編號：(98)024.807

長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

編號：(98)024.807

長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估

計畫主持人：李玉春
委託單位：行政院經濟建設委員會

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

編號：(98)024.807

長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估

計 畫 主 持 人：李玉春

協 同 主 持 人：林志鴻

葉玲玲

蔡誾誾

研　　究　　員：黃昱曈

研　究　助　理：陳衍蒨

游志強

行政院經濟建設委員會委託研究

中華民國 98 年 5 月

目　錄

圖表目錄

摘要

關鍵字：長期照護保險；給付制度；給付對象、給付原則、給付方式；給付項目

本研究目的在規劃台灣長期照護保險（長照保險）之給付制度，包括:長照保險給付對象、給付原則、給付方式、給付等級、給付項目、以及長照保險與健保之分工。本研究藉文獻探討系統整理各國以及我國「長期照護十年計劃」給付（補助）政策，藉以提出對我國長期照護保險給付方式及項目之可能備選方案(alternative benefit packages)或具體建議，並運用政策德菲法(Delphi technique)，在2009年3月27日至2009年4月28日止，針對47位學者專家、主管機關官員、與相關社福團體意見領袖進行兩梯次德菲法調查，收集社會菁英對各種給付備選方案之偏好意見，兩次回收率各為80.8%與86.8%。調查結果並邀請社福及病友團體座談，以廣泛收集各方意見。最後彙集前述資料，藉綜合討論，分析利弊得失，對台灣長照保險給付制度提出政策建議，做為政府研擬長照保險法之參考。

本研究之政策建議如下：

一、長照保險給付對象

1. 為達成公平性的目標，台灣長照保險應以全民為納保對象，並以符合給付條件的全民為給付對象，不應限制年齡或障礙別。

二、長照保險給付原則與條件

1. 長照保險之給付原則，在宏觀面：應考慮可負擔性(affordability)、價值(value/cost)、與費用控制(cost)；在微觀面應考量：給付的需要性(necessity)、普及性（universalism）或公平性(equity)）、成本效益(cost-effectiveness)及家庭負擔(family burden)。
2. 長照保險可負擔性：德菲法結果長照保險總體規模建議占 GDP1.0% (健保的 28.57%)可能高估,鄭文輝 2009 研究在 0.35（低推估）-0.64（高推估），中推估為 0.48%。故長照保險在開辦初期若總支出規模不超過 GDP 0.5%可能較易被接受。實際決策未來可透過社會參與（如審議式民調、公民會議）或願付法調查決定之。
3. 長照保險給付需要性之評估（給付條件）：應同時考慮需照顧者與照顧者之需要。基於給付從嚴的原則，需照顧者至少要有兩項以上 ADL (IADL)失能、或有認知功能、精神功能、或其他功能障礙超過一定時間（六個月）以上，且需長期照護者。ADL 以及 IADL 建議改採累計記分，較能反映嚴重度。ADL 以巴氏量表計分應在 60 或 70 分以下，始納入保險給付，但有認知、精神、或其他功能障礙者不在此限。
4. 若保險準備時間充裕，可直接仿照日、美、荷（德國亦研議中），以多元評估量表取代上述評估工具，可更完整反映不同保險對象之需要。
5. 在決定各別給付項目時，應考量給付之普及性（公平性)，成本效益、與家

庭負擔原則。

三、長照保險給付等級與給付水準

1. 實施初期，給付分級原則上分四級：需支持、照顧一至三級，分別依據各等級需照顧者之照顧服務需要、照顧成本與服務資源可用性訂定給付上限金額。個別保險對象照顧需要等級依據保險人(或委託機構)之評估結果，核定給付等級（給付上限金額）；超過給付上限之金額，應由保險對象自行負擔。
2. 中長期（若開辦時已完成，亦可直接導入）：依據長照保險案例組合(case-mix system of Long-term Care Insurance)訂定給付與支付標準。長照保險案例組合得漸進實施，其實施時程及方法由主管機關定之。依據案例組合分類，可直接核定長照保險給付（支付）標準，可更精細反應不同個案失能程度與資源耗用程度之差異，提升長照保險給付核定之公平性與效率，亦利於不同類型長期照護服務之整合、品質提升與費用控制。
3. 支付標準之訂價機制（人力成本定義、成本分析計算方法（基本薪資、工作時數、工作量、工作負荷）應儘可能與全民健保資源耗用相對值表之方法取得平衡。尤其應將提供服務之間接成本納入計算，避免不敷成本，影響長照服務之提供意願。

四、長照保險給付方式

1. 給付方式建議採階段式給付設計，開辦初期建議採實物給付為主，現金給付為輔。
2. 中長期則視保險辦理狀況，及長照體系發展狀況，保留收回現金給付之可能性，或可訂定現金給付條件。
3. 需照顧者得選擇部份現金、部份實物之混合制，並提供喘息服務與相關照顧者支持措施，確保照顧之品質。
4. 對於領取現金給付者，照護者應接受一定時數之照護訓練，保險人並應定期監控服務提供狀況與品質，必要時得取消現金給付，改提供實務給付。
5. 現金給付水準：建議在實物給付的 40-45%間。
6. 全日型機構性照護給付範圍，除法定給付服務外，建議不含膳食，以及為求舒適增加之費用，且只給付評鑑合格機構。住宿費用原則不給付；但若為考量與健保給付之平衡（健保給付住宿費），得考慮納入給付。

五、長照保險基本給付項目

1. 長期照護保險給付項目應提供以使用者為中心，提供多元、無縫式、彈性、的整合性照顧服務，以滿足其基本需要。
2. 長期照護保險給付項目建議應包括：1)機構照護：提供全日型住宿照護，其中包含失智者安全看顧；2)社區式照護：建議提供日間與夜間照顧、社區復健、喘息服務；3)居家照護服務：建議提供居家護理、居家復健、居家服務、家庭托顧 (含失智者安全看顧)、喘息服務；4)其它服務：喘息服務、交通接送、輔具、營養與送餐服務、無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持等。
3. 開辦初期建議得視大眾之付費意願、長照資源之可用性、與地區分佈，仿照

德國漸進導入不同給付項目，並配合給付項目導入時程，於法中明訂調整費率。

4. 開辦初期若社區式照顧較為缺乏，部份給付可評估暫由修正後的長照十年計畫（建議改為「長期照顧網計畫」）經費支應之可行性，並視各類服務發展狀況，漸進導入長照保險給付。
5. 長照保險應編列預算以鼓勵新型之社區與居家照顧服務，並得結合多元財源（健保、長照、社福、教育）之資源，以需照顧者為中心（如失智症者、心智障礙者、原住民），發展整合性照顧模式。新型服務在發展初期得由「長期照顧網計畫」以補助預算方式促成其發展。
6. 基於給付從嚴之原則，全日型機構式照護除少數個案外，原則上僅給付重度失能者。

六、長照保險與全民健保之分工與整合

1. 台灣長照保險與全民健保之分工，建議凡屬治療可逆的歸健保，屬照護歸長照保險。
2. 失能六個月以內的亞急性照護，建議納入健保給付，健保部分服務應劃歸長照保險給付。

七、外籍看護工問題處理

1. 保險初期，需照顧者若符合給付條件，得自行選擇給付方式，不受是否聘雇外籍看護工之限制；但應同時將長照保險給付與外籍看護工申請之審核方法及流程統一。對經建會建議：聘雇外籍看護工者只能選擇實物給付，應進一步評估其適法性。
2. 建議未來將目前允許各類長期照護機構(含社區及居家照護機構)申請一定比例外籍看護工之規定放寬，使能聘雇外籍看護工，提供外展服務至醫院、家庭、日間照護機構等，以提升服務品質。外籍看護工之勞動條件之提升應另以法律規範。

八、後續規畫建議

1. 擬訂現金給付給付條件與標準：決定是否須規範領取現金給付之條件，以及現金給付標準占實物給付比率。
2. 發展保險給付之評估工具:篩選或發展多元照顧需要量表。具上述工具，進行長照保險需要調查，以了解需照顧者盛行率及分布、評估照顧者長照保險給付需要，建立需照顧者資料庫（需要量表與資源投入）、發展長期照護案例組合、發展分級模式、擬訂給付上限、擬訂給付條件。
3. 長照保險案例組合之發展:可於長照保險第二期規劃時即刻進行，收集一定數量長期照護需求者之失能程度（ADL、IADL、認知功能、精神障礙、問題行為、特殊照護（顧）需要、臨床特性等）與各類長照服務需要程度，藉統計分析（分類樹分析），與專業的修正，發展台灣版的長照保險案例組合。
4. 擬定保險給付項目漸進導入方案。

5. 具體擬定長照保險與與全民健保之配合措施（分工、整合）。
6. 進行審議式民調或公民會議，以廣徵民意，使長照保險制度設計更符合民眾需要。

Abstract

Key words: Long-term Care Insurance；Benefit design scheme；Eligibility；Benefit design principles；Type of Benefits；Basic Benefit Package（BBP）

The objectives of this study was to proposed a benefit design scheme for the new Long-term Care Insurance (LTCI) in Taiwan。In addition to the eligibility, the macro- and micro principles used to determine the LTCI benefits, this report also explored the possible types, levels and proposed package of benefits of LTCI. In addition to literature review, this study also applied two-run Delphi Technique on 47 LTC scholars or experts during the period of March 27 to April 28, 2009 to collect the information on their attitude toward the benefit design scheme and the alternative benefit package。The response rate was 80.8% and 86.8% for run 1 and run 2 respectively. A workshop was also conduct thereafter to collect comments and opinions of representatives from various not-for-profit welfare association and patients groups. The follow recommendations were drew based on the compilation of the above information:

1. **The eligibility:** To fulfill the objective of equity, LTCI should be universal coverage. Eligibility criteria for LTCI benefits should base on need rather than on age categories or types of disability.

2. **Benefit design principles:** 1) Macro principles: should consider the affordability, the value of LTCI and feasibility to control costs when designing the benefit scheme. 2) Micro principles: should take necessity, universalism/equity, cost-effectiveness and family burden into consideration when designing the basic benefits package (BBP)。

3. **Eligibility/need assessment:** 1) should consider both the need of the clients and their caregivers. 2) People are eligible for LTCI benefits if they have dementia, mental diseased, other disability or have difficulty in performing at least two ADL/IADL functions for at least 6 months and are in need of LTC. 3) To reflect the severity and preventing up-coding, ADL and IADL should based on cumulative scales calculated based on Barthel's index. Except for those who have dementia, mental diseased, other disability, their Barthel's index should be less than 60 (70) to be eligible for LTCI benefits. 4) A multi-dimensional assessment tool may replace the ADL/IADL assessment to reflect the various needs of the insured, if the LTCI authority has enough time for planning.

4. **Ranking and levels of the benefits**: 1) At early stage of LTCI, may take four benefit categories (need support, care level 1,2,3) as Germany does. An upper limit of the benefits payments may be set accordingly for each category. The insured should pick-up the difference when the actual costs exceeding the upper limit of benefit payments. The standard of these upper limit should be determined based on care needs, costs, and the availability of the long-term care resources.2.May develop a Case-Mix System of Long-term Care Insurance (CMS-LTCI) immediate after the implementation of LTCI (or replace the four-benefit- categories mentioned above, if developed in time) to determine the actual levels of benefits or the actual amounts of the payments so as to reflect the

multi-dimensional care needs and resources utilization of the insured. The application of CMS-LTCI in LTCI payment system can also enhance the fairness, efficiency and effectiveness of LTCI. It can also facilitate the quality improvement and integration of LTC provision. 3.. The level of the payments for LTC services should be determined based on similar methodology used in setting the Resources-based Relative Value Fee Schedules of National Health Insurance (NHI). These include the way to define and calculate costs (level of the salaries, working hours per year, work load, and productivity). Indirect cost should also be considered.

5. **Type of Benefits:** 1) at early stage of LTCI implementation, the LTCI may provide services (benefit- in kind) as primary benefit and cash as supplementary. In addition to professional services, the eligible insured has free choice between two types or mix of two types of benefits. 2) May consider to remove cash benefits or setting the eligible criteria for cash benefits in the long-run. 3).For the insured who select cash benefits, their caregivers should received due training to be eligible for cash benefits. Respite care and related support should be provided to sustain the caregivers. 4) The insured should monitor the quality of care, in case of poor quality; the cash benefits may be replaced by services benefits by the insurer.5) The levels of cash benefit may be set as 40-45% of the service benefits. 6) Unless the government decides to balance the payment between NHI (includes the cost of room or housing) and LTCI, it is advised to exclude the costs associated with room, meals and those extra in pursuit of comfort from the benefits of institutional care, which only cover approved institutions.

6. **Basic benefit package:** 1) LTCI should provide users'-centered, multi-dimensional, seamless, flexible, and integrated LTC services to meet the "basic need" of the insured. 2) recommended benefit package of LTCI includes the following: a) institutional care: providing the all-day accommodation care, including the safety watch of persons with dementia; b) community care: providing the day care, night care and community rehabilitation; c) home care: providing the home nursing, home rehabilitation, home service(including the safety watch of persons with dementia), and respite care; d) other services: providing the respite care, transportation, assistive devices, nutrition and meals-on-wheel service, improving barrier-free environment, care consultation, free care course and support for care providers.3) The coverage of the above benefits may be phased-in, depending on the willingness-to-pay of the public, the availability and regional distribution of LTC resources. To cooperate with the benefits items adjustment involving timetable and set up the Insurance premium adjustment in the LTCI law. 4) Some community LTC services may be covered by the "Ten-year Long-term care plan" (may be renamed as Regionization Plan for Long-term Care(RP-LTC)) instead of LTCI at early stage of LTCI. These can be covered gradually after the services are more available. 5). LTCI should allocate budgets to encourage new types of community and home care services. These budgets can be integrated with NHI and welfare benefits to provide user-centered comprehensive care to those in need. These new types of services again can be funded by RP-LTC before covered by LTCI.6) Except for a few cases, only those granted category 3 benefits can received whole day institutional care.

7. **Integration and division of work of LTCI and NHI :1)** those reversible

condition or “cure”-in-nature services should be covered by NHI, whereas LTCI picks up the in-reversible condition and “care” –in-nature services. 2) The sub-acute care within 6 months of disability may be covered by NHI whereas long-term home care services and so-called social hospitalization (need care rather than cure) may be paid by LTCI.

8. **Issue of foreign nursing workers: 1)** In the early stage of LTCI, similar benefits should be granted to people with similar level of functioning regardless of employment of foreign nursing workers at home; the eligible insured have free choice of service or cash benefit. However, efforts should be made to make the evaluation standard and application processes consistent. 2) Extended the regulation to grant all types of long-term care institutions (including community and home care) to apply a certain percentage of foreign nursing workers, to provide outreach services to the community hospitals, home care and day care agencies. Regulation should also be enforced to assure the personal working right home foreign nursing workers.

9. **Future planning:** 1) Develop the standard and criteria of cash and services benefits. 2) Develop the standard multi-dimensional assessment tools and used to conduct national survey to understand the prevalence and distribution of the potential care receivers, to established the basic databank and combine these information with resources utilization assessment to develop case-mix system for LTCI. 3) These case-mix system can be development immediate following the second stage of the LTCI planning. 4) Determining the phase-in strategies (implementation strategies) for various LTC benefits. 5) Finalized the actual division of work and integration plan between LTCI and NHI. 6).conducting deliberative survey or citizen consensus development forum so that the final LTCI plan can meet the need of the public in need of LTC services.

第一章 研究背景及目的

第一節 研究背景

依據行政院經建會 97 年至 145 年台灣人口推計，未來人口將快速老化。民國 82 年台灣老年人口首度超過 7%(149 萬人),至 97 年 65 歲以上老年人口為 239 萬餘人,佔全國人口已超過 10%,估計至 117 年老年人口所占比率將達 22.5%(536 萬人)(經建會，2008)。人口老化的同時，台灣地區育齡婦女平均生育率則急劇下降，民國 88 年至 96 年，平均生育率從 1.76 下降至 1.11。家庭結構改變，需要照顧的人口逐漸增加，負擔逐漸加重。

拜全民健保之賜，我國全體國民在急性醫療照護部分多數可獲得基本的照護。但在長期照護方面，因人口老化與平均餘命延長，失能人口與日俱增。依據鄭文輝等「我國長期照護制度財務規劃研究」（2005），我國2006年20歲以上須長期照護的人口約為343,804人，隨著人口老化，失能人口將大幅增加，推估至2031年成長為724,993人。OECD曾於2006年對會員國進行醫療與長期照護之財務負擔推估，發現人口老化會使OECD會員國，醫療與長期照護支出占GDP的比率，由2005年的6.7%提升至2050年的12.8%，成長幅度相當大。有必要未雨綢繆預作準備（OECD, 2006）。

面對人口老化、失能人口增加，長照需求與日俱增，很多家庭無法負擔沉重之長期照護費用。目前全民健保主要以急性醫療照護為主，在長期照護部份只涵蓋居家護理、慢性住院、精神病人日間照護、社區復健中心、中途之家、安寧療護、呼吸照護病房、居家呼吸照護等有關長期照護服務之給付；但居家照護限於技術性護理服務（含護理之家、安養中心之專業護理照護），且給付範圍十分有限，僅包括醫師到家診療、技術性護理、居家安寧療護，且尚未給付居家復健治療、居家營養等服務項目；居家技術性護理服務之給付項目亦甚為有限；多數限於有三管（氣切、鼻胃管、導尿管）之病人。在健保給付外，若家庭有人需要長期照護，負擔可能極為沉重，長期可能無法單靠家庭儲蓄來支應長期照護之費用。而另一方面，因缺乏穩定財源，長期照護服務體系也不容易發展，尤其在居家與社區式照護服務方面極度缺乏。為降低民眾長期照護之經濟障礙，荷蘭、德國、日本、韓國相繼引進強制性的長期照護社會保險制度，希望透過社會互助的力量，藉由大數法則，讓發生長期照護風險者，能獲得妥善的照顧。

為提供失能者及其家庭整合性與持續性之照顧服務，我國政府亦曾先後推動相關的長期照護方案（詳見下表1-1），其中包括：2000年推動「建構長期照護體系先導計畫」、2001年建立「新世紀健康照護計畫」、2002年實施「照顧服務福利及產業發展方案」、「加強老人安養服務方案」、「長期照護社區化計畫」、2007年更導入「我國長期照顧十年計畫」等。

表 1-1：近年政府推動長期照護相關方案

期程	方案名稱	主辦單位
87-96	加強老人安養服務方案	內政部
89-92	建構長期照護體系先導計畫	內政部、衛生署
90-93	新世紀健康照護計畫	衛生署
91-96	照顧服務福利及產業發展方案	經建會、內政部、衛生署
91-96	長期照護社區化計畫	衛生署
96-105	我國長期照顧十年計畫	內政部、衛生署
96-97	遠距照護試辦計畫	衛生署
96-98	健康照護服務產業發展方案	經濟部

然而過去國內長期照護相關計畫很多屬於殘補式的福利服務，長照十年計畫雖以稅收提供長期照顧，有助於長期照護體系之發展，並減輕民眾之負擔。但在機構式照顧仍視家庭經濟狀況補助，真正需要機構式照顧者家庭之負擔仍然沉重；況且以稅收提供免費服務，長期不但預算易受排擠，在民眾習慣近乎免費照顧後，亦不利於日後長期照護保險之推動。因此有必要從長計議，規劃長期照護保險。國內過去很多研究認為，若能有效整合相關行政體系資源、健全相關管理機制，同時配合各類長期照護人才的培育，台灣應可能順利實施長期照護保險（吳淑瓊，2005；蔡誾誾、李玉春、吳肖琪、林麗嬋，2008；鄭文輝、鄭清霞，2005）。

為落實馬總統之政見，行政院政府在實施國民年金之後，擬推動長期照護保險法（簡稱長照保險）之立法，以社會保險的方式，透過全民（或多數民眾）分擔風險機制以降低家庭長期照護之經濟負擔，有助於彌補國家社會安全體系最後一環之不足；使需要長期照護之民眾，得以免於負擔不起使用不起之恐懼。長照保險的規劃涉及保險對象、組織體制、財源籌措、給付制度、特約管理、需求評估、支付制度、服務體系規劃等層面之設計。為有效推動長照保險，經建會邀請

學者專家組成「長期照護保險規劃研究專案小組」。本研究即負責長期照護保險給付方式及給付項目之規劃。

過去國內相關領域之研究，大多在介紹個別國家長照保險制度，或保險給付方式或給付項目內容為主（王增勇、林小嫻，2000；吳凱勳，1997a；吳凱勳，1997b；沈茂庭，2000；周麗芳，1999；林淑萱，2003；林藍萍、劉美芳，2005；莊秀美，2005）。僅有少數研究文獻（周月清等，2005；高森永、劉慧蓉，2004）特別針對我國開辦長期照護保險之提供方式與給付項目進行探討；此外，吳肖琪(2005)曾詳細的回顧日本、德國、荷蘭及英國等各國長期照顧之服務項目、範圍與水準等。

過去相關研究，在長期照護給付制度方面雖然已有重要之研究成果，但因並非特別針對台灣長照保險制度進行規劃，因此有必要在上述研究基礎上，針對我國長期照護保險之給付方式與給付項目進行相關之規劃。

本研究希望在過去既有研究基礎上，針對長照保險之給付方式及給付內容，匯整各國實施的制度經驗，並結合國內專家學者觀點的決策分析，期研究結果，能提供政府在規劃長期照護保險時，訂定長照保險給付之參考。

本研究藉文獻探討系統性整理德國、日本、荷蘭、韓國之長照保險給付方式及給付項目內容，以及我國「長期照護十年計劃」補助項目，藉以提出對我國長期照護保險給付方式及項目之可能備選方案(alternative benefit packages)或具體建議。另外為使規劃更為周延，運用政策德菲法(Delphi technique)，針對學者專家與相關意見團體領袖，收集社會菁英對各種給付備選方案之偏好意見，調查結果並邀請社福及病友團體參與座談，以廣泛收集各方意見，做為政府研擬長照保險法之參考。

第二節 研究目的與重要性

本計畫之目的在規劃長照保險之給付制度，內容包括:

(一) 長照保險給付對象

(二) 長照保險給付原則

(三) 長照保險給付方式

(四) 長照保險給付等級

(五) 長照保險給付項目

(六) 長照保險與健保之分工

本研究重要性如下：

（一）了解各國（尤其是德國、日本、荷蘭、韓國）長期照護保險給付方式及給付項目及優缺點，可供規劃長期照護保險給付政策之參考。

（二）設計長期照護保險可能之給付備選方案，可直接提供政府研擬長期照護保險法之參考。

（三）收集專家學者及社會意見領袖對長期照護保險給付之意見偏好，可作為決策者選擇長期照護保險給付政策之依據。

（四）專家對長期照護保險給付之意見偏好可做為未來民眾或付費者代表，設定長照保險給付方式及給付項目優先順序之參考。

第二章 文獻探討

第一節 長期照護服務與給付對象

一、長期照護服務

長期照護係針對失能、受創傷（trauma）、有慢性疾病導致日常自我照顧(*activities of daily living*, ADLs)或獨立料理個人生活能力（instrumental activities of daily living, IADLs）受限者所提供的服務（Lundsgaard,2005）。Kane & Kane(1987)定義長期照護，係指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套長期性的包括醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力。

吳淑瓊（2005）引用 Kane, Kane, and Ladd（1987）指出長期照護是對具有長期功能失能或困難的人的照顧，對她們提供一段時間持續性的協助。包含三大類服務：1.協助日常生活活動的服務；2.提供評估、診斷、處置等專業服務；3.提供輔具和環境改善之服務。

一般而言長期照護可分為正式與非正式照護（Lundsgaard,2005）：

1. 正式照護包括(1)機構式服務(2)各類居家照護(3)日間照顧 (4)居家環境改善(5)安全看視（oversight）(6)照顧住宅（7）對照顧者之喘息照顧 (含居家、日間及全日較長時間) 。（Bordy & Masciocchic, 1980；Sundstrom et al.,1994；Kono et al.,1996；OECD, 1996）。
2. 家庭與親友提供的非正式照顧

另外也有依據提供服務之地點區分為構式照護與居家照護；或另外於上述兩類分出社區式照護。目前台灣老人照護體系現況針對不同的服務對象與需求，可大致區分為生活照顧服務、長期照護服務、醫療服務三個不同體系，各體系並擬出對應方案，包括：健康照護產業發展方案、老人安養服務方案、長期照顧十年計畫、全民健保、社區醫療群、老人整合性醫療計畫。可見長期照護服務係屬老人照護體系之重要一環，其服務內容包括：居家照顧服務、社區照顧服務、機構照顧服務，提供失能者照顧服務與家庭支持。

在服務對象方面。吳淑瓊等　（1998）引用 Weissert（1991）之文獻指出長期照護之服務對象包含所有年齡組之人口，只要罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供。

國內文獻對於長期照護的界定，在服務對象上亦包含了老年人、各類身心功能損傷者或家庭照顧者等（吳淑瓊等,1998；李世代, 2000）。李雪楨等（2003）：疾病的類型來定義長期照顧：長期照顧的服務對象除了老年人口占大多數之外，其他的潛在人口還包括了腦性麻痺或發展遲緩患者、先天畸形殘缺者、精神疾病患者、遺傳性疾病、退化性疾病、AIDS 患者，或因重大意外事故（如脊髓損傷、頭部外傷）而造成無自我照顧能力者。

二、各國長期照護保障（給付）對象（李世代等，2009）

日本介護保險將被保險人分為兩類：（1）第一類為 65 歲以上老人；（2）第二類為 40-64 歲，患有腦中風、初期老年失智等 16 項特定疾病者；除年齡標準外，並需經過照護需要之評定，分為「需照護狀態」（意指步行或起床等日常生活行動全部或部分受到限制而需要旁人照護）及「需支援狀態」（雖有日常生活障礙，但須照護之時間較少）給予不同程度之給付（周月清等, 2005；吳肖琪　&　周世珍, 2006）。日本除給付年齡及疾病限制外，並排除精障者（建構獨立完整的照護體系）。

依據林志鴻（2009）之文獻回顧：德國長期照護保險法保險對象與給付對象之認定係以照護風險而非年齡做為判定基準，賦予全民普及式照護給付申領權。而有照顧需要者之認定乃以身體功能障礙（需符合身體照護、營養、移位等六項 ADL 中兩項以上障礙以及家事協助等某些 IADL 項目上有障礙）及失能時間長度（至少六個月）認定，而在社區中的失智症或其他心智或發展障礙者也可獲得小額的額外補助（Brodsky et al.,2000；王增勇等, 2005）。以照護風險而非年齡做為判定給付基準，主要係因照護需要風險人人皆可能面臨，而非老人單獨的需要。不同年齡風險發生率固然不同，老人較其他年齡群體為高，但是不同年齡群體有不同的需要與不同的支持基礎與考量。2006 年長照保險被保險對象全國總計為 7,951 萬人。佔總人口的 96.60％。德國對長期照護

事故定義的非常明確，照護事故（Pflegefall）稱為「照護需要性」（Pflegebeduerftigkeit），其定義為：

『照護需要性是指個人因生理的、精神的或心智上的疾病或障礙，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能力缺乏，長期的需要藉助甚至依賴他人之輔助才能遂行，此種個人基本維生活動能力，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。有此需要者，稱為照護需求者。』

所以針對照護需要事故，制度提供的給付也以協助或遞補照護需要者「個人身體照料、飲食起居以及家務處理等」基本維生活動為著眼，目的在協助他能夠過著基本人性生活的狀態。所以以長期照護事故（Long term Care）為保障主軸的長期照護保險制度與以急性醫療（acute care）為保障主軸的健康保險制度是有所關聯，但在制度上是不同的。了解其間相互關聯的結構點，建立可能的制度轉銜機制，才能與其他社會安全制度建立分工合作關係，形成完密的、必要的、有效率的需要協助網絡。

照護需要事故與疾病相關容易被混而為一的原因在於，因為疾病最可能為照護需要事故產生的原因，但是疾病一經發生，必須快速受到治療，以消解疼動或不舒服、恢復平衡。但照護需要事故非指不適或失衡，而是基本生活自理能力的長期缺乏。此時照護需要狀態可能經治療後疾病症狀固定，經治療仍無法期待期生心理、家務處理等的基本維生活動能力能夠復原，而呈現為其後果。這些後果，或其狀態為「身心障礙或失能」，因此並非全部身心障礙者都需要長期照護，只有部分需要長期照護。

荷蘭與德國相同皆以全民為保險對象；荷蘭的長照給付與德國相同不限制年齡或特殊疾病；但主要照護對象為老人、失能者與精神疾病者（國家政策研究基金會，2009）；長照保險給付對象為具醫療問題有功能障礙者（周月清等, 2005）。韓國長照保險亦以全民為保險對象但給付對象則以老人或有老人疾病的非老人，經生理評估（生理功能、心理/認知功能、護理與物理治療需要評估）與照顧需要評估（ADL, IADL, 居住環境等）認定失能超過六個月，有長期照護需要者為給付對象（NHIC,2009）。

三、長照十年計畫補助對象之規劃

1. 年齡層的考量：提出包括所有年齡層、十六歲以上、二十歲以上、四十歲以上、五十歲以上或六十五歲以上等不同選擇，並增列原住民及獨居老人等身份。

2. 補助對象以身體功能障礙(ADL 及 IADL)、認知功能障礙(含失智症與智能障礙者)以及精神障礙者分類，與德國的分類方式較為近似。

第二節 長期照護給付方式與給付項目

過去有關長期照護保險在給付方式及給付項目內容的研究，大多是針對個別國家說明其長期照護保險制度，以及介紹給付方式或給付項目內容為主，如：德國（吳凱勳，1997a；林藍萍、劉美芳，2005；周麗芳，1999）、日本（吳凱勳，1997b；林淑萱，2003；林藍萍、劉美芳，2005；莊秀美，2005）、加拿大（王增勇、林小嫻，2000）及英國（沈茂庭，2000）等。僅有少數研究文獻（周月清等，2005；高森永、劉慧蓉，2004）特別針對我國開辦長期照護保險之提供方式與給付項目進行探討；此外，吳肖琪(2005)曾詳細的整理日本、德國、荷蘭及英國等各國長期照顧之服務項目、範圍與水準等。

一、各國長照保險給付方式

各國實施的長期照護保險的給付方式一般分為下列三種（周月清，2005）

（1）現金給付（照顧津貼）如奧地利、北歐國家等；

（2）實物給付、：日本、英國、加拿大等；

（3）現金與實物混合制：如德國、荷蘭、韓國及以色列等國。

（一）德國的經驗

德國長照保險法考量制度能滿足多元需要及周延設計之配套下，在實物給付外搭配提供現金給付，而且增加含括實物與現金不同比例之混合給付。以此三種給付類型供照護需要者選擇，作為落實在地老化、照護社區化、擴大社會人力參與、建構多元照護服務提供滿足多元照護需要，同時協助家庭照護功能之發揮、協助非正式照護部門發展、以及家務勞動有酬化之務實設計。

（二）日本經驗

以實物給付為主及嚴格條件的少量現金補助，日本考量若提供現金給付，受益者常會將之移為他用，並非用於購買服務；而保險人也會因只付現金，而不用心發展長期照護服務與鼓勵提供更好的服務。因此日本長期照護保險的給付方式以實物給付為主(鄭等，2004)。只在特殊狀況下才提供現金給付。特殊情況係指符合法定之居家照護服務

使用者但未事先申請者(無申請替代者)、或利用之居家照護服務種類未符合法定基準者(如部分離島提供未符合要求照護服務容)；法定之居家輔具購置與居家住宅改善之補助費用等(莊，2005)。

日本認為德國的「現金給付」係屬彌補照護資源不足而不得已的權宜之計（惟由德國的角度解讀見解不同），而且日本婦女團體擔心現金給付會變相鼓勵婦女留在家中照顧；故未仿效德國提供現金給付。但日本其實也提供現金給付；但訂有嚴格之條件：(1）需照護程度 4 級或 5 級的重度需照護者；(2）一整年未利用保險給付；(3）家庭照護者本身擁有居家照護員資格。由於條件嚴苛，申請現金給付者寥寥無幾。

（三）韓國經驗 （NHIC,2009）

韓國彈性運用下列三種現金給付：

1. 家庭照護津貼:居住較少長照設施之偏遠或離島地區；需要照護者因自然災害、身心、個人特質無法入住長期照護機構；
2. 特別照護津貼:已由未立案長照機構提供居家或機構照護一段時間者(部分補助)
3. 依老年福利法長期在老年醫院/診所住院治療之津貼(部分補助)。

由韓國的經驗可知實物給付外若能給付現金，可因應長照保險開辦初期長照服務資源不足之問題，亦可藉現金给付處理在未立案機構、未通過評鑑機構接受照護，或聘請外籍看護工之問題。

（四）荷蘭經驗

荷蘭雖採現金與實物混合給付制，但其現金給付僅限於符合居家照顧資格者，且僅能用於購買正式或非正式服務（周月清，2005;國家政策研究基金會，2009）。

(五) 台灣規劃研究的經驗

國內長期照護服務/保險給付方式曾做過的研究，高森永與劉慧蓉(2004)，)，採用德菲法針對63位產官學之專家進行三回合的問卷調查分析，研究結果指出：在給付方式部分，達成共識的為「以照護服務與現金給付並行」及「照護服務」實務給付等兩類，其中學界較業界認同以「以照護服務與現金給付並行」方式提供給付。行政院長期照護規劃小組2005年委託長期照顧制度規劃研究報告，以文獻分析及舉辦專家座談會方式，同時蒐集量化與質化研究資料進行分析，其研究結果發現：多數專家主張給付方式採實物與現金混合式提供。相關政策建議台灣在長期照護保險服務提供方式方面，近程建議以實物給付為主，以減少家庭照顧者負荷，並引導民眾學習正確使用長期照顧服務的目前發展；但中長程則可往「提供現金、實物或混合式給付之選擇」的方向努力。2007年行政院核定我國長期照顧十年計畫，服務項目補助方式則是以一般失能者，以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔，以補助服務使用為原則。（2）依老人失能程度及家庭經濟狀況，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高

二、長照保險給付項目

（一）德國經驗

德國長期照護服務的內容主要分為健康照護及生活照護二大類別，每一類提供的服務內容請參見表2-1。若就德國長照保險的給付項目包括下列十一項，其中第十一項為2008年新增的給付（詳細說明見附錄1，林志鴻，2009）：

(1) 居家照護

(2) 親朋照護者的社會保障

(3) 短期的與日間照護

(4) 機構式照護

(5) 照護假(Pflegezeit)

(6) 照護機構的固定投資

(7) 照護諮詢與個案管理

(8) 照護輔具提供與租借

(9) 免付費照護課程

(10) 共同照護（poolen）

(11) 失智症的安全看顧給付：照護等級 0。

表 2-1：德國長期照護服務內容

健康照護	長期健康照護機構	大部分由慈善機構與政府公部門資助，收治的對象有植物人、特殊認知功能損傷、障礙者及失能者	
	安寧/緩和/臨終照護機構		
生活照護	住宅照護（長期、喘息）		
	社區照顧服務	家庭幫助	提供的是”護理照護”
		個人照護	
		送餐服務	服務的單位有許多，社區…機構..或是一些慈善機構都會有此服務，服務對象主要是老年人
		其他居家照護服務	交通（有些是免費的）、打掃、購物、修繕等，大部分會收取一點費用。另外還有一些藥事服務及牙醫在家裡裝假牙的服務。
		社區照顧中心	大部分由慈善機構、社區，少部分由當地政府所資助。辦理「記憶力俱樂部」、給主要照顧者或是老年人的資訊會議團體。
		日間照護	有醫療及復健的照護，有些中心是專門為失智症老人設立的。
	其他社會服務	諮詢服務	
		經濟幫助	

資料來源：擷取自 Meyer, M. (2004)

（二）日本經驗

日本長照保險在照護計畫擬定後，根據計畫可選擇的範圍包括：(1) 居家或機構照護；(2) 照護服務提供業者；(3) 服務內容項目等。針對照護提供業者或服務內容選擇，以受益者的「自主意願」為優先，給付額度內各項服務可以自由組合 (參閱表 2-2)，因此同一份照護計畫內居家照護提供業者或服務內容多半出現複數組合。日本介護保險在 2005 年(自 2006 年 4 月開始實施)進行改革，改革的重點之一即是開始給付新的預防型的照護服務項目，包括可改善老年人體力、營養、口腔功能及心理健康等的服務，主要

目標是預防老年人變成失能而依賴別人照顧。會有此改革政策，係由被保險人資料分析發現受照護者在較低照護需求者(支援照護及照護級 1 的人數大增，佔所有給付人數的 49%。因此在新的分級系統又新增一級將支援照護分成支援 1 級與 2 級，預期有些老年人可能並未罹患失智或相關慢性疾病，只是因肌力較弱，而有點困難走動、站立或無法自己從浴缸起來等。

日本介護保險給付項目包括照護給付、預防給付、特別給付(介護保險法第 18 條)，特別給付項目主要由地方政府根據其居民需要所訂定的給付項目。而符合照護需要等級為要支援 1 與要支援 2 者即可使用預防給付項目。預防給付項目與照護給付項目類似，包括居家照護與社區照護服務，但不包括機構照護服務。以日本介護保險法及以使用者角度對保險給付項目的詳細說明，請參見附錄 2，葉玲玲 2009)

（三）韓國經驗 (NHIC,2009)

韓國長照保險給付項目除特殊現金給付外，包括居家服務及機構服務：

(1) 居家式服務：包括居家訪視服務、居家訪視洗澡服務、居家護理、日夜間照護、喘息服務、輔具租借。

(2) 機構式照護：長期照護機構、護理之家、安養中心。

（四）荷蘭經驗

荷蘭長照保險提供的服務見表 2-3。主要提供服務如下：個人照顧、居家護理、支持性照顧（生活管理、日間照護）、積極性照顧（行為改變、心理輔導）、治療服務、安置服務、機構照顧、喘息服務等（國家政策基金會，2009）。

表 2-2：日本介護保險法定照護服務一覽表

居家照護服務類別	通稱	服務內容	額度管制
居家照護支援	Care plan	由照顧管理師（care manager）視需支援、需照護者的程度需要及意願，於給付額度內擬定多元化照護計畫（Care plan）	
訪視照護	Home help service	入浴、協助排泄、為受照護老人本人做飯、洗衣、購物等家事服務	●
訪視入浴	—	為居家而無法炮澡入浴的老人，準備移動入浴設備，協助入浴	●
訪視護理	—	在醫師指示下，由護士、公共衛生護士訪視居家老人，協助診療、健康檢查及護理服務	●
訪視復健	—	在主治醫師指示下，由復健治療師訪視居家老人做機能復健訓練	●
居家療養管理指導	醫師等訪視診察	醫師、牙醫師、藥劑師等訪視居家老人，提供療養相關諮詢	
日間照護（※）	Day service	由日間照護中心等設施提供健康檢查、入浴、伙食、日常動作訓練等	●
日間復健（※）	Day care （或稱 Day rehabilitation）	於醫療機構由復健治療師做機能復健訓練	●
短期住宿生活照護（※）	Short stay	於老人特別養護之家提供需照護老人短期間住宿服務，照護其生活起居	●
短期住宿療養照護（※）	Short care	由老人保健設施、療養型醫療機構等提供短期間住宿服務，提供療養照護	●
輔具租用	—	輔具出租（輪椅、床、扶手、手杖、階梯間斜坡板、步行器等	●
失智老人團體之家生活照護	Group home	服務失智老人 8 人左右，由照護專門職員與其共同生活，營造家庭氣氛的照護模式（需支援老人不能利用）	
特定機構入居者生活照護	私費老人之家入居者生活照護	由私費老人之家、低費老人之家等自行提供其入居者生活照護等服務	
住宅修繕補助	—	走廊廁所安裝扶手、地面門檻無障礙空間改建時，修繕費一部分給付	▲
購買輔具補助	—	購買入浴、排泄等輔具時，費用一部分給付	▲
機構照護服務類別			
照護療養型医療機構	療養型慢性病房	需長期療養而住院、在醫學性管理下，接受因應身心特性照護醫療服務。	●
老人照護保險施設	老人保健施設	急性醫療病狀穩定後尚需維持定時復健者，出院後無法回家療養者住進此機構，繼續接受機能訓練及醫療服務，以作為回家接受居家照護的中途站機構。	●
老人照護福利機構	老人特別養護之家	因失智、失能、長期臥床等事實獨自居家生活困難而經常需要照護，住進機構比較便於照護。	●

資料來源：引自 2005 年行政院長期照護小組規劃報告，譯自神奈川県秦野市介護保險課（2005）。

表 2-3：荷蘭長照保險提供的服務項目

健康服務	基礎健康照護	家庭醫師	
	急性醫院與第三級照護		不適當床位（The problem of Wrong beds）（註）
	長期健康照護機構	居住之家（residential home）	
		護理之家	
		小規模的私人診所/護理之家（近年來）	
		小規模的精障老人住宅機構（新發展的）	
	安寧/緩和/臨終照護機構	緩和照護提供的地方：病患自己居住的環境（緩和居家照護由志工與專業照護者提供）、居住之家、醫院、護理之家，和為了緩和照護特別設計的機構	
社會服務	居住之家（長期、喘息）		
	社區照顧服務	家務幫忙（Home help）	自從 2003 年 4 月需支付較高的部分負擔，許多老人已停止使用。
		個人照護	
		送餐服務	
		其他居家照護服務	交通運輸、洗衣、購物等
		社區照顧中心	
		日間照護（保護照護）	居住之家和護理之家提供日間照護機構。有精障老人和遭受身體疾病（如帕金森氏病）老人的日間照護。
	其他社會服務	諮詢與訓練	
		設備	

資料來源：Visser-Jansen, Knipscheer CPM: Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage--National Background Report for the Netherlands. Hamburg: EUROFAMCARE 2004. http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/nabare_netherlands_rc1_a4.pdf

各國給付項目內容彙整於表2-4。由表2-5進一步之整理可知：各國普遍給付的項目為居家照護、居家服務、日夜間照護、與機構照護與居家環境改善，而實際給付內容則因各國甚至同一國家不同省分而異，其他較多國家提供服務的項目則包括：輔具、訪視護理、喘息照護（王增勇、林小嫻，2000；吳肖琪，2005；吳凱勳，1997a；吳凱勳，1997b；沈茂庭，2000；周月清等2005；周麗芳，1999；林淑萱，2003；莊秀美，2005）。另外德國重視照顧者之支持，故亦給付照顧諮詢與照顧者訓練、支持等服務。

(五) 台灣規劃研究的經驗

國內長期照護服務/保險給付項目的研究，高森永與劉慧蓉(2004)的調查，針對給付服務項目，復健服務、機構式照護病床使用費、短期臨托服務及生活照護服務（如翻身、身體清潔等）及交通接送服務等達成高度共識，而在生活家務協助服務、輔具租借服務、送餐服務及膳食等項目，僅達成中度共識。

周月清等(2005)的研究，給付項目提供部分，建議可包含機構式服務、社區/居家服務兩類，其中在社區/居家服務類的細項優先順序為：居家服務、居家護理、居家/社區復健、喘息服務、居家無障礙設施修繕、輔具租借購買、緊急救援系統、日間照護/日間托老等八項。

2007年行政院核定我國長期照顧十年計畫，計畫補助的服務項目則分別依其功能屬性歸為三類，以第一類協助日常生活活動服務為主，包括居家服務、日間照顧、家庭托顧服務等三項；第二類為維持或改善服務對象身心功能，包括居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）等較含治療功能項目；第三類為增進失能者在家中自主活動能力，包括輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務；另加上為支持家庭照顧者而補助喘息服務等，(詳細內容請參考附錄三，2009 蔡誾誾)

表 2-4：各國長期照護保險給付項目內容比較

國家	機構照護	居家照護	社區照護	其他項目
日本	養護老人之家 老人保健機構 療養型及慢性病房 短期機構生活照顧 短期機構療養照顧	居家服務 居家護理 居家復健 沐浴服務 療養管理指導喘息服務	日夜間照護復健中心 失智症照護中心 失智症團體家屋	輔具租借及購買 住宅無障礙空間修繕
德國	機構照護 失智者安全看顧	居家照護 喘息服務 失智者安全看顧	日夜間照護	輔具租借及購買 住宅設施改善補助 照護諮詢支持與訓練
荷蘭	機構照護 (含多功能住宅)	居家照護 居家服務 復健 喘息服務	日間（保護）照護	喘息服務 夜間照顧 訪視護理 輔具
英國	安養照護 護理之家 長期住院	居家照護 生活協助 飲食提供		社區護理
以色列	無	家事服務 個人身體照顧		緊急救援系統
加拿大	護理之家 仁愛之家 慢性病院	居家護理 個人照護 家務助理服務		物理治療 職能治療 復健 社會工作
韓國	長照機構 護理之家 老人之家 安養機構	居家護理 居家服務 喘息服務 沐浴服務	日夜間照護	輔具租借 訪視護理 喘息服務
長照十年計畫 (*means test)	護理之家* 長期照護機構* 養護機構* 安養機構 *	居家服務 家庭托顧 居家護理 居家復健	社區復健 日間照護 喘息服務	輔具購買、租借 居家無障礙環境改善 老人營養餐飲服務* 交通接送服務

*來源:整理自周月清，林志鴻，葉玲玲，李世代等，,國策基金會，長照十年計畫、NHIC等

表 2-5：各國長照保險與我國長照十年計畫給付（補助）項目之比較

	日本	德國	韓國	十年計畫
居家照護	V	V	V	V
居家服務	V	V	V	V
日/夜間照顧	V	V	V	V
機構照護	V	V	V	±*
居家環境改善	V	V	輔具租借	V
安全看視	V (社區據點支援型態)	V		V

*仍維持現有社會救助型態以經濟狀況為補助條件

來源：同表 2-4

長期照護保險之給付與全民健保之給付最大的差別在後者係以治療、改善健康為重點，後者則針對不可治療或恢復的失能提供必要的支持，以維護基本生活。但實際之分工各國不同，日本在實施介護保險後由老人保健法(老人醫療）轉移至介護保險給付之項目如下：

■居家護理

■居家復健

■居家療養管理指導

■日間復健

■短期收容療養照護

■療養機構照護服務

其中居家照護費用介護對象由介護保險給付，非介護對象仍由老人保健法提供給付（引自鄭, 2004,譯自川村匡正(2000):新介護保険総点検， P54）

第三節 長期照護給付等級與給付水準

一、保險給付的分級

各國長期照保險給付等級見表2-6。其中韓國與德國皆分為三級(德國自2008新增一級：零級）。日本分為需支持與介護，前者分為兩級，後者分為五級（李世代等，2009）。

表2-6：長期照護照護分類與給付級別

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">照護分類</th><th>給付分級</th></tr>
<tr><td rowspan="2">日本</td><td colspan="2" rowspan="2">5 類：
直接生活照顧
間接生活照顧
異常行為照顧
功能訓練
醫療照護</td><td>需支持:分兩級
1. 25-32 分鐘
2. 32-50 分鐘</td></tr>
<tr><td>需介護:分五級
1:32-49 分鐘
2.50-69 分鐘
3.70-89 分鐘
4.90-109 分鐘
5.110 分鐘以上</td></tr>
<tr><td rowspan="5">德國</td><td colspan="2">ADL+IADL</td><td rowspan="2">45-90 分鐘</td></tr>
<tr><td rowspan="3">精障
失智
腦傷</td><td>每日需協助頻率：
1-2 次</td></tr>
<tr><td>3 次以上</td><td>2-3 小時</td></tr>
<tr><td>全日</td><td>4-5 小時</td></tr>
<tr><td colspan="2">照護分類:依時間分級</td><td>2008 新增一級:0 級:針對智障者之安全看視</td></tr>
<tr><td>韓國</td><td colspan="2"></td><td>分為三級
1 級重度
2 級中重度
3 級中度</td></tr>
</table>

二、各國保險給付分級

（一）德國經驗

德國給付透過專業評估標準與程序，給付依照護等級輕重與照護必要作業活動定價，被保險對象向長照保險人申領照護給付，長照保險人將照護評估與照護計畫委託專業評估單位「健康保險醫事鑑定服務中心」（MDK）確認是否有照護需要、評估照護需要等級、是否有復健需要、住宅設施環境評估，以及照護計畫等作成報告，再將評估結果與計畫建議等事項作成報告，送回保險人核定。凡符合法定照護需要資格者，即依規定受領給付。（SGB XI §18）

長期照護保險實施初期，照護需要評估標準偏重於肢體生理功能的範疇，而以日常生活功能（ADLs）與工具性日常生活功能（IADLs）作為評估照護需要以及確認照護需要等級的依據。ADLs 包括個人衛生（洗澡、上廁所、刮鬍子以及刷牙），進食（包括準備食物），行動力（上下床的移位、穿衣、走路、站立、爬樓梯，以及離家和返家）；IADLs 為家事活動（購物、煮東西、打掃、洗衣服、洗盤子以及暖房）。如表 2-7 所示。實務上尚有現金給付的等級附表（如表 2-8），以及兒童等級附表（如表 2-9）

2001 年「長照-品質確保法案」（Pflege-Qualitaetssicherungsgesetz）增加失智症給付，於 2003 年起實施，並於往後數年進行照護需要概念，以及照護需要評估標準的重要修正，請見本文附錄一。

表 2-7：德國長期照護等級標準與時間（一般標準）（第 15 條 SGBX1）

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1	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	每天至少一次至少 2 項日常生活必要活動之看顧或陪伴；或早晚個一次之協助		
照護等級11	一般	每天至少 3 次（在身體照料、移動、進食方面）	每週需多次工具性活動協助	3小時 基本照護至少：2 小時

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
	精障、失智	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111	一般	整日（包括晚上）在身體照料、移動、進食方	每週需多次工具性活動協助	5小時 基本照護至少：4 小時
0 級	精障、失智	整日（包括晚上）皆需要日常生活必要活動之看顧或陪伴		

此外，在上述照護需要等級之外，可申請特別嚴重案例之給付：申請者身體的基本照護 (身體清潔,進食或移動)每日必須至少六個小時，其中至少三次於夜間進行。於全住院式機構住院的照護需要者也常需醫護密切看護，或者身體的基本照護在夜間必須透過許多位照護員同時提供，此時通常一員為專業人員一員為現金給付者(如家人)。另外，必須每日協助家務處理。

表 2-8：長期照護等級標準與時間（家屬或非專業提供照護）（第 15 條 SGBX1）

照護等級	ADLs：沐浴、穿衣鞋、如廁、移動、大小便控制能力、與進食等六項	IADLs：購物、烹調、打掃、清洗碗筷、清洗衣物、暖房等家事協助	每天至少小時
照護等級 1	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
照護等級 11	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
照護等級 111	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

表 2-9：德國長期照護等級標準與時間（兒童）

年齡	照護等級	ADLs	IADLs
嬰兒	照護等級 1、11、111	視正常同年齡而定，嬰兒不計移動項目	不計
八足歲以前罹病或身心障礙兒童			煮食、清潔、清洗衣物、更衣
8-14歲	照護等級1	同一般人標準	每天至少至少每日 30 分鐘
	照護等級11	同一般人標準	每天至少至少每日 45 分鐘
	照護等級111	同一般人標準	每天至少至少每日 45 分鐘

居家式照護依照護需要等級輕重分類。照護需要等級分為 I，II，III 級，並自 2008 新增一級：零級。

0 級特別針對中度失智症者提供之居家安全看視，可與 1-3 及合併計算給付。失智症者之評估以下列 13 項有任兩項回答為是，且至少其中一項為第 1-9 項，即屬於中度失智：

1 外出無法回家

2 無能力認知危險狀況或無法判斷引起危險狀況

3 無法回應危險狀況

4 無能力回應行動上或語言上的攻擊行為

5 對某一情境無法洽當對待

6 對自己肢體上或者精神上的感覺或需要無能力加以覺察

7 由於壓抑或恐懼驅使，無能力與他人合作

8 因記憶力受損以致其在處理日常活動事務時遭致困難

9 日/夜作息困擾

10 無能力自行規劃每日作息

11 無能力辨識日常狀態以及對日常狀態回應能力不足

12 無法控制自我情緒

13 因受有不可療癒的壓抑而呈現受到打擊以及絕望感

居家照護需要者得申領實物給付（Sachleistung）、現金給付（Geldleistung）、或混合給付（Kombinationsleistung）。

實物給付指由照護契約機構申領，由照護保險人依照法定支付上限內支付其照護費用的照護給付，超出支付上限的費用則必須由照護需要者自行支付。2008年7月1日前後各照護等級支付上限價格，以及2008年「照護永續發展法案」法定調整價格如表2-10所示。

表2-10：德國長照保險實物給付照護等級支付上限與價格調整概覽

照護等級	2008以前	2008.7.1起	2010起	2012起
等級I	384	430	440	450
等級II	921	980	1 040	1 100
等級III	1 432	1 470	1 510	1 550

資料來源：BMG，2008：551

實物給付申領方式也越來越彈性多元化，照護住宅（Wohnangebot）以及看顧服務（Betreungsangebot）越來越受歡迎，因為大多數照顧需要者偏好居家式而不喜機構式照護，而希望儘量在家或選擇流動式照護。但是家庭照護網絡可能性越來越低。因此特別是一些新的照護住宅形式，例如團體家屋（Wohngemeinschaft）或看顧住宅特別受到歡迎。而照護保險也在這方面進行改善，如提供數量的增加與申領條件的改善。這種類型的照護將朝向允許各種照護服務一起接受照護服務組合（poolen）的可能性，即申領不同照護服務類別的照護需要者，例如照護給付、看顧給付以及家務協助者，可以與其他照護需要者居住在一起共同接受照護服務(詳細請參看附録1)。

居家式照護還可以申領現金給付。所謂現金給付是指照護保險人支付照護需

要者現金給照護服務提供者。法定申領者是照護需要者而非其親屬，照護需要將照護現金給其親屬作為薪資或獎賞之用。照護現金給付與實物給付還可以依比例混合使用。迄 2012 年止，現金給付價格將如表 2-11 調整。

表 2-11：德國長照保險照護等級現金給付支付上限與價格調整概覽

照護等級	2008 以前	2008.7.1 起	2010 起	2012 起
等級 I	205	215	225	235
等級 II	410	420	430	440
等級 III	665	675	685	770

資料來源：BMG，2008：552

表 2-12：提高照護等級 III 實物給付的支付價格

起迄時間	**照護等級 III**	**III (特殊案例)**
至 2008 年 6 月 30	1.432 Euro	1.688 Euro
自 2008 年 7 月 1 日起	1.470 Euro	1.750 Euro
自 2010 年 1 月 1 日起	1.510 Euro	1.825 Euro
自 2012 年 1 月 1 日起	1.550 Euro	1.918 Euro

2008 年德國提高支付價格，目的在改善居家照護的品質，並進一步落實「居家優先機構」照護的原則。

全住院式機構照護只有在居家照護或部分住院式照護，都不可能的情況下，才得以提供給付。照護需要者是否需要全住院式機構照護，照護保險人得商請「健康保險醫事鑑定服務中心」評估確定。長照法規定照護等級 III 的照護需要者得免評估而申領全住院式機構照護。照護保險人根據照護需要等級法定實物給付金額支付給護理之家（Pflegesatz）。實物給付只支付照護需要者於護理之家接受醫療治療照護，以及社會的照顧所產生的費用。

照護需要者必須負擔法定照護項目與作業活動以外的費用，包括膳宿費用，固定投資費用，以及為求舒適增加的費用。但其總費用額度不得超過法定護理之家 75%的支付額度。護理之家得收取的費用包括法定照護費（Pflegesatz）；膳食住宿費用；以及特別許可計算的固定投資費用（die gesondert berechenbaren

Investitionskosten)。入住機構之前必須條列明示照護機構與照護保險人主責的照護必要輔具。

（二）日本經驗

1.長期照護給付標準之訂定

日本在未實施長期照護保險之前,原先想採用美國資源耗用分類系統第三版(Resources Utilization Group Version III, RUG-III)，這是美國所發展的一種病例組合分類系統,藉以護理之家住民對長期照護之需要。後來並未使用的原因是認為此系統不能解釋日本人長照資源耗用的情形，尤其是復健資源的使用，因為兩國在復健服務資源的提供体系完全不同,但日本後來利用照護活動時間作為資源耗用單位而發展的評估工具，仍是擷取了 RUG-III 住民分類與前瞻式支付制度(prospective payment) 的概念而來。

為發展長期照護需要分類系統，作為核定長照給付之參考，日本收集 3400 位住在長期照護機構或住院的高齡者各項生活需要協助事項的時間,其時間計算最小單位為分鐘。高齡者生活需要協助事項分為直接生活協助、間接生活協助、問題行為處理、機能訓練，以及醫療照護處理等。直接生活協助包括入浴、排泄、進食等；間接生活協助包括洗衣服、掃除等家事援助等；問題行動處理包括徘徊行為探索、不當行為處理等；機能訓練包括步行訓練、日常生活訓練等機能訓練；醫療照護處理包括管路處理等。詳見表 2-13。上述資料經分類樹(classification tree)分析，將使用者分為六類，其說明詳見表 2-14。此分類主要將使用者分為要支援與要介護兩大類，而要介護再細分為五類。

表 2-13：要介護認定生活協助事項基準時間收集項目

直接生活協助	入浴、排泄、進食等
間接生活協助	洗衣服、掃除等家事援助等
問題行動處理	徘徊行為探索、不當行為處理等
機能訓練	步行訓練、日常生活訓練等機能訓練
醫療照護處理	管路處理等

表 2-14：六類使用者其介護認定之基準時間

要支援	上述五項要介護認定等基準時間在　２５分以上　３２分未滿，或其相當狀態。
要介護１	上述五項要介護認定等基準時間在　３２分以上　５０分未滿，或其相當狀態。
要介護２	上述五項要介護認定等基準時間在　５０分以上　７０分未滿，或其相當狀態。
要介護３	上述五項要介護認定等基準時間在　７０分以上　９０分未滿，或其相當狀態。
要介護４	上述五項要介護認定等基準時間在　９０分以上１１０分未滿，或其相當狀態。
要介護５	上述五項要介護認定等基準時間在１１０分以上，或其相當狀態。

2.需照護等級之給付標準(詳細請見附錄 2)

2009 年日本介護認定之工具經多年之演進修正為 74 項 (李世代 2009)。包括身體功能、起居動作（13 項)、生活功能（12 項)、認知功能（9 項)、BPSD（15 項)、社會生活適應（6 項)、2 週內日常生活自力度（12 項)。

日本需照護等級每個月訂有住在家中使用者之長期照護服務使用金額上限，需照護 1 級為 16580 單位、需照護 2 級為 19480 單位、需照護 3 級 26750 單位、需照護 4 級為 30600 單位、需照護 5 級為 35830 單位。要支援 1 為 4970 單位、要支援 2 為 10400 單位。而入住機構使用者的給付費用則依三類機構及使用者照護等級有所不同。給付標準一個單位各市區町村不同，全國平均約 10 日元。其中以東京都每單位 10.72 日元為全國最高。

表 2-12 呈現居家使用者要介護 1 至介護 5 等級其實際支付佔給付標準的百分比為 46.8%至 56.3%，隨著需介護等級愈高其百分比愈高。整體而言，日本實際支付點數佔給付標準約一半（表 2-15）。

表 2-15：2007 年居家使用者長期照護服務實際支付點數佔給付標準百分比分布

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
給付標準	4,970	10,400	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830
實際支付	2,326	4,119	6,617	9,081	13,131	16,822	20,164
利用率(%)	46.8	39.6	39.9	46.6	49.1	55.0	56.3

資料來源：平成１９年度介護給付費実態調査結果の概況

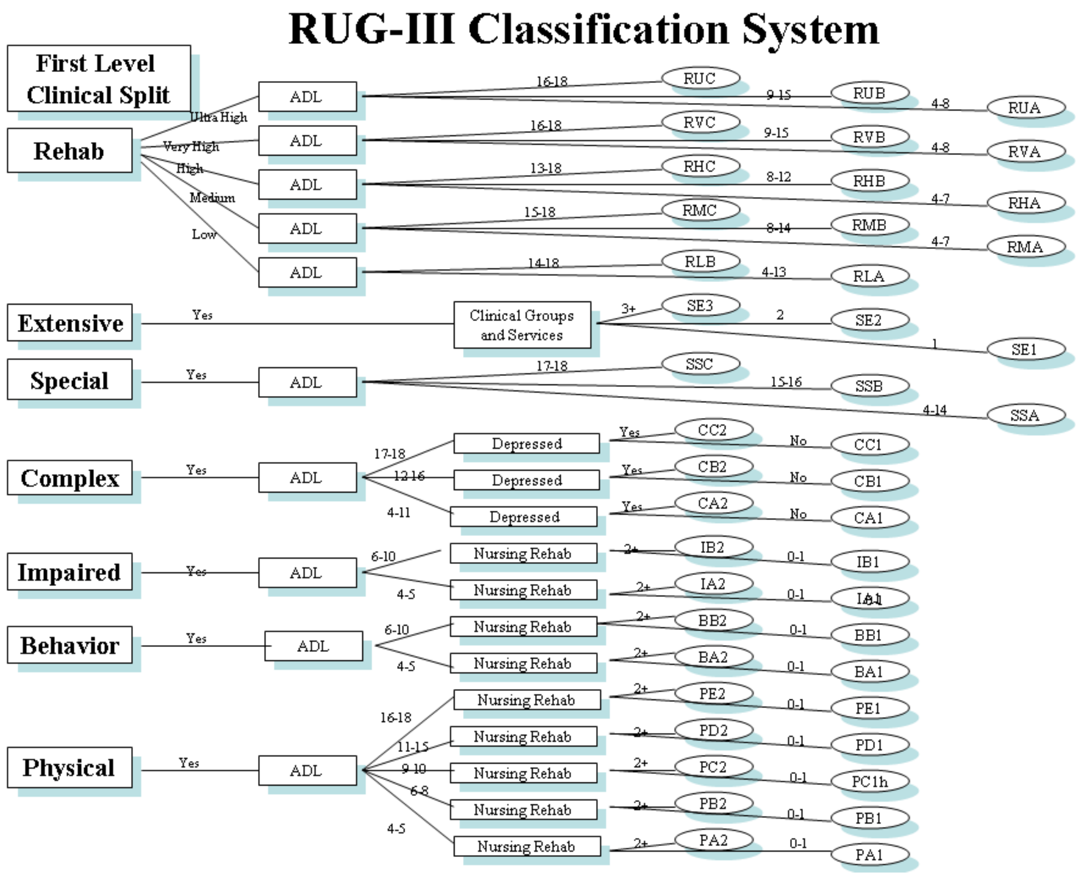
（三）美國經驗:RUGs 與 HHRGs

美國老人保險自 1983 年在住院引進以疾病診斷關聯群(Diagnosis Related Groups, DRGs) 為基礎的前瞻性付費制度(Prospective Payment System, PPS)後，因住院後照護如居家照護（含居家服務、居家復健）與護理之家服務需求急遽增加，故陸續在護理之家與居家照護導入前瞻性付費制度。

1.護理之家 RUGs:

美國技術性護理之家前瞻性付費制度始自 1998 年係依據長期照護病人資源耗用群(Resources Utilization Groups, RUGs) (Fries, 1985)第三版之分類訂定論日計酬支付標準。 RUGs 依據護理之家住民之功能與照護需要分為 44 個群組(詳見圖 2-1)。

圖 2-1：長期照護病人資源耗用群第三版(RUGs Ⅲ)之分類



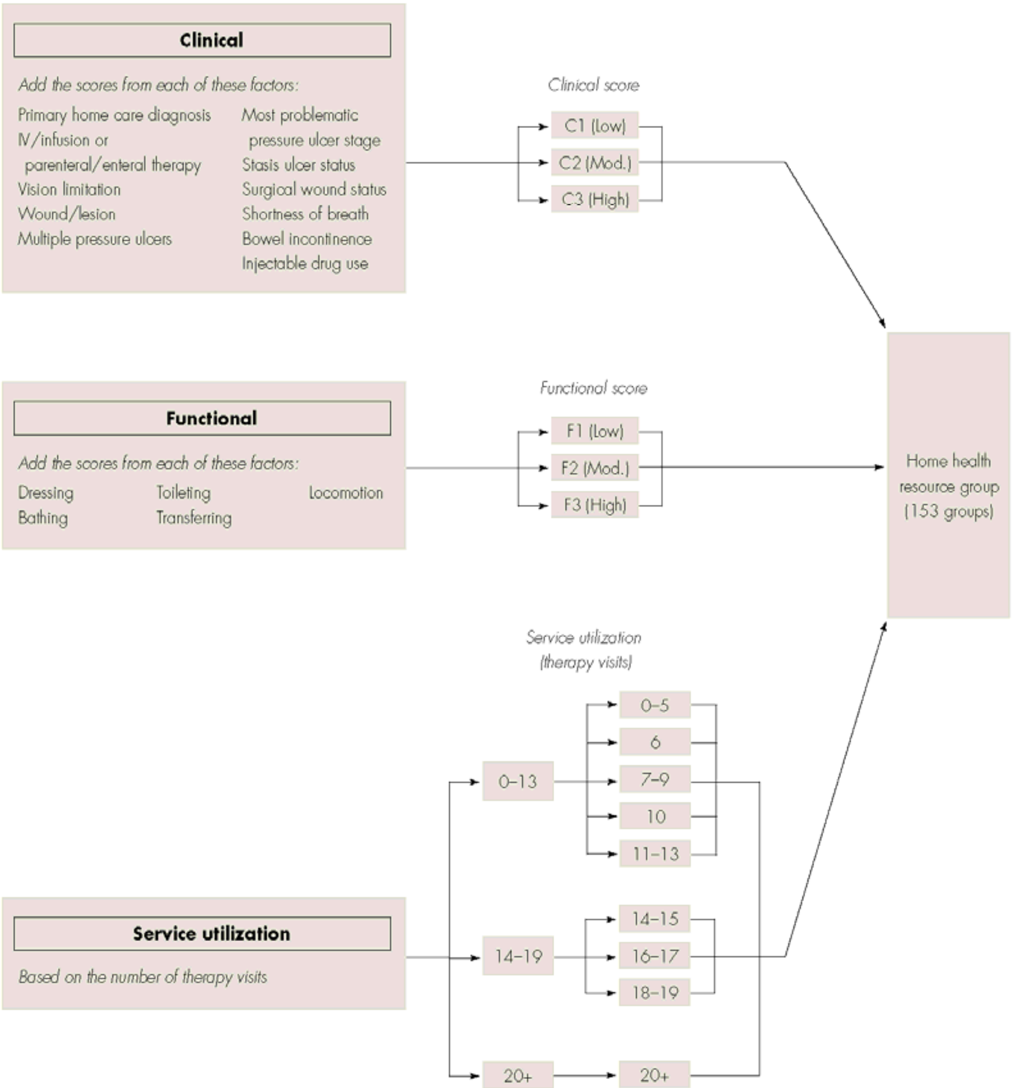
資料來源：Fries, B., et al., *Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes*. Medical Care Vol 32(7), 1994.

2.居家照護 HHRGs:

自 2000 年起，以居家健康資源群（Home Health Resource Groups，HHRGs）為基礎，支付以 60 天為一期（payment per episode）的定額居家照護費用；該支付標準會依據地理區做物價調整，對特殊個案（費用超過支付金額 67%）可申報例外個案費用（outlier)。但為避免偷工減料，訪視次數小於五次者，則依據訪視服務類型，採論次計酬。對特殊材料(如常規使用之材料)可另行申報。HHRGs 係藉由 Outcome and Assessment Information Set (OASIS)就需要照顧者之臨床特性、功能、服務利用加以評估，分為 153 個群組（medpac,2008）(詳見圖 2-2)。我國居家護理過去曾仿照 RUGs 為基礎分為七類，並在訂定支付標準時簡化成四類。

圖 2-2：居家健康資源群(HHRGs)-OASIS 評估需要照顧者之臨床特性、功能及服務利用

Figure 1 Clinical, functional, and service information from OASIS determines patients' home health resource group



Note: OASIS (Outcome and Assessment Information Set), IV (intravenous), IRF (inpatient rehabilitation facility), SNF (skilled nursing facility).

Source: CMS 2007.

2 *Home health care services payment system* *payment***basics**

（五）其他國家經驗

RUGs 在加拿大芬蘭也被廣泛使用。在德國雖目前以 ADL/IADL/認知功能之評估系統將病人照顧需要分級，未採用 RUGs。但有感於長期照顧需要評估之複雜度，自 2006 年研發出新一代照顧需要評估工具，亦以多元評估量表取代之。該研究以六面向的綜合評估取代 ADL、IADL 之可行性。未來將賦予長照保險法「照護需要」一個新的定義，同時修正評估標準與評估面向：將以往偏向「照護依賴性」與時間（六個月）的概念定義，轉成強調「生活自主程度」的評估。同時擴大原先較為侷限於生理功能與日常事務處理的評估項目，缺乏社會分享、人際關係聯繫，以及疾病意外事故的預防及其必要的處置與回應。另外，就人群類別上而言，現行制度對失智症患者、身心障礙者、精神疾病患者以及照護需要兒童等，其狀態與需要未獲足夠的重視，必須改善。照護需要評估將由六項模組指標一起進行。每一個模組由一組活動、能力或者一個生活項目組成，並且以分數計算，以利評估員進行判斷，將照護等級分為五級。

1. 移動性：短距離的行走，以及身體的位置變換。
2. 認知與溝通能力：記憶，感覺、思考、判斷、溝通（精神的以及口頭的動作能力）
3. 行為以及心理問題狀態：對於自因性或他因性危險行為或處境的回應能力，以及對於恐懼、突發攻擊等心理回應問題（對於自我情緒與內在行動驅使的自我調控能力）。
4. 自我照顧：身體照料，穿衣、進食與飲水，以及如廁。
5. 回應因疾病或復健所需的負擔能力，如用藥、傷口處理、使用助行器的狀況、執行長時間的居家或戶外復健。
6. 日常生活安排以及社會接觸：對時間的分配、從起床到就寢的作息節奏、有意義的時間支配、社會關係的維護

進行等級確認時，六個評估項目一起進行評估，並且以分數加以呈現。再按其分數高低將照護需要性分成五個需要等級。分為輕度、中度、重度、極重度、以及特別多重需要。與目前的等級分法不但不同，而且更能顯現出其差異。

荷蘭隊長期照護給付之評估係依據 WHO 國際功能、失能與健康分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）。另外荷蘭的照護機構也採用支持強度量表與生活品質量表評估案主之需要。

韓國在開辦長照保險後,對長照保險給付主要依據 ADL 與 IADL 分為三級。

（六）台灣規劃研究經驗

1.行政院長期照顧規劃小組 2005 年委託長期照顧制度規劃研究報告,對服務項目給付水準的規劃提出下列的建議：

(1)給付水準宜介於德國及日本間,視財務而定；符入住機構個案選擇居家，其居家給付不宜較機構給付低太多；應予失能者及家屬多元選擇的彈性；不宜提供到給付上限(德日約給付上限金額之 1/3)。

(2)服務項目之評估與提供，宜涵蓋擬定個案管理計畫的服務費用內；採用全國統一客觀的指標,但賦予個案管理師小比例的彈性;社區式服務優先於機構式服務；在發展階段，應考量減少家庭照顧者負荷，引導民眾學習正確使用長期照顧服務。

(3)部分負擔部份，國外居家服務每小時照顧皆有部分負擔，平均 10-12%之間，國內應大於 10%；低收入負擔宜較低，且機構負擔宜 10%以上之總費用，且吃住自費；急性、亞急性及長期照護的灰色地帶需要部分負擔的導引，配套調整全民健保部分負擔比率。

(4)提供現金與實物給付之選擇，現金給付可促使家人將失能者留在家中照顧，且政府可節省照護的支出。

至2007年長照十年計畫主要的改變在擴大補助範圍、提高部份負設計、將居家復健由衛生署計畫補助列為常規補助、機構式照顧服務將家庭總收入未達最低生活費1.5倍之家庭經濟弱勢者納入補助，主要僅補助重度失能者；老人營養餐飲服務仍以經濟狀況為主要考量。十年計畫補助方式之規劃原則有二：(因其以稅收的概念相對於保險體制即為給付的規劃)：（1）對一般社會大眾，補助型態以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔，而以補助服務使用為原則。（2）依老人失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的照顧服務補助，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高。

十年計畫對部份負擔的設計，係依經濟狀況設定不同補助標準：（1）家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用1.5倍者：由政府全額補助；（2）家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用1.5倍至2.5倍者：由政府補助90％，民眾自行負擔10％；（3）一般戶：由政府補助60％，民眾自行負擔40％；（4）超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。至於每小時的補助經費則是以每小時180元計（隨物價指數調整）。(詳細內容請見附録3)

第四節 外籍看護工與本籍照顧服務員的競合

因應台灣人口老化與社會需求，從政府以至民間對台灣長期照護制度的建置及方向，均極為關注且有眾多的討論。其中在社區化服務資源的發展部份，以社區化居家照顧服務網絡的建置與服務提供，是被失能民眾及其家屬認為最需要的，自民國89年至92年由內政部及衛生署委託吳淑瓊教授研究團隊辦理的建構長期照護體系先導計畫及民國90年經建會等部會共同執行的照顧服務福利及產業發展方案，均開始以部份補助及由需求民眾相對負擔的設計，嚐試於社區發展可提供普及化的居家照顧服務網絡，惟經檢討此二計畫的執行成果，發現民眾使用率不高，尤其是在民眾須自付費用部份，其原因分析常推定認為是外籍看護工的引進使用過於氾濫，而造成的排擠結果。

台灣的外勞始自1980年代末期，1992年即擴大到含外籍看護工[1]在內的68種行業，1993及1994年時，又再開放多種行業及含三K[2]等行業專案的外勞引進措施。1993 年4月頒佈「因應家庭照顧殘障人力短缺暫行措施」開放外籍看護工的申請的公告，開啟大量引進外籍看護工之門，雖然要求在引進之前，應先有增強與本籍看護工供需間媒合，及後來要求外籍看護工引進前受訓証明練，作為以提升國內的看護工供給量及增進外籍看護工的的配套作為。我國的勞工政策一直將外勞定位為短期補充性的勞力，在引進時採行「限業、限量」的管制措施，且對外勞在台工作期間也有明確的設限。

看護工的工作符合3K行業的三種特性，本籍勞工多不願從事，即使從事也要求高薪資，讓雇主難以負荷。政府主管單位往往基於外籍看護工是本著「人道」立場開放，以幫助中等所得家庭重病者，聘僱者多為弱勢族群的失能者或身心障者，屬社福性質的補充人力，不同於其他行業別引進的外勞，然而外籍看護工幾

[1] 2004 年之前官方文件均稱「外籍監護工」，勞委會考量社會上俗稱家庭看護，自 2004 年起正式改稱外籍看護工，故本文全文以外籍看護工稱之。

[2] 3K 係由日文拼音，係指：骯髒（kitanai）、辛苦（kitsui）、危險（kikem）三類型的行業；至於英文則是指 3D 產業：骯髒（Dirty）、辛苦（Demanding）、危險（Dangerous）。。

乎沒有「互補性」，對中低階層的本國勞工相當不利，有損社會公義。此外，外籍看護工係由個別家庭引進，既分散且不易監督，再加上外籍看護工的引進成本低廉，工作內容超過規定範圍，且行政上對假造醫師證明取得申請資格的稽核不易，因此外勞縮減的政策措施往往很難針對看護工部份著力，也是外籍看護工人數急遽成長重要原因，使得外籍看護工的引進與管理政策持續成為勞工政策的焦點議題。

根據研究資料(蔡、李、黃,2008)，由外籍看護工人數對外勞總數佔率的時間趨勢分析顯示，自 1992 年至 2007 年外籍看護工的佔率的趨勢，自 1992 年至 2000 年以前外籍看護工的佔率出現每年持續大幅成長的趨勢 (APC[3]=42.42%, p<0.05)，一直至 2000 年才出現判定為顯著的時間趨勢改變點，佔率仍維持成長，但成長趨勢明顯趨於緩和(APC=6.82%,P<0.05)，再由人數成長的時間趨勢分析更顯示，人數成長率的改變呈現大幅下降，由 1992 至 1994 區段的 APC=298.57 以至 2000 至 2007 區段的 APC=7.49，對照政策介入的點，可發現 2000 年之前的時期，相關外勞政策介入的結果，對非看護工類外勞的緊縮效果顯然優於看護工，而 2000 年至 2001 年期間三度調整外籍看護工的申請資格，申請資格的調整與居家照顧補助方案的實施，才確實有效抑制看護工的成長趨勢，由於 1999 至 2000 年時，當時一年之間外籍看護工增加人數超出 25000 人的警示，使得當時政策檢討認為申請資格的寬鬆與不合實際需求，而修正申請資格的政策介入才是有效的決策。2006 年又改為團隊專業評估的作為評核受照顧者的資格，觀察 2006 年及 2007 年人數的變化，雖有減少，但未呈現顯著的趨勢改變，由 2000 年至 2005 年的申請資格改變的資料，申請資格標準 (eligibility criteria)改變後，剛開始資源使用立即減少，而逐年又開始回升，其中原因係實際的需求增加，或適應標準後，有人為因素的創造需求，而造成看護工人數的攀升，值得進一步探討，也因此 2006 年的介入措施，需要再觀察數年，才能確切了解其效果。

[3] APC 係指 Annual percentage change

第三章 研究方法

第一節 研究設計

在資源有限的前提下，社會保險之給付設計原則，除總體財務考量（總費用高低是否負擔得起（財務可負擔性）、費用控制可能性、投入資源與價值對等性）外，在個別給付項目之選擇方面，需考量普及性（公平性）、成本效益、與家庭負擔之高低。上述考量必須藉由專業分析與社會參與來決定那些給付應優先涵蓋在給付範圍內或限制給付。另外在長照保險開辦初期，則應考量長照資源可用性(availability)與地理分布，以決定是否漸進導入某些給付項目。

因此本研究首先依據文獻探討針對給付對象、給付方式（現金、實物或兩者皆給付）、給付項目等相關政策議題，設計數個選項。其次運用政策德菲法（Delphi technique）針對學者專家與相關社福團體意見領袖進行兩梯次之德菲法調查，以廣泛收集社會菁英對長期照護保險給付方式及給付項目之意見，據以評估學者專家對各種給付方式與給付項目內容之偏好。最後本研究依據學者專家對普及性、成本效益、與家庭負擔高低三項原則給予的權重（透過兩兩比較），歸納出三項原則之相對重要性（以權重（weight）代表之），再將專家依據各原則評估各項長照服務項目納入保險給付之重要性（以五點式Likert Scale表示）以上述權重加權，即可計算長照服務項目，依據上述三原則，總體而言應納入保險給付之優先順序。在上述分析中，本研究原擬運用層級分析法(analytic hierarchy process, AHP)分析相關選項之一致性指數(consistency index, CI)與一致性比率(consistency rate, CR)。但因研究經費不足，無法採購相關分析軟體，故改以上述方法分析。

除德菲法調查外，本研究亦舉辦一次社福團體與病友團體座談會，針對本研究之初步結果提出報告，以廣泛徵求各方之建議。本研究之進行共可分為兩個階段，第一階段主要進行文獻資料的蒐集與分析，分析結果用以提供第二階段德菲

法調查擬定問卷以及社福團體座談之參考。最後經由研究小組將調查結果與文獻作綜合匯整分析，提出期末報告。

雖然本研究之探討方向與周月清等(2005)及高森永與劉慧蓉(2004)的研究略有相似之處，然而不同於過去的相關研究，本研究的發展方向具有下列兩項特點：一、過去研究文獻雖然有許多的制度分析與比較，但限於單一國家或概略性的多國比較，本研究針對長期照護保險提供方式與給付項目內容進行較深入的文獻探討與分析；二、本研究之德菲法問卷調查除收集專家對政策之建議外，亦請專家綜合運用普及性（公平性）、成本效益、與家庭負擔三項原則，綜合評估長期照護服務項目，納入保險給付之優先順序，其考量應較為周延。

第二節 文獻探討

本研究以系統性文獻蒐集彙整方式，藉由圖書、期刊、電子資料庫以及網際網路等媒介，廣泛蒐集國內外已實施長期照護保險國家（尤以德國、日本、荷蘭及韓國等為主要蒐集目標）制度介紹的研究或報導文獻－特別針對長期照護保險之給付對象、給付方式及給付項目－並輔以相關國內研究長期照護保險給付方式及給付內容項目之相關文獻之整理（包含：期刊、碩博士論文、科技報告及委託研究計畫等），用以分析及發展我國長期照護保險之給付方式及給付項目內容之可能政策選項。

依過去研究各國實施長期照護保險之給付方式及給付項目內容之初步整理，目前其他國家實施之給付方式粗略可分為兩類－「現金給付及實物給付混合制」與「實物給付」兩類，而在給付項目方面則包括機構式、社區式、居家式及其他等四類服務（或只分機構與居家兩類）。但在實際給付項目方面則有較多的變化。

本研究在文獻探討部分，會特別著重在瞭解相關制度的細節內容，以期能提供較佳的政策參考性，而非概略的制度介紹，尤其著重在德國、日本兩國家有關長期照護保險給付方式及給付項目內容之詳細介紹（放在附錄中）。

第三節 專家德菲法問卷調查

研究依據第一階段文獻探討之結果，參考各國給付方式及給付項目內容建構學者家德菲法調查問卷，運用兩次德菲法調查，以匯集專家學者之意見。

德菲法係在短期內，快速收集學者專家對某政策議題意見，以供決策參考的一種方法。德菲法問卷調查主要以廣泛蒐集專家對於開辦長期照護保險之「給付方式」及「給付項目內容」之看法為主，採選擇題（由文獻探討結果陳列若干可能選項架構）為主，開放式答案（由專家提供建議）為輔。調查問卷回收後匯總統計分析，並將第一次調查統計分析（平均值、標準差、中位數）之結果，提供學者專家填答第二次問卷之參考。由於學者專家填答第二次問卷時，可能受多數人統計意見－集中與分散趨勢－之影響，可能提高第二次答案之整體共識度。

參加德菲法專家會議的邀請對象，將儘量包含產業（如：長期照護服務提供機構、非政府組織(NGOs)及專業協會）、官方（包含：衛政、社福及社會保險單位）、學術團體（大學院校、學術研究機構及專業學會）等不同領域之專家學者，在專業領域部分將儘量涵蓋長期照護、財政、保險、衛生福利政策及醫療等專長。邀請對象如表3-1：

一、調查對象

(一)德菲法調查對象

以台灣目前熟稔長期照護政策或實務的學者專家為研究對象，共計 47 人，分別是學術界 22 位學者，實務界選取 25 位專家，其中學界專家係指目前任教於國內各大專院校長照議題相關科系之學者；儘量涵蓋長期照護、財政、保險、衛生福利政策及醫療等專長。實務界之專家係指長照相關主管機關行政主管、服務於長期照護產業或醫療產業之專業人員以及社福團體代表。邀請之學者專家名單

如表 3-1：

表 3-1：德菲法學者專家邀請對象

代表領域	學者專家姓名 （依姓氏筆畫排序）	服務機構
產業界	王素琴	台大醫院北護分院護理部主任
	宋維村	若瑟醫院 院長
	林木泉	門諾醫院醫務策劃部主任
	林知遠	玉里榮民醫院副院長
	林茂安	財團法人嘉義基督教醫院(院長特助)
	林偉峰	財團法人私立廣恩老人養護中心執行長
	林愛貞	聖功醫院 護理部主任
	吳玉琴	老人福利推動聯盟秘書長
	周煌智	凱旋醫院副院長
	詹火生	兩岸共同市場基金會董事長
	張美珠	立心基金會 秘書長
	陳敏雄	兆如老人養護中心院長
	鄧世雄	耕莘醫院永和分院院長
	蔡芳文	雙連安養中心執行長
	鄭若瑟	八里療養院院長
	賴添福	財團法人苗栗縣私立海青老人養護中心理事長
	謝東儒	中華民國殘障聯盟秘書長
	甄瑞興	台北市立聯合醫院仁愛院區　神經內科主任
政府機關	石惠文	花蓮縣衛生局督導
	曲同光	衛生署健保小組副召集人
	周麗華	台北市政府社會局副局長
	許銘能	台北縣衛生局局長
	曾中明	內政部常務次長
	劉玉蘭	經建會參事
	彭美琪	台北縣長期照顧管理中心主任
	黃美娜	衛生署護理及健康照護處處長
學術單位	王　正	中正大學社會福利學系教授
	王增勇	陽明大學衛生福利研究所副教授
	王雲東	台灣大學社會工作學系助理教授

代表領域	學者專家姓名 （依姓氏筆畫排序）	服務機構
	吳肖琪	陽明大學衛生福利研究所教授
	李世代	國立台北護理學院長期照護研究所所長
	李光廷	萬能科技大學國際企業系副教授
	吳淑瓊	台灣大學衛生政策與管理研究所教授
	呂寶靜	政治大學社會工作學系教授
	周月清	陽明大學衛生福利研究所教授
	林萬億	台灣大學社會工作學系教授
	林麗嬋	陽明大學臨床護理研究所教授
	胡名霞	台灣大學物理治療學系副教授
	高森永	國防醫學院公共衛生系系主任
	張媚	台大護理系副教授
	陳正芬	中國文化大學社會福利學系助理教授
	陳惠姿	輔仁大學護理系副教授
	傅立葉	政治大學社會工作研究所副教授
	戴玉慈	台大護理系教授
	楊志良	亞洲大學健康學院院長
	葉莉莉	成功大學護理系副教授
	鄭文輝	南華大學非營利事業管理學系教授
	鄭清霞	中正社會福利學系副教授
	盧瑞芬	長庚大學醫務管理系教授

註：依姓氏筆劃排列

(二)社福團體座談會

本研究舉辦一次社福團體（含病友團體）座談會，針對本研究之初步結果提出報告，以廣泛徵求各方之建議。邀請台灣目前與長期照護實務的專家為邀請對象，共計31人。邀請之社福團體座談名單如表3-2：

表 3-2：社福團體座談會邀請對象

姓名	單位與職稱
王幼玲	中華民國殘障聯盟秘書長
王美鳳	中華民國康復之友聯盟秘書長
王榮璋	台灣社會福利總盟前秘書長
何碧珍	台灣婦女團體全國聯合會秘書長
吳肖琪	台灣長期照護專業協會理事長
吳玉琴	中華民國老人福利推動聯盟秘書長
李岳穎	台灣女人連線執行秘書
林金梅	運動神經元疾病病友協會(漸凍人協會)秘書長
林麗嬋	陽明大學臨床護理研究所教授
林首成	台北市心理復健家屬聯合會
林惠芳	中華民國智障者家長總會秘書長
林麗嬋	台灣長期照護專業協會理事長常務理事
金林	台北市心生活協會理事長
孫一信	陳節如立委辦公室主任
孫友聯	勞工陣線秘書長
曹愛蘭	台灣社會福利總盟秘書長
陳穎叡	中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長
曾敏傑	罕見疾病基金會董事長、台北大學社工系副教授
湯麗玉	社團法人台灣失智症協會秘書長
舒靜嫻	陽光社會福利基金會副執行長
黃玉華	伊甸社會福利基金會中區殘障服務中心區長
楊永祥	罕見疾病基金會副執行長
溫吉祥	中華民國脊髓損傷者聯合會秘書長
雷游秀華	中華民國發展遲緩兒童基金會董事長
劉蓉台	台北市康復之友協會總幹事
潘兆萍	中華民國自閉症總會理事長
滕西華	督保盟發言人
蔡再相	中華視障聯盟副秘書長
蔡宛芬	台灣女人連線前執行秘書
賴美智	財團法人第一社會福利基金會創辦人及專業總監
謝東儒	中華民國殘障聯盟副秘書長

註：依姓氏筆劃排列

二、問卷設計

本研究相關政策議題，除以選擇題方式進行外，對於態度之測量，主要以5點式Likert scale表達對否些議題之贊成程度：一分代表非常不重要，二分代表不重要，三分：沒意見，四分代表重要，五分代表非常重要。

在問卷正式定稿施測前，先邀請三位專家針對問卷的適切度進行內容效度的評估。並依據建議加以修正。

三、問卷施測

第一與第二回合問卷進行時間為 2009 年 3 月 27 日至 2009 年 4 月 28 日止共計 1 個月，第一次總寄出 47 份問卷；回收 38 份問卷，回收率為 80.85%；第二次寄出 38 份問卷；回收 34 份問卷，回收率為 86.84 %。兩次問卷皆有回覆計有 34 位學者專家。第一次實務與學術界兩組專家的回收率分別為「實務」組群為 80.00%，「學術」組群為 81.82%；第二次回收率各為 80.00%與 100%。

表 3-3：問卷回收狀況

研究對象	第一回合			第二回合		
	寄出	回收	回收率	寄出	回收	回收率
實務界	25	20	80.00	20	16	80.00
學術界	22	18	81.82	18	18	100.00
合計	47	38	80.85	38	34	86.84

第四節 資料處理與統計分析方法

德菲法調查之資料，經以Excel鍵入電腦後，計算集中趨勢（平均值、中位數）與標準差。

在評估給付項目優先順序時，學者專家對普及性、成本效益、與家庭負擔高低三項原則以兩兩比較方式，評估其重要性。為綜合三項原則，以發展長照保險給付項目之優先順序，本研究匯整三原則之相對重要性（以權重（weight）代表之），再將專家依據各原則評估各項長照服務項目納入保險給付之重要性之分數（以五點式Likert Scale表示）以上述權重加權，即可計算長照服務項目，依據上述三原則，總體而言應納入保險給付之相對重要性，並可依據各服務項目之平均重要性得分，排定給付優先順序。

第四章 研究結果

第一節 問卷回收情形以及基本資料

一、問卷回收情形

1.德菲法專家問卷回收情形

第一次次與第二次回合問卷進行時間為 2009 年 3 月 27 日至 2009 年 4 月 28 日止共計 1 個月，樣本數 47 位，第一次總寄出 47 份問卷；回收 38 份問卷，回收率為 80.85%；第二次寄出 38 份問卷；回收 34 份問卷，回收率為 86.84 %。兩次問卷皆有回覆計有 34 位學者專家，實務與學術界兩組專家的回收率分別為「實務」組群為 80.00%，「學術」組群為 94.44%，兩次兩次學者專家共回收 72 份，回收率 86.84%。

2.社福團體專家問卷回收情形

問卷進行時間為 2009 年 4 月 25 日至 2009 年 4 月 29 日共計 5 天，樣本數 16 位(當日與會參與人數)，回收 9 分，回收率為 56.25%。(本研究對於社福團體問卷結果暫不放入)

表 4-1-1-1：德菲法問卷回收狀況

研究對象	第一回合			第二回合		
	寄出	回收	回收率	寄出	回收	回收率
實務界	25	20	80.00	20	16	80.00
學術界	22	18	81.82	18	18	100.00
合計	47	38	80.85	38	34	86.84

二、專家學者德菲法之基本特質

表 4-1-1-2 為全程參與本研究兩回合調查回覆之專家學者們基本特質之分佈情形。在現職的部份，以學者代表居多，占 44.19%，其次為實務界專家(醫療專業人員、長照實務工作者、社福團體)，占 41.86%，政府官員(地方主關機關、中央主管機關)占 11.63%。

在年資的方面，以 6~10 年和超過 20 年者為居多，皆占 31.82%，其次為 16~20 年(27.27%)，5 年以下和 11~15 年者則各占 4.55%。

在年齡方面，以 41~50 歲居多，占 53.13%,，依序為 51~60 歲，占 34.38%，60~70 歲，占 9.38%，年齡小於 40 歲，則占 3.13%。

在長期照護政策、研究或實務年資方面，以 6~10 年居多，占 40%，依序為

11~15 年(30%)，15 年以上(16.67)以及 5 年以下(13.33%)。

三、社福團體專家之基本特質

表 4-1-1-3 為參與本研究調查回覆之社會福利團體專家精英基本特質之分佈情形。在其服務該社會福利單位的年資方面，五年以下者占 37.50%居多，其次依序為 6~10 年的 25%，與 11~15 年、16~20 年、以及超過 20 年的 12.50%。

在年齡部份，以 41~50 歲（57.14%）居多，其次依序為≦40 歲（28.57%）、51~60 歲（14.29%）。

在長期照護政策、研究或實務年資方面，以五年以下（42.86%）占多數，其次為 6~10 年與 11~15 年的 28.57%。

表 4-1-1-2：學者專家基本資料(德菲法調查)

學者專家基本資料		N	%
現職			
	大學教授（副教授、助理教授）	19	44.19
	中央主管機關	3	6.98
	地方主管機關	2	4.65
	醫療專業人員	7	16.28
	長照實務工作者	7	16.28
	社福團體	4	9.30
	其他 (請說明)	1	2.33
年資			
	5 年以下	1	4.55
	6~10 年	7	31.82
	11~15 年	1	4.55
	16~20 年	6	27.27
	超過 20 年	7	31.82
年齡			
	<=40 歲	1	3.13
	41-50 歲	17	53.13
	51~60 歲	11	34.38
	61~70 歲	3	9.38
長期照護政策、研究或實務年資			
	5 年以下	4	13.33
	6~10 年	12	40.00
	11~15 年	9	30.00
	超過 15 年	5	16.67

表 4-1-1-3：社福團體專家基本資料

學者專家基本資料		N	%
年資			
	5 年以下	3	37.50
	6~10 年	2	25.00
	11~15 年	1	12.50
	16~20 年	1	12.50
	超過 20 年	1	12.50
年齡			
	≦40 歲	2	28.57
	41~50 歲	4	57.14
	51~60 歲	1	14.29
	61~70 歲	0	0.00
長期照護政策、研究或實務年資			
	5 年以下	3	42.86
	6~10 年	2	28.57
	11~15 年	2	28.57
	超過 15 年	0	0.00

第二節 德菲法專家問卷結果

經兩次德菲法問卷調查結果發現在許多議題上學者專家有共識，但也有許多議題未獲得高度共識，以下分別加以簡單述之：

一、長照保險給付原則

(一) 給付對象與給付年齡(詳見表 4-2-1-1)

長照保險給付原則第一回合調查結果中發現，「全民強制納保」有 73.7%認為贊成或是非常贊成，不贊成或是非常不贊成有 23.7%，沒有意見佔有 2.6%。

另外，對於「納保對象應有限制年齡」部份，55.9%認為不贊成或是非常不贊成，認為贊成或是非常贊成有 38.2%，沒有意見有 5.9%。「給付對象設限」部份，有 80.0%認為不贊成或是非常不贊成，認為贊成或是非常贊成有 17.1%，沒有意見有 2.9%。

第二回合調查結果顯示「全民強制納保」，有 78.8%認為贊成或是非常贊成，不贊成或是非常不贊成有 15.2%，沒有意見佔有 6.1%。

另外，對於「納保對象應有限制年齡」部份，60.0%認為不贊成或是非常不贊成，認為贊成或是非常贊成有 33.3%，沒有意見有 6.7%。「給付對象設限」部份，75.8%認為不贊成或是非常不贊成，認為贊成或是非常贊成有 18.2%，沒有意見有 6.1%。

第一、第二回合「全民強制納保」，兩次分別有 73.7%以及 78.8%認為非常贊成或是贊成全民強制納保。

「納保對象限制年齡」原則兩次結果不變。「納保對象限制年齡」認為不贊成或非常不贊成比例最高，兩次依序為 55.9%、60.0%。

「給付對象設限」原則兩次結果不變，認為不贊成或非常不贊成比例最高，兩次依序為 80.0%、75.8%。

(二)給付需要性的判定標準(詳見表 4-2-1-1)

第一回合學者專家認為至少有兩個以上 ADL(IADL)失能，有 60.61%學者專家贊成 IADL 失能者亦納入給付對象。對於失能時間需維持多久，有 83.33%專家學者贊成限制時間，贊成者建議六個月。

在全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），由全民健保給付的贊成程度，有 76.32%贊成者。

第二回合學者專家認為至少有兩個以上 ADL(IADL)失能，有 75.9%學者專

家贊成 IADL 失能者亦納入給付對象。對於失能時間需維持多久顯示具有，有86.7%專家學者贊成限制時間，贊成者建議六個月。

在全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），由全民健保給付的贊成程度，有 88.2%贊成者。

德菲法兩回合問卷，學者專家認為「至少有兩個以上 ADL(IADL)失能」以這原則性，兩回合分別有 60.61%和 75.9%學者專家贊成 IADL 失能者亦納入給付對象。

對於失能時間需維持多久兩回合皆顯示結果之贊成者建議時間相同為六個月。

(三) 「普及性」、「家庭負擔」、「成本效益」原則重要性比較(詳見表 4-2-1-2)

表　給付原則性比較分析，學者專家所回答在原則性方面，原則重要性結果為，「普及性」原則之重要性皆高於「家庭負擔」與「成本效益」，「成本效益」原則重要性高於「家庭負擔」。

第二回合中原則重要性結果為，「普及性」原則之重要性皆高於「家庭負擔」與「成本效益」，「家庭負擔」原則重要性高於「成本效益」。

兩兩原則性之離散量數的四分位差分析中，僅第一回合中「普及性」比「家庭負擔」結果顯示為低度一致性，其他兩回合原則性比較結果皆顯示具有中高度一致性。兩回合之原則重要性結果為，「普及性」原則之重要性皆高於「家庭負擔」與「成本效益」。但第一回合「成本效益」原則重要性高於「家庭負擔」，第二回合結果為「家庭負擔」高於「成本效益」。

(四)家庭負擔(可負擔性)結果(詳見表 4-2-1-3)

兩回合專家調查部份，對於未來長照保險其總體規模應占 GDP 多少百分比，第一回合認為長照保險其總體規模應佔 1.55%GDP；第二回合為佔 1.21%GDP。

兩回合調查結果專家學者認為未來長照保險其總體規模應占 1.21~1.58% GDP。

表 4-2-1-1：長照保險給付原則贊成情形

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
您是否贊成長照保險應採全民強制納保（即不限制年齡）?	9	23.7	1	2.6	28	73.7	2.50	3.00	0.86	5	15.2	2	6.1	26	78.8	4.12	5.00	1.24
您是否贊成納保（保險）對象應限制年齡?	19	55.9	2	5.9	13	38.2	1.82	1.00	0.96	18	60.0	2	6.7	10	33.3	2.60	2.00	1.43
您是否贊成保險給付對象應該排除某些對象？	28	80.0	1	2.9	6	17.1	1.37	1.00	0.77	25	75.8	2	6.1	6	18.2	2.15	2.00	1.20
除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項 ADL 失能，才能納入給付對象？							2.14	2.00	0.85							2.06	2.00	0.72
您是否贊成將 IADL 失能者亦納入給付對象	10	30.3	3	9.1	20	60.6	2.30	3.00	0.91	4	13.8	3	10.3	22	75.9	3.76	4.00	0.87
贊成者建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？							2.72	3.00	1.27							2.48	2.00	0.89
您是否贊成仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者	5	13.9	1	2.8	30	83.3	2.69	3.00	0.71	2	6.7	2	6.7	26	86.7	4.27	4.00	0.87
（贊成者請填答）您建議失能時間應訂在多久？							5.58	6.00	1.74	6.00	6.00	0.00	.00					5.59 6.00

	第一次回合									第二次回合											
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)		中位數 (Median)		標準差 (SD)	
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成							
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%						
全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），您是否贊成由全民健保給付？	6	15.8	3	7.9	29	76.3	2.60	3.00	.75	3.75	5.00	0.63	1.25	2	5.9	2	5.9	30	88.2	4.12	4.00

表 4-2-1-2：給付原則性重要性比較分析

	群體的答案					
	第一次答案			**第二次答案**		
	平均數 (M)	中位數 (Me)	標準差 (SD)	平均數 (M)	中位數 (Me)	標準差 (SD)
普及性：成本效益	1.73	2.00	0.96	1.66	2.00	0.54
普及性 ：家庭負擔	1.33	1.00	0.80	1.28	1.00	0.56
成本效益：家庭負擔	1.06	1.00	0.60	0.95	1.00	0.53

表 4-2-1-3：長照保險應佔 GDP 百分比

	群體的答案					
	第一次答案			第二次答案		
GDP（%）	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
	1.55	1.00	1.61	1.21	1.00	.802

二、長照保險給付方式

(一)現金給付的條件：長照開辦初期與十年後(詳見表 4-2-2-1)

1.<u>長照保險開辦初期</u>，領取現金給付者的條件：

在第一回合結果中，針對長照保險開辦初期領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外，訂定領取現金給付之條件贊成程度依序為：限在長照資源不足地區(57.89%)、家屬需有照顧服務員資格(52.36%)、開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久(23.68%)、不需要(21.05%)、全年未利用長照保險給付(13.16%)。

在第二回合結果中，針對長照保險開辦初期領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外，訂定領取現金給付之條件贊成程度依序為：限在長照資源不足地區(64.71%)、家屬需有照顧服務員資格(52.94%)、不需要(26.47%)、開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久(14.71%)、全年未利用長照保險給付(11.76%)。

兩回合此部份於贊成程度除「開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久」以及「不需要」這兩個贊成順序不同，其他條件的贊成程度排序皆相同，「限在長照資源不足地區」、「家屬需有照顧服務員資格」以及「全年未利用長照保險給付」。

2.<u>長照保險開辦十年後</u>，領取現金給付者的條件：

在第一回合結果中，針對長照保險開辦十年後領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外，訂定領取現金給付之條件贊成程度依序為：家屬需有照顧服務員資格(47.37%)、限在長照資源不足地區(42.11%)、不需要(13.16%)、全年未利用長照保險給付(13.16%)、開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久(7.89%)。

在第二回合結果中，針對長照保險開辦十年後領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外，訂定領取現金給付之條件贊成程度依序為：限在長照資源不足地區(67.65%)、家屬需有照顧服務員資格(67.65%)、不需要(14.71%)、全年未利用長照保險給付(5.88%)、開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久(2.94%)。

兩回合結果於此部份，除「家屬需有照顧服務員資格」以及「限在長照資源不足地區」這兩個贊成順序不同，第一回合「家屬需有照顧服務員資格」贊成比例高於「限在長照資源不足地區」；第二回合則為「限在長照資源不足地區」贊成比例高於「家屬需有照顧服務員資格」；另外，其他條件的贊成程度排序皆相

同，「不需要」、「開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久」以及「全年未利用長照保險給付」。

表 4-2-2-1：長照保險開辦初期以及開辦十年後之現金給付條件

	第一回合(38)						第二回合(34)					
	開辦初期			開辦十年後			開辦初期			開辦十年後		
	N	%	贊成程度	N	%	贊成程度	N	%	贊成程度	N	%	贊成程度
a.不需要	8	12.5	21.05%	5	10.6	13.16%	9	0.16	26.47%	5	0.09	14.71%
b.限在長照資源不足地區	22	34.4	57.89%	16	34.0	42.11%	22	0.38	64.71%	23	0.43	67.65%
c.家屬需有照顧服務員資格	20	31.2	52.63%	18	38.4	47.37%	18	0.31	52.94%	23	0.43	67.65%
d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久	9	14.1	23.68%	3	6.4	7.89%	5	0.09	14.71%	1	0.02	2.94%
e.全年未利用長照保險給付	5	7.8	13.16%	5	10.6	13.16%	4	0.07	11.76%	2	0.04	5.88%

(二)現金給付的條件

1.全日型機構式服務之給付贊成程度(詳見表 4-2-2-2)

第一回合結果對於全日型機構式服務之給付住宿費用，有 65.8%認為贊成或是非常贊成、不贊成或是非常不贊成有 28.9%、沒有意見佔有 5.3%。

給付膳食費用部份，有 57.9%認為不贊成或是非常不贊成、36.8%認為贊成或是非常贊成、5.3%沒有意見。

第二回合結果對於全日型機構式服務之給付住宿費用，有 64.7%認為贊成或是非常贊成、不贊成或是非常不贊成有 32.4%、沒有意見佔有 2.9%。

給付膳食費用部份，有 64.7%認為不贊成或是非常不贊成、20.6%沒有意見、14.7%認為贊成或是非常贊成。

對於全日型機構式服務之給付住宿費：兩回合結果認為贊成或是非常贊成分別 65.8%以及 64.7%。

對於全日型機構式服務之給付膳食費用兩回合認為不贊成或是非常不贊成的比例為 57.9%以及 64.7%。

2. 保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出之給付贊成程度(詳見表 4-1-2-2)

第一回合結果保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出之給付，有 68.4%認為贊成或是非常贊成、沒有意見佔有 18.4%、不贊成或是非常不贊成有 13.2%。

第二回合結果保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出之給付，有 70.6%認為贊成或是非常贊成、沒有意見佔有 20.6%、不贊成或是非常不贊成有 8.8%。

兩回合結果在保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出之給付結果，認為贊成或是非常贊成的比例為 68.4%以及 70.6%。

3. 第一回合結果對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，現金給付應為實物給付的百分比，結果顯示學者專家對於現金給付為實物給付的百分比為 42.22%(詳見表 4-2-2-3)。

第二回合結果對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，現金給付應為實物給付的百分比，結果顯示學者專家對於現金給付為實物給付的百分比為 43.83% (詳見表 4-2-2-3)。

兩回合結果顯示學者專家對於現金給付應為實物給付的百分比為 42.22%以及 43.83%。

表 4-2-2-2：全日型機構式服務之給付贊成程度

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數(Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付住宿費用？	11	28.9	2	5.3	25	65.8	2.3684	3.0000	.91300	11	32.4	1	2.9	22	64.7	3.38	4.00	1.26
長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付膳食費用？	22	57.9	2	5.3	14	36.8	1.7895	1.0000	.96304	22	64.7	7	20.6	5	14.7	2.41	2.00	1.05

表 4-2-2-3：對於「非專業服務」選擇現金給付之贊成程度以及百分比

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
除實物給付（服務）外，您是否贊成保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出?	5	13.2	7	18.4	26	68.4	2.55	3.00	0.72	3	8.8	7	20.6	24	70.6	3.82	4.00	0.87
若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？							42.22	40.00	16.58							43.83	40.00	16.17

(三) 給付全日型機構式服務給付條件

1.長照保險若給付全日型機構式服務給付條件 Delphi 調查(詳見表 4-2-2-4)

長照保險若給付全日型機構式服務給付條件，第一回合學者專家調查結果認為符合條件依序應為「被照顧者重度失能」(88.84%)、接下來為「家中無照顧者或親友已無法負荷」(78.95)、再下來是「被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態」(55.26%)、「被照顧者有危險發展趨勢」(55.26%)，最後是「自宅附近無法提供居家式服務」(52.63%)。

長照保險若給付全日型機構式服務給付條件，第二回合學者專家調查結果認為符合條件依序應為「被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙）」(88.24%)、家中無照顧者,或親朋已無法負荷(82.36%)、被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態(64.71%)、被照顧者有危險發展趨勢(61.76%)、自宅附近無法提供居家式服務(47.06%)。

表 4-2-2-4：長照保險若給付全日型機構式服務給付條件

	第一回合			第二回合		
	N	%	贊成程度	N	%	贊成程度
a.被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙）	33	26.4	86.84%	30	0.26	88.24%
b.自宅附近無法提供居家式服務	20	16.0	52.63%	16	0.14	47.06%
c.家中無照顧者,或親朋已無法負荷	30	24.0	78.95%	28	0.24	82.36%
d.被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態	21	16.8	55.26%	22	0.19	64.71%
e.被照顧者有危險發展趨勢	21	16.8	55.26%	21	0.18	61.76%

(四) 被照顧者若符合長照保險居家服務給付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供居家服務給付之方式(詳見表 4-2-2-5)

第一回合結果顯示給付之條件贊成程度依序為：不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）(57.89%)、若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）(18.42%)、若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付(10.53%)。

第二回合結果顯示給付之條件贊成程度依序為：不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）(67.65%)、若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）(20.59%)、若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付(2.94%)。

表 4-2-2-5：長照保險若給付家庭外及看護工給付方式

	第一回合			第二回合		
	N	%	贊成程度	N	%	贊成程度
a.不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）	22	66.7	57.89%	23	0.74	67.65%
b.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付	4	12.1	10.53%	1	0.03	2.94%
c.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）	7	21.2	18.42%	7	0.23	20.59%

三、長照保險給付項目

(一)普及性原則(詳見表 4-2-3-1)

1.居家式服務

第一回合結果依普及性原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為居家服務(日間)(92.11%)、居家護理(89.47%)、喘息服務(89.47%)、居家復健(63.16%)、居家服務(夜間)(63.16%)、照顧管理指導(61.11%)、沐浴服務(54.05%)、居家用藥指導(52.78%)、居家營養(40.54%)。

第二回合結果依普及性原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為居家服務(日間)(94.12%)、居家護理(91.18%)、喘息服務(88.24%)、居家服務(夜間) (79.41%)、照顧管理指導(71.88%)、居家復健 (64.71%)、沐浴服務(54.55%)、居家用藥指導(42.42%)、居家營養(21.21%)。

兩回合結果依普及性原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成高低比例順序前三個皆為居家服務(日間)、居家護理、喘息服務。

2.社區式服務

第一回合結果依普及性原則，對於社區式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(86.49%)、日(夜)間照護(83.78%)、社區復健(78.95%)、失智者照護中心(73.68%)、失智者安全看顧(65.79%)、失智者團體家屋(55.26%)、交誼中心(club house，精神障礙者)(54.29%)、家庭托顧(45.95%)。

第二回合結果依普及性原則，對於社區式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為日(夜)間照護(90.91%)、 喘息服務(87.88%)、失智者照護中心(81.82%)、失智者安全看顧(78.79%)、 社區復健(75.76%)、失智者團體家屋(66.67%)、交誼中心(club house，精神障礙者)(48.48%)、家庭托顧(45.45%)。

3.機構式服務

第一回合結果依普及性原則，對於機構式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(86.84%)、護理之家(84.21%)、養護機構(81.58%)、長期照護機構(73.68%)、失智者安全看顧(60.53%)、身心障礙福利機構(60.00%)、康復之家(58.33%)、慢性病房(38.89%)、安養中心(30.56%)。

第二回合結果依普及性原則，對於機構式服務給付項目之贊成程度，非常贊

成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(91.18%)、護理之家(88.24%)、長期照護機構(81.82%)、 養護機構(79.41%)、失智者安全看顧(69.70%)、身心障礙福利機構(69.70%)、康復之家(61.76%)、慢性病房(28.13%)、安養中心(18.75%)。

兩回合結果依普及性原則，對於機構式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成程度前兩個高比例皆為喘息服務、護理之家。，機構式服務項目中養護機構、長期照護機構贊成比例高低不同，其他機構式服務項目順序不變。

4.其他服務

第一回合結果依普及性原則，對於其他服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為照顧者照顧訓練(86.11%)、輔具租借(83.78%)、照顧者照顧諮詢(80.56%)、交通接送服務(77.14%)、照顧者支持服務(74.29%)、住宅無障礙環境(67.57%)、輔具購買(66.67%)、送餐服務(62.86%)。

第二回合結果依普及性原則，對於其他服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為輔具租借(87.88%)、照顧者照顧諮詢(79.41%)、照顧者照顧訓練 (79.41%)、照顧者支持服務 (78.79%)、輔具購買(73.53%)、交通接送服務(72.73%)、住宅無障礙環境(64.71%)、送餐服務(63.64%)。

兩回合結果依普及性原則對於其他類服務給付項目贊成比例的順序不相同。

(二)家庭負擔原則(詳見表 4-2-3-2)

1.居家式服務

第一回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為居家服務（日間）(64.86%)、喘息服務(64.86%)、居家服務（夜間）(51.35%)、居家護理(48.65%)、居家復健(43.24%)、照顧管理指導(37.14%)、沐浴服務(33.33%)、居家用藥指導(22.22%)、居家營養(16.67%)。

第二回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為居家服務（日間）(64.71%)、喘息服務(64.71 %)、居家服務（夜間）(58.82%)、居家護理(52.94 %)、照顧管理指導(37.50 %)、沐浴服務(36.36 %)、居家復健(35.29%)、居家營養(9.09%)、居家用藥指導(6.06 %)。

兩回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成高低比例順序前四個皆為居家服務(日間)、喘息服務、居家服務(夜間)、居家護理。

2.社區式服務

第一回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(62.86%)、失智者安全看顧(58.33%)、失智者照護中心(58.33%)、日（夜）間照護(57.14%)、家庭托顧(48.57%)、失智者團體家屋(47.22%)、社區復健(36.11 %)、交誼中心（club house，精神障礙者）(33.33%)。

第二回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為日（夜）間照護(72.73%)、喘息服務(71.88%)、失智者照護中心(60.61%)、失智者安全看顧(57.58%)、失智者團體家屋(57.58%)、社區復健(48.48%)、家庭托顧(48.48%)、交誼中心（club house，精神障礙者）(27.27%)。

兩回合結果依家庭負擔原則對於社區式服務給付項目贊成程度高低順序不一致。

3.機構式服務

第一回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為失智者安全看顧(72.22%)、護理之家(70.27 %)、長期照護機構(67.57 %)、喘息服務(64.86 %)、養護機構(62.16 %)、慢性病房(52.94 %)、身心障礙福利機構(51.52 %)、康復之家(45.71 %)、安養中心(31.43 %)。

第二回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為護理之家(76.47%)、長期照護機構(76.47%)、喘息服務(73.53%)、失智者安全看顧(72.73%)、養護機構(70.59%)、身心障礙福利機構(60.61%)、慢性病房(43.75%)、康復之家(35.29%)、安養中心(18.75%)。

兩回合結果依家庭負擔原則對於機構式服務給付項目贊成程度高低順序不一致。

4.其他服務

第一回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為住宅無障礙環境改善(62.16 %)、交通接送服務(60.00 %)、輔具租借(54.05 %)、照顧者照顧訓練(52.78 %)、照顧者支持服務(48.57 %)、輔具購買(47.22 %)、送餐服務(45.71 %)、照顧者照顧諮詢(38.89 %)。

第二回合結果依家庭負擔原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常

贊成或是贊成的高到低比例，分別為輔具租借(73.53%)、住宅無障礙環境改善(67.65%)、照顧者支持服務(54.55%)、輔具購買(52.94%)、照顧者照顧訓練(52.94%)、交通接送服務(51.52%)、照顧者照顧諮詢(41.18%)、送餐服務(36.36%)。

兩回合結果依家庭負擔原則對於其他服務給付項目贊成程度高低順序不一致。

(三)成本效益原則(詳見表 4-2-3-3)

1.居家式服務

第一回合依成本效益原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為居家服務(日間)(86.84%)、居家護理(84.21%)、喘息服務(84.21%)、居家復健(68.42%)、居家服務(夜間)(68.42%)、照顧管理指導(61.11%)、、沐浴服務(54.05%)、居家用藥指導(52.78%)、居家營養(40.54%)。

第二回合依成本效益原則，對於居家式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(88.24%)、居家護理(85.29%)、居家服務（日間）(85.29%)、居家復健(70.59%)、居家服務（夜間）(70.59%)、照顧管理指導(59.38%)、沐浴服務(57.58%)、居家用藥指導(42.42%)、居家營養(30.30%)。

兩回合結果依成本效益原則，對於居家式服務給付項目之贊成比例在居家服務(日間)、及喘息服務等項目順序不一致，其他居家式服務項目贊成比例順序不變。

2.社區式服務

依成本效益原則，對於社區式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(86.11%)、失智者照護中心(78.38%)、日(夜)間照護(77.78%)、社區復健(72.97%)、失智者團體家屋(67.57%)、失智者安全看顧(62.16%)、交誼中心（club house，精神障礙者）(55.88%)、家庭托顧(44.44%)。

第二回合依成本效益原則，對於社區式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(90.63%)、日（夜）間照護(81.82%)、失智者照護中心(81.82%)、社區復健(69.70%)、失智者團體家屋(69.70%)、失智者安全看顧(66.67%)、交誼中心（club house，精神障礙者）(48.48%)、家庭托顧(42.42%)。

兩回合結果依成本效益原則，對於社區式服務給付項目之贊成比例在失智者照護中心、及日（夜間）照護等項目順序不一致。

3.機構式服務

依成本效益原則，對於機構式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為喘息服務(86.49%)、長期照護機構(80.56%)、護理之家(77.78%)、養護機構(75%)、身心障礙福利機構(61.76%)、失智者安全看顧(55.56%)、康復之家(54.29%)、慢性病房(29.41%)、安養中心(28.57%)。

第二回合依成本效益原則，對於機構式服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為長期照護機構(91.18%)、喘息服務(91.18%)、護理之家(88.24%)、養護機構(85.29%)、失智者安全看顧(75.76%)、身心障礙福利機構(69.70%)、康復之家(55.88%)、慢性病房(25.00%)、安養中心(25.00%)。

兩回合結果依成本效益原則，對於機構式服務給付項目之贊成比例在喘息服務、長期照護機構、身心障礙福利機構、失智者安全看顧等項目順序不一致，其他機構式服務項目贊成比例順序不變。

4.其他服務

第一回合依成本效益原則，對於其它服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為輔具租借(81.08%)、照顧者照顧訓練(80.56%)、照顧者支持服務(74.29%)、照顧者照顧諮詢(72.22%)、交通接送服務(65.71%)、送餐服務(57.14%)、住宅無障礙環境改善(56.76%)、輔具購買(52.78%)。

第二回合依成本效益原則，對於其它服務給付項目之贊成程度，非常贊成或是贊成的高到低比例，分別為輔具租借(88.24%)、照顧者照顧訓練(79.41%)、照顧者支持服務(75.76%)、照顧者照顧諮詢(73.53%)、住宅無障礙環境改善(67.65%)、交通接送服務(63.64%)、輔具購買(58.82%)、送餐服務(57.58%)。

兩回合結果依成本效益原則，對於其他類服務給付項目贊成比例在交通接送服務、送餐服務、住宅無障礙環境改善、輔具購買等項目順序不一致，其他項目的贊成比例順序不變。

(四)開辦初期贊成態度(詳見表 4-2-3-4)

1.居家式服務

第一回合結果依長照保險開辦初期對居家式服務贊成納入給付的百分比，依序分別為居家服務(日間)(91.89 %)、喘息服務(86.84%)、居家護理(81.58%)、居家服務(夜間)(72.97%)、居家復健(63.16%)、 沐浴服務(55.26%)、照顧管理指導(44.44%)、居家用藥指導 (37.84%)、居家營養(24.32%)。

第二回合結果依長照保險開辦初期對居家式服務贊成納入給付的百分比，依序分別為喘息服務(97.06%)、居家服務（日間）(94.12%)、居家護理(91.18%)、居家服務（夜間）(73.53%)、居家復健(67.65%)、沐浴服務(67.65%)、照顧管理指導(33.33%)、居家營養(21.21%)、居家用藥指導(20.59%)。

2.社區式服務

第一回合結果依長照保險開辦初期對社區式服務贊成納入給付的百分比，依序分別為日（夜）間照護(89.19%)、喘息服務(88.89%)、社區復健(72.97%)、失智者照護中心(72.97%)、失智者安全看顧(63.89%)、家庭托顧(55.56%)、交誼中心（club house，精神障礙者）(50.00%)、失智者團體家屋(48.65%)。

第二回合結果依長照保險開辦初期對社區式服務贊成納入給付的百分比，依序分別為日（夜）間照護(93.94%)、喘息服務(93.75%)、失智者照護中心(87.88%)、社區復健(75.76%)、失智者安全看顧(75.76%)、失智者團體家屋(63.64%)、家庭托顧(57.58%)、交誼中心（club house，精神障礙者）(42.42%)。

兩回合結果對於開辦初期贊成程度中，對於社區式服務給付項目贊成程度前兩高的項目為日（夜）間照護以及喘息服務。其中項目順序皆不相同。

3.機構式服務

第一回合結果依長照保險開辦初期對機構式服務贊成納入給付的百分比，依序分別為護理之家(86.84%)、長期照護機構(84.21%)、喘息服務(84.21%)、養護機構(81.58%)、失智者安全看顧(61.11%)、身心障礙福利機構(60.61%)、康復之家(56.76%)、安養中心(31.43%)、慢性病房(28.57%)。

第二回合結果依長照保險開辦初期對機構式服務贊成納入給付的百分比，依序分別為護理之家(94.12%)、長期照護機構(94.12%)、喘息服務(94.12%)、養護機構(88.24%)、失智者安全看顧(75.76%)、身心障礙福利機構(71.88%)、康復之家(60.61%)、慢性病房(25.00%)、安養中心(18.75%)。

兩回合結果對於開辦初期贊成程度中，對於機構式服務給付項目贊成程度前七項高低順序分別為護理之家、長期照護機構、喘息服務、養護機構、失智者安全看顧、身心障礙福利機構、康復之家。其中安養中心以及慢性病房這兩項目順序皆不相同。

4.其他服務

第一回合結果依長照保險開辦初期對其他服務贊成納入給付的百分比，依序分別為輔具租借(72.97%)、照顧者照顧訓練(72.97%)、交通接送服務(69.44%)、

照顧者支持服務(63.89%)、住宅無障礙環境改善(62.16%)、輔具購買(58.33%)、照顧者照顧諮詢(56.76%)、送餐服務(47.22%)。

第二回合結果依長照保險開辦初期對其他服務贊成納入給付的百分比，依序分別為輔具租借(82.35%)、照顧者照顧訓練(79.41%)、交通接送服務(78.79%)、照顧者照顧諮詢(73.53%)、照顧者支持服務(72.73%)、輔具購買(70.59%)、住宅無障礙環境改善(64.71%)、送餐服務(45.45%)。

兩回合結果對於開辦初期贊成程度中，對於其他服務給付項目贊成程度前三高的項目為輔具租借、照顧者照顧訓練、交通接送服務。其中項目順序皆不相同。

(五) 「普及性、家庭負擔、成本效益」三個原則性共同之重要性比較

依照三原則相對權重計算出各項服務之重要性加權平均值(家庭負擔為基準值(1)；普及性加權數為 1.28；成本效益加權數為 0.95)，並且依高低順序排列，說明如下(詳見表 4-2-3-5)：

1.居家式服務

依德菲法第二回合調查結果中三原則之重要性下，在居家式服務給付項目之高到低排序分別為居家服務(日間)、喘息服務、居家護理、居家服務(夜間)、照顧管理指導、居家復健、沐浴服務、居家用藥指導、居家營養。

2.社區式服務

依德菲法第二回合調查結果中三原則之重要性下，在社區式服務給付項目之高到低排序分別為喘息服務、日(夜)間照護、失智者照護中心、社區復健、失智者團體家屋、失智者安全看顧、家庭托顧、交誼中心(club house，精神障礙者)。

3.機構式服務

依德菲法第二回合調查結果中三原則之重要性下，在機構式服務給付項目之高到低排序分別為護理之家、長期照護機構、養護機構、喘息服務、失智者安全看顧、身心障礙福利機構、康復之家、慢性病房、安養中心。

4.其他服務

依德菲法第二回合調查結果中三原則之重要性下，在機構式服務給付項目之高到低排序分別為輔具租借、照顧者照顧訓練、住宅無障礙環境、輔具購買、照顧者支持服務、照顧者照顧諮詢、交通接送服務、送餐服務。

表 4-2-3-1：長期照護保險給付各項目依普及性原則之贊成程度

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
居家式服務																		
居家護理	2	5.3	2	5.3	34	89.5	2.84	3.00	0.49	1	2.9	2	5.9	31	91.2	4.62	5.00	0.74
居家復健	6	15.8	8	21.1	24	63.2	2.47	3.00	0.76	6	17.6	6	17.6	22	64.7	3.74	4.00	1.05
居家營養	11	29.7	11	29.7	15	40.5	2.11	2.00	0.84	9	27.3	17	51.5	7	21.2	2.94	3.00	0.93
居家服務（日間）	1	2.6	2	5.3	35	92.1	2.89	3.00	0.39	1	2.9	1	2.9	32	94.1	4.71	5.00	0.67
居家服務（夜間）	6	15.8	8	21.1	24	63.2	2.47	3.00	0.76	3	8.8	4	11.8	27	79.4	4.03	4.00	1.00
喘息服務	1	2.6	3	7.9	34	89.5	2.87	3.00	0.41	1	2.9	3	8.8	30	88.2	4.56	5.00	0.79
沐浴服務	8	21.6	9	24.3	20	54.1	2.32	3.00	0.82	4	12.1	11	33.3	18	54.5	3.52	4.00	m
照顧管理指導	5	13.9	9	25.0	22	61.1	2.47	3.00	0.74	3	9.4	6	18.8	23	71.9	3.84	4.00	0.88
居家用藥指導	7	19.4	10	27.8	19	52.8	2.33	3.00	0.79	7	21.2	12	36.4	14	42.4	3.27	3.00	1.07
社區式服務																		
日（夜）間照護	2	5.4	4	10.8	31	83.8	2.78	3.00	0.53	2	6.1	1	3.0	30	90.9	4.45	5.00	0.94
社區復健	3	7.9	5	13.2	30	78.9	2.71	3.00	0.61	4	12.1	4	12.1	25	75.8	4.00	4.00	1.09
家庭托顧	9	24.3	11	29.7	17	45.9	2.22	2.00	0.82	5	15.2	13	39.4	15	45.5	3.27	3.00	1.01
失智者安全看顧	5	13.2	8	21.1	25	65.8	2.53	3.00	0.73	3	9.1	4	12.1	26	78.8	3.85	4.00	1.00

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
失智者照護中心	4	10.5	6	15.8	28	73.7	2.63	3.00	0.67	3	9.1	3	9.1	27	81.8	4.15	4.00	0.94
失智者團體家屋	6	15.8	11	28.9	21	55.3	2.39	3.00	0.75	2	6.1	9	27.3	22	66.7	3.85	4.00	0.97
交誼中心（club house，精神障礙者）	9	25.7	7	20.0	19	54.3	2.29	3.00	0.86	8	24.2	9	27.3	16	48.5	3.36	3.00	1.24
喘息服務	1	2.7	4	10.8	32	86.5	2.84	3.00	0.44	1	3.0	3	9.1	29	87.9	4.48	5.00	0.80
機構式服務																		
慢性病房	14	38.9	8	22.2	14	38.9	2.00	2.00	0.89	13	40.6	10	31.3	9	28.1	2.84	3.00	1.32
護理之家	1	2.6	5	13.2	32	84.2	2.82	3.00	0.46	1	2.9	3	8.8	30	88.2	4.53	5.00	0.79
長期照護機構	2	5.3	8	21.1	28	73.7	2.68	3.00	0.57	3	9.1	3	9.1	27	81.8	4.39	5.00	1.00
養護機構	2	5.3	5	13.2	31	81.6	2.76	3.00	0.54	2	5.9	5	14.7	27	79.4	4.35	5.00	0.95
失智者安全看顧	5	13.2	10	26.3	23	60.5	2.47	3.00	0.73	2	6.1	8	24.2	23	69.7	3.91	4.00	0.98
喘息服務	2	5.3	3	7.9	33	86.8	2.82	3.00	0.51	2	5.9	1	2.9	31	91.2	3.97	4.00	1.01
安養中心	14	38.9	11	30.6	11	30.6	1.92	2.00	0.84	15	46.9	11	34.4	6	18.8	2.56	3.00	1.24
康復之家	4	11.1	11	30.6	21	58.3	2.47	3.00	0.70	5	14.7	8	23.5	21	61.8	3.68	4.00	1.22
身心障礙福利機構	5	14.3	9	25.7	21	60.0	2.46	3.00	0.74	2	6.1	8	24.2	23	69.7	3.94	4.00	1.00
其他服務																		

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
輔具租借	1	2.7	5	13.5	31	83.8	2.81	3.00	0.46	2	6.1	2	6.1	29	87.9	4.36	5.00	0.86
輔具購買	6	16.7	6	16.7	24	66.7	2.50	3.00	0.77	2	5.9	7	20.6	25	73.5	4.09	4.00	0.93
住宅無障礙環境改善	7	18.9	5	13.5	25	67.6	2.49	3.00	0.80	5	14.7	7	20.6	22	64.7	3.82	4.00	1.14
送餐服務	8	22.9	5	14.3	22	62.9	2.40	3.00	0.85	9	27.3	3	9.1	21	63.6	3.52	4.00	1.30
交通接送服務	2	5.7	6	17.1	27	77.1	2.71	3.00	0.57	3	9.1	6	18.2	24	72.7	3.88	4.00	1.08
照顧者照顧諮詢	4	11.1	3	8.3	29	80.6	2.69	3.00	0.67	5	14.7	2	5.9	27	79.4	4.09	4.00	1.14
照顧者照顧訓練	2	5.6	3	8.3	31	86.1	2.81	3.00	0.52	4	11.8	3	8.8	27	79.4	4.12	4.00	1.09
照顧者支持服務	3	8.6	6	17.1	26	74.3	2.66	3.00	0.64	4	12.1	3	9.1	26	78.8	3.97	4.00	1.04

表 4-2-3-2：長期照護保險給付各項目依家庭負擔原則之贊成程度

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
居家式服務																		
居家護理	10	27.0	9	24.3	18	48.6	2.22	2.00	0.85	7	20.6	9	26.5	18	52.9	3.53	4.00	1.21
居家復健	7	18.9	14	37.8	16	43.2	2.24	2.00	0.76	6	17.6	16	47.1	12	35.3	3.21	3.00	0.88
居家營養	17	47.2	13	36.1	6	16.7	1.69	2.00	0.75	12	36.4	18	54.5	3	9.1	2.76	3.00	0.83
居家服務（日間）	8	21.6	5	13.5	24	64.9	2.43	3.00	0.83	5	14.7	7	20.6	22	64.7	3.79	4.00	1.12
居家服務（夜間）	8	21.6	10	27.0	19	51.4	2.30	3.00	0.81	6	17.6	8	23.5	20	58.8	3.62	4.00	1.10
喘息服務	8	21.6	5	13.5	24	64.9	2.43	3.00	0.83	4	11.8	8	23.5	22	64.7	3.85	4.00	1.11
沐浴服務	13	36.1	11	30.6	12	33.3	1.97	2.00	0.84	7	21.2	14	42.4	12	36.4	3.24	3.00	1.09
照顧管理指導	16	45.7	6	17.1	13	37.1	1.91	2.00	0.92	7	21.9	13	40.6	12	37.5	3.34	3.00	1.04
居家用藥指導	16	44.4	12	33.3	8	22.2	1.78	2.00	0.80	12	36.4	19	57.6	2	6.1	2.70	3.00	0.73
社區式服務																		
日（夜）間照護	8	22.9	7	20.0	20	57.1	2.34	3.00	0.84	4	12.1	5	15.2	24	72.7	3.91	4.00	1.07
社區復健	12	33.3	11	30.6	13	36.1	2.03	2.00	0.84	7	21.2	10	30.3	16	48.5	3.39	3.00	0.97
家庭托顧	10	28.6	8	22.9	17	48.6	2.20	2.00	0.87	6	18.2	11	33.3	16	48.5	3.33	3.00	1.02
失智者安全看顧	7	19.4	8	22.2	21	58.3	2.39	3.00	0.80	5	15.2	9	27.3	19	57.6	3.55	4.00	1.09

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
失智者照護中心	8	22.2	7	19.4	21	58.3	2.36	3.00	0.83	5	15.2	8	24.2	20	60.6	3.70	4.00	1.10
失智者團體家屋	12	33.3	7	19.4	17	47.2	2.14	2.00	0.90	4	12.1	10	30.3	19	57.6	3.73	4.00	1.10
交誼中心（club house，精神障礙者）	14	42.4	8	24.2	11	33.3	1.91	2.00	0.88	8	24.2	16	48.5	9	27.3	3.00	3.00	1.00
喘息服務	8	22.9	5	14.3	22	62.9	2.40	3.00	0.85	4	12.5	5	15.6	23	71.9	3.91	4.00	1.09
機構式服務																		
慢性病房	12	35.3	4	11.8	18	52.9	2.18	3.00	0.94	13	40.6	5	15.6	14	43.8	3.16	3.00	1.42
護理之家	5	13.5	6	16.2	26	70.3	2.57	3.00	0.73	4	11.8	4	11.8	26	76.5	4.21	5.00	1.15
長期照護機構	6	16.2	6	16.2	25	67.6	2.51	3.00	0.77	4	11.8	4	11.8	26	76.5	4.21	5.00	1.15
養護機構	7	18.9	7	18.9	23	62.2	2.43	3.00	0.80	4	11.8	6	17.6	24	70.6	4.06	4.50	1.15
失智者安全看顧	7	19.4	3	8.3	26	72.2	2.53	3.00	0.81	4	12.1	5	15.2	24	72.7	3.88	4.00	1.05
喘息服務	9	24.3	4	10.8	24	64.9	2.41	3.00	0.86	7	20.6	2	5.9	25	73.5	3.94	4.00	1.23
安養中心	14	40.0	10	28.6	11	31.4	1.91	2.00	0.85	14	43.8	12	37.5	6	18.8	2.69	3.00	1.23
康復之家	8	22.9	11	31.4	16	45.7	2.23	2.00	0.81	8	23.5	14	41.2	12	35.3	3.24	3.00	1.21
身心障礙福利機構	9	27.3	7	21.2	17	51.5	2.24	3.00	0.87	5	15.2	8	24.2	20	60.6	3.61	4.00	1.12
其他服務																		

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
輔具租借	10	27.0	7	18.9	20	54.1	2.27	3.00	0.87	5	14.7	4	11.8	25	73.5	3.91	4.00	1.11
輔具購買	11	30.6	8	22.2	17	47.2	2.17	2.00	0.88	4	11.8	12	35.3	18	52.9	3.59	4.00	1.02
住宅無障礙環境改善	9	24.3	5	13.5	23	62.2	2.38	3.00	0.86	2	5.9	9	26.5	23	67.6	3.85	4.00	0.86
送餐服務	11	31.4	8	22.9	16	45.7	2.14	2.00	0.88	8	24.2	13	39.4	12	36.4	3.06	3.00	1.09
交通接送服務	7	20.0	7	20.0	21	60.0	2.40	3.00	0.81	3	9.1	13	39.4	17	51.5	3.52	4.00	0.91
照顧者照顧諮詢	12	33.3	10	27.8	14	38.9	2.06	2.00	0.86	8	23.5	12	35.3	14	41.2	3.26	3.00	1.19
照顧者照顧訓練	10	27.8	7	19.4	19	52.8	2.25	3.00	0.87	6	17.6	10	29.4	18	52.9	3.50	4.00	1.21
照顧者支持服務	10	28.6	8	22.9	17	48.6	2.20	2.00	0.87	4	12.1	11	33.3	18	54.5	3.52	4.00	1.03

表 4-2-3-3：長期照護保險給付各項目依成本效益原則之贊成程度

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
居家式服務																		
居家護理	4	10.5	2	5.3	32	84.2	2.74	3.00	0.64	3	8.8	2	5.9	29	85.3	4.41	5.00	1.05
居家復健	8	21.1	4	10.5	26	68.4	2.47	3.00	0.83	7	20.6	3	8.8	24	70.6	3.76	4.00	1.16
居家營養	13	35.1	9	24.3	15	40.5	2.05	2.00	0.88	9	27.3	14	42.4	10	30.3	3.06	3.00	1.12
居家服務（日間）	2	5.3	3	7.9	33	86.8	2.82	3.00	0.51	2	5.9	3	8.8	29	85.3	4.35	5.00	0.98
居家服務（夜間）	6	15.8	6	15.8	26	68.4	2.53	3.00	0.76	2	5.9	8	23.5	24	70.6	3.94	4.00	0.98
喘息服務	1	2.6	5	13.2	32	84.2	2.82	3.00	0.46	1	2.9	3	8.8	30	88.2	4.41	5.00	0.89
沐浴服務	10	27.0	7	18.9	20	54.1	2.27	3.00	0.87	6	18.2	8	24.2	19	57.6	3.52	4.00	1.12
照顧管理指導	12	33.3	2	5.6	22	61.1	2.28	3.00	0.94	6	18.8	7	21.9	19	59.4	3.59	4.00	1.10
居家用藥指導	12	33.3	5	13.9	19	52.8	2.19	3.00	0.92	10	30.3	9	27.3	14	42.4	3.15	3.00	1.09
社區式服務																		
日（夜）間照護	3	8.3	5	13.9	28	77.8	2.69	3.00	0.62	3	9.1	3	9.1	27	81.8	4.30	5.00	1.08
社區復健	5	13.5	5	13.5	27	73.0	2.59	3.00	0.72	4	12.1	6	18.2	23	69.7	3.97	4.00	1.13
家庭托顧	11	30.6	9	25.0	16	44.4	2.14	2.00	0.87	6	18.2	13	39.4	14	42.4	3.24	3.00	1.06
失智者安全看顧	7	18.9	7	18.9	23	62.2	2.43	3.00	0.80	5	15.2	6	18.2	22	66.7	3.64	4.00	1.08

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
失智者照護中心	3	8.1	5	13.5	29	78.4	2.70	3.00	0.62	4	12.1	2	6.1	27	81.8	4.06	4.00	1.06
失智者團體家屋	5	13.5	7	18.9	25	67.6	2.54	3.00	0.73	5	15.2	5	15.2	23	69.7	3.79	4.00	1.17
交誼中心（club house，精神障礙者）	11	32.4	4	11.8	19	55.9	2.24	3.00	0.92	8	24.2	9	27.3	16	48.5	3.18	3.00	1.21
喘息服務	1	2.8	4	11.1	31	86.1	2.83	3.00	0.45	2	6.3	1	3.1	29	90.6	4.34	5.00	0.94
機構式服務																		
慢性病房	12	35.3	12	35.3	10	29.4	1.94	2.00	0.81	14	43.8	10	31.3	8	25.0	2.72	3.00	1.22
護理之家	2	5.6	6	16.7	28	77.8	2.72	3.00	0.57	2	5.9	2	5.9	30	88.2	4.41	5.00	0.95
長期照護機構	2	5.6	5	13.9	29	80.6	2.75	3.00	0.55	2	5.9	1	2.9	31	91.2	4.41	5.00	0.92
養護機構	1	2.8	8	22.2	27	75.0	2.72	3.00	0.51	2	5.9	3	8.8	29	85.3	4.26	4.50	0.96
失智者安全看顧	3	8.3	13	36.1	20	55.6	2.47	3.00	0.65	2	6.1	6	18.2	25	75.8	4.00	4.00	0.97
喘息服務	1	2.7	4	10.8	32	86.5	2.84	3.00	0.44	1	2.9	2	5.9	31	91.2	4.47	5.00	0.86
安養中心	13	37.1	12	34.3	10	28.6	1.91	2.00	0.82	14	43.8	10	31.3	8	25.0	2.66	3.00	1.28
康復之家	6	17.1	10	28.6	19	54.3	2.37	3.00	0.77	5	14.7	10	29.4	19	55.9	3.56	4.00	1.11
身心障礙福利機構	6	17.6	7	20.6	21	61.8	2.44	3.00	0.79	3	9.1	7	21.2	23	69.7	3.82	4.00	0.98
其他服務																		

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
輔具租借	1	2.7	6	16.2	30	81.1	2.78	3.00	0.48	2	5.9	2	5.9	30	88.2	4.35	5.00	0.95
輔具購買	6	16.7	11	30.6	19	52.8	2.36	3.00	0.76	2	5.9	12	35.3	20	58.8	3.65	4.00	0.88
住宅無障礙環境改善	8	21.6	8	21.6	21	56.8	2.35	3.00	0.82	3	8.8	8	23.5	23	67.6	3.74	4.00	1.02
送餐服務	9	25.7	6	17.1	20	57.1	2.31	3.00	0.87	8	24.2	6	18.2	19	57.6	3.36	4.00	1.17
交通接送服務	3	8.6	9	25.7	23	65.7	2.57	3.00	0.65	3	9.1	9	27.3	21	63.6	3.61	4.00	0.97
照顧者照顧諮詢	2	5.6	8	22.2	26	72.2	2.67	3.00	0.59	4	11.8	5	14.7	25	73.5	3.82	4.00	1.08
照顧者照顧訓練	2	5.6	5	13.9	29	80.6	2.75	3.00	0.55	4	11.8	3	8.8	27	79.4	3.91	4.00	1.08
照顧者支持服務	1	2.9	8	22.9	26	74.3	2.71	3.00	0.52	3	9.1	5	15.2	25	75.8	3.82	4.00	1.01

表 4-2-3-4：長期照護保險開辦初期對於各項服務之給付項目贊成納入給付之程度情形

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
居家式服務																		
居家護理	5	13.2	2	5.3	31	81.6	2.68	3.00	0.70	1	2.9	2	5.9	31	91.2	4.56	5.00	0.75
居家復健	7	18.4	7	18.4	24	63.2	2.45	3.00	0.80	5	14.7	6	17.6	23	67.6	3.79	4.00	1.09
居家營養	17	45.9	11	29.7	9	24.3	1.78	2.00	0.82	13	39.4	13	39.4	7	21.2	2.64	3.00	1.02
居家服務（日間）	2	5.4	1	2.7	34	91.9	2.86	3.00	0.48	1	2.9	1	2.9	32	94.1	4.59	5.00	0.82
居家服務（夜間）	7	18.9	3	8.1	27	73.0	2.54	3.00	0.80	4	11.8	5	14.7	25	73.5	3.88	4.00	1.04
喘息服務	3	7.9	2	5.3	33	86.8	2.79	3.00	0.58	1	2.9	0	.0	33	97.1	4.62	5.00	0.78
沐浴服務	10	26.3	7	18.4	21	55.3	2.29	3.00	0.87	3	8.8	8	23.5	23	67.6	3.79	4.00	1.07
照顧管理指導	17	47.2	3	8.3	16	44.4	1.97	2.00	0.97	10	30.3	12	36.4	11	33.3	3.12	3.00	1.05
居家用藥指導	18	48.6	5	13.5	14	37.8	1.89	2.00	0.94	19	55.9	8	23.5	7	20.6	2.56	2.00	1.02
社區式服務																		
日（夜）間照護	4	10.8	.0	.0	33	89.2	2.78	3.00	0.63	2	6.1	0	0	31	93.9	4.48	5.00	0.91
社區復健	6	16.2	4	10.8	27	73.0	2.57	3.00	0.77	3	9.1	5	15.2	25	75.8	4.03	4.00	1.04
家庭托顧	14	38.9	2	5.6	20	55.6	2.17	3.00	0.97	11	33.3	3	9.1	19	57.6	3.21	4.00	1.24
失智者安全看顧	6	16.7	7	19.4	23	63.9	2.47	3.00	0.77	4	12.1	4	12.1	25	75.8	3.76	4.00	1.03

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
失智者照護中心	5	13.5	5	13.5	27	73.0	2.59	3.00	0.72	2	6.1	2	6.1	29	87.9	4.24	4.00	1.03
失智者團體家屋	10	27.0	9	24.3	18	48.6	2.22	2.00	0.85	4	12.1	8	24.2	21	63.6	3.67	4.00	1.08
交誼中心（club house，精神障礙者）	13	38.2	4	11.8	17	50.0	2.12	2.50	0.95	9	27.3	10	30.3	14	42.4	3.09	3.00	1.35
喘息服務	2	5.6	2	5.6	32	88.9	2.83	3.00	0.51	1	3.1	1	3.1	30	93.8	4.47	5.00	0.84
機構式服務																		
慢性病房	19	54.3	6	17.1	10	28.6	1.74	1.00	0.89	16	50.0	8	25.0	8	25.0	2.63	2.50	1.34
護理之家	3	7.9	2	5.3	33	86.8	2.79	3.00	0.58	1	2.9	1	2.9	32	94.1	4.68	5.00	0.68
長期照護機構	3	7.9	3	7.9	32	84.2	2.76	3.00	0.59	1	2.9	1	2.9	32	94.1	4.71	5.00	0.67
養護機構	3	7.9	4	10.5	31	81.6	2.74	3.00	0.60	1	2.9	3	8.8	30	88.2	4.50	5.00	0.79
失智者安全看顧	7	19.4	7	19.4	22	61.1	2.42	3.00	0.81	3	9.1	5	15.2	25	75.8	3.97	4.00	1.01
喘息服務	5	13.2	1	2.6	32	84.2	2.71	3.00	0.69	1	2.9	1	2.9	32	94.1	4.62	5.00	0.70
安養中心	17	48.6	7	20.0	11	31.4	1.83	2.00	0.89	18	56.3	8	25.0	6	18.8	2.44	2.00	1.19
康復之家	10	27.0	6	16.2	21	56.8	2.30	3.00	0.88	7	21.2	6	18.2	20	60.6	3.55	4.00	1.25
身心障礙福利機構	9	27.3	4	12.1	20	60.6	2.33	3.00	0.89	3	9.4	6	18.8	23	71.9	3.91	4.00	1.03
其他服務																		

	第一次回合									第二次回合								
	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)	贊成程度						平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
	非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成					非常不贊成或不贊成		沒意見		非常贊成或贊成				
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
輔具租借	6	16.2	4	10.8	27	73.0	2.57	3.00	0.77	27	79.4	3.94	4.00	1.229	4.00	5.00	0.5	1.00
輔具購買	9	25.0	6	16.7	21	58.3	2.33	3.00	0.86	24	72.7	3.70	4.00	1.132	3.00	4.00	0.5	1.00
住宅無障礙環境改善	11	29.7	3	8.1	23	62.2	2.32	3.00	0.91	27	79.4	3.94	4.00	1.229	4.00	5.00	0.5	1.00
送餐服務	12	33.3	7	19.4	17	47.2	2.14	2.00	0.90	24	72.7	3.70	4.00	1.132	3.00	4.00	0.5	1.00
交通接送服務	6	16.7	5	13.9	25	69.4	2.53	3.00	0.77	27	79.4	3.94	4.00	1.229	4.00	5.00	0.5	1.00
照顧者照顧諮詢	10	27.0	6	16.2	21	56.8	2.30	3.00	0.88	24	72.7	3.70	4.00	1.132	3.00	4.00	0.5	1.00
照顧者照顧訓練	8	21.6	2	5.4	27	73.0	2.51	3.00	0.84	27	79.4	3.94	4.00	1.229	4.00	5.00	0.5	1.00
照顧者支持服務	11	30.6	2	5.6	23	63.9	2.33	3.00	0.93	24	72.7	3.70	4.00	1.132	3.00	4.00	0.5	1.00

表 4-2-3-5：調整校正「普及性、家庭負擔、成本效益」三個原則性後之重要性比較(各項目依高低排序)

Delphi	普及性、成本效益、家庭負擔加權 mean	開辦初期	
		mean	Rank
居家式服務			
居家服務（日間）	4.65	4.59	2
喘息服務	4.63	4.62	1
居家護理	4.54	4.56	3
居家服務（夜間）	4.17	3.88	4
照顧管理指導	3.89	3.12	7
居家復健	3.85	3.79	5
沐浴服務	3.69	3.79	5
居家用藥指導	3.29	2.56	9
居家營養	3.14	2.64	8
社區式服務			
喘息服務	4.59	4.47	2
日（夜）間照護	4.57	4.48	1
失智者照護中心	4.29	4.24	3
社區復健	4.10	4.03	4
失智者團體家屋	4.08	3.67	6
失智者安全看顧	3.98	3.76	5
家庭托顧	3.53	3.21	7
交誼中心（club house，精神障礙者）	3.44	3.09	8
機構式服務			
護理之家	4.73	4.68	2
長期照護機構	4.67	4.71	1
養護機構	4.56	4.50	4
喘息服務	4.42	4.62	3
失智者安全看顧	4.23	3.97	5
身心障礙福利機構	4.09	3.91	6
康復之家	3.77	3.55	7
慢性病房	3.13	2.63	8
安養中心	2.83	2.44	9
其他服務			
輔具租借	4.54	4.35	1
照顧者照顧訓練	4.16	3.94	2

住宅無障礙環境改善	4.10	3.76	4
輔具購買	4.10	3.76	4
照顧者支持服務	4.07	3.70	7
照顧者照顧諮詢	4.04	3.76	4
交通接送服務	3.97	3.85	3
送餐服務	3.59	3.18	8

第五章 討論

第一節 長照保險給付對象

一、 長照保險保險（納保）對象

長照保險給付係針對保險對象中有身心功能障礙不全、失能、或殘障風險者所提供之長期性醫療、保健、護理、生活、個人、與社會支持的照護以促進或維持其身體功能，增進其獨立自主的正常生活能力（經建會,2009）。

本研究德菲法第二次問卷結果顯示，多數專家（78.8%）贊成全民強制納保，且不限制納保年齡與對象；60%不贊成限制納保年齡（表 5-1-1），此與德國、荷蘭及韓國一樣（林志鴻,2009、國家政策研究基金會,2009、NHIC,2009）；但日本介護保險對被保險人則設有年齡限制，規定 40 歲以上始加保。

依據鄭文輝老師等之研究（2009），限制納保年齡對長照保險整體預估之總費用影響不大（見表 5-1-2），如限制給付四十歲以上人口，其費用在 2011 年僅比以全民為對象減少 12%，但分擔風險之人數（風險庫（risk pool）將大幅降低；可能增加保險費率，提高長照保險開辦之難度。另外如限以老人為給付對象，則風險集中，容易形成弱體保險。

表 5-1-1：保險給付原則 Delphi 調查結果

	不贊成或非常不贊成	無意見	贊成或非常贊成
Delphi 第二次調查(n=34)			
全民強制納保	15.2	6.1	<u>78.8</u>
納保對象限制年齡	<u>60.0</u>	6.7	33.3
給付對象設限	<u>75.8</u>	6.1	18.2

表 5-1-2：保障對象對費用的影響

年代	納保對象	總費用相對比值
2011	全人口	1.00
	20 歲以上	0.96
	40 歲以上	0.89
	65 歲以上	0.68
2036	全人口	1.00
	20 歲以上	0.99
	40 歲以上	0.97
	65 歲以上	0.86

二、長照保險給付對象

本研究德菲法第二次問卷結果顯示，多數專家（75.8%）不贊成對長照保險給付對象，依年齡或障礙別設限或排除。此與德國、荷蘭政策相同（林志鴻,2009、國家政策研究基金會,2009），但與日、韓不同。日本給付對象排除精障者且限定須滿 65 歲或 40-64 歲有腦中風、初期老年失智等 16 項特定疾病者（李世代等,2009）。；韓國長照保險給付對象除老人外，限定非老人須患有老人疾病才納入給付（NHIC,2009）（表 5-1-3）。

表 5-1-3：長期照護保險給付對象

日本	韓國	德國
（1）65 歲以上老人； （2）40-64 歲，有 16 項特定疾病者,排除精障者	（1）65 歲以上老人； （2)65 歲以下有老人病者	依照護風險做為判定基準,未限年齡

對給付對象限制年齡或障礙別將出現之問題：

1. 限制給付對象之年齡或障礙別將形成一種風險兩種制度之國民差別待遇。
2. 台灣不像日本有完整的精障者照護體系，若長照保險排除精障者，仍須另行規劃獨立之照護體系，將造成照護服務的斷裂，影響精障者照護體系之整合。若納入精障者，在長照保險給付外，身心障礙權益法所保障之社會福利應不受影響。對精障者仍可有完整之保障。
3. 如上所述，限制年齡對長照保險整體總費用節省不多，但分擔風險之人數大幅降低；可能增加保險費率，提高長照保險開辦之難度。另外如限以老人為給付對象，則風險集中容易形成弱體保險。
4. 違反預防原則：部分疾病，若能早期提供長期照護服務，則可減緩疾病惡化。

歷經專家會議討論，經建會目前對納保對象則提出兩項決議方案，方案一：全民（單一費率）以及方案二：40 歲以上（單一費率）並列，由幕僚單位作優劣分析供政策決定參考，另政府負擔保費之對象再另行討論。

綜合調查結果、公平性考量與經建會之方案，本研究對長照保險納保與給付對象建議如下：

（一）我國長期照護保險應以全民為納保對象

（二）我國長期照護保險應以符合給付條件資格的全民為給付對象，不應限制年齡或障礙別。

第二節 長照保險給付原則

保險給付制度設計原則：

在設計長照保險給付制度時，應先確立保險給付原則。

宏觀面：

1. 付費者整體願意負擔多少錢（如 GDP 之一定比例）開辦長照保險？（可負擔性）
2. 給付制度設計是否有助於長照保險購買有價值的服務(如全體國民健康生活品質之提升）？（成本效果（價值））
3. 給付制度是否有助於合理控制費用？（費用控制）

微觀面：

1. 給付的需要性(necessity)
2. 普及性（公平性）
3. 家庭負擔
4. 成本效益

上述原則中，涉及保險納保與給付公平性之原則，因屬保險大架構問題，已在前節探討，本節針對給付方式與給付項目之原則加以討論本次研究涉及的原則加以討論：

一、長照保險給付的可負擔性(affordability)：

保險給付的可負擔性，其主要原則必須滿足保險對象長期照護服務基本需要且負擔得起，換言之，給付應視付費能力與意願而定，有多少錢做多少事。究竟民眾願意在長照保險花多少錢呢？

根據本研究兩回合德菲法調查結果，專家學者認為未來長照保險其總體規模佔 GDP 比例中位數為 1.00%（平均數為 1.21%），約佔全民健保 28.57%（34%）。較德國略高：德國含行政費用在內，長期照護保險費用佔 GDP 0.82%。鄭清霞、鄭文暉估計以社會保險方式提供長期照護，2006 年估計長照保險費用低、中、高推估約佔 GDP0.46%、0.50%、0.60%。因此我國未來長照保險規模，若在 0.5-1%應較可能被接受。

而有現金給付因整體費用相對較低亦有助於提升保險之可負擔性。但現金給付只能視為增加被照顧者之選項，而非納入主要政策。

上述調查僅呈現專家學者意見。未來可進一步透過社會參與（如審議式民調、公民會議）或利用付費者意願(願付法)調查，以了解一般民眾願意以多少比例的 GDP 來辦理長照保險。或者願意繳納健保費的多少比例。一旦總金額決定，可繼續運用相同程序，建立各類保險給付項目優先順序（priority setting）。

二、長照保險成本效果（價值）與費用控制能力

長照保險總體之成本效果在提升每分保費所能創造整體保險對象健康生活品質之提升。針對此部份未來長照保險給付應更重視給付之成本效果，避免將多數經費運用於無助於提升生活品質的少數個案身上。故長照保險給付應多鼓勵社區與居家服務，重視預防性與有復健功能之服務，不得已時才給付機構式服務。

長照保險費用之控制，除依付費能力決定給付項目外，總額支付制度、部分負擔、論人計酬(個人預算)、設定給付上限、提供整合性照護、預防性或替代服務都有助於費用的控制。而有現金給付因費用較低亦有助於費用的控制。

三、給付的需要性(necessity)：給付條件

長照保險給付需要性的判定標準一般包括：日常生活活動功能量表(Activities of Daily Living，ADL)、工具性日常生活量表（Instrumental Activities of Daily Living，IADL）、認知功能、心理健康,其他功能如家庭環境與家庭支持功能等，將於下一節討論。

四、其他微觀層面給付考量原則：普及性，家庭負擔，成本效益

在決定各別給付項目時，應考量給付之普及性，家庭負擔，與成本效益給付原則性。依據德菲法第二回合學者專家所回答原則重要性之比較，各項原則之重要性評估以家庭負擔為 1；普及性權數為 1.28；成本效益加權數為 0.95。顯示多數專家較重視普及性，而家庭負擔與成本效益之考量差異不大。但考量保險整體之成本價值，經建會長照保險規劃初步建議：應優先以需要的滿足以及服務的成本效益原則決定是否給付與提供服務，而非優先考量家庭負擔。

(一)普及性

此部分主在考量若僅給付少數高費用之服務項目（如機構照顧），將影響給付之普及性（僅少數人受照顧）或公平性。

(二)給付項目的成本效益(cost-effectiveness)

依據保險給付項目的成本與其效益作為選擇長照保險給付項目之優先順序、或提供服務之優先順序，可提高長照保險給付整體之成本效益。上述成本效益除考量投入之成本外，還考量照護之結果，如健康福祉相關之生活品質。例如德國依據個案需要及服務成本效益決定給付，服務的提供以居家社區服務優先於機構式照護，另外，德國與日本皆重視具有成本效益的預防性及復健服務。而支付標準之訂定，亦影響保險成本效益，如居家服務支付標準不宜低於機構照護模式中同類服務之支付標準，可鼓勵居家服務之提供。

(三)家庭負擔之高低(burden)

若只考量家庭負擔高低，決定保險給付，則機構式照護可能優先於居家或社區照護之給付，因此本研究建議考量長照保險給付項目優先順序時，個人需要與給付項目成本效益之考量應優於家庭負擔之考量，避免過度仰賴機構服務。舉例而言，除少數例外非重度失能者，以個人需要評估及成本效益原則考量之應提供居家或社區照護服務較具成本效益，而非提供機構式照護。

第三節 給付條件與給付等級

一、給付條件

依據本研究德菲法兩回合問卷，學者專家贊成「至少有兩項以上 ADL 失能（中位數）」始納入給付，另有 75.9%學者專家贊成 IADL 失能者亦納入給付對象，條件亦為兩項以上（中位數），此與德國「給付從嚴」的較為一致（林志鴻，見附錄一）。荷蘭亦考量 ADL 與 IADL 失能。日本則採用綜合性評估量表加以評估。台灣長期照顧十年計畫則主要以 ADL 評估申請者之長期照護需要，因此德菲法的研究結果，大多數專家因習慣長照十年計畫的需要評估模式，多數贊成。但未來若實施全民強制納保的長期照護保險，其需要評估與照護等級之分類需要更加明確，以免造成給付不公平的現象。

另外 ADL、IADL 之評估偏重在執行日常生活相關的事務，以及偏向病理學面向定義。忽視照護需要者其他問題面向與需要狀態無法反映失智症者、自閉症、精神功能障礙等之需要：包括一般看顧以及安全看顧的需要，使得數量日漸增多的失智症患者，以及其他原因肇致日常生活溝通能力受限的照護需要者，無法提供足夠的協助，未來仍需以其他多元評估量表補其之不足。

另外 ADL、IADL 若以項數計算，無法反映各項服務間所需照顧之密集程度，亦容易輕症高報。因此建議未來採累計記分方式（巴氏量表原始記分：ADL<=20 為重度失能，21-40 分為中度失能，41-60 為輕度失能，>60 為極輕度不給付）。但亦有建議將給付條件降為 70 或 80 分者，避免與現行長照十年計劃落差太大。

在給付條件方面，德國、韓國與台灣長照十年計畫，初期之照顧需要評估雖已 ADLs、IADLs 及位移為主。近年德國及荷蘭也與日本相同，開始研究以多面向之綜合評估取代 ADL、IADL 之可行性。更易全方位評估保險對象，反應不同保險對象長照需要之差異。

由於台灣尚在規劃長照保險，初期因準備不及，可先由 ADL/IADL、心理健康及認知功能之評估開始，決訂照顧需要之分級。中長期可仿照德日美，配合長期照護案例組合之發展，以多元評估量表取代短期以 ADL/IADL 評估之規劃。

美國、日本、德國決定保險給付分級的多元評估量表，評估的面向見表 5-3-1。

表 5-3-1：日本、美國、德國之多元評估量表評估面向

日本	美國(以 RUG/MDS 為例)	德國(尚未實施)
1. 直接生活協助:入浴、排泄、進食等 2. 間接生活協助:洗衣服、掃除等家事援助等 3. 問題行動處理:徘徊行為探索、不當行為處理等 4. 機能訓練:步行訓練、日常生活訓練 5. 醫療照護處理:包括管路處理等	1. 復健需要 2. 密集性照護(extensive care) 3. 特殊照護 4. 臨床複雜照護 5. 認知失調 6. 問題行為 7. 生理功能	1. 位移：短距離的行走，以及身體的位置變換。 2. 認知與溝通能力：記憶，感覺、思考、判斷、溝通 3. 問題行為以及心理狀態：對危險行為或處境的回應能力，以及對於恐懼、突發攻擊等心理回應問題 4. 自我照顧：身體照料，穿衣、進食與飲水，以及如廁。 5. 回應疾病或復健所需的負擔能力，如用藥、傷口處理、使用助行器的狀況、執行長時間的居家或戶外復健。 6. 日常生活安排以及社會接觸：對時間的分配、從起床到就寢的作息節奏、有意義的時間支配、社會關係的維護。

資料來源：MDS: Minimum Data Sets; RUG: Resources Utilization Groups. RUG 依據 MDS 收集的資料發展之。

二、給付限制

對於失能時間需應維持多久，始納入長照保險給付，兩回合德菲法學者專家贊成限制時間的比例高達 86.7%，贊成者建議時間為六個月（失能六個月始給付）。後者與德國、韓國、日本皆規定失能持續六個月以上始給付一致。

三、給付等級

回顧各國資料，德國之照護等級分為四級、韓國分為三級(中度、重度與極重度)、日本主要分為需照護 5 級，但因為強調預防觀念所以多兩級需支援。荷蘭則提供量身訂做全人的長期照顧。需照護等級的訂定常配合給付標準，因此如果照護等級無法適切反應實際需照護者的需照護程度，將會造成給付的不公平。例如日本在未實施長期照護保險之前，收集 3400 位住在長期照護機構或住院的高齡者各項生活

需要協助事項的時間，其時間計算最小單位為分鐘。高齡者生活需要協助事項分為直接生活協助、間接生活協助、問題行為處理、機能訓練，以及醫療照護處理等。直接生活協助包括入浴、排泄、進食等；間接生活協助包括洗衣服、掃除等家事援助等；問題行動處理包括徘徊行為探索、不當行為處理等；機能訓練包括步行訓練、日常生活訓練等機能訓練；醫療照護處理包括管路處理等。再經分類樹(classification tree)分析，將使用者分為六類。此分類主要將使用者分為要支援與要介護兩大類，而要介護再細分為五類。

由於核定給付等級後實際給付上限，仍因須照顧者之功能而異，為一勞永逸，未來台灣長照保險可仿照美國，評估依據案例組合分類(case-mix system of Long-term Care Insurance)訂定給付與支付標準之可行性（如長照資源耗用群(RUG,Resources Utilization Groups）。以「給付包」的概念，由需照顧者與找管專員在核定知一定額度內提供服務，其優點如下：

1. 可直接核定長照保險給付（支付）標準
2. 可更精細反應不同個案失能程度與資源耗用程度之差異，提升長照保險給付核定之公平性與效率，
3. 利於不同類型長期照護服務之整合、品質提升與費用控制。

長照保險案例組合之發展:可於長照保險第二期規劃時即刻進行，收集一定數量長期照護需求者之失能程度（ADL、IADL、認知功能、精神障礙、其他健康狀況等）與各類長照服務需求程度，藉統計分析（分類樹分析），與專業的修正，發展台灣版的長照保「」險案例組合。長照保險案例組合得漸進實施，其實施時程及方法由主管機關定之。日本訂定給付標準的給付單位為點數，其全國平均點值為 10 日圓。台灣長期照顧十年計畫給付標準為小時數。而給付標準上限，日本各照護等級有其不同的給付上限。而且使用任何長期照護服務部分負擔皆為 10%。荷蘭則由於提供量身訂做全人的長期照顧，因此沒有個人接受正式服務總受益的上限，只有規定各項服務的上限，例如居家護理的上限是每天 3 小時。至於如果使用者因為其失能程度嚴重，因此其使用服務量超過給付標準的上限，日本就設計使用者其部分負擔、機構住宿費與膳食費超過某一上限，可以再申請高額給付，亦即有使用者停損設計。

根據本研究調查結果、各國經驗，以及數次經建會聯繫會議討論，本研究對於開辦長期照護保險給付標準之建議條列說明如下：

(一)、給付標準訂定之基本原則

1. 依據保險人(或委託機構)評定之需要等級核定給付等級（給付水準）；超過給付上限金額應自行負擔；並視服務項目訂定不同比例部分負擔。

2. 依失能及需照顧程度等級訂定給付標準，提供基本且必要之照護服務。

3. 給付標準之訂定必須考量財務之可負擔性，避免保費負擔過重，影響民眾之投保意願。

4. 實施初期應考量服務資源整備程度，訂定合理且適中之給付標準，以避免服務資源不足無法提供給付。

5. 現金給付比率（已在給付方式中討論）

   1) 原則：非專業之照顧服務得請領現金給付，亦可選擇實物與現金混合制。

   2) 額度：現金給付之額度應低於實物給付，其範圍之訂定應以折換實物給付之居家服務為度，並參考現行照顧津貼額度訂定。可行方案如下說明:

      方案一：分等級，為實物給付之 40-50％

      方案二：分等級，為實物給付之 45-55％

(二)、給付標準分級與上限

未來長照保險母法僅需訂定「依失能及需照護程度等級訂定不同給付標準。」之原則性條文，實際失能及需照護程度與給付標準授權由中央主管機關另定之。

1. 給付標準分級

（1）開辦初期：參照德國，以分四級為原則：需支持、照顧一至四級。

（2）中長期：依據長照保險案例組合(case-mix system of Long-term Care Insurance)訂定給付與支付標準。長照保險案例組合得漸進實施，其實施時程及方法由主管機關定之。

2. 給付上限

1.依據各個失能及需照護等級分別訂定給付上限，作為一保險財務控管機制外，使照顧管理者在訂定照顧計畫時充分考量給付成本，作合理之資源配置。

2.在每一等級之給付上限之內，允許被保險人或照顧管理者決定給付內容。

3.給付上限之訂定除應參考德、日、韓等國之經驗外，亦應以現行長照十年計畫之給付額度為基礎，訂定妥適之額度。

4.可行方案

（1）方案一：金額

訂定每一給付等級之實際給付金額上限。

（2）方案二：金額＋時數

訂定每一給付等級之實際給付金額上限加各項服務給付項目之補助時數上限。

（3）方案三：時數

參考現行長照十年計畫，訂定各項服務給付項目之補助時數上限。

5.建議訂定部分負擔的上限（停損機制）避免家庭負擔過重。

6.支付標準訂定原則

a. 預防性與復健應優於照顧服務。

b. 對非重度失能者，社區照護應優於居家服務。

c. 支付標準之訂價機制（人力成本定義、成本分析計算方法（基本薪資、工作時數、工作量、工作負荷）應儘可能與全民健保資源耗用相對值表（RBRVS）之方法取得平衡。

d. 居家護理、居家復健、社區復健等支給付次數應依據失能者需要，（較十年計畫放寬）。

e. 支付標準之訂定應反映服務提供者投入之心力(投入時間、心智投入程度與判斷、技術複雜度、照顧壓力等)，而不謹是時間。

f. 社區式照護之支付標準，除以論量計酬支付個案服務外，得以單位預算制支付──例如交通接送、餐飲服務、日間照護等──因可涵蓋計畫所需之成本，較有利於長照服務之拓展，或新型服務之開發，而不受服務量低之限制。

g. 機構式照護雖多數為重度病人，照顧需要程度仍有差異，宜依照案例組合（失能程度與服務需要），訂定不同支付標準。

第四節 長照保險給付方式

給付方式的備選方案包括只給付實物、只給付現金，或兩者混合。但只給付現金無法滿足需照顧者對專業服務之需要，故實物給付－尤其是專業服務－係長照保險必然要涵蓋的；因此剩下的考量只有在實物給付外，對非專業服務是否給付現金；若給付現金，是否設定現金給付條件。

一、是否給付現金

本研究德菲法兩回合結果對於保險對象「非專業服務」得選擇現金給付的看法，結果贊成或非常贊成的比例分別為 68.4% 與 70.6%；參與座談的病友團體多數贊成有現金給付；尤其在現有長照資源較少的領域，家屬常認為更能提供照顧。但也有社福政策倡導團體反對現金給付者，認為有了現金給付，很多家庭會選取現金，照過去領取福利津貼之經驗，有的家屬未必提供服務，失去長照保險意義；或認為會加重婦女負擔，影響婦女就業。

本研究結果與周月清等(2005)以及蔡億文（2006）等之研究結果一致。周月清等以文獻分析及舉辦專家座談會方式，同時蒐集量化與質化研究資料進行分析，其研究結果發現多數專家主張採實物與現金混合式之給付方式。蔡億文之調查針對民眾購買長期照護保險意願，雖非專門針對長照社會保險，但只有 35.69%選擇實物給付，分別有 59.12%與 5.20%選擇定期式與一次性長期看護保險金（現金給付）。另外高森永與劉慧蓉(2004)採用德菲法針對 63 位產官學之專家進行三回合的問卷調查分析，結果達成共識的為「實物給付服務與現金給付並行」及「實物服務」兩類。上述研究顯示實物與現金混合給付顯然是學者專家之重要選擇。此與德國長照保險給付現金、實物，以及現金與實物混合是一致的設計－德國許多照護需要者期望在自宅接受照護，也有許多照護需要者的親屬希望照護其親人，因此有現金給付之設計－但與日本主要以實物給付為主則截然不同。日本介護保險雖亦設計有現金給付，但限制嚴格，故申請者寥寥無幾。日本未給付現金主因開辦前社會對現金給付有激烈的辯論，反對者主要擔心現金會被移為他用，不會真的用在需照護者身上；如果給付現金無法帶動日本經濟與長期產業的發展；婦女團體也擔心現金給付會變相鼓

勵婦女留在家中照顧。因此日本積極研發新型的照護服務，其長期照護產業因此快速發展。台灣未來長照保險若給付現金，也應審慎監控，避免領了錢不做事。

無現金給付也有缺點，例如降低受照顧者選擇之機會、低收入家庭若有意願照顧親屬卻無法領取任何補償，另因只有實物，保險成本相對較高等。有關是否提供現金給付之優缺點綜合整理見表 5-4-1。

參考文獻、專家建議、及各國實施長照保險經驗發現，在長期照護開辦初期由於長期照護服務較為不足，可提供現金給付；亦可補償家屬照顧之辛勞，增加需照顧者選擇機會，降低保險成本。但對於採現金給付可能發生的缺點則需有配套措施以確保照顧品質。長期則可評估是否繼續給付現金。

表 5-4-1：給付實物與實物現金混合制之優缺點

方式	實物與現金混合	實物給付
適用國	德、荷、韓	日(嚴格限制現金給付)、加、長照先導、長照十年計畫
優點	✓ 善用現有照顧人力，紓解長照資源供給不足問題 ✓ 肯定照顧者之付出，補償照顧者所得損失 ✓ 增加使用者選擇彈性 ✓ 間接處理外籍看護之問題 ✓ 讓照顧者有喘息機會，彈性安排工作 ✓ 強化家庭支持功能，可能增加生活品質 ✓ 可降低保險成本 ✓ 低收入家庭可用於生活補貼	✓ 可降低未滿足之需要 ✓ 可確保服務被提供與照顧品質 ✓ 促進長期照護體系發展
缺點	現金給付 ✓ 未必提供服務，需要未必被滿足 ✓ 品質無法確保 ✓ 婦女照護負擔沉重，影響其他照顧工作 ✓ 影響長照服務體系之發展 ✓ 為控制預算，給付常過低，無法補償真正損失，亦不夠購買服務 ✓ 家庭關係金錢化，未必能降低護理之家使用或增加家人照護服務之提供	✓ 初期長照資源不足未必獲照護 ✓ 家人照顧無法完全被取代，無法補償其負擔 ✓ 低所得家庭無法補貼家用，造成人力閒置或重複 ✓ 保險成本可能大幅增加 ✓ 所提供服務未必滿足需要 ✓ 使用者缺乏選擇機會 ✓ 外籍看護之問題待面對

二、現金給付之給付條件

本研究德菲法調查發現，若長照保險對專業服務得選擇現金給付，兩回合專家調查半數以上認為現金給付應該限制在長期照護資源不足區，第二回合專家則只有26.5%認為需限制家屬有照顧服務員資格方可申請現金給付，也就是說專家們大多認為開辦初期現金給付申請僅限在長期照護資源不足區即可。而長期照護保險開辦十年後，第二回合有 67.7%的專家則認為現金給付申請需限制在長期照護資源不足區，以及家屬需有照顧服務員資格。此部分的意見可能受日本及韓國的影響較大，而與德國強調需照顧者自主選擇的思維有所不同。

德國強調自主原則，因此需照顧者可選擇實物、現金或兩者混合制；受照顧者有最高的彈性選擇機會。現金給付包括 1.直接給付包括照顧津貼、僱用家人、親屬或鄰居；2.間接給付：直接付現金給受照顧者，再由其付給照顧提供者。德國許多照護需要者的親屬希望照護其親人，因此德國長照保險也提供環境條件去促成，這些包括現金給付補償，社會保障（年金、職災及失業保險）等（詳見文獻探討），以減輕照護親屬在宅照護的負擔，提高家屬擔任照顧者的誘因。現金給付的優點尘一係可降低長照保險成本。鄭文輝老師之研究（2009）即指出，現金給付在居家服務（實物）使用率 20-80%的假設下，可節省 33-2%的支出。

荷蘭雖採現金與實物混合給付制，但其現金給付僅限於符合居家照顧資格者，且僅能用於購買正式或非正式服務（周月清，2005；國家政策研究基金會，2009）。日本定有嚴格之現金給付條件：居住山地離島地區、重度照護需要者、全年未利用保險給付、家庭照護者具照護員資格。韓國（NHIC,2009）也有現金給付，分為 1.家庭照護津貼:給付居住較少長照設施之偏遠或離島地區或需要照護者因自然災害、身心、個人特質無法入住長期照護機構；2.特別照護津貼:長照保險開辦前已由未立案長照機構提供居家或機構照護很久者(部分補助)；3.依老年福利法長期在老年醫院/診所住院治療之津貼(部分補助)。

表 5-4-2：長照保險給付方式備選方案:現金給付條件

德國	日本	韓國
未限制	● 居住山地離島地區 ● 重度照護需要者 ● 全年未利用保險給付、家庭照護者具照護員資格	**家庭照護津貼**: ● 居住長照設施較少之偏遠或離島地區； ● 需要照護者因自然災害、身心、個人特質無法入住長期照護機構； **特別照護津貼**: ● 已由未立案長照機構提供居家或機構照護很久 ● 依老年福利法長期在老年醫院/診所住院治療之津貼

基於可行性的考量，長照資源之供給、社會經濟之發展、與需照顧者的需要考量，建議長照保險開辦初期，應提供需照顧者選擇現金給付的機會，不限制在長照資源不足之地區；但為避免現金給付造成家屬領錢而不提供服務，或照顧品質不佳之問題，對於領取現金給付者，照護者應接受一定時數之照護訓練，保險人並應定期監控服務提供狀況與品質，必要時得取消現金給付改提供實務給付。另外也可仿照德國，得選擇部份現金部份實物之混合制，並提供喘息服務與相關照顧者支持措施，確保照顧之品質。俟保險開辦一段時間後，可再檢討是否需設定現金給付之條件，如住在長照資源不足區，或照顧者具照顧服務員資格。

三、其他給付之相關議題

（一）現金給付之標準

有關非專業服務若領取現金給付，其額度占實物給付的百分比，兩回合德非法專家的調查平均為 42.2%以及 43.8%。此額度與德國的 40-45%相近。有關現金給付之標準較實物為低，係因由家屬提供服務，除人力成本外，不需負擔行政、管理費、房屋租金、交通成本等間接成本。因此領取現金者比例越高，保險總成本越低。但現金給付標準也不宜太低，OECD 報告即指出為控制預算，現金給付常過低，無法補償家屬真正損失，亦不夠購買服務（若規定用於購買服務）。因此建議現金給付在 40-45%之間。

（二）全日住宿型機構式服務之給付

全日住宿型機構式服務一般只支付醫療照護以及社會照顧所產生的費用。對於住宿費用及膳食費用的給付方式，德菲法兩回合結果認為不贊成或是非常不贊成給付住宿費用分別為 28.9%及 32.4%；不贊成或是非常不贊成給付膳食費用則為 57.9%及 64.7%。因此大多數專家贊成給付全日型機構式服務的住宿費用，但不贊成給付膳食費用。有關膳食費不給付之建議與德國、韓國、日本一致，主因住在家中也有伙食花費。但贊成給付住宿費用的看法則與此三國家不同。可能係因全民健保也給付住院費用，為求兩者平衡，避免選擇住在醫院，故專家學者支持給付住宿費用。

根據本研究調查結果、各國經驗，以及數次經建會聯繫會議討論，本研究對於開辦長期照護保險給付方式之建議條列說明如下。

1. 給付方式建議採階段式給付設計，開辦初期建議採實物給付為主，現金給付為輔，由保險人評估後核定照護等級與照護計劃，非屬專業服務(居家服務)，需照顧者得選擇現金給付，以補償其家屬提供之服務。初次申請現金給付者於接受服務一個月後得複評，功能穩定者每年複評一次，若保險對象功能改變，得主動申請複評。
2. 中長期則視保險辦理狀況，及長照體系發展狀況，保留收回現金給付之可能性，或可訂定現金給付條件，如住在長照資源不足區，或照顧者具照顧服務員資格。
3. 可仿照德國，得選擇部份現金部份實物之混合制，並提供喘息服務與相關照顧者支持措施，確保照顧之品質。
4. 為避免現金給付造成家屬領錢而不提供服務，或照顧品質不佳之問題，對於領取現金給付者，照護者應接受一定時數之照護訓練，保險人並應定期監控服務提供狀況與品質，必要時得取消現金給付改提供實務給付。
5. 現金給付方式可分為直接與間接兩種，直接的現金給付即給予照顧津貼或是僱用家人、親屬提供照顧服務；間接現金給付方式則是將現金給付給服務使用者，再由使用者將現金付給親人。
6. 現金給付水準：建議在實物給付的 40-45%間。

7. 加強對照顧者之支持：提供教育訓練，提供喘息服務，修改相關勞基法,比照育嬰假要求雇主提供照顧假，提供照護津貼，對照顧時數及等級達一定標準者得參與其他社會保險制度（如職災保險、年金保險、失業保險等)。
8. 機構給付範圍,除法定給付服務外，建議不含膳食，以及為求舒適增加之費用，且只給付評鑑合格機構。至於住宿費用原則上不給付；但若為考量與健保給付之平衡，得考慮納入給付。

上述建議經經建會聯繫會議數次之討論，對於長期照護保險給付方式及現金給付原則初步結論如下。

(一)、關於給付方式

開辦初期，以實物給付為主，現金給付為輔之混和制，中長期則視保險辦理狀況及長照體系發展狀況，再行評估調整。

(二)、關於現金給付原則

1.需由保險人審定（需求評估）請領資格，並由被保險人自行決定是否請領

2.請領現金給付需有配套措施，包括對請領者之家庭照護者之資格要求、訓練與相關支援等。

第五節 長照保險給付項目

一、長照保險給付優先順序

本研究收集國內外文獻將長期照護保險給付項分為居家式服務、社區式服務、機構式服務及其他服務四大類，專家德菲法分析結果見表 5-5-1。此表將專家對普及性、家庭負擔、成本效益三項給付原則之權重，以單一權重表示（以家庭負擔為 1；普及性權數為 1.28；成本效益加權數為 0.95)，然後將專家對各服務項目，依據各原則贊成給付之程度，以上述權重加權，即可計算出各項服務之加權重要性及排序以代表專家對長照保險給付項目設計及開辦初期給付項目之看法。以下分別以四大類服務說明之。

1.居家式服務

依德菲法第二回合調查結果，在居家式服務項目贊成納入給付之程度由高到低排序分別為居家服務(日間)、喘息服務、居家護理、居家服務(夜間)、照顧管理指導、居家復健、沐浴服務、居家用藥指導、居家營養。

2.社區式服務

依德菲法第二回合調查結果，在社區式服務項目贊成納入給付之程度由高到低排序分別為喘息服務、日(夜)間照護、失智者照護中心、社區復健、失智者團體家屋、失智者安全看顧、家庭托顧、交誼中心(club house，屬精神障礙者使用)。

3.機構式服務

依德菲法第二回合調查結果，在機構式服務項目贊成納入給付之程度由高到低排序分別為護理之家、長期照護機構、養護機構、喘息服務、失智者安全看顧、身心障礙福利機構、康復之家、慢性病房、安養中心。

4.其他服務

依德菲法第二回合調查結果，在其他服務項目贊成納入給付之程度由高到低排序分別為輔具租借、照顧者照顧訓練、住宅無障礙環境、輔具購買、照顧者支持服務、照顧者照顧諮詢、交通接送服務、送餐服務。

二、長照保險開辦初期給付項目優先順序

至於開辦初期給付項目優先順序之排列，學者專家對目前較不普及之項目，贊成納入給付之程度，多數較為保守。但若將各大類給付項目依據贊成程度得分分成兩半（贊成度高與低），則發現開辦初期給付項目之贊成度與前述給付項目優先順序差異不大。但若細看排名則兩者略有不同：比較特別的項目為居家式服務之照顧管理指導原來排序為七，但在開辦初期其重要性排序則為第五。此現象有可能專家們認為現階段照顧者照護知識不足，因此照顧管理指標在開辦初期則相對重要。另外，照顧者支持服務原來排序為七，但在開辦初期也進升為第五，此亦可能專家認為現階段照顧者負荷過重，因此開辦初期照顧者支持服務相對重要。如果長期照護保險順利實施，應可減輕照顧者負荷。

同時本研究也發現凡屬精障者使用的服務，例如交誼中心、康復之家，其重要性排序較後，此現象可能因為本研究邀請 47 位參與德菲法研究學者專家中只有四位具精神醫療照護背景。另外，安養機構亦排序較後，此亦可能大多數專家們認為該類機構住民較健康，而長照保險是給付失能者。但值得注意安養機構住民為高齡者，他們可能需要長期照護其他服務，而尚不需要長期照護的住宿型機構服務。另外，本研究亦發現排序較不重要的給付項目大都為台灣目前較少提供的服務，有可能因參與調查的專家對新服務較不熟悉，或因資源較不普及，故對其給付持較保留之態度，因此本次調查排序較後的給付項目並非真的不重要。

綜合上述結果，本研究發現多數學者專家偏好多元化之服務，此與蔡憶文 2006 年執行之台灣地區民眾健康保險調查，結果一致。該研究發現民眾偏好的長期照護服務項目包括機構與居家服務：有約三成多人選擇在家讓子女照顧（33.8%）；另外三成的人選擇在專業的安養中心接受照護（29.9%）；剩下三成的人選擇請看護至家中照顧（16.6%）、在醫療院所接受照護（12.2%）、由親友至家中照顧（3.5%）與其他（4.4%）。

另外本研究之調查結果，較各國及長照十年計畫（表 5-5-2，5-5-3）亦較為保守，可能受國內長照體系發展限制之影響。各國長期照護給付服務項目名稱雖不同，但

在實物給付方面，其提供服務的內容大致相同：皆涵蓋機構、社區、居家及其他服務。但我國長期照顧十年計畫，因採稅收制，對機構式照護仍有經濟條件之限制。荷蘭雖早在 1968 年即開辦含長期照護之重症保險，但過度仰賴機構式照顧，一直到晚近才開始重視社區與居家照顧；故德國在 1995 年開辦長照保險時即極力避免重蹈覆轍，而極力發展政策以鼓勵社區式與居家式照護。由於德國與日本皆已開辦長照保險一段時間，並皆努力開發各種社區與居家式長期照護服務項目，值得我國借鏡；另因德國有現金給付，更強調照顧者之訓練、支持與社會安全保障，對建議給付現金的我國，特別值得借鏡。但各國長期照護保險給付項目的發展各有其國家服務系統發展的脈絡，所以需瞭解他們提供服務與給付的背景。

表 5-5-1：德菲法調查對各項服務納入長照保險給付之意向(分數愈高逾贊成給付)

給付項目	以給付原則加權(平均數)	開辦初期	
		平均數	排序
居家式服務			
居家服務（日間）	4.65	4.59	2
喘息服務	4.63	4.62	1
居家護理	4.54	4.56	3
居家服務（夜間）	4.17	3.88	4
照顧管理指導	3.89	3.12	7
居家復健	3.85	3.79	5
沐浴服務	3.69	3.79	5
居家用藥指導	3.29	2.56	9
居家營養	3.14	2.64	8
社區式服務			
喘息服務	4.59	4.47	2
日（夜）間照護	4.57	4.48	1
失智者照護中心	4.29	4.24	3
社區復健	4.10	4.03	4
失智者團體家屋	4.08	3.67	6
失智者安全看顧	3.98	3.76	5
家庭托顧	3.53	3.21	7
交誼中心	3.44	3.09	8
機構式服務			
護理之家	4.73	4.68	2
長期照護機構	4.67	4.71	1
養護機構	4.56	4.50	4
喘息服務	4.42	4.62	3
失智者安全看顧	4.23	3.97	5
身心障礙福利機構	4.09	3.91	6
康復之家	3.77	3.55	7
慢性病房	3.13	2.63	8
安養中心	2.83	2.44	9
其他服務			
輔具租借	4.54	4.35	1
照顧者照顧訓練	4.16	3.94	2
住宅無障礙環境改善	4.10	3.76	4
輔具購買	4.10	3.76	4
照顧者支持服務	4.07	3.70	7

給付項目	以給付原則加權 (平均數)	開辦初期	
		平均數	排序
照顧者照顧諮詢	4.04	3.76	4
交通接送服務	3.97	3.85	3
送餐服務	3.59	3.18	8

表 5-5-2：各國長期照護保險給付項目一覽表

德國	日本	韓國	荷蘭
居家照護 親朋照護者社會保障 短期的與日間照護 機構式照護 照護假(Pflegezeit) 照護機構的固定投資 照護諮詢與個案管理 照護輔具提供與租借 免付費照護課程 共同照護（poolen） 失智症的看顧給付	居家照護服務 居家服務 居家沐浴 居家護理 居家復健 居家療養管理指導 輔具租借與購買 住宅改善 社區照護服務 日間照顧中心 復健中心 短期住宿生活照顧機構 短期住宿療養機構 夜間居家服務 失智症日間照顧中心 失智症團體家屋 小規模多機能機構服務 特定機構住民照護服務 機構服務 特別老人養護機構 老人保健機構 療養機構	居家式服務 訪視服務 居家訪視 洗澡服務 居家護理 日夜間照護 喘息服務 輔具租借 機構式照護 長期照護機構 護理之家 安養中心	個人照顧 居家護理 支持性照顧 生活管理 日間照護 積極性照顧 行為改變 心理輔導 治療服務 安置服務 機構照顧 喘息服務

表 5-5-3：台灣長期照護保險相關研究與十年長照計畫給付項目一覽表

高森永與劉慧蓉(2004)	周月清等(2005)	十年長照計畫
高度共識給付項目	居家式服務	居家服務
復健服務	居家護理	居家護理
機構式照護	居家復健	居家復健
病床使用費	獨立生活訓練	短期或臨時照顧
短期臨托服務	到宅療育	日間照顧（護）
生活照護服務	居家照顧（臨托）	機構式服務
翻身	家庭支持服務	長期照護機構
身體清潔	居家無障礙	護理之家
交通接送服務	住宅設施設備改善	養護機構
中度共識給付項目	緊急救援系統	安養機構
家務協助服務	社區式服務	營養餐飲服務
輔具租借服務	日間照護（日間托育）	緊急救援服務
送餐服務及膳食	失智老人之家	中低收入老人補助
	精神病患社區復健中心	住宅設施設備改善
	個案管理/積極性的社區治療	重病住院看護費
	照顧住宅	特別照顧津貼
	社區家庭	
	機構(定點)	
	喘息服務/臨托	
	機構式服務	
	養護機構	
	護理之家	
	安寧療護	

三、機構式照顧給付條件

機構照顧為所有服務中最為昂貴者，為避免過度使用機構式服務，德、日、韓階限制只給付重症失能者。本研究參考德國機構式照顧條件設計問卷，調查學者專家對機構式服務給付條件的看法，由表 5-5-4 呈現德菲法調查結果，發現給付條件贊成百分比分布前三項為被照顧者重度失能、家中無照顧者，或親朋已無法負荷，以及自宅附近無提供居家照護者，但百分比皆不高。

表 5-5-4：機構式照護給付條件德菲法調查結果

機構式照護給付條件	贊成百分比		
	第一次	第二次	社福團體
被照顧者重度失能	26.4	25.60	26.00
自宅附近無法提供居家照護者	16.0	13.70	21.00
家中無照顧者，或親朋已無法負荷	24.0	23.90	24.00
被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態	16.8	18.80	15.00
被照顧者自因或他因造成危險發展趨勢	16.8	17.90	15.00

三、國內相關法規對同一服務內容其服務名稱

殘障聯盟提供該組織對未來開辦長期照護保險之給付項目建議(表 5-5-5)。該組織建議給付項目應包括居家式服務、社區式服務、機構式服務及其他服務等四類。檢視該組織建議與本研究德菲法研究之給付項目，本研究則包括共同照護、替代照護(照顧假)及照顧者輔具。共同照護係指數位需照護者其給付項目可以共用，這應可於執行面處理。另外兩項服務主要是提供給照顧者的服務，可以瞭解該組織相當能體會照顧者負擔，這提醒在規劃長期照護保險時若要保守設計給付項目，提供給照顧者服務應不可被排除。另一方面，照顧者亦是一項重要的照顧資源提供者，若能給予照顧者適切的照顧，此照顧資源應可持續給予需照護者妥善的照顧。

國內因未實施長期照護保險，因此現階段由不同的法規自行提供使用者其所需長期照護之服務。本研究整理身心障礙者權益保障法、老人福利法、兒童少年福利法，以及其相關法規對於法所涵蓋對象之服務項目比較一覽表(表 5-5-6)。由此表格可以瞭解各相關法規含括健康照護與生活照顧的服務及福利津貼，因此長期照護保險給付項目並非應包括所有法訂之服務。法規範之不同對象服務大都包括居家式、社區式與機構式三類，只是其細項服務之歸屬類別稍有不同。另外，因為各法規對同一服務內容其服務名稱卻迴異，因此未來實施長期照護保險最需注意各給付項目內容之說明，應將各法案所明訂與長照保險有關的項目納入。否則要統一各相關法規之服務項目名稱及分類將更耗費人力與時間。

表 5-5-5：殘障聯盟提供長期照護服務項目之建議

居家式服務	社區式服務	機構式服務	其他服務
居家服務(日/夜)	日/夜間照護	失智者安全看顧	輔具租借及購買
喘息服務(臨托)	喘息服務(臨托)	身心障礙福利機構	住宅無障礙環境改善
居家護理	社區復健	喘息服務(臨托)	照顧者照顧訓練
居家復健	失智者照護中心	康復之家	照顧者支持服務
沐浴服務	家庭托顧(含安全看護)	護理之家	照顧者照顧諮詢
照顧管理指導	交誼中心(club house 精神障礙者)	養護機構	餐飲營養服務(送餐服務、社區集中式用餐)
居家用藥指導	社區復健中心	慢性病房	交通接送服務
居家營養	(失智者)團體家屋	長期照護機構	生活/心理重建
居家環境改善	社區家庭	安養中心	緊急救援連線系統
	社區居住/照顧住宅	部份時制	*替代照護(照顧假)
	共同照護		*照顧者輔具
			照顧者津貼(身權法 70 條)
			房屋租金(身權法 71 條)

表 5-5-6：國內身障、兒少與老人福利相關法案之服務項目一覽表

	身心障礙者權益保障法	身心障礙福利機構設施及人員配置標準	老人福利法	老人福利服務提供者資格要件及服務準則	兒童少年福利法
	98 年 01 月 23 日 修正	97 年 01 月 30 日 修正	96 年 01 月 31 日 修正	97 年 03 月 20 日發布	97 年 08 月 06 日 修正
需求評估	(7 條)需求評估考慮因素：需求評估，應依身心障礙者障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之。				
服務類型			(16 條)並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務。		(4 條) 對於需要保護、救助、輔導、治療、早期療育、身心障礙重建及其他特殊協助之兒童及少年，應提供所需服務及措施。

	身心障礙者權益保障法	身心障礙福利機構設施及人員配置標準	老人福利法	老人福利服務提供者資格要件及服務準則	兒童少年福利法
出院準備服務	(23條)醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項： 一、居家照護建議。 二、復健治療建議。 三、社區醫療資源轉介服務。 四、居家環境改善建議。 五、輔具評估及使用建議。 六、轉銜服務。 七、生活重建服務建議。 八、心理諮商服務建議。 九、其他出院準備相關事宜				

	身心障礙者權益保障法	身心障礙福利機構設施及人員配置標準	老人福利法	老人福利服務提供者資格要件及服務準則	兒童少年福利法
居家式服務			(17 條)居家服務 一、醫護服務。 二、復健服務。 三、身體照顧。 四、家務服務。 五、關懷訪視服務。 六、電話問安服務。 七、餐飲服務。 八、緊急救援服務。 九、住家環境改善服務。 十、其他相關之居家式服務。	(6 條)居家式醫護服務內容如下： 一、居家照護。 二、居家營養。 三、居家呼吸治療。 四、居家安寧療護。 五、居家藥事照護。 六、其他居家式醫護服務。 (10 條)居家式復健服務內容如下： 一、居家式物理治療 二、居家式職能治療 (15 條)身體照顧及家務服務內容如下： 一、身體照顧服務 二、家務服務 (20 條)關懷訪視及電話問安服務。 (22 條)居家式餐飲服務 (26 條)緊急救援服務 (31 條)住家環境改善服務	

	身心障礙者權益保障法	身心障礙福利機構設施及人員配置標準	老人福利法	老人福利服務提供者資格要件及服務準則	兒童少年福利法
社區式服務			(18 條)社區式服務 一、保健服務。 二、醫護服務。 三、復健服務。 四、輔具服務。 五、心理諮商服務。 六、日間照顧服務。 七、餐飲服務。 八、家庭托顧服務。 九、教育服務。 十、法律服務。 十一、交通服務。 十二、退休準備服務。 十三、休閒服務。 十四、資訊提供及轉介服務。 十五、其他相關之社區式服務。	(34 條)保健服務 (38 條)社區式醫護服務 (42 條)社區式復健服務內容如下： 一、居家式物理治療 二、居家式職能治療 (47 條)輔具服務 (51 條)心理諮商服務內容如下： 一、心理健康宣導及教育。 二、個別諮商。 三、團體諮商。 四、家庭諮商。 五、老人自殺防治。 (55 條)社區式日間照顧服務 (60 條)社區式餐飲服務 (64 條)家庭托顧服務 (70 條)教育服務 (74 條)法律服務 (77 條)交通接送服務 (82 條)退休準備服務 (85 條)休閒服務 (88 條)資訊提供及轉介服務	

	身心障礙者權益保障法	身心障礙福利機構設施及人員配置標準	老人福利法	老人福利服務提供者資格要件及服務準則	兒童少年福利法
機構式服務		(4條) 身心障礙福利機構分為下列三類： 一、住宿機構 生活重建機構 生活照顧機構 二、日間服務機構 生活重建機構 生活照顧機構 三、福利服務中心 外展性服務 及機構內服務。 (10 條) 住宿機構依其服務提供時間分為二類： 一、全日型住宿機構：提供身心障礙者二十四小時服務之機構。 二、夜間型住宿機構：提供身心障礙者夜間住宿之機構。	(34條) 一、長期照顧機構。 二、安養機構。 三、其他老人福利機構。 (19條) 機構式服務 一、住宿服務。 二、醫護服務。 三、復健服務。 四、生活照顧服務。 五、膳食服務。 六、緊急送醫服務。 七、社交活動服務。 八、家屬教育服務。 九、日間照顧服務。 十、其他相關之機構式服務。 前項機構式服務應以結合家庭及社區生活為原則，並得支援居家式或社區式服務。	(93條) 機構式醫護服務 (96條) 機構式復健服務內容如下： 一、機構式物理治療 二、機構式職能治療 (99條) 生活照顧服務 (102條) 膳食服務 (105條) 緊急送醫服務 (107條) 社交活動服務 (109條) 家屬教育服務 (111條) 機構式日間照顧服務	(50條)兒童及少年福利機構分類如下： 一、托育機構。 二、早期療育機構。 三、安置及教養機構。 四、心理輔導或家庭諮詢機構。 五、其他兒童及少年福利機構。

	身心障礙者權益保障法	身心障礙福利機構設施及人員配置標準	老人福利法	老人福利服務提供者資格要件及服務準則	兒童少年福利法
個案	(50 條)依需求評估(102 年開始)： 一、居家照顧。 二、生活重建。 三、心理重建。 四、社區居住。 五、婚姻及生育輔導。 六、日間及住宿式照顧。 七、課後照顧。 八、其他有關身心障礙者個人照顧之服務。				
家庭照顧者	(51 條)提高家庭照顧者能力(102 年開始): 一、臨時及短期照顧。 二、照顧者支持。 三、家庭托顧。 四、照顧者訓練及研習。 五、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。		(31 條) 一、臨時或短期喘息照顧服務。 二、照顧者訓練及研習。 三、照顧者個人諮商及支援團體。 四、資訊提供及協助照顧者獲得服務。 五、其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。		

四、其他相關討論

(一)、長期照護保險給付項目完備性

德國與日本長期照護保險給付項目皆相當完備，皆思考到住在家中的人所有可能需要的居家照護與社區照護服務，另外住在自費老人機構與老人住宅同時亦可取得這些服務。而且設計提供服務時同時考慮到減輕照顧者負擔，因此有短期入住機構服務與夜間居家服務。德國則不僅提供需照護者的服務，同時也提供親朋照護者的社會保障與照護假的服務。

但需注意日本長期照護保險並不給付由家中至社區取得服務的交通費，因此社區照護服務提供者常會提供非常低價的交通費(100 日元)或者由家屬接送。如果不給付交通費會影響長期照護需要者取得服務，則應思考將交通費納入給付項目。

(二)、生活照顧與醫療照護的合作

日本長期照護保險提供的居家護理、居家復健與復健中心等服務，需有主治醫師的同意。復健中心雖由專業復健人員提供復健服務，但因為使用者白天約有 6 至 8 小時待在此中心，因此復健中心亦提供屬於生活照顧的沐浴服務。

(三)、提供幾乎 24 小時的服務

德國有提供日夜間照顧與喘息服務；日本介護保險雖未明訂有給付喘息服務，但其社區照護服務中夜間居家服務則由居家服務員於夜間至家中提供服務，因此照顧者也可於夜間有休息的機會，另外兩國亦皆有短期住宿生活照顧服務與短期住宿療養服務，也都可使照顧者有喘息的機會。

(四)、針對失智症特點提供創新服務

日本長期照護服務項目中有針對失智症提供的日間社區照顧中心，以及可

住宿的團體家屋服務。因為照顧一般老人與失智症老人的服務內容與應注意事項不同，因此日本針對不同服務對象提供不同服務，這是值得台灣思考的地方。德國近年也有失智症者團體家屋，並於 2008 年增加第 0 級給付，即是針對失智症者之安全看視。如果未來台灣長期照護保險給付對象包括所有需要長期照護的人，則需要考慮更多不同的服務對象需要的服務內容為何。

(五)、針對不同使用者特點提供服務

德國與日本都有針對失智症個案特點提供服務。德國則於 2008 年對於有特殊需要的兒童與青少年提供短期照護服務。表 5-5-7 為現階段國內對於不同服務對象所提供服務一覽表。由此可以瞭解雖然都是機構式照護但可能因為機構規模、服務對象與服務內容不同其服務成本亦不同，所以未來規劃長照保險給付項目的給付水準則需考慮使用者的特點。

表 5-5-7：不同服務對象服務一覽表

一般保險對象	慢性精神障礙者	失智症	發展遲緩兒童
機構式照護 全日型機構照護(含失智者安全看顧)	機構式照護 住宿型生活照顧 住宿型復健與生活照顧 住宿服務	機構式照護 住宿型生活照顧 團體家屋	機構式照護 住宿型生活照顧 住宿型復健與生活照顧
社區式照護 日間照顧 社區復健 輔具、餐飲服務	社區式照護 交誼中心(club house)(試辦中) 日間照顧中心(社政) 社區復健中心(健保)	社區式照護 失智症日間照顧中心	

(六)、以使用者為中心的給付項目設計

日本於 2006 年長期照護保險改革時，鼓勵於社區中成立小規模多機能機構提供照護服務，該類機構可提供居家服務、日間照顧中心、短期住宿服務，因此

該類機構亦可提供喘息服務。而且該類機構位於離家較近的社區中，如果平日就使用該機構的居家服務或日間照顧中心，使用者也會比較熟悉此機構的環境與服務人員，因此如果需要短期住宿的喘息服務，使用者與照顧者都會比較放心。而德國則提供共同照護服務，使數位需照護者可以共同使用他們的照護服務。這些都是台灣非常值得學習的地方，未來在規劃長照保險給付項目時需以使用者為中心提供服務，而不是以提供者為中心。

根據本研究調查結果、各國經驗，以及數次經建會聯繫會議討論，本研究對於開辦長期照護保險給付方式之建議條列說明如下。

1. 長期照護保險給付項目應以使用者為中心，考慮使用者需要，提供多元、無縫式的完整服務。
2. 長期照護保險給付項目建議包括應包括：1)機構照護：提供全日型住宿照護，其中包含失智者安全看顧；2)社區式照護：建議提供日間與夜間照顧、社區復健；3)居家照護服務：建議提供居家護理、居家復健、居家服務、家庭托顧 (含失智者安全看顧)、交通接送、喘息服務；4)其它服務則建議可提供喘息服務、交通接送、輔具、營養餐飲服務、無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持。
3. 上述四類長照保險給付中之各類服務，得視保險對象之意願、長照資源之可用性、與地區分佈，仿照德國漸進導入（第一年未導入機構式照顧），並配合給付項目導入時程，於法中明訂調整費率。本研究專家學者對給付項目優先順序之意見可提供開辦之決策之參考。
4. 開辦初期若社區式照顧較為缺乏，可暫不納入長照保險給付，而由修正後的長照十年照顧計畫（可更名為「長期照顧網計畫」）之經費支應。後者可比照醫療網的醫療發展基金或健保整合性照護計畫模式，以補助預算方式，鼓勵社區、居家、與其他新型照顧模式之發展，避免因服務量不足，無法持續經營。俟上述服務較為成熟則可納入長照保險給付。
5. 長照保險應編列預算以鼓勵新型之社區與居家照顧服務，特別是針對目前社區與居家照顧資源較少的失智症、精障、智障、罕見疾病者、及山地離島地

區之長期照護，得結合多元財源（健保、社政、衛政、教育、長照保險等）以需照顧者為中心，發展整合性照顧模式，才能避免資源分割，造成服務斷裂、不足或重複而無法滿足需要。上述整合性服務得運用長期照顧網計畫之預算發展服務，俟服務發展成熟且初步巨城本效益再納入長照保險給付。

6. 基於給付從嚴之原則，全日型機構式照護除少數個案外，原則上僅給付重症失能者（需三級照顧者）。其給付條件，參照德國與國內專家學者建議，建議如下：1)無照顧者提供照護,或親朋已無法負荷；2)被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態；3)被照顧者自因或他因造成危險發展趨勢；4)自宅附近無法提供居家照護者。
7. 對於己長年住在機構的住民，如果經評估若該住民其照護需要程度無法使用全日型機構式服務，則仍需依其照護服務需要提供居家或社區式照護。
8. 對於提供照護者必須提供必要的支持，包括：教育訓練、喘息服務、修改相關勞基法提供照顧假（比照育嬰假）、提供照護津貼、將照顧年資納入年金保險年資計算、其他社會保險之補助等。

經幾次經建會聯繫會議討論初步決議長期照護保險給付項目，如下說明。

(一)、機構式照護

包括全日型機構照護(含失智者安全看顧)、喘息服務

(二)、社區式照護

包括日間照顧、社區復健、喘息服務

(三)、居家照護服務

包括居家護理、居家復健、居家服務、家庭托顧(含失智者安全看顧) 、喘息服務

(四)、其他服務

交通接送、餐飲服務、輔具、無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持

第六節 長期與全民健保之分工與整合

本研究德菲法兩回合問卷，76.32% 和 88.2%專家贊成全民健保應給付亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護）。在社福團體問卷結果也發現，有 77.78%贊成全民健保給付亞急性照護。

長照保險與全民健保責任之劃分方面，德國將屬於治療(cure)的部分歸為健康保險，屬於照護(care)的部分則歸為長照保險；日本則是將凡是看到醫師(屬醫療)的部分則歸為健康保險，然而，還是很難在健康保險與長照保險間做清楚切割。日本由老人保健法移至介護保險之服務包括：居家護理、居家復健、居家療養管理指導、日間復健、短期收容療養照護、療養機構照護服務，其中居家照護費用，介護對象由介護保險給付，非介護對象仍由老人保健法(老人醫療)提供給付（引自鄭, 2004,譯自川村匡正(2000):新介護保険総点検, P54）。

經幾次經建會聯繫會議討論初步決議長期照護與全民健康保險的分工，如下說明。

(一)、組織體制方面

1.主管機關：

中央主管機關：行政院組織法修訂後為衛生及社會福利部，修訂前為行政院衛生署。

地方主管機關：在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。

2.承保機關(保險人)：中央健康保險局。

3.相關機關：

長期照護保險會：由付費者代表、政府代表及學者專家組成。

長期照護保險爭議審議會：由長期照護學者專家、法律專家及社會公正人士組

成，審議各項有關長期照護之爭議事項。

4.中央及地方縣市政府之角色功能區分

中央配合健保局及其他分支機構作為核心，地方為輔助角色，並鼓勵地方發展創新服務方案。

照管制度之設計基礎: 整體照顧管理機制皆由健保局負責

中央與地方主管機關分工: 評估與照管計畫皆由健保局負責

地方主管機關權責大小: 地方政府角色最小

若台灣長期照護保險採全民納保，其執行單位為健保局，將有助於長期照護與全民健保的分工與合作。但台灣目前民眾與醫界對健保支出大於收入有很大的疑義，因此長期與健保合作的平台設計雖有利雙方的合作，但要特別留意說明長照與健保財務獨立的運作，以利長期照護保險的順利推動。

根據本研究調查結果、各國經驗，以及數次經建會聯繫會議討論，本研究對於開辦長期照護保險長照與健保之分工與合作之建議條列說明如下。

1. 台灣長照保險與全民健保之分工與整合建議可學習德國模式，但須明確之定義並由評估中心認定。
2. 對於亞急性照護，健保僅提供有限之亞急性照護，因此，必須政策決定是否將亞急性照護納入健保或長照保險。
3. 健保部分服務應劃歸長照保險支付服務，像是長期居家(專業護理)照護以及長期社會性住院（包括：精神病患、復健病人、長期仰賴呼吸器病人、榮民、缺乏家庭支持之病人等）。
4. 若給付制度與支付制度不改革社會性住院仍續存，社會大眾及醫界對長照之認知不足，可能仍優先使用健保。因此健保應同步進行支付與給付制度改革。而照護服務資源有效整合，有賴綜合性評估與整合性照護提供計畫(含照護管理)落實。

第七節 外籍看護工問題的處理建議

外籍看護工與照顧服務員所提供的照護服務屬性大致相同，惟現行就業的市場與管理卻分由不同的法規與政府部門主管與規範，而致切割成二個不同的勞動人力市場，茲就二者在不同工作場域的勞動條件的異同整理如附表 5-7-1。至 2007 年底，台灣外籍看護工總數已將近 16 萬人，其中由機構(如護理之家、長期照護機構等)聘僱者有 7,635 人，餘均為個別家庭所聘僱，反觀本籍居家照顧服務人員現正就業者僅將近 6,000 人。

本次研究的「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」問卷調查，結果多數(將近 7 成)的專家，均贊成以被照顧者符合長照保險居家服務給付資格的認定為主，不管是否聘雇外籍看護工。

未來長期照護保險的規劃，將以由受照顧者的身心狀況功能來界定其照護需要，並給予保險給付，因此可進行兩種勞動人力市場的整合，策略建議主要分二部份：第一部份在保險初期，應優先將受照護者申請條件之審核方法及流程予以調整一致（申請條件可以不同但審查標準與流程應一致）。長照保險應依受照護者身心狀況功能分級，同一等級獲得相同的給付，由被保險人自行選擇服務，而不考量家庭是否聘雇外籍看護工。經建會雖建議對聘僱外籍看護工僅能領取實物給付，但該規定在保險體制下恐有違公平性，其適法性待後續研究評估。

考量現行本籍與外籍人力資源差異太大，若先就審查方法與流程標準化，對縮減兩種勞動人力的效果最大，且對民眾的衝擊較小。

第二部份可放寬現行各類長期照護機構(含社區及居家照護機構)得申請一定比例外籍看護工之規定，使能提供外展服務至社區內醫院、家庭及日問照護機構等的照顧服務，並於長期照護法中統一規範。由附表中可發現，在機構中本籍照顧服務員與外籍看護工的勞動條件及管理，且照顧品質與在職教育由同一機構督導，其品質較為一致且人員流動率較低，且 2001 年開放機構申請外籍看護工，人數的成長較為合理，符合政策的預期。至於外籍看護工之勞動條件問題宜由勞

委會另案規範，不在本研究範圍。

表 5-7-1：本籍照顧服務員及外籍看護不同工作場域工作條件比較表(蔡誾誾整理)

	居家照顧服務員	外籍家庭看護工	機構照顧服務員	
			本籍	外籍
人員資格要求	訓練課程學分及技職証照	在母國的受訓証明書	訓練課程學分及技職証照	在母國受訓証明書
受照護者申請條件	1 輕度失能：一至二項 ADLs 失能項目者；僅 IADL 失能之獨居老人。 2.中度失能：三至四項 ADLs 失能項目者。 3.重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能項目者。	1.特定身心障礙重度等級項目之一者，共十項。 2.經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定需全日 24 小時照護者。 3.被看護者有下列情形之一者，得增加 1 人：(1)身心障礙手冊記載為植物人。(2)經醫療專業診斷巴氏量表評為零，且於 6 個月內病情無法改善。	外籍者 1 收容養護中度以上身心障礙者、精神病患及失智症患者之長期照顧機構、養護機構、安養機構或財團法人社會福利機構。 2 護理之家機構、慢性醫院或設有慢性病床、呼吸照護病床之綜合醫院、醫院、專科醫院。	
審核標準或流程	由長照中心評估審核核定並要求合約團體提供 1.輕度失能:補助總時數 25 小時/月，平均一日約 50 分鐘。 2.中度失能：補助時數調整為 50 小時/月，平均一日為 100 分鐘。 3.重度失能: 補助時數為 90 小時，亦即每日 3 小時。	醫療院所醫事人員專業評估 長照中心媒合 勞委會核給	本籍者依各機構條件自行遴選 前項 1.各機構實際收容人數每三人聘僱一人。 2.前條第二款之機構或醫院，以其依法登記之床位數每五床聘僱一人。 二類機構的外國人人數，合計不得超過本國看護工之人數。	
待遇及成本		雇主負擔約 21,000/月(含薪資加班費、保險費等見表 2)。 (外勞所得約 18,000 元/月)	平均 36,000 元/月(雙連養護機構[4]資料)	
管理單位與方式	公費補助：縣市政府及社福團體 (私人雇用則無)	勞委會(申請、轉換) 聘用後個別雇主自行管理	聘僱之醫療院所與長照相關機構	

[4] 此費用成本含獎金、加班費及員工福利等費用，雙連養護機構成立至今未曾申請引進外籍看護工且本籍照顧服務員的流動率低

第六章 政策及後續規劃建議

由於本研究之方法包括文獻回顧、德菲法與社福團體問卷結果，因此以下針對上述相關結果中應納入政策規劃備選方案者進一步加以整理，並因應經建會規劃時程之需要，提出初步之建議。

第一節 長照保險給付對象

1. 我國長期照護保險應以全民為納保對象。
2. 我國長期照護保險應以符合給付條件資格的全民為給付對象，不應限制年齡或障礙別。

第二節 長照保險給付原則與條件

1. 長照保險之給付原則，在宏觀面：應考慮可負擔性(affordability)、價值(value/cost)、與費用控制(cost)；在微觀面應考量：給付的需要性(necessity)、普及性（universalism）或公平性(equity)）、成本效益(cost-effectiveness)及家庭負擔(family burden)。
2. 長照保險可負擔性：德菲法結果長照保險總體規模建議占 GDP1.0% (健保的 28.57%)可能高估,鄭文輝 2009 研究在 0.35（低推估）-0.64（高推估），中推估為 0.48%。故長照保險在開辦初期若總支出規模不超過 GDP 0.5%可能較易被接受。實際決策未來可透過社會參與（如審議式民調、公民會議）或願付法調查決定之。
3. 長照保險給付需要性之評估（給付條件）：應同時考慮需照顧者與照顧者之需要。基於給付從嚴的原則，需照顧者至少要有兩項以上 ADL (IADL)失能、或有認知功能、精神功能、或其他功能障礙超過一定時間（六個月）以上，且需長期照護者。ADL 以及 IADL 建議改採累計記分，較能反映嚴重度。ADL 以巴氏量表計分應在 60 或 70 分以下，始納入保險給付，但有認知、精神、或其他功能障礙者不在此限。
4. 若保險準備時間充裕，可直接仿照日、美、荷（德國亦研議中），以多元評

估量表取代上述評估工具，可更完整反映不同保險對象之需要。

5. 在決定各別給付項目時，應考量給付之普及性（公平性），成本效益、與家庭負擔原則。

第三節　長照保險給付等級與給付水準

1. 實施初期，給付分級原則上分四級：需支持、照顧一至三級，分別依據各等級需照顧者之照顧服務需要、照顧成本與服務資源可用性訂定給付上限金額。個別保險對象照顧需要等級依據保險人(或委託機構)之評估結果，核定給付等級（給付上限金額）；超過給付上限之金額，應由保險對象自行負擔。
2. 中長期（若開辦時已完成，亦可直接導入）：依據長照保險案例組合(case-mix system of Long-term Care Insurance)訂定給付與支付標準。長照保險案例組合得漸進實施，其實施時程及方法由主管機關定之。依據案例組合分類，可直接核定長照保險給付（支付）標準，可更精細反應不同個案失能程度與資源耗用程度之差異，提升長照保險給付核定之公平性與效率，亦利於不同類型長期照護服務之整合、品質提升與費用控制。
3. 支付標準之訂價機制（人力成本定義、成本分析計算方法（基本薪資、工作時數、工作量、工作負荷）應儘可能與全民健保資源耗用相對值表之方法取得平衡。尤其應將提供服務之間接成本納入計算，避免不敷成本，影響長照服務之提供意願。

第四節　長照保險給付方式

1. 給付方式建議採階段式給付設計，開辦初期建議採實物給付為主，現金給付為輔。
2. 中長期則視保險辦理狀況，及長照體系發展狀況，保留收回現金給付之可能性，或可訂定現金給付條件。
3. 需照顧者得選擇部份現金、部份實物之混合制，並提供喘息服務與相關照顧者支持措施，確保照顧之品質。

4. 對於領取現金給付者，照護者應接受一定時數之照護訓練，保險人並應定期監控服務提供狀況與品質，必要時得取消現金給付，改提供實務給付。
5. 現金給付水準：建議在實物給付的 40-45%間。
6. 全日型機構性照護給付範圍，除法定給付服務外，建議不含膳食，以及為求舒適增加之費用，且只給付評鑑合格機構。住宿費用原則不給付；但若為考量與健保給付之平衡（健保給付住宿費），得考慮納入給付。

第五節　長照保險給付項目

1. 長期照護保險給付項目應以使用者為中心，考慮使用者需要，提供多元、無縫式的完整服務。
2. 長期照護保險給付項目建議應包括：1)機構照護：提供全日型住宿照護，其中包含失智者安全看顧；2)社區式照護：建議提供日間與夜間照顧、社區復健、喘息服務；3)居家照護服務：建議提供居家護理、居家復健、居家服務、家庭托顧 (含失智者安全看顧)、喘息服務；4)其它服務：喘息服務、交通接送、輔具、營養餐飲服務、無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持等。
3. 開辦初期建議得視保險對象之意願、長照資源之可用性、與地區分佈，仿照德國漸進導入不同給付項目，並配合給付項目導入時程，於法中明訂調整費率。
4. 開辦初期若社區式照顧較為缺乏，部份給付可評估暫由修正後的長照十年計畫（建議改為「長期照顧網計畫」）經費支應之可行性，並視各類服務發展狀況，漸進導入長照保險給付。
5. 長照保險應編列預算以鼓勵新型之社區與居家照顧服務，並得結合多元財源（健保、長照、社福、教育）之資源，以需照顧者為中心（如失智症者、心智障礙者、原住民），發展整合性照顧模式。新型服務在發展初期得由「長期照顧網計畫」以補助預算方式促成其發展。
6. 基於給付從嚴之原則，全日型機構式照護除少數個案外，原則上僅給付重度

失能者。

第六節 長照保險與全民健保之分工與整合

1. 台灣長照保險與全民健保之分工，建議凡屬治療可逆的歸健保，屬照護歸長照保險。
2. 失能六個月以內的亞急性照護，建議納入健保給付，健保部分服務應劃歸長照保險給付。

第七節 外籍看護工問題處理

1. 保險初期，需照顧者若符合給付條件，得自行選擇給付方式，不受是否聘雇外籍看護工之限制;但應同時將長照保險給付與外籍看護工申請之審核方法及流程統一。對經建會建議：聘雇外籍看護工者只能選擇實物給付，應進一步評估其適法性。
2. 建議未來將目前允許各類長期照護機構(含社區及居家照護機構)申請一定比例外籍看護工之規定放寬，使能聘雇外籍看護工，提供外展服務至醫院、家庭、日間照護機構等，以提升服務品質。外籍看護工之勞動條件之提升應另以法律規範。

第八節 後續規劃建議

1. 擬訂現金給付給付條件與標準：決定是否須規範領取現金給付之條件，以及現金給付標準占實物給付比率。
2. 發展保險給付之評估工具:篩選或發展多元照顧需要量表。具上述工具，進行長照保險需要調查，以了解需照顧者盛行率及分布、評估照顧者長照保險

給付需要，建立需照顧者資料庫（需要量表與資源投入）、發展長期照護案例組合、發展分級模式、擬訂給付上限、擬訂給付條件。

3. 長照保險案例組合之發展:可於長照保險第二期規劃時即刻進行，收集一定數量長期照護需求者之失能程度（ADL、IADL、認知功能、精神障礙、問題行為、特殊照護（顧）需要、臨床特性等）與各類長照服務需要程度，藉統計分析（分類樹分析），與專業的修正，發展台灣版的長照保險案例組合。
4. 擬定保險給付項目漸進導入方案。
5. 具體擬定長照保險與與全民健保之配合措施（分工、整合）。
6. 進行審議式民調或公民會議，以廣徵民意，使長照保險制度設計更符合民眾需要。

參考文獻

BMA. (2008). Bundesministerium fuer Arbeit und Sozialordnung: Uebersicht ueber das Sozialrecht. 3.,neubearbeite und erweiterte Auflage. Stand: 1. Januar 2008. Bundesministerium fuer Arbeit und Sozialordnung - Referat Oeffentlichkeitsarbeit. Bonn.

BMG. (2008a). Bundesministerium fuer Gesundheit：Pflegereform. http://www.bmg.bund.de/cln_109/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar-Pflegereform-2008/Die-wichtigste-Fragen-und-Antworten-zur-Pflegereform.html （2008-07-05）

BMG. (2008b). Bundesministerium fuer Gesundheit：Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2008.pdf （2008-10-06）

Dr.Peter Michell-Auli, Klaus Grossjohann, Andereas Kutschke,Ralf Tebest und Harald Raabe(KDA)（Bearbeitung）.(2008). Pflegestuetzpunkte. Zwischenbericht vom 27.Juni.2008. Kuratorium Deutsche Alternative.

Federal Ministry of Health and Social Security (2005).Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance. http://www.bmgs.bund.de/eng/txt/long/4293.php

Fries, B., et al. (1994). *Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III),* Medical Care, Vol. 32(7):668-686.

H.Rothgang, M.Holst, D.Kulik, R.Unger. (2008). Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebeduerftigkeitsbegriffs und des dazugehoerigen Assements fuer die Sozialhillfetraeger und die Pflegekassen. Abschlussbericht.ZeS,Universitaet Bremen.

J.Windeler,S.Groerres, S.Thomas, A.Kimmel,I.Langner,K.Reif,A.Wagner. (2008). Abschlussbericht. Endfassung. Massnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebeduerftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebeduerftigkeit nach dem SGB XI, Hauptphase 2. Institut fuer Public Health und Pflegeforschung(ipp).Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

K. Wingenfeld,A.Buescher und B.Gansweid. (2008) Das neus

Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebeduerftigkeit.Ueberarbeitete, korrigierte Fassung.Institut fuer Pflegewissenschaft an der Universitaet Bielefeld(IPW).,Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe(MDK WL). Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs.3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbaender der Pflegekassen.

K. Wingenfeld,A.Buescher und B.Gansweid. (2008). Das neus Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebeduerftigkeit.Anlagenband.Institut fuer Pflegewissenschaft an der Universitaet Bielefeld(IPW).,Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe(MDK WL). Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs.3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbaender der Pflegekassen.

K. Wingenfeld,A.Buescher, D.Schaeffer. (2007). Recherche und Analyse von Pflegebeduerftigkeitsbegriffen und Einschaetzungsinstrument.Ueberarbeitete Fassung. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs.3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbaender der Pflegekassen.

Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-term care for older persons. How can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?* OECD Health Working Papers, no.20, Paris.

MedPAC.(2008). *Home healthcare services payment system.* http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_07_HHA.pdf

OECD Economic Outlook.(2006).*Organization for Economic Cooperation and Development*, volume 1, no.79:146.

Sieveking , Klaus（Hrsg.）. (1998). Soziale Sicherung bei flegebeduerftigkeit in der Europaeischen Union. Nomos Verlaggesellschaft. Baden-Baden.

Tsutsui T. & Muramatsu N. (2005). *Care Needs Certification in the Long- Term Care Insurance System of Japan.* Journal of Geriatrics Society, *53*(3):522-527.

Tsutsui T. & Muramatsu N. (2007). *Japan's Universal Long Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Vision.* Journal of American Geriatrics Society, 55(9):1458-1463.

Visser-Jansen G., Knipscheer CPM. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage--National Background Report for the Netherlands.* Hamburg: EUROFAMCARE http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/documents/nabare_netherlands_rc1_a4.pdf

WHO. (2003). Key Policy Issues in Long-term Care.

ユーキャン. (2007 年 11 月). *はじめて使う！そろそろ備える！！U-CAN の介護保険利用マニュアル*: ユーキャン学び出版部／編.

日本厚生勞動省. (2007). *日本介護保險法*..

王增勇, 周月清, & 林麗嬋. (2005). *九十四年度「我國長期照顧服務輸送規劃研究」期末報告*.

王增勇, & 林小嫻. (2000). *加拿大長期照護制度*. 台北: 國家衛生研究院 長期照護財務問題－各國經驗及臺灣前景研討會論文集(Document Number)

行政院內政部. (2005). 我國長期照顧制度規劃研究委辦案.

行政院內政部. (2007). *我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）*.

行政院經濟建設委員會委託研究. (2009.1.21). *長期照護保險規劃初步構想*.

吳肖琪, 王增勇, 周月清, & 林麗嬋. (2005). *各國長期照顧服務項目、範圍與水準*. 台北: 內政部委託研究計畫.

吳淑瓊. (2005). 人口老化與長期照護政策. *國家政策季刊, 4*(4), 5-24.

吳凱勳. (1997a). 高齡化社會與長期照護保險－介紹德國公共介護保險. *長期照護雜誌, 1*(1), 3-14.

吳凱勳. (1997b). 高齡化社會與長期照護保險－介紹日本公共介護保險. *長期照護雜誌, 1*(2), 1-2.

李世代, 劉美吟, & 高琇珠等. (2009.2.11). *日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究*.

沈茂庭. (2000). 英國長期照護制度. *國家衛生研究院編：長期照護財務問題－各國經驗及臺灣前景研討會論文集*, 79-89.

周月清, 傅凱祺, 傅立葉, 蔡宜思, 高森永, 邱泯科, et al. (2005). 我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目. *台灣社會福利學刊, 4*(2), 97-138.

周麗芳. (1999). 德國長期照護保險制度及其財務規劃. *保險專刊, 58*, 53-68.

林志鴻. (2008). 德國長期照顧制度之發展、現況及未來. *研考雙月刊, 32(6),* 68-79.

林志鴻. (2005). *長期照護給付結構共構下現金給付之探討-以德國長期照護保險制度為例*. Paper presented at the 「女性照顧：國家、社區、家庭」國際研討會（Taiwan/Canadian Symposium on Women and Family Care）.

林志鴻. (2009). 德國長期照護保險給付原則與給付項目報告（收載入本報告文獻

探討第五節）.

林淑萱. (2003). 日本長期照護保險的發展經驗及其對臺灣的啟示. *社區發展季刊, 104*, 454-463.

林藍萍, & 劉美芳. (2005). 德、日長期照護保險制度之簡介. *台灣老人保健學刊, 1*(2), 75-94.

厚生勞動省. (2007). *平成 19 年度介護給付費實態調查結果的概況* 日本.

高森永, & 劉慧蓉. (2004). 產官學界菁英對於規劃長期照護保險制度之看法－Delphi Technique. *醫療品質雜誌, 3*(1), 20-46.

國家政策研究基金會. (2009.2.11 專家會議簡報資料). *德國、荷蘭長期照護保險制度保險對象及給付方式*. Paper presented at the 行政院經濟建設委員會委託研究

莊秀美. (2005). 日本社會福利服務的民營化－「公共介護保險制度」現況之探討. *臺大社工學刊, 11*, 89-128.

葉玲玲, 謝媽娉, 鄭文輝, 朱僑麗, & 徐慧娟. (2007). 日本長期照護機構參訪心得與建議. *長期照護雜誌, 11*(3), 303-314.

蔡誾誾. (2007). 台灣長期照護制度的發展與國際比較－兼論社區物理治療的定位. *物理治療, 32*(2), 45-50.

蔡誾誾, 李玉春, 吳肖琪, & 林麗嬋. (2008). 評析我國「長期照顧十年計畫」落實的可行性. *長期照護雜誌, 12*(1), 8-16.

蔡誾誾, 李玉春, & 黃昱瞳. (2009). 政策的改變對外籍看護工使用量的影響，研究法課程報告資料，尚未發表. 國立陽明大學衛生福利研究所.

鄭文輝, 葉玲玲, & 謝媽娉. (2004). *在現有健康保險制度下發展長期照護保險之制度設計－日本經驗*.

鄭文輝, & 鄭清霞. (2005). 我國實施長期照護保險之可行性評估. *國家政策季刊, 4*(4), 69-92.

鄭清霞, & 鄭文輝. (2007). 我國長期照顧制度的費用估算與財務處理. *臺大社工學刊, 15*, 167-218.

附錄一 德國長期照護保險給付原則與項目(林志鴻)

壹、給付結構與原則

一、以照護風險而非年齡做為制度納保判準，賦予全民普及式照護給付申領權

德國長期照護保險法是以民眾是否有照護風險需要，而非以年齡為依據，將全民加以涵括作為制度保障對象。其因照護需要風險人人皆可能面臨，而非老人單獨的需要。不同年齡風險發生率固然不同，老人較其他年齡群體為高，但是不同年齡群體有不同的需要與不同的支持基礎與考量。德國 2008 年社會的長照保險被保險對象總計為 7,036 萬人。2006 年私人的長照保險被保險對象計有 920 萬人，社會的長照保險被保險對象總計為 7,031 萬人。2006 年長照保險被保險對象全國總計為 7,951 萬人。佔 2006 年當時全德國總人口 8231 萬人的 96.60％。

以照護需要而非年齡做為判定是否納為保障對象的德國長期照護保險法，對長期照護事故定義的非常明確，照護事故（Pflegefall）稱為「照護需要性」（Pflegebeduerftigkeit），其定義為：

『照護需要性是指個人因生理的、精神的或心智上的疾病或障礙，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能力缺乏，長期的需要藉助甚至依賴他人之輔助才能遂行，此種個人基本維生活動能力，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。有此需要者，稱為照護需求者。』

所以照護需要事故，不昰指疾病，而是指個人基本維生活動能力包括個人身體照料、飲食起居以及家務處理等能力長期的缺乏，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。制度提供的給付也以協助或遞補照護需要者「個人身體照料、飲食起居以及家務處理等」基本維生活動為著眼，目的在協助他能夠過著基本人性生活的狀態。（社會法，第十一篇，長照保險篇，第 14 條，以下：SGB XI §14）所以以長期照護事故（Long term Care）為保障主軸的長期照護保險制度與以急性醫療（acute care）為保障主軸的健康保險制度是有所關聯，但在制度上是不同的。

也就是因長期的缺乏基本維生能力的狀態，固然是與「疾病」、「身心障礙或失能」、「依賴/需救助性」、「老年」、「意外」、「職業災害」相關，但是也有所不同。在社會福利體系中必須加以明確定義，先理解其不同，定義

其個別的領域與事項內容結構性質的不同指涉，明確個別事故之間的界線與範圍，一方面作為不同制度區分以及設定不同保障任務的基礎；一方面也在了解區分與不同的同時，了解其間相互關聯的結構點，建立可能的制度間轉銜的機制，與其他社會福利制度體系建立分工合作關係，形成完密的、必要的、有效率的需要協助網絡。

照護需要事故與疾病相關容易被混而為一的原因在於，因為疾病最可能為照護需要事故產生的原因，但是疾病一經發生，必須快速受到治療，以消除或減輕疼動或不舒服、恢復平衡。但照護需要事故非指不適或失衡，而是基本生活自理能力的長期缺乏。此時照護需要狀態可能是疾病或重大事故造成之傷害，經治療後症狀固定，經治療後疾病或傷害症狀緩解，但是醫療治療知介入，仍無法期待期生心理、家務處理等的基本維生活動能力能夠復原，而呈現基本生活自理能力的長期缺乏狀態。這些後果，或其狀態為「身心障礙或失能」，但並非全部的身心障礙者都需要長期照護，只有部分的身心障礙者才需要長期照護。從此而言，照護需要事故是身心障礙事故的特殊類型，有其特殊照護的需要，依照此特殊需要，建立協助提供服務的長期照護制度，也可視其為身心障礙者權益保障法的特別制度。但照護需要狀態也可能罹病狀態症狀消失而繼續存在，或者與疾病共存（如慢性病）；也可能昰生心理老化的結果，但又不全昰老化所全然肇致的結果，所以機率上而言說老化或發生在老人身上機率高，但又不昰全部照護需要者都是老人；照護需要也很可能是「罹病」、「（普通）意外」、「職災」等因素個別或相連作用而成。

照護需要性也呈現出「依賴」、「需要被協助」性質，從而與社會救助法所保障的「需協助、救助」的事故相類似。就此而言，照護需要性也可說昰需協助需救助的特殊類型，而與社會救助制度相關，許多的照護需要者也同時因為照護費用的龐大，特別是其無法再經營生計或無謀生能力，以致落入貧窮境地，需要社會救助，助其生活。但是照護需要的依賴性質，則呈現在個人基本維生活動能力缺乏而需要協助與救助的需要上。

至於個人可能因為「（普通）意外」、「職災」事故而可能造成疾病、傷害狀態，需要緊急治療，甚至復健的事故，從而長照事故與「職業災害保險」、「年金或退休保險」相關，但又有所不同，得以如上所分析的「疾病」、「身心障礙」、「老年」等事故道理相若，不再贅述。

德國長期照護保險制度因為在制度建構上跟隨健康保險制度原則，而德國健康保險制度因為制度保障原則與歷史原因，區分為社會的健康保險與私人的健康保險兩個區塊。社會的健康保險以一般受雇者及其家屬，薪資在投保薪資上限以下者為保障對象，目前約占總人口的 86%。其餘薪資在投保薪資上限以上者，以及雇主身分者，得以免除強制納保規範而改投私人的健康保險，加

上公務員由國家照顧，而劃歸私人的健康保險。1994 年通過的長期照護保險法都將此兩類保險人口定為長期照護保險法保障對象，幾近總人口的 99% 以上。但是在制度管理體系上以及保險人組織上都還不能合而為一，特別是在財務與統計上都還分別處理。所以這裡所呈現的是以社會的健康保險為範圍的社會的長期照護保險為例加以說明。

社會的長期照護保險中，照顧需要者總數從 1996 年（開始增加機構式照護）的 154 萬餘人，增加為 2007 年近 203 萬人，12 年間增加 482,539 人，成長 31%。（如附表 1 所示）約佔長期照顧保險被保障人口的 2.55%。其中女性照顧需要者多於男性一倍有餘， 1996 年，男性有 48 萬餘，女性有 106 萬餘照顧需要者，2007 年男性有 68 萬餘，女性有約 135 萬照顧需要者。這除顯示高齡女性數量除多於男性，故需求也隨之增加外，女性照顧需要者比男性高，但是男性照顧需要者有微幅上揚的趨勢，而女性照顧需要者佔總照顧需要者的比例有微幅下降的趨勢。就年齡分布而言，照顧需要者比例最低的年齡組為 20 歲以下，以及 20-55 歲年齡組，分別為 5.2%及 9.1%（1996 年）；4.6%與 10.5%（2007 年）。年齡組中照顧需要者比例最高的為 85-90 歲組。但是年齡組中有照顧需要的比例則以 90 歲以上的年齡組最高。就德國長照保險統計上而言，60 以下年齡照顧需要盛行率（Risiko der Pflegebeduerftigkeit）約為 0.7%；60-80 歲，約為 4.2%；80 歲以上則為 28.4%。（BMG 2008）顯見所有年齡層皆可能發生照顧需要事故，不以老年為限。但照顧需要事故盛行率則隨者年齡的增加而有顯著上升的趨勢。

二、凡被保障者皆有權申領照護給付

長照保險制度賦予凡保障對象自認有照顧需要時，有權自行或由他人代理，以其方便的方式（書面或口頭），向長照保險人申領照護給付。

三、給付透過專業評估標準與程序，給付依照護等級輕重與照護必要作業活動定價

被保障對象向長照保險人申領照護給付，長照保險人將照護評估與照護計畫形成委託專業評估單位「健康保險醫事鑑定服務中心」（MDK）確認是否有照護需要，照護需要的等級，是否有復健需要，住宅設施環境評估，以及照護計畫，等等作成報告，再將評估結果與計畫建議等事項作成報告，送回保險人核定。凡符合法定照護需要資格者，即依規定受領給付。（SGB XI §18）

實施初期的長期照護保險，照護需要評估標準偏重於肢體生理功能的範

疇，而以日常生活功能（ADLs）與工具性日常生活功能（IADLs）作為評估照護需要以及確認照護需要等級的依據。ADLs 包括個人衛生（洗澡、上廁所、刮鬍子以及刷牙），進食（包括準備食物），行動力（上下床的移位、穿衣、走路、站立、爬樓梯，以及離家和返家）；IADLs 為家事活動（購物、煮東西、打掃、洗衣服、洗盤子以及暖房）。如附表 2 所示。實務上尚有現金給付的等級量附表（如附表 3），以及兒童量附表（如附表 4）

2001 年「長照-品質確保法案」（Pflege-Qualitaetssicherungsgesetz）增加失智症給付，於 2003 年起實施，並於往後數年進行照護需要概念，以及照護需要評估標準的重要修正，請見本文参：長照改革。

附表 2：德國長期照護等級標準與時間（一般標準）（第 15 條 SGBX1）

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1	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	每天至少一次至少 2 項日常生活必要活動之看顧或陪伴；或早晚個一次之協助		
照護等級11	一般	每天至少 3 次（在身體照料、移動、進食方面）	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	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111	一般	整日（包括晚上）在身體照料、移動、進食方	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	整日（包括晚上）皆需要日常生活必要活動之看顧或陪伴		

此外，上有在此照護需要三等級之外，有特別嚴重案例：身體的基本照護(身體清潔,進食或移動)每日必須至少六個小時，其中至少三次於夜間進行。於全住院式機構住院的照護需要者也常需醫護密切看護，或者身體的基本照護在夜間必須透過許多位照護員同時提供，此時通常一員為專業人員一員為現金給付者(如家人)。另外，必須每日協助家務處理。

附表 3：長期照護等級標準與時間（家屬或非專業提供照護）（第 15 條 SGBX1）

照護等級	ADLs：沐浴、穿衣鞋、如廁、移動、大小便控制能力、與進食等六項	IADLs：購物、烹調、打掃、清洗碗筷、清洗衣物、暖房等家事協助	每天至少小時
照護等級 1	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
照護等級 11	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
照護等級 111	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

附表 4：德國長期照護等級標準與時間（兒童）

年齡	照護等級	ADLs	IADLs
嬰兒	照護等級 1、11、111	視正常同年齡而定，嬰兒不計移動項目	不計
八足歲以前罹病或身心障礙兒童			煮食、清潔、清洗衣物、更衣
8-14歲	照護等級1	同一般人標準	每天至少至少每日 30 分鐘
	照護等級11	同一般人標準	每天至少至少每日 45 分鐘
	照護等級111	同一般人標準	每天至少至少每日 45 分鐘

四、回應照護需要者多元照護需要為核心，制度提供多元給付項目，並以彈性化、建立照護管理與品質確保機制，有效滿足滿足照護需要者個別化照護的需要。

在現在以及未來的時代，家庭結構多元化，個人價值觀也差異甚大，所以照護需要者對於在哪裡？由誰提供？接受或管理哪些照護的項目？也非常的不同。所以德國長照保險制度的設計及以照護需要者的多元可能需要為核心，儘量提供多元的照護給付以供照護需要者選擇，給付項目包括現金給付、實物給付，以及現金與實物比例的混合給付。

給付的場域可以：

居家照護，包括專業到宅（實物給付）、親屬鄰閭照護（現金給付）；機構照護，包括全住院式機構照護、部分住院式機構照護（日/夜間照護），替代照護（親屬鄰閭照護提供者度假代理）；社區式照護，包括喘息照護、臨托照護；共同照護等。

透過 2001 年長照-品質確保法案（Pflege-Qualitaetssicherungsgesetz）建立長照保險給付品質確保機制。2008 年長照-永續發展法案將更進一步獲得提昇。法案規範長照聯邦各保險人總會與提供者協會規定，照護品質必須基於長照學術專業認知，以及由專業決定的照護專業水準，作為照護品質確保的基礎。並且要求公佈每年的照護品質報告（Qualitaetsbericht），該報告是照護需要者及其親屬都能拿得到。同時規定自 2011 年起由 MDK 每年進行以照護結果品質（Ergebnisqualitaet）為基準的無預警安全檢查。

五、在就地老化原則下，賦予照顧需要者照顧選擇權，回應多元照顧需要，對家庭照護功能形成補充性、輔助性、替代性等多元協助功能

現在以及未來的時代，家庭結構多元化，個人價值觀也差異甚大，在就地老化原則下，照護需要者得以其自我偏好、認知與管理能力，與客觀家庭支持條件，選擇對其最適合的照護方式，包括在哪裡？由誰？接受或自行購買管理照護服務？形成德國長照保險制度極具彈性多元化的家庭照護協助功能，也就是依照護需要者選擇權為核心，在就地老化的原則下，形成對原先家庭照護功能的補充性、輔助性、以及替代或取代性的協助功能。主要考量為照護給付客觀環境是否適合；照護等級的輕重；照護需要者的認知能力以及偏好。

六、社區照護優先機構照護

照護需要較輕程度並有家屬鄰閭願意提供照護者，以居家照護為原則。照護需要程度較重或不適合或無法居家照護者，得受領全住院式機構照護。實施時居

家照護優先實施（1995/03），1996 年才實施機構照護。居家照護與機構照護的費用以及人數比例如附表 5 所示。

附表 5：德國長照保險居家與住院部門間支付費用與人數比值

	支付費用比	受領人數比
1995	82：18	88：12
1996	74：26	85：15
1997	71：29	84：16
1998	68：32	83：17
1999	67：33	81：19
2000	65：35	80：20
2001	64：36	80：20
2002	64：36	80：20
2003	63：37	80：20
2004	63：37	80：20
2005	63：37	80：20
2006	62：38	79：21
2007	62：38	79：21

BMG2008：Zahlen und Fakten

七、復健優先照護原則與積極/活化照護

所謂積極/活化照護（aktivierende Pflege），是指促進照護需要者遂行日常生活上的自主性與獨立性，即提升或促進其原已喪失的自我照護的認知及行動的導引。於照護需要的評估當中，法律要求評估專業人員須於評估報告中說明提升或維護照護需要者照護需要狀態，如認為照護需要有復健以改善其照護需要狀態之必要，則需建議優先提供復健協助，助其早日脫離照護狀態或維護較佳照護狀態，此時可能為治療性復健，則由健保制度支付治療性復健費用。如果為維護或支持性復健，則由長期照護制度支付維護或支持性復健費用。此為復健優先照護原則。從此以觀，長期照護保險制度保障的照護需要事故與疾病事故（健康保險）、失能事故（身心障礙者權益保障法）有差別但也有互動存在。

照護需要事故在 1980 年代之前尚被認為是疾病傷害事故之附屬，而將照護需要事故與疾病事故比擬，沒有其自有之定義、範圍與內涵；照護需要者也被視為病人。但是德國長照保險的照顧需要事故（Der Pflegefall）則採：社會醫療模式定義，即與罹病事故區隔，所謂疾病事故，即罹病風險而言，是健康保險主要保障標的所在。罹病事故主要有三個判準構成：生理、心理與精神的違常性（Regelwidrigkeit）；個人活動與能力執行上的干擾或缺損（Funktion），

以及不適與痛苦的壓力（Leidendruck），此三者合而構成疾病事故之認定。因此在健保法規範上，罹病風險是一種生理、心理與精神處於違常狀態，干擾或損害個體一般生理心理，並造成罹病者身心痛苦或壓力之謂（Schulin, 1993:112）。遭遇此類事故而處於此狀態者，即需要緊急的醫療治療或處置，以減輕或消除其痛苦或壓力，或甚至挽救其生命，並提供必要的急性護理照護（Acute care）。而由照顧需要者的活動能力與自主執行切入以定義照顧需要事故；需照護者不被制度稱病人，而稱照護需要者。

照顧需要為廣義失能狀態的一環，失能(disability)指的是個人因為較顯著或嚴重的綜合性功能受損，以致操作某些活動之能力受限。（洪秀吉，2005）而照護需要事故性質為長期的基本生活自理能力缺乏，需要他人協助方足以過人性生活。而非通常意義下的失能狀態，許多的失能者（身心障礙者），並不需要他人他力的協助，而可以在特定輔具或儀器協助下，自主獨立生活。因此照護事故與疾病、失能事故有交集互動部分，但是就制度管轄而言，長照保險、身心障礙保障制度以及健保制度之間，必須加以區別，而由保障事故定義出發，予與明確分工。

所謂活化或積極性照護，是指法律規定照護服務提供時，要求照護提供者無論照護需要者感覺/語言能力狀態如何，皆須於照護服務時與照護需要者必須有語言上的對談與互動。並且能由照護需要者自行作為者，應說服由照護需要者自行作為，養成照護需要者的積極性作為，避免落入或養成照護需要過度依賴的照護情境。

貳、給付項目

一、區分原則

區分德國長照保險的給付項目的重要原則：

(1) 場域上而言，昰居家式的，還是機構式的。

(2) 方式上而言，昰實物的，還是現金的給付。

(3) 對象上而言，是給照護需要者，還是給照護提供者。

依這三種區分原則，德國長照保險的給付項目有以下的幾個項目：

1、居家照護

2、親朋照護者的社會保障

3、短期的與日間照護

4、機構式照護

5、照護假(Pflegezeit)

6、照護機構的固定投資

7、照護諮詢與個案管理

8、照護輔具提供與租借

9、免付費照護課程

10、 共同照護（poolen）

11、 失智症的看顧給付：照護等級 0

二、照護相關給付

1、 居家照護

居家照護依照護需要等級輕重加以實施。照護需要等級分為 I，II，III 級。2007 年社會的照護保險體系共有 1,358,201 人受領居家照護，佔全部照護需要人數 216 萬人的 62％，有 671000 人受領住院式照護，佔全部照護需要人數 216 萬人的 38％。其中受領居家照護需要等級 I，共有 804,628 人（59.2％）；426,855 人（31.4％）受領居家照護需要等級 II；有 126,718 人（9.3％）受領居家照護需要等級 III。居家照護需要者得申領實物給付（Sachleistung）、現金給付（Geldleistung）、或混合給付（Kombinationsleistung）。

實物給付指申領由照護契約機構，比如社區照護中心專業提供照護，而由照護保險人依照法定支付上限內支付其照護費用的照護給付而言，超出支付上限的費用則必須由照護需要者自行支付。2008 年 7 月 1 日以前及之後各照護等級支付上限價格，以及 2008 年「照護永續發展法案」法定調整價格如附表 6 所示。

附表 6：德國長照保險實物給付照護等級支付上限與價格調整概覽

照護等級	2008 以前	2008.7.1 起	2010 起	2012 起
等級 I	384	430	440	450
等級 II	921	980	1 040	1 100
等級 III	1 432	1 470	1 510	1 550

資料來源：BMG，2008：551

實物給付申領方式也越來越彈性多元化，照護住宅（Wohnangebot）以及看顧服務（Betreungsangebot）越來越受歡迎，因為大多數照顧需要者偏好居家式而不喜機構式照護，而希望儘量在家或選擇流動式照護。但是家庭照護網絡可能性越來越低。因此特別昰一些新的照護住宅形式，例如團體家屋（Wohngemeinschaft）或看顧住宅特別受到歡迎。而照護保險也在這方面進行改善，如提供數量的增加與申領條件的改善。這種類型的照護將朝向允許各種照護服務一起接受照護服務組合（poolen）的可能性，即申領不同照護服務類別的照護需要者，例如照護給付、看顧給付以及家務協助者，可以與其他照護需要者居住在一起共同接受照護服務。

與個別照護員（Einzelpflegekraft）的契約將更彈性化。現行與個別照護員的契約只有在無法與照護中心（Pflegedienst）契約，獲得照護服務時才得以進行。將來將視以下情況進行改善：符合照護需要者決定權的行使，且為照護需要者的希望；或者這些服務的種類更有效或更經濟。

居家式照護還可以申領現金給付。所謂現金給付昰指照護保險人支付照護需要者現金給照護服務提供者而言。法定申領者昰照護需要者而非其親屬，照護需要將照護現金給其親屬作為薪資或獎賞之用。照護現金給付與實物給付還可以依比例混合使用。迄 2012 年止照護現金給付價格將如下附表 7 調整。

附表 7：德國長照保險照護等級現金給付支付上限與價格調整概覽

照護等級	2008 以前	2008.7.1 起	2010 起	2012 起
等級 I	205	215	225	235
等級 II	410	420	430	440
等級 III	665	675	685	770

資料來源：BMG，2008：552

在照護親朋有事時，照護保險人提供每一年至多四週，每月 1,432 歐元上限的替代照護。替代照護支付價格也將自動調整如附表 6 所示。

照護保險人也提供照護輔具，基本上是指照護所需的儀器（Geräte）與物件（Sachmittel）而言，使得居家照護可能而必要者，目的在減輕或使得照護需要者獨立生活的可能。由照護保險人決定，支付費用並提供，包括：

- 技術性輔助器材，如照護床、步行支架（Lagerungshilfen）、緊急呼救系統。
- 耗品物件，如隨棄手套、床墊。

補助照護需要者 2,557 歐元上限的住宅設施改善。

提供免費的基本照護課程，給親屬或其他非專職照護提供者。

提供額外看顧費用給具有相當看顧需要的居家照護需要者，上限為每年 460 歐元。（SGBXI §§ 45a,45b）依據照護保險永續經營法案有關費用調整的規定。

居家照護與流動式照護將朝向共同申領併計「共同照護」的方式（Poolen）發展，將更具彈性與多元化。

2、 親朋照護的社會保障

許多照護需要者期望在自宅接受照護，也有許多照護需要者的親屬希望照護其親人。德國長照保險在制度設計上也為有這樣希望的人提供環境條件去促成，這些包括現金給付；照護據點；免付費基本照護課程；照護假；社會保障等，以促成親屬在宅照護的可能。

現金補償：

提供現金給付給照護需要者親朋，補助其因照護所生費用或因照護所致所得的損失。

年金保險：

親朋照護提供每週至少 14 小時以上的照護，就符合長照保險法上所規定的照護員（Pflegeperson），如果他提供照護在每週 30 小時以下，基本上在德國這樣的工時趨堅的勞動非屬於正式僱傭關係，此時照護保險人全額負擔他擔任照護員期間的年金保險社會保險費。年金保險額則依照照護員提供照護需要者的照護等級與照護活動範疇而定其高低。例如照護員照顧照護等級 III 而每週照顧 28 小時，則其年金保額可達平均薪資的 80%。

職災保險：

當照護員照顧鄰近的照護需要者，則在照護活動提供期間內，所有與照護作業活動和交通相關聯的活動，都將獲得照護保險人職業災害保險的保障。

失業保險：

親朋照護者得以自願被保險人身分納保失業保險。但是他：

-必須向聯邦勞動署申請失業保險以自願加保者身分納保。

-必須於作為照護員之前的 24 個月內投保滿 12 個月的失業保險年資或受領失業給付。

此部分的失業保險費則由照護員自行繳納。

附表 8：長照保險人為非專業照護提供者解繳社會年金保險費統計

項目	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06
年金保費總額(億歐元)	3.1	9.3	11.9	11.6	11.3	10.7	9.8	9.6	9.5	9.3	9.0	9.0
獲年金保險總數(千人)	394	531	575	574	512	554	530	511	492	470	454	440
女性所佔比率(%)	94%	94%	94%	93%	93%	--	90%	90%+	90%+	90%+	90%+	90%+

資料來源：Deutscher Bundestag, 2001、p.28；2000 年以後資料；BMGS；網路；http://www.bmgs.bund.de/downloads/03-Die_inanentwicklung_er_ozialpflegeversicherung.xls2005/4/28

短期的與日間照護

所謂日/夜間照護（部分住院）是指一天之中有部分的時間在照護機構中接受照護給付之謂。此時照護保險人支付此一期間照護費用，包括社會性的照顧，以及治療性醫療照護費用，但是膳宿費用必須自費。確保實施的只有必要的部分住院式的照護服務，例如申領居家照護未提供的服務部分。日間照護通常由親屬需日間就業者的照護需要者申領，絕大部分都是早晨送去而下午接回。2008 年照護改革法案在日夜間照護方面有效改善的是實物給付申領品質隨者流動式實物給付的改善而提升。

日夜間照護與其他給付連結的混合給付：

照護需要者得將日夜間照護與其他流動式實物給付或者現金給付連結。透過 2008 年改革法案這部分的混合給付，得以合併獲得比個別申領項目最高 1.5 倍的給付。舉例而言，當照護需要者只有申領半數的日夜間照護給付時，未來他仍保有 100%的現金給付獲實物給付的申領權限。

喘息照護

許多照護需要者依法得以申領有限時間的住院式照護，特別是申領居家照護的照護需要者瀕臨危急情況或有時必須住院治療時。對這些照護需要者都能夠申領短期的住院式給付。短期照護支付價格的依據不是其照護等級輕重，而是所有照護等級都以極重度等級同等價格支付。2008 年後支付價格也跟著調整。

兒少短期照護

與老年照護需要者不同的地方，有照護需要兒少，因為有特殊需要得於提供該特殊需要的機構進行照護。以往有照護需要兒少依照現行法規訂，不得於其住院機構申領短期照護（Kurzzeitpflege）的規定，透過 2008 年改革法案之後，未滿十八歲的兒童得於未予長照保險人契約的住院機構中，例如身心障礙機構，申領短期照護給付。

3、 機構式照護

全住院式機構照護：

全住院式機構照護只有在居家照護或部分住院是照護都不可能的情況下，才得以實施。照護需要者是否需要全住院式機構照護，照護保險人得商請「健康保險醫事鑑定服務中心」評估確定。長照法規定照護等級 III 的照護需要者得免評估而申領全住院式機構照護。

附表 9：德依據社會法典第十一篇長照法§109 契約機構數量統計

	流動式機構	住院式機構	依據照顧類型分		
			全住院式機構照顧	喘息照顧	部份照顧
1999	10,820	8,859	8,073	1,621	1,297
2001	10,594	9,165	8,331	1,436	1,428
2003	10,619	9,743	8,775	1,603	1,720
2005	10,977	10,424	9,414	1,529	1,779
2007	11,529	11,029	9,919	1,557	1,984

資料來源：BMG 2008b

附表 10：德長期照護機構就業人數與變動率概覽

	居家社區 (ambulant)	住院	合計	與前年比較變動(%) 絕對數	%
1999	183,782	440,940	624,722	---	---
2001	189,587	475,368	664,935	40,213	6.4
2003	200,897	510,857	711,754	46,819	7.0
2005	214,307	546,397	760,704	48,950	6.9
2007	236,162	573,545	809,707	49,003	6.4

資料來源：Zahlen und Fakten2009

住院式照護的申領要件

各類別照護保險人的聯邦總會於照護需要事故規則（Pflegebedürftigkeits-Richtlinien）中，規範照護保險人必須給予選擇全住院式機構照護的資格，如下所示：

— 無親朋提供照護
— 無已經準備好可以提供照護的親朋
— 親朋照護因為超額負荷，已經無法或者很可能無法繼續提供照護
— 照護需要者已經陷入或正準備陷入無知覺狀態 drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
— 照護需要者自因或他因造成危險發展趨勢存在
— 自宅附近無法提供而透過改善措施仍無法改善提供居家照護者
— 照護等級 III 的照護需要者都可以申領住院式照護
— 照護保險人根據照護需要等級法定實物給付金額支付給護理之家（Pflegesatz）。實物給付只支付照護需要者於護理之家接受醫療治療照護，以及社會的照顧所產生的費用

費用負擔規定

照護需要者必須負擔法定照護項目與作業活動以外的費用，包括膳宿費用，固定投資費用，以及為求舒適增加的費用。但其總費用額度不得超過法定護理之家 75%的支付額度。護理之家得收取的費用包括法定照護費（Pflegesatz)；膳食住宿費用；以及特別許可計算的固定投資費用（die gesondert berechenbaren Investitionskosten）。入住機構之前必須條列明示照護機構與照護保險人主責的照護必要輔具。

附表 11：照護等級 III 的支付價格

提高照護等級 III 的支付價格		
起迄時間	**照護等級 III**	**III (特殊案例)**
至 2008 年 6 月 30	1.432 Euro	1.688 Euro
自 2008 年 7 月 1 日起	1.470 Euro	1.750 Euro
自 2010 年 1 月 1 日起	1.510 Euro	1.825 Euro
自 2012 年 1 月 1 日起	1.550 Euro	1.918 Euro

提高照護等級 I 與 II 的支付價格則在改善居家照護的品質為重點，進一步落實「居家優先機構」照護的原則。

護理之家（Heim）

在德國有許多不同種類的養護機構：

— 在老人住宅（Altenwohnheimen）居住許多長者，居住在配有廚房的獨立房間，同時能夠與其他同屋居住者共同的用餐空間。
— 養老院（Altenheime），提供無法獨自生活的老人家居生活、照護看顧以及家務管理的支持。住民通常居住於小套房（Wohnungen）或公寓（Appartements）。
— 護理之家（Pflegeheimen），以往住民通常為一室多床，現在則為單人或雙人房。提供統包式照料與看顧，這些包括長期照護服務、醫療處置的護理，以及社會看顧和家務協助。

在絕大部分的機構中，都是結合傳統的三種機構類型成為一體：老人住宅、養老院、護理之家。

4、照護假(Pflegezeit)

當在職就業者家人有照護需要而其在某一特定的就業時間中，願意為其提供照護時而設。透過 2008 年長期照護保險改革法案，將給予其「照護假」（Pflegezeit）。照護時間指就業者申請最長六個月的留職停薪，但仍保有社會保險資格的期間。此時申請者有照護需要的親屬至少照護等級為 I 以上，並在其居家住所附近居住。適用於有員工人以上的雇主。親屬是指配偶、共同生活者（Lebenspartner）、類配偶同居人（Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft）、祖父母、父母、兄弟姐妹、子女、過繼與領養子女、孫子女，以及配偶父母、子女配偶等。提供照護期間至少享有健康與長期照護保險的基本保障。如果他提供每週至少 14 小時以上照護，則享有年金保險。在照護期間仍享有失業保

險。這些社會保險費由照護保險人繳納。照護提供者於私人健保長照保險時，其健保、長照、年金等社會保險權益亦同，社會保險費由照護保險人繳納。

短期照護休假的申請：

當就業者親屬突然發生照護需要時，不限員工數目的組織，都有 10 個工作天的假期，為其親屬安排妥適的照護。申請時需提供醫師證明給雇主。此時其健保、長照保險、失業保險與年金保險繼續有效。

（http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegezeit.html （2009-01-11））

5、照護機構的固定投資

德國長照保險各類型照護給付機構的固定投資（Investitionskosten），皆由地方政府進行財務投融資，此種方式如同健保一般，也實施所謂的雙元財務體系（Duales Finanzierungssystem）。對於固定投資的各項細節，特別是投資項目與範圍，皆由各地方法規加以規定。此依照護機構固定資本投資財源由地方政府挹注的理由，是因為地方政府因為長照保險法通過後，原先用以作為救助因照護需要事故而淪落為照護需要者的窮人，必須由地方政府以社會救助法付費救濟的窮人，大量減少，從而必須以此節省資金作為擴充或改善照護機構固定資本的財源。照護保險人則負擔長照保險照護機構的經營成本（Laufender Betrieb）。照護給付支付價格則由供需雙方團體透過協商程序形成。

6、照護諮詢與個案管理：

在宅諮詢（Beratung zu House）：

德國長照保險不但在照護據點，也在家庭，當然保險人也提供照護諮詢。照護諮詢是免付費的，的目的在使用所有的資源使得流動式部門的照護獲得改善。流動式部門的照護越能獲得改善，就能減少資本密集的住院式照護。特別是自 2009 年起照護保險人必須提供此類諮詢服務。照護諮詢內容包括長照法律規定內容、各種照護資訊的提供，各類照護場域費用的比較等等。在照護據點提供有需要協助者、照護需要者、提供照護的親朋各種詢答。每個照護據點一經設立，就需提供此類諮詢者進駐。照護保險人必須提供設有照護諮詢員的據點資訊。

7、照護諮詢員的資格：

複雜廣泛的照護諮詢員必須由合格的且有執業經驗受過足夠教育訓練的人出任，才能勝任。就教育資格而言，第一順位為培育社會保險專業人員的系所，特別是依據老人照護法（Altenpflegegesetz）以及疾病護理法(Krankenpflege)

培育的專業系所。其次為社會工作專業系所。再次為各相關專業的職訓結業者。照護保險人聯邦總會須於 2008 年 8 月 31 日前將所需人數以及必備資格提出。

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegeberatung.html （2009-01-11）

個案管理

長期照護保險提供的給付漸趨複雜多元且彈性化發展，為協助照護需要落實照護計畫，特別是自主規劃照護計畫者必須面臨許多照護保險法律規定以及照護資源與提供方式等等資訊之搜集，必須由專業人力整體有效的提供並作為諮詢，長照法規定照護保險人必須提供照護需要的被保險人「照護諮詢」（Pflegeberatung），也就是所謂的照護管理(Fallmanagement)。照護諮詢者必須進駐照護點（Pflegestützpunkt），提供照護需要者及其親屬形成與管理照護計畫的協助、媒介照護服務員、以及推介照護或看顧機構等等。服務包括：

完成各類申請附表格，以及提供照護需要者及其親屬關於照護給付的諮詢。

辨理各類照護申請

共同與照護需要者或者其他相關人員完成個別的照護計畫。

連結落實照護計畫必要的措施作為，引導落實照護計畫以及提供各種變異發展可能的調整照護建議。

照護輔具提供與租借：

基本上是指照護所需的儀器（Geräte）與物件（Sachmittel）而言，使得居家照護可能而必要者，目的在減輕或使得照護需要者獨立生活的可能，由照護保險人決定並提供，照護保險人必須條例清楚提供與不提供的物件。提供的物件包括：

- 技術性輔助器材，如照護床、步行支架（Lagerungshilfen）、緊急呼救系統。
- 耗品物件，如隨棄手套、床墊。由保險人支付費用。

8、輔具費用的補助（Pflegehilfsmittel）：

輔具需自付 10%，最高 25 歐元的費用。大型價高的輔具通常都用租借方式流通使用，照護保險人通常支付此類輔具每月最高 31 歐元的使用費。依醫囑需使用的輪椅或輔具則由照護保險人支付全額費用。

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbegriff-Pflegehilfsmittel.html （2009-01-11）

9、免付費的照護課程：

照護員得免費參加照護保險人提供的免付費照護課程。通常照護保險人會跟社區大學、社福機構、訓練機構組織合辦。課程內容除基本照護知能之外，也提供實務技巧、資訊與諮詢，並提供異地參訪與經驗座談機會。

看顧給付（Betreuungsbetrag），照護等級 0：

此給付為 2008 年照護改革法案新規定增加的給付。有些民眾雖然基本生活能力只有部分降低或者受限（Eingeschränkte Alltagskompetenz），但是還未達到符合法定照護等級 I 而有失智出現時，仍得依 2008 年照護改革法案新規定，申領看顧費（Betreuungsbetrag）。此時，這類人就稱為照護等級 0（Pflegestufe 0）。看顧費之額度基本費用月費為 100 歐元，隋其失智成度加重看顧密度需要增加而可達 200 歐元。

10、共同照護

所謂共同照護是指被保險人提供的照護給付得與其他人共同申領合用，但仍保有每個人未用的剩餘部份，用於購買其他必要的給付，共同享用。共同照護給付申領（„Poolen“ von Leistungsansprüchen）特別有利於流動式照護或看顧的團體住宅形式以及老人家屋（ambulant betreuten Wohnformen und Senioren-WGs）。

老年集合/團體住宅：

越來越多德國老人希望過著自主的老年生活。新的居住型態如老年集合/團體住宅（Senioren-WG）提供這種可能，使得多數老人能夠在不放棄自有生活空間與獨立性（Privatsphäre und Eigenständigkeit）共同居住。老年集合/團體住宅中的男女老人擁有自有公寓或房間，但卻擁有共同團體活動空間進行共同活動，例如做飯。

團體住宅的優點：

團體住宅中的住民有照護需要時，能夠合併計算所申領的基本照護給付以及家務協助，並將節省下來多餘的給付權益去購買額外的給付，例如課程（Vorlesen）。希望於團體住宅接受照護的人可以於報紙廣告或老人聚會處所，或照護據點（Pflegestuetzpunkt）尋找同好，或直接到已經提供團體住宅服務的社區照護中心詢問。團體住宅有大小，內部隔間與形式也有不同。如團體住宅內配有兩房或三房的公寓，三房可能就比兩房要合適。大家合住一起生活，費用相對較省。只是房客必須注意團體住宅的租屋契約有關移出移入的契約規定是否清楚，例如當房客無法支付房租時，費用如何處理。

透過 2008 年改革法，自 2008 年起至 2012 年止，建立照護給付支付價格

三階段自動調整機制。讓支付價格隨物價變動調整。

11、失智症的看顧給付

2003 年德國長照保險給付增加失智症的看顧給付。失智症好發於老老人期間。其發病期間長而照護需要期間也長。失智症患者需要的是看顧，與生理上缺乏基本維生能力的一般照護需要不同。一般照護需要者也可能當年齡逐漸更老時，出現雙重照護需要：一般照護與看顧。不過有時健康老人逐漸老化時，其基本維生能力尚建全，但是因為智能的退化而需要看顧。在德國這類的照護需要者，依照現行照護評估標準屬於照護等級 0，但需要隨時看顧，故其給付又稱看顧給付。

看顧給付為 2008 年照護-永續經營法案新規定增加的給付。有些民眾雖然日常生活能力只有部分降低或者受限（Eingeschränkte Alltagskompetenz），但是還未達到符合法定照護等級 I 而有失智出現時，仍得依 2008 年照護改革法案新規定，申領看顧費（Betreuungsbetrag）。此時，這類人就稱為照護等級 0（Pflegestufe 0）（其詳見以下分析）。看顧費之額度基本費用月費為 100 歐元，隨其失智程度加重看顧密度需要增加而可達每月給付 200 歐元。

叁、近年重大改革

一、照護需要概念修正、新評估量附表結構，以及五級

德國長照改革自 1995 年實施後進行了幾次改革，其中以 2006 年（照護需要概念重新檢定）與 2008 年（長期照護永續經營法案）改革最為重要，扼要說明如下：

德國長照保險法「照護需要概念」以及以這個概念為基礎所建立的評估量附表，在 1995 年實施時，即受到許多批評。評論主要指出這個概念過於狹隘，並且過於偏重在執行日常生活相關的事務，以及偏向病理學面向定義。忽視照護需要者其他問題面向與需要狀態，如一般看顧（Betreuung）以及看視（Beaufsichtigung）的需要，使得現行長照保險給付對於數量日漸增多的失智症患者，以及其他原因肇致日常生活溝通能力受限（Alltagskompetenz）的照護需要者，無法提供足夠的協助。 此外，針對現行照護需要評估的程序確認照護需要等級問題，如對於兒童的照護需要的訪查，雖然透過最近一次的評鑑辦法增訂更精確的點數最佳化加以修正，還是無法達到令人滿意的境地。

在這些爭辯中逐漸取得廣泛的共識，即必須給長照保險法「照護需要」概念一個新的定義，同時對評估標準與含括面項進行修正。經過年餘的密集討論，得出由以往偏向「照護依賴性」與時間（六個月）的概念定義，轉成強調「生活自主程度」的評估。同時擴大原先較為侷限於生理功能與日常事務處理的評估項目，缺乏社會分享、人際關係聯繫，以及疾病意外事故的預防及其必要的處置與回應。另外，就人群類別上而言，現行制度對失智症患者、身心障礙者、精神疾病患者以及照護需要兒童等，其狀態與需要未獲足夠的重視，必須改善。照護需要評估將由六項模組指標一起進行。每一個模組由一組活動、能力或者一個生活項目組成，並且以分數計算，以利評估員進行判斷，將照護等級分為五級。

1、 移動性：短距離的行走，以及身體的位置變換。

2、 認知與溝通能力：記憶，感覺、思考、判斷、溝通（精神的以及口頭的動作能力）

3、 行為以及心理問題狀態：對於自因性或他因性危險行為或處境的回應能力，以及對於恐懼、突發攻擊等心理回應問題（對於自我情緒與內在行動驅使的自我調控能力）。

4、 自我照顧：身體照料，穿衣、進食與飲水，以及如廁。

5、 回應因疾病或所需復健措施所需而有的各種需要或負擔的能力，如用藥、傷口處理、使用助行器的狀況、執行長時間的居家或戶外復健。

6、 日常生活安排以及社會接觸：對時間的分配、從起床到就寢的作息節奏、有意義的時間支配、社會關係的維護

進行等級確認時，六個評估項目一起進行評估，並且以分數加以呈現。再按其分數高低將照護需要性分成五個需要等級。分為輕度、中度、重度、極重度、以及特別多重需要。與目前的等級分法不但不同，而且更能顯現出其差異。

聯合政府在 2005 年同意，對照護需要概念進行中期的檢討，同時也須要一個新的評鑑程序。2006 年 11 月聯邦健康部成立委員會，建議照護需要概念的修正案。聯邦健康部與照護保險人各聯邦總會同意，先由學術研究為前置作業，提供該委員會必要的諮詢與決策的基礎資料。2006 年照護保險各聯邦總會提出委託案，委託 Bielefeld 大學長期照護研究所（IPW）執行。2008 年新評估量附表進行試測，在量附表的信度上獲得佳(gut)，在效度上獲得極佳(sehr gut)的結果。

二、失智症給付的改善、評估量附表結構，以及等級確認

2001 年「照護給付-補充法案」(2001: **Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz**)決定增加失智症給付，於 2003 年正式實施，給有看視（Beaufsichtigung）與看顧（Betreuung）需要的照護需要者。選擇居家照護同時合乎看視或看顧需要的照護需要者，長照保險制度支付年額至高為 460 歐元的看顧費用。

繼 2003 年增加失智症給付，根據長照永續發展法案，自 2008 年 7 月 1 日起長照保險提高失智症患者照護給付，由原來每月 100 歐元提高為每月 200 歐元。照護需要等級 I,II,III 者都可以附加給付，按現行照護等級評估未達照護等級 I 者而有失智症者也可以申領給付。(評估量附表規定於：確認日常活動受限者極其協助需要評價辦法

評估量附表由 13 個項目組成，評估該申領者是否為“中度看顧“ 需要，即可獲得失智症看顧給付，其支付價格不適用現金給付，另為計算。這 13 項分別是：

1 外出無法回家

2 無能力認知危險狀況或無法判斷引起危險狀況

3 無法回應危險狀況

4 無能力回應行動上或語言上的攻擊行為

5 對某一情境無法洽當對待

6 對自己肢體上或者精神上的感覺或需要無能力加以覺察

7 由於壓抑或恐懼驅使，無能力與他人合作

8 因記憶力受損以致其在處理日常活動事務時遭致困難

9 日/夜作息困擾

10 無能力自行規劃每日作息

11 無能力辨識日常狀態以及對日常狀態回應能力不足

12 無法控制自我情緒

13 因受有不可療瘉的壓抑而呈現受到打擊以及絕望感

這十三項之中如果受訪者有兩項之回答為是，且至少其中一項為第 1-9 項當中的一項，即屬於日常生活能力明顯的受到限制，即得每個月受領 100 歐元的失智症給付。如果申請者另外在 1,2,3,4,5,9,11 項之中，至少有任何一項評估為是者，則得受領每月 200 歐元更高的看顧費用。

三、2008 年長照改革法案其他的改革措施

2008 年之後，透過照護保險永續發展法案，使得照護給付項目更加彈性多元化，其中以小型共同住宅，結合各種照護需要者共同居住的團體家屋、實施照護管理制度、允許兒少身心障礙照護需要者得於機構中申領現金給付、照護等級 0 的失智照護給付、照護假、以及分三階段自動調整支付價格等，一方面調高保險費率健全財務，一方面繼續改善照護給付品質並更彈性化，再方面改善支付價格，使得長照保險能夠永續經營，此將增加財務負擔如附表 12 所示。重要項目：

a、短期照顧

a) 喘息照顧一年可以有四星期，支付價格比照全住院式機構照顧，也將如附表所示逐步調整價格。
b) 18 歲以下照顧需要兒童也可以在身心障礙或其他福利機構接受短期照顧。現行制度只能在獲得許可的老人照顧機構或甚至不被允許實施。

b、縮短等待期間

長期照顧為長期重大金額的給付，但民眾發生照顧需要事故的機率低，因此如果沒有風險分擔管控機制，則搭便車者勢必逃避繳納社會保險費義務，而於有照顧需要之虞時才加保納費，享領給付。因此為維持風險分擔團體的健全運作而有等待期間的設計。特別是於制度初創時期，萬事慎於始，現行等待期間規定為五年，如今在制度實施已逾十三年之後，2008 年起只需 2 年即可。

c、加速照顧等級申領確認縮短確認時間

現行申領確認必須八週，將縮短為五週。如果申領者在醫院住院、安靈療護或正接受門診照顧，必須在一週內確認完畢。如果是在自宅接受附近民眾提供照顧，必須在兩週內完成照顧等級確認。

附表 12：所有修正項目預計增加長照保險給付支出(億/歐元)

	2008	2009	2010	2011	2012
所有修正項目預計增加給付支出費用	4.8	10.4	15.3	17.0	22.0

肆、結語與借鑑

一、結語

德國制度強調照護需要者在醫療服務中心專業人力協助下，完成照護計劃，其中照顧需要者可以就制度提供之照護場域、遞送方式與項目享有法定的決定權，而且得以混合使用實物給付與現金給付，一方面彰顯其消費者主權觀念，並考量需要者尊嚴與偏好(§2；§4 SGB XI)，故其給付結合型式可以出現許多種類型組合。如附表 13 所示，照護給付補償支出由原先的九種給付，2002 年增加失智症的看顧給付，而有十種之多。其中以機構式照護支出最多，現金給付次之，照護實物給付者再次之。

各保險人之支出可粗分為照護給付補償支出與行政費用支出兩大部分。以 2007 年觀察，照護保險總費用為 183.4 億歐元((1)+(2))。全德總共有照護需要者 202 萬人。2007 年全部照護需要者之中約有 67%的照護需要者選擇居家與社區照護，約 32%選擇全住院照護；全住院照顧(機構式照顧)總共用了 48.16%之費用，為最大費用支出部門；其次為現金給付(21.97%)，照護實物給付(13,47 %)；照護人員社會保險費 (4.69% ，現金給付照顧提供者)，行政費用所佔比例也不輕，將保險人行政費用與健康保險醫事服中心半數行政成本費用合計佔 4.85% ，其中執行照顧評估的醫服中心費用達 2.7 億歐元，1.47%。顯見照顧需要評估與安全品質確保在本制度的重要性。

二、借鑑

德國長期照護保險制度於經濟社會環境困頓中加以實施，政府為了滿足民眾社會需要，靠的就是認定社會需要的範圍與內涵，以及有效的將珍貴資源用於真正需要的民眾身上。在此一制度架構之下，德國長期照護保險在給付制度的設計上可資參採的制度內容為：

設計多元給付提供項目，並且鼓勵開發新型式適合民眾生活的照護方式。

賦予民眾法定選擇權，能夠依個體需要偏好與環境條件，選擇或自行規劃個別化的照護方式；

並且於長期的照護歷程中，設計多樣化的社區式照護方式，提供民眾調節紓解居家照護的照顧壓力。

同時設計現金給付的相關配套措施，擴大社會中各種人力類型的參與長期照護保險服務，使得民眾能夠以相對輕的費用負擔，合力協助有照護需要的個人家庭對抗沉重負擔的照護需要。

而就制度問題而言有：

1、照護需要性概念以往偏向於依賴度的評估，目前提議修正為自主性程度的評估，應為正確之方向。

2、需要評估的標準偏向於生理肢體的活動能力，忽略精神、心智與社會溝通的面項，以及與回應疾病所需活動能力問題，所以在評估量附表應加以擴充充實。

3、以往因為制度建構於經濟艱困時期，所以支付價格受到嚴格控制。2009 年起連續三年，調高支付價格，一方面擴大長期照護給付的範圍，如失智症；一方面改善所有參與照護服務提供的機構、專業與非專職人力的待遇。

4、照護等級較嚴格，未來將朝以分數為基礎的五級制，應更能切合實際需要。

附表 1：德國照護需要者年齡組分佈統計

年	20 以下	20 - 55	55 -60	60 -65	65 -70	70 - 75	75 - 80	80 -85	85 -90	90 以上	總計	男	女
1995	72 868	115 845	35 268	46 911	67 876	99 910	104 481	199 787	201 266	117 206	1 061 418	378 118	683 300
1996	79 987	141 175	48 169	63 850	91 455	136 124	175 144	284 103	325 613	201 126	1 546 746	483 178	1 063 568
1997	85 701	167 781	51 874	71 303	96 432	141 983	207 142	266 874	348 777	222 843	1 660 710	524 772	1 135 938
1998	88 803	181 239	52 650	78 128	98 187	148 920	237 459	243 118	366 654	242 960	1 738 118	550 141	1 187 977
1999	93544	189 994	51 675	82 922	104 551	157 874	256 598	238 865	383 315	267 024	1 826 362	580 825	1 245 537
2003	92 426	201 919	43 405	80 211	120 677	158 487	248 849	368 164	266 649	314 630	1 895 417	615 421	1 279 996
2004	91 568	204 550	44 414	75 588	123 102	161 228	253 309	382 744	262 001	327 199	1 925 703	628 742	1 296 961
2005	91 890	206 363	48 162	68 868	125 202	164 758	255 726	378 507	292 687	319 790	1 951 953	643 155	1 308 798
2006	91 823	208 680	50 945	63 808	125 148	168 700	255 470	368 965	334 924	300 042	1 968 505	654 887	1 313 618
2007	92 545	213 252	54 111	64 062	124 238	179 155	260 007	374 074	383 657	284 184	2 029 285	680 551	1 348 734

資料來源：

http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/xls-Leistungsempfaenger-am-Jahresende-nach-Altersgruppen,templateId=raw,property=publicationFile.xls/xls-Leistungsempfaenger-am-Jahresende-nach-Altersgruppen.xls （2008/10/6）

附表 13：德國社會長期照護保險給付項目與財務概況（1995-2007 年）　單位：億/歐元

年	總收入	照　顧　給　付　項　目　支　出（1）											行政及其他支出費用（2）			結　餘		
		總額	現金給付	照顧實物給付	渡假代理照顧	日/夜間照顧	看顧	臨托照顧	照顧人員社會保險費	照顧儀器/技術協助	機構式照顧	障礙者機構之機構式照顧	醫服中心半數行政成本費用	保險人行政成本費用	其他費用	年度	安全準備月支	總支出（1+2）佔GDP%
1995	84.1	44.2	30.4	6.9	1.3	0.1	-	0.5	3.1	2.0	0.0	0.0	2.3	3.2	0.0	34.4	3.93	---
1996	120.4	102.5	44.4	15.4	1.3	0.3	-	0.9	9.3	3.9	26.9	0.1	2.4	3.6	0.1	11.8	2.96	---
1997	159.4	143.4	43.2	17.7	0.5	0.4	-	1.0	11.9	3.3	64.1	1.3	2.3	5.5	0.1	8.0	3.77	---
1998	160.0	150.7	42.8	19.9	0.6	0.5	-	1.1	11.6	3.7	68.4	2.2	2.4	5.6	0.2	1.3	3.70	---
1999	163.2	155.5	42.4	21.3	0.7	0.5	-	1.2	11.3	4.2	71.8	2.0	2.4	5.5	0.1	---	3.61	0.826
2000	165.5	158.6	41.8	22.3	1.0	0.6	-	1.4	10.7	4.0	74.8	2.1	2.4	5.6	0.2	---	3.37	0.822
2001	168.1	160.3	41.1	22.9	1.1	0.7	-	1.5	9.8	3.5	77.5	2.1	2.5	5.7	0.2	---	3.27	0.814
2002	169.8	164.7	41.8	23.7	1.3	0.8	0.0	1.6	9.6	3.8	80.0	2.1	2.6	5.8	0.1	---	3.34	0.821
2003	166.1	166.4	41.1	23.8	1.6	0.8	0.1	1.6	9.5	3.6	82.0	2.3	2.6	5.9	0.6	-6.9	2.82	
2004	166.4	167.7	40.8	23.7	1.7	0.8	0.2	2.0	9.3	3.4	83.5	2.3	2.7	5.8	0.7	-8.2	2.27	
2005	173.8	169.8	40.5	24.0	1.9	0.8	0.2	2.1	9.0	3.8	85.2	2.3	2.8	5.9	0.0	-3.6	2.01	
2006	183.6	171.4	40.2	24.2	2.1	0.9	0.3	2.3	8.6	3.8	86.7	2.4	2.7	6.2	0.0	4.5	2.29	
2007	178.6	174.5	40.3	24.7	2.4	0.9	0.3	2.4	8.6	4.1	88.3	2.4	2.7	6.2	0.0	-3.2	2.06	

資料來源：BMG 200

附錄二 日本長期照護保險給付方式與給付項目(葉玲玲)

壹、背景

日本於1997年正式通過「介護保險法」，並於2000年4月開始實施日本長期照護保險。「介護保險」乃是由中央、都道府縣及市區町村各級政府共同負擔並規劃管理，並委託民間營利及非營利機構提供照護服務，為強制性的社會保險制度。日本在開始實施長期照護保險前，已經陸續推動1989年黃金計畫(Gold Plan)、1994年新黃金計畫(New Gold Plan)與2000年黃金計畫21發展老人照護體系。

日本於1980年代意識到人口快速高齡化的危機，因此開始重視失能老人的福利措施，包括改革年金制度、補助設立老人照護機構、推動老人住宅方案，以及開辦照顧工作者訓練證照制度等。1989年提出黃金計畫以整合老人保健服務、醫療照護及社會福利。於1990年大規模擴充居家服務員、老人保健機構、日間照顧中心及老人養護機構。1994年全面檢討黃金計畫的成效，為充實長期照顧的基礎建設及相關人力設施，而提出新黃金計畫以強化居家服務、研擬失智老人綜合服務、建設符合高齡者與身心障礙者居住的住宅與社區營造。此時進一步發展較完備的住宅政策並也奠定日本推動長期照護保險的基礎。而2000年推動的黃金計畫21則持續加強照護服務基礎建設、推動失智症老人支援、提升失智症照護品質及推動相關研究(引自我國長期照顧十年計畫)。

日本努力建立老人照護體系的十年，在服務發展方面，日本從發展老人住宅與照護機構服務開始，接著意識到強化居家服務的重要性，開始推動高齡者及失能者住宅政策，並發展失智症照護支援，最後推動相關研究以提升照護品質。在人力培訓方面，從開辦照顧工作者訓練證照制度開始，接著大規模擴充居家服務員，到全面性加強照護服務基礎建設。因此日本長期照護保險所提供服務主軸即為居家照護

服務、社區照護服務與機構照護服務，而其中以個案管理師(care manager)根據個案需要所擬定的照護計畫(care plan)組合這些服務。

貳、給付方式

日本考量若提供現金給付，受益者常會將之移為他用，並非用於購買服務；而保險人也會因只付現金，而不用心發展長期照護服務與鼓勵提供更好的服務。因此日本長期照護保險的給付方式以實物給付為主(鄭等，2004)。只在特殊狀況下才提供現金給付。特殊情況係指符合法定之居家照護服務使用者但未事先申請者(無申請替代者)、或利用之居家照護服務種類未符合法定基準者(如部分離島提供未符合要求照護服務容)；法定之居家輔具購置與居家住宅改善之補助費用等(莊，2005)。

使用者為現金給付的受益者，並且限制照護等級為四與五的重度需照護者，且需一整年未利用實物給付，同時家庭照護者本身需具有居家照顧者資格，才得以給付。因為現金給付條件嚴格所以申請現金給付者寥寥無幾(長照十年計畫)。

日本介護保險法明訂保險只給付厚生勞動省 (Minister of Health, Labour, and Welfare)訂定標準費用的九成，因此接受服務者需自負10%部分負擔，但對於高額照護服務，則依所得能力訂有不同的部分負擔上限。自2005年10月起，日本為平衡使用居家照護服務與機構照護服務的財務負擔，因此接受機構照護服務者，除部分負擔外，還需自付膳食費與居住費(含水電與折舊)(葉等，2007)。

參、給付項目

日文長期照護的漢字為介護，因此以下說明將引用介護保險一詞指稱日本的長期照護保險。日本介護保險給付項目包括照護給付、預防給付、特別給付(介護保險法第 18 條)。特別給付項目主要由地方政府根據其居民需要所訂定的給付項目。而

符合照護需要等級為要支援 1 與要支援 2 者即可使用預防給付項目。預防給付項目與照護給付項目類似，包括居家照護與社區照護服務，但不包括機構照護服務。以下將依日本介護保險法與服務使用者角度分別說明日本介護保險的照護給付項目。

一、依日本介護保險法說明

根據日本介護保險法(2007 年修訂)第四十條說明介護保險給付種類(Types of Long-Term Care Benefits)分為十三類，包括 1) 居家照護服務(an Allowance for Home Long-Term Care Service)；2) 特例居家照護服務(an Exceptional Allowance for In-Home Long-Term Care Service)；3) 社區照護服務(an Allowance for Community-Based Long-Term Care Service)；4) 特例社區照護服務(an Exceptional Allowance for Community-Based Long-Term Care Service)；5) 輔具購買(an Allowance for Purchasing Equipment for In-Home Long-Term Care Covered by Public Aid)；6) 住宅改善(an Allowance for Home Modification for In-Home Long-Term Care)；7) 擬定照護計畫服務(an Allowance for In-Home Long-Term Care Service Plan)；8) 特例照護計畫服務(an Exceptional Allowance for an In-Home Long-Term Care Service Plan)；9) 機構照護(an Allowance for Long-Term Care Facility Service)；10) 特例機構照護(an Exceptional Allowance for Long-Term Care Facility Service)；11) 高額照護服務(an Allowance for High-Cost Long-Term Care Service)；12) 特定機構住民照護服務(an Allowance for Long-Term Care Service to a Person Admitted to a Specified Facility)；13) 特例特定機構住民照護服務(an Exceptional Allowance for Long-Term Care Service to a Person Admitted to a Specified Facility)

上述特例居家服務、特例社區照護服務、特例擬定照護計畫服務、特例機構服務，以及特例特定機構住民照護服務，一般係指因為危急或不可抗拒因素而需要此服務，但需求認定程序尚未界定完成；或者需要此服務的提供者，不是由保險人指定的機構；或者需求者住在山地或離島，無法使用指定機構所提供的服務；或者內

閣決定(Cabinet Order)。

根據上述十三類介護保險給付種類，日本介護保險法將服務範圍分為居家照護服務、社區照護服務、輔具購買、住宅改善、擬定照護計畫、機構照護服務與高額照護服務。以下將逐項說明之。

(一)、居家照護服務 (in home long term care services)(第四十一條)

日本居家照護服務包括居家服務(Home-Visit Long-Term Care)、居家沐浴(Home-Visit Bathing Long-Term Care)、居家護理(Home-Visit Nursing)、居家復健(Home-Visit Rehabilitation)、居家療養管理指導(Guidance for Management of In-Home Medical Long-Term Care)、日間照顧中心(Outpatient Day Long-Term Care)、復健中心(Outpatient Rehabilitation)，以及輔具租借(Rental Service of Equipment for Long-Term Care Covered by Public Aid)。

(二)、社區照護服務(第四十二之一條)

日本社區照護服務包括夜間居家服務(Home-Visit at Night for Long-Term Care)、失智症日間照顧中心(Outpatient Long-Term Care for a Dementia Patient)、小規模多機能機構照護服務(Multifunctional Long-Term Care in a Small Group Home)、失智症團體家屋(Communal Daily Long-Term Care for a Dementia Patient)、特定社區機構住民照護服務(Daily Life Long-Term Care for a Person Admitted to a Community-Based Specified Facility)、社區機構預防服務(Admission to a Community-Based Facility for Preventive Daily Long-Term Care of the Elderly Covered by Public Aid)。

其中小規模多機能型機構係指該機構可以同時提供居家服務、日間照顧中心，以及短期入住機構…等服務，雖然它比較像機構但因為它可以提供多項社區照護服

務，因此日本將之歸類於社區照護服務。

特定社區機構住民照護服務係指地方政府主管自費老人之家或老人住宅等機構住民，因為他們長期住在機構，機構就如同他們的家，因此如果住民有需亦可使用居家照護與社區照護等服務。

另外，日本短期住宿生活照顧機構(Short-Term Admission for Daily Life Long-Term Care)與短期住宿療養機構(Short-Term Admission for Recuperation)亦屬社區照護服務。這兩項服務類似一般指稱的喘息服務。

(三)、輔具購買 (第四十五條)

居住家中的人經評估需要輔具，則可以購買輔具；其輔具費用除以使用月數，採按月給付。

(四)、住宅改善 (第四十六條)

居住家中的人經評估住宅需改善，則可使用此服務。

(五)、擬定照護計畫 (第四十七條)

介護服務需要者需要由專人根據其需要制度照護計畫。

(六)、機構照護服務 (第四十八條)

日本機構照護服務包括介護老人福祉機構(Facility Service for Long-Term Care Covered by Public Aid)、介護老人保健機構(Long-Term Care Health Facility Service)，以及介護療養型醫療機構(Sanatorium Long-Term Care Service)三大類。據葉等人 2006 年參訪日本長期照護機構一文(葉等人，2007)，說明介護老人福祉機構屬福祉法人，亦即一般日本所指稱特別養護老人機構，類似台灣的養護機構與護理之家。介護老

人保健機構與介護療養型醫療機構屬醫療法人，前者主要服務個案疾病進入穩定期，不需住院治療但需復健與療養，入住機構期間以三個月為限。日本並不鼓勵使用療養型醫療機構，因此服務量將逐漸減少。

(七)、高額照護服務(第五十一條)

如果使用者使用介護服務所支出的一成部分負擔，以及入住機構自行支出的住宿費與伙食費的總支出費用超過所規定上限，提供者可提出高成本照護服務申請，保險人會考量使用者家戶經濟負擔辦理。其上限規定主要依據個人所得，例如低收入戶使用者個人上限為 15000 日圓;個人綜合所得超過 80 萬日圓其上限為 24600 日圓。

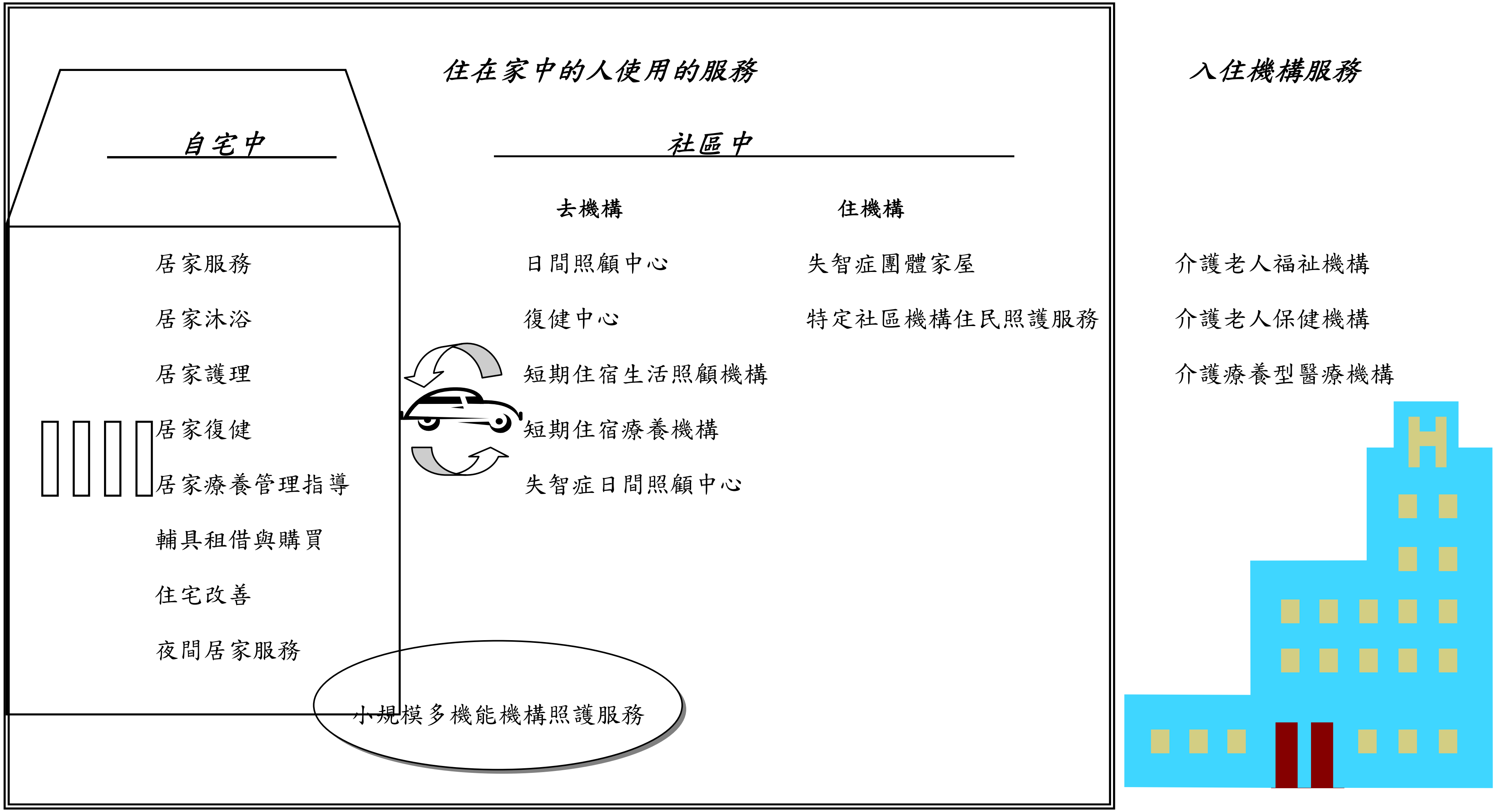
二、依服務使用者角度說明

若依服務使用者角度說明日本介護保險給付項目，可以分為住在家中的人使用的服務及入住機構兩大類服務。住在家中的人係指住在家中與住在特定機構(自費老人之家或老人住宅)的人，這些人可以使用居家照護與社區照護服務。住在家中的人可以使用的服務包括居家服務、居家沐浴、居家護理、居家復健、居家療養管理指導、輔具租借與購買、住宅改善、夜間居家服務，其中夜間居家服務在介護保險法中則歸類於社區照護。

另外，住在家中的人亦可使用日間照顧中心、復健中心、失智症日間照顧中心、短期住宿生活照顧機構、短期住宿療養機構等社區照護服務，但如果一旦使用這些服務則上述住在家中者可使用的服務若具有替代性則無法重覆使用。住在失智症團體家屋與特定社區機構住民亦可使用居家照護與社區照護服務。

而小規模多機能機構可提供居家照護、社區照護與短期住宿服務，因此住在家

中的人可以使用此服務，此機構提供服務包括居家與社區照護服務。依使用者角度說明介護保險給付項目示意圖詳見附圖一。.



附圖一：日本介護保險給付服務

肆、長期照護服務內容與支付標準說明

參考介護保険利用マニュアル(ユーキャン学び，2007)一書，說明日本長期照護服務內容與支付標準。

一、居家照護服務

居家照護服務包括居家服務、居家沐浴、居家護理、居家復健、居家療養管理指導、輔具租借與購買、住宅改善。以下將逐項說明之。

(一)、居家服務

1. 服務內容

居家服務包括身體照顧與生活援助服務。身體照顧係指協助使用者進食、沐浴、擦澡、整理儀容(洗臉、刷牙)、排泄(處理便器、尿器與換尿布)、更換體位(若只能躺床者，兩小時更換體位一次)、起床、更衣與移動等。生活援助係指烹飪、洗衣、打掃整理、購買日用品與領藥。

在日本使用居家服務時有特別規定不可服務的事項，(1) 不可協助使用者以外家人的家務工作；(2) 不可協助與使用者身體與生活照顧無關的事(例如：拔草、澆花、餵狗…等)；(3) 不可協助日常生活以外的事，例如擦窗、搬家具、大掃除…等；(4) 不可進行醫療行為；(5) 不可去銀行或郵局領錢。

2. 支付標準

身體照顧與生活援助服務費用依照使用時間與何時(一大早、夜間與深夜)使用服務計費。例如，身體照顧服務(30 分以上至未滿 1 小時)為 402 單位；生活援助服務(30 分以上至未滿 1 小時)為 208 單位；一大早與夜間加成 25%，深夜加成 50%。

(二)、居家沐浴

1. 服務內容

居家沐浴係指輕便型浴缸沐浴。由一名護士及兩名介護士提供服務，但事先需

取得主治醫師的入浴許可。沐浴前需先進行健康狀態評估(量血壓、脈博、體温)，沐浴時需視使用者當天身體狀況決定進行沐浴、部分沐浴或擦澡，沐浴後需更換衣服、補充水分、吹頭髮、量血壓。一次沐浴約需耗費 40-50 分鐘。

2. 支付標準

沐浴一次為 1250 單位，若護士未出席減 5%，若部分沐浴或擦澡則減 30%。一大早與夜間加成 25%，深夜加成 50%。

(三)、居家護理

1. 服務內容

居家護理服務提供需根據主治醫師指示，此服務包括健康照護(呼吸、體温、脈博、血壓的檢查，以及感染預防的清潔工作)、醫療照護或醫療設備管理(用藥指導、褥瘡預防與處理、管路或呼吸器照護)、環境與家庭支援(指導家人照顧方法、環境的安排與家人健康諮詢)，以及機能訓練(步行訓練、關節活動訓練，與嚥食訓練)。

2. 支付標準

居家護理服務以使用時間計費。例如，居家護理服務(30 分以上至未滿 1 小時)為 830 單位。一大早與夜間加成 25%，深夜加成 50%。緊急使用居家護理額外付，一個月 540 單位；特別處理額外付，一個月 250 單位；安寧療護額外付，1200 單位。

(四)、居家復健

1. 服務內容

居家復健服務提供需根據主治醫師指示，包括物理治療、職能治療，以及語言聽覺治療。

2. 支付標準

居家復健所需要時間為 30 分鐘，一日 500 單位。復健管理一日 20 單位。如果需要短期密集復健，出院一個月內，一日 330 單位；出院超過一個月且未滿三

個月，一日 220 單位。

(五)、居家療養管理指導

1. 服務內容

在前往醫院診療有困難者可使用居家療養管理指導服務。該服務由醫師、牙科醫師、牙科護士、藥師或營養師前往使用者家中提供諮詢指導服務，因此不算醫療行為。

2. 支付標準

醫師與牙科醫師每月兩次，一次 500 單位；牙科護士每月四次，一次 350 單位；藥師每月四次，第一次 500 單位，第二至四次，每次 300 單位；營養師每月兩次，一次 530 單位。

(六)、輔具租借與購買

1. 服務內容

輔具租借與購買需先由輔具專業人員與使用者討論適合何種輔具。日本介護保險輔具租用共 12 類，包括加裝坐式馬桶握杆、斜面、步行輔助器、步行器(前四項要支援 1 與 2 亦可使用)、輪椅、輪椅週邊設備、特殊床、特殊床週邊設備、體位變換器、防止褥瘡的床墊、失智症老人遊走感應器，以及移位器。

若想要自行購買輔具，日本介護保險輔具購買共 10 類，包括浴室木條地板、洗澡椅、洗澡床、浴缸旁扶手、浴缸內用椅子、浴缸內裝木條、坐式馬桶、特殊尿器、簡易充氣浴缸，以及移位器之吊具。

2. 支付標準

輔具租用保險只付九成，一成要自行負擔。例如，步行器一個月 2000 至 4000 日元，其中一成自行負擔。

輔具購買一年上限 10 萬日元，其中一成要自行負擔。

(七)、住宅改善

1. 服務內容

住宅改善服務需事先提出改善內容與費用的申請書，經同意方可施工。日本介護保險住宅改善服務有 6 類，包括防止移動跌倒的扶手、防止移動時太滑或跌倒之地面材料、門的開關設施更換或新增出入口、消除高低差、更換馬桶、因為上述施工所必要的工程。

2. 支付標準

每人上限 20 萬日元。

二、社區照護服務

社區照護服務包括日間照顧中心、復健中心、短期住宿生活照顧機構與短期住宿療養機構、夜間居家服務。針對失智症老人的失智症日間照顧中心與失智症團體家屋。另外還有小規模多機能機構所提供的服務，以及特定社區機構住民亦可使用居家照護與社區照護服務。以下將逐項說明之。

(一)、日間照顧中心

1. 服務內容

日間照顧服務係指使用者白天去日間照顧中心待約六至八小時與其他使用者共同活動，再回到家中。日間照顧中心的服務包括個別機能訓練、沐浴協助、營養管理、口腔機能改善，亦可視使用者需要延長時間。

2. 支付標準

日間照顧服務依需照護等級、利用時間、機構規模人員配置，以及使用者使用服務種類來計費。例如，需照護 1 級，利用時間為六至八小時、機構為一般規模，則每日 677 單位，個別機能訓練每日 27 單位，沐浴協助每日 50 單位，營養管理每次 100 單位，口腔機能改善每次 100 單位。

使用日間照顧服務自付項目包括膳食、尿布，以及使用者個別需要的材料費。

(二)、復健中心

1. 服務內容

復健中心服務需依據主治醫師指示提供。復健中心是復健設備完善的機構，由復健專業人員提供復健服務，同時亦可提供膳食與沐浴服務。

2. 支付標準

復健中心服務依需照護等級、利用時間、機構規模人員配置，以及使用者使用服務種類來計費。例如，需照護 1 級，利用時間為六至八小時、機構為一般規模，則每日 688 單位，復健管理每日 20 單位，沐浴協助每日 50 單位。若短期密集復健，出院一個月內，每日 180 單位，出院超過一個月且未滿三個月，每日 130 單位。

使用復健中心服務自付項目包括膳食與尿布費用。

(三)、短期住宿生活照顧機構與短期住宿療養機構

1. 服務內容

短期住宿生活照顧係指使用者短期住在特別老人養護機構，短期住宿療養係指使用者短期住在老人保健機構。短期係指連續使用 30 日內，不可超過一個月。

2. 支付標準

此兩項服務依需照護等級、機構種類(生活照顧或療養機構)、寢室型式來計費。例如，需照護 1 級，生活照顧機構，套房型式，每日 741 單位。

使用此兩項服務的自付項目包括膳食、住宿、日常生活(美容與美髮)，個人需要的日常用品可以代買，亦可自行帶來。

(四)、夜間居家服務

1. 服務內容

夜間居家服務包括定期巡迴、隨時訪問與緊急通報。定期巡迴服務係指夜間提供躺床使用者每隔兩小時翻身一次、更換尿布、協助排泄等服務。隨時訪問係

指使用者在需要服務時透過按紐發出訊號，照顧服務員即會前往提供服務。緊急通報係指經使用者通報協助呼叫救護車、安排緊急就醫等服務。

2. 支付標準

緊急通報安排就醫所使用電話費由使用者自付費用。如果此服務由長照相關機構提供則基本費用每個月 1000 單位，定期巡迴每次 347 單位，隨時訪問每次 580 單位。如果此服務由個體戶提供則一個月 2760 單位(包括定期巡迴與隨時訪問)。

(五)、失智症日間照顧中心

1. 服務內容

失智症日間照護服務係指住在家中的失智症老人白天前往中心參與活動，日本此服務有三個類型，包括獨立型、併設型(特別老人養護機構或老人保健機構附設)，以及共用型(失智症團體家屋附設)。

2. 支付標準

此服務計費主要參考需照護等級、利用時間、機構種類，以及使用服務項目。例如，需照護 1 級，使用超過 6 小時未滿 8 小時，機構為共用型，每日 469 單位，若使用個別機能訓練，每日 27 單位，使用沐浴協助，每日為 50 單位。

此服務自費項目包括交通費、膳食費、尿布，以及美容美髮費。

(六)、失智症團體家屋

1. 服務內容

失智症團體家屋機構只收 5-9 人，24 小時都有人服務，照顧人力比為 1:3，夜間一定要有人職班。

2. 支付標準

此服務費用計算主要依據需照護等級與是否短期使用。若居住時間不到 30 日則從第一天起費用要再額外計算。例如，需照護 1 級，一般的入住狀況則每日

831 單位。

自費項目包括食材、美容美髮與尿布…等。

(七)、小規模多機能機構所提供服務

1. 服務內容

小規模多機能機構可提供短期住宿、日間照顧、居家服務等。如果該機構服務量為 25 人以下，則每日可提供 15 人日間照顧，以及每日 9 位短期住宿。

2. 支付標準

此服務採每月定額給付，但依需照護等級不同計費。例如，需照護 1 級，每個月 11430 單位。

使用此服務的自付項目包括膳食、尿布、住宿、日常生活(美容與美髮)，使用者個別需要的材料費。

(八)、特定社區機構住民

1. 服務內容

特定社區機構住民係指居住於自費老人住宅、老人安養機構或平價老人住宅的住民。保險所提供長期照護服務包括兩類，一類於機構內部提供，另一類由機構外部提供居家服務、居家護理、居家復健與輔具租借。

2. 支付標準

如果由機構內部提供服務，則需依住民需照護等級，以及是否使用個別機能訓練與夜間看護來計費。例如，需照護級 1，每日 549 單位，個別機能訓練每日 12 單位，夜間看護每日 10 單位。

如果由機構外部提供服務，則需依使用者需照護等級與機構一個月額度上限來計費。基本費用每日 84 單位。另外，居家服務、日間照顧與輔具租借在額度範圍內亦可使用。

此服務的自付項目包括膳食、住宿、日常生活(美容與美髮)費。

三、機構照護服務

1. 服務內容

日本機構服務包括三大類，福祉體系的特別老人養護機構、中間型的老人保健機構，以及醫療體系的療養機構。

2. 支付標準

機構服務的計費主要依據需照護等級、機構種類、寢室類型。特別服務要額外計費，而且機構服務給付比給住在家中的使用者少。特別服務包括入住初期照顧(入住前 30 日內)、個別機能訓練、重症照護、短期復健訓練、讓使用者回到家中的訓練、由使用鼻餵管訓練至用口飲食…等。例如，需照護 1 級、住老人保健機構套房，每日 784 單位。

機構服務自費項目包括住宿費、膳食費、美容美髮費、個別性服務。

伍、長期照護給付標準之訂定

日本在未實施長期照護保險之前，收集 3400 位住在長期照護機構或住院的高齡者各項生活需要協助事項的時間，其時間計算最小單位為分鐘。高齡者生活需要協助事項分為直接生活協助、間接生活協助、問題行為處理、機能訓練，以及醫療照護處理等。直接生活協助包括入浴、排泄、進食等；間接生活協助包括洗衣服、掃除等家事援助等；問題行動處理包括徘徊行為探索、不當行為處理等；機能訓練包括步行訓練、日常生活訓練等機能訓練；醫療照護處理包括管路處理等。詳見附表 14。

附表 14：要介護認定生活協助事項基準時間收集項目

直接生活協助	入浴、排泄、進食等
間接生活協助	洗衣服、掃除等家事援助等
問題行動處理	徘徊行為探索、不當行為處理等
機能訓練	步行訓練、日常生活訓練等機能訓練
醫療照護處理	管路處理等

再經分類樹(classification tree)分析，將使用者分為六類，其說明詳見附表15。此分類主要將使用者分為要支援與要介護兩大類，而要介護再細分為五類。

附表 15：六類使用者其介護認定之基準時間

要支援	上述五項要介護認定等基準時間在　２５分以上　３２分未滿，或其相當狀態。
要介護１	上述五項要介護認定等基準時間在　３２分以上　５０分未滿，或其相當狀態。
要介護２	上述五項要介護認定等基準時間在　５０分以上　７０分未滿，或其相當狀態。
要介護３	上述五項要介護認定等基準時間在　７０分以上　９０分未滿，或其相當狀態。
要介護４	上述五項要介護認定等基準時間在　９０分以上１１０分未滿，或其相當狀態。
要介護５	上述五項要介護認定等基準時間在１１０分以上，或其相當狀態。

一、需照護等級之評估

日本介護保險實施之後，全國通用的需照護評估有六大面向，其六大面向各評估項目說明如下。收集六大面向評估資料即進行兩階段判定，決定申請者的照護等級。

1. 身體與動作

是否手痲痺、難以入睡、平躺可坐起、可自己坐立、可以用腳站。

2. 特別性照護

整日躺床皮膚發紅、吞食時會噎到、自己一人無法喝水、自己一人無法如廁。

3. 溝通能力

是否可看到東西、可以聽到聲音、可以附表達令他人理解的想法、可以聽懂照顧者要附表達的意思。

4. 日常事務

是否可自己刷牙、自己換衣、自己服藥、自己管錢、自己聽電話。

5. 問題行為

有被偷之想法、有時哭有時笑、無目的走來走去、出門找不到家

6. 其他

日常生活獨立自主與外出情形、家庭與居住環境等。

日本需照護等級判定兩階段，第一階段由電腦作業，第二階段由介護認定審查會判定，主要依據主治醫師意見與調查時特殊事項來評估。判定結果包括需照護等級分為一至五級、要支援 1、要支援 2，以及不可接受長照保險提供的服務等八類。大致而言，需照護等級 1 者需要助行器協助走路，日常生活需要部分協助；需照護等級 2 者步行困難、排泄與沐浴需部分協助、需照護等級 3 者步行困難、排泄、沐浴、穿脫衣服需要全部的協助；需照護等級 4 者日常生活所有功能皆不佳，且照顧困難；需照護等級 5 者生活所有功能皆不佳，且不可能獨自生活。

二、需照護等級之給付標準

日本需照護等級每個月訂有住在家中使用者之長期照護服務使用金額上限，需照護 1 級為 16580 單位、需照護 2 級為 19480 單位、需照護 3 級 26750 單位、需照護 4 級為 30600 單位、需照護 5 級為 35830 單位。要支援 1 為 4970 單位、要支援 2 為 10400 單位。而入住機構使用者的給付費用則依三類機構及使用者照護等級有所不同。給付標準一個單位各市區町村不同，全國平均約 10 日元。其中以東京都每單位 10.72 日元為全國最高。

附表 16 呈現居家使用者要介護 1 至介護 5 等級其實際支付佔給付標準的百分比為 46.8%至 56.3%，隨著需介護等級愈高其百分比愈高。整體而言，日本實際支付點數佔給付標準約一半。

附表 16：2007 年居家使用者長期照護服務實際支付點數佔給付標準百分比分布

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
給付標準	4,970	10,400	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830
實際支付	2,326	4,119	6,617	9,081	13,131	16,822	20,164
利用率(%)	46.8	39.6	39.9	46.6	49.1	55.0	56.3

資料來源：平成１９年度介護給付費実態調査結果の概況

陸、對台灣的省思

一、由日本長期照護體系的發展來看

日本有長達十年發展長期照護服務體系，因此規劃長期照護保險給付方式時以實物給付為主，期待可以讓需要服務的人都可取得服務而且可以發展日本長期照護服務產業。因此雖有現金給付的設計，但卻有諸多規定限制申請使用。台灣長期照護服務體系相較於日本稍不成熟，因此是否適合以實物給付為主的長期照護保險給付方式則有待商榷。

二、由日本長期照護保險給付項目來看

(一)、長期照護保險給付項目完備

日本長期照護保險給付項目相當完備，它思考到住在家中的人所有可能需要的居家照護與社區照護服務，另外住在自費老人機構與老人住宅同時亦可取得這些服務。而且設計提供服務時同時考慮到減輕照顧者負擔，因此有短期入住機構服務與夜間居家服務。但日本長期照護保險並不給付由家中至社區取得服務的交通費，因此社區照護服務提供者常會提供非常低價的交通費(100 日元)或者由家屬接送。如果不給付交通費會影響長期照護需要者取得服務，則應思考將交通費納入給付項目。

(二)、生活照顧與醫療照護的合作

日本長期照護保險提供的居家護理、居家復健與復健中心等服務，需有主治醫師的同意。復健中心雖由專業復健人員提供復健服務，但因為使用者白天約有 6 至 8 小時待在此中心，因此復健中心亦提供屬於生活照顧的沐浴服務。

(三)、提供幾乎 24 小時的服務

日本介護保險法給付項目雖未明訂有喘息服務，但其社區照護服務中夜間居家服務則由居家服務員於夜間至家中提供服務，因此照顧者也可於夜間有休息的機會，另外亦有短期住宿生活照顧服務與短期住宿療養服務，也都可使照顧者有喘息的機會。

(四)、日本針對失智症特點提供創新服務

日本長期照護服務項目中有針對失智症提供的日間社區照顧中心，以及可住宿的團體家屋服務。因為照顧一般老人與失智症老人的服務內容與應注意事項不同，因此日本針對不同服務對象提供不同服務，這是值得台灣思考的地方。如果未來台灣長期照護保險給付對象包括所有需要長期照護的人，則需要考慮更多不同的服務對象需要的服務內容為何。

(五)、以使用者為中心的給付項目設計

日本於 2006 年長期照護保險改革時，鼓勵於社區中成立小規模多機能機構提供照護服務，該類機構可提供居家服務、日間照顧中心、短期住宿服務，因此該類機構亦可提供喘息服務。而且該類機構位於離家較近的社區中，如果平日就使用該機構的居家服務或日間照顧中心，使用者也會比較熟悉此機構的環境與服務人員，因此如果需要短期住宿的喘息服務，使用者與照顧者都會比較放心。這是台灣非常值得學習的地方。

日本長期照護保險給付項目強調服務內容，因此機構也可提供住宿、日間照顧或居家服務。而不會侷限某一服務只能某類機構可提供，這是值得台灣學習的地方。因為使用者可能因為其失能狀況，有時需要日間照顧、有時又需要居家服務，惡化時可能又需住宿服務，因此若由同機構同一組人提供服務，可減少使用者適應服務人員與環境的壓力；另一方面，機構也會因提供多元服務而減少營運成本。

三、由日本長期照護服務提供來看

日本長期照護保險給付項目有擬定照護計畫，但並未有個案管理師給付項目，亦沒有個案照護需要評估項目。日本個案照護需要評估由保險人辦理，而個案管理師受雇於服務提供者，因此個案管理師比較會為個案選擇其所屬提供者的服務，而無法完全針對個案需要選擇最適切的服務。然而好的個案管理師可以擬定一個滿足個案需要且有效率使用長期照護服務資源，因此個案管理師是否應有一項給付項目，或者由保險人聘用之，實值得再思考。

四、由日本長期照護給付水準來看

根據日本需照護 1 級每月 16580 單位的上限計算，如果使用者只使用居家服務的身體照護服務，每次使用超過 30 分且未滿 1 小時(402 單位)，則每月約可使用 39 次；若使用居家服務的生活協助服務，每次使用超過 30 分且未滿 1 小時(208 單位)，則每月約可使用 79 次。由上述試算，日本長期照護保險似乎可以滿足使用者的需要。

五、由日本長期照護服務支付水準來看

日本長期照護計價主要考量使用者的需照護等級、使用服務的時間、機構規模(或機構種類、或機構人員配置)、寢室類型(套房否)、使用服務種類等因素，而且根據服務屬性不同則考慮不同的因素，亦值得台灣的學習。不論是社區照顧或機構照顧，在基本服務之外如果有額外使用其他服務則都需額外計費，因為每位使用者有不同的需要，此設計也鼓勵提供個別化服務。另外，也發現較困難的服務、較少人願服務的時間都另外計費或加成。例如，訓練住機構住民返回家人的服務也額外計費；一大早、深夜提供的服務費用加成。因為各地生活水準不同，提供服務成本亦不同，因此日本長期照護服務給付水準與支付水準皆為單位，再由各市區町村訂定其每單位的點值。其支付水準定價設計特點是台灣值得學習的地方。

附錄三 台灣長期照護保險給付方式及給付項目之規劃研究(蔡誾誾)

一、給付方式及項目

在國內長期照護服務/保險給付方式及項目的研究部分，高森永與劉慧蓉(2004)採用德菲法針對63位產官學之專家進行三回合的問卷調查分析，研究結果指出：1.在給付方式部分，達成共識的為「以照護服務與現金給付並行」及「照護服務」等兩類，其中學界較業界認同以「以照護服務與現金給付並行」方式提供給付；2.在給付服務項目的部分，達成高度共識的給付項目，包含復健服務、機構式照護病床使用費、短期臨托服務及生活照護服務（如翻身、身體清潔等）及交通接送服務等，而在生活家務協助服務、輔具租借服務、送餐服務及膳食等項目，僅達中度共識。

周月清等(2005)以文獻分析及舉辦專家座談會方式，同時蒐集量化與質化研究資料進行分析，其研究結果發現：1.多數專家主張給付方式採實物與現金混合式提供；2.在給付項目提供部分，建議可包含機構式服務、社區/居家服務兩類，其中在社區/居家服務類的細項優先順序為：居家服務、居家護理、居家/社區復健、喘息服務、居家無障礙設施修繕、輔具租借購買、緊急救援系統、日間照護/日間托老等八項。

此外，原行政院長期照護規劃小組2005年委託長期照顧制度規劃研究報告，王增勇等建議台灣在長期照護保險服務提供方式方面，近程建議以實物給付為主，以減少家庭照顧者負荷，並引導民眾學習正確使用長期照顧服務的目前發展；但中長程則可往「提供現金、實物或混合式給付之選擇」的方向努力。另外在近程的給付水準方面，該研究提出下列建議：1.給付水準建議介於德國（較嚴）及日本間，應視財務而定；2. 符合入住機構個案若選擇居家，給付則宜比照入住機構之給付；(3)應予受照護者及其家屬多元選擇的彈性；(4)應依評估之需要給予適當給付，不宜全部給予給付上限(德日約僅給付上限金額之1/3)。(5)提供現金與實物給付之選擇，現金給付可促使家人將失能者留在家中照顧，且政府可節省照護的支出。(王增勇、周月清、林麗嬋等,2005)

在長期照護服務的提供服務範圍與項目方面，周月清等（2005）建議應包括下列三類：（1）居家式服務：依較具治療(cure)面向至於生活照顧(care)面向者項

目，依序含括有居家護理、居家復健、獨立生活訓練、到宅療育、居家照顧（臨托）家庭支持服務、居家無障礙（住宅設施設備改善補助）、緊急救援系統等；（2）社區式服務：則含括有日間照護（日間托育）、失智老人之家、精神病患社區復健中心、個案管理／積極性的社區治療、照顧住宅、社區家庭、機構(定點)喘息服務／臨托等；（3）機構式服務：則包括有養護機構、護理之家、安寧療護；（4）連結式服務。

2007年行政院核定我國長期照顧十年計畫，計畫補助的服務項目則分別依其功能屬性歸為三類，以第一類協助日常生活活動服務為主，包括居家服務、日間照顧、家庭托顧服務等三項；第二類為維持或改善服務對象身心功能，包括居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）等較含治療功能項目；第三類為增進失能者在家中自主活動能力，包括輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務；另加上為支持家庭照顧者而補助喘息服務。服務項目及補助方式原則有二：（1）一般失能者，以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔，以補助服務使用為原則。（2）依老人失能程度及家庭經濟狀況，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高，另有部分負擔的設計，與失能者經濟狀況有關，收入愈高者，部分負擔的費用愈高。上述計畫在機構式照護部分仍需資產調查。長照十年計畫與先前計劃之比較見附表17；主要的改革在擴大補助範圍、增加部份負設計、將居家復健由衛生署計畫補助列為常規補助、機構式照顧服務將家庭總收入未達最低生活費1.5倍之家庭經濟弱勢者納入補助，主要係補助重度失能者；老人營養餐飲服務仍以經濟狀況為主要考量。

附表 17：長照服務項目內容-十年計畫前後施行比較分析

	機構照護	居家照護	社區照護	其他項目
十年計畫前(註 1)	護理之家 長期照護機構 養護機構 安養機構	居家服務 (家事服務) 居家護理 居家復健	短期/臨時照顧 日間照護 喘息服務	輔具購買 營養餐飲服務 緊急救援服務
十年計畫規劃(註 2)	護理之家 長期照護機構 養護機構 安養機構	照顧服務 (含居家服務 日間照顧 家庭托顧) 居家護理 居家復健	社區復健 日間照護 喘息服務	輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務 老人營養餐飲服務 交通接送服務

註 1：各項服務若由社政部門補助，「資產調查」程序優先於「需求評估」，核定者為政府部門；服務若由全民健保給付款或衛生署補助為主時，則以「需求評估」為核定基準。社區照護仍包括有中低收老人住宅設施設備補助改善、中低收入老人重病住院看護費補助、中低收老人特別照顧津貼等項。 居家服務則自 91 年起改為以需求評估優先於資產調查。

二、服務給付水準

(一)行政院長期照顧規劃小組 2005 年委託長期照顧制度規劃研究報告，對服務項目給付水準的規劃提出下列的建議：

(1)給付水準宜介於德國及日本間，視財務而定；符入住機構個案選擇居家，其居家給付不宜較機構給付低太多；應予失能者及家屬多元選擇的彈性；不宜提供到給付上限(德日約給付上限金額之 1/3)。

(2)服務項目之評估與提供，宜涵蓋擬定個案管理計畫的服務費用內；採用全國統一客觀的指標，但賦予個案管理師小比例的彈性；社區式服務優先於機構式服務；在發展階段，應考量減少家庭照顧者負荷，引導民眾學習正確使用長期照顧服務。

(3)部分負擔部份，國外居家服務每小時照顧皆有部分負擔，平均 10-12%之間，國內應大於 10%；低收入負擔宜較低，且機構負擔宜 10%以上之總費用，且吃住自費；急性、亞急性及長期照護的灰色地帶需要部分負擔的導引，配套調整全民健保部分負擔比率。

(4)提供現金與實物給付之選擇，現金給付可促使家人將失能者留在家中照顧，且政府可節省照護的支出。

(二) 比較各國長照保險的給付水準摘要：另上述研究報告比較各國長照保險的給付水準，內容如下：

1.日本的經驗

給付額度與使用者的部分負擔

日本介護保險主要是設計給老人，年齡介於 40-64 歲者只有在得到年齡相關疾病如阿茲海默症時才被給付。依據照顧需要給服務，不考慮其財務狀況與家庭結構，提供機構及居家社區式的服務，除了最輕微的需要者外，符合受益的個案可在兩者自由選擇。與德國不同的是現金給付條件極嚴，幾乎等同沒有，其理由

有三：(1）婦女希望打破傳統家庭的形式；(2）政府希望達到逐步擴大長照服務的發展，擔心民眾多數會選擇現金給付而非實物給付；(3）政府希望改革長照服務基礎組織，若給現金給付可能會產生阻撓。

服務給付大致分為居家社區式照護及機構照護二大類。保險給付依需照護的輕重程度限定給付額度。使用者利用各種服務時，原則上必須負擔該項服務費用的 10%，而利用全日機構或日間照護服務者，除部份負擔照護費用的 10%外，另外還需負擔伙食費。針對低所得而負擔利用費困難者，市町村設有減輕制度。居家社區式照顧給付除 10%部份負擔外，給付真實的花費到某個上限，利用不同服務給不同的點值，點值再乘以某一金額計算。在機構式照護部份，因居住不同型態的機構、需不同的照護程度，每月給付費用由 242,000 日元到 414,000 日元。用餐費用需自付，每月約 22,000 元。

給付上限額度管理（簡稱「限度額一元化」）

制度實施初始，訪視照護、日間照護與短期住宿照護分屬 2 種不同的給付限額規定，且各自有不同的計費點數及日數限定。2000 年 12 月法令修訂下，只要在給付限度範圍內，利用此三項服務給付可以互通，並以合計總點數計費，也就是「限度額一元化」政策。2002 年 1 月開始，限度額一元化策略擴大解釋，用不完的給付額度可轉移選擇短期住宿照護服務。

直接由日本介護保險的給付範圍與水準佔該國 GNI(2004 年為 37,180 美元)的比率，換算成台灣水準下應給付的金額(2004 年台灣 GNI 為 12,381 美元，1 美元=新台幣 32 元)及給付上限(附表 18)。

附表 18：以日本介護保險給付額上限換算成台灣的水準(台幣)

	照護給付〈針對被認定為需照護狀態（需照護程度Ⅰ～Ⅴ級）的付費〉							備註
	項目	水準/利用額上限（月）　單位：台幣						
		需支援	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	
居家社區式照護	含居家照護、沐浴服務、護理、復健、日間照護、復健、輔具借貸、居家療養指導、短期居住生活照顧或療養照顧、失智症患者團體家庭生活照顧、特定機構入住者的生活照顧。	5784 (1.46%)	15570 (3.93%)	18304 (4.62%)	25158 (6.35%)	28764 (7.26%)	33676 (8.50%)	給付範圍內，使用者負擔原則上依照護報酬的10%計費，超過利用額上限者全額自己負擔；日間照護、短期居住照護時，其伙食費由業者自訂，亦可能實質負擔，詳情需向服務提供業者確認。
	特例居家照顧服務費							
	居家照護輔具購買費	每年 4 月至次年 3 月以 9390 元（2.37%）為限						
	居家照護住宅修繕費	原則上每 1 戶住宅以 18780 元（4.74%）為上限						
	居家照護服務計畫費							
	特例居家照護服務計畫費							
機構式照護*	機構照顧服務費 老人照顧服務機構		22424 (5.66%)	23732 (5.99%)	24960 (6.30%)	26228 (6.62%)	27456 (6.93%)	入居保險給付指定機構者（1）伙食費以外的服務費以收費、（2）伙食費採部分負擔（標準負擔額）、（3）理容美容等日常生活費全額自付。
	老人照顧保健機構	不能利用機構照護	24802 (6.26%)	26228 (6.62%)	27615 (6.97%)	29041 (7.33%)	30467 (7.69%)	
	照顧療養型醫療機構		31735 (8.01%)	33003 (8.33%)	34191 (8.63%)	35420 (8.94%)	36608 (9.24%)	
	特例機構照顧服務費							

資料來源：李光廷（2005）報告，需照護程度認定、照護報酬、給付上限額設定基準。

註：* 機構自付額：伙食費自付額；一般 73 元／每日（0.0185%）；住民稅非課稅戶 47 元／每日（0.0118%）；社會救助戶、和受益福利年金的住民稅非課稅戶 28 元／每日（0.007%）。日常生活費（理容、美容費、日常生活用品費等）全額自費用。

( )內%與台灣 2004 年每人 GNI (12,381 美元； 1 美元=台幣 32 元，匯率換算 2005/10/7，來源：Atlas method and PPP）相乘計算。

2.德國的給付水準

由德國長期照護保險的給付範圍與水準估該國 GNI(2004 年為 30,120 美元)的比率，換算成台灣水準下應給付或上限的金額 (2004 年台灣 GNI 為 12,381 美元，1 美元=新台幣 32 元)(附表 19)

附表 19：以德國給付支付價格上限換算成台灣的水準(台幣)

	上限	照護度Ⅰ	照護度Ⅱ	照護度Ⅲ	最重度障礙
居家照護	實物給付/月（上限）	6139 (1.55%)	14724 (3.72%)	22893 (5.78%)	30662 (7.74%)
	現金給付/月（定額）	3277 (0.83%)	6554 (1.65%)	10631 (2.68%)	
替代照護 (Stand-in） - 近親	每曆年以四週為上限	3277[a] (0.83%)	6554[a] (1.65%)	10631[a] (2.68%)	
- 他人		22839(5.78%)	22893	22893	
短期照護	每曆年以四週為上限	22893(5.78%)			
日或夜 12 小時機構照護	每月上限	6139 (1.55%)	14724 (3.72%)	22893 (5.78%)	
值得考慮的一般照護需要	補充性質的給付/年(上限）	7354(1.86%)			
機構式照護/月（上限）		16354 (4.13%)	20447 (5.16%)	22893 (5.78%)	26985 (6.81%)
居住機構之身心障礙者照護補助/月		10%機構式照護費用，但總額<4093(1.03%)			
輔具與住宅改善設施輔助	輔助器材/月（上限）	496(0.13%)			
	技術協助器材/項（上限）	90%成本，每單項 co-payment 最高額 400(0.10%)			
	住宅設施改善/件（上限）	40878(10.32%)，有合理的 co-payment			
非正式照護者之年金保險給付/	依據照顧程度[b]，月(上限）[新制]	1998 (0.5%) [1679 (0.42%)]	4013 (1.01%) [3373 (0.85%)]	6011 (1.52%) [5052 (1.28%)]	

資料來源：Federal Ministry of Health and Social Security, Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance. 2005。網頁連結：http://www.bmgs.bund.de/eng/txt/long/4293.php

註1：用( )內%與台灣 2004 年每人 GNI (12,3381 美元；1 美元=台幣 32 元，匯率換算 2005/10/7，來源：Atlas method and PPP）相乘計算。

註2：a 對未給付之照顧者(賺錢損失、交通花費)實證估出費用，不超過台幣 18385 元；b 若照顧者每週提供照顧超過 14 小時且未有每週受薪工作超過 30 小時，且未領全額老人年金者。

從德國及日本的經驗可以發現居家給付部分，日本居家給付上限依照護程度介於 5,784 至 33,676 元間，德國實物給付上限介於 6,139 至 22,893 元(限制僅少數人可評定為最重度障礙人數，30,662 元)，德國現金給付定額介於 3,277 至 10,631 元間。機構給付部分，日本機構給付上限介於 22,424 至 36,608 元間，德

國介於 16,354 至 22,893 元(限制僅少數人可評定為最重度障礙人數，26,985 元)。德國在照護三級的居家實物給付水準與機構水準一致，在最重度障礙部分居家給付甚至高過機構照護，有助老人留在熟悉的家中，而日本給付的水準較德國高，我國機構照護的成本與收費較日本低，但較接近日本，因此給付上限可考慮介於德、日水準間。

英國 2004 年 GNI 為 33,940 美元，原則上每個國民都納在公部門長期照顧系統內，僅有 11.5%的人口有私人健康保險。荷蘭由於提供量身訂做全人的長期照顧，因此沒有個人接受正式服務總受益的上限，荷蘭只有規定各項服務的上限，例如居家護理的上限是每天 3 小時。

(三)台灣長期照護計畫補助的現況與建議(2005 年)

以台北市、北縣、基隆、苗栗四縣市的資料為例[5]，各縣市居家服務給付時數上限不一，以北市最高。以低收入戶給付時數上限為例：北市輕度為 48 小時/月，中重度與極重度為 80 小時/月，每小時給付金額 230 元；其他三縣市輕度給付時數上限最高為 20 小時/月，中重度與極重度為 72 小時/月，每小時給付金額為 180 元。居家服務給付金額隨著上限的不同而不同，以低收入戶給付金額上限為例，北市依照護程度介於 11,040 至 18,400 元間，其餘三縣市給付金額依照護程度介於 3,600 至 12,960 元間。

台灣長照計畫部份負擔的現況與考量

台灣居家照顧服務部分負擔的現況，旨在分擔政府的財務負擔、也會減少使用率，而達到控制照護費用的目的；依 2005 年行政院規劃研究報告，收集四縣市居家服務部分負擔百分比不一，低收入戶、中低收入戶及一般戶各有不同程度之部分負擔，台北市低收入戶不需部分負擔，北縣等三縣市依照護程度及時數不同介於 0%~16.67%。中低收入戶部分負擔比率依照護程度及時數不同介於 0%~22.78%，一般戶則是介於 0%~66.67%。若再加入督導費（500 元/每個個案/月）居家服務部分負擔百分比，北市低收入戶部分負擔比率為 0%，北縣等三縣市依照護程度及時數不同介於 0%~16.05%。中低收入戶部分負擔比率依照護程

[5] 選擇此四縣市理由：台北市爲院轄市代附表，台北縣爲台灣人口最多的縣市，基隆市屬於人口少及集中的省轄是，苗栗縣則代附表屬於資源較少之幅員遼闊偏遠縣市。

度及時數不同介於 0%~21.15%，一般戶則是介於 0%~64.97%。

部份負擔對低收入者影響尤其大，因此在設計上必須使低收入的部分負擔減輕一點；同時必須注意對輕度需要居家服務的部分負擔不應增加太多，瑞典在有些地區因部分負擔增加太多，造成 75 歲以上的老人，有六分之一因為財務因素在往生前未曾用過居家服務。

部分負擔太高促使德國及瑞典興起私人附加保險，私人附加保險會鼓勵或限制利用，是值得思的問題。各國在機構式照護的部份負擔方面，日本是 10%加上每月 200 美元的飲食費，德國是旅館的費用 100%自費，且至少 25%的總費用；英國是 100%自費直到花光收入或財產限制；荷蘭是收入的 11%到每月的上限。住宿費用指的是租屋、用餐、處理庶務、家管、洗衣、及居家一般花費；德國及義大利皆努力將住宿費用與護理或個人照顧費用區分出來；住宿費用可由其年金收入支付，因為居家中也需自付這筆費用，而長期照顧應只負責失能所需的照顧的費用(Merlis, 2004)。

(四)十年計畫給付(補助)的規劃(2007 年)

1.十年計畫補助方式之規劃原則有二：(因其以稅收的概念相對於保險體制即為給付的規劃)

（1）對一般社會大眾，補助型態以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔，而以補助服務使用為原則。

（2）依老人失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的照顧服務補助，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高。

2.十年長期照顧計畫的補助內容規劃

十年計畫推行之前政府部門推展長期照顧相關服務及給付項目大致包括：居家服務、居家護理、居家復健、短期或臨時照顧、日間照顧（護）、機構式服務補助（含長期照護機構、護理之家、養護機構、安養機構）、營養餐飲服務、緊急救援服務、中低收老人住宅設施設備補助改善、中低收入老人重病住院看護費補助、中低收老人特別照顧津貼等項；依據服務地點的不同可分為居家式、社區式及機構式，另針對家庭照顧者提供喘息服務。各項服務若由社政部門補助，「資產調查」程序優先於「需求評估」，核定者為政府部門；服務若由全民健保

給付款或衛生署補助為主時，則以「需求評估」為核定基準。社區照護仍包括有中低收老人住宅設施設備補助改善、中低收入老人重病住院看護費補助、中低收老人特別照顧津貼等項。居家服務則自 91 年起改為以需求評估優先於資產調查。至十年計畫核定後，其規劃內容與過去制度主要差異有:擴大補助範圍、增加部份負設計；此外，將居家復健由衛生署以計畫方式的補助列為常規補助，機構式照顧服務將家庭總收入未達最低生活費 1.5 倍之家庭經濟弱勢者納入補助，主要係補助重度失能者，老人營養餐飲服務仍以經濟狀況為主要考量。部份負擔依經濟狀況設定不同補助標準：(1) 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者：由政府全額補助；(2) 家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者：由政府補助 90%，民眾自行負擔 10%；(3) 一般戶：由政府補助 60%，民眾自行負擔 40%；(4) 超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。至於每小時的補助經費則是以每小時 180 元計（隨物價指數調整）。

日本介護保險 2005 年(自 2006 年 4 月開始實施)改革的重點

這一次由日本政府發起的介護保險改革，主要重點有二：

一、 費用控制

日本自 2000 年開始實施長期照護保險，費用成長快速的主要原因包括有服務提供由需經資產調查方式改變為普及式而使長照需求快速增加，有經濟的誘因鼓勵年老失能者入住機構以及中央政府保險單位對市町村提供服務的量與型態難以管控。因此第一項改革是不給付機構照護的住宿與伙食費用，由住民全額自付，藉以縮小機構照護與社區照護的給付差距，除了可控制保費的支出，也期望居民較有意願使用較便宜的社區型照護。

二、 發展以預防為導向的長照制度

第二項改革即是開始給付新的預防型的照護服務措施，包括可改善老年人體力、營養、口腔功能及心理健康等的服務，主要目標是預防老年人變成失能而依賴別人照顧。會有此改革政策，係由保險資料分析發現受照護者在較低照護需求者(支援照護及照護級 1 的人數大增，佔所有給付人數的 49%。因此在新的分級系統又新增一級將支援照護分成支援 1 級與 2 級，預期有些老年人可能並未罹患失智或相關慢性疾病，只是因肌力較弱，而有點困難走動、站立或無法自己從浴缸起來等。預期這部份的給付約佔全部給付數的 40%。為支援整體新的預防服務措施，由市町村以每 20,000 至 30,000 人口設立一所「社區整體支援中心」，以發展預防照護專案，提供支援 1 或 2 級者新的預防服務措施，並提供預防服務給付的管理，並就近防範老人虐待、維護人權等必要的協助。

日本長期照護評估系統的發展經驗

長照保險前, 日本在補助長期照護服務的資格評核是由地方政府所組織專家委員會評核，完全依據委員會成員的專業判斷，常會因政治力及人情壓力的介入，而致長照資源的配置相當主觀隨意而不公平。因此日本在發展介護保險的評估工具設定三個重要的原則：1.是標準化的評估工具。2.結果的評定是確切由評估的內容而得到 3.標準化的測量單位可完全附表現照護的需要，而與個人的收入資產及家庭照顧能力

無關。

日本原先想採用美國資源耗用分類系統第三版(Resources Utilization Group Version III, RUG-III)，這是美國所發展的一種病例組合分類系統，收集護理之家住民對長期照護資源使用的情況，依據其使用的多寡來界定其依賴的嚴重程度而予以分級。後來並未使用的原因是認為此系統不能解釋日本人資源耗用的情形，尤其是復健資源的使用，因為兩國在復健服務資源的提供体系完全不同，但日本後來利用照護活動時間作為資源耗用單位而發展的評估工具，仍是擷取了 RUG-III 住民分類與預付給付(prospective payment) 的概念而來。

附件一 工作小組會議紀錄

行政院經濟建設委員會

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」研究計畫

第一次工作小組會議記錄

會議時間：98 年 1 月 9 日上午 10 點至 1 點
會議地點：陽明大學護理館 511 室
會議主席：李玉春老師
出席人員：林志鴻老師、葉玲玲老師、蔡誾誾技正
黃昱曈、陳衍蒨、游志強、陳珮青
張淑卿（「長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估」計畫人員）

【主席報告】

1. 第一次經建會長照保險計畫聯繫會議結果報告（略）。
2. 本研究計畫發展方向簡介報告（略）。
3. 經建會聯繫會議下次召開日期為 2 月 4 日，主要議題在討論長照保險對象、給付方式及給付項目，希望研究小組成員共同與會。
4. 本組之研究內容會與「長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估」（由吳肖琪老師主持）及「長期照護保險法制財務機制及財源籌措之評估」（由鄭文輝老師主持）兩計畫部分扣連，未來相關會議盡量會彼此參與，增加互動與交流。

【討論議題】

1. 本計畫研究方向與進行方式討論。
2. 本計畫未來進行方式、時程與分工。

【討論內容】

略，請參見會議記錄逐字稿。

【決議事項】

1. 長照保險對象的界定，將設限本研究的後續進行，未來進行德菲法時，可考慮協助楊志良老師之計畫，納入本研究問卷（待下次聯繫會議討論）。
2. 亞急性照護服務項目，基本設定為未來全民健保不給付項目，未來將納入本研究給付項目內容之討論選項。
3. 未來研究將先設定「給付原則」（包含：公平性、廣泛性、成本效益、負擔程度、被保險人選擇權等）。
4. 給付方式中須討論現金給付方式的配套條件。
5. 給付方式與給付項目的文獻探討部分，德國文獻請林志鴻老師給予協助、日本文獻請葉玲玲老師支援、蔡誾誾技正協助國內長照規劃案的文獻整理，其餘文獻（荷韓及其它國家）由研究助理為主蒐集，並請於 2/4 前做回饋。

6. 預定 2/20 設計出專家會議討論題綱內容及專家問卷項目，3 月初舉行專家會議或問卷調查工作、3/20 完成文獻回顧部分。

行政院經濟建設委員會

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」研究計畫

第一次工作小組會議記錄逐字稿

會議時間：98 年 1 月 9 日上午 10 點至 1 點
會議地點：陽明大學護理館 511 室
會議主席：李玉春老師
出席人員：林志鴻老師、葉玲玲老師、蔡閭閭技正
黃昱瞳、陳衍蒨、游志強、陳珮青
張淑卿（「長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估」計畫人員）

【會議內容】
李老師（李）：說明本研究規劃內容（給付方式、內容）與時程，2 月 4 號需訂出初步方向。在十組的分工方面(詳見書面資料)楊志良老師負責保險對象、組織體制，此部分請吳肖琪老師幫忙。鄭文輝老師負責財務與支付。我們的部分會與吳老師跟鄭老師的部分有關連，因此經建會跨組的會議以後將邀大家一起參加，跟其他組的研究人員互動。本研究之目的與方法如下：

1.文件分析瞭解其他國家之給付方式與內容
2.設計備選方案問卷
3.德菲法調查專家意見
4.根據調查結果提出初步建議。
其餘資料詳見附件(報告投影片)

會議議題：
一、有關給付方式是否有其他待考量之方案(包括漸進實施方案)
二、有關給付方式是否有其他待考量之方案
三、如何與健保給付切割

【給付內容與給付項目補充考量方案討論】

葉老師（葉）建議：除專家德菲法，是否也可納入民眾的意見（如往照英國架設網站收集民意）。
（李）回應：本研究基於時間上的限制，不作系統性的民意收集，但會舉辦座談會，可廣納民間團體，另外我們已建議經建會未來納入社會參與機制。我們的計畫可由專家先提出幾個可行方案，供未來透過社會參與機制供付費者付者代表做選擇。

蔡技正（蔡）：經建會的構想可能是後段才會納入民意。另建議：**給付方式是否也可考量包裹的形式提供。或是每個人一個儲蓄帳戶。**

（李）回應：此類似論人計酬的概念，給付的概念是現金給付，由保險對象有權決定如何購買服務。儲蓄帳戶屬保險體制是楊老師負責的部分。

（林）回應：不該把強迫個人儲蓄的觀念跟長期照護保險混淆。長期照護保險要用儲蓄的概念行不通，因為 duration 太長，無法承擔風險。

（葉）建議：給付內容現況**無法只提供實物，應配合現金**較可行。

（李）回應：蔡政務委員（勳雄）原構想是**以實物為主，現金給付僅限資源不**足區。

（林）建議：就**保險對象**而言，**不贊成依年齡切割**，另外台**灣沒有身障者的照顧費用，長期照護保險不應與身心障礙者切割**。

（蔡）回應：同意身心障礙者與長期照護的對象應一致，**給付應視個人照顧需要而定，而非依障礙別區分**。

（李）回應：保險對象年齡是否設限之議題，我們可幫楊志良老師作德菲法。

（葉）建議：**同意全面的給付方式，日本**另外**有給付預防保健、喘息服務（機構&居家）建議納入給付內容中**。

（蔡）建議：政府財政吃緊，是否應依在**財源有限**的前提下作規劃。

（李）回應：可**考慮財務、長照資源的可用性設定給付優先順序**，未來仿照德國**以漸進方式實施**為原則。

（林）建議：(目前政府大肆擴大內需)規劃長照保險是否暫不考量財務、人力、設備是否足夠；於實施方案時再漸進。

（葉）建議：現有資源最多是機構，應就**成本效益**考量給付項目。長照的給付項目通常都給失能者，應給照顧津貼，照顧津貼就屬現金。

（林)：歐洲是以稅收為主，荷蘭 1995 年立法 exceptional insurance，現在有機構有 waiting lists 問題，日本也有這樣的問題。

（李)：台灣早期生育也是用現金給付。

張淑卿（張)：台灣現在有體制下的長照有部份用現金給付

【與 NHI 切割的問題】

（李)：要和 NHI 切割主要是**亞急性照護以及社會性住院**的部份，一般而言**失能**發生**六個月**後才會定義為長期照護(LTC)

1. 這中間的落差誰要負責。
2. 目前健保負擔 LTC 的部份，比較明確的事社會性住院：如退輔會榮億榮院、精神病人之社會性住院，二代健保時吳肖琪與林麗嬋老師有規劃。健保目前對亞急性照護十分有限。

（葉)：護理之家原本是要負責亞急性照護。

（李)：目前健保有給付居家護理、護理之家與安養中心之專業護理部份，但十分嚴苛；另外有慢性住院及精神社區復建。十年 LTC 計畫主要是居家服務，機構照護需資產調查。

（蔡)：社會性住院很難和健保切割。而精神醫療也很難管理，因為有部份是以福利給付為主。

（張）：要定義很難，以中風病人為例，中風病人生病後 6 個月後醫院出院後，轉至護理或是居家繼續照護。居家照護的病人比較好區分，因為（怕被核減）目前多數病人為 50%臥床、ADL20 分以下，部份居家病人未達上述標準，會被排除。另外，發現護理之家再住院率很高。
（李）：亞急性部分，健保未必會納入。

（林）：**以德國的長照為例，他們是依據嚴格的需要評估（有醫師、護理、社工等專業人員）結果決定誰給付**，若需要治療（cure）則由健保給付；如需要 care（照護）由長照給付。**日本**的部份則**依基本作業活動區分**(日本沒有德國嚴格評估)，日本**做評估者是考過證照的相關人員即可，而德國的評估者必須具有專業背景的人才可以做評估。**
（張）：像是插管的病人，如何做區隔？
（蔡）：最難區分的可能是復健。
（葉）：以日本為例，**日本只要是看到醫生就算是健保給付**。
（張）：**需考量國情背景**。
（李）：**台灣復建病人仍是須醫生開立處方 PT、OT 才能執行業務。PT、OT 無法獨立作業。**
（李）：**美國有的長照係採整合式計畫**。
（林）：**先將制度區分清楚，再做整合**。分成兩個方向，**1.依照病人需要；2.時間概念。**
（張）：居家照護的服務本質是重要的。
（李）：目前健保居家照護佔健保很低的比例。
（李）：漸進方案選項可加入：**誰選擇(專業決定 vs.家人 vs.個人做選擇)；建議未來若給現金，應要求照顧者受訓，並定期做評估以確保品質；避免領津貼而不照顧。**
（李）：**長照保險的給付方式設計應具彈性、並設計品質監控機制。**
（林）：**日本有照護管理師，德國則是護理師為主**。現今社會多元家庭，照護者及照顧情境隨時不同，需要者(被保險者)層面是複雜的，因此選擇很多。
（李）：目前規劃缺乏保險特約管理機制之設計，像是特約機構之資格、監控管理規劃（包括利用或費用控制、品質），這想法比輸送系統具體，建議吳老師團隊可與經建會再確認。請淑卿提供老師參考。
（林）：**給付原則加入「使用者選擇權」**之原則。

總結:請依據上述建議整理出投影片資料供 2/4 會議報告參考

行政院經濟建設委員會

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」研究計畫

第二次工作小組會議記錄

會議時間：98 年 4 月 25 日下午 6 點至 7 點
會議地點：陽明大學護理館 613 室
會議主席：李玉春老師
出席人員：林志鴻老師、葉玲玲老師、蔡閭閭技正
陳衍蒨、游志強、郭智宇

【主席報告】

1. 本研究計畫將於 4 月 30 號前繳交期末報告，請各位老師幫忙完成報告撰寫。
2. 報告內容應補充對於給付分級、給付等級跟實際給付中間的關係作說明。

【討論議題】

1. 專家座談會後討論。
2. 本計畫期末報告撰寫與分工。

【討論內容】

略，請參見會議記錄逐字稿。

【決議事項】

1. 給付分級之前在報告中講得比較少，它用的方法、六個面向的評估，需要再講一個大概的說明。
2. 給付等級跟實際給付中間的關係，還是要交代一下，否則大家會誤解，那個上限到底怎麼運用。
3. 給付的分級可以德國與日本相關政策為主，也可加入 RUG 的分類方法。德國的部分請林老師負責；日本的部分請葉老師負責撰寫。
4. 因為大家對外籍看護工有很多討論，請蔡技正以之前的問卷內容為主，負責把大家的建議整理出來。
5. 現金給付的條件，和機構給付的條件，拜託林老師負責幫忙。還有上次建議林老師後面有一個對德國制度的情況。
6. 請蔡技正將十年計劃有關的部分內容整理至報告中，並提醒林麗嬋老師評估的部分。

行政院經濟建設委員會

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」研究計畫

第二次工作小組會議記錄逐字稿

會議時間：98 年 4 月 25 日下午 6 點至 7 點
會議地點：陽明大學護理館 613 室
會議主席：李玉春老師
出席人員：林志鴻老師、葉玲玲老師、蔡誾誾技正
陳衍蒨、游志強、郭智宇

林志鴻教授

德國 ADL 用分數來做評估，分成五個等級。但是目前制度上在 run 基本上是三個等級，另一個機制是給失智的部分，有失智症的量表。

蔡誾誾技正

我們基本上是想除了 IADL 以外，那個部分的分級最需要處理的是問題行為的部分，現在是在看跟智能不足的行為問題的部分，能不能都用這個量表來看。
林志鴻教授：德國有一個新的 paradigm 要出來，已經到了快要成熟的階段，可是還沒有真正放進去。

李玉春教授

以評估的面向來講，像美國是六個面向，最後的分類還是會根據最後的需要。

林志鴻教授

其實德國原來是分四級，現在是四級之外再加一級，到後來極重度跟特別嚴重案例其實這兩個都是多重需要。

李玉春教授

給付分級之前在報告中講得比較少，它用的方法、六個面向的評估，需要再講一個大概的說明。還有給付等級跟實際給付中間的關係，還是要交代一下，否則大家會誤解，那個上限到底怎麼運用。

林志鴻教授

德國的現金給付是定額，實物給付是有上限。

葉玲玲教授

日本是法定在那裡，可是他不太給現金給付，日本的超高額 high cost 我想是與他們的稅制有關。

李玉春教授

剛剛林老師講的，他現金就是公告一個金額，平均四到五成。

林志鴻教授

一個月一個人就是那樣的價格。

李玉春教授

所以他沒有在進一步根據實際的狀況再去分類。

林志鴻教授

實物給付跟機構式照護才會有根據他實際的狀況。

李玉春教授

也就是現金給付事實上如果是四級就只有四種金額，就不管他的狀況。

蔡閨閨技正

已經分級界定了就給定額。

李玉春教授

實務上可能是學德國有一個上限，上限跟實際給付的項目，實際真正獲得的實物給付中間，它的功能到底是怎樣，上限怎麼定?為什麼要定?對於某一類的人他是可以有一個標準，回到實務面，如果我們已經有被照顧者的分級，那還需不需要?

林志鴻教授

他原來是有分三個等級，大部分都會講這三個等級裡的最高等級，但是實際上並沒有到那個地方，譬如說極重度最高分是 80 分，可是實際上只有 70 分，假如按照等級來說，這個等級原來就需要這麼多錢來支付，可是實際上他是只有 70 分，當然政府機關或健保局在付錢的時候選擇比較低的價格。

李玉春教授

這個跟他的初評、複評有關，如果有一個初評，先給一個大的，最多只到這裡，複評的人再去決定在這個範圍實際給多少，這個也可以。

葉玲玲教授

日本譬如說你是屬於照護一級，一個月你只能花一萬塊，在擬定照顧計畫時再討論你需要什麼服務、可以用什麼。初步給的 care plan、可以用什麼，是市村町的保險課訂，他們也是保險人，所以他可能不會一下就放很開給你，他會比較保守，就用不到那麼高。如果放給真正的的提供者，他可能就一次訂到高。這是機制的關係。

李玉春教授

所以市村町已經先核給他一個額度，那市村町既然有核定額度的功能，根本不需要上限，真的用的時候根本用不上。

林志鴻教授

德國的資料，他評估的標準是全國一致，上限也是全國一致，可是在那個規範底下，實際上真的在給錢的時候是另外一種價格在給。

葉玲玲教授

我覺得在實際執行還是會需要，因為服務那麼多種、加上他的需要、當地有沒有提供，給我一個思考範圍是在一萬塊以內或是兩萬塊以內。

李玉春教授

日本的上限是從某 study 去分出四級，他們去做了 3000 多個個案，其實 rug 也是這樣做的，他也是去做這樣的評估，每個病人需要多少照護、觀察他的時間。如果我有這些資料我就直接變成 rug，就不需要上限。

蔡閨閨技正

日本寫的理由是他覺得 rug 的分類不適合日本，他沒有想到你分類的 term 或類別可以依照自己的資料，所以他才會說 rug 不適合，他以為就是要 fit 那個內容，

其實內容也是可以改。

林志鴻教授

他們會認為我們要找出日本自己的，即使人家的可以用，他也有參考，但是再講說那個都不適合我們。

李玉春教授

另外一個就是可能沒有 case-mix 的概念，他看到別人的以為就只能這樣，其實有這些資料就可以分類。所以這一段可能就是日本跟德國的，也可以把 rug 補充上去。

蔡誾誾技正

日本改革的重點也可以寫一下。

林志鴻教授

他們年開始去做，政府正式給計畫，結合 14 個重要的組織，包括大學的健康照護學院，到 2005 年的時候就有提出一些成果，2007 年就正式的資料都出來，2008 年就先做試點，看他們規劃的方向，再請別人做評估，但是這個東西要放到制度底下還要一段時間。他們在 2008 做了一個改變就是說失智的要導入。他們也是有很多計畫、創新的。

李玉春教授

所以他是先把比較明確的先弄進來。

李玉春教授

外勞因為大家討論很多，誾誾要不要負責寫，我們之前是有一個很簡單的問卷，你就把大家的建議整理出來。另外就是現金給付的條件，和機構給付的條件，這個拜託林老師，就是要有甚麼條件的部分。還有上次建議林老師後面有一個對德國制度的情況。十年計劃有一部分誾誾也把它放進來。評估的部分再提醒麗嬋。

「長期照護保險法制給付方式及給付項目之評估」
社福團體專家會議

時間：98 年 4 月 25 日（星期六）下午 2：00

地點：陽明大學衛生福利研究所 613 會議室

主席：李主持人玉春

壹、報告事項

一、長期照護保險給付制度初步規劃

貳、討論議題

一、給付方式

1. 由於罕病照護需求的特殊性，現金給付對提供照護的家屬是最重要的。（罕見疾病基金會副執行長 楊永祥）
2. 有些身心障礙者，可能心智比較弱，自己沒有辦法選擇、表達，過去也有一些家屬拿了錢，但是沒有照顧。（中華民國殘障聯盟秘書長 王幼玲）
3. 長期來看我會覺得現金給付，它是一個不該存在的一個給付的方式。在初期，整個實物服務提供很少的時候，才有可能會考慮要不要有現金給付。長照保險的本質是希望提供給被照顧者一個好的照顧品質，如果是這樣的話，現金給付到底是付給誰?我認為，現金給付應該是付給被照顧者而非照顧者。（督保盟 蔡宛芬）
4. 現金給付是必要存在，很多人還是想要自己照顧自己的家人，很難是完全排除的一件事情。（台灣婦女團體全國聯合會秘書長 何碧珍）

回應

1. 大家對現金給付都有不同的期待，關於有條件限制的現金給付條件是可以再來討論的部分。
2. 德國現金給付的部份:有一定額度，會跟實務給付及機構照護有一定的關係。現金給付(要看有無人可就近照護-親屬朋友都可領)，但每半年可去調整與變動選擇。

二、給付對象、條件與分級

1. 給付對象不應侷限於老人，變成是一個老人的長期照顧保險。（罕見疾病基金會副執行長 楊永祥）
2. 分階段推出，階段性可不可以是非針對對象的階段而是針對服務進入的階段。（台北市心生活協會理事長 金林）
3. 101 年將要改成 ICF 的制度，所有的支持服務的體系都需要經過需求評估，而現在的想法是要用 ADL 跟 IADL，那個我覺得已經是簡化了。目前有兩套制度

在進行，對於身心障礙者，可能要接受兩套機制的評估。（中華民國殘障聯盟秘書長 王幼玲）

4. 給付費用若一致，自閉症是非常難照顧的一群，很可能它就會被排斥。（中華民國自閉症總會理事長 潘兆萍）
5. 醫師不了解，他的評鑑出來是否會影響我們去使用服務，醫療的判準與服務的使用兩者應該要分開。（運動神經元疾病病友協會秘書長　林金梅）
6. 如果年齡無限制，如何分別去照顧提供這些需求。如果沒有分類的話不曉得要怎麼照顧。（中華民國發展遲緩兒童基金會董事長　 雷游秀華）
7. 鑑定的部份，即需求評估的部份，將來是否還是由醫生鑑定？將來鑑定的部分如何去防止流弊的部份也需要注意。（中華視障聯盟副秘書長　蔡再相）
8. 如果經建會認為精障不被納入的話，還是要嚴重抗議一下，生病跟失能都不是個人可以選擇的。（台北市康復之友協會總幹事　劉蓉台）
9. 長照的定義和範圍應該要定義清楚，定義要很清楚才能談給付範圍要到哪個層級。（中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長　陳穎叡）
10. 各障別對長照保險的需求不同，需求先定義出，再去分工與區分該如何負責?（台灣婦女團體全國聯合會秘書長　何碧珍）

回應

1. ICF 要 101 年那時候才會完成，所以我們現在的構想，我們還是先用 ADL、IADL 或者是我們會結合其它認知功能障礙。衛生署目前另外一個計畫方案是社會參與跟環境因素。其它像精障或是自閉症還有一些特殊功能的評估。ICF 在弄條件的時候，我們有建議條件要做成一致。
2. 被評鑑三級(重症)，它可以住進機構;不符合三級者，如果某些條件符合則可以領現金給付。
3. 關於給付的分級，目前給付額度其實是沒有辦法符合大家的需要，我們將來會有比較精細的，只要有量表，配合服務的需要，我們就可以把它分類出來。
4. 評估問題，會是綜合評估，而非由醫生單一決定。
5. 長照十年剛開跑將近兩年，後續如果要讓評估工具更精緻、更符合每個失能者的需要，需要有更多的資訊，現在是建立在過去十年計畫的基礎上，後續可以根據十年計劃所跑的資料收集起來，將來能做更好的分類。
6. 評估這部分，目前的規劃是如果要申請失能者或是長照保險，剛開始會有初篩，之後會有居家訪視，後續評估的鑑定不想再走本，日本原則上都是醫師，剛剛也有團體提到我們的醫師好像什麼都會，事實上長期照護有些生活狀況醫師是不清楚的，怎麼可能包山包海，我們希望評定團隊是跨專業領域共同參與，有評估團隊來做判定。
7. 保險開辦將給照管專員認證，服務的接受者會知道這些人是有經驗的，對於需求的認定、照顧計畫的擬定也都會比較有信心。

三、資源發展與給付內容

1. 我們給這些非專業的人員這些現金給付以後，那我們國家到底有多少資源跟人

力可以看說他們的品質是大家可以認同的？長照保險要開辦的時候，我們的服務體系要發展到什麼樣的程度，我們才開辦這個保險。(督保盟 蔡宛芬)

2. 是不是採用醫療網的方式，在短期內把一些服務設施或服務的提供能夠找出來，如果這個部分不出來，一開辦保險就是機構或現金，幾乎也沒有得選擇(中華民國老人福利推動聯盟秘書長 吳玉琴)
3. 如果需要照顧精神障礙者的話，我覺得到宅式的服務是很重要，但現在的服務也是很蠻荒的。建議廣泛的 interveiw 使用者，由使用者下去分析，我們會看到真的服務使用，這是很寶貴的，因為是現在的服務體系沒有的，現在的服務體系沒有的東西，可能就是我們最需要發展的東西。(台北市心生活協會理事長 金林)
4. 給付一小時 180，還是有 2 小時的限制，這部份若維持這樣的限制，無法把給付標準額度放寬，很多服務就沒辦法長出來，給付的標準方面可以去考量多一些誘因。交通接送，目前的交通接送，還是停留在復康巴士這種平面接送，是不是能考慮到垂直的接送。(運動神經元疾病病友協會秘書長 林金梅)
5. 長期照護不包括智障者，若要包含至，要怎樣能把智障者現有的經費不要被長照吃掉。(中華民國發展遲緩兒童基金會董事長 雷游秀華)
6. 另外現行社區照顧服務機構很缺乏，host house 也仍在試辦中，試辦了兩年還在試辦，而且政府經費的補助也很不足，民間機構也快無法支撐這樣的服務體系。應該逐年編列再擴大。(康復之友聯盟秘書長 王美鳳)
7. 像健保已開辦十幾年，仍存在城鄉差距和資源不均的問題，未來如何克服這樣的問題，用稅收還說得過去，用保險的話，問題還是會存在。(勞工陣線秘書長 孫友聯)
8. 服務可能會跟著錢走，有給付的話可能會刺激提供服務的人出來，但台北市以外地區資源當然不足，機構是服務比較不會有問題，社區的提供可能會有比較大的問題，是不是建議個人成立的社工師事務所也可以被納入長照保險合約的對象，這些人可能是基層可以提供服務的人。(台北市康復之友協會總幹事 劉蓉台)
9. 長照的部分偏重在生活上的照顧，應該要越往社區的要越鼓勵，機構的份量不要超過三分之一。這部份要突破的話，就是不要在證照化，因為證照化會把服務範圍狹隘化。(心理復健家屬聯合會 林首成)

回應

1. 資源的發展是最重要的，比較社區的部分是最缺乏的，特別是罕病、失智症者的照顧、精障者的照顧。有財源進來，就可以鼓勵大家去發展。
2. 薪資問題:180 元是不可能。還要加入各類的人事、設備、交通、行政管理費。保險的話要考量:買的到或買不到，及量的問題。
3. 服務不足部份:很多未被滿足的部份，希望以後有完整的評估團隊，多元的財源(以人為中心)，如:健保之整合性照護。
4. 新型服務的發展: 以固定預算去支持發展到一定程度 (似健保的試辦計劃，去規範要做的東西)。
5. 源發展的部份會比以前稍微有點突破(以服務為主，而非現金)。陳惠姿老師研究於資源盤點(會推估外來資源供給)、王雲東老師研究於推估需求。最後會透

過經建會的研習會議去定下未來實施方向 (未來可能不只用 ADL&IADL 來評估需求)。

6. 選擇問題:現只有現金與有限的實務可選。故現在有不同層次的選擇，希望以後發展足夠後，可有更多的選擇。
7. 以後若有長照保險，則不會有跨縣市的問題。
8. 由專家定出給付條件，垂直交通接送也被納入討論。
9. 德國先求有再求(有需要被照護者先由各種照護提供)，再求品質，再求特殊需求。共同照護:現金部份，先給酬勞(40~45%，相對實物給付)。有一些有就業的人他願意去陪伴他的朋友親戚，這些人本身不是專業或半專業的資格，他的酬勞也算成是現金給付，跟家屬是一樣的，他從他的職業可以有六個月留職停薪，就給他現金給付，失業保險還是可以繼續繳。
10. 無障礙設施的改善，例如進行照顧需要推輪椅門太窄，需要改善，比較屬於技術性的東西，這些東西有包含在協助裡面。

四、服務提供管理與照護品質的監控

1. 家屬或是外勞應該要受僱在服務提供的機構裡面，接受訓練接受督導，這樣才能使照顧者不會被剝削。(中華民國殘障聯盟秘書長 王幼玲)
2. 確保服務品質，不應該給不合格機構現金給付，某部分也有可能可以去解決外藉看護工的一些問題。(督保盟 蔡宛芬)
3. 外藉兼護工要有嚴格的評估，當他符合的時候，我們就是要認定目前提供的服務是沒辦法提供他這樣子的服務。(中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長 陳穎叡)
4. 如果要一個單位成為雇主來成為一個監督或是督導的角色，我覺得那個單位的雇主角色就太重了。另外，評鑑如果不及格，我認為真的不應該給付費用。(中華民國老人福利推動聯盟秘書長 吳玉琴)
5. 起初的狀況，不要因漏就簡，委勞會和衛生署應該畫制度來發展照顧產業，讓被照顧者有較好的品質。(中華視障聯盟副秘書長　蔡再相)
6. 現在勞保的給付是遠優於國民年金，職業化這部分可以來好好思考，把照顧者包含在社會安全保障內。(勞工陣線秘書長　孫友聯)

回應

1. 機構式應該是將來要立案，有評鑑制度把它做好。
2. 外籍看護工這塊，短期內無法突破。經建會希望只給實務不給現金，但因會涉及到法律上的問題，故尚需要討論。在專家調查那部份，希望兩者都保留，故先暫不處理外籍看護工。之前有研究(蔡闇闇)發現，外籍看護工的成長在 2000 年，因申請資格改變而趨緩。但若一次引進過多，但又會影響就業市場。故本次無法討論。
3. 照護品質的監控，這部份未來就會去發展 (從立法-分級-給付-審查與評估，一步步去發展) 。
4. 監督問題:應該監控拿錢後有無提供服務。如:社區照護中心定期去確認，並評估照護者的身心狀態(似日本的照護管理師-2009 年設計於社區村里之現金給

付下但又沒就業的照顧者監督方式)。

五、亞急性的照顧、與健保的分工

1. 亞急性的部分，健保跟長照是非常難切割。(中華民國老人福利推動聯盟秘書長 吳玉琴)
2. 未來社會長照保險也要放在健保內，這制度會擔心。(運動神經元疾病病友協會秘書長　林金梅)
3. 在現在健保制度下，有很多病人是被迫留在醫院，若長照推動後，到底會有多少的精障朋友從醫院現有體制內出來，這部份要在去評估一下。(康復之友聯盟秘書長 王美鳳)
4. 性症狀是健保最害怕的族群，所以就藉由長期照護去轉嫁，建議要區分長照和健保的範圍，讓全民去監督他，不要這些東西一直被轉嫁掉。(心理復健家屬聯合會　林首成)

回應

亞急性照顧部份，健保局同意將此部份納入。短期之內(6 個月內)由健保局支付，之後若有長照保險則會有不同的切割。醫療由健保付，照護由長照付。

「長期照護保險法制給付方式及給付項目之評估」

社福團體專家會議會議紀錄逐字稿

時間：98 年 4 月 25 日（星期六）下午 2：00

地點：陽明大學衛生福利研究所 613 會議室

主席：李主持人玉春

壹、報告事項

一、長期照護保險給付制度初步規劃

貳、討論議題(發言實錄)

罕見疾病基金會副執行長 楊永祥

1. 現在台灣可能大概將近有 204 種病類，那大概有七成以上的這些病，大概五千多個家庭，七成以上的病友，他們可能都沒有積極的治療方式，所以對他們來說這個照顧保險未來的開辦，可以納入他們來做一個給付對象是很重要的，最近的討論的聲浪，搞不好最後會因為選票的關係等等會把它集中在考慮在老人的這個方向，這個是我們必須要去強調，如果未來成熟保險的體制，還是只有考慮到老人或還是把這個身障者，規畫到社會司來管的話，我覺得會失去這個意義，不要變成是一個老人的長期照顧保險。
2. 我覺得這個未來可能在罕病的醫療特殊性上，可能要更加強，包括說居家護理員等等這樣的專業訓練，所以這個提到說，到底現金給付對整個給付的條件裡面是不是最重要的，我們基金會是認為是很重要，在現有的這個體制下，如果說這些專業的機構，所謂專業的機構或是政府可以提供福利的這些機構，對罕病還不是那麼了解的時候，其實家屬是最了解的，我們一直認為可能比醫師還要了解，那你又沒有辦法把它推到現有的機構，或是現有的機構還沒有辦法去承擔這樣的照顧責任之後，那為什麼不給家屬一個機會，那另外一個部分就是說透過家屬的經驗分享，讓很多人都能提升罕病照顧技巧的提升，所以我覺得這個現金給付應該還要再維持。
3. 我們認為那個罕病的照顧機構還是不夠，以前我們都不太想要推機構化的部分，但是我覺得隨著這個保險機制的成立，政府可能會去思考是不是可能在北中南去試辦，不管去協助這個現有的照顧體系裡面，看有沒有一兩家能夠對罕病做所謂專職的照顧，既然不是每一家都能做，那為什麼我們不來辦個試辦的東西，雖然人少，可是這群人是最需要被照顧的。
4. 如果政府來做一個資金的易付，或是做一個這個開創性的東西，結合民間團體來

做，我覺得這都是很重要。我覺得比較關鍵的就是說跟全民健保結合，尤其是我們有一些病是需要長期的呼吸治療等等這樣子的疾病的時候，常常會考慮到這個健保給付的天數或是給付的這個水準，導致說就算有些機構它有心要做的話，它可能也沒有辦法長期的支應這樣子的病友的需求，變成說是這個病友不管你是要透過健保，透過自費，你都沒有機構可以收的情況之下，我覺得在長期照顧保險實施之後，應該把這東西做更釐清，就是應該讓真正有需求的人，那機構也願意提供這樣子的照顧，那這東西如果健保真的沒有辦法給付的時候，長照這個體系可不可以幫忙一下就是說做一個區隔，這大概是罕病這幾個部分的建議這樣。

中華民國殘障聯盟秘書長 王幼玲

1. 我上次在家總會議有提到就是，同時在身障法也有相關的規定在進行，我們在 101 年就要改成 ICF 的制度，所有的支持服務的體系都需要經過需求評估，我們現在的想法是要用 ADL 跟 IADL，那個我覺得已經是簡化了，而且現在內政部也有一個團隊正在進行需求評估的這個量表，我覺得這二套制度應該是結合在一起。
2. 在現金給付的部分，有些身心障礙者，可能心智比較弱，自己沒有辦法選擇，他也沒有辦法表達，過去也有一些家屬拿了錢，但是沒有照顧。
3. 那調查顯示如果要現金給付，大家覺得要從嚴，也就是家屬要有照顧服務員的資格，但是我們給他的現金給付是折半的，我認為對這個家屬其實是不公平，所以我認為家屬或是外勞應該要受僱在服務提供的機構裡面，接受訓練接受督導，這樣才能使照顧者不會被剝削。

督保盟 蔡宛芬

1. 我們給這些非專業的人員這些現金給付以後，那我們國家到底有多少資源跟人力可以看說他們的品質是大家可以認同的？如果按照我們長照是一個希望有照顧品質，一個基本保障這樣的原則的話，只是這個照顧者剛好是他的家屬，剛好有家庭服務員這樣子的資格。
2. 如果在初期的時候，我們整個實物的服務提供很少的時候，這時候才有可能會有另外問題要不要有現金給付的部分。
3. 所以我們在長照保險要開辦的時候，我們的服務體系要發展到什麼樣的程度，我們才開辦這個保險。
4. 長期來看我會覺得現金給付，它是一個不該存在的一個給付的方式。
5. 如果需要我們服務有品質的話，不應該給不合格機構現金給付，某部分也有可能可以去解決外籍看護工的一些問題

李玉春教授

1. 大家對現金給付都有不同的期待，比較贊成的是像罕病這邊，是家屬最了解照顧，

那另外就是殘盟跟宛芬這邊比較有條件限制，那這個條件是大家將來可以再來討論的部分。

2. 機構式應該是將來要立案，有評鑑制度把它做好，而且被評鑑三級(重症)，它可以住進機構。不符合三級者，如果某些條件符合它可以領現金，至於住在那裡，特別是開辦初期，我們就先不理它。
3. ICF 我想請林老師說明一下。

林麗嬋教授

我想大家都會關心 ICF 這個問題，因為我們是要 101 年那時候才會完成，所以我們現在的構想，我們還是先用 ADL、IADL 或者是我們會結合其它認知功能障礙。衛生署目前另外一個計畫方案是社會參與跟環境因素。其它像精障或是自閉症還有一些特殊功能的評估。

李玉春教授

1. 因為我們現在沒有繼有的資料可以分析，我們在其它領域的作法是 mapping(對照過來)，我們可以用一個對照的方式，這個轉換會有一定的時間。
2. 資源的發展是最重要的，比較社區的部分是最缺乏的，特別是罕病、失智症者的照顧、精障者的照顧。
3. 如果長照有財源進來，就可以鼓勵大家去發展。

中華民國自閉症總會理事長 潘兆萍

給付的條件跟分級，打個比方自閉症是非常難照顧的一群，如果它的費用是一致的話，那很可能它就會被排斥，一般人可能會選擇照顧比較好照顧的人，那我們對這樣子的分級是不是要更嚴謹一些。

李玉春教授

照現在的分類，那個額度其實是沒有辦法符合大家的需要，我們將來會有比較精細的，只要有量表，配合服務的需要，我們就可以把它分類出來。

林麗嬋教授

本來內政部使用是用那個胡心慈教授的那一份，我要知道那個工具能不能反應出那個自閉症孩童他的照顧的需求。

中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長 陳穎叡

1. 兩性工作平等法律面有這個條文，不過列得非常簡單，大概只有請事假不會受影響，我們希望將來可以比照孕嬰假可以留職停薪。
2. 我現在有疑慮的是這個現金給付是給照顧者還是給被照顧者，如果是給照顧者的話，那這樣子的額度是不是應該要跟薪資有聯動，去補充他可能因為照顧而彌補他工作的不足，考慮讓各個家屬來輪流照顧，現金給付可不可以同時給這些人。
3. 服務出來了，有很多選項在前面，那個我才是真正有了選擇權。
4. 外籍兼護工要有嚴格的評估，當他符合的時候，我們就是要認定目前提供的服務是沒辦法提供他這樣子的服務，那是不是應該給他相對的給付跟給這個家庭有相對的照顧，包括照顧者的喘息跟訓練，那當然也可以要求這個外籍兼護工是必須要通過某個訓練合格，我們才會給他這樣的給付。

台灣婦女團體全國聯合會秘書長 何碧珍

1.現金給付是必要存在，很難是完全排除的一件事情。
2.很多人還是想要自己照顧自己的家人，這是很難避免的，所以我覺得現金給付這件事情是要很嚴肅來考量。
3.現金給付有短期跟長期的需求，短期的處理需要考慮到性別平等工作法，等短期意外發生後，恐怕就是要考慮到長期的照顧，這個現金的給付就有點偏像是職業的，兒童局這邊在去年有一個居家服務、居家托育這樣子的概念，其實也就是現金給付。

中華民國老人福利推動聯盟秘書長 吳玉琴

1.李老師也提到是不是採用醫療網的方式，在短期內把一些服務設施或服務的提供能夠找出來，如果這個部分不出來，一開辦保險就是機構或現金，幾乎也沒有得選擇，就是只能選擇現金，這才是我們最大的疑慮，我們過去看到現金給付的模式就變成是女性就是留在家裡照顧失能者，或身障朋友，甚至這些照顧費用就變成是生活費，也不太可能去購買服務。
2.領有現金給付的家屬，服務品質的監控是一個很大的議題，從過去再看中低收入老人的照顧津貼，如果要一個單位成為雇主來成為一個監督或是督導的角色，我覺得那個單位的雇主角色就太重了。
3.亞急性的部分，健保跟長照是非常難切割，因為在前面也提到說，這個評估的時候，它要有六個月的可癒，比如一個中風的個案，他短期間可否申請長期照顧服務，他是一個復健非常重要的關鍵期，可是他也需要生活上的照護，我不曉得健保和醫療照護上怎麼去切割。
4.團體家屋我們設定它是一個社區型的服務，它不是一個機構型的，身障的叫社區家園，老人的叫團體家屋，雖然名詞不一樣，但是我們就是一個社區式的服務。
5.評鑑如果不及格，我認為真的不應該給付費用，在我們社福機構，丙丁等都已經是不忍心把人送到那邊去，品質非常糟，幾乎都是由外勞在看護。

台北市心生活協會理事長 金林

1.P27 上面寫了機構式照顧跟社區式照顧，可是我會覺得都是機構式照顧，如果需要照顧精神障礙者的話，我覺得到宅式的服務是很重要，但現在的服務也是很蠻荒的。

2.以精神障礙族群來講，我們當然非常希望政府把錢放進來做這些服務，包括人才培訓，但我也可以預想這是一筆很大的錢。

3.經驗累積的年數不須要很多年。

4.在地服務，現在服務常常會有縣市的問題，將來到了長照，我覺得這個問題一定要把它解決掉。

5.要有養老概念。

6.保險不應為政治性，國民年金被騙上當。

7.給付部分，是否為雙軌制，服務人的能力是不是也可以是一個給付的考量。

8.超過給付上限，個人要自行負擔，我個人覺得總額不應該設限。

9.建議廣泛的 interveiw 使用者，由使用者下去分析，我們會看到真的服務使用，這是很寶貴的，因為是現在的服務體系沒有的，現在的服務體系沒有的東西，可能就是我們最需要發展的東西。

10. 針對『超過給付上限應自行負擔』之部份，若是單價超過給付上限應該個人負擔，但以服務的總額()，好像不應該設限。就是這麼嚴重，需要很多很多，對於嚴重者無法幫得上忙的地方。

11. 分階段推出，階段性可不可以是非針對對象的階段而是針對服務進入的階段。

12. 研議乃至於推出，做為一個好的研究時，需要很多數據資料，這些資料應該跟服務的藍圖一起跑，這樣的話，需不需要有些試辦性的服務，看服務的樣貌，就單一服務下去看，例如進入後，健保如何消長？ex 看護也可以做老人復健，最常見的就是診所復健，若老人照顧將來有了，那復健診所的健保就不用了嗎?到底誰才是好的品質?原來的復健診所他的規模效益是最大的，若你認為說你去訓練，花很多的時間去訓練，他是否能達到規模性?設備會比較好嗎?

運動神經元疾病病友協會秘書長　林金梅

1. 像病友的照顧是 24 小時的，大部分，當他們考慮去選擇服務是居家或機構式的時候，不見得是考慮現金給不給付的問題，有現金給付可以鼓勵很多很辛苦在家照顧的族群，不見得他們當初是考慮有沒有現金才讓女性或太太留在家裡照顧，這部份在我們的族群比較沒這部份的考慮。但現金給付的確是可以鼓勵家庭留在家中照顧。
2. 剛剛討論到兩個人同時都需要時怎麼辦?我們剛好在日本那邊有參觀照顧，他們是 24 小時的提供居家服務，看時段，有這個需要是會有兩個居服員到家裡來，你那時段有兩個人，他就給付兩小時，不曉得社會保險的給付，能否考慮這樣的情況。

(吳老師：可是自負額很高阿)

3. 給付一小時180，還是有2小時的限制，這部份若維持這樣的限制，無法把給付標準額度放寬，很多服務就沒辦法長出來，跟有無開辦長期，在有限的資源下使用，不論是稅制或社會保險開辦了以後，還是一樣要受到這樣的限制。若要把服務長出來，就是要把給付做大，像日本這24小時，連晚上跟他睡在一起的朋友，都可以拿到一小時多少錢的給付，現在居服員一小時180，很多人不願意做薪資太低，若未來我們開辦了，只能付這麼少的錢去聘人來，可能還是沒人願意做，這部份在給付的標準方面可以去考量多一些誘因。
4. 在服務內容內，交通接送，目前的交通接送，還是停留在復康巴士這種平面接送，現在有一項的服務是，希望去接送，有疾病是中途，他可能不見得中年以後，不一定能買到有電梯貨一樓的房屋，所以這交通的服務是不是能考慮到垂直的，那部份的價格又更高，這個在給付的內容和金額是否可以去調整，服務到讓有需要的人可以出門下樓，不論是就醫或參與社會活動，與以往內容可否有所不同，若都相同，那不曉得現在開辦這個長期照護有什麼新的差別?
5. 若還是在健保體系，還是全民繳費，不論健保費、社會保險長照費用，健保體系讓人有很多疑慮，包括判定的標準，服務的提供，有無浪費?在未來社會長照保險也要放在健保內，這制度會擔心，為什麼繳那麼多錢，可以被健保局拿去當年終獎金?以後社會保險制度繳了這麼多，給付不出來，卻又養了一群人可以領很常的年終獎金，這部份如何去規範，能讓大家覺得說，這是服務全人而非服務少數。
6. 剛剛罕病這邊有提到，某一些呼吸器的醫療判準，我們的疾病，可能有些醫師不了解，他的評鑑出來是否會影響我們去使用服務，醫療的判準與服務的使用兩者應該要分開，而非僅聽醫生的，醫生的評估可以是功能喪失的情形，但使用服務是否可以有另外服務需求的一套來評估，即可用哪些資源，這部份是不論走哪個模式都是一起的。
7. 長期，以我們實際服務的家庭來看，都是一天24小時都需要被滿足，而非長期，要回到現在每天需要去面對的問題，需求應該要供應到的。

(長照聯盟這邊有列了一項希望給付的表，提供參考)

中華民國發展遲緩兒童基金會董事長　雷游秀華

1. 年齡的限制，如果是智障者的話，今天談的問題都沒有解決，長期照護一直都是以老年人為主，若年齡無限制，兒童、老年人與智障者都是不一樣的，如果年齡無限制，如何分別去照顧提供這些需求。如果沒有分類的話不曉得要怎麼照顧。
2. 智障者家長都是走在前面的，例如我們最近南港養護中心，就是針對比較年老的需要者做機構的照顧，現金絕對也不能少，有些人會把現金放在口袋，但要怎麼規定現金給付如何能不放在口袋裡而能用在刀口上，都是將來要考慮的，至於機構照顧絕對有其必要，但是僧多粥少，現在像我們南港頂多就是照顧20-40人，年長的有醫療很多方面的照顧，大家談的餅這麼大，但資源在哪裡?若侷限在銀髮

族、年老者容易做，至於智障者，智障者有另一套照顧制度，什麼樣的人收穫最大?低收入戶者。政府出了錢，但品質在哪裡?這個也要那個也要，每個人都有自己的看法，政府要如何來提供服務?

3. 失能者有很多的需求並非只有安全的問題，故也需要專業的照顧，規畫這些，我看了真的還有很多問題需要討論。
4. 長期照護不包括智障者，若要包含至，要怎樣能把智障者現有的經費不要被長照吃掉。家長一直都在發展整個支持包括照顧體系，即使納入長照的話也會跟他們一起努力。
5. 發展遲緩兒這部份，政府做得非常少，小時後家長沒警覺，三歲以後發現都太遲，所以強調三歲以前，那三歲以前是否可以放在長照內?很多家長忽略的情況下，放在長照內這些錢看得到用不到，資源沒出來，家長也會信心。既然是全民強制納保，這些發展遲緩兒的家長需不需要納入長照要繳保險費?因為他們可能需要用的時間是往後的。

康復之友聯盟秘書長 王美鳳

1. 針對精障者的長照需求，可能需要分幾個層面來看，若是單純的精障的部份長照需求為何，若合併多重障礙需求又不同，針對年老或體弱這樣的狀況，會有層次上的不同。
2. 針對單純精障者狀況來說：因疾病的關係會缺乏動機、會退縮，對很多事情認知不同，要鼓勵他們走出家庭參與社區才有機會被充權，在給付的制度上，是否能雙軌並行，若有參與社區的服務系統時，能同時給予現金給付，能鼓勵他們多參與社區服務系統，能增強其參與社區服務的動機。
3. 在現在健保制度下，有很多病人是被迫留在醫院，若長照推動後，到底會有多少的精障朋友從醫院現有體制內出來，這部份要在去評估一下，
4. 另外現行社區照顧服務機構很缺乏，host house 也仍在試辦中，試辦了兩年還在試辦，而且政府經費的補助也很不足，民間機構也快無法支撐這樣的服務體系。應該逐年編列再擴大。
5. 在照顧服務員的部份，在照顧服務員的技術考中，都是一些技術面的，但針對心理層面的的訓練或是溝通技巧，與精障者相處的模式及病的認知，不在照服員訓練中，針對精障者的照顧應考慮不同的服務系統。
6. 實務與現金的部分可以一起考慮同時進行，鼓勵精障者走出來，接觸社會。

中華視障聯盟副秘書長　蔡再相

1. 贊同全民納保，是使用者付費的概念，至於長照給付繳費的對象，全民納保是全民繳費，對於弱勢的族群，他本來收入就不夠了，目前身心障礙者的部分，健保的部份是由內政部社會福利單位來編列預算針對障礙者，但子女仍是自己繳費，本身生活收入已不好，還要在多一層負擔，將來是否負擔得起還要再考量一下。

2. 以我服務視障者的調查狀況，幾乎99.9%的都希望將來在居家照顧，視障者沒有一個願意到機構接受照顧，這部份我們會擔心，目前全省有2000多位在家花教育代金的自行教育者，這些人花了代金現金後，都沒有服務，將來可能需要完整的配套措施，才能保障其服務品質。
3. 鑑定的部份，即需求評估的部份，殘障等級鑑定、巴氏量表及國民年金的就業能力都由醫生來鑑定，將來這部分恐怕還是由醫生鑑定(不會、不是)。這個部份，目前有些現象，雲林台東有個精神病的病友村，這些項目已經去除，現在有個現象，每年到四五月到要考身心障礙者升學考試時，需要受特教服務是有個委員會來鑑定，到這個時間，鑑定出來的量會急遽升高，是一個非常受估計的統計曲線，這裡面竟然會寫本鑑定是一月到十月份有效，是為了因應加25%分，將來鑑定的部分如何去防止流弊的部份也需要注意。
4. 啟智的狀況，不要因漏就簡，兩三年前委勞會和衛生署在談照顧產業在照顧服務的發展是要排除外勞的，勞委會提了一千九百多萬來發展台灣的照顧產業，這裡面是否可以藉由長照的發展能把照顧的品質提升，一個外勞離鄉背井來台照顧，他心態心情不好會影響被照顧者的品質，這部份是否能藉由長照的規劃，能夠有個比較好的制度來發展照顧產業，讓被照顧者有較好的品質。

勞工陣線秘書長　孫友聯

1. 長照的規劃內容和勞陣的業務取項較無直接相關，但大部分的勞工面對這樣的危機後，社會安全體制是無法支撐的，這樣體系的建立是重要的。
2. 長照保險看起來是用保險的方式，也會產生既有保險無法解決的問題，六類十四目阿，保代鄉公所要怎麼解決?這幾個月實在是看到政府亂花錢的程度，不應該排除稅收的可能。以目前亂花錢的程度，應該是綽綽有餘，財務用稅收的方式也是可以考慮的方向。全民納保是一個肯定的事情。
3. 現金給付的部份，只能用個人的生命經驗去討論，之前像家裡也有需要長照的家屬，家屬的心態還是想要照顧，不忍心兩老在那邊照顧，安排單位還要經過無預警的篩選過程，但也滿支持，與之前再推的保母支持體系一樣，保母沒有任何的安全社會保障，雖然現在有國民年金，可以保障其老年的經濟安全，但還是沒有職業災害，還是沒有其他的勞保，現在勞保的給付是遠優於國民年金，職業化這部分可以來好好思考，把被照顧者包含在社會安全保障內，在這前提下，現金給付的部份可以好好思考。有人有這樣的需求也不可能去剝奪其選擇權。但是，像健保已開辦十幾年，仍存在城鄉差距和資源不均的問題，未來如何克服這樣的問題，用稅收還說得過去，用保險的話，問題還是會存在，還是propose稅收的概念，在某種程度上才能去克服這個問題。

督保盟　蔡宛芬

1. 回應友聯剛講的，的確，政府這次的營業稅的減免就可以支付長期照護保險，當

然稅收制是最好，但也需要思考一個問題，像國民年金項政府負擔比例是一定的，對於老年人和失能者的照顧，國家應該負擔一定的責任的話，那也或覺得說在長期照護保險內，政府負擔的比例是要加重的，這是國家的責任，和全民負擔的概念是不一樣的。有 50%或 60%的部份是合理的，這本來是國家的責任。

2. 回到長期照顧保險，長照保險的本質是希望提供給被照顧者一個好的照顧品質，如果是這樣的話，但回到剛剛的問題，現金給付到底是付給誰?我認為，現金給付應該是付給被照顧者而非照顧者，那照顧者的部份傾向用其他管道去做思考。不能因照顧的人不同而有不同的管理或給付的方式。
3. 回到現在在推的保母支持系統，任何一個人取得保母執照，就會進入保母的支持系統，會負責去管理或確保其品質是好的，這些家庭照顧者可以自己選擇去照顧家裡的人或是外面的人，但錢都是透過這系統給予同樣的待遇，這系統也可以確定照顧者和被照顧者的品質。
4. 回到老盟提到的問題，所謂的照顧者的雇主是誰，可能就是國家。像現在的保母系統，可能會規定機構要幫保母去成立類似職業工會，透過職業工會的方式來確認其職業別，就是他們是一個工作者，這樣的話，在工作權的保障也會被兼顧到，這樣的保母支持系統在每個縣市有可能是好幾個，這好幾個，大家可互相去將整個縣市的服務都涵蓋到，就會變成是三級制，就是支持系統去 take care 保母，另一個系統來 take care 這個不同的保母系統的管理或者服務的好壞，不好就讓保母系統有個退場機制。
5. 家庭照顧員的部份可以參考保母支持系統的部份。這樣的話，現金給付的部分基本上就不用存在，因為只要你是家庭照顧員，進入這樣的家庭管理照顧系統就可以去處理包含服務品質的部份。
6. 照顧者的部份應該是照顧者津貼，照顧者津貼的部份不應該放在長照制度內，因為長照的制度應該是讓被照顧者有個好的照顧品質。

台北市康復之友協會總幹事　劉蓉台

1. 強調一下如果經建會認為精障不被納入的話，還是要嚴重抗議一下，生病跟失能都不是個人可以選擇的。
2. 提供服務的人，服務可能會跟著錢走，有給付的話可能會刺激提供服務的人出來，台北市的資源當然很豐富，出了台北市就很慘，NGO 要來提供服務可能也不夠，機構是服務比較不會有問題，社區的提供可能會有比較大的問題，是不是建議將來可以申請給付的機構，社工師的事務所，像這樣個人成立的事務所也可以被納入長照保險合約的對象，或者是心理諮商的，這些人可能是基層可以提供服務的人。
3. 住處式的服務，像健保，項精障的話，只有康復之家，康復之家也是長期住在那的地方，呼籲可以有不同層級的給付，嚴重的人住進去可以給付多一點，若為長期的穩定的可以有不同的給付，將來在住處型服務的設計時，是否能有些不同層級，讓現在的康復之家或是需要的病人去到不同的地方能有不同的選擇。

心理復健家屬聯合會　林首成

1. 關於長期照護的計畫，發現一個最令人擔心的事情，這個預算很快地就被現有的機制轉嫁，我參加了幾次的會議發現這個嫌疑確實非常大。
2. 長期照護針對的是慢性症狀，不一定是病，而慢性症狀是健保最害怕的族群，所以就藉由長期照護去轉嫁，例如以精障來說，康復之家和社區復健中心會不會把這部分移到長照去支預算，健保就脫隊，以台北市為例，83 年以前，精神病病人住院是由社會局編預算，叫免費醫療補助，一個人一個月是 18000，改成全民健保後，只要編 600 元或 660 元，本來發的殘障津貼現在改成國民年金，又轉嫁掉了。長照的服務是看不到成績了。要區分長照和健保的範圍，讓全民去監督他，不要這些東西一直被轉嫁掉。
3. 因研究的學者和政府的對話比民間的還多，故學者應該成為監督政府的機制。
4. 長照的部分偏重在生活上的照顧，應該要越往社區的要越鼓勵，機構的份量不要超過三分之一。這部份要突破的話，就是不要在證照化，因為證照化會把服務範圍狹隘化。長照到最後也走證照化就死路一條。
5. 如果是全民保險就應該不分年齡，不分障別，不是稅收特別的預算，全民保險若無法普及就不具意義，普及後能照顧到多大的層面，能做到多少的品質。在政府中能有一套可以監督的機制。因為管理方式採證照化所以社區就不能多元化。
6. 長照沒有走進社區和社群就是失敗。
7. 將保險項目用彈性的方式列出大方向，等開辦後再列出細項。

中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長　陳穎叡

1. 保險到現在一直沒有很清楚的定義到底什麼是長期照護，所以在談給付時會有很多不同的想法，像剛才宛芬認為照顧保險只針對被照顧者，但我的想法都不一樣，像德國對象就分兩種，包括被照顧者和照顧者。
2. 未來保險的照顧，和安養、就業、生活都是息息相關的，中間有什麼銜接的機制。
3. 長照的定義和範圍應該要定義清楚，定義要很清楚才能談給付範圍要到哪個層級。

台灣婦女團體全國聯合會秘書長　何碧珍

1. 各障別對長照保險的需求不同，需求先定義出(如嚴重程度)。再去分工與區分該如何負責?(如:精障對家庭個人需要到什麼樣的程度?長照在各縣市要如何切?該那個部門要去處理?)。因長照保險無法完全滿足各障別的需求，可能需要再多一點時間去收集資料做研究調查，並建立共識。
2. 現有體制(如:居家托育照護)之改進的優缺點可參考。

中華民國脊髓損傷者聯合會秘書長 溫吉祥

1. 現金支付的使用要如何確切落實在障礙者身上?而不是用在被照顧者身上?此機制該如何監督?

中華民國殘障聯盟秘書長　王幼玲

1. 十年長照對老人做很多研究，但是對身心障礙者之長照需求卻完全無任何相關的實證研究基礎。故現在使用 ADL&IADL 來評估，可能失準。
2. 長照為何要推動的那麼急迫呢?在資料都未收集完整前。
3. 及長照主關機關也未決定是由誰負責?

運動神經元疾病病友協會　林金梅

1. 很早之前很多障別就有在討論取的共識。但是那些服務為何都沒出來?問題在那?
2. 政府是否有相關確切的計劃與具體的想法可給大家參考?

團隊說明 李玉春教授

1. 長照保險總有一天一定會做(無論稅收或保險)，但短時間是不可能，但需大家一同努力。
2. 實施時間現在先不討論。法的部份是個大架構，之後會再發展。
3. 長照保險目前估計 500 億到 800 億左右。
4. 服務不足部份:很多未被滿足的部份，希望以後有完整的評估團隊，多元的財源(以人為中心)，如:健保之整合性照護。
5. 新型服務的發展: 以固定預算去支持發展到一定程度 (似健保的試辦計劃，去規範要做的東西)。
6. 資源發展的部份會比以前稍微有點突破(以服務為主，而非現金)。陳惠姿老師研究於資源盤點(會推估外來資源供給)、王雲東老師研究於推估需求。最後會透過經建會的研習會議去定下未來實施方向 (未來可能不只用 ADL&IADL 來評估需求)。
7. 薪資問題:180 元是不可能。還要加入各類的人事、設備、交通、行政管理費。保險的話要考量:買的到或買不到，及量的問題。
8. 請林志鴻老師解釋德國部份:如共同照護的彈性部份。(目前尚無定論)
9. 外籍看護工這塊，短期內無法突破。經建會希望只給實務不給現金，但因會涉及到法律上的問題，故尚需要討論。在專家調查那部份，希望兩者都保留，故先暫不處理外籍看護工。之前有研究(蔡閭閭)發現，外籍看護工的成長在 2000 年，因申請資格改變而趨緩。但若一次引進過多，但又會影響就業市場。故本次無法討論。
10. 保母體系，絕對是主要的人力。需把現有照顧者納入體系。
11. 亞急性照顧部份，健保局同意將此部份納入。短期之內(6 個月內)由健保局支付，之後若有長照保險則會有不同的切割。醫療由健保付，照護由長照付。

12. 選擇問題:現只有現金與有限的實務可選。故現在有不同層次的選擇，希望以後發展足夠後，可有更多的選擇。
13. 以後若有長照保險，則不會有跨縣市的問題 (似健保洗腎)。
14. 盡量把保險規劃好，去政治化。
15. 由專家定出給付條件，垂直交通接送也被納入討論。
16. 評估問題，會是綜合評估，而非由醫生單一決定。
17. 安全看護的部份，會給於支持性。
18. 精障者部份會有不同的服務與資源提供。由誰供應，需另再討論。
19. 視障者的特殊需要，以後會依提出而鑑定，故不受影響。
20. 討論中的定義澄清，在服務的分類:機構型，是指全天候住宿。
21. 照護品質的監控，這部份未來就會去發展 (從立法-分級-給付-審查與評估，一步步去發展) 。

團隊說明 林志鴻老師回答-照護者的支援與德國共同照護之部份

1. 德國現金給付的部份:有一定額度，會跟實務給付及機構照護有一定的關係。德國於 2002-2003 年有全面性的檢討，2008 年方案已出，但又要慢慢將之導入實務。
2. 德國先求有再求(有需要被照護者先由各種照護提供)，再求品質，再求特殊需求。
3. 共同照護:現金部份，先給酬勞(40~45%，相對實物給付)。
4. 德國鼓勵居家照護，但對機構式品質及支持價格，是有拉高的。讓你有所選擇。而不會有因不同服務產生取代的狀況發生。
5. 有專業到宅服務(實務給付)。
6. 現金給付(要看有無人可就近照護-親屬朋友都可領)，但每半年可去調整與變動選擇。但不算是受雇關係(不受勞基法限制)，但要服務 14 小時以上-28 小時以下，依不同算法而有不同報酬。而此人可享有:a.年金保險費用是長照保險全額給付、與 b.職災保險。
7. 監督問題:應該監控拿錢後有無提供服務。如:社區照護中心定期去確認，並評估照護者的身心狀態(似日本的照護管理師-2009 年設計於社區村里之現金給付下但又沒就業的照顧者監督方式)。
8. 另外有一些有就業的人他願意去陪伴他的朋友親戚，這些人本身不是專業或半專業的資格，他的酬勞也算成是現金給付，跟家屬是一樣的，他從他的職業可以有六個月留職停薪，就給他現金給付，失業保險還是可以繼續繳。關於就業者還有照護事假，親戚或家屬有緊急照顧需要，至多七天他可以去處理跟安排照顧的狀況。

團隊說明 林麗嬋教授

1. 現在在規劃長照保險，基本上是延續長照十年計劃，十年計畫已經有跑一段時間，談到綜合評估機制，現在一開始只能就 ADL 或 IADL，或是精障、自閉

症或是認知功能障礙者，有另外的評估再加進來。長照十年剛開跑將近兩年，後續如果要讓評估工具更精緻、更符合每個失能者的需要，需要有更多的資訊，現在是建立在過去十年計畫的基礎上，後續可以根據十年計劃所跑的資料收集起來，將來能做更好的分類。所有規劃的改進都要建立在既有的基礎上，我們現在就是走在這一點。未來我們也是要繼續收集現行各長照中心所使用評估的情況，再建置更精緻的項目，看評估工具將來怎麼做更有效的改進。

2. 評估這部分，目前的規劃是如果要申請失能者或是長照保險，剛開始會有初篩，之後會有居家訪視，後續評估的鑑定不想再走本，日本原則上都是醫師，剛剛也有團體提到我們的醫師好像什麼都會，事實上長期照護有些生活狀況醫師是不清楚的，怎麼可能包山包海，我們希望評定團隊是跨專業領域共同參與，有評估團隊來做判定。
3. 另一個會牽涉到的問題是照管專員，將來等到要開辦的時候，我們也進展一段時間了，希望能給他們認證，也就是對這個專業的認定，服務的接受者也會知道這些人是有經驗的，對於需求的認定、照顧計畫的擬定也都會比較有信心。

團隊說明 林志鴻教授補充

1. 免付費的照顧課程，一定要在有需要的人附近，免費提供照顧者的訓練，照護保險人必須提供免付費的照顧課程給現金給付的家屬或者親友。
2. 照顧保險要提供實際的諮詢，給人家選擇的自由有時候會變成負擔，法律強制照顧保險人提供足夠的資訊，讓家屬做共同參考，或是在做照顧計畫時提供諮詢。
3. 居家設施的改善，像是防滑，目前內政部也有標準，一個 case 大概是十萬塊以下。
4. 無障礙設施的改善，例如進行照顧需要推輪椅門太窄，需要改善，比較屬於技術性的東西，這些東西有包含在協助裡面。

中華民國殘障聯盟秘書長 王幼玲

目前有兩套制度在進行，ICF 有大隊人馬在做評估，這個也需要居家訪視，可以預告往後的 4、5、6 年，這些人的就業機會會很好。對於身心障礙者，可能要接受兩套機制的評估。

共同主持人 蔡誾誾

ICF 在弄條件的時候，我們有建議條件要做成一致。

督保盟　蔡宛芬

現在健保的給付是給付給醫療院所，醫療院所再去分要給誰，這裡面可能存在直接提供服務者被機構管理者剝削的問題，在長照這個制度有沒有可能把管理費跟所謂直接服務者這一部分可以做一些區分，給直接服務者的部分機構用代收轉付的方式。給機構者一個管理費用，給直接服務者的點數或是金額，機構原則上是代收轉付，不可以再從中抽任何費用。

台北市心生活協會理事長　金林

精神障礙，有重大傷病卡人數跟身心障礙手冊人數其實差距很多，將來在講失能的時候，可能要給兩套標準，不一定是依照身心障礙 手冊來制定。包括給照顧者的服務，比方說心理諮商服務，照顧者跟病人都可能需要，如果有社工師或心理師事務所提供服務，可能不只重大傷病卡的人，像官能症的家屬有些人長期負擔大，每個人程度不一樣，假設長照只給付社工師或心理師事務所提供某一些專業心理衛生服務時，未來有沒有可能變成不一定在身心障礙手冊、不一定在重大傷病卡，假設他符合某一種照顧壓力條件的人也能使用。

附件二 報告審查意見會議紀錄

行政院經濟建設委員會

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」研究計畫

期中報告審查意見

評論人：傅立葉教授

1. 規劃研究方向：其他國家的經驗和理論不需著墨太多，可加強政策建議與政策可行性之討論。

2. 給付方式
   (1) 有關現金和實物混合給付之建議，應有更具體之建議：哪些項目宜採服務？哪些項目是可以給付現金？。
   (2) 傅老師個人偏好實務給付理由有二：
      a) 實物給付才能夠真正帶動長期照顧服務產業，帶動就業。
      b) 過去研究指出日本用現金給付的結果，會回到家庭來照顧。
   (3) 需考量實物給付有哪些問題需要克服，或者目前項目有哪些，在保險的開辦前，不一定要所有項目同時實施，可以分階段，成熟的項目可以先給付，若先給付現金要改成服務較為困難。

3. 給付項目
   (1) 過去在一階段長照規劃以及長照十年計畫，皆強調社區照顧，目的在避免機構化、醫療照顧模式。但這樣的規劃易導致偏差，以至於需社區照顧者使用居家服務，需居家服務者使用外籍看護，會對外籍工看護人數需求無法降低，這次透過保險的方式，應該把機構式照顧涵蓋進來，應該妥善規劃如何給付等
   (2) 應探討在現行制度結構下如何達成目標：目前的長照十年計畫與長照保險間有很大的 gaps，普及式照護主要仍限居家服務，機構照護仍限中低收入戶。在地方政府已補助中低收入戶後，要變成保險，gap 要怎麼處理
   (3) 應探討長照十年計畫項目之外，有甚麼可以增加之服務；另外也要去檢討目前的結構哪些項目是成熟的，可以納入給付項目，哪些是不成熟的？

4. 研究方法
   (1) 原預計採用的德菲法，主在尋求政策之共識，但較無法深入探討哪些項目值得先納入給付。或者可採**焦點團體**，邀集專家學者、實務界、行政部門、地方政府代表共同討論，結果會比較實用。

評論人：社會局

1. 下半期計畫的重點為政策要如何落實。

評論人：勞委會職訓局

1. 就外籍看護工的部分增加說明，傅委員提到以往長照十年計畫著重在居家服務跟社區化服務，造成外籍看護工持續成長，在 1 月 21 號跟行政院報告長照十年計畫面臨的問題，內有提到為什麼外籍看護工會持續增加，主要原因係國人需求，還有除了機構之外，社區和居家資源有限，造成外籍勞工居高不下。
2. 勞委會建議要給付外籍看護工，讓他人數下降，來發展國內照護的資源，鑑於外籍看護工現階段有補充性的功能，建議可以納入長照保險制度人力的一部分，再者照顧管理可建立一致性的評估機制，若被保險人有申請給付的需求，經過照顧管理的一致的評估，可以優先來負擔國內照顧服務資源，慢慢減少外籍勞工的人數，
3. 另外，在勞委會第四項報告有提到，希望未來本勞、外勞照顧福祉條件，可以達到 8%，以漸進式調整比例，另外針對目前已聘請外籍看護工的家庭，初步看法為現在直接改成本國籍看護是否可能衝擊太大。可以看是否期滿再做銜接。

李老師的回應

1. 傅老師跟幾位的意見都很中肯，我們會參考上述建議繼續規劃。

行政院經濟建設委員會
「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」研究計畫
期末報告審查意見

<u>評論人：傅立葉教授</u>

1. 第 81 頁，給付項目的成本效益及家庭負擔的高低，研究團隊在討論的看法上這兩個有衝突的地方。這裡說的成本效益是說怎麼樣減少保險成本，不見得有考量到效益。到底怎麼樣叫做 cost-effectiveness，我們用現金給付，那都在家裡居家照顧而不是機構，這樣成本效益比較好，事實上只是成本比較低，是不是有達到效益，這是需要考慮的。
2. 家庭負擔的部分，這裡是建議優先考量成本效益，比較不考慮家庭負擔。我會想負擔不起的反而最需要政府的介入跟保障，而這裡所謂的成本效益純粹只是保險低，當然我們一方面希望不要太高的成本，一方面如果家庭負擔不起的話，這個政策會…，事實上如果家庭負擔的起，甚至國家都不需要介入。所以我對這樣的觀點比較有保留的看法。
3. 第 84 頁把實物現金混合的給付方式與實物給付兩個做比較，看起來好像比較 prefer 實物與現金給付，因為優點相當的多，但是可能也有一些比較值得考量，比如實物給付的缺點這裡比較多，像外籍看護的問題待面對，可是如果是實物與現金給付也是需要面對外籍看護問題，比如說外籍看護要不要給付現金，剛剛報告也有提到經建會建議外籍看護是自己去付，我本身是贊成這樣的觀點。
4. 第 86 頁談到全日住宿型機構式服務給付，提到專家贊成膳食不給付，比較多贊成住宿費用給付，這跟其他國家不一樣。如果全日住宿型機構去掉膳食給付跟住宿給付的話，那剩下要給付的是什麼？另外一個也要考量的是，這裡主張住宿型機構膳食不給付，可是很多地方提到社區照顧又說要給付包括餐飲，我覺得在社區裡如果要給付餐飲，可是住宿型又不給付膳食，很奇怪。
5. 第 87 頁提到仿照德國選擇部分現金部分實物，可是在前面的分析各家學者比較傾向用日本、荷蘭、韓國的模式，對現金給付比較嚴格規定，比較不支持像德國對現金給付比較寬鬆的方式，我不曉得這裡是不是研究團隊本身的觀念？我個人也是比較傾向原來德菲法做出來的意見，對現金給付比較有一些限制。
6. 第 111 頁第六章，第二點前面有談過以成本效益原則，優先於家庭負擔。前面也有提到相同的意見。
7. 第 112 頁第 1 點講到非屬專業服務，需照顧者得選擇現金給付，這樣子是不是把前面非屬專業服務直接稱為家庭照顧，因為非屬專業服務也有可能是外籍看護，那算不算？或者是其他的。不曉得研究團隊用這樣的字有沒有特殊原因。然後我建議把第四點，為避免現金給付造成家屬領錢而不提供服務，提升到第二點，接著第一點後面直接敘述會比較清楚，或是併入第一點。同樣的問題，第三點談到仿造德國，這和前面德菲法出來的結果是不同。
8. 第 113 頁第 2 點其他服務包括交通接送、營養餐飲服務等等，社區照顧這邊我們

餐飲都有講說要給付，那機構那邊如果連膳食都沒有給付，是不是…，我不曉得是不是刻意主力放在社區，可是我會覺得我們目前機構式服務，發展得太糟糕了，而且未來家庭結構改變，我在想如果可以透過這些機構的給 付，可以藉這個方式整頓機構的照顧品質，這樣比較能真正解決這個問題。接下來第三點又強調仿造德國，為什麼特別喜好德國。

9. 第 114 頁非專業照顧服務的字眼是否有其特殊性。

10. 第 116 頁社區式照護的支付標準，包括餐飲服務在內，可是機構那邊是不給付。

評論人：內政部

1. PPT 裡面的第 8 張給付對象，這邊的身心障礙者應該是身心功能障礙。
2. 第 34 張有關長照保險給付項目的建議，這只是項目，對於給付的次數是不是要再討論？
3. 第 38 張有提到中程要開放機構申請一定比例外籍看護工，但是目前老人福利機構設立標準已經允許可以只要不超過 1/2 的比例申請外籍看護工，這樣的額度，所以目前已經在做，是不是就把他列到中程，這部分可以參考一下。
4. 研究報告裡面提到至少要兩項 ADL 以上才叫失能，目前長照十年是一項，這個之間如何做處理？是否有因應的策略？

評論人：勞委會職訓局

1. 外籍看護工的建議那邊，研究團隊有提到規劃未來可以整合審查的標準，透過長照保險評估的結果來作為考量的依據，未來如何整合在一起，審慎來做評估。

2. 另外有提到，無論是否聘外籍看護工，大部分的專家都認為，應該依照他的需求來給予給付，這個部份我們是贊成經建會的建議，只給實物給付，因為我們認為如果給予現金給付，可能會增加聘雇外籍看工的誘因。

評論人：劉玉蘭參事：

1. PPT 第 35 張長照項目要漸進式的納入，院長那邊也有相同的指示。我的意見是，如果要仿德國分階段納入，可能在我們國家會變成一開始費率是這樣，cover 是這樣，下一次 cover 要放大，但是費率調不起來，即使有立法，就像健保，永遠調不起來，如果這樣就非常危險。我是覺得我們就好好規劃，該放進去就放進去，分階段納入真的很危險。

2. 另外考慮資源的可及性或資源供應的情況，看葉莉莉教授的報告就知道，用稅收的導致地區的差異非常大，如果沒有用保險體制 cover 進去的話，永遠就是地區的差異大，那些永遠都起不來，包括社區沒有涵蓋在裡頭，那更慘，如果一開始就沒有涵蓋社區，那社區就永遠發展不起來。雖然院長有說分階段納入，可是要思考我們的國情跟情況，為什麼我們的資源起不來，有的可能是沒有需求，有的可能是沒有資源放進去所以起不來。我是建議要考慮我們的國情，不要分階段去考量，資源不及的地方，cover 進去之後再逐步去解決，這樣才有辦法解決。

主席：

請楊老師指導一下關於保險費率委員會。

楊志良教授：

1. 將來要擴大一定有擴大的壓力，保費的調整，雖然我們這樣設計理論上是比原來的健保要好一點，但是這樣去做就不知道。

鄧世雄院長：

1. 我覺得長照保險跟健保的條件不太一樣，健保開辦以後急性醫療的費用越來越高，隨著科技的發展一直在往上，以前不給付的現在給，以前給付的現在越來越貴，但是長照保險應該是不太一樣。
2. 費率是一個很大的問題，開辦的時候一定的費率訂出來，給付可以逐步再加，健保是因為開放的項目太多。費率要做合理的預估。

李老師回應：

1. 原則的部分是我們沒有寫得很清楚，應該是說如果同樣的需要，他可以利用社區或居家服務，它是可以取代機構服務，這個基本上在評估的時候我們是把它當作成本效益，它的效益是看說他的身體功能的改善。
2. 現金與實物給付這個部分，大家討論時覺得，在剛開辦的時候現金跟實物並行，現金可能是補實物的不足，所以在這種狀況下才會一直以德國，就是比較明顯的是它的例子。日本因為他現金非常的嚴格，沒有特別去提，因為德國是最典型的例子。
3. 住宿費用跟餐飲費用的部分，我們一般長照給付的是像物理治療這種專業服務，另外就是類似居家服務這樣的服務，那一塊是在的，一般來講現在大部分社會保險都以這個部分為主，在膳宿的部分就沒有涵蓋，那日本也是一樣，現在是改成都一起付，這是原來最早就建議膳宿不給付，但是這次有考量健保也是有給付住的部分，我們就必須考量要用甚麼樣的方式，他才願意用比較低成本的來替代，我覺得這一塊也不是現在決定，如果給付水準出來之後會更清楚。
4. 在現金給付有提到非屬專業服務，就是希望去強調家人可以做的部分，我沒有直接用居家服務是因為，主要是去強調專業跟非專業以及專業跟半專業的不同。
5. 整頓機構品質的部分真的是很重要，所以我們有提到只給付有評鑑的機構，將來評鑑能做得很好，就能讓機構品質的部分有所提升。
6. 內政府有提到給付次數，這其實是比較執行面細節，我個人的看法是我們總是要先決定長照保險的規模，從上而下再來決定，當然這是一個雙方的，可是如果上面沒有決定，後面再講都是白講，我會建議這個部分大致有個方向之後，決定在某一個額度之下打算給付多少，接下來才會有這些東西。有一個 top-down 的程序，但是一樣有消費者、付費者的共同參與。
7. 機構聘外勞那個部分確實現在就有，我們強調的是外展服務的部分。
8. 給付標準的部分，一開始討論的時候大家是說 ADL 是兩項，這一點就不在回應，

這應該是下一階段去處理的細節。

9. 勞委會有提到外籍看護工，這個部份我們並沒有太多特別的看法，我們只是先提出比較能夠做，倒不是說長照的評估要跟外籍看護工評估一定非在同一個機構，而是說他標準一致，也不排除將來長照這邊做的不錯，那邊評估由我們來做也是可能的。像德國的 MDK 是在作 DRG 的品質確保，有長照保險之後轉型去做有關於照護評估，單位我想是看他工作出來的好壞，如果做的很好工作就會慢慢集中。
10. 劉參事提到的是很實際的問題，最早我也在講說資源不足沒有關係，只要錢放進去它就會長出來，所以我剛提的是另外一個想法，不是社區就不 care，而是它是用別的預算，用預算的方式。有一個非常重要的關鍵，價格真的是太低了，另外一個是量的問題，會讓大家沒有意願去拓展服務，那當然還有很多的問題需要解決，如果我們是用整體預算的方式，就比較能夠去涵蓋那個單位該有的生存空間。這個部分是可以長得比較快，過去健保也有相當多這樣的例子都是這樣做的，不至於完全沒有。我只是提一個想法，究竟要不要分階段，我覺得是可以在後段政策評估時可以繼續再討論。
11. 更重要的我覺得是到底長照保險甚麼時候要開辦？如果時間拖的久的話，可能這些問題並不是那麼大的問題，如果這中間我們透過長照十年計畫作一些轉型的話，讓資源長出來，那將來這一些都不是我們需要憂慮問題。
12. 鄭院長剛剛提到，確實長照跟健保是不同。

附件三 邀請德菲法專家問卷名單

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」

邀請德菲法專家問卷名單

專家姓名	服務機構
林木泉	門諾醫院醫務策劃部主任
宋維村	若瑟醫院 院長
鄭若瑟	八里療養院院長
周煌智	凱旋醫院副院長
林知遠	玉里榮民醫院副院長
石惠文	花蓮縣衛生局督導
甄瑞興	台北市立聯合醫院仁愛院區　神經內科主任
林愛貞	高雄市苓雅區建國一路 352 號 護理部主任
林偉峰	財團法人私立廣恩老人養護中心執行長
陳敏雄	兆如老人養護中心院長
賴添福	財團法人苗栗縣私立海青老人養護中心理事長
張美珠	立心基金會 秘書長
林茂安	財團法人嘉義基督教醫院(院長特助)
王素琴	台大醫院北護分院護理部主任
鄧世雄	耕莘醫院永和分院院長
吳玉琴	老人福利推動聯盟秘書長
彭美琪	台北縣長期照顧管理中心主任
蔡芳文	雙連安養中心執行長
謝東儒	中華民國殘障聯盟秘書長
劉玉蘭	經建會參事
曾中明	內政部常務次長
曲同光	衛生署健保小組副召集人
黃美娜	衛生署護理及健康照護處處長
許銘能	台北縣衛生局局長
周麗華	台北市政府社會局副局長

林萬億	台灣大學社會工作學系教授
葉莉莉	成功大學護理系副教授
張媚	台大護理系副教授
吳肖琪	陽明大學衛生福利研究所教授
李世代	國立台北護理學院長期照護研究所所長
戴玉慈	台大護理系教授
王　正	中正大學社會福利學系教授
吳淑瓊	台灣大學衛生政策與管理研究所教授
王增勇	陽明大學衛生福利研究所副教授
李光廷	萬能科技大學國際企業系副教授
周月清	陽明大學衛生福利研究所教授
林麗嬋	陽明大學臨床護理研究所教授
胡名霞	台灣大學物理治療學系副教授
高森永	國防醫學院公共衛生系系主任
陳正芬	中國文化大學社會福利學系助理教授
陳惠姿	輔仁大學護理系副教授
傅立葉	政治大學社會工作研究所副教授
鄭文輝	南華大學非營利事業管理學系教授
詹火生	兩岸共同市場基金會董事長
楊志良	亞洲大學健康學院院長
鄭清霞	中正社會福利學系副教授
王雲東	台灣大學社會工作學系助理教授
盧瑞芬	長庚大學醫務管理系教授
呂寶靜	政治大學社會工作學系教授

附件四 社會福利團體專家座談會名單

經濟建設委員會委託「長期照護保險法給付方式及給付項目之評估」

研究計畫社福團體專家邀請名單

姓名	單位與職稱
吳玉琴	中華民國老人福利推動聯盟秘書長
潘兆萍	中華民國自閉症總會理事長
陳穎叡	中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長
王美鳳	中華民國康復之友聯盟秘書長
林惠芳	中華民國智障者家長總會秘書長
王幼玲	中華民國殘障聯盟秘書長
謝東儒	中華民國殘障聯盟副秘書長
雷游秀華	中華民國發展遲緩兒童基金會董事長
蔡再相	中華視障聯盟副秘書長
劉蓉台	台北市康復之友協會總幹事
李岳穎	台灣女人連線執行秘書
蔡宛芬	台灣女人連線前執行秘書
湯麗玉	社團法人台灣失智症協會秘書長
王榮璋	台灣社會福利總盟前秘書長
曹愛蘭	台灣社會福利總盟秘書長
何碧珍	台灣婦女團體全國聯合會秘書長
黃玉華	伊甸社會福利基金會中區殘障服務中心區長
賴美智	財團法人第一社會福利基金會創辦人及專業總監
孫友聯	勞工陣線秘書長
舒靜嫻	陽光社會福利基金會副執行長
林金梅	運動神經元疾病病友協會(漸凍人協會)秘書長
孫一信	陳節如立委辦公室主任
溫吉祥	中華民國脊髓損傷者聯合會秘書長
金林	台北市心生活協會理事長

姓名	單位與職稱
曾敏傑	罕見疾病基金會董事長、台北大學社工系副教授
楊永祥	罕見疾病基金會副執行長
張秘書	罕見疾病基金會秘書
滕西華	督保盟發言人
林首成	台北市心理復健家屬聯合會(精障家屬)
吳肖琪 林麗嬋	陽明大學衛福所教授 陽明大學臨床暨社區護理研究所教授

經濟建設委員會委託「長期照護保險法給付方式及給付項目之評估」

研究計畫 98 年 4 月 25 日社福團體專家出席名單

姓名	單位與職稱
林麗嬋	陽明大學臨床暨社區護理研究所教授
吳玉琴	中華民國老人福利推動聯盟秘書長
潘兆萍	中華民國自閉症總會理事長
陳穎叡	中華民國家庭照顧者關懷協會秘書長
王美鳳	中華民國康復之友聯盟秘書長
王幼玲	中華民國殘障聯盟秘書長
雷游秀華	中華民國發展遲緩兒童基金會董事長
蔡再相	中華視障聯盟副秘書長
劉蓉台	台北市康復之友協會總幹事
蔡宛芬	台灣女人連線前執行秘書
何碧珍	台灣婦女團體全國聯合會秘書長
孫友聯	勞工陣線秘書長
林金梅	運動神經元疾病病友協會(漸凍人協會)秘書長
溫吉祥	中華民國脊髓損傷者聯合會秘書長
金林	台北市心生活協會理事長
楊永祥	罕見疾病基金會副執行長
林首成	台北市心理復健家屬聯合會

附件五 長期照護保險法給付制度專家德菲法第一次與第二次問卷以及社福團體專家座談問卷

長期照護保險法給付制度專家德菲法問卷

各位學者、專家：

您好，行政院擬於後年開辦「長期照護保險」(簡稱長照保險)。本研究團隊接受經建會委託，擬對該保險之給付制度提出政策建議。為提高政策規畫之可行性與適當性，本研究擬藉德菲法問卷調查，廣泛收集學者與實務界專家意見，提供政策規劃之參考。素仰　您在長期照護領域之專業素養與豐碩之研究（實務）經驗，本研究擬邀請您擔任德菲法問卷之專家，如蒙慨允不勝感激。

本問卷分成給付政策、給付項目、財務制度三部份。(部份題目係協助體制法令組楊志良老師及財務組鄭文輝老師收集)。本問卷將進行兩輪之調查，第一次結果出來後，將提供統計資料俾利第二次填答之參考。

問卷中有些問題採五點式的李克特式量表（Likert scale），以 1-5 分表達對各題目之態度：1 分代表非常不贊成，3 分代表沒意見，5 分代表非常贊成。

基於規劃時限，特別商請 您於 4 月 6 日前將問卷寄回或傳真（02-2823-6378）回本所；不情之請敬請見諒，若能直接以 Email 回傳更是萬分感謝。

再次感謝您的熱心協助。我們會在第二次調查時，奉贈薄酬。若有任何問題請洽本人或研究助理陳衍蒨（電話:02-2826-7055）。敬祝

春祺！

計劃主持人:陽明大學衛生福利研究所李玉春

協同主持人/研究員：林志鴻、葉玲玲、蔡誾誾、黃昱曈　敬上

第一部份：長照保險給付對象與給付政策

說明：以下問題有關贊成程度，<u>請以 Likert scale 1-5 分表達，請圈選適當數字</u>

<table>
<tr><th>有關長照保險之規劃</th><th>非常不贊成 (1)</th><th>不贊成 (2)</th><th>沒意見 (3)</th><th>贊成 (4)</th><th>非常贊成 (5)</th></tr>
<tr><td>1.您是否<u>贊成</u>長照保險應採全民強制納保（即不限制年齡）？</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2.您是否<u>贊成</u>納保（保險）對象應限制年齡?
（<u>贊成者請填答</u>）應限制幾歲以上的人強制納保?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="5">__________歲</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3.您是否<u>贊成</u>保險給付對象應該排除某些對象？
（<u>贊成者請填答</u>）:建議排除對象：</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>4.除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項 ADL 失能，才能納入給付對象？</td><td colspan="5">__________項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">5.您是否<u>贊成</u>將 IADL 失能者亦納入給付對象（<u>Likert</u> 1-5 分）？
（<u>贊成者請填答</u>）您建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="5">__________項</td></tr>
<tr><td rowspan="2">6.您是否<u>贊成</u>仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者？
（<u>贊成者請填答</u>）您建議失能時間應訂在多久？</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td colspan="5">__________月</td></tr>
<tr><td>7. 全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護)，您是否<u>贊成</u>由全民健保給付？</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>8. 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否<u>贊成</u>給付住宿費用？</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>9. 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否<u>贊成</u>給付膳食費用？</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>10. 除實物給付（服務）外，您是否<u>贊成</u>保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>11. 若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？</td><td colspan="5">__________%</td></tr>
</table>

12. *在長照保險開辦初期*，領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外；您是否贊成應訂定領取現金給付之條件？**(複選)** a. 不需要 b. 限在長照資源不足地區 c. 家屬需有照顧服務員資格 d. 開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久 e. 全年未利用長照保險給付 其他條件（請說明）	________
13. *長照保險開辦十年後*，您對上題的答案為何？**(複選)** *其他限制條件建議*（請說明）	________
14. 長照保險若給付全日型機構式服務，是否應符合下列條件，才能獲得全日型機構式服務給付？（可複選） a. 被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙） b. 自宅附近無法提供居家式服務 c. 家中無照顧者,或親朋已無法負荷 d. 被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態 e. 被照顧者有危險發展趨勢 其它（請說明）:	________

15.被照顧者若符合長照保險居家服務給付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供之居家服務，你較贊成以下列何種方式給付？ a. 不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付） b. 若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付 c. 若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近） 其他建議（請說明）	________

第二部份：保險給付項目

決定長照保險給付項目之優先順序，除考量整體財務可負擔性（負擔得起）與保險對象需要外，主要考量普及性（公平性，讓較多人的需要能被滿足）、成本效益、及個別家庭負擔（自費時自行負擔費用之高低）；這些原則有些可能相互衝突，例如：若優先考量個別家庭負擔高低，可能優先給付機構式照護，但可能違反成本效益及普及性（公平性）原則。因此以下就這些*原則的重要性做兩兩比較，請教您對這些原則重要性之看法*。例如：若認為「普及性」原則之重要性為「成本效益」之二倍則填寫 2:1。若認為「普及性」原則之重要性為「成本效益」之一半則填寫 1/2：1 或 1：2

普及性：成本效益 ＝ ______：_____

普及性 ：家庭負擔 ＝ ______：_____

成本效益：家庭負擔 ＝ ______：_____

針對下列服務項目，請依據「普及性」、「成本效益」與「家庭負擔」三項原則，各自評量是否贊成將該服務納入給付（以 Likert 1-5 分代表非常不贊成（1 分）到非常贊成（5 分））？例如若認為給付居家護理服務，非常能夠達成普及性、成本效益原則，但家庭負擔較輕（故較不贊成納入），則在普及性、成本效益兩欄皆填寫 5 分，家庭負擔填寫 2 分（或 1 分）。另外，若開辦初期有現金給付，您是否贊成將該服務納入給付？

服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）
	普及性	成本效益	家庭負擔	
居家式服務				
居家護理				
居家復健				
居家營養				
居家服務（日間）				
居家服務（夜間）				
喘息服務				
沐浴服務				
照顧管理指導				
居家用藥指導				
其他(說明)				
其他(說明)				
其他(說明)				
其他(說明)				
其他(說明)				

服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）
	普及性	成本效益	家庭負擔	
社區式服務				
日（夜）間照護				
社區復健				
家庭托顧				
失智者安全看顧				
失智者照護中心				
失智者團體家屋				
交誼中心（club house，精神障礙者）				
喘息服務				
其他(說明)				
其他(說明)				
機構式服務				
慢性病房				
護理之家				
長期照護機構				
養護機構				
失智者安全看顧				
喘息服務				
安養中心				
康復之家				
身心障礙福利機構				
其他(說明)				
其他(說明)				
其他服務				
輔具租借				
輔具購買				
住宅無障礙環境改善				
送餐服務				
交通接送服務				
照顧者照顧諮詢				
照顧者照顧訓練				
照顧者支持服務				
其他(說明)				
其他(說明)				

第三部份：保險財務

1. 2008 年全民健保之醫療費用（含部份負擔）約佔 GDP 之 3.5%。在台灣經濟正常發展的前提下，以台灣的國民所得，您認為未來開辦之長照保險，其總體規模應占 GDP 或全民健保的多少百分比，較為適宜? ________%GDP；___%健保

2. 目前健保**總體保費**中，勞（個人）、資（雇主）、政（政府）三方平均的保險費分擔比例約為 39%：35%：26%。未來長照保險領取給付的對象多數為老人，因此有學者建議雇主的負擔應酌予減少。目前鄭文輝老師之研究提出下列兩方案，兩案皆假設榮民、低收入戶之保費分擔設計皆與健保相同，對於其餘身份的人，其長照保險勞、資、政保費分擔比例，*你贊成下列哪一方案（甲案或乙案）？（若無偏好，可填無意見）* ______________

（1） 甲案：勞、資、政平均負擔為 34：24：42

勞、資、政之分擔比例依身分不同分別為：
受雇者（30：40：30），農漁民（30：0：70），其他（50：0：50）
說明：a.各類目被保險人負擔率與 1.5 代健保相同，可行性高。b.減輕雇主負擔比率，減少推行阻力。

（2） 乙案：勞、資、政平均負擔為 38：21：41

勞、資、政之分擔比例依身分不同分別為：
受雇者（40：35：25），非受雇者（40：0：60）
說明：各類目被保險人負擔率一致，消弭負擔不公平之爭議。勞、資、政三方負擔比例接近 40：20：40 之理想。
其他建議方案（請說明）：____

3. 假設未來長照保險之居家服務與機構服務給付上限相同、機構不給付食宿費用、部分負擔訂有上限，且經濟弱勢者可減免部分負擔，*你贊成*下列長照保險「部分負擔」的*哪一方案（甲案或乙案）？（若無偏好，可填無意見）* _________

（1） 甲案：一律 10%（日本作法）。

（2） 乙案：居家、社區 10%，機構 15%（韓國作法）。

（3） 其他（請說明）____

再次感謝您的協助，請再檢視一次是否有遺漏之處。

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」

第二次德菲法專家問卷

各位學者、專家：

您好！感謝您在第一次德菲專家問卷中之填答，您的參與是本研究的一大動力，懇請您繼續填寫第二次之專家問卷，俾使本研究搜集您完整而本貴的意見。

第二次德菲專家問卷為彙整第一次問卷之意見，修整並加以統計分析，提供群體統計資料結果以及您上回填寫之資料予您，以作為此問卷之參考。

基於規劃時限，特別商請 您於4月17日前將問卷寄回或傳真（02-2823-6378）回本所；不情之請敬請見諒，若能直接以Email回傳更是萬分感謝。

再次感謝您的熱心協助。若有任何問題請洽本人或研究助理陳衍蒨（電話:02-2826-7055）。敬祝

春琪！

計劃主持人:陽明大學衛生福利研究所李玉春

協同主持人/研究員：林志鴻、葉玲玲、蔡誾誾、黃昱曈　敬上

一、專家個人基本資料

現職職稱	
年齡	□1.31~35 歲 □2.36~40 歲 □3.41~45 歲 □4.46~50 歲 □5.51~55 歲 □6.55~60 歲 □7.50 歲以上
所屬領域	
目前職務年資	年。
在職年資	年。

二、統計資料意義：

平均數(Mean)：專家群認同程度之算數平均數，瞭解專家群意見的集中趨勢。

中位數(Median)：專家群認同程度依小至大之順序排列，居於中央之數值。

標準差(SD)：專家群認同程度之變異情形，瞭解專家群意見之離散程度。

第一部份：長照保險給付對象與給付政策

說明：以下問題有關贊成程度，請以 Likert scale 1-5 分表達，請圈選適當數字

第二次答案						第一次答案			
有關長照保險之規劃	非常不贊成(1)	不贊成(2)	沒意見(3)	贊成(4)	非常贊成(5)	您的答案	群體的答案 平均數(Mean)	中位數(Median)	標準差(SD)
1.您是否贊成長照保險應採全民強制納保(即不限制年齡)?	1	2	3	4	5		3.88	5.00	1.45
2.您是否贊成納保（保險）對象應限制年齡?	1	2	3	4	5		2.90	2.50	1.52
（*贊成者請填答*）應限制幾歲以上的人強制納保?	________歲							N	（%）
							6 歲	1	6.25
							20 歲	3	18.75
							25 歲	4	25.00
							30 歲	2	12.50
							40 歲	4	25.00
							55 歲	1	6.25
							60 歲	1	6.25
3.您是否贊成保險給付對象應該排除某些對象？	1	2	3	4	5		2.10	2.00	1.30
（*贊成者請填答*）:*建議排除對象：*							精障者	2	33.33
							高所得	1	16.67
							完全可自理照顧者	1	16.67
							早療小朋友	1	16.67
							輕度以下需要照顧者	1	16.67
4.除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項	________項						2.43	2.00	1.68

第二次答案						第一次答案			
有關長照保險之規劃	非常不贊成(1)	不贊成(2)	沒意見(3)	贊成(4)	非常贊成(5)	您的答案	群體的答案		
							平均數(Mean)	中位數(Median)	標準差(SD)
ADL 失能，才能納入給付對象？									
5.您是否贊成將 IADL 失能者亦納入給付對象（Likert 1-5 分）？	1	2	3	4	5		3.28	4.00	1.13
（*贊成者請填答*）您建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？	________項						2.53	2.00	1.25
6.您是否贊成仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者？	1	2	3	4	5		4.09	4.00	1.04
（*贊成者請填答*）您建議失能時間應訂在多久？	________月						5.54	6.00	1.84
7. 全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護)，您是否贊成由全民健保給付？	1	2	3	4	5		3.91	4.00	1.08
8. 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付住宿費用？	1	2	3	4	5		3.50	4.00	1.38
9. 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付膳食費用？	1	2	3	4	5		2.65	2.00	1.41
10. 除實物給付(服務)外，您是否贊成保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出?	1	2	3	4	5		3.82	4.00	0.97
11. 若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，	________%						43.75	40.00	15.81

<table>
<tr><th colspan="6">第二次答案</th><th colspan="4">第一次答案</th></tr>
<tr><th rowspan="2">有關長照保險之規劃</th><th rowspan="2">非常不贊成(1)</th><th rowspan="2">不贊成(2)</th><th rowspan="2">沒意見(3)</th><th rowspan="2">贊成(4)</th><th rowspan="2">非常贊成(5)</th><th rowspan="2">您的答案</th><th colspan="3">群體的答案</th></tr>
<tr><th>平均數(Mean)</th><th>中位數(Median)</th><th>標準差(SD)</th></tr>
<tr><td>您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？</td><td colspan="5"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">第二次答案</th><th colspan="4">第一次答案</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">有關長照保險之規劃</td><td colspan="2" rowspan="2">您的答案</td><td colspan="2">群體的答案</td></tr>
<tr><td>N</td><td>%</td></tr>
<tr><td rowspan="5">12. 在長照保險開辦初期，領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外；您是否贊成應訂定領取現金給付之條件？(複選)
f. 不需要
g. 限在長照資源不足地區
h. 家屬需有照顧服務員資格
i. 開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
j. 全年未利用長照保險給付
其他條件（請說明）</td><td rowspan="5">________</td><td>A</td><td></td><td>7</td><td>21.21</td></tr>
<tr><td>B</td><td></td><td>21</td><td>63.21</td></tr>
<tr><td>C</td><td></td><td>18</td><td>54.55</td></tr>
<tr><td>D</td><td></td><td>8</td><td>24.24</td></tr>
<tr><td>E</td><td></td><td>4</td><td>12.12</td></tr>
<tr><td rowspan="5">13. 長照保險開辦十年後，您對上題的答案為何？(複選)
其他限制條件建議（請說明）</td><td rowspan="5">________</td><td>A</td><td></td><td>5</td><td>17.24</td></tr>
<tr><td>B</td><td></td><td>14</td><td>48.28</td></tr>
<tr><td>C</td><td></td><td>16</td><td>55.17</td></tr>
<tr><td>D</td><td></td><td>3</td><td>10.34</td></tr>
<tr><td>E</td><td></td><td>5</td><td>17.24</td></tr>
</table>

第二次答案		第一次答案			
有關長照保險之規劃		您的答案		群體的答案	
				N	%
14. 長照保險若給付全日型機構式服務，是否應符合下列條件，才能獲得全日型機構式服務給付？（可複選） f. 被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙） g. 自宅附近無法提供居家式服務 h. 家中無照顧者,或親朋已無法負荷 i. 被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態 j. 被照顧者有危險發展趨勢 其它（請說明）:	________	**A**		30	90.91
		B		18	54.55
		C		26	78.79
		D		19	57.58
		E		19	57.58
15.被照顧者若符合長照保險居家服務給付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供之居家服務，你較贊成以下列何種方式給付？ d. 不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付） e. 若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付 f. 若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近） 其他建議（請說明）	____________	**A**		19	57.58
		B		4	12.12
		C		7	21.21

第二部份：保險給付項目

決定長照保險給付項目之優先順序，除考量整體財務可負擔性（負擔得起）與保險對象需要外，主要考量普及性（公平性，讓較多人的需要能被滿足）、成本效益、及個別家庭負擔（自費時自行負擔費用之高低）；這些原則有些可能相互衝突，例如：若優先考量個別家庭負擔高低，可能優先給付機構式照護，但可能違反成本效益及普及性（公平性）原則。因此以下就這些*原則的重要性做兩兩比較，請教您對這些原則重要性之看法*。例如：若認為「普及性」原則之重要性為「成本效益」之二倍則填寫 2:1。若認為「普及性」原則之重要性為「成本效益」之一半則填寫 1/2：1 或 1：2

第二次答案	**第一次答案**			
	您的答案（比值）	群體的答案		
		平均數 (Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
普及性：成本效益 ＝ ______：_______		1.71	2.00	0.99
普及性 ：家庭負擔 ＝ ______：______		1.32	1.00	0.82
成本效益：家庭負擔 ＝ ______：_____		1.08	1.00	0.61

針對下列服務項目，請依據「普及性」、「成本效益」與「家庭負擔」三項原則，各自評量是否贊成將該服務納入給付（以 Likert 1-5 分代表非常不贊成（1 分）到非常贊成（5 分））？例如若認為給付居家護理服務，非常能夠達成普及性、成本效益原則，但家庭負擔較輕（故較不贊成納入），則在普及性、成本效益兩欄皆填寫 5 分，家庭負擔填寫 2 分（或 1 分）。另外，若開辦初期有現金給付，您是否贊成將該服務納入給付？

第二次答案					第一次答案															
					您的答案				群體答案											
服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
	普及性	成本效益	家庭負擔		普及性	成本效益	家庭負擔		普及性			成本效益			家庭負擔					
									Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
居家式服務																				
居家護理									4.56	5.00	0.75	4.32	5.00	1.12	3.48	4.00	1.25	4.21	5.00	1.09
居家復健									3.82	4.00	1.14	3.85	4.00	1.37	3.39	3.00	1.03	3.74	4.00	1.29
居家營養									3.12	3.00	1.32	3.15	3.00	1.50	2.56	2.50	1.13	2.61	3.00	1.32
居家服務（日間）									4.65	5.00	0.69	4.35	5.00	0.98	3.85	4.00	1.25	4.42	5.00	0.94
居家服務（夜間）									3.76	4.00	1.30	3.82	4.00	1.29	3.67	4.00	1.22	3.79	4.00	1.32
喘息服務									4.53	5.00	0.79	4.44	5.00	0.93	3.91	4.00	1.31	4.29	5.00	1.19
沐浴服務									3.48	4.00	1.35	3.45	4.00	1.42	3.09	3.00	1.33	3.53	4.00	1.42
照顧管理指導									3.78	4.00	1.18	3.53	4.00	1.52	3.03	3.00	1.47	3.00	2.50	1.48
居家用藥									3.56	4.00	1.27	3.41	4.00	1.41	2.81	3.00	1.18	2.85	2.00	1.42

第二次答案					第一次答案															
					您的答案				群體答案											
服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5分）		
	普及性	成本效益	家庭負擔		普及性	成本效益	家庭負擔		普及性			成本效益			家庭負擔					
									Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
指導																				
其他(說明)																				
其他(說明)																				
社區式服務																				
日（夜）間照護									4.29	5.00	1.00	4.18	5.00	1.18	3.50	4.00	1.24	4.21	5.00	1.22
社區復健									4.18	4.50	1.00	4.09	5.00	1.16	3.16	3.00	1.17	3.82	4.00	1.31
家庭托顧									3.39	3.00	1.17	3.34	3.00	1.31	3.39	4.00	1.20	3.38	4.00	1.48
失智者安全看顧									4.00	4.00	1.07	3.76	4.00	1.20	3.78	4.00	1.16	3.88	4.00	1.24
失智者照護中心									4.12	4.00	0.98	4.15	4.00	1.06	3.66	4.00	1.29	3.94	4.00	1.30
失智者團體家屋									3.76	4.00	1.16	3.76	4.00	1.25	3.38	4.00	1.41	3.39	4.00	1.41

第二次答案					第一次答案															
					您的答案				群體答案											
服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
	普及性	成本效益	家庭負擔		普及性	成本效益	家庭負擔		普及性			成本效益			家庭負擔					
									Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
交誼中心（club house，精神障礙者）									3.55	4.00	1.34	3.33	4.00	1.54	2.97	3.00	1.38	3.13	4.00	1.50
喘息服務									4.52	5.00	0.80	4.31	5.00	0.93	3.81	4.00	1.30	4.34	5.00	1.07
其他(說明)																				
其他(說明)																				
機構式服務																				
慢性病房									3.16	3.00	1.48	3.03	3.00	1.40	3.43	4.00	1.50	2.74	3.00	1.50
護理之家									4.44	5.00	0.82	4.22	4.50	0.94	4.12	5.00	1.29	4.29	5.00	1.12
長期照護機構									4.29	5.00	1.00	4.25	4.50	0.92	4.00	5.00	1.32	4.32	5.00	1.12
養護機構									4.44	5.00	0.82	4.22	4.00	0.87	3.91	5.00	1.35	4.26	5.00	1.14
失智者安全看顧									3.82	4.00	1.31	3.88	4.00	1.13	3.88	4.00	1.34	3.75	4.00	1.27
喘息服務									4.38	5.00	0.89	4.42	5.00	0.79	3.79	4.00	1.36	4.15	5.00	1.28

第二次答案					第一次答案															
					您的答案				群體答案											
服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
	普及性	成本效益	家庭負擔		普及性	成本效益	家庭負擔		普及性			成本效益			家庭負擔					
									Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
安養中心									2.84	3.00	1.39	2.84	3.00	1.39	2.94	3.00	1.39	2.58	2.00	1.43
康復之家									3.75	4.00	1.11	3.58	4.00	1.23	3.42	3.00	1.26	3.52	4.00	1.35
身心障礙福利機構									3.94	4.00	1.12	3.87	4.00	1.14	3.52	4.00	1.33	3.66	4.00	1.32
其他(說明)																				
其他(說明)																				
其他服務																				
輔具租借									4.39	5.00	0.83	4.30	5.00	0.95	3.52	4.00	1.37	3.97	5.00	1.42
輔具購買									4.06	4.50	1.16	3.69	4.00	1.06	3.47	4.00	1.29	3.67	4.00	1.47
住宅無障礙環境改善									4.03	4.00	1.13	3.67	4.00	1.22	3.73	4.00	1.26	3.53	4.00	1.37
送餐服務									3.71	4.00	1.30	3.42	4.00	1.31	3.19	3.00	1.25	3.09	3.00	1.49
交通接送服務									4.10	4.00	0.94	3.74	4.00	1.00	3.61	4.00	1.12	3.53	4.00	1.29
照顧者照顧諮詢									4.16	5.00	1.14	3.94	4.00	1.01	3.16	3.00	1.37	3.42	4.00	1.54

第二次答案					第一次答案															
					您的答案				群體答案											
服務項目	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）			開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
	普及性	成本效益	家庭負擔		普及性	成本效益	家庭負擔		普及性			成本效益			家庭負擔					
									Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
照顧者照顧訓練									4.31	5.00	0.90	4.06	4.00	0.98	3.44	4.00	1.34	3.73	4.00	1.48
照顧者支持服務									4.13	4.00	1.02	4.03	4.00	0.84	3.45	4.00	1.29	3.53	4.00	1.59
其他(說明)																				
其他(說明)																				

第三部份：保險財務

1. 2008 年全民健保之醫療費用（含部份負擔）約佔 GDP 之 3.5%。在台灣經濟正常發展的前提下，以台灣的國民所得，您認為未來開辦之長照保險，**其總體規模應占 GDP 或全民健保的多少百分比，較為適宜? ______ %GDP；______%健保**

<table>
<tr><th colspan="2">第二次答案</th><th colspan="8">第一次答案</th></tr>
<tr><td rowspan="4">____%
GDP</td><td rowspan="4">____%
健保</td><td colspan="2" rowspan="2">您的答案</td><td colspan="6">群體的答案</td></tr>
<tr><td colspan="3">GDP（%）</td><td colspan="3">健保（%）</td></tr>
<tr><td>GDP（%）</td><td>健保（%）</td><td>Mean</td><td>Median</td><td>SD</td><td>Mean</td><td>Median</td><td>SD</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>1.62</td><td>1.00</td><td>1.70</td><td>33.57</td><td>27.00</td><td>40.9</td></tr>
</table>

2. 目前健保總體保費中，勞（個人）、資（雇主）、政（政府）三方平均的保險費分擔比例約為 39%：35%：26%。未來長照保險領取給付的對象多數為老人，因此有學者建議雇主的負擔應酌予減少。目前鄭文輝老師之研究提出下列兩方案，兩案皆假設榮民、低收入戶之保費分擔設計皆與健保相同，對於其餘身份的人，其長照保險勞、資、政保費分擔比例，*你贊成下列哪一方案（甲案或乙案）？（若無偏好，可填無意見）* ____________

（1） 甲案：勞、資、政平均負擔為 34：24：42

勞、資、政之分擔比例依身分不同分別為：

受雇者（30：40：30），農漁民（30：0：70），其他（50：0：50）

說明：a.各類目被保險人負擔率與 1.5 代健保相同，可行性高。b.減輕雇主負擔比率，減少推行阻力。

（2） 乙案：勞、資、政平均負擔為 38：21：41

勞、資、政之分擔比例依身分不同分別為：

受雇者（40：35：25），非受雇者（40：0：60）

說明：各類目被保險人負擔率一致，消弭負擔不公平之爭議。勞、資、政三方負擔比例接近 40：20：40 之理想。

其他建議方案（請說明）：________________________________

第二次答案	第一次答案								
	您的答案	群體的答案							
		甲		乙		無意見		其他	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		8	25.00	16	50.00	5	15.60	3	9.38

3. 假設未來長照保險之居家服務與機構服務給付上限相同、機構不給付食宿費用、部分負擔訂有上限，且經濟弱勢者可減免部分負擔，*你贊成*下列長照保險「部分負擔」的*哪一方案（甲案或乙案）？（若無偏好，可填無意見）*__________

（1） 甲案：一律 10%（日本作法）。

（2） 乙案：居家、社區 10%，機構 15%（韓國作法）。

（3） 其他（請說明）____

第二次答案	第一次答案								
	您的答案	群體的答案							
		甲		乙		無意見		其他	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		11	32.35	19	55.88	1	2.94	3	8.82

再次感謝您的協助，請再檢視一次是否有遺漏之處。

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」

社福團體專家座談問卷

各位社福團體專家：

您好！感謝您參與本次座談，提供寶貴意見。先前我們曾針對三十餘位學者、實務界專家、與社福團體代表，針對長照保險給付制度，進行德菲法問卷調查。本次座談若您願意多提供更系統性的建議，也歡迎您填寫此分問卷(已略簡化)。我們也附上第一次德菲法問卷統計資料(見註)，供您填答參考。您的協助對建立台灣之長照照顧保險，將有很重要且實質之貢獻，

再次感謝您的熱心協助。請於會後將問卷交給工作人員。若日會後還有任何其他寶貴建議，請隨時與本人連絡（電話:02-2826-7055）。

計劃主持人:陽明大學衛生福利研究所李玉春

協同主持人/研究員：林志鴻、葉玲玲、蔡閨閨、黃昱曈　敬上 4.14

註：統計資料意義：平均數(Mean)：專家群贊同程度（1-5分）之算數平均數，代表集中趨勢。中位數(Median)：專家群贊同程度（1-5分）由最小排至最大，居於中央之數值。
標準差(SD)：專家群贊同程度之變異情形。

基本資料

服務單位	
年資	年
年齡	□ 1.<=40 歲 □ 2.41-50 歲 □ 3.51~60 歲 □ 4.61~70 歲 □ 5. 70 歲以上
長期照護政策、研究或實務年資	年

第一部份：長照保險給付對象與給付政策

說明：以下問題有關贊成程度，請以 Likert scale 1-5 分表達，請圈選適當數字

您的答案						第一次 **Delphi** 答案		
有關長照保險之規劃	**非常不贊成 (1)**	**不贊成 (2)**	**沒意見 (3)**	**贊成 (4)**	**非常贊成 (5)**	群體的答案		
						平均數(Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
1.您是否贊成長照保險應採全民強制納保（即不限制年齡）?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	3.88	5.00	1.45
2.您是否贊成納保（保險）對象應限制年齡?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	2.90	2.50	1.52
（*贊成者請填答*）應限制幾歲以上的人強制納保?	**_________歲**						N	（%）
						6 歲	1	6.25
						20 歲	3	18.75
						25 歲	4	25.00
						30 歲	2	12.50
						40 歲	4	25.00
						55 歲	1	6.25
						60 歲	1	6.25
3.您是否贊成保險給付對象應該排除某些對象？	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	2.10	2.00	1.30
（*贊成者請填答*）:	*建議排除對象：*						N	（%）
						精障者	2	33.33
						高所得	1	16.67

您的答案						第一次 Delphi 答案		
有關長照保險之規劃	非常不贊成 (1)	不贊成 (2)	沒意見 (3)	贊成 (4)	非常贊成 (5)	群體的答案		
						平均數(Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
						完全可自理照顧者	1	16.67
						早療小朋友	1	16.67
						輕度以下需要照顧者	1	16.67
4.除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項 ADL 失能，才能納入給付對象？	________**項**					2.43	2.00	1.68
5.您是否贊成將 IADL 失能者亦納入給付對象（Likert 1-5 分）？	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	3.28	4.00	1.13
（*贊成者請填答*）您建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？	________**項**					2.53	2.00	1.25
6.您是否贊成仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者？	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	4.09	4.00	1.04
（*贊成者請填答*）您建議失能時間應訂在多久？	________**月**					5.54	6.00	1.84
7. 全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），您是否贊成由全民健保給付？	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	3.91	4.00	1.08
8. 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付住宿費用？	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	3.50	4.00	1.38

您的答案						第一次 Delphi 答案		
有關長照保險之規劃	非常不贊成 (1)	不贊成 (2)	沒意見 (3)	贊成 (4)	非常贊成 (5)	群體的答案		
						平均數(Mean)	中位數 (Median)	標準差 (SD)
9. 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付膳食費用？	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	2.65	2.00	1.41
10. 除實物給付（服務）外，您是否贊成保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	3.82	4.00	0.97
11. 若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？	________**%**					43.75	40.00	15.81

您的答案		第一次 Delphi 答案		
有關長照保險之規劃		群體的答案		
			N	%
12. *在長照保險開辦初期*，領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外；您是否贊成應訂定領取現金給付之條件？**(複選)** a. 不需要 b. 限在長照資源不足地區 c. 家屬需有照顧服務員資格 d. 開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久 e. 全年未利用長照保險給付 其他條件（請說明）	______	A	7	21.2
		B	21	66.7
		C	18	57.6
		D	8	24.2
		E	4	15.2
13. *長照保險開辦十年後*，您對上題的答案為何？**(複選)** *其他限制條件建議*（請說明）	______	A	5	15.2
		B	14	45.4
		C	16	48.5
		D	3	9.1
		E	5	15.2

<table>
<tr><th colspan="2">您的答案</th><th colspan="3">第一次 Delphi 答案</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">有關長照保險之規劃</td><td colspan="3">群體的答案</td></tr>
<tr><td colspan="2">N</td><td>%</td></tr>
<tr><td rowspan="5">14. 長照保險若給付全日型機構式服務，是否應符合下列條件，才能獲得全日型機構式服務給付？（可複選）
a. 被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙）
b. 自宅附近無法提供居家式服務
c. 家中無照顧者,或親朋已無法負荷
d. 被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態
e. 被照顧者有危險發展趨勢
f. 其他(請說明)</td><td rowspan="5">________</td><td>A</td><td>30</td><td>90.91</td></tr>
<tr><td>B</td><td>18</td><td>54.55</td></tr>
<tr><td>C</td><td>26</td><td>78.79</td></tr>
<tr><td>D</td><td>19</td><td>57.58</td></tr>
<tr><td>E</td><td>19</td><td>57.58</td></tr>
<tr><td rowspan="3">15.被照顧者若符合長照保險居家服務給付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供之居家服務，你較贊成以下列何種方式給付？
a. 不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）
b. 若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付
c. 若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）
其他建議（請說明）</td><td rowspan="3">____________</td><td>A</td><td>19</td><td>57.58</td></tr>
<tr><td>B</td><td>4</td><td>12.12</td></tr>
<tr><td>C</td><td>7</td><td>21.21</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">您的答案</th><th colspan="6">第一次 Delphi 答案</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">有關長照保險之規劃</td><td colspan="6">群體的答案</td></tr>
<tr><td colspan="2">N</td><td colspan="4">%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">16. 2008 年全民健保之醫療費用(含部份負擔)約佔 GDP 之 3.5%。在台灣經濟正常發展的前提下，以台灣的國民所得，您認為未來開辦之長照保險，其總體規模應占 GDP 或全民健保的多少百分比，較為適宜?</td><td>_____
%GDP</td><td colspan="3">GDP（%）</td><td colspan="3">健保（%）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">_____
%健保</td><td>Mean</td><td>Median</td><td>Mean</td><td>Median</td><td>Mean</td><td>Median</td></tr>
<tr><td>1.62</td><td>1.00</td><td>1.62</td><td>1.00</td><td>1.62</td><td>1.00</td></tr>
</table>

第二部份：保險給付項目

決定長照保險給付項目之優先順序，除考量整體財務可負擔性（負擔得起）與保險對象需要外，主要考量普及性（公平性，讓較多人的需要能被滿足）、成本效益、及個別家庭負擔（自費時自行負擔費用之高低）；這些原則有些可能相互衝突，例如：若優先考量個別家庭負擔高低，可能優先給付機構式照護，但可能違反成本效益及普及性（公平性）原則。因此以下就這些*原則的重要性做兩兩比較，請教您對這些原則重要性之看法*。例如：若認為「普及性」原則之重要性為「成本效益」之二倍則填寫 2:1。若認為「普及性」原則之重要性為「成本效益」之一半則填寫 1/2：1 或 1：2

您的答案	**第一次 Delphi 答案**		
	群體的答案		
	平均數(M)	中位數(Me)	標準差(SD)
普及性：成本效益 = ______：_______	1.71	2.00	0.99
普及性 ：家庭負擔 = ______：______	1.32	1.00	0.82
成本效益：家庭負擔 = ______：_____	1.08	1.00	0.61

針對下列服務項目，請依據「普及性」、「成本效益」與「家庭負擔」三項原則，各自評量是否贊成將該服務納入給付（以 Likert 1-5 分代表非常不贊成（1 分）到非常贊成（5 分））？例如若認為給付居家護理服務，非常能夠達成普及性、成本效益原則，但家庭負擔較輕（故較不贊成納入），則在普及性、成本效益兩欄皆填寫 5 分，家庭負擔填寫 2 分（或 1 分）。另外，若開辦初期有現金給付，您是否贊成將該服務納入給付？

您的答案			第一次 Delphi 答案											
			群體答案											
服務項目	是否贊成納入給付（Likert 1-5 分）	開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
			普及性			成本效益			家庭負擔					
			Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
居家式服務														
居家護理			4.56	5.00	0.75	4.32	5.00	1.12	3.48	4.00	1.25	4.21	5.00	1.09
居家復健			3.82	4.00	1.14	3.85	4.00	1.37	3.39	3.00	1.03	3.74	4.00	1.29
居家營養			3.12	3.00	1.32	3.15	3.00	1.50	2.56	2.50	1.13	2.61	3.00	1.32
居家服務（日間）			4.65	5.00	0.69	4.35	5.00	0.98	3.85	4.00	1.25	4.42	5.00	0.94
居家服務（夜間）			3.76	4.00	1.30	3.82	4.00	1.29	3.67	4.00	1.22	3.79	4.00	1.32
喘息服務			4.53	5.00	0.79	4.44	5.00	0.93	3.91	4.00	1.31	4.29	5.00	1.19

您的答案			第一次 Delphi 答案											
			群體答案											
服務項目	是否贊成納入給付（Likert 1-5 分）	開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
			普及性			成本效益			家庭負擔					
			Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
沐浴服務			3.48	4.00	1.35	3.45	4.00	1.42	3.09	3.00	1.33	3.53	4.00	1.42
照顧管理指導			3.78	4.00	1.18	3.53	4.00	1.52	3.03	3.00	1.47	3.00	2.50	1.48
居家用藥指導			3.56	4.00	1.27	3.41	4.00	1.41	2.81	3.00	1.18	2.85	2.00	1.42
其他(說明)														
其他(說明)														
社區式服務														
日（夜）間照護			4.29	5.00	1.00	4.18	5.00	1.18	3.50	4.00	1.24	4.21	5.00	1.22
社區復健			4.18	4.50	1.00	4.09	5.00	1.16	3.16	3.00	1.17	3.82	4.00	1.31
家庭托顧			3.39	3.00	1.17	3.34	3.00	1.31	3.39	4.00	1.20	3.38	4.00	1.48

您的答案			第一次 Delphi 答案											
			群體答案											
服務項目	是否贊成納入給付（Likert 1-5 分）	開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
			普及性			成本效益			家庭負擔					
			Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
失智者安全看顧			4.00	4.00	1.07	3.76	4.00	1.20	3.78	4.00	1.16	3.88	4.00	1.24
失智者照護中心			4.12	4.00	0.98	4.15	4.00	1.06	3.66	4.00	1.29	3.94	4.00	1.30
失智者團體家屋			3.76	4.00	1.16	3.76	4.00	1.25	3.38	4.00	1.41	3.39	4.00	1.41
交誼中心（club house，精神障礙者）			3.55	4.00	1.34	3.33	4.00	1.54	2.97	3.00	1.38	3.13	4.00	1.50
喘息服務			4.52	5.00	0.80	4.31	5.00	0.93	3.81	4.00	1.30	4.34	5.00	1.07
其他(說明)														

您的答案			第一次 Delphi 答案											
			群體答案											
服務項目	是否贊成納入給付（Likert 1-5 分）	開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
			普及性			成本效益			家庭負擔					
			Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
其他(說明)														
機構式服務														
慢性病房			3.16	3.00	1.48	3.03	3.00	1.40	3.43	4.00	1.50	2.74	3.00	1.50
護理之家			4.44	5.00	0.82	4.22	4.50	0.94	4.12	5.00	1.29	4.29	5.00	1.12
長期照護機構			4.29	5.00	1.00	4.25	4.50	0.92	4.00	5.00	1.32	4.32	5.00	1.12
養護機構			4.44	5.00	0.82	4.22	4.00	0.87	3.91	5.00	1.35	4.26	5.00	1.14
失智者安全看顧			3.82	4.00	1.31	3.88	4.00	1.13	3.88	4.00	1.34	3.75	4.00	1.27
喘息服務			4.38	5.00	0.89	4.42	5.00	0.79	3.79	4.00	1.36	4.15	5.00	1.28
安養中心			2.84	3.00	1.39	2.84	3.00	1.39	2.94	3.00	1.39	2.58	2.00	1.43
康復之家			3.75	4.00	1.11	3.58	4.00	1.23	3.42	3.00	1.26	3.52	4.00	1.35
身心障礙福利機構			3.94	4.00	1.12	3.87	4.00	1.14	3.52	4.00	1.33	3.66	4.00	1.32

您的答案			第一次 Delphi 答案											
			群體答案											
服務項目	是否贊成納入給付（Likert 1-5 分）	開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
			普及性			成本效益			家庭負擔					
			Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
其他(說明)														
其他(說明)														
其他服務														
輔具租借			4.39	5.00	0.83	4.30	5.00	0.95	3.52	4.00	1.37	3.97	5.00	1.42
輔具購買			4.06	4.50	1.16	3.69	4.00	1.06	3.47	4.00	1.29	3.67	4.00	1.47
住宅無障礙環境改善			4.03	4.00	1.13	3.67	4.00	1.22	3.73	4.00	1.26	3.53	4.00	1.37
送餐服務			3.71	4.00	1.30	3.42	4.00	1.31	3.19	3.00	1.25	3.09	3.00	1.49
交通接送服務			4.10	4.00	0.94	3.74	4.00	1.00	3.61	4.00	1.12	3.53	4.00	1.29
照顧者照顧諮詢			4.16	5.00	1.14	3.94	4.00	1.01	3.16	3.00	1.37	3.42	4.00	1.54

您的答案			第一次 Delphi 答案											
			群體答案											
服務項目	是否贊成納入給付（Likert 1-5 分）	開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）	依據該原則是否贊成給付（Likert 1-5 分）									開辦初期是否贊成給付（Likert 1-5 分）		
			普及性			成本效益			家庭負擔					
			Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD
照顧者照顧訓練			4.31	5.00	0.90	4.06	4.00	0.98	3.44	4.00	1.34	3.73	4.00	1.48
照顧者支持服務			4.13	4.00	1.02	4.03	4.00	0.84	3.45	4.00	1.29	3.53	4.00	1.59
其他(說明)														
其他(說明)														

再次感謝您的協助，請再檢視一次是否有遺漏之處。

附件六 長期照護保險法給付制度所有問卷譯碼簿

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」

第一次德菲法專家問卷~譯碼

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
第一部分：長照保險給付對象與給付政策					
1	B1			**1.**您是否贊成長照保險應採全民強制納保（即不限制年齡）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-1	B2-1			**2.**您是否贊成納保（保險）對象應限制年齡?	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-2	B2-2			（*贊成者請填答*）應限制幾歲以上的人強制納保?	歲
3-1	B3-1			**3.**您是否贊成保險給付對象應該排除某些對象？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
3-2	B3-2			（*贊成者請填答*）：	*建議排除對象：* 精障者 高所得 完全可自理照顧者 早療小朋友 輕度以下需要照顧者
4	B4			**4.**除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項 ADL 失能，才能納入給付對象？	項
5-1	B5-1			**5.**您是否贊成將 IADL 失能者亦納入給付對象（Likert 1-5 分）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
					□ 4.贊成 □ 5.非常贊成
5-2	B5-2			（*贊成者請填答*）您建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？	項
6-1	B6-1			**6.**您是否贊成仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
6-2	B6-2			（*贊成者請填答*）您建議失能時間應訂在多久？	項
7	B7			**7.** 全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），您是否贊成由全民健保給付？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
8	B8			**8.** 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付住宿費用？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
9	B9			**9.** 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付膳食費用？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
10	B10			**10.** 除實物給付（服務）外，您是否贊成保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出?	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
11	B11			**11.** 若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
12-1	B12-1			**12.** *在長照保險開辦初期*，領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外；您是否贊成應訂定領取現金給付之條件？**(複選)**	a.不需要
12-2	B12-2				b.限在長照資源不足地區
12-3	B12-3				c.家屬需有照顧服務員資格
12-4	B12-4				d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
12-5	B12-5				e.全年未利用長照保險給付
12-6	B12-6				f.其他條件（請說明）
13-1	B13-1			**13.** *長照保險開辦十年後*，您對上題的答案為何？**(複選)** *其他限制條件建議*（請說明）	a.不需要
13-2	B13-2				b.限在長照資源不足地區
13-3	B13-3				c.家屬需有照顧服務員資格
13-4	B13-4				d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
13-5	B13-5				e.全年未利用長照保險給付
13-6	B13-6				f.其他條件（請說明）
14-1	B14-1			**14.** 長照保險若給付全日型機構式服務，是否應符合下列條件，才能獲得全日型機構式服務給付？（可複選）	a.被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙）
14-2	B14-2				b.自宅附近無法提供居家式服務
14-3	B14-3				c.家中無照顧者,或親朋已無法負荷
14-4	B14-4				d.被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態
14-5	B14-5				e.被照顧者有危險發展趨勢
14-6	B14-6				f. 其他(請說明)
15-1	B15-1			**15.**被照顧者若符合長照保險居家服務給付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供之居家服務，你較贊成以下列何種方式給付？ **(複選)**	a.不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）
15-2	B15-2				b.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付
15-3	B15-3				c.若外籍看護工符合居家服

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
					務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）
15-4	B15-4				d. 其他建議（請說明）
第二部份：保險給付項目(原則性比較)					
1	C1			普及性：成本效益	(比值)
2	C2			普及性 ：家庭負擔	(比值)
3	C3			成本效益：家庭負擔	(比值)
第二部份：保險給付項目(贊成程度)					
居家式服務					
1-1	D1-1			居家式服務-居家護理-普及性	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
1-2	D1-2			居家式服務-居家護理-成本效益	
1-3	D1-3			居家式服務-居家護理-家庭負擔	
1-4	D1-4			居家式服務-居家護理-開辦初期	
2-1	D2-1			居家式服務-居家復健-普及性	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-2	D2-2			居家式服務-居家復健-成本效益	
2-3	D2-3			居家式服務-居家復健-家庭負擔	
2-4	D2-4			居家式服務-居家復健-開辦初期	
3-1	D3-1			居家式服務-居家營養-普及性	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
3-2	D3-2			居家式服務-居家營養-成本效益	
3-3	D3-3			居家式服務-居家營養-家庭負擔	
3-4	D3-4			居家式服務-居家營養-開辦初期	
4-1	D4-1			居家式服務-居家服務（日間）-普及性	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
4-2	D4-2			居家式服務-居家服務（日間）-成本效益	
4-3	D4-3			居家式服務-居家服務（日間）-家庭負擔	
4-4	D4-4			居家式服務-居家服務（日間）-開辦初期	
5-1	D5-1			居家式服務-居家服務（夜間）-普及性	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
5-2	D5-2			居家式服務-居家服務（夜間）-成本效益	
5-3	D5-3			居家式服務-居家服務（夜間）-家庭負擔	
5-4	D5-4			居家式服務-居家服務（夜間）-開辦初期	
6-1	D6-1			居家式服務-喘息服務-普及性	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
6-2	D6-2			居家式服務-喘息服務-成本效益	
6-3	D6-3			居家式服務-喘息服務-家庭負擔	
6-4	D6-4			居家式服務-喘息服務-開辦初期	
7-1	D7-1			居家式服務-沐浴服務-普及性	□ 1.非常不贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
7-2	D7-2			居家式服務-沐浴服務-成本效益	□2.不贊成
7-3	D7-3			居家式服務-沐浴服務-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
7-4	D7-4			居家式服務-沐浴服務-開辦初期	□5.非常贊成
8-1	D8-1			居家式服務-照顧管理指導-普及性	□1.非常不贊成
8-2	D8-2			居家式服務-照顧管理指導-成本效益	□2.不贊成
8-3	D8-3			居家式服務-照顧管理指導-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
8-4	D8-4			居家式服務-照顧管理指導-開辦初期	□5.非常贊成
9-1	D9-1			居家式服務-居家用藥指導-普及性	□1.非常不贊成
9-2	D9-2			居家式服務-居家用藥指導-成本效益	□2.不贊成
9-3	D9-3			居家式服務-居家用藥指導-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
9-4	D9-4			居家式服務-居家用藥指導-開辦初期	□5.非常贊成
社區式服務					
1-1	E1-1			社區式服務-日(夜)間照護-普及性	□1.非常不贊成
1-2	E1-2			社區式服務-日(夜)間照護-成本效益	□2.不贊成
1-3	E1-3			社區式服務-日(夜)間照護-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
1-4	E1-4			社區式服務-日(夜)間照護-開辦初期	□5.非常贊成
2-1	E2-1			社區式服務-社區復健-普及性	□1.非常不贊成
2-2	E2-2			社區式服務-社區復健-成本效益	□2.不贊成
2-3	E2-3			社區式服務-社區復健-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
2-4	E2-4			社區式服務-社區復健-開辦初期	□5.非常贊成
3-1	E3-1			社區式服務-家庭托顧-普及性	□1.非常不贊成
3-2	E3-2			社區式服務-家庭托顧-成本效益	□2.不贊成
3-3	E3-3			社區式服務-家庭托顧-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
3-4	E3-4			社區式服務-家庭托顧-開辦初期	□5.非常贊成
4-1	E4-1			社區式服務-失智者安全看顧-普及性	□1.非常不贊成
4-2	E4-2			社區式服務-失智者安全看顧-成本效益	□2.不贊成
4-3	E4-3			社區式服務-失智者安全看顧-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
4-4	E4-4			社區式服務-失智者安全看顧-開辦初期	□5.非常贊成
5-1	E5-1			社區式服務-失智者照護中心-普及性	□1.非常不贊成
5-2	E5-2			社區式服務-失智者照護中心-成本效益	□2.不贊成
5-3	E5-3			社區式服務-失智者照護中心-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
5-4	E5-4			社區式服務-失智者照護中心-開辦初期	□5.非常贊成
6-1	E6-1			社區式服務-失智者團體家屋-普及性	□1.非常不贊成
6-2	E6-2			社區式服務-失智者團體家屋-成本效益	□2.不贊成
6-3	E6-3			社區式服務-失智者團體家屋-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
6-4	E6-4			社區式服務-失智者團體家屋-開辦初期	□5.非常贊成
7-1	E7-1			社區式服務-交誼中心(精障) -普及性	□1.非常不贊成
7-2	E7-2			社區式服務-交誼中心(精障)-成本效益	□2.不贊成
7-3	E7-3			社區式服務-交誼中心(精障)-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
7-4	E7-4			社區式服務-交誼中心(精障)-開辦初期	□5.非常贊成
8-1	E8-1			社區式服務-喘息服務-普及性	□1.非常不贊成
8-2	E8-2			社區式服務-喘息服務-成本效益	□2.不贊成
8-3	E8-3			社區式服務-喘息服務-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
8-4	E8-4			社區式服務-喘息服務-開辦初期	□5.非常贊成
機構式服務					
1-1	F1-1			機構式服務-慢性病房-普及性	□1.非常不贊成
1-2	F1-2			機構式服務-慢性病房-成本效益	□2.不贊成
1-3	F1-3			機構式服務-慢性病房-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
1-4	F1-4			機構式服務-慢性病房-開辦初期	□5.非常贊成
2-1	F2-1			機構式服務-護理之家-普及性	□1.非常不贊成
2-2	F2-2			機構式服務-護理之家-成本效益	□2.不贊成
2-3	F2-3			機構式服務-護理之家-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
2-4	F2-4			機構式服務-護理之家-開辦初期	□5.非常贊成
3-1	F3-1			機構式服務-長期照護機構-普及性	□1.非常不贊成
3-2	F3-2			機構式服務-長期照護機構-成本效益	□2.不贊成
3-3	F3-3			機構式服務-長期照護機構-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
3-4	F3-4			機構式服務-長期照護機構-開辦初期	□5.非常贊成
4-1	F4-1			機構式服務-養護機構-普及性	□1.非常不贊成
4-2	F4-2			機構式服務-養護機構-成本效益	□2.不贊成
4-3	F4-3			機構式服務-養護機構-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
4-4	F4-4			機構式服務-養護機構-開辦初期	□5.非常贊成
5-1	F5-1			機構式服務-失智者安全看顧-普及性	□1.非常不贊成
5-2	F5-2			機構式服務-失智者安全看顧-成本效益	□2.不贊成
5-3	F5-3			機構式服務-失智者安全看顧-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
5-4	F5-4			機構式服務-失智者安全看顧-開辦初期	□5.非常贊成
6-1	F6-1			機構式服務-喘息服務-普及性	□1.非常不贊成
6-2	F6-2			機構式服務-喘息服務-成本效益	□2.不贊成
6-3	F6-3			機構式服務-喘息服務-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
6-4	F6-4			機構式服務-喘息服務-開辦初期	□5.非常贊成
7-1	F7-1			機構式服務-安養中心-普及性	□1.非常不贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
7-2	F7-2			機構式服務-安養中心-成本效益	□2.不贊成
7-3	F7-3			機構式服務-安養中心-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
7-4	F7-4			機構式服務-安養中心-開辦初期	□5.非常贊成
8-1	F8-1			機構式服務-康復之家-普及性	□1.非常不贊成
8-2	F8-2			機構式服務-康復之家-成本效益	□2.不贊成
8-3	F8-3			機構式服務-康復之家-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
8-4	F8-4			機構式服務-康復之家-開辦初期	□5.非常贊成
9-1	F9-1			機構式服務-身障福利機構-普及性	□1.非常不贊成
9-2	F9-2			機構式服務-身障福利機構-成本效益	□2.不贊成
9-3	F9-3			機構式服務-身障福利機構-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
9-4	F9-4			機構式服務-身障福利機構-開辦初期	□5.非常贊成
其他服務					
1-1	G1-1			其他服務-輔具租借-普及性	□1.非常不贊成
1-2	G1-2			其他服務-輔具租借-成本效益	□2.不贊成
1-3	G1-3			其他服務-輔具租借-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
1-4	G1-4			其他服務-輔具租借-開辦初期	□5.非常贊成
2-1	G2-1			其他服務-輔具購買-普及性	□1.非常不贊成
2-2	G2-2			其他服務-輔具購買-成本效益	□2.不贊成
2-3	G2-3			其他服務-輔具購買-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
2-4	G2-4			其他服務-輔具購買-開辦初期	□5.非常贊成
3-1	G3-1			其他服務-住宅無障礙環境-普及性	□1.非常不贊成
3-2	G3-2			其他服務-住宅無障礙環境-成本效益	□2.不贊成
3-3	G3-3			其他服務-住宅無障礙環境-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
3-4	G3-4			其他服務-住宅無障礙環境-開辦初期	□5.非常贊成
4-1	G4-1			其他服務-送餐服務-普及性	□1.非常不贊成
4-2	G4-2			其他服務-送餐服務-成本效益	□2.不贊成
4-3	G4-3			其他服務-送餐服務-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
4-4	G4-4			其他服務-送餐服務-開辦初期	□5.非常贊成
5-1	G5-1			其他服務-交通接送服務-普及性	□1.非常不贊成
5-2	G5-2			其他服務-交通接送服務-成本效益	□2.不贊成
5-3	G5-3			其他服務-交通接送服務-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成
5-4	G5-4			其他服務-交通接送服務-開辦初期	□5.非常贊成
6-1	G6-1			其他服務-照顧者照顧諮詢-普及性	□1.非常不贊成
6-2	G6-2			其他服務-照顧者照顧諮詢-成本效益	□2.不贊成
6-3	G6-3			其他服務-照顧者照顧諮詢-家庭負擔	□3.沒意見 □4.贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
6-4	G6-4			其他服務-照顧者照顧諮詢-開辦初期	□5.非常贊成
7-1	G7-1			其他服務-照顧者照顧訓練-普及性	□1.非常不贊成
7-2	G7-2			其他服務-照顧者照顧訓練-成本效益	□2.不贊成
7-3	G7-3			其他服務-照顧者照顧訓練-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
7-4	G7-4			其他服務-照顧者照顧訓練-開辦初期	□5.非常贊成
8-1	G8-1			其他服務-照顧者支持服務-普及性	□1.非常不贊成
8-2	G8-2			其他服務-照顧者支持服務-成本效益	□2.不贊成
8-3	G8-3			其他服務-照顧者支持服務-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
8-4	G8-4			其他服務-照顧者支持服務-開辦初期	□5.非常贊成
第三部份：保險財務					
1-1	H1-1			**1.**2008 年全民健保之醫療費用（含部份負擔）約佔 GDP 之 3.5%。在台灣經濟正常發展的前提下，以台灣的國民所得，您認為未來開辦之長照保險，其總體規模應**占 GDP 或全民健保的多少百分比，較為適宜?**	**______%GDP** **999:無意見**
1-2	H1-2				**______%健保** **999:無意見**
2	H2			2.目前健保總體保費中，勞（個人）、資（雇主）、政（政府）三方平均的保險費分擔比例約為 39%：35%：26%。未來長照保險領取給付的對象多數為老人，因此有學者建議雇主的負擔應酌予減少。目前鄭文輝老師之研究提出下列兩方案，兩案皆假設榮民、低收入戶之保費分擔設計皆與健保相同，對於其餘身份的人，其長照保險勞、資、政保費分擔比例，*你贊成下列哪一方案？（若無偏好，可填無意見）*____	（甲案或乙案） (1)甲案：勞、資、政平均負擔為 34：24：42 (2)乙案：勞、資、政平均負擔為 38：21：41 (3)其他建議方案（請說明） (4)無意見
3	H3			3.假設未來長照保險之居家服務與機構服務給付上限相同、機構不給付食宿費用、部分負擔訂有上限，且經濟弱勢者可減免部分負擔，*你贊成*下列長照保險「部分負擔」的*哪一方案？（若無偏好，可填無意見）*	（甲案或乙案） (1)甲案：一律 10%（日本作法）。 (2)乙案：居家、社區 10%，機構 15%（韓國作法）。 (3)其他（請說明） (4)無意見

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」

第二次德菲法專家問卷~譯碼

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
學者專家基本資料					
1	A1			填答人姓名	
2-1	A2-1			現職(可複選)	□ 1.大學教授(副教授、助理教授) □ 2.中央主管機關 □ 3.地方主管機關 □ 4.醫療專業人員 □ 5.長照實務工作者 □ 6.社福團體 □ 7.其他 (請說明)
2-2	A2-2				
2-3	A2-3				
2-4	A2-4				
3	A3			年資	年
4	A4			年齡	□ 1.<=40 歲 □ 2.41-50 歲 □ 3.51~60 歲 □ 4.61~70 歲 □ 5.70 歲以上
5	A5			長期照護政策、研究或實務年資	年
第一部分：長照保險給付對象與給付政策					
1	B1			**1.**您是否贊成長照保險應採全民強制納保（即不限制年齡）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-1	B2-1			**2.**您是否贊成納保（保險）對象應限制年齡?	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-2	B2-2			(*贊成者請填答*)應限制幾歲以上的人強制納保?	**歲**
3-1	B3-1			**3.**您是否贊成保險給付對象應該排除某些對象？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
					□ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
3-2	B3-2			*（贊成者請填答）:*	*建議排除對象：* 精障者 高所得 完全可自理照顧者 早療小朋友 輕度以下需要照顧者
4	B4			**4.**除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項 ADL 失能，才能納入給付對象？	項
5-1	B5-1			**5.**您是否贊成將 IADL 失能者亦納入給付對象（Likert 1-5 分）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
5-2	B5-2			*（贊成者請填答）*您建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？	項
6-1	B6-1			**6.**您是否贊成仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
6-2	B6-2			*（贊成者請填答）*您建議失能時間應訂在多久？	項
7	B7			**7.** 全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），您是否贊成由全民健保給付？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
8	B8			**8.** 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付住宿費用？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
9	B9			**9.** 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付膳食費用？	□1.非常不贊成 □2.不贊成 □3.沒意見 □4.贊成 □5.非常贊成
10	B10			**10.** 除實物給付（服務）外，您是否贊成保險對象對「非專業服務」得選擇現金給付，以補償家屬照顧之付出?	□1.非常不贊成 □2.不贊成 □3.沒意見 □4.贊成 □5.非常贊成
11	B11			**11.** 若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？	□1.非常不贊成 □2.不贊成 □3.沒意見 □4.贊成 □5.非常贊成
12-1	B12-1			**12.** *在長照保險開辦初期*，領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外；您是否贊成應訂定領取現金給付之條件？**(複選)**	a.不需要
12-2	B12-2				b.限在長照資源不足地區
12-3	B12-3				c.家屬需有照顧服務員資格
12-4	B12-4				d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
12-5	B12-5				e.全年未利用長照保險給付
12-6	B12-6				f.其他條件（請說明）
13-1	B13-1			**13.** *長照保險開辦十年後*，您對上題的答案為何？**(複選)** *其他限制條件建議*（請說明）	a.不需要
13-2	B13-2				b.限在長照資源不足地區
13-3	B13-3				c.家屬需有照顧服務員資格
13-4	B13-4				d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
13-5	B13-5				e.全年未利用長照保險給付
13-6	B13-6				f.其他條件（請說明）
14-1	B14-1			**14.** 長照保險若給付全日型機構式服務，是否應符合下列條件，才能獲得全日型機構式服務給付？（可複選）	a.被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙）
14-2	B14-2				b.自宅附近無法提供居家式服務
14-3	B14-3				c.家中無照顧者,或親朋已

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
					無法負荷
14-4	B14-4				d.被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態
14-5	B14-5				e.被照顧者有危險發展趨勢
14-6	B14-6				f. 其他(請說明)
15-1	B15-1			**15.**被照顧者若符合長照保險居家服務給付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供之居家服務，你較贊成以下列何種方式給付？ **(複選)**	a.不另行處理外籍看護工問題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）
15-2	B15-2				b.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付
15-3	B15-3				c.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）
15-4	B15-4				d. 其他建議（請說明）
第二部份：保險給付項目(原則性比較)					
1	C1			普及性：成本效益	(比值)
2	C2			普及性 ：家庭負擔	(比值)
3	C3			成本效益：家庭負擔	(比值)
第二部份：保險給付項目(贊成程度)					
居家式服務					
1-1	D1-1			居家式服務-居家護理-普及性	□ 1.非常不贊成
1-2	D1-2			居家式服務-居家護理-成本效益	□ 2.不贊成
1-3	D1-3			居家式服務-居家護理-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
1-4	D1-4			居家式服務-居家護理-開辦初期	□ 5.非常贊成
2-1	D2-1			居家式服務-居家復健-普及性	□ 1.非常不贊成
2-2	D2-2			居家式服務-居家復健-成本效益	□ 2.不贊成
2-3	D2-3			居家式服務-居家復健-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
2-4	D2-4			居家式服務-居家復健-開辦初期	□ 5.非常贊成
3-1	D3-1			居家式服務-居家營養-普及性	□ 1.非常不贊成
3-2	D3-2			居家式服務-居家營養-成本效益	□ 2.不贊成
3-3	D3-3			居家式服務-居家營養-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
3-4	D3-4			居家式服務-居家營養-開辦初期	□5.非常贊成
4-1	D4-1			居家式服務-居家服務（日間）-普及性	□1.非常不贊成
4-2	D4-2			居家式服務-居家服務（日間）-成本效益	□2.不贊成
4-3	D4-3			居家式服務-居家服務（日間）-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
4-4	D4-4			居家式服務-居家服務（日間）-開辦初期	□5.非常贊成
5-1	D5-1			居家式服務-居家服務（夜間）-普及性	□1.非常不贊成
5-2	D5-2			居家式服務-居家服務（夜間）-成本效益	□2.不贊成
5-3	D5-3			居家式服務-居家服務（夜間）-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
5-4	D5-4			居家式服務-居家服務（夜間）-開辦初期	□5.非常贊成
6-1	D6-1			居家式服務-喘息服務-普及性	□1.非常不贊成
6-2	D6-2			居家式服務-喘息服務-成本效益	□2.不贊成
6-3	D6-3			居家式服務-喘息服務-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
6-4	D6-4			居家式服務-喘息服務-開辦初期	□5.非常贊成
7-1	D7-1			居家式服務-沐浴服務-普及性	□1.非常不贊成
7-2	D7-2			居家式服務-沐浴服務-成本效益	□2.不贊成
7-3	D7-3			居家式服務-沐浴服務-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
7-4	D7-4			居家式服務-沐浴服務-開辦初期	□5.非常贊成
8-1	D8-1			居家式服務-照顧管理指導-普及性	□1.非常不贊成
8-2	D8-2			居家式服務-照顧管理指導-成本效益	□2.不贊成
8-3	D8-3			居家式服務-照顧管理指導-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
8-4	D8-4			居家式服務-照顧管理指導-開辦初期	□5.非常贊成
9-1	D9-1			居家式服務-居家用藥指導-普及性	□1.非常不贊成
9-2	D9-2			居家式服務-居家用藥指導-成本效益	□2.不贊成
9-3	D9-3			居家式服務-居家用藥指導-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
9-4	D9-4			居家式服務-居家用藥指導-開辦初期	□5.非常贊成
社區式服務					
1-1	E1-1			社區式服務-日(夜)間照護-普及性	□1.非常不贊成
1-2	E1-2			社區式服務-日(夜)間照護-成本效益	□2.不贊成
1-3	E1-3			社區式服務-日(夜)間照護-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
1-4	E1-4			社區式服務-日(夜)間照護-開辦初期	□5.非常贊成
2-1	E2-1			社區式服務-社區復健-普及性	□1.非常不贊成
2-2	E2-2			社區式服務-社區復健-成本效益	□2.不贊成
2-3	E2-3			社區式服務-社區復健-家庭負擔	□3.沒意見　□4.贊成
2-4	E2-4			社區式服務-社區復健-開辦初期	□5.非常贊成
3-1	E3-1			社區式服務-家庭托顧-普及性	□1.非常不贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
3-2	E3-2			社區式服務-家庭托顧-成本效益	□ 2.不贊成
3-3	E3-3			社區式服務-家庭托顧-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
3-4	E3-4			社區式服務-家庭托顧-開辦初期	□ 5.非常贊成
4-1	E4-1			社區式服務-失智者安全看顧-普及性	□ 1.非常不贊成
4-2	E4-2			社區式服務-失智者安全看顧-成本效益	□ 2.不贊成
4-3	E4-3			社區式服務-失智者安全看顧-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
4-4	E4-4			社區式服務-失智者安全看顧-開辦初期	□ 5.非常贊成
5-1	E5-1			社區式服務-失智者照護中心-普及性	□ 1.非常不贊成
5-2	E5-2			社區式服務-失智者照護中心-成本效益	□ 2.不贊成
5-3	E5-3			社區式服務-失智者照護中心-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
5-4	E5-4			社區式服務-失智者照護中心-開辦初期	□ 5.非常贊成
6-1	E6-1			社區式服務-失智者團體家屋-普及性	□ 1.非常不贊成
6-2	E6-2			社區式服務-失智者團體家屋-成本效益	□ 2.不贊成
6-3	E6-3			社區式服務-失智者團體家屋-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
6-4	E6-4			社區式服務-失智者團體家屋-開辦初期	□ 5.非常贊成
7-1	E7-1			社區式服務-交誼中心(精障) -普及性	□ 1.非常不贊成
7-2	E7-2			社區式服務-交誼中心(精障)-成本效益	□ 2.不贊成
7-3	E7-3			社區式服務-交誼中心(精障)-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
7-4	E7-4			社區式服務-交誼中心(精障)-開辦初期	□ 5.非常贊成
8-1	E8-1			社區式服務-喘息服務-普及性	□ 1.非常不贊成
8-2	E8-2			社區式服務-喘息服務-成本效益	□ 2.不贊成
8-3	E8-3			社區式服務-喘息服務-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
8-4	E8-4			社區式服務-喘息服務-開辦初期	□ 5.非常贊成
機構式服務					
1-1	F1-1			機構式服務-慢性病房-普及性	□ 1.非常不贊成
1-2	F1-2			機構式服務-慢性病房-成本效益	□ 2.不贊成
1-3	F1-3			機構式服務-慢性病房-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
1-4	F1-4			機構式服務-慢性病房-開辦初期	□ 5.非常贊成
2-1	F2-1			機構式服務-護理之家-普及性	□ 1.非常不贊成
2-2	F2-2			機構式服務-護理之家-成本效益	□ 2.不贊成
2-3	F2-3			機構式服務-護理之家-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
2-4	F2-4			機構式服務-護理之家-開辦初期	□ 5.非常贊成
3-1	F3-1			機構式服務-長期照護機構-普及性	□ 1.非常不贊成
3-2	F3-2			機構式服務-長期照護機構-成本效益	□ 2.不贊成
3-3	F3-3			機構式服務-長期照護機構-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
3-4	F3-4			機構式服務-長期照護機構-開辦初期	□ 5.非常贊成
4-1	F4-1			機構式服務-養護機構-普及性	□ 1.非常不贊成
4-2	F4-2			機構式服務-養護機構-成本效益	□ 2.不贊成
4-3	F4-3			機構式服務-養護機構-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
4-4	F4-4			機構式服務-養護機構-開辦初期	□ 5.非常贊成
5-1	F5-1			機構式服務-失智者安全看顧-普及性	□ 1.非常不贊成
5-2	F5-2			機構式服務-失智者安全看顧-成本效益	□ 2.不贊成
5-3	F5-3			機構式服務-失智者安全看顧-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
5-4	F5-4			機構式服務-失智者安全看顧-開辦初期	□ 5.非常贊成
6-1	F6-1			機構式服務-喘息服務-普及性	□ 1.非常不贊成
6-2	F6-2			機構式服務-喘息服務-成本效益	□ 2.不贊成
6-3	F6-3			機構式服務-喘息服務-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
6-4	F6-4			機構式服務-喘息服務-開辦初期	□ 5.非常贊成
7-1	F7-1			機構式服務-安養中心-普及性	□ 1.非常不贊成
7-2	F7-2			機構式服務-安養中心-成本效益	□ 2.不贊成
7-3	F7-3			機構式服務-安養中心-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
7-4	F7-4			機構式服務-安養中心-開辦初期	□ 5.非常贊成
8-1	F8-1			機構式服務-康復之家-普及性	□ 1.非常不贊成
8-2	F8-2			機構式服務-康復之家-成本效益	□ 2.不贊成
8-3	F8-3			機構式服務-康復之家-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
8-4	F8-4			機構式服務-康復之家-開辦初期	□ 5.非常贊成
9-1	F9-1			機構式服務-身障福利機構-普及性	□ 1.非常不贊成
9-2	F9-2			機構式服務-身障福利機構-成本效益	□ 2.不贊成
9-3	F9-3			機構式服務-身障福利機構-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
9-4	F9-4			機構式服務-身障福利機構-開辦初期	□ 5.非常贊成
其他服務					
1-1	G1-1			其他服務-輔具租借-普及性	□ 1.非常不贊成
1-2	G1-2			其他服務-輔具租借-成本效益	□ 2.不贊成
1-3	G1-3			其他服務-輔具租借-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
1-4	G1-4			其他服務-輔具租借-開辦初期	□ 5.非常贊成
2-1	G2-1			其他服務-輔具購買-普及性	□ 1.非常不贊成
2-2	G2-2			其他服務-輔具購買-成本效益	□ 2.不贊成
2-3	G2-3			其他服務-輔具購買-家庭負擔	□ 3.沒意見　□ 4.贊成
2-4	G2-4			其他服務-輔具購買-開辦初期	□ 5.非常贊成
3-1	G3-1			其他服務-住宅無障礙環境-普及性	□ 1.非常不贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
3-2	G3-2			其他服務-住宅無障礙環境-成本效益	□ 2.不贊成
3-3	G3-3			其他服務-住宅無障礙環境-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
3-4	G3-4			其他服務-住宅無障礙環境-開辦初期	□ 5.非常贊成
4-1	G4-1			其他服務-送餐服務-普及性	□ 1.非常不贊成
4-2	G4-2			其他服務-送餐服務-成本效益	□ 2.不贊成
4-3	G4-3			其他服務-送餐服務-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
4-4	G4-4			其他服務-送餐服務-開辦初期	□ 5.非常贊成
5-1	G5-1			其他服務-交通接送服務-普及性	□ 1.非常不贊成
5-2	G5-2			其他服務-交通接送服務-成本效益	□ 2.不贊成
5-3	G5-3			其他服務-交通接送服務-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
5-4	G5-4			其他服務-交通接送服務-開辦初期	□ 5.非常贊成
6-1	G6-1			其他服務-照顧者照顧諮詢-普及性	□ 1.非常不贊成
6-2	G6-2			其他服務-照顧者照顧諮詢-成本效益	□ 2.不贊成
6-3	G6-3			其他服務-照顧者照顧諮詢-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
6-4	G6-4			其他服務-照顧者照顧諮詢-開辦初期	□ 5.非常贊成
7-1	G7-1			其他服務-照顧者照顧訓練-普及性	□ 1.非常不贊成
7-2	G7-2			其他服務-照顧者照顧訓練-成本效益	□ 2.不贊成
7-3	G7-3			其他服務-照顧者照顧訓練-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
7-4	G7-4			其他服務-照顧者照顧訓練-開辦初期	□ 5.非常贊成
8-1	G8-1			其他服務-照顧者支持服務-普及性	□ 1.非常不贊成
8-2	G8-2			其他服務-照顧者支持服務-成本效益	□ 2.不贊成
8-3	G8-3			其他服務-照顧者支持服務-家庭負擔	□ 3.沒意見 □ 4.贊成
8-4	G8-4			其他服務-照顧者支持服務-開辦初期	□ 5.非常贊成
第三部份：保險財務					
1-1	H1-1			**1.**2008 年全民健保之醫療費用（含部份負擔）約佔 GDP 之 3.5%。在台灣經濟正常發展的前提下，以台灣的國民所得，您認為未來開辦之長照保險，**其總體規模應占 GDP 或全民健保的多少百分比，較為適宜?**	**______%GDP** **999:無意見**
1-2	H1-2				**______%健保** **999:無意見**
2	H2			2.目前健保總體保費中，勞（個人）、資（雇主）、政（政府）三方平均的保險費分擔比例約為 39%：35%：26%。未來長照保險領取給付的對象多數為老人，因此有學者建議雇主的負擔應酌予減少。目前	（甲案或乙案） (1)甲案：勞、資、政平均負擔為 34：24：42 (2)乙案：勞、資、政平均負擔為 38：21：41

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
				鄭文輝老師之研究提出下列兩方案，兩案皆假設榮民、低收入戶之保費分擔設計皆與健保相同，對於其餘身份的人，其長照保險勞、資、政保費分擔比例，*你贊成下列哪一方案？（若無偏好，可填無意見）*	(3)其他建議方案（請說明） (4)無意見
3	H3			3.假設未來長照保險之居家服務與機構服務給付上限相同、機構不給付食宿費用、部分負擔訂有上限，且經濟弱勢者可減免部分負擔，*你贊成*下列長照保險「部分負擔」的*哪一方案？（若無偏好，可填無意見）*	（甲案或乙案） (1)甲案：一律 10%（日本作法）。 (2)乙案：居家、社區 10%，機構 15%（韓國作法）。 (3)其他（請說明） (4)無意見

「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」

社福團體專家問卷~譯碼

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
學者專家基本資料					
1	A1			服務單位	
2	A3			年資	年
3	A4			年齡	□ 1.<=40 歲 □ 2.41-50 歲 □ 3.51~60 歲 □ 4.61~70 歲 □ 5.70 歲以上
4	A5			長期照護政策、研究或實務年資	年
第一部分：長照保險給付對象與給付政策					
1	B1			**1.**您是否<u>贊成</u>長照保險應採全民強制納保（即不限制年齡）?	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-1	B2-1			**2.**您是否<u>贊成</u>納保（保險）對象應限制年齡?	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
2-2	B2-2			*(<u>贊成者請填答</u>)*應限制幾歲以上的人強制納保?	**歲**
3-1	B3-1			**3.**您是否<u>贊成</u>保險給付對象應該排除某些對象?	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
3-2	B3-2			*(<u>贊成者請填答</u>)*:	*建議排除對象：* 精障者 高所得 完全可自理照顧者

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
					早療小朋友 輕度以下需要照顧者
4	B4			**4.**除精障與認知功能障礙者外，您建議至少應有幾項 ADL 失能，才能納入給付對象？	項
5-1	B5-1			**5.**您是否贊成將 IADL 失能者亦納入給付對象（Likert 1-5 分）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
5-2	B5-2			（*贊成者請填答*）您建議至少應有幾項 IADL 失能，才納入給付？	項
6-1	B6-1			**6.**您是否贊成仿照德、韓，限定長照保險給付條件為失能維持一定時間者（德、韓為六個月）者？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
6-2	B6-2			（*贊成者請填答*）您建議失能時間應訂在多久？	項
7	B7			**7.** 全民健保部份給付未來可能劃歸長照保險給付，對於亞急性照護（急性住院後，所需一段時間（如六個月）內的的復健或專業照護），您是否贊成由全民健保給付？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
8	B8			**8.** 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付住宿費用？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
9	B9			**9.** 長照保險若給付全日型機構式服務，您是否贊成給付膳食費用？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
10	B10			**10.** 除實物給付（服務）外，您是否贊成保險對象對「非專業服務」得選擇現金給	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
				付，以補償家屬照顧之付出?	□ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
11	B11			**11.** 若對非專業服務（如居家服務）得選擇現金給付，您建議現金給付應為實物給付的百分之多少（德國現金給付約為實物給付之 40-45%）？	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
12-1	B12-1			**12.** *在長照保險開辦初期*，領取現金給付者，家屬除需受一定時數照顧訓練，且照顧品質受保險人嚴密監控外；您是否贊成應訂定領取現金給付之條件？**(複選)**	a.不需要
12-2	B12-2				b.限在長照資源不足地區
12-3	B12-3				c.家屬需有照顧服務員資格
12-4	B12-4				d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
12-5	B12-5				e.全年未利用長照保險給付
12-6	B12-6				f.其他條件（請說明）
13-1	B13-1			**13.** *長照保險開辦十年後*，您對上題的答案為何？**(複選)** *其他限制條件建議*（請說明）	a.不需要
13-2	B13-2				b.限在長照資源不足地區
13-3	B13-3				c.家屬需有照顧服務員資格
13-4	B13-4				d.開辦前已由未立案機構提供居家或機構照護很久
13-5	B13-5				e.全年未利用長照保險給付
13-6	B13-6				f.其他條件（請說明）
14-1	B14-1			**14.** 長照保險若給付全日型機構式服務，是否應符合下列條件，才能獲得全日型機構式服務給付？（可複選）	a.被照顧者重度失能（含重度心智、精神障礙）
14-2	B14-2				b.自宅附近無法提供居家式服務
14-3	B14-3				c.家中無照顧者,或親朋已無法負荷
14-4	B14-4				d.被照顧者已陷入或即將陷入無知覺狀態
14-5	B14-5				e.被照顧者有危險發展趨勢
14-6	B14-6				f. 其他(請說明)
15-1	B15-1			**15.**被照顧者若符合長照保險居家服務給	a.不另行處理外籍看護工問

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
				付資格，對其聘僱之家庭外籍看護工提供之居家服務，你較贊成以下列何種方式給付？ **(複選)**	題（被照顧者仍得選擇現金給付或實物給付）
15-2	B15-2				b.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定之全額實物給付
15-3	B15-3				c.若外籍看護工符合居家服務資格，家庭外籍看護工得領取所核定實物給付之半數（與現金給付相近）
15-4	B15-4				d. 其他建議（請說明）
16-1	B16-1			**16.**2008 年全民健保之醫療費用（含部份負擔）約佔 GDP 之 3.5%。在台灣經濟正常發展的前提下，以台灣的國民所得，您認為未來開辦之長照保險，其總體規模應**占 GDP 或全民健保的多少百分比，較為適宜?**	**______%GDP** **999:無意見**
16-2	B16-2				**______%健保** **999:無意見**
第二部份：保險給付項目(原則性比較)					
1	C1			普及性：成本效益	(比值)
2	C2			普及性 ：家庭負擔	(比值)
3	C3			成本效益：家庭負擔	(比值)
第二部份：保險給付項目(贊成程度)					
居家式服務					
1-1	D1-1			居家式服務-居家護理-贊成納入	□ 1.非常不贊成 □ 2.不贊成 □ 3.沒意見 □ 4.贊成 □ 5.非常贊成
1-2	D1-2			居家式服務-居家護理-開辦初期	
2-1	D2-1			居家式服務-居家復健-贊成納入	
2-2	D2-2			居家式服務-居家復健-開辦初期	
3-1	D3-1			居家式服務-居家營養-贊成納入	
3-2	D3-2			居家式服務-居家營養-開辦初期	
4-1	D4-1			居家式服務-居家服務（日間）-贊成納入	
4-2	D4-2			居家式服務-居家服務（日間）-開辦初期	
5-1	D5-1			居家式服務-居家服務（夜間）-贊成納入	
5-2	D5-2			居家式服務-居家服務（夜間）-開辦初期	
6-1	D6-1			居家式服務-喘息服務-贊成納入	
6-2	D6-2			居家式服務-喘息服務-開辦初期	

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
7-1	D7-1			居家式服務-沐浴服務-贊成納入	
7-2	D7-2			居家式服務-沐浴服務-開辦初期	
8-1	D8-1			居家式服務-照顧管理指導-贊成納入	
8-2	D8-2			居家式服務-照顧管理指導-開辦初期	
9-1	D9-1			居家式服務-居家用藥指導-贊成納入	
9-2	D9-2			居家式服務-居家用藥指導-開辦初期	
社區式服務					
1-1	E1-1			社區式服務-日(夜)間照護-贊成納入	
1-2	E1-2			社區式服務-日(夜)間照護-開辦初期	
2-1	E2-1			社區式服務-社區復健-贊成納入	
2-2	E2-2			社區式服務-社區復健-開辦初期	
3-1	E3-1			社區式服務-家庭托顧-贊成納入	
3-2	E3-2			社區式服務-家庭托顧-開辦初期	
4-1	E4-1			社區式服務-失智者安全看顧-贊成納入	
4-2	E4-2			社區式服務-失智者安全看顧-開辦初期	
5-1	E5-1			社區式服務-失智者照護中心-贊成納入	
5-2	E5-2			社區式服務-失智者照護中心-開辦初期	
6-1	E6-1			社區式服務-失智者團體家屋-贊成納入	
6-2	E6-2			社區式服務-失智者團體家屋-開辦初期	
7-1	E7-1			社區式服務-交誼中心(精障) -贊成納入	
7-2	E7-2			社區式服務-交誼中心(精障)-開辦初期	
8-1	E8-1			社區式服務-喘息服務-贊成納入	
8-2	E8-2			社區式服務-喘息服務-開辦初期	
機構式服務					
1-1	F1-1			機構式服務-慢性病房-贊成納入	
1-2	F1-2			機構式服務-慢性病房-開辦初期	
2-1	F2-1			機構式服務-護理之家-贊成納入	
2-2	F2-2			機構式服務-護理之家-開辦初期	
3-1	F3-1			機構式服務-長期照護機構-贊成納入	
3-2	F3-2			機構式服務-長期照護機構-開辦初期	
4-1	F4-1			機構式服務-養護機構-贊成納入	
4-2	F4-2			機構式服務-養護機構-開辦初期	
5-1	F5-1			機構式服務-失智者安全看顧-贊成納入	
5-2	F5-2			機構式服務-失智者安全看顧-開辦初期	
6-1	F6-1			機構式服務-喘息服務-贊成納入	

題號	變樣名稱	變項屬性	起迄欄	變項說明	
6-2	F6-2			機構式服務-喘息服務-開辦初期	
7-1	F7-1			機構式服務-安養中心-贊成納入	
7-2	F7-2			機構式服務-安養中心-開辦初期	
8-1	F8-1			機構式服務-康復之家-贊成納入	
8-2	F8-2			機構式服務-康復之家-開辦初期	
9-1	F9-1			機構式服務-身障福利機構-贊成納入	
9-2	F9-2			機構式服務-身障福利機構-開辦初期	
其他服務					
1-1	G1-1			其他服務-輔具租借-贊成納入	
1-2	G1-2			其他服務-輔具租借-開辦初期	
2-1	G2-1			其他服務-輔具購買-贊成納入	
2-2	G2-2			其他服務-輔具購買-開辦初期	
3-1	G3-1			其他服務-住宅無障礙環境-贊成納入	
3-2	G3-2			其他服務-住宅無障礙環境-開辦初期	
4-1	G4-1			其他服務-送餐服務-贊成納入	
4-2	G4-2			其他服務-送餐服務-開辦初期	
5-1	G5-1			其他服務-交通接送服務-贊成納入	
5-2	G5-2			其他服務-交通接送服務-開辦初期	
6-1	G6-1			其他服務-照顧者照顧諮詢-贊成納入	
6-2	G6-2			其他服務-照顧者照顧諮詢-開辦初期	
7-1	G7-1			其他服務-照顧者照顧訓練-贊成納入	
7-2	G7-2			其他服務-照顧者照顧訓練-開辦初期	
8-1	G8-1			其他服務-照顧者支持服務-贊成納入	
8-2	G8-2			其他服務-照顧者支持服務-開辦初期	

附件六 摘錄經建會六次會議紀錄與本研究相關部分

項目	決議方案
保險對象	考量國際經驗與民眾實際需求，長期照護保險適用對象訂為以下兩方案： （一）納保對象：方案一：全體國民；方案二：40 歲以上國民。 （二）服務對象：老人及身心障礙需長期照護者。
給付原則	1.需要性：至少要有兩項以上 ADLs（或 IADLs）失能或認知功能障礙超過一定期間,需長期照護者。 2.公平性：(1)全民性：依據照護需要決定是否給付；(2)未納保者應有等待期，等待期可隨開辦時間減少；(3)部分負擔應適度，避免影響照護服務之可近性。 3.可負擔性：家庭負擔應考量財務、付費者意見及費用控制可能。 4.成本效益：依據成本效益決定是否給付與服務提供。 5.選擇權：在就地老化與成本效益原則下可選擇。 6.家庭負擔：優先考量需要及成本效益而非家庭負擔。 註： (1)ADLs(Activities of Daily Life)，包含的項目有：進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等六項。 (2)IADLs(Instrumental Activities of Daily Life)則包含：上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項。
	五、法制 原則：單一制度、單獨開辦、財務獨立、項目分立，以促進權責相符，精簡行政。 六、支付標準訂定原則 1. 預防性與復健應優於照顧服務。 2. 對非重度失能及需照護者，社區照護應優於居家服務。 3. 支付標準之訂價機制（人力成本定義、成本分析計算方法(薪資、工作時數、工作量、工作負荷）應儘可能與全民健保資源耗用相對值表（RBRVS）之方法取得平衡。 4. 居家護理、居家復健、社區復健等之給付次數應依據失能者需要（較十年計畫放寬)。 5. 支付標準之訂定應反映服務提供者投入之心力(投入時間、心智投入程度與判斷、技術複雜度、照顧壓力等)，而不僅是時間。 6. 社區式照護之支付標準，除以論量計酬支付個案服務外，得以

<table>
<tr><th>項目</th><th>決議方案</th></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>單位預算制支付，例如交通接送、餐飲服務、日間照護等，或新型服務之開發，而不受服務量低之限制。
7. 機構式照護雖多數為重度失能及需照護者，照顧需要程度仍有差異，宜依照案例組合（失能程度與服務需要），訂定不同支付標準。</td></tr>
<tr><td>照護等級
1．照護等級：
分為零級、需照護一級、需照護二級、需照護三級等四級。
2．分級標準
（1）長照保險給付對象為 ADL 兩項以上需照護者。
（2）零級：以 ADL1-2 項失能者及僅心智功能障礙者代入。
（3）需照護一級及二級：ADL3-4 項者假設一半為需照護一級、一半為需照護二級。
（4）需照護三級：ADL5-6 項人口。
§決議內容：<u>照護等級</u>
1.照護等級：分為零級、需照護一級、需照護二級、需照護三級等四級。
2.分級標準：將以巴氏量表之分數作為分級標準，至於各級所對應之分數，請王雲東教授、李玉春教授及吳肖琪教授研究團隊進一步研商後確定。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">給付方式</td><td>1.開辦初期，以實物給付為主，現金給付為輔之混和制，中長期則視保險辦理狀況及長照體系發展狀況，再行評估調整。
2.現金給付原則
（1）需由保險人審定（需求評估）請領資格，並由被保險人自行決定是否請領；
（2）請領現金給付需有配套措施，包括對請領者之家庭照護者之資格要求、訓練與相關支援等。</td></tr>
<tr><td>現金給付
1.原則：非專業之照顧服務得請領現金給付，亦可選擇實物與現金混合制。
2.額度：
（1）現金給付之額度應低於實物給付，其範圍之訂定應以折換實物給付之居家服務為度，並參考現行照顧津貼額度訂定。
（2）可行方案：方案一：分等級，為實物給付之 40-50%；方案二：分等級，為實物給付之 45-55%。
(3)決議：分等級，為實物給付之 40-60%。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>項目</th><th>決議方案</th></tr>
<tr><td>給付項目</td><td>1.給付項目包括實物給付及現金給付。
2.實物給付包括居家服務、社區服務及機構服務等項。
3.需照護三級才可以申請機構給付，部分症狀者例外（如失智症）。
4.給付使用率假設：(1）設定整體平均給付水準為給付上限的 80%。
（2）各年分級使用率之設定如表一所示，需照護三級分為 A、B 兩案，其中 B 案係考量外籍看護工因素加以調整。
長期照護服務項目
<table>
<tr><td>分　　類</td><td>項　　　目</td></tr>
<tr><td>機構式照護</td><td>全日型機構照護(含失智者安全看顧)、喘息服務</td></tr>
<tr><td>社區式照護</td><td>日間照顧、社區復健、喘息服務</td></tr>
<tr><td>居家照護服務</td><td>居家護理、居家復健、居家服務、家庭托顧(含失智者安全看顧) 、喘息服務</td></tr>
<tr><td>其它服務</td><td>交通接送、餐飲服務、輔具、無障礙環境改善、照護諮詢、免付費照護課程、照護提供者之支持</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>給付水準</td><td>長照保險給付標準：
(一)給付標準訂定之基本原則
1.依失能及需照顧程度等級訂定給付標準，提供基本且必要之照護服務。
2.給付標準之訂定必須考量財務之可行性，避免保費負擔過重，影響民眾之投保意願。
3.實施初期應考量服務資源整備程度，訂定合理且適中之給付標準，以避免服務資源不足無法提供給付。
(二)給付等級
1.法規：未來長照保險母法僅需訂定「依失能及需照護程度等級訂定不同給付標準。」之原則性條文，實際失能及需照護程度與給付標準授權由中央主管機關另定之。
2.規劃
（1）開辦初期：參照德國，以分四級為原則。
（2）中長期：依據長照保險案例組合(case-mix system of Long-term Care Insurance)訂定給付與支付標準
(三)給付上限
1.依據各個失能及需照護等級分別訂定給付上限，作為一保險財務控管機制外，使照顧管理者在訂定照顧計畫時充分考量給付成本，作合理之資源配置。
2.在每一等級之給付上限之內，允許被保險人或照顧管理者決定給付內容。</td></tr>
</table>

項目	決議方案
	3.給付上限之訂定除應參考德、日、韓等國之經驗外，亦應以現行長照十年計畫之給付額度為基礎，訂定妥適之額度。 4.可行方案 （1）方案一：金額 訂定每一給付等級之實際給付金額上限。 （2）方案二：金額＋時數 訂定每一給付等級之實際給付金額上限加各項服務給付項目之補助時數上限。 （3）方案三：時數 參考現行長照十年計畫，訂定各項服務給付項目之補助時數上限。 **§決議內容：** （一）給付標準訂定之基本原則 1. 依失能及需照顧程度等級訂定給付標準，提供基本且必要之照護服務。 2. 給付標準之訂定必須考量財務之可行性，避免保費負擔過重，影響民眾之投保意願。 3. 實施初期應考量服務資源整備程度，訂定合理且適中之給付標準，以避免服務資源不足無法提供給付。 （二）給付等級 1. 開辦初期：參照德國，以分四級為原則。 2. 中長期：依據長照保險案例組合(Case-mix System of Long-term Care Insurance)訂定給付與支付標準 （三）給付上限 1.原則 （1）依據個別失能等級分別訂定給付上限，作為一保險財務控管機制，亦使照顧管理者在訂定照顧計畫時充分考量給付成本，作合理之資源配置。 （2）在每一等級之給付上限之內，允許被保險人或照顧管理者決定給付內容。 （3）給付上限之訂定除應參考德、日、韓等國經驗外，亦應以現行長照十年計畫之給付額度為基礎，訂定妥適之額度。 2.可行方案：包括金額及時數：訂定每一給付等級之實際給付金額上限加各項服務給付項目之時數上限。
長照保險與全民健	一、 組織體制 1.主管機關： a、 中央主管機關：行政院組織法修訂後為衛生及社會福利部，修訂前為行政院衛生署。

<table>
<tr><th>項目</th><th>決議方案</th></tr>
<tr><td>保之分工與整合</td><td>b、 地方主管機關：在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。
2.承保機關(保險人)：中央健康保險局。
3.相關機關：
a、 長期照護保險會：由付費者代表、政府代表及學者專家組成。
b、 長期照護保險爭議審議會：由長期照護學者專家、法律專家及社會公正人士組成，審議各項有關長期照護之爭議事項。
二、 中央及地方縣市政府之角色功能區分
1. 以方案一為核心，中央配合健保局及其他分支機構作為核心，地方為輔助角色，並鼓勵地方發展創新服務方案。
a、 照管制度之設計基礎: 整體照顧管理機制皆由健保局負責
b、 中央與地方主管機關分工: 評估與照管計畫皆由健保局負責
地方主管機關權責大小: 地方政府角色最小</td></tr>
<tr><td>外籍看護工競合問題</td><td>如聘僱外籍看護工者符合給付資格，由於其已盡繳費義務，恐無法排除其申請給付。惟其給付項目或額度是否限縮，提請討論。
<table>
<tr><th></th><th>給付項目</th><th>外籍看護工費用支付</th></tr>
<tr><td>方案一</td><td>僅得申請服務給付</td><td>受益人自付</td></tr>
<tr><td>方案二</td><td>得選擇申請服務給付或相當額度之現金給付</td><td>受益人自付</td></tr>
<tr><td>方案三</td><td>由保險人派遣外籍看護工</td><td>保險人</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

長期照護保險法制給付方式及給付項目之評估/
李玉春計畫主.—初版.—台北市：行政院經濟建
設委員會，民 98
面：表，公分
編號：(98)024.807
委託單位：行政院經濟建設委員會

1.長期照護
419.79

長期照護保險法制給付方式及給付項目之評估

計畫主持人：李玉春
委託單位：行政院經濟建設委員會
出版機關：行政院經濟建設委員會
電話：02-23165300
地址：臺北市寶慶路 3 號
網址：http://www.cepd.gov.tw/

出版年月：中華民國 98 年 5 月
版次：初版　　刷次：第 1 刷

編號：(98)024.807 (平裝)