



政策分析

以長照 2.0 為基礎回顧臺灣長照政策發展與評析未來挑戰

黃龍冠¹ *楊培珊²

¹財團法人天主教靈醫會附設宜蘭縣私立聖嘉民老人長期照顧中心

²臺灣大學 社會工作學系

摘要

高齡社會導致長期照顧等相關問題日益嚴重，少子化更影響了家庭互助功能減弱，引起政府及民間的關注。本文以長照 2.0 為基礎，回顧臺灣長照政策歷史發展演進，將臺灣長期照顧制度的發展分為四期說明，耙梳臺灣長期照顧獨特的歷史文化、社會與政治脈絡。結果發現，雖然目前長照 2.0 計畫正如火如荼地進行，在服務的多元化、以人為本的全人照顧及連續性照顧體系整合等方面有大幅的進展，但仍有長照財務機制、需求評估、由中央或地方執行、僅提供實物服務或混合實物/服務給付與現金給付、使用者的選擇權及長照服務體系與醫療體系及社會服務體系的服務整合等議題延伸的挑戰尚待解決。最後，本研究提出了長照政策目標及工作策略之建議。

關鍵詞：高齡社會、長期照顧、長照 2.0、全人照顧、連續性照顧

1. 研究背景

臺灣的人口及社會正以世界數一數二的速度發生結構性的鉅變。臺灣人口少子化的影響，加上平均壽命延長，高齡人口以及失能人口快速增加，已經是世界關注的高齡社會(aged society)。1993 年 9 月底，臺灣地區 65 歲以上的老年人口為 148 萬 5,200 人，占總人口 7.09%，達到聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會指標，老年人口比例至 2019 年底已達 15.28%，人口老化指數為 119.82%，扶老比為 21.24%。此外，家戶人口數持續下降，由 1951 年底的每戶平均 5.46 人降至 2019 年底的 2.67 人(內政部統計處，2020)。由於家庭結構改變致家庭照顧人力減少，弱化家庭成員互助功能；同時多年來政策積極鼓勵婦女參與勞動力市場，家中無論男女都可能面臨同時工作與照顧而左支右絀的窘境，更增加了高齡者及失能者長期照顧的需要(need)和需求(demand)。

除上述老年人口比例及家庭結構議題外，對於臺灣失能人口的年齡與性別結構，卻較少獲得關注。行政院衛生署(現衛生福利部)在 2010 年之《國民長期照護需要調查第一階段》資料顯示，因少子女化影響，推估 2017 年至 2026 年我國 64 歲以下非老年失能人口數逐年下降，而 65 歲以上老年失能人口數有逐年上升的趨勢。以下圖 1 顯示，失能是一種生命風險(life risk)，不同

年齡者都有可能失能。以 2010 年為例，全國 5 歲以上平均失能率為 2.98%，但 65-74 歲、75-84 歲、到 85 歲以上，每十歲的失能率增加幅度顯著加大，尤其是 85 歲以上的老老人(the old old)，失能率將近五成，是我國長期照顧政策發展需要面對的嚴峻挑戰（曲同光等人，2015）。

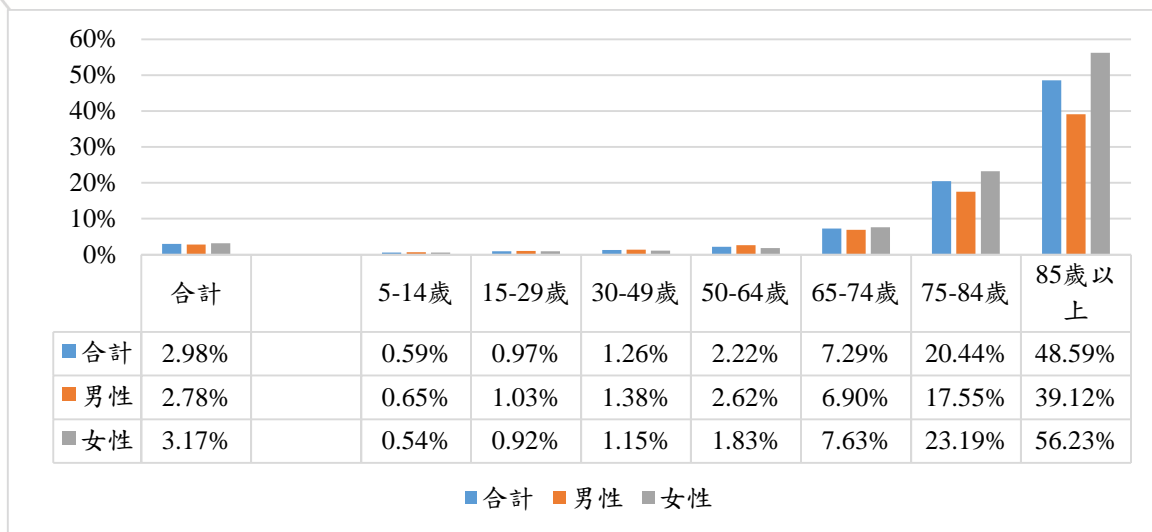


圖 1. 全國失能率（依性別及年齡區分）

資料來源：行政院衛生署，2010 年國民長期照護需要調查第一階段

更進一步分析，女性的失能率在 64 歲以下都低於男性，但女性 65 歲以上失能率就高於男性，且兩性失能率的差距隨年齡增加而更顯著。85 歲以上男性失能率達 39.12%，85 歲以上女性失能率則達 56.23%，85 歲以上女性的失能率約為男性的 1.44 倍，以生命歷程的觀點來看，女性在生命晚期的失能風險比男性為高，且年齡越高風險也越高。

臺灣自從 1985 年推動醫療網計畫第一期起，就出現了「長期照護」這個專有名詞，該計畫目標乃針對醫療機構硬體設施數量不足及資源分布不平均的狀況，以網絡分區的概念來建構臺灣的醫療照護體系（林王美園，1993）。吳淑瓊、陳正芬(2000)整理臺灣「長期照護資源的過去、現在、與未來」文章中，引用 Kane 等(1998)學者的研究，將長期照護定義為：「對具有長期功能失常或困難的人，提供一段持續性的協助，也可提供改善或恢復某些功能所必須的服務」，該文回顧 1980 年、1990 年及 2000 年後的長期照護資源，當時吳淑瓊教授團隊已開始執行行政院核定之「建構長期照護體系先導計畫」之三年計畫，臺灣長期照護體系的整體性規劃蓄勢待發，將改變之前偏重機構式照護的發展歷史，朝向居家式及社區式服務大步前進。但同一時間，林維言(2000)分析長期照護制度之建構及先導計畫之緣起時，也突顯出當時政府「發展經濟優先、社會福利暫緩」的宣示，國民年金保險尚在規劃階段，以及擔心政府各部會預算有限而無法回應「長期」照護需求所衍生的問題等，欲行又止的為難。

自 2000 年至今 2021 年，國民年金法已於 2008 年通過，全民健保也歷經二代健保改革而財務更穩健，臺灣長照走過了 20 年，也有了許多發展與成果，特別是 2015 年，至關重要的《長期照顧服務法》通過，2017 年已正式施行（立法院，2015）。該法正式定名及定義「長期照顧」。其中第

一條開宗明義：「為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，特制訂本法。」指引接下來臺灣長照的發展重點有：(1)服務體系建構；(2)服務輸送與品質；(3)服務必須普及、多元及可負擔；(4)接受服務者與照顧者的權益保障。第三條明訂：「長期照顧指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。」對照 Kane 等人(1998)之定義，更為明確具體且包含生活支持與社會參與，更能展現以人為本的精神，也是臺灣長照發展歷程中社政與衛政在多年由分治到整合的過程中不斷對話，所淬鍊出來的臺灣經驗。

值此之時，回顧過往並展望未來，實有必要，以確保我國長期照顧政策之發展能符合本土社會人口變遷趨勢，並能切實依法行政，且有效率、能永續。因此，本研究希望藉由政府政策、法令規章及歷史資料等文獻檢閱，探索臺灣長期照顧政策的發展，並依據 Swartz 等人(2012)所提出之六項指標作為我國長照政策分析的工具，依據失能人口的特性及以人為本的全人照顧的目標，評析我國長期照顧政策之優劣，並根據研究結果，提供政府作為未來修正或制定政策時的建言。

2. 長照歷史發展演進

本研究從相關福利機構、衛生福利部網站資料、台灣長期照護專業協會之長期照護記事(社團法人台灣長期照護專業協會, 2019)及文獻報告等, 可將臺灣長期照顧制度的發展, 自清代至現今依年代順序耙梳, 從混沌未明、法令規章的萌芽、制度的建構發展到有所謂「長期照顧」政策的形成, 約略可整理為四期, 透過文獻整理, 期許能從上階段的重要政策或法令, 發現是否會影響下階段的長照政策發展, 因此歷史文獻回顧具有極其重要的意義。

2.1 第一期(清治時期~1979年): 政府主導, 民間配合的殘補式照顧政策

傳統社會中家庭幾乎是唯一的照顧資源, 後來逐漸有宗教背景的寺廟或慈善團體對民眾廣布施捨, 開展慈善救濟、孤老收容等, 其目的主要為勸善與濟世。有關正式收容照護的歷史文獻, 最早於康熙 23 年(1684 年)官設「臺灣縣養濟院」, 收容鰥、寡、孤、獨、殘疾之人及貧窮無親屬依靠不能自存者。乾隆 12 年(1747 年)設立「臺灣縣棲流所」(又稱留養局), 收養老廢流丐及行旅病人為對象(臺灣省文獻委員會, 1994); 同 1747 年開辦民設的「普濟堂」, 功能與養濟院類似, 顯見當時已有官設與民設機構並存及合辦之制。後有枋橋(現新北市板橋區)林家林維源於 1879 年邀集地方士紳所共同募資創立之養濟院(現財團法人臺灣省私立台北仁濟院)至今仍照顧老弱病殘及貧困人民(財團法人臺灣省私立台北仁濟院, 2019; 陳燕禎, 2005; 賴兩陽等人, 2008; 戴西君, 1995)。

1895 年日治時期初始一度廢止養濟院, 到明治 31 年(1898 年)兒玉源太郎任臺灣總督時, 重新以清代各慈善機關之財產、皇室賜金及地方募捐等項作為基金, 先後設立七家「慈惠院」, 遍及

臺灣島北、中、南、及離島的澎湖，收容孤苦無依老人及賑濟鰥寡孤獨（林萬億，2002；賴兩陽等人，2008；黃玉齋，2001）。

二戰之後，1946 年由臺灣省行政公署成立「臺灣省救濟院」，1947 年臺灣省政府成立，改隸省社會處，1948 年更名為「臺灣省立臺北救濟院」；1948 年又成立「臺灣省立高雄救濟院」及「臺灣省立花蓮救濟院」，1949 年再成立「臺灣省立澎湖救濟院」，1999 年精省之後皆改隸內政部，2013 年再改隸衛生福利部，歷史沿革皆類似，現分別為衛生福利部北區、南區、東區及澎湖老人之家，以收容安置低收入戶老人安養及養護為主，現亦提供自費安養業務。日治時期之慈惠院後發展為在臺灣省政府社會處立案之私立仁愛之家，由地方仕紳經營管理，如現今之財團法人臺灣省私立台南仁愛之家（財團法人臺灣省私立台南仁愛之家，2019）。1949 年因國共戰爭失利，大量軍民隨中華民國政府渡海進入臺灣。1953 年起，臺灣各地方政府陸續成立榮譽國民之家（簡稱「榮民之家」、「榮家」），安置老弱傷殘退除役官兵，榮民之家雖歷史甚久，但因隸屬國軍退除役官兵輔導委員會，且早年以軍事化管理，建物亦如軍營，因此在臺灣長照歷史上，未如隸屬社政與衛政之機構一般受到關注，甚至如陳燕禎(2008)所言，經常被「獨漏」。目前榮家已開放一般民眾的自費安養及養護等長照服務，全臺共有 16 家。此外，天主教及基督教教會之傳教人員於戰後紛紛由大陸轉來臺灣，投入傳教、教育、醫療與慈善等工作。

此階段政府首重政治穩定與經濟發展，臺灣經濟起飛，社會福利方面則採消極的「殘補式濟貧」，僅以住宿型機構來收容安置貧苦無依的孤老殘疾；傳統民間宗教及西方基督教及天主教也陸續成立慈善團體、醫館等，開展救濟活動、收容鰥寡孤獨、醫療病苦之人等；同時，地方仕紳也一直扮演著協助及補足政府不足的角色。

2.2 第二期（1980 年~1993 年）：各項福利法規與方案的萌芽試啼

1980 年 1 月 26 日《老人福利法》正式公布施行，開啟臺灣老人福利法制化，明訂省（市）、縣（市）主管機關應視需要設立並獎助私人設立各類老人福利機構，包含扶養、療養、休養及服務機構四大類（立法院，1980a）；接著 6 月 2 日頒訂《殘障福利法》，明訂政府設立或獎勵民間設立殘障福利機構，開始相關身心障礙者的「教養照顧」服務（立法院，1980b）。1981 年「老人福利機構設立標準」公布實施，明訂老福機構類型及立案標準（內政部，1981；社團法人長期照護專業協會，2019）。

1983 年高雄市辦理居家老人服務計畫，主要以志願人員辦理之。同年臺北市則規劃由社會局聘雇全職在宅服務員從事服務。臺灣省則在 1986 年試辦居家老人服務（涂心寧，2016）。

行政院衛生署於 1986 年推動「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」，規劃建立中老年疾病防治工作體系，將居家照護列為重點工作，此後，醫療網計畫分期持續推動，涵括至復健醫療及長期照護服務（江東亮，2017）；隔 1987 年以實驗計畫方式委託臺北市護理師護士公會，推展「居家護理服務」；同 1987 年內政部開始補助縣市政府及老人扶養機構辦理老人日間照顧服務，免費照顧低收入者。臺灣省政府於隔 1988 年訂定「臺灣省安老計畫—關懷資深國民福利措施」，目標之一為辦

理老人公費及自費安養，改善公私立仁愛之家及其他安養設施，並輔導孤苦無依之低收入老人進住仁愛之家安養。中央信託局於 1989 年同意以實驗計畫方式，開始將居家護理納入公務人員保險試辦計畫之給付範圍，使居家護理的支付標準有參考依據（臺灣省政府，1988；社團法人長期照護專業協會，2019）。

1990 年公布《殘障福利機構設施標準》（1999 年修正名稱為《身心障礙福利服務機構設施及人員配置標準》），對於身心障礙教養等照顧機構之興設及人員配置標準予以法制化。隔 1991 年 5 月 7 日頒布《護理人員法》，訂定護理人員得設立護理機構照護長期需要照護者，但不限於老人；6 月 7 日內政部公布《殘障者醫療復健重健養護及教育費用補助辦法》，開始補助身心障礙者「托育養護」費用；並於同(6)月 24 日公布《殘障福利機構設立及獎勵辦法》，獎勵民間興設身心障礙福利機構以教養、照護身心障礙者。同(1991)年 7 月行政院國軍退除役官兵輔導委員會實施「榮民就業安置發展五年計畫」，落實榮民後續醫療照護及「就養」服務（內政部，1990；立法院，1991；內政部，1991b；社團法人長期照護專業協會，2019）。

行政院勞委會（現勞動部）於 1992 年開放家庭聘雇外籍監護工，提供家庭中有身心障礙者或重大傷病者之照護需求，以因應國內失能者長期照顧需求（曹毓珊，2002）。

1993 年衛生署又推動「國民保健計畫」，將中老年疾病防治及長期照護服務納入計畫重點，並研訂獎勵措施鼓勵提供服務及機構設置；同 1993 年公布《護理機構設置標準》等相關法令，使「居家護理」、「護理之家」及「日間照護」等提供長期照護服務之護理機構有所依據（行政院衛生署，1993；社團法人長期照護專業協會，2019）。

1987 年政府宣布解嚴，臺灣進入自由民主的新階段，積極推動民生與社福法案，社會大眾對福利的意識更為抬頭，醫療與護理服務也多有發展。彼時復健與長期照顧服務雖已開辦，規模尚小，且不同部會各自推動相關業務，使用的服務名稱與內涵的精神與重點都有所不同；中央與地方亦時有歧異。1990 年代臺灣經濟快速發展，需要大量勞動力人口，傳統上擔任家庭照顧者的婦女開始外出就業，婦女勞參率提升致家庭照顧人力不足，隨而未立案的私立小型老人安養護機構如雨後春筍般的出現，然照顧品質不良，成為臺灣長期照顧史上一段混亂的「黑暗時期」（楊培珊、梅陳玉嬋，2016）。

2.3 第三期（1994 年~2006 年）：多元長照制度的規劃建立與蓬勃發展

1994 年 8 月 9 日制頒《全民健康保險法》，1995 年 3 月 1 日全面實施，開啟我國醫療史上劃時代的一頁，並將「居家護理」列入給付範圍；衛生署亦制定「安寧療護」相關設置規範，推展以醫院為基礎的安寧療護計畫，提供癌症末期病患特殊的長期照護服務（立法院，1994；社團法人長期照護專業協會，2019）。1996 年衛生署又在臺大等十家醫院實施「安寧居家療護納入全民健保試辦計畫」（江東亮，2017）。同年，內政部實施「推動社會福利社區化」，推動老人送餐等社區照顧服務，開始奠立社區發展及志願服務人力培養的基礎（張英陣，2016）。

1997 年為臺灣推動長期照護工作重要的一年，1 月衛生署提出「建立全國醫療網第三期計畫」，將復健、醫療及長期照護列為重點工作（行政院衛生署，2013）；6 月 18 日《老人福利法》修正公布，「老人」的年齡由 70 歲降為 65 歲，將老人福利機構修正為長期照護機構、養護機構、安養機構、文康機構及服務機構等五類（立法院，1997）；8 月行政院衛生署發表「衛生白皮書—跨世紀衛生建設」，提出長期照護發展重點，以居家及社區式照護服務為主(70%)，機構式照護服務為輔(30%)的政策原則（行政院衛生署，1997）；12 月 1 日臺北市政府在信義區衛生所成立臺灣首座「長期照護管理示範中心」，期望各縣市政府能進行資源整合，提供長期照護單一窗口服務。

1998 年，行政院通過由內政部負責為期三年的「加強老人安養服務方案」(後續辦二期、三期)，目標為：保障老人經濟生活、維護老人身心健康、提升老人生活品質、充實老人照護人力設施及落實老人居住、安養服務（內政部，1998）。為達成安養服務的目標，廣設老人照顧（護）機構，內政部於同年 6 月 17 日修正公布《老人福利機構設立標準》及行政院衛生署於 9 月 23 日修訂《護理機構設置標準》（現修正名稱為《護理機構分類設置標準》）與《護理人員施行法則》，放寬護理之家設立標準（內政部、行政院衛生署，1998；行政院衛生署，1998a；行政院衛生署，1998b）。同年，行政院衛生署於 7 月 1 日推動實施「老人長期照護三年計畫」，並擴大辦理醫院「出院準備服務計畫」，建立急性醫療、慢性醫療與長期照護間良好的轉介管道與關係（行政院衛生署，2001）。內政部於同年 11 月 25 日修正《老人福利機構設立許可辦法》，12 月 22 日公布《老人長期照護機構設立標準及許可辦法》，大幅放寬小型機構設立許可，只要不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免者，得免辦財團法人登記，提供 49 床以下之機構式照護收容老人，自此小型老福機構依法得以立案，林立於社區中，與日俱增（內政部、行政院衛生署，1998；石采靈，2013）。同年，內政部社會司亦提出社區化照護政策，針對低收入之獨居老人提供「緊急救援連線」服務，避免獨居老人發生緊急意外事故（陳伶珠、蔡旻珮，2017）。

行政院於 2000 年成立跨部會長期照護專案小組，推動「建構長期照護體系三年計畫」，統籌規劃我國長期照護藍圖。衛生署於 2000 年繼而成立「長期照護諮詢委員會」，於 10 月規劃及研訂「新世紀健康照護計畫」等長期照護相關政策，將長期照護列為重點工作（王卓聖、鄭讚源，2012）。2002 年，行政院經濟建設委員會召集內政部、衛生署、原住民委員會、農業推廣委員會等相關部會共同推動「照顧服務產業發展方案」，引導臺灣照顧服務產業化經營的新方向；可惜，隔年更名為「照顧服務福利及產業發展方案」，照顧服務重回福利導向。同 2002 年，內政部召開「全國社會福利會議」，將「建構完整之照顧服務體系」列為議題之一，開辦「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」，首度將政府補助對象擴及到一般戶，補助對象失能程度分為輕度失能、中重度失能等二類（陳明珍，2009）。此後，殘補式長期照顧服務，拓展至普及式照護。

內政部與衛生署於 2003 年會銜公告「照顧服務員訓練實施計畫」，統一「居家服務員」及「病患服務員」之訓練課程，爾後統一稱為「照顧服務員」（社團法人長期照護專業協會，2019）。

2004 年行政院社會福利推動委員會另組「長期照顧制度規劃小組」，規劃相關之長期照顧政策。行政院衛生署於 2005 年規劃「特殊照護模式暨失智老人居家照護模式試辦計畫」。行政院同 2005

年4月11日核定「臺灣健康社區六星計畫」，其中「社福醫療」包括發展社區照顧服務，落實社區健康營造；5月18日核定「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，8月31日又再核定「加強老人安養服務方案」，將原有之社區照顧關懷據點實施計畫、失能老人及身心障礙者補助居家服務計畫等一併納入（行政院，2005；社團法人長期照護專業協會，2019）。

2006年行政院將各縣市之「照顧管理中心」及「長期照護管理中心」合併為「長期照顧管理中心」以整合地方單一服務窗口；經濟部提出「U-care 旗艦計畫」鼓勵銀髮族照護相關機構與科技廠商合作，提升銀髮族照護品質。經建會於8月召開「臺灣經濟永續發展會議」，其中社會安全組針對高齡化現象提出因應對策（朱宗藍等，2007）。

此階段自全民健康保險實施起，我國各項長期照顧服務茁壯成長。惟各方案一再強調家庭負有扶養責任，政府政策法規基本調性仍為「社會福利」，在照顧需求不斷增加的現實壓力之下，服務量能不足、資源分配不均、老人與身心障礙者照顧服務輸送體系分歧及長照財源等種種困難，亟需解決已是迫不及待（邱汝娜等，2004；陳燕禎，2008）。

2.4 第四期（2007年~迄今）：普及式福利混合經濟模式的長照政策正式成形

行政院於2007年4月3日核定「我國長期照顧十年計畫」，明確定義長期照顧、失能評估、服務對象、項目及範圍等（行政院，2007）。同2007年，修正《老人福利法》，將老人福利機構修正為：長期照顧機構（長期照護型、養護型、失智照顧型）、安養機構及其他老人福利機構三種類型，並規範老人福利機構之規模、面積、設施、人員配置及業務範圍等事項之標準；內政部於2008年制定《失能老人接受長期照顧服務補助辦法》，對於有接受長期照顧服務必要之失能老人，應依老人與其家庭之經濟狀況及老人之失能程度提供必要之經費補助（立法院，2007；內政部，2008）；衛生署開辦「遠距照護試辦計畫」，藉由居家/社區與機構式兩類遠距健康照護服務模式，發展整合性與連續性的遠距健康照護（陳政昌，2014）；同時，經濟部推動「健康照護服務產業發展方案」。衛生署在2009年制定規劃「推動弱勢族群醫療照護計畫」，發展山地離島偏遠地區社區化長期照護服務體系計畫，自此，各部會積極推動各項長期照顧服務方案（陳淑芬、鄧素文，2010；吳玉琴，2011）。

2013年我國衛生醫療與社會福利之中央主管單位整合為衛生福利部。同年行政院制頒長期照護服務網計畫（第一期：2013-2016年）以建置完善長期照護制度；2015年再制頒長期照護服務量能提升計畫（2015-2018年），以老人全照顧概念為出發點，加強對民眾提供需要的照顧服務，不僅包括醫療照護及失能者所需的長照服務，更含括生活照顧的全人全照顧政策（行政院，2015）。同2015年6月3日制頒《長期照顧服務法》，明訂2017年6月3日正式施行，確立我國長期照顧服務之法規依據。

2016年衛生福利部訂頒「長期照顧十年計畫 2.0（簡稱長照 2.0）」，由中央與地方政府及民間單位共同推動，除擴大服務對象，更新增長照財源及服務項目（衛生福利部，2016a），為提供更完

善的長期照顧服務，衛福部自 2018 年起，修改了長照 1.0 的給付標準，將長照的補助項目改為包裹式支付，提出「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」，大幅修正我國長期照顧服務之給付標準、支付基準及補助額度，降低照顧家屬的財務壓力、提供更多元的照顧項目（衛生福利部，2018）。

2017 年《長期照顧服務法》已正式施行，且長照 2.0 各項服務在新的給付制度支持之下快速發展，服務提供者也更為多元，產業化規模大幅提升。惟長期照顧服務法訂頒迄今，尚未有效的整合原各部會所制頒之各項法令，如《老人福利法》、《身心障礙者權益保障法》、《國軍退除役官兵輔導條例》、《精神衛生法》、《護理人員法》等法所設立之機構，類似的服務對象卻因安置於不同法令管轄之機構而有相異的設立法規、人員規範及補助標準，未來仍須根據「以人為本」的精神，進一步進行服務體系的整合。

3. 家庭主義與個人照顧兼具的長照政策

透過前述文獻的歷史發展脈絡分析，得知臺灣長期照顧政策是整體社會政策或社會福利政策的一環，相較於北歐制度式福利國家、歐陸德國的工業成就式福利國家或是英國自由主義福利國家，尚未成為一完整之福利制度。我國與日本、韓國、新加坡、香港等亞洲國家則屬於以儒家文化、家庭主義及經濟發展為主的東亞福利國家，或稱為「生產性福利國家」，社會政策之目的在於穩定社會，以利經濟發展（林萬億，2012；李易駿、古允文，2003；葉崇揚、古允文，2017）。

再者，我國向來注重家庭關係，故偏向由家庭照顧者來提供家中長者及失能者的照護。對照於同樣被歸類為「家庭主義」(familialism)福利模式或「地中海模式」的南歐國家如義大利、西班牙等，同樣有多代家人同住或同鄰（住得近）及親密的家人（家族）關係且偏好非正式的福利服務供給，南歐國家傳統上除了提供服務(in kind)以外，同時也提供現金給付(in cash)，如年金、失業給付、照顧津貼等來支持家庭，因此能有較大彈性安排照顧方式與人力(Bettio et al., 2006; Calzada & Brooks, 2013; Moreno-Colom et al., 2016)。我國的長期照顧社會福利模式在歷史發展中卻一直未能充分討論，抑或是根本迴避「現金給付」這個福利的選項的原因為何呢？但值得注意的是，社會價值是持續變動的，尤其隨著高齡、少子、失能失智者增加、獨居及僅與配偶同住者增加等社會人口變遷，面對長期照顧的偏好，傳統上的認知也可能已經或將會發生變化，例如對正式服務的接受度提高，以及對於政府投入公共服務的期待提高。

臺灣長期照顧政策的發展，從清治時期一直到 1990 年代初期，都延續「政府主導，民間配合」模式，提供孤老殘弱之財物救濟或機構式收容安置，屬於殘補式福利或服務。1994 年「全民健保」開辦，建構了一個整合健康照護的藍圖；1997 年《老人福利法》修訂通過，此後在法規基礎上明訂個別業務主責單位，開展福利混合經濟(mixed economy of welfare)的長照政策，由公部門、民間非營利組織及私立機構共同執行長期照顧服務提供。

2007年《老人福利法》再次大修訂，第16條明訂：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理」。依Engel(1977)對全人照顧(whole person care)的闡述，完善的醫療是涵蓋生理(身體)、社會、心理及經濟層面的醫療，照顧全人(the whole person)需整合性的健康照護。近年來，由於醫療的進步以及人們對於維持健康的渴望，全人照護(holistic health care)的概念孕育而生，而整合性健康照護需要有精良醫術、尊重病患隱私，以及能建立良好醫病關係的能力(鄭昌錡，2019)。為了要達到以人為本的全人照顧的目標，在照顧失能者時，應該把受照顧者視為整體，而不是依其問題或需求細分服務項目；應以受照顧者的需要，包括生、心、靈以及社會等方面看成一個整體性，尊重並回應受照顧者的需求、價值等，作為所有服務的導向，而提供更為整合性的照顧服務。2013年中央主管機關整合為衛生福利部，以及2015年《長照服務法》訂頒，政策逐漸整合，將失能長者及身心障礙者等納入長期照顧服務對象，2016年底核定推動長照2.0，期以社區整合照顧模式，結合民間單位(營利與非營利組織)來滿足受照顧者多重複雜的照護需求，達到連續性照護的目標(衛生福利部，2016a)。

4. 長照 2.0 的現況與挑戰

政策評估指政策評估人員利用科學的方法與技術，有系統地蒐集相關資訊，評估政策方案之內容、制訂與執行過程及執行結果的一系列活動(吳定，2008)。然而，政策執行的分析原本就是檢驗以假設形態出爐的政策，本文依據上一段歷史回顧的資料，進行「文本分析」，並對應歷史與福利發展脈絡的事實，探討及反思臺灣長期照顧政策能否經得起政經、社會、科技與環境變遷的衝擊，進而產出具體的成果，得到社會各界人士的支持，願意投入資源響應政策推動的深化、擴大與突破(林水波，2013)。

現今，對於政策評估與分析的理論繁多，學者眾說紛紜，而Swartz等人(2012)所提出影響國家長照政策具體設計的六項指標，含括上述對服務使用者個人的需求、經濟、福利選擇權及國家治理、福利體制等多面向考量，指標具體且符合本研究目的，故援引為本研究之分析工具，探討我國長照政策之執行現況與挑戰，包括：

- (1) 長照的財務機制，包括使用者的個人負擔；
- (2) 受照護者的需求如何被評估；
- (3) 長照體系在中央與地方的行政管理機制；
- (4) 長照服務的提供如何考慮實物服務(in kind)或現金給付(in cash)；
- (5) 使用者能否自由選擇服務提供者；
- (6) 長照服務體系如何與急性醫療、住宅及其他社會福利服務進行整合？

4.1 長期照顧政策之執行現況

長照的財務機制，包括使用者的個人負擔

依長服法第 15 條規定，設置特種基金（原長照服務發展基金）。基金來源包括遺贈稅、菸稅、政府預算撥充、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、以及依房地合一課徵所得稅收入扣除由中央統籌分配予地方之餘額。依據政府報告（衛生福利部，2019），2018 年長照基金收入計 363.46 億元，其中菸稅收入 281.83 億元，約占長照基金收入八成。在支出部分，2017 年為 87.3 億元，2018 年成長至 163.1 億元，2019 年增至 300.7 億元（衛生福利部會計處，2020）。雖然支出仍遠低於收入，但呈現倍數增加的趨勢。若長照服務持續擴張，目前的財務機制是否能永續支撐？的確令人疑慮。另外，長照基金收入約七至八成來自於菸稅，而菸稅要維持穩定或增加，就等於必須有一群特定的、甚至更多的行為者（吸菸者），而吸菸是引發癌症、呼吸道疾病、心血管疾病、消化道疾病、甚至記憶力喪失等等多重慢性疾病的高風險因子，且吸菸者中以勞動階層者占多數，由他們來負擔主要的長照財源，未來罹患疾病又可能成為長照的需求者，這是否符合倫理與道德的原則？亦相當具有爭議（王明鉅，2018；劉一德，2019）。

目前政府以長照扶養稅捐扣抵、調高政府給付額度以減少使用者部分負擔作為誘因，鼓勵民眾使用長照服務。長照需要等級之第 1 級無給付額度、第 2-8 級則是按等級給付不同的額度，可分為個人額度及喘息服務額度二項。個人給付額度依長照需要等級按月給付，提供照顧及專業服務、交通接送補助（依縣市幅員分為三類）及輔具服務與居家無障礙環境改善服務（每三年補助一次）；喘息服務額度則以年計，分為兩類，第一類為失能等級第 2 級至第 6 級，第二類為失能等級第 7 級至第 8 級。依據照顧計畫所核定之照顧組合，使用上述個人給付額度，並於額度內依家戶人口資產調查(means test)核定福利身分支付個人負擔比率，低收入戶者免部分負擔，餘中低收入戶及一般戶依長照服務項目有不同的負擔標準，倘個人需求超出給付額度，則需「使用者付費」（衛生福利部，2016a）。但資產調查限制了使用者的身份與使用長照服務的意願，依據衛生福利部(2020a)統計資料，2020 年第一季低收入戶占總戶數的比例僅為 1.58%，而低收入人數占總人口數的比例更只有 1.23%。換言之，絕大多數的民眾使用長照服務仍有自費的負擔，而實務工作經驗顯示，因為照顧的「長期性」，有相當多民眾會考量自身付費能力，而降低其使用長照服務的意願及實際使用的額度，甚至因無法負擔自付額，而完全放棄使用政府補助的配額。若真有想要以自費使用超過給付配額，服務單位是否能依使用者需求來提供足量的項目（時數）及人力？也是一大問題。在喘息服務的部分，則因額度以年計，使用者必須善於規劃，配合機構床位空出時機或居服人力，否則亦將空有補助而無法妥善使用。

受照護者的需求如何被評估

相較以往，長照 2.0 的服務項目更多，相對的需求評估也更為多元。民眾對長期照顧的需求可表現在兩個層面上：服務模式之需求及對服務項目（服務內容）的需求（屈蓮、熊德筠，2015）。因此，照顧管理專員（以下簡稱照專）依據照顧管理評估量表(CMS)及照顧問題清單對個案進行實

地評估，除考量服務提供單位之差異及個案心智障礙之特殊性外，不再侷限於 ADLs、IADLs 之失能評估，更加入個案之情緒、問題行為、特殊照護及所處真實環境等特性（曲同光等，2015）。照專依據 CMS 照顧管理評估量表及照顧問題清單評估個案失能程度及照顧需求，由輕至重共分為 1-8 級。民眾於申請身心障礙鑑定同時，亦會依據其需求評估有無長照需求，再轉介照管中心由照專評估其失能等級與長照需求。如此的評估設計，確實比較能夠對應於現有的服務項目，但長照 2.0 始終無法適切地回應不同使用者，例如性別差異、資源不足的偏遠地區或不同文化背景的原住民，其服務模式之需求及實際使用時所遇到的制度性障礙（日宏煜等，2019）。再者，依據行政院衛生署(2010)國民長期照護需要調查得知，高齡為失能的高風險因子，越老失能機率越高，且女性在生命晚期的失能風險比男性為高，且年齡越高風險也越高。然，我國長期以來對性平議題著墨頗深，甚至將 CEDAW（行政院性別平等委員會，2020）變成國內法，但對於長照政策的性平議題，卻少有人關注，且相關研究亦不多。

照專按個案之個別化照顧需求及問題清單，擬定各項照顧服務計畫，依據衛生福利部訂頒之《長期照顧給付及支付基準》提供照顧及專業服務、交通接送、輔具服務及居家無障礙環境改善服務，並每年提供主要照顧者喘息服務。但該基準乃依服務項目支付，對於多元的評估量表與項目如何整合為「以人為本」的服務計畫？服務計畫在實際提供服務時的適切性評估與修正流程為何？以及服務單位在給付制度之下的生存/獲利 vs 案主個別化最佳利益的兩難，等等問題都在目前的長照實務中常常出現。

長照體系在中央與地方的行政管理機制

長照政策的執行須仰賴中央與地方政府協力推動，並結合民間單位資源共同發展，因此，積極溝通與取得共識，落實合作夥伴關係，勢必是一大關鍵。當地方政府執行面遇到問題時，中央與地方如何透過良善的溝通，討論預算與服務流程，取得一定的共識，需要彼此更多的信任與尊重。而無論在中央或在地方，政治這個面向的影響，也是不言可喻。

如上文理論，福利混和經濟模式支持由政府與民間營利、非營利及志願服務組織共同推動與執行長照服務將更有效率，因此近年來政府透過特約與支付制度，積極結合民間非營利組織、社區組織、甚至營利組織共同推動長照政策，期能建立公私協力的夥伴關係，共同推動長期照顧服務。

長照服務的提供如何考慮服務(in kind)及/或現金給付(in cash)

照專依「長照需要等級」判定個案之長照需要等級，由輕至重共分為 1-8 級。第 1 級不給付，2 至 8 級依程度核定補助額度，目前額度每月為 10,020 元至 36,180 元不等，使用者在額度內依照照顧服務計畫使用長期照顧服務，如居家服務、日間照顧服務等，對於未使用完畢的經費額度，設計有「留用」的制度；另對於照顧管理及政策鼓勵服務，如獎勵服務提供單位提供夜間及假日服務，或額外給付長期照顧服務機構對於特殊困難照顧者提供照顧服務，不扣除個案「個人額度」。整體來看，雖然名為補助額度，其實是一個數額的概念，但實際上對使用者而言，是以服務項目的核定為準，補助的部分並不牽涉現金支付。這樣的制度設計，容易混淆實物給付和現金給付，一方面令

政府在評量長照政策的效果與效益時容易失準，另一方面民眾對自己合理使用長照服務的自決 (autonomy) 也容易受到抑制。

政府對於未接受機構收容安置之中低收入老人發給生活津貼，分為低於最低生活費 1.5 倍及 2.5 倍二級，給予現金給付之生活照顧；而家庭照顧者照顧領有中低收入老人生活津貼且未接受機構收容安置、居家服務、未僱用看護（傭）、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者，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，且實際由家人照顧，每月發給特別照顧津貼新臺幣五千元。如此看來，政策對重度失能老人的家庭照顧者所提供的津貼(in cash)補助十分有限而嚴苛，不但規範老人失能程度必須重度以上，不得使用長照服務，津貼額度僅五千元且多年未隨物價波動而調整，與上述長照 2.0 的補助額度，相距甚遠。

使用者能否自由選擇服務提供者

照專依「長照需要等級」判定個案之長照需要等級，由照專評估失能等級，依個案偏好及需求轉介轄內 A 級單位，由個案管理師擬定照顧服務計畫，再依個案偏好及需求轉介 B 級長照單位執行。除照管中心照專提供之失能評估服務未簽訂契約外，其餘提供長照服務之社區整合型服務中心（A 級）及複合型服務中心（B 級）單位，再由 B 級單位與服務對象簽訂合約。服務過程中，服務對象可解除契約或同時另與其他長照服務單位簽訂服務契約。「簽約」是臺灣長照服務發展歷程中產出的一個特色，乃基於消費者保護及避免服務爭議。但因為長照服務的評估者、提供者與接受者三者之間，存在著相當程度的資訊不對等 (information asymmetry)，目前的合約無論在形式或內容上，是否真正達到各方權力/權利平等？仍有待進一步研究。

長照服務給付有兩大重要「排除」，即排除家庭主要照顧者及家庭聘僱之外籍看護工，對偏好由非正式體系來提供照顧的老人或失能者而言，長照服務僅提供喘息服務的選擇。其餘正式服務體系之居家式及社區式照顧服務皆可依服務使用者之意願、偏好及需求，有限度地選擇服務提供者（不能自聘或自選），但需求項目則受到政策的規範，若超出規範的服務，則沒有彈性調整的空間。對於機構式照顧則以低或中低收入戶 1.5 倍中重度失能（或失能等級 7 級以上）老人方可接受機構式照顧服務。一般民眾選擇住宿機構補助，依家戶所得最高每年以 6 萬元為限；或者如有身心障礙身分者可請領「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧補助」，惟以筆者所經營之長照機構個案為例，平均每位住民所申請之補助僅占其養護費用之 42.06%，餘 57.94% 尚須自行負擔。

長照服務體系如何與急性醫療、住宅及其他社會福利服務進行整合

「銜接前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質」為長期照顧十年計畫 2.0（106 年-115 年）的目標之一（衛生福利部，2016a）。薛瑞元在《創新照顧雜誌》的採訪中表示，現在對於老人的照顧觀念，必須要「翻轉」，應該讓老人們盡量維持生活功能，當照顧需求的程度降低、居住的環境改變了，就可以讓老人過得更有尊嚴，這才是未來長照的遠景（創新照顧，2019）。銀髮住宅的照顧政策正是實踐「強化社區初級預防功能，降

低長者衰弱風險，並維護老人日常生活之獨立性、自主」(衛生福利部國民健康署，2019) 這個目標，然而衛福部目前僅一件 BOT 案，是位於新北市新店區的衛福部所屬的「中醫藥研究所」用地，目前尚在進行可行性評估中，對於相關銀髮住宅政策及法令，仍有待政府加快腳步努力。

再者，長照服務的對象常合併有高度的醫療照護需求，因此對於住院之失能者，衛生福利部開辦「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」，期待在出院同時銜接長照服務，可有助於提升照顧連續性。但目前在這個議題上初步推動階段，相關的資料或研究發表仍十分缺乏，尚難以說明現況進展如何。

現階段建立以社區為基礎，發展多元且連續之長照服務體系，分為 A、B、C 三級，由 A 級(社區整合型服務中心)提供照顧需求評估，並協助 B(複合型服務中心)、C(巷弄照顧站)級之技術支援與整合服務；另一方面促使 B 與 C 級單位普遍設立。再者，為達成強化社區預防性照顧服務為目標，積極擴增並強化社區照顧關懷據點成為 C+單位，提供健康促進及喘息服務(臨時照顧)等。規劃至 109 年至少布建 3,827 處 ABC 長照服務據點(469 處)社區整合型服務中心及 829 處複合型服務中心及 2,596 處巷弄長照站(衛生福利部，2019)；另因應偏遠地區長照需求，建置在地部落服務體系，辦理文化健康站，作為偏鄉長照資源不足區之照管據點、輔導機制與平台，提供多元整合等創新模式服務，期能縮短城鄉差距。就現況而言，規劃中的數量應能順利達標，尤其是在 B 級的日照中心部分，更是爆量增加。但是否均能如 2.0 計畫之初的構想一般發揮功能，則有待進一步探討。另，長照服務體系與一般社會福利、老人保護及醫療保健服務等其他體系的連結與整合，仍有很大的努力空間。

4.2 長期照顧政策之難題與挑戰

稅收非長久且永續之財務機制

近十年數據來看，臺灣租稅負擔率在 2008 至 2017 年間，約在 11.8%至 12.9%的區間內，2018 年我國達到 13.4%，為近十年首度突破 13%大關。而 2019 年受到稅改因素，營所稅提高、綜所稅與部分貨物稅調降等因素交互影響，最後仍維持在 13%(財政部，2020)。然，臺灣非如北歐高額稅負之福利國家，倘僅以加徵菸稅及遺贈稅，增加特種基金來源，且為鼓勵民眾使用長照服務，現行十年長照 2.0 除調高補助標準，並新增服務項目，則長照政策所需的經費，若仍皆由政府編列預算支應，勢必會造成預算排擠效應；另隨著失能人口逐年增加，長期照顧的需求與經費只會有增無減，如果未能有長久且穩定的財源，勢必將影響政策的執行。

因應長照需求快速增加，政府年年增加預算，但畢竟有限。除了傳統由民間非營利組織來協力補足福利缺口的策略之外，近年第三部門的社區型組織、民間營利型服務組織之商業模式及醫院外展或長照機構擴充之醫療/社會混和模式也蓬勃興起，加上民眾使用服務時的自費額部分負擔，整體長期照顧經費總額成長非常快速，逐漸形成一個規模不容忽視的經濟體，但此經濟體表面係由服務使用者可選擇服務單位類似自由市場競爭，但實際上仍由政府管控與監督，市場無法自由發揮功能調整供需、品質與價格，也使得「以人為本的全人照顧」侷限於目前長照 2.0 的問題清單，無法

隨使用者的個別差異而提供更多元完整、更高品質及更有文化適切性的服務，同時也限縮了臺灣長照服務進一步的照顧模式創新。Deloitte (2021)「全球健康照顧展望」特別強調「加速產業改變 (accelerating industry change)」，建議健康照護產業的利益相關人，應拓展以往單以健康及疾病照顧為主的服務模式，融入心理、靈性、福祉/幸福(well-being)，並進行服務輸送模式的改變及創新。

長期照顧需求評估之即時性與有效性

失能人口與日俱增，且失能者的照護需求常因其個人疾病、老化或資源等問題，造成失能程度加劇，甚或因為一時急症關係，導致衰弱卻未達失能等級，因此需仰賴照專的即時評估及專業服務的及時提供，才能達成照護連續性的目標。然而，現階段因照專人力不足且異動頻繁，對於初評及複評已讓照專疲於奔命，又如何能顧及隨時變動的失能程度而提供即時失能評估，進而調整其照顧服務計畫。

長照的評估流程之初始規劃係由縣市之照管中心評估失能等級，轉介 A 級單位之個案管理員（簡稱 A 個管）擬定照顧服務計畫。然，實務上各縣市的長照需求評估流程各有差異，部分縣市由長照 A 個管直接訪視評估、核定失能等級與照顧計畫或照專與 A 個管同訪；但部分縣市則要求須由照管中心照專訪視評估後，才能核定失能等級，再由 A 個管評估並擬定照顧計畫，導致個案可能被重複評估，且評估之即時性與有效性亦遭受質疑。此外，民眾對於照管中心之照專與 A 個管之重疊性工作，常會混淆不清二者的角色與功能。

夥伴關係？還是夥計關係？

長照政策有賴中央與地方政府密切合作，但實際上，長照 2.0 政策係中央政府規劃，交由地方政府執行，相關經費預算依地方政府財政分級補助，但常因長照相關法規之間缺乏整合、政府部門彼此間缺乏溝通機制，易導致中央與地方、或中央不同部會、地方政府不同局處之間未取得共識，可能造成彼此對立而無法合作，甚至出現「中央請客，地方買單」的質疑。再者，由中央政府規劃，地方政府必須接受所謂的「財政分級補助」標準，但在相關人力的量與質的部分，則是地方政府在執行時必須自行負責的；甚或中央統一服務項目及補助標準，地方政府無法依其資源及需求，發展出因地制宜且具地方特色之長照政策與服務。

政府透過委託或補助的方式，與民間之非營利、營利及志願服務組織建立公私協力的夥伴關係，共同推動長期照顧服務，能提升長照服務的能量與效益。但，實際上政府仍透過制度建立、評鑑、核銷等行政程序執行管控與監督，擺脫不了上下階層關係，轉變成夥計關係。目前現況來看，仍然以非營利組織為政府主要的合作對象，在委託或補助的相關辦法中，對於「營利單位」的定義與看法、接受度相當不一致，且在不同專業上的對待亦有差異。例如，社會福利服務部門的合作單位大多為非營利組織，但 2.0 計畫中大規模擴充的復能服務，偏重物理治療及職能治療為主，且承接機構多為營利單位。

實物為主之長照服務相較現金給付缺乏彈性及福利使用自主權

長期照顧服務應提供以人為本之全人照顧計畫，以問題清單搭配各項照顧服務組合，擬定照顧服務計畫，表面上是全面照顧到案主個別化的問題，惟如此按項目照表操課的服務，是否缺少了「有溫度且彈性」的人性照顧？再者，一般民眾目前僅能選擇居家式或社區式照顧，尚無法在個人額度內自由選擇機構式照顧服務。換言之，服務對象的選擇並未被視為一項重要的長照體系價值，並投入資源來倡導與維護；服務提供者之間也存在著不同的網絡關係，無法公平地接觸到服務需求者，「球員兼裁判」的爭議從未少過；服務使用者也因個人的能力與資源差異，而無法充分獲得服務及其權力/權利相關資訊。可說，目前的長照服務現況在選擇(choices)這個議題上，是著墨不足的。

現階段的長照服務主要以提供實物給付之照顧服務為主，對於現金給付之長照服務，僅極少數家庭照顧者得以領取中低收入戶老人特別照顧津貼。然，如此以家庭主義為中心的長照政策，易使照顧者延伸就業困難及自身老年貧窮等問題。再者，從衛生福利部(2020a)統計資料得知，2019年領有中低收入老人特別照顧津貼人數達 8,597 人，其中女性照顧者請領人數占 57.56%高於男性的 42.44%，倘政策仍著重家庭照顧責任，必須審慎思考如何預防以女性為主的家庭照顧者未來可能有老年貧窮等議題產生。

城鄉差距，長照資源配置質與量皆不均

因城鄉差距造成人口密度、交通設施、長照提供單位及專業人力的資源多集中於都會區，因此在偏鄉、部落或離島地區常因資源缺乏或不足，導致服務資源選擇有限，服務品質難以保證，因此，政策無法普及與落實，最終民眾只能申請外籍看護工作為替代性服務。經查「勞動部統計月報」2019年底全國之社福外籍移工已高達 25.9 萬人（勞動部，2020），其照護對象已占 2019 年度長照需求推估人數 79.4 萬之總失能人口約 33%（衛生福利部，2016a）。

長照服務目前最缺乏的是從事第一線服務之照顧服務員，過去 15 年來，全國約有 11 萬人接受照顧服務員訓練，根據衛福部(2016)於立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會專案報告中，對於委託辦理照顧服務員訓練結訓學員就業意向調查結果顯示，參加培訓學員從未曾從事照顧服務工作者計 41.2%，現在從事或曾從事過照顧工作者僅約 58.8%，培訓人力明顯不足供應市場所需；另尚有其他照護專業的人力配置尚有不足，如護理師、社工人員、物理治療師及職能治療師等。至於原鄉地區長期照顧服務資源發展部分，因原鄉地區地理位置偏遠、服務幅員廣大、人力開發不易、交通成本較高等因素，故醫療及長期照顧等相關資源相較不足，偏遠地區長照服務量能有待提升。

現階段健保支付制度及臨床實務，無法立即有效銜接後端長照服務

為有效整合長照服務與醫療資源，照專應即時介入醫療系統，連結出院準備服務，透過「衛福部照顧服務管理資訊平台」，在服務使用者出院前能立即連結長照服務資源，則能有效回應案主需

求。衛福部透過「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」雖有助於提升照顧連續性，然現階段健保的 DRGs 診斷關聯群(diagnosis related groups)包裹式支付制度影響及臨床實務上，病人在住院期間由於病況不穩定，醫師無法有效判斷確切的出院日期，甚至有可能在急性期病情尚未痊癒時或亞急性病患尚住於復健病房時，為了醫院生存/利潤考量，病患即被強迫出院，當醫療需求尚未被完整有效處遇時，更何來後續的長期照顧服務？（衛生福利部中央健康保險署，2017）

5. 討論與建議

綜論以上，本文透過臺灣長照歷史發展的文獻回顧，將臺灣長期照顧政策的發展分為四期說明，耙梳臺灣長期照顧獨特的歷史文化、社會與政治脈絡。結果發現，在我國固有的文化期待、鉅視面的經濟、政治、社會條件下展演出來的我國長照歷史，預示了我國長照政策的現有樣貌。雖然目前長照 2.0 計畫正如火如荼地進行，在政府財源的投入、服務項目的擴增、需求評估的個人化以及連續性照顧體系整合與創新等方面有大幅的進展。然，長期照顧政策作為整體社會政策的一環，仍延續著傳統「家庭主義」的精神，以家人為長照服務的主要提供者，並以「生產性社會福利」的角度，視長照政策為穩定社會以利經濟發展及政府治理的手段，並未更積極朝向「發展性福利國家」來進行政策路徑的轉型（葉崇揚、古允文，2017；Patel, 2017），特別在關注失能者與老年公民的受照顧權利、以女性為主的照顧者的工作與生活權利、民間組織的自由參與機制、區域資源平等、有更多公民社會投資以及中央與地方/政府與民間真正夥伴關係的紮根等面向，都亟待突破與進展。

雖然我國經濟掛帥，但弔詭的是，在我國長照發展歷史中，曾出現過以健康與社會照顧「產業」為導向的契機，卻未能受到重視，例如 2002 年的經建會推動的「照顧服務產業發展方案」或 2006 年經濟部提出的「U-care 旗艦計畫」，鼓勵銀髮族照顧相關機構與科技廠商合作，都是雷聲大雨點小，最終仍回歸以低收入及中低收入戶為主要補助對象的福利模式，非常可惜。希望在 5G 時代來臨之際，我國長照能一舉躍升，晉身健康與社會照顧的產業大國。

面對四年後（2025 年）即將進入超高齡社會的事實（國家發展委員會，2020），臺灣現行的長期照顧政策，是否能夠從容因應我國快速高齡社會發展所帶來的人口與社會海嘯的衝擊，迎接挑戰？從「衛生福利部推動性別主流化 106 年成果報告」中，得知在 2017 年底，臺灣的長照服務涵蓋率僅 11.9%（衛生福利部，2018），及上述 2019 年家庭聘僱外籍看護工，其照護人數占全臺總失能人口約 33%，這些數據也印證了為何許多民眾對未來自己及家人的長照感到憂心。

本文以 Swartz 等人(2012)舉出之長照六大議題分析臺灣長照政策的發展現況，發現現行在政策與執行層面均有相當的優點，但也有困境與挑戰。包括長照財務機制、需求評估、由中央或地方執行、僅提供實物服務或混合實物/服務給付與現金給付、使用者的選擇權及長照服務體系如何與醫療體系及社會服務體系的服務整合等議題，統整發現我國長照體制雖然近年在政府政策加碼之下蓬勃發展有許多突破，但延續著歷史路徑中家庭主義及以經濟發展為核心的「生產性福利國家」的鉅視環境架構，仍舊以家庭照顧者及家庭所聘僱的外籍看護工為主要的長照提供者。這其中隱含的性別、區域、國際勞工不平等的社會結構，需要更積極關注與倡導。

歸根究底，我國未來長期照顧發展的基本問題是：人民如何看待長照需求是「個人責任」或是「社會共同承擔的風險」？以及長期照顧負荷是否造成傷害甚至拖垮照顧者及其他家庭成員的可能性？而以稅收為主的長照財務機制是否能夠永續？我國長照政策始終不脫離以稅收預算建立相關長照資源供給的路徑，無法因應高齡社會所帶來大量增加的長照需求，導致現行體系財務的風險過大。為避免服務斷裂，未來可透過以下方式，建置我國長照政策的永續財源，將長照需求的風險由社會共同承擔，並確保福利服務與經濟發展能相互依存。因此，針對未來長照政策發展之目標及工作策略，本文建議如下。

5.1 建置長期照顧自主永續之財務機制

政策本是一連串發展演化過程的產物，其中政策執行之後的下一步施為，要由執行分析所得的知識，作為續階行動的基礎（林水波，2013）。目前，我國長照 2.0 政策之推動，採滾動式修正政策執行，除透過現有稅收預算建立相關長照資源供給，易有財務上的風險，未來更重要的是建置長照政策的永續財源。

(1) 採用社會保險制度推動我國之長期照顧政策，徵收長照保險費用

政府應投入適足之專門財源，以推動長期照顧制度。放眼世界推動長期照顧之國家，多採取社會保險制度，以資源刺激供給，強化福利供給質與量的提升，方能因應無窮盡的長照需求支出。建議當前台灣以稅收制提供長照服務，在長照資源及供給建置期間，可同時採用社會保險制度推動我國之長期照顧政策，開徵長照保險，累積長照保險資金。

(2) 比照全民健康保險，全年齡徵收保費

長照 2.0 已將失能之身心障礙者全面納入服務對象，建議長照保險可比照全民健康保險，全年齡徵收保費。如此，可降低保險費用，以增加納保意願，並可達到全民共同責任分攤的目標。

(3) 參照商業保險模式，降低財務風險

現階段長照 2.0 係透過現有稅收預算提供長照服務，同時徵收長照保險費用，建議可參照商業保險模式，須投保一定期間之等待期後，方可申請保險給付，如此，可降低財務風險並落實永續經營之目標。

5.2 落實以人為本的全人照顧精神，開放服務使用者的政策參與權及服務選擇權

衛福部推動的「全人健康照護計畫」是從體系面、機構面及人力面架構計畫，藉以促進醫療資源合理分布，提供民眾適切、可近性的醫療服務。

我國長照服務制度已建立一套需求評估機制及依失能等級核定服務最高成本支付概念，部分負擔及超出則由服務使用者自付。目前長照服務強調家庭照顧責任，主要提供以社區式及居家式服

務為主，僅針對中低收入戶 1.5 倍以下之失能長者提供機構式照護。惟現今社會變遷，少子化影響及婦女勞動參與提高等，造成家庭提供照顧功能式微。

(1) 提供「定額不定項目」的包裹式給付的長照服務，強化長照承接機構的財務自主能力

人的照顧仍舊要由人提供照顧。為避免專業服務被過度細分切割，造成照顧醫療化，提供缺乏人性、無溫度的服務。建議俟長照 A 及 B 級單位資源建置成熟後，修正居家服務以照顧問題清單細切服務項目的支付制度，參考美國 PACE。PACE (Programs of All-inclusive Care for the Elderly) 是一個在美國針對長者的醫療及長照需要提供居家及社區整合性長期照護方案。起源於加州舊金山市的廣東裔美國人社區；由於華人文化上較不能接受將長者送到護理之家接受照顧，因此在 1971 年開始有一個稱為「安樂」(On Lok)的老人社區照顧方案，改以提供社區內的長者所需要的全方位的居家或社區日托服務，包括醫療、復健、營養、交通、臨托喘息照顧、日常生活服務等。後來這個方案的方法與內容也被其他地區的長照或醫療服務機構使用，開辦類似的服務計畫，逐漸擴大，並以 PACE 為名成立全國性的專業協會(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020)。這種論人計酬的給付方式，由負責的機構評估案主失能程度及家庭狀況，在定額補助標準內，案主不受限於照顧服務計畫，可以自主彈性使用，最終由 A 或 B 級機構負擔照護個案的財務風險，如此才能應建構「以人為本的全人照顧」服務理念，提供服務使用者安全、老人為中心之長期照護，強化該二級單位推動長照政策的能力，全面提升照顧服務品質。

(2) 服務提供須彈性、多樣化，以達成連續性照顧的目標

因應女性在生命晚期的失能風險比男性為高，失能評估時，應加入性別需求指標，而有性別差異的個別化服務；再者，因應社會變遷及家庭提供照護功能式微，建議在服務提供時，除以案主及其家庭為中心之需求評估，控制在失能程度的定額補助標準內，除提供居家式、社區式照顧外，更應納入機構式照護的設計照顧組合，方可達成連續性照顧的目標。

5.3 持續整合長期照顧與醫療及其他社會福利服務體系，發展智慧長照多元創新服務模式

(1) 連結長期照護體系，建構從健康到亞急性照護模式與醫療垂直整合轉銜系統

連結社區銀髮住宅政策的實踐，強化社區初級預防功能，降低長者衰弱風險，並維護老人日常生活之獨立性、自主，達到健康促進、延緩失能的目標。再者，透過全民健康保險支付改革，連結機構式長期照護體系，建構亞急性照護模式與醫療垂直整合轉銜系統。依個案失能程度，甚或考量因年邁、急症造成的一時衰弱或失能，給予個案一定治療期間，可分為短期、中期及長期三個階段，依時間長短核定健保給付額度，時間越短給付越高，時間越久則給付越少。個案入住長照機構並透過醫療合作，由醫師巡診服務給予治療，在治療黃金期內立即給予積極性之跨專業整合照護服務，以「整體功能進步」作為成果評估，使其恢復自我照顧功能，將可減少長期占住急性病房及後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔。如此，可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌。

(2) 統一評估機制及流程，強化社區照顧體系的溝通聯繫

透過全國一致性的評估機制及流程，由社區整合型服務中心（長照 A 單位）之個管員直接訪視評估、核定失能等級與照顧計畫，半年後再由照管中心照專訪視複評，如此可避免個案重複評估，縮短評估時間，落實即時評估的目標。同時，加強社區照顧體系間（社區整合型服務中心與複合型服務中心）的溝通聯繫，減少因不當派案衍生的爭議，應落實派案的合理、公平原則，再者避免個案與服務者的重新適應，以達到照顧連續性。

(3) 發展智慧長照系統，提升照護品質

內政部統計處(2021)公布 2020 年人口統計，去年 1 至 12 月出生人數為 16 萬 5249 人、創歷年新低；死亡人數為 17 萬 3156 人，死亡人數超過出生人數，台灣人口首度負成長。臺灣人口快速老化且高度成長，未來照顧人力不足已是定局，因此如何透過智慧長照系統，減緩照顧者照護壓力，並提升照護品質，未來可發展遠距居家照護系統、智慧型居家復健系統、環境輔助生活、智慧型行動輔助系統、高齡者通訊平台及社群網路、高齡者陪伴型機器人及高齡者互動娛樂科技等。廣泛應用智慧科技於高齡者生活與照護，更有機會藉由照護需求帶動龐大產業效益，政府的資源投入目的可能更應該從輔助智慧科技產品、系統的建立，轉向著重於推動「落實」智慧科技於高齡者生活與照護應用，使其內化成為照護流程的一部分（徐業良、白麗，2018）。

6. 結論

高齡社會導致長期照顧等相關問題日益嚴重，少子化更影響了家庭互助功能減弱，引起政府及民間的關注。本文以臺灣長照發展歷史回顧的資料進行「文本分析」，並對應歷史與福利發展脈絡的事實，進行我國長期照顧政策評估與分析，企圖在深刻理解我國長照價值與歷史軌跡之後，運用我國的社會特色與資源條件，翻轉政策路徑，有效落實失能者及老年公民的福祉。本文援引 Swartz 等人(2012)所提之六大長照議題進為資料分析之工具，檢視這六大指標，都是臺灣長期照顧體系發展歷史中一再琢磨的關鍵點，雖然至今還在「滾動式修正」地發展中，但無論是在政府部門的政策與行政、民間非營利與社區組織的能量培力、家庭照顧者的充權/賦權以及營利組織的參與角色，都已經累積了相當豐富的本土經驗，成為未來臺灣長期照顧政策發展的力量與資源，值得政府重新檢視與尊重與多元部門組織之間的夥伴關係，以共創更有效率、更令使用者滿意的臺灣長照服務。最後，本研究提出了長照政策目標及工作策略之建議。

目前臺灣長照政策係以社區式及居家式的照顧模式為主來提供服務，本文限於篇幅，未探討此二種模式是否能因應現今社會與家庭結構變遷？若堅持傳統價值強調家庭照顧責任，將失能者及家屬困在家中，所需要付出的個人及社會成本到底有多大？又早期所提出的機構式照護為輔(30%)是否仍值得推動？這些都有待後續研究進一步探索。最後，臺灣是世界知名的科技國，如何善用科技人才與資源，協助長照服務的創新與發展，也是後續政策發展與研究需進一步探索的議題。

參考文獻

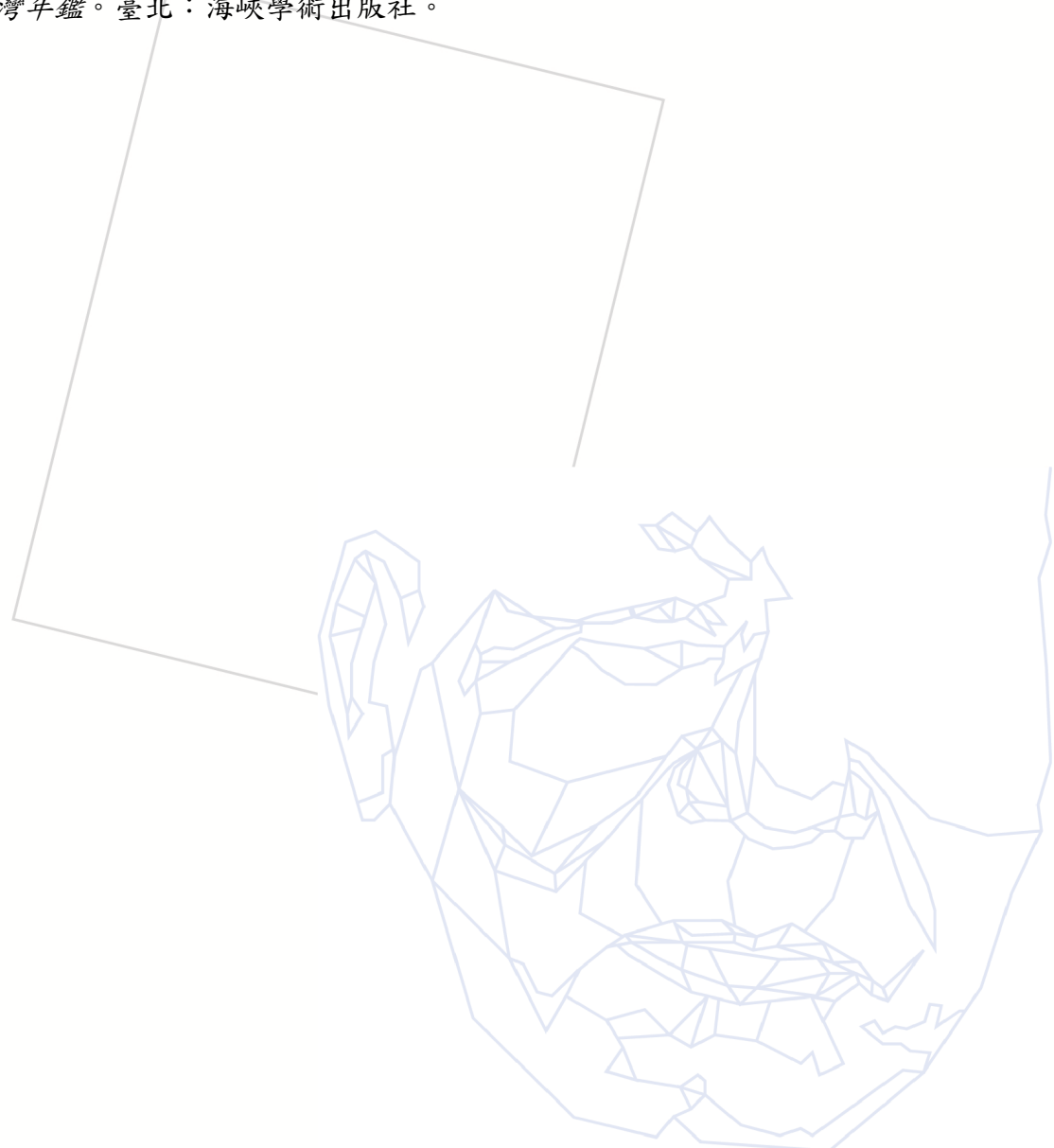
1. Bettio Francesca, Simonazzi Annamaria, & Villa Paola. (2006). Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.
2. Calzada, I. & Brooks, C. (2013). The Myth of Mediterranean Familism: family values, family structure and public preferences for state intervention in care. *European Societies*, 15(4), 514-534.
3. Centers for Medicare & Medicaid Services (2020). What is the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)? 2021 年 1 月 10 日取自 <https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/PACE/PACE>
4. Deloitte (2021). 2021 Global Health Care Outlook. 2021 年 3 月 10 日取自 <https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html>
5. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
6. Kane, R. A., Kane, R. L., & Ladd, R. C. (1998). *The Heart of Long-Term Care*. New York: Oxford Press.
7. Moreno-Colom Sara, Càceres Carolina Recio, Martín Teresa Torns, & Català Vicent Borràs (2016). Long-term care in Spain: Difficulties in professionalizing services. *Journal of Women & Aging*, 29(3), 1-16.
8. Patel, L. (2017)。南非發展性社會工作之政策與實務應用。黃琢嵩、鄭麗珍（主編），*發展性社會工作：全球應用、發展對話*(23-50)。臺北市：松慧。
9. Swartz, K., Miake, N., & Farag, N. (2012). Long-term care: Common issues and unknowns. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31(1), 139-152.
10. 內政部(1981)。老人福利機構設立標準。民國 70 年 11 月 30 日內政部(70)臺內社字第 58495 號令訂定發布全文 18 條。民國 87 年 6 月 17 日內政部(87)台內社字第 8782311 號令、行政院衛生署(87)衛署醫字第 87032697 號令會銜修正發布。
11. 內政部(1990)。殘障福利機構設施標準。中華民國 79 年 12 月 10 日內政部(79)台內社字第 849089 號令訂定發布全文 32 條。於中華民國 88 年 5 月 26 日內政部(88)台內社字第 8892931 號令修正發布名稱及全文 25 條（原名稱：殘障福利機構設施標準；新名稱：身心障礙福利服務機構設施標準）。
12. 內政部(1991a)。殘障者醫療復健重健養護及教育費用補助辦法。中華民國 80 年 6 月 7 日內政部(80)台內社字第 932150 號令訂定發布全文 26 條。中華民國 88 年 5 月 26 日內政部(88)台內社字第 8892934 號令修正發布名稱（身心障礙者生活托育養護費用補助辦法）及全文 13 條。
13. 內政部(1991b)。殘障福利機構設立及獎勵辦法。中華民國 80 年 6 月 7 日內政部(80)台內社字第 932618 號令訂定發布全文 21 條。中華民國 88 年 6 月 16 日內政部(88)台內社字第 8881176 號令廢止。
14. 內政部(1998)。加強老人安養服務方案。中華民國 87 年 5 月 26 日內政部(87)臺內社字第 8717833 號函訂定發布全文 8 點。

15. 內政部(2008)。失能老人接受長期照顧服務補助辦法。中華民國 97 年 1 月 25 日內政部台內社字第 0970012316 號令訂定發布全文 12 條。
16. 內政部、行政院衛生署(1998)。老人長期照護機構設立標準及許可辦法。中華民國 87 年 12 月 22 日內政部(87)台內社字第 8793884 號令、行政院衛生署(87)衛署醫字第 87072365 號令會銜訂定發布全文 12 條。
17. 內政部統計處(2020)。人口統計資料。2020 年 3 月 2 日取自 <https://www.moi.gov.tw/stat/node.aspx?sn=6511>
18. 內政部統計處(2021)。人口統計資料。2021 年 1 月 10 日取自 https://www.moi.gov.tw/files/site_stuff/321/1/month/month.html
19. 創新照顧(2019)。翻轉照護思維衛福部研擬 銀髮住宅結合社區照護。創新照顧。2021 年 1 月 10 日取自 <https://www.ankecare.com/2019/16256>
20. 劉一德(2019)。荒唐的抽煙救長照，快改吧。臺灣時報。2020 年 7 月 8 日取自 <http://www.taiwantimes.com.tw/ncon.php?num=30316page=ncon.php>
21. 勞動部(2020)。產業及社福移工人數—按產業分。勞動統計月報。2020 年 12 月 30 日取自 <http://statdb.mol.gov.tw/html/mon/212020.htm>
22. 吳定(2008)。公共政策。臺北：五南。
23. 吳淑瓊、陳正芬(2000)。長期照護資源的過去、現在、與未來。社區發展季刊，92，19-31。
24. 吳玉琴(2011)。臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望：老盟觀點。社區發展季刊，136，251-263。
25. 國家發展委員會(2020)。高齡化時程。載於中華民國人口推估(2020至2070年)(13-16)。台北市：國發會。
26. 屈蓮、熊德筠(2015)。長期照護緒論。載於長期照護實務學(2-4)。新北市：新文京。
27. 張英陣(2016)。福利社區化的省思：社區治理的觀點。社區發展季刊，154，44-55。
28. 徐業良、白麗(2018)。智慧科技於高齡者生活與照護應用之前瞻發展建議。2021 年 1 月 10 日取自 http://www.feg.com.tw/upload/publish/pub_20180419019.pdf
29. 戴西君(1995)。近代臺灣社會福利的發展。蔡明哲(編)，臺灣近代史：社會篇。南投中興新村：臺灣省文獻會編印。
30. 日宏煜、李欣怡、游書寧(2019)。文化照顧在原住民族長期照顧上的應用：以社區及居家職能治療服務為例。中華心理衛生期刊，32(2)，209-247。
31. 曲同光、彭美琪、白其怡(2015)。規劃長照保險重要基礎資料庫—國民長期照護需要調查。國土及公共治理季刊，3(1)，108-114。
32. 曹毓珊(2002)。老人家庭照顧者僱用外籍家庭監護工對照顧關係影響之研究。臺灣大學社會學研究所碩士論文，台北市。
33. 朱宗藍、何國豪、楊麗珠(2007)。長期照護資訊化之成果及願景。長期照護雜誌，11(4)，323-330。
34. 李易駿、古允文(2003)。另一個福利世界？東亞發展型福利體制初探。臺灣社會學刊，31，189-241。
35. 林水波(2013)。執行分析與政策續階—以幸福保衛站計畫為例。立法院國會季刊，41(12)，21-35。

36. 林王美園(1993)。實施醫療網計畫—為推行全民健保鋪路。護理雜誌，40(2)，15-28。
37. 林維言(2000)。從「加強老人安養服務方案」的執行談長期照護制度之建構。社區發展季刊，92，6-18。
38. 林萬億(2002)。當代社會工作—理論與方法。臺北：五南。
39. 林萬億(2012)。臺灣的社會福利：歷史經驗與制度分析。臺北：五南。
40. 楊培珊、梅陳玉嬋(2016)。臺灣老人社會工作的淵源與現況。載於老人社會工作：理論與實務（第三版）(301-334)，臺北：雙葉書廊。
41. 江東亮(2017)。社會與健康：超越全民健保。臺北：三民。
42. 涂心寧(2016)。居家服務民營化策略下的糾纏與動盪。社區發展季刊，153，267-275。
43. 王卓聖、鄭讚源(2012)。臺灣長期照顧制度之發展脈絡及借鑒-歷史制度論。國立空中大學社會科學系社會科學學報，19，90-125。
44. 王明鉅(2018)。把長照 2.0 的財源寄託在菸稅上，政府到底希不希望人民戒菸？。關鍵評論網。2020 年 7 月 8 日取自 <https://www.thenewslens.com/article/87697>
45. 石采靈(2013)。老人福利機構社區化之初探—以台南市南區機構經營者之角度為例。成功大學都市計劃研究所碩士論文，台南市。
46. 社團法人台灣長期照護專業協會(2019)。長期照護記事。2019 年 5 月 5 日取自 <http://www.ltcpa.org.tw/index.php?func=introduce&nID=8>
47. 立法院(1980a)。老人福利法。立法院公報，69(4)，1280 號，8-11。
48. 立法院(1980b)。殘障福利法(現修正為身心障礙者權益保障法)。立法院公報，69(41)，1317 號，3-6。
49. 立法院(1991)。護理人員法。立法院公報，80(35)，2459 號，26-37。
50. 立法院(1994)。全民健康保險法。立法院公報，110(10)，4681 號二冊，220-220。
51. 立法院(1997)。老人福利法。立法院公報，86(31)，2923 號上冊，229-229。
52. 立法院(2007)。老人福利法。立法院公報，96(13)，3536 號一冊，253-255。
53. 立法院(2015)。長期照顧服務法。立法院公報，104(41)，4240 號一冊，116-121。
54. 臺灣省政府(1988)。臺灣省安老計畫—關懷資深國民福利措施。中華民國 77 年 12 月 13 日臺灣省政府(77)府社五字第 163813 號函訂頒全文 5 條。
55. 臺灣省文獻委員會(1994)。臺灣史。南投中興新村：臺灣省文獻委員會編印。
56. 葉崇揚、古允文(2017)。從生產性福利體制到社會投資福利國家：臺灣與韓國的比較。社會政策與社會工作學刊，21(1)，97-147。
57. 行政院(2005)。加強老人安養服務方案(核定本)。行政院 94 年 8 月 31 日院台內字第 0940037657 號函核定。
58. 行政院(2007)。我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫(核定本)。96 年 4 月 3 日行政院台內字第 096000511 號函核定。
59. 行政院(2015)。《長期照顧服務量能提升計畫》行政院第 3475 次會議報告(2015 年 11 月 19 日)。2020 年 7 月 8 日取自 <https://www.thenewslens.com/article/87697>

60. 行政院性別平等委員會(2020)。消除對婦女一切形式歧視公約。2021年1月10日取自 <https://gec.ey.gov.tw/Page/FA82C6392A3914ED>
61. 行政院衛生署(1993)。護理機構設置標準。中華民國82年8月27日行政院衛生署(82)衛署醫字第8247383號令訂定發布全文14條。
62. 行政院衛生署(1997)。衛生白皮書—跨世紀衛生建設。臺北：行政院衛生署。
63. 行政院衛生署(1998a)。護理機構設置標準。中華民國87年6月17日行政院衛生署(87)衛署醫字第87032530號令修正發布全文11條。
64. 行政院衛生署(1998b)。護理人員法施行細則。中華民國87年9月9日行政院衛生署(87)衛署醫字第87052957號令、內政部(87)台內社字第8793338號令會銜修正發布第8、15條條文。
65. 行政院衛生署(2001)。老人長期照護三年計畫。臺北：行政院衛生署。
66. 行政院衛生署(2010)。國民長期照護需要調查。臺北：行政院衛生署。
67. 行政院衛生署(2013)。開創全民均等健康照護計畫(核定本)。臺北：行政院衛生署。
68. 衛生福利部(2016a)。長期照顧十年計畫2.0核定本(106~115年)。2020年7月8日取自 <https://www.mohw.gov.tw/dl-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html>
69. 衛生福利部(2018)。長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務)給付及支付基準。2021年3月6日取自 <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4212-44992-201.html>
70. 衛生福利部(2019)。「長照2.0執行情形、困境及未來規劃」專案報告。立法院第9屆第7會期，社會福利及衛生環境委員會第19次全體委員會議。2020年7月8日取自 <https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>
71. 衛生福利部(2020a)。低收入及中低收入統計。2020年7月8日取自 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-2972-113.html>
72. 衛生福利部(2020b)。衛生福利部106年度推動性別主流化成果報告。2020年7月8日取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOPE/lp-1105-110.html>
73. 衛生福利部中央健康保險署(2017)。什麼是DRG支付制度?。2021年1月10日取自 https://www1.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=CCB95A682B3DA6D5&topn=5FE8C9FEAE863B46
74. 衛生福利部國民健康署(2019)。108年度「長者健康管理-社區預防及延緩失能服務」計畫。臺北：衛生福利部國民健康署。
75. 衛生福利部會計處(2020)。長照服務發展基金基金來源、用途及餘絀表。長照服務發展基金會計月報。2020年7月9日取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOA/lp-2725-112-2-20.html>
76. 財團法人臺灣省私台北仁濟院(2019)。文史介紹。2020年1月4日取自 http://www.tjci.org.tw/displayPageBox/mainCp_2014.aspx?ddsPageID=MAINSTORYA&
77. 財團法人臺灣省私立台南仁愛之家(2019)。本家介紹—歷史沿革。2020年1月4日取自 <http://www.thop.org.tw/index.php?temp=intro&lang=cht>
78. 財政部(2020)。國民租稅負擔。2020年7月4日取自 <https://www.etax.nat.gov.tw/etwmain/web/ETW118W/CON/417/5792586571079918315?tagCode=>
79. 賴兩陽、曾中明、葉至誠、洪惠芬(2008)。社會政策與社會立法。臺北：國立空中大學。

80. 邱汝娜、陳素春、黃雅鈴(2004)。照顧服務社區化—當前老人及身心障礙者照顧服務之推動與整合規劃。《社區發展季刊》，106，5-17。
81. 鄭昌錡(2019)。從全人醫療談全方位的全人照護教學。林口長庚醫院醫教電子報。171。2021年1月2日取自 https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/ebmlink/36100/enews/me_epaper_108-11.htm
82. 陳伶珠、蔡旻珮(2017)。獨居老人緊急救援服務輸送模式與社會工作角色功能—以某社福組織為例。《台灣社區工作與社區研究學刊》，7(1)，1-32。
83. 陳政昌(2014)。發展遠距照護服務政策評估之研究—以臺北市與新北市為例。元智大學社會暨政策科學研究所碩士論文，桃園市。
84. 陳明珍(2009)。我國居家服務政策發展與省思。《社區發展季刊》，127，287-303。
85. 陳淑芬、鄧素文(2010)。臺灣長期照護服務體系之發展。《護理雜誌》，57(4)，5-10。
86. 陳燕禎(2005)。臺灣社會福利發展—日治時代社會福利機構的歷史探討。《社區發展季刊》，109，226-244。
87. 陳燕禎(2008)。臺灣社會福利非營利組織之研究：以私立仁愛之家為例(1899-1996)。《臺灣文獻季刊》，59(3)，295-338。
88. 黃玉齋(2001)。《臺灣年鑑》。臺北：海峽學術出版社。



Reviewing the History of Taiwan's Long Term Care Policy and Analyzing its Future Challenges — Based On Long-term Care Plan 2.0

Huang, L.-K.¹, *Yang, P.-S.²

¹ ST. Camillus Long-term Care Center, Yilan County

² Social Work Department, National Taiwan University

Abstract

An aging society leads to increasingly serious issues such as long-term care. The low fertility rate has resulted in family units with little to no mutual assistance, thus arousing attention and concern from both the government and society. This study is a policy analysis based on data collected from Taiwan's long-term care history. The development of Taiwan's long-term care system is divided into four phases and considers Taiwan's unique historical-cultural, social, and political context of long-term care. This study found that Taiwan's Long-term Care Plan 2.0 has attained good progress in developing diverse, holistic, and continuity in care systems and services. However, the findings also indicate that there are still existing challenges with regards to financial mechanisms, assessment needs, central or local government implementation, provision of in-kind service, in-cash service or the mixture of both, user choice issues, and most urgently—how to integrate long-term care service systems with medical and social service systems. This study also lists the suggestions for the goals and strategies that can be adopted in future long-term care policies.

Keywords: aging society, long-term care, long-term care plan 2.0, holistic care, continuity of care

