望能順利解決目前一般機構式長期照顧品質不佳的問題。

(二)長期照護保險建制之規劃

長期照護保險之建制為公權力運作的社會保險法規，建議在長期照護保險法之中，除明定內政部為中央主管機構外，由於長期照護與醫療有密切之關聯性，亦將行政院衛生署列為目的事業主管機關，並成立中央長期照護保險局，制定合理的保險費率，以滿足不同的需求，亦配合居家、社區照顧之需求，培訓及任用專業人才，以及配合醫療及療養機構之設置，方能使長期照護保險體制得以完整建制，並規劃民間參與或獎勵之條文，使得長期照護體制更具活力及彈性（楊孝濤，2004：114～122）。

(三)建立失能評估的照護給付認定標準

臺灣長期照護保險規劃有給付項目、條件及標準，但仍籠統，未著眼精細的認定標準，執行上易產生公平性的質疑？在失能評估與照護給付評估方面，不應只限於 ADL 及 IADL 來進行失能評估，因為其並不適用於所有身心障礙者。對於身心障礙者在民國 101 年將全面適用聯合國國際健康功能與失能分類系統部份的評估結果應予直接認可（林惠芳，2009）。然而臺灣長期照護保險的給付水準在失能評估是否應該規劃更嚴謹及精細的認定標準，以提

升照護給付品質。

(四)就給付項目而言

開辦長期照護險後，失能者將獲得一筆保險給付，預期將促進公私立機構努力提供照護服務賺取給付，減輕失能者家庭的負擔；然而，失能者有錢卻不一定就能買到優質長期照護服務。老人居家服務需要整合性之籌備與佈局，才能對長期需要居家服務之老人，照顧得體，發揮功能；也就是要從整體供給面來衡量整體服務之需要量，或由多元需求層面來劃分居家老人之不同需求所在（蔡啓源，2000；施教裕、賴建仲，1998）。居家服務之推動能否正常維持，自然涉及費用問題；有關醫療照護收費標準給付項目，可參考美國之運作模式，完全針對護理性居家照護服務及醫療輔助器材提供給付（劉嘉年，1996）。

至於在給付方式上，目前規劃是以實務給付為主、現金給付為輔，但仍擔心不肖家人把老人或失能者接回家只為領現金補助無實際照顧，因此規劃上應嚴格明訂現金給付原則與相關配套措施。

(五)如何籌措財源

財源的籌措應兼顧量能原則（使用者的財務負擔能力）以及政府的財務狀況。此外，由保險或稅收來支應的抉擇，筆者認為傾向在既有的基礎上延續全民健保的模式，惟為避免重蹈健保的財務危機，應提高長期照護保險費率；再者，開辦時機應配合實施國民年金制度臻於完備後較方便徵收保費。為穩定地方照護財務，可學

習日本的作法，由各縣市政府成立鄉鎮區相互財務安定事業，創設「財務安定基金」，及「中期財務營運方式」機制（吳凱勳，1997：19-20、林淑萱，2003）。由於財務問題攸關長期照護制度的成敗，需要透過科際整合予以達成共識，方能有效執行。目前建議研擬開徵能源稅、開徵營業稅附加捐做為籌措填補各項社會保險虧損的財源。

（六）保險費率規劃

在規劃長期照護保險保險費率時，應把現有健保的財務設計缺失當作殷鑑，廢除職業類別，改以個人為投保單位，並且擴大費基，將以「個人薪資」改為包含資本所得（利息、營利所得、股利、財產交易所得等）的「家戶總所得」為收費基礎。我們關心長期照護保險的財務規劃，是因為健保虧損高達三百億的前車之鑑，準此，財務負擔將成為最重要的考量因素；然經建單位考量的是如何緊縮服務與給付，卻忽視了開辦長期照護保險的目的在解決並滿足人民長期照護的需求，所以在財務問題上就是要擴大費基，長期照護保險就是要兼顧財務及服務給付需求，以「家戶總所得」擴大費基是唯一的路。

（七）長期照護人力的整備

1. 人力制度建立

發展專業、半專業、非專業不同層級的照顧服務人力，以因應多元的照顧服務需求，並確保他們都能得到照護知能提升的機會，國人長期照護需求應優先由國內

照顧服務體系提供。準此，為鼓勵雇主聘僱本國籍、外籍配偶及大陸配偶照護員，只要符合相關規定應整合納入長期照護保險制度的服務人力資源規劃，服務人力仍須以本國人力為優先。

2. 專業能力再加強

長期照護是多面向的工作，需結合醫療、護理、心理、營養、社工甚至宗教團體等專業，本國照護人力的培養與技術的提昇是相當重要的一部分（曹毓珊，2002）。藉由培訓優秀及合格專業照護服務員，投入老人及失能者的照顧工作，然而，不可諱言，國內照護服務員的培訓、管理及證照機制正在起步，且逐漸紮根中，期望藉由嚴謹訓練，使長期照護工作被社會認定為一門專門技術。照護人力素質的提昇方可提供有品質的服務，如此將使照顧服務人力漸趨穩定與專業（洪富峰、李慧玲，2004：42）。

3. 運用外籍看護工

基於人道考量及補充性原則，可適度引進外籍看護工，並積極檢討外籍看護工政策，外籍看護工的引進，可輔助及補充照護人力，然而為了整合照護人力，應評估外籍看護工納入長期照護保險。

（八）強化地方政府的權能及平衡區域照護資源

臺灣地區醫療資源與社會福利資源等分布不均，城鄉差距以及偏遠地區在資源的可及性與可近性仍受到質疑（林淑萱，2003）。因此，政府部門應優先投入偏遠地區及人口分散地區福利服務的建構，並營

造社區式長期照護資源發展的有利環境，服務機構應以服務提供項目多寡進行分級，融入社區生活圈概念，這方面的改善仍有待努力。

為使服務資源可以均衡發展，現金給付不被濫用，長期照護保險的給付應強調實物給付重於現金給付，務必要避免現金給付成為福利金；服務能量供給不足不應成為現金給付提供的唯一藉口，應有管理機制透過政府稅收管道或從保險財務中取得一定比例投注在偏遠地區替代方案及創新服務開展的促進（林惠芳，2009）。

（九）平衡服務使用者的選擇權與照護「去商品化」

服務使用者（被視為消費者）與提供者立基於平等關係上，建立新契約，來提供服務（莊秀美，2004），也就是說，消費者的價值主張獲得重視，進而確保服務品質與經濟效益（黃源協，2000：273-284）。

照護服務「市場化」的結果，雖可滿足服務使用者的選擇權加大與經由競爭而提高品質。但國內照護市場經營來看，也有消費者被當人球般踢來踢去，選擇「輕案」而枉顧消費者權益的也大有人在；另外削價競爭，造成服務品質的下降。

長期照護服務在市場中如何避免成為商品化的一環，勞動被界定為交換實質金錢的報酬，如此會扭曲利他行為的價值，而喪失照護服務的本質。因此，如何平衡「市場化」與「去商品化」也是長期照護服務的重要課題（林淑萱，2003）。

（十）社會、經濟、政治政策整合性規劃

長期照護的服務對象理應是要從 65 歲以上之老年人口為標地群體延伸到處於損傷或失能狀態而無自我照顧能力的高危險群體；連帶地，施行主體也應該是要有「居家照顧」、「社區照顧」與「機構照顧」之同時兼備的全面性規劃。就此而言，長期照護政策理應是要與人口生育政策、健康維護政策、教育養成政策、勞動產業政策、就業促進政策、經濟安全政策以及社會福利政策，彼此鑲嵌以成為相互貫通且串聯的整合性擘畫（王順民，2009）。

陸、結論

長期照護保險政策的籌備規劃，可認為是近期馬英九政府商討救失業的結論對策之一，也許有其實施的必要。然與消費券一時的經濟刺激作用不同，未來此政策的重要影響性會是更長遠。職是，根據已開辦國家的經驗，該制度將有可能成為未來推動擴大內需經濟，及創造新型就業機會的產業，然對此制度的規劃及該項產業的培育，相關的前景和落實就成為刻不容緩的重要課題。

為避免此項政策是強調以民為本的社會系統工程，結果只淪為算盤上盤撥，或變為政黨競爭的加碼遊戲。只有回歸到現代國家屬性裡政府應負起照顧老年人及失能者生活的社會保障職能外，結合具體的施政大環境及現代社會福利要求，

回應於長期照護人口的需求推估和服務基準、採行稅收制或是保險制的財源籌

措與財務制度問題、服務措施的提供項目及補助方式、評估工具與評定效標的遵循標準、長期照護管理機制的妥善設計、照護人力質量的縝密規劃、長期照護之公共化與市場化的服務銜接以及長期照護相關法規的立法研修，再加上從老化歷程的漸進性與惡質性、照護本身的連續性和延展

性以及照護工作的專業性和跨專業性。職是，政策擺盪在「長期」、「照護」與「保險」的諸多迷思，這反而是首要破與立的人文工程（王順民，2009）！

（本文作者現為台南縣六甲鄉公所民政課課員）

參考文獻

- 聯合報，老人照護開辦，強制納保，2009.1.31A11。
- 自由時報，長照險，學者：倉促上路，品質堪憂，2008.02.23。
- 自由時報，長期照護險，保費約月薪%，2008.02.23。
- 中時電子報，林萬億：長照險九成民眾白交錢，難，2008.02.23。
- 中時電子報，明年上路，老人長期照護，全民納保，2008.02.23。
- 中央廣播電台，老人長期照護保險，後年上路，2008.11.12。
- 人間福報，老人長期照護的障礙〈社論〉，2008.2.4。
- 經建會人力規劃處，積極開發長期照護資源以利推動長照保險制度（新聞稿），2009.7.17。
- 劉嘉年，1996，〈臺灣失能老人居家照護服務之探討〉，空大生活科學學報二期，頁 87～303。
- 吳淑瓊、莊坤洋，2001，〈在地老化：臺灣二十一世紀長期照護的政策方向〉，臺灣衛誌。
- 黃秀梨、李逸，2002，〈談喘息服務常見的使用障礙與因應策略〉，《護理雜誌》第 4 卷第 49 期，PP92～96。
- 蘇淑娥，2005，〈老人長期照護工作的省思〉，嘉基院訊 108 期。
- 鄭文輝、鄭清霞，2008，〈長期照顧保險制度之規劃〉，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 3～11。台北：行政院研考會。
- 萬育維，1995，〈福利社區化的意涵與策略〉，《全國社區發展會議引言報告》，台北：內政部。
- 施教裕、賴建仲，1999，〈老人居家服務現況及整合之探討〉，社區發展季刊 83 期，頁 74～91。
- 吳淑瓊，1999，〈臺灣長期照護展望〉，社區發展季刊 88 期，頁 162～167。
- 賴美淑，1999，〈全民健保財務收支現況與未來展望〉，社區發展季刊第 88 期，頁 68-76。
- 陳琇惠，2000，〈慎於始，成於終—國民年金制度建構方向〉，社區發展季刊第 91 期，頁

71~92。

- 蔡啓源，2000，〈老人居家服務之探討〉，社區發展季刊第 91 期，頁 252~268。
- 王正、曾薔霓，2000，〈建構長期照護財務體系之初探—兼論與醫療年金財務之配合〉，社區發展季刊第 92 期，頁 32~43。
- 莊秀美，2000，〈日本的長期照護保險制度〉，社區發展季刊第 92 期，頁 233-241。
- 林志鴻，2000，〈德國長期照護保險照護需求性概念及其制度意涵〉，社區發展季刊第 92 期，頁 258-269。
- 林淑萱，2003，〈日本長期照護保險的發展經驗及其對臺灣的啓示〉，社區發展季刊第 104 期，頁 454-463。
- 洪富峰、李慧玲，2004，〈高雄市推動社區照顧網絡服務成果—以老人及身心障礙者照顧為例〉，社區發展季刊第 106 期，頁 42。
- 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〉，社區發展季刊第 106 期，頁 97~106。
- 楊孝滌，2004，〈長期照顧保險體制之建構與居家社區和機構照顧〉，社區發展季刊第 106 期，頁 114~122。
- 莊秀美，2004，〈長期照護的新趨勢—日本的「小團體單位照護」〉，社區發展季刊第 106 期，頁 345~357。
- 黃美娜，2005，〈臺灣老人長期照護服務政策〉，社區發展季刊第 110 期，頁 29~32。
- 莫藜藜，2005，〈高齡化社會醫療福利體制與服務措施—臺灣經驗的反思與前瞻〉，社區發展季刊第 110 期，頁 78~94。
- 陳燕禎，2005，〈社區老人照顧支持體系及政策探討〉，社區發展季刊第 110 期，頁 158~175。
- 陳玉蒼，2005，〈日本介護保險之介紹〉，社區發展季刊第 110 期，頁 351~358。
- 林惠芳，2009，〈長期照顧推動的關鍵焦點—充實照顧服務網絡減輕全民照顧負荷〉，社區發展季刊第 126 期，頁 203~211。
- 陳武宗，1994，〈家庭照顧及其支持系統：概念與議題〉，《家庭與社會福利學術研討會論文集》，高雄：中山大學。
- 林志鴻，2005，〈長期照護給付結構共構下現金給付之探討—以德國長期照護保險制度為例〉，發表於「女性照顧：國家、社區、家庭」國際研討會，中華民國家庭照顧者關懷總會主辦，台北。
- 吳凱勳，1997，〈第五種社會保險—兼論「高齡化社會」與「長期照護保險」〉，臺灣大學公共衛生研究所，頁 1-33。
- 曹毓珊，2002，〈老人家庭照顧者僱用外籍家庭監護工對照顧關懷影響之研究〉，國立臺灣

大學社會學研究所碩士論文。

萬育維，1996，社會福利服務，台北：三民。

陳燕禎，2007，老人福利理論與實務：本土的觀點，台北：雙葉書廊，PP30～48。

黃源協，2000，社會工作管理，台北：揚智。

呂寶靜，2001，老人照顧：老人、家庭、正式服務，台北：五南。

戴章洲、吳正華，2009，老人福利，台北市：心理出版社，頁 195。

江亮演，2009，老人社會福利，台北市：五南圖書。

王順民，開辦「長期照護保險」的若干商榷，財團法人國家政策研究基金會，2008.11.17 社會（評）097-101 號。

王順民，開辦長期照護保險的政策評析，財團法人國家政策研究基金會，2009.02.04 社會（評）098-005 號。

林萬億，2009，開辦長期照顧保險不可冒進，臺灣新社會智庫。

<http://www.taiwansig.tw/index.php?opt=com-content&task=view&id=1314&item>。

行政院，2007，我國長期照顧十年計畫。

行政院經濟建設委員會，新世紀第三期國家建設計畫（民國 98～101 年四年計畫），2009 年 1 月。

鄭文輝主持，2004，推動長期照護保險可行性之研究報告，行政院經濟建設委員會委託，台中健康暨管理學院長期照護研究所執行。

詹火生主持，2009，因應長期照護保險法制歸劃檢視「我國長期照顧十年計畫」成效及發展方向，行政院經濟建設委員會委託，財團法人國家政策研究基金會執行。

吳肖琪主持，2009，長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估，行政院經濟建設委員會委託，陽明大學衛生福利研究所執行。

李玉春主持，2009，長期照護保險法制給付方式及給付項目之評估，行政院經濟建設委員會委託。

陳惠姿主持，2009，長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估，行政院經濟建設委員會委託，輔仁大學執行。

鄭文輝主持，2009，長期照護保險法制財務機制及財源籌措之評估，行政院經濟建設委員會委託，南華大學非營利事業管理系執行。

王雲東主持，2009，我國長期照護服務需求評估，臺灣大學人口與性別研究中心執行。

楊志良主持，2009，長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估，行政院經濟建設委員會委託，亞洲大學執行。

行政院衛生署、內政部、經濟建設委員會，2009，〈長期照護保險制度初步規劃成果與構想〉，長期照護保險制度規劃溝通座談會資料。

Kane, R.A. 2001. Long-term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, 41(3): 293-304.