

編號：(93)066.805

## 推動長期照護保險可行性之研究

行政院經濟建設委員會  
民國 93 年 9 月

編號：(93)066.805

GPN：1009303392

## 推動長期照護保險可行性之研究

計劃主持人：鄭文輝

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：台中健康暨管理學院

(本研究內容純屬研究者個人觀點，  
不應引申為行政院經濟建設委員會之意見)

行政院經濟建設委員會

民國 93 年 9 月

推動長期照護保險可行性之研究

受委託者：台中健康暨管理學院長期照護研究所

計畫主持人：鄭文輝

協同主持人：林志鴻

研究員：陳惠姿

張宏哲

鄭清霞

朱僑麗

研究助理：顏淑韻

鄭景鍾

孫舒羚

劉懿慧

行政院經濟建設委員會委託研究

中華民國九十三年九月

## 目次

第一章 緒論.....	1
第一節 研究緣起與目的.....	1
第二節 研究問題、架構與方法.....	4
第二章 採行長期照護保險之政策考量.....	6
第一節 照護需要性之概念.....	6
第二節 採行長期照護保險之考量.....	8
第三章 德日長期照護保險立法過程與主要討論議題.....	13
第一節 德日長照保險立法過程.....	13
第二節 德日長照保險主要討論議題.....	31
第三節 德日長照保險實施成效.....	55
第四節 德日長照保險制度借鏡.....	59
第四章 我國長期照護需要評估、費用推估與現階段政府經費分析.....	65
第一節 我國長期照護需要評估調查.....	65
第二節 我國長期照護費用之基本推估.....	70
第三節 我國長期照護費用重要影響因素之模擬分析.....	83
第四節 現階段的政府推動長期照護方案之經費分析.....	90
第五章 我國長期照護供給面問題探討.....	96
第一節 我國長期照護服務體系之變遷.....	96
第二節 長期照護服務輸送機制.....	101
第三節 長期照護人力需求與供給狀況分析.....	109
第六章 我國長期照護保險實施條件之評估.....	134
第一節 長期照護保險實施之財務面考量.....	134
第二節 長期照護保險實施條件之充實.....	139
第七章 結論與建議.....	143
參考文獻.....	參-1
附錄一 期中報告會議記錄.....	附-1
附錄二 第一次學者專家座談會議紀錄.....	附-4
附錄三 第二次學者專家座談會議紀錄.....	附-7
附錄四 第三次學者專家座談會議紀錄.....	附-10
附錄五 第四次學者專家座談會議紀錄.....	附-13
附錄六 台灣長期照護相關資料.....	附-15
附錄七 德國長期照護相關資料.....	附-22
附錄八 日本長期照護相關資料.....	附-26
附錄九 台灣長期照護人力推估相關資料.....	附-42
附錄十 期末報告會議記錄.....	附-61

## 表次

表 2-2-1	不同長期照護體制之比較.....	10
表 3-1-1	德國長期照護保險制度形成之階段與特點.....	14
表 3-1-2	德國主要社會經濟指標與健保、長照費用照護需要變動統計概覽....	22
表 3-2-1	德國長期照護制度化過程中主要議題、可能提案與最終解決方式概覽	32
表 3-2-2	日公共介護保險制度化過程中主要議題、可能提案與最終解決方式概覽	44
表 3-2-3	日主要社會經濟指標與健保、長照費用照護需要變動統計概要... 46	
表 4-1-1	2001 年台灣功能障礙人口盛行率.....	67
表 4-1-2	2001 年台灣只有認知功能障礙與只有 IADL 障礙盛行率估計.....	69
表 4-1-3	2001-2046 年台灣長期照護需要人數推估.....	70
表 4-2-1	2001 年台灣地區長期照護每人每月平均費用估算.....	78
表 4-2-2	2001-2046 年台灣長期照護費用基本推估之步驟與參數設定彙總.....	80
表 4-2-3	2001-2046 年台灣長期照護費用推估---基本推估模式.....	82
表 4-3-1	2001-2046 年台灣長期照護費用推估---變化服務利用率.....	84
表 4-3-2	各種不同假設之下長期照護費用佔 GDP 比重.....	89
表 4-4-1	1999-2004 年內政部編列有關長期照護預決算.....	91
表 4-4-2	2002-2003 年度非中低收入戶失能老人或身心障礙者使用居家照顧服務補助計畫使用人數.....	93
表 4-4-3	92 年度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使用其況.....	94
表 4-4-4	內政部 93 年度補助各縣市辦理非中低收入居家服務經費.....	95
表 5-1-1	台灣長期照護機構概況.....	117
表 5-2-1	選樣縣市「長期照護管理中心」現況彙整.....	119
表 5-2-2	民國 92 年各縣市長期照護管理中心服務量統計.....	122
表 5-2-3	台閩地區居家/社區式照護資源分佈.....	123
表 5-2-4	台閩地區機構式長期照護家數與床數分佈表一依機構類別分.....	124
表 5-2-5	87-92 年度長期護理管理示範中心簡易量及個案管理量.....	125
表 5-2-6	88-92 年度長期護理管理示範中心人員培訓計畫.....	125
表 5-3-1	居家護理師人力需求數，2006-2046 年.....	126
表 5-3-2	機構護理人力需求數，2006-2046 年.....	126
表 5-3-3	護理人力總需求數，2006-2046 年.....	127
表 5-3-4	護理人力供給量，2006-2046 年.....	127
表 5-3-5	居家服務社工人力需求數，2006-2046 年.....	128
表 5-3-6	機構社工人力需求數，2006-2046 年.....	128
表 5-3-7	日間照護社工人力需求數，2006-2046 年.....	129
表 5-3-8	總社工人力需求數，2006-2046 年.....	129
表 5-3-9	社工人力供給量，2006-2046 年.....	130

表 5-3-10	照護管理師需求數，2006-2046 年	131
表 5-3-11	居家服務員需求數，2006-2046 年	132
表 5-3-12	照顧服務員供給量，2006-2046 年	133
表 6-1-1	2003 年民眾對於全民健保增加長期照護給付範圍的付費意願	135
表 6-1-2	2006 年民眾長期照護保險費及其他社會保險費負擔推估	136
表 6-1-3	2006 年長期照護費用占政府支出比率	137
表 6-1-4	中央補助各縣市辦理非中低收入戶居家服務最大可能使用人數與所需經費 估算	138
附表 6-1	歷年我國功能障礙盛行率調查狀況	附-15
附表 6-2	2001-2046 年台灣 65 歲以上人口比率---五歲年齡組	附-17
附表 6-3	1999-2004 德國年齡別照護風險率	附-17
附表 6-4	1995-2002 德國長期照護保險的被保險人人數與實際使用人數 .....	附-17
附表 6-5	2001 年台灣年齡別長期照護盛行率與德國長照保險使用率之比較 .....	附-18
附表 6-6	2001 年台灣 65 歲以上功能障礙程度別盛行率與日本長期照護需要率 比較	附-19
附表 6-7	2001 台灣 65 歲以上年齡別功能障礙盛行率與德國、日本長期照護需 要率比較	附-19
附表 6-8	1976-2001 年台灣地區家庭型態的變遷	附-20
附表 6-9	1990-2000 年台閩地區普通住戶家戶型態之變動	附-21
附表 6-10	實驗社區（嘉義與三鶯地區）各項服務利用率	附-21
附表 7-1	德國人口年齡結構預估變遷趨勢 2001-2050	附-22
附表 7-2	德國家戶結構長期變動 1871-1991	附-23
附表 7-3	照護需要性制度化前相關社會安全體系支出概況	附-24
附表 7-4	依聯邦社會救助法(BSHG)享領照護救助之照護需要者統計（年底人 口）	附-25
附表 7-5	德國長期照護等級標準與時間（一般標準）	附-25
附表 8-1	介護保險導入年後市區町村的權限業務變化	附-26
附表 8-2	2003 年版認定調查主要項目	附-28
附表 8-3	2003 年版需照護程度區分（標準地區）	附-29
附表 8-4	照護服務分類及需照護基準時間模型（1998 年版） .....	附-31
附表 8-5	成立介護保險後公費負擔的變化／2000 年度基準（1995 年度價格） .....	附-31
附表 8-6	黃金計畫、新黃金計畫照護服務基礎整備目標及經費試算 附-32	

附表 8-7	1999 年介護保險未來經費推估 (1995 年度價格) .....	附-32
附表 8-8	照護一般老人的工作者訓練課程 .....	附-33
附表 8-9	照護失智症老人的工作者訓練課程 .....	附-33
附表 8-10	21 世紀黃金計畫照護服務整備目標 .....	附-34
附表 8-11	需照護認定程度及主要照護內容別照護者人力結構 .....	附-34
附表 8-12	受訪者不利用照護服務的理由 (複選回答) .....	附-35
附表 8-13	2002 年保健醫療福利領域的人力配置現狀 .....	附-35
附表 8-14	失智症老人的照護工作者人力訓練實績 .....	附-35
附表 8-15	2000-2004 年日本介護保險經認定人數 .....	附-36
附表 8-16	2000-2004 年日本介護保險實際使用人數 .....	附-36
附表 8-17	不同介護級別之被保險人利用社區式服務平均費用佔其上限費用的 比重 .....	附-37
附表 8-18	日本被保險人利用介護服務費用佔限定額度之比例分佈 ..	附-37
附表 9-1	20 歲以上功能障礙率 (%), 依性別、年齡別, 2000 年 ...	附-42
附表 9-2	男性 20 歲以上功能障礙人口數, 依功能障礙情形、年齡分 .....	附-43
附表 9-3	女性 20 歲以上功能障礙人口數, 依功能障礙情形、年齡分 .....	附-44
附表 9-4	20 歲以上功能障礙人口數 (男女合計), 依功能障礙情形、年齡分 .....	附-46
附表 9-5	20 歲以上功能障礙者, 居家服務使用率 (%), 依性別、年齡、ADL 障礙程度分 .....	附-47
附表 9-6	男性 20 歲以上功能障礙使用居家照護人數, 依功能障礙情形、年齡 分 .....	附-48
附表 9-7	女性 20 歲以上功能障礙使用居家服務人數, 依功能障礙情形、年齡 分 .....	附-49
附表 9-8	20 歲以上功能障礙使用居家服務人數 (男女合計), 依功能障礙情形、 年齡分 .....	附-50
附表 9-9	20 歲以上功能障礙者, 機構使用率 (%), 依性別、年齡、ADL 障礙 程度分 .....	附-51
附表 9-10	男性 20 歲以上功能障礙機構使用人數, 依功能障礙情形、年齡分 .....	附-52
附表 9-11	女性 20 歲以上功能障礙機構使用人數, 依功能障礙情形、年齡分 .....	附-53
附表 9-12	20 歲以上功能障礙機構使用人數 (男女合計), 依功能障礙情形、年 齡分 .....	附-54
附表 9-13	20 歲以上功能障礙者日間照護使用率 .....	附-55

附表 9-14	20 歲以上功能障礙者，居家服務使用人數推估 .....	附-55
附表 9-15	20 歲以上功能障礙者，設假雇用家庭監護工者轉為使用居家服務使用人數推估 .....	附-56
附表 9-16	20 歲以上功能障礙者，機構使用人數推估—低、中、高推估 .....	附-57
附表 9-17	20 歲以上功能障礙者，日間照護使用人數推估—低、中、高推估 .....	附-57
附表 9-18	50 歲以上人口失能比 (%)，依性別、年齡分，2000 年 ...	附-58
附表 9-19	50 歲以上失能人口數，依性別、年齡分，2006-2046 年 .....	附-59
附表 9-20	50 歲以上失能人口使用機構與居家護理服務比率 (%)，依性別、年齡分，2000 年 .....	附-60
附表 9-21	50 歲以上失能人口使用機構人數與居家護理服務人數推估，2006-2046 年 .....	附-61
附表 9-22	20 歲以上失能人口使用機構人數與居家護理服務人數推估，2006-2046 年 .....	附-61
附表 9-23	居家服務使用時數 (每月)，高低推估，依功能障礙分，2006-2046 年	附-62

## 圖次

圖 1-2-1：長期照護保障制度之主要內涵要項.....	4
圖 3-1-1：制度形成之典型五階段.....	16
附圖 8-1 需照護認定手續流程圖.....	附-38
附圖 8-2 制度立案時老人照護費用推估與實績比較.....	附-39
附圖 8-3 日本介護保險財源結構比及服務給付內容.....	附-40
附圖 8-1 照護服務利用流程.....	附-41

## 摘要

關鍵字：長期照護；照護需要性；長期照護保險；長期照護費用估算

本研究從財務、服務輸送與人力培育等三大面向，分析已實施社會保險國家的經驗(尤其德、日制度)，並檢討我國現行各項照護方案發展情形，以評估我國是否具備實施條件，進而提出推動長期照護保險之建議事項。

本研究的主要發現有下列兩項：

- (一) 雖然 2004 年我國老人比重約 9.4%，較德、日規劃時為低，然預計未來老化速度較德、日為快，且穩定財源之取得有助於服務提供之開發，因而現階段宜積極規劃長期照護保險。
- (二) 根據本文基本推估，2001-2046 年全體人口長期照護費用 GDP 的比重，約在 0.46% 與 0.56% 之間。2006 年四口雙薪家戶的長照保險費平均約為家戶每月可支配所得的 0.37%，而加計勞保與全民健保保費約每家戶每月可支配所得的 3.81%。至於政府補助長照保險四成經費約占政府支出淨額的 0.97%，而為社會福利支出的 6.38%。上述初步評估顯示財務負擔並非規劃我國長照保險必須考量的最主要問題，然而現行服務輸送體系的健全與管理機制的建置，以及人力培育都需加強整備，以免匆促上路，措手不及。

針對長期照護保險的規劃原則，提出下列九項建議：

- (一) 宜及早明定政策走向，及早進行規劃並及早整備。
- (二) 明確定義照護需要事故，獨立建制運作。
- (三) 提供普及式基本保障。
- (四) 允許受照護者自主選擇服務。
- (五) 建立適當照護管理機制，有效運用資源。
- (六) 重視復健優先照護原則。
- (七) 居家照護優先機構照護。
- (八) 提供多元照護服務，以滿足多元照護需要。
- (九) 組織體制與健保密切銜接。

## Abstract

Key words: Long-Term Care ; Need of Care ; Long-Term Care Insurance ; Projection of Care Expenditure

This study aims to evaluate the relevant prerequisites for implementing Long-Term Care (LTC) Insurance in Taiwan. The experiences of social LTC insurance programs in developed countries, especially Germany and Japan, will be analyzed from financing, service delivery and manpower aspects. Then, the current development of various LTC programs in Taiwan will be reviewed. Thus, the suggestions for establishing feasible LTC insurance program in Taiwan can be derived.

Major findings from this study are two-fold:

- (1) The current percentage of elderly in total population is about 9.4% in Taiwan, which is less than those in Germany and Japan when their LTC insurance programs were under planning. However, it is expected that Taiwan is aging much rapidly than these two countries and stable financing may enhance the future development of resources, thus now is the right time for planning LTC insurance in Taiwan.
- (2) According to medium estimate, the share of long-term care expenditure in GDP during 2001-2046 will be between 0.46% and 0.56% and the burden both on family and on government budget is expected to be bearable. However, to implement the insurance program in Taiwan, wholesome delivery system and various professional and semi-professional care workers should be well prepared.

Nine guiding principles for planning LTC insurance programs can be derived from this study (1) Determining the policy orientation of the LTC system and undertaking the planning process as soon as possible; (2) Clearly defining the need of long-term care; (3) Providing universal but basic benefits; (4) Allowing autonomy in services choice; (5) Applying care arrangement system; (6) Emphasizing preventive rehabilitation; (7) Encouraging home services; (8) Providing various services; (9) Coordinating LTC system with NHI system.

# 第一章 緒論

## 第一節 研究緣起與目的

台灣地區人口結構老化將呈現加速趨勢，在社會結構變遷、家庭型態改變，家庭照護功能逐漸式微的情況下，老年及其他年齡組人口之照護需要性風險之滿足已無法完全由家庭擔負責任，也非市場所能適當提供(Oesterle, 2001)<sup>1</sup>，亟需協調國家社會資源建立永續經營長期照護制度，以減輕照護提供者個人或家庭之負擔，提供照護需要者人性化之生活環境，滿足民眾之需求，進而創造長期照護服務之公部門與私人部門就業機會，有利減緩日益惡化之國內就業環境。長期照護需要之發展趨勢及其滿足之問題並非我國獨有，而為世界各國，無論先進或開發中國家均必須正視之課題(WHO, 2000a, 2000b, 2002)。工業先進國家已經紛紛採取相應措施以為因應(OECD, 1996a, 1996b, 1998, 1999, 2000)。我國政府部門也積極加以因應，行政院社會福利推動小組於 2001-2003 年期間推動「建構長期照護體系先導計畫」，希望因應此議題之衝擊(吳淑瓊, 2000, 2003)。

自 1980 年代產生福利國家危機後，人們對於老年人之照顧問題愈為關注。OECD 國家開始系列研究，尤其針對年金和健康照護支出之成長與人口老化社會之關係與其因應策略。探討的主題不再僅限於老年的經濟問題，還包括長期照護服務需要性之實質改變，除服務供給量不足外，尚還包括服務類型之選擇；目前長期照護之提供主要依賴家屬，尤其是女性成員，因而產生生理、心理與財務上之沉重負荷。另一方面，照護需要者希望留在家中接受照顧，而政府也希望推動在地老化 (aging in place) 之社區/居家服務(Oesterle, 2001; OECD, 2000; Wiener, 2003)。尤其 1990 年代以來，各國面臨經濟困難使得公共赤字和結構性失業問題搬上檯面，更使得健康照護改革的焦點放在支出控制、更有效率之服務和用於更急迫之需要上(OECD, 1998, 1999, 2000)。

長期照護需要雖然不以老年人口為限，而涉及全人口之年齡層，但隨著年齡增長與功能退化，罹患各種慢性病的機率增高，老年人口的長期照護需要將顯著增加，特別是 80 歲以上高齡(Cambios, 1996)。我國也不例外，民國 82 年底，我國 65 歲以上老年人口佔總人口比例已超過 7%，達世界衛生組織所定義之「高

---

<sup>1</sup> 有關長期照護服務市場失靈 (market failure) 的理論依據，並非由於市場結構非完全競爭，或其財貨、勞務性質為公共財 (public goods)；而是著重其外部性 (external effects)，及其資訊不足問題；再加上所得分配與滿足民眾基本需求的殊價財 (merit goods) 考量，使得國家有介入長期照護服務的必要性 (Oesterle, 2001)。

齡化社會」，預估未來人口結構老化速度將加快速度。根據內政部統計 2002 年通報資料顯示：直到民國 90 年底為止，台灣地區的老年人口數已達 197.3 萬人，占總人口比例為 8.81%，老化指數續增為 42.33%。相對而言，青少幼年人口成長率為負值，呈逐年下滑趨勢。另由於家庭結構改變，傳統養兒防老的觀念逐漸鬆動，「高齡少子化社會」漸次形成。

另依經建會對於台灣地區未來人口的中估計，到了民國 115 年時，台灣地區 65 歲以上的人口比率將達 20.44%；至民國 130 年，將高達 30.25%，老年人口扶養比也將上升至 50.26%(行政院經濟建設委員會，2004b)。與世界主要先進國家相形之下，我國的人口老化結構達於目前水準所需時間遠為短少，未來幾年將呈現加速度發展<sup>2</sup>。人口結構加速老化可能帶來老年生活維持問題、醫療費用支出問題及老年照護問題的社會衝擊。其中醫療費用支出問題已有全民健保制度可供調控，生活維持問題也已進入立法過程，但老年照護雖曾推動先導計畫，可是目前照護制度取向未明，各項照護問題已逐漸顯現，值得重視。

長期照護服務係針對照護需要性之風險事故，提供滿足照護需要為考量之制度，其提供服務以生活照顧為主、醫療照護為輔，具綜合性與連續性。目前長期照護所需費用，僅由全民健康保險提供慢性病床及居家照護給付；社政單位僅針對中、低收入老人提供機構及居家式服務的救助。因此，目前我國長期照護所需的費用，大部分由個人及其家庭支應，一般養護機構每月平均費用約 3~6 萬元，負擔不可謂不重(行政院衛生署，1996)。固然近年社政單位已依照服務產業發展方案提供一般民眾居家服務補助，但其對象限定於居家照顧部分。整體而言，長期照護費用對個別家庭而言，是項沈重的經濟負擔，勢必對社會經濟造成鉅大的衝擊；因而有必要對老人長期照護所引發之財務問題，及早因應及規劃，以保障老年生活品質不致因財務窘境而降低。

鑒於長期照護需要性之滿足，已成為二十一世紀政府及國民所需面對處理之重要風險課題，對整體社會、經濟、政治結構將有長遠而重大之衝擊與影響，2003 年行政院科技顧問、總統經濟顧問與 2004 年初世界衛生組織專家小組，均建議我國應積極建立全民性長期照護保障制度 (universal national long-term

---

<sup>2</sup>日本為先進國家中人口老化速度最快的國家；而台灣人口結構，依經建會 (2004b) 未來人口中推估，老年人口比重由民國 82 年之 7% 倍增至 14% (民國 106 年 13.56%，民國 107 年 14.25%)，只要 24.5 年，與日本相當 (1970 年 7%，1994 年 14%)；然由 14% 提高至 20% (民國 114 年 19.64%，民國 115 年 20.44%) 時間縮短為 8 年，則統計較日本約 12 年 (2004 年 10 月約 19.4%) 為短。

care program)，尤其長期照護社會保險方式，常被提及。然我國是否具備實施此項長期照護保險的條件，也常被質疑。如何消除疑慮，並提出適當發展策略，以使得長期照護保險的實施具充分可行性，將是值得關切的課題。

本研究旨在探討推動長期照護社會保險制度必須考量之財務可負擔性與，服務輸送體系是否完備與人力培育是否充分等三大面向問題。本研究擬就此三面向，分析已實施社會保險國家的經驗(尤其德國與日本制度)，並檢討我國現行各項照護方案發展情形，以評估我國是否具備實施條件，進而提出實施長期照護保險整備事項之建議。

## 第二節 研究問題、架構與方法

具體而言，本研究欲探討下列四項問題：

- 一、 採行長期照護社會保險之考量；
- 二、 長期照護社會保險國際經驗之探討(以德、日制度為主，分財務、服務輸送與人力培育三面向)；
- 三、 我國多元化社區照護發展現況之分析；
- 四、 我國長期照護社會保險實施條件之評估與建議。

長期照護保險制度之架構及其主要內涵，可以彙總列示於圖一。其中包括下列要項：保險對象，照護需要概念之定義與內涵，給付範圍、項目與水準；需求結構，財務負擔、需求偏好；照護管理標準與程序，照護計劃形成與實施確認，安全查核機制；供給結構，進入門檻與給付品質；價格形成與調整，支付補償機制等。其中每一項目皆會涉及財務體制以及照護人力之養成與供給。就制度設計考量而言，必須加上現行狀況以及未來變遷趨勢等時間面向，以及不同國家實施之環境條件與政策重點，力求客觀數據之掌握與主觀意願之認知。

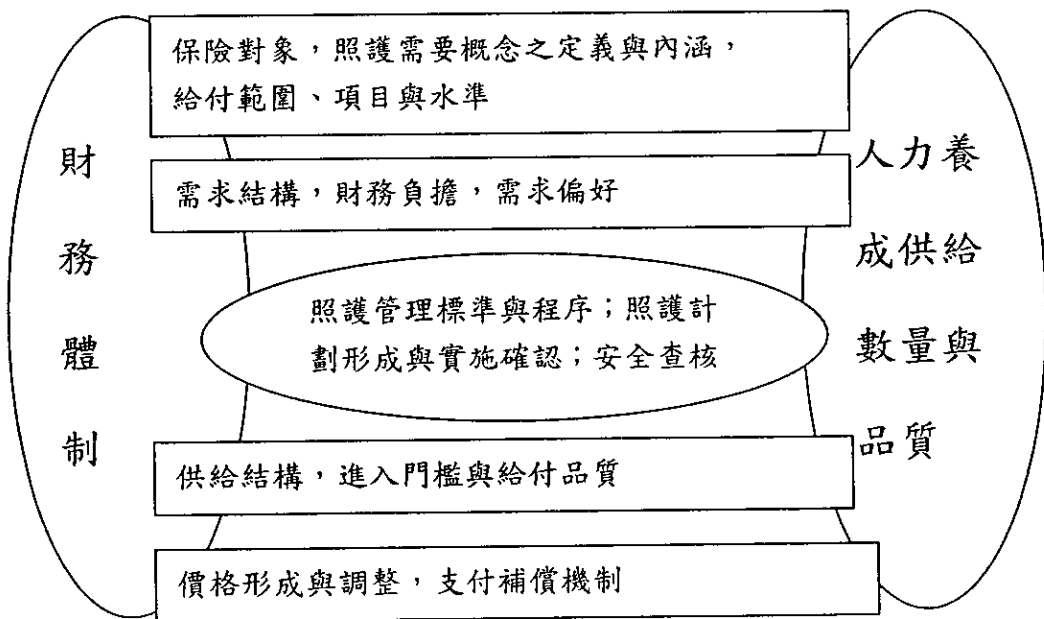


圖 1-2-1、長期照護保險制度之主要內涵要項

本研究將以文獻回顧方式，整理並分析德、日兩國長期照護保險之立法過程與實施經驗，以及我國中央各部會，地方政府與各社區推動之各項照護相關方案；並邀請學者、專家座談、以瞭解長期照護制度建構之重要考量議題；繼則進行實地訪問，以瞭解我國多元化社區照護服務發展現況；再以模擬分析方法，推動不同財務設計方案下，未來長期照護可能費用。最後則以政策架構，評估我國實施長期照護保險制度之要件及應充實之整備事項。

本研究期末報告共分七章，除第一章為緒論說明本研究之架構外，第二章探討長期照護保險之政策考量；第三章比較德、日長期照護保險立法過程、主要討論議題與實施成效；第四章針對我國長期照護需要評估、未來長照費用推估與現階段政府經費分析；第五章繼則探討我國長期照護供給面問題，包括服務輸送體系及機制與照護人力供需狀況；第六章根據上述各章分析，對我國實施長照保險之財務可負擔性與應充實的整備事項提出評估；最後，第七章為結論與建議。

## 第二章 採行長期照護保險之政策考量

### 第一節 照護需要性之概念

#### 壹、照護需要風險事故之內涵

所謂照護需要風險是指個人因生理的、精神的或心理的疾病或障礙，對於其尋常的、規律的日常生活起居造成影響，以致對於個人身體照料、飲食起居以及家務處理等，長期的需要藉助甚至依賴他人之輔助才能遂行<sup>1</sup>。此種個人維生基本活動，需要他人他力協助、遞補，方足以達成其過基本人性生活之狀態，謂之照護需要性。有此照護需要者，稱為照護需要者(林志鴻，2000b；Winters,1996)。所謂照護需要風險制度化滿足，是指透過民主法治原則及其立法之過程，凝聚整體社會之共識，說服不同立場之團體、專業與民眾，架構有效之財務與需要確認與保證之種種機制，落實於具有實質社會權意涵之長期照護保障制度法律與適時有效之給付遞送體系之建構，形成照護需要之制度化保障體系，協助國民對抗照護需要風險事故而言。這需要整體社會相關之資源與人力之投入，也必須有效盡力貫徹實踐，制度才能永續健全發展，並肆應社會經濟結構變遷與挑戰。即不但給付要合乎公平正義，要有品質與效率，民眾負擔要合理，專業要能生存與發展，制度財務要穩健，也須獲得民眾之認同與信賴，這些都不是容易達成之目標，必須多方盡力配合。制度式照護滿足的方案可有多種可能選擇，普及式社會保險體制或完全國家責任體制皆為可能之選擇(林志鴻，2004)。

#### 貳、長期照護風險事故之特性

長期照護風險事故與急性醫療保障與意外傷害事故在風險性質上有下列不同之處(林志鴻，2000b)：

- 一、照護需要性不是疾病，而是因生活自理功能喪失，長期需透過第三者協助遞補，始得以維持其尋常規律人性生活之繼續。所以照護事故不是指疾病本身及其所需治療與費用(這是健康保險或職業災害保險保障之課題)，而係指功能缺損(包括日常維生活動以及辨識溝通認知能力)。

---

<sup>1</sup> 德國長期照護保險定義之長期，為需六個月以上之照護服務者。在此期限以下需要照護服務者，就不是長期照護保險法所保障之對象。但是我們不可因此逕自認為德國社會安全制度不對這類國民提供保障。對於六個以下有需要照護服務或家務協助，則由健康保險支應。德國健康保險提供四個星期之居家護理，對於患有重症須療養而無法料理家務，家裡有未成年子女或身心障礙者，且家裡無有其他人手替補提供照料者，健康保險皆提供此類給付(§37 SGB V)。另外於照護需要確認過程中，MDK 護理師或醫師認為照護需要者或申請確認但未獲確認者，如有復健之需要，則由健康保險提供，如果與職災有關則由職災保險負支付責任。

## 二、低發生率，但期間可能持續至生命終結：

個人通常一生只面臨一次照護事故，但可能持續到生命終結。相對而言，疾病則是人們生活中經常可能面臨的事故，且重複發生。幾乎每個人在任何時候都可能生病並且需要醫療治療；相較之下，有一定比例的人可能終生不會發生照護需要性。

## 三、個案平均費用高昂：

從費用總額的角度而言，照護保障體系的總支出遠比健康保障體系的總支出要少得多，如荷蘭約為六比一，德國為九比一左右。但是就個別案例的平均費用而言，則照護費用要比醫療費用高出許多。

## 四、照護需要性與年齡相關

與罹病比較起來，照護需要性與年齡的相關程度較高，年齡愈老，照護需要性愈高。

## 五、常不具恢復性，醫療處置僅具有限作用：

健康促進或預防行為對罹病風險比對照護風險有較高的影響。疾病常具暫時與可透過醫療處置行為作為恢復身心狀態，而照護需要性常具不可恢復性，或僅得維持或延緩惡化，也因此使得照護需要性與健康保險另一保障標的「復健」關連密切，而在德國長期照護保險制度設計上，「復健」則列為優先照護給付之重要原則。有益健康的行為有助於壽命的延長，但是人類壽命到一定年齡之後，醫療作為對人體機能老化本身之作用有限，因而提升照護需要性風險。

## 六、照護需要者常伴隨慢性病或其他疾病同時出現多重需要。

## 七、專業與實施領域不同。

依此觀之，醫療服務體系之居家護理，實屬於為因應各類疾病風險所提供的各種醫療性的處置。亦即在上述的居家服務定義上，即包括了二種不同的社會風險：罹病風險及照護風險。以此混淆的方式加以探討長期照護制度的建立時，將造成制度保障標的定義不明確、混亂，配合人口高齡化與家戶結構解組趨勢下，照護需要者數量也大幅增加，不但照護需要未能獲得妥善之照顧，甚且因制度混亂引起的社會不公與爭議日益擴大（林志鴻，2000b）。社政部門透過資產調查的形式，嚴格限制長期照護服務補助接受者人數的成長。然而長期照護的財務重擔又非一般家庭所能承受，因而在長期照護需要無法被滿足或支持的情況下，民眾

開始朝向不同的方向尋求支持。例如失能老人申請身心障礙鑑定，以獲得較優渥之補助給付；或者符合「需要檢測」的失能老人佔用急性病床，採用醫療照顧來滿足其需要。

由於照護需要事故一生可能只發生一次，但此後即可能與他相伴至終老，故其所需之照護需要服務為長期性質，對個人及家庭均帶來重大身心及財務壓力。在未實施照護需要制度化滿足的國家，提供照護需要服務為個人/家庭責任；一旦照護需要事故發生，即由個體或其家屬負擔照護服務之費用。此費用可能甚為龐大，個人或家庭往往無法負荷，或壓力極為沉重；如由家屬自行照護，除非自家有剩餘人力可供調用。即便如此，亦將發生家中照顧兒童與照護需要者（老人居多）之競用有限資源困境。而對於無法勻出人力之雙薪家庭則可能煎熬在就業與照護拉扯之中。故照護需要性之滿足常非只是關於照護需要是否獲得滿足而已，而也牽連到照護提供者，以及甚多無法估量之社會經濟成本。況且現行社會家庭結構多元化，獨居寡子之家戶數量越來越多，其滿足照護需要之支持能力尤為堪慮。但建立長期照護制度對個人與家庭而言，不在取代家庭之功能，而是補充或協助家庭之功能發揮。讓照護需要者主觀偏好以及客觀家庭能力決定願意在家接受照護者，能夠在家照護，而透過制度提供之其他給付能夠減輕家庭照護之負荷；但制度並不因而強制居家照護，主觀不願意或客觀不能者，也能選擇其他照護給付方式，滿足照護需要。

## 第二節 採行長期照護保險之考量

### 壹、長期照護保障之選擇模式

不同的價值理念，對長期照護保障體制模式取向有不同的看法。因此，一國社會政治團體間對於如何適當選擇體制模式取向彼此間難有一致共識，必須透過特別運作與整合，方能有所期待。有關長期照護體制取向模式，在理論層面，Schulte（1996）針對承擔長期照護財務風險可能提供的保障歸納為三個主要模式：（1）市場機能（market solution）：投保私人商業保險；（2）移轉模式（transfer model）：政府對老人提供長期照護補助，財源由一般稅收支應；（3）社會保險模式（social insurance model）由保險人支付長期照護的費用，被保險人繳納保費以獲得服務。除了以上三種財務融通模式外，尚有混合模式以及儲蓄帳戶（saving accounts）的融通方式<sup>2</sup>。這些模式取向與個人自由主義理念、社會市場經濟理念、

<sup>2</sup>強制儲蓄為以個人或家庭為長期照護風險單位的一種財務方式，指由個人每月的薪資中，提撥固定比例到個人專屬的儲蓄帳戶，作為支應個人或其家人在面臨長期照護風險事故時之支出，為個體完全責任，本文將不予討論。

集體主義理念形成某種程度之相互關聯。以下說明意識型態與體制模式取向及其費用負擔間之關係：(參見表 2-2-1)

### 一、個人自由主義理念 (The Libertarian Position)

自由主義理念學者，一般認為資源分配的原則應依據個人的努力及能力，且個人有充分自由選擇的權利，即對其所擁有的資源有充分的支配權利，同時對於其處境與際遇及其改善或克服，亦應負有絕對責任。任何外在之干預，特別是公共集體手段常無法深入理解且適當代其作決策，只會徒增困擾或養成依賴，無助於問題之實際解決。自由主義理念贊成某種程度的資源重分配(例如社會救助)，但其動機乃基於慈善、同情心，以及認為所得分配過於惡化會造成社會不安定。對於社會福利政策，認為政府干預愈少愈好，避免危害個人自由權與財產權。此種理念下，有關長期照護體制模式取向之選擇，往往強調市場邏輯，希望將繳費負擔與給付間緊密結合。換言之，私人保險，或以稅費優惠獎勵購買私人保險，成為長期照護制度規劃之首要選擇。費用負擔將以個體與保險公司議定之保險費為主，一般稅收為輔；政府僅限於提供服務給最基本的需要者，即僅以低收入戶為主要考量。此制度以個體責任為主，公部門之財務負擔為輔。理論上，透過公部門社會救助補助者應僅極少數，政府財務責任應當極輕。但揆諸實際發展情況則不然，政府社會救助部門所負擔之責任越來越大，此不獨見於強調制度性保障之歐洲國家(例如德國)，而強調市場責任之美國近年來亦快速擴張。

### 二、社會市場經濟理念 (Social Market Economy Position)

社會市場經濟認同市場經濟的運作，但亦要求資源分配的公平。基本上，此種觀念為資本主義經濟學者與社會主義學者思潮的混合。認為每個人都應擁有維持基本生活的資源(包括年金、健康、教育與照護)，而政府有責任滿足這些基本需要。社會市場經濟理念在生產面強調競爭效率，在分配面則著重公平，通常以租稅政策作為達成所得重分配之主要工具。在此種理念下，長期照護保障的對象由以往組合主義，改採全面性普及式考量，強調全民參加。費用負擔不要求繳費與給付間有緊密的連結，而強調量能原則之貫徹。就制度而言，傾向以社會保險的形式作為體制模式取向之選擇。但社會保險中，政府仍扮演重要的制度運作監督及財務輔助角色，針對弱勢者補助其保費或直接以稅收來提供服務。換言之，被保險人、政府、甚至雇主皆共同參與並分擔財務責任。而費用支應來源則呈現由保險費與租稅混合的財源籌措型態。

### 三、集體主義理念 (The Collectivist Position)

集體主義理念強調對於基本生活必須的財貨應透過一般性租稅或政府本身直接提供。依循普遍性原則，每個人都有基本的消費權利，權利與義務間沒有明顯的對價關係，財源由一般性租稅融通。政府的角色超越財務補助的層次，進入直接提供財貨的層面。在此理念下，長期照護的提供是依據「需要性」，由政府普遍地提供給需要者；財源來自一般稅收，而非以指定用途稅（保費）籌措，福利的成分超過保險的性質。在此意涵下，固然政府之稅收終究來自國民所繳納之稅收，但在相關團體之費用負擔考量上，則可歸類為政府財政責任，或有些國家以政府財政責任為主，對企業收取附加稅為輔，形成政府與企業共擔情形。

表 2-2-1 不同長期照護體制之比較

體制模式	效率性	公平性	適足性	費用負擔		
				政府	民眾	雇主
私人保險	不符（市場失靈）	不符	嚴重不足	最輕	最重	中等
社會保險	較佳	較佳	較佳	中等	中等	中等
國家責任	較受質疑	最高	較佳	最重	最輕	輕

資料來源：本研究整理

## 貳、不同長期照護保障體制之比較分析

繼則就上述私人保險、社會保險與國家責任等三種長期照護體制模式的公平性、效率性與財源適足性等三項政策評估指標，予以分析並比較：（參見表 2-2-1）

### 一、私人保險模式

個人以私人保險（商業保險）的方式納保，政府不做任何干預的自由投保，或提供投保誘因。

#### （一）公平性

私人長期照護保險市場在納保人口統計的不確定性，逆選擇情況嚴重的資訊不對稱因素下，訂出高於「平均」費率的保險費率，使得較富裕的個人才得以取得長期照護資源，無法符合「同等需要程度即可獲得同等照護」的公平原則。

#### （二）效率性

私人長期照護保險的市場機制，與透過政府公辦或社會保險方式相比較，具有改善行政費用支出效率與避免官僚體系擴充的優點，但因市場失靈會造成社會資源配置之無效率。

### (三) 適足性

由於私人長期照護保險高保費的排擠效用，可能使得無法負擔保費的長期照護需要者被排除在外，造成私人長期照護保險發展的困境。

## 二、社會保險模式

以社會保險方式來籌措財源，強調社會連帶責任，將照護需要視為一種「社會風險」。由於社會保險具有「保險性」與「社會性」雙重性質(Lampert, 1998b)，而「社會性」是指基於社會適當性原則，透過社會政策的方法維護社會多數人的生活保障。

### (一) 公平性

社會保險為被保險人繳交保費，保險人支付長期照護費用，保險負擔與支付水準無直接關係，可促使所得分配平均化。

### (二) 效率性

社會保險政府以公權力介入，強制所有可能面臨長期照護風險者皆納入保險體系，使更多人在較長時間內分散長期照護的風險，將可以達到風險分攤的作用，促進資源配置的效率。然而，保險費的徵收如僅來自薪資所得，對薪資所得者的工作意願可能產生負面影響。

### (三) 適足性

由於社會保險具有強制性，長期照護費用之於費基計算與保費分擔可以有合理對應關係，因此保險費收入以及被保險人之長期照護資源皆較能充分獲得。

## 三、國家責任模式

政府以稅收支應長期照護服務，財務由政府負擔。政府對此財務的融通方式有提高稅賦徵收，減少其他公共支出，或者發行公債融通。

### (一) 公平性

國民以繳交稅收支付長期照護費用，稅收負擔與支付水準無直接關係，且

具有採用累進稅率空間，可促使所得分配平均化。

## （二）效率性

政府以公權力介入，提供全民保障體系，以很長的時間分攤長期照護的風險，將可以達到風險分散的作用，促進資源配置的效率。然而，對於稅收的徵收主要來自薪資與營利所得，對高收入者的工作意願可能產生負面影響。

## （三）適足性

由於國家責任，因此其給付水準之高低將視公共服務之效率與國家財政負擔之能力而定。一般而言，科層體制之效率常被質疑，且在選擇上較不具彈性。通常其提供的是基本給付。至於如瑞典等高水準給付國家，則相對必須以高稅率加以因應。

綜合上述分析，以長期照護財源的公平性而言，私人保險是最不易達成此目標的方式。而以社會保險及稅收支應方式，不論貧富皆可受到長期照護保障，具有所得重分配效果。而就效率性而言，以社會保險及稅收支應的方式，皆難避免產生行政費用增加與官僚體系擴張的情況；另外私人長期照護保險的市場失靈也會造成社會資源配置無效率。最後，就財源的適足性而言，私人長期照護保險在供給面以及需求面皆有諸多阻礙之下，相對於社會保險或稅收方式亦較難以提供適足的長期照護保障。

## 參、採行長期照護社會保險之制度設計面考量

如上所述，長期照護保障可有不同體制模式可供選擇，本章第一節的學理分析指出長期照護需要的社會風險屬性，即提供長期照護社會保險的學理依據。再從制度設計的政策考量分析，由於需要長期照護保險的對象已不再限於低所得者，一般家戶亦需納入保障，因而不應採行殘補式（資產調查）保障體制；繼則，如為取得專款專用的穩定財源，且透過繳費義務使受照護者取得服務可近性的法定權益，不必擔心政府預算限制的影響，則長期照護社會保險相對於稅收制應為較佳的選擇。此外，從社會、政治面考量，採行長期照護社會保險通常強調自助、互助、他助的精神，由勞、資、政共同分擔經費；且民眾對於加稅持抗拒心態，較能接受保險費；最後，如其他社會保障制度（年金、醫療、就業安全、職災）同樣採行社會保險模式，將有利於制度間之協調與整合。

### 第三章 德日長期照護保險立法過程與主要討論議題

#### 第一節 德日長照保險立法過程

##### 壹、德國長照保險立法過程

###### 一、倡議

1990年代，「新經濟」、「知識經濟」等「全球化」論題蔚為風潮，當時各國社會政策正籠罩在新右派思潮中，而德國在歐洲統合及東西德合併（1990）後，社會、經濟皆呈現動盪衝擊。然而德國國會於1994年在原有四大社會保險制度外，突破公務人員與民營受僱者分立建制的傳統，改以全民為保障對象，以「照護需要性」（Die Pflegebeduerftigkeit）之社會性風險為制度保障課題，通過長期照護保險法（Das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos Pflegebeduerftigkeit），誠為劃時代之作為（林志鴻，2000）。依右派政策邏輯推理，德國社會保障常被反社會保障制度論者視為「福利崩潰、破產」之著例，且當時德國整體社會、經濟結構正面臨前所未有之嚴酷挑戰，包括持續惡化之失業率，資本出走，國家財政面臨左支右肘窘境等全球化競爭之壓力。在此時空環境條件下，德國仍然秉持社會政策應依民眾「需要」（need）施政之理念，將原先附屬於各種社會保險、社會救助與其他救濟體系之照護措施，以一致性定義，合理客觀而公正的確認標準與程序，統一紛雜不同標準之體系與給付，建立獨立財務及管理運作的新社會保障制度，俾滿足照護風險需要。

德國長照保險照護給付分兩階段實施。照護保險法於1994年通過後，先依法定費率，收取薪資所得1%的保費，然後於1995年起先提供居家照護，再於1996年再擴及機構式照護。1996年費率則因給付之擴充，由薪資的1%提升為1.7%。雖然由於人口結構繼續老化，從1995年實施長照保險迄今，給付申領人數增加幾近一倍，然八年來費率仍維持1.7%，而保險安全準備金仍約為3.34個月給付支出（2002年）（林志鴻，2004）。同樣採取社會保險體制的日本亦於2000年正式開辦公共介護保險。

就政策形成而論，德國長期照護保險制度化之過程，並非一帆風順，毫無爭議就通過完成。當初乃因老人機構照護不足，家庭照護需要費用龐大，以致陷於貧困，需賴社會救助維生。這些照護問題被提出，逐漸形成社會公眾關切議題，再經過政策形成階段，直至實施，費時二十多年，共出現十七個立法版本，終獲

國會通過。在此漫長，艱辛過程中，德國經濟社會正陷於困境，其間出現許爭議的議題，由而引發公共討論，不但涉及體制走向，且影響具體制度內涵之設計。各層面之爭辯論述頗深入，甚值參考。在此不擬全面介紹，僅扼要敘述。

## 二、政策討論：照護制度形成階段與社會經濟發展

### (一) 照護制度形成階段

從 1973 至 1994 年間二十餘年間照護需要滿足制度化之過程，有將之分為五個階段者，以 Igl (1992) 為代表；亦有將之再增加兩個階段，分成七個階段之說法者，以 Meyer (1996) 為代表，扼要列述如下：

表 3-1-1：德國長期照護保險制度形成之階段與特點

階段	起始時間	主要特點	備註
第一階段	1973~1980	照護議題之社會性形成	
第二階段	1980~84	社會爭議歧異化擴大，各種解決提案紛紛出籠。各組織團體紛紛向國會提解決法案。	照護福利組織 (1983); 德國公共與私人救濟協會(1984)
第三階段	1985~86	聯邦政府對不同之法律草案進行彙整，並進行法案研擬。	少數邦政府以及綠黨國會黨團也彙整不同法律草案
第四階段	1987~1989	透過健康保險改革法 (GRG, 1989) 對照護議題作暫行處理	提供極重度給付
第五階段	1989~1992	制度爭議極端化，形成兩大提案版本：社會保險與私人保險體制，終至進行決定	執政聯盟內 CDU 與 FDP 不同調
第六階段	1992/07~1993 秋季	雇主分擔保費爭議，獲得解決方案	
第七階段	1993~1994	執政黨(CDU)與最大在野黨 SPD 取得法案共識，完成立法	

資料來源：本研究小組整理

### (二) 各階段之主要內涵

上述歷經二十餘年之爭議，七個主要發展階段，如依制度形成之典型五階段區分，即問題形成、政策形成、制度實施、制度衝擊與效果評估，可歸類於前三個階段（參見圖 3-1-1）。

## 1. 問題形成期

此階段包含第一與第二階段，由社會公眾開始認識、面對此項問題，繼而定義與思考，並且由專家、社會團體將議題呈現給公眾，最後列入政治決策議程之中。首先倡議者為一位司長 (Regierungsdirektor)，Galperin 於 1973 年 7 月於撰文呼籲改善社會救助制度有關機構收容老年照護需要者之給付服務，並依此提議實施社會養護保障 (soziale Heimsicherung)，由而引起公眾注意與討論。不過引起廣泛認識與討論則的是 1974 年德國老人扶助協會 (Kuratorium Deutsche Altershilfe) 之鑑定報告，認為健康保險應該給付機構式照護費用。在此同時德國城市會議決議降低社會救助制度對此類需要之補助。其後，由於照護費用暴漲，許多照護需要者因付不起費用淪為低收入戶之窘境，引起民眾更多討論。此時政府單位起初因預算困難而推託，並謀求替代方案；然經參與討論後慢慢改變態度，由排斥改為介入。

## 2. 政策爭辯模糊期

此階段始於政治團體，包括聯邦、地方政府，對此問題進行定義解讀，並且研擬方案對策，終於法案之通過。此階段 (包含第三至第六階段) 之重要作為為 1977 年由聯邦政府青年、家庭暨衛生部提出首份報告，分析老人長期照護的需要與保障。同年，聯邦勞動暨社會事務部組成中央與地方工作小組 (Bund-Länder-Arbeitsgruppe)，研究社區式與機構長期照護服務的架構與財務，並研擬解決方案。1989 年透過健康改革法 (GRG)，健康保險開始提供居家照護 (機動到宅服務)；家庭內照顧者得享有每年四週的休假 (Pflegeurlaub)，其間的照護費用由健康保險支付；1991 年起，極重度個案可獲得每月 400 馬克的津貼 (Pfleggeld)。

1990 年兩德統一，基督教民主黨 (CDU) 柯爾繼續執政<sup>1</sup>，宣示將於該(第十二次)立法任期內解決長期照護問題，經歷兩年多聯合執政內閣各黨派的討論協商後，1993 年 6 月 23 日內閣通過聯邦勞動暨社會事務部所擬的長期照護保險法草案，提交國會進入立法程序。1993 年 7 月 1 日正式在眾議院 (Bundestag) 開始一讀。期間的立法過程，一波三折，主要的癥結在於雇主負擔保險費的補償 (Kompensation) 方式。雖然內閣亦提出修正案，眾議院共提出 128 件修正案，且執政黨以多數決在 1993 年 10 月 23 日通過草案的二、三讀，不過參議院 (Bundesrat) 仍於 1993 年 11 月 5 日駁回該法案，並召集調查查委員會 (Vermittlungsausschuss)。前後來回經兩次審查，爭執點主要有九項，

---

<sup>1</sup> 此實質政黨基督教民主黨與基督教社會黨 (CSU) 和自由民主黨 (FDP) 組成執政聯盟。

將於下文中分析。

### 3. 制度形成與實施期

在民主法治國家，無論透過體制內或體制外之手段方式取得共識，或依司法機關之判決，終必須透過立法機關認可正當性與賦予合法性，經周延、平衡考量各種價值與利益之平衡，方得形成制度<sup>2</sup>。通常將通過之法案內容具體推動，除由主管機關承擔責任外，尚需該法案涉及之團體與相關人群，都能積極動員。有時需要非常長時間之適應與調整，因為將形成新的社會結構，也將帶來社會經濟、政治結構的變遷。在德國長期照護法立法過程中，此階段始自 1994 下半年。

### 4. 影響與衝擊期

法案內容具體推動後，對社會、經濟，以及相關人群團體將產生各種影響與衝擊。

### 5. 評估期

通常由公眾團體與政治團體對於制度及措施方案之內容與任務設定，以及產生之後果進行評估，以瞭解是否對於問題之解決有實際效益？將形成重新確認問題或修正方案之持續過程。(每兩年聯邦政府必須向國會提出長期照護保險執行報告)

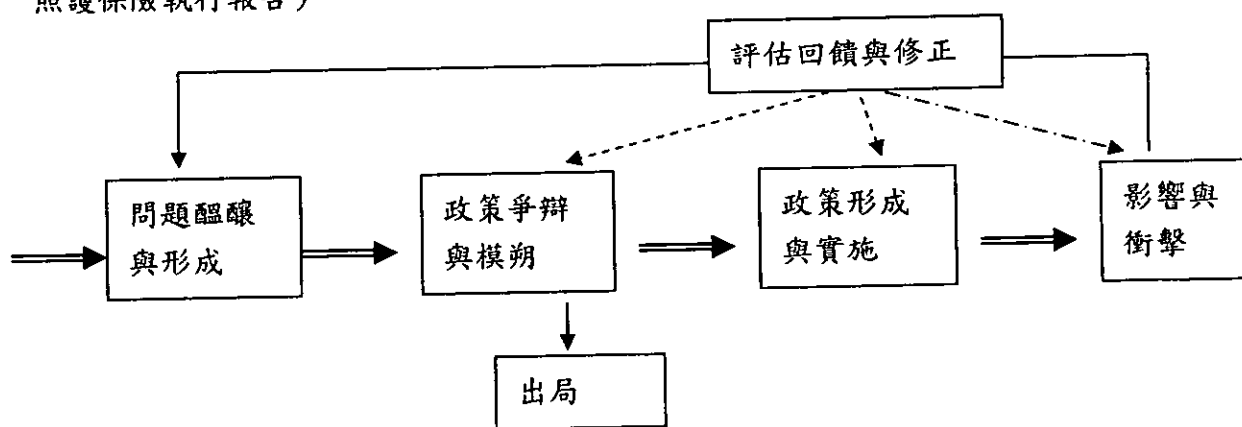


圖 3-1-1：制度形成之典型五階段

<sup>2</sup> 當然司法判決也是形成制度之一種管道，不過司法判決也很可能只是發揮促使制度形成或修正原規定之作用，依主權在民之原則，主要形成之管道應由代議機關或直接訴諸民意之公民複決。況且涉及社會經濟團體權利與義務互動關係以及利益糾葛平衡折衷之複雜體系，如社會保險制度，單要憑法官一人判決，形成複雜體系活動之規範，不但不可能也不應該。

### 三、照護制度形成：在社會經濟發展風雨飄搖中完成立法

如上所述，德國長期照護保險經過二十餘年期間，討論與爭辯制度走向與結構，最後終於1994年5月26日獲國會通過。如表3-1-2所示，這段期間正是德國政治、經濟、社會面臨重大轉變之時期，轉換點為1990年，重要事件包括東西德統一，歐盟統合深化與經濟全球化速度加速。主要變遷包括下列三方面：

#### (一) 人口結構繼續老化

總人口成長率由1970年之1%，降為負成長(1985)。東西德統一後，由於德東及移入人口，而能維持低水準但正的成長率；仍然21世紀人口總量將呈現縮減，而年輕人口數量也呈現相同趨勢。與此趨勢相反的是，65歲以上之人口佔總人口之比例持續增加，由1970年之13.81%增加到2001年之17.06%。1995年實施長期照護保險時之比例為15.56%。根據2003年發表之人口推計(參見附表7-1)，以2001年基期，至2050年時人口總數只有2001年時之91.1%。20歲以下人口於2050年時總數只有2001年之70.1%；而幼年人口佔總人口比例由20.9%降為16.1%。反之，65歲以上人口2050年時總數為2001年之158.1%；老年人口比為29.6%。

就德國家戶結構長期變動趨勢來看(參見附表7-2)，其家庭結構與類型也發生長期改變。單人家戶佔全國總戶數之比例由1871年的6.2%，增加為1991年的33.6%。單人家戶如果也不幸發生照護需要，則除非其積蓄豐厚，買足保險給付，否則將依賴社會其他人力與資源以為協助。兩人以上的家戶由1871年的93.8%，降為1991年的66.4%。在兩人以上的家戶類型中，無子女配偶家戶佔兩人以上家戶類型的比例則由1950年的22.5%，增至1991年的35.1%。三代同堂家戶佔兩人以上的家戶類型的比例，則由1961年的7.8%降為1991年的1.8%。至於配偶與一個子女的家戶佔兩人以上的家戶類型比例，則由1950年的68.1%，降低為1991年的57.0%。兩人以上家戶平均成員數則由1871年平均4.87人，降為1991年的2.91人。

#### (二) 實質經濟成長率降低與失業率提高(參見表3-1-2)

在此期間德國之實質經濟成長率除1990年維持5.7%，表現不錯外，其餘各年表現皆不理想，不過扣除物價上漲率之實質成長率仍維持正數。但就業方面則由1970年代之低失業、充分就業，進入1990年代以後之高失業率。雖然東西德統一當年曾造成短暫榮景，但隨及消逝。尤其2000

年以前，其失業率都低於歐盟平均水準；之後，其失業率反而高於歐盟平均水準，德東失業率猶比德西高出許多。即時經濟表現不佳及失業率高漲情況下，德國於 1994 年仍然立法建構社會長期照護保險。

### (三) 政府債務方面

由 1970 年代之低比例，演變為 1990 年代與 21 世紀之高負債（參見表 3-1-2）。1970 年代地方政府債務佔國債比例超過 50%；其後則聯邦政府債務所佔比例超越地方政府債務，其成長率驚人。地方政府債務在 1970 年代之增加率要比 1990 年代之增加率要高得多。照護需要風險滿足未制度化之前，原先由社會救助制度與其他社會平衡制度，依其規定各別提供照護費用（參見附表 7-4）。在此中，負擔費用最多的是聯邦社會救助法，佔總費用之 70%；其次為各邦依其權限而為之協助，佔 13%；再次則為健康保險，佔 11%。健保之介入為 1989 年，此處之費用係指居家護理之外，由健保負擔極重度照護給付之費用。從 1970 至 1990 年期間，社會救助體系支付照護需要者補助費用成長十倍，總數由 11 億增加為 110 億馬克。完成立法前幾年則分別為 127 億馬克（1991）、147 億馬克（1992）、165 億馬克（1993）（Meyer, 1996：79），佔去社會救助費用總額之 3/10 至 2/5，使得社會救助制度性質面臨改變。

這些體系於 1995-96 年後之新案例，幾乎全數轉由長期照護保險承擔。只有少數原先長照保險未實施時，因負擔不起照護費用淪為低收入者，由於其資產已用盡，故仍由社會救助制度承擔。但其數量正明顯減少中<sup>3</sup>（參見附表 7-4），1994 共計約有 45 餘萬照護需要者接受社會救助制度協助，1998 只剩下 22 萬餘人。必須注意的是，照護需要者隨著人口結構老化，其數量正逐年增加中，然社會救助照護需要者之協助人數卻反而減少，雖然必須扣除死亡人數。顯然長期照護保險制度之推動，發揮預防照護需要者淪為低收入戶之功能<sup>4</sup>。如上所述，1995 年左右長照立法時，德國國債突破 GDP 50%。聯邦政府財政壓力加大，然聯邦政府還是建立

<sup>3</sup> 由於護士荒，照護費用自然高障漲，貴得嚇人，一項估計指出，1989 年左右護理之家包括住院費用每月約在 3000 至 4000 馬克之間。當時投保滿 40 年之年金保險每月給付才不過 1535 馬克，而當年平均年金給付額也不過 890 元馬克（勞工年金保險）與 1276 元馬克（職員年金保險）（Alber, 1990：344）。如果年金受領人不幸有照護需要，不出幾個月，一定坐吃山空；如果無家屬或無法由家屬照護，勢必進駐機構，則每月年金僅足 1/4 住院費用，只有淪為貧戶的份。

<sup>4</sup> 據估計長照保險法之實施每年減輕社會救助制度有關照護補助經費約 50-60 億歐元，其中居家照護者較少需要社會救助協助，多半都是機構式照護需要者（BMGS 2002：414）

風險保障制度，以協助民眾對抗照護需要性風險。

#### 四、制度結構與主要內涵

雇主共擔保險費用的問題，經過協調妥協，眾議院同意更改部份內容，參議院終於在 1994 年 4 月 29 日通過法案，送交總統於 1994 年 5 月 26 日公告。德國長期照護保險法 (Gesetz zur sozialen Absicherung des risikos der Pflegebedürftigkeit – Pflege-Versicherungsgesetz- PflegeVG)，係包裹立法，第一部分為第十一部社會法典「社會長期照護保險法」(Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung)，第二部分至第六部分係其他法律的修正案，第七部份規範實施時程。社會長期照護保險法共有十一章，一百一十二條。其十一章分別是：通則、保險給付受益對象、保險對象、保險給付、保險組織、保險財務、保險人與照護服務提供者、照護費用支付、資料保護與統計、私人長期照護保險、罰則 (BMGS 2002)。

與健康保險法相較，長期照護保險法架構具有多項特色。德國長期照護保險體制固然就名稱而言，仍然保有社會保險字樣，就制度結構觀之也具有俾斯麥社會保險體制上之延續性，如社會保險原則，等待期間、納保資格、在國家監督下實施自治管理原則，以及多元保險人組織體制。財務處理為隨收隨付方式，但持續強調 1980 年代以來社會保險之費率穩定原則，即以量入為出，取代以往量出為入原則。不過與原有社會保險各體系之結構相比較，可看出此項新制度主要內容設計機制與要求特點與傳統體制有許多不同之處：

- (一) 明確定義照護需要風險之制度意義，為防範類似荷蘭將急性醫療與長期照護給付合併制實施，由於區別不易，產生道德危險控管不易，費率高漲之弊端，決議將其與健康保險之制度、風險事故與給付項目明確區分，並獨立建立財務與保險管理體系。
- (二) 建立客觀、獨立確認機制與程序，照護計畫形成與實施查核機制。
- (三) 保障對象由以往以民營受雇者或不具公務員身份之公共機關受雇者為主體，家屬為眷屬免費加保方式，擴大為全民保險，眷屬仍然維持免費加保。其方式為將以往強制性保障、志願保障 (包括社會救助受領者)、私人健康保險 (包括大部分自雇者與官員) 等參加者皆納為保障對象。揚棄以往以職域保障為主的缺失，朝向以社會保險體制原則為基礎架構，而以普及

性全民納保之方向邁進。

- (四) 實施長期照護管理制度 (care management)，以健康保險醫事鑑定服務處 (MDK) 為主體，一方面認定照護需要者照護等級，協助照護需要者完成照護計畫，並確認日後計畫之實施。2000 年起該處受國家主管機關委託，對照護提供者實施定期與不定期安全與品質查核。被保險人不像以往健康保險被保險人得以自由到契約醫療院所就診。
- (五) 費率揚棄健保由保險人自訂的作法，改由國會統一訂定。保費由勞雇共擔，雇主獲得刪除一個休假日補償，但各邦實施狀況則交由各邦議會決定。費率改由國會統一決定，適用健保保險薪資上限，並適用費率穩定原則，依量入為出方式實施。
- (六) 修正以往提供綜合性保障，只提供基本保障部分。
- (七) 對價格實施干預，採依照護等級，論人，依需求者偏好之給付提供方式，按月計算。
- (八) 貫徹多元管理競爭體制的建立。主要的機制除架構在健康保險多元保險人，被保險人選擇權，保險人強制締約權等競爭機制外，長期照護保險提供更多給付方式，以滿足照護需要者客觀支持能力以及主觀需要偏好之多元選擇。即供給面方面，含蓋非專業 (家屬、社區)、個體專業者與機構提供各項服務；而在需求方面，則允許實物給付、現金給付以及混和方式。至於提供方式則包含居家、社區、喘息與機構照護；皆依照護需要者之需要、偏好與能力加以適當的規劃安排。所謂的社區化、在地老化、尊嚴、選擇權等皆應綜合考量 (Rothgang, 1996)。
- (九) 在上述制度架構與機制下，原先處於弱勢地位的照護需要者在客觀、公正程序保障下，一方面享有給付請求權 (社會權)，一方面也透過擴大風險分攤團體作為後盾，在資訊透明化機制下，形成名符其實的充能效果 (empowerment)<sup>5</sup>，變成真正具有實質購買力的需求者；而供給者也在符合安全與品質要求下以契約方式加入給付提供者行列。由於實質購買力之

---

<sup>5</sup> 就此意義而言，充能具有賦予權利(right)、實質購買力(money)以及透明資訊能力(informed)等三種意涵在內之概念。

存在，以及制度財務之保證，使得經營者固然必須冒需求者不滿品質而離去之風險，但是其合理利潤與永續經營應得以維持。此項需求者不滿品質因而申訴、抗爭與退出之風險乃競爭體制應有之現象。

表 3-1-2：德國主要社會經濟指標與健保、長照費用照護需要變動統計概覽：1970-2002

單位：人，%，歐元

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
總人口(人)	78069482	78464873	78397483	77660533	79753227	81817499	82012162	82057379	82037011	82163475	82259540	82440309	82536680
成長率(%)	1.0	-0.4	0.3	-0.2	1.9	0.3	0.3	0.2	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2
65歲以上人口比率(%)	13.81	14.97	15.52	14.66	14.94	15.56	15.68	15.80	15.93	16.25	16.65	17.06	
實質GDP成長率(%)		-1.0	1.4	2.2	5.7	1.8	0.9	1.3	1.7	2.1	3.1	0.9	0.5
GDP(億歐元)	3520	5360	7666	9553	12,749	18,013	18,337	18,716	19,294	19,786	20,300	20,740	21,073
平均每人GDP(歐元)	5803	8667	12457	15667	20155	22058	22390	22810	23520	24104	24699	25188	25549
失業率(%)	0.5	3.3	2.7	7.2	4.8	8.0	8.7	9.7	9.1	8.4	7.8	7.8	8.7
歐盟平均(%)	2.1	3.7	5.5	9.4	7.3	10.1	10.2	10.0	9.4	8.7	7.8	7.3	7.6
健保總費用(億歐元)	128.74	311.84	459.31	583.42	724.27	1240.1	1279.2	1252.9	1274.7	1309.2	1338.2	1388.1	1436.3
成長率(%)	58.6	142.2	47.3	27.0	24.1	47.23	2.9	-2.1	2.1	2.2	2.0	3.8	3.5
長照保險費用(億歐元)	--	--	--	--	--	55.3	108.6	151.3	158.9	163.5	166.8	168.7	173.2
佔GDP比率(%)	--	--	--	--	--	0.31	0.59	0.81	0.82	0.83	0.82	0.81	0.80

表 3-1-2：德國主要社會經濟指標與健保、長照費用照護需要變動統計概覽：1970-2002 (續)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
增加率(%)	--	--	--	--	--	--	96.38	39.32	5.02	2.89	2.02	1.14	2.67
照護需要者	--	--	--	--	--	1 061 418	1 546 746	1 660 710	1 738 118	1 826 362	1 822 104	1 839 602	1 888 969
增加率(%)	--	--	--	--	--	--	45.72	7.37	4.66	5.08	-0.23	0.96	2.68
政府債務總額	1231	2527	4628	7565	10488	10093	10693	11191	11534	11831	11982	12039	12532
佔國內生產毛額比率(%)	18.2	24.6	31.4	41.5	43.2	56.0	58.3	59.8	59.8	59.8	59.0	58.1	59.4
地方政府債務	673	1337	2227	3499	4409	3411	3653	3853	3996	4066	4162	4404	4674
增加率(%)	8.3	24.4	12.5	5.4	5.2	7.9	7.1	5.5	3.7	1.8	2.4	5.8	6.1

資料來源：

人口：[http://www.destatis.de/download/d/bevoe/bev\\_b1\\_02\\_03.xls](http://www.destatis.de/download/d/bevoe/bev_b1_02_03.xls) (2004/8/8)

失業率、歐盟平均：[http://www.bmgs.bund.de/download/statistik/stat2004/stb2\\_1.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistik/stat2004/stb2_1.xls) (2004/8/19)

實質 GDP 成長率：[http://www.bmgs.bund.de/download/statistik/stat2004/stb9\\_14.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistik/stat2004/stb9_14.xls) (2004/8/19)

健保總費用：BMGS 2003：194 (至 1990 統計，德西部分)；1991 年起為德東與德西合計。1990 總費用假定為 842.28 (724.28 德西+100 德東)

長照保險總支出費用：<http://www.bmgsundheit.de/themen/pflege/finanz/4.htm>(2003/05/27)

照護需要者：[http://www.bmgs.bund.de/downloads/04\\_-\\_leistungsempfaenger\\_nach\\_pflegestufen.xls](http://www.bmgs.bund.de/downloads/04_-_leistungsempfaenger_nach_pflegestufen.xls) (2003-11-04)

政府債務、地方政府債務(1991 年後單位為歐元)、佔國內生產毛額%、增加率：[http://www.bmgs.bund.de/download/statistik/stat2004/stb1\\_27.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistik/stat2004/stb1_27.xls) (2004/8/19)

## 貳、日本介護保險立法過程

### 一、倡議

公共介護保險的構想由「社會保障制度審議會（總理大臣的諮詢機關）」於1994年初次提議，同年12月「高齡者介護自立支援系統研究會」提議以社會保險方式導入新的照護制度。1995年7月厚生大臣的諮詢機關「老人保健福利制度審議會」於「確立新照護制度」期中報告時提議具體檢討以社會保險方式為主軸的公共介護保險；其後日本醫師協會、日本護理協會、自治勞等照護服務現場相關團體均表贊同。<sup>6</sup>

日本的長期照護費用長年依存於醫療保險之中，導致國民醫療費的增加隨著高齡化的進展而愈來愈升高。照護所需的費用1994年已相當可觀，今後為因應需照護老人的增加而擴充整備照護服務的需求量下，照護費用規模更大。為確保將來照護經費充足，以便適當提供服務、安定老人及其家屬的生活，長期照護必須與醫療分離，並且活用市場原理，以提高長期照護市場資源分配的效率。

根據日本老人保健福利審議會告全國同胞書（1994）中所述，「我國（日本）逐漸邁入少子高齡社會，而且進展快速。高齡社會中所有老人皆不免因老化而伴隨生活上的種種不方便，因此對老後生活感到不安。老化現象誰都無法逃避，惟隨時代的轉變，愈來愈多的老年人陷於孤獨、與年輕人隔閡、年輕時代以來對家庭及社會的貢獻不受到重視，以至於缺乏幸福感，我們國家（日本）絕不容許有這樣情形發生。我國（日本）追求的是有人性尊嚴的社會，如今更以實現老人的尊嚴和幸福為重要目標。

吾人皆由父母生養而成人，如果體念父母的辛勞，就該在父母年老之時，照護父母讓老人家頤養天年。然而現實生活中當老人需要照護時，雖有家庭愛卻心有餘而力不足，尤其在長期照護老人之後，家人身心疲憊、經濟負擔沉重，甚至可能釀成家庭破碎，家人離職失業等悲劇。所以說，以家庭愛為根基，配合社會連帶責任而支援老人照護的社會與時代已經來臨。本審議會為創造具有活力、希望的高齡社會新時代，呼籲老人照護制度應以老人本身的自立自助為原則，全體國民的社會連帶為機制，拋開個人利益，成全痛苦分擔的社會大眾利益」。

---

<sup>6</sup> 岡本佑三（2000）『介護保險の教室』PHP新書 pp.67-68

基於上述宣告，老人保健福利審議會自 1995 年 2 月以來歷經 30 次審慎周詳的檢討而完成審議後的草案報告。

「1995 年 7 月第一次期中報告時，本審議會明確宣示以『社會保險方式』為方向，創設新的老人照護制度。其後為直接反映審議會的意見，多次舉辦地方公聽會，甚至於與先行導入長期照護保險的德國政府政策負責人交換意見，廣泛吸取國內外各種聲音及經驗。1996 年 1 月第二次期中報告時，本審議會公佈照護服務的具體內容、水準、利用手續以及如何整備人力物力的基礎建設等，針對社會保險方式的老人照護制度具體結構，以便網羅更多不同的意見。

..... (略) ....介護保險制度端賴全體國民的理解與年輕世代的支持方足以成立。現實中要創設新的老人照護制度，勢必衝擊既存的醫療保險、老人福利制度等社會保障的內容，國內社會經濟結構等，因此意見難免分歧。..... (略) .....為喚起全體國民對該制度的充分瞭解及關心，本審議會歸納審議會中曾經討論的各種議題及問題點，在廣徵全民意見之餘，期待建立足以反映國情需要，展望未來整體社會保障制度的判斷依據」。<sup>7</sup>

## 二、創設介護保險制度的基本構思

在以行政處分為手段的老人照護現行制度下，不但不能提供失智失能老人普及性、綜合性的適當服務，而醫療資源重複浪費，國家財政失衡更是未來一大隱憂。介護保險制度所擬定的基本方向，表面上首在尊重老人自己的意願選擇，成全老人生活在有尊嚴、高品質、能自力的社區環境之同時，其背後掩飾不了政府企圖另闢財源，冀以吸收老人醫療過度支出而引發健保財務危機的難言之隱。為達成此直接間接目的，1995 年開始積極策劃在最短的期間內建置足以提供綜合性、適當化、多元化社會性支援的長期照護制度，此即是「介護保險」構思的由來。

### (一) 綜合性調整醫療照護制度的必要性

1. 人類生老病死的生命過程中免不了面臨保健、預防、醫療、護理、復健、照護等需要。在日本，這些需要仰賴醫療保險制度、老人保健制度、社會福利制度、年金制度而支應。多數國家建立社會保障制度之初，莫不以救貧、

---

<sup>7</sup>厚生省高齢者介護対策本部事務局監修(1996)『高齢者介護保險制度の創設について：国民の議論を深めるために』ぎょうせい pp20-21

勞動者保障等緊急度較高的需要優先立法而保護，日本亦不例外。日本的社會保障體系首先建立醫療保險制度，其次是年金制度，此乃人類獨到的互惠共生思想與智慧。

2.但由於高齡社會的急速來臨，過去的醫療保險制度、老人保健制度、社會福利制度等顯然不足以支應現代社會問題的需要，例如醫院中需長期照護的老人雖可以出院卻因家中無人照護而長期佔床居住，各醫療保險體系提撥保險金而支援的老人保健制度因老人醫療費不斷增高而導致部分保險人瀕臨解散。此外，擴充各種居家照護服務與照護機構的「新黃金計畫」目標雖陸續進行，但是從中長期的眼光來看，以稅收預算支應老人的照護服務措施，未來財政負擔將不堪負荷。

3.日本老人最大的不安在於擔心老後乏人照護，針對此課題，過去的醫療、福利制度等構思及營運方式必須做下列各種調整：

- (1) 老人照護支援制度由「行政處分」方式轉換為「社會保險」方式。
- (2) 選擇居家照護與機構照護、公共服務與民間私人服務時，取決於老人自己的意願，並有權做最適當的組合調配。
- (3) 站在支援老人生活自立，建立多樣化生活內容的觀點，根據老人需照護狀態的實際需要，提供適當而有效的照護服務。
- (4) 解決為實現上述需要而導致醫療保險、老人保健以及社會福利制度間逐漸形成的矛盾。
- (5) 順應社會經濟的變遷，綜合調整國民對財政稅收、醫療、年金保險費等負擔，重建國家經濟平衡、財政安定的社會保障制度。

## (二) 原有制度的問題

有關老人照護服務，過去分別由福利制度與醫療制度等不同的制度體系而提供，此狀況不但使得利用者無法選擇合乎自己需要的服務，且有損社會保障整體的效率性。

1. 原有體制下，利用者本人（老人）及其家屬不知道該挑選怎樣的服務。
  - (1) 需照護老人分別由醫療保險體系（老人保健制度）與老人福利制度提供照護服務，二者的利用者負擔及利用手續產生不合理的落差，利用者選擇困難。
  - (2) 以公費（稅收）為財源的行政處分福利措施過去曾發揮保障老人照護的

重要功能，但利用者必須接受資產（及所得）調查而唯恐被貼標籤；行政處分制度下，利用者無權選擇服務內容及受照護的地點，有時必須遠離住慣的家鄉及家人。

- (3) 醫療機構潛藏長久佔床卻只接受照護服務的老人，不但浪費醫療資源，剝奪需要急性治療者的住院機會，對老人整體生活面而言，空間狹小的病房亦非理想的生活環境。

## 2. 老人可利用的照護服務量及照護品質不夠充分。

現階段各地方能夠提供的照護服務量整備不足，老人利用服務時大受限制。機構常因床位不足，等候入居的待機者大排長龍，大部分老人不得不仰賴家屬照護。照護品質方面，因應各種老人需求而提供適當服務的提供體制建制未臻完善，過與不及等地方性差異明顯。

## 3. 老人照護制度缺乏統一性規劃，社會保障整體效率減弱。

- (1) 照護服務由上而下制式化提供體制下，不同的制度重複給付，相互間缺乏整合，未能就老人實際需要提供綜合性、效率性的服務。
- (2) 福利制度體系所提供的服務只能做到基礎劃一，照護服務事業無法發揮市場機制下因競爭而提升品質，因競爭而價格合理等功效。
- (3) 照護服務需要過去以來一直存在有因「社會性入院」而依附醫療保險制度的淵源及陰影，此陰影不除，不但不能確實提供個別需照護者適當的服務，並且危害醫療費的有效使用。
- (4) 拜年金充實之賜，老人經濟能力相對提高，然多數老人因對未來照護問題感到不安，反而將年金收入轉為儲蓄，年金的意義無法真實反映於提高老人生活水準用途上。

基於上述背景，因此重新檢討原有制度的缺失，建構以利用者為本位的新老人照護制度，以期突破家庭照護功能的極限，解決老人醫療與老人福利制度分立下難以避免的種種問題。

## 四、制度結構與特色

### (一) 以市區町村為保險人而營運

過去，失智、失能等需照護老人的照護服務，分別由老人保健、老人福利二種制度因應，2000年4月介護保險實施制度後，營運主體由市區町村擔任，訪視照護服務(home help service)、日間照護(day service)、短期收容生活照護(short

stay) 等「在宅福利三大支柱」,以及機構照護福利等權限業務均移轉給介護保險(參閱附表 8-1),市區町村本身即是保險人。原則上,各保險人掌管轄區內居民(被保險人)的介護保險事務,所在地的市區町村就是自己的保險人。惟被保險人入居老人特別養護之家時,老人住址雖遷到該機構所在地的市區町村,但保險人仍是遷址前所在地的市區町村。因老人特別養護之家所在地如果過度集中於某一個市區町村,該地區的保險給付便會增加,當地老人的保險費亦相對提高而造成負擔不公平現象。

有關介護保險制度所支付的各種保險給付,其整體費用的 50%由被保險人的保險費負擔,剩餘的 50%由公費(租稅)支應。公費當中,中央負擔 25%、都到府縣和市區町村各分擔 12.5%。又,中央負擔的 25%其中 20%是中央政府的定率負擔,5%是交付給市區町村的統籌分配款,作為調整各市區町村間第 1 號被保險人中後期老人(75 歲以上者)比率分布與所得水準落差之用。

惟身為保險人的市區町村,介護保險的收入和支出必須設立特別會計而與一般的歲入歲出分開(所謂專款專用)。國民年金、國民健康保險等社會保險的保險費,中央與地方都以特別會計方式管理。

## (二) 以老人照護為主,身心障礙者照護不列入給付範圍

1. 介護保險提供照護服務時,以隨年齡增長而日常生活無法自理且需照護的老人為對象。是否為需要照護狀態必須經過客觀而專門認定(全國共同的基準)。
2. 失智症老人被視為需照護老人,是介護保險的給付對象。
3. 為預防虛弱老人成為臥床老人以及協助其自立,介護保險提供其必要的服務。
4. 年輕障礙者的照護服務由障礙者福利政策支應。該政策根據 1995 年「殘障者計畫」,具體充實其所需的照護力整備。然對於現行障礙者福利政策對象以外的「初老期痴呆」患者,則由介護保險提供給付,以免成為服務輸送的死角。

## (三) 財務收支掌控管理機制

1. 以需照護認定控制服務利用者的道德危險及提供者的浮濫給付

### (1) 需照護認定手續

需照護認定前提下,先由當地市區町村的調查員(事務職員)或照護管理師(care manager)訪視被保險人,以全國共通的標準化調查表詳細記錄受認定對象身心狀態,如(a)有無視力、聽力、麻痺、萎縮、褥瘡等機能障礙,(b)有無翻身、起床、坐立保持等基本動作能力,(c)有無洗澡、進食、洗臉、梳頭等

日常生活動作能力 (ADLs)，(d) 有無清掃整理房間、服藥、金錢管理、意識溝通、對照護者的指示有所反應等認知力、理解力以及有無徘徊等異常行為 (以上合計 73 項)，外加 (e) 特殊性醫療 (此部分共 12 項) 等總計 85 項調查內容，以便區分需照護程度。若有負傷或疾病，則檢附主治醫師或家庭醫師的意見書和此調查結果，送介護認定審查會審查。2003 年度起，需照護認定項目更新為 79 項 (參見附表 8-2、附表 8-3)。

## (2) 需照護認定程度分級

「介護保險認定審查會」由市區町村長任命保健、醫療、福利各領域的專家、經驗之士組成 5-6 人的合議制審查小組。審查小組成員包括公共衛生護士、醫師、護士、社會福利士 (social worker)、照護福利士 (care worker)、物理治療師 (PT)、職能治療師 (OT) 等不同職種。

介護保險認定審查會根據訪問調查表記載的結果，以電腦進行整理分級，此稱為「第一次認定」。認定審查會將第一次認定結果再參酌主治醫師或家庭醫師的意見書<sup>8</sup>進行「第二次認定」。第二次認定由各種「老人狀態模型」中核對找出最相近的一種後，判斷為「自立 (不需要照護支援)」或「需照護程度」1-5 級，並且將結果通知市區町村處理。40-64 歲的第 2 號被保險人則判斷其需照護的原因是否因特殊疾病所引起)。市區町村最後做出受認定者的「需照護程度」裁定 (參閱附圖 8-1)。

原則上，30 天內須完成認定作業且通知受認定的對方，該項認定級數 6 個月內有效，之後得重新認定並更新。認定有效期間內若有對認定結果不服者，可向都道府縣的介護保險審查會申訴而重新認定。

## (3) 需照護程度分級的認定基準及方法

需照護認定目的在於客觀而正確地判斷虛弱、失能或失智老人一天當中需要多少照護服務，為找到客觀統計判斷的「基準」，於是由全國老人特別養護之家、老人福利機構等入居者中抽樣 3,400 人為對象，調查其平均一天中需使用多少時間的照護服務 (以每分鐘的單位指數)。

需照護程度的第一次認定，將受訪老人的調查結果逐項輸入電腦，以每分鐘的單位指數為基礎，推算出該受認定對象一天中每一種照護服務分類項目 (共分

---

<sup>8</sup> 主治醫師開具意見書由公費負擔，可由照護管理師代為申請或直接向市區町村窗口申請。

五類)需要花多少照護時間。換句話說,電腦計算的時間與需照護認定的基準時間都是機械性的客觀判斷(請參閱附表 8-4)。惟需照護認定的基準時間乃是以入居機構內的老人為根據而計算,因此對於居家老人而言,實際上所花的照護時間與心理上所感受的照護時間絕不止於此。

## 2. 由照護管理師管制及規劃利用者的保險給付額度,超出額度部分全額自付

被保險人完成認定手續而欲申請給付時,需透過照護管理師擬定照護計畫後方始按計畫給付。照護計畫雖經由保健、醫療、福利等領域專家的協議而製成,但尊重受照護者本人及其家屬的意向,利用者的意見列為優先考慮。

## 3. 滯納保險費者變更保險給付

保險費長期滯納者服務利用費變更如下:

### (1) 實物給付先全額自付,事後退還(保險証上明白記載)

保險費滯納期達一年以上者,暫時取消 10%自付額規定,實物給付部分先全額自付照護報酬費,事後至市區町村窗口申請退還 90%(由申請退還到給付需花 3 個月)。

### (2) 保險給付暫時停止,全額診療報酬費用來扣抵保險費

保險費滯納期達一年半以上者,市區町村取消退還給利用者診療報酬費的 90%部分,該費用全部或一部分用來扣抵作為保險費。

### (3) 保險給付減額或不支給高額照護服務費用

長期不繳保險費者,欠繳保費期間其部分負擔由 10%提高至 30%(以 10 年為期,10 年當中視欠繳保險費的期間長短決定減額幅度,欠繳期間愈長,減額期亦愈長。即使現在不需要照護服務,未來需要服務時亦會減額。保險証上明白記載減額期間)或者不支給高額照護服務費。<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>東京都目黒區介護保険課 [http://www.city.meguro.tokyo.jp/benri/063\\_04.htm](http://www.city.meguro.tokyo.jp/benri/063_04.htm)

## 第二節 德、日長照保險主要討論議題

### 壹、德國長照保險主要討論議題 (參見表 3-2-1)

#### 一、 越來越多照護需要者無法負擔照護費用致貧而成為社會救助對象

在沒有制度性照護保障制度介入之前，長期照護費用必須由個體或家庭承擔，如上所述，平均一個月之照護費用約為平均年金月額之 3-4 倍高。一旦發生照護需要事故，老人極容易很快陷入財務困境，最終資產耗盡轉而尋求社會救助協助，成為低收入者。社會救助制度之財務負擔機關為地方政府，則因需要協助之照護需要者大量增加，使得社會救助制度資金運用產生排擠效應，致長期照護立法前約有 1/3 之社會救助經費用於照護需要者。社會救助制度面臨變質之關鍵，因為照護需要之滿足為長期性質之需要，而社會救助提供之協助毋寧是以短期過渡生活難關為主。且社會救助經費來自地方政府，遽增之財務需要越發超出地方政府財務能力，以致地方政府債台高築。因此在人口結構老化趨勢不變，照護需要者數目不斷增加下，無論對個體家庭解決照護需要，抑或降低地方政府債台高築之財務壓力，照護需要課題之解決為政府必要面對，提出解決方案之重要政策課題。但應該以何種制度體制，提供給誰，提供何種項目服務以及財源籌措，財務處理方式，給付提供結構應如何等問題，則為須進一步探討之政策課題。

表 3-2-1: 德長期照護制度化過程中主要議題、可能提案與最終決議方式概覽

爭議題點	照護風險事故性質	體制模式	照護機構與人力專業：	財務處理方式	保險組織	財源分擔	保障對象	社會風險責任再平衡
	社會風險或個體風險與疾病之關係、是否為一獨立、自主領域？性質、成因與結構發展為何？如何定義？	個體？社會共同責任？國家責任？	嚴重不足	福利國家財務危機、世代契約面臨解體	獨立成立、依附其他制度或與其他制度共用	由誰負擔？雇主要不要負擔？如何補償雇主負擔？	老人或全民	社會風險責任再平衡：單身的社會責任 照護風險誰需負責更大之財務責任
可能處理方式	附屬？獨立？另立制度？與現行制度合併？	私人保險 社會保險 國家責任	過剩急性醫療機構轉型提供照護服務 地方政府負責機構固定投資 保險人提供免費照護課程	隨收隨付制度？或提存準備？個人儲蓄保險？	依附年金保險、健保、社會救助制度	德國：全民共擔，包括雇主	老人、特定群體、全民	全民提高保費、降低有子女者之費用、降低給付水準、縮小給付對象
最終議決	獨立另立制度解決	實施照護管理 社會保險 體制	過剩急性醫療機構轉型提供照護服務 地方政府負擔機構固定投資 保險人提供免費照護課程	費率穩定原則下預收四個月保費之隨收隨付制	與健保共用保險行政但獨立自治關與財務	德國：全民共擔，包括雇主	全民	未定案
理由	與疾病、老化、救助相干，但非老人、疾病、生計維持不足之各別函數。專業不同。	其他方式不適合 制度上之路徑 依賴性	以多元提供方式回應多元需要	考量人口結構老化確有需要、但社會經濟負擔已達上限之折衷	節省保險行政經費、有效發揮現有人力	社會風險	社會風險	德國：憲法法院判決。聯邦國會討論對單身成年課與較高保險費率

資料來源：本研究整理

## 二、照護需要性的特質、範圍、滿足方式與服務遞送與健保有別

關於照護需要性之原因一般原以為是疾病、意外傷害之後果。不過隨者照護需要者人數增加，且與年齡增加成正比例之發展，進一步瞭解後發覺照護需要不但是全年齡都可能發生，而且除疾病意外傷害之外，老化也是其中之因素。因而有必要將照護需要事故與急性醫療區別。

加上德國當時政策爭辯時誤解荷蘭 AWBZ 費率上漲過速，機構式照護數量於十餘年期間倍增；使得某些主張市場機制取向者一方面以此反對社會長期照護保險體制；另一方面將其解釋為道德危險橫行，係因照護保險實施，賦予被保險人請求權，從而引發假性需求所致。故不但要與健康保險制度有效區隔，同時要有效去除假性需求，以抑制費用上漲過速。此種擔心雖然日後得知是對荷蘭制度誤解所致，不過制度慎於始，而且為幫助真正需要者，從而獨立之照護保險制度則為政策爭辯之結果；而為財務控管，將資源有效運用，照護需要確認之評估機制亦是制度設計要點。其間關鍵則是將長期以來模糊認知之照護需要性事故 (Pflegefall)，與健康保障之治療事故 (Behandlungsfall)，以及社會救助制度之社會救助依賴性 (Sozialhilfeabhängigkeit)，加以明確區分。

健康保險所保障之治療事故以疾病、傷害、障礙引致之罹病狀態 (Krankheit)，以及以必要之診察治療介入為前提，用以重建、恢復或回復其健康，或其痛苦之減緩、去除為目的。社會救助制度之救助依賴性是指個體、家庭或共同生活之群體之人處於匱乏不足境地，以致無法維持其基本物質的、社會的、文化的人性生活，需賴他力救助者謂之。社會救助之提供，本質上為社會安全制度之最後防線，即其他社會經濟制度沒有保障之事故範圍，沒有被含括之民眾或因為無力承擔該制度要求要件者，都是此源自古老即存在運作迄今之制度的保障對象。一般而言，其給付對象呈現的是個別性、暫時性，制度呈現的補充性、含括性。

在各國長期照護需要者在未受到制度化保障前都是透過社會救助制度協助度過難關。如同實施社會健康保險，低收入者還是接受社會救助制度協助納保。社會救助制度給付則對於接受救助者必須尊重其自主與自決，最終以助其自助為目的。其中，當然含括照護需要者在內。所謂照護事故為照護需要性，係是指個人因身體的、精神的或心理的疾病或障礙，對於其尋常的、規律的日常生活起居作息造成影響，以致對於個人身體照料、飲食起居以及家務處理等，長期的需要藉助，甚至依賴他人之輔助才能遂行此種個人基本日常生活功能缺乏，需要他力協助之狀態，謂之照護需要性，而有此需要者，稱為照護需要者。故此種個人基本自理生活功能之遞補或所提供之服務，與疾病治療健康維護以及社會救助制度之救助依賴相關，但可予區別，具獨立之領域。在社會人口結構持續老化趨勢下，照護需要性不再只是個體突發之風險，而日益呈現其社會風險之性質，以獨立領

域建立風險管理機制處理，不但合理也正當。

### 三、家庭照護提供者負擔沉重，阻礙居家照護落實在地老化實踐之可能

沒有制度化提供照護服務之前，家庭照護提供者身心壓力沉重，透過一般非營利以及社政部門提供之協助僅能獲得部分之滿足。因此一旦家庭發生照護需要事故，則家庭常即陷入極大困擾。這些困擾又常依不同家庭類型而不同。如單人家戶則只有機構照護一途。有子女家庭，雖然有可能以居家方式提供照護，但是子女必須可能在就業與照護之間，在子女養育時間與照護提供之間周旋。不過以現今鼓勵女性就業，家庭需賴雙薪資過生活，就業者家庭其精神與體力之負荷實在過大。而在欠缺有效供需市場機制下，供給與需要失去有效連結，照護提供人力短少，照護費用高昂。不但形成家庭困擾，照護產業也得不到正常發展。因此如何有效建立整體產業供給與需求之連結機制，一方面活絡供需，一方面引入專業與適當人力，一方面降低照護提供費用，則為政策必須規劃解決之重大問題。特別是照護需要者其自身主觀偏好與客觀能力以及家庭支持結構之不同，而呈現異常多樣之需求傾向。在地老化之原則下，不必以機構為主要之提供，相反的應以居家或社區提供為主要方式。但是多元需要必須與多元而彈性之供給相配合，方足以符合要求。故如何營造多元供給以滿足多元照護需要，則為政策必須思考之重大議題。況且照護服務為兼具體力之勞動，同時具有要求愛心、溫暖、安全輸送之特性。落實社區或居家照護則不但是落實在地老化之要求，也是照護需要者之選擇。因此如何營造居家以及社區照護之可能條件，也是德國長期照護政策思考之要項。德國日後之發展則在制度設計以照護需要者之選擇權為中心，賦予照護需要者及其家屬照護給付方式選擇權，以落實多元需要之滿足。同時制度提供多元供給之各種可能，包括由專業、半專業、非專業人力提供給付；提供現金、實物以及混合給付選擇之可能性；提供居家、社區、機構照護場合選擇之可能性，以滿足多元需要。

### 四、主要關切問題：照護人力嚴重不足

在制度化過程中，機構式照護之床數明顯不足，照護人力更嚴重不足。前者比較上是屬於經費與實體建設問題，只要有資金投入就可解決，或者由其他類型機構轉型過來即可。後者則不但牽涉資金，而且涉及從業資格訓練與證照問題，最大之癥結則在工作環境條件與待遇問題。機構照護床數不足問題之解決為將原先健康保險體系中多餘超過供給之床位，轉型成為機構式照護床，特別是在1990年前後期間，超額供給之健保床數紛紛轉型照護床。但是照護專業人力問題，比較麻煩。其實護理人力短缺問題，不是要實施長期照護制度才出現，而是早在1960年代即已出現嚴重問題。1961年輿論即以「護士暴缺」(katastrophalen Schwesternmangel)作為標題討論。1963年由德國醫院協會委託之研究首次針對護理人力短缺進行推估。1966年社會委員會呼籲護理人力長期短缺議題。1969年著名經濟學者 Liefmankeil 將此問題深入剖析，突顯嚴重性，而以「護士荒」

(Pflegenotstand)概念作為說明。此後此議題不但不曾間斷，雖然德國從亞洲(如台、韓)、非洲國家積極引進護理人力填補，但還是嚴重不足。1977年聯邦青年、家庭與健康部公佈第一次官方有關「老人照護需要性」之報告。同年聯邦與地方政府工作小組針對「門診與機構照護服務之建構與財務」主題進行研討，1980年提出研究報告。之後，聯邦政府與國會呼籲，國會應針對此份報告提出回應。聯邦政府則於1984年提出官方有關「照護需要性問題報告」，認為長期照護領域，特別是居家照護，必須進行改革。在1980年代中葉起，媒體幾乎無日不出現缺乏照護之悲慘例子。但是照護人力嚴重不足問題缺少有效解決方法(Alber 1990)。其因在戰後德國快速經濟成長之中，由於薪資提高，國民生活水準提昇，相較之下，護理(包括急性護理與長期照護護理)之工作時間長、待遇低與輪班等因素，使得一般德國人對此行業興趣缺缺，因此從1960年代起，如同一般勞工，必須從外國引入。此問題有待家庭親屬，透過保險人免費照護課程之開設，加以補充填補方可因應。

##### 五、照護需要風險獨立領域、性質與範圍之確認

在歐盟統合進程中，受1991年馬斯垂克合約鼓舞，會員國家間論述歐盟社會政策諧和議題之興趣開始增加，雖然歐盟各會員國同樣面臨人口結構老化問題，但大家也開始理解原來會員國家間社會政策與制度差異如此之大。至此，期望透過歐盟一體解決長期照護議題之期望也落空。甚至在西班牙、葡萄牙、希臘，照護責任都還是由家庭承擔；甚且在希臘，由家人提供照護還規定於憲法之中。這些差異使得德國社會政策界自覺照護議題還是必須自己解決，自己發展之論述也越來越強。再因某些會員國家之進一步長期照護保障制度化解方案之推行，也帶來刺激、反省與定位。特別是1992年底奧地利立法通過，準備於1993年七月實施之(老年)長期照護法，與年金制度掛勾，以及1968年就將長期照護與特殊醫療費用結合而實施之荷蘭經驗<sup>10</sup>，都對於德國二十餘年政策的討論與爭辯產生影響。德國也曾於1989年嘗試將極重度照護需要者透過德國健保體制提供照護給付，並正式將居家護理(屬急性醫療)納入健保給付。特別是接近立法階段的1992~93年期間。而盛行於北歐，特別是丹麥的國家責任體制，在德國則正負面

---

<sup>10</sup> 荷蘭於1968年實施AWBZ。當時提供機構式照護，費率為0.4%(期間為九個月)。其後於1977年實施老人社區式照護給付，1989年實施家務協助給付，1990年增加居家照護給付。1991年費率增加為5.4%。總計23年間費率上升13倍之多。僅僅1968-1980年間機構式照護人數即增加二倍之多，當時引起德國特別是主張自由市場機制之自由民主黨反對德國實施社會長期照護保險制度。其實這是誤解，因為在這23年期間荷蘭AWBZ關於照護給付類別增加三大項，最先之費率僅為九個月期間之費用，而機構照護人數增加則與照護需要人數呈現約略等比例之發展。即便德國最關心的機構式照護之價格水準，也只有比同期間德西地區機構式照護未實施長期照護保險時高約1/3的價格，但在荷蘭照護機構中則配置多一倍之照護人力並提供較好之服務品質(Winters, 1996)。

評價參半，並無產生多大政策影響(Meyer, 1996: 175)。

倒是荷蘭將長期照護需要與急性醫療並制實施，即國民特殊費用保險法 (AWBZ)，賦予護理之家住民被保險人有包括長期照護、醫師診療等給付之日間與夜間免費拖顧之請求權，以及免費復健設施請求權之做法，由於給付偏向機構專業照護，賦予被保險人請求權，欠缺有效的道德風險控管機制。從 1980 年代起，一方面機構照護價格因需求增加而持續升高，而進駐機構之照護需要者之數目增加兩倍，迫使照護費率快速上升，使得荷蘭各方降低費率與費用之努力白費。此制度實施經驗提供給德國思考建立與健保急性給付明確區分，而建立專業確認機制並提供多元給付方式有甚多之借鑑。

## 六、體制抉擇爭議與共識

如本研究第二章所述，國家欲以財政手段介入照護需要風險的保障，基本上可有三種制度選擇：私人保險、社會保險與政府完全責任 (Meyer, 1996)。在此三大體制之中尚有不同之模式變異。在私人保險方面，除了傳統的強調自願主義，基於買賣雙方合意之私人商業保險方式外，尚可用強制投保的方式，或是利用租稅減免的措施直接補貼價格(保險費)的方式來獎勵自由投保。在以國家責任體制類型中，財源由一般稅收支應，供給與需求由國家壟斷管理分配。此類體制又可區分強調普及主義公民權的國家完全責任制，以及排富條款下有限國家責任制。通常將照護給付納入社會救助制度成為新增項目，或另立特別制度實施。其中有限國家責任制又將牽涉中央與地方政府的財務分擔以及地方政府間的財務平衡。社會保險的類型，則原則上透過風險分擔團體之形成，財源由被保險人依量能原則繳納；服務提供則透過特別契約進入，公立、非營利、私人權屬共同提供。財務處理也有相當多種選擇，如隨收隨付制、基金制等。故對於體制選擇問題甚為複雜，雖然 1980 年代下半葉體制模式爭議只剩兩大陣營，在社會保險體制與私人保險體制之間進行政策辯論，不過體制抉擇之後，對於制度建構實質內涵尚有許多重點留待抉擇。

但是如上分析指出，一位照護需要者每月機構式費用是平均年金之三到四倍，則以個體能力如何加以克服，何況單人家戶數長期的往上增長。故政治立場偏右之自由民主黨 (FDP) 的主張有甚大之缺陷，而透過 1992 年之大選其支持度以大不如前，其政治地位已逐漸被綠黨取代，故在雇主保費補償有解決方案時，FDP 實際上已經逐漸改口贊同社會保險體制，當時之執政聯盟已取得體制共識 (Meyer, 1996: 320)。

1990 年代初期，德國公部門有三份重要的報告，多從財務觀點來審視長期照護保險的可行性與可能架構：一為聯邦財政部顧問委員會的評估報告 (Wissenschaftlicher Beirat, 1990)；一為聯邦家庭暨老人部委託布來梅(Bremen)

大學 Winfried 教授的研究報告 (Schmahl,1992); 另一則為聯邦眾議院勞動暨社會事務委員會的公聽會紀錄及專家書面意見集(Deutscher Bundestag,1992)。

Schmaehl 教授的報告雖著重在比較長期照護保險的不同財務處理方式(隨收隨付制與基金制)的優缺點,但他也很有系統地比較各個政黨提案的差異,並清楚的陳述實施長期照護保險前應有的基本決定 (Schmahl, 1992)。

最後,原先主張國家完全責任的最大反對黨 SPD 與當時執政黨 CDU 取得體制共識,仍朝社會保險體制作為選擇。

### 七、投資(補助機構硬體設施)費用的財務來源

協助建立國內長期照護服務的基本架構(Infrastruktur),特別是社區式居家服務、臨托與全托照護。為促進競爭,照護機構設立申請的核准不以現有需求為限,機構提供以非公立機構優先公立機構提供給付。

- (1) 德東地區的特殊投資方案
- (2) 復健給付較長期照護給付優先

### 八、雇主共擔社會保險保費議題

1993 年 7 月 1 日長期照護保險法案正式在眾議院(Bundestag)開始一讀。期間的立法經過一波三折,主要的癥結在於雇主負擔保險費方面的補償 (Kompensation) 方式。國會草案主張雇主應同其他社會保險財務負擔方式,與被保險人共同分擔保費支應保險支出。雇主認為照護需要風險與工作、就業相關的部分已經透過健康保險、傷病給付、職業災害保險盡其義務。其餘或因老年(已退休)、或因其他疾病意外事故而致,此應與工作就業無關,保費不應由其共同負擔。況且經濟全球化,德國經濟景氣下滑,企業勞動附加成本壓力已經很大,如果再加上此項負擔,恐更不利企業全球競爭,而資金外流也將是可預見之趨勢。

在幾經折衷討論之後,其解決方案則維持勞雇均擔,但其前提是,透過各邦議會之決定,以刪除一個假日做為雇主保費之補償。如果該邦議會無法得到同意,則該邦保費負擔方式由被保險人全額負擔,雇主不參與分擔。經過協調妥協,眾議院同意更改部份內容,參議院終於在 1994 年 4 月 29 日通過法案,送交總統府於 1994 年 5 月 26 日公告。結果,只有薩克森邦(Freistaat Sachsen)無法獲得通過刪除一節日補償雇主對保費之分擔,故民眾全額負擔保費 1%,雇主免負擔。其餘各邦都是雇主與被保險人各半均擔保費。1996 年因為增加機構式給付,保費增加 0.7%,薩克森邦民眾負擔 1%加 0.35%,等於 1.35%,雇主負擔 0.35%保費。

## 貳、日本介護保險主要討論議題

### 一、制度研議時的重要考量問題（參見表 3-2-2）

#### （一）以社會保險或租稅籌措長期照護制度的財源

設立新照護制度的財源籌措方式可有（1）租稅公費方式（2）現行醫療保險及老人保健制度擴充方式（3）獨立成立社會保險方式等多種考量。根據老人保健福利制度審議會期中報告（1995.7.26）<sup>11</sup>，經多次審議會討論結果，主流意見以社會保險方式解決上述課題對未來展望較有彈性。<sup>12</sup>（舊）厚生省最後決定採獨立的社會保險方式營運介護保險，其所持的理由如下：

1. 給付與負擔關係明確，不須經過資產調查，利用服務時不會有抗拒感。
2. 利用者可自由選擇服務內容及地點，在租稅方式下，由行政決定服務的種類，利用者無選擇的權利。
3. 可避免增稅，保險費依所得量能負擔，避免稅目新增。
4. 提供普遍性、公平性給付，依需照護程度平等給付，不受所得條件限制。
5. 提高服務量及服務品質的規模水準；若由行政機構或委託照護業者提供服務，缺乏市場競爭誘因，服務內容少樣而劃一。民營業者加入後，透過市場原理可擴充服務量及豐富服務內容。
6. 財務運用效率化，專款專用，避免重複給付及浪費。

#### （二）財源由年輕世代與年老世代共同負擔，保險費採定額制徵收

##### 【論點】

1. 保險費的設定應考慮量能負擔（所得比例）與量益負擔（定額），保險費徵收時盡量避免製造拒繳、滯納等事態發生機會以及事務費的效率性考量。
2. 年輕世代因光繳保費而沒有給付，站在社會連帶觀點，可考慮全國採一律費用及徵收方式以簡便為原則。

##### 【討論及決議】

1. 如果就保險費水準、節省事務費以及掌握實際所得等各方面考量，保險費以定額制徵收為佳。但如果站在高齡世代間的所得落差以及確保長期性財務穩定觀點，制度初始時除定額制外，必須同時附帶所得比例條件；同時對於低

<sup>11</sup>老人保健福利審議會中間報告（1995.7.26）厚生省高齡者介護対策本部事務局監修（1996）『高齡者介護保險制度の創設について：国民の議論を深めるために』ぎょうせい pp.106-112

<sup>12</sup>岡本佑三（2000）前掲書 p.83

所得者定額制應另有配套措施。

2. 各地區保險費應隨當地受益水準差異而不同。如果能夠提供全國一律的給付水準，則全國保險費可以同一標準徵收；即便不能保險費同一標準，亦應設法讓全國保險費差距在一定範圍內。
3. 老人因為有年金，經濟性自立能力大幅提高，站在確保保險費的徵收來源及確實繳納保費，一定以上年金收入的老人其保險費由年金直接扣繳。市區町村徵收老人的介護保險費時，可活用國民健康保險費繳費途徑，以便提高繳納率。
4. 現役年輕世代的保險費可由各醫療保險人代為徵收。

### (三) 財源內投入公費，突顯國家責任

日本社會保障制度中最重要部分便是社會保險。年金、醫療、照護等社會保險都是以自立自助為基本的風險分擔機制，社會保險中都投入大量公費，主要在突顯社會保障的國家責任。為保障照護服務量的充裕及品質的提升，突顯公共責任及各種相關制度的整合的必要性，介護保險財源內投入一定比率的公費（包括中央政府、都道府縣、市區町村等支出）。<sup>13</sup>根據日本社會保障審議會決議，達成社會保障制度的財源由保險費、公費負擔及利用者部分負擔等適當組合而成的決議，除部分負擔外，其餘財源比率為保險費佔 62%、公費負擔佔 30%，此乃日本有別於其他國家的最大特色。

為使介護保險事業健全順利營運，國家責任如下：

1. 財務負擔
  - (1) 保險給付的定率國庫負擔
  - (2) 統籌分配款的交付
  - (3) 都道府縣財政安定化基金的國庫負擔
  - (4) 市區町村介護保險事務費的交付
2. 策劃市區町村介護保險事業計畫的基本方針；照護服務基礎建設的財務支援。
3. 針對照護服務業者、照護機構等的指導監督。
4. 制度基本結構的設定（需照護認定基準、照護報酬單價與支給限度額的設定、照護服務業者、照護機構的基準等）。<sup>14</sup>

(三) 只提供實物給付，不提供現金給付

<sup>13</sup> 高齢者介護・自立支援システム研究会（1994）『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』<http://www.nanzan-u.ac.jp/~oyatsu/newcaresystem.html>

<sup>14</sup> 京都府保険医協会編集【介護保険解体新書】

<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/khoken-i/kaigo/sinsyo/02.html>

給付方面，保險人既不提供現金給付也不直接提供服務，而是經由被保險人與服務提供主體簽訂契約下，直接輸送服務；服務提供主體除社會福利法人、非營利事業團體外，營利企業亦可自由加入。根據介護保險制度的基本想法，該制度目的在支援老人生活自立以及讓老人享受多樣化生活，照護服務由社會提供，因此應該以「實物給付」為基本。

反對現金給付的意見：

1. 現金給付會讓家屬照護模式固定化，特別是讓女性侷限於家中照護老人。
2. 現金給付將阻礙老人自立，而家屬照護者因身心負擔過重，照護品質恐難以確保。
3. 國民最大的期望是充實照護服務，現金給付制度化不利於照護服務事業的擴大及發展。
4. 現金給付是新增加的給付項目，勢必增加照護費用，保險財務應審慎檢討。

贊成現金給付的意見：

1. 老人及其家屬的選擇應受重視。站在公平利用外部服務的觀點，應檢討提供一定的現金給付。制度上只提供實物給付未免限制過嚴。
2. 老人希望自己家屬照護是事實。現實中的老人大部分仍由家屬照護，家計支出亦因照護費用而負擔增加，這些問題不容忽視。
3. 介護保險制度既然要求國民負擔，對於無法接受實物給付的個案，應提供現金給付以作為白繳保險費的賠償。從徵收保險費的立場來看，現金給付有其必要。
4. 肯定現金給付的理由及配套措施
  - (1) 現金給付的定位及性質：(i) 對本人及其家屬的安慰及獎勵；(ii) 確保與實物給付間的公平；(iii) 針對因照護而收入減少的補償；(iv) 針對家屬照護勞動的評價
  - (2) 作為照護服務不足的過渡措施，可考慮規定家屬必須接受訓練，訂定津貼額上限；即使給付，給付對象應該以被保險的老人本人為原則。
  - (3) 照護服務不足的現實情況下，應以充實照護服務為第一優先。但在可充分利用服務的環境尚未建立前，應尊重老人的選擇權而提供現金給付。
  - (4) 基於現金給付一旦實施，將來可能廢止困難考量，因此即使現金給付，應限定給付期間或建立容易廢止的機制。
  - (5) 除現金外，亦可考慮發給利用券，使有利於給付與照護服務相結合。

## 【討論及決議】

(舊) 厚生省最終選擇不給付現金給付，其理由下：

現金給付只要把聚集起來的保險費發放出去就可解決問題的話，則營運保險再輕鬆也不過了。但日本明知如此還是選擇比較困難的實物給付，蓋因日本有識之士認為：(1) 日本老人的「長期臥床」=「因照護不適當而導致的人為性臥床」；(2) 讓家屬由「照護地獄」中解脫的課題比現金給付更重要；<sup>16</sup> (3) 家屬照護品質難以公平評價，事實上因家屬照護而對父母產生憎厭，甚至虐待的比率相當高。<sup>17</sup>

惟這些考量因素是否為建立長期照護不實施現金給付之關鍵因素，則不無疑問。近年亦開始討論是否引進現金給付，且以德國長照保險為例，其質疑與理由並未獲得支持。即便在日本經過幾年之實施，家屬照護而對父母產生憎厭甚至虐待的比率相當高現象是否仍然存在，或已經獲得改善或不再發生。如果是後者，則不應把憎厭甚至虐待之原因歸咎於親人照顧，因為現行日本仍有甚多家庭實施親人照顧，理應案例持續存在。故是關鍵應在沒有照護制度而有現金津貼之後果。

### (四) 被保險人以 40 歲以上全體國民為對象

介護保險以 65 歲以上老人（屬於第 1 號被保險人）以及 40-64 歲受雇者為對象。但前者必須加入國民健康保險，而後者必須加入健康保險、共濟組合等任何一種醫療保險體系（屬於第 2 號被保險人）。需照護風險發生時，被保險人向市區町村申請「需照護認定」，根據認定結果（需照護程度分級）審定給付額度。其理由如下：

1. 因初老期失智症或腦中風等疾病而導致需長期照護的可能性較高。
2. 自己父母發生需照護狀態的可能性高，照護問題與自己的生活切身相關。
3. 年紀較輕者本人或父母照護需求可能性較低，負擔保險費的理解度較差。此外，雖然是短期保險，但繳納保險費期間長，可能不少人會拒繳或者滯納保險費。<sup>18</sup>

<sup>15</sup> 老人保健福祉審議會（1996.4.22）「高齢者介護保険制度の創設について：審議の概要国民の議論を深めるために」厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1996）「高齢者介護保険制度の創設について：国民の議論を深めるために」ぎょうせい pp.38-41

<sup>16</sup> 岡本佑三（2000）前掲書 p.138

<sup>17</sup> 医療保険福祉審議会 第 17 回 老人保健福祉部会議事要旨  
[http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9810/s1012-1\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9810/s1012-1_17.html)

<sup>18</sup> JA ZEN-NOH SAITAMA 全国農業協同組合連合会埼玉県本部  
<http://www.st.zennoh.or.jp/kaigo/kaigo.html#rensa1>

### (五) 設定低收入者的保險費繳納原則

40 歲-64 歲的低收入社會救助受給者因沒有加入醫療保險，因此不是介護保險的被保險人，故而不須繳納保險費及部分負擔。社會救助受給者若因老年性特定疾病而需要照護時，2000 年 4 月起由社會救助制度新設立的照護補助支給必要的服務。

65 歲以上的低收入社會救助受給者因為是介護保險的第 1 號被保險人，必須繳納保險費及部分負擔。惟該保險費由社會救助制度的生活補助支給，保險費計算適用於基準額 $\times 0.5$  的第 1 階層；部分負擔則由新設的照護補助制度支給，實質上自己不須負擔。

又，(舊)厚生省指示各市區町村年度中 65 歲以上老人突然變成低收入的社會救助受給者時，當月份保險費即可適用於第 1 階層計算，惟因無法律根據，各市區町村若無條例規定則視為違法。<sup>19</sup>

總之，導入介護保險不但可承擔個人風險，並可隨時隨地提供切合各個老人不同的照護服務需要；不但可促進機構與居家照護兩者的服務量擴充，並可導正現行制度機構與居家照護費用不平衡的矛盾（老人入居機構負擔較輕，居住家裡反而身心及經濟負擔都重）。此外，厚生省將介護保險定位為 2000 年度「社會保障改革結構改革」的第一步，亦是落實「地方分權」的指標之一。介護保險的給付、服務供給及財源等基本結構和一般社會保險不同，尤其是利用者使用服務時可以自由選擇種類及服務提供主體，此作法可謂史無前例。

## 二、財務規劃

### (一) 降低公費負擔以平衡國家財政

根據 1996 年 5 月 (舊) 厚生省預估，若以 1997 年國民所得成長率 3.5% 為預估而計算，社會保障中公費負擔名目值必須由 1995 年的 19 兆日圓增加到 2000 年的 26 兆日圓，屆時公費負擔將比國民所得更超出 3 兆日圓，嚴重影響國家財政，但如果成立「介護保險」，現行的老人福利政策、老人醫療給付下的訪視照護服務 (home help service)、訪視護理等居家照護部分可移轉至新的介護保險負擔，則未來公費負擔除都道府縣負擔增加外，其餘中央及市區町村負擔反而減少，公費負擔總額亦降低。<sup>20</sup> 有關日本自 1970 年代起各項總體經濟社會指標，

<sup>19</sup> CoolNetizen Project 「介護保險制度 Q&A」<http://fweb.midi.co.jp/~ken-kobe/kaigo.html#q1>

<sup>20</sup> 資料 首相官邸 <http://www.kantei.go.jp/jp/zeicho-up/0621/syuzei9.html>

包括人口總數、老化指標、GDP 成長率、失業率、健保經費、佔 GDP 比例、長照經費、以及國家債務等等；詳細統計請參見表 3-2-3。

老人福利行政處分制度下，居家照護服務與老人特別養護之家二者所需費用合計 2.2 兆日圓；老人保健制度下，老人保健施設與療養型慢性病房所需費用 2.1 兆日圓。行政處分制度除利用費外，全額公費負擔；而老人保健制度則其中一半由公費負擔，二者合計每年公費（租稅）負擔額約 3 兆日圓，而中央負擔約佔 3 分之 1；介護保險實施後，中央負擔縮減為 4 分之 1（參閱附表 8-5）。

表 3-2-2：日公共介護保險制度化過程中主要議題、可能提案與最終決議方式概覽

爭議點	照護理險事故性質	體制模式	照護理機構與專業人力	財務處理方式	保險組織	財源分擔	保障對象	給付內容	社會風險責任再平衡
人人會老，故而以社會全體承擔風險為宜	基於國家責任，公費應投入較大比率費用	基於國家責任，公費應投入較大比率費用	(1) 機構床位及人力雙重不足；(2) 家屬老老照護理問題嚴重；(3) 社會性入院浪費資源	老人經濟來源薄弱，保險費不宜過高。	(1) 市町村；(2) 都道府縣；(3) 中央政府保險人	國家、雇主、個人三者責任分擔	主要以老人為保障對象，保險給付是否讓殘照者照護一併加入值得討論	應否提供現金給付	低所得老人的保險費負擔困難
可能處理方式	(1) 老人照護理醫療保險重疊給付脫鉤，獨立成立新保險；(2) 現行行政楚楚費制度擴大給付	國家責任+社會保險+個體責任	(1) 總資金計畫後擬定新資金計畫以擴大照護理服務基礎整備目標；(2) 延續至2004年整備目標再提高；(3) 政府積極補助人力培訓計畫；(4) 導入民營化	(1) 保險費收入：量能負擔與量入：量能負擔並用；(2) 財政營運：隨收隨附制；(3) 保險支出：審查計算照護理報酬申請單如實支付	三者參與，各司其事	(1) 國家負擔大半，其餘負擔小半；(2) 國家負擔小半，其餘負擔大半；(3) 老人亦得負擔；(4) 事務費由政府負擔	(1) 目前單獨處理老人照護給付，殘障者宜不加入；(2) 未來可加入殘障者照護	(1) 完全開放自由選擇；(2) 部份開放自由選擇；(3) 不做現金給付	站在(1) 照護與扶養關係；(2) 照護與社會連帶關係(3) 成為需照護老人的責任歸屬等觀點而考量。(1) 由家屬幫忙繳納保費；(2) 調整被保險人費基級數(有的地方由5級分成6級)；(3) 地方政府或中央補助；(4) 部分負擔可酌情減低(有的地方由10%降為3%)

表 3-2-2：日公共介護保險制度化過程中主要議題、可能提案與最終決議方式概覽（續）

最 終 決 議	照 護 風 險 事 故 性 質	體 制 模 式	照 護 機 構 與 專 業 人 力	財 務 處 理 方 式	保 險 組 織	財 源 分 擔	保 障 對 象	給 付 內 容	社 會 風 險 負 任 再 平 衡
	獨立成立社會保險	同上	同上	同上	保險人由市區町村擔任	(1) 於醫療保險中增加些微比率作為介護保險費；(2) 老人負擔保險費外，另有利用者部分負擔	(1) 保險對象以40歲以上者為對象；(2) 65歲以上老人必要時提供給付；40-64歲者以合乎15種初期老期相關症狀者提供給付	原則上不提供現金給付，但對於離島等偏遠地方照護力不足者，有限條件提供現金給付(全年中一次都未利用服務給付者，可有10萬日圓現金給付)	同上
理由	專款專用、負擔及給付公平對應、利用服務普及化必需資產調查	基於自立自助、社會連帶、憲法保障等理念	(1) 擴大服務提供量；(2) 提高照護品質；(3) 發揮市場競爭原理	(1) 短期保險；(2) 審查把關以防舞弊；(3) 統計分析以利改善	(1) 與民眾最接近；(2) 都道府縣站在督導及支援立場；(3) 中央負責規劃及補助	(1) 落實互能互亦負擔公平原則；(2) 大部分老人的年金收入充實；(3) 避免引起世代間因負擔與給付不公平而衝突	(1) 老人所需要的服務與殘政者不同，混合給付恐徒增困擾 (2) 殘障者福利制度個人負擔更低，對方反而不願加入	(1) 現金給付將妨礙照護服務基礎建設與發展； (2) 現金給付將恐家屬照護者重新陷入「照護地獄」；(3) 現金給付恐導致市區町村急情開發照護服務事業	(1) 家屬代繳保險費乃基於家庭扶養原則 (2) 公費負擔的稅，相當於年輕世代的社會性扶養；(3) 雇主與受雇者、健康老人與高齡老人、高所得與低所得者之間的保險費難於社會連帶精神； (4) 利用者的部分負擔代表自己應負的責任

資料來源：本研究整理

表3-2-3：日本主要社會經濟指標與健保、長照費用照護需要變動統計概覽：1970 - 2002

單位：人，%，美元，日圓

總人口 (千人)	103,720	111,940	117,060	121,049	123,611	125,570	128,864	126,166	126,486	126,686	126,892	127,291	127,435
成長率%	1.08	1.03	0.78	0.62	0.33	0.24	0.23	0.24	0.25	0.15	0.20	0.29	0.11
65歲以上比率%	7.1	7.9	9.1	10.3	12.0	14.5	15.1	15.7	16.2	16.7	17.3	18.0	19.2
GDP 淨 值 (百萬 美元)	-	-	1,138,402	1,503,966	3,210,007	5,216,446	4,574,209	4,246,446	4,030,655	4,573,411	4,652,054	4,010,361	4,083,640
GDP 實質成長率 %	10.3	3.1	2.8	4.4	5.3	1.6	3.5	1.8	▲1.1	0.7	2.4	▲0.6	1.2
個人 GDP (美 元)	-	-	9,729	12,430	25,978	31,658	36,367	33,676	31,882	26,226	27,522	23,866	32,054
失業率%	1.3	2.3	2.5	2.6	2.1	3.2	3.4	3.4	4.1	4.7	4.7	5.0	5.4
健保總費 用 (億日 圓)	-	64,779	-	160,159	206,074	269,577	285,210	290,651	298,251	309,337	303,583	313,234	311,240
成長率 (%) (估 NI 比率)	-	10.2 (5.22)	-	7.4 (6.13)	8.1 (5.92)	0.0 (7.20)	3.3 (7.37)	0.9 (7.44)	▲3.0 (7.88)	▲1.5 (8.33)	1.5 (8.02)	▲2.8 (8.52)	▲1.3 (8.00)

表 3-2-3：日本主要社會經濟指標與健保、長照費用照護需要變動統計概覽(續)：1970 - 2002 單位：人，%，美元，日圓

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
長照保險 費用 (兆 日圓)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.6	4.6	5.1
需照護者 人數 (萬 人)	-	-	-	-	-	111.2 (居家 數)	-	-	124.3 (居家 數)	200 (全數)	218.2 (認定數)	258.3 (認定數)	302.9 (認定 數)
增加率	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.4%	38.8%
年底國債 總額 (10 億日圓)	-	-	5,441,646	-	-	-	3,436,817	3,685,974	4,269,774	4,777,638	5,220,991	5,824,556	6,431,945
對 GDP 比率 (%)	-	-	-	-	68.3	86.6	93.9	99.9	111.2	112.9	107.7	133.1	141.5
地方政府 債 (兆日 圓)	-	-	39	57	67	125	139	150	163	174	187	188	193

資料來源：本研究根據下列資料整理：

國內生產毛額 (GDP)：內閣府經濟社會綜合研究所 <http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/h16-nenpou/zuihyou.pdf>；

國民平均所得：總務省統計 <http://www.stat.go.jp/data/sekai/pdf/0306p01.pdf>

失業率：總務省統計局 <http://www.stat.go.jp/data/roundou/longtime/zuihyou/t07.xls>

國債總額：財務省「國債統計年報」<http://www.mof.go.jp/1c020.htm>

政府長期債務對 GDP 比：財務省「日本の財政を考える」<http://www.mof.go.jp/jouhou/syukei/sy014.htm>

地方政府債：總務省「地方財政」<http://www.sourmu.go.jp/iken/zaisei/zandaka.html>

長期照護人數及費用：厚生勞動省「介護保險について」<http://www.mhlw.go.jp/>

## (二) 介護保險制度實施前經費預估

介護保險實施前，(舊)厚生省雖然預期未來社會全體的照護費用將隨著需照護老人數增加，照護服務量的充實，利用服務量的成長而增加(參閱附表 8-6)，然而事後根據保險給付實績比對，顯然低估民眾利用服務的意願(參見附圖 8-2)。

## (三) 介護保險的財源規劃及結構內容

照護服務所需的經費透過社會保險制度由老年世代、現役勞動世代及雇主共同負擔，中央及地方公共團體並且投入適當的公費(參見附圖 8-3)。

介護保險費用財源結構要點包括：

1. 總經費的 10% 由利用者負擔，其餘 90% 為保險給付，由公費負擔一半(為總經費的 45%)、另一半由保險費負擔(為總經費的 45%)。
2. 公費負擔保險給付的一半當中，中央負擔其中的 25%、都道府縣 12.5%、市區町村同 12.5%。<sup>21</sup>
3. 中央負擔部分，20% 為定率負擔，另 5% 則是調整市區町村間的分配補助款。
4. 基於上述調整，各市區町村分配到的補助款不同，亦可能有未收到任何補助者。
5. 保險費部分，全國 65 歲以上老人(第 1 號被保險人)共同負擔保險給付的 17%，而全國 40-64 歲勞動者則共同負擔保險給付的 33%<sup>22</sup>，二者所佔比例約 1:2。<sup>23</sup>
6. 照護總經費估計為 4.2 兆日圓，其中機構照護 3 兆日圓、居家照護 1.2 兆日圓。

## (四) 保險人的公費補助與財務調整

以下因素造成保險人儘管努力徵收保險費，仍不能避免財務困難時，中央以統籌分配款方式作調整補助(亦即前述中央所負擔保險給付之 25% 當中的 5%)，都道府縣則設置財務安定基金，以便互相支援。

### 1. 統籌分配款的補助原則

(1) 該保險人的被保險老人當中風險高的後期老人(75 歲以上)比率偏高。

---

<sup>21</sup> 保險費來源(不含部分負擔)有 50% 來自保費、25% 來自中央政府、12.5% 來自都道府縣、12.5% 來自市區町村。若以總費用(含部分負擔)計算，則來自中央政府的有 22.5% ( $90\% * 50\% * 50\% = 22.5\%$ )，都道府縣有 11.25% ( $90\% * 50\% * 25\% = 11.25\%$ )，來自市區町村者亦有 11.25% ( $90\% * 50\% * 25\% = 11.25\%$ )。

<sup>22</sup> 2000-2002 年度 3 年間第 1 號被保險人：第 2 號被保險人的保險費比率為 17%：33%；2003 年度至現在(2004 年度)調整為 18%：32%。

<sup>23</sup> 有關保險費的計算及特徵，請參閱拙著(2003.3.29)「日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗」『台灣社會福利學刊(電子期刊)』第三期 pp.156-157

- (2) 該保險人的被保險老人收入偏低。
- (3) 該保險人的被保險人因災害而減免保險費時。

## 2. 財務安定基金

為促進介護保險財務安定，中央、都道府縣及市區町村各出資 3 分之 1，由都到府縣設立財務安定基金，針對各市區町村因保險費收納不足或給付支出過度而導致財務惡化時，提撥資金，或由保險人向該基金無利息借貸，以維持保險給付繼續營運。

## 3. 廣域連合

被保險人較少的小規模市町村營運保險不易，根據地方自治法可由數個市區町村聯合成規模較大的保險人而營運介護保險。

## 4. 需照護認定營運經費補助

需照護認定手續繁雜，必須使用大量人事費，該部分經費預估每年耗資 800 億左右（依過去行政事務費每年約 200 億日圓，加計 500 億日圓估算），其中一半由中央補助。<sup>24</sup>

## (五) 保險費每隔三年調整一次

為保持財務上負擔與給付平衡，根據介護保險法，保險費每隔三年調整一次。

## 1. 保險費隨服務使用量增加而提高

除被保險人加入者的人口結構因素外、服務使用量及服務內容等變動，對保險費的高低亦深具影響。第一期（2000-2002 年度）全國平均介護保險費為 2,911 日圓，然因各地保險人保險給付增幅超過預期，第二期（2003-2005 年度）保險費一舉提高至 3,293 日圓，增幅達 13.1%。<sup>25</sup>

## 2. 65 歲以上老人的保險費繳費率

2000 年度 65 歲以上老人的保險費繳費率高達 98.7%，該保險費繳納額中由年金扣繳部份佔 82%，非年金扣繳部份佔 18%。非年金扣繳者的繳費率為 93.2%。2001 年度 65 歲以上老人的保險費繳費率略微降低，繳費率達 98.6%，由年金扣繳部份佔 82%；非年金扣繳者的繳費率則為 92.8%。

## 二、財務輸送體系與管理機制規劃

### (一) 介護保險服務輸送體系的特質

介護保險一改過去利用者無法隨自己意願選擇合適的服務內容，服務提供主體及受照護的地點場所制式劃一的照護服務，介護保險的服務提供管道具下列多種特質：

<sup>24</sup> 宮武剛（1997）『介護保險のすべて』保健同人社 p.164

<sup>25</sup> 保險費提高原因請參閱拙著「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』國家衛生研究院論壇 pp.76-83

1. 利用者可以自由選擇服務項目及提供主體。
2. 利用者與服務提供者之間關係對等。利用者必須支付保險費及利用費（為照護費用的10%），其選擇服務的權利受社會公認。
3. 照護醫療一體化
4. 居家接受訪視護理或入居療養型慢性病房，介護保險一體適用。
5. 全國任何地方接受相同基準的照護服務，皆依介護保險法規定而提供。
6. 新服務項目登場——過去城鄉差距懸殊的訪視復建、失智老人之家等服務項目如今成為介護保險的法定服務，全國普及率大幅提高。

## （二）介護保險服務輸送流程

1. 向市區町村提出需照護認定申請（隔3-6月可申請重新審查）。
2. 市區町村派遣調查員或照護服務業者派遣照護管理師前往申請者家中做訪視調查。
3. 以專用軟體及電腦分析訪視調查所記載的受認定者身心狀況。
4. 主治醫師或家庭醫師提供意見書。
5. 照護認定審查會根據訪視調查的結果與主治醫師等的意見書進行審查（認定結果於30日內通知）。
6. 若認定為需照護，則自由選擇適合的照護管理師設計照護計畫。
7. 根據照護計畫，與服務提供業者簽約接受照護服務（參見附圖8-4）。

## （三）介護保險以外的附加給付

針對被認定為「自立」者而無法利用保險給付的居家老人，多數市區町村提供有預防照護、生活支援照顧等服務。此外，透過向地方上社會福利協議會或福利事務所的諮詢，亦可獲得照護志工或民間自營的照護服務資訊及服務管道。

## （四）保險給付及服務品質的管理機制

日本於1990年開始導入賦予第三者機關調查權及勸告權的「福利服務苦情申訴調解委員」制度，俗稱「福利行政監察委員（ombudsman）<sup>26</sup>」，以作為市區町村首長的附屬機關。委員大多由當地律師、大學教授、非營利團體主管等擔任。其意義在於（1）維護居民的權益、（2）因應當地自營福利事業的不滿與苦情申訴、（3）協助居民的法律救濟、（4）以中立的第三者機關公平調查及判斷、（5）簡易迅速處理等。

根據（舊）厚生省的原意，擬由國民健康保險連合會（簡稱國保連）擔任行政監察委員，負責監督介護保險給付以及服務品質等職務。然「介護の社会化を

<sup>26</sup> 瑞典語，由國民選出，執行對行政機關苦情申訴處理、行政活動等監視檢舉之職務。

進める一万人市民の委員会（推動照護社會化一萬人市民委員會）」<sup>27</sup>強烈要求政府將行政監察權交由本身是保險人且與利用者互動頻繁的「市區町村」執行而成功。修正訴求內容如下：

1. 賦予市區町村整合利用者、保險人、服務提供者間聯繫網路、介入照護機構調查、勸告其改善以及公佈服務業者業務評鑑結果等權利。
2. 針對上述權責，市區町村必須設置「介護保險營運協議會」，其中委員由男女雙方同人數的被保險人組成。為促進介護保險給付順利營運，該協議會擔負行政督察責任。
3. 即便非讓國保連擔任行政督察職務不可時，連合會內亦應設立專屬事務局，並組成獨立委員會，委員中男女同人數，且過半數由被保險人擔任代表，同樣賦予其調查、勸告與公佈業務評鑑結果等權限。針對利用者的苦情申訴，行政督察委員有義務將調查結果、處理內容等通知申訴者本人。

### 三、人力培育規劃

照護服務包含協助、照顧及保護，由於照護服務工作（特別是居家照護）必須與受照護者家庭互動或進入受照顧者的家內，因此尤需人格成熟、足以信賴的專業人才。惟制度討論時有關介護保險的議論大多圍繞在財力負擔上打轉，財政當局在財務規模縮小化的壓力下，推動照護服務基礎建設的態度消極。（舊）厚生省雖於審議會中提出 A、B 兩種試算案，但也僅只在新黃金計畫指標上增加居家照護基礎建設，該整備率並不足以供應長期照護市場的實際需要。<sup>28</sup>

#### （一）黃金計畫、新黃金計畫人力整備目標

黃金計畫全名為「推動老人保健福利 10 年計畫（高齡者保健福祉 10 年戰略；1990-1994 年度）」，由於人口高齡化進展快速，1994 年繼而規劃「新黃金計畫（1995-1999 年度）」其整備目標特別強調增加居家照護人力及擴充機構床位，如居家照護服務員（home helper）由 10 人增加至 17 萬人、機構照護服務則老人特養之家由 24 萬床增加至 29 萬床（參閱附表 8-6）。自 1990 年至 1999 年的 10 年間，政府投注於基礎建設整備費總計約 9 兆日圓，絕大部分用在照護服務機構建設及人力教育訓練之上。

#### （二）確保照護人才、提升人力品質

##### 1. 照護專業人才培養策略

（1）為培養及確保居家照護員、居家訪視護士、機構照護職員等專業人

<sup>27</sup> 該委員會於 1996 年 6 月由市民合力出資成立的市民運動，以樋口惠子、堀田力為代表。以 1 萬日圓推入會費以 1 萬人會員規模為目標。針對成立介護保險，曾發表多數提案及修正案。

<sup>28</sup> 「介護の社会化を進める 1 万人市民委員会」（1997）<http://www.kaigo.or.jp/reform6.html>

力，除了充實職場魅力，加強研修制度，活用潛在人力外，站在共同組織、民間機構等亦可受託訓練及培養人材的觀點，必須盡早建立一套具有相當水準的標準訓練模式，並且普及全國。

- (2) 提高照護服務人才素質，強化職種間互相聯繫及資源整合，確立服務品質及業務評估方法，訓練及儲備足量的照護管理師等。
- (3) 透過衛星通信連線等視訊系統，針對居家照護員等第一線工作人員、家屬照護者、照護志工等展開照護知識指導，技術普及，積極啟發等教學。<sup>29</sup>

## 2. 照護專業人才的訓練時數及培養目的

一般人的認知以為照護老人只要「有愛心」、「有耐心」即可，多數福利事業經營者或老人機構院長亦不乏存有如此的意識觀念。然而這些素質只不過是從事照護服務工作的基本條件，除此之外，還必須具備具體充實的知識與技能，方能工作勝任愉快，創造出高效率的照護水準。

日本於 1977 年創立「社會福利士」與「照護福利士」等福利領域的國家資格證照。為培養照護工作者具有一定的觀察力、認知力、狀態掌握力，瞭解對方行為的理解力以及創造力等，以便身處照護現場時能夠臨機應變，活用知識技能，甚至發揮創意，排除各種環境障礙。<sup>30</sup>

人才培養可從二種路徑擴充及提升其素質水準，一是針對目前已在照護現場工作的前輩進行在職訓練；另一是儲備培養未來可能投入照護現場的新秀生力軍。更重要者由各個職種領域類別中，早挖掘有組織能力，足以擔任督導地位的指導員。

照護一般失能老人與照護失智症老人的工作內容不同，培訓照護者的課程亦不同（參見附表 8-7、附表 8-8）。日本於介護保險實施 4 年後發現，不論居住機構或自家，失智症老人數都快速增加，因此推斷未來失智症老人的照護將是介護保險最大的課題。針對此課題，厚勞省正積極展開照護失智症老人的訓練研習課程，特別是培養指導該類照護工作者的督導、領導人才（李光廷；2004）。

### （三）民眾對「有保險無服務」的疑慮與「21 世紀黃金計畫」

介護保險之前，（舊）厚生省估計則居家照護服務整備量中需要居家照護員（home helper）44 萬人，日間照護機構 3 萬 4000 所，短期收容照護床位 14 萬 6000 床，訪視護理站 1 萬 2,000 所等，方足以實現解除家屬照護者脫離「照護地獄」的痛苦。但 2000 年新黃金計畫的整備指標即使達成，居家照護員也不過 17 萬人，

<sup>29</sup> 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（1996）『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい p.242

<sup>30</sup> 坂本一三郎（1998 年版）『介護保険 福祉の市民化』家の光協会 pp.24-34

此數字僅相當於所需量的 39%，換句話說介護保險實施起步時，照護服務人力大量不足。<sup>31</sup>

機構照護服務方面，各市區町村僅能確保最低限度入居床數，但未必足夠因應當地居民的需要量。即便全國機構床數符合全國總需要量，由於地區性照護力差異懸殊，某些地區機構床位不足，大量存有排長龍等待入居的「機構待機者」。(舊)厚生省試算時，低估希望住進機構者，長期照護相關者亦樂觀以為機構床數充足；何況機構中療養型慢性病房(舊稱老人病院)佔 22.5%，此形同「社會性入院」的溫床，並非老人心目中理想的生活環境。介護保險實施前，照護人力、物力的擴充整備可謂刻不容緩。

事實上，(舊)厚生省預測介護保險實施初始大約 4 成左右老人會利用外部服務，因此以為如果按照新黃金計畫的整備進度，2000 年時點足以因應此 40% 服務量的預估，然而經厚生省老人福利計畫課調查後發現(1999.11.29)，2000 年時點能夠支應訪視照護服務的供給量全國平均僅達 84%，而全國 12% 的市町村供給率甚至不到 50%。其他如短期收容照護平均供給率 76%，日間照護及復健 72%，訪視護理 65% 以及大量等候入居機構的「待機者」(1998 年全國入居機構待機者 4,7000 人左右)。顯示介護保險制度實施以後，擴充照護服務量仍舊介護保險是重要課題，因此 1999 年 12 月又策劃「21 世紀黃金計畫(super golden plan; 2000-2004)」，5 年內更追加整備目標。21 世紀黃金計畫除持續提高居家照護員、機構照護床位目標值外，最大的不同在於該計畫導入失智老人之家、老人生活福利中心<sup>32</sup>等設施(參見附表 8-9)。

#### (四) 現有的照護服務人力規模

介護保險實施第一年老人的主力照護者仍然是家屬。根據厚勞省「2000 年度照護服務家庭調查概況」報告，照護服務內容中除了協助入浴(42.5%)、洗髮(40.2%)、身體擦拭(23.0%)等需要花時間並搬動身體等項目委託專業居家照護員(home helper)擔任外，其餘項目大都由家屬照護者自己照護。而家屬照護者中，絕大部分由主要照護者負擔照護任務，少部分由不同的照護者合力照護(參見附表 8-10)。此外，若以需照護程度別區分，則需照護程度較輕者，由「家屬主要照護者」照護的比率較高；需照護程度較重者由「專業照護員」照護的比率較高。

<sup>31</sup> 1 万人市民委員会(1997) <http://www.kaigo.or.jp/reform.html>

<sup>32</sup> 針對 60 歲以上住在家中感到不安的獨居老人或單獨住的夫婦，以低費優惠提供居住。該設施配置有生活援助員，提供入居老人各種生活諮詢，可併設於老人日間照護中心，離島或偏遠農村並且用來作為日間照護或社區老人交流場所之用。2002 年 4 月 1 日起更名為生活支援 house。

根據厚勞省 2001 年 7 月-2002 年 1 月間進行的「介護保險利用者問卷調查」，受訪者不利用照護服務的理由當中，以「暫時由家屬照護還能應付」與「暫時自己還能照顧自己」者佔大多數（參閱見表 8-11）。

惟多數家中有失智症老人的家庭反映，滯留時間不長的巡迴型居家照護服務對這類家庭幫助不大。為照護失智症老人，根本沒有自己的時間。因此，家屬寧願選擇利用可以集中照護時間的日間照護、短期收容生活照護等機構，萬一無法預約而找不到地方托護時，只得請 1 天 8 小時收費 1 萬日圓的家庭幫傭代工。尤其是失智症老人患病初期頻頻出現異常行為，需要密集的看守型照護，不適當的照護服務反而加重病情惡化。由於現有的居家照護員多半欠缺這方面的知識和技術，厚勞省擬於 2003 年普遍培養「看守型志工」，於介護保險給付外追加服務。

針對訓練「看守型志工」的構想，熟悉照護失智症老人的專家田村靜子認為「將失智症老人照護服務委託給志工未免不負責任，當務之急在於確立如何幫助失智症本人及其家屬的手法並設法普及全國」；學者池田省三亦指摘「有必要培養懂得照護失智症患者的居家照護專門人才以及提高失智症老人的給付額度」<sup>33</sup>。

事實上，日本的醫護人員、照護人員素質雖高，但福利領域照護人員待遇差、業務繁重，工作條件惡劣卻飽受批評。日本政府投入大筆教育費於培訓專業素養人才，其努力固值得讚許，然而專職少兼職多，現有照護人力仍嫌不足（參見附表 8-12、附表 8-13）。2005 年介護保險改革在即，如何確保工作穩定以避免人才流失亦是重要課題。

---

<sup>33</sup> 讀賣新聞（2002.3.19）「介護保險 2 年（上）制度直しの課題」

### 第三節 德、日長照保險實施成效

#### 壹、德國長照保險實施成效

##### 一、德國長照保險的成功經驗

德國實施長期照護保險的成效，本研究主要依據下列數點進行分析：

- (一) 在提供國民適當照護需要之是否滿足與家庭支持能力之協助發揮方面，以是否民眾有照護需要時是否能夠及時洽當獲得滿足，且預防貧窮之發生；協助家庭（戶）照護支持能力之發揮，落實「在地老化」之理念；家庭照護工作有酬化，協助照護提供者取得年金權等為觀察重點。其效果皆相當顯著而具體。
- (二) 在有助矯正市場失靈，創造就業機會，改善給付供給結構方面，以到底建構那些機制矯正長期照護市場失靈之課題，以及創造多少直接相關之工作機會，和供給結構改善作為觀察指標。在矯正市場失靈方面，以建構照護需要確認機制為觀察重點。長照供需應能能夠在新的擬市場機制與架構下，協調發揮其運作，並在確認機制運作下，一方面使有需要之被保險對象能夠及時恰當的獲得照護給付服務；另一方面亦能因此而使得經濟學者憂慮之假性需求獲得適當調控，而「前保險期間」措施之規範亦有同樣作用。總體而言，其效果皆相當顯著而具體。
- (三) 在延緩照護等級嚴重化時程之效果方面，從照護需要新確認數（包括總數與分項照護等級觀察）、照護給付受領者年齡分布，以及照護給付受領者歷年統計之總數以及分項照護等級之變動三方面加以觀察。德國長期照護保險制度實施後，照護需要者之人數雖然逐年逐漸增加，此乃人口高齡化必然之現象。但是照護給付受領人卻有維持在較輕等級之現象。照護需要者照護等級維持在較輕等級，不但讓其具有較佳之生活自理能力，同時也能減輕照護給付之整體支付費用，也就是同時顯現社會經濟效果。惟此現象僅就照護需要者之統計加以觀察，如果能夠就照護需要者之死亡率以及其在照護等級上之分布加以觀察，則將更加具有說服力，並且能夠將效果精確計算出來。此外還有一個問題仍需解決，即照護等級在自然狀態下，由等級輕演變等級重所需時程，以及影響等級變動作用之因素與路徑，如果能夠有資訊提供檢驗，則對此種效果當更能進一步瞭解。
- (四) 就整體制度之評價而言，受原健康保險架構之限制，形成名為普及式長照保險，但實際上卻出現雙元體系，即被保險對象被區分在長期照法定護保險體系與私營的強制長期照護保險體系。就德國俾斯麥傳統社會保險架構而言，將公私部門以及公務員與其他所有國民皆納入一個體系加以保障，是制度上具突破性之做法，但是限於傳統德國健康保險一般民營受雇者與

公務員分離保障之制度設計，而且收入高者或身分轉為雇主者得離開法定健康保險體系，自行尋求其他保障，多半加入私營健康保險，以致風險結構佳者得脫離法定健康保險。亦即法定長期照護保險體系，固然將加入私營健保、無保險者、公務員等皆強制納入長期照護保險法加以規範，但是在法定與私營的長期照護保險之間，風險分擔與所得再分配機制無法連結，無法形成全社會之風險分擔團體，發揮最大互助效應。雖然現行制度仍具社會保險風險分擔之效果，但就突破傳統俾斯麥分立保險體系朝向全社會普及式角度而言，仍有未竟之功，這是制度上之缺憾。

## 二、德國長照保險的問題

德國長照保險有待進一步改進之處為機構式照護給付支付補償之準則以及調整之問題。固然此制度建構於經濟全球化，歐盟深化，東西德統一之經濟、社會、財政不利擴增社會保障制度之時空環境條件下，所以在協助民眾對抗照護需要性風險事故之同時，也希望能夠兼顧節約性與效率性之要求，因而財務相關之調控機制不但多而且嚴格。至今這些目的應該都有達到符合要求，但是在照護給付支付補償之準則以及調整之問題過於龐雜與嚴苛，則應進一步改善。而支付補償之價格水準讓業者提供較輕照護等級比較重度等級有利，也應檢討，加以平衡。

另外，在照護管理機制與程序上，有專業獨立分工，運作能達於責信之照護確認機制是很值得珍惜之資產。但是從 1999 年起 MDK 在申請照護確認案件上開始有積壓之現象，每年皆有兩萬件以上之案例未獲確認結案，而且累積至 2002 年已經超過 21 萬件。固然這些申請者將來一旦獲得照護確認時，照護保險人之仍回溯到照護需要發生日起給付，不過在這之間所衍生之費用以及可能產生之爭議問題，也不可小看。況且這對國家掌握照護事故發生率之準確度將有負面影響，而確認制度之效率也會受到質疑，應在責信考量下，將申請與完成確認之時間盡量縮短。

## 貳、日本長照保險實施成效

介護保險實施四年有餘照護服務市場成長快速，制度逐漸穩定。2000-2001 年度利用者問卷調查中，對照護服務滿意度近乎九成（李光廷；2003）。介護保險導入民營化後，過去地方自治體或社會福利法人提供的居家照護服務廣泛開放給企業或特定非營利活動法人（NPO）加入營運，服務內容包括訪視照護、日間照護、訪視護理、福利用具租借等，多元化經營的手法策略使得照護服務市場十分活絡，人力、物力整備俱增。2003 年度介護保險總費用預算 5 兆 4,000 億日圓，扣除老人特別養護之家等機構照護服務外，居家照護領域約佔 2 兆 3,000 億日圓。市場規模最大的訪視照護服務業者中，企業的市場佔有率約 45%（6,150 億

日圓)<sup>34</sup>。

惟市場繁榮的背後，由於照護給付費用增加，伴隨的財務惡化現象超出原來預測，導致2003年4月起65歲以上老人的保險費大幅提高，其發生的原因與危機值得警惕與改進。針對預期於2005年進行介護保險改革，日本經濟團體連合會（簡稱日本經團連）綜合整理過去四年來介護保險制度所呈現的優缺點如下：

## 一、介護保險的成功經驗

站在利用者的觀點，服務內容的選擇性增加、公平化適當化的提供體制值得肯定，值得擴大活用。

### （一） 制度結構設計

1. 照護管理師等的認定機制設計促使照護服務公平化、適當化。
2. 給付費有上限設計利用居家照護服務時，依需照護程度設定給付額度；利用機構照護服務則依需照護程度定額給付。
3. 公共介護保險與保險以外（市區町村自訂）的給付自由組合設計。
4. 照護服務給付費或給付管理單據等保險事務電子化，使得給付內容的比較，分析的準確度與效率大幅提高。
5. 老人亦負擔保險費，落實量能負擔與量益負擔的公平正義。

### （二） 制度的營運成果

1. 照護服務內容由行政處分改為利用者自由選擇，使得利用者心理抗拒消失。
2. 家屬照護者的身心負擔大幅減輕。
3. 企業公司加入市場營運，服務提供量逐漸充實；市場競爭機制促進品質提升。

## 二、介護保險的問題

### （一） 介護費用急劇增加，制度的永續生存堪憂。

1. 需支援及輕度需照護者有服務利用率過度增加問題（照護給付費年成長率約10%）；重度需照護者則有高額消費群的費用增加問題。
2. 據厚生勞動省（簡稱厚勞省）調查（2002年5月-2003年4月間介護保險給付費實況調查），需支援及輕度需照護者利用服務頻繁，但需照護程度未必獲得改善；福利用具業者並反映，相同輕度需照護者有福利用具過度使用及不當使用情形，反而有礙於激發老人生活自立的本能。

<sup>34</sup> 読売新聞（2003.3.18）「検証・介護保険3年（下） 介護ビジネス 堅調」。

3.社會性入院及常駐機構情形改善有限

4.厚生勞動者 2004 年度照護給付費預算 5.5 兆億日圓，若以目前制度營運水準推計，人口高齡化高峰期的 2025 年該費用恐增加至 20 兆日圓，屆時負擔驚人。

## (二) 負擔欠缺公平感與認同感

1.40-64 歲第 2 號被保險人的保險費，未能建立反映企業、從業員等相關者意向的法定制度，一旦照護給付費增加，第 2 號被保險人的保險費便被迫增加。

2.個別制度更改時，負擔即增加，社會保障制度整體負擔上限不透明，引起民眾對於社會保障制度產生不信任感。

3.同世代間負擔不公平，如同各醫療保險體系提撥保險費以支援老人保健制度一般，各醫療保險體系下所繳交的保險費中公費負擔不等，導致第 2 號被保險人之間產生實質上的不公平的現象<sup>35</sup>

## (三) 利用者的滿意度評價（2000-2001 年度利用者問卷調查）<sup>36</sup>

1.對目前正在利用中的服務滿意度

(1) 服務量——「滿意」及「還算滿意」二者合計約佔九成（88%）。

(2) 服務品質——「滿意」及「還算滿意」二者合計約佔九成（88%）。

2.對保險費及使用費的負擔感

(1) 保險費——上述調查中，約六成左右受訪者認為保險費價格「妥當（61%）」，但也有 14%受訪者認為價格「太高」、18%受訪者認為價格「略高」。

(2) 使用費——上述調查中，近七成受訪者認為保險費價格「妥當（68%）」，8%受訪者認為價格「太高」、15%受訪者認為價格「略高」。

<sup>35</sup> 日本經團連（2004.4.20）「介護保險改革についての意見（介護保險制度改革意見）」

<http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/034.html>

<sup>36</sup> 李光廷（2003.3.29）「日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗」『台灣社會福利學刊（電子期刊）』第三期

#### 第四節 德日長照保險制度借鏡

##### 一、德日長照制度形成與爭辯過程之經驗

德國關於長期照護制度政策爭辯起於1973年，日本則於1990年代正式以「建立新長期照護制度」為題進行政策討論。此蓋可歸因於1970年代德國人口結構老化已甚為明顯，同時期日本則以7.1%（1970年）的高齡化率剛擠入高齡化社會之儕。雖然德日兩國於戰後都經歷了高經濟發展帶來之富裕，但對於福利體制選擇已經出現不同之想法。

日本於1960年代起開始大幅擴充福利給付，例如1961年實施醫療及年金全民保險、1963年制定老人福利法、1973年實施老人醫療免費制度等，並訂立1973年為福利元年，試圖由殘補式的福利制度轉向北歐型福利先進國家普及化的福利體制邁進。但普遍性福利給付中仍以醫療為主，長期照護給付則因有所得限制（量能負擔），老人照護服務大部分由家屬承擔。而德國一方面人口結構老化已進入老年社會，於1950年代將退休老年定為強制保險對象，納入社會健保之中。1970年代起由於石油危機影響加上健保費用不斷高漲，政策上開始進行費用抑制之措施。台灣全民健保分別於1998、2000、2001、2002年實施牙醫、中醫、基層西醫與醫院之總額支付制度，而德國健保則是首先於1977年率先於門診門診與牙醫部門開始實施。另一方面政治工作者發現越來越多中產階級老年人因照護需要而變成貧戶，起而批判這是社會國之恥，要求國家社會面對解決。

故在德國健保與新增之長期照護議題同是近三十年來政策焦點，但是政策爭辯之議題在於為何需要另建長照制度與健保制度費用問題之來源。德國將此兩問題分開處理，不太將健保費用之高漲歸諸照護需要？？所致，而是健保制度有其費用高漲之因素與邏輯，照護需要問題及其滿足亦有其各自之因素與邏輯。雖然兩者同受人口結構老化影響，但健保費用高漲不必然導源於照護因素（如社會性住院）。也有人認為照護保險制度成立有助於健保制度費用獲得重大的解決。兩者之間是有關聯，且同受人口結構老化因素顯著影響，但是健保仍有其費用上漲之推動因素，長照建立制度只會減輕部分健保費用上漲之壓力。

另一方面，日本人口高齡化的進展下社會保障支出暴增，特別是老人醫療費用逐年提高，但其中不乏只需照護根本不需住院的醫療資源浪費。再者，1990年代日本泡沫經濟瓦解，國家財政陷入困境，失業率提高，每年為照護老人而辭去工作者不下10萬人，因而有識者擬議以另闢財源方式承接老人長期照護風險，讓年輕人能安心留在職場工作，將成本較高的醫療浪費轉移至成本較低的長期照護制度吸收。此政策動機顯然和德國不同，因此考慮另闢財源。

人口結構老化，老人數量增多，壽命延長等因素，在在影響健保支出，此可

由日本和德國老人醫療費用是年輕人的五倍以上獲得證實。由於德國與日本均將健保制度與長期照護制度分別制定獨立保險之設計，因此從長期照護保險給付中明顯可以看出，人口結構老化不但是長期照護數量與費用上漲增加之因素。同時，人口老化因素對健保財務仍然造成威脅，尤其是老人的「社會性入院」問題無法根治之餘，健保制度必須承擔一部分長期照護費用。不過德國有關著述報告皆不如日本強調老人問題為建立長期照護保險之制度化原因。雖然我們也在 2002 年見到德國健保有關老人應繳保險費由原先社會年金保險給付擴增為所有老年給付，一方面加重老年退休者之費用分擔，另一方面增加健保財源。

相對於德國，日本介護保險的對象特別以老人為主。由國民所得調查中得知，日本的老人平均所得不比年輕人低，動產不動產積蓄亦高於年輕世代，基於世代間公平正義原則，老人應自行負擔或分擔更大之財務責任。惟數據上顯示高齡者世代平均所得不差並不表示所有老人特別是老老人都積蓄豐厚，何況如果照護需要發生，則積蓄恐迅速縮水。

日本介護保險總經費的 90% 為保險給付，由保險費及公費各負擔一半（剩下的 10% 為部分負擔）。公費由一般稅收支應（中央 25%、都道府縣 12.5%、市區町村 12.5%），而保險費則由 65 歲以上老人負擔 18%、40-64 歲現役勞動者負擔 32%（勞資各半分擔）。此複雜之收費方式無法將介護保險財務收入透過薪資費率與國家社會之經濟發展，特別是薪資之調整加以連動，將長期照護制度之財務基礎架構在社會經濟生產力之上，享受經濟發展薪資上漲連帶保費收入增加之彈性效果。即透過薪資費率連動使得制度給付支付能力得以強化而衡平收支之效果。老人收入彈性有限，當照護需要使用率增高，利用人數增加，勢必得調高保險費。日本介護保險法規定每隔三年調整一次保險費，2003 年 4 月起老人總體保險費所佔比率更提升 1 個百分點。而德國則是將老人以大數法則，由全體社會團體風險分擔，所得再分配，再透過薪資所得費率連動機制架構長期照護保險財務來源，能夠適時反應經濟社會發展之效率與彈性，支應照護需要人數增加之缺口。因此實施迄今已逾八年，財務仍維持制度要求之安全準備範圍內。只是德國經濟景氣低迷，經濟成長率低，失業率仍高，透過如此之連動，於 1999 年開始出現支出大於收入之缺口，引起調高保費之議題。

整體而言，兩國長期照護保險由於重視照護管理以及財務控管機制，因此皆維持在合理上漲之範圍內。由於制度給付之差異與納保對象之不同，其佔 GDP 之比例各有不同。德國長期照護保險總體費用支出佔 GDP 之比例維持於 0.8% 左右。甚至自 2000 年以降，其比例有逐漸下滑趨勢。長照保險費用佔 GDP 於 1999 年升至最高之 0.83%，而後逐漸降至 2002 年之 0.80%。足證經濟繁榮是社會保險制度給付能力確保之基礎。

有關調整長期照護保險費之原因與問題的解決方案，德國與日本的解決方式

亦不同。2000 年德國憲法法院之判決，認為現行長期照護保險費用之分擔不符合憲法之意旨，單身或無子女之被保險人應負制度財務上較大之責任，以平衡養育子女之被保險人在養育子女上所承擔之負擔與對社會之貢獻。仍有針對無子女之被保險人以調高費率之舉措作為解決方案。憲法法院之判決現行費率與分擔方式有效期限為 2004 年底。而日本則以提高保險費，甚至擴大被保險人對象為思考。如果日本介護保險費用徵收方式不變，則可預期在人口持續老化而照護需要者大量增加的壓迫下，縱使日本經濟景氣轉佳，薪資調漲幅度高，亦無法適時透過費率機制反應於介護保險制度財務上，導致調整保險費的隱憂始終存在。除非採階梯費率方式徵收保險費，先預收資金再回填往後幾年資金需求之缺口。

從照護需要概念之界定言，日本的介護保險以 65 歲以上老人為主要對象，40-64 歲者則以必須符合與老化有關的疾病癒後復健及照護為條件；障礙者照護目前以稅收支應的障礙福利制度提供給付（該福利水準較介護保險為高）。德國則將照護需要性視為全體國民之社會風險。

此外，日本與德國皆實施所謂照護管理制度，惟日本強調「照護管理師（care manager）」為管理樞紐，擁有國家考試合格的照護管理師可各別初步認定被保險人的「需照護程度」（此稱為第一次認定），繼之參考主治醫師或家庭醫師的意見書後（此稱為第二次認定），送交市區町村保險人籌組的審查委員會裁決。照護管理師的主要任務，在於（1）資源整合，控管被保險人於保險給付額度下，擬定多元化的照護計畫（care plan）；（2）每個月至少一次訪視管理個案，確認照護服務效果及發現問題；（3）接受個案及其家屬陳情彈性修改照護計畫等。惟大部分具有照護管理師證照者受雇於照護服務提供業者，因此難免有受制於雇主的要求而於照護計畫中以業者利益為出發點，被保險人切身的需要反而被忽略之虞。

德國長期照護保險制度雖然制度上未明定照護管理師制度，但是實質上將照護管理之工作透過制度化專業分工方式，建立專業分權之照護管理制度。即照護給付確認之申請由被保險人或其必要之第三者向各該保險人提出申請，保險人交由專業、獨立機關聘用專職人力進行照護需要確認等級以及照護計劃形成，再將確認結果與照護計劃回覆保險人，由保險人進行核定。德國照護確認人員為獨立機關專業人員，不但為照護確認、異議再確認，而且也賦有照護實施查核與品質確保任務，需具有照護專業證照資格，在照護保險法規範中，其所扮演角色實際上即為照護管理師。這些專業人員共同受雇於照護管理法中獨立機關，對於照護要件，標準與品質要求可從組織而予以監控。

日本因制度初始階段各地方希望擴充更大的照護能力，因此不提供現金給付，以免阻礙各市區町村人力、物力的基礎整備；然而或有可能背離讓家屬照護者由「照護地獄」解脫的初衷。惟預定於 2005 年的介護保險改革內容中，介護

保險是否與障礙者福利制度相整合與是否提供現金給付議題亦將納入討論，其動向值得進一步觀察。

由德國看日本，德國財務控管機制似優於日本；從日本看德國，則日本老人所享的照護給付水準高於德國。又保險費的高低與給付內容水準的高低關係密切，因此日本各市區町村保險費不等，照護基礎整備率及給付水準各異，關鍵在於地方政府重視老人長期照護的程度。介護保險事業發展的情況如何，最重要者在於，必須讓當地居民充分掌握資訊，並尊重當地居民在理解與共識下所做的決議。德國照護制度除照護機構資本財由地方政府投資外，照護制度獨立形成單一保險體系，講究照護權益全國一律適用之原則。

有關現金給付提不提供問題，日本舊厚生省最終選擇不給付現金給付而選擇比較困難的實物給付，一方面希望讓家屬由「照護地獄」中解脫；另一方面希望由專業提供較佳服務品質。惟這些考量因素是否即不實施現金給付之關鍵因素，則有值得探討之處。德國於1980年代對此議題亦有所討論，並且也關切是否提供此類給付會把婦女綁在家裡綁得更緊。後來並未得到如此結論，蓋認為只要制度設計得當，問題並不會發生。重要的是配套措施須強化，俾兼顧選擇偏好或必要請領現金給付之家庭。甚且有現金給付配合實物給付之實施，比單提供實物更能提供多元給付選擇，以滿足多元照護需要。提供現金給付並不是用來取代實務給付。很少國家僅實施現金給付而不提供實物給付；而是賦予照護需要者及其家屬選擇權。

僅提供實物給付而不提供現金給付也可能使得照護地獄情況更為嚴重，蓋照護基本上大多仍在家裡實施，即使有專業服務，仍需要家人補充或遞補。何況許多家庭有剩餘人力，也實際負擔親人照護，如果不提供現金給付，這些人力無法充分運用，且對這些人也不公平。何況照護需要者需要親情愛心與隱私安全，並非外來專業者能夠充分提供。至於家屬照護品質之評價問題，實際上在提供實物給付或專業給付，均會有公正評價之困難，這是生活品質與服務品質間之取捨問題，值得重視。

## 二、德日長照制度實施之經驗

就德日兩國長照保險制度實施經驗分析，在政策規劃與制度設計方面，可以提供我國參考之處甚多，分別列述於下：

### 1. 在政策規劃方面：

- (1) 宜及早明定政策走向，及早進行規劃並及早整備。
- (2) 明確定義照護需要事故，獨立建制運作。
- (3) 提供普及式基本保障。
- (4) 允許受照顧者自主選擇服務。
- (5) 建立適當照護管理機制，有效使用資源。

- (6) 重視復健優先照護原則。
- (7) 居家照護優先機構照護。
- (8) 提供多元照護服務以滿足多元照護需要。
- (9) 組織體制與健保密切銜接

照護需要事故為未來老年社會之一項政策重點，也是個人家庭必須面對之社會風險事故，雖然荷蘭早於 1960 年代就將照護需要與重病保障合併建立保障制度，但是德國社會長期照護保險以獨立管理與財務制度處理照護需要議題則是首創，所以德國政策爭辯，才建立制度性保障制度。作為後進的我國，既然制度類型已經浮現，而且確認需照護需要風險負擔沉重，不會因為國家不介入而不會發生，且如不以制度化方式介入，可能因制度體系之混亂以及資源投入無法有效整合，形成公共資源誤置而民眾顛沛流離，問題無法得到有效解決，社會成本更大。況且趨勢已經認清，越早規劃越有時間充分考量與協調，社會共識越早獲得，制度越早介入，則社會成本將越低。再者依照經建會最近之人口推估發現，我國人口結構老化雖然才超過 9%(2004)，但是從 10%成長到 20%卻可能是比日本之速度更快。歷史留給我們的時間不算充裕。因為長期照護制度牽涉到層面甚為複雜，而且要事先準備之工作包括照護需要風險發生率之精確掌握，照護給付提供結構之人力、專業、機構床數，培訓與管理機制等等基礎建設，必須事先妥為規劃與結合公共與私有資金大力長期投入。這些需要社會共識，協調與整合，更需精密專業規劃，所以應該及早決定政策定位與著手制度規劃。

## 2. 在制度設計內涵方面：

- (1) 明確定義照護需要事故，並將其與健保之財務與管理明確區分，而在給付服務提供層面建立個案管理制度，形成整合照護。
- (2) 以全民為保障，形成整個社會之風險分擔。勿將照護需要風險認定為純老人風險，以免形成弱體保險制度。日本乃因為修正老人保健福利而採行階段性做法。
- (3) 建立照護需要者及其家屬最大限度之照護給付選擇權，以滿足照護需要者及其家屬之多元需要與考量。
- (4) 組織體制與健保形成分工而合作之建構，所謂分工為財務與管理分立，但保險事務可委託健保保險人兼辦，照護給付與健保給付有別但透過個案管理形成密切整合。
- (5) 財源宜與所得(費)或薪資(費)關聯，一方面取其具有費率彈性，避免定額制時常需要調整費率之困擾；另一方面以特定用途收入專款專用，避免與其他經費競用。
- (6) 財務可採修正隨收隨付制，即實施初期以稍高費率，或參考德國預收 3-6 個月保險費作為基金的作法，平衡世代費率負擔。
- (7) 建立專業分權而由照護需要者自主決定之照護管理制度。建立全國一致之照護確認標準與程序。結合日本證照制度與德國專業組織之

優點，建構責信組織，受保險人之委託，進行照護確認、照護計劃形成、以及照護品質確保與安全查核工作。

- (8) 提供多元給付項目，以滿足多元照護需要。在有配套之條件下，建立以居家社區為中心之長期照護制度，兼顧照護專業與服務產業之平衡發展，落實在地老化之理念。
- (9) 機構與專業人力提供服務依契約進用，且非營利與私有機構優先於公有機構。
- (10) 支付價格以論人論月依照護等級給付額度與照護提供內容綜合定訂。
- (11) 謹慎推動原則，在給付對象類別上可宣示將生活功能障礙、認知功能障礙與精神障礙皆納入保障，但因不同給付類別需要不同知能訓練與設施整備，故可考慮分階段實施，逐步擴充給付對象。

## 第四章 我國長期照護需要評估、費用推估與現階段政府經費分析

本章主要針對長期照護費用進行分析。到底那些人口群屬於長期照護需要人口是估算長期照護費用的最基礎資料，故本章第一節首先探討我國長期照護需要評估調查；接著於第二節中設定長期照護費用之基本推估模式；第三節則針對影響長期照護費用的重要因素進行模擬分析，以瞭解其影響方向與程度；最後，在第四節針對現階段的政府推動長期照護方案之經費進行分析。

### 第一節 我國長期照護需要評估調查

#### 壹、歷年台灣地區長期照護需要盛行率分析與需要人數推估

有關於長期照護需要評估的工具包括日常活動功能（Activities of Daily Living，簡稱 ADL）、工具性日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living，簡稱 IADL）、巴氏量表、功能獨立量表等。其中 ADL 功能障礙表示基本自我照護能力受限，需要個人照護服務；IADL 功能障礙表示需要社會服務方面的生活照顧。這兩類指標是目前最常用於長期照護服務對象的認定（吳淑瓊，1996）。過去文獻資料有關台灣老人生活自理能力的探討，主要為內政部（2000）的全國戶口普查 20 歲以上人口日常生活功能障礙資料、內政部（2000）的身心障礙者生活需求調查、全國長期照護需求評估計畫（吳淑瓊等，2000）、老人狀況調查（內政部，2000）等。不同的調查研究呈現不同的數據，造成差別主要的原因是對於評估失能的項目不盡相同；再者即是因為程度有所差別，例如執行該項 ADL 有些困難即定義為該項 ADL 功能障礙，或非常困難才認定為該項 ADL 功能障礙。

老人狀況調查（1991、1993、1996、2000）資料顯示，1991 年 65 歲以上人口生活無法自理比率約有 3.01%（男性為 2.94%、女性為 3.09%）。1993 年上升為 4.26%、1996 年 5.43%、2000 年為 9.33%。根據吳淑瓊等人（1998）研究顯示，若以需人幫忙界定功能障礙，台灣老人任何一項 ADLs 以上功能障礙盛行率為 4.5%，二項 ADLs 以上功能障礙盛行率為 3.6%，三項 ADLs 以上功能障礙盛行率為 2.7%。若以需人幫忙或需工具幫忙來界定，則至少一項 ADL 功能障礙者為 6.70%。內政部（2000）的身心障礙者生活需求調查、結果顯示，65 歲以上身心障礙者獨自行動至少一項困難者有 7.42%<sup>1</sup>。台閩地區戶口及住宅普查資料顯示，全部人口長期照護需要者為 1.54%，50 歲以上者有 5.23% 為長期照護需要者，65 歲以上長期照護需要者 9.67%，其中輕度照護為 3.65%、中度照護需

<sup>1</sup>生活自理的項目包括洗澡、吃飯、更換衣服、上下床、上下椅子、如廁（馬桶、蹲式）、大小便控制、室內走動、室外走動。

要者為 1.72%、重度者為 2.61%、極重度為 1.69%<sup>2</sup>（請參見附表 6-1）。

目前最新有關長期照護需要評估的資料為吳淑瓊等（2002，2004）全國長期照護需要評估的成果報告。該研究於民國 90 年（2001 年）進行抽樣調查，發現全國 50 歲以上人口中，ADLs 功能障礙盛行率為 4.56%。ADLs 的問項共有六項，包括：吃飯、位移、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所<sup>3</sup>。IADLs 功能障礙盛行率為 5.91%，認知功能障礙盛行率為 1.86%。但只有認知功能障礙者為 0.76%，只有 IADL 功能障礙者為 1.97%，列於附表 6-2。

本研究關於長期照護費用估算，在 50 歲以上年齡組採用上述長期照護需要評估調查資料；在 20-49 歲部分以戶口普查資料代表；20 歲以下部分則利用德國 20 歲以下的長期照護使用率相當於 20-24 歲人口長期照護使用率的比重，並使用嘉義社區資料調整後的 20-25 歲人口的盛行率資料，相互調整後得出我國 20 歲以下人口盛行率的設定值為 0.28%<sup>4</sup>。根據上述數份資料合併整理呈現之 2001 年台灣 ADLs 功能障礙人口的盛行率（參見表 4-1-1）。

---

<sup>2</sup> 輕度照護：係指僅具第六項「在室內外走動」或第七項「家事活動能力」活動障礙者；中度照護：係指就第一項至第五項活動障礙中，具有 1-2 項活動障礙者；重度照護：係指就第一項至第五項活動障礙中，具有 3-4 項活動障礙者；極重度照護：係指就第一項至第五項活動障礙中，全部活動障礙皆具有者

<sup>3</sup> 其中需工具輔助、需人幫忙才能做、完全不能做這三種程度皆認定為功能障礙。

<sup>4</sup> 德國 20 歲以下長期照護使用人口占該年齡組被保險人人數的比率為 0.6174%，20-24 歲組則為 0.5126%，我國嘉義實驗社區 20-24 歲組功能障礙盛行率為 0.23%，故我國 20 歲以下功能障礙盛行率推算為  $0.6174\% \times 0.23\% / 0.5126\% = 0.28\%$

表 4-1-1 2001 年台灣功能障礙人口盛行率

單位：%

男性	僅 IADL 障礙	ADL1-2 項	ADL3-4 項	ADL5-6 項	ADL 障礙 盛行率
0-19 歲	----	0.09	0.11	0.15	0.28
20-49 歲	0.33	0.16	0.15	0.09	0.58
50-64 歲	1.04	0.44	0.31	0.97	2.34
65-74 歲	2.15	1.35	0.79	2.89	7.71
75-84 歲	4.62	2.60	1.76	5.94	21.84
85 歲以上	8.93	6.86	3.98	15.98	47.44
女性	僅 IADL 障礙	ADL1-2 項	ADL3-4 項	ADL5-6 項	ADL 障礙 盛行率
0-19 歲	----	0.09	0.11	0.15	0.28
20-49 歲	0.28	0.13	0.11	0.07	0.73
50-64 歲	1.08	0.36	0.22	0.67	2.76
65-74 歲	2.78	1.26	0.85	2.83	7.18
75-84 歲	6.92	3.64	2.35	8.93	14.92
85 歲以上	10.10	7.71	5.05	24.58	35.75
50 歲以上 (男女合計)	----	1.15	0.73	2.68	4.56

資料來源：吳淑瓊等（2002，2004）；鄭文輝等（2003）

本研究的年齡別 ADLs 功能障礙盛行率將固定於 2001 年之水準<sup>5</sup>，再根據經建會的人口中推計資料推估 2001-2046 年我國長期照護需要人口。

根據上述的資料本研究推估，2001 我國長期照護需要人數約 28 萬人，本次推估之長期照護需要人數僅納入 ADL 功能障礙者，若加計只有認知功能障礙的 36750 人與只有 IADL 功能障礙的 94060 人(參見表 4-1-2)，則總共約有 41 萬人。目前估計的這 28 萬人的長期照護需要人口，輕度(ADL 功能障礙 1-2 項者)76733 人，中度 (ADL 功能障礙 1-2 項者) 57612 人，重度 (ADL 功能障礙 1-2 項者) 146318 人。若以年齡別人口觀察，長期照護需要人口中，65 歲以上者約為 62.96%，50 歲以上者約為 77.97%。2026 年我國長期照護需要人數約 61 萬人，其中輕度 156744，中度 106973 人，重度 351615 人。65 歲以上者約為 79.44%，50

<sup>5</sup>但由於人口老化所致，65 歲以上的功能障礙盛行率將會逐年逐步提高的現象。2001 年我國 65 歲以上人口占全人口比例為 8.81%，逐漸提高至 2026 年的 20.44%，2046 年的 33.44%。65 歲以上人口也有逐步老化的現象，倘若我們將 65 歲以上的老年人口區分為 65-79 歲老人與 80 歲以上老老人，我們發現 2001 年 80 歲以上老老人人口占老年人口的 16.59%，2026 年則提高為 19.48%，2046 年再提高至 33.66%（參見附表 6-3）。為此，即便年齡別功能障礙盛行率固定於 2001 年之水準，隨著人口結構老化，我國 65 歲以上 ADLs 功能障礙盛行率將於 2001 年的 8.95%，上升至 2026 年的 10.13% 以及 2046 年的 12.91%。

歲以上者約為 92.32%。2046 年我國長期照護需要人數突破 100 萬人，其中輕度 242942，中度 160259 人，重度 596930 人。65 歲以上者約為 89.77%，50 歲以上者約為 96.78%（參見表 4-1-2）。

## 貳、台灣長期照護盛行率與德國、日本之比較

德國年齡別照護風險率資料係呈現德國一般人口落入長期照護需要的風險機率，在 60 歲以下人口群約為 0.6%，60-80 歲約為 3.9%，80 歲以上約為 31.8%（參見附表 6-3）。照護風險率比較接近我國功能障礙盛行率的概念。我國 ADL 功能障礙盛行率 60 歲以下者約為 0.43%，低於德國的 0.6%；60-80 歲者為 4.96%，高於德國的 3.9%；80 歲以上者為 22.96%，則低於德國的 31.8%。

如將台灣全人口的功能障礙盛行率與德國實際給付人數比率（實際使用人數/被保險人人數）比較，2001 年台灣全人口的功能障礙盛行率約為 1.25%，1995 年德國長期照護保險開辦之初的給付人數比率約 1.48%，爾後慢慢上升至 2002 年的 2.67%。就年齡別與程度別比較，中度方面，台灣的盛行率多低於德國的給付人數比率，尤其在 75 歲以上年齡組的差異特別大。其可能原因是我國盛行率僅根據 ADLs 障礙推估，並未包括 IADLs；而德國除 ADLs 外，尚包括 IADLs 與精神障礙、失智與腦傷人口。但在重度及極重度方面，台灣的盛行率仍然低於德國的給付人數比率，不過差距不若中度者那麼大，且在 45 至 79 歲各組，台灣盛行率反而大於德國的給付人數比率（參見附表 6-4 與附表 6-5）。

日本的長期照護需要人口主要根據 ADLs、IADLs、失智等指標，區分為需支援與五種照護等級；其中需介護 1 較相近於我國的輕度，需介護 2 與需介護 3 較相近於我國的中度，需介護 4 與需介護 5 較相近於我國的重度。比較我國的盛行率與日本的需要率（經認定人數/人口數），在輕度部分我國的盛行率低於日本的需要率；在中度部分，我國的盛行率低於日本的需要率，尤其在 75 歲年齡組後差距拉大許多；但在重度部分、則我國的盛行率高於日本的需要率（參見附表 6-6 與附表 6-7）。

倘若比較 65 歲以上人口群，整體而言，德國長期照護實際使用者（中度、重度及極重度合計）占被保險人的比率約 12.18%，加計台灣輕度盛行率則為 14.38%；日本經認定的需照護者占被保險人的比率 12.25%（不含需支援），若加計需支援者則為 14.23%；我國的 ADLs 盛行率為 9.07%。日本與德國高於我國的原因主要來自於給付對象以及人口結構的影響。本研究我國盛行率只納入 ADLs 功能障礙，但德國、日本則納入 ADLs、IADLs、失智者及其他人口群；再者德國與日本的人口結構較為老化，亦是影響長期照護需要率較高的原因。日本 2001 年老年人口約占總人口的 18%，德國則為 17% 左右，我國老年人口約於

2023 年達到 18%。但根據本研究推計，倘若年齡別的 ADL 功能障礙盛行率固定於 2001 年水準，則 2026 年我國 65 歲以上 ADL 功能障礙盛行率約為 10.13% 左右。可見得我國與德、日之間的差距應為給付對象與範圍的影響較大。

表 4-1-2 2001 年台灣只有認知功能障礙與只有 IADL 障礙盛行率估計 單位：%，人

年齡	只有認知功能障礙		只有 IADL 障礙	
	盛行率 (%)	人數	盛行率 (%)	人數
50-64 歲	0.29	8237	0.94	26699
65-74 歲	0.86	10727	2.18	27193
75-84 歲	2.04	12372	4.97	30142
85 歲以上	4.53	5413	8.39	10026
50 歲以上	0.76	36750	1.97	94060

資料來源：根據吳淑瓊等 (2001) 頁 318 表 4-20 資料計算。

表 4-1-3：2001-2046 年台灣長期照護需要人數推估

單位：人

總計	0-19歲	20-49歲	50-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲以上	合計
2001	22506	39320	42132	62181	75542	38982	280663
2006	20330	39600	53745	65706	96430	54458	330269
2011	18573	38630	67874	68851	107866	76370	378164
2016	16520	37430	77059	87807	123099	106146	448060
2021	14810	35913	79409	124227	133236	132741	520335
2026	13806	33483	79206	148676	175328	164834	615332
2031	12636	30335	80314	159585	248621	181657	713148
2036	11455	27745	78995	159772	296147	251777	825891
2041	10353	25416	75590	156283	317901	345800	931344
2046	9353	22819	70110	163235	317924	416689	1000131
輕度	0-19歲	20-49歲	50-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲以上	合計
2001	5474	16106	11394	16284	18713	8762	76733
2006	4945	16222	14535	17165	23882	12237	88986
2011	4518	15824	18358	17979	26664	17155	100497
2016	4018	15332	20844	22933	30385	23731	117243
2021	3602	14710	21482	32445	32879	29296	134414
2026	3358	13714	21433	38828	43275	36135	156744
2031	3074	12424	21735	41677	61365	39738	180013
2036	2786	11363	21372	41723	73093	55183	205520
2041	2518	10409	20435	40806	78462	75817	228447
2046	2275	9346	18937	42623	78463	91298	242942
中度	0-19歲	20-49歲	50-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲以上	合計
2001	7299	14769	7572	10182	12331	5460	57612
2006	6593	14872	9659	10805	15731	7626	65286
2011	6024	14508	12198	11330	17520	10693	72273
2016	5358	14058	13848	14445	19927	14833	82469
2021	4803	13489	14270	20437	21555	18449	93003
2026	4477	12577	14233	24461	28379	22845	106973
2031	4098	11396	14432	26256	40242	25154	121578
2036	3715	10423	14196	26290	47930	34892	137446
2041	3358	9548	13586	25722	51451	47929	151593
2046	3034	8572	12603	26865	51448	57738	160259
重度	0-19歲	20-49歲	50-64歲	65-74歲	75-84歲	85歲以上	合計
2001	9732	8445	23166	35716	44498	24761	146318
2006	8791	8506	29551	37737	56818	34594	175997
2011	8031	8297	37319	39542	63683	48522	205394
2016	7144	8040	42367	50429	72786	67583	248348
2021	6404	7714	43656	71346	78802	84997	292918
2026	5970	7192	43540	85387	103673	105853	351615
2031	5464	6515	44147	91652	147014	116764	411557
2036	4954	5959	43427	91759	175125	161702	482925
2041	4477	5459	41569	89755	187988	222055	551303
2046	4045	4901	38570	93748	188012	267654	596930

資料來源：本研究根據表 4-1-1 以及經建會人口中推計資料計算。

## 第二節 我國長期照護費用之基本推估

### 壹、影響長期照護費用之因素

影響長期照護費用因素可區分為社會、經濟因素與制度性因素。社會、經濟因素包括人口結構、功能障礙盛行率（失能率）、家庭結構、勞動參與率與經濟

成長率等五項。制度性因素則包括長期照護需要率、服務利用率、社區/居家與機構給付水準與利用比例、現金給付之利用狀況、各項服務使用頻率、個別服務類型之單價、費用部分負擔比例、支付標準之調整等八項。

## 一、社會、經濟因素

### (一) 人口結構

雖然長期照護需要人口並不限於老年人，但由於身心功能的退化等因素致使老年人成為長期照護服務需求的主要人口群。由於人口老化所陸續帶來的大量老年人口，故人口結構因素是影響長期照護費用最常被提及的社會、經濟因素。然針對未來長期照護費用的推估，在死亡率變動幅度極小的情況下，其實潛在的需要人口其實已經存在。

鄭文輝等(2004)以經建會所做未來人口推計之低與高兩種推計結果，代入基本推估模式，重新估算未來期間長期照護費用發現，由於經建會所做人口低、中、高推計假設之不同，主要在於生育水準的變化。此三種推計模式設定之死亡水準相同，僅在新生人口群之推估人數，低與高推計才會與中推計有所不同。但在已經出生的人口群方面，此三種推估模式之年齡別人口數均相同。由於長期照護需要人口多集中於中高年齡層，因而初期長期照護費用在低、中、高三種人口推估模式中並無太大差異；而在後期，由於高推計模式下所補充的人口數較多，使得長期照護費用絕對金額也較高，然2046年占GDP比重仍維持約0.68%，與基本推估比較差異程度在0.5%以內(分別為99.62%與100.23%)，幾無變動。至於50歲以上人口之長期照護費用絕對金額亦無差異。

換言之，人口老化確實造成長期照護費用的上升，但由於死亡水準變動幅度極小，故除非有天災人禍等重大因素，否則難有其他因素能夠改變未來各年的老年人口絕對數。人口老化對於長期照護費用的變動影響，事實上幾乎已經確定，變動幅度極小。至於生育率水準的變化對於長期照護財務的影響，主要在於收入面而不在支出面。

### (二) 功能障礙盛行率(失能率)

其次是功能障礙盛行率或稱失能率，亦即人口中有多少比例的人口因為生理的、精神的或心理的疾病或障礙，對於其尋常的、規律的日常生活起居造成影響，以致對於個人身體照料、飲食起居以及家務處理等，可能需要藉助輔具或依賴他人之輔助才能遂行。雖然失能者不必然被長期照護制度認定為需要者，或實際使用制度性的長期照護服務，但失能者卻是潛在的長期照護需要人口。

通常以生理、心理與社會三個面向來評估失能狀況，主要的評估指標包括

ADLs、IADLs、巴氏量表、功能獨立量表等。但一般而言，ADL 功能障礙的程度是決定老人進入護理之家、使用醫院醫療服務、接受醫師診察及老人死亡率的重要指標。對於長期照護保險而言，活動功能變化也是給付的主要參考重點。Dorothy 等，1997；王香蘋，2003）。本研究僅採用 ADLs 功能障礙指標，忽略失智症、精神障礙等其他人口群，可能低估需要照護人數。根據鄭文輝等（2003）的估計，2001 年本土的長期照護需要盛行率約 1.25%，65 歲以上人口的盛行率約 9.07%，2046 年全體人口盛行率約 4.22%，65 歲以上人口約 12.93%。

意外傷害發生率、慢性病盛行率、醫療技術的創新等因素則直接或間接影響失能率的變化，但目前可利用的資料包括國外的制度給付資料以及本國全國性戶口普查、實驗社區以及相關的老人生活狀況調查資料等，但仍是單一時間點的資料，換言之，對於未來人口失能率的設定，僅能假設各年度失能率與基期年相同，無法予以變化。如能有大量研究根據國人的健康狀況、罹病種類等進行未來人口的失能率預估，將對未來長期照護需要人口有更清晰與準確的掌握。

另一方面，我們也可用德國、日本的資料來對照，根據鄭文輝等（2004）變化失能率後分析失能率對費用的影響，假設輕度依照本土盛行率，而將我國之中、重度以德國中度與重度及極重度給付人數比率取代，則推估我國未來長期照護費用約多出 12%。若以日本 65 歲以上的年齡別使用率取代台灣 2001 年的年齡別盛行率，則 65 歲以上人口之長期照護費用約降低 6% 左右。

### （三）家庭結構

再者為家庭結構的影響，家庭部門一直是長期照護之主要提供者（Wiener，2003）。家庭結構可能影響個人的健康狀況，進而影響長期照護之使用率以及使用型態。台灣地區之家戶型態在 1976 年至 2001 年期間出現顯著變化，根據家庭收支調查資料，單身家戶之比重由 3.16% 上升至 10.72%，其中單身老人家戶由 0.39% 增為 4.49%；核心家戶比重由 69.03% 下降至 59.79%；夫婦同住家戶由 3.42% 上升至 12.93%，而老年夫婦同住家戶的比重由 0.76% 上升至 7.17%；至於夫婦及未婚子女家戶則由 61.73% 降至 41.82%（參見附表 6-8）。

另外，根據台灣地區戶口普查資料也顯示家庭結構變遷的趨勢，核心家戶的比重已由民國 79 年的 63.6% 下降至 89 年的 55.1% 為主，單身家戶由 13.4% 上升至 21.5%，複合家戶由 16.2% 下降至 15.7%。平均每戶人口數由 79 年的 4 人降為 89 年的 3.3 人，若由家戶組成人數分析，79 年與 89 年比較，單人家戶占全體家戶的比重由 13.4% 增加至 21.5%，二人家戶由 12.7% 增為 17.2%。（參見附表 6-9）。

家戶型態之變遷可能肇因於人口因素，例如婚姻狀況、可供共居之子女數；

也可能由於非人口因素所致，例如：共居意願、客觀能力<sup>6</sup>、健康狀況、社會規範以及環境因素(劉正，2000；Osterle，2001)。就人口因素來看，有無子女同住是影響老年人家庭結構之重要因素。換言之，沒有子女就無與子女同居的機會<sup>7</sup>。1983年是台灣人口轉變之重要關鍵，因為當年女性總生育率降至人口替換水準2.16%。長期而言，我國女性總生育率一路下滑，由1950年之6.03個持續下降至1990年之1.81個以及2003年之1.24個。依此趨勢，未來會有相當數量之老年人沒有子女可供同住。

婚姻狀況也影響家庭結構以及家庭內可能的照護人力，根據台閩地區戶口普查<sup>8</sup>，民國89年40-44歲男性有10.5%未婚，5.1%離婚或分居，0.5%喪偶，合計16.1%，較民國79年(分別為5.8%、3.6%、0.7%，合計10.1%)上升6個百分點。民國89年45歲以上男性有5.6%未婚，3.8%離婚或分居，6.5%喪偶，合計15.9%，較民國79年(分別為7.6%、2.9%、7.8%，合計18.3%)下降2.4%。民國89年40-44歲女性有6.8%未婚，6.1%離婚或分居，2.7%喪偶，合計15.6%，較民國79年(分別為3.6%、3.7%、3.6%，合計10.9%)上升約4.7個百分點。民國89年45歲以上女性有2.5%未婚，3.5%離婚或分居，21.7%喪偶，合計27.7%，較民國79年(分別為1.2%、2.1%、23.3%，合計26.6%)上升1.1個百分點。

就同居照顧意願分析。柯瓊芳(2002)針對歐盟十五個會員國分析指出，經濟社會的現代化與子女對父母同居照顧意願間存在有明顯的相關。國民所得較高、家庭聯繫較鬆散、非婚生比率較高、女性勞動參與率較高的地區，子女奉養意願較低。陳寬政與楊靜利(1999)也指出，1980年以來，我國子女數量並無明顯變化，因而老年人與子女同住比例的下降，應是同居傾向降低所致。整體而言，無論主觀同居意願以及客觀的子女人數之變動均顯示，長久以來作為長期照護供給者主要供給者的家庭部門，未來照顧資源確實存在困難，需要公共部門予以協助。

#### (四) 婦女勞動參與率

由於女性是家庭部門主要的照護提供者，女性勞動參與率提高，意味家庭部門照護資源縮減，另一方面，倘若照護者仍繼續工作，則意味照護提供者的身心負荷過重，或者被照護者的照護品質堪慮。根據主計處的人力資源統計年報<sup>9</sup>，25-44歲女性勞參率由1980年的41.62%上升至2000年的64.52%，45-64歲組

<sup>6</sup> 客觀能力可包括經濟能力、工作地點、工作地點的都市化程度等。

<sup>7</sup> 2000年65歲以上老年人口與子女同住的比例約為67.79%(內政部統計處，2000)，雖然有子女同居也不一定就由子女負責長期照護的工作，但不能否認地，沒有子女就不可能由子女負擔或安排長期照護的工作。

<sup>8</sup> 資料來源：主計處網站 [http://www.dgbas.gov.tw/census~n/six/lue5/census\\_ph.htm](http://www.dgbas.gov.tw/census~n/six/lue5/census_ph.htm)

<sup>9</sup> <http://www.dgbas.gov.tw/census~n/four/htyrtab.HTM>

則由 28.62% 上升至 39.62%。

### (五) 經濟成長

最後則是經濟成長的趨勢。未來經濟成長率的變化在長照費用推估模型為外生變數，雖然不影響未來長照費用絕對金額之推估，但由於整體經濟社會產值變動卻是衡量整個社會負擔長期照護能力之重要指標，因而值得重視。根據鄭文輝等 (2004) 的模擬，每年經濟成長率若降低 1%，則 2046 年對長期照護費用占 GDP 比重的影響程度高達 56% 左右，相較於上述社會結構因素，其影響更為顯著。

## 二、制度性因素

根據鄭文輝等 (2004) 發現，制度性的影響甚鉅，故以下分項討論，並設定基本模式的模擬假設。

### (一) 服務利用率

一旦被評估為需要人口，不見得每位個案都會去使用長期照護服務，服務利用率係指實際使用人數占被評估有某項長期照護需要的比例。我國實驗社區各項服務利用率資料顯示，使用居家服務的利用率分別為輕度 52.21%、中度 51.94%、重度 42.93%。利用率最高者為居家照護，分別為輕度 77.78%、中度 81.82%、重度 46.15% (請參見附表 6-10)<sup>10</sup>。就日本的情況分析，2000 年日本長期照護保險的利用率 (經認定人數/實際使用人數) 約為 68.29%，2001 年為 80.14%、2002 年 79.56%、2003 年為 77.21%。不過由於日本大約有 60 萬人左右為所謂的社會性住院，故實際上未利用者僅約 20 萬人，整體而言，利用率約為九成 (請參見附表 8-14 與附表 8-15)。

由於本研究所設定的長期照護需要人口僅包括 ADL 功能障礙者，不像德國日本納入 ADL、IADL 與認知功能障礙，為避免過度低估費用，本研究在第二節之基本推估模式假設長期照護需要者均使用服務，即利用率 100%。但在後續的模擬分析再討論利用率變化的狀況。

### (二) 長期照護需要率

從失能人口成為長期照護需要人口，須經由專業人士進行照護需要的評估，長期照護需要率是指失能者被照顧經理評定為長期照護需求者的比率。針對照護等級之評定，德國與日本皆強調制度性規範「照護需要性」之範圍及確認機制。在照護認定標準上，各國制度大多採行 ADLs 及 IADLs 為基礎的法定定義。德國社會照護保險認定標準含涵蓋 ADL、IADLs 與精神障礙、失智部分，其照護

<sup>10</sup> 本表實驗社區數據僅參考至 92 年 4 月 30 日資料，故有些服務項目有利用情況不穩定之處。

認定分為中度、重度及極重度需要照護三個等級與特殊嚴重個案（參見附表 7-5）。日本老人則分為需支援與五種照護等級（參見附表 8-2）；而 40 至 64 歲之人口僅以罹患十五種法定疾病致有需協助者為限。就輕度失能者不納入給付而言，德國長照保險較不具預防功能。但若就保障限定於老年人口而言，日本長照保險較不具整體社會預防功能。

本文係參考實驗社區之資料，由照顧經理擔任長期照護需要評定者，且照護認定標準以 ADLs 為主，分為輕度（1-2 項 ADL 失能）、中度（3-4 項 ADL 失能）及重度（5-6 項 ADL 失能）三個照護等級，不包括 IADLs 部分。未來在制度設計上，如認定標準不同，則將影響長期照護的需要率，進而影響長期照護費用。

另外，保險對象是否像德國為全部人口或像日本為 40 歲以上人口，或以 20 歲以上即是保險對象，抑或分階段納入？這也會影響長期照護的費用。日本長期照護保險的被保險人為 40 歲以上人口，這種非全民納保的體制可能導致下列結果：（1）具有風險集中化、年輕就業人口自利傾向；（2）對於非被保險人口但具備長期照護需要者，其照護需要的滿足必須有另一套體系處理，無法發揮規模經濟的優點；（3）對於保險財務的不利影響是費率較全體人口納保的情況要高出許多。如前所述，長期照護需要性風險隨年齡的增加而提高，所以 40 歲以上才納入保險的規定，提高民眾對於參加保險的接受程度，但倘若因風險集中而導致費率偏高，仍是制度推行的不利因素。

與日本相較，德國長期照護保險風險分擔體系容納全人口，惟德國雖將全人口納入長期照護保險體系，但是礙於原法定疾病保險體系僅含括約 90% 人口，其餘則為私人疾病保險被保險人，其中多數為所得較高者，法律僅強制這些私人保險保障人口，需購買等同長期照護給付項目與水準，但是如此則使得所得較高者無法與其他人口群共同分擔風險，而且形成雙元保障現象。

前述討論長期照護需要率事實上牽涉到給付資格認定問題。給付資格以功能障礙類別來區分，可包括生活自理功能障礙、認知功能障礙或精神障礙者，全部納入保險給付範圍或分階段納入均會影響長期照護費用。本研究的估算僅於日常生活功能障礙，故有低估之虞。若以程度別來區分，可以像德國分為三級，日本分為五級，全數納入給付範圍或像德國輕度不納入，均會影響長照費用。

### （三）社區/居家與機構給付水準不同

在照護類型的使用型態方面，主要為社區/居家式與機構式。實驗社區為突破過去社區/居家式照護服務發展的困境，積極發展完整的社區/居家照顧網絡，且在給付設計上也儘量做到中立性，不影響民眾選擇照護類型。換言之，在給付水準設計上，對相同照護需要等級者，無論選擇社區/居家或機構照護，給予相

同給付上限額度。本文所採的基本推估模式，以實驗社區照顧經理評估的需要狀況之平均值，依使用狀況推估平均每人每月費用，以估算長期照護費用。但根據德國與日本的經驗，社區/居家與機構照護之給付水準並不相同，長期照護給付制度的設計，將影響照護類型的選擇與利用。故本節第三部分的模擬分析將區分社區/居家與機構不同的給付金額，並模擬給付金額的變動對於費用的影響。

#### (四) 使用次數或頻率

長期照護制度之給付內容與各項給付項目之單價亦是影響長期照護費用之重要因素。本研究所設定之給付內容主要以實驗社區給付項目為主，包括居家服務、居家復健、居家護理、緊急救援服務、喘息服務以及無障礙設施等。鄭文輝等(2003)根據實驗社區資料設定失能程度分別為輕度、中度、重度失能者的平均照護成本。首先在照顧服務部分，由於該項服務主要是提供失能民眾照顧服務之協助，民眾可利用補助的時數額度選擇其接受服務的地點，包括居家服務、家庭托顧服務、日間照顧中心及機構式服務。依據實驗社區執行經驗，民眾使用的平均時數以百分之百補助的額度居多。因此本研究假定未來民眾在繳交長期照護保費後，其服務使用行為亦會隨之調整，所以我們直接設定每月的使用小時數為輕度 25 小時，中度 40 小時，重度 80 小時。至於每小時的成本則使用目前照護服務產業的每小時 180 元。

在居家照護方面，輕度與中度的需要率都相當低，這可能是實驗社區中要求先申請健保的居家照護，實驗社區僅給付健保不給付者所致。未來無論制度如何設計，該部分的成本仍然發生，差別只在究竟由健保給付抑或由長期照護保險給付。在此我們不預設制度設計如何安排，但也不直接使用實驗社區的需要率，故設定輕、中、重度的需要率約各為 0%、50%、50%，每月平均使用次數為三次。

在居家復健方面，亦根據整體的需要率改為 50%，設定居家復健的需要率為 50%，每月平均使用三次，每年平均使用三個月。在緊急救援服務方面，考量該項服務每月費用為 1,000 元，一旦裝設就必須按月繳交使用費，故沒有每月平均使用次數的問題，直接假定失能個案對本項服務之使用率；而考量中度及重度失能者通常已有照顧者長期間提供照顧，但輕度失能者在缺乏全職照顧者情況下需要保護性看視，給付對象應以獨居之失能個案(包括白天獨居者)為主要條件，不以失能嚴重程度為給付標準。依實驗社區前測調查資料發現，社區白天獨居的比例僅約有 12%，據此假定緊急救援的需要率為 12%。

在喘息服務方面，原則上應為失能者提供照顧之照顧者才會利用。實驗社區前測調查 2,205 人的資料顯示，失能者有照顧者的比例約為 88.3%，輕中重分別是 88%、94%、94%。由於並非每位照顧者皆使用喘息服務，在此參考實驗社

區照顧經理對失能個案機構式喘息服務及居家式喘息服務的需要評估結果，將失能民眾之照顧者對喘息服務之需要率設定為 50%，並以機構式喘息服務與居家式喘息服務的每年平均費用換算為平均每月費用代入估算。

根據上述資料估算，我們設定民國 90 年（2001）長期照護每月平均費用分別為：輕度 5504 元，中度 9704 元，重度 16904 元（參見表 4-2-1）。

#### （五）個別服務類型之單價

根據德、日長期照護保險制度，凡被保險人已盡繳費義務，則當給付條件發生時，被保險人即享有給付的權利，保險人不得拒絕。不過德、日皆有給付上限設定，即保險提供基本給付，除部分負擔（日本制度）外，其他費用或高額部分，仍須由被保險人自行負擔。

由於日本的給付上限較為寬鬆，一般民眾並沒有完全利用到上限額度，2000 年度需要支援者的介護保險每月給付上限額（只可使用居家照護體系服務）為 61500 元日幣，然據厚生勞動省統計，實際上每月平均利用程度僅達上限額的 54.2%；若以全數需支援與需照護者統計，則實際使用的照護費用總額占整體介護保險給付上限額的 43.2%<sup>11</sup>。2000 年與 2002 年比較，2002 年略有降低，但變化並不大（參見附表 8-16）。

進一步分析日本介護保險的利用情形，2001 年約有 10.9% 的被保險人利用費用占其上限費用的 90%；17.6% 的被保險人利用費用占其上限費用的 60-90%；約有 71.5% 的被保險人利用費用僅占上限費用的 60%，但到了 2002 年此比例則降為 66.5%；而利用費用占其上限費用 90% 者 2002 年則上升為 13.5%（參見附表 8-17）。

本研究估算的每人每月平均照護費用若與德、日實際每人每月平均給付費用比較，則台灣平均每人每月費用為 396.41 美元，約為德國平均每人每月給付的 60%，而僅約日本平均每人每月給付的 35%。但如調整每人 GDP 水準之差異，則本文估算之每人每月平均費用約為每人每月 GDP 的 37.69%，略高於德國的 35.67%，而低於日本的 38.18%<sup>12</sup>。三國間的相對平均費用水準的差異並不大。

<sup>11</sup> 日本學術界雖亦有「社區照護」一詞，然一般社會不太使用。介護保險的照護服務依需照護者的居住場所而區分居家照護與機構照護二大體系，台灣所謂的社區照護（如日間照護、日間復健、短期收容照護【台灣稱喘息服務】、失智老人之家共同生活照護等）涵蓋在居家照護體系中。

<sup>12</sup> 2001 年日本長期照護支出為 45919.24 億日圓，據此計算，長期照護平均每人每月支出占每人每月 GDP 比重為 42.42%，但不含部分負擔則為 38.18%

表 4-2-1 2001 年台灣地區長期照護每人每月平均費用估算 單位：時，次，元

	居家服務 (時)	居家照護 (次)	居家復健 (次)	緊急救援服務 (次)	喘息服務 (次)	合計
輕度	25	0	0.375	0.12	0.5	5504
中度	40	1.5	0.375	0.12	0.5	9704
重度	80	1.5	0.375	0.12	0.5	16904
單位成本 (元)	180	1000	1000	1000	1017	
備註	參考照顧服 務產業給付 標準設定為 每小時 180 元	需要率： 輕度=0%， 中度=50%， 重度=50% 每次 1000 元 一般民眾每次 補助 900 元	需要率=50%平均 每月使用三次，每 年平均使用三個月 每次 1000 元一般 民眾每次補助 900 元	需要率=12% 每月 1000 元 一般戶每月補助 700 元	需要率=50% 每人每年以 10 天為 限，機構式每天 1000 元，100%補助；居 家式每天以補助 1440 元為上限，故採 兩者之平均值，	

資料來源：鄭文輝等 (2003)

說明 (1) 照顧服務的模式包括居家服務、日間照顧、照顧住宅、家庭托顧服務及機構式服務等，  
民眾獲得的照顧服務額度可用以購買上述服務模式。

(2) 居家復健服務的平均使用月份約為三個月。

(3) 需要率是指失能者被照護經理評定為需要該項服務的機率。

#### (六) 現金給付的利用狀況

給付範圍是否僅為實物給付，或採用現金給付與實物給付並行的混合給付，也會對長期照護費用造成影響。德國給付不同於日本之處在於允許家屬照顧者領取現金給付。照護需要者可以選擇現金或實物給付，給付金額隨等級而不同，但實物給付金額總是高於現金給付。現金給付的實施不在取代機構或專業服務，而在落實就地老化、親情、安全以及家庭價值之重視。實際上，民眾使用此項給付方式的比率也相當高，依 1998 年的資料看來，74% 長期照護給付領取者並非機構住民；而社區/居家受照護者 76% 只領取現金給付。不過，長期照護制度能否有具體可行機制監督其現金給付確實用於照護相關之用途，避免流於濫用或無法滿足被照顧者的需求，將成為現金給付方式實施成敗的關鍵。

#### (七) 部分負擔比例

部分負擔的設計主要有定額、定率兩種型態，無論社會保險或商業保險均可發現有部分負擔的設計。其功能主要有二：第一是基於受益原則之使用者負擔的概念，在風險共攤的基本理念下，仍然強調部分的個人公平性。不過，部分負擔的比重不宜過高，否則將戕害原來的風險共攤的保險理念。第二個功能是，提高

使用者的成本意識，避免民眾將保險給付視為免費服務，因價格過低致使用量大增，而降低資源使用的效率。換言之，主要在於防範道德危險，讓使用者面臨的財貨（服務）價格可以較接近實際的價格，避免效率上的損失，進一步降低制度的整體費用。單就保險財務而言，部分負擔比率越高，其保險費費率相對降低，對於保險制度的推行亦是助力。自行負擔部分費用的設計可能降低民眾的使用數量。日本的介護保險即採行 10% 部分負擔率，惟因為實施期間尚短，其成效有待觀察。

#### （八）支付標準之調整

德國長期照護保險係於新右派經濟學最盛時期通過，因此公部門對於財務支出盡量嚴加管控，輕度照護需求者不予給付即為其結果。另外對於中度以上等級給付支付之補償價格控制甚嚴，以致對照護服務提供產業與從業人員的發展環境與待遇恐有不利影響。但是當初法案通過，公部門戰戰兢兢，深恐費率上漲過速，因而嚴加價格管理措施。實施八年後，照護基金會財務，在滿足照護需要者基本需要外，仍能維持當初 1.7% 費率穩定的要求，且財務仍有結餘，誠屬難能可貴。預估未來保費收入因為就業情勢改善下，德國聯邦政府正朝擴大智能障礙者照護需要認定，強化照護品質確保機制與增強被保險人消費者權利等方向邁進。

支付標準的調整不但影響長期照護的絕對費用，同時也會影響長期照護費用占 GDP 的比率。基本推估模型中假設長期照護成本僅按照物價上漲率調整，即實質成長率為 0%；但由於長期照護的服務成本結構中，人事費用的比例相當高，而長期間實質薪資應會有所調整，因而我們模擬推估時將會考慮支付標準的調整。

#### 貳、我國長期照護費用基本推估模式

本小節依據上述討論的社會經濟因素與制度因素等，建構我國長期照護費用之推估步驟，基本推估相關參數（其定義資料來源參見表 4-2-2），並據以估算 2001-2046 年期間之我國長期照護費用。

2001-2046 年期間我國長期照護費用之基本架構如下：

5 歲年齡組人數 \* 照護需要等級（失能程度）盛行率 \* 服務利用率 \* （服務需要率 \* 服務類型單價 \* 該人口群使用該項服務的每月平均頻率） \* 照護成本成長率

表 4-2-2 2001-2046 年台灣長期照護費用基本推估之步驟與參數設定彙總

參數	定義	資料
1.年齡別人口	五歲年齡組人口數	(1) 經建會未來人口中推計
2.功能障礙盛行率 (失能率)	ADLs 為指標 輕度：1-2 項 ADLs 失能 中度：3-4 項 ADLs 失能 重度：5-6 項 ADLs 失能	(1) 50 歲以上人口依全國長期照護需要評估資料。 (2) 20-49 歲人口依據全國戶口普查資料 (3) 20 歲以下人口依國內外相關資料調整設定。
3.服務利用率	實際使用人數/被評估有某項長期照護需要	100%
4.服務需要率	被評估有某項長期照護需要人數/失能者人數	根據實驗社區資料，並予以必要修正
5.平均使用次數(頻率)	被評估有某項長期照護需要者每月使用該項服務的次數或頻率	根據實驗社區資料，並予以必要修正
6.失能程度別平均長期照護費用	失能程度別每人每月平均費用	(1) 依上述 4、5 項資料及實驗社區服務價格設算輕度每人每月平均費用(不含無障礙環境費用) 5504 元、中度 9704 元、重度 16904 元。 (2) 居家無障礙環境費用為長期照護費用 2.5%。 (3) 行政費用為長期照護費用 2.5%。
7.長期照護成本成長率	每人每月平均費用實質年成長率	0%
8.經濟成長率	GDP 實質年成長率	2.5%

資料來源：本研究整理。

表 4-2-3 所列為根據上述參數假設所估算的 2001-2046 年期間我國長期照護費用的基本推估。在 GDP 實質成長率為 2.5%，全民健保醫療費用實質成長率為 3.69%<sup>13</sup>，而長期照護平均每人每月費用按物價成長率調整(實質成長率為零)情況下<sup>14</sup>，50 歲以上人口方面，2001 年長照費用為 354.64 億元，約占 GDP 比重的 0.37%，占全民健保支出的 10.36%。爾後陸續上升至 2026 年之 906.36 億元(2001 年幣值)，占 GDP 與全民健保支出比重分別為 0.52%與 10.96%。至 2046 年時 50 歲以上人口的長期照護費用為 1594.53 億元(2001 年幣值)，占 GDP 之 0.55%，與全民健保之 9.12%。就費用成長率分析，2006 年平均年成長率約為 4.74

<sup>13</sup> 全民健保總醫療費用實質成長率係根據健保局精算報告(2003)所推估的民國 93 年至 116 年(2004-2027 年)的平均總醫療費用成長率 4.49%，並參考該報告所設定的國內生產毛額平減指數估算而得到全民健保總醫療費用的平均實質年成長率為 3.69%。

<sup>14</sup> 在本研究的費用推估架構中，支付標準成長率為影響平均每人每月費用成長率的關鍵因素，由於長照未來單位成本上漲率難以預估，故在基本推估部分，暫時假設支付標準依照物價成長率調整。

%，2046年為1.66%，2001-2046年間的年平均成長率為3.40%。

假若觀察65歲以上人口，2001年之費用為288.13億元，約占GDP比重之0.30%，全民健保支出之8.42%，65歲以上人口的長期照護費用占全體人口費用的66.19%。2026年增為802.68億元(2001年幣值)，占GDP之0.45%，全民健保之9.48%。65歲以上人口的長期照護費用占全體人口費用的比率增為81.21%。至2046年時，65歲以上人口之長期照護費用又增為1483.84億元(2001年幣值)，為GDP之0.51%，與全民健保支出之8.49%。此時65歲以上人口的長期照護費用占全體人口費用超過九成以上。就費用成長率分析，2006年平均年成長率約為4.56%，2046年為1.94%，2001-2046年間的年平均成長率為3.71%。

就全部人口合計，2001年之長期照護費用共計435.30億元，約占GDP比重之0.46%，而約為全民健保支出之12.72%。至2026年時，增加為988.40億元(2001年幣值)，為GDP之0.56%與全民健保(2001年幣值)之11.67%。2046年時，全部人口之長期照護費用再增為1635.83億元(2001年幣值)，占GDP之0.56%，而為全民健保支出之9.36%。就費用成長率分析，2006年平均年成長率約為3.73%，2046年為1.55%，2001-2046年間的年平均成長率為2.99%。

若針對全民健保醫療費用成長率與長期照護費用成長率進行比較，根據健保局的估算，2004-2027年全民健保總醫療費用年平均成長率約為4.49%，實質年成長率約為3.69%<sup>15</sup>，這個部分涵括人口結構老化對於醫療費用上漲的影響、醫療利用強度的變化、新科技引進的影響..等；而根據本研究估算，長期照護費用實質年成長率(2001-2026年)為3.33%，兩者其實相去不遠。

---

<sup>15</sup> 4.49%減去3.69%為0.8%，換言之，健保醫療成本價格上漲率約0.8%。

表 4-2-3 2001-2046 年台灣長期照護費用基本推估

單位：2001 年幣值；%

年期	人口別	長期照護費用 (億元)	占 GDP 的比例(%)	占全民健保總醫療費用 的比重(%)	成長率
2001 年	50 歲以上	354.64	0.37	10.36	----
	65 歲以上	288.13	0.30	8.42	----
	全部人口	435.30	0.46	12.72	----
2006 年	50 歲以上	438.63	0.41	10.69	4.74
	65 歲以上	353.80	0.33	8.63	4.56
	全部人口	516.39	0.48	12.59	3.73
2011 年	50 歲以上	521.54	0.43	10.61	3.78
	65 歲以上	414.41	0.34	8.43	3.43
	全部人口	595.53	0.49	12.11	3.07
2016 年	50 歲以上	641.60	0.46	10.89	4.60
	65 歲以上	519.98	0.38	8.82	5.09
	全部人口	711.10	0.51	12.07	3.88
2021 年	50 歲以上	765.68	0.49	10.84	3.87
	65 歲以上	640.35	0.41	9.07	4.63
	全部人口	830.82	0.53	11.76	3.37
2026 年	50 歲以上	927.68	0.52	10.96	4.23
	65 歲以上	802.68	0.45	9.48	5.07
	全部人口	988.40	0.56	11.67	3.79
2031 年	50 歲以上	1,094.86	0.55	10.79	3.60
	65 歲以上	968.11	0.48	9.54	4.12
	全部人口	1,150.07	0.57	11.33	3.27
2036 年	50 歲以上	1,288.83	0.57	10.60	3.54
	65 歲以上	1,164.15	0.51	9.57	4.05
	全部人口	1,339.17	0.59	11.01	3.29
2041 年	50 歲以上	1,472.10	0.57	10.10	2.84
	65 歲以上	1,352.78	0.53	9.28	3.24
	全部人口	1,518.01	0.59	10.41	2.67
2046 年	50 歲以上	1,594.53	0.55	9.12	1.66
	65 歲以上	1,483.84	0.51	8.49	1.94
	全部人口	1,635.83	0.56	9.36	1.55

資料來源：本研究小組估算。

說明 (1) GDP 實質成長率 2.5%、長期照護單位成本實質成長率 0%

(2) 2001 年全民健保總醫療費用約為 3422 億元 (含部分負擔) (中央健保局, 2002), 健保局應付的保險支出為 3072 億元。行政經費約為 80.28 億元 (健保局網站)。

(3) 假設全民健保醫療費用實質成長率為 3.69%。

### 第三節 我國長期照護費用重要影響因素之模擬分析

本節主要參考德國、日本的制度設計，對上述影響長期照護費用的諸項因素中，擷取服務利用率、居家/社區與機構利用比率、現金給付利用狀況、支付標準調整四項主要影響因素，再加上未來經濟成長率的不同假設，進行模擬分析以瞭解其對未來長照費用的影響程度。

#### 壹、服務利用率

整體而言，實驗社區長期照護需要民眾的機構式服務使用率約 13.3%，社區式服務使用率約 16.4%，雇用家庭監護工為 12.2%。社區、機構、家庭監護工的使用比約為 4：3：3（吳淑瓊等，2003），三者合計約 41.9%。所以我們以 40% 作為服務利用率的最低下限。未來假設長期照護服務制度以社會保險形式開辦，在繳交保費取得保險給付資格以及長期照護費用由自費轉為保險給付等因素交互作用影響下，我們假設 2001 至 2006 年服務利用率為 40%，2011 年提高到 70%，而 2016 年後達 100%。

上述對於服務利用率的假設應是較趨近於現況的假設，根據表 4-3-1 所示模擬結果，我們發現，全部人口 2001 年之長期照護費用共計 174.12 億元，約占 GDP 比重之 0.18%，而約為全民健保支出之 5.09%。2006 年全部人口 2001 年之長期照護費用共計 206.56 億元（2001 年暫估），約占 GDP 比重之 0.19%，而約為全民健保支出之 5.04%。雖然費用水準遠低於基本推估模式，但初期費用增加相當快速，平均費用成長率高達 20.36%，爾後再陸續下降至 14.12%，2001-2046 年間的平均年成長率為 5.10%<sup>16</sup>。

<sup>16</sup> 2001-2046 年費用平均年成長率，50 歲人口與 65 歲人口分別為 5.52%、5.84%。

表 4-3-1 2001-2046 年台灣長期照護費用推估——變化服務利用率

單位：2001 年幣值；%

年期	人口別	長期照護費用(億元)	占 GDP 的比例(%)	占全民健保	
				總醫療支出的比重(%)	成長率
2001 年	50 歲以上	141.85	0.15	4.15	
	65 歲以上	115.25	0.12	3.37	
	全部人口	174.12	0.18	5.09	
2006 年	50 歲以上	175.45	0.16	4.28	4.74
	65 歲以上	141.52	0.13	3.45	4.56
	全部人口	206.56	0.19	5.04	3.73
2011 年	50 歲以上	365.08	0.30	7.43	21.62
	65 歲以上	290.09	0.24	5.90	21.00
	全部人口	416.87	0.34	8.48	20.36
2016 年	50 歲以上	641.60	0.46	10.89	15.15
	65 歲以上	519.98	0.38	8.82	15.85
	全部人口	711.10	0.51	12.07	14.12
2021 年	50 歲以上	765.68	0.49	10.84	3.87
	65 歲以上	640.35	0.41	9.07	4.63
	全部人口	830.82	0.53	11.76	3.37
2026 年	50 歲以上	927.68	0.52	10.96	4.23
	65 歲以上	802.68	0.45	9.48	5.07
	全部人口	988.40	0.56	11.67	3.79
2031 年	50 歲以上	1,094.86	0.55	10.79	3.60
	65 歲以上	968.11	0.48	9.54	4.12
	全部人口	1,150.07	0.57	11.33	3.27
2036 年	50 歲以上	1,288.83	0.57	10.60	3.54
	65 歲以上	1,164.15	0.51	9.57	4.05
	全部人口	1,339.17	0.59	11.01	3.29
2041 年	50 歲以上	1,472.10	0.57	10.10	2.84
	65 歲以上	1,352.78	0.53	9.28	3.24
	全部人口	1,518.01	0.59	10.41	2.67
2046 年	50 歲以上	1,594.53	0.55	9.12	1.66
	65 歲以上	1,483.84	0.51	8.49	1.94
	全部人口	1,635.83	0.56	9.36	1.55

資料來源：本研究小組估算。

說明 (1) GDP 實質成長率 2.5%、長期照護單位成本實質成長率 0%

(2) 假設全民健保總醫療費用實質成長率為 3.69%。

(3) 2001 至 2006 年服務利用率為 40%，2011 年達到 70%，2016 年後達 100%。

## 貳、社區/居家與機構給付水準不同

社區/居家與機構給予不同的給付水準對於長期照護費用的影響可區分為兩個方面：第一是社區/居家與機構兩者服務型態的給付水準差異程度，差異愈大則影響費用程度愈大。第二是社區/居家與機構的使用比例變化，也會影響長期照護費用。更複雜的是，社區/居家與機構給付水準的差異，事實上可能連帶地影響兩者使用的比例變化。

有關台灣本土居家/社區與機構的使用比例，受到下列幾個因素影響：(1) 家庭照顧人力的配置狀況；(2) 外傭或監護工的使用成本以及申請資格限制；(3) 失能者的照護需求項目與程度<sup>17</sup>；(4) 居家/社區照護與機構照護供給的可近性；(5) 照護需要者或家人的主觀意願。換言之，除了主觀意願之外，還有多個不同的因素影響居家/社區與機構的使用比例。

依衛生署之統計，居家式照顧的比例約 71.4%，社區/居家式照護約 0.4%、機構式照護為 28.2%（行政院衛生署，1996）。進一步分析衛生署之發展計畫，長期照護政策之基本理念著重於居家式照顧，使無自顧能力者能夠在家中或社區就近得到適當的醫療及生活照護，故長期照護服務發展目標設定為 70%為社區/居家式照護、30%為機構式照護（朱澤民等，1996）。德國與日本的資料顯示，若以德國 2002 年資料相對照<sup>18</sup>，德國長期照護保險給付受領人口<sup>19</sup>約有 68.12% 為社區/居家式照護，31.88% 為機構式照護。顯示居家與社區/居家式照護及機構式照護之比例為七比三，應是未來可以接受之發展狀況。

鄭文輝等（2004）假設輕度者均使用社區/居家型，中度與重度之社區/居家與機構不同照護類型比例則依據德國與日本資料設定；同時根據本土資料假設社區/居家式之給付水準按照失能程度分別是輕、中、重度分別為 5504 元、9704 元、16904 元；而機構給付水準之平均每人每月費用，則依徐偉初等之調查數據，不含膳宿費之每人每月平均費用中度者約 16789 元、重度者約 18333 元。研究結果發現長期照護費用較基本推估模式約增加 6% 的費用。

為評估社區/居家與機構照護不同給付水準對長期照護總費用之影響程度，本文首先設定不同失能程度者之照護類型使用比例。本文假設輕度者全部使用居家型照護；而中度者使用居家型與機構型之比例，依德國資料為 0.65 與 0.35，德國重度及極重度者為 0.6 與 0.4。其次居家式每人每月平均費用仍依基本推估設定，輕、中、重度分別為 5504 元、9704 元、16904 元；而機構給付水準之平

<sup>17</sup> 吳淑瓊、莊坤洋與陳亮汝（2004）發現具有五項以上 ADL 障礙或認知功能障礙，是個案住入機構或雇用監護工的重要決定因素。

<sup>18</sup> 資料來源：[http://www.bmgs.bund.de/download/09\\_-\\_alle.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/09_-_alle.xls)（2003/5/12）

<sup>19</sup> 德國的中度以上長期照護人口才能接受給付。

均每人每月費用，中度者約 16789 元、重度者約 18333 元，大約是社區/居家式的 1.73 與 1.08 倍。本研究以此為基礎，往上調整 0.1 倍至 0.5 倍模擬發現，每調高 0.1 倍長期照護整體費用則增加 3% 左右。調高 0.5 倍後，中度者平均費用約 21641 元，重度者約 26785 元，2046 年長期照護費用占 GDP 比重約為基本模式的 123.33%，換言之，除不同給付水準所增加的 6% 費用外，尚因機構給付水準調高，再增加 17% 的費用（請參見表 4-3-2）。

但根據實驗社區社區後測的資料發現，需要長期照護的人口中有 13.3% 使用機構式服務，12.2% 使用家庭監護工，社區式服務的使用率為 16.4%（吳淑瓊等，2003）。而內政部身心障礙者生活需求調查，身心障礙程度為極重度、重度、中度與輕度者居住於機構之比例分別為 9.70%、12.55%、5.89% 與 2.28%（內政部，2000b）。台閩地區戶口普查資料也顯示，89 年長期照護人口中有 7.6% 居住於機構中，65 歲以上長期照護需要人口中，有 78.5% 與親屬同住、13.7% 居住於機構；就照護程度別分析，65 歲以上長照需要人口中，輕度照護者約有 3.9% 住在機構，中度照護者約有 6.6%、重度照護者約有 6.4%、極重度照護者約有 18.7%（行政院主計處，2002）。再加上「在地老化」觀念的推動，故未來社區/居家與機構的比例也許不是七比三，亦可能為八比二。

為此我們進行另一種情況的模擬，假設輕度者均使用社區/居家型，而中度與重度者有 80% 使用社區/居家型，20% 使用機構型，結果發現費用僅較基本推估模式增加 3%。換言之，社區/居家型與機構型使用比例的變化對於制度費用的影響程度顯然低於拉開社區/居家與機構給付的費用差距所帶來的影響幅度，況且我們並未進一步模擬到提高機構給付水準後，所可能帶來機構型態利用率增加而導致的費用增加（請參見表 4-3-2）。

### 參、現金給付利用狀況

鄭文輝等（2004）假設我國未來長期照護制度設計參考德國之經驗，提供家屬照顧津貼約為專業照顧服務之 50%，且假設 70% 照護需要者選擇照顧現金給付，則輕度每人每月平均費用為 3929 元、中度 7184 元、重度 11864 元，因而未來長期照護費用將大為減輕，2046 年之長期照護費用金額約為 1200 億元（2001 年幣值），占 GDP 之 0.48%，相較於基本推估之 1582.61 億元，0.68%，約降低 30%。我們假設家屬照顧津貼仍為專業照顧服務之 50%，但變化選擇照顧津貼的比例，我們發現當有 10% 的照護需要者選擇照顧現金時，長期照護費用較基本模式約降低 4.18% 左右，每增加 10% 的照護需要者選擇現金給付，大約降低 4.2% 的費用，一直增加至七成時，共降低 30% 的費用。另一方面我們假設固定七成照護需要者選擇現金給付，家屬照顧津貼約為專業照顧服務之 60%、70%、80%、90% 時，則分別約可降低費用 23%、18%、12%、6%。換言之，平均每

10%可降低6%左右的費用（請參見表4-3-2）。

#### 肆、支付標準的調整

我們觀察薪資成長率的變化來對長期照護單位成本的變化情況作一假設。民國81年至91年間，工業及服務業實質薪資成長率平均約為2%，經濟成長率（亦即實質GDP成長率）平均約為5%，兩者約差3%。換言之，假設GDP實質成長率2.5%，而長期照護單位成本實質成長率0%，兩者差距2.5%，應屬合理。但是長期照護的服務成本結構中，人事費用的比例相當高，故我們假設另一種狀況，實質GDP成長率仍維持2.5%，而長期照護單位成本實質成長率增為1%，2046年長期照護費用占GDP比重將較基本推估模式提高56%，顯見其對長期照護費用成長的影響重大（參見表4-3-2）。

#### 伍、經濟成長率

未來經濟成長率的變化在長照費用推估模型為外生變數，雖然不影響未來長照費用絕對金額之推估，但由於整體經濟社會產值變動卻是衡量整個社會負擔長期照護能力之重要指標，因而值得重視。我們變化GDP成長率的假設推估發現，GDP成長率由基本推估模式的2.5%改為3%時，2046年長期照護費用占GDP比重大約比基本推估降低20%左右，降低為2%時，2046年長期照護費用占GDP比重大約提高24%左右。如再降為1.5%，則提高幅度達55%。值得注意的是，雖然只是0.5%的調整，但影響長期照護占GDP的比重幅度卻相當大（參見表4-3-2）。

由上述模擬分析，我們可以發現，制度性的影響因素包括：服務利用率、社區/居家與機構的給付水準、社區/居家與機構的利用比例、現金給付的利用、部分負擔、支付標準的調整等項。其中服務利用率直接影響費用，必須注意制度開辦初期服務利用率可能發生過低、不穩定或成長快速等現象，也可能因為服務利用率的增加快速，而導致費用增幅過大。

其次，社區/居家與機構給付水準的差距較兩者利用比例的變化對費用的程度更大；而且社區/居家與機構給付水準的差距也會影響民眾在選擇社區/居家或機構的意願。換言之，若社區/居家型與機構型採取不同的給付水準，必需謹慎訂定兩者之間的差距。

繼則，現金給付與實物給付並行的混合給付方式，提供民眾多元的選擇，但現金給付與實物給付間水準的差距不但影響長期照護費用同時也影響民眾的選擇意願。假設家屬照顧津貼為專業照顧服務之50%，每增加10%的照護需要者選擇現金給付，大約降低4.2%的費用，一直增加至七成時，共降低30%的費用。

另一方面，倘若固定七成照護需要者選擇現金給付，家屬照顧津貼約為專業照顧服務之 60%、70%、80%、90%時，則分別約可降低費用 23%、18%、12%、6%。換言之，平均每 10%可降低 6%左右的費用。

最後，支付標準的調整幅度影響費用甚鉅，支付標準如每年採物價加計 1% 予以調整，則 2046 年長期照護費用占 GDP 比重增加 56%。至於經濟成長雖為外生變數，但其影響長期費用占 GDP 比重亦不可忽略，每年 GDP 實質成長率率降低 0.5 個百分點，則 2046 年長期照護費用占 GDP 比重大約提高 24%。

表 4-3-2 各種不同假設之下長期照護費用占 GDP 比重 (基本推估模式長照費用占 GDP 比重=100)

年期	人口別	變化服務利用率	機構與社區給付水準不同，依德國社區機構比例	依德國社區機構與社區給付的差距調高0.1倍)	依德國社區機構與社區給付的差距調高0.3倍)	依德國社區機構與社區給付的差距調高0.5倍)	中度與重度社區機構比例8:2	家屬照額津貼為專業照額津貼的50%，七成照額津貼的50%，三成照額津貼的50%，五成照額津貼的50%，七成照額津貼的50%，八成照額津貼的50%，九成照額津貼的50%	家屬照額津貼為專業照額津貼的70%，七成照額津貼的70%，八成照額津貼的70%，九成照額津貼的70%	家屬照額津貼為專業照額津貼的90%，七成照額津貼的90%，八成照額津貼的90%，九成照額津貼的90%	GDP實質年成長率1.5%	GDP實質年成長率2%	GDP實質年成長率3%	照護單位成本實質年成長率1%	
2001年	50歲以上人口	40.00	105.73	109.24	116.26	123.27	103.09	70.79	79.13	87.48	95.82	82.47	94.15	100.00	100.00
	65歲以上	40.00	105.66	109.18	116.22	123.25	103.05	70.77	79.12	87.47	95.82	82.46	94.15	100.00	100.00
	全部人口	40.00	106.56	109.99	116.85	123.71	103.57	70.95	79.25	87.55	95.85	82.57	94.19	100.00	100.00
2006年	50歲以上人口	40.00	105.73	109.24	116.26	123.28	103.09	70.78	79.13	87.47	95.82	82.47	94.15	105.02	102.48
	65歲以上	40.00	105.65	109.17	116.22	123.26	103.04	70.76	79.11	87.47	95.82	82.45	94.15	105.02	102.48
	全部人口	40.00	106.40	109.85	116.74	123.63	103.48	70.92	79.23	87.53	95.84	82.55	94.18	105.02	102.48
2011年	50歲以上人口	70.00	105.71	109.22	116.25	123.28	103.08	70.78	79.12	87.47	95.82	82.46	94.15	110.30	105.01
	65歲以上	70.00	105.62	109.15	116.20	123.26	103.02	70.76	79.11	87.46	95.82	82.45	94.15	110.30	105.01
	全部人口	70.00	106.28	109.73	116.65	123.56	103.41	70.90	79.21	87.52	95.84	82.53	94.18	110.30	105.01
2016年	50歲以上人口	100.00	105.69	109.20	116.24	123.27	103.06	70.77	79.12	87.47	95.82	82.46	94.15	115.84	107.61
	65歲以上	100.00	105.60	109.13	116.19	123.25	103.01	70.75	79.11	87.46	95.82	82.45	94.15	115.84	107.61
	全部人口	100.00	106.14	109.61	116.55	123.50	103.33	70.87	79.19	87.51	95.83	82.52	94.17	115.84	107.61
2021年	50歲以上人口	100.00	105.67	109.19	116.23	123.27	103.05	70.77	79.12	87.47	95.82	82.46	94.15	121.66	110.27
	65歲以上	100.00	105.59	109.13	116.19	123.26	103.01	70.75	79.10	87.46	95.82	82.45	94.15	121.66	110.27
	全部人口	100.00	106.04	109.52	116.49	123.45	103.27	70.85	79.17	87.50	95.83	82.50	94.17	121.66	110.27
2026年	50歲以上人口	100.00	105.66	109.18	116.23	123.27	103.04	70.77	79.11	87.47	95.82	82.46	94.15	127.77	113.00
	65歲以上	100.00	105.59	109.13	116.19	123.26	103.01	70.75	79.10	87.46	95.82	82.45	94.15	127.77	113.00
	全部人口	100.00	105.94	109.44	116.43	123.41	103.21	70.83	79.16	87.49	95.83	82.49	94.16	127.77	113.00
2031年	50歲以上人口	100.00	105.66	109.18	116.23	123.28	103.04	70.77	79.11	87.47	95.82	82.46	94.15	134.19	115.80
	65歲以上	100.00	105.60	109.14	116.20	123.27	103.01	70.75	79.11	87.46	95.82	82.45	94.15	134.19	115.80
	全部人口	100.00	105.88	109.38	116.38	123.39	103.18	70.81	79.15	87.49	95.83	82.48	94.16	134.19	115.80
2036年	50歲以上人口	100.00	105.63	109.16	116.22	123.28	103.03	70.76	79.11	87.46	95.82	82.45	94.15	140.94	118.67
	65歲以上	100.00	105.58	109.12	116.19	123.27	103.00	70.75	79.10	87.46	95.82	82.44	94.15	140.94	118.67
	全部人口	100.00	105.80	109.32	116.34	123.36	103.13	70.80	79.14	87.48	95.82	82.47	94.16	140.94	118.67
2041年	50歲以上人口	100.00	105.59	109.13	116.20	123.27	103.01	70.75	79.10	87.46	95.82	82.45	94.15	148.02	121.60
	65歲以上	100.00	105.55	109.09	116.18	123.27	102.98	70.74	79.10	87.46	95.82	82.44	94.14	148.02	121.60
	全部人口	100.00	105.74	109.26	116.30	123.34	103.09	70.78	79.12	87.47	95.82	82.46	94.15	148.02	121.60
2046年	50歲以上人口	100.00	105.57	109.11	116.19	123.27	102.99	70.74	79.10	87.46	95.82	82.44	94.14	155.45	124.61
	65歲以上	100.00	105.53	109.08	116.17	123.27	102.97	70.73	79.09	87.45	95.82	82.44	94.14	155.45	124.61
	全部人口	100.00	105.69	109.22	116.27	123.33	103.06	70.77	79.12	87.47	95.82	82.46	94.15	155.45	124.61

#### 第四節 現階段的政府推動長期照護方案之經費分析

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，主要的相關部會包括社會行政體系、衛生行政體系、勞工行政體系、退輔會體系、農業行政體系與原住民體系等。社會行政體系與衛生行政體系是長期照護服務的主要兩個主管機關，其推動事項主要包括需求與供給兩方面，在需求方面主要為長期照護需求人口的掌握、評估；在供給方面，主要為長期照護服務體系的建立，其中包括研修相關法規、建立整合性服務網絡、推動多層級照護設施、加強人力培訓宣導。由於長期照護體系的建立涉及多個相關部會，故也有跨部會的合作計畫。勞工行政體系主要的工作則在於提升國內對於本國照顧人力的供給與需求。故首先調整外勞政策，外籍監護工的申請資格趨於嚴格並提供聘僱成本；在促進國內就業方面，則建立「居家照顧服務網」人才資料庫，並加強訓練（經建會，2003；內政部，2004）。

退輔會對榮民的安養主要為機構式照護，目前榮民之家設施已不符現代化標準，該會刻正依行政院核定之「養護機構榮民安養護設施改善中程計畫」及「公費安養機構安養功能調整計畫」，整建老舊房舍，調整居住空間。同時配合老人長期照護三年計畫，檢討釋出榮民醫院護理之家部分床位，提供一般民眾使用。農業行政體系主要是鼓勵農村居民接受居家服務員，或參與經營居家照護產業。

我們發現近年來政府反應民眾需求以及未來人口老化、家庭變遷等趨勢，積極投入長期照護體系的規劃與建構。其涵蓋層面也以滿足失能者為總目標，而將對象由低收入戶擴大至一般民眾。每個方案均動員中央政府與地方政府，但是由於部會資源分散又重疊、法令規範未臻健全、照顧服務不夠普及、服務輸送系統分歧、財務估算不足、資訊管理亟待建立等問題，而導致推動以來績效受限（內政部，2004）。

內政部編列有關長期照護預算，85年約為14.88億元，86年為11.98億元，87年為12.57億元，88年為13.06億元，88年下半年及89年度為23.98億元（陳正芬與呂寶靜，2002）。而根據內政部所提供的資料，90年度以來均在20億元以上，其中90年度最多為26億6270萬元，91年度最少，為22億6890萬元，92年度為25億1640萬元，93年度為23億9520萬元（內政部社會司提供，2004；參見表4-4-1）。衛生署方面有關長期照護的預算主要編列在醫療保健支出，92預算金額共2億9千700萬元，分別為建立長期照護及復健醫療服務體

系 10.3 千萬元，建構社區化長期照護體系 19.4 千萬元，93 預算金額共 2 億 4 千 100 萬元，主要為建立長期照護及復健醫療服務體系 6.8 千萬元，建構社區化長期照護體系 17.3 千萬元。

特別值得一提的是照顧服務產業的發展，由於我國人口老化快速，平均壽命延長，醫療科技發展使得疾病型態轉型，失能人口增加，照護需求人數相對增高。同時，在社經環境變遷之下，家庭結構改變，婦女勞動參與率提高，家庭所能負擔的照護功能日漸式微，但目前的長期照護體系處於初步發展階段，現有照顧需求者不易取得合適的照顧服務；另一方面，外籍看護工人數居高不下，顯示國內確實存在有長期照護人力的需求，但近年來產業結構改變，失業率攀升，若能在此時建立我國照顧服務產業，將此人力轉為從事照顧服務產業，適度連結人力的需求與供給，可望能滿足民眾需求並降低失業率。為此，政府自 91 年起開始推行「照顧服務福利及產業發展方案」（經建會，2002）。

表 4-4-1 1999-2004 年內政部編列有關長期照護預決算 單位：千萬元

預算/年度	1999-2000	2001	2002	2003	2004
老人	280.92	116.37	102.69	135.84	125.22
身心障礙	780.80	149.90	124.20	115.80	114.30
合計	1061.72	266.27	226.89	251.64	239.52
決算/年度	1999-2000	2001	2002	2003	2004
老人	263.47	84.92	99.86	112.59	----
身心障礙	780.80	72.00	81.30	86.20	----
合計	1044.27	156.92	181.16	198.79	----

資料來源：內政部社會司提供。

說明：1999-2000 年為 1999 年 7 月 1 日至 2000 年 12 月 31 日，共一年半期間

在財源籌措方面，有關於非中低收入之失能老人、身心障礙者使用居家服務之補助費用，第一年約需要兩億元，申請由行政院勞委會就業安定基金支應。第二年、第三年由內政部、直轄市及縣市政府編列預算支應。成立「推動照顧服務輔導團」，所需經費由內政部與行政院衛生署年度預算支應。相關計畫所需經費，由各機關於年度預算相關計畫經費項下調整勻支。各項計畫總經費之合計，91 年為 5.81 億元，92 年為 11.13 億元，93 年 14.77 億元。其中為建立照顧服務產業補助非中低收入戶之失能老人或身心障礙者使用居家照顧服務的經費，91 年預定經費 2 億元，92 年 7 億元，93 年 10.5 億元。

由於現行各縣市政府已經針對中低收入者提供居家服務補助，故「照顧服務福利及產業發展方案」僅針對非中低收入者提供補助，內政部於 91 年 5 月開始執行「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」。服務目標係為鼓勵國人使用本國居家服務。補助對象為非中低收入、未接受機構安置、未聘僱看護（傭）、未領取照顧費用補助的失能者。服務項目為家務及日常生活照顧加上身體照顧服務。

輕度失能者，每月最高可免費使用居家服務 8 小時，使用居家服務 9 小時以上、20 小時以內者，應自行負擔 50% 費用，超過 20 小時的部分則完全自費；中重度失能者，每月最高可免費使用居家服務 16 小時，使用居家服務 17 小時以上、36 小時以內，應自行負擔 50% 費用，超過 36 小時的部分則完全自費。極重度每月使用居家服務 32 小時之內免費，使用居家服務 33 小時以上、72 小時以內，應自行負擔 50% 費用，使用為避免直接補助個人可能造成現金移作他用的情況，因此補助金額係直接發給服務提供者。

根據內政部的統計，91 年全年累計約有 5384 人使用居家服務補助，服務時數累計為 101364 小時，平均每人使用 19 小時，核銷經費為 1677 萬 2446 元，平均每人約 3115 元。92 年全年累計約有 5 萬 1193 人使用，核銷經費為 1 億 2587 萬 6219 元，平均每人約 2459 元。總服務時數為 91 萬 0081 小時，平均每人使用 18 小時（請參考表 4-4-2）。雖然總體而言，92 年之總服務人次、服務量、就業人次均較 91 年度成長，惟絕大多數僅使用免費時數，付費購買比例仍低<sup>20</sup>（經建會，2004）。92 年原訂居家服務人數目標為 10,246 人，12 月底的實際服務人數為 7,133 人，執行率約為七成，假設有 21 萬人符合申請資格，平均每月約有 3.4%<sup>21</sup>的在宅（無外傭）失能者使用居家服務補助。

針對 92 年的服務人數、人次與時數分析，在平均月成長率方面，輕度的成長率均高於中重度的成長率，但在時數方面，其兩者的成長率幾乎相近。服務人數的整體每月成長率約為 9.96%，年成長率約為 124%。服務人次的每月成長率約為 6.56%，年成長率約為 114%，服務時數的平均月成長率為 7.12%，年成長率為 128%（參見表 4-4-3）。

再者就服務時數的補助額度分析，該計畫為鼓勵民眾使用，設計有全額免費

<sup>20</sup> 資料來源：經建會

<sup>21</sup> 根據本研究估算 2001 年失能人數約 28 萬人，2006 年約 33 萬人，假設 2003 年約 30 萬人，七成人左右居住於社區且沒有雇用看護工，則約有 21 萬人符合申請資格， $7133/210000=3.4\%$

時數、半額免費與全部自費等三種，總服務時數中絕大部分為全額補助，約 71%，13%為半額補助、16%為完全自費，比較特別的是台北市與高雄市，台北市全額補助僅 11%、半額補助為 21%、完全自費達 68%；高雄市則為 41%、11%與 47%。進一步分析利用者情況，就無論在人數、人次或時數方面，利用者多為全額補助使用者，約占七、八成<sup>22</sup>，利用半額者約只有 13-14%左右，自費利用者分別為 3%、5%、16%（經建會，2004）。

表 4-4-2 2002-2003 年度非中低收入戶失能老人或身心障礙者

使用居家照顧服務補助計畫使用人數

年度	服務人數			服務人次			服務時數		
	輕度	中重度	合計	輕度	中重度	合計	輕度	中重度	合計
91	1633	3751	5384	11490	43493	54983	16962	84402	101364
92	18649	32544	51193	115302	384939	500241	202376	707705	910081
合計	20282	36295	56577	126792	428432	555224	219338	792107	1011445

資料來源：內政部（2004）、經建會（2004）

說明：此為當年度 1-12 月份合計數

<sup>22</sup> 就人數、人次與時數計算，利用者為全額補助者分別占 83%、82%與 71%

表 4-4-3 92 年度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使用情況—按月份區分

項目	服務人數			服務人次			服務時數		
	輕度失能	中重度失能	合計	輕度失能	中重度失能	合計	輕度失能	中重度失能	合計
一月	635	1267	1902	4238	15098	19336	7344	25893	33237
二月	746	1407	2153	4484	15538	20022	7302	27545	34847
三月	722	1520	2242	5340	18138	23478	9622	33498	43120
四月	1081	1972	3053	6991	23342	30333	11987	43136	55123
五月	1336	2324	3660	8577	26195	34772	13776	49074	62850
六月	1500	2591	4091	8595	26294	34889	15195	51360	66554
七月	1541	2784	4325	9490	30967	40457	15151	60113	75264
八月	1902	3200	5102	10839	57727	68566	20557	73076	93632
九月	1983	3436	5419	12427	39338	51765	22598	80622	103220
十月	2072	3630	5702	12636	40432	53068	22972	80682	103654
十一月	2375	4036	6411	13370	43344	56714	26132	88397	114529
十二月	2729	4404	7133	15645	48526	64171	29742	94311	124053
平均	1552	2714	4266	9386	32078	41464	16865	58975	75840
平均月成長率	7.73%	6.55%	6.96%	6.85%	6.48%	6.56%	7.17%	7.10%	7.12%
92 年度成長率	144%	114%	124%	121%	112%	114%	130%	128%	128%

資料來源：本研究根據經建會提供資料計算

民國 93 年內政部補助各縣市辦理非中低收入戶居家服務經費約為 4 億 4781 萬 7291 元，預計服務輕度失能者 4893 人、中重度失能者 6825 人，兩者合計為 11718 人，僅占潛在需求人口 21 萬人之 5.58%。整體而言，平均每人補助費用約為 38216 元（請參考表 4-4-4）。

表 4-4-4 內政部 93 年度補助各縣市辦理非中低收入居家服務經費

單位：人；新台幣元

縣市別	補助金額	長期照 護需求 人口	社區照 顧需求 人口	預定服務人數					平均每人 補助金額
				輕度失能		中重度失能		合計	
				全額	半額	全額	半額		
台北市	18,807,106	39,859	19,164	232	222	298	284	530	35,485
高雄市	22,919,400	19,733	9,488	245	145	345	190	590	38,846
台北縣	48,285,468	42,966	20,658	375	375	565	565	940	51,368
新竹縣	16,997,998	7,220	3,471	70	70	230	230	300	56,660
苗栗縣	6,259,680	10,681	5,135	60	20	120	20	180	34,776
彰化縣	110,607,509	19,530	9,390	1,709	143	1,636	169	3,345	33,067
南投縣	42,697,686	9,920	4,770	484	101	651	155	1,135	37,619
雲林縣	34,832,894	14,929	7,178	364	4	606	72	970	35,910
嘉義縣	12,593,295	12,367	5,946	135	80	155	100	290	43,425
台南縣	13,087,794	20,915	10,056	180	20	215	30	395	33,134
高雄縣	23,273,271	20,196	9,710	324	145	409	149	733	31,751
屏東縣	19,220,524	16,739	8,048	85	35	400	60	485	39,630
台東縣	21,403,500	4,904	2,358	120	110	305	275	425	50,361
澎湖縣	3,418,632	1,713	824	120	10	30	10	150	22,791
基隆市	2,104,704	5,582	2,684	10	10	30	30	40	52,618
台中市	21,242,088	11,218	5,394	140	140	280	280	420	50,576
嘉義市	5,794,740	4,380	2,106	65	42	75	51	140	41,391
台南市	24,271,002	10,198	4,903	175	50	475	110	650	37,340
合計	447,817,291	273,050	131,282	4,893	1,722	6,825	2,780	11,718	38,216

資料來源：內政部提供

說明：新竹縣、彰化縣、台南縣、基隆市的經費尚未核定。宜蘭縣、桃園縣、台中縣、花蓮縣、新竹市尚未申請經費。金門縣為縣府自籌經費、連江縣未開辦。

## 第五章 我國長期照護供給面問題探討

長期照護是指對生活功能缺損者，長期性提供生活照顧、醫療以及社會性等支持性服務，隨著國內社會的高齡化，高齡長者的長期照護需求也益趨明顯。就供給面而言，長期照護資源在 1980-2004 年間發展相當迅速(中華民國長期照護專業協會，2004)，惟各類照護資源發展時的主責單位和所設定的目標人口群都有不同，導致長期照護體系的分歧，分散在衛生行政、社會福利、退輔會、和農委會等體系中各自發展。這種情形也使得一般民眾需要使用這些服務時，往往無法及時取得適當的照護服務。由於民眾在連結長期照護資源上的困境，自 2000 年以來，照護資源的管理，與服務輸送機制逐漸受到重視。探討長期照護保險可行性時輸送體系及管理機制將是衡量服務成本與效益間必須考量的要件。

本章分為三節，第一節先依早期、中期與近期三個階段，來討論我國內長期照護服務體系發展過程中，在對象、服務內容與照護資源的變遷與發展；第二節則探討服務輸送機制以及管理機制之現況，並針對長期照護保險的可行性和長期照護保險制度的建構，提出服務輸送與管理機制方面應有的策略；最後第三節推估未來長照人力的供需，並提出開辦長照保險所需的人力整備。

### 第一節 我國長期照護服務體系之變遷

#### 一、早期長期照護的特徵

傳統上絕大多數的長者居住在家中，由家人照顧；對於無子女奉養或經濟弱勢的老人，當日常生活無法自行獨立照顧自己(雖不一定稱之為「失能」，但在日常生活中需要某種程度的外援性服務)時，可依其意願受安置於公私立老人福利機構(早期稱之為仁愛之家)，接受入住型的安療養照顧；這類對無依長者或經濟弱勢長者的照顧服務可視為我國老人長期照護之濫觴。民國 80 年以前，這類老人福利機構包括公私立仁愛之家共 47 家(表 5-1-1)，其中大多數為『安養床』，約有 2,400 床，而作為照顧失能長者的『療養床』則相當有限，自費療養約有 800 床，由於服務的對象主要是針對經濟弱勢的無依長者，因此，福利服務的色彩十分顯著。

對於需要他人協助的低收入戶或獨居老人，如果不願意被安置在入住型的機構，台北市及高雄市政府在民國 70 年代中晚期開始推展「老人在宅服務」，由社會局招募、聘用、和訓練的居家服務員，社會局社工人員則依低收入戶、中低收入

入以及獨居老人之意願，評估每個個案所需要的服務項目及時數，然後派遣經過訓練的居家服務員前往個案家中提供居家服務。居家服務內容主要以生活照顧為主，例如：協助購物、烹煮餐食、清洗衣物、陪伴就醫、整理家務以及維持個案身體之清潔等，當個案出現醫療需求時，則到醫院或診所就醫或住院，一旦個案具有長期性的醫療照顧需求時，則往往長期滯留醫院，遲遲無法出院。

不論國內或者國外的外長期照護相關文獻都將生活照顧、醫療照顧以及社會性照顧統稱為長期照護服務，我國早期長期照護服務，嚴格說來，主要是提供生活上的照顧，並未將醫療照護納入，個案若需要長期性之醫療照護則需要到醫療機構才能獲得其所需要的服務；此外，長期照護在這個時期只提供給無子女奉養以及低收入戶的老人，因此屬於福利事業的一環。不過，這些現象隨著社會高齡化以及疾病型態轉變在民國 80 年代有相當明顯的變化。

## 二、中期長期照護之發展

本節所討論的中期泛指民國 80 年代至民國 90 年代初期，這一時期可以觀察到，由於家庭小型化、婦女就業普遍、平均餘命顯著延長，一旦家中有人在日常生活上需要長期性的協助，一般家庭多數無法提供充足的照顧，必須外在服務的介入，因此長期照護的需求不再侷限於失依或低收入戶的長者，逐漸地擴充到一般戶。此外，由於疾病型態的慢性病化，許多疾病經過醫療處理後，出院的個案還是有明顯的「後續性的醫療照顧」之需求，這種情形也使得醫療照顧成為長期照護服務需求的重要項目。

醫療照顧成為長期照護服務的內涵可溯自 70 年代中、晚期所推展的居家護理實驗計畫，因為居家護理是以「具慢性病症、病情穩定，且有技術性護理服務的需求」者為主。民國 82 年行政院衛生署頒佈「護理機構設立標準」之後，居家護理機構在 83 年初即應運設立，民國 83 年 2 月施行的全民健康保險法將居家護理納入保險給付之後，居家護理服務更具體地成為長期照護服務的重要方案之一。在服務對象的定義方面，居家護理明確地將服務對象界定為活動能力超過 50% 清醒的時間受限於床上或椅子上者，意即生活功能缺損者；其中老年個案仍是佔最大比率，雖然並不排除 65 歲以下的非老年人。在上述者些背景之下，居家護理機構的數量以及服務人數從民國 83 年起呈現穩定地成長趨勢，到了民國 89 年底，已經超過 350 所，分佈在全國 260 個鄉鎮市區，大約涵蓋了全國 76% 的區域。

當家庭無法自行在家裡照顧有長期照護需求的家人之時，必須尋求外面的服

務，其中兩種外援服務是家庭最常使用的：(一)24小時入住型的長期照護機構的服務，以及(二)聘請外籍看護工進駐家庭的照顧；前者包括護理之家、養護機構以及退輔會所設的養護床位，由於需求的殷切，護理之家在民國83-89年間，由7家成長為211家，總共有9,730床位，養護機構同一時期則從58家成長為678家，共有17,436床，再加上安養床位，則總共有30,325床，如果再加上退輔會的15,171床，總共有45,496床，若除以民國85年左右的老人總人口數(約170萬人)則每一百位老人約有2.69床。其中除了退輔會的床位主要是為榮民所設，以及養護機構中的少數床位用於安置具有低收入戶身分的老人之外，一般民眾可依其需求自行付費入住。整體看來，在這一段時期，提供給失能老人使用的入住型照護服務資源呈現大幅度增加的情形。導致這種成長的主因有二，一是1990年代老人福利機構與護理之家在政府積極輔導之下從沒有立案到立案，另項原因則是政府補助和獎勵照護機構的興建，也使得長期照護資源的發展呈現「重機構、輕社區」的現象。

相對於入住型照護資源的大幅度增加，社區型照護資源則相對地有限，除了以提供技術性護理為主的居家護理持續蓬勃發展外，日間照護的成長相當有限，居家服務也仍以低收入戶及獨居老人為主要的服務對象，一般民眾並未被鼓勵使用居家服務，這種情形只有台北市政府例外，台北市在80年代中期率先開放對非中低收入戶居家服務的補助，用意在於鼓勵一般民眾使用。

在聘用外國籍照護人員進駐家庭協助照顧失能者方面，80年代已經成為相當普遍的現象，到了2002年，外國籍照護人數已經達到11萬人，超過了當時國內所推估的失能老人人口的總數，由於這方面的議題本研究已有專章討論，不在此贅述，但就政體照護資源而言，外籍看護工已經成為民眾選擇使用社區型照護資源最重要型式。

長期照護資源在這段時期呈現大量增加的情形(中華民國長期照護專業協會, 1995, 2000, 2001)，惟各類照護資源因為主管機關不同，分別隸屬在衛生行政、社會福利、退輔會、農委會等體系，缺乏整合。服務的提供也是以行政作業的方便性為主要考量，而不是以個案或其家屬之需求為中心來提供，導致服務內容往往有重複的現象，此外，也造成照護上的不足也無法使用其他資源作為銜接的問題，民眾一旦有需求也往往不得其門而入，甚至連資源相關的資訊之取得也有許多的限制。照顧資源間的分化，加上社區照護資源數量的有限性，使得入住型照護資源以及引進外籍看護工兩種照顧模式成為民眾的最愛。

照護資源的管理因而逐漸成為突破服務分化之困境的新議題，行政院衛生署

於 1998 年提出的老人長期照護三年計畫中，其中一項目標就是致力於建立整合性長期照護服務網絡，以補助方式逐年在 4-6 縣市成立長期照護管理示範中心，推動單一窗口的作業模式，協助失能個案或其家屬在尋求長期照護服務時，能就近且即時地獲得所需的服務。

整體而言，中期長期照護服務的對象已不再受限於經濟上的弱勢者，一般家庭也都經驗到長期照顧的需求，服務項目也由生活照顧為主逐漸轉成以醫療照顧為重點的模式，由於絕大多數的費用係由家庭自行負擔，因此長期照護不再僅限於福利服務，產業的色彩逐漸增加。社會需求引發照護服務資源的大幅成長，使得資源的管理與服務的輸送機制的建構成爲近代長期照護發展之重要課題。

### 三、 近期長期照護之進展

在照護資源方面，近期又有了一些擴展，根據內政部委託長期照護專業協會（2003）針對全國失能老人機構照護供需資源分佈狀況進行的調查結果顯示，在民國 91 年底，社政之下已經立案的安養、養護、長期照護機構已有 767 家，約有 35683 床，衛政之下的護理之家有 222 家，約有 11181 床，退輔系統所屬的榮民之家有 18 家，約有 14340 床，以上總共可以提供 61204 床。該調查以多種方式推估整體機構資源的狀況，整體而言，目前的床位總量大致上足以因應老人機構照護的需求，僅有少住縣市供給低於需求，例如：澎湖縣，而且入住率也低於各縣市平均入住率的 73.8%。不同的推估方式，會呈現不同的縣市有機構資源不足之處，兩年的調查結果顯示地理不均的情形仍然存在。

除了服務資源的擴展之外，不可否認的是：近期長期照護的發展過程中，最重要的莫過於服務輸送體系之建構，也就是「長期照護管理示範中心」的成立和發展。

如前所述，衛生署依老人長期照護三年計畫，自民國 88 年起逐年補助 4-6 個縣市成立『長期照護管理示範中心』，嘗試探討「建立整合性長期照護服務網絡」的模式與可能性。至 90 年底共補助 15 縣市設置，91 年元月起前述計畫繼續由新世紀健康照護計畫銜接，至 92 年底止，25 縣市已陸續建制完成，長期照護管理示範中心之示範意涵隨著各縣市都已經設立而逐漸淡化，轉稱爲『長期照護管理中心』（簡稱長照中心）。

老人長期照護三年計畫將長期照護管理中心的功能界定為：

- (一) 逐年收集並更新轄區內長期照護資源之相關資訊
- (二) 提供民眾長期照護諮詢服務
- (三) 推展『個案管理』制度
- (四) 輔具展示與租借

其重點為『照顧資源資訊以及諮詢服務的提供』，因此各中心成立初期都以收集轄區內各類長期照護資訊為主軸工作，作為提供諮詢服務以及推展個案管理之依據。但是在建議或轉借個案使用服務時，由於絕大多數的服務都是由案家自付費用，這種情形和「建構一個具連續性及整合性的服務網絡，並經由『單一窗口』協助失能個案及其家屬獲得及時且適當的長期照護服務」的目標有明顯的落差。自 1999 起各縣市補助家庭照顧者的喘息服務可說是長照中心開始具有資源配置功能的機制之建構，但各縣市每年喘息服務的個案量大約都只有 100 位左右。整體說來，長照中心在資源提供的功能上仍然極其有限，相較之下，該中心在服務資源的資訊提供方面比較能夠發揮，截至 2002 年底，各縣市長照中心多已能充分發揮提供其轄區內民眾有關長期照護資訊的功能，但是衛政體系的『長照中心』和社政體系所能提供給民眾之補助性資源仍相當有限，使得中心在達到個案管理制度建立的理想目標方面仍有相當大的距離，服務大多停留在資訊提供，相關之轉介服務因為並未涵蓋資源的配置權，需要由使用者自行付費購買，個案管理的落實著實不易。

民國 91 年 6 月起行政院經建會訂頒照顧服務產業推動方案，原規劃在縣市層級成立『照顧管理中心』負責推動照顧服務產業，後來因為絕大多數縣市都已成立了長期照護管理中心，為了避免疊床架屋，於是許多縣市由長期照護管理中心兼辦照顧管理中心的業務，這項兼辦於是促發縣市政府在受理民眾在居家服務需求評估、核定補助標準、連結服務資源等作業流程方面出現不同程度的連結與整合。絕大多數縣市由長照中心負責居家服務之需求評估，再轉給社會局核定補助；少數縣市已將居家服務補助時數的核定、居家服務的分派等業務由社會局轉由長照中心辦理，長照中心開始具有資源配置與連結的功能。

近期長期照護的發展由於照顧服務產業的推動，一般失能國民(不限定為低收入戶)也可獲得政府補助的居家服務，社區式照顧資源明顯增加，此外縣市層級在長期照護的作業流程以及照護資源的配置逐漸呈現統整的跡象，這對於長期照護體系的發展頗有助益。

## 第二節 長期照護服務輸送機制

本節的主旨是針對一些項目進行現況分析，在現況分析之前，有必要釐清『個案管理(case management)』vs. 『照護管理(care management)』的區別和意涵。

### 一、『個案管理』和『照護管理』

『個案管理』係針對複雜的個案即具多重需求，或需要同時獲得兩種以上服務的個案進行需求評估，擬定照顧計畫，協調並連結所需的相關資源(服務)，並監測個案是否獲得所需要的服務?或所提供的服務是否符合個案需求?如需要修正原擬定的照護計畫、選擇更為合適之服務，則必要重新進行需要評估，重擬照護計畫，再協調、連結所需要的服務等過程，其目的是要使得個案可以獲得持續性的照護，減少服務資源間之僵化規定所產生的隙縫。公私部門都可以『個案管理』提供個案最好的服務，雖個案管理人員「運用」服務資源而不負責「管理」資源。

照護管理與個案管理在對象及作業流程具有某種程度上的相似性、二者都是協調服務提供給多重需求的個案。可能的區別在於『照護管理』得同時考量資源管理(resources management)與配置(resources allocation)的合適性(appropriateness)以及成本效益(cost-effectiveness)。照護管理人員需要考量資源總量以及配置原則，因此通常對資源具有某種程度的控制，如果配置的是公資源，則較適合由公部門人員擔任，若是照護保險，則宜由保險單位的人員擔任。

實際作業上兩者互補使用，也可能混用，兩者可能的區別為；個案管理主要以個別個案的需求為主；照護管理除個別個案的需求外，同時要在整體使用者的需求與資源總量間斟酌如何配置可以達到最大效益。

各縣市在長照中心開辦初期，一方面由於個案管理人員多處於培訓及摸索階段，一方面民眾對此項服務之認識較少，使用量不多，因此個案數量十分有限，個案管理人員所能提供補助的服務項目十分有限，大多是經由轉介、協調，連結個案所需要的服務，較屬於『個案管理』模式。

隨著長照中心經營年數之增加，個案量逐年累積，至民國 92 年底，部分縣

市之服務量達 2,000 多案，同時隨著照顧服務產業的推動，補助性的居家服務需要依失能等級核定，部分縣市同時納入輔具補助、居家環境改善、送餐服務、日間照顧、甚至補助重度失能者入住機構式，為能有效提供失能個案及其家屬之服務，部分中心逐漸將個案管理交給實務提供機構(例如居家服務機構、護理之家或居家護理)負責，而長照中心之業務重點，則以資源協調、配置為主，逐漸轉型，扮演資源管理中心的角色功能，本文將之稱為『照護管理』。

長照中心在服務模式上之演變，除個案量增加外，照護資源之充分程度(sufficiency)與服務資源間整合程度(integration)也是觸發其『個案管理』演變成『照護管理』的重要因素。

- (一) 區內照護資源之充分程度與服務資源間整合程度都低時，個案管理是一項有效提供及時且適當服務的方式，例如各縣市成立長照中心初期的 1-3 年。
- (二) 當轄區內照護資源之充分程度逐漸提高，但是服務資源間整合程度不高時，或是照護資源之充分程度不高，但是服務資源間整合程度高時，個案管理仍不失為有效提供及時且適當服務的方式
- (三) 當轄區內照護資源之充分程度與服務資源間整合程度都高時，服務資源間之合作高，彼此互相信任，照護管理會較符合成本效益。

早期『長期照護管理示範中心』成立的目的在『示範』如何整合長期照護資訊、提供照護諮詢服務、摸索為社區中有長期照顧需求者建構『個案管理』模式。6-7 年來資源的發展，失能者照顧需求的量增，中央部會間或縣市局處間資源整合的必要性也成了趨勢，就長期照護管理中心的功能而言，資源管理似乎比諮詢服務、個案管理更符合，以照護管理中心代替長期照護管理中心或許更符合中心的角色與功能。以探討實施長期照護保險可行性之觀點，現階段由公部門負責資源管理與配置的作業模式，也符合追求成本效益的策略。

## 二、現況分析：

25 個縣市在 2003 年底均已設立長期照護管理中心(簡稱『長照中心』)。長照中心在縣市政府組織中屬於任務編組，該中心定位為：對轄區內長期照護相關人、事、物等資源及資訊之整合與連結，運用個案管理服務模式協助有長期照護服務需求之民眾能得到統合、完整及連續性服務之服務。唯各縣市「長照中心」在服務輸送機制與流程有許多不同。

依據中華民國長期照護專業協會接受衛生署委託所進行的輔導和培訓 90、91、及 92 年的三年成果報告（杜敏世、葉莉莉、陳惠姿，2003）對各縣市長照中心之現況分析如下：

（一）組織和人事：

1. 組織和行政支持：

- （1）長照中心建構時係由衛生署委託縣市辦理，為能推動縣內之長期照護業務，各縣市需組成長期照護諮詢委員會，初成立之時，因為接受委託的單位涵蓋公部門與私部門（嘉義基督教醫院以及台東馬偕醫院都曾經是受委託單位），因此組織架構並不一致。但是自 2000 年以後受委託的單位已完全回歸到縣市政府衛生局；各個中心接受的委託通常是由該縣的衛生局局長與衛生署簽約，同時也負責長照中心的成果匯報或者成為主責人員。有關長期照護諮詢（推動）委員會的監督和決策的功能，各縣市之間的落差也相當大。
- （2）中心主任：通常是由衛政單位的課長或督導專任或兼任，少數由衛生局副局長兼任。專任者投入的情形明顯優於兼任者，兼任者的涉入程度則因人而異。
- （3）經費預算：長照中心經費預算主要來自衛生署的計畫補助，92 年全國各縣市的總平均約為 2,754,411 元，北縣最高（3,238,496），彰化縣最低（2,255,000），少數縣市也投入自籌經費，例如：嘉義市。不過，從開辦至今，衛生署補助經費撥款均遲到 3-4 個月，對業務運作和人員流失造成極大的衝擊。
- （4）縣市首長的重視和支持對於各縣市衛生局與社會局在長期照護業務的整合、預算經費和人事方面的統合運用有直接和深遠的影響，例如台北縣和嘉義市因為首長的重視，整合的情形較佳。

2. 照顧管理師人力：（杜敏世、葉莉莉、陳惠姿，2003）

- （1）專業背景：各縣市長照中心照顧管理師的配置並不一致，大約介於 2 到 6 位之間，多數照顧管理師是護理背景出身，部分縣市含括具有社會工作背景者。
- （2）薪資和福利：目前平均薪資為 32,197 元，最低（南市 28,500 元）和最高（台中市 39,758 元），差距約在一萬元左右。各縣市照管師休假平均天數約每年七天，有七個縣市的中心並沒有休假的制度。從平均薪資來看薪資結構，如果和社工專業比較，還算具有吸引力。由於衛生署補助款通常遲

撥 3-4 個月，許多照顧管理師必需等幾個月才領得到薪資的情形，因此少數縣市酌情由公部門先行墊付。

(3) 編制和離職率：絕大多數縣市個管中心的照顧管理師屬於非正式的約聘僱人員，離職率高是許多中心反應的主要問題之一，依長照專業協會的調查發現 91 年的整體平均離職率為 24.4%，92 年則降了大約一半 (12.9%)。不過，平均離職率和兩年為期的有限數據並無法顯現出各別中心離職率的嚴重性，因為有些中心從開辦至今可能一直無法留住個管師，有些中心只聘僱兩人，一人離開的離職率便達 50%，其衝擊可想而知。

(4) 教育訓練和服務理念的強化：

A. 照顧管理師的人力培訓是由衛生署委託「中華民國長期照護專業協會」規劃和實施：該協會籌組規劃小組，負責研訂照管師的訓練計畫，包括課程規劃 (分初階 26 小時和進階每年至少 9 小時、見習)、開課、發證、編訂業務手冊和培訓手冊等。多數中心都有派人員參加，唯部分中心仍有缺席的情形 (杜敏世、葉莉莉、陳惠姿，2003)。

B. 各『長照中心』也都自行聘請專家進行實地輔導，並以個案討論的方式進行在職和持續教育，唯頻率和內容端賴各中心之需求和對於教育訓練重視的程度而定。

(5) 服務需求和使用的情形：(杜敏世、葉莉莉、陳惠姿，2003)

A. 簡易服務量和個案量：民國 91 年的簡易服務量除了台北市之外 (缺乏資料) 共有 19,409 人，進入個案管理的案量 (北市除外) 為 3,300 人；民國 92 年全國的簡易量 (任何和中心有接觸者) 為 25,255 人，進入個案管理的案量有 3,368 人，以個案管理的案量看來，92 年比 91 少，以 92 年的個案管理量計，前三位分別是北市 (686 人)、高市 (436 人)、宜蘭 (401 人)，若以各縣市有長照需求的老人人口比率來看，實際滿足的人口以台東縣 (11%)、宜蘭縣 (9%)、和嘉義地區 (8%) 最多。整體看來，多數縣市 92 年的個案管理量比 91 年減少。

B. 居家照護服務的使用量：從求助的問題看來，91 年個案求助的問題比例分別是居家護理 (14%)、居家照顧能力不足 (13%)、居家服務 (12%)、喘息服務 (12%)，92 年則為居家服務 (23%)、輔具服務 (9%)、居家護理 (8%)、居家復健 (8%)。91 和 92 年相較之下，許多縣市在 92 年的居家照顧服務的使用量方面有明顯的成長，照顧產業的推動和個案管理的成效或許是主因，其中又以高雄縣和台北縣最為明顯。

C. 案量來源：91 年的案源主要來自出院準備 (35.5%)、主動求助 (26.6%)、衛生所轉介 (12.5%)，91 年則為中心自行開發 (30.0%)、主動

求助 (22%)、出院準備 (10.84%)。可見個案來源漸從出院準備轉移  
到由中心自行開發。

- (6) 民眾觀念的變化：從民眾主動求助的情形看來，過去兩年和往年相較之下，  
有增加的趨勢，也意味著服務宣導的成效。從民眾使用居家服務量的提高，  
除了照顧產業補助服務使用費的因素之外，部分中心（例如：高雄縣）也將  
之歸功於「實物給付」服務概念已經漸入民心。

## (二)功能和角色定位：

本研究爲了瞭解縣市長照中心長期照護服務輸送機制之現況，於 93 年 4  
月 30 日至 93 年 6 月 17 日止共辦理三場『長照中心』分區座談會，北區、中區、  
南區等，會中除了各邀請兩個縣市就其服務輸送流程及作業規範進行報告以外，  
其餘縣市因為時間的限制無法進行完整的報告，以下僅將三場『長照中心』分區  
座談會之資料整理和呈現：(參見表 5-2-1、表 5-2-2、表 5-2-3、表 5-2-4、表 5-2-5、  
表 5-2-6)

### 1. 臺北縣

#### (1) 照護資源：

A. 機構式照護資源：150 家，每一萬老人 368 床(含護理之家、養護機構、  
榮民之家重癱床)，除低收入戶及中低收入戶之外並不提供補助。

B. 居家服務機構：8 家，92 年共有 434 案接受居家服務，92 年 2 月起每月  
約有 100 個新案。

(2) 長照中心 92 年個案量：238 案，和往年比較增加不少。

(3) 照顧服務之整合程度：社會局與衛生局聯合成立『台北縣長期照護管理中心』  
(『照顧管理中心』並未同時掛牌)，將縣內失能老人身心障礙者所需要長照服  
務等相關業務都納入管理。人力資源：中心主任由衛生局派駐，兩局各派遣 3  
位社工師及 3 位護理師擔任照顧管理師，29 個鄉鎮市由 6 位照管師採分區責  
任制。

### 2. 台北市

#### (1) 照護資源：

A. 機構式照護資源：219 家，每一萬個老人 285 床(含護理之家、養護機構、  
榮民之家重癱床)，除低收入戶及中低收入戶外，一般戶重度失能家庭支  
持系統不足者每個月補助 5000。

B. 居家服務機構：11 家，92 年共有 216 案接受居家服務，同年 2 月起，每

個月約有新案 120 案。

(2)長照中心 92 年個個案量 2,505 案。

(3)照顧服務之整合程度：社會局以 13 所『老人服務中心』為主要之評估單位，失能市民若要享有市府在長期照護相關之補助款均須經過此一評估機制。衛生局則以『長期照護服務中心』，將來自出院準備服務之出院個案以及社區中自動申請之個案，所需要長照服務等相關業務都納入管理。台北市的『照顧管理中心』並未掛牌，但照顧管理中心主要提供的【非中低收入戶失能老人暨身心障礙者補助使用居家服務】的評估主要是由『老人服務中心』負責，意即兩中心，『老人服務中心』『長期照護服務中心』，採會簽方式，彼此認可對方之評估結果，不再做複評，但是必須回到主管單位進行服務量的核定。

### 3.台中縣

(1)照護資源：

A.機構式照護資源：219 家，每一萬個老人 285 床(含護理之家、養護機構、榮民之家重癱床)，除低收入戶及中低收入戶外無補助。

B.居家服務機構：1 家，92 年共有 0 案接受居家服務。

(2)長照中心 92 年個案量：121 案。

(3)照顧服務之整合程度：縣府長期照護管理中心之行政業務由衛生局主導，業務面整合牽涉社會局作業流程、法令規定，仍需時間溝通。

### 4.南投縣

(1)照護資源：

A.機構式照護資源：22 家，每一萬個老人 275 床(含護理之家、養護機構、榮民之家重癱床)，除低收入戶及中低收入戶外一般戶無相關之補助。

B.居家服務機構：9 家，92 年共有 804 案接受居家服務。

(2)長照中心 92 年個案量：37 案。

(3)照顧服務之整合程度：長期照護管理示範中心行政業務由衛生局主導，照顧需求評估委外給護理師護士公會，社會局社工員額有限，尚無法核派專責人力至照顧管理中心。照顧管理中心服務功能和服務項目尚未確立，業務整合範疇不明。

### 5.高雄市

(1)照護資源：

A.機構式照護資源：89 家，每萬老人 404 床(含護理之家、養護機構、榮民之

家重癱床)，除低收入戶及中低收入戶外，無補助。

B.居家服務機構：5家，92年共有423案接受居家服務。

(2)長照中心92年個案量：2,174案。

(3)照顧服務之整合程度：結合社會局居家服務訂定轉介個案與評估之工作流程，社會局有固定人力在長照中心一起工作，一般戶居家服務之需求評估委託「家庭照顧者協會」進行評估，然後送回長照中心核定並連結資源。

## 6.高雄縣

(1) 照護資源:

A.機構式照護資源：62家，每萬老人355床(含護理之家、養護機構、榮民之家重癱床)，除低收入戶及中低收入戶外，無補助。

B.居家服務機構：11家，92年共有216案接受居家服務。

(2)長照中心92年個案量：117案。

(3)照顧服務之整合程度：照顧管理中心有二局派駐人員，合署辦公各司其職，一般戶居家服務之需求評估在偏遠地區由衛生所公共衛生護理人員負責，長照中心審查，但是要送社會局核定。兩局有各自的需求與立場，例如：在表單、工作流程與報表的整合上有困難，作為現況分析之參考。

(三)服務輸送模式：

依據分區督導會議以及六個縣市的報告，各個中心在個管流程之中所擔負的責任或分工模式仍然是差異頗大。例如：台北市的評估和核定仍採社政和衛政雙軌制，北市的資源較其他縣市充分，可供補助的服務項目包括中度失能所需要的機構式照顧，以及其他等級失能者所需的日間照護、居家服務、輔具補助、環境改造等，加上社區物理治療、職能治療、每月第三次居家護理的訪視等，兩個作業系統間有多少共同作業或互相認可的程度，不得而知。除了台北市以外，各縣市經由長期照護中心評估核定配置的補助性資源有機構式喘息服務(每年每縣市約有50-130案不等)、居家服務、環境改造等；不同的縣市有不同的做法，台北縣的評估則完全委託外部組織，例如物理治療、職能治療、耕莘醫院等採跨專業合作的模式進行整體的評估，照顧管理師則負責監控和核定服務。高雄市則委託「家庭照顧者協會」負責評估，服務核定與連結則由長照中心負責。高雄縣是少數最有創意的地區，經過轉介來源出篩之後，有長期照顧需求的個案由地段護士進行評估，有多元需求和複雜的個案再由個管師評估，經由社會局核定服務，照顧管理師再接著進行資源的媒合與連結。極少數的縣市目前仍由居家服務單位自行評估需求後直接提供服務，以上這五種模式，或是因為補助資源的充分性或複

雜性，或是因為社政與衛政間的整合度不足，需要進一步了解。

#### (四)社政和衛政的整合：

1. 社政和衛政的整合是不少中心從建立以來都在努力的目標，部分縣市有些斬獲，為最佳的整合仍有努力的空間，例如：社政和衛政單位均以個管中心為單一窗口、個管中心能夠統合雙方的資源、個管中心通過電腦連線可以直接核定服務等。
2. 整合的基礎或契機：整合較佳的地區情形通常也會兼顧護理和社工背景個管師聘用上的平衡，這種合作情形通常也意味著更上層的衛生局和社會局已經整合得不錯才比較可能發生，有時甚至代表有縣市政府更高層級對於中心使命和功能的關注和支持，例如：台北縣、高雄縣，縣市的副首長甚至肩負整合衛政和社政的工作。

#### (五)管理機制

1. 照顧資源管理：以下將以機構督考與評鑑、機構自行進行滿意度調查以及申訴管道及申訴案件之處理來說明。
  - (1)長期照護各項資源，包括養護機構、護理之家等入住型資源，以及居家護理、居家服務等社區式資源分別由其主管單位衛生局或社會局每年定期進行督考，每3-4年接受內政部或衛生署委託的評鑑。
  - (2)各個服務輸送單位也都每年進行服務滿意度之調查。
  - (3)各個提供服務之單位都需提供申訴管道供案家或案主申訴，而此申訴管道直接由長照中心、衛生局或社會局為代表人。
2. 『長期照護管理中心』的管理機制：
  - (1)作業標準：中華民國長期照護專業協會為『長期照護管理中心』研發制定有「營運手冊」、「個案管理手冊」、「作業規範」以及相關評估表、記錄表等供各縣市參考使用。
  - (2)訪查：中華民國長期照護專業協會在2003年起著手擬定的「長期照顧管理中心訪查標準」也自2004年8月起在9個成立滿三年已穩定經營的縣市進行訪查。訪查結果將作為各縣市新年度擬訂計畫之參考也作為衛生署核發補助經費之參考。
  - (3)申訴管道：各中心都需提供申訴管道供案家或案主申訴，而此申訴管道繫直接由衛生局或社會局為代表人。

### 第三節 長期照護人力需求與供給狀況分析

本節包含兩大部分。第一部分主要描述與推估臺灣在長期照護人力的供給情形，在此部分中，說明臺灣長期照護人力供需情況，包含了照護人力質與量之供給與未來需求的情況；第二部分，則提出若要開辦長期照護保險，在長期照護人力方面，應有那些整備。

#### 壹、臺灣的長期照護人力供給與人力推估

本小節中，分別說明與長期照護相關的人力種類、臺灣目前主要長期照護人力培訓的相關規定，以及在2006年至2046年臺灣長期照護人力需求推估的情形。

##### (一) 提供長期照護服務人員之種類

一般而言，長期照護人力可區分成專業人力、半專業人力，以及非專業人力等三大類。由於長期照護的服務型態相當複雜，涉及醫護與福利服務兩大類，在人力類別的需求上，亦較為複雜。若以是否直接提供服務需求來分，可區分為服務提供人員、管理人員與行政人員等。如果長期照護以社會保險體制實施，則政府機關之行政人員以及保險人編制之財務、會計等等人員，相對數量少，可由相關專業再訓練而得，在此不予討論。本研究將集中於照護服務提供人員與管理人員。在此兩種類人力中，若以有無專業素質來區分，則可以區分為專業人力、半專業人力，以及非專業人力等三類。

在是否為直接提供照護服務方面，服務人員是指服務直接提供者，例如，護理人員、社工人員、病患或是居家服務員、照顧服務員等，以及(依不同制度設計而處於制度內專業人力灰色地帶之)復健師、職能治療師<sup>1</sup>；而管理人員則是指不直接提供照護服務，但是與長期照護服務提供間接相關者，例如，行政主任、照護管理師(或個案管理師)，以及日本與德國為評估長期照護需求，而衍生出的「長期照護需求評估員」，統稱照護管理人力，這些人員雖然不直接提供相關的照護服務，但在長期照護中，扮演了相當重要的角色。而這些人力得由一般專業教育或提供直接照護之經驗累積，再經過照護管理專業教育訓練培養出來。故此兩類人力之間也具有密切關係。

以專業素質來區分者，在專業人力方面，通常是指有專業執照者，並且負責

---

<sup>1</sup> 德國長照保險制度規定機構必須提供必要的復健服務，但為明確區分健保與長照保險，故復健師、職能治療師不列入照護專業，其人力與服務列入急性治療健保部分。日本則未做如此區分，將照護需要之復健師、職能治療師列入照護專業。

的工作內容亦涉及專業的領域，例如：醫師、護理師、藥師、復健師、社工師、物理治療人員，以及營養人員等。在半專業人力方面，主要是指，長期照護護佐、病患服務員、居家服務員，以及目前將病患服務員與居家服務員合而為一的照顧服務員等。至於在非專業人力方面，是指受過基本照護課程之家屬、親人、志工、老人志願性服務等。

雖然長期照護涉及的人力甚廣，但是，就專業人力而論，護理人員、社工人員是長期照護服務供給中的主要人力。這是因為長期照護主要點著力在照護需要者基本生活自理功能缺乏之遞補，而非治療，所以護理人員的角色比醫師較為重要，再加上長期照護所涵蓋的服務範圍涉及社會服務，因此，社工人員亦佔有重要的角色。但一般 OECD 國家照護實施場合以居家佔多數，約達七成左右。而在允許親人照護之國家中，家屬或社區鄰閭之非專業人力為實際上最多之照護提供人力。

近年來，不論是日本或是德國為了因應長期照護不論在照護領域上，或是照護內容上的複雜度，在人力培育中，提出了與急性照護制度非常不同的人力——照護管理員（或照護經理），而國內在長期照護實驗社區中，吳淑瓊等人亦提出照護管理師的重要性。由以上三點，本文在論及與推估長期照護人力需求時，主要是指護理人力、社工人員、照護管理師、與居家照顧員等四者的需求。至於物理治療師、職能治療師等長期照護人力，吳淑瓊等人在「全國長期照護需要估第三年計畫」中，有非常詳盡且完善的需求推估。

## （二）臺灣長期照護人力供給相關規定

目前臺灣在長期照護人力相關的規定，可視為確保服務人力品質的指標。

就專業人力而言，人力供給在品質方面，是較無問題的，以護理人員為例，護士或是護理師執照的取得，須經由國家考試通過才能執業，在無形中，形成了一定的品質保證制度。因此，就專業人力而言，人力的供給上是較無問題的。再以護理人員為例，基本上是以大專院校培育，大學護理系培育為四年，再經國家的考試，才能成為正式執業的護理人員。社工師亦同，只有大學設有社工系，經四年養成後，經社工師考試，才是有執照的社工人員。但是面對真正照護所需之護理與社工人力之照護專業能力，應該再加強。比如在英國，德國為因應照護需要者類別之增加，如失智症、精神病等，在老年護理專業更加增強這些照護需要者之專業課程與訓練。

就半專業人力而言，目前半專業人力供給品質參差不齊，但政府提出了一些改善長期照護服務人力品質的規畫。半專業人力中，主要是護佐、病患服務員、居家服務員，以及目前把病患服務與居家服務合而為一的照顧服務員。就看護與

護佐而言，政府並沒有一套管理辦法來監督品質，而國內有些看護中心，會引進沒有經驗的外勞來擔任看護。有鑑於此，近年來，國內對於長期照護護佐（病患服務員）已發展出一套訓練的標準，訓練完後由中華民國長期照專業協會發給結業證書。由於長期照護服務提供時，通常會涉及病患醫療與生活服務兩項照護內容，為提升長期照護服務之品質，內政部與衛生署於民國九十二年二月十三日公告「照顧服務員訓練實施計畫」，以整合一位需求者可由一位照顧服務員處理醫療與生活服務需求。目前照顧服務員的訓練為 60 個小時的課程，40 個小時的實習，就具有照顧服務員的資格。且 2004 年 9 月份，行政院勞工委員會職訓局，更新增了照護服務員的丙級檢定，以確保長期照護人力品質。

就上述而言，臺灣在長期照護人力品質，仍舊著重在直接服務提供者，對於長期照護服務中，資源管理與規畫者—照護管理師，以及其他相關的行政人員，未見政策上著力之處。以日本為例，長期照護中，除規範服務直接提供者外，照顧管理員亦有法令的規範，要有照顧管理員的資格，亦是需要經由考試來取得，而照顧管理員的主要工作內容則是：評估個案需求、擬定照護計畫、評估照護服務與使用情況，並定期評估個案健康狀況。如此一來，整個長期照護服務的提供，可以更為完整。德國在長期照護保險中，亦有照顧管理員的把關。反觀臺灣，照顧管理員或照護管理師的角色才正在起步中。

### （三）臺灣長期照護人力需求推估

由於實行長期照護保險，服務人力的供給要納入考量，對於服務人力供給要有一定的推估，以供政策決策者參考。

有關未來護理、社工、照護管理師與照顧服務員（或居家服務員）等人力需求，首先以經建會民國 93 年 8 月推估臺灣人口至 2046 年的人口中推估，為年齡別總人口數的基礎。

在服務利用率則參考吳淑瓊教授 2004 年「全國長期照護需要評估第三年計畫」的服務利用率。本研究主要先由居家與機構的使用率進而推估使用人數，再根據照護人力的合理比重對照護人力需求進行推估。

### （四）臺灣長期照護人力供給推估

在長期照護人力供給推估方面，由於資料之缺乏，故只估計護理人力與社工人力 2006 年至 2046 年之供給數。

通常在人力推估時，要有兩個最基本之數據：該人力之年退出率，以及該人力之年增加率。兩者之差為該人力之年淨增加率。

由於缺乏護理人力與社工人力之年退出率與年增加率之資料，故人力之推估是以經驗增加率來估算。也就是說，利用以往的資料，算出年增加率之值，再以此值來估算。在護理人力方面，是以衛生署網站上公佈之護士與護理師人數，算出每年護理工作人員之人數，再以過去 1989 年至 2003 年，計 15 年間之護理人員年增加率，來推估未來護理人員之總供給量。有了護理人員的總值應量後，再結合陳惠姿等人(2002)年估算 2002 年全國從事長期照護之護理人員數，以此值除以 2002 年護理人員之總數，可得到總護理人員中，從事長期照護工作之護理人員比例，以此比例，往後估算，在 2006 年至 2046 年從事長期照護工作之護理人員推估數。

在社工人力方面，估算方式與護理人員相似，但估出之值可能較不穩定。這是由於社工人員執業之歷史資料建立自 2000 年才開始，2002 年才有專職社工之資料，故估算出之值，可能較不穩定。

在人力需求與供給的推估上，詳細的推估步驟、假設與結果請參見以下整理。

推估的相關假設與結果	表次
推估的假設與需求人口數	
20歲以上人口功能障礙率	附表 9-1
20歲以上人口功能障礙人數	附表 9-2 至附表 9-4
20歲以上功能障礙者居家服務使用率	附表 9-5
20歲以上功能障礙者使用居家服務人數	附表 9-6 至附表 9-8
20歲以上功能障礙者機構使用率	附表 9-9
20歲以上功能障礙者使用機構人數	表 5-3-10 至附表 9-12
20歲以上功能障礙者日間照護使用率	附表 9-13
20歲以上功能障礙者使用居家服務人數---- 低、中、中高、高推估	附表 9-14
雇用家庭監護工轉為使用居家服務推估	附表 9-15
20歲以上功能障礙者，機構使用人數推估 —低、中、高推估	附表 9-16
日間照護使用人數推估—低、中、高推估	附表 9-17
50歲以上人口失能比	附表 9-18
50歲以上失能人口數	附表 9-19
50歲以上失能人口使用機構與居家護理服務比率	附表 9-20
50歲以上失能人口使用機構與居家護理服務人數	附表 9-21
20歲以上失能人口使用機構與居家護理服務人數	附表 9-22
居家服務使用時數	附表 9-23
人力需求的推估結果	
居家護理師人力需求數	表 5-3-1
機構護理人力需求數	表 5-3-2
護理人力總需求	表 5-3-3
護理人力供給量	表 5-3-4
居家服務社工人力需求數	表 5-3-5
機構社工人力需求數	表 5-3-6
日間照護社工人力需求數	表 5-3-7
總社工人力需求數	表 5-3-8
社工人力供給量	表 5-3-9
照護管理師需求數	表 5-3-10
居家服務員需求數	表 5-3-11
照顧服務員供應量	表 5-3-12

在人力需求方面，自 2006 年至 2046 年，護理人員、社工人員、照護管理師與照顧服務員，此四種人力的需求數量，推估結果見表 5-3-1 至表 5-3-11。護理人力需求數，2006 年為 3432-4762 人，2021 年時為 4024-5620 人，至 2046 年時，則為 11816-16485 人。社工人力需求數，2006 年時為 1623-5485 人，2021 年為 2625-8870 人，至 2046 年時，4996-16847 人。照護管理師需求數，2006 年為 1237-1718 人，2021 年為 2202-2808 人，至 2046 年，則為 3963-5504 人。照顧服務員需求數，2006 年為 13377-101498 人，2021 年為 21632-164599 人，至 2046 年，則為 40190-305660 人。

在人力供給方面，自 2006 年至 2046 年，護理人員、社工人員兩種人力從事長照工作的供給量，推估結果見表 5-3-4 與表 5-3-9。護理人力供給數，2006 年為 5654-6093 人，2021 年時為 7566-8952 人，至 2046 年時，則為 58154-132363 人。社工人力供給數，2006 年時為 529-690 人，2021 年為 777-1578 人，至 2046 年時，11486-517446 人。

若比較護理人力、社工人力需求以及此兩種人力之供給，我們可以發現，自 2006 年至 2026 年社工人力供給會有嚴重不足的問題。社工人力之供需，比較表 5-3-8 與表 5-3-9 後可以發現，以 2006 年為例，社工人力需求量，低推估中需要 1623 人，但 2006 年時，供給數量為 529 人，不及需求量的 1/3。此種現象以推估來看，要至 2026 年以後才能達到供需平衡。至於護理人員的供應數量，若加上照顧管理師的需求量，應屬於較為平衡的供需情形。比較表 5-3-3 護理人員需求量、表 5-3-10 照顧管理師需求量，以及表 5-3-4 護理人員供給量，可以發現，在 2006 年時，約與供給量相當，因此，在護理人力供給數量方面，是較無問題的。

然而，在上述的人力供需數量推估，會受很多因素的影響。在需求面，由於所有的利用率以及功能障礙率，均是以吳淑瓊 2000 年的研究數據為準，此為臺灣地區大規模的評估調查，數字有其重要的參考價值，但未來若是健康水準提升，或是利用率改變，會影響人力需求推估的數字。在供給面，未來若各服務提供模式（機構、居家、日間）的營運效率提升，或是每月提供服務時的變動（例，居家服務員每月提供服務的時數變更），人力的供給數亦隨之更動，這是引用數據時需注意者。

至於照顧服務員方面，本研究雖然無推估數字，但是，仍有一些數據可供參考。根據研究者私下訪查的結果，目前各縣市均有辦理照顧服務員之課程訓練，而這些課程訓練，有些是縣市衛生局辦理，有些則是由私人機構來辦理，因此，這兩年來受過照顧服務員訓練的人數無法確切得知，只能根據有數據的縣市來做

粗估。首先，在院轄市方面，台北、高雄兩市，以台北建置的資料較高雄市完整許多，以台北市來看，今年共有 71 個班級要開，至八月份為止，已開了 33 個班級，共有 1240 人受訓完畢，剩下的 38 個班級，估計每班平均有 40 人受訓，則今年一年，台北市約有 2760 人結訓，以此估計台北、高雄兩市，這兩年約有 11040 人受過照顧服務員訓練。再看其他的 21 個縣市，目前訪查有一些資料的縣市，一年約有 1 至 20 個梯次，每個梯次 30-80 人受訓，至今年為止，已舉辦二年的訓練。若以平均每年 5 個梯次，每個梯次 50 人來計算，目前臺灣約有 10500 人受過照顧服務員的相關訓練。接著再檢視目前在職場工作者，根據各縣市政府衛生局的估計，受完訓練後，約有 40%-60% 的人進入職場工作。以這些數據此來估計，臺灣地區目前共有 21,540 人受完訓練，而約有 8,616-12,924 人在職場工作，且工作地點大多為機構式照護為主，此估計數據與陳惠姿在 2002 年對全國居家社區/機構人力供給之數字相當吻合。

照顧服務員的需求數，我們可以居家服務員的需求數來代替，雖然兩者在實際意義上有一些差距，但因為兩者之工作內容有大部分相近，故比較表 5-3-11 與表 5-3-12 來檢視此類工作人員的供需之間的落差，可以發現，在居家照護員或照顧服務員的供給上，仍需要加強。在需求量方面，以使用人數中推估，使用時數低推估來看，需要 20066 人，但是，供給數量在 2006 年時之低推估量為 10425 人，約為需求數的一半。此種情況至 2011 年時供需可達平衡，但前提是使用者之使用時數不得太高，若是使用者要提高使用時數，則需再增加供給之人力。

在上述在照顧服務員的人數統計上，只是以目前有提供數字的縣市來推估，必定有誤差，但在資料不足的情況下，這些資料，對於了解目前照顧服務員供給的人數，仍有一些參考價值。

## 貳、臺灣的長期照護人力的整備

本小節中論及若要開辦長期照護保險，在人力方面，應有那些準備。首先，描述制度上的整備；其次，描述人力供給品質與數量應再加深的研究。

### (一) 長期照護人力制度的建立

為因應長期照護保險開辦，長期照護人力制度，不僅要考量服務提供的功能，更要考量資源能有效率被運用的功能。如前所述，近年來，在長期照護服務人力的提供方面，政府有一些作為。例如，整合病患服務員與居家服務員的功能，並使之有執照的檢定，以確保長期照護人力品質。然而，若開辦長期照護保險，會使需求者變得較以往有能力可以使用資源，因此，如何使資源被有效的利用，會是更重要的課題。

因此，長期照護人力亦應該把有效資源的利用納入考量。目前已實施長期照護保險的國家—日本與德國，他們的做法，提供了很好的經驗，也就是照顧管理員的功能。臺灣對於照顧管理員人力，已經開始重視，例如，實驗社區計畫，加入了照護管理員的功能，但是，在照顧管理員的資格、訓練項目、人員招募上，可以有更精細的規畫與培訓目標，以能夠因應長期照護個案複雜的需求。

## （二）專業能力的再加強

在照顧管理師中，最時常被提到的是護理人員或是社工人員可以擔任，但是，目前不論在專業法規的規定與專業訓練上，都不足以達到有效運用以及整合長期照護資源的功能。社工師在專業法規上，社工師有一項功能為「對社會福利服務資源之發掘、整合、運用、分配與轉介」（社會工作師法第三章第13條），因此，社工師在資源運用上，是具有專業的，然而，長期照護需求者，在身體上的一些問題，因這些問題而引發的需求，卻不是在社工師的專業訓練中。而護理人員可以對案主有關健康的問題提供專業的評估與諮詢（護理人法第四章第二十四條），在專業訓練中，護理人員被訓練得很好，但是服務資源尋求與發掘，可能就沒有那麼好的能力。因此，專業能力的再加強訓練是非常重要的。

## （三）應再深入的研究

了解目前長期照護人力培養現況與目前供給情形，此兩者的基礎資料，會是人力供應是否足夠的重要指標。例如：目前各縣市政府均有開辦或是委託民間業者開辦照顧服務員的訓練，但是，訓練了多少人？這些訓練的人在職場的比率為何？均無彙整的統計數字，會使得人力供給數量上，增加不確定，亦使得想以數字來評估長期照護保險是否可以實施，顯得窒礙難行。因此，若能有更深入的相關統整研究，可使評估人力影響長期照護保險是否可行，更為確實。

至於長期照護人力訓練，應有的內容與準備方面，由於長期照護本身提供的服務內容涉及衛政與社政，而提供的服務又較為複雜，如何使一位服務能夠有效益的提供出去，並且符合需求者的需求，需要各領域專家，提供意見，並予以整合。目前在照顧服務員這個角色上，有看到整合的企圖與政策，但是，除了實際服務人員的整合外，資源整合的人才，亦是重點，這些均是面對長期照護服務提供時，人力應有的準備。

表 5-1-1 台灣長期照護機構概況

	機構名稱	創立時間	收容人數				
			公費安養	公費療養	自費安養	自費療養	
台北市	市立廣慈博愛院	58.3	840	122	0	0	
	市立浩然敬老院	75.2	90	0	0	0	
	市府社會局自費安養中心	72.3	0	0	380	0	
高雄市	私立愛愛院	36.1	110	0	80	0	
	市府社會局仁愛之家	60.9	419	60	315	0	
	宜蘭縣	私立蘭陽仁愛之家	66.2	60	0	0	0
基隆市	私立弘道仁愛之家	73.12	10	0	28	0	
	私立瑪利亞仁愛之家	78.12	25	25	25	25	
	市立基隆仁愛之家	61.9	537	48	0	0	
台北縣	私立博愛仁愛之家	71.5	80	0	363	0	
	省立台北仁愛之家	35.3	320	200	330	0	
	縣立台北仁愛之家	64.7	314	112	208	0	
桃園縣	私立仁濟安老所	39.1	80	0	0	0	
	天主教安老院	61.5	86	40	0	0	
	救災總會老人安養中心	75.10	0	0	512	0	
新竹縣	廣慈老人養護中心	77.1	0	135	0	65	
	私立桃園仁愛之家	66.5	148	140	286	236	
	新竹縣立仁愛之家	73.10	156	0	27	0	
苗栗縣	私立弘法院附設仁愛之家	68.12	30	0	15	0	
	中市	市立台中仁愛之家	65.5	380	50	0	0
	私立台中仁愛之家	66	30	0	100	0	
台中縣	私立菩提仁愛之家	66.5	32	0	15	0	
	南投縣	私立南投仁愛之家	66.9	68	0	29	0
	私立蓮光仁愛之家	69.7	20	0	20	0	
雲林縣	私立光明仁愛之家	70	16	0	44	0	
	真耶穌教會私立基督仁愛之家	77.6	0	0	110	38	
	彰化縣	省立彰化仁愛之家	63.7	380	200	60	0
嘉義縣	省立彰化老人養護之家	73.12	0	120	0	322	
	私立廣成老人安養中心	79.12	0	0	120	0	
	私立崇德安養中心	75.4	10	0	50	0	
台南市	私立同仁仁愛之家	44.2	80	20	20	40	
	福安老人療養所	72	0	20	0	22	
	私立嘉義濟美仁愛之家	60.4	10	0	90	0	
台南縣	私立嘉義仁愛之家	65.6	25	0	5	0	
	私立嘉義博愛仁愛之家	66	50	0	70	0	
	台南市	台南市立仁愛之家	65.1	344	0	110	0
澎湖縣	私立台南仁愛之家	45.10	90	150	30	50	
	仁愛修女會老吾老院	79.6	0	15	0	0	
	台南縣	私立普門仁愛之家	65.5	20	0	62	0
高雄縣	省立澎湖仁愛之家	65.12	68	0	0	0	
	私立仁愛高雄之家	66.5	42	0	20	0	
	花旗仁愛安養山莊	76.12	0	0	200	0	
屏東縣	省立屏東仁愛之家	37.1	360	80	0	0	
	私立孝愛仁愛之家	60.8	44	27	29	12	
	台東縣	聖十字架療養院	79.6	0	8	0	25
台東縣	私立台東仁愛之家	78	32	0	0	0	

表5-1-1 台灣長期照護機構概況(續)

	機構名稱	創立時間	收容人數			
花蓮縣	省立花蓮仁愛之家	377	300	0	300	0
總計				1572		835

資料來源：本研究整理

表 5-2-1 選擇縣市「長期照護管理中心」現況彙整

縣市別	中心主要人力	經費(93年)	服務對象	轉介服務項目	服務核定	服務流程	社政與衛政整合現況	整合時遭遇之困難	建議可行之整合架構
台北市 66年成 立	衛政:正式0人 非正式1人 社政:正式0人 非正式0人	衛政:435,523元 社政:0元	台北市六十五歲以上失能長者及家屬及身障人口	均有 其他:志工服務		各單位轉介至長照中心,由個案管師評估個案需求後擬訂照護計劃	1.掛牌情形: 台北市長期照護管理示範中心設於中和仁愛醫院內,且在仁愛陽明和平中興及忠孝醫院分別設有「大安區長照服務中心」、「士林區長照服務中心」、「萬華區長照服務中心」、「大同區長照服務中心」、「松山區長照服務中心」 2.行政業務處理方式 社政衛政各自辦理 社會局在其「老人服務中心」另設有窗口接受轄區內老人及身障者長期照護窗口	1.專業整合困難 2.人口老化,長期需求增加但財政緊縮 3.欠缺長期照護法 4.兩局處處點腦資訊網絡介面之連結	1.連署辦公室 2.獨立之長期照護示範管理中心與照顧管理中心經費
台北縣 99年成 立	衛政:正式1人 非正式3人 社政:正式0人 非正式3人	衛政:3,315,846元 社政:3,375,000元		1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 其他:居家無障礙設施設備、緊急救援系統、日間照顧(護)、在宅醫護、機構安置、早期療育通報	依個案需求一次核求由管理中心提供適切服務;委外專人評估服務	民眾至各申請窗口、轉介單位申請後長照管理中心接案,委託專人到府評估後核定各項長期照護補助,連結服務提供單位提供服務。	1.掛牌情形:1張台北縣政府長期照護管理中心 2.行政業務處理方式依據設置要點為任務編組,社會局、衛生局為行政督導。	1.行政整合、作業流程簡便性及時效性仍有待改善。 2.辦公室設備功能未完善	1.中心定位須明確,業務權責宜劃分清楚

縣市別	中心主要人力	經費(93年)	服務對象	失能個案轉介服務項目	服務核定	服務流程	社政與衛政整合現況	整合時遭遇之困難	建議可行之整合架構
台中縣 92年成 立	衛政：正式2人 非正式6人 社政：正式1人 非正式0人	衛政：2,087,000元 社政：472,500元	失能或失智老人及其家屬	1. 資訊提供與諮詢服務 2. 安養協商與轉介服務 3. 輔具展示服務 4. 教育與訓練服務 5. 喘息服務 6. 成立家庭照顧者支持團體 (業務面整合牽涉社會局作業流程、法令規定，仍需時間溝通)			1. 掛牌情形:1 張台中縣政府長期照顧管理中心 2. 行政業務處理方式? 衛政主導	無	
南投縣	衛政：正式0人 非正式3人 社政：正式0人 非正式0人	衛政：2,284,000元 社政：0元	需要長期照顧的民眾	1. 2. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	委外評估 服務(護理師護士公會)		1. 掛牌情形:1 張長期照顧管理示範中心 2. 行政業務處理方式? 社政衛政各自辦理	1. 照顧管理中心組織架構建請統一 2. 照顧管理中心服務功能、項目尚未確立及業務整合範疇不明 3. 社會局社工員額有限，尚無法核派專責人力至照顧管理中心	建請中央確立照顧管理中心服務功能及項目，由縣市政府進行組織或人力調整，成立專責單一窗口

縣市別	中心主要人力	經費(93年)	服務對象	失能個案轉介服務項目	服務核定	服務流程	社政與衛政整合現況	整合時遭遇之困難	建議可行之整合架構
高雄縣	衛政：正式0人 非正式2人 社政：正式0人 非正式2人(多元就業方案人員)	衛政：506萬 社政：每月約31000元		1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 其他：外展服務(OT、PT、營養、居家環境評估)、家屬照顧者訓練班及聯誼會等		結合社會局居家服務訂定轉介個案與評估之工作流程	1.掛牌情形:2張長期照護管理中心、照顧管理中心 2.行政業務處理方式?衛政主導	1.人力不足	比照家暴性侵害防治中心,由中央成立跨部會之委員會,並責成地方縣市以任務編組的方式成立「長期照護管理中心」並輔助中心的人事費用
高雄市	衛政：正式0人 非正式3人 社政：正式0人 非正式1人(社會役男)	衛政：300萬 社政：0元	六十五歲以上老人	1.3.4.5.6.8.9.10 其他:93年度申請長期照護居家復健服務補助、志工關懷訪視、機構安置(含公費)、安心手鍊、送餐服務、獨居老人關懷、緊急救援通報、老人保護、文康休閒、醫療服務、殘障公車、陪伴就醫、中低收入申請、社會福利、物資捐贈、日間照護	由長照中心評估失能程度與需求		1.掛牌情形:2張長期照護管理示範中心、老人照顧管理中心 2.行政業務處理方式?衛政主導	1.不同行政體系有各自的需求與立場 2.表單、工作流程與報表的整合有困難	行政面：二局定期溝通協調,建立明確權責分工。 執行面：照顧管理中心有二局分派駐人員,一同辦公各司其職,一方面有明確的行政歸屬,一方面建立二局互信合作。

資料來源：本研究小組整理。

表 5-2-2 民國 92 年各縣市長期照護管理中心服務量統計

單位：人次；人數

縣市別	有長期照護需求 老人人口數(人)	簡易服務量 (人次)	個案管理數 (人數)
台北市	23827	*	2505
嘉義區	2159	2570	194
台中縣	10008	872	121
高雄市	10079	1049	2714
台東縣	2538	782	277
花蓮縣	3479	1392	235
宜蘭縣	4447	5889	413
澎湖縣	1200	534	8
台北縣	21166	2530	238
新竹市	2889	563	239
南投縣	5374	609	37
苗栗縣	5721	177	129
基隆市	3223	1940	127
雲林縣	8113	884	89
高雄縣	9589	1637	117
屏東縣	8480	1242	197
台南市	5295	615	63
嘉義縣	6536	2673	218
台中市	5912	2465	56
金門縣	680	416	75
桃園縣	12010	113	47
新竹縣	4023	40	58
彰化縣	11630	126	3
連江縣	75	311	5
合計	168,453	29429	8165

資料來源：各縣市中心通報統計。

說明：(1)長期照護需求老人人口數，依 2002 長期照護資源名冊(中華民國長期照護專業協會)；失能老人人口數為 89 年主計處戶口普查資料之 9.1%。

(2)服務量與個案管理數(個案數=新案+重開案)依民國 92 年 1-12 月各縣市中心通報合計。

表 5-2-3 台閩地區居家/社區式照護資源分佈 (至 92.12.31)

縣市別	日間照護		居家護理	居家服務		家支中心	日間托老	長照管理中心	出院準備
	家數	床數	家數	家數	*案數	家數	家數	家數	家數
台北市	0	0	25	11	216	13	7	4	25
高雄市	0	0	29	5	423	4	5	1	10
宜蘭縣	0	0	18	4	119	3	0	1	4
基隆市	1	20	4	1	26	4	0	1	4
台北縣	2	45	43	8	434	1	1	1	8
桃園縣	1	20	22	1	179	1	0	1	8
新竹市	1	10	4	4	45	0	3	1	3
新竹縣	0	0	15	10	123	1	2	1	4
苗栗縣	0	0	13	2	152	3	0	1	5
台中市	3	70	20	8	191	7	1	1	7
台中縣	2	55	21	1	0	0	2	1	6
南投縣	0	0	11	9	804	25	3	1	5
彰化縣	1	15	21	5	2374	4	3	1	5
雲林縣	2	31	26	5	829	7	3	1	5
嘉義市	2	37	6	1	121	2	1	1	3
嘉義縣	0	0	23	1	168	6	2	1	5
台南市	2	55	5	4	343	5	4	1	5
台南縣	0	0	19	1	160	3	0	1	6
澎湖縣	0	0	9	1	101	3	0	1	2
高雄縣	3	44	21	1	428	3	2	1	2
屏東縣	0	0	29	5	276	4	0	1	6
台東縣	0	0	21	1	215	2	0	1	3
花蓮縣	3	50	18	4	324	4	0	1	5
連江縣	0	0	2	0	0	0	0	1	0
金門縣	0	0	6	1	67	0	1	1	1
總計	23	452	431	94	8213	105	41	28	137

資料來源：中華民國長期照護專業協會整理。\*:93/04月報表

表 5-2-4 台灣地區機構式長期照護家數與床數分佈表一依機構類別分 (至 92.12.31)

縣市別	人口數	老年人口數	老年人口比例	老年人口密度	護理之家				安老機構				長期照護				退輔護理				退輔安養				機構式長期照護合計									
					家數	床數	每萬去	每萬人	家數	床數	每萬去	每萬人	家數	床數	每萬去	每萬人	家數	床數	每萬去	每萬人	家數	床數	每萬去	每萬人	家數	床數	每萬去	每萬人	家數	床數	每萬去	每萬人		
台北市	2,627.1	277.87	10.58	12	13	659	24	3	204	7224	260	27	2	40	0	0	0	0	0	0	0	219	7923	285	30									
高雄市	1,509.3	119.70	7.93%	21	36	1650	138	11	51	2644	221	18	1	47	0	0	0	0	0	0	1	500	4841	404	32									
宜蘭縣	463.28	51.755	11.17	10	6	285	55	6	25	723	140	16	1	110	1	60	0	0	0	0	0	33	1178	228	25									
基隆市	392.24	37.159	9.47%	16	8	367	99	9	22	1517	408	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	1884	507	48									
台北縣	3,676.5	245.35	6.67%	25	13	555	23	2	129	5951	243	16	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2413	9031	368	25									
桃園縣	1,822.0	137.78	7.56%	23	16	843	61	5	46	2222	161	12	6	283	0	0	0	0	0	0	2	2074	70	5422	394	30								
新竹市	382.89	33.270	8.69%	19	5	196	59	5	12	450	135	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	580	18	1226	369	32								
新竹縣	459.28	47.699	10.39	13	5	328	69	7	12	1220	256	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	972	146	17									
苗栗縣	560.90	66.573	11.87	5	7	397	60	7	6	530	80	9	1	45	0	0	0	0	0	0	0	18	1598	335	35									
台中市	1,009.3	70.060	6.94%	24	12	968	138	10	27	2414	345	24	2	111	0	0	0	0	0	0	0	41	3493	499	35									
台中縣	1,520.3	116.81	7.68%	22	15	634	54	4	19	1161	99	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	1795	154	12									
南投縣	540.39	62.460	11.56	7	5	176	28	3	17	1539	246	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	1715	275	32									
彰化縣	1,316.4	135.69	10.31	14	12	761	56	6	30	1944	143	15	3	102	0	0	0	0	0	0	2	1246	47	4053	299	31								
雲林縣	740.50	94.945	12.82	4	8	416	44	6	12	682	72	9	1	48	0	0	0	0	0	0	1	620	22	1766	186	24								
嘉義市	269.59	25.499	9.46%	17	7	539	211	20	8	386	151	14	2	99	1	180	0	0	0	0	0	18	1204	472	45									
嘉義縣	560.41	76.098	13.58	3	4	223	29	4	18	684	90	12	1	30	1	50	0	0	0	0	0	24	987	130	18									
台南市	749.62	61.775	8.24%	20	12	630	102	8	32	1707	276	23	0	0	0	0	0	0	0	0	1	620	45	2957	479	39								
台南縣	1,106.8	127.99	11.56	7	13	535	42	5	52	2266	177	20	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1120	68	3971	310	36								
澎湖縣	92.253	13.450	14.58	1	2	86	64	9	1	130	97	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	216	161	23									
高雄縣	1,237.4	110.77	8.95%	18	23	1136	103	9	38	1767	160	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1033	62	3936	355	32								
屏東縣	903.77	97.925	10.84	11	5	251	26	3	43	2717	277	30	0	0	0	0	0	0	0	0	1	744	50	3812	389	42								
台東縣	242.84	28.548	11.76	6	2	122	43	5	9	379	133	16	0	0	0	0	0	0	0	0	2	835	13	1336	468	55								
花蓮縣	351.14	39.287	11.19	9	4	240	61	7	14	1442	367	41	0	0	0	0	0	0	0	2	837	22	2638	671	75									
連江縣	8.806	880	9.99%	15	0	0	0	0	1	17	193	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	193	19									
金門縣	60.983	8.327	13.65	2	0	0	0	0	1	150	180	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	150	180	25									
總計	22,604	2,087.7	9.24%	233	11997	1587	153	829	41866	4911	489	20	915	8	609	18	12622	1114	68121	8256	816													

資料來源：中華民國長期照護專業協會  
 (1) 人口資料來源：內政部網站資料(<http://moi.gov.tw/w3/stat/month> 92年12月)。  
 (2) 機構資料來源：內政部及中研院老人福利機構專科、各縣市衛生局及社會局(科)、行政院衛生署。  
 (3) 退輔安養家數及床數統計含自修安養中心家數及床數。  
 (4) 安養機構家數與長期照護機構家數合計共849家。

表 5-2-5 87-92 年度長期護理管理示範中心簡易量及個案管理量

單位：人次；人數

	87 (1 家)	88 (5 家)	89 (11 家)	90 (15)	91 (20 家)	92(25 家)	合計
簡易諮詢量 (人次)	1,805	5,652	12,381	17,639	8,769	29,429	75,675
個案管理量 (人數)	*	2,494	5,348	8,604	28,891	8,165	53,502

資料來源：本研究小組整理

表 5-2-6 88-92 年度長期護理管理示範中心人員培訓計畫

單位：人

項目 年度	88	89	90	91	92	合計
個案管理初 階研討會	05/27-28 27 人	12/27-28 32 人 6/12-13 47 人	09/10-11 42 人	10/15-17 61 人	8/12-14 36 人 11/5-7 115 人	360
個案管理進 階研討會	※	09/21 33 人	05/24 28 人 6/14 42 人	10/31 40 人 12/12-13 133 人	※	276
個案管理督 導研討會	※	11/24 25 人	10/29 23 人	4/26 45 人	※	93
分區個案討 論會	※	※	※	8 場分區辦理 184 人	6/3 19 人 6/5 16 人 10/17 18 人 10/13 13 人 10/22 14 人	264
成長團體	※	※	※	11/7 30 人	6/3 19 人 6/5 16 人 10/17 18 人 10/13 13 人 10/22 14 人 11/19 45 人	155
中心見習	※	※	※	※	19 人	19
合計	27	137	135	493	375	1167

資料來源：本研究小組整理。

表 5-3-1 居家護理師人力需求數，2006-2046 年

單位：人

年代	低推估	高推估	高高推估
2006	1453	2041	2784
2011	1721	2426	3317
2016	2104	2977	4069
2021	2488	3535	4833
2026	3009	4287	5832
2031	3565	5075	6884
2036	4199	5996	8055
2041	4788	6868	9133
2046	5170	7442	9839

註：護理人力需求數 = (居家護理需求人數\*每月兩次\*每年 12 個月) / (護師人員每月服務 60 人次\*每年工作 11.5 月)

表 5-3-2 機構護理人力需求數，2006-2046 年。

單位：人

年代	總計	護理之家 / 長期照護機構	養護 / 安養機構
2006	1978	671	1307
2011	2303	781	1522
2016	2766	938	1828
2021	3231	1096	2135
2026	3881	1317	2564
2031	4571	1551	3021
2036	5384	1826	3558
2041	6153	2087	4066
2046	6646	2255	4391

資料來源：本研究小組計算

說明：(1) 護理之家 / 長期照護機構護理人力需求數 = (住機構人數\*0.278)/15

(2) 養護 / 安養機構護理人力需求數 = (住機構人數\*0.722)/20

表 5-3-3、護理人力總需求數，2006-2046 年 單位：人

年代	低推估	高推估	高高推估
2006	3432	4019	4762
2011	4024	4729	5620
2016	4870	5743	6835
2021	5719	6767	8064
2026	6890	8168	9713
2031	8136	9646	11455
2036	9584	11380	13439
2041	10941	13021	15286
2046	11816	14088	16485

資料來源：本研究小組計算

說明：居家護理人力與機構護理人力之合。

表 5-3-4、護理人力供給量，2006-2046 年

單位：人

年代	總護理人員應量 <sup>1</sup>		從事長照工作護理人員供應量 <sup>2</sup>	
	6.4%成長率 <sup>1</sup>	8%成長率 <sup>1</sup>	6.4%成長率	8%成長率
2006	113078	121856	5654	6093
2011	151323	179047	7566	8952
2016	202505	263079	10125	13154
2021	270997	386549	13550	19327
2026	362655	567967	18133	28398
2031	485314	834530	24266	41726
2036	649460	1226198	32473	61310
2041	869124	1801687	43456	90084
2046	1163084	2647269	58154	132363

資料來源：本研究小組計算

說明：1. 以行政院衛生署之統計資料，自 1989 年至 2002 年，護理總人力平均年增加率在 6.4%-8%之間，故以 6.4%與 8%做為護理人力增加率之計算。

2. 從事長期照護之護理人力約佔總護理人力之 5%，此數字來自陳惠姿(1992)：臺灣地區未來長期照護人力供需分析，P30 與 P49。行政院衛生署九十一年科技研究發展計畫。

表 5-3-5 居家服務社工人力需求數，2006-2046 年。 單位：人

年代	低推估	中推估	中高推估	高推估
2006	1420	2131	2841	3551
2011	1645	2468	3290	4113
2016	1966	2948	3931	4914
2021	2298	3447	4596	5745
2026	2750	4125	5499	6874
2031	3267	4900	6534	8167
2036	3738	5607	7476	9344
2041	4108	6162	8216	10271
2046	4326	6489	8652	10815

說明：(1) 社工與個案人數比為 1:38，數字引自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.2-45。行政院衛生署，民國九十三年。

(2) 居家服務需求個案數，引自附表 9-14。

表 5-3-6 機構社工人力需求數，2006-2046 年。 單位：人

年代	低推估	中推估	高推估
2006	178	278	466
2011	206	321	529
2016	247	379	613
2021	287	437	699
2026	343	515	814
2031	401	592	927
2036	473	680	1056
2041	544	757	1171
2046	590	802	1236

說明：(1) 50 歲以上功能障礙之機構使用者，社工與個案人數比為 1:233；20-49 歲功能障礙之機構使用者，社工與個案人數比為 1:98。數字分別引自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.2-13 與表 4.3.2-28。行政院衛生署，民國九十三年。

(2) 機構服務需求個案數，引自附表 9-16。

表 5-3-7 日間照護社工人力需求數，2006-2046 年 單位：人

年代	低推估	中推估	高推估
2006	25	142	1469
2011	29	166	1715
2016	35	199	2065
2021	41	233	2426
2026	49	278	2895
2031	57	323	3379
2036	66	376	3935
2041	75	426	4455
2046	80	458	4796

資料來源：本研究小組計算

說明：(1) 50 歲以上功能障礙之日間照護使用者，社工與個案人數比為 1:43；20-49 歲功能障礙之日間照護使用者，社工與個案人數比為 1:50。數字分別引自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.2-34 與表 4.3.2-39。行政院衛生署，民國九十三年。

(2) 日間照護服務需求個案數，引自附表 9-17。

表 5-3-8 總社工人力需求數，2006-2046 年 單位：人

年代	低推估	中推估		高推估
		中	高	
2006	1623	2551	3261	5485
2011	1880	2954	3777	6356
2016	2247	3526	4509	7593
2021	2625	4117	5266	8870
2026	3141	4917	6292	10583
2031	3725	5816	7450	12473
2036	4277	6663	8532	14335
2041	4727	7345	9400	15896
2046	4996	7749	9912	16847

資料來源：本研究小組計算

表 5-3-9 社工人力供給量，2006-2046 年

單位：人

年代	總社工師應量 <sup>1</sup>		從事長照工作社工師供應量 <sup>2</sup>	
	8%成長率 <sup>1</sup>	18%成長率 <sup>1</sup>	8%成長率	18%成長率
2006	3525	4597	529	690
2011	5179	10517	777	1578
2016	7610	24061	1141	3609
2021	11181	55046	1677	8257
2026	16428	125931	2464	18890
2031	24139	288100	3621	43215
2036	35468	659104	5320	98866
2041	52114	1507870	7817	226181
2046	76572	3449642	11486	517446

資料來源：本研究小組計算

- 說明：1. 由於專職社會工作人員數，缺乏歷史性資料，故以內政部社會司之社工員額統計之社會工作人員自 1990 年-2003 年之成長率為基礎來估未來社工供應人數成長率，年成長率在 8%-18% 之間。基礎人數是以內政部社會司網站上之 2003 年從事社會工作專職人數，計 2798 人為起始估計人數。
2. 從事長照工作之社工人員約佔總社工人員的 15%，此數字來自陳惠姿(2002)之研究報告第 30 頁，專職社工人員 362 人，此數字再除以 2003 年社會工作專職人數 2485 人【2798 人-77 人(苗栗縣)-86 人(彰化縣)-150 人(高雄縣)；因為陳惠姿之報告 362 人中不含苗栗縣、彰化縣與高雄縣之調查資料】。以 15% 做為估計社工人力從事長照工作之估計。

表 5-3-10 照護管理師需求數，2006-2046 年 單位：人

年代	低推估	中推估	高推估
2006	1237	1546	1718
2011	1438	1798	1998
2016	1701	2127	2363
2021	2022	2528	2808
2026	2406	3008	3342
2031	2802	3503	3892
2036	3258	4072	4525
2041	3684	4605	5117
2046	3963	4954	5504

資料來源：本研究小組計算

說明：以功能障礙人口來計算，低推估指照護管理師負擔 250 名功能障礙者；中推估指照護管理師負擔 200 名功能障礙者，此數字引自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫 p63；高推估指照護管理師負擔 180 名功能障礙者。

表 5-3-11 居家服務員需求數，2006-2046 年 單位：人

年代	使用時數推估 <sup>b</sup>	功能障礙者居家服務使用人數推估 <sup>a</sup>			
		低推估	中推估	中高推估	高推估
2006	低推估	13377	20066	26755	33444
	高推估	40599	60899	81199	101498
	高高推估	81199	121798	162397	202996
2011	低推估	15506	23259	31011	38764
	高推估	47111	70667	94222	117778
	高高推估	94222	141333	188445	235556
2016	低推估	18507	27761	37014	46268
	高推估	56274	84411	112548	140686
	高高推估	112548	168823	225097	281371
2021	低推估	21632	32448	43264	54080
	高推估	65840	98759	131679	164599
	高高推估	131679	197519	263358	329198
2026	低推估	25825	38738	51651	64563
	高推估	78627	117940	157253	196566
	高高推估	157253	235880	314506	393133
2031	低推估	30612	45917	61223	76529
	高推估	93203	139805	186407	233008
	高高推估	186407	279610	372813	466016
2036	低推估	34900	52350	69800	87250
	高推估	106219	159329	212439	265548
	高高推估	212439	318658	424877	531097
2041	低推估	38239	57358	76477	95596
	高推估	116339	174508	232678	290847
	高高推估	232678	349017	465356	581695
2046	低推估	40190	60286	80381	100476
	高推估	122264	183396	244528	305660
	高高推估	244528	366792	489056	611319

資料來源：本研究計算

說明：a 資料來自附表 9-14；b 資料來自附表 9-23。每名居服員每月可提供 80 小時服務來計算。

表 5-3-12 照顧服務員供給量，2006-2046 年

單位：人

年代	10%成長率		15%成長率	
	低推估	高推估	低推估	高推估
2004	8616	12924	8616	12924
2006	10425	15638	11395	17092
2011	16790	25185	22919	34378
2016	27041	40561	46098	69147
2021	43549	65324	92719	139079
2026	70137	105205	186491	279737
2031	112956	169434	375100	562650
2036	181916	272874	754461	1131691
2041	292978	439467	1517490	2276235
2046	471844	707766	3052214	4578321

資料來源：本研究小組計算

## 第六章 我國長期照護保險實施條件之評估

長期照護保險實施的可行性必須考量財務可負擔性與服務輸送體系是否完備與人力培育此否充分等條件，本章擬分別就此三方面評估我國目前是否具備實施條件，並提出應充實的整備事項。

### 第一節 長期照護保險實施之財務面考量

由於長期照護保險發揮的基本功能在於分攤有照護需要者接受照護服務所需的財務費用，本節將從財務面分析我國目前是否適合開辦長期照護保險。首先就需要面分析。就主觀意向觀察，根據民國 89 年老人狀況調查(內政部，2000)，50-64 歲人口中，有 27.7% 表達其對居家服務的需要，65 歲以上老人也有 23.5% 表示需要居家服務。而對於安療養機構的需要，50-64 歲者約有 38.77%，65 歲以上者則約有 32.42%。就客觀的需要面來看，1990 年日本 65 歲老年人口約佔 12% 左右，2000 年開辦介護保險時其老年人口比重約 17% (德國 1995 年開辦長照保險時老年人口比重約 16%)；至於我國 2004 年老年人口比重約 9.39%，但十年後(2015) 達 12%，而再過七年(2021) 即超過 16%。更重要的是，2001 年 65 歲以上老人 ADLs 功能障礙盛行率達 9% 左右，長期照護需要已不再是個別老人或個別家庭的需要，而可以視為社會性風險，需要政府正式介入。近年來，政府對於長期照護業務的投入正是為了因應此項社會需要日益增加的趨勢。

另一方面，就民眾的付費意願、付費能力以及國家經濟與政府財政可負擔性等四面向來衡量實施長期照護保險的財務可行性：

(一) 在民眾付費意願方面，根據行政院二代健保規劃小組(2004) 於 2003 年進行一項民眾意願調查顯示，有 76.5% 的民眾表示願意再多負擔 50 元保費以增加長期照護給付，而將付費金額提高為 400 元時，仍有超過半數(55.8%) 的民眾願意支付(參見表 6-1-1)。如依本研究基本推估 2001 年長照費用約 435 億元，而 2006 年約為 516 億元，假設部分負擔一成，其餘九成經費由勞、資、政依 4:2:4，共同負擔<sup>1</sup>，並將全體人口均為保障對象，則 2001 年與 2006 年平均每人每月自繳保險費分別為 58 元與 68 元。此項保費負擔金額與上述民眾願付金額比較，則約可獲得七成以上民眾的支持。

<sup>1</sup>目前全民健保保費分擔比例約為 40:33:27；如加計政府對弱勢者的保費補助，則約為 37:33:30，由於長照保險對象為老人與身心障礙之弱勢者及其家屬，政府應承擔較多責任，故提高政府補助比例，而降低雇主分擔保費比例。

- (二) 繼則就民眾付費能力分析。將上述推估長照費用由民眾自行負擔的每人保費金額，考慮到家庭成員之保費，及其他社會保險費，可以估算其全家合計社會保險費負擔。由表 6-1-2 的推估可以發現，2006 年四口雙薪家戶長期照護保險費平均約為家戶每月可支配所得的 0.37%，而約為平均每人每月國民所得的 0.8%。若將勞工保險費、全民健保保險費與長期照護保險費三項社會保險費合計，則雙薪家庭四口之家，每月必須繳交 2782 元社會保險費，約占平均家戶每月可支配所得的 3.81%，而為平均每人每月國民所得的 8.19%。
- (三) 再就國家經濟能力分析。首先，根據本研究的推估，在 GDP 實質成長率 2.5%、長期照護單位成本實質成長率 0% 的假設條件下，在 2001 年-2046 年期間全體人口長期照護費用占 GDP 的比重，約在 0.46% 至 0.56% 之間，占全民健保醫療費用的比重則約為 1/8 ~ 1/10 之間，對照其他國家的經驗，此項經濟負擔應是可以承受的範圍。
- (四) 最後，就政府的財政負擔分析。2002 年各級政府支出淨額為 2 兆 1390 億元，但有 3569 億元的赤字，而各級政府社會福利支出淨額為 3237 億元。根據本研究估算，2006 年的長期照護費用約為 516 億元，倘若全部以稅收來融通長期照護制度的支出，則此新增的長期照護支出佔 2002 年社會福利支出的比率約 15.94%，占政府支出的比率 2.88% (參見表 6-1-3)。此項支出對於政府財政確實是一項重大的考驗。但如採用保險方式辦理，部分負擔一成，其餘九成經費由勞資政三方分擔。假設政府分擔四成則 2006 年政府長期照護保險補助金額約 206.56 億元，約占 2002 年政府支出淨額的 0.97%，占社會福利支出的 6.38% (參見表 6-1-3)。

表 6-1-1 2003 年民眾對於全民健保增加長期照護給付範圍的付費意願

單位：%

請問您(每人每月)最多願意再付多少元保費，以增加長期照護給付範圍	門診樣本		住院樣本	
	願意	不願意	願意	不願意
50 元	76.5	23.2	67.6	32.4
100 元	71.9	28.1	66.9	33.1
200 元	58.8	41.2	54.6	45.4
300 元	53.1	46.9	53.5	46.5
400 元	55.8	44.2	50.8	49.2
500 元	46.5	53.5	42.7	57.3

資料來源：行政院二代健保規劃小組第三階段相關技術報告(2004)，系列九之五：全民健保保險對象財務負擔之評量暨家戶健保受益分析，頁 32，表五。

表 6-1-2 2006 年民眾長期照護保險費及其他社會保險費負擔推估

單位：元，%

指標	所得/投保薪資 (A)	長照 保險費 (單人) (B)	長照 保險費 (家戶) (C)	單人保險 費(健保+ 勞保+長 照) (D)	家戶保險 費(健保+ 勞保+ 長照) (E)	單人長 照保費 相對負 擔 B/A (%)	家戶長 照保費 相對負 擔 C/A (%)	單人社 會保險 相對負 擔 D/A (%)	家戶社 會保險 相對負 擔 E/A (%)
非農業部門受雇員工 每人每月平均薪資 (2003)	42287	68	272	877	2782	0.16	0.64	2.07	6.58
平均每戶每月可支配所得 (2002 年)	72993	68	272	877	2782	0.09	0.37	1.20	3.81
最低所得分位組	24343	68	272	877	2782	0.28	1.12	3.60	11.43
第二分位組	44882	68	272	877	2782	0.15	0.61	1.95	6.20
第三分位組	61991	68	272	877	2782	0.11	0.44	1.41	4.49
第四分位組	83773	68	272	877	2782	0.08	0.32	1.05	3.32
最高所得分位組	149978	68	272	877	2782	0.05	0.18	0.58	1.85
平均每人每月國民所得 (2003)	33953	68	272	877	2782	0.20	0.80	2.58	8.19
全民健保平均投資薪資 (2002)	27671	68	272	877	2782	0.25	0.98	3.17	10.05

資料來源：本研究小組計算

- 說明：(1) 單人保險費(健保十年金+長照)係假設一產業工人每月繳交 363 元勞保費(93 年 7 月勞工保險產業工人平均投保薪資 27936 元，每月自繳勞保保費  $27936 * 6.5% * 0.2 = 363$  元)、健保費 446 元(全民健保第一類被保險人平均投保薪資為 32662 元，每月保費  $32662 * 4.55% * 0.3 = 446$ )、長期照護保險費 68 元。
- (2) 家戶保險費係假設雙薪家庭四口之家，每月繳交勞保費 726 元( $363 * 2 = 726$ )、全民健保保險費為 1784 元( $446 * 4 = 1784$ )、長期照護保險費 272 元( $68 * 4 = 272$ )

表 6-1-3 2006 年長期照護費用占政府支出比率

單位：億元，%

2002 年各項政府支出	金額 (億元)	2006 年長 照費用占 A 的比率 (%)	2006 年政府 負擔占 A 的比 率% (政府負 擔 3.6 成)
各級政府收入淨額	17891	2.88	1.15
各級政府收支短絀	3569	14.46	5.79
各級政府支出淨額	21390	2.41	0.97
各級政府社會福利支出淨額	3237	15.94	6.38
各級政府社會保險支出淨額	1534	33.64	13.47
各級政府社會救助支出淨額	197	261.93	104.85
各級政府福利服務支出淨額	1203	42.89	17.17
各級政府醫療保健支出淨額	277	186.28	74.57

資料來源：本研究小組根據財政部與主計處資料相關計算

說明：2006 年長期照護費用估計為 516 億元，而各項政府支出則為 2002 年金額。

如就政府對於長期照護的相關支出的編列趨勢加以分析，內政部編列有關長期照護預算，從民國 85 年至 93 年度逐年上升。90 年之前大約每年 15 億元經費，90 年以後則每年 20 億元以上，其中 90 年度最多為 26 億 6270 萬元。衛生署方面，有關長期照護的預算主要編列在醫療保健支出。92 預算金額共 2 億 9 千 700 萬元，分別為建立長期照護及復健醫療服務體系 1.03 億元，建構社區化長期照護體系 1.94 億元。93 預算金額共 2 億 4 千 100 萬元，主要為建立長期照護及復健醫療服務體系 6.8 千萬元，建構社區化長期照護體系 1.73 億元。全民健保方面，民國 84 年全民健康保險開辦，將居家護理納入全民健保給付範圍，給付技術性護理服務。民國 85 年擴大給付護理之家之專業性醫療護理服務，民國 91 年居家照護醫療費用申報總點數為 237,475,112 點，假設以一點一元計算，居家照護醫療費用約給付 2 億元左右。上述每年經費合計將近 30 億元，但服務的人口數相當有限。

特別是照顧服務產業方面，目前由於照顧服務產業正值初步推廣階段，故服務人數與核銷經費尚在國家財政可以負擔的範圍，但從永續經營的角度來看，更重要的是未來所需經費是否會超過國家財政負擔的程度？我們可以估算 2006 年的居家服務最大可能使用人數與經費。根據本研究估計，2006 年長期照護需要人口約有 33 萬人，假設有七成居住於社區沒有聘僱家庭看護工，則約有 23 萬人符合「照顧服務產業發展方案」的居家服務補助申請資格，假設一年內沒有因失

能程度改善等原因而被撤銷補助資格，則 2006 年最高約需 212 億元<sup>2</sup>（參見表 6-1-4）。僅是一項居家服務就需要 212 億元，相對於前述所估算的 2006 年長期照護費用 516.39 億元，其比率約為 41%，比開辦長期照護保險政府補助約 206.56 億元為高，且此方案給付對象僅限於居住家中者，而給付項目只有居家服務。即使估計只約 35% 來使用，其所需經費也要 74 億元左右。此項金額與假設全面開辦長照保險而初期約 40% 的使用率情況下政府補助的金額相當（206 億元 \* 0.4 \* 0.36 = 74 億元）。然而，照顧服務產業方案不僅給付項目只為有限度的居家服務，無法滿足長期照護需要者的整體需要，且服務人數有限，屬於有限的選擇性福利服務，無法達到普及性照護的目標。

表 6-1-4 中央補助各縣市辦理非中低收入戶居家服務最大可能使用人數與所需經費估算

單位：小時；億元

社區照顧 失能程度	人數	補助時數（每年）		所需金額（億元）		
		全額補助時數	半額補助時數	全額補助	半額補助	小計
輕度失能	92,660	8,895,388	13,343,082	16.01	12.01	31.84
中度失能	45,798	8,793,295	10,991,619	15.83	9.89	35.62
重度失能	57,265	10,994,948	13,743,685	19.79	12.37	44.30
極重度失能	35,464	13,618,289	17,022,861	24.51	15.32	100.66
合計	231,188	42,301,920	55,101,247	76.14	49.59	212.42

資料來源：本研究估算。

說明：（1）失能程度的分佈根據中華民國 89 年台閩地區戶口及住宅普查綜合報告

輕度 40.08%、中度 19.81%、重度 24.77%、極重度 15.34%。

（2）輕度失能全額補助時數係根據輕度人數 \* 8 \* 12 = 8895388；

半額補助時數為輕度人數 \* 12 \* 12 = 13343082。所需經費每小時以 180 元計算。

綜合上述分析，針對長期照護的需要面考量，我國老年人口比重增加速度預計較德、日為快，因而現階段應積極規劃長期照護保險；而就付費意願考量，約有七成民眾可能接受新增長期照護保險的負擔，應可開始規劃，繼續凝聚社會共識。在付費能力方面，依本研究估算之 2001 年長期照護費用約為 435.3 億元，占 GDP 的 0.46% 左右；平均每位國民每月平均保險費為 158.32 元，約佔平均每月每人國內生產毛額的 0.16% 左右<sup>3</sup>。相對於日本規劃實施介護保險時推估 2000 年度總費用為 4.2 兆日圓，占 GDP 的 0.76%，每月保險費為 2400 日圓，約佔平均每人每月 GDP 的 0.67%，我國目前規劃的條件較日本開辦前的情況為佳。不過必須注意的是，日本後來實施後的費用較預估數為高，2002 年長照費用約 4

<sup>2</sup> 上述金額係依現行補助時數之規定估算，未包含機構照護，也未將縣市配合款編列之經費列入。

<sup>3</sup> 2001 年我國平均每人國內生產毛額為 12621 美元（新台幣對美元匯率為 35 元），日本 2000 年為 31192 美元（日圓對美元匯率為 114.9 日圓）。

兆 9934.69 億元<sup>4</sup>，約占 GDP 的 1.05%<sup>5</sup>。甚且，本研究估算經費乃根據各類影響因素的特定假設條件進行推估，仍然曾以德、日照護需要率加以比對，仍有低估的可能性存在。如再顧慮供給面整備是否充分，則為穩健經營起見，開辦初期不妨就保險給付對象與給付範圍選擇需要度最強烈、最迫切的人口群與最需要的服務項目開始辦理，爾後觀察實際請領狀況，斟酌財務狀況後再逐漸放寬給付對象與給付項目。

## 第二節 長期照護保險實施條件之充實

前述德國、日本實施長期照護保險的經驗告訴我們，社會保障制度設計必須謹慎規劃，攸關制度設計內容的各種選項並沒有對錯，而有其優點與缺點，制度的規劃設計因其社會、經濟背景，而選擇其適當的作法，同時因其限制而有配套措施。社會保險這種大型複雜體系之規劃涉及層面廣泛而複雜，而且必須獲得民眾了解認知以及共識，這些都需要規劃、時間、協調與努力。我國人口結構老化相對於德日而言尚屬年輕結構，2004 年水準(9.39%)約為德國 1940 年(9%)與日本 1980 年水準。但是德國人口結構老化速度緩慢，日本則甚為快速，由 7%(1970)到 14%(1994)僅需 24 年。台灣人口老化速度根據經建會最新推計(2004)將略快於日本，特別是從 10%(2007)至 20% (2025)僅需 18 年。由此可見，我們能夠用以政策辯論與制度規劃的時間已經少了許多，不宜等到與德日人口老化結構相同水準時，才進行制度規劃與整合協調。決策單位應預為綢繆規劃，俾不致準備不足匆促上路。

德國、日本兩國於政策爭辯之同時都進行照護需要精確統計資料之獲得與照護提供基礎結構之檢討與整備，包括照護風險盛行率，照護人力數量及資格要件，訓練機制，以及照護床數與品質監測機制之建立。迄今兩國相關主管機關皆仍密切注意照護給付提供基礎結構之變遷與發展。日本推出新黃金計劃，而德國相關部門也大力投入人力訓練與機構之擴充與提昇，特別是照護管理機制之組織架構、專業人力智能與非專業訓練之培育、證照制度等等，都扮演抑制假性需求、引導有限資源適時滿足多元需要的關鍵角色。

上一節由財務面分析指出我國目前規劃長期照護保險的條件較日本開辦前為佳，民眾的保費負擔與政府的財政負擔亦在技術上可控制的範圍。本節主要探討我國長期照護保險實施條件是否完備以及如何充實，主要分為下列兩方面進行分析：

<sup>4</sup> 資料來源：厚生勞動省 <http://www.mhlw.go.jp/>

<sup>5</sup> 2002 年日本 GDP 為 39738 億美元（日圓對美元匯率為 119.9 日圓）。

## 壹、服務輸送與管理機制

### 一、應及早實施照護人力與機構之整備

根據目前資料無論機構床數以及人力皆尚可因應目前需要，但顯然未能滿足普遍性需要。另一方面，但是相關之證照制度應即刻規劃調整實施。目前欠缺的為照護管理人力以及訓練機制。此牽涉建立具公信力之照護管理制度議題。

長照中心為臨時性的任務編組，照護管理師為臨時約聘人員，但卻是維繫長照中心服務輸送以及資源配置相當重要的角色。自這些照護管理師累積的經驗中，萃取『know how』應是當務之急，如果照護管理師的職位能趨於穩定，其累積的工作經驗將是發展服務輸送及管理制度的最大資產。

因此建議於照護管理制度中採分權專業組織設計。即將受領申請及核定權，照護確認照護計劃與品質安全查核機制(照護管理)，與實際照護給付提供(長照個案管理應與健保整合)分別設計。明確各別組織與任務，採取全國一致之照護確認標準與程序，建構照護管理制度。目前各縣市照護管理中心應繼續發展運作，功能應需強化；而照護保險之保險業務則可委託現行中央健保局，但另成立實權之照護監理委員會。

### 二、服務提供者的永續經營問題

提供社區式照顧服務的組織多為教會或基金會，大多基於該組織對社會之關懷，不以追求利潤為前提，但是現階段的經營並不具經濟規模，財務上大多無法收支平衡，須靠募款來支應聘僱人員之勞健保費用與離退準備金。政府需要重新計算其經營成本，尤其對投入該領域之組織或團體考慮在財務上提供適當補助或獎勵，否則會影響業者持續經營之意願與服務之品質。

### 三、照護資訊系統的建構

照護資訊系統是現階段當務之急，需要積極建構。長照中心之個案量在 92 年已明顯增加，以台北縣市為例，以每個月新增 100-120 案之速度成長。傳真機、電話等已無法負荷業務量之增加。此外，對資料之彙整與分析也因為缺乏資訊化，可能對資源管理以及服務之輸送造成影響。

## 貳、人力培育

### 一、數量之培育

根據第五章的推估，2006年護理人力需要3432人（低推估）、社工人力需要2551人（中推估）、照護管理師需要1546人（中推估）、照顧服務員（或居家服務員）需要20066人。這些專業或半專業人力或由大學相關科系直接培育，或由相關科系經過長期照護專業課程的再訓練而轉任。若根據日本實際開辦長期照護保險的經驗，制度實施時的人力整備約為需要量的70%計算，則護理人力需要2402人、社工人力需1786人、照護管理師需要1082人、照顧服務員（或居家服務員）需要14046人。

長期照護保險若要在2011年實施，而人力以目前推估出來的人力需求數字的70%為可開辦的人力準備，可發現，護理人力需要2817人至3934人，社工人力需要1316人至4449人，照護管理師需要1007人至1399人，照顧服務員（居家服務員）需要10854人至164890人。人力需求會有如此大範圍的推估，最主要的原因是受到服務需求量的影響，而服務的需求量，則是受到民眾本身的需求與保險開辦後，給付服務的量的而定，因此，會有如此範圍的推估值。

在人力需求的推估方面，最重要的是，要注意社工人力與照顧服務員供給不足的問題。如同第五章所述，若長期照護保險開辦，並且給付項目涉及居家服務時，此兩種人力會有嚴重短缺情形，這是政策制定時，特別要注意的。

### 二、長期照護人力制度的建立

為因應長期照護保險開辦，長期照護人力制度，不僅要考量服務提供的功能，更要考量資源能有效的被運用。如前所述，近年來，在長期照護服務人力的提供方面，政府有一些作為。例如，整合病患服務員與居家服務員的功能，並使之有執照的檢定，以確保長期照護人力品質。然而，若開辦長期照護保險，將會使需要者變得較以往更有能力可以使用資源，因而如何使資源被有效的利用，會是更重要的課題。

因此，長期照護人力亦應該把有效資源的利用納入考量。目前已實施長期照護保險的國家—日本與德國，提供很好的經驗，也就是照護管理師的功能。臺灣對於照護管理師人力，已經開始重視，例如，實驗社區計畫，加入照護管理師的功能。但是，在照護管理師的資格、訓練項目、人員招募上，需要更精細的規畫與培訓目標，以能夠因應長期照護個案複雜的需求。

### 三、鼓勵各大專院校或民間機構開設長期照護人力所需增加學養之再充實課程

目前各縣市政府均有開辦或委託民間業者辦理照顧服務員的訓練，應進一步

瞭解其訓練成效以及受過訓練者投入長期照護服務產業的比率。再依據目前推估的需要人力人數，擬定人力培育的短、中、長期計畫。

在照護管理師方面，吳淑瓊等人的研究指出，照護管理師可由護理師或是社工師擔任。但兩者在養成教育中，護理師缺乏社會福利相關的訓練，而社工師則缺乏身體機能與相關照顧的課程。這些可由補充課程的方式，使目前從事護理師或是社工師的工作人員，能經由再充實課程，能快速且有品質的滿足因長期照護保險開辦而成長的照護需求。

在專業服務方面，可鼓勵目前各大學之社工系、護理系在第四年時開設一門整合性的長期照護相關課程，或是以學分班的方式開設長期照護課程，以因應未來之需求。根據本研究以網路者蒐尋臺灣各大學護理系與社工系的課程規畫，發覺長期照護的相關課程是分散在各個學科之中。以護理系為例，與長期照護直接相關的課程有：老人護理學、精神疾病護理、長期照護等。大多的護理系有老人護理學與精神疾病護理，但是長期照護這門課目前則只約有一半的護理系有開設。再以社會工作系為例，與長期照護相關的課程有：個案管理、社區工作、家庭工作、老人福利、身心障礙者福利等；如能有統整性課程，會使得實施長期照護保險時在人力整備上更加完整。

## 第七章 結論與建議

台灣地區人口結構老化將呈現加速趨勢，在社會結構變遷、家庭型態改變，家庭照護功能逐漸式微的情況下，老年人及其他年齡組失能人口之照護需要性風險之滿足已無法完全由家庭擔負責任，也非市場所能適當提供，亟需協調國家社會資源建立永續經營長期照護制度，以減輕照護提供者個人或家庭之負擔，提供照護需要者人性化之生活環境，滿足民眾之需求，進而創造長期照護服務之公部門與私人部門就業機會。本研究旨在從財務可行性、服務輸送體系是否完備與人力培育是否充足等三方面評估我國目前是否具備實施長期照護保險之條件，並提出充實整備事項之建議。

本研究一方面比較德、日長期照護保險立法過程、主要討論議題與實施成效，另一方面針對我國長期照護需要評估、未來長照費用推估與現階段政府經費分析，並探討我國長期照護供給面問題，包括服務輸送體系及機制與照護人力供需狀況，最後則就財務面、服務輸送體系與人力培育等三方面評估我國是否具備實施長期照護保險之條件。主要發現如下：

### 一、就德、日長期照護保險立法過程觀察：

- (一) 德國與日本分別於 1973 年與 1990 年正式開始『建立新長期照護制度』的政策討論，當時兩國六十五歲以上老人人口的比重，分別約為 14% 與 12%。
- (二) 兩國分別於 1995 年與 2000 年實施長期照護保險，當時老人比重分別提高為 15.56% 與 17.3%，而社會、經濟結構均面臨嚴重挑戰，包括高失業率與政府財政困難。

### 二、就德日長期照護保險實施經驗分析：

- (一) 兩國制度共有的特點包括下列五項：
  1. 明確界定照護需要性並訂定需要評核機制。
  2. 實施照護管理制度並充實人力與物力的基礎整備。
  3. 給付範圍含蓋居家/社區/機構照護與無障礙設施改善，但依需要程序訂定給付上限。
  4. 允許照護需要者自主選擇多元服務提供。

5. 成立財務獨立的保險制度。

(二) 兩國保險制度設計基於國情與政策的考量不同有下列七項不同之處：

1. 日本以基層政府（市區町村）為保險人；德國保險人為長期照護基金會，但委由疾病基金會辦理保險業務。
2. 日本以老年人為主要給付對象，而 40 歲以上民眾開始繳費納保；德國則與健保相同全民納保。
3. 日本政府補助較多，包括行政事務費用之全部與保險給付之一半；德國地方政府主要為對資本支出的補助。
4. 日本需要認定分需支援與需照護 1 至需照護 5 共分六級；德國則給付中、重、極重與特殊困難共四類需要程度。
5. 日本給付上限水準較德國為高。
6. 日本為充實照護提供能力，提升照護水準與品質，不提供現金給付；德國則允許選擇實物給付、現金給付或混合給付。
7. 日本於使用照護服務時收取 10% 部分負擔，德國則無部分負擔。

二、就我國長期照護需要評估，費用推估與現階段政府經費分析：

(一) 根據吳淑瓊等（2004）針對 2001 年 50 歲以上年齡組全國性樣本，20-49 歲年齡組依戶口普查資料，20 歲以下利用德國與嘉義實驗社區資料比對調整，本研究估算 2001 年依 ADL 功能障礙我國長期照護需要人數約 28 萬人。假設年齡別盛行率不變，則推估至 2046 年 ADL 功能障礙人數將達 100 萬人。

(二) 本研究依上述需要照護人數與實驗社區服務利用數據，並參酌德、日相關實施經驗予以調整，再假設長照支付標準隨物價調整（實質成長率為 0），而 GDP 實質成長率為 2.5%，且全民健保支出實質年成長率 3.69% 等假設下，所做的基本推估結果，顯示 2001 年全部人口長期照護費用約 435 億，占 GDP 之 0.46%，為全民健保支出之 12.72%；2006 年長照費用則約 516 億元（2001 年幣值），約占 GDP 之 0.48%，為全民健保支出之 12.59%；至 2046 年則長照費用增至 1635 億元（2001 年幣值）占 GDP 之 0.56% 與全民健保支出之 9.36%。針對重要制度性因素變動的模擬分析，顯示支付標準調整對長照費用影響最大，如每年支付標準按物價並加計 1% 調高，則 2046 年時長照費用將較基本推估之總費用增加 56%；至於給付方式如允許選擇現金給付，則因家屬照顧津貼較專業給付減少一半，因而長照費

用將降低 30%。

- (三) 就現階段政府各項長期照護相關方案經費分析，近年來，內政部每年編列預算約 25 億元，衛生署 92 年預算將近 3 億元，加上全民健保給付居家護理約 2 億元，以上合計每年約 30 億元，但服務人口數相當有限。

### 三、就我國長期照護供給面問題探討：

- (一) 在服務輸送與管理機制方面，根據資料，任務編組，照護管理師流動率高，不利經驗累積。無論機構床數以及人力皆尚可因應目前需要，但是相關之證照制度應即刻規劃調整實施。目前最欠缺的為照護管理人力以及訓練機制而長期中心為臨時性。然另一方面，提供社區式照顧服務的組織多為教會或基金會，現階段的經營並不具經濟規模，財務上大多無法收支平衡，須靠募款來支應聘僱人員之勞健保費用與離退準備金。
- (二) 在人力培育方面，本研究推估 2006 年護理人力需要 3048 人（低推估）、社工人力需要 2551 人（中推估）、照護管理師需要 1546 人（中推估）、居家服務員需要 20066 人。這些專業或半專業人力或由大學相關科系直接培育，或由相關科系經過長期照護專業課程的再訓練而轉任。若根據日本的經驗，制度實施時的人力整備約為需要量的 40% 計算，則護理人力需要 1219 人、社工人力需 1020 人、照護管理師需要 618 人、居家服務員需要 8026 人。

### 四、最後，就我國是否具備實施長期照護保險之條件評估：

#### (一) 財務可負擔性評估

##### 1. 就國家經濟能力分析：

根據本研究基本推估顯示 2001 年-2046 年期間全體人口長期照護費用占 GDP 的比重，約在 0.46% 至 0.56% 之間，占全民健保醫療費用的比重則約為 1/8 ~ 1/10，對照其他國家的經驗（德、日長照費用約佔 GDP 之 0.8-1%，而 OECD 平均為 1.5%；德、日長照費用約為健保費用之 1/9 與 1/6），此項經濟負擔應還可以承受。

##### 2. 就民眾付費意願分析：

對照二代健保規劃小組於 2003 年針對門診與住院約 3,600 份樣本進行的一項民眾付費意願調查，依本研究基本推估，2001 年長照費用約 435 億元，而 2006 年約為 516 億元，假設部分負擔一成，其餘九成經費由勞、資、政依 4：2：4，共同負擔（目前全民健保保費分擔比例約為 40：33：27；如加計政府對弱勢者的保費補助，則約為 37：33：30），並將全體人口納為保障對象，則 2001 年與 2006 年平均每人每月自繳保險費分別為 58 元與 68 元。此項保費負擔金額與民眾願付金額比較，約可獲得七成以上民眾的支持。此項初步評估係依全國分區調查門診與住院就診民眾樣本得到的結果，應有可供參考之處。

### 3. 就民眾付費能力分析：

根據上述同推估長照費用估算，2006 年四口雙薪家戶長期照護保險費平均約為家戶每月可支配所得的 0.37%，而為平均每人每月國民所得的 0.8%。若將勞工保險費、全民健保保險費與長期照護保險費三項社會保險費合計，則雙薪家庭四口之家，每月必須繳交 2782 元社會保險費，約占平均家戶每月可支配所得的 3.81%，而為平均每人每月國民所得的 8.19%，此項負擔對於民眾應仍屬可接受程度。

### 4. 就政府財政負擔分析：

上述推估 2006 年的長期照護費用約為 516 億元，倘若全部以稅收來融通長期照護制度的支出，則此新增的長期照護支出佔 2002 年社會福利支出的比率約 15.94%，占政府支出的比率 2.88%。此項支出對於政府財政確實是一項重大的考驗。但如採用保險方式辦理，部分負擔一成，其餘九成經費由勞資政三方分擔。假設政府分擔四成，則 2006 年政府長期照護保險補助金額約 206.56 億元，約占 2002 年政府支出淨額的 0.97%，占社會福利支出的 6.38%，應屬可控制範圍。

## (二) 服務輸送與管理機制方面評估

1. 雖然目前機構床數以及人力尚可因應現況所需，但顯然未能滿足未來普遍性需要，有待積極加強各項人力、物力整備。
2. 相關之證照制度應即刻規劃調整實施，目前最為欠缺的是照護管理人力以及訓練機制，此為實施長期照護保險最重要的整備項目，宜及早建制。
3. 另一方面，目前提供社區式照顧服務的為非營利組織，經營不具經濟規

模，財務上大多無法收支平衡，不符合永續經營原則，有待改善。

### (三) 人力培育方面評估

1. 依第五章之人力估算，若要開辦長期照護保險，社工、照顧服務員等人力，在 2026 年以前會有嚴重不足的問題，這是實施長期照護保險時，必須面對的挑戰。
2. 若根據日本開辦時的經驗，雖然經過黃金計畫、新黃金計畫十年的整備，實施初期的人力只數需要量的 40%，而保險開辦二、三年內長期照護需要大幅湧現，因此人力培育必須提前做充分準備。

我國雖然 2004 年老人比重約 9.4%，較德、日規劃時為低，然預計未來老化速度較德、日為快，且穩定財源之取得有助於服務提供之開發，因而現階段宜積極規劃長期照護保險。至於規劃我國長期照護保險時，財務負擔並非最主要問題；然而現行服務輸送體系的健全與管理機制的建制，以及人力的培育都需要更加努力補強，以免匆促上路，措手不及。以下是現階段應充實的整備事項：

- (一) 建立具公信力之照護管理制度。
- (二) 評估服務提供者之適當經營成本，以免影響其經營意願與服務品質。
- (三) 建構完整照護資訊系統。
- (四) 對於照護管理師的資格、訓練項目、人員招募上，需要更精細的規畫與培訓目標，俾能夠因應長期照護複雜個案的需求。
- (五) 加強各大專院校或民間機構開設長期照護人力所需之課程。

最後就長期照護保險制度的規劃原則，提出下列九項建議：

- (一) 宜及早明定政策走向，及早進行規劃並及早整備。
- (二) 明確定義照護需要事故，獨立建制運作。
- (三) 提供普及式基本保障。
- (四) 允許受照護者自主選擇服務。
- (五) 建立適當照護管理機制，有效運用資源。
- (六) 重視復健優先照護原則。
- (七) 居家照護優先機構照護。
- (八) 提供多元照護服務，以滿足多元照護需要。
- (九) 組織體制與健保密切銜接。

## 參考文獻

中文部分：

行政院

2003 推動照護革命—建構長期照護體系先導計畫暨實驗社區成果觀摩研討會。  
9月3日至4日。

行政院勞工委員會

2003 外籍勞工運用及管理調查報告

行政院衛生署

1996 長期照護納入全民健康保險給付可行性評估報告。台北：行政院衛生署。

1998 老人長期照護三年計畫。

2004 在現有健康保險制度下發展長期照護保險之制度設計研討會。

行政院經濟建設委員會

2002a 中華民國台灣地區民國91年至140年人口推計。台北：行政院經濟建設委員會。

2002b 照顧服務產業發展方案。行政院社會福利推動委員會第二次委員會議通過

2004a 照顧服務福利及產業發展方案執行情形檢討報告。93年5月。

2004b 中華民國台灣地區民國93年至140年人口推計。台北：行政院經濟建設委員會。

行政院二代健保規劃小組

2004 全民健保保險對象財務負擔之評量暨家戶健保受益分析。行政院二代健保規劃小組第三階段相關技術報告，系列九之五。

內政部

2004 我國的長期照顧政策整合體系。行政院社會福利推動委員會第七次委員會議。

田玫、宋惠娟、陳玉敏、陳清惠

2002 長期照護。台中：華格那。

李光廷

2001 「以台灣的家庭價值看日本介護保險制度成立的背景與條件」，人口學刊，22: 71-103。

2003 「日本實施介護保險與長期照護市場民營化的效果檢驗」，台灣社會福利學刊，第三期。

- 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」，刊於長期照護財務制度規劃，57-110 台北：國家衛生研究院論壇。
- 杜敏世、葉莉莉、陳惠姿、王祖祺、紀淑靜
- 2003 長期照護管理中心輔導經營暨人員培訓成果報告。行政院衛生署 92 年度業務委託計畫，接受委託單位：中華民國長期照護專業協會。
- 阮玉梅、陳心耕、陳惠姿、林麗嬋、田玫、王祖琪
- 1999 長期照護。台北：國立空中大學。
- 阮玉梅、李孟芬、詹鈞
- 1999 「我國長期照護管理示範中心現況之分析」。長期照護，3 (2)，14-27。
- 林志鴻
- 1999 「社會結構變遷對年金保障制度的衝擊與回應」，年金制度及其法律規範學術研討會論文集，勞動法與社會法叢書 2，第一章，國立政治大學法學院勞動法與社會法研究中心出版。
- 2000 「長期照護管理式競爭體制之理念與構成——以德國長期照護保險為例」，台灣社會學會年會研討會。台北大學社工系。
- 2000 「德國長期長期照護保險照護需求性概念與制度意涵」，社區發展季刊，92，258-269。
- 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」，刊於長期照護財務制度規劃，7-56。台北：國家衛生研究院。
- 柯瓊芳
- 2002 「誰來照顧老人？歐盟各國奉養態度的比較分析」，人口學刊，24:1-32。
- 吳淑瓊、呂寶靜，林惠生，胡名霞，張明正，張媚，莊坤洋，莊義利，戴玉慈，羅均令
- 2004 全國長期照護需要評估第三年計畫。行政院衛生署九十二年度委託研究計畫。計畫編號：92B12018。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭、陳正芬
- 2000 建構長期照護體系先導計畫—第二年計畫。內政部九十年度委託研究計畫。
- 2003 建構長期照護體系先導計畫—第三年計畫。內政部九十一年委託研究計畫。
- 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。92:19-31。
- 吳淑瓊、蕭玉煌、劉玉蘭、林萬億、陳永豐、李貴榮、賈裕昌、車參莉、王

正、呂寶靜、張媚、莊坤洋、曹愛蘭、戴玉慈、呂以榮

2001 考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書。行政院建構長期照護體系先導計畫，內政部與衛生署合辦。

吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正

1996 「功能評估在估計台灣社區老人長期照護需要之應用」，中華衛誌，15(6): 533-45。

張媚

1996 「台灣地區公元兩千年護理人力供給之推估」，行政院衛生署八十四年度委託研究計畫，計畫編號：DOH84-TD-056。

莊秀美

2000 「日本的長期照護保險制度」，社區發展季刊，92期：233-257。

陳正芬、呂寶靜

2002 「社區照顧資源網絡之發展---以建構長期照護體系先導計畫實驗社區計畫為例」。挑戰與躍升—打造新世紀長期照護體系研討會，建構長期照護體系先導計畫。

陳惠姿

2002 臺灣地區未來長期照護人力供需分析與評估。行政院衛生署九十一年科技發展計畫。

陳寬政、楊靜利

1999 「子女數量、同居傾向與老年居住安排」，「家庭、社會政策及其財政策略」國際學術研討會，台灣社會福利學會。

鄭文輝、吳淑瓊、林志鴻、鄭清霞、陳正芬

2003 長期照護費用估算之研究。內政部委託研究。

2004 「影響長期照護費用因素之探討」，刊於長期照護財務制度規劃，111-154。台北：國家衛生研究院論壇。

鄭清霞、林志鴻、鄭文輝、陳正芬

2004 「制度性因素對長期照護費用影響之探討」，快樂兒童、活力老人、健康社區---建構台灣社會福利新願景」國際學術研討會，台灣社會福利學會。

劉正

2000 「研究同居意願與家戶組成等相關議題的初步想法」，教育社會學通訊，22:15-21。

蕭淑貞、王婉璇、田玫、成亮、李世代、李孟芬、林笑、吳淑如、周玲玲、邱怡玫、胡文郁、高淑芬、徐菊枝、章樂綺、陳政雄、陳秀卿、陳惠津、陳筱蓉、湯

麗玉、賈淑麗、熊嘉玲、劉秀枝、劉淑娟、顏裕庭、蘇蕙茹  
2001 長期照護。台北：藝軒。

英文部分：

Cambois, E. and Robine, J.

1996 “An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy.” in Eisen, R.A. and Sloan, F.A. (eds), *Long-Term Care : Economic Issues and Policy Solutions*. 11-24 Boston: Kluwer Academic Publishers.

Estes, C., Swan, J., and Associates

1993 *The Long-Term Care Crisis: Elders Trapped in the No-care Zone*. Newbury Park, CA: Sage Pub.

Oesterle A.

2001 *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe*. Aldershot, UK: Ashgate.

OECD.

1996 *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*. Paris: OECD.

1996 *Health Care Reform: the Will to Change*. Paris: OECD.

1998 *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: OECD.

1999 *A Caring World: The New-Social Policy Agenda*. Paris: OECD.

2000 *Reforms for an Ageing Society*. Paris: OECD.

Schulte, B.

1996 “Social Long-Term Care Insurance in Germany” in Eisen, R.A. and Sloan F.A. (eds). *Long-Term Care: Economic Issues And Policy Solutions*.

Schulte, B.

1996 “Social Long-Term Care Insurance in Germany” in Eison, R. A., Sloan F.A. (eds). *Long-Term Care: Economic Issues And Policy Solutions*.

WHO.

2000 *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries:A Review*. Geneva:WHO.

2002 *Lessons for Long-Term Care Policy*. Geneva:WHO.

2003 *Key Policy Issues in Care Laws in Five Developed Countries:A Review*. Geneva:WHO.

Wiener, J.

2003 “The Role of Informal Support in Long-Term Care.” in *Key Policy Issues in Long-Term Care*. 3-24 Geneva: WHO.

徳文部分：

Alber, J.

1990 “Ausmass und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik”,  
*Staatwissenschaften und Staatspraxis*. 1, 335-362.

BMGS (Bundesministerium fuer Gesundheit und Sozialordnung)

2002 *Uebersicht Ueber das Sozialrecht*.

Deutscher Bundestag – 14 Wahlperiode

2001 Zweiter Bericht ueber die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung  
durch die Bundesregierung. Drucksache 14/5590。

Lampert, H.

1998 a *Lrbuch der Sozialpolitik*, Dritte, ueberarbeitete Auflage, Springer-Verlag,  
Berlin

1998b “Lehrbuch der Sozialpolitik”, 5, ueberarbeitete Auflage, Springer-Verlag,  
Berlin..

Meyer, A.

1996 *Der Weg zur Pflegeversicherung, position-Akteure-Politikprozesse*.  
Mabuse-Verlag. Wissenschaft 25.

Rothgang, H.

1996 “Die Einfuehrung der Pflegeversicherung – Ist das Sozialversicherungsprinzip  
am Ende?”, in: Riedemueller/Olk(Hrsg.): *Grenzen des  
Sozialversicherungsstaates*, 164-187 Leviathan Sonderheft.

Winters, S.

1996 “Die kollektive Vorsorge fuer den Pflegefall im Alter”, in *Eine Untersuchung  
am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden*. Peter  
Lang. Frankfurt am Main

日文部分：

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修

1996 高齢者介護保険制度の創設ぬついて。ぎょうせい出版

厚生省編

1999 厚生労働白書。

厚生省

1998 新システムにおける高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計（粗算），第27次老人保健福利審議會資料

厚勞省

2001 2001年7月~2002年1月の「利用者問卷調査」  
審議會中間報告1995（1995.7.26）。

岡本佑三

2000 介護保険の教室，PHP新書。

栃本一三郎

1998 介護保険 福祉の市民化，家の光協会。

讀賣新聞

2002 介護保険2年（上）制度直しの課題，3月19日。

網址部分：

<http://www.moi.gov.tw>.

<http://www.bmgesundheit.de/themen/pflege/finanz/4.htm>(2003/05/27)

<http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/sicherheit/sozialrecht/index.cfm>  
(2003/6/22)

[http://www.bmgs.bund.de/downloads/04\\_-\\_leistungsempfaenger\\_nach\\_pflegestufen.xls](http://www.bmgs.bund.de/downloads/04_-_leistungsempfaenger_nach_pflegestufen.xls)  
(2003-11-04)

<http://dip.bundestag.de/btd/14/055/1405590.pdf> (2003/11/8)

<http://www.ftd.de/pw/de/1084608603256.html> (2004/6/13)

<http://www.forumsozialstation.de/> (2004/6/13)

[http://www.destatis.de/download/d/bevoe/bev\\_b1\\_02\\_03.xls](http://www.destatis.de/download/d/bevoe/bev_b1_02_03.xls) (2004/8/8)

[http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb2\\_1.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb2_1.xls) (2004/8/19)

[http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb9\\_14.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb9_14.xls) (2004/8/19)

[http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb1\\_1.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb1_1.xls) (2004/8/19)

[http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb1\\_27.xls](http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken/stat2004/stb1_27.xls) (2004/8/19)

[http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung\\_2050.pdf](http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf).p47  
(2004/8/7)

[http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報/91/3\\_醫政/表35.xls](http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報/91/3_醫政/表35.xls) (2004/9/25)

[http://www.edu.tw/EDU\\_WEB/Web/publicFun/dynamic\\_default.php#](http://www.edu.tw/EDU_WEB/Web/publicFun/dynamic_default.php#) (2004/09/25)

教育部統計網站

<http://www.pflegen-online.de/themen/news/beitragssatz-pflegeversicherung-bpa.htm>  
(2004/6/13)

<http://www.bundesverfassungsgericht.de/cgi-bin/link.pl?entscheidungen> (2004/7/1)

厚生省 (1999) [http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/kaigo5.html#10](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html#10)

厚労省「2000年度介護サービス世帯調査の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/setai00/kekka-4.html>

厚労省 (2000) 「全国厚生関係部局長会議資料」

[http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku\\_2/roujin-h/tp0119-1d.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku_2/roujin-h/tp0119-1d.html) 老人保健福利

の構築を目指して」 <http://www.nanzan-u.ac.jp/~oyatsu/newcaresystem.html>

京都府保険医協会編集《介護保険解体新書》

<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/khoken-i/kaigo/sinsyo/02.html>

医療保険福祉審議会 第17回 老人保健福祉部会議事要旨

[http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9810/s1012-1\\_17.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9810/s1012-1_17.html)

JA ZEN-NOH SAITAMA 全国農業協同組合連合会埼玉県本部

<http://www.st.zennoh.or.jp/kaigo/kaigo.html#rensai>

CoolNetizen Project 「介護保険制度 Q&A」

<http://fweb.midi.co.jp/~ken-kobe/kaigo.html#q1>

東京都目黒区介護保険課 [http://www.city.meguro.tokyo.jp/benri/063\\_04.htm](http://www.city.meguro.tokyo.jp/benri/063_04.htm)

北海道介護保険課提供

<http://www.pref.hokkaido.jp/hfukusi/hf-kaigo/hokenryou4.htm>

日本経団連 (2004.4.20) 「介護保険改革についての意見 (介護保険制度改革意見)」 <http://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/034.html>

内閣府 (2004) 『2004年版高齢社会白書』

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2004/zenbun/html/G2323100.html>

首相官邸 <http://www.kantei.go.jp/jp/zeicho-up/0621/syuzei9.html>

介護の社会化を進める1万人市民委員会 (1996.7.17)

<http://www.kaigo.or.jp/reform6.html>

高齢者介護・自立支援システム研究会 (1994) 『新たな高齢者介護システム

大阪府健康福祉部高齢介護室

<http://www.pref.osaka.jp/korei/kaigohoken/imfo/kaitei/kaitei.htm>

日本旅行業健康保険組合 2003年3月24日厚生労働省令第42号」

<http://www.ryokou-kenpo.or.jp/kaigo/kubun.html>

宮武剛 (1997) 『介護保険のすべて』 保健同人社

介護保険制度便利帳

<http://www31.ocn.ne.jp/~ktcare/01jouhomenu/01gai/index.html>

「都道府県高齢者介護対策担当課長会議（都道府県老人照護対策執行課長會議）」<http://www.kaigo.or.jp/reform6.html>

社保審介護保険部會第3次會議資料(2003.7.28)「保険財政の状況等について」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0728-5e6.html>

<http://volnet.moi.gov.tw/sowf/08/new08.htm> (2004/09/25) 内政部社會司

## 審查推動長期照護保險可行性之研究期中報告相關事宜會議記錄

記錄：顏淑韻

壹、 時間：民國九十三年六月三十日（星期三）上午九點三十分

貳、 地點：行政院經濟建設委員會（臺北市寶慶路3號）

參、 主席：

肆、 出席單位及人員：

台中健康暨管理學院吳凱勳教授、政治大學社會學系呂寶靜教授、內政部社會司、行政院經濟建設委員會人力規劃處、勞委會、衛生署醫政處。

研究計畫人員：鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、朱僑麗、鄭清霞

伍、 主席致詞：略

陸、 報告事項：略

柒、 計畫主持人簡報：略

捌、 與會委員審查意見

吳凱勳教授：

1. 本研究問題探討希望能參考德國和日本開辦長期照護保險初期其國內各界或政黨的爭議，將其歷史情況和所辯論的問題在各國相關制度做個說明。
2. 在章節安排建議第二章談需求。比如說將來長照保險是否把輕度、中度的失能者包括進來？保障的範圍不同，人數的估算會不一樣，提供的項目也會不同，因而財務估算結果也會有很大差異。
3. 但在談需求面之前，希望能先介紹目前各國實施的狀況，要注意的是誰負擔經費，需求者的範圍，納入保障的對象，繳納保險費的是誰？這在日本和德國並不一樣。
4. 第三章和第四章，可以合併為供給面的探討，希望分成現況和未來的探討，可以擴大討論的範圍。
5. 外籍看護工在現況的部份提到就好，不用著墨太多。
6. 長照的需要率和利用率並不一樣，推估財務支出時宜說明到底是根據需要率還是利用率去算估？
7. 最後，請設定長期照護保險可行性的指標，一方面告塑決策者，另一方面讓民眾瞭解，台灣要達到怎樣情況，才是實施長照保險的適當時機。

呂寶靜教授：

1. 第二章應該先做跨國政策的比較。在做跨國政策比較時，重要的是過程、討論的議題與績效的檢討。

## 附錄一

2. 其次，要定義保障對象是誰？失能者這個字眼在不同的資料中呈現不同的意義，可參考這兩個國家。
3. 人力培育的部份，有關外籍監護工這個議題不需要做太多實際上的推估。本研究應定位在於指出有些問題必需釐清，而由其他團隊繼續研究。
4. 對於照護管理中心的資料很豐富，但沒有做整合。
5. 財務的部份，要跟後面兩個章節連接。
6. 最後，本研究在跨國政策整理與比較時宜探討下列問題：在已經選擇用保險的方式下，會出現怎麼樣的可能性？設計長期照護保險時會遇到那些困難？開辦時應立基於怎樣的條件？還有那些是應該深思熟慮的地方？

### 醫政處：

1. 研究架構建議先從服務輸送體系開始，延伸出人力培育的需要性，再討論財務的部份。
2. 服務輸送體系部份，一方面就管理體系的現況加以分析與討論，另一方面應探討已經在提供的服務情況。
3. 長期照護不應只推估老人的部份，身障人口也很重要。

### 內政部社會司：

1. 建議探討那些是未來納入長期照護保險給付的項目？再分析服務項目所需要人力提供的設計為何？
2. 有關研究團隊所收集資料的可信度會跟相關同仁查證確認。

### 勞委會：

1. 外籍監護工已稱外籍看護工。
2. 有關外籍看護工的資料，可請勞委會看能否提供更詳細資料。

### 劉參事：

1. 探討能否開辦保險，首先要考慮到負擔能力，其次要問支持體系能不能獲得。也就是說，當我們體系發展到何種程度我們就可以辦理保險，而財務方面要負擔到甚麼樣的程度？是全部長期照護需要者都納進來還是先納一部份，這要考慮願不願意負擔那麼重。目前開辦長照保險的有德國與日本。我們應該如何參採德國、日本的模式，然後走出我們自己的模式，是值得探討的重點。
2. 第二章如果是考慮到整個財務分析，建議放在後頭。如果只是相關因素的探討，那放在第二章也未必不可。

## 附錄一

- 基本上我對人力不會那麼悲觀，如果體系建立起來，相信人力不會有太大問題。當然這個部份的推估仍是有必要。

### 林參事：

- 贊同從需求來瞭解問題，推估或許會有些誤差，但可根據可行性的推估，再加上德國與日本資料的參考，看未來我們會如何。
- 比較擔心的，有關日本的資料都是二手資料。從日本開辦國民年金保險的期程來看，我們國民年金到現在還遙遙無期，現在談長期照護保險是否太早？可否參考德國的方式或其他國家，希望可以明確指出目前辦理長照保險是否可行？若短期不可行，長期是否可行？

## 第一次學者專家座談會議紀錄

紀錄：顏淑韻

時間：民國九十三年三月二十五日下午六點至八點

地點：中國財稅金融文教基金會

主持人：鄭文輝

出席人員：台中健康暨管理學院吳凱勳教授

政治大學社會學系呂寶靜教授

萬能科技大學國際貿易系李光廷教授

台大醫學大學護理學系戴玉慈教授

台灣社會工作專業協會陳正芬副秘書長

列席人員：經建會人力規劃處、

研究小組成員

討論議題：

壹、欲評估長期照護保險是否可行，應考慮哪些因素？

1. 首先應考量誰是將來長期照護保險的對象？是指包括 65 歲以上身心功能障礙的老人，還是應該沒有年齡的限制，只要身心功能障礙的人。當包含的範圍擴大，所用評估量表會不一樣。目前老人資源福利已經足夠，對於先天性智殘或後天性智殘的給付應加入考量。
2. 現在的給付項目都是以居家式和社區式做推估，對於機構式反而沒有做任何控管。未來機構式的部分，要思考是否該納入給付項目中。
3. 目前的 ADL、IADL 需求量表太過粗糙，而且經過照顧經理去評估的需求與真正利用服務之間有距離。
4. 人力需求越來越大，目前缺乏人力資源。
5. 應考量建立一個 universal national LTC program 的經費從哪裡來？若未來要使用社區照護，需要政府的介入。欲減輕政府負擔，若不採行保險，是否有其他的選擇？

貳、我國「實驗社區」提供之經驗為何？

1. 居家照護在社區試辦時，是很大的業務，絕對要跟醫療作結合，尤其像急性後期的照顧，到底要歸入長期照護的範圍來考慮；抑或放在醫院裡照顧就可以。
2. 個案管理制度是希望個管介入後能幫忙家屬整合社區的資源，讓他們能好好在家裡接受照顧。可是一個個管師能照顧的人數很有限。國外專家建議是否可把個管的過程，集中在評估與服務額度的整合。

3. 台北縣照護管理中心目前開放 90 個窗口，照護管理師用電話瞭解申請者是否符合條件，交由評估員評估，評估完後再交給個案管師。至於半年後由誰做追蹤評估，目前仍正在研議中。
4. 人力推估方面，吳淑瓊老師在長期照護產業的人力推估計畫中，推估職能治療師、物理治療師、護理人員、社工師、居服員人數，以及照顧經理到 2020 年所需要的分配。這計畫預定於 6 月出版。

#### 參、目前中央與各縣市推動各項長期照護方案之發展趨勢為何？

目前長期照護服務產業有在推動。今年年底將完成第一階段，並進入第二階段。同時間還有內政部的老人安養方案和衛生署的健康照護計畫，目前由行政院社福推動委員會在做考量，應該就整個國家長期照護的方向提出構想，所以現在研議要成立專案小組整合所有的長期照護方案。若可行，可能會研擬長期照護保險法。這是長期的目標，如同當初規劃全民健保。

#### 肆、我國長期照護適當發展策略為何？

1. 台灣要開辦長期照護保險，其實條件還不夠，目前應將重點放在如何建立完整的健康照護體系。因為長期照護體系才是長期照護保險的基礎。
2. 建議經建會對於長期照護體系也好，未來長期照護保險制度也好，對我國高齡化社會的需求是很重要的，應比照全民健保進行規劃。
3. 不論體系的建立或保險制度都要注意需求量的估計。希望台灣能進行科學實證的調查。
4. 人力的培養計畫佔長期照護體系很重要的位置，而非機構硬體的設備。而人才也要分層級，基層培育要配合縣市政府的資源經費，並做全國性的規劃。對於高階人力的培育也要特別重視，這些高階人才將來要做設計、規劃或管理。
5. 有關外勞問題，因護理人員不願長時間照護老人，而外勞若受過適當訓練也可接受。

#### 伍、國外（尤其德、日）制度規劃及實施情況，可供我國參考之經驗為何？

1. 日本在 1997 年 12 月時推出介護保險法，在此以前不是保險制度，是用稅收來支應，是福利性質。在日本，老年社會保障分為三部分：年金、醫療、福利。其中以年金佔支出比例最大，其次是醫療，最後才是長期照護。長期照護實行到現在大約四年，最新一次的統計數字指出有 14.4% 的老人需要照顧，但實際上真正使用的大約僅佔其中四成而已。

2. 財源結構方面，有 10% 為自負額，剩下的 90% 是保險費。這 90% 其中有一半是政府投入。政府投入裡面中央佔 50%，府縣佔 12.5%，市町村佔 12.5%。另一半是保險費，保險費又分為 65 歲以上和 40 歲到 64 歲兩部分。65 歲以上的保費是每三年調整一次。40 歲到 64 歲是每年都在調整。
3. 服務輸送方面，日本每個地方基本建設水準都差不多，因為保險開辦後一定要將城鄉差距拉近，否則保費不好收。日本地方有個特色就是收人頭稅，也稱居民稅。
4. 人才培育方面：長期的計畫有黃金計畫（1990-1994）、新黃金計畫（1995-1999）、21 世紀黃金計畫（2000-2004）。近幾年發現嚴重的問題，是失智老人的照顧，若將失智老人都放在一般機構集中照護並不適合。日本效法北歐小型機構，以九到十人為單位，工作人員和失智老人一起生活。
5. 至於把殘障的部分納入保險，日本因為財源的問題最近也想到將年齡向下調整。如果向下調整，那殘障的部分就必須納進來。但有學者認為老人和殘障的服務性質不一樣，若要一起推動會有困難。
6. 日本照顧經理最主要的目的是為控制道德危險，在評估受照顧者是屬於第幾級，需要多少照顧配額。
7. 若台灣要走保險制度要考量的問題為人力不夠且各地方水準不一致。
8. 德、日制度的差異可分為下列幾點：
  - (1) 日本保險對象從 40 歲開始，而德國的長期照護和全民健保是一致的。
  - (2) 既然要用保險的方式來做，主要是想要降低成本、分散風險。德國在實施長期照護健康保險之前，已經在全民健保給予若干給付；實施後只是將長期照護的部分分出來，故沒有很大爭議。另一方面，日本的介護保險是全新的保險。而且日本的長期照護保險，是採用全民健保中地域保險的方式，使得民眾的權利義務不平等。這方面，台灣未來長期照護保險不應學習，應仿照全民健康保險的單一體制。
  - (3) 德國不如日本的地方，就是日本給予第六級的病人一些預防性的照顧，不讓病情惡化，不至於小錢不花，花大錢。所以對於調查制度的規劃、財務的設計、給付的項目等，都是我們需要注意的地方。
  - (4) 長期照護有錢沒有人力。日本第一年支出比原來推估支出還少，因為給付不足與供給面不足所致。第二年以後支出才開始上升。

## 第二次學者專家座談會會議記錄

(與「全國長期照護管理中心輔導經營暨訪查計畫」北區輔導會議合辦)

記錄：孫舒羚

時間：民國九十三年四月三十日上午十點至十二點

地點：台北市士林社會福利中心研討室

主持人：陳惠姿

出席人員：陽明大學衛生福利研究所李玉春教授、台北市衛生局代表、台北市社會局代表

列席人員：經建會人力規劃處、衛生署醫政處、內政部社會司、台灣社會工作專業人員協會、中華民國長期照護專業協會、台北縣長期照護管理中心代表、台北縣社會局、台北縣衛生局、基隆市社會局、基隆市衛生局、桃園縣社會局、桃園縣衛生局、台東縣社會局、台東縣衛生局、宜蘭縣社會局、宜蘭縣衛生局、花蓮縣社會局、花蓮縣衛生局、研究小組成員

會議內容：

壹、主席致詞(略)

貳、各單位報告

一、北縣長期照護管理中心報告(如附件1)

二、台北市社會局報告(如附件2)

參、講評與座談

一、講評

李玉春教授：

(一)、就中央與地方照護兩個層面的整合問題探討：

中央層面：結合內政部與衛生署，建立中央的專業單一窗口，以便整合長期照護的資源與業務。

地方層面：推動全國各縣市首長重視長期照護，以促使社政和衛政兩單位的合作。

(二)、就資源層面的問題探討：

1、長期照護各項資源需不間斷，以支持相關服務的永續經營。

2、中央與地方資源之間的權責劃分原則的建立。

3、思考「全民健保」與「長期照護」結合的可能性，提高個案歸類、財務規劃與資源配置的效率。

4、人力資源的規劃管理與培訓，如「個案管理師」、「評估人員」等。此

外，相關工作人員流動率過高的問題極需檢討與解決。

- 5、建構民眾需求與服務的優先原則，結合長期照護的供需，發展多元化的服務。
- 6、「實驗計畫」提供很好的典範：(1)可接受民眾申請的窗口多元化、(2)標準流程的建立、(3)外包服務體系的建立、(4)監督系統的建立。

## 二、座談討論

### (一) 長期照護管理中心的長期設置可能性？

長期照護管理中心並非將所有失能民眾都納為個案管理，而是設計一套可以涵蓋原先已辦理的常態性失能照顧體系與後來增加的長期照護管理機制。將所有業務整合為一個單位，其用意就在於做全面性資源配置，以節省照顧體系的各方人力。如此的思維，將有利於台灣長期照護管理的發展，也能達到永續經營的目的。

### (二) 長期照護管理中心評估機制的認證可能性？

#### (1)「服務機構」層面：

因長期照顧的服務機構採委外辦理，故機構之選定，其進入門檻以政府採購法為評估標準，由於受政府採購法的限定，較沒有疑慮存在。

#### (2)「評估人員」層面：

目前已有的失能評估機制與認定標準（如各項評估表格），因行之有年，所有相關業務人員已有共識，能夠確實掌握台灣失能人口的資料，建立檔案。而長期照顧管理中心的評估機制也希望參考失能評估機制，有一套標準化流程與制式表單，不論那個縣市或經辦人員，都能統一評估的核定。至於評估人員及照顧服務員的認證，建議由國家考試來檢定。

### (三) 長期照護的供需市場中，人民自費購買長期照顧相關服務的比例與資料可否取得？

(1) 就政府提供部份分析，目前政府有提供的服務為「居家護理服務」，「喘息服務」，「輔具購買」等項目。政府現在只受理民眾提出需求與申請，通過補助核准後，民眾在使用服務的心態為先行嘗試看看，而後自行購買的使用率，初步推估並不高。

(2) 民間提供部分屬於個人自行消費行為，必須從民眾的長期照顧支出面去調查與取得這部分資訊，目前政府並沒有這方面的統計。

(四) 相關資訊的管理機制的建立(平台軟體的建立)?

目前 2008 年的資訊系統已經開始著手建立管理中心的使用平台軟體，未來預計可望解決這部分的問題。

(五) 台北縣市的長期照護中心是否有業務增多而經費不足的壓力?

台北市由於近幾年來政府的補助款縮減，目前做法為調整各項經費的比例額度，截長補短，尚能維持業務的順利進展。

台北縣目前還未有短缺情況。

(六) 中低收入戶與長期照護需求的重疊性?

針對失能人口，政府的劃分標準為何急需釐清，目前補助部分分為：中低收入戶與一般戶。中低收入戶的款項與服務屬於內政部管轄，是社會福利範疇；一般戶的失能人口則屬於衛生署管轄，是由民眾需求出發。這兩項服務的評估機制應該原則化。

(七) 對未來台灣長期照護保險的建議?

台灣推動長期照顧福利的經費壓力需要全體人民與政府部門共同來分擔，因此，採行現在投保，未來使用的保險服務概念是正確的，以免拖垮後代子孫。而長期照護保險若要可行，則其相應的照顧服務體系必須先能健全地發展、民眾需求評估機制制度化後，才能進一步規劃財源籌措與分配的保險額度等相關原則。現在台灣各縣市的長期照護中心若能穩健發展，便可提供未來保險體系的良好基礎。

### 第三次學者專家座談會會議記錄

(與「全國長期照護管理中心輔導經營暨訪查計畫」南區輔導會議合辦)

記錄：鄭景鍾

時間：九十三年五月一十三日(星期四)下午二時至五時

地點：高雄市社會局長青綜合服務中心三樓第一會議室

主持人：陳惠姿

出席人員：高雄市長期照護管理中心代表、高雄縣長期照護管理中心代表、高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系陳武宗教授

列席人員：

行政院經濟建設委員會人力規劃處、內政部社會司、衛生署醫政處、嘉義市社會局、嘉義市衛生局、嘉義縣社會局、嘉義縣衛生局、台南市社會局、台南市衛生局、台南縣社會局、台南縣衛生局、高雄市社會局、高雄市衛生局、高雄縣社會局、高雄縣衛生局、屏東縣社會局、屏東縣衛生局、屏東縣之長期照護管理中心、台灣社會工作專業人員協會、中華民國長期照護專業協會、研究小組成員。

壹、主席致詞(略)

貳、各單位報告

一、高雄縣社會局報告(如附件3)

二、高雄市衛生所報告(如附件4)

參、講評與座談

一、講評

陳武宗教授：

- (一) 就長照政策言，在地老化現在變成共同的核心理念，透過這個理念，整合綱領，做為未來各部會推動上的重要依據。法律是重要的配套，再來則為人力、財務，與服務措施的提供。
- (二) 行政院組織法，行政院組織法裡面未來要把衛生跟福利放在一起稱為「衛生與社會安全部」。但地方已經開始做一些實質的合作關係。
- (三) 認為「福利就是現金給付」，現在要給他轉換實物的時候，與其認知好像有點差距。可考慮漸進的方式，加強健保裡面對推動長照有利的項目透過共識提供高保費費率，再是否重新建構新制度。
- (四) 目前機構照顧已經飽合，比較不足的是，從醫療機構回到家裡對家庭與照顧者的支持，甚至社區裡面多元的服務方案，怎麼樣使其產生，又有意願使用。
- (五) 人才培育要放長遠。角色如何被社會所接受認知，除學校以外，還必須在

職場認知自己的專業內涵彼此區隔。職業意象建立，需要時間。

## 二、座談討論

- (一) 高雄縣市有無做供需的評估？機構數供過於求如何看待，有無具體的做法？非正式照顧人力那個怎麼去初估？勞工單位進用的看護工的人數與失能人口比例是多少？

失能的人口裡有 30%是用外勞、台北市則是 30%，全台灣是 65%。經建會回應此問題，關於機構數供過於求的部份：基本上高雄縣的籌設機構的床位數大概還有三千兩百七十床還沒有開業的，所以十年內應該都不用蓋機構。但目前較嚴重的問題是機構多數集中在都會地區，偏遠地區十分缺乏。其次，機構所服務的對象皆為中低階層，無法提供更好得服務品質。所以期待中央能控管機構，而在於高雄市也有相同的問題，在於前來申請的機構，很困擾是否要給過？而中央內政部則是回應，希望地方的執行面能提供意見，在於何種形式的機構才是符合規定，將意見呈上後，內政佈將會採納意見做適度的修正。至於人力資源的缺乏，內政部部長也反映會調配人力。

- (二) 嘉義縣分享人力資源的使用：

嘉義縣的居服員由農會的家政班成員訓練後，對地區的老人進行服務，可結合農政的資源。農政班所訓練出來的居服員中，400 名有 120 繼續進行服務。再於泰山鄉成立居服隊，由當地人照顧當地人，在立心的協助下成立而自行運作。不過人力資本的缺乏，以及非營利機構在執行方案的困境，沒有經費補助設備與器材，對於機構的生存是很困難的。此一點內政部回應各地方政府的承辦人員可以鼓勵其加入成立「照顧服務勞動合作社」。以社團法人的名義，申請補助經費。

- (三) 關於資訊系統建構的問題，衛生署與內政部目前各有在一套系統，未來如何整合？有沒有意見？高雄市的照護人力資料庫與通報系統是否為內政部委託設立？各縣市是否有自己的一套系統？

高雄市回應：民國 89 年已開始設立人力資料庫的系統，而照顧管理又有另一個系統，兩個系統的運作很麻煩，常常使得照顧管理師要同時輸入兩份的系統資料。希望衛生署正委託資策會建立全國性的資訊系統，列成年度重要辦理的事項。

(四) 需求評估在各縣市政府執行過程中有無遇到爭議的問題？又如何解決？

高雄縣曾經有個案的失能程度於輕度，但是評估結果卻是中重度，長照中心的個管師會趕快再去做複評，然後跟社會局居服中心確認，有無繼續要提供服務的必要。至於誰是審核者，在於各縣市不一，有的是由社會局的行政人員辦之，有的是由長照中心，重點是誰是最後的裁量者。

(五) 照顧者與接受照顧者的安全問題？

關於接受者與提供者雙方的安全的問題，由於目前的治安較差，部分的接受者的確會有所懷疑，此部分信任問題的處理手法有三。其一是在個案出院計畫的時候由醫院的社工人員先行告知有居服員等專業人員會進行後續的服務，而後再由照顧管理師到府。第二個模式則是先寄信先行告知。而第三種做法則是先由個案信任的親屬先行告知，建立其安全感後，居服員再行進入。各縣市單位的單一窗口要加強宣導。

(六) 各中心個管師角色定位與工作優先順序為何？

個管師一定要具備有專業的評估能力，其次是資源的連結。因為評估一定要很公正，要有專業的評判；再者是轉介單位與資源的提供，兩各方面比較重要。

## 第四次學者專家座談會會議記錄

(與「全國長期照護管理中心輔導經營暨訪查計畫」中區輔導會議合辦)

記錄：劉懿慧

時間：九十三年五月二十一日上午九點半至十二時

地點：台中縣政府 4-1 會議室

主持人：陳惠姿

出席人員：國立中正大學社會福利研究所鄭讚源教授、台中縣社會局、台中縣衛生局、南投縣社會局、南投縣衛生局

列席人員：

經建會人力規劃處、衛生署醫政處、內政部社會司、台灣社會工作專業人員協會、中華民國長期照護專業協會、台中市衛生局代表、台中市社會局代表、新竹市社會局、新竹市衛生局、新竹縣社會局、新竹縣衛生局、苗栗縣社會局、苗栗縣衛生局、彰化縣社會局、彰化縣衛生局、雲林縣社會局、雲林縣衛生局、研究小組成員。

壹、主席致詞(略)

貳、各單位報告

一、南投縣衛生局報告(參見附件5)

二、台中縣衛生局報告(參見附件6)

參、講評與座談

一、講評

鄭讚源教授：

- (一) 長期照護要去掌握階段與重點---長期照護專業協會去做全省都適用的基本部分，然後個別化的各地方再去做。目前大家都在學習。
- (二) 誰需要長期照護---最大宗的對象是老人，可是還包括慢性病、身心障礙者。
- (三) 長期照護提供什麼---有此學者分成提供醫療、復健、社會心理的模式。其實有疾病並不一定會損傷，有損傷不一定會失能，有失能不一定會障礙。長期照護真正的標的是在失能。
- (四) 長期照護的整合---長期照護是跨專業的整合，要跨主管機關的整合，跨疾病的整合。長照常常多重疾病，被照顧的人還有疾病本身要整合，要會很多不同的單位。長照是誰在主管，我們今天環繞的都是社政跟衛政，其實還有退輔會。經建會也是個資源。中央有很多部會要整合，地方也有很多地方要整合。
- (五) 長期照護的經費---長期照護管理中心在經濟評估的部分其實微乎其微的；至於納入健保，健保的財務已相當困難安全，如還要含蓄居家的部分，經費來源需要解決。

## 二、座談討論

- (一) 長期照護管理中心與照顧管理中心整合過程當中的評估標準和程序為何？有何問題？

南投縣目前評估的標準是以嘉義實驗社區的評估表格為主，來做全面性的評估。

- (二) 長期照護管理中心委外評估的方式及最後核定權在誰？

(1) 以台中縣中風個案為例，經由中風的通報系統，通報至衛生局，由個管師去瞭解評估，需求評估是分層做。第一階段由出院準備服務做初步評估，第二階段轉至管理中心再做評估。不完全由個管師做評估，但目前沒有很完整的系統機制。

(2) 南投縣居家服務的部分委外評估，透過護理師公會評估，然後回到社政單位來做核定。

- (三) 對於在宅的部分及未進入正式服務提供的部分是否有資料可取得？

有關在宅的部分，除了出院準備服務、主動或經過各種管道進入到長照中心的個案外，透過訪查的過程瞭解外籍醫護工照顧的部分。

- (四) 外籍監護工有沒有任何的培訓計劃和教育訓練工作。

目前長照中心沒有做這部分的教育訓練，不過有部分醫院針對外籍監護工辦過教育訓練。

- (五) 在照顧服務輸送方面，那些服務是中斷不銜接的？是否有未提供的需求服務項目？

在台中縣，整個的照顧是非常動態，且分很多層次，透過個案管理來貫穿，沒有中斷。但銜接的過程困難度比較高，目前沒有很好的系統。

- (六) 長期照護政策違反隱私和人權的部分。

長期照護服務提供的過程中，很重要的就是個人的喜好、意願，從出院準備服務，到被轉介到長照中心接受評估，這個意願要被尊重。所有做長照工作領域上的人都要重視個案或家屬的意願。

附表 6-1 歷年我國功能障礙盛行率調查狀況

單位：%

資料來源	調查時間	對象	定義	盛行率
主計處 (老人生活狀況調查)	1991	65 歲以上	生活無法自理	3.01
			男性生活無法自理	2.94
			女性生活無法自理	3.09
主計處 (老人生活狀況調查)	1993	65 歲以上	生活無法自理	4.26
			男性生活無法自理	3.72
			女性生活無法自理	4.90
主計處 (老人生活狀況調查)	1996	15 歲以上	生活無法自理	0.87
主計處 (老人生活狀況調查)	1996	65 歲以上	生活無法自理	5.43
			男性生活無法自理	4.69
			女性生活無法自理	6.32
吳淑瓊等 (1998)	1993	65 歲以上	任何一項 ADLs 功能障礙(需人幫忙)	4.50
			二項 ADLs 以上功能障礙	3.60
			三項 ADLs 以上功能障礙	2.70
			任何一項 ADL 或 IADL	14.80
			任何一項 ADL 或 IADL 或認知功能障礙	18.10
			任何一項 ADLs 功能障礙(需人幫忙或需工具幫忙)	6.70
吳淑瓊等 (1998)	1993	65 歲以上	二項 ADLs 以上功能障礙	4.90
			三項 ADLs 以上功能障礙	3.70
			任何一項 ADL 或 IADL	14.30
吳淑瓊等 (1998)	1993	65 歲以上	任何一項 ADL 或 IADL 或認知功能障礙	17.60

單位：%

附表 6-1 歷年我國功能障礙盛行率調查狀況(續)

資料來源	調查時間	對象	定義	盛行率
主計處 (老人生活狀況調查)	2000	65歲以上	生活無法自理	9.33%
			男性生活無法自理	8.13%
			女性生活無法自理	10.77%
內政部(身心障礙者生活需求調查)	2000	65歲以上身心障礙者	獨自行動至少一項困難者	7.42%
			長期照護需要者	1.54%
			長期照護需要者	5.23%
台灣地區戶口及住宅普查	2000	65歲以上	長期照護需要者	9.67%
			至少一項 ADLs 功能障礙	9.07%
			1-2 項 ADLs 功能障礙	2.20%
「全國長期照護評估調查」 第一階段的資料	2001	65歲以上	3-4 項 ADLs 功能障礙	1.45%
			5-6 項 ADLs 功能障礙	5.43%
			至少一項 ADLs 功能障礙	4.56%
			男性至少一項 ADLs 功能障礙	4.33%
			女性至少一項 ADLs 功能障礙	4.56%

資料來源：本研究整理

說明：(1) 生活無法自理包括：洗澡、吃飯、更換衣服、上下床、上下椅子、如廁(馬桶、蹲式)、大小便控制、室內走動、室外走動

(2) 吳焯瓊等(1998)的 ADLs 項目包括：洗澡、進食、穿衣、上下床、上厕所

(2) 台灣地區戶口及住宅普查的長期照護需要者係指因生病、受傷或衰老，而具備下列活動障礙且需人幫忙長達三個月以上者

1.吃飯；2.上下床；3.更換衣服；4.上厕所；5.洗澡；6.在室內外走動；7.家事活動能力，含煮飯、打掃洗衣

(3) 全國長期照護評估調查 ADL 項目為：1.吃飯；2.上下床(上下椅子)；3.更換衣服；4.上厕所；5.洗澡；6.在室內走動

附表 6-2 2001-2046 年台灣 65 歲以上人口比率---五歲年齡組

單位：%

年期	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041	2046
65-69 歲	33.24	32.53	29.15	36.44	37.59	33.66	30.06	26.19	24.57	25.44
70-74 歲	29.97	25.89	26.99	21.63	26.12	28.22	26.59	25.28	22.91	21.68
75-79 歲	20.20	21.54	19.97	18.88	14.64	18.64	21.17	21.25	21.01	19.21
80-84 歲	10.53	12.65	14.39	12.42	11.56	9.41	12.74	15.39	16.09	16.02
85-89 歲	4.47	5.33	6.81	7.32	6.40	6.35	5.45	7.99	10.00	10.55
90-94 歲	1.28	1.67	2.15	2.64	2.87	2.74	2.92	2.67	4.17	5.24
95-99 歲	0.25	0.33	0.45	0.57	0.70	0.82	0.87	1.01	0.96	1.56
100 歲以上	0.06	0.07	0.08	0.10	0.12	0.16	0.20	0.24	0.29	0.29
65 歲以上 /總人口數	8.81	9.84	10.56	12.87	16.52	20.44	24.30	27.47	30.25	33.44

資料來源：經建會（2004b）中華民國台灣地區民國 93 年至 140 年人口推計

附表 6-3：1999-2004 德國年齡別照護風險率

單位：%

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
60 歲以下	0.5	0.5	缺	0.6	0.6	0.6
60-80 歲	3.5	4.0	缺	3.5	3.9	3.9
80 歲以上	28.0	32.0	缺	31.8	31.8	31.8

資料來源：引自林志鴻（2003）

說明：照護風險率係年齡別人口落入長期照護風險的機率

附表 6-4：1995-2002 德國長期照護保險的被保險人人數與實際使用人數

單位：人；%

年期	總人口數	被保險人人數	實際使用人數	實際使用人數/被保險人人數 (%)
1995	81818000	71901000	1061418	1.48
1996	82012000	72263000	1546746	2.14
1997	82057000	71693000	1660710	2.32
1998	82037000	71402000	1738118	2.43
1999	82164000	71424000	1826362	2.56
2000	82260000	71319000	1822104	2.55
2001	82440000	70999000	1839602	2.59
2002	82537000	70853000	1888969	2.67

資料來源：[http://www.bmgs.bund.de/downloads/08\\_-\\_antraege.xls](http://www.bmgs.bund.de/downloads/08_-_antraege.xls) (2003/11/4)

附表 6-5：2001 年台灣年齡別長期照護盛行率與德國長照保險使用率之比較

單位：%

年齡別	中度			重度及極重度		
	台灣（盛行率）	德國（給付率）	差異	台灣（盛行率）	德國（給付率）	差異
0-19 歲	0.11	0.30	-0.18	0.15	0.33	-0.18
20~24 歲	0.08	0.22	-0.15	0.10	0.29	-0.19
25~29 歲	0.08	0.22	-0.14	0.14	0.25	-0.11
30~34 歲	0.08	0.22	-0.14	0.13	0.22	-0.09
35~39 歲	0.08	0.26	-0.18	0.12	0.24	-0.12
40~44 歲	0.10	0.32	-0.21	0.16	0.27	-0.11
45~49 歲	0.15	0.36	-0.21	0.23	0.29	-0.06
50~54 歲	0.17	0.47	-0.30	0.61	0.37	0.24
55~59 歲	0.24	0.62	-0.38	0.81	0.50	0.31
60~64 歲	0.37	0.91	-0.54	1.18	0.76	0.42
65~69 歲	0.67	1.65	-0.98	2.16	1.42	0.74
70~74 歲	1.01	2.80	-1.78	3.67	2.44	1.23
75~79 歲	1.68	5.47	-3.79	6.18	4.65	1.53
80~84 歲	2.88	12.35	-9.46	10.20	10.61	-0.40
85~89 歲	4.13	17.91	-13.78	18.09	17.94	0.15
90 歲以上	6.29	26.43	-20.14	30.15	38.55	-8.40
40 歲以上	0.48	2.40	-1.92	1.64	2.32	-0.67
50 歲以上	0.74	3.27	-2.52	2.71	3.17	-0.46
65 歲以上	1.45	6.12	-4.67	5.43	6.06	-0.64
總計	0.24	1.35	-1.11	0.70	1.32	-0.62

資料來源：根據鄭文輝等（2004）與德國資料計算

[http://www.bmgs.bund.de/downloads/04\\_-\\_leistungsempfaenger\\_nach\\_pflegestufen.xls](http://www.bmgs.bund.de/downloads/04_-_leistungsempfaenger_nach_pflegestufen.xls)

（2003-11-04）

說明：（1）德國給付率＝實際使用人口數/全部人口/0.8584

（2）0.8584 為德國法定社會長期照護保險納保率

附表 6-6：2001 年台灣 65 歲以上功能障礙程度別盛行率與日本長期照護需要率比較  
單位：%

	台灣	日本	台灣	日本	台灣	日本	台日差距		
	輕度	需介護 1	中度	需介護 2、3	重度	需介護 4、5	輕度	中度	重度
65~69 歲	0.99	0.82	0.67	0.95	2.16	0.68	0.18	-0.28	1.48
70~74 歲	1.59	1.94	1.01	1.95	3.67	1.43	-0.35	-0.93	2.24
75~79 歲	2.62	4.59	1.68	4.07	6.18	3.01	-1.97	-2.39	3.17
80~84 歲	4.05	9.14	2.88	8.13	10.20	6.18	-5.09	-5.25	4.03
85~89 歲	6.64	13.79	4.13	14.77	18.09	12.02	-7.15	-10.64	6.08
90 歲以上	8.60	16.78	6.29	26.03	30.15	27.02	-8.19	-19.74	3.14
65 歲以上 合計	2.20	4.23	1.45	4.42	5.43	3.60	-2.03	-2.97	1.82

資料來源：本研究計算

說明：日本長期照護需要率為該年齡組認定人數除以人口數

附表 6-7：2001 台灣 65 歲以上年齡別功能障礙盛行率與德國、日本長期照護需要率比較  
單位：%

年齡別	德國 (A)	德國 (B)	日本	台灣	德(A) 日 差異	德(B) 日 差異	台 德(A) 差異	台 德(B) 差異	台日 差異
65~69 歲	3.06	4.05	2.44	3.82	0.63	1.62	0.76	-0.24	1.38
70~74 歲	5.23	6.82	5.31	6.27	-0.08	1.51	1.04	-0.55	0.96
75~79 歲	10.12	12.74	11.67	10.48	-1.56	1.07	0.37	-2.26	-1.19
80~84 歲	22.95	27.00	23.45	17.13	-0.49	3.55	-5.82	-9.87	-6.31
85~89 歲	35.85	42.49	40.57	28.86	-4.72	1.92	-6.99	-13.63	-11.71
90 歲以上	64.98	73.58	69.83	45.04	-4.85	3.74	-19.94	-28.53	-24.79
65 歲以上合計	12.18	14.38	12.25	9.07	-0.07	2.13	-3.11	-5.31	-3.18
40 歲以上合計	4.10	4.85	4.30	2.87	-0.21	0.54	-1.22	-1.97	-1.43

資料來源：根據厚生勞動省資料計算 <http://www.mhlw.go.jp>

說明：(1)德國 (2002 年) 為給付率 = 實際使用人數 / 年齡別人口數 / 0.8584；0.8584 為德國參加法定長照保險的比率

(2)德國 (A) 為德國中度、重度及極重度；德國 (B) 德國中度、重度及極重度，加計台灣輕度盛行率

(3)日本 (2002 年) 為需要照護出現率 = 經認定人數 / 年齡別人口數

(4)台灣 (2001 年) ADL 功能障礙盛行率資料

附表 6-8：1976-2001 年台灣地區家庭型態的變遷

單位：%

家庭類型	1976 年	2001
合計	100.00	100.00
一、單人家戶	3.16	10.72
1.單身老人	0.39	4.49
2.單身非老人	2.77	6.23
二、核心家戶	69.03	59.79
1.夫婦同住	3.42	12.93
(1) 老年夫婦	0.76	7.17
(2) 非老年夫婦	2.66	5.76
2.夫婦與未婚子女	61.73	41.82
3.單親家戶	3.88	5.04
(1) 至少有一名子女未滿 20 歲	3.40	3.19
(2) 子女皆滿 20 歲以上	0.48	1.85
三、非核心家庭	16.72	15.47
1.夫婦及父母同住	0.36	1.47
2.夫婦及父或母同住	0.02	0.03
3.三代家戶	16.34	13.97
(1) 夫婦、子女及父母	8.64	10.04
(2) 夫婦、子女及父或母	0.68	0.42
(3) 夫婦、子女、父母（父或母）及其他親屬	7.02	3.51
四、其他	11.08	14.02
1.夫婦、父母、夫婦的兄弟姊妹等其他親屬	0.23	0.26
2.祖孫家戶	0.44	1.12
3.四代同堂	0.62	0.27
4.其他	9.79	12.37

資料來源：本研究根據家庭收支調查磁碟檔計算

說明：家庭收支調查的戶內人口的定義，係以經濟戶長為中心，與經濟戶長同戶籍，且共同生活為原則，但是合乎下列者亦視為戶內人口。1.與戶長同戶籍，但在外生活者，如：(1) 其個人所得 50% 以上提供家用。(2) 其個人生活費用 50% 以上由家庭供給。(3) 其個人所得提供金額占該戶家計費用 50% 以上。2.與經濟戶長雖非同戶籍，但共同生活而具上列情形者。

附表 6-9：1990-2000 年台閩地區普通住戶家戶型態之變動

單位：戶；%

依據家戶型態區分	2000 年		1990 年		增減率 (%)
	戶數 (戶)	結構比 (%)	戶數 (戶)	結構比 (%)	
總計	6 470 225	100.0	4 943 257	100.0	30.9
核心家戶	3 562 405	55.1	3 140 624	63.6	13.4
夫婦	504 128	7.8	339 477	6.9	48.5
夫婦及未婚子女	2 683 982	41.5	2 515 520	50.9	6.7
夫(或婦)及未婚子女	374 295	5.8	285 627	5.8	31.0
複合家戶	1 013 811	15.7	801 768	16.2	26.4
祖父母、父母及未婚子女	681 104	10.5	601 461	12.2	13.2
父母及已婚子女	257 458	4.0	155 002	3.1	66.1
祖父母及未婚孫子女	75 249	1.2	45 305	0.9	66.1
單身家戶	1 392 293	21.5	664 571	13.4	109.5
其他家戶	501 716	7.8	336 294	6.8	49.2
有親屬關係	420 568	6.5	297 724	6.0	41.3
無親屬關係	81 148	1.3	38 570	0.8	110.4

依據家戶人數區分	2000 年		1990 年		增減率 (%)
	戶數 (戶)	結構比 (%)	戶數 (戶)	結構比 (%)	
總計	6 470 225	100.0	4 943 257	100.0	30.9
一人	1 392 293	21.5	664 571	13.4	109.5
二人	1 115 603	17.2	625 879	12.7	78.2
三人	1 141 414	17.6	722 694	14.6	57.9
四人	1 315 323	20.3	1 061 688	21.5	23.9
五人	774 960	12.0	918 329	18.6	-15.6
六至九人	671 600	10.4	866 293	17.5	-22.5
十人以上	59 032	0.9	83 803	1.7	-29.6
平均每戶人口數(人)	3.3	-	4.0	-	-0.7

資料來源：2000 年台閩地區戶口普查結果提要（行政院主計處網站）

[http://www.dgbas.gov.tw/census~n/six/lue5/census\\_ph.htm](http://www.dgbas.gov.tw/census~n/six/lue5/census_ph.htm)

附表 6-10：實驗社區（嘉義與三鶯地區）各項服務利用率

單位：人，%

嘉義與三鶯 合計	輕度			中度			重度		
	評估有需要	實際使用	利用率	評估有需要	實際使用	利用率	評估有需要	實際使用	利用率
居家服務	272	142	52.21	206	107	51.94	389	167	42.93
居家職能治療	24	12	50.00	16	8	50.00	97	34	35.05
居家物理治療	25	11	44.00	22	9	40.91	152	72	47.37
居家照護	9	7	77.78	11	9	81.82	182	84	46.15
機構喘息	26	4	15.38	46	10	21.74	140	61	43.57
居家喘息	122	18	14.75	145	36	24.83	292	57	19.52
緊急救援服務	151	56	37.09	54	21	38.89	37	14	37.84
居家無障礙	84	25	29.76	63	15	23.81	144	54	37.50

資料來源：根據鄭文輝等（2003）資料計算

附表 7-1：德國人口年齡結構預估變遷趨勢 2001-2050

(平均預期壽命中推估，人口淨移入中推估至少 200000，2003 年發布)

	2001	2010	2020	2030	2040	2050
年齡組	A. 單位 1000					
0-20	17259.5	15524.3	14552.3	13926.7	12873.7	12093.7
20-65	51115.1	50953.3	50050.8	45678.2	42880.1	40783.3
65+	14065.7	16588.7	18219.0	21615.4	22785.6	22240.2
合計	82440.3	83066.2	82822.1	81220.3	78539.4	75117.3
	B. 1992=100					
0-20	100	89.9	84.3	80.7	74.6	70.1
20-65	100	99.7	97.9	89.4	83.9	79.8
65+	100	117.9	129.5	153.7	162.0	158.1
合計	100	100.8	100.5	98.5	95.3	91.1
	C. 單位 %					
0-20	20.9	18.7	17.6	17.1	16.4	16.1
20-65	62	61.3	60.4	56.2	54.6	54.3
65+	17.1	20.0	22.0	26.6	29.0	29.6
合計	100	100	100	100	100	100

資料來源：[http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung\\_2050.pdf](http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf) .p47 (2004/8/7)

附表 7-2：德國家戶結構長期變動 1871-1991

年	家戶總數(單位1000)	單人家戶 (%)	兩人以上家戶 (%)					由兩人以上家戶平均成員數
			佔總人口比例 (%)	其中有配偶而無子女家戶	其中只有親子女同住家戶	其中雙親僅與子女同住家戶	其中三代同堂家戶	
1871	8697	6.2	93.8	(.)	(.)	(.)	(.)	4.87
1910	14283	7.3	92.7	(.)	(.)	(.)	(.)	4.67
1939	20335	9.8	90.2	(.)	(.)	(.)	15.9	3.51
1950	16650	19.4	80.6	22.5	68.1 <sup>1</sup>	--	9.4	3.47
1961	19460	20.6	79.4	24.6	59.6	7.8	8.0	3.37
1970	22010	25.2	74.8	28.2	63.8	4.8	3.2	3.32
1974	23651	27.2	72.8	32.1	61.8	3.8	2.3	3.22
1982	25336	31.3	68.7	32.6	60.5	2.8	4.1	3.08
1986	26739	34.3	65.7	33.7	58.3	2.4	5.6	2.97
1991	35256	33.6	66.4	35.1	57.0	1.8	6.1	2.91

資料來源：Kaufmann 1995:23，引自林志鴻 1999

<sup>1</sup> 包括三代同堂家庭。

附表 7-3：照護需要性制度化前相關社會安全體系支出概況

相關社會保障體系	適用原則	受領人數	給付支出	
			億馬克	%
職業災害保險 照護扶助金 勞務給付	就業	10244	1.22 0.024	0.94
戰爭受難者給養	戰爭	20433	1.8	1.16
戰爭受難者救濟	戰爭	60234	13.05	8.83
補助金			7.1 (估計)	4.56
疾病保險 現金給付 實物給付 渡假代理照顧	被保險人及其眷屬	583334 96658 94655	17.55	11.27
聯邦社會救助法 1	低收入者	655328	110.55	70.99
負擔平準法		44500	1.2	0.7
各邦邦法 Berlin Bremen Rheinland-Pfalz	地區	25000 17053 12517	2.05 0.1 0.87	13.39
總計			155,73	100.00

資料來源：引自林志鴻 2004

說明：(1) 規定於該法第 68,69 條：Hilfe zur Pflege。社會救助用於照護需求給付金額快數增加，由 1970 年約 10 億馬克（其中機構式照護給付約為 9 億馬克，門診式照護給付約為 1.3 億馬克），至 1991 年約為 110 億馬克（其中機構式照護給付約為 98 億馬克，門診式照護給付約為 13 億馬克），約為當年社會救助年度總支出費用之 1/3；社會救助之照護給付支出總額約為德國公部門照護需求給付支出 70%。

附表 7-4: 依聯邦社會救助法(BSHG)享領照護救助之照護需要者統計(年底人口)

年	合計	院內	院外
1994	453,613	189,254	268,382
1995	372,828	85,092	288,199
1996	285,340	66,092	219,136
1997	250,911	64,396	186,672
1998	222,231	62,202	160,238

資料來源：Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe, 1994 ff.

Deutscher Bundestag, 2001, p.45.

附表 7-5：德國長期照護等級標準與時間（一般標準）

照護等級		ADLs：身體照料、移動、進食等六項	IADLs：家事協助	每天至少分鐘/小時
照護等級 I	一般	至少有 2 項需每天 1 次之協助	每週需多次工具性活動協助	90 分鐘 基本照護至少：45 分鐘
	精障、失智、腦傷	每天至少一次至少 2 項日常生活必要活動之協助		看顧或陪伴；或早晚個一次之協助
照護等級 II	一般	每天至少 3 次(在身體照料、移動、進食方面)需要協助	每週需多次工具性活動協助	3 小時 基本照護至少：2 小時
	精障、失智、腦傷	每天至少三次（特別是早、午、晚）		日常生活必要活動之看顧或陪伴
照護等級 III	一般	整日（包括晚上）在身體照料、移動、進食方面皆需要需要協助	每週需多次工具性活動協助	5 小時 基本照護至少：4 小時
	精障、失智、腦傷	整日（包括晚上）皆需要		日常生活必要活動之看顧或陪伴

資料來源：第 15 條 SGBX1

附表 8-1: 介護保險導入年後市區町村的權限業務變化

權限業務大幅縮小		權限業務某種程度縮小	
根據老人福利法	根據介護保險	根據老人保健法	根據介護保險
行使當地老人居家照護事業的行政處分權及費用支配	僅保留無法使用介護保險的低收入者的行政處分權	醫療	1.需照護者的下列服務移轉至介護保險 (1) 訪視護理 (2) 訪視復健 (3) 居家療養管理指導 (4) 日間復健 (5) 短期收容療養照護 (6) 療養機構照護服務 2.需照護者以外的老人醫療受給對象，仍根據老人保健法實施給付
行使當地老人日間照護事業的行政處分權及費用支配	僅保留無法使用介護保險的低收入者的行政處分權		
營運日常生活支援事業中居加入浴服務及支配行政處分費用	僅保留無法使用介護保險的低收入者的行政處分權		
支配老人短期收容事業的行政處分費用	僅保留無法使用介護保險的低收入者的行政處分權	支給老人保健設施療養費	該費用全面移轉至介護保險的「介護老人保健設施」名下
支配失智老人之家的行政處分費用	僅保留無法使用介護保險的低收入者的行政處分權 (並於老人福利法中明示)	支給居家(訪視)護理費	1.該費用移轉為介護保險的居家照護服務內容之一 2.需照護者以外的老人醫療受給對象，仍根據老人保健法提供給付
支配日常生活用具給付事業的費用	屬於介護保險給付範圍的物品市區町村不租借不給付，給付範圍外的物品今後檢討	老人保健設施開設許可等的同意權	全面移轉給介護保險
行使當地老人入居照護機構的行政處分權及費用支配	僅保留無法使用介護保險的低收入者的行政處分權	合格居家護理事業的指定業務	1.合格居家護理業者的指定業務移轉至合格居家照護服務業者的指定業務旗下 2.廢止根據老人保健法的合格居家護理事業的指定業務 3.但保留根據健康保險法的合格居家護理事業的指定業務

資料來源：川村匡正(2000)『新介護保險総点検』ミレルヴェア書房 p.54

附表 8-2：2003 年版認定調查主要項目

概況調查		基本調查			
●認定調查員	●調査対象者	●有無麻痺	●關節活動範圍有無障礙	●床上翻身	●起床
現在接受的照護服務(機構或居家)及頻度		●保持坐姿	●保持站姿	●步行	●下床坐到椅子上
受訪者的生活環境：		●移動、走動	●起身站立	●保持單腳站立	●体を洗うこと
受訪對象的主訴、家庭狀況、居住環境、日常有無使用協助生活的用具、器械等		●有無褥瘡	●吞嚥、進食	●排尿	●排便
特記事項		●清潔(整容)	●穿脫衣物	●服藥	●管理金錢
有必要特別記載的項目： 現在可能影響照護的情況因素、認定調查員難以判斷的情況，由調查員詳細紀錄		●打電話	●日常的意思決定	●視力	●聽力
		●意思表達能力	●對照戶者指示的反應	●記憶力、理解力	●徘徊、身上不潔等異常行為
		●特殊醫療項目	●殘障老人的自立程度	●失智症老人自立程度	

資料來源：大阪府健康福利部高齢介護室

<http://www.pref.osaka.jp/korei/kaigohoken/imfo/kaitei/kaitei.htm>

附表 8-3: 2003 年版需照護程度區分 (標準地區)

需照護程度	照護基準時間 (平均每日)	老人的身心狀態 (例)	給付服務水準	居家照護服務 支給限度額 (月額)
需支援 需要社會 性支援	25 分鐘以上 32 分以下 (洗衣、整理日用品、 身體機能訓練及支援等 佔 10 分鐘 以上)	●日常生活一部分需要支援 照顧 ●複雜動作時需支援	●每週 2 次日間復健	6.15 萬日圓
需照護程度(1) 虛弱	32 分鐘以上 50 分鐘以下	●日常生活一部分需支援照 顧、複雜動作時需支援 ●移動位置時需支援 ●偶有異常行為或理解力降 低情形	●每天需要若干照護 服務支援	16.58 萬日圓
需照護程度(2) 輕度	50 分鐘以上 70 分鐘以下	●整體日常生活需支援照 顧、複雜動作及移動位置 時需支援 ●排泄及進食時需支援 ●偶有異常行為或理解力降 低情形	●每週 3 次日間復建，外 加每天需要若干照護服 務支援	19.48 萬日圓
需照護程度(3) 中重度	70 分鐘以上 90 分鐘以下	●日常生活照顧、複雜動作、 排泄等自己一個人無法自 理 ●自己無法移動位置 ●數種異常行為及理解力變 差現象	●夜間 (或清晨) 巡迴訪 視照護，外加 1 天 2 次 照護服務支援 ●每週 3 次訪視護理服務 < 醫療需要程度較高者 > ●每週 4 次日間復建，外 加每天需要若干照護服 務支援 < 失智症者 >	26.75 萬日圓

		●日常生活照顧、複雜動作、 排泄等完全無法自理	●夜間（或清晨）巡迴訪 視照護，外加 1 天 2-3	
		●自己無法移動位置	次訪視照護服務	
需照護程 度(4)	90 分鐘以上 110 分鐘以 下	●多種異常行為、理解力全面 減弱	●每週 3 次訪視護理服務 <醫療需要程度較高者 >	30.60 萬日圓
最重 度			●每週 5 次日間復建，外 加每天需要若干照護支 援<失智症者>	
需照護程 度(5)	110 分鐘以 上	●日常生活照顧、複雜動作、 排泄、進食等完全無法自 理	●清晨、夜間巡迴訪視照 護，外加 1 天 3-4 次訪視 照護服務	35.83 萬日圓
最重 度		●多種異常行為、理解力全面 減弱	●每週 3 次訪視護理服務 <醫療需要程度較高者 >	

資料來源：「2003 年 3 月 24 日厚生労働省令第 42 号」

日本旅行業健康保險組合 <http://www.ryokou-kenpo.or.jp/kaigo/kubun.html> 提供

附表 8-4：照護服務分類及需照護基準時間模型（1998 年版）

照護服務分類	照護服務內容	
1 直接生活照顧	身體直接接觸而照護，如協助入浴、排泄、進食等	
2 間接生活照顧	清洗衣物、日用品整理等日常生活上的照顧、家事援助服務	
3 異常行為相關照顧	徘徊、不潔行為等對應性處理及照護	
4 機能訓練相關行為	協助步行練習、日常生活訓練等機能訓練	
5 醫療相關行為	協助呼吸、打點滴、處理褥瘡等診療服務	
需照護服務基準時間		
需照護程度	照護範疇	基準時間
需支援	1 需照護認定基準時間 5 種照護服務類別合計	25 分鐘以上，30 分鐘以下
	2 需照護認定基準時間 5 種照護服務類別合計 25 分鐘以上，且間接生活照顧、機能訓練相關行為類合計 10 分鐘以上	
需照護度 1	需照護認定基準時間 5 種照護服務類別合計	30-50 分鐘
需照護度 2		50-70 分鐘
需照護度 3		70-90 分鐘
需照護度 4		90-110 分鐘
需照護度 5		110 分鐘以上

資料來源：介護保險制度便利帳 <http://www31.ocn.ne.jp/~ktcare/01jouhomenu/01gai/index.html>

附表 8-5：成立介護保險後公費負擔的變化／2000 年度基準（1995 年度價格）

制度	現行制度 (億日圓)	2000 年度介護保險 (億日圓)		擴充整備案 B (億日圓)	
		3.9 兆日圓	增減額	4.22 兆日圓	增減額
總費用	3.9 兆日圓	3.9 兆日圓		4.22 兆日圓	
國庫負擔	16,000 (41.3%)	11,000 (28.5%)	▲5,000	12,100	▲4,000
都道府縣負擔	3,900 (10.0%)	4,300 (11.0%)	+400	4,700	+800
市町村負擔	6,500 (16.7%)	4,300 (11.1%)	▲2,200	4,700	▲1,800
公費負擔合計	26,500 (67.9%)	19,700 (50.5%)	▲6,800	21,500	▲5,000
國保提撥金	1,800 (4.6%)	1,600 (4.1%)	▲200		

資料來源：「都道府縣高齢者介護対策担当課長會議（都道府縣老人照護對策執行課長會議）」資料（1996.7.17）介護の社会化を進める 1 万人市民委員會提供  
<http://www.kaigo.or.jp/reform6.html>

附表 8-6：黃金計畫、新黃金計畫照護服務基礎整備目標及經費試算

區分	黃金計畫	新黃金計畫	擴充整備案 A	擴充案整備 B
居家照護員(home helper)	10 萬人	17 萬人	22 萬人	17 萬人
日間照護	1 萬人	1.7 萬人	2.1 萬人	1.7 萬人
短期收容照護(喘息服務)	5 萬床	6 萬床	9.1 萬床	7.3 萬床
居家照護支援中心	1 萬所	1 萬所	同左	同左
老人特別養護之家	24 萬床	29 萬床		
老人保健施設	28 萬人	28 萬人		
照護住宅(care house)	10 萬人	10 萬人		
老人生活福利中心	400 所	400 所		
居家(訪視)護理站	-	5000 所	8000 所	6000 所
2000 年度總費用(假定單價漲幅率 3%時)		4.1 兆日圓	4.8 兆日圓	4.4 兆日圓
2000 年度總費用(假定單價漲幅率 4%時)		4.3 兆日圓	5.0 兆日圓	5.6 兆日圓

資料來源：(舊)厚生省第 27 次老人保健福利審議會資料(1998)「新システムにおける高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計(粗算)」；介護の社会化を進める 1 万人市民委員会(1997)  
<http://www.kaigo.or.jp/reform6.html>

附表 8-7：1999 年介護保險未來經費推估(1995 年度價格)

	2000 年度	2005 年度	2010 年度
總費用	4.2 兆日圓	5.5 兆日圓	6.9 兆日圓
保險費/月 (3 年間同一價格)	2400 日圓 (2500 日圓)	2900 日圓	3600 日圓
需照護者人數	280 萬人	340 萬人	400 萬人

資料來源：厚勞省(1999) [http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/kaigo5.html#10](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html#10)

- 說明：(1) 2000 年度居家、機構服務給付同時實施，預估居家照護利用會擴大。  
 (2) 保險費採「3 年間定額制」，每隔 3 年調整一次。  
 (3) 此為當時推算的全國平均值，而非個人個別負擔的保險費。  
 (4) 要照護老人數包含 40-64 歲合乎介護保險給付對象(各年度約 10 萬人左右)。

附表 8-8：照護一般老人的工作者訓練課程

各級居家照護員 (home helper) 的訓練時數及培養目的		
總時數 (小時)	研習型態 (小時)	目的
1 級 (230)	授課 84 示教 62 實習 84	深入並強化 2 級課程學得的知識、技術，培養可作為一般居家照護員督導人才
2 級 (130)	授課 58 示教 42 實習 30	培養具備一般照護知識與技術，足可獨當一面的照護人才
3 級 (50)	授課 25 示教 17 實習 8	培養基礎照護知識與技術，可作為照護助理及協助生活照顧的人才
照護福利士 (care worker) 的訓練時數及培養目的 (參考)		
總時數	修業年限	目的
1,650 小時	2 年	培養具備各種照護知識技能而可獨當一面或擔任領導職的照護人才。(照護福利士可選擇機構照護或居家照護服務，但居家照護員必須增加訓練課程，方適合轉至機構內服務)

資料來源：厚勞省提供 (2004 年 3 月)；李光廷製作

附表 8-9：照護失智症老人的工作者訓練課程

失智症老人照護工作者的指導員訓練時數及培養目的		
總時數	研習型態	目的
240 小時 (計 30 日)	授課及示教 40 小時 (5 日) 實習 200 小時 (25 日)	(1) 理解失智症老人照護各種相關領域的研究 (2) 培養活用照護計畫、指導 Team Care 的組織能力 (3) 培養指導示教、實習的方法及能力 (4) 培養擔任授課講師的能力
失智症老人照護實務工作者訓練時數及培養目的		
(A) 基礎課程：原則上以受過身體照護基本知識及技術者為對象		
總時數	研習型態	目的
20 小時	授課及示教	培養失智症老人照護基本理念及知識
(B) 專門課程		
總時數	研習型態	目的
120 小時	授課及示教 40 小時 實習 80 小時	深入並強化基礎課程學得的知識，培養指導並提升機構或居家照護服務業者的照護團隊工作效率的能力
具備條件	(1) 基礎課程修畢 (2) 從事照護業務 5 年以上經驗	
實習機構	(1) 訓練單位主管負責人認可的適當場所 (2) 介護保險各種機構、失智老人之家、日間照護機構等	

資料來源：厚勞省提供 (2004 年 3 月)；李光廷製作

附表 8-10 21 世紀黃金計畫照護服務整備目標

分類	2004 年度
訪問看護(home help service)	225 百萬小時 (35 萬人)
訪視護理 (訪視護理站)	44 百萬小時 (9,900 所)
日間照護(day service)/ 日間復健(day care)	105 百萬人次 (2.6 萬所)
短期收容生活照護/ 短期收容療養照護	4,785 千週 9.6 萬人分 (短期收容生活照護專用床)
老人照護福利機構 (老人特別養護之家)	36 萬人分
老人照護保健機構 (老人保健設施)	29.7 萬人分
社區失智老人之家 (失智症老人 group home)	3,200 所
照護型低費老人之家 (care house)	10.5 萬人分
老人生活福利中心	1,800 所

資料來源：厚勞省 (2000) 「全國厚生關係部局長會議資料」  
[http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku\\_2/roujin-h/tp0119-1d.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku_2/roujin-h/tp0119-1d.html)

說明：執行 21 世紀黃金計畫相關經費包括老人養護特別之家、老人保健設施等機構建設相關費用約 1,331 億日圓，預防照護、生活支援等介護保險服務以外的相關費用約 1,383 億日圓，總計約 2,714 億日圓。

附表 8-11：需照護認定程度及主要照護內容別照護者人力結構

(單位：%)

主要照護內容/ 照護者人力	總數	需支 援者	需照護者					
			總數	需照護度 1	需照護度 2	需照護度 3	需照護度 4	需照護度 5
協助入浴 (泡澡)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
專業照護員	42.5	36.9	42.6	33.9	33.0	38.7	55.9	60.9
家屬主要照護者	39.1	49.5	38.6	46.5	49.3	40.8	27.8	19.0
其他照護人力組合	17.9	11.7	18.3	18.9	17.5	19.6	16.0	20.2
洗髮	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
專業照護員	40.2	40.9	40.1	36.5	35.7	35.0	44.0	51.5
家屬主要照護者	46.1	54.5	45.9	49.2	51.8	48.1	43.4	34.2
其他照護人力組合	13.3	4.5	13.7	13.5	12.2	16.2	12.6	13.8
身體擦拭	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
專業照護員	23.0	38.9	22.5	26.6	24.1	18.4	20.2	25.9
家屬主要照護者	57.9	50.0	58.3	59.7	61.5	61.3	59.8	48.5
其他照護人力組合	18.8	11.1	19.0	13.6	14.1	20.0	19.9	25.2

資料來源：厚勞省「2000 年度介護サービス世帯調査の概要(2000 年度照護服務家庭調查概況)」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/setai00/kekka-4.html>

說明：其他照護人力組合，包括專業照護員與家屬主要照護者組合、家屬主要照護者與其他照護者組合、其他照護者以及照護人力組合不詳者。

附表 8-12: 受訪者不利用照護服務的理由 (複選回答)

受訪者	理由								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
505 (人)	55	297	183	41	85	29	28	17	61
百分比	11%	59%	36%	8%	17%	6%	6%	3%	12%

資料來源：厚勞省 2001 年 7 月~2002 年 1 月的「利用者問卷調查」。

說明：其理由分別為：(1) 住醫院中 (2) 暫時由家屬照護還能應付；(3) 暫時自己還能照顧自己；(4) 不想讓陌生人進入家中；(5) 不想外出和別人打交道；(6) 想要利用的服務沒有提供 (7) 不知道哪些服務適合自己利用 (8) 10% 的服務報酬利用者負擔不起 (9) 其他

附表 8-13：2002 年保健醫療福利領域的人力配置現狀

(A) 國家資格證照職種		
職種	人數	備註
醫師	26 萬 2,687 人	2002 年 12 月 31 日止任職者數
牙醫師	9 萬 2,874 人	2002 年 12 月 31 日止任職者數
藥劑師	22 萬 9,744 人	2002 年 12 月 31 日止任職者數
護理人員	123 萬 3,496 人	2002 年 12 月 31 日止任職者數
齒科衛生士	7 萬 3,297 人	2002 年 12 月 31 日止就業者數
PT(物理治療師)	3 萬 7,068 人	2003 年 12 月 31 日止證照取得者數
OT(職能治療師)	2 萬 2,757 人	2003 年 12 月 31 日止證照取得者數
社會福利士	4 萬 8,585 人	2003 年 12 月 31 日止登記者數
照護福利士	35 萬 1,678 人	2003 年 12 月 31 日止登記者數

注 醫師、牙醫師、藥劑師等人數根據「厚勞省 2002 年醫師、牙醫師、藥劑師調查」；護理人員人數根據厚勞省 2002 年「醫院報告」、「醫療機構靜態調查」、「衛生行政報告例」等而計算；牙科衛生士根據同「衛生行政報告例」；PT、OT、社會福利士、照護福利士等由厚勞省調查

(B) 就業資格職種		
職種	人數	備註
照護管理師 (care manager)	6 萬 7,436 人	2002 年 10 月 1 日止就業者數
居家照護員	26 萬 3,781 人	2002 年 10 月 1 日止就業者數
機構照護職員	31 萬 4,675 人	2002 年 10 月 1 日止就業者數

注 訪視照護員人數由厚勞省 2002 年根據「照護機構及事業所調查」；機構照護職員人數由厚勞省 2002 年根據「社會福利機構調查等調查」、「照護服務機構及事業所調查」

資料來源：內閣府 (2004) 『2004 年版高齡社會白書』計算

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2004/zenbun/html/G2323100.html>

附表 8-14：失智症老人的照護工作者人力訓練實績

失智症老人照護指導員受訓結業者	失智症老人照護實務工作受訓結業者
2002 年底累計：309 人	2001 年底累計：基處課程 7,177 人 專門課程 1,605 人
	2002 年底累計：基處課程 1,0755 人 專門課程 2,184 人

資料來源：厚勞省提供 (2004 年 3 月)；李光廷製作

附表 8-15：2000-2004 年日本介護保險經認定人數

單位：萬人

	2000 年 四月末	2001 年 四月末	2002 年 四月末	2003 年 四月末	2004 年 二月末
需支援	29.1	32.0	39.8	49.9	58.1
需照護程度 1	55.1	70.9	89.1	105.6	122.5
需照護程度 2	39.4	49.0	57.1	63.6	59.5
需照護程度 3	31.7	35.8	39.4	42.6	47.7
需照護程度 4	33.9	36.5	39.4	41.9	46.6
需照護程度 5	29.0	34.1	38.1	40.9	44.9
合計	218.2	258.3	302.9	344.5	379.3

資料來源：厚生勞動省 <http://www.mhlw.go.jp/>

附表 8-16：2000-2004 年日本介護保險實際使用人數

單位：萬人

利用人數	2000 年 4 月末	2001 年 4 月末	2002 年 4 月末	2003 年 4 月末
居家	97	142	172	194
需要支援	17	22	26	31
需要介護一級	29	47	61	71
需要介護二級	17	29	36	39
需要介護三級	12	18	21	22
需要介護四級	10	14	16	16
需要介護五級	9	12	13	14
機構	52	65	69	72
介護老人福祉施設	25	30	32	33
介護老人保健施設	19	24	25	25
介護療養型醫療施設	7	11	12	13
整體合計	149	207	241	266
利用率 (經認定人數/實際使用人數)	68.29%	80.14%	79.56%	77.21%

資料來源：厚生勞動省 <http://www.mhlw.go.jp/>

附表 8-17：不同介護級別之被保險人利用社區式服務平均費用佔其上限費用的比重

級別	2000年7月	2001年6月	2002年6月	2003年6月	2004年6月
需支援	54.2	48.9	48.1	47.7	46.0
需介護程度1	37.5	33.9	35.3	35.7	34.7
需介護程度2	42.6	39.4	42.9	44.3	44.4
需介護程度3	43.7	40.6	45.6	47.6	47.5
需介護程度4	43.9	40.8	47.5	49.9	50.7
需介護程度5	44.6	41.3	47.2	49.8	50.9

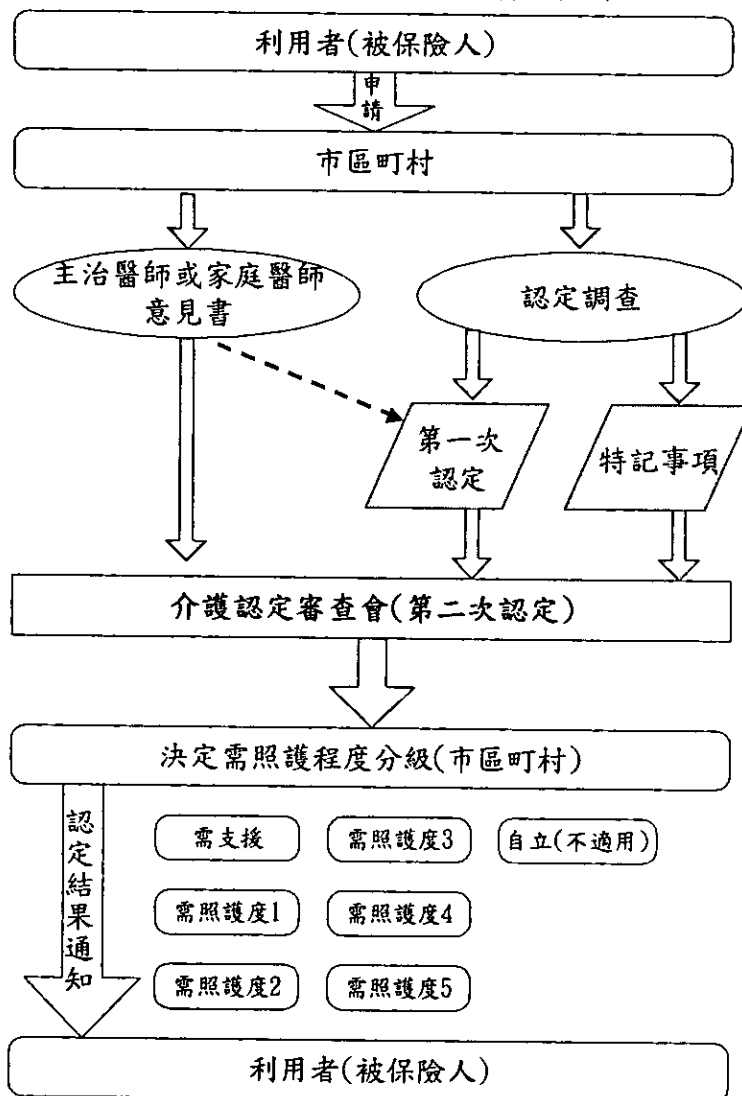
資料來源：厚生勞動省 <http://www.mhlw.go.jp/>

附表 8-18 日本被保險人利用介護服務費用佔限定額度之比例分佈

比例	2001年3月底	2002年3月底
90%以上	10.9	13.5
60-90%	17.6	20.0
30-60%	30.2	28.6
30%以下	41.3	37.9

資料來源：建構長期照護體系先導計畫（2002）考察美國、加拿大、日本長期照護制度報告書

附圖 8-1 需照護認定手續流程圖



注 自立(不適用)者不能使用介護保險給付  
資料 大阪府健康福利部高齢介護室  
<http://www.pref.osaka.jp/korei/kaigohoken/imfo/kaitei/kaitei.htm>

附圖 8-2：制度立案時老人照護費用推估與實績比較

總費用（單位：兆日圓）												
		2000 年度						2001 年度	2002 年度	2003 年度 (參考)	2005 年度	2010 年度
		合計	居家	機構								
				合計	特養	老健	療養型					
推估	A 案	4.8	1.6	3.1	1.1	1.1	1.0	-	-	-	7.0	10.5
	B 案	4.4	1.3	3.1	1.1	1.1	1.0					
	C 案	4.1	1.0	3.1	1.1	1.1	1.0					
實績		3.6	1.2	2.4	1.1	0.8	0.5	4.6	5.1	5.4	(預算)	(預算)

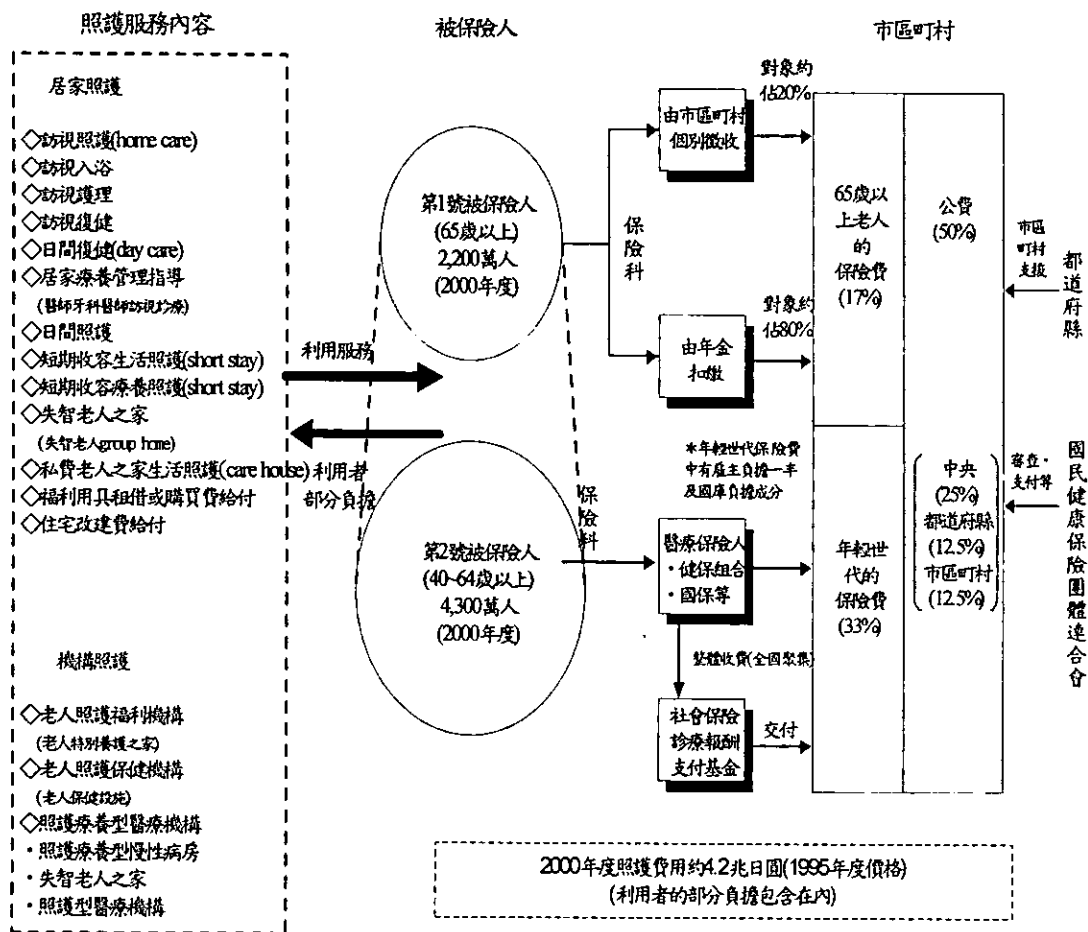
(注) <推估前提>以 1997 年作為新制度實施年。  
 例 A：假定 2000 年度居家基礎建設整備率為 50%  
 例 B：假定 2000 年度居家基礎建設整備率為 40%  
 例 C：假定 2000 年度以前新黃金計畫基礎建設整備完成  
 以上三例，假定照護機構基礎建設整備率均達 100% (老人照護服務單價成長率為 3%/年)

<各年度需照護老人數推估及實際人數>

	2000 年度 (萬人)	2001 年度 (萬人)	2002 年度 (萬人)	2010 年度 (萬人)
推估 (「需照護老人等」)	280	-	-	390
實績 (需照護受認定人數)	256	298	344	-

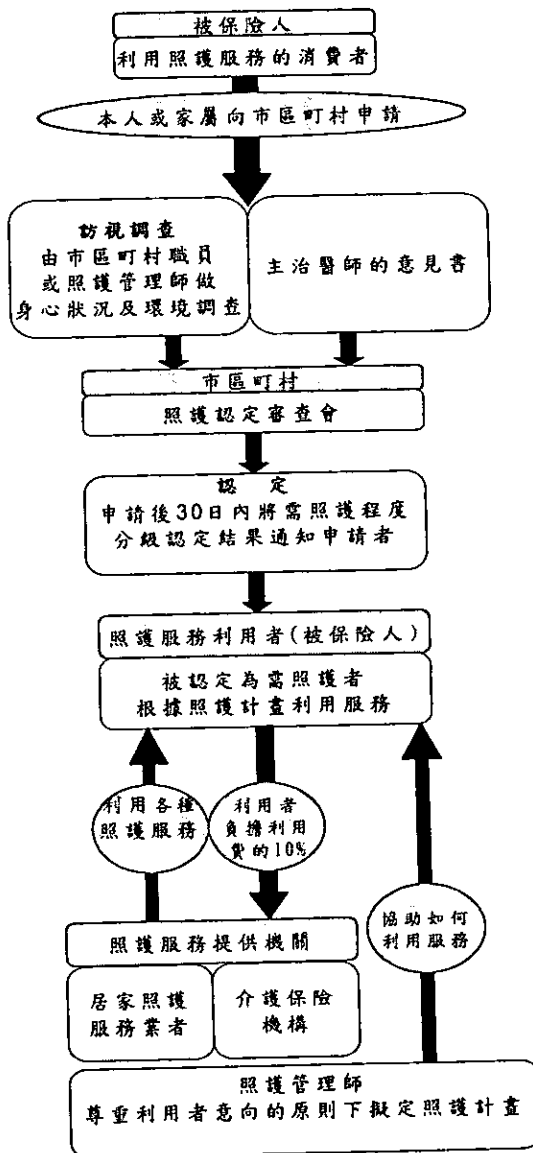
注 (1) 2000、2001 年度為實績 (2000 年度 11 個月分)，2002 年度以後為預算。  
 (2) 2000、2001 年度介護保險事業狀況報告 (年報)、2002 年度為 2003 年 3 月底統計。  
 資料 社保審介護保險部會第 3 次會議資料 2003.7.28 「保險財政の状況等について」  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0728-5e6.html>

附圖 8-3：日本介護保險財源結構比及服務給付內容



資料來源：(舊)厚生省編(1999年版)『厚生労働白書』，厚生省編

圖 8-4: 照護服務利用流程



資料來源：剛本佑三 (2000)『介護保険の教室』PHP 新書 p.44

附表 9-1、20 歲以上功能障礙率 (%), 依性別、年齡別, 2000 年。

	僅 IADL 障礙	1-2 項 ADL 障礙	3-4 項 ADL 障礙	5 項以上 ADL 障礙
<b>男性</b>				
20-49 歲	0.327	0.163	0.152	0.086
50-64 歲	1.037	0.439	0.312	0.967
65-74 歲	2.153	1.350	0.788	2.892
75-84 歲	4.619	2.601	1.757	5.941
85 歲以上	8.927	6.864	3.976	15.979
<b>女性</b>				
20-49 歲	0.275	0.125	0.112	0.065
50-64 歲	1.083	0.364	0.222	0.667
65-74 歲	2.775	1.257	0.847	2.832
75-84 歲	6.992	3.638	2.348	8.929
85 歲以上	10.101	7.713	5.051	24.579

資料來源：吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.2.1。行政院衛生署，民國九十三年。

附表 9-2、男性 20 歲以上功能障礙人口數，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙					3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙					
	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	
2006	146048	9223	7880	8453	10553	5125	8600	5600	4934	7129	2969	4874	17400	18066	23877	11365
2010	158572	9238	9518	25515	--	--	8569	6769	15817	--	--	4862	20953	57331	--	--
2011	162389	9023	9937	8700	10335	7157	8414	7062	5078	6981	4146	4761	21888	18638	23606	16662
2016	185553	8774	11267	11185	10511	9362	8182	8008	6529	7100	5423	4629	24819	23961	24009	21794
2020	199109	8777	11559	34420	--	--	8127	8219	21035	--	--	4606	25445	76921	--	--
2021	207190	8458	11589	15816	11129	9735	7887	8236	9232	7518	5639	4463	25527	33882	25419	22662
2026	236362	7932	11519	18890	14919	10829	7397	8187	11026	10078	6273	4185	25374	40467	34076	25210
2031	267622	7230	11667	20279	21143	11493	6742	8292	11837	14282	6657	3815	25699	43441	48292	26755
2036	300534	6634	11516	20240	25092	16477	6186	8184	11814	16950	9545	3500	25366	43359	57312	38358
2041	327525	6070	11137	19692	26943	22766	5660	7915	11494	18200	13187	3203	24532	42185	61542	52998
2046	343135	5443	10448	20594	26817	27114	5075	7425	12021	18115	15706	2872	23013	44117	61254	63120

資料來源：2010 年與 2020 年推估數字，摘自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.2.5。行政院衛生署，民國九十三年。其年齡分組為 20-49 歲；50-64 歲；65 歲以上。其他年代：(1)人口數依經建會臺灣地區人口數推估 93 年至 140 年，中華民國 93 年 8 月，與(2)吳淑瓊等人之研究所估算之性別年齡功能障礙率求算而得。

附表 9-3、女性 20 歲以上功能障礙人口數，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙					3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙				
	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上
2006	7000	6655	8712	13329	7112	6272	4059	5871	8602	4657	3640	12194	19628	32713	22663
2010	6902	8004	34214	--	--	6178	4895	22427	--	--	3588	14685	88762	--	--
2011	6802	8421	9278	16329	9998	6094	5136	6252	10539	6547	3537	15431	20904	40076	31860
2016	6558	9576	11748	19874	14369	5876	5841	7916	12827	9410	3410	17548	26468	48778	45789
2020	6481	9741	54327	--	--	5773	5957	35660	--	--	3356	17872	143127	--	--
2021	6252	9894	16629	21750	19561	5602	6034	11205	14038	12810	3251	18129	37464	53383	62335
2026	5782	9914	19938	28357	25306	5180	6046	13435	18302	16572	3006	18166	44920	69597	80644
2031	5194	10068	21399	40223	28245	4654	6140	14419	25960	18497	2701	18449	48211	98722	90009
2036	4729	9856	21483	48001	38706	4237	6011	14476	30980	25347	2459	18061	48400	117813	123344
2041	4339	9298	21114	51519	53051	3888	5671	14227	33251	34741	2256	17037	47570	126446	169057
2046	3903	8490	22029	51646	64184	3497	5178	14844	33333	42032	2030	15557	49631	126758	204533

資料來源：2010 年與 2020 年推估數字摘自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.2.5。行政院衛生署，民國九十三年。其年齡分組為 20-49 歲；50-64

歲；65 歲以上。其他年代：(1)人口數依經建會臺灣地區人口數推估 93 年至 140 年，中華民國 93 年 8 月，與(2)吳淑瓊等人之研究所估算之性別年齡功能障礙率求算而得。

附表 9-4 20 歲以上功能障礙人口數(男女合計)，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙										3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙					
	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	
	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上
2006	309154	16223	14535	17165	23882	12237	14872	9659	10805	15731	7626	8514	29594	37694	56590	34028					
2010	348227	16140	17522	59729	--	--	14747	11664	38244	--	--	8450	35638	146093	--	--					
2011	359591	15824	18358	17979	26664	17155	14508	12198	11330	17520	10693	8297	37319	39542	63683	48522					
2016	431539	15332	20844	22933	30385	23731	14058	13848	14445	19927	14833	8040	42367	50429	72787	67583					
2020	481403	15258	21300	88747	--	--	13900	14176	56695	--	--	7962	43317	220048	--	--					
2021	505525	14710	21482	32445	32879	29296	13489	14270	20437	21555	18449	7714	43656	71346	78802	84997					
2026	601526	13714	21433	38828	43275	36136	12577	14233	24461	28379	22845	7192	43540	85387	103673	105853					
2031	700512	12424	21735	41677	61365	39738	11396	14432	26256	40242	25154	6515	44148	91652	147014	116764					
2036	814436	11363	21372	41723	73093	55183	10423	14196	26290	47930	34892	5959	43427	91759	175125	161702					
2041	920990	10409	20435	40806	78462	75817	9548	13586	25722	51451	47929	5459	41569	89755	187988	222055					
2046	990778	9346	18937	42623	78463	91298	8573	12603	26865	51448	57738	4901	38570	93748	188012	267654					

資料來源：2010 年與 2020 年推估數字摘自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.2.5。行政院衛生署，民國九十三年。其年齡分組為 20-49 歲；50-64

歲；65 歲以上。其他年代：(1)人口數依經建會臺灣地區人口數推估 93 年至 140 年，中華民國 93 年 8 月，與(2)吳淑瓊等人之研究所估算之性別年齡功能障

礙率求算而得。

附表 9-5 20 歲以上功能障礙者，居家服務使用率 (%)，依性別、年齡、ADL 障礙程度分，2000 年

	1-2 項 ADL 障礙	3-4 項 ADL 障礙	5 項以上 ADL 障礙
男性			
20-49 歲	1.11	13.73	18.56
50-64 歲	7.59	7.41	20.00
65-74 歲	14.78	12.87	20.47
75-84 歲	19.35	15.38	19.77
85 歲以上	16.67	15.91	5.97
女性			
20-49 歲	10.00	12.00	21.28
50-64 歲	13.64	24.07	35.19
65-74 歲	21.43	17.02	20.00
75-84 歲	27.81	18.80	21.66
85 歲以上	17.19	8.22	11.63

資料來源：吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 3.3.1-1。行政院衛生署，民國九十三年。

附表 9-6 男性 20 歲以上功能障礙使用居家照護人數，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙										3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙									
	20-49 歲		50-64 歲		65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		20-49 歲		50-64 歲		65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上						
	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	
2006	22127	102	598	1249	2042	854	1181	415	635	1096	472	905	3480	3698	4720	678									
2011	24137	100	754	1286	2000	1193	1155	523	654	1074	660	884	4378	3815	4667	995									
2016	27488	97	855	1653	2034	1561	1123	593	840	1092	863	859	4964	4905	4747	1301									
2021	31269	94	880	2338	2153	1623	1083	610	1188	1156	897	828	5105	6936	5025	1353									
2026	36413	88	874	2792	2887	1805	1016	607	1419	1550	998	777	5075	8284	6737	1505									
2031	42174	80	886	2997	4091	1916	926	614	1523	2197	1059	708	5140	8892	9547	1597									
2036	46862	74	874	2992	4855	2747	849	606	1521	2607	1519	650	5073	8876	11331	2290									
2041	50039	67	845	2910	5214	3795	777	587	1479	2799	2098	594	4906	8635	12167	3164									
2046	51730	60	793	3044	5189	4520	697	550	1547	2786	2499	533	4603	9031	12110	3768									

資料來源：本研究小組根據附表 9-2 與附表 9-5 求算而得。

附表 9-7 女性 20 歲以上功能障礙使用居家服務人數，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙					3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙				
	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上
2006	31845	700	908	1867	3707	1223	753	977	999	1617	383	4291	3926	7086	2636
2011	38377	680	1149	1988	4541	1719	731	1236	1064	1981	538	5430	4181	8681	3705
2016	47204	656	1306	2518	5527	2470	705	1406	1347	2411	773	6175	5294	10565	5325
2021	56050	625	1349	3564	6049	3363	672	1452	1907	2639	1053	6380	7493	11563	7250
2026	68076	578	1352	4273	7886	4350	622	1455	2287	3441	1362	6393	8984	15075	9379
2031	81971	519	1373	4586	11186	4855	558	1478	2454	4880	1520	6492	9642	21383	10468
2036	95173	473	1344	4604	13349	6654	508	1447	2464	5824	2084	6356	9680	25518	14345
2041	106073	434	1268	4525	14327	9119	467	1365	2422	6251	2856	5995	9514	27388	19661
2046	112654	390	1158	4721	14363	11033	420	1246	2526	6267	3455	5474	9926	27456	23787

資料來源：本研究小組根據附表 9-3 與附表 9-5 計算而得。

附表 9-8 20 歲以上功能障礙使用居家服務人數（男女合計），依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙										3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙					
	20-49 歲		50-64 歲		65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		20-49 歲		50-64 歲		65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		
	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上
2006	53973	802	1506	3116	5749	2077	1933	1392	1634	2714	855	1679	7771	7624	11806	3314					
2011	62514	780	1903	3274	6541	2912	1887	1759	1718	3055	1198	1636	9808	7996	13348	4700					
2016	74692	753	2161	4171	7561	4031	1829	1999	2188	3503	1636	1585	11139	10198	15312	6626					
2021	87319	719	2229	5901	8202	4985	1755	2063	3095	3795	1950	1520	11485	14428	16588	8602					
2026	104488	666	2227	7065	10773	6155	1637	2062	3706	4991	2360	1417	11467	17268	21812	10884					
2031	124145	600	2259	7583	15277	6771	1484	2092	3978	7077	2580	1283	11632	18535	30930	12065					
2036	142034	547	2218	7595	18204	9400	1358	2053	3984	8431	3602	1173	11429	18556	36849	16635					
2041	156112	501	2114	7435	19541	12915	1244	1951	3901	9050	4954	1075	10902	18149	39555	22825					
2046	164384	451	1951	7765	19552	15553	1117	1796	4073	9053	5954	965	10077	18957	39566	27556					

資料來源：本研究根據附表 9-6 與附表 9-7 相加而得。

附表 9-9 20 歲以上功能障礙者，機構使用率 (%)，依性別、年齡、ADL 障礙程度分，2000 年。

	1-2 項 ADL 障礙	3-4 項 ADL 障礙	5 項以上 ADL 障礙
<b>男性</b>			
20-49 歲	2.09 / 3.78 <sup>a</sup>	12.50 / 16.9 <sup>a</sup>	11.90 / 19.05 <sup>a</sup>
50-64 歲	6.65	4.13	15.61
65-74 歲	7.71	14.64	15.45
75-84 歲	7.77	10.29	23.01
85 歲以上	8.57	14.29	22.34
<b>女性</b>			
20-49 歲	3.39 / 6.78 <sup>a</sup>	4.26 / 14.58 <sup>a</sup>	12.33 / 17.57 <sup>a</sup>
50-64 歲	6.94	2.30	9.83
65-74 歲	3.29	5.05	13.60
75-84 歲	1.77	6.55	18.17
85 歲以上	3.46	5.50	20.02

資料來源：摘自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.2-8 與 4.3.2-26。行政院衛生署，民國九十三年。

說明：a：為該年齡層之機構使用中推估值，摘自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.2-27。行政院衛生署，民國九十三年。

附表 9-10 男性 20 歲以上功能障礙機構使用人數，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	3-4 項 ADL 障礙										5 項以上 ADL 障礙					
	1-2 項 ADL 障礙					3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙					
	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	
總計	193	524	652	820	439	1075	231	722	734	424	580	2716	2791	5494	2539	
2006	19935	193	524	652	820	439	1075	231	722	734	424	580	2716	2791	5494	2539
2011	22351	189	661	671	803	613	1052	292	743	718	592	566	3417	2880	5432	3722
2016	25749	183	749	862	817	802	1023	331	956	731	775	551	3874	3702	5524	4869
2021	28785	177	771	1219	865	834	986	340	1352	774	806	531	3985	5235	5849	5063
2026	33470	166	766	1456	1159	928	925	338	1614	1037	896	498	3961	6252	7841	5632
2031	38723	151	776	1563	1643	985	843	342	1733	1470	951	454	4012	6712	11112	5977
2036	44608	139	766	1561	1950	1412	773	338	1730	1744	1364	417	3960	6699	13188	8569
2041	49633	127	741	1518	2093	1951	708	327	1683	1873	1884	381	3829	6518	14161	11840
2046	52559	114	695	1588	2084	2324	634	307	1760	1864	2244	342	3592	6816	14095	14101

資料來源：本研究根據附表 9-2 與附表 9-9 求算而得。

附表 9-11 女性 20 歲以上功能障礙機構使用人數，依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙					3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙					
	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	
2006	17742	237	462	287	236	246	267	93	296	563	256	449	1199	2669	5944	4537
2011	21955	231	584	305	289	346	260	118	316	690	360	436	1517	2843	7282	6378
2016	28039	222	665	387	352	497	250	134	400	840	518	420	1725	3600	8863	9167
2021	34532	212	687	547	385	677	239	139	566	919	705	401	1782	5095	9700	12479
2026	43122	196	688	656	502	876	221	139	678	1199	911	371	1786	6109	12646	16145
2031	51714	176	699	704	712	977	198	141	728	1700	1017	333	1813	6557	17938	18020
2036	62974	160	684	707	850	1339	180	138	731	2029	1394	303	1775	6582	21407	24693
2041	74581	147	645	695	912	1836	166	130	718	2178	1911	278	1675	6470	22975	33845
2046	82603	132	589	725	914	2221	149	119	750	2183	2312	250	1529	6750	23032	40948

資料來源：本研究小組根據附表 9-3 與附表 9-9 計算而得。

附表 9-12 20 歲以上功能障礙機構使用人數（男女合計），依功能障礙情形、年齡分，2006-2046 年。

年代	1-2 項 ADL 障礙										3-4 項 ADL 障礙					5 項以上 ADL 障礙				
	20-49 歲		50-64 歲		65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上		20-49 歲		50-64 歲		65-74 歲		75-84 歲		85 歲以上	
	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	總計	20-49 歲	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上		
2006	37677	430	986	938	1056	685	1342	325	1019	1297	680	1029	3915	5461	11438	7076				
2011	44306	419	1245	976	1092	959	1311	410	1059	1409	953	1003	4934	5722	12714	10101				
2016	53788	406	1414	1249	1168	1299	1273	465	1356	1571	1292	971	5599	7302	14387	14036				
2021	63317	389	1457	1766	1250	1511	1225	479	1917	1693	1510	932	5767	10330	15549	17542				
2026	76592	362	1454	2112	1661	1804	1145	477	2293	2236	1808	869	5747	12361	20487	21777				
2031	90438	327	1475	2267	2355	1962	1041	484	2461	3170	1969	787	5825	13268	29050	23997				
2036	107581	299	1450	2267	2799	2751	954	476	2461	3773	2758	720	5735	13281	34594	33263				
2041	124214	274	1386	2213	3005	3787	873	457	2401	4051	3795	659	5504	12987	37136	45685				
2046	135162	246	1284	2313	2998	4544	783	426	2509	4047	4556	592	5122	13566	37127	55049				

資料來源：本研究小組根據附表 9-10 與附表 9-11 相加而得。

附表 9-13 20 歲以上功能障礙者日間照護使用率 (%)

	低推估	中推估	高推估
20-49 歲	0.35	2.2	20.0
50 歲以上	0.35	1.99	20.9

資料來源：吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.2-31 與表 4.3.2-38。行政院衛生署，民國九十三年。

說明：(1) 低推估為吳淑瓊：全國長期照護需要評估第二年計畫，之調查結果。其中，低推估為日間照護的使用率；中推估為「非常有意願」使用日間照護者；高推估則是「非常願意以及願意」使用日間照護者。

附表 9-14 20 歲以上功能障礙者，居家服務使用人數推估。

年代	低推估	中推估	中高推估	高推估
2006	53973	80959	107946	134932
2011	62514	93771	125027	156284
2016	74692	112038	149384	186730
2021	87319	130979	174638	218298
2026	104488	156732	208976	261220
2031	124145	186218	248290	310363
2036	142034	213052	284069	355086
2041	156112	234167	312223	390279
2046	164384	246577	328769	410961

資料來源：本研究小組計算

說明：低推估：根據吳淑瓊先導計畫實驗社區中，居家服務使用情形估算出（參見附表 9-8）；  
中推估：低推估成長 50%；中高推估：低推估成長 100%；高推估：低推估成長 150%。

附表 9-15 20 歲以上功能障礙者，設假雇用家庭監護工者轉為使用居家服務使用人數推估。

年代	低推估	中推估	中高推估	高推估
2006	94452	141679	188905	236131
2011	109399	164098	218798	273497
2016	130711	196066	261422	326777
2021	152808	229212	305617	382021
2026	182854	274282	365709	457136
2031	217254	325881	434508	543135
2036	248560	372840	497121	621401
2041	273195	409793	546391	682988
2046	287673	431509	575345	719182

資料來源：本研究小組計算

說明：(1) 低推估：根據吳淑瓊先導計畫實驗社區中，居家服務使用情形估算出；中推估：低推估成長 50%；中高推估：低推估成長 100%；高推估：低推估成長 150%。

說明：(2) 根據吳淑瓊先導計畫實驗社區中，發現雇用家庭監護工與使用居家服務者比率為 3:4，因此，假設雇用家庭監護工轉為使用居家服務後，會使推估之居家服務需求人數增加 75%。

附表 9-16 20 歲以上功能障礙者，機構使用人數推估—低、中、高推估。

年代	低推估	中推估	高推估
2006	37677	58668	92265
2011	44306	68833	107347
2016	53788	83319	127612
2021	63317	98237	148165
2026	76592	117631	175595
2031	90438	137680	203009
2036	107581	160672	233845
2041	124214	182168	261110
2046	135162	196333	277050

資料來源：本研究小組計算

說明：低推估：根據吳淑瓊先導計畫實驗社區居家服務使用情形估算出；中推估：除 20-49 歲有各自的中推估率外，其他年齡層的機構使用率訂為 20%；高推估：機構使用率訂為 30%。

附表 9-17 20 歲以上功能障礙者，日間照護使用人數推估—低、中、高推估

年代	低推估	中推估	高推估
2006	1082	6235	64257
2011	1259	7237	74807
2016	1510	8666	89855
2021	1769	10135	105331
2026	2105	12041	125418
2031	2452	14004	146134
2036	2851	16266	169967
2041	3223	18381	192258
2046	3468	19764	206867

資料來源：本研究小組計算

說明：低推估、中推估與高推估之推估率來自附表 9-13。

附表 9-18 50 歲以上人口失能比 (%), 依性別、年齡分, 2000 年。

年齡別	失能比		
	男性	女性	男女合計
20-49 歲	--	--	--
50-64 歲	2.361	2.212	2.285
65-74 歲	6.111	7.442	6.764
75-84 歲	13.057	22.358	17.457
85 歲以上	34.045	51.157	43.935

資料來源：吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.3-3。行政院衛生署，民國九十三年。失能：指六項 ADLs 中有任一項功能障礙，或六項 IADLs 中有五項以上因健康相關因素具功能障礙者。

說明：缺乏 20-49 歲之失能率資料，故估算護理需要人數時，以 50 歲以上之失能人口需要的護理人數，再除以 0.95 而得。

附表 9-19 50 歲以上失能人口數，依性別、年齡分，2006-2046 年。

年代	總計	男					女				
		50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上	50-64 歲	65-74 歲	75-84 歲	85 歲以上		
2006	380143	42379	38264	52976	25421	40440	51580	81914	47169		
2011	452972	53442	39383	51882	35500	51173	54932	100350	66311		
2016	555616	60597	50632	52766	46435	58195	69552	122139	95301		
2021	660049	62326	71594	55866	48284	60123	98449	133669	129739		
2026	796467	61952	85510	74891	53712	60245	118041	174270	167846		
2031	940087	62746	91794	106135	57005	61181	126691	247196	187338		
2036	1100041	61933	91621	125959	81726	59896	127187	295000	256719		
2041	1247198	59896	89140	135255	112918	56502	125006	316618	351862		
2046	1343632	56188	93222	134623	134485	51592	130422	317400	425701		

資料來源：本研究根據經建會人口中推計與附表 9-18 的失能人口比而得。

附表 9-20 50 歲以上失能人口使用機構與居家護理服務比率 (%)，依性別、年齡分，2000 年。

性別/年齡別	住機構比	需居護比_低估	需居護比_高估
男			
50-64 歲	10.4	10.8	14.9
65-74 歲	9.4	12.4	17.1
75-84 歲	13.9	13.5	17.9
85 歲以上	10.7	13.5	17.3
女			
50-64 歲	5.2	7.7	11.0
65-74 歲	6.0	8.1	11.3
75-84 歲	7.0	9.5	13.7
85 歲以上	9.3	10.0	15.9

資料來源：吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，表 4.3.3-4。行政院衛生署，民國九十三年。失能：指六項 ADLs 中有任一項功能障礙，或六項 IADLs 中有五項以上因健康相關因素具功能障礙者。

說明：缺乏 20-49 歲之失能率資料，故估算護理需要人數時，以 50 歲以上之失能人口需要的護理人數，再除以 0.95 而得。

附表 9-21 50 歲以上失能人口使用機構人數與居家護理服務人數推估，2006 - 2046 年。

年代	住機構人數	居護_低估人數	居護_高估人數	居護_高高估人數
2006	33406	39696	55737	76028
2011	39418	47006	66253	90594
2016	47976	57463	81312	111123
2021	56599	67945	96562	132010
2026	68662	82196	117079	159293
2031	81516	97373	138605	188017
2036	96577	114698	163774	220008
2041	110816	130767	187577	249440
2046	120025	141217	203259	268726

說明：1. 本研究小組根據附表 9-19 與附表 9-20 求算而得。

2. 在高高估需求人數部分，以附表 9-19 之失能人口中，假設不論各年齡層，平均共有 20% 的人需要居家護理而得。此 20% 為本研究小組自訂之百分比，僅供參考用，仍需進一步之調查研究。

附表 9-22 20 歲以上失能人口使用機構人數與居家護理服務人數推估，2006 - 2046 年。

年代	住機構人數	居護_低估人數	居護_高估人數	居護_高高估人數
2006	36207	41785	58671	80029
2011	42151	49480	69740	95362
2016	50626	60487	85592	116972
2021	59145	71521	101644	138958
2026	71038	86522	123241	167677
2031	83671	102498	145900	197913
2036	98550	120735	172394	231587
2041	112622	137649	197449	262568
2046	121646	148650	213957	282869

資料來源：本研究小組計算

說明：(1) 居護需求人數：以 50 歲以上人數除以 0.95 而得。

說明：(2) 機構需求人數：(20 歲-49 歲以附表 9-12 中 20-49 歲的機構使用人數) + (附表 9-21 的 50 歲以上住機構) 而得。

附表 9-23 居家服務使用時數（每月），高低推估，依功能障礙分，2006-2046 年。

單位：小時

	1-2 項 ADL 障礙	3-4 項 ADL 障礙	5 項以上 ADL 障礙
低推估時數 <sup>a</sup>	9.86	17.53	24.54
高推估時數 <sup>a</sup>	25	40	80
高高推估時數 <sup>b</sup>	50	80	160

資料來源：<sup>a</sup>使用居家服務使用時數之推估數據，引自吳淑瓊：全國長期照護需要評估第三年計畫，居家服務需求人數推估方法，第 24 頁。行政院衛生署，民國九十三年。

<sup>b</sup>本研究小組自行訂定之數據，假設開辦後，每月使用時數成長為高推估時數之兩倍。

## 審查推動長期照護保險可行性之研究期末報告相關事宜會議記錄

記錄：顏淑韻

壹、 時間：民國九十三年十月十五日（星期五）上午九點三十分

貳、 地點：行政院經濟建設委員會（臺北市寶慶路3號）

參、 主席：曾副處長文瀾

肆、 出列席單位及人員：

台中健康暨管理學院吳凱勳教授、萬能科技大學國際貿易系李光廷教授、內政部社會司、行政院經濟建設委員會人力規劃處、衛生署護理及健康照護處、研考會。

研究計畫人員：鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、朱僑麗、鄭清霞

伍、 主席致詞：略

陸、 報告事項：略

柒、 計畫主持人簡報：略

捌、 與會委員審查意見

吳凱勳教授：

1. 建議第三章第四節小結改成德、日兩國長照保險制度借鏡。
2. 日本介護保險不提供現金給付並非僅為充實照護提供能力，也為提升照護水準與品質。
3. 推估長期照護需要人數須明確說明是否包含 IADL，推估未來費用的假設宜再斟酌。
4. 『給付水準』宜改為『支付標準』，其調整對未來費用的影響，應加說明
5. 加強說明採行長照保險與應積極規劃的理由。
6. 人力供給未來是否足夠，如何培訓有待探討。

李光廷教授：

1. 日本介護保險由老人開始辦理，主要有些政治考量。
2. 根據日本近期報導，民眾對於現金給付的要求已不像以往那麼高。
3. 日本採用保險方式辦理而不用稅收制是考慮專款專用，且人民不願加稅。
4. 台灣因地理環境與氣候因素，所需長照費用應該不會比日本高。
5. 家庭照顧撫養責任在日本屬於社會規範而無法律約束，這與台灣不同。
6. 日本實施長照需要評估全國標準化，台灣在這方面有待努力。

內政部社會司：

1. 希望能明確說明台灣長期照護保險可行性的指標與政策規劃方向。
2. 『居家服務員』宜改成『照顧服務員』。
3. 日本以市區町村實施保險行的機制有其特點，台灣地方制度是否有可以參考的地方？

GPN : 1009303392

工本費 : 200 元

平裝