

# 第七章

## 德國長期照護保險的品質確保與人力規劃 — 對臺灣的借鏡

德國是全球第一個實施全民長期照護保險制度的國家，長照政策採取強制性全民加保、隨收隨付的社會保險制度，財務來源與分擔方式、行政組織及運作與其全民健康保險一致。保險費由雇主與勞工平均分擔，政府的補助財務挹注於社會救助，以及照顧服務機構興建；保險給付則視照護需求等級以及服務種類而定。改善長期照護服務的品質是歷年改革的核心，聚焦於強化有照護需求者及其家庭適當照護服務安排之訊息提供。本文介紹德國長照關於照顧人力的提供規劃，特別注重德國在這方面的實施經驗，希望提供國內長照實施的政策借鑑。臺灣的長照政策發展決定轉向稅收制，雖然暫時解決財務問題，卻無法妥適解決照護人力缺乏以及照護品質不足的問題，德國在這方面的經驗可以提供寶貴的思考方向。

## 壹、前言

臺灣自1980年制定《老人福利法》以來，規定所有老人福利機構皆需依非營利性質之財團法人方式設立，要求老人養護機構業者將所經營之私人產業捐為公益法人之用途。但這對因應社會需求而存在的營利取向小型養護機構而言，缺乏申請立案的動機，再加上當時的《老人福利法》並沒有對未立案機構訂定罰責，主管機關亦未強制取締，致使未立案老人養護機構在1990年代初期大量興起。為保障照顧機構內失能老人住民的基本生活權益，老人福利倡導團體在《老人福利法》修法歷程中，提案要求所有未立案機構需在《老人福利法》修法一年內立案；經過政府部門、老人照顧機構業者聯盟及老人福利倡導團體的協商後，特別融通允許50人以下的小型機構在不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免的原則下得免辦理財團法人登記。換言之，我國小型老人長期照顧機構自1990年代末期實質上已被特許進入機構式長期照顧服務領域，而其服務提供量逐年迅速增長（蔡啟源，2010；曲同光等人，2015）。隨著政府財政緊縮，致使公立機構限制成長，採取公設民營等方式轉型之外，地方政府開始向私立照顧機構與護理之家購買低收入老人所需的機構式服務，各直轄市、縣（市）政府皆訂有委託機構安置低收入戶失能老人費用補助辦法，入住機構之費用由政府全額補助。惟涉及各縣市政府財政狀況不同，編列服務補助費用不盡相同；長期照顧機構的收費標準亦因城鄉、個案照顧密集程度或組織屬性而有顯著差異，但政府購買機構式服務金額低於機構收費標準卻是常見的現象。

隨著民進黨於2016年初選舉獲勝，決定推翻原本《長照保險法》的社會保險財務規劃，另起爐灶以津貼制進行，將對未來長照財源制度及與其他例如健保制度銜接的穩定性有重大影響，也引起學界與實務界相當不同的見解與爭論。與此同時，衛生福利部長照照顧政策規畫，近年努力推

動長照十年等計畫，未來由《長照服務法》、《長照保險法》二法構成，近年陸續推動《長照十年計畫》、《長照服務網計畫》、《長照量能提升計畫》，建構我國完整的長照體系（衛生福利部，2015，2016）。根據在2015年5月15日由立法院完成三讀通過「長期照顧服務法」的其中第21條：「長照機構依其服務內容，分類如下：一、居家式服務類。二、社區式服務類。三、機構住宿式服務類。四、綜合式服務類。五、其他經中央主管機關公告之服務類。」接著第22條說明：「前條第三款及設有機構住宿式服務之第四款、第五款長照機構，應以財團法人或社團法人（以下合稱長照機構法人）設立之。公立長照機構不適用前項規定。第一項長照機構法人之設立、組織、管理及其他應遵行事項，於本法施行之日起一年內，另以法律定之。」該法7章66條涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施，為我國的長照服務制度做好奠基。因應長期照顧服務法通過，規劃自2017年起配合資源整備及年度預算成長，逐步擴大長照計畫服務對象，並依其失能程度與需求提供適切之居家式、社區式、機構式等多元照顧服務，普及性照顧網絡，提供失能者妥適之長照服務，長照服務之提供方式，因關係民眾照顧品質，為使服務量有效增加，故採混合福利經濟模式。

不論是財務規劃乃至服務提供方式，都是臺灣長照永續發展的關鍵議題。學界與實務界也參考國外模式，爭議北歐、歐陸德國何者較適合臺灣的國情。但是如果仔細觀察國內學者對德國的長照制度的研究，可以發現大部份都集中於政策介紹，卻對於照護服務的品質這個方面較少著墨，特別是照顧人力的提供規劃部份（例如外籍照護人力引進），還沒有合適的文獻整理介紹。本文目的在彌補這塊缺口，特別注重德國在這方面的實施經驗，希望能夠提供國內長照實施的政策借鑑。這些問題都需要透過蒐集

註釋：

1. 蕭玉資同學協助蒐集與整理本文引用的部份資料，謹此致謝。

國內外文獻、照顧體制與政策做法的比較，才能夠釐清臺灣目前的相關討論。這部分的討論將集中於實施稅收制與社會保險制的國家經驗比較，希望提供臺灣長照政策財務規劃方面的學術思考。

## 貳、德國長照制度簡介

德國自1995年開始施行法定照護保險，成本主要來自保險費支付，之前大部份照顧成本由稅收支應，由社會救助主體負擔。法定照顧保障居家及機構給付，給付資格不受個人所得財產高低限制，依據照護需求性而定。照護保險法編定於社會法法典第11篇，成為德國社會保險第五支柱。公布後分為兩階段，首先於1995年4月實施居家照護，自1996年7月開始機構式給付（周怡君、莊秀美，2014；Igl, 1999）。2008年法定照護保險改革，跟進照護保障上制度的不足，人口老化趨勢，及政黨修改意見，於2008年5月30日通過照顧保險結構持續發展法，修改照護需求性的界定內容，間接擴大長期照護保險中的被照護對象。法定照護保險制度以被保險人經濟能力決定保額，基於社會連帶與重分配原理，與私人長期照護保險不同。制度上雖然區分法定與私人保險，但是全民均為被保險人，私人長期照護保險雖名為「私人」，但因法律強制全民納保，此種保險人依法在契約自由上受相當限制；惟不論法定或私人長期照護保險，基本原則與照護給付均屬同一（林谷燕，2011）。

德國長照險透過法律規範確認「長期照護」為一種集體性的社會風險，需要政府介入提供長期照護。財務上採行隨收隨付(Umlageverfahren)的方式，在實施後立即提供保險給付，毋需等待基金積累，立即舒解實施前負擔主要支出的社會救助財務壓力<sup>註2</sup>。長照險採強制性、全民性、隨收隨付的社會保險制度，財務來源與分擔方式、行政組織及運作與現行存在之全民健康保險一致（陳明芳，2012）。照護保險人與健康保險人共用組織與資源，強制加保的條件也一致，但兩個社會保險的財務獨立，且各

註釋：

2. 在制度實施前，許多有照護需求之家庭，因無力負擔高額的照護支出，因而求助社會救助體系（Igl, 1999）。

有給付體系。基於社會連帶與重分配原理，法定長期照護制度以被保險人經濟能力決定保費數額，被保險人繳納之保費與其所得高低成正比，但受領之給付則全民一致。目前保費財務處理方式為隨收隨付制，以當時所有收入支應當時所有支出（林谷燕，2011）。採取此制度在於當時儲備制／完全提存準備制(Kapitaldeckungsverfahren)被認為無法解決財政問題，而隨收隨付制有利於財務處理，政府或保險人無須建立龐大組織處理資金；但因隨收隨付制與世代移轉關係密切，隨高齡化使得照護需求性之增加，少子化帶來世代間負擔失衡，德國採取的措施是被保險人若無子女便需要繳交更多保險費，以平衡家庭負擔。晚近的另一主要改革是由基民黨執政下於2012年通過的「長期照護新方向法」(Pflege-Neuausrichtungsgesetz)，除了提高長照保費為毛工資的2.6%以及增加照護給付之外，還實施新的政策引進私人長照補充保險(Pflegezusatzversicherung)，透過保費抵稅的方式鼓勵民眾購買私人長照保險，希望藉此補足法定長照保險的不足(Gerlinger & Röber, 2014)。

德國照護保險以被保險人的照護需求作為給付標準，給付可分為「機構照護」與「居家照護」。一般接受機構照護者對照護的需要較高、時間也較長，接受機構照護以中、重度較多、居家照護以輕度較多。給付型態區分為：（一）居家照護給付、（二）部分機構照護、（三）全機構式照護給付（林美色，2011；陳明芳，2012）。關於居家照護實物給付，有實物的給付額度，由照顧者自行決定受誰照護與如何照顧。部分照護分為日間照護及短期照護，區別於全機構式照護。依據不同的照顧服務，點值服務有不同的政策需求，主要是為了減少社會救助依賴人數（周怡君、莊秀美，2014；Klie, 2014）。並落實地區自主行政管理，依據照顧需求而分級，分成五個層級需求，走向專業化照顧模式以及照顧機構私有化。另一種新型態的照顧模式為「共同照護」，在社區內共同找一名居家照顧服務員為其公寓及社區提供服務。在地照顧的趨勢也表現在「社區照護」，透

過當地自治團體努力以及鄰里照顧網絡就近提供服務。

長照保險的法源是社會法法典第11篇，各項規定包括：照護需求的判定與概念、被保險人、照護給付內容、保險組織、財源、保險人與給付提供者之關係、照護品質維護、照護費用支付與資料保護等。依據長期照護保險依隨健康保險、個人自決、居家照護及預防與醫學復健優先，照顧共同承擔照護責任不單只屬於被保險人或保險人，且由社會整體成員共同負擔。長期照護保險給付之提供，主要來自實物給付與服務給付，此等給付之提供並非來自保險人，而是來自機構或個人，形成保險人與給付提供者間之「給付提供」與「費用支付」關係（林志鴻，2005；林谷燕，2011）。長照保險提供機構照護、居家照護(Häusliche Pflege)，以及社區照護（流動性）。在居家式照護中提供包括實物給付（專業到宅照護）、現金給付、混合給付、替代照護、喘息照護(Kurzzeitpflege)、特殊案例附加照護給付、輔具租借、住宅設施改善、非專業之照護提供者的社會保障、免費照護課程等等給付項目。實物給付與現金給付的結合，可以提供照護需要者多元給付，賦予被保險人直接購買所有提供合於法定服務的可能給付（林志鴻，2005）。另一方面，服務提供者也有較多之自主自由發展空間，不必完全由保險人決定，藉以增加照護市場之照護需求，促進照護保險市場提供以及非正式照護部門服務之良性發展。

有關現金給付詳細具體內容則規範於照護保險法第37條，賦與選擇居家照護之照護需要者，可選擇現金給付，供其自行購買照護協助（Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe；林谷燕，2011）。照護需要者選擇居家照護協助時，申請現金給付：

（一）照護需要者有能力以所給付現金購買符合其必要範圍的基本照護與家務協助。

（二）自2008年7月1日、2010年1月1日與2012年1月1日起，為符合物價波動並降低照護需求者負擔，逐步提高各項給付標準。

照護需要者是否符合長照保險法有關申領照護現金給付之主客觀要件，由健康保險醫事服務處(Medizinischer Dienst der Krankenkasse)之專業照護確認者進行評估。再將評估報告連同照護計畫送請各該管照護保險人核定，約每半年進行一次照護需要等級再確認。照護保險機構也免費提供申領照護現金之專業照護諮詢，協助規劃其照護計畫（林志鴻，2005）。現金給付由保險人依照護需要者透過醫事鑑定服務處專業確認之照護等級，提供給照護需要者一定額度的照護現金，再由照護需要者在專業諮詢協助下自行規劃照護計畫，央請其親人或閭鄰提供照護服務而給的酬勞。在德國長期照護保險制度中，法律賦予具有體制內行動者計有：保險人、被保險人、照護需要者、給付提供者（實物給付之提供者；現金給付之非專業照護提供者）、專業照護需要認定機構。

## 參、德國長期照護保險的品質確保與人力規劃

除了財務之外，長照最大的挑戰是良好照顧服務的提供。德國的長照法區分居家及機構照護 (§ 71 SGB XI)，自從1995年長照保險實施後，相關的公私立照顧提供機構都有大幅成長(Roth, 2003)。尤其在像德國這種以法人團體為骨幹的福利國家中，社會中間團體(Wohlfahrtsverband)的角色很重要。德國脈絡下的民營公益性「自由福利照顧」主要指稱非國家、非營利取向的公益性團體，最重要的有六個福利協會：紅十字會(Rotes Kreuz)、天主教的慈善協會(Caritas)、基督新教的慈善協會(Diakonie)、同等福利協會(Paritätischer Wohlfahrtsverband)、猶太人中心福利會(Zentralwohlfahrtsstelle der Juden)以及從傳統社會民主黨發源的勞工福利協會(Arbeiterwohlfahrt)。這六個福利協會也共同組成一個中央層級的「聯邦自由福利照顧工作總會」(Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege)，以強化其政治的影響力。一直到當代，這種地方上官方機關福利照顧與私營性「自由福利照顧」(freie Wohlfahrtspflege)的二元結構都還繼續存在互補的功能(Sachße, 1994；Schmid, 1996)。民營公益性的福利協會以及私人商業團體仍然提供超過九成以上的長照服務，前者主要承擔機構照護，後者則集中於居家照護。由此產生的長照人力需求也大增，單單1993至2012年間，任職於照護機構的人員數便從44萬成長至97萬7,000人，其中尤其是以兼職形式投入於居家照護的人數更是不少，在公民營照護機構都可見到(DAK/BGW, 2000；Hasselhorn, 2005)。

德國長照法規定專業照護人力必須接受兩至三年的專業職訓，同時所有機構都應配置五成以上的這種專業人力。但是由於照顧工作的身心負擔很大，照護人力離職率很高，再加上人口老化帶動對於照顧的需求成長，使得照顧服務的供給愈益吃緊，聯邦政府自2015年開始也增加經費強化長

照人力的提供，額外增加兩萬以上的職位(Theobald et al, 2013)。這些措施卻緩不濟急，許多家庭只好透過「灰色市場」（非法人力）彌補需求，據推估在2000年初期至少達到五或六萬人之譜，加上2004年東歐十國加入歐盟後，許多東歐人力湧入德國的長照領域擔任照護員(Erdmann, 2002)。易言之，儘管許多德國家屬在家照顧其長照親屬，由於工作與家庭無法兩全，必須私下找尋長照員協助，而這些外籍人力便成為重要來源。外籍人力的仲介也成為一個新興產業，往往遊走於法律邊緣，使得這些東歐的照顧人員獲得較差的薪資條件。

與臺灣類似的情形因此而生，在家庭主義思維主導下，德國長照保險的財務支持局限於基礎保障，以現金給付鼓勵家庭自由選擇照顧提供的來源，公共照顧的提供卻十分有限(Lutz & Amelina, 2017)。如此一來，不堪負荷的德國家庭只好轉向照顧市場尋求援助，運氣好的可以申請到正規的公私機構人力協助，卻有不少必須仰賴上述的灰色市場人力。這種照顧人力的缺乏問題，除了偶然事件之外，未曾真正在德國長照政策討論中獲得足夠的重視。歷年來的長照保險改革法案將精力集中於財務面，希冀確保保險財務無虞；有關人力短缺的問題卻未認真處理，導致有照顧需求的家庭必須轉而求助於外來移工提供照顧。

在這樣的照顧模式思維下，如何確保照顧品質，讓使用者在選擇不同提供者的服務時有所依據，便成為重要的課題。德國長照法借重社會福利團體以及其他私人營利團體的平等競爭，希望能夠讓參與的各方照顧單位藉此產生提升品質的誘因。除了長照保險的財務結構改善之外，歷次政策改革的核心是改善長期照護服務的品質，透過積極性服務品質的查核與結果的公布。照護管理與諮商服務的改革主要聚焦於強化有照護需求者及其家庭適當照護服務安排之相關訊息提供。透過照護據點(Pflegestützpunkte)的設立，由照護諮詢顧問(Pflegeberater)協助系統性的需求分析、長期照護以及相關社會保障法規說明、資訊提供與諮詢，以規劃個別性的照護方案

(陳明芳, 2012; BMG, 2008)。為了讓市場機制發揮作用，以便於長照需求者能夠有更清楚的選擇標準，政府也要求健康保險醫事服務處必須評鑑公私立照顧機構；從2009年底起，開始依據82項標準評鑑各種長照機構以及居家照護品質。評鑑者看重的不只是各個機構準備的文書資料，更留心的是被照顧的人群身心健康狀況，也就是從照顧的成果來衡量其品質。

除此之外，一些主要組織也嘗試新的照顧品質模式，主要依據醫療專業以及學界訂定出可以量化衡量的品質考核依據，透過透明的評鑑過程，在專家引導參與下得以較為客觀比較居家照護及機構照護的品質(Gaertner et al., 2014)。德國在這方面的做法特點是讓相關利益團體以及專家學者參與，協助制訂出長照的不同領域中應有的品質標準，例如前述的健康保險醫事服務處以及全國長照需求者利益代表團體(Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen)<sup>註3</sup>。這些機構除了負責長照品管之外，也提供需求者重要的法規、各類照護提供資訊，以便其做出最合適的選擇。這種產（照護產業利益團體）、官（政府監督）、學（專家參與）合作的方式，成為德國長照保險品質保障的一種鮮明制度特徵。

註釋：

3. 該組織提供長照需求者許多有用的資訊，參考：<https://www.biva.de/>

## 肆、臺灣的長照服務提供：發展現況與德國經驗借鏡

為健全長照服務體系之發展，長期照顧服務法已於2015年5月15日經立法院三讀通過，並於同年6月3日立法之完成。該法7章66條涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施。因應長期照顧服務法通過，政府規劃自2017年起配合資源整備及年度預算成長，逐步擴大長照計畫服務對象，並依其失能程度與需求提供適切之居家式、社區式、機構式等等多元照顧服務，普及性照顧網絡，提供失能者妥適之長照服務（衛福部，2015）。依衛生福利部2014年長期照護資源盤點，目前照顧服務員計26,942人、社工人員計3,439人、護理人員計10,826人、物理治療人員計1,987人、職能治療人員計1,091人。以2016年實施長照保險，涵蓋率70%推估，需充實照顧服務員為30,912人、社工人員為2,559人、護理人員為5,668人、物理治療人員為705人、職能治療人員為1,686人等，正著力於規劃相關訓練及培訓課程。醫事長照專業分為三個階段之課程規劃，至2015年8月止已訓練3萬人次。另辦理在地人員長照教育訓練：為強化在地人提供長期照顧的知能，擴大培養在地評估照管專員、長照專業人力、志工等在地服務人員訓練及家庭照護者支持方案，讓在地人照顧在地人，充實當地的長照人力，同時也辦理111場教育訓練3,200人次。另一方面，長照社區及居家式服務資源，社政長照服務資源，97年居家服務、日間照顧（含失智症日間照顧）、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲等項目之服務提供單位計356個。至2014年底止，全臺老人福利機構共有1,062家、身心障礙福利機構250家、榮民之家16家、一般護理之家486家及精神護理之家35家，共有1,849家，共可提供床位數為130,996床。自2008年開辦，至2014年底，申請長照服務人數共201,918人，經評估後需提供服務之人數為155,288人：（一）照顧類：照顧服務

員，本國籍為26,942人，外勞則主要為機構住宿式9,201人；（二）社工類：社工人員3,439人；（三）醫事類：其護理人員為10,826人、物理治療人員1,987人、職能治療人員1,091人（衛福部，2015）。

長照服務之提供方式，因關係民眾照顧品質，為使服務量有效增加，故採混合福利經濟(mixed welfare economy)模式。這種思潮又稱為福利多元主義(welfare Pluralism)，已經有30年以上的發展歷史，而且迄今在福利發展中仍有影響力。1970年代後，學界對於福利國家危機的反省，認為國家作為單獨的福利提供者產生不少弊端，例如過度官僚化與專業化，導致大而不得、無法貼近需求者在地的需要。因此福利國家改革的要務是以具體的制度鼓勵其他的全社會部門（市場、家庭以及第三部門）共同參與福利的生產，以達成福利的混合(Johnson, 1987；Evers & Svetlic, 1993；Evers & Olk, 1996；Powell, 2007)。在實際的情況中，福利混合經濟不只單指福利提供(provision)的單維面向，同時也指涉資金供給(Finance)與管制(regulation)的面向。因此，福利混合經濟只有透過包含服務提供、資金供給和管制的三維考量，才能瞭解其全貌。但是在這個過程中，國家在福利提供的角色即使有所削弱，但國家仍有其他積極的角色需要扮演，即提供一個架構以使多元的福利體系得以運作與維持。

從福利多元的觀點來看，長照服務法通過將使相關規範明確，讓有意投入長照服務產業者將有所依循，並可注入民間資源參與居家、社區及機構住宿式服務；未來長照服務將是規範性市場，政府提供部分資源但明訂標準與評鑑機制，提供多元多樣的服務給需要使用者。在長照服務的提供上，居家、社區、機構住宿是主要的三種長照服務形式，根據政府調查目前相關服務資源分布如下（衛福部，2015）：長照人力分布，仍集中於機構（占72%），其次是居家（占22%）、社區服務則占最小比例（占6%），而且這些形式都現存一些問題。就居家照顧而言，陳正芬、王正(2007)以2000年接受居家服務的個案為研究對象，由訪員實地觀測居家服

務員為不同失能程度案主，提供服務時間及服務結果，釐清各項服務項目耗用資源的情況，提供我國居家服務方案制訂之政策參考。隨人口老化速度增加，家庭照顧負擔沉重，其居家照顧服務方案自1998年9月起擴大補助，辦理情形轉型為按時計價委託民間機構辦理，而服務項目採按時計費標準的方式，雖可依服務時間長短申報服務費用，但卻無法反映個案的失能嚴重程度及服務項目的難易程度，違背提供相同服務應獲得相同酬勞之計費公平原則。

從長照2.0的ABC照顧模式著重推行「社區照顧」，主要促進資源便利及可近性，若資源無法貼近民眾需求，最終將回歸「家庭—機構」兩軸上，家庭照顧的沉重壓力及將長輩送至機構，需負擔高額住宿費用，一方付出勞力成本，一方承受財務重擔，亦是大部分人認為「長期照顧」的壓力來源。延伸整個服務資源提供的範圍，從「家庭—機構」的中間，拉開並推行活躍老化，鼓勵長者進入社區，預防失智，從網絡開展進而發現被遺棄獨居老人。倘若回歸家庭照顧，以醫療進步，平均餘命延長，將出現「以老養老」及「放棄工作，回家照顧老父母親」，與日本回歸家庭照顧壓力一樣，家庭照顧者的壓力過大而輕生的社會案件將不斷發生，便是照顧服務提供上量的「不足」及質的「不便」，家庭照顧者面對長者需要照顧服務，資源若無法及時觸及，將是未來牽涉經濟就業的間接隱憂。

在長照2.0前，政府推出的「長期照顧服務量能提升計畫」拋引出長期照護服務網的建立，在地化為首要考量，以區域為單位，規劃各區域所需的長照服務設施與人力，以達成各區域長照資源均衡發展之目標。依服務資源需求，全國劃分為大區、次區及小區。以「縣市」為單位，劃分為「22大區」，將每一縣轄組合數個生活區域相近鄉鎮成為一個次區，劃分為「63次區」，再考量民眾對社區式及居家式長照服務在地化的需求，小區則以「鄉鎮」為單位（衛福部，2015）。

2010年辦理全國跨部會之長照服務資源盤點調查，對整體服務進行

資源盤點提出五項特徵：（一）長照人力的分布仍集中於機構，約為居家式人力的2倍，約為社區式人力的15倍。（二）長照型服務資源總量也以機構最多，2010年底之服務人數約為居家式的1.5至2倍，約為社區式的10倍。（三）身障型資源總量服務人數則是機構與居家相當，各約11,000人左右，約為社區式的3倍。（四）入住機構：居家：社區實際服務人數比例約為6:3:1，可見居家及社區服務仍應加強及發展。三類服務中，以社區式長照服務最需發展。（五）機構住宿式：長照服務占床率均超過80%，考量失能人口逐年快速成長，若未增設，則將漸趨不足（衛福部，2015）。

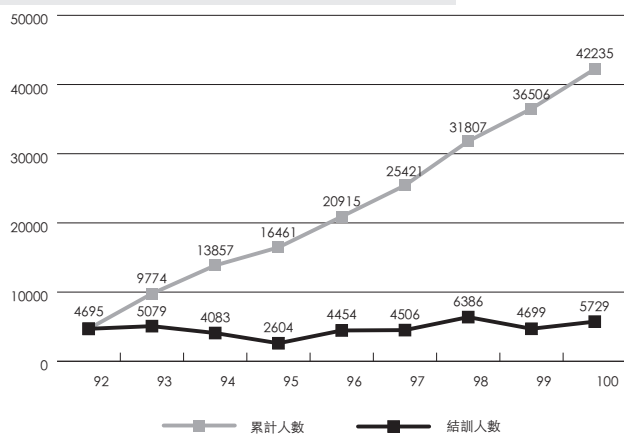
2014年辦理第2次盤點綜歸四點：（一）長照人力分布，仍集中於機構（占72%），其居家（占22%）、社區（占6%）。（二）居家式服務，其「居家照顧服務」超過可提供服務，顯有不足。（三）社區式服務，日間照顧服務之使用，其長期照顧型服務使用約為64%、身障型為67%，應強化宣導民眾使用，仍有分布不均，亟須更加在地化資源布建之需要。（四）機構住宿式服務，長照服務占床率80%，惟分布不均；若加計未來失能人口成長，如未增設，則恐有不足之虞（衛福部，2015）。

周月清等人(2005)探討長期照顧目標原則、服務對象、提供方式與服務項目，針對未來長照制度建議：社區優於機構式服務、復健優於照護服務、整合健康與社會照護單一窗口、連結醫院與社區預防照護系統、降低醫院停留、延長就地老化；服務方式採現金與實物混合；服務項目含機構與社區居家式服務，以各縣市較普及八項社區居家式服務先提供：居家服務、居家護理、居家社區復健、喘息、居家無障礙設施設備修繕、輔具租購、緊急救援、日間照顧。除服務資源盤點範圍以外，申請服務流程的簡化也是長照2.0施行的重要項目之一。將確立新評估量表與連動支付及比照健保採取機構特約方式，大幅簡化長照委託、給付的作業時間，簡化長



照服務申請的程序，其中重擔是否一樣落在長期照顧管理中心的照管人員的身上，政策施行是否得以擴充相關人員配置，以及原照管人員能否在各項申請上進行統一作業，以免同一案家需要為申請各項不同服務造成舟車勞頓，也將是簡化申請程序後，必須檢視的政策需求。

照顧人力部分，將原有的時薪200元，依被照顧者的症狀程度、分級調漲至220~250元，部分有些採月薪制的機構，積極協助將月薪調至3萬元以上（衛福部，2016）。針對調整薪資是否能提升並造就更多照顧服務員就業，依據2014年衛福部長期照護資源盤點結果，目前我國長照人力，以2016年實施長照保險，涵蓋率70%推估，需充實照顧服務員為30,912人、社工人員為2,559人、護理人員為5,668人、物理治療人員為705人、職能治療人員為1,686人等，表示各類專業人力均亟需培訓與擴展，補足人力缺口（衛福部，2015）。差距三萬人的的人力缺口從何而來？提升薪資對於工時長，薪資較低的工作環境外，需要照顧長輩的耐心，若無法有效重新分配工作時數及提高薪資，將不利於吸引人力投入。



資料來源：行政院勞工委員會職業訓練局提供民國 92-100 年照顧服務源培訓

圖 1. 92-100 年照顧服務員培訓情況

長照社區及居家式服務資源社政長照服務資源，居家服務、日間照顧（含失智症日間照顧）、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲等項目之服務提供單位方面，至2014年底止，全臺老人福利機構共有1,062家、身心障礙福利機構250家、榮民之家16家、一般護理之家486家及精神護理之家35家，共有1,849家，共可提供床位數為130,996床。自2008年開辦，至2014年底，申請長照服務人數共201,918人，經評估後需提供服務之人數為155,288人。（一）照顧類：照顧服務員，本國籍為26,942人，外勞則主要為機構住宿式9,201人；（二）社工類：社工人員3,439人；（三）醫事類：其護理人員為10,826人、物理治療人員1,987人、職能治療人員1,091人（衛福部，2015）。吳玉琴(2013)提到照顧服務員的發展，從事照顧服務員以女性居多，占九成以上，並建議建構與日本介護制度相似的培訓課程，檢討照顧員能力及學歷資格，應放寬標準。並進階學習相關能力，以利提升照顧品質。

即使如此，長照服務資源不足及分布不均，居家與社區服務資源不足、機構式服務資源分布不均，偏遠地區資源有待開發，家庭照顧者支持服務資源有待普及發展。黃志忠(2014)以壓力模式檢視失能老人面對家庭照顧衝擊影響，需依評估家庭照顧者的照顧壓力來源、其身心狀況、照顧負荷能力來觀察，並提出若能有效提供可及性與可負擔性的服務，對家庭照顧者的壓力也會減輕許多，正如長照2.0目前需要評估案家，給予有效率且實質的服務理念相同。讓各區域長照服務資源完備，以避免城鄉差距擴大、避免區域存在不公平性、避免有保險無服務之困境（吳肖琪、蔡閻閻、葉馨婷，2013）。全國資源盤點結果發現，目前部分次區域及小區仍缺乏在地長照服務資源，尤以偏遠地區之長照服務資源最為不足；「獎勵偏遠地區（含山地離島）設置在地社區化長期照護服務據點」計畫，若能普遍在偏鄉執行成功，有助於提升長期照顧服務據點之量能，培植當地長照相關人力，開發及連結當地之長照相關資源，使偏鄉民眾也能夠使用

到長照服務。

總結而言，長期照顧所需人力為推行長照2.0必要處理問題之一。人口老化趨勢所促成對長期照護需求增加，建構人力推估，落實照護服務專業發展，強化長期照護政策下服務提供角色。要緊的是人力配置的問題，長期照顧專業人力配置策略深受國家長期照護政策影響，必須先確立照顧失能者家庭與政府間責任、機構與社區照護的比重選項，服務及財稅或保險各種經濟情況考慮，才能提高專業人員的服務品質。從德國的經驗來看，臺灣長照人力的不足，首先還是應當加強公共長照資源的投入，才有辦法提供足夠的財務、人力支援。目前的長照2.0雖然已朝向此方向努力，但是資源遠遠不及實際的需求，更遑論拉近城鄉照顧資源不均的問題。再者，如何確保照護提供的品質，宜參考德國的經驗，藉由專業標準的建立，具體訂定出有關照護品質的指標，並由政府監督、社福團體的參與的方式共同評鑑不同照護型態的提供機構，藉此能去蕪存菁，提升我國長照的質與量，如此才能因應人口老化所引發的照護需求。

## 參考文獻

- 曲同光、崔道華、彭美琪、陳信婷 (2015)。〈我國長期照顧保險制度規劃概述〉。《長庚科技學刊》，23，頁 1-14。
- 林谷燕 (2011)。〈長期照護保險制度之立法建議—以德國長期照護保險法為借鏡〉。《高齡服務管理學刊》，1(1)，頁 1-46。
- 林志鴻 (2005)。《長期照護給付結構共構下現金給付之探討—以德國長期照護保險制度為例》。臺北：國科會補助計畫。
- 林志鴻 (2008)。〈德國長期照顧制度之發展、現況及未來〉。《研考雙月刊》，32(6)，頁 68-79。
- 林美色 (2011)。《長期照護保險：德國荷蘭模式析論》。臺北：巨流。
- 陳明芳 (2012)。〈福利國家的重構：以德國長期照護保險制度的建置與改革為例兼論臺灣可得之借鏡〉。《臺大社會工作學刊》，25，頁 157-207。
- 周怡君、莊秀美 (2014)。〈德國照顧保險中的國家監督管理〉。《臺大社會工作學刊》，29，頁 199-242。
- 蔡啟源 (2010)。〈我國長期照顧服務之檢視〉。《社區發展季刊》，129，頁 410-425。
- 衛生福利部 (2015)。《104 年 -107 年長期照顧服務量能提升計畫》。臺北：行政院。
- 衛生福利部 (2016)。《長期照顧十年計劃 2.0 報告》。臺北：行政院。
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). *Gut zu wissen: Das Wichtigste zur Pflegereform 2008*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege(DAK/BGW) (2000). *DAK-BGW-Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik*. Hamburg: DAK/BGW.
- Erdmann, Y. (2002). *Pflegedienste ein Pflegefall? Die Auswirkungen der EU-Osterweiterung auf personenbezogene Dienstleistungen des Gesundheitssektors*. In J. Lange (ed.), *Die Mobilität von Kapital und Arbeit in der EU-Osterweiterung. Welche Anpassungsmaßnahmen brauchen wir?* (pp. 109 – 116). Rehburg: Loccumer Protokolle Nr. 22.
- Evers, A., & Svetlic, I. (1993). *Balancing Pluralism: New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. Aldershot, UK: Avebury.
- Evers, A., & Olk, T. (1996). *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gaertner, T., Gansweid, B., Gerber, H., Schwegler, F., & Heine, U. (2014). *Die Pflegeversicherung: Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. München: De Gruyter.
- Gerlinger, T., & Röber M. (2014, May 9). Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012. Retrieved from <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/143898/pflege-neuausrichtungsgesetz-2012>.
- Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Igl, G. (1999). Pflegepolitik und pflegerische Versorgung. In G. Naegele, R. M. Schütz (eds), *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen* (pp. 317-332). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Johnson, N. (1987). *The Welfare State in Transition: The Theory and Practice of Welfare Pluralism*. Sussex: Wheatsheaf Books Ltd.
- Klie, T. (2014). *Wen kümmern die Alten? Auf den Weg in die sorgende Gesellschaft*. München: Pattloch.
- Lutz, H., & Amelina, A. (2017). *Gender, Migration, Transnationalisierung: Eine intersektionelle Einführung*. Bielefeld: Transkript.
- Roth, G. (2003). Die Entwicklung von Angebot und Nachfrage von Pflegedienstleistungen: Regionale und sektorale Analysen. *Sozialer Fortschritt*, 52(3), 73–79.
- Sachße, C. (1994). *Wohlfahrtsverbände im Wohlfahrtsstaat, Historische und theoretische Bedeutung zur Funktion von Verbänden im modernen Wohlfahrtsstaat*. Kassel: Verlag Universität-Gesamthochschule.
- Schmid, J. (1996). *Wohlfahrtsverbände in modernen Wohlfahrtsstaaten. Soziale Dienste in historisch-vergleichender Perspektive*. Opladen: Leske Budrich Verlag.
- Theobald, H., Sczebehery, M., & Preuß, M. (2013). *Arbeitsbedingungen in der Altenpflege: Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutscher-schwedischer Vergleich*. Berlin: Edition Sigma.

---

| 撰稿人簡歷資料 |

**施世駿**

現職：國立臺灣大學國家發展研究所教授

學歷：德國畢勒菲爾大學社會學博士

經歷：美國加州大學柏克萊分校訪問學人、美國傅爾布萊特獎學金、德國畢勒菲爾大學跨科際研究中心訪問研究員、臺灣社會學會副秘書長