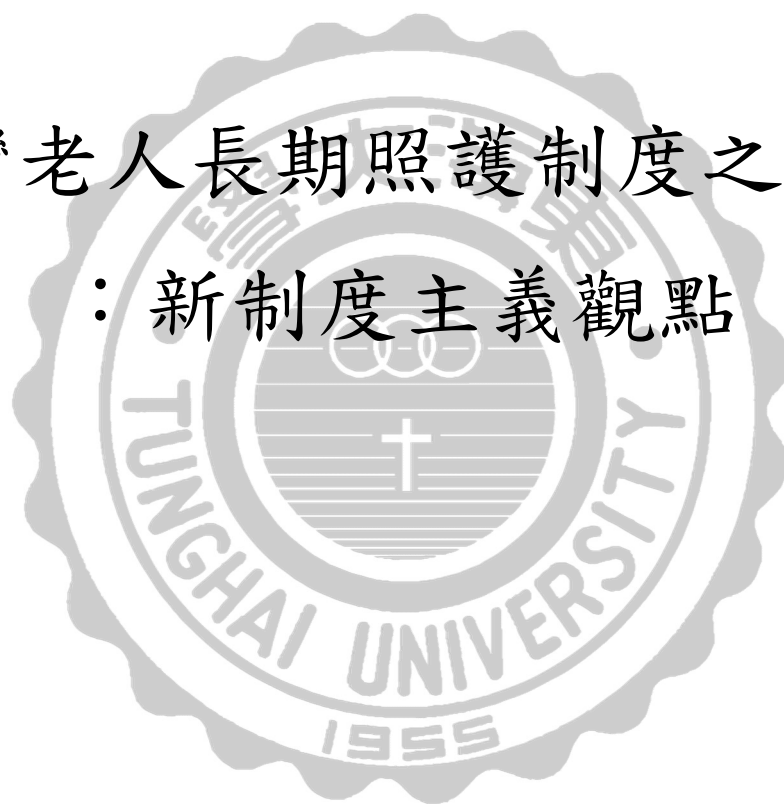


東海大學公共事務碩士專班碩士論文

指導教授：紀俊臣博士

臺灣老人長期照護制度之研究
：新制度主義觀點



碩士班研究生：黃鴻祥

中華民國一〇八年六月二十一日

台灣老人長期照護制度之研究：

新制度主義觀點

研究生：黃鴻祥

指導教授：紀俊臣 (簽章)

審查教授：劉志宏 (簽章)

紀俊臣 (簽章)

黃義威 (簽章)

專班主任：劉志宏 (簽章)

東海大學公共事務碩士在職專班碩士論文

中華民國 108 年 6 月 21 日

謝 誌

首先要感謝的是一路支持我進修的老婆秀秀，還有我高職夜校的好兄弟翁誌偉。若不是他的邀約，我應不會那麼快再次進修碩士學位。進修一直是我的夢想，從國中畢業後，求學的歷程都是在夜校就讀，半工半讀。在 1999 年退伍後，是我第一次的進修。當時和誌偉二人想從事金融方面的工作，所以就到嶺東科大就讀財務金融學系夜間專科，我們二人也順利拿到專科學歷，畢業後各有發展，並未到金融業。

一直到 2015 年，因誌偉有意從政，於是提出邀約，詢問我有想與他一同到東海大學公行專班進修碩士嗎？我當然是二話不說情義相挺，於是，開啟了我們二人的第三段共同就學的時光，二年的修業時間裡，事業、家庭、學業三頭燒，但也認識了很多的老師與同學，重回校園的興奮已讓我忘了辛勞，而且甘之如飴；最重要的是可以有這麼多同學共同學習和下課後許多的相聚和旅遊。這些美好的時光，歷歷在目。

因為工作繁忙的關係，延後了畢業的時間。在此要特別感謝黃秀華同學的提醒與協助，才讓我在 2018 年的下半年開始展開論文的寫作，再來就是我最親愛的紀俊臣教授。若沒有老師的臨門一腳，要求我一定要定出時程與協助指導論文內容的方向，我可能還在設想的階段。當然，還要特別提到的是，跟我的好兄弟誌偉，還有學姐宜真，三人互相激勵，趕進度與一同上台北找老師討論，因為我們三人是生命共同體，要一起通過口試，拿到碩士學位。

最後，能順利的畢業，要特別感恩的是專班的芳吟助教，在行政上對我們的協助，還有在口試場上給予我寶貴意見及合格通過的口試主席黃義盛老師及口試委員劉志宏主任，在我的論文上永世留名，在此不勝感激！

黃鴻祥 謹誌於東海大學

2019 年 6 月

摘要

近些年來，臺灣人口在面臨少子化與高齡化的衝擊下，使得長期照顧的需求隨之增加。長期照顧已儼然成為我國政府近些年來積極施行的重點工作，蓋臺灣地區 65 歲以上老年人口所占的比例，預估在短短十年內將增加至 20%，社會對此需求將以倍數增長。因此，政府建構多元、普及之長期照護服務體系與健全財務機制之長期照護相關保險，俾能提供全體國民必要、基本，且品質適當的長期照護服務。此為面臨變動之高齡化社會中，最重要的社會政策。檢視 2016 年長期照顧十年 2.0 計畫施行，到 2017 年長期照顧服務法施行以來，針對此二部分衍生出以下幾個問題，諸如：在照顧對象上，雖然在長期照顧十年 2.0 計畫施行，已擴及適用對象的範圍，但目前保障的對象是否完整，或在家庭的照顧上，雖然照顧需求已被納入長期照顧制度的保障範圍，但卻發現有實務上使用率低的問題。由於在照顧評估上缺乏標準的評估機制，進而引發各地區評估結果不公的情形。又如：在照顧服務提供上，主要推動的社區照顧模式所面臨的問題；在照顧服務品質與管理上如何有效提升照顧服務的品質與管理。此外，在財務來源上因迄今尚未制定財務籌措的法源，以致引發被質疑未來有財政來源不穩定等質疑問題。

本研究先從老人福利研究、老人長照研究及新制度主義研究等文獻，以探討與了解問題核心後，再從英國的稅收制長照機制、美國的稅收制長照機制、日本的稅收制長照機制之老人長照制度比較分析，從而了解各國不同的長照制度之優劣，藉以反觀，臺灣長期照護所屬的政策規劃與機制設計。從我國長期照顧制度發展脈絡，以及現行推動著長照 2.0、長期照顧服務法，以理解我國之長期照制度之發展，並針對我國長期照顧制度之問題之檢討與改善，再就臺灣長照制度的現況與前述各國不同長照制度之制度面與運作面比較分析，最後將研究過程中發現的差異與優質的面向，以新制度主義的觀點，提供具體且完整的建議，以為各界參考，期使我國長期照顧制度得以發展更完善之機制。

關鍵詞：長期照護、老人福利、長照、新制度政策



目 錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的與問題.....	7
第三節 研究方法與架構.....	9
第四節 研究範圍與限制.....	11
第二章 文獻探討.....	15
第一節 老人福利研究.....	15
第二節 老人長照研究.....	18
第三節 新制度主義研究.....	22
第三章 英國、美國、日本老人長期照護制度.....	27
第一節 英國：稅收制長照機制.....	27
第二節 美國：私財制長照機制.....	33
第三節 日本：保險制長照機制.....	45
第四章 臺灣老人長期照護制度之規劃與設計.....	57
第一節 長期照護制度的政策規劃.....	57
第二節 長期照護制度的機制設計.....	62
第三節 臺灣與英國、美國、日本長期照護制度的比較分析.....	68
第五章 結論.....	71
第一節 研究發現.....	72
第二節 研究建議.....	74
參考文獻.....	77

表目次

表 2-1 老人福利研究文獻.....	16
表 2-2 老人長照研究文獻.....	19
表 2-3 新、舊制度主義之差異.....	25
表 3-1 日本介護保險之財源調整結構.....	50
表 3-2 日本介護保險制度之服務項目.....	55
表 4-1 長期照顧服務法對民眾的影響.....	58
表 4-2 長期照顧之法規與政策發展.....	60
表 4-3 臺灣與英國、美國、日本長期照護制度的比較.....	69
表 5-1 長照 2.0 執行成果.....	74



圖目次

圖 1-1 中華民國人口推估趨勢.....	2
圖 1-2 臺灣全球出生率排名.....	3
圖 1-3 臺灣出生率及死亡率趨勢.....	4
圖 1-4 三階段年齡人口變動趨勢.....	6
圖 1-5 扶養比趨勢.....	7
圖 1-6 研究架構.....	11
圖 3-1 英國長期照顧之組織架構.....	30
圖 3-2 日本介護保險之組織架構.....	49
圖 3-3 介護保險制度需照護等級認定流程.....	52
圖 3-4 日本介護保險制度服務流程.....	53
圖 4-1 長期照顧的整體政策藍圖.....	60
圖 4-2 社區三級整合服務銜接.....	65
圖 4-3 ABC 長照醫療共同參與.....	66
圖 4-4 長照服務申請流程.....	67
圖 4-5 聘請外籍看護工家庭申請長照服務.....	68

第一章 緒論

臺灣已邁入高齡社會，長期照護老人制度備受各界關注，如以新制度主義的觀點探討該長照制度之政策作為，應有其學術價值。

第一節 研究背景與動機

壹、研究背景

一、高齡化問題已出現

隨著醫藥發達、社會進步，及出生率、死亡率逐年降低，臺灣老年人口正在大幅的增加，高齡化社會已經成為社會的重大議題，其所產生之現象與問題也一一的浮現中。根據聯合國世界衛生組織之定義：當 65 歲以上的老年人口比例佔國家總人口 7% 時，即「高齡化社會 (aging society)」，達 14% 時，為「高齡社會 (aged society)」，達 20% 時，則為「超高齡社會 (super-aged society)」。

復根據國發會的數據顯示，臺灣早在 1993 年時，已進入「高齡化社會 (aging society)」。

且在 2018 年 3 月底也如之前的人口推估如期進入「高齡社會」(aged society)；並推估 2026 年將正式邁入「超高齡社會 (super-aged society)」，此時的臺灣 65 歲以上老年人口比例預估將佔國家總人口數 20.7%；以衛福部的推估資料來看，至 2065 年時，65 歲以上的老人每 10 人中約有 4 位，而 85 歲以上之超高齡老人就佔其中 1 位（如圖 1-1）（衛生福利部，2018：12）。

衛生福利部國民健康局指出，人口老化速度在一個國家中之判斷標準，係指 65 歲以上的老人佔國家總人口比例從 7% 增加到 14% 所需的「年數」；美國歷經 73 年，瑞典則為 85 年。在 1993 年 2 月，臺灣提早進入「高齡化社會」；而後只花了 25 年就達 14%，於 2018 年成為「高齡社會」，老化速度相對於歐美國家快了許多，人口老化成

為臺灣社會未來的一大隱憂。(衛生福利部，2016：13)

事實上，臺灣人口老化的速度，在亞洲僅次於日本，反映臺灣人口老化的速度非常快，且需留意人口快速老化下，可能衍生的種種社會問題。如：高齡者身體器官退化的情況普遍較為嚴重，隨著年齡的增長而認知能力也隨之下降，亦會增加失智的可能性。因此，政府及民間企業相繼推出長期照護與醫療健康相關之政策和服務，以因應臺灣人口老化衍生的相關問題。



圖 1-1 中華民國人口推估趨勢

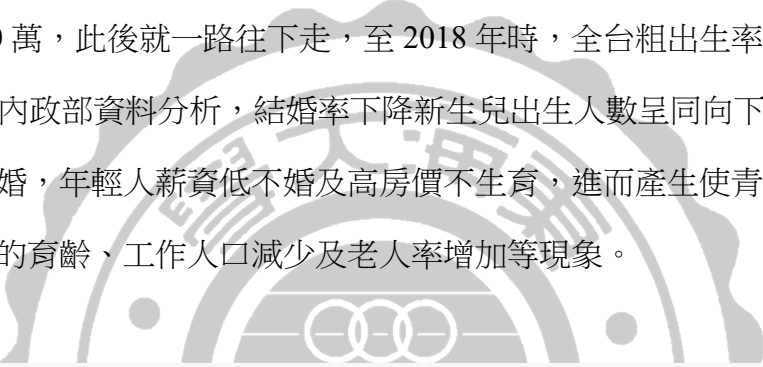
資料來源：國家發展委員會(2018)，「中華民國人口推估」(2018 至 2065 年)，頁 12。

二、少子化又出現

一個國家的總生育率下降到低於人口替代率的 2.1 人時，若無其他增加人口的方式，此時即稱為少子化。1965 年，臺灣出生率開始下降，當時總生育率還在高水準的 4.83。但在 1985 年時，人口替代率已大幅降為 1.89。這 20 年中間，國人平均壽命上

升，死亡率下降，老人人口填補因生育率下降導致的幼兒人口缺口。有鑑於臺灣少子化問題、高齡化社會之嚴重，2018 年國發會即曾指出臺灣可能在 2022 年出現人口負成長的現象，而 2019 年 3 月 24 日，世界人口綜述(World Population Review)公布世界各國生育率總排名指出，臺灣平均每個婦女生產 1.218 個嬰兒，在 200 個國家中排名墊底（如圖 1-2）。

根據內政部發布數據顯示，在 2018 年，臺灣出生人數創新低，新生兒只有 18.萬名。其實專家在 2008 年就已對少子化問題感到憂心，當時正逢金融海嘯，新生兒出生人數首度跌破 20 萬，此後就一路往下走，至 2018 年時，全台粗出生率只剩 7.56%（如圖 1-3）。據內政部資料分析，結婚率下降新生兒出生人數呈同向下滑，國民因教育程度提高而晚婚，年輕人薪資低不婚及高房價不生育，進而產生使青壯年以及社會福利負擔更沉重的育齡、工作人口減少及老人率增加等現象。



Macau	1.347 children per woman	191
Cyprus	1.337 children per woman	192
Hong Kong	1.326 children per woman	193
South Korea	1.323 children per woman	194
Greece	1.302 children per woman	195
Poland	1.29 children per woman	196
Singapore	1.26 children per woman	197
Portugal	1.241 children per woman	198
Moldova	1.23 children per woman	199
Taiwan	1.218 children per woman	200

圖 1-2 臺灣全球出生率排名

資料來源：世界人口綜述(2019)，(World Population Review)網站，(2019/3/29 下載)



圖 1-3 臺灣出生率及死亡率趨勢

資料來源：國家發展委員會(2018)，「中華民國人口推估（2018 至 2065 年）」，頁 7。

三、長照成為問題

臺灣人口百年以來因結構的變遷，呈現人口典型的轉型規律。人口老化(population aging)已是人口轉型(population transformation)必然的結果。但相較於英國人口轉型花費了約 150 年(1800-1950)的時間，臺灣人口轉型只用了 6、70 年；因此，形成異於他國的老化速度，及更嚴峻的老化衝擊。如：社會安全制度的財務平衡、勞動人力比例的減少，以及建立長期照護體系。

此時 15 至 64 歲的工作人口，並未有所增加。是以在長期處於少子化狀況下，可工作人口只會逐年遞減，縱使未來在政府提出鼓勵生育的福利政策下，生育率如願有提高之情形，但出生之人口仍需等待一段不短的時間，這些新生的人口才能開始有工作的能力。因此，未來能夠扶養老人的年輕人越來越少，能夠提供家庭照護的年輕人數不斷下降。反觀，必需被扶養之老人人口快速增加，相對於家庭照護的需求勢必同步增加。

臺灣正面臨人口快速老化的沉重壓力。這股銀色海嘯的激烈衝擊日益加劇，也因

此前總統陳水扁任內，即於 2006 年的國家安全報告中，首度正式將此人口政策議題列為我國九大國家安全的重要議題之一。於 2007 年，通過「長照十年計畫」，2008 年開始正式施行。主要給予失能老人及其家庭在經濟或實物上之補助。前總統馬英九任內亦曾表示人口問題已然是國家安全層次的常態議題。隨著人口高齡化所衍生的政治、經濟、財政、軍事、科技、教育、醫療，以及社會福利等相關問題，已然對臺灣地區整個國家政策有著深遠的影響；尤其以老人長照的問題更為重要。如：老人福利支出對政府財政的影響、高齡化人口對勞動力的影響、老年人安養照護問題所帶給老年人本身的課題、老年人的家人如何面對家有高齡長者的課題；以上也都是政府政策制定與執行所要面臨的重要考驗。

貳、研究動機

高齡化趨勢已是全球面臨的共同問題，根據聯合國世界衛生組織於 1984 年，其提出的概念模型（即出生命存活曲線和疾病率、失能率、死亡率）中；即曾表示年齡越大且存活的時間越長，失能與疾病的比率越高（阮玉梅，1999：6-7）。在全球老化的浪潮中，臺灣正以非常驚人的速度在延伸高齡化，高齡人口比例急速攀升，於 2018 年 2 月，高齡人口比例，已首次突破幼年人口比例，破百之老化指數，正式宣告臺灣人口扶養結構的重大轉變（如圖 1-4），出現社會的新型態，即「扶老為主，扶幼次之」。此說明高齡人口占臺灣社會的比重越來越高，臺灣正式跨入「高齡社會」，顯示工薪族將肩負的扶養責任更加重大。

由於老年人對於療養、安養、經濟安全需求的增加，政府財政負擔勢將加重；尤其是社會保險給付或福利津貼支出。隨著高齡人口不斷增加，政府須加速發展長期照顧服務的產業及提供適足的長期照顧服務。高齡社會是由不得人作主的，人老後的功能障礙與多重慢性病，除醫療的費用可能增加外，高齡化亦代表民眾對長期照顧的需求可能增加。不僅是家庭成員的責任可能負擔；亦是國家社會重要民生議題之浮現。

高齡化、少子化，傳統家庭結構受到嚴重的衝擊，家庭成員數量逐年的遞減，傳

統大家庭能發揮的互助與自助功能已逐漸萎縮，家庭已無法提供像傳統家庭相同的照護功能；成年人須面對及承受更大照顧高齡長輩的責任與扶養兒女的壓力（如圖 1-5）。家庭中若出現失能者，長期照顧的責任將直接衝擊到經濟安全與家庭時間支配，且為照顧失能者，不僅是照顧者的時間與經濟受影響，整體臺灣的勞動力也將受到強烈衝擊。

因此，就長照的問題面、政策面、制度面，產生了以下 4 點研究的動機：

- 一、面對高齡化及少子化後的長照問題如何處理？
- 二、長照需求的服務人力需求如何克服？
- 三、中央與地方對長照的政策或計劃如何規劃？
- 四、新制度主義應用的理由為何？

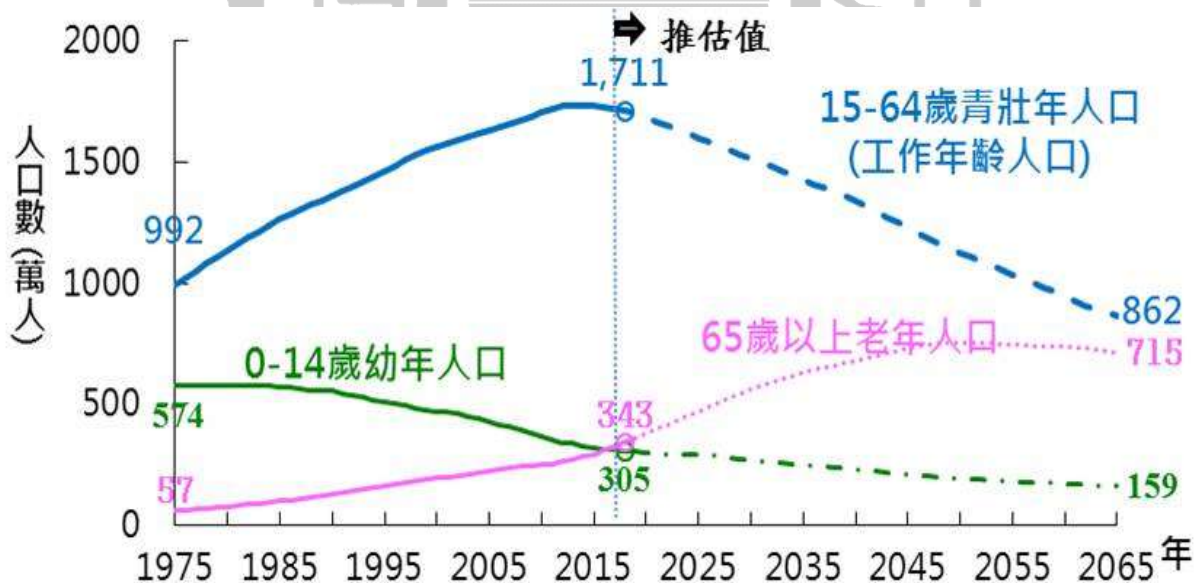


圖 1-4 三階段年齡人口變動趨勢¹

資料來源：國家發展委員會(2018)，「中華民國人口推估」(2018 至 2065 年)，頁 8。

¹ 15-64 歲青壯年人口已於 2015 年達最高峰後逐年減少，老年人口於 2017 年起超越幼年人口，預估於 2027 年突破 500 萬人。

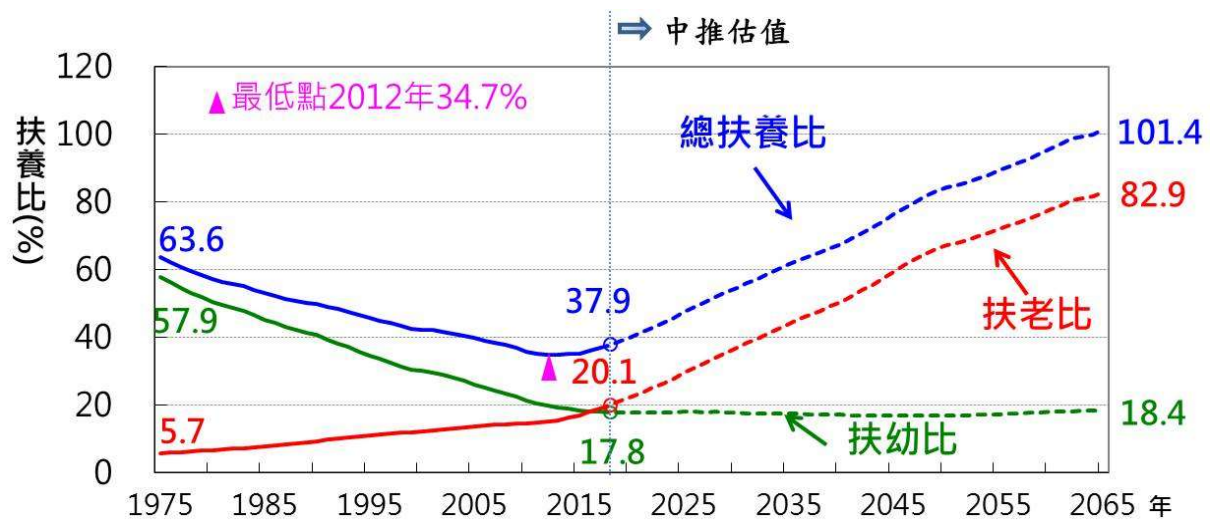


圖 1-5 扶養比趨勢

資料來源：國家發展委員會(2018)，「中華民國人口推估」(2018 至 2065 年)，頁 14。

第二節 研究目的與問題

壹、研究目的

綜觀各國長期照護服務之財源提供方式，各有不同之情形。本研究乃針對三種制度下的代表國家，英國（稅收制）、美國（私財制）、日本（社保制）等。希望可以透過這些國家長期施行的經驗與不斷調整後的新制度作為，以比較研究分析的基準，期能帶給我們國家政策制定的新思維。諸如：在長期照顧制度上採取稅收制的英國，因英國長期照顧制度的改革時間點，與我國在推行長期照顧新制度的時間點相距不遠；再加上，英國長年在長期照顧之社會福利制度，推行上已有相當長遠的歷史與基礎；也是列在提供社區照顧上發展最早的國家之一；再者，制度有如一般商業保險公司長期看護商業保險的美國，美國長期照顧制度屬社會保險性質的「社會醫療保險」及屬社會救助性質的「醫療救助」等二個聯邦政府方案補助與使用者自行負擔的方式結合，且大多透過合約委由私人保險公司執行。最後是政治、經濟和社會文化背景與我

國較為相似日本。由於日本是以社會保險之方式；於 2000 年施行介護保險制度，針對高齡人口規劃長期照顧服務，在 2006 年加入預防介護之概念，日本基於生命共同體的理念而設立介護保險制度，藉全體國民的互相支援，提供適切的長期照顧服務。

鑑於臺灣長照制度的現況，如為促使我國能發展更完善的長期照顧制度，並建立一套系統化的照顧體制，在參考各國長照制度前，勢須先就以下四點研究目的先行探討：

- 一、了解高齡化加速發生的原因。
- 二、了解少子化後人力不足的因應方案。
- 三、分析政府長照政策與法制的缺失。
- 四、分析可行的長照策略與選擇。

貳、研究問題

人口快速老化及少子化等二個人口問題，是臺灣重要的國安議題。檢視臺灣於 2007 年，通過「長照十年計畫 1.0」，於 2008 年正式開始施行，到 2015 年提出「長期照顧十年計畫 2.0」，2016 年開始正式實施；到 2017 年「長期照顧服務法」施行後，我國長期照顧制度已然慢慢成型；另從各個時期之長期照顧政策的施行，發現長期照顧的需求不斷隨著社會形態的變化而增加與改變。

我國長期照顧政策發展的歷程，係分別從社會福利體系與衛生醫療體系制定政策，到整合並施行兩者制定的政策。為研究出適合臺灣的長照制度，必先從最重要的人口問題開始著手。臺灣因高齡化及少子化而產生長期照顧的需求所衍生的相關問題，大概可以歸納出以下四個問題可加探討：

- 一、高齡化加速發生所衍生的問題？
- 二、少子化後人力不足所衍生的問題？
- 三、政府制定長照政策與法制上所面臨的問題？
- 四、在可行的長照策略與選擇上所面臨的問題？

第三節 研究方法與架構

壹、研究方法

本研究之方法，乃採制度研究及資料分析之質性研究法。所謂他山之石可以攻錯，用以了解過去、洞察現在及預測未來。首先，是針對本研究議題，蒐集並整理國內、外與老人福利、老人長照及長期照護制度相關的文獻，進而全面性並正確地了解 and 掌握所要研究問題。本研究係先就老人福利及老人長照的概念進行文獻探討，客觀的就這兩個部分先行歸納出老人福利及老人長照的基本研究範疇。再從三種制度下的代表國家：英國（稅收制）、美國（私財制）、日本（社保制），且先彙整分析與這三國之長期照顧制度有關之專書、期刊學術論文、著作、研究報告、政策、法案與網路資料等，並將資料做交叉比較分析。

由於本研究欲透過各國長期照護制度的演進及改革經驗，以作為我國未來規劃長期照顧制度政策之借鏡。因此，了解我國長期照顧制度的發展歷程及現行政策的長期照顧十年 2.0 計畫與 2016 年通過的長期照顧服務法，並針對我國長期照顧制度的政策規劃與機制設計，透過對我國國內學者及政府單位發表之長期照顧制度相關之專書、期刊學術論文、著作、研究報告、政策、法案與網路資料等，彙整出我國在老人長期照顧制度的現況與發展方向。再與前章彙整的三個制度代表國之長期照顧制度所彙整的資料，分別就制度面與運作面加以分析後，再以新制度主義的觀點，從政治、社會、歷史等面相作綜合研究，且與我國現有制度進行討論比較，並探討是否有可供我國學習改進之處，以為我國未來從事長期照顧制度發展之參考。

貳、研究架構

本研究依照研究目的與研究問題，提出以下之研究架構（如圖 1-6），架構流程如下：

- 一、人口老化：人口高齡化之相關問題探討。
- 二、人口少子化：人口少子化之相關問題探討。
- 三、長期照顧制度：各種不同制度之介紹與探討。
- 四、長期照顧制度設計：制度設計的分類探討。
- 五、公務預算制度：臺灣現有制度之探討。
- 六、保險制度：保險制度之探討。
- 七、公務預算制度檢討：臺灣現有制度之檢討。
- 八、保險制度制度發展：探討保險制度之發展。
- 九、制度整合：整合二種制度後之探討。



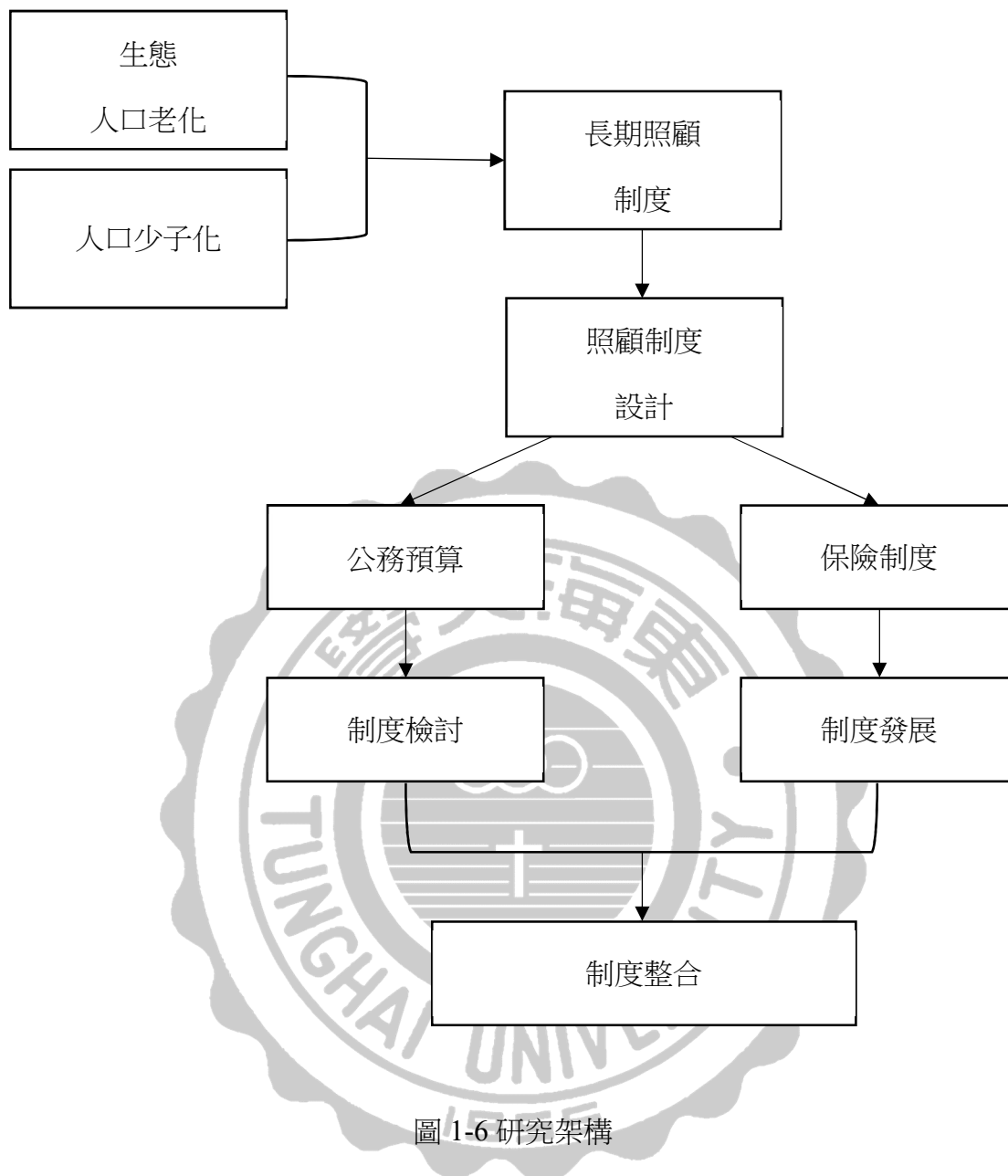


圖 1-6 研究架構

資料來源：本研究繪製

第四節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

本研究主要係研究自 1993 年以來，我國已正式進入「高齡化社會」(aging society)

後，政府面對老年人口比例越來越高，出生率越來越低的高齡化、少子化社會型態，除原有的社會福利政策受到考驗外，最重要的是接踵而來長期照護需求增加的問題。在 2018 年 3 月，已提早進入「高齡社會」(aged society)，且在 2019 年 3 月，世界人口綜述(World Population Review)發布「世界各國生育率排名」指出，臺灣以每個婦女平均生產 1.2 個嬰兒在 200 個國家中排名墊底，可想而知我國的人口問題正加速惡化，也代表在長期照護的需求上成倍數增加。

因此，在本研究將針對自 1993 年至今，我國在面臨上述人口問題後，政府所提出的政策規劃與執行機制以作研究分析，並探討近 5 年來之老人福利及近 10 年來之老人長照相關研究文獻，及政府各相關部會至各國參訪取經回國之經驗報告，同時介紹長期照護制度財源採行不同制度的三個代表國家如何執行。將以英國、美國、日本之長期照護制度做為法制度比較之對象，並就制度、財源、人力、組織作探討。

先對我國正在推行中之長期照護十年計畫 2.0 度作完整的介紹，再分析長期照護十年計畫 2.0 制度內容。將第三章及第四章整合後，再就制度面及運作面作一個完整的論述，期能找出未來在長照保險法上可以參考之處。

貳、研究限制

我國在 1993 年以前，長期照顧政策是分別附加於衛生醫療體系與社會福利體系政策之中，一直到 1993 年正式進入「高齡化社會」後，因長期照護問題的浮現，政府開始著手將相關政策整合計劃，開始推展「在地老化」的理念，以「社區化服務」成為推展政策之重點項目。首先將老人福利法之適用年齡往下調整至 65 歲及社會福利措施之重新界定，並陸續提出一連串長期照顧計劃，如：「老人長期照顧三年計劃」、「建構長期照顧體系先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展方案」、「台灣健康社區六星計畫——社福醫療」、「大溫暖計畫」、「長期照護十年計畫」、「長期照顧服務網計畫」、「長期照顧服務能量提升計畫」、「長期照顧十年計畫 2.0」等。

長期照顧制度雖然已慢慢成形，也從各個時期之長期照顧政策實施中發現，長期

照顧需求是會隨政治、社會、經濟的狀況不同而增加與改變，我國也因快速進入高齡化、少子化社會型態，原本以身心障礙方面制定的社會福利政策，以無法因應長期照護之需求，但相較於各先進國家的長期照護發展，我國只能算是草創期而已，也因為發展的時間沒有很長，在國內能研究探討的文獻有限，還有大部分研究的文獻大多是以單一國家對我國的比較分析，發現的問題也只能就這 25 年來實施上述政策後，呈現出來的問題去研究探討，因此本研究只能借鏡本研究探討的美國、英國、日本等三個國家的長期照護政策的實施經驗，將各國發現的問題引以為參考。



第二章 文獻探討

長期照護制度在臺灣是新興的社會責任制度，相關研究已逐漸成為社會科學研究議題之一，足見國人對該類問題，已能引為重要發展課題之一。

第一節 老人福利研究

臺灣自1993年邁入高齡化社會，當前衛福部在老人福利方面，為了貫徹《老人福利法》並配合行政院核定之「人口政策白皮書-高齡化社會對策」，在政策主軸係以健康維護、經濟安全、健康維護及生活照顧三大面向為主，且，就心理、教育、休閒及社會適應分別推動相關措施；在政策目標則以落實維持高齡者尊嚴、自主與活力為主，並建構有利於高齡者安全、健康及終身學習之友善環境（衛生福利部，2017：12）。

為因應臺灣快速變遷之高齡化社會所引發的新需求，政府於2015年 12月9日再次修正並公布《老人福利法》。現行的老人福利服務主要重點措施如下（行政院中華民國國情簡介，2016）：

壹、保障經濟安全

貳、健康維護

參、照顧服務

肆、社會參與

根據上揭老人福利政策，有關老人福利研究（如表2-1）相關文獻如表2-1所示。

表2-1 老人福利研究文獻

作者（年代）	題目	重要發現
林伯藤 (2008)	我國老人福利安養政策之研究	1. 結合社會資源，鼓勵民間投資，並加強無障礙環境與在地老化、機構化、社區化安養觀念的推廣，即為高齡照護，此也被視為新興服務產業。 2. 在老人福利政策的制定方向，似應先從健康、經濟與精神的三大面向來探討老人福利政策的理念與實踐，再從運用民間資源的立場去探討老人安養機構的經營，最後，再從科技整合的觀點分析老人福利政策對經濟的影響以及老人福利中心、社區福利服務團體與銀色產業等的功能和展望。 3. 鼓勵老人以一般國民的立場享受權利善盡義務，不要以社會弱者的心態要求政府庇護，政府的老人福利政策則要以長期的利益去規劃老人福利制度，不要實施以象徵性的短期救助策略，提供充分的資訊，認識老人問題的真相與老人福利政策的方向。
黃美雲 (2009)	高齡化社會臺灣老人福利多元政策研究	1. 「社會福利制度」與「醫療衛生制度」應合而為一。 2. 建立「反年齡歧視法」，彈性退休與延長雇用年限。 3. 在地老化 4. 輔導社會參與老人社會參與之諮詢服務。 5. 應發展出適合我們臺灣社會、文化、經濟的老人福利多元政策
謝妙冠 (2009)	臺北市老人福利需求與措施之探討	1. 臺北市政府就老人福利措施之規劃，應予建置自主彈性退休機制，以活化老人人力之運用。 2. 以差別計價方式，建立多元性老人福利措施，創造銀髮產業之利基。 3. 充分利用閒置場所，建置合適的活動休閒場所，滿足不同的生活需求。 4. 強化預防保健醫學的宣導，營造健康的老人

表2-1 (續)

		社會。 5. 建置合理的社會安全體制，發揮資源的經濟效益。 6. 強化老人福利措施的宣導，確實傳達予需要者知道相關訊息，以落實福利措施之推動，整建更完善的老人福利圖像。
劉淑貞 (2011)	老人福利與人口老化之研究-以臺灣22縣市為例	1. 各縣市的「社會福利預算支出」、「縣市老人長期照顧、安養機構可供進住人數占老年人口比率」、「中低收入老人生活津貼與老年農民福利津貼核付金額占總決算歲出比率」對於老人人口比呈顯著的正向影響。 2. 「老人長期照護及安養機構每位工作人員服務老人數」對於人口老化之影響雖然也是顯著的，但卻與老人人口比呈負向關係，即每位工作人員服務老人數愈多，則對於人口老化卻愈趨緩和，與一般之推理結果相反。 3. 人口粗出生率、人口粗死亡率、社會增加率、人口密度及性別比等，對於人口老化都有顯著的影響。
潘怡伶 (2017)	我國地方政府老人福利服務執行績效之研究	1. 老人福利服務政策的推動與執行，並無明顯的城鄉差異，端賴各地方政府如何營造高齡友善的安居樂活城市。 2. 高齡社會地方政府不因老年人口較多，而忽略照顧，反而更加積極投入各項資源，服務長者，積極朝我國「高齡社會白皮書」中提及之「全人全照顧」觀點邁進，致績效表現較高齡化地方政府佳。 3. 北部地方政府多為大都會區，都市人口較為年輕化，老年人口顯然較少，各地方政府因此將大部分資源分配於年輕族群所需之其他社會福利事項。 4. 南部縣市老年人口比例相對較高，因鄉下地方遠離都會區繁擾沉重的生活壓力，生活步調較為悠閒慢活。 5. 各項軟硬體建設及醫護資源又較東部及外離島地區不虞匱乏，人民得以較為長壽，加上

表2-1（續）

		地方政府重視各項老人福利措施之推動，因此，執行成效優於其他地區。
連麗君 (2018)	臺灣老人福利機構經營績效之探討	2014至2016年度各地區老人福利機構以離島及東部地區經營績效表現較佳，中部地區略差，北部及南部經營績效有待改善。

資料來源：本研究整理

第二節 老人長照研究

因國內長期照護需求之增加和社區照護資源普遍不足，且在此時期受國際經濟不景氣，導致國內的就業市場低迷之影響，於是經建會協同內政部、衛福部、勞動部、農委會與退輔會共同規劃「照顧服務產業」；行政院並將此方案列入「挑戰 2008：國家發展重點計畫」，作為推展「新故鄉社區營造」之子計畫之一。在 2005 年，正式改名為「照顧服務福利及產業發展方案」。此方案提供老年及障礙者之居家服務為初期計畫之重點工作，藉由政府與民間的合作，創造更多工作機會。這個計畫開啟長期照顧普及化的先河，將原本只照顧低收入戶、中低收入戶及獨居老人等補助對象，開始擴及到一般民眾，此為長期照顧普及化的開端。

自 2000 年，行政院訂頒「社會福利推動建構臺灣長期照顧體系之先導計畫」，為期三年。此計畫係參考世界各國發展長期照顧經驗，進而建立我國長期照顧體系的前置作業，以社區作為長期照顧體系長期之發展目標，並將「在地老化」，當成服務策略之指導原則；將「社區優先」與「在地老化」作為發展理念，期望每一位有照顧需求的民眾，皆能以社區照顧資源尋求協助為優先選擇。若社區真的無法照顧時，才選擇進入機構式照顧。

以下為老人長照研究（如表 2-2）的相關文獻如表 2-2 所示。

表 2-2 老人長照研究文獻

作者（年代）	題目	重要發現
吳仰哲 (2009)	論老人長期 照護制度	1. 少子化及人口老化的問題，是臺灣與多數先進的國家面臨的共同問題。 2. 因長期照護之各項給付需要的財務支出是相當龐大的問題，同時照護人員缺乏亦同。為使整個國家順利推動社會福利，不外乎就是要有足夠的「金錢」來支持這個核心問題。 3. 社會福利國家因選舉，各政治人物只帶來的諸多社會福利政見，但卻忽略了，若沒有國家財政的支持情況下，大都因選票考量，只以老人政策為優先。
吳美珠 (2010)	臺北市老人 長期照顧政 策之研究： 跨域治理觀 點	1. 地方與中央間，應再強化府際互動及跨部門合作。 2. 利害關係人在網絡關係中，行銷服務及使用上，其實不夠多元，還有需加強整合跨域治理網絡資源。 3. 照顧人員所提供的服務之可近性、方便性，還有服務態度均能有效提升提高老人的安全感。 4. 單一窗口及服務在長期照顧管理中心的功能明顯有限且整合不足。 5. 直接照顧與其他專業服務人員明顯不足，且工作保障偏低。 6. 社區照顧除了是民眾重要訊息的來源管道及提供支持的系統，也是民眾在老人照顧上既能盡孝道又可以獲得喘息的模式；還有機構全天候24小時提供專業照顧人力給無法照顧的老人。 7. 無障礙服務動線之不流暢及設施設備之不足等問題都需要再加強。
楊淑雯 (2013)	非營利組織 推動臺北市 老人長照服 務之研究	1. 政府施政在老人長照服務方面通常採取最直接的途徑，亦即對非營利組織的協助以金錢補助為主，同樣也是以補助方式鼓勵民眾使用相關長照服務。 2. 各個非營利組織，都是因應社會需求、懷抱服務弱勢族群的使命而成立，不僅關注議題定位明確、提供完整服務，更能確立照顧模式、建立典範與成功推廣其理念促使更多機構投注心力於此一領域。
王淑貞 (2014)	長期照護發 展與護理走	1. 交互、交叉或平行發展的方式為長期照護之發展與護理的未來走向，且不能重疊一體。

表 2-2 (續)

	向的連動— 交錯、互動 與輔成	2. 在長期照護發展中，應將專業的照護者定位為未來國內護理的角色，進一步進階為管理者，而不是領航者。
陳孝桐 (2016)	臺灣長期照 護問題之探 討	1. 政府應推廣長照服務給更多人認識，社會福利政策是政府要積極讓民眾了解，進而讓社會大眾成為受惠者，越多民眾了解長期照顧到底是什麼，政府所提供的資源就不會浪費，還能促使政府在長照方面有更多的重視。 2. 目前很多長照的服務內容也無法滿足所有有需求的人們，而且各地的資源分配不均的現象也很嚴重，如何因應各地有需求的人數進行資源的調配，需要中央及地方通盤考量，如此才能真正的需求者受惠。 3. 政府應多培訓專業的照顧員並結合民間相關長照機構的力量，也應提供更好的資源培訓專業的照顧員，以面對現在及未來的大量的長照需求。
鐘雅慧 (2016)	老人長期照 護機構照顧 服務員壓力 源、壓力因 應方式與身 心健康之研 究	1. 長照機構照服員的照顧性工作任務和系統性的壓力源包括工作負荷及流程與壓力和情緒呈現顯著正相關。 2. 長照機構照服員壓力因應的問題取向構面和身心健康之不利健康的行為構面，正相關非常顯著。 3. 長照機構照服員壓力源各方面與身心健康各方面則呈現顯著的負相關。
宜沂 (2017)	居家服務照 顧服務員留 任意願相關 因素之探討	1. 不論是居家式、社區式或機構式服務，照顧服務員均為長期照顧中最基本且為最重要的專業人力，然而每年雖然有辦理照顧服務員訓練班，但這些結訓學員的就業意向調查不難發現從未從事照顧工作者的人數占最多，而這些人員主要從事其他非照顧相關工作、照顧家人、認為照顧工作條件不佳、工作內容不佳而無從事的意願。 2. 曾經從事照顧工作者的流失原因主要是在照顧自己的家人、個人健康因素、工作辛苦及工作條件不佳。 3. 照顧服務員工作保障低、高勞動環境風險及社會地位貶低一直影響著人力的投入與留任。

表2-2 (續)

		4. 雖然我國在社政與衛政體系的整合下，已展開多項全國性長照相關計畫，亦帶動部分服務資源的發展，但在基層的人員勞動環境上仍有許多待加強和補足的地方。
吳俐葦 (2017)	社區老人的家庭支持、社會參與和	1. 社區輕度失能老人對於居家服務、交通接送與日間照顧的感覺性需求有高達50%以上，認為符合自己的需要，但利用情形卻不到30%。
	社區長期照顧服務利用相關性探討	2. 針對長照服務項目的未來使用意願之前五項為交通接送、居家服務、居家護理、日間照顧及居家復健等服務項目，就本研究發現社區輕度失能老人對於在未來使用意願者的家庭支持度較低，也就是說家庭支持度越高者越不需要居家服務介入，其他四項上，在未來使用意願者均為女性高於男性。
李妍萱 (2017)	我國長期照顧政策與法制—發展與困境	1. 關於ABC社區整體照顧模式中，透由作者親身參與該政策活動與相關資料蒐尋，發現政府雖積極投入此政策但很多弊病仍存在，包含最基本關懷據點之建築、志工應變問題、伙食管理、人員配置、薪資問題等都需要改善。 2. 針對長期照顧2.0ABC之社區整體照顧模式，政策制定者並不瞭解最基層單位的困難，推行C級據點造成各里辦公室的困難外，若該制度要永續經營對於非核心市區或偏鄉地區，應於試辦前就重新整頓，地點方面應以整體效能與建設性來建造，加強溝通並實地訪查。
鄭美鈴 (2018)	高齡化臺灣中高齡層對老人長期照顧的需求模式之探討	1. 受訪者在生活可自理中對「養生村」的「可提供專業設備有專人料理三餐，提供高齡學習課程、保健、醫療、養生、休閒、娛樂的照顧，全方位醫療服務」最有認同感。 2. 就生活無法自理的項目中，受訪者對「護理之家」中「有專業照服員料理三餐及護理人員照顧，提供定期社交休閒活動」最有認同感。 3. 在人口變項中只有性別會影響生活可自理者與生活無法自理者對被照顧之需求模式，其餘的變項並未產生顯著差異，影響不大。

資料來源：本研究整理

第三節 新制度主義研究

壹、新制度主義理論之源起

新制度主義理論源自於 20 世紀 70 年代，美國經濟史學家 Douglass C.North 等人創立，他將制度因素引入經濟史的研究中，發現制度與制度的變遷受到長期經濟增長與停滯中所起的作用影響，並建立一套結合「選擇」、「制度」、「經濟」和「社會結果」的新制度經濟學之分析框架和方法。而學者 Mark Granovetter，提出了「嵌入性」(Embeddedness)的概念，以社會學角度出發，認為於既有社會、文化制度中之人際關係興起，與公共政策制定、國家的起源、立法機關、國家行政、統合主義等的眾多研究中均有關連。

1983 年，在 James G. March 和 Johan P. Olsen 發表〈新制度主義：政治生活中的組織因素〉後，讓制度研究重新成為學術的主流。在 80 年代，新制度主義除經濟學外更被廣泛運用於政治學、社會學等領域；直至 90 年代，「新制度經濟學」、「新經濟社會學」、「新制度政治學」有別於以往新古典學派對組織的分析途徑，為新制度主義理論奠定基礎（林啟正，2013：11-12）。新制度主義重新崛起後，政治學、經濟學與社會學等三學門，都開始強調「制度在決定社會、政治結果中的角色」，但他們彼此之間對什麼是「新制度主義」，其實並無共識 (Peters, 2000：63)。

貳、主要學派之觀點

新制度主義有三大主流學派；歷史制度主義 (Historical institutionalism)、理性選擇制度主義 (Rational Choice institutionalism)、社會制度主義(Sociological institutionalism)及規範制度主義(Normative institutionalism)。

以下就三個學派分別說明：

一、歷史制度主義 (Historical institutionalism)

此制度被認為是歷史構成的產物，分析以歷史作為框架，不同的歷史事件蘊含不

同的歷史性之權力分配，會改變在建立制度上的差異。強調制度在產生與運作過程中的多元因素，如：發展過程之路徑依賴狀況、非對稱性之權力架構及政治結果等。本主義是同時具「歷史的」及「制度的」；歷史是剋服人類理性侷限性之主要途徑，考察歷史的核心著重以制度，分析歷史的中心則以政治、國家為重點，並力圖做出更好的解釋；這些結構性關係在不同國家中，結果存在著差異性政治，差異的政治結果則源自政治之間的變數與多樣性的政治制度。如：各國在 70 年代石油危機期間，醫療保健與政治政策上的差異等，各種不同的政治結果的出現均是由於各不同政治制度的制定機構在制定時存在許多種因素而產生的綜合作用所致。大部分的歷史制度主者，普遍認為制度是由許多因果鏈在發展過程中，互相影響與關聯而成，其中在社會經濟發展觀念與程度猶為重要。即前階段的選擇與後階段的方案往往都會相互影響，這就是在歷史觀強調之過去對現在的影響。「路徑依賴」存在於鞏固與變遷的政治制度中，且在政治進程中，對人類產生之影響及發掘重大政治事件時，協助找出共時性因果關係及發掘出變遷時代的因果關係，如：民主化、國家建設、社會與國家革命等問題。

二、理性選擇制度主義 (Rational Choice institutionalism)

此制度源起關注美國國會的規則如何影響立法者行為之研究。理論分析的起點為「理性的個人」作為，再來，是對政治現象提供充分解釋之制度分析，認為政治為大都發生在一定的制度背景下。為了實現制度的變化，是以個人主義為基本的分析單元的方法論上，以「計算回報」為基礎作為主要的解釋變數來預測和解釋個體的行為及其導致的集合結果；並以追求最大化個體效用來達到重新安排制度的功能。

制度即規則，規則之界定，政治行為的約束者所採用的策略意在追求最大化個體效用，認為符合個體利益的「結果性邏輯」是經過計算，不是遵守制度。制度的設計內含的激勵與約束，其結果主要取決於自身利益最大化所設計之制度，制度與個人間是相互影響的；一方面是因個人需要創造了制度，為個體提高收益水平，另一方面則是政策受到人之行為影響，構成個人的「策略背景」。學者認為制度提供環境，為最大化自身利益令個人採取不同的策略，即個體可為了自身利益最大化，改變建制，以達

成利益效果最大化之最終目的。

三、社會制度主義(Sociological institutionalism)

此制度在界定制度的意義上傾向更廣泛的方向，為打破文化與制度間界限的概念，將文化也界定為制度，且將道德區塊、象徵系統、認知模式、正式規則、規範及程式都認定是人的行動提供的「意義框架」。制度已不僅是正式規則、標準作業程序、例行公事，還包括在文化與社會建構上共有的適當規範觀念及被視為理所當然的世界觀。學者 Scharpf 指出，如此來界定制度是限定了行動者的感覺、偏好與行動(Scharpf, 2000：700)。學者 Swidler 亦指出社會學「認知轉向」(Cognitive turn)的部分，認為文化不再是感情的價值或態度，已轉為網絡行為提供樣版的符號、劇本或例行公事(Swidler, 1986：274)。

學者 Granovetter 曾指出，社會制度主義與性向制度主義之不同，個人鑲嵌(Embedded)於無法認知及無法控制的經濟、社會、政治的關係中；制度只是人類活動的結果所呈現，並非人為設計出來的雖然他們認為，制度是人類活動的結果，但並非人為有意的設計(Granovetter, 1985：504-507)；Powell and Dimaggio 亦指出，個人行動是引用適當的規則，再與特定情境結合產生的行為模式，在制度、規範、規則及程序上，個人都無法依自由意願去選擇(Powell and Dimaggio, 1991：8-10)。

新社會制度主義學者 Hall and Taylor 強調，最有效率的並不是現代組織，而是文化習慣(Culture-Specific Practices)。這部分類似社會上許多人為設計出來的儀式形式(Ceremony) 與神話(Myths)及程式的運用，這結果主要是在做文化傳遞，而不是在強化組織效率(Hall and Taylor, 1996：946)。Mark Granovetter 亦強調，分析人類行為時，在於理性選擇分析的問題忽略了社會結構的重要性；理性行為只在特定環境中才有，相反的，在大環境中來看，許多行為並不理性的，沒必要去區分理性與不理性行為(Mark Granovetter,1992：75)。

社會學家 Meyer and Rowan 認為，在後工業時代的社會中到處都是制度，許多要素在正式結構中需要高度制度化，出現的理性化職業包括：技術制度化、綱領制度

化、職業制度化等。技術制度化：指建立理性的、現代的、適當的組織。綱領制度化：即任何組織都可以適用意識型態界定商業的功能。職業制度化：以保證與執照等社會規則，直接監督並控制工作結果(Meyer and Rowan, 1977：344)。

綜合上述論點，該學派學者是以較廣義的方式來定義制度，認為規範性價值影響制度形成的結果，制度上的迥異來自不同的社會產生價值觀的不同，即制度的變更會跟隨社會的變遷而連動，尋求感情承諾的不是制度上的具體組織，而是獨立於任何實體外，非個人所能影響、理性化、抽象的法規。

參、新制度主義與舊制度主義在政治學研究上之差異：

舊制度主義的意涵：學者加納(J. W. Ganer)指出政治即為政府與國家的活動，政治學應研究二者間的互動，運用歷史研究法與相關法制的理論基礎，研究探討政府機構的職責與權力、政府、政府統治、憲政制度、政治制度、政治思想與政治史等議題。其研究主要在比較與描述不同的政治結構，挑選出好政府，但這樣的研究範圍過於侷限於正式制度中，遭到批評太具規範層次且過於狹隘。

新制度主義是由舊制度主義蛻變而來的，二者必有其共同特徵與觀點差異。學者 Peters 指出，新制度主義反應許多舊制度主義的政治觀點，但在理論及經驗研究上促進了政治研究；新制度主義運用許多舊制度主義的假設，但利用研究工具及行為主義及理性選擇理論，以豐富制度理論(Peters, 2000：1)。

以下就新、舊制度主義之差異說明（如表 2-3 所示）。

表 2-3 新、舊制度主義之差異

差異	舊制度主義觀點	新制度主義觀點
知識目的	詮釋規範的內涵與澄清制度本身的議題	期經由研究尋得制度客觀存在的本身或與其他因素之間的關係，或趨勢的演變與發展

表 2-3 (續)

理論思考	大多將思考侷限於規範層次，即制度的應然面或必須的命題，僅少數具有社會科學或歷史視野	將社會科學相關的理論引入討論制度的議題，且發展是隨行為主義的，增擴其廣度與深度
研究方法	沿襲傳統之哲學方法及公法，明確性度有限	研究包括：比較、統計學、個案研究等方法獲取資料，且經歷行為主義方法論與運動衝擊之訓練
議題內涵	關心制度本身的疑問	關心議題，包括：制度的本身、規劃、選擇、制度對政策之影響與政治文化間的關係
制度層次	認為的制度是有法律地位且正式的	在社會制度論述下說明以新制度主義論點的研究取向，指在社會與國家的互動下所形成的社群概念網絡，包括法制化與未法制化的遊戲規則或持續性結構關係
與其他學科的關係	法學、歷史學、哲學	人類學、社會學、組織理論、制度經濟學、組織決策理論

資料來源：本研究整理

第三章 英國、美國、日本老人長期照護制度

英、美、日因應高齡化情況雖各有不同，但對於長照已有較為完善的實施方案，可供臺灣參考。

第一節 英國：稅收制長照機制

壹、英國長期照護制度發展背景

英國長期照顧制度可依其相關法律發展區分為四個時期：

一、1601 至 1945 年：長期照顧制度之起源

1601 年伊麗莎白一世的「濟貧法」(The Poor Laws)可說是英國長期照顧制度的濫觴（洪詠雯：2016，頁 78-79）。在此時期，經歷幾次的修法，使老人及身障人士得以選擇留在社區得到醫療機構的照顧或離開社區。此時，英國長期照顧制度雛形也逐漸形成。

二、1946 至 1989 年：去機構化思潮時期

在 1946 年，第二次世界大戰後，受到人權意識的影響，去機構化的思潮逐漸形成。在此時期提出許多社福相關的法律及政策。例如：「心理衛生全民健康服務法」(National Health Service Act for Mental Health 1946)、「國民救助法」(National Assistance Act 1948，簡稱 NAA 1948)。此法的前身即為 1601 年「貧窮法」、「心理衛生法」(The Mental Health Act 1959)、「白皮書—健康與福利：發展社區照顧」(White Paper—Health and Welfare : the Development of Community Care 1963)、「慢性病與障礙者法」(the Chronically Sick & Disabled Person Act 1970)、「心智障礙者白皮書」(White Paper—Better Services for the Mentally Handicapped 1971)、「全民健康服務法」

(The National Health Service Act 1977)、「快樂老年白皮書」(A Happier Old Age 1978)。英國政府在 1970 年代最重要的是將照顧老年人的責任，由「國民健康服務局」(National Health Service；簡稱 NHS) 轉移到地方政府，醫院不再是照顧老人的唯一服務場所。

進入 1980 年代後，提出社福相關的法律及政策，例如：1981 年 DHSS 的報告書「步入高齡化白皮書」、「心理衛生法 1983」(Mental Health Act 1983)、「葛里芬斯報告」(The Griffiths Report 1988)、1989 年政府公布「照護人民：社區照護十年願景」(Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond)、同年也提出「兒童法 1989」(Children's Act 1989)。在此時期因為這些完整的法律為後續長期照顧政策奠定發展的基石。

三、1990 至 1999 年：社區照顧興盛時期

因受到去機構化思潮的影響，政府大量提倡「社區照顧」，並在 1990 年代進行長期照顧的重大改革，以「社區照顧」具名的法律併同全民健康服務正式推出「全民健康服務與社區照顧法」(National Health Service and Community Care Act)，並在 1993 年正式執行社區照顧；此時期進行著名的社區照護改革，鼓勵民間提供資源，政府成為購買者的角色。1996 年「社區照顧法」(Community Care Act 1996)，1999 年所提出的「健康照顧法」(Health Care Act 1999，簡稱 HCA 1999)，此時期最大的轉變是中央政府開始釋出權力給地方，地方政府開始主導社區照護工作，也在此時期開始重視與非營利組織、志願服務資源開始合作，以結合所有社會可利用的資源。

四、2000 至 2013 年：照顧提供者受到重視時期

進入 2000 年後，被照顧者的人性尊嚴開始漸漸地被關注，成為長期照顧政策的發展重點，以服務使用者為導向的理念，不只有照顧需求者有長期照顧需求，長期照顧提供者也有支持服務的需求。因此，開始對長期照顧提供者之需求進行改革並立法保障之。2000 年制定長期照顧制度影響最深的法律「照顧標準法 2000」(Care Standards Act 2000)；此法律建立長期照顧標準之架構，確保高品質的長期照顧標準，以保護失

能的人民，各種機構照顧的各種基本規範。

在 2002 年時通過「公平使用照護服務條款」(Fair Access to Care Services 2002)，要求地方政府改採特定準則來認定使用者補助資格，2006 年，衛生部公布「我們的健康、照顧呼籲：社區服務新方向」白皮書(Our Health, Our Care, Our Say : a New Direction for Community Services 2006)，此文件提出得以個人量身打造社區照顧方式，以及社區照顧未來方向，2012 年之「健康與社會照顧法 2012」(The Health and Social Care Act 2012)，提到照顧對象為身心障礙兒童、身心障礙導致不能治理的成年人、65 歲以上需要照顧的人，照顧者的家庭成員。此文件也特別強調要讓受照顧的人有自我選擇想要的生活方式與保持自己的人權，使這些受照顧的人能逐漸脫離照顧而獨立自理生活。

貳、現行長期照顧法 2014

英國長期照顧制度在 2014 年進行 60 年以來的重大改革，「長期照顧法 2014」(Care Act 2014)是近期最大幅度修改的長期照顧政策。該法總共分為五章，包括：

- 一、 照顧與支持：主要是在說明此法律的目標是為促進個人理念，進而達到照顧與支持的預防需求；也說明照顧需求的評估標準。
- 二、 主要是說明照顧標準：如何提升服務品質的規定與照顧品質管理委員會運作的規定。
- 三、 主要在說明如何提升國民的健康教育與提升健康教育的培訓，以及對病人資訊的保密義務與研究倫理等規定。
- 四、 主要是在說明健康與社會照顧：照顧支持與衛生服務的整合服務。
- 五、 主要是總則規定：規範機關有權作出結果的規定，以及一般解釋。

參、組織架構

英國長期照顧組織架構在中央層級是由國家健康服務部門(NHS)授權給地方政府的社會部門(SSD)（如圖 3-1）。長期照護服務主要由中央層級的國家健康服務部門(NHS)提供醫療相關服務；地方政府的社會部門(SSD)負責社會照顧責任。負責管理與提供各

類社會福利服務，但個人仍依據收入條件，以負擔不等的長期照顧服務費用。

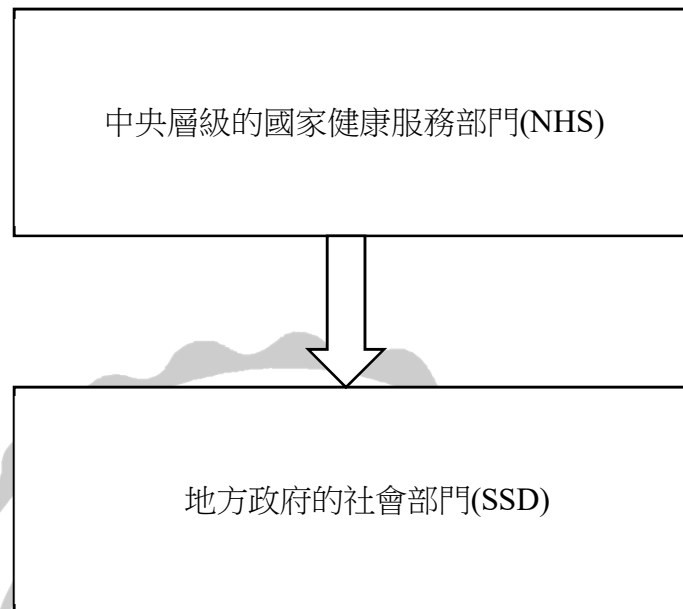


圖 3-1 英國長期照顧之組織架構

資料來源：引自朱貽莊、陶屏、陳玉芬，2012 年《從跨國經驗看臺灣長期照顧政策中的照顧權》《社區發展季刊》138 卷，第 146 期，頁 268。

肆、重要改變與立法理念

2014 長期照顧法為英國長期照顧制度帶來不少改變。在提供照顧服務者上的改變，是讓提供照顧服務者可以受到長期照顧法的保障；在符合條件資格時，就得以依據該法律得以從事照顧之需求和支持。因此，提供照顧服務者為他人提供照顧時，也能在自己的健康上獲得照顧。地方主管機關會將提供照顧者所期望的照顧需求納入照顧計畫中，以協助提供照顧者完成想要達成的照顧目標。在該法律上賦予地方主管機關權力與職責，該法律最主要是促進的理念，讓人們可以維護自己的獨立性，並且可以在護理照顧需求上獲得自己想要的選擇。

依 2014 長期照顧法第 1 條規定，該法律之重要立法理念乃在促進個人照顧所需的

幸福，該法律也賦予地方主管機關之行使職權以達到此一理念。所謂「幸福理念」，在此法律所要表達的意思，是可以享有尊重的待遇、健康的身心與情緒、照顧與支持、對社會貢獻等。地方主管機關在行使職權時，必須顧及何種照顧需求較能達到使用者期望的照顧需求；依情況考慮使用者的照顧需求。例如：在不同年齡層所考慮照顧需求的情形即各有不同、讓使用者儘量參與地方主管機關在照顧需求上的重要決定與獲得照顧相關的資訊、保護照顧需求者以避免受到虐待與忽視等。

伍、長期照顧評估之適用對象

在英國受長期照顧需求者，須先向地方政府提出評估需求，通過地方政府的評估需求後，才能適用長期照顧法所提供的資源。適用對象分為「成年照顧需求者」、「兒童照顧需求者」、「成年人與未成年人提供照顧服務」者、「提供兒童照顧服務者」。

陸、財務來源

英國長期照顧財務來源，主要是採稅收制。其主要的來源有兩種方式：一種財務來源的方式為一般稅收；第二種方式為向使用長期照顧服務者收費。如有長期照顧需求時，個人可向地方主管機關申請照顧需求性評估與資產調查，2014 長期照顧法第 14 條規定，地方主管機關得向符合照顧需求資格之成年人收費；又依 2014 長期照顧法第 17 條規定，地方主管機關會依各個照顧需求者財務收入及照顧需求所需要花費的費用進行計算。至長期照顧需求者只會被要求支付負擔得起的照顧需求費用，而要決定一個人負擔得起的費用是多少時，地方主管機關就須進行財務評估，並計算支付多少費用，所以對於每個人究竟支付多少費用，會因不同的財務程度而有所差別。在中央機關財務來源，主要來自一般稅收，而地方政府的財務，則是來自中央政府概括性撥款補助及地方稅收等。

柒、長期照顧服務內容提供

英國長期照顧法提供給付的方式為：實物給付與金錢給付之混合式。地方主管機關會依照照顧需求評估來決定對受評估者較適合的給付模式。因此，在評估時也會將受

評估者的需求納入考量。

以下為照顧服務類型的提供方式，包含：實物給付與金錢給付：

一、機構式照顧

機構式照顧為日常生活中照顧需要者，提供住宿和個人護理；經營方式大多為私人經營、慈善機構經營、議會經營。類型分為：護理院、療養院、失智症機構。地方主管機關在資助住房時，會先協助照顧需求者做好評估，了解照顧需求者喜好的護理照顧機構，照顧需求者的財務評估等，協助找尋適合的護理機構，最後還是需要照顧需求者的家庭同意才不會超出預算。

二、居家式照顧

可以選擇由家人或是親友提供照顧：若是選擇家人或是親友提供照顧，則是比較偏金錢給付。若是選擇聘請居家照顧的服務人員照顧，則是偏向實物給付。

三、社區式照顧

在英國，社區照顧的特性有：

- (一) 長期照顧
- (二) 去機構化
- (三) 非正式照顧
- (四) 參與和選擇的增加
- (五) 需求導向的服務
- (六) 成本抑制

在英國社區照顧提供的支援有家庭幫助、送餐服務、日間照顧中心、運輸等，若已通過照顧需求受評估者，可以向地方主管機關提出社區照顧需求。

捌、長期照顧提供之管理

在英國負責管理所有的健康和社會服務的組織，就是照顧品質委員會（Care Quality Commission，簡稱 CQC），「照顧品質委員會」是英國衛生和社會保障的獨立監管機構。依 2014 長期照顧法第 89 條規定，該委員會主要檢查成員為醫院督察、

社會照顧督察及總督察。委員會在執行職務時有獨立性保障。此機構存在的目的，是為確保健康和社會照顧服務為人們提供安全、有效、富有同情心、高質量的照顧、鼓勵照顧服務改善，並且提供照顧服務提供者註冊、監控與檢查和提供評估、用行動去保護受照顧需求服務者、能獨立發表對社會照顧和健康品質的看法，該照顧品質委員提出五大監督核心理念：

- (一) 是否安全
- (二) 是否有效
- (三) 是否關心
- (四) 是否滿足人們需求
- (五) 是否領導良好

這五個關鍵核心理念，稱為關鍵線，當進行檢查時，「照顧品質委員會」可使用這些來幫助確定需要關注的內容。

第二節 美國：私財制長照機制

壹、美國長期照護制度發展背景

18世紀以前，人口健康狀況與醫療衛生條件不佳，多數人可能無法存活到需要長期照護服務。在此之前多數的國家，長期照護皆是家庭責任，直到 18 到 19 世紀開始，美國仿照英國的「濟貧法」(The Poor Laws)，開始有了地方性、非聯邦的公共福利系統，並透過濟貧法，開始建立地方政府須負起照顧無法自我照顧者的責任。

一、1776 至 1799 年

美國一開始對於判定的貧窮者，是由地方政府的稅收提供現金救助，但當救濟費逐漸增加時，政府決定建立救濟院、濟貧院等來集體收容這些無法照顧自我者，例如：建設老人救濟院(poor houses as home for the elderly)。長時間下來，卻淪為所有無

法適應外界者的收容所。雖然 1776 年聯邦政府榮民的現金支付，讓其脫離集中收容，但其實這些所謂「養老金」(pensions)卻只有失能和經判定為經濟貧窮的老榮民或遺族才能領取此救濟金。

二、1800 至 1899 年

19世紀開始，美國開始往西部大遷徙，救濟院擠滿各種的貧困者，救濟院條件越來越差，增加的救濟院爆發虐待、骯髒、生活條件不佳的問題。美國有 9 州於 19 世紀中開始設置「慈善機構的管理會(Boards of Charities)」，以監督救濟院的品質，開啟福利部門的先驅。但為管理方便，同住者皆是以集體管理方式，集體照顧。

由於救濟院缺乏較人性化的照顧方式，許多非營利組織開始為老人設置老人之家，以提供有尊嚴的生活。主要是透過不同種族、宗教、商社成立「仁慈社(Benevolent Societies)」或「兄弟會(Fraternal Organizations)」的組織，成員願加入社團，每月繳一次費用給組織，當面臨老、弱，或者有需要時，就由組織提供現金和食品等，以支持他們想留在自己的家中。對於無法獨自生活的成員，便由仁慈社建立之老人院提供生活、健康上的照顧；也因此成了養護所、護理之家的前身，之後更有早期的老人退休社區的形成。

該老人社區與現代護理，在 19 世紀蓬勃發展，許多富人開始聘雇護理人員到家中提供照護，也因此有了居家護理員。對於較貧困者請不起私人護理人員者，居家照顧服務，也因為公共衛生護理的發展而廣為推展。Lillian Wald 在紐約設立闢護所，並成立探訪護士協會(Visiting Nurses Association；VNA)，推動以家庭為長期照護中心。

三、1900 至 1929 年

因衛生醫療的進步，老年人口不斷增加，許多營利及非營利的老人照顧機構大量設立，居家護理、機構式照護，於此皆快速成長；地方政府也開始對貧病老人進行資產調查，評估通過者提供現金給付，陸續也有雇主透過保險來提供退休保障。

四、1930 至 1959 年

1930 年，美國開始經濟大蕭條，貧窮家庭增加。國家幾乎無法提供協助，救濟院

無法生存陸續關閉。此時除「社會保障法」(Social Security Act 1930)創辦全國性的老人福利外，並無任何其他新福利的發展；也因公立救濟院蕭條，營利性的護理之家才開始陸續成立，1939 到 1945 年經歷二次世界大戰，戰後老人和失能人口規模增長。因此，符合「社會保障法」(Social Security Act 1930)給付資格的對象增多，包含：退伍軍人、老年年金、和失業救助。

因為社會保障法給付護理之家的費用，再加上 1946 年通過的「改善醫院建設法案」(the Hill-Burton Act 1946)，促使護理之家快速發展。此後政府成為主要支付護理及安養之家的單位，營利性的護理之家呈現繁榮發展，照顧品質就成了關注焦點。

五、1960 年之後

1960 年後，政府花費在老人照顧的費用上不斷上漲，機構照護品質問題不斷浮現，轉而開始支持居家服務的發展。限制機構床位設置，主要原因在於以下三點：

- (一) 老年人口不斷增加，老化程度快，長期照護需求不斷攀升，透過回歸家庭與社區，以期能節約長期照護的成本及減少使用機構式的服務。
- (二) 伴隨科技醫療進步，居家照護設備亦趨發展完善，以使功能障礙者更能獨立自主生活。
- (三) 老人教育及經濟水準改善，獨立自主的生活，以落實「在地老化(aging in place)」的目標。

貳、長期照護服務之使用者

長期照護之使用者，通常並不會因單一疾病或狀況來下定義，他們是因為功能上的障礙，而使行為受到限制，需依賴他人幫忙。事實上，長期照護的使用者，常是因為多個症狀的結合，而造成功能上受到限制，例如：高血壓、糖尿病、關節炎和心臟病等，還包含許多的慢性疾病，多數的老年人會失去認知的能力，如癡呆症。在 2013 年，估計就有 520 萬的美國人有阿茲海默症；其中有 500 萬人的年齡是 65 歲或 65 歲以上的長者，而大約 20 萬是比 65 歲還年輕者。他們無法了解他們的行為或跟隨照顧

計畫，照顧者常很難照顧他們或協助他們照顧自己。這種慢性疾病對個人有不同程度的影響，且會影響到個人的生活。

這些長期照護的使用者又分為以下三種：

一、老年人

長期照護使用者的範圍，通常是那些需仰賴他人協助的人。有很多是超過 75 歲或甚至是超過 85 歲的使用者，且數量成長快速。根據美國 2010 年的統計資料，有 4 千萬 65 歲或 65 歲以上的人住在美國，估計約占人口的百分之 13，機構報告也顯示，老年人口在 1900 年的 3 百萬到 2010 年上升到 4 千萬人，且其中 85 歲或以上的老年人從 1900 年的 10 萬到 2010 年上升到 550 萬，可以預期的是，未來的老年人口定會以翻倍的速度成長。

二、非老年人

長期照護使用者大約有百分之 63 是由 65 歲或 65 歲以上者組成，其餘的是 64 歲或更年輕者。在 2007 年估計就有 40 多萬的小孩和 130 萬的成年人是低於 65 歲的長期照護使用者。這些包含小孩和任何年齡層遭受疾病、愛滋病和其他不同類型的心理疾病。這些使用者仰賴長期照護服務，協助他們儘可能如正常人般繼續他們的生活。

三、身體上有缺陷的使用者

通常會需要使用長期照護者，是由於許多不同類型的身體障礙。他們照顧的需求是複雜且密集的，他們的受限功能是結合心智或情感功能的缺乏。一些使用者是先天上的缺陷，或出生時的意外而造成身體上的缺陷，從一出生就需要長期照護，且一直到成年，其中還包括：癱瘓症、肌肉萎縮症和腦性麻痺等的使用者。

參、長期照護之提供者

一、非正式照顧者(Informal Care givers)

非正式照顧者指未支付薪資之個人，如：伴侶、同居者、家庭成員、朋友或鄰居，僅提供照護服務予病人而不領報酬的人。在美國大約有 87% 的人，需要長期照顧

者接受非正式照顧，或是由非付費之志工照顧者提供服務。2009 年美國非正式照顧者的人數為 6,570 萬人；其中非正式照顧者的平均年齡為 48 歲，51%的照顧者年齡介於 18 歲至 49 歲，且絕大多數為女性，有的非正式照顧者提供服務給親戚，36%照顧自己的父母親。其最通常的服務是幫助失能者上下床或是坐在椅子上的日常生活活動 (ADLs)，而協助失能者工具性日常生活功能(IADLs)，包含：交通、家事操作、採購食物、準備餐食、管理金錢、分發藥品及安排監督付費服務。

二、正式照顧者(Formal Caregivers)

正式照顧者是指領取薪資之提供者，且跟照護機構有連結的人。在美國約有 70% 至 80%的正式照顧者，包含：家庭保健助理、有證照的護士助理與個人照顧助理等；其照顧者大多數也都是女性。

肆、財務來源

美國推動福利政策時間相較於世界主要國家起程較晚，直至 1935 年才首次通過社會安全法(Social Security Act)；即是美國社會保障體系的開端。1939 年，再列入遺屬保險，1956 年納入失能保險(Old Age, Survivors, Disability Insurance, OASDI)，在 1965 年之前，美國的高齡民眾僅 50%有投保健康保險，其餘的高齡民眾有 50%並沒有醫療保險。也因此美國國會於 1965 年，為提供 65 歲以上的民眾醫療健康保險，制定了社會安全法第十八章，也是美國設立老人醫療保險(Medicare) 的法律依據；同時，亦制定社會安全法第十九章，加入醫療補助(Medicaid)。

美國政府強調民眾對於長期照護之需求是家庭與個人之責任，政府只對「醫療保險(Medicare)」及低收入戶「醫療補助(Medicaid)」負責，美國政府始終主張最少干預政策，強調個人主義、採取低稅收。

以下就三種財務來源作介紹：

一、病患自行負擔(out-of-pocket payment)

由於長期護理的私人保險並不普及，美國政府經營的健保計畫(Medicare, Medicaid) 又有許多限制，2008 年病人自付者占長期護理費用中的 28%（包含私人保險）。

二、私人的長期照護保險(private long-term care insurance)

美國私人長期護理保險辦理的成效不彰，辦不成功的原因很多，包括：保險計畫複雜、保費昂貴，尤以老年人的保費最為昂貴。大多數人都認為政府將替民眾支付長期護理的費用，還有民眾普遍認為未來不需要長期護理。

三、醫療保險(Medicare)

(一) 醫療保險定義

醫療保險是美國聯邦政府所主持之強制性與全國性的社會保險，對象為所有繳納社會安全稅金與老人醫療保險稅金的人，包括：美國公民與住民。凡是符合資格領取社會安全之年滿 65 歲老年退休金者(Old Age Retirement Insurance)，可自動獲得老人醫療保險保障之服務，有些年輕的人也有資格獲得醫療保險，包括：領有殘障失能保險金(Disability Insurance)經過 24 個月之殘疾者，或永久性衰竭者，像末期腎臟病(End-Stage Renal Disease, ESRD)的人。

醫療保險是由醫療保險與醫療補助服務中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)來運作，並由社會安全局(Social Security Administration)辦理申請聯邦醫療保險。接受醫療保險的資格，為年滿 65 歲或以上之美國公民或永久居留者，領取社會安全金者依自己在美國工作之紀錄、配偶之工作紀錄、已離婚之配偶、鰥寡、已離婚之鰥寡、自己父母具有保險者、領有鐵路工人退休金(Railroad Retirement Pension)或你自己或配偶在政府機關中工作已付醫療保險稅金。如果不符合上述條件，也可以自己購買，但其價格昂貴。提供的醫療保險計畫。它的好處是，不管他們的收入高低或財產多寡，醫療保險提供給每一個具有資格的人。

(二) 醫療保險的四個部分

1. 醫療保險 A 部分

主要指住院的保險，支付住院病人的醫療住院費、護理之家，或精神病院，及家居醫護照料和末期病人照護所需的費用。醫療保險 A 部分資金的來源，一部分透過雇主及工作者繳納的稅金，另一部分之保險費則從每

月社會安全福利中扣除。如果自己或配偶在政府機構工作至少 10 年、達到 65 歲、或是一個美國公民或永久居民、年輕殘疾者或永久性衰竭者，則有免費的資格享受醫療保險 A 部分。

2. 醫療保險 B 部分

醫院門診照顧、支付醫生服務及其他醫療服務，但不支持醫療保險 A 部分的保險。醫療保險 A 部分和醫療保險 B 部分有可減免和共付的部分。當有資格享有免費醫療保險 A 部分的人，將會自動登記加入醫療保險 B 部分。年滿 65 歲或以上者，就算不是享有醫療保險 A 部分免費的人，也可自己購買醫療保險 B 部分。

3. 醫療保險 C 部分

醫療保險 C 部分是醫療保險的優勢計畫(Medicare Advantage)，如果同時具有醫療保險 A 部分與 B 部分的人可以參加醫療保險 C 部分。醫療保險 C 主要有以下兩個部分：

(1) 第一部分

醫療保險的首選是提供醫療服務的機構計畫(Regionally Expanded Preferred Provider Organization, PPO)、健康維護組織(Health Maintenance Organization, HMO)、各項專門計畫(Point of Service, POS)、私人使用時支付醫療費用的計畫(Provider-Sponsored Organization)。

以上是私人健康與醫療保險公司，和聯邦政府之醫療保險局簽約願意提供老人醫療保險服務給予被保之老人，醫療保險局就將老人所繳納之部分保險金轉交給這些私人健康維護組織。這些私人保險公司就必須依聯邦政府之法令提供老人服務。

(2) 第二部分

建立醫療儲蓄帳戶(Health Savings Account)，和私人付費做結合。

4. 醫療保險 D 部分

醫療保險 D 部分是處方藥的保險，幫助支付為治療病症開立的處方藥物費用。目的是為防止處方藥的不斷漲價，老人有限收入難以分攤。

四、醫療補助(Medicaid)

醫療補助是由州政府管理的計畫，類似地方型的醫療保險，專為資產有限或沒有資產和低收入的人，提供醫療費用和醫院的補助。聯邦政府提供配合管理並制定執行原則，一般行政事物由州政府負責，各州政府可自訂有關符合條件的補助費用與醫療補助的規定，有些人則同時可以符合醫療補助和醫療保險的資格。

醫療補助對象無年齡的限制，對於醫療補助的需求者須先接受資產的調查，由聯邦政府制定一般準則，且須符合規定之條件，唯實際規範是由州政府制定，資格也就因州別而異，並非是低收入戶即都可受到補助，保障範圍隨收入而有不同。如是接受聯邦政府補充安全收入(Supplemental Security Income)，包含：障救助福利金、老人救助福利金、殘盲人救助福利金，與貧苦家庭接受州政府救助之臨時救助金者，都可列入醫療補助之範圍。

伍、長期照顧服務內容提供

一、社區式的照護服務(Community-Based Services)

(一) 居家照護(Home Health Care)

居家照護提供的服務範圍，包含：醫學的、治療的及非醫學的服務；在病患家中提供多樣專業的保健照護。其提供的服務包含下列幾種：

1. 護理(Nursing)
2. 治療(Therapy)
3. 其他服務
4. 機構
5. 資金

(二) 成人日間照護(Adult Day Care)

成人日間照護中心(Adult Day Care)，根據受照護者和其家屬需要，以提供不同的服務，它們主要的照護，一般是圍繞著工具性日常生活活動能力(IADLs)和日常生活活動能力(ADLs)；超過 90%的成人，日間照護中心提供走路、如廁、交通、坐與站的動作、洗澡，以及餐食，有些中心還會提供與護理及健康相關的服務，其提供的服務包含下列幾種：

1. 社會型
2. 健康照顧型
3. 失智症照顧型

要區分社會型和健康照顧型就要以患者問題的程度等級來區分，一般而言，社會型和健康照顧型，主要以以下幾點為服務的提供方向：

1. 社會活動—與其他參與者互動。
2. 相關健康服務—藥物管理、體重測量、量血壓和糖尿病的檢測。
3. 交通接送—回家按戶接送。
4. 餐食和點心—提供餐食和點心，包含特殊飲食需求者，則提供特殊的飲食。
5. 個人照顧—協助如廁、理髮和其他個人活動。
6. 治療性活動—提供所有參與者的運動和心理互動。

(三) 安寧照護(Hospice Care)

安寧照護機構提供臨終病患，支持性和緩和的照顧。安寧機構主要是取代疾病的治療，給予病患舒適及良好的生活品質。提供服務減輕病患痛苦，及協助病患和家屬度過艱難的時期。通常提供身體照顧和情感上的支持，其提供的服務包含下列幾種：

1. 醫生服務
2. 護理服務
3. 社會服務

4. 諮詢服務
5. 醫療設備的提供服務
6. 痛苦的管理
7. 管家或居家健康協助的服務
8. 治療

二、機構式的照護服務(Facility-Based Long-Term Care)

(一) 護理機構(Nursing Facilities)

典型的護理機構包含：護理、物理治療、職能治療、語言治療、健康檢查和牙科服務、藥物和照射 X 光的服務。這些服務也可能透過其他健康照顧組織（例如醫院）獲得服務，有一部分護理之家也提供成人日間照護服務。

(二) 輔助照護機構(Assisted Living Facilities)

輔助照護主要提供的服務包含下列幾種：

1. 24 小時的管理監督
2. 三餐外加點心的團體用餐
3. 促進居住者的生活品質及自主的服務包括：
 - (1) 個人照顧服務（協助進食、洗澡、穿衣、如廁等）
 - (2) 不同的健康照顧服務
 - (3) 藥物的管理
 - (4) 社會的服務
 - (5) 照料認知障礙的個人
 - (6) 社交和宗教活動
 - (7) 交通接送的安排
 - (8) 洗衣的服務
 - (9) 家務的管理及維持

三、老人住宅(Senior Housing)

其提供的服務包含下列幾種：

- (一) 年齡限制的社區(Age-Restricted Communities)
- (二) 獨立生活(Independent Living)
- (三) 集合住宅(Congregate Housing)
- (四) 連續性照顧退休社區(Continuing Care Retirement Community, CCRC)
- (五) 生活照顧社區(Life Care Community)

四、美國老人全包式照護計畫(The Program of All-Inclusive Care of the Elderly, PACE)

老人全包式照護計畫是整合性居家跟社區長期照護模式的計畫，在美國已發展 30 多年，其目的是使失能老人原來可能住進護理之家的能留在社區。其起源為廣東裔社區，位於加州的舊金山市，將長者送至護理之家接受照顧是華人在文化及觀念上較不能接受的方式。因此，發展出結合醫療照護及社區日間托顧的機制，於 1971 年非營利「安樂老人健康服務」(On Lok Senior Health Services) 開始在中國城設立，提供全方位妥善的照顧給需要的長者，最初是提供社區日托服務給在舊金山附近社區內有需要的長者，後來，其他地區的醫療服務或長期照護機構都相繼學習模仿此方案，將此類的服務計畫擴大至全美各地，成立全國性的專業協會並以 PACE 為名。

其提供的服務，包含：營養、復健、醫療、交通接送、日常生活服務、臨托喘息照顧等，到 2014 年止，全美共有 31 個州針對長者醫療及長期照護需要，執行 106 個 PACE 計畫。這些計畫提供的長期照護，主要是透過科技整合來團隊評估老人的需要，包括：住院照護、長期照護、預防照護及臨終照護，讓失能老人可在心理方面、身體方面及社會方面獲得支援性的全方位照護。論人計酬是 PACE 支付給提供服務者的方式，其中三分之一的費用來自聯邦老人醫療保險(Medicare)，三分之二來自州政府的貧民補助醫療保險(Medicaid)。費用所需包含：初級照護、急性照護及長期照護服務。因此就有較高誘因，誘使服務提供者將需要照護的老人照護好，並將這些需要照護的老人們留在自己的社區中，避免老人進入醫院或入住長照機構接受照護，讓臨終前的長者可以減少接受無效且侵入性的醫療救治。

陸、其他相關法案

一、老人虐待通報法

美國國會於 1965 年立法通過了跟老人有關的重要法案，即美國老人法(The Older Americans Act, OAA)；其目標在協助美國高齡者有公平的機會享有居住環境、身心健康、自由、尊嚴、收入等方面的服務。另外，此法也賦予各級政府單位，如：聯邦、州、區級及地方層級，能辦理高齡者服務方案的各項職責與權力，如：宣傳老年社會、社會服務與規劃、培訓專業人員、開發專案行銷及研究等，使每個州級政府有能力負起服務美國高齡者的責任義務。於接受長期照護的老人中，常見到因病造成反應遲緩或行動不便的弱勢老人族群受到虐待的狀況。常見的有：精神虐待、身體凌虐、性虐待、遭收養機構遺棄或疏於照顧，甚至還有帳單灌水等現象發生，因此，為防止這些弱勢老人族群受虐，各級政府單位依據美國老人法設立成人保護服務處(Adult Protect Services, APS)，附有提供即時檢舉虐待的免費熱專線電話外，為保障這些老人權益，並訂立通報虐待案件之義務規範，讓醫療人員、警察、社會工作人員能清楚了解他們應盡的義務有那些。

二、長期照護監察人制度(Ombudsman System)

美國老人法規定了一種仲裁人方案，即各州應設立長期照護之仲裁人稱為監察人。此種仲裁人的功能包括：首先是了解居民對長期照護設施與機構之抱怨跟申訴，再來是教育居民如何維護長期照護服務之消費者與提供者有關之權益，最後是透過志工參與來使社區居民了解長期照護與設施機構，並將有關長期照護服務與設施之訊息提供給社會大眾。而其首要目的是為促進居住在立案領照之長期照護設施及機構內的老人提昇生活品質；另外也是在提醒聯邦與州政府居民有責任保障在使用長期照護設施或入住機構的居民之基本權利，以及協助居民養成表達意見的習慣。

長期照護仲裁人所處理的申訴，包含：居民的權利與尊嚴之侵犯、身體、語言或精神虐待、剝奪維護居民身心健康必要之服務或是非必要、非理性之限制。例如：機構提供低劣的照護品質、不適當的個人衛生、對於居民求助的反應遲緩、不適當的轉

移居民到另一個地方、或是壓迫居民出院、使用不恰當的化學藥品等，而生活在此的居民享有隱私、保有個人財務、獲得資訊、自由、平等照護、表達等的權利。

第三節 日本：社保制長照機制

壹、日本長期照護制度發展背景

日本早在 1970 年已進入「高齡化社會」，1994 年進入「高齡社會」(aged society)，2006 年則進入「超高齡社會」(super-aged society)，在 2018 年已來到 28.1%，為目前全世界最長壽之國家。

在不同階段照護老人的規劃有差異性作法，以下就五個時期簡述之：

一、1945 至 1962 年：「家族介護」階段

除提供經濟協助給在生活上困苦之老人外，其家族全需自行負責老人扶養及介護事宜。

二、1963 至 1973 年：「機構介護」階段

制定老人福利法（1963 年）法案，運用機構之設施與介護體制來代為照護因經濟快速復甦，迫使年輕人口陸續湧入都會地區求職後造成獨居的老人。

三、1974 至 1980 年：「回歸家族介護」階段

因日本經濟發展受到石油危機爆發的影響，喚起民眾「家族共同體制」意識，以使家庭中輩分較低的女性再次承擔照顧家中老人之責任。

四、1981 至 1985 年：「民間介護」施行階段

制定著名的老人保健法（1982 年）法案，並在 1983 年實施，核心家庭因受婦女進入職場比率增加及少子化之影響，已難有餘力照顧自己家中的老人，因而迫使政府部門活用民間力量來「共興介護服務」來解決該問題。

五、1986 年至現在：「在宅介護」階段

實施「在宅介護服務」，並應用社會資源來補充與加強家族成員在介護時的限制跟不足。在此階段，策劃及推行「黃金計畫」系列的服務措施。主要施行目標是「在宅介護服務」，次要以「輔導改善介護設施與機構」為輔助目標來培訓照護專業人員與強化長期照護機構之設備。整體而言，第五個階段是日本「介護保險制度」最蓬勃發展的時期，立法通過多項重要計畫與法規，並頒布施行，如：1990 年，通稱「黃金計畫」的「高齡者保健福利推進十年策略」；1991 年，修正「福利相關八法」；1993 年，修正「醫療法」，1994 年，檢討「黃金計畫」，修正並執行「新黃金計畫」；1997 年，通過「介護保險法」，並於 2000 年 4 月施行「介護保險制度」，2005 年修正「介護保險制度」。

貳、介護保險之內涵

日本是全世界老年人口比率最高的國家，已高達 28.1%；為能有效解決老人長期照護的問題，遂於 2000 年 4 月開始實施「介護保險」。「在地老化」是此制度與我國之社會福利政策綱領實施的基本精神，實施初期皆著重在建立居家式照護體系之制度面。除不斷檢討並提出政策修正與改善方案外，另邀請政策之實務與規劃相關領域的學者，共同參與討論規劃以一個地域為中心，能方便讓有此需要的民眾地找到自己想要之服務方式，如：廣設運用生活圈的概念設置的社區整合支援中心或結合多樣化與多功能之服務據點，。

日本之社會保險分為五種：健康保險、年金保險、職業災害補償保險、雇用保險及。長期照護保險法的制定與討論過程中，曾對長期照護服務之財源究竟要以社會保險的保險費或以租稅的稅收作熱烈爭辯。但最後因採社會保險方式，可以讓被保險人與長期照護服務提供者，依照契約讓給付與負擔上之權利義務關係明確，而且社會保險的保險費可以確保財源穩定，就算要調整也較容易達成。最後在市場機制與各種輿論調查後，社會保險方式以 70% 以上的贊成率勝出，加上受到在 1994 年 4 月制定「長期照護保險法」的德國影響，遂決定於 1995 年 1 月長期照護保險用社會保險方式開始施行。

介護保險制度之目的，可歸納以下四點（李淑如，2014：43-44）：

- 一、 需要長期照護的高齡者，會造成照顧家庭的長期負擔，影響國民生計造成社會問題，更成為國民老年後最大的不安因素，因此，可透過相互扶持解決社會全體間的問題。
- 二、 透過社會保險的方式，負擔及給付更明確，讓國民較易理解，每位高齡者因價值觀及需求的不同，可按其不同的需求去自由選擇服務提供者及服務內容，避免齊頭式的平等。
- 三、 提供不同的服務提供者，如：醫療法人、社會福利法人、民間業者、公營機構及 NPO 等，導入市場機制後的服務提供能滿足不同高齡者的服務需求，且透過市場競爭能增進服務品質及數量。
- 四、 將照顧和醫療保險分開，避免僅需老人看護的高齡者長期住在醫院浪費醫療資源的「社會性入院」現象，讓醫療資源之利用更有效率。

參、立法經過及歷年修法重點

日本介護保險制度是由厚生勞動省、厚生大臣諮詢機構、內閣府諮詢機構歷經了多次的商議與研討後制定，簡單整理其立法過程如下：

一、厚生勞動省與大臣之建議

於 1994 年 3 月擬定「二十一世紀福利展望」報告書，在此書中指出要制訂高齡者照護制度應用社會保險的方式來做，將高齡福利從傳統施政重點的「設施福利」轉變為「居家福利」。在同年 4 月、7 月、12 月分別提出設立「高齡者介護對策本部」、辦理「高齡者自立、高齡者介護支援體系研討會」及發表「新介護體系構想報告書」，討論並建議要創立以社會保險方式為主軸的長期照護體系。

二、重建社會之保障體系

1995 年 7 月，厚生勞動省的「老人保健福祉審議會」向村山內閣提出名為「迎向能安全生活的二十一世紀社會」的三項重建社會保障體系之建議，其內容包括：(1) 制定介護保險制度；(2) 為維持社會福利財政的平衡，應以「社會連帶」的原理來分擔公

費和保險費之負擔；(3)應運用民間活力、抑制公共福利、並以自立自助方式來作為改革社會保障制度之方向。同時，「老人保健福祉審議會」為建議開辦介護保險制度，亦向政府提出「確立新的高齡者介護體系」之方案。

三、審議和通過與介護保險關連之三法

1996 年 4 月，該法案厚生勞動省在短期審議修正後，於同年 11 月提出「介護保險關連三法案」，隔年 1997 年 12 月正式通過介護保險法、醫療法與施行令（含部分修正條文）等相關法案，後於 2000 年 4 月正式開始實施。

肆、組織架構

介護保險之制度為強制性的保險，只要是年滿 40 歲以上的每位國民都要依法投保並繳交保費，以 40 歲作為保險年齡的界限，是因 40 歲以上罹患慢性疾病之可能性較高，如：腦中風與初老期癡呆症等，延伸到家中，增強了父母親受照護的可能性。打破過去靠稅收來維持行政安排措施之制度，有效利用服務使用者的部份負擔及被保險人之保費收入來維持營運的制度，被保險人自由且不受拘束的去選擇所需的服務內容，透過簽訂與服務提供者所提供之契約接受保障及服務（葉至誠，2011：59）。被保險人分成二種：第一類為 65 歲以上之被保險人，第二類為 40~65 歲之被保險人，由地方政府擔任保險人。中央政府為厚生勞動省，負責擬訂及策劃社會福利之政策和法令。地方政府乃由都道府縣負責市町村間協調事項，市町村負責政策的執行（如圖 3-2）。地方由最小行政單位市町村擔任保險人，中央由厚生勞動省及都道府縣協助辦理。

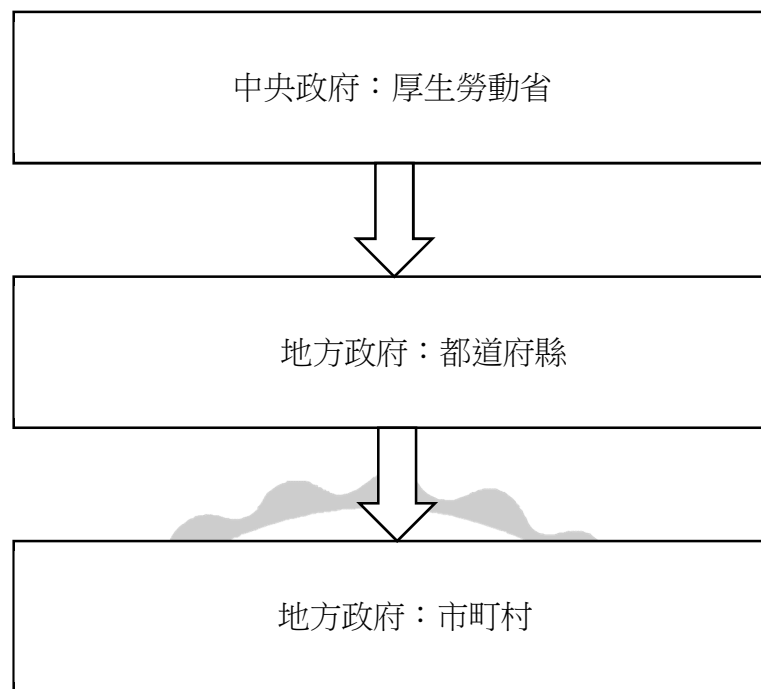


圖 3-2 日本介護保險之組織架構

資料來源：本研究整理

伍、適用對象

依介護保險法第 9 條，被保險人分為二類（李淑如，2014：44）：

- （一）第一類被保險人：在市町村的區域內有住所之 65 歲以上者。
- （二）第二類被保險人：在市町村的區域內有住所且加入健康保險者之 40 歲以上未滿 65 歲。另外，對外國人，如：依外國人登錄法，登錄預計居住於日本一年以上者，只要被認定有住所，當符合可加入健康保險或年齡之要件時，亦是長期照護保險之準被保險人。

陸、財務架構

介護保險法第 7 章之「費用」有明確規定關於財源負擔的部分。如表 3-1 所示，保險費收入佔財源的 50%，負擔比例分別為第一類被保險人 17%，第二類被保險人 33%，其餘 50%由國庫租稅來負擔，負擔比例分別為中央政府 25%，都道府縣與市町

村各 12.5%。2006 年，將所得額度在一定水準以上之第一類被保險人，調整保險費的負擔比例，地方政府僅需負擔 80%。至於入住機構者，負擔比例則分別為中央政府 20%，都道府縣 17.5%。

此制度最特殊的是被保險人的保費是終身繳費的，即使家屬自行照顧或自費請人照顧而未使用保險給付之高齡者也不例外。而低收入者，由政府全額補助。被保險人保費的繳納因被保險人人數、照護機構數及各市町村人口數不同而不一致，且保險費之負擔為高所得者高於低所得者。另外，保險費的徵收除第二類被保險人之保險費是隨國民健康保險或公司所投保之健康保險一起徵收，也因年齡分為特別徵收及普通徵收；特別徵收是指第一類被保險人年金所得若一年高於日幣 18 萬，保險費則由年金內扣除；普通徵收為年金所得若一年低於日幣 18 萬者，則從帳戶扣除或填寫繳納書繳保險費。市町村保險費的徵收標準，則依當地的服務量需求由各地區保險主體（議會及市町村）自行訂定；保險給付財源，負擔比例分別為使用者約佔 10%，市民繳納的保險費佔 45%，其餘由租稅佔 45%。

以保險費的性質來說：第一類被保險人類似專款專用之地方稅，第二類被保險人則是由中央集結基金後，和租稅一同交付給市町村。中央交付市町村的統籌分配款係依地區內老人人數的多寡分配，即高齡化較高的補助金分配較多，高齡化低於全國平均數的，其中以先透過全國集結後再轉移的第二類被保險人所繳納的保險費最為明顯。都道府縣特別設置了財政安定基金來安定市町村介護保險之財政，其財源負擔比例為中央、都道府縣、第一類被保險人各佔三分之一。保險財政安定基金對於經濟條件較差的市町村補助其因保險費徵收不足的二分之一（岡本祐三，2000：51-52）。

表 3-1 日本介護保險之財源調整結構

財源	佔比
第一類被保險人保險費	第一類被保險人保險費 17%

表 3-1 (續)

+ 調整交付金 (依所得差距調整)		
第二類被保險人保險費	第二類被保險人保險費 33%	
租稅負擔	中央 25.0%	都道府縣 12.5%
		市町村 12.5%

資料來源：本研究整理

柒、服務內容提供

一、照護程度認定及服務流程

介護保險制度依據需照護程度，分為「需要支援 1~2」、「需要照護 1~5」、「非給付（自立）」等。「需支援 1~2」屬照護預防服務，是一種預防給付。「需照護 1~5」屬照護服務，是一種照護給付。「非給付（自立）」乃屬於照護預防事業，是一種社區支援事業，針對需照護的高危險群但仍可自立的高齡者提供服務（李淑如，2014:48）。有服務需求之被保險人欲使用介護保險所提供之照護服務前，須先經一定程序來認定是需要支援或需要照護者；被保險人需先向居住所在地的介護保險行政窗口提出申請，市町村再派遣專人到府進行訪問調查（此稱為「第一次認定」），同時，由主治醫師出具被保險人的意見書。照護認定審查會根據訪問調查的結果跟主治醫師出具的意見書作為審查認定（做第二次認定與程度分級），並郵寄認定結果通知書給被保險人，可確實給予符合高齡者需求的照護計畫及照護服務。有關介護保險制度須照護等級認定流程圖及介護保險制度服務流程圖，相關內容如圖 3-3 及圖 3-4 所示：

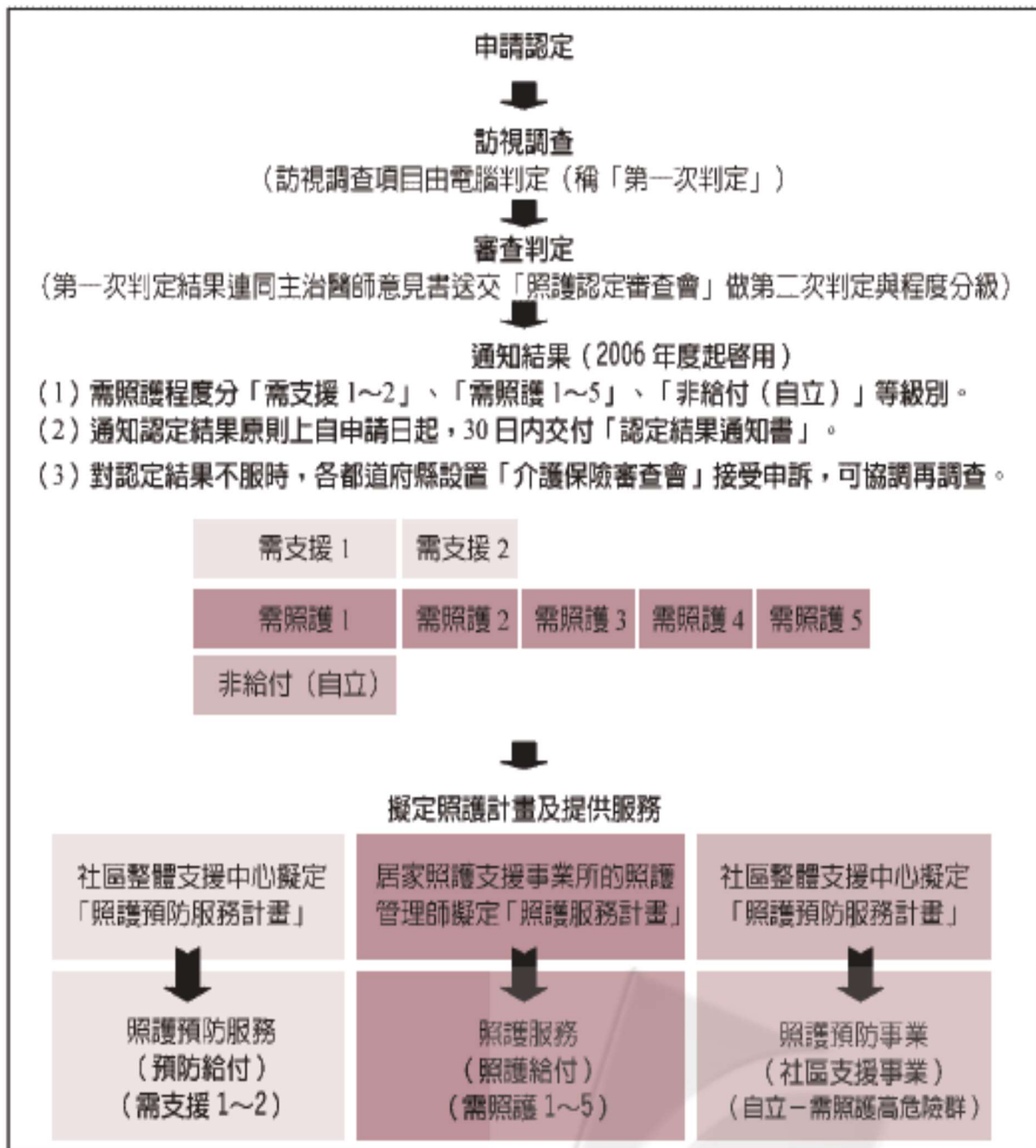


圖 3-3 介護保險制度需照護等級認定流程²

資料來源：徐瑜璟、邱采昀、周美伶，「日本介護保險與台灣長照保險的比較」，台灣老年學論壇，第 15 期（2012 年 8 月），頁 6。

² 「需照護狀態」意指步行或起床等日常生活行動全部或部分受到限制而需要旁人照護；「需支援狀態」意指雖有日常生活障礙，但須照護之時間較少。

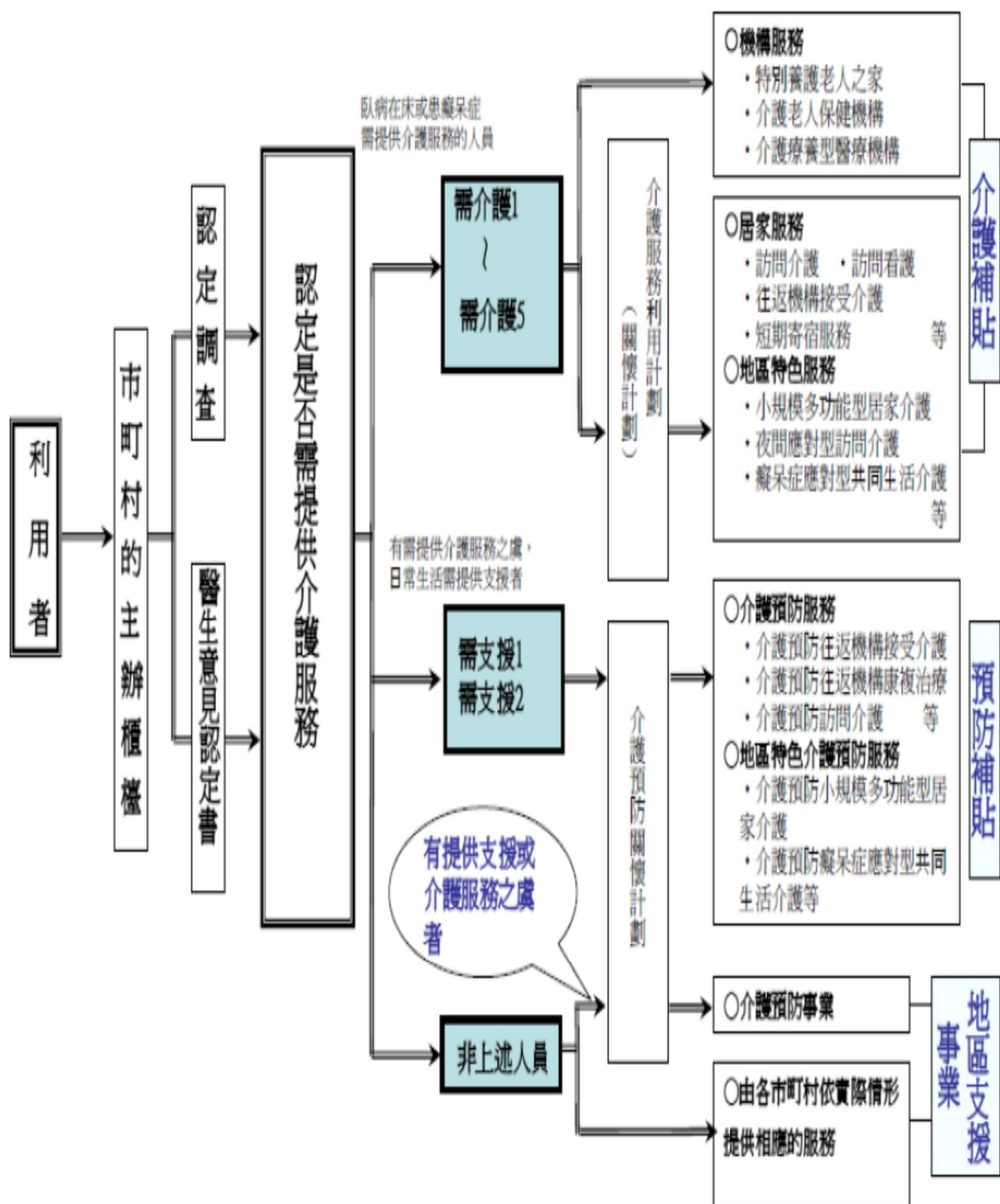


圖 3-4 日本介護保險制度服務流程³

³ 「需照護狀態」意指步行或起床等日常生活行動全部或部分受到限制而需要旁人照護；「需支援狀態」意指雖有日常生活障礙，但須照護之時間較少。

資料來源：徐瑜璟、邱采昀、周美伶，「日本介護保險與台灣長照保險的比較」，台灣老年學論壇，第 15 期（2012 年 8 月），頁 5。

二、認定時程及程度分級

照護需求的認定時程約需要一個月，原則上認定結果的有效期為半年，但有些市町村有效期只有三到五個月。若需照護的狀況於有效期內無改善時，可做照護認定的更新，將有效期更新為一年到兩年。若無更新有效期，照護需求的認定即失去效力。被保險人依其所需照護的狀態是需要支援或需要照護可分為 7 個等級：「需要支援 1~2」、「需要照護 1~5」等。「需要支援 1~2」的意指被保險人在日常生活運作上，可透由他人協助去獨力完成沐浴、吃飯、步行、睡覺、排泄、穿衣；若是「需要照護 1~5」則是完全需要他人協助才能分別完成沐浴、吃飯、步行、睡覺、排泄、穿衣等日常生活運作，需求照護的程度愈高，其級別數字就愈大。

照護需求主要可分成二類：

- （一）需要支援：在日常生活運作或家務上需要他人支援。
- （二）需要照護：依其所需照護的狀態分成五級：
 1. 第一級：僅沐浴需要他人照護支援。
 2. 第二級：除沐浴及排泄需要他人照護外，若要自行站立或步行都是有困難的。
 3. 第三級：已完全無法自行站立或步行，且沐浴、穿衣、排泄完全需要他人照護支援。
 4. 第四級：沐浴、穿衣、排泄等完全需要他人照護。
 5. 第五級：除了上述四級狀態外，被保險人之意思傳達已面臨嚴重困難，其他日常生活各方面完全需要他人照護。

三、各項服務內容

介護保險制度服務項目分為：居家、社區及機構服務。這三項均包含了「需要支

援 1~2」及「需要照護 1~5」。有關介護保險制度之各項服務內容說明如表 3-2 所示：

表 3-2 日本介護保險制度之服務項目⁴

類別	需要等級	服務內容
居家 照 護 服 務	預防照護服務 (需要支援 1~2)	1. 家庭訪視服務：預防照護型護理、沐浴（泡澡）、復健、照護 2. 當天來回照護服務：預防型照護及復健（日間）
	照護服務 (需要照護 1~5)	1. 家庭訪視服務：護理、沐浴（泡澡）、復健、照護 2. 當天來回照護服務：照護及復健（日間） 3. 租借及購買輔具 4. 改建住宅 5. 短期入住機構接受照護 6. 照護計畫的擬定 7. 生活照護（自費老人之家）
社 區 照 護 服 務	需要支援 1~2 需要照護 1~5	1. 失智症團體家屋 2. 失智症日間照護 3. 小規模自費老人之家 4. 小規模老人特別養護之家 5. 小規模多功能型居家照護 6. 夜間型訪視照護

⁴ 「需照護狀態」意指步行或起床等日常生活行動全部或部分受到限制而需要旁人照護；「需支援狀態」意指雖有日常生活障礙，但須照護之時間較少。

表 3-2（續）

機構 照護 服務	需要照護 1~5	1. 老人保健設施（強化老人復健） 2. 老人福利機構（老人養護之家） 3. 療養型醫療機構（慢性病床）
----------------	----------	--

資料來源：徐瑜璟、邱采昀、周美伶，「日本介護保險與台灣長照保險的比較」，台灣老年學論壇，第 15 期（2012 年 8 月），頁 4。

四、給付種類與方式

介護保險法第 18 條規定，給付種類有兩種：介護給付與預防給付。同法第 42 條又規定，實物給付（服務給付）為給付方式的原則，現金給付是遇特殊情況才給予提供。現金給付以本人為原則，且以第四級或第五級之重度需要照護者為限，最重要的是一整年未使用過保險給付。且只給付給有居家照護員資格的家庭照護者。由於條件嚴苛，申請現金給付者寥寥無幾（林淑馨，2018：12）。

第四章 臺灣老人長期照護制度之規劃與設計

第一節 長期照護制度的政策規劃

壹、《長期照顧服務法》：長照資源發展的根本大法

一、為健全長照服務體系之發展，保障弱勢者權益可以完整接受長照服務者，且兼顧資源發展與服務品質；長期照顧服務法（簡稱長服法）已於 2015 年 6 月 3 日由總統令公布，並於 2017 年 6 月 3 日正式上路。該法為我國長照服務發展重要之根本大法，為能使服務更有品質，資源更加完整，失能者得到更適當的照顧，乃以此法整合各類長照資源用以協助國內 70 多萬失能家庭的長照需求。長服法於 2017 年 6 月 3 日施行，共七章 66 條，內容除涵蓋長照服務內容、人員及機構管理、受照護者權益保障、長照財源、服務發展獎勵措施等五大要素外，另包括以下制度：

- （一）明定長期照顧服務人員之專業定位。
- （二）初次入國之外籍看護工，其雇主可申請家庭看護工補充訓練。
- （三）將各界關注之家庭照顧者，納入服務對象。
- （四）明定各類長照服務項目，包括：居家式、社區式、機構住宿式及綜合式服務類。
- （五）明定長照財源，並設置長照基金，以促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源。
- （六）2017 年 1 月 26 日修正長服法部分條文並公布，修正第 15 條係外界關注之長照財源，調增菸稅稅率及增加遺贈稅；修正第 22 條及第 62 條規定，讓現行長照機構可持續營運，除保障現有服務對象權益外，亦強化長照 2.0 社區整體照顧服務體系發展。

二、長照服務法之授權計 1 部法律及 8 項法規命令，包含：「長期照顧服務法施行細則」、「長期照顧人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」、「長期照顧機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立許可及管理辦法」、「長期照顧服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查辦法」、「長期照顧服務機構評鑑辦法」、「長期照顧服務資源發展獎助辦法」及「外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法」等。

三、數十年來，國內已發展各種長照服務體系，分為社政體系、衛政體系、退輔體系等，但各體系的服務申請條件、法律上的用詞不盡相同，常造成民眾的混淆，如：衛政體系有護理之家，社政體系有養護及安養機構，退輔體系有榮民之家等長期照顧機構。《長服法》實施後，把分立的長照體系做了整合：整合法源、一致性管理，將資訊變清楚，讓民眾不會混淆。另因台灣社會面臨人口快速老化，衍生需照顧人口急速成長；家戶人口減少，傳統家庭照顧功能日益薄弱；換言之，即失能人口增加中，子女人數減少中，國民照顧壓力快速增加。因此，必須推動《長服法》，強化我國長照服務體系，分擔國民照顧壓力。而《長服法》如何幫我們減輕壓力？還有對民眾有那些影響？如表 4-1 所示。

表 4-1 長期照顧服務法對民眾的影響

	長服法實施前	長服法實施後
照顧者服務 (強化)	以失能者為主	家庭照顧者也能獲得長照技能訓練及情緒支持等支持服務
補充訓練制 (建立)	無訓練機制	可為外籍看護申請補充訓練，能增進其的照顧知識、技巧
長照人員 (受訓)	部分長照人員 無強制登錄	不論您是何種專業人員，如：照顧服務員、社工、醫事人員等，若想繼續提供長照服務，必須在長服法施行兩年內完成長照訓練、認證、登錄

表 4-1 (續)

評鑑與資訊 (整合)	分散於各體系	為方便查詢，在單一平台公告上長照機構評鑑的結果，
整合式服務 (入法)	僅試辦	一個機構可同時提供民眾多元服務：臨時住宿、日間照顧、居家服務等
普及服務 (專款)	無專款	由長照基金獎勵補助，普及長照服務，彌補了過往沒有專款，不普及的長照服務

資料來源：本研究整理

四、為了充實財源提供長照服務、建置長照資源，我國在 2017 年 1 月 26 日完成了財源修法。除了原有的菸品健康福利捐、政府預算撥充、捐贈、基金孳息、其他收入外，另新增遺產稅、贈與稅及菸酒稅中菸品的稅收，期能擁有足夠的財源，把《長服法》及《長照 2.0》完整落實。

貳、《長期照顧服務機構法人條例》：建構長照機構法人良好的法制環境

《長期照顧服務機構法人條例》為《長服法》之子法，已於 107 年 1 月 31 日公布，此條例中的 8 項法規命令，於同年 7 月底亦全數公布，內容包含如下：

- 一. 長期照顧服務法施行細則。
- 二. 長期照顧服務機構設立許可及管理辦法。
- 三. 長期照顧服務機構評鑑辦法。
- 四. 長期照顧服務資源發展獎助辦法。
- 五. 長期照顧服務機構申請租用公有非公用不動產審查辦法。
- 六. 長期照顧服務人員訓練認證。
- 七. 外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法。
- 八. 長期照顧服務機構設立標準。

參、長期照顧的整體政策藍圖，如圖 4-1 所示：

面對我國長期照顧服務需求逐日增加，涉及的面向也越來越多元，政府部門紛紛開始推展「在地老化」的理念，而社區化服務成為推展之重點，各部會在行政院의 協調下進行跨部會的整合計畫，將長期照顧政策之發展整合衛生醫療與社會福利。

以下就「長期照護十年計畫」、「長期照顧服務網計畫」、「長期照顧服務能量提升計畫」、「長期照顧十年計畫 2.0」作政策規劃之介紹，如圖 4-1 所示。

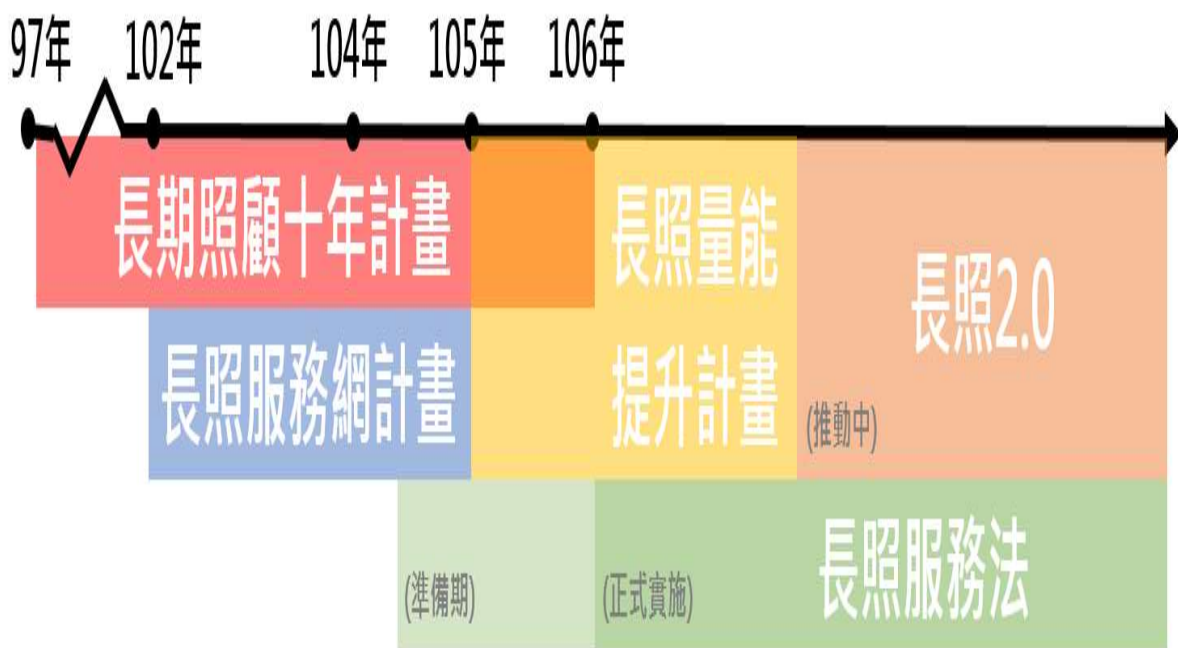


圖 4-1 長期照顧的整體政策藍圖

資料來源：引自衛生福利部，長期照顧的整體政策藍圖

表 4-2 長期照顧之法規與政策發展

政策名稱	政策期間	重要政策內容
長期照顧十年計畫	97~106 年	整合長期照顧制度 發展人力資源 財務制度規劃

表 4-2 (續)

		引進民間參與長期照顧服務
長期照顧 服務網計畫	102~105 年	優先發展與鼓勵社區與居家長照服務 建立服務網絡支持家庭照顧者 培訓與留任長照人力 榮民醫院公務預算病床轉型護理之家 獎勵發展創新或整合式長照服務模式 規劃設置長照基金使長照服務永續發展
長期照顧 服務能量 提升計畫	104~107 年	普及與均衡發展居家、社區及機構服務資源 逐步擴大服務對象 強化長期照顧服務管理之整合機制及品質提升 長期照顧資訊系統之強化 整合及建置充實的長照人力 規劃培訓課程，提升專業品質外籍看護工與長照服務 適度發展產業參與與長照服務長照保險之規劃
長期照顧 十年計畫 2.0	106~115 年	實現在地老化，建構社區整體照顧服務體系 擴大原住民族群長照服務 單一服務窗口整合醫療與照顧資源，提供長照服務 擴大服務對象 增加服務項目 提供服務的單位掛牌 鬆綁核銷規定

資料來源：本研究整理

第二節 長期照護制度的機制設計

我國已趨向快速高齡化的人口結構，同步帶動長期照顧（簡稱長照）大量增加的需求人數。行政院於 2007 年為完善的發展長照制度，核定《長照十年計畫》（簡稱長照 1.0），並積極推動與長照相關的業務。為因應失智、失能人口增加所衍生之長照需求及因人口老化伴隨而來照顧服務需求的多元化，行政院遂於 2016 年 12 月核定《長照十年計畫 2.0》（簡稱長照 2.0），並自 106 年 1 月起實施長照 2.0，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，以社區為建立長照服務體系之基礎，用以回應高齡化社會的長照問題。

在前端，希望可以銜接預防保健、減緩失能、活力老化、促進長者健康福祉及提升老人生活品質；在後端，希望可以提供社區多目標式的支持服務、減輕家屬照顧壓力與負擔，銜接在宅臨終安寧照顧。除了擴大原本長照 1.0 服務對象由 4 類為 8 類，增加服務項目由 8 項增至 17 項外，更積極試辦及推廣整體社區照顧模式計畫，以社區為基礎建構健康照護團隊的體系，發展創新服務並將之延伸銜接至出院準備、居家醫療等服務。建構「找得到」、「看得到」、「用得到」的長期照顧服務。

以下就《長照十年計畫 2.0》之目標與內容作說明（衛生福利部，2016：48-50）：

一、計畫目標

- （一）建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。
- （二）實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。
- （三）延伸前端初級預防功能，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。

- (四) 向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

二、實施策略

從跨部門的整合、長期照顧之服務模式、長期照顧對象、從事長期照顧服務人力資源、長期照顧補助、強化長期照顧中央與地方資源等，詳細內容說明如下（衛生福利部，2016）：

- (一) 建立以服務使用者為中心的服務體系整合衛生、社會福利、退輔等部門服務，發展以服務使用者為中心的服務體系。
- (二) 發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心，以在地化、社區化原則，提供整合性照顧服務，降低服務使用障礙，提供在地老化的社區整體老人、身心障礙者的綜合照顧服務。
- (三) 鼓勵資源發展因地制宜與創新化，縮小城鄉差距，凸顯地方特色 透過專案新型計畫鼓勵資源豐沛區發展整合式服務模式，鼓勵資源不足地區發展在地長期照顧服務資源，維繫原住民族文化與地理特色。
- (四) 培植以社區為基礎的健康照護團隊 向前延伸預防失能、向後銜接在宅臨終安寧照顧，以期壓縮失能期間，減少長期照顧年數。
- (五) 健全縣市照顧管理中心組織定位與職權 補足照顧管理督導與專員員額，降低照顧管理專員服務對象量，進行照顧管理專員職務分析，以建立照顧管理專員訓練與督導體系。
- (六) 提高服務補助效能與彈性研議鬆綁服務提供之限制、擴大服務範圍及增加新型服務樣式，以滿足失能老人與身心障礙者多樣性的長期照顧需求。
- (七) 開創照顧服務人力資源職涯發展策略，透過多元招募管道、提高勞動薪資與升遷管道，將年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口納入，落實年輕化與多元化目標。

- (八) 強化照顧管理資料庫系統，分析與掌握全國各區域長期照顧需求與服務供需落差，與地方政府共享，作為研擬資源發展與普及之依據。
- (九) 增強地方政府發展資源之能量，定期分析各縣市鄉鎮市區長期照顧服務需求、服務發展與使用狀況，透過資源發展縮短長期照顧需求與服務落差。
- (十) 建立中央政府總量管理與研發系統，落實行政院跨部會長期照顧推動小組之權責，整合現有相關研究中心，發揮總量管理與研發功能。

三、保障對象

- (一) 65 歲以上失能老人（長照 1.0）
- (二) 55 歲以上失能原住民（長照 1.0&2.0）
- (三) 失能身心障礙者（長照 1.0&2.0）
- (四) 65 歲以上 IADL 獨居者（長照 1.0）
- (五) 50 歲以上失智症者（長照 2.0）
- (六) 65 歲以上衰弱者（長照 2.0）

四、服務項目

除了將原本（長照 1.0）所提供之照顧服務、喘息服務、復健服務、居家護理服務、輔具服務、營養餐飲服務、交通接送服務及機構服務等八大項目擴大與彈性化外，還將（長照 2.0）照顧者服務據點、居家醫療服務、原住民社區整合服務、失智照顧服務、預防或延緩失能服務、小規模多機能服務、延伸出院準備服務及社區三級整合服務等九項向前延伸至預防階段、向後延伸至安寧服務。

其中最要的社區三級整合服務，如圖 4-2 所示，包括：

- (一) 每一個鄉鎮市區至少要有一個 A
- (二) 每一個國中學區至少要有一個 B
- (三) 每三個村里至少要有一個 C
- (四) 有交通車巡迴接送

在同一個「大聯盟」裡，讓長照與醫療的資源共同參與整合服務（如圖 4-3），讓

每個 ABC 都可以掌握同一照顧需求者有關生活支持、醫療、照顧等體系的需求，照顧需求者不用每到一處，就要自我介紹一次，或是從頭評估一次。長照 2.0 的核心，可以說是 ABC 大聯盟，也是落實「在地老化」、「社區老化」的關鍵。

伍、服務申請方式，如圖 4-4 所示。

陸、擴大申請服務範圍，即外籍看護工，如圖 4-5 所示。



圖 4-2 社區三級整合服務銜接

資料來源：衛生福利部，長照 2.0 懶人包

One more thing!

ABC體系讓長照、醫療共同參與：

類別	A級 (長照旗艦店)	B級 (長照專賣店)	C級 (長照柑仔店)
對象	長照十年計畫2.0服務對象		
申請單位	- 公立機關(構)。 - 以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。	- 以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。 - 老人福利機構(含小型機構)、身心障礙福利機構。 - 醫事機構。 - 社會工作師事務所。	- 以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。 - 老人福利機構(含小型機構)、身心障礙福利機構、醫事機構。 - 社會工作師事務所。 - 其他(如社區照顧關懷據點、社區發展協會、村(里)辦公室、老人服務中心、樂智據點、瑞智互助家庭等。)
服務內容	- 於一定區域內建立在地化服務輸送體系，整合與銜接B級與C級之資源。 - 提供下列服務：(1)同時辦理日間照顧及居家服務之長照服務單位，除既有服務外，另擴充辦理營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、喘息服務或輔具服務等至少一項服務。(2)透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送，串連ABC級服務。	- 於固定區域內提供在地化照顧服務，目前已在社區提供相關長照服務之單位，除提供既有服務外，且須擴充功能提供如日間照顧、小規模多機能、團體家屋、社區復健或共餐服務等其中一項之社區式長照服務。	- 提供具近便性的照顧服務及喘息服務。 - 向前延伸強化社區初級預防功能：就近提供社會參與及社區活動之場域；提供短時數照顧服務或喘息服務(臨托服務)、營養餐飲服務(共餐或送餐)、預防失能或延緩失能惡化服務。
目標	- 每一鄉鎮市區1處	- 每一國中學區1處	- 每三個村里1處

圖 4-3 社區三級整合服務 ABC 體系長照醫療共同參與

資料來源：衛生福利部，長照 2.0 懶人包

要怎麼申請長照服務？

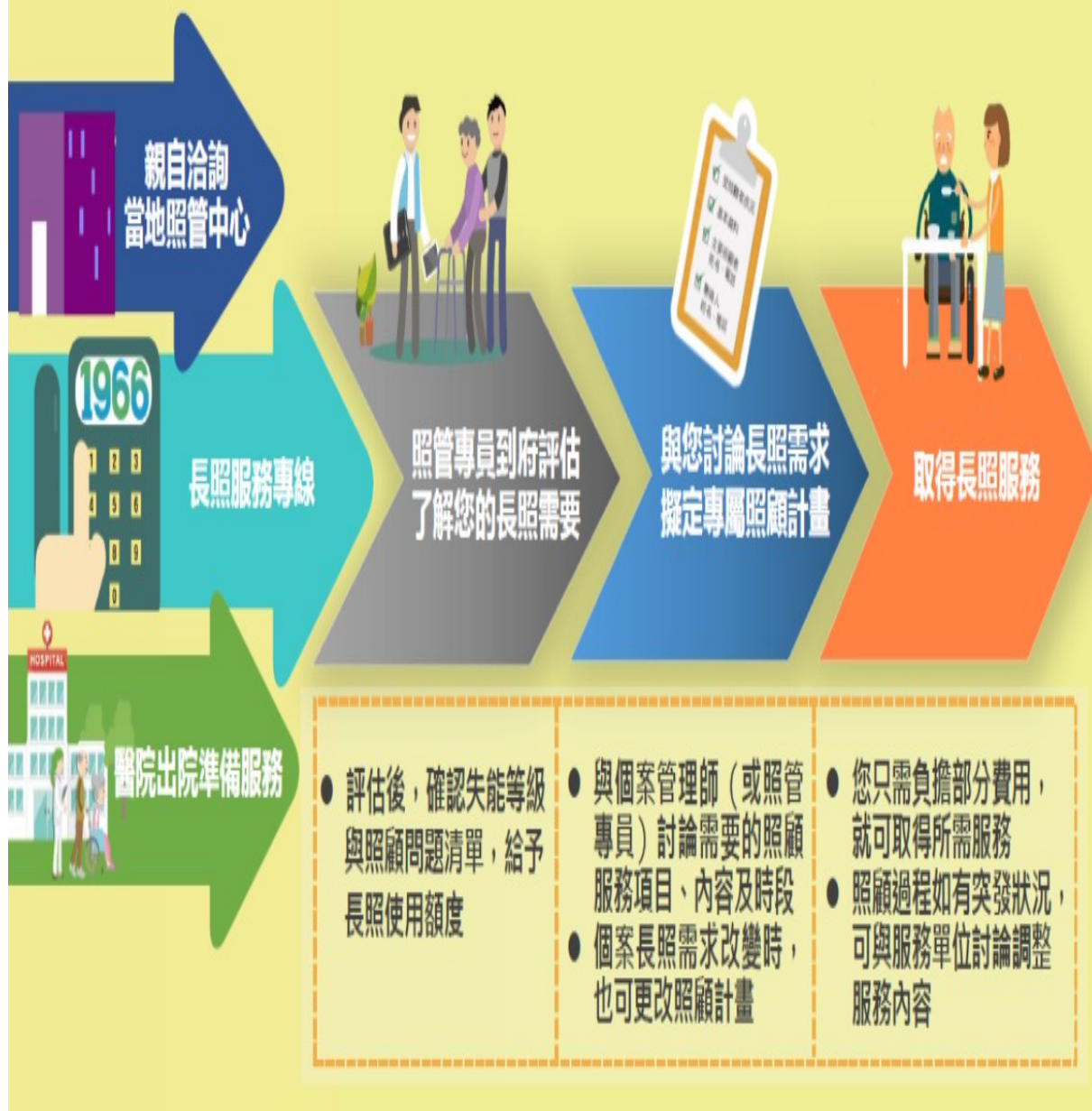


圖 4-4 長照服務申請流程

資料來源：衛生福利部，長照 2.0 懶人包

聘請外籍看護工家庭也可以申請長照服務喔!



圖 4-5 聘請外籍看護工家庭申請長照服務

資料來源：衛生福利部，長照 2.0 懶人包

第三節 臺灣與英國.美國.日本長期照護制度的比較分析

本研究透過整理前述第三章英國、美國、日本及第四章臺灣長期照護制度之相關文獻後，將英國、美國、日本及臺灣長期照護制度的機制、財源、人力、組織等，透

過下列表格呈現完整的比較分析表，如表 4-3 所示。

以下除長照機制外，分別說明如下：

一、在財源上

都有使用者支付長期照護費用的機制，唯我國是由政府稅收完全支付，在「長期照顧十年計畫 2.0」中也未明定需使用者支付長期照護費用。可見不論是何種長期照護制度的機制，使用者自行負擔長期照護費用的部分對長期照護的財源是有其必要性的。

二、在人力上

都有照服員的機制，除了日本單以照服員為主要人力來源，另二個國家，仰賴家人照顧是另一個主要人力來源。反觀我國，集合三個國家的方式外，比較特殊的是引進外國照顧人力，這個等特殊狀況探討起來應該是因我國在工業發展上，因產業外移及人力成本快速上漲的因素下，長期倚賴外國勞動力，進而在面臨長期照護需求上最重要的人力來源時，首先就以外籍照顧人力為考量。

三、在組織上

都是由中央政府制定政策實施的大方向，再授權予地方政府執行，在英國、美國主要層級分成中央跟地方，而日本則分成三個層級，中央政府制定策授權地方一級政府後，再由地方一級政府授權地方二級政府執行。日本是我們鄰近國家裡，人口狀態與我國最相似的國家，也因此制定政策上，參考其制度屬最多。

表 4-3 臺灣與英國、美國、日本長期照護制度的比較

國別	制度機制	財源	人力	組織
英國	稅收制	一般稅收	家人	由中央層級：國家健康服

表 4-3 (續)

		向使用者收費	照服員 機構式	務部門(NHS) 地方政府：社會部門(SSD)
美國	私財制	自行負擔 私人長照保險 醫療保險 醫療補助	正式照顧者：家庭 保健助理、有證照 的護士助理，與個 人照顧助理 非正式照顧者：家 庭成員、同居者、 伴侶、朋友或鄰居	聯邦政府 聯邦州政府
日本	保險制	10%使用者 90%由稅收及 保險費分攤	照服員	中央政府：厚生勞動省 授權地方政府：都道府縣 地方政府：市町村
台灣	稅收制	一般稅收	家人 外籍看護工 照服員 社區式 機構住宿式	社區整合服務 A：每一鄉鎮市區 1 處 B：每一個國中學區 1 處 C：每三個村里 1 處

資料來源：本研究整理

第五章 結論

臺灣已在 2018 年 3 月底提早邁入「高齡社會」，並推估於 2026 年，將以全球第一名的人口老化速度進入「超高齡社會」(super-aged society)。因此，我國在進入「高齡社會」及「超高齡社會」前之準備期過短，老人長期照護制度備受各界關注，對此該如何做好準備因應，是我國即將面臨的最大挑戰。

高齡化與少子化的新社會型態改變了原有家庭人口組成結構，也因工業化的影響，家戶人口數隨社會變遷，從原本傳統農業社會以大家庭為主到工業化漸漸趨向核心家庭，除面臨家庭結構改變，價值觀也漸漸改變，傳統大家庭的照顧功能逐漸式微，進而延伸出老年失能者之照顧需求產生過大的負荷而尋找家庭外之資源，此時政府的長期照護資源就顯得格外重要性與必要性。為因應此一新的社會型態及緊迫在後的老人長期照護的責任，政府馬不停蹄積極地建置長期照護制度，以國家之力協助人民解決長期照護需求的問題，也是長期照護政策實施的重點。

面臨臺灣人口老化趨勢急速提升，衛生福利部於 2016 年 11 月奉行政院核定「長照十年計畫 2.0」，並自 2017 年 1 月起實施，以滿足我國不同族群之多元長期照護需求，實施至今已 2 年半有餘，其成果如表 5-1 所示可顯示出在長期照護的各項服務數據，都有明顯的成長，由此可知政策的調整對於執行的成效有一定的幫助，政府持續以「在地老化」為目標，建立以社區基礎提供從支持家庭、居家、社區到住宿式機構照顧之多元連續且普及之照顧服務體系。本研究針對目前世界上在長期照護制度上發展時間較長及機制不同之先進國家，透過相關研究文獻之探討及比較分析，找出相較於這些國家長期照護制度之機制與政策內容上，我國目前顯見之缺點與不足之處，並提出建議，期能為我國未來在長期照護政策上之參考，如表 5-1 長照 2.0 執行成果。

表 5-1 長照 2.0 執行成果

項目	106 年（人數）	107 年（人數）	成長率(%)
申請使用人數	7.9 萬	13.6 萬	72%
服務人數	10.7 萬	18 萬	68%
照顧服務	7.9 萬	12.7 萬	60%
交通接送	1 萬	6.6 萬	560%
喘息服務	2.1 萬	4.9 萬	133%
專業服務	1.9 萬	4.9 萬	157%
失智點服務	0.7 萬	1.4 萬	100%

資料來源：本研究整理

第一節 研究發現

綜合第三章、第四章之相關探討後，對於我國目前在老人長期照護制度上，從本研究第一章欲探討的研究問題中有以下幾點研究發現：

一、服務對象不完整

雖然在「長期照顧十年計畫 2.0」已擴大服務對象，但其實有照顧需求的對象並不止現有列出的這些，以推行「在地老化」的發展目標來看，服務對象的考量更應周全才是。

二、需求補助不夠用

現有補助的申請上，主要還是以低收入戶或中低收入戶為主，其他也有補助需求者，不一定能申請到補助。

三、服務評估不一致

我國目前在評估是交由各縣市地方政府長照管理中心自行評估，整合舊評估表與

發展新型量表，雖然中央有其評估標準，但在實務上，各地方政府仍會視實際狀況自行調整，因此，常讓有服務需求的人感覺標準並不一致。

四、服務人力不充足

服務人力的提供一直是很重要的部分，雖然在 2018 年實施了新版的支付新制，在長照服務人力相關的數據雖成長許多，但離服務需求之人力目標仍有段路要走，以衛生福利部公布的數據顯示，「長期照顧十年計畫 2.0」的服務人數雖從原本的 13.6 萬人大幅成長到 19.8 萬人；若以我國整體長照人口 79.4 萬人來看，比例仍屬偏低，最主要倚賴的如：家屬照顧 30 萬人，外籍看護 21 萬人，機構式 8.6 萬人（衛生福利部，2019：5）。

五、長照財源不穩定

稅收制之缺點為政府以公務預算全額負擔，且稅收受到經濟景氣影響較深，將導致財源的不穩定，若無法有長期且穩定的財源來支持，縱使有完整的長期照顧服務法規，可能因為財源有限而限縮了服務的內涵。

六、服務接送不周全

目前服務的接送是以各地方政府之復康巴士為主，主要還是接送服務對象去醫院做復健，至於其他有服務需求之被照顧者，並不能得到接送服務，須仰賴家人自行接送。

七、服務提供不完善

目前長期照顧服務之提供方式有居家式、社區式與機構住宿式。「長期照顧十年計畫 2.0」著重「在地老化」與「社區式照顧」，因此，對居家式與社區式的長期照顧方式皆有補助，但對於接受機構住宿式之照顧需求者，只限於補助低收入戶或中低收入戶者，對於若需要採取機構住宿式的長期照顧需求者，必須全額自費居住，而將會是一筆高額的負擔。以我國的人口結構及趨勢之下，選擇機構住宿式服務的服務需求者將會越來越多；如長期照護的政策無法提供此方式的服務，將會是未來政府發展長期照護上很大的隱憂。

第二節 研究建議

本研究針對前節之研究發現，提出以下之研究建議，期可為我國政府在未來長照政策上之參考。

- 一、在服務對象不完整方面，建議可重新整合適用的服務對象，像目前「長期照顧十年計畫 2.0」，雖已擴大服務對象，其實只是增加適用年齡，若能整合到全年齡適用，應能讓服務對象更趨完整。
- 二、在需求補助不夠用方面，建議增加可申請補助之項目，期能擴大適用的範圍，不管是使用任何一種照顧模式，都可以適用申請相關補助，不至於看得到，吃不到的狀況持續發生。
- 三、在服務評估不一致方面，建議可以像英國及日本一樣，由中央相關權責單位負責整合，建立全國統一之評估標準，再交由地方政府執行，才不會造成中央、地方之評估標準不同調，讓民眾無所適從。
- 四、在服務人力不充足方面，建議除現有新版的支付機制提升照服員加入意願與定著率外，可採用像美國廣納人力入口的方式，從有具服務相關背景的正式照顧者與因家中或身邊有需求服務者而投入的非正式照顧者，以及學校相關科系新鮮人上，協助輔導建立專業基本知識與技能外，並取得相關證照，將長照服務的相關人力入口加大，若能再配合制定相關法令的保障長照服務相關人員，如：像「勞基法」保障勞工權益，應可以讓長期照顧的人力往正常穩定的方向發展。
- 五、在長照財源不穩定方面，建議可借鏡英國與日本，除了原本的以稅收財源的機制外，再建制以保險制與使用者付費的三種財源機制，如：政府預算 40%、保險給付 40%、使用者 20%，建立長期穩定的財源。
- 六、在服務接送不周全方面，建議可以增加免費接送補助額度，讓真正長期需要接送服務的需求者減輕負擔，還有依各地區之服務需求人數，適時調整或增加復康巴士之數量，有效的滿足有服務接送需求者的需要。

七、在服務提供不完善方面，建議政府可以調整機構住宿式的補助標準，讓有此方面服務需求的家庭可實質得到協助，甚至可以用 BOT 的方式來有效增加機構住宿式的服務量，進而也可以吸引企業對長期照護產業的投資意願。另一方面，機構住宿式大部分都有其一套完整的培訓人員機制，政府可以輔導成為長期照護人力的培訓中心，這將是我國在長期照護政策發展上一個重要的里程碑。



參考文獻

壹、中文部分

一、專書

何增科(1996)。新制度主義：從經濟學到政治學。載於《公共論叢》(一)，(351頁)北京：三聯書店。

二、譯著

何景榮(譯)(2002)。新制度主義政治學(Jan-Erik Lane and Svante Ersson 原著)。台北：韋伯文化。

三、期刊論文

王國慶(2005)。我國老人福利政策的歷史制度論分析。社區發展季刊，(109)，52-65。

林淑馨(2018)。日本介護保險制度之初探：經驗與啟示。文官制度季刊，10(3)，1-28。

國家發展委員會，「中華民國人口推估(2018至2065年)」報告，2018年。衛生福利部，衛福季刊，(164)，2016年。

郭承天(2000)。新制度論與政治經濟學。政治學報特輯：邁入二十一世紀的政治學，31，171-198。

郭俊巖、李綉梅、胡慧嫻、蔡盈修、周文蕊、賴秦瑩(2015)。臺灣老人長期照顧體系下居家照顧服務員職場風險之研究。台灣社區工作與社區研究學刊，5(1)，129-170。

黃榮源、陳郁函(2018)。臺灣長期照顧政策之執行與展望：以公私協力治理觀點分析。文官制度季刊，10(2)，53-83。

蔡啟源(2008)。建構「老人長期照護制度」之我見：日本「公共介護制度」經驗之參酌。社區發展季刊，(121)，428-457。

蕭金源(2009)。老人長照制度問題分析與政策規劃之建議。社區發展季刊，
(128)， 324-341。

四、研討會論文

徐瑜璟、邱采昀、周美伶(2012)。日本介護保險與台灣長照保險的比較。台灣老年學論壇，第 15 期，頁 1-6。

鄭文輝(2015)。台灣長期照護的策略規劃。2015 年兩岸社會福利論壇，頁 29-45。

五、學位論文

王淑貞(2015)。長期照護發展與護理走向的連動—交錯、互動與輔成。國立臺北護理健康大學長期照護研究所碩士論文。未出版，臺北。

李世代(2009)。日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究。國立台北護理學院長期照護研究所碩士論文。未出版，臺北。

李淑如(2014)。高齡化的國際實踐與台、日的長期照護政策之研究。國立中正大學戰略暨國際事務研究所碩士論文。未出版，嘉義。

金國柱(2010)。中國國民黨的轉型--路徑依賴的觀點。中國文化大學政治學系博士論文，未出版，臺北。

吳美珠(2011)。臺北市老人長期照顧政策之研究：跨域治理觀點。國立台北大學公共行政暨政策學系碩士論文。未出版，臺北。

林啟正(2013)。直轄市區公所管轄權與組織發展之研究—以臺中市為例。東海大學公共事務碩士專班碩士論文，未出版，臺中。

林彥吟(2015)。長期照護制度之研究—以美國及台灣為中心。開南大學法律學系碩士論文，未出版，桃園。

洪詠雯(2016)。我國與英國長期照顧制度之比較研究。國立中央大學法律與政府研究所碩士論文，未出版，桃園。

郭榮堯(2011)。傳統制度主義、新制度主義與 Douglas North 制度變遷觀點之比較研究。國立中山大學政治學研究所碩士論文，未出版，高雄。

曾詠樟(2013)。我國長期照護制度建置之研究。國立高雄大學高階法律暨管理碩士 EMBA 在職專班碩士論文，未出版，高雄。

葉芬香(2016)。我國長期照護制度之財務機制研究。開南大學人文社會學院法律研究所碩士論文，未出版，桃園。

潘怡伶(2017)。我國地方政府老人福利服務執行績效之研究。國防大學管理學院財務管理學系碩士論文。未出版，桃園。

鄭美鈴(2018)。高齡化台灣中高齡層對老人長期照顧的需求模式之探討。東吳大學商學院 EMBA 高階經營碩士在職專班碩士論文。未出版，臺北。

邱怡禎(2017)。自財政制度發展之角度評我國長期照顧法案—參考德國、日本、瑞典長期照顧財政制度為借鏡。國立清華大學科技法律研究所碩士論文。未出版，新竹。

六、網路等電子化資料

國家發展委員。《中華民國人口推估》，取自

http://www.ndc.gov.tw/content_List.aspx?n=84223c65B6F94D72

衛生福利部。《長照政策專區》，取自

http://www.moh.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=896&fod_list_no=0&doc_no=50956

行政院。《我國長期照顧保險制度》，取自

http://www.ey.gov.tw/News_Content16.aspx?n=E9B83B707737B701&sms=A30977FC8941C6A9&s=B673976FA94C528C

七、其他

行政院。《我國長期照顧十年計畫（核定本）96 年 11 月》。

行政院。《我國長期照顧十年計畫~101 至 104 年中程計畫》。

行政院。《長期照護服務網計畫（第一期）-102 年至 105 年（核定本）》。

貳、外文部分

一、專書

- DiMaggio, Paul J., and Walter W. Powell. 1991. "Introduction," in Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio. ed., *The New Institutionalism in Organization Analysis*. Chicago : The University Chicago Press, pp. 1-38.
- Granovetter, Mark. 1992. "Economic Action and Social Structure : The Problem of Embeddedness," In Mark Granovetter and Richard Swedberg. ed., *The Sociology of Economic Life*. Oxford : Westview Press, pp. 54-81.
- Lowndes, Vivien. 2002. "Institutionalism." In David Marsh and Gerry Stoker. ed. *Theory and Methods in Political Science*(second edition). New York : Palgrave Macmillan, pp. 90-108.
- Peters, B. Guy. 2000. *Institutional Theory in Political Science : The New Institutionalism, New York : Continuum.*

二、期刊論文

- Pierson, Paul. 1996. "The Path to European Integration : A Historical Institutional Analysis.," *Comparative Political Studies*. Vol. 29, No. 2(April), pp. 123-163.
- Granovetter, Mark. 1985. "Economic Action and Social Structure : The Problem of Embeddedness." *American Journal of Sociology*. Vol. 91, No. 3(November), pp. 481-510.
- Meyer, John W. and Brian Rowan. 1977. "Institutionalized Organizations : Formal Structure as Myth and Ceremony." *American Journal Sociology*. Vol. 83, No. 2, pp. 340-363.
- Hall, Peter A. and Rosemary C. R. Taylor. 1996. "Political Science and the Three New Institutionalisms ." *Political Studies*. Vol. 45, pp. 936-957.
- Swidler, Ann, 1986. "Culture in Action : Symbol and Strategies." *American Sociological Review*. Vol. 51, pp. 273-286.