

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

周月清、傅凱祺、傅立葉、蔡宜思、高森永、邱泯科、鄭文輝、
辛炳隆、謝佳宜

國立陽明大學衛生福利研究所副教授；陽明大學衛生福利研究所研究助理；國立政治大學社會學系副教授；東吳大學社會工作學系畢業；國防醫學院公共衛生系副教授；玄奘大學社會福利學系兼任講師；亞洲大學長期照護研究所教授兼所長；國立台灣大學國家發展研究所副教授；行政院傅立葉政務委員辦公室專員

研究目的為探討未來我國長期照顧目標原則、服務對象、提供方式與服務項目。分析國內外文獻及舉辦座談會蒐集國內學者專家（產、官、學）量性與質性資料。研究結果針對未來長照制度建議：（1）目標原則：社區優於機構式服務、復健優於照護服務、整合健康與社會照護單一窗口、連結醫院與社區預防照護系統、降低醫院停留、延長就地老化；（2）服務對象三種選擇：老人（階段性先不包括精障者）、20歲以上者、全人口；（3）服務方式採現金與實物混合；（4）服務項目含機構與社區居家式服務，以各縣市較普及八項社區居家式服務先提供：居家服務、居家護理、居家社區復健、喘息、居家無障礙設施設備修繕、輔具租購、緊急救援、日間照顧。

關鍵詞：長期照顧、目標原則、服務對象、提供方式、服務項目

一、前言

人口老化趨勢，老人照顧成爲這個世紀不可忽視且重要議題之一。經建會針對臺灣地區未來人口推估指出，2026年65歲以上人口比率將達20.44%，即五個臺灣人中就有一位是老年人；2041年，將高達30.25%，老年人口扶養比也將上升至50.26%（行政院經濟建設委員會，2004）。又，障礙者人口數，截至2004年底，有911,640人（內政部社會司，2005），且呈逐日上揚趨勢。

需長期照顧（簡稱長照）者不以老年爲限，涉及各年齡層。首先，醫療照護品質提升，老年人口需長照者增加，尤其80歲以上高齡者（Cambois & Robine, 1996）。根據高森永、邱泯科（2004）研究指出，倘以ADL失能三項以上之全人口估計，我國於2008年有256,653人，2046年有759,432人；含括ADL及IADL估計，2008年有447,683人，2046年有1,184,496人；倘含括ADL、IADL、認知及精神障礙者估計，2008年有573,752人，2046年有1,398,628人；只針對65歲以上及ADL失能三項以上者估計，2008年有175,401人，2046年有687,420人；若只含括20歲以上及ADL三項以上者估計，2008年有242,029人，2046年有752,463人詳見(表1)。然而，我國未來長照制度的發展，含括對象應該包括哪些？就年齡層而言，只針對65歲以上老人、20歲以上抑或全人口呢？就功能需求而言，只針對一般失功能者，抑或含括認知失能者及精神障礙者呢？

長期照顧服務係針對照護需求者，提供滿足其照護爲考量之制度，提供服務以生活照顧爲主、醫療照護爲輔，具整合性與連續性。目前我國服務體系對長照的投入有限，雖然社會福利體系對中低收入戶有機構式和居家式服務的補助，衛生體系將重症病患的居家護理服務納入全民健保給付，但照顧範圍狹窄，提供服務的人力與設施不足，導致以下之問題，例如：(1) 大多數長照責任由個人或家庭獨立負擔，造成家庭沈重身心與財務負荷；(2) 社區服務體系欠缺，對機構式服務過度依賴，影響民眾選擇服務的權利；(3) 過去大量未立案機構雖已陸續申請立案，但其能否保障服務使用者的安全和照護品質，仍是問題；(4) 長照需求者長期使用急性醫院病床，不但無法得到適切服務，反而每年浪費數

十億醫療經費（吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正，1996）。

現階段社政部門針對失能老人的經濟補助有中低收入戶老人補助；針對障礙者（含括慢性精神障礙者及發展遲緩兒童）有中低收入戶居家生活補助、輔具費用補助、健保費用補助。然而，上述這些接受經濟補助之對象，只針對低收入或中低收入戶者，而且補助額度低於使用機構式服務（如老人之安養、護理之家、障礙者養護補助），導致有變相鼓勵機構式服務優先於居家/社區式服務，違背就地老化及生活正常化原則的現象；同時使用機構式服務或社區居家式服務（居家服務、障礙者臨托服務），以方案委託補助給提供服務的機構，而非補助給個人，導致資源不一定是分配給需要者。又，雖然目前健保制度有給付復健費用支出，但使用者比例偏低（內政部統計處、行政院衛生署、行政院勞工委員會，2000），且也缺乏提供居家式復健服務。未來我國長期照顧制度的服務提供方式是要以現金或實物提供方式呢？抑或兩者兼顧？

根據老人福利法，針對失能老人除來自社政與衛政之機構式服務（長期照護機構、養護機構）外，亦當提供居家式服務（老人福利法第 18 條）；身心障礙者保護法亦規範機構式與居家/社區式服務（身心障礙者保護法第 40、41 條）。自 2001 年，經建會開始推動「照顧服務產業發展方案」三期計畫，整合衛政與社政，首次針對非中低失能老人及障礙者在 23 個縣市執行提供非中低居家服務，為我國長照服務開啓新的里程碑，也成為臺灣首次不需經由資產調查（means-test）之準普及式（semi-universal）服務項目。因此，未來我國長期照顧制度的服務項目應含括哪些呢？是否含括機構與居家/社區式服務？孰者為優先？居家與社區式服務，除經建會大力推動「居家服務」外，應當含括其他哪些服務項目呢？未來規劃制度，是否將以普及式抑或選擇性（selection）之殘補式規劃呢？

長照制度已成為二十一世紀各國政府及國民需面對處理的重要課題，我國情況亦同；2003 年行政院科技顧問、總統經濟顧問與 2004 年世界衛生組織專家小組，均建議我國應積極建立全民性長期照顧保障制度（universal national long-term care program）（鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、鄭清霞、朱僑麗，

2004)。繼「行政院社會福利推動委員會」於 2000 至 2003 年「建構長期照護體系先導計畫」(簡稱長照先導計畫)、「社會福利推動委員會」於第七次委員會議通過規劃「我國長期照顧政策整合體系」;規劃目標在:(1) 整合各項照顧服務資源;(2) 建立可長、可久、永續發展的長期照顧制度;及(3) 審慎規劃長期照顧財務處理制度;因此,未來我國規劃長期照顧服務輸送目標與原則應該為何呢?是以機構式服務抑或社區居家式服務優先呢?是以復健抑或照護優先呢?是否連結衛政健康照護與社政社會照顧、急性醫院與社區預防呢?

「行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組」於 2004 年 11 月開始運作,當時決議擬以三年期進行我國長期照顧制度主要內涵之規劃,2004 年先導工作為確立規劃原則,且分為三個規劃小組:「服務體制組」、「財務規劃組」與「人力開發組」;其中,「服務體制組」主要規劃工作除從事「我國長期照顧服務供需現況與初步推估」(詳見高森永,2004),另為針對我國未來長期照顧制度之規劃原則、服務對象、服務提供方式及服務項目予以探討。本研究目的即探討我國未來長期照顧制度服務輸送的目標原則,以及其應含括之服務對象、服務提供方式與服務項目。

表 1：2004 年到 2046 年全國需要長期照顧之失能人口與所占比率推估^a

推估項目	2004		2008		2046	
	人數推估	占全人口	人數推估	占全人口	人數推估	占全人口
20 歲以上 ADL3 項以上	210,672	0.923%	242,029	1.044%	752,463	3.607%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL	366,772	1.606%	417,309	1.800%	1,170,023	5.608%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	408,570	1.789%	465,780	2.009%	1,317,872	6.317%
20 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	464,581	2.035%	524,127	2.261%	1,374,981	6.591%
65 歲以上 ADL3 項以上	151,068	0.662%	175,410	0.757%	687,420	3.295%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL	237,507	1.040%	274,337	1.183%	1,035,075	4.961%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知	269,752	1.181%	311,279	1.343%	1,169,219	5.604%
65 歲以上 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	275,523	1.207%	317,655	1.370%	1,187,973	5.694%
全人口 ADL3 項以上	226,289	0.991%	256,653	1.107%	759,432	3.640%
全人口 ADL3 項以上+IADL	399,208	1.748%	447,683	1.931%	1,184,496	5.678%
全人口 ADL3 項以上+IADL+認知	441,006	1.932%	496,154	2.140%	1,332,346	6.386%
全人口 ADL3 項以上+IADL+認知+精障	517,574	2.267%	573,752	2.475%	1,398,628	6.704%

a.資料來源：高森永(2004)。

二、研究方法

(一) 研究問題

本研究依據前述之背景與研究目的，探討之研究問題有四：

1. 我國未來長期照顧服務輸送之目標與原則為何？
2. 我國未來長期照顧制度規劃之服務對象含括哪些？就年齡層而言，只針對 65 歲以上老人、20 歲以上抑或全人口呢？就功能需求而言，只針對一般失功能者，抑或含括認知失能者及精神障礙者呢？
3. 我國未來長期照顧制度規劃之服務提供方式為何？是以現金或只提供實物呢？抑或兩者兼顧？
4. 我國未來長期照顧制度規劃之服務項目為何？是否含括機構與居家/社區式服務？抑或只提供居家/社區式服務呢？孰者優先？除「居家服務」外，居家與社區式服務應當含括其他哪些服務項目呢？

(二) 資料蒐集方法

1. 文獻探討--二手資料分析

國內文獻資料來源主要為「建構長期照護體系先導計畫」與長照相關之實証研究、官方及民間團體出版相關文件檔案；國外文獻則針對長照制度已經立法之國家（德、日、以色列、奧地利及荷蘭）等，進行二手資料之蒐集與分析。

2. 座談會--質性與量性資料分析

本研究針對長照制度服務對象、提供方式與服務，亦以舉辦座談會方式，蒐集國內學術界、實務界、政府部門代表們的意見，進行量化、質化資料分析。於 2004 年 12 月 13 日上午與下午各舉辦一場座談會，參與者包括國內與長照相關之學術界、實務界（相關民間團體代表）、政府部門相關人員、服務提供者，共 59 位參與。會中除以錄音方式蒐集與會者的口述意見外，亦製作標準化「專

家菁英對於規劃我國長期照顧制度的意見調查」問卷¹（含閉鎖式與開放式問題），於前述兩場座談會發放給與會者，蒐集量性與質性資料。

與會者之口述資料分析，乃以錄音後謄寫逐字稿予以分析，為本研究質性資料。「專家菁英對於規劃我國長期照顧制度的意見調查」問卷共發出 59 份，回收 49 份，有效樣本 47 份，回收率 83.1%，其中，閉鎖式問題為本研究量性資料，開放式問題則歸納後與前述之與會者之口述資料合併進行質性資料分析。

三、研究結果

（一）國內外文獻分析發現

長照制度規劃目的乃在滿足使用者的長照需求，包含健康與社會照護，以維持健康與生活正常的需要，因此，醫療和長照的連結、社政主導之社會照顧與衛政之健康照護整合十分重要。以下之國內外文獻整合分析，包括回應「整合」在長照的意義為何？醫療和長照的連結策略為何？長照服務體制有關之服務對象？服務提供方式？與服務項目規劃為何？

1. 「整合」原則在長期照顧的意義

英國為了回應減少機構式照護，自 1950 年代以來，開始發展其「社區照顧」（care in the community; community care）相關措施。其中，也強調「整合」的概念包括整合健康照護、社會照護及居住照護（residential care），以避免使用機構式照護（周月清，2000）。Brodsky 等人（Brodsky, Habib, Hirschfeld, Siegel & Rockoff, 2003）探討長照「整合」意義，包括長照三種主要服務、兩種面向及三種整合模式詳見(表 2)。

首先，Brodsky 等人（Brodsky et al., 2003）將長照服務區分為三種照顧服

¹此標準化問卷由高森永設計，經「行政院長期照顧制度規劃小組」討論修正後定稿，共 10 題，與本研究相關者有 8 題。

務，分別為：(1) 居家護理-- (Home health) 指在家中進行與醫療相關的照顧；(2) 居家服務 (Home care) --指在家中提供維持個人生活功能的照顧，包括個人身體照顧，例如：吃飯、沐浴，與家事服務；以及(3) 機構式服務 (Institutional services)。其並指出長照服務「整合」「面向」包括兩種：(1) 整合多元的長照服務--長照系統各種服務經常是不連續的，居家醫護獨立於個人身體照顧與家事服務，居家照顧獨立於機構式照顧，甚至個人身體照顧也與家事服務是分開的；(2) 整合長照服務與一般健康與社會服務系統--長照服務可能與一般系統分開，或在健康與社會服務系統中，被整併為一項服務包裹，或散見於健康與社會服務系統中。除此，長照「整合」的「模式」有三類：(1) 整合系統 (Integrated system)：只有當基本的健康與社會系統本身已被整併，才可能有完整的長照系統。至少，有些部分的整併是透過稅收提供衛政與社政系統的服務，其他則散見於此兩者服務系統當中；(2) 獨立的長照系統 (Independent LTC system)：一個獨立的長照系統可以提供整合各種長照服務的機會；(3) 以及長照服務的各部分散見於不同的系統 (Fragmented LTC services, components of which are integrated into different system)：已開發國家由於有較完整的健康與社會系統，多屬此一整合模式。譬如：由衛政系統提供之居家護理，社政系統提供之家事服務；而個人身體所需之照顧服務則可能含括在衛政或社政系統；又如，機構式服務則依照需要照顧的層級，由衛政與社政系統提供 (Brodsky et al., 2003)。

表 2：長期照顧整合議題及其內涵^a

長期照顧整合議題	內 涵
三種照顧服務	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居家護理 (home health) 2. 居家服務 (home care) 3. 機構式服務 (institutional services)
兩種整合面向	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整合多元的長期照顧服務 2. 整合長期照顧服務與一般健康、社會服務系統
三種整合模式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 整合模式 2. 獨立長期照顧系統 3. 長期照顧服務散見於不同的服務系統
整合政策原則與目的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建基於單一窗口，整合健康與社會照護系統，提供有效及有效率的照護。 2. 與醫院照護系統連結，提供持續性的出院回家的健康照護，減少急性住院率與疾病資源，創造適應到宅健康照護及復健誘因，降低機構式照護的使用率與支出。 3. 連結健康預防照護系統，轉移過去直接進入急性健康照護，喚起對 LTC 的注意。

a. 研究者製表，參考資料來源：Brodsky et al.(2003).

先進國家中是否落實居家和社區照護模式，仍在爭議中，如德國和日本，其機構式服務需求居高不下，超長住院率、濫用醫療資源問題尚未解決，加拿大和澳洲的機構使用率情況亦同 (OECD, 1996；引自吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭，2003)，此和「在地老化」、「生活正常化」的政策目標相左。因此，近代先進國家長照的改革重點為，提升社區式服務的效率與效益，以降低對機構式服務之依賴，包括將原來機構式照護轉移為居家或社區式復健；其中改革策略含研議管理式照護模式，增進各類社區服務間之統籌協調，給予服務需求者適切配套措施，並進行服務執行評估等 (Davies, 1995)；改革中常被提及的是：醫院與長期照顧的連結與照顧管理制度。

醫院和長期照顧連結，亦為長照整合的重要策略。多樣化出院後照護措施

目的在降低住院天數與醫療花費，並可協助病人從住院過渡到社區。這些健康照護措施包括居家健康照護（居家護理與家事服務）、復健服務、出院後持續服務，讓急性醫療資源得到最高效益的使用（Davies, 1995），為促成資源整合與使用的有效性和效率，照顧管理成為關鍵。

鄭文輝等（2004）於「推動長期照護保險可行性之研究」中探討德國與日本的長照制度實施經驗，亦指出在政策規劃方面，可以提供我們參考之處甚多，可歸納為以下幾點：（1）即早明定政策走向，即早規劃與準備；（2）明定照護需要事故，獨立建制運作；（3）提供普及式基本保障；（4）允許受照顧者自主選擇服務；（5）建立適當照顧管理機制，有效使用資源；（6）重視復健優先照護原則；（7）居家照護優先機構照護；（8）提供多元照護服務以滿足多元照護需要；（9）組織體制與健保密切銜接。

行政院衛生署（2004a）長期照護的政策與規劃中，指出多元化老人照顧系統包含公共衛生預防保健服務、急性醫療服務到復健與後續服務。其分別有國民保健計畫、醫療網計畫與老人長期照護三年計畫、建構長期照護體系先導計畫與新世紀健康照護計畫涵蓋。服務內涵包括，公共衛生預防保健服務所涉及之健康促進、健康維護、預防保健服務與緊急救援服務；急性醫療服務所涉及之醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層醫療機構與衛生所；復健及後續性服務所涉及之慢性醫院與病床、護理之家服務、日間照護、養護機構、安養機構、居家照護、在宅服務與其他社會福利服務（如圖 1），引自高森永，2004）。同時，在衛生署的推動下，截至 2003 年底，我國 25 縣市皆成立「長期照護管理中心」作為醫院與長期照顧服務連結的單一窗口，社政單位與長期照顧相關業務疊床架屋，因為各縣市政府也成立「照顧管理中心」形成行政分立、照顧管理流程不一的情形（衛生署，2004b）；農委會²、原委會³、退輔會⁴在社會照顧方面分別提供現金補助、機構式服務、社區居家式服務與連結式服務（農委會，

²農委會（2004）。〈農村長期照顧需求採行措施〉。《建構農村聚落居民生活照護支援體系計畫-農村生活照護工作研討會報告》。

³原民會（2004）。《行政院原住民委員會推動原住民老人福利服務業務報告》。長期照顧規劃小組行政部門協調會議報告資料。

⁴退輔會（2004）。《榮民長期照顧措施》。長期照顧規劃小組行政部門協調會議報告資料。

2004；原委會，2004；退輔會，2004；引自周月清，2004），詳見(表 3)。根據前述，上述我國之相關體系，皆已提供長期照顧的服務，但卻缺乏整合；因此未來我國長照制度之規劃，如何整合現有相關體系與服務，是不可忽略極待解決之重點工作之一。

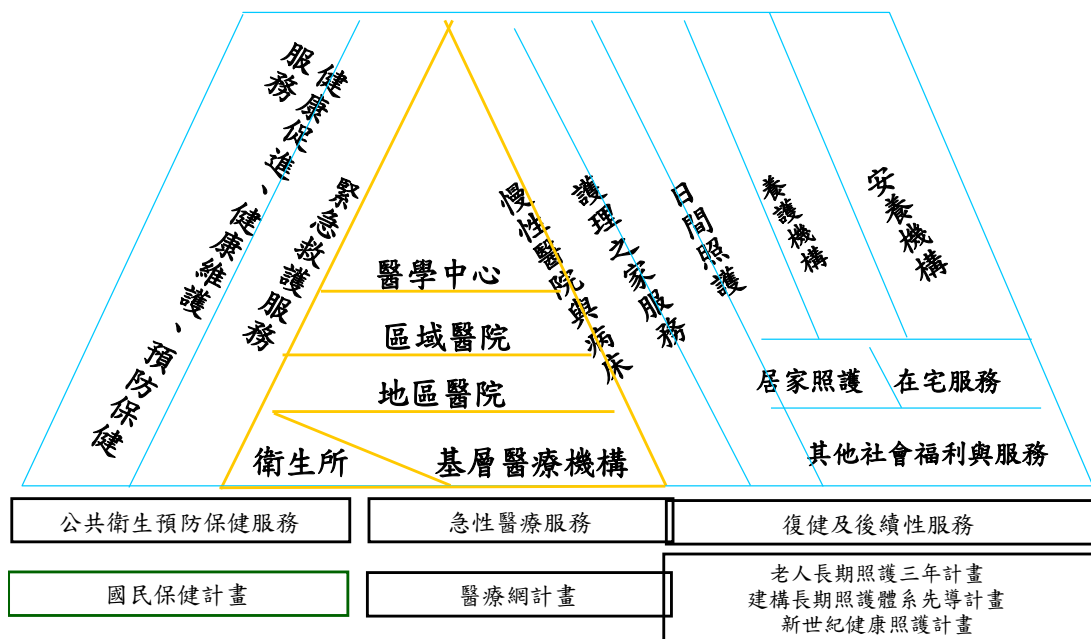


圖1：多元化老人照護體系

資料來源：衛生署(2004a)；引自高森永(2004)。

總結前述文獻，長照服務輸送規劃目標原則可摘要為：社區式服務優先於機構式服務、復健服務優先於照顧服務、整合健康與社會照顧體系與服務；以降低醫院停留、延長就地老化、促使生活正常化為目的；建構長期照顧體系「整合」策略原則有三：(1) 建基於單一窗口--整合健康與社會照顧系統，提供有效益及效率的照顧；(2) 與醫院照護系統連結--提供出院回家的持續性健康照顧，減少急性病房住院率與疾病資源，提供到家健康照顧與到家復健為誘因，降低機構式照護的使用率與支出；(3) 結合健康預防照顧系統--轉移過去直接

進入急性健康照護，喚起對長期照顧的注意，如(圖2)。

表3：現階段我國健康與社會照護提供體系、法源及措施分析^a

	健康照護	社會照護
體系	衛政	衛政、社政、退輔、原民會、農委會
法源	全民健康保險法	精神衛生法、老人福利法、身心障礙者保護法、兒童及少年福利法、退除役官兵輔導條例、罕見疾病防治及藥物法
措施/方案	全民健康保險醫療給付： 慢性病床（現在逐步縮減中） 居家護理 社區復健 安寧照顧	現金補助： 敬老福利津貼、中低收入老人生活津貼、特別照顧津貼、中低收入身心障礙生活補助費、身心障礙者參加社會保險自付保費補助、療育補助、托育養護補助、輔具補助。 機構式服務： 護理之家、安養機構、養護機構、長期照護機構與榮民之家、住宿型障礙者養護機構等。 社區居家式服務： 老人--居家服務、喘息服務、日間照護、日間照顧、緊急救援系統、營養餐飲服務、改善住宅設施設備服務等。障礙者--復健服務、日間照顧、臨托服務、餐飲服務 聯結式服務： 長期照護管理中心、照顧管理中心、居家服務支援中心

^a.農委會(2004)⁵；原委會(2004)⁶；退輔會(2004)⁷；引自周月清(2004)。

⁵ 同註 2。

⁶ 同註 3。

⁷ 同註 4。

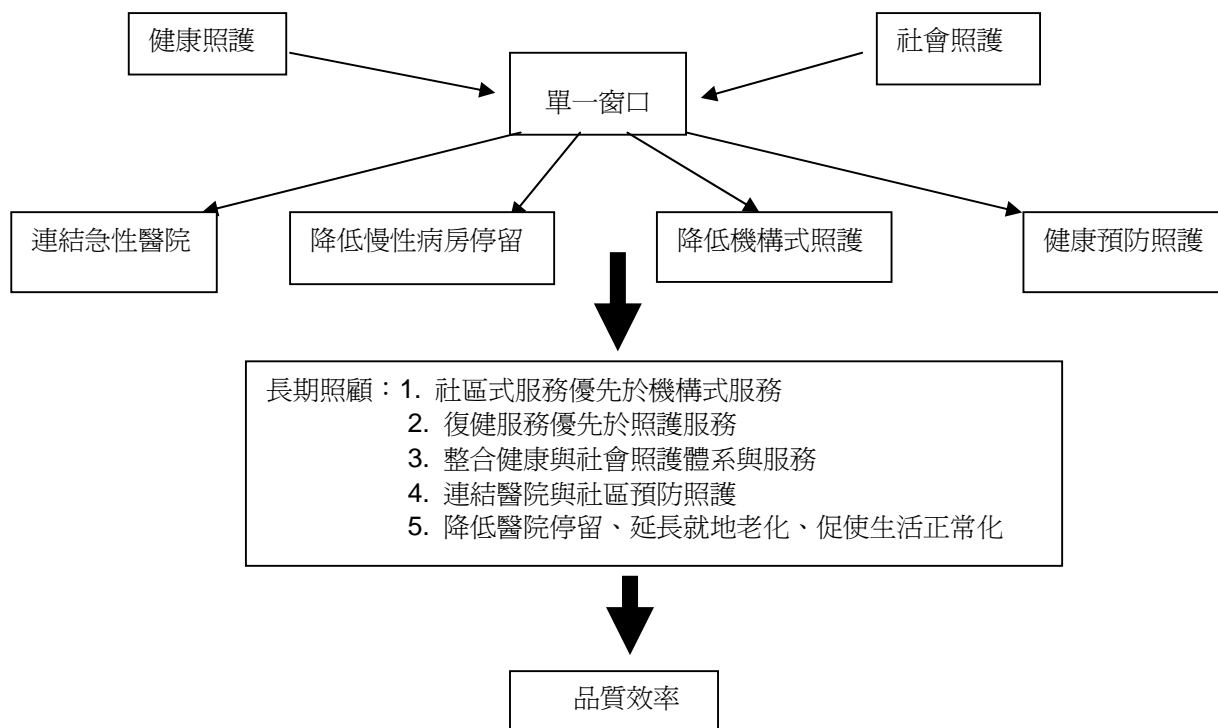


圖 2：長期照顧健康與社會照護整合及住院與健康預防的連結^a

a. 研究者製圖，參考資料來源：Brodsky et al.(2003)；鄭文輝等(2004)；周月清(2000)。

2.服務對象、方式與項目

Brodsky, Habib & Mizrahi (2000)指出，目前長照制度有立法的國家有：德、日、荷、以、奧等五國，其中日本、德國、荷蘭與以色列是以社會保險方式，奧地利採稅收方式。日本的介護保險法案從 2000 年 4 月 1 日開始實施，是特定法案，保險人是相當於地方政府之市町村擔任。德國長期照顧保險法案由 1995 年 4 月 1 日開始實施，亦為特定法案，保險人是原來疾病基金會的照顧基金。荷蘭的長期照顧法從 1968 年開始實施，同樣是特定法案，由健康、服務與運動部門負責。以色列的社區長期照顧保險法有三個法案共同規範，從 1988 年 4 月 1 日開始實施，由國家保險制度充當保險人。奧地利有兩個法案規範，一為中央聯邦長期照顧津貼法，另一為省府長期照顧津貼法，從 1993 年 7 月開始實施 (Federal Ministry of Social Security, Austria, 2004)。

以下將分別介紹這五個國家的長期照顧服務對象、服務提供方式與服務項目 (Brodsky et al., 2000; 鄭文輝, 2004; 林志鴻、李光廷, 2004a, 2004b⁸; 內政部、衛生署, 2002); 另外，也蒐集長照先導計畫 (吳淑瓊等, 2003, 2004) 與臺北縣現階段的長照實施經驗⁹ (臺北縣政府, 2004)。

(1) 服務對象

日本針對 40-64 歲有 15 項特定疾病的中高齡者，與 65 歲以上失能者，且需要持續 6 個月以上保護性看視者為服務對象；德國以全民為服務對象；荷蘭亦以全民為服務對象；以色列以男性 65 歲以上，女性 60 歲以上為服務對象；奧地利則以 3 歲以上為服務對象，見(表 4)。

長期照護先導計畫實驗社區 (臺北縣的三鶯社區及嘉義市) 的服務對象為 20 歲以上 (但不包含精障)；現階段臺北縣長期照護管理中心¹⁰的服務對象為

⁸林志鴻、李光廷 (2004b)。(長照小組財務規劃組會議紀錄及口述書面紀錄)。

⁹臺北縣政府長期照護管理中心 (2004)。(行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組參訪臺北縣長期照護管理中心討論議題)。臺北縣政府長期照護管理中心提供之書面資料。

¹⁰同上。

ADL 至少兩項以上的全人口，見(表 4)。

(2) 服務提供方式

服務提供方式有三種模式：A.提供現金 (in cash)，B.提供實物 (in kind)，C.混合現金和實物 (in cash+ in kind)。

日本只提供實物給付；德國提供混合給付；荷蘭以實物給付為主，其現金津貼只能用來購買服務；奧地利以提供現金照顧津貼為主，由使用者自主購買所需之服務；以色列以提供實物為原則，除非服務不具可近性時，才提供現金。

現金給付有兩種，第一種是低於實物給付 50%，例如：德國現金給付為實物給付的 45-50%；或是給予實物之 80%的現金，如以色列。第二種現金只能用來購買服務，例如：荷蘭。

先導計畫只提供居家/社區式服務，不提供現金；現階段臺北縣長照服務(含括老人與身心障礙者)提供方式與其他縣市狀況相同，含括現金(如老人與身障者低收入生活補助、中低收入老人生活與老人特別照顧者津貼、敬老福利生活津貼)及實物(如居家/社區式服務與機構式服務)。

(3) 提供服務項目

提供服務項目，有二種模式：A.只提供居家/社區式服務，不含括機構式服務，及 B.同時提供居家/社區式與機構式服務。

日本提供居家/社區式及機構式服務兩種。日本居家/社區式服務有：訪視照顧、訪視入浴照顧、訪視護理、訪視復健、日間照顧、輔具租借、居家療養管理指導、短期收容生活照顧、短期收容療養照顧、失智老人之家生活照顧、特定機構入居者生活照顧、擬定照顧計畫、支給特例居家照顧服務費、支給居家照顧輔具購入費、支給居家照顧住宅改建費(共 15 項)。日本機構式服務有：老人特別養護之家、老人保健設施、療養型慢性病房、支給高額照顧服務費、支給特定機構照顧服務費等 5 項(林志鴻、李光廷，2004a)。

德國也是居家/社區式及機構式服務皆含括。德國社區照顧服務(含括居家

與社區式)的內容包括：個人身體照顧、家事服務、輔具 (assistive devices)、居家適應 (home adaptations)、日間照顧、夜間照顧和喘息照顧。德國針對符合使用機構照顧者，不涵括使用者之膳食費用支出，另，使用者必須負擔全部成本的 25%；導致使用者較偏好社區照顧服務。當使用者不選擇實務給付而選擇現金時，其現金津貼則是依據失能狀況，給予原實物給付的 45-53%。

荷蘭長期照顧服務主要則採實物給付，提供的服務項目也是含括機構式及居家/社區式服務兩種。其居家/社區式服務 (社區照顧服務) 有：居家護理、個人照顧、家事協助、日間照顧、喘息服務、輔具與夜間照顧。個人預算方案中，現金給付僅提供給符合居家照顧資格者，且僅能用來購買正式或非正式服務。除此，特殊性醫療支出保險 (A W B Z) 法案包含的其他服務有：復健、精神科諮詢、心裡治療、失明和失聰的照顧 (檢查、治療、諮商和機構式服務)、新陳代謝障礙的檢測、兒童牛痘接種疫苗、心智障礙者的照顧、懷孕期 B 肝檢查、營養諮詢 (Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, 1998) 見(表 4)。荷蘭 1997 年現金津貼的受益人占所有服務使用者的 3%-5%。機構式服務有：護理之家與養護之家。

以色列提供服務以實務給付為主，當服務可近性不足時，給予 80% 的現金給付，但實際上這種情況很少發生。以色列只提供居家/社區式服務，不含括機構式服務。居家/社區式服務包括：個人身體照顧、家事服務、日間照顧、洗衣服務、透氣襯衣、緊急救援系統。一位老人可以同時使用多種服務，例如他可以一週去兩次日間照顧中心，同時也使用個人身體照顧服務。

奧地利提供現金津貼為主，由使用者自由購買所需的機構式照顧、居家與社區式照顧。

長期照護先導計畫實驗社區 (臺北縣三鶯地區及嘉義市) 的服務方式以社區、居家服務為主，不含括機構式服務。提供之九大類居家/社區式服務，包括：居家服務、居家護理、居家復健、居家機構喘息服務、居家無障礙設施設備、失智症日間照顧中心、家庭托顧、照顧住宅與緊急救援服務。

現階段臺北縣的長期照顧服務含括社區/居家服務與機構式服務，其中社區

/居家服務包含：居家服務、居家喘息、緊急救援、居家無障礙設施設備、日間照顧、社區復健與機構喘息七大類服務。機構式服務包含：安養機構、養護機構、身心障礙機構、長期照顧機構與護理之家，見(表 4)。

(4) 每個月的給付額度

以美金計算日本提供給付額度，在 \$560 至 \$3,260 之間，幾乎含括全部的機構式照顧成本。德國提供的給付額度，社區式照顧方面，在 \$375 至 \$1,400 之間的實物給付，重度使用者給予 \$1,875；現金給付的範圍在 \$200 至 \$650 之間；機構式照顧則以實物給付為主，範圍在 \$1,000 至 \$1,400 之間，重度使用者給予 \$1,650；給付程度占需求的 44-64%。奧地利提供的給付額度在 \$160 至 \$1,686 之間（145.40-1531.50 歐元），津貼給付程度最多的一級，含括需求的 44.5%，占機構成本的 50%。荷蘭對於服務的總使用量沒有限制，但是有限制單項服務的使用，例如：居家護理限制一天使用三小時。以色列提供的給付額度，在 \$360 至 \$540 之間，若沒有服務提供，給予 80 的現金給付。奧地利提供的現金給付額度，在 \$160 至 \$1,686 之間。

表 4：先進國家及我國「建構長期照護先導計畫」實驗社區與現階段臺北縣長期照顧制度服務對象、提供方式與服務項目^a

項目 國家	服務對象	提供方式	服務項目
日本	第一類被保險人：65 歲以上老人。第二類被保險人：40-64 歲罹患 15 種特殊疾病。	實物給付--居家/社區/機構式服務。	<p>居家/社區式服務：訪視照護、訪視入浴照護、訪視護理、訪視復健、日間照護、輔具租借、居家療養管理指導、短期收容生活照護、短期收容療養照護、失智老人之家生活照護、特定機構入居者生活照護、擬定照顧計畫、支給特例居家照護服務費、支給居家照護輔具購入費、支給居家照護住宅改建費（共 15 項）。</p> <p>機構式服務：老人特別養護之家、老人保健設施、療養型慢性病房、支給高額照護服務費、支給特定機構照護服務費。</p>
德國	全民	混合給付--現金給付+居家/社區/機構式服務。	<p>現金給付 津貼給付低於實物給付（依失能狀況給予實物給付的 45% 至 53%）</p> <p>居家/社區/機構服務</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家照護 2. 非專業照護人員社會保險費 3. 日/夜間照護 4. 短期機構照護（喘息服務） 5. 代理照護 6. 機構照護 7. 輔具租借及購買 8. 補助住宅設施改善（共 8 項）。
荷蘭	全部人口，健康問題、功能障礙。（目前正研發一致性的評估工具）	混合給付--現金給付+居家/社區/機構式服務。	<p>現金給付 限制於購買實物給付</p> <p>居家/社區 居家護理、個人照顧、家事協助、日間照顧、喘息服務、輔具與夜間照顧。除此，A W B Z 法案包含的其他服務有：復健、精神科諮詢、心裡治療、失明和失聰的照顧（檢查、治療、諮詢和機構式服務）、新陳代謝障礙的檢測、兒童牛痘接種疫苗、心智障礙者的照顧、懷</p>

項目 國家	服務對象	提供方式	服務項目
			孕期B肝檢查、營養諮詢。 機構式服務 護理之家、之家。
以色列	女性 60 歲， 男性 65 歲。	實物給付為主--居家/社區式服務 (若服務可近性不足，給予 80%現金給付)。	居家/社區式服務 個人身體照顧、家事服務、日間照顧、洗衣服務、透氣襯衣、緊急救援系統。 機構式服務 無
奧地利	3 歲以上	提供現金	現金—使用者自由運用
建構長期照護 先導計畫實驗 社區 (三鶯 地區、 嘉義 市)	20 歲以上(但 不包含精障)	實務給付	居家/社區式服務 (九大類服務) 1. 居家服務 2. 居家護理 3. 居家復健 4. 居家/機構喘息服務 5. 居家無障礙設施設備 6. 失智症日間照顧中心 7. 家庭托顧 8. 照顧住宅 9. 緊急救援服務
現階段 臺北縣	全人口 (ADL 兩項失能)	混合給付	現金 ： 低收入生活補助、中低收入戶老人生活津貼、中低收入戶老人特別照顧津貼、敬老福利生活津貼 社區/服務 ： 居家服務、居家喘息、緊急救援、居家無障礙設施設備、日間照顧、社區復健、機構喘息 (七大類服務) 機構式服務 ： 老人有：護理之家、安養/養護機構、長期照顧機構；障礙者有：全日型與夜間型機構；精神障礙者有：精神護理之家以及康復之家。

- a. 資料來源：臺北縣政府長期照護管理中心(2004)；臺北縣政府(2004)；林志鴻、李光廷(2004a)；吳淑瓊(2003, 2004)；內政部、衛生署(2002)；鄭文輝等(2004)；Brodsky et al.(2000).

3.臺灣長照相關服務提供現況

(1) 臺灣各縣市老人長期照顧服務

臺灣現階段各縣市「老人」長照服務可以區分為機構式服務、社區/居家式服務、連結式服務與特殊服務。A.機構式服務包含：護理之家、榮院護理之家、安養/養護機構、長期照顧機構、榮家安/養護機構；B.社區/居家式服務包含：日間照護、居家護理、居家服務、日間托老；C.連結式服務包含：居家服務支援中心、長期照顧管理中心、出院準備；D.特殊服務包含：呼吸照護中心、呼吸照護病房、居家呼吸護理、失智照護。全臺灣的長照資源配置情形，分析如下：

老人機構式服務方面，除連江縣和金門縣外，23 個縣市皆有護理之家；除此，宜蘭縣、新竹縣、嘉義市、嘉義縣、臺南縣、屏東縣和花蓮縣，七個縣市有設置榮院護理之家。全臺 25 個縣市皆有安養/養護之家，除此，高雄市、臺北縣、桃園縣、新竹市、彰化縣、雲林縣、臺南市、臺南縣、高雄縣、屏東縣、臺東縣和花蓮縣，共 12 個縣市有榮家安/養護機構。又，社政體系的長期照顧機構分設在 10 個縣市：臺北市、高雄市、宜蘭縣、桃園縣、苗栗縣、臺中市、彰化縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣等。這表示這十個縣市有社政之榮家及衛政之養護機構，但分屬不同體系。

社區/居家式服務方面，首先檢視日間照護與日間托老服務。基隆市、臺北縣、桃園縣、新竹市、臺中市、臺中縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市、臺南市、高雄縣、花蓮縣，共十二個縣市有提供日間照護。與日間照護同性質及隸屬社政體系的日間托老服務，有十五個縣市提供，分別是臺北市、高雄市、臺北縣、新竹市、新竹縣、臺中市、臺中縣、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市、高雄縣與金門縣。因此，有七個縣市沒有提供日間照顧服務，分別是宜蘭縣、苗栗縣、臺南縣、澎湖縣、屏東縣、臺東縣、連江縣。全臺灣二十五縣市皆有提供居家護理服務，除連江縣外，二十四個縣市皆有居家服務。

連結式服務，二十五個縣市皆有長期照顧管理中心。除新竹市、臺中縣、連江縣和金門縣外，二十一個縣市皆有居家服務支援中心。除連江縣，其二十

四個縣市有出院準備服務。

特殊服務方面，呼吸照護部分，分成呼吸照護中心、呼吸照護病床、居家呼吸護理。六個縣市有呼吸照護中心、呼吸照護病床和居家呼吸護理服務，分別是臺北市、高雄市、宜蘭縣、彰化縣、臺南市、臺南縣。新竹市只有呼吸照護中心，沒有呼吸照護病房與居家呼吸護理服務。基隆市、桃園縣、苗栗縣、臺中縣、屏東縣，共五個縣市有呼吸照護病房，沒有呼吸照護中心與居家呼吸護理服務。另外，臺北縣、新竹縣、臺中市、嘉義市、高雄縣、臺東縣和花蓮縣，共七個縣市，有呼吸照護中心、呼吸照護病房，沒有居家呼吸護理服務。南投縣、雲林縣、澎湖縣、連江縣和金門縣，共五個縣市沒有呼吸照護中心、呼吸照護病房與居家呼吸護理。嘉義縣沒有呼吸照護中心，有呼吸照護病房與居家呼吸護理服務。最後，有提供失智照護服務的縣市為臺北市、高雄市、臺北縣、桃園縣、新竹縣、臺中市、彰化縣、高雄縣與臺東縣，共九個縣市有提供失智照護服務（中華民國長期照護專業協會，2004）。

（2）臺灣各縣市障礙者及精神障礙者相關服務

前述針對臺閩地區長照資源的分析，僅限於服務對象為失能老人者，衛生署的方案也以失能老人規劃為主；而障礙者的服務除衛生署精神醫療網針對精障者（健保給付範疇）外，大部分來自社政體系，未成年者屬內政部兒童局業務，但僅針對學前（0至6歲）之發展遲緩兒童，而成年障礙者則屬於內政部社會司業務。茲根據內政部社會司（2004a）¹¹有關現階段各縣市提供障礙者及精障者之服務（引自高森永、邱泯科，2004），分析敘述如下：

以身心障礙者而言，現有社政與衛政提供量為 22,255 床，而空床位有 4,660 床；難免讓人質疑是否有供過於求情況；然而也可能是分佈不平均導致，如前述分析金門與連江縣尚未發展機構式服務。

以 92 年 12 月底止身心障礙者人數有 861,030 人估算，針對居家/社區式服

¹¹ 內政部社會司（2004a）。《身心障礙者社區服務及居家服務供需書面資料》。臺北：內政部社會司。

務供需狀況初步分析，92.5%身心障礙者與家人同住，其中有四十三萬三千餘人需要支持與協助其生活，92年度各地方政府提供社區服務涵括日間照顧、臨時及短期照顧等法定項目，其服務人數計有12,005人，居家服務使用人數計有4,914人（高森永、邱泯科，2004），可見有需求者和有使用者之間相差甚遠。

以精神障礙者而言，92年內政部統計資料中，慢性精神病患者共約有75,832人，其中需要住院者估計約為三分之一，約25,277人，其餘三分之二（約50,555人）雖可住於社區，但大多需要長期治療與復健。而我國現有精障機構式服務提供數，93年約2,750床（含全日型住宿及小康計劃委託床位），共有1,841人進住；居家式服務93年9月底累計服務僅125人，相較於慢性精神病患者使用機構式服務，實有相當落差。

根據內政部社會司（2004b）¹²指出，各縣市在身心障礙者機構式服務提供方面，存在下述問題（引自高森永、邱泯科，2004）：A.障礙人口比例高縣市，如臺東縣、花蓮縣、雲林縣、金門縣、嘉義縣等縣市，住宿照顧資源反較缺乏。B.部分縣市政府設置機構（含括機構式和社區式服務提供之有立案機構）數明顯偏低：如基隆市、雲林縣、澎湖縣、臺東縣、嘉義縣、屏東縣、新竹縣、花蓮縣、宜蘭縣、臺中縣、南投縣、新竹市、高雄縣、嘉義市等縣市。C.各地機構式和社區式服務供需失衡：現有服務提供量加上籌設中之服務提供數，與需求數相比較，臺中縣、雲林縣、嘉義縣、高雄縣、屏東縣、基隆市、金門縣、連江縣等縣市供給仍低於需求。D.各縣市專責服務特殊障別（如：慢性精神病、植物人、失智症者）機構式和社區式服務普遍較少。

除前述之機構式服務外，現階段我國各縣市政府提供最普遍的服務為：居家護理、居家服務、居家（社區）復健（由健保給付社區復健）、喘息服務、居家無障礙設施設備修繕、輔具租借、緊急救援系統、日間照顧（托老）。以服務項目的多元性來說，依次為彰化縣十五項；臺北市、高雄縣有十四項；高雄市、臺北縣、桃園縣、新竹縣、嘉義縣、臺中市與臺南市有十三項（高森永、邱泯科，2004）。以精神障礙者而言，社區/居家式服務有精神護理之家附設日間照

¹²內政部社會司（2004b）。《身心障礙福利服務機構供需評估報告》。臺北：內政部社會司。

護、社區復健中心（含庇護工廠）、居家治療醫師與居家治療其他專業人員（吳肖琪，2003）。

總結前述有關長照服務對象、方式與項目，國內外文獻探討分析發現，有關服務對象在歐洲（如德、荷、奧）國家都是以全人口為規劃，其中，德、荷皆屬社會保險制；而日本和以色列也是屬於社會保險制，但僅以 65 歲以上老人為主要給付對象，日本亦涵括 40 歲以上之特殊疾病者，以色列對女性放寬為 60 歲。長照先導計畫只針對 20 歲以上失能者（未含精障者）；我國（以臺北縣為例）現階段是屬於須資產調查稅收制，涵括全人口，但分屬不同體系，欠缺整合。服務提供方式，德國和荷蘭採實物和現金混合給付，奧地利則以現金給付，日本和以色列採實物給付，其中以色列當服務欠可近性時，也可以現金 80 % 替代；長照先導計畫未提供現金，只提供實物。現階段我國社會救助模式下，也有所謂中低收入補助或津貼的現金提供，和機構式、居家與社區式服務的實物提供。服務項目，日、德、荷皆涵括機構式與社區式服務，其中居家與社區式服務最為普遍者包括居家照顧、日間照護、短期照護、輔具租借等。長照先導計畫未涵括機構式服務，曾推展九項居家社區式服務，其中家庭托顧服務、照顧住宅及居家復健，目前在各縣市尚未普及發展與提供；現階段我國也是機構式服務和居家社區皆有，居家社區式服務，其中七項目前在各縣市最為普遍：居家服務、居家喘息、緊急救援、居家無障礙設施設備、日間照顧、社區復健、機構喘息。

（二）座談會資料蒐集分析結果

1. 與會者口述意見質性資料分析

（1）目標原則

與會學者專家對於我國未來規劃長期照顧服務輸送之目標原則，也認同議程中所提供「整合」議題的資料，包括：

A. 我國長期照顧規劃原則—復健預防優先於照顧；在地老化與社區正常

化、社區、居家式服務優先於機構式服務原則。

- B.我國長期照顧制度整合—連結急性醫院、慢性病房與社區健康預防三大塊，整合除了指健康、社會照護整合、中央與地方整合、專業系統與專業人員、全民健保（NHI）和長照（LTC）的整合，還包含身、心、靈（尊嚴）照護全方面整合，提供連續性服務。

（2）服務對象

座談會中，與會者討論比較多者為：

- A.以需求面而言，應含括全人口，但現階段供給面是否準備好了？
- B.是否含括精障？沒有人反對含括，只是「要如何含括？」，有兩種不同看法：（a）主張放入全民健保較適合者，認為精障有特殊需求，因此在長照先導計畫執行當時，亦未將精障納入的理由；（b）主張放入長照者，認為健保分配到較多資源，限機構式治療而非社區復健，然而，現階段80%精障者住在社區。
- C.是否只針對20歲以上者，將20歲以下納入兒少保範圍，或只針對65歲以上者，則是關心財源、供給面足夠嗎？以及其尚且需要就學、就業等其他需求。因此，針對服務對象選擇的兩個面向（年齡層及需求功能），事實上只需考量6種選擇（從12種簡約為6種），如(表5)。
- D.若長照採取保險體制規劃，則納保對象和給付對象要一致。各種服務對象不同選擇的優缺點分析，如(表6)。

表5：專家學者對於納保對象的建議案歸納為六種選擇

	65歲以上	20歲以上	全人口
失能、失智	第一種	第三種	第五種
失能、失智、精障	第二種	第四種	第六種

資料來源：研究者製表。

表 6：納保對象與給付對象的各項政策選擇與會者支持與不支持理由之分析

	選擇	支持理由（單位）	不支持理由（單位）
1.	含括全人口	以需求面而言;不能因年齡而被排除在外。(殘盟、北市社聯)	1. 現階段供給面準備好了嗎?財源夠嗎?如何和現階段銜接? 2. 付費意願呢?全民願意嗎?使用者實際上和預期少很多,考慮城鄉差距。
2.	含括精障	1. 精障者在社區要的是生活,不是醫療。(家屬團體) 2. 80%在社區,未含括在NHI。NHI 醫生比較重視醫療,而非社區復健。社區精障被忽略,因目前 NHI 不 cover。(殘盟、家屬代表)	1. 精障需求特殊,病床特殊性。(失智老人基金會鄧院長) 2. NHI 有 cover 復健,若含括在LTC 會重複。(臺北市社會局) 3. 社區資源還沒準備好。
3.	階段性先針對 20 歲以上者	太早納保,人民不一定願意付費。20 歲開始是比較理想的起點。	
4.	階段性先針對老人	因出生到成年有就學、就業、復健等多元需求,分階段執行。年輕人可能不願意付費,如日本。	納保若從 40 歲(中年),是否會更加惡化中高齡者就業困難。

資料來源：研究者製表。

(3) 服務提供方式

與會者都贊成混合現金與實物提供方式；以實物為主，現金為輔。若不提供現金，只提供實物，會反向支持家人都把被照顧者送到機構去，家人照顧功能不被鼓勵；另外，倘只提供實物，現階段服務供給面是否足夠，必須審慎考量。

(4) 服務項目

現階段各縣市政府提供之服務包括：A.機構式服務：護理之家、榮院護理之家、安養/養護機構、長期照顧機構、榮家安/養護機構；B.社區/居家式服務：

日間照護、居家護理、居家服務、日間托老；C.連結式服務：居家服務支援中心、長期照顧管理中心、出院準備；D.特殊服務：呼吸照護中心、呼吸照護病房、居家呼吸護理、失智照護等之外；除此，與會者建議增加：支持照顧者的喘息服務、照顧者團體、照顧者需要的照顧常識；營養，長期追蹤，有心理支持功能的社工服務，諮商，志工訪視，安寧療護。

2.與會者標準化問卷量化資料分析結果

茲根據兩場座談會中所發出「專家菁英對於規劃我國長期照顧制度的意見調查」問卷之 47 份有效樣本，分析量性資料如下（(表 7)和((表 8))）：

(1) 參與者個人基本資料

- A.年齡：平均 44.23 歲，年齡分佈自 25 至 66 歲。
- B.教育程度：碩士 17 位（36.2%）居多；其次博士 14 位（29.8%）；再其次大學 13 位（27.7%）
- C.身份類別：民間單位（團體）29 位（61.7%）最多；其次為學者專家 12 位（25.5%）；再其次政府單位 6 位（12.8%）

表 7：座談會受訪者基本資料（N=47）

		人數 (N)	百分比 (%)
1.年齡	25 歲以下	1	2.1
	26-30 歲	5	10.6
	31-35 歲	5	10.6
	36-40 歲	4	8.5
	41-45 歲	8	17.0
	46-50 歲	12	25.5
	51-55 歲	4	8.5
	56-60 歲	7	14.9
	61-65 歲	0	0.0
	65 歲以上	1	2.1
(平均：44.23 歲)			

表 7：座談會受訪者基本資料 (N=47) (續)

2.教育程度	博士	14	29.8
	碩士	17	36.2
	大學	13	27.7
	專科	3	6.4
3.身份類別	學者專家	12	25.5
	政府單位	6	12.8
	民間單位 (團體)	29	61.7

資料來源：研究者製表。

(2) 服務對象--認為我國長期照顧保險最適宜之「給付對象」的界定：

贊成以需要長期照顧之身心功能障礙者，不限年齡為給付對象居多有 30 位 (63.8%)；其次是需要長期照顧之身心功能障礙者，且年滿 20 歲以上之成人與老人有 10 位 (21.3%)

表 8：座談會受訪者針對服務對象、方式、服務項目次數與百分比分析表

項目	次數	百分比 (%)
服務對象 (N=47)		
需要長期照顧之身心功能障礙者，且年滿 65 歲之老人	4	8.5
需要長期照顧之身心功能障礙者，且年滿 20 歲以上之成人與老人	10	21.3
需要長期照顧之身心功能障礙者，不限年齡	30	63.8
其他	2	4.3
遺漏值	1	2.1
服務方式 (N=47)		
僅提供照護服務 (實務給付)	9	19.1
照護服務 (實務給付) 與現金給付並行	33	70.2
其他	2	4.3
遺漏值	3	6.4
照護型態 (複選) (N=47)		
居家式及社區式		68.1
1. 居家服務	29	61.7
2. 居家護理	27	57.4
3. 日間照顧 (日間托老)	27	57.4
4. 居家臨托照顧 (居家喘息)	20	42.6
5. 家庭托顧	15	31.9
6. 輔具租借	20	42.6
7. 居家復健	24	51.1

表 8：座談會受訪者針對服務對象、方式、服務項目次數與百分比分析表（續）

8. 社區復健	25	53.2
9. 定點臨托（機構喘息）	22	46.8
10. 緊急救援系統	18	38.3
11. 照顧住宅	13	27.7
12. 住宅無障礙設施改善	18	38.3
機構式		55.3
13. 護理之家	27	57.4
14. 養護機構	16	34.0
15. 安養機構	11	23.4
16. 慢性醫療機構	7	14.9
17. 長期照護機構	24	51.1

資料來源：研究者製表。

（3）服務提供方式—認為我國長期照顧保險最適宜的「給付方式」：

贊成給付照護服務（實物給付）與現金給付並行最多有 33 位（70.2%）；其次是僅提供照護服務（實物給付）有 9 位（19.1%）；無人勾選僅提供現金給付。

（4）服務項目—認為我國長期照顧保險應給付的照護型態及服務項目：

給付服務項目以居家服務最多有 29 位（61.7%）；其次為居家護理、日間照顧（日間托老）與護理之家有 27 位（57.4%）；再其次為社區復健有 25 位（53.2%）

3.與會者於標準化問卷質性資料分析結果

茲根據座談會中發放之問卷中之開放式問題，與會者填寫與本研究相關意見，分析如下。

（1）服務對象的建議

- A. 20 歲以下身心障礙者除照顧需求外，還有就醫、就學方面的需要，這些需要目前已有提供。
- B. 40 歲以下由政府稅收支出。
- C. 服務對象以需求為主要考量；給付範圍與保費或財源配合；給付及納

保之年齡限制應相同；給付及納保之年齡限制應相同；且應與健保（醫療）、教育、社福切割，各自有其服務條件及具體目標，並透過「個案管理制度」銜接各項服務；給付及納保對象應相同，如以 40 歲以上為對象，40 歲以下由政府稅收支出。

- D. 失智者納入服務對象涵括範圍。
- E. 精障者納入服務對象與否有不一致之意見；有主張「精障亦需納入」、有主張「精神障礙需要審慎考慮」，依現行辦法，精障者（護理之家）係以第五、六類的病人為主，未分年齡；慢性精神障礙者宜由現有健康保險單獨分出一塊機制，以避免浪費、重複。

（2）服務提供方式的建議

與會者的建議和其在量性資料蒐集一致，主張以實物為主，現金為輔方式提供；另有與會者建議：「現金減半給付」、「現金為輔，要嚴加考核」、「以實物給付為主，現金給付則選擇性辦理」、「只有在找不到適當資源之下才給予現金給付」、「考慮不用現金而用 voucher」。

與會者同時提醒：「實物給付之下能否有足夠的服務提供，因社會福利為地方自治項目，應落實地方制度」；「僅提供照護服務（實物給付）但可包括家人照顧，亦即家人照顧亦納入評估體系」。

（3）服務項目的建議

與會者針對服務項目的建議除前述量性資料中述及外，其他服務含括：「針對特殊族群提供方案式照顧（例如罕見疾病、遺傳、晚發型小腦萎縮）」、「心靈照護」、「提供照顧者及志工照顧技能的訓練及衛教」、「對自動耳語障礙者老化就業時所需之手語翻譯服務」、「多層級住宅」。

總結座談會量性與質性資料分析發現，有關我國未來規劃長照服務輸送目標與原則，與會者贊同我國未來規劃長照服務輸送為「復健預防優先於照顧」、「在地老化」、「居家社區式服務優先於機構式服務」、「連結急性醫院、慢性病房及社區預防」等目標原則。針對服務對象多數與會者支持含括全人口，但擔

心資源是否足夠。有關是否含括精障者，則出現不一致的觀點，民間團體傾向含括，政府部門擔心精障者所需之特殊性資源尚未發展，主張在長照制度發展早期階段先不要含括，以免遭受失敗的可能性。服務提供方式（現金或實物）一致性最高，支持混合現金與實物。就服務項目的提供，一致性亦高，如與會者支持機構與居家社區式服務兼顧。

四、討論與建議

本研究整理分析先進國家經驗、我國長期照護先導計畫與臺灣各級政府之現況，以及座談會與會者之資料，針對我國未來長照制度規劃之服務對象、提供方式與服務項目發現摘要如下：

（一）服務對象

服務對象之確認可以從兩個面向評量及討論，即年齡與健康功能狀況。

1.就年齡層而言，有三種選擇：

（1）階段性先只含括高齡者（65 歲以上者）（如日本、以色列），理由如下：

- A. 現階段供給面準備好了嗎？財源夠嗎？如何和現階段銜接？是否要考慮城鄉差距？目前的長照供給面的相關資料比較是針對高齡者，加上障礙與精障者使用之語言，資料之整理與老人不相同；供給面在社政與衛政系統，障礙者和精障者較缺乏對話與整合經驗。
- B. 付費意願呢？全民願意嗎？使用者實際上和預期少很多；一開始含括對象太多會比較冒險。

（2）只含括成年人（20 歲以上者），並以分階段式納入（如日本擬議），理由如下：

- A. 就年齡層而言，只針對成人，建議將 20 歲以下皆放入兒童少年保護

範圍，皆納入現階段稅收社會與健康照護範疇，如將現階段針對 6 歲以下的早期療育延伸到 20 歲（高中畢業後）。如英國、歐洲之社區照顧皆只針對成人，將兒童少年視為兒少保護對象。

- B. 20 歲以下者尚且需要就學、就業等其他需求。
- C. 太早納保，人民不一定願意付費；20 歲開始是比較理想的起點。

(3) 含括全人口，理由如下：

以需求面而言，不能因年齡而被排除在外，此為大多數座談會與會者之主張（64%）。

2. 就健康功能狀況，有兩種選擇：

(1) 含括各種失能者（含括精神障礙者），理由如下：

- A. 就長期照顧需求內涵（健康與功能狀況）而言，日本、德國、以色列、英國等都是含括各種有長期照顧需求之失能者（ADL+IADL+CDR+精障）。
- B. 座談會之與會者主張精神障礙者放入長期照顧含括對象，認為健保較重視醫療而非社區復健，且現階段 80% 精障者住在社區，未含括在健保；精障者在社區要的是生活，不是醫療；健保中醫生比較重視醫療，而非社區復健；精障者在社區被忽略，因目前健保不含括。

(2) 含括失能與失智者（不含括精神障礙者），理由如下：

- A. 以需求面而言，應含括全人口，但現階段供給面是否準備好了？
- B. 座談會之與會者主張精神障礙者放入健保較適合者，認為精障有特殊需求，如先導計畫沒納入的理由；社區資源還沒準備好。

3. 服務對象的六種選擇

綜合「年齡」及「健康與功能狀況」兩者面向交叉，對我國未來長期照顧規劃有六種不同選擇的歸納，如(表 9)。又，就需求人口的推估，倘只針對 65 歲以上所有各種照護需求者（失能、失智、精障）的需求人口數，2008 年約有

31.4 萬人，占總人口之 1.35%（如日本、以色列）；倘針對 20 歲以上所有各種照護需求者約有 48.6 萬；占總人口之 2.1%（如日本擬議）；若含括全人口所有各種照護需求者約有 55.5 萬人，占全人口 2.4%（如德國、荷蘭）。

表 9：服務對象六種選擇及人口推估

	65 歲以上	20 歲以上	全人口
失能、失智	選擇一（約 31.1 萬人，占全人口 1.34%）	選擇三（約 46.6 萬人，占全人口 2.01%）先導計畫	選擇五（約 49.6 萬人，占全人口 2.14%）
失能、失智、精障	選擇二（約 31.4 萬人，占全人口 1.35%）日本、以色列	選擇四（約 48.6 萬人，占全人口 2.10%）日本擬議	選擇六（約 55.5 萬人，占全人口 2.39%）臺北縣、德國、荷蘭

資料來源：研究者製表；行政院經濟建設委員會(2004)。

（二）服務提供方式

長照之提供方式有兩種選擇：混合現金與實物（如德國）或只有實物提供不含現金（如日本、以色列、先導計畫）。座談會與會者大多數主張混合式提供（70%），強調以實物為主，現金為輔，因為擔心倘不提供現金，只提供實物，會反向支持家人都把被照顧者送到機構去，家人照顧功能不被鼓勵；加上，只提供實物，是否現階段服務供給面足夠呢？茲摘要分析現金或實物提供優缺點，如(表 10)之分析。

（三）服務項目

是否含括機構式與社區式服務（含居家），或只以社區式（含居家式）服務為範疇兩種選擇？分析優缺點如(表 11)：

1. **只提供社區式（含括居家）服務**—此種選擇較擔心服務不具連續性，亦擔心社區資源缺乏可近性；但優點為符合就地老化及生活正常化之原則。
2. **機構式與社區式（含居家式）服務**—缺點為擔心機構式服務過度使用，

違背就地老化及生活正常化原則；優點為符合長照規劃原則。

(四) 政策建議

根據前述本研究發現、分析討論，針對我國未來規劃長照服務輸送提出以下之政策建議：

1. 目標原則

(1) 整合原則

- A. 建基於單一窗口，整合健康與社會照護系統，提供有效及有效率的照護。
- B. 與醫院照護系統連結，提供持續性出院回家的健康照護；減少急性住院率與疾病資源，創造適應到宅健康照護及復健誘因，降低機構式照護使用率與支出。
- C. 連結健康預防照護系統，轉移過去直接進入急性健康照護，喚起對長期照顧的注意。
- D. 整合多元服務體系，含括機構與社區式服務之連續性。
- E. 整合健康與社會照護體系。

(2) 規劃原則

- A. 社區式服務優先於機構式服務。
- B. 復健服務優先於照護服務。
- C. 整合健康與社會照護體系與服務。
- D. 連結醫院與社區預防照護。
- E. 降低醫院停留，延長就地老化，促使生活正常化。

2. 服務對象

針對未來我國長照制度規劃提出三種政策選擇：

- (1) 選擇一：以老人為對象（再區分是否階段性先不包括精神障礙者）--建議

學習日本的作法，階段性先以老人為對象，再針對 20 歲以上者。現階段 65 歲以上障礙者有關障礙福利和老人福利重疊處，建議宜及早區隔老人與障礙福利，即障礙福利只針對未滿 65 歲者，延續現階段之制度；65 歲以上之障礙者福利則納入老人長期照顧含括範圍。

(2) **選擇二**：以 20 歲以上之人口為含括對象（再區分是否階段性先不含括精神障礙者）--符合座談會專家建議之納保對象和給付對象一致；將 20 歲以下非成年者皆放入兒童及少年保護範圍，如英國社區照顧只針對 20 歲以上成人，將兒童及少年視為兒少保護對象，即延續現階段學前早期療育服務至高中畢業進入成年前，以稅收制度之健康與社會照護體系範疇涵蓋。

(3) **選擇三**：以全人口為含括對象（再區分是否階段性先不含括精神障礙者）--符合座談會民間團體意見，與高森永（2000）研究建議一致；亦與健保一致。學理上以需求面而言，應含括全人口方為完整。

3.服務提供方式

針對未來長照提供方式建議採取混合式，提供現金可以是提供實物的 50%（如德國）或 80%（如以色列）；因為現階段服務之供給面不一定接近性，尤其針對偏遠地區及特殊族群；加上考量家人相互照顧之國情文化，及國人對服務使用的認知和習慣尚待激發，詳見(表 10)之優缺點分析。

4.服務項目

(1) 機構式服務

現階段老人及身心障礙者之機構式服務（指身心障礙者住宿型養護機構）提供量高過於使用量（空床率約占 21%），因此重點在品質促進，而非推展。

(2) 社區／居家式服務

依據現階段國內各縣市供給比較普及的服務項目與整合座談會專家之意見，可以先提供服務的項目優先順序為：居家服務、居家護理（健保給付）、居家/社區復健（健保給付社區復健）、喘息服務、居家無障礙設施設備修繕、輔具租借購買、緊急救援系統、日間照顧/日間托老（含失智者托顧）等共八項，

建議可以在近期發展階段先全面執行(表 12)。

表 10：服務提供方式優缺點分析表

提供方式	優點	缺點	國內外經驗
混合式 (in cash+in kind)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若實物提供不可近時，給予服務券或照顧津貼，較有彈性。 2. 給予照顧津貼，代表肯定照顧者的付出。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 照顧津貼不限於購買服務時，需求者不一定可以獲得服務。 2. 提供照顧津貼給照顧者，主要為女性，恐會約束女性照顧的責任。 	德（保險制） 英（稅收制）
提供實物 (in kind)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 需照顧者可以直接獲得提供，不受市場價格影響。 2. 減少去市場購買服務的障礙，例如資訊不流通。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務內容規格化，不具彈性，不一定符合使用者需要。 2. 服務使用者較為被動，較少參與服務的選擇。 	日本（保險制） 以色列（保險制） 長照先導計畫

資料來源：研究者製表。

表 11：服務項目是否含括機構式服務之優缺點分析表

服務項目	優點	缺點	國內外經驗
含括機構式與社區式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務具有連續性。 2. 符合需照護者需要，尤其居家/社區式服務與機構式服務可轉換時。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有鼓勵機構式服務的浮用，違背在地老化及社區正常化原則，不需要者也去使用。 2. 對非密集性支持需求者比較昂貴。 	德、日
只有居家/社區式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 對輕度失能者比較便宜。 2. 鼓勵開發社區資源，增加社區服務的可近性;符合在地老化及社區正常化原則。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務不具連續性 2. 社區式服務是否可以替代機構式服務的疑問？ 	以色列、 長照先導計畫

資料來源：研究者製表。

表 12：居家/社區式服務項目可先階段性提供之分析表

服務項目		可以先階段性提供之理由			
		現階段服務提供量		縣市	其他理由（提供歷史、對象）
1.居家服務（home help）		老人	老人--92年 14,594人	25縣市皆有	1. 自 1982 年左右開辦老人在宅服務 2. 自 1988 年臺北市開始有針對一般家庭失能老人予以補助。 3. 照顧服務福利及產業發展方案正在推動中 4. 先進國家皆有此項服務
		障礙者	2004年9月底受益 172935人次【1】		
2.居家護理		老人	92年 423家	25縣市皆有	1. 含括在健保給付 2. 偏遠地區居家護理列入挑戰 2008：國家發展重點計劃中推動 3. 大部分先進國家皆有此項服務
3. 復健	居家復健	物理治療	無正式統計		1. 居家護理可以視個案需要搭配物理治療師或職能治療師，或營養師、呼吸治療師一同照護個案，也可以結合居家照顧服務，提供個案更完整的照顧內容。也列入挑戰 2008：國家發展重點計劃中推動 2. 大部分先進國家皆有此項服務
		職能治療	無正式統計		
	障（社 含區 括復 精健	物理治療	無正式統計		1. 92年度有 10 縣市衛生局接受補助辦理社區復健，花費約 2000 萬，社區復健中心數有 5 家（93 年 10 家），現也列入「挑戰 2008：國家發展重點計劃」中推動 2. 大部分先進國家皆有此項服務
		職能治療	無正式統計		精障者社區復健自 1993 年開始

表 12：居家/社區式服務項目可先階段性提供之分析表(續)

4.喘息服務	(喘息) 居家 臨托	無正式統計		12 縣市提供	臨托針對障礙者自 1993 年以來，業已 10 年餘。
	點 臨托) 機構 喘息 (定	無正式統計		12 縣市提供	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨托針對障礙者自 1993 年以來，業已 10 年餘。1998 衛生署老人長期照顧三年計畫中預計提供每年 1000 人機構式喘息服務。 2. 大部分先進國家皆有此項服務
5.居家無障礙設施設備	老人	92 年內政部「改善老人居家設施設備」項目共補助 372 件，30,307,734 元。93 年內政部「身心障礙者醫療及輔具器具費用補助辦法」		25 縣市皆可申請	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身心障礙者自 88 年開始有此服務 2. 符合低收入戶資格的老人或身心障礙者，每戶最高補助 5 萬元。中低收入戶老人或身心障礙者，每戶最高補助 2.5 萬，補助項目為臥室、廚房、衛浴空間等環境設備改善。 3. 大部分先進國家皆有此項服務
6.輔具租借		無正式統計		25 縣市皆有辦理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 輔具服務散置在各部會及各部門，輔具方案由內政部執行（輔具資源中心），經濟部則設置輔具的國家標準、測試機制及做市場評估。在 91 年度起「身心障礙者輔助器具維修點計畫」開辦，希望增加輔具使用率、減少使用者負擔。92 年衛生署有醫療復健輔具中心 13 家、內政部有 6 個輔具資源中心、各縣市長期照顧中心可以辦理輔具租借。 2. 大部分先進國家皆有此項服務

表 12：居家/社區式服務項目可先階段性提供之分析表(續)

7.緊急救援系統		老人	92 年受服務人數為 11,447 人	92 年僅臺東縣連江縣沒有提供	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多針對獨居老人，不區分是否失能 2. 大部分先進國家皆有此項服務
8.日間照顧	日間失智症者照顧		92 年失智症照護全國有 11 家提供，共有 795 床	92 年有 9 縣市提供	<ol style="list-style-type: none"> 1. 失智症照護方式應該依據個案的疾病狀況加以安排，模式可分為社區式及機構式二種：疾病初期建議為社區式照護，包括了居家照護及日間照顧，當進入末期，機構照護服務可有效減輕家庭負擔，提供合適照護。 2. 大部分先進國家皆有此項服務
	日間老人托顧		92 年有 23 家，共有 452 床	92 年有約半數（12）縣市提供	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日間照護目的在取代機構照護，目前日間照護機構設置標準，係以護理機構設置標準之中的護理之家設置標準為主要之依據。 2. 先進國家皆有此項服務
	日間障礙者托育照顧		2004 年 9 月日間托顧 111 家,人數 6637 人，部份時數托顧人數 1017 人		

資料來源：內政部社會司（2004a¹³，2004c¹⁴）。

¹³ 同註 11。

¹⁴內政部社會司（2004c）。《老人安養服務方案推行現況報告》。長期照顧規劃小組行政部門協調會議報告資料。

參考文獻

- 中華民國長期照護專業協會（2004）。《臺閩地區長期照護專業名冊》。臺北：中華民國長期照護專業協會。
- 內政部統計處、行政院衛生署、行政院勞工委員會（2000）。《中華民國八十九年臺閩地區身心障礙者生活需求調查報告》。臺北：內政部統計處。
- 內政部社會司（2005）。《臺閩地區身心障礙人口統計》，取得日期：2005/09/01。網址：<http://sowf.moi.gov.tw/05/e.htm>。
- 臺北縣政府（2004）。《臺北縣長期照護管理示範中心簡介》。臺北：臺北縣政府。
- 行政院經濟建設委員會（2004）。《挑戰 2008：國家發展重點計畫(2002-2007)》。取得日期：2005/09/15。網址：<http://210.69.188.227/2008/2008Rev-20030106.pdf>
- 行政院經濟建設委員會（2004）。《中華民國臺灣地區民國 93 年至 140 年人口推計》。臺北：行政院經濟建設委員會。
- 周月清（2000）。《英國社區照顧：源起與爭議》。臺北：五南圖書公司。
- 周月清（2004）。《長期照顧制度服務對象、提供方式、服務項目與照顧管理初步探討》。內政部九十三年委託研究計畫。臺北：行政院內政部。
- 吳肖琪（2003）。《精神醫療網計畫執行成效評估與展望》。衛生署九十三年委託研究計畫。臺北：行政院衛生署。
- 吳淑瓊、徐慧娟、莊英智、張明正（1996）。〈功能評估在估計臺灣社區老人長期照護需要之應用〉。《中華衛誌》，15，533-545。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2003）。《建構長期照護體系先導計畫第二年計畫》。內政部九十一年度委託研究計畫。臺北：行政院內政部。
- 吳淑瓊、王正、呂寶靜、莊坤洋、張媚、戴玉慈、曹愛蘭（2004）。《建構長期照護體系先導計畫第三年計畫》。內政部九十二年度委託研究計畫。臺北：行政院內政部。
- 林志鴻、李光廷（2004）。(德日長期照護保險給付制度比較)。論文發表於國家衛生研究院(主辦)《第二屆世界華人地區長期照護研討會》(11月1-2日)。主辦地點：臺北市福華飯店。
- 內政部、衛生署（2002）。《考察英國、德國及瑞典長期照護制度報告書》。行政院建構長期照護體系先導計畫。行政院及所屬各機關出國報告。
- 高森永（2000）。《長期照護保險之規劃》。衛生署八十九年度委託研究計畫。臺北：行政院衛生署。
- 高森永（2004）。《我國長期照顧服務供需現況與初步推估》。內政部九十三年度委託研究計畫。臺北：行政院內政部。
- 高森永、邱泯科（2004）。《我國長期照顧服務供需現況與初步推估》。行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組第一年成果報告。

- 鄭文輝、林志鴻、陳惠姿、張宏哲、鄭清霞、朱僑麗 (2004)。《推動長期照護保險可行性研究》。行政院經建會委託研究計畫。臺北：行政院經建會。
- 衛生署 (2004a)。《長期照護的政策與規劃簡報》。臺北：行政院衛生署。
- 衛生署 (2004b)。《長期照護社區化計畫推動簡報》。臺北：行政院衛生署。
- Brodsky, J., Habib, J., Hirschfeld, M., Siegel, B. and Rockoff, Y. (2003). Choosing overall LTC strategies. in J. Brodsky, J. Habib, and M. Hirschfeld (eds.), *Key Policy Issues in Long-Term Care* (pp.245-270). Geneva: WHO.
- Brodsky, J., Habib, J. & Mizrahi, I.(2000). *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. Geneva: WHO.
- Cambois, E., & Robine, F.(1996). An International Comparison of Trends in Disability-free Life Expectancy. in R.A. Eisen and F.A. Sloan (eds.), *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*(pp.11-24). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Davies, B.(1995). The Reform of Community and Long-term Care of Elderly Persons: An International Perspective. in T. Scharf and C. Wenger (eds.), *International Perspectives on Community Care for Older People*(pp.21-38). Avebury: Ashgate Publishing Company.
- Federal Ministry of Social Security, Generations and Consumer Protection(2004). *Provision for long-term care in Austria (5th ed.)*. Vienna, Austria: Federal Ministry of Social Security, Generations and Consumer Protection, Austria.
- Ministry of Health Welfare and Sport (1998). *Health Insurance in the Netherlands: Situation as at January 1, 1998*, International Publication Series, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
- OECD(1996). *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evaluation*. Paris: OECD

Plan of Long-term Care System in Taiwan: Principles, Targets, Allocation, and Types of Services

**Yueh-Ching Chou; Kai-Chi Fu; Li-Yeh Fu; Yi-Szu Tsai;
Sen-Yeong Kao; Min-Ke Chiu; Wen-Hui Peter Cheng;
Ping-Lung Hsin; Chia-yi Hsieh**

Associate Professor, Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University

This study utilized secondary data analysis and held two forums, collecting both participants' quantitative and qualitative data from the academia, practice and governmental bureaus, to explore what should be the plan principles, who shall benefit, how services are provided, and how many types of services covered of the long-term care (LTC) system in Taiwan. Based on the findings in this study, policy choices related to future Taiwanese LTC system can be synthesized as the followings: (1) the principles of LTC service delivery are community care rather than institutional care, rehabilitation rather than care services, integrating health and social care as a one-stop window, linking hospital care and community prevention care systems, decreasing the length of hospital stay, extending the length of aging in place and promoting life normalization; (2) three possibilities of the users coverage: age over 65 with disabilities, age over 20 with disabilities or people of all ages with disabilities; (3) two alternative forms of provision: in cash only or combination of in cash and in kind; (4) two alternatives of types of services: community care services (both provided in home and in the community) only or combination of institutional care and community care services. Based on the analysis of this study, we recommend: in the beginning stage of development, the LTC only covers people age over 65 with disabilities excluded with mental illness, and both in cash and in kind can be

provided as well. And eight types of community care services, which are already provided by the local authorities, can be enclosed firstly, such as: home help, home nursing, home / community rehabilitation services (i.e. O.T., P.T.) respite care, home living environment repairment, assisted equipments, urgency aid, and day care.

Keywords: long-term care, principles, targets, allocation, types of services