

國立臺灣師範大學國際與社會科學學院

政治學研究所

博士論文

Graduate Institute of Political Science

College of International Studies and Social Sciences

National Taiwan Normal University

Doctoral Dissertation

台灣長期照顧 2.0：政策行銷觀點之分析

A Research on Long-term Care Policy 2.0 in Taiwan:

Perspectives of Marketing Policy



林昇德

Lin, Sheng-Der

指導教授：陳文政 博士

Advisor: Dr. Chen, Wen-Cheng

中華民國 109 年 12 月

December 2020

ACKNOWLEDGEMENTS

I enjoy working and solving problems on my own. However, I cannot complete my research without the assistances and help from many people. Therefore, I would like to thank those who contributed to this study.

First and foremost, I would like to show the deepest gratitude to my doctoral advisor Dr. Wen-Cheng Chen (陳文政博士), a respectable and responsible guider. For his continuous guidance, meticulous suggestions and astute criticism during the practical phase and for his inexhaustible patience during the correction phase of this dissertation, I could gradually complete the whole project. My dear advisor encouraged me not to give up when I had almost quitted research. He also allowed me to arrange the study schedule, so that I could cope with family, career and study.

My sincere thanks go to Dr. Han-Yu Liu (劉瀚宇博士), Dr. Chen-Yu Hsieh (謝政諭博士), Dr. Kuo-Yun Chung (鍾國允博士), Dr. Hung-Chang Kuan (關弘昌博士) and Dr. Deng-Wang Hsieh (謝登旺博士), who offered many constructive comments in developing the project design, revised the earlier drafts of the work, and hence enhanced the quality of the study.

I would also like to thank my supervisor Dr. Hsi-Chin Chen for encouraging me for the advanced study.

I am grateful to Mr. Wen-Hung Chiang, the officer of the Legislative Yuan, for introducing me the LTC-related governmental officials served in the Ministry of Health and Welfare.

I am most indebted to Ms. Liu, an expert in the field of survey, for assisting me to select interviewees and collect data by in-depth interview.

My thanks go to my classmate Dr. Chih-Wen Ku for providing useful references.

Also, thanks to Ms. Hsiu-Fang Chen, the teaching assistant of my studying institute, for offering me many advises in my study and the oral defense.

Thanks to my friend Ms. Julia Lin for teaching me the functions in WORD and adjusting the format of this paper.

Thanks to Ms. Wan-Zih Huang, a librarian in NTNU, for executing Turnitin report for my paper.

Thanks to my colleague, Ms. Hsiu-Ying Huang, for assisting with recording and transcription.

Thanks to my brother, Mr. Chris Lin, and brother-in-law, Mr. Howie Lai, for correcting and rephrasing the content of this paper.

Thanks to those who accepted LTC interview and shared opinions.

Thanks to those who contributed to this study that I may have forgotten to mention.

I would also like to express my thanks and love to my parents. They have supported me throughout my doctoral study. Actually, my Dad and Mom always stood by me in my life. Furthermore, I would also acknowledge my parents-in-law, for their love and care of my son. They provide a shelter for my family members. My study would not have been finished without their supports.

Last but not least, I appreciate my wife, Kelly, for giving birth to my son, Aaron, and taking care of him during the course of this study. With her constant love, understanding and blessings, I could concentrate on my research. She also participated to be my assistant in my dissertation oral defense. She has always played a key role not only in my study but also in my life.

Finally, I wish to dedicate this paper to my dear grandparents.

中文摘要

本研究運用政策行銷觀點來分析台灣長期照顧 2.0。作者利用自定 4 個構面的行銷組合，在考慮外部環境因素下，分析台灣長照 2.0 政策之政策內涵、人力資源、財務資源及形象宣廣四面向。

研究使用文獻分析法，在擬定行銷組合和瞭解政策內涵上特別有用；也使用深度訪談法，針對公部門、專業人士、民間機構（服務提供者）、長照使用者四個類屬之資訊豐富個案進行訪談，該研究法在理解人力資源、財務資源和形象宣廣上特別有用；也運用優劣分析法和政策分析法，對訪談結果進行分析並提出政策建議。

研究發現長照 2.0 有許多劣勢和威脅，據此提出政策建議：多元化人力來源並建立證照制與人力資源資料庫、統籌規劃培訓課程、詳明政府各單位權責分工、放寬差異化和多樣化服務提供方式、開放私部門分享長照業務、評估外籍看護納入長照體系、多軌化長照財源、行銷長照、從觀念宣導著手、以客戶為導向、主動出擊協助民眾取得服務資源、放遠未來如建立居家醫療體系、落實友善公共環境等。

此外，後續研究建議：對於剖析政府財源、制度收支，有賴更多文獻參酌，也可能需要較多財務上的專業知識。

【關鍵字】 長期照顧、政策行銷、長照 2.0

ABSTRACT

This study aimed to analyze the long-term care (LTC) policy 2.0 in Taiwan based on the perspectives of policy marketing. With consideration of the external environmental factors and through the uses of the four components of marketing mix: subject content, human resources, financial resources and image advocacy, the author was able to evaluate Taiwan's LTC policy 2.0.

The literal review method was exploited in this study to select the marketing mix and to collect LTC policy information. The in-depth interview was conducted to collect opinions from information-rich cases, involving public officers, professional specialists, private institutes (service providers), and the LTC service users. This in-depth interview approach was extremely useful at analyzing human resources, financial resources and image advocacy. In addition, the SWOT analysis and policy analysis were used to evaluate the outcomes of the interviews. The results were used to provide suggestions for the LTC policy.

Several findings and suggestions were proposed at the end of this paper, including (1) to diversify human resources, offer professional certificate and build a database, (2) to integrate the design of training programs, (3) to clarify the power and responsibility of every LTC-related authority, (4) to encourage providing differentiated and diversified services, (5) to share LTC business to private sectors, (6) to consider recruiting foreign caregivers in LTC system, (7) to multisource the finance, (8) to promote the image of LTC, (9) to educate the public about using LTC resources effectively, (10) to provide customer-oriented services, (11) to exploit potential customers actively, and (12) to plan in advance for future projects such as installing home medical care system and establishing friendly public environment.

For future studies, it is recommended that studies related to governmental financial resources and balances should involve more literal reviews and more financial professionals.

【Keywords】 Long-term Care, Policy marketing, LTC 2.0

目錄

第一章	緒論.....	1
第一節	研究背景	1
第二節	研究動機與研究目的	9
第三節	研究途徑與研究方法	16
第四節	文獻分析與研究架構	25
第五節	研究範圍與研究限制	41
第二章	政策行銷之學理分析	44
第一節	政策行銷之理念	44
第二節	政策行銷之演進	49
第三節	政策行銷之模式	56
第四節	政策行銷之適用	75
第三章	長期照顧政策之意涵	83
第一節	長照政策之內容	83
第二節	先進國家長照政策之內涵	94
第三節	我國長照政策之策略與展望	106
第四節	優劣（SWOT）分析	110
第五節	本章小結	113
第四章	長期照顧政策人力資源分析	117
第一節	政府部門角度	118
第二節	民間機構角度	134
第三節	專業人士角度	148
第四節	優劣（SWOT）分析	157
第五節	本章小結	160
第五章	長期照顧政策財務資源分析	163
第一節	長照財務制度檢討	163
第二節	財源籌措方式與支付系統	171
第三節	機構財務狀況與政府管控	185
第四節	優劣（SWOT）分析	193
第五節	本章小結	196
第六章	長期照顧政策形象宣廣分析	199
第一節	政策理念	200
第二節	宣廣機制	218
第三節	成效分析	225
第四節	優劣（SWOT）分析	240
第五節	本章小結	245
第七章	結論.....	249

參考文獻	256
附錄 訪談對象與訪談大綱	287



表圖目錄

表目錄

表 1-1：長照十年計畫服務項目及補助內容	8
表 1-2：長照 1.0 與長照 2.0 服務項目比較表	14
表 2-1：國內外學者政策行銷的定義	47
表 2-2：國、內外學者行銷策略組合整理表	72
表 2-3：政策行銷相關研究	75
表 3-1：各國制度比較簡表	104
表 3-2：長照制度政策內涵之 SWOT 分析	113
表 4-1：長照制度人力資源之 SWOT 分析	160
表 5-1：長照制度財務資源之 SWOT 分析	196
表 6-1：長照制度形象宣廣之 SWOT 分析	245

圖目錄

圖 1-1：長期照顧制度發展脈絡	6
圖 1-2：長照 2.0 十年經費推估	13
圖 1-3：政策行銷構面	38
圖 1-4：研究架構圖	40
圖 2-1：商業行銷模式	57
圖 2-2：公共政策行銷模型圖	60
圖 2-3：策略性政策行銷之運作過程	62
圖 2-4：Crompton & Lamb 策略性行銷規劃模式	64
圖 2-5：Buurma 政策行銷交換模式	66
圖 2-6：Burton 利害關係人分析影響策略	67
圖 2-7：Altman & Petkus 利害關係人為基礎政策過程	68
圖 3-1：服務提供單位掛牌	91
圖 3-2：長照 ABC 社區整合模式	92
圖 4-1：長期照顧服務人力分類	124
圖 5-1：長照四包錢服務	166

第一章 緒論

孔子在禮運大同篇裡提到：「大道之行也，天下為公，選賢與能，講信修睦，故人不獨親其親，不獨子其子，使老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養。」我國長期照顧設置的目的，就是為了讓老者有所終，鰥寡孤獨廢疾者皆有所養，是國家建立大同世界很重要的一環。

第一節 研究背景

本節就台灣長照政策形成回顧與長照 1.0 政策回顧、長照 1.0 服務內容說明。

壹、台灣長照政策形成回顧

吳玉琴將台灣長照政策發展概分六個階段，分別為收容期、家庭責任期、機構立案期、發展期、整合期和長照保險規劃期。¹收容期（1979 年以前）：如公私立救濟院和榮譽國民之家的設立，以照顧孤苦無依長者或退伍老兵。

家庭責任期（1980 年~1996 年）：由家庭來承擔失能長者的照顧，此時政府介入的角色極少。另行政院勞委會於 1992 年開放外籍看護工，以滿足家庭中有身心障礙者或重大傷病者之照護需求。

機構立案期（1997 年~2002 年）：1997 年老人福利法首度修法，開放小型機構符合未受有募捐、補助或租稅減免者，得免辦理財團法人登記。經內政部社會司三年清查與列管，至 2002 年底共有 401 家許可立案。

發展期（1997 年~2007 年）：1997 年老人福利法修法後，行政院核定「加強老人安養服務方案」，內政部則陸續推動第一期至第三期

¹ 吳玉琴，〈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》，第 136 期，2011 年，頁 251-256。

「加強老人安養服務方案」，衛生署則提出「老人長期照護三年計畫」，2001 年接續推出「醫療網第四期計畫：新世紀健康照護計畫」。

整合期（2004 年~2006 年）：有鑑於各部會依據業務需求自行推動如「加強老人安養服務方案」、「新世紀健康照護計畫」、「建構長期照護體系先導計畫」、「照顧服務福利及產業發展方案」等各項方案，缺乏整合機制，以至於所提供之服務片斷不連續、服務對象重疊，致推動績效有限。因此內政部建議在行政院社會福利推動委員會下設立長期照顧制度規劃小組，規劃「我國長期照顧政策整合體系」，定於 2006 年底提出規劃報告。2006 年時任行政院院長蘇貞昌籌辦「台灣經濟永續發展會議」，其中「完善社會安全體系」中針對「人口高齡化的衝擊與因應」，得到 9 項共識和 35 項具體建議，整合成為 2007 年行政院提出之「我國長期照顧十年～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」（2007 年~2016 年；長照 1.0）。

長期照顧十年計畫政策上路後，隨著政黨輪替，執政黨國民黨擬推動長期照護保險，馬英九總統競選政見主張「推動長期照護保險與立法，四年內上路」，並在行政院院長劉兆玄領導下，2009 年經建會辦理 50 場次「長期照護保險初步規劃構想」說明溝通座談，但民間團體及學者呼籲，在長期照顧體系未建構完善前，若貿然推動保險恐造成財團化、營利化、醫療化、偏遠地區長照資源不足、民眾納保卻得不到服務等情形。最後始於 2015 年 6 月 4 日以臺衛字第 1040135883 號函請立法院審議，並經立法院第 8 屆第 7 會期第 16 次會議報告後決議：「交社會福利及衛生環境委員會審查」，惟未完成立法。

與此同時，行政院衛生署另行積極推動「長期照護服務法」。2009 年底完成草案，2010 年 10 月送行政院審查，2011 年 3 月底再由行政院送立法院審查，2012 年 3 月共有 20 個版本一讀通過，之後經歷長

達 3 年的委員會審查、黨團協商、二讀（廣泛討論）、二讀（逐條討論）等審議過程，最終於 2015 年 5 月 15 日三讀通過「長期照顧服務法」。²

貳、長照 1.0 政策回顧

台灣的長期照顧肇始於 1980 年代，在此之前皆仰賴民間的志願服務團體或家庭來承擔老人照顧或是長期照顧的相關服務。當時的專責照顧機構大多是未立案的照顧安養機構。³為因應國人平均餘命的增加、人口日趨老化，以及隨之而來的家庭和社會型態改變，政府開始從各行政體系研究規劃台灣的長期照顧政策。

回顧台灣行政體系的長照政策，1980 年公佈實施的「老人福利法」，接著 1994 年公布「社會福利政策綱領」、1998 年至 2007 年的「加強老人安養服務方案」、2002 年至 2007 年的「照顧服務福利及產業發展方案」等。⁴1998 年「老人長期照護三年計畫」開辦「長期照護管理示範中心」，至 2003 年底止，已達成各縣市設置一中心的目標，2004 年開始將「長期照護管理示範中心」轉型改稱「長期照顧管理中心」，2007 年 4 月行政院核定「我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，⁵自 2008 年正式上路，將「照管中心」列為推展的重點項目，以建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長期照顧制度，⁶為長照 1.0 由來。

政府「為增進民眾選擇服務的權利，結合社區與醫療之資源，提

² 參見長期照顧服務法立法歷程，名稱並正式定為「長期照顧服務法」，取自《立法院法律系統》，<https://lis.ly.gov.tw/iglawc/lawsingle?00646C0E00DE00000000000000000001E00000005000000^02588104051500^0002D001001>，檢視日期：2020 年 12 月 13 日。

³ 衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 28。

⁴ 林萬億，〈展望下階段的長期照顧政策〉，《社區發展季刊》，第 153 期，2016 年，頁 1。

⁵ 行政院，《我國長期照顧十年計畫～101至104年中程計畫》（臺北：行政院，2012年），頁1。

6 行政院，《長期照護服務網計畫（第一期）—102 年至 105 年（核定本）》（臺北：行政院，2013 年），頁 8。

供居家、社區及機構式多元長照服務，服務內容含生活照顧及醫事照顧，提供有照顧需求的老人，整合且持續的照顧服務，支持家庭照顧能力，並達成『在地老化』的目標。」為貫徹長期照顧十年計畫之宗旨，明列有六項子目標：（一）以在地化、多元化為原則，發展和普及化長照服務資源；（二）保障民眾有選擇符合自身需求的服務之權利；（三）支持家庭照顧能力；（四）建置照顧管理機制；（五）以政府經費補助提升民眾使用長照服務資源；（六）確保長期照顧財源永續。⁷而為使每位長期照顧需求者皆能獲得多元資源選擇的權利，各地方政府均設有長期照顧管理中心，作為照顧管理制度的樞紐，同時肩負連結醫療照顧與生活照顧二大體系功能，以落實單一窗口精神。⁸至此，民眾若有需要使用長照資源服務者，皆可透過各縣市照管中心提出申請，由具專業背景之照顧管理專員執行資格篩選、需求評估、服務資格核定、擬定照顧服務計畫、連結服務資源、及持續追蹤服務品質及複評等。

至 2012 年 12 月，十年計畫服務對象已涵蓋需求人口群的 27%，較 2008 年成長 12 倍，並佔所有失能人口數的 17.2%；⁹但因民眾長期照顧需求快速增加，故仍有許多失能者尚未接受服務，而普遍存在長照資源分佈不均的情形。另截至 2010 年底，身心障礙者的失能率約為 33%，有近 40 萬人需要協助，除 1.8 萬人安置在日間或全日型住宿機構外，其他多需社區支持。而身心障礙者之機構式服務以專業照顧為導向，共服務近 9 千人，佔身障人口 0.8%，居家及社區式照顧資源服務有 2.1 萬人受益，約佔身障人口 2%。¹⁰觀察長期照顧的工

⁷ 行政院，《我國長期照顧十年計畫摘要本（核定本）》（臺北：行政院，2007 年），頁 1，取自《衛服部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3989-42402-201.html>，檢視日期：2020 年 7 月 6 日。

⁸ 楊志良，〈我國長期照護現況與展望〉，《研考雙月刊》，第 34 卷第 3 期，2010 年，頁 86。

⁹ 資料來源參見行政院，同註 6，頁 9。

¹⁰ 資料來源參見行政院，同註 6，頁 9。

作大都由家庭成員來承擔，但因發展型或中途致障的身心障礙者和因老化而致身體功能退化或失能的老人需求不同，需要更多生理上、心理上、生活復建上的支持。鑒於當時長照資源尚待建立，因此，台灣的第一階段十年長期照顧計畫中尚未將 50 歲以下的身心障礙者納入服務範圍。

回顧台灣長照 1.0 制度發展脈絡，大致可以區分為規劃時期、基礎建置期、擴張發展期三階段，就著重於供需面、法制面或財務面等方向來說明。¹¹1998 年至 2007 年，政府為因應長照需求，開始籌措規劃長照制度，是為規劃時期。

2008 年至 2015 年為基礎建置期，著重在服務供給面和法制面。如時任馬英九總統提出「全民健康十項主張」，¹²包括開辦長期照護保險，以減輕家屬的經濟與照顧負擔。時任行政院院長劉兆玄宣示：「為落實長期照顧制度，開辦照顧者津貼；培訓居家服務員證照制度；結合社區長期照護服務與醫療服務資源。」¹³長期照顧服務法則明訂不得因服務對象之性別、性傾向、性別認同、婚姻、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、宗教信仰、國籍與居住地域有差別待遇之歧視行為。¹⁴該法案於 2015 年 5 月 15 日經立法院修正通過，2017 年 6 月 3 日實施。

2015 年後為擴張發展期，因應長照 2.0 將跨大服務對象和服務項

¹¹ 有關需求面、供給面、法制面與財務面之說法，參見林嘉薇，《台灣長期照顧服務法對長照機構的影響》（臺中：亞洲健康產業管理學系長期照護組碩士在職專班碩士論文，2015 年），頁 415-419。

¹² 十項主張為開辦長期照護保險、擴大健保補助對象、優先照顧醫療弱勢族群、降低癌症死亡率、擴大牙醫照護、設立食品衛生安全委員會、健康投資增至 GDP 之 7.5%、提升用藥安全、設置醫療無過失救助辦法、加速中醫科學化，見〈馬英九、蕭萬長醫療政策〉，2008 年，取自《國家發展委員會》，<https://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvMC8yNjlkZLzAwMjc5MDZfMTgucGRm&n=OTQyNDE3Mzc1MzcxLnBkZg%3D%3D&icon=.pdf>，檢視日期：2020 年 9 月 17 日。

¹³ 2008 年 5 月 30 日行政院長在施政方針報告內容；參見行政院，同註 6，頁 6。

¹⁴ 參長期照顧服務法，第 1 條文內容。

目，以及隨之而來的財務負擔，本階段著重在服務供給面和財務面。政府原規劃長期照顧保險制度，惟因長照需求與經費支付日勢擴大、民眾擔憂未來服務給付減少、以及城鄉差距間存在資源配置不均衡等因素，因此目前改採稅收制。

台灣長期照顧服務制度發展脈絡如圖 1-1：

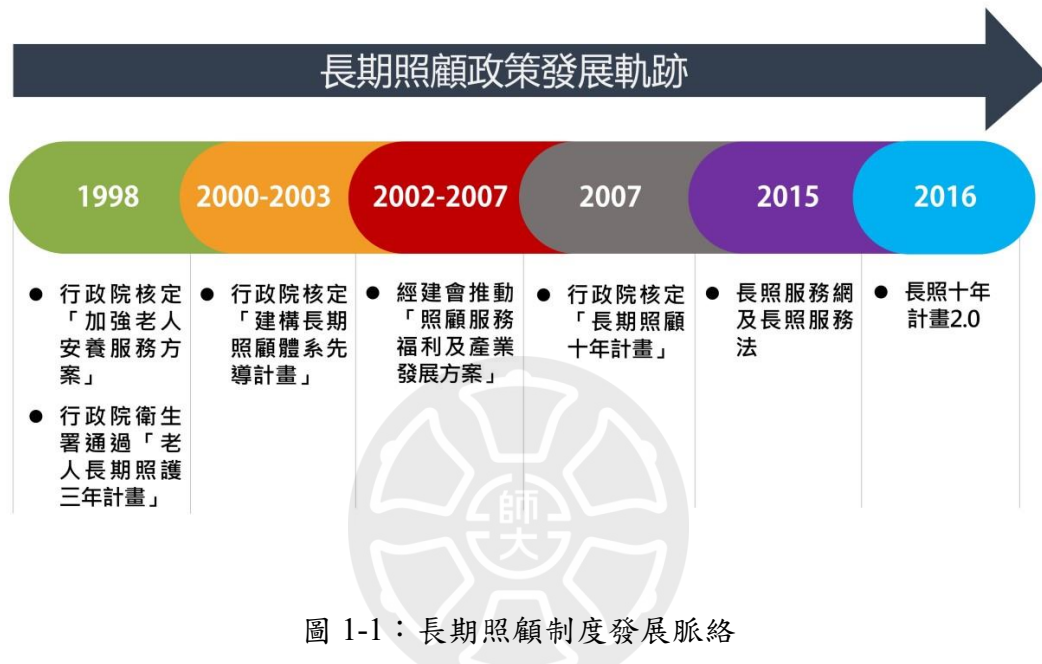


圖 1-1：長期照顧制度發展脈絡

資料來源：衛生福利部，〈長期照顧的整體政策藍圖〉，2016 年 7 月 21 日，取自《衛福部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3635-42393-201.html>，檢視日期：2020 年 11 月 19 日；及參考衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 30；

參、長照 1.0 服務內容

茲就服務對象、服務原則、申請程序、服務項目說明如次。

一、服務對象

長期照顧的服務對象主要是指日常生活功能受損而需要由他人提供照顧服務者（經 ADLs 或 IADLs 評估），¹⁵為因應我國人口老化

¹⁵ ADL（Activity of Daily Living，日常生活活動）評估，包括穿衣（dressing）、吃飯（eating）、活動移位（ambulatory）、上廁所（toileting）、個人衛生照顧（hygiene），簡約 DEATH；IADL（Instrumental Activity of Daily Living，複雜性日常生活活動）評估，包括購物（shopping）、家務

趨勢之快速性以及特殊群體之老化經驗不同，服務對象如下：¹⁶

- (一) 65 歲以上老人。
- (二) 55 至 64 歲的山地原住民。
- (三) 50 至 64 歲的身心障礙者。
- (四) 僅 IADLs 失能且獨居之老人。

二、服務原則¹⁷

- (一) 給付型態以實物給付（服務提供）為主，現金給付為輔，並以補助失能者使用各項照顧服務措施為原則。
- (二) 依民眾失能程度及家庭經濟狀況，提供合理的補助；失能程度愈高者，政府提供的補助額度愈高。
- (三) 失能者在補助額度內使用各項服務，需部分負擔經費；收入愈高者，部分負擔的費用愈高。
- (四) 失能程度分為三級：1.輕度失能：一至二項 ADLs 失能者；僅 IADLs 失能之獨居老人。2.中度失能：三至四項 ADLs 失能者。3.重度失能：五項（含）以上 ADLs 失能者。
- (五) 依家庭經濟狀況提供不同補助標準：1.家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者：由政府全額補助。2.家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者，由政府補助 90%，民眾自行負擔 10%。3.一般戶：由政府補助 60%，民眾自行負擔 40%。

三、申請程序

可由本人、家屬或單位轉介方式，向個案戶籍所在地之長期照顧管理中心提出電話、網路或親洽通報申請。

打掃（housekeeping）、理財（accounting）、備餐（food Preparing）、交通運輸（transportation），簡約 SHAFT，及電話使用（Telephone），並加上服藥（Medication）、及洗衣（Laundry）等項。

¹⁶ 衛生福利部，同註 3，頁 31。

¹⁷ 行政院，同註 7，頁 2-3。

四、服務項目

長期照顧十年計畫之服務項目共有 13 項服務項目，包含居家服務、日間照護、失智老人日間照護、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲、輔具購買以及租借、長期照顧機構、居家護理、居家復健、喘息服務；另外也包含社政的「社區照顧關懷據點」及衛政「緊急救援系統」。計畫服務項目及補助內容如表 1-1。

一般而言，年長者或失能者的家庭通常會面臨照顧的困境，因此為了讓服務需求者能獲得外在的照顧協助，有必要建立照顧管理機制，提供民眾能多元選擇的管道，讓個案管理者作為照顧需求者與提供者的介面，使服務的提供與品質能夠達到最大化的效果。

表 1-1：長照十年計畫服務項目及補助內容

服務項目	補助內容
1.照顧服務 (包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務)	1.依個案失能程度補助服務時數： (1)輕度：每月補助上限最高 25 小時；僅 IADLs 失能且獨居之老人，比照此標準辦理。 (2)中度：每月補助上限最高 50 小時。 (3)重度：每月補助上限最高 90 小時。 2.補助經費：每小時以 200 元計（隨物價指數調整）。 3.超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。
2.居家護理	除現行全民健保每月給付 2 次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次。補助居家護理師訪視費用，每次以新台幣 1,300 元計。
3.社區及居家復健	針對無法透過交通接送使用健保復健資源者，提供本項服務。每次訪視費用以新台幣 1,000 元計，每人最多每星期 1 次。
4.輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	每 10 年內以補助新台幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。
5.老人餐飲服務	服務對象為低收入戶、中低收入失能老人（含僅 IADLs 失能且獨居老人）；每人每日最高補助一餐，每餐以新台幣 50 元計。
6.喘息服務	1.輕度及中度失能者：每年最高補助 14 天。 2.重度失能者：每年最高補助 21 天。 3.補助受照顧者每日照顧費以新台幣 1,200 元計。

服務項目	補助內容
	4.可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 5.機構喘息服務另補助交通費每趟新台幣 1,000 元，一年至多 4 趟。
7.交通接送服務	補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助 4 次（來回 8 趟），每趟以新台幣 190 元計。
8.長照機構服務	1.家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能老人：由政府全額補助。 2.家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能老人：經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。 3.每人每月最高以新台幣 18,600 元計。

資料來源：衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 34。

第二節 研究動機與研究目的

老化是一生必經的路程，因此完善的照護體系攸關每一位國民，也是政府建立完善社會安全的重要目標。

壹、研究動機

由於我國社會變遷，國人生育率下降，傳統家庭的照顧功能式微；加上國家整體醫療水平提高，死亡率下降，國民平均餘命延長，人口結構出現高齡化現象；¹⁸再者，隨著老化導致慢性病與功能障礙的失能人口增加，¹⁹都意味著長期照顧的需求也同步增長。

¹⁸ 我國自 1993 年起，已達聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會之標準 7%，65 歲以上老年人口比率達 7.1%（149 萬 801 人），參見衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106~115）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 1。

¹⁹ 按一般文獻將失能歸類於老化現象，依據長期照顧服務法第 3 條第 1 項第 1 款規定，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。概年老者不一定失能，失能者未必因為老化，長期照顧似針對失能者而非年老者而論，如 Kane & Kane (1987) 和 Weissert (1991) 對長照的定義，即針對失能者而言。然而實務上對於法規的適用卻不同；前者適用老人福利法、敬老福利生活津貼暫行條例，後者則與身心障礙者保護法有關。根據老人福利法第 2 條規定，老人係指年滿 65 歲以上之人，而根據身心障礙者權益保障法第 5 條規定，指身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者。

根據行政院國家發展委員會資料顯示，我國已於 1993 年成為高齡化社會（ageing society），2018 年轉為高齡社會（aged society），老年人口達 14.6%；2025 年將邁入超高齡社會（super-aged society），老年人口比率將達 20.1%；2050 年老年人口比率更將升高至 36.6%。²⁰以上數據說明了目前台灣社會已屬於高齡社會，而政府的配套措施是否完善值得檢視。

回溯我國長期照顧政策發展，殆始於 1980 年「老人福利法」之訂定，²¹在此之前則是依靠民間機構提供相關服務。然而，從老人福利相關政策的制定到真正實施則是 1998 年時推出的「加強老人福利方案」和「老人長期照顧三年計畫」，並直至 2007 年行政院核定「長期照顧十年計畫」後才完整建構出台灣長期照顧制度。²²初期的長照服務仍有諸多問題，包含財源不足、資源分布不均、服務體系不健全、適用法規分歧、尚無完善勞動制度、欠缺專業人力、未建立長照資料庫等。²³故為健全台灣長期照顧服務體系之發展，2017 年 1 月 26 日經立法院修正通過「長期照顧服務法」，內容涵蓋長照服務與長照體系、長照人員之管理、長照機構之管理、接受長照服務者之權益保障等要素，可說是台灣長照體制的里程碑。

依據衛生福利部推動長期照顧服務法修正計畫，將 2007 年推動長期照顧以來至 2016 年間的十年計畫稱為長期照顧 1.0（簡稱長照 1.0）。十年間，我國老年失能人口比率從 2008 年的 2.3% 提升至 2016

²⁰ 國際上將 65 歲以上人口占總人口比率達到 7%、14% 及 20%，分別稱為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。資料來源取自《國家發展委員會》，https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3，檢視日期：2020 年 9 月 7 日。

²¹ 當時係將老人訂為年滿 70 歲以上，並同時制訂四種老人福利機構，分別為扶養機構、療養機構、休養機構及服務機構，是法令第一次出現對於「老人」年齡的資格規定。參見邱月雲、陳素春，〈老人福利法規及老人福利政策發展趨勢〉，《律師雜誌》，第 326 期，2016 年，頁 19-26。

²² 劉金山，〈從長期照顧政策發展趨勢論人力培育規劃之方向〉，《社區發展季刊》，第 142 期，2013 年，頁 305-307。

²³ 蕭金源，〈老人長照制度問題分析與政策規劃之建議〉，《社區發展季刊》，第 128 期，2009 年，頁 326-329。

年的 35.7%。雖然長期照顧的人數已經明顯提升，但是從衛生福利部於 2016 年所公佈的檢討報告發現，長照 1.0 存在著以下挑戰：服務對象範圍有待擴大、人力資源短缺、偏遠地區服務及人力不足、預算編列嚴重不足、補助額度與服務品質未能回應民眾期待、家庭照顧者服務體系待強化、長照服務項目未能回應民眾需求、服務輸送體系散置、行政作業繁雜影響民間資源投入意願、長照服務資訊系統待整合、長照政策之宣傳待加強等，²⁴而其中最重要的是政策宣傳不足。

根據衛生福利部於 2016 年公布的民調數據顯示，65 歲以上的老人有 51.1%不知道居家服務、70.9%不知道居家護理服務，²⁵政府政策的主要受服務群體過半數都未接收到訊息，可見政府在政策行銷方面有待加強。因此，當衛生福利部推動長照 2.0 時，讓人不免存有疑慮，特別是在人力資源短缺、經費來源受限以及整體長照計畫之宣傳與落實有待加強等，為本文所欲探討之處。

總而言之，本研究欲瞭解長期照顧政策之意涵，及探討我國長期照顧計畫 2.0 在人力資源、財務資源、形象宣廣或政策倡導等方面的問題，研究動機簡述如下：

（一）長照內涵為何？首先需對長期照顧內容進行深入瞭解，包括生成背景、法制過程、他國案例、我國長照現行制度等。老人或失能照顧問題自古以來即存在，但向來被視為是家庭問題，直到 1970 年代後才逐漸成為社會議題，經由壓力團體透過政治運作，最後才由政府立法通過成為政策。如同醫療議題成為健保政策一樣，需歷經事前溝通、事中協調、事後教育的過程方能成為一項政策，因此瞭解長期照顧由議題形成政策的過程對於研究者而言至為重要，是研究政策行銷必須先釐清之處，而從行銷觀點而言就是瞭解產品的內容。

²⁴ 衛生福利部，同註 3，頁 41-47。

²⁵ 衛生福利部，同註 3，頁 47。

(二)長照人力充足？長照屬於服務產業，人力資源扮演關鍵性角色，有必要探索長照各層面人力之供需情形。隨著人口結構改變，2016 年「扶老比」正式超過「扶幼比」達至 18.0%，並預估 2060 年時，台灣每 10 人就有 4 人是 65 歲以上老人，其中 2 人之年齡更超過 80 歲。²⁶因此，老年人口的安置與照顧是未來政府福利政策的一大挑戰。依據 2014 年衛福部長照資源盤點結果，台灣長照人力中的照顧服務員計 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。²⁷以 2016 年實施長照保險涵蓋率 70%推估，尚需充實社會工作人員 2,628 人、醫事人員缺 7,796 人(其中護理人員 5,668 人、物理治療人員 705 人、職能治療人員 1,423 人)，另需新增照管專員、督導及管理人員 1,157 人，²⁸顯示各類專業人力均極需培訓與擴展。

(三)長照財源充足？人員和經費可說是許多政策推動的要件，長照政策自不例外，研究也欲瞭解長照各層面的財務狀況。根據衛生福利部長照 2.0 十年經費推估，實施後經費將從原本的 162.26 億元逐年提升至 2026 年的 736.48 億元，²⁹因此經費來源取得及有效使用將是政府必須面臨的挑戰。長照 2.0 十年經費推估如圖 1-2 所示。

²⁶ 全球人壽，〈台灣人口結構驟變，2016 年扶老比將正式超過扶幼比〉，2013 年，取自《全球大樂退》，<http://www.transglobe.com.tw/transglobe-web/periodical/191>，檢視日期：2017 年 8 月 15 日。

²⁷ 行政院，《長期照顧服務量能提升計畫 104~107 年(核定本)》(臺北：衛生福利部，2015 年)，頁 13，取自《行政院全球資訊網》，

http://archives.ey.gov.tw/01ey/20160519/www.ey.gov.tw/News_Content4cb63.html?n=0AD1AB287792C301&s=E7A0E347064737E9，檢視日期：2017 年 9 月 9 日；黃志忠，〈台灣長期照顧政策及照顧服務人力發展之探討〉，發表於《2016 年兩岸社會福利研討會》(臺北：財團法人中華文化社會福利事業基金會，2016 年)，頁 198，取自 http://www.ccswf.org.tw/S_7100_detail.asp?booksn=20，檢視日期：2020 年 10 月 29 日。

²⁸ 行政院，同註 27，頁 49。

²⁹ 衛生福利部，同註 3，頁 166。

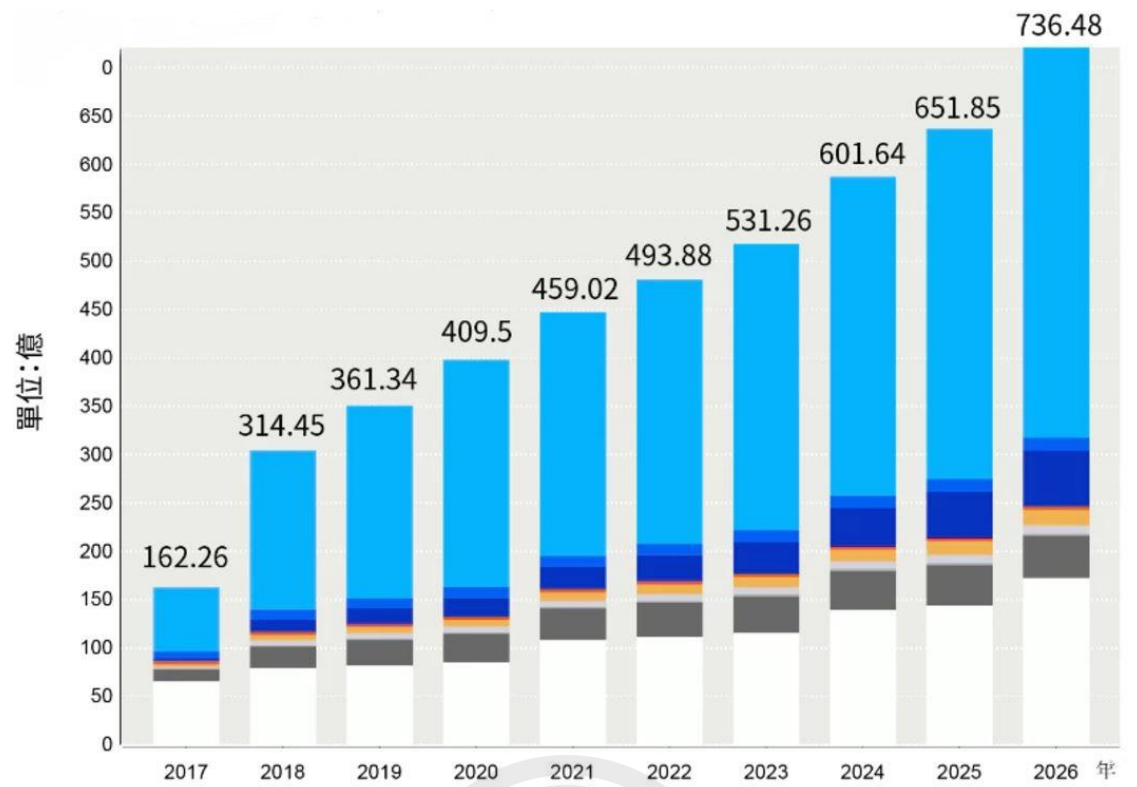


圖 1-2：長照 2.0 十年經費推估

資料來源：衛生福利部，《長期照顧十年計劃 2.0（106~115）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 168。

（四）長照行銷成效？政策形成牽涉許多利害關係人，成敗則有賴事前溝通、事中協調、事後推廣，都屬行銷的一環。研究也欲對我國長期照顧政策中有關政策理念的宣導、機制內部的溝通、外部教育、形象行銷、成效分析之部分進行探討。考量長照 1.0 問題之一即是得知長照訊息的人數有限，因此在長照 2.0 部分新增了社區整體照顧服務、建置團體家屋、各縣市的長照服務提供單位掛牌等措施，用以加強民眾對於長照的使用率與曝光度。

綜上所述，本研究動機即欲瞭解長期照顧內涵及長期照顧政策執行時的三個主要問題，簡言之，就是借用管理學從物（material）、人（human）、錢（finance），外加倡導（advocacy）四個面向（aspects）分析我國長期照顧政策之問題。

表 1-2：長照 1.0 與長照 2.0 服務項目比較表

長照十年計畫1.0	長照十年計畫2.0		
服務項目：	彈性與擴大		
1.照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 2.交通接送 3.餐飲服務 4.輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5.居家護理 6.居家復健 7.長期照顧機構服務 8.喘息服務 服務對象： 1.65歲以上失能老人 2.55歲以上失能山地原住民 3.50歲以上失能身心障礙者 4.65歲以上僅IADL需協助之獨居老人	增加長照十年計畫1.0服務彈性： 1.照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 2.交通接送 3.餐飲服務 4.輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5.居家護理 6.居家復健 7.長期照顧機構服務 8.喘息服務	一、擴充服務內涵，增加服務彈性	(一)提高服務量能，回應民眾需求 1.照顧服務：調整支付制度及方式，增加服務內容與頻率之彈性。 2.交通接送：參酌各縣市幅員差異，規劃分級補助機制；並考量原鄉與偏遠地區交通成本，加成補助。 3.長照機構：提高低收入戶、中低收入戶之中度及重度失能老人機構安置費。再逐步採階梯式擴大提供非低收入戶、中低收入戶的相對經濟弱勢重度失能、失智老人機構安置費補助。 4.喘息服務： (1)提高每日補助金額 (2)場域擴大至日間照顧中心以及各服務據點。 (3)對象：照顧失能者的家庭。 (二)精進照管機制，依民眾需求核定補助服務時數
創新與整合			
	服務項目	推動方式	實施策略
	成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站	二、建立社區整體照顧服務體系，提升照顧連續性	(一)建構社區整體照顧服務體系 建立以社區為基礎發展連續多目標服務體系，分為A、B、C三級，由A級提供B、C級技術支援與整合服務，另一方面促使B級複合型服務中心與C級巷弄照顧站普遍設立，提供近便性照顧服務。
	1.失智症照顧服務 2.小規模多機能服務 3.家庭照顧者支持服務據點 4.社區預防性照顧	三、創新多元服務，滿足多元需求	(一)佈建失智症團體家屋，提供服務多元選擇：提供失智症者家庭化及專業照顧服務。 (二)因應偏遠地區長照需求，建置在地（部落）服務體系：辦理偏遠長照資源不足區之照管據點、輔導機制與管理平台，提供多元整合服務，並提供社區照顧創新模式，補助交通相關費用，縮短城鄉差距。 (三)支持家庭照顧者，減輕民眾照顧負擔：建置家庭照顧者支持中心、服務據點及關懷專線，並提供技術指導。 (四)強化社區預防性照顧服務：積極擴增社區照顧關懷據點、日間托老及各項健康促進活動。 (五)重視身心障礙者提早老化需求，充實照顧服務量能：提供在地化社區日間服務，並增強住宿式機構老化照顧功能。
延伸			
	服務項目	推動方式	實施策略
	1.預防失能或延緩失能與失智之服務 2. 延伸至出院準備服務 3.銜接在宅臨終安寧照護	四、服務體系的延伸，積極預防照顧	(一)強化失智症初級預防，普及充實社區照顧資源：積極辦理早期介入服務方案，優化失智症社區服務據點。 (二)辦理預防失能及延緩失能惡化之服務：提供肌力強化運動、生活功能重建訓練、膳食營養、口腔保健、認知促進等服務。 (三)銜接出院準備服務 (四)銜接在宅臨終安寧照護

資料來源：衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106~115）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 69-70。

貳、研究目的

有鑑於政府執行長期照顧政策時，竟有受服務群體過半數未接收到訊息，因此本研究嘗試運用政策行銷觀點來探討長期照顧政策議題，在學理上瞭解政府長照 2.0 之推動狀況，評估長照 2.0 實施後是否足以因應目前台灣社會之需求，甚至是未來的「超高齡社會」需求。茲將本文探討問題條列如下：

（一）統整長期照顧議題的內涵與發展脈絡。針對政府因應高齡化社會，於 2017 年正式制定長期照顧計畫 2.0 之前後，就所推動與實施之狀況進行瞭解，以期完整掌握該政策的來龍去脈，以便發掘問題所在。

（二）探討我國長期照顧政策之人力資源。以政策行銷所使用的工具檢視長期照顧政策實施以來，各類專業人員實際執行的情況，並提出檢討與建言。

（三）釐清我國長期照顧政策之財務資源。以政策行銷所使用的工具檢視長期照顧政策實施以來，各類收入與費用實際執行的情況，並提出檢討與建言。

（四）分析我國長期照顧政策之形象宣廣。以政策行銷所使用的工具檢視長期照顧政策實施以來，政府在政策宣導、教育、推動的實際執行情況，並提出檢討與建言。

（五）進行整體分析並提出政策建議。政策實施不外乎人力投入、經費挹注和政策推動，已分述在前列各項。此外，完整行銷模式無法置外部因素於不顧，因此本研究在考慮外部因素下進行整體分析，期能更完整呈現現行長照之困境及提出政策建議。

就實務上，藉由深入了解長照 2.0 的推動過程與實施問題進行探討，期能對於台灣實施長照政策提供精準的修正問題，也期許長照政

策能對已步入高齡化社會的我們提供實質助益。

第三節 研究途徑與研究方法

社會科學研究者，為探索事物之真相，必須引用適當的研究途徑與研究方法；研究途徑（approach）是觀察問題與選擇資料之切入角度，而研究方法（method）則是蒐集與處理資料之技術。³⁰本文之研究途徑與研究方法說明如下。

壹、研究途徑

研究途徑（approach）係指研究者對於研究對象（譬如政治現象）的研究，以某一角度為出發點、著眼點來進行觀察、歸納與分析。因此，不同的研究途徑，就各自有一組與之相配合的概念，作為分析的架構。³¹研究途徑是選擇問題與相關資料的標準，在某種研究基本理論下，對某一學科、某一問題的題材抉擇標準，各學科間並不相同。例如政治學的研究途徑，不同於物理學、化學、經濟學或社會學。³²

政治學的研究若以時期來區分，在 1950 年代 David Easton 首位提倡行為主義（behavioralism）前，³³政治學的研究主要是採用規範途徑和歷史途徑，行為主義時期則依著力點不同尚區分系統研究途徑、結構研究途徑、團體研究途徑、菁英研究途徑、權力研究途徑、決策研究途徑、理性抉擇研究途徑、溝通研究途徑等等。

按政治學的研究途徑大致分為二大類：取向的研究途徑和概念的研究途徑。**取向的研究途徑**是指，提出一個研究取材作為大方向，認為依這個取材可獲致較佳結果；甚或認為，唯有從這方面才能獲致有

³⁰ 易君博，《政治理論與研究方法》（臺北：三民書局，1999 年），頁 98。

³¹ 朱浚源，《撰寫碩博士論文實戰手冊》（臺北：正中書局股份有限公司，1999 年），頁 182。

³² 朱浚源，同註 31，頁 160。

³³ Based on that David Easton was the first to differentiate behavioralism from behaviorism. David Easton, *The Political System. An Inquiry into the State of Political Science*, New York: Alfred A. Knopf, Inc., 1953, p. 151.

價值的成果。而**概念的研究途徑**是指，依對政治現象的特質之認識，提出從某一基本出發去研究政治問題，例如體系研究途徑、團體研究途徑、決策研究途徑、溝通研究途徑。³⁴不過兩者間並不能夠嚴格區分，通常研究者實際採用的常是混合著各種研究途徑。³⁵

傳統的研究途徑中，按探索的對象可略分為哲學的研究途徑、歷史的研究途徑和法律的研究途徑等，其中後兩者都是以政治制度為研究對象，只是著力點不相同。³⁶政治學的研究途徑除了上述分類外，其他新興的研究途徑尚包括心理的研究途徑、社會的研究途徑和唯物的研究途徑等。

二次世界大戰後，強調研究政治行為的行為學派開始興起，David Easton 就曾提出，行為的研究途徑具有技術上和理論上的雙重意義。其技術上的意義是指，政治學的研究採取嚴格的科學方法，如數理分析、邏輯、調查、訪談等；而其理論上的意義是指，建立理論架構，用已有的系統方法，去分析或解釋人類的政治行為。³⁷本文認為行為研究途徑的研究較具客觀、科學並可量化分析，因此採納本作法，並以訪談為方法。

學者 Bozeman 認為，公共行政的研究取向可分為「P 途徑」(Public policy approach) 和「B 途徑」(Business approach)，³⁸前者強調以政治學的學科來研究公共管理，後者偏好運用企業管理原則處理公共事務，兩者各有著重之處。惟本文偏向 B 途徑之研究取向，亦即運用企業管理的行銷理念來探討公共政策的執行，分析訪談所得之質化訊

³⁴ 朱滋源，同註 31，頁 160。

³⁵ 華力進，《政治學》(臺北：五南圖書出版股份有限公司，1995 年)，頁 27。

³⁶ 朱滋源，同註 31，頁 160、161。

³⁷ 賀凌虛、許介麟、朱志宏、朱法源，《增額監察委員選舉方式之研究》(臺北：中央選舉委員會，1982 年)，頁 3-4。

³⁸ Barry Bozeman & Patrick Scott, *Bureaucratic Red Tape and Formalization: Untangling the Conceptual Knots*, paper presented at the Annual Research Conference of the Associations for Public Policy Analysis and Management, Denver, October 1992, pp. 29-31.

息，期能找出政策問題與困難，據以對政策提出建議。

貳、研究方法

研究方法是指蒐集與運用資料的方法，³⁹藉此資料以分析或解釋研究之對象。社會科學中較常用的科學研究方法有**調查研究法**，是藉由樣本推論出母群體的態樣，以詮釋所欲探討的變項；**觀察研究法**，是具目的性地針對客體或現象做觀察，藉此做出客觀性解釋的一種研究方法；**發展研究法**，是針對個案在經歷一段時期後所生之變化加以探討；**個案研究法**，是藉由深入探討單一案例（case）後的結論，來衍伸詮釋相似案例的一種研究方法；**相關研究法**，是使用統計方法來詮釋變項間的相關程度；**事後回溯研究法**，是藉由事實發生的結果來反推其原因的一種研究方法；**實驗研究法**，是指控制其他條件不變的情況下，探求自變項（independent variables）和應變項（dependent variables）之間的關係；**歷史研究法**，是研究過去所發生的事件或活動為基礎，來詮釋目前或預測未來相似事件或活動的一種研究方法；**行動研究法**，是指以小規模的介入實際情境，對當前事務中獨特問題的探究；**內容分析法**，是指仔細揣摩相關文字內容，藉以推導出該文件之相關生成背景或原意。⁴⁰本文採用的研究方法如下：

一、文獻分析法

文獻分析法（document analysis）也稱「文件分析法」或「次級資料分析法」，是透過文獻的蒐集、分析、研究來擷取所需的資料，並且對該文獻做有客觀的描述和評論。⁴¹即將分析者的判斷及其所建立的規則，透過固有的文獻資料作為分析基礎。⁴²使用文獻分析法的

³⁹ 朱宏源，同註 31，頁 184。

⁴⁰ 郭生玉，《心理與教育研究法》（臺北：精華書局，1991 年）；黃光雄、簡茂發主編，《教育研究法》（臺北：師大書苑，1991 年）。

⁴¹ 吳定，《政策管理》（臺北：聯經出版社，2003 年），頁 25-26。

⁴² 楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園，《社會及行為科學研究法》（臺北：臺灣東華書局，1989 年），頁 904-906；呂亞力，《政治學方法論》（臺北：三民出版社，1994 年），頁 134。

優點是具客觀性、獨立性（不干擾研究物件）、結構性（分析過程受高度控制）、具定量與定性結合特性、可揭示文獻的隱性內容、且方便與經濟特性。但缺點是不準確性（文意落差）、難揭示因果關係、研究主體受限制、以及編碼困難等。⁴³

本研究資料蒐集主要分為二部分：（一）蒐集有關書籍、文獻資料、政府出版品、報章雜誌、官方統計資料（政府機關相關資料、業務報告、新聞稿等），以作為分析資料的來源。（二）透過「國家圖書館全球資訊網」中的「全國博碩士論文資訊網」、「期刊文獻資訊網」等資訊網路來搜尋。

本研究在政策行銷學理分析及長期照顧政策意涵上，即採用文獻分析法，蒐集各家學者之文獻後，擬定本研究採用之行銷組合，及統整了長期照顧議題的內涵與發展脈絡。然而，文獻分析法是以定性研究為前提，找出能反映文獻內容的一定本質的量，由於是透過對媒介內容的描述，至多只能夠證明變數之間的相關性，很難能確定因果關係，因此有賴運用其他研究方法方能用於解釋研究，因此本研究另外採用深入訪問法。

二、深入訪談法

質性研究資料的獲得有許多種方法，訪談法是其中使用最普遍者，透過研究者與受訪者面對面的互動，更能感受受訪者的真實想法，從中萃取出研究所需的資料與資訊。因此，本研究採用深入訪談法，以有效呈現出本研究的核心議題，透過特定具目的性的對話，從廣泛而充實的受訪者身上蒐集第一手資料，同時也能有助於受訪者表達親身經驗與感受。

深入訪談（intensive interview），或深度訪談（in-depth interview）

⁴³ 參傳播學百科，〈文獻分析法的優點與缺點〉，取自《傳播學百科網》，<http://www.chuanboxue.org/index.php?doc-view-2754.htm>，檢視日期：2018年6月15日。

是一種為了深入瞭解和靈活運用的設計，其目的是為對所研究的對象進行完整、深入的理解，而非僅獲取廣泛的資料。為此，研究者需反覆詢問，靈活而持續地在研究過程中修正問題的形式，方能探究受測者的真實經驗。⁴⁴訪談法所蒐集的資料屬於質性資料，是透過談話的過程來了解特定事、物或行動上的態度和判斷過程的一種方法，因此訪談是一種有目的的談話。

訪談方式也會影響訪談內容。Patton 界定開放性質性訪談有三種形式：⁴⁵第一種是「非正式對話訪談」(informal conversational interview)，其特色是像聊天，被訪談者有時會忘了正被晤談，優點為可探索出有趣的議題，是一種典型的持續性田野調查。第二種是「一般引導式訪談法」(general interview guided approach; commonly called guided interview)，訪談人員事先簡列清單，以確認所有相關議題都包含其中，但訪談者仍能自由地發掘、探索和詢問對研究者是有益或有興趣的問題，其優點為可在特定議題內誘導出資訊。⁴⁶第三種是「標準開放式訪談」(standardized open-ended interview)，事前有架構的擬定提問題目，其優點為可在有限時間內充分詢問被訪談者，特別是針對有多位被訪談人時，針對多人詢問相同問題將有利於比較分析，但其缺點是缺乏彈性。⁴⁷本研究即事前擬定訪談大綱，以利於比較分析。

此外，訪談法依對訪談內容結構嚴謹程度分成「結構式」(封閉式)、「無結構式」(開放式)和「半結構式」(半開放式)三種訪談法。

⁴⁸本文採用半結構式訪談 (semi-structured interviews)，這是最普遍採

⁴⁴ Herbert J. Rubin & Irene S. Rubin, *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*, second edition, CA: SAGE Publications Ltd., 2005, pp. 35-36.

⁴⁵ Michael Quinn Patton, *Qualitative evaluation and research methods*, second edition, Newbury Park, CA: SAGE Publications Ltd., 1990, p. 280.

⁴⁶ Michael Quinn Patton, *supra* note 45, pp. 283-284, 288.

⁴⁷ Michael Quinn Patton, *supra* note 45, pp. 286-287, 289.

⁴⁸ Sandy Qu & John Dumay, The qualitative research interview, *Qualitative Research in Accounting & Management*, Volume. 8, Issue 38, 2011, pp. 243-347, available at https://www.researchgate.net/publication/227430203_The_qualitative_research_interview, accessed on

用的質性研究法。⁴⁹訪談前先擬妥訪談大綱參考，但也鼓勵受訪者對某些主題做更詳細說明，以獲得更多與研究主題有關的資料。

由於長期照顧 2.0 計畫甫於 2017 年上路，過去文獻多以研究長期照顧 1.0 計畫或者其中一部份為主，並未對整個長期照顧政策做綜觀性的分析。此外，並無以政策行銷作為研究我國長期照顧政策為方式的文獻，本文嘗試引用商業行銷方式進行長期照顧政策分析，做為本文貢獻之一。

考量行銷工具有眾多組合方式，不同的組合模式將產生不一樣的分析效果。為便於研究操作，本研究將從相關行銷文獻中歸納出一套準據藉以分析長期照顧政策之實行情形。所謂操作性定義(operational definition)是指將概念性的活動以具體明確、可重複操作的方法，用可經驗性的方式來呈現。經由操作性定義，可指明觀念的意義。操作性定義可視為「觀念—理論層次」和「經驗—觀察層次」間的橋樑。⁵⁰也就是將抽象的研究概念和假設，轉化為具體的描述，並能夠實際地去觀察、測量或操作。

綜上說明，本研究所採用之訪談方式、研究對象和自行設計之訪談大綱內容如下：

(一) 訪談方式

本研究將政府政策視為一項商品，參考行銷學，透過文獻分析，擬訂行銷組合；參考商業市場調查法，運用深入訪談發掘問題；參考市場行銷的優劣分析法(SWOT analysis)作為評估方法。而訪談方式採用半結構式訪談法。訪談前預擬妥訪談大綱，但仍鼓勵受訪者對

9th September 2017.; 中譯部分參見陳向明，《社會科學質的研究》(臺北：五南圖書出版股份有限公司，2002 年)。

⁴⁹ Mats Alvesson & Stanley Deetz, *Doing Critical Management Research*, London: SAGE Publications Ltd., 2000, p. 194.

⁵⁰ 潘明宏、陳志瑋譯，《社會科學研究方法》(臺北：韋伯文化國際出版有限公司，2001 年)，頁 736; 原著 Chava Frankfort-Nachmias & Davis Nachmias, *Research methods in the social sciences, fifth edition*, New York: St. Martin's Press, 1996.

某些議題做更詳細說明，以利掌握第一手資料之蒐集。

(二) 研究對象

本研究對象為長照 2.0 政策之制定者、執行者、對政策具有影響力之學者和專業人士、服務提供者與服務受益者。因受限於人力與時間，前二者將分別就公部門之中央和地方為訪談對象，其中政策制定者界定為中央政府之衛生福利部公職人員或立法院社會福利及衛生環境委員會公職人員，而政策執行者則界定為各縣市政府之社會局或長照業務相關單位公職人員；後二者則分別為長照服務機構和長照服務使用者或家屬，依「立意抽樣」(purposive sampling) 的方式選取受訪者。

立意抽樣為研究者根據個人的主觀判斷，去選取最適合研究目的或具代表性的樣本，又稱為判斷抽樣 (judgment sampling)，其邏輯與效力在於選擇資訊豐富的個案 (information-rich cases) 做深度調查，⁵¹也就是針對含有大量對研究目的之資訊的樣本進行研究分析。

長照 2.0 的政策適用於全台灣，但各地接收長照的資源和訊息不盡相同。受到都市化的影響，農業縣的年輕人口逐漸往就業機會較多的大都市移動，造成農業縣的老化程度較高，相較於年輕人，老年人接受長照的資訊也較薄弱。⁵²因此來自城市與鄉村的資訊互為比較，可以評判長照資源因城鄉差距所帶來的分別。本文針對城市和偏鄉實際參與長照 2.0 之民間機構人員與長照個案，以立意抽樣的方式邀請受訪者接受訪談。由於受訪者皆接觸過長照 2.0 且有實務施作或接受經驗，能觀察並發現目前長照 2.0 實施後的現況與問題，有助於研究者找出問題的脈絡並提出建議。

⁵¹ Michael Quinn Patton, supra note 45 pp. 169-186.; 中譯部分參見吳芝儀、李奉儒譯，《質的評鑑與研究》(臺北：桂冠圖書股份有限公司，1995 年)。

⁵² Kevin Kinsella & Wan He, *An Aging World: 2008 International Population Reports*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2009, p. 29.

依據上述條件選擇合格訪談對象包含：行政院衛生福利部相關公職人員、立法院社會福利及衛生環境委員會相關公職人員、各縣市政府社會局或承辦長照業務單位相關公職人員、學校相關科系教授或社會工作人士或學者、立案公私立長照機構主管、護理或照顧人員、醫院護理師或醫師、長照服務使用者本人或家屬，以及非立即需要但預期需要照顧者等。

最後，本研究實際有效訪談樣本共 14 人，其中公部門 2 人、專業人士 3 人、民間單位 4 人、利害關係人 5 人。⁵³每位受訪者訪談時間約 60 分鐘。

（三）訪談大綱

訪談大綱 (interview guide) 就像是訪談者的小抄 (cheat-sheet)，包含一系列訪談時的問題和主題 (topic areas)，但是這些問題並無需逐一向訪談者詢問，而是類似一個備忘錄 (aide-mémoire)，「通常面談者準備一系列問題，但只是當作面談時的指引，而且當被訪談者若偏離訪談大綱時，通常不會被視為是困擾，反而常常被鼓勵。」⁵⁴也就是說，訪談者可以視現場情況增加額外問題，而對被訪談者不適用的問題也可以跳過，也能在正式訪談時先約談後修正問題 (pilot questions) 作成訪談大綱。

本研究以政策行銷組合作為訪談大綱的構面，針對長期照顧內容設計出開放性問題，每一構面設計 3 至 4 個題目，並在訪談過程中視情況部分修改問題，以期獲得充分的訪談資料。本文參考文獻後決定採用政策行銷組合的四面向，外加考慮外部環境因素，形成訪談大綱五構面 (criteria)，即「產品內容」(subject content)、「人力資源」(human

⁵³ 研究對象資料參見本文附錄。

⁵⁴ David Silverman, *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*, London: SAGE publications, 2005, pp. 154-157.

resource)、「財務資源」(financial resource)、「形象宣廣」(image advocacy)與「外部環境」(external circumstances)來設計訪談大綱，⁵⁵以深入訪談法蒐集可用資料，佐以政策分析法以探討台灣長期照顧政策。本研究在人力資源、財務資源、形象宣廣的分析上，即大量參考深入訪談法所蒐集的資料。

三、政策分析法

公共政策的研究範圍大抵可以區分為理論和實務兩個部分。理論部分屬於政策研究(policy study)的範疇，著重在對政策本身的研究(analysis of policy)，範圍包括政策內容研究(個案研究)、政策過程研究、政策產出研究或政策決定因素(policy determinants)的研究，⁵⁶是學術界所著重的領域，惟並非本文所論述者。

政策分析(policy analysis)則偏向實務運用以解決真實的社會問題，側重在對政策提出建言或規劃藍圖，所以是為了做出該既定政策而研究(analysis for policy)，需考慮執行技術上的層面，同時也包含政策溝通、協調、說服等工作，其範圍包括：(一)政策倡導(policy advocacy)：即政策分析者擬定出待選的政策方案，透過利害團體等相關管道來對特定對象或社會大眾推銷政策的活動；(二)過程倡導(process advocacy)：則是企圖改進政策制訂系統，一方面透過政府功能與任務的重新配置，以改進政府機能；另一方面透過計畫系統與方案評估新途徑的發展，以強化政策選擇的基礎；(三)提供政策制訂資訊(provide policy information)：是由學者、專業人士或相關部門提供有用的參考資訊，以協助政策制訂者擬定政策方案時採用，⁵⁷也是本文的目的。本研究在優劣分析與各章小結時，即基於政策分析法

⁵⁵ 訪談大綱參見本文附錄。

⁵⁶ 汪正洋，《圖解公共政策》(臺北：五南圖書出版股份有限公司，2012年)，頁28。

⁵⁷ 汪正洋，同註56，頁28-35。

提出問題與建議。

本研究強調政策的推行有賴事前、事中和事後的推動，因此捨棄傳統研究公共政策的理論方式，而採用政策分析作為本文的研究方法。因此選擇質性研究蒐集相關資料，本質上就是企圖去發掘問題，而非去驗證理論。本文儘量納入不同團體的意見，包含長照 2.0 牽涉到的公部門、專業人士、民間機構和被照顧者四大主體，透過訪談，受訪者也能以自身的經驗與觀察來對政策提出自己的看法，從而對長照 2.0 的相關議題有所貢獻。

第四節 文獻分析與研究架構

文獻回顧（literature review）是針對「研究主題，就目前學術界的研究成果加以探究。」其目的在於歸納出特定領域中已有的研究訊息，做出統整或摘要，並提出自身的評論或看法，作為將來的研究參考。⁵⁸本研究以政策行銷的角度探討長期照顧政策的執行現況與問題，下面就與本研究相關之重要理論與文獻作整理與摘要，最後進行評論與歸納，以作為本研究之參考。

壹、文獻與評論

列舉政策行銷與長期照顧相關重要文獻，並附評論如下：

一、政策行銷相關文獻：

（一）McCarthy 教授於 “Basic Marketing, a managerial approach.” 一書中，⁵⁹將行銷組合（marketing mix）概括為產品（Product）、價格（Price）、渠道（Place）、促銷（Promotion）四類，簡稱 4Ps。產品著重開發的功能，產品需具有獨特的賣點，而且把產品的功能訴求放在第一位。價格根據不同的市場定位，制定不同的價格策略。通路注重

⁵⁸ 朱宏源，同註 31，頁 95。

⁵⁹ E. Jerome McCarthy, *Basic marketing, a managerial approach*, Homewood: Richard D. Irwin, Inc., 1960.

行銷商的培育和銷售網路的建立。促銷則講求銷售行為來刺激消費者，達到短期消費成長的效果。

本文認為 McCarthy 是在市場行銷工具中最早提出 4Ps 概念的學者，目前許多市場行銷政策的研究都建立在此基礎上擴充論之。雖然 McCarthy 提出此概念時為 1960 年代，但其觀念仍然適用，因此值得研究參考。

(二) Kotler 在 “Social Marketing: Improving the Quality of Life.” 書中，⁶⁰提出一套商業行銷模式，以 4Ps 概念為核心，外加環境因素的概念，包括人口環境、經濟環境、自然環境、科技環境、政治及法律環境、社會及文化環境等。其中人口環境，因為有市場才有行銷，而市場是由人所組成的，所以行銷人員首需注意人口環境。經濟環境，行銷最終要達到組織及其利害關係人獲益的目的，因此行銷要瞭解顧客的購買力。自然環境，是指行銷人員必須掌握自然環境所帶來的威脅與機會。科技環境，是指行銷人員必須仔細注意科技發展的趨勢。政治及法律環境，因為政治及法律環境對行銷決策有極大的影響。社會及文化環境，因為這些會塑造一個人的基本信念、價值觀和規範。

本文認為 Kotler 承襲 McCarthy 4Ps 的行銷組合概念，另外加上外在環境因素，更完整將行銷策略組合呈現，有助於本文設定行銷策略構面時參考。

(三) Philip Kotler 與 Sidney Levy 在 “Broadening the Concept of Marketing.” 文中，⁶¹認為行銷不論是當成為「促銷產品」(“pushing” product) 或「顧客滿意工程學」，都是被視為商業活動，但作者認為有很大的機會可以利用行銷去擴大想法和技能。一個組織生產的「產

⁶⁰ Philip Kotler & Nancy R. Lee, *Social Marketing: Improving the Quality of Life*, CA: SAGE publications, 2008.

⁶¹ Philip Kotler & Sidney Levy, Broadening the Concept of Marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 33, 1969, pp. 10-16.

品」可能包含實質產品或提供服務。組織內部的專業人力也可能是項產品；此外組織本身也是一個產品，例如政黨行銷自己；以及理念也是項產品，如行銷生育控制等。該文也認為非商業性組織無法避免需要行銷。

本文認為該篇將行銷概念的領域逐漸從私部門跨入公部門，並認為決策者必須具備行銷觀念，將民眾視為顧客的角色，由公部門提供服務並回應顧客的需求。隨後學者逐漸建構政府部門行銷理論與問題，並且深入探討政府部門政策行銷與傳統行銷理論間的差異性，值得本研究參考。

（四）Kotler 教授於“Marketing Management.”一書中，⁶²提出整體性行銷（holistic marketing）的思維，強調企業必須透過整體性行銷的概念為取向，才能有效因應現今的激烈行銷環境，並在日漸關係緊密的社會經濟環境中，達到永續生存與成長。整體性行銷架構含括四大面向，包括內部行銷（internal marketing）、整合行銷（integrated marketing）、關係行銷（relationship marketing）及績效行銷（performance marketing）。該書也融入許多最新的行銷技術，例如智慧型手機的應用服務（APP）、社交網路媒體、關鍵字廣告、社群行銷、口碑傳播、RFID 等熱門行銷應用。

本文認為 Kotler 教授研究行銷多年，注意到近幾年的行銷環境有著巨大的波動，特別是在經濟、自然與科技環境上的變化，因此，該書充分地討論經濟衰退下的市場競爭狀態、消費者行為改變，以及因應蕭條環境的產品、定價、通路與推廣策略，並將許多與當代行銷環境及技術不再適用者都予修改或放棄，亦即沒有永遠有用的行銷策略，

⁶² Philip Kotler & Kevin Lane Keller, *Marketing Management, fourteenth edition*, New York: PEARSON, 2012, available at http://socioline.ru/files/5/283/kotler_keller_-_marketing_management_14th_edition.pdf, accessed on 10th September 2017.

行銷人員要勇於創新，關於本點值得本文參考。

(五) Snavelly 在 “Marketing in the Government Sector: A Public Policy Model.” 一文中，⁶³提到不同於企業和多數非營利組織，政府機構的政策和服務常由政府外圍的組織所決定，因此政府機構很難滿足相互衝突的目標，以及提供所有顧客所需的服務。另外，政府部門可透過管制行為來強制民眾順服或懲罰不順服行為，這種強制性行為對某人而言是一種負擔（如服役），但對另一個人而言卻是服務（國家安全的保障）。此外，政府的施政與作為應是為全體大眾謀福利，而非針對特定團體，當私部門為特定顧客服務是合理時，政府部門卻被要求為全民服務，因此政策行銷不只服務有需求的民眾或服務直接接受者，同時也必須包括廣大的民眾。最後，該文也提到民眾繳納的稅金與其所接受政府的服務數量沒有直接關係。

本文認為該篇將市場使用的行銷概念運用在政府部門上，而且詳細說明私部門和公部門執行行銷策略時的不同，及闡釋公共組織的特質和限制，值得本研究參考。

(六) 丘昌泰教授在《公共政策—當代政策科學理論之研究》書中，⁶⁴提及六點政策行銷的概念，認為公共政策的顧客具有不確定性、且因為公共政策內涵的複雜性，使得標的團體的態度與好惡不易掌握。公共政策的制訂，常是許多政府部門合作的產物，無法明確政策生產者是誰。由於影響民眾接受公共政策的因素甚多，政策行銷的效果常不易評鑑。此外公共政策也須注意社會的接受度，而政策行銷產品多為服務或社會行為等概念。

本文認為該篇承續 Snavelly 的概念，認為企業行銷和政府行銷的

⁶³ Keith Snavelly, Marketing in the Government Sector: A Public Policy Model, *American Review of Public Administration*, Vol. 21, No. 4, 1991, pp. 311-326.

⁶⁴ 丘昌泰，《公共政策—當代政策科學理論之研究》（高雄：巨流圖書股份有限公司，2005年）。

方式差異很大，政府必須以全民的福祉為目標，而企業行銷卻可以選擇特定的顧客，值得本文參考。

（七）吳定教授在《公共政策》書中，⁶⁵提到公共政策在執行政策行銷之前，必須清楚分析以下五點：環境分析、設定行銷目標、確立行銷策略、選擇行銷方法、執行行銷計劃。環境分析是指推動政策行銷方案，要對複雜、動態且多元的政策系絡進行環境分析，包含內部環境和外部環境。設定行銷目標是指究竟要向服務對象行銷什麼東西、採取什麼作為，或是要促成認知或行為或價值的改變等。確認行銷策略對於政府而言，可以更清楚地了解民眾的需求，進而制定有利於民眾的政策。據此吳定提出 7W（What、Whom、Who、When、Where、How、Why）理論。

本文認為該書清楚列出政策行銷必須考慮環境、目標、策略、方法和執行五層面或變項，並且提出 7W 理論，可以說很完整的將行銷策略具體化成研究標的，也是國內學者常引為參考的範本，值得本研究參考。

（八）Buurma 在 “Public policy marketing : Exchange in the public sector.” 文中，⁶⁶認為社會大眾之所以願意遵行政府制定的政策，原因在於其需要政府所提供的服務及維持社會安定的保障，因此政策行銷必須基於政府與民眾之間的交換價值，兩者間的交換方能達到政治上的治理。因此他提出適用於公共政策的交易過程模式。在第一階段中，民眾與政府的目的與需求不同，交換客體（價值）也有所不同，民眾需做出符合政策及法令的社會行為，政府必須制定政策工具。兩造雙方於第二階段進行價值交換，其最終目的在於達成合法的社會功能與

⁶⁵ 吳定，《公共政策》（臺北：五南圖書出版股份有限公司，2008 年）。

⁶⁶ Hans Buurma, Public policy marketing: Exchange in the public sector, *European Journal of Marketing*, Vol. 35, No. 11, 2001, pp. 1287-1300.

社會效果的出現，政策目標與民眾需求因而互相滿足。

本文認為該篇強調政府提供服務係基於政府與民眾之間的交換價值而來，嘗試帶入價值概念，引用類似市場價格機制，建立一套公共政策的交易過程模式，取代政府部門透過管制行為來強制民眾順服的說法，值得參考。

（九）Altman and Petkus 在“Toward a Stakeholder-based Policy Process: An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development.”一文中，⁶⁷提出以利害關係人為基礎之政策行銷模式。該模式的優勢是在於能在既有的基礎上，將利害關係人和政府的合作關係注入到政策決策過程中，促使機關內的每一項資源投入、人員活動、服務或產品的提供等等，都能有效地符合利害關係人的需求。如此，政策便能在有限的資源與能力上，透過協商與妥協以尋求政策相關議題的共識，進而制訂可行的策略。

本文認為該篇有別於過去認為公共政策的顧客具有不確定性，公部門服務對象不能如同私部門一樣只為特定顧客服務，該文則認為公共服務應以利害關係人為基礎進行政策行銷，如此提供的服務方能最符合利害關係人需求，值得參考。

（十）清水公一（Koichi Shimizu）在“Advertising Theory and Strategies.”書中首先於1973年提出4Cs理論，後來又於1979年發展為7Cs羅盤模型，提供對市場行銷本質更全面的探視。⁶⁸7Cs羅盤模型（7Cs Compass Model）包括企業（Corporation or Company）、商品（Commodity）、成本（Cost）、流通渠道（Channel）、交流（Communication）、消費者（Consumer）和環境（Circumstances），

⁶⁷ John A. Altman & Ed Petkus Jr., Toward a Stakeholder-based Policy Process: An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development, *Policy Sciences*, Vol. 27, No. 1, 1994, pp. 37-51.

⁶⁸ Koichi Shimizu, *Advertising Theory and Strategies, first edition (Japanese)*, Tokyo: Souseisha Book Company, 1989, pp. 63-102.

其中商品、成本、流通渠道、交流是分別對應 4Ps 的產品、價格、通路、促銷而來。

企業是透過市場行銷情報系統的訊息管理，讓企業高層制定正確的決策，以有效實行企業內部的行銷傳播。此外（C-O-S）很重要，也就是競爭對手（Competitor）、經營管理組織（Organization）、和利益相關者（Stakeholder）也應該被考慮進來。另外也要考量消費者的需求（needs）、想法、安全感（security）和教育（education），也就是對消費者進行教育，提供商品相關的知識訊息。最後也要考慮到環境因素，包含國內和國際的政治、法律和倫理環境及國際關係，以及自然環境、社會和文化因素、總體經濟環境等，⁶⁹7Cs 羅盤模型是一個合作市場行銷的工具。

本文認為該書以消費者的觀點探討市場需求，有別於過去行銷的研究通常以商品提供者的角度來思維，這樣的觀點對於本文具有很大的啟發，值得參考。

（十一）Lauterborn 在“Integrated Marketing Communications.”一書中修改 4Ps 模型，提出以消費者為導向的 4Cs 模型。⁷⁰也可說是以消費者為導向的 4Ps 模型，以更滿足大眾行銷的需要。簡言之，就是將 4Ps 中的產品替換為「消費者」（Consumer），重心轉為滿足消費者的需要。價格替換為「成本」（Cost），代替整個的所有成本。促銷替換為「交流」（Communication），代表比單純行銷更廣泛的目標。通路被替換為「便捷」（Convenience），因為網際網路的興起和購買的多種模式，傳統通路已經越來越不重要。便捷性還特別考慮到發現產

⁶⁹ Koichi Shimizu, *Symbiotic Marketing Strategy, fourth edition (Japanese)*, Tokyo: Souseisha Book Company, 2003, pp. 25-62.; 清水公一著，胡曉雲他譯，《廣告理論戰略》（北京：北京大學出版社，2005 年），頁 62-79；胡曉雲、張健康，《現代廣告學》（浙江：浙江大學出版社，2007 年），頁 353；Brian Solis, *Engage!: The Complete Guide for Brands and Businesses to Build, Cultivate, and Measure Success in the New Web*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2011, pp. 201-202.

⁷⁰ Don E. Schullz, Stanley I. Tannenbaum & Robert F. Lauterborn, *Integrated Marketing Communications*, Lincolnwood: NTC Business Books, 1993.

品訊息和相關其他因素。

本文以為該書同樣以消費者為導向修改 4Ps 模型，這樣的置換對於本研究提供更寬廣思考空間，說明了行銷人員應該視情況修正行銷模型，值得參考。

（十二）Booms and Bitner 在 "Marketing Strategies and Organizational Structures for Service Firms."⁷¹ 一文中提出 7Ps 理論，在 4Ps 理論基礎上，另外增加了人員（People）、環境氛圍（Physical evidence）和過程（Process）三項元素。本篇強調公司的服務人員與顧客在行銷過程中所扮演的傳遞和接受服務的角色，而且認知到顧客會在企業所提供的有形展示和氛圍中，如外觀、裝潢、擺設、配置等線索去評價服務品質，此外將服務或產品傳達到顧客手中的過程或所耗費的時間，也是影響服務品質的重要因素。

本文同樣修改 4Ps 模型，並且將外在有形物質環境因素考量進來，同時以消費者感受的觀點對行銷組合提出增修，說明行銷必須注重許多細節，尤其是以顧客為導向的概念，值得本文參考。

（十三）白峨嵋在《政策行銷之研究—以臺中市大肚區礮溪書院考生祈福活動為例》論文中，⁷²利用政策行銷方法來研究活動成效。該文將政策行銷歸納定義為：「公部門及人員對於公共議題所運用的行銷策略、工具及方法。政策行銷除在回應或滿足民眾需求外，其目的在於提高政策執行的成功機率，它是一種動態的管理過程。」該研究係以政策行銷 6Ps 理論與模式來檢視礮溪書院考生祈福活動之行銷策略，包括評析地方政府在辦理礮溪書院考生祈福活動中所操作之行銷模式，並探討活動在執行政策行銷時所面臨的困難與產生之問題，

⁷¹ Bernard H. Booms & Mary Jo Bitner, Marketing Strategies and Organizational Structures for Service Firms, paper presented in *Marketing of Services*, James H. Donnelly & William R. George, eds., Chicago: American Marketing Association, 1981, pp. 47-51.

⁷² 白峨嵋，《政策行銷之研究—以臺中市大肚區礮溪書院考生祈福活動為例》（臺中：東海大學公共事務碩士專班碩士論文，2012 年）。

而且以「吸引力」及「滿意度」構面為評斷，探討參加礪溪書院考生祈福活動之民眾對此活動政策行銷之關聯性。最後建構地方政府舉辦相關活動時可行的政策行銷模式，以供公部門在推動相關公共政策之參考。

本文認為該研究以政策行銷理論與模式來檢視活動成效，其實際操作模式可作為本人研究時參考，惟需修改為運用政策行銷理論來檢視政府政策推行的成果，值得參考。

二、長期照顧相關文獻：

(一) Kane and Kane 在 “Long-term care: Principles, programs, and policies.” 書中，⁷³認為長期照護 (long-term care) 是指「對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套醫療、護理、個人與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進其獨立自主的正常生活能力」。該文作者以自身社會工作教育者及醫生角度，試圖對長期照護做出編輯、回顧、分析與整合，而其目的就是希望吸引制定相關公共政策，特別是在財務支援上。該書廣泛談及長期照護的現況，包括長期照護的品質、如何獲得長期照護服務、以及成本等，並且提到居家和每日服務項目、社區機構、護理機構 (nursing homes) 以及其他相關組織。

本文認為該書是許多國內學者引用長期照護(LTC)一詞的濫觴。在此之前，長期照護與家庭護理 (home care) 定義不明確或各有人使用，雖然該文以 1980 年代當時美國社會為背景，但仍值得本文參考。

(二) Kane, R. L. 在 “Improving the quality of long-term care.” 文中，⁷⁴認為改變監督護理機構 (nursing homes) 的策略能夠改善長期

⁷³ Rosalie A. Kane & Robert L. Kane, *Long-term care: Principles, programs, and policies*, New York: Springer Publishing Co., 1987.

⁷⁴ Robert L. Kane, Improving the quality of long-term care, *The Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1995, pp. 1376-1380.

照顧的品質，針對評估工具 Minimum Data Set (MDS) 提出幾項具體建議。

本文認為該文以美國社會為例提出實務上的改善措施值得我國研究者加以注意，包括護理機構 (nursing homes) 並不是醫療處所，而是照料老人或病患的地方，而且通常是私人設立的，因此有必要做評鑑，而評鑑工具即 Minimum Data Set (MDS)，值得本文研究時先釐清。

(三) 林谷燕在〈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〉文中以德國為例，⁷⁵說明該國自 1995 年實施長期照護保險法，政策討論之初，因家庭結構改變、老年人口增加，家庭照顧需要費用龐大，以致許多家庭陷入貧窮，需依賴社會救助，使照顧議題成為眾所關切之問題；1994 年完成立法後，首先於 1995 年提供居家照顧，1996 年擴及於機構式照顧，之後持續強調居家照顧、在地老化、社區照顧及對失智症者的照顧。此外，德國有法定長期照護保險與私人長期照護保險制度，依據「長期照護保險依隨健康保險原則」來分屬法定或私人之長期照護保險保障對象。法定長期照護保險之保費費率是依據被保險人收入而定，而私人長期照護保險則建立在被保險人個人風險上，此外法定和私人的照護需求性之鑑定機構也不同。除上述不同之外，其基本原則、照護需求性鑑定程序、評估量表的使用與照護等級，以及照護給付等則為一致。

本文認為該篇以德國為案例，提供我國未來長照經費來源方式的建議，另有關老人長照與身心障礙長照經費來源是否分開處理等，也值得作為我國立法參考，是研究長照議題者所需持續關注的。

(四) 劉金山在〈從長期照顧政策發展趨勢論人力培育規劃之方

⁷⁵ 林谷燕，〈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》，第 1 卷第 1 期，2011 年，頁 1-46。

向〉文中，⁷⁶指出長期照顧人才培育之規劃，必須考慮文化因素與地域特性。我國現行對於長期照顧人力之規劃，並未具備完整性與統整性，而且分散在各項長期照顧計畫中，缺乏獨立的計畫來帶動，以至於社會各界對於其工作性質及職涯發展等均欠缺正確了解，也對有志人士的投入帶來阻礙。

本文認為該篇以文獻探討法針對我國現行長期照護人力之規劃提出建言，和吾人三個研究面向中其中一個面向相關，值得參考。

（五）黃志忠在〈台灣長期照顧政策及照顧服務人力發展之探討〉文中，⁷⁷指出老人照顧已成為台灣重要的社會議題之一。由於社會家庭結構功能改變，以往由家庭為主的照顧轉變為尋求外界專業照顧，因此對長照資源及人力需求與日俱增。該文從長期照顧概念及政策發展趨勢進行分析。

本文認為該研究結果符合台灣社會現況，而該文以政策發展趨勢進行分析的研究方式，值得參考。

（六）吳肖琪等人在〈我國長期照護相關法規之探討〉文中，⁷⁸詳細整理相關照護法規及行政主管體系，包括老人福利法、身心障礙保護法、醫療法、護理人員法、精神衛生法等，並比較英國、德國、日本做法，倡議制定長期照護法規。

本文認為許多法規在制定前有賴專業人士或相關團體倡議，之後形成共識成為政策，再由政府依政策目的來制定法規。因此對於研究者而言，往往立法過程中利益團體交互辯論過程更值得吾人思考，該

⁷⁶ 劉金山，〈從長期照顧政策發展趨勢論人力培育規劃之方向〉，《社區發展季刊》，第 142 期，2013 年，頁 304-316。

⁷⁷ 黃志忠，〈台灣長期照顧政策及照顧服務人力發展之探討〉，發表於《2016 年兩岸社會福利研討會》（臺北：財團法人中華文化社會福利事業基金會，2016 年），頁 193-206，取自 http://www.ccswf.org.tw/S_7100_detail.asp?booksn=20，檢視日期：2020 年 10 月 29 日。

⁷⁸ 吳肖琪等，〈我國長期照護相關法規之探討〉，《長期照護雜誌》，第 11 卷第 1 期，2007 年，頁 35-50。

文從法規面來探討長期照顧政策，值得參考。

貳、文獻評論歸納

現行研究中有以行銷方式研究政策者，⁷⁹也有以其他方式研究長期照顧政策者，⁸⁰惟尚無研究以政策行銷觀點來分析我國長期照顧政策者。有鑑於我國長期照顧政策越形重要，本研究嘗試以政策行銷觀點探討我國長期照顧政策問題，以呈現不同的政策結果，藉以發現可能的問題與解決方式。因此文獻回顧分政策行銷和長期照顧兩個部分分別探討，歸納上述文獻回顧及評論如下：

一、政策行銷部分

從文獻回顧中可以發現，行銷的工具或策略是因應實務需要而與時漸進的，從最初簡要的行銷 4Ps，不斷擴充和變化，而且採取不同的行銷工具或觀點時，將會得到不同結果。同理，政府政策的推行在運用不同的策略方式時，也會得到不同的成效，有時更能清楚呈現研究者所欲知的結果。

本研究根據以上文獻回顧及本研究需要，以 4 個政策行銷面向 (aspects)，外加考慮外部環境因素下，來探討長期照顧政策的問題，並依此作為訪談大綱的 5 構面 (criteria)，以期更完整及精準地描述出我國長期照顧政策之問題。

二、長期照顧部分

從文獻回顧中可以發現，有關長期照顧的研究，大致可歸納為政

⁷⁹ 如郭添漢，〈我國募兵制招募政策與作為檢視〉，《國防科技與管理》，第 1 卷第 28 期，2013 年，頁 117-132；顏家棟、李雪吟，〈桃園縣地方文化館傳播行銷策略與傳播效果之研究〉，《國際文化研究》，第 5 卷第 2 期，2009 年，頁 87-116；楊儒源等，〈強化政府機關政策行銷作法之探討-以小型車後座係安全帶為例〉，《國家文官學院 T&D 飛訊》，第 147 期，2012 年，頁 1-12；黃愛玲等，〈強化政府機關政策行銷作法之探討-以新北市政府稅捐稽徵處推廣地方稅網路申報為例〉，《國家文官學院 T&D 飛訊》，第 160 期，2013 年，頁 1-15；楊秀敏，〈政策行銷策略之研究：以限用塑膠袋政策為例〉（臺北：國立政治大學公共行政研究所碩士論文，2005 年）。

⁸⁰ 大致可歸納為政策規劃、內涵探討、法規探討、他國案例和實務研究等。

策規劃、內涵探討、法規探討、他國案例和實務研究等方面。⁸¹

由於早期長期照顧議題仍未受人注意，當時學者主要針對長期照顧內容加以闡述和說明；隨著國外先進國家陸續推動長期照顧政策後，國內研究學者開始引進外國案例作為研究對象並提供建言，而部分學者則以長期照顧相關法規做為研究對象。此外，隨著長期照顧政策的實行，越來越多研究開始著重實務面分析，例如引用不同研究方式或評鑑方法，對長期照顧人力需求、經費來源、照顧管理制度等進行重點研究。

總結以上，雖然國內學者曾使用政策行銷的概念來分析其他政策，但缺乏以政策行銷方式研究長期照顧政策者，因此本文嘗試使用政策行銷的概念來分析長期照顧政策，以期能從不同觀點發現可能存在的問題與解決方式。

本研究將運用政策行銷的 4+1 五個構面，以文獻分析法、深度訪談法、政策分析法蒐集研究資料，針對我國長期照顧政策進行分析，進而發現長照實施的困境與出路。本文歸納過去學者的行銷策略，整理出適合本研究之五個政策行銷構面（criteria）的操作性定義（operational definition），並據此設計訪談大綱，採用深度訪談法，並佐以政策分析法以探討台灣長期照顧政策。

五個政策行銷構面分別是「產品內容」（subject content）、「人力資源」（human resource）、「財務資源」（financial resource）、「形象宣傳」（image advocacy）與「外部環境」（external circumstances），如圖

⁸¹ 政策規劃如呂寶靜、陳正芬、李佳儒、趙曉芳，〈因應高齡社會之老人福利政策前瞻規劃〉（臺北：衛生福利部研究委託計畫，2014 年）；內涵探討如邱慈穎、陳雅美，〈長照整合機制概述〉，《長期照護雜誌》，第 22 卷第 1 期，2018 年，頁 1-5；法規探討如陳文炯、潘思璇，〈長照法人面面觀與立法建議〉，《會計師季刊》，第 273 期，2017 年，頁 49-54；他國案例如曾妙慧、呂慧芬，〈由社會福利政策綱領談日本社區整合性照護體系〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2013 年，頁 442-463；實務研究如張竣傑，〈從偏鄉社區照顧開展至整合照顧模式（BC）－以宜蘭縣大同鄉為例〉，《長期照護雜誌》，第 22 卷第 1 期，2018 年，頁 25-31。

1-3 所示。其操作性定義如下：

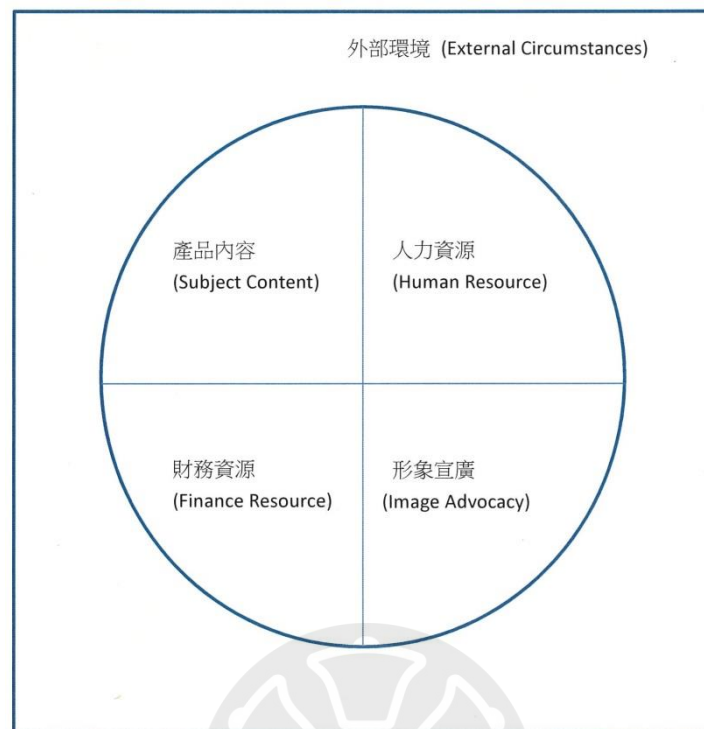


圖 1-3：政策行銷構面

資料來源：本研究者。

「**產品內容**」(subject content)：長期照顧的內涵。從服務提供者角度看包括長期照顧之背景與理念、提供服務之內容與範圍，設置管理制度或組織、人力教育訓練、其他國家成功模式、進而導引出政策制定之策略與方案等。以及從滿足消費者需要角度來檢視並作檢討與改進，包含需求者之需求 (needs)、想法 (wants)、安全 (security)、教育 (education)。概念近似 4Ps 組合的產品 (product)、或 4Cs 的商品 (commodity) 或「消費者」(consumer)。

「**人力資源**」(human resource)：長期照顧政策相關人員，含政府人員、提供服務之人員與機構、護理專業人力、接受服務之人員或眷屬。由於長期照顧政策主要在於提供專業人員服務，因此「人力資

源」概念涵蓋 4Ps 組合的部分產品 (product)、地點或通路 (place) 的概念，或者 Lauterborn 之 4Cs 理論的部分商品 (commodity) 及便捷 (convenience) 概念，或者清水公一 (Koichi Shimizu) 之 7Cs 羅盤模型的流通渠道 (channel) 概念，或者如 Booms & Bitner 之 7Ps 理論的人員 (people) 要素。

「財務資源」(finance resource): 指長期照顧政策服務提供者的財務以及需求者的給付，概念近似 4Ps 組合的價格 (price)、或清水公一 (Koichi Shimizu) 之 7Cs 羅盤模型和 Lauterborn 之 4Cs 理論的成本 (cost)，並分從提供者與需求者角度進行分析比較。

「形象宣廣」(image advocacy): 是對我國長期照顧政策中有關政策理念的宣導、機制內部的溝通、外部教育、形象行銷、口碑建立和成效分析之部分進行探討。概念近似商業行為中 4Ps 組合的促銷 (promotion)，或者在清水公一 (Koichi Shimizu) 之 7Cs 羅盤模型和 Lauterborn 之 4Cs 理論的交流 (communication) 概念，或者如 Booms & Bitner 之 7Ps 理論的流程 (process) 概念。

一個外部因素構面：

「外部環境」(external circumstances): 概念近似 Kotler 之商業行銷模式裡的環境因素和清水公一 (Koichi Shimizu) 之 7Cs 羅盤模型的环境 (circumstances)，包括人口因素 (不同城市、地區與國家的人口多寡、成長率、年齡分布、教育水準、家庭結構、區域特徵與遷移等)、經濟因素 (政策應顧及顧客的購買力、所得、物價水準、儲蓄、借貸等內容)、政治及法律環境 (政治及法律環境對長照政策的推行有極大的影響，此環境由法律、政府機構及社會壓力團體所組成的，社會中各種環境與人皆受其影響與限制，而這些法律與政治環境亦可為企業創造新的機會)、社會及文化環境 (影響對於長期照顧的

基本信念、價值觀和規範)。本文運用市場行銷中所慣用的優劣分析法(SWOT analysis)作為評估政策的整體分析,其中機會(opportunities)和威脅(threats)即為考慮外部環境因素下,對長照政策做出的評估。

參、研究架構

本文係將政府長照政策視為一項產品,運用行銷產品的概念來發現問題。研究首先根據文獻分析,選擇和定義4構面行銷組合,並考慮外部環境因素,模擬企業的市場問卷調查方式,以深入訪談法取得回饋資訊,再利用政策分析來總結政策結果。研究架構如圖1-4所示:

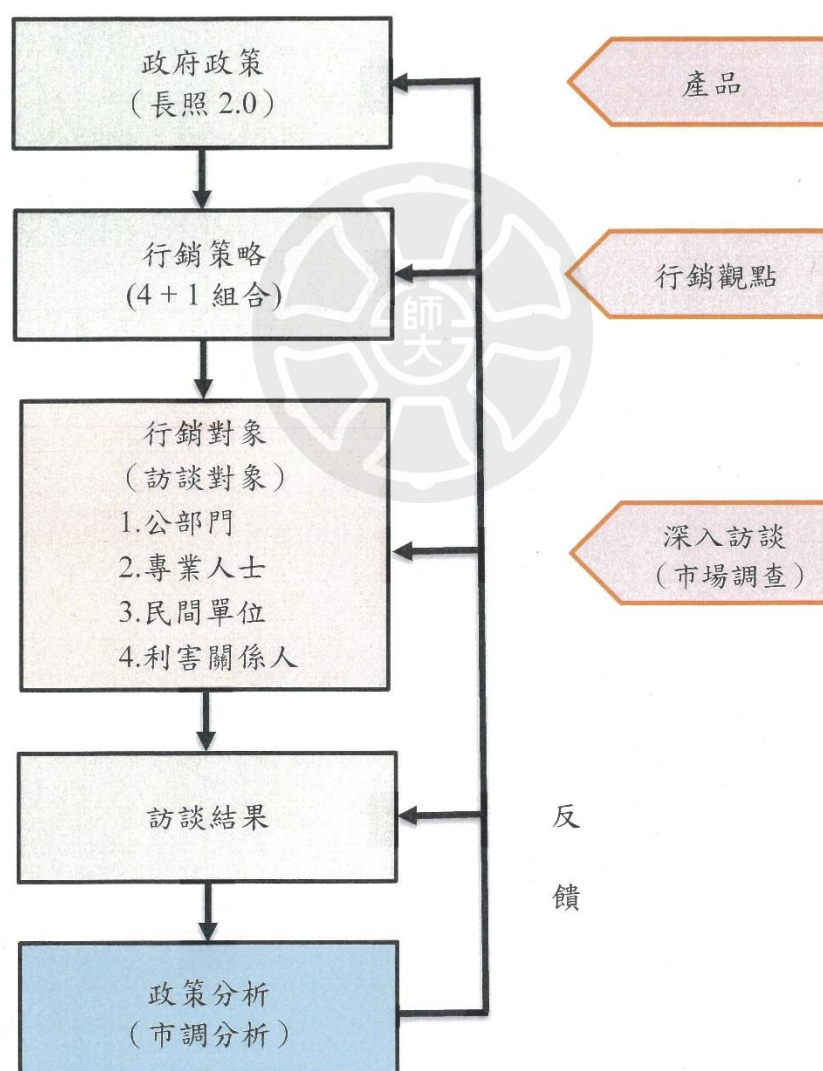


圖 1-4：研究架構圖

資料來源：筆者自行繪製

第五節 研究範圍與研究限制

為利於研究分析，本文將相關詞彙（terms）或涵蓋之時空、議題及對象先予明確界定，同時就所採用之研究設計可能導致推論上或效用上的侷限性加以說明。

本研究以政策行銷觀點來分析我國長期照顧政策。政策行銷的概念性定義（conceptual definition）是指，政府機關及人員採取有效的行銷策略，促使內部執行人員及外部服務對象，對公共政策產生共識或表示贊同的動態性過程。⁸²惟為利實務上研究進行，本文分從「產品內容」、「人力資源」、「財務資源」、「形象宣廣」的行銷組合（marketing mix）概念，在考慮「外部環境」情況下，來進行政策行銷分析，此為本研究中政策行銷之操作性定義（operational definition）。本文之研究範圍及研究限制分述如下。

壹、研究範圍

茲就本研究之時間、空間、議題和訪談對象等範圍說明。

一、研究時間

長期照顧政策自 2008 年開始實施，惟實施前即有不少相關論述，長照 2.0 則自 2017 年推動。本文從 2016 年著手蒐集資料、構思並草擬架構，主要以 2017 年 1 月至 2019 年 10 月之長照 2.0 為分析對象，為本研究之時間範圍。

二、研究空間

我國長期照顧政策適用於台、澎、金、馬，政策分析應及於全國各地，惟受限研究人力與時間，實際受訪人員僅台灣本島，包括都會

⁸² 丘昌泰、余致力、羅清俊、張四明、李允傑合著，《政策分析》（臺北：國立空中大學，2001 年），頁 317。

區與偏鄉範圍。受訪談人包含台北市、新北市、新竹縣、台中市、彰化縣、宜蘭縣等。

三、研究議題

本研究設定以行銷觀點來分析長照政策，嘗試引用商業慣用的行銷手段和角度來評判一項政策的優勢、劣勢、機會和挑戰等。這是以不同的角度來分析和批判政策，而非為了行銷政策。此外，長照政策內容繁雜，惟本文以行銷組合所形成之構面，其所呈現之範圍將涵蓋在內容意涵、人力資源、財務資源、形象宣廣和外部環境上，其他長照政策議題則不在本文討論之中。

四、訪談對象

長期照顧政策是適用於全國各地，惟受限研究人力與時間，實際訪談對象共計 14 人，涵蓋公部門、專業人士、民間單位、利害關係人四類別，包含副研究員、科長、助理教授、護理長、社工、督導、機構主管、眷屬等。⁸³

貳、研究限制

茲就本研究之樣本代表性限制、類推性限制說明。

一、樣本代表性限制

本研究在時間、經費、可行性和便利性考量下，以立意抽樣法選取深入訪談的對象，此方法雖適用以意見領袖、學者、專家或民意代表為徵詢意見的樣本，但抽樣難免會有樣本代表性（sample representativeness）的限制，無法完全代表母體現象。

二、類推限制

本研究在深度訪談上，因訪談大綱的指標、受訪者的配合度、訪談對象的代表性等，無法完全兼顧，可能導致研究產生偏誤與疏漏，

⁸³ 訪談對象參見本文附錄。

在解釋母體時出現類推（generalized）限制。例如，受訪對象都是以自己的價值觀來評論，因此會受到受訪者對議題的認知程度與情感上的因素所影響。此外受訪者可能受到與研究者間熟識程度的高低而在問題的表達上有所保留，未能暢所欲言，導致分析結果的偏誤。另外，實際受訪者包含台北市、新北市、新竹縣、台中市、彰化縣、宜蘭縣，因長照政策實施區域為整個台灣地區各縣市，可能存在南北差異或離島差異，亦可能出現類推限制。



第二章 政策行銷之學理分析

行銷 (marketing) 本來是企業管理使用的名詞，是藉由找出或預測顧客的需求，並滿足其需求的管理過程。¹行銷活動的公關、廣告、活動或者是事件行銷、置入性行銷，都是在建立或改變民眾的認知、了解、與行為。²而政策行銷的主要目的是要將政策的理念和內容告知給民眾，同時也需要使用合適的政策行銷工具，來說服與提供多元管道的溝通和對話，使民眾對於政府研擬中或者是已產出的政策產生認同並獲取支持。³政策行銷的最終目的是要提高政策執行成功的機率，達到滿足民眾需求或為民謀福利的目標。⁴由此可知，政策行銷之學理已有許多相關研究，本章將依政策行銷之理念、演進、模式與適用，逐節討論。

第一節 政策行銷之理念

公部門引進行銷概念前，著實有賴學者的相關研究，因此有必要先理解相關政策行銷的理念以及各學者的主張。

壹、政策行銷之理念

1990 年代以來，政府開始「師法企業」並引進企業經營的模式與效率，將政府組織再造。而政策行銷則是時代潮流下的產物，當民眾對於政府提供公共服務的需求孔急，以及所要求的服務品質越來越高之際，政策行銷觀念的建立、實施與具體作為的提出，無疑是回應和滿足民眾需求的一帖良方。⁵三十年來，隨著科技改變，許多行銷

¹ Adrian Sargeant, *Marketing Management for Nonprofit Organizations*, third edition, New York: Oxford University Press, 2009, p. 33.

² 汪子錫，〈警察機關整合行銷傳播運用研究〉，《通識教育與警察學術研討會論文集》（桃園：中央警察大學，2004 年），頁 125。

³

⁴ 吳定，《公共政策》（臺北：五南圖書出版股份有限公司，2008 年），頁 391。

⁵ 吳定，《政策管理》（臺北：聯經出版，2003 年），頁 302。

觀念也有諸多演進。在此，先就行銷與政策行銷的觀念加以釐清。

行銷部分，大多數的人想到的都是企業經營層面的行銷。根據 2013 年美國行銷學會（American Marketing Association; AMA）的定義，行銷是一項活動、一連串制度和過程，藉由創造、溝通、分配與交換供給品，達到消費者、客戶、合作夥伴與整體社會之價值。⁶企業與公共部門不同之處在於，企業所面對的是帶有自利動機並欲影響經濟行為的消費者，而公共部門則經常是出於公益動機而非經濟目的來從事行銷策略。⁷對於公部門來說，政府與民眾之間的交換關係並不是那麼直接且容易辨識，只有當政府部門必須為其所提供的公共服務訂出價格時，或者是公共設施與租稅之間可以辨識出政府與公民消費者的交換關係時才呈現。⁸此外，政府和公民之間的交換都具有重新分配的特質，並不能視為市場交換。⁹所以，政府的角色終究和企業不同，政府的目的是為了治理，而企業則是生產和分配服務。誠如 Philip Kotler 所言：「行銷不只是溝通，而是一種民眾導向的思維。」行銷是一種以消費者為中心的方法，用來傳達民眾的抱怨，改變他們的感受及提升政府機構自身的表現。¹⁰由上觀之，政府部門敞開本位立場，以民眾為導向的思維，是政策制定和執行政策時應該擁有的態度。

政策行銷部分，荷蘭學者 Buurma 認為政策行銷是透過可接受的

⁶ Original text: "Marketing is the activity, set of institutions, and processes for creating, communicating, delivering, and exchanging offerings that have value for customers, clients, partners, and society at large," approved by the American Marketing Association Board of Directors in July 2013, available at <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>, accessed on 10th September 2020.

⁷ 張世賢，《公共政策分析》（臺北：五南圖書出版股份有限公司，2005 年），頁 313。

⁸ 魯炳炎，〈政策行銷理論意涵之研究〉，《中國行政》，第 78 期，2007 年，頁 37； Also quoted from Lionel Titman, *Marketing in the New Public Sector (Marketing in the Public Sector)*, London: Pitman Publishing, 1995.

⁹ Anil Pandya & Nikhilesh Dholakia, An Institutional Theory of Exchange in Marketing, *European Journal of Marketing*, Vol. 26, No. 12, 1992, pp. 9-41.

¹⁰ 郭思好譯，《科特勒談政府如何做行銷》（臺北：臺灣培生教育，2007 年），頁 92；譯自 Lee Nancy R. & Kotler Philip, *Marketing in the Public Sector: A Roadmap for Improved Performance*, New Jersey: Pearson Education, 2007.

政策工具，要求社會行動者做出特定的社會行為，並由政府運用行銷交易的作為和社會行動者共同達成目標的整個配套之規劃和執行過程。¹¹而在公共政策領域裡，政府的顧客涵蓋公民、民意代表、民選行政首長和行政機關內相關政策制定者。¹²Buurma 進一步將運用到行銷的公共組織區分為四種類型。第一種類型是將行銷透過公共財貨和服務進入市場環境，也就是市場化（marketization）的概念，將公部門的活動轉移到私部門。¹³第二種類型的行銷是有助於促銷區域性的公共組織，例如城市行銷（city marketing）。第三種類型的行銷是公共組織與非營利組織透過行銷以增進己身利益。第四種類型的行銷則是為了達成政治目的而運用行銷工具以實現政策目標。¹⁴換言之，政策行銷可以說是政府機關提供讓市民需求得到滿足的行政服務，¹⁵或是以特殊方略或組織策略，讓民眾瞭解政策並予支持，¹⁶甚至是促使政府機關內部執行人員及外部服務對象，對於研議中或已形成之公共政策，產生共識或共鳴之動態過程。因此，政策行銷是建立在政府和公民消費者之間的交換關係，而且這種交換關係和傳統的市場競爭原則不同，必須要同時滿足私部門的市場交換和公部門的政策治理。¹⁷同時，公共組織應該依「顧客導向」將產出的政策視為對民眾的服務，¹⁸方為完整的政策行銷內涵。

由上可知，政策行銷的對象不限於接受公共服務的客體，還包括

¹¹ Hans Buurma, Public Policy Marketing: Marketing Exchange in the Public Sector, *European Journal of Marketing*, Vol. 35, 2001, pp. 1287-1302.

¹² Keith Snavey, Marketing in the Government Sector: A Public Policy Model, *American Review of Public Administration*, Vol. 21, No. 4, 1991, p. 319.

¹³ Hans Buurma, supra note 11, p. 1287.; Also quoted from David Chapman & Theo Cowdell, *New Public Sector Marketing*, London: Pitman Publishing, 1998.

¹⁴ Hans Buurma, supra note 11, p. 1287.; 中譯部分參魯炳炎，同註 8，頁 38。

¹⁵ 丘昌泰、余致力、羅清俊、張四明、李允傑合著，《政策分析》（臺北：國立空中大學，2001 年），頁 317。

¹⁶ 朱鎮明，〈政策行銷過程中政府與媒體互動之道〉，《立法院院聞》，第 23 卷第 10 期，2004 年，頁 49-58。

¹⁷ 魯炳炎，同註 8，頁 37。

¹⁸ 翁興利，《政策規劃與行銷》（臺北：華泰文化事業，2004 年），頁 210。

影響政策制定的團體、機關內部人員的溝通、對外的宣導說服，並且以顧客導向為政策產出之考量基礎，其目的都是希望透過政策行銷的方式將政策的理念和民眾的需求作結合，以強化社會大眾對於公共政策的接受度。

貳、政策行銷之定義

國內外許多學者透過對政策行銷的理念認識，提出各自對於政策行銷的定義，茲整理如表 2-1：

表 2-1：國內外學者政策行銷的定義

研究者	年代	政策行銷定義
Mokwa ¹⁹	1981	公共政策行銷是將組織視為行銷者，行銷對象則是人民，透過傳輸服務予人民或消費者，達致滿足人民或消費者的利益。
Snavey ²⁰	1991	由於公私部門的差異性存在，因此公部門在仿照企業運用行銷策略時，有必要加以修正，方能有效達到行銷目標並選擇有效的行銷工具模式。
黃榮護 ²¹	2000	以政府公關與行銷的角度來理解公部門行銷即是所謂的政策行銷。他的內涵是在政策形成後，消極的運用行銷方法傳遞訊息，並進而改變內外部顧客的想法以達成預期行為。
Buurma ²²	2001	政策行銷是政府和社會參與者進行一系列之計劃或執行過程之間的來回行為總稱，憑藉提出能令社會參與者滿意的政策，讓社會參與者從事所欲之社會行為或相關活動，進而讓政府和社會參與者雙方均達到共同目標。
翁興利 ²³	2004	將民眾視為顧客，而政策產出則視為民眾的服務，藉由

¹⁹ Michael P. Mokwa & Steven E. Permut, *Government marketing: Theory and practice*, New York: Praeger Publishers, 1981.

²⁰ Keith Snavey, *supra* note 12, pp. 311-326.

²¹ 黃榮護，《公共管理》（臺北：商鼎文化出版社，2000 年）。

²² Hans Buurma, *supra* note 11.

²³ 翁興利，《政策規劃與行銷》（臺北：華泰文化事業，2004 年）。

研究者	年代	政策行銷定義
		滿足顧客的需求提供服務，以建構出「顧客為導向」之公共組織。 政策執行人員必須扮演倡導性角色，將政策實施內容傳達給標的顧客群或利害關係人，並透過政策行銷機制與政策利害關係人進行對話，讓雙方得以互相理解需求。
張世賢 ²⁴	2005	政策行銷是公部門利用「行銷」的觀念與活動，促使公共政策獲得公眾的接受與支持。
吳 定 ²⁵	2006	政府機關及人員採取有效的行銷策略與方法，促使內部執行人員及外部服務對象，對研議中或已形成之公共政策產生共識。
蘇偉業 ²⁶	2007	以政策行銷的技巧促進公共政策與社會需求相互配合。公共政策行銷管理是要辨識預測及滿足公共需求，並以最少的權威手段來推廣及執行政策。
丘昌泰 ²⁷	2008	政策行銷是指藉由政策內涵的設計、包裝、宣傳、散播於民意市場的行銷方式，以認定與滿足民眾需求、強化民眾對於公共政策之接受度。
廖永柔 ²⁸	2016	政策行銷是政府和民眾在需求上溝通的管道。了解民眾的需求，用適切的方法傳遞其理念與服務給目標顧客，強化人民對於公共政策的接受度，達成政策目標。

資料來源：研究者自行整理，資料排序依時間先後。

綜合上述專家學者提出的政策行銷定義，本研究將政策行銷界定為：「政策行銷是政府基於民眾的需求，並以行銷的角度傳達政府的理念與服務給目標顧客，提升人民對於公共政策的接受度，並達成其

²⁴ 張世賢，《公共政策分析》（臺北：五南圖書出版股份有限公司，2005年）。

²⁵ 吳定，《公共政策辭典》（臺北：五南圖書出版股份有限公司，2006年）。

²⁶ 蘇偉業，〈政策行銷：理論重構與實踐〉，《中國行政評論》，第1卷第16期，2007年，頁1-34。

²⁷ 丘昌泰，《公共政策基礎篇》（高雄：巨流圖書股份有限公司，2008年）。

²⁸ 廖永柔，《跨域治理機制之政策行銷-以中臺區域合作發展平台為例》（臺中：逢甲大學公共政策研究所碩士論文，2016年）。

政策目標。」從表 2-1 政策行銷的定義來看，政府和民眾溝通的管道是透過公部門的行銷讓民眾知曉政府目前的政策，因此政策行銷有其必要性存在。學者吳水木提出三項理由，²⁹（一）「民主化」政府需要人民支持：由於民主政治以選舉為導向，政黨為了獲得政權，提出政策時必須考慮民眾的喜好並得到人民支持，因此需要進行政策行銷。（二）「專業化」政府需要人民了解：政府施政內涵越來越專業化，一般大眾難以了解，特別是涉及義務分攤的公共政策更需要民眾的理解。（三）「服務化」政府需要人民配合：政府是以公益目的而存在，因此政府組織應該以提供民眾優良的公共服務為準則，而為讓民眾了解政策內容與作為並加以配合，有賴透過政策行銷進行系統化宣導，方足以達成服務型政府的目標，提升公共服務的效率。

從上述三項理由可以看出，政府施政必須要朝著顧客導向的服務型態進行，才能確實回應民眾的需求，這也是目前政府須努力追求的目標。

第二節 政策行銷之演進

政策行銷的概念來自於 Kotler and Levy 所提倡的「行銷概念擴大化」，³⁰自此行銷觀念的應用不再限制於營利組織的行銷。企業的目標來自於提供產品滿足消費者的需求，而政府的行銷則是在於提供滿意的服務給利害關係人或團體。公共政策，即政府所行銷的產品，與企業謀求的目標實則相同。故學者主張公共組織也適用於行銷的概念，若將行銷觀念導入公共政策規畫與執行的過程中，將更有助於政策的執行。³¹由此可知，政策行銷的起源來自於企業行銷的概念，因此要

²⁹ 吳水木，〈政府行銷〉，《研習論壇月刊》，第 70 期，2007 年，頁 317-326。

³⁰ Philip Kotler & Sidney J. Levy, Broadening the Concept of Marketing, *Journal of Marketing*, 33(1), 1969, pp. 10-15.

³¹ 翁興利，同註 18，頁 216。

了解政策行銷必須先從企業行銷的角度出發來探討其演進。本節分就行銷概念之演進、公共政策之特質與功能兩項討論之。

壹、行銷概念之演進

管理學大師彼得·杜拉克（Peter Drucker）曾言，行銷的目的在於能夠瞭解顧客，進一步將產品或服務自我行銷，並且適合顧客的需求。³²也就是說，當顧客準備購買產品或者是將產品或服務準備就緒就是行銷。Kotler 從交換觀點將行銷定義為詳細說明計畫有關之分析、規劃、執行與控制，並與目標市場達成自願性價值交換，以完成組織目標；而這依賴大量目標市場之需求與組織所欲之供給，並運用有效之訂價、溝通、配銷，去周知、激勵與服務市場。³³而企業的行銷活動應在效能兼具效率及社會責任的行銷哲學引導下執行其任務，行銷哲學的演進過程包括生產觀念、產品觀念、銷售觀念、行銷觀念及社會行銷觀念。³⁴而澳洲學者 Dann 等人認為，現代市場行銷概念起源於 20 世紀，共有四個演進的階段，分別是 1900 至 1930 年代的「生產」（production）概念時期，1920 年代開始的「產品」（product）概念時期，1930 年代開始的「銷售」（selling）概念時期，以及起始於 1950 年代初期以來的「行銷」（marketing）概念時期。³⁵綜上可知，行銷的觀念是與時俱進的，以下針對行銷演進先後，即生產觀念、產品觀念、銷售觀念、行銷觀念說明。

一、生產觀念（production concept）

³² Original text: "The aim of marketing is to know and understand the customer so well the product or service fits him and sells itself," Peter Drucker Quotes, Brainy Media Inc, available at https://www.brainyquote.com/quotes/peter_drucker_154444, accessed on 10th September 2020.; 中譯部分參見孫本初、傅岳邦，〈行銷型政府的治理模式：政策行銷與政策網路整合的觀點〉，《文官制度季刊》，第 1 卷第 3 期，2009 年，頁 26。

³³ Philip Kotler, *Marketing for Nonprofit Organizations*, Delhi: Prentice-Hall of India, 1982, p. 6.

³⁴ 張緯良，〈企業概論：掌握本質創造優勢〉（新北：前程文化，2015 年），頁 103；Philip Kotler 著，方世榮譯，〈行銷管理學〉（*Marketing Management*）（臺北：東華書局，2003 年），頁 23-24。

³⁵ 魯炳炎，〈「以議題為中心，以政策為本位」：是行銷政策還是政策行銷？〉，《T&D 飛訊》，第 132 期，2011 年，頁 1-21。

生產觀念為企業最早使用的企業經營理念之一，其假設消費者偏愛價格低廉及方便購買的產品。在早期供給相對不足、賣方競爭有限的條件下，廠商的經營任務在於改善生產技術及大量生產。因此企業組織管理階層主要目標是達成高生產效率、低生產成本和普及的配銷，企業會將大部分的注意力集中在生產而非銷售或行銷上。此種情況發生於產品需求大於供給時，消費者目的在於獲得產品，而不在意產品特色；有時，當企業產品成本過高需降低成本以擴大市場時，也會採取生產觀念的經營理念。

二、產品觀念 (product concept)

產品觀念是以產品為中心，透過提高或改良產品質量或功能來吸引顧客購買的經營理念。產品觀念認為消費者要求品質、機能及具有創新特色之最佳產品，因此企業組織管理階層致力於製造精良的產品並不斷加以改良。廠商若抱持產品觀念，通常容易以為品質最高、功能最多之商品，必為市場上永遠成功之產品，以致只專注於產品品質和功能的改良，導致行銷短視症 (marketing myopia)，³⁶而忽略外在環境與顧客真正需求的變化。

三、銷售觀念 (selling concept)

廠商因大量生產產品，造成市場供過於求，為吸引消費者購買產品，需運用各種銷售技巧與手段，達到銷售(sales)及促銷(promotion)目的。銷售觀念假設消費者對購買會抗拒或有惰性，認為需對消費者及企業採取積極促銷活動，才能促使其購買。企業在產能過剩時往往會採取銷售觀念，目的在於銷售企業產品，而非關注顧客實際需求，此時著重於創造銷售交易，而非與顧客建立長期有益的關係。因此，

³⁶ Theodore Levitt, Marketing Myopia, *Harvard Business Review*, 1960, pp. 1-15.; Also see *Harvard Business Review*, 2004, available at [file:///D:/Users/hp400g3/Downloads/Marketing%20Myopia%20\(3\).pdf](file:///D:/Users/hp400g3/Downloads/Marketing%20Myopia%20(3).pdf), accessed on 10th September 2020.

廠商的目標在於賣出所製造的產品，而非製造符合市場需要的產品，只求達成短期銷售目的，無法建立長期顧客關係。

四、行銷觀念 (marketing concept)

行銷觀念強調由消費者的立場出發，經由消費者需求的了解，發展出產品和服務，來滿足消費者的需求。³⁷主張透過市場調查、主動購買、顧客導向、消費者導向，以較競爭或更有效方式滿足顧客需求。哈佛教授 Theodore Levitt 指出銷售與行銷觀念的對照，銷售著重於滿足賣方的需求；行銷則著重於買方的需求。銷售是依賣方的需求將其產品轉變成現金；行銷則藉由產品及經由創造、運送與最終消費整個事件的組合，來滿足顧客的需求。³⁸行銷觀念興起於 1960 代中葉，許多企業在經營上認知到雖然能更有效的生產產品，且人員推銷與廣告活動也已密集施作，但是卻無法擔保消費者購買其產品。從而，企業逐漸發現必須瞭解消費者需求，方能生產滿足消費者需求的產品。於是，行銷不在於為公司的產品尋找消費者，而是為消費者尋找合適的產品。美國學者 Kotler 教授指出，行銷是一種社會性與管理性的過程，而個人與群體可經由此過程，透過彼此創造及交換產品與價值，以滿足其需要與慾望。³⁹行銷的核心理念是「滿足顧客需求」，在今日顧客導向的時代，行銷更顯得特別重要。

除了一般所認知的企業行銷之外，行銷的觀念也逐漸放大。例如，由於外在環境改變，社會開始要求企業在追求利潤之外，必須恪守某些經營理念。企業在滿足個別消費者需求時，也必須同時顧及消費者及社會長期利益，由此擴大了舊有的行銷觀念，稱為社會行銷觀念。

³⁷ 張緯良，同註 34，頁 103。

³⁸ Philip Kotler 著，方世榮譯，《行銷管理學》(Marketing Management) (臺北：東華書局，2003 年)，頁 24。

³⁹ 信明堂、張志強、曹俊喜、方世榮，《企業概論》(臺北：五南圖書出版股份有限公司，1997 年)，頁 325。

⁴⁰此外，還有許多新興行銷觀念被學者提出。

綜上所述，行銷就是人們為了要掌握契機滿足彼此所需，所進行的一種有計劃性的交換行為。⁴¹總體來說，從行銷的演進來看，行銷已經從企業本體的行銷，轉變為將社會整體公共利益考量進去的社會行銷。而企業過去傳統的產品製造與銷售模式，也轉變為有效整合資源的經營方式。

貳、公共政策之特質與功能

另一方面，對於公部門是否適用於行銷概念，有賴對公共政策有別於商業決策的特質與功能進行分析與了解。因篇幅有限，本節各列舉一位國外、內學者代表為例說明。

一、Keith Snavelly 從公共組織角度描述政策行銷之特質：⁴²

（一）政府機構對於政策目標與標的顧客之選擇有限

政府機構的政策和服務，經常由政府外圍的組織或團體所影響，這與民間企業或多數非營利組織不同。立法部門與行政部門在利益團體、民意代表、司法制度、行政機關相關幕僚和一般大眾相互影響下作出決策。由於政府機構缺乏單獨選擇政策、服務、顧客的控制力，因此政策產出很難滿足所有的目標，或提供滿足標的顧客所需的服務。

（二）政府機構具有促使民眾成為消費者的權威

公部門被賦予強制顧客接受服務的權威，可以透過管制行為來強制民眾履行，甚至以懲罰手段達到民眾履行義務。不過 Keith Snavelly 也提及，要界定規範是一種服務的觀念並不容易，因為規範是一種服務，另一方面也是一種負擔，例如，人民被徵召入伍、納稅和遵守交

⁴⁰ 林梓芸，《臺中市政府對身心障礙鑑定與需求評估新制之政策行銷研究》（嘉義：南華大學國際暨大陸事務學系公共政策研究碩士班碩士論文，2013 年），頁 18。

⁴¹ Philip Kotler & Gerald Zaltman, Social Marketing: An Approach to Planned Social Change, *Journal of Marketing*, Vol. 35, 1971, p. 4.

⁴² Keith Snavelly, *supra* note 12, pp. 311-326.

通法規。以繳納健保費而言，對某人而言是一種負擔（繳納保險費），對另一個人而言卻是一種服務（享受醫療服務）。

（三）政府施政目標非僅限於特定群體

原則上，政府的施政與作為，應以全體民眾謀福利為考量，而不能僅針對特定團體；但在實際運作上，許多政策卻是為了服務特定團體而制訂，例如長照政策，即針對失能或老人而制定。公共服務的本質使政府部門面臨巨大挑戰，因為行政機關經常需要幫助政治人物輸送公共利益，以強化其與選民之間的關係，而政治人物則會著眼於參選時選民或壓力團體的支持或贊助。然而，民選官員或行政官員仍被要求應以公共利益的觀點作出行動，亦即政府的所為必須符合公益性及正當性。相對於私部門為特定顧客服務是合理時，政府部門卻被要求要為全民服務。因此，公部門行銷需關注廣大公眾的目標，行銷不只服務有需求的民眾或服務直接接受者，同時也包括廣大的民眾。

（四）民眾納稅與接受政府服務沒有對等性

由於政府移轉性支出，造成納稅人所繳納的稅金，與接受政府的服務，沒有直接關聯性，這和私部門間進行交易時存在對價關係不同。換言之，政府部門的交換（exchange）不同於市場交易，市場交易的關係是建立在直接付費購買物品或服務的關係，直接選擇並滿足需求；公部門的交換，民眾雖尋求滿足個人的需求，但其關係是建立在社群的價值上，政府是為廣大的公共利益提供服務。

二、國內學者丘昌泰等也提出六點政策行銷的特點：⁴³

（一）顧客標的不確定性

公共政策的標的顧客不易鎖定，在政策行銷的執行上會遭遇困難。公共政策的對象包含與政策直接相關的利害關係人，另外還有很多是

⁴³ 丘昌泰等，同註 15，頁 320-322。

潛在顧客，不論是政策利害關係人或是潛在顧客，對政策行銷而言都具有不確定性。

(二) 標的團體態度不甚明顯

公共政策內涵的複雜性，使得標的團體的態度與好惡不易掌握，民眾對於某項公共政策的態度，常是喜惡參雜，即使採取民意調查，民調結果也很難確定標的團體的真正態度。

(三) 生產者不確定性

公共政策的制訂，常是許多政府部門合作的產物，例如：行政、立法、司法等部門；此外，政策的制訂尚且受到地方政府、利益團體、選民、專家學者、一般民眾、輿論等因素影響，要明確界定真正的政策生產者並不容易。

(四) 行銷策略與行銷目標間的因果關係不甚確定

影響民眾接受公共政策的因素甚多，無法確定是否為政策行銷的策略奏效，政策行銷的效果常不易評鑑。

(五) 公共政策必須注意社會的接受度

由於公共政策的影響和牽涉層面較廣，政府所提出的政策必須考慮民眾的接受度，配合適當有效的政策行銷策略，方可達到政策預期目標。

(六) 政策行銷產品多為服務或社會行為

政策行銷所要推廣、促銷的產品，多半為抽象的服務或社會行為、觀念，但政策行銷亦提供有形產品的服務。

綜合上述國內外學者說法可以發現，企業行銷和政府行銷的方式差異很大，政府必須以全民的福祉為目標，而企業行銷卻可以選擇特定的顧客。

第三節 政策行銷之模式

行銷策略的運用在政策行銷上占非常重要的角色，為了使政府的政策得以順利推動，便需要建構完整的行銷策略。以下列舉數個代表性行銷模式進行介紹，最後綜合介紹各行銷工具組合。

壹、代表性行銷模式

本文就代表性行銷學者所提出之行銷模式說明，分別為商業行銷模式、公共政策行銷模式、策略性政策行銷模式、策略性規劃模式、政策行銷交換模式、利害關係人行銷策略。

一、商業行銷模式

E. Jerome McCarthy 提出行銷組合 4Ps（產品、價格、通路與促銷）策略，成為私部門行銷重要工具。對於企業行銷的 4Ps 能否適用於公共政策行銷中，學界觀點不一，其中一派認為公共組織與企業組織的同質性多於異質性，故傳統行銷概念及 4Ps 也可通用於政策行銷領域，以 Kotler 為代表。⁴⁴Kotler 根據 4Ps 提出一套商業行銷模式，如下頁圖 2-1 所示：

Kotler 提出 4Ps 商業行銷內容分述如下：⁴⁵（一）產品：包含「實體產品」（physical goods）、服務、活動、地點、人物、組織、資訊、理念（ideas）等。（二）價格：包括產品費用、貨幣性與非貨幣性誘因（monetary or nonmonetary incentives）、貨幣性與非貨幣性懲罰（monetary or nonmonetary disincentives）等。（三）通路：包含實體地點、電話、傳真、郵件、行動單位（mobile units）、得來速（drive through）、網路、視訊、宅配到府、消費者購物、用餐與消磨時間的

⁴⁴ Philip Kotler, *Marketing Management, sixth edition*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1988, p. 76.

⁴⁵ Philip Kotler & Nancy R. Lee, *Marketing in the Public Sector: A Roadmap for Improved Performance*, New Jersey: Pearson Education, 2007, pp. 46, 74, 93-97, 151-157.; 孫本初、傅岳邦，〈行銷型政府的治理模式：政策行銷與政策網絡整合的觀點〉，《文官制度季刊》，第 1 卷第 4 期，2009 年，頁 34-35。

場合與公用電話亭、自動販賣機等「配銷管道」(distribution channels)等。(四) 促銷：包括廣告、公共關係、特殊場合、直效行銷、印刷物品、特殊促銷品項、招牌、人員溝通管道及大眾媒體等。

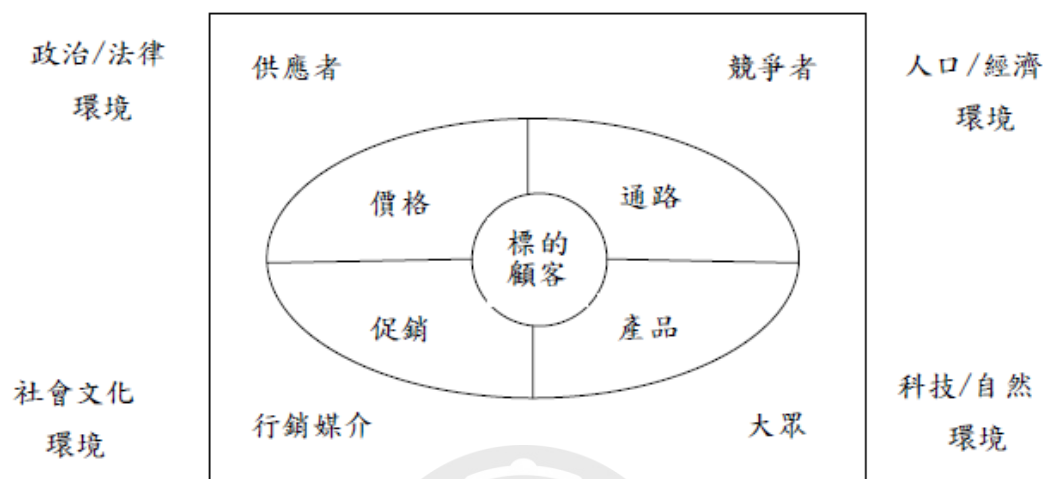


圖 2-1：商業行銷模式

資料來源：Philip Kotler, *Marketing Management, sixth edition*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1988, p. 76.; 中文圖示引用自孫本初、傅岳邦，〈行銷型政府的治理模式：政策行銷與政策網絡整合的觀點〉，《文官制度季刊》，第 1 卷第 4 期，2009 年，頁 27。

除了 4Ps 之外，還包括環境因素的概念，⁴⁶如（一）人口環境：因為有市場才有行銷，市場是由人所組成的，所以行銷人員首先注意到的環境因素為人口環境，包括不同城市、地區與國家的人口多寡、成長率、年齡分布、教育水準、家庭結構、區域特徵與遷移等。（二）經濟環境：行銷最終要達到組織及其利害關係人獲益的目的，因此行銷要瞭解顧客的購買力，在經濟體系中的購買力則與當期的所得、物價水準、儲蓄、借貸及可用的信用能力有很大的關係，顧客所得與支出型態的主要趨勢為行銷人員必須瞭解的內容。（三）自然環境：行

⁴⁶ 孫本初、傅岳邦，〈行銷型政府的治理模式：政策行銷與政策網絡整合的觀點〉，《文官制度季刊》，第 1 卷第 4 期，2009 年，頁 28；Philip Kotler 著，方世榮譯，頁 171、176、179-182、185-186；Keith Snavey, *supra* note 12, p. 313.

銷人員必須掌握自然環境所帶的威脅與機會，包括原料短缺、能源成本遞增、汙染程度日益嚴重及政府在環境保護所扮演的角色改變。

(四) 科技環境：行銷人員必須仔細注意科技發展的趨勢，包括科技改變的步調加速、無限量的創新機會、差異極大的研究發展計畫預算及科技變動的管制增加。(五) 政治及法律環境：政治及法律環境對行銷決策有極大的影響，此環境由法律、政府機構及社會壓力團體所組成，社會中各種環境與人皆受其影響與限制，而這些法律與政治環境亦可為企業創造新的機會。(六) 社會及文化環境：社會及文化環境塑造了一個人的基本信念、價值觀和規範，並且往往在不知不覺中吸收了世界的觀點，並以此界定了對自己、對他人、對自然界及對宇宙的關係。

商業行銷模式主張傳統商業行銷概念非常適用於政府部門，企業的 4Ps 的行銷組合亦可適用於政策行銷中，政府應依照目標對象的需求與特性來設計行銷模式與策略，以獲得所期望的結果。

二、公共政策行銷模式

企業行銷中的 4Ps 能否適用於政策行銷中，有一派學者卻認為公共組織與企業組織的異質性多於同質性，因此無法全然適用，以 Snavelly 為代表。Snavelly 指出：「公共部門的屬性在於政府機關具有合法的權威可強迫民眾成為政府的顧客或是服務的接受者；政府進行服務的分配活動時，其目的並非讓特定團體受益，而在使全民受益；民眾繳納的租稅與其是否接受到或所接受到服務的種類與多寡，並沒有直接的關係；對於政策目標與標的團體之選擇，政府機關只掌握有限的控制能力」。⁴⁷由此可見，公私部門組織的特性確實有所不同。

由於政府政策絕大多數是服務或社會性行為，而非有形產品，且

⁴⁷ Keith Snavelly, supra note 12, pp. 316-318.; 魯炳炎，同註 8，頁 45。

其所受到的限制又較私人企業為多。大體而言政策行銷具有消費者不確定性、標的團體傾向不甚明顯、生產者不確定性、行銷策略與行銷目標之間因果關係不甚確定性、必須注意社會的可接受性、多為服務或社會行為而非有形產品等的特殊性質。⁴⁸因此欲將商業行銷概念融入公共政策中，必須考量公共組織與企業私人組織所處的環境不同，企業行銷模式有必要加以修正才可適用於公共政策行銷中。因此，Keith Snavelly 考量公部門與私部門的性質不同下，將 4Ps 的概念擴大為服務、告知與教育、成本、人力資源、法定權威、政策分析，亦即將服務取代產品、告知與教育取代促銷、成本取代價格與通路（通路也是服務成本的一種），再加上人力資源、法定權威及政策分析三種工具，提出有別於一般企業行銷模型的「公共策行銷模型」（Public Policy Marketing Model）。⁴⁹如下頁圖 2-2 所示：⁵⁰

從圖 2-2 可以發現，Sanvelly 的公共政策行銷模型最外圈是宏觀的整體社會環境，在針對目標顧客提供服務的核心前提下，公部門的公共政策應以社會區隔（segment of society）為出發，並提供及分配重要資源以滿足各標的顧客的需求。⁵¹以下將對公共政策行銷模型作詳細探討：

（一）微觀環境、宏觀環境

政策行銷的環境分為微觀環境（micro-environment）和宏觀環境（macro-environment）。微觀環境是影響政策的主要社會力量，包含了政府機關、選民、利益團體及一般大眾，是政府直接面對的環境。宏觀環境則是公共政策最外圍的部分，包含技術/自然環境、人口/經

⁴⁸ 丘昌泰等，同註 15，頁 320-322。

⁴⁹ Keith Snavelly, *supra* note 12, p. 320.

⁵⁰ 林佳慧，〈公部門政策行銷策略之研究〉，《T&D 飛訊》，第 133 期，2005 年，頁 9。

⁵¹ 翁興利，同註 18，頁 212；房書平，〈政策行銷策略之研究-以臺中市新社花海〉（臺中：國立中興大學國家政策與公共事務研究所碩士論文，2005 年），頁 36。

濟環境、當前政治環境、社會文化環境。⁵²這些微觀和宏觀環境因素都能導致政策成敗，因此公部門從事行銷活動時，必須了解政策所處的整體外部環境，方能隨時掌握環境脈動，保持敏銳性，進而正確回應顧客的需求。

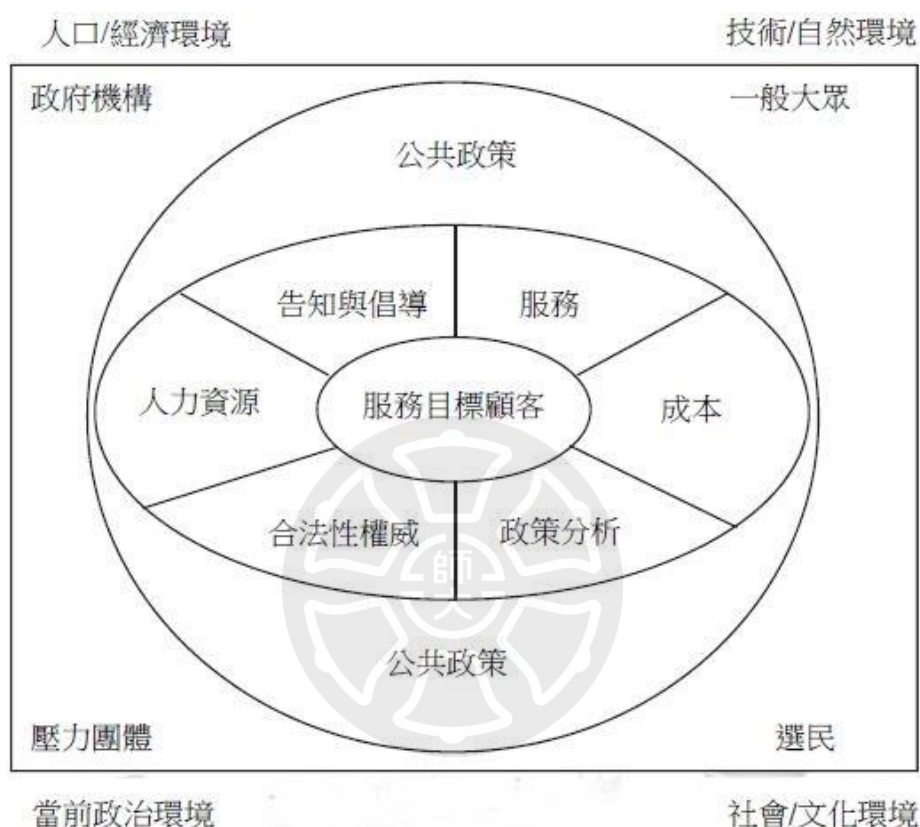


圖 2-2：公共政策行銷模型圖

資料來源：Keith Snavey, Marketing in the Government Sector: A Public Policy Model, *American Review of Public Administration*, Vol. 21, No. 4, 1991, p. 320.; 本圖轉引自林佳慧，〈公部門政策行銷策略之研究〉，《T&D 飛訊》，第 133 期，2005 年，頁 9。

（二）行銷管理的工具

企業使用 4Ps 行銷組合來評估和制定行銷策略，但在政府機關中，Sanvely 將傳統 4Ps 行銷組合修改成增加「人力資源」、「合法性權威」和「政策分析」，另外，產品被「服務」所取代，價格與通路被「成

⁵² Keith Snavey, supra note 12, p. 323.; 楊晴宇，〈台北市垃圾費隨袋徵收政策行銷之研究〉（臺北：私立中國文化大學政治學研究所公共行政組碩士論文，2003 年），頁 48。

本」所取代，促銷被「告知與倡導」取代。

（三）服務的/控管的顧客（service/ regulatory customers）

服務與目標為政策行銷的核心位置，不同於企業行銷的目的主要是在於追求利潤的極大化，因此顧客意涵也有所不同。公共政策制定中的機構顧客(agency customers)有二種類型：政策執行目標的公民，以及公共政策的形成者，如立法者、民選行政官員、其他行政機構等。⁵³由於政策制定過程中，上述人員或團體、機構均可能涉及政策產出，進而影響政策成敗，因此政策推行時，不獨追求民眾的認同與支持外，還應尋求政策運作過程中之相關人員的配合與協助，才能順利達成政策目的。

三、策略性政策行銷模式

以國內學者吳定為代表，認為對於政策執行者而言，民眾服從政策的程度越高，政策執行的阻力就越小。因此如何在政策制定後，說服民眾配合政府政策，至為重要。吳定認為公共政策在執行政策行銷前，必須清楚分析五點，包括環境分析、設定行銷目標、確立行銷策略、選擇行銷方法、執行行銷計劃，⁵⁴如下頁圖 2-3 的運作過程，內容分別為：

（一）環境分析：推動政策行銷方案，首先要對複雜、動態且多元的政策系絡環境分析。所謂的政策環境包含內部環境和外部環境，內部環境指的是對組織內部的分析，包括使命、目標、SWOT 分析等；外部環境包含組織所面對的文化、經濟科技、政治法律等因素。

（二）設定行銷目標：設定行銷目標時應考慮 1.向服務對象行銷什麼東西：理念、產品、政策或服務？2.要服務對象採取作為或不作為的「順服」措施？3.要促成服務對象的認知改變？行為改變？或價

⁵³ Keith Snavey, supra note 12, p. 319.; 孫本初、傅岳邦，同註 46，頁 42-43。

⁵⁴ 吳定，《公共政策》（臺北：國立空中大學，2004 年），頁 400-402。

值改變？⁵⁵

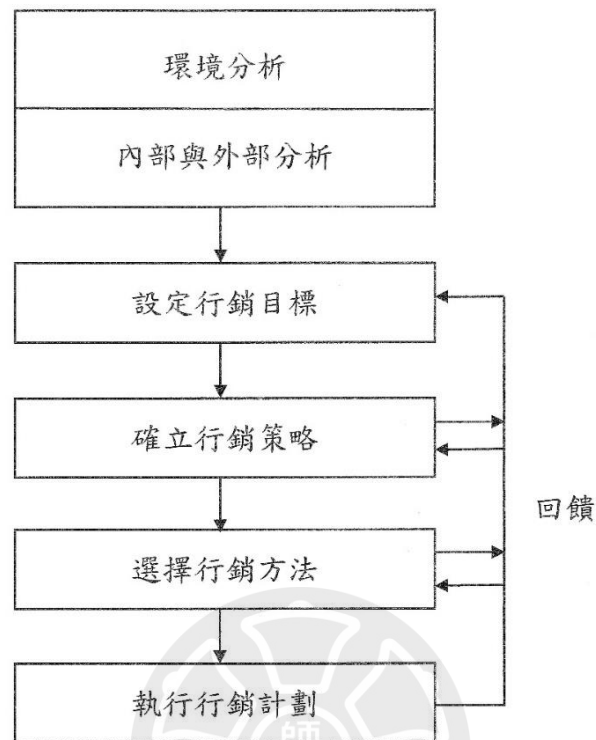


圖 2-3：策略性政策行銷之運作過程

資料來源：吳定，《公共政策》（臺北：五南圖書，2008 年），頁 398。

（三）確認行銷策略：行銷策略對於政府而言，可以更清楚的了解民眾的需求，進而制定有利於民眾的政策。政府的功能就是服務民眾和增進民眾的福祉，因此政府的公共政策要能夠有效的傳達給民眾，就有賴於政策行銷的彰顯。前章提及吳定所提出之 7W(What、Whom、Who、When、Where、How、Why) 理論，⁵⁶可說已為相當完整的行銷策略。

（四）選擇行銷方法：確認行銷目標後，依據行銷對象、時間、地點、人力以及經費等因素做綜合性考量，選擇最適切的行銷方法，

⁵⁵ 孫本初、傅岳邦，同註 46，頁 39；吳定，同註 54，頁 400-401。

⁵⁶ 吳定，同註 54，頁 400-402。

進而影響民眾對此政策或活動的接受意願。對此根據行銷方法的執行成效，回饋修正意見給政府，重新設定行銷目標，視為一種循環的策略性政策行銷過程。

（五）執行行銷計劃：當政策行銷計劃擬定完全後，就由執行機關及相關人員付諸執行，對此根據政策行銷執行結果回饋修正意見，重新設計行銷目標、行銷策略、行銷方法，為一個策略性的政策行銷過程。

四、策略性規劃模式

由於政府機關在本質上是公民所擁有，社會上潛在的顧客對於公部門在公平、反饋及課責方面，會有高出於私部門的期待。⁵⁷具體上，公私部門組織在目標、訂價以及績效評估上會有所不同。⁵⁸因此，以行銷為導向的政府機關，針對不同群體的不同需求，其所需要提供的公共服務也各有不同，⁵⁹遂因應而生策略性規劃模式。

策略（strategy）是組織為達成組織目標，運用本身的能量或結合外在因素，對外在環境做持續性的衡量或評斷，以制定出最佳化之資源利用或整合的過程，以創造出永續性的競爭優勢（sustainable competitive advantage）。策略性規劃則是將策略應用在組織上，將外在環境因素加入考量，藉以建立組織目標和所處環境中的定位，其中以 John Crompton & Charles Lamb 為代表，在其出版之《政府行銷和社會服務》一書中，歸納了所有的行銷活動，提出策略性行銷規劃模式，⁶⁰採用策略性的思考方式，整體性與持續性發展公部門的行銷管理，這種結構性規劃的方法，行銷管理將更有效率。

⁵⁷ Charles W. Lamb Jr., Public sector marketing is different, *Business Horizons*, Volume 30, Issue 4, 1987, pp. 56-57.

⁵⁸ Charles W. Lamb Jr., *supra* note 57

⁵⁹ John L. Crompton & Charles W. Lamb Jr., *Marketing Government and Social Services*, New York: John Wiley & Sons, Inc., 1986, p. 14.

⁶⁰ John L. Crompton & Charles W. Lamb Jr., *supra* note 59, p. 44.

Crompton & Lamb 並將其整合為策略性行銷規劃模式，以策略性思考方式進行公部門的行銷管理，此模型主要的優點在於簡單明瞭，按表操課可免於忽略行銷時的步驟。策略性行銷規劃是一個連續性的過程，包含了以下步驟：分析巨觀環境、提出未來的機會與威脅、確立組織使命、確認目標、選定策略、發展行動方案、執行以及評估績效。⁶¹其提出的模型如下圖 2-4：

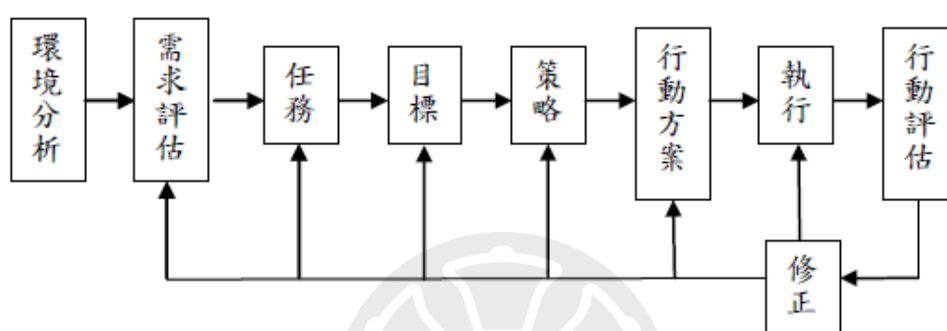


圖 2-4：Crompton & Lamb 策略性行銷規劃模式

資料來源：John L. Crompton & Charles W. Lamb Jr., *Marketing Government and Social Services*, New York: John Wiley & Sons, Inc., 1986, p. 44.; 本圖轉引自張世賢，《公共政策分析》（臺北：五南圖書出版股份有限公司，2005 年），頁 335。

此模式指出，行銷環境的分析與顧客需求的評估，為行銷資訊蒐集的工作，對這些資訊所做完善的評估，對於行銷規劃人員發展出良好的任務命題及設計出完善的組織行銷策略有極大的幫助。因為有限的組織資源無法一次滿足所有人員的需求，因此組織必須按照優先順序分配資源。首先確定將提供服務之標的團體，聚焦在這些標的團體的需求，並針對標的人口設計行銷的行動方案。

此一活動方案中，完善地規劃標的市場的劃分、需求的陳述、價格的策略、配置的策略、促銷的方式，以及所欲提供的服務品質，希

⁶¹ 林佳慧，同註 50，頁 12。

冀在執行階段能獲得最好的成效。最後，再評估行銷之程度，行銷計畫的完整程序於焉完成。⁶²此模式採行策略的思考方式，整體持續地進行著公共部門的行銷管理。

綜上可知，策略性規劃模式將行銷規劃視為一連續性的過程，注重政策行銷規劃活動的運作順序，從一開始環境評估至過程中的再修正八個步驟，將整個行銷規劃環環相扣。

五、政策行銷交換模式

Buurma 認為政府和公民之間的交換關係，有助於政府組織和個人目標的達成，因此政策的實踐應當和社會公民協力完成；政府制定政策、提供公共服務以影響公民的社會行為，而公民的社會行為則會促成社會效果發生。⁶³社會大眾之所以願意遵行政府制定的政策，原因在於其需要政府所提供的服務及維持社會安定的保障，因此政策行銷必須基於政府與民眾之間的交換價值，兩者間的交換方能達到政治上的治理。

Buurma 將公共組織所運行的行銷分為四種類型：第一種類型是透過公共財和服務進入市場、第二種類型是有助於促銷區域性的公共組織、第三種類型是公共組織和非營利組織透過行銷增進本身利益、第四種類型是為達成政治目的而運用行銷工具以實現政策目標。而第四種才是公共政策所欲實現之目標。⁶⁴因而，Buurma 於 2008 年根據 Koster 於 1991 年提出的交換模型，⁶⁵修改為 9 個行銷交換的一般性準則（general criteria），提出適用於公共政策的交易過程模式，如圖 2-5 所示。

⁶² 張世賢，同註 7，頁 335。

⁶³ Hans Buurma, *supra* note 11, pp. 1288-1289.

⁶⁴ Hans Buurma, *supra* note 11, p. 1287.; 魯炳炎，同註 8，頁 38。

⁶⁵ Koster 的交換模型主要有三個步驟：提供服務與要求服務、政策制定與政策順從、達成目標。參見 Kakhaber Djakeli & Tamar Jakeli, Health Reforms Need Marketing - Analyzing Current Georgian Healthcare Model through Reform Marketing Matrix (RMM), *Journal of Business*, Volume 5, Issue 2, 2016, pp. 13-14.

政策	交換主體	第一階段 交換客體 (交換)	第二階段 交換	第三階段 目標
政府政策	民眾(消費者)	符合政策與法令的 社會行為	 (產品組合價值) (交換作用價值)	合法的社會功能
	政府(供給者)	制定政策工具 (產品組合)		社會效果的出現

圖 2-5：Buurma 政策行銷交換模式

資料來源：Hans Buurma, Public Policy Marketing: Marketing Exchange in the Public Sector, *European Journal of Marketing*, Vol. 35, 2001, p. 1291.; 本圖轉引自林佳慧，〈公部門政策行銷策略之研究〉，《T&D 飛訊》，第 133 期，2005 年，頁 6。

政策的交換主體為民眾與政府，也就是市場中消費者與供給者。在第一階段中，民眾與政府的目的與需求不同，交換客體（價值）也有所不同，民眾需做出符合政策及法令的社會行為，政府必須制定政策工具。兩造雙方於第二階段進行價值交換，其最終目的在於達成合法的社會功能與社會效果的出現，政策目標與民眾需求因而互相滿足。⁶⁶由此可知，Buurma 強調政策工具的使用、政府與利害關係人共同達成目標、以及配套的政策規劃和執行過程。

六、利害關係人行銷策略

Salma Burton 依據不同利害關係人的需求來分析，提出以利害關係人為核心之政策行銷模式，所重視的是主要利害關係人與行銷策略選擇的關係，其內容分為三個部分：利害關係人分析（stakeholder analysis）、服務策略的確定（service strategy driven by stakeholder analysis）及影響利害關係人的策略（stakeholder influence strategy），⁶⁷其中利害關係人分析包括團體的需求及分析；服務策略的確定包括

⁶⁶ 林梓芸，同註 40，頁 41。

⁶⁷ Suzan Burton, Marketing for Public Organizations: New Ways, New Method, *Public Management*,

服務的組合、價格、標的區隔市場及產品和策略的定位；而利害關係人影響策略是指策略的關鍵訴求、形成的認知及所欲達成的行為目的。

⁶⁸如圖 2-6：

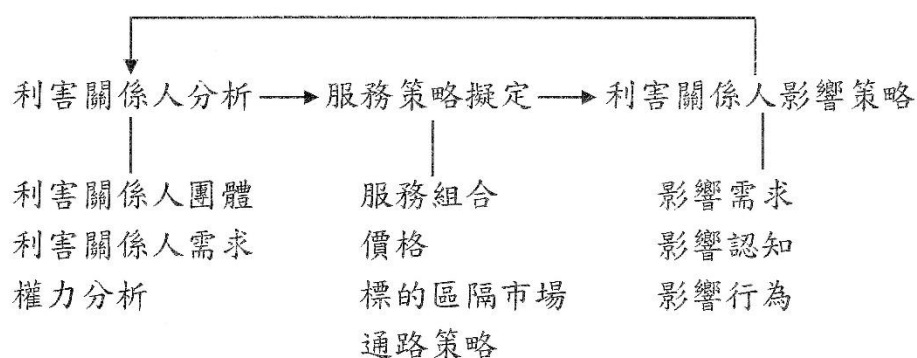


圖 2-6：Burton 利害關係人分析影響策略

資料來源：Suzan Burton, *Marketing for Public Organizations: New Ways, New Method*, *Public Management*, 1(3), 1999, p. 378.

Burton 強調一個好的公共行銷模式須有流程與步驟。第一，利害關係人的分析著重權力關係的分析，針對不同利害關係人影響力進行評估，有助於政策行銷者選擇某項促銷策略，進一步說服關鍵團體來支持其政策行動方案。第二，早期學者認為服務策略應該以最大化社會整體利益總和為選項，但這卻忽略了某些具有關鍵影響力的利害關係人可能會阻礙社會追求最大化政策方案的實行。因此經由利害關係人分析來選定服務策略，可獲得較高的成功機會。第三，公部門中的促銷角色經常被低估，事實上，公部門的產品或服務很少被促銷達到私部門的程度，因此影響策略分析在公部門扮演很重要地位，例如為推行一項不受歡迎的規定前，必須先分析不受歡迎原因，制定利害關

1(3), 1999, pp. 378-379.; 張世賢，同註 7，頁 339。

⁶⁸ 魯炳炎，《公共政策行銷理論之研究》（新北：韋伯文化國際出版有限公司，2007 年），頁 79。

係人影響策略，以改變公共意見。⁶⁹可見本模式強調影響政策行銷的因素，屬於微觀角度的政策行銷模式。

另一方面，Freeman 於 1984 年提出利害關係人的定義：「會影響或受到組織目標達成之影響的個人或團體」，而政策利害關係人的想法往往決定了政策執行的成效。為了使政策更契合利害關係人的需求，Altman & Petkus 於 1994 年提出以利害關係人為焦點的政策過程模式，⁷⁰如圖 2-7。

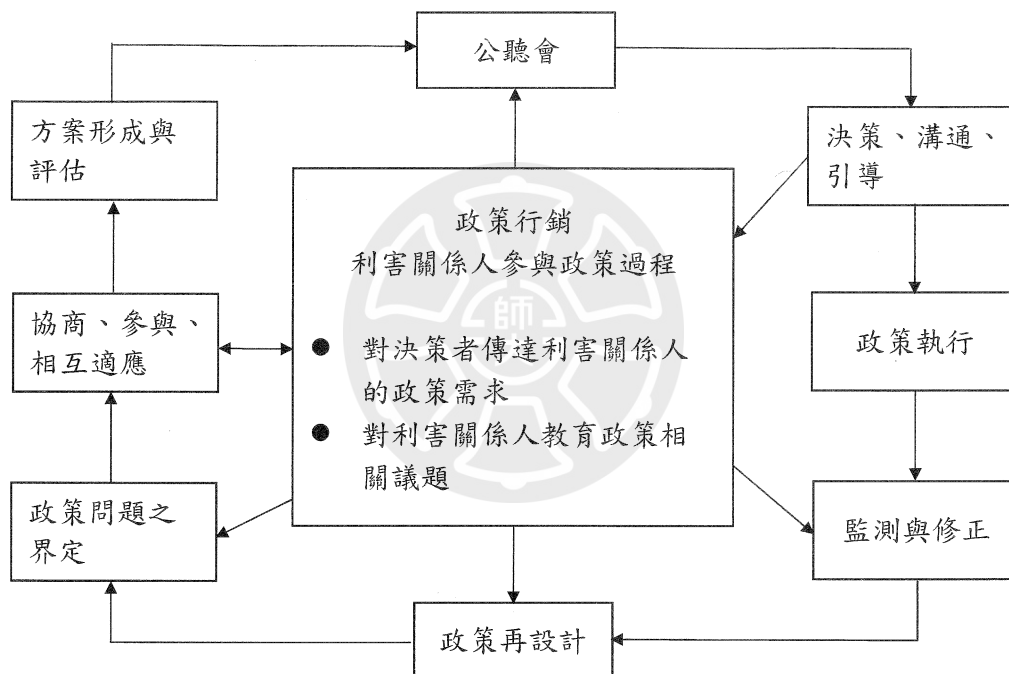


圖 2-7：Altman & Petkus 利害關係人為基礎政策過程

資料來源：修改自 John A. Altman & Ed Petkus Jr., Toward a Stakeholder-based Policy Process: An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development, *Policy Sciences*, Vol. 27, No. 1, 1994, p. 11.; 翁興利，《政策規劃與行銷》（臺北：華泰文化事業，2004 年），頁 239。

⁶⁹ Suzan Burton, *supra* note 67, pp. 378-380.

⁷⁰ John A. Altman & Ed Petkus Jr., Toward a Stakeholder-based Policy Process: An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development, *Policy Sciences*, Vol. 27, No. 1, 1994, pp. 37-51.

該模式的優勢在於能在既有的基礎上，將利害關係人和政府的合作關係注入到政策決策過程中，促使機關內的每一項資源投入、人員活動、服務或產品的提供等等，都能有效地符合利害關係人的需求。如此，政策便能在有限的資源與能力上，彈性衡估組織內外環境來進行政策行銷，透過協商與妥協以尋求政策相關議題的共識，進而制訂可行的策略。

該政策過程模式包括了八項政策行銷程序，分別為：⁷¹

（一）政策問題的界定

在日趨複雜的公共政策環境中，利害關係人出現各式各樣對自身政策需求的認知，更反應在政策問題認定中。就行銷觀點而言，此階段的主要任務是去確定和辨認利害關係人的不同需求，以助於接下來政策行銷程序的進行。

（二）協商、參與、相互適應

本模式的重點在於注重彼此參與和協商，強調雙向互動的溝通過程並了解相互需求。決策者可應用相關的行銷技術，如訪談、民調、市調、座談會、說明會、公聽會、輿論意見、顧客分析等，以降低政策發展的不確定性，使決策者可吸納正反各方的意見及訴求，發展迎合利害關係人需求的政策。本階段優勢在於主張積極協商，降低政策問題的紛爭，且在資料蒐集與溝通過程中，對於政策問題認定有極大的助益。

（三）方案形成與評估

歷經了第一和第二階段後，較能清楚地認知到政策問題的本質。本階段主要在形成政策方案，以行銷的觀點而言即是在決定產品的特質。換言之，決策者如果能在前兩階段有效掌握利害關係人的意向，

⁷¹ 王嫻淑，《教育政策行銷之個案研究—以台北市教育局精緻教育政策為例》（臺北：國立臺灣師範大學教育學系碩士論文，2006年），頁66。

規劃出符合民眾需求的政策，搭配「經濟誘因」和「配套措施」更可能攸關政策成敗。對決策者而言，提供利害關係人充分的自主性和選擇的彈性，以他們認為最有利的方式達成交換協議，能有助於利害關係人支持與配合、提升績效、降低成本及滿足各利害關係人的需求。

（四）公聽會

某些爭議性較大或涉及人民權利義務較大者，可以透過舉辦公聽會（public hearing）來理解民意，除了可提供利害關係人參與討論的機會，更可以對政策方案進行論證與批評。另一方面，就政策行銷的觀點，舉辦公聽會可以視為對政策草案的試探，或是一種「預先造勢」（Pre-launch publicity），藉由公聽會的設計，許多具有價值的意見可以回饋至決策者，而利害關係人也可以因此而受益。

（五）決策、溝通、引導

政策一旦決定，日後行政機關在政策執行上成敗的關鍵，即在於利害關係人對政策順服之高低。因此必須將決策、溝通與對利害關係人的引導納入同一步驟討論。但是在實際的決策中，此步驟實屬不易，因為政策效益通常不容易立即展現，而政策成本卻容易引起爭議；決策者真正的意圖，常會引人質疑，因此適當使用「教育宣導」可適時化解政策執行的阻力。在整體政策發展過程中，決策者可以透過教育宣導來影響民意，而且在態度上應是積極的引導，而非消極的資訊推銷，如此一來可以避免在政策資訊過多且複雜的情況下，扭曲了政策內涵，進而影響利害關係人對於政策制定的認知。

（六）政策執行

就政策行銷的觀點而言，此階段意義重大。第一：可以在政策全面實施前，進行小規模的「政策試辦」，及應用行銷的「市場測試」，以評估政策全面推動後的反應，藉此探索歧視和衝突的所在，以做預

先緩和處理。第二：政策宣導活動應更積極的持續進行，增加民眾印象並誘發必要的行為改變。第三：合法的服務與管制要與誘因相互適當使用，視當下個案的反應，持續地溝通協商，並計劃明確的配套措施，可以減少政策執行的阻力。

（七）監測與修正

以行銷的觀點而言，無論是在政策執行中或政策執行後，都應該透過反饋機制了解顧客意向或使用滿意度，俾據以作出修正。反饋機制是顧客認知自我需求達成之程度，決策者與各種不同的利害關係人對政策內容可能預期產生的影響，探討利害關係人內心的感受與滿意程度，以進行政策執行績效的實質評估。而政策修正應該回到「決策、溝通、引導」階段，若有其必要，甚至需要回到第三階段，始能對政策做更為精確的調整。

（八）政策再設計

政策執行與評估過程中，往往存在著舊有的問題尚未完全解決，而新的相關問題又產生，使得利害關係人進入到原本未解決的政策問題範疇中。為適應新的政策情境，政策勢必加以適當的調整，此時進行「政策再設計」的工作，顯然有助於回饋過程的完成。

貳、行銷策略組合

行銷學者 McCarthy 在 1960 年時提出了 4Ps 行銷組合 (marketing mix)，包括產品、價格、通路以及推廣。企業生產符合市場需求的產品，根據產品的價值制定價格，接著透過行銷管道（通路），最後促銷推廣活動，為最早提出的行銷組合。

然而，隨著時代的演進，傳統的 4Ps 行銷概念已經不敷時代所需，越來越多的學者開始提出新的行銷組合，例如 5Ps（產品、價格、通

路、促銷及人員)⁷²或 6Ps (服務、成本與價格、告知與教育、政策分析、法治權威、人員)。⁷³另一方面，Lionel Titman 認為傳統市場的行銷 4Ps 是著重在策略方案和措施的研議，他則提出政策行銷要素 6Ps，強調公共部門對於政策目標的陳述，以及政策資源的了解，因而增加計畫(plan)和人(people)兩個要素。⁷⁴另外，清水公一(Koichi Shimizu)和 Lauterborn 也以消費者觀點對傳統 4Ps 提出不同模型或行銷組合。茲將國內、外各學者之行銷工具整理如表 2-2：

表 2-2：國、內外學者行銷策略組合整理表

學者	年代	行銷策略組合
McCarthy ⁷⁵	1960	4Ps：產品、價格、通路、促銷
Koichi Shimizu ⁷⁶	1979	7Cs：企業、商品、成本、流通渠道、交流、消費者、環境
Booms & Bitner ⁷⁷	1981	7Ps：產品、價格、通路、促銷、人員、物質環境、流程
Alastair M. Morrison ⁷⁸	1989	8Ps：產品、人員、包裝、規劃、地點、推廣、合夥、價格
Robert Lauterborn ⁷⁹	1990	4Cs：消費者、成本、交流、便捷

⁷² Philip Kotler & Gary Armstrong, *Principles of Marketing, fifth edition*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1991.

⁷³ Keith Snaveley, supra note 12.

⁷⁴ 魯炳炎，《公共政策行銷理論之研究：應然面與實然面的對話》（新北：韋伯文化國際出版有限公司，2007 年），頁 74；Lionel Titman, *Marketing in the New Public Sector (Marketing in the Public Sector)*, London: Pitman Publishing, 1995.

⁷⁵ E. Jerome McCarthy, *Basic marketing, a managerial approach*, Homewood: Richard D. Irwin, Inc., 1960.

⁷⁶ 按清水公一(Koichi Shimizu)發展 7C 模型，並於 1979 年在日本商業協會和 1981 年在日經廣告研究所第 80 號公告上以日文發表，參見《wikipedia》，取自《wikipedia》，https://ja.wikipedia.org/wiki/7Cs_COMPASS_MODEL，檢視日期：2020 年 11 月 6 日；Koichi Shimizu, *Advertising Theory and Strategies, first edition (Japanese)*, Tokyo: Souseisha Book Company, 1989, pp. 63-102.

⁷⁷ Bernard H. Booms & Mary Jo Bitner, supra note 71.

⁷⁸ Alastair M. Morrison, *Hospitality and Travel Marketing*, New York: Delmar Publishers, 1989.

⁷⁹ Robert F. Lauterborn, *New marketing litany; Four P's passe; C-words take over*, paper presented in

學者	年代	行銷策略組合
Gary Armstrong ⁸⁰	1991	5Ps：產品、價格、通路、促銷、人員
Snaveley ⁸¹	1991	6Ps：服務含產品、成本取代價格、倡導與教育取代推廣、政策分析、法治權威、人員
Titman ⁸²	1995	6Ps：產品、價格、通路、促銷、計畫、人員
蘇偉業 ⁸³	2007	5Ps：產品、價格、通路、促銷、夥伴
魯炳炎 ⁸⁴	2007	8Ps：產品、價格、通路、推廣、探查、分割、優先及定位
丘昌泰 ⁸⁵	2011	6Ps：產品、價格、通路、促銷、夥伴、政策

資料來源：彙整自廖志軒，《政策行銷之研究-以台中市交通電子票證為例》（臺中：逢甲大學公共政策研究所碩士論文，2011年），頁34-35；白峨嵋，《政策行銷之研究—以臺中市大肚區磺溪書院考生祈福活動為例》（臺中：東海大學公共事務碩士專班碩士論文，2012年），頁27-28。

在政策行銷理論中，其中丘昌泰提出之6Ps可以說是核心概念，⁸⁶以下就6Ps說明：1.產品（Product）：在商業行銷方面，產品通常都是指有形的產品，除了實體產品外，還包含了品牌形象、品牌價值、質感、消費者認同等；相較於政策行銷的產品，它是比較容易被界定的。政策行銷的產品有可能是政策本身，也有可能指的是無形的社會

the Forum of Advertising Age, 1990, pp. 26-27, available at http://www.rlauterborn.com/pubs/pdfs/4_Cs.pdf, accessed on 6th November 2020.

⁸⁰ Philip Kotler & Gary Armstrong, supra note 72.

⁸¹ Keith Snaveley, supra note 12, pp. 311-326.

⁸² Lionel Titman, Marketing in the New Public Sector (Marketing in the Public Sector), London: Pitman Publishing, 1995.

⁸³ 蘇偉業，同註26，頁1-34。

⁸⁴ 魯炳炎，同註8，頁31-53。

⁸⁵ 丘昌泰，〈政府施政與民眾感受之間的連結器：政策行銷〉，《研習論壇月刊》，第129期，2011年，頁1-13。

⁸⁶ 參見丘昌泰，同註27。

觀念，也可能是一項服務。⁸⁷由於現今公共政策的環境日趨複雜，因此，就政策行銷的觀點而言，產品的主要任務除了要解決決策問題、達致政策目標外，也要確認和辨析利害關係人的不同需求，以獲得政策相關人員的支持。

2.價格（Price）：在商業行銷上，價格是考慮產品的各項成本，並加上利潤等因素而訂定。顧客是否願意購買產品，通常價格是考慮的重要因素之一，而企業也會根據市場狀況做調整。但是，公共政策並不涉及到價格的制定，因為民眾使用公共政策時不需付費。因此，政府部門所指的價格是民眾接受該政策所付出的有形與無形成本。

3.通路（Place）：通路對於企業來說是相當重要的，如果企業沒有適當的通路可以銷售產品，將無法使利潤最大化。但是公共部門不同，政府並非以營利為導向，因此，政府的通路是著重在如何服務最多的民眾。

4.推廣（Promotion）：推廣指的是對標的顧客進行有關產品與組織的告知與說服活動。推廣主要是將訊息傳達、教育、說服標的顧客採取符合期望的行為，因此政策行銷在推廣前，應先決定行銷訊息內容、政府所欲達到的期望值，再考量應該使用何種管道來傳遞。不同的政策產品，應以不同的方式推廣、運用不同的行銷工具。⁸⁸

5.夥伴（Partnership）：現今政府組織精簡的年代，政策行銷不再只是依靠政府的力量，而是需要和民間組織合作共同推動。同時，政府間的跨部門合作也很重要，因為同屬政府機關的人員都有執行政策行銷的責任，都是政府團隊的一員，須以資源共享來達成政策目標。

6.政策（Policy）：政策行銷所涉及的公共政策往往不是一個機關所能決定，因此，政策的內涵與主管機關都是政策行銷必須注意的對象。⁸⁹

⁸⁹政策內涵的形成必須藉由相關部會或機關，進行對公共政策的診斷、

⁸⁷ 蘇偉業，同註 26，頁 6。

⁸⁸ 白峨嵋，《政策行銷之研究—以臺中市大肚區磺溪書院考生祈福活動為例》（臺中：東海大學公共事務碩士專班碩士論文，2012 年），頁 30。

⁸⁹ 丘昌泰，同註 27。

分析、執行及評估，這是公共政策形成的歷程，也是推動政策行銷重要的一環。

綜上所述，可以發現學者分別提出許多行銷模式和行銷工具組合，因此有必要衡酌各模式及相關學者的研究方法，以提出本文研究之適用模式，於下節討論之。

第四節 政策行銷之適用

本節整理過去有關政策行銷相關研究，並綜合出本研究採行之研究方法，以及預期結果。

壹、政策行銷相關研究

茲列舉自 2003 年以來，本國學者有關政策行銷相關研究，及其所採行的研究方法與研究結果，如下表 2-3 所列：

表 2-3：政策行銷相關研究

研究者	時間	研究方法	研究結果
魯炳炎 ⁹⁰	2007	文獻分析	此研究認為政策行銷是政府機關或內部人員，為了貫徹政策之目標或促成特定社會行為，從而與民眾進行價值交換的關係之過程。研究者認為政策行銷的概念和市場行銷的概念並不相同，因為政策行銷源自於對社會議題的行銷，不若市場行銷專注在促銷或廣告層面上，某種層面來看，政策行銷是以宣廣政策議題為主軸，有可能需要牽涉不同公共組織相互配合以完成一項政策任務。特別需要注意的是，政策行銷有別於政府行銷或公部門行銷，因為後者為組織存在之目的所做的行銷。
蘇偉業 ⁹¹	2007	文獻分析	此研究欲探討公共部門行銷及社會行銷，並與

⁹⁰ 魯炳炎，〈政策行銷理論意涵之研究〉，《中國行政》，第 78 期，2007 年，頁 31-53。

研究者	時間	研究方法	研究結果
		個案討論	民主政治理論進行對話，藉此建立有別於政府行銷的獨立政策行銷理論。此研究認為「政策行銷」管理並非可以應用到所有公共政策領域，也有一定之侷限性。「政策行銷」的使用也受制於公共組織的特性及培養政策企業家之困難上。
陳敦源、 魯炳炎 ⁹²	2008	文獻分析 個案討論	研究者以台灣為研究主體，認為台灣已經是公共傳播為核心的民主時代。此研究認為當代公共管理者應具備政策行銷與管理的核心能力。理論面先探討政策行銷概念的緣起、內涵以及模式，實務面再以「政策行銷五問」的策略思考架構，配合個案探討公部門推動行銷應注意的焦點及可能作法。
丘昌泰 ⁹³	2011	文獻分析	過去政府採用「政令宣導」，缺乏政策行銷的觀念。如今政府必須運用政策行銷管理，方足以獲得人民對政策的支持。作者破解了公共政策行銷的短視病，闡述了政策行銷的重要性、作用、概念、原則以及步驟，並鼓勵政府進行政策行銷，因為這是世界各國努力的方向。
林佳慧 ⁹⁴	2005	文獻分析	此研究是要釐清行銷概念如何發展運用於公部門政策上，並從諸位學者理論的精華加以修正後，建立此研究的策略性政策行銷模式。
汪正洋 ⁹⁵	2006	文獻分析	地方行銷是為因應地區發展的困境產生的策略，強調由下而上的需求面發展模式，結合公、

⁹¹ 蘇偉業，同註 26。

⁹² 陳敦源、魯炳炎，〈創造共識：民主治理中的政策行銷管理〉，《研考雙月刊》，第 32 卷第 2 期，2008 年，頁 3-15。

⁹³ 丘昌泰，同註 27，頁 1-13。

⁹⁴ 林佳慧，同註 50，頁 1-10。

⁹⁵ 汪正洋，〈地方政府推動地方策略性行銷管理〉，《中國地方自治》，第 59 卷第 6 期，2006 年，頁 19-36。

研究者	時間	研究方法	研究結果
			私部門資源，考慮地方策略定位，鎖定目標市場的需求，主動進行有助於地方發展的行銷規劃活動。此研究在探討地方政府在財政壓力下，如何以行銷策略帶動地方經濟發展。
孫本初、 傅岳邦 ⁹⁶	2009	文獻分析	政府部門為增進民眾福利，需要適時採用行銷策略與方法，彙集民眾的意見，提高人民配合意願，進而提升資源效率，以強化政策執行的成效。作者參考市場行銷的概念，將政策行銷之原則、行動者、功能、工具、環境及模式等予以明確化，並引入羅德斯（Rhodes）的政策網絡理論，以政府的治理模式為基礎，整合出政策行銷與政策網絡理論，以建構涵括靜態與動態面的行銷型政府治理模式。
廖志軒 ⁹⁷	2011	文獻分析 深度訪談	以文獻分析法、深度訪談整合各利害關係之態度與意見，並運用 SWOT 分析與政策利害關係人策略進行分析。 政策行銷在制定行銷策略時，必須先考慮目前的環境優勢及困境，界定目標顧客，並且透過相關利害關係人進行合作，以達成政策目標。 研究發現行銷通路主要目的是希望能夠提供服務的最佳時機、持續時間與提供的頻率，如在適當的時間提供，才算是真正趨於顧客導向。 政府在政策行銷的推廣經常缺乏延續性，應以策略的方式，讓應該了解此政策的民眾真正接收到訊息。

⁹⁶ 孫本初、傅岳邦，〈行銷型政府的治理模式：政策行銷與政策網絡整合的觀點〉，《文官制度季刊》，第1卷第4期，2009年。

⁹⁷ 廖志軒，《政策行銷之研究-以台中市交通電子票證為例》（臺中：逢甲大學公共政策研究所碩士論文，2011年）。

研究者	時間	研究方法	研究結果
黃瓊瑤 ⁹⁸	2012	文獻分析 深度訪談	以內外部環境與行銷 4P 分析政策行銷，並了解政策內涵與執行方法。研究發現： 1.利害關係人對於長期照顧的需求性增加。 2.地方首長對於政策的支持與倡導，為政策行銷的最大優勢。 3.內部優勢：需求性增加、服務多元化、受到地方與中央支持。 4.外部優勢：組織改革後，有助於政策推動。 5.內部問題：城鄉差距、服務人員不足。 6.外部問題：國人習慣外籍看護及養護機構，降低政策的使用率。
楊晴宇 ⁹⁹	2003	個案研究 文獻分析 深度訪談	研究發現如下： 1.政策行銷過程採由上而下之模式進行，以行政高層作為主軸。另究其成功關鍵，以明確一致的政策目標、執行機關內部之階層整合、媒體對問題的注意、相關團體的支持態度、執行官員的領導技能與承諾等因素。 2.政策行銷工具為廣告、促銷以及人員推銷。 3.政策行銷策略由學者進行三項研究方案，針對產品、價格、推廣、通路等四項為藍圖。 4.注重行銷稽核，以民意調查、輿論、媒體訊息、電子郵件為政策行銷稽核基準。 5.善用經濟誘因作為工具。
林文祥 ¹⁰⁰	2007	文獻分析	結合政策執行與政策行銷的概念，並談到電子

⁹⁸ 黃瓊瑤，《花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究》（花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文，2012 年）。

⁹⁹ 楊晴宇，《台北市垃圾費隨袋徵收政策行銷之研究》（臺北：私立中國文化大學政治學研究所公共行政組碩士論文，2003 年）。

¹⁰⁰ 林文祥，《我國自然人憑證政策行銷之研究》（臺中：東海大學公共行政學系碩士論文，2007 年）。

研究者	時間	研究方法	研究結果
		深度訪談 問卷調查	化政府在運用政策行銷時的狀況： 1.政策的資源與本質會影響到執行機關與人員對於行銷的運用，進而影響到民眾的觀感，再影響政策的執行。 2.政策行銷是資訊回饋與執行現況回饋的持續動態。
胡敏琪 ¹⁰¹	2008	文獻分析 深度訪談	研究發現： 1.政策背景環境與目標深受國際、科技、政治、法律環境影響。 2.高層主管的支持是計畫順利推行的關鍵。 3.任務型編組方式活化組織彈性。 4.應重視行銷稽核活動，擬定具體可衡量的行銷目標與指標。 5.私部門協作影響重大。 6.加強對政策延續性的重視，以建立永續發展與執行機制。
黃榮源、 謝耀霆 ¹⁰²	2009	文獻分析	公共服務的主要目的在於創造公共價值。制定公共政策時應重視民眾的偏好選擇，以積極的行銷政策，獲取民眾認同。對於政策行銷而言，倡導和教育民眾的觀念會成為政策行銷成敗的關鍵。
劉怒忠 ¹⁰³	2012	個案研究 文獻分析 深度訪談	以 Snavelly 和蘇偉業提出的政策行銷模型為主體，研究結果發現在主動行銷的策略下，對志願役士兵招募的量有明顯的提升。

¹⁰¹ 胡敏琪，《行動台灣應用推動計畫政策行銷之研究》（臺北：國立臺北大學公共行政學系碩士論文，2008年）。

¹⁰² 黃榮源、謝耀霆，〈台北市節能減碳政策之研究：以政策行銷角度分析〉，《文官制度季刊》第1卷第4期，2009年，頁79-110。

¹⁰³ 劉怒忠，《我國招募志願役士兵之政策執行：政策行銷觀點之應用》（桃園：國防大學戰略研究所戰略與國際事務碩士班碩士論文，2012年）。

研究者	時間	研究方法	研究結果
廖以甄 ¹⁰⁴	2013	文獻分析 線上觀察 深度訪談	以文獻檢閱、地方政府機關網站的線上觀察以及深度訪談為研究方法，並以 web2.0 之特性：使用者參與、社群以及網路效應為行銷工具，並針對不同政策類型進行分析。研究結果發現： 1.縣市層級的政府機關在應用 web2.0 工具上無統一作法。 2.政府 web2.0 應用以民眾服務為主，政策行銷為輔。 3.整合多樣化的溝通管道為政策行銷之可行作法。 4.機關業務不同造成在 web2.0 應用上的差異。 5.政府組織不同於民間企業，不容易藉由網路活動吸引民眾關注。
謝佑晟 ¹⁰⁵	2013	深度訪談	以深度訪談法的方式從第一線人員了解市府自行車道規劃過程的做法與思維，並實際觀察自行車道的使用情況。臺北市自行車道未以政策行銷來協助推展，導致規劃與施行不如預期。
羅一貴 ¹⁰⁶	2011	問卷調查	探討桃園縣國小推動客語生活學校計畫的現況，研究結果發現： 1.政策行銷規劃的認知情形：創造者具政策理念的前瞻性及創新的概念，應再增強政策執行的貫徹性並強化平台的連結。 2.政策行銷執行的滿意程度：創造者政策的整體滿意度高，應有效整合資源，政策執行者

¹⁰⁴ 廖以甄，《政府應用 web 2.0 於政策行銷之研究-以臉書為例》（臺中：東海大學行政暨政策研究所碩士論文，2013 年）。

¹⁰⁵ 謝佑晟，《以政策行銷途徑評估臺北市自行車道政策-跨機關協力之審視》（臺北：國立政治大學公共行政學系研究所碩士論文，2013 年）。

¹⁰⁶ 羅一貴，《桃園縣國小推動客語生活學校計畫之成效—政策行銷的角度》（桃園：中央大學客家研究碩士在職專班碩士論文，2011 年）。

研究者	時間	研究方法	研究結果
			具豐富行政經驗。 3.政策行銷的困境分析：應在加強政策行銷管道的運用，並加強內部行銷。 4.政策行銷的因應與回饋：重視市場區隔的差異化行銷，強化人力資源運用；針對地域差異，採取不同的政策行銷策略。
高小筑、 謝奇任、 林心涵 ¹⁰⁷	2014	深度訪談 實地觀察	以 Snively 的服務、人力資源、政策分析及倡導與告知四項行銷組合要素作為研究分析，評估新竹市推廣國中小學全民國防教育政策在規劃與執行中所產生的問題，並以政策執行觀點檢視市府是否有效運用政策行銷協助政策推展。研究結果發現：新竹市政府未以政策行銷的角度經營政策推廣，而遭遇幾項困難： 1.國中小全民國防教育邊緣化。 2.國中小教師國防素養不足，行銷品質受影響。 3.採融入式教學，無法掌握宣導成效。 4.政策資訊傳遞未落實，導致政策推展困難。

資料來源：研究者自行整理。

從上述各學者對公共政策行銷相關研究之探討可知，不同公共政策行銷模式均有所適合之政策行銷類型，而研究方法主要依文獻分析和深度訪談法。然而，政府的政策行銷是和民眾息息相關的，如果要讓民眾得知政策的用意，就必須有效利用政策分析來達成，也是本研究另採用政策分析法之主要原因。

貳、本研究適用之政策行銷

本文以政策行銷觀點來分析我國長期照顧政策，牽涉人員繁多，

¹⁰⁷ 高小筑、謝奇任、林心涵，〈新竹市國中小學推展全民國防教育之評估〉，《軍事新聞論壇》，第2期，2014年，頁145-163。

包括公部門官員、專業人士、長照機構、長照服務受益人四類，詳細人員如中央機關主司長照政策人員、地方政府執行長照政策人員、長照學者、長照護理人員、長照社工、長照機構或相關基金會之主管、照管人員、照顧服務員、社工人員、長照服務使用人或眷屬等，都是政策制定影響人員。因此本研究參考適用利害關係人行銷策略，分別針對公部門、專業人士、民間機構、長照服務受益人之意見進行訪談和分析。

依據 Burton 認為利害關係人著重權力關係的分析，本研究之政策影響力由大至小依序為公部門、專業人士、民間長照機構、長照服務受益人，因此在評估訪談資料時，也會參考利害關係人影響力作為訪談參考依據，即當訪談內容衝突時，將以公部門和專業人士之訪談意見為優先，據以進一步對政策行動方案提供建議。

而在適用政策行銷組合部分，本研究依實際需求，分從「產品內容」、「人力資源」、「財務資源」、「形象宣廣」四角度著手，另外也考慮到外部環境因素對於政策的影響，增加「外部環境」成為本研究採用之行銷組合構面，依此行銷概念來進行政策行銷分析。在研究方法上，則使用深入訪談作為意見蒐集方法。總而言之，本文採用 4+1 政策行銷組合作為訪談大綱的構面，設計開放性問題，以半結構式深入訪談方式蒐集資料，佐以政策分析法，以探討台灣長期照顧政策在四面向上的成效與困境，分別於第三、四、五、六章中討論。

本文藉此行銷觀點探討台灣實施的長照政策 2.0 狀況。從政策行銷的理論來看長照政策，雖然面向並未完善，但是可以從微觀的訪談來看到巨觀的政策問題，對目前長照政策的現狀作一探討，希望讓讀者可以用更多元的角度分析長照政策，而非只從社會福利學的角度分析。

第三章 長期照顧政策之意涵

「有過照顧經驗的人都知道，如果沒有很大的耐心，即使是最親近的家人，也會感到辛苦。長期照顧是台灣許多家庭正在面臨的負擔。作為一個政治人物，我的責任就是提出問題的解決方案。」--蔡英文。

¹本章將探討長期照顧政策之制定過程及其內涵，包括瞭解長照政策之服務內容、其他先進國家有關長照之作法，進而梳理出我國長照政策之策略與展望。

第一節 長照政策之內容

本節就政策背景、長照服務範圍與內容、台灣長照 2.0 之服務內容說明。

壹、政策背景

「2017 年 5 月高雄市苓雅區一名照顧精障妹妹卅年的哥哥，當街砍妹妹的頭；6 月鳳山一名男子把中風的媽媽和哥哥餓死家中。」

²類似訊息來自每日隨手可得的報紙社會版新聞。

「身體硬朗的 90 歲陳老太太，自從丈夫過世後就開始過著獨居生活，雖然孩子希望接她去住，但由於左鄰右舍都是熟識幾十年的老朋友，大家都會彼此關懷照顧，且她總覺得『金窩、銀窩不如自己的狗窩』，孩子只好尊重其選擇。由於她本身罹患高血壓與糖尿病已有 30-40 年了，最近又有些輕度失智，要如何讓其安全、清潔、且健康快樂的生活在自己熟悉的家中呢？家人就想到長期照護管理中心，可以幫忙媒合相關的資源以提供服務。」³這是實際參與照顧者時常可

¹ 賴其萬，〈有一天我們都會變老，誰會照顧我們？〉，2010 年 5 月 1 日，取自《點亮臺灣》，http://iing.tw/policies/long-term_care，檢視日期：2017 年 8 月 25 日。

² 聯合報，〈地方執行率僅 64% 長照經費看得到用不到？〉，2018 年 3 月 30 日，取自《聯合報》，<https://news.housefun.com.tw/news/article/718317192051.html>，檢視日期：2018 年 3 月 30 日。

³ 邱啟潤，〈長期照護的本質與理想是什麼？〉，2014 年 4 月，取自《高醫醫訊》，<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/10304/7.htm>，檢視日期：2018 年 4 月 17 日。

以聽到的心聲。

上述二個案例都是長期照顧的實際需求者，一個是身心障礙者，一個則是針對廣泛的老齡人口而言，兩者都是長期照顧發展之環境背景。Butlery 最早於 1969 年曾以 ageism（年齡歧視）一詞來描述社會對於年老者的歧視，⁴衛生組織則將老年人享有「可獲得的最高標準的健康」（have to the highest attainable standard of health）視為基本人權，受到國際法的保護。⁵上述說明了從人文關懷的角度來建立長期照顧制度，以達到消除對年長者的歧視，其重要性正如同消滅性別歧視、種族歧視一樣重要。

隨著台灣社會變遷和醫療科技的進步，生育率與死亡率都出現了逐年下降的趨勢，整體人口結構朝向高齡化的社會邁進，使得台灣長期照顧的需求也逐年增加。根據行政院國家發展委員會的推估結果顯示，台灣已於 2018 年正式進入高齡社會，老年人口比率達 14.6%（343 萬人）；2025 年邁入超高齡社會，老年人口比率將達 20.1%（470 萬人）；2050 年，老年人口比率將達 36.6%（746 萬人）。⁶從以上數據可以看出台灣社會在 2018 步入高齡化社會，而政府的配套措施是否完善值得檢視。

總結言之，我國長照制度有四項危機，包括：1.照服員人力不足。政府雖積極培訓基層照服人員，惟供給仍不足以應付日益增加的需求，加上欠缺相關勞動條件的配套規範，導致許多照服員結訓後卻未正式進入長照系統。2.社區式照顧服務嚴重不足。我國老年人長期照顧與

⁴ Butler, Robert N., Age-Isms: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4, 1969, p. 243.; Nathan Stall, Time to end ageism in medical education, *Canadian Medical Association Journal*, 184(6), 2012, p. 728, available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314047/>, accessed on 11th October 2018.

⁵ World Health Organization, *World report on ageing and health*, Geneva: World Health Organization, 2017, p. 14, available at <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, accessed on 31st October 2020.

⁶ 資料來源參見國家發展委員會統計分析圖表彙編之人口推估，取自《國家發展委員會》，https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=695E69E28C6AC7F3，檢視日期：2020 年 9 月 7 日。

安養機構（含榮民之家與護理之家）總床位遠超過總需求，但是機構式受照顧老年人占總需求的 19.5%，比率遠低於歐美國家的 30%。形成機構式服務足夠，但社區式服務則明顯不足的現象。3.城鄉差距嚴重。長期照顧的資源分配並不平均，財政困難的縣市通常也反映了長照資源的不足。有些偏鄉地區因地理特殊，無法吸引專業長照機構或人員進駐，實無法將城市的補助標準或條件來統一規範，因此有必要針對區域差別，因地制宜，做出不同的補助規範和專業條件要求。4.政府預算有限。2015 年依需求推估長照經費需 110 億元，但政府只編列 48 億元，而過去七年間，長照經費總共僅編列 245 億元，平均每年僅有 35 億，編列嚴重不足，導致長照服務提供不足或不均，進而增加照顧者家庭的負擔。⁷上述為我國長照政策之環境背景。

貳、長照服務範圍與內容

長期照顧（Long-Term Care；LTC）一詞在國內不同領域的學者皆有不同的翻譯，社政領域翻譯為「長期照顧」⁸；醫療領域翻譯為「長期照護」。⁹內政部為了統一用語，於 2005 年正式將「長期照顧」制定為官方用語，以突顯此政策為照顧全體國民之意。¹⁰Kane & Kane 對長期照顧所下的定義為：「長期照顧係指針對喪失或無法擁有日常生活功能者，長期性的提供醫療、個人生活照顧與社會服務等措施，其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力。」¹¹為最早期對於長期照顧制度的看法與定義，惟這樣的定義卻將長期照顧的服務範圍限縮於身心障礙者。

⁷ 賴其萬，同註 1。

⁸ 謝美娥，《老人長期照護的相關論題》（臺北：桂冠圖書股份有限公司，1993 年）。

⁹ 吳淑瓊，〈人口老化與長期照護政策〉，《國家政策季刊》，第 4 期，2005 年，頁 5-24。

¹⁰ 內政部，〈老人福利〉，2018 年，取自《內政部》，<http://sowf.moi.gov.tw/17/94/index.htm>，檢視日期：2018 年 4 月 20 日。

¹¹ 衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 10。

依據前述 Kane & Kane 說明，長期照顧係指針對喪失或無法擁有日常生活功能者，提供長期性的醫療、個人護理和社會服務等措施。Kodner 提出長期照顧為社會照顧(social care)、健康照顧(health care)和護理照顧(nursing care)三大形體之綜合。¹²無論是慢性疾病、年老或意外導致長時間身心功能障礙，無法自理日常生活者，在一段時間內（至少 3 個月）提供一個綜合性、連續性的服務。服務內容包括疾病預防、診斷、治療、復健、生活照顧以及社會服務。¹³而其照顧服務應配合個案活動功能或自我照顧能力，以提供不同類型及程度的照顧措施，以保有個案自主、獨立及自尊的生活品質。

雖然早期台灣人民不特別著重在長期照顧這個名詞上，但是卻已經有了類似從事長期照顧服務的行為。¹⁴隨著時代的發展，長期照顧成為各國重視的議題，我國也開始關注並界定為「由於先天或後天因素，造成心智（心理）或身體（生理）的功能受到限制，時間持續至少六個月以上，致使無法獨立完成生活起居，需要他人協助行動、清潔衛生、飲食打理、醫療護理等事務，服務的目的是為了幫助受照顧者恢復及維持正常生活機能。」¹⁵可見初期長照服務對象的觀念仍以身心功能受限者為主。

針對長期照顧服務對象的概念，Weissert 於 1991 廣義地說明「包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且

¹² Dennis L. Kodner, Beyond care management: The logic and promise of vertically integrated systems of care for the frail elderly, in Martin Knapp, David Challis, Jose-Luis Fernandez & Ann Netten, *Long-term care: Matching resources and needs*, London: Ashgate, 2004, p. 102.

¹³ 曾淑英，《子女奉養態度、長期照護認知與費用之分析-以中部地區為例》（臺中：朝陽科技大學保險金融管理系碩士班碩士論文，2008 年），頁 6。

¹⁴ 許明瑾、謝滄洲、陳政華、何寬涓，《探討民眾對於老年長照的認知》（新竹：明新科技大學企業管理系畢業專題研究報告，2019 年），頁 6；轉引自詹火生、林青璇，《老人長期照護政策-國家干預觀點之分析》（臺北：國政研究報告：社會（研）091-018 號，2002 年）。

¹⁵ 李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉、與衛生署長期照護保險籌備小組，〈台灣長期照護保險之規劃與展望〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2013 年，頁 26。

此服務可在機構、非機構及家庭中提供」。¹⁶例如慢性病療養院、傷殘復健中心、安養院、護理之家，或是非機構式的家庭等。目的在於促使患者的生理、心理、及社會功能各方面維持最佳狀態。

根據經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development; OECD)指出，長期照顧乃是一個人伴隨身體或認知功能降低，導致需要長時間仰賴協助，以維持日常基本生活之一系列服務，例如吃飯、穿衣、洗澡、上下床(或椅子)、走動和使用浴廁等。¹⁷美國聯邦政府將長期照顧定義為「針對慢性病或精神病患所提供，包括診斷、治療、復健、預防、支持與維護等一系列的服務，其服務措施包含機構式與非機構式的照護，目的在提升或維持受照顧者最佳的身、心、社會功能狀態。」¹⁸我國衛生福利部則認為長期照顧係指「針對需長期照護者提供綜合性與連續性之服務；其內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以致社會性之服務；其服務對象不僅需包括病患本身，更應考慮到照顧者的需要。」¹⁹可見長照服務對象的觀念已經擴大到照顧者。

在實務運作上，為因應社會大眾對於老年生活安養及居住型態品質的重視，政府於1997年修正通過「老人福利法」，積極輔導未立案之安養機構合法化，機構式照顧乃成為長期照顧體系中重要一環，以滿足民眾對於安養、養護機構之品質要求。老人福利法的服務內容包含機構式與非機構式的服務，是對被照顧者，在一段長時間內，提供

¹⁶ 王秀燕，〈刻不容緩的議題－衛生福利部「長期照顧」資源網絡建構〉，《社區發展季刊》，第145期，2014年，頁113；引自吳淑瓊，《配合我國社會福利制度之長期照護政策研究》(臺北：行政院研究發展考核委員會，1998年)。

¹⁷ 黃志忠，〈台灣長期照顧政策及照顧服務人力發展之探討〉，發表於《2016年兩岸社會福利研討會》(臺北：財團法人中華文化社會福利事業基金會，2016年)，頁194，取自http://www.ccswf.org.tw/S_7100_detail.asp?booksn=20，檢視日期：2020年10月29日；OECD, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, 2011, available at <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884520.pdf>, accessed on 17th September 2019.

¹⁸ 劉金山，〈從長期照顧政策發展趨勢論人力培育規劃之方向〉，《社區發展季刊》，第142期，2013年，頁305。

¹⁹ 劉金山，同註18，頁305。

一系列包含醫療與生活照顧之綜合性與連續性服務支持系統；主要服務對象為居住在社區或機構中，且身體功能障礙需要依賴他人協助日常生活者，包括因疾病、傷害或衰老所引起的生理功能障礙或認知功能降低者，如診斷、預防、治療、護理、復健、支持性、維護性、以及社會性等一系列服務，並應具備人性化、社區化、多元性及連續性的要求。

隨著人口結構高齡化，長期照顧需求與日俱增，慢性疾病及功能障礙的年老者人數迅速成長，從而對健康醫療服務和長期照顧服務的需求也日益提高。為此，長期照顧人口不再侷限於老年人，其他如身心障礙者、慢性疾病患者、失智、失能者也包含在內。依據行政院主計處於 2000 辦理「戶口及住宅普查」報告顯示，當時推估台閩地區約有 33.8 萬人有長期照顧服務需求，其中屬 65 歲以上老年人約 18.2 萬人，占總需求的 53.9%，或佔全體老年人口 9.7%；²⁰又推測 2016 年時全人口中具有日常活動失能（ADL）或工具性失能（IADL）人數達 90 萬餘人²¹，顯示長期照顧需求問題不容小覷。

上述長期照顧的需求係依照各式功能狀態評估，例如以 Katz 之日常生活活動（Activity of Daily Living; ADL）評估身體功能障礙程度，包括穿衣（dressing）、吃飯（eating）、活動移位（ambulatory）、上廁所（toileting）、洗澡或梳洗個人衛生照顧（hygiene）；²²或以 Lawton & Brody 之複雜性日常生活活動（Instrumental Activity of Daily Living; IADL）來評估，包括購物（shopping）、家務打掃（housekeeping）、理財（accounting）、備餐（food preparing）、交通運輸（transportation）

²⁰ 陳南松、潘忠煜，〈一般護理之家督導考核結果研究—以中部某縣市為例〉，《台灣老年醫學暨老年學雜誌》，第 5 卷第 4 期，2010 年，頁 278。

²¹ 陳正芬，〈我國長期照顧政策之規劃與發展〉，《社區發展季刊》，第 133 期，2011 年，頁 192；資料引自行政院經濟建設委員會等，《長期照護保險規劃報告》（臺北：行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部，2009 年）。

²² Leiyu Shi & Douglas Singh, *Essentials of the U.S. Health Care System, second edition*, Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2010. P. 234.

及電話使用 (telephone)，並加上服藥 (medication)、及洗衣 (laundry) 共八項。²³一位 ADL 正常和 IADL 大部分正常的老人，有能力在家中生活；而長期照顧系統的服務，可以協助 IADL 或部分 ADL 障礙的老人在家中生活，如送餐服務，使老人不需要自行購物及準備餐食，或每週二至三次的協助洗澡服務，使年長者仍能在家中照顧自己。

綜上可知，長期照顧的意涵有下類四特點：(一) 長期照顧的對象是指針對失能或失智者，改善或維持其身心功能，所提供之不同程度之照顧措施，使其盡可能達到某些獨立功能，並保有自尊、自主、獨立性或享有品質之生活。(二) 服務的內涵為對身體功能障礙缺乏自我照顧能力的人，提供健康照顧、個人照顧、及社會服務。服務可以是連續性或間斷性，通常對某種功能上的障礙，提供一段時間的服務。包括預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性、以及社會性服務，因此其概念比醫療模式廣泛且複雜。(三) 長期照顧之提供，基本上為低技術照顧，少數慢性疾病則需技術性之照顧。(四) 長期照顧仍應重視照顧者的需要，因此居家服務 (housing service) 在長期照顧政策與服務體系之發展中將更顯重要。同時，行政院衛生福利部為因應快速增加的長照需求人口，舊制的長照 1.0 已經不敷當前社會需求，遂於 2017 年正式實施修正後的長照 2.0，來回應社會快速變遷的需求。

參、台灣長照 2.0 之服務內容

衛生福利部為改善長照 1.0 的缺失，於長照 2.0 中做了不少改變，以「找得到、看得到、用得到」為目標，將服務對象擴大、服務項目增加、服務單位掛牌，並將補助的核銷規定鬆綁，盼能讓更多人受惠、減少民眾的負擔。

²³ Carla L. Graf, The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, *Medsurg Nursing*, 18(5), 2008, p. 316.

由於過去執行長照 1.0 時受到預算少、限制多等問題，導致知道並申請服務的民眾並不多。政府在長照 2.0 中針對問題進行改善，整理如下：

一、服務對象擴大

- (一) 50 歲以上失智症患者。
- (二) 55 歲以上平地原住民。
- (三) 49 歲以下身心障礙者。
- (四) 65 歲以上衰弱者。²⁴

二、服務項目增加

服務項目從 1.0 的 8 項增加至 17 項。其中增加了預防疾病、安寧等服務，讓民眾在生病前、生病後都能獲得服務與照顧。新增的服務項目為：²⁵

- (一) 失智照顧。
- (二) 原住民社區整合。
- (三) 小規模多機能。
- (四) 照顧者服務據點。
- (五) 社區預防照顧。
- (六) 預防/延緩失能。
- (七) 延伸出院準備。
- (八) 居家醫療。

三、服務提供單位掛牌

提供補助服務的單位，規定懸掛統一且顯眼的招牌，讓民眾可以

²⁴ 衛生福利部，〈長照 2.0 懶人包〉，2017 年 10 月 31 日，頁 12，取自《衛福部長照專區》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-41398-de03f2b4-64b0-4d1a-9b01-18bf2f7cadb8.html>，檢視日期：2020 年 12 月 16 日。

²⁵ 衛生福利部，同註 24，頁 13。

一眼就看到服務單位。²⁶如圖 3-1 所示：



圖 3-1：服務提供單位掛牌

資料來源：衛生福利部臉書專區，<https://www.facebook.com/mohw.gov.tw/>。

四、核銷規定鬆綁

由於提供服務的單位或補助單位不同，每個單位各有其制式的表單格式，導致民眾向不同單位申請服務時，就必須針對大同小異的實質內容填寫不一致格式的文件，造成民眾不便與困擾。為此，政府統一表單格式與佐證資料的檢核方式，並簡化作業流程，降低民眾申請服務時繁瑣的過程。²⁷

五、社區整合模式

政府為落實在地老化政策（aging in place）目標，建構以社區為基礎之整合式服務體系，增進長照服務提供單位分布密度，提高服務資源多元，布建 A、B、C 長照服務據點，目的是為了整合社區整體的資源與照顧模式，並加強各項服務之間的連結。需要長照服務的民

²⁶ 衛生福利部，同註 24，頁 14。

²⁷ 衛生福利部，同註 24，頁 15。

眾可以到就近的服務單位尋求協助，無論需要的是屬於哪一級的服務，都會有專人幫忙轉介到適合的服務中心接受服務。如圖 3-2 所示，並說明如下。²⁸



圖 3-2：長照 ABC 社區整合模式

資料來源：衛生福利部臉書專區，<https://www.facebook.com/mohw.gov.tw/>。

（一）A 級單位：社區整合型服務中心

A 級單位除提供既有居家服務、日間照顧服務外，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，並視服務對象需求銜接居家醫療照顧。

- 1.服務功能：依該區域長期照顧管理中心研擬之照顧計畫進行協調連結照顧服務資源；提升區域服務能量，開創當地需要但尚未發展的各項長期照顧服務項目；資訊提供與宣傳。
- 2.服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。
- 3.服務內容：依區域照管專員研擬之照顧計畫，進行協調連結照顧服務資源；積極提升區域服務能量，開創當地需要但未

²⁸ 有關 A、B、C 長照服務據點說明，參見衛生福利部，同註 11，頁 87-90。

發展的各項長期照顧服務項目，提供區域民眾資訊與宣導；透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送，串連 A 級、B 級、C 級服務。

(二) B 級單位：複合型日間服務中心

於固定區域內提供在地化長期照顧服務，目前已在社區提供相關長期照顧服務之單位(如居家服務、日間照顧、家庭托顧、營養餐飲、交通接送、喘息服務、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、居家/社區復健、居家護理、長期照顧機構等)。

- 1.服務功能：提升社區服務能量、增加民眾獲得多元服務。
- 2.服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。
- 3.服務內容：除了提供既有的服務外，擴充功能優先複合提供居家服務、日間照顧服務，或提供社政及衛政長照服務，提升社區服務能量，增加民眾獲得多元服務。亦積極將服務延伸至 C 級巷弄長照站，增加民眾多元服務，且充分運用在地社區志工，強化提供單位照顧能量。

(三) C 級單位：巷弄長照站

巷弄長照站是有別於長照 1.0 之新型服務據點，為佈建綿密之長照服務網絡，落實在地老化之政策目標，提供民眾具有可獲性、近便性之長照服務。

- 1.服務功能：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。
- 2.服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。
- 3.設立任務：由長照服務提供單位廣為設置，並鼓勵社區基層單位投入辦理，充實初級預防照顧服務；提供社區近便性的臨托服務；促進中高齡人力資源再利用、儲備照顧服務員人

才。

4.服務內容：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、就近提供可促進社會參與之服務。

第二節 先進國家長照政策之內涵

不只台灣，世界各國都走向高齡化的社會，也體認到長期照顧制度的重要性。根據世界衛生組織（World Health Organization; WHO）統計，2015 年全球有 9 億老年人口，占總人口 12.3%；到 2030 年時將達到 14 億，至 2050 年時更將高達 20 億，屆時老年人口占總人口 21.5%。²⁹經濟合作發展組織（Organization for Economic Co-operation and Development; OECD）可視為是先進國家之縮影，³⁰自本世紀起已將長期照顧當成發展重點。根據 OECD 相關國家之長期照顧政策，除了德國、日本、荷蘭、盧森堡以長期照顧保險來推動長期照顧外，大部分國家都以政府一般稅收來補助國民使用長期照顧所需經費；多數國家在長期照顧的財務花費約占 GDP 比率之 0.5%至 1.6%之間，當中第 1 名為瑞典，占 GDP 比率之 2.89%。³¹本文分別列舉日本、瑞典、美國、英國、德國代表性國家之長照政策內容說明。

²⁹ John Maurice, WHO puts healthy ageing on the front burner, *The Lancet, World Report*, Volume 387, Issue 10014, 2016, p. 110, available at [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01365-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01365-3/fulltext), accessed on 5th November 2020.

³⁰ OECD 總部設於巴黎，截至 2020 年 5 月，共有 38 個會員國、5 個擴大參與的國家。台灣非 OECD 會員，目前以參與方（participant）地位參與鋼鐵、競爭、漁業 3 個委員會。38 個會員國為澳洲、奧地利、比利時、加拿大、智利、哥倫比亞、哥斯大黎加、捷克、丹麥、愛沙尼亞、芬蘭、法國、德國、希臘、匈牙利、冰島、愛爾蘭、以色列、義大利、日本、韓國、拉脫維亞、立陶宛、盧森堡、墨西哥、荷蘭、紐西蘭、挪威、波蘭、葡萄牙、斯洛伐克、斯洛維尼亞、西班牙、瑞典、瑞士、土耳其、英國、美國。參見經濟部國際貿易局，〈經濟合作發展組織（OECD）簡介〉，2020 年，頁 1-2，取自 <https://www.trade.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeID=251>，檢視日期：2020 年 9 月 21 日。

³¹ 王卓聖，〈OECD 國家之長期照顧改革策略借鑒及啟示〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2013 年，頁 47-48；Quoted from OECD, *The OECD Health Project Long-Term Care for Older People*, Paris: OECD, 2005, p. 26.

壹、日本

日本是我國關係密切之鄰近國家，在地緣、文化、歷史，乃至於政治、經濟依存關係上，兩國都有不可忽略之聯結與互動關係。日本有一億二仟六百萬人口，其中老年人口佔全國人口兩成以上，其人口老化速度、國民平均壽命、以及老人所佔之人口比例，高居世界第一。

³²為因應人口高齡化與少子化現象交互影響下，日本於 1990 年開始實施「老人保健福利推動十年戰略（黃金計畫）」，1994 年底重修制定「新黃金計畫」，2000 年起推動介護保險，³³提出使用者本位、普遍主義、提供綜合性服務及社區（地域）主義等四大基本理念，俾使任何需要照顧服務者都能就近獲得服務以營自立生活。介護保險制度的建立，基於 1995 年日本厚生省老人保護福祉等議會通過「有關新高齡照顧系統之確立」（中期報告）的政策建議，³⁴這份報告指出日本建立老人照顧新制度之理由，說明如下。

一、制度緣起³⁵

（一）人口快速老化。

（二）日本的健康保險財物負擔逐年增加，已達難以財力來照顧日益增加的高齡老年人口。

（三）介護保險制度雖屬國家立法的強制社會保險制度，但提供介護服務的，主要是由民間老人福利機構，政府（中央與地方政府）主要的功能與角色，是在籌措介護保險的相關

³² 黃瓊瑤，《花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究》（花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文，2012 年），頁 27-29。

³³ 日本的介護即為我國所稱的「長期照護」，「介」的意思為「支持」、「護」的意思為「保護」。參見呂慧芬、曾妙慧、葉昶吟、劉慶庭，《探討實施長期照護保險國家之照顧管理制度－分項計畫三：探討日本長期照護保險之照顧管理制度》（臺北：行政院衛生福利部委託計畫，2014 年），頁 6。

³⁴ 劉家勇，〈社區獨居老人社會照顧模式之研究：以台灣及日本在宅服務方案為例〉，《台灣社區工作與社區研究學刊》，第 5 卷第 2 期，2015 年，頁 72。

³⁵ 制度立法依據為 1997 年的「介護保險法」；參劉家勇，同註 34，頁 72。。

財務。³⁶日本介護保險制度的開發，受 1980 年代福利多元主義思潮的影響，尤其強調福利供給的分權化與民間福利組織力量的參與、國家福利角色的縮減息息相關。

二、制度理念

日本長期照護的發展理念演變為對高齡者的生活支持，依其個人意願，支持其過獨立的生活。「新黃金計畫」、「高齡介護制度」的重點有四點。

- (一) 由高齡者自己選擇。
- (二) 長期照顧服務一元化。
- (三) 個案管理。
- (四) 社會保險的介入。

三、服務對象

服務提供需符合普遍性、公平性、妥當性以及專門性，並給予居家老人必要的協助，必要時給予 24 小時的協助，使其能安全舒適的居住在家，且避免造成家人沉重的負擔。³⁷

- (一) 需居家照顧或在護理之家等長期照顧機構療養之高齡者。
- (二) 老人健保設備（中間照顧機構），醫療型病床及老人醫院之老年者。

四、給付方式

介護保險的給付方式以「實物給付」也就是「服務給付」為給付原則，若是遇到情況特殊者給予「現金給付」。介護保險服務費用由保險給付 90%，使用者負擔 10%；但對於機構服務使用者，如部分負擔外，機構之食宿費用與日常生活雜費等需自付，低所得由各市町

³⁶ 詹火生，〈日本介護（長期照顧）保險制度現況與展望〉，2005 年 8 月 25 日，取自《朝陽科技大學》，<https://lms.cit.cyut.edu.tw/1997041/doc/177774>，檢視日期：2017 年 8 月 25 日。

³⁷ 阮玉梅等，《長期照護概論二版》（臺北：華杏出版股份有限公司，2002 年），頁 71。

村自訂減輕措施。此外，目前介護保險涵蓋對象為 40 歲以上者，³⁸此與我國健保制度從 0 歲起即投保並涵蓋在保險服務對象內不同。

貳、瑞典

瑞典是全世界人口最老化的國家之一，早在 1990 年時瑞典 65 歲以上的老年人口已佔總人口數 17.8%。瑞典對於長期照顧的重視起始於 1960 年代，當時以機構式照護為主，主張應增加醫院長期照護、護理之家及養老院的床數，提供服務給需要的老人。

瑞典於 1982 年制訂社會服務法案（The Social Services Act），明確指出地方政府必須承擔責任，提供有需要的國民適切的照顧，包括兒童、青少年、老年人、身心功能受損者、犯罪被害者及親屬照顧者，並有義務提供居家服務、日間照顧、送餐服務、喘息服務、照顧住宅及其他各類服務。³⁹服務對象包括需要日常支持的年長者或失智、失能等特訂族群，服務內容則包含身體或精神障礙的協助。

爾後，「在地老化」的觀念逐漸興起，遂將照護重心往居家式的照護服務發展。居家照護服務內容則分為社會服務與健康照顧兩項，其中社會服務又包含住宅改善的服務、居家服務、社區服務等。居家服務的費用來自稅收，由地方政府負擔 75%、中央政府負擔約 17%，而民眾自付額的部份，則依據地方政府的標準，按照使用者所得及照顧時數加以計算。⁴⁰因此，瑞典的長期照顧政策是由不同政府部門、私人單位及私人的共同責任所建立起的服務網。

北歐國家向來重視人民福利，同樣也表現在對人文的關懷上。政

³⁸ 梁亞文、劉立凡、林育秀，〈英日兩國長期照顧制度對推動我國長期照顧之意涵〉，《長期照顧雜誌》，第 3 卷第 14 期，2010 年，頁 317、319。

³⁹ 謝智旭，《健康城市建構下一客庄地區失能老人居家服務滿意度調查研究：以苗栗縣為例》（苗栗：國立聯合大學經濟與社會研究所碩士論文，2013 年），頁 22；引自內政部，《我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫》（臺北：內政部，2007 年）。

⁴⁰ 金國誠，《我國居家照護政策執行之評估》（臺北：國立臺灣大學政治學研究所碩士論文，2010 年），頁 22。

府為了讓身體障礙或失能人士能與一般人民享受相似的生活品質，會設置或提供多項便利設施，例如，會透過協助輔助設備的安裝，讓年長者或失能者能夠透過簡單的居家護理設備而自理生活。基於預防重於治療的觀念，在街道免費提供助行器，因為老人如果跌倒受傷，後續醫療服務所付出的社會成本更為龐大。⁴¹綜觀瑞典的長期照顧發展，大致分為以下四點：⁴²

（一）機構式老人照顧。

（二）照顧責任由中央部門轉至地方政府，使得所提供的服務更接近需求者以方便利用服務。

（三）服務原來由公部門提供全部服務，轉變為與私部門共同提供服務。

（四）運用照顧管理，例如建立個案管理系統來決定提供服務的優先順序，並且讓使用者參與選擇所需之服務，使所提供的服務能符合使用者之需求。

參、美國

美國於 1935 年有社會安全保險（social security），老年人和某些殘疾人可以購買長期護理服務；1950 年政府提供貸款資助不以營利為目的之療養院；1965 年實施醫療保險（Medicare）和醫療補助（Medicaid）制度，⁴³營利性長期護理業受到激勵，更加蓬勃發展，弊端也應運而生；1972 年，殘障者之健康保險修正通過，將投保對象擴及某些六十五歲以下身罹嚴重殘障者等。⁴⁴2013 年歐巴馬總統簽

⁴¹ 蔡怡娜，〈陪我到盡頭——從瑞典看台灣的長期照護〉，2005 年，取自《臺大智活智齡研究群》，<http://ewpg.insight.ntu.edu.tw/12-3850625105210403043338957mdash2447829790208563047521488287713034038263263992903135703.html>，檢視日期：2017 年 8 月 25 日。

⁴² 黃瓊瑤，同註 32，頁 30-31。

⁴³ 陳瑀、姚雨靜，《考察美國社會保險制度外籍勞工承保實務作業並蒐集美國年金制度相關資料心得報告》（臺北：行政院勞工保險局出國報告，2003 年），頁 7-8。

⁴⁴ 陳瑀、姚雨靜，同註 43，頁 9。

署「可負擔健保法」(The Affordable Care Act)，籌設長期照顧委員會，根據統計約有 1.1 千萬美國成人和老年人使用長期照顧服務和支持，佔美國成年人口約 5%。⁴⁵

美國因土地遼闊、人口眾多，長期照顧產業為增加競爭力，朝連鎖經營方式開辦，有些大型業者具有數萬名員工、數百處照顧所、分佈於二、三十州。觀察美國之長期照顧業務，大致可分為以下經營模式：⁴⁶

一、護理之家 (skilled nursing facilities, nursing homes)

專責於其他照顧機構無法照顧的居民(住在長期照顧機構中的人謂之居民)，提供 24 小時的醫療及生活照顧(含醫療復健)，為僅次於醫院層級的醫療照顧機構，護理之家的居民通常都是老年人。

二、輔助照顧機構 (Assisted Living Facilities; ALF)

是介於護理之家和居家照顧之間的機構，因為護理之家的收費昂貴，而有些居民尚能照顧自己的部分生活起居，並不需要如此專業之照顧，但獨立生活又存在風險，輔助照顧機構因此順勢而生。輔助照顧機構是按月收費，較護理之家按日計費便宜許多。

三、居家照顧 (home care services)

美國有全包式老年人健康護理計畫 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly; PACE)，適用於年滿 55 歲、居住於提供 PACE 的區域、因殘疾或慢性疾病而需高等級照護，並且需要額外協助以便在家獨立生活的人士，⁴⁷是一種到府服務的照顧，照顧內容包括

⁴⁵ Carol V. O'Shaughnessy, The Basics: National Spending for Long-Term Services and Supports, paper presented at the National Health Policy Forum, Washington, 27th March, 2014, pp. 1-2, available at www.nhpf.org/library/the-basics/Basics_LTSS_03-27-14.pdf, accessed on 5th November 2020.

⁴⁶ 黃瓊瑤，同註 32，頁 31-33。

⁴⁷ National PACE Association, What Is PACE? Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE),

日常生活、行動照料、協助上下樓梯、打理家務、準備三餐、代為購物、交通協助等。

四、安寧照顧 (hospice care)

多由志工來執行，是 Medicare 醫療保險的唯一福利，包括藥品、醫療器械、每天 24 小時/每週 7 天的照顧和死亡後對其親人的補助。Medicaid 醫療補助和大部分私營保險計劃也涵蓋安寧照顧。大多數的安寧照顧在病患家裡進行，有些是在家庭般的安寧公寓、輔助照顧機構、護理之家、退伍軍人的宿舍、醫院或監獄進行。

五、喘息照顧服務 (respite care)

喘息照顧服務是提供短期、間斷的臨時性服務，以替代家庭成員照顧病患；如果沒有這種服務，病患可能就得安置在安養中心等照顧設施。所以喘息照顧服務通常都是專家到府服務，是一種依照客戶的需求，如照顧時間長短、病人之狀況而設計的服務，有時也可以在其他照顧機構，如成人日間護理中心進行。

六、成人日間護理中心 (adult day care center)

許多的長期病患是由家人照顧的，但有時家人因工作分身乏術，此時可以安排成人日間護理中心，一方面讓家人可以日間繼續工作，晚間接病患回家共同生活；另方面也讓病患取得較專業之醫護，避免住進護理之家，降低照顧費用。

肆、英國

英國於 1946 年開始實施國民保健服務法案 (National Health Act)；在 1945 年至 1948 年設立歐洲第一個現代化的年金制度，開啟了社會福利的先端。且於 1989 年通過「照顧人民：社區十年願景 (Caring for

available at <https://www.mass.gov/service-details/what-is-pace>, accessed on 12th October 2019.; Linda Shaw, Program of All-Inclusive Care for the Elderly: a comprehensive, cost-effective alternative for frail elderly individuals, *North Carolina Medical Journal*, 75(5), 2014, pp. 344-345.; 林欣怡，〈借鏡美國老人全包式照護計畫〉，《全民健康保險雙月刊》，第 115 期，2015 年，頁 30-33。

People : Community care in the next decade and beyond)」的社區照顧政策白皮書，明確指出適切的需要評估及良好的照顧管道是高品質的照顧基石，⁴⁸並以需求導向為目標，鼓勵使用居家服務而非機構式照顧。1991 年通過國民保健服務及社區照護法，主要是順應去機構化照顧模式而發展，目標是在提升使用者和照顧者的「選擇和自主」，朝向混合福利經濟（mixed economy of welfare）的社區照顧。該法規定英國全面實施照顧管理配置，將長期照顧的財務責任由中央轉移至地方政府，並提升使用者的選擇自主性，使用者可藉此降低個人對長期照顧的經濟負擔。⁴⁹由於社區照護通常較醫院的長期照護便宜，因此政府也能減少財政支出。

本世紀初，英國政府通過「老人全國性服務架構(National Service Framework for Older People)」，是英國首項特別針對老人照顧的整合型十年計畫，期待透過照顧標準的建立，降低全民健康服務(National Health Services; NHS)之健康及社會服務提供時的差異。此外，2006 年白皮書「我們的健康、照顧與呼籲：社區服務的新方向」，以及 2007 年「人民為優先」的社會照顧改革願景，⁵⁰目的在確保老人能夠獲得公平、高品質，以及整合性的健康和社會服務。

英國長期照顧需求者可分為兩種：一為失能者，以日常生活功能量表評估(Activities of Daily Living; ADLs)加以評估；二為認知損傷者(cognitive impairment)，以智能狀態測驗(mental state examination)量表加以評估。而失能或失智的考量均以需要依賴他人提供照顧的程度來看。而長期照顧需求者的評估標準會因城市、部門使用形式而有所不同，經費補助亦有所不同，除了社會福利保障的護理津貼及照顧

⁴⁸ 吳肖琪等，《長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估》(臺北：行政院經濟建設委員會，2009 年)，頁 16。

⁴⁹ 梁亞文等，同註 38，頁 313。

⁵⁰ 林淑萱，〈英國社區照顧改革的省思〉，《社區發展季刊》，第 124 期，2009 年，頁 180。

者津貼外，並無其他任何形式的給付可以補助長期照顧。所有的資格審核均是依據個人資產調查（means-test）以及需求進行評估。⁵¹英國社區照顧以社工員或護理專業人力為照顧經理者，以受僱兼職人力如照顧服務員為直接服務主力，志工在服務工作中僅是輔助性質。英國照顧服務中社工人員較少從事評估工作，較多時間花費在支持性與協調連繫服務。⁵²

觀察英國的長期照顧服務項目可以分為四大項：⁵³

- 一、持續性的全民健康服務（NHS）照顧：當個案有持續性、密集以及不穩定或快速惡化的健康照顧需求時，可以不接受急性醫院的照顧，轉而接受完全免費且持續照顧的 NHS 服務。
- 二、安養及護理之家（residential nursing home）：屬於機構式照顧服務，經費由地方政府的社會服務部門支出。
- 三、居家及日間照顧（domiciliary and day care）：此項服務始於 1993 年，希望以家庭照顧取代機構式照顧。目前英國無論是護理照顧或是個人化照顧，都需要透過資產調查進行申請者的資格審查。
- 四、社會保障福利（social security benefits）：藉由國家評估標準進行資格評估，評估後提供護理津貼給需要定期或大量個人照顧或需維持安全監督的長者。

伍、德國

德國國會於 1994 年通過長期照顧保險法，打破公務員與勞工分別設置保險的制度，依隨法定健康保險原則，由健康保險人同時擔任長期照顧保險人。換言之，德國長期照顧保險採多元保險人制度，⁵⁴以

⁵¹ 梁亞文等，同註 38，頁 314。

⁵² 林淑萱，同註 50，頁 186、187。

⁵³ 梁亞文等，同註 38，頁 314-315。

⁵⁴ 呂慧芬、林谷燕、曾妙慧、陳伶珠，《規劃長照保險給付評估與照顧計畫訂定之控管機制》（臺

全體公民為保障對象，藉由全民納保的社會保險方式提供長期照顧服務。

德國長期照顧給付分兩階段實行。1995 年開始提供居家照付，1996 年擴及機構式照護。長期亦能維持低保險費率，降低民眾照顧費用負擔，但仍須不斷改進及修正，因此曾於 2008 年進行大幅修法。目前德國長期照顧政策目標為「居家照顧優於機構照顧」，獲得保險給付者當中，三分之二選擇在家中接受照顧，其中 8 成由家人照顧（現金給付）、2 成購買居家照顧服務（實物給付）；另三分之一為機構照顧（機構給付）。⁵⁵然而，政府的支付成本高昂，終使德國的社會福利政策轉向商業機制發展，以減輕財政負擔。

德國之長期照顧服務內容規定，當身心生病或障礙，日常生活需持續性、規律性的被照顧至少六個月時，就具備「照顧需求性」要件，可依據照顧需求程度的多寡給予三種不同等級的給付。德國現行的長期照顧制度著重在居家照顧方面的給付，主要採隨收隨付制，能適時調整以減少財源不足之處。此外也透過私人強制保險的制度，讓高所得者可以自行投保較高的保費，也促使高價位的醫療產業發展，有利於公共保險和商業保險之間得到均衡發展，⁵⁶值得台灣決策單位參考。

德國照顧保險的實施現況：⁵⁷

一、以居家照顧為主：全體照顧需求者中有近 2/3 選擇居家照顧的方式。

北：行政院衛生福利部委託計畫，2016 年），頁 53。

⁵⁵ 行政院經濟建設委員會人力規劃處，〈德國長期照護保險制度之現況及未來〉，2010 年 8 月 31 日，取自

<http://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvNjIwMC8xNzcwMS8wMDE0MTcwLmRvYw%3D%3D&n=OTkwODMx5paw6IGe56i%2FLeW%2Bt%2BWci%2BmVt%2Bacn%2BeFp%2Bitt%2BS%2FnemaqumBremBh%2BWVj%2BmhjOWPiuacquS%2BhuWKquWKm%2BaWueWQkS5kb2M%3D&icon=..doc>，檢視日期：2020 年 9 月 22 日。

⁵⁶ 金國誠，同註 40，頁 26、27。

⁵⁷ 鍾秉正，〈德國長期照護法制之經驗〉，《長期照護雜誌》，第 10 卷第 2 期，2006 年，頁 122-123。

二、社會救助需求減少：相較於以往，德國人民因照顧需求而申請社會救助的情況大幅降低，惟近年來選擇機構照顧的人數較多，連帶使得社會救助的受扶助人數略為成長。

三、增加就業機會：照顧保險的實施，大幅改善照護服務的市場結構，使得此一領域的工作機會增加。

四、增強自我預護理念：德國照護保險的實施也增強了國人「自我預護 (selbste Vorsorge)」的理念。人民必須為了防範自己的照護風險而負擔保費，且透過保險的財務以及給付運作方式，亦可幫助收入較低的國民。尤其在整體社會保險制度中，這種同舟共濟的團結理念以及自我負責的態度，有助於社會政策上的理性平衡。⁵⁸

關於德國在居家照顧之改革上，包括將居家照顧列為健康保險給付項目之一、長期照顧需求者與照顧者享有部分稅賦減免、以及年金保險應對於年金受益者在需要長期照顧期間提供配合措施等。⁵⁹觀察德國開辦長照保險以來，雖促成照顧服務及輔具產業發展及價格降低，惟其服務品質卻未見提升，引發民眾反彈及媒體關注。2008 年進行之改革即包括建立國家長照服務品質標準，2011 年起每年均須接受無預警評鑑 1 次，以密集監督的方式提升照護品質，評鑑結果並公開於網路，使民眾易於取得。

表 3-1：各國制度比較簡表

國家	政府責任	財務獨立	資產調查	現金給付	財源籌措
日本	除政府負擔一半責任外，尚有勞僱雙方共同負擔的保險費，且使用者需自行負擔使用費，故政府	財務獨立運作。	無	無	多元財源。除保費外，另有中央稅收補助。

⁵⁸ 引自陳君山，〈德國照護保險制度之探究〉，《社區發展季刊》，第 78 期，1997 年，頁 118-119。

⁵⁹ 金國誠，同註 40，頁 25-26。

國家	政府責任	財務獨立	資產調查	現金給付	財源籌措
	責任較德國大，但較英、美國家的責任輕。				
瑞典	長期照護保險要求雇主及個人各負擔一半，所以政府責任較小。	財務獨立運作。	無	有	財源主要來自保費。
美國	一半長期照顧費用由公共財源 Medicare 及 Medicaid 支出，負擔較日、德重，但較英國為輕。	經費部分來自醫療健康體系。	Medicaid 需受資產調查。	無	多元財源。Medicare 財源來自薪資稅及保費。Medicaid 財源主要來自聯邦政府及州政府的一般稅收。
英國	長期照顧主要由公共體系提供，政府的責任最重。	經費部分來自醫療健康體系。	地方政府的機構照護使用者需受資產調查。	有	主要以稅收支應，另中央採定額補助方式予地方政府。
德國	居家照顧為健康保險給付項目之一；長期照顧需求者與照顧者享有部分稅賦減免；年金保險應對於年金受益者在需要長期照顧期間提供配合措施。	財務尚稱健全，1997 年費率為 1.7 %，2008 年費率調增為 1.95%。	無	有	長照保險之機構給付金額不足，無法負擔自付額者，必須由社會救助體系補充。

資料來源：本研究整理；部分資料參考陳家郁，《運用商業年金保險支付長期看護費用之研究》（臺中：朝陽科技大學保險金融管理系碩士論文，2011 年），頁 31。

綜上分析，日本介護制度著重預防，希望透過維持且增進生活功能來減輕支援的程度，同時降低政府在介護支出的負擔。瑞典受在地老化的觀念影響，居家照顧逐漸取代機構照顧，且服務從完全由社會福利過渡向民營產業化發展，並因民營競爭而提升照顧服務效率。美國則因醫院給付跟健保機制等因素，造成民眾逐漸利用居家照顧服務

取代部份住院治療；而美國照顧單位會嚴格訓練居家照顧員，在面臨任何個案和環境時都能勝任工作。英國也是順應去機構化照顧模式而發展，目標是在提升使用者和照顧者的選擇和自主，朝向混合福利經濟的社區照顧。德國的社會福利政策長期維持低保險費率，三分之二選擇居家照顧，由於支付成本高使得政府財政負擔過重，也開始朝向商業機制發展。從國外的長期照顧發展可以發現，許多國家都面臨高齡化的未來，而且朝向商業機制發展以減輕政府財政負擔。雖然各國對於老年人口的照顧制度各有特點，但不論是西方國家或是國內學者，皆認為在家老化是最好的作法。上述國外長照政策方向值得台灣學習或引以為鑑。

第三節 我國長照政策之策略與展望

台灣於 1993 年正視邁入聯合國世界衛生組織所稱之高齡化國家 (aging nation)，⁶⁰由於人口快速老化，促使民眾對長期照顧的需求也迅速成長。根據內政部統計，由於國民平均壽命逐年延長與生育率持續降低，65 歲以上老年人口占總人口比率，將由 2005 年 9.37% 逐年增加至 2051 年的 36.97%；2005 年平均 7.4 位青壯人口扶養 1 位老年人口，至 2051 年將成為 1.5 位青壯人口扶養 1 位老年人口。⁶¹另外，人口老化必將伴隨疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照顧內容複雜化、以及照顧時間延長化等問題，導致長期照顧的需求與日俱增。本節分從我國長照政策之發展策略、我國長照政策之展望等小節說明。

壹、我國長照政策之發展策略

茲就長照制度推動重點、法制化、開發人力資源、健全財務規劃，來說明我國長期照顧政策之發展策略。

⁶⁰ 按世界衛生組織定義，65 歲以上老年人口占總人口比率達 7% 者，即為高齡化社會。我國於 1993 年時達 7.10%。

⁶¹ 楊志良，〈我國長期照護現況與展望〉，《研考雙月刊》，第 34 卷第 3 期，2010 年，頁 86。

一、長照制度推動重點

長期照顧服務開辦初期因考量國內資源開發有限，服務對象限定在年長者、身心障礙或失能獨居之老人，以實物給付為主，並依失能程度和家庭經濟狀況分級補助，服務項目初期包含 8 項；爾後，隨著民眾長照需求提高及長照服務量能提升，隨之擴大服務對象及服務項目，並改善或新設軟硬體設施。

長期照顧服務制度之發展係為增補全民健保給付不足之居家護理服務，讓長照資源能普及發展以進入社區乃至居家服務領域。具體做法包括提高補助經費額度和擴展服務項目，兼顧長期照顧使用者之失能程度和家庭經濟狀況下，以實物提供如喘息服務措施，來支持家庭照顧能力和分擔其責任。此外也陸續發展新型服務項目，如家庭托顧、交通接送服務等，以滿足不同失能者多元的需求。

二、法制化

政策需要透過立法程序才能取得法定地位，而「合法化」卻是複雜且可能充滿政治色彩的過程，然而，政策合法化的過程，對於政策的結果與未來執行成效上，卻扮演著重要的階段。

為此我國於 2011 年擬定長期照顧服務法草案，準此建置長期照顧服務體系，針對各項長期照顧資源配置、機構管理、設施供需、設置標準、服務供給者之資格條件、品質規範與評鑑標準等執行面向之內涵，以達促進長期照顧服務體系健全發展、確保服務品質、維護及保障長期照顧需要者的尊嚴及權益之目的，並使長期照顧制度具有足備的法源基礎。⁶²該法案已於 2015 年 5 月 15 日經立法院修正通過，6 月 3 日由總統府正式公告，2017 年 6 月 3 日正式實施。

至此，政府將社福團體、醫療院所、老福機構、護理之家等，統

⁶² 楊志良，同註 61，頁 87。

整為居家式、社區式、住宿式長照機構，而將從事長照工作之護理師、復健師、社工師、照顧服務員，皆統一納為長照人員，⁶³長照體系已臻完整。

三、開發人力資源

長期照顧服務的人力包括基礎個人照顧和醫療照護兩層面，包含醫療、護理、社工、復健、營養、藥事、職能治療、物理治療等專業領域，人力需求具多元化特質。服務人力對於完整長期照顧服務體系的建立至為關鍵，因此，衛福部持續辦理照顧管理人力和照顧專業人員的培訓計畫，期使培訓計畫內容具一致性、連續性和完整性。

有鑑於專業人力供需差距，學生投入長照領域的意願薄弱，陸續提出改善措施。具體作法包括（一）增加經濟誘因，透過長照基金獎勵資源不足地區之人力、改善居服員薪資待遇，增加民眾參與長照服務之意願。（二）賦予專業定位，透過訂定相關認證及管理的辦法，照顧服務人員以通過訓練、認證、資格審核等方式，法制化賦予其專業地位，並登錄於長照機構。（三）強化職涯規劃，推動照顧服務指導員試辦計畫，讓從事第一線服務的照顧服務員有多元晉升管道，創造職涯發展願景。（四）建立培訓制度，持續透過職業訓練體系培訓照顧服務人力，鼓勵中高齡及二度就業人口從事照顧服務工作，也與相關部會合作，促進老人照顧相關科系與長照單位實習機制及產學合作，吸引年輕世代投入。⁶⁴期待透過持續開發長照相關人力，以滿足未來社會需求。

四、健全財務規劃

長期照顧體系應包括長期照護資源、服務提供、經濟支持、資源

⁶³ 蘇建仁，〈從地方看滾動式修正的長照 2.0 政策及跨部門整合〉，《台灣社會研究季刊》，第 109 期，2018 年，頁 190。

⁶⁴ 衛生福利部，〈對於照顧服務人力不足，政府有何策略？〉，2018 年 8 月 17 日，取自《衛福部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3973-37979-201.html>，檢視日期：2020 年 10 月 25 日。

發展、組織管理及政策，其中經濟支持，亦即財務部分，是所有健康照護體系能否永續發展之主要關鍵。就長期照顧財源而論，主要有保險制和稅收制兩種。若採行強制納保之長照保險，即由青壯之勞動人口為投保對象以支付現行使用長照服務之費用，在財政風險下，當繳費者數十年後而正需使用長照時，長照保險卻可能已無法提供足夠保障。況且，長照保險與健康保險不同，絕大多數人皆需要醫療，但很多人終其一生並不需要長照。⁶⁵因此，年輕族群將可能因世代不公疑慮而不願納保。此外，國外研究也顯示，出身貧困家庭、教育層次較低、邊緣文化族群者，通常也比較有健康問題和較短的壽命，⁶⁶會影響個人對於長照服務的需求和投保意願。

衛生福利部原規劃長期照顧保險制度，希望藉由國人透過風險分擔精神建立長期照顧服務制度。然而，考量現行照顧服務系統主要是由政府重大法案或計劃主導，由不同主管機關各自訂定相關法規予以規範和推動，加上民眾擔憂世代不公的疑慮、目前長照服務佈建尚未完善、城鄉差距間存有資源配置不均等因素，決定先行採用稅收制。只要國民有長期照顧服務的需求，符合資格者即可申請，其財務來源主要為中央和地方政府的稅收和使用者的部分負擔；另一方面，2017年通過的長期照顧服務法修正案，將長期照顧服務經費來源包含遺產贈與稅、菸酒稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入及其他收入，不足的部分再以政府預算撥充。

貳、我國長照政策之展望

為符合未來多元需求型態，並促使照顧管理制度更健全發展，必

⁶⁵ 李麗莉，〈長期照顧財務問題之探討〉，2019年12月，取自《立法院法制局研究成果》，<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=190920>，檢視日期：2020年10月25日。

⁶⁶ John R. Beard & David E. Bloom, Towards a comprehensive public health response to population ageing, *The Lancet, Viewpoint*, Volume 385, Issue 9968, 2015, p. 658, available at [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61461-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61461-6/fulltext), accessed on 4th November 2020.

須儘速補足長期照顧管理中心之照顧管理專員人力，及強化該員角色，同時要建立醫療照護進入居家護理的體系，並落實偏鄉地區交通接送服務，讓居家醫療、在家老化的目標能真正落實。此外也有必要針對外籍看護納入長照系統進行評估及提出相關配套措施。

學者也提出參考建議，包括（一）建立專責長照業務機關，以避免政府機關的本位主義，打破社政、勞政、衛政及其他體系分立而治的情形，以利整合資源提出整體可行的對策；（二）開發預防性保健措施，將長照系統往前延伸至亞健康的老年人，藉由提昇國人健康活躍平均餘命的時間，縮短長照需求的平均餘命，有助降低長照需求壓力；（三）重建家庭與社區的照顧能量，讓家庭和社區成為長照的前線單位，營造在地老化理念，有助於落實家庭與社區非正式照顧體系；⁶⁷（四）鼓勵民間參與，鑒於公部門的長照體系無法滿足日益增多的長照需求，政府應透過租稅、獎勵投資計畫等政策工具，激發民間對長照的供給意願。⁶⁸尤其針對長照資源薄弱區域，更應積極的投入與鼓勵，以縮減供需差距。

再者，結合其他政府單位落實友善公共環境，例如以電梯或電扶梯取代樓梯、增建緩坡以利輪椅通行，增加公共運輸工具博愛座位、增闢親子安全遊樂設施等，才能真正提升整體生活品質。

第四節 優劣（SWOT）分析

依市場行銷的優劣分析法，作為長照制度競爭態勢的分析方法。它是市場行銷的基礎分析方法之一，透過評價自身的優勢（Strengths）、劣勢（Weaknesses），和外部競爭上的機會（Opportunities）和威脅

⁶⁷ 鄭文輝、呂朝賢，〈我國長期照護服務輸送之公私力協力探討〉，發表於《2010 年社會福利論壇-NPO 非營利組織的發展與前瞻研討會》（臺北：中華救助總會，2010 年），頁 82。

⁶⁸ 陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟、翟文英，〈長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估〉（臺北：行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009 年），頁 137-139。

(Threats)，來評估長照制度政策內涵在競爭態勢上的定位。

壹、優勢

一、政府大力推行長照制度

台灣之長照發展雖較部分 OECD 國家為晚，但因人口老化非常快速，促使政府於 2007 年起大力推行長照制度。

二、長照相關研究資源充沛

我國有關長照研究資源充沛，讓政策規劃者得以參考來制定相關法律規範和建立完整的服務供需體系。

三、全民健保制度完善

我國的全民健保制度為世界各國的楷模，讓政府得以參考並制定相關法律規則和資訊體系。

四、台灣資訊科技產業具利基

在實務面上，長照體系的建立有賴資訊科技支援，而台灣資訊科技發達亦有助於體系完善，因應未來長照科技化的照護模式，以國內電子與半導體的技術基礎、普及的醫療機構並配合高密度電腦化和網路化環境，儼然是優勢也是機會。

貳、劣勢

一、照顧人力資源不足

長期照顧人力需求龐大，且逐年遞增，長期照顧人力供不應求，對長照政策整體而言不利發展。

二、長期照顧制度尚未完善

政府部門的權責與分工不夠明確，ABC 分級單位疊層架構，加上制度細節仍不斷修正，徒增長照機構和服務使用者困擾。

三、城鄉差距導致資源配置不均

城鄉差距所致資源配置不均的問題無法有效解決。

四、民間參與量能尚待提升

未見相關政策有效催促民間參與，以分享並減少政府支出負荷。

參、機會

一、高齡化和少子化社會來臨

由於社會型態轉變，雙老、獨老、慢性病患者的照顧重擔，將逐漸由家人轉而由專業或護理需求的長照資源發展，有利於政府推動長期照顧政策。

二、居家與社區照顧服務需求增加

由於在地老化的觀念興起，隨之而來的居家與社區照顧服務需求增加，有利於政府推動長期照顧政策。

三、外籍看護量能龐大

目前政府仍未考慮引進外籍看護來彌補長期照顧人力不足，但不可否認地，台灣存在大量引進外籍看護以補充量能的環境。

四、先進國家前車之鑑

先進國家實施長照制度的歷史較久，相關經驗可供我國發展相關政策時參考，例如朝向商業機制發展模式、在家老化觀念等，有利於我國未來發展長照政策時借鏡。

肆、威脅

一、少子化恐致財源不足

由於繳稅人口減少，致使無論是採用保險制或稅收制，都恐因繳納人口減少而影響長照財源。

二、害怕世代不公

因長照財源問題影響長照制度實施，間接讓年輕人不願負擔費用，深怕年輕時繳費但年老時卻未必能享受到長照服務，即世代不

公。

三、學歷高教化

長期照顧服務多屬技術層面較低者，面對台灣學歷高教化，不利於未來長照政策發展。

四、形象尚待提升

由於民眾視長照服務為低下工作，形象不佳，影響長照政策未來發展。

表 3-2：長照制度政策內涵之 SWOT 分析

優勢 (S)： -政府大力推行長照制度 -長照相關研究資源充沛 -全民健保制度完善 -台灣資訊科技產業具利基	劣勢 (W)： -照顧人力資源不足 -長期照顧制度尚未完善 -城鄉差距導致資源配置不均 -民間參與量能尚待提升
機會 (O)： -高齡化、少子化社會來臨 -居家與社區照顧服務需求增加 -外籍看護量能龐大 -先進國家前車之鑑	威脅 (T)： -少子化恐致財源不足 -害怕世代不公，繳費未必能享受到 -學歷高教化 -形象尚待提升

資料來源：研究者自行整理。

第五節 本章小結

本文參考日本、瑞典、美國、英國、德國之長期照顧發展。其中日本介護制度著重預防，意在藉由維持或提升生理功能的方式，來減輕支援的程度，以和緩政府在介護支出的負擔。

瑞典則隨著老年扶養比的上升，以及受在地老化的觀念影響，居家照顧逐漸取代機構照護，且逐漸從純粹的社會福利過渡向民營產業化發展，並因民營競爭而提升照顧服務效率。反觀台灣也逐漸趨於此型態轉變，顯示我國政府應當通盤考量國家財政和相關制度之在地化、產業化的可能。

美國因醫院給付納入健保機制，使得民眾逐漸利用居家照顧服務取代部份住院治療，因居家照顧服務較住院花費便宜，也因而帶動居家照護相關產業的發展。另外美國重視自由競爭的民族性格，也反映在居家照護上，許多相關照顧單位會嚴格訓練居家照護員，使其在任何個案和環境下都能勝任工作。關於這樣的經營方式值得台灣照顧單位學習。

英國也是順應去機構化照顧模式而發展，將長期照顧的財務責任由中央轉移至地方政府，目標在提升使用者和照顧者的選擇和自主，使用者可藉此降低個人對長期照顧的經濟負擔。

德國的長期照顧制度著重在居家照顧方面的給付，主要採隨收隨付的制度，能適時有效減緩財政負擔。此外，也經由私人強制保險的制度，鼓勵高所得者自行投保較高額的保險，間接促使較高品質的醫療產業發展，也有利於公共保險和商業保險之間得到均衡發展。由於支付成本高使得政府財政負擔過重，也開始朝向商業機制發展。

從國外的發展經驗中可以發現，許多國家都面臨高齡化的未來，對於老年人口的照顧制度各有特點。日本介護制度著重預防，希望透過維持且增進生活功能來減輕支援的程度，同時降低政府在介護支出的負擔。瑞典受在地老化的觀念影響，居家照顧逐漸取代機構照顧，且服務從完全由社會福利過渡向民營產業化發展，並因民營競爭而提升照顧服務效率。美國則因醫院給付跟健保機制等因素，造成民眾逐

漸利用居家照顧服務取代部份住院治療；而美國照顧單位會嚴格訓練居家照顧員，在面臨任何個案和環境時都能勝任工作。英國也是順應去機構化照顧模式而發展，目標是在提升使用者和照顧者的選擇和自主，朝向混合福利經濟的社區照顧。德國的社會福利政策長期維持低保險費率，三分之二選擇居家照顧，由於支付成本高使得政府財政負擔過重，也開始朝向商業機制發展。而且不論是西方國家或是國內學者，皆認為在家老化是最好的作法。另外採行財源稅收制的國家，仍會透過其他方式讓長照制度永續發展。上述國外長照發展經驗值得台灣學習或引以為鑑。

從市場行銷角度以優劣分析方式得知，台灣長照政策之優勢為政府大力推行長照制度、長照相關研究資源充沛、全民健保制度完善、台灣資訊科技產業具利基等；劣勢則是照顧人力資源不足、長期照顧制度尚未完善、城鄉差距導致資源配置不均、民間參與量能尚待提升等。若將外部因素考量進來，台灣長照政策之機會為高齡化和少子化社會來臨、居家與社區照顧服務需求增加、外籍看護量能龐大、先進國家前車之鑑等；而威脅則包括少子化恐致財源不足、害怕世代不公、學歷高教化、形象尚待提升等。

從政策分析角度檢視我國長期照顧服務政策發展：在體制內，應評估放寬差異化、多樣化服務提供方式，讓使用者有自主選擇服務的機會，由需求者端推動供給者提升服務品質；在體制上，則應積極思考鼓勵民間參與或開放私部門分享長照業務，尤其面對偏鄉地區資源不足的問題，更應積極投入與鼓勵，以縮減供需差距，也能減輕政府財政負擔。

而長照內容繁雜、分級據點重複，業務雖歸衛生福利部管轄，但仍分屬長期照顧司、護理及健康照顧司、社會及家庭署等部門，而地

方政府則多由衛生部門主責，少部分由社會局管轄，政府部門的權責與分工不夠明確，不利於對長照需求從事長遠有效評估，應考慮詳明機關權責或部分採業務分組方式推動。

再者，預防性措施的投資可以提昇國人活躍平均餘命的時間，進而降低長照需求壓力，因此長照政策應該思維往前延伸至尚健壯之老人，及往後延伸至建立居家醫療體系、落實友善公共環境，有助於在地老化和相關長照政策推動，而這需要跨部會合作。



第四章 長期照顧政策人力資源分析

人口老化現象已是全球性的問題，開發中或已開發國家都需面對人口老化帶來的各種挑戰。無論在經濟、社會、政治、醫療保健、教育、建築甚至交通等各方面，都必須做足準備，方足以因應人口結構改變帶來的各種衝擊，台灣也無法置身事外。我國政府於 2017 年通過「長期照顧服務 2.0」計畫，與先前的「長期照顧服務 1.0」相較，服務對象與服務項目都有大幅度擴增，也因此需投注更多照顧人力。但原先照顧人力已然不足，而來自高齡社會的老人與失能者數量增加、政策標的群體之範圍放寬、以及服務項目擴編，將讓照顧需求大量飛增。¹因此，相對應的照顧人力資源培育配套措施與制度建構，具有刻不容緩的急迫性。

根據 2019 年衛生福利部統計資料顯示，台灣長期照顧人力數量約 4.2 萬人，²以現行台灣長期照顧機構設置人員配置標準規定之 1：8 照顧人力比例，尚無法因應未來超過 400 萬的老年人口，以及超過 500 萬的實際有照顧需求之人口。因此，照顧人力的培育制度建構、勞動條件的提升，以及用以增加誘因的機制建置，都顯得是相當迫切的問題。

實務上，照顧現場也經常可見因人力不足而衍生的管理與照顧品質問題，不但讓照顧服務員疲於奔命，受照顧者也損失部分該有的權益。「長期照顧服務 2.0」的實施，是因應社會少子化及整體人口結構快速趨向高齡化的問題而生，但如何讓人力供需穩定，是重要的一環。

在本章中，研究者分析深度訪談的逐字稿，透過四種類屬人員的

¹ 傅從喜，〈長期照顧 2.0 初期的資源佈建與服務發展〉，《國土及公共治理季刊》，第 7 卷第 3 期，2019 年，頁 60。

² 依據衛生福利部統計處長期照顧服務資源統整，取自《衛生福利部統計處》，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3550-113.html>，檢視日期：2020 年 5 月 15 日。

訪談，包含公部門、專業人士、民間單位和利害關係人，說明目前「長期照顧服務 2.0」計畫的執行狀況，以及人力資源在照顧現場與政策規劃之間的落差。最後，以此四類人員的說明，描繪出「長期照顧服務 2.0」計畫的人力資源規劃，分從政府部門角度、民間機構角度、專業人士角度來討論人力供給、訓練與配置等問題，各單位對於相同問題提供不同看法時，特別值得本文深思探討。章末並進行優劣分析，最後小結本章結論。

第一節 政府部門角度

政府部門是政策的制定者，也是政策的倡導者（policy advocate），關於其政策建言和實際的政策規劃藍圖，有助於政策分析時判斷前因後果和來龍去脈，可以幫助研究者從高處觀看整體政策發展。而政府部門尚可區分為政策催生的中央政府和執行政策的地方政府，其觀點與做法可以供研究參考，因此本研究特地深訪衛生福利部人員和地方政府人員，其提供的資訊對於本研究非常具有參考價值。此外，大學領域相關學者能客觀提供政策建議。本節從政府部門的角度，依深訪資料梳理出政府部門在服務人力供給不足、服務人力專業性、人力配置與規劃的分析結果，分敘如下：

壹、服務人力供給不足

2019 年行政院衛生福利部指出，長照服務項目實際使用人數中，總服務人數由 2008 年 45,547 人提升至 2018 年 242,366 人，³10 年來人數倍增超過 5 倍。其中社政長照服務資源部分，⁴2008 年居家服務、

³ 參見衛生福利部統計處長期照顧服務資源高齡及長期照顧統計統整，取自《衛生福利部統計處》，<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3550-113.html>，檢視日期：2020 年 5 月 20 日。按長照服務使用人數依不同官方報告略有出入，探查原因可能因使用人申請不同領域長照資源時，因計算方式不同以及統計區間不同所致。

⁴ 按衛生福利部所主政的長照服務業務有三大領域，一是社政業務，由「社會及家庭署」主管；另一是衛政業務，由「護理及健康照護司」主管；此外，醫事司、社會險保司、國民健康署也有

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人數計 39,842 人，迄 2018 年則有 191,955 人，約成長 5 倍；另衛政長照服務資源部分，2008 年居家護理、居家（社區）復健、喘息服務項目之服務人數計 5,705 人，2018 年計 86,411 人，⁵成長幅度達 15 倍。

而國發會的長期照顧需求人口推估，2019 年至 2026 年長照需求人數以照顧對象包含 65 歲以上失能老人、未滿 50 歲失能身心障礙者、50-64 歲失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者及衰弱老人，至 2022 年長期照顧需求人數高推估為 88 萬人、低推估為 80 萬人，2026 年時長期照顧需求人數高推估為 100 萬人，低推估為 92 萬人，⁶顯示長期照顧需求人數逐年遞增。

反觀，長照人力方面，依據 2019 年衛福部長照資源盤點結果，長照直接服務人力分布：照顧服務員 42,942 人、社工人員 4,339 人、護理人員 11,826 人、物理治療人員 2,473 人、職能治療人員 1,321 人。如果以原先政府規劃的長照保險人口涵蓋率 70% 推估，長照人力應增加照顧服務員 33,912 人、社工人員為 2,659 人、護理人員為 6,338 人、物理治療人員為 1,305 人、職能治療人員為 1,886 人，⁷顯示長照服務人力供需間仍存在很大缺口。

綜合上述資料發現，各類專業服務人力均極需培訓與擴展，但以現行長照服務模式提供的服務項目而言，仍以從事第一線服務的照顧

部分業務與長照相關。參考立法院，〈長期照顧組織體系整合問題之探討〉，2017 年 11 月，取自《立法院法制局研究成果議題研析》，

<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=163574>，檢視日期：2020 年 6 月 24 日。

⁵ 衛生福利部統計處，同註 3。

⁶ 長照需求推估人數係按各目標族群（65 歲以上失能老人、未滿 50 歲失能身心障礙者、50-64 歲失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者、衰弱老人）之長照需要率資料（依據不同調查計畫結果），配合國發會中華民國人口推估（2016 至 2061 年）數據一中推估人口推計數據。長照需求推估人數公式：長照需求推估人數=長照需要率(%)x 人口推計數。參見衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0(106~115 年)(核定本)》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 58-67。

⁷ 衛生福利部統計處，同註 3。

服務員為最缺乏和最需積極投入的職類。雖然在供需上依然是需求大於供給，然而，實際上政府的政策已相當積極培育長照專業人員。

其實我覺得 2.0 已經有很多的突破，比如說我們以前生活照顧沒有假日，禮拜一到禮拜五都提供不了，禮拜六日如何提供？然後也沒有夜間，很多的服務是缺乏彈性。可是 2.0 在給付支付之後，把很多的過去 1.0 走過的這些問題都把它納進去，就是從給付面；政府就是這樣，我們有的是資源，就是經費，透過經費然後去鼓勵我的提供服務單位來提供服務。所以其實我們也發現說，如果你去中央，你們就可以知道，像照顧服務的人力或是服務單位的數量都有在持續成長。--受訪者 P02 (S4-1-1)

如果再仔細分析人力類別，依據 2016 年長期照顧服務網計畫 106-109 年中程計畫，⁸長期照顧資源可以區分為「服務資源」與「人力資源」二者。其中服務資源依「老人福利法」定義可分為居家式、社區式和機構式三類，⁹資源分布以入住機構式最多，服務人數約為居家式的 1.5~2 倍，約為社區式的 10 倍。若以身心障礙者為服務對象的總量，則機構式與居家式之服務人數相當，各約 11,000 人左右，約為社區式的 3 倍，顯示社區式長期照顧服務成長最為緩慢。

另外，政府於 2018 年調升居家照顧服務員薪資待遇，鼓勵居家服務員人力投入及鼓勵久任，截至 2019 年 3 月底，照服員總計為

⁸ 衛生福利部，〈衛生福利部 106-109 年中程施政計畫〉，2017 年 6 月 9 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/np-3263-1.html>，檢視日期：2019 年 6 月 20 日。

⁹ 居家式、社區式和機構式服務措施分別規定於「老人福利法」第 17、18、19 條。**居家式**：為協助失能之居家老人得到所需之連續性照顧，地方政府主管機關應自行或結合民間資源提供醫護服務、復健服務、身體照顧、家務服務、關懷訪視服務、電話問安服務、餐飲服務、緊急救援服務、住家環境改善服務、其他相關之居家式服務。**社區式**：為提高家庭照顧老人之意願及能力，提升老人在社區生活之自主性，地方政府主管機關應自行或結合民間資源提供、保健服務、醫護服務、復健服務、輔具服務、心理諮商服務、日間照顧服務、餐飲服務、家庭托顧服務、教育服務、法律服務、交通服務、退休準備服務、休閒服務、資訊提供及轉介服務、其他相關之社區式服務。**機構式**：為滿足居住機構之老人多元需求，主管機關應輔導老人福利機構依老人需求提供住宿服務、醫護服務、復健服務、生活照顧服務、膳食服務、緊急送醫服務、社交活動服務、家屬教育服務、日間照顧服務、其他相關之機構式服務；機構式服務並得支援居家式或社區式服務。

36,162 名，其中居家照服員有 14,538 名、社區照服員有 2,507 名、機構照服員 19,117 名。¹⁰可見居服員薪資調升措施，已影響照顧服務員至社區式長照機構及住宿式機構工作之意願，形成社區式及住宿式機構招聘新進人力不易。

服務人員其實一直是各個國家在長照這塊的一個問題，但是我們政府這邊也是很努力的在提升它的人力資源。像目前就是有在推一些那個，就是希望可以吸引一些年輕人投入照服員的職場這塊，好像還有一些像是促進一些中高齡者回來就業，讓他們去照顧，這些也都是我們目前努力的方向。那其實現在，大概這一、兩年吧，服務員的人力其實也是上升滿多的，從原本三萬多到去年底的時候已經到五萬多了，接下來評估可能大概還有一萬左右的缺口，接下來就是靠著政策補助努力去補足他們。--受訪者 P01 (S4-1-2)

在訪談過程中，受訪者對於目前長照人力服務供需現況亦提出看法，有受訪政府官員不諱言指出長照服務推廣仍不夠普及。為因應未來長照需求人口持續擴大成長、長照服務項目擴增與資格放寬，則投入長照領域之人力需求也需同步成長，因此有必要加強擴增培訓量能，並研擬多元培訓人才管道，同時也必須針對機構住宿式服務使用者給予補助，讓居家、社區式及機構住宿式服務都能均衡發展。而在留任誘因改善上，可以持續以薪資改善、協助職涯發展、並強化長照形象來面對。

貳、服務人力專業性

分就服務人力之養成、專業區隔與技能提升說明之。

¹⁰ 參見衛生福利部，〈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「長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告〉，2019 年 5 月 9 日，頁 6，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>，檢視日期：2020 年 5 月 29 日。

一、服務人力之養成

照顧服務員的人力培育，依「老人福利服務專業人員資格及訓練」辦法，凡具有本國國籍或領有工作證的外籍人士，且年滿十六歲者，可經由三種方式取得照顧服務員資格：（一）領有照顧服務員訓練結業證明書；（二）領有照顧服務員職類技術士證；（三）高中（職）以上學校護理、照顧相關科（組）畢業。其中照顧服務員訓練課程包含 50 小時的核心課程、8 小時的實作課程、2 小時的綜合討論與課程評量以及 30 小時的臨床實習；課程內容著重失能者身體照顧，受訓者經考評合格由訓練單位給予結訓證書。另針對已實際從事照顧服務工作者尚需每年接受 20 小時包含老人福利概述、老人服務相關法令、老人照顧服務工作倫理、老人照顧服務內容及工作方法、其他與老人照顧服務相關的課程等五類的在職教育訓練課程。

在長照裡面，無論是台灣或是世界各國，同樣遇到一個問題，人力是一個最大的困難點。當然現在我們一直努力去解決，而且這個人力，它是處理日常生活，所以它不是專業人員。因為長照也有另外一個部分，大概百分之 70 是生活照顧，百分之 30 是專業的服務。--受訪者 P02 (S4-1-3)

依目前人力需求估算，缺口最大是底層的照顧服務員。有關政府針對照顧服務員的培訓資料顯示，自 2017 年至 2019 年總計培訓照顧服務員 101,829 人，目前留任長照服務領域 26,942 人，留任比率偏低，約佔 26%；另長照計畫考量偏鄉長照資源，強化偏遠在地長照人力（含原住民地區），提供長照的知能，擴大培養在地服務人員訓練及家庭照顧者支持方案，讓在地人照顧在地人，2016 年至 2019 年度共辦理

288 場教育訓練受訓達 3,613 人次。¹¹目前長照教育培訓計畫共分三階段，¹²其中 Level I 共同課程就是最初階人力養成訓練，提供給長照服務人員具備長照基本知能，當然醫事人員及社工師也可參加。最快經過三天 18 小時受訓，即可取得長期照護專業培訓證書。¹³因此，就長期照顧服務人力之養成而言，其專業門檻並不高，而且訓練內容以教室授課為主，無法真正達到訓練目的，多數照顧者是在工作中學會技能。

二、服務人力之專業區隔

現行台灣長照制度對長照人員的定義包含了二大類：評估照顧需求的「照顧管理人員」及提供照顧服務的「照顧服務人員」。¹⁴照顧服務人員又可細分為五類，包括照顧服務員、社工人員、護理人員、物理治療人員及職能治療人員。¹⁵這些人員各有不同的教育訓練模式及取得證照的機制。

¹¹ 衛生福利部統計處，同註 3。

¹² 依據 104 年 6 月 3 日華總一義字第 10400064391 號令公布之長期照顧服務法，已完成照顧管理專員及照顧管理督導及醫事專業人員三階段之課程規劃。另參考衛生福利部，〈108 年度「長期照顧醫事人員暨照顧管理人員專業課程繼續教育訓練計畫」申請補助作業規定〉，2019 年 7 月 29 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-47384-1.html>，檢視日期：2020 年 5 月 15 日。

¹³ 參見臺北市政府衛生局，〈107 年度長期照護專業培訓課程(Level 1)第四梯次簡章〉，頁 3，取自《新北市衛生局》，

[https://www.health.ntpc.gov.tw/archive/health_ntpc/6/file/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E8%AD%B7%E5%B0%88%E6%A5%AD%E5%9F%B9%E8%A8%93%E8%AA%B2%E7%A8%8B\(Level1\)%E7%B0%A1%E7%AB%A0.pdf](https://www.health.ntpc.gov.tw/archive/health_ntpc/6/file/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E8%AD%B7%E5%B0%88%E6%A5%AD%E5%9F%B9%E8%A8%93%E8%AA%B2%E7%A8%8B(Level1)%E7%B0%A1%E7%AB%A0.pdf)，檢視日期：2020 年 6 月 12 日。

¹⁴ 衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 98。

¹⁵ 照顧服務員為基本照顧人力，社工人員、護理人員、物理治療人員及職能治療人員為專業照顧服務人力。此外，亦有文獻將物理治療人員及職能治療人員單歸一類為醫事人力，或者將照顧管理人員劃分照管督導、照管專員和行政人員三類。另依據長照人員認證資格不同，將照顧服務人員分成照顧服務員、教保員、生活服務員、家庭托顧服務員；其他長照人員類別包括居家服務督導員、社會工作師、社會工作人員、醫事人員，以及中央主管機關公告長照服務相關計畫之個案評估、個案管理及提供服務人員。參見〈長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法〉（自 2017 年 6 月 3 日施行）之長照人員認證資格一覽表。

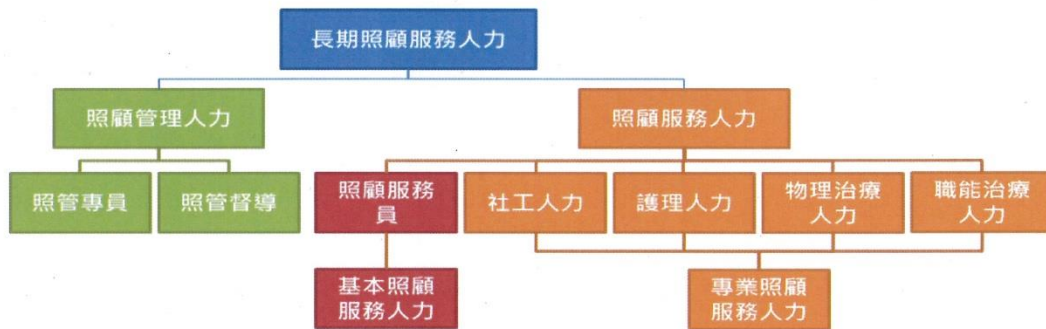


圖 4-1：長期照顧服務人力分類

資料來源：衛生福利部，《長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 98。

對於護理、社工、職能或物理治療等專業照顧的服務人員而言，其專業養成所需時間較長，而分別於學校教育中設置專業課程。學校教育自 2007 年陸續設置長期照顧相關學位學程科系，如「老人照顧系」、「老人服務事業管理系」、「福祉科技與服務管理系」和「老人護理暨管理學系」等¹⁶，以培育高齡照顧之人才。

照顧服務員現在有勞動局，他們是有培訓、職前訓練，每一年都會有一些需求遞給他，他們就會去招募這些學員來受訓。當然，另外就是從學生。從學生就開始培育，所以我們從高職，台北市高職有一些照顧服務員的專班，而且還有公費生，這是教育局領導之下，就覺得應該要從學校開始，我們開始針對這些部分。因為我們知道現在少子化之後，有很多的學校有招生不足的狀況，特別是私立，所以針對這些部分，小孩子如果他有興趣，我們有公費的制度在那邊。--受訪者 P02（S4-1-4）

另外，針對已取得長期照顧服務人員資格者，長照教育培訓計畫中的第二階段--Level II 專業課程，就是因應不同服務場域的專業需求

¹⁶ 參見〈老人照顧相關科系之相關大專校院名單〉，2020 年 1 月 3 日，取自《台北市政府衛生局》，<http://long-term.hlshb.gov.tw/img/files/eb27599206424124f30a8ce33d504006.pdf>，檢視日期：2020 年 6 月 25 日。

而安排的課程，目的在發展個別專業領域之長照課程，強調專業照顧能力。綜上觀之，從學校相關學科系的設立到職業訓練，教育部和勞動部均配合長照政策備有相關配套措施。

三、服務人力之技能提升

政府為鼓勵國人投入照顧工作，除提高薪資待遇增加誘因外，尚考慮修訂相關子法，明定一定年資之照服員可擔任居服督導員、長照機構業務負責人，以促進晉升、鼓勵創業為長照老闆。¹⁷而長照教育培訓計畫中的第三階段--Level III 整合性課程，課程設計以強化跨專業及整合能力為主，在重視團隊工作及服務品質增進的前提下，增強與其他專業人員適時合作溝通之能力。

然而，相關研究顯示，有許多因素造成人力在培訓和提升技能上沒有加分作用，包括薪資、福利、專業成長、職涯發展、專業形象不佳、訓用不合一、及專業養成與職場需求有落差等因素。¹⁸以調升居服員薪資待遇為例，此措施雖有利於服務人力之養成，吸引新進人員投入照顧服務員行列，但是對於資深照服員與專業提升而言，卻沒有鼓勵效果。

大部分家長都覺得說，他們都講得很白，跟外籍看護工一樣把屎、把尿，為什麼培育我的孩子，最後是做這些事情。可是我們還是努力去做，有些家長可能家裡曾經有相關的一些照顧的機會，他們就知道，這樣工作並不是他們想像。--受訪者 P02 (S4-1-5)

另一方面，照服員絕大部分所提供的服務都是在處理受照顧者的一般生活照顧，並無需太多專業技能，因此會有專業養成與職場需求

¹⁷ 衛生福利部，同註 10，頁 5。

¹⁸ 蔡淑鳳，〈長期照顧十年計畫 2.0 報告〉，2016 年，頁 6，取自《衛生福利部網站》，http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=976&fod_list_no=0&doc_no=55616，檢視日期：2020 年 5 月 16 日。

產生落差的疑慮發生。此外，除了薪資福利缺乏誘因、專業養成與職場需求有落差外，社會上對於長照服務員仍存在較差的職業聲望，這部分有賴長期投入社會教育，或者運用政策宣導的行銷策略，方能逐步改變社會刻板印象。

綜上分析可以發現，目前政府著重在服務人力量能提升上，對於人力素質的提升，則仍待加強。在鼓勵服務人員接受專業訓練並減少職場落差上，可以鼓勵由機構自辦、自訓、自用方式因應，或將部分課程錄製成檔案集，由需求者自選並以線上教導方式進行。人力資源的養成與管理，對於長照政策的成功與否具有正相關性，可以運用分析、評估及預測工具，提出具體問題，用以改善或調節所需要的人力，亦即人力資源的培育需基於組織或政策需要，藉由培育達成個人成長與組織發展。

參、人力配置與規劃

以下就現行長照人力配置、未來長照人力規劃、評估納入外籍看護分別討論。

一、現行長照人力配置

在長期照顧領域中人力資源角色區分，通常是以執行的工作與技能來分類：一是由專業人員執行的工作，二是不需特殊或專業教育，可直接為高齡者提供服務的工作。¹⁹長期照顧是一勞力密集的產業，分別由正式專業、半專業及非正式的照顧者所組成；正式照顧者指各種付費形態的照顧服務提供者，非正式的照顧者則指免費提供照顧服務的家人或朋友。其中專業人力包含了護理人員、社工員、物理治療師、職能治療師、醫師、營養師、心理醫師、藥師等。²⁰上述是就照

¹⁹ 依衛生福利部長照人員之定義，前者歸為專業照顧人力，後者為基本照顧人力，如本文圖 4-1 所示；資料來源：衛生福利部，同註 14，頁 98。

²⁰ 蔡啟源，〈我國長期照顧服務之檢視〉，《社區發展季刊》，第 129 期，2010 年，頁 415-416。

顧服務人力而言，另一方面，制度的執行還有賴管理人力。

在正式照顧制度下，長期照顧服務人力可分為管理人力與服務人力二類。照顧管理人力又分為照管專員及照管督導；²¹照顧服務人力則是指照顧服務員、社工人員、護理人員、物理治療人員及職能治療人員五類。²²當中，照顧服務人力實際上就是專指照顧服務員與個案管理員，其他專業人員例如社工人員、護理與醫事人員，則是分布在長照據點的 A 與 B 級較多，而社區巷弄的 C 級，以及居家服務，依然是以照顧服務員與個案管理員為主。²³

他們（社工人員、護理與醫事人員）做的不是照顧人員，他們還是做他們的本業啦，就是我們的那些復能的服務，還是需要他們用他們的專業去執行。...那邊主要是在講照顧員，因為長照人力的缺口主要還是在照服員人力缺乏這部分。...個管師這塊，其實我覺得比較需要，因為他是一個新的制度，所以這部分人力應該還是有缺乏，而且他們需要的是更加強訓練一些，因為他們可能還不熟悉，所以我們也是有努力想要開發一些，讓他們可以更精準 touch 到個案需求的一些機制。--受訪者 P02（S4-1-6）

由於個案管理員（簡稱個管師或 A 個管）是長照 2.0 新引進的職務，²⁴所以存在人力缺口，而且需要加強訓練，關於這部分仍有待政府努力開發。政府因應長照 2.0 需求，於 2018 年 1 月設置個案管理員，作為案家的長照服務單一窗口，來統整所有正式與非正式的長照資源與服務，提供客製化的服務。依據長照給付支付制度基本理念，

²¹ 照顧管理專員，簡稱照管專員或照專，是政府長照中心的工作人員，當民眾有長照服務需求時，通常是第一個接觸對象，負責初篩電訪、居家訪視、評估失能級數，並與家屬初步溝通了解案家需求，立案後，再將案子派給提供服務的單位。

²² 參本文之圖 4-1：長期照顧服務人力分類。

²³ 蔡宛妤，《長期照顧機構社會工作人員工作壓力、壓力因應與生活品質之研究》（屏東：美和科技大學健康照護研究所碩士論文，2016 年），頁 256-277。

²⁴ 個案管理員是因應長照 2.0 建構社區整合式照顧體系而新增之職務類別，泛稱個管師；又因隸屬於 A、B、C 長照服務據點之 A 單位，故又被簡稱 A 個管。

係以個案為中心，針對個案問題清單提供符合其需求之照顧服務，由照顧管理專員或個案管理員與案家共同擬訂照顧計畫。因此，個案管理員的功能對於潤滑整體長照制度的運作有相當大的幫助。

「照顧管理專員」與社區整合型服務中心「A 單位個案管理員」角色功能及分工是，直轄市、縣（市）政府落實於照顧管理專員之訪視評估及進行失能等級及額度判定後，復由 A 單位個案管理員擬定照顧服務計畫、服務連結與追蹤及調整照顧計畫。²⁵個案管理員或者是照顧管理專員本身具有篩選個案與派案的能力，每年都有新增預算進行人力增補，而增補的行政程序也盡可能精簡。

照管專員，中央都有按照我們推估的需求配給照管專員，當然是說，比如說他年初告訴你說增加 20 個，不可能年初一月一號馬上就到位，當然還是那個過程，我們努力的去把要招聘的人聘進來，可是他每年會給我們新增的人力，這些新政的人力，就是透過隨招隨考，就說你來報名，我們馬上面試，盡量簡化這些的面試或是招募的程序，希望說可以更快速的去把我們的這些人力補齊。--受訪者 P02（S4-1-7）

長照人力資源所遭遇的困境以照顧服務員缺工為主，此項缺乏對後續政策推行帶來的衝擊最大。雖然長照服務員養成包含三大主要訓練機制，但仍無法因應長照市場對照服員人力之需求。當中，在勞動條件的衝擊、自我成就無法獲得滿足、個人健康及體力無法負荷、照服員情緒負荷耗竭，以及職業倦怠是造成人力缺乏的主要原因。²⁶可以發現，除了薪資待遇因素外，尤其在政府調升居服員薪資水準後，

²⁵ 參見衛生福利部，〈縣市政府辦理社區整合型服務中心(A)注意事項與派案原則〉，2020 年 3 月 3 日，取自《衛福部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4006-42523-201.html>，檢視日期：2020 年 8 月 12 日。

²⁶ 施秋蘭，〈我國長期照顧專業人力培育現況與困境〉，《銀髮世紀季刊》，第 56 期，2013 年，頁 1-7，資料來源取自《中華民國老人福祉協會》，http://www.elderly-welfare.org.tw/tc/information_in.aspx?id=172&chk=02286cef-7735-4810-bb2c-b8e43dd31c24&mid=19¶m=pn%3D2%26mid%3D19，檢視日期：2020 年 9 月 25 日。

其他非經濟因素仍然強烈影響照服員工作意願，仔細觀察都非屬於長照主管機關衛生福利部所能單獨解決的。

長照就是缺這兩個部分，一個是缺人一個是缺錢。人的部分剛剛講了；錢的部份，就是在法規上明訂，我們就是有一個長照基金，專款專用在長照。...現在的照服員如果是在居家或社區，薪資沒有很低，中央有保障他們一定的薪資，這是一個。另外，我剛剛已經講過，其實給付支付制度之後，經費、服務費用是提高，如果去中央問一下，我們現在整個照顧服務員人力、單位數都是增加的。甚至我們也有資料說，有一些服務單位就說，反而居家比較好找到照顧服務員，反而是機構，比如養護機構或是護理之家反而是不容易。--受訪者 P02 (S4-1-8)

目前政府的做法是從衛政、社政、勞政及教育四部會的困境提出培訓建言：²⁷使照顧服務員訓用合一，並增加培訓量及有效媒合就業；公立醫院全面推動全責照護制度，加強學校正規教育的培訓，以及外籍看護工的訓練及申請從嚴審查；²⁸而在留任上建議要提升專業形象的塑造、薪資待遇的確保，並期待從職訓系統、正規教育系統及爭取國家考試為遠程目標，建立出照顧服務員的生涯路徑。²⁹

二、未來長照人力規劃

因應現代人晚婚、不婚、不生現況，未來獨老、雙老的居住型態將成為新型態，屆時住宿式長照機構將日趨重要。³⁰此外，在地老化

²⁷ 按長照服務業務分由「社會及家庭署」主政、「衛生福利部」主政、「勞動部」主政或「教育部」主政時所遇到之困境及建言。

²⁸ 吳玉琴，〈照顧服務人力的培育與留任〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2013 年，頁 125-126。

²⁹ 中華民國長期照護專業協會，〈針對臺灣地區未來長期照護人力供需分析與推估之研究報告〉（臺北：中華民國長期照護專業協會委託之專題研究成果報告，2003 年），取自《行政院衛生署》，<http://1074698.wit.com.tw/>，檢視日期：2020 年 5 月 23 日。

³⁰ 國軍退除役官兵輔導委員會，〈立法院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議「長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃」書面報告〉，2019 年 9 月 25 日，頁 5，取自《國軍退除役官兵輔導委員會》，<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3epVjGY2lucJ:misq.ly.gov.tw/MISO/docu/MISQ3006/uploadFiles/2019091910/92301212306056909000.pdf+&cd=3&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>，

的觀念是未來長照政策思考依據，影響所及是許多相關措施和制度的建立。針對家庭結構以及養護觀念的改變，則長照政策也應朝多元化發展，提供服務使用者多元自主選擇的機會。為此，未來社會對正式的服務需求不僅會逐次增加數量，也會加重對照顧品質的要求，以及對選擇服務的獨立自主性，均會一併提升，實為未來制度檢討規劃時不能忽略的趨勢。

順此趨勢，未來長期照顧應當著重在居家式與社區式的服務資源，以營造出多元的社區照顧環境，並加強培訓照顧管理員以提升其照顧技術，同時引進財源以強化照服員留任意願。再者，中央政府應落實統籌管理社區資源角色，協助地方政府強化照顧管理中心的組織編制與經費需求，用以執行個案照顧管理業務。在財務制度上，則應落實上述服務設施與人力資源的發展、服務輸送、與管理制度的執行。³¹換言之，相關的技能與專業成長，都需要進行在職訓練。

我是覺得現在可以再加強的就是一些可以更吸引產業投入的一些方向啦，因為我們資源還不足嘛，就是有沒有一些行銷的方式可以讓業者對這個，其實有滿多業者都對這個產業還滿有興趣的，就是希望可以讓他們再更多的投入。...我覺得應該是看政府的政策方向，就是它鼓勵哪一塊的服務類型，可能針對那塊去投入一些補助或是建置一些獎勵的計畫，或者是一些新的方案之類的；還有可能另外的部分就是看民眾他的喜好和使用趨勢，去補足那一塊的產業這樣。--受訪者 P01 (S4-1-9)

除此之外，政府也可參考鼓勵民間參與，因為公部門的長照體系無法滿足日益增多的長照需求，政府可透過租稅、投資獎勵計畫等政策工具，激發民間對長照的供給意願。尤其對長照資源薄弱區域，更

檢視日期：2020 年 8 月 19 日。

³¹ 陳家瑜，《照顧好我們的照顧者：我國照顧服務人員就業歷程及人力發展之探討》，（臺南：國立中正大學勞工關係學系暨研究所碩士論文，2013 年），頁 5-6。

應積極的投入與鼓勵，以縮減供需差距。引進民間參與機制的作法包括，讓民間組織或團體充分瞭解長期照顧政策與規劃、與民間組織發展為共造夥伴關係、全面檢視相關配套法令之修改或解釋或救濟、常態性推動組織與長照營運團體的選定與培訓等，³²都是未來長照人力規劃時可以參考之處。

三、評估納入外籍看護

外籍看護或外籍照顧服務員的工作場所除了居家照顧外，就是在長照機構擔任照顧員，而相關的工作壓力來自語言學習和照顧技能。根據臺灣國際勞工協會資料顯示，機構外籍看護工與本國照服員呈現互補關係；另外，不同區域間的估計結果發現，長照人員聘僱越多的地方，外勞與本國長照人員的互補關係越明顯，足見外籍看護工能適時地補充長照人力之不足。³³另一方面，政府相關單位卻仍沒有一個很明確、透明化的外勞仲介機制，政府對於仲介的把關太鬆、不夠透明化，使得民眾在選擇外勞上遇到很多問題，例如機構的評鑑很多，卻缺乏對外勞仲介的評鑑機制。

從相關文獻可以得知，³⁴外籍看護工的任用在台灣長期照顧中的角色，不論是家庭或是機構，皆已成為補充或替代性照顧人力。然而針對如此龐大的照護需求，如果本籍的照護人力無法向上成長，勢必得由國外引進人力來補充，而該類問題就不能單以外籍移工搶食本國勞工的就業機會來著墨了，而應從如何提升照顧的品質來思維。國家

³² 陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟、翟文英，《長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估》（臺北：行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009年），頁137-139。

³³ 臺灣國際勞工協會，〈「請一個外勞仔」？被外勞取代的台灣長照〉，2017年6月26日，取自《TIWA 臺灣國際勞工協會》，
<https://www.tiwa.org.tw/%e3%80%8c%e8%ab%8b%e4%b8%80%e5%80%8b%e5%a4%96%e5%8b%9e%e4%bb%94%e3%80%8d%ef%bc%9f%e8%a2%ab%e5%a4%96%e5%8b%9e%e5%8f%96%e4%b%a3%e7%9a%84%e5%8f%b0%e7%81%a3%e9%95%b7%e7%85%a7/>，檢視日期：2020年6月1日。

³⁴ 吳玉琴，〈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》，第136期，2011年，頁253-254。

的長照政策研擬是否可考量跨部會的合作，對於外籍移工的訓練與管理，讓其人力引進不單只是量的提升，在照顧品質上也能達到一定水平。

外籍看護工是因為現在我們長照人力不足，所以它必須要有外籍看護工這樣的制度，去補充這些長照人力。像我們這次去芬蘭，他們就說他們很少外籍看護工，幾乎沒有這種一對一的家庭聘僱式的外籍看護，日本也是。可是因為我們現在的國家的情況不一樣，加上少子化，要大量投入這些人力是更辛苦。所以我覺得未來針對人民的部分，可能要更前瞻的去思考怎麼透過科技來幫忙，而不是一直只有去想說我要培訓多少人、要不要開放外籍看護，那是短暫、現在的作法；因為現在要應急立刻需要，需求就在那裡，總不能叫他說十天不要起床、不要大便，你不可以叫民眾那樣。所以立即性的需求還是要滿足，就用立即性的方法來解決。長期的話，應該要再去思考，有沒有一些其他的是可以透過科技來減少人力。--受訪者 P02 (S4-1-10)

當然，長照 2.0 的相關配套政策已增加長照預算支持照顧人力發展，運用職業訓練提升本國照顧服務員的社會地位與專業性。然而，在降低外籍看護工使用率上，依然是需要階段式遞減外籍看護工入台的比例，但同時也需要加強本國照顧員的服務。³⁵臺灣長期照顧政策與照顧人力處於矛盾的關係在於，依然是由被動的長期照顧政策影響服務人力的發展（以需求量追趕供給量）、本國照顧人力發展主要來自於政府的財務支持與提倡、外籍看護工在偏鄉區域因為不健全的政策成為主要照顧人力。社福外勞開放人數勢必應進一步檢討，特別是長期照護體系方面，根據 2018 年統計不足人力在 5.6 萬至 7.4 萬人間，其中國人參與意願較低之照顧服務員就佔 65% 至 73%。若能經由國

³⁵ 蔡淑鳳，同註 18，頁 6。

人與外籍照顧人力相互搭配的組合，不僅能抒解人力不足的問題，對創造國人工作機會與發展照顧產業均有助益。³⁶而政府因應做法是提出「擴大外籍看護工喘息服務試辦計畫」，來減輕個案家庭因外籍看護工短期無法協助而產生之照顧壓力，自 2018 年 12 月起針對部分符合資格的申請者，對於外籍看護工短時間休假期間，得以申請喘息服務。³⁷雖與開放外籍看護之作法仍有一段距離，但至少已正視外籍看護工在台灣長期照顧體系存在的某些問題。

長期照顧服務屬於人力密度高且技術低的服務產業，與引進外勞來台從事體力工作之基本原則並無違背，尤其在當前長照資源量能仍未齊全，考量偏鄉地區長照資源單薄情況下，有必要在不侵蝕本國人之就業機會、勞動條件，以及著重國民經濟發展及社會安定前提下，列入未來政策思考選項中。

綜上分析，為吸引新進人員投入長照領域，有必要加強擴增培訓量能，並研擬多元培訓人才管道。而在留任誘因改善上，可以持續以薪資改善、協助職涯發展、並強化長照形象來面對。此外，在人力素質提升方面，可以鼓勵由機構自辦、自訓、自用方式因應，或將部分課程錄製成檔案集，由需求者自選並以線上教導方式進行。

長照人力資源所遇困境以照顧服務員缺工為主，除了薪資待遇因素外，還包含非經濟性因素，誠非長照主管機關衛福部所能單獨解決的，還需要衛政、社政、勞政和教育等相關部門配合，例如教育部籌

³⁶ 國家發展委員會，《未來十年我國外勞政策變革方向之研究》（臺北：國家發展委員會委託研究報告，2014 年），頁 25。

³⁷ 衛生福利部，〈立法院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議「長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告〉，2019 年 9 月 25 日，頁 7-8，取自《衛生福利部》，

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pr8CDO_F8UIJ:https://www.mohw.gov.tw/dl-56429-31edfec1-68df-4de1-b30d-a2b214f68076.html+&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw，

檢視日期：2020 年 7 月 22 日。

設相關科系或實習課程，或研議在學期間取得照服員資格機制等。³⁸

因應未來人力需求應及早規劃，可以鼓勵民間參與方式進行，或引進外籍看護方式補足人力需求，尤其對長照資源薄弱區域，更應積極的投入與鼓勵，以縮減供需差距。

除此之外，長期照顧服務人員的質與量都是影響服務品質的關鍵角色，因此政策的推展、機構的經營管理、工作者的壓力、外籍看護任用等，都是現今長照政策應戮力解決的重點。目前長照人力之照顧服務運用面臨一些困境，包括招募不易、人才流失、勞動條件不佳、社會形象低迷等。除了考慮薪資、福利調整外，仍需要有職業聲望的考量，而這部分有賴長期投入社會教育，或者運用政策宣導的行銷策略，方能逐步改變社會刻板印象。

第二節 民間機構角度

隨著時代變化，傳統家庭照顧功能逐漸式微，由家庭擔負照顧老年者的角色，逐漸被機構式照顧取代。民間長照機構是勞力密集的服務產業，其工作內容以生活照顧為主，且提供 85%～100% 非技術性直接照顧，大約 90% 的工作事項由服務人員完全獨立執行或監督下執行，是與被照顧者互動最密切的照顧人力。³⁹ 本節從民間機構的角度，依深訪資料整理出民間機構所遇到的問題，分別從服務人力招募問題、服務人力培訓問題兩面向來討論。

壹、服務人力招募問題

本研究從深訪資料發現，個案管理員人力和住宿型機構服務人力出現招募問題。個案管理員是長照 2.0 新設置的職務；而老人照顧服

³⁸ 衛生福利部，〈長期照顧十年計畫 2.0 報告〉，2017 年 11 月 17 日，頁 9，取自《衛生福利部》，<https://www.cy.gov.tw/File/1326FCFD11C41A56?A=C>，檢視日期：2020 年 6 月 3 日。

³⁹ 楊雅筑，〈民眾對於長期照護制度的認知與商業型長期照護保險購買意願之研究〉（臺北：銘傳大學風險管理與保險學系碩士在職專班碩士論文，2015 年），頁 11。

務措施分為居家式、社區式和機構式三類，⁴⁰長期照顧人力的分布集中在機構，約為居家式服務人力的 2 倍，社區式服務人力的 15 倍，⁴¹機構式的人力需求龐大。

一、個案管理員人力問題

政府於 2018 年新設個案管理員，作為案家的長照服務單一窗口，提供客製化服務，包括照顧計畫擬定與服務連結，如承按照管中心轉介長照需要者；至案家與長照需要者或其家屬討論，依其「個人額度」照顧問題清單、長照需要者之需求後，擬訂照顧計畫；照顧計畫送照管中心核定後連結服務或資源。後續照顧管理內容還包括，依長照需要者需求或長照需要變化調整照顧計畫；執行服務計畫；追蹤長照需要者與各項服務之連結情形；進行服務品質追蹤；接受長照需要者及其家屬有關長照服務諮詢、申訴及處理；協助長照需要者或其家屬其他資源連結等。⁴²可見個案管理員的職責相當多，其功能對於整體長照制度的運作攸關成敗。然而，由於個案管理員是長照 2.0 新增職務，而且其訓練較一般照服員專精複雜，所以存在人力缺口。

我們原本就是居家的業務，整個個案數就 9 百多，一開始是由內部人員轉調，由居家督導兼任個管師，因為居家的碼別比較複雜，所以會比較快上手，去年開始協助他們專職專任個管師，這樣角色會比較清楚，一個人兩個角色會很容易混淆。...背景都是社工居多，都需要證照，也要有長照的背景；譬如說長照的工作兩年，那一些證照，譬如社工師可能要一年的實務經驗，中央有一些基本規定。不過這之前有吵過，到底

⁴⁰ 另依據「老人福利機構設置標準」第二條規定，老人福利機構分為長期照顧機構、安養機構、其他老人福利機構三種，其中長期照顧機構尚區分為長期照護型、養護型、失智照顧型三種類型。

⁴¹ 依據 2013 年長期照顧服務網提出「106-109 年中程計畫」；參見行政院，《長期照護服務網計畫（第一期）—102 年至 105 年（核定本）》（臺北：行政院，2013 年），頁 21。

⁴² 參見臺中市政府，〈臺中市政府長期照顧跨專業服務個案管理員培訓方案〉，2018 年 7 月 9 日，取自《臺中市政府衛生局長期照顧管理中心》，

http://ltcc2.health.taichung.gov.tw/czfiles/0/1000/attach/39/pta_1088_9803231_27833.pdf，檢視日期：2020 年 9 月 24 日。

要多少年資，會覺得都找不到人了。--受訪者 C02 (S4-2-1)

要成為個案管理員條件嚴苛，必須具備長期照顧服務相關經驗，例如師級以上醫事人員、社會工作師；或專科以上學校醫事人員相關科系所畢業或公共衛生、醫務管理、社會工作、老人照顧、長期照顧或運動保健等相關科系所、學位學程畢業；或者專科以上學校，非屬醫事人員相關科系所畢業，但領有照顧服務員技術士證者等等。此外，還要完成個案管理暨跨專業整合服務培訓、通過個管員考試認證（含筆試及口試），最後還要實習，完成 10 位個案實例操作。⁴³顯然，要培訓出一位合格個案管理員，需要投入許多時間和資源，實非短期間內所能達成。

不過大家手上的量似乎都太多了，中央版是 1：150，這怎麼管？所以個管師人力是缺的。今年開始，超過 151，超過量就扣錢，就你背的個案越多，每個人時間有限，品質當然不一樣。另一部分，現在中央綁主責，就是這些個案是由某個人來照顧，那你就是可以知道這些人是由他來照顧，照顧多少個案。新北之前 data 呈現，他可能只有 8 個個管師但是可能有 2 千多個案，如果沒綁主責，服務狀況也是有所擔憂。
--受訪者 C02 (S4-2-2)

另一方面，居家服務的人力需求量越來越大，如果實施類似照顧總額的制度，又可能限縮原先長照政策設定的標的群體。真正的問題在於服務人力不足的狀況下，長照 2.0 又擴大服務對象和服務項目，進而開啟了更多新的需求。另外，現行使用長照的需求評估工具，也可能未能有效判讀，⁴⁴包括量表項目選取的原則待確立、獨立與依賴

⁴³ 參見臺中市政府，同註 42。

⁴⁴ Elsa Dent 等就曾利用 14 種老化測量指標進行比較，並指出沒有一個指標能夠完全有效適用在各種場合。參見 Elsa Dent, Paul Kowal & Emiel O. Hoogendijk, Frailty measurement in research and

的定義待釐清、輕症重判待改進、工具式日常活動功能的性別影響待評估、認知功能障礙者長期照護需求的評估工具待建構等。⁴⁵本研究深訪資料也支持上述說法，居家服務的量很大，就需要更多個案管理的機制進行派案。然而現況卻是，相對於大量的居家服務需求，卻欠缺個案管理員，導致現有人力工作負擔增加，使得 A 級單位在個案管理員招募時承受壓力。

二、住宿型機構服務人力問題

目前長期照顧人力的分布仍集中在機構，實務上，也能從受訪者的回答中，看出機構服務與居家服務兩者在人力招募上有著不一樣的問題。由於居家式服務對象和服務地點不穩定，而且薪資受有限制，造成居服員流動性大，因為能勝任居家服務任務的服務員，基於穩定性和薪資考量，寧願選擇在機構或醫院照顧病人，因而促使衛福部於 2018 年 4 月底函知縣市調升居家照服員之薪資標準。部分民間單位卻認為，此舉已造成機構人力招募困難。

就是會有排擠效應啊，因為人就是這麼多，照顧服務員你每年訓練出來的人真的很多，但是第一個首選一定是醫院的病服員，因為他的醫院看護的部分，他的 pay 是 day by day 的，一天就 2 千元，但是這 2 千元要自己處理勞健保，沒有勞退、特休。但是老實說會從事照顧服務，一是進入門檻低，然後大部分是比較低社經地位的人，他會願意去從事這份工作，而且是中高齡，不一定是婦女啦，因為他沒有特殊技能，他訓練很簡單就是 40 小時專業課程訓練，40 小時的實習，10 小時的回復交涉，就沒了，就可以拿到證照。所以對他們來講，這很容易就可以取得。--受訪者 C04 (S4-2-3)

clinical practice: A review, *European Journal of Internal Medicine*, Volume 31, 2016, pp. 4-8, available at [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(16\)30027-9/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(16)30027-9/fulltext), accessed on 5th November 2020.

⁴⁵ 陳家瑜，同註 31，頁 46。

本研究深談資料顯示，薪資待遇仍是機構人力充足的關鍵。就待遇而言，照服員現有鐘點費實質所得不到 3 萬元。而醫院的看護一天 24 小時可得 2,400 元，實際可拿 1,800 元，又不必奔波，工作地點固定，每月收入可達 4 到 5 萬元。此外，照服員因工作穩定性不夠，當就業市場熱絡時，就會離開照服員工作。而且機構服務常是醫院副屬機構，所以在醫事機構的相關招募管道下比較容易達成目標。

我們原本是醫院的附屬機構，有些人力是過去醫院一起招募，所以人力來源都還挺足夠、蠻穩定。主要是外勞，才會一直換。外勞部分都是透過仲介。在機構工作對外勞而言，待遇相對是好的，所以很少跑掉，因為上下班制度，權益、休假、工作內容等，都是跟本國籍一樣。薪水比本國低。--受訪者 C01 (S4-2-4)

長照制度是否能建立，關鍵在於足夠的長照人員，長照人員中則應以照顧服務員為主幹。衛生福利部除調高照服員薪資待遇，以吸引人力投入長期照顧外，也督請各縣市政府落實督導特約居家服務單位提升照顧服務員的薪資待遇與工作福利。⁴⁶觀察衛福部推動長照 2.0 時，多半著重在居家式和社區式照顧服務，長照 2.0 給付基準則未納入住宿型機構內的失能民眾，造成家屬極大負擔，⁴⁷讓機構在招募服務人力時面臨阻力，尤其是小型機構，不論是設備和財力方面，都無法和大型機構相提並論。

最近剛好人力有異動，今年有 1 位離職有 1 位待請育嬰假，所以人力較吃緊，但招募又不是很順利，遇到的困難是投履歷的人有，但是聯繫來面試時都聯繫不上，有看到應徵無法聯絡到人甚至有跨縣市投遞，

⁴⁶ 衛生福利部，同註 10，頁 6。

⁴⁷ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，〈監院糾正衛福部長照 10 大缺失：ABC 級據點背離初衷，資源疊加傾斜、執行效益低、無稽核機制、權責分工不明〉，2020 年 6 月 7 日，取自《臺灣公民對話協會》，<https://rightplus.org/2020/06/17/long-term-care2-0/>，檢視日期：2020 年 9 月 24 日。

感覺只是要申請失業補助而不是真正要應徵，再來可能是因為現在居服員是以量制價，考量到待遇的部分，居服員的待遇會相較上比日照高一些，意願就會有影響。--受訪者 C03 (S4-2-5)

觀察機構式照服員招聘問題，包括待遇不佳、勞動條件差、社會地位低、職業尊嚴及專業角色未受肯定、欠缺職業生涯規劃、流動率高等因素，也因為就業門檻不高、專業訓練及實習不足、無證照分級制度，形成年輕及少壯族群加入工作行列有限。⁴⁸因此，要吸引人才投入此領域，仍需要更多創新思維。

畢竟是比較辛苦的行業，社經地位也不高，相對地這個就吸引不了人，很難啦。比如說你念到長照系畢業後說你要去照顧老人，那父母可能就瘋了，想說你要照顧老人，我幹嘛讓你讀到大學。我之前有長照系畢業的孩子，家屬就很反對啊，只是孩子就真的很喜歡，所以家長也就還好，因為孩子喜歡，只是說你要招募到好的，確實是不容易的。現在要招人也是自己辦比較容易找得到人。--受訪者 C04 (S4-2-6)

此外，訪談資料中也發現，在機構加入運用了外籍勞工補足人力不足後，也間接影響到本國照服員的工作機會。因為一般照顧服務員的工作較單一化，主要是照顧失能的服務對象，以滿足其日常生活所需，而這樣性質的工作門檻較低，並不需要專業的技術即可勝任。然而，如果是針對全日型照顧的族群，特別是失智症患者，那專業的機構就太缺乏了。如果請居家服務的話，則台灣籍的照顧服務成本相當高。不過，關於引進外籍看護對長照政策的影響，著實有待更多研究才能定論，已超越本文論述範圍。

目前的護理人員、看護工的人力配置比例都依照政府的規定，其實

⁴⁸ 蔡淑鳳，同註 18，頁 7。

這樣的比例目前是夠的。不過面對失智型長者，他需要 24 小時的照護，這樣的人力就會不太足夠。目前是沒有失智症入住，不過失智有時候是入住之後，隨著老化才發生的。那目前台灣的失智型機構太少，這會是一個未來很大的挑戰。--受訪者 C01 (S4-2-7)

總而言之，照服員往居家服務流動的結果，首當其衝的就是機構照顧人力流失，像是醫院的「陪病服務員」，而對於原本就難以召聘照服員的「住宿型」機構（如老人長照機構、護理之家等），更是雪上加霜。同時，機構住宿占床率雖然增加，卻因機構照服員薪資未調升且需排輪三班，導致住宿式機構照顧人力明顯不足，這些機構如果要達到符合規範的人力配置，勢必造成經營困難。此外，職能治療師、物理治療師及護理師等專業人員，也因長照新制給付支付基準的關係，而紛紛往社區長照領域移動，讓所有資源配置更加傾斜。⁴⁹而機構分布狀況也有城鄉之別，在服務資源不足及不均、偏鄉資源待開發之下，以及照服員給付新制不夠全面，導致整體照顧人力失衡，相關的民意回饋，是相關單位下階段檢討長照人力量能如何均衡充實時，所必須要面臨的課題。

貳、服務人力培訓問題

茲依民間單位之深訪資料回饋，整理出以下各項人力培訓問題，即缺乏鼓勵進修誘因、無法達成學用合一或訓用合一、缺乏外籍照護員訓練規定、訓練品質不一、學經歷背景有別等。

一、缺乏鼓勵進修誘因

為解決照顧服務員薪資過低問題，衛福部參考全民健康保險做法，自 2018 年起推動長照服務給付及支付新制，將長照服務機構或其他服務提供單位之各項成本納入給付額度估算，其中照顧服務員人事成

⁴⁹ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，同註 47。

本以 3 萬 2 千元計，做為服務費用之支付計算標準。⁵⁰又針對重症照顧負荷較重等特殊服務對象，或針對特別服務時段、服務地區等，均支付額外經費，再輔以整體支付加成機制，將全職照顧服務員之平均薪資提升至每月 3 萬 2 千元以上。⁵¹然而，如果接受相關的教育訓練，或者通過考試，薪資並不會因此提升。因此，現行人力培訓的制度對於鼓勵照服員提升技能上缺乏誘因。

他的訓練時數就是 20 小時的教育訓練。可是這 20 小時就是去聽課，就是再做照顧服務員丙級的考試認證，雖然是丙級的考試但是一樣啊，還是 3 萬 2，時薪還是 200，就不具吸引力。目前都沒有考量到這部分，但是這部分我們在機構式照護的部分，衛福部有提供考上證照的補助加 1 千元；也有可能你大學畢業，你長照系的人，經過大學四年的訓練，你去做照顧服務員也是拿 3 萬 2，也是時薪 200，對一個國中畢業也是一樣啊，這就會有一些問題在。--受訪者 C04 (S4-2-8)

二、無法達成學用合一、訓用合一

為因應長照人力嚴重不足，衛福部還結合教育部推動產學合作，鼓勵大專院校廣設長照相關科系發展實務導向之照顧課程，以引導大專院校相關科系學生取得照顧服務員資格，投入長照服務工作，相關學系如公共衛生、醫務管理、社會工作、老人照顧、長期照顧或運動保健等；此外也和勞動部、退輔會等部會，透過合辦、委辦或容許自行開辦照顧服務員訓練班，以協助受訓人員取得照顧服務員技術士證照，或協助退除役官兵暨其家屬轉職，加入長照服務行列。

然而，衛福部上述作法雖增加多元化人力來源，解決長照人力嚴重短缺之窘境，卻也衍生對長照人力專業形象的質疑及專業化爭議，

⁵⁰ 伊佳奇，〈長照不能只靠加薪〉，2014 年 1 月 16 日，取自《中華民國家庭照顧者關懷總會》，<https://www.familycare.org.tw/news/9961>，檢視日期：2020 年 5 月 28 日。

⁵¹ 衛生福利部，同註 10，頁 6。

特別是在證照取得資格的認證上，並無法確實達到「訓用合一」的目標。⁵²同時，機構也必須特別花時間建立一套內部的訓練制度。政府提供的培訓制度與機構內部的訓練制度並沒有同一性，以及學校所學與實務運作落差，導致訓練資源沒有有效運用。

我會覺得他經過這樣一個小時專業的實務考試，我覺得只能測出他的姿勢有沒有正確、有沒有到位，可是這已經是他平常的一個樣子嗎？我會打一個問號，但是沒辦法。所以專業證照考試都是這樣子的，包括美國也是啊，都是要經過筆試這樣考試啊，到底很會筆試的人有沒有很會照顧？--受訪者 C03（S4-2-9）

根據監察院 2018 年針對長照人力調查結果發現，參加照服員訓練、領有結業證書的學員，以及取得照服員證照者總共逾 12 萬人，然而，實際從事照服工作的人卻只占了 24.5%。為了吸引已受訓者投入長照領域、增加留任誘因，衛福部自 2018 年實施居家照服員調薪方案，但實際從事照顧服務工作者也僅提升至 43%，⁵³顯見受訓後和投入職場上存在許多落差。

三、缺乏外籍照護員訓練規定

外籍看護工在我國長照服務中確實是補充人力之一，特別是對機構式服務網而言，因為在機構工作對外勞而言，待遇相對是好的，所以很少離職情形，且因為是上下班制度，權益、休假、工作內容等，都是跟本國籍一樣。而對機構而言，支付外籍看護工的薪資成本比本國員工低。

其實不論招募本國或外籍看護工，都會有合不合適的問題。本國籍

⁵² 吳玉琴，同註 28，頁 125；陳家瑜，同註 31，頁 24-25。

⁵³ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，同註 47。

適用 1~2 個月，不合適就解職；可是外勞比較麻煩，要跑的程序比較多。
目前本籍的成本還是比較高。會請外勞還有一個原因是本籍招募不太到，
年輕人不太投入這塊。我們的本籍阿姨也都年紀偏大，也已經有職業傷
害，這個工作其實是勞動也需要體力，所以才會招募外籍。--受訪者 C01
(S4-2-10)

而政府為便民在申請看護政策上確實簡化了申請流程，讓有申請
需求的家庭能及早媒合成功。但是，非本國籍且在其原生國家所受的教育
或訓練畢竟是家庭雇主無法掌握的，故在照護上語言的溝通、照顧技巧
的執行，確實有必要讓這些遠渡重洋來台的家庭看護工接受基本的訓練，
以提供正確的照顧方式而非單純陪伴。⁵⁴這些訓練應當包含非護理方面的
課程，如語言、生活模式、文化習慣等，讓外籍看護工能迅速適應本國受
照顧者，也是訓練項目上相當重要之一。

在外籍照護員的部分，台灣目前的法規是沒有相關的訓練規定，所以
可能在他們國家上個簡單的課就可以來，那仲介提供的資料真實性都有
疑慮。法規目前對於本/外籍的規定比例，我記得是 1：1。--受訪者
C01 (S4-2-11)

有鑑於我國國民不願從事勞力密集的照護工作，以至於外籍看護人
力在照護系統裡無法漠視，應該正視並儘快建立妥適的外籍看護人力
聘僱制度，把外籍看護工整合進入居家服務體系，並且建立專業居家
服務機構擔任聘用、訓練及管理者等工作，而非如現在由人力仲介公
司掌控。

總而言之，政府在人力培訓上，無法有效鼓勵照服員進修以提升

⁵⁴ 中華民國長期照護專業協會，《針對臺灣地區未來長期照護人力供需分析與推估之研究報告》
(臺北：中華民國長期照護專業協會委託之專題研究成果報告，2003 年)，取自《行政院衛生署》，
<http://1074698.wit.com.tw/>，檢視日期：2020 年 5 月 23 日。

技能，進而提升照護品質；同時，訓練無法做到學用合一或訓用合一，徒然浪費訓練資源；再者，目前政府不願正視外籍看護問題，自然缺乏相關外籍照護員訓練規定和評鑑等，也是未來應面對的問題。除此之外，人力培訓問題也要顧及因地制宜，對於原鄉地區特殊性質開辦特別課程，或者對於偏鄉地區在訓練資源受限下，開辦以數位通訊協助提供訓練等，亦有所需求。

四、訓練品質不一

長期照顧提供服務範疇力求多元化，從預防、支持、疾病照顧到在家安寧等。照顧非侷限於醫療或護理的延續照護，其範疇除基本生活所需之食、衣、住、行之外，更應涵蓋保健預防、休閒活動....等面向。長照人力的開發，必須在密集式照顧勞動服務以及專業化人力開發之間，做出合適的調整。

像人力訓練有，專業輔導有，照服員課程、社工進修課程訓練，社工方面如果時間 OK，我們就會過去。照服員方面，縣府就會辦 20 小時的課程，只是這二年課程愈來愈多元；過去我們會針對 20 小時上，我們就上一些照顧相關的內容，感染控制、抒壓等課程。那現在的話，人員訓練還有失智課程、身障課程，所以說這一、二年我們的工作人員多半是去上這一類課程。--受訪者 C03 (S4-2-12)

居服員必須參與加強教育訓練，可分為職前訓練、進階訓練以及成長訓練三項訓練。然而，在「加強推展居家服務實施方案暨教育訓練課程內容」中，雖制定了居家服務員訓練課程名稱，卻未明確規範課程內容與大綱，形成民間團體辦理的訓練課程內容有多種版本，⁵⁵導致訓練品質不一，影響居家服務提供。

⁵⁵ 邱泯科、徐伊玲，〈老人居家照顧服務員考訓現狀與工作困境之探討〉，《社區發展季刊》，第 110 期，2005 年，頁 286。

訓練部分，我們的看護工都是自己（護理長）訓練。政府的評鑑指標是有一個外部訓練，可是這部分，外勞以他們的勞動狀況，可能不太可能去外面上課，除非是你給他公假，所以不太適用。不過台北市社會局有一個外聘講師補助專案，我們有去申請講師來上課，這個有個好處是針對機構的現況與需求去指導。普遍性的一些訓練我是覺得沒有必要去外面上課，基本上，一來我們這邊護理人員就會指導，然後再上工。--受訪者 C01（S4-2-13）

目前我們是自己有辦。外部的部分，像老盟（中華民國老人福利推動聯盟）有進階訓練。新北一開始是跟著照管中心實習，那後期就請單位負責培訓。那我們 108 年有協助新北培訓 50 個個管師，今年又有改變但是方法還沒出來。不過制度有被抱怨，央版還是希望由政府來主導訓練。進階訓練這幾年是委託給老盟，那會有兩個不同的模組，目前同仁都有受進階訓練。不過有些連中央都還不知道，就是都在 try 啦。--受訪者 C02（S4-2-14）

此外，外籍勞工的認證方式也是線上課程認證，效果令人質疑。而且，長照體系內不僅僅只有照服人力，其他的職種是否也應該一併採用相同的在職訓練制度來規範，值得思考。

我們目前的人員都是有長照證照，這個政府管很嚴，會有臨時抽查；白天固定抽查，有時候晚上還會不定期抽查。所以不可能有無照的。抽查的部分我倒是覺得因為要控管照護品質，所以沒有什麼不合理，不過其實要求證照、長照卡的部分，外勞是上線上的課程幾小時之後就可以申請。那長照卡主要目的是長照 2.0 想要管理這樣的人員。--受訪者 C01（S4-2-15）

另外，現行部分在職訓練的實用性受到質疑和反彈。部分受訪者

即指出，除非是工作上有必要使用到的技能，不然若強制規定每年的訓練時數，類似規定公務員學習時數，且必須通過考試，有時候根本與學習技能的用意相反，只是徒增困擾。

照服員上完這個課程就發一個證書，這部分政府有做人力專業的補助，可是問題是，像廚師每年都要回去上一些專業課程，那像照服務他們拿了這張證照後是不是每年必須還要進修，或許時數不必到 20 小時這麼長，但是可能也必須辦一些課程，讓他們可以定期去進修，不然變成一張證書終身適用，這樣又回到原點，每年課程要加一點東西，像我們 LEVEL1、LEVEL2 每堂課結束後都要考試，要考試 70 分以上才可以拿到證書，所以上課就得認真，但是照服員程度不同，考試可能會有困難，所以是不是定期每年進修、學習...。--受訪者 C03 (S4-2-16)

長照體系的核心角色是基層服務人力，有時民間單位的回饋能提供創新的思維，是傳統照顧服務業者所缺乏的。未來政策必須藉由導入創新作法，並且適度開放產業加入，而人才的培訓也應順應趨勢以滿足需求者的需求。此外，未來在地化政策在執行上也要評估何種人力是最迫切需要的，以及評估服務模式與人力資源的整合，藉以提供長照相關領域的專業知識或在職訓練。

五、學經歷背景有別

照顧管理人員來自不同的背景，例如來自護理背景或社工背景者，可能在執行長照服務時，對外部資源連結能力有差別。⁵⁶有學者認為，照管專員在執行業務中需要擁有「資源連結能力」及「政策執行能力」，而具護理背景之照管專員比具社工背景之照管專員，對於「資源連結能力」與「政策執行能力」，感到困難機率較大。⁵⁷因為這兩項能力為

⁵⁶ 林郁舒，〈專業差異對照顧管理業務執行之影響－北部照管專員觀點之分析〉，《社區發展季刊》，第 151 期，2015 年，頁 256-269。

⁵⁷ 曾慧姬、陳靜敏、李孟芬、蔡淑鳳，〈台灣長期照顧管理中心運作現況探討〉，《長期照護雜誌》，

社會工作者重要專業養成內容。

假如說像如果我缺那一類的人員，像武漢肺炎好了，我可以馬上調動醫院感染科的人員來，所以我們算是比較幸運的。因為我之前接醫院上課的職務，所以我在調動醫院資源或外面資源都還算蠻容易的；像我常在外面開會，所以外面怎麼樣都知道，而且我現在還有在學校上課，所以很多東西會知道比較多。--受訪者 C04 (S4-2-17)

由於照管專員專業背景多元，關於資源開發與連結能力的相關培訓，是可以投入的在職訓練內容。⁵⁸如果單純依靠個人關係與組織本身的屬性來源，則無法推廣至所有長照機構。其他研究也發現，藉由經驗累積、同儕分享、教育訓練可以縮短與消彌差異。研究同時表明，不同背景的照管專員於任職 1-2 年之後，評估結果會趨向雷同，甚至沒有明顯的差別。⁵⁹上述訊息值得政府在擬定訓練計畫時參考。

總而言之，居家服務的需求量大，而個案管理員缺乏，導致 A 級單位在個案管理員招募上出現困難。另一方面，照服員往居家服務流動的結果，首當其衝的就是機構照顧人力流失，導致住宿式機構照顧人力明顯不足，進而影響其經營能力。而機構分布狀況也有城鄉之別，在服務資源不足及不均、偏鄉資源待開發之下，以及照服員給付新制不夠全面，導致整體照顧人力失衡，是相關單位所需面臨的課題。

而政府在人力培訓上，無法有效鼓勵照服員進修以提升技能，進而提升照護品質；同時，訓練無法做到學用合一或訓用合一，徒然浪費訓練資源；再者，目前也缺乏外籍照護員訓練規定和評鑑等。此外，人力培訓問題也要顧及因地制宜，針對特殊地區開辦特別課程，或者針對訓練資源受限地區，開辦以數位通訊教學方式的課程。另外，現

第 14 卷第 2 期，2010 年，頁 172。

⁵⁸ 林郁舒，同註 56，頁 265。

⁵⁹ 林郁舒，同註 56，頁 265。

行部分在職訓練的實用性受到質疑和反彈。最後，照管專員在執行業務中需要擁有「資源連結能力」及「政策執行能力」，而照顧管理人員可能來自不同的背景，未來課程規劃應該考慮不同學經歷背景來設計。

長照職類的專業認同包含工作者對這份工作抱持的價值觀及社會給予的認同尊重。長期照顧是一門辛苦又具專業的工作，要破除國人對於照顧服務價值的迷思需要時間的洗滌；長照服務是一個專業的整合服務，服務的團隊成員不啻醫療人員、社工人員，還包括了最重要的第一線照顧服務員，故而提升長照職類的照服員專業認同，除了從教育制度著手，讓此職類與其他醫事類的人員在教育養成條件上至少是平等外，社會大眾對人員的尊重與正向回饋、國家考試制度建立等，都是促進專業認同的途徑。

第三節 專業人士角度

專業人士是對社會長照需求、服務現況、政策制度有深入探討的人士，可能來自不同學經歷背景，如學術上的學者、專業護理人員、長照社會工作人士等。有別於公部門闡述意見時可能難脫本位立場，或民間單位考慮營利觀點，專業人士所提出之意見應能更公允地指涉問題核心，因此特將其意見置於政府部門和民間單位二節之後討論。本節從專業人士的角度，依深訪資料整理出對長照制度人力資源議題所看到的問題，分別從以個案為中心、開拓差異化或多樣化服務、居家醫療服務待加強、分級據點疊床架構、中小型機構面臨的問題來討論如下。

壹、以個案為中心

主管機關與執行機構對照管專員所應具備之技巧及專業素養有

相當高的期待。從文獻探討得知，照管專員必須具備（一）個人及家庭動態的知識；（二）社會、心理、生理和社會因素等知識；（三）瞭解自己機構的宗旨和機構政策；（四）影響機構服務輸送之政府相關的法令或規定；（五）自身工作領域之各種社會服務和資源的知識。⁶⁰在能力部分則為（一）能有效與人們共同解決問題並促進其成長的能力；（二）能與各種專業、半專業、民眾與服務使用者及其家人共同解決問題的能力；（三）確認服務使用者需求的能力；（四）力保準確和完整記憶的能力；（五）讓服務使用者在規劃服務時能具有主導地位的能力；（六）在自己的社區內，能開創符合服務使用者需求資源的能力。⁶¹因此，照管專員就是具備有個案工作的能力，同時也能提供個案管理，做為整體制度與現場實踐的潤滑劑，甚至做出社會工作訓練中相當重要的資源連結。

日本有個職稱叫做照顧經理，就是要負責做需求評估、資源連結，然後還有一些跟案家、家屬、專業人員的一個協調分工。A 個管的工作其實還蠻重要，我們最近有碰到的是老人家身障，因為奶奶失智症，而她的兒子是自閉症，然後就是家庭照顧者照顧，看醫生的時候就要三個一起行動，失智的奶奶、自閉症的家人留一個都不行。...這就是 A 個管幫忙的，就要跟他溝通、協調正式、非正式之類的。那她現在有住院啊，A 個管就趕快照會照專，這樣照顧管理專業跟他說可不可以去重新評估，因為奶奶的 CMS（長照需要等級）還是有可能會變六級、七級或八級，時數就會變多。所以 A 個管就是要看個案的變化，很多老人他們一個月、一個禮拜就不一樣了。--受訪者 S01（S4-3-1）

人力可說是長照最需要的資源，若將長照人力資源依其背景區分

⁶⁰ 周寶鈺，《以照顧管理專員觀點探討長期照顧管理中心工作情境之困境：現象學研究》（臺北：臺北醫學大學護理學系碩士暨碩士在職專班碩士論文，2009 年），頁 38。

⁶¹ 林郁舒，同註 56，頁 259；黃源協、陳伶珠、童尹迪，《個案管理與照顧管理》（臺北：雙葉書廊，2004 年），頁 24-35。

為護理人員和社工人員的話，則護理人員能適任照管職務的原因為：與年長者接觸頻率高、能知悉年長者對於長期照顧資源的需求，且能在年長者出院、機構照顧與入院等程序中，整合醫療資源以建立支持性照護系統。而社工人員則會嘗試了解服務使用者與環境的互動過程中產生問題的原因，因此由社工人員擔任照管專員之優點為不論服務使用者是身障者、年長者或是慢性病患，若有如適當的居住環境、協助購物、交通、準備膳食、家事等生活需求時，社工人員較能提供社區照顧系統的資訊與協調、倡導、資訊諮詢與轉介等服務。⁶²可見照管專員的不同背景有可能影響其部分能力，進而對個案作出不同的評估結果或支持性服務。

護理人力是核心，經驗不足的人員是做不久的，要是病人轉出率高，壓力很大，是醫護人員短缺的主要原因。在機構的護理人員跟在醫院的不一樣，要跟家屬溝通、看病患的情形，通常都要獨當一面；目前只能用兼職的員工來補缺額，找不到合適的人是目前最大的困難。--受訪者 S02 (S4-3-2)

依據長照 2.0 的理念，就是著重以個案為中心，針對個案問題清單提供符合其需求之照顧服務，由照顧管理專員或個案管理員與案家共同擬訂照顧計畫。因此，個案管理員的功能對於潤滑整體長照制度的運作有相當大的幫助。

貳、開拓差異化、多樣化服務

由於長照 1.0 普遍存在服務人員不足、時數有限、申請麻煩、排隊等候過久等問題，導致實際得到照顧服務者僅占有需求人口的 12%。

⁶³長照 2.0 扭轉此一處境的首要對策，就是提供經濟誘因。例如長照

⁶² 林郁舒，同註 56，頁 259-260。

⁶³ 王兆慶，〈五千億的長照 2.0，是否會是一場空？〉，2017 年 1 月 12 日，取自《端傳媒》，

2.0 規劃預算是十年 4,700 億，是過去 15 倍。⁶⁴如此規模的經費設定目標是需求人口的 39%，把政府的居家及社區式服務，提升至能與外籍看護相互競爭的程度，⁶⁵讓長照改革可以讓人民有感。

然而，本文深訪資料顯示，這可能導致經濟誘因與照顧倫理的兩難。就有受訪者指出，即使薪資成長，照顧薪資的階層化正在悄悄蔓延，畢竟長照專業人員的養成是需要時間的，這可能必須區隔出較高與較低薪資水準的兩群照服員，也就是要建立使用者部分付費觀念，在享受較高品質的服務時，也需要給付較高的費用，以帶動服務品質提升，否則恐會出現劣幣驅逐良幣的現象。

我舉的例子就是現在照服員薪水福利不是變好嗎？但有的是用月薪制，有是用按照項目去拆；有的服務員就會去比較 A、B、C、D 四家機構誰的薪水最高就去那一家，可是可能那家的管理跟督導不好，他們就是比較是以經濟收入為主要考量，變成有服務員每個月都在換工作，那老人沒辦法適應，怎麼今天是他下個月又換另外一個，比較擔心會不會劣幣驅良幣。因為人力的需求缺太多，那大家就一直考證照，一直投入，可是其實長照專業人員的養成是要時間的。--受訪者 S01 (S4-3-3)

長照體系應讓全民充分知曉，長照資源是用在需求者身上，而非追求齊頭式的平等。當然，要把低階的老人照顧升級為細膩的服務事業，其中需要投入研發、投資、改善品質上，方能貼近使用者的需求，⁶⁶值得相關單位深思。

參、居家醫療服務待加強

住在機構的長輩到了疾病後期，可能需要數度往返醫院，而當其

<https://theinitium.com/article/20170112-opinion-wangmancer-2/>，檢視日期：2020 年 9 月 25 日。

⁶⁴ 衛生福利部長期照顧服務資源統整，同註 2。

⁶⁵ 蕭晴惠、林國榮、成之約、陳惠姿，《外籍看護工外展看護服務試辦計畫成效及影響評估》（臺北：勞動部勞動力發展署 2014 年度委託研究計畫期末報告，2015 年），頁 202、205。

⁶⁶ 蕭晴惠等，同註 65，頁 207、208。

出院後，總希望能返回原機構居住，因為人心相似，總希望能回到熟悉的地方，由認識的人來照顧，而不願留在冰冷的醫院。相同的問題也出現在居家照顧服務使用者的身上。因此，從機構照顧到居家照顧，往往在長者要臨終之前，就需要居家醫療的服務。為此，長期照顧資源的投入，實際上應該要花費在社區系統的建構，以及居家服務的擴編，而不是機構式的居住安排。

現在日本也發現到有個問題，就是多少錢都不夠用。他們大概早台灣 20 年，但是他們的預算一直增加。像台灣這樣，長照預算一直編，但是還是不夠，所以他們現在走向居家醫療。居家就是不要你臨終前去住醫院又去機構，都在家裏面老化跟死亡。--受訪者 S01 (S4-3-4)

這是為因應在地老化政策的需求而來。為了達到在家老化的目標，就必須能提供居家醫療的服務，具體做法包括解決居家健康醫療問題、解決環境均衡問題、改善居家環境和老人友善公共環境的建立，⁶⁷或者運用科技來達成。Rossen 於 1984 年認為出院準備服務是一種專業服務，而具有跨專業夥伴關係的社會工作人員扮演重要角色，能協助長輩回到能滿足其需求的社區中。⁶⁸相關建議措施，本文第六章將予討論。

肆、分級據點疊床架構

為了整合社區中各式各樣的長照服務單位，長照 2.0 以「ABC 社區整合模式」試圖解套，將原本多元而分立的服務以 ABC 三級別分類，由地方政府立案，或以特約、許可、委託、補助等方式辦理。每一鄉鎮一個 A 級單位、每個國中學區一個 B 級單位、每三個村里一

⁶⁷ M. Scott Ball, *Aging in Place: A Toolkit for Local Governments*, Atlanta: Atlanta Regional Commission, 2004, pp. 3-14.

⁶⁸ 詹弘廷、黃源協，〈從出院準備服務談衛生與社會福利的整合〉，《社區發展季刊》，第 145 期，2014 年，頁 146。

個 C 級單位。

依照現行政策，中央政府將長照經費撥款給各縣市後，由各縣市的照護管理中心（照管中心）依照需求者的失能程度分為 2 到 8 級，並擬定相對應的服務使用額度後，將個案派給各個區域的 A 單位，由 A 單位的個案管理師（個管師）進一步評估個案需求，媒合 B、C 級照護服務，並為政府的長照經費把關，把錢花在刀口上。但是，因為人力資源問題，所以 C 級據點有相當多志工人力，⁶⁹專業性與服務品質並不如原先規劃由專業照服員提供。

剛推出來的時候，它是希望可以有個管的概念、加強社區。C 就是可以遍佈在台灣各地，讓長輩就近去，隔壁就有一個據點可以服務。可是 C 級很多是志工，有時候你要志工照顧失智、失能、身障，他們壓力是蠻大的。所以後來 C 據點，有改成 C plus，就是你請照服員來補你薪水，就不能是志工。你要有一個是有證照的，所以我們現在去輔導或評鑑，都看到很多 C 據點的志工去受訓，直接考照服員；或是理事長、總幹事太太，他也照顧老人很久了，就去受訓領這個薪水，還是一樣顧老人。--受訪者 S01（S4-3-5）

衛福部為落實在地老化、社區老化，建構社區整體照顧服務體系，佈建長照 A、B、C 級單位，以「培植 A、擴充 B、廣設 C」為計劃，然而運作結果卻出現 A 級單位資源疊床架構，而 B 級單位擴充失控的窘狀。依據監院糾正報告指出，現階段 A 單位的「接案」性質明顯高於「規畫」的功能，部分特約服務單位更漸漸發展為「一條龍式」的服務體系。也就是說，A 單位往往會優先派案給自家機構所設置的 B 單位。另一方面，長照 2.0 新制給付支付基準實施後，使得服務提供單位（B 級單位）數量遽增，2019 年時已增加到 4,631 處。佈建數

⁶⁹ 衛生福利部長期照顧服務資源統整，同註 2。

量更高出目標值超過 1,400 處。⁷⁰長照 ABC 各級單位的功能及服務項目、服務對象、經費來源、主管機關雖不相同，卻又息息相關，是否會出現疊床架構、資源重複的情形，著實需要重新審視。

伍、中小型機構面臨的問題

長期照顧機構廣義之定義為泛指收住失能者，可提供 24 小時服務之單位，惟依照不同法規規範，各在名稱、主管機關及收住對象上有所不同。⁷¹若依收住對象的失能程度可區分長期照顧型、養護型及失智照顧型，⁷²其中以 49 床以下之中小型機構居多，佔逾 6 成。⁷³中小型機構不論在人力招募或培訓能量上，難與大型機構相提並論。

一、中小型機構人力招募困難

照顧人力不足不僅是小型機構的問題，也是台灣整體環境的問題，包括長期的缺人和缺錢；此外，很多法令是頭痛醫頭、腳痛醫腳，並未徹底解決問題。在整體人力不足下，導致一些小型機構苦撐，有些甚至僅剩 20 幾床，以至於人力只能更精簡，將一個員工當三個用，或機構擁有人（老闆）都親自值班照顧老人。⁷⁴另外，相對上的勞動條件，也可能遊走在法規邊緣。

要考量很多因素，可是普遍而言就是機構的異質性太大，好得很好，那不太穩定、人力不足都是靠外勞顧的也不少。而且臺灣的機構 9 成 4 小型。四十九床長照的小型佔九成多，小型機構的資源福利、薪資管理的程度跟大型還是有落差。我舉個例子小型機構是上 12 小時的班，但給服務員的薪水不到三萬，但是大型機構都是 8 小時，而且時間到一定要下班，會比較符合法規，因為勞動部會來查。--受訪者 S01 (S4-3-6)

⁷⁰ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，同註 47。

⁷¹ 例如老人福利機構小型機構不得超過 49 床；身障小型機構以 30 人為限。

⁷² 依據「老人福利機構設置標準」第二條規定分類。

⁷³ 林麗嬋、吳肖琪等，《長期照護機構感染控制現況調查及管理架構規劃》（臺北：行政院衛生署疾病管制局 100 年度科技研究發展計畫，2012 年），頁 36。

⁷⁴ 蔡啟源，同註 20，頁 415-416。

政府應該要重視小型機構，像目前推行在地老化，應該是以小型機構為主。很多小型機構在營運上不敵大型機構，像是設備上較老舊，加上大型機構比較多的捐款，希望可以多多鼓勵小型機構，補助標準不要跟大型機構一樣嚴苛。-受訪者 S02 (S4-3-7)

居家照服員調薪的結果，導致機構照顧人力流失，而對於原本就難以招聘照服員的住宿型機構而言，更是雪上加霜，特別是針對財力有限、設備老舊的小型機構而言，勢必造成經營困難，而這些應當是執行單位檢討政策以規劃長照 3.0 時所必須正視的問題。

二、中小型機構培訓能量有限

長照服務所需的人力大致可分為照顧服務人員、社工人員及醫事專業人員。若以現今實施長照 2.0，涵蓋率 70%推估，各職類中最缺乏從事第一線服務的照顧服務員，在缺工的狀態下多數機構在人才養成上多會選擇先晉後訓的培訓方式，⁷⁵成為趨勢所在。

定期會請營養師、藥師、護理師來上一些衛教課程，幾乎每月安排一次。針對應屆畢業生，不論是對服務對象、家屬或主管、職場道德倫理規範、工作態度及應對方面是比較缺乏的。--受訪者 S03 (S4-3-8)

但本文部分受訪者指出相關問題，在職訓練跟組織規模有很大的關聯性。大的組織可以調配人力，先晉後用，以及在職訓練都有相關的配套措施。但小型機構本身沒有太多有經驗的督導可以擔任講師，甚至在人力調配上也跟不上培訓的速度，而台灣大部分機構屬於中小型機構，此為問題所在。

定期教育訓練跟在職訓練的變異性很大，一樣是要回到組織規模。

⁷⁵ 伊佳奇，同註 50。

像我平時有去督（導）一些比較小的單位，他們沒有評鑑訓練有的就不太辦，或者是辦完又離職，新來的人要等，會有銜接的空窗期；有的是訓練的師資，他自己沒有師資庫，還有辦理訓練也沒有系統，所以明明是用藥的問題他不懂，所以都排別的課程，就是沒有辦法做品質監測。...第二個是師資，師資夠不夠實務？能不能回答實際的問題？如果你找的是比較理論的，對這些人來說都不夠。--受訪者 S01（S4-3-9）

利用台北市多元方案的管道來做教育訓練，一年會有 2 萬的經費，自己提案；評鑑等級需要乙等以上才有補助，通常會申請護理老師或社工來上課，在職教育再來教外籍看護。認為目前外籍的在職教育沒有做的很好，尤其是在語言溝通上特別困難，應該先做好語言的訓練；應該編撰統一版本的醫療護理手冊並有各國語言的翻譯。--受訪者 S02（S4-3-10）

未來長期照顧的需求只會增加不會減少，因此建構完善的長期照顧體系，服務輸送中的服務人力是一關鍵，人力不足只是突顯供需的落差之大。在人力資源的發展上，面對疾病態樣的多元、醫療科技的進步、人類平均餘命延長，更應廣納各專業人才參與服務，以期未來在人力資源運用上的多元化。

總而言之，長照 2.0 著重以個案為中心，因此個案管理員的角色對於整體長照制度的運作至為重要。未來可以考慮開拓差異化、多樣化的服務，讓使用者有權能以加價方式自主選擇，以促使機構提升服務品質。為配合在地老化的政策，有必要建立居家醫療體系及提供友善公共環境。

此外，社區整體照顧服務體系運作結果，已出現 A 級單位資源疊床架構和 B 級單位擴充失控的情形，著實需要重新審視。另一方面，中小型機構也面臨人力招募和培訓能量的問題，這些應當是相關單位下階段必須正視的問題。

第四節 優劣（SWOT）分析

優劣分析法是一種企業競爭態勢分析方法，是市場行銷的基礎分析方法之一，透過評價自身的優勢（Strengths）、劣勢（Weaknesses）、外部環境影響下的機會（Opportunities）和威脅（Threats）四維度，用以在制定策略前對自身進行深入全面的分析以及競爭態勢的定位。本節藉優劣分析法評估長照 2.0 人力資源，分敘如下：

壹、優勢

就長照制度立場來看，影響其服務量能增加或品質提升之因素者。

一、長照服務人力需求增加

因應人口老化、少子化，以及配合長照在地老化政策，服務人力需求將不斷增加；此外，長照 2.0 擴大服務對象，增加服務項目，也帶動各項服務之人力需求，有助於政府推動長照政策。

二、長照服務人力供給提升

長期照顧醫事人力課程規劃 Level I 初階人力養成訓練，受訓完畢即取得照服員資格；此外，衛福部實施居家照服員調薪方案後，也讓長照服務人力供給顯著提升。

三、證照制度的建立

衛福部為鼓勵多元化人力來源，建立照服員證照制度，除解決服務人力短缺困境外，也有助於提升專業形象。

四、以個案為中心

長照 2.0 著重以個案為中心，由需求者角度擬定照顧計畫，對於長照制度的運作有相當大的幫助。

貳、劣勢

就長照制度立場來看，可能影響制度負面發展之因素者。

一、基層照服員人力仍不足

各類專業服務人力均極需培訓與擴展，但第一線服務的照顧服務員最缺乏，雖然政策已相當積極培育相關服務人力，但仍呈現需求大於供給現象，尤其居服員薪資調升措施後，已造成住宿式機構招聘新進人力困難，特別是中小型機構，影響尤鉅。

二、個案管理員人力缺口

個案管理員是長照 2.0 新增職務，居家服務的量越大，就需要更多個案管理的機制進行派案，但其訓練較一般照服員專精複雜，所以仍存在人力缺口。

三、缺乏鼓勵進修提升技能誘因

目前缺乏鼓勵照服員進修以提升技能的誘因。以調升居服員薪資待遇為例，雖有利於服務人力之養成，但對於照服員提升專業而言沒有鼓勵效果。

四、無法達成學用合一、訓用合一

學校所學與實務運作落差、政府培訓規劃與機構訓練制度欠缺同一性，導致專業養成與職場需求出現落差，有時是未考慮在照服員多元來源之下，需要針對不同背景而設計不同的課程。

參、機會

影響長照制度正面發展之外部因素者。

一、開拓差異化、多樣化服務

為針對不同服務族群，考慮提供差異化或多樣化服務，以部分自費方式讓需求者有自主選擇服務項目的權利，也能帶動服務機構提升服務品質，而非目前追求齊頭式的平等。

二、鼓勵民間參與

長照服務需求日益龐大，現有公部門無法滿足日益增多的長照需求，而相關 OECD 國家正由社會福利朝鼓勵民間參與方式提供服務，也有助於發展相關照護產業，而且針對偏鄉地區長照資源薄弱區域，也能透過積極投入與鼓勵縮減供需差距。

三、提升長照專業形象

未來需要各部會配合，如證照制建立、透過社會教育、或者運用政策宣導的行銷策略，逐步改變社會對照服員的刻板印象，以提升職業聲望，吸引更多人力資源投入長照服務體系中。

四、台灣醫療體系完善

因應在家老化目標、預防及延緩失能照護服務措施，需要完整居家醫療服務體系配合，而台灣的醫療體系完善，有助於相關政策推動。

五、評估納入外籍看護

在當前長照資源量能仍未齊全，考量偏鄉地區長照資源單薄情況下，可以在不侵蝕本國人之就業機會、勞動條件，以及著重國民經濟發展及社會安定前提下，列入未來政策思考選項中。

肆、威脅

影響長照制度負面發展之外部因素者。

一、中小型機構人力招募困難

居家照服員調薪的結果，導致機構照顧人力流失，特別是財力有限、設備老舊的中小型機構，造成營運上的困難。

二、中小型機構培訓能量有限

在職訓練跟組織規模有很大的關聯性。大的組織可以調配人力，讓在職訓練有相關配套措施，但小型機構缺乏有經驗的督導可以擔任講師。

三、分級據點疊床架構

衛福部為建構社區整體照顧服務體系，佈建長照 A、B、C 級單位，運作結果卻出現 A 級單位資源疊床架構，而 B 級單位擴充失控情形。

四、缺乏外籍照護員訓練規定

由於少子化造成服務人力來源減少，以及國人排斥勞力密集的照護工作，鑑於外籍看護人力在照護系統裡無法漠視，應該正視並儘快建立妥適的外籍看護人力聘僱制度，並建立專業居家服務機構擔任聘用、訓練及管理者等工作。

表 4-1：長照制度人力資源之 SWOT 分析

優勢 (S): -長照服務人力需求增加 -長照服務人力供給提升 -證照制度的建立 -以個案為中心	劣勢 (W): -基層照服員人力仍不足 -個案管理員人力缺口 -缺乏鼓勵進修提升技能誘因 -無法達成學用合一、訓用合一
機會 (O): -開拓差異化、多樣化服務 -鼓勵民間參與 -提升長照專業形象 -台灣醫療體系完善 -評估納入外籍看護	威脅 (T): -中小型機構人力招募困難 -中小型機構培訓能量有限 -分級據點疊床架構 -缺乏外籍照護員訓練規定

資料來源：研究者自行整理。

第五節 本章小結

本章從深訪資料整理出長照制度在人力資源上的問題。從政府部

門角度發現，為吸引新進人員投入長照領域，需要加強擴增培訓量能，並研擬多元培訓人才管道。而在留任誘因改善上，可以持續以薪資改善、協助職涯發展、並強化長照形象來面對。此外，在人力素質提升方面，可以鼓勵由機構以自辦、自訓、自用方式因應，或讓需求者以線上教導方式進行。長照人力資源所遭遇的困境以照顧服務員缺工為主，除了薪資待遇因素外，還包含非經濟性因素，此部分需要其他部會橫向配合擬訂方案。因應未來人力需求應及早規劃，可鼓勵民間參與，或引進外籍看護方式補足人力需求，對於長照資源薄弱區域也可藉此縮減供需差距。目前長照人力招募面臨一些困境，除了薪資福利調整外，仍需要有職業聲望的考量，有賴長期運用政策宣導的行銷策略，方能逐步改變社會刻板印象。

從民間機構角度發現，因為個案管理員缺乏，導致A級單位在個案管理員招募上出現困難。另一方面，照服員往居家服務流動，導致住宿式機構照顧人力明顯不足，進而影響其經營能力。而機構分布狀況也有城鄉之別，在服務資源不足及不均、偏鄉資源待開發下，導致整體照顧人力失衡。而政府在人力培訓上，無法有效鼓勵照服員進修以提升技能，且訓練無法做到學用合一或訓用合一，徒然浪費訓練資源；再者，目前缺乏外籍照護員訓練規定和評鑑等，人力培訓也未顧及因地制宜，且現行部分在職訓練的實用性受到質疑和反彈。最後，考量照顧管理人員可能來自不同的背景，課程設計應該考慮不同學經歷背景。

從專業人士角度發現，長照 2.0 著重以個案為中心，其角色對於整體長照制度的運作至為重要。長照服務可以考慮提供差異化、多樣化服務，讓使用者能有自主選擇服務的機會，而部分給付也可以促使機構提升服務品質。為配合在地老化的政策，有必要建立居家醫療體

系及提供友善公共環境，而台灣的醫療體系完善，有助於相關政策推動。此外，社區整體照顧服務體系運作結果，已出現 A 級單位資源疊床架構和 B 級單位擴充失控窘狀，著實需要重新審視。另一方面，中小型機構也面臨人力招募和培訓能量的問題，當是相關單位下階段需正視的問題。

從市場行銷角度以優劣分析方式得知，台灣長照政策人力資源之優勢為長照服務人力需求增加、長照服務人力供給提升、證照制度的建立、長照 2.0 以個案為中心提供服務；劣勢則是基層照服員人力仍不足、個案管理員人力仍有缺口、缺乏鼓勵進修提升技能誘因、無法達成學用合一或訓用合一等。若將外部因素考量進來，台灣長照政策人力資源之機會為可開拓差異化或多樣化服務、鼓勵民間參與、提升長照專業形象、台灣醫療體系完善、評估長照體系納入外籍看護等；而威脅則包括中小型機構人力招募困難、中小型機構培訓能量有限、分級據點疊床架構、缺乏外籍照護員訓練規定等。

從政策分析角度檢視我國長期照顧服務政策人力資源：長照制度之關鍵在於足夠的長照人員，其中以照顧服務員為主幹。除了多元開發人力來源外，也可以建立證照制度給予職業尊嚴。目前衛福部已經建立照服員證照制度，但培訓機制仍有改善空間，需要從法規面建立長照人力培訓機構，內容包含照服員之分級培訓、考試證照、薪資福利、工作條件與環境等制度。此外，評估將長期實際存在之外籍看護納入長照體系中，方能建立合理適切之外籍看護人力聘僱、訓練及管理規範，以彌補基層照服員人力資源不足、偏鄉地區長照資源不足等現象。再者，強化行銷能量改善長照形象和照服員職業聲望，以吸引更多優秀人才加入長照行列，不僅是基層照服員，還包括相關技術或產業等。

第五章 長期照顧政策財務資源分析

在行銷策略分析中，人力與財力可說經常是各項分析中最重要的一環，長期照顧政策也不例外。根據衛生福利部長照 2.0 十年經費推估，實施後經費將從原本的 162.26 億元逐年提升至 2026 年的 736.48 億元。¹因此經費來源取得及有效使用將是政府必須面臨的挑戰。

財務資源分析對提供者和需求者而言是一體兩面；勞動或服務對提供者而言是成本（cost），對需求者而言則概念近似價格（price）。本研究同時針對服務提供者和服務接受者進行訪談分析。

不過，研究發現，服務接受者所能採取應對的方式有限，保險是其中方式之一。就需求端而言，價格是影響消費者使用醫療或長期照顧服務的主要因素。但在自由競爭市場下，其價格常導致許多低收入者無力負擔，因此，公部門或非營利組織有介入之必要。²此外，為鼓勵民間投入長期照顧服務，中央政府無論是 2013 年 7 月 23 日改制前的內政部與衛生署，或是改制後的衛生福利部，均透過各自的補助作業要點及補助項目及基準，來補助投入的民間單位從事長期照顧服務。

本章從財務資源的角度切入，透過深入訪談資料分析長照 2.0 之財務來源、經費使用和支付方式，以及不同類型的機構各自在財務上所遭遇到的困境與挑戰。本章分別於各節討論長照財務制度檢討、財源籌措方式與支付系統、機構財務狀況與政府管控，並進行優劣分析，最後小結本章結論。

第一節 長照財務制度檢討

¹ 衛生福利部，《長期照顧十年計劃 2.0（106~115）核定本》（臺北：衛生福利部，2016 年），頁 166。

² 陳正芬、官有垣，〈臺灣機構式長期照顧服務組織屬性與政府相關政策演變之探討〉，《社會政策與社會工作學刊》，第 15 卷第 1 期，2011 年，頁 91。

本節就長照運作結果出現之弊端分敘說明，包括資源配置問題、支付方式問題、欠缺宣廣支出等。

壹、資源配置問題

根據國家發展委員會之長照執行狀況報告指出，各縣市使用長照服務的人數與涵蓋率差異極大。³就人數而言，使用長照服務人數最多的依序是高雄市、臺南市、臺中市、新北市與臺北市等直轄市。非直轄市地區，使用長照服務人數最多的縣市則是屏東縣、彰化縣、與南投縣。

另一方面，長照服務涵蓋率（coverage rates for long-term care）最高的依序是臺東縣、南投縣、澎湖縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義縣等非都會型的縣市，這幾個縣市的長照服務涵蓋率均達 18%以上；⁴而臺北市、新北市與桃園市等北部直轄市，長照服務的涵蓋率反而明顯較低，都不及 7%，⁵顯示台灣長照資源存在配置差異。

偏鄉地區的財務資源及人力資源不足一直是難以突破的困境。願意到偏鄉工作的長照人員原本就少，即便有人，留任又是另一個難題。所以常有「所提供的服務，不足以供應民眾需求」的窘境。本研究針對公部門和專業人士進行訪談時，也都強調城鄉差距導致資源配置不均的情形，但是，上述研究卻發現部分偏鄉地區的涵蓋率卻反而比較高。該研究認為，可能應歸功於許多服務團體長期在偏鄉耕耘服務，累積深厚的服務能量有關。⁶不過這也證明，縮小城鄉資源配置落差仍有努力作為的空間。

³ 國家發展委員會，《長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告》（臺北：國家發展委員會委託研究，2017 年），取自 <https://ws.ndc.gov.tw/001/administrator/10/refile/0/11926/fcd14955-0c4d-4e69-9ae5-2b31d9125a5f.pdf>，檢視日期：2020 年 5 月 28 日。

⁴ 長照服務涵蓋率＝（當年長照管理中心服務人數 ÷ 當年老年失能人口數）× 100%。參見行政院衛生署，《行政院衛生署 101 年度施政計劃（核定版）》（臺北：行政院衛生署，2012 年），第 15 章--101 年度施政目標與重點，頁 15-4。

⁵ 國家發展委員會，同註 3，頁 11。

⁶ 國家發展委員會，同註 3，頁 96-97。

其實我們基金會從長照 1.0 到 2.0 以來，一直覺得城鄉真的有很大的差異性。未來如果政府要投入長照保險，可能也要去思考，怎麼促進產業的平衡，讓單位可以養活自己，應該有一些政策的鼓勵。那像新北城鄉之間交通便利，但是跨出去，像北海岸，可能根本就沒有交通，服務員來回的車程、交通時間就會拉得更長，這樣的成本是誰來支應？這也是一個未來要討論的很大議題。--受訪者 C02 (S5-1-1)

本文透過深訪資料也證實，長照資源具有明顯的城鄉差異性。有關偏鄉長照的問題，盤根錯節非常複雜，而且有時候同樣是隸屬新北市，但是位於北海岸地區和位於板橋區的狀況就很不一樣，同一套系統在城鄉中不見得能一體適用。惟若參照北歐國家長照服務涵蓋比率，如挪威 24.6%、丹麥 24.9%、荷蘭 27.3%與冰島 29.1%，⁷接受長期照顧服務的人口合計都達全體老人的四分之一以上，相形之下，我國的長照服務涵蓋率僅為 3.66%。⁸雖然上述計算基礎有所相同，但不可否認地，我國長期照顧服務人口的涵蓋率仍有大幅成長空間。

貳、支付方式問題

衛生福利部「107 年長期照顧給付及支付基準」於 2018 年 1 月 1 日上路後，經常聽到居家服務的抱怨，如服務項目斤斤計較、服務時數縮水、或服務費用增加等。

原則上，支付制度的變革係依據真正的長照需求而來。依據上開支付基準，長照支付制度已有許多變革，包括失能評估等級從輕、中、重度三級制改為八級制，由縣市長期照顧管理中心核定額度。例如「照

⁷ 此處長照涵蓋率為 65 歲以上使用居家、半機構式和機構式比率總和 (sums of coverage rates for formal home care, semi-residential care and residential care, people aged 65 years and over.)，與前述我國之長照服務涵蓋率定義略有不同；資料來源參見 European Commission, *Long term care for the elderly: provisions in 33 European countries*, Brussels: European Union, 2012, pp. 71-74.

⁸ 依 2017 年 ID 歸戶為計算標準，使用各種長期照顧服務的人數為 113,706 人，除以 2016 年底的老年人口數 3,106,105 人，資料來源參見國家發展委員會，同註 3，頁 36。

顧及專業服務」依長照需要等級分第二至八級；⁹「交通接送服務」依縣市幅員及偏遠地區分四類，各提供不同給付額度；「輔具服務及居家無障礙環境改善服務」提供三年內最高 4 萬元；「家庭照顧者喘息服務額度」則區分二類，即第二至六級最高補助 32,340 元，第七至八級最高補助 48,510 元。縣市照管專員則根據家庭需求進行 34 項「照顧問題清單」評估，交由特約機構進行 142 項「服務組合」配搭，與家庭溝通訂定照顧計畫。¹⁰簡稱為長照四包錢，讓民眾可以選擇使用。



圖 5-1：長照四包錢服務

資料來源：〈長照 2.0 懶人包〉，《衛生福利部長照專區》，
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3648-38028-201.html>。

⁹ 「長照需要等級」是按失能程度，由輕至重共分為 1~8 級（舊制僅分為輕度、中度、重度 3 種類別），第 1 級沒有給付額度，第 2~8 級則是按等級給付不同的額度，當失能程度愈嚴重，即級數愈高，政府提供的補助金額愈多。再按照身分別：「低收入戶」、「中低收入戶」、「一般戶」，而有不同的部分負擔比例。1 級失能：適用延緩失能失智計畫的失能老人；2~3 級失能：相當於舊制的輕度失能；4~6 級失能：相當於舊制的中度失能；7~8 級失能：相當於舊制的重度失能。

¹⁰ 衛生福利部，〈107 年長照給付及支付基準，及相關推動事宜〉，2018 年 1 月 9 日，取自《衛生福利》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-49446-15a2346c-92d6-4096-b3ff-3d9439241c30.html>，檢視日期：2020 年 6 月 3 日。

換言之，長照支付新制相當給予民眾四包錢選擇服務，鼓勵更多單位加入服務行列。¹¹但部分受訪者表示，新制造成服務品質降低，例如，過去照服員可以待足四小時，但現在預估完成服務只需兩小時，結果造成服務結束就匆匆離開的案例。

以前蠻單純的，就是一個小時多少錢。現在是按照服務項目，像陪同就醫-635、洗頭-300，所以滿多老人是不太適應。以前是算小時，兩個小時內如果沒有做完還可以拜託他，譬如說多做一些，或是某一項做比較久；可是現在不是，現在就是你做完就可以離開，譬如洗澡，有的老人洗不到一個小時，老人就會抱怨以前洗完，還會陪他們曬太陽、聊聊天，現在洗完服務員就離開。--受訪者 S01 (S5-1-2)

另外，政府選擇以指定稅收的方式作為長照財源，走向社會福利模式，與現行健保制度採行保險制度有別。若從公平正義的角度視之，稅收制的長照制度可避免收不到保費的窘境，也能讓高所得者負擔較多責任，且相對於保險制每月需固定提撥保險支出，指定稅收對民眾而言比較沒有剝奪感，也能減少誘發過度使用的問題。關於長照收入（財源）問題留待下節討論，但實務上的資源支出（給付），不可否入地存有一些問題，例如每一位民眾所能接觸到的長照資源並不相同，而且在資訊落差的情況下，也會導致不公平的現象，此外也反應在長照服務為何是申請制（需資格審查與等級評估）而非普遍制？

護理之家、養護所是一筆很大的費用，一般是3萬多至4萬。我目前是一個月3萬多，但是我仍需要自己付出很多的勞力；我要自己餵飯，像我的家屬11點要洗腎且有吞嚥問題，當然自己餵才會比較仔細啊！如果給他們餵，半小時沒吃完，誰理你啊。長照確實有減輕負擔，但是

¹¹ 此制度有限制：若家中需長期受照顧者，是居住於長照住宿式機構服務的使用者，則無法申請這四包錢。

成本與經濟效益在那裡，應以全民福祉為考量，怎麼把效益發揮至極致，這是長照從上至下的單位要思考的。比如說有一筆錢下來，有在 follow 這個政策的人，就比較容易拿得到這筆錢，但是比較沒有在接觸的人就沒有辦法拿到，這也是一種資源分配上的問題。這是規劃、執行的人需要去思考的問題。--受訪者 R01 (S5-1-3)

制度設計應朝向更多元方向改進，容許不同服務品質給付不一樣的費用，提供使用者能有自主選擇服務的機會，也能鼓勵照服員提升服務品質。

參、欠缺宣廣支出

政府在執行政策時，通常不會將政策宣導或廣告宣傳單獨編列在單一預算科目下，但是政策宣導卻是政策成效與否的關鍵要素之一，而不全然是政策內容本身。政府有時應當師法商業行為，將政策執行當成商品販賣，以廣告模式讓大眾知曉。因為商業媒體可能對非尋常小事感興趣而焦點報導，卻對複雜政策內容毫無興趣而不加以報導，此時則有賴政府編列預算以模仿廣告方式宣導之。

依據遠見雜誌的調查指出，全台灣 806 位、40 歲以上民眾的有效調查問卷，結果發現有近半數民眾沒聽過 2015 年 5 月立法院通過的「長期照顧法」，¹²顯示「宣導不足」的情形從長照 1.0 延續至長照 2.0。該調查也指出：對於失能者要尋求長照服務的第一道關卡--各縣市政府的照管中心，也有六成四的民眾，不知道或不了解這個單位的存在或服務，知道的僅有三成六。¹³本研究深訪對象也有類似反映。

像我最近去宜蘭評鑑宜蘭的生活狀況調查，結果發現 10 年前長輩不識字的比例非常高，那 10 年後再去問這些長輩，更老了更病了，還

¹² 遠見，〈半數民眾不懂長照法，九成三沒用過相關服務〉，2015 年 11 月 20 日，取自《遠見》，<https://www.gvm.com.tw/article/30596>，檢視日期：2020 年 6 月 3 日。

¹³ 遠見，同註 12。

是一樣不識字，所以政府的這些管道他還是一樣不知道。對看得懂字的人來說，不同世代的人，你願意問、願意查都沒有問題，可是現在要用的 user 怕沒有辦法，他 ABC、中文都看不懂了怎麼用？所以宜蘭有個問題，他們很多老人都是老到底、殘到底、窮到底，才找長照服務，所以我們去評鑑，看他的個案都好嚴重，跌倒都跌死了，一堆病，飯都沒有吃，家裡都很髒了，長照才進去，因為第一個他不知道有服務，第二個他知道了也不要，因為他習慣了。--受訪者 S01 (S5-1-4)

同時，衛福部也坦承，長照 2.0 最大缺點是太多人不知道。例如，2019 年 5 月，衛福部公布接受長照 2.0 服務民眾共 24.2 萬人，比 2018 年同期大幅成長。但對比國內長照需求人數 70 多萬人，服務涵蓋率仍占不到四成。¹⁴若以衛福部發布 2016 年的統計報告數字來看，仍僅有約 4 成的長照十年計畫服務對象，約 2 成的全國失能者受惠於長照十年計畫。(以失能總人數約 78 萬人、65 歲以上失能總人數約 50 萬人計)，¹⁵隱含許多人仍被有意無意地排除在長照服務體系外。

從實際執行面觀察，2008 年至 2013 年長照執行率僅約 28.6%，顯見長照服務建置效率之落後。¹⁶綜上可知，長照服務建置跟宣導都仍有待加強之處，本文受訪資料亦顯示相同證據。政策宣導絕非花錢拍廣告，特別是針對長照服務使用者而言，不同障別的宣導方式是不

¹⁴ 按前副總統陳建仁、衛福部長陳時中，參加台灣居家服務策略聯盟、台灣長照及高齡健康管理發展協會及台北醫學大學共同主辦「2019 亞太長照發展策略國際研討會」時，陳建仁公布，截至 2019 年 5 月，接受長照 2.0 服務民眾共 24.2 萬人，但對比國內長照需求人數 70 多萬人，服務涵蓋率仍占不到四成。衛福部長陳時中說，長照 2.0 最大缺點是太多人不知道，呼籲民眾發揮社區力量找出長照弱勢家庭，共同預防照顧悲歌再發生。參見鄧桂芬報導，〈長照 2.0 服務 24 萬人 陳時中：太多人不知道〉，2019 年 6 月 25 日，取自《聯合報》，<https://health.udn.com/health/story/6631/3892127>，檢視日期：2020 年 6 月 4 日。

¹⁵ 按估計 2016 年全人口失能人數計算，資料參見國家發展委員會，〈中華民國 103 至 149 年人口推計〉，2014 年 8 月 18 日，取自《衛生福利部國民長期照護需要調查》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-54905-e0de4fca-ae11-4e66-a278-3a6fca7db08d.html>，檢視日期：2020 年 6 月 4 日；劉惠敏，〈長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎？〉，2017 年 1 月 2 日，取自《報導者》，<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>，檢視日期：2020 年 6 月 4 日。

¹⁶ 尹慧中，〈長照法草案逐條審查 替長照險 105 年上路打基礎〉，2013 年 12 月 18 日，取自《鉅亨網》，<https://news.cnyes.com/news/id/2057379>，檢視日期：2020 年 5 月 29 日。

一樣。本文將於第六章長照政策之宣導機制詳細討論。

我覺得有必要去思考這個宣導，舊有的我覺得還是要繼續，可是鄰里、原住民鄉、人際之間的那種宣導也很重要；你要靠人的溝通，不是靠符號、媒體單向的，因為長輩的差異性還是很大，又有很多長輩都重聽，有的眼睛看不到；像這次買口罩不是有公告說哪些藥局還有嗎，視障就會被漏掉，事實上有不少視障同胞，不同障別需求是差非常多的，那老人的障別複雜性更高，視障、聽障、多障、失智。所以各個對象、各個障別的宣導方式要不一樣。--受訪者 S02 (S5-1-5)

簡而言之，長照 2.0 的實施需要運用行銷策略，整合衛生、社會福利與退輔等部門，提供整合性照顧服務，鼓勵因地制宜與創新來縮小城鄉差距。另培植以社區為基礎的健康照顧團隊，以增強地方政府發展資源之能量。¹⁷因此，自 2016 年衛生福利部提出長照 2.0 的政策規劃後，政府推動相關工作已有所進展，只是許多建置是逐步完成的，無法一次到位。來自政府單位任職的受訪者即表示，就像健保系統一樣需要時間逐步修正完備。

我們現在做 1.0 到 2.0，1.0 是先把服務訴訟的機制、基礎的模型做起來，2.0 開始，我們量能擴大，包括不只是服務的量能，還有我們的資訊系統。中央已經有很多很多相關的，健保資訊系統是很複雜的，同樣的長照，它也需要有一些規劃建置這些資訊系統。再來像長照 2.0 的給付支付，如果你們去比對健保，就跟健保的給付支付很像。所以很多事情，不是說我今天只喊一個說我要開辦就開辦，可是前面要做很多的準備。--受訪者 P02 (S5-1-6)

¹⁷ 衛生福利部，〈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「長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告〉，《衛生福利部》，2019 年 5 月 9 日，頁 13、14，取自 <https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>，檢視日期：2020 年 5 月 29 日。

總而言之，偏鄉地區的財務資源及人力資源不足一直是難以突破的困境，但是，有些研究卻發現部分偏鄉地區的涵蓋率反而比較高，可能與許多服務團體長期在偏鄉耕耘服務有關，可見，縮小城鄉資源配置落差仍有努力作為的空間。我國的長照服務涵蓋率與北歐國家比較相形低落，也顯示我國長期照顧服務人口的涵蓋率仍有大幅成長空間。

此外，長照支付新制相當給予民眾四包錢選擇服務，但新制卻讓使用者感到服務品質下降。由於民眾所接收到的長照資源並不相同，特別是在資訊落差情況下，可能存在不公平的地方，建議制度設計可以朝更多元方向改進，容許不同服務品質給付不一樣的費用，提供使用者能有自主選擇服務的機會，也能鼓勵照服員提升服務品質。

再者，政府執行政策時，通常不會單獨編列政策宣導預算科目，但是政策宣導攸關政策成效，而非全然是政策內容本身。政府有時應當師法商業行為，將政策執行當成商品販賣，以廣告模式讓大眾知曉。政策宣導絕非單純花錢拍廣告，而且針對不同障別，其宣導方式也應有所差別。

第二節 財源籌措方式與支付系統

長期照顧的財源籌措方式可以區分為三大類型，包括（一）以私人付費方式支應、（二）以社會保險方式支應、（三）以稅收方式支應。而 OECD 多數國家同時採納二種以上的財源籌措方式，主要差別在於籌措組合比重上的差異。如日本介護保險之保險費分擔，50%來自被保險人（第一類是 65 歲以上老人負擔 17%，第二類是 40 歲以上至 64 歲負擔 33%），另 50%來自國庫（中央政府、都道府、市町村之分擔分別為 25%、12.5%、12.5%）。換言之，先進國家在長期照顧財源

的籌措上多數採取多元化的措施，以因應長期照顧財政壓力，¹⁸其多元併行方式值得我主管機關參考。

參照其他國家作法，有關長期照顧的財源，除個人部分負擔外，主要有保險制和稅收制二種方案。採保險制的主要優點是，費用由社會成員共同分擔風險，改革較易隨民眾需要而微調；缺點則是民眾繳交意願較低。代表國家為荷蘭、德國、日本、韓國等。¹⁹

而稅收制的主要優點是，統由稅收課徵，行政成本較低，對弱勢者所得重分配效果大；缺點則是政府財務責任重，且部分民眾因無所得資料無法課稅，並非人人皆有分擔，以及長期照顧需求成長快速，編列預算的壓力逐年上升，而且政黨輪替時可能因施政偏好不同致使預算不穩定。代表國家為丹麥、芬蘭、挪威、瑞典等北歐高稅賦國家。²⁰上述兩種財務規畫方式之利弊值得我國相關單位參考，本文隨後也就保險制與稅收制的問題分段討論。

我國政府為讓長照服務體系永續發展，財務制度之規劃，以指定多種稅收成立長照基金。由國家以指定稅收辦理長期照顧服務，以租稅公平為原則，讓高所得者承擔多，低所得者負擔少。長照基金於2017年6月設置，長照財源包含遺贈稅、菸稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一稅）及政府預算撥充。²¹本節分就以社會保險制為財源、以稅收制為財源、政策延續性問題、給付支付制度問題、城鄉資源配置不均等來討論。

壹、以社會保險制為財源的問題

¹⁸ 王卓聖，〈OECD 國家之長期照顧改革策略借鑒及啟示〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2013 年，頁 52。

¹⁹ 郭振昌，〈臺灣長期照顧錢從哪裡來？保險制與稅收制抉擇的政策分析〉，《社區發展季刊》，第 154 期，2016 年，頁 313-314。

²⁰ 郭振昌，同註 19，頁 313-314。

²¹ 衛生福利部，〈長照基金財源收入無虞 服務資源穩定提升〉，2019 年 9 月 20 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/cp-4253-49404-1.html>，檢視日期：2020 年 7 月 9 日。

採用保險制通常有兩種方式，一是儲蓄帳戶制：以個人（或家戶）為風險單位，由每個月薪資中提撥固定比例之金額，轉入個人專屬之儲蓄帳戶，做為未來支應長期照護的支出；二是社會保險：以社會保險方式將所有可能面臨風險者，強制納入保險。以荷蘭、德國、日本、韓國四個實施社會保險型的國家為例，其財源籌措的特色有（一）將長期照顧制度視為社會保障制度之一環，因而會以附加稅來支持服務方案；（二）財務分擔包括有工作人口、雇主及領年金者；（三）利用現有的健康保險或社會服務系統來執行長期照顧；（四）公立及個人長期照顧方案並存，市場性保險伴隨發展，可以彌補公立長期照顧保險未涵蓋到的額外支出成本。²²觀察他國制度，與我國健保精神頗有相似，而我國健保體系已發展多年，值得長照政策擬定時參考。

長期照顧保險制類似社會保險，特點為專款專用，不但能夠強化財務責任制度，落實收支連動機制，也能將行政簡化、財務效率提高、便於使用和微調保費比率。²³不過也有學者指出，保險制可能出現以下缺失，包括徵收保險費需較高行政成本，但若已有徵收體系影響較小；財源籌措制度設計較為複雜；需直接收保險費，使用機率低，民眾繳交意願較低，但若隨其他保險費徵收，影響較小；老弱殘者無法繳費，貧窮線嚴格難獲補助；過去社會保險負債累累；市場化、機構化隱憂，大財團營利取向。²⁴實際受訪資料顯示，民眾對保險制存在許多疑慮，連從幾歲開始繳納保費都有頗多爭議。

這個就是各有優缺點。如果從 0 歲繳的話，就是人口數比較多、保費比較低，有社會連帶跟責任分散。就像我們每次去跟志工上課，志工

²² OECD, *The OECD Health Project Long-Term Care for Older People*, Paris: OECD, 2005, p. 85.; 郭振昌，同註 19，頁 52、53。

²³ 黃源協、吳書昀、陳正益，〈政府推動長期照顧服務機制之評估研析〉，《研考雙月刊》，第 35 卷第 3 期，2011 年，頁 56-70。

²⁴ 郭振昌，同註 19，頁 314。

都很怕會得到失智症，第一堂課就嚇死了。我們都說不曉得啊，你活的夠久就有可能啊。那我就問他們說「如果你失智，你覺得應該是自己照顧？還是家人照顧？還是國家照顧？還是有第四個答案--一起顧？自己顧用，那個自顧顧 10 個，那你失智就顧不了了。--受訪者 S01(S5-2-1)

根據衛福部的「長期照顧的整體政策藍圖」顯示，²⁵從 2008 年起，長期照顧服務法成為支撐計畫所需資源的核心。為了能夠使長期照顧政策持續穩定運作，從社區化政策、人力資源和長期照顧機構的配合，尤其經費的徵收都扮演著非常重要的角色。

目前政府選擇稅收制而非保險制當作經費來源，理由是採用稅收制，政府可以運用資源，全力發展社區化的長照服務，快速地建構起平價、普及的服務體系。²⁶否則，非但無法建立起社區化的服務體系，即便人民有現金給付，卻依舊無法取得親民的服務，甚至可能引誘市場哄抬價格的現象。

衛福部也說明，制度方面由原先擬定採用的保險制改為稅收制，主要原因在於長期照顧整體政策過於複雜，並且考量到保險制會造成資方負擔過重進而使勞方薪資停漲，改採稅收制由政府做全面性規劃與資源分配較為完善。²⁷本研究受訪者也認同，制度設計並不是一蹴可及，而且每個制度利害互現，各有利弊，需要多方考量配套措施。

我們也不可能像美國，美國的保險或是商業模式，它不像我們，我們全民健保是非常好的制度，所以如果我們要做保險，一定是比照健保的做法。當然日本也有，可是日本就不同的階段，40 歲以上再來繳保費，或者是全民繳保費，我們曾經在討論的時候也有試算過，全民繳的

²⁵ 衛生福利部，〈長期照顧的整體政策藍圖〉，2016 年 7 月 21 日，取自《衛福部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3635-42393-201.html>，檢視日期：2020 年 11 月 19 日。

²⁶ 林朝億，〈蔡英文：長照經費應採稅收制 而非保險制〉，2015 年 9 月 1 日，取自《新頭殼新聞》，<https://newtalk.tw/news/view/2015-09-01/64143>，檢視日期：2020 年 7 月 13 日。

²⁷ 衛生福利部，同註 17，頁 2。

時候，當然大家的負擔比較輕，可是 20 歲的孩子就說，為什麼要繳？繳也沒用，為什麼叫我從 20 歲繳到 60 歲，所以其實有很多的議題是要去討論。第一個是資源的分布的均勻、均衡性，然後再來是保費的設定對象。--受訪者 P02 (S5-2-2)

2017 年 1 月份長期照顧服務法修法時曾針對長期照顧政策的財源做探討。因政黨輪替，從原先預計採用的保險制改為稅收制，但無論採用制度為何，政府都必須顧及整體經濟狀況和現今長期照顧相關產業的人力、私人企業和機構，並且體察人民負擔狀況做規劃。雖然老青壯都有失能的可能，但 65 歲以上老人失能人口佔全國失能人口高達 2/3，因此長期照顧服務法所制訂之一系列服務方法，應詳細考量到老人獨立生活所需。政府在籌措財源不易的情況下，還需要負擔未來長期照顧基礎建設。由此可知，不管是資金來源的規劃和資源分配方式，都是長期照顧制度發展相當核心所在。

貳、以稅收制為財源

自 2017 年起，長照 2.0 之經費逐年大幅成長。2016 年時長照 2.0 之補助總經費為 53.76 億元；2017 年則呈現三倍成長；2018 年又再比前一年成長接近一倍。從經費投入的規劃可以看出，2017-2018 年是長照 2.0 發展的關鍵時期。²⁸目前採用長期照顧稅收制，是指政府利用稅賦的收入，支付長期照顧所需的費用，從而達到對國內老人長期照顧的目的。從以租稅公平為原則出發，讓高收入者承擔較多，低收入者負擔較少，藉此減少貧富差距。且政府可以根據長期照顧需求，在稅收上作適當的調整，推動長期照顧政策時較有彈性。²⁹

而在 2017 年 1 月立法院通過的長期照顧服務法修正案中，政府

²⁸ 衛生福利部，同註 17，頁 2。

²⁹ 〈長期照顧服務法下稅收制之探討〉，頁 5，取自《朝陽科技大學機構典藏系統》，<http://ir.lib.cyut.edu.tw:8080/bitstream/310901800/33234/1/201706.pdf>，檢視日期：2020 年 10 月 24 日。

所收取的稅賦中，將遺贈稅稅率由原本 10%調整至最高 20%，並採取 10%、15%、20%三級制；菸稅部分，由每千支（每公斤）徵收新台幣 590 元調增至新台幣 1,590 元。長期照顧服務法經費來源是由遺產贈與稅、菸酒稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入及其他收入，不足的部分再以政府預算撥充，以達到「長期照護發展基金」第一階段 330 億的目標。³⁰目前稅收雖堪稱充足，但是詳細分析稅目時對其穩定性來源卻有所堪慮。

本文深訪研究發現，部分受訪者質疑，吸菸人口越多，長期照顧反而有越多的資金來源，反向思考下等於是變相鼓勵吸菸。而且未來吸菸人口若能大幅度降低，政府也需研討新的資金來源以因應不足的預算缺口。

比較長期穩定的話，建議還是保險。因為抽菸人口變動性太大了，而且台灣的稅收，我們碰到選舉就會減稅，各種稅都減，我們的稅是全世界第六低。我們在 GDP 有統計，台灣長照 GDP 是 0.3，歐美國家都 2 點多，長照佔的我們 GDP 其實非常低，你沒有錢沒有人這些都不問，因為你有錢有人還不一定做的好。--受訪者 S01（S5-2-3）

以稅收為財源可能有以下缺失，包括政府全額負擔，財務責任重；稅收受景氣影響較深，致長期財務來源的穩定性及充足性較為不足；納稅者因不同稅目而異，部分民眾因無所得資料無法課稅；³¹預算需與其他政事競用資源；受預算限制，服務提供的多元性及普及性較不易符合民眾需要；長期照顧需求成長快速，編列預算的壓力逐年上升；

³⁰ 衛生福利部，同註 17，頁 2。

³¹ 衛生福利部，〈立法院社會福利及衛生環境委員會「針對家庭照顧者提供喘息服務以減輕照顧負擔之具體改善作為及長照服務財源採社會保險制或稅收制之國際比較與國內現況探討」專案報告〉，2015 年 4 月 2 日。

政黨輪替而有不同施政偏好致使預算不穩定；³²受益與負擔無直接關係，對工作意願影響較大；人口老化，財務負擔會轉嫁下一代。³³因此必須從長遠角度來沈思規劃。

總而言之，在台灣人口結構日趨老化情況下，長期照顧的需求和經費支付必將隨之擴大，若要求民眾從年輕工作時即繳納保費，但到年老時卻無法獲得服務的保障，或則屆時服務給付減少或品質下降，甚至有長照保險破產的疑慮時，則實施稅收制與保險制一樣，皆無法排除前述世代不公的疑慮。

目前知道政府是透過稅收，但較不妥。...支持長照保險，但要有配套措施，不要像勞保一樣動不動就說要倒閉，政策的長久性要考慮；認為 30 歲有一定的經濟能力再繳納較適合，自己幫自己付費比較合理，不然父母幫小孩付也是一種負擔。--受訪者 S03 (S5-2-4)

台灣現階段由特定稅收支付長照經費較無此問題，但未來支出將隨需求上升而增加，稅源勢必要擴大。當然也有學者認為，保險制度本非為了人人都要使用到而設計，若因身體健壯而無需使用長照服務，反而可說是福氣。³⁴而目前政府推動稅收制而非保險制的原因，在於長照服務佈建不完善，特別是在城鄉差距所產生的資源配置不均衡。因為實行保險制是要求每個人都須負擔，若長照服務未臻完善，可能讓民眾繳了保費卻面臨提供不出長照服務資源的窘境，勢必將引發民眾反彈。因此，政府目前決定先採用稅收制，將經費主要用於資源佈

³² 徐逸民，《長期照顧管理概論》（臺北：中華民國護理師護士公會全國聯合會，2019 年），頁 19。

³³ 郭振昌，同註 19，頁 314。

³⁴ 陳問荷、秦慈襄、林子文、陳婉琪，〈【長照系列二】長照 2.0 財源採稅收制 長期穩定性有待評估〉，2017 年 4 月 28 日，取自《政大-大學報》，

<https://news.cts.com.tw/unews/campus/201704/201704281863886.html>，檢視日期：2020 年 6 月 20 日。

建，待長照服務落實到一定程度，民眾對於政府的政策產生信心後，未來再思考是否推動保險制，³⁵或者採併行方式處理。

因為這個都是中央的部份。當然現在長照基金，主要是菸稅、遺贈稅，這是它主要稅收來源，那我們也知道遺贈稅，其實它是機會稅，換句話說，除非有像王永慶突然間，可是這種人，可能很早就已經都轉調，所以那個是機會稅，所以比較不穩定。菸稅，有人開玩笑說，難道是鼓勵抽煙救長照，可是在那時候的背景底下去討論，最可行是這樣。曾經也討論過說用營業稅，可是營業稅會影響公司，如果從營業稅，那是更穩定，可是影響的面項很大。以那時候的討論就說，我們先從這裡出發，當然未來可能調整。--受訪者 P02 (S5-2-5)

依據衛福部推估，長照 2.0 每年預算需求將從 2017 年的 162.26 億元，逐年成長到 2026 年的 736.48 億元，然而 2017 年至 2019 年長照總支出經費分別爆增 118 億、356 億和 386 億。觀察現行長照 2.0 計畫執行經費依照各縣市政府財力分級，95-97%由中央支付，³⁶未來若「長照服務發展基金」經費停止或縮減，將影響長政策後續推動與執行，增加地方政府在政策執行上的不確定感，以及衝擊人力等問題。

參考他國作為，許多以一般稅收當作社會服務財源的 OECD 國家，仍然企圖透過稅制改革方式，以建構公平、品質、永續的長期照顧體系。主要有二個方向，一是縮減服務範圍，將服務對象鎖定在更嚴重失能的老人，而較輕微者則鼓勵使用個人的資源，類似我國健保有保大不保小的主張；二是緊扣著資產收入的調查與長期照顧資格的

³⁵ 陳問荷等，同註 34。

³⁶ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，〈監院糾正衛福部長照 10 大缺失：ABC 級據點背離初衷，資源疊加傾斜、執行效益低、無稽核機制、權責分工不明〉，2020 年 6 月 7 日，取自《臺灣公民對話協會》，<https://rightplus.org/2020/06/17/long-term-care2-0/>，檢視日期：2020 年 9 月 24 日。

評估模式來改革，如降低補助金額和調高適用對象資格等，³⁷此舉則與我年金改革提高投保金額、提高退休年齡做法相當。

此外，亦可透過預防及延緩失能照護服務來減輕支援的程度，同時降低政府在長照服務的負擔；或者透過民間參與方式減輕政府財政負擔壓力，從完全由社會福利過渡向民營產業化發展，引進商業發展機制，也能因民營競爭而提升照顧服務效率；同時放寬差異化、多樣化服務提供方式，也有利於偏鄉地區長照資源開發，以縮減城鄉差距。

參、政策延續性問題

長期照顧服務法因政黨輪替，從原設計採行保險制轉而改採稅收制，政府都必須顧及整體經濟狀況並體察人民負擔狀況做規劃。政府在籌措財源不易的情況下，應該更謹慎規劃資金來源和資源配置。

而針對偏鄉的長照服務，除了財源問題外，可能還必須面對政策反覆的問題。由於人力不足是偏鄉長照的重大課題，政府為了滿足政策強調「照護社區化」，讓長照能夠在地永續發展，衛福部在長照資源不足的偏遠鄉鎮，設置長照資源服務據點，並加強訓練在地照管人員。然而，由於偏鄉的專業醫護人員，如需求量極大的社工員、護理師和物理治療師等，原本就供給不足，³⁸而落實在地新進人員的訓練也需要時間，故無法立即滿足需求；本文深訪資料即表示，有時一套訓練機制需時3年，甚至超過5年的培訓時間，若政府政策反覆變動，對業者而言可能需面對極大風險，以至於降低配合意願。

它剛辦時會告訴你說：我會補助你。還不會跟你講補幾年，可是你

³⁷ OECD, *supra* note 22, pp. 85-86.; 王卓聖，同註 18，頁 53。

³⁸ 衛生福利部，〈108 年度「長期照顧醫事人員暨照顧管理人員專業課程繼續教育訓練計畫」申請補助作業規定〉，2019 年 7 月 29 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-47384-1.html>，檢視日期：2020 年 5 月 15 日。

已經洗頭了，就請了四個。第一年跟你說會變少，等到第二年年初跟你說「不補了」，他有時間點。它還蠻聰明的，不會在你辦時告訴你只有兩年，是有階段性的，大家就一窩蜂去做，想說 A 個管什麼補助都有，但是他沒有看到短中長期的影響，這是蠻危險的。--受訪者 S01(S5-2-6)

吊詭的是，同樣來自深訪資料，在政府單位任職的受訪者卻仍認為，目前長照的財務來源相當穩定，且都會定期做滾動式檢討。政策制定者與實務工作者的看法顯然有別。政策本身的延續性相當重要，但許多補助要點的法律位階卻不足以有持續的強制力。

因為長照這個東西它的需求會越來越很高，所以相對它的經費也是需要越來越提升的。以目前推估的，在這幾年的平衡上是沒有問題，那再加上我們之後，因為法定的財源也包含公務預算的部分，所以如果有不足的部分，也會用公務預算撥充，然後會滾動式地去檢討長照基金的來源，所以目前基金的狀況都還 Ok。--受訪者 P01 (S5-2-7)

不論是資金來源和資源配置問題，政府以本位思考模式來解決問題常會落入顧此失彼窘境。因此建議政府參考市場行銷作法，從客戶端的角度推動制度變革，方能減少民怨。

肆、給付支付制度問題

長照政策由中央政府規劃、制定後，實際上的執行與監督仍有賴地方政府與民間團體。民眾向民間團體申請服務，並由地方 B、C 級單位提供服務後，必須再向地方政府核報經費。由於受限於「政府採購法」相關程序及核銷流程影響撥款速度，造成社福團體必須墊付為數龐大的款項，³⁹撥款速度緩慢成為長照 1.0 為人詬病之一。

針對支付制度，衛福部自 2017 年以來便不斷修正。原先支付制

³⁹ 蘇建仁，〈從地方看滾動式修正的長照 2.0 政策及跨部門整合〉，《台灣社會研究季刊》，第 109 期，2018 年 4 月，頁 192-193。

度採「時數制」，但礙於一些家庭將長照居服員視為「保姆」過度濫用，因此衛福部將支付制度改為「包裹式」給付，委由照管專員評估等級，依據等級給予固定總額度，由長照機構包辦。依據衛福部的說法，包裹式給付的用意是簡化核銷程序。⁴⁰但到了 2018 年卻又部分變更制度，改為依「項目」計價的服務。

衛福部公告的支付項目分為照顧及專業服務、交通接送、輔具服務、喘息服務四大類別，總計達到 152 項。⁴¹而長者則依失能程度「長照需要等級」分為 8 級，僅第 1 級衰弱老人不給付，接下來依序 2 到 8 級的長輩每月分別給予 1 萬到 4 萬元不等的補助，再依據家庭收入調整部分負擔的百分比。⁴²服務單位的核銷因為包裹式簡化了流程。

為什麼要走給付支付制度，過去因為在核銷的過程，服務單位都非常痛苦，買 1 支筆就要 1 張單據，買橡皮擦也要 1 張單據，而且還會被退件，核銷半年才可以把前一年的東西核銷，單位就覺得很辛苦。給付支付制度後全部改成只要個案簽呈，因為我是用點數給你，簡化了所有的這些事情之後，就可以比較快速。服務數也就快速成長，因為他們覺得原來這個相對簡單，不會搞那麼複雜的程序。--受訪者 P02 (S5-2-8)

此項制度修正，雖美其言是政府參考實際運作情形實施「滾動式修正」，然而實行以來不斷修正也引發許多抱怨。因此，建議政府可參考市場行銷作法，以「客戶需求為導向」來推動制度變革，可以減少更多阻力。

伍、城鄉資源配置不均

就偏鄉區域而言，長照資源不足的問題一直存在著。因為長照工作內容複雜性高，若當地照服員有意進修以強化專業度、精進長照服

⁴⁰ 衛生福利部，同註 10。

⁴¹ 衛生福利部，同註 10。

⁴² 衛生福利部，同註 10。

務的專業技能時，往往要面臨進修管道不通暢的問題，導致人員流動率偏高，此現象反映在長照需求者身上，其所能獲得的服務資源就相形薄弱。因此，城鄉資源配置不均對於長照工作者和長照使用者而言，都是不公平的，而且弱勢一方都是偏鄉居民。

那第二個是，很多專家學者是說保險實施是沒問題，可是會不會沒有服務，我錢繳了，我要居服員，居服員離職了要等；我要住機構，機構要排隊，那0歲就繳就會被罵死；就繳沒有關係，但是權利義務有沒有對等？像你現在生病，私人保險你開個理賠，賠個10萬，下個月錢就入帳了，長照保險就不一定哦。我住在宜蘭鄉下，交通車也排不到。像我剛學生打來說「老師怎麼辦，失智又不吃藥，又坐骨神經痛，來日照一直哀哀叫，其他老人就叫他不要來了，那就只要讓他回家了，那你說怎麼辦？現在失智症有年輕型的，有三十多歲的，但是這個機率不高，就是約3%~5%。--受訪者 S01 (S5-2-9)

政府藉由調薪和提高福利為誘因，的確是吸引外地照服員到偏鄉服務比較實際的解決辦法。然而研究也發現另一個問題：外來照服員對原住民族有語言隔閡的溝通困難，甚至因文化敏感度不足，無心之舉卻被誤認為冒犯、不敬等。

此外，有許多受訪者對以保險制為財源的長照制度感到憂慮。可能受政府年金改革影響，許多人擔心長照制度也會世代不公，亦即政府無法保證民眾在年輕時繳費，年老時就能受惠；或者費用負擔終將不斷增加，而服務品質則不斷遞減。

我覺得長照保險其實就要回到跟健保一樣，當初是怎麼上路的，你們知道嗎？如果今天有健保，然後你來這裡醫院，然後醫院跟你抱歉說今天沒有號碼，你不能來看；或者是你住在北投，北投就是你家裡方圓一公里以內沒有醫院、沒有診所，什麼都沒有，你要走一公里外才能看

得到、用的到資源，你會什麼感覺？一定會覺得說，我不是繳了保費？為什麼我住北投我比較倒楣，意思是一樣。保險就有相對的權利義務，我收了民眾的保費，無論這個民眾住在阿里山上，還是住在北投，我都要提供服務，所以服務的一個量能有沒有辦法達到這個程度，是一個開辦保險非常重要的考量。--受訪者 P02 (S5-2-10)

政府或可思考以現金津貼方式來彌補或鼓勵服務朝向資源較匱乏的區域發展，⁴³例如發放現金券，來誘發消費者意識及選擇權。此外，須放棄秉持社會福利齊頭式發展觀念，針對不同服務族群提供差異化服務，以現金津貼方式讓需求者有自主選擇服務項目的權利，也能帶動服務機構提升服務品質。

可能目前資源的建置也都還不足，但是你保險做下去的時候，其實民眾他需要的東西，其實你不能跟他說你這邊沒有資源，然後又不給他這樣，因為他保險費都繳了嘛，像你現在資源不足的狀況之下，其實還沒有辦法去全面推動保險。--受訪者 P01 (S5-2-11)

根據監察院報告，長照 2.0 還出現預算執行率低落和資源分配不均問題，因為長照 2.0 擴增服務對象及項目，卻倉促上路，使地方資源無法配合，人力與配套措施也不到位，導致預算過高而執行率卻太低。觀察政府 2008~2016 年辦理長照 1.0，9 年來補助金額總計約 303 億元，但長照 2.0 時，補助經費連年暴增，2017 年達 104 億，2018 年更攀升到 267 億。然而，相對地預算執行率竟僅 5 成左右，⁴⁴原因在於缺乏稽核管控機制，各項服務分別由長照司、照護司及社家署辦理，有些地方政府則沒有統一長照業務權責，仍然由社政、衛政各自為政，導致政府對長照需求的人數無法有效評估。而長照 2.0 擴增到

⁴³ 參見王卓聖，同註 18，頁 49-50。

⁴⁴ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，同註 36。

17 項服務，複雜繁多的服務項目都沒有訂定優先順序，加上欠缺事前調查與盤點，沒有因地制宜，導致無論都會區、鄉村還是離島的地方政府都傾向一致辦理，⁴⁵因而造成各項服務品質參差不齊。

總而言之，目前政府選擇稅收制而非保險制當作經費來源，主要理由是目前長照資源量能有限，需要全力發展平價、普及、社區化的長照服務。而參考以一般稅收當作社會服務財源的 OECD 國家，仍然會透過稅制改革方式，以期建構永續可行的長期照顧體系，包含縮減服務範圍，將服務對象鎖定在更迫切需求者身上；或者持續動態檢視資產收支平衡表與重新從嚴制定長期照顧資格評估表等。此外，也能透過預防及延緩失能照護服務方式來減輕支援的程度，同時降低政府在長照服務的負擔；或者透過民間參與方式減輕政府財政壓力，從完全由社會福利過渡向民營產業化發展，也能因民營競爭而提升照顧服務效率；同時放寬差異化、多樣化服務提供方式，也有利於偏鄉地區長照資源開發，縮減城鄉差距。

在政策延續性和給付支付制度問題上，不論是資金來源和資源配置問題，或者實施「滾動式修正」給付支付制度，常讓使用者困擾與抱怨，應放棄本位思考模式來解決問題方能避免落入顧此失彼窘境。可參考市場行銷作法，從客戶端的角度推動制度變革，以減少政策推動阻力和民怨。在解決資源配置問題方面，應放棄社會福利齊頭式發展觀念，針對不同服務族群提供差異化服務，可以用現金津貼方式讓需求者有自主選擇服務項目的權利，來誘發消費者意識及選擇權，讓資源往較匱乏的區域發展，進而帶動服務機構提升服務品質。而且應統一各單位稽核管控機制，方能對長照需求做有效評估。

⁴⁵ 監察院新聞稿 1、2，Right Plus 編整，同註 36。

第三節 機構財務狀況與政府管控

隨著醫療、科技的進步，國人平均壽命不斷的延長，家庭結構與型態的蛻變，以及非典型的婚姻和生育模式，在在反映了高齡化與少子化所產生的牽動影響，由此衍生的照護機構需求，包括私立護理之家、中小型長照機構等。護理之家和養護型長照機構的差別在於服務內容和年齡的不同。護理之家主要是提供患有重大疾病或慢性病，而無法自理生活的人；而養護型長照機構則是專門照顧有意識但生活需要協助，或無法自主生活但不需要隨身看護的長者。⁴⁶法規範上也有所不同，老人福利法係以老年人相關權益保障為基礎，而護理人員法則是注重護理人員之執業、開業、公會組織、職權等規定。⁴⁷本節參酌訪談資料對這些機構財源做評估，以及政府對長照機構用人經費的管控。

壹、機構財源分析

分別就護理之家財務來源、中小型機構財務來源、中小型機構財務問題討論。

一、護理之家財務來源

由於新生兒和死亡兩者人數差距逐漸縮小，導致了台灣老年人口和失能人口比率攀升，以致於讓有照顧需求的使用者相對增加。而少子化的家庭結構及其所需增生的照顧能量，則是突顯了護理之家組織型態的快速發展。

依據衛福部統計一般護理之家的數量，從 1997 年 29 家增至 2014 年 460 家，且因老年人口快速遞增，及隨著疾病年輕化，有許多因多

⁴⁶ 參考皇家護理集團，〈護理之家是什麼？和長照中心（養護型）差別在哪裡？〉，2020 年 2 月 4 日，取自《皇家護理集團網頁》，

<https://www.royalnursinghome.com.tw/%E8%AD%B7%E7%90%86%E4%B9%8B%E5%AE%B6%E6%98%AF%E4%BB%80%E9%BA%BC/>，檢視日期：2020 年 9 月 20 日。

⁴⁷ 吳千里，《我國長期照護機構法制之探討》（臺北：東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文，2008 年），頁 99。

重疾病的併發症或其引發的失能，估計 2021 年將達 87 萬人，例如腦中風、失智、骨關節疾病等進入護理之家。而失智症被認為是「最難照顧的失能症狀」，由台灣失智症協會依盛行率估計，台灣 65 歲以上老人的失智人口約有 23 萬，64 歲以下也有 1.2 萬人，共計 24.2 萬餘人。⁴⁸對此，1991 年所發布的護理人員法，讓護理之家的設立有了法源依據，⁴⁹並且在 1998 年的長期照顧三年計畫裡，政府大量輔導護理機構的設置，除了讓護理之家的數量在短期迅速成長外，也造成因市場競爭而來的經營管理與治理危機，⁵⁰隨後 2020 年 1 月 15 日通過修正，再次成為重點議題。

目前收入來源都是來自住民本身，再來就是跟政府申請補助。老人收容安置會跟政府補助，但政府目前只有補助中低收或低收入者，分別是 29,750 元/月、21,250 元/月，一般戶僅最高 5,000 元/月，其餘由家屬補差額；至於不夠的部份會跟社福機構申請，用公益彩卷支付。--受訪者 S02 (S5-3-1)

本文針對護理之家受訪資料顯示，目前財務收入都來自住民本身，較無財源壓力，而補助部份跟長照 2.0 的制度沒有重複性，因為這偏向醫療照顧體系，而非社會照顧體系。⁵¹所以，雖然護理之家的照顧模式與其他中小型社會照顧機構類似，但其財務來源並不一致。然而，大量湧現的護理之家，除了是因應時代變遷所必然的發展趨勢外，護

⁴⁸ 衛生福利部，〈一般護理之家評鑑專區計畫內容〉，2018 年 2 月 28 日，取自《衛生福利部一般護理之家評鑑專區》，<http://webcare.twaea.org.tw/about.php>，檢視日期：2020 年 9 月 20 日。

⁴⁹ 護理之家為出院後仍須照護之恢復期病患、慢性病患或身心障礙的年長者，提供受專業訓練的人員之長期照護需求，區分一般護理之家和精神護理之家；為減少醫療資源浪費，因應連續性醫療照護之需求，護理機構應與鄰近醫院訂定轉介關係之契約。參考護理人員法，第 14、20 條，2020 年 1 月 15 日修正。

⁵⁰ 劉品君，《影響都會區私立小型長照機構發展關鍵因素之研究》（臺北：國立臺北大學公共行政暨政策學系碩士論文，2016 年），頁 91-92。

⁵¹ 羅慧文，《從營運資源探討民間安養長照機構經營之困境》（桃園：中原大學企業管理研究所碩士論文，2017 年），頁 23-26。

理之家本身機構經營管理制度的好壞，也會影響到醫療保險制度的良窳，特別是從過去到現在所既存護理之家各種的制度運作失靈現象，闡明了護理之家從管理到治理而來的發展性危機，而這需要藉由評鑑機制的設計來改善。⁵²為此，衛生福利部設置護理之家評鑑，每4年護理機構都需要重新接受一次評鑑，⁵³以達到品質控管的專業責信（accountability）。

另一方面，對被照顧者而言，照顧費用則是一筆不小負擔，為此，衛福部推出「住宿式服務機構使用者補助方案」，補助金額參照綜合所得稅稅率級距制定，以一年一次匯款的方式直接給申請人，一年最高補助6萬元。

二、中、小型機構財務來源

中、小型長照機構也與護理之家的狀況類似。實際上，最初護理之家的設立乃是醫院的附設單位，設立初衷是為避免浪費醫療資源，同時讓罹患慢性病且需長期照顧之病人，或出院後需繼續護理之病人，以及產後需護理之產婦及嬰幼兒等有醫療照護需求的民眾，⁵⁴可以得到周延的照顧服務。

不同於護理之家的財務來源，日照機構的補助本身則是針對住民，而非中低收入者，因此，日照中心的收入目前仍處於平衡狀態，但是如果收托人數增加，則邊際成本遞增，日後依然無法平衡。

主要是日照的收費（案家）。因應目前長照2.0，每個人會補助5～6,000元，有接受政府的補助款，因此民眾會比較願意讓老人家來日照，但不是直接補助給機構，只是提高了民眾願意來的機率；目前收支打平，長遠看是不夠（採日收費，若遇休假多的當月就吃緊了）。--受訪者S03

⁵² 楊志良，〈我國長期照護現況與展望〉，《研考雙月刊》，第34卷第3期，2010年，頁87、89、91。

⁵³ 衛生福利部，同註48。

⁵⁴ 劉品君，同註50，頁45-46。

(S5-3-2)

本文針對私立小型機構受訪資料指出，私立小型機構的管理在本質上與護理之家並無殊異。

我們是私立小型機構，不能接受補助，只能補助民眾；也不能收捐款，只有一個多元獎勵可以申請。符合資格者，會幫忙申請補助，然後政府匯錢到機構，家屬再補足差額，平均一個月 3 萬多，包含耗材，嚴重的部分有一些管路，就快到 4 萬。那有些遊民入住的補助會先跟社福單位談，看他們手上可以連結多少社會資源，費用如何處理這樣，收補助個案目前是不會造成財務吃緊。也配合政府收一些弱勢，當然有限，就是所謂的愛心床。--受訪者 C02 (S5-3-3)

如果是中型的公立或非營利日照或全照機構，則因為收費的來源與私立小型機構不同。所以，經費與支出之間的平衡較有可能達成。同樣來自機構的受訪者 C03 與 C04 都有相同看法。

就是從個案及政府補助，這是主要來源。現在長照 2.0，政府就是補助 84%、個案 16%。個案愈多，我們的收入就愈多。--受訪者 C03(S5-3-4)

我有收費，再來是政府會有補助，還有我們有接受社會大眾的捐款，大概收費占了 60%，政府跟捐款各占 20%。一般政府補助都是剛好而已，不可能有結餘的，而且政府補助委託案子的費用也會有不足，就靠民間捐款來挹注。民間捐款的話，就可以用於設備的提升，提供更多服務，例如我們提供到宅沐浴服務，是在長照 2.0 還沒有實施時就有了，這部分你一定要先做，社會大眾看到、肯定了，就會支持。我很堅持就是我要做什麼，然後不夠我才跟社會大眾募款，然後這樣我對社會大眾也是一種責信，目前都還 OK。--受訪者 C04 (S5-3-5)

影響消費者使用醫療或長期照顧服務的關鍵因素之一是價格，但依照市場機制設定之長期照顧服務價格，常導致許多低收入者無力負擔。因此，除了政府部門的介入外，社會亦需要非營利組織來為低收入者提供照顧服務，或者宣導使用者付費的觀念，使人民自依需求投保商業長照險。而在整合各類照顧服務政策及資源的建議上，政府應以非營利化為原則來制定有效政策，結合民間資源提供長期照顧服務，並營造有利其他組織參與長期照顧的環境。

三、中、小型機構財務問題

近年來，隨著人口老化的趨勢，投資養護機構的企業也愈來愈多。而現階段投資養護機構，幾乎不用擔心收入來源不足的問題，因為常常都有來自各縣市政府的社會局、醫院或警政單位轉介而來的客源，通常是無處安置的住民。因此，新成立的養護機構在經營初期減少了面臨虧本的處境，也毋需擔心轉介而來的住民支付不出費用，因為政府會將這些費用轉由社會共同承擔，也就是「全民買單」。⁵⁵

然而，任何企業都必須慎重經營，身為養護機構的業者，也必須慎重評估各項成本，除了員工的薪資、基本的水、電、瓦斯費，還有很多例行開銷，例如電梯定期保養的成本、消防設備的維修與折舊、為了評鑑而必須更改的環境工程等。

本研究來自經營機構的受訪者就指出，收入未必總是那麼穩定，例如來自家屬的欠款、社會局個案的安置、無人入住的缺額、住民生病住院而仍必需保留的床位，都降低了業者原本能夠獲得的收入。

像我們在台北市，土地成本高，漲價也不易，我覺得費用上，要申請漲價很難。政府可能會覺得扶養的問題還是要丟給家庭端，所以費用

⁵⁵ 陳和謙，〈千變萬化的長照收入名目：在生存與獲利間搖擺的機構道德〉，2017年5月9日，取自《公益交流站》，<https://npost.tw/archives/43800>，檢視日期：2020年6月5日。

必須要家庭可以負擔，可是問題是，這樣我們很難做，要維持好的照顧品質。那當然政府這方面有排富補助，一年補助 6 萬元，不過一個月 3~4 萬，一年下來家屬要繳多少錢，還是真的很可怕。這都是一個很大問題。可是如果我們漲價會變成，有能力的人來住，那沒能力的人要如何依靠政府的協助？如果長照做不好，變成青壯年會沒辦法投入生產。

--受訪者 C01 (S5-3-6)

實務運作上，組織內部最大的支出是人事費用。受雇於機構的居服員們平均月薪 2.8 萬至 3.2 萬，雖然相關勞動法規有員工工作時間的限制，然而因為時薪低落，因此不少受過訓練的居服員們，寧願付出超過勞動標準的時數，以換取較高額的薪資待遇。

最大的支出是在人事費用上，因為基本工資的調漲，現在中央有規定，照服員起薪要 31,000 元，而照服員是最必要的，要請 3~4 位以上，為預防有人請假還須多請；因此人事成本就占 50%以上，另外其他的費用如行政費、設備、無障礙、消防設備等。--受訪者 S03 (S5-3-7)

另一方面，政策行銷相關的費用可說闕如。依受訪資料顯示，目前與政策行銷相關的費用，原則上能分配的額度非常缺乏，因為其他軟、硬體的支出已然不足了。

目前大都做社區宣導，比較偏向花時間，費用不大。政府是有一筆開辦費補助，但金額不清楚。--受訪者 S03 (S5-3-8)

本文建議，政府政策可以開放多樣化經營模式，以協助機構型業者降低營運成本，或者開放可依照護密度區分不同級別而有不同收費標準，例如被照護者的身體與精神狀況差異性大，所需之照護密度也有所不同，但現今的收費標準僅以服務項目區別計價，建議開放可依

被照顧者所需要的照顧服務方式與密度而有差別訂價。而針對偏鄉需有輔助交通工具，服務模式可朝走動式服務為導向，一天之內可能多次到府服務，或由政府補助設立試辦機構「簡易據點」或「社區照顧巡迴服務車」方式，讓走動式服務在偏鄉仍可成功推動。其他如在共享經濟觀念下，開放以「共聘」方式推動走動式服務，讓照護人員將一整天的需求列出後，由照護人力去做互搭，在社區中形成走動式照護模式。⁵⁶上述做法可做為政策參考。

貳、政府對長照機構用人經費的管控

用人經費的控管主要是對居服員和照服員的保障，但從實際的狀況來看，目前缺乏針對照管員的交通補助。根據受訪者表示，目前的補助，只針對中度、重度失能者提供每月來回 8 趟，每趟最高 190 元的車資補助金，第一線長照工作者仍要自行處理交通問題。可是長照工作者的交通問題不是單方面受影響而已，長照工作者的交通問題會影響提供服務的意願，而民眾也會因為服務人員太少，需要等待的時間太久，而降低申請服務的意願，進而影響偏鄉地區使用長照資源的權利。對人事成本的管控，也會受到其他項目的資源排擠，但這些排擠本身還是會影響到服務的提供。

研究發現，來自政府部門的受訪者指出，薪資的計算都有涵蓋到軟體、硬體的建設；但是來自實務工作的受訪者卻表示，要看收案量才知道機構的經營是否可以平衡支出。換言之，政府部門與實務工作者對經費是否充足的看法並不一致。

因為我們主要是針對居家照顧的，他們的薪資算法是看他們怎麼跟他們單位去做特約的，所以說日薪、月薪制的跟時薪制他們都有。...他

⁵⁶ 蕭晴惠、林國榮、成之約、陳惠姿，《外籍看護工外展看護服務試辦計畫成效及影響評估》（臺北：勞動部勞動力發展署 2014 年度委託研究計畫期末報告），2015 年 1 月 25 日，頁 199-201。

們請的人一定要是符合相關的法規，受過相關的訓練，只是我們不會去管制他們跟照服員之間的勞動契約，就是他們自己去訂定的，只是他們至少要達到三萬二。...其實我們在長照的新制部分，當時在訂價的時候，就有考慮，就已經有把一些照服員的成本、人力成本，然後一些其他的硬體的那些有的、沒有的，全部都估進去了，才去訂那個價格，所以其實整個支付的價格都有大幅提升的，讓他可以支應就是照服員薪資提升的這一塊的支出這樣子。--受訪者 P01 (S5-3-9)

但是長遠來看，當然也要看收案量；如果人力要足的話，人事成本是相當高的，而且現在照服員的薪資又提高到 3 萬多，加上專業人員本身高薪，所以長期下來，在成本上是相當高的，所以長遠上是不夠的。我們在日照裡面，要提供給長輩的就是活動，所以不管硬體還是軟體，這都是支出耶，像我人員就只能用兼職人員，因為不夠支付。--受訪者 C03 (S5-3-10)

政策建議上，可以朝鼓勵民間參與方式來增加服務量能或吸引民間財源資助。參考他國經驗，上世紀末起，西方國家逐步將機構式照顧轉為非機構式照顧的到宅服務，且由於後者發展較晚，所以其新增的服務項目在沒有大型機構既有市場障礙下，較易開放給私部門參與。作法可分成服務提供重心由公部門移轉至私部門，或公部門服務所需財源引進私部門財源資助兩種。⁵⁷上述兩種作法皆有利於長照政策長久發展，值得參考。

總而言之，護理之家財務來源來自住民本身，較無財源壓力，而補助因偏屬醫療體系，而非社會照顧體系，跟長照 2.0 的制度沒有重複性。然而，大量湧現的護理之家，其經營管理的好壞，也會間接影響到醫療保險制度的良窳，為此，衛福部設置護理之家評鑑，以達到品質控管的專業責信；另一方面，衛福部也推出「住宿式服務機構使

⁵⁷ 葉至誠，《老人福利國借鑑》（臺北：秀威資訊，2011 年），頁 317。

用者補助方案」，來減輕被照顧者家庭的財務負擔。

針對中小型機構財務來源，若依照市場機制設定之長期照顧服務價格，常會導致許多低收入者無力負擔，且擔憂企業以營利為目的剝削照顧者或被照顧者。因此，除了政府部門的介入外，社會亦需要非營利組織來為低收入者提供照顧服務，透過制度誘因，形成「有限利潤分配」與「兼顧社會目的」的組織，創造照顧工作者免於剝削、照顧使用者享有普及良善服務的體制，⁵⁸或者宣導使用者付費的觀念，使人民自依需求投保商業長照險。針對中小型機構財務問題，可以鼓勵多樣化經營模式以協助機構型業者降低營運成本，或者開放可依照照顧密度區分不同級別而有不同收費標準。而針對偏鄉需有輔助交通工具，服務模式可朝走動式服務為導向，或由政府補助設立試辦機構「簡易據點」或「社區照顧巡迴服務車」方式，讓走動式服務可在偏鄉推動。其他如在共享經濟觀念下，開放以「共聘」方式推動走動式服務，讓照護人員將需求列出後分配人力去做互搭，在社區中形成走動式照護模式。

而在政府對長照機構用人經費的管控上，建議可以朝鼓勵民間參與的方式來增加服務量能或吸引民間財源資助，作法可分成服務提供重心由公部門移轉至私部門，或公部門服務所需財源引進私部門財源資助兩種，皆有利於長照政策長久發展。

第四節 優劣（SWOT）分析

與前章相同，本文採用市場行銷的基礎分析方法——優劣分析法，來評估長照 2.0 財務資源之自身的優勢（Strengths）、劣勢（Weaknesses），和外部競爭上的機會（Opportunities）和威脅（Threats），用以在制定

⁵⁸ 王兆慶，〈長照機構制度的營利／非營利之爭：社會企業的觀點〉，《社區發展季刊》，第 143 期，2013 年，頁 137。

策略前對自身進行深入全面的分析以及競爭態勢的定位。本節藉優劣分析法評估長照 2.0 政策財務資源，分敘如下：

壹、優勢

一、長照支付新制方便執行

從長照 1.0 的時數制，到 2016 年試辦的包裹制，最後到 2017 年的包裹與項目混合制，同時改善系統以方便機構內部核銷作業，相較於長照 1.0 的支付與核銷制度，長照 2.0 新制較方便執行。

二、稅收制兼顧服務量能

政府目前採用稅收制，主要是考慮服務量能仍未充足，無法對保險給付者公允提供服務。而稅收可以作適當調整，讓推動長期照顧政策時較有彈性，更符合現實狀況需求。

三、移轉性支出撥補效率穩定

依照目前稅收制度建立的「長照服務發展基金」，在短期內仍足以因應。此外，移轉性支出撥補可以適時投入填補短差，其行政程序較提高社會保險費率簡單，而無須透過國會修法程序，對穩定長照財源有很大優勢。

貳、劣勢

一、城鄉資源配置不均

我國各地長照資源存在配置差異，尤其偏鄉地區的財務資源一直難以突破，而服務項目無法因地制宜，是其中一項原因，對長照財源執行效率有不良影響。

二、長照服務涵蓋率偏低

我國目前長照服務涵蓋率仍偏低，對長照財源執行效率有不良影響，部分原因也可以城鄉資源配置不均來解釋。因應之道是開放民間參與，容許多樣化服務提供。

三、政策延續性不佳

不論是資金來源和資源配置問題，政府以本位思考模式來解決問題常會落入顧此失彼窘境。因此建議政府參考市場行銷作法，從客戶端的角度推動制度變革，方能減少民怨。

參、機會

一、長照服務涵蓋率具成長空間

我國目前長照服務涵蓋率仍偏低，惟參考北歐國家，若能釋出公部門服務能量，或引進私部門財源資助，我國長照服務人口的涵蓋率仍有大幅成長空間。

二、開放多元化經營模式

政府可以在現行制度內放寬機構業者開辦差異化、多樣化服務，也有利於偏鄉地區長照資源開發、縮減城鄉差距，並強化機構經營能力。

三、引入私部門服務量能或財源資助

除了在現行制度內開放機構業者開辦差異化、多樣化服務外，也能朝修改現行制度以帶入民間服務能量，或吸引納入民間財務資源，來提高服務量能和提升服務品質。

肆、威脅

一、長照機關權責分工未明

長照業務的推動與執行，分別屬於衛生福利部長照司、護健司、社家署三個機關；而地方政府則多由衛生部門主責，少部分由社會局下轄，政府部門的權責與分工也不夠明確。

二、長照基金發展未明

長照 2.0 計畫執行經費主要由中央支付，未來經費一旦停止或縮減，將影響後續的推動與執行，還會增加地方政府在政策執行上

的不確定感。

三、欠缺宣廣支出

政府通常不會設置政策宣導預算科目，但是政策宣導卻攸關政策執行成效。長照服務建置跟宣導仍有加強之處，不同障別的宣導方式也不相同。

表 5-1：長照制度財務資源之 SWOT 分析

優勢 (S)： -長照支付新制方便執行 -稅收制兼顧服務量能 -移轉性支出撥補效率穩定	劣勢 (W)： -城鄉資源配置不均 -長照服務涵蓋率偏低 -政策延續性不佳
機會 (O)： -長照服務涵蓋率具成長空間 -開放多元化經營模式 -引入私部門服務量能或財源資助	威脅 (T)： -長照機關權責分工未明 -長照基金發展未明 -欠缺宣廣支出

資料來源：研究者自行整理。

第五節 本章小結

本章從深訪資料整理出長照制度在財務資源上的問題。在長照財務制度檢討一節，有些研究發現部分偏鄉地區的長照涵蓋率反而較高，可能與許多服務團體在偏鄉耕耘有關，證明縮小城鄉資源配置落差仍有作為的空間，且與北歐國家相較，我國長期照顧服務人口的涵蓋率仍有大幅成長空間。此外，長照支付新制相當給予民眾四包錢選擇服務，但未考慮到民眾所接收到的長照資源並不相同，建議制度可以容許不同服務品質給付不一樣的費用，提供使用者能有自主選擇服務的機會，也能鼓勵照服員提升服務品質。再者，政府有時應當師法商業

行為，將政策執行當成商品販賣，以廣告模式讓大眾知曉，且不同障別的宣導也應有所差異。

在財源籌措方式與支付系統一節，目前政府選擇稅收制而非保險制當作經費來源，主要理由是目前長照資源量能有限。而參考以一般稅收當作社會服務財源的 OECD 國家，仍會透過稅制改革以期長照制度能永續發展，方式包含縮減服務範圍、持續性檢視資產收入與支出以達平衡、改革長期照顧資格評估等。在政策延續性和給付支付制度問題上，常讓使用者困擾與抱怨，應放棄本位思考模式來解決問題，從客戶端的角度來推動制度變革。在解決資源配置問題方面，應放棄社會福利齊頭式發展觀念，針對不同服務族群提供差異化服務，讓資源可往較匱乏的區域發展。除此之外，也能透過預防及延緩失能照護服務來減輕支援的程度，或者透過民間參與方式減輕政府財政負擔壓力，同時放寬差異化、多樣化服務提供方式，也有利於偏鄉地區長照資源開發。再者，統一長照所屬各單位稽核管控機制，才能對長照需求做有效評估，以擬定能因地制宜的執行規範。

在機構財務狀況與政府管控一節，護理之家因偏屬醫療體系，而非社會照顧體系，跟長照 2.0 的制度沒有重複性。然而，其經營管理的好壞，也會間接影響到醫療保險制度的良窳，仍有必要設置護理之家評鑑以達品質控管目的，而「住宿式服務機構使用者補助方案」也有助於減輕被照顧者家庭的財務負擔。針對中小型機構財務來源，若依照市場機制設定之長期照顧服務價格，常會導致許多低收入者無力負擔，因此有賴政府部門介入或開放非營利組織來為低收入者提供照顧服務。針對中小型機構財務問題，可以開放政策鼓勵多樣化經營模式協助機構型業者降低營運成本，或者開放可依照顧密度區分不同級別而有不同收費標準；針對偏鄉地區，建議可朝試行走動式照護模式。

而在政府對長照機構用人經費的管控上，建議鼓勵民間參與方式來增加服務量能或吸引民間財源資助。

從市場行銷角度以優劣分析方式得知，台灣長照政策財務資源之優勢為長照支付新制方便執行、稅收制能兼顧服務量能、移轉性支出撥補長照財源較具效率且穩定；劣勢則是城鄉資源配置不均、長照服務涵蓋率偏低、政策延續性不佳等。若將外部因素考量進來，台灣長照政策財務資源之機會為長照服務涵蓋率具成長空間、開放多元化經營模式、引入私部門服務量能或財源資助等；而威脅則包括長照機關權責分工未明、長照基金發展未明、欠缺宣廣支出。

從政策分析角度檢視我國長期照顧服務政策財務資源：依據國外發展經驗，由社會福利朝向鼓勵民營方式來提升服務質和量是時勢所趨，政府可透過租稅或投資獎勵等政策工具，促使相關照護產業開發。而在稅收制與保險制爭執之外，可以兼採併行以多方面開發長照財源，且持續檢視收支平衡或改革評估模式等方式，以建構長久永續之長期照顧體系。再者，宣導使用者付費、正向面對死亡、延緩亞健康者失能等觀念，以延續長者生活品質，進而減緩長照資源使用，減輕長照體系之財務負擔。

第六章 長期照顧政策形象宣廣分析

由行銷的觀點視之，成功的政策行銷可以從產品、人力、財務和宣導等面向來探討問題和提出檢討策略。

在產品方面：長照服務對象為日常生活功能受損而需要由他人提供照顧服務者；服務目標為保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，以提升生活品質、維持尊嚴與自主；而服務項目包括照顧服務、居家護理、居家復健、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善、喘息服務、交通接送服務、機構式照顧與營養餐飲服務等。¹以上屬於長照政策產品面向的探討，在本文第三章有詳細分析。

在人力方面：因老人長期照顧服務屬於勞力密集的服務，加上人口高齡化，導致照顧服務員的人力需求越來越大。另一方面，長照原以時數制提供喘息服務，一年只補助 14 至 21 天，²無法滿足需求。因此，有相關單位如「長期照顧監督聯盟」建議政府，應該提高喘息服務補助時數至一年 52 天以上，則至少需 15 萬名居服員。³以上是從人力資源面向探討，本文第四章有詳盡分析。

在財務方面：影響消費者使用醫療或長期照顧服務的關鍵因素之一是價格，但依照市場機制設定之長期照顧服務價格，常導致許多低收入者無力負擔。因此，除了政府部門的介入外，社會亦需要非營利組織來為低收入者提供照顧服務，或者加強使用者付費觀念，使人民自依需求投保商業長照險。此外，政府考量長照量能有限，因此選擇以稅收為長照財源。以上是從財務資源面向探討，已分述於本文第五

¹ 行政院，《我國長期照顧十年計劃摘要本（核定本）》（臺北：行政院，2007 年），頁 1-2，取自《衛服部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3989-42402-201.html>，檢視日期：2020 年 7 月 6 日。

² 個人實際補助時數或額度仍依「長照需要等級」不同而有別。另此處天數計算方式，係以服務時間 1 日以 6 小時計，半日以 3 小時計。參見《桃園市政府衛生局長期照護網站》，<https://dph.tycg.gov.tw/care/home.jsp?id=46&parentpath=0.41>，檢視日期：2020 年 8 月 4 日。

³ 沈慶盈，〈談居家照顧服務人力之因應策略——兼論長期照顧政策的發展方向〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2013 年，頁 131。

章。

本章則從宣廣的角度切入，惟政策宣廣不像前述各章可以單獨立論，因為宣廣的對象是包括對政策之產品、人力和財務內容，特別是對產品也就是政策內容而言。本文為利分析宣廣成效，鎖定長照政策內容變革者為判定標的，透過公部門人員、專業人士、機構人員和利益關係人之訪談資料辨識宣廣成效。因此本章首先需釐清長照政策有待宣廣的理念及其變革，接著討論目前宣廣機制及民眾反饋，據此作出成效分析與建議，最後提出政策形象宣廣的優劣分析。

第一節 政策理念

政府為提升長照支付效率、增加長照服務量能，引進在地老化觀念，並且重新定位各項長照服務。自 2018 年實施以來，受益人數、據點布建及資源連結效率等均有顯著進展。⁴本節說明長照政策之理念與變革，分從制度面與觀念面討論之。

壹、制度面

制度面可以從給付及支付制度、喘息服務制度、社區整體照顧體系、調升居家照顧服務員薪資待遇、創新計劃等五項討論。

一、給付及支付制度

給付是指身心失能者經長期照顧管理中心(簡稱照管中心)評估，符合長期照顧(簡稱長照)服務請領資格之長照需要者，將予核定長照需要等級及長照服務給付額度。⁵支付則指長期照顧服務機構(簡

⁴ 衛福部與相關部會及各地方政府共同布建社區整合型服務中心(A)、複合型服務中心(B)、巷弄長照站(C)，至 2019 年 3 月底，計已布建 A 單位共 518 處、B 單位 3,189 處、C 單位 1,776 處；服務人數則有 21.2 萬人。參見衛生福利部，〈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「長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告，2019 年 5 月 9 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>，檢視日期：2020 年 7 月 18 日。

⁵ 參照衛生福利部 2020 年 5 月 19 日衛部顧字第 1091961263 號公告修訂〈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〉第一節。

稱長照機構)及其他服務提供者,提供照顧組合之服務,包括事前準備、實際服務、事後善後及紀錄,關於服務提供之費用支付。⁶因此,給付對象是針對失能者,而支付則是長照機構。

政府在 2016 年通過長照 2.0 計畫時,除了將服務對象擴增到 50 歲以上失智長者,服務項目由原先 8 項增加到 17 項外,也改變了原先給付制度和支付系統。給付制度從「時數制」改成「給付額度」制,或泛稱「包裹制」;支付系統聚焦在更新「網絡系統」的建置與合作。這些制度變革,雖然出發點是為讓服務更精確、讓使用者更方便操作,卻需要改變使用者的使用習慣,導致短期間民眾適應不良而覺得不便民。

這個是服務使用的習慣,還是要回到說 2.0 改變很多的部分,這個問題很複雜。第一個是人力不足,所以我們要改變,改變之後我們就要透過給付支付。人力不足的部分剛剛有說過,核銷很困擾,服務費用偏低,所以沒有人願意。改變之後,其實就會改變了服務的型態,需要民眾改變他們的服務的習慣。--受訪者 P02 (S6-1-1)

我們過去都是執行居家,所以會很清楚他們要的是什麼,那我們都會先跟他溝通,知道底線是什麼。我們是協助不是照顧,會去建立一個這樣的概念。那可能會跟他說清楚費用,留越久就要再付費,個管師會去扮黑臉。界線清楚,就不會被當成傭人使喚,減少啦,沒辦法保證完全切斷,有時候老人家講一套,可是還是一樣。今天需要的人很多,人力不足,那資源濫用的話,我們就不會再進來了。也會告訴他優先順序,是照顧長輩為主,打掃,可能要找其他單位,維持讓案家安全。這樣的個案其實算多。--受訪者 C02 (S6-1-2)

改變是為了解讓服務更精準、更有效率,同時,因為不是綁定時間,

⁶ 衛生福利部,同註 5,第二節。

因此服務提供者的收入也可能會跟著增加。但就像使用者更換新電腦或手機一樣，必須經歷一段適應期。政策主司者願意不斷進行「滾動式修正」⁷，立意良善，惟如何讓實際使用者願意接受改變，則是一大挑戰，可能必須先行透過市調或宣導，以「客戶需求為導向」來推動制度變革，方能減少民怨。

二、喘息服務制度

長照服務可分為四大類服務：照顧及專業服務（含居家照顧、社區照顧、專業服務）、交通接送服務、輔具及居家無障礙環境改善服務，以及喘息服務。其中，喘息服務是提供短期照顧服務，讓家庭照顧者獲得休息。服務項目分為社區喘息服務、居家喘息服務、機構喘息服務。⁸對許多夜以繼日的家庭照顧者而言，新制的「喘息服務」帶來的便利性應該是最有感的了。

其實有很多的家屬、照顧者是很辛苦，二十四小時跟 7-11 一樣被綁在那裡，反正他都沒有辦法出去，他會有相對地這些的困擾。我會覺得說，這些需求未來要怎麼去把它制度化，可以有這些需求的給付產生，這才是比較正軌的作法。--受訪者 P02（S6-1-3）

新制放寬喘息服務的申請門檻，把比較困難照顧對象的定義更加明確，且拉高加成給付，讓服務單位增加服務意願。另外，2018 年開放雇用外籍看護家庭也能申請喘息服務，針對自行聘僱外籍看護的

⁷ 蔡淑鳳，〈長期照顧十年計畫 2.0 報告〉，2016 年，頁 6，取自《衛生福利部網站》，http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=976&fod_list_no=0&doc_no=55616，檢視日期：2020 年 5 月 16 日。

⁸ 喘息服務項目分為三種：（一）社區喘息服務：讓長照個案到日間照顧中心、小規模多機能服務中心及巷弄長照站接受照顧，包含護理照護（日間照顧中心）、協助沐浴、進食、服藥、活動安排及交通接送服務等。（二）居家喘息服務：提供半天 3 小時及全天 6 小時兩種不同的服務時段，照顧服務員會到家中，提供身體照顧服務，包含協助如廁、沐浴、更換衣服、口腔清潔、進食、服藥、翻身、拍背、陪同運動、上下床、被動肢體關節活動、協助使用輔具等。（三）機構喘息服務：家庭照顧者可安排長照個案至長照住宿式機構接受短期全天照顧、停留，由機構人員提供 24 小時的照顧服務。參見《衛生福利部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4495-48857-201.html>，檢視日期：2020 年 8 月 5 日。

家庭，因為外籍看護已經提供了全天候的照顧，包括居家服務、日間照顧、家庭托顧、老人營養餐飲服務、機構服務、喘息服務等，與長照 2.0 所提供的服務重疊，原無法使用長照服務。惟 2018 新制變更只要符合外籍看護工照顧空窗期（暫離開一個月以上），經照管專員評估確認後，即可檢具申請喘息服務，例如居家喘息或機構喘息。⁹此舉不僅有利於聘僱外籍看護的家庭照顧，合理提升外籍看護人力需求，也能稍微和緩城鄉差距所導致資源配置不足的不公平現象，因為在照服員人力缺乏的鄉下，外籍看護可能是唯一選項。

其實我們以前是有短暫使用喘息服務，但是現在，因為鄉下地方難請人，又有一些問題，所以開家族會議後決定請外勞，所以目前是沒有使用到長照服務的。--受訪者 R04（S6-1-4）

因為老人家的關係，我們從來沒有想過到機構去，就是仍然選擇在家照料，或者去醫院。...平日白天我們要到彰化工作，工作地點在彰化，家裡有時候她孫女可以陪伴，可是漸漸地她孫女也要到台北上班，所以我們商量後才找外傭來顧。--受訪者 R05（S6-1-5）

隨後，衛福部復於 2019 年公告放寬資格限制，取消 30 天外籍看護休假限制，及獨居或照顧者需 70 歲以上的規定。只要經照管中心評估，被照顧者失能等級為 7 或 8 級者，家中外籍看護工短時間休假，即可申請喘息服務。統計 2018 年 12 月至 2019 年 3 月底止，服務人數為 304 人，累積有 2,821 人次，¹⁰顯示仍有一定需求量。

⁹ 衛生福利部，〈(南投縣)有外籍看護還是可以獲得「長照 2.0」照護〉，2018 年 11 月 2 日，取自《衛生福利部長照專區縣市最新消息》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3641-45069-201.html>，檢視日期：2020 年 8 月 5 日。

¹⁰ 衛生福利部，〈立法院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議「長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告〉，2019 年 9 月 25 日，頁 11，取自《衛生福利部》，https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pr8CDO_F8UIJ:https://www.mohw.gov.tw/dl

三、社區整體照顧體系

為落實在地老化政策（aging in place）目標，建構以社區為基礎之整合式服務體系，增進長照服務提供單位分布密度，提高服務資源多元化，政府參考國外做法引進社區整體照顧服務體系，包括布建 A、B、C 長照服務據點，以及擴大居家照服員和社區照服員數額。¹¹本文也從政府人員訪談資料證實以上作法。

在地老化一直都是我們長照服務的目標，就是像我們現在在發展的社區式服務這個想法，就希望他可以在~，其實老人家也不太喜歡到機構去，他們還是希望可以在自己家裡面，就是可能有一些服務員定時去關心他們，去稍微提供一些服務，然後再配合剛講的像復能服務，訓練他們可以自己生活這樣子，讓他們可以在自己家裡面終老這樣子。--受訪者 P01（S6-1-6）

具體的做法還包括（一）解決居家健康醫療問題，也就是能在家裡做簡單醫療檢查，而不必讓老人奔波往返醫院；（二）解決環境均衡問題，例如提供合理的房價讓人可以居住在家裡；（三）改善居家環境，建立居家安全觀念；（四）老人友善公共環境的建立，例如以電扶梯取代樓梯。¹²而這些措施並不必然屬於長照業務，很多是需要整合各部會和利益相關者（stakeholders）才能共同達成的目標。¹³相關的政策細節包羅萬象，應該是未來必須著重加強的。

[-56429-31edfec1-68df-4de1-b30d-a2b214f68076.html+&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw](https://www.mh.gov.tw/Content.aspx?cid=56429-31edfec1-68df-4de1-b30d-a2b214f68076.html+&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw)，檢視日期：2020 年 7 月 22 日。

¹¹ 為利研究分析，將照顧服務員依工作地點分為居家照服員、社區照服員、機構照服員三類。

¹² M. Scott Ball, *Aging in Place: A Toolkit for Local Governments*, Atlanta: Atlanta Regional Commission, 2004, pp. 3-14.

¹³ World Health Organization, *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020), A framework for coordinated global action by the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization, 2016, p. 7, available at <https://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf>, accessed on 11th October 2020.

像台灣這樣，長照預算一直編，但是還是不夠，所以他們現在走回居家醫療。居家就是不要你臨終前去住醫院又去機構，都在家裏面老化跟死亡。所以你們有問一個要那些專業人員嗎？就是要跨專業、跨職種，除了社工、護理、營養、復健、藥師也很重要。像居家醫療醫生，末期的安寧療護的醫生，譬如說長輩心臟可能水腫，他已經沒辦法去醫院了，他們出門都要叫救護車，家屬都很困擾，不看又不行，去了又到不了，所以就是有居家醫療；他們會帶儀器進去，比較簡單的，幫你照心臟超音波，就知道你的超音波功能，照完之後，心臟是更好還是退化，家屬就非常感謝，因為他們出一趟，第一個 119，第二個現在很多細菌，老人又那麼脆弱，怎麼看醫生。台灣有一群醫生他們去日本參訪完之後，也是希望老人臨終可以在家自然安心的，不要一直被搬來搬去，所以成立一個「居家醫療協會」，找幾個志同道合的。那現在還沒辦法推廣普遍，是因為他的給付很低，給醫生的錢、程序都很少。--受訪者 S01(S6-1-7)

有一些國家就是有在推那種老人跟青年或者是小朋友一起生活下去。像是老人家可能比較有財力，他可能有房子，他就可以把他房子用比較 OK 的價格租給年輕人；那些年輕人跟老人一起生活、互動，老人家也有人可以跟他互動，也稍微有人可以照顧他；跟小朋友的互動，而小朋友不會把他們當成是那種失智、失能的人啊，就是小朋友比較天真，那老人家也會比較開心的樣子。有些是在推這個，我覺得台灣是可以在這方向去努力的。--受訪者 P01 (S6-1-8)

依據衛福部資料顯示，2017 年時全台共布建 720 處 A、B、C 長照服務據點，統計至 2019 年 3 月時已增加至 5,483 處，成長 7 倍以上。¹⁴另外，2017 年時共計有 28,417 名照顧服務員，其中居家照服員有 10,478 名、社區照服員有 1,419 名、機構照服員有 16,520 名；統

¹⁴ 衛生福利部，〈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「長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告〉，2019 年 5 月 9 日，頁 3，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>，檢視日期：2020 年 7 月 18 日。

計至 2019 年 3 月時，已有 36,162 名照顧服務員，其中社區照服員有 2,507 名，成長 1.8 倍最多，其次是居家照服員有 14,538 名，成長 1.4 倍，機構照服員則有 19,117 名，成長 1.2 倍。¹⁵符合社區整體照顧體系的政策。

在地老化是既定目標，為達成目標，未來需要更多跨專業、跨職種、跨部會的資源才能共同達成。除了具體作為外，政府也需多著墨宣導在地老化政策的觀念和作為，讓民眾事前建立觀念，方有助於配合執行。

四、照服員薪資調整

為因應長照服務需求日益增加，以及鼓勵更多人力投入長照服務，其中最重要的因素就是提供經濟誘因，本文第四章中已有說明。政府為回應需求，調整居家照顧服務員薪資待遇，於 2018 年 4 月 30 日函知縣市明定具體對居家式照顧服務員之薪資標準，採月薪制之居家照顧服務員每月最低薪資應達 32,000 元以上，採時薪制之居家照顧服務員每小時薪資至少達 200 元以上。¹⁶此舉已有效鼓勵新成員投入並久任居家服務。

我們會有規定，因為它是要做我們政府的特約單位，所以就需要符合我們的要求，所以 3 萬 2 是基本的嘛，像我們有去做照服員薪資調查，月薪制的那種平均是有到 3 萬 8。--受訪者 P01 (S6-1-9)

然而，這項規定沒有將資深列入考量，對於具經驗的照服員鼓舞有限，也對照服員提升專業能力毫無誘因，而是一視同仁。來自中央機關的受訪者就提到困難之處，因為如果給予缺乏經驗者較低水準待遇時，可能很難吸引人員投入。

¹⁵ 衛生福利部，同註 14，頁 5-6。

¹⁶ 衛生福利部，同註 14，頁 6。

他的訓練時數就是 20 小時的教育訓練。可是這 20 小時就是去聽課，就是再做照顧服務員丙級的考試認證，雖然是丙級的考試但是一樣啊，還是 3 萬 2，時薪還是 200，就不具吸引力。目前都沒有考量到這部分，...也有可能你大學畢業，你長照系的人，經過大學四年的訓練，你去做照顧服務員也是拿 3 萬 2，也是時薪 200，對一個國中畢業也是一樣啊，這就會有一些問題在。--受訪者 C04 (S6-1-10)

可是如果你給沒經驗的比較少的話，他不願意，就是很難吸引人投入呀。他就是一個逐步提升啦。--受訪者 P01 (S6-1-11)

除此之外，此項規定主要是鼓勵居家照服員薪資待遇，卻對機構而言產生壓力。居家喘息服務和機構服務在質上仍有些差異，「居家喘息服務」是「一對一」，而「機構喘息」是「一對多」，照顧品質不能相提並論。舉例來說，如果把親屬送到長照 2.0 核定的喘息機構或請看護到家裡，民眾的自付額度是一樣的，但在機構可以待半天 12 小時，而請人過來卻僅可以有半天 3 小時。¹⁷這表示，仍然需要考量到越精細的服務，其服務價格就會越高，而且還要考慮到長照使用者的自理能力等。所以，針對相同的服務項目，居家和機構提供的服務品質可能不一樣，因此其服務價格也應有所差別，但是主政者並沒有針對這部分提出對策。

再來因為一開始給薪就很高了，所以吸引了很多人跳到做居家服務，這個再拉回來就是他會排擠到機構式照顧要僱請照顧服務員的問題。可是目前我沒有看到它針對剛進、中階到資深照顧服務員薪資跳階的概念，就是年資的概念，目前都沒有考量進去。--受訪者 C04 (S6-1-12)

¹⁷ 按居家喘息服務係以半天 3 小時、全天 6 小時計算。參見 U 值媒，〈只給家屬一口氣的長照喘息服務〉，2019 年 10 月 13 日，取自《聯合新聞網》，<https://udn.com/umedia/story/12755/4102712>，檢視日期：2020 年 7 月 22 日。

因為我們主要是針對居家照顧的，他們的薪資算法是看他們怎麼跟他們單位去做特約的，所以說日薪、月薪制的跟時薪制他們都有。...他們請的人一定要是符合相關的法規，受過相關的訓練，只是我們不會去管制他們跟照服員之間的勞動契約，就是他們自己去訂定的，只是他們至少要達到 3 萬 2。--受訪者 P01 (S6-1-13)

考量現實人力短缺現象，目前政府著重在提升服務的量能，先求有再求好，等到量能提升後，再進一步追求品質的提昇，其實也不失為一項務實的作法。

五、創新計畫

政府持續發展多元創新計畫，包括多元復能服務試辦計畫、家庭照顧者支持性創新型計畫、原住民族地區整合型長照服務試辦計畫等。

復能服務 (reablement, also known as restorative care) 主張提早引入長期照顧服務，強調自立維持而非代勞、預防重於事後照顧，以及聚焦個案優勢能力而非缺損，¹⁸並因此發展出新型態的長照服務模式。它著重由治療師、護理人員及社工等跨領域專業人員，加上照顧服務員及家庭照顧者一起協助並支持個案。國外文獻也建議，鍛鍊的作用如同藥物，可以減緩長者老化 (frailty)，¹⁹亦即由專業人員及一般照顧人員，共同協助個案善用自身潛能，維持個案生活不退化，²⁰並藉

¹⁸ Andy Cochrane, Mairead Furlong, Sinead McGilloway, David W. Molloy, Michael Stevenson & Michael Donnelly, Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), 2016, p. abstract.

¹⁹ Francisco José Tarazona-Santabalbina, Mari Carmen Gómez-Cabrera, Pilar Pérez-Ros, et al., A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial, *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 2016, p. 431, available at [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)00057-8/pdf](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)00057-8/pdf), accessed on 12th October 2020.

²⁰ 衛生福利部，〈108 年度「復能多元服務試辦計畫」申請作業須知〉，2019 年 1 月 23 日，頁 1，取自《衛生福利部》。

此延緩或減少使用長照資源。廣義來講，還可藉由運用外在設施間接地維持機能來延緩功能老化，如友善環境的建立、或改善評估、監督、理解等措施。²¹

像我們專業復能服務，某種程度就是維持，維持他原本的能力、恢復它、或是可以再提高一點點他已經失去的能力，讓他盡量是在他原本的能力裡面可以做，這樣的觀念非常的不容易。所以我覺得成效就是要看，如果我們現在又說，我們的政策是往前走，我們的需求人口還是持續增加嗎？還是會不會延緩增加？我覺得從需求人口這個部份。--受訪者 P02 (S6-1-14)

像是剛剛提到的復能服務，他的團隊就是非常多元的，他可能需要護理啊、可能需要醫生啊、可能需要物理治療師、職能治療師等等的；社工啊，這些全部都要進去，一個團隊去幫他，他才能夠去做他身體功能的提升；那照服員這塊就是提供他平常的身體照顧。--受訪者 P01 (S6-1-15)

家庭照顧者支持性創新型計畫，是因應失能者的受照顧型態在實務上已經多元化，包含機構全日照顧、社區式照顧、居家式照顧或者全由家屬自行照顧等，因此將家庭照顧者（caregivers）納入長期照顧服務法服務對象，與被照顧者同列為服務對象。²²世界衛生組織也表示，由於許多家庭照顧者主要由婦女來擔任，當此婦女缺乏照顧能力時，有較高的風險遭遇沮喪，因此有必要對照顧者提供心理上的介入、

<https://www.mohw.gov.tw/dl-51068-dbdd4cf3-cf0d-490f-a53b-e34a0f8ae20d.html>，檢視日期：2020年7月24日。

²¹ John R Beard et al., The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing, *The Lancet, health policy*, Volume 387, Issue 10033, 2016, p. 2151, available at [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00516-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00516-4/fulltext), accessed on 4th November 2020.

²² 衛生福利部，〈109年度「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」申請獎助作業規定〉，2019年9月，頁3，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/dl-56179-805163e1-3648-4fbc-964a-6cde29de62c8.html>，檢視日期：2020年7月24日。

訓練和支持。²³未來長照服務所面對的不只是被照顧者，同時也將重心放在照顧者身上，以協助減輕家庭照顧壓力及負荷。

原住民族地區整合型長照服務是以原鄉「部落」為中心，專案補強資源，提供原鄉長者連續性的照顧服務，並培訓在地照顧服務員，擴大原鄉長照服務量能，營造可近性、可及性之健康照顧環境，以保障原鄉失能者接受長照服務之權益。²⁴實際作法包括成立日間照顧中心、培育原住民長照人才、強化地方政府跨單位輔導效能等。

上述這些創新計畫，比起進行中的政策更動，可能更需要事先透過宣導以利執行。對政府而言，並非增加一項宣導事務，而是它能更輕鬆推行相關政策，達到事半功倍的效益。

貳、觀念面

觀念面可以從在地老化、預防及延緩失能照護服務、稅制先行保險後慮、多元宣導等四項討論。

一、在地老化（aging in place）

「在地老化」、「在地安養」或「原居養老」，主要就是盡量讓老年人在家或社區老化死去，因為人們傾向留在自己熟悉的社區，而不願搬到新的機構。²⁵政府為落實在地老化，相對地在制度上需配合推動以社區為基礎之整合式服務，實務作法就是布建 A、B、C 長照服務據點、居家喘息服務和鼓勵或培植更多居家照服員和社區照服員。

²³ World Health Organization, *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, Geneva: World Health Organization, 2017, pp. 21-22, available at

<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/integrated-care-older-people/en/>, accessed on 11th October 2020.; 王慧娟，《失能老人家庭照顧者之生活經驗與其相關社會福利之探討-以老年妻子照顧者為例》（新北：玄奘大學社會福利學系碩士論文，2007 年）。

²⁴ 衛生福利部，〈原住民族地區長期照顧整合型服務試辦計畫(107-108 年度)徵求作業說明書〉，2018 年 10 月 12 日，頁 2，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/dl-47802-6021b843-c59c-40ef-9b06-a3493ef8a587.html>，檢視日期：2020 年 7 月 24 日。

²⁵ M. Scott Ball, *supra* note 12, p. 1.

在地老化概念是民眾就在自己熟悉的社區。我想要待在家裡，就有家裡的服務；想要出去社區，也有社區的服務；想要去住機構，我覺得我真的沒辦法，照顧我公婆到快瘋掉，難到把我逼瘋嗎？就可以送機構。

--受訪者 P02 (S6-1-16)

在地老化政策還需配合家庭結構的改變，因應現代人晚婚、不婚、不生，未來獨老、雙老的居住型態將成為新態勢，則住宿式長照機構將日趨重要。²⁶然而住宿式長照機構負擔高，未來應當思考提高住宿式長照機構支付額度，或透過利用公有之土地或建物申請設立住宿式長照機構，以降低成本，²⁷提供民眾平價優質之社區化住宿式長照機構服務，以因應實際需求。

這個工作最挫折的就是那些安置的低收老人、獨老這些，他們是無法做醫療抉擇的，那其實我們的健保法規對於這塊是很嚴格的；規定嚴格沒關係，目前是有自主醫療門診，但對於老人來說看病都很不方便，何況去掛這個科。可能在社區關懷的時候，可以自己做決定的時候就要介入。--受訪者 C01 (S6-1-17)

社區整體照顧模式是現階段政策推動之重點，對於 ABC 服務模式，主管機關僅要求每一個服務團隊須提供長照 2.0 所規劃的所有 17 個服務項目，各服務團隊仍有相當大的彈性與空間發展自己所專長或偏好的服務。

另一方面，長照機構雖然強調在地老化的社區服務，但「位於社區內」、「擁有在地地緣」的機構照顧，也可以符合社區照顧的照顧模

²⁶ 國軍退除役官兵輔導委員會，〈立法院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議「長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃」書面報告〉，2019 年 9 月 25 日，頁 5，取自《國軍退除役官兵輔導委員會》，

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3epVjGY2lucJ:misq.ly.gov.tw/MISQ/docu/MISQ3006/uploadFiles/2019091910/92301212306056909000.pdf+&cd=3&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>，檢視日期：2020 年 8 月 19 日。

²⁷ 衛生福利部，同註 10，頁 9。

式。因此，衛福部在 2018 年起倡導小規模多機能服務中心，強調以長者為中心的照顧取向，規劃以日間照顧中心為基礎，擴充辦理居家服務、臨時住宿等多元服務，提供「客製化、個別化」的照顧服務。長輩即使白天不去日照中心，也會有了解長輩習性的照顧服務員到家中關懷服務；當家屬有臨托需求的時候，可以將長輩送到平日參與活動的日照中心，夜間在熟悉的工作人員陪伴下，獲得安適、自在的照顧服務，達到有效支持家庭照顧者的政策目標。²⁸這樣的取向，也有利於依地區性差異而提供不同配套措施。

譬如說小規模或者是家庭托顧，這可能也考量到縣市政府的地段，像雙北市地貴，怎麼可能？那像鄉下地方，可能就可以做家庭托顧。--

受訪者 C02 (S6-1-18)

換言之，長照政策需要多元發展的用意，在於提供服務使用者多元選擇的權利。當然，這也必須依據服務使用者本身的自理能力與失能程度進行調整。

二、預防及延緩失能照護服務

預防及延緩失能照護服務的目標是將長照服務體系向前延伸至預防照護服務，目的在預防長者成為被照顧者，並增進照顧者生活品質，主要以衰弱老人及輕、中度失能、失智者為服務對象。²⁹實務作法上，配合復能服務試辦計畫推動，透過醫事及相關專業團體，協助服務對象增強肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保

²⁸ 衛生福利部，〈社區照顧的另一種選擇--小規模多機能服務中心〉，2017 年 8 月 17 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/cp-2622-9173-1.html>，檢視日期：2020 年 7 月 22 日。

²⁹ 衛生福利部，〈107 年度「預防及延緩失能照護計畫」申請作業須知〉，2018 年 2 月 7 日，頁 2，取自《衛生福利部》，<https://www.chshb.gov.tw/download/index.php?mode=dl&id=1026&no=1>，檢視日期：2020 年 7 月 28 日。

健、膳食營養及認知促進等，³⁰強調預防重於事後照顧。

我們現在往前有預防延緩失能，當然在服務法裡面就有定義，預防延緩失能這樣子的延緩，就是服務提供單位他有一個服務的內涵叫作延緩失能，再返回法規定位好模式怎麼做。以前 1.0 是從失能開始做，就是你一直在後面補洞，洞產生了就補那個需求，可是我們更希望那個需求可以減少，不要每個人都是失能之後再來找我；我們希望可以往前一點，當他有衰弱，當然國外有一些處理方式，他已經有開始有一些問題產生，我們就從更早去做一些事情，他到後面的失能的狀況可以延緩或是減輕。--受訪者 P02 (S6-1-19)

預防及延緩失能照護服務其實是因應現實需求而生，而且將越來越重要。因為人口快速老化及平均餘命持續延長，致使失能、失智人口快速增加，且常是由多重病因累積所生之生理系統衰弱及退化，是一持續性過程。如何提早介入預防失能或失智的發生，以延緩其惡化，是當務之急的重要課題。本文受訪者也認為，預防的政策必須投入，同時讓重度失能的需求可以延緩發生，是未來政策執行的趨勢。

當然我覺得這個本來就不容易。像我們專業復能服務，某種程度就是維持，維持他原本的能力、恢復它、或是可以再提高一點點他已經失去的能力，讓他盡量是在它原本的能力裡面可以做，這樣的觀念非常的不容易，所以我覺得成效就是要看，如果我們現在又說，我們的政策是往前走，我們的需求人口還是持續增加嗎？還是會不會延緩增加，我覺得從需求人口這個部份。--受訪者 P02 (S6-1-20)

本文認為，將長期照顧服務針對於失能老人提供服務，並且依需求不斷擴大量能，有其迷思之處。由本項服務政策可以推知，如果能

³⁰ 衛生福利部，同註 29，頁 2。

在長照服務前端即適時針對健康老人提供更多照顧資源時，例如移轉部分長照資源予建立更多社區關懷據點，讓健康老人可以透過促進活動、維持體能，即能有效減緩或降低長照服務的需求，然而這些投資可能非關長照經費，而且需要跨部會合作支援。

三、稅制先行保險後慮

目前政府採用稅收挹注長照財源，其主要理由是量能不足。³¹並於 2017 年通過修法將遺贈稅、菸稅納入長照經費財源，以特種基金（special-purpose funds）形式專款專用，避免預算被挪用它處。

目前，政府依法設置長照服務發展基金，基金來源包括遺贈稅、菸稅、政府預算撥充、菸捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入以及房地合一稅稅課收入扣除由中央統籌分配予地方之餘額。根據統計，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 8 成。³²各項稅收挹注於長照基金之數額尚在可預期範圍內，並未出現財源不足之狀況。本研究來自公部門中央單位的訪談資料也顯示，目前財務狀況仍處於平衡。

因為長照這個東西它的需求會越來越很高，所以相對它的經費也是需要越來越提升的。以目前推估的，在這幾年的平衡上是沒有問題，那再加上我們之後，因為法定的財源也包含公務預算的部分，所以如果有不足的部分，也會用公務預算撥充，然後會滾動式地去檢討長照基金的來源。...目前精算起來是還 OK。--受訪者 P02（S6-1-21）

只是，根據統計資料顯示，2018 年長照基金收入中，竟有約 8 成收入來自菸稅，為人詬病，讓人質疑是鼓勵抽煙救長照。此外，遺贈稅屬於機會稅，稅源並不穩定。

³¹ 按衛福部專案報告內容指出，「為更積極回應失能家庭需求，擴大長照服務經費，以擴增與普及長照服務量能及資源發展，充實服務與人力資源。」參見衛生福利部，同註 14，頁 1。

³² 衛生福利部，同註 14，頁 3。

我們也知道遺贈稅，其實它是機會稅，換句話說，除非有像王永慶突然間，可是這種人，可能很早就已經都轉掉，所以那個是機會稅，所以比較不穩定。菸稅，有人開玩笑說，難道是鼓勵抽煙救長照，可是在那時候的背景底下去討論，最可行是這樣。曾經也討論過說用營業稅，可是營業稅會影響公司，如果從營業稅，那是更穩定，可是影響的面向很大。--受訪者 P02 (S6-1-22)

現階段長照選擇以稅收當作財源，除了是考量長照資源量能不足外，如果再仔細推敲，還會發現保險制可能會有不公平現象，這包括因空間和時間因素所帶來的不均。前者如因城鄉差距所導致的長照資源配置不均，後者則可能因年輕人害怕制度變更，導致負擔義務卻無法享受權利的所謂世代不公。

很多專家學者是說，保險實施是沒問題，可是會不會沒有服務？我錢繳了，我要居服員，居服員離職了要等；我要住機構，機構要排隊，那 0 歲就繳就會被罵死。就繳沒有關係，但是權利義務有沒有對等？像你現在生病，私人保險你開個理賠，賠個 10 萬，下個月錢就入帳了，長照保險就不一定哦。我住在宜蘭鄉下，交通車也排不到...。--受訪者 S01 (S6-1-23)

本文認為，其實稅收制和保險制並非互斥的，或許可以思考雙軌併行，例如以稅收制為主，部分事務的支付則試辦由保險制來籌措財源，惟相關構想和配套仍有待研究。

四、多元宣導

政府為加強長照服務宣導，特別於 2017 年 11 月 24 日設置長照專線 1966，由各縣市照管中心人員負責接聽回應。依據統計資料顯

示，開通後至 2019 年 3 月底平均每日撥打 399 通，³³而 2019 年 1 月至 8 月期間平均每日撥打 701 通，³⁴顯示民眾逐漸知曉諮詢管道，諮詢需求逐年提高。

此外，政府也透過其他多元方式宣導，如微電影、電視廣告、服務短片、廣播帶、海報、摺頁（中、英、印尼、泰國、越南語）、懶人包等多元素材，並運用大眾傳播通路（如電視媒體、網路及 LINE、臉書粉絲專頁、Youtube、廣播媒體、戶外媒體等），另與網紅合作繪製漫畫及以網路直播宣傳長照服務，以及辦理公關活動等方式進行宣傳。³⁵但是仔細推敲會發現，這些宣傳作法偏向以「視覺」獲知訊息，缺忽略運用「口耳相傳」管道宣傳，而且缺乏因地、因人制宜，因為針對不同障別的宣導方式會有很大的差別。

所以我覺得有必要去思考這個宣導，舊有的我覺得還是要繼續，可是鄰里、原住民鄉、人際之間的那種宣導也很重要；你要靠人的溝通，不是靠符號、媒體單向的，因為長輩的差異性還是很大，又有很多長輩都重聽，有的眼睛看不到，像這次買口罩不是有公告說哪些藥局還有嗎，視障就會被漏掉。事實上有不少視障同胞，不同障別需求是差非常多的。那老人的障別複雜性更高，視障、聽障、多障、失智。所以各個對象、各個障別的宣導方式要不一樣。--受訪者 S01（S6-1-24）

長照服務宣傳對象是誰？吾人發現長照服務使用者雖是老人或失能者，而諮詢或申請的對象卻常是較年輕或健康的眷屬。宣傳對象可能更應該針對的是較年輕或健康的眷屬。

講個實務性的挑戰。像我最近去宜蘭評鑑宜蘭的生活狀況調查，結

³³ 衛生福利部，同註 14，頁 8。

³⁴ 衛生福利部，同註 10，頁 11。

³⁵ 衛生福利部，同註 14，頁 8-9。

果發現 10 年前長輩不識字的比例非常高，那 10 年後再去問這些長輩更老了、更病了，還是一樣不識字。所以政府的這些管道他還是一樣不知道。對看的懂字的人來說，不同世代的人，你願意問、願意查都沒有問題，可是現在要用的 user 怕沒有辦法，他 ABC、中文都看不懂了怎麼用？所以宜蘭有個問題，他們很多老人都是老到底、殘到底、窮到底才找長照服務。所以我們去評鑑，看他的個案都好嚴重，跌倒都跌死了，一堆病，飯都沒有吃，家裡都很髒了，長照才進去；因為第一個他不知道有服務，第二個他知道了也不要，因為他習慣了。--受訪者 S01 (S6-1-25)

除此之外，宣導還必需考慮回饋機制，因為接收訊息不代表就能知道運用資訊，或許能夠透過回答正確訊息後參加抽獎方式，以辨識接收訊息者是否確定知道。另外，由於一般大眾因暫無需求而懶得探索資訊，因此設計「適時」宣廣方式也是重點之一，例如在醫院端提供長照資訊等措施。

病患可能會慢慢退化，那中間都沒有經過個管師評估各方面的需求，就直接找機構，機構也不是馬上可以入住，這段等待過程，需要或可以申請哪些長照服務，其實他們是比較都不知道。所以醫院端提供的長照資訊，目前我覺得是可以再加強的。--受訪者 C01 (S6-1-26)

綜上討論，長照政策主司者採行「滾動式修正」，對支付及給付制度進行多次修改，建議應先行透過市調或宣導，以「客戶需求為導向」來推動制度變革，方能減少民怨。此外，放寬「聘僱外籍看護家庭申請喘息服務」，係合理看待外籍看護的人力需求，也能稍微和緩城鄉差距所生資源配置不公問題，但是開放外籍看護卻是政府一直不願面對的課題，建議仍應從長計議。考量現實人力短缺問題，目前政府側重提升服務量能，未來仍應進一步追求品質的提昇。

在地老化既是長遠發展目標，意在藉由多元發展提供使用者多元選擇的權利，則未來需要結合更多跨部會的資源共同達成，同時也需多著墨宣導在地老化觀念，以利民眾配合相關措施。尤其針對創新計畫，透過開辦課程或其他管道，鼓勵相對人參與論壇，方能有效推動事務進行。由此觀點視之，宣導不是在既有事務外增加業務，而是能減少阻力，讓政策推行事半功倍。

最後，本文也指出在長照服務前端即適時針對健康老人提供更多照顧資源時，可以減緩或降低長照服務的需求，進而減少長照資源支出。而針對長照服務的宣導，建議仍應因地、因人、適時制宜，針對不同對象多元宣導。

第二節 宣廣機制

根據遠見雜誌調查，近半數民眾沒聽過 2015 年 5 月立法院通過的「長期照顧法」。這表示從長照 1.0 就開始的宣導不足，一樣出現在長照 2.0。該調查也指出：對於失能者要尋求長照服務的第一道關卡—各縣市政府的照管中心，也有六成四的民眾，不知道或不了解這個單位的存在或服務。³⁶本節將討論這些宣廣機制，並將透過本研究訪談反饋資訊分析這些機制作法。

壹、長照專線單一平台

在政府的多元宣導方式中，以長照專線 1966 最具有統計數據可據以分析。該專線自 2017 年 11 月 24 日開通，前 5 分鐘通話免費，至 2019 年 3 月底，累計撥打通數為 196,658 通，平均每日撥打 399 通、每通通話 4.02 分鐘。³⁷另外，各地方政府的衛生局也都設有長照

³⁶ 遠見，〈半數民眾不懂長照法，九成三沒用過相關服務〉，2015 年 11 月 20 日，取自《遠見》，<https://www.gvm.com.tw/article/30596>，檢視日期：2020 年 6 月 3 日。

³⁷ 統計資料來源參考衛生福利部，同註 14，頁 8。

專區，提供民眾服務申請流程解說與實際服務申請的管道。

只要打這支電話，就可以先初步了解。還有透過 APP，有一個 LINE 小照，也是因為現在不同的科技，除了官網、一般媒體的宣導或是垃圾車這一類，還有 LINE 也可以加入，所以我們有非常多元的一些宣導的部分。--受訪者 P02 (S6-2-1)

雖然本文查無長照專線 1966 當初設立緣由是否參考台北市政府「1999 臺北市民當家熱線」，但是它們的出發點和性質雷同。台北市政府早於 2005 年即正式啟用 1966 市民熱線，³⁸提供免付費通話，強調一個號碼，全面服務。相對於「1999 臺北市民當家熱線」係針對市民提供多項諮詢服務，「長照專線 1966」的服務對象除了一般民眾外，也包含服務機構單位，提供有關對長照申請流程、長照服務項目及內容、長照服務對象、給付支付制度等政策了解。

衛生局就是一個長照 2.0 專區，有分民眾版跟專業版。民眾版就包括申請服務流程、各項服務的介紹，還有窗口等等，都可以在網站上看到。我們明年也會特別針對 1966，不知道你們有看過台北市的垃圾車？不是每一台，因為需要經費，中央沒有補助宣導經費。所以有和環保局討論，有幾台的垃圾車是把 1966 布條綁上去。--受訪者 P02 (S6-2-2)

因此，本研究認為長照專線也能參考臺北市民當家熱線現行作法，針對不同對象提供多元服務。例如，台北市政府為縮短數位落差，也提供 1999 手語視訊服務，透過免費的 Skype 軟體和 LINE，讓聽障朋友藉由手語視訊與 1999 手譯員以手語溝通市政相關服務。³⁹期盼未來

³⁸ 參見臺北市政府，〈1999 臺北市民當家熱線〉，檢視日期：2020 年 8 月 7 日，《臺北市政府研究發展考核委員會》，<https://rdec.gov.taipei/cp.aspx?n=EE54BD6678096F88>，檢視日期：2020 年 8 月 7 日。

³⁹ 遠見，同註 36。

長照專線 1966 也能透過視訊提供手語溝通，則對於聽障者將是一項福利。

貳、多元宣導機制

政府除了設立長照專線外，也透過其他多元方式宣導。多元宣導也可分兩部分探討，一是對服務機構單位，另一則是對一般民眾，作法可能因此而有差別。例如，社群網路以群組或朋友為對象，排除群組以外大眾，宣傳則偏向內宣或細節說明。本研究受訪者也指出，在機構內部與政府的溝通管道，以及機構與民眾的溝通管道上，會使用新興的社會通訊媒體，最常用的就是 LINE 群組。除了進行政令溝通之外，也可以發送推播，進行政策宣導與線上 Q&A 的對談。

如果是跟新北合作，會有一個網頁，隨時 po 隨時看，或是它會 mail 給你，每周都會有新的 update。央版的部分，他會 pass 給各縣市，各縣市就用中央的文 mail 給你，因為單位太多沒辦法召集開會，用 line 阿。--受訪者 C02 (S6-2-3)

正確、時效性也算可以。若是跟我們比較相關的，縣府那邊會再發一份訊息，像我們有 LINE 群組，公文的部分他也會在 LINE 群組再解釋、說明。像開始用新系統，又要核銷，新舊系統的登打不一樣，中央就一個版本，但是我們大家使用的不一樣，那時問題就比較多，有去上課但是沒有實際操作，問題就很多。--受訪者 C03 (S6-2-4)

然而，對於一般民眾，或許可以仿效日本作法，例如日本有專門針對職業的卡通，如廚師有中華一番。而他們也有一套漫畫「看護工向前衝」，描寫日本社會老人安養照護問題，藉由熱情二位高中生，因為自身周遭的生活經驗，毅然投入看護的世界。這跟我們強調「專業」看護似乎差距甚遠，我們一直認為通過專業合格認證的看護，才

能帶來最好的照顧品質，但是作者草花里樹（Riki Kusaka）指出，老人看護最需要的是「熱情」、「耐心」和「同理心」，即使高中沒有畢業，但憑藉一股傻勁也能為原本被視為人生末路的老年人，帶來無比的希望。⁴⁰本文也期待政府出資贊助將此片拍成偶像劇，片中穿插政策宣導，將非常有助於一般民眾認知長期照顧政策，和提升照顧服務員的職業聲望。

參、滾動式修正後的宣導

長期照顧服務政策事務繁雜，需要跨部會整合，包括衛生福利部、勞動部、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會等各單位，方得以提供整合性照顧服務，如鼓勵因地制宜與創新並縮小城鄉差距、培植以社區為基礎的健康照護團隊、增強地方政府發展資源之能量等。⁴¹而這些龐雜事務實在無法在政策執行前就面面俱到，許多細節有賴事後「滾動式修正」，不斷檢討和改進。長照政策也如同當年推行健保制度一樣，只能邊做邊修。⁴²在政府單位任職的受訪者也表示，這些重要的目標與策略，都有賴完整的服務提供來實現，因此自 2016 年衛生福利部提出長照 2.0 的政策規劃後，政府推動相關工作的進程非常迅速。

在 106 年，2.0 開始上路的時候，其實大部分都是先求有，那時候一個 A 單位都沒有，開始縣市政府去募集 A 單位；從去年開始中央宣布開始做 A 單位的評鑑，A 單位要想說我進來就是買了長期飯票，隨便亂做，機關拿我沒辦法。不是，中央要開始淘汰；以前是先求有，現在要求好，我要用各項的機制來讓我的單位服務品質是一致的，有一定

⁴⁰ Quintin，〈看護工向前衝：你應該知道的高齡社會現況〉，2008 年 1 月 11 日，取自《Quintin·穿越浮世繪》，<http://life.quintinyang.net/?p=735>，檢視日期：2020 年 8 月 7 日。

⁴¹ 衛生福利部，同註 14，頁 12-14。

⁴² 按首任中央健康保險局總經理葉金川教授追憶往事說：「真正困難在執行，剛開始執行時很亂，漏洞百出，每天都在處理補救，就好像車子上路了才一直修」。參見衛生福利部，《超越醫療天塹—全民健保二期規劃紀實-電子書》（臺北：衛生福利部，2018 年），頁 158。

水準的服務品質。--受訪者 P02 (S6-2-5)

只是，執政單位願意不斷檢討改進政策內容，立意良善，卻也會因政策反覆變動而遭致使用者的困擾。本研究認為，政策可以透過事先宣導以減少誤會及民怨。

每個制度在推的時候，它一定有一個過渡時期；過去大家都習慣這個模式，新的模式出現的時候，我怎麼重新跟這些人合作？我的機制要怎麼做？所以為什麼中央還要訂一些 SOP，這個下來接著下一步做什麼，中間很多的細部的規畫，那就是依照縣市政府的一個狀況，再去跟這些 A 單位合作、協調，這樣才有辦法去把這個服務事項或是服務品質把它落實，所以我覺得每一個制度在改變的時候，要先去回想說，這時候到底發生了什麼事情？為什麼要這樣的事情？當我們每一個政策的制定者都很清楚做這個的背後的真正的原因，為了達到這個目的，做了這個決定；可是我要怎麼去做好這個事情，就有很多的配套措施。這些配套措施包括說，我怎麼去管控我的品質、怎麼去管控的機制，所以你們會發現中央一直在推不同新的東西出來。--受訪者 P02 (S6-2-6)

有時候可以透過對內部宣導和對外部宣導來達成政策周知。對內即透過定期訓練課程，讓服務使用者常常保持「即時更新」狀態，對外也能主動宣傳，讓一般民眾知悉。關於此部分，討論於下。

肆、內部宣廣

政府推行政策因時更動、因地制宜，本無可厚非，但需要建立一套溝通機制，透過對內宣導、對外行銷，方能有利政策推行並減少民怨。對內宣導部分，做法包括可以透過會議或課程來傳達訊息。

主管機關社會局跟我們都會定期開會，所以都會有一些宣導，也會一直發 MAIL 給我們宣導政策，或是叫我們貼海報。那若是很大的政策，

可能就還要跟家屬開個課。本來我們跟家屬就有定期的會議，那可能還會根據需求，開教育課程，那時候就會做一些政策宣導。跟家屬也會有 LINE 傳遞一些政策消息，那家屬有需求就會來找我們。--受訪者 C01 (S6-2-7)

對於照顧服務員而言，平時工作內容包括協助如廁、沐浴、進食、換穿衣服、翻身拍背、簡易生活活動安排、行走運動等制式照顧服務，但可能對於政策理念與申請流程等卻不熟悉，因此很多時候面臨案家詢問時無法即使提供相關訊息。因此，對於機構內部的第一線服務人力來說，若能在提供現場服務外，適時提供相關政策理念或服務解答時，將有助於長照推廣。有鑑於此，機構內部需要安排在職訓練，可能是機構內訓，或者往機構外尋求相關訓練課程。

像我是在碩士班有一些專業長照的課程，或是看其他國家長照政策怎麼走怎做，這些專業知識，哪些是我們政策不足，哪些我們可以怎麼做。護理人員其實都要上班，可能就是去護理公會上一些專門的長照課程。--受訪者 C01 (S6-2-8)

除了透過會議或課程以及公文發送外，也能透過 email、LINE、Facebook 等社群軟體達到溝通或宣廣的目的。

伍、對外宣廣

由於政策開始時，服務使用者本身不瞭解長照 2.0，主要是透過子女或其他家人的協助而申請長照服務，而服務團體也多以服務使用者的家人為溝通橋樑，以致許多服務使用者本身都不太瞭解長照需求的評估與服務狀況。因此，除了各服務人員的專業性、相對應的服務項目、以及申請服務項目的資格與流程外，也要讓更多民眾知道長照 2.0 的訊息。

可以更具體一點。對照服員的行銷，對於日照或是社區在做的活動內容，可以更具體的呈現。好比如說接到電話說明具體活動內容，說明像小朋友一樣畫畫、做一些活動、有自主、自理訓練之類的，因為我覺得我是專業人員，我們在這領域裡我們知道，但是案家就不知道。如果政府的廣告可以更具體一點，讓大家更了解，有個概念，或許可以讓他們有初步的認識。--受訪者 C03 (S6-2-9)

然而，本研究受訪者間卻有不同意見。由於人們常常是因需求而去尋求知識，因此，宣廣其實並不需要具體呈現內容，而是提供獲知訊息的管道。本研究多數受訪者即認為，對民眾說得太難，可能反而讓他們難以理解。例如，服務領域內對「喘息」的定義，都知道是對「照顧者」的服務，但民眾聽到這樣的名詞，根本無法從字面上理解，而需要特別說明。所以，只要提供洽詢管道，而且可以問到申請程序，這樣即可。畢竟，照顧是門專業，後續的程序也是需要由照顧專員與個案管理員介入進行評估，最後才進入實際服務的程序。

我覺得對民眾不用講得太難，民眾不用知道那麼多，他只要知道去那裡申請、怎麼申請，這就夠了，其他的就由照專提供告知；民眾只要知道我發生什麼問題，我要打 1966 就好了，不用講得太複雜，講得太複雜會更搞不清楚。電視我覺得是一個很好的廣告，讓他知道有需要要打什麼電話，其他就由照專來評估，只是要看照專有沒有那麼充足的人力可以提供的那麼及時性，這是非常重要的。--受訪者 C04 (S6-2-10)

我們對民眾最需要的宣導就是 1966 這個專線電話，因為你太多的資訊，民眾可能也不清楚。失能對一般的民眾都太抽象，不知道什麼叫做失能，可能各自想像這樣子。...就像我們看到很多視障，他有身心障礙手冊，但是沒有失能，可以去上班、可以自己照顧自己，就不是失能。所以我要表達，宣導我們現在都是主打 1966 這支電話。--受訪者 P02

根據衛福部公布資料顯示，截至 2019 年 8 月接受長照 2.0 服務的民眾共 28.4 萬人，但對比國內長照需求人數 70 多萬人，服務涵蓋率僅四成。⁴³顯示長照對外宣導仍有加強空間。

綜上討論，政府設置長照專線提供諮詢平台，確實嘉惠許多機構單位和一般大眾，但仍可以思考精進作為，例如提供手語視訊溝通服務，對於聽障者將是一項福利。此外，在做為宣導周知和形象提升上，可以考慮贊助拍攝影劇，有助於扭轉民眾認知長照服務的看法，並提升相關工作者形象。

政府有關制度變動，可以透過對內溝通和對外宣廣方式減少誤會及民怨。而對於第一線服務人力來說，若能在提供現場服務外，適時提供相關政策理念或服務解答時，將有助於長照推廣。而對於對外宣廣部分，有人認為應更具體化，但大部分民眾傾向提供獲取訊息的管道即可，因為對民眾說得太難，可能反而讓他們難以理解。

第三節 成效分析

上節所提宣廣在哪些方面具有成效？哪些方面有待加強？原因為何？本節將探討並據以提出建議。本節分宣廣具成效與宣廣待加強兩小節。在具有成效方面，茲依據實際結果反推原因；在成效待加強部分，則參考訪談資料推論。

壹、宣廣具成效部分

依據統計資料顯示，長照 2.0 在量能和使用人數上有顯著提升，這與政府新增措施有關，這些措施包括長照 2.0 擴增服務範圍、布建社區整合照顧服務模式、以及調整居家照顧服務員薪資待遇等。

⁴³ 衛生福利部，同註 10，頁 3。

一、長照 2.0 擴增服務範圍

長照 2.0 除了擴增服務對象外，也擴增服務項目。原本長照 1.0 服務對象為 65 歲以上老人、55 歲以上山地原民、50 歲以上身心障礙、65 歲以上 IADL 獨居者等四類，長照 2.0 新增服務對象包括 50 歲以上失智症患者、55 歲以上平地原民、49 歲以下身心障礙、65 歲以上衰落者等四類。

此外，原本長照 1.0 服務項目提供照顧服務、居家護理、復健服務、喘息服務、交通服務、輔具服務、營養服務和機構服務等 8 項，到長照 2.0 擴增失智照顧、原住民社區整合、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、居家醫療等 9 項服務，達到 17 項服務。

這個服務就是要在地深耕，維護好品質，那我們也不吝嗇去培養，分享我們的經驗；現在就是強調共生，彼此都把品質拉升，我覺得對需要的對象，才是一個最好的狀態，不是我機構好就好。這個領域不像銷售商品，因為它是人的服務，雖然也有 SOP，但是某種程度上還是要加上溫度。...絕對是要連結正式資源跟非正式資源，才能滿足個案的所有需要。我覺得還是要在地去培養在地單位、在地人員，提供在地的服務，才能更貼近民眾。吸引願意投入的有心人。...因為服務不能完全用商業去看他，這樣最後傷害的是被服務的人。--受訪者 C02 (S6-3-1)

在照管人員部分也有提升，截至 2019 年 7 月底進用狀況總計 1,210 人(其中照管督導 140 人、照管專員 881 人及行政人員 189 人)；核定員額共 1,360 人(其中照管督導 163 人、照管專員 996 人及行政人員 201 人)，相較 2018 年同期，照管人力成長 20.8%。⁴⁴長照 2.0 之長期照顧服務人力中兩大類--照顧服務人力和照顧管理人力的量

⁴⁴ 衛生福利部，同註 10，頁 10。

能均有提升。

上述是就量能提升部分而言。另一方面，在服務使用上也有明顯數量提升，顯示政策被接受度高，長照 2.0 擴增服務範圍的政策宣廣具有成效性。依據衛服部專案報告顯示，在長照 2.0 新申請服務人數部分，2017 年度為 7.9 萬人，至 2018 年度時增為 13.6 萬人，成長 72.2%；統計 2019 年 1 月至 3 月間新申請人數為 4.3 萬，較 2018 年同期 2.6 萬人成長 60.9%。在長照服務人數部分，2017 年度為 10.7 萬人、至 2018 年度時增為 18 萬人，成長 69.1%；統計 2019 年 1 月至 3 月間長照服務人數為 14.2 萬人，較 2018 年同期 9.6 萬人，成長 46.4%。另長照服務人數累計至 2019 年 3 月已達 21.2 萬人，⁴⁵顯示長照服務人數持續增長。

二、布建社區整合照顧服務模式

長照 2.0 為落實在地老化目標，將各自分立的照顧服務組建成社區整體照顧模式，並透過層級分佈規劃，將各式單位分成 A、B、C 三個等級。從居家與社區式服務，到社區整合照顧服務模式，由旗艦店（A）專賣店（B）柑阿店（C），進行垂直功能分工與服務輸送整合，方便民眾在各鄉鎮區公所就能找到需要的長照資源。

政府推行長照 2.0 是有成效的，我們接案都接到手軟，就表示需求的人多。因為高齡化、少子化，大概 75 歲之後可能開始需要被服務。政府人才的培訓是有加快，你看 OT、PT 都出來成立治療所，如雨後春筍，那也會有搶客。可能我 C 一開始附屬在你這個單位，看你賺太多，就眼紅，那就自己開治療所，我的個案就帶走，不管 C 或居家都有這樣的情形。--受訪者 C02（S6-3-2）

服務量能提升顯示政策被接受度高，社區整體照顧模式的政策宣

⁴⁵ 衛生福利部，同註 14，頁 6-7。

廣具有成效性。根據衛服部專案報告顯示，2017 年度全台共有 720 處 A、B、C 長照服務據點（其中 80A、199B、441C），2018 年度時增為 5,050 處（其中 472A、2,974B、1,604C），成長幅度達 6 倍。統計至 2019 年時已布建 5,483 處（其中 518A、3,189B、1,776C），又較 2018 年時成長 2.5 倍，⁴⁶服務量能提升顯著。

未來政策走向哦，應該說我們這幾年努力下，其實長照不管是資源或能力上的成長都還蠻高的。然後在服務使用量這塊也是有大幅的提升，所以其實成效是還蠻不錯的。那之後也是預估會繼續再成長，然後再加上我們會推一些新的方案，然後希望更多民眾來使用，所以其實成效都還不錯。那之後的走向可能就還是偏向社區式的服務吧。--受訪者 P01 (S6-3-3)

建立於社區服務概念的居家服務、日間照顧、營養送餐、交通服務等，2017 年時全國計有居家服務單位數 238 個、日間照顧服務單位 228 個、失智日照服務單位 31 個、團體家屋服務單位 8 個、家庭托顧服務單位 31 個、營養餐飲服務單位 249 個、交通接送服務單位 47 個。⁴⁷值得一提的是，若詳細分析使用服務內容發現，其中雖然仍以照顧服務（含居家服務、日間照顧、家庭托顧）使用人數最多；統計 2018 年度共有 12 萬 7,074 人，較 2017 年度服務人數 7 萬 9,412 人，成長 60%。但是交通接送服務使用人數卻是成長最快者；統計 2018 年共計有 6 萬 6,440 人，較 2017 年度服務人數 1 萬 351 人，成長逾 5 倍。⁴⁸而提昇交通接送服務使用人數，有助於間接紓緩因城鄉差距而致長照資源配置不均的問題。

⁴⁶ 衛生福利部，同註 14，頁 3。

⁴⁷ 國家發展委員會，《長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告》（臺北：國家發展委員會委託研究，2017 年），頁 22。

⁴⁸ 數據來源參見衛生福利部，同註 14，頁 7-8。

整體而言，資源發展的狀況大致符合政府所設定的以社區為基礎的資源布建目標。未來，新的方案也會是根基於社區式服務而建立，特別是在住宿型機構這塊；目前長照 2.0 之補助對象限於居家式及社區式長照服務，欠缺對住宿式機構服務使用者的支援，而這部分卻有約 8 萬餘名使用者。⁴⁹同樣是為滿足不同需要的民眾，此部分將是政府下一個階段施政重點之一。

三、調整居家照顧服務員薪資待遇措施

衛生福利部於 2018 年調升居家照顧服務員薪資待遇後，⁵⁰依據服務量能提升顯示政策被接受度高，調整居家照顧服務員薪資待遇措施的政策宣廣具有成效性。依據衛服部專案報告顯示，照顧服務員在 2017 年時有 28,417 名，至 2018 年時提升為 35,081 名，成長 23%；截至 2019 年底，照顧服務員總計為 36,162 名，其中居家照服員有 14,538 名、社區照服員有 2,507 名、機構照服員有 19,117 名，⁵¹顯示相關人力供給逐年成長。

現在的照服員如果是在居家或社區，薪資沒有很低，中央有保障他們一定的薪資，這是一個。另外，我剛剛已經講過，其實給付支付制度之後，經費、服務費用是提高。如果去中央問一下，我們現在整個照顧服務員人力、單位數都是增加的。甚至我們也有資料說，有一些服務單位就說，反而居家比較好找到照顧服務員；反而是機構，比如養護機構或是護理之家反而是不容易。--受訪者 P02 (S6-3-4)

從整體長照服務量能提升和服務使用人數提升之結果反推，政府在長照 2.0 擴增服務範圍至 17 項，並為落實在地老化目標而布建社

⁴⁹ 資料來源參見衛生福利部，同註 10，頁 12-13。

⁵⁰ 按衛福部於 2018 年 4 月 30 日函知縣市明定具體對居家式照顧服務員之薪資標準，採月薪制之居家照顧服務員每月最低薪資應達 32,000 元以上，採時薪制之居家照顧服務員每小時薪資至少達 200 元以上。

⁵¹ 衛生福利部，同註 14，頁 5-6。

區整合照顧服務模式，以及透過調整居家照顧服務員薪資待遇措施上，政策宣廣是具有成效性的。然而，本研究認為長期而言，長期照顧人力需求仍逐年遽增，為因應所需，短期內相關部門應當思考外籍看護的引進，並在政策上給予支持，而目前的作法上卻幾乎未見相關部門列入議題討論；而在長期方面，則必須仰賴科技來減少照顧人力的需求。

長期的話，應該要再去思考，有沒有一些其他的是可以透過科技來減少人力，我覺得這是應該是未來在長照思考的部分。就像是現在醫院也有智慧型病房、智慧化的病床，去減少護理人員，或減少醫療人員的一些的人力。--受訪者 P02 (S6-3-5)

貳、宣廣待加強部分

本研究整理出宣廣成效不如預期部份，並參酌訪談資料分析其原因，分列出加強針對性與適時性宣廣、增加親民與便利服務管道、降低「菜單成本」、未加強形象宣廣、缺乏觀念宣廣等五項。

一、加強針對性與適時性宣廣

對大部分的人而言，長照服務並非是日常需要的事務，因為沒有需求就不會去注意相關資訊，更不會設法研究理解，何況政策變動快速，不如等到需求發生時再去研究。因此，宣導並非不足，而是時間點不對。本研究受訪者就表示，並非宣廣不足，而是宣傳行銷對象不知道如何下手，只好「亂槍打鳥」，未能掌握適時性，達到事半功倍的宣傳效果。因此，行銷結果是全民可能都知道有長照政策，但真正會去理解照顧項目內涵者只有真正有需求的人。

其實很多民眾他不了解長照，不知道該怎麼是來申請長照，每天生活太多資訊，民眾沒有需求時他不會在意，所以不是說沒有宣導，而是

說民眾他沒有需求時，他就不會注意到那個需求。沒有需求、不會注意這個需求，也就不會去研究。--受訪者 P02 (S6-3-6)

現在政策宣導，我覺得會變成會關心的人還是會關心，不關心的人還是不知道，會需要時才會注意。我會覺得政府可以做的宣導都已經做了，訊息是足夠的，就看民眾。--受訪者 C04 (S6-3-7)

民眾暫無需求是宣導成效不佳原因之一，而需求最初發生地點可能就是已經入住醫院時，因此從醫院到住家的過程中，其實就是長照專員需要介入的時間點。以醫院的長照宣導來說，銜接「長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」，主要就是想要縮短有長照服務需求之住院病人，於出院後取得長照服務時間，透過整合評估工具、評估人員訓練、資訊系統及評估作業流程，將原先民眾出院提出申請後才進行評估之流程，提前至出院 3 天前完成評估，出院後 7 日內能取得長照服務。⁵²目前，在公立醫院或者與衛福部搭配之特約醫院，⁵³都有懸掛長照行銷的布條、宣導品，以及各種服務項目與申請資格、程序的手冊。

子女平常都很忙碌，很少注意這方面的資訊，突然面臨父母生病進醫院治療完後要出院，可能會想要趕快把事情解決，但其實他的選擇不是只有一種。如果可以在醫院端提供更多的資料會更好，出院前就讓家屬知道相關資訊，有更多的時間去準備。--受訪者 C01 (S6-3-8)

民眾在突然面臨家中老人生病，需要長期照顧時，其實是不知道有很多選擇，譬如居家服務啊等等，要看病人的狀況，像青壯年中風、高齡老人疾病不可逆，這兩者所需要的服務不太一樣，並不是一定都要入

⁵² 衛生福利部，同註 10，頁 7。

⁵³ 2019 年 9 月止共有 184 家醫院配合，參見衛生福利部，同註 10，頁 7；及〈「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」參與醫院名單〉，2018 年 10 月 25 日，取自《衛生福利部長照專區》，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4009-42464-201.html>，檢視日期：2020 年 8 月 12 日。

住機構。醫院端在病人出院準備的時候就可以提供資訊，透過醫院的社工或護理站等，讓民眾有相關資料可以拿或諮詢，而不是直接給民眾機構名單，再透過機構去建議。--受訪者 C01 (S6-3-9)

對民眾有立即性的危害，民眾才會注意。所以我覺得我們要反過來，就是當我們有需要請求支援時，他們要有更多的窗口可以來服務我們。希望可以多宣導可以支援的管道，而且在我去問時，可以主動告知可以幫我們做的是什麼。--受訪者 R02 (S6-3-10)

然而務實來看，也只有醫院的長照專員或者出院準備小組在病患出院前做出評估、給予資訊，潛在的服務使用者與家屬才會知道並且進行後續了解。

此外，屬於我國行政特色之一的村（里）長，是最基層也是最貼近民眾的地方官。雖透過四年一次定期選舉選出，卻無連任限制，許多村（里）長長期連任，因此往往非常洞悉鄉親狀況與需求，在偏鄉地區尤為如此。在此情形下，透過村（里）長或村（里）幹事主動發掘有長照需求者，並提供服務管道訊息，就能產生很大效益，尤其在資源缺乏的偏鄉地區，其角色更為重要，因此建議地方政府長照主管機關應當主動與村（里）長合作。

二、增加親民與便利服務管道

長期照顧服務的細節或服務項目涵蓋許多層面，例如居家服務、日間照顧、家庭托顧、交通接送、喘息服務、專業服務、失智社區照護服務等，更遑論還有許多計畫和申請程序，如申請擴大外籍看護工喘息服務試辦計畫。雖然長照專線可以提供民眾諮詢，但當一般民眾都無從瞭解服務供給面時，有時也難以理解需要哪些服務。

家屬有時候看新聞有甚麼補助就會來問，但其實資格是不符合

的。...有時候政府打個廣告，讓他們知道有這項政策，但又沒有很清楚讓他們知道資格限制，細項就變成我們要來解說。另外也要讓家屬知道，長期照顧跟醫院的護理照顧是不一樣的。--受訪者 C01 (S6-3-11)

只看廣告無法了解但書的部分，還是得自己去查細節。一般人應該都不了解，要有需求的人才會知道。我覺得有福利的東西要自己去查、去了解、去爭取，通常都不會主動告知你該擁有的福利。--受訪者 R02 (S6-3-12)

民眾感到不親民與不方便的原因，其實是制度或程序太過繁瑣，而宣導是無法論及制度細節的。不過，根據訪談資料顯示，大部分民眾不認為宣導需要深入細節，重點是當民眾有需求時，如何提供親民和便利的服務管道。要讓民眾知道「有這樣的服務」，以及「服務尋求管道」，或者是要直接說明補助資格，其實在政策宣導上都會有相對矛盾的困難。換言之，服務項目的補助需要照顧專員進行評估，而非由民眾自行判斷。這對一線工作者來說，是一種困擾也是一種挑戰。本文認為可以朝簡化制度流程、增加圖示說明，以需求者觀點提供說明等方向著手改進。

三、降低「菜單成本」(menu costs)

「菜單成本」是經濟學上用以描述廠商因物價調整所額外增加的成本，⁵⁴本文則引用來指稱政府的制度或政策更動過於頻繁，民眾為適應政策需變更既有方式以配合政策執行，遂增加「菜單成本」；另一方面，政府為了有效降低因頻繁變更政策需要加強溝通和宣導，也增加額外業務和無形成本。而究其原因在於政策推行前未事先聆聽需求者聲音。

⁵⁴ 參見 Wikipedia，取自《Wikipedia》，https://en.wikipedia.org/wiki/Menu_cost，檢視日期：2020年8月27日。

制度改得太快，老人根本聽不懂在講什麼。他剛懂，規則又改了，手冊也改了，改得大家煩死了。因為一個制度的實施需要一些時間，評估才會有成效。你要讓人家用到一個程度，所以說變動得太快。--受訪者 S01 (S6-3-13)

雖然衛福部持續加強 1966 長照服務專線、長照服務內容、給付支付制度宣傳，並製作宣傳影片，說明長照服務內涵與照顧服務員及相關長照從業人員職能角色及其重要性，以期吸引更多人才投入長照領域，⁵⁵然而，在目前長期照顧制度採取滾動式修正的情況下，卻造成了地方政府擔憂長照政策是否能夠順利推行與長久執行，導致地方政府在既有的預算框架下，僅選擇比較不易有變動的服務內容宣導，以避免在未來政策經費不足的情況下，必須終止服務而面對民眾壓力。這也造成目前地方政府不願主動、大量地進行長期照顧之政策行銷，因此問題在於制度變動太快或不穩定。

關於此問題，本章第二節已有討論，建議相關單位可以透過市場調查或事先舉辦公聽會聆聽需求，可以減少制度頻繁更動，也建議透過宣導以減少誤會及民怨。

四、未加強形象宣廣

相對於服務量能大幅成長，但是品質卻仍有待加強，也間接影響到長照形象。而這至少包括二個範疇，一是專業形象，二是服務品質，而且相互影響。政府雖然在實務上透過教育提升專業，在服務提升品質外，卻缺乏透過宣導讓民眾對長照形象改觀。

社會怎麼去改觀？對於這些刻板印象的調整，然後認同這樣子的一

⁵⁵ 羅慧文，《從營運資源探討民間安養長照機構經營之困境》（桃園：中原大學企業管理研究所碩士論文，2017 年），頁 41-42。

個照顧服務人員，其實是有專業度都不容易。解決的辦法就是從法規面先給它定位。所以那時候長照服務法就把長照人員分類，照顧服務員就是其中一類。然後你要來當照顧服務員，要先受訓。以前都是受完訓拿到證書就開始提供服務，現在則是要將證書登錄，...其實，在很多根深蒂固的價值觀，算是不容易。這樣不容易的時候，要怎麼樣讓人願意投入這個市場，就是我覺得是現在長照體系最困難的。--受訪者 P02 (S6-3-14)

本文第四章中指出，有些家長認為培養小孩讀大學畢業後卻從事長照服務工作，非常不以為然，認為那是把屎、把尿的低下工作。其實，照顧服務員需要的是熱情，所提供的是一般照顧，因此最快受訓18 小時即可取得證照，因此欲藉由專業來提升形象並不容易。目前政府的作法是，藉有提升薪資待遇吸引專科畢業生投入行業。此外，也在法規面給予地位，建立證照制，透過訓練取得證照，以提升照服員專業性，進而提升民眾觀感。

機構式照顧在台灣被詬病很久，就是第一個是質跟量，不太平衡。...好的機構永遠都客滿，排不進去...，普遍而言就是機構的異質性太大，好得很好，那不太穩定、人力不足，都是靠外勞顧的也不少。...小型機構的資源福利、薪資管理的程度跟大型還是有落差。--受訪者 S01 (S6-3-15)

品質提升則是另一項挑戰。目前政府著重在提升長照服務量能，以至於各單位服務品質差異大。目前衛服部做法是徵求並獎助民間單位申請計畫，透過鼓勵現有小型機構轉型長照法人，提升服務品質，或在資源不足地區新設立住宿式長照機構，增加服務量能，並利用公有之土地或建物申請設立住宿式長照機構，在維持價格下提升整體服務品質。

因為其實我們長照宣導的規劃是分階段去進行的，每年會有不同的宣導主軸。像一開始的宣導主軸讓民眾多認識長照，因為可能前面民眾還沒有那麼熟悉這個制度的時候；像是 107 年的時候，比較希望可以讓民眾了解新的制度是什麼東西；然後 108 年的時候，那時候的宣導主軸就是像是居服員他的專業性，提升他們的專業形象這類的宣導主軸這樣子；109 年就會另外有它的宣導主軸，都會有一些漸進式規劃這樣。--
受訪者 P01 (S6-3-16)

政府推行政策有其階段性，起初宣導著重於服務量能提升，接著強調居服員專業性，然後設法縮小各機構品質差異性，接下來則需進一步提升整體形象，關於此部分可能需要主司者願意放下本位思考模式，聽聽民間的意見，因為本研究發現，除了政府部門人員流動性大，導致政策溝通困難外，時常開會僅是簽名背書，以至於需求很難上達，實務變成上有政策，下有對策。而且更重要的是政府要有共識，對宣導業務單獨設立預算科目，⁵⁶至少在業務上肯定宣導的重要性。

五、缺乏觀念宣廣

本研究由受訪者深談回饋後發現，有些長照問題並非僅能藉由不斷擴充供給來滿足，因為需求將越來越龐大而終非有限財力所能負擔，可能需要朝改變社會大眾的觀念或心態來著手。本文謹就受訪者提及部分討論，包括宣導「使用者付費」、「死亡教育」、「自立支援」及「家庭照顧者支持性計畫」的觀念。

相對於政策希望服務品質提升的同時並降低價格，讓大部分民眾都能享受相同品質的服務，但是有受訪者表示，應該思考分級服務，針對不同需求者提供差異品質的服務，當然收費也不相同。而這樣的目的，主要是建立民眾自我負擔責任，提前為自己購買商業保險，而

⁵⁶ 按目前中央是沒有補助地方相關宣導經費的。

不是全然都由政府來負擔，未來也有利於政府採行保險制籌措長照財源。

這樣下去，國家如何能一直付擔下去。所以我覺得使用者付費的概念是很重要的。...如果局限在老人這項目，其實大部份的人，他努力了一輩子到這個年紀，其實都有自己一筆積蓄，可以讓他選擇他要在那個層次的老人機構。所以使用者付費，我有 2 萬元、3 萬元、4 萬元的機構，我可在我 30~40 歲就可以為我以後打算，我接下來要到那個層次的機構去過我的後半輩子，所以我要怎麼做我的人生規劃，那我覺得如果產業界進來就會變成這樣子，...會提早去扭轉人對養老這件事的看法。--受訪者 R04 (S6-3-17)

為了讓長期照顧政策能夠長久、穩定的發展下去，為此在長照計畫 2.0 中，許多服務項目已有類似「使用者付費」的設計，民眾必需「部分負擔」相關費用，當然部分民眾可能因此而降低使用意願，從而增加政策執行與推動上的困難。⁵⁷然而，從長遠角度思考，這對於政策長遠發展是有助益的。因此，本研究認為，政府應該積極向民眾溝通與說明長期照顧 2.0 方案內容，特別注重對原有項目的使用者之宣導說明，讓其在瞭解 2.0 新制後，能夠繼續使用長期照顧服務，以達到滿足需求之目的。

除此之外，比較困難一點就是教導國人正確面對死亡，以避免浪費過多長照資源。依據國外之一般觀點推估，台灣人一生中之「長期照護需求時段」約為 7.3 年，其中男性平均需分攤到 6.4 年，女性平均須分攤到 8.2 年之「長期照顧」服務需求。⁵⁸但是目前相關規範僅有 2000 年通過的「安寧緩和條例」，讓末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇；以及 2019 年正式上路的「病人自主權

⁵⁷ 蔡宛妤，《長期照顧機構社會工作人員工作壓力、壓力因應與生活品質之研究》（屏東：美和科技大學健康照護研究所碩士論文，2016 年），頁 45-46。

⁵⁸ 李世代，〈『長期照護』的發展與推動〉，《臺灣醫界》，第 53 卷第 1 期，2010 年，頁 46。

利法」，讓病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。至於類似「安樂死」的立法推動，則因國人避諱談死亡，推動緩慢，從而讓不少照顧者、探病者和病人本身，在一次又一次的「盡全力搶救」間徘徊，並讓病人本身拖著痛苦的軀殼，走得既痛苦又沒尊嚴。

長照評估要嚴謹一點，有些不是很需要的人也可以使用，需要再調整一下標準，不然就是浪費社會資源。長照資源已經做夠多了，生命的價值不要避談，我一直很提倡死得快，生是日常，死也是日常，希望自己怎麼死就要怎麼活，這要從教育做起。一個人整個醫療費用最多是在臨終時。生命是有尊嚴的，不應該一直在醫院來來回回的，那是沒有意義的。--受訪者 R01 (S6-3-18)

此外，政府的創新計劃也包含許多有待宣廣的觀念，例如自立支援。所謂自立，係指「個人依其人格，自律地存在，並以主體性之地位追求生存」。⁵⁹則「自立支援」係從旁支援無法表達自由意志之人，為其引導想法。⁶⁰換言之，自立支援的服務就是為協助行為能力不足之失智老人、智能障礙者、精神障礙者，能於自身所處地域中自立生活。⁶¹國內部分相關機構即遵循自立支援的觀念，提倡不包尿布、不臥床、不約束的三不政策，協助長輩維持自己的健康，避免失能，並隨時注意長輩自立生活。⁶²如此不僅可以維持年長者日常生活的獨立、延緩失能，並能替社會減少照顧上的成本支出。

⁵⁹ 菊池馨実，〈社会保障法における人間像〉，《法律時報》，第 80 卷第 11 號，2008 年，頁 71。

⁶⁰ 王鼎棧，〈淺談日本「日常生活自立支援事業」〉，2014 年 12 月 21 日，頁 6，取自《中華民國老人福利推動聯盟》，<http://www.oldpeople.org.tw/ImgOldPeopleOrg/20141221155843.pdf>，檢視日期：2020 年 8 月 25 日。

⁶¹ 大原立夫主筆部分，〈自立支援と権利擁護〉，節錄於菊池馨実編著，《自立支援と社会保障—主体性を尊重する福祉、医療、所得保障を求めて》（東京：日本加除出版，2008 年），頁 327、335。

⁶² 蔡欣潔、黃珮婷，〈「長照革命」：他引入日本「自立支援」照顧法，讓失能長者向尿布、臥床、

最後，過去長照服務的對象著重在「受顧者」，但隨著高齡化和少子化趨勢，「照顧者」所承擔的壓力也日趨龐大，因此政府研議「家庭照顧者支持性創新型計畫」，正是因應家庭照顧者的需求而生，期盼能減輕家庭照顧壓力及照顧負荷，則將是長照服務要面臨的挑戰及目標。

本節中，吾人對宣廣成效進行分析，認為政府在長照 2.0 擴增服務範圍、布建社區整合照顧服務模式、以及調整居家照顧服務員薪資待遇的政策上被接受度高，分別使長照服務量能和服務使用人數提升，顯示政策宣廣結果具有成效。然而，本研究也認為，長期而言長照人力需求仍逐年遽增，相關部門應亟思其他策略因應，例如考慮擴大引用外籍看護，並著眼仰賴科技來取代部分照顧人力。

而部分政策宣廣成效有限，其原因包括民眾暫無長照服務需求、宣導無法論及制度細節、制度更動過於頻繁、未加強形象宣廣、以及缺乏觀念宣廣等。因為對大部分的人而言，長照服務並非是日常需要的事務，因此就不會去設法理解，而面臨需求時常常是入住醫院時，因此建議應加強醫院端提供資訊。再者，建議思考簡化制度流程，以需求者觀點提供說明，透過市場調查或事先舉辦公聽會聆聽需求，可以減少制度頻繁更動，也建議透過事先宣導以減少誤會及民怨。

政府施政有其階段性，在服務量能提升後，接著強調居服員專業性，然後設法提升服務品質，接下來則需加強整體形象提升。本文認為政府應有共識，對宣導業務設立預算科目。另鑑於長照需求日趨龐大終非財力所能負荷，需要改變社會大眾的觀念，例如宣導「使用者付費」、「死亡教育」、「自立支援」及「家庭照顧者支持性計畫」的觀念，以減低有限長照資源的使用。

約束說不！>2016 年 10 月 21 日，取自《社企流》，<https://www.seinsights.asia/article/3289/3274/4394>，檢視日期：2020 年 8 月 25 日。

第四節 優劣（SWOT）分析

優劣分析法是一種企業競爭態勢分析方法，是市場行銷的基礎分析方法之一，透過評價自身的優勢（Strengths）、劣勢（Weaknesses）、外部環境影響下的機會（Opportunities）和威脅（Threats）四維度，用以在制定策略前對自身進行深入全面的分析以及競爭態勢的定位。本節藉優劣分析法評估長照 2.0 政策形象宣廣，分敘如下：

壹、優勢

一、長照 2.0 擴增服務範圍

長照服務對象擴大四類族群，服務項目也由初期的 8 項，擴大到 17 項服務，直接導致服務量能和服務使用數量明顯提升，預料未來服務人數將持續攀升，顯示政策宣廣接受度高，評價具優勢。

二、社區整合照顧服務模式

長照 2.0 將各自分立的照護服務組建成社區整體照顧模式，將各式單位分成 A、B、C 三個等級，以方便民眾在居住地就能找到需要的長照資源。該政策實施後，短短一年，A、B、C 長照服務據點即成長 6 倍之多，顯示社區整體照顧模式的政策宣廣具有成效，評價具優勢。

三、居家照服員薪資待遇調整

政府為鼓勵更多人力投入長照服務，以經濟為誘因，調整居家照顧服務員薪資待遇，採月薪制之居家照顧服務員每月最低薪資應達 32,000 元以上，採時薪制之居家照顧服務員每小時薪資至少 200 元以上，此措施已有效鼓勵新成員投入並久任居家服務，政策宣廣評價具有優勢。

四、長照專線單一平台

長照專線 1966 自 2017 年 11 月 24 日開通，開通後至 2019 年 3 月底平均每日撥打 399 通，而 2019 年 1 月至 8 月期間平均每日撥打 701 通，顯示民眾逐漸熟悉諮詢管道，並且諮詢需求逐年提高。此措施有效宣達政策意涵和解決民眾諮詢需求，政策宣廣評價為具有優勢。

貳、劣勢

一、民眾暫無需求

長照服務並非多數人日常需要的事務，因此就不會去關心和設法理解政策內容，而當有所需求時，往往是入住醫院時。因此，宣廣並非不足，而是宣傳對象和時間點不對，導致政策宣廣接受度不佳。本文認為政府在針對性與適時性的政策宣廣上，有待改進，評價為劣勢或缺點。

二、宣廣無法論及細節

長期照顧服務政策之細節及項目繁雜，非專業人員難以短期間理解，當一般民眾都無從瞭解服務內容時，自然也難以評估需要哪些服務，而宣導只能提供普通訊息，無法論及制度細節。本文認為政府在簡化制度流程、增加圖示說明，並以需求者觀點增加親民與便利服務管道的政策宣廣上，有待改進，因此評為劣勢。

三、制度更動頻繁

民眾為適應政策變更需改變既有習慣，另一方面，政府為有效降低因頻繁變更政策需要加強溝通和宣導，都導致額外業務和無形成本的增加。本文認為政府未事前聆聽需求是導致制度更動頻繁主因，因此針對未事先聆聽需求者聲音的政策宣廣上，評為劣勢。

參、機會

一、在地老化觀念

在地老化是一項觀念，影響所及是許多相關措施和制度的建立，屬於外部環境影響政策形成的要素。「在地老化」因應現代人晚婚、不婚、不生下，未來獨老、雙老之家庭結構的改變，提倡長照政策多元發展，提供服務使用者多元選擇的權利。因此本文認為它促成長照政策有利發展，是長照政策宣廣的外部機會。

二、預防及延緩失能照護服務

將照護體系向前延伸，提早介入預防失能或失智的發生，以延緩其惡化，同時讓重度失能的需求可以延緩發生，能減緩或降低長照服務的需求。這些投資雖非關長照經費，但能減緩有限長照資源的使用，有利長照政策的發展，因此為長照政策宣廣的外部機會。

三、形象宣廣

照服員的專業性與服務品質的提升，有利於提升長照整體形象，進而吸引優秀人才投入，形成良性循環。因此、形象宣廣有利於政策推行與發展，是長照政策宣廣的外部機會。

四、長照專線單一平台手語服務

長照專線若能針對不同對象提供多元服務，例如針對聽障朋友透過視訊與手語溝通傳達相關服務，則對於聽障者是一項福利。雖然此措施並非目前政策內容，但若執行則有利於政策宣廣，因此認為是外部環境影響有利政策宣導之措施，是長照政策宣廣的外部機會。

五、家庭照顧者支持性計畫

長照服務的對象由著重在「受顧者」擴大思維對「照顧者」的服務，期盼減輕家庭照顧壓力及照顧負荷。雖然這項觀念有助於長照政策的推廣，但也帶來不少挑戰，增加財務負擔，本文認為雖然是影響政策有利發展之措施，是長照政策宣廣的機會，但同時也是

一種威脅或挑戰。

六、運用科技減少人力需求

長期照顧人力需求逐年增加，而隨著少子化來臨，人力供給與財務負擔將越趨龐大，而科技創新可以取代部分照顧人力，例如透過簡便儀器自行量測，並上傳數據至醫院護理人員研判，可以減緩交通奔波和護理需求。因此，本文認為運用科技減少人力需求有利長照政策發展，是長照政策宣廣的機會。

肆、威脅

一、財源方式

目前政府因現行服務量能不足及城鄉差距所致之長照資源配置不均，因此採用稅收方式挹注長照財源，並設置長照服務發展基金，其中以菸稅收入為大宗，為人詬病。另一方面，少子化是可見未來的趨勢，因少子化帶來保險人減少或稅基受限，因此不論採用保險或稅收方式籌措財源，對長照政策未來發展都有隱憂，是長照政策宣廣的威脅。

二、資源配置不均

資源配置不均主要源於城鄉差距。從供需角度而言，城市的需求者多，自然吸引產業進駐提供足夠的供給量，進而在質上也有所提升。資源配置不均也是政府不敢貿然比照健保模式，而改以稅收制來籌措財源的考量。本文認為資源配置不均不利於長照政策發展，故為長照政策宣廣的威脅。

三、照服員薪資待遇不一致

政府針對居家照服員薪資待遇調升，卻未規定社區照服員和住宿式機構照服員一併適用，雖有利吸引人力投入居家式服務，卻造成住宿式機構的壓力。此外，規定也未將專業性或資深列入考量，

對照服員提升專業能力沒有誘因，因此認為照服員薪資待遇不一致是長照政策宣廣的威脅。

四、住宿型機構

目前長照 2.0 的補助對象限於居家式及社區式長照服務，欠缺對住宿式機構服務使用者的支援，此部分將是政府下一個階段施政重點之一。然而住宿式長照機構負擔高，如何提供民眾平價優質之社區化住宿式長照機構服務，具有不小挑戰。本文認為將住宿式機構服務列入未來施政重點，對長照資源將形成負擔而有不利影響，是長照政策宣廣的威脅或挑戰。

五、缺乏觀念宣廣

長照需求將越來越龐大，但並非僅能藉由不斷擴充供給來滿足，可以朝改變社會大眾的觀念或心態著手，例如建立民眾使用者付費的觀念，和正向面對死亡的觀念，以避免浪費過多長照資源。然而，政府目前並無針對相關觀念的教育或宣廣，對未來長照政策發展有不利影響，是長照政策宣廣的威脅或挑戰。

六、未考慮納入外籍看護

長期照顧人力需求逐年遽增，外籍看護的引進或能在短期內解決所需，此外也有利於緩和因城鄉差距帶來的資源配置不均問題。然而，相關部門並未在政策上給予支持，本文認為政府未考慮評估將外籍看護納入長照體系的作法不利於長照政策發展，因此列為威脅。

表 6-1：長照制度形象宣廣之 SWOT 分析

優勢 (S)： -長照 2.0 擴增服務範圍 -社區整合照顧服務模式 -居家照服員薪資待遇調整 -長照專線單一平台	劣勢 (W)： -民眾暫無需求 -宣廣無法論及細節 -制度更動頻繁
機會 (O)： -在地老化觀念 -預防及延緩失能照護服務 -形象宣廣 -長照專線單一平台手語服務 -家庭照顧者支持性計畫 -運用科技減少人力需求	威脅 (T)： -財源方式 -資源配置不均 -照服員薪資待遇不一致 -住宿型機構 -缺乏觀念宣廣 -未考慮納入外籍看護

資料來源：研究者自行整理。

第五節 本章小結

在政策理念一節，政府對於支付及給付制度進行多次修改，已造成民眾不便與反感。擴大納入住宿式機構服務使用者補助，以增加民眾選擇方式。而在居服員薪資調升後，卻降低照服員至社區式長照服務及住宿式機構服務的意願。在地老化既是長遠發展目標，需要結合更多跨部會的資源方能達成；針對創新計畫，則有賴宣導措施減少阻力，讓政策推行事半功倍。研究也認同在長照服務前端即適時針對健康老人提供更多照顧資源時，可以減緩或降低長照服務的需求，進而減少長照資源支出。而在長照服務宣導上，建議仍應因地、因人、適時制宜，針對不同對象多元宣導。

在宣廣機制一節，政府設置長照專線提供諮詢平台，確實嘉惠許

多機構單位和一般大眾，但仍有精進作為之處。在做為宣導周知和形象提升上，可以考慮贊助拍攝影劇。而對於第一線服務人力來說，若能適時提供相關政策理念或服務解答時，將有助於長照推廣。對於對外宣廣部分，有人認為應更具體化，但大部分民眾傾向提供獲取訊息的管道即可，因為對民眾說得太難，可能反而讓他們難以理解。

在成效分析一節，政府在長照 2.0 擴增服務範圍、布建社區整合照顧服務模式、以及調整居家照顧服務員薪資待遇的政策上有所成效，但長照人力需求仍逐年遽增，相關部門應亟思其他策略因應。而部分政策宣廣成效有限，其原因包括民眾暫無長照服務需求、宣導無法論及制度細節、制度更動過於頻繁、未加強形象宣廣、以及缺乏觀念宣廣等。同時，本文建議政府應設置宣導預算科目，除加強形象宣導外，也可用於教育社會大眾有效率地使用長照資源。

從市場行銷角度以優劣分析方式得知，台灣長照政策形象宣廣之優勢為長照 2.0 擴增服務範圍、社區整合照顧服務模式、居家照服員薪資待遇調整、設有長照專線單一平台；劣勢為民眾暫無需求、宣廣無法論及細節、制度更動頻繁。若將外部因素考量進來，台灣長照政策形象宣廣之機會為提倡在地老化觀念、延伸至預防及延緩失能照護服務、長照形象宣廣、長照專線單一平台手語服務、家庭照顧者支持性計畫、運用科技減少人力需求等；而威脅則包括財源方式有隱憂、城鄉資源配置不均、照服員薪資待遇不一致、欠缺對住宿型機構支援、缺乏觀念宣廣、未考慮納入外籍看護。

從政策分析角度檢視我國長期照顧服務政策形象宣廣：如同企業銷售產品前會先進行市調，政府在政策制定時，也可廣泛開辦公聽會獲知民眾需求，以民眾需求為導向之政策產出，可以減少「滾動式修正」次數。而針對長照服務的宣導，建議仍應因地、因人、適時制宜，

針對不同對象多元宣導。長照專線諮詢平台可以進一步針對聽障者提供手語視訊溝通服務。

政府官員向來依循本位設計制度，忽略人民對政策信心的宣導，因此本文特別強調形象廣告可以扭轉民眾認知長照服務的看法，有助於推廣長照相關事務進行，可以透過對內溝通和對外宣廣方式減少誤會及民怨。面對長照人力需求逐年遽增，相關部門應亟思其他策略因應，例如引用外籍看護或仰賴科技來減少人力需求。本文也建議相關部門化被動為主動，在醫院端提供長照資訊或透過村（里）長發掘有長照需求者。

最後，整合本文以行銷組合之四構面分析長照政策後，謹以「客戶需求為導向」作為結論。吾人看待政府制定政策，許多都是從自身的觀點來論述，容易落入本位思考模式中。因此本文以深入訪談作為探索問題方式，以行銷觀點從客戶端的角度理解需求，認為政策內容固然重要，但是成功的政策若能加入行銷的觀點來分析，這樣，更能兼顧到政策的其他不同面向。有時我們會聽到「天龍國」一詞，藉以描述遺世獨立而不知人間疾苦的思維模式，就是在說明政策制定者與來自民間的需求者之間的認知差距，因為相同的政策在面對不同的對象時，其所呈現也會有不同面貌。

任何組織都必須確定自己的「目標市場」在哪裡，然後再依據顧客的滿意度為指標，而所謂的顧客，還不只是購買產品的顧客，應推廣至所有有關的外界相關機構。⁶³廣義而言，行銷的對象不只限於服務使用者，例如服務使用者的眷屬、具法案制定能力的政府官員和民意代表，具間接影響力的利益團體、傳播媒體，甚至一般社會大眾等，都是行銷的對象，惟本文因研究限制無法逐一討論。

⁶³ 司徒達賢，《非營利組織的經營與管理》（臺北：天下遠見，1999年），頁44-45。

本文於第三、四、五章分別就長期照顧政策之意涵、人力資源、財力資源來討論，因為這些經常是從事商業管理者會著墨之處；此外，還有行銷或宣廣，卻是政府部門最缺乏的。本文認為廣告、政策周知是很重要的一環，而不是政策本身，它包含政府內部的溝通和對外的宣導。本文也認為政府應當在預算中增列廣告宣導科目，因為商業媒體的特質是會對非尋常小事做焦點報導，但對平常事情如長照政策卻毫無興趣。



第七章 結論

本論文從政策行銷觀點來剖析台灣長期照顧 2.0。整體而言，長照 2.0 尚有許多可以開創的願景，因此存有許多改進空間。

壹、研究發現

在政策內涵上，從國外的長期照顧發展可以發現，許多國家都面臨高齡化的未來，而越來越多觀念朝在地老化發展，且有鑑於政府財政負擔過重，紛紛朝向商業機制發展。台灣之長照發展雖較 OECD 國家為晚，但因人口老化非常快速，促使政府大力推行長照制度。在實務運作上，台灣長照政策在政府大力推行長照制度、長照相關研究資源充沛、全民健保制度完善、和台灣資訊科技產業具利基下擁有優勢外，若將外部因素考慮進來，則高齡化和少子化社會來臨、居家與社區照顧服務需求增加、外籍看護量能龐大、以及先進國家前車之鑑等，都為台灣長照制度未來發展帶來正面影響。

然而，長照政策內涵上仍有改善之處，包括（一）照顧人力資源不足，因長期照顧人力需求龐大，且逐年遞增，長期照顧人力供不應求；（二）長期照顧制度尚未完善，業務分屬衛生福利部長照司、護健司、社家署；而地方政府則多由衛生部門主責，少部分由社會局管轄，政府部門的權責與分工不夠明確；（三）城鄉差距導致資源配置不均，無法有效解決；（四）民間參與量能尚待提升，未見相關政策有效催促民間參與，以分擔服務量能提升並減少政府支出負荷。若將外部因素考慮進來，還包括（五）少子化恐致財源不足，因為無論是採用保險制或稅收制，都恐因繳納人口減少而影響長照財源；（六）恐有世代不公問題，因財源問題影響長照制度實施，間接影響年輕人負擔費用意願；（七）學歷高教化，使得多屬低技術層面之長照服務人力招募困難；（八）形象尚待提升，因民眾視長照服務為低下工作，

使得人力招募更形困難。

在人力資源上，政府部門目前先追求服務量能提升，在人力素質提升上，則有待提出方針。而民間機構則反應個案管理員的缺乏與招募困難，且政策無法有效鼓勵照服員進修以提升技能，訓練無法做到學用合一或訓用合一等。專業人士則認為，長照 2.0 著重以個案為中心，讓使用者能有自主選擇服務的機會，而配合在地老化的政策，有必要建立居家醫療體系。就長照制度立場來看，正面影響其服務量能增加或品質提升之因素為長照服務人力需求增加、長照服務人力供給提升、證照制度的建立、長照 2.0 以個案為中心提供服務等。若將外部因素考慮進來，開拓差異化或多樣化服務、鼓勵民間參與、提升長照專業形象、台灣醫療體系完善、評估長照體系納入外籍看護等，都可為台灣長照制度未來發展帶來正面影響。

然而，長照政策人力資源也有改善之處，包括（一）基層照服員人力仍不足，其中以第一線服務的照顧服務員最缺乏；（二）個案管理員人力缺口，由於是長照 2.0 新增職務，且其訓練較一般照服員專精複雜，所以仍存在人力缺口；（三）缺乏鼓勵進修提升技能誘因，目前政策雖有利於服務人力之養成，但對於照服員提升專業而言沒有鼓勵效果；（四）無法達成學用合一或訓用合一，原因是學校所學與實務運作落差、政府培訓規劃與機構訓練制度欠缺同一性，導致專業養成與職場需求出現落差；（五）中小型機構人力招募困難，原因是居家照服員提高薪資待遇後，導致機構照顧人力流失，造成營運上的困難；（六）中小型機構培訓能量有限，小型機構缺乏有經驗的督導可以擔任講師。若將外部因素考慮進來，尚包括（七）分級據點疊床架構，A 級單位資源疊床架屋，而 B 級單位擴充失控；（八）缺乏外籍照護員訓練規定，因政府漠視外籍看護人力在現實長照體系的重要

性，因而缺乏妥適的外籍看護人力聘僱制度，和相關訓練及管理者等規範。

在財務資源上，目前政府選擇稅收制而非保險制當作經費來源，主要是基於目前長照資源量能有限，無法公允且有效地提供每位納保者服務。而參考以一般稅收當作社會服務財源的 OECD 國家，仍會透過稅制改革以期長照制度能永續發展。就長照制度立場來看，正面影響其服務量能增加或品質提升之因素者，包含長照支付新制方便執行、稅收制能兼顧服務量能、移轉性支出撥補長照財源較具效率且穩定等。若將外部因素考慮進來，則台灣長照服務涵蓋率仍具成長空間、可以開放多元化經營模式、以及引入私部門服務量能或財源資助等，都可為台灣長照制度未來發展帶來正面影響。

然而，長照政策財務資源上仍有改善之處，包括（一）城鄉資源配置不均，尤其偏鄉地區的財務資源一直難以突破，而服務項目無法因地制宜，對長照財源執行效率有不良影響；（二）長照服務涵蓋率偏低，部分原因也是來自城鄉資源配置不均；（三）政策延續性不佳，不論是資金來源和資源配置問題，都有頻繁變動以至於民眾適應不良，徒增民怨的問題發生；若將外部因素考慮進來，尚包括（四）長照機關權責分工未明，分屬於衛生福利部長照司、護健司、社家署三個機關；而地方政府則多由衛生部門主責，少部分由社會局下轄，政府部門的權責與分工不夠明確；（五）長照基金發展未明，未來經費一旦停止或縮減，將影響後續的推動與執行，還會增加地方政府在政策執行上的不確定感；（六）欠缺政策宣廣支出，但是政策宣廣攸關政策執行成效，卻缺乏設置政策宣導預算科目。

在形象宣廣上，從市場行銷角度以優劣分析方式得知，台灣長照政策形象宣廣之優勢為長照 2.0 擴增服務範圍、社區整合照顧服務模

式、居家照服員薪資待遇調整、設有長照專線單一平台；若將外部因素考量進來，則提倡在地老化觀念、資源延伸至預防及延緩失能照護服務、提倡長照形象宣廣、提供長照專線單一平台手語服務、實施家庭照顧者支持性計畫、以及運用科技減少人力需求等，都可為台灣長照制度未來發展帶來正面影響。

然而，長照政策形象宣廣上仍有改善之處，包括（一）民眾短期間內沒有長照需求，因而不會去關心和設法理解政策內容；（二）宣廣無法論及細節，因政策之細節及項目繁雜，非專業人員難以短期間理解，而宣導只能提供普通訊息，無法論及制度細節；（三）制度更動頻繁，民眾為適應政策變更需改變既有習慣，而為宣導政策或強化溝通，都導致額外業務和無形成本的增加；若將外部因素考慮進來，尚包括（四）財源方式令人詬病，長照服務發展基金，其中以菸稅收入為大宗，為人詬病，此外因少子化帶來保險人減少或稅基受限，致使不論採用保險或稅收方式籌措財源，對長照政策未來發展都有隱憂；（五）資源配置不均，主要原因在於城鄉差距；（六）照服員薪資待遇不一致，因政府針對居家照服員薪資待遇調升，卻未規定社區照服員和住宿式機構照服員一併適用，雖有利吸引人力投入居家式服務，卻造成住宿式機構的壓力；（七）欠缺對住宿型機構服務使用者的支援，讓受照顧者家庭承擔沉重經濟壓力；（八）缺乏觀念宣廣，因長照需求將越來越龐大，若未教育民眾正確使用長照資源的觀念，或正向面對死亡的觀念時，都會導致長照資源浪費；（九）未考慮納入外籍看護，未見相關部門在政策上給予支持。

貳、建議

一、政策建議

本論文運用行銷觀點評估長照 2.0 在產品面、人力面、財務面及

宣廣面的問題，不同面向分析可能重複出現相同問題，針對這些問題提出建議如下：

（一）開發人力資源。多元開發人力來源、建立證照制度給予職業尊嚴，有利建置人力資源資料庫，以整合協調資源和有效運用人力。可以解決基層照服員人力資源不足、個案管理員人力缺口、中小型機構人力招募困難、長照服務涵蓋率偏低、鼓勵照服員提昇專業技能意願，有助於提升照服員專業形象等問題，也可評估納入外籍看護。

（二）統籌培訓規劃。從法規層面規範我國長照人力的專責培訓機構，建立照顧服務員分級培訓、考試證照、薪資福利、工作條件與環境等制度，評估納入外籍照護員訓練規定和評鑑，負責統籌規劃照服員訓練課程、提供師資，針對不同學經歷背景學員，或兼顧區域性不同需求，因人制宜或因地制宜來設計培訓課程。可以解決偏鄉培訓不足、缺乏鼓勵進修提升技能誘因、無法達成學用合一或訓用合一、中小型機構培訓能量有限等問題，也可提升照服員專業形象和職業尊嚴。

（三）詳明機關權責。為避免政府機關的本位主義，除詳明各單位權責分工外，也要統一稽核管控機制，部分業務則可以採業務分組方式推動，以利對長照需求從事長遠有效評估，俾擬定能因地制宜的執行規範。可以解決長照機關權責分工未明、分級據點資源重複、偏鄉地區長照資源開發等問題，讓有限資源得以充分有效利用。

（四）多樣化服務。在制度內評估放寬差異化、多樣化服務提供方式，讓使用者有自主選擇服務的機會，並藉部分給付機制從需求端促使機構提升服務品質。可以解決偏鄉長照資源短缺、少子化帶來財源不足、缺乏鼓勵進修提升技能誘因、長照服務涵蓋率偏低

等問題。

（五）開放私部門參與。開放制度讓私部門分享長照業務，由社會福利朝向鼓勵民營方式提升服務量與質，透過租稅或投資獎勵等政策工具，促使相關照護產業開發。可以解決偏鄉地區長照資源薄弱、照顧人力資源不足、少子化恐致財源不足、基層照服員人力不足、中小型機構人力招募困難、長照服務涵蓋率偏低等問題。

（六）正視外籍看護。正視外籍看護實際需求，方能合理評估納入長照體系，並建立適切的外籍看護人力聘僱、訓練及管理規範。可以彌補基層照服員人力資源不足、偏鄉地區長照資源不足、中小型機構人力招募困難、缺乏外籍照護員訓練規定、長照服務涵蓋率偏低等問題。

（七）多元化財源。多方面開發長照財源，可以兼採稅收制與社會保險制雙軌併行，或藉重點式服務縮減服務範圍、持續檢視收支平衡、改革評估模式等改革方式，以期建構長久永續的長期照顧服務體系。可以解決少子化恐致財源不足的問題。

（八）行銷再行銷。設置政策宣導預算科目，用以透過專業行銷提升長照形象，或透過教育宣導觀念，促使民眾有效率地使用長照資源。可以解決學歷高教化致基層長照人力招募不足、中小型機構人力招募困難、欠缺宣廣支出、長照形象不佳、降低基層照服員人力需求等問題，讓有限資源可以充分有效利用。

（九）從觀念著手。從觀念上宣導民眾使用者付費、正向面對死亡、延緩亞健康者失能等觀念，以避免浪費長照資源，或減緩長照資源使用。可以解決少子化恐致財源不足的問題，降低基層照服員人力需求。

（十）以客戶為導向。從客戶端導向思維來推動制度變革、簡

化制度流程、增加圖示說明，以建立親民與便利服務管道。可以解決宣廣無法論及細節、制度更動頻繁、政策延續性不佳等問題，減少民怨。

（十一）主動出擊。在醫院端鎖定有長照服務需求的住院病人，或透過村（里）長或村（里）幹事，主動發掘有長照需求的家庭，提供訊息、透過整合評估作業流程，讓民眾儘早取得長照服務。可以解決民眾暫無長照服務需求的問題。

（十二）放眼未來。因應未來生活型態改變導致長照服務需求變化，應將住宿式機構服務使用者納入補助對象，協助減輕使用者家庭經濟負擔。此外建立居家醫療體系、落實友善公共環境，有助於在地老化和相關長照政策推動。

二、後續研究建議

以行銷觀點透過深入訪談法來分析長期照顧政策，在瞭解政策內涵、探討人力資源和評估形象宣廣上是有貢獻的，也能以相同作法嘗試發掘長照機構的財務困境。然而，對於剖析政府財源或制度收支上，則仍有賴更多文獻參酌，也可能需要較多財務上的專業知識做基礎。

此外，若以行銷觀點透過深入訪談法來分析政策時，在選取深訪對象以及訪談技巧的運用上，關係著能否有效蒐集有用的研究訊息。有時，欠缺代表性的訪談對象或缺乏經驗的訪談方式，最極端的情況可能會得到與真實情形相反的研究結果。

參考文獻

壹、中文資料

- 王兆慶 (2013),〈長照機構制度的營利／非營利之爭：社會企業的觀點〉,《社區發展季刊》,第 143 期,頁 128-139。
- 王秀燕 (2014),〈刻不容緩的議題－衛生福利部「長期照顧」資源網絡建構〉,《社區發展季刊》,第 145 期,頁 111-127。
- 王卓聖 (2013),〈OECD 國家之長期照顧改革策略借鑒及啟示〉,《社區發展季刊》,第 141 期,頁 45-60。
- 王慧娟 (2007),《失能老人家庭照顧者之生活經驗與其相關社會福利之探討-以老年妻子照顧者為例》(新北：玄奘大學社會福利學系碩士論文)。
- 方世榮譯 (2003),《行銷管理學》(*Marketing Management*) (臺北：東華書局)；原著：Philip Kotler, *Marketing Management*, NJ: Prentice-Hall, Inc., 2000.
- 王嫻淑 (2006),《教育政策行銷之個案研究－以台北市教育局精緻教育政策為例》(臺北：國立臺灣師範大學教育學系碩士論文)。
- 內政部 (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》(臺北：內政部)。
- 內政部 (2007),〈老人福利機構設置標準〉,2007 年 7 月 30 日修正版本。
- 丘昌泰 (2005),《公共政策－當代政策科學理論之研究》(高雄：巨流圖書股份有限公司)。
- 丘昌泰 (2008),《公共政策基礎篇》(高雄：巨流圖書股份有限公司)。
- 丘昌泰 (2011),〈政府施政與民眾感受之間的連結器：政策行銷〉,《研習論壇月刊》,第 129 期,頁 1-13。

- 丘昌泰、余致力、羅清俊、張四明、李允傑（2001），《政策分析》（臺北：國立空中大學）。
- 司徒達賢（1999），《非營利組織的經營與管理》（臺北：天下遠見）。
- 白峨嵋（2012），《政策行銷之研究－以臺中市大肚區礮溪書院考生祈福活動為例》（臺中：東海大學公共事務碩士專班碩士論文）。
- 朱宏源（1999），《撰寫碩博士論文實戰手冊》（臺北：正中書局股份有限公司）。
- 朱鎮明（2004），〈政策行銷過程中政府與媒體互動之道〉，《立法院院聞》，第 23 卷第 10 期，頁 49-58。
- 行政院（2013），《長期照護服務網計畫（第一期）－102 年至 105 年（核定本）》（臺北：行政院）。
- 行政院（2012），《我國長期照顧十年計畫～101 至 104 年中程計畫》（臺北：行政院）。
- 行政院經濟建設委員會等（2009），《長期照護保險規劃報告》（臺北：行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部）。
- 行政院衛生署（2012），《行政院衛生署 101 年度施政計劃（核定版）》（臺北：行政院衛生署）。
- 沈慶盈（2013），〈談居家照顧服務人力之因應策略——兼論長期照顧政策的發展方向〉，《社區發展季刊》，第 141 期，頁 131-140。
- 阮玉梅等（2002），《長期照護概論二版》（臺北：華杏出版股份有限公司）。
- 呂亞力（1994），《政治學方法論》（臺北：三民出版社）。
- 呂慧芬、曾妙慧、葉昶吟、劉慶庭（2014），《探討實施長期照護保險國家之照顧管理制度－分項計畫三：探討日本長期照護保險之照顧管理制度》（臺北：行政院衛生福利部委託計畫）。

- 呂慧芬、林谷燕、曾妙慧、陳伶珠（2016），《規劃長照保險給付評估與照顧計畫訂定之控管機制》（臺北：行政院衛生福利部委託計畫）。
- 呂寶靜、陳正芬、李佳儒、趙曉芳（2014），《因應高齡社會之老人福利政策前瞻規劃》（臺北：衛生福利部研究委託計畫）。
- 吳千里（2008），《我國長期照護機構法制之探討》（臺北：東吳大學法律學系碩士在職專班法律專業組碩士論文）。
- 吳水木（2007），〈政府行銷〉，《研習論壇月刊》，第 70 期，頁 317-326。
- 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》，第 136 期，頁 251-263。
- 吳玉琴（2013），〈照顧服務人力的培育與留任〉，《社區發展季刊》，第 141 期，頁 113-130。
- 吳肖琪等（2007），〈我國長期照護相關法規之探討〉，《長期照護雜誌》，第 11 卷第 1 期，頁 35-50。
- 吳肖琪、蔡閭閭、葉馨婷（2015），〈我國長照政策之發展趨勢及對護理專業的影響〉，《護理雜誌》，第 62 卷第 5 期，頁 11-17。
- 吳肖琪等（2009），《長期照護保險法制服務輸送及照顧管理之評估》（臺北：行政院經濟建設委員會）。
- 吳芝儀、李奉儒譯（2008），《質的評鑑與研究》（臺北：桂冠圖書股份有限公司）；原著：Michael Quinn Patton, *Qualitative Evaluation and Research Methods*, London: SAGE Publications Ltd., 1980.
- 吳定（2003），《政策管理》（臺北：聯經出版社）。
- 吳定（2006），《公共政策辭典》（臺北：五南圖書出版股份有限公司）。
- 吳定（2004），《公共政策》（臺北：國立空中大學出版中心）。
- 吳定（2008），《公共政策》（臺北：五南圖書出版股份有限公司）。

- 吳淑瓊（2005），〈人口老化與長期照護政策〉，《國家政策季刊》，第 4 期，頁 5-24。
- 吳淑瓊（1998），《配合我國社會福利制度之長期照護政策研究》（臺北：行政院研究發展考核委員會）。
- 李玉春、林麗嬋、吳肖琪、鄭文輝、傅立葉、與衛生署長期照護保險籌備小組（2013），〈台灣長期照護保險之規劃與展望〉，《社區發展季刊》，第 141 期，頁 26-44。
- 李世代（2010），〈『長期照護』的發展與推動〉，《臺灣醫界》，第 53 卷第 1 期，頁 44-50。
- 汪子錫（2004），〈警察機關整合行銷傳播運用研究〉，收錄於《通識教育與警察學術研討會論文集》（桃園：中央警察大學），頁 119-146。
- 汪正洋（2006），〈地方政府推動地方策略性行銷管理〉，《中國地方自治》，第 59 卷第 6 期，頁 19-36。
- 汪正洋（2012），《圖解公共政策》（臺北：五南圖書出版股份有限公司）。
- 邱月雲、陳素春（2016），〈老人福利法規及老人福利政策發展趨勢〉，《律師雜誌》，第 326 期，頁 19-26。
- 邱泯科、徐伊玲（2005），〈老人居家照顧服務員考訓現狀與工作困境之探討〉，《社區發展季刊》，第 110 期，頁 284-300。
- 邱慈穎、陳雅美（2018），〈長照整合機制概述〉，《長期照護雜誌》，第 22 卷第 1 期，頁 1-5。
- 易君博（1999），《政治理論與研究方法》（臺北：三民書局）。
- 林文祥（2007），《我國自然人憑證政策行銷之研究》（臺中：東海大學公共行政學系碩士論文）。

- 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》,第 1 卷第 1 期,頁 1-46。
- 林谷燕 (2018),《長期照顧給付法制化之研究-以當前德奧長期照顧給付法為借鏡》(科技部專題研究計畫)。
- 林欣怡 (2015),〈借鏡美國老人全包式照護計畫〉,《全民健康保險雙月刊》,第 115 期,頁 30-33。
- 林佳慧 (2005),〈公部門政策行銷策略之研究〉,《T&D 飛訊》,第 133 期,頁 1-10。
- 林郁舒 (2015),〈專業差異對照顧管理業務執行之影響—北部照管專員觀點之分析〉,《社區發展季刊》,第 151 期,頁 256-269。
- 林淑萱 (2009),〈英國社區照顧改革的省思〉,《社區發展季刊》,第 124 期,頁 180-189。
- 林梓芸 (2013),《臺中市政府對身心障礙鑑定與需求評估新制之政策行銷研究》(嘉義:南華大學國際暨大陸事務學系公共政策研究碩士班碩士論文)。
- 林萬億 (2016),〈展望下階段的長期照顧政策〉,《社區發展季刊》,第 153 期,頁 1-4。
- 林嘉薇 (2015),《台灣長期照顧服務法對長照機構的影響》(臺中:亞洲健康產業管理學系長期照護組碩士在職專班碩士論文)。
- 林麗嬋、吳肖琪等 (2012),《長期照護機構感染控制現況調查及管理架構規劃》(臺北:行政院衛生署疾病管制局 100 年度科技研究發展計畫)。
- 〈長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法〉(自 2017 年 6 月 3 日施行)。
- 周寶鈺 (2009),《以照顧管理專員觀點探討長期照顧管理中心工作情

- 境之困境：現象學研究》(臺北：臺北醫學大學護理學系碩士暨碩士在職專班碩士論文)。
- 房書平 (2005)，《政策行銷策略之研究-以臺中市新社花海》(臺中：國立中興大學國家政策與公共事務研究所碩士論文)。
- 金國誠 (2010)，《我國居家照護政策執行之評估》(臺北：國立臺灣大學政治學研究所碩士論文)。
- 信明堂、張志強、曹俊喜、方世榮 (1997)，《企業概論》(臺北：五南圖書出版股份有限公司)。
- 胡敏琪 (2008)，《行動台灣應用推動計畫政策行銷之研究》(臺北：國立臺北大學公共行政學系碩士論文)。
- 胡曉雲、張健康 (2007)，《現代廣告學》(浙江：浙江大學出版社)。
- 高小筑、謝奇任、林心涵 (2014)，〈新竹市國中小學推展全民國防教育之評估〉，《軍事新聞論壇》，第 2 期，頁 145-163。
- 翁興利 (2004)，《政策規劃與行銷》(臺北：華泰文化事業)。
- 孫本初、傅岳邦 (2009)，〈行銷型政府的治理模式：政策行銷與政策網絡整合的觀點〉，《文官制度季刊》，第 1 卷第 4 期，頁 25-55。
- 徐逸民 (2019)，《長期照顧管理概論》(臺北：中華民國護理師護士公會全國聯合會)。
- 梁亞文、劉立凡、林育秀 (2010)，〈英日兩國長期照顧制度對推動我國長期照顧之意涵〉，《長期照顧雜誌》，第 3 卷第 14 期，頁 311-324。
- 張世賢 (2005)，《公共政策分析》(臺北：五南圖書出版股份有限公司)。
- 張竣傑 (2018)，〈從偏鄉社區照顧開展至整合照顧模式 (BC) —以宜蘭縣大同鄉為例〉，《長期照護雜誌》，第 22 卷第 1 期，頁 25-31。

- 張緯良(2015),《企業概論：掌握本質創造優勢》(新北：前程文化)。
- 郭生玉(1991),《心理與教育研究法》(臺北：精華書局)。
- 郭思妤譯(2007),《科特勒談政府如何做行銷》(臺北：臺灣培生教育), 原著 Lee Nancy R. & Kotler Philip, *Marketing in the Public Sector: A Roadmap for Improved Performance*, New Jersey: Pearson Education, 2007.
- 郭振昌(2016),〈臺灣長期照顧錢從哪裡來？保險制與稅收制抉擇的政策分析〉,《社區發展季刊》,第154期,頁307-320。
- 郭添漢(2013),〈我國募兵制招募政策與作為檢視〉,《國防科技與管理》,第1卷第28期,頁117-132。
- 國家發展委員會(2017),《長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告》(臺北：國家發展委員會委託研究)。
- 國家發展委員會(2014),《未來十年我國外勞政策變革方向之研究》(臺北：國家發展委員會委託研究報告)。
- 許明瑾、謝滄洲、陳玫華、何寬滄(2019),《探討民眾對於老年長照的認知》(新竹：明新科技大學企業管理系畢業專題研究報告)。
- 陳文炯、潘思璇(2017),〈長照法人面面觀與立法建議〉,《會計師季刊》,第273期,頁49-54。
- 陳正芬(2011),〈我國長期照顧政策之規劃與發展〉,《社區發展季刊》,第133期,頁192-203。
- 陳正芬、官有垣(2011),〈臺灣機構式長期照顧服務組織屬性與政府相關政策演變之探討〉,《社會政策與社會工作學刊》,第15卷第1期,頁91-153。
- 陳向明(2002),《社會科學質的研究》(臺北：五南圖書出版股份有限公司)。

- 陳君山 (1997),〈德國照護保險制度之探究〉,《社區發展季刊》,第 78 期,頁 105-122。
- 陳南松、潘忠煜 (2010),〈一般護理之家督導考核結果研究—以中部某縣市為例〉,《台灣老年醫學暨老年學雜誌》,第 5 卷第 4 期,頁 277-286。
- 陳家瑜 (2013),《照顧好我們的照顧者：我國照顧服務人員就業歷程及人力發展之探討》,(臺南：國立中正大學勞工關係學系暨研究所碩士論文)。
- 陳琄、姚雨靜 (2003),《考察美國社會保險制度外籍勞工承保實務作業並蒐集美國年金制度相關資料心得報告》(臺北：行政院勞工保險局出國報告)。
- 陳敦源、魯炳炎 (2008),〈創造共識：民主治理中的政策行銷管理〉,《研考雙月刊》,第 32 卷第 2 期,頁 3-15。
- 陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟、翟文英 (2009),《長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估》(臺北：行政院經濟建設委員會委託研究計畫)。
- 清水公一著,胡曉雲他訳 (2005),《廣告理論戰略》(北京：北京大學出版社)。
- 曾妙慧、呂慧芬 (2013),〈由社會福利政策綱領談日本社區整合性照護體系〉,《社區發展季刊》,第 141 期,頁 442-463。
- 曾淑英 (2008),《子女奉養態度、長期照護認知與費用之分析—以中部地區為例》(臺中：朝陽科技大學保險金融管理系碩士班碩士論文)。
- 曾慧姬、陳靜敏、李孟芬、蔡淑鳳 (2010),〈台灣長期照顧管理中心運作現況探討〉,《長期照護雜誌》,第 14 卷第 2 期,頁 161-176。

- 傅從喜（2019），〈長期照顧 2.0 初期的資源佈建與服務發展〉，《國土及公共治理季刊》，第 7 卷第 3 期，頁 60-71。
- 黃光雄、簡茂發主編（1991），《教育研究法》（臺北：師大書苑）。
- 黃源協、吳書昀、陳正益（2011），〈政府推動長期照顧服務機制之評估研析〉，《研考雙月刊》，第 35 卷第 3 期，頁 56-70。
- 黃源協、陳伶珠、童尹迪（2004），《個案管理與照顧管理》（臺北：雙葉書廊）。
- 黃愛玲等（2013），〈強化政府機關政策行銷作法之探討-以新北市政府稅捐稽徵處推廣地方稅網路申報為例〉，《國家文官學院 T&D 飛訊》，第 160 期，頁 1-15。
- 黃榮源、謝耀霆（2009），〈台北市節能減碳政策之研究：以政策行銷角度分析〉，《文官制度季刊》第 1 卷第 4 期，頁 79-110。
- 黃榮護（2000），《公共管理》（臺北：商鼎文化出版社）。
- 黃瓊瑤（2012），《花蓮縣長期照顧十年計畫政策行銷之研究》（花蓮：國立東華大學公共行政研究所碩士論文）。
- 華力進（1995），《政治學》（臺北：五南圖書出版股份有限公司）。
- 賀凌虛、許介麟、朱志宏、朱法源（1982），《增額監察委員選舉方式之研究》（臺北：中央選舉委員會）。
- 葉至誠（2011），《老人福利國借鑑》（臺北：秀威資訊）。
- 楊志良（2010），〈我國長期照護現況與展望〉，《研考雙月刊》，第 34 卷第 3 期，頁 86-91。
- 楊秀敏（2005），《政策行銷策略之研究：以限用塑膠袋政策為例》（臺北：國立政治大學公共行政研究所碩士論文）。
- 楊晴宇（2003），《台北市垃圾費隨袋徵收政策行銷之研究》（臺北：私立中國文化大學政治學研究所公共行政組碩士論文）。

- 楊雅筑 (2015),《民眾對於長期照護制度的認知與商業型長期照護保險購買意願之研究》(臺北:銘傳大學風險管理與保險學系碩士在職專班碩士論文)。
- 楊國樞、文崇一、吳聰賢、李亦園 (1989),《社會及行為科學研究法》(臺北:臺灣東華書局)。
- 楊儒源等 (2012),〈強化政府機關政策行銷作法之探討-以小型車後座係安全帶為例〉,《國家文官學院 T&D 飛訊》,第 147 期,頁 1-12。
- 詹火生、林青璇 (2002),《老人長期照護政策-國家干預觀點之分析》(臺北:國政研究報告:社會(研)091-018 號)。
- 詹弘廷、黃源協(2014),〈從出院準備服務談衛生與社會福利的整合〉,《社區發展季刊》,第 145 期,頁 143-149。
- 廖以甄 (2013),《政府應用 web 2.0 於政策行銷之研究-以臉書為例》(臺中:東海大學行政暨政策研究所碩士論文)。
- 廖永柔 (2016),《跨域治理機制之政策行銷-以中臺區域合作發展平台為例》(臺中:逢甲大學公共政策研究所碩士論文)。
- 廖志軒 (2011),《政策行銷之研究-以台中市交通電子票證為例》(臺中:逢甲大學公共政策研究所碩士論文)。
- 劉品君(2016),《影響都會區私立小型長照機構發展關鍵因素之研究》(臺北:國立臺北大學公共行政暨政策學系碩士論文)。
- 劉金山(2013),〈從長期照顧政策發展趨勢論人力培育規劃之方向〉,《社區發展季刊》,第 142 期,頁 304-316。
- 劉家勇 (2015),〈社區獨居老人社會照顧模式之研究:以台灣及日本在宅服務方案為例〉,《台灣社區工作與社區研究學刊》,第 5 卷第 2 期,頁 49-96。

- 劉怒忠 (2012),《我國招募志願役士兵之政策執行：政策行銷觀點之應用》(桃園：國防大學戰略研究所戰略與國際事務碩士班碩士論文)。
- 魯炳炎(2007),〈政策行銷理論意涵之研究〉,《中國行政》,第 78 期,頁 31-53。
- 魯炳炎(2007),《公共政策行銷理論之研究：應然面與實然面的對話》(新北：韋伯文化國際出版有限公司)。
- 魯炳炎 (2011),〈「以議題為中心，以政策為本位」：是行銷政策還是政策行銷？〉,《T&D 飛訊》,第 132 期,頁 1-21。
- 潘明宏、陳志瑋譯 (2001),《社會科學研究方法》(臺北：韋伯文化國際出版有限公司); 原著 Chava Frankfort-Nachmias & Davis Nachmias, *Research methods in the social sciences, fifth edition*, New York: St. Martin's Press, 1996.
- 鄭文輝、呂朝賢(2010),〈我國長期照護服務輸送之公私力協力探討〉,發表於《2010 年社會福利論壇-NPO 非營利組織的發展與前瞻研討會》(臺北：中華救助總會)。
- 蔡宛妤 (2016),《長期照顧機構社會工作人員工作壓力、壓力因應與生活品質之研究》(屏東：美和科技大學健康照護研究所碩士論文)。
- 蔡啟源 (2010),〈我國長期照顧服務之檢視〉,《社區發展季刊》,第 129 期,頁 410-425。
- 衛生福利部 (2015),〈立法院社會福利及衛生環境委員會「針對家庭照顧者提供喘息服務以減輕照顧負擔之具體改善作為及長照服務財源採社會保險制或稅收制之國際比較與國內現況探討」專案報告〉。
- 衛生福利部 (2016),《長期照顧十年計劃 2.0 (106~115) 核定本》(臺

北：衛生福利部)。

衛生福利部(2018),《超越醫療天塹_全民健保二期規劃紀實-電子書》

(臺北：衛生福利部)。

衛生福利部 104 年 6 月 3 日華總一義字第 10400064391 號令，公布長期照顧服務法，已完成照顧管理專員及照顧管理督導及醫事專業人員三階段之課程規劃。

衛生福利部 2020 年 5 月 19 日衛部顧字第 1091961263 號公告修訂〈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〉。

謝佑晟(2013),《以政策行銷途徑評估臺北市自行車道政策-跨機關協力之審視》(臺北：國立政治大學公共行政學系研究所碩士論文)。

謝美娥(1993),《老人長期照護的相關論題》(臺北：桂冠圖書股份有限公司)。

謝智旭(2013),《健康城市建構下一客庄地區失能老人居家服務滿意度調查研究：以苗栗縣為例》(苗栗：國立聯合大學經濟與社會研究所碩士論文)。

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》,第 128 期,頁 324-341。

蕭晴惠、林國榮、成之約、陳惠姿(2015),《外籍看護工外展看護服務試辦計畫成效及影響評估》(臺北：勞動部勞動力發展署 2014 年度委託研究計畫期末報告)。

鍾秉正(2006),〈德國長期照護法制之經驗〉,《長期照護雜誌》,第 10 卷第 2 期,頁 119-135。

顏家棟、李雪吟(2009),〈桃園縣地方文化館傳播行銷策略與傳播效

果之研究》，《國際文化研究》，第 5 卷第 2 期，頁 87-116。

羅一貴 (2011)，《桃園縣國小推動客語生活學校計畫之成效－政策行銷的角度》(桃園：中央大學客家研究碩士在職專班碩士論文)。

羅慧文 (2017)，《從營運資源探討民間安養長照機構經營之困境》(桃園：中原大學企業管理研究所碩士論文)。

蘇建仁 (2018)，〈從地方看滾動式修正的長照 2.0 政策及跨部門整合〉，《台灣社會研究季刊》，第 109 期，頁 187-197。

蘇偉業 (2007)，〈政策行銷：理論重構與實踐〉，《中國行政評論》，第 1 卷第 16 期，頁 1-34。

貳、外文資料

Altman, John A. & Ed Petkus, Jr. (1994), Toward a Stakeholder-based Policy Process: An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development, *Policy Sciences*, Vol. 27, No. 1, pp. 37-51.

Alvesson, M. & Deetz, S. (2000), *Doing Critical Management Research*, London: SAGE Publications Ltd.

Ball, M. Scott (2004), *Aging in Place: A Toolkit for Local Governments*, Atlanta: Atlanta Regional Commission.

Booms, Bernard H. & Bitner, Mary Jo (1981), Marketing Strategies and Organizational Structures for Service Firms, paper presented in *Marketing of Services*, James H. Donnelly & William R. George, eds., Chicago: American Marketing Association, pp. 47-51.

Bozeman, B. & Scott, P. (1992), Bureaucratic Red Tape and Formalization: Untangling the Conceptual Knots, paper presented at the Annual Research Conference of the Associations for Public Policy Analysis and Management, Denver, pp. 29-31.

- Burton, S. (1999), Marketing for Public Organizations: New Ways, New Method, *Public Management*, 1(3), pp. 373-385.
- Butler, Robert N. (1969), Age-Isms: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4, pp. 243-246.
- Buurma, H. (2001), Public policy marketing: Exchange in the public sector, *European Journal of Marketing*, Vol. 35, No. 11, pp. 1287-1300.
- Chapman, D. & Cowdell, T. (1998), *New Public Sector Marketing*, London: Pitman Publishing.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016), Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10).
- Crompton, John L. & Lamb, Charles W. Jr. (1986), *Marketing Government and Social Services*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Djakeli, K. & Jakeli, T. (2016), Health Reforms Need Marketing - Analyzing Current Georgian Healthcare Model through Reform Marketing Matrix (RMM), *Journal of Business*, Volume 5, Issue 2, pp. 7-15.
- Easton, D. (1953), *The Political System. An Inquiry into the State of Political Science*, New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- European Commission (2012), *Long term care for the elderly: provisions in 33 European countries*, Brussels: European Union.
- Graf, Carla L. (2008), The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, *Medsurg Nursing*, 18(5), pp. 315-316.
- Kane, Rosalie A. & Kane, Robert L. (1987), *Long-term care: Principles, programs, and policies*, New York: Springer Publishing Co.
- Kane, Robert L. (1995), Improving the quality of long-term care, *The*

- Journal of the American Medical Association*, 273(17), pp. 1376-1380.
- Kinsella, K. & He, W. (2009), *An Aging World: 2008 International Population Reports*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Kodner, Dennis L. (2004), Beyond care management: The logic and promise of vertically integrated systems of care for the frail elderly, in Martin Knapp, David Challis, Jose-Luis Fernandez & Ann Netten, *Long-term care: Matching resources and needs*, London: Ashgate, pp. 101-117.
- Kotler P. (1982), *Marketing for Nonprofit Organizations*, Delhi: Prentice-Hall of India.
- Kotler, P. (1988), *Marketing Management, sixth edition*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kotler, P. & Armstrong, G. (1991), *Principles of Marketing, fifth edition*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Kotler, P. & Gerald, Z. (1971), Social Marketing: An Approach to Planned Social Change, *Journal of Marketing*, Vol. 35, pp. 3-12.
- Kotler P. & Lee, Nancy R. (2007), *Marketing in the Public Sector: A Roadmap for Improved Performance*, New Jersey: Pearson Education.
- Kotler P. & Lee, Nancy R. (2008), *Social Marketing: Improving the Quality of Life*, CA: SAGE publications.
- Kotler, P. & Levy, Sidney J. (1969), Broadening the Concept of Marketing, *Journal of Marketing*, 33(1), pp. 10-15.
- Lamb, Charles W. Jr. (1987), Public sector marketing is different, *Business Horizons*, Volume 30, Issue 4, pp. 56-60.
- Levitt, T. (1960), Marketing Myopia, *Harvard Business Review*, pp. 1-15.
- McCarthy, E. Jerome (1960), *Basic marketing, a managerial approach*,

- Homewood: Richard D. Irwin, Inc.
- Mokwa, Michael P. & Permut, Steven E. (1981), *Government marketing: Theory and practice*, New York: Praeger Publishers.
- Morrison, Alastair M. (1989), *Hospitality and Travel Marketing*, New York: Delmar Publishers.
- OECD (2005), *The OECD Health Project Long-Term Care for Older People*, Paris: OECD.
- Pandya, A. & Dholakia, N. (1992), An Institutional Theory of Exchange in Marketing, *European Journal of Marketing*, Vol. 26, No. 12, pp. 9-41.
- Patton, Michael Q. (1990), *Qualitative evaluation and research methods, second edition*, Newbury Park, CA: SAGE Publications Ltd.
- Rubin, Herbert J. & Rubin, Irene S. (2005), *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data, second edition*, CA: SAGE Publications Ltd.
- Sargeant, Adrian (2009), *Marketing Management for Nonprofit Organizations, third edition*, New York: Oxford University Press.
- Schultz, Don E. & Tannenbaum, Stanley I. & Lauterborn, Robert F. (1993), *Integrated Marketing Communications*, Lincolnwood: NTC Business Books.
- Shaw, L. (2014), Program of All-Inclusive Care for the Elderly: a comprehensive, cost-effective alternative for frail elderly individuals, *North Carolina Medical Journal*, 75(5), pp. 344-345.
- Shi, Leiyu & Singh, Douglas (2010), *Essentials of the U.S. Health Care System, second edition*, Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Shimizu, Koichi (1989), *Advertising Theory and Strategies, first edition (Japanese)*, Tokyo: Souseisha Book Company.
- Shimizu, Koichi (2003), *Symbiotic Marketing Strategy, fourth edition (Japanese)*, Tokyo: Souseisha Book Company.
- Silverman, D. (2005), *Doing Qualitative Research: A Practical*

Handbook, London: SAGE publications.

Snaveley, K. (1991), Marketing in the Government Sector: A Public Policy Model, *American Review of Public Administration*, Vol. 21, No. 4, pp. 311-326.

Solis, B. (2011), *Engage!: The Complete Guide for Brands and Businesses to Build, Cultivate, and Measure Success in the New Web*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Titman, L. (1995), *Marketing in the New Public Sector (Marketing in the Public Sector)*, London: Pitman Publishing.

大原立夫(2008),〈自立支援と権利擁護〉,節錄於菊池馨実編著,《自立支援と社会保障—主体性を尊重する福祉、医療、所得保障を求めて》(東京:日本加除出版)。

菊池馨実(2008),〈社会保障法における人間像〉,《法律時報》,第80卷第11號。

參、網路資源

中華民國長期照護專業協會(2003),《針對臺灣地區未來長期照護人力供需分析與推估之研究報告》(臺北:中華民國長期照護專業協會委託之專題研究成果報告),取自《行政院衛生署》,
<http://1074698.wit.com.tw/>,檢視日期:2020年5月23日。

王兆慶(2017),〈五千億的長照2.0,是否會是一場空?〉,2017年1月12日,取自《端傳媒》,
<https://theinitium.com/article/20170112-opinion-wangmancer-2/>,檢視日期:2020年9月25日。

王鼎棧(2014),〈淺談日本「日常生活自立支援事業」〉,2014年12月21日,取自《中華民國老人福利推動聯盟》,
<http://www.oldpeople.org.tw/ImgOldPeopleOrg/20141221155843.pd>

f，檢視日期：2020 年 8 月 25 日。

尹慧中(2013)，〈長照法草案逐條審查 替長照險 105 年上路打基礎〉，
2013 年 12 月 18 日，取自《鉅亨網》，
<https://news.cnyes.com/news/id/2057379>，檢視日期：2020 年 5 月
29 日。

內政部（2018），〈老人福利〉，2018 年，取自《內政部》，
<http://sowf.moi.gov.tw/17/94/index.htm>，檢視日期：2018 年 4 月
20 日。

立法院（2017），〈長期照顧組織體系整合問題之探討〉，2017 年 11
月，取自《立法院法制局研究成果議題研析》，
<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=163574>，
檢視日期：2020 年 6 月 24 日。

伊佳奇（2014），〈長照不能只靠加薪〉，2014 年 1 月 16 日，取自《中
華民國家庭照顧者關懷總會》，
<https://www.familycare.org.tw/news/9961>，檢視日期：2020 年 5
月 28 日。

全球人壽（2013），〈台灣人口結構驟變，2016 年扶老比將正式超過
扶幼比〉，2013 年，取自《全球大樂退》，
<http://www.transglobe.com.tw/transglobe-web/periodical/191>，檢視
日期：2017 年 8 月 15 日。

行政院（2007），《我國長期照顧十年計劃摘要本（核定本）》（臺北：
行政院），取自《衛服部長照專區》，
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3989-42402-201.html>，檢視日期：2020
年 7 月 6 日。

行政院（2015），《長期照顧服務量能提升計畫 104~107 年（核定本）》

(臺北：衛生福利部)，取自《行政院全球資訊網》，

http://archives.ey.gov.tw/01ey/20160519/www.ey.gov.tw/News_Content4cb63.html?n=0AD1AB287792C301&s=E7A0E347064737E9，

檢視日期：2017 年 9 月 9 日。

行政院經濟建設委員會人力規劃處(2010)，〈德國長期照護保險制度之現況及未來〉，2010 年 8 月 31 日，取自

<http://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvNjIwMC8xNzcxMS8wMDE0MTcwLmRvYWw%3D%3D&n=OTkwODMx5paw6IGe56i%2FLeW%2Bt%2BWci%2BmVt%2Bacn%2BeFp%2Bitt%2BS%2FnemaqumBremBh%2BWVj%2BmhjOWPiuacquS%2BhuWKquWKm%2BaWueWQkS5kb2M%3D&icon=..doc>，檢視日期：2020 年 9 月 22 日。

〈老人照顧相關科系之相關大專校院名單〉，2020 年 1 月 3 日，取自《台北市政府衛生局》，

<http://long-term.hlshb.gov.tw/img/files/eb27599206424124f30a8ce33d504006.pdf>，檢視日期：2020 年 6 月 25 日。

李麗莉(2019)，〈長期照顧財務問題之探討〉，2019 年 12 月，取自《立法院法制局研究成果》，

<https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=6590&pid=190920>，

檢視日期：2020 年 10 月 25 日。

邱啟潤(2014)，〈長期照護的本質與理想是什麼？〉，2014 年 4 月，取自《高醫醫訊》，

<http://www.kmu.org.tw/www/kmcj/data/10304/7.htm>，檢視日期：2018 年 4 月 17 日。

林朝億(2015)，〈蔡英文：長照經費應採稅收制 而非保險制〉，2015 年 9 月 1 日，取自《新頭殼新聞》，

<https://newtalk.tw/news/view/2015-09-01/64143>，檢視日期：2020年7月13日。

〈長期照顧服務法下稅收制之探討〉，取自《朝陽科技大學機構典藏系統》，

<http://ir.lib.cyut.edu.tw:8080/bitstream/310901800/33234/1/201706.pdf>，檢視日期：2020年10月24日。

長期照顧服務法立法歷程，資料來源取自《立法院法律系統》，

<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?00646C0E00DE0000000000000000000001E000000005000000^02588104051500^0002D001001>，檢視日期：2020年12月13日。

皇家護理集團（2020），〈護理之家是什麼？和長照中心（養護型）差別在哪裡？〉，2020年2月4日，取自《皇家護理集團網頁》，

<https://www.royalnursinghome.com.tw/%E8%AD%B7%E7%90%86%E4%B9%8B%E5%AE%B6%E6%98%AF%E4%BB%80%E9%BA%BC/>，檢視日期：2020年9月20日。

施秋蘭（2013），〈我國長期照顧專業人力培育現況與困境〉，《銀髮世紀季刊》，第56期，取自《中華民國老人福祉協會》，

http://www.elderly-welfare.org.tw/tc/information_in.aspx?id=172&chk=02286cef-7735-4810-bb2c-b8e43dd31c24&mid=19¶m=pn%3D2%26mid%3D19，檢視日期：2020年9月25日。

國家發展委員會（2014），〈中華民國103至149年人口推計〉，2014年8月18日，取自《衛生福利部國民長期照護需要調查》，

<https://www.mohw.gov.tw/dl-54905-e0de4fca-aef1-4e66-a278-3a6fca7db08d.html>，檢視日期：2020年6月4日。

國家發展委員會（2008），〈馬英九、蕭萬長醫療政策〉，取自《國家發展委員會》，

<https://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvMC8yNjkzLzAwMjc5MDFfMTgucGRm&n=OTQyNDE3Mzc1MzcxLnBkZg%3D%3D&icon=..pdf>，檢視

日期：2020 年 9 月 17 日。

國軍退除役官兵輔導委員會（2019），〈立法院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議「長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃」書面報告〉，2019 年 9 月 25 日，取自《國軍退除役官兵輔導委員會》，

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3epVjGY2lucJ:misq.ly.gov.tw/MISQ/docu/MISQ3006/uploadFiles/2019091910/92301212306056909000.pdf+&cd=3&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>，

檢視日期：2020 年 8 月 19 日。

陳和謙（2017），〈千變萬化的長照收入名目：在生存與獲利間搖擺的機構道德〉，2017 年 5 月 9 日，取自《公益交流站》，

<https://npost.tw/archives/43800>，檢視日期：2020 年 6 月 5 日。

陳問荷、秦慈襄、林子文、陳婉琪（2017），〈【長照系列二】長照 2.0 財源採稅收制 長期穩定性有待評估〉，2017 年 4 月 28 日，取自《政大-大學報》，

<https://news.cts.com.tw/unews/campus/201704/201704281863886.html>，檢視日期：2020 年 6 月 20 日。

黃志忠（2016），〈台灣長期照顧政策及照顧服務人力發展之探討〉，發表於《2016 年兩岸社會福利研討會》（臺北：財團法人中華文化社會福利事業基金會），頁 193-206，取自

http://www.ccswf.org.tw/S_7100_detail.asp?booksn=20，檢視日期：2020 年 10 月 29 日。

詹火生 (2005),〈日本介護(長期照顧)保險制度現況與展望〉,2005年8月25日,取自《朝陽科技大學》,

<https://lms.ctl.cyut.edu.tw/1997041/doc/177774>,檢視日期:2017

年8月25日。

遠見 (2015),〈半數民眾不懂長照法,九成三沒用過相關服務〉,2015年11月20日,取自《遠見》,<https://www.gvm.com.tw/article/30596>,

檢視日期:2020年6月3日。

監察院新聞稿1、2,Right Plus 編整(2020),〈監院糾正衛福部長照10大缺失:ABC級據點背離初衷,資源疊加傾斜、執行效益低、無稽核機制、權責分工不明〉,2020年6月7日,取自《臺灣公民對話協會》,<https://rightplus.org/2020/06/17/long-term-care2-0/>,
檢視日期:2020年9月24日。

臺中市政府(2018),〈臺中市政府長期照顧跨專業服務個案管理員培訓方案〉,2018年7月9日,取自《臺中市政府衛生局長期照顧管理中心》,

http://ltcc2.health.taichung.gov.tw/ezfiles/0/1000/attach/39/pta_1088_9803231_27833.pdf,檢視日期:2020年9月24日。

臺北市政府(2020),〈1999臺北市民當家熱線〉,取自《臺北市政府研究發展考核委員會》,

<https://rdec.gov.taipei/cp.aspx?n=EE54BD6678096F88>,檢視日期:2020年8月7日。

臺北市政府衛生局(2018),〈107年度長期照護專業培訓課程(Level 1)第四梯次簡章〉,取自《新北市衛生局》,

https://www.health.ntpc.gov.tw/archive/health_ntpc/6/file/%E9%95%B7%E6%9C%9F%E7%85%A7%E8%AD%B7%E5%B0%88%E6%A5%AD%E5%9F%B9%E8%A8%93%E8%AA%B2%E7%A8%8

B(Level1)%E7%B0%A1%E7%AB%A0.pdf，檢視日期：2020 年 6 月 12 日。

臺灣國際勞工協會（2017），〈「請一個外勞仔」？被外勞取代的台灣長照〉，2017 年 6 月 26 日，取自《TIWA 臺灣國際勞工協會》，
<https://www.tiwa.org.tw/%e3%80%8c%e8%ab%8b%e4%b8%80%e5%80%8b%e5%a4%96%e5%8b%9e%e4%bb%94%e3%80%8d%ef%bc%9f%e8%a2%ab%e5%a4%96%e5%8b%9e%e5%8f%96%e4%bb%a3%e7%9a%84%e5%8f%b0%e7%81%a3%e9%95%b7%e7%85%a7/>，檢視日期：2020 年 6 月 1 日。

經濟部國際貿易局（2020），〈經濟合作發展組織（OECD）簡介〉，2020 年 5 月，取自
<https://www.trade.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeID=251>，檢視日期：2020 年 9 月 21 日。

傳播學百科（2018），〈文獻分析法的優點與缺點〉，取自《傳播學百科網》，<http://www.chuanboxue.org/index.php?doc-view-2754.htm>，
檢視日期：2018 年 6 月 15 日。

劉惠敏（2017），〈長照 2.0 版正式上路，變得更好嗎？〉，2017 年 1 月 2 日，取自《報導者》，
<https://www.twreporter.org/a/opinion-long-term-care-version2>，檢視日期：2020 年 6 月 4 日。

蔡怡娜（2005），〈陪我到盡頭——從瑞典看台灣的長期照護〉，2005 年，取自《臺大智活智齡研究群》，
<http://ewpg.insight.ntu.edu.tw/l2-3850625105210403043338957mdash2447829790208563047521488287713034038263263992903135703.html>，檢視日期：2017 年 8 月 25 日。

蔡欣潔、黃珮婷（2016），〈「長照革命」：他引入日本「自立支援」照

顧法，讓失能長者向尿布、臥床、約束說不！》，2016 年 10 月 21 日，取自《社企流》，
<https://www.seinsights.asia/article/3289/3274/4394>，檢視日期：2020 年 8 月 25 日。

蔡淑鳳（2016），〈長期照顧十年計畫 2.0 報告〉，2016 年，取自《衛生福利部網站》，
http://www.mohw.gov.tw/cht/LTC/DM1_P.aspx?f_list_no=976&fod_list_no=0&doc_no=55616，檢視日期：2020 年 5 月 16 日。

鄧桂芬報導(2019)，〈長照 2.0 服務 24 萬人 陳時中：太多人不知道〉，2019 年 6 月 25 日，取自《聯合報》，
<https://health.udn.com/health/story/6631/3892127>，檢視日期：2020 年 6 月 4 日。

衛生福利部(2018)，〈107 年長照給付及支付基準，及相關推動事宜〉，2018 年 1 月 9 日，取自《衛生福利》，
<https://www.mohw.gov.tw/dl-49446-15a2346c-92d6-4096-b3ff-3d9439241c30.html>，檢視日期：2020 年 6 月 3 日。

衛生福利部（2018），〈107 年度「預防及延緩失能照護計畫」申請作業須知〉，2018 年 2 月 7 日，取自《衛生福利部》，
<https://www.chshb.gov.tw/download/index.php?mode=dl&id=1026&no=1>，檢視日期：2020 年 7 月 28 日。

衛生福利部（2019），〈108 年度「長期照顧醫事人員暨照顧管理人員專業課程繼續教育訓練計畫」〉，2019 年 7 月 26 日，取自《衛生福利部》，<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-47384-1.html>，檢視日期：2020 年 5 月 15 日。

衛生福利部（2019），〈108 年度「長期照顧醫事人員暨照顧管理人員專業課程繼續教育訓練計畫」申請補助作業規定〉，2019 年 7 月

29 日，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-47384-1.html>，檢視日期：2020 年 5 月 15 日。

衛生福利部（2019），〈108 年度「復能多元服務試辦計畫」申請作業須知〉，2019 年 1 月 23 日，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/dl-51068-dbdd4cf3-cf0d-490f-a53b-e34a0f8ae20d.html>，檢視日期：2020 年 7 月 24 日。

衛生福利部（2020），〈109 年度「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」申請獎助作業規定〉，2019 年 9 月，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/dl-56179-805163e1-3648-4fbc-964a-6cde29de62c8.html>，檢視日期：2020 年 7 月 24 日。

衛生福利部（2018），〈一般護理之家評鑑專區計畫內容〉，2018 年 2 月 28 日，取自《衛生福利部一般護理之家評鑑專區》，

<http://webcare.twaea.org.tw/about.php>，檢視日期：2020 年 9 月 20 日。

衛生福利部（2019），〈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「長照 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告，2019 年 5 月 9 日，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/dl-53891-a30c6a62-26ad-4e63-a98d-ee80247e1d4e.html>，檢視日期：2020 年 7 月 18 日。

衛生福利部（2019），〈立法院第 9 屆第 8 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議「長期照顧十年計畫 2.0 執行情形、困境及未來規劃」專案報告〉，2019 年 9 月 25 日，取自《衛生福利部》，

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pr8CDO_F8UIJ:https://www.mohw.gov.tw/dl-56429-31edfec1-68df-4de1-b30

[d-a2b214f68076.html+&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw](#)，檢視日期：2020 年 7 月 22 日。

衛生福利部（2017），〈長期照顧十年計畫 2.0 報告〉，2017 年 11 月 17 日，取自《衛生福利部》，

<https://www.ey.gov.tw/File/1326FCFD11C41A56?A=C>，檢視日期：2020 年 6 月 3 日。

衛生福利部（2016），〈長期照顧的整體政策藍圖〉，2016 年 7 月 21 日，取自《衛福部長照專區》，

<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3635-42393-201.html>，檢視日期：2020 年 11 月 19 日。

衛生福利部（2019），〈長照基金財源收入無虞 服務資源穩定提升〉，2019 年 9 月 20 日，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/cp-4253-49404-1.html>，檢視日期：2020 年 7 月 9 日。

衛生福利部（2017），〈長照 2.0 懶人包〉，2017 年 10 月 31 日，取自《衛福部長照專區》，

<https://www.mohw.gov.tw/dl-41398-de03f2b4-64b0-4d1a-9b01-18bf2f7cadb8.html>，檢視日期：2020 年 12 月 16 日。

衛生福利部（2017），〈社區照顧的另一種選擇--小規模多機能服務中心〉，2017 年 8 月 17 日，取自《衛生福利部》，

<https://www.mohw.gov.tw/cp-2622-9173-1.html>，檢視日期：2020 年 7 月 22 日。

衛生福利部（2018），〈服務單位提供掛牌〉，2018 年，取自《衛生福利部》，<https://www.facebook.com/mohw.gov.tw>，檢視日期：2018 年 4 月 17 日。

衛生福利部(2018),〈(南投縣)有外籍看護還是可以獲得「長照 2.0」照護〉,2018 年 11 月 2 日,取自《衛生福利部長照專區縣市最新消息》,<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3641-45069-201.html>,檢視日期:2020 年 8 月 5 日。

衛生福利部(2018),〈原住民族地區長期照顧整合型服務試辦計畫(107-108 年度)徵求作業說明書〉,2018 年 10 月 12 日,取自《衛生福利部》,
<https://www.mohw.gov.tw/dl-47802-6021b843-c59c-40ef-9b06-a3493ef8a587.html>,檢視日期:2020 年 7 月 24 日。

衛生福利部(2018),〈「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」參與醫院名單〉,2018 年 10 月 25 日,取自《衛生福利部長照專區》,<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4009-42464-201.html>,檢視日期:2020 年 8 月 12 日。

衛生福利部(2018),〈對於照顧服務人力不足,政府有何策略?〉,2018 年 8 月 17 日,取自《衛福部長照專區》,
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3973-37979-201.html>,檢視日期:2020 年 10 月 25 日。

衛生福利部(2020),〈縣市政府辦理社區整合型服務中心(A)注意事項與派案原則〉,2020 年 3 月 3 日,取自《衛福部長照專區》,
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4006-42523-201.html>,檢視日期:2020 年 8 月 12 日。

賴其萬(2010),〈有一天我們都會變老,誰會照顧我們?〉,2010 年 5 月 1 日,取自《點亮臺灣》,http://iing.tw/policies/long-term_care,檢視日期:2017 年 8 月 25 日。

聯合報(2018),〈地方執行率僅 64% 長照經費看得到用不到?〉,

2018 年 3 月 30 日，取自《聯合報》，

<https://news.housefun.com.tw/news/article/718317192051.html>，檢

視日期：2018 年 3 月 30 日。

American Marketing Association (2020), available at

<https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>,

accessed on 10th September 2020.

Beard, John R. et al. (2016), The World report on ageing and health: a

policy framework for healthy ageing, *The Lancet, health policy*,

Volume 387, Issue 10033, pp. 2145-2154, available at

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00516-4/fulltext)

[00516-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00516-4/fulltext), accessed on 4th November 2020.

Beard, John R. & Bloom, David E. (2015), Towards a comprehensive

public health response to population ageing, *The Lancet, Viewpoint*,

Volume 385, Issue 9968, pp. 658-661, available at

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61461-6/fulltext)

[61461-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61461-6/fulltext), accessed on 4th November 2020.

Dent, E., Kowal, P. & Hoogendijk, Emiel O. (2016), Frailty measurement

in research and clinical practice: A review, *European Journal of*

Internal Medicine, Volume 31, pp. 3-10, available at

[https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(16\)30027-9/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(16)30027-9/fulltext),

accessed on 5th November 2020.

Kotler, P. & Keller, Kevin L. (2012), *Marketing Management, fourteenth*

edition, New York: PEARSON, available at

[http://socioline.ru/files/5/283/kotler_keller_-_marketing_manageme](http://socioline.ru/files/5/283/kotler_keller_-_marketing_management_14th_edition.pdf)

[nt_14th_edition.pdf](http://socioline.ru/files/5/283/kotler_keller_-_marketing_management_14th_edition.pdf), accessed on 10th September 2017.

Lauterborn, Robert F. (1990), New marketing litany; Four P's passe;

C-words take over, paper presented in the Forum of Advertising Age,

pp. 26-27, available at

http://www.rlauterborn.com/pubs/pdfs/4_Cs.pdf., accessed on 6th November 2020.

Levitt, T. (2004), Marketing Myopia, *Harvard Business Review*, available at
[file:///D:/Users/hp400g3/Downloads/Marketing%20Myopia%20\(3\).pdf](file:///D:/Users/hp400g3/Downloads/Marketing%20Myopia%20(3).pdf), accessed on 10th September 2020.

Maurice, John (2016), WHO puts healthy ageing on the front burner, *The Lancet, World Report*, Volume 387, Issue 10014, pp.109-110, available at
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01365-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01365-3/fulltext), accessed on 5th November 2020.

National PACE Association (2019), What Is PACE? Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), available at
<https://www.mass.gov/service-details/what-is-pace>, accessed on 12th October 2019.

OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, available at
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/47884520.pdf>, accessed on 17th September 2019.

O'Shaughnessy, Carol V. (2014), The Basics: National Spending for Long-Term Services and Supports, paper presented at the National Health Policy Forum, Washington, pp. 1-2, available at
[www.nhpf.org/library/the-basics/Basics LTSS 03-27-14.pdf](http://www.nhpf.org/library/the-basics/Basics_LTSS_03-27-14.pdf), accessed on 5th November 2020.

Peter Drucker Quotes (2020), Brainy Media Inc, available at
https://www.brainyquote.com/quotes/peter_drucker_154444, accessed on 10th September 2020.

Qu, Sandy & Dumay, John (2011), The qualitative research interview, *Qualitative Research in Accounting & Management*, Volume. 8,

Issue 38, pp. 243-347, available at
https://www.researchgate.net/publication/227430203_The_qualitative_research_interview, accessed on 9th September 2017.

Quintin (2008), 〈看護工向前衝：你應該知道的高齡社會現況〉，2008年1月11日，取自《Quintin・穿越浮世繪》，
<http://life.quintinyang.net/?p=735>，檢視日期：2020年8月7日。

Stall, N. (2012), Time to end ageism in medical education, *Canadian Medical Association Journal*, 184(6), p. 728, available at
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314047/>, accessed on 11th October 2018.

Tarazona-Santabalbina, F. J., Gómez-Cabrera, M. C., Pérez-Ros, P. et al. (2016), A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial, *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), pp. 426-433, available at
[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)00057-8/pdf](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)00057-8/pdf), accessed on 12th October 2020.

U 值媒 (2019), 〈只給家屬一口氣的長照喘息服務〉，2019年10月13日，取自《聯合新聞網》，
<https://udn.com/umedia/story/12755/4102712>，檢視日期：2020年7月22日。

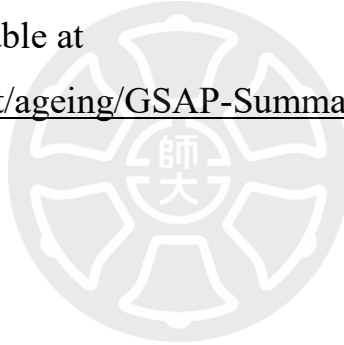
Wikipedia-Menu cost, available at
https://en.wikipedia.org/wiki/Menu_cost, accessed on 27th August 2020.

Wikipedia-7Cs COMPASS MODEL, available at
https://ja.wikipedia.org/wiki/7Cs_COMPASS_MODEL, accessed on 6th November 2020.

World Health Organization (2017), *World report on ageing and health*, Geneva: World Health Organization, available at <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, accessed on 31st October 2020.

World Health Organization (2017), *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, Geneva: World Health Organization, available at <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/integrated-care-older-people/en/>, accessed on 11th October 2020.

World Health Organization (2016), *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020), A framework for coordinated global action by the World Health Organization*, Geneva: World Health Organization, available at <https://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf>, accessed on 11th October 2020.



附錄 訪談對象與訪談大綱

壹、訪談對象

本研究受訪對象區分四類：公部門（政策制定者或執行者，含中央機關主司長照政策人員、地方政府執行長照政策人員）、專業人士（學者、專業護理人員、長照社工）、民間單位（長照服務提供者，含長照機構或相關基金會之主管、照管人員、照顧服務員、社工人員）、利害關係人（長照服務使用者，含受益當事人或眷屬）。

有效訪談共 14 人，其中公部門 2 人、專業人士 3 人、民間單位 4 人、利害關係人 5 人。每位受訪者訪談時間約 60 分鐘，部分訪談時間逾 1 小時，最長達 109 分鐘。

本文中使用之訪談者代碼編號如下：

P：公部門（P01, P02）

S：專業人士（S01, S02, S03）

C：民間單位（C01, C02, C03, C04）

R：利害關係人（R01, R02, R03, R04, R05）

談對象資料表

代號	分 類	受 訪 人	單 位 / 地 區
P01	公部門	副研究員	中央政府
P02	公部門	科長	縣市政府
S01	專業人士--學者	助理教授	大學
S02	專業人士--護理	護理長	長照機構
S03	專業人士—社工	林姓社工	日照中心/新竹縣
C01	民間單位—社工	羅姓社工	長照機構
C02	民間單位—照管	長期照顧組督導	基金會
C03	民間單位—照服	主任	長照機構
C04	民間單位—主管	院長	長照機構
R01	利害關係人	歐姓關係人	台北市
R02	利害關係人	關係人	台中市
R03	利害關係人	賴姓眷屬	台北市
R04	利害關係人	何姓眷屬	宜蘭縣
R05	利害關係人	林姓眷屬	彰化縣

*部分資料係應受訪人要求簡化陳述

貳、訪談大綱

適用對象	公部門承辦人、專業人士
政策行銷面向	訪談問題
產品內容	就專業角度而言，目前政府推行的長期照顧政策有哪些優勢？哪些缺點？未來是否有哪些建議之處？其他國家的做法如何？有無本國可以學習之處？
人力資源	請問您認為在執行長照政策時，應要採取何種人員較為合適？過去所訓練的人員是否足以因應？或者是需要做哪些技能方面的提升？
財務資源	長照在經費以及成本上是如何估算的？未來這樣的收入來源是否得以支付？政府是否有其他拓展收入來源的方法？有多少是運用在政策行銷方面？您認為這樣的運用是否妥當？
形象宣廣	請問您認為目前政府對於長照的宣導機制如何？是否有專人負責推動及規劃？民眾或長照使用者對於長照的運作狀況又有何看法？是否有其它修改方式？政府機關、合作機構和一般大眾對於長照 2.0 實施後的想法、重視程度以及反映為何？對於長照 2.0 所提供的服務有何看法？未來若要改善或新增其它服務，您認為可以從哪方面著手？
外部環境	請你說明長期照顧政策實施至今的優點、缺點、優勢以及缺失，未來有哪些挑戰以及建議？請問您認為長照未來政策成效和走向為何？對於政府行銷長期照顧政策的理念與價值有何看法和建議？

適用對象	民間單位
政策行銷面向	訪談問題
產品內容	目前政府推行的長期照顧政策有哪些優勢？哪些缺點？未來是否有哪些建議之處？是否仍有其他改善之處？未來若要改善或新增其它服務，您認為可以從哪方面著手？
人力資源	請問貴單位在實施長照的過程中，政府是否提供足夠的配套措施或誘因？對於這方面您有何建議？過去所訓練的專業人員是否足以因應？或者是需要做哪些技能方面的提升？
財務資源	請問貴單位在實施長照的過程中，政府是否提供足夠的配套措施或誘因？對於這方面您有何建議？貴單位之財務狀況以及費用配置情形可否說明？對於政府的長照財源有何建議？
形象宣廣	請問您認為長照 2.0 的政策行銷成效為何？您認為長照推動成功或失敗的因素為何？有哪些可以作為未來長照政策修改之參考？請問您認為政府在推動長照 2.0 政策上是否具有行銷的概念？若有，您認為其做法是否適當？若無，您會給予政府那些建議？
外部環境	請你說明長期照顧政策實施至今的優點、缺點、優勢以及缺失，未來有哪些挑戰以及建議？請問您認為長照未來成效如何？貴單位對於未來長照實施有無任何長期因應之道？

適用對象	利害關係人
政策行銷面向	訪談問題
產品內容	就你所認知的長期照顧包含哪些服務內容？你本人或家中人員希望政府提供的長照服務內容為何？
人力資源	請問您認為目前的長照服務人員是否合適？有那些需要改進之處？需要做哪些技能方面的提升？當你尋求長照協助時，是否遇到人力不足的情況？是否曾尋求政府長期照顧以外的其他協助？
財務資源	請問你認為目前長照照顧的費用能否負擔？是否會尋求政府長期照顧以外的其他協助？政府若因財務困難，是否同意額外支付費用或同意縮減服務內容？對於政府的長照財源有何建議？
形象宣廣	請問您認為長照 2.0 的政策行銷成效為何？當您尋求長照服務時是否遇到困難？是否明白長照理念？對於獲取長照相關訊息是否容易取得？有哪些需要改進之處？
外部環境	就你所知，我國實施請你說明長期照顧政策實施至今的優點、缺點、優勢以及缺失，未來有哪些挑戰以及建議？請問您認為長照未來成效如何？