

從日韓的長照制度來看台灣「長照 2.0」政策

摘要

全球皆面臨人口高齡化與少子化現象雙重衝擊，建構一套完備的長期照顧制度已是各國政府刻不容緩的重要議題，台灣自新政府上台後開始推動「建構長期照顧體系十年計畫(長照 2.0)」，且其試辦計畫已於 2016 年 11 月起正式上路。然而從日本、韓國的長期照護制度經驗來看，未來台灣可能在長照人力需求與財源籌措上會出現問題。而在長照 2.0 的架構下，廠商有機會在處方藥品宅配、智慧照護器具及接送陪伴服務等面向，開拓新形態商機。

一、前言

1993 年我國 65 歲以上的老年人口占總人口比率已經達到 7.10%，正式跨越人口高齡化國家的門檻，然而根據國發會最新的《中華民國人口推計》報告指出，到了 2018 年此比率將超過 14%，我國亦將邁入高齡社會，2026 年此比率將再超過 20%，我國將成為超高齡社會之一員。隨著高齡化社會的來臨，年齡增長導致身體機能的退化，所帶來的疾病也越來越多，特別是慢性病與功能障礙，造成家庭或社會的負擔，需要長期照顧服務的人數也快速增加。為因應人口老化而導致的長期照護需要，過去行政院也曾通過多項計畫來推動長照服務體系¹。

然政黨輪替後，為兌現蔡英文總統選前的承諾，亦即推動新「建構長期照顧體系十年計畫」(簡稱長照 2.0)。長照 2.0 計畫目標是希望可以建構一個優質、平價、普及的長期照顧服務體系，用以實現在地老化、分擔家庭照顧責任、培訓本土長照人力、建立照顧管理機制，及確保財源永續穩定。為此，長照 2.0 社區整體照顧試辦計畫已於 2016 年 11 月 1 日起上路，全國有九個地區開始試辦。

長照 1.0 版與長照 2.0 版之不同，在於服務對象擴大、服務項目增加、量表設計、財源規劃等方面有所差異，如表一所示，在服務對象上，長照 2.0 版將擴大受惠人數，服務對象人數預計將從 51.1 萬增加至 73.8 萬；在服務項目上，長

¹ 1998 年「老人長期照護三年計畫」、2000-2003 年「建構長期照顧體系先導計畫」、2002-2007 年「照顧服務福利及產業發展方案」、2007 年「長期照顧十年計畫(長照 1.0)」、2015 年「長照服務網」、「長照服務法」等。

照 2.0 版的服務項目將從 8 項增加至 17 項，向前延伸至預防階段、向後延伸至安寧服務；在量表設計上，改用照顧管理評估量表，更能夠將一些非外顯性的失能者納入長照體系來；在財源規劃上，過去的長照財源規劃是傾向參考健保做法，來支付長照服務，而現今的長照財源規劃則是以稅收制為主，根據行政院會通過的長照財源，目前是從遺贈稅與菸稅來支應。

事實上，全球皆面臨人口高齡化與少子化現象雙重衝擊，因此建構一套完備的長期照顧制度是各國政府刻不容緩的重要議題。就推行長期照顧保險制度方面，德國、日本已有相當成效與規模，德國完全以社會保險為架構，日本則是一半稅收挹注的方式混合經營，2008 年開始實施老人長期療養保險的韓國則是折衷了德、日兩國制度的特色；另一方面，奧地利以社會津貼的形式建制一種不同型態的長期照顧制度，與瑞典、法國等，同為以稅賦推動長期照顧制度的國家²。

然而，台灣位處東亞地區，與鄰近各國同樣深受儒家文化長期影響，對長輩之奉養態度與對國家社福政策之期待，具備相當程度相似性，因此，本文整理與比較日本、韓國之長期照護政策規劃，來提供台灣長照 2.0 未來的政策規劃與執行之參考。

表一 長照 1.0 VS. 長照 2.0

構面	長照 1.0	長照 2.0
服務對象	65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者、65 歲以上 IADL 獨居者	除原有的服務對象外，新增 50 歲以上失智症患者、55 歲以上平地原住民、49 歲以上身心障礙者、65 歲以上衰弱者
服務項目	照顧服務、居家護理、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐飲、機構服務	除原有的服務項目外，新增失智照顧、原民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防/延緩失能、延伸出院準備、居家醫療
評估量表	日常活動功能(ADLs)、工具性日常活動功能(IADLs)	照顧管理評估量表(ADLs、IADLs、溝通能力、特殊及複雜照護需要、認知功能情緒及行為型態、居家環境家庭支持及社會支持、主要照顧者負荷)
財源規劃	保險制	稅收制

² 杜秀秀，《長期照顧政策模型的發展——稅賦制、保險制之比較分析》，社區發展季刊 142 期，2013 年 6 月。

二、日本、韓國長期照護制度之比較

在東亞地區，日本於 1997 年立法通過介護保險，並於 2000 年開辦，保險對象包含 65 歲以上之老年人及 40-64 歲中老年人，依照護理需求將失能等級區分為七級，並以實物及少部分的現金給付方式提供照護、預防及特別給付；韓國則於 2007 年立法通過老人長期照護保險，並於隔年實施，保險對象涵蓋全體民眾，依照護理需求將失能等級區分為三級，並另行區分特殊狀況，主要以照護服務型式給付，於部分條件之限制下得改為現金給付，給付項目則包含居家服務、機構服務及特別現金津貼³。關於日本、韓國、台灣長照制度之比較，詳如表二所示。

(一)、 日本

日本政府為因應人口高齡化與少子化現象交互影響下，導致失能需要照護老人急速增加而衍生之種種社會問題，遂於 2000 年 4 月開始實施「介護保險」制度，期能藉由整合醫療保健及社會福利等各項給付措施，提供被保險人整體性之服務。由於長期照護保險制度涉及醫療、保健及社會福利等多項層面，所以一開始很難確實掌握是否得以發揮預期效益，故每三年會針對保費釐訂、保險給付等項目進行檢討、修正，並規定每五年應考量國民負擔能力與社會經濟環境變化，對長期照護保險制度進行整體性修訂。

就日本長期照護制度中有關照顧管理機制的部分，就照護等級而言，日本將照護等級分為七級制，相較於台灣、韓國的三級制，日本長期照護保險制度給付範圍較廣，對於輕度失能者亦提供必要之照護服務；此外，對於被保險人需要照護等級之核定，係經由兩次判定程序而決定，目前兩次判定結果之一致性已提高至 80%以上，顯示兩次判定結果近趨一致，未來將有簡化認定程序之可能。

日本的長期照顧體制有別於其他國家，獨創「照顧管理專員」制度，其除承擔擬訂照護服務計畫書之任務外，認定調查員之工作亦多由具備照顧管理專員資格者擔任之。因此，在整個照顧管理服務輸送過程中，從前端之認定調查訪問，至後端之照護服務項目規劃，皆由照顧管理專員負責處理，故其專業素質之高低，與整體照顧管理制度運作之良窳，可謂息息相關，具有決定性關鍵角色之地位。

³ 「比較東亞各國之長照需求趨勢及政策研究」，行政院衛生署 101 年委託辦理計畫。

就保險給付型態而言，日本則僅提供「實物給付」，「現金給付」部分則予以排除。基本上，日本在研擬長期照護保險之初，確有針對現金給付部分進行相關探討；惟最後在基於防止被保險人之家屬於領取現金給付後，實際並未照護被保險人，進而影響被保險人基本權益之考量下，而排除現金給付之項目；此外，在人才培育方面，日本長期照護保險照顧管理制度中，除對「照顧管理專員」有嚴謹認證機制與完整教育訓練制度外，其他如「認定調查員」、「主治醫師」、及「認定審查會委員」等人員，僅規定應參加職前訓練，並其他無明確之規定。

(二)、 韓國

就當前韓國的長期照護制度來看，可歸納為三大類型：一是老人長期照護保險制度，二是老人照顧服務制度，三是身心障礙者活動支援制度。除第一項為社會保險制度之外，後二者係以政府稅收編列預算提供的社會福利制度。老人長期照護保險制度是針對 65 歲以上經認定失能需要照顧的老年人；老人照顧服務制度是針對不符合老人長期照護保險認定標準(等級外)，但需要協助的老年人提供的服務；身心障礙者活動支援制度是針對未滿 65 歲的身心障礙者提供生活協助服務。後二項因為政府預算有限，以服務中低收入戶為主。三者雖然都是屬於長期照護制度的一環，但各有負責的機關單位，服務使用者必須在不同條件限制與自身資格之間進行了解之後，才能得到正確的服務。

韓國老人長期照護保險的制度設計，採用健康保險架構，單一保險人制度，保險人為國民健康保險公團(National Health Insurance Corporation · NHIC)。老人長期照護保險的管理與運作是由 NHIC 與地方政府編列經費共同合作；在服務輸送方面，韓國老人長期照護保險效法德國與日本，再依據其國家民情、健康保險制度及其老人福利制度特性設計出獨特的服務輸送體系。與日本相同，韓國採二次認定制度，由保險人駐在各地區的長照職員直接到府進行照護需求的訪視評估，再由認定委員會進行最後照護需求等級認定，可以避免單一評估人員的偏誤與壓力。

韓國將照護需求認定分三等級，第三等級之認定分數逐年下調，逐步擴大受益對象，並將輕度失能之失智症老人納入特別等級認定，減緩家庭照顧負荷；保險人所屬的需求評估人員自首次評估開始，提供保險對象一條龍服務，運用電腦資訊交換平台與地方政府及服務提供機構交換訊息，可以充分掌握保險對象服務利用情形。藉由資訊管理系統連結保險人、服務提供單位、以及地方政府社會福

利服務單位，不論等級內或等級外的保險對象，都可藉由保險人與相關單位的合作得到適當的服務。

在保險人力上面，韓國 NHIC 開辦老人長期照護保險有其人力上的先天優勢，開辦之初招募資深且具長期照護背景的職員沒有遭遇太大的困難，且其組織體制是類似公務機關的公法人，招募新進職員在職務與福利方面也具有相當的吸引力。其人力方面優點與特色為保險人在組織整併的過程，吸納四大社會保險公團職員，雖然長期照護業務量龐大，但相對擁有充足的人力。

三、台灣長照可能會遇到的問題

從日本、韓國的長期照顧實際施行經驗來看，未來在台灣의 長照照護制度，可能在長照人力需求與財源籌措上會出現問題。

(一)、人力需求問題

根據日本總務省就業基本調查顯示，過去十年間，因照顧家人而被迫離職的人數每年至少有 8 至 9 萬人，目前「介護離職」的人數已從 2007 年的 8.85 萬人逐年增加到 2012 年的 10.11 萬人。其中，又以女性所占的比例最高，約占 80.32%。為了解決日本高齡化與少子化的問題，安倍首相在 2015 年 9 月推出了「新三支箭」，其中的安心社會保障，就是要打造一個「零介護離職」的長照服務，希望在 2020 年初可以提供 50 萬床的養護需求，同時也考慮比照育嬰假，將照顧假的薪資補貼由 40% 拉高至 67%。

然而，日本有超過 600 萬的老人亟需長照支援，但是標榜「在地老化」的居家服務與日照中心卻面臨了照護人力短缺的窘境，再加上過去對於引進外籍看護的門檻設限過高，使得人力不足的問題更為嚴重，預估至 2025 年時將達到 38 萬的人力缺口。照護人力短缺影響整體照護品質，同時也造成介護殺人或介護虐待的事件發生。

照顧服務員人力長期不足，薪資一個關鍵因素，根據「長照十年 2.0」的規劃，要提供照顧服務員每月 3 萬薪資，但這樣的薪資是否能夠吸引年輕人來工作？如何避免類似日本良莠不齊現象？在短期內，如何從基本照顧服務到對失智及失

能的照護知識技能，避免照護壓力無法抒解出現照護凌虐，是一高難度挑戰⁴。

(二)、 財源籌措問題

根據日本國立社會保障·人口問題研究所的社會保障費用統計指出，2000 年開辦當年，長期照護保險制度費用為日幣 3 兆 2623 億元，佔 GDP 的 0.64%，隨著高齡者及平均壽命增加，到了 2014 年，成長為將近 3 倍金額的 9 兆 1896 億元，佔 GDP 的 1.88%。為了遏止快速龐大成長的長期照護費用，日本政府於 2015 年 4 月開始，規定特別養護老人之家必須為相對重症的須照護程度三以上方具有入住資格。同時將相對輕症的須支援服務利用者的長期照護預防服務主要權責單位移轉到各市町村。除此之外，開辦至今從未調整過的部分負擔也自 2015 年 8 月開始，根據所得狀況不同，家戶 65 歲以上高齡者，若為單身者且年所得超過 280 萬日幣，或 2 人合計所得超過 346 萬日幣者，部分負擔由 10%上漲到 20%⁵。

日本長期照護制度的財源有將近一半來自稅金，餘下為保費及部分負擔。在稅金只要負擔一半的情況下，財政亦如此捉襟見肘。目前台灣的長照財源將以菸稅與遺贈稅為主，在遺贈稅部分，將由 10% 調整至最高 20%，並採取 10%、15%、20% 共 3 級制；在菸稅部分，則由每包 11.8 元增加至 31.8 元，每包增加 20 元，預估可增加 158 億元稅收，若加上明年度編列的預算 178 億元，將可達到第一階段 330 億元目標。

然而，2015 年臺灣失能人口高達 76 萬人，佔全人口 3%以上，比起日本 2000 年開辦時的 1.7%高出許多，且根據研究推估，當國家全人口失能率達 2%至 4%，每年照顧支出約等於醫療支出總額的 1/6 到 1/7。台灣全人口失能率已超過 3%，若以健保每年支出 6 千億元計算，長照支出必須要達 850 億元至 1 千億元才夠。

稅收支應制度並非不可行，但臺灣的稅制不公長期為人所詬病，70%的稅金支付來自於受薪階級，又薪水已多年未隨生活水平物價水準而調整，不僅稅收不足以應付，稅收來源還是最可能依賴長期照護制度的受薪階級，想像北歐福利國家一樣擁有臻於完善的福利制度，卻是依著不健全的稅收制度，對於台灣明年要

⁴ 林建成，〈不要重蹈日本長照的覆轍〉，天下雜誌，2015 年 12 月 25 日。

⁵ 林慧茹，〈不得不開源節流的日本長照〉，政策想想，2016 年 8 月 25 日。

上路的長期照護制度未來樂觀不起來。

四、長照 2.0 隱含商機

綜合上述有關我國長照 2.0 政策與日、韓兩國做法比較，以及未來推行時可能遭遇之問題，本文認為民間企業可從以下角度切入，搶占長照政策帶來的商機：

(一)、處方藥品宅配

長照 2.0 政策較原有長照政策照護範圍更大，也更強調所謂社區照護，希望被照護者均能在原住處社區內受到妥善照顧。在此前提下，如何讓年長者不用離開社區便能輕鬆取得處方藥品，便成為一大商機來源。

在國內，目前已有藥局與安養機構合作，利用長期處方藥時間規律的特性，定期由藥師前往安養機構進行送藥。而在長照 2.0 的架構下，業者可結合藥局、物流、行動 APP 開發三大面向，以適合老年人使用的 APP 介面，連結醫院的醫師、藥局的藥師以及宅配物流，進行處方藥配送。甚至在年長者位於電子產品使用較不易上手的情況下，主動研發專為年長者設計，且搭載處方藥配送 APP 的行動裝置，提供醫療服務、物流、被照護者之間的完美連結。

(二)、智慧照護器具

智慧照護器具乃是長照 2.0 政策為國內醫療器材業者所帶來的一項重要商機。在未來長照人力可能短缺的情況下，以「減法照顧」的新觀念，朝向年長者「被照顧」的事要越減越少，如此一來，為了讓年長者更能自理生活，原有的照護器材、輔具等如何智慧化便成為關鍵。

將長照政策與目前政府產業政策中的醫療照護、物聯網、大數據等進行連結，根據資策會所彙整國內外案例，包括：會說話的銀髮玩具娃娃、適合熟年的電腦遊戲及幫助閱讀的工具、失智專用 GPS 腕錶、照護機器人、陪伴電子寵物、智慧型手杖、紙尿褲等，均潛藏不小商機。

(三)、接送與陪伴服務

針對年長者行走不易或無人照料問題，接送、陪伴等服務同樣具備可觀商機

孕育而生。尤其在社區照護的概念以及人力短缺的情況下，部分長者可能因身體狀況尚未到達標準，在想出門時無法預約復康巴士服務，讓接送與陪伴服務成為人們願意消費的項目。

對此國內已有類似案例，該公司在不接政府案件的情況下，在 2015 年損益兩平，並成功登上創櫃板，是目前唯一登板的社會企業。現有 18 台大中小巴士提供服務，連住在老公寓的輪椅族也可以透過該服務的協助，輕鬆下樓，走向戶外。未來在老年人口比重持續上升的情況下，類似服務將有機會成為新興商機。

表二 日本、韓國、台灣之長期照護制度發展比較

	日本	韓國	台灣*
開辦背景 完成立法年/開辦年	1997/2000	2007/2008	2008-2017(長照十年計畫) 2013-2017(長期照護服務網計畫) 2015-2018(長期照顧服務量能提升計畫) 2017 (長照 2.0、長照服務法)
主要組織法源	介護保險法系(含介護保險法施行法、介護保險法施行令、介護保險法施行規則)	老人長期照護保險法、老人長期照護保險法施行細則、老人長期照護保險法施行令等	長照服務法
保險人	3,252市町村區(43都道府縣支持彙總)競合而整併成1,680 市町村區介護自治體	全國健康保險公社(NHIC)、及所屬全國性分支機構	--
保險對象	65 歲以上之老年人及40-64 歲中老年人	全體國民	65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者、65 歲以上僅 IADL 需協助之 獨居老人、50 歲以上失智症患者、55-64 歲失能平地原住民、49 歲以下失能身心障礙者、65 歲以上僅 IADL 失能之衰弱老人
照護需求評估工具	介護認定調查票(介護需求認定評估表)	52 題長照需求評估量表	多元評估量表(MDAI)六大面向架構
照護需求分級	七級制	三級制+特定狀況	三級制
給付方式	以實物給付為原則	以照護服務型式給付，部份得改為現金支付	以實物給付為原則
給付項目	居家介護或定期到機構接受服務、短期入住機構接受服務、其他居家服務、特定機	居家服務：居家訪視、居家訪視沐浴服務、居家護理、日夜間照護、喘息服務、	照顧服務、居家護理、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐飲、機構服務、

	構入居者生活介護、福祉用具租借、特定福祉用具購買、住宅修改、機構服務、地區密結型服務	其他津貼；機構服務：長期照護機構、護理之家、安老院、立案的照護住宅(小型)機構；特別現金津貼(給付)：家庭照顧、特殊照護、住院護理現金津貼	失智照顧、原民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防/延緩失能、延伸出院準備、居家醫療
財源籌措機制	1. 保險給付：90% (保險費：50%、稅收：50%) 2. 個人負擔：10%	政府預算：20% 受益人自付額：機構式：20%、居家式：15% 保險金收入：60-65%	稅收制 (政府預算編列、遺贈稅、菸品健康福利捐)

註：台灣部分是指長照 2.0 政策

資料來源：「比較東亞各國之長照需求趨勢及政策研究」，行政院衛生署 101 年委託辦理計畫；「長照十年計畫 2.0」，衛福部，2016.08.03；本研究整理