

如何擬就永續的長照政策？

口述作者 ■陳小紅 / 國立政治大學社會學系名譽教授

文字整理 ■林品君 / 國立政治大學社會學研究所

由「1.0」至「2.0」版前後 20 年的長期照顧政策規劃

早自民國 96 至 106 年，行政院經濟建設委員會即著手規劃我國「長照 1.0」政策。該會人力處長期從事我國人口變遷的分析及推估，深刻體察到台灣人口暨家庭結構業已出現不可逆的結構轉型與變化--少子化和老齡化。一方面，隨著高齡化，年長者的被照顧需求增加；另一方面，在少子化前提下，大多數家庭的戶量急遽萎縮，多半僅育有 1 至 2 名子女，未必能擔負起家庭照顧的職責。因此，從國家政策的角度出發，政府認為有扛起長期照顧年長者的責任。「長照 1.0」計畫是在國民黨執政期間推動的，當時擬以社會保險的方式提供該服務，意即保險費由當事人、工作單位以及政府等三方共同承擔。儘管私人企業的老闆們不甚樂意在負擔健保、勞保之餘，再增加長照保險的負擔，然為了制度的永續以及自身年老時之需求，仍然願意配合納保。社會保險制度本即涵蓋制度永續、所得重分配和危險分攤等三大考量。當時除了日本及

德國外，鮮少有其他國家推行長照政策，而隨人口的老化，它很可能如無底洞般，一旦上路便難有叫停可能。適時政策的爭議之一在於納保年齡，惟因該制度僅處規劃階段，故未見詳實內涵。

在積累了「長照 1.0」十年的規劃和初步成果後，「長照 2.0」於民國 106 年正式推出，擬實施至民國 116 年止。故嚴謹而論，台灣的長照政策實施先後固然僅 10 來年歷史，然先後兩期總體政策規劃卻長達 20 年。

長期照顧政策規劃之背景因素

人口的少子化與高齡化固然係促使政府不得不正視長期照顧政策的主因，然細究過去 20 年台灣的社會變遷不難發現，我國總生育率逐年下降，由 40 年代每位育齡婦女平均生育 7.04 人，一路下滑至 108 年時之 1.05 人；同一時期平均戶量由 5.46 人減少至 2.67 人；而無論男女之平均餘命均高於 80 歲（男性 77.55 歲，女性 84.05 歲）；2020 年時，65 歲以上人口占比已達 16%，高於 14 歲以下 12.9%

之人口占比；而伴隨人口的持續老化，失能與失智人口數亦逐年增加。前述事實除證明台灣已步入高齡社會，且很快將成為超高齡社會外，「長照」政策已非屬該不該做的選擇題，而是何時及怎麼做的政策議題。

「長照 1.0」與「長照 2.0」之異同

「長照 1.0」政策主要係以 65 歲以上的年長者為主要服務對象。此外，有關原住民族群，政策考量到他們生活環境和型態的特殊性，客觀上平均壽命較平地人低 10 歲左右，因此照顧的門檻向下調整至 55 歲。至於「長照 2.0」政策，除了「長照 1.0」的服務對象外，又再將服務對象的年齡門檻下調，並將失能者、失智者，以及虛弱的獨居老人涵蓋到照顧範圍內。

「長照 2.0」無論是在服務對象和服務項目上皆有明顯擴增；除目標人口增加了 4 類外，服務項目亦擴充為 17 類。「長照 2.0」政策之正式推出適逢民進黨執政期間，或許考量應與國民黨做出區隔、或為減輕民眾負擔，政策不再採社會保險制度，而代之以稅收制。於稅收制下，民眾和雇主因為無需繳納額外社會保險費而更有利於政策之推行。然較注重選票並善於以照顧弱勢包裝政策的價值取向，往往易忽略現實的成本計算。一黨專政時期的國民黨，習慣政黨需負責承擔所有成敗之思維，並看重國家發展的優先順序。且向來

主張經濟發展更形重要；故往往強調應先將國家經濟發展起來（先將餅做大），再來討論分配正義的課題，如此每個人可分得比較多，也比較有可分配的內容。

下表就服務對象、服務項目、補助標準及輸送體系等面向綜整了「長照 1.0」和「長照 2.0」的異同。

| | 長照 1.0 | 長照 2.0 |
|-------------|---|--|
| 服務對象 | 因老化失能衍生長照需求者： (1) 65 歲以上老人 (2) 55 歲以上山地原住民 (3) 50 歲以上身心障礙者 (4) 65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人 | 除 1.0 服務對象外，擴大納入： (5) 50 歲以上失智患者 (6) 55-64 歲失能平地原住民 (7) 49 歲以下失能身心障礙者 (8) 65 歲以上 IADL 失能之衰弱老人 |
| 服務項目 | 共計八項服務： 1. 照顧服務 2. 交通接送 3. 營養餐飲 4. 輔具購買、租賃及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家及社區復健 7. 喘息服務 8. 長期照顧機構服務 | 擴大原「長照 1.0」的八項服務，創新與整合以下九項服務： 9. 失智症照顧服務 10. 小規模多機能服務 11. 家庭照顧者支持服務據點 12. 社區預防性照顧 13. 預防及延緩失能服務 14. 原住民族地區社區整合型服務 15. 社區整體照顧服務體系 16. 銜接出院準備服務 17. 銜接在宅醫療及居家安寧服務 |

| | 長照 1.0 | 長照 2.0 |
|---------------|---|---|
| 補助標準 | 1.低收入戶：全額補助 2.中低收入戶：補助 90% 3.一般戶：補助 70% | 1.照顧及專業服務：低收免部分負擔、中低收入戶負擔 5%、一般戶自行負擔給付價格的 16% 2.交通接送 3.輔具及居家無障礙環境改善服務 4.喘息服務 |
| 服務輸送體系 | 長照需要者向地方政府長期照顧管理中心申請使用長照服務 | 長照需要者可撥打 1966 長照專線，由地方政府長期照顧管理中心受理，並由照管專員至個案家中評估，連結服務資源。 |

進一步言，不難覺察「長照 2.0」的首要任務在於強調延緩、在地及健康老化。

具體而言，「長照 2.0」擬由三面向切入老人的長期照顧：第一階段旨在延緩老化及健康老化；第二階段針對有被照顧需求之年長者，提供相應的居家服務或機構照顧補助；第三階段則著重安寧照顧，期望能讓年長者安心且有尊嚴的離世。

（一）延緩、在地及健康老化：長期照顧的首要階段任務。

蓋因人的老化大凡可分為初老、中老、老老三個階段。長期照顧的理想在於年長者尚未失能、失智以前，能延緩其老化過程。換言之，「長照 2.0」政策期望能延緩年長者臥床時間（相較於北歐國家平均臥床二周至數月，我國老人臨終前之臥床時間平均長達七年以上）

並落實在地老化和健康老化等三大目標。事實上，政府在全省已經成立了數千個生活照顧的關懷據點，而這些據點多數是由社區理事會、教會、寺廟、民間團體經營的。它們每星期會舉辦一至兩次的筋骨運動，例如：有氧、體操等，以維持年長者的身體健康。除此之外，它們也會定期舉辦健康、理財等講座和郊遊活動，讓年長者一方面可以吸收新知，另一方面也能藉與他人互動、拓展社交生活。在活動結束之後，還常舉辦共餐活動，促使年長者彼此關懷、深化在地認同。若有行動不便的長者，則另有電話問安和送餐服務。以上多樣的活動安排皆試圖要延緩長者老化的過程，或者協助他們健康的老化。以便有效降低他們使用醫療和社會資源的機率和頻率，從而讓社會福利資源回歸到真正的弱勢者，達到資源的最佳配置。

（二）日照中心或居家照顧：老化第二階段。

年長者若已出現行動困難，或因疾病而有被照顧的需要，那麼「長照 2.0」政策亦可提供如下的 4 大服務項目：一、照顧服務；二、輔具補助（輪椅和拐杖購置、無障礙居家環境改造）；三、交通接送（復康巴士或計程車合作）；四、喘息服務（定時派人替代和協助主要照顧者）。第一類的照顧服務可分為兩種：日照中心或居家照顧。日照中心意指專業照顧機構，提供老人日間照顧服務。惟該服務目前面臨

的困境是各市區的土地並不足以供應更多的日照中心建置。以台北市文山區為例，目前僅有 3 處日照中心，而每一處至多接受 40 位年長者。因此，台灣的年長者大多仰賴居家照顧。然而，家庭照顧員的供給數量目前仍然嚴重不足：全國實際從業人員逾 3 萬人，但據估計需求為 5 萬餘人。究其供需不均的主要原因可能是居家工作照顧者的社會形象和地位不高，從業者多為中高齡婦女、外籍配偶，薪資待遇亦不甚理想。為因應以上困境，政府已訂定辦法提升家庭照顧員的待遇，保障最低月薪 3.2 萬。若身在都會區域，因為交通距離較短、大眾運輸完備，則經驗豐富的照顧者可妥善規劃路線，一天照顧多位年長者，月薪有機會達到 5 至 6 萬。然而在偏鄉地區，因為交通距離較遠、通勤工具有限，照顧者相對不易照顧多位年長者，所以人力短缺的困境特別嚴峻。故政府也已針對偏鄉地區提供額外補貼，容許在地居民改造家庭空間，比如改成立托老中心，每戶收 4 至 5 位年長者，白天照料伙食或生理需求，晚上再由家屬自行帶回。另外針對失智者，政府也有協助建立共照中心，讓照顧者可以互相分享照顧經驗，並且提供失智照顧的諮詢服務。

（三）有尊嚴的安寧照顧：瀟灑揮別人間的第三階段老化。

進入到安寧照顧的年長者多處於人生的最後

階段，社會希望他們有尊嚴和快樂地離世。以前醫院設有安寧病房，現在則是有安寧設施，讓年長者對家人和朋友表達感恩或者懺悔之意，好讓他們走得心安。家屬可以前來陪伴長者，安寧病房裡也會有社會工作師、心理諮商師陪同年長者聊天，協助他們面對死亡，陪伴他們走完人生。

綜上所述，理想的老化情境應是第一階段最長，第二階段稍短，第三階段最短。若能達到這樣的時程、比重，將會對全體社會、主要照顧者和被照顧者三方都是最合適的。不同於西方社會普遍將年長者送至照顧機構，本地學者大多數認為居家老化優於機構老化；不過，若能從被照顧者的角度來看，將有些年長者送至機構可能才是最好的選擇，因為那裡才會有特殊設備的支應和專業人員的照顧。另一方面，從照顧者的角度觀之，將某些年長者委由機構照顧才能實質減輕他們的身心負擔。

「長照 2.0」政策議題探討：釐清服務目標群體、協調各級政府部門、整合長照之生態

「長照 2.0」政策的全盤落實迄今尚面臨諸多障礙，舉其荦荦大者，除長照人力仍明顯不足，偏鄉、離島地區各項長照設施之建置不敷居民需求，就連最起碼的交通接送和送餐服務都難到位。不過，這些技術層面課題只要有心，假以時日多少或均可獲解決。而下述政

策面議題則待較深層之思忖。

（一） 政策的目標團體暨政策目的亟待釐清。

目前仍有許多民眾全然不知有「長照 2.0」政策，也不瞭解要如何使用它。截至 109 年 7 月，該政策的覆蓋率僅達 40% 至 50%。衛福部雖訂出未來「長照 2.0」的覆蓋率將達 75% 甚至 80%，然覆蓋率如何計算？居住在機構及聘用外勞家庭的老人是否計算在內？政策上似莫衷一是，筆者於參訪各縣市時，縣市政府對所轄地區之有長照需求老人數似亦未充分掌握。尤其本勞與外勞的替代性，居家服務與機構長照服務人力之競合均宜於長照政策規劃過程中為更細膩之釐清。

（二） 中央政府與地方政府亟需分工合作；又，不穩定的長照財源難以確保制度的永續。

「長照 2.0」政策共提供 17 項服務，然並非每個地方政府皆有能提供全套服務。針對這 17 項服務，多數地方政府通常並未進行取捨，也未排定優先順序，往往全數付予實施。尤其現階段「長照 2.0」政策，95--97% 經費來自中央，地方政府僅承擔 3--5% 經費，且長照現有財源係以不穩定財源，如菸捐、遺產稅等為主，執政黨雖承諾未來每年將編列 400 億左右預算，然以「長照 2.0」10 年總預算預估需 7,000 多億元，隨人口之日益老化，如何籌措充裕財源，宜於制度面及早未雨綢繆。而人

力之相關規劃及落實亦應併同檢討。另一方面，長照的中央負責單位是衛生福利部，該部已就衛生和福利業務進行了整合，然現階段地方政府的長照業務多半由衛生局主責，當中的長照業務則又多委由民間醫院來承接。各地醫院多半將長照視為新興業務，成立長照部、失智症部，添購新型設備。然這些醫院現實面的操作，多半並非由老人福利的角度加以規劃，而是以學術研究的角度或新興業務去設想，看從長照服務中可累積出什麼樣的研究成果或開發出何種新興業務。

（三） 各項長照生態系之整合有賴更多專業者和年輕新血的投入。

長照服務體系實則涉及相當龐大的供應鏈，包括輔具、餐飲、車輛等服務，可謂均不乏企業化的經營商機。惟除醫療相關業務外，目前尚未看到單一私人企業獨立拓展這塊市場，因為「長照 2.0」政策自民國 106 年開辦，直至 108 年方真正啟動。而且若要將上述產業發展到一定的規模，亦須有雄厚的資本支撐。因此要如何企業化經營，或者說如何將銀髮產業落實的確是不小的挑戰。這是高教育背景和具長照關懷的年輕人可考慮切入的方向之一，包括規劃、設計和整合跨單位，跨地區的服務等等。若有更多民間單位或青年群體加入長照產業，將很有可能為長照提供更細緻和完整的服務。譬如，長照服務大可以專業

化，讓年輕人為年長者客製化搭配適合他們的長照服務。相較於官僚體系，普遍較缺乏長照知識和規劃兼具的能力，跨領域知識的整合能力或云長照的生態系是台灣邁向超高齡社會可以努力的方向之一。持平而論，目前 A 據點¹的工作人員「接案」功能遠大於「規劃」能耐。

總之，台灣要邁向長期照顧的康莊大道還有很長的路要走。學術人才需要加強政策研究的實務經驗和視野，政府官員則需提升政策的高度，當中主要的挑戰至少包括了：了解政策的目標服務群體，經費的規劃暨分配方式，以及制度的永續等。

¹就執行面言，「長照 2.0」依提供服務場所之規模大小、訴求對象須照顧程度、專業人力素養和多寡、設備之齊備等規劃為主要考量，建置 A、B、C 三級之服務體系。理論上言，A 級單位位階最高，對評估案主需求、規劃案主需要服務等級與安排服務照顧方式與人員負有重責大任。B 級單位工作多半由 A 級單位指派；當然，各方面條件均夠之 A 級單位也可同時扮演 A、B 單位兩種角色。至於 C 單位原為活躍於各社區之「社區關懷據點」，主要以服務健康老人為主，「長照 2.0」實施後，對少部分社區內輕度失能、失智者亦提供長照服務，坊間慣將之稱為「長照相仔店」。

安全會議諮詢委員、監察院監察委員，目前為國立政治大學名譽教授。其研究專長主要包括發展與組織社會學、中國區域研究、社會福利政策。她的相關著作可參見《中國大陸研究》、《亞洲研究》、《公共治理季刊》、《主計月刊》等專業學術期刊。有關本文詳細內容，可參閱陳教授近期出版之「長照 2.0—政策實施初探」一書。

作者簡介



陳小紅教授為美國匹茲堡大學的經濟與社會發展博士，曾擔任國立政治大學社會科學學院院長、行政院經濟建設委員會副主任委員、總統府國家