

國立政治大學法律研究所碩士論文

指導教授：孫 迺 翊 博士

長期照護制度中家庭照護者法律定位之  
研究  
——日本長期照護制度之借鏡與反思

研究生：王 吟 吏 撰

中華民國一百零一年三月

## 謝辭

經歷一年多與論文的纏鬥後，終於迎來了撰寫謝辭的這一刻，心中的激動與感謝遠遠超越文字所能形容。

首先，當然要感謝的就是我的指導教授——孫迺翊教授。這絕不是落入俗套，因為論文的寫作過程中，從題目訂定到口試通過再到論文修改，與老師的討論次數絕對不下於二十次。每回老師必定是非常仔細的閱讀，註記所有待修改的地方，不厭其煩的就論文內容作一次又一次的討論，這本論文現在能有這樣的面貌，我的指導教授絕對是居功厥偉(笑)。

其次，要感謝的當然是參與口試的兩位口委——林良榮教授與王韻茹教授。林良榮教授針對論文中的日本法制，給予非常多的意見與指導，讓這本論文關於日本法制內容上能夠更臻完整。王韻茹教授則是提供非常多關於德國長期照護保險法制之指導，讓這本論文能夠有全面的思考方式。感謝陳洸岳老師在論文寫作過程中給予的關心，讓我備感溫暖。

再來，要謝謝論文寫作過程中的好夥伴——奇威。雖然一起待在研究室的日子不多，卻在短暫的日子中，扮演砥礪督促以及聽我吐苦水的角色。另外，也要謝謝我的大學系排夥伴們，謝謝你們在我困在論文寫作的牢籠時，陪我吃喝玩樂釋放壓力。謝謝日文路上的好夥伴牛曰正，雖說我們討論日劇的時間可能比討論日文文獻的時間還多，但遇到日文文獻障礙時，有人能一起討論真好。謝謝勞社法中心的成員們，映萱、思齊、瀨心、藝蓁、智程、敬元，在過去一年多給予論文意見，以及互相激勵彼此士氣。謝謝俐吟、國媛口試當天的幫忙以及加油打氣。

最後，要感謝的當然是我的家人。就讀研究所的三年半以來，家人的無條件支持，作為論文寫作時最堅強的後盾。每每寫作過程中遇到挫折，回家充飽了電又能再次產生能量，謝謝我的家人一直以來的陪伴，讓我越過這道寫作的高牆。

再次感謝論文寫作過程中，陪我一同度過的所有朋友及親友。

2012. 3. 26

## 摘要

隨著邁入高齡化社會，高齡者之長期照護問題，由過去完全由家庭負起長期照護責任之型態，已經無法負荷龐大的照護需求，故漸漸轉為國家介入長期照護責任之狀態。各工業國家係透過制訂社會福利政策，無論是透過提供專業居家照護；建立機構式照護服務；發給照護者現金給付；提供家庭照護者喘息服務；甚至是透過社會保險制度之建立，由社會全體共同分擔照護責任，都可看出長期照護責任已經有了轉變，從個人、家庭到國家社會。

惟自實施國家經驗可知，自1980年代以來，政府財政經費逐漸萎縮，當長期照護需求持續增加，即使透過減少給付項目、控制成本，甚至限制每年的預算等措施，仍然無法有效的降低政府的財政負擔，正式服務提供之擴展受限之情況下，可看出由國家擔負全部照護責任已然不可能，政策制定者以及學者皆開始重新審視家庭照護之能力，以及逐漸重視家庭照護者權益。

故於建立長期照護體制之同時，也承認部分個人責任，進一步思考家庭照護者之定位，以及要如何同時兼顧家庭照護者之權益。然而，目前我國對於家庭照護者之定位仍未有太多討論，而我國目前長照制度無論在經濟上支持或其他支持性服務方面，對於家庭照護者之保障仍十分不足。故本文希望透過研究採行長照保險制度之日本經驗，以作為我國未來長照保險法制建立之重要參考。

本文希望透過對日本長照制度之研究，了解對於在長期照護保險法制度之下，家庭照護者之定位為何？建立社會保險制度後，家庭照護情形如何？是否完全可以由社會保險制度替代？若非如此，則家庭照護者之權益是否受到保障？包含喘息照護服務、經濟性支持、專業人力確保政策方面，法制規定為何？希望透過研究日本長照制度，藉此肯定家庭照護之功能，以期對於我國未來長期照護保險法之制定能有所助益外，更能達到改善家庭照護者現況之效果。

關鍵字：長期照護、家庭照護者、現金給付、支持性服務、長期照護服務法、三面關係、介護保險法。

## 目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的 .....	1
第二節 名詞定義.....	7
第三節 研究範圍.....	11
第四節 研究方法.....	15
第五節 論文架構.....	16
第二章 日本家庭照護者之相關法制 .....	19
第一節 日本家庭長期照護制度之現況 .....	19
第二節 日本長期照護保險法概要 .....	20
一、長期照護保險制度之導入背景 .....	20
二、長期照護保險制度之內容 .....	22
三、2011 年長期照護保險法修法內容.....	26
第三節 現金給付與實物給付之爭議 .....	28
一、法律制定動向.....	28
二、現行法律規定.....	32
三、家庭長期照護者津貼 .....	41
第四節 家庭照護者之喘息服務.....	47
一、短期入住生活長期照護服務 .....	47
二、短期入住療養服務 .....	48
三、夜間訪視長期照護服務 .....	48
四、小規模多機能機構服務 .....	49
第五節 專業照護人力確保 .....	51
一、家庭照護員派遣 .....	51
二、他國人力引進.....	55
第六節 小結.....	56
第三章 日本家庭照護者法制之分析與檢討 .....	59
第一節 國家、公共責任之演變 .....	59
一、從措施制度到契約制度 .....	59
二、長期照護保險法之三面關係 .....	63
三、國家、公共責任之縮減 .....	67
第二節 未納入現金給付方式之檢討 .....	70
一、現金給付之性質 .....	71
二、被照護者之自主權 .....	76
三、德國保險法之現金給付 .....	78
第三節 家庭照護者之定位 .....	81
一、長照失能認定程序 .....	81

二、給付內容與給付水準 .....	85
三、家庭慰勞金制度與家庭照護者派遣制度 .....	86
第四節 喘息服務相關新法修正 .....	88
第五節 小結 .....	90
第四章 我國長期照護現行法制與分析檢討 .....	93
第一節 我國長期照護需求現況 .....	93
第二節 我國長期照護相關法制 .....	94
一、以家庭為核心之非正式照護體系 .....	94
二、社會給付系統 .....	100
三、市場化給付手段 .....	112
四、長期照護保險政策與草案 .....	120
第三節 現金給付之檢討 .....	122
第四節 家庭照護者之法律定位 .....	125
第五節 小結 .....	128
第五章 日本法制與實施經驗對我國之啟示 .....	131
第一節 長期照護責任之演變 .....	132
一、長期照護制度之法律關係 .....	132
二、國家責任演變 .....	137
第二節 家庭照護者現金給付之檢討 .....	138
一、中低收入老人特別照顧津貼 .....	138
二、長期照護保險規劃報告 .....	138
第三節 家庭照護者之定位及權益 .....	140
一、目前現行長期照護制度 .....	140
二、長期照護服務法草案 .....	141
三、家庭照護者之主體性 .....	143
第四節 外籍看護工之定位及權益 .....	144
第五節 家庭照護者於長照服務利用程序扮演之角色 .....	147
一、失能認定程序 .....	147
二、長期照護評估 .....	148
第六節 小結 .....	151
第六章 結論 .....	157
參考文獻 .....	163
附錄一 長期照護保險規劃報告(節錄) .....	i



## 圖目錄

圖表 1：日本長期照護保險法之法律關係 .....	34
圖表 2：日本家庭照護者派遣之法律架構 .....	52
圖表 3：措施制度之法律關係 .....	60
圖表 4：德國長照保險現金給付之法律關係 .....	79
圖表 5：我國未來長照保險法制下家庭照護者之法律關係 .....	127

## 表目錄

表格 1：長期照護保險法之立法過程 .....	21
表格 2：保險費計算類別及標準(2005 年修正後).....	23
表格 3：需要支援/照護程度分級 .....	25
表格 4：公聽會意見對於現金給付之正反意見(社會團體)....	30
表格 5：厚生省統計 2011 年 1 月份之各項給付平均(單位：千元) .....	37
表格 6：小規模多機能型居家照護費用與及他服務之比較 ..	50
表格 7：日本對於現金給付之分類表 .....	72
表格 8：居家照護實物給付與現金給付之給付額度對照(單位：歐元) .....	80
表格 9：台灣目前長期照護制度之內容 .....	101
表格 10：長期照護十年計畫之服務項目及內容 .....	110

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與目的

我國自1993年開始，65歲以上老年人口佔總人口比例為7%，正式跨入人口高齡化國家（aging nation）的門檻<sup>1</sup>。2009年國民平均壽命依據內政部統計，男性75.88歲，女性已達82.46歲，係亞洲排名第二<sup>2</sup>，截至2010年6月底止，我國戶籍登記人口之65歲以上老年人口計有247萬4,471人，佔總人口比例達10.69%<sup>3</sup>，預估於2018年，台灣65歲以上老年人口比率將達14.36%，正式邁入國際慣稱的「高齡社會」。

面對這樣的高齡社會之到來，高齡者的長期照護問題便是首當其衝。高齡者之照顧責任，過去一直以來由家庭肩負，對於家中高齡者之照護，無論係基於道德或民法上親屬法之扶養義務規定，形成完全由家庭負起長期照護責任之型態。惟隨著現代醫療科技進步，平均壽命提高，加上少子化以及家庭結構影響，人類的長期照護需求也越趨沉重，僅透過內化之方式，儼然已經無法負荷龐大之長期照護需求。其後便開始出現是否應由國家介入長期照護責任之問題。究竟國家是否該介入照護責任？是否應建立長照保險制度以因應長照需求？此一議題或許可以從西方國家的社會福利演變以及我國憲法中社會權之概念來獲得答案。

事實上，家庭變遷問題西方國家也同樣存在，從西方國家經驗來看，在家庭功能失靈之後所引發之家庭議題，如：子女照顧、老人照顧、家庭貧窮等，大部分工業先進國家採取制訂家庭政策來因應，早在半個世紀前，有許多歐洲國家就已經開始將家庭政策法制化<sup>4</sup>。早期家庭政策以家庭津貼為主要內容，可看出早期的家庭政策所關注的是母性與兒童<sup>5</sup>，之後才擴展至各種家庭福利。惟各個國家雖有不同，整體而言還是透過積極的國家介入方式來達成「家庭福祉」之目標。

<sup>1</sup> 聯合國定義之「高齡社會」係指老年人口(65歲以上)占百分之七以上，而所謂「高齡社會」係指老年人口達百分之十四以上。

<sup>2</sup> 我國排名僅次於日本。內政部統計處，內政統計通報，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>(最後瀏覽日期：2011/1/2)

<sup>3</sup> 內政部統計處，內政統計通報，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>(最後瀏覽日期：2011/1/2)。

<sup>4</sup> 林萬億，台灣家庭變遷與家庭政策，臺大社工學刊第6期，2002.06，頁56以下。

<sup>5</sup> 林萬億，同前註4。

各工業國家係透過制訂社會福利政策，無論是透過提供專業居家照護；建立機構式照護服務；發給照護者現金給付；提供家庭照護者喘息服務；甚至是透過社會保險制度之建立，由社會全體共同分擔照護責任，都可看出長期照護責任已經有了轉變，從個人、家庭到國家社會。

隨著平均壽命增長、醫療進步，因為慢性病、老年引發的長期照護需求增加，然而在未有正式照護體系建立之前，該照護責任皆由家庭成員擔負，東西方國家皆然。雖然西方國家不如東方國家重視孝道觀念，惟以家庭為生活場域的個人，家庭成員仍舊是高齡者照護唯一資源。事實上，從世界各國之發展趨勢觀察，長期照護政策直到二十世紀中葉後才受到重視，係因過去一直認為長期照護是個人和家庭的責任，不需要外力介入，僅存在有濟貧的觀念，由慈善機構或公部門救濟扶助<sup>6</sup>。直到家庭功能失靈之後，國家開始思考如何介入高齡者照護之問題。

一開始，雖然將「高齡者需求」納入社會福利政策中之核心議題，惟長期照護需求卻並非置於優先地位。以過去 OECD 各國之高齡者政策來看，首先重視退休後高齡者之經濟安全，其次係考慮醫療照顧的可近性，長期照護則置於最末端的位置。僅由政府藉由濟貧制度、公共醫院之建立，或者透過慈善、宗教性團體的施捨，以及由家庭成員提供照護，以因應高齡者之「失能」需求。當時，針對高齡者提供服務，係帶有殘補式之思想，且對於個人以及家庭皆帶來汙名化效果。此時期，大部分國家對於長期照護需求，係透過醫療體系及部分社會福利系統支撐，而社會福利又多半設有資產限制，顯示大部分國家逐漸接受與家庭分擔長期照護責任，僅基於暫時替代家庭責任<sup>7</sup>。

檢視 OECD 國家之長期照護政策的發展軌跡，當一開始照護需求漸增之時，多數國家採取由現有社會安全體系因應(特別是社會救助體系)照護需求<sup>8</sup>。惟當現有體系之承受能力已不能因應快速成長之照護需求後，各國政府被迫擬訂新的長期照護政策。而荷蘭則成為第一個建立社會保險方式因應長期照護需求之國家<sup>9</sup>，德國與日本也分別於 1995 年、

<sup>6</sup> 吳淑瓊，長期照護體系，台北市政府社會局福利社會雜誌社，2001.12，頁 13。

<sup>7</sup> OECD, The Development of Long-term Care Policy, Caring for frail elderly people: policies in evolution, Social Policies No.14, p.33, (1996)

<sup>8</sup> Lundsgaard, Jens, Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, OECD HEALTH WORKING PAPERS, NO.20, p.8-11,(2005)

<sup>9</sup> 荷蘭國會乃於 1967 年 12 月 14 日通過特殊醫療費用支出法(The Exceptional Medical Expenses Act, EMEA or AWBZ)，並於 1968 年 1 月 1 日開始實施，為全世界最早對長期照護採社會保險方



2000 年實施長期照護保險制度；與此相對，北歐諸國與歐洲國家則多以一般性福利服務方式為之。

另一方面，在基本權利的發展過程中，人民的「自由基本權利」比「社會基本權利」受到更早更多的重視。故最早人民所致力爭取的便是「自由權」、「財產權」以及「平等權」。因為當時相信只要能擺脫政府之束縛，便可以憑藉個人之努力而得以生存。惟進入十九世紀之後，社會貧富不均問題日趨嚴重，開始出現每一個國民皆應擁有最起碼的生活權利之思潮<sup>10</sup>。社會基本權利追求之目的係「維護人類尊嚴」，憲法之所以肯定人民之社會基本權利，是為了實現人類尊嚴，其重心在於保障社會之安全。

我國憲法第 13 章基本國策第 155 條前段規定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。」顯示制憲者將社會保險視為實現社會福利國原則之重要方法<sup>11</sup>。惟社會基本權利不如自由基本權利，並非當然之存在，而是必須依法律規定而生，必須透過法律規範之媒介，設定給付制度併一一規定給付要件、範圍加以規範才得以實現<sup>12</sup>，憲法第 155 條規定之社會保險制度，學者認為可解為「制度性保障」，構成國家權力行使之界限<sup>13</sup>。故長期照護保險制度透過法律創設，可以認為社會權之體現，肯定國家以社會保險模式，介入長期照護責任之可能性。

觀察我國長期照護制度，從民法的親屬扶養義務到各種社會給付系統，亦可看出國家對於長期照護政策之改變，亦逐漸走向建立社會保險模式。目前我國對於人口老化所衍生的健康、照護、經濟負擔等問題，先後推動一連串政策，包括 1998~2007 年推動「加強老人安養服務方案」，2000~2003 年由行政院社會福利推動委員會推動「建構長期照護體系先導計畫」，2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」，並於 2005~2006 年進行五項規劃研究委辦案，2007 年 4 月行政院核定「大溫暖社會福利套案旗艦計畫我國長期照顧十年計畫」（以下簡稱「長照十年計畫」）。

---

式的國家。參考自周世珍，荷蘭健康照護法制新趨勢，長期照護雜誌 10 卷 2 期，2006.07，頁 138。

<sup>10</sup> 陳新民，論「社會基本權利」，憲法基本權利之基本理論(上冊)，元照，1987.01，頁 97-99。

<sup>11</sup> 孫迺翊，憲法解釋與社會保險制度之建構，臺大法學論叢 35 卷第 6 期，2006.10，頁 248。

<sup>12</sup> 孫迺翊，行政法上社會給付請求權之成立與存續保障——以德國社會法點第一編及第十編為借鏡，收錄在現代憲法的理論與現實——李鴻禧教授七秩華誕祝壽論文集，元照，初版第一刷，2007.09，頁 645。

<sup>13</sup> 孫迺翊，同前註 11，頁 249。

但上述我國長期照護相關之制度分散於衛生、社政、退輔、勞政單位，各體系間並未加以整合，加上以稅收作為財政支出來源，雖可暫時減輕民眾負擔，但可能造成政府預算排擠，且隨著長期照護需求增加將衍生財政困難等問題。故於 2008 年 5 月 30 日「院長施政方針報告」中，明確宣示要落實長期照護制度以及推動長期照護保險之立法，希冀藉由「長照保險法」之立法，以社會保險方式，透過社會風險分擔的機制來降低家庭長期照護之負擔<sup>14</sup>。行政院目前已通過長期照護服務法草案<sup>15</sup>，而長期照護保險法則還在研擬當中。

惟自實施國家經驗可知，自 1980 年代以來，政府財政經費逐漸萎縮，當長期照護需求持續增加，即使透過減少給付項目、控制成本，甚至限制每年的預算等措施，仍然無法有效的降低政府的財政負擔，正式服務提供之擴展受限之情況下，可看出由國家擔負全部照護責任已然不可能，政策制定者以及學者皆開始重新審視家庭照護之能力，以及逐漸重視家庭照護者權益。

故於建立長期照護體制之同時，也承認部分個人責任，進一步思考家庭照護者之定位，以及要如何同時兼顧家庭照護者之權益。各國採取可能之解決方式，有透過自願性部門或私人部門（非營利性部門）共同提供服務，或是透過現金給付、發放照護券(voucher)等方式，讓民眾擁有更多的自主選擇權<sup>16</sup>。故長期照護給付內容不僅侷限於被照護者，家庭照護者的各項支持性措施更為重要，包含針對照護者所承擔之負荷與壓力，以及因為照護帶來對於經濟安全的影響，都可透過建立多元措施改變照護者之處境。包含對被照護者之家屬提供支援服務，以提供長期照護服務之完整性，包含喘息服務(respite care)、心理諮商、經濟安全保障等<sup>17</sup>。

其中，喘息服務係照護者最需要之服務，其定義十分多元。普遍認為係指：針對照護者提供一段時間的短暫休息，讓照護者有機會暫時放鬆或離開被照護者，以減輕照護者壓力。故其目的有五項：(1)減輕照護者之照護壓力，(2)讓老人能獲得持續性照護，(3)協助家庭度過照護調適期或危機期，(4)避免老人過早或不當之機構安置，(5)提供老人接觸

<sup>14</sup> 長期照護保險規劃報告，行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會，98 年 12 月，第壹篇，頁 1。

<sup>15</sup> 中華民國 100 年 3 月 31 日行政院會議通過，目前送立法院審議中。

<sup>16</sup> 行政院經濟建設委員會，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，2009.05，頁 68-70。

<sup>17</sup> 呂寶靜、陳景寧，女性家屬照顧者之處境與福利建構，收錄於女性·國家·照顧工作，女性學學會著，女書文化，1997.09，頁 72-81。

外界之機會<sup>18</sup>。就喘息服務提供方式又可分為「機構式喘息服務」，由護理之家、醫院或養護所提供之機構短期留住照護服務；「居家式喘息服務」，當家庭照護者離家或不方便照顧時，由受過訓練者到宅幫忙家務、日常生活照護及身體照顧。

再者，若從給付方式之面向來看，除了上述的「實物給付」方式外，另外也包含「現金給付」。實物給付係以提供實際服務為內容，於符合給付資格時，直接提供服務，不給付金錢由需求者自行購買服務。相對於此，金錢給付則包含對於受照護者以及照護者兩種。受照護者津貼便是發給受照護者，由受照護者自行尋找照護提供者，其中提供者又分為僅以專業照護為限，或也納入非正式照護者二種。另一種為照護者津貼，便是直接給付照護者，主要針對非正式照護者為之。多數國家雖對於現金給付要件規定有歧異，惟大多採取兩者並行之模式，其中德國又採兩種可混合使用之方式。與此相對，日本則對於現金給付採取保留態度，長期照護保險中僅以實物給付為限。

承上所述，對於家庭照護者而言，照護工作對照護者之經濟安全有深遠的影響，可能阻礙其參與有酬勞動市場，進而影響到社會安全給付之條件。故改善照護者處境措施將是不可或缺的，現金給付便是其中之一。利用給予照護津貼之方式，紓解照護者部分之經濟壓力，進一步更可能讓家庭照護變成有市場價值之勞動形式<sup>19</sup>。

反觀我國，從統計來看，目前提供失能、失智者等照護需求的家庭照護者約 72 萬人。進一步調查更發現，平均照護年數長達 10 年，每天照護時數平均 14 小時，其中只有 2 成照護者連續睡眠超過 4 小時，有 8 成的人無法安心入睡，隨時得保持警醒狀態<sup>20</sup>。而目前家庭照護者社會安全保障之制度，包含由各縣市辦理之喘息服務，提供家庭照護者之身心理之休息、調適有相關規定外<sup>21</sup>，中低收入老人特別照顧津貼也提供部分照護者經濟性支持，但仍未建立一套完整且普及式之體系，可知我國目前長照制度對於家庭照護者之保障不足。若未來要建立長照保險制度，若想對於家庭照護者之現況有所改善，則在長照保險法制建立時，

<sup>18</sup> 中華現代社會福利協會，喘息服務操作手冊，1999，

<sup>19</sup> 呂寶靜，同前註 5，頁 194-199。

<sup>20</sup> 中央通訊社，隨時警醒 72 萬照顧者盼喘息，2011.11.27，

<http://tw.news.yahoo.com/%E9%9A%A8%E6%99%82%E8%AD%A6%E9%86%92-72%E8%90%AC%E7%85%A7%E9%A1%A7%E8%80%85%E7%9B%BC%E5%96%98%E6%81%AF-043213227.html> (最後瀏覽日期：2011.11.27)

<sup>21</sup> 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），行政院院臺內字第 0960009511 號函核定，2007.03，頁 50-55。



應更加審慎思考家庭照護者之之相關權益。

長期照護之外國法制已行之有年，包含本文想要探討之家庭照護者保障之部分，已經累積相當討論。我國未來既以建立長期照護保險法制為目標，採取社會保險立法模式之國家，包含荷蘭、德國、日本等代表性國家之經驗，對我國之法制建構有其相當重要之地位。其中，本文選擇以日本長期照護保險制度為核心進行研究，除其實施長期照護保險法制有十年之餘外，且同是亞洲國家亦是一重要參考點，不僅與我國對於性別觀點上較為接近，受到傳統社會對女性照護角色的制約、枷鎖較為深遠。於長期照護實態上，由女性(特別是媳婦)擔任主要家庭照護者(primary caregivers)之情況為多的觀點看來，日本之法律制定以及實施經驗，對我國制定長期照護保險法制之參考有其重要意義。

更重要的是，我國推動長照十年計畫時，以日本及英國作為主要參考國家，分別為「社會保險制度之代表國家」以及「以稅收制作為長期照顧財源之國家代表」，以兩國長期照顧實施經驗為借鏡，訂定我國長期照顧制度之目標、規劃原則與實施策略<sup>22</sup>。故既我國未來長期照護政策係以建立社會保險制度為其目標，日本之經驗則不可謂不重要。

故本文希望透過對日本長照制度之研究，了解對於在長期照護保險法制度之下，家庭照護者之定位為何？建立社會保險制度後，家庭照護情形如何？是否完全可以由社會保險制度替代？若非如此，則家庭照護者之權益是否受到保障？包含喘息照護服務、經濟性支持、專業人力確保政策方面，法制規定為何？希望透過研究日本長照制度，藉此肯定家庭照護之功能，以期對於我國未來長期照護保險法之制定能有所助益外，更能達到改善家庭照護者現況之效果。

具體而言，則包含下列各項爭議問題。首先，必須探討家庭照護者法律定位。目前我國家庭照護者係立於「非正式照護者」之角色，與專業照護人力不同。究竟家庭照護者係照護者之其中一種類型，無論是否與專業人員具有相同資格，都置於事業單位之下，而由照護者、事業單位與國家之間形成三面關係？或者我們肯認家庭照護者之特殊性，而直接與國家之間產生另一法律關係，形成所謂「四面關係」？

第二，家庭照護者提供照護勞務，緊接而來將產生資格問題，是否與現狀相同僅有照護事實便可，不要求與專業照護人員相同之資格，若

<sup>22</sup> 參照「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)，摘要，行政院院臺內字第 0960009511 號函核定，2007.03。

是如此則與專業照護者之間的關係為何？其次，提供勞務相對是否應給予報酬。現行各國利用各種制度給予家庭照護者金錢給付，惟各國給付水準卻高低相差甚大，而日本長期照護保險法更明文不採取現金給付，究竟其背後思考方式差異為何？從認為照護工作是愛的勞動，故係屬無償工作，而僅發給低額的慰勞津貼，到肯定其勞動價值，而發給勞動報酬，各國對於現金給付之看法有極大差異，本文希望透過分析現金給付性質，探討各國制度採取之緣由，以作為我國目前採取之現金給付方式以及未來長期照護保險法中給付方式之借鏡。

最後，對於家庭照護者而言，除了經濟上支持外，更重要的是與照護工作對應的休息或短暫離開被照護者，即謂喘息服務。目前我國長照十年計畫中的喘息服務是否以能夠滿足照護者需求？日本長期照護保險法 2011 年通過新法，也針對喘息服務有大幅度的修正，希望藉由日本修法之研究，能夠作為我國未來長期照護保險法立法之參考。除了喘息服務外，也應該一併探討其他「支持性服務」，包含心理諮商、教育訓練等，未來是否有放入長期照護保險法之必要。

## 第二節 名詞定義

### 一、長期照護

「Long-term Care」一詞國內學者有翻譯成「長期照護」亦有譯為「長期照顧」。根據內政部 2005 社政年報，「長期照顧」已為官方統一用語<sup>23</sup>，惟推動長期照護保險制度，又改用照護之字眼。從「長期照護」之意義來看，係指長期性之「照顧(care)」、「支持(support)」、「保護(protection)」的自助、共助、公助等組合式之社會保障模式<sup>24</sup>，不僅包含照顧之部分，心理層面之支持、保護也占有其重要地位，意義較照顧涵蓋範圍廣，而長期照護體系中家庭照護者扮演的角色，心理層面之支持係一重要功能，故本文中皆使用照護一詞。

國內普遍採取美國學者 Kane 氏見解，指出：「長期照護的服務對象是先天或後天失能者，針對喪失或未具備日常生活功能者，長期性提供包括醫療照護、個人照顧和社會性之服務等一系列的的照護措施<sup>25</sup>。」

<sup>23</sup> 內政部網站 <http://sowf.moi.gov.tw/17/94/index.htm>(最後閱覽日期：2011/01/23)。

<sup>24</sup> 行政院經濟建設委員會，日本、韓國長期照護保險內容和相關法令之研究，主持人李世代，2009.05，頁 1-2。

<sup>25</sup> Kane Rosalie A. & Kane Rober L., Long-term Care: Principles Programs and Policies. New York:



依據此一定義，涵蓋範圍相當廣，主要包含高齡者，但也包含因罹患身體或心理疾病之長期照護需求者。

另外依據 WHO 之「長期照護」定義，係指對生理、心理失能、需要接受持續性(通常為六個月以上)協助之個人，所提供之健康與社會照顧服務均屬之。提供服務地點可在機構、社區或住家；服務內容包括由專業機構及工作人員所提供之正式服務及由家人、親屬或朋友所提供之非正式照顧。即謂因慢性病或生理、心理上之疾病，導致生活功能上發生困難時，藉由技術性護理以及個人照顧等持續且多元性之服務，期盼降低長期照護者因疾病與障礙影響並維持或增進身體功能<sup>26</sup>。可知長期照護與醫療目的不同，主要目的並非使其復原、治療，而是透過一定的服務盡可能使其維持或延緩功能之喪失，使照顧需要者能有尊嚴且於生活上自立。

自學者 Kane 氏以及 WHO 之見解，可看出長期照護之核心概念便是「功能性欠缺」。因先天或後天失能，生理或心理失能者，喪失或未具備日常生活功能，需要醫療照顧、個人照顧等多元性且持續性的照護服務。故照護需求發生的原因，除了一般熟知的老年因素外，疾病以及身心障礙都屬之。當疾病或身心障礙造成需要廣泛的醫療、經濟、社會、個人與支持性服務之時，而自我照顧能力喪失的甚至導致社會功能執行能力的缺乏，這種由疾病、老年、殘障等其他風險而引起的「長期照護需求」，皆應屬於長期照護範圍<sup>27</sup>。

由此可知，醫療與長期照護並不相同。主要有以下三點不同：第一，就對象而言，長期照護針對慢性病患或身心障礙者以及失智症患者；而醫療照顧則針對急性病患以及部分慢性病患。看起來似乎有重疊的部份，但長期照護主要強調「機能回復之困難性」，即謂難以透過治療而回復健康或原先身體機能，醫療處置效果有限，而是因生活自立能力喪失，必須仰賴第三人協助，才得以維持日常生活。而醫療照顧則為通常具有恢復性，透過醫療處置可以獲得成效。

其次，就期限而言，長期照護係因生活自理能力喪失，長期需透過第三者協助，使其維持日常生活，故時間具一定持續性；而疾病醫療則雖時間長短未具統一性，但與長期照護長則二、三十年相比，醫療照顧

---

Springer Publishing Company Inc., p.4-5, (1987)

<sup>26</sup> WHO. A Long-term Care Futures Tool-Kit, p.7-9, (2002)

<sup>27</sup> Schulte, Bernd, Social Long-Term Care Insurance Act in Germany, p.S11,(1998)

<http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2002/02DEC/Schulte.pdf>

期限可謂屬於短期。

第三，關於照護服務方式及內容方面，長期照護包含居家、社區式以及機構式照護等服務方式；而醫療照護則多半於機構內進行。長期照護之照護內容則以生活照顧為主要部分，占九成左右之比例；而醫療照護則當然係以醫療照顧為主。而主要負責人員部分，長期照護係以護理與社工人員為主，而醫療則以醫師、護理及其他醫事人員實施醫療行為。

由此可知，疾病醫療照護係針對疾病、傷害事故、復健等需要，至診所或醫院接受治療，期待回復原先功能狀態，並未特別具有一定之認定標準。但長期照護則需通常具有持續性之需求，且經由一套認定標準，判斷其欠缺自理日常生活之能力，始具長期照護給付資格。

我國判決也指出<sup>28</sup>：「醫院雖非不得附設安養院或護理之家，然急性病患與慢性病患所需之醫療行為不同，為落實國家對於提供人民醫療照護之義務與醫療品質之保障，業經核准收住急性病患之醫院，並不當然得以期醫療層級較其他醫療照護機構為高，即得未經核准而從事該他醫療機構需先經核可始得為之之醫療行為，此乃事所當然…」可看出醫療與長期照護之目的並非相同。

## 二、家庭照護者

長期照護體系則包含非正式照護體系與正式照護體系之支持。所謂「非正式照護」(informal care)，係指由非正式照護者(informal carers 或 informal care givers)，例如：配偶、家庭中的其他成員、親戚、朋友、鄰居以及其他與需要照護者之間存有社會關係之人提供之照護，也包含志願者，通常與慈善團體、宗教團體相關，非正式照護通常被認為不應是如同購買服務一般為「有給的」<sup>29</sup>。本文主要關注之家庭照護者便係非正式照護體系中主要來源。

呂寶靜提到：<sup>30</sup>「非正式照護體系具備下列五項特性：(1)提供非技術性的協助(譬如料理家務、洗澡、餵食等)；(2)較能符合個別老人不可預測和即興式的需要；(3)較能迅速提供協助，在時間的投入和協助的項目上較具彈性；(4)協助是基於互惠的關係，對於老人過去給予的照顧加

<sup>28</sup> 參見高雄行政法院 93 年訴字第 81 號判決。

<sup>29</sup> Lundsgaard, Jens，同前註 8，p.10.

<sup>30</sup> 呂寶靜，同前註 5，頁 7。

以回饋；(5)非正式體系所提供的情緒支持是極其重要的。」

所謂「正式照護」(formal care)，則係指由某些形式的勞動契約下可獲得報酬之照護者所提供之照護。其中包含機構提供之服務以及由受過訓練之專業護理人員提供的居家服務。正式照護者可能受雇於機構、公立或民營組織或公司、或者直接受雇於照護需要者。正式與非正式之最大差異並非照護之形式，而是照護提供者<sup>31</sup>。

長期照護需求之滿足，大多從過去非正式照護體系，包含家庭、宗教等原則上不具對價性之資源，逐漸走向走向市場化機制以及國家給付之正式照護體系。就過去長期照護發展過程來看，皆從被照護者身邊之資源開始，向外擴散。一開始由配偶、家庭成員提供日常生活照料，擴大到朋友、鄰居，甚至於宗教等慈善團體等非正式照護體系提供照護服務。直到非正式照護體系無法負荷後，向外尋求正式照護體系之人力資源，此時與非正式照護體系不同，互惠、情緒性支持之要素逐漸消失，轉而透過對價給付之方式來獲得照護服務，無論係經由市場化機制或者國家給付福利。而正式照護資源雖未必全然具有專業性，例如：外籍看護工之引進，但不可否認專業性之要求高於非正式照護體系，故某程度上照護服務提供者有專業化之趨勢。

承上所述，本文所稱之「家庭照護者」，係指家庭成員自行照護之情形，或者是聘僱外籍看護工之家庭，或有稱為「家庭照顧者」。惟本文認為「長期照護」不僅包含照顧之部分，心理層面之支持、保護也占有其重要地位，意義較照顧涵蓋範圍廣，故本文一致使用長期照護之用語，也因此採取與之對應之家庭照護者一詞。

### 三、要介護程度、要支援程度

日本長期照護保險法中對於被保險人失能程度，分為兩大類別。「介護」係指我國所謂的長期照護，故要介護程度即謂達需要長期照護之狀態，也就是我國所說之長期照護失能程度。另外，所謂「支援」，係指較要介護程度低的失能程度，僅需要些許社會支援，並不需要太長時間的生活照護。

---

<sup>31</sup> Lundsgaard, Jens，同前註 8，p.10.



### 第三節 研究範圍

我國法部分包含民法親屬編、社會救助法、老人福利法、長照十年計畫等社會給付系統，與外勞引進相關之就業服務法，以及 2011 年 3 月行政院通過之長期照護服務法草案。

日本法部分則以 2000 年實施之長期照護保險法(介護保險法)為核心，另外於長照保險法實施前，對於家庭照護者之相關支持政策，制定之「為因應實施長照保險法之特別政策」，以稅收為財源，由各市町村自願實施之家庭照護支援事項。

名詞定義中也已先提及何謂長期照護，說明長期照護與疾病醫療照護之間的差異，提到無論因疾病、老年、殘障等其他風險而引起的長期照護需求，皆應屬於長期照護範圍，導致很多時候長期照護與身心障礙者失能概念容易混為一談。

事實上，長期照護制度之創設，其當初目的，就各國經驗看來，多係為解決高齡社會中帶來的長期照護需求問題，故大多數國家皆係於有身心障礙者之福利制度下，再另行建立長期照護制度。身心障礙者福利制度係以判斷失能概念，提供使其立於與他人平等之福利服務，而長期照護某程度上也可說一種失能的概念，而對其提供日常生活照護之服務。惟究竟長期照護制度和身心障礙者福利體系間，是否因其保護目的相同，進而適用相同之認定標準，亦或需另創造一套判斷標準，應先就身心障礙者福利體系之目的以及失能認定標準分析之。

#### 一、身心障礙者失能認定標準

「世界人權宣言」主張，人人享有享受社會保障的權利；有關人權的各項國際公約，如 1971 年宣布的「心智障礙者權利宣言」和 1975 年「身心障礙者權利宣言」等也都特別重申了「世界人權宣言」所載的各項原則。「社會進步和發展宣言」亦聲明，有必要保障身心健全者的權利，並保證他們的福利和享受復健的權利。聯合國 2006 年通過「身心障礙者權利公約」，第 1 條宗旨便明白指出：為促進、保護和確保實現身心障礙者所有人權和基本自由充分、平等享有，並促進對身心障礙者固有尊嚴的尊重。第 25 條也揭示：身心障礙者有權使其健康可以達到最高標準，不會因為身心障礙而受到歧視。

目前國際上對於身心障礙者失能認定，多以聯合國世界衛生組織頒布之國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability and Health, 簡稱 ICF）作為判斷基準。將身心障礙者定義為其身體系統構造或功能有損傷或不全，且因此影響其社會功能者。包含身體功能與身體結構、活動及參與、環境因素與個人因素四方面<sup>32</sup>。ICF 試圖以兩組分別代表正向的「功能」與負向的「殘障」概念之集合名詞，即所謂「身體所有功能、活動及參與」vs.「傷殘(impairment)、活動限制及參與阻礙」，來說明「功能」與「殘障」同時並存於身心障礙者內在狀態與外在環境中<sup>33</sup>。強調身心障礙者所具有的活動能力而不強調限制面，同時它採取參與的概念，取代原先的殘障概念所隱含的社會排除之負面意義。強調外在環境與條件對個人能力之影響<sup>34</sup>。

## 二、長期照護需求評估工具

另一方面，長期照護之需求認定，普遍係以 ADL 以及 IADL 為指標，與 ICF 相比，並不強調環境對於個人能力之影響，僅以是否具備日常生活能力為要件，與「身心障礙」定義已不再侷限於單純判斷身體、心理損傷的「醫學模式」相比，長期照護認定較著重身、心理之機能，就使其維持或延緩功能之喪失，使照護需要者能有尊嚴且於生活上自立之目的，長期性提供包括醫療照護、個人照顧和社會性之服務等一系列的照護措施。

從身體功能障礙與認知功能障礙兩類作為認定標準。而評估長期照護需求最常使用之認定標準為 ADL 以及 IADL 兩種指標。所謂 ADL 指標，係指基本日常生活活動功能(activities of daily living)，即自我照顧功能，包括吃飯、上下床或椅子、穿衣服、上廁所、洗澡、室內行走<sup>35</sup>。

國際上通常採取「巴氏量表」(Barthel Index)作為評估工具，利用計分方式判斷輕、中、重度三種失能程度，涵蓋標準化 ADL 綜合量表九大面向：進食、個人衛生、如廁、洗澡、穿脫衣服、失禁、平地走動、上下樓梯、上下床或椅子。評量所需耗費時間不多，對於長期照護需求者之失能程度判定，有其準確性及效率<sup>36</sup>。每一項分成 2 至 4 級，包含

<sup>32</sup> OECD, Conceptual framework and definition of long-term care expenditure, System of Health Accounts, p.1-2, (2008)

<sup>33</sup> 林淑玟，「整合殘障概念模式之初探」，特殊教育與復健學報，17期，2007.12，頁23。

<sup>34</sup> 王國羽，「老年、障礙：研究概念取向與我國資料討論」身心障礙研究，第 2 卷第 3 期，2004.07，頁 139。網路資料：[www.spris.org.tw/develop/2-3-02.pdf](http://www.spris.org.tw/develop/2-3-02.pdf)

<sup>35</sup> Kane Rosalie A. & Kane Rober L., 同前註 25, p.14.

<sup>36</sup> 行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、



完全協助、需要協助與完全依賴。各項於同一級有不同的加權計分，加權計分則依據該項目所需之人力、時間而定。總分自 0 分至 100 分，0 至 20 分為完全依賴；21 至 40 分為嚴重依賴；41 至 60 分為顯著依賴；61 至 100 分則為功能獨立。

另外，未達喪失 ADL 程度，則再判斷 IADL 指標，即是否具有「工具性日常生活活動功能」(Instrumental Activities of Daily Living)，是代表老年人獨立自主之常見指標。本項指標做為測量身體功能的進階測量，項目包括購買日常用品、處理個人金錢、獨自坐火車或汽車外出、自行服藥、清掃等輕鬆家事、打電話等六項<sup>37</sup>。

評估工具為 IADL 量表，包含上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服、使用電話能力、服用藥物以及財務處理能力八項。每一項目分為 3 至 5 級，惟計分方式採取二分法，即 1 分或 0 分。判斷標準為上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服 5 項中有 3 項以上需要協助者，即為輕度失能。惟為避免性別造成之測量誤差，一般於男性評估之情形下，通常刪除「食物烹調」、「家務維持」、「洗衣服」三項可能造成性別差異之選項，以避免性別造成的判斷偏差<sup>38</sup>。於失能程度的判定上，通常會先出現 IADL 之障礙，若能力繼續衰退後才會影響 ADL 之執行，尤其為心智功能減退之案例，該現象更為明顯<sup>39</sup>。

第三部分則為認知功能評估。林麗嬋等人提到：「失智症患者通常需先取得醫師診斷為失智症，以及臨床失智估量表(Clinical Dementia Rating, 簡稱 CDR)評量分數作為評估標準。CDR 評估項目包含記憶力、方向感、解決問題能力、社區活動能力、家居嗜好以及自我照料。評估結果則區分為輕度、中度以及重度。對於失智症患者而言，與 ADL 指標相比，IADL 更能反映其自我照護的活動實態。此外，患者常出現各種型態的問題，顯著增加照護之困難，躁動行為便為失智症之特徵之一。其係對家庭照護者而言造成的最大負荷，通常是家人將其送往機構之重要考慮因子，故對於失智症患者之認知功能評估，應加入躁動行為量表(CMAI)，判斷綜合考量認知功能障礙者之失能分級<sup>40</sup>」。

---

行政院國軍退除役官兵輔導委員會，長期照護保險規劃報告，98 年 12 月，第貳篇長期照護保險之設計與實施構想，頁 24-25。

<sup>37</sup> Kane Rosalie A. & Kane Rober L., 同前註 25, p.14.

<sup>38</sup> 長期照護保險規劃報告，同前註 36，頁 2-25；阮玉梅等著，長期照護，國立空中大學用書，初版二刷，1999.10，頁 181。

<sup>39</sup> 阮玉梅等著，長期照護，國立空中大學用書，初版二刷，1999.10，頁 180-181。

<sup>40</sup> 林麗嬋、吳尚琪、蔡閻閻、張淑卿，現行長期照護評估工具的問題與因應，長期照護雜誌，第 14 卷 3 期，2010.12，頁 262-263。

### 三、與身心障礙者之銜接關係

董和銳指出：「身心障礙者，為身體、精神、智力或感覺器官受到損害，且這些損害使他們在與他人平等全面參與社會的基礎上產生困難之人。即謂身心障礙其實是個人與其所處之社會與環境的互動下的產物，即採所謂的「社會模式」，強調其失去個人的身心及社會正常功能之動態過程。根據 1965 年學者 Saad Nagi 的架構，在不同的社會文化、不同的角色期待、及不同的環境因素對個人之執行能力與限制並不相同，故身心障礙並非單純只是個人的問題，它與個人所處之社會環境密切相關<sup>41</sup>」。

反之，長期照護係以身心功能失能者及其家庭作為對象，對其提供長時間、正式或非正式之健康與照護支持服務，使失能者能最大程度的維持獨立自主功能。包含喪失基本日常生活能力、工具性日常生活能力、認知情緒等功能障礙，其中也理所當然應該包含身心障礙者。

由此可知，兩者間雖因其著重之目的不同，失能認定方式有所歧異，兩者卻並非對立概念，而係有其重疊部分，故長期照護制度之對象，理論上應該包含身心障礙者。即謂雖身心障礙者未必會有長期照護需求，而有長期照護需求者也並非一定是身心障礙者，但並不影響身心障礙者作為長期照護給付對象之資格，只需經由 ADL 以及 IADL 等指標判斷，若該當基準要件而符合長期照護者，則理所當然成為長期照護服務給付對象<sup>42</sup>。

日本長期照護制度建置當時，原先「研究會報告」之前言中寫道，所謂長期照護制度，應達到全體國民都能輕易獲得必要的長期照護服務之理念，也就是要建構所謂以「普遍主義」為原則之長照制度，惟最後卻在該報告書之本文中，提出僅以高齡者為對象之「新長期照護系統」。厚生省當時將排除高齡者以外之障礙者的理由，係基於不應只將長期照護部分，獨立於原先障礙者完整的綜合政策中，認為若另行建立社會保險制度，將破壞原先完整的障礙者保障之體系<sup>43</sup>。

<sup>41</sup> 董和銳，「身心障礙之概念架構與社會意涵」，身心障礙研究，第 1 卷 1 期，2003.07，頁 4。

<sup>42</sup> Blaser, W, Younger Individuals with Disabilities: Compatibility of Long-term Care and Independent Living, Handbook of Long-term Care Administration and Policy, Boca Raton, Fla. : CRC Press, p.88, (2008)

<sup>43</sup> 二木立，介護保險制度の総合的研究，勁草書坊，第 1 版 3 刷，2008.07，頁 34-37。

實際上，若將身心障礙者納入長期照護體系中，要整合二者體系，則必須思考現行身心障礙者給付水準與內容，是否已足以因應長期照護需求。必須判斷二者制度之給付水準是否有所差異，而原先之身心障礙者福利提供，與長期照護服務相比，是否有其不足之處。

就身心障礙者福利服務內容看來，其中與長期照護較為相關者，係屬「支持服務」部分。透過辦理身心障礙者所需之個人服務，來保證其平等參與社會之機會，且促進其自立及發展。各國政策雖有不同，大體上包含居家式服務、社區式服務以及機構式服務，內容涵蓋居家復健、居家護理、日間照護服務、家庭托顧、交通接送、養護機構、全日型機構服務等。從服務種類看來，與長期照護服務並無太大不同，故兩者體系之整合並無明顯之困難。更進一步，若採取社會保險模式，更可能因為徵收保險費而擴大財源，提供較多的服務資源，避免服務資源缺乏之問題，減少無法滿足失能身心障礙者需求，因而導致失能重度者捨棄於家中接受服務，僅能選擇全日型機構服務之情況<sup>44</sup>。

承上所述，本文之研究範圍並未排除身心障礙者，既長期照護制度係為解決長期照護需求問題，只要符合長期照護失能狀況之人，無論係基於疾病、老年或者殘障等風險而生之長照需求者，皆屬於本文所定義之長期照護範圍，故縱使長期照護定義與身心障礙之失能定義有所不同，評估工具亦有所不同，皆不影響身心障礙者納入長期照護體系之結果。

## 第四節 研究方法

### 一、文獻分析法

日本長期照護保險法於 1997 年制定，2000 年 4 月施行，迄今已逾十年，累積一定的文獻著作，且介護保險法附則第 2 條，關於保險給付範圍，於該法實行五年後必須作一全盤性的檢討，並根據檢討結果，制定必要的改正措施，因此於 2005 年亦有諸多討論。本文以日本現行長期照護保險法作為核心，蒐集相關教科書、期刊、政府出版物等文獻後，透過閱讀及整理文獻內容，希冀對我國制定長期照護保險法制有所助益。

### 二、比較研究法

---

<sup>44</sup> 長期照護保險規劃報告，同前註 36，第肆篇配合規劃措施，頁 28。



我國社會福利制度多參考各國法制而來，關於長期照護保險制度荷蘭雖為第一個制定長期照護保險法之國家，惟以 1995 年德國之長期照護保險中之給付方式之立法，與日本的基本想法差異甚大，相當值得我國參照，故本文主要以日本、德國法制為介紹之對象。另就長期照護基本理論，以及現金給付之立法論層面上，不以社會保險模式規範之北歐國家之經驗也值得借鏡，與社會保險制度國家對象比較，以提供我國初步立法方向之參照。

## 第五節 論文架構

論文於第一章緒論後，分為五章。

第二章為日本家庭長期照護者之相關法制說明，主要以日本長期照護保險法為核心，先簡略長期照護保險法之概要後，再概略敘述 2011 年修法概要。之後就現金給付與實物給付之爭議，從立法前到現行制度，再到獨立於長期照護保險法之特別政策，分別說明之。最後介紹其他家庭照護者之相關制度，包含喘息服務，以及專業照護人才確保之相關議題。

第三章為日本家庭長期照護法制之分析與檢討，主要分成三大部分，首先針對長期照護責任之演變，探討是否有國家責任退卻之現象，使得照護責任又必須回歸到家庭之問題。第二部分，從現金給付性質、與實物給付間關係以及被照護者之選擇自由，來針對未納入現金給付之正當性作進一步之檢討與分析。第三部分，討論日本長照制度中，對於家庭照護者之定位。第四部分，則探討 2011 修正關於喘息服務制度之相關缺失。

第四章為我國長期照護相關法制之介紹。第一節先介紹我國目前長期照護需求以及現況。第二節介紹長期照護責任之演變過程，分別就親屬法上扶養義務、社會法上相關給付系統，以及勞動法上外籍看護工之引進相關法制依序作說明。最後，則為目前我國長照保險規劃政策以及長期照護服務法草案之相關內容。第三節與第四節則分別就現金給付以及家庭照護者定位之部分，作進一步之分析討論。

第五章為日本長照制度實施經驗對我國之啟示，對照第三章內容檢

討我國長照制度。除了現行之長期照護法制外，加上行政院提出之「長期照護保險規劃報告」作為基底，再配合 2011 年 3 月行政院通過之長期照護服務法草案，檢討有關家庭照護者保障制度是否健全。最後，從我國法與日本法之比較，對於未來長照保險法制建構提出檢討與建議。

第六章為結論，提出目前我國長照制度產生哪些爭議問題，而未來長照保險法制規劃重點為何，配合本文研究結果，提出未來對於長期照護保險法制建構之展望與期許。







## 第二章 日本家庭照護者之相關法制

### 第一節 日本家庭長期照護制度之現況

日本長期照護相關制度，採取社會保險制以及稅收制並行之方式。於 2000 年實施長期照護保險法(以下簡稱長照保險法)，以 40 歲以上國民為對象，提供必要的醫療服務及福利服務，建立基於國民共同連帶理念之長期照護保險，基本上涵蓋被保險人之長期照護需求，包含各種面向的實物給付。另一方面，於實施長照保險法前，為因應長照保險法未納入現金給付之爭議，於社會保險制度外，建立以稅收為財源之長照制度，針對家庭成員自行照護之情況，給予家庭支援，由各市町村決定是否實施，財源由各市町村自行籌措，而國家則補助部分經費支出。

目前日本長期照護現況，根據日本厚生勞動省統計，長照保險被保險人有 2,832 萬人(至 2010 年底)，其中 65 歲以上未滿 75 歲者有 1,504 萬人，75 歲以上被保險人有 1,328 萬人。而長期照護(支援)認定者達 467 萬人，其中第一類被保險人占絕大部分有 452 萬人，而第二類被保險人則有 15 萬人<sup>45</sup>。關於給付方面，自 2009 年 5 月到 2010 年 4 月一年間，使用長期照護預防服務以及長期照護服務者，累計共 47,182.8 千人，其中預防服務者有 9,973.1 千人，而長期照護服務利用者則有 37,229.6 千人。

另一方面，家庭長期照護者<sup>46</sup>人數共有 533 萬 6 千人，其中男性為 200 萬 8 千人，女性為 332 萬 9 千人，男女比大約是 4:6。以年齡層來看又以 50 歲~59 歲人數最多，約佔全部照護者中之 3 成。除了男女比有顯著差異外，男性與女性於長期照護投注之時間也有顯著差異，平均時間男性為每日 31 分鐘，女性為每日 1 小時<sup>47</sup>。

經專家的估計，為了家庭長期照護而辭職的勞動者每年約有 8 萬人之多，其中九成是女性，而且，自 1997 年至 2025 年間止，因為少子及高齡化之影響，形成經濟投入量的減少，亦因經濟投入量的減少造成

<sup>45</sup> 平成 20 年度介護保險事業狀況報告(年報)，厚生勞動省，網路資料：

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html>(最後瀏覽日期：2011/3/23)

<sup>46</sup> 所謂「家庭照護者」係定義為 15 歲以上，平均一年間照護天數達 30 天以上之人。

<sup>47</sup> 日本總務省統計局，生活時間帶之統計(2006 年)，統計為五年一次，網路資料：

<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2006/pdf/gaiyou2.pdf>(最後瀏覽日期：2011/4/19)

了經濟潛在成長力的低潮現象，估計每年經濟成長力的減少平均約 0.35%<sup>48</sup>。惟以 2001 年以及 2006 年之數據相比，明顯看出男性長期照護者數量也逐漸增加，甚至從 2006 年開始之一年間，因為家庭照護之理由而離職、調職之男性有 25,600 人，與五年前相比成長了 1.7 倍<sup>49</sup>。

再從就業率及工作時間看來，男性就業率達 75.3%，女性就業率則為 52.4%，平均工作時間與男性的 7 小時相比，女性工作時間少了將近兩小時，且女性工作時間未滿 4 小時者更高達 11.4%，此數據顯示可以看出兩性之間雇用型態之差異。雖未能直接導出女性多從事部分工時工作，係與家庭成員間長期照護需求有關，惟對照上述長期照護時間之花費，可知有極密切關係，也可看出長期照護依舊存在性別化之問題。

日本於 2000 年長照保險法實施以來，依據上述數據顯示，家庭長期照護情況似乎並無明顯降低的趨勢，家庭照護者依舊扮演重要的角色，故家庭照護者之權益仍舊值得重視。以下將以長照保險法為核心，介紹日本家庭照護者長照相關法制，以期了解家庭照護者所享有之社會安全保障。

## 第二節 日本長期照護保險法概要

### 一、長期照護保險制度之導入背景

日本長期照護保險之導入，與其他國家並無不同，皆為因應人口高齡化之問題而生。日本於 1970 年就已經進入高齡化社會，於 1994 年成為高齡社會，被公認為世界人口老化之首。但隨著平均壽命向上提升的同時，人口結構劇變加上家庭結構轉變，高齡者之長期照護問題之解決便成為當務之急，故日本於 1980 年代起便開始檢討社會福利行政之合理性，也為推動長期照護而陸續推行「黃金計畫」、「新黃金計畫」及「新世紀超級黃金計畫」。

1995 年日本厚生省<sup>50</sup>老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照護系統之確立」的政策建議，體認到必須建立一套新系統以因應高齡者照護

<sup>48</sup> 陳真鳴，日本介護保險制度實施過程之探討—介護服務的發展與侷限，社區發展季刊第 108 期，2005.01，頁 262。

<sup>49</sup> 同前註 47。

<sup>50</sup> 現改為厚生勞動省，大約相當於我國的衛生署。

問題，則自此政策方向確立之後，經設立對策本部、研究會報告、老人保健審議會，以及相關法案立法、配套措施建立、檢討、更新(見下表格1)，終於1997年制定長期照護保險法(介護保險法)。

表格 1：長期照護保險法之立法過程

平成 3 年 (1991)	厚生省為了因應 21 世紀到來的高齡社會，以修正整體社會保障制度為目的之「社會保障將來委員會」指摘公共長期照護保險制度的必要性。
平成 6 年 (1994)	「高齡者長照・自立支援系統研究會」提出應該以社會保險方式建制長期照護體系。
平成 7 年 (1995)	「社會保障制度審議會」提出關於公共長期照護保險體制之建議，若達到需長期照護狀態(要介護狀態)時，長期照護保險應給予實物給付或現金給付，或者混合制的給付制度。
平成 8 年 4 月 22 日 (1996)	老人保健福祉審議會向當時厚生大臣提出最終報告。審議會討論意見有很大的分歧，關於長期照護保險的實施主體分成國家以及市町村(相當於我國鄉鎮市)兩種意見；關於適用對象則分裂成 20 歲以上以及 40 歲以上；關於現金給付之爭議，也分成限時給付以及完全不給付兩派，制度的基幹部分出現歧異。
平成 8 年 6 月(1996)	政府未尊重老人保健福祉審議會之意見，提出長期照護保險制度綱領，內容包含以國家作為實施主體、適用對象為 40 歲以上、不實施現金給付。後於同年 10 月自民黨、社會黨、新進黨三黨達成合意。 該合意也未將老人保健福祉審議會之要求納入考量，包含對國民提供充足的情報以及以市町村為實施主體之對等地位之協議，此外違背地方分權而採用中央集權方式導入長期照護保險制度，導致現行制度所衍生之問題點，多從此時期發生。
平成 8 年 11 月 29 日 (1996)	於 139 期臨時國會提出「長期照護保險相關三法案」 <sup>51</sup> ，眾議院之 16 條附帶決議、參議院亦有 19 條附帶決議於 12 月通過後，成立「長期照護保險相關三法案」。
平成 9 年 12 月(1997)	自民黨、社會黨、新進黨三黨推動下，長照保險法通過。

<sup>51</sup> 長期照護關連三法案係指：長期照護保險法案、長期照護保險法施行法案以及醫療法之部分修正。



日本長照保險法於 1997 年制定後，2000 年 4 月開始實施，制定目的依長照保險法(以下簡稱本法)第一條規定可知，係對於伴隨年齡增長產生身心變化而致疾病，以至需長期照護之狀態者，使其保有尊嚴、具備日常生活之能力，而提供必要的醫療服務及福利服務，故建立基於國民共同連帶理念之長期照護保險。從立法目的就可看出，係僅針對因隨年齡增長而致需長期照護之人，並非將全體國民納入保險體系中，在法律制定當時引起相當大的爭議。當時考量若以全民作為對象，則對於低年齡層者保費負擔過重，且對於繳費認同性也較低，40 歲以上年齡層發生長期照護需求可能性較高，且也對於家中其他高齡者負有主要照護責任。

其次，未將全民納入保險對象之另一重要原因，係認為不應將有長期照護需求之身心障礙者，獨立於原先障礙者完整的綜合政策中，認為若僅將長期照護部分另行建立社會保險制度，可能造成身障者保障之紊亂。因此對於其他年齡層之身心障礙者而有長期照護需要者，仍舊一併適用「身心障礙者保障體系<sup>52</sup>」，故綜合以上考量後，最後法條仍加入年齡限制。

## 二、長期照護保險制度之內容

保險對象非以全體國民為強制保險對象，僅以年滿 40 歲以上國民為對象，被保險人分為兩類(§9)，第一類被保險人為 65 歲以上之國民；第二類為 40~64 歲之國民，針對第二類被保險人必須加入醫療保險<sup>53</sup>，且符合 16 種特定疾病 (2006 年改為 16 種<sup>54</sup>，原為 15 種)才可獲得給付。

<sup>52</sup> 包含身體障礙者福祉法、智能障礙者福祉法、障礙者自立支援法...等。

<sup>53</sup> 根據長期照護保險法第 7 條第 8 項規定，包含健康保險法之被保險人、船員保險法之被保險人、國民健康保險法之被保險人、國家及地方公務員共濟組合之公務員、私立學校教職員共濟法之加入者、上述各被保險人之被扶養者。

<sup>54</sup> 長期照護保險法施行令第 2 條規定：(1)癌症末期；(2)類風濕性關節炎；(3)肌肉(筋)萎縮性側索硬化症(ALS)；(4)後縱韌帶骨化症；(5)骨質疏鬆症併有骨折；(6)初老期失智症；(7)進行性上延髓性麻痺、大腦皮質基底核變及帕金森氏病；(8)脊髓小腦病變；(9)脊椎(脊柱管)狹窄症；(10)早老症；(11)多發性硬化症；(12)糖尿病性神經病變、糖尿病性腎病變及糖尿病性視網膜病變；(13)腦血管疾患；(14)阻塞性動脈硬化症；(15)慢性阻塞性肺疾患(COPD)；(16)雙側膝關節或髖關節病變並伴有顯著關節變形。中文譯名參見長期照護保險規劃報告，行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會，98 年 12 月，第壹篇，頁 21。



財政方面，扣除被保險人一成的部分負擔後，保險給付費用之保險財源，50%來自稅金收入，其中中央政府負擔 25%(其中 5%是調整補助金，用以調整與市町村之間的財務差距);都道府縣負擔 12.5%(相當於我國縣市層級);市町村負擔 12.5%。另外 50%則由保險費支出，分別來自第一類被保險人之保險費 20%；第二類被保險人之保險費 30%<sup>55</sup>。保險費的徵收，第一類和第二類被保險人，其保險費率與徵收方式如下：

第一類被保險人(65 歲以上)依據所得分成五級，一定的保險費基準額分別乘上相應之保險費率(見表格 2)，而各市町村可依據其財政狀況以及長期照護保險計畫所估計之服務量，調整費率、保險費基準額或另設第六、第七級<sup>56</sup>，每三年調整一次。徵收方面，第一類被保險人分成普通徵收和特別徵收兩種。所謂普通徵收係指由市町村寄送通知至被保險人或所屬家庭之家長，直接由市町村徵收保險費，且對其家長、配偶課與連帶繳納保險費之義務(\$131、132 II)；特別徵收則指若被保險人有領取年金者(老年年金或者退休年金)，則從年金先行扣除保險費，直接撥給市町村(\$129)，以減輕市町村徵收保費之累。

表格 2；保險費計算類別及標準(2005 年修正後)

第一級	非住民稅 <sup>57</sup> 課稅對象且係老齡福祉年金請領者或符合社會救助家庭	基準額 x0.5
第二級	家庭成員全員皆非住民稅課稅對象者，且高齡者本人之所得僅有年金收入且為 80 萬以下	基準額 x0.5
第三級	家庭成員全員皆非住民稅課稅對象者，但不符合第二級之人	基準額 x0.75
第四級	家庭內成員有非住民稅課稅對象者，惟本人係住民稅課稅對象	基準額 x1
第五級	本人為住民稅課稅對象而合計所得金額未達基準所得金額 200 萬	基準額 x1.5

<sup>55</sup> 第一、第二類被保險人之保險費比例係以總人數比例算定，每三年修改一次，該數據係根據 2010 年算出之結果。資料來源：厚生勞動省

[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken\\_08.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken_08.html)(最後瀏覽日期：2011.02.15)

<sup>56</sup> 加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子，社会保障法，第四版，有斐閣アルマ，2009 年 5 月，頁 287-289。

<sup>57</sup> 「住民稅」係指「都道府縣民稅」和「市町村民稅」之合稱。兩者依據地方稅法一併課徵，因此兩者合稱住民稅。非課稅對象，根據所得稅法第 295 條規定，包含依據社會救助法接受生活扶助者，以及身心障礙者、未成年人、喪妻或者喪夫之人(去年所得合計超過 125 萬日圓者除外)。

第六級	本人為住民稅課稅對象而合計所得金額 達基準所得金額 200 萬以上	基準額 x2
-----	--------------------------------------	--------

資料來源：介護保險の見直し：高齢者の保険料を6段階に細分化

[http://www.jsdi.or.jp/~y\\_ide/041110hokenryo.htm](http://www.jsdi.or.jp/~y_ide/041110hokenryo.htm)

第二類被保險人(40-64歲)之保費徵收，則於繳交健康保險費時，一併繳交長期照護保險費。計算方式如下：

各市町村之長期 照護與預防 費用	x	第二類被保險 人之負擔比例 (30%)	=	健康保險給付額
------------------------	---	---------------------------	---	---------

其保險費計算方式與第一類被保險人不同，由各健康保險計算其數額。即謂由健康保險保險人徵收，算定與管理也皆由健康保險人為之，依據各國民健康保險或其他醫療健康保險計算方式計算之。該繳給各健康保險人之長期照護保險費，先由社會保險診療報酬支付基金會，向醫療保險人徵收「長期照護給付費納付金」，再依健康保險納付額，由該基金向市町村給付長期照護補助金(\$125)。因其徵收係一併由醫療保險徵收，被保險人負擔方式也與其健康保險相關聯，有雇主之被保險人則由雇主負擔一半保費，而國民健康保險之情形，則由國庫負擔一半保費<sup>58</sup>。

承上可知，第一類被保險人保險費之計算方式，係以一定基準額乘以費率計算。基準額由各市町村依其財政狀況及所提供之服務水準，而有其高低之別，即謂先試算保險給付所需之額度，再考慮目前第一類被保險人之所得分布狀況定之。費率部分，雖各市町村可自行訂定分級標準，但基本上皆先判斷是否符合社會救助法生活扶助之資格，若不符合再以「所得」作為聯繫因素，定其該個別被保險人適用之保險費率。至於第二類被保險人，上述算式係各健康保險要給付之長照費用，至於個別被保險人，則也是依據「薪資級距」計算其保險費，根據其月薪或日薪對照應給付之保險費，再隨同健康保險費，統一由健康保險保險人徵收，各都道府縣也有高低不同<sup>59</sup>。

<sup>58</sup> 福祉自治體ユニット，平成14年改訂版介護保險法早わかり，法研，2002.07，頁 219-222。

<sup>59</sup> 全民健康保險協會，各都道府縣 2011 年 3 月至今之保險費額度，<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/8.0.120.674.html>(最後瀏覽日期：2011.11.09)

受照護者之資格認定則必須接受市町村的長照認定，分為「需要支援狀態 1~2」和「需要長期照護狀態 1~5」七個階段。所謂需要長照狀態，係指因為身體或者精神上的障礙，於日常生活中的基本動作，需要持續且經常的照護。而需要支援狀態則指，為減輕需要照護狀態或者防止惡化而需要特別之支援<sup>60</sup>。

表格 3：需要支援/照護程度分級

需要照護程度	身心狀態	每日需照護時間
需要支援狀態 1	雖具有基本日常生活能力(ADL)，基本上也具自行行走能力，惟工具性日常生活能力(IADL)欠缺，需要給予些許社會支援。	25 分鐘以上，未滿 32 分鐘
需要支援狀態 2	雖具有基本日常生活能力，基本上也具自行行走能力，其身心機能多少可望獲得改善，需要給予些許社會支援。	需要支援狀態中 32 分鐘以上，未滿 50 分鐘
需要長照狀態 1	站立與行走不便，且如廁與入浴等需要部分照護。	需要長照狀態中 32 分鐘以上，未滿 50 分鐘
需要長照狀態 2	難以自行站立或行走，且如廁與入浴等需要部分或全程照護。	50 分鐘以上，未滿 70 分鐘
需要長照狀態 3	無法自行坐臥或行走，如廁、入浴、更衣等時候需要全程照護。	70 分鐘以上，未滿 90 分鐘
需要長照狀態 4	日常生活能力相當程度退化，如廁、入浴、更衣完全需要全程照護。	90 分鐘以上，未滿 110 分鐘
需要長照狀態 5	日常生活各方面均需要全程照護，且意思表達困難。	110 分鐘以上

網路資料：要介護・要支援認定の基準

<http://www.city.tomisato.chiba.jp/syozoku/007/kaigohoken/kaigo03.html>

<sup>60</sup> 加藤智章等，同前註 56，頁 278-279。

申請長期照護的給付流程，首先須先向市町村提出申請，由市町村審查員透過面訪作出面會調查結果(第一次認定)，再由長期照護認定審查會加上主治醫生之意見(第二次認定)，判斷是否符合需長期照護狀態(以下簡稱需長照狀態)，再依據其程度決定長照服務之利用額度。其後被保險人可從居家服務或者機構照護中，自行選擇需要的服務後，與服務事業者訂定契約。關於利用服務的費用，原則上由被保險人負擔一成，其他剩餘費用於服務利用額度內由保險支付。

保險給付共分為三種，包含長期照護給付、預防給付以及由市町村規定之特別給付(\$18)。所謂預防給付係指被保險人於需支援狀態時之保險給付；特別給付則係長期照護給付與預防給付以外，針對需長照狀態被保險人或者居家需照護支援被保險人，由市町村以條例訂定之，為各市町村獨自且額外之保險給付(\$62)。

長期照護給付項目又分為 14 種：居家照護服務費、特別居家照護服務費、地區密合型照護服務費、特別地區密合型照護服務費、居家照護輔具購入費、居家照護住宅改修費、居家照護服務計畫費、特別居家照護服務計畫費、機構照護服務費、特別機構照護服務費、高額照護服務費、高額醫療合併照護服務費<sup>61</sup>、特定入所者照護服務費、特別特定入所者照護服務費。給付方式**原則是實物給付**，例外採取**嚴格認定發給現金給付**。

### 三、2011 年長期照護保險法修法內容

因應長照保險法附則規定，每 5 年須作一次通盤檢討，故首先於 2005 年為達長期照護財政安定化之目的，修正長期照護報酬之規定，其中包含設施給付中的住宿費、餐費改由自行負擔；另外也開始注重「長期照護預防」，包含增訂新的預防給付項目、設置地區綜合支援中心、開始實施地區支援項目等。自此時期後，有鑑於被保險人增加以及長照保險財政窘迫，故此後便將改革重點置於給付與負擔間之平衡，惟對於確保財源之方式，以及包含以消費稅作為新財源之爭論，國會基於政治情勢有對於正、反兩面有十分激烈之辯論，對於財政改革之議題難以達成共識，故 2010 年第二次通盤檢討也未針對財政相關方面作修正，而係將重點置於「長期照護服務的基礎強化」，特別是針對醫療、長期照護、生活支援服務的聯結，以居家支援系統的整備及擴充為中心的改革方針

<sup>61</sup> 2005 年新增之給付項目。



2011年6月15日通過「為強化長期照護服務基礎長期照護保險法等部分修正之法律案」<sup>63</sup>，修正法律包含長期照護保險法、老人福利法、社福人員及長照人員法等，主要修正內容如下：第一，國家與地方公共團體負有推動醫療、長期照護、預防、居住、生活支援服務等對於被照護者支援的努力義務(社區綜合長照體系)<sup>64</sup>。具體而言，包含創設24小時定期巡迴、隨時因應的訪問長期照護看護服務<sup>65</sup>，強化24小時居家醫療、訪問看護以及復健措施，增設小規模多機能型居家長期照護及訪問長期照護等複合型的服務方式<sup>66</sup>，以及推動看顧、陪伴、配送食物、購買生活物資等，多樣的生活支援服務<sup>67</sup>。

故複合型服務之創設，例如：現行制度下小規模多機能型居家長照服務與訪視看護必須由兩個事業單位分別提供服務，服務之間的調整較為困難，彈性也不足，對於醫療需求較高的受照護者而言，服務提供較為不充分，而新法修正後，可以由複合型事業單位提供該二種服務，該事業單位係立於地區密合型服務之位置，使被照護者可以就近取得多種長照服務以及醫療相關服務<sup>68</sup>。

第二，推動以保險人為主體的法律架構。市町村負有於長期照護事業計畫中納入失智症支援政策、居住環境整備、生活支援政策等努力義務。關於地區密合型服務，市町村於不超過6年的期間內，可以公開招募或選考來指定。此外，地區密合型服務等的長照報酬，得不透過厚生勞動大臣的認可，由市町村獨自判斷，而訂定高於全國統一之長期照護報酬額度。現行法律制度，雖然對於地區密合型服務之長照報酬可以獨自決定，惟必須於全國統一之報酬額度內。而2011年修法後，則提高市町村之決定空間，可訂定高於全國統一之報酬額度，惟最高上限仍就必須由厚生勞動大臣訂定之。

<sup>62</sup> 石橋敏郎，介護保險法改正の評価と今後の課題，ジュリスト，No.1433，2011.11，頁8-9。

<sup>63</sup> 原文為「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」。(平成23年法律第72號，除部分條文外於2012年4月1日施行。)

<sup>64</sup> 新修正長期照護保險法第5條第3項。

<sup>65</sup> 新修正長期照護保險法第8條第15項。

<sup>66</sup> 新修正長期照護保險法第8條第22項。

<sup>67</sup> 石橋敏郎，同前註62，頁9-10；資料/介護保險法等の改正法の概要，賃金と社会保障 No.1545，2011.09，頁60-61。

<sup>68</sup> 資料/介護保險法等の改正法の概要，賃金と社会保障 No.1545，2011.09，頁61。

第三，長期照護人才之確保與長照服務品質之提升。具體內容包含制定長照福利人員或長照職員優惠措施，長照服務單位的勞動法規徹底執行，違反勞動基準法之事業單位則因此失格或取消服務指定。

第四，推動失智症的相關政策。國家以及地方公共團體必須推動失智症相關之調查研究，失智症支援人才確保等政策<sup>69</sup>。

第五，為緩和保險費的提高，2012 年度內各都道府縣得動支財政安定化基金，以及活用長照保險費的減免措施等<sup>70</sup>。給付項目之增加，包含上述各種新型複合型服務之創設，加上被保險人增加，理應帶來保費提高之結果，故為緩和保險費提高，規定得動支各都道府縣的財正安定化基金，暫時減輕被保險人之保費負荷。

### 第三節 現金給付與實物給付之爭議

關於日本家庭照護者之社會安全制度，首先要介紹經濟上支持之部分—現金給付。日本於制定長照保險法之時，關於給付方式之討論，過程經過激烈的爭辯，透過多次公聽會、厚生省會議討論後，最終通過之法案還是採取以實物給付為原則之立法方式。惟在長照保險法施行之前，卻在長期照護保險之外建立家庭照護慰勞金之制度，以及肯認家庭照護服務員之派遣制度，可以看出立法當時家庭照護者之經濟上支持是無法絕對拋棄的。

本章以下將從長期照護保險立法前對於給付方式之討論開始，到現行法規內容，再到實施之現況作介紹。

#### 一、法律制定動向

與歐美國家相比，日本認為現金給付並不是社會福利政策中重要的給付手段。日本的高齡者照護政策和其他的兒童福利、身心障礙者福利等其他社會福利相同，皆是以社會扶助為架構，以實物給付為原則制定。惟該架構自 2000 年實施長期照護保險後有了很大的轉變。

<sup>69</sup> 新修正長期照護保險法第 5 條之 2。

<sup>70</sup> 新修正長照保險法附則第 10 條。

1975年日本提出所謂「日本型福祉社會論」，係指以日本獨特的性格，不追隨先進福利國家們的腳步，選擇日本自身獨特的道路來實現新的福利社會，強調「個人的自助努力」以及「家庭、近鄰或社區等之連帶」。其核心概念為「家庭依存」，故透過稅制上的優惠措施以及獎賞制度的設置，甚至是照護者津貼之方式實現日本新型福利社會。此時期強調個人的努力自助，其中家庭照護也算是福利資源的一部分，故地方自治團體對於家庭照護基於慰勞、激勵目的而設之「照護津貼」，則成為日本型福祉社會政策理念對於家庭照護者之現金給付的象徵。

然而，自1980年開始透過各種與高齡者照護有關之改革，強化個人責任制度以及家庭照護支援，導致家庭開始崩壞，高齡者照護已經無法再由家庭承擔，加上核心家庭的出現、女性勞動率增加，家庭環境改變，照護問題已經迎來了新的局面。1989年於照護對策檢討會中，便提出從家庭依賴的日本福祉社會，必須走向建立「照護社會化」之長期照護保險時代<sup>71</sup>。

日本於制定長照保險法當時，關於保險給付方式是否應在實物給付之外導入現金給付之爭議，從討論長期照護保險導入的階段開始，就已經引起相當大的討論。1996年11月29日提出的長期照護保險關連三法案，於國會的審議過程中，多次舉辦眾、參議院會議以及地方公聽會方式，直至1998年5月22日於眾議院本會獲得多數贊成後，將法案送至參議院議決。

根據當時會議發言記錄，反對採取現金給付之理由有四：第一，現金給付未必能獲得適當的長期照護，更可能造成女性被迫留在家庭現象之惡化；第二，不但可能造成身心障礙者自立的阻礙，也會造成家人精神上極大的負擔；第三，有照護服務無法擴充的疑慮；第四，為因應新的給付而造成經濟上的負擔。反之，積極意見則主要有三：第一，高齡者以及其家屬之選擇權的尊重；第二，家庭照護者和其他外部服務利用者之公平性；第三，離職者收入之填補<sup>72</sup>。

長期照護保險制度之立法目的，原本就是希望透過長期照護保險之建立，改善家庭照護負擔問題。立法當時，親屬間照護多落在女性成員

<sup>71</sup> 菊池いづみ，「家族介護への現金支払い—高齡者介護政策の転換をめぐって」，公職研，2010.02，頁21。岩間大和子，「家族介護者の政策上の位置付けと公的支援—日英における政策の展開及び国際比較の視点」，レファレンス，2003.1，頁13-16。

<sup>72</sup> 中井紀代子，「家族福祉の課題—高齡者介護と育児の社会化」，筒井書房，2000.06，頁46-50。

身上，尤其是媳婦，女性禁錮問題成為眾矢之的。故制度之建立，希冀能將女性從長期照護之枷鎖中解放之意見，則理所當然的成為以實物給付為原則之最重要的支持論點。即謂透過立法帶動改善社會現象之方式，為矯正社會實態，針對家屬自行進行長期照護之情形，法律上仍採原則上不給予現金給付<sup>73</sup>。(其他社會團體意見，請見表格4)

表格 4：公聽會意見對於現金給付之正反意見(社會團體)

	贊成意見	反對意見
老人福利設施相關人士	<p>基礎法制建構不完備之處，應以發給現金評價之。</p> <p>基礎法制建構不完備之處，作為過渡措施係必要的。</p> <p>從被照護者立場來看，應有選擇之權。</p> <p>應參考德國法制訂有勞災之適用、適用年金制度、長期休假<sup>74</sup>等。</p>	<p>照護係專業事項，家庭無法應付。</p>
醫療關係人士	<p>基礎法制建構不完備之過渡期，將會造成不平等現象。</p> <p>有引發道德風險的疑慮，但對於家庭成員間之照護未來還是應加以考慮。</p> <p>應檢討同時導入實物與現金給付。</p> <p>亦有以家庭醫師之指導為基礎的家庭照護或一般照護情況，卻支付相同之保險費顯不合理。</p> <p>應該給予某程度之補償。</p>	
看護相關人士	<p>服務給付水準無法到達家屬可以勝任全職工作的程度，故還是有提供作為生活保障之必要。</p> <p>基礎法制建構不完備將會增加一層負擔，應該要有照護之相對補償。</p>	<p>照護和看護應由社會性之服務提供。</p>
學者	<p>應發給現金給付作為照護支出之用途。</p>	<p>若家庭照護給付成為常態，則違反當初制度設計理念。</p>
社會福利協議會	<p>家庭照護若可獲得照護報酬，則被保險人之選擇更廣。</p>	<p>比起現金更重要的是各地區的支援體制。透過網絡之建立，充實服務資源。</p>
民間營利事業	<p>將產生不得不申請現物給付之道德風險。應該建立評價家庭照護之兌換券憑證(voucher)制度，且因應各地區特性而變更其給付水準。</p>	<p>照護係專業事項。家屬僅能減輕痛苦，提供親情上之幫助。</p>
老人保健	<p>基礎法制建構不完備之地區應該有導入必要。</p>	

<sup>73</sup> 下夷美幸，高齡者介護とジェンダー：家族支援によるジェンダー変革の可能性，国立女性教育会館研究紀要vol.7，2003年8月，頁40。

<sup>74</sup> 係指「照護休假」。



設施相關人士		
市町村相關職員		家屬能做的並非照護，而是給予溫暖及情緒的緩和的角色。
公會團體		強加在家庭照護者身上的社會性照護將會增加。
工會團體	也應考慮以家庭為主要照護資源之地區，另外也需考慮負擔和給付的公平性。	
	基於被照護者之自我選擇與自我決定，應建立選擇家庭照護之權利，而家庭照護也應該被適當評價。	
義工團體	將來或許有檢討的空間，但是現狀底下必須導入現金給付。	

資料來源：菊池いづみ，家族介護への現金支払い—高齢者介護政策の転換をめぐる，頁 132。

上述表格看來，正反意見皆有以及只有正反意見其一者各占一半。正面意見基本上論點大致上分為兩點：第一，實施初期基礎法制建構不完備，故仍有導入現金給付之必要；第二，避免造成實物給付與現金給付之不公平。而反對意見則主要為：照護係專業性事項，不應由家庭照護者為之，且希望藉由長照保險法之建立，減低家庭照護之負擔。基本上與多次舉辦眾、參議院會議發言記錄之意見十分類似。

當時主張贊成現金給付意見之最主要團體係「地方自治團體」，甚至於 1996 年全國町村會<sup>75</sup>提出請願書，要求對於現金給付事項作出檢討、修正。係因 1980 年代推動福利政策「分權化」，也就是社會福利權限由中央政府移到地方自治團體，其背後政策目的係基於財政理由，為了縮減各地方的國家補助金。直至 2000 年 4 月實施「地方分權整合法」（地方分權一括法）後，地方事務二分為「自治事務」與「法定委託事務」，而如長照保險相關事項則為「自治事務」，故各地方自治團體於長照保險法制定後，也理所當然成為長期照護保險之保險人<sup>76</sup>。

惟各市町村當時還無法提供充足的照護服務。該時期對全國居民進行調查，認為其居住之市町村提供的訪視照護量達 100% 僅有少數，未

<sup>75</sup> 所謂「全國町村會」係於 1921 年於東京成立，共有全國各鄉鎮市長代表 600 名，以振興鄉鎮市地方自治為主要目標之組織。主要以政務活動為中心，包含有關地方自治發展政策之調查、研究，以及參加政府、國會等各種政府審議會等，對於內閣及國會有提出意見書之權能。

參考自全國町村會網路資料：[http://www.zck.or.jp/aboutus/about\\_us.html](http://www.zck.or.jp/aboutus/about_us.html)（最後瀏覽日期：2011.3.30）

<sup>76</sup> 佐藤進、右田紀久惠編，社会福祉の法と行財政，講座社会福祉 6，有斐閣，1982.06，頁

達 75% 之自治團體則有 30%，而未滿 50% 之自治團體竟有 13% 之高，全國居民之服務可近性有極大差異，故當時有將近七成之市町村自行發給居家照護獎勵金或者照護津貼。另一方面，各地的風情也有所不同，也有以家庭照護為主要照護手段之地區，為避免地區性之差別待遇，因社會保險之強制納保特性帶來不平等之現象，故提出應導入現金給付，以因應被保險人保險費之負擔<sup>77</sup>。

長照保險法最終採取實物給付方式為原則，惟如上述所說，對於支持現金給付者所提出之種種疑慮無法解決，故於 1999 年長期照護保險法施行之前，獨立於長期照護保險之外，設立兩個替代現金給付之措施：其一為「家庭照護服務員」之承認；另一則為「家庭長期照護慰勞金」之設立。所謂「家庭照護服務員」，係長期照護保險之特別措施，若符合一定營運基準，則對於照護同住家庭成員之訪視照護員，給予照護報酬。支付家庭照護員之薪資，係與事業單位締結僱傭契約所得之薪資，與行政上給付的現金給付不同，惟此方式也受到現金給付反對派之批評，指出雖改變形式但還是現金給付之方式，違反長照保險法以實物給付為原則之立法目的<sup>78</sup>。

另外，家族長期照護慰勞金制度，則為長期照護保險之外，國家另行補助之計畫，由市町村以非強制性方式實施對於家庭照護者之現金給付。此一制度自長期照護保險實施後一年開始推行，惟給付條件之限制以及給付金額過低也受到學者不少批評<sup>79</sup>。

## 二、現行法律規定

長期照護給付，係對於被保險人所給予之法定給付。長照保險法中（以下簡稱本法），關於給付內容之規定自第 7 條以下關於各種給付之定義，以及 40 條以下關於給付種類到各種給付之給付資格一一規定於本法中。

首先關於長期照護給付之種類規定於本法第 40 條，共計 14 種之給付種類。若單由法條規定看來，似乎以現金給付為原則，因為法條規定皆用「服務費用」此一字眼，惟配合本法第 41 條以下以及施行規則可知，實際上係以實物給付為原則。現金給付僅為例外，僅於法定之居家

<sup>77</sup> 菊池いづみ，同前註 71，頁 123。

<sup>78</sup> 菊池いづみ，同前註 71，頁 22-23。

<sup>79</sup> 詳述請見本章第三項，頁 81-84。

輔具購置(\$44)與居家住宅改善之補助費用(\$45)，以及特殊情況之特別居家照護服務費(\$42)，包含使用者未事先申請、或利用之居家服務種類未符合法定基準者(如部分離島提供未符合要求之照護服務內容)等情況，才例外給予現金給付，故雖稱為現金給付實際上應稱為「費用償還」較符合實際狀況。

因本文將重點放在家庭照護者之保障，故以被照護者居住於家中為主要討論之照護型態，除了下節中將「喘息服務」獨立介紹外，長期照護給付中也主要以「居家服務」作為討論重點，以下就針對居家服務規定之實物給付以及現金給付作介紹。

### (一) 居家服務之實物給付

關於居家照護服務費之給付，根據本法第 41 條：「長期照護被保險人接受居家照護之情形，於都道府縣首長指定之事業單位，接受該居家服務事業單位所辦理之居家服務時，就指定居家服務所需費用，市町村支付被保險人居家照護費用。」也就是給付資格必須符合幾個要件：

- 一、認定為可接受居家照護者
- 二、接受指定之事業單位所辦理之居家服務者
- 三、居家服務所需費用必須為本條所明定之項目(厚生省令以及市町村認定)

以下分別說明之：

#### 1. 認定可接受居家照護者

首先向市町村提出長照認定之申請，由市町村審查員透過面訪，作出面會調查結果(第一次認定)，再由長期照護認定審查會加上主治醫生之意見(第二次認定)，判斷是否符合需照護狀態。認定該當此要件後，可以委託或由自行作成長期照護服務計畫，透過評價被保險人之健康情況、日常生活及家庭情況後作成。故須符合需長護狀態之被保險人後，作成照護服務計畫，適用居家照護服務。

#### 2. 接受指定之事業單位所辦理之居家服務

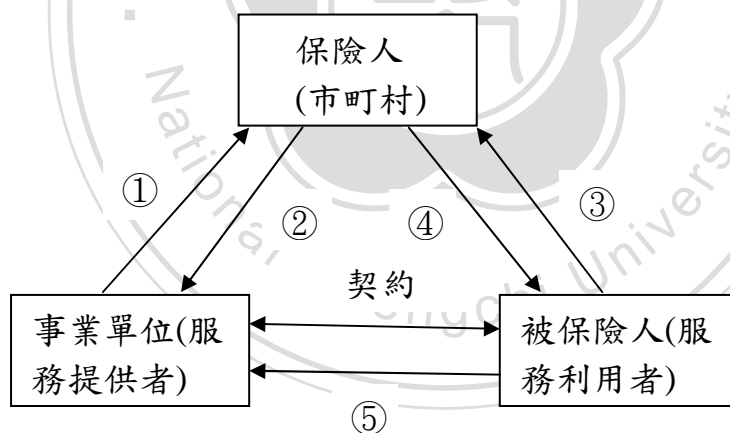
必須是接受由都道府縣首長指定之居家服務事業單位，所辦理之居家服務。所謂「指定之事業單位」，係指符合「指定居家服務等之事業人員、設備以及營運相關基準」(下稱營運基準)規定之事業單位。根據

營運基準，包含訪視長期照護、訪視入浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導等皆有所規定。

受指定之事業單位，係長期照護保險服務的提供主體，可以代替服務利用者直接向保險人請求長期照護服務費。事業單位可能由公營也可能為私營，目前雖依據服務類型不同有些許差異，但以民間營利團體(公司)為最絕大多數，幾乎占有一半以上比例，其他社會福利法人、醫療法人、社團財團法人也占一定比例，而地方公共團體以及公共社會保險相關團體則僅佔 5% 以下<sup>80</sup>。

保險人與被保險人及事業單位是「三面關係」，事業單位提供服務給被保險人，而再由事業單位直接向市町村請求長期照護費用，明顯可以看出居家照護之提供，係以實物給付之方式。就照護服務之提供以及照護費用之支付而言，保險人(市町村)和被保險人之間並無關係，兩者之間僅有保費繳納和收受之關係(見下圖表 1)。

圖表 1：日本長期照護保險法之法律關係



- ①請求照護費用
- ②支付 9 成照護費用(代理受領)
- ③繳納保險費
- ④需長期照護狀態認定
- ⑤支付 1 成照護費用

<sup>80</sup> 厚生勞動省，統計調查結果，平成 21 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service09/index.html>(最後瀏覽日：2011.11.10)



一般的實物給付情形中(例如：公共托育服務、健康保險法)，保險人將服務提供之事項委託給事業單位，再由事業單位提供服務給被保險人，也就是保險人負有一提供服務之義務，而透過委託之方式，由事業單位提供服務。惟長照保險之給付方式與一般實物給付不同，多數認為市町村並無提供服務之義務，而由被保險人與服務提供者間自行訂定契約，然後透過「代理受領形式」的給付方式進行，故有學者稱之為「實質上的實物給付」<sup>81</sup>。

所謂「代理受領」，係因長照保險之給付形式，實際上均採「費用償還方式」，即被保險人需向事業單位或設施墊付所需費用全額，再由保險人事後返還9成之方式。惟若實施完全的「事後費用償還給付」制度，則被保險人被追暫時負擔全額之服務費用，將造成多數被保險人無法負擔，以致放棄利用相關服務之機會。故採行先行利用服務，再個別委任事業單位或設施向市町村請領，即謂費用償還給付之代理受領制度<sup>82</sup>。

與此相對，健康保險法上之保險醫療機構之定位，根據判例解釋認為：「保險人與醫療機構之間締結一公法雙務契約，依據契約，保險醫療機構負有對被保險人提供法律規定之療養給付之義務，保險人則對保險醫療機構為之療養給付，負有支付診療報酬之義務；以委託醫療機構提供療養給付為目的之公法上準委任契約<sup>83</sup>。」惟承上所述，長照保險人與事業單位之間並非一委託關係，與健康保險不同，長期照護保險中保險人與事業單位間並無一雙務契約，而是代替被保險人給付事業單位報酬之關係。另外從損害賠償責任看來也可得知，原則上由事業單位負損害賠償責任<sup>84</sup>。

### 3. 居家服務項目

最後，必須符合法條規定之服務項目。根據本法第8條規定：「居家服務內容包含訪視長期照護、訪視入浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導、通所長期照護、通所復健、短期入住生活長期照護、

<sup>81</sup> 堀勝洋，社会保障・社会福祉の原理・法・政策，ミネルブア書房，2009.04，頁99-100；伊藤周平，介護保険法と権利保障，法律研究社，初版一刷，2008.10，頁58-61。

<sup>82</sup> 劉宗德，世紀轉變期之日本社會福祉法制，當代公法新論(下)－翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集，元照，2002.07，頁558。

<sup>83</sup> 大阪高判五八・五・二七、大阪地判五六・三・一三、東京地裁五八・一二・一六。轉引自佐藤進、河野正輝編，介護保険法—權利としての介護保険に向けて，法律文化社，出版二刷，1998.06，頁121-125。

<sup>84</sup> 關於長照保險法之法律關係，詳見本文第五章第一節，頁110以下。

短期入住療養長期照護、特定設施入所者生活長期照護以及特定輔具之租借等 11 項目。」條文規定內容大致上可分為「在宅給付」、「機構相關給付」以及「其他給付」。以下就各居家服務項目內容說明如下：

### (1) 在宅給付

除了提供沐浴、排泄、飲食等其他日常生活上之照護，另外根據施行規則第 5 條規定，若於被保險人係獨居或其家屬因疾病有困難之情形，亦可協助其烹飪、洗衣、打掃等家務。其次，也包含看護以及復健等醫療相關給付，依主治醫師認為必要之治療，且符合厚生省令所定基準時，亦可由護士或其他厚生省令規定之保健師<sup>85</sup>、準護士等，進行療養上必要之照護或者必要之診療輔助；或為維持或回復身心機能、幫助日常生活之自立，進行理學療法<sup>86</sup>、作業療法<sup>87</sup>等必要之復健。另外，也涵蓋由醫院或診所或藥局之醫師、牙醫師、藥劑師等進行療養上的管理以及指導。

### (2) 機構相關給付

又分成三大類：機構通勤、短期入住、入住特定機構。機構通勤包含照護以及復健兩部分，定期前往日間照護中心，於該設施接受沐浴、飲食及其他日常生活照護、機能訓練服務；或定期前往長期照護老人保健設施<sup>88</sup>、醫院、診所等設施，進行必要之復健。

第二，所謂短期入住。即謂短時間入住機構<sup>89</sup>內，於該設施接受沐浴、飲食及其他日常生活照護、機能訓練服務；或短期間入住長期照護老人保健設施、長期照護療養型醫療設施等，於該設施進行看護、醫學管理下之長期照護以及機能訓練等其他必要之醫療以及日常生活之照護。

最後，則為入住特定機構。所謂特定設施，係指付費之老人之家及其他厚生省規定之設施(例如：低收費老人之家)，而於機構內利用日常

<sup>85</sup> 從事保健指導之專業人士，接受專門教育，通過國家試驗合格接受厚生勞動大臣發給證書之人。

<sup>86</sup> 係指運動療法、按摩等作為復健之治療方式。

<sup>87</sup> 透過農作、手工藝等實作或者娛樂、生活動作訓練等活動，使促進身體復原或回歸社會之精神療法。

<sup>88</sup> 對需要長期照護者提供有計畫的護理、醫學管理下之長期照護、機能訓練、及其他必要之醫療及日常生活上之照顧之設施。

<sup>89</sup> 該機構係指老人福利法第 5 條之 2 第 4 項之設施或同法第 20 條之 3 的老人短期入住設施等。

生活照料或復健相關服務。

### (3) 其他給付

即指特定輔具之租借，針對被保險人身心機能低下導致日常生活動作有所障礙，而為使其日常生活方便以及對於自立有所助益，提供租借厚生省規定之輔具之服務，使其於居家使用。

上述皆為居家服務內容，惟第 41 條規定例外排除之情形，關於日間長期照護、日間復健、短期入所生活長期照護、短期入所療養長期照護之情形，則不給付飲食所需費用、住宿所需費用及其他日常生活所需費用等。排除之費用，可看出係與長期照護保障目的不符者，非屬日常生活上照護相關之項目，則無法獲得給付。

### 4. 長期照護服務給付上限基準額

居家照護服務給付額度，係依厚生勞動大臣訂定之基準計算其額度，有規定一定上限(\$41IV)。關於訪視長期照護、訪視入浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導、通所長期照護、通所復健以及輔具租借之服務給付，係以指定之服務內容、指定居家照護之事業所在地地區，估算該區域指定居家服務所需之平均費用金額之 90% 計算，其他 10% 已由被保險人自行負擔(關於日間照護及日間復健，須扣除提供飲食之必要費用以及其他日常生活所需之費用，依厚生勞動省令規定排除)。

至於短期入所生活長期照護、短期入所療養長期照護、特定設施入所者生活長期照護之給付，則以指定之服務內容、指定居家照護之事業所在地地區，估算該區域指定居家服務所需之平均費用金額之 90% 計算。(關於日間照護及日間復健，須扣除提供飲食之必要費用以及其他日常生活所需之費用，依厚生勞動省令規定排除)。

表格 5：厚生省統計 2011 年 1 月份之各項給付平均(單位：千元)

	總數	需長期 照護 1	需長期 照護 2	需長期 照護 3	需長期 照護 4	需長期 照護 5
居家服務	118.2	74.1	97.5	138.1	170.1	207.0
訪視長期照護	65.8	38.6	51.4	76.6	98.5	125.5
訪視入浴照護	60.0	50.7	53.9	56.3	57.9	63.0

訪視看護	45.1	35.7	40.3	43.2	45.7	55.8
訪視復健	32.2	31.7	32.2	32.7	32.3	32.0
居家療養管理指導	11.3	11.5	11.5	11.4	11.2	10.9
通所長期照護	82.6	62.8	78.0	99.3	107.2	111.7
通所復健	81.3	61.6	77.0	94.6	104.0	108.5
輔具租借	15.2	7.6	12.7	15.4	18.9	23.0
短期入住生活長期照護	94.9	54.2	68.8	100.3	118.8	125.1
短期入住療養長期照護	85.0	57.0	66.4	84.7	98.1	107.6
特定設施入所者生活長期照護	208.5	170.4	191.9	214.4	235.5	256.4

厚生勞動省：長期照護給付實態調查月報(2011年1月份)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2011/01hyo07.html>

## (二) 居家照護之現金給付

關於現金給付部分則規定於本法第 42 條至第 46 條，分別為特別居家長期照護費用、長期照護輔具購入費用、居家長期照護住宅修繕費、居家長期照護服務計畫費。分別說明如下：

### 1. 特別居家長期照護費用(§42)

因緊急或者不得已之事由，未經長期照護認定，必須先利用居家照護服務時，可先行利用服務後，再由市町村給付被保險人特別居家長期照護費用。也就是被保險人先行利用服務，且給付服務事業單位或設施全額費用，再由市町村給付被保險人 90% 之費用。該當特別居家長期照護服務之要件如下：

- (1) 於長照認定生效日前，認定有緊急或其他不得已之事由，而有接受居家照護服務之必要時。
- (2) 接受指定居家照護服務以外或相當之居家照護時。係指雖不符合指定事業單位或設施之要件，惟由市町村判斷其可提供與指定事業單位或設施相同之服務水準時，即應肯認其該當給付資格。
- (3) 若居住於顯難以接受指定居家服務或該當基準之服務的離島或其他地區之人，而有必要接受指定居家照護服務以外或相當之居家照護時。
- (4) 依據其他命令規定。例如：因不得已事由無法提示被保險人憑證而接受服務，或因不得已之事由於需照護認定前接受該當基準之居家服務



等。

## 2. 居家長期照護輔具購入費用(\$44)

需長照者於指定之事業單位購買特定輔具<sup>90</sup>，且經市町村認定為必要者，給付居家長期照護輔具購入費用。照護者必須先自行支付輔具購入費用，事後再向市町村請求給付實際費用之 90%。至於購買費用有給付上限基準額之規定，依據厚生勞動省告示為十萬日圓。

## 3. 居家長期照護住宅修改費(\$45)

需長照者安裝扶手、欄杆等其他種類厚生勞動大臣規定之住宅修改<sup>91</sup>，經市町村認定為必要時，給付居家長期照護住宅修改費。照護者必須先自行支付住宅修改費用，事後再向市町村請求給付實際費用之 90%。而給付上限基準額為 20 萬日圓，惟若市町村認為需照護者難以負擔住宅修改費時，於超過 90% 至 100% 以下之範圍內得提高給付。

## 4. 居家長期照護服務計畫費(\$46)

長期照護保險制度中之支援服務，即所謂長期照護管理。該概念起源於英、美，使用於保健、醫療、福利等領域。其具體內容，包含個案分析、作成長期照護服務計畫、依該計畫服務之繼續管理及評價。日本長照制度中，被保險人得自己作成計畫，或委託長照支援專門員(care manager)作成居家服務計畫。若無作成計畫，則利用服務時便會從實物給付方式變為費用償還，利用時必須自己先負擔全額費用。故若欲獲得實物給付，則自己作成計畫時，須先向市町村登記才得以實物給付方式利用服務。

所謂長期照護支援專門員，係指具備專業知識與技術，根據長照者身心狀況以及諮商後結果，評估其該利用之居家或機構服務，進行與市町村、長照事業單位間之聯絡工作，協助長照者自立生活(\$7V)。首先，必須先對長照者進行個案分析，再召開服務負責人會議<sup>92</sup>，提供建議並

<sup>90</sup> 依據厚生勞動省告示第 94 號(平成 11 年 3 月)，包含特殊馬桶、特殊沐浴用具、簡易浴缸、移動用之拐杖、輪椅等。

<sup>91</sup> 依據厚生勞動省告示第 95 號(平成 11 年 3 月)、349 號(平成 12 年 11 月)。

<sup>92</sup> 服務負責人會議，係指長照支援專門員為作成服務計畫，召集指定事業服務單位等負責人之會議。其目的係為蒐集服務利用者相關之情報，且由各負責人提出專門之意見。根據指定居家服務等人員、設備以及營運基準第 13 條第 9 款。

整合本人及其家屬之意見，之後作成服務計畫。具體就時間、地點、服務項目、目的、執行單位等內容作成文書，得到本人及其家屬同意後完成<sup>93</sup>。

因為作成計畫可促進服務利用之故，故若委託長照支援專門員作成居家服務計畫時，該居家服務計畫費用，與上述三種給付不同，為鼓勵被保險人利用該制度，故計畫費給付無部分負擔規定，全額由保險給付，無需另付一成自付額。費用之算定則由居家照護之事業所在地地區，估算該區域居家服務支援所需之平均費用。

由此可知，上述四種費用雖以現金給付方式，但實際上僅為「費用償還」之性質。第一項之「特別居家長期照護費用」，事實上與實物給付內容相同。只是在緊急、不得已而有先行利用服務之必要時，例外可先由被保險人對服務事業單位或設施給付費用，其後再向市町村申請給付。

2011年3月11日日本大地震引發海嘯，為因應急迫之長照需求，5月20日厚生勞動省老健局公布「東日本大震災關於災民長期照護認定等處理原則」，因此次地震規模大，受災地所在之市町村若要進行長期照護認定，必須花費一定時間，重申第1款「於要長照認定生效日前，認定有緊急或其他不得已之事由而有接受居家照護服務必要」之情形，故若已向市町村提出申請後，但還未通過長照認定者，肯認其為緊急、不得已之情形，該當特別居家長期照護費之要件，可先利用服務後再向市町村請求費用償還。而若已離開原來之住所，而則得於避難所、安置地之所在市町村登錄其資料，則得於該避難所在地先行利用服務，再向該市町村請求費用償還<sup>94</sup>。

另外，上述第2、3款則係因日本城鄉差距大，考慮到資源分配不均之問題，也考量各地區提供服務水準之差異，許多偏僻地區提供服務之事業單位可能不符合人員或營運基準之規定，但若經市町村認定其提供之服務相當於居家服務水準時，則例外肯認其受領資格。

最後，輔具購買費、住宅修改費，則係因個案之差異性大，難以實物方式給付為之，故基於費用償還之意旨，發給現金給付。故由被保險

<sup>93</sup> 佐藤信人，介護保險法—制度としくみ，建帛社，1999.07，頁112-113。

<sup>94</sup> 東日本大震災關於被災者長期照護認定等處理原則，網路資料：

[http://www.shakyo.or.jp/saigai/pdf/20110617\\_08.pdf#search=東日本大震災の被災者等に対する要介護認定等の取扱いについて](http://www.shakyo.or.jp/saigai/pdf/20110617_08.pdf#search=東日本大震災の被災者等に対する要介護認定等の取扱いについて)

人先自行依其所需購買所需之項目，再向市町村申請實際費用。

### 三、家庭長期照護者津貼

承上所述，長照保險法僅肯認實物給付之給付方式，對於由家庭成員照護被保險人之情形，無法獲得與利用外部資源服務之對等給付，即謂無法獲得任何經濟上之支持。惟即使至長照保險法開始實施前，現金給付爭議仍未平息。當時在野黨(自由民主黨、自由黨、公明黨)提出必須制訂特定政策之要求，以因應長照保險法之實施。

故其後政府隨即於 1999 年 11 月制定「為因應實施長照保險法之特別政策」，包含六大部分<sup>95</sup>，其中第四部分便是關於「家庭長期照護支援政策」。關於政策目的內提到：長期照護保險制度，係由全體國民支援高齡者之長期照護而設，惟短時間內可能存在保險服務不充足的地區，再者也存在自願照護被照護者之家庭情況，故於長期照護保險制度之外，若市町村自願辦理家庭長期照護支援事業時，國家則補助部分費用<sup>96</sup>。

事實上，於長照保險法制定以前，長期照護津貼就已經於各都道府縣實施，其後因有招致家庭長期照護僵化之疑慮，各自治團體幾乎都於 2000 年前廢止該制度。惟與長照保險法施行之同時，又同時於前述各市町村自願辦理之家庭長期照護支援事業中，另外建立了「家庭慰勞金」制度，以慰勞獎勵照護者之辛勞，取代先前之照護津貼。故要了解家庭慰勞金制度，須先從長期照護津貼制度開始，才得以窺得現金給付之全貌。以下就先就由長期照護津貼說明之。

#### (一)長期照護津貼

由地方單獨事業<sup>97</sup>實施之長期照護津貼，係以照護者為給付對象，基於慰勞、激勵家庭照護之目的而給予之現金給付。以歐美各國經驗來看，實施現金給付制度多半以一般性所得保障為目的，也就是因為長期照護而失去就業機會之情況，以現金給付方式因應其機會成本，英國的

<sup>95</sup> 包含高齡者保險費之特別措施、對醫療保險者之措施、減輕低所得高齡者負擔之措施、家庭長期照護支援措施、長期照護預防及生活支援對策以及長期照護基本整備對策。

<sup>96</sup> 厚生白皮書平成 12 年版。參考自網路資料：

<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz200001/b0075.html>(最後瀏覽日期：2010.12.01)

<sup>97</sup> 所謂「地方單獨事業」，係指地方自治團體不接受國家補助，以獨立財源自願實施之事項。依據各地方社會風土民情，各自治體自主性判斷要實施之事項。



重殘照護津貼(Invalid Care Allowance)便是基於此一目的建立，故給付作為薪資補償的照護津貼。惟在日本之制度中，係依據各地區制定的照護津貼之名稱以及目的，得知其主要目的為慰勞其辛勞，減輕負擔，激勵作用等。難以看出對於長期照護之所失利益補償之觀點，故給付金額相對非常低，或可謂是日本獨有之現金給付制度<sup>98</sup>。

該制度大約於 1970 年代左右創立，因日本於 1970 年老年總人口超過 7%，高齡者問題引起國民強烈的關心。前後共計有 23 個都道府縣設立，其中以 1972 年神奈川縣創設之「家屬探望金」(家族見舞金)最早，而給付水準又以東京都每年 660,000 日圓最高，以沖繩縣每年 3,000 日圓最低<sup>99</sup>。與此低額的照護者津貼相比，當時的被照護者津貼金額相對之高，係因當時長期照護服務水準低，設施之提供也不充分，故給予高額の被照護者津貼，以期消弭與接受設施照護者之間給付不公平之現象。

該制度係由各地方自治團體自行實施，故各地區名稱及請領要件有所不同，惟大致上可以歸納為以下二要件：

#### 1. 由家屬進行照護者

何謂家屬，規定多為以「同住或同一生計之家屬<sup>100</sup>」，並無另外設有親等之類限制。惟也有限縮於配偶或三等親內之親屬規定之縣市，例如：石川縣、京都；另外也有未作任何限制之縣市，無同住或同一生計之要件，例如：神奈川縣、茨城縣、群馬縣、兵庫縣、山口縣。設有限制之都道府縣，或許係考量有道德風險之可能，或者基於財政考量，故限縮於有同住或同一生計之家屬，甚至規定有親等之限制。惟本文認為若探究其立法目的，既然係對家屬照護之慰勞，則不另外設有親等之限

<sup>98</sup> 整理當時 23 個都道府縣設立之現金給付的名稱。參考自菊池いづみ，同前註 71，頁 163。

<sup>99</sup> 各地廢止時間有所不同，故比較其金額或許有可能受到年度不同之物價指數之些許差異。

<sup>100</sup> 同一生計之認定要件：

關於生計維持認定對象者，指符合生計維持關係之認定，係以符合下列要件者：

1. 若生計維持認定對象為配偶或者子女者：

(1) 住民票上屬於同一戶籍

(2) 雖住民票上非同一戶籍，住所與住民票同一時

(3) 若住所與住民票不同時，符合以下要件者：

a. 現在共同生活或者消費生活上為同一家計時

b. 單身赴任、就學或者因病療養等不得已之事由，以致住所和住民票不同，則若有以下事實者，則視為現在共同生活或者消費生活上為同一家計：

(a) 有接受療養費、生活費等的經濟援助時

(b) 定期有書信往來或會面。



制應認較為妥當。

其次，關於照護時數似乎皆未有限制，只要有照護事實便可，並未如德國設有至少每週 14 小時數限制。探究其理由，本文認為或許係基於行政成本考量，因為照護工作之特殊性，照護工作與私人時間常常難以切割，要調查每週之確切照護時數實需一定行政成本；其次，係因照護津貼係基於慰勞之目的，既基於慰勞之目的，則應無論時間長短都不能否認照護工作之成果。更重要的是，津貼給付數額低，不如德國，將家庭照護者與其他社會安全制度連結，若要針對每一家庭照護者調查實際照護時數，將會造成不合乎成本之結果<sup>101</sup>。

## 2. 達長期照護程度

所有縣市之共通規定，係以需要經常性居家長期照護之 65 歲以上之人。至於該狀態必須持續多長，即謂「長期性」之基準為何，則以半年之規定為多，也有規定為一年、三個月者。長期照護判斷基準，於長期照護保險實施後，直接以長照保險法中規定之需要長照認定方式，作為判斷基準之縣市也有。惟於實施之前，當時長期照護判斷標準係由「身障老人的日常生活自立程度判定基準<sup>102</sup>」或者「癡呆姓老人的日常生活自立程度判斷基準<sup>103</sup>」作判斷。

至長照保險法施行後，有大約三分之一的自治團體開始設有資產調查限制。且非僅以受照護者本人為判斷對象，而是以其家庭所得整體為判斷為對象，除配偶外也包含同一家庭中有扶養義務之人。其轉變除因長照保險法施行，各自治團體開始限縮照護津貼之給付外，另一方面也可看出當時的政策理念依舊認為高齡者長期照護係屬於家庭責任，以整體家庭所得作為發給資格要件。

長期照護津貼之財源籌措係市町村為主，都道府縣僅扮演部分補助

---

<sup>101</sup> 德國長期照護保險法則為保障非專業性居家照護人員的社會安全，只要其已對被照護的家屬持續照護六個月以上，即有權請求。照護期間，此類照護服務人員必須每週至少在照護需求者之居住環境中至少提供十四小時服務；倘有兩個以上照護人員，則平均每人每週至少提供十四小時照護服務，其社會安全始受保障。其中，年金保險、失業保險保險費由照護基金會支付；健康保險、長期照護保險保費則依其是否仍為家庭保險成員而有不同，屬於家庭保險成員，只要符合長期照護保險法第 25 條規定，免繳保費，非屬家庭保險成員，則繳交最低保費。參閱岩間大和子，家庭介護者の政策の位置付けと公的支援—日英における政策の展開及び国際比較の視点，レファレンス，2003.01，網路資料：[http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200301\\_624/062401.pdf](http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200301_624/062401.pdf)

<sup>102</sup> 源自平成 3 年(1991 年)11 月 18 日老健第 102-2 號厚生省通知。

<sup>103</sup> 源自平成 5 年(1993 年)10 月 26 日老健第 135 號厚生省通知。

之地位，依據權責相符之概念，故資格認定到津貼發給之判斷也全權由市町村實施。

## (二)家庭長期照護支援事業

1997年長期照護保險之設立，便是要把原先的「依賴家庭支持」之觀念捨棄，走上「長期照護社會化」之路。而所謂長期照護社會化，係指為開發被照護者之殘存自立能力，實現自我之可能，甚至提高被照護者家庭的長期照護能力等目的，故不能僅依靠家庭照護之力量，應積極的活用家庭體系外之社會資源的同時，由家庭以及社會共同協力照護之架構<sup>104</sup>。該過程係從自身肩負照護責任，到地區性組成的共同照護，再至制度化的社會性照護。透過社會保險之實施，將原本完全的家庭責任轉變為社會共同責任，但另一方面也不否認家庭照護之必要性。

1999年創設「家庭長期照護支援事業」，係為配合長照保險法之施行，而獨立於保險法之外的措施，因長期照護保險實施初期，可能存在保險服務不充足的地區，加上社會保險並非完全取代家庭照護之功能，因此對於自願照護被照護者之家庭，另行創設家庭照護支援事業。該支援事業，係由各市町村自行選擇是否開辦，財源由各市町村自行籌措，而國家則補助部分經費支出。透過各種措施來達到對家庭照護之部分支持，其中也包含對於家庭照護者之現金給付，故於2000年長照保險法施行後，前述長期照護津貼有6個自治團體廢止，其他自治團體則透過修改給付資格之方式，以縮小給付範圍，甚至到2003年調查當時，僅剩6個自治團體還未廢止<sup>105</sup>。

根據「家庭長期照護支援特別事業實施綱領<sup>106</sup>」規定，市町村實施家庭照護支援之業務項目，包含以下六種：

### 1. 家庭長期照護教室：

開辦學習長期照護方法、對受照護者照護工作、健康等之知識、技術的教室。而由市町村負擔其教材費等實際費用。

### 2. 長期照護用品之發放：

發給紙尿布、清潔劑等照護用品。補助額一年金額上限為75,000日圓。

<sup>104</sup> 菊池いづみ，同前註71，頁155-156。

<sup>105</sup> 菊池いづみ，同前註71，頁167-169。

<sup>106</sup> 平成12年(2000年)5月1日老發第472號。

### 3. 家庭長期照護者交流：

為使照護者可以短暫自照護工作中解放，透過參加旅行或者照護者之間的交流會等，使身心獲得恢復。補助額一年金額上限為 25,000 日圓。

### 4. 家庭照護員教育講習支援：

針對現在進行家庭照護之家庭成員或曾進行過照護之家庭成員，若參加居家照護員研修 2 級或 3 級課程者，補助部份學費。

### 5. 失智症高齡者家庭支援服務：

活用可以早期發現迷路之癡呆症高齡者(失智老人)之系統，創造得以防止事故等，讓家庭照護者可以安心的環境。補助機器租借費等之實際費用。

### 6. 家庭長期照護慰勞金：

透過現金給付方式，慰勞家庭照護者之辛勞，一年金額上限為 10 萬元。關於具體申請要件以下詳述之。

各項目實施比例，根據厚生勞動省 2006 年全國性統計，以「家庭長期照護慰勞金」實施比例最高(69.1%)，其次是「開辦家庭長期照護教室」(53.1%)，第三為「開辦家庭長期照護者交流會」(52.2%)，第四為「家庭照護者短期旅行等喘息服務」(26.8%)，第五為「失智症高齡者之家庭支援服務」(21.6%)<sup>107</sup>。

其中，實施比例最高之家族慰勞金，發給資格如下所述。慰勞金受領人必須符合三個要件：第一，需照護程度達重度(需長照程度 4 或 5)；第二，非市町村住民稅課稅家庭；第三，在宅高齡者且過去一年間未接受長期照顧服護者，則可以向市町村申請家族慰勞金。惟每年以 10 萬日元為上限。以下就各要件分別說明之：

#### 1. 需照護程度達重度

達重度之具體標準，係指達需長照程度 4 或 5，即謂日常生活能力達相當程度退化，如廁、入浴、更衣需要全程照護，甚至意思表達困難之程度。其係考量市町村之財政狀況，目的為嚴格限制現金給付，惟就其合理性來看似乎不足，若家庭長期慰勞金係基於家庭支援之目的而設，則只要有照護需求，就應肯認其受領資格，不應該排除低度障礙之人(需

<sup>107</sup> 厚生勞動省，平成 18 年度地域における高齢社会対策の現状と課題に関する調査～市区町村アンケート～調査結果，[http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h18\\_kenkyu/index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h18_kenkyu/index.html)。



照護程度 1~3)，才不會失其公平性。

## 2. 非市町村住民稅課稅家庭

亦即非「市町村住民稅」之課徵對象。所謂非課稅對象，根據所得稅法第 295 條規定，包含依據社會救助法接受生活扶助者，以及身心障礙者、未成年人、喪妻或者喪夫之人(去年所得合計超過 125 萬日圓者除外)。此要件係針對經濟上弱勢所設，家庭長期照護支援系統帶有資產調查性格，設有排富之規定。故可看出家庭慰勞金性質並非普及式給付。

## 3. 過去一年未接受長期照護服務者

未接受長期照護服務者，係指未接受長照保險法中所有服務，包含居家服務、社區式服務以及機構式服務。可想見其立法目的，係希冀透過該要件直接推定有家庭照護事實，惟需照護達 4 或 5 之程度，已屬於重度之情形，多半已無法單由居家照護負擔，甚至利用機構式服務者數量為多，可知此一要件已經排除大部分被照護者之資格，使得家庭慰勞金實際請領機會甚低。

其次，非正式照護資源本為補充性，與正式照護之間並非對立、衝突之性格，不應完全將使用長期照護服務之人排除於請領資格外，請領現金給付者，係替代居家服務、日間照護以及機構照護之功能，故若為上述三項服務以外之其他實物給付仍應肯認其申請資格。甚至更進一步，縱使利用居家服務、日間照護以及機構照護，若認其依舊有利用非正式照護者之必要的情形，基於補充性還是應肯認其現金給付資格。

故家庭支援事業之創設，可謂係配合長期照護保險推行之獨立配套措施，除因制度實行之初有服務提供不充足之虞外，也同時肯認長期照護社會化之後，家庭照護功能並未完全喪失，兩者可說是立於互相補充的地位。惟其中之「家庭慰勞金制度」，透過嚴格要件限制，能獲得給付之照護者寥寥無幾，且縱使獲得給付，每年 10 萬之給付金額也過低。自此得知現金給付依舊係次於實物給付之地位，與德國看待現金給付之積極面向不同，希冀透過此種手段因應可能造成女性禁錮於長期照護責任之疑慮。



## 第四節 家庭照護者之喘息服務

日本長照保險法未明確將「喘息服務」獨立為一類型，而係分散於社區照護服務之中。包含「夜間訪視長期照護服務」，係指由居家照護員於夜間至家中提供服務，而更於2011年修正新增24小時訪視長期照護服務；「短期入住生活長期照護服務」與「短期入住療養服務」，則可提供家庭照護者有喘息之機會。最後，則為2006年新增訂之「小規模多機能機構服務」，採取小規模營運方式，暫時提供家庭照護者身心休養之時間。以下則針對四種之具體內容分別說明之：

### 一、短期入住生活長期照護服務

規定於本法第8條第9款，家庭照護者因疾病、婚喪喜慶、出差等暫時無法進行長期照護之時，或者因身體、精神負擔必須休養之情形，提供之短期生活照護援助，基本上就類似我國的喘息服務。

提供短期入住生活長期照護服務之場所包含老人短期入住設施、特別養護老人之家、養護老人之家、醫院、診所、長期照護老人保健設施、自費型老人之家、照護之家(care house)。而提供之服務內容包含：協助沐浴、排泄、進食等，支援其自立及充實其日常生活，為改善或維持生活機能進行機能訓練，由醫師及護士進行健康管理，以及心理諮詢及提供建議。

至於短期入住天數有兩個限制規定，第一，累積天數不得超過認定長期照護時間之半數；第二，入住不得連續超過30日。惟累積天數之規定，若被保險人或其家庭照護者有特殊情況，則例外肯認可以增加。例如：被保險人因為失智症等，同住之家庭照護者難以照護之情形；同住之家庭照護者因疾病、高齡有實施長期照護之困難時，或者是其他不得已之事由難以自行進行居家服務時，可以向市町村請求延長，其具體事由判斷由各市町村為之，故各地區會有所差異<sup>108</sup>。申請要件，則僅符合需要長期照護程度1~5者皆可申請，負擔費用與其他居家服務皆相同，自行負擔長期照護給付之一成，另外還需負擔居住費以及食費。

<sup>108</sup> 月間ケアマネジメント 2010.10月號，環境新聞社，2010.09，參考自網路資料：  
<http://www.fvr.co.jp/insurance/kyuhu18.html>(最後瀏覽日期：2011.04.29)

## 二、短期入住療養服務

規定於本法第 8 條第 10 款，與上述短期入住生活長期照護服務目的的大致相同，皆為提供暫時之長期照護服務，以及讓家庭照護成員有休息之機會。受照護者得於該當機構內接受看護、醫學管理下之長期照護及機能訓練，以及其他必要之醫療及日常生活上之照顧等。

提供服務之場所包含短期入住設施、老人保健設施。入住天數限制與上述相同，申請要件也係以需要長期照護程度 1~5 之被保險人，自行負擔為長期照護給付之一成，居住費以及食費。

## 三、夜間訪視長期照護服務

日本於 2006 年對長照保險法進行大幅度之修正，第 8 條第 14 款「社區密合型之服務」係為新實施之制度。當時有鑑於失智症高齡者以及獨居老人數量增加，為達到長照保險法「維持尊嚴」之目的，使其於習慣之原居住地繼續生活，故創設社區密合型服務以因應各地區特性，提供多樣化、彈性之服務。服務內容包含：夜間訪視長期照護、失智症通所長期照護、小規模多機能型居家照護、失智症共同生活長期照護、社區密合型特定設施入住者生活照護以及社區密合型長期照護老人福利設施入住者之照護服務。該制度特色係將體制建立之權責，全權委由市町村為之。即謂市町村除了身為保險人外，對於提供服務事業單位之指定以及監督責任，皆歸於市町村<sup>109</sup>。

所謂社區密合型之夜間服務，根據本法第 8 條第 15 項規定，對於需要長期照護之人，於夜間時段實施定期巡迴之訪視照護，或者接受通報後，由長期照護福利人員或訪視照護員等，至需要長期照護者家中協助進行沐浴、排泄、飲食等其他日常生活上所需之照護，可知不僅提供定期的夜間照護，對於臨時的突發狀況也能得到照護員之緊急幫助。

該夜間服務之特色便是不受時間拘束、不受內容拘束，具有通常之訪視長期照護不具備之優點。通常之照護員一次照護時間不得超過 1 小時；也無法應用於確定被照護人平安與否之情況，可謂限制繁多；相對而言，於緊急情況發生時，透過直接連絡「照護中心」(operation center)<sup>110</sup>之方式，社區密合型服務便可以因應此種狀況，作相對彈性之利用(例

<sup>109</sup> 加藤智章等，同前註 56，頁 283。

<sup>110</sup> 依據「指定地區(社區)密合型服務之事業人員、設備及營運基準」第 5 條規定，利用者達 300

如：夜間家中遭小偷侵入，可以透過訪視員之照護來安撫被照護者之不安的情緒)。

符合需要長期照護程度 1~5 者都可申請，惟該制度為社區密合型服務，故僅以各市町村居住之居民為對象，除非得到各該市町村之同意才例外可獲得服務。其次，夜間訪視長期照護可利用之時段，最基本從晚上 10 時開始至早上 6 時之間，最長可自晚上 6 時至上午 8 時為止，在此時段間由各事業單位自行設定之。

2011 年 3 月菅直人內閣於會議中，決議通過 2012 年度長照保險法之修正案，也已於 2011 年 6 月通過，預計於 2012 年 4 月實施。包含創設 24 小時全天之訪視服務，以支援被照護者能繼續於原居住地生活，讓重度之被照護者也能於自家生活。此外，除護士、看護人員定期訪視外，24 小時緊急時刻也能透過通報方式利用服務。若未來新法實施後，由夜間之訪視服務擴大為 24 小時全天服務，不論對被照護者而言，甚至對於家庭照護者之喘息服務來說，都能得到更好的照護條件<sup>111</sup>。

#### 四、小規模多機能機構服務

2006 年新增訂之社區密合型服務，其中也包含推行社區內「小規模多機能機構服務」。所謂小規模多功能居家照護，依據本法第 8 條第 17 款，係屬一綜合性功能之機構，以被照護者自住家「往返、通勤」於照護機構之方式為中心，輔以「居家訪視」以及「短期入住」方式，使中、重度之被照護者也能繼續生活在自家中。故多規模係指「往返」、「居家訪視」以及「短期入住」等服務。因設置於社區內，對於照護者於被照護者而言都較便利，且能夠提高對於環境與服務人員之熟悉度與安心感，也特別限制其設施入住人數不得超過 25 人，採取小規模之營運方式。透過此服務，也可以暫時提供家庭照護者身心上休養之時間，也應算是喘息服務之範疇內。

小規模多機能型居家照護之優點有以下：第一，無需每次更改照護計畫，可以依據需求選擇日間照護、短期住宿以及居家服務三種服務之一；第二，每個月的使用費固定，不會有長期照護費用膨脹之情形；被

---

人之處必須至少設立一所照護中心。

<sup>111</sup> 朝日新聞社，2011.03.11，<http://www.asahi.com/politics/update/0311/TKY201103110074.html>(最後瀏覽日期：2011.07.27) 社会保障審議会介護保険部会，介護保険制度の見直しに関する意見，賃金と社会保障 No.1535，2011.04，頁 42-43。



保險人僅需與一事業單位簽訂契約，即可依據需求選擇三種服務之一，故與事業單位之間的聯絡手續也會較少；與熟悉的工作人員之間交流比較容易等。另一方面，也會出現以下缺點：第一，如果對其中一部分之服務不滿意，也無法委託其他事業單位；第二，因為一個月的使用費固定，若利用時數少則有價格偏高的感覺；第三，屬於人數較少的團體活動，若與工作人員或其他被照護者之間出現嫌隙，則難以透過減少接觸來解決。

惟目前實施現況看來，普及率並不高，原因除了新制度上路，多半被照護者不清楚該制度之存在外，長期照護報酬低也是其中一個主因。小規模多機能機構服務，係以每月給付固定之定額報酬(見下表格 6)，卻可以享用三種不同的服務內容。故縱使利用短期住宿之服務，職員值夜班之薪資也必須從每月固定之報酬中支出，且短期住宿並無限制天數，導致入不敷出之可能性極高。根據統計，目前機構內之被照護者登錄人數低，且機構財政赤字比例達三分之二<sup>112</sup>。未來或許應該採取提高定額報酬之方式，讓機構營運之意願增加，使小規模多機能型服務得因應各地區特性，提供多樣化、彈性之服務的制度得以存續。

表格 6：小規模多機能型居家照護費用與及他服務之比較

要照護程度	小規模多機能型 居家照護費用	通所長期照護費用	居家訪視照護費用	短期入住長期照 護費用
1	114,300 日圓/月	62,800 日圓/月	38,600 日圓/月	54,200 日圓/月
2	163,250 日圓/月	78,000 日圓/月	51,400 日圓/月	68,800 日圓/月
3	232,860 日圓/月	99,300 日圓/月	76,600 日圓/月	100,300 日圓/月
4	255,970 日圓/月	107,200 日圓/月	98,500 日圓/月	118,800 日圓/月
5	281,200 日圓/月	111,700 日圓/月	125,500 日圓/月	125,100 日圓/月

表格：作者自行整理

由此可知，日本長照保險法中對於家庭照護者之喘息服務，分別透過四種服務項目建構而成，包含日間之居家照護或者夜間緊急居家照護，

<sup>112</sup> 東京都福祉保健局調查報告(2008.06)，網路資料：  
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2008/06/60i69100.htm>(最後瀏覽日期：2011.05.02)



甚至短期入住機構皆有，雖有天數限制，依舊能夠使家庭照護之身心得到休息，而 2012 年 4 月實施之新法，透過 24 小時之訪視服務，則能夠更全面照顧到家庭照護者之權益。至於 2006 年新增之小規模多機能機構服務，希望可以透過宣導方式，提高其認知度，以及未改善其入不敷出問題，或許應該採取提高定額報酬之方式，讓小規模多機能型服務得以存續。

## 第五節 專業照護人力確保

居家服務之照護人力，除了符合「指定居家服務等之事業人員、設備以及營運相關基準」之一般照護服務員以外，為補充照護人力需求，以及顧及家庭成員之間照護之需求，引進家庭照護員派遣制度，以及國外人力引進兩種制度。雖然依據照護人力之種類不同，分為三類。惟事實上一般照護服務員、家庭照護員以及外國照護人員，皆有專業照護資格之要求，且皆納入長照保險體系中，故家庭照護員並非屬於非正式照護資源之一環，而是與一般正式照護資源立於相同之地位。

本節就專業照護人力之部分，礙於篇幅，將僅針對家庭照護員派遣制度以及國外人力引進部分作介紹，前者係因與家庭照護者權益相關，後者則希望作為我國外勞引進制度之參考，故將重點置於該二制度。以下將從家庭照護員制度背景開始作說明。

### 一、家庭照護員派遣

制度最早來自瑞典，自 1960 年起開始實施，對於符合就勞年紀，而因照護離開全職工作者，自治團體以公務員身分雇用之，並支付與勞動相對之報酬，用以補償照護者放棄工作之薪資損失，而經費係由地方政府預算支應。被照護者有長照需求時，一位家庭成員可被地方政府僱用成為有酬的照護提供者。每週照護至少 20 小時以上之家庭照護者可向政府申請工時薪資，金額等同於一般居家照護機構支付員工的薪資。

惟之後隨著北歐國家福利財政增加後，家庭照護者的數量也就大幅下降。雖說如此，學者對上述制度持肯定態度，認為利用者之滿足度高，且家庭照護者之照護也透過經濟評價，係屬公共化作法，其合理性及公平性值得肯定<sup>113</sup>。

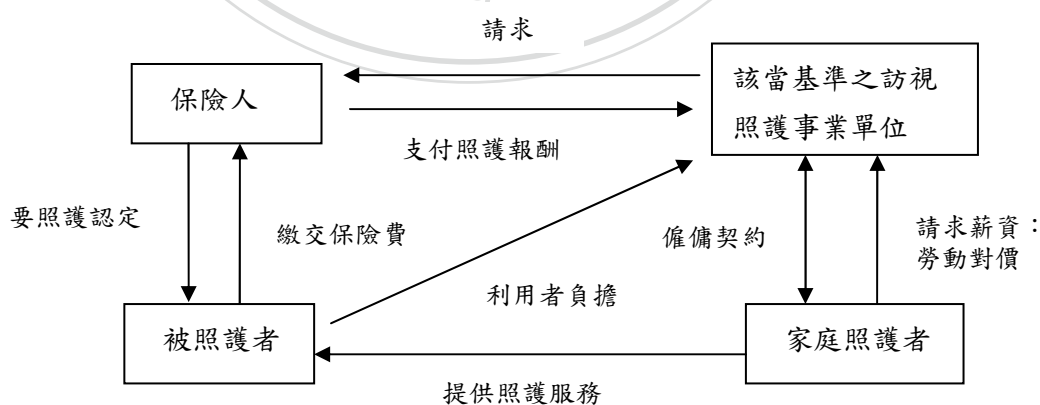
<sup>113</sup> OECD, "Chapter in Sweden", in *Caring for Frail Elderly Policies in evolution*, Social Policy

日本長照保險法中，以實物給付為原則，故針對服務提供者，皆必須符合都道府縣指定之事業單位資格，才能獲得給付，若由家庭成員自行進行照護，於長期照護保險體系中，無法獲得與實物給付相對應之現金給付。而於 2000 年推行家庭照護員派遣制度，與前述家庭慰勞金類似，係基於長照保險法中未有現金給付之規定，而因長期照護保險實施當時服務不充足之理由，理論上應不限於離島或偏遠山區，全國都有實施之可能<sup>114</sup>。

依據「指定居家服務等之事業人員、設備以及營運相關基準」(以下簡稱營運基準)第 25 條規定，訪視照護員不得為被照護者之同住親屬。惟於 2000 年 3 月新增同法第 42 條之 2 例外規定，若符合以下 5 要件，則例外肯認其領取照護報酬之資格：

- (1) 市町村認定被照護者居住於離島、山區等偏遠地方或其他區域，僅就指定訪視照護，難以確保訪視照護可提供必要之服務者。
- (2) 依據居家照護支援事業單位之照護計畫而提供服務者。
- (3) 依據服務提供事業單位負責人所為之具體指示而為照護行為者。
- (4) 以身體照護(沐浴、排泄、飲食等照護)為主要照護內容者。
- (5) 擔任同住家屬之訪視照護員等工作時數，不得超過總工作時數的二分之一。

圖表 2：日本家庭照護者派遣之法律架構



Studies No.19, p.173, (1996).

<sup>114</sup> 委由市町村裁量，縱使非離島、山區等偏遠地方，只要認定有難以確保訪視照護可提供必要服務之情況就可。參見岩間大和子，家族介護者の政策上の位置付けと公的支援一日英における政策の展開及び国際比較の視点，レファレンス，2003.1，頁 17-18。

首先，依據營運基準第 42 條之 2 規定，法令規定原則限制「同住親屬」照護，同住係指居住於同一住宅中，反面解釋便是肯認別居親屬之照護，為何同住與別居有如此大之差異。見當時立法理由，係因避免離島、山區等偏遠地方服務不充足之情形，故未全面禁止別居親屬之照護服務。本文認為既於 2000 年新增例外規定，例外肯認一定條件下的同住親屬照護，故基於理論上的一貫性，也應增訂原則限制別居親屬照護。實際上，雖說反面解釋肯定別居之情形，**實務上**別居親屬提供照護之情形，也容易被認定為不給付之項目，一部分的訪視照護事業單位也曾出現因別居親屬照護，而被認定為請求照護報酬不具理由之個案。

家庭照護員制度現今依舊限制於服務不充足之地區，將非正式服務視為補充性，與長照保險法避免禁錮女性之想法一致，認為長期照護責任第一線應由國家提供之服務負擔，若客觀上無法達到時才由家庭負擔。而若由家庭負責照護時，也必須符合營運基準之訪視照護員資格，依照照護計畫所定服務內容提供服務，以及提供事業單位負責人所為之具體指示而為照護。照護內容理所當然以日常生活照護為主要內容，不包含家事分擔，因家事分擔若有同住親屬之情形，除非有疾病或障礙等不得已之事由，例外才允許利用訪視照護服務<sup>115</sup>。

而最後一個要件，則規定照護時數限制不得超過總工作時數之二分之一。立法理由中提到，同住親屬的訪視照護並非僅是「家庭成員間彼此之照護」，而是立於訪視照護事業單位之照護者身分，為擔保此制度目的，家庭照護者還是必須熟悉該市町村的訪視照護之基礎設施等地區實際狀況，使之對其他被照護者進行服務時不會產生問題<sup>116</sup>。另一方面，一旦親屬不需要照護時，也能夠立即銜接非家庭成員之照護狀況。

故家庭照護者需取得訪視員資格，也就是修習養成研修課程，而後取得證照。養成研修包含 1 至 3 級，長期照護事業單位之正式照護員，則多半以 2 級或 1 級為條件。故家庭照護者至少應取得 2 級研修之資格，

<sup>115</sup> 長期照護保險施行規則第 5 條。日本長期照護保險法中關於「生活援助」之部分，係指若被保險人為獨居或同住家屬因身心障礙或疾病或其他不得已之情事，難以處理家事之情形，可以申請協助烹飪、洗衣、打掃等日常生活援助。由條文可知，除同住親屬有疾病或障礙外，不得申請生活援助，即謂同樣需求下，同住親屬與別居親屬存在極大之差異，目前於日本也引起極大討論。

<sup>116</sup> 平成 11 年 9 月 17 日 老企第 25 號，<http://www3.shakyo.or.jp/cdvc/shiryo/pdf/hourei11.pdf>



照護員 2 級資格之取得，必須修習國家規定之 2 級養成研修課程，包含授課 58 小時、實作課程 42 小時、設施或訪視照護事業單位之照護實習 30 小時，共計 130 小時。透過親自實踐、角色扮演等之方式，學習具體的長期照護技能，另外也可學習長期照護制度與組織架構，以及事業單位提供之服務內容。此外，2 級資格取得講座，多半屬於厚生勞動省規定之教育訓練給付制度之對象，故可獲得政府補助，對家庭照護者而言能夠降低負擔，而獲得專業照護資格<sup>117</sup>。

承上所述，制度運作方式係透過「派遣」之方式，家庭照護者隸屬於派遣單位，與派遣單位訂有僱傭契約，而派遣至各派遣單位給付勞務。即謂由家庭照護者與訪視照護事業單位簽訂僱傭契約，而由所屬之事業單位發給正式的薪資(proper wage)，雖說是變相的現金給付，為實際上是勞動薪資，即認定家庭照護為「有償勞動」。由此制度運作方式看來，本文認為家庭照護員派遣不應僅作為特別措施，若係基於肯定照護工作，且與一般正式照護資源並無不同，則家庭照護有酬化更應成為一般性可利用之制度，而不應僅限於服務不充足之地區始得利用。

採取照護員派遣之方式，透過提升其專業性，而給予與其他照護服務員相同之薪資待遇，該方式雖可解決無償勞動之問題，惟依舊無法解決對於照護性別化之批判。主張家庭照護有酬化制度，將剝奪女性擁有更好就業條件之機會，女性照護之角色認定僵化等批判。惟究竟其中關聯性為何值得探究，提供照護報酬是否一定會帶來照護性別化不無疑問。本文認為，家庭照護變成工作後，配合照護者領有專業資格，與過去單純基於道德、宿命而為之想法大相逕庭，家庭照護者納入就業市場，不但經濟獨立，且於受照護者過世後，或受照護者改變安置方式時，照護者都能輕易回到就業市場，並不會因為失去照護角色而再次成為經濟上弱勢。更且，就因此剝奪女性更好就業條件之主張看來，照護工作與其他工作是否有高低之分，也有其值得探討之處。

反面來看，肯定其為有償勞動，透過薪資來連結獲得社會安全保障之權利，即具深遠意義。家庭照護若為無酬工作，無論性別皆必須附屬於家庭其他成員之經濟基礎下，對於其自由可能受到更嚴重的禁錮，而若透過薪資將可連結其他社會安全制度，包含年金保險、失業保險、勞災保險等之適用，可提高家庭照護者之自主性，且其社會安全制度則能獲得更完善之保障。

---

<sup>117</sup> 網路資料：<http://herupa.genkie.com/0102/ent216.html>



另一方面，與其他服務利用者之間也較具公平性。各地區存在一定之服務提供差異，不論是質量或是數量上之差異，透過肯認家庭照護員制度，給付薪資(現金給付)之方式，可以達到與實物給付之間之公平性；另外若與現存制度相同，限制家庭照護員之資格(2級資格)，則與一般照護員並無不同，也不存在差別待遇之理由。

## 二、他國人力引進

日本高齡人口逐漸攀升，長期照護需求增加，加上近年來從事照護工作者離職率高，導致人才確保困難，日本也面臨照護人才短缺之問題。目前日本長期照護人才現況，依據厚生勞動省統計，從事福利・照護工作者大約有 328 萬人，其中從事高齡者社會工作者大約占 6 成 197 萬人。而預估從 2005 年至 2014 為止，還必須增加 40 至 60 萬人才才能因應照護需求<sup>118</sup>。

政府除了透過各種補助金政策，確保日本本國之專業照護人力外，也於 2007 年 8 月 20 日簽訂「日・印經濟合作協定」(日・インドネシア經濟連携協定)，試圖透過引進外國照護人力之方式，解決專業性人力短缺之問題。該協定於 2008 年經過國會承認後生效。自此開始引進來自印尼之護士、長期照護福利候補人員。至 2011 年 3 月為止，護士候補人員累積人數為 316 人，長期照護福利候補人員為 370 人<sup>119</sup>。

透過國際厚生事業團 (JICWELS<sup>120</sup>) 作為唯一的仲介機關，除此之外的職業介紹所或勞動派遣事業單位，皆無法接受外國看護員之仲介委託，透過單一仲介機構方式，可以減少外籍福利人員遭剝削的問題，也較容易集中管理。另外，考慮日本國內市場勞動力之影響，每年設有最大入國人數。而基於經濟合作協定，護士之應試資格，須在印尼也取得護士資格，且有兩年實務經驗；而長期照護員之應試資格，則須受過高等教育經印尼政府考試通過者，或護校畢業考取國家照護員及格者<sup>121</sup>，

<sup>118</sup> 厚生勞動省，福祉・長期照護人才確保，<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/09.html>。(最後瀏覽日期：2011.05.09)

<sup>119</sup> 厚生勞動省，雇用安定，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other21/index.html>(最後瀏覽日期：2011.05.07)。另外，與菲律賓之間也於 2006 年簽訂協定，惟至今仍擱置於國會未通過審議。

<sup>120</sup> 國際厚生事業團 (JICWELS) 是為國際性保健、福祉發展之貢獻為目的，於 1983 年 7 月 7 日得到厚生省(現在厚生勞動省)認可成立之社團法人。協助開發中國家的行政官員研習或 WHO 研究員之接收、國內保健醫療專家之培養、策劃調查或研究開發以及情報交換以及宣傳活動等，推動協助開發中國家開發事項。網站：<http://www.jicwels.or.jp/>(最後瀏覽日期：2011.05.07)

<sup>121</sup> 厚生勞動省，雇用安定，平成 23 年入國護士、長期照護員資格取得之流程，[http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other21/dl/08\\_0002.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other21/dl/08_0002.pdf) (最後瀏覽日期：2011.05.07)

始具備後補資格。

其次，必須於日本接受 6 個月日語訓練，並在醫療或長期照護設施服務。另外，引進之外國人僅具「準看護人員」資格，須於一定期間內考取日本國家考試。護士需於 3 年內，而長期照護福利人員則需於 4 年內考取。在此期間中，若準看護人員於醫療或長期照護設施服務，應與設施之間訂定僱傭契約，且必須對之支付與日本人於同樣職位、同樣工作內容之薪資，也必須適用日本的勞動相關法律以及社會保險制度。而試驗通過之後，則得以護士、長期照護員之身分在日工作，且在日時間沒有上限規定<sup>122</sup>。

目前日本通過護士、照護員檢定者之人數非常少，其中日語檢定係其中障礙之一，檢定要求通過「日本語能力測驗 N2(舊制二級)」，否則必須先於母國學習日文 3 個月，至日本後再學習 6 個月，對於候補人員似乎是相當大的難關，必須在專業學習之外，還必須學習日語能力有一定難度。故近來，也有要求改革之聲浪，建議刪除語文能力資格。

由上述可知，日本引進照護人力之方式與我國引進外籍看護工不同，係由單一仲介機構專責處理，可以減少外籍人員遭剝削之問題。此外，更是設有具有照護資格以及兩年職業經驗之限制，且還必須取得日本之專業證照，可確保照護人材之專業性。且在醫療或長期照護設施實習服務中，亦享有與日本勞動者相同之待遇，對其社會安全提供一定程度之保障。反之，如此嚴格之資格要件，也反面也造成合格者數量過低之現狀，而無法達成原先補充國內照護人才資源不足之目的。

## 第六節 小結

日本長照保險法針對 40 歲以上國民採取強制納保規定，將被保險人分為兩類，分別採取不同給付要件以及保險費計算之不同。其次，將失能等級分為需要支援狀態以及需要長照狀態，而分別有不同的給付上限額。給付內容係以實物給付為原則，包含長照照護給付、預防給付以及市町村特別給付。

實物給付之外，僅於例外給予現金給付，包含特別居家長期照護費用、長期照護輔具購入費用、居家長期照護住宅修繕費、居家長期照護

<sup>122</sup> 厚生勞動省，雇用安定，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/other21/index.html>(最後瀏覽日期：2011.05.07)

服務計畫費四種，雖稱為現金給付，但實際上與「費用償還」較類似。主要理由係因現金給付未必能獲得適當的長期照護，更可能造成女性被迫留在家庭現象之惡化；第二，不但可能造成身心障礙者自立的阻礙，也會造成家人精神上極大的負擔。

與此相對，實施初期各地服務資源不均，故各市町村皆贊成應導入現金給付，以避免地區性差異，造成因社會保險強制納保特性帶來之不公平，惟最後並未獲得採納。故於家庭照護者親自照護被保險人，並無法獲得經濟上支持，無法透過現金給付之方式作為照護者之慰勞或者彌補無法工作之經濟短缺。

直至長照保險法通過後，仍無法弭平現金給付之爭，故在長期照護保險體系外，建立家庭長照支援事業，其中之「家庭慰勞金制度」，便是作為家庭照護者現金給付之替代，惟要件限制嚴格，能獲得給付之照護者寥寥無幾，且縱使獲得給付，給付金額也過低。自此得知現金給付依舊係次於實物給付之地位，日本與德國看待現金給付之積極面向不同，希冀透過此種手段因應可能造成女性禁錮於長期照護責任之疑慮。

另外，也承認家庭照護員派遣制度。使家庭照護者可於某條件下，取得照護資格後照護同住之家庭成員，利用照護員派遣之方式，某程度上解決無償勞動之問題。但實施要件嚴格，不但僅限於偏遠地區、離島，且要求家庭照護員具備與一般照護員相同之資格，要求照護家屬之同時，也必須有一半以上對他人之照護時數。事實上，與照護工作有酬化之理想仍舊有一大段距離。

雖長照服務法中並未有提供家庭照護者現金給付之規定，卻也並非完全不賦予家庭照護者任何權益。對於家庭照護者之相關措施，長照保險法設有喘息服務之規定，分別透過四種服務項目建構而成，包含日間之居家照護或者夜間緊急居家照護。而未來新法可以通過 24 小時之訪視服務，則能夠更全面照顧到家庭照護者之權益。至於 2006 年新增之小規模多機能機構服務，希望可以透過宣導方式，提高其認知度，以及未改善其入不敷出問題，或許應該採取提高定額報酬之方式，讓小規模多機能型服務得以存續。

最後，日本有鑑於高齡人口增加，而照護人力資源卻出現短缺現象，且照護工作者之待遇不佳，社會性評價不高之情況下，實施引進他國人力之政策，目前引入印尼照護人力，採取單一仲介機構政策，避免他國

人力遭剝削。對於人力之認證方式十分嚴格，設有具有照護資格以及兩年職業經驗之限制，且還必須取得日本之專業證照，可確保照護人材之專業性。卻也造成目前合格人數過低之現狀，而無法達成原先補充國內照護人才資源不足之目的。





## 第三章 日本家庭照護者法制之分析與檢討

本章將以前文日本家庭長期照護法制介紹為基礎，主要分為三大討論核心。首先針對長期照護責任，從過去措施制度到現行的契約方式，以及現行實施的長照保險法制之內容，討論關於家庭責任與國家責任之轉變，受照護者與國家、事業單位之間的法律關係，探討是否有國家責任退卻之現象，是否可能導致極大部分的照護責任又必須回歸到家庭之問題。

第二部分，從現金給付性質、與實物給付間關係以及被照護者之選擇自由，來針對未納入現金給付之正當性作進一步之檢討與分析。第三部分，則從長照保險法之失能認定程序、給付水準、家庭慰勞金、家庭照護員派遣制度，以及長期照護管理制度等，討論日本長照制度中，對於家庭照護者之定位，希望藉此對於我國未來建立長照保險法制能有所助益。

### 第一節 國家、公共責任之演變

#### 一、從措施制度到契約制度

##### (一) 措施制度

措施制度(措置制度)自 1947 年以來一直是日本福利制度之核心，主要以「社會福祉公共責任」之思考方式，課予地方公共團體有提供福利措施之義務及賦予權限<sup>123</sup>。主要特色有以下幾點：(1) 財物或勞務之給付係以現物給付方式；(2) 財物或勞務之給付關係係由相關行政機關以行政處分作成；(3) 決定服務內容後由行政直接給付或委託社會福利法人等提供；(4) 其費用由本人或其扶養義務者，依其所得能力徵收負擔金，剩餘部份係以稅收方式之公共負擔。

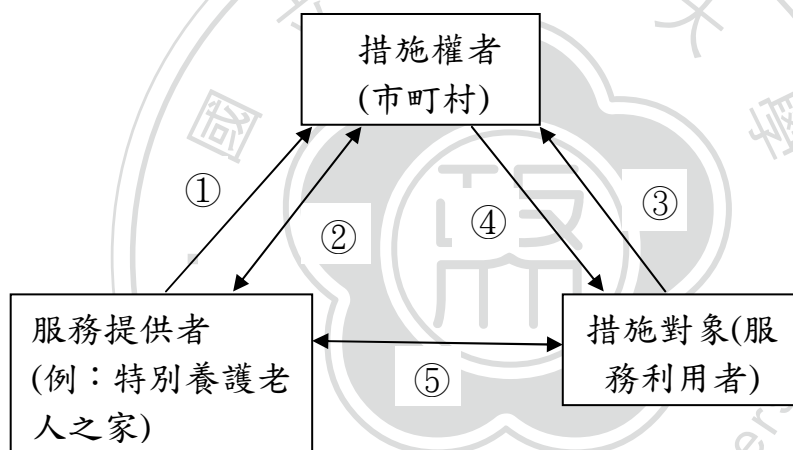
措施制度包含「制度」、「決定」、「作用」三層面。首先，制度層面係指由「國家責任原則」以及「公私分離原則」所構成。二次戰後當時，國家責任原則促成行政之膨脹化、中央集權化，使厚生省握有全體社會

<sup>123</sup> 劉宗德，世紀轉變期之日本社會福祉法制，當代公法新論(下)－翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集，元照，2002.07，頁 536-537。

福利行政之權限，故由國家利用「機關委任事務制度」以負統一執行之責。而公私分離原則，則由社會福祉事業法第5條規定，國家之社會福利責任不得轉嫁民間社會團體，而也不得任意就非公共團體支出公共基金<sup>124</sup>。

第二，措施決定層面。措施決定便是「行政處分」之作成，然而因不具有侵害國民權利、自由或課加其義務、負擔之典型公權力處分，應屬授益處分之一種。而國民之社會福利受給權之發生、變更、消滅被認為均委由行政機關之單方判斷，如無專責不服審查機關，則僅能利用一般行政救濟方式。

圖表 3：措施制度之法律關係



- ①請求措施委託費
- ②措施委託契約
- ③商談、申請服務利用
- ④措施決定
- ⑤入住設施及服務之提供

第三，措施作用層面。其特色係「措施委託契約理論」之適用。依據通說見解，措施權者之行政機關、措施實施者之民間設施、以及措施對象之利用者，構成「三面法律關係」(如上圖表3)。即先由措施權者作一措施開始之行政處分，賦予措施對象對於特定具體措施有利用權。

<sup>124</sup> 右田紀久恵，社会福祉行政における委託と契約の課題，季刊社会保障研究，第19卷3号，1983.12，頁274-275；劉宗德，同前註123，頁544-546。

市町村之首長依職權作成措施決定，並發生實物給付之受給權。相對的，措施對象對於市町村是否有措施請求權，依據多數裁判及行政實務以措施制度並非採申請主義，而係採職權主義為由，採取「反射利益」之消極見解<sup>125</sup>，為學說所批判。學說認為措施請求權應解為實體的給付請求權，於措施制度下，國家、自治團體本有提供福利服務給付之義務，不應僅以職權主義之理由，逕解為反射利益<sup>126</sup>。

其次，再由措施權者與民間設施之間締結一「措施委託契約」，性質上屬於公法契約兼第三人利益契約，同時並強制民間設施必須與該特定具體之利用者締結提供給付之委任契約。惟此種強制締約性質，且給付內容依法規定給付，性質似乎不適合解釋為契約<sup>127</sup>。該措施委託契約，若未經措施之決定，則無法實施，故解釋上應依個別措施利用者之措施決定開始後，而個別成立。而內容通常依據厚生省令所定設施或事業營運基準，逕為契約條款，其他為規定部分則委由社會福利法人專業裁量<sup>128</sup>。而民間設施對此契約之締結，法律規定無正當理由不得拒絕。

最後，措施對象和民間設施之間之法律關係，基於「第三人利益契約」法理，措施對象可直接向民間設施請求措施決定之內容，且不得變更該措施委託契約之內容，**二者之間理論上並不存在直接契約關係**。故若發生損害賠償事件，無法依據契約責任請求事業單位負債務不履行責任，但可能向國家請求損害賠償<sup>129</sup>。

在此時期，雖採取措施委託制度，但福利供給量完全不夠的情況下，國家僅能選擇選擇性的提供社會福利，造成集權性、職權性、選擇性的福利提供體制，無法保障全體國民之社會福利權利，僅能就服務需求急迫性高、低所得之高齡者為優先，因此造成福利發展之重大阻礙，直到1980才發生重大改變，從措施制度走向契約制度。

## (二) 契約制度

1980年代末期隨著市場經濟全球化之影響，加上社會主義國家之瓦解，日本於1990年代初期爆發泡沫經濟導致長期蕭條，過去國家介入

<sup>125</sup> 朝日訴訟最高裁裁判，最判昭和42年5月24日民集21卷5号1043頁；森訴訟判決，最判平成5年7月19日判例。

<sup>126</sup> 前田雅子，介護保障請求權についての考察，賃金と社會保障，No.1245，1999.03，頁20-22；嵩さやか，社會保障法判例，季刊社會保障，第35卷2号，1999.09，頁224以下。

<sup>127</sup> 右田紀久惠，同前註，頁279-282。

<sup>128</sup> 倉田聡，これからの社會福祉と法，創成社，2001.10，頁25。

<sup>129</sup> 伊藤周平，介護保險法と權利保障，法律研究社，初版一刷，2008.10，頁48-49。

規制之行政、財政結構，必須透過規制緩和、市場化等政策來改善。在社會安全制度面臨國家財政惡化，以及日本社會少子化、高齡化之衝擊之下，加重社會福利服務需求以及多樣化，為了抑制財政支出，「個人自立」以及「社會連帶」則成為核心理念<sup>130</sup>。

1997年11月發表「社會福祉基礎構造改革提案」，其具體內容包含(1)措施制度之廢止與契約制度之引進；(2)社會福利改革事項之擴大與多角化經營之規制緩和；(3)確保福利之品質與效率及福利勞動之規制緩和；(4)地區福利之確立與社會福利協議會之任務。具體實現方法便是修正所謂「福利八法」，強調利用者之權利保護，由措施制度改為支援費<sup>131</sup>等。

契約制度之基本關係，係利用者與事業單位間締結直接契約，由個別契約明白規定給付內容。福利水準則以自己責任購買服務，依其各自所得水準購買之福利水準也會有所不同，具體由公共補助數額以及自我購買力水準所構成。費用徵收制度，則原則上採「應益負擔」，依照其福利服務之利用情況向事業單位繳交自己負擔費用<sup>132</sup>。

目的係希望透過契約方式，建立服務利用者與提供者之間的對等關係，確保利用者之選擇權與決定權。另一方面，透過利用者選擇，期待經由此作法提升服務給付之品質及效率。具體作法包含利用者自行申請選擇服務方式、為促進競爭而必須為資訊公開程序，監督自評機制等。

從措施制度到契約制度，國家從一個介入保護之角色，轉變為環境整備國家，僅從側面支援相關環境與條件之整備，國家開始避免積極介入。惟採取契約制度雖對於利用者之地位有提升之優點，惟選擇權是否真正受到保障、公共責任的退縮、市場化之後的監督等問題，即謂福利國家對於社會安全制度，國家角色的退卻的界限究竟在哪，不無疑問。

契約制度底下，若福利服務不存在足夠的量的情況，不但利用者之選擇權會受到限制，甚至可能嚴重危害到生存權。而若福利提供量不足的情況，更可能因為契約制度，造成事業單位選擇利用者之「逆選擇效

<sup>130</sup> 紙野健二，福祉国家と公的規制，公法研究，No.60，1997.10，頁180-183。

<sup>131</sup> 所謂支援費制度，主要適用於身障者福利體系，係指障礙者與服務機構間締結服務提供契約，而由市町村支付其費用之制度。障礙者向市町村提出申請後，由市町村依據障礙者之障礙種類、程度，決定是否發給給支援費。包含身體障礙者福利法第17條之4、智能障礙者福利法第15條之5、之11以及兒童福利法第21條之10。

<sup>132</sup> 淺井春夫，社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉，日本評論社，1999.05，頁36。



果」。與過去措施制度對於符合一定要件之對象，國家積極介入提供福利給付及生活保障義務，可謂對利用者之保障縮減。

另一方面，亦造成國家或地方公共團體之公共責任縮小。於措施制度體制下，國家負有直接提供福利給付之義務，於福利提供量不足時，沒有卸責之藉口。契約制度下則縮減成間接補足利用者之購買力，並僅調整福利之提供體制，藉此減輕國家或地方公共團體之財政負擔，藉由個別締結契約之方式，製造出社會福利「市場化」之境況，也將福利給付「擬商品化」，造成行政責任不再正面被追究，並因此退卻成利用者個人自我責任<sup>133</sup>。

由此可知，50年來的日本的社會福利基礎構造改革，社會保障之轉變造成「選擇性」福利，退卻成利用者個人自我責任之情況，社會安全制度已經產生漏洞。而從上述所說之福利八法，就國家責任之退後的觀點看來，到以下長期照護保險制度更為明顯，接下來將從長照保險法之法律架構面向，探討國家角色之定位。

## 二、長期照護保險法之三面關係

要討論長照保險法之法律架構，首先就將長照保險法之法律關係分為三部分，也就是所謂的三面關係<sup>134</sup>，分別為①保險人與被保險人；②被保險人與服務提供之長照事業單位；③保險人與長照事業單位。以下先就此三部分詳述之，最後再討論長照體系中損害賠償責任之歸屬，分析國家、地方公共團體扮演的角色。

### (一) 保險人與被保險人之間

首先，保險人與被保險人之間，應解為成立公法上給付權利義務關係。被保險人對於保險人有繳納保險費之義務，而保險人依據長照認定，作出「行政處分」肯認其給付資格，被保險人方才具有對保險人之給付請求權。長照認定則係依照長照保險法之判斷基準，沒有任何行政裁量之空間，可利用之服務上限也完全依循法律規定，採取全國一致之基準。該給付請求權則必須透過被保險人與長照事業單位間訂立服務利用契約，才能實質上獲得服務<sup>135</sup>。

<sup>133</sup> 本多滝夫，福祉の權利，法の科学，No.29，2000年(年報)，頁63以下。

<sup>134</sup> 平成15年(ネ)第494號，居宅介護サービス費請求控訴事件。

<sup>135</sup> 伊藤周平，同前註129，頁59-60。

長照認定之行政處分，並無創設一新權利義務關係，故學說多數說認為僅有確認效力。被保險人於該當法律要件時，發生抽象之給付請求權，之後依據行政機關之處分確定其具體給付請求權之模式<sup>136</sup>。即謂縱使被保險人被認定具有給付資格之時，也還未取得給付受給權，必須要至以被照護者身分，作為給付對象進而利用長照保險服務之時，才肯認其給付受給權發生。

## (二) 被保險人與長照事業單位之間

其次，被保險人與長照事業單位之間，應解為成立私法上契約關係。長照保險法制定以前，並非採取契約方式，而是透過措施制度方式，由市町村作出一行政處分，依該行政處分決定福利服務提供之有無以及提供之具體服務內容，再「委託」社會福利法人等福利提供者提供服務。依據行政處分之方式，因行政處分之單向性，服務利用者之法律地位低下，其福利服務之申請權以及受給權之判斷，都被認為是市町村之行政裁量權範圍。

該制度下，市町村對於福利服務之提供，被課予義務或賦與權限，除得命所屬地方公共團體直接實施給付外，亦得委託社會福利法人等民間事業者提供給付，有將之解為「公法契約」<sup>137</sup>。

2000年長照保險法實行後，導入契約方式，依據失能程度區分決定服務給付種類以及支給額度，而於該範圍內可由利用者自行決定福利服務之內容。當然服務之選擇必須符合法律規定，包含符合營運基準之事業單位、提供服務者之資格等，利用法律規制來限制完全的契約自由。被保險人與長照事業單位之間，成立私法上契約關係，適用民法法理，服務之請求對象不是市町村，而是長照事業單位，故可知給付之受給權和服務之受給權係個別存在<sup>138</sup>。

長照契約，係由事業單位、設施提供長照服務，而利用者支付費用為主要契約內容，通常依據單一契約提供內容多樣之服務，故難以認定

<sup>136</sup> 伊藤周平，同前註 129，頁 103-104。

<sup>137</sup> 厚生省之行政解釋認為：「該委託契約，係由措施實施者之地方公共團體與設施經營主體之社會福利法人間締結之公法契約」。參照厚生省社會局老人福祉課監修，老人福祉法の解説改訂版，中央出版社，1987.11，頁 82。

<sup>138</sup> 中野妙子，介護保険法および障害者自立支援法と契約，季刊・社会保障研究，Vol.45，2009.07，頁 15-16。

其相當於民法之任一典型契約。惟日本學說認為原則上居家、通勤或者設施內實施之身體照護、沐浴、進食之照護等服務提供等，皆為「準委任」契約。日本民法第 643 條關於委任契約之規定，係謂一方委託他方處理事務，他方允為處理事務，而處理之事務為「法律行為」<sup>139</sup>。依此定義服務提供者對利用者依據長照契約委任之本旨，負有依善良管理人注意義務提供服務之義務，因其委任之事項非法律行為，故將其認定為準委任契約，依據民法第 656 條效果準用委任之規定。除此之外，接送服務則被認定為「承攬」契約。

至於日本判例對於長照契約之認定，則甚少明示其為何種契約類型，通常僅依據個別具體個案造成事故之事實情況，認定服務提供者負有安全衛生維護義務(保護照顧義務)或者其他注意義務。安全衛生維護義務、其他注意義務之一般性內容，係為依據要照護狀態之高齡者之身心狀況，採取適當之長照措施，保護其安全，防止事故、傷害發生之義務。例如：於失智症共同照護機構中受照護者跌倒致骨折之情形，法院認為依據該受照護者之身心狀況(失智症之程度以及無法平穩步行)以及發生事故之當時狀況來看，判斷職員負有於受照護者離開視線前徹底確保其安全之義務<sup>140</sup>；日間照護之受照護者跌倒致受傷之情形，對於無法平穩步行之受照護者，職員直到可以自行穩定行走前都必須進行助其步行長照服務<sup>141</sup>。

最後，透過長照保險法或厚生勞動省制定之「指定事業人員、設備以及營運基準」(以下簡稱營運基準)之標準，究竟對於契約之效力為何？若非訂入契約內容，則對於契約當事人而言是否具有法律拘束力則不無疑問。營運基準係透過行政規制監督而必須依循之規定，但並不會當然成為利用者與服務提供者之間之契約內容，故未將營運基準訂入契約內容之情形，若於違反營運基準時，對於服務利用者而言具有何種私法上之意義一事並不明確。學說上主張應透過解釋將營運基準內容加入契約中，更進一步應該制定與福利契約相關之法律制度<sup>142</sup>。

### (三) 保險人與長照事業單位之間

<sup>139</sup> 另外德國民法之委任契約僅限於無償契約，故長期照護契約絕大多數皆為有償契約，故則會定義為僱傭契約或承攬契約。故雖稱為準委任契約，於我國民法概念中係委任契約概念，因為我國並未區分事實行為與法律行為之委任關係，凡適於債之客體之一切事項均屬之。

<sup>140</sup> 大阪高判平成 19・3・6 判決。

<sup>141</sup> 橫濱地判平成 17・3・22 判決。

<sup>142</sup> 岩村正彥編，福祉サービス契約の法の研究，信山社出版株式会社，初版 1 刷，2007.02，頁 58-59。



最後，也係最有疑問的是保險人與長照事業單位間之法律關係。長照保險法並無將服務提供定位為委託之規定，故兩者之間要認定為公法上準委託契約等契約關係是有一定難度的<sup>143</sup>。一般的實物給付情形中（例如：育兒服務之給付<sup>144</sup>），保險人將服務提供之事項委託給事業單位，再由事業單位提供服務給被保險人，也就是保險人負有一提供服務之義務，惟在長期照護保險中之給付方式與一般實物給付不同，認為市町村並無提供服務之義務，而由被保險人與服務提供者間自行訂定契約，然後透過「代理受領形式」的給付方式進行，故有學者稱之為「實質上的實物給付」<sup>145</sup>。

從實際面來看，長照事業單位的營運基準或照護報酬皆是由厚生勞動省制定，長照事業單位之指定監督權限則歸於都道府縣，甚至照護報酬之支付亦由都道府縣底下之國民健康保險團體聯合會委託為之。若從上述各種運作情形看來，應該較類似於現行日本醫療保險制度。於醫療保險制度中，雖由保險人對於被保險人提供療養之給付，但保險醫療機關之選擇卻全委由被保險人為之，保險人之機能較為薄弱。

於所謂「實質上的實物給付」之法律關係，若服務提供不足，或者經指定之事業單位遭取消之情形，將產生市町村是否有直接提供服務之義務之問題。一般而言，依據現行之長照保險法來看，僅課與市町村監督規範事業單位、確保提供長照制度基本體制<sup>146</sup>以及給付事業單位與服務相當之現金給付，無法解釋為負有直接提供服務之義務<sup>147</sup>。判決雖未有直接針對長照之判決，惟關於支援費制度之爭議有作出類似判決。判決內容謂：支援費之情形，根據身體障礙福利法第14條之2規定，市町村廢止市公營的障礙服務機構時，僅負有確保提供障礙者福利基本體制之義務，否定有直接提供服務之責任<sup>148</sup>。

由此可知，現行日本法制下，福利服務之利用者對於服務提供不足之情形，難以請求市町村直接提供服務，因遲於確保制度之實施，因而

<sup>143</sup> 前田雅子，同前註 126，頁 24。

<sup>144</sup> 育兒服務給付中，也是由支付主體(市町村)、受給付主體(兒童、家長)以及服務提供主體之三面關係構成。市町村依據兒童福利法本就有提供托兒服務之義務，故直接委託民間托兒所提供服務。參考自崛勝洋，『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』，ミネルブア書房，2009.04，頁 97-99。

<sup>145</sup> 崛勝洋，同前註 144，頁 99-100。德國長照保險法則是明文規定，保險人和長照事業單位間，締結服務提供之委託契約。可看出日本與德國制度並不相同，德國制度中保險人與長照事業單位間之法律關係相對明確。參考自伊藤周平，同前註 129，頁 212。

<sup>146</sup> 長照保險法第 117 條，規定市町村依據長期照護保險事業計畫負有確保提供長照制度基本體制之義務。

<sup>147</sup> 中野妙子，同前註 138，頁 20。

<sup>148</sup> 名古屋地判平成 20・3・26 判決。



造成被保險人無法受給付之情形，不認為係公權力之行使，故無法提起行政法上不作為違法確認訴訟<sup>149</sup>或者給付訴訟<sup>150</sup>。但將構成服務利用者對於其選擇權之欠缺之問題，故學說上認為，於締結契約之情況下，應立法規定市町村對於福利服務提供負有最終責任(例如：市町村應確保多少比例之服務提供量)，方認妥適<sup>151</sup>。

#### (四) 損害賠償責任

若長照事業單位因故意過失造成被保險人損害之情形，責任歸屬如何之問題。三面關係下，若因故意過失發生損害賠償問題，對於服務提供者理所當然可以依據契約關係或者侵權行為規定請求賠償。債務不履行責任，係因實際照護服務員立於長照事業單位之履行輔助人地位，債務人對於履行輔助人之過失應視為同一過失，故必須負債務不履行責任(民法§415)。另外，關於侵權行為責任，除受僱人自身成立侵權行為外，事業單位也必須基於僱用人責任負侵權行為責任(民法§715)。

至於保險人是否有損害賠償責任問題則不無疑問。長照保險之給付模式，並非單純的實物給付方式，而是具有服務費用償還之性格，更且對於長照事業單位之指定，和指定醫療機關係屬公法上契約性質不同，學說上多數說認為僅為確認行為，故難以歸責於保險人。惟長照保險法中，都道府縣首長不僅有指定長照事業單位之權責，且對其有指導、監督之權限，故怠於指導、監督之職責而生損害之時，可能構成國家賠償法上之責任。

反之，若單純不作為，不行使行政法上權限之情形，若要該當國家賠償法之不作為違法，則必須要符合一定要件。依據學說以及判例形成之理論，不作為之違法性認定為：對於國民之生命、健康有重大且急迫之威脅；行政機關有預見危險之可能性；不行使規制權限就無法防止結果發生(結果迴避可能性)；行使規制權限係具有期待可能性。必須符合以上四要件，才可能課與國家賠償責任。

### 三、國家、公共責任之縮減

從措施制度到契約制度，國家責任上有了很大的轉變，這與目前社

<sup>149</sup> 日本行政事件訴訟法第3條第5項。

<sup>150</sup> 日本行政事件訴訟法第3條第6項

<sup>151</sup> 原田大樹，福祉契約の行政法的分析，法政研究，69卷4號，2003.03，頁782。

會福利服務民營化，其背後的理念或有其相通之處。藉由「實質的私部門化」或「任務的私部門化」，將國家任務移轉給私部門，國家或地方自治團體不再執行此項任務，藉以減輕國家之負擔<sup>152</sup>。惟將產生是否存在有保留由國家承擔，不得移轉私部門的核心任務，則不無疑問。

國家責任的分級，即謂國家任務履行與社會任務承擔之間的關係，在光譜上分為三種：兩端分別是「履行責任」、「補充責任」，以及在兩者之間的「中間責任」。三種責任類型涉及國家所負擔之責任範圍與種類為何，表彰國家為達公共福祉，和私人之間利益平衡後所承擔之基本責任<sup>153</sup>。

第一，履行責任係指相關的社會領域由國家——尤其是行政機關承擔，傳統上認為應保留給國家履行之任務，包括內政、外交、國防、財政以及司法任務。實際上具體內容包含決策、提供實際給付及提供財源等，故可看出履行責任類型中依舊有私人活動參與之可能，於履行其給付任務時，要求私人企業提供若干履行協助。

光譜另一端之補充責任(或稱網羅責任)，則是非由行政機關主動採取措施，而係當特定社會任務發生危險情形或有重大照顧不足之時，才會產生補充責任，由行政機關自己提供或要求私人提供相關給付。

光譜中間包含多種中間責任類型，其中便包含「擔保責任」。所謂擔保責任，係指由國家及社會共同實現公共福祉之過程，而行政機關於法律規定之範圍內，將公共任務交由私人來承擔時，即產生所謂擔保責任。惟仍需注意行政機關對於公共責任仍舊負有主要責任，而對私人而言，於此情形下之公私責任分配，必須透過契約或法律規定方能移轉至私人，且是位於次於國家之次要地位。

承上所述，基於國家與社會責任分配之觀點看來，私人化也僅意味從「履行責任」轉變為「中間責任」或「補充責任」，國家並非自該領域中完全抽離<sup>154</sup>。即謂無論是光譜上何種責任類型，國家皆無法免除最後社會任務之擔保責任，縱使係光譜最極端之補充責任，仍舊要求在發

<sup>152</sup> 陳愛娥，國家角色變遷下的行政任務，月旦法學教室，第三期，2003.01，頁 110-111。

<sup>153</sup> 孫迺翊譯，行政任務及行政法各論應扮演之角色，收錄於行政法總論作為秩序理念—行政法體系建構的基礎與任務，元照，2009.10，頁 187-190；詹鎮榮，民營化國家影響與管制義務之理論與實踐—以組織私法化與任務私人化之基本型為中心，東吳大學法律學報第 15 卷第 1 期，2008.03，頁 19-20。

<sup>154</sup> 詹鎮榮，同前註 153，頁 20-21。

生危險情形或有重大照顧不足之時，由行政機關自己提供或要求私人提供相關給付。

日本長照保險制度如上述所述，從措施制度到契約制度，可以看出肯定被保險人之自主權與選擇權。依據長照保險法規定，被保險人於認定受照護資格後，關於長照服務實施計畫，可以委託長照支援專門員作為長照服務計畫，或者自行從居家服務或者機構照護中 (§7)，選擇需要的服務後，與服務事業者訂立契約。即謂依據受照護程度，於相對應之服務內容中，且於服務利用額度上限內，被保險人有很大的自主性，包含服務項目、服務內容、服務提供單位、服務時段、服務工作人員等，皆可就不同選項中選擇符合各該被保險人之需求之服務。

反面來說，福利服務之契約化，便導致必須委由市場機制，來確保福利服務之提供以及品質之提升。惟實際上藉由市場機制調控之情況並不樂觀，服務的提供仍舊不足、品質未獲提升，甚至出現逆選擇之情況。例如：特別老人養護之家提供不足，長照程度低之被保險人被排拒於服務之外；對於所得較低之人而長照程度高者，則照護員派遣單位也不與之簽立長照保險契約。雖然各種服務事業單位營運基準中，皆有訂定<sup>155</sup>，無正當理由不得拒絕服務之提供，但被拒絕之被保險人要證明其非正當理由事實上有相當困難。

由被保險人得自行決定服務，雖對於其選擇權及自主性有很大空間，惟在現行制度底下，透過被保險人自行與事業單位訂立契約之方式，市町村僅有給付事業單位服務費用九成之義務，在服務提供法律關係中，完全不具當事人地位之現況，被保險人必須依其自身給付水準，在福利市場上成為被動的角色。故若背後沒有國家責任擔保作為最後防線，則日本長照保險制度僅為極市場化之制度，甚至可能已無法稱作是社會保險制度。

承上所述，從措施制度到契約責任，再到本文的重點長照保險法，國家、地方公共團體的責任已經大幅度的縮減。而長照保險三面關係中，保險人僅負有一指導監督地位，對於長照服務也無直接提供之義務，且縱使發生損害之情形，除非有指揮監督之疏失，否則單純不作為也難以課以國家賠償法上之責任。

惟長照服務之提供，可謂係日本憲法第 25 條「維持健康、文化最

---

<sup>155</sup> 例如：居家照護營運基準第 9 條、長期照護老人福利設施基準第 4 條之 2 等。



低限度生活」不可欠缺之福利服務，長照事故通常直接侵害受照護者之生命、身體、健康，故應加強對於都道府縣首長指揮、監督職責之要求，於具體個案中若符合上述要件之情形，則損害賠償責任就可能歸責於都道府縣甚至是市町村。實際上，長照保險法於 2005 年改正時，關於地區密合型服務事業單位，就直接規定市町村(保險人)有直接指定、監督事業單位之權限<sup>156</sup>，若於長照事故發生之時，則有僱用人侵權責任適用之可能，即謂強化保險人權能之同時，也強化了保險人之責任<sup>157</sup>。

更進一步，福利服務之利用者對於服務提供不足之情形，難以請求市町村直接提供服務，因遲於確保制度之實施，而造成被保險人無法受給付之情形，將構成服務利用者對於其選擇權之欠缺之問題，對於被保險人之社會保障有害，甚至造成生存權之侵害。故本文亦認為，縱使現今日本採取契約制度之下，仍就應立法規定市町村對於福利服務提供負有最終責任(例如：市町村應確保多少比例之服務提供量)，或者採取與兒童福利法相同作法，市町村依法有提供福利服務之義務，故直接肯定市町村與事業單位間存在一委託契約，避免國家責任縮減至影響被保險人之長照需求，進而影響其生存權，而導致照護責任又必須再次回到家庭照護責任，方認妥適。

## 第二節 未納入現金給付方式之檢討

日本長照保險法與其他國家另一不同之處，便是未納入現金給付一點。無論採取社會保險模式或者稅收制之國家，幾乎沒有僅規定以實物給付為唯一給付方式之國家，無論針對照護者或者被照護者，多數國家皆設有現金給付方式。因為縱使於正式照護體系蓬勃發展的國家，隨著照護需求之增加，非正式照護資源逐漸占有重要地位，但並非係指長照責任又從國家責任回到個人責任，獨立由家庭去承擔，而是由國家提供相對之金錢給付以及喘息服務，讓長照責任可以透過正式和非正式資源共同承擔，於此前提之下，對於家庭照護者之經濟上支持便成為重要課題。

第三章中已說明日本長照保險法中未納入現金給付之理由，主要以避免女性禁錮為核心思想，採取較保守之心態，惟仍舊希望補償家庭照護之照護成果，而透過各地方自治團體辦理家庭慰勞金方式，給予低額的照護者津貼。故本節從現金給付之性質分析開始，其次討論與實物給

<sup>156</sup> 長照保險法第 78 條-2~78 條-10。

<sup>157</sup> 伊藤周平，同前註 129，頁 211-212。



付之間的公平性問題，再就被照護者之自主性問題作探討，最後以德國現金給付之實施經驗，作為我國將來推動長期照護保險時，對於其中給付方式之立法參考。

## 一、現金給付之性質

西方國家關於現金給付之興起，源自對於社區式照顧所提供之服務缺乏彈性和難以符合實際需求，加上 1980 年代身障者獨立生活運動，訴求有權直接發給身障者現金由其自由選擇所需服務<sup>158</sup>。關於長期照護制度中之現金給付，可先依據給付對象不同區分成兩類，區分對於照護者之給付、被照護者之給付，再針對其內容與需求共分為四種模式：個人預算制(personal budgets)<sup>159</sup>、老人照護津貼(care allowances)<sup>160</sup>、所得維持<sup>161</sup>(income maintenance approaches)以及照護者津貼。

惟本文既關注於家庭照護者之保障，故本節也僅把焦點放在以照護者為給付對象之現金給付，即謂上述四種分類中之所得維持以及照護者津貼。惟上述分類並未針對其性質探討背後思考模式，僅依照其實施結果作分類，無法對於納入現金給付之合適性與否有較大之幫助。故理應就其各現金給付之性質作分析，且既以日本長照相關法制作為論文核心，本文便依日本長照保險法制定當時之討論資料(見下面表格 7)，將照護

<sup>158</sup> 蘇麗瓊，長期照護家庭支持方案現金給付之探討，社區發展季刊，第 125 期，2009.06，頁 32-33。

<sup>159</sup> 類似薪資發放之模式，讓高齡者可以直接或經由第三機構聘用照護服務員，採取該制度之國家有荷蘭、英國等。不過各國之間制度還是有所差異，例如有近親僱用限制、或者高齡者有年齡限制等。而該個人預算制度，持有者必須依照一般勞動市場規定和受雇者簽訂正式契約，縱使受雇者為親屬也必須簽訂僱傭契約。參見 Lundsgaard, Jens, Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, OECD HEALTH WORKING PAPERS, NO.20, p.14-15,(2005)

<sup>160</sup> 以被照護者作為給付對象，依障礙程度與所需之照護發放現金，只要確保得當適當照護，被照護者不需要針對現金之使用方式做出說明。採取該制度之國家有德國之長照保險法、澳洲的照護津貼以及奧地利。德國係以長照保險方式，提供被保險人實物給付與現金給付之選擇，或者兩者混合制；澳洲照護津貼則於符合一定要件下，無條件發給高齡者照護津貼。而奧地利係最以現金給付為導向的國家之一，只要經有關醫療人員評定具照護需求，即具照護津貼之請求權，不需資本調查，也沒有年齡限制，而受照護者可自由決定如何使用該照護津貼。奧地利選擇與德國完全不同的方式，以稅收作為財源，採取普及式照護津貼發放方式。其目的在於賦予被照護者及家屬自行決定對其最好之照護模式，當然也可以利用該津貼請家屬來照護，或者請外籍看護工照護。

<sup>161</sup> 現金給付直接給付非正式照護者，以補償照顧親屬之所得損失。例如：澳洲照護者現金給付(Australian Carer Payment)，惟僅適用於家戶所得低之照護者。而加拿大、挪威、瑞典、愛爾蘭擴大實施於因照護重症或生末期親屬而短暫離開職場之情形。參考自蘇麗瓊，長期照護家庭支持方案現金給付之探討，社區發展季刊，第 125 期，2009.06，頁 33。

者之現金給付分為三類，分別為「照護者之慰勞」、「照護者之薪資補償」、「照護之勞動對價」為主要討論的分類方法。

表格 7：日本對於現金給付之分類表

	給付對象為 <u>照護者</u> 之情形			給付對象為 <u>被照護者</u> 之情形	
<b>優點</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>與現在照護實態相符</li> <li>家庭照護的支援較明確</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>支付對象明確</li> <li>負擔(保險費)與受益關係明確</li> </ul>	
<b>缺點</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭照護的僵化和批判</li> <li>對於被保險者以外之人給付理由不充分</li> <li>照護者若有複數人則難得特定</li> </ul>				
<b>制度旨趣</b>	<b>照護者之慰勞</b>	<b>照護者之薪資補償</b>	<b>照護者之勞動對價</b>	被照護者之慰勞	均衡設施、居家照護之給付
<b>背後思想</b>	減輕家庭照護者之照護負擔，透過公共給付方式給予照護者獎勵	透過填補照護者從事照護之所失利益，藉此緩和照護者之經濟損失	藉由支付報酬之方式，賦予照護者與外部服務者相同之勞動評價	減輕成為要介護狀態之被照護者之負擔感	未利用外部服務提供者之服務而接受家庭照護，因此希望達到設施、居家照護之均衡性
<b>支付額度</b>	一定額度(低額)	照護者之所失利益	相當於保險給付之額度	一定額度(低額)	居家照護之一定比例額度(高額)
<b>支付要件</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人要介護狀態</li> <li>由照護者提供照護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人要介護狀態</li> <li>由照護者提供照護</li> <li>照護者難以繼續從事之前之工作</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人要介護狀態</li> <li>由照護者提供照護</li> <li>提供之服務具一定品質</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人要介護狀態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人要介護狀態</li> <li>僅接受照護者之服務提供(外部服務之利用占一定比例以下)</li> <li>提供之服務具一定品質</li> </ul>
<b>問題點</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○無法擔保服務提供之品質</li> <li>○給付對象廣泛難以限制，可能造成“散財政策”<sup>162)</sup>之批判聲浪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○原本應由就業保險處理</li> <li>○離職時的處理</li> <li>○若照護者為家庭主婦之情況難以適用</li> <li>○無法擔保服務提供之品質</li> <li>○給付額度難以確定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○對於家庭照護賦予評價之心理抵抗感</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○無法擔保服務提供之品質</li> <li>○給付對象廣泛難以限制，可能造成“散財政策”之批判聲浪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○給付有可能為其他消費利用之可能</li> <li>○對於家庭照護賦予評價之心理抵抗感</li> <li>○給付額度難以確定</li> </ul>

出處：厚生省高齡者介護對策本部事務局資料(1994年)

<sup>162</sup> 原文“バラマキの批判”，バラマキ是散亂的，隨機挑選的意思，若用於財政狀況係指不考慮收入而大幅擴張支出之情形。

## (一) 照護者之慰勞

所謂照護者之慰勞，根據 Pijl 之論述<sup>163</sup>，照護勞務的進行必須要有實際酬償的回饋，只要實際提供照顧勞務，不論是家屬或志工皆可獲得「照護酬金」(Payment for Care)，就以上歸類來說係屬於給予照護者獎勵之性質，背後思想係為某程度上減輕家庭照護者之金錢負擔，透過公共給付方式給予照護者獎勵，給付額度通常偏低。

日本家庭慰勞金制度便屬於此種性質，給付水準低、給付要件嚴格，且獨立於長照保險制度之外，將非正式照護者視為補充性資源。日本現行實施情況，符合給付要件之申請者數量少，且縱使符合資格，也僅能獲得每年 10 萬元日幣之給付額度，完全無法減輕照護者家庭之負擔，與其說是獎勵之意，事實上表彰性質更為突出。

日本是少數將現金給付定性為慰勞性質之國家，係因對現金給付之負面想法有關，在未有長照保險體系建立之前，多由家中女性成員擔任長照工作，長照制度之建立便是希望將照護責任從家庭轉移到社會，故制度建立當時便將實物給付極大化，甚至於長照保險中以實物給付為原則，幾乎排除現金給付，規定僅有緊急或是不得已之事由，必須先利用居家服務之時才例外發給現金給付，以及實質上為費用償還之現金給付。

避免女性禁錮之思想與多數亞洲國家相似，但事實上西方其他國家對此種現金給付之看法也並非完全不考慮，惟西方國家對於非正式照護者並不持以如此悲觀之想法，反倒認為當高齡社會走到極致之時，非正式照護者之支持是不可或缺，故反而採取提高家庭照護者境遇之方式，用現金給付來改善家庭照護者之經濟狀況，故通常將現金給付視為「薪資補償」、甚至「勞動評價」之性質。

## (二) 照護者之薪資補償

照護者之薪資補償，即謂上述所得維持之概念，係以現金給付直接給付非正式照護者，以補償照顧親屬所得損失之方式，澳洲照護者現金給付、愛爾蘭、瑞典皆採取此種立場。所得依據補償之計算方式，可分

<sup>163</sup> Pijl, Marja, "When Private Care Goes Public: An Analysis of Concepts and Principles Concerning Payments for Care", Adalbert Evers, Marja Pijl, and Claire Ungerson eds., *Payment for Care: A Comparative Overview*, Aldershot: Avebury, 3-18, (1994).



為兩種：第一種，以消費水準之一定比例計算，例如瑞典照護者津貼，因照護重症或生病末期親屬而短暫離開職場之情形<sup>164</sup>，則給付水準達消費水準之 50%；第二種，以實物給付之一定比例發給之，例如德國(見本節第三項)。

所謂補償，便是為了補償無法全時工作之差額，故金額雖比慰勞性質之現金給付多，與下述勞動評價之類型相比，額度依舊較低，甚至部分國家採取僅發給低收入家庭之政策，例如：澳洲現金給付(Australian Carer Payment)、愛爾蘭照護者津貼(Irish Carer's Allowance)<sup>165</sup>。

其中，英國實施照護者津貼 (carer's allowance)制度，也係基於所得維持之目的而實施，惟與上述不同，不需經過資產調查，只要照護者年齡達 16 歲，每週照護時數達 35 小時，且為非完全就業之情形；而且受照護者有領取照護津貼(Attendance allowance<sup>166</sup>)之事實，則符合請領資格<sup>167</sup>，給付額度為每週 31.70 歐元<sup>168</sup>。英國照護者津貼，提供照護者獨立之經濟來源，作為離開職場之所得替代，利用津貼方式肯定其照護價值，且某程度上也有鼓勵家庭照護之用意。

既然稱之為補償，本應根據各該照護者原本薪資計算其所得損失，惟就各國實施之制度可知，幾乎所有國家皆採取一致化給付水準之方式。就原先制度之目的來看，希望透過填補照護者從事照護之所失利益，藉此緩和照護者之經濟損失，理論上應就個案中各照護者之所得損失給予補償。惟長照保險制度，係針對長照需求者提供使其自力之必要的保健醫療服務或福利服務，也就是為實現國民健康以及文化最低限度之生存權，故雖長照服務之提供，會隨被保險人之失能程度以及需求而有所差異，但仍設有一定給付額度上限。現金給付也是相同情形，若基於所得

<sup>164</sup> 例如：原先每日工作 8 小時，改為每天工作 4 小時，而透過給付津貼之方式補足與原先薪資之間差額。參考自前註 163，頁 11。

<sup>165</sup> Lundsgaard, Jens, Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, OECD HEALTH WORKING PAPERS, NO.20, p.15-16,(2005).

<sup>166</sup> AA(Attendance allowance)被照護者津貼，係指滿 65 歲以上，因為疾病或者障礙有長期照護需求之人，無論是否實際利用服務，皆依據實際需求發給津貼，且給付資格不受資產限制。

<sup>167</sup> Baldwin, Sally & Parker, Gillian, Support for informal carers – the role of social security, Disability and Social Policy, p.183-188, London: Policy Studies Institute, (1991). 網路資料：  
[http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Caringfor someone/DG\\_10012525](http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Caringfor someone/DG_10012525)

<sup>168</sup> 網路資料：

<http://www.communitycare.co.uk/Articles/2011/01/05/37443/carers-allowance-formerly-invalid-care-allowance.htm>(最後瀏覽日期：2011.05.20)



補償之概念，而依據各照護者的原先薪資給予給付，則可能產生極端過高或過低之情形，故雖背後思想為所得損失補償，設立統一之計算標準亦無不可。

### (三) 照護者之勞動評價

所謂照護者勞動評價係指「家庭照護有酬化」，「有酬化」指的是以市場價值作為主要衡量機制，將某件事務或勞動賦予市場機制下等同之貨幣或物品。故「家庭照護有酬化」便是試圖藉由勞動報酬來肯定家庭照護者勞務之價值<sup>169</sup>。Ungerson 提出家庭照護即工作之概念，建議使用「準照護薪資」(quasi-wage payments for care)之方式，提供家庭照護者相對之勞動給付<sup>170</sup>。將照護視為一正式工作，發給固定薪資僱用照護者，而薪資多寡則視其照護時數以及照護內容判斷。

家庭照護工作一開始源自於社會建構，以「愛的勞動」將照護工作私有化，不但阻礙其加入有酬市場之機會，也如上述，既為勞動評價，縱使肯定家庭照護即工作，對於非正式照護者而言，仍必須考慮其照護品質而給予適當評價。故採取此種政策目的之制度，現金給付之額度，通常以專業服務之一定比例之金額定之，並非完全等同於居家給付之實物給付。挪威便是採取發給照護薪資之制度概念，無論基於自營業者身分或者受雇者身分，薪資皆依照工作時數計算，且也有年金保障，但是因為家庭照護之工作時間常常難以切割，故申報工作時數通常低於實際工作時數<sup>171</sup>。

透過評價照護工作之方式，將照護者納入勞動市場，肯定其勞動價值後，隨著享有社會安全制度保障，例如：失業保險、勞災保險、年金保險等。不但享有經濟上獨立之效果，更可以透過薪資作為連結，讓原先必須依附於家庭其他成員才可享有之社會安全保障。

日本的家庭照護員派遣制度，雖也發給家庭照護者薪資，惟如同前章所述，對於家庭照護者有資格限制，必須取得訪視員資格(至少 2 級)，故與一般非正式照護情形不盡相同。該制度透過與事業單位簽定僱傭契約，派遣至受照護者家庭提供照護服務，照護者薪資由事業單位發給，而照護者與受照護者之間則僅有照護服務提供與請求關係，與所謂非正

<sup>169</sup> 劉梅君，「家務有酬化」的反思跳脫「資本」與「父權」的邏輯，國立政治大學社會科學院政策論壇電子報，第 28 號，2002.05。

<sup>170</sup> Ungerson, Clare, Gender, Cash and Informal Care, Journal Social Policy, Vol.24, p.31-52, (1995)

<sup>171</sup> Lundsgaard, Jens, 同前註 165, 頁 23。

式照護之勞動評價概念仍有所不同。

雖上述制度與毫無限制之非正式照護方式並不完全一樣，但將原先完全禁止同住親屬照護之條文，透過修法肯定其合法性，其肯定勞動價值之背後思想仍值得借鏡。非正式照護者相對於專業照護者，對於家庭成員來說，多了信任感以及情感上慰藉之優勢，反之，照護品質會因為專業能力不足而降低，故通常制度設計會要求非正式照護者，必須修習一定照護課程，一定時間內要定期進修等。

要求家庭照護者必須達到一般照護服務員之專業程度，現行目前現狀下難度高，從目前家庭照護員派遣數量並不多可得知。因為若要求和一般正式照護員完全相同之標準，可能導致家庭成員幾乎僅能將照護工作作為唯一工作，而且原本非正式照護資源並不要求其專業性，而以其情感上慰藉為主要特色，將會導致正式資源和非正式資源分界模糊。惟本文同意受照護者之照護品質也應達到一定水準，故並非全面否定修習照護課程，贊成透過訂定研習課程時數之方式，且目前各市町村辦理之教育講習之支援，也有補助居家照護員研修課程之費用，本文認為採取該折衷之方式，較能達到受照護者與家庭照護者雙贏之局面。

最後，關於如何具體評價各勞動價值之問題。上述日本家庭照護員派遣制度，因其有專業證照要求，故薪資計算也與一般照護服務員相同。惟非正式照護者多半並未具備與專業照護員相同之專業技能，故若要發給薪資，理應無法與一般專業照護者同等對待，必須實際依照其照護時數以及照護內容判斷，對照正式照護人力之薪資，發給一定比例之金額（例如：一般正式照護員之70%之薪資）。

承上所述，三種不同對於現金給付之評價方式，皆有國家採取之，其中又以採取薪資補償方式為多，以採取慰勞激勵者為少。日本長照保險法中未納入現金給付，僅於各地方自治團體自願制定家庭慰勞金制度，且將其定位為慰勞、激勵之性質，故給予每年10萬日圓之極低的金額，嚴格限制給付資格，對於家庭照護者之經濟上支持幾乎沒有任何作用，對於因照護減少的薪資無法獲得補償，更別說是對於照護工作之有酬化概念之引入，可謂事實上對於家庭照護者之保障十分不利。

## 二、被照護者之自主權

被照護者之自主權概念，係自醫療人權興起。醫療人權之觀念主要

是由社會基本權中發展出來的。二十世紀初，福利國家思潮興起，人權概念擴及到社會基本權後，健康權或醫療人權的概念，便不斷被廣泛討論。自世界人權宣言第25條規定起<sup>172</sup>，醫療人權之觀念便逐漸自人權體系中獨立出來，而被視為具有獨立特徵之人權體系，之後出現1946年「世界衛生組織憲章」、1966年「經濟、社會、文化權利國際公約」第12條第1項則首度要求會員國承認醫療人權之存在，並於同條第2項中具體指出該權利之內涵應包括確保罹病時之健康照護服務，另外，消除對婦女一切形式歧視公約第12條，兒童權利公約第24條等國際公約均進一步確認醫療人權作為國際人權一環之地位，並揭露出傳統人權概念應納入健康醫療等不同面向，且賦予其不同之實質意涵<sup>173</sup>。直至1981年世界醫學聯盟所作的病人權利宣言，才對於對醫療人權的意義作出重要的宣示，並進一步具體化醫療人權的內涵，包含「自由選擇醫療方式的權利」以及「自主決定的權利」。

而福利服務制度之興起，一開始係保障公民之社會權，使所有公民皆能獲得經濟安全之保障，享有一定之生活水準以維護其生存權，故1970年代以前的福利服務制度，主要以提供標準化之服務，且國家公權力之行使常帶有父權主義，服務規劃者與服務提供者立於家長角色，代為執行福利使用之選擇權。而後隨著人權思潮興起、中產階級產生，以及1970年代受到西方工業國家經濟衰退，出現福利服務私有化之聲浪，福利服務利用者之權益開始受到重視，包含自主權以及選擇權也逐漸被落實<sup>174</sup>。

故抽象來說，該制度之背後思想，可說是肯定被保險人有選擇被照護之自由權，即所謂「醫療人權」之核心內容。為實現自主決定的權利，保險體系相對的必須提供全面的醫療選擇，除了上述對於實物給付內容，可就不同選項中選擇符合各該被保險人之需求之服務外，也應提供現金給付之選項，讓被照護者可自行決定對其最好之照護模式，甚至選擇由家庭成員照護。

日本長照保險法中僅有提供實物給付，對於家庭照護者之照護工作，無法給予任何現金給付，實際上是對於被保險人選擇權之限制。也可能

<sup>172</sup> 世界人權宣言第25條第1項：人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務；在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下喪失謀生能力時，有權享受保障。

<sup>173</sup> 吳全峰、黃文鴻，醫療人權之發展與權利體系，月旦法學，第148期，2007.09，頁131-134。

<sup>174</sup> 趙善如、呂佩薰，在長期照顧服務中服務使用者自主權與選擇權之探討—以社政服務項目為例，社區發展季刊，第125期，2009.06，頁214-215。



產生實物給付與現金給付之間的不公平性問題。因為強制納保的規定，造成縱使選擇家庭照護之被保險人，也必須繳納保險費，但卻無法獲得與實物給付相對之給付內容。故與此相對，德國長照保險法立法當時，係為強化服務利用者之自主權，即謂委由被保險人自行決定照護者，強化被保險人之自我責任與自我決定，便同時採取實物給付與現金給付，且於給付額度上限內，還可能選擇兩者混合給付。且只要符合給付要件，則對於照護津貼如何使用等皆無強制規定<sup>175</sup>，與日本形成強烈對比。

### 三、德國保險法之現金給付

德國長照保險制度，採取實物與現金給付並行之制度，提高被保險人之自主決定，被保險人可選擇其一或者兩者混合制。惟現金給付(照護津貼)發給對象是被照護者。但德國對於照護人力並未以專業照護服務員為限，親屬、鄰居等亦可成為照護者。根據長照保險法第 37 條第 1 項，得申請照護津貼(Pflegegeld)，以取代實物給付。係指長照保險人若符合以下二要件，則於法定保險給付項目中，提供被保險人選擇現金給付之可能性：第一，由經專業確認具有自主規劃能力；第二，受照護者居住附近有非正式照護者人力提供者存在，則可自行購買符合法定照護服務項目與範圍<sup>176</sup>。

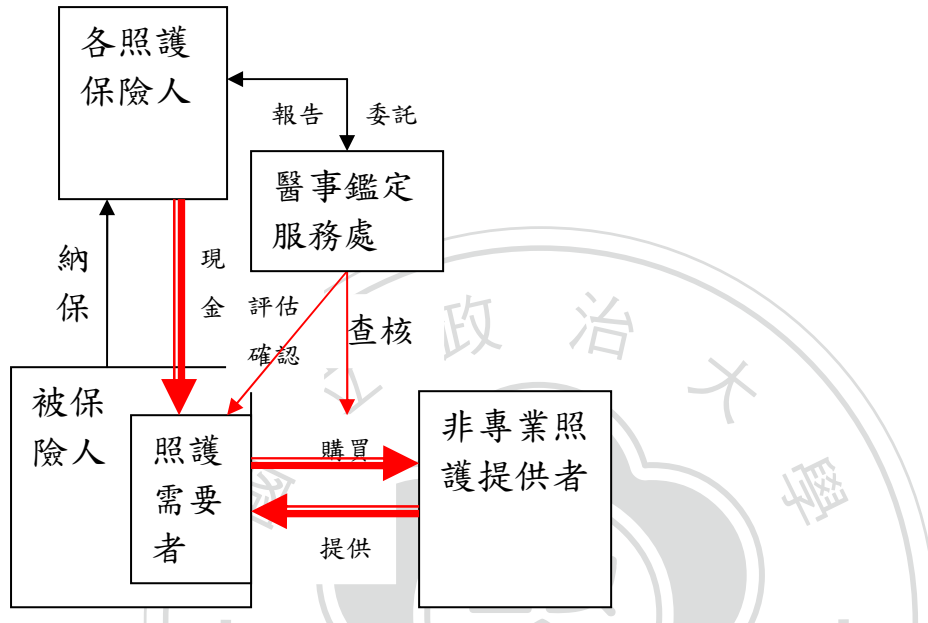
符合上述兩項要件後，則由健康保險醫事服務處之專業照護確認者進行評估，其後再將評估報告連同照護計畫送請各該照護保險人核定。專業照護確認者並於每次(每半年)進行照護需要等級再確認時，皆需再進行確認。即謂保險人並非親自進行核定程序，而係委由健康保險醫事鑑定服務處進行確認。收到委託通知後，派出專業評估人員到宅進行評估與確認。確認工作包含：照護等級、居所環境危險因子評估、照護現金給付是否具主觀自我形成照護計畫能力、居所附近是否有非正式照護提供者，進而作出建議，送回保險人核定。

<sup>175</sup> 松本勝明，ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険，信山社，初版一刷，2007.11，頁 7-8。

<sup>176</sup> 和田勝編著，介護保険制度の政策過程，東洋經濟新報社，2007.09，p.173。



圖表 4：德國長照保險現金給付之法律關係



來源：林志鴻，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，頁 14。

經過評估確認後，被保險人可直接向非專業照護提供者購買服務，法律明定依據照護現金給付所形成之受照護者與照護者之間的勞務關係，並非一般之僱傭關係。即謂並非受照護者雇用非專業照護者，而是受照護者以現金購買非專業照護提供者提供法定照護服務，而給予之報酬或價金<sup>177</sup>。故非專業照護者並不因此具有受僱關係，受照護者不提供其法定之社會與勞動保障，而必須透過受照護者納保之保險人負擔，進而結合年金保險、雇用保險等社會安全制度。

社會安全制度方面，規定由申請現金給付的受照護者之各該管保險人，為其繳納年金保險與職業災害保險之保險費，使其享有年金保險、職災保險之給付。其次，關於就業保險相關給付，非專業服務提供者也享有生活津貼<sup>178</sup>、職業訓練相關給付以及失業給付等。失業給付之部分，

<sup>177</sup> §44 SGB XI，轉引自林志鴻，長期照護給付結構共構下現金給付之探討—以德國長期照護保險制度為例，發表於「女性照顧：國家、社區、家庭」國際研討會，2005.05，頁 15。。

<sup>178</sup> 生活津貼(Unterhaltsgeld)，提供給原就業者之非專業照護者，因為照護親屬而被迫離職之情形，

若非專業照護者原為就業保險之被保險人，因親屬照護而必須永遠放棄正式工作，則於三年期間內，無需繳交保險費，而享有就業保險之被保險人資格，得領取失業給付<sup>179</sup>。

至於現金給付額度，也與實物給付相同，依其照護等級而有所不同。就實物給付與現金給付兩者之給付額度相比，實物給付所提供的金額顯然高於照護津貼，即謂同樣照護等級實施相同居家照護服務，若由長照事業單位提供照護等級一之服務，給付額度為一個月 440 歐元；但若由家庭照護者對其進行照護服務，給付額度則為一個月 225 歐元，比例為約占 51%；若照護等級二則比例下降至約 41%，若照護等級三，則比例約為 45%。(見下表格 8)

表格 8：居家照護實物給付與現金給付之給付額度對照(單位：歐元)

照護等級	2008 年 7 月 1 日起		2010 年		2012 年	
	現金	實物	現金	實物	現金	實物
等級一	215	420	225	440	235	450
等級二	420	980	430	1040	440	1100
等級三	675	1470	685	1510	700	1550

從上述數據可知，現金給付比例雖依據照護等級而所差異，惟大致上低於實物給付之 50%，上述兩者之差別待遇將產生是否違反公平原則之問題。有認為，無論照護服務由家庭成員或專業人員提供，從照護給付之立法目的而言，照護津貼與實物給付費用，似乎不宜存在此等差異，否則，便與制定照護津貼目的不符<sup>180</sup>。惟細究該差別待遇產生之理由，與制度設計或許有根本上關連，德國長照保險中對於照護人力並無專業資格之限制，專業性人力與非專業人力之間給付額度不同，該差別待遇有其合理性。惟大約為實物給付之 50% 是否為合理之評價，以及是否足以支持家庭照護者之經濟情況則還有討論空間。

只要離職前至少繳滿一年而符合失業保險被保險人資格，無論其照護提供期間中斷就業多久，之後欲重回職場而接受職業訓練時，得依照就業促進法請領生活津貼。轉引自林志鴻，同前註 176，頁 22。

<sup>179</sup> §124 SGB III，轉引自林志鴻，同前註 176，頁 22。

<sup>180</sup> 原文：德國長期照護制度之探討 - 國家政策研究基金會網址：<http://www.npf.org.tw/post/3/5368>。(最後瀏覽日期：2011.05.10)

綜上所述，日本長照保險法原則上採取實物給付，對於現金給付採取嚴格要件限制，就被保險人之自主決定權觀點看來，可認限縮了部分被保險人之選擇自由。另從日本長照保險法立法理由看來，當時少見針對現金性質之討論，而多從解開女性照護枷鎖、避免女性照護角色僵化之觀點出發，未考慮受照護者意願<sup>181</sup>，也罔顧受照護者自主權之體現。然而，現金給付不僅具家庭照護之慰勞功能，更重要的是肯定「照護即工作」，照護工作有酬化之思想，故透過肯認現金給付之方式，肯定家庭照護工作之貢獻，不但不會造成女性造成經濟上依賴加深，更可因此達到與社會安全制度連結之結果，將家庭照護者結合年金保險、雇用保險等社會安全制度。

最後，若從長照保險法之建置原則觀之，基於社會保險強制納保原則下，若未納入現金給付，造成縱使選擇家庭照護之被保險人，也必須繳納保險費，但卻無法獲得與實物給付相對之給付內容，將造成實物給付與現金給付間不公平之現象，故本文認為日本長照保險法或可參考德國立法方式，納入現金給付之給付方式較為妥適。

### 第三節 家庭照護者之定位

承上所述，雖然日本長照保險法並無對於家庭照護者之經濟性支持，惟於第三章法制介紹中，得知對於家庭照護者提供有喘息服務，也另行於保險制度外創設家庭慰勞金制度，以及肯認家庭照護員派遣之制度。故究竟家庭照護者於日本長照制度立於什麼樣的地位仍有釐清之必要。以下就先從長照失能認定程序中，家庭成員扮演之角色開始說明之。

#### 一、長照失能認定程序

##### (一) 長照認定基準

首先，關於長照認定基準之妥當性問題，厚生勞動省訂定之長照認定基準(以下稱認定基準)，僅依據被保險人之日常生活照護所需照護程度、身心障礙程度作為判斷基準，決定保險給付資格以及給付水準。惟照護之必要性，與被保險人之居住、經濟狀況、家庭照護者有無之間，有極大之差異存在。長照保險法第 27 條第 2 項規定，市町村接受長照

<sup>181</sup> 根據當時民意調查，受照護者多同意增加現金給付選項。參考自菊池いづみ，家族介護への現金支払い—高齢者介護政策の轉換をめぐる，公職研，2010.02，頁 116-129。

認定申請後，除了調查被保險人之身心狀態外，也需要考慮其所處之環境。

原本長照保險之給付水準，並非要求被保險人完全不依賴家庭照護而計算其居家服務之額度，而是以家庭照護存在之前提下所為之制度想像，故認定基準也應該考慮家庭的照護能力方為妥適。惟並非意謂將家庭照護能力作為全有或全無之要件判斷標準，而係作為失能程度判斷之參考。現行制度下失智症患者常因其自立程度高，多半自照護對象中排除，或者判斷為較低度之照護程度，造成給付水準遠低於需求之情形發生，則可能藉由家庭照護能力不足之理由，而判斷為較符合實際照護需求之程度<sup>182</sup>。

故有學者提出廢止認定基準之意見。即謂取消現行七個階段的長照程度認定，透過長照支援專門人員，前往了解本人情況及其生活環境，聽取本人及家屬之意見後，直接作成長照服務計畫，且依其所需之照護內容提供服務，不設個別服務之給付額上限，而是設有每月最高額度的給付上限規定<sup>183</sup>。

針對上述意見，社會保障審議會長照保險部會也於 2010 年長照保險法修正會議中，提出相關回應<sup>184</sup>：若廢止長照程度認定，則縱使長照需求大致相同，也可能產生提供之服務差異大，自未利用長照服務之人看來，因缺乏一定標準，而可能存有資源浪費之疑義，而產生依據受照護者不同而生不公平之現象。故對於廢止長照程度認定之意見，採取反對之立場。惟對於上述失智症之認定問題，也肯認目前給付水準遠低於需求之情形發生，認為應該從市町村之兩次長期照護認定作調整，而不應貿然直接廢止長照程度認定基準。

## (二) 長期照護認定

其次，進入第一次認定程序。第一次認定由市町村職員進行實際訪談而作出，調查其身心狀況、所處生活環境、疾病及所受醫療情形，作出第一次認定。該階段分為身心狀況 73 項與特別醫療項目 12 項，再將其輸入電腦處理，判斷其需長照程度。

<sup>182</sup> 二木立，介護保險制度の総合的研究，勁草書坊，第 1 版 3 刷，2008.07，頁 179-181；伊藤周平，同前註 129，頁 109-110。

<sup>183</sup> 伊藤周平，同前註 129，頁 133-134。

<sup>184</sup> 社会保障審議会介護保險部会，介護保險制度の見直しに関する意見，賃金と社会保障 No.1535，2011.04，頁 48-49。



之後由長期照護認定審查會(以下簡稱長照審查會)加上主治醫生意見書，作成第二次認定。長照審查會由醫師、護士等醫療領域之人、特別養護老人之家負責人以及社會福利人員等福利領域工作之人組成。惟第二次認定實際時間很短，根據各地長照審查會之統計，平均每週召開一次，一次大約3小時，平均一件認定申請案件審查時間僅有4~5分鐘，難以聽取本人及其家屬之意見<sup>185</sup>，也難以確保認定調查員之說明時間，目前各地區之長照審查會多半僅以書面審查就作出第二次認定<sup>186</sup>。審查時間過短造成專業知識無法發揮，本人與家屬意見難以受到重視，而可能造成給付水準過低之問題。

配合上述長照認定基準之問題，可知市町村之長照認定扮演十分重要之角色，因為比起毫無彈性的認定基準，由各地區長照審查會的召開，對於被保險人之需求評估有其存在必要。故對於目前負荷過重的市町村而言，可能透過延長長期照護認定期限，根據長照保險法第27條第11項規定，必須於30日作出長照認定，若延長長照認定期限，則能藉此減低市町村之負擔，也因此能做出符合被保險人之給付水準之認定。

但相對的，也會對於被保險人之服務利用權益有嚴重影響，雖長照保險法第42條有「特別居家長照費用」之規定<sup>187</sup>，被保險人有緊急或不得已之理由，可先行利用服務後，之後再由保險人給付被保險人90%之費用，但必須先由被保險人給付服務事業單位全額費用，對於多數被保險人來說，很可能是沉重的負擔，於現行制度之下，也不應貿然延長長照認定期限。

綜上，本文認為不應直接廢止長照程度認定基準，因目前現行制度下，並未要求服務利用計畫之作成，一定要由支援專門人員為之，亦可由被保險人自行制定計畫再向市町村登記即可，故將長照認定基準廢除，完全改由長照支援專門人員前往了解情況後，直接作成長照計畫，對於自行作成服務計畫的被保險人有難以適用之問題，應再行斟酌。故本文認為長照認定基準及認定之缺失，應從其制度設計去改善，完全以長照管理制度替代有待商榷，但或許可將長照支援專門人員之判斷，作為長照認定時之參考，因為就其目前長照審查會審查時間過短，難以據實反映被保險人之實際給付需求，故配合長照支援專門人員之判斷或不失為

<sup>185</sup> 雖然長照保險法第27條第9項規定，長照審查會若認為有必要時，可以聽取主治醫師、本人或者家屬之意見。該規定並非義務，是否聽取意見全委由長照審查會之裁量。

<sup>186</sup> 伊藤周平，同前註129，頁114-116。

<sup>187</sup> 見本文第二章第三節，頁36。

折衷之解決方法。

### (三) 長期照護管理制度

日本建立長期照護管理之制度，透過支援專門人員依據各被照護者身心狀況以及諮商後結果，評估其該利用之居家或機構服務，將其置於長照認定之後，輔助服務利用計畫作成之角色。故符合長照資格及認定給付上限額後，被保險人可委由長照支援專門人員規劃長照服務計畫，則被保險人與支援事業單位間必須簽訂「長照支援契約」。

該契約之法律性質，從包含計畫作成等長照保險管理內容看來，應該與長照保險契約相同，屬於委任契約之一種。原先，給付服務計劃費係以長照計畫之完成為要件，並非僅以長照計畫之作業為要件，故應較近似於承攬契約。惟承攬契約中，因守密義務等與執行業務相關之限制多，且不僅止於計畫作成，過程中還包含與利用者商談、觀察記錄等一連串服務實施相關之事項，故還是解為委任契約較為合適<sup>188</sup>。

長期服務計畫制定過程，必須先對長照者進行個案分析，再召開服務負責人會議，具體就時間、地點、服務項目、目的、執行單位等內容作成文書，合意建立一個完整、全面性之服務計畫，提供建議並整合本人及其家屬之意見，得到本人及其家屬同意後，之後作成服務計畫。故非僅由個別長照支援專門員一人作出服務計畫，就其專業性能夠受到較嚴厲的檢驗，且並非支援事業單位單方片面決定之性質，仍必須透過家屬及本人之同意，才得作成服務計畫，也較能避免限於獨斷。

原先長期照護管理制度之設計，係將被照護者以及家庭照護者為主體，長照支援專門人員僅提供服務架構之說明，由被照護者依據自身需求做決定，但現實情況卻因為情報偏在，導致難以完全由自主決定，削弱被照護者以及家屬之同意權。故 2005 年長照保險法修正時，便增訂第 69 條之 34 規定：「長照支援專門人員，應尊重被照護者之人格，經常立於被照護者之立場...，不應不當偏向特定事業單位或設施，公正且誠實地執行支援業務。」要求長照支援專門人員之公正中立性，禁止收取特定事業單位之財產上利益<sup>189</sup>。

惟僅有中立義務法定化仍係不足，至少必須將「長照服務事業單位」與「長照支援事業單位」分離，即謂服務提供者必須與長照管理機關嚴

<sup>188</sup> 伊藤周平，同前註，頁 155-156。

<sup>189</sup> 居家長期照護支援基準第 1 條第 3 項、第 25 條。

格區分，否則難以擔保其公正中立性。日本居家服務事業單位與支援事業單位併設的比例高達9成<sup>190</sup>，主要理由係因為居家服務計畫費給付報酬低，若僅實施居家服務支援事業難以維持，而且可能無法充分得到關於服務提供事業情報，造成長照計畫中之服務無法確實提供之情況產生。

為解決上述問題，若要讓居家服務支援事業單位能單獨營運，則應採取提高長期照護報酬政策。然後情報之部分，為提供對於被照護者所需要之情報，則應於長照保險法中制定由市町村負擔情報整備之義務等規範。藉由以上方法，才能將「長照服務事業單位」與「長照支援事業單位」分離，擔保其中立性，以保障被照護者以及家屬之同意權<sup>191</sup>。

## 二、給付內容與給付水準

接下來，針對家庭照護者之定位，則可從生活援助之規定來探討。根據長照保險施行規則第5條：「若被保險人為獨居或同住家屬因身心障礙或疾病或其他不得已之情事，難以處理家事之情形，得申請協助烹飪、洗衣、打掃等日常生活援助。」由此可知，對於身體照護以外之烹飪、洗衣、打掃等日常生活援助行為，若要符合申請要件，必須被保險人為獨居或者同住家屬有疾病、身障情形之原因外，也包含因照護者虐待被保險人而無法期待其處理日常生活事務、或照護者長期出差無法處理家事等。

生活援助比起身體照護項目，係長照保險中較非核心之給付範圍，故基於財政考量之下，該規定方式並非毫無道理。惟其背後之基本思考方式，係以非正式照護資源中之同住親屬作為第一線，若有不得已之情事，而難以處理日常生活事務時，才由長照保險承擔給付。由此看來，於生活援助之部分，家庭照護者居於主要地位，僅在無法滿足生活援助需求時，正式體系始予以補充。

其次，可從長照給付水準推論其定位。依據憲法第25條規定對於生存權保障之規定，必須於設定之給付上限額度內，滿足各長照者基本的長照需求，維持健康、文化最低限度生活，保障其達到一般人生活之水準。惟現實上，該給付上限額度，對於重度長照者而言，若完全不依靠家庭成員之照護，根本無法在家中維持一般日常生活活動。

<sup>190</sup> 參見厚生勞動省「平成17年長期照護服務設施・事業單位調查」。

<sup>191</sup> 伊藤周平，同前註129，頁164-165。



金澤地判平成 11 年判決提到：為達重度身障者之長照保障，每月最低需要 72 萬日圓之長照費用，然而長照保險之給付水準，對於最重度的「長照程度 5」之被保險人之給付額度約為 36 萬日圓，給付水準僅能滿足長照需求之一半<sup>192</sup>。該判例係關於社會救助體系中，計算最低生活費之判例，其中包含他人長照費用一項，依當時服務提供之情形估算，長照保險給付之上限額度卻僅達長照費用之半額。依此判決看來，對照該給付水準制訂之背後涵義，似乎認為仍必須以非正式照護資源之家庭照護作為前提，以填補給付不足之部分<sup>193</sup>。

造成上述情形之原因，係因厚生勞動省對於長照保險給付之基本政策，基於為防止保險費大幅上升之故，採取抑制之立場。即謂如同上述高訴訟中，長照保險給付僅能滿足一半的長照需求，另一半則必須仰賴家庭照護之結果產生，可知日本長照保險法制，對於長照需求之滿足並無法完全由長照體系專業人力提供，而仍留大部分由家庭照護責任實現。

本文第二章曾經提到正式照護者和非正式照護者之關係，分成「層級補償模式」、「職務取向模式」以及「補充模式」三種模式。就上述各點分析得知，以日本長照保險法之規範觀之，亦似採補充模式。認為以非正式照護者為中心，而正式照護處在邊緣的、次要的地位，認為非正式和正式照護體系並不完全具有替代性，兩者之協助項目是部分相同，部分不同，而在無法由非正式資源所滿足時，正式體系才用來補充。

### 三、家庭慰勞金制度與家庭照護者派遣制度

最後，關於在長照保險制度外創設家庭慰勞金制度，以及肯認家庭照護員派遣制度。當初創設家庭照護支援政策，係基於長照保險實施初期，服務提供量各地不均之故，加上長照保險制度並未完全取代家庭照護之功能，故於長照保險之外，由各市町村自願開辦各項支援家庭照護之事項。

就其制定目的看來，家庭照護支援政策應會隨著長照保險法實施，功能服務提供量增加，加上長照保險漸漸得以取代家庭照護後，逐漸消失。惟根據 2006 年厚生勞動省統計，有實施各項長照家庭支援政策之

<sup>192</sup> 高訴訟・金澤地裁判決(平 11.6.11)，賃金と社会保障，No.1256，1999.08，頁 39-42。

<sup>193</sup> 伊藤周平，同前註 129，頁 57-58。



市町村有高達 93.8% 之比例<sup>194</sup>，故無論從現實運作狀況，以及上述家庭照護者仍舊扮演一定角色之理由，家庭支援政策到長照保險法實施 10 餘年後，仍有其存在必要。

其次，關於家庭照護員派遣制度，事實上和北歐四國<sup>195</sup>之公共化作法類似。北歐四國作法係由地方自治團體與照護者個別訂定勞動契約，非以津貼形式而係以薪資方式給付，也當然的要成為課稅對象。每週最低必須提供 17 小時之長照服務，契約至少每年更新一次，故其薪資水準(時薪計算基準)與一般照護員相同，故實際上與家庭照護身分其實沒有太大關係，而是採取由國家雇用家庭照護者之作法<sup>196</sup>。

日本基本上也是一樣，但其要求必須具備專業照護員資格，故其身分和一般照護員沒有不同，該制度與其說是家庭照護者相關政策，事實上應認已某程度上偏向正式照護體系，較為恰當。且雖肯認家庭照護者派遣制度，卻又設有許多限制，不但僅限於家庭照護係於離島、偏遠山區之情形，且又對於同住親屬間照護時數之限制不得超過總時數之二分之一，規定必須同住親屬的訪視照護並非僅是「家庭成員間彼此之照護」，而是立於訪視照護事業單位之照護者身分等限制。

綜上，日本長照保險法之制度設計，似乎納入非正式照護資源中之家庭照護之思維，將非正式照護者作為第一線之角色，惟就上節中的家庭慰勞金制度，雖肯認家庭照護之必要性，卻也透過要件之嚴格限制，以試圖達到長照社會化之理念，而本節中家庭照護員派遣制度也如上所述，並非完全屬於家庭照護政策。

由此可知，一方面希望透過長照保險制度之建立，同時利用嚴格的要件設計，讓家庭照護比例下降，另一方面卻又於長照保險法中，對於長照給付之認定，及各項給付設計，納入家庭照護者扮演一定照護責任之理念，可看出日本長照制度對於家庭照護者定位之釐清，本身也仍處於一個矛盾的態度。本文認為長照社會化之理念，並非一定要排除所有家庭照護之可能，而是更應該透過長照保險法制之設計，讓家庭照護者也能獲得應有社會安全制度之保障，而非與現實背道而馳的試圖消滅家庭照護之現象。

<sup>194</sup> 厚生勞動省，平成 18 年度地域における高齢社会対策の現状と課題に関する調査～市区町村アンケート～調査結果，[http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h18\\_kenkyu/index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h18_kenkyu/index.html)

<sup>195</sup> 包含丹麥、瑞典、芬蘭以及挪威四國。

<sup>196</sup> 三富紀敏，歐米の介護保障と介護者支援—家族政策と社会的包摂、福祉国家類型論，ミレヴァ書房，2010.10，頁 252-257。

## 第四節 喘息服務相關新法修正

本文上章中有提到目前長照保險法中共有四種喘息服務類型，除了與我國相近的短期入住生活長照服務以及短期療養服務外，包含另外兩種較特別的「定期巡迴、隨時對應型訪視照護」以及「小規模多機能複合型服務」之喘息服務型態。

首先，將於 2012 年 4 月實施之 24 小時定期巡迴、隨時對應型訪視長期照護服務，便是自 2006 年增設之夜間訪視長照服務演化而來。2006 年創設以日常生活區域為單位的「地區密合型服務」，增設針對居家服務之夜間訪視長期照護服務、失智症日間照護服務以及小規模多機能居家照護三種服務類型，自實施之後，又有鑑於居家服務與設施服務相同，24 小時 365 日皆會產生服務需求，而必須提供必要之服務利用，故於 2010 年 10 月厚生勞動省的檢討會中提出「24 小時地區巡迴型訪視服務」之提案<sup>197</sup>。

惟目前現行保險給付種類多樣，造成利用者不易了解，若又加入新種類之服務給付型態，而未經整合，則可能造成服務內容重疊，而產生是否有其必要性之問題。目前與 24 小時地區巡迴型訪視服務有相關之服務有：訪視長期照護服務、夜間訪視長照服務、小規模多機能居家長照服務三種，以下便個別針對其具體內容是否有其重疊性作檢討。

首先，訪視長期照護服務。目前現行制度長照報酬與服務提供時間有關，依據被保險人之長照失能程度給予相對應之服務利用時間。惟於短時間照護之情況受有時間限制，規定夜間、深夜、清晨時段以外，皆必須有利用服務達 20 分鐘以上之限制(未達仍舊以 20 分鐘計算)，該限制將會造成利用者使用日間訪視服務負擔增加，且縱使訪問長照服務也得於夜間、深夜、清晨提供服務，即謂可以達到因應緊急突發狀況之功能，但也必須長照利用時數上也必須加倍計算。綜上，雖訪視長期照護服務也可達到 24 小時地區巡迴型訪視服務之效果，卻缺乏彈性且使利用者之負擔增加<sup>198</sup>。

其次，夜間訪視長照服務。其可利用時段最長可自晚上 6 時至上午

<sup>197</sup> 稻森公嘉，24 時間安心の居宅介護保障と介護保険——定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設をめぐる，ジュリスト No.1433，2011.11，頁 16。

<sup>198</sup> 稻森公嘉，同前註 197，頁 17。

8 時，故多半搭配利用日間訪視長照服務，而日本目前承認日間訪視長照服務單位可合併提供夜間訪視長照服務，故夜間訪視長照事業單位經營不易。而且若選擇夜間訪視長照服務，縱使未使用定期訪視服務，而僅於緊急突發狀況利用服務，也必須負擔基本夜間訪問長照費用，反之，若定期訪視或隨時訪視的服務次數多，則就利用額度超過部分，也必須由自己負擔<sup>199</sup>。

甚至，地方公共團體實施的「緊急通報服務」也會與之產生競合關係。事實上兩者對於緊急情況之應對功能幾乎相同，且緊急通報服務更為 24 小時皆可利用，無須負擔費用或僅需負擔極低額之費用。再加上 24 小時巡迴型訪視服務實施後，夜間訪視長照服務是否還有存在必要則存有極大疑義。

第三，小規模多機能型居家照護。所謂多機能原來便涵蓋訪視、通勤、入所三種型態，依照利用者之情況以及意願，可自行選擇服務的組合與利用方式，而長照報酬係採取定額給付方式，再依據服務利用次數，設有加、減計算制度。利用小規模多機能居家照護者，規定除了訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導、輔具之借貸外，不得與其他給付並用，即謂不得同時申請訪問長照服務<sup>200</sup>。由此看來，24 小時巡迴型訪視服務的訪視長照功能，本來就可以透過多機能型居家照護服務滿足，且未來 24 小時巡迴型訪視服務亦可能採取定額給付方式，則兩者之間差異性究竟為何，則不無疑問。

事實上，與 2006 年新增之小規模多機能居家照護相同，如果不具實際的服務提供單位存在的話，一切只會成為空談。2006 年推行地區密合型服務，創設一系列以被照護者日常生活區域為核心的服務型態，卻因為其長照報酬採取定額制度，造成入不敷出之情況普遍發生，導致實際服務提供量不足之窘境。故本次長照保險法之修正，便增訂部分服務可採取「公募選考制」，即謂並非消極的等待事業單位的申請，而是由保險人採取主動之措施確保服務提供量，藉由公開招募選考的方式，指定一定期間、區域，由各市町村長自行招募事業單位，以達到長照保險計畫中所需事業單位數量。

<sup>199</sup> 稻森公嘉，同前註 197，頁 18。

<sup>200</sup> 根據第 80 回社會保障審議會長期照護給付費分科會(2011 年 9 月 22 日)資料 1。厚生勞動省提到，因訪視長照服務、訪視看護、夜間訪視長照服務與其服務內容重疊，難以肯認有其併用之必要，且因為該不可併用性，故必須以確保 24 小時巡迴型訪視長照服務有充足之服務提供量為前提。



綜上所述，2011年6月通過新法，增設24小時巡迴型訪視服務，雖乍看可使利用者的給付選擇增加，實際上卻已現行已存在的給付項目有多所重疊之處，而未經整合，故僅單純造成制度的複雜化。從上述分析看來，日間、夜間訪視長照服務與24小時巡迴型訪視服務之間，重疊部分應該互相取代，夜間訪視長照服務部分應該可以被24小時巡迴型訪視服務吸收，然後日間訪視長照服務部分，更因其長照報酬計算之彈性較低，而亦可為24小時巡迴型訪視服務取代，故本文認為未來應該將三者作一整合，避免利用者面對過於龐雜的給付類別。

## 第五節 小結

日本的社會福利基礎構造改革，從措施制度到契約制度，國家責任有逐步縮減之情況，從長期照護保險法之法律關係中，從國家、地方自治團體並不負有長照服務提供之擔保責任觀之，更可看出長照保險法已退卻成利用者個人自我責任之情況。福利服務之利用者對於服務提供不足之情形，難以請求市町村直接提供服務，不僅對於被保險人之社會保障有害，甚至造成生存權之侵害。故本文亦認為，縱使現今日本採取契約制度之下，仍就應立法規定市町村對於福利服務提供負有最終責任，或者採取與兒童福利法相同作法，市町村依法有提供福利服務之義務，直接肯定市町村與事業單位間存在一委託契約，避免國家責任縮減至影響被保險人之長照需求，進而影響其生存權，方認妥適。

接下來，關於日本未採取現金給付之給付方式，係為解開女性照護枷鎖、避免女性照護角色僵化之觀點出發，然而就被保險人之自主決定權觀點看來，可認限縮了被保險人之選擇自由，未考慮受照護者意願。然而，現金給付不僅具家庭照護之慰勞功能，更重要的是肯定「照護即工作」，照護工作有酬化之思想，故透過肯認現金給付之方式，肯定家庭照護工作之貢獻，不但不會造成女性造成經濟上依賴加深，更可因此達到與社會安全制度連結之結果，將家庭照護者結合年金保險、雇用保險等社會安全制度。另一方面，也將造成實物給付與現金給付間不公平之現象，故本文認為日本長照保險法或可參考德國立法方式，納入現金給付之給付方式較為妥適。惟大約為實物給付之50%的給付水準，是否足以支持家庭照護者之經濟情況則還有討論空間。

第三部分關於家庭照護者之定位，從長照保險法之失能認定程序、給付水準、家庭慰勞金、家庭照護員派遣制度，以及長期照護管理制度



等可得知，一方面希望透過長照保險制度之建立，同時利用嚴格的要件設計，讓家庭照護比例下降；另一方面卻又於長照保險法中，對於長照給付之認定，及各項給付設計，納入家庭照護者扮演一定照護責任之理念，可看出日本長照制度對於家庭照護者定位之釐清，本身也仍處於一個矛盾的態度。事實上，長照社會化之理念，並非一定要排除所有家庭照護之可能，而是更應該透過長照保險法制之設計，讓家庭照護者也能獲得應有社會安全制度之保障，而非與現實背道而馳的試圖消滅家庭照護之現象。

最後，關於喘息服務部分。2011年6月通過新法，增設24小時巡迴型訪視服務，雖乍看可使利用者的給付選擇增加，實際上卻已現行已存在的給付項目有多所重疊之處，而未經整合，故僅單純造成制度的複雜化。從上述分析看來，日間、夜間訪視長照服務與24小時巡迴型訪視服務之間，重疊部分應該互相取代，夜間訪視長照服務部分應該可以被24小時巡迴型訪視服務吸收，然後日間訪視長照服務部分，更因其長照報酬計算之彈性較低，而亦可為24小時巡迴型訪視服務取代，故本文認為未來應該將三者作一整合，避免利用者面對過於龐雜的給付類別。



## 第四章 我國長期照護現行法制與分析檢討

### 第一節 我國長期照護需求現況

我國截至民國 2010 年 6 月底止，我國戶籍登記人口之 65 歲以上老年人口計有 247 萬 4,471 人，占總人口比例達 10.69%<sup>201</sup>，預估於 2018 年，台灣 65 歲以上老年人口比率將達 14.36%，正式邁入國際慣稱的「高齡社會」。另一方面，隨著人口老化，失能人口和失智人口增加，導致照護成本大幅成長<sup>202</sup>。推估 2031 年將成長為 399,979 人，65 歲以上之失能人口大幅增加，且又因為女性平均壽命高於男性，故女性失能人口也將高於男性。

從我國高齡者之長照需求來看，根據統計 65 歲以上老人日常起居有困難占 16.81%，其主要起居活動上下樓梯困難者占 74.22%、洗澡困難者占 53.83%、平地走動困難者占 48.15%。若依據 ADL、IADL 量表分析，生活能力全無失能狀況者占 87.16%，計有 2,114,667 人；輕度失能狀況者占 4.82%，中度失能者占 2.28%，重度失能者占 4.60%，僅 IADL 失能者則占 0.72%。而各級失能程度均女性遠多於男性，喪偶者多於其他婚姻狀況者；失能老人對於進住長期照護機構或護理之家意願，隨著失能嚴重度表示願意者比例遞減。

面對上述長照需求，我國的長期照護政策演變，與其他國家並無顯著的不同。從傳統認為照護責任自然應由家庭來承擔，希望能透過傳統的孝道文化和家庭功能，協助政府解決高齡化社會帶來諸多的高齡化問題<sup>203</sup>。但遇到高齡化、少子化的雙重衝擊之下，對於長期照護的需求日益增加，卻另一方面隨著高齡者與子女同住比例也逐年下降，且婦女就業率增加，雙薪家庭比例增加，導致家庭結構改變，由過去親屬扶養，完全由家庭負起長期照護責任之型態，不得不走向公共化、社會給付系統。

<sup>201</sup> 內政部統計處，內政統計通報，<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>(最後瀏覽日期：2011/1/2)。

<sup>202</sup> 依據 OECD 統計，預估各國在醫療與長期照護之支出占 GDP 之比例，將會從 2005 年 6.7% 提升至 2050 年的 12.8%，成長幅度極大。參見行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會，長期照護保險規劃報告，98 年 12 月，第壹篇規劃背景分析與主要國家制度發展經驗，頁 5。

<sup>203</sup> 陳燕禎，我國老人照護資源變遷之初探，社區發展季刊第 114 期，2006.06，頁 241-242。

從民法親屬編對於扶養義務之減輕及免除之修正，到我國各種社會給付體系之建立，皆可看出部分家庭責任已經透過「公共化」之方式，由國家、地方政府承繼原先僅由家庭負擔之照護工作，國家扮演之角色越形重要。惟在此同時，國家亦建立市場化給付手段，由各受照護者自行選擇長照服務提供，呈現市場化給付手段併存於長照制度之現象，也顯示了長照責任無法由國家完全負擔。其中，外籍看護工自開放以來，便成為家庭照護者在面臨高度照護壓力下，向外尋求資源之最佳管道。

更進一步，以我國擔任照護工作者之分布來看，起居活動有困難老人之主要幫忙料理者為兒子，其次為媳婦及配偶或同居人。特別的是，臺北市老人則以外籍看護工為最主要幫忙料理者，若詳細就性別作分類，男性老人以配偶或同居人為主，女性老人則以兒子為主<sup>204</sup>。目前提供照護服務之家庭照護者約72萬人。進一步調查更發現，平均照護年數長達10年，每天照護時數平均14小時，其中只有2成照護者連續睡眠超過4小時，可看出家庭照護者現況之困窘。

以下就先從非正式照護體系開始介紹，其次介紹各種社會給付系統，再到市場化給付手段，就目前全面性的長照制度現況，來了解究竟國家建置的長照體系中，是否社會給付已經滿足照護者之需求，而不需再由家庭照護者獨自負擔照護責任？其次，將重點置於家庭照護者自制度中究竟獲得哪些權益？最後，就長照保險法制規劃內容，說明未來建立之長照保險法制，對於家庭照護者之權益保障是否能有所進展？故以下就先從家庭為核心之照護體系開始介紹之。

## 第二節 我國長期照護相關法制

### 一、以家庭為核心之非正式照護體系

#### (一) 民法親屬法上扶養義務

扶養制度於宗族盛行之時代，因我國古來重視家制，宗族或家族之首長一方面獨占財產，他方面也對於宗族或家族成員負有保障其生活之扶養義務。降至後代，家長之扶養義務轉為道德責任，係扶養者給予被

<sup>204</sup> 民國 98 年老人狀況調查摘要分析，內政部，網路資料：  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/list.html>(最後瀏覽日期：2011.06.05)



扶養者恩惠，並非法律上義務。其後參酌固有國情及外國立法例，制定扶養規定，則使一定親屬負擔法律上之扶養義務。故現今家庭成員間之照護責任，除了情感上、孝道之社會觀感外，也可自民法找到道德習俗外之最小限度之義務規定<sup>205</sup>。

根據民法第 1114 條規定，親屬之間互有扶養義務<sup>206</sup>，除非符合減輕或免除之情形外，皆互有扶養義務，屬應可認為關於家庭成員負有長期照護義務之法律規定。所謂扶養，乃一定親屬間有經濟能力者，對於不能維持生活者，予以必要的經濟上供給之親屬法上義務，此義務具有強制性，不允許扶養義務人拋棄或免除<sup>207</sup>。一定親屬根據民法第 1114 及 1116 條規定，包含直系血親、姻親、兄弟姐妹、家長家屬以及配偶。又根據民法第 1115、第 1116、第 1116 之 1 條規定，扶養義務人及權利人皆有其順序，若扶養義務人或權利人有數人時，由法條明文規定其優先順序，避免紛爭。

扶養之發生要件，依據民法第 1117 條第 1 項，必須扶養權利人以不能維持生活而無謀生能力者為限，而所謂「不能維持生活」係指財力不足、無法維繫其生活；「無謀生能力」則指不具工作能力而言，若雖有工作能力，但因有正當原因致不能工作者，亦應認無謀生能力<sup>208</sup>，且其不能維持生活及無謀生能力，是否因其自己過失所致，在所不問<sup>209</sup>。惟根據同條第 2 項規定，直系血親尊親屬僅需不能維持生活即可。

而扶養義務人也以有扶養能力為要件。根據民法第 1118 條規定：「因負擔扶養義務而不能維持自己生活者，免除其義務。但受扶養權利者為直系血親尊親屬或配偶時，減輕其義務。」法律規定既是最低標準之義務規定，當無法強求扶養義務人因負擔扶養義務之結果，導致不能維持自己生活之情形，因此肯認可免除其義務，但若有能力負擔部分扶養義務時，則仍應負擔部分義務。惟受扶養權利者若為直系血親尊親屬或配偶，基於「生活保持義務」之理論看來，保持對方之生活即是保持自己

<sup>205</sup> 高鳳仙，親屬法：理論與實務，五南，七版二刷，2007.10，頁 467。

<sup>206</sup> 民法第 1114 條：

左列親屬，互負扶養之義務：

- 一、直系血親互相間。
- 二、夫妻之一方與他方之父母同居者，其相互間。
- 三、兄弟姐妹相互間。
- 四、家長家屬相互間。

<sup>207</sup> 陳棋炎、黃宗樂、郭振恭著，民法親屬新論，三民，修訂八版一刷，2009.08，頁 501。

<sup>208</sup> 參照最高法院七一年臺上字三四四五號民事判決要旨，載自民事裁判發回更審要旨選輯(二)，頁 115。轉引自陳棋炎、黃宗樂、郭振恭著，同前註 207，頁 513。

<sup>209</sup> 陳棋炎、黃宗樂、郭振恭著，同前註 207，頁 513。

之生活，父母以其子女之生活為自己生活之一部而保持；夫妻之互為扶養亦即保持自己之生活，其程度與自己之生活程度相等，互負共生存之義務，故依法僅得減輕其義務，而不得全面免除<sup>210</sup>。

2010年1月7日增訂民法第1118-1條，增加扶養義務人減輕及免除之規定<sup>211</sup>，原係父母對子女之扶養請求權與未成年子女對父母之扶養請求權各自獨立<sup>212</sup>，父母請求子女扶養，非以其曾扶養子女為前提<sup>213</sup>。惟受扶養權利者對於負扶養義務者本人、配偶或直系血親曾故意為虐待、重大侮辱或其他家庭暴力防治法第2條第1款所定身體、精神上之不法侵害行為，或對於負扶養義務者無正當理由未盡扶養義務之情形，對於此際仍由渠等負完全扶養義務，有違事理之衡平，爰增列此條文<sup>214</sup>。

現今社會家暴、家庭內性侵事件頻傳，對於受害人而言，身體心理傷痛難以抹滅，若要求其對其扶養權利人仍應負完全扶養責任，顯難以期待、強人所難，故新增民法第1118-1條，減輕或免除其扶養義務。又父母對於未成年子女，有保護及教養之權利義務，爰仿德國民法第1611條第2項規定，增列第3項，明定第1項及第2項規定不適用於受扶養權利者為負扶養義務者之未成年直系血親卑親屬，以保護未成年子女之利益<sup>215</sup>。

依據上述民法規定，子女負有扶養父母的責任與義務，該義務係一

<sup>210</sup> 陳棋炎、黃宗樂、郭振恭著，同前註207，頁504、513-514。

<sup>211</sup> 民法第1118-1條：(減輕或免除扶養義務之情形)

受扶養權利者有下列情形之一，由負扶養義務者負擔扶養義務顯失公平，負扶養義務者得請求法院減輕其扶養義務：

一、對負扶養義務者、其配偶或直系血親故意為虐待、重大侮辱或其他身體、精神上之不法侵害行為。

二、對負扶養義務者無正當理由未盡扶養義務。

受扶養權利者對負扶養義務者有前項各款行為之一，且情節重大者，法院得免除其扶養義務。

前二項規定，受扶養權利者為負扶養義務者之未成年直系血親卑親屬者，不適用之。

<sup>212</sup> 參照最高法院九十二年度第五次民事庭會議決議意旨。

<sup>213</sup> 參照民法一千一百一十八條之一修正草案條文對照表。

<sup>214</sup> 同前註213。另外，刑法第294之1條遺棄罪之阻卻違法事由也跟著修訂，如下：

對於無自救力之人，依民法親屬編應扶助、養育或保護，因有下列情形之一，而不為無自救力之人生存所必要之扶助、養育或保護者，不罰：

一、無自救力之人前為最輕本刑六月以上有期徒刑之罪之行為，而侵害其生命、身體或自由者。

二、無自救力之人前對其為第二百二十七條第三項、第二百二十八條第二項、第二百三十一條第一項、第二百八十六條之行為或人口販運防制法第三十二條、第三十三條之行為者。

三、無自救力之人前侵害其生命、身體、自由，而故意犯前二款以外之罪，經判處逾六月有期徒刑確定者。

**四、無自救力之人前對其無正當理由未盡扶養義務持續逾二年，且情節重大者。**

<sup>215</sup> 同前註213。

種民事責任，扶養義務人若怠於履行，權利人得以透過民事訴訟法中之給付之訴強制要求其履行<sup>216</sup>。惟曾經拋家棄子的父母，或曾家暴、性侵害子女的父母，年老時因失能而有照護需求時，可得由法院免除其扶養義務，則照護責任先落到其他扶養義務人身上。親屬法的修法，某程度也係證明家庭照護責任之緩和。賦予扶養義務人在負擔扶養義務顯失公平的前提下，得向法院主張減輕或免除其扶養義務，而後透過法院判決之方式，減輕或免除扶養義務人之責任。

更進一步，關於扶養義務之延伸，按老人福利法第 41 條第 1 項、第 3 項規定，老人因直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人有疏忽、虐待、遺棄等情事，致有生命、身體、健康或自由之危難，直轄市、縣（市）主管機關得依老人申請或職權予以適當短期保護及安置，其所需之費用，由直轄市、縣（市）主管機關先行支付者，直轄市、縣（市）主管機關得檢具費用單據影本及計算書，通知老人之直系血親卑親屬或依契約有扶養義務者於 30 日內償還。

若依據民法第 1118-1 條規定，免除扶養義務之情形下，因安置費用實屬扶養義務之延伸，故將產生是否得拒付暫時短期保護及安置費用之問題。目前法院之見解認為<sup>217</sup>：「依老人福利法第 41 條第 3 項規定向其直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人求償，乃基於此一法律規定所創設之公法債權，而非『代位』老人對直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人行使扶養請求權，自不得執上開免除法定扶養義務之私法抗辯權向被告行使。原告對被告法定扶養義務，在民事判決確定前，既未經普通法院依同法第 1118 條之 1 第 2 項予以免除，其法定扶養義務仍然存在，依前引老人福利法第 41 條第 3 項規定，原告負有償還上開安置費用之義務。」就反面解釋，則法院對於免除扶養義務人之扶養義務之情形，若獲得民事確定判決時，則不負有償還安置費用之義務。

接下來，就必須考慮安置費用應由誰負擔之問題。就老人福利法第 42 條規定：「老人因無人扶養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境者，直轄市、縣（市）主管機關應依老人之申請或依職權，予以適當安置。」就法條看來，若為無人扶養之情況，則應由直轄市、縣市依申請或職權，予以適當安置，而其暫時安置費用則自老人福利經費中支付。故重點在於上述免除扶養義務之情形，是否符合該條之「無人扶養」要

<sup>216</sup> 陳榮宗、林慶苗，民事訴訟法(上)，修訂六版一刷，三民書局，2009.03.，頁 273-274。

<sup>217</sup> 臺北高等行政法院 100 年度簡字第 424 號判決、臺北高等行政法院 100 年度簡字第 254 號判決、臺北高等行政法院 100 年度訴字第 152 號判決、臺北高等行政法院 99 年度簡字第 827 號判決、臺北高等行政法院 99 年度簡字第 813 號判決。



件，不無討論空間。

探究當時立法討論<sup>218</sup>，該保護措施規定之制定，係為避免有扶養義務人之老人，遭受疏忽、虐待、遺棄及剝削，故先由政府提供充分保護服務，再強制課予扶養義務人責任。故請求償還暫時安置費用之前提，係建立於為避免扶養義務人對扶養權利人未盡扶養責任，而使得權利人之尊嚴及生存權遭剝奪，故規定地方政府應盡保護義務。由此看來，若已獲法院確定判決，免除其扶養義務者，應可認為不符合該條之規範意旨，而應仍由政府提供暫時安置，不得向扶養義務人請求，而自各地方政府老人福利經費中支付。

另一方面，未來可以朝向修正社會救助法之方式，就社會救助法家戶所得之計算，排除免除扶養義務人，讓受扶養人較易符合低收入標準，而由社會救助體系負擔老人之暫時安置費用。

從民法規定來看，依據上述扶養之定義，以及法條上但書「因負擔扶養義務而不能維持自己生活者」，可知法律規定之照護對象為係對於不能維持生活者，由親屬給予必要的經濟上供給，若今天照護需求者未達到不能維持生活(部分權利人也必須符合無謀生能力之要件)，則不在扶養權利人範圍內，係最低之扶養義務規定。且義務人給予的是經濟上的支持，係以金錢給付為內容，即謂物質生活之提供，實際上並未要求親自照料權利人，若僅就法律規定而言，並不包含家庭照護者最重要的「情緒支持」的功能。因此家庭成員肩負起相互照護責任仍多半是基於情感上、社會觀感上的理由，法律上強制因素比重較少，但隨著高齡化社會之來臨，高齡者照護需求產生時，照護責任在家庭成員身上造成沉重負擔。

## (二) 社會、性別角色分工現象

上述親屬法上之規定，僅以金錢物質提供為主要內容，家庭提供生活照護之成因，還是多半基於道德上、社會上觀點之考量，實際照護責任則總是落在女性身上。而女性成為照護者之原因，主要可歸納為「個人心理因素」以及「社會結構因素」兩種分析方式。個人心理因素係從「照護是女性之天性」的預設立場出發，認為係源自女性對於性別認同、自我肯定及情感依戀之需求而致。認為女性常以自己的照護行為之表現

<sup>218</sup> 老人福利法立法記錄，立法院公報，86卷31期2923號上冊97~229頁。  
[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@287:1804289383:f:NO%3DB01126\\*%20AND%20NO%3DA2%24%246\\$\\$\\$PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@287:1804289383:f:NO%3DB01126*%20AND%20NO%3DA2%24%246$$$PD)



來達到自我肯定，且透過照護關係中強烈情感的連帶，藉此滿足情感依戀之需求<sup>219</sup>。

惟女性適合照護工作之意識型態，係由父權制度建構出來的。女性擔負照護者角色，係來自社會中文化規範中的責任和義務之制約，使得女性陷於必須作為主要照護者之角色。但事實上此一觀點似乎也忽略了經濟層面上的影響。目前勞動市場上女性的平均薪資，雖依據行業別有所不同，但幾乎較男性低<sup>220</sup>，在極大化效用之考量下，女性辭職回家照護之成本通常為男性低，因此女性作為照護者係基於理性選擇。且長期照護對於醫療用品、輔具、無障礙設施之建構等，都需要龐大的支出，將造成對於較高收入之家庭成員有更深的經濟依賴，故要轉而由其擔負照護者角色又更為艱難。

社會結構因素則指出，文化規範特別是性別角色定義和親屬責任的規範，勞動市場、父權主義、以及資本主義等社會結構交織作用以型塑和強化女性成為照護者的過程<sup>221</sup>。此一觀點較符合目前社會實態，不僅受到社會文化規範之影響，上述所說資本主義帶來的勞動市場上薪資差異等，共同建構了社會、性別角色分工現象。女性因為照護工作阻礙參加勞動市場之機會，以「工作」作為社會保險之原則，使得女性多以配偶身分領取社會保險給付，導致必須透過婚姻關係維持經濟保障，使得女性在照護工作中對於男性之依賴程度提高，無法輕易跳出角色分工之傳統社會結構<sup>222</sup>。

然而，與上述親屬法上金錢負擔不同，帶來更多的是照護者之身心負擔。係因長期照護工作與一般工作不同，一週7天、每天24小時全年無休，更何況要由高齡者互相照護，實則為對於身體及心理皆是極大的負擔，法院判決之民、刑事案件中，多因長久照護家屬而造成身心疲憊，進而傷害、甚至殺害被照護者<sup>223</sup>。除體力上的負擔，家庭照護者往

<sup>219</sup> 呂寶靜、陳景寧，女性家屬照顧者之處境與福利建構，收錄於女性·國家·照顧工作，女性學學會著，女書文化，1997.09，頁60-61。

<sup>220</sup> 根據行政院主計處2011年5月之統計，所有行業別的平均薪資，雖依據行業不同薪資差異有多有少，但所有行業中男性平均薪資皆較女性高。其中又以「醫療保健及社會工作服務業」，男女平均薪資差將近5萬為最多。行政院主計處，受僱員工薪資調查統計，性別統計指標，2011.05，網路資料：<http://win.dgbas.gov.tw/dgbas04/bc5/earning/ht4561.asp>

<sup>221</sup> 呂寶靜、陳景寧，同前註219，頁62-68。

<sup>222</sup> 傅立葉，建構女人的福利國，收錄於台灣婦女處境白皮書：1995年，女性學學會著，時報文化，1995.10，頁17-23。

<sup>223</sup> 請參見臺灣高等法院刑事判決99年度上訴字第1369號、基隆地方法院刑事判決96年度重訴字第2號、桃園地方法院刑事判決98年度重訴字第67號、高雄地方法院刑事判決98年度重訴字第23號。

往也擔心自己能力不足，萬一照護不周，危及被照護者之安全，心理壓力沉重；而且因長時間待在家裡，缺乏與外界的互動及休閒生活，無處紓解壓力，長期下來身心俱疲。近年來，龐大的照護壓力造成家屬照護事故案件層出不窮，根據內政部統計，2010年1月至11月止老人虐待事件有3,044件<sup>224</sup>，而最為人所知的，2009年媳婦悶死婆婆事件<sup>225</sup>以及2011年老翁殺妻事件<sup>226</sup>。由此可知，僅依靠家庭擔負起長期照護責任是不夠的，國家角色變得非常重要，必須透過「外化」解決照護需求。

## 二、社會給付系統

長期照護責任在家庭無法獨力承擔後，被照護者之需求必須併用其他照護資源始得滿足，故開始尋求正式照護體系之服務，來解決長期性醫療護理需求以及長期照護需求。正式照護體系又分為社會給付系統以及市場化給付手段兩種。

國家責任之社會給付體系中，針對被照護者長期性之醫療照護需求，以全民健康保險法提供之居家護理服務來滿足。而關於日常生活照護部分，則分由榮民體系、社會救助體系以及社會促進(老人福利法、長期照顧十年計畫)共同組成。早期先以機構式照護為主，且透過資產調查作為資格限制，以提供全日型機構照護為主要內容。

其後，因為在地老化之概念興起，被照護者之照護場所慢慢轉移以家庭以及社區為核心，老人福利法中也針對一般戶提供居家照護，故僅藉由正式照護資源分擔部分責任，家庭照護者開始產生臨時照護之需求。

---

<sup>224</sup> 所謂「虐待」，根據家庭暴力防治法第2條第1款規定，包含身體虐待以及精神虐待；而老人福利法第41條第1項亦規定：「老人因直系血親卑親屬或依契約對其有扶養義務之人有疏忽、虐待、遺棄等情事，致有生命、身體、健康或自由……」，故可知一般所稱家屬照護事件範圍，除身體、精神虐待外，應該還包含經濟上虐待、遺棄以及違反其個人意願等，且通報會有犯罪黑數問題，故實際案件量應遠超過內政部統計之通報數。根據內政部統計處，100年第1週內政統計週報，99年1-11月家庭暴力通報案件概況，

[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=4191&page=2](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=4191&page=2)(最後瀏覽日期：2011.07.04)

<sup>225</sup> 2009年媳婦悶死婆婆事件中，被照護者行動不便、近乎癱瘓，長期躺在醫療床上，因無法自我控制，經常出手亂打人，家人將其固定在床鋪上。而照護者自述因長久照顧臥病在床的婆婆，又無法外出工作賺錢，身心俱疲，並認為「婆婆動彈不得，活著無任何意義」，故於照護4個月後殺害被照護者。自由時報電子報，2009.02.12，久病床前…媳婦悶死癱瘓婆婆，

<http://www.libertytimes.com.tw/2009/new/feb/12/today-so2.htm>(最後瀏覽日期：2011.07.04)

<sup>226</sup> 發生於兩老獨居的家庭，老夫照顧帕金森氏症之妻，中秋節前夕，因颱風家中積水地滑，妻子不慎跌倒摔斷髖關節，從此不良於行，後不忍其受病痛折磨而結束妻子生命。自由時報電子報，2010.12.27，八旬翁殺妻：不忍她病苦，

<http://www.libertytimes.com.tw/2010/new/dec/27/today-t2.htm>(最後瀏覽日期：2011.07.04)

建立「喘息服務」為臨時性的照護服務，另外也設有日間照顧中心，透過正式與非正式照護資源間之互相配合，讓在地老化之目標得以實現，且也能部分減輕家庭照護者之負擔。

另一方面，市場上解決機制則有聘僱看護工，以及私人安養照護機構兩種。聘僱看護工之方式，係讓照護者得於原先環境中繼續生活，又可某程度上舒緩家庭照護者之負擔，目前因為外籍看護工聘僱成本低，故外籍看護工利用之比例極高。而私人照護機構，也屬於機構式服務，因為目前政府監控能力低，造成品質參差不齊，衍生不少長期照護問題。

社會給付系統，分別由不同行政機關訂定相關法律規定予以推動，包含全民健康保險法、榮民體系、社會救助法、老人福利法，以及目前最為重要的長照十年計畫，針對被照護者、照護者提供各種支持內容。從社會給付系統之演進，可以看出從服務單一到多元，以及背後思想之改變，建立一套長期照護基礎制度，慢慢走向普遍性的長期照護制度之路。而其中與家庭照護者權益相關者，則主要規定於老人福利法、長照十年計畫，內容包含日間照顧、家庭托顧等支持性服務以及照護者經濟安全。此外，因長照十年計畫為目前我國長照制度中之核心，故本文採取全面性的介紹分析，其餘上述長照相關法制，則僅就照護者相關之部分予以分析說明。

表格 9：台灣目前長期照護制度之內容

體系	依據	給付項目	實施時間
社會福利行政體系	1.國軍退除役官兵輔導條例	安養養護(機構式服務) <sup>227</sup>	民國 43 年
	2.老人福利法	1.健康維護(§21) 2.居家照護(§17、18、19) 3.經濟安全(第二章) 4.喘息服務(§31)	民國 69 年
	3.社會救助法	1.居家照護(§16) 2.收容安置(§17)	民國 69 年

<sup>227</sup> 目前榮民安養分為公費安養養護、自費安養養護以及失能榮民自費養護三種，榮民之家安置就養之榮民，包含因身心障礙或老年而無工作能力者，亦包含了健康榮民之安養，以及生活能力自理能力缺損榮民之養護以及長期照護。甚至，照護對象不僅是榮民，對其配偶、父母及子女，得以自費方式併同安置。參見國軍退除役官兵輔導條例第 17 條第 2 項。



	4. 長照十年計畫	1.居家照護 2.喘息服務	民國 96 年
衛生行政體系	全民健康保險醫療辦法 (衛生署公布)	居家照護給付(§36) <sup>228</sup>	民國 84 年

(作者自行整理)

## (一) 老人福利法

老人福利法於 1980 年制定，為因應社會環境變動之需求，經歷多次修正，最近一次修正則於 2009 年。其中與長期照護制度較為相關之規定，包含安養照護以及照護者經濟安全兩大部分。關於安養照護部分，包含居家式、社區式以及機構式服務三大方面，又以前二者與家庭照護者之權益相關。

老人福利法中關於安養照護服務之規定，皆未明文限制適用對象以低收入戶為限。惟事實上，由各縣市實施結果，因為礙於地方財政限制，故公費養護或者機構式服務之補助對象，則皆**僅針對低收入戶為限**。其後雖居家服務於 2001 年，因經建會開始推動「照顧服務產業發展方案」三期計畫，首次針對非中低收入戶之老人提供居家服務，可謂還是殘補式的福利服務模式。

另一方面，照護者經濟安全部份，則發給「中低收入老人特別照顧津貼」，以補償照護者之薪資損失。實施對象則因受限於財政問題，而最終僅以中低收入老人之家庭照護者為對象。以下將針對安養照護以及照護者經濟安全兩大部分詳述之。

### 1. 安養照護

#### (1) 居家式服務(§17)

##### ① 居家服務

<sup>228</sup> 全民健康保險醫療辦法第 36 條規定居家照護得提供之服務項目，其中與長期照護相關服務包含：訪視及診察；呼吸、消化與泌尿系統各式導管及造口之護理；有關病人護理指導及服務事宜。探究當時立法背景，係基於隨著年齡結構老化，疾病型態漸以慢性病為主之改變，提供出院後仍需照護之病人，在家接受醫療照護，不但可節省住院費用，且有助於急性病床之有效利用，該項照護實屬慢性病及老人照護體系之一環。參見行政院經建會全民健康保險研究計畫專案小組，全民健康保險制度規劃報告，1990.08，頁 34。



居家服務係指將服務送至服務需求者熟悉之生活環境，居家照護被認為是較符合台灣老人照護之理想模式，故為滿足老人居家照護需求，減輕家庭照顧負擔，自 2002 年 6 月起將居家服務補助對象擴大到一般戶，2004 年 7 月起更增列「極重度失能者」補助標準。且自 2008 年度起，已納入我國長期照顧十年計畫「照顧服務」範疇辦理。依服務對象之失能程度核給不同補助額度，輕度失能者每月最高補助 25 小時、中度失能者每月最高補助 50 小時、重度失能者每月最高補助 90 小時<sup>229</sup>。截至 2009 年底，服務人數合計 2 萬 2,017 人<sup>230</sup>。

## ② 設置居家服務支援中心

對家庭照護者而言，除喘息服務之外，其他各項支持性服務亦為重要的福利服務措施，目的係為透過教育訓練、心理諮詢等，學習長期照護知識，避免對於長期照護不熟悉造成壓力，紓緩照護者因照護而生之負面情緒。故為協助各縣、市政府積極推動老人居家服務，內政部除於 1998 年 3 月 17 日函頒「加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」外，並鼓勵各縣、市政府及鄉鎮、市、區公所普遍設置居家服務支援中心，作為社區推展居家服務，或提供家庭照顧者諮詢或轉介服務，並就近提供居家服務員相關支援服務的據點。

## (2) 社區式服務(§18)

所謂「社區式服務」，也就是社會福利社區化之體現，係將社會福利與社區工作結合的具體措施與方法，將需要關懷、照護之弱勢族群留在自己社區，經由社區之居民與志工提供服務，建立社區相互扶持的生命共同體意識<sup>231</sup>。具體之服務內容如下：

### ① 日間照顧

日間照顧服務主要提供輕、中度失能、失智老人，定期或不定期往返日間照顧中心，維持並促進其生活自立、消除社會孤立感、延緩功能退化，促進身心健康，目前由各縣(市)政府結合民間資源提供個案照顧管理、生活照顧服務、復健運動及健康促進活動、諮詢服務及家屬服務

<sup>229</sup> 失能老人接受長期照顧服務補助辦法第 4 條第 2 項。

<sup>230</sup> 行政院內政部社會司，老人福利政策與措施，網站資料：<http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>(最後瀏覽日期：2011.02.23)

<sup>231</sup> 呂寶靜，老人照顧：老人、家庭、正式服務，初版二刷，2004.10，頁 262-264。

等。截至 2009 年底，服務人數合計 618 人(含失智症日間照顧服務)<sup>232</sup>。

## ② 家庭托顧

家庭托顧是一種介於正式及非正式之間的照護服務模式，透過鄰近社區之家庭托顧服務者(老人及身心障礙者祿母)，提供家庭支持性與補充性的協助，以減輕家庭照護者的壓力。這種服務模式很類似日間照顧中心，但不同是可以省去交通接送服務，因為家庭托顧服務強調社區內鄰近街坊的互相照顧，而不用送到市區的照顧中心。照顧服務員於住所內，提供失能老人身體照顧、日常生活照護與安全性照護服務，及依失能老人之意願與能力協助參與社區活動。截至 2009 年底，計臺中市、南投縣、嘉義市等申請補助辦理，服務人數合計 11 人<sup>233</sup>。

## 2. 照護者之經濟安全

除了提供實物給付之外，亦針對由非正式照護資源提供照護之家庭成員，給付現金給付，透過津貼補助彌補因照護而損失之所得。依據老人福利法第 12 條第 2 項，要求發給特別照顧津貼，故自 2000 年推行「中低收入老人特別照顧津貼」。老人福利法修訂當時，四個立法版本中均提出照顧者津貼之相關條文，肯定非正式照護體系中無酬照護者之貢獻，保障無酬照護者之生活，並藉此提升照護意願，助其家庭減輕經濟負擔。加上當時提出訂定特別照顧津貼已是世界趨勢，故老人福利法修訂案第 16 條(現行法為第 12 條)「特別照顧津貼」無異議通過<sup>234</sup>。

惟是否僅針對低收入才能申請該津貼，則引發許多爭議。當時雖提出將特別照顧津貼限定於中低收入老人才能請領，有認為違背老人福利法制定本意，由監察院向行政院糾正後，指出對於高齡者經濟生活保障未有一體公平合理之制度。但最後依舊礙於各級地方政府無自籌款及相關配套措施以供因應，內政部亦無足夠經費預算<sup>235</sup>，故最後 2000 年內政部公布之「中低收入戶老人特別照顧津貼試辦作業要點」，則還是採取僅針對中低收入戶之津貼制度，且以部分補助方式鼓勵縣市辦理。之後又於 2002 年公布「直轄市、縣(市)發給中低收入老人照顧津貼自治條例」，作為各地方政府實施之參考，最終則於 2007 年訂定「中低收入戶

<sup>232</sup> 行政院內政部社會司，老人福利政策與措施，同前註 230。

<sup>233</sup> 行政院內政部社會司，老人福利政策與措施，同前註 230。

<sup>234</sup> 劉雅文、莊秀美，中低收入老人特別照顧津貼之相關探討：關於福利使用與照顧者女性化議題，社區發展季刊第 108 期，2005.01，頁 238。

<sup>235</sup> 劉雅文、莊秀美，同前註 234，頁 239。

老人特別照顧津貼發給辦法」(以下簡稱發給辦法)。2009 年累計有 7,263 受益人次，金額累計 3,534 萬 9,000 元<sup>236</sup>。

根據發給辦法，照顧津貼之受領要件如下：受照護者必須領有中低收入老人生活津貼，未接受收容安置、居家服務、未請看護(傭)者、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助，失能程度經直轄市、縣(市)主管機關指定或委託之評估單位(人員)作日常生活活動功能量表評估為重度以上，且實際由家人照護者<sup>237</sup>。照護者部分則根據發給辦法第 3 條，必須符合下列要件：

1. 年滿 16 歲，未滿 65 歲，且無社會救助法第 5 條之 3 第 1 款至第 3 款、第 6 款及第 7 款規定之情事<sup>238</sup>。
2. 屬下列情形之一者：
  - (1) 同為領取中低收入老人生活津貼應計算家庭總收入全家人口之成員。
  - (2) 出嫁之女兒或子為他人贅夫者及其配偶。
  - (3) 受照顧者二親等以內之直系血親卑親屬。
3. 未從事全時工作，且實際負責照顧受照顧者。
4. 與受照顧者設籍及實際居住於同一直轄市、縣(市)。

根據發給辦法第 5 條，直轄市、縣(市)主管機關受理申請本津貼時，除應依規定審核相關文件外，應派評估人員實地評估受照顧者生活自理能力及需專人照顧之必要性。通過審查後，發給每個月津貼給付 5000 元，通過該津貼補助者，每三個月至少須接受政府委託之居家服務單位到宅進行督導一次。

<sup>236</sup> 同前註 230。

<sup>237</sup> 中低收入戶老人特別照顧津貼發給辦法第 2 條。

<sup>238</sup> 社會救助法第 5-3 條：「本法所稱有工作能力，指十六歲以上，未滿六十五歲，而無下列情事之一者：

一、二十五歲以下仍在國內就讀空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學以外學校，致不能工作。

二、身心障礙致不能工作。

三、罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養致不能工作。

四、因照顧特定身心障礙或罹患特定病症且不能自理生活之共同生活或受扶養親屬，致不能工作。

五、獨自扶養六歲以下之直系血親卑親屬致不能工作。

六、婦女懷胎六個月以上至分娩後二個月內，致不能工作；或懷胎期間經醫師診斷不宜工作。

七、受監護宣告。

依前項第四款規定主張無工作能力者，同一低收入戶、中低收入戶家庭以一人為限。

第一項第二款所稱身心障礙致不能工作之範圍，由中央主管機關定之。」



綜上，目前老人福利法中對於居家服務，雖然已擴及一般民眾補助，但其他社區式服務卻僅針對中、低收入老人提供之補助，故家庭照護者難以利用日間照顧以及家庭托顧措施，減輕身體及心理壓力。而照護津貼也僅針對中低收入戶之照護者，且就給付金額為 5000 元來看，作為所得補償有極大不足。因此，目前就老人福利法內容看來，我國長期照顧所需的費用，仍大部分由個人及其家庭支應，家庭照護者之相關權益也未受完整保障，故可認為至此還未建立一套普及式之福利服務體系。

## （二）長期照顧十年計畫

長期照顧需求人口數劇增，惟社會給付系統目前僅以特定對象作為給付資格，包含上述退輔體系以榮民為對象、社會救助法以及老人福利法中多數規定皆以低收入戶作為要件，即謂都以「身分」作為聯結，並無一基礎性的制度設計，長期照顧服務體系未臻完善。此外，現有的政策卻顯得零散及片段，未能有周延且整合之制度規劃以因應人口老化之急迫需求。縣市照護管理體系發展不一，服務效率與公平性倍受質疑；人力資源嚴重不足、跨專業間的團隊合作模式有待建立；服務品質監督機制不健全；長期照顧經費逐年上漲，健全財務制度有待建立<sup>239</sup>。

據此，必須於原本的長期照顧制度外，建構一個能負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照護政策。故於 93 年 4 月組成「長期照顧制度規劃小組」，結合專家學者按專業領域分工，據以提出修正初稿並於日前送內政部，小組於召開專案會議邀集相關部會、專家學者審慎研議，規劃團隊業依會議決議修正部分內容，循行政程序提報 3 月份行政院院會報告，通過長期照顧十年計畫後，即轉移行政部門落實推動<sup>240</sup>。

長期照顧十年計畫，與過去老人福利法不同，係作為一普及式福利服務制度而存在。服務對象不僅限於中低收入戶，只要達 65 歲以上國民皆可成為適用對象，而且關於失能認定範圍，更擴大給付至僅 IADL 失能且獨居之老人。而給付項目雖大抵延續老人福利法之內容，包含居家式、社區式以及機構式服務。但規劃要比老人福利法詳盡，將過去由各縣市政府規劃辦理之部分，於計畫中一併訂定原則性條文，以及各服務利用之資格要件等，可謂將過去較為零散的服務體系作一整合性的規範方式。以下則針對具體內容作說明。

<sup>239</sup> 參照 2015 年經濟發展願景之大溫暖社會福利套案第一階段三年衝刺計畫（2007-2009），2006.09，頁 58-62。

<sup>240</sup> 參照「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），2007.03。頁 1。



## 1. 規劃原則

針對全體 65 歲以上國民，非僅以低收入戶為限，給付型態以實物給付為主，現金給付為輔，而以補助服務使用為原則。依老人失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的照護服務補助，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。照護服務補助對象在補助額度下使用各項服務時，仍需部分負擔費用，部分負擔的費用則與失能者之經濟狀況有關，收入愈高者，部分負擔費用愈高<sup>241</sup>。

### (1) 服務對象

- ① 65 歲以上老人
- ② 55-64 歲山地原住民
- ③ 50-64 歲身心障礙者
- ④ 僅 IADLs 失能且獨居之老人

雖已刪除資產調查程序，建立普遍式的服務體系，惟僅以高齡者為對象，並非以全民作為長期照護對象。雖有納入身心障礙者，惟也僅以 50 歲以上國民為對象，將長期照護體系與身心障礙者扶助體系並立，見其理由係考量人口老化趨勢之快速化、資源開發的有限性、儘速推動的急迫性，故進行長期照護政策規劃時，以下資格者為優先之服務對象：長期照護係為滿足老化導致之照護需求，應以老人為主要服務對象；但考量個人之老化經驗不同，除以 65 歲年齡為分界點外，亦需將因身心障礙、地區因素致使提早老化而需照護之對象一併納入，包括 55 至 64 歲的山地原住民<sup>242</sup>，以及 50 至 64 歲的身心障礙者<sup>243</sup>。

至於僅 IADL 失能且獨居之老人，因較可能缺乏家庭社會支持，造成因無人可協助購物、煮飯、洗衣服，致使無法在家獨自生活，過早進住機構；考慮 IADL 失能且獨居老人特殊需求之情形，爰將其納入現階段規劃的服務對象範圍內。至於其他非因老化而有照護需求發生之身心障礙者，包括可就業、可教育、可復健的服務對象，則另行規劃身心障

<sup>241</sup> 同前註 240，頁 56。

<sup>242</sup> 原住民人口進入老化之年齡依據係引用「原住民敬老福利生活津貼」所設定之申請年齡為年滿 55 歲至未滿 65 歲之原住民老人。

<sup>243</sup> 身心障礙者老年年齡根據內政部(2004)「身心障礙者提前老化現象與健康照護需求之研究」委託研究報告指出，「身心障礙者的老年年齡界定，最早可由 35-40 歲開始，因其已陸續由工作職場退出；其次，可界定在 45-50 歲，其生理狀況已開始走下坡；最晚可界定在 50-55 歲，其心態已開始老化，社會參與亦逐漸減少」。據此，以 50 歲作為身心障礙者提早老化之年齡依據。

礙政策來回應其服務需求<sup>244</sup>。

由此可知，其政策實施係以有限資源、推行之急迫性為考量，故先以該四類對象先行作為服務提供對象，並未全盤否定將全體國民納入長期照護體系之想法。且也將各不同族群間之老化程度列入考量，肯認其立意良善。惟最後似乎透露欲仿效日本長期照護保險制度之意，就非因老化而產生長照需求者排除於長照體系之外，如同前文第二章第一節所述，認為應朝向以全體國民為對象之長照體系，以避免對於相同之典型社會風險，採取不同之對應方式，而有失其公平性。

## (2) 服務對象失能等級

服務之提供，根據需求者之失能程度而有所不同，當其失能程度經過照顧管理者評定為輕度、中度及重度，即可依據各等級補助服務時數使用照護服務。

- ① 輕度失能：一至二項 ADL 失能項目者；僅 IADL 失能之獨居老人。
- ② 中度失能：三至四項 ADL 失能項目者。
- ③ 重度失能：五項（含）以上 ADL 失能項目者。

失能等級之判斷標準，與前文第二章各國標準大致相同，皆採用 ADL 指標以及 IADL 指標作為基準，也將失能等級分為三級。老人福利法之規定，雖對於服務提供有「重度以上」等失能等級之要件用語(§12 II)，但未有特別針對失能等級之定義。惟視各縣市於實施長照服務時<sup>245</sup>，大抵依據 ADL 指標，提供中度、重度(極重度)之失能者安養服務，分類標準雖與長照十年計劃相同，皆以 ADL 指標為準，但服務提供範圍卻較狹窄，不但未有 IADL 指標之適用，且給付也僅針對中重度以上失能者。

長照十年計畫之分類等級，係參考德國長期照護保險之基準，以 ADL 失能項目數作為測定標準。惟與德國相比，認定範圍較廣，僅具一項 ADL 失能項目者也符合長照對象，且未特別針對長期照護中之「長期性」作特別規定，國際上多半設有 6 個月至 1 年照護需求之規定，以符合長期照護之意旨。

<sup>244</sup> 我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫，同前註 240，頁 27-28。

<sup>245</sup> 參照各縣市委託機構收容低（中低）收入戶老人安養護實施要點等，大多規定：「基本日常生活活動能力評估（以下稱 ADL）之重、極重度失能老人...」等條文，可明確看出係以 ADL 指標作為資格要件。

更特別的是，我國另考慮若無同住的非正式照護者可就近提供協助之獨居者情形，將使獨居者的 IADL 障礙對其生活的影響會加劇，故也將僅 IADL 失能之獨居老人納入長期照護體系。將僅欠缺工具性日常生活能力之人，本應排除於失能認定之國民，考量其獨居情形可能對於日常生活能力有所影響，而特別納入失能認定。可看出其背後具備「個案性」之思考方式，將有無非正式照護資源作為失能判斷之一環，而肯認其具輕度失能之資格。反面來看，若高齡者有其他同住者，則失其資格，可看出其政策目的，係政府提供長期照護服務體系前，還是以非正式照護資源為優先，正式照護體系為輔之思想，將正式照護資源與非正式照護資源間，定位為一補充關係。

### (3) 長期照護服務費用負擔

目前照護服務之費用負擔，依其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 70%，民眾自行負擔 30%<sup>246</sup>；(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）。比起過去老人福利法僅針對中低收入戶補助長照費用，長照計畫對於一般戶也有 70% 的費用補助，雖然仍有剩餘之 30% 負擔過重之聲浪出現，但與過去老人福利法相比，向普及式模式跨出極大的一步。

關於居家服務、日間照顧及家庭托顧服務之費用補助部分，當照護服務對象之照顧計畫中，若被核定有居家服務需求者，則可用照護服務之補助時數去使用服務，又若有日間照顧需求者，則可運用被核定的補助時數去使用日間照顧服務，且依部分負擔之原則自付一部分費用。另家庭托顧服務部分，亦可將核定之照顧服務時數支付家庭托顧服務。

目前長期照護服務並未有部分負擔之設計，檢視行政院社會福利推動委員會長期照顧制度規劃小組「改善長期照顧居家式服務各項措施」規劃案研究成果，居家服務失能者多使用免費時數<sup>247</sup>；且該研究進一步

<sup>246</sup> 為落實使用者付費原則，2009年起長期照顧服務全面採行民眾部份負擔機制，除低收入戶由政府全額補助外，中低收入戶須自行負擔10%，一般戶則須自行負擔40%。受此民眾部份負擔新制影響，以居家服務為例，2009年服務使用人數即較2008年為低。後內政部考量整體經濟環境，遂於2010年將一般戶自行負擔比例降為30%，服務使用人數目前已逐漸回升。

<sup>247</sup> 依據「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」第7條，對於輕度失能者，每月最高



分析輕度失能者使用居家服務之現況，七成僅接受 IADL 之協助。故有提出應納入使用者部分分擔之付費方式，改採依每小時均須有部分負擔的設計，以達成有效運用照顧服務資源，培養服務使用者付費的概念，避免照護資源之浪費。

## 2. 服務項目

服務項目以日常生活活動服務為主，即是所謂「照護服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務；另為維持或改善個案之身心功能，也將居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）納入；其次為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買、租借及住宅無障礙環境服務；最後，提供喘息服務支持家庭照顧者<sup>248</sup>。具體服務項目及內容整理成表格如下：

表格 10：長期照護十年計畫之服務項目及內容

服務項目	補助內容
(一)照顧服務 (包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務)	1.依個案失能程度補助服務時數： 輕度：每月補助上限最高 25 小時；僅 IADLs 失能且獨居之老人，比照此標準辦理。 中度：每月補助上限最高 50 小時。 重度：每月補助上限最高 90 小時。 2.補助經費：每小時以 180 元計(隨物價指數調整)。 3.超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。
(二)居家護理	除現行全民健保每月給付 2 次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次。補助居家護理師訪視費用，每次以新台幣 1,300 元計。 *補助對象：不包含僅 IADLs 失能且獨居之老人。
(三)社區及居家復健	針對無法透過交通接送使用健保復健資源者，提供本項服務。每次訪視費用以新台幣 1,000 元計，每人最多每星期 1 次。 *補助對象：不包含僅 IADLs 失能且獨居之老人。

由政府全額補助 8 小時之居家服務費；中重度失能者，每月最高由政府全額補助 16 小時之居家服務費；對於極重度失能者每月最高由政府全額補助 32 小時之居家服務費。另外，再透過資產調查，分別針對超出時數部分給予部分補助。

<sup>248</sup> 長期照顧十年計畫，同前註 240，頁 56-60。



服務項目	補助內容
(四)輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	每 10 年內以補助新台幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。 *補助對象：不包含僅 IADLs 失能且獨居之老人。
(五)喘息服務	輕度及中度失能者：每年最高補助 14 天。 重度失能者：每年最高補助 21 天。 補助受照顧者每日照顧費以新台幣 1,000 元計。 可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 5.機構喘息服務另補助交通費每趟新台幣 1,000 元，一年至多 4 趟。 *補助對象：不包含僅 IADLs 失能且獨居之老人。
(六)交通接送服務	補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助 4 次(來回 8 趟)，每次以新台幣 190 元計。 *補助對象：不包含輕度、中重失能及僅 IADLs 失能且獨居之老人。
(七)長期照顧機構服務	家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能者：由政府全額補助。 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能者：經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。 每人每月最高以新台幣 18,600 元計。 *補助對象：不包含未滿 65 歲以上的身心障礙者，及輕度、僅 IADLs 失能且獨居之老人。

表格：作者自行整理

由此可知，長期照顧十年計畫之給付範圍廣泛，從居家照護、社區及居家復健、喘息服務到長期機構服務，甚至輔具購買、租借服務、居家無障礙環境改善服務以及交通接送服務皆為給付範圍。

其中，喘息服務之補助應以照護事實作為介入依據，盡可能在照護者呈現負荷過重前就介入，且為避免受照護者剛離開醫院即接受機構式喘息照護，降低回到社區生活的可能性，因此限定照護者需照護長達一個月以上者始可申請，此時間限制較建構長期照護體系先導計畫實驗社區之三個月為短，主要乃為縮短家庭照護者等待服務的日程。最後，服務也以家庭照護者為服務對象，對於已僱請外籍家庭看護工之家庭暫不

列入。

長期照顧十年計畫更將「居家護理」也納入給付範圍。一方面擴大居家護理補助，放寬目前居家護理補助範圍，增加居家護理人員居家訪視次數，每個月以二次為限，並持續提供偏遠地區之交通補助，以促進偏遠地區居家護理之發展。另一方面，提高居家訪視之補助額度並對家庭照護者提供衛生教育與照護知識，即謂支持性服務之一部分。但檢視目前居家護理服務發展之現況，居家護理機構礙於人力及物力成本因素考量，較傾向對機構中的失能者提供照護，故希望透過提高居家護理師於社區或家戶中服務之補助額度，以鼓勵居家護理深入社區及家戶。

長期照顧十年計畫，與先前「老人長期照護三年計畫」中，社區化服務的預算編列，不到機構式照顧服務的八分之一之狀況相比，政府企圖將以往機構化之老人福利政策，導向社區化之政策方向，而且給付範圍涵蓋層面廣，與現今各國福利服務提供項目相比並不遜色。與老人福利法相比，也將所有 65 歲以上國民納入給付範圍內，不設有資產調查，對家庭照護者而言，日間照顧、家庭托顧服務，皆能依個案失能程度補助服務時數，輕度失能者也至少能獲得每月 25 小時之補助。另外，還有最高一年 21 天之喘息服務，補助每日補助費 1,000 元，亦能配合機構及居家喘息服務。

惟針對家庭照護者之經濟上支持，則未有規定，故目前仍舊必須適用「中低收入老人特別照顧津貼」，一樣設有資產限制，且必須未利用其他照護服務，與長照十年計畫之服務皆不相容，若家庭照護者要領取每月 5,000 元之照顧津貼，則幾乎必須獨立照護，可知在家庭照護者經濟安全部份仍未有進展。更進一步，就給付對象而言，並非以全體國民作為對象，而受限於資源且實施在即之故，而僅以 65 歲以上國民為對象，例外針對其他族群因其身體老化情況不同而另作規定外，並未將所有身心障礙者納入長照體系，雖未言明將來長期照護保險體制建立之時，是否將全體國民納入保險對象，但本文認為將來應朝向以全體國民為對象之長照體系，針對該社會性風險適用相同之體制方向設計。

### 三、市場化給付手段

雖透過國家建立長期照護系統承擔長期照護責任，惟無論基於情感上因素或者地區性照護資源缺乏之故，家庭依舊是許多照護需求者最希冀受照護之場所。過去由家庭承擔過重的照護責任，故政府也企圖透過

利用市場機制，解決長期照護人力需求，即謂以聘用家庭看護工之方式來替代家庭照護責任。惟台灣大部分家庭負擔不起一般國內家庭看護工之薪資<sup>249</sup>，故外籍看護工便成為家庭在面臨高度的照護壓力下，向外尋求照護資源協助的最佳管道。

1992 年外籍看護工引進之前，我國當時之長期照護政策係處於「萌芽期」(1981-1989 年)。政府主要以「濟貧式機構療養」方式滿足一般長期照護需求，對象多半是貧困無依者。1990 年進入「政策發展期」，衛生署建立「全國醫療網第二期計畫」，計畫中雖明訂中老年疾病防治計劃等慢性醫療與長期照護相關政策，但政府卻無力發展相關服務，以致於紛紛成立各種未立案之養護中心、安養機構，但卻無相關法源及人力加以管理<sup>250</sup>。

故可知引進外籍看護工之理由，係為因應家庭照護重度失能者之需求，即係因為長照體系不足，以致於必須引進外籍看護工。若依此推論，則社會給付系統與勞工行政體系應屬於補充關係，家庭照護責任過重難以負荷，又長期照護體系不備之時，作為補充性的長期照護資源。惟自 1992 年以來，社會給付體系建立許多相關之長期照護政策，包含 1998 年衛生署實施「老人長期照護三年計劃」、2005 年行政院核定「加強老人安養服務方案」、2007 年通過「長期照顧十年計劃」等，雖未建立一套完整的長期照護體系，依其補充性質理論，應可預期我國長期照護體系越趨完備之時，外籍看護工之使用率應下降，兩者之間應具有消長關係。

但自 1992 年開放引進外籍看護工後，人數便急速成長，且根據 2008 年勞委會統計，未雇用外籍看護工前，有高達 86.7% 之被照護者係由家庭成員照護，其次為本國幫傭或看護者占 6.4%，國內看護機構占 2.4%，若未來無看護工制度，雇用家庭之替代方案，則以由家人照護最多占 60.6%，送養老院或養護機構者居次，找本國看護工居第三<sup>251</sup>。從統計數據可知，外籍看護工之引進與非正式照護體系間才具有補充關係，外籍看護工替代家庭照護責任，看護工與社會給付體系間似乎僅具有替代性，且替代性低。就目前利用外籍看護工之家庭而言，以家庭照護為主要長照資源，無法負荷之部份才有勞工行政體系及社會給付系統介入

<sup>249</sup> 依據市場上行情，本國人一天 24 小時薪資約 2 千元，月薪資約 5-6 萬元。

參考自網路資料：[http://www.golden-brother.com/news\\_detail.php?tbSN=227](http://www.golden-brother.com/news_detail.php?tbSN=227)(最後瀏覽日期：2011/3/3)

<sup>250</sup> 蔡啟源，我國長期照顧服務之檢視，社區發展季刊第 129 期，2010.03，頁 412-413。

<sup>251</sup> 行政院勞工委員會職業訓練局編印，外籍勞工運用及管理調查報告，2008.12，頁 38。



之空間。

## (一) 外籍看護工引進制度

### 1. 外籍看護工引進之背景及歷程

1992 年以前，當時我國在外籍勞工申請的適用對象上，只限於工業、工程等數種行業<sup>252</sup>。後來鑒於我國照護人力服務資源不足，而為因應失能老人及身心障礙者人口增加趨勢，基於人道考量下，以「補充性原則」開放引進外籍家庭看護工，提供國內重度失能者之基本照護需求。故於 1992 年 4 月勞委會頒布「因應家庭照顧殘障人力短缺暫行措施<sup>253</sup>」後，才開啟了外籍看護工申請的大門。從此項公告中可以得知，政府主管機關開放外籍看護工的引進，其目的便在於協助有重度殘障者或中風癱瘓者的家庭能夠照顧其家人，並且提升國內看護工的供給量。

之後又於同年的 5 月勞委會發布「就業服務法」，其中第 43 條明確限定外國人在中華民國境內從事工作之種類，而外籍看護工便屬於第 1 項第 8 款所指「為因應國家重要建設工程或經濟社會發展需要，經中央主管機關指定之工作」；同年的 7 月 27 日，勞委會接著發布了「外國人聘僱許可及管理辦法」(2004 年廢止)，對於外國人的入境工作有了更詳盡的規定，此二法規使得往後政府在外勞引進與管理措施之相關行政工作上，擁有了法源上的依據。

引進外籍看護工之政策，於 1998 年 2 月有鑒於外籍勞工開放以來人數持續的增加，加上失業率也不斷的上升，勞委會乃採取「適中帶緊」的原則，關於外籍看護工則是採取嚴格審核，並加強非法使用之查核。因此，在外勞總額管控的呼聲下，外籍看護工的引進也同樣受到了緊縮，而其具體之反應，便是在勞委會 2000 年 2 月所提出的申請新措施，透過巴氏量表的嚴格把關，八成以上的申請者將無法取得外勞聘僱之名額。然而，在新制的施行僅約半年的期間後，勞委會卻又做出了第二次的制度變更，將外籍看護工的申請資格訂得更嚴，也將引進的大門關得更

<sup>252</sup> 行政院勞委會於民國 78 年 10 月，頒布了「十四項重要建設工程人力需求因應措施方案」，讓十四項重要建設的得標業者，可專案申請引進外勞；繼而於民國 80 年 10 月再頒布「因應當前人力短缺暫行措施」，將適用對象擴大至紡織業、金屬基本工業等民間「六行業十五職種」。故至民國八十年止，外籍勞工申請的適用對象仍只限於工業、工程等行業。

<sup>253</sup> 勞委會於 81 年 4 月 23 日頒布「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。在該暫行措施之公告中，主要措施有三：第一，加強辦理看護人員職業訓練；第二，加強看護工就業機會宣導，第三，基於國內社會需求及看護工人力供需失衡現象，得專案申請聘僱海外補充看護工。



緊。

惟上述新制的執行，於 2006 年 1 月 1 日又再度實施改革。然而這次勞委會卻非加以限縮，反倒是採取鬆綁的措施，來放寬外籍看護工的申請條件。由於新制在正式實施之後，而原先已申請到外籍看護工的家庭，也多將失去既定之配額，各界批評聲浪四起，勞委會不得不放寬申請條件，巴氏量表評分之分數，僅供作為判別之參考，申請流程將回歸專業評估<sup>254</sup>。

## 2. 外籍看護工之現況

勞委會自 1992 年開放引進外籍看護工後，因為國內家庭長期照護需求不斷增加，外籍看護工在我國的人數便急速成長，根據勞委會職業訓練局之統計資料，目前外籍看護工人數截至 2011 年 1 月底共計有 188,557 人<sup>255</sup>，跟去年 1 月相比增加約一萬人，呈現每年大約增長百分之十的狀態。

因為目前外籍看護工並未適用勞基法規定，故工資及工時皆未受保障。根據勞委會 2010 年 6 月統計，每名外籍看護工平均薪資為 18,341 元<sup>256</sup>（經常性薪資 15,983 元）。關於工作時數，因照護對象為需要 24 小時看護之患者或特定重度身心障礙者，故工時相對長，其中僅有兩成看護工於契約中約定，其餘八成是未約定，而平均工時約 13 小時<sup>257</sup>。

## 3. 相關法律規範

現行外籍看護工之主要規定見於就業服務法第五章「外國人之聘僱與管理」中第 46 條<sup>258</sup>有關外國人從事工作種類之限制，其中第 10 款「為

<sup>254</sup> 依據勞委會所發布的台(94)勞職外字第 0940509680 號公告與相關說明，新制的主要規定為：未來家中如有需要者，得先經由醫療機構所成立 2 人以上之專業醫療團隊的綜合評估，認定具有 24 小時之照顧需求後，方能提出申請；而原先巴氏量表評定之分數，則僅作為判別時的參考。此外，有需求者還得透過長期照顧管理中心的媒合，經由介紹國內照顧服務員仍無法滿足個案需求的情況下，方得引進外籍之看護工。

<sup>255</sup> 行政院勞委會職業訓練局統計資料

[http://www.evta.gov.tw/content/list.asp?mfunc\\_id=14&func\\_id=57](http://www.evta.gov.tw/content/list.asp?mfunc_id=14&func_id=57)(最後瀏覽日期：2011.3.5)

<sup>256</sup> 行政院勞委會職業訓練局統計資料

[http://www.evta.gov.tw/content/list.asp?mfunc\\_id=14&func\\_id=61](http://www.evta.gov.tw/content/list.asp?mfunc_id=14&func_id=61)(最後瀏覽日期：2011.3.5)

<sup>257</sup> 同前註 256。

<sup>258</sup> 就業服務法 46 條（外國人從事工作之限制）

雇主聘僱外國人在中華民國境內從事之工作，除本法另有規定外，以下列各款為限：

一、專門性或技術性之工作。

因應國家重要建設工程或經濟社會發展需要，經中央主管機關指定之工作。」規定亦即外籍看護工主要法律依據。詳細內容則規定於「外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準」(以下簡稱「審查標準」)。第 4 條第 4 款定義「家庭看護工作」：在私人家庭從事身心障礙者或病患日常生活照顧等相關事務工作。

### (1) 申請資格

被照護者應具下列要件之一<sup>259</sup>：

- ① 特定身心障礙重度等級項目之一者。
- ② 經醫療機構以團隊方式所作專業評估，認定需全日二十四小時照護者
- ③ 被看護者有下列情形之一者，得增加 1 人：
  - a. 身心障礙手冊記載為植物人。
  - b. 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。

其中所謂「特定身心障礙重度等級項目」係指，審查標準中之附表五，規定身心障礙項目包含：平衡機能障礙、智能障礙、植物人、失智症、自閉症、染色體異常、先天代謝異常、其他先天缺陷、精神病、多重障礙(至少具有前九項身心障礙項目之一)。

且雇主與被看護者間應該具有一定親屬關係，包含配偶、直系血親、

---

二、華僑或外國人經政府核准投資或設立事業之主管。

三、下列學校教師：

- (一) 公立或經立案之私立大專以上校院或外國僑民學校之教師。
- (二) 公立或已立案之私立高級中等以下學校之合格外國語文課程教師。
- (三) 公立或已立案私立實驗高級中等學校雙語部或雙語學校之學科教師。

四、依補習教育法立案之短期補習班之專任外國語文教師。

五、運動教練及運動員。

六、宗教、藝術及演藝工作。

七、商船、工作船及其他經交通部特許船舶之船員。

八、海洋漁撈工作。

九、家庭幫傭。

十、為因應國家重要建設工程或經濟社會發展需要，經中央主管機關指定之工作。

十一、其他因工作性質特殊，國內缺乏該項人才，在業務上確有聘僱外國人從事工作之必要，經中央主管機關專案核定者。

從事前項工作之外國人，其工作資格及審查標準，由中央主管機關會商中央目的事業主管機關定之。

雇主依第一項第八款至第十款規定聘僱外國人，須訂立書面勞動契約，並以定期契約為限；其未定期限者，以聘僱許可之期限為勞動契約之期限。

續約時，亦同。

<sup>259</sup> 外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 22 條、24 條規定。

三親等內之旁系血親、一親等之姻親、祖父母與孫媳婦或祖父母與孫女婿。若被看護者在我國無親屬，或情況特殊經中央主管機關專案核定者，得由與被看護者無親屬關係之人擔任雇主或以被看護者為雇主申請聘僱外國人<sup>260</sup>。

自上述規定可知，於現制的規定下若要申請外籍看護工，便得具有下列兩者中的任一種資格：一是擁有重度等級以上之身心障礙者手冊，二則是持有「病症暨失能診斷證明書」。「病症暨聲能診斷證明書」之取得，乃是要到指定之醫院，透過兩位以上醫事人員組成之專業醫療團隊進行綜合評估後，判定確屬 24 小時之照護需求者方能取得；而過去作為判斷標準之巴氏量表，未來則僅作為參考，將不再是衡量聘僱外籍看護工時的唯一依據。

就申請要件看來，原先採取 ADL 指標判斷方式，利用巴氏量表作為工具，必須達到巴氏量表 30 分才符合申請資格。巴氏量表評定方式中，0~20 分係屬完全依賴之程度，21~40 分是嚴重依賴，30 分以下之要件實屬嚴格，許多需要 24 小時看護的被照護者，也難以達到該門檻。現在採用專業團隊綜合評量之方式，只要判定屬於 24 小時之需求者便具申請資格，使得要件審查更為彈性，也更貼近被照護者家庭之需求。

## (2) 運作流程

依據勞委會 94 年勞職外字第 0940509669 號函釋，申請人在獲得 24 小時需求之診斷後，醫院部分便會在 2 日內將診斷的證明書正本寄給雇主，副本則通知雇主所在地的長期照護管理中心，而長期照護管理中心就從現有的人力資料庫中，搜尋有就業意願之國內照顧服務員，透過電話確認其意願後隨即便辦理媒合，每位雇主推介的作業次數至少要 2 次，每次以推介 3 人為原則，並將於 6 個工作天完成推介手續。倘若雇主具有正當事由無法僱用長照中心所推介之人員時，民眾便可於醫療團隊做成評估日起，14 日至 60 日的期間內向勞委會職業訓練局申請招募外籍看護工，並由職訓局依規定來審核，作成申請案件能否通過的最後准駁。

此外，為鼓勵雇主僱用本國籍的照護服務員，並提高雇主僱用誘因，勞委會規劃了雇主聘僱本國籍照顧服務員之補助辦法，對僱用經長期照護管理中心推介之本國籍服務員，提供每個月 1 萬元之僱用獎助，期限

<sup>260</sup> 外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準第 23 條規定。



為期一年，以減輕聘僱者家庭之經濟負擔，也增加本國籍照護服務員之工作機會。

與過去極為不同之一點，便是在外籍看護工申審流程中，加入了長期照護管理中心媒合本國服務員的步驟。使得長期照護管理中心成為國家提供的照護服務與外勞政策所形成之照護市場間一個極重要的交會處，提供了長照體系一個有利的整合平台。但若雇主擁有正當理由便可以拒絕，正當理由並無明確規範，根據統計媒合率過低<sup>261</sup>，可知媒介本國照護服務員成效不彰。

外籍看護工月平均薪資 18,341 元，而且幾乎還是 24 小時全天制。反觀本國照護員，因受有專業訓練，還必須到相關機構去實習，專業能力雖高於外籍看護工，但薪資的計算方式系採時薪制，若換算成日夜無休，月薪資將超過 6 萬元。另一方面，外籍看護工雖有給付範圍限制(見下文)，但基本上幾乎可涵蓋所有日常生活照料之範圍，實務上比起專業之照護工作，很多時候常常是打理日常生活，無所不做，與本國照護員以照護工作為核心有極大不同。故儘管政府補助第一年每月 1 萬元之雇用獎助，就目前本國照護服務員和外籍看護工之薪資差額來看，對照護家庭來說誘因似乎不高，縱使其有雇用誘因，補助期限過後應難以期待繼續僱用本國照護服務員。

### (3) 服務給付範圍

依據外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準(簡稱審查標準)第 4 條第 4 款之定義，係在私人家庭從事身心障礙者或病患日常生活照顧等相關事務工作。事務工作之實際內容，勞委會為避免其遭濫用，曾作出正式解釋以限制其範圍，即「主要幫助有重度殘障、癱瘓中風或重大病患之家庭照顧此類親屬，即其監護範圍主要係在照顧重病受監護人，若為照顧重病受監護人所必須之相關生活照料工作，例如：為受監護人在許可工作地點調理膳食、餵食受監護人、洗滌衣物、清潔環境等不涉及營利性質者，自可視為原許可監護工作之範圍<sup>262</sup>。」與本文前章所述之長期照護給付範圍相比，沒有太大出入，

<sup>261</sup> 依經建會統計，全台 25 縣市每月平均媒合件數約為三千多件，但只有三十多人獲得聘僱，成功率不到 1%，已流於形式。台灣光華雜誌(智庫)，2010.10，頁 78，網路資料：

[http://www.taiwan-panorama.com/show\\_issue.php?id=2010109910078c.txt&table=0&cur\\_page=1&diatype=text](http://www.taiwan-panorama.com/show_issue.php?id=2010109910078c.txt&table=0&cur_page=1&diatype=text)(最後瀏覽日期：2011.07.15)

<sup>262</sup> 行政院勞工委員會 88 年 8 月 2 日(88)職外字第 710140 號函。另勞委會也於 95 年 7 月 6 日勞職外字第 0950013210 號信函釋中，也針對機構看護工作之相關業務工作予以規範說明，其中包括：為被收容之身心障礙者或病患餵食、更衣、清潔身體、避免褥瘡或促進血液循環之拍背、按



還是必須以日常生活照料相關之工作為限。

## (二) 自費機構照護

除了上述聘僱外籍看護工之方式，市場上另一解決機制便是透過自費機構照護之方式，將被照護者安置於照護機構，包含政府經營或者委託私人經營之照護機構，例如：護理之家、仁愛之家、養護中心等，根據內政部統計，自費養護之比率低，約佔 10%<sup>263</sup>。自費安養機構如同上述所說，係以需他人照顧或以無扶養親屬或扶養亦或親屬無扶養能力，但日常生活尚能自理之人為對象之機構，故並非本文討論範圍。

首先，與公費養護相比，自費養護之年齡限制較低，部分僅以 60 歲以上為要件，而根據各機構不同，另外設有不同安置要件，但大抵上皆以「生活自理能力缺損且無技術性護理服務需求之老人」為對象。再依據 ADL 指標判斷其依賴程度，給予不同給付項目，而費用也因此有所不同。養護機構每月平均收費 1 萬 7,000 元至 3 萬 5,000 元；長期照護收費更貴，每月約要 2 萬 5,000 元至 3 萬 3,000 元<sup>264</sup>。對於家庭來說是一筆不小的負擔，與上述聘僱外籍看護工相比，成本較高，且被照護者也被迫離開家庭。

過去未立案機構多，目前根據統計全國未立案機構已經降至 14 所<sup>265</sup>，係因近年來，因老人養護機構設立門檻較低，以及主管機關法令的要求與輔導，使得老人養護機構市場的競爭越來越激烈。其中由政府經營的機構極少，幾乎都是私人設立之機構。照護品質除透過福利機構評鑑之方式，也經由受照護者挑選之市場機制評定，惟因為自費養護、照護比例低，要作為淘汰品質低劣之機構仍舊有其限制，仍舊必須仰賴機構評鑑之方式。而私立與公立老人福利機構之輔導、檢查、監督、評鑑與獎勵由主管機關為之，依照老人福利機構評鑑及獎勵辦法，中央主管機關

---

摩等「非涉及專業醫療行為」之照護工作；在許可工作地點代理或協助本國照顧服務員從事上開病患為目的之環境清潔、膳食料理、衣物洗滌等工作。雖非直接規定雇主聘僱外籍看護工至家庭之情形，但就其定義應也可作為參考。

<sup>263</sup> 以內政部南區老人之家老人長期照顧、安養機構概況收容動態（一）統計，2011 年 3 月總收容人數有 300 人，公費人數有 269 人，自費照護人數僅有 31 人，大約僅占 10%。網路資料：[www.steh.gov.tw/chinese/line/97年月報表.xls](http://www.steh.gov.tw/chinese/line/97年月報表.xls)。內政部東區老人之家統計截至 98 年 12 月 31 日止，公費養護 130 人，自費養護 10 人，也約占 10%。網路資料：[http://www.ete.gov.tw/chinese/UpLoad/download/40199\\_32247685180.pdf](http://www.ete.gov.tw/chinese/UpLoad/download/40199_32247685180.pdf)

<sup>264</sup> 健康要保險，現代保險金融理財雜誌，第 213 期，2006.09，網路資料：<http://www.rmim.com.tw/safetybook-200711-health.htm>

<sup>265</sup> 內政部社會司老人福利，老人福利安養護長期照護機構查詢，台灣地區老人安養護未立案機構現況，<http://sowf.moi.gov.tw/04/12/12.htm>。

至少每三年作一次全國性老人福利機構評鑑。對於評鑑結果，依據老人福利法第 47 條、第 48 條第 3 款及第 49 條第 1、2 項設有相關罰則。

除此之外，行政院消保會也於 2008 年 1 月通過養護(長期照護)定型化契約範本，有關於自費養護(長期照護)之定型化契約，分為有訂期限與無期限兩類。條款內容包含照護費用雙方議定、被照護者之自行負擔費用、機構提供之服務內容(包含生活服務、休閒服務、專業服務等)、終止契約條件、違約金等相關條款。但因僅具參考性質並無法律拘束力，故 2011 年 4 月也提出「養護(長期照護)定型化契約應記載及不得記載草案」，分別規定應記載事項共 20 點，不得記載事項共 11 點，以明確其權利義務關係。

#### 四、長期照護保險政策與草案

目前我國長期照護相關之制度分散於衛生、社政、退輔、勞政單位，各體系間並未加以整合，加上以稅收作為財政支出來源，雖可暫時減輕民眾負擔，但可能造成政府預算排擠，且隨著長期照護需求增加將衍生財政困難等問題。故於 2008 年 5 月 30 日「院長施政方針報告」中，明確宣示要落實長期照護制度以及推動長期照護保險之立法，希冀藉由「長照保險法」之立法，以社會保險方式，透過社會風險分擔的機制來降低家庭長期照護之經濟負擔。

長照保險相關法制立法過程中，自 2008 年 12 月起經建會會同衛生署及內政部積極進行長期照護保險之規劃，於一年審議後，於 2009 年 12 月作出「長期照護保險規劃報告」。當中提到應研提「長期照護保險法」及「長期照護服務法」二項法案，以使制度實行具備法源基礎。「長期照護保險法」為長照保險之母法，針對保險人、保險對象、保險財務、保險給付、服務機構、總則等政策性基本事項進行規範；而「長期照護服務法」則針對各項長照資源配置、機構管理、設施供需、設置標準、品質規範與評鑑標準等執行面向之內涵加以規範<sup>266</sup>。關於該兩項法案，長照保險法草案行政院目前還在草擬當中，而預先於 2011 年 3 月底通過長照服務法之草案，送立法院審議當中。

長期照護保險規劃報告中，針對保險對象還未有定案，提出全民加保以及僅 40 歲以上國民加保兩案。而給付方式方面，採取實物給付與

<sup>266</sup> 長期照護保險規劃報告，行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會，98 年 12 月，第貳篇，頁 3。

現金給付並行，實物給付包含居家式、社區式、機構式以及其他服務；現金給付則係對於家庭照護者之補償。給付水準部分，則規劃居家式或社區式服務最多每月 90~150 小時，現金給付則為居家服務之 30~40%。此外也加強對於照護者之支持，規劃應發展家庭照護者培訓課程，並提供適切的喘息服務，減輕家庭照護者之負擔<sup>267</sup>。

至於目前行政院優先通過之長照服務法草案，係為管理及統合長照機構及人員，健全長照服務體系之發展，確保服務品質，及保有長照服務接受者之尊嚴及權益而制定，共七章五十五條。草案具體內容包含：長期照護相關用詞定義(§3)、長照服務評估及服務方式之規定(§7、8)、長照人員訓練、認證、繼續教育及登錄等管理規定(§11、12)、長照機構之分類、設立等管理規定(§14~17)、長照機構評鑑、監督考核之規定(§29)、罰則(§35~47)、個人看護者以及其支持性服務規定(§52~53)。

惟目前行政院的長照服務法草案中，大部分是關於管理之相關規定，對於具體服務之相關規定少，而且該草案對於現行老人福利法、身心障礙者權益保障法、護理人員法之間的整合、銜接完全無相關規定。其次，對於家庭照顧者及個人看護者(尤其外籍看護工)之權益保障不足，僅有第 53 條規定：「失能者由家庭照顧者自行照顧或個人看護時，得由長照機構提供支持性服務。」，且對於該支持性服務之條文亦僅籠統規定，並規定於附則，從該草案中完全看不到具體服務內容。

再者，對於與勞工政策間整合，草案第 52 條第 1 項規定：「個人看護者，除應接受中央主管機關公告指定之訓練外，不適用本法。」明訂外籍看護工係有酬受僱關係，必須要接受衛生安全訓練，但是外籍看護工實屬於個人看護者，並不適用長期照護服務人員專業證照規定。惟依據同條第 2 項規定，必須按照長期照護服務規定來進行評估失能程度，與接受一般長期照護服務相同之評估程序。可謂該草案對外籍看護工之定位並不一致，有模糊不清之嫌，其係將外籍看護工視為管制性人力資源，透過該法律制定，逐漸將外籍看護工排除於長照保險服務體系外。(詳細見本文第五章第四節)

接下來，各節中將對照上章中日本法之分析層次，就我國長期照護制度中，分別就現金給付、家庭照護者之定位方面，作較詳細之分析檢討。

---

<sup>267</sup> 長期照護保險規劃報告，同前註 266，頁 12-14、32-34。



### 第三節 現金給付之檢討

對於家庭成員自行照護之情況，十年長照計畫中並未有現金給付之規定，而仍基於中低收入戶老人特別照顧津貼發給辦法規定(以下簡稱發給辦法)，發給現金給付。分別針對照護者以及受照護者之資格要建作相關規定。

根據發給辦法，照顧津貼之受領要件如下：受照護者必須領有中低收入老人生活津貼，未接受收容安置、居家服務、未請看護(傭)者、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助，失能程度經直轄市、縣(市)主管機關指定或委託之評估單位(人員)作日常生活活動功能量表評估為重度以上，且實際由家人照護者<sup>268</sup>。照護者部分則根據發給辦法第3條，必須符合下列要件：

1. 年滿16歲，未滿65歲，且無社會救助法第5條之3第1款至第3款、第6款及第7款規定之情事<sup>269</sup>。
2. 屬下列情形之一者：
  - (1)同為領取中低收入老人生活津貼應計算家庭總收入全家人口之成員。
  - (2)出嫁之女兒或子為他人贅夫者及其配偶。
  - (3)受照顧者二親等以內之直系血親卑親屬。
3. 未從事全時工作，且實際負責照顧受照顧者。
4. 與受照顧者設籍及實際居住於同一直轄市、縣(市)。

就個別要件來看，可發現許多值得討論之處。首先，就受照護者之

<sup>268</sup> 中低收入戶老人特別照顧津貼發給辦法第2條。

<sup>269</sup> 社會救助法第5-3條：「本法所稱有工作能力，指十六歲以上，未滿六十五歲，而無下列情事之一者：

一、二十五歲以下仍在國內就讀空中大學、大學院校以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學以外學校，致不能工作。

二、身心障礙致不能工作。

三、罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養致不能工作。

四、因照顧特定身心障礙或罹患特定病症且不能自理生活之共同生活或受扶養親屬，致不能工作。

五、獨自扶養六歲以下之直系血親卑親屬致不能工作。

六、婦女懷胎六個月以上至分娩後二個月內，致不能工作；或懷胎期間經醫師診斷不宜工作。

七、受監護宣告。

依前項第四款規定主張無工作能力者，同一低收入戶、中低收入戶家庭以一人為限。

第一項第二款所稱身心障礙致不能工作之範圍，由中央主管機關定之。」



資格，必須受照護者被認定為重度失能才符合請領資格。重度失能的高齡者通常較傾向選擇機構照護，若身在機構服務資源較豐富的地區(例如：台北)，照護者選擇領取津貼之意願較低，故照護津貼排除中低度失能者之領取資格，則可能造成制度目的落空。

其次，限制受照護者必須未接受收容安置、居家服務、未請看護(傭)者、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助，即謂照護津貼與其他長照服務提供僅能二擇一，即謂現金給付與實物給付無法同時請領。事實上，採取現金給付與實物給付僅能二擇一之立法方式非謂沒有，但現金給付便需達一定所得補償功能，或者至少須達實物給付之一定比例。

惟關於照護津貼金額，目前規定每個月 5000 元，對於中低收入戶而言，或許是一筆不算少的津貼收入，然而根據衛生署「長期照護納入全民健康保險給付可行性評估調查報告」中顯示，個人照護支出高達 85%~90% 是生活照護費用，10%~15% 是醫療照護費<sup>270</sup>。以此數據來看，家庭照護成本並不會低於機構照護太多，每個月 5000 的津貼額度不足以因應重度照護者之生活照護需求<sup>271</sup>。

對照本文第三章關於現金給付性質之分類，依據當時立法理由，僅提到要肯定其照護貢獻，保障其生活，助其家庭減輕經濟負擔，不若我國育嬰津貼，依據行政院勞工委員會見解，直接表明為薪資補償之性質<sup>272</sup>。我國育嬰津貼制度，依據規定就業保險法，被保險人同時具備下列條件，得請領育嬰留職停薪津貼：保險年資合計滿 1 年以上；子女滿 3 歲前；依性別工作平等法之規定，辦理育嬰留職停薪者<sup>273</sup>。給付標準則按被保險人平均月投保薪資 60% 計算，每一子女父母各得請領最長 6 個月，合計最長可領 12 個月<sup>274</sup>。

與上述育嬰津貼相對，勞委會雖然並未明白說明照顧津貼之性質，但背後想法則不失為參考之對象，因兩者皆是基於對於家屬之照護而離開工作(無論時間長短)之情形，透過發給現金給付之方式，來正面評價家庭成員照護之付出，提供家庭照護者經濟性支持。惟若與育嬰津貼制

<sup>270</sup> 劉雅文、莊秀美，同前註 234，頁 243-244。

<sup>271</sup> 依照德國之實施經驗，金錢給付應為實物給付大約半額來看，估算照護津貼至少應補貼 10,000 元左右。參考自劉雅文、莊秀美，同前註 234，頁 243。

<sup>272</sup> 依據行政院勞工委員會 98 年 8 月 17 日勞保 1 字第 0980140398 號函釋略以：「育嬰留職停薪津貼與勞保傷病給付同屬薪資補償性質，基於社會保險不重複保障原則，不得同時請領。」

<sup>273</sup> 就業保險法第 11 條第 1 項 4 款。

<sup>274</sup> 就業保險法第 19-2 條。

度比較，第一，我國目前照顧津貼僅針對中低收入戶為對象，並非一普及式之福利給付，就性質看來應較類似「社會救助」。第二，與育嬰津貼依照月投保薪資 60% 計算之方式不同，因為並非置於就業保險之下，故照顧津貼並不以先前有工作為必要，而採取定額給付方式。故若要直接類推育嬰津貼，認為照顧津貼係屬薪資補償性質似有欠妥當。

另一方面從照護者之資格看來，規定限制為非全時工作之人，即謂必須為照護工作某程度上退出就業市場，家庭經濟來源頓時減少。所謂全時工作，根據行政院勞委會定義，係指通常為法定工作時間或企業所定之工作時間<sup>275</sup>，法定工時即謂兩週 84 小時。由此看來，家庭照護者要達到非全時工作要件並不困難。惟依照發給辦法第 2 條要件，排除收容安置、居家服務、看護(傭)、政府提供之日間照顧服務補助，或其他照顧服務補助等服務利用之人，即謂一旦領取照顧津貼，照護者就必須負擔全部的照護責任，無法依賴其他的喘息服務等。

無法依賴其他照護服務補助之情況下，照護者通常僅能從事部分工時工作，甚至是退出工作職場。就給付金額為 5000 元來看，作為所得補償有極大不足，僅能看作是補充性的津貼補助，就所得補償之概念來看，實有不足，由此看來，其性質應較類似於日本的家庭慰勞金制度，即謂僅具「照護者慰勞」之性質。以日本的實施經驗看來，對於家庭照護者保障極度不足之情況，導致從長照保險法實施以來，2005 年法制修正通盤檢討會議中，無論學者或各市町村代表再再表達了應納入現金給付之意見<sup>276</sup>。

事實上，實施現金給付之目的，並非要將所有照護責任都推給個人，而是提供另外的服務選擇，惟現行制度下卻不允許非正式照護和照護並存，將造成因照護工作而被迫增加家庭負擔，使得中低收入戶之經濟困境更為險惡。甚至，長遠來看，退出就業市場之照護者隨者年紀增長，回到就業市場之難度就會越高，家庭照護工作結束後，通常會遭遇難以回歸就業職場之問題，可能造成中低收入戶之家庭貧窮之惡性循環。

<sup>275</sup> 依據行政院勞工委員會 92 年 3 月 4 日臺勞動一字第 0920011034 號函，僱用部分時間工作勞工參考手冊第三點定義，「部分時間工作勞工：謂其工作時間，較該事業單位內之全時勞工工作時間（通常為法定工作時間或企業所定之工作時間），有相當程度縮短之勞工，其縮短之時數，由勞雇雙方協商議定之。」

<sup>276</sup> 二木立，介護保險制度の総合的研究，勁草書坊，第 1 版 3 刷，2008.07，頁 181-182。

## 第四節 家庭照護者之法律定位

要討論我國家庭照護者之定位，也同樣必須先就我國長期照護制度之法律關係作分析，究竟我國是否也如同日本長照保險法係屬三面關係，而家庭照護者屬於其中一環，亦或家庭照護者係屬第四面關係。家庭照護者之定位將會影響其資格要件，以及其法律上權益，故以下本文試圖釐清其法律定位以及與其他當事人間法律關係。

目前我國之長照服務體系，相關法規散見於老人福利法、行政院衛生署及內政部訂頒的各式行政命令，由於各部門行政法規之人規範對象不同，其理念與關注重點亦不一致，事權無法統一，導致人力資源無法統籌發展與管理。除由國家親自提供長期照護機構措施，例如：榮民之家或公立安養機構，另一種方式則是未直接提供，但採取監督管理等措施，或透過補助之方式，鼓勵私人興建長照機構以間接滿足人民之長照需求。

內政部推展社會福利補助要點於1989年起開始實施，1999年及2000年政府部門所屬機關機構亦可接受補助，故政府多半立於直接提供服務者的角色，加上當時多項服務措施尚未推行，以民間單位參與社會福利服務提供比例較低。直至2001年以後，地方政府及公立福利機構被排除於受補助對象，反而財團法人福利機構、財團法人基金會及立案社會福利團體三者儼然成為國內社會福利服務的主要提供者。從各項福利服務規定之補助對象來看，政府偏好由社福機構及社會福利團體擔任服務提供者的角色，此兩類民間組織包辦所有政府補助長期照顧相關福利措施之提供，而財團法人基金會則在部分福利服務項目上被排除為受補助對象，例如：到宅評估輔具及復健訓練<sup>277</sup>。

承上所述，目前長期照護制度之法律關係，有分為由國家親自提供長期照護機構措施，例如：榮民之家或公立安養機構，且非委由私人經營者，則與受照護者之間成立兩面關係；以及引入機構提供長照服務，由國家、受照護者、長照服務機構間成立三面關係。首先，就雙面關係而言，由國家對受照護者作一失能認定，然後作一授益行政處分，讓受照護者取得長照給付權利，兩者之間法律關係較為單純。

惟就現階段長期照護資源，民間單位之服務提供是不可或缺的，就

<sup>277</sup> 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），行政院院臺內字第0960009511號函核定，2007.03，頁156。



如同日本長期照護制度現況，我國引入私人機構提供長照服務之比例極高，故雖然我國還未實施長照保險法，但就目前服務提供之架構而言，亦由國家、受照護者以及長照服務機構間成立三面關係。

所謂三面關係，即謂國家與受照護者間亦存在由國家對受照護者作一失能認定，然後作一授益行政處分，讓受照護者取得長照給付權利之法律關係；而國家與事業單位之間則國家與長照機構之間的關係，有很多種面向：主要有管理、補助、委託等關係，委託部分，則係無論由國家之公立機構提供服務，或委託民間機構辦理長照服務，皆基於國家有提供長照服務之責；事業單位與受照護者之間則為純粹私法上契約關係，受照護者的服務之請求對象係個別服務提供單位<sup>278</sup>。

承上所述，我國目前長照制度亦與日本相同大致呈現三面關係。惟究竟家庭照護者在其中扮演什麼角色，則不無疑問。從上節中低收入老人特別照顧津貼看來，由國家直接發給家庭照護者津貼，而並未將家庭照護者統一由事業單位管理，且未制定任何關於專業照護之資格要件規定，僅需家庭照護者有照護事實便可等情況看來，與日本家庭照護者派遣制度以及德國現金給付都有極大的差別。

首先，日本家庭照護者派遣制度中，法律關係仍舊呈現三角關係，而家庭照護者可看作是事業單位之一環，與一般訪視照護員並無不同，不但其管理統一由事業單位為之，而且也對其要求相當程度之專業能力，故家庭照護者所獲得的現金給付，事實上與薪資所得性質較為接近。

反之，自德國長照保險中之現金給付觀之，其發給對象是被照護者，由被照護自行找尋照護人力資源，即謂由被照護者以現金購買非專業照護人力。故雖然家庭照護者必須經由健康保險醫事服務處之評估，但事實上家庭照護者與國家之間並無直接關係，也不受事業單位之管理，與受照護者間才具有緊密關係，不但兩者之間具有服務購買與提供之關係，更重要的是，家庭照護者之法定社會與勞動保障，必須透過受照護者納保之保險人負擔，進而結合年金保險、雇用保險等社會安全制度。

與上述兩制度相比，我國似乎與兩者皆不相似。我國的照護津貼雖然與德國相同，並不要求照護者具備一定程度之專業能力，德國甚至是鄰居也可以成為服務提供者，但我國津貼發給對象並非受照護者，而係由國家直接發給家庭照護者，法律關係應直接存在於國家與家庭照護者

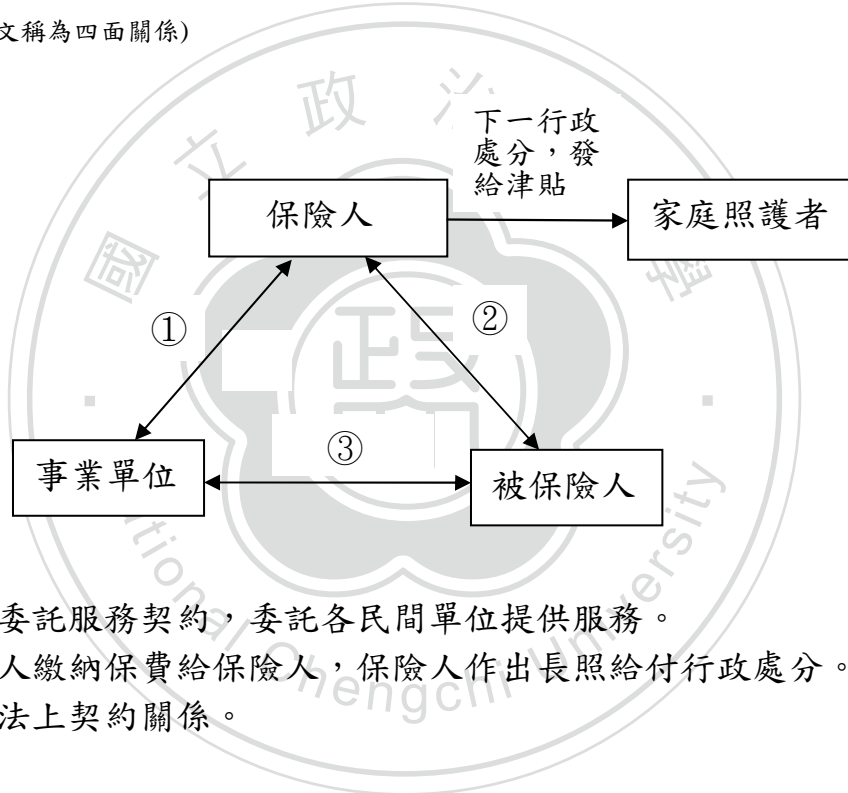
<sup>278</sup> 詳細三面關係論述，請見本文第五章第一節。



之間。故目前我國長期照護制度下，現金給付(特別照顧津貼)係由國家與家庭照護者間構成雙面關係。

而未來我國施行長照保險制度後，國家擔任保險人角色，受照護者成為被保險人，另外一方則為長照服務提供單位，上述三者一樣形成三面關係，而家庭照護者則應於三面關係外，再由國家與家庭照護者間存在一法律關係，而形成所謂「四面關係」。(見下圖表 5)

圖表 5：我國未來長照保險法制下家庭照護者之法律關係  
(本文稱為四面關係)



- ①簽訂一委託服務契約，委託各民間單位提供服務。
- ②被保險人繳納保費給保險人，保險人作出長照給付行政處分。
- ③成立私法上契約關係。

於所謂四面關係中，家庭照護者便僅係一非專業照護人力來源，不由長照服務提供單位管理，也不由被照護者自行購買服務，而是透過向直轄市、縣(市)主管機關申請津貼給付方式，先由直轄市、縣(市)主管機關審核給付資格要件，並派評估人員實地評估受照顧者生活自理能力及需專人照顧之必要性後，於符合要件情況下，下一受益行政處分發給家庭照護者津貼。

由此可知，就目前我國長照法律架構看來，本文認為家庭照護者並不屬於原先三面關係中任何一方，而是基於自身照護者身分成為長照法

律關係中的第四方。故本文認為無論支持性服務中的喘息服務，或者因照護工作所得之現金給付，皆係基於家庭照護者之主體性而來，並非附屬於受照護者而來，源自其照護工作所應得之評價以及身心理需要獲得充分休息之理由。雖然亦有利於被照護者，惟本文仍認係基於照護者本身而所應獲得之權益。

其次，家庭照護者之定位既並非屬於事業單位之一環，與專業照護人力之間，就如同本文於第一章所述，非正式照護資源與正式照護資源之間，應屬於補充關係，即謂兩者並非互相衝突，也並非完全可以替代之關係，兩者應建立合作之關係，有其共同存在之必要。故特別照顧津貼之要件設定上，則不應設有排除利用其他正式照護資源的可能性，而應使受照護者得同時利用正式照護資源與非正式照護資源，以滿足長期照護需求。

而就家庭照護者之專業能力方面，既非置於專業照護人力之下，本文認為並不要求家庭照護者須具備與專業照護人力相同之專業能力條件，故就其照護工作報酬亦得如同德國制度，可規定相當於專業人力之一定比例金額，惟如同上節所述，照護津貼的多寡仍必須就所得補償之概念或者甚至提升到家庭照護勞動評價之層次，給予合理之照護津貼額度。

## 第五節 小結

我國長期照護責任，自個人家庭責任到引進外籍看護工，再到各種社會給付系統，可以看出國家扮演的角色越來越吃重。目前實施的長期照顧十年計畫，已係幾乎涵蓋所有給付範圍，雖目前還並非以全體國民為對象，已可看出普遍肯認長期照護之需求，也肯認國家有承擔長期照護責任之義務。

目前我國長照制度之下，家庭照護者之定位並未受重視，制度建構總是從被照護者之觀點著手，以致於無論其照護工作之評價、支持性服務以及所需資格要件等，其合理性都未成為制度建構之討論核心。由目前長照十年計畫架構看來，我國對於家庭照護者之定位與日本家庭照護員派遣制度以及德國現金給付制度皆有所不同，本文認為係成立所謂「四面關係」，基於自身照護者身分成為長照法律關係中的第四方，與專業照護人力之間，應屬於補充關係，即謂兩者並非互相衝突，也並非

完全可以替代之關係，兩者應建立合作之關係，有其共同存在之必要。故特別照顧津貼之要件設定上，則不應設有排除利用其他正式照護資源的可能性，而應使受照護者得同時利用正式照護資源與非正式照護資源，以滿足長期照護需求。

而就家庭照護者之專業能力方面，既非置於專業照護人力之下，本文認為並不要求家庭照護者須具備與專業照護人力相同之專業能力條件，故就其照護工作報酬亦得如同德國制度，可規定相當於專業人力之一定比例金額，惟如同上節所述，照護津貼的多寡仍必須就所得補償之概念或者甚至提升到家庭照護勞動評價之層次，給予合理之照護津貼額度。

至於，對於家庭照護者之保障，長照十年計畫與老人福利法相比，不設有資查調查，日間照顧、家庭托顧服務，皆能依個案失能程度補助服務時數，輕度失能者也至少能獲得每月 25 小時之補助。另外，還有最高一年 21 天之喘息服務，補助每日補助費 1,000 元，亦能配合機構及居家喘息服務。惟針對家庭照護者之經濟上支持，則未有規定，故目前仍舊必須適用「中低收入老人特別照顧津貼」，一樣設有資產限制，且必須未利用其他照護服務，與長照十年計畫之服務皆不相容，若家庭照護者要領取每月 5,000 元之照顧津貼，則幾乎必須獨立照護，可知在家庭照護者經濟安全部份仍未有進展。

此外，目前長照十年計畫，更因各縣市財政及照顧管理制度執行能力不一、照管人力資源短缺、服務供給問題等，以致於實施成效並未如預期。故政府目前僅將該計畫作為長期照護保險制度之銜接，其遠程目標依舊為建立一套社會保險制度。

若以建立一套長期照護保險體系為目標，則首先必須先釐清社會保險之特徵及內涵，以檢視社會保險方式是否為我國解決長期照護需求之最佳模式。大法官釋字第 609 號的理由書，首次明白說明我國社會保險制度的建置原則，首先強調「與保險事故之危險間並非謹守對價原則，而是以量能負擔原則維持社會互助的功能」點出保險費之負擔係基於量能原則，保費繳納與事故之間並非具有完全的對價性，強調社會平衡原則；接著論及「勞工保險除自願參加者外，更具有強制性，非如商業保險得依個人意願參加」也揭示了強制投保原則。

由此可知，雖然商業保險和社會保險皆有風險分攤的功能，惟社會保險最重要的就是「社會互助」的功能。社會互助是基於共同體中人與人之相互性，共同對抗為每個人都可能遭遇的風險，形成一個具有社會連帶基礎的共同體，其成員互付義務互相扶持<sup>279</sup>。社會連帶同時表彰一種群體歸屬感，共同體中之成員必須肯認彼此互相依存，甚而願意形成不以經濟公平性為出發點的相互性<sup>280</sup>，通常存在於社會中的某一群人因為面臨相同的生活處境、有相同的保護需求而產生之群體意識，會進而較願意以社會保險方式互相協助。故早期認為社會連帶多以團體同質性為前提，惟在新的社會需求中，以全體國民為對象之社會保險來看，團體成員擴大至全體國民之後，是否成員還具有同質性不無疑問。故現在多元化的社會中，只要人與人之間有相互性的意願，則不會因為成員之異質性而否認其社會連帶之基礎。

長期照護問題是否一定要採取社會保險方式解決，前文已經先肯定長期照護是一個典型社會風險，過去此一風險雖不一定是每個人都會有的生命歷程，惟現今隨著高齡化社會之來臨，醫療科技的發達使得平均壽命提高，大大提高產生長期照護需求之可能性，僅依賴家庭作為服務提供之資源，已經不足以滿足長期照護需求，故進而由國家介入利用強制納保之方式來解決此一問題。

我國現在關於長期照護制度，如前所述分散於社會、勞工行政體系中，對於高齡者之照護需求，透過長照十年計畫之制訂，雖已不如以往僅以中低收入戶之老人為對象，惟相關法律規定也未經過整合，現行的照護服務品質也難以監控。故面對長期照護這樣的社會性風險，採取建立社會保險制度，將所有國民結合成一個共同體，以國民身分作為社會連帶之基礎，達到社會互助風險分攤的效果，或可謂現今最好的解決方式。

故下章將以日本長照保險法制實施經驗，對照我國目前主要實施之長照十年計畫，另外配合 2011 年 3 月底行政院通過之「長期照護服務法」草案，希望對於家庭照護者之法律定位以及相關權益之釐清能有所助益。

<sup>279</sup> G. Haverkate, *Verfassungslehre*, München, 1992, S. 295 f.。轉引自孫迺翊，同前註 11，頁 261。

<sup>280</sup> R. Zoll, *Was ist Solodarität heute?* Frankfurt/M, 2000, S. 120 ff.。轉引自孫迺翊，同前註 11，頁 262。



## 第五章 日本法制與實施經驗對我國之啟示

目前我國長期照護體系最為重要的，係屬 2007 年行政院核定之「長期照顧十年計畫」。根據內政部統計，2010 年 6 月底接受「長期照顧十年計畫」之服務人數，居家服務個案人數計有 2 萬 5,342 人、日間照顧 772 人、交通接送服務 1 萬 1,734 人<sup>281</sup>。與 2009 年相比的確有增加之現象，惟家庭照護依舊占極大比例，無論是政府或者被照護者或家庭照護者都對於長期照護保險體制之建立，有迫切之需要<sup>282</sup>。本文第一章緒論亦提到，目前我國長照政策明確宣示要推動長期照護保險之立法，且預計於民國 2012 年推行長期照護保險，希冀藉由「長照保險法」之立法，以社會保險方式，透過社會風險分擔的機制來降低家庭長期照護之經濟負擔。故目前積極籌備長照保險法、長期照護服務法之立法<sup>283</sup>。

長照保險相關法制立法過程中，自 2008 年 12 月起經建會會同衛生署及內政部積極進行長期照護保險之規劃，於一年審議後，於 2009 年 12 月作出「長期照護保險規劃報告」。內容包含：規劃背景、長照保險基本理念、施行長照保險國家之制度內涵及未來發展，以及長期照護保險制度之設計與規劃。長照保險規劃報告中第二章，係關於長照保險之制度設計與實施構想。當中提到應研提「長期照護保險法」及「長期照護服務法」二項法案，以使制度實行具備法源基礎。關於該兩項法案，長照保險法草案行政院目前還在草擬當中，而預先於 2011 年 3 月底通過長照服務法之草案，送立法院審議當中。

目前行政院優先通過之長期照護服務法草案，係為管理及統合長照機構及人員，健全長照服務體系之發展，確保服務品質，及保有長照服務接受者之尊嚴及權益而制定，共七章五十五條。惟既本文主要重點放在家庭照護者之權益上，故除了服務法草案之用詞定義，包含長期照護對象、認定基準等長照基本定義外，將把重點著墨於個人看護者(§52)，以及家庭照護者之支持性服務(§53)之探討。

<sup>281</sup> 內政部統計處，內政統計通報，九十九年第三十六週，  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>(最後瀏覽日期：2011/1/2)。

<sup>282</sup> 55~64 歲國民表示贊成政府推動長期照護保險制度占 74.53%；65 歲以上老人表示贊成政府推動長期照護保險制度 67.86%，不贊成者比例占 10.52%。參考自民國 98 年老人狀況調查摘要分析，同上註。

<sup>283</sup> 行政院處理中之法案，包含長期照護服務法草案，  
<http://www.ey.gov.tw/ct.asp?xItem=5305&ctNode=1073&mp=1>(最後瀏覽日期：2011/1/10)。

以下將對照第三章日本法制分析檢討之內容，以目前我國現行長照制度，加上行政院提出之「長期照護保險規劃報告」作為基底，與行政院提出之長照服務法草案一併作分析、探討。最後，提出我國長期照護制度建構之檢討與建議。

## 第一節 長期照護責任之演變

日本長照制度之建立，原先亦本於「長期照護社會化」之概念，但從措施制度到契約責任，再到長照保險法，國家、地方公共團體的責任已經大幅度的縮減。甚至於長照保險三面關係中，保險人僅負有一指導監督地位，對於長照服務無直接提供之義務，國家、公共責任之退卻之反省，應作為我們借鏡之對象。

我國目前雖未建立社會保險制度，惟實施之長期照顧十年計畫亦為一普及式服務體系。若要觀察長照關係中之國家責任，則分析其法律關係仍為一重要途徑。故以下將就長照十年計畫中之法律關係作分析檢討。

### 一、長期照護制度之法律關係

#### (一) 受照護者與國家之間

對於長照服務之利用，就其給付資格及水準，皆必須先透過「需求評估」之核定。回顧我國相關社會福利法規，對個案資格之認定，凡涉及服務補助相關事宜，相關法規均明訂由具公權力之政府部門執行，考量我國現階段照顧管理者(care manager)的職權涉及政府資源的控制和分配，照顧管理者宜須具備行政上的法定權威，故失能認定應以直轄市、縣市政府之單位來擔任較為妥適。目前便於各縣市之衛生局及社會局整合下，設有長照管理中心(以下稱照管中心)，由內政部主管，負責辦理長期照護失能認定業務。

現行長照十年計畫中，受照護者使用服務之流程，首先須向照管中心，提出使用服務之申請或者由相關單位轉介。然後照管中心會進行初步篩選，以了解其是否符合資格規定(譬如失能狀況、年齡、身分別)等。若符合資格要件，再由照顧管理者實際到訪家中<sup>284</sup>，進行訪視並從事綜

<sup>284</sup> 目前照顧管理專員及督導之進用須符合進用資格，例如須是長期照顧相關大學科系畢業，包

合評估，評定結果是否符合收案條件。其後再由照管中心核定補助之最高額度，就其額度內，由照顧管理者進而就依受照護者需求，擬定照護計畫，並初步徵詢失能者及其家屬的意見或意願。

擬定服務計畫後，照顧管理者會與服務提供單位聯繫，並安排各類照護服務。之後，再度聯繫申請者並確認是否願意接受服務，如果願意則由失能者或其家屬與服務提供單位簽訂接受服務契約書。簽訂契約後，由各服務提供單位開始提供服務，而照顧管理者則持續追蹤個案狀況及監督服務品質<sup>285</sup>。照顧管理者目前分為由照管中心自行聘僱者，以及委託相關專業團體(例如：物理治療師公會、護理師公會、長照相關團體或醫院等)兩種。

事實上長期照護認定之作成，理所當然會對申請人產生一定規制作用，決定當事人能否獲得長照服務之補助，如果遭核定不符合長照認定資格要件，將影響申請人之長照服務之利用，故長期照護資格之認定應屬於「行政處分」。惟各縣市之照管中心，僅有台南縣是正式的二級機關，其他均非正式單位，在臨時任務編組的組織架構下，未擁有獨立預算和人事，並非行政機關，故服務核定之作成仍應由直轄市、縣市政府為之<sup>286</sup>。

由縣市政府照管中心所自行聘僱或委任照顧管理者進行訪視評估，也只是在協助縣市政府做成長照資格認定，根據大法官會議第462號解釋<sup>287</sup>，除非有法規特別規定照管中心可以做成行政處分，如同教評會有法規特別規定之外，否則應認不得做成行政處分。故理論上就照顧管理者作成訪視評估後，仍應要以縣市政府為名義作成給付核定之行政處分。

## (二) 受照護者與長照服務提供單位之間

---

括社工師、護理師、職能治療師、物理治療師、醫師、營養師、藥師等長期照顧相關專業人員，且有二年以上相關照護工作之經驗，或公衛護士具有二年以上相關照顧工作經驗者，方能擔任照顧管理專員。另外，社工學士有四年工作以上經驗社工碩士有兩年工作經驗者，可留任照管專員至2011年底。參考行政院研究發展考核委員會委託研究，「推動長期照顧服務機制」效益評估，2010.10，頁31。

<sup>285</sup> 長期照顧十年計畫，同前註277，頁97。

<sup>286</sup> 行政院研究發展考核委員會委託研究，「推動長期照顧服務機制」效益評估，2010.10，頁52。

<sup>287</sup> 釋字462號解釋理由書：「各大學校、院、系（所）及專科學校教師評審委員會關於教師升等之評審，係屬法律授權範圍內為公權力之行使，其對教師之資格等身分上之權益有重大影響，均為各該大學、院、校所為之行政處分。」



擬定服務計畫後，照顧管理者會與服務提供單位聯繫，並安排各類照護服務。之後，若失能者或其家屬確認願意接受服務，則與服務提供單位簽訂接受服務契約書。簽訂契約後，由各服務提供單位開始提供服務。由此可知，受照護者與長照服務機構之間，與日本長照保險法相同應該是成立私法上契約關係，服務之請求對象係個別服務提供單位。

至於契約類型為何，基本上我國法院見解亦同日本學說見解，認為係委任契約<sup>288</sup>。長期照護關係中，長照機構有其照護專業性，服務提供內容也多半留給職員之專業裁量，故由照護利用者委任長照機構或照護服務人員進行長照行為(身體照護、沐浴、進食之照護等服務)，強調提供長照給付行為之「方法債務」<sup>289</sup>，而非實現一定特定結果，故應認係屬委任契約為妥。

而依我國民法第 535 條規定受：「任人處理委任事務，應依委任人之指示，並與處理自己事務為同一之注意，其受有報酬者，應以善良管理人之注意為之。」長照契約通常係為有償契約，故應負善良管理人注意義務，即謂抽象輕過失，具體注意義務內容，本文認為宜採取日本法院之相同見解，係為依據要照護狀態之高齡者之身心狀況，採取適當之長照措施，保護其安全，防止事故、傷害發生之義務，再根據具體個案判斷。

然而與日本長照保險法不同，我國並非由受照護者自行尋找服務單位，而係透過照管中心之照護管理者與服務單位聯繫，再由受照護者決定是否同意，同意後始與服務提供單位簽訂契約。與日本制度相比，似乎較缺乏自主性，故目前長照十年計畫訂立 7 天期限，要求 7 天內照顧管理者必須與服務單位聯繫，以確保其時效性及以利監控。惟目前基於情報缺乏、透明度不足等，產生不對等關係，導致受照護者之拒絕可能性降低。

其中，針對進住老人福利機構之受照護者，為保障其權益，2008 年內政部公告實施養護（長期照護）定型化契約範本，惟僅屬參考性質

<sup>288</sup> 臺北地方法院民事判決 94 年度簡上字第 175 號曾謂：「...本件恆安居養護所係受有報酬而受委任代為照護上訴人，並由看護丙○○負責照上訴人，依上開規定，恆安居養護所對於上訴人之照顧，自應盡善良管理人注意義務。」由此看出，法院也肯定長照契約係屬委任契約。

<sup>289</sup> 「依當事人之約定或契約之性質，債務人如果僅承諾利用各種可能的手段或方法，或盡最大可能之注意，已完成特定契約目的或實現特定契約結果，但為承諾必定完成該特定目的或實現該特定結果時，債務人所負之契約義務，是一種『方法債務』」。反之，債務人如果承諾必定完成特定契約目的或實現特定契約結果時，債務人所負之契約義務，是一種『結果債務』。參見朱柏松等，醫療過失舉證責任之比較，元照，2008.03，頁 126-131。



並不具法律強制力，故於 2011 年 4 月提出「訂定養護（長期照護）定型化契約應記載及不得記載事項草案」，以明確監督老人福利機構之相關作為，落實保障受照護者及其家屬之權益。草案共計應記載事項 22 點，不應記載事項共 11 點。將來草案通過，則受照護者與服務單位間之權利義務關係，將更為明確，服務單位就其故意或重大過失之責任，亦不得約定排除，對於受照護者之權益能確實獲得保障。

### (三) 國家與長照服務機構之間

1990 年之前的長期照護，國家僅以機構照護和零星的居家護理或日間照護介入，地方政府所提供之照護服務，有由政府直接提供服務，也有運用志工或補助之方式。1990 年之後，國家開始以補助或契約委託方式鼓勵志願部門提供服務，對於社區式照護也逐漸增加，國家由直接的服務提供者轉變為經費提供與監督規範之角色<sup>290</sup>。目前由國家親自提供長期照護機構措施，例如：榮民之家或公立安養機構，比例較低，僅占 3.4%；另一種方式則是未直接提供，但採取監督管理等措施，或透過補助之方式，鼓勵私人興建長照機構以間接滿足人民之長照需求。

在發展長期照護服務資源方面，採「引進民間參與」之實施策略來辦理，也就是透過民營化策略中的購買服務（政府採購）方式鼓勵民間參與；此外，也透過補助方式鼓勵相關資源之建置。目前多半採取業務委託方式，不涉及公權力行使之單純行政業務之委託，行政實務上稱「委託外包」、「委外」、「簽約外包」或「公辦民營」。此種業務委託之公私協力類型在行政實務上被廣為應用，人民照顧、社會福利也理所當然為其中之列。

國家與長照機構之間的關係，有很多種面向：主要有管理、補助、委託等關係。管理部分包含對於機構、人員之管制、以及為確保前揭管制措施之實現之行政檢查與行政罰等。而補助方面，則有採取對硬體設施增設或改建之補助，以及對於聘用一定條件或數目之長照事業單位提供資金補助，或者透過獎勵、輔導等手段，促進民間私人或團體投入長照機構服務之提供<sup>291</sup>。

<sup>290</sup> 劉華美，論老人服務民營化—公私協力之行政，社區發展季刊第 108 期，2005.01，頁 84-85。

<sup>291</sup> 例如：1997 年推行之「社會福利公辦民營實施要點」、1998 年內政部函頒之「推展社會福利服務補助作業要點」、以及行政院衛生署、內政部社會司與行政院經建會等，推動長照機構促進、誘導相關計畫中，執行具體措施，包含：「內政部推展社會福利補助作業要點」（2007.12.27）、「內政部九十七年度推展社會福利補助經費申請補助項目及基準」（2007.12.27）等。

至於委託部分，則係無論由國家之公立機構提供服務，或委託民間機構辦理長照服務，皆基於國家有提供長照服務之責。故於委託民間機構提供服務之情形，則國家與長照服務機構間簽訂一**委託服務契約**，委託各民間單位提供服務。委託服務契約內容：包含單位受委託應辦理之事項、所應提供之服務水準、應負擔之費用、契約終止、賠償責任等<sup>292</sup>。

國家委託民間機構提供服務給受照護者，然後依據個別長照個案，國家給付長照服務之金錢對價予服務提供機構。故國家主要任務，係協助受委託民間機構推動長期照護服務，然後各縣市政府也透過各類方式進行監督指導。縣市政府與委託單位多半訂有契約，由各項服務承辦人負責履約管理及業務訪查，並每月彙整服務報表，以檢視案量與服務情況。

我國長照制度中，國家與民間長照機構有一委託關係之存在，與日本一般實物給付制度(健康保險、公共托育制度)相同，即謂將服務提供之事項委託給事業單位，再由事業單位提供服務給申請人，國家負有擔保服務提供之義務。惟與日本長照保險法不同，日本長照保險法並無將服務提供定位為委託之規定，而認為市町村並無提供服務之義務，故服務提供不足之時，市町村也無直接提供服務之義務。

與日本長照保險法相比，日本長照保險法第1條僅規定：「係對於伴隨年齡增長產生身心變化而致疾病，以至需長期照護之狀態者，使其保有尊嚴、具備日常生活之能力，而提供必要的醫療服務及福利服務，故建立基於國民共同連帶理念之長期照護保險，制訂相關保險給付等必要之事項。」而關於國家之義務，也僅於第5條第1項規定：「國家必須制訂確保保健醫療服務以及福利服務提供之必要措施。」即謂一整備之任務，並不要求國家有提供長照服務之責任。

我國老人福利法第8條規定：「**主管機關及各目的事業主管機關應各本其職掌，對老人提供服務及照顧**；前項對老人提供之服務及照顧，得結合民間資源，以補助、委託或其他方式為之。」可看出透過擔保責任之概念，肯認國家負有提供長照服務之責任，且就其提供方式，國家可直接提供或者透過補助、委託或其他方式為之。國家並非僅立於監督之角色，也負有擔保服務提供之責，避免完全放任受照護者進入一長照服務市場，僅能由個別受照護者之談判能力尋求適切之服務，造成可能被排拒於服務之外的情況，本文認為我國立法方式值得肯定。

<sup>292</sup> 參考「台北市市政府社會局委託辦理居家照顧服務契約書」、「花蓮縣政府委託護理之家（或長期照顧機構-長期照顧床）辦理低（中低）收入戶老人養護契約書」。

## 二、國家責任演變

早期國家角色僅是一「夜警國家」，僅於消極保護人民不受他人干預與侵害自由，嗣後國家角色進入「福利國家」，一切有關人民之生存照顧，均由國家承擔。最後，因為國家角色及能力之限制，則進入了「擔保國家」階段，於此階段有關人民之生存照顧任務(即謂公共任務)，不再均由國家承擔，且縱使由國家承擔，亦非僅能由國家親自履行該等公共任務，公共任務也能藉由民間私人社會力量去完成或執行<sup>293</sup>。

透過委託服務契約之訂定，某程度上國家將風險移轉到服務提供單位，民間單位多半只能被動地容受國家所移轉的風險。民間單位對於契約中的風險並非完全不知，但基於生存現實的考量仍然接受權力不對等的契約，轉而透過內部服務品質管控或購買私人保險的方式進行風險管理<sup>294</sup>。

縱使如此，國家仍舊扮演最後一道防線。於公私協力之情形，雖目標在於減輕國家負擔與達成行政任務部分民營化，然從責任觀點，國家始終保留任務之管轄權。即謂公私協力僅為國家行政責任之重新分配，並非完全的任務民營化，國家並非僅保有督促私人實現公益之「保障責任」，更進一步負有自行履行任務之「執行責任」<sup>295</sup>。

我國長照制度從家庭逐漸走向公共化，由僅針對低收入戶提供服務，到建立普及式福利服務，未來將建立長期照護保險制度，透過社會保險制度因應長期照護風險。在該福利服務演變過程中，雖然選擇引進民間參與之政策係不可避免，但本文認為國家責任仍不應縮減，國家始終應保留任務之管轄權，故應以日本長照保險法為鑑，未來制訂長照保險制度時，避免走向市場化之路，導致影響被保險人之長照需求，進而影響其生存權，使得照護責任又完全回到家庭照護者身上。

綜上，國家責任具體而言，首先便應制訂對人以及對機構之管制措施。對人之管制，包含對機構經營者之資格條件、機構服務提供者人數

<sup>293</sup> 林明鏘，擔保國家與擔保行政法，收錄於政治思潮與國家法學—吳庚教授七秩華誕祝壽論文集，元照，2010.01，頁 578-580。

<sup>294</sup> 辜煜偉、劉淑瓊，社會服務契約委託風險移轉的初探—以居家照顧服務為例，「建立台灣永續發展的家庭、人口、健康、社區與勞動保障體系：公民權利契約觀點」國際學術研討會，2007.05，頁 17。

<sup>295</sup> 詹鎮榮，論民營化類型中之「公私協力」，月旦法學雜誌 No.102，2003.11，頁 26-27。



配置與資格之管制；對於機構之管制，則包含機構設立許可、開業、撤銷等異動事項之規範，機構類型、規模、設施設置等標準，對機構輔導、監督、檢查、評鑑等辦法，以及對於定型化契約之間接管制。最後也最重要的，當然就是上述對於服務不足之時有直接提供之責任之法制化。

## 第二節 家庭照護者現金給付之檢討

### 一、中低收入老人特別照顧津貼

2007年訂定「中低收入老人特別照顧津貼發給辦法」（以下簡稱發給辦法），發給每個月特別照顧津貼5000元，僅以中低收入戶為對象，並非一普及式福利給付，在無法依賴其他照護服務補助之情況下，照護者通常僅能從事部分工時工作，甚至是退出工作職場。就給付金額為5000元來看，作為所得補償有極大不足，僅能看作是補充性的津貼補助，就所得補償之概念來看，實有不足，其性質應較類似「社會救助」，事實上與日本家庭慰勞金制度十分類似。

### 二、長期照護保險規劃報告

目前長期照護保險法還未立法，也還未提出相關草案，但長期照護保險法制定過程中，長期照護保險規劃報告係重要的一份前端資料，係自2008年12月起經建會會同衛生署及內政部，於一年審議後作出，就其內容對於長照法制之制定具有舉足輕重之地位，故本文將一併對其作分析討論。

報告中對於給付方式之規定，係兼採實物給付與現金給付，而現金給付明確指出係對於家庭照護者之補償。但給付方式系採階段式設計，開辦初期以實物給付為主，現金給付為輔，對於非涉及專業服務之項目，如居家服務，需照護者得領取現金給付，以補償家屬照護之辛勞。且認為家屬照護係替代居家服務、日間照護及機構照護，故肯認三者以外之服務項目，仍得申請實物給付。中長期則視保險辦理情況及長照體系發展狀況而定，調整現金給付之相關條件，類似目前日本法採取之方式，限定資源不足之地區始得申請現金給付。

其次，現金給付需訂有相關配套措施，包含對於家庭照護者之資格

要求、相關訓練與支援，並且由保險人負起監督服務提供品質之責。該規定係為保障受照護者之權益而設，故縱使對於非正式照護資源之人，也認為應該施以一定訓練，並且由保險人負起監督責任。就如同德國長照保險制度中，現金給付發給對象非以專業照護人力為限，但需透過健康保險醫事服務處之專業照護確認者進行評估，且每半年需再進行確認，盡監督之責任。

至於現金給付之額度，也認為應低於實物給付，認為範圍應以實物給付之一定比例定之，而參考現行照護津貼額度後，訂約為實物給付額度之 30~40%。與德國長照制度思考模式相同，認為非專業與專業照護人力之間，仍應存在合理之差別待遇，惟德國長照保險法規定，依據照護等級之不同，現金給付約為實物給付之 40~50% 左右。因為本文第三章也曾提過，個人照護支出高達 85~90% 是生活照護之費用，而 10~15% 是醫療照護費，事實上家庭照護成本並不會低於機構照護太多，則若僅給付居家照護額度之 30~40%，則與機構照護相比將造成落差太大之問題，本文認為應至少提高到德國之給付標準，才不會產生現金給付不足以因應生活照護需求之問題。

就其中長期規劃看來，可看出其背後思考模式較近似於日本，對於家庭照護者之現金給付採取保留態度。依據保險辦理情況及長照體系發展狀況而定，採取逐步取消之方式，最後走向限定資源不足之地區始得申請。惟如同第三章對於日本長照保險法之檢討，事實上將限制被保險人的部分選擇權，未考慮受照護者之意願，也罔顧受照護者自主權之實現。反之，因為社會保險強制納保規定，造成選擇家庭照護之被保險人，無法獲得與實物給付相對之給付內容，而產生實物給付與現金給付之間不公平之現象。

故本文承襲第三章針對現金給付性質之分析，認為應該將家庭照護視為有酬工作，肯定現金給付作為勞動評價之意義。提供家庭照護者現金給付，並非基於救助之心態，也並非日本制度中慰勞之義，而是不僅肯定長期照護本係國家責任，若由家庭成員負擔時，應該給予相對於實物給付之給付外，更重要的是，現金給付相當於勞動報酬，藉由勞動報酬來肯定家庭照護者勞務之價值。

故認為未來長照保險法應兼採實物給付與現金給付。對於家屬之照護而離開工作之情形，透過發給現金給付之方式，來正面評價家庭成員照護之付出，提供家庭照護者經濟性支持。而其給付額度也應該至少達

實物給付額度之 40~50%。且應參考日本各市町村有對於參加居家照護員研修課程之家庭照護者，補助部分學費措施之方式，或者採取對家庭照護者施以一定訓練之方式，並且由保險人負起監督責任方為妥適。

### 第三節 家庭照護者之定位及權益

#### 一、目前現行長期照護制度

我國目前之長照制度，對於家庭照護者除了提供上節之照護特別津貼外，亦提供日間照顧、家庭托顧等各項支持性服務。單就該給付內容看來，似乎對於家庭照護者之權益有相當程度之保障。惟若詳細究其規範內容，則會發現公共化政策之背後，對於家庭照護者與正式照護資源之間，仍具有互相排斥之關係。

首先，就前文「中低收入戶老人特別照顧津貼」觀之。特別照護津貼申請資格，僅限於未接受收容安置、居家服務、未請看護(傭)者、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助之人，始得申請。非正式資源與正式資源之不可併存性不說自明，即謂若由家庭成員自行照護之情形，則必須負擔所有照護責任，始得獲得經濟上支持。該規定方式，就家庭照護者而言，則面臨必須從現金給付與喘息服務之間，僅能選擇其一之困境產生。

其次，家庭照護者之定位亦能從長照十年計畫獲得答案。長照十年計畫之失能認定，特別將僅 IADL 的獨居老人納入輕度失能範圍，將本應排除於失能認定之國民，考量其獨居情形可能對於日常生活能力有所影響，而特別納入失能認定。反面來看，若高齡者有其他同住者，則失其資格，其思考方式便係以政府提供長期照護服務體系前，仍以非正式照護資源為優先，正式照護體系為輔之思想，將正式照護資源與非正式照護資源間，定位為一補充關係。

若就補充關係看來，將非正式照護資源置於優先地位，則理論上對於家庭照護者之權益保障更應該受到審慎對待，透過各種支持性服務之提供，紓解照顧者的壓力，達到延長家庭照護者之照護期間，避免其身心之過重負荷，亦同時保障受照護者之權益。目前長照十年計畫中，提供包含日間照顧、家庭托顧之喘息服務。獲得補助使用喘息服務的家庭照顧者近年來亦快速成長，至 2011 年 10 月已達 49,467 人次，較 2008



年成長近 3 倍<sup>296</sup>。

惟關於喘息服務之補助時數，係規定每年最高補助 21 天，換算下來每個月只有 14 小時可以休息，長期睡眠不足加上精神緊繃，對照護者身心造成極大影響。社福團體近年來不斷提出應將喘息服務提高至「週休一日」的頻率，保障家庭照護者之週休權益，避免長照過程中過重的身體負擔及精神壓力<sup>297</sup>。本文亦認為每年最高補助 21 天之規定，對於現行家庭照護者沉重的照護負擔無法有太大的緩和作用。

日本長照保險法中，包含四種喘息服務內容，短期入住生活長照服務、短期入住療養服務、小規模多機能機構服務以及夜間緊急居家照護。前三種社區式機構入住情形，關於時數上限，僅規定累積天數不得超過認定長期照護時間之半數；以及入住不得連續超過 30 日之限制。與我國一年最多 21 天上限相比，可謂更貼近家庭照護者之實際需求，讓照護者之身心能真正獲得休息。而夜間緊急居家照護，不受時間拘束、不受內容拘束，極為彈性之提供方式，讓緊急情況發生時能夠快速因應，其利用時段最長更可自晚上 6 時至上午 8 時。最新長照保險法律修正案，更已經將 24 小時全天訪視服務納入，2012 年 4 月將擴大成 24 小時皆能利用通報系統，緊急獲得照護服務，對於被照護者及家庭照護者之喘息而言，都能獲得更好的照護條件<sup>298</sup>。故本文認為未來我國長照保險法之喘息服務規定，可以日本之經驗作一重要參考。

## 二、長期照護服務法草案

長期照護服務法草案(以下簡稱草案)中，並無直接定義家庭照護者，故必須從個人照護者之資格規定看起，始得掌握家庭照護者之概念。根據草案第 3 條第 6 款：個人看護者，係指**直接受僱**，於失能者家庭從事看護工作之人。首先，既規定直接受僱，便是指有酬之雇用關係，由此可知，無酬之家庭照護者並非長照服務體系中之個人看護者。

<sup>296</sup> 行政院衛生署，焦點新聞，政府推動長照十年計畫已提供基本的喘息服務，週休一日喘息服務為政府與民間共同目標，

[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=25&level\\_no=1&doc\\_no=83029](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=83029)(最後瀏覽日期：2011.11.28)

<sup>297</sup> 中央通訊社，隨時警醒 72 萬照顧者盼喘息，2011.11.27，

<http://tw.news.yahoo.com/%E9%9A%A8%E6%99%82%E8%AD%A6%E9%86%92-72%E8%90%AC%E7%85%A7%E9%A1%A7%E8%80%85%E7%9B%BC%E5%96%98%E6%81%AF-043213227.html>(最後瀏覽日期：2011.11.27)

<sup>298</sup> 資料/介護保険法等の改正法の概要，賃金と社会保障 No.1545，2011.09，頁 58-59。

立法理由中提到：自助、互助、助人為國人之傳統善良文化，失能者由個人看護者為日常照顧時，本法自宜有不同之規範，爰另為定義；惟就受僱(指受有酬勞)從事該項工作者，宜有適度規範，並於第 52 條規範之。其次，再連結到第 52 條第 1 項，規定個人看護者，除應接受中央主管機關公告指定之訓練外，不適用本法。該規定係對於受僱之看護者，必須有一定基本衛生安全知能，以保障受看護者之利益，否則不受長照服務法規範。

自立法理由看來，將家庭照護者等非受有酬勞之照護者，認定其照護行為係基於自助、互助、助人之善良文化及天性，故不需一定之專業訓練之要求，相對的也不受長期服務法之規範。惟長期照護系統中，不止於專業與半專業的工作人員，更包括所有非正式照護資源，草案規定方式將家庭照護者排除於長期照護人力之外，將之歸於互助與助人之善良天性，可能產生嚴重剝削家人互助之虞。故本文認為長照服務人員的定義不應採取排他性的認證制度，而應將專業性人員、非專業人員、以及提供長照服務之非正式照護資源，一併納入長期照護人員之列，而使其受到長照服務法之相關規範。

因非屬草案中長照服務人員之定義，故草案中關於家庭照護者之相關保障，僅有適用草案第 53 條支持性服務相關規定：「失能者由家庭照顧者自行照顧或個人看護者看護時，得由長照機構提供支持性服務。前項支持性服務之項目、需要之評估及其他有關事項之辦法，由中央主管機關定之。」

根據其立法理由：家庭照顧者或個人看護者長時間從事看護工作，自應有合理之支持性服務，使其得以適當休息，爰為第一項規定。至於支持性服務包括一般所稱之喘息服務、心理諮商支持服務及長照有關資訊之提供等，對於此等長照機構得提供之支持性服務項目及其需要之評估等事項，宜予規範，以資明確，爰為第二項之授權規定。

與我國目前相關法制相比，老人福利法第三章訂有「服務措施」，身心障礙者權益保障法第五章則訂有「支持服務」，長照十年計畫有「喘息服務」之規定。反之，長照服務法草案規定則僅以「支持性服務」一語帶過，不僅相關內容全部空白授權子法訂之，甚至還僅將該規定置於附則。就長照服務法之定位而言，對於提供之服務內容，不應僅有籠統之授權規定，而應該具體將支持性服務內容規定於母法，以確保家庭照

護者之權益保障。

至於具體支持性服務內容，若就立法理由看來，對於支持性服務之具體內容，提到喘息服務、心理諮商支持服務及長照有關資訊之提供等，惟對於照護訓練部分則全無著墨。事實上，就非正式照護資源之支持性服務而言，照護訓練也是重要的一環，就受照護者之權益以及對於照護者不安感之消除，極為重要。故未來立法，支持性服務部分，本文認為也應該列入一定訓練課程。其訓練強度與時數，不需與一般受僱之個人看護者相同，惟仍應將照護訓練納入支持性服務中。故本文認為家庭照護者支持性服務，應至少包含下列內容：臨時及短期喘息照顧服務、照顧者諮商及支持服務、提供照顧資源之相關資訊、照顧者訓練及研習等。

### 三、家庭照護者之主體性

承上所述，草案中之規定僅以「失能者由家庭照顧者自行照顧或個人看護者看護時，得由長照機構提供支持性服務。」，可知從草案規定中看不出該等支持性服務的主體為何？事實上，支持性服務利用過程中，根據階段之不同，分成隸屬於被照護者之部分，以及基於照護者之主體性而來之權利內容。前者，例如：失能認定之部分，必須依照被照護者之失能程度，決定支持性服務之利用額度；後者，則例如：喘息服務等支持性服務。

然而，從服務法草案規定則完全看不出其主體性，甚至連「家庭照顧者」都沒有明確定義。對照「林淑芬等立委版草案」（以下簡稱立委版）第4條名詞定義，則明確指出家庭照顧者，係指「正在或預期要對家人提供規律性且重要照顧之個人。被照顧者需經過需求評估為長期照顧需求者，且家庭照顧者之照顧能力與持續提供照顧之能力需經過評估。」，本文認為既有未來服務法草案有關於家庭照顧者之支持性服務之規定，則應將家庭照顧者之定義明確規定於草案中，應較為妥當。

另外，針對主體性問題。對照立委版<sup>299</sup>以及「長期照顧推動聯盟版

<sup>299</sup> 第十五條（家庭照顧者支持服務）

直轄市、縣（市）主管機關應自行或結合民間資源提供家庭照顧者支持服務，並不得有設籍時間之限制。

直轄市、縣（市）主管機關應依需求評估結果，並依家庭照顧者為中心原則規劃辦理「家庭照顧者支持服務中心」提供下列服務，以保障家庭照顧者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自我實踐：



草案<sup>300</sup>」(以下簡稱聯盟版)，可看出立委版係立於「照護者本位」之思考方式來制訂相關規定，提到**應以家庭照顧者為中心**，以保障家庭照顧者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自我實踐，與本文看法類似，認為該等支持性服務皆係基於照護者本身所需之個人支持以及照顧，故法條規定方式以照護者為主體，其權利不附屬於被照護者，而於被照護者符合一定失能要件後，以自身為主題請求相關支持性服務。

本文認為未來服務法草案之立法方式，除上述提到應將具體內容訂入草案外，亦應朝向以家庭照護者為中心之立法方式，否則於具體個案申請過程，申請主體為誰將產生爭議，且將造成各該支持性服務之利用，是否須依附於被照護者之失能程度之爭議，而產生無法真實反映照護者之實際需求之情況產生，故本文認為未來服務法草案應參考立委版之立法模式，以保障家庭照顧者獲得所需之個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自我實踐等。

#### 第四節 外籍看護工之定位及權益

我國現在依賴外籍看護工解決照護負擔有 18 萬餘戶家庭，除了擔負雇主責任外，尚被政府排除使用多項公共服務的資格。故長期照護保險制度實施後，目前外籍看護工之問題究竟如何整合，整合後或許因此取消引進政策等，對於聘僱外籍看護工之家庭，其影響之重大不說自明。

- 
- 一、諮詢及轉介。
  - 二、集中式與到宅式教育訓練。
  - 三、情緒支持與團體支持。
  - 四、符合在地需求之週休、臨時性喘息服務。
  - 五、家庭關懷訪視及服務。
  - 六、其他有助於提昇家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

雇用個人看護者之家庭需求評估，以保障個人看護者之週休權益為依據。前條及前項之服務措施，中央主管機關及中央各目的事業主管機關於必要時，應就其內容、實施方式、服務人員之資格、訓練及管理規範等事項，訂定辦法管理之。

<sup>300</sup> 第十三條 家庭照顧者支持方案應包含以下內容：

- 一、臨時及短期喘息照顧服務。
- 二、照顧者訓練及研習。
- 三、照顧者諮商及支持服務。
- 四、提供照顧資源之相關資訊。
- 五、增強其監督照顧品質之知能。
- 六、其他有助於提供家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

對於家庭聘僱個人看護者之情形，要求應接受中央主管機關公告指定之訓練者，才得適用長照服務法。故目前未納入證照體系之外籍看護工，因不屬於長照服務人員，故與家庭照護者自行照護情形相同，僅有關於支持性服務之規定。惟與家庭照護者不同的是，外籍看護工有特別適用草案中評估之制度，導致外籍看護工定位模糊不清之問題。

個人看護者既係指直接受僱，於失能者家庭從事看護工作之人，則理所當然包含外籍看護工，故可知未來仍舊將外籍看護工納入長照體系。惟草案第 52 條第 1 項規定：「個人看護者，除應接受中央主管機關公告指定之訓練外，不適用本法。」依據該規定，則目前外籍看護工皆無法適用長照服務法。因為就目前外籍看護工之引進過程看來，通常僅於當地(入境前)接受 90 天基本衛生安全知能訓練，入境之後並未接受一定時數的職前訓練。該草案之制定，將對於外籍看護工有更嚴格之把關，就提升整體照護品質而言，本文亦採取肯定之態度。而該基本衛生安全知能訓練規定，亦因有施行日期之授權，保留一定彈性，故對於目前已聘僱外籍看護工的家庭，則不受影響。

立法理由提到：考量互助與助人為人類之善良天性，且為鼓勵社會潛在人力資源之有效運用，對於個人看護者，不宜全以本法規範之；惟對有酬勞之受僱者，宜規定應受一定訓練，使其具有基本之衛生安全知能，俾受看護者有較適當之保障，亦較符合社會之期待。惟考量訓練量能，依第 55 條之授權，保留一定彈性，必要時可酌與其他條文訂定不同之施行日期。

不過就草案看來，雖規定應接受中央主管機關公告指定之訓練，不過卻未規定具體內容，究竟未來外籍看護工是否需接受與本國照護員一樣的職前訓練，從現行草案無從得知。更進一步，目前已聘僱之外籍看護工，若遇到照護期滿後展延之情形，則是否必須適用職前訓練規定，或只要在累積滿九年之期限內<sup>301</sup>，皆不需適用長照服務法等問題，目前亦無相關規範。

其次，草案第 52 條第 2 項規定，個人看護者為外國人時，其服務

<sup>301</sup> 就業服務法第 52 條：聘僱外國人從事第四十六條第一項第八款至第十款規定之工作，許可期間最長為二年；期滿後，雇主得申請展延一次，其展延期間不得超過一年。聘僱許可期間屆滿出國或因健康檢查不合格經返國治療再檢查合格者，得再入國工作。但從事第四十六條第一項第八款至第十款規定工作之外國人，應出國一日後始得再入國工作，且其在中華民國境內工作期間，累計不得逾九年。

對象之評估，準用第7條第2項之規定。即謂依照一般長期照護服務之流程，必須接受長照機構之評估。從草案規定得知，外籍看護工並非草案中第11條規定之長期照護人員，因其不具專業證照，未經一定長照訓練，並非草案所定長照服務人員。故基本上，不適用服務法中對於長照服務人員之規定。惟草案卻唯獨規定必須適用評估標準，以中央機關訂定公告特定範圍之首次評估、再評估及定期評估，且應由主管機關設立或指定之長照機構為之，似有不合理之處。

由此可知，草案似乎暗示長期照護的人力資源將以內需為主，外籍看護工係為輔助性人力，僅因外籍看護工受有酬勞，故要接受衛生安全知能訓練，並不因此適用長照服務法，就其他管理事項，仍依就業服務法及相關規定辦理。將其排除於長照服務法之外，則其相關權益便類似家庭照護者自行照顧之情況，僅有支持性服務之規定。但另一方面，卻又要求聘僱外籍看護工之人，必須按照長期照護服務規定來進行失能程度評估，再度突顯草案對外籍看護的定位模糊不清之問題。

就目前法律制訂走向看來，未來勢必會面臨本國與外國照護人力整合之問題。未來外籍看護工將要納入長照服務體系，與本國照護員受有相同之訓練，取得法定證照，受到長照服務法相關規範之保障。將個別家戶聘僱者，逐年整併進入居家照護服務體系，統一由居家照護機構擔任其聘僱、訓練及管理之工作，經評估後提供派遣式服務給個別受照護者。

即謂未來全面走向專業人力方式，沒有9年最高上限之限制，未來外籍看護工以及本國照護員之間的薪資差距將會消弭，如同日本外國人力引進制度，透過長期照護保險制度之給付，統一給付居家照護服務，原先視為管制性人力的外籍看護工引進政策將落日，由居家服務機構進行聘用、訓練及管理之工作，並在評估過後提供派遣式服務給需要的家庭。

惟如此一來，則也可能面臨與日本相同之問題。面對這麼多的家庭照護需求，要求外國人力也必須考取相同資格，可能導致通過比例過低，人力資源嚴重缺乏之問題，日本的經驗應引以為借鏡。故本文認為，或許可採取維持個人看護者分類之方式，即謂雖要求一定之時數之專業訓練，但不要求取得與一般照護服務員相同之證照資格，但其管理仍應納入長照服務體系，改善由現行家庭自負雇主責任之弊，也同時緩衝我國面對大幅成長之長照需求時，人力迫窘之情形。即謂仍舊將「經訓練、



認證，領有證明，得提供長照服務之半專業人員」也納入長照體系中，由居家服務機構進行聘用、訓練及管理工作。

惟本國與外籍看護工非採取一樣之證照標準，並非意旨其勞動條件、勞動人權就不受相同保障。外籍看護工之勞動權益理應與本國照護員享有相同之保障，並不會因為其專業程度而受影響，而是因其家庭勞動之特殊性，而應受有相同保障。目前行政院勞委會於 2011 年 3 月送行政院審查的「家事勞工保障法草案」，便不區分本國外國看護人員，皆納入草案，並指出：「家事勞工於從事看護工作，其工作型態具個案化及多元化，契約約定及終止事由與勞動基準法規定性質不同、工作時間與休息時間不易釐清、職業災害認定困難等，適用該法確有窒礙難行之處。為加強保障家事勞工之勞動條件權益，始制定該法<sup>302</sup>」亦認為不應區分本國、外國，也不應區分是否具有專業證照，皆應享有相同之保障。

至於外籍看護工之權益方面，服務法草案第 53 條規定：「失能者由個人看護者看護時，得由長照機構提供支持性服務。」亦有對其提供支持性服務，其中對於外籍看護工而言，最重要的便是喘息服務。目前外籍看護工並未適用勞基法，加上照護工作的特殊性，工作時間難以計算，常有 24 小時全天候，全年無休之照護情況發生。對於長時間的照護工作而言，與家庭照護者相同，有喘息服務之需求產生，故本文肯定草案中提供支持性服務之立法內容。惟如上節所述，支持型服務規定，不應置於附則，且應將具體內容規定於服務法內，不應全部空白授權子法訂之。

## 第五節 家庭照護者於長照服務利用程序扮演之角色

### 一、失能認定程序

#### (一) 長期照顧十年計畫

現行長照十年計畫中，受照護者使用服務之流程，首先須向照管中心，提出使用服務之申請或者由相關單位轉介。照管中心會進行初步篩選，以了解其是否符合資格規定，例如失能狀況、年齡、身分別等。若符合資格要件，再由照顧管理者實際到訪家中，進行訪視並從事綜合評估，評定結果是否符合收案條件。其後再由照管中心核定補助之最高額

<sup>302</sup> 參見家事勞工保障法勞委會送行政院草案第 1 條及第 2 條規定，以及立法理由。

度，就其額度內，由照顧管理者進而就依受照護者需求，擬定照護計畫，並初步徵詢失能者及其家屬的意見或意願。

失能認定程序，首先先由照管中心進行初步過濾，依據 ADL 及 IADL 失能項目判斷，分為輕度、中度、重度三級。ADL 失能項目判定係依照巴氏量表，判斷其失能程度；而 IADL 失能判斷的評估工具為 IADL 量表。由照管中心依據上述評量工具，針對申請者之失能狀況作認定，基本上失能認定之程序，並不考慮申請者之其他照護情狀，除了有獨居之情形，例外可能影響輕度失能之認定外，並不考慮環境或親友支持網絡等因素。若認為符合長照給付資格，則進入長照評估之階段，反之則由縣市政府作成一行政處分，送達申請人。

## 二、長期照護評估

長期照護評估，即謂長照需求之評估，係指通過初步針對資格規定，例如失能狀況、年齡、身分別等審核後，由評估單位實際到訪申請者家中，進行綜合評估，針對其環境、家庭支援等個別情況，評估其長照需求。其後，依其評估結果，核定長照之補助額度。

### (一) 長照十年計畫

若符合長照給付資格後，由照顧管理者實際到訪家中，進行訪視並從事綜合評估，評定結果是否符合收案條件。該階段係透過照顧管理者來評估申請者之長照需求，雖最終作出長照認定以及核定補助額度者，皆為照管中心，但基本上會沿用照顧管理者之評估意見，故照顧管理者之角色極為重要。照顧管理者之質與量，扮演關鍵的角色，我國長照十年計畫建議每人之個案負荷量設定為 200 人，以我國 2007 年失能人口 24 萬 5 千多人計算，假定服務對象中有 20% 在第一年會申請服務，推估至少應設置 409 位照管專員。然在 2008 年統計在職之照管專員僅有 253 人，可知數量明顯不足<sup>303</sup>。照管專員的人力不足、工作負荷過大的問題有待解決。

此外，目前各縣市照管中心督導與照顧管理者多屬護理背景，其比例高出社工等專業背景者甚多<sup>304</sup>，惟照顧管理者應具備包括評估個案所

<sup>303</sup> 曾慧姬、陳靜敏、李孟芬、蔡淑鳳，台灣長期照顧管理中心運作現況探討，長期照護雜誌第 14 期 2 卷，2010.09，頁 164。

<sup>304</sup> 曾慧姬等，同前註 303，頁 166-167。

需、能與醫療人員、受照護者及家屬協調溝通，使其能達到個案需求並符合經濟效益等能力，故除護理專業背景外，擁有社工專業背景的照顧管理者也相當重要。故目前為有效扶植社工專業之發展，並加強各縣市長期照顧服務資源與人力之開發與運用，內政部已申請公彩回饋金，協助各縣市政府聘用社工專業人力 1-2 名，以協助相關長照業務之執行。

## (二) 長期照護服務法草案

草案第 7 條關於長照評估之規定：「接受長照服務者，應先由長照機構予以評估。前項評估，中央主管機關得訂定公告特定範圍之首次評估、再評估及定期評估，應由主管機關設立或指定之長照機構為之；經指定辦理評估者，不得為該受評估者提供長照服務。」係明白指出長照認定程序中，應設有評估機制，且明定應由長照機構為之，且該長照機構不得為該受評估者提供長照服務。而評估也分為首次評估、再評估及定期評估。

首先，立法理由中提到，評估機制設置之理由，係為使資源有效利用，並使失能者得到適合其需要之照護，而應經長照需要之評估。故於首次長照需求認定時，以及長照需要變更時(再評估)，以及連續接受長照服務達一定期間(定期評估)時，皆必須設置評估機制。

評估工作草案規定由長照機構為之，委外開放民間機構進行評估工作，雖草案規定長照評估機構不得同時對受評估者提供服務，但仍可能有實際上同時作為評估以及服務提供之機構的情況產生。未來評估機構極可能由醫院為之，若醫院同時又另設基金會提供服務，將導致評估機制失去作用之情況發生。故本文認為申請長照服務者，仍應由直轄市、縣(市)予以評估，主管機關應自行辦理長期照護評估業務，執行評估、核定服務資格及給付額度等事項，以確保長照資源有效配置。

日本長照保險法之失能認定以及長照需求評估，亦是由保險人(市町村)為之，並非透過委外給民間長照機構為之。透過第一次市町村職員進行實際訪談，再由長照認定審查會加上主治醫生意見書，作成第二次認定，雖目前日本運作情形因審查時間過短，導致有專業知識難以發揮以及本人及家屬意見難以受到尊重之情形，但可透過審查會配合長照支援人員之判斷，即謂並非全面由審查會為之，導致時間不足，也非完全委由長照支援人員單方決定，藉此避免僅能透過書面審查即作出長照認定之問題。故我國未來也不應直接採取委外由民間單位為之，不僅仍可



能產生審查時間過短之弊病，且更可能因為圖利而生不公平之現象。

其次，草案第7條立法理由也提到：「就認為長照服務需要之評估，除就其於使用可能之醫療及輔助器具後，日常生活自理能力或生活工具使用能力喪失之程度，及因失能產生之生活照顧或醫事照護之需要外，並應考量環境或親友支持網絡等因素，訂定符合個人特殊情況之照護計畫。」明白指出對於長照需求之評估，不僅應考量失能程度，也應該包含個別受照護者之環境以及親友支持網絡等因素，上一章關於日本長照保險法長照認定基準之檢討也提到，認為長照認定基準不應僅依據被保險人之日常生活所需照護程度、身心障礙程度作為判斷標準，即決定給付資格以及給付水準，也應將家庭照護能力、環境納入考量，作為給付額度判斷之參考，故草案之立法理由值得肯定。

惟最後提到：「長照服務需要之評估，應考量…，訂定符合個人特殊情況之照護計畫。」該敘述方式似乎混淆了評估與長照計畫擬定之概念，長照需求之評估，係通過初步針對資格規定審核後，再經由實際到訪家中進行綜合評估，依其評估結果，核定長照之補助額度。核定補助額度之後，才會由照顧管理者針對個別受照護者擬定照護計畫，規劃具體照護服務內容，故條文於評估規定部分將照護計畫亦放入，似有不妥。

### (三) 長照計畫之擬定及服務連結

我國與日本長照保險法相同，皆納入長照計畫管理之概念，透過照顧管理者 (care manager)<sup>305</sup>，進行個案分析、作成長照服務計畫。目前長照十年計畫，評估符合收案要件後，我國係以個案轉介單進行評估，即謂評估程序完成後，進而依據受照護者需求，擬定照護計畫，擬定計畫後並非由受照護者自行找尋服務提供單位，而係由照顧管理者透過個案轉介之方式，並初步徵詢失能者及其家屬的意見或意願，同意之後才由受照護者與服務提供單位簽訂契約。

日本的長照支援專門員，係評估受照護者該利用之居家或機構服務，進行與市町村、長照服務提供單位之聯絡工作，而若受照護者欲委由長照支援專門員規劃長期照護計畫，則被保險人與支援事業單位必須簽訂「長照支援契約」，性質上屬於委任契約，而委任長照支援專門員所需之費用，則可以申請長照保險給付。反之，我國並不需要特別訂定委任

<sup>305</sup> 日本長照保險法第7條有相關規定，本文翻譯成「長照支援專門員」。

契約，而是在長照評估程序中就由照顧管理者為之，照顧管理者是縣市之照管中心自行聘僱，或委外民間機構所聘僱，故理論上並不需要另外簽訂委任契約。

日本長照制度中，服務計畫作成若由長照支援專門員為之(亦可自行作成)，過程還是必須召開服務負責人會議，由各種服務負責人提出其專業意見，合意建立一個完整、全面性之服務計畫，最後還必須得到本人及其家屬同意。惟我國目前長照十年計畫之照顧管理員，雖有徵詢失能者及其家屬的意見或意願，但於僅由單一照顧管理員規劃單一個案，並無要求召開服務負責人會議，對於服務計畫或許有較片面決定之問題產生。

## 第六節 小結

從第三章日本長照制度之檢討，對照我國長照制度，事實上可看出有許多相似之點，其中有值得我們借鏡之處，亦有值得我們戒慎之處。整體而言，我國未來長照保險法與長照服務法似乎有朝向日本法制發展之趨勢，故目前日本長照制度對我國法制之建構，十分具有分析價值。以下便將兩國制度作一整理比較。

### 一、國家角色

日本長照保險法第1條僅規定：「係對於伴隨年齡增長產生身心變化而致疾病，以至需長期照護之狀態者，使其保有尊嚴、具備日常生活之能力，而提供必要的醫療服務及福利服務，故建立基於國民共同連帶理念之長期照護保險，制訂相關保險給付等必要之事項。」日本長照保險法並無將服務提供定位為委託之規定，即謂保險人市町村僅具一整備之任務，以及負有指導監督責任，故服務提供不足之時，市町村**也無直接提供服務之義務**。因此，於發生損害之情形，除非有指揮監督之疏失，否則單純不作為也難以課以國家賠償法上之責任。

與此相對，我國長照制度中，國家與民間長照機構有一委託關係之存在，即謂將服務提供之事項委託給事業單位，再由事業單位提供服務給申請人，國家負有擔保服務提供之義務。我國老人福利法第8條規定：「主管機關及各目的事業主管機關**應各本其職掌，對老人提供服務及照顧**；前項對老人提供之服務及照顧，得結合民間資源，以補助、委託或

其他方式為之。」可看出透過擔保責任之概念，肯認國家負有提供長照服務之責任，且就其提供方式，國家可直接提供或者透過補助、委託或其他方式為之。國家並非僅立於監督之角色，也負有擔保服務提供之責，避免完全放任受照護者進入一長照服務市場，僅能由個別受照護者之談判能力尋求適切之服務，造成可能被排拒於服務之外的情況，導致又必須回到由家庭負起照護責任之困境。

## 二、現金給付

日本長照保險法中原則採取實物給付，例外採取嚴格認定發給現金給付。故對於被保險人選擇家庭照護時，並無對照護者提供現金給付。惟於長照保險法之外，1999年創設家庭慰勞金制度，內容係針對受照護者失能程度達重度(需長照程度4或5)，非市町村住民稅課稅家庭，在宅高齡者且過去一年間未接受長期照顧服護者，則可以向市町村申請家族慰勞金，每年以10萬日元為上限。

我國則有中低收入老人特別照顧津貼，針對受照護者領有中低收入老人生活津貼，未接受收容安置、居家服務、未請看護(傭)者、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助，失能程度經直轄市、縣(市)主管機關指定或委託之評估單位(人員)作日常生活活動功能量表評估為重度以上，且實際由家人照護者，發給每個月特別照顧津貼5000元。

比較日本與我國，事實上要件規定十分類似，皆是必須透過資產調查，限定經濟弱勢者為給付資格，且必須被照護者為重度失能，並須未利用其他政府提供之服務補助者，給付要件十分嚴格。日本家庭慰勞金制度之建立，係基於長照保險實施初期，可能存在保險服務不充足之區域，且社會保險並非完全取代家庭照護之功能，故透過家庭慰勞金制度，作為照護者之慰勞及激勵效果。至於我國照顧津貼之意義，則係肯定無酬照護者之貢獻，保障無酬照護者工作，並藉此提升照護意願，助其減輕經濟負擔。兩者雖然其背後思想有些許相異之處，但兩者給付額度皆過低，可謂是僅具有救助性質，非普及式之福利給付。

而長期照護保險規劃報告中，係兼採實物給付與現金給付，但給付方式系採階段式設計，開辦初期以實物給付為主，現金給付為輔，對於非涉及專業服務之項目，如居家服務，需照護者得領取現金給付，以補償家屬照護之辛勞。且認為家屬照護係替代居家服務、日間照護及機構



照護，故肯認三者以外之服務項目，仍得申請實物給付。中長期則視保險辦理情況及長照體系發展狀況而定，調整現金給付之相關條件，類似目前日本法採取之方式，限定資源不足之地區始得申請現金給付。

未來若長照保險法按規劃報告之設計，則目前中低收入老人照顧津貼或許仍舊會存在，便如同目前日本制度，長照保險法中不提供照護者現金給付，另外建立以稅收為財源之照顧津貼制度。如此一來，將會造成同是長照保險之被保險人，皆為強制納保對象，卻有實物給付與現金給付不平等之現象存在。而且非中低收入老人之照護者將因為無酬照護，而影響其經濟安全保障，進而影響其與社會安全制度之連結。

### 三、喘息服務

日本長照保險法中，包含四種喘息服務內容，短期入住生活長照服務、短期入住療養服務、小規模多機能機構服務以及夜間緊急居家照護。前三種社區式機構入住情形，關於時數上限，僅規定累積天數不得超過認定長期照護時間之半數；以及入住不得連續超過 30 日之限制。最新長照保險法律修正案，更已經將 24 小時全天訪視服務納入，未來擴大成 24 小時皆能利用通報系統，緊急獲得照護服務，對於被照護者及家庭照護者之喘息而言，都能獲得更好的照護條件。

我國目前長照十年計畫中，則提供包含日間照顧、家庭托顧之喘息服務。惟喘息服務之補助時數，係規定每年最高補助 21 天，換算下來每個月只有 14 小時可以休息，長期睡眠不足加上精神緊繃，對照護者身心造成極大影響。故未來長照保險法中應就喘息服務時數作審慎考慮，而日本法制則可作為參考對象。

長照服務法草案，亦有支持性服務之規定。惟僅以「支持性服務」一語帶過，不僅相關內容全部空白授權子法訂之，甚至還僅將該規定置於附則。就長照服務法之定位而言，對於提供之服務內容，不應僅有籠統之授權規定，而應該具體將支持性服務內容規定於母法，以確保家庭照護者之權益保障。對照我國過去老人福利法、長照十年計畫之相關規定，本文認為未來立法家庭照護者之支持性服務，應至少包含下列內容：臨時及短期喘息照顧服務、照顧者諮商及支持服務、提供照顧資源之相關資訊、照顧者訓練及研習等。

### 四、外國照護人力引進

日本亦因為照護人力短缺，於 2007 年採取引進外國人力之方式，透過單一的仲介機關之方式，減少外籍福利人員遭剝削的問題，也較容易集中管理。另外，對於人力之認證方式十分嚴格，對於護士之應試資格，須在印尼也取得護士資格，且有兩年實務經驗；而長期照護員之應試資格，則須受過高等教育經印尼政府考試通過者，或護校畢業考取國家照護員及格者，始具備後補資格。其後，還必須取得日本專業證照，方得以護士、長期照護員之身分在日工作，且在日時間沒有上限規定。反之，亦因為其資格要件較嚴格，目前現況合格人數少。

我國則目前根據就業服務法第 46 條第 10 款規定，亦引入外籍看護工，惟非由單一仲介機構引進，故常有遭剝削之情形發生。而外籍看護工通常僅於當地(入境前)接受 90 天基本衛生安全知能訓練，入境之後並未接受一定時數的職前訓練，不如日本係屬專業性人力，僅將其定位為補充、非專業性質，在台時間設有最高九年之限制。

長照服務法草案第 52 條第 1 項：「個人看護者，除應接受中央主管機關公告指定之訓練外，不適用本法。」即謂目前外籍看護工並非草案中第 11 條規定之長期照護人員，因其不具專業證照，未經一定長照訓練，並非草案所定長照服務人員。未來外籍看護工將要納入長照服務體系，與本國照護員受有相同之訓練，取得法定證照，受到長照服務法相關規範之保障，即謂逐漸走向日本外國人力專業化之方向。

但自日本實施經驗可得知，要求與本國照護員相同之證照資格，反而造成目前合格人數過低之現狀。故本文認為，或許可採取維持個人看護者分類之方式，雖要求一定之時數之專業訓練，但不要求取得與一般照護服務員相同之證照資格，但其管理仍應納入長照服務體系，也同時也應受家事勞工保障法之保障，改善由現行家庭自負雇主責任之弊，也同時緩衝我國面對大幅成長之長照需求時，人力迫窘之情形。

## 五、失能認定與評估程序

日本之失能認定流程，第一次認定由市町村職員進行實際訪談而作出，其後由長期照護認定審查會加上主治醫生意見書，作成第二次認定。兩次認定將會評定出失能程度以及相對應之給付上限額度。即謂長期照護評估係由市町村為之，而非委由民間單位為之。經過長照認定程序後，被保險人可自行作成長照計畫或委由支援專門人員為之，若委由支援專門人員為之，則必須由與支援機構訂定「長照支援契約」。

而我國長照十年計畫規定之流程，受照護者須先向照管中心，提出使用服務之申請或者由相關單位轉介。照管中心會進行初步篩選，以了解其是否符合資格規定，再由照顧管理者實際到訪家中，進行訪視並從事綜合評估，評定結果是否符合收案條件。其後再由照管中心核定補助之最高額度，就其額度內，由照顧管理者進而就依受照護者需求，擬定照護計畫，並初步徵詢失能者及其家屬的意見或意願。

比較日本長照保險法與我國目前長照十年計畫，同樣皆由政府單位針對受照護者情況作出失能認定以及評估。也同樣引入長照管理制度，委由長照支援專門人員或稱照顧管理者，再進而針對受照護者之個別情況，於給付上限額度內制定長照服務計畫，作為被照護者服務利用之橋樑的功能。惟日本長照制度必須由被保險人自行與長照支援機構簽訂契約，委任長照支援專門人員為之；我國則直接由照管中心之照顧管理員制定服務計畫，理論上無須另外簽訂委任契約。

最後，就長照服務計畫之作成。日本若委由長照支援機構，過程中必須召開服務負責會議，由各種服務負責人提供專業意見，最後再經過本人及其家屬同意；我國則由單一照顧管理員規劃單一個案，而沒有服務負責會議之相關規定，則對於服務計畫可能產生較片面決定之問題產生。





## 第六章 結論

面對我國長照需求漸增，長期照護責任歸屬也不斷轉變，自個人家庭責任到引進外籍看護工，再到各種社會給付系統，我國長照制度從家庭逐漸走向公共化，由僅針對低收入戶提供服務，到建立普及式福利服務，於福利服務演變過程中，雖然選擇引進民間參與之政策係不可避免，惟國家仍舊扮演最後一道防線。於公私協力之情形，雖目標在於減輕國家負擔與達成行政任務部分民營化，然從責任觀點，國家始終保留任務之管轄權。即謂公私協力僅為國家行政責任之重新分配，並非完全的任務民營化，國家並非僅保有督促私人實現公益之「保障責任」，更進一步負有自行履行任務之「執行責任」。故國家責任仍不應縮減，國家始終應保留任務之管轄權。

目前實施的長期照顧十年計畫，雖已提供居家式、社區式、機構式三種服務內容，惟並非以全民為對象，且因各縣市財政及照顧管理制度執行能力不一、照管人力資源短缺、服務供給問題等，以致於實施成效並未如預期。故政府目前僅將該計畫作為長期照護保險制度之銜接，我國政策宣示未來將建立長期照護保險制度，透過社會保險制度，因應國民的長期照護風險。就長照保險法制之制定，應以日本長照保險法實施經驗為鑑，以國家責任擔保服務之提供，於服務市場提供量不足時，國家應有直接提供服務之責任，避免走向完全市場化之路，導致影響被保險人之長照需求，進而影響其生存權。

國家責任逐漸擴大時，從日本的長照保險法實施經驗也可看出，家庭照護之情況依舊占有一定比例，並不會因此消失，尤其未來長期照護需求漸增，公共化之長照人力將無法因應所有的照護需求。故長期照護保險制度之建立，除了達到照護社會化之目的以外，事實上對於家庭照護者權益之保障，也係一大重點。

要探討家庭照護者之權益為何，首先應該先從其法律定位著手。自長照制度之法律關係觀之，保險人、被保險人以及長照服務單位成立三面關係，本文認為家庭照護者應屬於另外的第四方：非屬於是服務提供單位下的單純的服務提供者，也並非由被照護者自行購買之照護人力資源，而係立於非正式照護資源之位置，對其家庭成員提供照護服務，而透過國家發給照顧津貼之方式，來得到些許程度上的所得補償。

故就目前的制度來看，本文肯認家庭照護者得透過進修之方式，具備一定程度之照護知識，但認為其並不需要被限制為具備一定專業資格。因為家庭照護者仍舊立於非正式照護資源之地位。而其權益也並非附屬於被照護者，無論是支持性服務中的喘息服務，或者應給予經濟上支持，都係基於其主體性地位，源自其照護工作所應得之評價以及身心理需要獲得充分休息之理由。雖然亦有利於被照護者，惟本文仍認係基於照護者本身而所應獲得之權益。

而我國目前對於家庭照護者所能提供之相關措施，則主要以經濟上支持、支持性服務等社會安全制度，以及照護人力之利用。未來家庭照護者之定位與權益是否會有所改變，就我國目前提出之行政院草案看來，除了給付方式理應規定於長照保險法中，故目前無法得知外，支持性服務及對於外籍看護工之定位皆已有初步輪廓出現。

首先，就支持性服務部分，現行長照十年計畫提供包含日間照顧、家庭托顧之喘息服務，紓解照顧者的壓力，喘息服務之補助時數，係規定每年最高補助 21 天，換算下來每個月只有 14 小時可以休息，長期睡眠不足加上精神緊繃，對照護者身心造成極大影響，對於現行家庭照護者沉重的照護負擔無法有太大的緩和作用。

相對與此，服務法草案內容與此相比，對於家庭照護者權益保障更為不足。長照服務法草案中僅以支持性服務一語帶過，不僅相關內容全部空白授權子法訂之，甚至還僅將該規定置於附則。就長照服務法之定位而言，認為對於提供之服務內容，不應僅有籠統之授權規定，而應該具體將支持性服務內容規定於母法，以確保家庭照護者之權益保障。

未來長照服務法應列出支持性服務之具體內容，除應包含喘息服務、心理諮商支持服務及長照有關資訊之提供等，也應該列入一定照護訓練課程。而就補助時數，就目前每年上限最多 21 天之規定，對於現行家庭照護者沉重的照護負擔無法有太大的緩和作用。故應參考日本經驗，僅規定累積天數不得超過認定長期照護時間之半數；以及入住不得連續超過 30 日二限制，使貼近家庭照護者之實際需求，讓照護者之身心能真正獲得休息。

另外，除上述提到應將具體內容訂入草案外，亦應朝向以家庭照護者為中心之立法方式，依家庭照護者為中心原則規劃辦理，否則於具體個案申請過程，申請主體為誰將產生爭議，且將造成各該支持性服務之



利用，是否須依附於被照護者之失能程度之爭議，而產生無法真實反映照護者之實際需求之情況產生，故未來服務法草案應參考立委版之立法模式，以保障家庭照護者獲得所需之個人支持及照護，促進其生活品質、社會參與及自我實踐等。

其次，外籍看護工之整合。目前我國使用外籍看護工之家庭數已達18萬，未來若要推行全面長照制度，這些家庭之權益不能不重視。草案將外籍看護工視為輔助性人力，僅因外籍看護工受有酬勞，故要接受衛生安全知能訓練，並不因此適用長照服務法，就其他管理事項，仍依就業服務法及相關規定辦理。即謂未來全面走向專業人力方式，本國與外國照護資源將整合，外籍看護工將要納入長照服務體系，必須與本國照護員受有相同之訓練，取得法定證照，受到長照服務法相關規範之保障。

故目前我國之外籍看護工並非草案中第11條規定之長期照護人員，因其不具專業證照，未經一定長照訓練，並非草案所定長照服務人員。故基本上，不適用服務法中對於長照服務人員之規定。惟草案卻唯獨規定必須適用評估標準，以中央機關訂定公告特定範圍之首次評估、再評估及定期評估，且應由主管機關設立或指定之長照機構為之，要求聘僱外籍看護工之人，必須按照長期照護服務規定來進行失能程度評估，再度突顯草案對外籍看護的定位模糊不清，應有重新釐清之必要。

更進一步，服務法草案雖規定應接受中央主管機關公告指定之訓練，不過卻未規定具體內容，究竟未來外籍看護工是否需接受與本國照護員一樣的職前訓練，從現行草案無從得知。甚至，目前已聘僱之外籍看護工，若遇到照護期滿後展延之情形，則是否必須適用職前訓練規定，或只要在累積滿九年之期限內，皆不需適用長照服務法等問題，目前亦無相關規範。

就目前法律制訂走向看來，未來勢必會面臨本國與外國照護人力整合之問題。未來外籍看護工將要納入長照服務體系，與本國照護員受有相同之訓練，取得法定證照，受到長照服務法相關規範之保障。將個別家戶聘僱者，逐年整併進入居家照護服務體系，統一由居家照護機構擔任其聘僱、訓練及管理之工作，經評估後提供派遣式服務給個別受照護者。

即謂未來全面走向專業人力方式，沒有9年最高上限之限制，未來

外籍看護工以及本國照護員之間的薪資差距將會消弭，如同日本外國人力引進制度，透過長期照護保險制度之給付，統一給付居家照護服務，原先視為管制性人力的外籍看護工引進政策將落日，由居家服務機構進行聘用、訓練及管理工作，並在評估過後提供派遣式服務給需要的家庭。

惟如此一來，則也可能面臨與日本相同之問題。面對這麼多的家庭照護需求，要求外國人力也必須考取相同資格，可能導致通過比例過低，人力資源嚴重缺乏之問題，日本的經驗應引以為借鏡。故本文認為，或許可採取維持個人看護者分類之方式，即謂雖要求一定之時數之專業訓練，但不要求取得與一般照護服務員相同之證照資格，但其管理仍應納入長照服務體系，改善由現行家庭自負雇主責任之弊，也同時緩衝我國面對大幅成長之長照需求時，人力迫窘之情形。即謂仍舊將「經訓練、認證，領有證明，得提供長照服務之半專業人員」也納入長照體系中，由居家服務機構進行聘用、訓練及管理工作。

惟本國與外籍看護工非採取一樣之證照標準，並非意旨其勞動條件、勞動人權就不受相同保障。外籍看護工之勞動權益理應與本國照護員享有相同之保障，並不會因為其專業程度而受影響，而是因其家庭勞動之特殊性，而應受有相同保障。未來我國要推行之家事勞工保障法，便係基於家事勞工之工作態樣的特殊性，而就其勞動條件、勞動人權另外制定專法規範。

目前行政院勞委會於2011年3月送行政院審查的「家事勞工保障法草案」，亦指出家事勞工於從事看護工作，其工作型態具個案化及多元化，契約約定及終止事由與勞動基準法規定性質不同、工作時間與休息時間不易釐清、職業災害認定困難等，適用該法確有窒礙難行之處，為加強保障家事勞工之勞動條件權益，始制定該法。故不應區分本國外國看護人員，皆納入草案。

第三，則是關於家庭照護者經濟上支持。目前我國長照十年計畫，也未採取現金給付之給付方式。對於家庭照護者之經濟上支持，僅針對實際由家人照護之中低收入老人，發給「中低收入老人特別照顧津貼」，對家屬之照護而離開工作，透過發給現金給付之方式，來正面評價家庭成員照護之付出，提供家庭照護者經濟性支持，應較接近薪資補償之性質。惟排除收容安置、居家服務、看護(傭)、政府提供之日間照顧服務補助，或其他照顧服務補助等服務利用之人，即謂照護者必須負擔全部

的照護責任，無法依賴其他的喘息服務等。且就給付金額為 5,000 元來看，作為所得補償有極大不足，僅能看作是補充性的津貼補助，就所得補償之概念來看，實有不足。

目前還不知道未來我國長照保險法是否會納入現金給付，在長照保險規劃報告中，係兼採實物給付與現金給付，但給付方式系採階段式設計，開辦初期以實物給付為主，現金給付為輔，對於非涉及專業服務之項目，如居家服務，需照護者得領取現金給付，以補償家屬照護之辛勞。且認為家屬照護係替代居家服務、日間照護及機構照護，故肯認三者以外之服務項目，仍得申請實物給付。中長期則視保險辦理情況及長照體系發展狀況而定，調整現金給付之相關條件，類似目前日本法採取之方式，限定資源不足之地區始得申請現金給付。

日本長照保險法之所以採取該立法方式，係為避免女性禁錮於照護工作中，僅提供實物給付，故對於家庭成員自行照護之情形，並無任何經濟上支持，僅透過 1999 年創設之「家庭照護支援事業」，由市町村自行籌措財源，提供各種家庭支援之措施，其中也包含低額家庭照護之現金給付，希望藉由嚴格的現金給付限制，降低家庭成員自行照護之比例。

惟依據日本厚生省統計，15 歲以上，平均一年間照護天數達 30 天以上之家庭照護者人數依舊占有一定比例，人數共有 533 萬 6 千人，長期照護投注之時間為大約一天 45 分鐘，且為了家庭長期照護而辭職的勞動者每年約有 8 萬人之多。由此可知，家庭照護之比例並沒有因為長照保險法未納入現金給付有明顯改善，故每五年一次之長照保險法修正研議中，是否納入現金給付之議題，皆引起熱烈討論。

故本文認為未來長照保險法應兼採實物給付與現金給付。對於家屬之照護而離開工作之情形，無論基於薪資補償或者薪資評價之概念，皆應透過發給現金給付之方式，來正面評價家庭成員照護之付出，提供家庭照護者經濟性支持。與德國長照制度思考模式相同，對於家庭照護抱有較正面之態度。

至於給付額度，仍得考量非專業與專業照護人力之間，仍應存在合理之差別待遇，故現金給付之額度，得以實物給付之一定比例定之。認為個人照護支出高達 85~90% 是生活照護之費用，而 10~15% 是醫療照護費，事實上家庭照護成本並不會低於機構照護太多，故認為應至少提高



到德國之給付標準，約為實物給付之 40~50%，才不會產生現金給付不足以因應生活照護需求之問題，且也應該對家庭照護者施以一定訓練，並且由保險人負起監督責任方為妥適。

最後，關於長照需求認定以及給付額度核定，目前長照十年計畫規定之流程，受照護者須先向照管中心，提出使用服務之申請或者由相關單位轉介。照管中心會進行初步篩選，以了解其是否符合資格規定，再由照顧管理者實際到訪家中，進行訪視並從事綜合評估，評定結果是否符合收案條件。其後再由照管中心核定補助之最高額度，就其額度內，由照顧管理者進而就依受照護者需求，擬定照護計畫，並初步徵詢失能者及其家屬的意見或意願。

相對於此，草案提到為使資源有效利用，並使失能者得到適合其需要之照護，於首次長照需求認定時，以及長照需要變更時(再評估)，以及連續接受長照服務達一定期間(定期評估)時，皆必須設置評估機制。且規定評估工作草案規定由長照機構為之，委外開放民間機構進行評估工作。雖草案規定長照評估機構不得同時對受評估者提供服務，但仍可能造成實際上同時作為評估以及服務提供之機構。故本文認為申請長照服務者，仍應由直轄市、縣(市)予以評估，主管機關應自行辦理長期照護評估業務，執行評估、核定服務資格及給付額度等事項，以確保長照資源有效配置。

## 參考文獻

### 一、中文資料 (按作者姓名筆劃排列)

#### (一) 書籍、研究計畫

1. 朱柏松等，醫療過失舉證責任之比較，元照，2008.03。
2. 行政院勞工委員會職業訓練局編印，外籍勞工運用及管理調查報告，2008.12。
3. 行政院經濟建設委員會，德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究，2009.05。
4. 吳淑瓊，長期照護體系，台北市政府社會局福利社會雜誌社，2001.12。
5. 呂寶靜，老人照顧：老人、家庭、正式服務，五南，初版二刷，2004.10。
6. 呂寶靜、陳景寧，女性家屬照顧者之處境與福利建構，收錄於女性·國家·照顧工作，女性學學會著，女書文化，1997.09。
7. 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)，行政院院臺內字第 0960009511 號函核定，2007.03。
8. 阮玉梅等著，長期照護，國立空中大學用書，初版二刷，1999.10。
9. 林明鏘，擔保國家與擔保行政法，收錄於政治思潮與國家法學—吳庚教授七秩華誕祝壽論文集，元照，2010.01。
10. 長期照護保險規劃報告，行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會，2009.12。
11. 柯木興，社會保險，中國社會保險學會，民國 78 年修訂版，1989.11。
12. 孫迺翊，行政法上社會給付請求權之成立與存續保障—以德國社會法點第一編及第十編為借鏡，收錄在現代憲法的理論與現實—李鴻禧教授七秩華誕祝壽論文集，元照，初版第一刷，2007.09。
13. 孫迺翊，從社會保險之財務處理方式論世代負擔之公平性問題，當代公法新論(下)—翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集，元照，2002.07。
14. 孫迺翊譯，行政任務及行政法各論應扮演之角色，收錄於行政法總論作為秩序理念—行政法體系建構的基礎與任務，元照，2009.10。
15. 高鳳仙，親屬法：理論與實務，五南，七版二刷，2007.10。
16. 郭明政，社會安全制度與社會法，二刷，翰蘆圖書，2002.11。
17. 陳棋炎、黃宗樂、郭振恭著，民法親屬新論，三民，修訂八版一刷，2009.08。

18. 陳新民，論「社會基本權利」，憲法基本權利之基本理論(上冊)，元照，1987.01。
19. 陳榮宗、林慶苗，民事訴訟法(上)，修訂六版一刷，三民書局，2009.03。
20. 傅立葉，建構女人的福利國，收錄於台灣婦女處境白皮書：1995年，女性學學會著，時報文化，1995.10。
21. 劉宗德，世紀轉變期之日本社會福祉法制，當代公法新論(下)一翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集，元照，2002.07。

## (二) 期刊

1. 王國羽，老年、障礙：研究概念取向與我國資料討論，身心障礙研究，第2卷第3期，2004.07。
2. 吳全峰、黃文鴻，醫療人權之發展與權利體系，月旦法學，第148期，2007.09。
3. 周世珍，荷蘭健康照護法制新趨勢，長期照護雜誌10卷2期，2006.07。
4. 林志鴻，長期照護給付結構共構下現金給付之探討—以德國長期照護保險制度為例，發表於「女性照顧：國家、社區、家庭」國際研討會，2005.05。
5. 林志鴻，德國長期照護保險照顧需求性概念及其制度意涵，社區發展季刊，第92期，2000.12。
6. 林淑玟，「整合殘障概念模式之初探」，特殊教育與復健學報，第17期，2007.12。
7. 林萬億，台灣家庭變遷與家庭政策，臺大社工學刊第6期，2002.06。
8. 林麗嬋、吳肖琪、蔡閻閻、張淑卿，現行長期照護評估工具的問題與因應，長期照護雜誌，第14卷3期，2010.12。
9. 孫迺翊，憲法解釋與社會保險制度之建構，臺大法學論叢35卷第6期，2006.10。
10. 孫健忠，親屬責任與社會救助：扶助或控制？，社區發展季刊第103期，2003.09。
11. 陳真鳴，日本介護保險制度實施過程之探討—介護服務的發展與局限，社區發展季刊第108期，2005.01。
12. 陳愛娥，國家角色變遷下的行政任務，月旦法學教室，第三期，2003.01。



13. 詹鎮榮，民營化國家影響與管制義務之理論與實踐—以組織私法化與任務私人化之基本型為中心，東吳大學法律學報，第 15 卷第 1 期，2008.03。
14. 陳燕禎，我國老人照護資源變遷之初探，社區發展季刊，第 114 期，2006.06。
15. 曾慧姬、陳靜敏、李孟芬、蔡淑鳳，台灣長期照顧管理中心運作現況探討，長期照護雜誌，第 14 期 2 卷，2010.09。
16. 辜煜偉、劉淑瓊，社會服務契約委託風險移轉的初探—以居家照顧服務為例，「建立台灣永續發展的家庭、人口、健康、社區與勞動保障體系：公民權利契約觀點」國際學術研討會，2007.05。
17. 董和銳，身心障礙之概念架構與社會意涵，身心障礙研究，第 1 卷 1 期，2003.07。
18. 詹鎮榮，論民營化類型中之「公私協力」，月旦法學雜誌 No.102，2003.11。
19. 趙善如、呂佩薰，在長期照顧服務中服務使用者自主權與選擇權之探討—以社政服務項目為例，社區發展季刊，第 125 期，2009.06。
20. 劉梅君，「家務有酬化」的反思跳脫「資本」與「父權」的邏輯，國立政治大學社會科學院政策論壇電子報，第 28 號，2002.05。
21. 劉華美，論老人服務民營化—公私協力之行政，社區發展季刊第 108 期，2005.01。
22. 劉雅文、莊秀美，中低收入老人特別照顧津貼之相關探討：關於福利使用與照顧者女性化議題，社區發展季刊第 108 期，2005.01。
23. 蔡啟源，我國長期照顧服務之檢視，社區發展季刊第 129 期，2010.03。
24. 蘇麗瓊，長期照護家庭支持方案現金給付之探討，社區發展季刊，第 125 期，2009.06。

## 二、日文資料 (按作者姓名五十音順排列)

### (一) 書籍

1. 淺井春夫，社会福祉基礎構造改革でどうなる日本の福祉，日本評論社，1999.05。
2. 伊藤周平，介護保険法と権利保障，法律研究社，初版一刷，2008.10。
3. 岩村正彦編，福祉サービス契約の法の研究，信山社出版株式会社，初版 1 刷，2007.02。

4. 加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子，社会保障法，第四版，有斐閣アルマ，2009.05。
5. 菊池いづみ，家族介護への現金支払い—高齢者介護政策の転換をめぐる，公職研，2010.02。
6. 倉田聡，これからの社会福祉と法，創成社，2001.10。
7. 厚生省社会局老人福祉課監修，老人福祉法の解説改訂版，中央出版社，1987.11。
8. 佐藤信人，介護保険法—制度としくみ，建帛社，1999.07。
9. 佐藤進等編，講座社会福祉 6 社会福祉の法と行財政，有斐閣，1982.06。
10. 佐藤進、河野正輝編，介護保険法—権利としての介護保険に向けて，法律文化社，出版二刷，1998.06。
11. 中井紀代子，家族福祉の課題—高齢者介護と育児の社会化，筒井書房，2000.06。
12. 二木立，介護保険制度の総合的研究，勁草書坊，第1版3刷，2008.07。
13. 福祉自治体ユニット，平成14年改訂版介護保険法早わかり，法研，2002.07。
14. 崛勝洋，社会保障・社会福祉の原理・法・政策，ミネルヴァ書房，2009.04。
15. 松本勝明，ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険，信山社，初版一刷，2007.11。
16. 三富紀敏，欧米の介護保障と介護者支援—家族政策と社会的包摂、福祉国家類型論，ミレルヴァ書房，2010.10。
17. 和田勝編著，介護保険制度の政策過程，東洋経済新報社，2007.09。

## (二) 期刊

1. 岩間大和子，家庭介護者の政策の位置付けと公的支援—日英における政策の展開及び国際比較の視点，レファレンス，平成15年1月号。
2. 池田省三，社会福祉政策を転換する介護保険，ジュリスト，第1131号，1998.04。
3. 石橋敏郎，介護保険法改正の評価と今後の課題，ジュリスト，No.1433，2011.11。

4. 稲森公嘉, 24 時間安心の居宅介護保障と介護保険—定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設をめぐって, ジュリスト No.1433, 2011.11。
5. 紙野健二, 福祉国家と公的規制, 公法研究, No.60, 1997.10。
6. 厚生労働省老健局, 長期介護保険制度被保険人・給付対象範囲相關者會議, 長期介護保険制度被保険人・給付対象範囲中間報告, 賃金と社会保障, No.1545, 2007 年 11 月下旬號。
7. 里見賢治, 介護保険の 10 年と 2011 年改定の動向, 賃金と社会保障, No.1535, 2011.04。
8. 下夷美幸, 高齢者介護とジェンダー: 家族支援によるジェンダー変革の可能性, 国立女性教育会館研究紀要 vol.7, 2003 年 8 月。
9. 社会保障審議会介護保険部会, 介護保険制度の見直しに関する意見, 賃金と社会保障, No.1535, 2011.04。
10. 嵩さやか, 社会保障法判例, 季刊社会保障, 第 35 卷 2 号, 1999.09。
11. 田中滋, 地域包括ケアシステムの構築, ジュリスト No.1433, 2011.11。
12. 中野妙子, 介護保険法および障害者自立支援法と契約, 季刊・社会保障研究, Vol.45, 2009.07。
13. 原田大樹, 福祉契約の行政法的分析, 法政研究, 69 卷 4 號, 2003.03。
14. 藤岡純一, スウェーデンにおける家族介護者に対する公的支援, 研究紀要, No.11, 2008.03。
15. 本多滝夫, 福祉の権利, 法の科学, No.29, 2000 年(年報)。
16. 前田雅子, 介護保障請求権についての考察, 賃金と社會保障, No.1245, 1999.03。
17. 右田紀久恵, 社会福祉行政における委託と契約の課題, 季刊社会保障研究, 第 19 卷 3 号, 1983.12。

### 三、英文資料 (按作者姓氏排列)

#### (一) 書籍

1. Blaser, W., Younger Individuals with Disabilities: Compatibility of Long-term Care and Independent Living, Handbook of Lon-term Care Administation and Policy, Boca Raton, Fla. : CRC Press, (2008)
2. Kane, Rosalie A. & Kane, Rober L., Long-term Care: Principles Programs and Policies. New York: Springer Publishing Company Inc., (1987)



3. OECD, “Chapter in Sweden”, in Caring for Frail Elderly Policies in evolution, Social Policy Studies No.19, (1996)
4. OECD, Conceptual framework and definition of long-term care expenditure, System of Health Accounts, (2008)
5. OECD, The Development of Long-term Care Policy, Caring for frail elderly people: policies in evolution, Social Policies No.14, (1996)
6. Pijl, M., “When Private Care Goes Public: An Analysis of Concepts and Principles Concerning Payments for Care“, Adalbert Evers, Marja Pijl, and Claire Ungerson eds., Payment for Care: A Comparative Overview, Aldershot: Avebury, (1994)
7. Schulte, B., Social Long-Term Care Insurance Act in Germany.
8. WHO, A Long-term Care Futures Tool-Kit, (2002)

## (二) 期刊

1. Baldwin, S. & Parker, G., Support for informal carers – the role of social security, Disability and Social Policy, London: Policy Studies Institute., (1991)
2. Lundsgaard, J., Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, OECD HEALTH WORKING PAPERS, NO.20, (2005)
3. Maddox, George L., Long-term Care Policies in Comparative Perspective, Aging and Society 12(3), (1992)
4. Ungerson, C., Gender, Cash and Informal Care, Journal Social Policy, Vol.24, (1995)

## 四、網站資料

1. 行政院內政部社會司，<http://www.moi.gov.tw/dsa/>
2. 行政院勞委會職業訓練局，<http://www.evta.gov.tw/home/index.asp>
3. 行政院衛生署，[http://www.doh.gov.tw/cht2006/index\\_populace.aspx](http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx)
4. 行政院經濟建設委員會，<http://www.cepd.gov.tw/>
5. 日本厚生勞動省，<http://www.mhlw.go.jp/>
6. 日本總務省統計局，<http://www.stat.go.j>

# 附錄一 長期照護保險規劃報告(節錄)

(節錄自「長期照護保險規劃報告」第貳篇 長期照護保險之設計與實施構想 頁 11-15)

## 第三章 給付方式及項目

本章係針對保險給付方式及項目之規劃內容,包括給付制度設計原則與條件、給付方式、給付項目、給付標準之訂定等。

### 第一節 給付制度設計原則與條件

在設計長期照護保險給付制度時,應先確立其原則與條件,區分為宏觀面與微觀面分述如次:

#### 一、宏觀面

##### (一) 給付之可負擔性(affordability)

保險給付之主要原則必須滿足保險對象之長期照護基本需要,且負擔得起,即給付應視付費能力與意願而定。實際決策可透過社會參與,如審議式民調、公民會議等,或利用付費者意願(願付法)調查決定。

##### (二) 成本效果(價值)與費用控制能力

長期照護保險總體之成本效果(價值)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,未來保險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整體生活品質的少數個案。故給付應多鼓勵社區與居家服務,重視預防性與具復健功能之服務,不得已時才給付機構式服務。

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,另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)

應同時考慮需照護者與照護者之需求。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(如六個月)以上,

且需長期照護者。ADL以及IADL建議改採累計記分，較能確切反映失能程度，ADL 以巴氏量表計分在 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。

如籌備時間充裕，可直接仿照日本、美國、荷蘭（德國亦研議中），以多元評估量表取代上述評估工具，更可完整反應不同保險對象之需要。

## 二、微觀面

(一) 給付之普及性 優先以普遍之需求滿足為原則，如僅給付高費用之服務項目，

如機構照顧，則僅少數人受到照顧，影響其普遍性與公平性。

(二) 給付項目之成本效益(cost-effectiveness)

依據給付項目之成本及其效益作為選擇給付項目之優先順序，或提供服務之優先順序，可提高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，尚須考量照護之結果，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式服務優先於機構式照顧，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顧模式中同類服務之支付標準，可鼓勵居家服務之提供。

## 第二節 給付方式

給付方式之規劃主要分為實物給付及現金給付兩大類，其中現金給付係對於家庭照顧者之補償，兩類給付原則及相關配套措施等分述如下：

(一) 給付方式採階段式給付設計

1. 開辦初期以實物給付為主，現金給付為輔，非涉及專業服務之項目，如居家服務，需照顧者得選擇領取現金給付，以補償家屬照顧之辛勞。
2. 中長期則視保險辦理狀況及長期照護體系發展狀況，調整現金給付之相關條件，例如僅住在長期照護資源不足區或照顧者具照顧服務員資格者得申請現金給付。

(二) 現金給付之相關配套措施

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顧者之資格要求、訓練與相關支援等。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物給付。
  3. 請領現金給付者，因家屬照護係替代居家服務、日間照護與機構照護，上述三項服務以外之其他實物給付項目仍得申請。
  4. 現金給付額度之訂定宜審慎，以避免影響民眾使用實物服務之意願。
  5. 現金給付之規劃係對於家庭照顧者之補償，因此聘僱外籍看護工者不得申請現金給付，但仍得申請各項實物給付，以適度緩解外籍看護工照護負擔，提高照護品質。
- (三) 加強對照顧者之支持 應發展家庭照顧者培訓課程，提升家庭照顧者之照顧能力，並提供適切的喘息服務，減輕家庭照顧者之負擔。
- (四) 全日型機構式照護給付範圍 除法定給付服務外，建議不含膳食及為求舒適增加之費用，且僅給付評鑑一定成績以上之機構。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(健保給付住宿費)，得考慮納入給付。

### 第三節 給付項目

整體給付項目之相關規劃如下：

- 一、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，提供多元且無縫式的完整服務。
- 二、長期照護保險建議給付項目 給付項目包括機構式照護、社區式照護、居家式照護及其他服務，其他服務部分尚需進一步考量是否納入給付之項目。

分 類	項 目
機構式照護	全日型機構照護
社區式照護	日間照顧、社區復健
居家式照護	居家服務、居家護理、居家復健、喘息服務
其它服務	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、家庭托顧、營養諮詢、藥師諮詢

- 三、開辦初期建議得視保險對象之意願、長期照護資源之充足性與地區分佈，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，於法中明訂配合調整費率，即應建立收支連動機制。
- 四、開辦初期若社區式照護較為缺乏，部份給付可考量暫由修正後之「我國長期照護十年計畫」(於長照保險開辦後轉型為「長期照護服務網計畫」)經費支應，並視各類服務發展狀況，漸進導入長期照護保險給付。
- 五、長期照護保險應編列預算以鼓勵新型之社區與居家式照護服務之發展，並得結合多元財源，如健保、長照、社福、教育之資源，以需照護者為中心，如失智症者、心智障礙者及原住民等，發展整合性照護模式。新型服務在發展初期得由「長期照護服務網計畫」以補助預算方式促成其發展。
- 六、基於鼓勵在地老化之考量，全日型機構式照護除特殊個案外，原則上僅給付重度失能者。

#### 第四節 給付標準之訂定

##### 一、給付標準訂定之基本原則

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 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

- (一) 開辦初期：參照德國，以分四級為原則。
- (二) 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

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 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。

#### 四、現金給付

現金給付之額度應低於實物給付，其範圍之訂定應以折換實物給付之居家服務為度，並參考現行照顧津貼額度訂定，約為 30%~40%。

