

國立臺灣大學法律學院法律學研究所

碩士論文

Graduate Institute of Law

College of Law

National Taiwan University

Master Thesis



長期照顧財政制度之研究

—以日本長期照護保險施行之經驗為借鏡

A Study on the Financial System of Long-term Care:

Lessons from Long-term Care Insurance in Japan

胡竣凱

Chun-Kai Hu

指導教授：蔡茂寅 博士

Advisor: Maw-In Tsai, Ph.D

中華民國 104 年 8 月

August, 2015

## 謝辭

一直到要提筆寫下謝詞的這一刻，我才真正有種要告別求學生涯的實感，回想這近十年的台大生活，中間夾雜一年的日本交換留學，以及一年的替代役生涯，內心充滿了無數的回憶和感謝，難以言喻。



首先要感謝的當然是我的指導教授蔡茂寅老師，研究所修習蔡老師開設的社會保險法專題，得到許多啟發和收穫。蔡老師對於議題探討或觀察的角度十分精準，往往能切中問題核心並提出精闢的見解，每次和蔡老師討論論文時常讓我有頓悟之感，這篇論文能順利完成真的要歸功於蔡老師不時點破我思考上的盲點，我才能寫出這本看似像樣的論文。蔡老師在日文的造詣也令我非常佩服，研究生時期有幸跟著蔡老師接待多名日本學者，不僅讓我有精進日文的機會，在接待禮節和應對進退上我也學習到非常多，未來我也會持續以老師為典範持續充實日文能力。當然蔡老師平常在生活上對我的照顧與提攜更是讓我銘感於心。

其次，要感謝口試委員張志銘教授及洪文玲教授，洪老師不僅細心指正論文中的行文疏漏，更從服務供給面的角度提供寶貴的建議。張老師則從論文架構及名詞定義出發，指出我撰寫論文時未曾深思卻極其重要的問題點，對於本篇論文的修正幫助甚大，至為感激。此外，在研究所時期，因修習王能君老師及黃詩淳老師的日语法學課程，讓我在閱讀日文文獻時更加順利無礙，當初甚至是因為黃老師在課堂上分享在日本求學的經歷，讓我不由得心生嚮往，更萌生去日本交換的動力，在此謹表感謝之意。

再來一定要特別感謝日本早稻田大學的菊池馨實教授，菊池老師是我在早大交換時的指導教授，回想剛到日本一切都很陌生，日語聽不懂也說不好，菊池老師很有耐心的聆聽（猜測？）我說的破爛日文，還親切熱心的給予我許多課業上的建議和生活上協助，菊池老師對於留學生的細膩和溫暖，真的常常讓我感動到快要流淚。當然在日本交換這一年在菊池老師的課堂上得到相當多論文的啟發，可以說當年有幸在菊池老師門下學習社會法，我才能順利完成日本法的比較研究。在此也一併感謝島崎謙治教授、根岸忠教授的鼓勵和協助，以及同在菊池ゼミ課堂上的陣內光宏學長、岡本知曉學長等人，真的很懷念當時一起上課討論的情景。

雖然跟公法 R98 的同學們少了一年的相處時間，但是我真的很喜歡研一在研究室跟大家一同打鬧閒聊的時光，謝謝時瑋辰、盈雪、清凱、萃華、雅心、黃杰、小拉、映如、廷涓、品榕、祐立、薇儒、美慈、承燁、文咨、奕宏等伙伴，你們豐富了我以為會很沈悶的研究所生活。還有大學時期法學組的好同學

們慶禹、思菱、柏涵、冠璋、澄竹、帝安、雅婷、瑩瑩等人，謝謝你們一直不離不棄的關心問候我，希望法學 B93 這份情誼能持續很久很久，特別感謝家如在我最慌亂的時候替我解答很多口試細節的疑問，還有嘉圻在我在高雄服役時讓我體驗到在地的人情味。另外還有律訓第四組的好友們，大中、志偉、乙丞、啟霏、思荔、綺雯、瑋如、怡鳳，每次對外提到我們律訓同組的時候就有種莫名的嗨。還有謝謝單鴻昇在我寫論文煩悶時偶爾捎來問候互相勉勵，祝你在德國一切順利，早日學成歸國。還要謝謝在日本交換認識的朋友們，映帆和至曜是最堅強可靠的夥伴，很幸運跟你們一起出國交換，有你們一起我就沒什麼好緊張的，瑞元是最親近的同門兼同宿舍室友，生活上有你一起分享和面對似乎就沒那麼不堪了，謝謝回臺灣後仍然時常在論文寫作過程中給我很大的推力。謝謝一同語言交換的篠江帶給我那麼多寓教於樂的語言交換時光，還有謝謝容慈、Hank、函君、kenken 等人陪我一起到處進行日本吃喝玩樂的行程。另外也要感謝同門的巧玲學姐、承宗學長、野崎學長給予的指點，謝謝得豪人在日本不忘替我處理關於論文和畢業的小細節，謝謝皓文的相互勉勵，祝你們都能順利完成論文。還必須謝謝小捲和庭好時常關心閉關中的我，剛退伍時還借住一陣子，真的很謝謝你們總是在我需要的時候提供最實質的幫助。

在高雄服役的那一年是段奇幻旅程，我一定要感謝在高少家的各位長官對我的照顧與愛護，謝謝鍾庭長、廖庭長、呂法官、鄧法官，能夠在你們底下工作是最充實的實務經驗，謝謝召開日文讀書會的林庭長、李法官，讓我能繼續學習日文，每週可以見面大聊各種關於日本的趣事也頗歡樂。謝謝司事官室的于若、如純、小慧、大哥、仕傑這麼容忍我的噪音和放肆，讓我走進你們辦公室時會有種莫名的歸屬感呢。特別感謝綠鴻和于若在我碰到瓶頸時，總是很穩穩的給我支持和鼓勵，有空再來喝酒阿。謝謝替代役同袍們，很幸運跟你們每個人相識交心，佐榕和哲源不用多言，將近一年同甘共苦，福祿壽永不解散，此外還有捷宇、仲軒、家穎、Allen、李臨、昱宗、健嘉、人豪、冠鈞，這一年服役生涯的趣事真是說不盡阿，因為有這段豐富又有趣的生活，退伍後我才有繼續完成學業的能量，在此感謝高少家帶給我的一切。

最後，謝謝我的父母提供我經濟上的支持，謝謝妹妹一路跟我互相扶持鼓勵。我想把這篇論文獻給住在瑞芳的阿嬤，她是我選擇寫長期照顧論文的起點，她長年不良於行，卻每天掛念著我要我回山上看她，一想到阿嬤就會讓我更加堅持，盡力完成這篇論文，期望每個老人都能受有良好的照顧，舒適的面對生命的終程。

胡竣凱 2015.08.19 台北

## 摘要

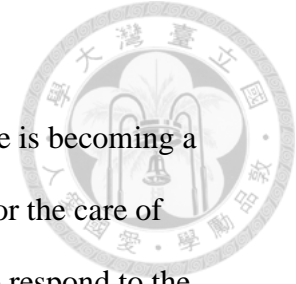
隨著臺灣邁入高齡化社會，長期照顧逐漸成為重大的社會政策議題。過去由家庭或個人承擔高齡者照顧責任的型態，已無法因應日益沈重的長期照顧需求，國家不得不擔負起建構長期照顧制度的責任。然而，國家財政能力有其界限，國家以有限的稅收提供長照服務，勢必難以滿足所有國民的長期照顧需求。因此，近年來各國傾向透過社會保險制度的建立，試圖改變長照費用負擔及財源結構，藉以確保長照服務能穩定被提供，但長期照顧保險究應如何設計或修正？其制度理念及理論基礎為何？均值得深入探討。

日本於 2000 年開始實施長期照護保險制度，採用社會保險的方式經營，並由被保險人所繳納之保險費支應保險支出所需費用，而「社會保險方式」係適用不同於其他社會保障制度的原理原則，例如：強制納保、緩和的等價性、給付權利原則等，同時在財務處理上具有自主性，背後更蘊含社會連帶及風險分擔的精神。日本長照保險自施行迄今歷經多次改革，仍未能完全解決財政危機，此段改革過程亦有值得臺灣借鏡之處。

有鑒於此，本文擬分析日本長期照護保險的發展背景，介紹制度轉折的脈絡，以及長照保險施行後的改革經驗，進一步以日本制度經驗為借鏡，對照並分析臺灣長照政策的發展歷程，評析行政院通過之長期照顧保險法草案，確認社會保險的定位，檢討保險費負擔及政府補助比例是否妥當等財政面的問題，期能為臺灣即將開辦的長期照顧保險提供參考以及未來制度改革的引導方向。

**關鍵字：**高齡化社會、長期照顧、長期照護保險、長照十年計畫、社會保險。

## Abstracts



Recently, Taiwan has entered the aging society. Long-term care is becoming a major social policy issue. The patterns of assuming responsibility for the care of elderly by the families or individuals in the past, has been unable to respond to the increasingly heavy long-term care needs. The government had to take responsibility for the construction of long-term care system. However, the financial capacity of the government has its limits. It is hard for the government to provide sufficient long-term care services only by limited taxes. Thus, social insurance system has been used to release the burden on the government, but how to design or revise long-term care insurance system still needs further discussion.

Japan implemented the long-term care insurance in 2000. As a social insurance, the insured has to pay a premium in order to afford the expenses of insurance. Also, the financial system has to keep self-sufficient. The social insurance contains the spirits of social solidarity and risk-sharing. Although the long-term care insurance in Japan has been through several reforms, the financial problems still exist.

This thesis compares the backgrounds of development of long-term care insurance in Taiwan and Japan, and further evaluates the drafts of long-term care insurance in Taiwan. Taking Japan as an example, we can lead the long-term care insurance in Taiwan to the right direction.

**Keywords:** Aging Society, Long-term Care, Long-term Care Insurance, Long-term care ten-year program, Social Insurance

## 【簡目】



第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 研究範圍與限制.....	3
第三節 名詞解釋.....	4
第四節 論文架構.....	8
第二章 日本長期照護保險之實施經驗與改革.....	10
第一節 制度背景與立法過程.....	10
第二節 日本長期照護保險制度內容.....	27
第三節 日本長期照護保險之理論基礎.....	53
第四節 日本長期照護保險之改革過程.....	81
第五節 本章小結.....	96
第三章 臺灣長期照顧法制之規劃與分析檢討.....	98
第一節 臺灣長期照顧法制之回顧與現況.....	99
第二節 臺灣長期照顧保險之規劃.....	116
第三節 臺灣長期照顧法制之相關爭議與檢討.....	132
第四節 本章小結.....	137
第四章 長期照顧財政問題檢討—以日本經驗為借鏡.....	140
第一節 長期照顧保險之定位與分析.....	140
第二節 長期照顧保險被保險人範圍之檢討.....	147
第三節 長期照顧保險財源結構與財務方式之檢討.....	153
第四節 長期照顧保險給付面之管控.....	161
第五節 本章小結.....	165
第五章 結論與建議.....	169
參考文獻.....	174

## 【詳目】



第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與目的.....	1
第二節 研究範圍與限制.....	3
第三節 名詞解釋.....	4
第四節 論文架構.....	8
第二章 日本長期照護保險之實施經驗與改革.....	10
第一節 制度背景與立法過程.....	10
第一項 高齡化社會來臨.....	10
第二項 醫療保險的財政壓力.....	11
第三項 社會福利基礎構造改革之一環.....	15
第一款 改革背景：對「措施制度」之檢討.....	16
第二款 社會福利基礎構造改革的理念和內容.....	18
第一目 改革理念.....	18
第二目 改革內容.....	19
第三款 長期照護保險在社會福利基礎構造改革中之定位及意義.....	22
第四項 長期照護保險制度之立法過程.....	26
第二節 日本長期照護保險制度內容.....	27
第一項 基本理念.....	27
第二項 保險關係人.....	29
第一款 保險人.....	29
第二款 被保險人.....	30
第三款 照護服務事業單位.....	34
第三項 保險給付.....	34
第一款 利用程序.....	34
第二款 給付類型與內容.....	36
第一目 實物給付／現金給付.....	36
第二目 居家照護服務／機構照顧服務／地區密接型服務.....	37
第三目 照護給付／預防給付／市町村特別給付.....	41
第四項 財源結構.....	43

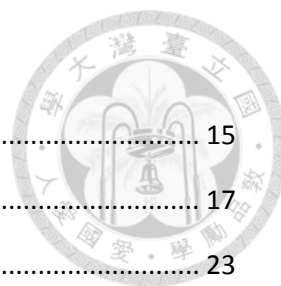
第一款	保險費.....	44
第一目	第一類被保險人.....	45
第二目	第二類被保險人.....	48
第二款	公費負擔.....	49
第一目	中央政府.....	50
第二目	都道府縣.....	51
第三目	市町村.....	51
第四目	財政安定化基金.....	52
第三款	利用者部分負擔.....	52
第三節	日本長期照護保險之理論基礎.....	53
第一項	長期照護財政模式之選擇.....	54
第一款	社會扶助方式.....	55
第二款	社會保險方式.....	57
第三款	小結.....	58
第二項	從國家責任到社會連帶的進展.....	61
第三項	社會保險基本原則.....	64
第一款	強制納保原則.....	64
第二款	給付權利原則.....	66
第三款	緩和的等價性原則.....	68
第四款	量能負擔原則.....	70
第五款	社會適當性原則.....	73
第四項	社會保險財務處理原則.....	74
第一款	社會保障財源之特徵.....	74
第二款	社會保障財源政策之基準.....	75
第三款	社會保險財務自給自足原則.....	77
第四款	社會保險收支平衡原則.....	78
第五款	社會保險財務方式之選擇.....	79
第一目	隨收隨付制.....	79
第二目	完全提存準備制.....	79
第三目	部分提存準備制.....	80
第四目	小結.....	80
第四節	日本長期照護保險之改革過程.....	81
第一項	2005 年修正.....	83
第一款	修正背景.....	83

第二款	修正重點.....	84
第三款	被保險人範圍之檢討.....	88
第二項	2011年修正.....	89
第三項	社會保障與稅制一體化改革.....	91
第一款	立法過程.....	91
第二款	改革理念.....	92
第三款	社會保障財源之確保.....	93
第四款	長期照護保險之改革方案與檢討.....	94
第五款	小結.....	96
第五節	本章小結.....	96
第三章	臺灣長期照顧法制之規劃與分析檢討.....	98
第一節	臺灣長期照顧法制之回顧與現況.....	99
第一項	臺灣長期照顧法制之回顧.....	99
第二項	長期照顧十年計畫.....	102
第一款	服務對象.....	103
第二款	服務項目.....	104
第三款	財務結構.....	105
第四款	費用負擔.....	105
第五款	實施成效與檢討.....	109
第三項	小結：臺灣長期照顧政策之發展特色.....	112
第二節	臺灣長期照顧保險之規劃.....	116
第一項	推動過程.....	116
第二項	制度類型.....	117
第三項	保險關係人.....	118
第一款	組織體制.....	118
第二款	保險人.....	119
第三款	保險對象.....	120
第四項	財源結構.....	124
第一款	保險費.....	124
第二款	政府及投保單位分擔比例.....	124
第三款	部分負擔.....	126
第四款	財務平衡機制.....	127

第五項 保險給付 .....	128
第一款 保險給付之申請與流程 .....	128
第二款 保險給付之類型與項目 .....	129
第三款 照顧者現金給付 .....	131
第三節 臺灣長期照顧法制之相關爭議與檢討 .....	132
第一項 受雇者保險費負擔比例之爭議 .....	132
第二項 長照保險納保範圍之評估 .....	134
第三項 長期照顧服務發展基金之財源 .....	136
第四節 本章小結 .....	137
第四章 長期照顧財政問題檢討—以日本經驗為借鏡 .....	140
第一節 長期照顧保險之定位與分析 .....	140
第一項 日本長期照護保險之建制背景分析 .....	140
第二項 日本長期照護保險「保險性」之確認 .....	142
第三項 臺灣長期照顧保險規劃過程之評析 .....	145
第二節 長期照顧保險被保險人範圍之檢討 .....	147
第一項 日本長期照護保險擴張被保險人範圍之議論 .....	147
第二項 臺灣長期照顧保險採全民納保模式之隱憂 .....	151
第三節 長期照顧保險財源結構與財務方式之檢討 .....	153
第一項 保險費之計算與收取方式 .....	153
第二項 政府補助比例之檢討 .....	154
第一款 政府補助之目的 .....	154
第二款 政府補助比例應符合公平性 .....	155
第三款 政府負擔比例法定下限 .....	157
第三項 利用者部分負擔 .....	158
第四項 財務處理方式之選擇 .....	160
第四節 長期照顧保險給付面之管控 .....	161
第一項 需照護認定程序之控制功能 .....	161
第二項 預防給付財源爭議 .....	164
第五節 本章小結 .....	165
第五章 結論與建議 .....	169

參考文獻..... 174





## 【圖目錄】

圖表 1：日本高齡者長期照護體系之再建構.....	15
圖表 2：措施制度之法律關係.....	17
圖表 3：日本長期照護保險之法律關係.....	23
圖表 4：日本長期照護保險費用負擔比例與繳納流程.....	49

## 【表目錄】

表格 1：日本長期照護保險第一類及第二類被保險人之比較.....	33
表格 2：被保險人保險費負擔比例之變動.....	44
表格 3：第一類被保險人保險費所得級距標準及保險費率（2005 年修正後）.....	46
表格 4：長期照護保險法改革過程.....	82
表格 5：第一類被保險人保險費所得級距標準及保險費率（2005 年修正前）.....	86
表格 6：臺灣長期照顧相關重要方案與計畫（長期照顧十年計畫實施前）.....	100
表格 7：臺灣長期照顧十年計畫服務項目及補助內容.....	107
表格 8：臺灣長期照顧保險法草案規定之各類被保險人保險費負擔比率.....	125
表格 9：臺灣長期照顧保險草案給付項目及內容.....	129

## 【附錄】

附錄 1：長期照顧保險法草案（民國 104 年 6 月 4 日行政院院會通過版）.....	182
附錄 2：長期照顧服務法.....	214

# 第一章 緒論

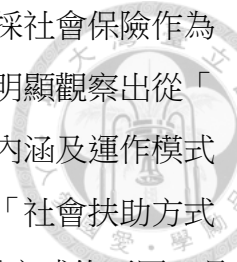


## 第一節 研究動機與目的

由於醫療衛生、科技的快速進步，我國國民的平均餘命大幅延長，再加上持續低生育率的影響，我國人口結構逐漸產生重大改變。1993 年臺灣 65 歲以上老年人口約為 148 萬餘人，佔總人口比例約 7%，已達聯合國世界衛生組織所定義之「高齡化社會」。截至 2014 年時我國 65 歲以上的老年人口已高達 281 萬人，約佔總人口比例的 12%，推估即將於 2018 年達到 14%，成為高齡社會，至 2025 年增長為 20%，成為超高齡社會。不僅如此，臺灣從高齡社會邁入超高超齡社會約僅需時 8 年，高齡化速度相較於歐美國家可謂非常迅速，更加顯現人口高齡化的重要性與急迫性。

老年是人生必然的生命歷程，對於每個人而言，均會面臨伴隨高齡化而來的各種風險。高齡者不僅喪失工作和穩定的收入來源，身體老化所造成的健康風險更是老年生活的最大隱憂。再者，老年所需面對的不僅是各種疾病的侵擾，身體功能退化才是老年最大的生活風險。而且此種退化的風險具有長期性、持續性、不可逆性，因長期照護所支出的費用也會持續上昇，對已經喪失固定收入的老年人來說，無疑是雪上加霜。因此，長期照護在高齡化社會中可謂極為重要的議題。過去高齡者的照顧責任主要係由家庭承擔，但隨著高齡化、少子化現象的加劇，原本來自家庭的照顧功能逐漸減弱，已無法期待由個人或家庭完全承擔長期照護之風險，社會及國家即不得不負擔起照顧責任，建構一套足以因應高齡化帶來的長期照護需求的制度。

隨著長期照護需求的社會化，國家基於對國民的生存照顧義務，應建構長期照護制度提供適當之長期照護服務，然而，國家之財政能力有其界限，無法完全滿足所有國民之長期照護需求，國家往往基於自身財政能力之考量選擇妥適的保障方式，觀察臺灣及日本長期照護制度的實施經驗，可以發現過去均由



國家以稅收為財源，限定式提供基本的照護保障，而後逐漸改採社會保險作為普遍提供照護服務的制度。此種轉變若從財源面的角度，可以明顯觀察出從「稅收」到「保險費」的財源結構變遷，並依此形成不同的制度內涵及運作模式。在日本社會保障法學理論上，所有社會保障制度亦可大別為「社會扶助方式」與「社會保險方式」，其中最明顯的區別標準即在於財源籌措方式的不同，且上述兩種方式各自適用之核心理念亦有所差異，因此應有加以區別之必要，並據以觀察具體社會保障制度主要係採取何種模式，如此始能進一步評價個別制度設計之當否。其中，社會保險方式利用商業保險共同承擔風險之特性，並基於社會保障之目的加以調整修正，並為多國所採用，最具制度探討之價值。此外，長期照護保險如何具體實踐社會保險方式的構造，如何以社會保險之架構因應人口結構變化並進行調整，亦能突顯出社會保險方式在社會保障制度下的定位及意義。

臺灣目前仍以「長期照顧十年計畫」作為長期照顧制度的骨幹，並以國家稅收作為財源，推動長期照顧各項服務資源的建置，但隨著高齡化進展快速，已漸無法因應未來持續增加的照護需求，國家財政亦難以負擔。因此行政院遂於 2008 年著手規劃長期照護保險，歷經多年協商與審議，終於在 2015 年 5 月 15 日立法院三讀通過「長期照顧服務法」，隨後行政院於 2015 年 6 月 4 日完成「長期照顧保險法」草案，並送立法院審議，預期可迅速完成立法程序，並於 2018 年實施長期照顧保險。然而，回顧臺灣社會保險之發展歷程，不乏見政府將社會保險當選舉政見，對於特定身分或職業給予特別優遇，或為維持既得者之利益，而在面對改革時侷促不前，最終致保險財政瀕臨破產之結果，顯見臺灣社會保險在規劃過程中並未充分考量社會保險運作原理，一般民眾普遍又缺乏社會保險的權利意識，將社會保險視為國家給予的福利，長期以往實不利於社會保險的永續經營。因此，本文試圖透過釐清社會保險運作原則，強調長期照護制度轉型為社會保險的必要性，並確立長期照護保險制度應遵循之方向，特別是在保險財政面上，被保險人、政府、甚至是雇主應如何共同承擔長期照護風險，此議題對於臺灣長期照顧保險的推行，應有相當之助益。

日本早於 1970 年高齡者人口即已達 7%，進入高齡化社會，甚至於 2012 年

更高達 24.1%，達到超高齡社會的標準，因此日本很早即開始著手因應高齡社會在各層面所帶來的劇烈改變，並於 2000 年開始實施長期照護保險。並且，日本在規劃長照保險的過程中，累積相當豐富之議論，並將長照保險之創設視為社會福利基礎構造改革的第一步，特別是在費用負擔及財源結構上，揚棄由國家主導並完全負擔財務責任的措施制度，改藉由社會保險方式促使個人繳納保險費，與多數人共同連帶承擔長期照護所需之費用，此種財源結構的轉換不僅開拓並穩定長期照護的財源，其中更蘊含社會保險所特有之理論意涵。而日本實施長照保險已十餘年，高齡化的趨勢有增無減，長期照護相關給付費用亦逐年增加，從日本多次改革過程中亦可看出日本除致力於控制保險給付之外，更兼顧到保險費負擔的公平合理性，以符合量能負擔原則。目前臺灣高齡化程度即將迎頭趕上日本，日本對於長期照護保險採用之社會保險原則的堅持，以及各種負擔及給付面的調整措施，均值得作為我國開辦長照保險之重要參考及未來改革時的引導方向。

## 第二節 研究範圍與限制

長期照護制度涉及的層面十分廣泛，包含醫療護理專業、照護機構管理、照護服務輸送管理、照顧人力資源培育等，長期照護保險制度更牽涉保險組織體制、給付方式及項目、照護報酬支付、財源籌措與財務處理等。而無論臺灣或日本均以充實長期照護服務為首要目標，具備充足的照顧人力及完善的照護機構，係長期照護保險運作之前提條件。本文將焦點限縮在長期照護的財政制度，亦即著重財源籌措及財務處理方面之探討，但受限於筆者之時間及能力，本文不擬從財政學的觀點分析保險財政制度，而欲從社會保障法學角度切入，分析長期照護保險下財源籌措與財務處理是否符合社會保險之運作，社會保險之原理原則是否具體落實在長期照護保險的制度設計中。

事實上，本文雖將限縮在財政相關制度內容，但長期照護制度中涉及「負擔」或「給付」之部分，亦為本文探討之列，特別是長期照護保險既以保險費為主要財源，保險費之設定或收取方式、政府或雇主分攤比例多寡、利用者部分負擔、甚至被保險人納保範圍均與財源充足與否密切關聯。另外，保險給付

屬於保險財政支出，需照護認定程序或給付上限額度之設定、乃至於預防給付之提供，亦可能在保險支出面發揮調節或控制之功能，因此本文亦對此加以探討並評析，以同時兼顧保險財政的收入及支出面。



### 第三節 名詞解釋

#### 一、「長期照顧」、「長期照護」

「長期照顧」或「長期照護」一詞係譯自「Long-term care」，國內學術文獻多使用「長期照護」之用語，但政府官方政策名稱亦有使用「長期照顧」之例<sup>1</sup>，目前似仍未有一致性之敘述，造成目前「長期照護」和「長期照顧」的用語無明顯區分的被交錯使用。鑑於長期照護的概念內容十分廣泛，雖然兩者在中文皆可通用，但「照護」似乎較能同時包括居家護理<sup>2</sup>等具有治療性質的護理行為，畢竟長期照護不僅是單純的照顧生活起居，尚包括減緩各種慢性疾病症狀或身心功能退化的目的，例如在老年失能人口中亦十分常見的導尿、鼻胃管、點滴等護理處置，必須具備護理師資格者方能進行，將「care」稱為「照護」雖能涵括護理行為的樣態，並凸顯出長期照護與醫療的重疊性，非單純協助生活起居之照顧。然而，論文題目之所以設定為「長期照顧」財政制度之研究，係因本論文主要以台灣長照相關政策及法律制度為論述主軸，輔以日本長照保險之實施經驗為借鏡，故於名稱使用上宜遵循台灣政策制度上慣稱之用語，且目前長照雙法之制訂亦採用「長期照顧」<sup>3</sup>一詞。再者，長照服務中較偏向護理或醫療層面之行為，目前仍規範於全民健康保險制度下，未來長照保險開辦後將如何整合介於「生活照顧」與「醫療」間相關護理服務，尚有待觀察，故未可逕以「長期照護」一詞指涉或類比台灣長照雙法所提供之服務類型。因此

<sup>1</sup> 例如行政院於 2007 年 4 月核定通過的「大溫暖社會福利套案旗艦計畫我國長期照顧十年計畫」，一般均簡稱「長照十年計畫」。

<sup>2</sup> 居家護理的服務內容包括：身體健康評估、注射、更換或拔除鼻胃管、氣切管、留置導尿及尿袋、膀胱灌洗、一般傷口護理、大小量灌腸、代採檢體送檢等。

<sup>3</sup> 臺灣長照雙法在衛生福利部規劃過程以及提出之草案版本中，名稱均定為「長期照護服務法」及「長期照護保險法」，試圖將長期照護的概念涵括與醫療及護理方面的行為，並收統一用語之效，但草案進入立法院審議後，立法委員在協商過程中將「照護」改為「照顧」，並就此定案，成為現行之長期照顧服務法，本文亦從善如流，採用「長期照顧」之用語作為探討基礎，然而在學術文獻上仍以使用「長期照護」者佔多數。

，本論文在題目構成上採用「長期照顧」之用語，以切合目前台灣制度現況，避免長期照顧與全民健保之護理服務相混淆，同時兼設定本文之探討範圍不及於全民健保制度下所提供之居家護理等服務，而聚焦在過去長照十年計畫乃至於長期照顧相關法律或草案內容上。此外，為避免行文時產生滋擾，爰配合諸多學術文獻之用語慣例，併用「長期照護」一詞進行討論，但相關政策名稱及內容仍按照原來所使用之「長期照顧」，或為便於行文而簡稱「長照」，合先敘明。

日本長期照護保險原文為「介護保險」，所謂「介護」係指個人因慢性疾病或生理、心理所致日常生活功能部分或全部需要他人持續性、長期性的協助<sup>4</sup>。其次，從日本介護保險制度所提供之給付內容以觀，「介護給付」包括對於沐浴、排泄、飲食等生活上不便提供照護或協助，或由護理師等醫護人員進行復健或療養管理，可知日本制度下所謂「介護」之概念實已囊括「生活照顧」及「護理照護」服務，且服務提供具有長期持續性，若將「介護」譯為「長期照顧」恐失之過狹，因此本論文對於日本「介護保險」制度擬採「長期照護保險」之用語，以符合其實際之服務內容。然而，國內學術文獻亦有直接譯為「介護保險」者<sup>5</sup>，該制度名稱與本論文所研究之「長期照護保險」實為同一之制度內涵，在此一併敘明。

關於長期照護之定義，國內文獻大多採用 Kane & Kane 對長期照護之定義：「長期照護的服務是針對喪失或不具備日常生活功能者，長期性提供醫療照護、生活照顧與社會服務等一系列措施<sup>6</sup>。」此定義指出長期照護的服務對象範圍為所有喪失日常生活功能者，並不限於高齡者，也包括身心障礙者，以及其他因各種疾病影響身心功能而有照護需求者。至於長期照護的服務內容不僅包括醫療上的照護措施，也包括個人生活上必要的協助，以及回復正常生活所需具備能力的服務。此外，依照 Evashwick 的定義，長期照護是指為暫時或慢性失能

<sup>4</sup> 京極高宣、內藤佳津雄編，《介護保險辭典》，中央法規出版社，1999年。

<sup>5</sup> 例如：李光廷，〈日本介護保險實施現況、發展與未來〉，《研考雙月刊》，第32期第6卷，2008年12月；陳玉蒼，〈日本介護保險之介紹〉，《社區發展季刊》110期，2005年6月；周世珍，〈日本介護保障法制及其基本理念之發展〉，《明新學報》，第33卷，2007年7月。

<sup>6</sup> Kane, R. A., & Kane, R. L., *Long-term care: Principles, Programs, and policies*. New York: Springer Publishing Company, 1987.

的人，提供持續性的社會及居家服務，包括身體健康和心理健康，其目標是使這些人盡可能的獨立生活<sup>7</sup>。此定義則提出長期照護的目標不在於完全回復喪失的身體或心理機能，而是回復到足以獨立生活，能夠無礙的完成日常生活各項事務即為已足。衛生署對於長期照護的定義則為：針對長期照護者提供綜合性與連續性服務；其內容包可以從預防、診斷、治療、復健、支持性、維護性以至社會性服務、其服務對象不僅需包括個案本身，更應考慮到照顧者的需要。吳淑瓊主持的「配合我國社會福利制度之長期照護政策研究」亦將長期照護需要人口界定為：各年齡組人口中因傷病而導致之身體與認知功能障礙人口，不僅包含 65 歲以上之老人。

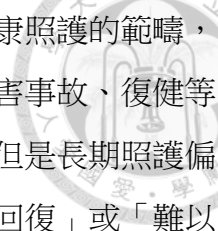
從以上定義可知，長期照護的對象應為「身心功能發生障礙或受到限制而無法自立生活者」，因此長期照護的服務對象自始並不限於一般認知的老年人，其概念核心毋寧在於「身心功能有欠缺致生活受到限制」。當中，老年人隨著年齡增長，由慢性疾病引發身體器官逐漸退化，致喪失部分生活能力，因而成為長期照護的主要族群，但長期照護的需求在各年齡層都有可能發生，例如：身心障礙者、精神疾病患者、因重大意外事故喪失自我照顧能力者，都有接受長期照護需求的可能。而提供滿足長期照護需求的服務類型均屬長期照護的範圍。

雖然從長期照護的定義上來看，對象範圍不限於 65 歲以上高齡者，尚包括各年齡層的身心障礙者，但是本文的討論的重點及脈絡仍是從高齡者出發，蓋不論是我國或日本的長期照護發展，均為因應高齡化所帶來的各種照護問題，而逐步推動新的長期照護制度，故相關討論較聚焦在高齡者照護，至於身心障礙者的長期照護屬於另外一個議題，並非本論文之焦點<sup>8</sup>。

---

<sup>7</sup> Connie Evashwick, *The Continuum Of Long-Term Care*, Cengage Learning, 2005

<sup>8</sup> 由於身心障礙者的照護係由身心障礙者保護法等相關制度來處理，具有不同的基本方針與發展脈絡，例如日本的長期照護保險施行後，即面臨是否應將身心障礙者納入長照保險的爭議，目前現行制度下，若身心障礙者符合長期照護保險所定的被保險人資格時，原則上成為長期照護保險的被保險人，得受領長期照護保險所提供的服務或給付，若身心障礙者服務未和長照保險給付有所重疊，固然得同時接受身心障礙者的服務，但若長期照護保險所提供的服務和身心障礙者服務有重疊或性質相近者，基本上僅得接受長期照護保險的給付，身心障礙者的服務不得重複領取。然而具體個別服務是否得受領仍存有許多爭議。日本也正在考慮是否應整合身心障礙者的長期照護服務，透過擴大長期照護保險的對象範圍及於 40 歲以下者，進一步以長照保



最後，關於長期照護之特殊性，長期照護雖然同樣屬於健康照護的範疇，但長期照護和醫療仍有很大的差別，醫療主要在處理疾病、傷害事故、復健等問題，在醫院或診所接受治療，以回復本來應有的身心功能，但是長期照護偏重在處理因慢性病、身心障礙、失智症帶來的身體功能「不能回復」或「難以回復」的障礙，致生活上面臨諸多不方便，而不是採用治療的方式，而是包含居家式、社區式、機構式的照護，期待能盡力維持自立生活。而且長期照護往往需要「長期性」及「連續性」的照護服務，醫療僅為短期、救急的處置。是以，長期照護和醫療不論在對象、服務方式、目標上都有很大不同，在探討社會保障制度分類時，有必要將之與醫療保險區隔，建構一套獨立的制度。

## 二、「社會保險方式」、「社會扶助方式」

社會保險方式及社會扶助方式之用語係社會保障法理論的一種分類方式<sup>9</sup>，兩者均為社會保障制度之「保障方式」，但就實質面來看，所謂社會保險方式顧名思義為利用保險技術來提供給付的制度類型，受給付者需繳納保險費，相對的社會扶助方式則係指未運用保險技術之類型，受給付者無須事先繳納任何費用<sup>10</sup>，根據此區別標準可以看出兩者最重要的差異係表現在財源結構，社會保險方式以保險費為主要財源，社會扶助方式則以稅收為主要財源，因此本文特別選擇此種制度分類方式，以呈現社會保障制度財源結構的大致樣態，並在論述日本長期照護保險的轉型時，有其特別之價值。

需進一步說明者為，社會保險方式或社會扶助方式並非指涉單一制度或單一法律，雖然採用社會保險方式的制度一般多在名稱冠上「保險」之名，例如年金保險法、醫療保險法、勞災保險法、長期照護保險法、失業保險法，但採

---

險完整滿足身心障礙者的照護需求。台灣的身心障礙者照護問題亦一直未被妥善處理，以往係由身心障礙者法制提供相關服務，長期照顧十年計畫開辦後雖納入 50 歲以上之身心障礙者，但評估工具和服務類型未能符合身心障礙者的特性及需求，例如失智症無法符合 ADLs 及 IADLs 的失能標準，因而被排除長期照護體制外，在在凸顯出身心障礙者的長期照護需求未被正視，而在長期照護保險施行後應如何特別考慮身心障礙者的照護問題，均有待解決。

<sup>9</sup> 加藤智章、菊池馨実、倉田聡、前田雅子，《社会保障法》第四版，有斐閣，2009 年，頁 21-28；堀勝洋，《社会保障法總論》第二版，東京大学出版会，2004 年，頁 39-47、107。

<sup>10</sup> 堀勝洋，前揭註 9，頁 39。

用社會扶助方式的制度則涵括所有以國家稅收為財源之制度，例如生活保護法、兒童福利法、身心障礙者福利法、災害救助法、災害補償法等，並不限於傳統意義下的社會救助。



#### 第四節 論文架構

在論文架構安排上，由於本文係比較法制研究，鑑於日本長期照護保險制度發展在先，擬先以日本長期照護保險制度內涵為借鏡，繼而分析臺灣長期照護政策之發展現況，其後提出數個財政制度的具體問題，分別就臺灣及日本制度進行比較分析。**第一章緒論**先點出本文之研究動機與目的，設定研究範圍，並針對幾個重要名詞加以解釋說明。

**第二章日本長期照護保險之實施經驗與改革**，首先分析日本長期照護保險的建制背景，說明採用長期照護保險之關鍵，其次詳細介紹日本長期照護保險之內容，理解制度全貌及構造後，本文詳述社會保障制度之財政模式選擇，並將長照保險定位為社會保險方式，再接續闡明社會保險相關原則，以及社會保險財務處理所應特別注意之原則，最後介紹長期照護保險制度幾次重要之改革動向。

**第三章臺灣長期照顧法制之規劃與分析檢討**，首先回顧臺灣過去長期照顧政策之發展歷程，並介紹目前執行中的長期照顧十年計畫及實施成效，而後本文嘗試分析臺灣長期照顧政策之發展特色及轉型關鍵，以作為推動長期照顧保險的制度背景。其次，擬就目前已送進立法院審議之長期照顧保險法草案條文內容進行簡要介紹，以作為後續與日本制度比較評析之基礎。最後，本文提出數個臺灣在長期照顧雙法協商與審議過程中，社會大眾及民間團體對草案的爭議，凸顯臺灣長期照顧制度發展的本土問題。

**第四章長期照顧財政問題檢討**—以日本經驗為借鏡，將第三章臺灣長期照顧保險制度與第二章日本長期照護保險制度作綜合比較，主要分為四大部分來探討。第一部分首先從日本推動長期照護保險的背景確立社會保險之性質，再

透過社會保險之學理分析，釐清長期照護保險作為社會保險制度的關鍵要素在於對價關係之維持，並藉此定調臺灣長期照顧保險之發展走向。第二部分係探討被保險人納保範圍，此涉及保險財政基礎，先介紹日本規劃過程中對於納保範圍之議論與改革現況，對照臺灣一開辦即採全民納保模式的同時，亦產生保險給付過於龐大以及社會連帶意識薄弱等隱憂。第三部分則分別評析保險費、政府負擔比例、部分負擔之設定是否合理，並指出臺灣特有之被保險人類別的癥結點。第四部份則從保險給付之管控面，介紹日本學者對於需照護認定控制保險給付之批評，並對臺灣制度提出警示，其次分析日本對於預防給付財源之爭議，以作為未來臺灣面臨類似問題的借鏡。

**第五章結論與建議**，簡單整理前述章節討論之重點，並提出對於臺灣長期照顧保險法制的建議與展望。

## 第二章 日本長期照護保險之實施經驗與改革



### 第一節 制度背景與立法過程

#### 第一項 高齡化社會來臨

日本如同大多數國家一樣，面臨種種人口結構上根本性之變遷，其中以「人口高齡化」之狀況最為顯著。於 1950 年，日本 65 歲以上之高齡者人口尚未達總人口之 5%，惟於 1970 年即超過 7%，已符合「高齡化社會」之定義<sup>11</sup>，於 1994 年高齡者人口比例更達到 14%，而邁入所謂「高齡社會」。而日本於 2012 年之高齡者人口比例已高達 24.1%<sup>12</sup>，早已進入所謂「超高齡社會」。而根據由國立社會保障及人口問題研究所所公布之最新「日本將來推計人口」資料顯示，今後日本總人口將逐漸減少，而人口高齡化的趨勢將持續增長，預估於 2060 年時，日本 65 歲以上高齡者人口將從 2,948 萬人增加為 3,464 萬人，高齡者人口佔總人口之比例亦將上昇至 39.9%<sup>13</sup>，顯示日本未來仍需面對持續增加之高齡化趨勢。此外，日本高齡化之速度亦相當驚人，若以高齡化比例從 7% 到達 14% 所需之年數（倍化年數）與其他先進國家比較，日本於 1970 年超過 7%，至 1994 年達到 14%，僅歷時 24 年，相對於德國歷時 40 年、義大利歷時 47 年，日本的高齡化速度可謂遠遠超越其他國家，以前所未有之速度持續高齡化中<sup>14</sup>。

有鑑於高齡化現象對於經濟、社會各層面均帶來巨大影響，為因應高齡者之各項需求，日本便著手推動公共年金、就業、保健醫療、住宅、社會參加支

---

<sup>11</sup> 根據世界衛生組織（World Health Organization，簡稱為 WHO）的定義，65 歲以上老年人口比率超過人口 7% 的國家稱為高齡化社會（aging society）、達 14% 稱為高齡社會（aged society）、達 20% 稱之為超高齡社會（hyper-aged society）。

<sup>12</sup> 人口統計資料集（2014 版），資料來源：國立社會保障人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2014.asp?chap=0>（最後瀏覽日：08/12/2015）。

<sup>13</sup> 日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計），資料來源：國立社會保障人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/mainmenu.asp>（最後瀏覽日：08/12/2015）。

<sup>14</sup> 小島武彦，〈高齡社会の現状と将来像、そこから見えてくる課題〉，ジュリスト第 1389 期，2009 年 11 月，頁 19。

援等各種政策，並於 1995 年制定「高齡社會對策基本法」，闡明高齡社會對策之基本理念，以及明確化國家及地方公共團體的責任，透過推動高齡社會之相關政策，以達追求經濟社會之健全發展及提昇國民生活安定之目的<sup>15</sup>。

而高齡化現象與長期照護制度之發展有密不可分之關係，蓋因需長期照護發生率係隨著年齡增長而逐漸增加，65 歲至 69 歲之高齡者需長期照護之比率約為 1.5%，80 歲至 84 歲之高齡者約為 11.5%，85 歲以上者約為 24%，此外，雖不需照護但需支援日常生活之高齡者人數亦同時增加，估計長期臥病在床者加上需支援生活之高齡者人數於 2000 年約為 280 萬人，至 2050 年將達到 520 萬人<sup>16</sup>，顯示高齡化人口的增加即意謂需照護人口的增長，且任何人均有可能遭遇需照護之風險。另外，根據日本高齡社會白皮書（2000 年版）之資料顯示，65 歲以上長期臥病在床之高齡者中，期間長達三年以上者之比例將近過半，且無論是臥病在家之需照護者，或是在特別養護老人機構或醫院之需照護者，其比例均隨著年齡增長而上昇的傾向<sup>17</sup>。因此，高齡化之進展除顯示需照護人口的增加外，同時亦呈現出照護需求的迫切性，如何回應高齡化所帶來之人口變遷，並建立完善之長期照護制度，可謂高齡化社會的重要議題。

## 第二項 醫療保險的財政壓力

如前所述，關於日本長期照護的討論大多由高齡者照護的問題談起，由於日本是高齡化相當早的國家，1970 年（昭和 45 年）時 65 歲以上的高齡口即已達到 7.1%，成為「高齡化社會」<sup>18</sup>，日本很早開始即對於高齡者的所得保障、醫療、長期照護等問題進行探討，因此有關長期照護的討論大多著墨於高齡者照護的問題，長期照護制度的發展亦與高齡者醫療和保健制度的演進有密切關

---

<sup>15</sup> 詳參日本高齡社會對策基本法，資料來源：[http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a\\_4.htm](http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a_4.htm)（最後瀏覽日：08/12/2015）。

<sup>16</sup> 佐藤信人，《介護保険—制度としくみ》，建帛社，1999 年，頁 4-5。

<sup>17</sup> 《高齡社会白書》（平成 12 年版），網路資料：<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2000/haku0011.htm#07>（最後瀏覽日：06/15/2015）。

<sup>18</sup> 森真弘、野村晋，〈介護保険制度と高齢者ケア〉，ジュリスト第 1389 期，2009 年 11 月，頁 24。

係。詳言之，長期照護制度成為重大政策議題的契機正是在於醫療保險財政負擔問題，特別是起因於對老人福利制度以及老人保健制度的批判。

老人福利法係於 1963 年制定，以維持高齡者的身心健康及生活安定為目的，當時社會逐漸認知到高齡社會下獨居老人增加、家庭照護功能減弱的問題，遂以老人福利法整合各項老人福利政策，特別是將各種老人照護的福利機構加以體系化，規範養護老人之家<sup>19</sup>、特別養護老人之家<sup>20</sup>、部份負擔老人住宅<sup>21</sup>，由政府主導並採取機構收容管理的照顧方式，1970 年代後期才確立將老人照護機構從單純的收容場所轉變為「生活照顧場所」的方向<sup>22</sup>。其次，關於老人醫療費用之部份，老人福利法於 1972 年修正，原應由 70 歲以上高齡者自行負擔健康保險 30% 之部份負擔費用改由公費全額負擔，當時此項「老人醫療費用無償化」的政策雖然遭遇多方的批判，但由於醫療保險的部份負擔可能壓迫到高齡者的所得保障，政府基於「福利等於免費」的想法斷然實行「老人醫療費用無償化」，但另一方面也導致國家對於高齡者的醫療費用支出急速增加、社會性入院現象惡化、高齡者喪失成本意識、浪費醫療資源等諸多弊端<sup>23</sup>，造成難以逆轉的負面影響。

由於 1972 年老人醫療費無償化政策實施後，老人醫療費用大幅增加，1973 年到 1981 年之間的國民醫療費用成長約三倍，當中老人醫療費用支出成長近六

<sup>19</sup> 原文為「養護老人ホーム」，收容對象為 65 歲以上的高齡者，由於身體或精神機能下降，或因環境或經濟上的理由，致在家接受照顧困難者，依市町村的決定而進入機構接受照顧。

<sup>20</sup> 原文為「特別養護老人ホーム」，由於不得已的事由，進入長期照護保險制度所規定的長期照護老人福利機構被認為有顯著困難者，始得住進特別養護老人之家。被認為要介護且 65 歲以上、臥病在床、因失智症而身殘、需經常照顧（介護）、在家照顧（介護）困難者。

<sup>21</sup> 原文為「輕費老人ホーム」，60 歲以上的高齡者因家庭環境或住宅等理由，例如無法與親屬同住或無居住地方，致在家生活有明顯困難者，得以低額的費用提供日常生活所必要的服務。又部份負擔老人住宅又分為「A 型」、「B 型」、「照顧之家」三種類型，依照事業單位與利用者的契約關係決定住宅類型。

<sup>22</sup> 坂口正之、岡田忠克編，《よくわかる社会保障》，ミネルヴァ書房，2009 年 4 月，頁 158-159。

<sup>23</sup> 學者甚至將該項政策評價為「日本醫療保險制度史上最大的失敗」。學者更進一步認為，政府提出如此膚淺的政策後，要再次回到原來的狀態是非常困難的，在這個意義上，老人醫療費用無償化是一次很慘痛的教訓，因為光是將老人醫療費調整為 2002 年所定一成的定率負擔，就花費了 30 年的歲月以及相當大的勞力成本。詳參島崎謙治，《日本の医療—制度と政策》，東京大学出版会，2011 年，頁 63-65。

倍。又因國家稅收劇減，政府財政高度依賴公債，財源的運用變得更為謹慎，過去政府投入稅收以調整醫療保險人間的財政不平衡，但受限於財政緊縮，以公費支持保險財政的作法實不可行。因此在 1982 年制定「老人保健法」，將本來屬於老人福利法中的保健醫療給付，另外以老人保健制度來規範<sup>24</sup>，並對年滿 70 歲以上的老人徵收定額的部份負擔費用，試圖修正老人醫療費用無償化的政策，並逐年提高部份負擔，但因部份負擔金額仍然偏低，難以喚起成本意識，仍無法解決各醫療保險的財政壓力。

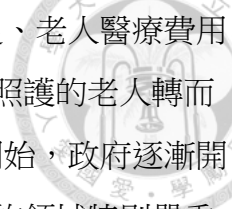
此外，由於老人福利基礎設施不足，適合老人長期照護之機構非常有限，本來應在福利機構或自家接受長期照護的老人，卻以病患的身份長期住進醫療機構，此現象稱為「社會性住院」。從財政面來看，原本應該由社會福利制度來負擔的長期照護費用，卻轉而由醫療保險財政來負擔，造成醫療保險額外的負擔。根據厚生勞動省的病人調查資料顯示，從 1970 年到 1980 年間，估計高齡者的住院患者人數增加 24,000 多人，1980 年到 1990 年間則增加約 23,800 多人，且老人醫院<sup>25</sup>的住院者中，約三分之二的患者住院期間長達六個月以上。再加上，高齡者疾病的特色多以慢性病為主，身體或精神上的症狀大多已定型，難以期待完全回復健康狀態，此種情形多欠缺醫療上的必要性，甚至亦無住院治療的必要，但高齡者仍長期佔用醫院病床，因而造成醫療資源過度支出的狀況，嚴重壓迫醫療保險的財政<sup>26</sup>。

---

<sup>24</sup> 惟在此需注意，老人保健制度並非和其他健康保險並立的獨立制度，亦即原本加入國民健康保險的 70 歲以上老人，並非加入另一個「獨立的」制度，仍屬於原來的國民健康保險的被保險人，這一點和後期高齡者醫療制度係將 75 歲以上之高齡者獨立出來，加入新的保險制度，具有很大的不同。

<sup>25</sup> 住院總人數中 70 歲以上老人的比例佔超過六成的醫院稱為「老人醫院」（原文：老人病院）

<sup>26</sup> 進一步分析「社會性住院」形成的背景，主要有以下兩大原因：（一）社會福利政策的落後：在 1963 年老人福利法制定之前，無法於自宅獨立生活的老人只能進入依據生活保護法設立的養老機構，並無提供照護服務的長期照護福利機構，而老人福利法施行後，雖然設立特別養護老人之家收容需照護的老人，但是特別養護老人之家可容納的員額仍然有限，例如 1980 年到 1990 年間，一般醫院的病床數增加了 358,000 人，但特別養護老人之家僅增加 81,000 人，與一般醫院病床數相較，成長的幅度僅四分之一，且大部分地區的居家照護服務發展不足，在家照護帶給家屬相當大的負擔，因此不得不進入可及性較高的一般醫院。而長期照護福利服務之所以難以提昇服務的量，係因福利服務以稅收為主要財源，且政府對於長期照護福利服務抱持著「社會救助的延長」的想法，每年預算編列時受到很強的制約，無法因應照護需求的增長而廣設長期照護機構。（二）費用負擔的誘因：若住進特別養護老人之家，將依照本人及扶養義務人的所得高低徵收部份負擔費用（應能負擔），另一方面，若老人住進一般醫院，由於老人醫療費用無償化的政策，無須負擔任何費用，即便 1983 年老人保健制度施行，導入定額的部份負擔制之後，老人住院每日亦僅需負擔 300 日圓（且最多以負擔兩個月為上限），相較於長期照護機構



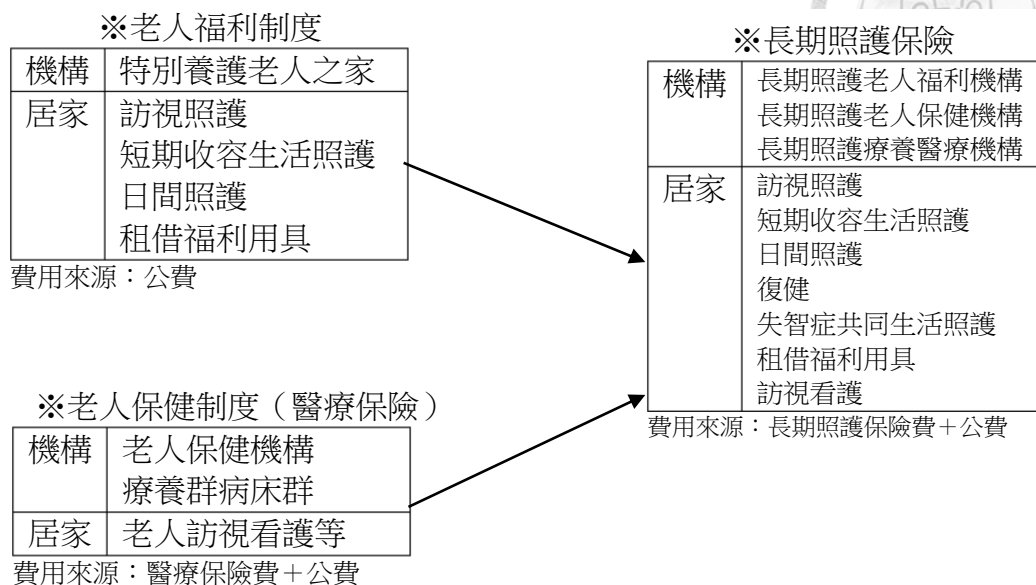
綜上所述，有鑑於 1960 年代以來老人長期照護機構的不足、老人醫療費用無償化政策、以及社會性住院等結構性因素，導致原屬需長期照護的老人轉而進入醫療體系，連帶拖垮健康保險的財政，因此從 1980 年代開始，政府逐漸開始意識到存在著醫療和長期照護混合的問題，特別是在高齡者的領域特別嚴重，如關於老人的「醫療」和「長期照護」在制度上如何分立，建構妥適的醫療照護網絡成為很重要的政策課題。雖然 1983 年老人保健法設置老人保健機構，提供老人居家生活所必要的各種復健服務，但社會性住院的問題並未因此解除。因此 1997 年推動的長期照護保險將過去以社會性住院的方式所提供的高齡者長期照護，以及老人保健機構所提供的各種照顧納入「長期照護服務」的概念，試圖將上述服務的費用負擔從醫療保險財政轉移到長期照護保險財政，進而減輕長久以來醫療保險的財政負擔<sup>27</sup>。故長期照護保險可謂係為了改善醫療保險財政問題的一重要手段，並整合過去老人福利制度與老人保健制度的服務，建構出一完整的老人長期照護體系，如下頁圖所示。

---

所需的費用，醫院仍屬負擔較輕的手段，且住院的手續較為簡便。此外，在社會觀感上，將子女自己的雙親送進照護機構的觀感較差，若是住進醫院療養，較不易招致負面的印象。詳參島崎謙治，前揭註 23，頁 90-91。

<sup>27</sup> 即便意識到「醫療」和「長期照護」應該適度分立，但 2000 年長期照護保險施行時也無法完全解決這個問題，適用醫療保險的醫療療養病床，以及適用長期照護保險的照護療養病床仍然並存，直到 2006 年時重新進行療養病床改革（預定 2011 年末廢止照護療養病床）才能算是徹底解決這個積年已久的問題。

圖表 1：日本高齡者長期照護體系之再建構



整理自：日本厚生勞動省，《平成 12 年版厚生白皮書》第 4 章，載於：[http://www1.mhlw.go.jp/wp/wp00\\_4/chapt-a4.html](http://www1.mhlw.go.jp/wp/wp00_4/chapt-a4.html)

### 第三項 社會福利基礎構造改革之一環

所謂「社會福利基礎構造改革」係社會福利法制度的發展中一次重要且根本性的轉變，主要涉及社會福利法理念及社會福利服務提供體制的革新。而長期照護亦屬社會福利法領域的一部分<sup>28</sup>，因此與社會福利基礎構造改革的基盤整備具有重大意義<sup>29</sup>。以下擬從社會福利基礎構造改革之背景、內涵簡要說明，並論及長期照護保險制度在構造改革中所具有的重要意義。

<sup>28</sup> 所謂社會福利法，係指對於因身體上或精神上之理由在日常生活上遭遇障礙者提供高品質且符合其需求的適切服務，並以支援其自立、促進社會參加為目的的法律，例如與高齡者、身心障礙者、兒童、單親家庭相關的法律均包含在內，參河野正輝、阿部和光、增田雅暢、倉田聡編，《社会福祉法入門》第 2 版，有斐閣，2008 年，頁 6-7。

<sup>29</sup> 篠崎次男，〈介護保險・社会福祉基礎構造改革と社会保障運動〉，《賃金と社会保障》第 1260 期，1999 年，頁 18。

## 第一款 改革背景：對「措施制度」之檢討

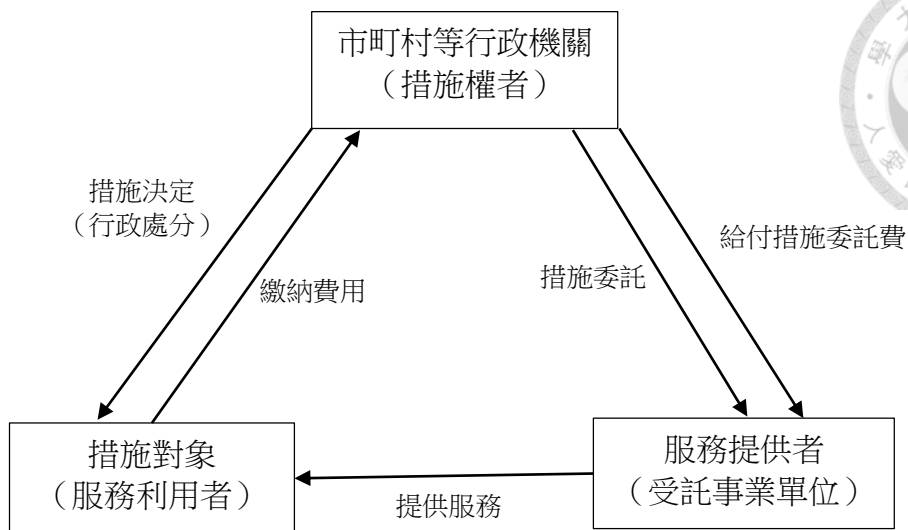
日本在戰後逐漸建立以國家責任為核心的社會福利制度，並在 1951 年制定社會福利事業法，其中該法第 5 條規定國家之社會福利責任不得轉嫁民間社會團體，亦不得任意就非公共團體支出公共基金<sup>30</sup>，本條係「國家責任」與「公私分離」之明文規定，該條主旨係規範由國家實施社會福利各法律所定的各種福利服務，而民間團體則接受國家委託提供社會福利服務，一方面確立國家實施社會福利之公共責任，同時由國家給付服務委託費予民間團體，以確保其能得以穩定提供社會福利服務<sup>31</sup>，此後伴隨著老人福利法（1963 年制定）、單親家庭福利法（1964 年制定）等社會福利法案的通過，社會福利法制及服務供給體制更加完備。

而國家為提供上揭社會福利法所定之福利服務，需由有決定權者（例如地方公共團體）依職權調查申請人之個別需求、資產狀況，藉以認定個別申請人是否符合法定接受給付之要件，並決定提供服務之內容，最終作成「措施決定」（即行政處分之作成），而此種由國家單方面提供福利服務之構造被稱為「措施制度」，該制度被廣泛運用在各種社會福利服務的提供上。換言之，市町村根據措施決定對受領給付者負有提供服務之義務，而通常市町村將提供服務之任務委託予民間事業單位來執行，形成如下之三面法律關係（如下頁圖所示）。

---

<sup>30</sup> 右田紀久惠，〈社会福祉行政における委託と契約の課題〉，季刊社会保障研究，第 19 卷 3 号，1983 年 12 月，頁 274-275。

<sup>31</sup> 加藤智章等，前掲註 9，頁 243-245。



資料來源：河野正輝、中島誠、西田和弘編，《社会保障論》第2版，法律文化社，2011年，頁177。

圖表 2：措施制度之法律關係

然而，由於 1970 年代面臨石油危機、長期經濟成長低迷等情勢，社會福利政策不得不相應進行大幅度的改革。1986 年起國家對社會福利的財政負擔比例從以往的 80% 降為 50%，部份社會福利事務亦轉交由地方公共團體（即市町村）辦理，例如 1990 年老人福利法部分修正後，全國之地方公共團體負有策劃老人保健福利計畫的義務<sup>32</sup>。上述法律及政策的修正顯示國家對於社會福利的財政負擔日漸沈重，原本由國家一手承擔社會福利之財務責任及費用結構已無法因應社經情勢之變化，且中央機關逐漸將實施社會福利之權限下放至市町村，意在借重地方團體對地區實際狀況之瞭解，以迅速提供適當的福利服務，並達到服務供給主體多元化之目的。

而原先在適用於社會福利領域的措施制度亦有進行根本性檢討之必要，詳言之，措施制度的問題有以下四點<sup>33</sup>：(1)措施決定具有行政處分之性格，其內容均由行政機關單方面決定，利用者並無介入決定或選擇所需服務的空間，作

<sup>32</sup> 加藤智章等，前揭註 9，頁 244-245；西村健一郎，《社会保障法入門》，有斐閣，2008 年，頁 201-202。

<sup>33</sup> 整理自加藤智章等，前揭註 9，頁 245-246；西村健一郎，前揭註 32，2008 年，頁 203。

成之措施決定亦未能充分符合利用者之意願及需求。(2)由於行政機關對於措施制度係採行職權主義，且實務上否認利用者請求給付之權利，利用者僅受有實施措施所生之「反射利益」。(3)因現實上人力物力有限，致服務提供量不足以因應眾多利用者之需求，因而不得不承認行政機關有廣泛的行政裁量權，相對的削弱利用者接受服務之權利性。(4)福利機構的最低基準均設定在較低之水準，較不重視服務品質的確保與提昇。

## 第二款 社會福利基礎構造改革的理念和內容

### 第一目 改革理念


關於社會福利基礎構造改革之理念及基本原則，闡述最為詳細且具代表性者為中央社會福利審議會社會福利構造改革分科會所發表之中間報告書（社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ））<sup>34</sup>，報告書首先強調社會福利之基本架構與相關制度自戰後約已 50 年未曾大幅修正，而現行社會福利制度已難以回應全體國民多樣化且逐漸增加的福利需求，因此對於社會福利基礎構造有必要進行全盤之檢討。

至於構造改革之理念，報告書重申社會福利之目的並非僅限於對少數人的救濟，而應基於社會連帶的理念，以全體國民為對象，不論有無障礙或年齡高低均提供各方面之援助，以協助其自立並經營理想的生活。基於上述理念，國家及地方公共團體於負有實施社會福利之義務的同時，應按照下列基本方向及原則進行改革。

(1)確立對等關係：依照支援每個人得以經營有尊嚴且理想的生活之社會福利理念，在服務利用者和提供者間應建立對等之關係。

---

<sup>34</sup> 岩村正彦、菊池馨實編著，《目で見る社会保障法教材》第 3 版，有斐閣，2004 年，頁 96；伊藤周平，〈介護保険と社会福祉基礎構造改革—社会福祉の選別主義的再編への道—〉，《賃金と社会保障》第 1247 期，1999 年，頁 52-54。全文請參 <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/souron/29.pdf>。

- 
- (2)地區性的綜合支援：應從利用者本位的觀點，將利用者視為主體，長期且全面性掌握此人之各類需求，其所需之保健、醫療等福利服務需同時與教育、就業、住宅、交通等相關領域合作，並在利用者週邊地區建立有效率的服務提供體制。
- (3)促進多元的服務提供單位：為滿足利用者各種需求，有必要提供多樣化的服務，因此應考量個別提供單位之性質與任務分擔，促進更多服務提供單位參與社會福利。
- (4)提昇服務品質與效率：關於服務內容及品質，並非單方面強化政府的管制即能有效提昇，而應伴隨推動社會福利從業人員專業性之提昇與服務資訊之公開，藉由利用者之選擇促進適當之競爭，亦即透過活用「市場原理」以促進服務品質與效率之提昇。
- (5)確保服務之透明性：倘利用者得以選擇適合之服務，對社會福利之信賴亦將隨之提昇，同時應配合公開服務內容及評價之相關資訊，進一步確保服務單位經營之透明性。
- (6)公平且公正之費用負擔：因高齡化的進展而增加的社會福利費用應公平且公正的分擔。
- (7)創造福利文化：透過國民作為主體積極參與社會福利，深化對福利的關心及理解，自助、共助、互助相輔相成，創造一個在地區扎根且富有個性的福利文化。

## 第二目 改革內容

依循上揭改革理念與原則，社會福利基礎構造改革試圖轉換原有之社會福利體制，進而提出數項重要的具體方案，其中較具指標性之改革面向包括<sup>35</sup>：(1)廢止措施制度，引進「契約制度」。(2)社會福利法人之規制緩和、推動福利市場化。(3)確保福利服務品質與效率，社會福利從業人員勞動規範的緩和。(4)建立地區福利系統，擴充社會福利協議會職責。由於社會福利勞動規範及社會福利

---

<sup>35</sup> 伊藤周平，前揭註 34，頁 52-53。

協議會職責並非本論文主要關切之重點<sup>36</sup>，因此以下僅就(1)(2)之改革內容加以詳細論述。



### (1)廢止措施制度，引進「契約制度」

承前所述，有鑑於過去社會福利慣行已久的措施制度已受到許多批評與檢討，中間報告書中亦明確指出「措施制度下，特別是由於服務利用者係行政處分的對象，服務利用者與提供者間的法律權利義務關係不明確，因此服務利用者與提供者間並未成立對等之關係。」，在措施制度下，提供福利服務之過程完全受行政機關掌控，服務利用者並未介入或選擇之餘地，因此為了配合構造改革中所提倡之「利用者本位」之理念，措施制度本身即成為改革之首要對象，並以確立服務利用者與提供者間之對等關係為目標，將過去之措施制度改為「服務利用者」與「事業單位」間的直接契約制度，此即所謂「從措施到契約」(措置から契約へ)的改革，先以高齡者福利、障礙者福利為中心，大幅度改變提供服務的型態。

所謂「從措施到契約」的變革具有下述三大特徵<sup>37</sup>：第一，從利用服務的法律關係來看，已非基於行政機關所為之「措施」(行政處分)，而係由提供服務的機構或事業單位直接與利用服務者簽訂「契約」。第二，從行政機關或地方公共團體的責任來看，市町村在措施制度下原為提供服務的主體，但在長期照護保險法及身心障礙者自立支援法中，市町村原則上僅為支付服務費用的主體。第三，從民間事業單位及機構責任的角度以觀，在措施制度下，行政機關負有提供服務的義務，民間事業僅係受行政機關委託代為提供服務，但在新的契約制度下，民間事業及機構成為服務提供的主體。如此透過契約制度的建構，服務利用者得以選擇適合的服務提供單位與服務內容，並決定是否與之簽訂契約，利用者與民間事業單位始得以建立對等的關係，明顯有別於過去措施制度中

<sup>36</sup> 但事實上，關於社會福利從業人員的待遇、專業養成訓練等規範之改革實與福利服務品質密切相關，而社會福利協議會係經營社會福利業者之協議會，主要在處理社會福利事業之調查規劃、聯繫調整、宣傳廣告等事宜，一般市町村之社會福利協議會更可與當地志工組織合作，提供日常生活援助，更能被期待針對地區特性發展出適合的地區福利系統。

<sup>37</sup> 菊池馨實，《社会保障法制の将来構想》，有斐閣，2010年，頁307-308。

利用者始終居於行政機關單方決定下的被動地位，如此在尊重個人選擇自由的前提下，方能真正落實利用者本位主義，讓接受服務的個人有尊嚴的接受自己所希望的服務。綜上，契約制度的轉型實有助於提昇利用者的主體性，增加利用者選擇適合服務的可能性，且亦可間接提高服務品質與效率。



## (2) 推動福利市場化，社會福利法人之規制緩和

由於在措施制度下，提供服務的機關被限定為行政機關或社會福利法人，不僅服務量受限於國家社會福利經費之多寡，服務品質亦難謂理想，且由行政機關自行設定服務價格、自行分配資源亦缺乏選擇性和效率性，因此社會福利基礎構造改革主張將「市場原理」導入社會福利事業的經營，鬆綁政府原有的管制，開放民間企業參與福利服務的提供，配合契約制度下服務利用者得以自由選擇所需服務的機制，不同事業主體間將產生競爭，形成自由競爭之市場，服務品質亦間接得以提昇，同時亦係借重民間企業的創意和競爭力，增加服務的多元化，進而改變原有福利服務提供體制的樣貌，而長期照護保險制度的創設更加促使民間企業加入提供照護服務的行列，其中營利企業參與居家照護服務事業的數量和規模均不斷成長中<sup>38</sup>。而政府的任務則從主導地位轉變為監督民間團體提供服務的角色。

此外，由於營利企業逐漸加入提供福利服務行列，原有的社會福利法人<sup>39</sup>亦需面對新的挑戰與革新。中間報告書中亦指出：「隨著多樣的事業主體參與社會福利的趨勢逐漸明顯，社會福利法人的意義、所應承擔之任務、政府補助比例、如何充實與其他事業主體間適當之競爭條件等，均成為亟待面對之課題。」

<sup>38</sup> 橫山壽一，《社會保障の市場化・營利化》，新日本出版社，2003年，頁46-50；芝田英昭，〈社會福祉法の成立と福祉市場化〉，《立命館産業社會論集》，第36卷第4号，頁14。

<sup>39</sup> 社會福利法將提供福利服務的事業主體稱為「社會福利事業」，其中又可區分為「第一種社會福利事業」及「第二種社會福利事業」。第一種社會福利事業因多涉及利用者生活場域，而有以公權力介入及規制之必要，原則上僅國家、地方公共團體、**社會福利法人**得經營；相對於此，第二種社會福利事業則可由營利法人、醫療法人、特定非營利活動法人提供服務。所謂「**社會福利法人**」，係以經營社會福利事業為目的，基於社會福利法規定所設立之法人，設立時應經都道府縣知事之許可，關於資產及職員亦有一定之規範，由於社會福利法人在社會福利法中被定位為社會福利事業之主要擔當者，被認為係**具有公益目的之非營利法人**。詳參河野正輝、中島誠、西田和弘編，《社會保障論》第2版，法律文化社，2011年，頁184-185。

亦即，社會福利法人為了能與企業進行適當競爭，有必要調整現有之經營及規制模式，所採行之手段即為「社會福利法人之企業化」<sup>40</sup>，例如鬆綁社會福利法人設立要件、會計項目間的資金流動彈性化、容許以整頓設施為目的之基金及準備款等，以利社會福利法人進行多角化經營，同時為提高社會福利法人的自律性，對於社會福利法人之服務亦引進外部監督機制，並公開經營資訊，以確保社會福利事業的積極開展。然而，社會福利法人規制緩和雖促成了資金運用的自由化，並改採用成本管理、損益計算等企業經營方式，但學者批評上開改革將導致社會福利法人一味以追求利益最大化為目的，將服務利用者視為購買一般商品的「消費者」，忽略以服務利用者生活上困境為本的觀點，社會福利從業人員亦將以提昇法人利益與自身業績為重心，社會福利事業的經營方式將不再以落實國家責任為念，而端賴社會福利法人經營者的手腕及努力<sup>41</sup>。

### 第三款 長期照護保險在社會福利基礎構造改革中之定位及意義

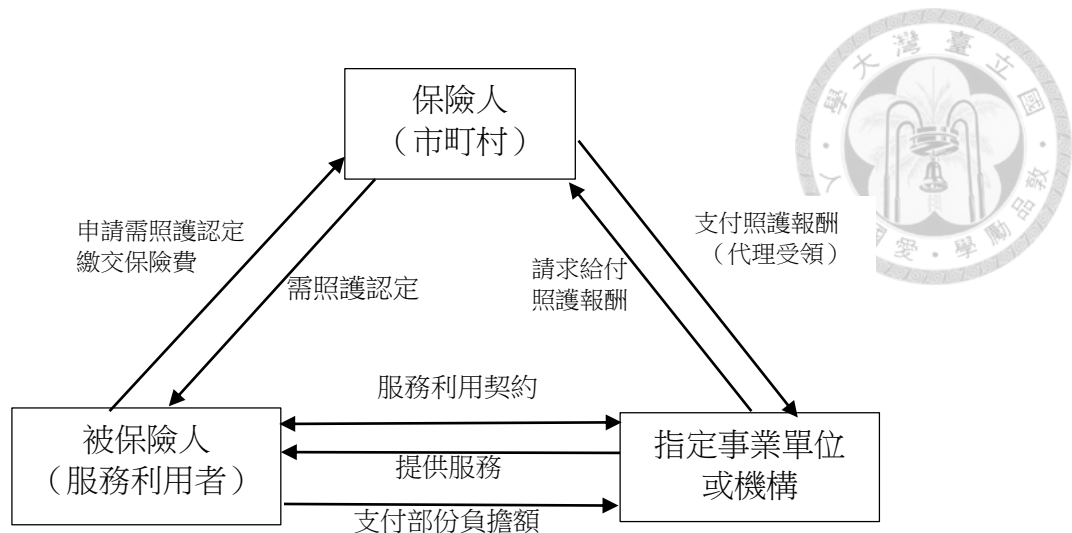
承前所述，社會福利基礎構造改革理念和方向逐步實現在社會福利各個子領域，例如 1997 年兒童福利法修正，賦予監護人對於托兒所有較寬之選擇自由<sup>42</sup>，以及 2000 年社會福利法的立法、身心障礙者福利法等其他社會福利相關法律隨同修正，行政機關不再直接提供服務，而改採用給付支援費之方式，顯見社會福利服務提供方式已有相當程度之改變。而在高齡者福利領域，則以創設長期照護保險來實現利用契約制度，在服務利用者與提供者間建立明確的契約關係，以達成利用者本位的理想，並強化受領長期照護服務的權利性。就此點而言，長期照護保險可謂社會福利基礎構造改革中最重要的制度轉型。

長期照護保險所架構出的法律關係，大有別於過去措施制度下行政機關委託事業或機構提供服務的單向關係，呈現出如下圖所示之三面法律關係。

<sup>40</sup> 芝田英昭，前揭註 38，頁 14-15。

<sup>41</sup> 芝田英昭，前揭註 38，頁 19。

<sup>42</sup> 但兒童福利法之修法僅刪除「措施」用語，改為「接受監護人之申請」，實務上仍認為行政機關承認監護人申請之決定為行政處分，故在兒童福利領域仍難謂已採用完全之契約制度，而應解釋為新制已緩和並修正過去措施制度，詳參河野正輝等編，前揭註 28，頁 55-57。



資料來源：河野正輝、阿部和光、增田雅暢、倉田聡編，《社会福祉法入門》第2版，有斐閣，2008年，頁42。

圖表 3：日本長期照護保險之法律關係

#### (1)被保險人與保險人間之保險關係

首先，在被保險人與保險人間係依據長期照護保險法成立保險關係，被保險人負有繳納保險費之義務，保險人則運用從被保險人處收取之保險費，經營長期照護保險。當被保險人因老年失能而有照護需求時，即可向保險人（即市町村）申請需照護認定，根據訪問調查結果及醫師診斷書之意見，保險人認定被保險人處於「需照護」或「需支援」狀態，並判定需照護或需支援之等級，據以決定使用服務的限度額，被保險人在該限度範圍內均得利用法定之長期照護服務。在此階段，保險人所作之決定稱為「需照護認定」，性質上屬於行政處分，但學說認為該行政處分僅有確認效力，被保險人於該當法律要件時僅發生抽象之給付請求權，嗣後再依據行政機關之處分（需照護認定）確認其具體給付請求權<sup>43</sup>，被保險人經確認該照護給付請求權後，仍須與長期照護事業單位訂立服務利用契約，始能實質上獲得服務。

<sup>43</sup> 伊藤周平，《介護保険法と権利保障》，法律研究社，2008年，頁103-104。

## (2)被保險人與事業單位間之服務供給關係

至於被保險人與照護事業單位或機構間則締結照護服務利用契約<sup>44</sup>，事業單位或機構負有提供照護服務之契約義務，被保險人請求給付服務之對象並非保險人，而應基於契約關係向事業單位請求，在過去之措施制度下，行政機關依照行政處分所決定之服務內容及方式，再委託社會福利法人等單位提供服務，雖然直接提供服務者多為民間事業單位，但由於民間事業單位係以受託者之地位代替行政機關履行其措施義務，民間事業單位與服務利用者間並不存在契約關係。然在長期照護保險之三面法律關係中，被保險人被賦予利用者主體的地位，係以契約當事人之身份直接與服務提供者締結契約，並取得直接向服務提供請求給付之具體請求權，服務利用者（即被保險人）在長期照護保險制度下更具有自主選擇之空間，亦符合社會福利基礎構造改革之理念。

另外，被保險人於利用照護服務時，應向事業單位或機構支付相當於服務費用 10%之部份負擔，剩餘之 90%則由長期照護保險支付。相較於措施制度底下係採量能負擔的方式收取費用，長期照護保險之利用者部份負擔則改採「量益負擔」之方式<sup>45</sup>，依照被保險人實際使用的服務費用計算，使用服務的量越多，其所負擔之部份負擔額度即越高，可避免被保險人濫用保險給付，但另一方面亦有增加被保險人經濟負擔之疑慮。有鑑於此，被保險人每月所繳納之部份負擔若超過一定額度時，該超過額度即以「高額照護服務費」<sup>46</sup>補償被保險人，以緩和低所得者被保險人在照護上之經濟負擔。

關於提供服務之內容，雖然可由被保險人自行擬定居家照護計畫，但因使用照護服務設有上限額度，為了在利用額度範圍內合理使用服務，一般多委託照護支援事業者作成照護計畫，並基於該照護計畫接受保險給付。照護支援事

<sup>44</sup> 因服務利用契約內容通常多包含多樣照護服務，且均以給付照護服務等「事實行為」為目的，故日本學說認為該契約之性質屬於「準委任」契約（日本民法第 656 條），參阿部和光、石橋敏郎編，《市民社會と社会保障法》新版，嵯峨野書院，2007 年，頁 207。另按日本民法規定，委任事務若為法律行為屬於「委任」，若為事實行為則屬「準委任」，我國民法並無此類區別，故概念上均相當於我國民法上之「委任」契約。

<sup>45</sup> 加藤智章等，前揭註 9，頁 286-287。

<sup>46</sup> 日本長期照護保險法第 51 條參照

業者除擬定照護計畫外，亦可協助聯繫指定的服務提供業者，以確保照護計畫的實現。而作成照護計畫之費用則由長期照護保險全額給付，被保險人無須支付部份負擔<sup>47</sup>。



### (3) 保險人與事業單位間之服務費支付關係

在保險人與事業單位之間，存在給付「照護報酬」之法律關係。若按照保險之制度設計，保險人應將被保險人部份負擔以外之 90% 服務費用以「保險給付」的形式支付給被保險人，被保險人受領該筆現金給付後，再支付全額的照護服務費用予提供服務的事業單位或機構，但依照長期照護保險法之特別規定<sup>48</sup>，改由提供服務之事業單位直接向保險人請求照護報酬，在保險人應給付被保險人的範圍內，事業單位得代替被保險人受領該服務費用，亦即保險人直接將服務所需費用之 90% 作為「照護報酬」支付給事業單位，被保險人並未現實受領現金之保險給付，而僅須繳納服務費用 10% 之部份負擔予事業單位即可。透過此種「代理受領」的方式，雖然長期照護保險法所規定之保險給付均為現金給付，但實際上係以「實物給付」的型態出現。

綜上所述，社會福利基礎構造改革強調利用者本位的概念，故透過契約制度的建立、福利服務市場化等手段，提昇服務使用者的法律地位，並增加其自主選擇之空間，可謂社會福利領域發展過程中一項重要的轉捩點。其中，長期照護保險的制度化不僅使服務利用者與提供服務者間之契約關係明確化，亦容許營利事業加入提供照護服務的市場，明確反映出社會福利基礎構造改革的理念及目標。此外，長期照護保險改變了過去由國家一手承擔社會福利相關財務責任及供給責任的結構，而得以有效抑制逐漸膨脹的社會保障給付費用，並藉由保險費之收取籌措更多財源，但另一方面學者亦指出社會福利基礎構造改革的方向恐造成國家責任的後退、形骸化，蓋原本由國家提供服務的情況可直接滿足利用者的需求，而改革方向則朝向國家補助服務費用，由利用者自行在市

<sup>47</sup> 日本長期照護保險法第 46、47 條參照。

<sup>48</sup> 日本長期照護保險法第 41 條第 6 項、第 42 條之 2 第 6 項、第 48 條第 5 項、第 53 條第 4 項。

場尋找適合的服務之形式，且國家補助費用通常均設定上限額，就超過部份則須由利用者自行以個人儲蓄或資產補足，低所得者更無法獲得充分之保障，僅能換取較低水準之服務，因此，學者擔憂基礎構造改革後，公部門將從提供福利服務的場域撤退，任務縮減為在財政上提供支援，國家提供福利之責任形同間接縮小、矮化<sup>49</sup>，甚至退卻為個人自我責任，故國家在社會福利領域的責任內涵與範圍仍有待進一步的確認。而提供福利服務的任務雖開放營利事業的參與，但未必能有效增加服務供給量或提昇服務品質，福利市場化與營利化屢屢遭受質疑<sup>50</sup>。即便如此，長期照護保險整合了契約制度、福利服務市場化、利用者本位等理念於一套制度下，因此仍被評價為社會福利基礎構造改革之重要關鍵制度。

#### 第四項 長期照護保險制度之立法過程

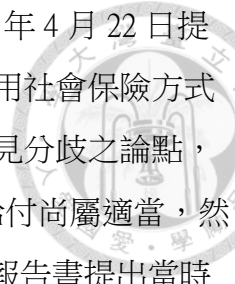
日本自 1980 年代起，因面臨低經濟成長與人口高齡化，便開始檢討社會福利行政與財政之合理性。約於 1980 年代後半，日本厚生省<sup>51</sup>內即曾出現活用社會保險以解決居家照護之提案，並於 1989 年之「長期照護對策檢討會報告書」中提及為因應逐年增加之照護需求，故應導入社會保險方式等語。嗣於 1994 年，厚生省之「高齡者照護對策本部」為整理及檢討高齡者照護之基本論點，由學者及實務界人士共同組成「高齡者照護暨自立支援系統研究會」，該研究會所提出之報告書中明確提出應以社會保險方式建構長期照護體系<sup>52</sup>。同時，老人保

<sup>49</sup> 伊藤周平，前揭註 34，頁 56-57；芝田英昭，前揭註 38，頁 20-21。

<sup>50</sup> 由於營利事業多以追求最大利潤為目的，若市場上出現惡性競爭，難保營利事業不會削減各項成本以確保利潤，一旦福利服務所需之成本費用被刪減，服務品質必定惡化，進而產生侵害利用者權益等情事，又或者在市場競爭機制下，逐漸產生市場被大企業獨占或寡佔之情形，最終服務內容亦將商品化、單一化，不利於服務品質的提昇。詳參伊藤周平，前揭註 34，頁 55-56。

<sup>51</sup> 現更名為「厚生勞動省」。

<sup>52</sup> 該報告書內容略以：由於現有長期照護相關制度有其侷限，應基於「高齡者自立支援」之理念重新建構相關制度，並以創設「新長期照護體系」為目標。而長期照護係伴隨著高齡化，任何國民均可能遭遇之風險（照護風險普遍化），為解決普遍性之照護問題，以個人自立及尊嚴為本，社會全體共同分擔照護風險的觀點成為必要，亦即，透過以社會連帶為基礎的相互扶助「社會保險方式」來保障照護風險，應屬妥當。基本上照護風險較高之 65 歲以上高齡者為被保險人兼受領給付者，工作世代人口則基於世代間連帶亦納為被保險人，至於費用負擔面，除保險費外，公費負擔亦同樣被納為制度財源之一。該報告書已明確論及長期照護保險的基本內涵，詳參森詩惠、藤澤宏樹，〈介護保險制度における負担と給付のあり方に関する一考察（上）〉，大阪經大論集，第 61 卷第 6 号，2011 年 3 月，頁 221-222。



健福祉審議會亦開始檢討長期照護制度之具體構想，並於 1996 年 4 月 22 日提出最終報告，基本上同意長期照護制度應立於國家責任，並採用社會保險方式，財源面導入適度的國家補助，惟在被保險人範圍上則出現意見分歧之論點，雖多數意見對於未滿 65 歲者之照護需求認為由長期照護保險給付尚屬適當，然適用之對象範圍卻分為 40 歲以上者及 20 歲以上者兩個方案，報告書提出當時仍懸而未決<sup>53</sup>。厚生省與執政黨遂於 1996 年 5 月提出「長期照護保險制度試行方案」，惟內容並未充分考量老人保健福祉審議會最終報告之檢討意見仍存有分歧之事實，斷然將被保險人範圍分成 65 歲以上者（第一類被保險人）及 40 歲以上未滿 65 歲者（第二類被保險人），第一類被保險人原則上不問發生原因均可受領照護給付，第二類被保險人基於世代間連帶、且受有減輕照護負擔之利益等理念，已可合理化第二類被保險人負擔保險費之正當基礎，但在給付面則限定於特定疾病始得受領照護給付。嗣厚生省於 1996 年 6 月正式提出「長期照護保險制度大綱」，內容與上開試行方案大致相同，但未能於當期國會中提出，延至同年 11 月之臨時國會始併同其他相關法案（長期照護保險施行法草案、醫療法之部份修正草案），提出「長期照護保險關聯三法草案」，經過國會審議後，長期照護保險法終於在 1997 年 12 月 9 日經眾議院決議通過，自 2000 年 4 月 1 日開始施行。

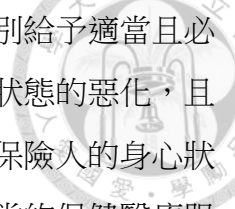
## 第二節 日本長期照護保險制度內容

### 第一項 基本理念

日本長期照護保險法第 1 條即明定長期照護保險的目的在於，對於因衰老所生的疾病而處於需要長期照護狀態（即「需照護狀態」）者，為了能維持其尊嚴，並藉由所具備的能力自立生活，提供關於保健醫療服務以及福利服務的必要給付。因此基於國民共同連帶的理念創設長期照護保險制度，並以本法規範為保險給付的必要事項，以促進國民保健醫療品質的提昇以及增進國民福利。

---

<sup>53</sup> 其中，贊成 20 歲以上者納入被保險人之提案較為有力，參森詩惠等，前揭註 52，頁 225-226。



其次，長期照護保險應根據需照護或需支援狀態之等級分別給予適當且必要之保險給付，且所為之保險給付應有助於減輕或防止需照護狀態的惡化，且必須充分考量和醫療的協力運作。而保險給付的內容應考量被保險人的身心狀況、所處環境等因素，尊重被保險人的選擇，有效率的提供適當的保健醫療服務和福利服務，並應盡可能讓需照護者在自宅接受居家照護，以實現自立生活（參照同法第 2 條）。本條在此明示長期照護保險保障的對象並不僅限於需照護狀態者，尚及於「有陷入需照護狀態之虞者」，亦即包括「需支援狀態者」，保險給付的具體目標在於減輕需照護狀態以及防止需照護狀態的發生。因此本法將長期照護的風險分為「需照護狀態」<sup>54</sup>與「需支援狀態」<sup>55</sup>，並依照不同等級分別提供「照護給付」和「預防給付」（參照同法第 18 條）。如此規範係因需照護狀態係一持續之歷程，高齡者之身體狀態及疾病隨著年齡增長而有逐漸嚴重化、複雜化之傾向，難以期待高齡者之失能或身心障礙自行復原至健康無礙之狀態，有必要在身心狀況尚未明顯惡化前即預先給予各項支援，因此長期照護之保障對象便無法逕行排除尚未符合需照護狀態、但仍有給予生活支援必要之被保險人，而應從長期照護特性的觀點思考，擴大制度保障範圍並給予個別化之保障，在提供服務時則應關注其個別身心及生活狀態，給予適當且必要之照顧。並且在給付方式上，以「居家服務」優先，落實「在地老化」（aging in place）的原則，應盡量讓老人在其生活的社區或家庭中自然老化，保有尊嚴和獨立自主的生活。

此外，長期照護保險之目的並非在於治療或完全復原被保險人之失能狀態，而係在於「維持其尊嚴，並藉由所具備的能力自立生活」。其中所蘊含的是「自立支援」的理念，所謂「自立」係指在不受他人協助或支配下，得以自己意

---

<sup>54</sup> 參照日本長期照護保險法第 7 條第 1 項：「本法所謂『需照護狀態』係指，由於身體上或精神上的障礙，導致入浴、排泄、進食等日常生活基本動作的全部或一部分，被評估在厚生勞動省所定的期間內持續處於需要經常照護的狀態，且按照其照護必要的程度，該當厚生勞動省令所規定的分級（以下稱『需照護狀態分級』）之謂。（符合需支援狀態者除外）」

<sup>55</sup> 參照日本長期照護保險法第 7 條第 2 項：「本法所謂『需支援狀態』係指，為了減輕或避免因身體或精神上的障礙導致入浴、排泄、進食等日常生活基本動作的全部或一部分，在厚生勞動省所定的期間內持續處於需要經常照護的狀態惡化，被評估需要特別支援的狀態，或是因身體或精神上的障礙，被評估在厚生勞動省所定的期間內持續發生妨礙日常生活之情事的狀態，按照支援必要的程度，該當厚生勞動省所定的分級（以下稱『需支援狀態分級』）」

思決定並付諸行動之意，但需照護者無論在身體或心理上均需持續接受外界援助，現實意義上需照護者難以完全不依賴他人而獨立生活，因此長期照護之目的亦不在於實現個人的完全自立，而是表現在尊重其意思決定，並在其實現自我決定的過程中給予協助，使其盡可能享有尊嚴的生活<sup>56</sup>，長期照護保險法第 2 條第 3 項謂「…基於被保險人之選擇…」亦反應出自立支援的核心內涵，尊重並依照利用者的自我決定來提供照護服務。基於上述自立支援的理念，長期照護在制度設計時，應特別注意利用者的權利保障<sup>57</sup>，以建立便於利用者實現自我決定的條件，例如請求提供資訊的權利<sup>58</sup>、在需照護認定程序中陳述意見之權利<sup>59</sup>、紛爭解決或救濟之權利等。

在費用負擔上，長期照護保險法第 4 條第 2 項規定：「基於共同連帶的理念，國民應公平的負擔長期照護保險事業所需之費用。」由於長期照護保險是採取社會保險的方式來提供服務，保險給付所需的費用主要應來自於被保險人共同分擔，被保險人因而負有繳納保險費的義務，藉此展現出「社會連帶」的理念。此外，設定保險費時亦應基於公平原則收取合理的保險費。

## 第二項 保險關係人

### 第一款 保險人

長期照護保險的保險人為市町村及特別區（以下總稱為市町村）<sup>60</sup>，負責被保險人的資格管理、保險費的設定與徵收、需照護認定、保險給付、財政管理、制定長期照護保險事業計畫等相關的業務。其中應特別予以注意者為，市町村為進行需照護認定程序，應設置長期照護認定審查會（本法第 14 條），該認定審查會可與其他市町村共同設置（本法第 16 條），或委託都道府縣設置並

<sup>56</sup> 堀勝洋編，《社会保障法讀本》第 3 版，東洋經濟新報社，2004 年，頁 244-245。

<sup>57</sup> 佐藤進、河野正輝編，《介護保險法—權利としての介護保險に向けて—》，法律文化社，1997 年，頁 48-51；河野正輝等編，前揭註 28，頁 95-99。

<sup>58</sup> 日本長期照護保險法於 2005 年修正時即透過強化對事業單位的規制，令長期照護服務事業單位負有向都道府縣知事報告之義務，都道府縣知事更應於調查後公開資訊，參河野正輝等編，前揭註 28，2008 年，頁 96。

<sup>59</sup> 參照日本長期照護保險法第 27 條第 6 項規定：「認定審查會…得聽取被保險人之意見。」

<sup>60</sup> 參照日本長期照護保險法第 3 條第 1 項。

進行審查判定作業（本法第 38 條第 2 項）。原則上需照護狀態的認定係由市町村即保險人處理並決定，此與醫療保險中，疾病等保險事故之判斷係交由保險醫療機關之醫師決定，在長期照護保險中，認定保險事故發生之組織與保險人同一，此亦為長期照護保險組織上的特色之一。



但當部份市町村受限於地區規模的差異，致單獨經營長期照護保險有困難的時候，可由數個市町村共同設立「廣域聯合」<sup>61</sup>或「一部事務組合」<sup>62</sup>，消除地區保險費負擔差距，且便於被保險人使用鄰近地區之服務或設施，並以廣域聯合或一部事務組合為長期照護保險的保險人，可跨區整合執行保險相關事務，以提昇業務處理效率。或者，與其他市町村共同設置需照護認定審查會<sup>63</sup>，或將審查判定事務委託給其他地方自治團體<sup>64</sup>，藉此彌補個別市町村經營能力不一的困境，盡可能平衡區域之間的差異，確保各保險人均有充足的資源來經營長期照護保險。此外，關於長期照護保險的收入和支出，市町村應設立特別會計<sup>65</sup>，與一般會計區隔，以妥善運用自被保險人收取之保險費。

## 第二款 被保險人

長期照護保險屬於社會保險，為了避免發生逆選擇，必須將符合資格者強制納入保險，始能發揮大數法則分散風險的功能。此外，由於強制納保不待當事人同意即發生法律上的契約關係，被保險人即負有繳納保險費的義務，因此首先應確認被保險人的範圍和資格，方能正確計算保險的財政基礎與給付範圍。

<sup>61</sup> 廣域聯合是幾個市町村為了處理適合廣泛區域處理的事務所設立的特別公共團體，參照日本地方自治法第 284 條第 3 項。

<sup>62</sup> 參照日本地方自治法第 284 條第 2 項。

<sup>63</sup> 參照日本長期照護保險法第 16 條、地方自治法第 252 條之 7。

<sup>64</sup> 參照日本地方自治法第 252 條之 14。

<sup>65</sup> 參照日本長期照護保險法第 3 條第 2 項。日本的預算種類可分為「一般會計」與「特別會計」，其中特別會計（類似我國特種基金預算）之設立與專款專用之特種基金類似，均係政府為執行特定事業、為特定資金之運用或其他特定歲入用於特定歲出，有與一般歲入歲出分開管理之必要時，而以法律規定設置特別會計。每個特別會計預算均有其特定收入來源，例如捐助、規費、利息、借款，以及來自一般會計預算移轉之收入等。

根據日本長期照護保險法第 9 條，將被保險人分為兩類，第一類被保險人為在市町村區域內有住所的 65 歲以上者，第二類被保險人為在市町村區域內有住所 40 歲以上未滿 65 歲的醫療保險加入者。第一類被保險人不論是否加入醫療保險，年滿 65 歲者均成為住所地市町村的被保險人。而第二類被保險人除了年齡限制外，尚須加入醫療保險者方取得被保險人資格<sup>66</sup>。若為 40 歲以上未滿 65 歲的低收入戶，由於無法加入國民健康保險，亦不具長期照護保險被保險人的資格<sup>67</sup>。

在此需特別注意的是，日本長期照護保險的被保險人並非及於全體國民，僅限於 40 歲以上之國民，對此在制度設計上即存有爭議，甚至長期照護保險實行後每隔五年的檢討報告中均提及被保險人保障範圍是否應擴及 40 歲以下國民的爭議。早於 1996 年老人保健福利審議會中即曾有提案基於世代間連帶及社會性扶養的觀點，主張以 65 歲以上者為被保險人，由 20 歲以上者負擔保險費用，但給付限於 65 歲以上者始得受領。嗣後於厚生省規劃階段時，考量上開提案要求 20 歲以上之青年階層負擔費用卻無法受領給付，恐過於苛刻，亦違反社會保險之設計，故最終將被保險人範圍與得受領給付者範圍均定為 40 歲以上<sup>68</sup>，但對於 40 歲以上未滿 65 歲者限制於因「伴隨衰老之疾病」致需人照護時始得受領給付。

此外，雖然各年齡層不分老幼均可能因疾病等因素而有受人照顧之需求，但有照護需求之未滿 40 歲的身心障礙者卻被排除在長期照護保險之保障範圍外

---

<sup>66</sup> 此處所謂醫療保險加入者，包括依法加入健康保險、船員保險、國民健康保險、國家公務員共濟組合、地方公務員共濟組合、私立學校教職員共濟組合之被保險人（尚包括加入健康保險、船員保險、國家公務員共濟組合、地方公務員共濟組合之被保險人之被扶養人）。詳參日本長期照護保險法第 7 條第 7 項及第 8 項。

<sup>67</sup> 參照日本國民健康保險法第 6 條第 9 項。當然，若低收入戶者受雇於適用健康保險的事業單位的情形就可以加入健康保險，此時即屬於第二類被保險人，依法加入長期照護保險。即便低收入戶加入長期照護保險，其所應繳納之保險費由社會救助制度的「生活扶助」負擔，利用服務或進入機構時的一成部份負擔費用亦由「長期照護扶助」提供（參照日本生活保護法第 15 條之 2）。未加入長期照護保險之低收入戶如需要使用長期照護相關服務時，其所需之費用全額由長期照護扶助負擔。簡而言之，低收入戶如欲使用長期照護服務，不論是否依法加入長期照護保險，均無須負擔任何費用，由社會救助制度全額負擔。

<sup>68</sup> 至於厚生省將年齡設定在 40 歲以上者之理由，係因衰老所產生之照護需求好發於 40 歲以上之中高齡者，且一般而言該年齡層者較有可能因減少照顧年邁雙親之負擔而享有受支援之利益。

，就此議題，厚生省於規劃制度時係考量身心障礙者尚有提供就業輔導、教育、社會參與等綜合性服務之需求，若僅將長期照護服務獨立加以保險化，恐有損政策綜合性，且長期照護與身心障礙保護兩者之行政組織運作有所差異，又難以與身心障礙團體獲得共識，故予以排除。另外，40 歲以上未滿 65 歲「非因衰老」而處於需照護狀態者，由於第二類被保險人之給付條件限於與老化相關之特定疾病始得請求，故亦被長期照護保險排除在外，對此，許多第一線之照護工作者表示如此對未滿 65 歲之身心障礙者而言實有所不公，該身心障礙者族群負擔長期照護保險費，卻形同被擱置在過去措施制度下般，在長期照護保險中失去保險給付之權利性<sup>69</sup>。

承前所述，雖然符合上述資格者成為長期照護保險的被保險人，但仍須符合需照護狀態或需支援狀態的認定，始符合受領長期照護保險給付的要件。年滿 65 歲之第一類被保險人處於需照護或需支援狀態時，無論是肇因於任何疾病原因，均得受領保險給付。惟 40 歲以上未滿 65 歲之第二類被保險人若僅處於需照護或需支援狀態仍不符合保險給付要件，造成需照護狀態的障礙必須符合「特定疾病」<sup>70</sup>，始得請求保險給付，若不符合特定疾病，即便有長期照護的需求亦不得請求保險給付<sup>71</sup>。與第一類被保險人相比較，第二類被保險人雖然同樣繳交保險費，但其接受保險給付的情況被限制在法定的特別老化疾病。按日本長期照護保險法的立法目的在於對「因衰老所生的疾病」而處於需要長期照護狀態者始給予照護服務，既然目的在於對應老年身心功能退化的風險，長期照護保險將第二類被保險人之給付條件限縮在與「老化」相關的疾病，似屬正當。然若從費用負擔的公平性來看，第二類被保險人與第一類被保險人共同基於風險分攤的理念繳納保險費，僅第二類被保險人請求給付的資格被嚴格限

<sup>69</sup> 佐藤進、河野正輝編，前揭註 57，頁 228-230。

<sup>70</sup> 「特殊疾病」之定義係由行政機關依長期照護保險法第 7 條第 3 項第 2 款授權頒布之長期照護保險施行令加以規定。根據長期照護保險法施行令第 2 條規定，「特別疾病」包括以下 16 種老化特別疾病：①癌症末期、②類風濕性關節炎、③肌肉(筋)萎縮性側索硬化症(ALS)、④後縱韌帶骨化症、⑤骨質疏鬆症併有骨折、⑥初老期失智症、⑦進行性延髓性麻痺、大腦皮質基底核變及帕金森氏症、⑧脊髓小腦病變、⑨脊椎狹窄症、⑩早老症、⑪多發性硬化症、⑫糖尿病性神經病變、糖尿病性腎病變及糖尿病性視網膜病變、⑬腦血管疾患、⑭阻塞性動脈硬化症、⑮慢性阻塞性肺疾患(COPD)、⑯雙側膝關節或髖關節病變並伴有顯著關節變形。中文翻譯係參照「日本、韓國長期照護保險內容及相關法令之研究」，行政院經濟建設委員會研究計畫，2009 年 5 月，頁 25。

<sup>71</sup> 參照日本長期照護保險法第 7 條第 3 項及同條第 4 項。

縮，是否符合公平負擔原則尚有疑義。若更進一步從長期照護的概念出發，各年齡層或身份均有可能產生長期照護需求，並非僅限於高齡者，中年或青壯年亦有可能因事故或疾病而需要照護，而長期照護保險作為社會保障的安全網之一，保障範圍似不宜過於限縮在老年疾病所造成的障礙或失能。



此外，由於長期照護保險採取「複數保險人制」，以市町村為保險人，各別獨立執行保險相關事務，例如依法向市町村內的被保險人收取保險費、審查照護或支援需求、核定保險給付等。而長期照護保險之第一類及第二類被保險人均以「在市町村區域內有住所」作為判斷加入何保險人之基準。由於長期照護保險法並無關於住所之特別規定，因此參照日本民法第 22 條係指個人生活之主要活動場所。然而，長期照護保險對於入住長期照護機構者的住所地設有特別規定，若被保險人住進其他區域的照護機構，而被認為變更住所地的情況，以入住機構前的住所地之市町村為保險人<sup>72</sup>。若依序住進兩個以上長期照護機構的情況，則以第一次入住機構前的原住所地之市町村為保險人<sup>73</sup>。此住所地的例外規定目的在於避免長期照護機構所在地之市町村因為過多的高齡者集中入住，導致該市町村支出的長期照護費用增加，因而加重該市町村保險人之財政負擔。

表格 1：日本長期照護保險第一類及第二類被保險人之比較

	第一類被保險人	第二類被保險人
對象者	65 歲以上者	40 歲以上未滿 65 歲，且有加入醫療保險者
給付資格	需照護者（久病在床、失智症）、需支援者（虛弱）	屬需照護或需支援狀態，且符合特定疾病者
保險費繳納對象	繳納予市町村	連同醫療保險費一併繳納予醫療保險人
保險費計算	原則上由各市町村依被保險人所得高低分級設定定額保險費	依照各別醫療保險之方式計算保險費數額

整理自：河野正輝、阿部和光、增田雅暢、倉田聰編，《社会福祉法入門》第 2 版，有斐閣，2008 年，頁 138。

<sup>72</sup> 參照日本長期照護保險法第 13 條第 1 項。

<sup>73</sup> 參照日本長期照護保險法第 13 條第 2 項。



### 第三款 照護服務事業單位

被保險人經需照護認定並作成照護計畫後，即應依照計畫內容與提供照護服務締結契約，並向事業單位繳納部份負擔費用，照護事業向被保險人提供其所需之服務後，再向保險人請求支付照護報酬。提供照護服務之事業單位或機構不僅代理被保險人受領現金之保險給付，轉為將具體的實物給付直接提供給被保險人，事業或機構之運作更直接攸關照護服務之品質，因此服務提供者必須具備一定之要件，始能成為長期照護保險中的服務給付提供者。以居家照護服務為例，提供者必須為經都道府縣知事指定之居家照護服務事業，服務事業除須具備法人格外，尚須符合厚生勞動大臣所定之專業人員配置、設備及營運標準之要件，並向都道府縣提出申請<sup>74</sup>。經指定之居家照護服務事業應遵循設備及經營之標準提供服務，並應進行服務品質評鑑，盡力站在服務利用者的立場提供妥適之照護服務<sup>75</sup>。若指定居家照護服務事業有違反前揭指定要件或營運基準，或有其他不法情事時，都道府縣得撤銷該指定<sup>76</sup>。除此之外，長期照護保險法所規定之服務提供者尚包括地區密接型服務事業、居家照護支援事業、照護老人福利機構、照護老人保健機構、照護預防服務事業、地區密接型照護預防服務事業、照護預防支援事業等。

## 第三項 保險給付

### 第一款 利用程序

關於申請長期照護保險給付的流程，首先被保險人必須先向市町村提出申請，亦可由地區包括支援中心或居家照護支援事業代為提出申請，便利被保險人之申請程序，一般而言市町村會在收受申請 30 日內將結果通知申請人<sup>77</sup>。隨

<sup>74</sup> 參照日本長期照護保險法第 70 條。

<sup>75</sup> 參照日本長期照護保險法第 73 條第 1 項。

<sup>76</sup> 參照日本長期照護保險法第 77 條。

<sup>77</sup> 河野正輝等編，前揭註 28，頁 145-146。

後申請人須接受需照護或需支援的認定，市町村會派遣職員到申請人的住處進行面試，調查其日常生活活動能力及問題狀態、所處環境的狀況等，而後基於該調查結果，根據全國共通一致的客觀標準，以電腦分析進行判定（稱為「第一次判定」）。之後，根據第一次判定的結果及主治醫師的意見書，由醫師、保健師、社工等具有學識經驗者組成長期照護認定審查會，終局的判定需照護或需支援狀態的等級（稱為「第二次判定」），藉以判斷需照護的等級、所需照護服務的種類、得利用的服務量上限等<sup>78</sup>。若申請人為第二類被保險人，另須判斷需照護狀態的原因是否符合法定特殊疾病，若需照護狀態非因特定疾病所引起者，則無法請領長期照護保險之給付，僅能依身心障礙者福利制度申請照護服務。

市町村將第二次判定的結果通知申請人，並在申請人之被保險人證上記載需照護狀態，該需照護認定則溯及自提出申請之日起發生效力，被認為不符合需照護或需支援狀態的申請人，即無法利用保險給付<sup>79</sup>，被判定為需照護狀態者可接受照護給付，而被判定為需支援狀態者可接受預防給付，對應於需照護或需支援程度的高低而有不同的利用限度額，在額度範圍內由長期照護保險提供服務。需照護認定之有效期間原則上係 6 個月，期間經過後應重新提出更新之申請，若被保險人之狀態有所變動時，市町村亦得依申請或依職權變更認定或撤銷認定<sup>80</sup>，關於更新時之認定調查，市町村得委託指定居家照護支援事業或照護保險機構為之，更新後之需照護認定之有效期間以 12 個月為標準，得按照申請人之狀態在 3 至 24 個月（需支援者則為 3 至 12 個月）之範圍內決定之。

被保險人經認定為需照護或需支援狀態後，被保險人雖得自行擬定照護計畫，但一般而言在保險給付上限額度內決定自己適合何種照護服務，對被保險人並非易事，且為取得其所需之服務，實際上有必要向多個提供服務之事業單位提出申請或協調，被保險人獨力完成上述作業程序實為沈重之負擔，因此，

<sup>78</sup> 參照日本長期照護保險法第 27 條第 2 項。河野正輝等編，前揭註 39，頁 55-56。

<sup>79</sup> 但在 2005 年長期照護保險法修正後，部份不該當需照護或需支援狀態者雖經判定為「自立」，但基於預防其惡化之觀點，仍得利用「地區支援事業」所提供之照護預防服務。

<sup>80</sup> 參照日本長期照護保險法第 31 條。

一般多委由指定居家照護支援事業者協助作成照護計畫，由該指定事業派遣照護支援專業人員訪問被保險人，調查本人及親屬之狀況及意願，基於上述調查結果，經過多數保健、醫療、福利專家之協議討論後作成照護計畫。在此情形，作成照護計畫之費用全額由保險給付中「居家照護服務計畫費」<sup>81</sup>或「居家支援服務計畫費」<sup>82</sup>支付，被保險人無須負擔任何部份負擔費用。長期照護保險之所以對作成照護計畫費用給予如此優惠之給付，係因透過專門人員所作成之照護計畫最能符合長期照護保險法第 2 條第 3 項所謂：「保險給付應考量被保險人身心狀況及所處之環境，並基於被保險人之選擇，由多種事業或機構綜合且有效率的提供適當之保健醫療服務及福利服務。」之意旨，為促進被保險人有效運用保險給付及服務資源，照護計畫被認為係不可或缺之重要程序，故由保險全額給付該筆費用，以提高被保險人委託指定居家照護支援事業者作成照護計畫之意願<sup>83</sup>。

## 第二款 給付類型與內容

由於老年失能所需之照護需求多元且涵蓋日常生活各層面，因此長期照護保險所提供之保險給付內容亦須相應個別之照護需求，在失能者居住場域或機構內提供適當的照顧或協助。而關於保險給付之類型，可分別以給付方式、給付內容、法定給付類型來加以分類。

### 第一目 實物給付／現金給付

首先，若以給付方式為標準，長期照護保險所提供之保險給付可分為「實物給付」或「現金給付」。長期照護保險法關於照護給付之種類規定於第 40 條，共計 14 種給付種類，給付名稱均為「…服務費」，自法條用語觀之，似以現金給付為原則，惟參照同法第 41 條第 6 項等類似規定，可知在保險人應給付被保險人的費用範圍內，事業單位得代替被保險人受領該服務費用，故實際上被

<sup>81</sup> 參照日本長期照護保險法第 46、47 條。

<sup>82</sup> 參照日本長期照護保險法第 53 條。

<sup>83</sup> 河野正輝等編，前揭註 28，頁 158-160。

保險人並不會直接受領法條所定之服務費，而係直接現實受領照護服務，因此原則上長期照護保險係以「實物給付」為原則。至於長期照護保險給付形式上以現金給付提供之理由在於，給付現金能增加利用者對於個人生活的「自我決定」權，賦予其得自行決定接受何種照護服務之機會，雖然日本長期照護保險將現金給付轉化為實物給付，且可選擇之服務內容仍需在制度所定的範圍內，並遵守政府所定之基準內容，但仍不失為尊重個人自我決定之展現。再者，形式上以現金給付提供即表示利用者得以自費方式購買保險給付以外之服務，亦即容許混合照護之情形<sup>84</sup>。

相對於實物給付者即為「現金給付」，其給付模式則為被保險人於使用服務時先行支付全額之服務費用與事業單位，再就其中應由保險負擔之部份（原則上為 90%）向保險人請求償還，故現金給付方式又稱為「費用償還方式」。此種費用償還方式僅限少數例外狀況，例如在需照護認定生效前不得已有利用照護服務必要之情形，或有難以使用符合於保險給付要件之照護服務之情形時（如離島地區無法確保提供合於標準之服務內容），被保險人始例外得請求償還相當於保險給付部分之服務費用。以長期照護保險法所定之照護給付為例，目前本法規定得請領現金給付之項目為：特別居家照護費用（第 42 條）、特別地區密接型照護費用（第 42 條之 3）、居家照護輔具購入費用（第 44 條）、居家照護住宅修改費用（第 45 條）、特別居家照護服務計畫費用（第 47 條）、特別機構照護服務費用（第 49 條）、特別特定入所者照護服務費用（第 51 條之 4）。

## 第二目 居家照護服務／機構照顧服務／地區密接型服務

其次，若以給付型態及內容為區分標準，長期照護保險給付又可分為居家照護服務、機構照護服務、以及 2005 年新增之地區密接型服務，以下分述之：

---

<sup>84</sup> 石橋敏郎，〈介護保險給付〉，收錄於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010 年，頁 91。日本醫療保險原則上禁止混合診療，亦即不得同時使用保險給付和自費診療，一旦發生混合診療之情形時，整體的醫療行為均視為自費醫療處理，全額費用均由使用者自負，詳參島崎謙治，前揭註 23，頁 238-252。

## (1)居家照護服務

長期照護保險法基於「在地老化」之理念，盡量讓老人得以在熟悉之生活環境或家庭內接受照護，故以「居家照護」為優先，提供相當多元豐富之居家照護服務內容。又居家照護服務係整合原屬老人福利制度所提供之服務，因此服務品質及內容亦與福利事業之經營與福利從業人員素質密切相關。

根據本法第 8 條第 1 項：「所謂居家服務，係包括訪視照護、訪視入浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導、日間照護、日間復健、短期收容生活照護、短期收容療養照護、特定機構入所者生活照護、輔具租借及特定輔具之販賣。」其中，訪視照護、訪視入浴照護、訪視看護、訪視復健、居家療養管理指導屬於前往被保險人住所提供之服務，包括訪視照護員提供沐浴、排泄、飲食之照護，甚至協助其烹飪、洗衣、打掃等家務（訪視照護）；或由醫院之看護師、保健師至被保險人家中進行療養上之照護或診療輔助（訪視看護）；或對於難以移動至機構沐浴者，將入浴車開至住處提供浴槽並協助其沐浴（訪視入浴照護）；或由醫療院所派遣物理治療師、職能治療師或語言治療師至被保險人住所進行復健（訪視看護）；或由醫療院所或藥局之醫師、藥師、牙醫師等至被保險人住處進行療養上管理及指導（居家療養管理指導）。

此外，被保險人得定期前往日間照護中心或老人照護保健機構接受照護服務，「日間照護」（day service）、「日間復健」（day care）均屬此型態之服務。因被保險人大部分時間仍在自家生活，故仍屬居家照護服務之一環。服務內容為被保險人定期往返日間照護機構，並在該機構接受沐浴、飲食、機能訓練、復健或其他日常生活照護，目的除了可維持需照護者之身心機能外，亦將機構作為需照護者參與社會之場域，以舒緩其孤立感，更可減輕家庭照顧者之身心負擔，達到提供喘息服務（respite care）之功能。

若需照護者之身心狀況惡化，或家庭照顧者因疾病、籌備婚喪喜慶或長期出差而無法照顧時，亦得於該段期間將需照護者送至特別養護老人之家或照護療養型醫療機構，在機構內提供日常生活照護或協助，或進行必要之醫療處置

或機能訓練，「短期收容生活照護」、「短期收容療養照護」均屬此型態之服務，因待在機構之期間亦被視為居家生活之延長，故在分類上亦屬居家照護服務之類型<sup>85</sup>。



至於供餐服務雖未明定在本法第 8 條第 1 項所定之居家照護服務當中，但供餐服務在實際運作上，似可被納入訪視照護所提供之家事協助類型中，即便係身體照護型的服務，由於供餐亦屬於其中重要之照護內容，故將供餐服務解釋為身體照護之準備行為亦無妨<sup>86</sup>。

## (2)機構照護服務

相對於利用居家照護服務的對象係失能狀態較輕微，具備基本生活自理能力，僅須定期往返醫療院所即可，機構照護服務的對象多為失能狀態較為嚴重，而有進入機構全天候照顧或給予療養處置之必要，因此機構照護服務限於經判定為「需照護狀態」者始能利用，需支援狀態者僅能利用部分的居家服務及地區密接型服務<sup>87</sup>。

長期照護保險法所定之機構照護服務依照提供地點之不同，可再細分為以下三種：

- ①「照護福利機構服務」：需照護者在指定照護老人福利機構（特別養護老人之家）內接受沐浴、飲食、排泄等生活上照顧、機能訓練、健康管理、療養照護等。所謂照護老人福利機構，即為老人福利法第 20 條之 5 所定之「特別養護老人之家」<sup>88</sup>，為老人福利法體系下專門以臥病在床高齡者為服務對象之機

<sup>85</sup> 村川浩一、矢部正治、松井奈美、村田美由紀編著，《介護保險制度論》，第一法規株式會社，2006 年，頁 47-50。

<sup>86</sup> 菊池馨實，《社會保障の法理念》，有斐閣，2000 年，頁 201。

<sup>87</sup> 河野正輝等編，前揭註 28，頁 160-161。

<sup>88</sup> 照護老人福利機構除了擔當長期照護福利機構外，亦同時負責實施老人福利措施，而具有老人福利措施之性質。按老人福利法第 11 條第 1 項第 2 款規定：「65 歲以上者因身體上或精神上具有顯著障礙而有經常照護之必要，且在住家難以接受照護，經認進入長期照護保險法所定之地區密接型照護老人福利機構有顯著困難者，應將該對象送進該市町村所設置之特別養護老人之家，或委託移送至其他市町村設置之特別養護老人之家。」因此，照護老人福利機構亦為老

構，經都道府縣知事指定後，成為長期照護保險法第 8 條第 26 項之「照護老人福利機構」。而機構提供服務之目的在於協助需照護者具備在家自理生活之能力，最終得以返家自立，因此服務內容亦以日常生活之照護援助為主。

- ②「照護保健機構服務」：係對於進入照護老人保健機構之需照護者，透過看護、醫學管理之方式，進行照護、機能訓練及其他必要之醫療及日常協助。照護老人保健機構之前身為 1988 年創設之「老人保健機構」。老人保健機構係為解決社會性住院之問題，以及特別養護老人之家無法妥善處理老年疾病或身心障礙之困境，因而創設老人保健機構，試圖整合醫療及福利服務於同一機構內，並將老人保健機構定位為醫療機關與生活場所間的「中間機構」，透過復健等手段，期待需照護者能回復自立生活之能力，以達到回歸家庭之目的。
- ③「照護療養機構服務」：在指定療養型醫療機構住院之需照護者大多有長期療養之必要，故應在完善的療養及醫學管理下提供照護、機能訓練或其他必要之醫療處置。諸如需照護者患有難治之褥瘡或感染症，或是氣管切開手術之術後照顧、抽痰處置等，亟須透過醫療專業及密集照護以維持其生活品質。附帶一提，為解決社會性住院的問題，2006 年的醫療制度改革<sup>89</sup>計畫逐步廢止「照護療養型醫療機構」（有療養病床之醫院），並預計於 2012 年 3 月底達到完全廢除之目標，將原有之療養型醫療機構逐漸轉換為照護老人保健機構，以避免醫療資源濫用並抑制醫療費用的膨脹<sup>90</sup>。但由於機構內患者尚未轉院完畢，且建築物的改修亦尚未完成，故 2011 年長期照護保險法修正案中將照護療養型醫療機構之廢止期限延長 6 年，延至 2017 年末始廢止<sup>91</sup>。

---

人福利法上之措施機構，同時具有長期照護保險機構及老人福利機構兩種性格。詳參村川浩一等編著，前揭註 85，頁 77-84。

<sup>89</sup> 「健康保險法等の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 83 號）

<sup>90</sup> 詳言之，療養病床限定提供給有較高醫療需求者，並由醫療保險支付費用，至於醫療需求較低之需照護者則利用居家照護服務，或進入照護老人保健機構接受照顧，費用則由長期照護保險支應，明確化醫療保險與長期照護保險之適用範圍。詳參小沼敦，〈療養病床の再編〉，《調査と情報-Issue Brief-》第 590 號，國立國會圖書館，2007 年，載於：<http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/issue/0590.pdf>（最後閱覽日：06/30/2015）。

<sup>91</sup> 〈厚労省、介護型病床廃止 6 年延長 17 年度末に先送り〉，2011 年 2 月 16 日。載於：<http://www.47news.jp/CN/201102/CN2011021601000872.html>（最後閱覽日：06/30/2015）。



### (3)地區密接型服務

地區密接型服務係 2005 年長期照護保險法修正後所新設之服務類型。創設此種服務類型之背景為失智症老人急速增加，目前半數以上之需照護者均受到失智症之影響，且預估 2015 年患有失智症人數將高達 250 萬人，為因應此種趨勢，除了一般常見的身體照護外，有必要增加「失智症照護」的觀點。此外，獨居老人的家戶數量亦不斷增加，過去假定需照護者與家屬同居之前提亦須隨之改變，而應特別關注獨居老人之生活型態。因此，所謂地區密接型服務係為使失智症老人及獨居老人盡可能在其習慣的地區繼續生活，配合該地區之實際狀況，提供多樣化且彈性之服務。地區密接型服務的特色係由「市町村」作為實施服務之權責主體，原則上僅有該市町村之被保險人得利用該項服務，市町村應事先擬定必要之服務量、指定並監督提供服務之事業者，甚至亦得自行設定經營標準與照護報酬<sup>92</sup>。地區密接型服務包括夜間訪視照護、失智症日間照護、小規模多機能居家照護、失智症共同生活照護（group home，或譯為：團體家屋）、地區密接型特定機構入住者生活照護、地區密接型照護老人保健機構入住者生活照護等。

## 第三目 照護給付／預防給付／市町村特別給付

若按照長期照護保險法上之分類，保險給付可分為照護給付、預防給付、市町村特別給付三種。其中照護給付與預防給付係以給付對象為區別標準，市町村特別給付則為各地區針對其特殊需求，提供額外附加之服務，以下分述之。但關於給付之具體項目已在居家照護及機構照護部分敘及者，茲不再贅述。

### (1)照護給付

#### ①居家照護服務費

---

<sup>92</sup> 河野正輝等編，前揭註 39，頁 59-61。



- ②特別居家照護服務費
- ③地區密接型照護服務費
- ④特別地區密接型照護服務費
- ⑤居家照護輔具購入費
- ⑥居家照護住宅改修費
- ⑦居家照護服務計畫費
- ⑧特別居家照護服務計畫費
- ⑨機構照護服務費
- ⑩特別機構照護服務費
- ⑪高額照護服務費
- ⑫高額醫療合算照護服務費
- ⑬特定入所者照護服務費
- ⑭特別特定入所者照護服務費

## (2)預防給付

- ①照護預防服務費
- ②特別照護預防服務費
- ③地區密接型照護預防服務費
- ④特別地區密接型照護預防服務費
- ⑤照護預防輔具購入費
- ⑥照護預防住宅改修費
- ⑦照護預防服務計畫費
- ⑧特別照護預防服務計畫費
- ⑨高額照護預防服務費
- ⑩高額醫療合算照護預防服務費
- ⑪特定入所者照護預防服務費
- ⑫特別特定入所者照護預防服務費

### (3)市町村特別給付

市町村為因應地區內獨特之需求，得制定自治條例，在固有之保險給付之外，額外附加特別之服務內容，例如寢具洗滌或烘乾服務、照護研修課程、緊急通報、家庭照顧者交流會、獨居者供餐服務等。特別給付財源則以第一類被保險人所繳納之保險費支應，此與照護給付、預防給付之財源尚包括國庫負擔有所不同。

## 第四項 財源結構

社會保險有別於其他由國家稅收作為財源的社會福利制度，係採取類似商業保險的原理，由參加保險的被保險人共同承擔風險，而填補風險所支出的保險給付費用即由被保險人共同負擔，改變了以往國家負擔財政責任、受給者無條件受領的單向給付關係。相對於此，社會保險不論是在財源結構或財務處理上，都具有其特殊性，特別是關於保險費的設定，最能突顯出社會保險的特色。日本對於長期照護服務既然採取社會保險方式來提供，保險費的徵收當然是不可或缺，除此之外，由於考量到各市町村推動保險的財政困難，有必要以國家投入預算加以補助，因此在長期照護保險的財源構造中，公費負擔亦佔了相當的比例，相當程度的左右保險財政的健全運作。此外，為了促進照護資源合理的使用，基於使用者付費的理念，另向使用服務者收取一定的部份負擔，亦構成財源的一部分。

首先在財源的構成比例上，長期照護保險所需給付的費用總額扣除一成的部份負擔後，剩餘部份由保險費和公費負擔各負擔 50%。換言之，從整體所需費用來看，保險費佔 45%，公費負擔同樣佔 45%，使用者的部份負擔佔 10%。扣除使用服務者自負的部份負擔後，長期照護保險財源的二分之一來自保險費收入，其中按照第一類被保險人與第二類被保險人的總人數比例，又可計算出兩類被保險人在總財源中各自負擔保險費之比例。制度剛施行時，第一類被保險人負擔 17%，第二類被保險人負擔 33%，其後每三年調整一次，最近一次修正在 2015 年，第一類和第二類被保險人分別負擔 22%和 28%（參下表）。保

險費以外其餘 50% 部份之財源則由中央政府及地方自治團體共同負擔。各種財源比例之間存在著彼此連動消長的關係，若無開拓新的財源，當減少某財源比例時，勢必代表增加其他財源的比重，因此財源結構在長期照護保險的修正中也屢屢成為討論重點。



表格 2：被保險人保險費負擔比例之變動

被保險人	平成 12-14 年 (2000-2002)	平成 15-17 年 (2003-2005)	平成 18-20 年 (2006-2008)	平成 21-23 年 (2009-2011)	平成 24-26 年 (2012-2014)	平成 27 年～ (2015～)
第一類 被保險人	17%	18%	19%	20%	21%	22%
第二類 被保險人	33%	32%	31%	30%	29%	28%

※資料來源：日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究，行政院經濟建設委員會委託研究計畫（2009），最新資料由作者補充。

## 第一款 保險費

保險費屬於社會保險的核心特質，透過向被保險人收取一定金額，作為保險事故發生時的保障，同時保險費亦因而成為受領保險給付權利的合法依據。另一方面，社會保險基於其社會性，而有強制參加之必要，被保險人強制負有繳納保險費之義務，因此保險費的設定與徵收，對於被保險人的權益可謂影響甚鉅，更關乎社會保險財政運作是否穩固。以下將詳細介紹長期照護保險費的相關規定。

長期照護保險法第 4 條第 2 項規定：「基於共同連帶的理念，國民應公平的負擔長期照護保險事業所需之費用。」本條在立法目的上肯認國民負擔保險費的正當性在於「社會連帶」的理念<sup>93</sup>。又本法第 129 條第 1 項規定：「市町村為

<sup>93</sup> 惟從字面上來看，「國民」似包括「全體國民」在內，但本法僅規定 40 歲以上者為被保險人，蓋立法之初考慮到年輕世代負擔的公平性，暫時先將 40 歲以上國民納入保險，因此應認為現階段具體負有繳納保險費義務者仍不及於未滿 40 歲者，待具體制度形成後亦得依據本條賦予收取保險費的正當性。

了籌措長期照護保險事業所需之費用，應徵收保險費。」市町村得以保險人的地位向被保險人徵收保險費，且徵收所得之保險費亦必須使用在長期照護保險事業所為的保險給付上。



## 第一目 第一類被保險人

第一類被保險人的保險費係依照政令規定之基準，以自治條例規定計算出保險費率，再據此核算保險費<sup>94</sup>。此處所謂政令規定之基準額係以保險費繳納的必要額除以預定的保險費繳納率，再以所得之金額除以補正第一類被保險人數，計算得出一基準額<sup>95</sup>，以下簡要將基準額計算公式化如下：

(年間保險費之) 基準額 = 長期照護給付所需費用總額 × 第一類被保險人的負擔比例 × 預估的保險費繳納率 ÷ 補正第一類被保險人人數

\* 補正第一類被保險人人數係將被保險人人數按照所得級距給予不同之加權比重，亦即「第一級所得被保險人 × 0.5 + 第二級所得被保險人 × 0.5 + 第三級所得被保險人 × 0.75 + 第四級所得被保險人 × 1 + 第五級所得被保險人 × 1.25 + 第六級所得被保險人 × 1.5」計算所得之總人數。

接著，以該基準額乘以由市町村以自治條例決定之保險費率<sup>96</sup>即可算出具體的保險費數額。而市町村根據政令所定的基準，按照第一類被保險人的所得狀況，區分為六個級距，各別以基準額乘以標準比例後所得之金額即為保險費具體數額。因此，第一類被保險人之保險費基本上係採用「定額制」，同時按照所得高低區別出不同等級，以符合量能負擔之社會公平觀點。

<sup>94</sup> 參照日本長期照護保險法第 129 條第 2 項。

<sup>95</sup> 參照日本長期照護保險法施行令第 38 條第 2 項。

<sup>96</sup> 這裡的「保險費率」係指依循政令所定的基準，以自治條例定出的「額度」，例如：基準額 × 1，並非如健康保險費的保險費率，係以「比率」表現之，以標準報酬月額（類似我國投保金額分級）乘以保險費率即可算出具體的保險費數額。

表格 3：第一類被保險人保險費所得級距標準及保險費率（2005 年修正後）

級距	對象者	保險費率
第一級	非市町村民稅課稅對象且為老齡福利年金受給者的家戶、接受社會救助的低收入戶	基準額 × 0.5
第二級	非市町村民稅課稅對象的家戶，且前一年的公共年金收入金額加上合計所得金額，合計在 80 萬圓以下者	基準額 × 0.5
第三級	非市町村民稅課稅對象的家戶，且不符合第二級者	基準額 × 0.75
第四級	非市町村民稅課稅對象者，且均不符合前三級者	基準額 × 1.0
第五級	市町村民稅課稅對象者，且合計所得金額未滿基準所得金額者	基準額 × 1.25
第六級	市町村民稅課稅對象者，且合計所得金額超過基準所得金額者	基準額 × 1.5

※資料來源：日本長期照護保險法施行令第 38 條第 1 項各款、伊藤周平《介護保險法と権利保障》頁 249。

上述保險費率雖然係以法規命令規範一定之基準，但市町村仍得各自考量該地區特殊之情事，並兼顧當地居民之所得分佈狀況，自行以自治條例訂定具體分級和保險費率<sup>97</sup>，例如市町村得自行訂定基準所得金額，超過該基準所得金額之被保險人設定為第七等級，保險費率為基準額 × 1.75；或降低特定所得等級被保險人之保險費率（基準額 × 0.4），但基本上市町村不得任意將第一等級之保險費率設定為零（即免除其保險費），或是對於高所得被保險人設定相當高額之保險費<sup>98</sup>。惟保險費率之訂定仍應參照市町村預定支出的金額及其他因素（包括基於市町村照護保險事業計畫中所估計的服務量計算出保險給付所需費用的預估金額、繳納財政安定化基金所需費用的預估金額、為向都道府縣償還借款所需費用之預定金額、地區支援事業及保健福利事業所需費用的預定金額、第一類被保險人所得的分布狀況及其預測、國庫負擔的金額等），且必須得以

<sup>97</sup> 參照日本長期照護保險法施行令第 39 條。

<sup>98</sup> 伊藤周平，前揭註 43，頁 249。

確保約三年的財政均衡<sup>99</sup>。因此，基本上年度期間內不得變更保險費率，在同一保險人下的第一類被保險人原則上其保險費在三年內是相同的，若第一年度中產生盈餘，則作為「長期照護給付費準備基金」，以備填補下年度可能產生的赤字。



關於第一類被保險人保險費之徵收方式，長期照護保險採用「特別徵收」與「普通徵收」兩種方式。所謂特別徵收，係對於依規定得請領年金保險之被保險人徵收保險費之特別方式，年金保險向第一類被保險人支付老年基礎年金、老年退休年金等給付<sup>100</sup>（且年金年給付額在 18 萬日圓以上者<sup>101</sup>）時，自年金額度內先行扣除其所應繳納之長期照護保險費，徵收所得之保險費直接向市町村繳納，此種徵收方式可以有效率及確實的徵收保險費，並賦予被保險人便利性，在行政事務處理上亦能減輕市町村之負擔。目前約有九成的第一類被保險人係以特別徵收之方式徵收保險費。對於特別徵收以外之第一類被保險人則採用「普通徵收」之方式徵收保險費，由市町村直接向被保險人本人、戶長或配偶徵收<sup>102</sup>，原則上保險費雖向被保險人本人徵收，但當被保險人無力繳納保險費時，其所屬之戶長或配偶亦負有連帶繳納保險費之義務<sup>103</sup>。2005 年制度修正時，增加在有利於被保險人之便利及確保收入時之情形，市町村得委託私人代為處理收納保險費之事務<sup>104</sup>。並在生活保護法增訂生活保護之被保護者（相當於我國之低收入戶）所應繳納之長期照護保險費，得由生活保護實施機關代為向保險人繳納<sup>105</sup>。

<sup>99</sup> 參照日本長期照護保險法第 129 條第 3 項。

<sup>100</sup> 特別徵收的對象在 2005 年長期照護保險法修正中，除原本之老年及退休年金外，更擴張及於障礙年金給付及遺屬年金給付。

<sup>101</sup> 即相當於年金月額 1 萬 5,000 日圓以上者，參照日本長期照護保險法施行令第 41 條。

<sup>102</sup> 參照日本長期照護保險法第 131 條後段。

<sup>103</sup> 參照日本長期照護保險法第 132 條第 2、3 項。

<sup>104</sup> 參照日本長期照護保險法第 144 條之 2。

<sup>105</sup> 參照日本生活保護法第 37 條之 2。

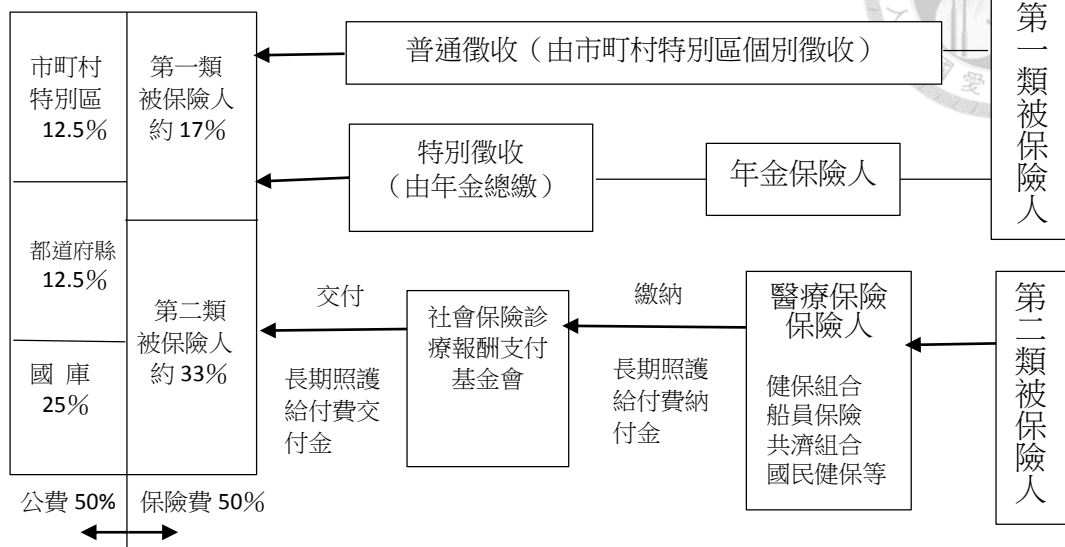
## 第二目 第二類被保險人

由於第二類被保險人資格被限定為 40 歲以上未滿 65 歲者且有加入醫療保險者，因此徵收長期照護保險費的方式和計算保險費之方式均與第一類被保險人有所不同，並不由市町村收取保險費。第二類被保險人的長期照護保險費係連同醫療保險費一併繳交給醫療保險人，醫療保險人再以「長期照護給付費繳納金」的形式繳納給社會保險診療報酬支付基金<sup>106</sup>，該基金以長期照護給付費用乘以第二類被保險人的負擔比率後所得之金額為「長期照護給付費交付金」，再給付該費用給市町村<sup>107</sup>。其次，各醫療保險之保險人係依照國民健康保險或其他醫療保險的計算方式計算保險費數額，例如受雇者醫療保險係以被保險人投保薪資乘以長期照護保險費率定之，部分經厚生勞動大臣許可之健康保險組合得不採上述投保薪資比例方式，而依所得等級設定定額保險費率。因受雇者醫療保險之保險費係由勞工和雇主共同負擔，因此長期照護保險原則上亦為勞工和雇主各分擔 50% 比例；而國民健康保險中係由戶長負擔家戶內第二類被保險人之保險費，該保險費按照各市町村計算國民健康保險費之方式，按照所得比、資產比等不同組合課徵。

<sup>106</sup> 參照日本長期照護保險法第 150 條。

<sup>107</sup> 參照日本長期照護保險法第 125 條。

圖表 4：日本長期照護保險費用負擔比例與繳納流程



資料來源：吳凱勳，〈日本介護保險制度及財務規劃〉，《長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景研討會》，國家衛生研究院。

## 第二款 公費負擔

長期照護保險雖然採取社會保險方式來籌措財源，按照保險原理的運作應全以被保險人所繳交之保險費支應保險給付費用，例如德國之長期照護制度即完全以保險費作為財源，國家並未以公費補助保險財政<sup>108</sup>。惟日本在制度設計時考量減輕長期照護保險費對高齡者的財務負擔，以及確保個別市町村財務安定與事務處理的運作順暢，從長期照護給付費用總額中扣除服務使用者的部份負擔後，剩餘的給付費用的一半由國家（中央政府）、都道府縣、市町村分別提供不同比例的補助。其中，中央政府負擔 25%（定率 20% + 調整交付金 5%），都道府縣負擔 12.5%，市町村負擔 12.5%<sup>109</sup>。但是，對於入住長期照護保險

<sup>108</sup> 德國社會法法典第 11 篇第 54 條第 1 項則規定，長期照護保險財源來自保險費與其他收入。所謂「保費」，係被保險人、雇主或第三人為滿足保險人財務需要，依法提供之現金給付；「其他收入」則如營運資產或準備金之投資收益、保險人因核課滯納金、罰鍰、費用償還或請求損害賠償等，基於第 67 條第 2 項規定，因「財務平衡」而自平準基金受償之現金，均屬之。參照行政院經濟建設委員會委託研究計畫，《德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究》，2009 年，頁 35。

<sup>109</sup> 參照日本長期照護保險法第 121 條至第 124 條。

機構及特定機構者的生活照護所需的給付費用，中央政府的負擔降至 20%（定率 15%+調整交付金 5%）。2005 年長期照護保險法的修正當中，中央負擔的定率從 20%降為 15%，都道府縣則由原先負擔之 12.5%增加至 17.5%。



## 第一目 中央政府

關於國家對於長期照護給付費用中應負擔之比例，分為固定比例以及調整交付金兩個部份。國家（中央政府）所應負擔之固定比例係規定於長期照護保險法第 121 條第 1 項：「國家依照政令的規定，對於市町村長期照護給付及預防給付所需費用，應負擔相當於以下二款所定之比例之金額。①長期照護給付及預防給付費用所需費用負擔 20%，②對於入住長期照護保險機構及特定機構者的生活照護所需的給付費用負擔 15%。」

此外，國家為進行長期照護保險財政之調整，考量第一類被保險人年齡階層分佈狀況、第一類被保險人所得分佈狀況，依政令規定對市町村交付調整交付金<sup>110</sup>。由於長期照護保險採複數保險人制，為避免各市町村因高齡者比率過高，或所得普遍偏低而影響保險財政之平衡，而由中央政府提供一定比例的調整交付金，以平衡市町村財政能力的差距，因此各別市町村所獲得之調整交付金比例未必相同，高齡者所得較高之市町村由於保險費收入充足，故無須受分配調整交付金，相對的該部分之調整交付金則用來支援高齡者所得較低之市町村，以補足該市町村第一類被保險人保險費收入不足之困境<sup>111</sup>。調整交付金之總額應相當於長期照護給付及預防給付所需費用總額之 5%，並加算該年度前一年以前年度尚未交付的額度，或是扣除該年度以前之年度溢領的交付金額度<sup>112</sup>。

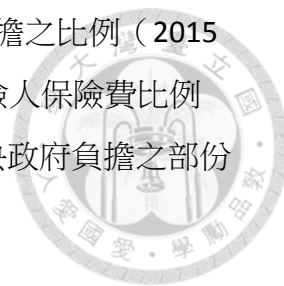
另外，中央政府對於 2005 年新設之地區支援事業中「包括性支援事業」及「任意事業」所需之費用，所負擔之比例較重，由於第二類被保險人繳納之保

<sup>110</sup> 參照日本長期照護保險法第 122 條第 1 項。

<sup>111</sup> 佐藤進、河野正輝編，前掲註 57，頁 242-243。

<sup>112</sup> 參照日本長期照護保險法第 122 條第 2 項及第 3 項。

險費無須負擔上開事業之費用，故扣除第一類被保險人所應負擔之比例（2015年為 22%）後，剩餘之 78% 部份財源（亦相當於第二類被保險人保險費比例 28% + 公費負擔 50%）由中央政府負擔其中 50%，亦即中央政府負擔之部份在全體費用所佔比例為 39%<sup>113</sup>。



## 第二目 都道府縣

關於都道府縣應負擔的比例，依照長期照護保險法第 123 條之規定，都道府縣對市町村負擔長期照護給付和預防給付所需費用的 12.5%，而對於入住長期照護保險機構及特定機構者的生活照護所需的給付費用負擔 17.5%。此部份都道府縣的負擔比例係與中央政府互相連動，中央對於一般之長期照護給付和預防給付所需費用負擔較高之比例，而對於使用長期照護機構式服務的費用則規定都道府縣負擔較高之比例。

至於地區支援事業中「包括性支援事業」及「任意事業」所需之費用，依照長期照護保險法第 123 條第 4 項，都道府縣應交相當於特定地區支援事業支援額（第二類被保險人保險費負擔比例 28% + 50%）25%之額度，換算後即相當於整體費用之 19.5%。

## 第三目 市町村

市町村為長期照護保險之保險人，除了必須負責保險經營的相關事務外，依照長期照護保險法第 124 條之規定，尚須負擔相當於保險給付所需費用 12.5% 的額度。

關於地區支援事業中「包括性支援事業」及「任意事業」所需之費用，依照長期照護保險法第 124 條第 4 項，市町村應交相當於特定地區支援事業支援額 25%之額度，換算後即相當於整體費用之 19.5%，與都道府縣所負擔比例相

---

<sup>113</sup> 參照日本長期照護保險法第 122 條之 2 第 4 項。

同。



#### 第四目 財政安定化基金

根據長期照護保險法第 147 條規定，為了避免市町村因實際繳納保險費的額度過低等因素，而挪用一般會計編列預算支付所需費用，致市町村的負擔超出原先法定的負擔比例，都道府縣設置了財政安定化基金，提供借款或交付金以填補會計上的不足額度，以謀求保險財政的安定化。財政安定化基金的財源係由市町村、都道府縣、國家平均負擔三分之一<sup>114</sup>。當保險費繳納率比預估低導致保險費收入不足時，都道府縣得動用財政安定化基金，交付相當於不足部份的二分之一的金額，或是當市町村的收入不足以支應給付費的增加時，都道府縣得動用該財政安定化基金，就不足部份全額貸款給市町村，以填補當年度的財政赤字。

市町村亦得和其他市町村共同成立「市町村相互財政安定化事業」<sup>115</sup>。該事業係以多數市町村相互協助、謀求財政安定化為目的，透過設定「調整保險費率」<sup>116</sup>的方式，在事業實施期間將保險費繳納標準平均化，以均衡多數市町村長期照護給付總額和收入總額，進行長期照護保險財政的調整。對此，都道府縣得應市町村的要求進行必要的調整和援助，提示調整保險費率的基準等。

#### 第三款 利用者部分負擔

利用者部分負擔在日本社會保險制度中甚為常見，其目的係在於強化利用者的成本意識，實現使用者付費之理念，避免其過度使用保險給付，確保有限

---

<sup>114</sup> 參照日本長期照護保險法第 147 條第 3 項：「都道府縣依政令規定，向市町村徵收財政安定化基金繳納金，以充當財政安定化基金。」同條第 4 項：「市町村依前項規定負有繳納財政安定化基金繳納金的義務。」同條第 5 項：「都道府縣依政令規定，應提撥相當於第 3 項向市町村所徵收之財政安定化基金繳納金總額之三倍之金額。」同條第 6 項：「國家依政令規定，應負擔前條所定都道府縣提撥額的三分之一。」

<sup>115</sup> 參照日本長期照護保險法第 148 條第 1 項。

<sup>116</sup> 參照日本長期照護保險法第 148 條第 2 項。本項概要如下：加入市町村相互財政安定化事業之市町村，對於各自的第一類被保險人按照調整保險費率算定保險費，使得在該事業實施期間所收取的保險費總額得以和期間內的給付費用等的總額達成均衡。

社會資源能作有效且合理的運用，並追求使用服務者與未使用服務者間的負擔公平性。

長期照護保險制度下，照護服務費用之 90% 由保險給付，被保險人於接受服務時應自負剩餘 10% 之部份負擔。但居家照護服務計畫費用則例外由保險全額給付，利用者無須再繳納部份負擔費用。相較於過去的措施制度下利用者部份負擔係採「量能負擔」制，視利用者之所得水平高低決定部份負擔額度，長期照護保險則採「量益負擔」原則，按照實際使用服務費用高低決定部份負擔，而與利用者之所得高低無關<sup>117</sup>。此外，在保險給付中，接受機構照護服務者（包括短期入所者）尚須額外負擔住宿費及伙食費。至於日間照護等系列服務雖無須負擔住宿費，但須負擔伙食費<sup>118</sup>。但若上述額外繳納之住宿費或伙食費對低所得者造成沉重負擔時，市町村得以保險給付之特定入所者照護服務費<sup>119</sup>、特定入所者照護預防服務費<sup>120</sup>來支應上述住宿費及伙食費，以減輕低所得者之經濟負擔。

### 第三節 日本長期照護保險之理論基礎

社會保障制度的目的在於保障國民生活，從歷史來看，本來社會保障係為防止國民陷入貧窮，國家給予補充性或預防性的所得保障的制度，例如最早從濟貧發展出來的社會救助制度。但發展迄今，目前社會保障制度已包含所有以保障國民生活為目的之給付，例如醫療、身心障礙、兒童福利、勞動災害、失業、貧困等領域中各種形式之給付，均該當社會保障制度之範疇。因此關於社會保障的目的，可以理解為係以「生活保障」作為主要目的的制度。而所謂長期照護，係針對喪失或不具備日常生活功能者，長期性提供醫療照護、生活照顧與社會服務等一系列措施，攸關每個國民遭遇失能狀況時之生活保障，因此

<sup>117</sup> 雖然在實際制度下，以租稅為財源之社會福利制度往往以量能負擔為原則，社會保險制度通常以量益負擔為原則，但利用者部分負擔究應採量能負擔或量益負擔原則，並無必然之答案，例如身心障礙者自立支援法的自立支援給付，係以租稅為財源，但原則上卻採用量益負擔之方式計算部份負擔，但此種設計遭致諸多批評，詳參河野正輝等編，前揭註 39，頁 188。

<sup>118</sup> 河野正輝等編，前揭註 28，頁 162。

<sup>119</sup> 參照日本長期照護保險法第 51 條之 3。

<sup>120</sup> 參照日本長期照護保險法第 61 條之 3。

長期照護服務向來即被歸類在社會保障法範疇下，並無疑義。但日本學者為將繁雜的社會保障制度予以體系化，嘗試抽繹數項區別標準或觀點，並據以建構出不同之社會保障體系，有單純從現實制度面區別的「制度別體系論」<sup>121</sup>，亦有從保障給付之性質出發的「給付別體系論」<sup>122</sup>等見解。無論如何，長期照護在社會保障制度中之定位為何，應取決於所選擇之觀察角度而定。本文擬從社會保障財政面作為觀察之重點，無論是基於何種社會保障目的進行何種給付，現實上均需要充足之財源始得實現，而財源籌措之方式某程度上左右社會保障制度設計之樣貌，並揭示個別社會保障制度財務運作所應遵循之準則，故本節首先介紹日本社會保障制度下兩種主要財政模式，辨別各自的特性與適用界線，其中長期照護保險係選擇「社會保險方式」作為財政運作之核心，其次在「社會保險方式」脈絡下論述其所蘊含社會連帶思想及社會保險基本原理，最後再細論社會保險財務運作之特徵及原則。

## 第一項 長期照護財政模式之選擇

如前所述，社會保障制度固應保障國民在日常生活中可能遭遇到的風險，但是究應以何種財政方式實現，則有不同的制度選擇。在社會保障法的分類上，可以大別為「社會扶助方式」和「社會保險方式」兩種財政方式<sup>123</sup>，各有其優缺點。且上述兩種方式各別蘊含截然不同的基本原則：「保險原理」與「扶助

---

<sup>121</sup> 此說係源自 1950 年社會保障制度審議會，該審議會所提出之勸告書（略稱為 50 年勸告）將社會保障制度分為：社會保險、公共扶助、公眾衛生、社會福祉四大部門。其定義為：「所謂社會保障制度，是對疾病、傷害、分娩、廢疾、死亡、老年、失業、多子及其他的困窮原因，於保險方法或直接公共負擔中採取經濟保障的途徑，對陷入生活困窮者，以國家扶助保障最低限度生活的同時，並企圖提升公眾衛生與社會福祉，藉以使全體國民能夠過著符合文化的社會成員生活。」

<sup>122</sup> 學者荒木誠之認為社會保障的法律關係終究是圍繞著社會保障給付中國民和國家之間的權利義務關係，而社會保障給付是對應於從疾病、老年、障礙等生活事故所產生的需要，因此提出應以各種保障需求的內容、性質以及相對應的社會給付為區分標準的「給付別體系論」。詳言之，其將社會保障法區分為以金錢給付之「所得保障給付法」與以實物給付之「生活障礙給付法」，再將前者細分為「生活危險給付法」與「生活不能給付法」，予以體系化。詳參荒木誠之，《社會保障の法的構造》，有斐閣，1983 年，頁 31。

<sup>123</sup> 此為日本社會保障法學界一般的分類，或有學者將「社會扶助方式」稱為「國庫負擔方式」或「稅收制」。又，本文雖稱此為「財政方式」，但日本社會保障法的教科書亦有認為應稱之為「保障方式」較為妥當者，蓋此分類係闡述社會保障應以何種方式或制度來實現，然究其根本，無非是探究應以何種方式籌措財源，探討社會保障的給付關係應適用何種原則，故本文認為在此稱為財政方式亦無不可，甚至更能反應出「社會保障的財源從何處來」以及「財務如何運作」的核心問題，詳參加藤智章等，前揭註 9，頁 21 以下。

原理」，據此決定社會保障的財源籌措以及財務模式應如何運作。因此，具體的社會保障制度適合採取何種財政方式，即有必要針對個別社會保障制度之性質或目的進行檢討，同時亦不能忽略一國當時所處之社經文化背景因素。長期照護既屬社會保障制度之一部分，在制度選擇上亦不脫上述兩種財政方式，故實有必要先行釐清兩種財政方式之特色。

## 第一款 社會扶助方式

社會扶助方式又稱「國庫負擔方式」<sup>124</sup>，係以國家的租稅收入為主要財源之制度，由於該方式並未運用保險原理技術，制度內不存在保險費之財源，而由國家以稅收或其他財政資金負擔社會保障給付，故又稱為「稅方式」<sup>125</sup>。社會扶助方式最早可以追溯到濟貧制度，僅對於經濟困窮者給予最基本之救助，但時至今日，社會扶助之意涵已不限於濟貧性質的社會救助，亦包含對於貧困者以外者所提供之各種社會福利服務，例如在身心障礙福利或兒童福利領域下往往以具體服務或生活津貼之方式滿足特定社會政策目的。

而「社會扶助方式」的特色除以國家稅收為主要財源外，受領給付時不以事先繳納費用為前提條件，且所得受領之給付額度與所繳納之租稅額度並無關連，亦即「無對價性」，符合相同資格或條件者均能平等的接受相同給付，與受領給付者的經濟條件或負擔能力無涉，正因為如此，以社會扶助方式提供的社會保障給付往往伴隨著嚴格的資產調查程序，以避免福利資源的浪費。又由於受領給付者無須額外繳納保險費，因此財源籌措上必須積極尋求保險費以外的財源，例如徵收目的稅或調動其他稅收來支應，或是在受領社會福利服務時，

---

<sup>124</sup> 學者堀勝洋即將此種以租稅為主要財源之方式稱為「國庫負擔方式」，並以此與「社會保險方式」互相對照，詳參堀勝洋，前揭註 56，頁 88-89。

<sup>125</sup> 本文認為就名稱而言，雖然可大略將「社會保險方式」與「社會扶助方式」更簡化為「保險費」和「稅」的區別，但實際上這未必是最重要的差異，如後所述，即便是採用社會保險方式，財源結構中亦有相當比例是以稅收來提供，例如日本國民年金保險的國庫負擔比例為二分之一，由此可看出在社會保險的財源中，除了被保險人繳納之保險費外，國家往往會以稅收補助保險財政，因此若逕以「保險費方式」和「稅方式」來進一步區別這兩種保障方式，恐不符合社會保險財源亦包含部份國庫負擔比例的現狀，亦無法反應社會保險方式與社會扶助方式最重要的差別。

導入利用者部份負擔制度，適度節制福利資源的使用，也兼作為社會保障的財源。

採用社會扶助方式的代表性社會保障制度有社會救助、社會福利服務、與社會津貼。其中，社會救助制度正是社會扶助方式最典型的展現，對於生活困窮、所得低於最低生活水準以下者，就其不足的部份給予補助，無須預先繳納任何費用即可受領救助，但必須經過資產調查程序確認受領人個別的狀況和需要，同時社會救助制度亦表現出國家擔保人民最低生活水平的最終責任，因此財源一律由國家稅收來提供。其次，社會福利服務則通常帶有特定的政策目的，以彌補特定對象族群在某方面的缺陷或生活上的不便，並不限定在低收入戶族群，符合所規定要件者，均得受領服務，例如長期照護服務和身心障礙者的各項福利措施，均由政府稅收中提列社會福利預算來支應，由於福利服務通常不關心受領者個別的經濟狀況，為避免少數福利資源被濫用，往往導入利用者部份負擔制，要求使用服務者應負擔一定比例的部份負擔。至於社會津貼亦是基於特定社會目的，由國家從租稅中編列預算，針對特殊身份、資格或符合特定事由者發給補助金，常具有補償性質或是用來滿足額外的經濟需求，且社會津貼係事先對應「一般性」之需求，並不關注受給付者「個人需求」，因此無須如社會救助般進行嚴格的資力調查，僅需符合法定資格即可受領給付<sup>126</sup>，例如中低收入戶津貼、敬老津貼、託育津貼、單親家庭兒童津貼、身心障礙津貼等，由於社會津貼完全以稅收支應，受領津貼者亦無須繳納任何費用即可額外獲得給付，若受領資格浮濫，或長期性發放津貼，對於國家財政都是莫大的負擔。

前述所舉之社會保障制度，若依照日本於 1950 年所提出之社會保障制度審議會勸告書之分類，對貧困者之救助固然屬於社會救助之範疇，但對於非貧困者之福利措施則可能被歸類為社會福利或社會津貼，看似屬於不同的制度類型，但基本上三者在財政面上均以國家稅收作為財源，均屬「社會扶助方式」無

<sup>126</sup> 詳參加藤智章等，前揭註 9，頁 122-123。

疑。由此更可看出社會扶助與社會保險方式之分類係跨越形式之社會保障制度類別，實有助於理解個別社會保障制度之財源結構。



## 第二款 社會保險方式

社會保險方式係運用「保險原理技術」來達到風險分攤功能的制度，因此加入保險的成員必須事先繳納保險費，並以被保險人所繳納之保險費為主要財源，在危險發生時支出保險給付，達到保障生活的目的。而保險財務的運作具有獨立性，財源收入完全自給自足以支應保險給付，在財務面必須達到收支平衡。

由於保險給付的財源主要來自於被保險人所繳納的保險費，未繳納保險費者原則上不得受領保險給付，依規定繳納保險費者即享有受領保險給付的權利，無須經過資產或所得調查程序。附帶一提，根據保險原理，保險費與保險給付間雖然應該具有某程度的對價性，但在社會保險中繳納的保險費和所受領的給付之間卻未必遵守對價平衡。與商業保險相較，社會保險給付的高低並不以所繳納的保險費高低來決定，而是以「需求程度」來決定保險給付的額度，例如醫療保險以疾病種類或治療費用作為給付標準，長期照護保險依照需照護程度提供不同等級的照護服務。因此社會保險給付和保險費之間不具有絕對的對價性，而是具有「緩和的對價性」<sup>127</sup>。雖然社會保險不重視個別被保險人保險費與保險給付間直接精確的數理比例關係，但社會保險財務上重視的是「整體」保險費收入與保險支出的平衡，以及強調保險財務的獨立性，基本上不容許保險費收入挪作保險給付以外之用途。

日本採用「社會保險方式」運作之社會保障制度包括年金保險、醫療保險、長期照護保險、失業保險、勞工災害補償保險等。但日本社會保險財源中國庫負擔所佔的比例相當高，例如國民健康保險和長期照護保險中國庫負擔的比

---

<sup>127</sup> 然而相較於醫療保險，在年金保險的領域，「對價性」則較為強烈，年金給付額度以過去投保薪資為基準，因此工作期間的投保薪資越高，受領的年金給付額就越高（不考慮通貨膨脹的情況），反之亦然，從這點來看，年金保險的具有較強的對價性，給付和保險費具有高低正向的關聯性。

例約 50%，基礎年金之國庫負擔亦計畫提高至二分之一，可見日本社會保險財源構成面上具有保險費和租稅混合之性質。而對此日本學者曾論及社會保險作為國家公共制度的性質以及強制加入之設計似可作為正當化部份國庫負擔之根據。若就具體制度而言，基礎年金及長期照護保險之國庫負擔係為減輕所有被保險人之保險費，醫療保險之國庫負擔係為消弭不同醫療保險人間因所得水準差距所致保險費不均衡之現象，又針對無雇主負擔比例之國民健康保險，透過國家補助以減輕保險費負擔，以追求全體負擔之公平性，此外國庫負擔亦可平衡國民健康保險不同地區保險人之財政能力差距，故在具體制度下國庫負擔仍有其必要性。儘管如此，學者進一步質疑當社會保險中國庫負擔比例超過 50% 甚至更高時，社會保險方式所具有之特色將逐漸弱化，實際在財源構成面上比較接近社會扶助方式（即國庫負擔方式）<sup>128</sup>。

### 第三款 小結

首先，比較前述「社會扶助方式」和「社會保險方式」，可以發現在財務面上互有優缺點。社會扶助方式的財源為稅收，政府得主動劃定保障的標準和範圍，以最有效率的方式集中財源在最需要保障的對象上，以達到保障生活的目的。而且受領給付不以事先繳納費用為前提，符合條件者均能依法受領給付，不會發生如社會保險被保險人因未繳納或延誤繳納保險費，而不得受領給付的情況發生，因此社會扶助方式較適合用於具有緊急性或急需政府介入保障的情況，例如落入貧窮線的社會救助，或是身心障礙者的福利措施等。

然而，由於社會扶助方式中受領給付無須繳納任何費用，個人負擔和給付之間並無關連，容易招致道德風險，符合條件者若無限制的領取給付，將造成服務重疊與資源浪費，有限的福利資源即無法妥善分配，為此，社會扶助方式多搭配資產調查程序<sup>129</sup>、排富條款、或利用者自負部份負擔，以限制無益的利用，但實際上仍難以避免濫用福利的情況的發生。且資產調查程序可能對接受

---

<sup>128</sup> 詳參堀勝洋，前揭註 56，頁 94-95。

<sup>129</sup> 資產調查程序雖能有效將福利資源分配給需要救助的人，但另一方面也容易給接受救助者帶來烙印（stigma）的負面效果。

救助者產生負面的「烙印」效果，在強調公民權利的時代潮流下已經開始遭受許多質疑。

相對於此，社會保險方式具有財源獨立的特性，保險費的使用被限定在支付保險給付上，因此財源較具有安定性，不若社會扶助方式受限於政府財政負擔能力，動輒因外在經濟局勢或景氣好壞而導致福利預算被刪減排擠。且社會保險財務獨立運作，被保險人對於增加保險費也較能期待能充實保險給付，對於提高保險費的接納度會比增稅的接受度還高，社會保險的改革相對的容易進行。此外，社會保險方式下個人所負擔之保險費係依照特定計算公式（所得等級比例）得出，相較於個人可能負擔之多種稅收種類及項目，保險費較能預測並特定出一定金額之負擔，亦較有可能調整保險費和所受給付之關係。且保險費之繳納作為受領保險給付之前提要件，即意謂著社會保險方式下個人的權利性較強，得以強化被保險人之權利意識，有助於提高制度運作的效率<sup>130</sup>。

然而，另一方面，社會保險方式亦不是完全沒有財務上的缺點，由於社會保險的保險費和給付具有對價關係，被保險人因生活困境一時或長期無法繳納保險費，即無受領保險給付的權利，或是雖然仍得受領給付，但給付額度被扣減以至於難以維持生活，影響其獲得充分保障給付的機會，從憲法生存權的角度來看亦非無疑問，因此社會保險方式中考量低收入者的狀況而得免除保險費的範圍，亦成為相當重要的政策問題，社會保險應繳納保險費的基本原則，應如何和保護低收入者受領社會保障給付權利的原則之間達成調和，若考慮到被保險人間保險費負擔的平等，得免除保險費範圍應不得任意擴大為妥<sup>131</sup>。此外，從社會保險財務整體面來看，若未繳納保險費的狀況惡化，導致整體繳納率降低，將進一步危害整體保險財源的充足性，影響社會保險分擔危險的功能，不得不慎。

回到現實制度上，社會保障制度的財政制度大多由上述兩種方式組合而來，視制度內涵或性質以及各國經濟社會背景而有不同的構造，例如，以最低生

<sup>130</sup> 詳參堀勝洋，前揭註 56，頁 89-92。

<sup>131</sup> 岩村正彥，《社會保障法 I》，弘文堂，2001 年，頁 46-47。

活水準以下低收入戶為對象的社會救助制度，均採「社會扶助方式」，以政府稅收直接立即對於低收入戶給予生活上的救助。又如健康保險的財政則因各國歷史演變或政治經濟背景不同，而出現多樣的財政模式，英國採行「公醫制」，將健康照護視為社會福利措施，國民不需繳交保險費，財源由一般稅或指定用途稅來支應，相對於此，德國及荷蘭等國家採行「社會保險制」，美國則採商業保險，此外尚有混合型模式。由此可見，社會保障制度的財政方式雖然呈現多樣的制度樣貌，但基本上仍然不脫「社會扶助方式」和「社會保險方式」兩種基本構造，亦即以稅收或保險費為主要財源的方式。

既然上述兩種財政方式互有優缺點，現實的社會保障制度亦未必採取截然二分的社會扶助方式或社會保險方式，往往受到各國當時的背景而決定採取混合式的財源模式，試圖微幅調整其中一種財政方式之缺點，並兼採他種方式的優點。例如最常見的方式是在社會保險的運作模式下，由國家負擔一部份比例的財源，以減輕被保險人保險費的負擔。然而社會保險方式和社會扶助方式所適用的原理和所根據的理念均有本質上的差異，例如社會保險的財源之所以較具有獨立性正是因為不受政府預算限制，若政府以國庫稅收補助保險財源的比例過高，致有減損保險財務的獨立性，社會保險即有可能淪為國家額外從人民收取保險費，藉以減輕政府財政負擔的手段，因此，對於具體社會保障制度適合採取何種財政方式，仍有必要按照社會保障給付之目的、方式、受益程度予以檢討並確立基本方向。

長期照護所保障之失能風險係社會上每個人伴隨老年均有可能遭遇之狀況，具有普遍性，無法如同社會救助或社會福利選定出特定弱勢者，故不適宜仰賴有限之稅收作為主要財源，亦即採取社會扶助方式實難以完整保障長期照護之普遍需求。其次，長期照護給付不似年金給付般，給付額度須特別注意與個人所得高低成一定比例，長期照護給付反而較類似醫療給付，所受服務與個人所得高低較無關連，並非謂必須採取社會保險方式始能確保保險費與給付之關聯性，就此意義而言，長期照護究應採用社會扶助方式或社會保險方式，似無必然之定論。事實上，日本長期照護服務在措施制度下，本來係由國家作為實施措施之主體，實際上雖委託社會福利事業提供照護服務，但委託費用仍由國

家編列預算支應，亦即採用「社會扶助方式」作為長期照護財務之運作模式。其後，因措施制度衍生服務量受限、權利性不足等諸多弊端，同時因高齡化社會所必須面臨之長期照護給付費用逐漸膨脹，倘持續以社會扶助方式籌措財源，其背後所隱藏之選擇性福利理念實與長期照護之普遍性有所違背，國家亦無法單仰賴稅收作為財源，故考量社會保險方式下保險費收入的安定性、保險費負擔較易取得國民同意、得確保保險費負擔之公平性等特徵，再加上社會保險方式較能隨時對應逐漸增加的長期照護需求，得機動性調整保險費負擔或保險給付<sup>132</sup>，「社會保險方式」應係較適合長期照護之財政模式<sup>133</sup>，隨後創設之長期照護保險亦象徵此一轉變，並確立長期照護保險應以社會保險方式作為制度運作之主軸。

## 第二項 從國家責任到社會連帶的進展

前已敘及長期照護保險制度的創設實踐了社會福利基礎構造改革之理念，改變過去措施制度下由政府一手擔負服務提供責任及財政責任的結構，將長期照護服務市場化，將提供服務之責任交由民間事業單位履行，但民間事業單位並非受國家委託代為履行國家之責任，而係以服務契約當事人之地位提供照護服務，並在開放市場下與其他事業單位進行競爭，某程度上國家透過開放民間營利事業參與長期照護市場，放棄承擔提供服務之實際履行責任，退而轉為負監督責任及財政上之擔保責任。從社會福利法第 75 條第 2 項：「國家及地方公共團體為便利使用福利服務者易於取得必要之資訊，應盡力採取必要之措施。」及同法第 78 條第 2 項：「國家為協助社會福利事業經營者提昇其福利服務品質，應盡力採取有利於公正且適當評鑑服務品質的措施。」國家僅負有「資訊公開」及「監督服務品質」之努力義務，與措施制度下國家應積極提供服務及確保服務品質之任務相較，在社會福利基礎構造改革後（長期照護保險創設後）來自國家或行政機關的介入確實有後退、消極化之傾向<sup>134</sup>。

<sup>132</sup> 高橋紘士、長倉真寿美，〈介護保険の地域間格差—市町村における居宅介護サービス利用水準の分析から〉，《都市問題研究》，61 卷 3 号，2009 年，頁 18。

<sup>133</sup> 詳參堀勝洋，前揭註 56，頁 92-94。

<sup>134</sup> 芝田英昭，前揭註 38，頁 20-21。

相對於國家在社會福利制度所承擔之責任後退或有所縮減，相對的個人不再僅消極處於被動接受服務的地位，個人在社會保險制度下必須繳納保險費，此即意謂著個人應為自己將來可能遭遇的社會風險預作準備，被保險人事先所繳納之保險費被視為負有一定程度「自我責任」之展現，學者即指出被保險人繳納保險費之設計係出於「自助」意識（甚至是「利己心」）之考量<sup>135</sup>，繳納保險費始能受領保險給付之對價關係正好可促使個人基於自身利益之考量而主動繳納保險費。但社會保險之給付多屬按照需求程度給付之具體服務，難以配合被保險人的獲利心態而給予較高額或高品質之服務，「自助」或「個人責任」的概念實無法作為社會保險正當化基礎，故一般論及社會保險的基礎時大多跳脫個人層次的概念，而訴諸於整體「社會」，被保險人繳納保險費既是為有利於自己之考量，同時亦以援助社會上其他人為目的，透過社會保險制度將社會多數人納入分擔風險的連帶共同體，社會保險之被保險人除基於「自助」意識而加入外，彼此間更負有「互相協助」（互助）之責任，在國家責任逐漸退居幕後之際，所謂「社會連帶」之理念遂成為社會保險制度之基礎。

換言之，社會保險之創設即象徵著社會連帶意識的強化。雖然在商業保險中，加入保險者全體形成一風險共同體，亦具有風險分攤之功能，但社會保險不同於商業保險的特徵不僅在於「量能負擔」的構造打破了風險越高保險費越高的負擔原則，所受領之保險給付和負擔之間亦不具有完全的對價關係，當社會保險藉此設計實現社會公平性時，其所蘊含的「社會連帶」理念即成為社會保險與商業保險最大之差異。因社會連帶的特徵在於不去計較負擔與所獲得給付的對價性，風險團體內的成員互相抱持著「相互扶助」的意識，共同對抗可能面臨的風險，亦即以「社會互助」的形式進行風險分攤，進而形成一個具有社會連帶基礎的共同體，故個人繳納保險費以換取保險給付的「自助」概念已延伸、擴充成為兼具協助其他社會成員的「他助」或「互助」概念，即便保險費負擔與保險給付不具備完全之對價性，亦無損社會保險之基礎。

---

<sup>135</sup> 堤修三，《社会保障—その既在・現在・将来》，社会保障研究所，2000年，頁52-53。

關於社會連帶之意義，日本學者更進一步說明社會連帶係指一種高所得者對於低所得者、雇主對於受僱勞工、健康者對於疾病或障礙者、工作世代對於退休世代等經濟上強者對於弱者之扶助性關係<sup>136</sup>。且此種扶助關係具有「相互性格」，經濟上之強者與弱者間具有變動性或流動性，亦即團體構成員皆有從扶助者變為受助者，或從受助者變為扶助者之可能，而非單面性、固定性之援助關係。當社會或團體成員產生上述意識時，自然願意付出一定之貢獻（社會保險之情況即為繳納保險費），以保障自身並協助其他成員。此種互助意識在醫療保險特別顯著，蓋任何人均有罹患疾病須看醫就診之需求，因此健康者雖暫時未能受領醫療給付，但基於個人健康狀況之不確定性，未來若因疾病而就醫時亦可接受來自其他健康者之援助，因而願意按時繳納保險費作為扶助目前患病者之用。但在長期照護保險的情況，因失能而有長期照護需求者中以高齡者佔較高比例，年輕世代相對較無長期照護之需求，整體來看呈現年輕世代人口扶助高齡世代人口之現象，此時社會連帶意識較著重在「世代間連帶」之展現，年輕世代人口若不具備為自己老年失能之考量，持續單向性繳納保險費卻無受領保險給付之機會，恐影響整體社會連帶意識的建立，因此在長期照護保險下的社會連帶意識必須特別注意世代間連帶的強度以及合理性。

又社會連帶亦表彰一種群體歸屬感，社會上某一群人因為面臨相同的生活處境，可能遭受相同的生活風險，因而產生一種「互相扶助」的社會性連結，彼此之間願意不計較經濟利益的公平性，同意以社會保險的方式共同因應生活風險。準此，社會連帶意識的建立，共同體成員內部應具有某程度的「團體同質性」或「共同關係」（例如相同職業或地區），藉以區隔「我群」和「他群」的界限，基本上「風險分攤、互相扶持」的意願，僅存於我群成員之間而不及於他人<sup>137</sup>。正因為社會保險是基於社會連帶理念，若共同體成員間不具有社會連帶意識，共同體成員可能產生抗拒繳納保險費的情形，保險財政陷入不穩定

<sup>136</sup> 高藤昭，《社会保障法の基本原理と構造》，法政大学出版社，1994年，頁13。

<sup>137</sup> 孫迺翔教授更進一步指出，近年來德國學界已較少以職業團體同質性論述社會互助與重分配的正當化基礎，蓋此種「團體同質性」的界限既無法因應新的社會需求，又可能阻礙制度的發展，因此未獲得德國聯邦憲法法院的支持。晚近轉而強調其反向作用，亦即法律以其強制投保措施，將一群人連結構成一個風險社群，進而形塑其社會連帶關係。詳參孫迺翔，〈憲法解釋與社會保險制度之建構—以社會保險「相互性」關係為中心〉，《臺大法學論叢》，35卷6期，2006年，頁21-23。

，又設若制度設計上存在缺失或不公平，亦將減損社會連帶的意識，進而喪失風險分攤的功能，不可不慎。因此，社會連帶和公平性亦密切相關，不公平的制度設計自無法維繫社會連帶意識，無論是從日本或我國社會保險的發展中可以看出，公平性的問題屢屢成為關注的焦點。



### 第三項 社會保險基本原則

關於社會保險的概念，從字義上來看，具有「社會性」和「保險性」的雙重性格。「社會性」是指透過公共政策的推行，謀求社會多數人的生活保障，其中社會性又可以衍伸出「所得重分配」的功能。「保險性」則是結合多數可能遭遇相同風險的人，以公平合理的方式向被保險人收取保險費來籌措資金，當某一個體發生危險事故時而遭受損失時，即由該基金向被保險人或第三受益人支付保險金以補償其損失。簡言之，社會保險即是利用商業保險的手段，達到分散風險、互相填補損失，進而保障生活的目的。因此，社會保險可謂借用商業保險的形式，經過適度的修正，以符合實現社會保障的目的。與其他社會救助、社會福利制度相較，社會保險所使用的保險形式或保險原理實屬一大特色，亦在整體社會保障制度中發揮重要功能。

此外，社會保險亦屬於社會保障制度下的一種財政方式，與社會扶助方式相對應。社會保險的財政運作上必須按照保險的設計，適度遵守保險原則。但從社會保障法學的觀點，社會保險究竟蘊含什麼樣的內涵，社會保險與社會扶助方式在理念上最大的差別為何，社會保險所使用之保險原理或技術是否與商業保險相同，均值得深入探討，方能正確運用社會保險實現社會保障的目的。以下將分別介紹社會保險的基本原則，長期照護保險既採行社會保險模式，自應適用以下原則。

#### 第一款 強制納保原則

強制納保是指，只要符合納保對象者，不問被保險人之意思或保險人之同意，一律強制性的加入社會保險，雙方發生法定的契約關係，被保險人自負有

繳納保險費的義務。此為社會保險和商業保險最大的不同處，由於社會保險的保費與給付之間不具有完全的對價關係，難以期待個人依契約自由原則自願加入，若未強制納保，容易導致「逆選擇」的結果發生<sup>138</sup>，風險較低的個人因為所能受領的給付相對較少，傾向不加入保險，剩下風險程度較高的個人加入保險，風險承擔的共同體縮小，保險費因而不得不相應提高，保費提高的結果又更降低被保險人加入的意願，形成惡性循環，最終導致社會保險無由成立，再加上風險較高的個體往往在社會上屬於經濟負擔能力較弱的族群，這些人亟需社會保障卻難以負擔高漲的保險費，其結果造成保險財政破產，連帶的影響其基本生活需求的滿足，因此為了讓社會保險的利益能盡可能更公平的擴及各階層的人，有必要確實的促使所得相對較高者加入保險，以便達到所得重分配的效果。準此，強制納保原則有必要作為社會保險成立的前提要件，如此社會保險方能將相互扶助的保險集團最大化，同時亦得以減輕個別被保險人的保險費負擔，提昇給付水準。

然而，社會保險的強制納保原則常常招致是否合於憲法的爭議，社會保險作為國家重要政策，以法律規定強制符合資格者加入保險，是否侵害到人民受憲法所保護的締約自由，強制令被保險人負擔繳納保險費的義務是否涉及財產權的侵害等，日本曾發生案例爭論國民健康保險的強制加入原則之合憲性，並上訴至最高法院，原告因拒絕繳納國民健康保險之保險費，而受有滯納處分，遂主張規定強制加入國民健康保險及強制徵收保險費之國民健康保險自治條例，因違反日本國憲法第 19 條所保障之思想自由，以及侵害同法第 29 條所保障之財產權，故該滯納處分無效。日本最高法院判決表示：「國民健康保險係基於互助共濟之精神，對國民之疾病、傷害、生產或死亡為保險給付之制度，上揭目的顯係藉由保持並增進國民健康，安定國民生活，有利於促進公共福利，接受保險給付之被保險人，自應盡量將可能產生保險事故者全部納入，且互助共

---

<sup>138</sup> 但學者堀勝洋對於將「避免逆選擇發生」作為社會保險強制加入之理由抱持懷疑的態度，因老年基礎年金屬於生存保險，被保險人生存到開始支付年金年齡之機會非常高，一般人均會認為可受領老年年金才加入年金保險，不至於因無機會受領給付而不加入保險。反過來說，人無法預知自身壽命之長短，事實上不可能發生因預知壽命較長，而選擇積極加入年金保險之情況，因此老年年金保險較難想像發生逆選擇之情況。但堀勝洋特別指出高所得者有可能拒絕加入公共年金制度，若基於避免高所得者退出年金保險之考量，年金制度的強制加入原則始具有正當意義。詳參堀勝洋，《年金保險法》第 2 版，法律文化社，2011 年，頁 110。

濟之保險在性質上，個人因保險事故所生之經濟上損害應由加入者相互分攤，自不待言。(下略) …」<sup>139</sup>，認為與憲法第 19 條並無關聯，亦未侵害其他自由權或財產權，故駁回原告上訴等語。可見強制加入原則被視為社會保險之本質要素，且有助於實現保障國民健康之公共目的，應予肯認。



## 第二款 給付權利原則

在社會保險中，保險給付為被保險人的一種權利，不需經過資產與所得調查，只要發生保險事故，被保險人符合受領給付之要件，即享有受領給付的權利，得依法律或契約請求保險給付。換言之，被保險人所受領之保險給付的依據在於其所繳納之保險費，保險給付的計算基礎亦與保險費具有某程度的關聯，且被保險人繳納保險費後即取得請求給付的權利，基本上不允許保險人無視被保險人繳納保險費的事實而單方面限制保險給付或拒絕給付，因此可以認為社會保險所具有的「負擔」和「給付」構造係立於雙務對價的關係，保險人和被保險人互相負擔給付義務，且義務之間具有給付與對待給付的關係，從這點來看類似於保險契約上的私法關係，故又可稱為「對價性」<sup>140</sup>。

日本社會保障制度審議會於 1995 年所提出的報告<sup>141</sup>中亦明確指出：「…由於社會保險的保險費負擔與整體給付有密切關聯，保險費比較能夠取得國民的同意，且可以確認保險給付是基於保費負擔的權利…」。其中特別針對長期照護保險制度，表示「若以公共長期照護保險的方式繳納保險費，即得以權利的形式受領長期照護給付。再者，由於負擔和給付的對價關係較易被理解，若因需求增加而欲擴大服務量或提昇服務品質時，較能獲得國民的同意。」由此可知，日本社會保障的改革係著眼於社會保險所具有的權利性，社會保險透過建立保險費負擔與保險給付間的對價關係，促使被保險人建立保險給付的基礎係

<sup>139</sup> 最大判昭和 33 年 2 月 12 日民集 12 卷 2 号，頁 190。

<sup>140</sup> 河野正輝，〈社會保險的概念〉，收錄於河野正輝等編，《社會保險改革的法理と将来像》，法律文化社，2010 年，頁 2 以下。

<sup>141</sup> 報告標題為〈邁向安心生活的 21 世紀社會：關於社會保障體制再建構的報告〉(原文：〈安心して暮らせる 21 世紀の社会を目指して：社会保障体制の再構築に関する勧告〉) 來源：國立社會保障與人口問題研究所網站 (<http://www.ipss.go.jp/publication/i/shiryu/no.13/data/shiryu/souron/21.pdf>) (最後瀏覽日：07/02/2015)。

來自於繳納保險費的觀念，並加強被保險人基於自身風險考量而自主性繳納保險費的自助意識，提高對保險給付的權利意識，如此被保險人對於繳納保險費亦較容易接納，同時亦保留了為因應給付增加而提高保險費的空間，以維持社會保險財政的存續，保險財源始能獲得確保，因此在社會保險制度中有特別強調「對價性」之必要性。

「給付權利原則」實為社會保險與社會救助最明顯的差異所在，相較於由政府稅收支應且單方面受領給付的社會救助或社會福利制度，接受社會救助者即便依法律具有主觀的權利，亦僅屬公法上創設的請求權，欠缺雙務契約中請求對待給付的法律地位，相較之下社會保險具有較強烈的權利性，權利義務關係較為明確，應無疑義<sup>142</sup>。但學者菊池馨實則認為，社會保險將原先在商業保險中被認為妥當的保險原理，以具有社會政策目的的社會扶助原理修正後，已經切斷私法意義上負擔和給付的對價關係，因此社會保險中「權利」的觀念無法和商業保險中的保險金請求權相提並論<sup>143</sup>，即便權利的概念在解釋論上未必適當，但制度設計時，對於適用市場經濟原理的現狀<sup>144</sup>來說，擬制保費負擔和給付之間的對價關係，應給予積極的評價<sup>145</sup>。綜上，「給付權利原則」或謂「對價性」之概念仍可作為社會保險區隔社會救助制度，並與「保險」原則有所聯繫之關鍵。

上述觀點係將社會保險的權利性與社會救助給付相比較，而得出社會保險的權利性較強之結論，然若與商業保險下的保險金給付請求權相較，本來基於私法契約的雙務對價關係，若未繳納保險費，保險人依法得解除保險契約，被保險人即不得請求給付保險金。但在社會保險中，保險費負擔和保險給付之間嚴格的雙務對價關係並未被完全貫徹，例如在日本的國民年金制度中，接受社會

---

<sup>142</sup> 島崎謙治，〈社會保險の原理と意義〉，收錄於河野正輝、中島誠、西田和弘編，《社會保障論》二版，2011年，頁216。

<sup>143</sup> 菊池馨實，前揭註37，頁95。

<sup>144</sup> 此處的市場經濟原理是指，關於社會福利服務的提供，已經慢慢由國家為唯一經營者的構造，轉變為由民間團體共同協力，或完全交由市場來提供服務，因此在社會福利領域亦必須適度導入市場的競爭原理，法律關係上亦改由提供服務的民間團體與需服務者締結契約關係，因此社會保險所具有的對價關係亦適合於市場經濟的對價交換構造，進而促進社會福利民營化的發展。

<sup>145</sup> 加藤智章等，前揭註9，頁23-24。

救助者或是無所得之人得依法免除繳納保險費之義務<sup>146</sup>，即便被保險人未繳交保險費，只要繳納保險費期間與保險費免除期間合計超過 25 年時，仍得請求給付額度較少的老年基礎年金<sup>147</sup>。國民健康保險法中亦有保險費減免的制度<sup>148</sup>，符合法定事由者，仍得受領與其他被保險人相同的給付<sup>149</sup>。長期照護保險法第 142 條亦有相同之規定。因此，雖然社會保險與社會救助相較具有較強烈之權利性，但與商業保險相比較，社會保險並未實現如此嚴格的權利性，仍考量無能力繳納保險費的狀況，基於保障經濟弱勢的意旨，緩和了「未繳納保險即無給付」的嚴格對價關係，就此而言，社會保險並未真正具有私法意義上的權利性。

須注意的是，此處所指之給付權利原則並非單純指受領給付者是否具有法律上得請求之權利，而是指該權利是否具有一固定可被期待的內涵。蓋申請社會救助者符合社會救助法所定資格者亦具有公法上的主觀請求權，經過資產調查程序，證明其收入及資產不足以維持最低水準的生活者，亦得向主管機關申請生活扶助等補助項目，無須負擔任何額外的費用即可接受來自政府的救助，但由於社會救助係完全以政府稅收支應的領域，救助內容與程度依法律而定，不僅與申請人負擔之費用無關，申請人對於給付內容的變動亦無置喙之餘地，完全由政府內部的政策考量決定，從此點來看，社會救助的權利欠缺對等的法律地位，權利內容並非立於合理可期待的基礎上。

### 第三款 緩和的等價性原則

承上所述，一般多認為社會保險的權利性係來自於保險負擔和保險給付的對價關係，亦即採用類似民法雙務契約的設計，若未履行繳納保險費的義務即

---

<sup>146</sup> 參照日本國民年金保險法第 89、90 條，分別規定「法定免除事由」與「申請免除事由」，符合資格者得全額免除或部份免除保險費，詳參黃琦嫻，臺日國民年金制度之比較研究，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，2008 年，頁 145-146。

<sup>147</sup> 參照日本國民年金保險法第 26、27 條。反之，若繳納保險費期間與保險費免除期間合計未滿 25 年者，即無法受領年金給付，亦即所謂的「無年金」問題，與前述年金遭減額的「低年金」問題同樣屬於日本國民年金制度的重大問題。

<sup>148</sup> 參照日本國民健康保險法第 77 條：「保險人依自治條例或規約，得對於有特別理由者減免其保險費或延期徵收。」

<sup>149</sup> 岩村正彥，前揭註 131，頁 41。

不發生給付請求權，然而此處應特別注意「對價性」與「等價性」的差異，社會保險的「權利性」僅從保險人和被保險人的對價關係或地位來觀察，若從給付內容來看，被保險人所負擔的保險費和保險人所為的給付是否「相當」或「等價」，則係另一問題。換言之，「對價性」僅關注義務之間是否互相立於給付和對待給付的關係，繳納保險費是否作為受領給付地位的根據，而「等價性」則係指負擔和給付在內容上是否均等或相當，縱使雙方所負義務具有對價關係，未必代表即具有等價性，此應先予辨明。

所謂等價原則，原屬於商業保險的特徵，又稱「對價平衡原則」，意即保險人承擔被保險人之危險，綜合考量危險發生的機率，據以精算相對應的保險費，因此個別被保險人所繳納的保險費，與所能受領的保險給付基本上具有數理上的連動關係，風險越高者需繳交較高之保險費，其所期待能獲得的給付也相對較高，反之亦然。然而社會保險並未貫徹上述數理上的對價平衡原則，蓋若採取風險高者需負擔較高保險費的方式，對於社會上的經濟弱勢者顯然過苛，既無法負擔保險費，依照保險原則即無法取得相應的給付，如此操作將有違社會保障的目的，例如日本國民年金制度空洞化即為適例。因此，為了呼應社會保險所具有的社會性，在保險費的負擔上採取量能原則，依照所得而非風險來決定保險費高低，因此被保險人的負擔和給付之間的連結性變得較為薄弱，間接達到所得重分配的功能，實現社會連帶的理念。此外，被保險人所受之保險給付亦與其所繳納之保險費額度無密切關聯，例如醫療保險及長期照護服務等提供現物給付的情形，無論是保險費之多寡與繳納期間之長短，均與所受領之保險給付（醫療服務、長期照護服務）不發生直接精確之數理上關連，因上開保險給付係以「需求程度」來決定給付額度，例如醫療保險以疾病種類或治療費用作為給付標準，長期照護保險則依照需照護程度提供不同等級的照護服務，繳納較高保險費之被保險人未必能因而獲得較多或較佳之服務。但相對於此，在年金保險的情況，年金給付額度係以過去投保薪資為基準，因此工作期間的投保薪資越高，受領的年金給付額就越高，年金給付和保險費具有高低正向的關聯性，故在年金保險中「對價衡平」的色彩較為強烈。無論如何，由於社會保險制度並未採取如同商業保險嚴格的對價衡平原則，對價衡平原則在社會

保險中被修正、緩和，因此日本學者又稱其為「緩和的等價性」<sup>150</sup>。例如學者堀勝洋即表示：「社會保險的特色有二：其一為對價性，保險費的繳納是作為受領保險給付的根據，其二為緩和的等價性，所繳納的保險費額度緩和的反應在給付的額度上。」<sup>151</sup>明確指出社會保險負擔和給付之間具有對價性，但並不以完全的等價性為必要，僅具有緩和的等價性。

#### 第四款 量能負擔原則

從被保險人的負擔面來觀察，被保險人應負擔之保險費應依據如何之標準來決定？在商業保險的情況下，係綜合性考量被保險人本人之年齡、性別、職業、健康狀況、家庭成員等等因素，按照保險事故發生機率和損害範圍決定保險費高低，風險低者所繳納之保險費較低，反之風險高者需繳納較高額之保險費，如此商業保險的收支方能取得平衡。換言之，若嚴格貫徹商業保險的原則，個別被保險人的保險費將因應各人不同的危險發生概率，而決定不同的保險費額度。然而。在社會保險的情況則有不同的考量，一般認為基於社會保險之「社會性」，社會保險不同於商業保險，更具有照顧社會弱勢的政策性目的，因此有鑑於社會上遭遇風險機率較高者多屬經濟弱勢者，若採取商業保險的保險費計算標準，經濟弱勢者既難以負擔保險費，亦無法取得足以保障生活的社會保險給付。為避免社會上弱勢者的生活遭受更大的負擔，有必要採取完全不同於商業保險的計費原則，但究應按照危險程度或所得高低來計算保險費，其實在社會保險中未必屬於核心的要素，並非謂社會保險必須採取量能負擔，觀察

<sup>150</sup> 我國學者論及社會保險原則時，多提及「給付與所得無直接關係原則」，指保險給付與最低或最高收入並無直接關係。參照柯木興，《社會保險》修訂版，三民書局，2007年，頁83-84。意即根據被保險人所得高低所收取的保險費與保險給付之間雖然存有某程度的關係，但並非直接發生數理上連動的關係。例如在具體制度上年金給付額和被保險人的所得具有較直接的關聯，投保薪資越高，年金給付額即越高，但醫療保險給付則不論所得或繳交的保險費高低，任何人都能享有相同的醫療保障。此原則雖稱「給付與所得無直接關係」，並未否定給付和所得的關連，惟在不同的社會保險領域仍展現出不同程度的關連性，本文認為「給付與所得無直接關係原則」無法確實表達社會保險的負擔和給付存在一定程度關連的特性，以反面敘述反而容易誤解保險費（所得收入）和給付並無關係，亦無法涵蓋部分社會保險給付和所得確實具有直接關係的情況，又究本原則的內涵，無非是在處理保險費負擔和保險給付是否具有明確對價性、是否實現完全對價衡平的問題，因此與其稱為「給付與所得無直接關係原則」，不如參照日本學界的用語，稱為「緩和的等價性」或「牽連性」原則，或許更能表現出社會保險費負擔和給付之間，存在著一定的對價關係，但並非如商業保險般明確，而是受到其社會扶助原理的修正和影響，在對價關係上按照不同社會保險的性質展現出不同程度折衷的特性。

<sup>151</sup> 堀勝洋，《社會保障・社會福祉の原理・法・政策》，ミネルヴァ書房，2009年4月，頁34。

我國和日本的社會保險，幾乎均採取所謂「量能負擔原則」作為計算保險費之方式，但日本國民年金因為屬於基礎年金，其保險費基本上採定額制<sup>152</sup>，即便未採量能負擔制，國民年金保險仍屬社會保險，並無疑義。由此可見，社會保險的設定基準並非社會保險絕對必要之內涵，而是依照個別社會保險的性質進行政策上的判斷，即便按照所得比例，亦應考慮應採取何種程度的量能負擔原則<sup>153</sup>。

既然量能負擔原則並非社會保險所特有之基本原則，為何大多數的社會保險均採取「量能負擔」按所得高低收取保險費？首先介紹量能負擔原則的內容和基礎，一般所熟知之所得稅最能體現量能負擔的理念，又稱「量能課稅原則」。論者多認為量能課稅原則主要自平等原則所導出，衡量納稅人之經濟負擔能力而課稅，相同負擔能力者應負擔相同之租稅，屬於租稅法的基本結構性原則<sup>154</sup>。

社會保障制度在憲法上的基礎在於社會國原則，社會國承認國家有積極形成正當社會秩序的任務<sup>155</sup>，目的在於調整事實上社會不平等與維持個人最低生活所需，為此需要穩定的財源來提供社會福利給付，而財源的籌措必須借助於某程度的劫富濟貧手段，期待能發揮所得重分配的效果，衡平種種社會不正義。因此實現社會國原則的具體手段即為「租稅國原則」，透過國家強制人民按照個人負擔能力納稅，在納稅義務的範圍內進行有限度的所得調整與重分配，再以稅收支應社會福利支出，因此「租稅國原則」可謂實現社會國的前提，租稅上的「量能課稅原則」成為衡平社會不平等的重要手段<sup>156</sup>。社會福利制度亦得透過「量能負擔原則」的理念，使較有經濟能力者負擔較多的費用，而經濟弱勢者不僅負擔較輕，亦得充分得到所需的社會福利給付，達到社會福利濟弱扶

<sup>152</sup> 參照日本國民年金法第 87 條。但對於低所得的被保險人設有階段性減免保險費的制度。

<sup>153</sup> 島崎謙治，前揭註 142，頁 213。例如年金保險和醫療保險關於保險費設定的考量即有所不同，日本厚生年金（註：就職者年金保險）的保險費為了讓年金額符合工作時的薪資水平，保險費係按報酬比例收取，與年金給付額呈現連動關係。

<sup>154</sup> 參照黃茂榮，〈稅捐法體系概論〉，《稅法總論第一冊》，頁 148-150；陳清秀，《稅法總論》，六版；葛克昌，〈法律原則與稅法裁判〉，《所得稅與憲法》，三版。

<sup>155</sup> 許育典，《憲法》第 1 版，元照出版社，2006 年，頁 78。

<sup>156</sup> 參照葛克昌，〈社會福利給付與租稅正義〉，《國家學與國家法：社會國、租稅國與法治國理念》，1996 年，頁 55-58。

傾的目的。因此租稅法上量能課稅原則亦得以適用在社會保險的費用負擔上，亦即收取保險費時亦依據所得稅上的量能課稅原則，使所得較高者負擔較高之保費，減輕經濟弱勢者的負擔，展現出社會保險「社會性」之性格，即便採取商業保險的運作原則，所收取之保險費亦不致使經濟弱勢者相對承受過大之經濟負擔，有助於社會國原則的實現。

日本學者亦有主張量能課稅原則係由日本憲法第 13 條「對個人的尊重」、第 14 條平等權、第 25 條生存權及第 29 條財產權保障所共同導出，強調量能課稅原則應作為憲法上原則，並認為量能課稅係依能力平等負擔，而量能課稅亦體現憲法保障社會權之精神，其具體化即為現代社會福利國家的責任及義務<sup>157</sup>。

附帶一提，社會保險中採取「量能負擔」的保險費設定並非全無界限，換言之，雖然係按照所得或收入高低，但保險費絕非隨著所得增加而無限制的增加，仍應設有一定之上限。若未設有上限，高所得者所繳納之保險費與所能獲得的給付之間將完全喪失關連性，高所得者亦難以接受強制加入社會保險的正當性，雖然隨著上限越高，高所得者繳納的保險費將越多，所得重分配效果也越強，但社會保險並非以所得重分配為主要目的，仍應獲得保險集團內所有人對於保險費負擔公平的理解與接納，在此前提下，依照不同社會保險的目的及政策上考量決定適當的保險費上下限。

綜上所述，關於社會保險的保險費設定未必一定採量能負擔原則，按照所得收入高低來收取保險費並非社會保險的必要要素，若要採取「量能負擔」方式設定保險費，須另外尋求其他政策上的充分理由。例如著眼於量能負擔較能符合社會國原則的目的，因而借用租稅法上「量能課稅」的概念來調整現實的不平等。尤其社會保險係無視本人意思而強制被保險人加入，更有必要重視「

---

<sup>157</sup> 參照北野弘久，〈應能負擔原則〉，《稅法學原論》五版，青林書院，2003 年。

公平」的議題，因此原則上按照所得高低的「量能負擔原則」成為比較適當的選擇<sup>158</sup>。



## 第五款 社會適當性原則

社會適當性原則從給付面來看，其意義在於社會保險給付水準必須達到滿足基本生活保障<sup>159</sup>，所有被保險人發生保險事故時，不論其對保險財政的貢獻程度，均應提供維持某種生活水準的給付，以維持其基本生活。質言之，被保險人所受領的保險給付與其所繳納保險費間沒有直接絕對的對價關係，亦即風險高的被保險人並不會因此負擔較高的保險費，依據量能負擔原則繳納較多保險費的被保險人亦不會得到較高的給付<sup>160</sup>，給付額度與內容係按照具體需求而定，與個別被保險人負擔額的高低無關。此原則即為社會保險中「社會性」的展現，強調以社會公平為目的，著眼於社會上遭遇風險機率較高者往往為經濟弱勢族群，較無負擔能力者雖然負擔較低的保費，於危險發生時能受領足以填補損害或滿足基本生活需求的給付，透過此種設計達到所得重分配<sup>161</sup>的效果。由此亦可看出社會保險並非追求個人的對價公平性，而是注重社會整體的公平性。社會保險雖然強調社會適當性原則，但對於個人公平性亦並非全然忽視，

<sup>158</sup> 詳參島崎謙治，前揭註 142，頁 214。作者尚指出按照收入比例決定保險費係為符合加入保險者的「公平感」，並且應以個別社會保險的性質或構造來判斷符合被保險人「公平感」的保險費設定方式，例如日本國民年金和國民健康保險係由勞動所得型態和所得掌握程度各有所不同的被保險人所組成的保險集團，而採取定額負擔或量益負擔作為「共通的標準」，是最符合公平感的設計。

<sup>159</sup> 但此處所謂「基本生活保障」並非指社會救助中所謂「最低生活水平保障」，社會保險給付所要滿足的是「大多數人的基本需求」，視該社會保險的政策目的決定給付的程度，並無絕對的標準，但在一般情況下，社會保險的給付應當高於社會救助的「最低生活需求」，否不僅混淆兩種制度的功能，甚至可能引發道德危機，大大降低加入社會保險進行風險分攤的意願。但若國家採取全民式的社會保險制度，其給付水準較接近「最低生活水平保障」，目的甚至在於取代或補充傳統社會救助的功能，例如我國的國民年金保險即屬「基礎保障年金」，給付額度與社會救助相差不遠。詳參鍾秉正，《社會保險法論》，三民書局，2005年，頁 133-138。

<sup>160</sup> 但是在年金保險的領域，由於保險費往往與投保金額（依薪資所得分級）連動，以此與保險年資合併計算，決定年金給付的額度，給付和保費之間相對具有較高的對價性，薪資所得較高者，因其月投保金額較高，所得受領的年金給付亦越高，此一特殊的對價性反映出年金。但我國的國民年金因屬於基礎年金，作為無老年年金者的最後保障，月投保金額每人均相同。

<sup>161</sup> 論者多認為社會保險具有「所得重分配」的特性，但亦有學者明白指出社會保險應著重「**風險重分配**」的概念，而不應著眼於所得重分配。蓋社會保險的目的在於扶助弱勢，出發點應立於協助弱勢者分攤其無法單獨承受的風險，而非以取富者一部分財富從事「財富重分配」為出發點。社會保險並非自始以所得重分配為主要目的。參江朝國，〈社會保險、商業保險在福利社會中的角色—以健康安全及老年經濟安全為中心〉，《月旦法學雜誌》，第 179 期，2010 年 4 月，頁 82。

個人繳納的保險費和所能獲得的給付仍具有某程度的關聯性，否則過度強調社會適當性，可能造成高所得者負擔較高費用的不公平之感，影響其參與社會連帶的意願。雖然在社會保險中，社會適當性的要求與個人對價公平性往往不可避免的發生衝突，但在具體個別制度中，應盡可能在兩者之間取得合理的平衡。

## 第四項 社會保險財務處理原則

### 第一款 社會保障財源之特徵

由於社會保險屬於社會保障制度，故其財源籌措與運用均有其特殊性，而與其他國家政策之財源性質有所不同，日本學者舉出三個社會保障財源所具有之特徵<sup>162</sup>：(1)社會保障給付的利益在大多數的情況下均歸屬於個別受領給付者，私人性質強烈，因此並沒有必要限定以租稅收入作為財源，因繳納社會保險費而享有之給付即為適例。而且，在醫療保障和社會福利的實物給付中，亦得由使用者支付部分負擔費用作為財源。(2)與其他領域相較，社會保障的財源具有透過政府進行「所得重分配」或「所得移轉」的性格。例如，國民年金具有世代間所得重分配的功能，而社會救助制度則具有垂直重分配的功能。醫療保障和社會福利的實物給付也被認為具有實質所得移轉的作用。透過減免部份負擔、社會保險費和租稅的量能負擔設計，達到實質上所得移轉的功能。在醫療保障的領域，除了世代間和垂直的所得移轉之外，也產生健康的人對於生病的人的移轉。由於快速進展的高齡化，各種所得移轉中，近年來比重明顯增加的是世代間的移轉。(3)社會保障是由多數目的和性質相異的個別制度所組成，因此社會保障的財源構成和財務模式有多樣的選擇。實際上也是如此。同一種類型的給付或服務，也可能因不同時間而有不同的財務模式，例如老人長期照護服務從 2000 年起由國家稅收負擔改為社會保險方式。

<sup>162</sup> 堀勝洋編，前揭註 56，頁 83-84。

由上述學者歸納出社會保障財源之特徵可知，社會保障財源未必全然應由政府負擔完全財務責任，理由在於社會保障給付多直接使特定受領者獲得利益，非如交通、教育等支出係有利於不特定之社會大眾，鑑於社會保障的個人受益性格，保險概念下所謂一對一的對價關係，始有在社會保障制度中發揮功能，進而建構為社會保險制度之餘地。其次，學者強調社會保障制度所具備之所得重分配功能，社會保障所追求的社會公平目的，亦有賴於所得重分配之手段予以實現，連結到個人費用負擔層面即為量能負擔原則之展現，無論是租稅或是社會保險費之計算，亦應注意是否符合量能負擔原則。而最後則舉長期照護保險為例，說明時空背景對於社會保障財源構成有相當大的影響力，人口結構變化或是政府財政狀況都有可能是推動制度變遷的因素。

## 第二款 社會保障財源政策之基準

承前所述，既然社會保障的財源除了國家租稅以外，尚得運用社會保險費或部份負擔的方式獲取財源，而各種財源應以何種方式或比例收取，亦與社會保障制度之特性有關，而應特別加以檢視。因此，在制定社會保障的財源政策時，有必要設定一套財務運作指標，據以認定財源政策之妥當性。學者認為主要應考量到以下三個基準<sup>163</sup>：

(1)負擔公平性：又可分為水平公平和垂直公平。水平公平是課稅時應遵守的原則，處於同樣經濟狀況下個人在課稅上應該做相同的處理，亦即負擔能力相同者，應該被課予相同的負擔。至於垂直的公平，則有兩個層面的意涵，第一是相對於水平公平而言，垂直公平是指不同經濟狀況的個人應該做不同的處置，可能是累進或累退，累進是指稅率或費率隨薪資或所得增加而提高，負擔能力較強的個人應該比負擔能力較弱的個人課以較重的負擔，累退則剛好相反，薪資所得較高者反而需負擔的費用較低，由於累退制會擴大貧富不均的程度，貧窮者的負擔較重，不符合社會保障的價值觀，因此較少被使用，但不排除在某些費用計算上可能產生形同累退的效果。其次，公平性亦可分為在負擔

<sup>163</sup> 堀勝洋編，前揭註 56，頁 84-86。

面的公平以及受益面的公平，因此發展出「量能負擔」原則以及「量益負擔」原則。由於社會保障給付的利益大多歸屬於個人，因此以受益程度作為標準來謀求公平的情況也不少。例如日本國民健康保險的保險費即採取混合量能負擔以及量益負擔的收費方式，現行公共年金的保險費某程度包含量能負擔和量益負擔的要素。

附帶一提的是，一般而言社會保障係以「量出為入」為原則，視社會保障所需的費用決定所應籌措的收入，因此重點要先確定該項社會保障措施所提供的服務類型、範圍、內容等，後由檢討該項服務適合以何種財源支應，運用各種資訊精算推估是否足以充分支應該項社會保障措施。由此亦得知解決社會保障的財源問題的策略除了擴充財源收入外，在支出面減少給付額度或改變服務類型等方式也能達到財源充足性的要求，惟社會保障關乎人民基本生活需求，不得任意以財源不足為由限縮給付，否則即本末倒置、削足適履，有違福利國原則要求。

(2)收入安定性：社會保障的給付和服務與一般民眾的關係十分密切，通常都是對於日常生活具有重要性和必須性的事項，例如現金或醫療服務，因此有必要確保社會保障給付所需的財源，盡可能不受到短期景氣波動的影響。另外，隨著人口高齡化持續進展，導致社會保障給付費用大幅增加，確保充分且長期穩定的財源更形重要。政府往往也會選擇最容易取得民眾同意的財源調整方式，避免民眾反彈影響繳費意願，因此社會保險遂成為政府取得民眾同意繳納保險費之最佳方式。

(3)資源分配的效率性：許多社會保障給付都會牽涉資源分配、服務提供與消費之關係，而具有調整資源分配的機能，特別是醫療保障和社會福利服務更是直接連結到服務資源之勞動環境或價格等。因此，在籌措或調整財源時，需特別注意避免對於生產活動或消費價格造成負面影響，必須特別重視資源分配的效率性

### 第三款 社會保險財務自給自足原則

前論及者係社會保障財源之特性，社會保險之財源雖具有上述特徵，或應遵循上述基準，但社會保險之財源結構或財務處理方式仍有其獨自之特殊要求。由於社會保險係借用保險原理及技術之社會保障制度，某程度社會保險財務處理方式較近似商業保險，但又受到社會保障制度目的之修正，又未必完全與商業保險原理相同。

社會保險和國家之間的關係中，必須具有一定程度之「獨立性」或「自主性」，從被保險人加入保險、繳納保險費、認定受給資格、到保險給付等保險事務，均應獨立運作，基於社會保險獨自的考量來進行判斷，雖然仍應接受來自國家在政策上的指導，但實際運作上仍應盡量維持一定之獨立性，特別是在財源面或財務處理面上，社會保險財務更應確保獨立性。蓋社會保險之所以有別於其他以稅收作為財源的社會福利制度，主要是在於財務的自主性，完全採取自給自足原則來運作。

從支出面來看，原則上社會保險給付應由保險費來支應。換言之，保險費僅能用於保險支出之用途，不能挪作保險給付以外之用途。其次，從收入面來看，社會保險財源之主要來源應為保險費，保險費除向被保險人收取外，亦可能來自雇主負擔，或由政府提供一定比例之補助，但其中政府補助的比例不應大幅超過保險費的比例，一旦政府補助比例過高，意味著社會保險可能受政府委託而承擔保險以外之其他社會政策目的，且政府補助偏高之財源結構將受限於政府預算的狀況，容易招致政府當局介入社會保險的運作經營，更將進一步減損社會保險所具有的「自治」特性。

此外，社會保險財務自主亦是在促進維持保險的良性永續運作，蓋保險費的調整是和保險給付額度連動，若社會保險整體的支出有所增減，個別被保險人的保費亦必須適度調整，方能維持整體收支平衡。換言之，若保險事故發生機率降低，或是保險給付減少的情況發生時，保險費得以調降，反之則必須提高保險費，因此社會保險中也均存在每隔數年進行一次檢討財務或調整保費的

機制。另外必須注意的是，社會保險所要保障的生活風險，多與社會結構變遷息息相關。往往伴隨各種政治經濟社會因素而不得不調整財務機制，最明顯的例子就是人口高齡化，導致未來老人年金和健康照護的支出有增無減，因此社會保險財政不僅應遵照財政收支均衡的原則調整保險費，更應關注未來種種社會情勢的變化，在財政收支管理上做出更多的因應。

#### 第四款 社會保險收支平衡原則

所謂收支平衡原則係從整體保險之收入支出面來觀察，即保險人所收受之保險費總額應等於所支付之保險金總額，因保險係集合可能遭受風險之多數人組成團體，保險集團成員繳納一定費用後，形成收支均等之共通準備金以填補遭受風險之損害，最終達到分散風險的技術，而保險費之計算係以大數法則為前提，基於特定之機率事先設定應收取之保險費總額，故收支均衡原則可謂保險之本質特徵<sup>164</sup>。

一般雖認為社會保險之設計係符合「收支均衡原則」<sup>165</sup>，但事實上若從日本社會保險制度的財源比例觀察，基礎年金給付中由國庫負擔的比例為 1/3，並計畫提高至 1/2，而國民健康保險之財源中約 43~55%係以國庫負擔金或國庫補助金的形式支付給保險人<sup>166</sup>，長期照護保險之財源中有一半均來自國家以稅收補助（包括中央政府、都道府縣、市町村之負擔部份），顯見日本社會保險並不以保險費為唯一財源，單憑保險費收入並不足以支應社會保險給付，尚賴政府以稅收補充社會保險財源，且負擔比例隨著高齡少子化之進展而有逐年增加之趨勢，此由日本社會保險近年改革以消費稅收補充社會保險財源為方向，更可以看出社會保險財源轉型之現象。因此，嚴格而論，日本社會保險制度並不完全符合收支均衡原則<sup>167</sup>。

<sup>164</sup> 近藤文二，《社会保険》，岩波書店，1963年，頁82-83。

<sup>165</sup> 加藤智章等，前掲註9，頁22；鍾秉正，前掲註159，頁136。

<sup>166</sup> 《社会保障の手引き（平成23年1月改訂版）》，中央法規，2011年，頁564-565；日本國民健康保險法第70、73條參照。

<sup>167</sup> 詳參新田秀樹，〈介護保險の「保險性」〉，收錄於菊池馨実編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012年，頁174-178。但若將國家補助包含在內，收入總額仍需與保險給付總額達到收支平衡，參堀勝洋，前掲註9，頁40。



## 第五款 社會保險財務方式之選擇

社會保險的財務處理方式大致可分為「隨收隨付制」及「提存準備制」，其中提存準備制又可再依提存準備金之規模，細分為「完全提存準備制」及「部分提存準備制」。

### 第一目 隨收隨付制

所謂隨收隨付制，又稱為賦課制，係指當年度所應支付的保險給付費用，完全由當年度之保險費收入支應，原則上無須另設責任準備金，僅需對下年度的保險支出作精確之估算，再據以調整保險費率，收取相等金額之保險費。由於在隨收隨付制下，已退出就業市場之老人所得請求之保險給付支出，完全來自於目前尚在工作之年輕世代所繳交之保險費，因此具有「世代移轉」的效果<sup>168</sup>，亦即強調世代間的所得重分配。原則上，隨收隨付制強調短期財務平衡機制，且無須累積鉅額資金，受通貨膨脹、貨幣貶值之影響較小，且財務投資運用及基金管理問題較小，但該制度缺點在於保險費將隨著人口結構變化而逐年提高，且易受政治因素考量而難以提高保險費，進而影響保險財務穩健。而隨收隨付制所蘊含之「代間契約」的性質，實為當代人所花費之費用卻由後代人支付，隱藏著間接向後代預收費用之情形，因此容易造成費用來源充裕的假象<sup>169</sup>。

### 第二目 完全提存準備制

完全提存準備制則是將被保險人所繳納之保險費事前完全予以提存準備，以平準保險費率來維持保險財務的健全性，亦即每一代或每一階層之被保險人均需完全提存準備其本身所需之費用。完全提存準備制強調同一世代間被保險

<sup>168</sup> 孫迺翊，〈從社會保險之財務處理方式論世代負擔之公平性問題〉，收錄於：《當代公法新論（下）翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集》，2002年，頁466以下。

<sup>169</sup> 司法院大法官釋字第550號解釋，黃越欽大法官部分不同意見書參照。

人間的再分配，以及被保險人於不同生命階段的所得再分配，年輕人口繳納保險費提存部份所得，累積資金並加以運用孳息，待此世代人口退休後再由基金中領取年金給付，原則上總保險費與累積基金的現值應等於未來發放之年金給付總額現值，故完全提存準備制本質上即為強迫儲蓄<sup>170</sup>，其優點為每年之保險費負擔能維持在穩定之水準，且因累積大量責任準備金，對被保險人或年金受給者較有安全感，基金之運用收益亦可減輕被保險人之保費負擔，但相對的在制度開辦時保險費負擔較高，且龐大之基金易受貨幣貶值之威脅。

### 第三目 部分提存準備制

至於部份提存準備制則係上述二種方式之折衷混合制，雖無需完全提存準備，但保有一定水準之準備金，當準備金不足以支付保險給付時，則採階梯式保險費率以補救因應。在部份提存準備制下，當期由年輕人口所繳納之保險費，部分累積為為未來該世代人口給付的基金，部分支應當期老年人口之給付支出。是以，部分提存準備制亦如同隨收隨付制具備世代間所得重分配的功能，隨著累積的基金額度越小，世代間所得重分配效果越強，性質上則越傾向隨收隨付制，另一方面，隨著累積的基金規模越龐大，對人口結構老化所伴隨的財務壓力越能發揮舒緩的作用，性質上亦偏向完全提存準備制<sup>171</sup>。

### 第四目 小結

一般而言，由於社會保險為一種開放式的永久性互助福利制度，透過強制納保的方式，將有源源不絕的被保險人加入保險，當財務需求增加時，可採逐期調整保險費率方式來解決其財務問題，因此社會保險通常以隨收隨付制調整財務即可，特別是短期性社會保險，無須於制度初期即要求精確預估未來的給付總額，當期的保險費收入僅須足以支應當期保險支出即為已足。即便是長期性社會保險，例如年金保險，亦難以預測未來物價或生活水準的上昇幅度，且

---

<sup>170</sup> 周麗芳，〈國民年金財務制度之選擇—我國年金財務模型與模擬分析〉，《人文及社會科學集刊》，第 12 卷第 2 期，2000 年 6 月，頁 200-201。

<sup>171</sup> 周麗芳，前揭註 170，頁 201-202。

長期性社會保險經常需要配合社會變遷進行各種關於給付支出制度的改革，例如提高給付標準、增加給付項目、改善給付品質等，導致保險經營成本增加，即便採取完全提存準備基金制，仍有可能隨著社會需要而調整財務方式，故不得不採用隨收隨付制來因應，再者，公共年金制度向來蘊含年輕世代人口扶養老年人口的世代間扶養之概念，因此較適合採用具世代重分配效果的隨收隨付制<sup>172</sup>。

日本長期照護保險之財務處理方式採隨收隨付制<sup>173</sup>，由於計算保險費係以「保險給付所需費用總額」作為基礎，並未要求被保險人事先提存一定金額作為準備金，因此財務處理上僅考慮當期保險支出及保險費收入之平衡，具有世代間移轉的性格。而隨收隨付制度下仍需有一定的財務調整配套措施，保有逐年精算保險費之機制，避免短期內發生無法預測之事態致保險財源短缺，而日本長期照護保險以三年為一期精算保險費率，各都道府縣並設置財政安定化基金，彌補市町村被保險人繳納之保險費過低，或財務出現赤字時，提供借款或交付金填補會計上不足之額度，以維持各保險人財政的安定。

#### 第四節 日本長期照護保險之改革過程

依照日本長期照護保險法附則第 2 條規定<sup>174</sup>，自長期照護保險施行起每隔五年必須進行制度總體檢討，並基於檢討的結果採取必要的修正措施。厚生勞動省為加速檢討之進行，於 2003 年 5 月在社會保障制度審議會下設置長期照護保險部會，密集對於相關議題及論題進行議論，並於 2004 年 7 月提出改革報

<sup>172</sup> 堀勝洋，前揭註 9，頁 59-60。

<sup>173</sup> 鄭文輝計畫主持，《長期照護保險法制財務機制及財源籌措之評估》，行政院經濟建設委員會委託研究，2009 年 5 月，頁 18-19；岩本康志、福井唯嗣，〈医療・介護保険の平準保険料方式への移行〉，《季刊社会保障研究》，第 50 卷第 3 号，2014 年 12 月，頁 324 以下。

<sup>174</sup> 日本長期照護保險法附則第 2 條：「長期照護保險制度，應斟酌提供需照護者保健醫療服務及福利服務的體制狀況、保險給付所需的費用狀況、國民負擔的變化、社會經濟情勢等，以及關注身心障礙者福利的政策、與醫療保險制度之間的整合性、市町村實施長期照護保險事業的狀況，於本法施行後，以五年為目標，進行全盤的制度檢討，包括被保險人及保險給付受領者的範圍、保險給付的內容及水準、保險費與繳納金（包括為充當該繳納而依醫療保險各法律的規定所徵收的保險費（包括依地方稅法規定所徵收的國民健康保險稅）及分期繳納金）負擔的狀況，應基於該結果，進行必要的檢討等處置。」

告，嗣後厚生勞動省以此報告書為基礎，於同年 12 月發表「長期照護保險制度改革全體像—建構可長久持續的長期照護保險制度」，據此作成法律修正案大綱及草案，在國會中提出並獲通過<sup>175</sup>，本次修正案大部分之修正內容雖於 2006 年施行，但為便於行文說明，以下均簡稱「2005 年修正案」。之後，由於接受保險給付者不斷增加，長照保險面臨財政窘迫，原本計畫在下次改革中檢討給付與負擔的平衡，但在討論過程中出現許多不同意見，故先行擱置財政改革的部分，而進行照護服務提供體制的改善，並於 2011 年通過法律修正案，於 2012 年 4 月開始施行，以下亦將本次改革簡稱為「2011 年修正案」。以下謹將長期照護保險法施行以來之重要動向以表格呈現，由於 2005 年及 2011 年修正案修正幅度較大，且與保險費負擔及保險給付有關，本節擬加以詳述。

表格 4：長期照護保險法改革過程

第一期	2000 年	4 月	長期照護保險法施行
第二期	2003 年	4 月	第二期事業計畫開始（至 2005 年） 檢討第一類被保險人保險費、改定照護報酬
		5 月	在社會保障審議會中設置「長期照護保險部會」
	2004 年	7 月	長期照護保險部會意見彙整
		12 月	長期照護保險部會意見彙整（關於被保險人及受給者範圍）
	2005 年	2 月	在國會提出「長期照護保險法部分修正案」
		4 月	創設地區照護、福利空間整備交付金等
		6 月	「長期照護保險法部份修正案」成立
		10 月	檢討機構給付、改定照護報酬（10 月施行分）
第三期	2006 年	4 月	修正法案全面施行 * 創設新的預防給付、地區包括支援中心 * 創設地區密接型服務 * 創設長期照護服務情報的公告制度 第三期事業計畫開始（至 2008 年）

<sup>175</sup>。岩村正彦，〈總論—改革の概観，特集 医療・介護・障害者福祉改革〉，《ジュリスト》，第 1327 期，2007 年 2 月，頁 9。

			調整第一類被保險人保險費、改定照護報酬（4月施行分）
第四期	2009年	4月	第四期事業計畫開始（至2011年） 調整第一類被保險人保險費、改定照護報酬 被保險人、受給者的範圍：以2009年為目標的必要措施 新預防給付、地區支援事業：以施行後三年為目標根據實施狀況為檢討
	2011年		通過「長期照護保險部分修正案」
第五期	2012年	4月	第五期事業計畫開始（至2014年） 長期照護保險法部分修正法案施行 *地區包括照護體系 *24小時訪問照護看護等複合型服務
第六期	2015年		第六期事業計畫開始（至2017年）

資料來源：厚生労働省，〈介護保険制度改革の概要－介護保険法改正と介護報酬改定〉 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>。

## 第一項 2005年修正

### 第一款 修正背景

長期照護保險施行以來，制度運用上逐漸出現許多問題點，根據社會保障審議會長期照護保險部會的檢討以及學者分析的結果，主要面臨的問題點有以下三點：第一，受領保險給付的人數以及保險給付費的支出增加，從居家服務和機構服務合計的保險給付費來看，2000年到2004年成長71%，其中機構服務的給付費僅增加了32.3%，而居家服務的給付費則大幅增加147.7%。特別是需支援者以及輕度的需照護者（亦即需照護程度1者）的居家服務給付費大幅增加。另外，自2000年至2004年間經認定需要照護者當中，輕度需求者（需支援、需照護1級）的人數從102萬增加到200萬人，輕度者佔全體需照護人

數比例由 40% 上昇至 49%，相對的中度需求者（需照護 2、3 級）由 32% 降至 28%，重度需求者（需照護 4、5 級）由 27% 降至 23%。從以上數據可以看得出來，受領長期照護保險給付人數和支出費用增加逐年增加代表提高了服務供給量的正面成果，以及國民逐漸接受長期照護保險並增加使用的趨勢，另一方面，在需照護者當中，以輕度需照護者的人數增加最為顯著，中重度需照護者的比例反而較低，因此關於給付內容和服務體系有必要做出相對應的調整。

第二，前述保險給付費的增長造成保險財政負擔擴大，同時第一類被保險人以及第二類被保險人的保險費亦隨同提高。而且，保險給付費的增加，最終連帶增加政府補助的金額，迫使政府投入更多金錢在長期照護保險的特別會計。

第三，長期照護服務的品質以及供給制度上發生問題，管理服務提供事業者以及確保服務品質的機制並未發生效用，例如開放民間企業提供居家服務的結果，品質堪慮的事業者可能進入照護市場，因虛構浮報金額或對不符合資格者提供服務而被撤銷指定的事業者和機構逐漸增加，此外由於僅有都道府縣知事擁有指定權限，市町村無法即時糾正上述違法情事，服務供給的監督產生空隙，此外照護支援人員的專業性等等亦成為問題<sup>176</sup>。

## 第二款 修正重點

鑑於以上這些問題，為了抑制逐漸膨脹的給付費、保險費的上昇以及國家負擔連帶提高的狀況，2005 年長期照護保險法修正案係從減少未來可能增加的給付費用下手，首要目的是防止需支援狀態及輕度需照護狀態者繼續惡化而導致未來給付費增加，主要有以下重點：

第一，轉換為「重視預防型的給付體系」。有鑑於施行以來輕度需照護者的人數逐漸增加，又因需照護狀態是持續漸進的過程，若未及時在生活障礙發生時提供必要的協助，將加速需照護狀態惡化的進展，最後不得不花費更高的費

---

<sup>176</sup> 以上整理自岩村正彦，前揭註 175，頁 8-13。

用進行照護療養的措施，再者，由於輕度需照護者原本即具有基本的生活能力，若對其提供照護服務後，可能造成其既有生活能力衰退，形成服務依賴而難以自立，因此有必要特別針對輕度需照護者提供適當的服務，以盡可能減緩需照護狀態的惡化。為此，2005年修正了需照護狀態的標準，修正前的「需支援狀態」改為「需支援程度1」，過去的「需照護程度1」重新分成「需支援程度2」及「需照護程度1」。其次，並同時進行整體給付體系及內容的改革，為了抑制需照護狀態的惡化與重度化，和新創設之市町村地區支援事業的長期照護預防事業合作，在地區包括支援中心的管理下，對於新創設的需支援程度1、2者給予預防照護的日間照顧<sup>177</sup>，甚至對於有成為需支援或需照護狀態的高危險者，也屬於上述長期照護預防事業服務的對象。另外，為了對應於中重度需照護者比例的降低，不僅減少給付內容，居住費及伙食費亦改由機構利用者自行負擔，至於低所得者則以「特定入所者的照護服務費」減輕其負擔。

第二，**創設地區密接型服務**。所謂地區密接型服務包含小規模多功能居家照護（以通勤來回接受照護的型態為主，並提供隨時、居家訪問或住宿的組合服務，需照護者得以繼續居住在家裡）、夜間訪問照護（定期巡邏以及依通報而隨時處理的組合服務）、失智症的共同生活照護（團體家屋）、地區密接型特定機構入住者照護（未滿30人的自費老人之家）等。地區密接型服務的特色為以日常生活圈為單位（例如：中小學學區、公民活動中心區域），因應各地區的特性，整合並提供多樣化且彈性的服務，由於地區密接型服務係以最貼近服務使用者的地區為中心，便於接受照護服務者在自己熟悉的環境下自立生活，有助於實現長期照護保險法「維持尊嚴」之目的。此外，提供地區密接型服務的事業的指定權限是交由市町村長來行使，亦由市町村加以監督，市町村在地區密接型服務提供上可說被賦予更重要的職責。

第三，**充實確保與提升服務品質的措施**。為了能排除有問題的事業，除了增加喪失指定資格的事由以及撤銷指定的事由外，更規定了指定的有效期間，改為更新制，每6年重新認定資格。此外為了強化行政監督的實效性，都道府

---

<sup>177</sup> 原則上由2006年4月1日開始施行。

縣和市町村得對事業者發布業務改善勸告和命令、停止指定效力處分，並公開上述處分。為了透過市場機能的適當運作，來確保良好的服務品質，並令服務品質不良的業者得以退場，設置「照護服務資訊公開制度」，課予業者負有向指定情報公開中心提供基本資訊和調查資訊的義務，都道府縣長將資訊公開，提供利用者有資夠的參考選擇資訊。為了提升照護支援專門人員的專業性，將進修義務化，並導入資格更新制（資格有效期間五年）與二重登錄制（向知事登錄以及居家照護支援事業者的指定）。關於長期照護支援事業者的報酬，為了確保其中立性和公正性，降低每個照護支援專門人員的標準負責件數，並且為了促進對中重度和支援困難者的協助，導入特定事業所增加金額，及特定事業所集中扣減金額，以防止集中在併設事業所的居家服務。

**第四、保險費負擔合理化：**根據長期照護保險法第 129 條第 2 項規定，基準係以政令規定之，因此於長期照護保險法施行令第 38 條第 1 項具體的按照第一類被保險人的所得狀況區分為數級，再各別設定標準比例乘上基準額，以所得的定額作為保險費的具體數額。2005 年修正前的政令係區分為五級。

表格 5：第一類被保險人保險費所得級距標準及保險費率（2005 年修正前）

所得分級	適用對象	保險費率
第一級	社會救助法的低收入戶、老年福利年金的受給付者、非住民稅課稅對象的家戶	基準額 × 0.5
第二級	非住民稅課稅對象的家戶	基準額 × 0.75
第三級	本人非住民稅課稅對象者	基準額 × 1.0
第四級	住民稅課稅對象者，且合計所得金額未滿基準所得金額者	基準額 × 1.25
第五級	住民稅課稅對象者，且合計所得金額超過基準所得金額者	基準額 × 1.5

資料來源：增田雅暢，わかりやすい介護保険法，有斐閣，2000 年，頁 69。

長期照護保險法制定當時，設定保險費係考量到活用市町村民稅的課稅狀況、盡可能避免增加市町村的事務量，一方面盡量仔細斟酌低收入者的所得狀況，故按照所得高低分級設定保險費率的方式，亦即採用「應能負擔」的方式

來收取保險費，但是所得收入究竟應按照何種標準、或如何劃分才公平，恐怕會成為另一個課題。當初之所以採用市町村民稅課稅對象為標準，係因市町村對於住民稅課稅對象的所得掌握較清楚，在事務處理上得以按照所得比例設定保險費，但事實上被保險人當中被課徵市町村民稅者不過佔四分之一，高達四分之三的被保險人並非市町村民稅課稅對象，此時如何判斷個別被保險人的負擔能力即成為問題。為此，有必要修正以個人為單位的保險費徵收原則，加上家戶的負擔能力作為判斷基準，因此特別將非住民稅課稅對象的家戶區別成第二級，第三級以上仍保持以本人是否為住民稅課稅對象為標準。此外，考量到老年福利年金係對於國民年金制度實施時已屆 50 歲，但無法滿足法定受領資格者，於 70 歲開始（身心障礙者為 65 歲）受領的特別老人津貼，在長期照護保險費的設定上也應該特別減輕其負擔，因此與社會救助法上的低收入戶同樣列為第一級。此外，由於公共年金在總所得中可扣除的額度相當大，每年受領 266 萬日圓年金者和未接受社會救助的低收所得者同樣被分類為第二級所得，原先將所得區分五等級的設定無法反映真實所得高低，易衍生不公平的爭議<sup>178</sup>。

有鑑於以上的問題，2005 年的修正將保險費負擔合理化，將原本按照五等級收費的所得標準細分為六等級，向有能力負擔者增收保險費，同時將所得第二級細分化，新設之所得第二級的對象為非市町村民稅課稅對象的家戶，且前一年的公共年金收入金額加上合計所得金額，合計在 80 萬圓以下者，保險費率與第一級所得者相同<sup>179</sup>，對於負擔能力較低者設定較低的保險費率，以減輕其負擔，實現「量能負擔」的精神。此外，市町村基於該地區特別的需要或狀況，得按照政令所揭示的標準比例，自行決定比例，關於所得第五級以上的階層，市町村得以合計所得金額為基礎，區分更高所得等級，並決定各該等級之標準比例，以作為保險費率<sup>180</sup>。換言之，雖然第一級至第四級適用對象的定義已經被法令所明定，市町村無法加以變更，但作為保險人的市町村得自由決定第

<sup>178</sup> 小西啓文，〈介護保険における財源論〉，頁 190-191；收錄於菊池馨實編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012 年。

<sup>179</sup> 參照日本長期照護保險法施行令第 38 條第 1 項第 2 款。

<sup>180</sup> 參照日本長期照護保險法施行令第 39 條第 1 項。

一類被保險人保險費的所得分級數，以及各個所得分級的標準比例，進而決定各分級的保險費率。本次修正賦予市町村更大的裁量權限，得衡量市町村內屬於住民稅課稅對象者與非課稅對象的比例和地區內的所得分佈狀況，設定出最符合量能負擔原則的所得分級<sup>181</sup>。



### 第三款 被保險人範圍之檢討

另一方面，關於被保險人和受給付者的範圍是否應該擴大到 40 歲以下的討論，從長期照護保險創設之初即已經開始討論，雖然這次五年後的檢討中也有提到，但在法律修正案中被擱置。2007 年 5 月在「關於長期照護保險制度的被保險人及受給付人者範圍的學者會議」中提出中間報告<sup>182</sup>，但自此之後並無進展。

第二個討論重點在於長期照護保險和身心障礙政策之間的整合。2006 年關於社會保障相關制度整體檢討「今後社會保障的理想方式」的報告書<sup>183</sup>中指出，長期照護保險制度未來的方向應以「制度的普遍化」為目標，不問年齡或需照護的理由為何，盡力滿足所有長期照護的需要。身心障礙者由於欠缺部份身體機能，往往也需要長期照護的服務，但關於身心障礙者另設有「障礙者福利制度」，以「障礙者自立支援法」統合身心障礙相關的服務和給付，和長期照護保險之間究應如何整合成為一項困難的課題。由於長期照護保險所提供的給付和障礙者福利制度所提供的給付並非完全一致，若為兩制度均共通的給付，係以長期照護保險優先適用，而長期照護保險所無的給付，或是超過長期照護保險所能提供的給付上限額時，則由障礙者福利制度提供所需的服務。若要進一步整合，最大的問題是在給付面上如何兼顧身心障礙者的特殊需要，有必要重

<sup>181</sup> 例如南部箕蚊屋広域連合僅設定六級，理由在於當地於平成 17 年度第一級至第三級的非課稅對象者佔總人口的 86%，住民稅課稅對象者僅佔 14%，若增加所得分級數，僅對於 14% 的少數課稅對象者增加負擔，有所不公，不適合增加所得分級，因此無法如神戶市或福岡市介護保險広域連合採取 9 級或 8 級制。詳參小西啓文，前揭註 178，頁 192。

<sup>182</sup> 〈介護保險制度の被保險者・受給者範囲に関する中間報告〉，日本厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-12.html>（最後瀏覽日：07/05/2015）。

<sup>183</sup> 〈今後の社会保障の在り方について〉資料來源：<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosy/ou/dai18/18siryou3.html>（最後瀏覽日：07/05/2015）。

新檢討需照護認定對於身心障礙者的適用性、障礙程度區分的客觀性，在共通化的過程中，相較於一般老人，更應注意障礙者個別需求，在服務提供、個案管理上也需設計不同的作業流程。因此在「關於長期照護保險制度的被保險人及受給付人者範圍的學者會議」中雖然肯認整合長期照護保險和障礙者福利制度有助於提供需照護的障礙者有更多服務的選擇機會，且合併為單一窗口亦便利障礙者申請服務，增進提供服務的效率，但在專業人員養成訓練等配套措施不夠完善的現階段，仍難以取得身心障礙者團體的共識。

綜上所述，2005 年的修正案中，雖然曾重新檢討被保險人和受領給付者的範圍，考慮是否降低被保險人的年齡下限，並試圖整合身心障礙者長期照護的政策，但審議的結論中，雖然多數意見認為長期照護需求與年齡無關，應盡可能涵蓋所有有照護需求者，同時逐漸擴大負擔保險費的被保險人範圍，朝向制度普遍化的方向改進，但另一方面仍有意見認為擴大被保險人和受領給付者的範圍應慎重為之，關於形成國民共識以及具體的制度改革方案均應儘速進行檢討以獲致結論。因此決定此案應一併與社會保障全盤制度進行檢討，於 2009 年再次進行討論。

## 第二項 2011 年修正

2011 年（平成 23 年）6 月日本國會通過「為強化長期照護服務基礎的長期照護保險法等部份修正法律案」<sup>184</sup>。雖然 2005 年的改革中增加許多照護預防給付，試圖減緩保險給付費增加的速度，但面對快速增加的受領給付者以及長期照護保險財政惡化的現狀，每隔五年的制度總檢討被期待能夠在給付和負擔面的平衡上進行徹底的改革，但由於財源如何確保的問題並未解決，且對於未來以消費稅來補充社會保障財源的爭論尚未在國會取得共識，在這樣的政治情勢下，2011 年的改革即未處理到財政問題，而是強化長期照護服務的基礎，特別

---

<sup>184</sup> 法案全文為：「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」，平成 23 年法律第 72 号，部分條文於 2012 年 4 月 1 日施行。

是和醫療、生活支援服務的合作，以居家支援系統的擴充和整備為中心的改革方針<sup>185</sup>。

本次改革最大的重點是「**地區照護體系的實現**」。為了讓高齡者能在原來居住的地區安心的生活，有必要建構一個在醫療、長期照護、預防、居住、生活支援等服務上整合的「**地區包括照護體系**」，具體而言包括在原本的地區密接型服務中創設 24 小時定期巡迴、隨時對應型態的訪問照護看護服務<sup>186</sup>，強化 24 小時居家醫療、訪問看護及復健措施，增設小規模多功能型居家照護及訪問看護等複合型服務<sup>187</sup>，推動看顧、陪伴、配食、購買生活物資等多樣生活支援服務。

第二，推動以保險人為主體的法律架構。市町村應盡力將失智症支援措施、居家醫療、住宅整備、生活支援納入長期照護保險事業計畫，得依據保險人之判斷整合實施預防給付及生活支援服務。其中關於地區密接型服務的照護報酬，得不經厚生勞動大臣的認可，由市町村獨自判斷，設定高於全國統一訂定之照護報酬額度。

第三，為緩和保險費的上昇，2012 年度各市町村可動支財政安定化基金，並活用保險費之減免措施。此外，本次改革內容尚包括確保照護人才及提昇服務品質、推動失智症對策等措施。整體而言，2011 年改革並未在財政問題上多所著墨，反而是特別強化市町村處理長期照護事務的權限，以及充實整備地區密接型服務體系

---

<sup>185</sup> 石橋敏郎，〈介護保険法改正の評価と今後の課題〉，《ジュリスト》，第 1433 期，2011 年 11 月，頁 8。

<sup>186</sup> 新修正長期照護保險法第 8 條第 15 項。

<sup>187</sup> 新修正長期照護保險法第 8 條第 22 項。

### 第三項 社會保障與稅制一體化改革

日本的社會保障制度在戰後隨著經濟發展逐漸完備，例如 1950 年代先後達到「國民皆保險」<sup>188</sup>、「國民皆年金」<sup>189</sup>之目標，形成目前社會保障制度的基本架構。但經過半個世紀後，日本面臨前所未有之人口結構變遷，高齡化及少子化意味著支撐社會保障制度的青壯年齡層的減少，高齡人口的增長亦代表各種社會保障費用支出將隨之膨脹，若社會保障制度未隨著人口結構變化進行修正，制度的存續可能性恐受到影響，未來各種社會保障給付亦將無法獲得確保。再者，由於目前日本社會保障制度整體之給付係傾向以高齡世代為中心，與此相對，主要負擔者則為青壯年的工作階層人口，因此社會保障制度如何因應未來的人口結構變化，同時謀求世代間和世代內的公平，成為近年來的重要課題。而長期照護保險所保障的失能風險受到高齡化的影響甚鉅，未來長期照護保險給付支出的膨脹是顯而易見的，且工作世代人口與高齡者世代間的連帶關係亦必須接受公平性的檢驗，故在此有必要介紹社會保障與稅制一體化改革之理念與內容，以及對於長期照護保險制度的改革方案內容。

#### 第一款 立法過程

「社會保障與稅制一體化改革」並非指涉單一法律，而是指涉及社會保障制度、稅制等之諸多政策，由政府所提出之改革方向及具體政策。日本政府於 2010 年 10 月設置「政府及執政黨社會保障改革檢討本部」，並召開數次「社會保障制度改革之學者檢討會」，嗣政府遂基於檢討會所整理之報告書，於同年 12 月 14 日經內閣會議決議提出「社會保障改革之基本方針」<sup>190</sup>。嗣日本厚生

<sup>188</sup> 國民健康保險法於 1958 年進行全面修正，並於 1961 年開始實施，將未加入任何醫療保險之國民納入國民健康保險，結合既已存在之其他醫療保險（例如：受雇者保險、健康保險組合等），全體國民均得以享有醫療保險之保障。

<sup>189</sup> 國民年金法於 1959 年制定，並自 1961 年開始徵收保險費，使全體國民均有得對應加入之年金制度，至此確立「國民皆年金」之體制。

<sup>190</sup> 其中與社會保障較為有關之內容如下：在高齡少子化持續進展的同時，為使國民得以安心，同時達成「強化社會保障機能」及「財政健全化」是不可或缺的，此係透過安定國民生活、擴大僱用及消費，而與經濟成長發生關聯。此次改革之基本方向已在民主黨提出之「稅與社會保障之徹底改革調查會中間整理」及「社會保障改革之學者檢討會報告～朝向安心與活力之社會保障觀點～」中已詳細說明。政府及執政黨尊重上開內容，隨著為安定及強化社會保障之具體制度改革方案及其所需財源逐漸明朗，一併對於為同時達成確保財源及財政健全化目標之稅制改革，進行整體性的檢討，配合實現上開內容之時程表，計畫於平成 23 年（2011 年）中之前

勞動省於同月 27 日即設置「社會保障檢討本部」，檢討個別社會保障制度之具體改革方案。又於 2011 年 1 月設置「社會保障改革集中檢討會議」，以內閣總理大臣為會議主席，深入討論社會保障及稅制之一體化改革，累積相當豐富之議論。接著，社會保障檢討本部於 2011 年 6 月 30 日通過「社會保障與稅制一體化改革成案」（以下簡稱改革成案），於 2012 年 1 月 6 日將「社會保障與稅制一體化改革草案」向內閣會議報告，同年 2 月 17 日內閣會議決定通過「社會保障與稅制一體化改革大綱」（以下簡稱改革大綱），正式完成社會保障改革之骨架<sup>191</sup>。之後，社會保障與稅制之相關法案陸續被提出到國會進行審議，於審議過程中，民主黨與自民黨及公明黨於 2012 年 6 月間對消費稅及部份社會保障法案達成修正協議，嗣基於該協議，包括消費稅增稅法案在內之相關法案先後於眾議院及參議院表決通過<sup>192</sup>。但關於社會保障中未達成協議之改革項目，則另行設置「社會保障制度改革國民會議」進行深度檢討，於 2013 年 8 月 5 日將討論結果統整後並提出報告書，該報告書內整理迄今關於社會保障之議論，提供相當豐富之研究素材。

## 第二款 改革理念

細觀前揭政府所提出之改革大綱及方案，內容包含個別社會保障制度（例如：育兒支援、青年僱用對策、年金、醫療、長期照護等）及稅制改革（例如：消費稅、所得稅、法人稅等）。於社會保障檢討本部所提出「社會保障與稅制一體化改革成案」中，具體提出以下數個應於全盤制度改革時考量之基本理念

193：


---

完成法案，並於獲得國民同意後予以實現。再者，作為應優先處理之子女養育對策及青年支援對策，子女津貼法案、子女養育新系統法案（暫稱）及求職者支援法案（暫稱）應儘速進行檢討提出。為實現上述改革，必須立於超越立場的廣泛議論，取得國民的理解與協力，為此，應設置超越黨派之常設會議，呼籲在野黨以開闊胸襟參加並提出社會保障改革之協議。資料來源：日本內閣官房（相當於我國行政院秘書處）網站 <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyo> /（最後瀏覽日：05/25/2015）。

<sup>191</sup> 詳參菊池馨實編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012 年，頁 233-234。

<sup>192</sup> 日本經濟新聞，〈一体改革、3 党合意 消費税率上げへ前進〉，[http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS1504S\\_V10C12A6MM8000/](http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS1504S_V10C12A6MM8000/)（最後瀏覽日：05/26/2015）。

<sup>193</sup> 資料來源：日本內閣官房網站 <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentohonbu/pdf/230630kettei.pdf>（最後瀏覽日：05/26/2015）。

- 
- ① 關注自助、共助、公助之適當平衡，透過國民互相共助、連帶之組織，支援個人尊嚴之保持、自立、自助，並以此為基本，消除貧富差距的擴大及社會排除，建構一個得以使國民每人能發揮其能力，積極參與社會，進而支撐社會經濟的制度。
  - ② 同時充實必要之機能，給付的重點化、制度經營的效率化，確實確保必要之給付，並追求最適當之負擔，實現得以回應國民信賴、功能運作良好、長久存續的制度。
  - ③ 在給付面及負擔面上，進行重視世代間及世代內公平之改革。
  - ④ 注意社會保障與財政、經濟之相互關係，同時達成社會保障改革及財政健全化，實現社會保障改革與經濟成長之良性循環。
  - ⑤ 從國民的觀點檢討包含地方單獨事業在內的整體社會保障給付，得以確實回應地區和個人多樣需求，採用當地的經驗和創意，整合各種服務，推動制度的單純化及品質的提昇。

基於前述之改革基本理念，改革成案中對於社會保險更提出具體之改革重點：明確化社會保險中負擔與給付之關係，亦即強化社會保險共助、連帶之功能，同時從減少貧富差距的觀點，透過擴大社會保險之適用以及實施低所得者對策，藉此強化社會安全網。此外，從確保世代間及世代內之公平性，並強化所得重分配功能之觀點，檢討社會保險制度之負擔面和給付面。

### 第三款 社會保障財源之確保

目前的社會保障制度在財源面已出現很大的缺口，長此以往，社會保障制度恐無法穩定維持，「互助」的社會基盤亦將有所減損。而全體國民既均能自社會保障制度受益，無論是從受益或負擔的觀點都不應過度偏向某特定年齡層，應由所有世代公平分擔，因此在稅制改革上主要之變革即將「消費稅」作為社會保障財源，以填補目前財源不足之部分，並充實其他社會保障給付。

改革大綱中提及以消費稅作為社會保障財源之理由係在於：消費稅不易被經濟景氣或人口結構變化所影響，且消費稅之負擔並不集中在工作人口等特定

人口群，對經濟活動造成的弊害較小。而相較於社會保險費逐年高漲，對工作人口世代的負擔亦逐漸加重，由全體國民共同負擔之消費稅，較適合作為安定的社會保障財源。為避免一次提高消費稅對經濟及民生造成過大之衝擊，故採取分次提高消費稅率之方式，預計於 2014 年 4 月由目前之 5% 提高至 8%，再於 2015 年 10 月提高至 10%<sup>194</sup>，並將消費稅之用途明確化，限定用於充實社會保障財源，當然長期照護保險財源亦為消費稅所挹注之對象制度。

#### 第四款 長期照護保險之改革方案與檢討

關於長期照護服務基本上與醫療保險之改革方向相同，均以服務提供的效率化與重點化為目標，但長期照護服務特別強調預防給付<sup>195</sup>，避免輕度照護需求者之身體狀態更加惡化成為重度照護需求者。至於在長期照護保險制度方面的改革上，與醫療保險改革相同，亦著重強化長期照護保險所具備之社會安全網功能，亦即對於 65 歲以上被保險人（第一類被保險人）中之低所得者，透過政府補助，增加更多減輕保險費負擔之措施。

此外，有鑑於目前第二類被保險人之保險費計算<sup>196</sup>係按照「各別醫療保險之人數」比例平均分攤，致對負擔能力較差之醫療保險人負擔過重，為謀求第二類被保險人保險費負擔之公平性，本次改革將導入「總報酬制」，即改以「被保險人之總收入額」決定各別醫療保險分擔之比例，換言之，大型企業受雇者

<sup>194</sup> 第一階段消費稅增稅雖於 2014 年 4 月順利提高至 8%，惟預計於 2015 年 10 月實施之第二階段消費稅增稅因種種政治及經濟因素，安倍晉三首相於 2014 年 11 月 18 日宣佈延期至 2017 年 4 月實施，延長約一年半。新聞來源：日本經濟新聞，〈首相、消費增稅「17 年 4 月 確實に実施」延期を表明〉，[http://www.nikkei.com/article/DGXLASF18H4F\\_Y4A111C100000/](http://www.nikkei.com/article/DGXLASF18H4F_Y4A111C100000/)（最後瀏覽日：05/27/2015）。

<sup>195</sup> 所謂預防給付係指被保險人於需支援狀態時之保險給付，種類規定於日本介護保險法第 52 條各款，例如預防照護型訪視照護等。

<sup>196</sup> 第二類被保險人保險費之計算與繳納方式皆與第一類被保險人有很大之不同，詳言之，由於第二類被保險人為已加入醫療保險之 40 歲以上未滿 65 歲者，長期照護保險之保險費係連同醫療保險之保險費向個別醫療保險人繳納，而所繳納之長期照護保險費則再以「長期照護給付費納付金」的形式支付給社會保險診療報酬支付基金會。至於「長期照護給付費納付金」之計算，係以個別醫療保險所屬第二類被保險人之人數乘以第二類被保險人平均每人負擔額定之，因此個別醫療保險人所繳納之「長期照護給付費納付金」會因醫療保險所屬第二類被保險人「人數」不同而有高低。詳參日本介護保險法第 125 條、厚生勞動省「介護給付費納付金について」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0309-6i.html>。（最後瀏覽日：05/30/2015）

所加入之「組合掌管健康保險」因年收入總額較高，長期照護保險費之負擔將增加，相對的，中小企業受雇者所加入之「協會掌管健康保險」所負擔之比例則減輕，藉以強化量能負擔之社會保險原理。另外在被保險人自負之部分負擔上，亦基於公平性及使用者付費的觀點，調高一定所得以上者的部分負擔。

關於長期照護保險中第二類被保險人所負擔之長期照護給付費納付金應導入「總報酬制」之提案，實係基於量能負擔原則及公平性所為，屬於社會保險「社會性」之展現，目的尚屬合理，但若從保險原理觀之，亦有值得加以檢討之處，因長期照護保險之第二類被保險人（40歲以上未滿65歲之醫療保險加入者）須符合特定疾病<sup>197</sup>始得受領保險給付，因此第二類被保險人之保險費負擔與保險給付間的對價關係較為薄弱<sup>198</sup>，其在保險所得期待受益的可能性趨近於零，若以「總報酬制」計算個別醫療保險應負擔之納付金，可能將增加部份第二類被保險人之負擔，而其所得受領的保險給付的利益又微乎其微，其負擔與給付間恐更加失衡，即便採取量能負擔原則較有助於實現所得重分配之社會性功能，但未考量第二類被保險人之特殊對價關係，逕自課予第二類被保險人過重之負擔，從保險原理來看亦有所不妥。但有學者認為由於第二類被保險人之保險費負擔蘊含社會性質的扶養與世代間連帶的概念<sup>199</sup>，本來制度設計上即課予第二類被保險人較重之負擔，並未追求其負擔與給付間完全等價，況第二類被保險人雖未直接受有保險給付，但透過各種地區支援的照護服務某程度已減輕第二類被保險人之照護負擔，此種間接利益亦可說明第二類被保險人相對負有較重保險費負擔之理由。因此，若第二類被保險人之負擔仍為其受領保險給付之根據，且保險事故之範圍未任意擴張或減縮，第二類被保險人仍可合理期待其於因特定疾病需照護時確實得受領保險給付，則作為社會保險實質要素之「對價性」在此情況下似仍被維持，並未過度損及負擔和給付之關係<sup>200</sup>。


<sup>197</sup> 參照日本長期照護保險法第7條第3項第2款、長期照護保險法施行令第2條。

<sup>198</sup> 第二類被保險人中經認定為需照護狀態者的比例佔全體1%以下，可謂極少數第二類被保險人始能接受長期照護給付，詳參石橋敏郎，〈社會保險と社会扶助〉，收錄於河野正輝等編，《社會保險改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年，頁179。

<sup>199</sup> 參石橋敏郎，前揭註198，頁179。

<sup>200</sup> 類似看法參品田充儀，〈社會保險制度の特質と意義〉，收錄於菊池馨実編，《社會保險の法原理》，法律文化社，2012年，頁21。

## 第五款 小結



社會保障與稅制一體化改革堪稱近年來在社會保障制度中變動最大的一次改革，內容涉及社會保障具體制度與稅制的革新，其中消費稅的增稅更牽涉重大民生事項，審議過程動輒成為社會關注焦點。然而，社會保障與稅制一體化改革雖以增稅為手段，充實社會保障制度為目的，事實上增稅部分之財源多被用在補足在財政上發生困難的社會保險制度，確保個別社會保險制度得以永續經營，從具體改革方案中並未見任何通盤整體性的制度變動，以長期照護保險為例，改革大綱中僅明確提及將以政府補助減輕低所得者的保險費負擔，強化長照保險所具備之社會安全網之作用，此項進一步貫徹量能負擔原則的措施，即便無消費稅增稅的補助，本來即可隨時在現行長照保險制度下進行調整，第一類被保險人中的低所得者所佔比例亦不高，實無需透過消費稅增稅補充長照保險財源之必要，由此更可見一體化改革之重點並非在於社會保障制度之改革，而僅係透過增稅手段補救財政制度即將破產的社會保險制度。因此，本文認為從社會保險的觀點來看，一體化改革僅係治標不治本的手段，並未改變造成社會保險，特別是長期照護保險財源不足之結構，倘日本仍未嘗試擴大被保險人範圍，或採取其他擴充財源之手段，未來仍將面臨保險財源不足的困境，此經驗可做為臺灣籌劃長照保險的警示，若制度初期未做好足以因應高齡化社會的財政精算，未來恐被迫採取增稅一途來救急，因此日本此項改革動態應更加關注。

## 第五節 本章小結

日本長期照護保險的發展背景來自於快速的高齡少子化現象，人口高齡化代表需長期照護人口數量亦將不斷增加，因此日本的長期照護議題自 1970 年代起即得到相當的重視。同時，由於老人醫療費用無償化政策導致醫療保險財政承受沈重之負擔，再加上老人福利基礎設施不足，需照護之高齡者轉而進入醫療院所長期療養，凡此種種結構性問題均促使政府致力於建立完整的長期照護制度。最終，在社會福利基礎構造改革浪潮的推動下，「長期照護保險」被視為

得改善過去措施制度下各種問題點的手段，在服務利用者與提供者間建立對等的契約關係，實現利用者本位的理想。經過多年審議與討論後，於 2000 年正式實施長期照護保險。



長期照護保險的建立對於日本社會保障法制而言意義十分重大，從社會保障法理論來看，「社會保險方式」如何在長期照護領域被實踐值得加以深入探討。相對於「社會扶助方式」以租稅收入為主要財源，接受服務者無須事先繳納費用之特性，「社會保險方式」則強調在社會連帶的基礎上，被保險人事先繳納保險費，並以保險費收入為主要財源，當被保險人發生保險事故時，便得受領保險給付的構造。被保險人受領保險給付與其所繳納之保險費間發生對價關係，但由於社會保險具有照顧社會弱勢的政策目的，而採量能負擔原則，故保險給付額度上未必與保險費多寡有密切關連。至於社會保險財務處理應維持一定程度之獨立性及自主性，保險費收入應完全用以支應保險給付，並應隨著社會經濟情勢的變化進行調整，確保收支保持均衡。

日本長期照護保險大致上雖遵循上開社會保險原理進行制度設計，但尚難謂完善，特別是在財政面上逐漸出現破綻，保險給付費用支出大幅增加，造成保險費與政府補助的負擔變重等問題。有鑒於此，2005 年及 2011 年分別進行大幅的改革，但改革重點偏向在給付面上充實預防給付服務體系，創設地區密接型服務等措施，在保險費負擔面上僅些微調整第一類被保險人的所得標準級距，以貫徹量能負擔原則，然真正牽涉長照保險財源基礎的被保險人範圍擴張之議題卻仍未達成共識。而社會保障與稅制一體化改革雖有提及長照保險，試圖減輕低所得者保險費負擔等，但主要改革仍僅止於以消費稅增稅部分補助長照保險財源不足的部分，此外並未見其他具體且通盤性之檢討方案。由此可見，日本長照保險之改革方向較偏重保險給付的充實化與多樣化，仍欠缺擴張被保險人範圍、檢討第一類及第二類被保險人之區隔等制度層面的改革策略，未來日本長照保險如何解決日漸沈重的財政負擔，值得觀察。

### 第三章 臺灣長期照顧法制之規劃與分析檢討



根據國家發展委員會所公布之人口推計報告<sup>201</sup>顯示，2014年時我國65歲以上的老年人口已經達到281萬人，約佔總人口比例的12%，推估即將於2018年達到14%，成為高齡社會，於2025年增長為20%，成為超高齡社會，短短於十餘年間上升近乎一倍的比例，高齡化之進展可謂極為快速。報告中更進一步預估於2061年時，65歲以上老年人口數將大幅增加至735萬人，老年人口比例亦上昇至41%，其中85歲以上超高齡老人所占比率，則由103年之11.5%，上升至150年之25.6%，亦即約4名老年人中，即有1名為85歲以上之超高齡老人，伴隨高齡化所產生之醫療及長期照護成為刻不容緩的議題。

此外，少子化對於高齡化的影響也不可忽視，少子化不僅意謂著出生人口減少，也代表下個世代的工作人口的增減趨勢，少子化將造成扶養比顯著的下降，意味著工作人口的負擔增加。報告中認為隨著高齡化趨勢，生產者對老年人口之依賴負擔則將逐漸加重，每百位15至64歲工作年齡人口所需負擔之總依賴人口，由2012年之34.7人最低點，隨著老年人口快速增加，2060年將增加為98.6人，增加1.8倍。而生產者與高齡人口之比，將由2014年每6.2個青壯年人口負擔1位老年人口，2061年轉變為每1.1個青壯年人口負擔1位老年人口。因此，高齡人口急速增加的同時，原本來自家庭的照顧功能亦逐漸減弱，無法期待由個人或家庭完全承擔照護風險。但過去臺灣所提供之長期照顧服務相當有限，事實上形同由家庭或親屬承擔高齡者之照顧責任，照顧所需之費用成本亦由高齡個人或其親屬吸收，但此一情況受到上述高齡少子化的影響而更加嚴峻，社會及國家即不得不負擔起照顧責任，建構一套足以因應高齡化帶來的長期照顧需求的制度成為當務之急。

---

<sup>201</sup> 國家發展委員會，《中華民國人口推計（103至150年）》，2014年8月。載於：國家發展委員會網站，<http://www.ndc.gov.tw/ml.aspx?sNo=0000455#.VXW3SNKqgkp>（最後瀏覽日：07/05/2015）。

## 第一節 臺灣長期照顧法制之回顧與現況



### 第一項 臺灣長期照顧法制之回顧

回顧我國長期照顧政策自 1980 年代迄今之發展，主要可從社會行政、衛生行政、勞工行政三個體系來加以觀察。首先在社會行政體系方面，於 1980 年公布施行老人福利法，其後陸續公布社會福利政策綱領（1994 年），以及推動加強老人安養服務方案（1998 年～2007 年）等重大政策，該方案正式將「社區照顧」列為實施要項，具體敘明社區照顧服務之項目，包括：日間托老照顧及老人復健等，並列舉支持家庭照顧者之措施，例如：提供勞務性支持方案、辦理喘息服務、臨時或短期照顧等，並加強家庭照顧者相關專業之訓練與講習，研究辦理就業性支援方案，如員工享有彈性工時及合理額度的無薪親職假等。嗣於 2007 年老人福利法大幅修正時，以「全人照顧」、「在地老化」、「多元連續服務」等原則，落實社會福利政策綱領以居家式、社區式為主，機構式為輔之長期照顧模式，肯認及重視家庭照顧者之價值，提供家庭照顧者補充性及支持性服務。保障方式則針對中低收入戶老人提供「特別照顧津貼」等其他經費補助<sup>202</sup>。

其次，在衛生行政體系方面亦陸續執行建立醫療網第三期計畫（1997 年）、老人長期照護三年計畫（1998 年）及醫療網第四期計畫（新世紀健康照護計畫）（2001 年～2005 年），另於 1995 年開辦全民健康保險中，雖法律並無明文，但全民健康保險醫療辦法第 3 條第 4 項規定：「保險對象有接受居家照護服務必要時，應由特約醫事服務機構診治醫師先行評估，開立居家照護醫囑單，並由各該醫院、診所逕向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構提出申請。」可知全民健康保險給付中確實有包括長期照護相關之給付內涵<sup>203</sup>，且全民健康保

<sup>202</sup> 參老人福利法第 12 條規定：「中低收入老人未接受收容安置者，得申請發給生活津貼（第一項）。前項領有生活津貼，且其失能程度經評估為重度以上，實際由家人照顧者，照顧者得向直轄市、縣（市）主管機關申請發給特別照顧津貼。（第二項）…」、同法第 15 條第 1 項規定：「直轄市、縣（市）主管機關對於有接受長期照顧服務必要之失能老人，應依老人與其家庭之經濟狀況及老人之失能程度提供經費補助。」

<sup>203</sup> 依據全民健康保險居家照護作業要點第 7 條規定，居家照護之項目包括：訪視、診察、治療材料之給予、一般治療處置、呼吸、消化及泌尿系統各式導管與造口之護理、代採檢體送檢及有關病人護理指導及服務事宜

險法於 2011 年修正第 43 條第 1 項，規定保險對象應自行負擔居家照護醫療費用 5% 之費用，遠低於一般應自行負擔費用 20% 比例，但該項保險給付以 4 個月為一期，且護理人員訪視每月限 2 次，醫師則限每 2 個月 1 次，服務提供之期程及頻率難謂符合「長期」照護之需求<sup>204</sup>。在勞工行政方面，行政院勞委會則於 1992 年公告「因應家庭照顧殘障者人力短缺暫行措施」，引進外籍家庭看護工作為長期照顧服務的補充人力<sup>205</sup>。

表格 6：臺灣長期照顧相關重要方案與計畫（長期照顧十年計畫實施前）

期程（年度）	方案名稱	主辦機關	重要成果
1998~2007	加強老人安養服務方案	內政部	以中低收入戶為主要對象，推展居家服務。
2000~2003	建構長期照護體系先導計畫	內政部、衛生署	研議各類照護模式，以實驗社區獲取實務經驗，為後續政策規劃重要參考。
2001~2004	醫療網第四期計畫 （新世紀健康照護計畫）	衛生署	逐步建立照顧管理制度。
2002~2007	長期照護社區化計畫	衛生署	持續建構照顧管理制度；加強出院準備服務。
2002~2007	照顧福利服務及產業發展方案	經建會、衛生署、內政部、勞委會	將居家服務對象由中低收入戶擴大至一般戶；整合病患服務員與居家服務員為照顧服務員，並推動照顧服務員丙級技術士證照制度。

資料來源：李淑芳，〈政府施政如何因應高齡化時代的來臨—以推動長期照顧十年計畫為例〉，收錄於：《行政管理個案精選》，頁 342。

諸多長期照顧相關政策中值得一提的是，為整合長期照護相關部會及資源，行政院經濟建設委員會於 2002 年至 2004 年間所推行之「照顧福利服務及產業發

<sup>204</sup> 鍾秉正，《社會保險法論》，修訂二版，三民書局，2012 年，頁 328。

<sup>205</sup> 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 197-198。

展方案」，其中內政部於 2002 年開始實施之「非中低收入戶失能老人或身心障礙者補助使用居家照顧服務試辦計畫」，首度將居家照顧服務對象由中低收入失能者擴及到一般失能者，並鼓勵非營利團體及民間企業共同投入照顧服務體系，並以全面開發本國籍照顧服務就業人力為目標，期能漸少外籍看護工的聘用。該方案雖於 2005 年延增第二期計畫（執行至 2007 年底），但照顧服務總時數增加的幅度有限，外籍看護工人數未減反增，未能達成減少僱用外籍看護工改聘本國照顧服務員之預期目標<sup>206</sup>。此外，關於內政部實施之「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」<sup>207</sup>，係失能者家庭使用縣市政府委託民間單位提供之居家照顧服務時，給予其部分費用補助，超過補助時數者則全額自負，補助對象限於未接受機構收容安置、未聘僱看護、未領有政府提供之特別照顧津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助者<sup>208</sup>，目的在於提供失能者家庭經濟上誘因，以減少對外及看護工之依賴。但此計畫實際之執行情形卻未盡理想，使用計畫所提供之居家照顧的失能者在全體總失能人口中仍屬少數，且失能者家庭往往僅願意使用計畫中的免費補助時數部份，超過部份之自費價格偏高，甚至高於聘僱外籍看護工之費用，在經濟誘因上完全無法吸引失能者家庭放棄聘僱外籍看護工，該計畫希望藉由照顧費用上的部分補助，創造社會自費使用長期照顧服務市場需求之目的亦無法達成，且限制補助時數的作法更導致無自費能力之中低收入戶或低收入戶所能獲得之照顧服務相對減少<sup>209</sup>，確有檢討之餘地。

由於早期我國對於長期照顧政策並無統合性之規劃，相關政策散見於各項規範中，主要業務分屬社會行政或衛生行政主管機關，彼此所適用之服務對象、條件、設備標準等亦各有差異，例如社政體系之長期照顧使用者以經濟弱勢者為主，非經濟弱勢者則選用衛政體系發展的居家護理服務、護理之家機構式服務，或引進外籍看護工居多，且各項方案或計畫各有不足之處，亟待通盤規劃。因此，整

---

<sup>206</sup> 行政院經濟建設委員會，《照顧服務福利及產業發展方案第二期計畫總結報告》，2008 年。

<sup>207</sup> 該計畫前身為「非中低收入戶失能老人或身心障礙者補助使用居家照顧服務試辦計畫」，為配合「照顧福利服務及產業發展方案第二期計畫」，故修正為「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」。

<sup>208</sup> 但接受衛生單位之機構喘息服務補助者，則不在此限。

<sup>209</sup> 蔡幸嶸，《臺灣外籍家庭看護工之現象與省思兼檢視長期照顧政策》，國立政治大學勞工研究所碩士論文，2007 年，頁 68-71。

合長期照護資源、以及整併各部會業務成為當務之急，因而產生下述長期照顧十年計畫之構想。



## 第二項 長期照顧十年計畫

有鑑於上述現行長期照顧服務分散於不同體系的狀況，僅能滿足部分人口群的長期照護需求，且所提供之服務僅限少數服務類型，成效十分有限，故隨著高齡人口逐漸增加，政府遂著手規劃並研究長期照顧的相關政策，於 2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」，於 2005～2006 進行五項規劃研究委託案，接著於 2007 年 5 月由行政院核定「大溫暖社會福利套案旗艦計畫我國長期照顧十年計畫」（以下簡稱長期照顧十年計畫）。

長期照顧十年計畫的基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主。」具體而言，本計畫的重點放在充實並整合長期照顧的各種服務措施，特別是居家與社區的照顧服務體系，補足我國過去長期照顧體系僅發展老人安養機構的缺陷。其次，著重在長期照顧的管理機制的建立，整合各類服務與資源，確保服務提供的效率與效益，有助於建構符合連續性照護<sup>210</sup>的制度。蓋我國過去的長期照顧資源相當不足且過於分散，在實施一個完善的長期照顧保險制度之前，必須先確保長期照顧資源能有效的被需照顧者所利用，此為長期照顧制度建構的前提要件。行政院遂基於此種想法，在長期照顧保險正式實施之前，參照日本的高齡者保健福利十年戰略（又稱黃金十年計畫），進行以充足長期照顧服務為主要內容的計畫。

---

<sup>210</sup> Evashwick 將連續性照護定義為：根據需照護者的需求，涵蓋各種不同照護密度的健康、心理衛生及社會服務，是指導和追蹤一種服務體系和整合機制。連續性照護是全面的、協調的照護體系設計，以有效滿足個人複雜的需求。所謂連續性，並非各種服務的綜合，而是存在一個組織這些服務並整合執行的機制。理想的連續性照護是能夠促進需照護者迅速而有效率地使用到適當的服務，包括將資源與需照護者處境作媒合，避免重複服務或不適當的服務、多方面考量需照護者及其家庭的處境、監測需照護者的狀況並隨需求改變而修正服務、協調不同專業和訓練的照護提供、整合不同場所提供的服務、便捷服務流程、維持完整的紀錄，整合跨機構之臨床、財務、使用的資料、分攤或協商完整的財源籌措方式。詳參：Connie Evashwick, *The Continuum Of Long-Term Care*, Cengage Learning, 2005.

## 第一款 服務對象



鑑於人口老化趨勢之快速化、資源開發的有限性、儘速推動的急迫性，政府將長期照顧十年計畫的服務對象優先設定為 65 歲以上老年失能人口、55 歲以上山地原住民失能人口、50 歲以上身心障礙者失能人口、IADLs（工具性日常生活活動失能者）<sup>211</sup>失能且獨居之老人<sup>212</sup>。設定服務對象的考量因素包括年齡、身心障礙、地區資源多寡、需照顧程度。由於長期照顧係為滿足因老化而造成的照顧需求，一般情況下係以 65 歲以上老人為主要服務對象，惟考量到身心障礙人口的老化速度與進程較一般人快<sup>213</sup>，以及山區原住民<sup>214</sup>因位處偏遠，需給予較多照顧資源而降低年齡標準，而 IADL 失能且獨居老人因較可能缺乏家庭社會支持，造成因無人可協助日常起居，因而過早進住機構等，盡可能符合各不同人口族群的照顧需求，將上述對象納入現階段規劃的服務對象範圍內。

惟上述長期照顧十年計畫的服務對象可以看出本計畫並非及於全民的普及式社會福利制度，其仍基於殘補式的社會福利思想，在政策規劃時考量需照顧的程度及個別特殊需求，選擇某個或數個最需要給予照顧的族群，長期照顧十年計畫在這個層面的意義上，可謂帶著特定政策目的性的社會福利制度，接受照顧服務者形同單向接受來自政府的扶助，此種制度因具有某程度的恩給性質，無法保證能持續穩定的提供服務，僅具有過渡或因應緊急需求的功能，應逐漸被制度性的社會保險所取代，長期照顧十年計畫中亦在長程目標中提出規劃長期照顧保險

---

<sup>211</sup> IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) 係指「工具性日常生活活動」，其包含煮飯、做家事、洗衣、購物、理財、室外行動等六項指標，均屬獨立生活的重要活動能力，需要較高層次的技巧和才能完成。而另一個重要指標為 ADLs (Activities of Daily Living) 係指「日常生活活動功能」，包括包括進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等項目，屬於日常生活中最基本的自我照顧活動，目前最普遍使用的評量工具為巴氏量表 (Barthel Index)。詳參陳清惠等合著，《長期照護》第四版，華格那企業有限公司，2008 年，頁 13-9 以下。

<sup>212</sup> 參照行政院公布之「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）」，2007 年 3 月。

<sup>213</sup> 身心障礙者老年年齡根據內政部（2004）「身心障礙者提前老化現象與健康照護需求之研究」委託研究報告指出，「身心障礙者的老年年齡界定，最早可由 35-40 歲開始，因其已陸續由工作職場退出；其次，可界定在 45-50 歲，其生理狀況已開始走下坡；最晚可界定在 50-55 歲，其心態已開始老化，社會參與亦逐漸減少」。據此，本計畫以 50 歲作為身心障礙者提早老化之年齡依據。

<sup>214</sup> 原住民人口進入老化之年齡依據係引用「原住民敬老福利生活津貼」所設定之申請年齡為年滿 55 歲至未滿 65 歲之原住民老人。

的建議<sup>215</sup>。而長期照顧十年計畫作為過渡期的制度設計，已試圖進一步擴大並整合服務對象範圍，無論其經濟狀況，只要國民長期照顧風險發生，具備給付資格即可申請，與過去長期照顧服務分散在各種不同規定中，服務對象受到法規限制的情況相較，長期照顧十年計畫已經盡可能往「全民普及式」的制度模式邁進一大步<sup>216</sup>。

## 第二款 服務項目

長照十年計畫所涵蓋的服務項目以日常生活活動服務為主，即是所謂「照顧服務」，包括居家服務、日間照顧、家庭托顧服務，另為維持或改善個案之身心功能，也將居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）納入，其次為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買、租借及住宅無障礙環境服務，此外更以喘息服務支持家庭照顧者<sup>217</sup>。

如前所述，行政院推動長期照顧十年計畫的目的在於補充我國極度缺乏的居家服務與社區服務，因此本計畫的服務重點在於居家式與社區式服務，居家式服務包括居家護理、居家復健，社區式服務<sup>218</sup>包括社區復健、日間照顧、家庭托顧服務、喘息服務等。藉由政府補助上述服務項目，來吸引更多民間團體投入長期照護服務，創造更多的資源，由服務項目的類型更可以看出政府嘗試引導居家與社區式長期照護服務的成長，屬於具有特定政策目標的社會福利制度，所提供之服務尚不能謂已完整涵蓋全部的長期照顧需求。

---

<sup>215</sup> 參照前揭註 212，頁 229。

<sup>216</sup> 長期照顧十年計畫—101 年至 104 年中程計畫中更表示將於 103 年起將 49 歲以下領有身心障礙手冊且失能者納入服務對象，逐步擴大至全失能人口之經費需求，估計自 103 年起每年逐年約需增加 5 億元的經費。

<sup>217</sup> 參照前揭註 212，頁 56。

<sup>218</sup> 社區式照護是指依社區需求，將社區資源加以規劃、整合及運用，以提供居住在社區中的老人所需的照護服務。

### 第三款 財務結構



過去台灣的地區的長期照顧方案均由政府部門編列社會福利補助經費，並由地方政府於中央統籌分配款內編列預算來推動辦理。在充分確定長期照顧財源採社會保險模式之前，長期照顧十年計畫仍傾向朝「以稅收為財源的普及式長期照顧制度」的方向來設計，以政府稅收作為主要財源支應長期照顧服務，

長期照顧十年計畫的財源結構主要由政府編列預算補助，並由使用者負擔一定比例的部分負擔費用。根據長照十年計畫中的費用推估，2007 至 2016 年政府需編列預算總額為 817.36 億元。其中政府補助的對象除了服務使用者以外，為了達到充足長期照顧資源的目的，也一併補助提供長期照護服務的單位，以及地方政府聘任照顧管理者、照顧管理督導及照管中心設備、業務費之費用。其中以補助服務使用者的金額最高，約為 497.88 億元，其次為補助服務提供單位，約為 256.63 億元，補助地方政府的金額約為 62.84 億元<sup>219</sup>。而隨著長照服務使用比率逐年提升，長照計畫經費執行逐年成長，根據 101 至 104 年中程計畫<sup>220</sup>所示，為因應長照服務推動及轉銜長照服務網，將逐步擴大長照計畫服務對象成為普及性照護網絡，預訂自 103 起年將 49 歲以下身心障礙且失能者納為長照計畫服務對象，103 至 104 年逐年每年約需增加 5 億元，預期將為政府帶來更大的財政負擔。

### 第四款 費用負擔

承前所述，長期照顧十年計畫係採「以稅收為財源的普及式長期照顧制度」，財源主要是由政府編列預算支應，再加上長照十年計畫所提供的對象範圍、服務類型亦由政府決定，因此長照十年計畫所需的費用與長照服務的規模可謂密切相關，一旦擴大服務範圍、增加服務內容或類型、或提高補助標準，政府所必須投入的預算也必須相應的增加。當然，即便政府所提供的服務並未變動或增減，但

<sup>219</sup> 參照前揭註 212，頁 211-213。

<sup>220</sup> 衛生署，「我國長期照顧十年計畫-101 年至 104 年中程計畫」（行政院 101 年 10 月 23 日院臺內字第 1010061581 號函原則同意），[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=211&now\\_fod\\_list\\_no=10578&level\\_no=1&doc\\_no=87651](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=211&now_fod_list_no=10578&level_no=1&doc_no=87651)（最後瀏覽日：03/07/2015）。

人口結構變化導致使用服務的人口增加等不可抗力因素，也會連帶影響政府財政負擔的程度。再者，長期照顧服務的直接受益歸屬對象十分明確，即為接受服務的對象個人，因此長期照顧十年計畫採用「使用者付費」的概念，向使用服務者收取一定比例之部分負擔費用。



長期照顧十年計畫中係將照護服務的部分負擔以及政府補助標準依照經濟狀況區分為三個等級。(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%。至於超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。每小時的補助經費則是以每小時 180 元計（隨物價指數調整）。由於本計畫目標在於進一步擴大服務對象包括需要長期照顧的人口，因此不分貧富，只要符合本計畫的服務對象條件即可申請，但在部分負擔及政府補助上呈現出特別照顧社會弱勢的意旨。值得注意的是，即便不符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍以下或 1.5 倍至 2.5 倍，一般戶亦僅需負擔 40%，由政府補助 60%的費用。惟一般民眾多認為 40%的部分負擔過重，導致 2009 年部份負擔新制施行後服務使用人數反而較 2008 年少，行政院考量到當前外在經濟環境不佳，為了減少民眾負擔，鼓勵使用長期照顧資源，故決定於 2010 年起調降一般戶民眾部份負擔為 30%，提高政府補助比例為 70%<sup>221222</sup>。

---

<sup>221</sup> 詳參內政部 100 年度推展社會福利補助經費申請補助項目及基準修正規定，三、我國長期照顧十年計畫—照顧服務（含居家服務、日間照顧、家庭托顧）以及 五、我國長期照顧十年計畫—交通接送服務的項目中，均修正為：「4、有關服務對象、失能程度界定，依我國長期照顧十年計畫規定辦理。政府補助比率：低收入全額補助、中低收入補助百分之九十、一般戶補助百分之七十。」

<sup>222</sup> 監察院曾於民國 101 年 4 月對行政院推動之「長期照顧十年計畫」提出糾正案（101 內正 0011），調查意見認為：「…查內政部及衛生署在 97 及 98 年度預算執行率偏低之情形下，自 99 年度修定各項服務項目之補助標準，其中針對失能者申請長照服務之條件及使用服務之費用進行大幅度增修，包括：一般戶失能者使用服務之自付額由 40%調降為 30%，交通接送服務補助對象擴大至中度失能者，以及增加復健服務之補助次數等項目，惟核其評估過程及理由粗糙牽強，且服務項目重疊，顯然上開調整措施並非全為提高長照服務之涵蓋率，乃為達消耗預算之目的…」監察院質疑行政院提高政府補助比例係為了消耗預算，評估過程過於草率，應予糾正。由此可以看出決定部分負擔比例高低的論證是必須經過審慎評估政府的財政負擔狀況，以及考量服務使用者不願利用服務的真正原因，非可任意提高政府補助，反之調降政府補助、增加民眾部分負擔時亦然。

由此可看出政府以稅收為財源推動普及式長期照顧制度，第一個必須面對的問題就是對於非社會福利對象者應給予何種程度的補助。對於社會弱勢者固然應該由國家給予必要的補助，惟對於非社會弱勢的一般民眾而言，政府應基於何種理由給予補助，給予何種程度的補助，這些問題都有待釐清解決，特別是部分負擔與使用者意願密切相關，過高則使用意願低落，無助於服務資源的成長，若提高政府補助比例，則又對政府整體財政造成過重的負擔。長期照顧十年計畫雖然立意良善，試圖建構普及式的長期照顧體系，但從中也凸顯出以國家稅收來作為主要財源，與盡可能提供涵蓋全民的長期照顧服務是處於兩難的困境。因此，有必要尋找新的財源，確立更能持續穩定提供長期照顧服務的財務模式，本文認為社會保險是最佳的財源籌措方式。

至於長期照顧十年計畫對於個別服務的補助標準，除了依照經濟能力差異而區分為三個等級之外，某些服務類型更按照失能狀況區別不同的補助標準和內涵，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得政府補助額度愈高。試以表格呈現如下：

表格 7：臺灣長期照顧十年計畫服務項目及補助內容

服務項目	補助內容
(一)照顧服務(包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務)	<p>1.依個案失能程度補助服務時數：</p> <p>輕度失能：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。</p> <p>中度失能：每月補助上限最高50 小時。</p> <p>重度失能：每月補助上限最高90 小時。</p> <p>2.補助經費：每小時以180 元計（隨物價指數調整）。</p> <p>3.超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。</p>
(二)居家護理	<p>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。對於中低收入戶及低收入戶使用本服務者，每次另補助交通費200元<sup>223</sup>。</p>

<sup>223</sup> 該項補助係補助原應支付給居家護理師的交通費，補助結果中低收入戶及低收入戶無須支付交通費給居家護理師，惟根據高雄市政府 100 年所公布之「長期照顧居家護理服務須知」，實際

(三)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，一年以6次為原則，連續一個月無明顯功能進步且無法積極配合者停止補助。對於中低收入戶及低收入戶使用本服務者，每次另補助交通費200元。
(四)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。
(五)老人營養餐飲服務	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。
(六)喘息服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.輕度及中度失能者：每年最高補助14 天。</li> <li>2.重度失能者：每年最高補助21 天。</li> <li>3.補助受照顧者每日照顧費以新台幣1,000 元計。</li> <li>4.可混合搭配使用機構及居家喘息服務。</li> <li>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。居家喘息無交通費補助。</li> </ol>
(七)交通接送服務	補助中度 <sup>224</sup> 、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。
(八)長期照顧機構服務	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.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。</li> <li>3.每人每月最高以新台幣18,600 元計。</li> </ol>

表格整理自：行政院〈我國長期照顧十年計畫核定本〉，2007 年、〈我國長期照顧十年計畫 97 至 100 年中程計畫修正核定本〉，2009 年、王雲東主持，〈我國長期照護服務需求評估〉，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009 年 5

上一般戶需自行負擔居家護理師的實際車程交通費全額，中低收入戶自付 20 元，低收入戶全額補助。亦即政府補助中低收入戶每次 180 元，補助低收入戶每次 200 元。

<sup>224</sup> 本項服務原僅補助重度失能者，為了提高服務使用量，並提升服務提供單位參與提供服務之意願，於長照十年計畫 97~100 年中程計畫中檢討放寬交通接送服務之補助對象，由現行之重度失能者擴大至中度失能者，〈臺北市府社會局 99 年度中度、重度失能長者交通接送服務實施計畫〉已開始對中度失能者提供交通接送服務。

月。



## 第五款 實施成效與檢討

首先從長期照顧十年計畫的組織體制面來看，關於長期照顧十年計畫對於失能者所提供的各項服務，實際執行係分由內政部和衛生署各自編列預算辦理，各地方政府亦分別由社政單位即衛政單位推動執行。同一服務對象卻由不同單位提供服務，導致資源難以統籌管理的問題。例如長照十年計畫所提供的服務項目中，居家服務、日間照顧、家庭托顧、老人營養餐飲服務、交通接送服務、輔具購買租借及住宅無障礙環境服務、機構服務的權責機關為內政部，居家護理、居家社區復健、喘息服務則由衛生署辦理，預算亦分別由內政部及衛生署編列，中央雖成立跨部會推動小組，負責督導計畫執行，但仍難以收事權集中之效。

而在長照服務提供面上，長期照顧計畫預期透過補助事業單位，吸引民間團體投入長期照護服務，並提高使用長照服務的人數，建立有效的長期照護服務輸送體系，從長期照顧服務量的增減可以作為評估長照十年計畫成效的指標：自民國 97 年開辦至 99 年止，申請長期照顧服務人數共 94,630 人，經評估後需提供服務之人數為 70,567 人（佔 74.6%）。而服務人數占失能老年人口數之比例快速成長，自 97 年 2.3%，98 年 5.7%，99 年 16.3%，至 100 年底則已達 21%，三年間增加 9 倍。計畫開辦之初，因宣導效果有限，實際使用服務的人數遠低於預期，隨著長照十年計畫的普及和加強宣導，使用服務的人數才逐漸增加。

其次，政府以補助作為誘因，吸引民間單位投入長期照顧服務，帶動整體長照服務網的建立，因此從提供長照服務的單位數量可以評估整體社區式及居家式照顧資源發展情形。民國 97 年至 99 年間，各項長照服務提供單位數由 97 年 2,295 個，提升至 99 年 2,521 個，成長 9.8%。在社政長照服務資源中，97 年居家服務、日間照顧（含失智症日間照顧）、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲等項目之服務提供單位計 356 個，98 年計 428 個，99 年計 466 個，三年內增加 110 個，約成長 31%。另在衛政長照服務資源中，97 年居家護理、居家（社區）

復健、喘息服務項目之服務提供單位計 1,939 個，98 年計 2,022 個，99 年計 2,055 個，三年內增加 116 個，約成長 6%。

綜上，從服務量及提供服務單位之增長可看出長期照顧十年計畫確實有助於充實社區式及居家式照顧資源，初步的長期照顧服務體系已然成形，但成長幅度仍有限，事實上可能係因補助標準偏低或補助項目不足，民間團體考量成本和人力因素而無參與意願。其次，長期照顧服務資源中除機構式的資源發展較充足外，居家式及社區式服務仍相對不足，截至 2011 年全國僅成立 69 處日間照顧中心<sup>225</sup>，實難以提供完整之居家照顧服務。此外，長期照顧資源亦呈現分佈不均之區域差異，如山地離島等偏遠地區，由於地理環境特殊，不僅居民經濟及就業情況較差，影響使用服務的意願之外，由於地處偏僻，交通不便，長期照護相關服務更是難以送達，各縣市的長照中心認為，由於長照十年計畫的補助標準全國一致，並未考量到各縣市的地理特性與資源分佈之差異，導致服務成本高於補助標準，原本缺乏長期照顧資源的縣市更無法獲得發展<sup>226</sup>，城鄉差距過大的問題並未解決，反而更加擴大，難以建立完善的長期照顧服務輸送體系，造成該偏遠地區民眾的長期照顧需求未被滿足。例如家庭托顧、失智症老人日間照顧中心、交通接送及日間照顧中心，這四個項目的執行率最低，且能推動成功的縣市多數集中在都會地區。又例如交通接送服務的補助標準為每趟 190 元，但部份縣市認為長照十年計畫係以人口密集都市為標準，鄉村型縣市每趟出車距離遠，增加廠商與民眾成本負擔，應視地區特性提高補助上限，此種地區性落差有待政府積極弭平，以保障偏遠地區失能者之長期照顧權益。

再從財源籌措面來看，長期照顧十年計畫之財源係來自政府稅收，且該計畫屬於政府重大政策，需要政府投入充足穩定的預算，計畫內容方能實現。根據長期照顧十年計畫核定本的推估，2007 年至 2016 年政府需編列預算總額為 817.36

<sup>225</sup> 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 12 月，頁 258。

<sup>226</sup> 詹火生等，〈因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向〉，行政院經濟建設委員會委託計畫，2009 年 5 月，頁 6-7。

億元，從 2007 年的 26.51 億元，逐漸增加年度預算至 2016 年的 142.84 億元<sup>227</sup>，惟實際上相關機關編列年度預算時，卻有逐漸減少的趨勢。例如，2009 年內政部所編列的計畫預算為 28.41 億元，但由於 2009 年計畫執行情況不佳導致執行率偏低，故內政部將 2010 年度長期照顧計畫預算刪減為 6 億多元<sup>228</sup>，大多數的服務到當年度 8 月就因經費不足難以推動，2011 年度預算亦未因應老年人口與服務量增長而增加預算額，當年度預算亦不足以推動各項服務，2010 年及 2011 年均動用第二預備金來支應<sup>229</sup>，顯示出該計畫財源的穩定性和充足性相當程度受到當年度國家整體經濟財政局勢的牽制，而受到明顯的排擠效應，一開辦即面臨縮減預算的危機，造成執行不力與刪減預算的惡性循環。若計畫預算不足時，政府往往採用縮減民眾的服務時數的方式，甚至是減少開案的服務人數來因應，因而導致服務品質惡化，需要照顧者無法得到服務，又再度陷入執行效果不彰的困境。有鑑於此，有必要重新檢討長期照顧的應有財源模式，討論是否採取社會保險模式以徵收保險費的方式來擴充財源。

而在利用者部分負擔費用方面，長照十年計畫採用使用者付費的概念，使用長照服務者必須負擔一部份的費用，作為預防濫用長照服務的機制，目的絕非增加使用者的經濟負擔。但長照十年計畫雖然以經濟能力分級，對於社會弱勢者進行較多補助，以減輕其部分負擔，惟中低收入戶者仍須負擔 10% 的費用，對於經濟弱勢者的負擔仍然偏重，特別是鄉村或偏遠地區的需照顧者，因而降低其使用服務的意願。若部分負擔成為使用服務的阻礙時，則應有再檢討的空間，是否有必要對於經濟弱勢者的所得分級做更細膩的區別，給予適合的補助。此外，民眾對於部分負擔的接受度也是一大問題，對於服務使用者而言，過去的長期照顧服務是完全免費，符合條件即可接受服務，部分負擔新制可能也造成部分使用者的接受度偏低，部分申請個案經告知需部分自費後，均因經濟因素表是放棄接受服

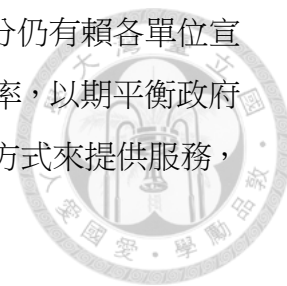
---

<sup>227</sup> 參照行政院公布之「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）」，2007 年 3 月，頁 211-213。2007 年預算僅 26.51 億元，2008 年的預算之所以增長將近一倍，係因長照十年計畫預計自 2007 年 10 月開始實施，故預算數較少。

<sup>228</sup> 公平稅改聯盟及殘障聯盟暨各社福團體新聞稿，〈建國百年慶，社福百年祭--民國 100 年度中央政府社福預算評析〉，2010 年 11 月 4 日。載於：<http://www.enable.org.tw/iss/detail.php?id=125>（最後瀏覽日：08/02/2015）。

<sup>229</sup> 〈長照經費 內政部密切注意〉中央通訊社新聞，2012 年 1 月 20 日。載於：<http://www.cna.com.tw/News/aIPL/201301200162-1.aspx>（最後瀏覽日：08/02/2015）。

務，導致真正需要接受照顧服務的失能者失去服務機會，此部分仍有賴各單位宣導使用者付費的概念，同時政府更應該考量部分負擔的適當比率，以期平衡政府財政負擔與使用服務者的經濟負擔，或是考慮改以社會保險的方式來提供服務，進一步確保長期照顧體制永續發展。



長期照顧服務是一項勞力密集的服務，其中各類長照人員的需求也將隨服務需求而大增，其中人力需求數最大的就是照顧服務員。根據監察院的糾正報告中指出，居家服務的照顧服務員是社區服務方案最主要的需求人力，惟照顧服務員多採時薪非正式聘僱，待遇低留任不易，不論係在居家或機構提供服務，其收入遠不及服務於醫院之一對一照顧服務員，且居家服務之照顧服務員尚須面臨案源不穩及奔波於個案家庭間之辛勞，其工作量十分繁重，因此一部份接受培訓後的照顧服務員多轉往醫療體系服務，使得照顧人力更加短缺。更甚者，由於服務使用者對照顧服務員缺乏正確認知，部分使用者要求照顧服務員提供超出應服務之範圍之情事，其要求未盡合理，已有損照顧服務員之專業形象<sup>230</sup>，這些都是長照十年計畫在充實專業人力時所遇到的問題，導致照顧人力嚴重欠缺和流動率高的問題一直無法解決，再加上外籍看護工低薪資的競爭，讓照顧服務員的人力長期處於嚴重不足且高流動的情形，若照顧服務員人力問題未解決，臺灣推動長期照顧政策可能流於空談，或更加依賴外籍看護工<sup>231</sup>。

### 第三項 小結：臺灣長期照顧政策之發展特色

回顧臺灣於 1980 年通過老人福利法，標示臺灣長期照顧服務法制化之起點，但條文中僅規範機構式照護服務，在當時第 7 條所列舉之老人福利機構中，扶養機構之服務對象限於「無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人」療養機構亦僅針對長期慢性疾病或癱瘓老人為收容對象，當時同法第 16 條之醫療補助對象亦以老人及其扶養義務之親屬無力負擔者為限，可見當時長期照顧服

<sup>230</sup> 詳參監察院糾正長期照顧十年計畫一案（101 內正 0011）調查意見書，頁 29-30。

<sup>231</sup> 吳玉琴，前揭註 225，頁 258。

務提供之對象係相當限縮，高齡者照護被認為是家庭或個人責任，只有在老人面臨經濟困難或無可扶養之親屬並經調查確認後，國家始介入並提供機構式照護資源。換言之，國家提供照顧服務係基於「選擇主義」(selectivism)或「殘補式福利」的思考模式，主要仍採取以家庭或個人責任為主，國家社會責任為輔的福利架構。2002年推動之照顧福利服務及產業發展方案中雖曾嘗試將服務對象擴及非中低收入戶之一般失能者，但給付額度即相當有限，多數人僅願意在免費補助時數範圍內使用服務，不僅無助於發展照顧市場，失能者及其家屬一味追求廉價低成本照顧的結果，恐犧牲最重要的照護品質，故該方案實難以繼續推展成為普及式的長期照顧制度。而2007年推出之長期照顧十年計畫更擴大給付對象範圍，看似涵蓋所有在日常生活須他人協助之失能者，但細觀給付對象區別標準可知基本上兼以特定族群(山地原住民、身心障礙者、獨居老人)作為主要服務對象，基本上仍未擺脫選擇主義及殘補式之福利模式，且政府之補助標準仍按照家庭經濟狀況給予不同比例之補助，一般非中低收入戶之失能者仍需負擔高達照顧費用30%之部份負擔，對多數家庭造成沉重之經濟負擔，故整體而言長期照顧十年計畫固可認為係邁向普及式長期照護制度過程中之過渡性政策，但在此更可明顯觀察出「長期照顧需求普及化」與「政府財源有限」間的矛盾，隨著高齡失能需求的增加，若仍期待政府以提供福利服務的方式被動接受「免費服務」，則政府在照顧服務對象的選擇上仍會回歸傳統殘補式福利的篩選機制，僅對特定弱勢族群提供補助，或按照資產所得高低給予差別補助比例，對於一般失能者而言形同設下無形的經濟負擔門檻，不利於長期照顧市場的健全發展。

在長期照顧服務的提供模式上，臺灣早期主要以機構式服務為主，故照顧資源亦以機構照顧發展最早，機構服務量明顯較居家式或社區照護為多，例如老人福利法第34條所定之長期照顧機構、安養機構、其他老人福利機構，衛政體系

的護理機構<sup>232</sup>、精神衛生法的精神照護機構<sup>233</sup>、退輔體系之榮民之家<sup>234</sup>等，可見早期對於長期照顧的觀念似仍停留在將失能者送進機構內，進行集中式療養管理的模式，而忽略其在自身所熟悉之家庭或社區安養才能擁有最好的照護品質。但1990年代起，「在地老化」之理念逐漸影響長期照顧政策之走向，1994年公布之社會福利政策綱領明訂以居家式服務和社區式服務作為照顧老人及身心障礙者的主要方式，1998年內政部推動之「加強老人安養服務方案」正式將社區照顧列為實施要項，2007年老人福利法大幅修正時亦回應上揭政策要求，大幅擴充居家式服務方案，可見我國照顧類型有逐漸朝居家式、社區式照顧發展之趨勢，至2007年行政院頒布之長期照顧十年計畫中更加充實長期照顧之各項服務類型，並以居家式及社區式照顧為重點項目，甚至擴及輔具購買或租借、交通接送、居家無障礙環境改善等服務，進一步確立未來我國長期照顧服務將逐漸放棄機構式服務，轉而充實居家式及社區式照顧，落實在地老化之精神。但現有長期照顧在介於急性照顧與長期照顧之間的亞急性照護(sub-acute care)方面仍有不足之處，亦即長期照顧體系與急性醫療體系的無縫接軌尚待建立，以及從醫院返回到社區需要轉銜或過渡性服務之病人未能獲得完整之照護諮詢，顯示與醫療體系之間的聯繫配合仍有待改善<sup>235</sup>。

此外，臺灣長期照顧政策係在不同體系脈絡下發展出來，相關業務之主管機關仍分屬不同行政體系，包括內政部、衛生署、退輔會等，相關規範亦散見於各類法規，例如：老人福利法、身心障礙者保護法、護理人員法、國軍退除役官兵

---

<sup>232</sup> 護理人員法第14條：「為減少醫療資源浪費，因應連續性醫療照護之需求，並發揮護理人員之執業功能，得設置護理機構。」復同法第15條規定：「護理機構之服務對象如左：一、罹患慢性需長期護理之病人。二、出院後需繼續護理之病人。三、產後需護理之產婦及嬰幼兒。」

<sup>233</sup> 精神衛生法第16條規定：「各級政府按實際需要，得設立或獎勵民間設立下列精神照護機構，提供相關照護服務：一、精神醫療機構：提供精神疾病急性及慢性醫療服務。二、精神護理機構：提供慢性病人收容照護服務。(下略)」同法第35條規定：「病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：(中略)三、全日住院。四、日間留院。五、社區精神復健。六、居家治療。七、其他照護方式。」

<sup>234</sup> 國軍退除役官兵輔導條例第16條第1項規定：「退除役官兵身心障礙或年老，無工作能力者，應專設機構，採全部供給制或部分供給制安置就養。」本條即為榮民之家之設置依據。主管機關另訂有「國軍退除役官兵就養安置辦法」，規定申請條件及資格，雖然相關制度堪稱完備，但此特殊制度對象僅限於榮民，無法因應一般國民之長期照護需求。

<sup>235</sup> 林麗嬋，〈無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護〉，《長期照護雜誌》，14卷1期，2010年，頁1-9。

輔導條例等法律<sup>236</sup>。近年來各行政部門陸續制定或修正長期照護相關方案或計畫時亦出現同樣事權不一之狀況，而長期照顧十年計畫雖成立跨部會推動小組，但實際執行分由內政部和衛生署各自編列預算辦理，但仍難以收事權集中之效，實不利於長期照顧資源之統籌整合與管理。究其原因，過去長期照顧之發展仍遵循傳統社會福利以「身份」為主軸的分類模式，例如老人、身心障礙者、或精神疾病患者，以個別身份的照顧需求作為出發點進行片段式的規劃，不同法規的規範主體各有其適用條件及服務項目，造成資源分散、標準不一、多頭馬車、績效不彰等弊病，且法規各自為政的結果即可能造成保障對象重疊或是保障不足的現象，更易形成福利資源分配不均的狀況，故有賴政府建立統合性的長期照顧制度，打破現行法規分歧、資源分散的局面。

最後從臺灣長期照顧的財源籌措方面來觀察，不管是早期分由不同部會辦理的各項照顧服務方案，抑或是由行政院統籌規劃之長期照顧十年計畫，均以政府稅收作為財源，主要由政府編列預算補助。此種財源結構限制了普及式長期照顧制度的發展，蓋受限於政府預算有限，制度設計時須將服務對象限縮在照顧需求急迫性較高者，且勢必配合資產調查手段，透過所得等級比例或排富條款等方式，將經濟弱勢者或具有特殊身分者（例如身心障礙者或原住民族）列為優先服務對象，以達到資源最有效利用之目的，照顧服務計畫或方案變成以追求「效率」或「效益」為指標。儘管長期照顧十年計畫採用「使用者付費」的概念，向使用服務者按照其家庭經濟狀況收取一定比例之部分負擔費用，但部份負擔在此兼具減輕中低收入戶以下者經濟負擔之社會目的，使用者付費的理念或多或少被量能負擔的結構淡化，部份負擔形同對經濟弱勢者的特別補助，而一般戶之部份負擔即相對較重，使用意願自然低落，為此政府甚至於 2010 年起調降一般戶民眾部份負擔為 30%，等同提高政府對一般戶民眾之補助比例至 70%，故部份負擔雖名義上可作為長期照顧十年計畫的補充財源，但事實上難以期待能發揮穩定財源之作用。綜上，本文認為，長期照顧需求先天上具有持續性，且後續變動性頗高，

---

<sup>236</sup> 除此之外則由行政機關以大量之法規命令或行政規則加以補充。對此學者指出，此種現象導致在長期照護法體系中，現行法令普遍存在位階過低或是缺乏授權依據之問題，例如目前針對照護機構的管理及監督之依據，主要來自老人福利法及其授權之法規命令，然而其法律明確性及授權明確性均有加以檢討之必要，詳參鍾秉正，〈德國長期照護法制之經驗〉，《長期照護雜誌》，10 卷 2 期，頁 133。

照顧成本可能突增，面對長期照顧此種高成本、高變動的特性，若繼續以政府稅收預算作為長期照顧制度的主要財源，將無法避免基於殘補式福利模式而限縮給付對象或給付範圍，此種長期照顧需求與財源結構間的矛盾成為推動長期照顧保險最重要之動力。



## 第二節 臺灣長期照顧保險之規劃

### 第一項 推動過程

有鑒於人口老化將增加長期照顧需求，政府致力於建構完善的長期照顧制度，自 2008 年 12 月起即由行政院經濟建設委員會（現已改制為國家發展委員會）、衛生署（現已改制為衛生福利部）及內政部會開始著手規劃長期照顧保險制度，時任行政院長劉兆玄於 2009 年 1 月宣布將設立長期照護保險制度，並指示於同年底提出長期照護保險法草案，預計於 2011 年開辦<sup>237</sup>。嗣於 2009 年 7 月由衛生署成立之「長期照護保險籌備小組」進行規劃，在廣納各界意見後，確定採社會保險方式，並朝全民納保、分攤保險費的方向規劃，並於 2009 年底完成長期照護保險法草案，送交行政院會討論。由於當時因推動二代健保改革，引發民間反彈與朝野對峙等諸多政治因素，長期照護保險的規劃進度陷入停滯期，未積極於行政院長期照護保險規劃小組審查討論。與此同時，衛生署反倒積極推動「長期照護服務法」的法制工作，舉辦與內政部、專家學者、團體溝通說明會，於 2010 年 10 月將版本送入行政院審查，行政院隨即於 2011 年 3 月底送立法院審查<sup>238</sup>，期間歷經多次公聽會與協商，對大多數均已達成共識，過程中僅針對「長照服務發展基金設置財源」之條文產生爭議，對此朝野意見不一，遲遲無法凝聚共識。終於在 2015 年 5 月 15 日立法院三讀通過「長期照顧服務法」<sup>239</sup>，最受爭議的長

<sup>237</sup> 聯合報，〈老人照護後年開辦 強制納保〉，2009 年 1 月 22 日。但學者批評長期照護保險立法過於倉促草率，長期照護服務若未充實即貿然實施長期照護保險，將導致「有保險、無照護」之窘境，參林萬億，〈長期照護冒進，痛苦一輩子〉，中國時報，2009 年 1 月 30 日。

<sup>238</sup> 吳玉琴，前揭註 225，頁 256。

<sup>239</sup> 立法院於 2015 年 5 月 15 日三讀通過之長期照護服務法草案第 1 條即明示其立法目的為：「為健全我國長期照顧服務體系提供長期照顧服務，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接

照服務發展基金財源部分，則以基金孳息收入、捐贈收入、政府預算撥充、菸品健康福利捐和其他收入作為支應長照基金來源，5 年至少 120 億台幣<sup>240</sup>，預計於 2017 年正式上路。由於相關財源仍需透過長期照顧保險支應，因此行政院遂加緊腳步審查「長期照顧服務法」，經與工商團體溝通後，行政院於 2015 年 6 月 4 日完成「長期照顧保險法」草案，並送立法院審議<sup>241</sup>，預估立法院將迅速完成立法程序，預計於 2018 年實施長期照顧保險。以下主要將說明「長期照顧保險法」草案之內容，並觸及「長期照顧服務法」中與財源相關之部份，故本文所討論之草案版本分別為行政院會於 2015 年 6 月 4 日通過之長期照顧保險法草案，以及立法院於 2015 年 5 月 15 日三讀通過之長期照顧服務法草案，合先敘明。

## 第二項 制度類型

長期照顧可選擇的制度類型包括完全以國家財稅收入支應的稅收制，或採用社會保險構造徵收保險費的社會保險制<sup>242</sup>。由於我國相對於其他國家係採取低稅賦政策，完全以稅收支應恐有財政上的困難，且容易受到政府預算的排擠或限制而影響服務提供的連續性，而社會保險制係向被保險人收取保險費，作為保險制度的主要財源，具有穩定性及獨立性的優點，且我國在社會保險規劃上已有全民健康保險為例，在執行運作上更能引之作為參考，故我國在規劃長期照顧制度即朝向社會保險方向研擬，行政院所提出之長期照顧保險法草案總說明中提及：「為使長期照顧制度完整及持續推行，需建立一套妥善機制，以籌措充足財源支應。

---

受服務者與照顧者之權益」為建立未來長照保險的實施基礎，有必要先行整合散見於社政、衛政、退輔體系的相關法律規範，將現行有關長期機構與人員管理之規定做一統合性之規範，故長期照顧服務法可作為長期照顧服務之基礎法典。惟綜觀長照服務法內容，主要以長期照顧機構及人員管理為規範內容，故亦有學者將長照服務法定位為「機構管理法」，詳參鍾秉正，《社會保險法論》，修訂二版，三民書局，2012 年，頁 347-350。

<sup>240</sup> 〈《長照法》三讀 近百萬家庭可望減輕負擔〉，蘋果日報，2015 年 5 月 15 日，載於：[http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150515/610906/?utm\\_source=Via&utm\\_medium=Android\\_Share&utm\\_campaign=%E5%8D%B3%E6%99%82%E6%96%B0%E8%81%9E%2F%E6%94%BF%E6%B2%BB%2F%E3%80%8A%E9%95%B7%E7%85%A7%E6%B3%95%E3%80%8B%E4%B8%89%E8%AE%80%E3%80%80%E8%BF%91%E7%99%BE%E8%90%AC%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E5%8F%AF%E6%9C%9B%E6%B8%9B%E8%BC%95%E8%B2%A0%E6%93%94](http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150515/610906/?utm_source=Via&utm_medium=Android_Share&utm_campaign=%E5%8D%B3%E6%99%82%E6%96%B0%E8%81%9E%2F%E6%94%BF%E6%B2%BB%2F%E3%80%8A%E9%95%B7%E7%85%A7%E6%B3%95%E3%80%8B%E4%B8%89%E8%AE%80%E3%80%80%E8%BF%91%E7%99%BE%E8%90%AC%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E5%8F%AF%E6%9C%9B%E6%B8%9B%E8%BC%95%E8%B2%A0%E6%93%94)（最後瀏覽日：07/02/2015）。

<sup>241</sup> 〈政院通過《長照保險法》 出生就納保〉，蘋果日報，2015 年 6 月 4 日，載於：<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150604/622508/>（最後瀏覽日：07/02/2015）。

<sup>242</sup> 若以日本社會保障法對保障方式的區別而論，即可分為「社會扶助方式」或「社會保險方式」，此處為配合我國制度規劃時所採之用語，故以「稅收制」或「社會保險制」稱之。

考量社會保險制度具有風險分擔、自助互助精神，能提供有長期照顧需要國民之照顧服務，且其給付方式較具公平性及效率性，可避免社會資源浪費，爰以**社會保險理念**為基礎規劃長期照顧保險（以下簡稱本保險）制度（下略）」，草案第 1 條第 2 項更明白表示：「本保險為**強制性之社會保險**，保險對象於保險有效期間，因身心失能事故而有長期照顧需要時，依本法規定給與保險給付。」故我國長期照顧保險法係採取社會保險模式辦理，應無疑義，同時並將社會保險所不可或缺之強制納保原則明文化，再次強調互助及共同分攤風險之重要性，避免任意加入導致逆選擇發生。

惟鑑於長期照顧原為社會福利服務的項目之一，傳統上原屬政府以稅收支應之範疇，且在我國的社會保險體系中，政府向來在保險費補助、負擔行政費用與撥補虧損上扮演重要角色<sup>243</sup>，在長期照顧保險中亦無例外，由政府提撥一定比例的稅收來補助長期照顧保險的財務運作，因此從實質上來看我國可說是採取社會保險混合稅收制，但基本架構上仍以社會保險模式為主軸，且在保險財務運作上不受國家預算審查的約制，仍保有一定的獨立性，此即為我國採取社會保險模式經營長期照顧保險之重要理由。

### 第三項 保險關係人

#### 第一款 組織體制

長期照顧保險法草案第 2 條明定主管機關為衛生福利部，由於長期照顧服務內容涉及照護專業甚多，且部分服務需要與醫療體系協調合作，形成無縫照護（seamless care）體系<sup>244</sup>。另外，針對長期照顧服務中原屬社會行政業務之部份，因目前之衛生福利部係由原行政院衛生署配合行政組織改造，與內政部社會司等

<sup>243</sup> 鄭文輝計畫主持，《我國社會保險政府補助政策合理性之研究》，行政院經濟建設委員會委託研究，2002 年。

<sup>244</sup> 楊志良計畫主持，《長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估》，行政院經濟建設委員會委託研究，2009 年，頁 29。

部會整併而成，得更加活用並整合社會福利服務之相關業務與資源，故以衛生福利部作為長期照顧保險之主管機關，應屬妥適，相關辦法的制定亦較能切合實際。

此外，依照長期照顧保險法草案第 5 條及第 6 條規定，主管機關下再分別設立「長期照顧保險會」及「長期照顧保險爭議審議會」。長期照顧保險會係由被保險人、雇主、保險服務機構、專家學者及有關機關代表所組成，其辦理業務包括財務平衡方案之審議、保險給付範圍之審議、保險政策法規之研究及諮詢，以及其他有關保險業務之監理。其中，關於財務平衡之方案攸關長期照顧保險財務之健全與否，長期照顧保險會有權審議保險收入與保險支出，且可與提供服務之機構協調給付項目或價格，再檢討保險費率或部份負擔是否有調漲之需要，可達到在同一組織內部平衡收支的功能。該財務平衡方案應於年度開始四個月前完成審議，並報請主管機關核定。至於長期照顧保險爭議審議會則係審議保險對象、投保單位、扣費義務人及保險服務機構對保險人核定案件之相關爭議事項，申請人應先向該審議會申請審議，對審議結果不服時，始依法循訴願或行政訴訟尋求救濟。

## 第二款 保險人

長期照顧保險法草案第 7 條明定以衛生福利部中央健康保險署為保險人，主要係考量中央健康保險署已有辦理全民健保之經驗，且長期照顧保險在承保、財務與特約管理等部分與現行全民健保多所重疊<sup>245</sup>，長期照顧保險與全民健保之保險人同一將更有利於資源共享，並節省行政經費，民眾亦得透過單一窗口同時辦理健保給付及長期照顧給付之業務。

在此須強調的是，我國係以中央健康保險署作為唯一之保險人，採行所謂「單一保險人制」，不分縣市均由中央統籌辦理保險業務，未如日本之長期照護保險係以市町村為保險人，採取「多元保險人制」之設計。此兩種保險人建置模式並無理論上之必然性，相當程度受到所處之發展脈絡、地方自治強弱、以及原有行

<sup>245</sup> 李玉春，〈我國長期照護保險規劃藍圖〉，《醫療品質雜誌》，5 卷 5 期，2011 年，頁 10。

政體系的影響，而我國長期照顧保險仿造全民健康保險之體制，同樣採取單一保險人制，固然得以擴大保險規模追求保險財政之安定性，避免複雜的財政調整措施，但亦難以避免單一保險人缺乏競爭，在防堵資源使用浪費時過於消極保守，或因政策擬定與執行為相同主體，業務推行上常有球員兼裁判的爭議<sup>246</sup>。再者，長期照顧保險規劃如同全民健康保險對於整合醫療服務的嘗試，亦試圖整合過去社會行政、衛生行政或退輔體系下零碎的長期照護服務，彙整成為單一而非多元系統，並以國家集中主導整個長期照顧制度的建構，由於保險內部成員非自主凝聚出連帶意識進而共同分攤風險，而是被迫納入單一體制內，彼此間社會連帶、互助意識薄弱，在此情況下所建立出來的單一保險人制度恐難以擺脫國家體制下所具有的單向性、恩給性色彩<sup>247</sup>，實不利於長期照顧保險之改革。

### 第三款 保險對象

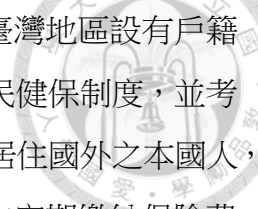
長期照顧保險法草案第 3 條第 1 款規定：「本保險之保險對象指被保險人及其眷屬。」本保險亦參照全民健康保險法的保險對象概念，將未納保的眷屬<sup>248</sup>一併納為保險對象。被保險人以外之眷屬與保險人雖然不存在獨立的保險關係，但法律賦予其具有保險給付請求權，被保險人本身及其眷屬均得享有長期照顧的保障。

其次，依照草案第 8 條規定，原則上係比照全民健康保險制度，將全體國民均列為長期照顧保險之納保範圍，接續全民健保制度全民納保的精神，符合資格者即應參加長期照顧保險。若保險對象未依規定加入保險者，依草案第 71 條規定得處以罰鍰，並追溯補繳保險費，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不得受領保險給付，此係因社會保險中負擔與給付處於對價關係，未繳納保險費即不得受有保險給付，乃當然之結論。

<sup>246</sup> 吳秀玲，〈長期照護法制與國家財政能力負擔—日本法與我國法之比較分析（下）〉，《中正財經法學》，第 5 期，2012 年 7 月，頁 265。

<sup>247</sup> 類似對於全民健康保險之評析，請參孫迺翊，前揭註 137，頁 271-275。

<sup>248</sup> 至於「眷屬」之定義係規定在同條第 2 款，包括：(1)被保險人之配偶，且無職業者、(2)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者、(3)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。完全等同全民健保法之規定。



另依同條第 2 項規定，具有我國國籍者雖居住海外，但在臺灣地區設有戶籍滿三年時，始能參加保險，此種「等待期」之設計亦仿現行全民健保制度，並考量長期照顧服務相較於醫療給付的持續期間更長，為避免長年居住國外之本國人，於有長期照顧需要時返國即可參加保險並享有保險給付，對國內定期繳納保險費之民眾有所不公，故應有合理之設籍期間，作為投保資格之等待期間。又與醫療風險與給付相較，長期照顧的照顧時間長，發生機率亦較低，故投保等待期應較全民健康保險為長<sup>249</sup>，草案酌定等待期為三年。

相對的，外國人在臺灣地區領有外僑永久居留證或本保險保險對象之配偶或子女，持續參加全民健保滿三年者，依草案第 9 條規定亦應參加本保險，此規定係基於社會連帶原則之理念，外國人有永久居留證或與本國人具有婚姻或血緣關係者，足認與我國社會產生緊密連結之互動，已屬社會共同體之一員，亦有納入長期照顧保險之必要。但草案特別提及因工作領有居留證明文件者，考量其於失能後因居留原因消失必須出境，基於權利義務對等原則，故未將其列為參加保險之對象，以避免其繳交保險費卻無法接受保險給付之不合理現象。相對於全民健康保險法第 9 條規定，領有居留證明文件且居留滿六個月者或受雇者即為全民健保之保險對象，長期照顧保險對外國人之保障對象範圍顯然較為限縮，然此係考量失能風險具有長期持續的特質，以及失能與工作居留證明之連結性，該外國人事實上無從受領長期照顧保險給付，而長期照顧保險既屬社會保險，自應遵守保險費負擔與保險給付之對價性，依法繳納保險費之被保險人即取得受領保險給付之權利，倘對於無從受領保險給付者收取保險費，實有違社會保險之原理。但關於投保資格仍有例外情況。草案第 10 條第 2 項係關於投保等待期之規定，在參加本保險前在國內設有戶籍未滿三年者，無法成為保險對象。蓋投保等待期係為了避免並未長年繳交保險費之被保險人及其眷屬，返台後立即加入本保險即可享有長期照護給付之不公平現象。長期照顧保險參照全民健康保險之規定，將被保險人區分為以下六類：

---

<sup>249</sup> 全民健康保險法第 8 條：「具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。(下略)」



◎第一類：

- (1) 政府機關、行政法人、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
- (2) 公、民營事業機構之受僱者。
- (3) 前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
- (4) 雇主或自營業主。
- (5) 專門職業及技術人員自行執業者。

◎第二類：

- (1) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。
- (2) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

◎第三類：

- (1) 農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。
- (2) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

◎第四類：

- (1) 應服役期與應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。
- (2) 服替代役期間之役齡男子。

◎第五類：社會救助法所定之低收入戶成員。

◎第六類：

- (1) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。
- (2) 前五款及前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

長期照顧保險雖以全民為納保對象，但其中卻將被保險人分為六類，不同類別被保險人之保險費計算方式有所不同，國家分別給予不同程度或比例之保險費補貼，投保單位亦因此負擔不同比例之保險費。從上述被保險人分類固然可以觀察出本保險試圖涵納不同法規體系的適用對象，已建構出普及式長期照護體系之雛型，但問題在於長期照顧保險沿襲全民健保以身份別為依歸的被保險人分類機制，而對不同類別被保險人給予不同比例之保險費補助，例如對於農民身份之被保險人給予較高額補貼，明顯可看出遷就原有保險制度之痕跡，以避免減損特定職業或身份原得享有的福利或補貼，此種被保險人分類並無任何社會保險原理的基礎，至多僅屬帶有社會促進目的的社會津貼，實有損社會保險內部的共同連帶意識，亦為造成被保險人權利意識稀薄化之主因。

另外，長期照顧保險被保險人之類別基本上幾乎與全民健保相同，僅有一處有異：全民健康保險法於 2011 年修正時，刪除原第 11 條第 2 款所定受刑人不得參加全民健保之款項，並於第四類被保險人下增加「在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。」之款項，明確將受刑人納入全民健保制度，以保障其就醫權益。惟長期照顧保險第四類被保險人中並未列入受刑人，就此草案說明謂：「至有關受刑人部分，考量監獄行刑法並無規範中央矯正機關須提供受刑人長照服務之職責，爰應由該類被保險人另以適當身分加保，併予敘明。」，似未排除受刑人加入長期照顧保險之意，然長期照顧保險法第 13 條規定不得參加保險或退保之情形中又未明列受刑人<sup>250</sup>，可見長期照顧保險應無排除受刑人納保之法條明文，僅表示受刑人並非以第四類被保險人身份加入長照保險，受刑人所應繳納之保險費不適宜由政府全額負擔，而可能改以第六類被保險人身份投保為妥。

---

<sup>250</sup> 但蔡錦隆、王廷升、蔡正元提出之長期照顧保險法草案版本第 12 條明定「在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、感訓處分之執行逾六個月者，非屬本保險之保險對象，已參加者，應予退保。但接受保護管束處分之執行者，不在此限。」，詳參立法院第 8 屆第 1 會期第 8 次會議議案關係文書，院總第 1619 號，委員提案第 13287 號。

## 第四項 財源結構



### 第一款 保險費

為貫徹社會保險財務獨立性原則，長期照顧保險的財務來源主要是由被保險人所繳納之保險費來支應，因此保險費是維持長期照顧保險財務穩定最重要之財源。而保險費的計算方式是規定在草案第三章保險財務，依照草案第 17 條規定，第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費係依被保險人之投保金額及一般保險費率計算之，第一類至第三類被保險人之投保金額規定在草案第 21 條，完全比照全民健保第一類至第三類被保險人之投保金額，例如受僱者依其薪資所得，雇主或自營業主依其營利所得，自營作業者及專門職業及技術人員自行執業者以其執行業務所得為投保金額，並參照主管機關公布之投保金額分級表，定其投保金額。至於第四類至第六類保險對象之保險費則依草案第 22 條規定，依第 17 條精算結果之每人平均一般保險費計算。至於保險費率則是按照長期照護保險財務狀況，至少每隔三年依費率調整公式精算調整一次，費率調整公式應考量人口老化指數及需照顧對象人數比率、薪資指數及物價指數、本保險財務累計餘絀等有關項目擬定之（草案第 20 條），惟發生特別情事時，應立即將財務平衡方案提請保險委員會審定後，由主管機關公告實施（草案第 19 條）。此外，長期照顧保險法亦存在補充保險費之設計（草案第 26、27 條），目的在於補充保險費可擴大費基，大幅提昇保險費負擔之公平性，若僅以經常性薪資計收保險費，絕大部分所得未計繳保險費，對以薪資所得為主要收入者有失公平，故長期照顧保險亦參照全民健保收取補充保險費，以實際貫徹量能負擔原則。

### 第二款 政府及投保單位分擔比例

長期照顧保險法草案第 16 條規定：「本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。」，亦即保險經費扣除其他法定收入後之保險費收入，應由政府、投保單位（雇主）、及保險對象三方共同負擔。政府負擔之部分並非直接以稅收的形式進入保險財源，而是透過比例補助被保險

人應繳納之保險費的方式支應，形式上長期照顧保險之財源仍以保險費收入佔絕大部分，但實際上政府補助佔整體保險財源之比例必定超過三分之一<sup>251</sup>，政府在保險財政上所扮演的角色可謂極為重要。其中，政府對各類被保險人所應繳納之保險費均給予不同比例之補助，且雇主對於受雇人亦須負擔一定比例之保費，詳細比例如下表所示：

表格 8：臺灣長期照顧保險法草案規定之各類被保險人保險費負擔比率

保險對象類別		負擔比率 (%)		
		保險對象	投保單位	政府
第一類	政府機關、行政法人、公私立學校之專任有給人員或公職人員	30	70	0
	私立學校教職員	30	35	35
	公、民營事業機構之受雇者	30	40	30
	有一定雇主之受雇者			
	雇主、自營作業者、專技人員	100	0	0
第二類	職業工會會員、外雇船員	60	0	40
第三類	農漁民、農田水利會會員	30	0	70
第四類	義務役及替代役役男、軍校學生等	0	0	100
第五類	低收入戶	0	0	100
	榮民、榮民遺眷之家戶代表	0	0	100
	榮民眷屬	30	0	70

<sup>251</sup> 長期照顧保險法草案第 4 條：「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除其他法定收入後金額之百分之三十六。(第一項) 政府應編列本保險相關預算之負擔，不足前項政府應負擔之最低總經費部分，由主管機關編列預算撥補之。」

第 六 類	第 10 條第 1 項第 1 款至第 6 款第 1 目被保險人及其眷屬以外之家 戶戶長或代表	60	0	40
-------------	--	----	---	----

在長期照顧保險法草案商討過程中最受外界關注的是，雇主對於第一類第三目之被保險人（有一定雇主之受雇者）之保險費負擔比例應如何調整的問題，根據衛生福利部原先之規劃，係比照全民健康保險辦理，由被保險人、雇主、政府分別負擔 30%、60%、10%，但工商團體主張負擔過重，應調降至 30%<sup>252</sup>，行政院與工商團協商後達成共識，最終將雇主負擔比例調降為 40%，剩餘之 30% 由政府吸收負擔<sup>253</sup>。

### 第三款 部分負擔

基於使用者付費的原則，避免符合保險給付資格者濫用有限的長期照顧資源，依長期照顧保險法草案第 41 條第 1 項規定，保險對象應自行負擔保險給付費用百分之十五之費用。同條第 3 項則規定，保險人就該自行負擔費用，得以定額方式收取，主管機關並得訂定全年應自行負擔費用之上限，以避免保險對象因自負費用過高，而影響接受長期照護服務之權益。又依草案第 44 條第 1 項規定，保險對象應自行負擔之費用，應向保險服務機構繳納。

此外，有鑑於部分地區缺乏長期照顧資源，考量保險對象較難取得所需之服務資源，為平衡其負擔與保險給付之可及性，草案第 41 條第 2 項規定得予減免部分負擔費用，並授權主管機關訂定長照資源缺乏地區之條件。又依草案第 42 條規定，保險對象接受照顧訓練服務、照顧諮詢服務、關懷訪視服務之給付時，無須繳交部份負擔費用，以鼓勵保險對象及其家屬使用上述服務。同條亦明定山地離島地區之保險對象，因選擇服務之機會較少及交通機會成本較高，故亦免除

<sup>252</sup> 〈長照雇主負擔 工商界籲減半〉，工商時報，2014 年 7 月 15 日，載於：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20140715000051-260202>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

<sup>253</sup> 〈政院通過《長照保險法》出生就納保〉，蘋果日報，2015 年 6 月 4 日，載於：<http://www.appledaily.com.tw/realtime/news/article/new/20150604/622508/>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

其部分負擔費用。符合社會救助法之低收入戶成員亦無須負擔部分負擔費用，而由相關主管機關編列預算支應（草案第 44 條）。



#### 第四款 財務平衡機制

長期照顧保險主要之收入來源包括保險費收入、部分負擔費用、及其他法定收入<sup>254</sup>，而保險之主要支出為保險給付費用。而長期照顧保險的收入和支出受到人口結構的影響非常大，高齡化將導致保險支出費用遽增，少子化將造成主要負擔保險費之工作人口減少，可以預期保險費收入將逐漸不敷保險支出費用之成長，面對未來即將來臨的超高齡社會，長期照顧保險的財務收支如何因應調整，同時兼顧世代間負擔的公平性，即成為長期照顧保險制度存續的關鍵。長期照顧保險法草案將財務平衡機制規定在第 60、61 條。

由草案第 60 條規定本保險為平衡保險財務，應提列安全準備金之設計，可知我國長期照顧保險係採「部分提存準備制」。所謂部份提存準備制係「隨收隨付制」與「完全提存準備制」之中間類型，詳言之，隨收隨付制係指將當年度之保險費收入完全用於當年度保險支出，需對下年度的保險支出作精確之估算，再據以調整保險費率，收取相等金額之保險費。而完全提存準備制則是將被保險人所繳納之保險費事前完全予以提存準備，以平準保險費率來維持保險財務的健全性。而部份提存準備制係上述二種方式之折衷混合制，雖無需完全提存準備，但保有一定水準之準備金，當準備金不足以支付保險給付時，則採階梯是保險費率以補救因應。

根據衛生福利部原先之規劃，長期照顧保險應較全民健保之安全準備為高，而應提列 8 個月之安全準備金，以供人口快速老化時調節財務收支，使保險費率短期內不需大幅調整。但行政院認為目前全民健康保險之準備金僅有 3 個月，長

---

<sup>254</sup> 草案第 4 條之說明中敘及：「另所稱其他法定收入，指依法律規定所收取，例如菸、酒健康福利捐及滯納金。」

期照顧保險不宜過長，故最後協調定案改為 5 個月<sup>255</sup>。而安全準備金之來源依草案第 60 條規定包括保險收支結餘、滯納金、安全準備運用之收益、菸酒健康福利捐、其他法定收入等。至於保險基金之運用方式亦於草案第 61 條明定得用於公債、庫券及公司債之投資、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構，或其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

## 第五項 保險給付

### 第一款 保險給付之申請與流程

長期照顧保險法草案第 48 條規定，保險對象應填具申請書，並檢附相關資料，向保險人申請保險給付。保險人於受理申請後，應對保險對象進行「長照需要評估」，此評估即為保險人對保險對象是否具有受領保險給付資格進行審查，評估保險對象是否符合草案第 3 條第 6 款所定義之「身體或心智功能部分或全部喪失，持續已達或預期達六個月以上者，經評估其日常生活功能有由他人照顧之需要」。保險人應於 30 個工作日內，對於符合保險給付者，核復照顧計畫，對於不符合保險給付者，回復其不符合之理由。而所謂照顧計畫係保險人提供保險給付之指引及參考，依草案第 34 條第 1 項規定：「保險人評估保險對象有長照需要時，應依其照顧計畫（包括長照需要等級），提供下列保險給付：…」可知照顧計畫之內容應包括經認定之長照需求等級及給付水準，以及保險對象適合接受何種保險給付，照顧計畫作成後，保險給付內容始具體化，保險對象僅得按照照顧計畫內容請求保險給付並接受該項服務，超過照顧計畫所定給付等級之部份，則應自行負擔費用。其中關於長照需要等級依草案第 39 條規定，法律並無明文，而須另待保險人擬定並報主管機關核定後發布。而保險人在訂定照顧計畫時，應符合有效、經濟及優先於社區或家宅提供給付之原則，並得考量保險對象之意願，據以作成最適合保險對象的照顧計畫。照顧計畫決定後，若保險對象因身心功能

---

<sup>255</sup> 〈行政院審查《長照保險法》草案 民眾平均月繳 120 元〉，蘋果日報，2015 年 5 月 25 日，載於：<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20150525/616685/>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

變化或其他因素致長照需要變更時，依草案第 49 條規定得向保險人申請複評或修正照顧計畫，此為保險對象主動提出申請複評之情況，保險人亦得本於職權進行複評，確認保險對象之失能狀況或長照需要是否變更，並提供關懷訪視，追蹤其接受照顧之情形，視情況提供照顧諮詢及指導等，凡此程序目的皆在於確保保險人提供之服務或給付得以切合保險對象之實際需要，同時亦能避免長期照顧資源之浪費。

## 第二款 保險給付之類型與項目

長期照顧保險法草案第 34 條規定以下 14 種保險給付：①身體照顧服務、②日常生活照顧及家事服務、③安全看視服務、④護理服務、⑤自我照顧能力或復健訓練服務、⑥輔具服務、⑦居家無障礙空間規劃或修繕服務、⑧交通接送服務、⑨喘息服務、⑩照顧訓練服務、⑪照顧諮詢服務、⑫關懷訪視服務、⑬照顧者現金給付、⑭其他經主管機關公告之服務，詳細給付內容參下表。

表格 9：臺灣長期照顧保險草案給付項目及內容

款	保險給付項目	保險給付內容
1	身體照顧服務	為維持保險對象日常生活功能之服務，例如協助如廁、沐浴或翻身拍背等。
2	日常生活照顧及家事服務	為配合提供身體照顧所衍生之非直接接觸保險對象之服務，例如備餐服務、陪同就醫或生活起居空間之環境清潔等。
3	安全看視服務	對認知障礙者及情緒或問題行為者，預防有危及其人身或他人安全及意外事件之相關服務。
4	護理服務	提供身體評估、照護指導與諮詢服務等。
5	自我照顧能力或復健訓練服務	提供保險對象維護日常生活所需之自我照顧能力訓練、主動與被動之活動或體能活動、復健指導等，以維持或提升其獨立自主能力，或減緩失能之程度或速度。
6	輔具服務	提供輔具與其清潔或消毒、使用訓練、維修校正之服務，以維持保險對象日常生活，或降低家庭

		照顧者負荷及確保照顧安全。又輔具之提供以租賃方式為之，惟個人衛生、清潔消毒不易或給付額度於一定金額以下之輔具則採一次性購買。
7	居家無障礙空間規劃或修繕服務	對保險對象於家宅內，協助規劃或改善其生活動線，依需要配合做家宅內局部硬體設施之修繕，使保險對象具有較友善之生活空間。
8	交通接送服務	有行動障礙之保險對象，需就醫或至醫事服務機構復健，每月提供一定次數之復康巴士或其他交通工具之接送。
9	喘息服務	為使家庭照顧者於持續照顧中獲得暫時休息所提供之服務。
10	照顧訓練服務	主要係提供請領照顧者現金給付之家庭照顧者教育訓練。
11	照顧諮詢服務	由保險人透過電話或於現場提供保險對象及其家屬有關照顧技巧、情緒支持或服務資源等諮詢服務。
12	關懷訪視服務	保險人至保險對象居住之場所，進行照顧指導、情緒支持及服務品質訪查。
13	照顧者現金給付	保險對象符合第 37 條規定時得請領之給付，以利保險對象更有彈性規劃其照顧模式，並對於家人自行照顧提供經濟性支持。
14	其他經主管機關公告之服務	主管機關對於未來具有服務成本效益或具有普遍性之新型服務，得依本條規定公告納入本保險給付範圍。

第 34 條所定之保險給付若以給付方式來區分，可分為「實物給付」和「現金給付」。其中僅有第 13 款之照顧者現金給付屬於支付現金的方式，其他 12 款均為提供實際服務之實物給付，可見我國長期照顧保險給付雖兼有實物給付及現金給付，但以實物給付為原則，例外於符合草案第 37 條時始得請領照顧現金給付。其次，長期照顧服務依提供地點之不同，可分為「居家式」、「社區式」、「機構式」服務，而草案第 34 條第 2 項規定：「前項第一款至第十二款之給付得依保

險對象之需要，以居家式、社區式或機構住宿式等方式提供服務。」看似頗有彈性，大部分之保險給付均得視保險對象之狀況，選擇最適當之場所提供服務。然如此規定似與上述保險給付之性質有所不合，例如身體照顧服務或護理服務雖可在居家、社區或機構內進行，但日常生活照顧服務似以在居家或社區內提供為主，居家無障礙空間規劃或修繕服務就其性質而言必定屬居家式服務，而不大可能屬於機構式服務，因此本文認為，本規定看似為保險給付之形式增加許多彈性調整之空間，但若自給付內容以觀，恐易滋生服務性質之混淆與誤會。其次，在服務類型的優先順序上，草案第 50 條規定保險人在訂定照顧計畫時，應符合「優先於社區或家宅提供給付」之原則，亦即「居家式」及「社區式」服務應優先於「機構式」服務，以實踐在地老化原則，讓失能者得以在最熟悉的環境生活。本草案第 34 條第 3 項即明定：「保險對象經保險人核定長照需要為重度者或有特殊需要者，得申請機構住宿式之服務。」，將機構式服務的對象限縮在重度失能或有特殊需求者，鼓勵多數失能者盡量使用居家或社區式服務，並得進一步促使保險人充實居家或社區式服務資源。

### 第三款 照顧者現金給付

關於長期照顧保險是否應納入現金給付的議題，在草案規劃過程中迭生爭議。按照衛生福利部原先之規劃係採實物給付與現金給付並行之給付制度，目的在於尊重受照顧者的自主選擇權，肯定家庭照顧者之勞力付出，強化家庭支持功能。此外，考量到臺灣習慣由家庭照顧失能者之傳統及實態，並為符合照顧者團體之期待，草案初步規劃時遂以「實物給付與現金給付並行」為政策方向。但此一規劃遭社福團體及婦女團體抗議，認為提供現金給付的選項，在現今長照資源嚴重不足的情況下，極有可能造成大多數家庭均請求現金給付，長期照顧的其他服務資源將無法充分發展出來，且照顧者將無法脫離照顧的責任，照顧者負擔並未減輕，特別是女性照顧者角色，且現金給付亦難以確保保險對象是否獲得適當且充分的照顧<sup>256</sup>。

---

<sup>256</sup> 吳玉琴，前揭註 225，頁 259-260；〈長照保險提現金給付 民團批：阻礙長照服務發展〉，苦勞網，載於：<http://www.cooloud.org.tw/node/68336>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

最終於行政院會通過之草案第 37 條第 1 項規定：「第 34 條第 1 項第 1 款至第 3 款之保險給付，經保險人同意由保險對象之家屬於家宅提供者，得部分或全部變成為照顧者現金給付。」明文承認於保險人同意時，得請領照顧者現金給付，但得變更為現金給付之項目限於身體照顧服務、日常生活照顧及家事服務、安全看視服務等較與醫療專業無關，而屬於日常生活層面上的協助及支援。但家庭照顧者請領現金給付之條件則從嚴，草案第 37 條第 2 項至第 4 項規定：「…請領照顧者現金給付之保險對象，應自家屬中擇定一人為主要照顧者，並取得其書面同意（第二項）。前項主要照顧者，應經保險人評定具有基本照顧能力，並需接受保險人指定之照顧訓練及服務品質督導（第三項）。提供照顧之家屬無法適當照顧時，保險人得停止提供照顧者現金給付，變更為第 34 條第 1 項第 1 款至第 3 款之保險給付（第四項）。…」為確保家屬照顧之品質，主要照顧者應具有照顧能力並負有接受訓練及監督之義務，若保險對象有無法適當照顧之情形，保險人得停止現金給付改以實物給付提供服務，換言之，草案雖允許請領照顧者現金給付，但亦設下「具有基本照顧能力」及「接受照顧訓練及服務監督」之條件限制，一旦經保險人判定無法適當照顧時，即強制變更為實物給付，需待六個月後始能再次請領照顧者現金給付，以達到在尊重被照顧者自主選擇權的同時，亦能兼顧照顧品質之目的。

### 第三節 臺灣長期照顧法制之相關爭議與檢討

#### 第一項 受雇者保險費負擔比例之爭議

本來依照衛生福利部之規劃，長期照顧保險對於被保險人之分類、保險費負擔比例、保險費的計算及收取方式係採用與全民健康保險相同之設計，理由在於長期照顧保險與全民健保均屬社會保險，且納保對象範圍與投保單位幾乎完全一致，保險人亦同為中央健康保險署，可藉由全民健保之實施經驗，大幅節省行政成本，增進推動業務之效率，有利於制度銜接與整合，且保險費計繳方式若與全民健保相同，更有助於確保財源之穩定性，同時易於一般民眾理解長期照顧保險

制度。因此，長期照顧保險對於一般受雇者之保險費負擔比例，亦有意採取與全民健保同樣之分攤比例，即由被保險人、雇主、政府分別負擔 30%、60%、10%。

對此，工商團體及企業雖表示支持政府為因應人口老化而積極建制長期照顧保險法制的作為，但工商團體認為長期照顧保險屬於社會福利政策的一環，實不應以「照顧」勞工之名，強制要求企業雇主負擔員工 6 成長期照顧保險費，而應由政府編列預算或另謀財源支應，且政府更應考量企業之負擔能力、營運成本及產業發展，目前我國企業雇主每個月除了必須支付員工一般薪資外，尚須依法為其員工「額外」分攤勞保、健保、職災保險之大部分保險費與提繳勞工退休金，以及繳交健保補充保費、職工福利金、原住民與身心障礙者僱用差額代金，顯示我國企業在法定勞動成本上的負擔，已屬過重<sup>257</sup>。因而主張雇主負擔保險費之比例應調降至 30%，調降的比例改由政府吸收負擔

本文認為，在保險費分擔比例的議題上，首先應釐清長期照顧之政策定位與責任歸屬。如前所述，過去我國長期照顧需求雖由國家提供服務，並以政府稅收支應，除使用者部分負擔外，並未向使用者收取其他額外之費用，此時之長期照顧政策固然具有社會福利之性質，而應由政府負起提供服務與籌措財源之責任。但隨著高齡化進展快速，長期照顧需求已成為任何人均有可能遭遇之普遍風險，故傳統的社會福利政策已無力滿足一般化之照護需求，因而決定採社會保險方式規劃，長期照顧採用社會保險的意義即在於體認到個人或家庭，乃至於社會全體均應共同承擔老年失能之風險，表現在制度設計上，個人定期繳納保險費即為個人責任的展現，而企業作為僱用員工從事經營活動的社會組織，應負有保障受雇者生活的照顧義務，企業協助員工分攤之保險費即屬照顧義務之具體化。至於工商團體所主張企業已分攤員工加入之健保、勞保、職災保險等大部分保險費，負擔過重等語，實則個別社會保險所保障之風險各有所不同，例如勞工保險係保障勞工老年、失能、死亡之風險，全民健保則是保障疾病、醫療支出之風險，社會保險係針對不同風險的發生給予保險給付的制度，既然風險各別，雇主為員工所

<sup>257</sup> 〈勿強制雇主負擔勞工長照保險費〉，中華民國全國工業總會，2015 年 6 月 4 日，載於：<http://www.cnfi.org.tw/kmportal/front/bin/ptdetail.phtml?Part=magazine10406-543-1>（最後瀏覽日：07/08/2015）；〈長照雇主負擔 工商界籲減半〉，工商時報，2014 年 7 月 15 日，載於：<http://www.chinatimes.com/newspapers/20140715000051-260202>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

分攤之保險費比例亦彼此獨立，不得混為一談。況且，因失能而導致需照顧之風險雖主要集中於老年期，工作謀生中之青壯年人口群有較低機率陷於失能需照顧狀態，但從我國長期照顧保險法草案可看出，長照保險之保險對象並非限於被保險人本身，尚及於其眷屬，例如被保險人之直系血親尊親屬因失能而需人照顧時，長期照顧保險所為之服務給付得有效減輕仍在職場的受雇者之身心負擔，受雇者得在安心為企業提供勞務，對於企業或雇主而言亦屬間接受益，企業負擔一定比例之長期照顧保險費實有所據，因此並無特別減輕企業在長期照顧保險之保險費負擔比例之理。再者，長期照顧保險費預估遠比全民健保保險費低，衛生福利部估計每人平均每月多繳納新台幣 120 元之長期照顧保險費，企業或雇主相對容易透過薪資結構的調整吸收保險費的增加<sup>258</sup>。按照目前行政院與工商團體協商之結果，將政府補助比例提高至 30%，恐致國家財政更形拮据，長遠以觀不利於長照財源之穩定性。

## 第二項 長照保險納保範圍之評估

回顧臺灣長期照顧保險推動過程，2009 年行政院經建會委託研究之結果建議比照全民健保，採取「全民納保」、「全民保障」之模式，主要理由略以：任何年齡都可能有長期照護需求，且長期照護保險對於有失能者的家庭成員亦提供莫大的助益，若保險給付範圍限制年齡，必然需針對未受保障的失能者另外設立一套制度或體系，不僅耗用行政成本，亦可能形成一種風險多種制度的差別待遇<sup>259</sup>。衛生福利部向來的規劃方向亦一直以全民納保為方向，強調全民互助分擔長期照護風險的概念，納保人數越多，分擔風險的能力亦相應提高。此外，考量全民健康保險的全民納保模式在臺灣已行之有年，納保範圍比照全民健保亦有助於減少行政作業的額外成本，因此在規劃過程中全民納保的提案看似理所當然，決策者對此似乎並未多所猶豫。

---

<sup>258</sup> 李玉春、林麗輝、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組，〈臺灣長期照護保險之規劃與展望〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2012 年 3 月，頁 43。

<sup>259</sup> 楊志良計畫主持，前揭註 244，頁 27-28。

但民眾和民間團體仍對於全民納保方式抱持疑慮，學者薛承泰指出長期照護保險與全民健保相較，對於一般人誘因較低，主要差別在於對於「風險」的認知不同，身強體壯的年輕人無法擔保一整年中不會生病感冒而不會用到健保，但對於三、五年內不會因失能而用到長照卻較具有信心。換言之，長照風險的可預測性隨生命歷程而明顯不同，因此長照保險對於年輕人或健康者的吸引力較低。如此一來，長照保險規劃透過全民納保以遂行「風險分擔」目的，勢必會遭遇到阻力<sup>260</sup>。學者蕭金源則從保險費繳納與權利享用的對價關係來看，並非全部被保險人均有長期照顧的需要，致大部分被保險人有繳交保險費卻無服務需求，實非公平<sup>261</sup>。從一般民眾的角度，自一出生即納保，然到邁入老年為止的這段期間均持續繳納保險費，卻鮮少有機會使用到長期照護服務，而到自己年老時，長照保險恐已破產，擔憂自己長年繳納保險費到老年卻無法享受給付，難免會有「下一代繳錢、這一代享受」的想法<sup>262</sup>。此種想法來自於年輕時幾乎無長照需求的認知，同時抱持對保險財務的不信任，最終無法基於世代間連帶的概念事先繳納保險費承擔目前老年人口的長照需求。此外，目前社會普遍對於政府將各種保險制度納保範圍擴張之政策抱持高度不信任的態度，認為要求年輕世代繳納保險費完全是為了彌補目前老年給付的財源缺口，如此拼湊式的制度改革勢必將無法存續，最後導致後加入保險者血本無歸，故有「龐式騙局」之譏<sup>263</sup>。儘管出現上述種種批判，衛生福利部仍指出約高達七成民眾贊成政府規劃長期照護保險制度，其中年輕人對長照保險的支持率仍將近七成或以上<sup>264</sup>，最終提出之長照保險法草案仍採

<sup>260</sup> 薛承泰，〈我國當前長期照顧政策研擬與困境〉《社區發展季刊》，第 136 期，2011 年 12 月，頁 29-30。

<sup>261</sup> 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 12 月，頁 333。

<sup>262</sup> 〈長照保費出爐 出生就得繳〉，蘋果日報，2015 年 5 月 26 日，載於：<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20150526/36571581/>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

<sup>263</sup> 〈無法長期照護的長照保險與我國的財政困境〉，2015 年 6 月 9 日。載於：想想論壇，<http://www.thinkingtaiwan.com/content/4164>（最後瀏覽日：07/09/2015）。原文摘錄如下：「長照保險採取全面納保，而且沒有差別保費的情況下，0 到 40 歲的人，實際上只是在幫忙老人家繳納保費，實際上用到長照保險的微乎其微，就算每個人都會變老失能，40 歲的人在 25 年後需要長照保險時，也許長照保險已經破產了。簡單來說，長照保險 0 歲納保的規定，讓 0 到 40 歲的人根本不是在參加保險，而是變相的加稅，又或者只是龐式騙局罷了。…（中略）…未來也面臨了人口負成長的問題了，政府不是更應該鼓勵年輕人生孩子嗎？結果又在這個制度上「懲罰」了想生孩子的年輕人，恐怕只會讓出生率再探底了。…（中略）…這種設計失當的社會福利制度，把經濟重擔全部加在年輕世代身上，而年輕世代卻看不到未來，即使能解決長照問題，恐怕也是會在衍伸其他社會問題。」

<sup>264</sup> 衛生福利部社會保險司，〈長照保險電話民意調查〉，載於：[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/IDM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=96&fod\\_list\\_no=6&doc\\_no=1705](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/IDM1_P.aspx?f_list_no=96&fod_list_no=6&doc_no=1705)（最後瀏覽日：07/09/2015）。

全民納保模式。即便如此，長照保險開辦後，全民納保即具有強制力，未加入保險者甚至得處以罰鍰，但多數民眾對於全民納保的不信任仍潛藏在保險制度下，世代間連帶的想法若未在被保險人間互相建立，未來當面臨提高保險費或降低給付額度時，勢又將掀起抗拒的聲浪，不可不慎。



### 第三項 長期照顧服務發展基金之財源

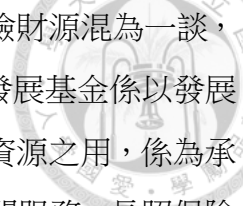
長期照顧服務法在研議階段時，係計畫透過立法來強化與擴大執行中的長照十年計畫，並作為長照保險法的「先行法」<sup>265</sup>，目的在於健全我國長期照顧服務體系提供長期照顧服務，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之權益，並將現行有關長期機構與人員管理之規定做一統合性之規範。長照服務法在立法院審議過程中，歷經多次協商，朝野對於多數條文均已達成共識，唯獨對於「長照發展服務基金設置財源」朝野意見不一，遲遲無法達成共識。

該爭議條文規定在長照服務法第 15 條：「中央主管機關為促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實與均衡服務及人力資源，應設置長照服務發展基金（第一項）。前項基金額度為新臺幣至少一百二十億元，五年內撥充編列。基金之來源如下：一、政府預算撥充。二、菸品健康福利捐。三、捐贈收入。四、基金孳息收入。五、其他收入（第二項）。基金額度及來源，應於本法施行二年後檢討（第三項）。」三讀通過之條文為國民黨團所提出之版本，長照服務基金財源應由政府預算、菸品健康捐、基金孳息等支應，對此民進黨則認為應以增稅方式穩定財源，基金來源應從營業稅增加 0.5%，或贈與稅、遺產稅增加 10%<sup>266</sup>，最終在二讀時交付表決，通過國民黨團版本，並將基金額度提高至新台幣 120 億元。此長照基金財源爭議一時之間成為熱門話題，民間團體更批評基金財源不足，5 年 120 億元換算下來，平均每年只有 24 億元，根本無法充足長照服務資源<sup>267</sup>。

<sup>265</sup> 薛承泰，前揭註 260，頁 26。

<sup>266</sup> 〈長照法躺立院 4 年 朝野協商破局〉，聯合報，2015 年 5 月 7 日，載於：<http://udn.com/news/story/8126/886722-%E9%95%B7%E7%85%A7%E6%B3%95%E8%BA%BA%E7%AB%8B%E9%99%A24%E5%B9%B4-%E6%9C%9D%E9%87%8E%E5%8D%94%E5%95%86%E7%A0%B4%E5%B1%80>（最後瀏覽日：07/08/2015）。

<sup>267</sup> 〈長照法定案 財源、公平性爭議未歇〉，2015 年 5 月 17 日，載於：臺灣醒報，<https://anntw.com/articles/20150517-WZl8>（最後瀏覽日：07/08/2015）。



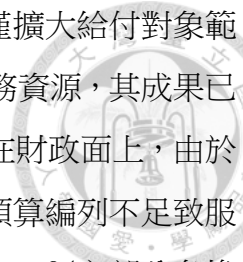
對此基金財源爭議，社會大眾似將長照基金財源與長照保險財源混為一談，一概認為政府對長照投入的財源相當有限，但事實上長照服務發展基金係以發展服務資源為原則，亦即作為建置長照服務基礎設施、充實人力資源之用，係為承接長照十年計畫所額外設置之基金，目的係為盡早充實長照相關服務，長照保險所提供之保險給付始能具體以實物給付的方式實現，至於長照保險所需之保險支出則屬於服務費用性質，兩者經費的用途大有不同，舉例而言，提供身體照顧服務的機構所需之維護、改修費用以及照顧服務員的培訓費用，係由長照服務發展基金提供，而使用身體照顧服務之服務費用則由長照保險支應。關於後者服務費用所需之財源，主要係由政府、投保單位、保險對象三方共同負擔，在此始涉及保險費負擔比例與政府負擔比例之多寡。至於長照服務發展基金則與保險對象所繳納之保險費無涉，保險費收入並不會被用於充實長照服務資源或培育長照人力資源，此應予辨明。一般而言，長照服務資源的建置係屬於國家責任的範疇，長照基礎設施的整備亦多由國家以稅收支應，臺灣過去所推動之照顧福利服務及產業發展方案、長照十年計畫等各項服務網充實計畫均由政府編列預算支應，未來長照服務發展基金亦將致力於充實長照人員之專業訓練、提供特殊及高難度照顧服務員額外加給、設立偏遠地區長照服務單位、社區式日間照顧服務、小規模多機能綜合式服務、失智症照護機構等<sup>268</sup>，俾能提供所有需照顧者各種可能需要之服務，若發展基金經費不足，未來仍有可能尋找更充足、穩定之稅收財源。

#### 第四節 本章小結

臺灣高齡化速度絲毫不遜於世界各國，然而臺灣早期長期照顧政策之發展未經統合性的規劃，相關政策散見於各項法規範中，採取以「身份」為主軸的分類模式，例如：老人福利法、身心障礙者保護法等，且主管機關分屬不同行政體系，造成資源分散、適用主體及標準不一等弊病，行政機關雖曾推動各項擴充長期照顧服務的方案，試圖充實長照服務資源的建置，但成效並不彰。政府為建構完整

---

<sup>268</sup> 衛生福利部護理及健康照護司，〈長照服務法懶人包〉，載於：[http://www.mohw.gov.tw/CHT/D/ONAHC/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=582&fod\\_list\\_no=0&doc\\_no=49514](http://www.mohw.gov.tw/CHT/D/ONAHC/DM1_P.aspx?f_list_no=582&fod_list_no=0&doc_no=49514)（最後瀏覽日：07/08/2015）。



之長期照顧體系，於 2007 年核定「長期照顧十年計畫」，不僅擴大給付對象範圍及於一般失能者，更透過政府補助吸引民間企業發展長照服務資源，其成果已初步發展出長照服務的架構，但服務量的成長幅度仍有限，但在財政面上，由於長照十年計畫係來自政府逐年編列預算支應，期間曾因當年度預算編列不足致服務時數被縮減，服務品質惡化等困境。此外，一般失能者需負擔 30% 之部分負擔費用，負擔額度仍嫌過重，形成接近長照服務的經濟門檻，不利於長照服務市場的發展。鑑於上述在財源及財政面上的困境，本文觀察出「長期照顧需求普及化」與「政府財源有限」之間存有矛盾，若期待政府免費提供長照服務，則在財政能力有限之條件下勢必伴隨資產調查或限縮給付對象，而無法滿足普遍性之長照需求，因此實有必要慎重檢討若繼續由政府稅收支應的長照政策是否有利於長照制度的永續發展，並應考慮是否改向被保險人收取保險費之方式來擴充財源，此為臺灣長期照顧保險發展的重要契機。

歷經數年的政策規劃，行政院終於在 2015 年 6 月 4 日完成「長期照顧保險法」草案，並送立法院審議。草案明文將長照保險定性為強制性社會保險，以中央健康保險署為單一保險人，並將全體國民均列為納保範圍，然長期照顧保險之被保險人亦完全沿用全民健保制度之分類模式，將被保險人按照職業或身份分為六大類別，對不同類別被保險人給予不同比例之政府補助，此種分類模式在全民健保制度下已飽受批評，甚且損及社會保險內部共同連帶的意識，造成被保險人間負擔的不公平現象，長照保險於制度規劃時竟又未基於社會保險原理檢討個別被保險人類別負擔比例的妥適性，而予以完全沿用，形同擴大各職業或身份間的差別待遇，亟待檢討改進。

而長期照顧保險支出所需之經費係由中央政府、投保單位及保險對象共同分擔之，無論是在被保險人類別或負擔比率幾乎與全民健保制度相同，僅在雇主對於一般受雇者保險費之負擔比例上調降為 40%，政府負擔比例上調為 30%，本文認為長期照顧服務得有效減輕仍在職場受雇者之身心負擔，對於企業或雇主而言亦屬間接受益，且其他社會保險例如勞保、健保、職災保險所承擔之風險各別，基於雇主對受雇者之照顧義務，雇主仍有分擔受雇者保險費之必要，不得任意主

張減輕或免除，草案協商過程將雇主原應負擔之比例轉嫁到政府補助比例上，恐造成政府額外之財政負擔。

此外，長照保險給付應由保險對象提出申請，保險人對保險對象進行「長照需要評估」，對於有長照需要者按照照顧計畫提供保險給付。從草案第 34 條所定之保險給付可以看出長期照顧保險給付係整合自長期照顧十年計畫所發展出之服務類型，較偏向「生活照顧」層面的協助，此外更及於居家硬體設施之改良、交通接送等屬於輔助性服務，給付內容堪稱完善。其中，草案採取「實物給付與現金給付並行」之原則，允許家庭照顧者親自進行照顧，改請領現金保險給付，但需符合「具有基本照顧能力」及「接受照顧訓練及服務監督」之條件限制，此一方式下保險對象得現實受領現金給付，由於此種給付方式難以確保保險對象是否接受相當於實物給付之照顧，實際運作時是否確實進行照顧品質之監督成為關鍵。

最後，臺灣長期照顧保險雖參照全民健保採取全民納保模式，在政策決定上看似理所當然，但規劃過程中民間團體亦曾質疑全民納保之正當性，因大多數人從出生到邁入老年這段期間幾乎不會使用到長照服務，強令其長期負擔保險費難獲得年輕族群的支持，且目前社會對於各種社會保險制度抱持相當不信任之態度，甚至普遍認為年輕世代繳納保費係為了彌補目前老年給付的財源缺口，此種對於全民納保的抗拒意識仍潛藏在長照保險底下，未來若提高保險費或限制給付額度時，勢必將引發更多反彈，為政者不得不審慎以對。

## 第四章 長期照顧財政問題檢討—以日本經驗為借鏡



### 第一節 長期照顧保險之定位與分析

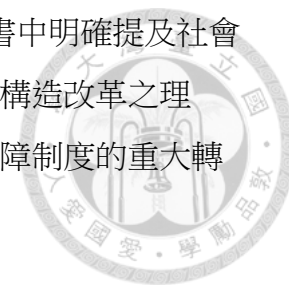
#### 第一項 日本長期照護保險之建制背景分析

日本長期照護保險之創設與其高齡者長期照護保障政策的進展有密切關連，戰後日本逐漸建立以國家責任為核心的社會福利制度，於此同時，1960年代至1970年代前半適逢高度經濟成長期，國家與地方自治體稅收大幅增加，社會保障相關預算約每年增加10%，在此社經背景條件的配合下，政府得以充實社會保障給付，擴大給付的適用範圍，並陸續通過社會保障相關法制，例如於1973年大幅修正老人福利法、健康保險法、年金法、勞工災害補償保險法等，因此1973年被稱為「福祉元年」<sup>269</sup>，特別是老人福利法的修正中，老人醫療費用無償化政策免除高齡者健康保險的部分負擔，改由國家全額負擔費用，由此可看出當時政府對於社會保障的態度較趨向免費福利的概念，在財政許可的範圍內盡可能減輕民眾負擔。不久，於1973年末爆發石油危機，日本進入經濟低成長期，政府財政漸陷入危機，老人醫療費用無償化政策所帶來的醫療費用增加、社會性住院等已造成無法逆轉的後果，雖政府於1982年以老人保健法試圖回復定額之老人醫療部分負擔費用，實則老人醫療與長期照護所生之沉重財政負擔迫使政府重新檢討長期照護政策的妥當性，因原有之老人福利制度不夠完善，而致相關之醫療保險制度承擔過多之長期照護財政責任，因此有必要從財政面修正過去對於福利服務的觀點，自此政府對於高齡者對策改採「公費抑制政策」，致力於減輕國家的財政負擔，並以此為契機開始思考高齡者長期照護對策的應有方向<sup>270</sup>。長期照護保險正是在上述時空背景及財政政策轉型下所提出之構想。1980年代後半起，長期照護保險的提案即不斷出現在各類政府委員會

<sup>269</sup> 河野正輝等編，前揭註28，頁18-19。

<sup>270</sup> 森詩惠，〈現代日本の介護保険改革〉，法律文化社，2008年，頁42-44。

的討論及報告書中，例如 1989 年的長期照護對策檢討會報告書中明確提及社會保險方式，隨後逐步將制度內容具體化，並結合社會福利基礎構造改革之理念，長期照護保險因而被定位為日本社會福利，乃至於社會保障制度的重大轉捩點。



若從社會保障的財政方式來觀察長期照護保險的定位，長期照護保險可謂成功將「社會保險方式」帶入高齡者福利政策，過去的老人福利制度因財源來自政府稅收，僅能提供有限的照護服務，然政府卻未能積極充實老人福利制度，反而免除老人在醫療保險所應繳納之部份負擔，財政資源的錯置導致需照護之高齡者大量遁入醫療保險體系，形成老人福利制度仍未改善，卻連帶拖垮醫療保險之困境。因此，為統合解決長期照護政策與醫療保險間糾結之問題，建立新的長期照護體系成為必要的選項。此時老人長期照護逐漸成為社會問題，過往以家庭照護為主的模式已難以因應快速的高齡化，「照護社會化」的呼聲越來越高<sup>271</sup>，於是 1980 年代末期創設長期照護保險的論調已經十分明確。

雖然長期照護保險被認為是社會福利基礎構造改革的第一步，得以改善過去措施制度之缺失，並基於利用者本位理念建構明確且平等的服務契約關係，但學者質疑即便創設長期照護保險亦難以改變措施制度之缺失，與其將長期照護保險評價為解決措施制度問題點之制度，不如解釋為政府在表面上邁向普遍主義式的社會福利理念，實際上長期照護保險係政府追求減輕財政負擔的手段<sup>272</sup>。理由略以：①長期照護保險雖被認為較能增加選擇服務的自由度，但真正的關鍵在於服務供給量的多寡，若服務量充足，則措施制度下亦有可能實現自由選擇服務內容或服務提供者的目的。反面來說，若服務量不足，契約制度下亦未必能完全依照服務使用者所選擇來提供。②無論是措施制度或長期照護保險，均無法解決服務資源地區差距的問題，甚至長期照護保險因開放營利企業參與提供照護服務，企業基於利益考量更難期待會投入偏遠地區之服務提供。③長期照護保險的利用者部分負擔係採量益負擔設計，雖然對中高所得者之負擔有所減輕，但相對的對於低所得者的負擔則加重，衍生出新的不公平結果，

<sup>271</sup> 森詩惠，前揭註 270，頁 45-48。

<sup>272</sup> 森詩惠，前揭註 270，頁 49-55。

恐抑制低所得者使用照護服務的意願。④40 歲至 65 歲之生活保護受給者無法以被保險人身份加入長期照護保險，僅能接受生活保護制度之照護扶助，同樣會產生烙印感，進而抑制服務使用。因此，措施制度下同樣的問題在長期照護保險中依然難以獲得解決，如前所述，政府為解決當時醫療保險與長期照護之問題，所採取的改革手段未必僅有創設長期照護保險一途，在原有措施制度的框架下進行改革亦非不可行，政府為促成措施制度的解體，而將問題化約為改採「社會保險方式」及「契約制度」，長期照護體系的問題自然解決，此屬過於簡化之論述。本文認為，真正推動長期照護保險之背景應從財政面加以理解，僅以政府稅收為財源的措施制度已無力因應高齡化社會，因此改採用「社會保險方式」來建立新的長期照護體系，將中高齡者納為被保險人，作為支付保險費用之主體，藉由此種費用負擔方式的轉移來減輕政府財政負擔，此始為長期照護保險在社會福利發展過程中最重要之意義與定位。

## 第二項 日本長期照護保險「保險性」之確認

日本在高齡者照護政策上採用長期照護保險的方式來提供服務，並在財政方式上採取相對於社會扶助方式的「社會保險方式」，以被保險人繳納之保險費作為主要財源，遵循社會保險原理來經營保險財政。然現實上，長期照護保險的財源中由國家或地方自治體負擔之比例相當高，是否屬於典型之社會保險方式仍有待討論，甚至隨著高齡化的進展，長期照護保險面臨存續之財政危機，日本甚至計畫以提高消費稅作為增加保險財源之手段，從前述長期照護保險之實施經驗來看，社會保險之運作方式相當程度受到財政現實的制約，而必須面臨制度調整，因此長期照護保險應如何維持其所具有之「社會保險」本質及運作模式，實有加以探討之必要。以下先從現實制度與改革過程分析長期照護保險是否符合社會保險方式之運作，並再次確認維持「保險性」之關鍵要素，同時界定「社會性」之界線所在。

社會保險係為分散生活風險，而使用保險技術，以保險費為財源，提供社會保障給付的制度。而此處所謂「保險技術」，一般多認為係指符合「收支均衡

原則」<sup>273</sup>之設計，即保險人所收受之保險費總額應等於所支付之保險金總額，且保險費之計算係以大數法則為前提，基於特定之機率事先設定應收取之保險費總額<sup>274</sup>，此可謂保險之本質特徵。然根據長期照護保險法第 129 條第 3 項規定，第一類被保險人之保險費率應考量基於市町村照護保險事業計畫中所估計的服務量計算出保險給付所需費用的預估金額及其他因素，而市町村照護保險事業計畫應以三年為一期，記載各類照護給付服務的預估量及其他必要相關事項，並應斟酌該市町村區域需照護者人數、需照護者利用照護服務之意向等<sup>275</sup>。若由上開規定觀察，保險費率之設定看似有考量到預估之服務量與保險給付之總支出金額，再據以決定保險費收入之必要總額，惟就此學者認為，市町村制定照護保險事業計畫時，仍應遵循厚生勞動大臣所定之基本方針<sup>276</sup>，再查厚生勞動大臣於 2006 年公告之基本方針<sup>277</sup>除載明至 2015 年度末照護保險事業計畫之中期程目標外，並對服務供給量事先設定上限<sup>278</sup>。尚且，該基本方針雖對需照護者人數及預估之服務量揭示「參酌標準」，但事實上並未明確對需照護者人數等表示具體的預估方式，故學者認為從上揭規定及厚生勞動省之公告中，難以明顯觀察出市町村計算照護服務預估量時，是否有考慮需照護者或需支援者的發生機率，不過至少可以確定的是，市町村確實有考量保險事故發機率「以外」之各種外在因素，諸如第一類被保險人所得分佈狀況及財政安定化基金或國庫負擔之金額，所計算出之保險費率難謂係單純基於保險機率計算所得之數值，甚且在設定服務量目標時，現實上均將財政因素納入考量，學者更質疑如此考量將違反保險「量出為入」之原則，反而與政府租稅「量入為出」之概念較為接近<sup>279</sup>。綜上，長期照護保險制度之現實運作可能與保險技術未盡相符，且從財源構成面來看，長期照護保險之財源中有一半均來自國家以稅收補助（包括中央政府、都道府縣、市町村之負擔部份），顯見長期照護保險並不

<sup>273</sup> 加藤智章等，前揭註 9，頁 22。

<sup>274</sup> 近藤文二，前揭註 164，頁 82-83

<sup>275</sup> 參照日本長期照護保險法第 117 條第 2 至 4 項。

<sup>276</sup> 參照日本長期照護保險法第 117 條第 1 項。再按同法第 116 條第 1 項規定，厚生勞動大臣為確保長期照護保險事業之相關保險給付順利實施，應制定基本方針。

<sup>277</sup> 「介護保險事業に係る保險給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針」，平成 18 年厚生労働省告示第 314 号，載於：[http://www.pref.iwate.jp/dbps\\_data/material/\\_files/000/000/009/112/file46\\_h18kokujij314.pdf](http://www.pref.iwate.jp/dbps_data/material/_files/000/000/009/112/file46_h18kokujij314.pdf)（最後瀏覽日：07/10/2015）。

<sup>278</sup> 同前註，頁 36。

<sup>279</sup> 新田秀樹，前揭註 167，頁 174-175。

以保險費為唯一財源，尚賴政府以稅收補充社會保險財源，就此嚴格而論，長期照護保險之保險費財源收入並不足以支應保險給付，似與商業保險模式下收支必完全均衡相去甚遠。

準此，「社會保險方式」在長期照護保險之實際運作應作如何解釋為妥，本文認為應回顧長期照護政策採用社會保險方式之討論過程，參考 1995 年老人保健福利審議會提出之中間報告，內容指出「社會保險作為社會保障制度中心，並在醫療、年金等領域取得良好成果。」並敘明採行社會保險之優點在於「相較於公費方式，得因應需求普遍式提供服務、保障利用者選擇服務之機會、確保受領服務之權利性」，再者，「負擔和給付關係明確，保險費負擔較容易取得國民理解」，故朝向社會保險方式規劃長期照護保險。由上述討論過程可看出社會保險方式之關鍵在於「權利性」，或稱「對價性」，被保險人所受領之保險給付的依據在於其所繳納之保險費，被保險人繳納保險費後即取得請求給付的權利，基本上不允許保險人無視被保險人繳納保險費的事實而單方面限制保險給付或拒絕給付，透過建立此種對價關係，促使被保險人建立保險給付的基礎係來自於繳納保險費的觀念，並加強被保險人基於自身風險考量而自主性繳納保險費的自助意識，提高對保險給付的權利意識，如此被保險人對於繳納保險費亦較容易接納，保險財源始能獲得確保。對價關係之強調在長期照護保險亦無例外，長期照護保險之被保險人除應繳納保險費外，尚須接受需照護認定之程序，經判定其需照護或需支援等級後始接受相應的照護給付，相對的，若被保險人未按時繳納保險費而有滯納之情形時，即不得以實物服務的方式受領保險給付，保險人亦得視滯納期間長短暫行拒絕一部或全部之保險給付，充分顯示保險費與給付間立於相當明確之對價關係，且倡導對價關係有助於確保長期照護保險財政之充足性及穩定性，故從財政面來看，「對價性」亦屬長期照護保險所不可或缺之本質要素。本文認為，即便長期照護保險現實制度未必全然符合社會保險方式，甚至某程度已然混有部份「社會扶助方式」之理念，在財源上存有約一半之公費負擔比例，但無論如何，保險費負擔與保險給付之對價關係應為長期照護保險作為「社會保險」所不可退讓之保險性本質，面對高齡少子化的人口結構變遷，國家以稅收支撐社會保險財政之必要性可能將越來越高，也因此更應具體檢討改革方案內容是否符合「對價性」之設計，如此始能

維繫社會保險方式下被保險人繳納保險費之意願，並穩固保險財政之基礎。



### 第三項 臺灣長期照顧保險規劃過程之評析

對照日本規劃長期照護保險之經驗，臺灣長期照顧保險規劃過程則受到相當程度的政治因素干擾，回顧 2008 年總統大選時，馬英九總統當時競選政見為：「推動長期照護保險與立法，4 年內上路」，馬總統上任後，時任行政院長劉兆玄雖立即著手推動長期照護保險之立法，並於 2009 年底完成長期照護保險法草案，但當時遭到學者及民間團體的反彈，認為在長期照護服務尚未充實的情況下貿然開辦長照保險，將導致「有保險、無照護」之窘境<sup>280</sup>，其後長照保險法草案在各界未能形成共識的情況下陷入停滯階段，政府亦未積極與各民間團體溝通，草案被擱置在行政院會。長照保險法之推動既受阻，政府改為先行推動長期照護服務法，建制長照服務網絡，遂於 2011 年 1 月將長照服務法送入立法院審議，然遭社福與婦女團體批評該草案充其量不過是長期照護機構管理法，法條內容充斥過多空白授權，嚴重影響服務使用者權益<sup>281</sup>。由於當時適逢 2012 年總統大選時期，政府此時提出長期照護服務法草案議題免不了招致係為選票考量之質疑。之後，長照服務法立法進度不斷被延宕，然至 2015 年 5 月立法院忽然加緊腳步三讀通過長照服務法，重新開啟社會對於長照服務與長照保險之關注與討論，行政院會亦隨即將長照保險法草案送入立法院，並表示期待立法院能儘速三讀通過，於 2018 年順利開辦。

按照行政院原先「長期照顧十年計畫」之規劃，係預計從 2007 年至 2016 年先以充實長照相關服務基礎為主軸，以充足長照服務為前提再推動長照保險，故 2009 年政權交替後，行政院無視長期照顧十年計畫之期程，企圖加速推動長照保險之立法，此固然顯示政府對於臺灣高齡化現象已有所警覺，但未形成共識的倉促立法招致相關團體的批評也是可以預見的。甚且從最近 2015 年立

<sup>280</sup> 林萬億，〈長期照護冒進，痛苦一輩子〉，中國時報，2009 年 1 月 30 日

<sup>281</sup> 相關批評參照臺灣女人連線網站，〈我們為什麼關心長期照護〉，載於：[http://twl.ngo.org.tw/health\\_word.asp?artid=00085&artcatid=00002&artcatnm=%AC%DB%C3%F6%ACF%B5%A6&nouse=498](http://twl.ngo.org.tw/health_word.asp?artid=00085&artcatid=00002&artcatnm=%AC%DB%C3%F6%ACF%B5%A6&nouse=498)（最後瀏覽日：07/10/2015）。

法院迅速三讀通過長照服務法以及行政院配合完成長照保險法草案之動作來看，實難以完全排除政府係為避免馬總統的政見跳票，因而在卸任前倉促通過長照雙法之印象。由此更可以看出，臺灣長期照護保險的推動過程較具有「由上往下」的政策走向，傾向由當權者決定長期照護立法的優先順位與推動期程，並且容易受到政治或選舉因素干擾，又缺乏與民眾或相關民間團體的對話與共識，如此恐影響民眾對於繳納長期照護保險費之接納度，以及降低對制度存續的信賴度。

事實上，臺灣的社會保險制度先天上即深具國家控制色彩，國家為籠絡特定族群或取得民心而特意以社會保險方式給予照顧或補助，制度設計上採低保費設計亦充分反應出此種傾向，因此一般民眾對於社會保險的印象仍停留在國家的恩給或福利，並未發展出社會連帶互助意識，更無受領保險給付乃來自於繳納保險費之「權利意識」。長期照顧政策的發展亦有此種傾向，民眾將長照保險視為過去以社會福利形式提供之照顧服務的延長，仍未意識其中蘊含著國家責任的轉換，以及個人自助、乃至於社會互助理念的建立，臺灣若在此種社會基礎上實施長期照顧保險，未來可能更不利於政府為調整財政所推動之改革方案。但若從財政面來看，臺灣其實和日本同樣經歷長期照護服務的財政危機後始有推動保險之構想，特別是長期照顧十年計畫原先預估政府需編列約 837 億元之預算總額，但實際上卻未能因應老年人口增加或服務量增長而增加預算編列，導致許多服務因預算不足而無法推動，自 2009 年起預算甚至有逐年減少的趨勢，2010 年及 2011 年均需動用第二預備金來支應，顯示臺灣試圖提供普及式照護服務，但在財源結構上卻面臨預算有限或其他政治因素的牽制，恰好凸顯以稅收制作為長期照顧財源的不可行，因此長期照顧財政制度的轉型對高齡化社會的來臨亦十分迫切，而臺灣有實施全民健康保險之經驗可供參考，對於全民納保方式並不陌生，故以「社會保險方式」提供長期照顧服務成為可能的選項。

綜上所述，本文嘗試將臺灣長期照顧保險定位為從「稅收制」到「社會保險方式」的轉型，不僅在現實上改以保險費作為主要財源，同時社會保險所適用之原則亦應予強調與確認，並在具體制度下實現，被納入長期照顧保險之被

保險人始能逐漸涵養出連帶互助、費用共同分攤的意識。因此本文認為社會保險既然以「對價性」為核心，長期照顧保險之政策倡導應以建立負擔與給付對價關係為主要訴求，建立「有付出才有所得」觀念連結，以期待逐漸改變使用者對於社會福利等於免費之觀念。同時在制度設計或改革時，例如當增加保險費負擔的同時，應明確指出相對應增加或充實的保險給付，當限制保險給付時應注意被保險人繳納保險費之貢獻程度，避免動搖基本的對價關係。在財政運作上應盡量維持財務自主性，除強調保險費收入不得挪作保險給付以外之用途外，亦應注意偏高之政府補助比例是否影響保險財源之穩定性。

## 第二節 長期照顧保險被保險人範圍之檢討

### 第一項 日本長期照護保險擴張被保險人範圍之議論

日本在規劃長期照護保險之過程中，對於被保險人範圍與受給者範圍已開始議論，於 1994 年高齡者照護暨自立支援系統研究會所提出之報告書中指出：「由於 65 歲以上老人需要長期照護的可能性較高，基本上應納為被保險人並兼為受領給付者，但目前的工作世代人口將來亦可能成為受領照護給付者，基於世代間連帶的想法，亦應納為被保險人較妥。」<sup>282</sup>對於將 65 歲以上高齡者列為被保險人已無異議，產生歧見的問題點在於是否應將 65 歲以下之年輕世代納為被保險人，又應以何年齡作為分界，仍懸而未決。嗣老人保健福祉審議會於 1996 年提出最終報告認為，以年滿 65 歲者為被保險人，並要求其負擔保險費尚屬適當，而老人長期照護的問題由社會整體來承擔，對於需照護者親屬亦受有利益，因此立於社會性扶養及世代間連帶的觀點，要求年輕世代負擔保險費亦堪稱合理，然報告中就被保險人範圍提出 40 歲以上者及 20 歲以上者兩個方案，其一認為任何年齡層均有接受長期照護之可能，且站在較能取得年輕世代理解的觀點，應以 20 歲以上者為被保險人較妥，然亦有謂認為 40 歲以上者對於自身老年生活以及照顧雙親較有切身的現實感，故應以 40 歲作為被保險人範

<sup>282</sup> 〈高齡者介護・自立支援システム研究会報告〉，1994 年 12 月。資料來源：<http://www.yuki-enishi.com/siryousiryousiryou199412-00.html>（最後瀏覽日：07/04/2015）。

圍的標準<sup>283</sup>，其中以 20 歲以上者為被保險人之提案較為有力。學者認為從上述議論過程及方案，大致規劃的方向係將年輕世代排除在保險給付的對象範圍外，但在負擔面上則基於「社會性扶養」、「世代間連帶」、「社會連帶」的想法，要求年輕世代以被保險人身份繳納保險費<sup>284</sup>。厚生省於 1996 年 6 月正式提出「長期照護保險制度大綱」採納了以 40 歲以上者為被保險人之方案，並表示：「長期照護保險的所要保障的是伴隨老化的照護需求，不僅是高齡期，中高年時期亦可能發生，且一般而言 40 歲以上者開始有照顧年邁雙親的必要，接受來自長期照護保險的社會支援的可能性也較高，故以 40 歲以上者為被保險人，基於社會連帶的理念互相負擔長期照護費用。」由於此最終提案與過去厚生省以 20 歲以上者為被保險人之規劃方向顯有差異，卻與 1996 年 3 月自民黨所提出之方案有許多類似之處，因此一般認為厚生省在最後突然改變以往規劃方向係因採納自民黨之意見所妥協之結果<sup>285</sup>。雖然長期照護保險法附則第 2 條規定關於被保險人及受保險給付者範圍，應於保險施行後五年進行全盤檢討，並基於檢討結果為必要之修正，但 2005 年長期照護保險法修正時，關於擴張被保險人範圍之提案被擱置，雖社會保障審議會長期照護保險部會表明未來將逐步擴大負擔保險費的年齡層，不問年齡或需照護之理由為何，盡可能對所有有照護需要者給予必要之服務，朝向制度普遍化的方向前進，但另一方面亦有意見認為應慎重處理，儘速在國民間形成共識，並提出具體的改革方案。迄今關於被保險人範圍擴張之改革提案仍未有具體的進展。

厚生勞動省於 2007 年提出之「關於長期照護保險被保險人、受給者範圍中間報告書」詳細闡述「長期照護保險制度普遍化」之意義，指無論年齡、需照護之理由、障礙種類為何，所有需照護者均得以公平的利用照護服務的普遍制度，其中又可分為「負擔面的普遍化」和「給付面的普遍化」。所謂負擔面的普遍化，係指長期照護服務所需之費用原則上由所有利用者相應的負擔，透過全體國民的社會連帶關係互相分擔，是以現行制度 40 歲以上者年齡區分應予消

<sup>283</sup> 〈老人保健福祉審議會の最終報告—高齡者介護保険制度の創設について〉資料來源：<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/993.pdf>（最後瀏覽日：07/04/2015）。

<sup>284</sup> 森詩惠等，前揭註 52，頁 226-227。

<sup>285</sup> 森詩惠等，前揭註 52，頁 228。

除，要求所有有收入者以社會連帶之精神負擔保險費；其次，所謂給付面的普遍化，指在有接受長期照護服務必要之情形，無論何人、何時、何地均能受領一定品質的服務，因此年輕身心障礙者之長照需求與高齡者長照需求有共通之部份，亦應適用長期照護保險制度為妥<sup>286</sup>。對此，學者亦同意擴張長期照護保險被保險人範圍係邁向「長期照護保險普遍化」之第一步，此外更主張所有年齡層均利用同一制度受領長照給付，較符合整體性、公平性、效率化等考量，與目前仍採社會扶助方式的身心障礙者自立支援制度相較，長期照護保險在權利性、自助自立、財源確保等方面較為妥適，身心障礙者自立支援制度的財源單依賴稅收難以獲得確保<sup>287</sup>，而長期照護保險若無 40 歲以下者負擔保險費，面對高齡少子化的趨勢下，制度亦將難以維持，考量目前的年輕世代終有一天將成為高齡者，要求其負擔保險費亦屬合理<sup>288</sup>。

即便厚生勞動省積極以擴張被保險人範圍為目標，本文認為仍應注意被保險人範圍與受給者範圍是否一致，此問題與社會保險所具有之對價性有密切關聯。詳言之，被保險人範圍未必完全與受給者範圍完全一致，被保險人雖作為繳納保險費之主體，在保險事故發生時仍需符合一定之給付資格或條件，始得受領保險給付，例如到達請領年金之法定年齡等，在長期照護保險之情況則為經過需照護認定程序後，始符合請領照護給付之資格，給付資格通常與保險事故的認定有關，原則上給付資格或條件在保險制度下應有一致之認定標準，符合資格者均成為受領給付者，始符合公平性之要求。然日本長期照護保險之制度設計卻按照年齡將被保險人分為兩大類別，將第二類被保險人請領保險給付之資格限於「造成需照護狀態的障礙必須符合特定疾病」，而特定疾病均為伴隨衰老所生之疾病，亦即日本長照保險制度目的並未普遍性納入所有需照護者，而是特別為滿足高齡者照護需求所建構之制度。但此項設計若從社會保險之保

---

<sup>286</sup> 厚生勞動省，〈介護保險制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告〉，2007 年 5 月 21 日。載於：厚生勞動省，<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-12.html>（最後瀏覽日：07/04/2015）。

<sup>287</sup> 岩村正彥教授亦認為身心障礙者支援費制度的服務供給量已經遠遠超出厚生勞動省的預測，相關預算明顯不足，財源面相當不安定，為了滿足身心障礙者各種潛在的照護需求，現有的預算恐難以因應，現實的解決之道可以說只剩下「擴大長期照護保險被保險人及受給者範圍」一途，詳參岩村正彥，前揭註 175，頁 22-23。

<sup>288</sup> 堀勝洋，前揭註 151，頁 150-152。

險原理觀察，似有所不妥，按如第二章所述，社會保險之核心要素在於「對價性」之維持，被保險人所受領之保險給付的依據在於其所繳納之保險費，雖保險給付之數額未必與保險費負擔具有直接連動關係，但亦必須維持一定合理公平之關聯性。據此檢視日本長照第二類被保險人給付條件，特定老化疾病之限制結果造成實際上僅有極少數之第二類被保險人得受領照護給付，其根據保險所得期待受益的可能性趨近於零，現行制度下第二類被保險人同樣負有應繳納保險費之義務，當陷入需照護狀態時卻被限制在特定疾病始能獲得給付，因衰老以外之原因而需人照護反而無法請領保險給付，例如意外事故或身心障礙，如此可能已違反保險對價性之原理，以年齡作為保險給付差別待遇之標準甚至有違反憲法所保障之平等原則之虞<sup>289</sup>。再者，日本長照保險採強制納保的設計，第二類被保險人別無選擇必須加入保險並繳納保險費，事實上卻因給付資格而形同被排除在制度之外，此種導致「社會性排除」<sup>290</sup>的設計特別對於未滿 65 歲之身心障礙者實有不公，亟待檢討。

綜觀日本對於被保險人範圍擴張之議論與困境，本文認為，日本於制度規劃時曾仔細考量年輕世代對於長期照護風險較無現實感，對於負擔保險費可能產生抗拒或不公平感，因此未貿然一步到位將納保範圍擴及所有年齡層，但一方面又擔憂納保範圍過小，保險財源將難以確保，在開拓財源與控制支出的取捨之中，日本選擇將被保險人範圍擴張及於 40 歲以上者，同時限縮 40 歲以上未滿 65 歲者之保險給付資格，試圖在整體保險財源收入與支出達到平衡，但高齡少子化即將導致人口金字塔的逆轉，可以預期若仍以 40 歲以上者為被保險人，財源收入將不斷減少，因此將被保險人範圍向下調整擴張，應已成日本長期照護保險既成定局的改革方向，日本未來如何調整年輕世代受領照護給付之資格條件以符合社會保險之對價關係，如何透過擴大被保險人範圍實現世代間連帶之理想，均值得臺灣加以關注與借鏡。

---

<sup>289</sup> 堀勝洋，前揭註 151，頁 149。

<sup>290</sup> 阿部和光，〈社会保険の適用範囲（権利主体）〉，收錄於：河野正輝等編，〈社会保険改革の法理と将来像〉，法律文化社，2010 年，頁 41。

## 第二項 臺灣長期照顧保險採全民納保模式之隱憂



回頭檢視臺灣長期照顧保險納保範圍之政策，鑑於臺灣已有全民健保之實施經驗，全民納保模式在推行上較無阻礙，長期照顧保險亦沿用全民納保模式，但同時也由於臺灣無論在全民健保或長照保險主要係由國家主導推動過程，透過「由上而下」的政策強制整合原本分散的體系，雖然臺灣全民納保模式在給付面上可謂是相當完善的社會保障制度，另一方面卻忽略「社會連帶」的概念才是要求被保險人負擔保險費之合理基礎，眾人願意共同負擔保險費以分散社會風險，年輕世代願意共同扶養老年人口並滿足其醫療及長期照顧需求，社會保險制度始能運行不墜。而在長期照顧保險中「世代間連帶」特別顯的重要，但在現階段臺灣社會保險中也最為缺乏，由於整體社會保險給付面過於優待高齡者，民眾對於軍公教年金改革的不滿，以及對於政府財政改革不力感到失望，凡此對於世代間連帶的培養均產生深遠的負面影響，需要完整徹底的社會保險財務改革始能逐步改善。單就長期照顧保險制度而言，應盡力健全保險財源結構，建立公平合理的保險費負擔及調整模式，始有助於減輕民眾對上述制度的不信任感。

事實上，臺灣並未如同日本就特定類別或年齡層被保險人之給付資格設下限制，換言之，臺灣長照保險並未限定需照顧之原因必須為與老化相關之特定疾病，任何人身體或心智功能部份或全部喪失，持續已達或預期達六個月以上，經評估其日常生活有由他人照顧之需要（草案第 3 條第 6 款參照）均得請領保險給付，年輕人因疾病或車禍等意外事故而需人照顧仍得請領長照給付，對於年輕世代而言，臺灣長照保險給付請求權之可期待性較高，對於臺灣長照保險採全民納保模式之支持度應不至於太低。再者，從社會保險本質來看，係眾人共同分擔社會風險的制度，風險較低之被保險人仍有加入社會保險之必要，若非如此，加入保險者將剩下風險較高者，例如長照保險將僅存 65 歲以上高齡者加入，倘缺少風險較低者共同承擔風險，社會保險將成為弱勢者的互助保險，最終社會保險將無由成立<sup>291</sup>。因此，無論風險高低均共同加入社會保

<sup>291</sup> 堀勝洋，前揭註 151，頁 152。

險、共同分攤社會風險所生之損失，亦即將風險較低者同時納為被保險人，進行風險重分配，才是社會保險成立的關鍵，風險發生機率較低應非被保險人拒絕納入社會保險之理由，準此，「風險重分配」的概念在社會保險應特別加以著重<sup>292</sup>。長期照顧保險亦然，故年輕世代發生長照風險之機率雖較低，仍應被納為被保險人，從社會保險本質來看亦應作此結論。

值得注意的是，日本規劃長照保險時考慮保險支出與保險費收入之平衡，故對於 40 歲至 65 歲第二類被保險人之給付事由限定為特定疾病所生之需照護狀態，具有限縮保險給付支出之用意，即便如此日本長照保險支出依然逐年增加，甚至需要以消費稅補充財源。臺灣長照保險並未區分與老化相關之疾病或與老化無關之需照顧原因，無論何年齡層之被保險人，只要符合長期照顧需要之評估或認定均可受領保險給付，此完全符合長期照護制度普遍化之理想，但同時亦埋下保險支出將過於龐大之隱憂，目前規劃收取之保險費收入是否足以支應各年齡層之長照服務，容有疑問，未來臺灣長照保險開辦後，若保險支出超乎預期，致保險財政拮据，難保政府不會採取限制特定年齡層保險給付額度等縮減保險支出的措施，屆時年輕世代的反彈聲浪將更大。有鑑於此，本文認為長照保險之存續有賴保險費負擔與保險給付「對價性」之維繫，確保保險給付與保險費負擔具有合理公平之關聯，不得動輒以財政困窘為由忽略被保險人繳納保險費之貢獻而恣意限縮給付，進而破壞源已脆弱之社會連帶關係。因此於制度開辦之初，應將需照顧狀態認定標準、保險費計算標準予以明確化，透過宣導始民眾了解照護需求在各年齡層之發生率，相關給付條件與流程亦應明確化，始能減少民眾對於負擔給付失衡之疑慮。

---

<sup>292</sup> 江朝國，前揭註 161，頁 82。

### 第三節 長期照顧保險財源結構與財務方式之檢討



#### 第一項 保險費之計算與收取方式

向被保險人收取保險費係社會保險制度之重要特徵，保險費作為社會保險重要的財源，保險費之收取關係到保險財源充足與否，而被保險人負有繳納保險費之義務，保險費之計算對被保險人之權益有重大影響，被保險人個人負擔與給付是否衡平、被保險人間之負擔是否合乎公平等均為設定保險費時所應考量之點。

首先應予辨明的是，社會保險所收取之「保險費」雖用語與商業保險相同，但實質內涵卻未盡相同，例如社會保險費原則上係強制徵收，若未按時繳納即有可能被課以罰鍰，與商業保險係自由繳納不同。其次，社會保險費大多採量能負擔原則，按照被保險人之負擔能力計算保險費，以達到所得重分配之目的，相對於此，商業保險費之計算係參考被保險人的年齡、性別、職業、疾病、保險事故發生機率等要素計算保險費，保險費除了考量風險分散外，並不以所得重分配為原則<sup>293</sup>。

日本長期照護保險費之收取係分為第一類及第二類被保險人來處理。第一類被保險人係以市町村為單位，分別按照各市町村之狀況計算保險費，故各別市町村之保險費容有差距。隨著長期照護整體支出的增加，第一類被保險人之保險費亦隨之上昇，以全國平均保險費來看，第一期（2000-2002 年度）為每月 2911 日圓，第二期（2003-2005 年度）為每月 3293 日圓，第三期（2006-2008 年度）更增為每月 4090 日圓，由於第一類被保險人大多採取特別徵收的方式，亦即從所受領年金中先行扣除長期照護保險費，因此對於高齡者的生活造成莫大之負擔，從長期照護保險制度施行以來，即遭到高齡者強烈批判<sup>294</sup>。因而，2005 年法律修正中仍維持原本以所得等級高低區別定額保險費之計算方式，進

<sup>293</sup> 堀勝洋，前揭註 9，頁 57。

<sup>294</sup> 伊藤周平，前揭註 43，頁 251-252。

一步將所得等級按照負擔能力更加細分化為六等級，以減輕原第二所得等級者中負擔能力較低者之保險費負擔。此種修正方向符合社會保險費所採之量能負擔原則，有助於實現所得重分配之目的，應值臺灣作為參考。



反觀臺灣長期照顧保險法草案，係完全仿照全民健康保險法六類被保險人之分類，分別按照其薪資所得、營利所得高低計算，或按每人平均保險費計算，此種分類方式因依不同被保險人類別分別負擔不同比例之保險費而飽受批評，長期照顧保險法草案竟未加修改而完全沿用，此固然係為確保保險費之收繳率，並兼有行政作業與政策宣導上之便利性，然此並無任何社會保險法理之根據，無法作為被保險人分類之正當理由。事實上，由於不同被保險人類別被強制整合為同一健康保險制度底下，當初所考量者係為確保在全民健保實施前賦予特定身份國民之優惠待遇，在全民健保實施後不受任何影響<sup>295</sup>，因此該分類方式僅關注特定身份或職業者之被保險人在健保實施前後的保險費負擔是否有差異，並未在同一制度下思考與其他被保險人之保險費負擔之公平性問題，就此學者甚至認為有違反平等原則之嫌<sup>296</sup>。長期照顧保險沿用六大分類後上述問題將更加嚴重化，本文認為無論是全民健康保險或長期照顧保險均應揚棄六大類被保險人分類方式，不分職業改依個別被保險人之所得狀況為標準，排除與社會保險精神無關之政策性補助，以落實量能負擔原則。

## 第二項 政府補助比例之檢討

### 第一款 政府補助之目的

前已述及社會保障之財政方式雖分為社會扶助方式與社會保險方式，但在現實制度運作中，往往會折衷調和兩種方式之優缺點，最常見之情況為社會保險的運作模式下，由國家以稅收負擔一部份比例的財源，形成社會保險混合稅

<sup>295</sup> 孫迺翊，〈體系內與體系間的平等—以我國社會保險被保險人之分類及其權利內涵之差異為例〉，收錄於：黃舒芃主編，《憲法解釋之理論與實務》第七輯，中央研究院法律學研究所籌備處出版，2010年，頁85-86。

<sup>296</sup> 孫迺翊，前揭註295，頁119-120。

收制，無論在臺灣或日本之社會保險財源結構均有此種傾向，國庫負擔之部份實際上佔有不下於保險費之比重。然而，社會保險方式既然以保險費為主要財源，則國家以稅收負擔部份財源之理由或根據何在，即有加以探討之必要。學者指出以下三點主要理由：(1)由於社會保險採強制參加制，國庫負擔係作為強制參加之擔保，或者是說，透過國家補助展現出社會保險較商業保險有利之表象，以便於取得國民對社會保險的支持，此理由具有較濃厚之政治意味。(2)其次，國庫負擔係為補充社會保險財政能力可能不足之情況，當社會保險財政發生赤字，提高保險費又有困難時，即需要國家適度予以負擔，此外，國庫負擔亦為填補因免除或減輕低所得者保險費所生之財源缺口，或為調整不同保險制度間的財政差距，或者為因應非受雇者保險中無雇主可代為分攤保險費之狀況，而由國家予以部分補助<sup>297</sup>。(3)國庫負擔係為國家責任之具體化等<sup>298</sup>，雖然國庫負擔之理由有上述種種，其中，學者特別指出長期照護保險之國家負擔主要是為了普遍減輕被保險人之保險費<sup>299</sup>，若完全以保險費為主要財源，被保險人需繳納之保險費將大幅增加，在從措置制度改為長期照護保險制度之過程恐無法順利進行轉換，國庫負擔比例正是基於此種政策性考量而被採納，雖然可能因此減損社會保險之優點，但得以有效緩和突然激增的國民負擔費用<sup>300</sup>。

## 第二款 政府補助比例應符合公平性

臺灣長期照顧保險法草案第 4 條規定政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除其他法定收入後金額之百分之三十六，明確將國庫負擔列為長照保險之重要財源，但從被保險人負擔面的角色來觀察，可以發現並非全體被保險人均享有同等之政府補助，而係按照身份或職業區分成六大被

<sup>297</sup> 良永彌太郎，〈費用負担と財政〉，收錄於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年，頁135。

<sup>298</sup> 對於上開理由，學者仍抱持懷疑的態度，例如國庫負擔的來源終究是稅收，稅收最終亦係由國民負擔。在爭論是否提高保險費或增加國庫負擔時，若增加保險費將直接增加被保險人之負擔，但在大多數的情況下增加國庫負擔卻未必直接增稅，反而有可能抑制其他財政支出，未必對國民有利，故以國家責任作為增加國庫負擔之論據未必合理，詳參堀勝洋，前揭註9，頁54-56。

<sup>299</sup> 堀勝洋，前揭註56，頁94-95；鷲尾悦也，《共助システムの構築》，明石書店，2009年，頁138-139。

<sup>300</sup> 阿部和光、石橋敏郎編，前揭註44，頁208-209。

保險人類別，分別受有高低不同之政府補助比例，此種被保險人分類模式幾乎完全沿襲全民健保制度之分類，故全民健保制度下的缺失亦同樣可預期將發生在長期照顧保險。



對於全民健保制度政府補助之性質，學者間普遍認為國家透過保費補助，與雇主、被保險人共同構成社會保險法上之社會連帶關係，保險費中的公費負擔恰好為公、私保險之制度交會點，而公費負擔中各級政府各自分擔一部分的財務責任，既係社會連帶思想下的產物，又符合量能負擔原則<sup>301</sup>。即便國家負擔係以「補助」為名，國家仍以當事人身份負擔補助保費之法定義務<sup>302</sup>。然學者張桐銳持不同見解認為全民健保法所定政府對保險之補助，性質上乃是基於特定社會政策目的所為對人民之具財產價值之給付，屬於社會給付，至於屬於何種社會給付，則須依其政策目的就各類別分別認定<sup>303</sup>。孫迺翊教授則進一步分析全民健保制度對不同類別被保險人所為之政府補助性質，國家係藉由社會保險制度同時履行其他社會福利政策或經濟政策任務，例如給予低收入戶全額保費補助屬於社會救助給付之一種方式，對榮民及其眷屬保險補助係屬於社會補償之一環，對於無一定雇主之職業工會會員或農漁業者保費補助，性質上屬於社會促進給付的一種<sup>304</sup>，顯見臺灣全民健保或長期照顧保險之被保險人分類模式承載著過多與社會保險無關之政策目的，未確實按照所得或負擔能力高低設定保險費與政府補助比例，對同一身分類別之被保險人又未進一步按照所得高低區別政府補助之比例，造成許多補助不公平之現象<sup>305</sup>，可能減損社會保險所具有之社會連帶或相互扶持關係，蓋社會保險採強制納保原則之理由即在於確保高所得者納入保險集團中，並透過量能負擔以平衡低所得者之經濟負擔，實現社會保險作為社會保障制度之性格，因此未以所得多寡為標準除造成保險

<sup>301</sup> 蔡茂寅，〈地方財政法與全民健保補助費爭議〉，《月旦法學雜誌》，第 87 期，2002 年 8 月，頁 213。

<sup>302</sup> 陸敏清、郝鳳鳴，〈全民健康保險政府財政責任分配之探討〉，《中正大學法學集刊》，第 17 期，2004 年 10 月，頁 153。司法院大法官釋字第 550 號解釋亦表示政府保費補助「非指實施全民健康保險法之執行費用，而係指保險對象獲取保障之對價」由於保險費乃保險給付之對價，故國家自屬繳納保險費之當事人。

<sup>303</sup> 張桐銳，〈重分配與社會救助〉，《臺灣本土法學雜誌》，第 76 期，2005 年 11 月，頁 102。

<sup>304</sup> 詳參孫迺翊，〈論社會保險制度之財務運作原則—兼評中央與地方政府關於健保費補助之爭議問題〉，《政大法學評論》，101 期，2008 年，頁 93-102。

<sup>305</sup> 李玉君，〈全民健保改革之理想與實踐—若干問題之觀察與建議〉，《月旦法學雜誌》，第 92 期，2003 年，頁 104。

對象間的失衡外，更可能讓國家補助非真正需要補助之對象，進而造成國家財政額外負擔及浪費，甚至是出現「資源逆分配」之問題<sup>306</sup>，反而與所得重分配之目標背道而馳。

對照日本長期照護保險之國庫負擔方式及目的，雖於臺灣同樣均以減輕保險費負擔為出發點，但日本制度係以整體保險費用為補助對象，由國家（包括地方自治體）固定負擔一半比例之費用，無論是第一類或第二類被保險人均僅需負擔其餘一半之費用，實際上個別被保險人均受有國家補助之利益，因而具體減輕其保險費之額度，國家補助比例對於個別被保險人補助之理由並無差別待遇，且國家補助部份之多寡係直接與保險費用總支出額連動，若該年度保險費用總支出之預估額增加，國家補助之費用亦隨之增加，顯示出國家補助著眼於保險支出面之總體輕減，而非按照被保險人之負擔或身分等其他要素而有補助多寡之差異，此點應值留意。因此，本文認為臺灣長期照顧保險制度中政府補助之標準不應建立在特定身份或職業上，或給予特定類別被保險人高比例之補助，應回歸量能負擔原則作統一性的思考，並以社會連帶與所得重分配為目標，例外基於社會救助之目的，為避免低收入戶因無力繳納保險費而被排除在保險制度外，始有特別提高政府補助比例之正當性。

### 第三款 政府負擔比例法定下限

此外，臺灣長期照顧保險法草案第 16 條雖將政府列為費用負擔之主體，但並未明定整體負擔之比例，僅於草案第 4 條第 1 項規定：「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除其他法定收入後金額之百分之三十六。」明定政府每年度負擔保險總經費之下限比率，接著同條第 2 項規定：「政府應編列本保險相關預算之負擔，不足前項政府應負擔之最低總經費部分，由主管機關編列預算撥補之。」此係為確保政府負擔之比例不因每年度關於本保險之預算編列多寡，而影響保險財政之穩定性，若預算負擔未達法定下限時，主管機關應另行編列預算撥補之，避免因保險相關預算受到排擠或刪減而影響

<sup>306</sup> 陸敏清，〈全民健康保險法保費補助制度之探討〉，《月旦法學雜誌》，第 116 期，2005 年，頁 74-75。

保險財源充足。然而，財政部對於上述草案規劃持反對態度，認為長期照顧衍生之費用屬於長期且經常性支出，保險支出將伴隨著高齡化現象逐年增長，設定固定比例容易使政府歲出僵化，並可能將排擠其他重要政務預算編列<sup>307</sup>。本文認為真正的問題點應在於草案係設定最低下限比例，而非固定比例，若將政府負擔設定為每年度保險給付總支出之固定比例，則政府負擔費用可隨著保險給付支出而增減，且政府對於負擔具體數額較具可預期性，無需視情況另行編列預算或以其他稅收支應，更有利於政府整體之預算編列。草案規定雖得確保政府補助之比例保持在 36% 以上，另一方面亦代表政府補助比例無法定上限，在保險費繳納率偏低之情形<sup>308</sup>，或保險費計算有誤致收入不足以支應支出時，政府負擔的費用將無限制增加，對於國家整體財政無疑是更大的負擔。蓋綜觀保險財務支出面與收入面，草案第 3 條第 4 款規定保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備，而第 16 條則規定保險經費之來源包括「保險費收入」及「其他法定收入」，保險經費扣除其他法定收入後之保險費收入，應由政府、投保單位及保險對象三方分攤，政府應負擔之比例係被歸類在保險費收入的項目底下，倘保險費收入加上其他法定收入不足以支應保險經費時，政府即應補足法定下限 36% 之差額，因此政府負擔額度之不確定性可謂相當高，待長期照顧保險施行後，後續應注意政府對於此法定下限比例之預算撥補之實際運作。

### 第三項 利用者部分負擔

利用者部份負擔顧名思義係指利用者接受社會保障給付時，負擔該給付費用之一部或全部費用。一般在受領醫療給付或福利服務等實物給付時，利用者始需繳納部份負擔，在受領現金給付之情形，利用者應自行負擔之部份已先行

---

<sup>307</sup> 〈長照保費比照健保 財部反對〉，2015 年 4 月 3 日，載於：中時電子報，<http://www.chinatim.es.com/newspapers/20150403000051-260202>（最後瀏覽日：07/09/2015）；衛生福利部「研商長期照顧保險財務規劃會議發言實錄」，頁 4-5，2015 年 1 月 28 日，載於：衛生福利部社會保險司首頁，[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=98&fod\\_list\\_no=5390&doc\\_no=48499](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/DM1_P.aspx?f_list_no=98&fod_list_no=5390&doc_no=48499)（最後瀏覽日：07/09/2015）。

<sup>308</sup> 由於長期照顧保險費係與全民健保費同時繳納，而全民健保長年以來保險費繳納率均維持在 98% 以上的水準，因此可預期長期照護保險費之繳納率應不至於過低而影響財政。

自現金給付中扣除<sup>309</sup>，故不會出現繳納部分負擔之概念<sup>310</sup>。部份負擔與保險費、國庫負擔相同，均屬於社會保障的財源之一，但部份負擔並非作為主要財源，至多僅為輔助性財源，發揮稍微減輕政府負擔之作用。至於部份負擔之目的主要在於適當的抑制社會保障給付的使用，透過部份負擔增加利用者的成本意識，避免有限的福利資源被濫用<sup>311</sup>，進一步促進資源有效率且合理的分配，日本於 1972 年完全免除老人醫療之部份負擔費用，造成醫療支出大幅增加、醫療資源浪費等難以彌補之後果，即為適例。此外，部份負擔能確保利用服務者與未利用服務者間的公平性，亦具有喚起利用者自我責任的功能。臺灣在規劃長期照顧保險時亦採用部份負擔方式，並強調長期照顧保險中部份負擔具有以下四大功能<sup>312</sup>：(1)基於受益原則的使用者負擔概念，然部分負擔比重不宜過高。(2)提高使用者的成本意識，避免民眾將保險給付視為免費福利，並引導使用量趨於最適，避免效率上的損失，進一步降低長照保險的整體費用。(3)部分負擔作為長期照護的補助性財務來源，若提高部分負擔比率，保險費費率相對降低，得以減輕財源籌措的壓力。(4)部分負擔係在保險費之外，再次強調家庭（個人）與社會共同負擔照護責任。鑑於臺灣民眾普遍對於社會保險的權利意識較為薄弱，部份負擔應能確實有助於減少給付的濫用，因此長期照顧保險法草案規定保險對象應負擔保險給付費用之 15%，目的尚屬合理。

至於部分負擔費用之設定，無論視日本或臺灣之長期照護保險制度均以量益負擔為原則，按照實際使用服務費用高低決定部份負擔額度，並以定率方式收取。由於部份負擔的設定未考量所得或負擔能力高低，因此必須特別留意部分負擔是否對於低所得者負擔過重，避免低所得者因而抑制服務的使用，形成低所得者利用服務之經濟障礙。日本長期照護保險制度在保險給付項目中設有「高額照護服務費」，被保險人每月所繳納之部份負擔若超過一定額度時即以該給付補償被保險人，在利用機構服務所額外繳納之住宿費或伙食費負擔過重

<sup>309</sup> 臺灣長期照顧保險法草案第 44 條第 1 項規定：「保險對象應自行負擔之費用，應向保險服務機構繳納；領取照顧者現金給付者，其應自行負擔之費用，由保險人逕自照顧者現金給付中扣除。」即區分實物給付或現金給付而異其部份負擔費用收取方式。

<sup>310</sup> 堀勝洋，前揭註 9，頁 61-62。

<sup>311</sup> 河野正輝等編，前揭註 39，頁 298-299。

<sup>312</sup> 鄭文輝計畫主持，前揭註 173，頁 37-38。

時，亦得請領「特定入所者照護服務費」以緩和其經濟負擔。此外，市町村對於符合條件之生計困難者亦得提供部分負擔減免措施，減免之範圍包括利用者部份負擔及額外之住宿費或伙食費，減免之程度授權市町村自行決定，原則上減免部份負擔費用之 25%（亦即繳納 75% 之部分負擔費用即可），不建議完全免除部分負擔。減免程序係由利用者提出申請，市町村調查確認其收入及家戶狀況後，個別作成決定，並記載於利用者負擔減輕確認證書上<sup>313</sup>。對此，臺灣長期照顧保險則全額免除低收入戶之部份負擔，可謂係較為直接之作法，但對於中低收入戶看似無減免部分負擔之措施，至多僅能視其全年應自行負擔之費用是否已達到草案第 41 條第 3 項主管機關所定之上限，若主管機關公告之負擔上限金額過高，則對於中低收入戶而言定率之部分負擔仍屬過重，建議得適度減免部份負擔比例至 10% 或 5%，增加中低收入戶者對於照護服務的可及性。

#### 第四項 財務處理方式之選擇

社會保險的財務處理方式大致可分為「隨收隨付制」及「提存準備制」，其中提存準備制又可再細分為「完全提存準備制」及「部分提存準備制」，已如前述。由於日本將長期照護保險與醫療保險同樣視為短期性社會保險，因此原則上採隨收隨付制，而較不考慮提存準備制，關於財務處理方式是否應改採提存準備制，在長期性社會保險之年金保險中有較多之討論，但有鑑於近年來人口結構高齡少子化之現象漸趨嚴重，從醫療和長期照護保險制度下世代間負擔和給付均衡之觀點出發，部分提存準備制之構想逐漸開始被提出<sup>314</sup>，但從隨收隨付制轉換到提存準備制時，對於年輕世代而言，必須同時負擔自己未來的提存準備與目前老年世代的給付支出，而遭遇到所謂「雙重負擔」的問題<sup>315</sup>，於改革時應特別留意世代間公平性之課題。

<sup>313</sup> 厚生労働省老健局，〈低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について〉の一部改正について，2015 年 4 月。載於：<http://kaigo.city.kasugai.aichi.jp/tmp/kaigoinfo/i4111.pdf>（最後瀏覽日：07/09/2015）。

<sup>314</sup> 加藤智章等，前掲註 9，頁 25。

<sup>315</sup> 厚生労働省，〈公的年金の財政方式について〉，載於：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000294x3-att/2r9852000002952f.pdf>（最後瀏覽日：07/09/2015）。

臺灣長期照顧保險法草案對於財務處理方式係採「部分提存準備制」<sup>316</sup>，草案第 3 條規定保險經費包括保險給付支出及「應提列或增列之準備金」，保險經費的來源又由中央政府、投保單位、保險對象三方分擔，故符合保險對象本身預先負擔提存準備的概念，其次草案第 60 條明定安全準備金之來源，更可看出本草案不採用隨收隨付制，為避免當年度保險收支發生短絀，而由安全準備金先填補，行政院最後協調定案應提列 5 個月之安全準備金。相較於日本長期照護保險採隨收隨付制，本草案確實有考量到臺灣高齡少子化的趨勢，提早在財務處理方面因應未來繳納保險費人口數將逐年減少的現實，預先準備一定期間之安全準備金，避免保險費率急遽變化，並且兼顧世代間負擔的公平性，適度發揮世代所得重分配及世代扶養的功能，可謂較為周全之制度設計。但草案在行政院會審議時，將提列安全準備金之期間從 8 個月縮短為 5 個月，倘安全準備金之規模過小，則將難以發揮穩定保險財務之功能，實質上偏向隨收隨付制之設計，保險費率之頻繁調整將勢不可免，因此關於安全準備金規模之大小與保險財務長期穩定間的關聯，仍有待進一步精算與評價。

## 第四節 長期照顧保險給付面之管控

### 第一項 需照護認定程序之控制功能

由於日本長期照護保險採用社會保險方式經營，受領長期照護相關給付必須符合特定資格及條件，此係基於社會保險之團體保險性質使然，保險團體以外者並未共同分攤風險，自無理由請領保險給付。故若非長期照護保險之被保險人，即不得受領長期照護保險給付，自屬當然。其次，被保險人若發生保險費滯納之情況時，原則上視滯納期間長短，給付方式可能改為「費用償還方

---

<sup>316</sup> 衛生福利部，「研商長期照顧保險財務規劃會議」簡報資料，2015 年 1 月 28 日，載於：衛生福利部社會保險司，[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=98&fod\\_list\\_no=5390&doc\\_no=48499](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/DM1_P.aspx?f_list_no=98&fod_list_no=5390&doc_no=48499)（最後瀏覽日：07/09/2015）。

式」<sup>317</sup>，或經暫行拒絕為一部或全部之保險給付<sup>318</sup>，被保險人受領保險給付之權利即受到限制。

此外，長期照護保險之被保險人在受領保險給付之前，尚需符合另一特殊條件—「需照護認定」。長期照護保險與醫療保險不同，無法基於個人判斷即可受領長期照護給付，需經判定符合需照護或需支援狀態的程序，認定確有接受長期照護給付之必要時，始同時根據需照護認定之等級決定得受領之保險給付額度，倘經判定為「自立」狀態者，亦即不符合需照護或需支援狀態者，則不得向長期照護保險請求任何保險給付<sup>319</sup>，即便被保險人按時繳納保險費，但並不因此而當然取得受領保險給付之資格。因此，需照護認定可謂控制保險給付之一道重要程序，其認定過程與結果影響保險給付之權益甚鉅。

需照護認定程序係市町村決定被保險人是否符合需照護狀態或需支援狀態，並決定狀態等級以及保險給付上限額度之程序，在此市町村所進行的認定僅止於「照護需求」的認定，以及附有給付上限額度的決定，至於被保險人適合接受居家照護服務或機構服務，關於具體的給付內容或種類基本上係交由經認定為需照護或需支援者自行選擇決定。準此，需照護認定係以市町村之判斷為內容之行為，經由認定進而確定長期照護保險給付資格之法律效果，符合行政機關就具體事件之決定對外作成具法律效果之單方行政行為，性質上屬於行政處分中之確認處分<sup>320</sup>。即便被保險人經需照護認定而取得請求給付資格，仍未具體取得保險給付請求權，在進行需照護認定程序的階段，被保險人至多僅取得抽象的保險給付請求權，現實上有待被保險人根據作成之照護計畫，並基於與服務提供單位或機構締結之服務契約，具體的保險給付受給權始成立<sup>321</sup>。因此需照護認定雖尚難謂已確定被保險人具有受領保險給付請求權，但係保險給付請求權成立所不可或缺之要件，嚴格而言，需照護認定僅不過是取得進行

<sup>317</sup> 詳參日本長期照護保險法第 66 條。而所謂「費用償還方式」係指被保險人於使用服務時先行支付全額之服務費用與事業單位，再就其中應由保險負擔之部份（原則上為 90%）向保險人請求償還。

<sup>318</sup> 詳參日本長期照護保險法第 67 條。

<sup>319</sup> 森詩惠，前揭註 270，頁 50。

<sup>320</sup> 伊藤周平，前揭註 43，頁 92。

<sup>321</sup> 堀勝洋，前揭註 9，頁 229。

下一階段作成照護計畫、締結照護服務契約之權利而已<sup>322</sup>。但不能忽略的是，從被保險人發生需照護狀態（亦即保險事故）到取得具體的保險給付請求權之間，在構造上出現了市町村以行政處分介入的空間，此與醫療保險中被保險人自覺患有疾病，至醫療機構即可立即接受診療之流程有顯著的不同。

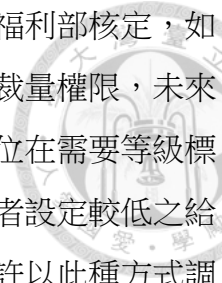
需照護認定在保險給付的受領過程中扮演如此關鍵的地位，然而，關於需照護認定基準及給付上限額度，長期照護保險法並未明文規定，而係授權委由厚生勞動大臣以命令或公告決定具體的基準及額度，換言之，需照護認定基準實質上係依據厚生勞動省裁量決定而來的。對此學者認為需照護認定基準涉及保險給付請求權之內容，屬於保險給付之重要事項，應於法律條文中明文規定，不宜空白授權由行政機關以命令或公告補充之，若將需照護認定標準授權由厚生勞動省裁量決定，厚生勞動省以行政機關之地位可能基於抑制保險給付支出之考量，調整需照護認定標準或降低保險給付上限額度，進而影響被保險人保險給付之實際內容，恐導致權利空洞化的結果<sup>323</sup>。換言之，厚生勞動省為避免長期照護保險給付費膨脹，得以透過需照護認定標準的分級，進而設定不同的保險給付上限額度，達到抑制給付費增加的目的，厚生勞動省因而取得控制給付費的途徑，如此的制度設計亦可以想像未來隨著高齡化的進展，即便需照護者人數逐漸增加，亦得透過第一次的電腦判定，將需照護者之程度移往需支援狀態或自立狀態，嚴格限縮照護給付的對象範圍，最終達到抑制給付費支出的效果<sup>324</sup>。

臺灣長期照顧保險法草案僅於第 39 條規定：「本保險之長照需要等級、給付方式與內容、給付條件、支付項目、支付條件、支付價格與其他相關事項之給付及支付標準，由保險人擬定，報主管機關核定發布。」對於長照需要等級之分級標準與給付內容等事項，並未在法律條文中明文規範，而由作為保險人

<sup>322</sup> 伊藤周平，前揭註 9，頁 107。

<sup>323</sup> 伊藤周平，前揭註 9，頁 109。

<sup>324</sup> 伊藤周平，前揭註 9，頁 443。論者更指出預計於 2009 年推出之新式電腦判定軟體，刪除了目前認定調查項目中的 23 項，增加 6 個新項目，然而需照護認定基準時間越長，需照護程度原則上就越高，若刪除項目後，基準時間就會縮短，被保險人需照護狀態雖未改變，但很有可能被判定為較輕度之等級。



之衛生福利部中央健康保險署擬定，而後報請主管機關即衛生福利部核定，如此衛生福利部在實質上對於長照需求等級等事項具有相當大的裁量權限，未來若保險支出費用持續高漲，衛生福利部似可立於主管機關之地位在需要等級標準上有所操弄，例如將長照需求等級區分更細，對於輕度需求者設定較低之給付額度，便可事實上達到減輕整體保險給付支出的目的。倘允許以此種方式調整保險給付內容，恐將影響被保險人保險費負擔與保險給付間的對價關係，因此本文認為至少應就長照需要等級之判斷標準，明文規範於法條中，始與授權明確性原則相符，並保障被保險人基於負擔保險費所得合理期待之保險給付請求權，避免長照需要等級被行政機關作為控制保險給付之工具。

## 第二項 預防給付財源爭議

日本在 2005 年的長期照護保險法律修正案中，增加了照護預防給付的項目，並且在地區支援中心的合作下，成立長期照護預防服務事業，該事業服務的對象除了被認定為需支援程度的人以外，尚包括有可能成為需支援或需照護狀態的人。原本長期照護保險所欲保障的保險事故為身體機能退化致日常生活發生障礙或不便的情況，符合需照護或需支援認定者始得受領保險給付，該保險給付由長期照護保險的財源來支應才有正當性。設若對於不符合需照護認定者，從長期照護保險財源中提撥一部份財源來支應預防給付，已超出長期照護保險承擔風險的範圍，論理上恐違反社會保險收取保險費係承擔風險的基本構造。蓋長期照護保險終究是對於遭遇生活障礙事故者，事後性給予照護服務的制度，並不具有事前預防的目的，因此請領保險給付前必須經過需照護認定的程序，以確認需照護的風險已經實際在生活中發生，始能對應其發生障礙的情形，給予適合的服務。故需照護及需支援認定作為把關保險給付的門檻，符合需照護認定者始為整體危險團體成員所願意共同承擔的範圍，其受領保險給付始具有正當性。又從社會保險的財政自主性來看，所徵收之保險費僅能支應與保險給付相關的事務，因此受領保險給付前的需照護認定程序實際上也有控制保險財政、避免給付浮濫的功能。

對此學者認為不符合需照護或需支援認定者所需要的服務則是屬於衛生保健的領域，衛生保健或公共衛生的事務原則上是由國家以稅收支應，和長期照護保險是由被保險人繳納的保險費來支應截然不同，提供給不符合需照護認定者的預防給付服務應該由公費來提供比較妥當<sup>325</sup>。惟本文認為，既然預防給付是為了避免即將陷入需照護狀態的被保險人進一步惡化，致最終陷入需照護狀態而必須給予照護服務，事先以長期照護保險的財源來提供預防給付亦無不可，且大多數失能的狀況若能給予協助，往往都能夠減緩惡化的趨勢，不需要長期照護保險所提供的服務也能維持生活，最終亦可達到減少需照護給付的目的，對整體長期照護保險財政而言亦能發揮正面之效果，因此預防給付可謂與照護給付費用密切相關之給付類型，以長期照護保險財源適度支應預防給付所需之費用，似無不可。


觀察臺灣長期照顧保險法草案之給付項目，預防給付似可被涵括在草案第 34 條第 1 項第 5 款：「自我照顧能力或復健訓練服務」項目下，立法理由說明中亦指出該服務目的在於「減緩失能之程度或速度」。惟請領該項服務之資格仍限於「保險對象經保險人評估有長照需要」者，仍需符合需照顧之認定標準使得受領，與日本制度下特定預防給付係提供給「尚未成為需支援或需照護狀態者」，亦即「不符合需照護認定者」，在給付對象上仍有所差異，因此尚未發生保險財源可否支應預防給付之爭議問題，然臺灣長照保險開辦後，倘若照護服務費用大幅增加，政府欲額外提供預防給付時，該預防給付之財源問題將隨之顯現。本文認為，基於減緩失能程度有助於抑制照護費用支出的立場，亦得在保險給付條文中規定不符合長照需要評估之保險對象仍得請領特定預防給付之意旨，該給付財源得適度以保險費收入支應。

## 第五節 本章小結

本論文認為解決臺灣長期照顧財政制度相關問題，首先須釐清長照保險的制度定位。第二章既以日本長照保險做為臺灣制度設計的借鏡，其制度建置背

---

<sup>325</sup> 石橋敏郎，前揭註 185，頁 12。



景自值得加以深究，以作為臺灣長照保險之參考。第一節首先分析日本在 1970 年代至 1980 年代由於免除高齡者在醫療保險的部分負擔費用，致醫療保險面臨沈重之財政危機，自此政府對於高齡者對策改採「公費抑制」的策略，而長期照護保險實際上係政府追求減輕財政負擔之手段，透過採用「社會保險方式」將中高齡者納為被保險人，並作為支付保險費用之主體，達到轉移費用負擔結構的目的。日本長期照護保險既定位為社會保險，而異於其他社會保障制度，自有其特殊性應予維持，本文分析後認為社會保險的運作關鍵在於「權利性」或「對價性」的確立，被保險人受領保險給付的依據在於其所繳納之保險費，透過保險費與保險給付間對價關係的確立，始能確保保險財源的充足與穩定性。反觀臺灣發展長期照顧保險之推動過程具有「由上而下」的政策走向，一般民眾對於社會保險先天上即欠缺社會連帶意識，而停留在國家的恩給或福利，然臺灣實施長照十年計畫的過程中亦曾面臨以稅收作為財源之牽制，故本文嘗試將臺灣長照保險定位為由「稅收制」到「社會保險方式」轉型，不僅改以保險費收入作為財源，制度經營亦應以建立負擔與給付間的對價關係為主要訴求，強調「有付出才有所得」的觀念連結，調整負擔與給付內容時亦應留意對價性之維持，社會保險方式始能在長照服務領域進一步得到實踐。

其次，本文接著檢討作為長照保險財政基礎的被保險人範圍，日本在規劃長照保險時曾考量年輕世代對於長照風險較無現實感，故未貿然將納保範圍擴及所有年齡層，僅以 40 歲以上者為被保險人，但另一方面又同時限縮 40 歲以上未滿 65 歲者之保險給付資格，試圖在整體財源收入與支出間達到平衡。然而，40 歲以上未滿 65 歲之第二類被保險人被限於需照護原因為特定老化疾病者始得請領保險給付，事實上僅有極少數者得受領保險給付，造成第二類被保險人負擔保險費與所受給付失衡，已違反社會保險之對價性原理，亟待檢討。隨著高齡少子化進展，保險費收入來源可預期將不斷減少，將被保險人範圍向下調整擴張，已成日本長照保險既定之改革方向，未來日本如何調整被保險人範圍與給付資格限制，值得關注。臺灣長照保險法草案直接採「全民納保」模式，固然較符合照顧普及化之理想，但其中卻隱藏著缺乏世代間連帶意識的隱憂。此外，臺灣在保險給付事由上並未如日本第二類被保險人限於與老化有關之疾病，無論何年齡層或基於何原因致失能，均得受領保險給付，日本如此限

縮保險給付事由尚且發生保險給付逐年上昇之財政負擔，而需以消費稅補充財源，若按照臺灣目前的制度規劃恐埋下保險支出規模過於龐大之問題，屆時若保險財政拮据而有增加保險費或縮減保險給付之必要時，全民納保下潛藏之脆弱的連帶基礎亦將暴露無遺，因此本文認為長照保險之存續應致力於維繫負擔與給付之對價性。

在財源結構與財務方式面之檢討上，由於臺灣長照保險沿用全民健保之被保險人分類模式，造成保險費負擔比例與政府補助比例因職業或身份別而有所差異，並未落實量能負擔原則，且形成被保險人間不公平之現象。日本長照保險第一類被保險人係按照所得高低區別不同保險費率，政府補助部分係以整體保險費用為補助對象，無論第一類或第二類被保險人均分別受有同等之國家補助利益，且政府補助部分多寡係直接與保險費用總支出連動，無涉被保險人之身分或職業而有異，故本文認為臺灣長照保險之保險費計算應回歸量能負擔原則思考，政府補助亦應符合公平性。在利用者部分負擔上，臺灣及日本均以量益負擔為原則，臺灣長照雖直接全額免除低收入戶之部分負擔，但對於中低收入戶及其他經濟困難者並無相對應之減免措施，可參考日本對於經濟困難程度不一者分別給予不同比例之部分負擔減免措施。最後在財務處理方式上，臺灣長照保險採取部分提存準備制，相較於日本採隨收隨付制，較能事先因應高齡少子化之趨勢，對於避免保險費頻繁調漲，兼顧世代間負擔公平性，可發揮正面之功能。

長照保險給付面的管控對於整體財政亦攸關整體財政的健全。首先，長照保險給付之特殊性在於被保險人應符合「需照護認定」，日本制度下即由市町村保險人對被保險人進行判定，並決定保險給付上限額度，在給付構造上出現可由市町村介入的空間，又需照護認定之具體標準及給付上限額度係授權委由厚生勞動大臣裁量，厚生勞動省基於抑制整體保險支出之考量而進行調整，恐影響保險給付之實際內容。臺灣長照需要等級之分級標準係由中央健保署擬定，報請衛生福利部核定，衛生福利部同樣具有微調長照需求等級之餘地，因此本文認為至少應就長照需要等級之判斷標準，盡量明文規範於法律條文中，以確保保險給付之具體內容。再者，在給付內容及項目上，日本於 2005 年改革時增

加照護預防給付的項目，對於即將成為需照護或需支援狀態者提供特定預防給付，避免其失能狀態繼續惡化，達到減少整體保險支出的目的。但日本學者有認為應由國家以稅收支應該部分預防給付較為妥當，本文認為長照需要具有持續性，若能及早給予適當之給付往往能大幅減緩失能狀態程度，進而減輕整體保險支出，由保險財源適度支應預防給付似無不可，相關爭議值得未來臺灣開辦長照保險後作為參考。

## 第五章 結論與建議



鑑於臺灣與日本均面臨高齡少子化等人口結構變化，其中日本高齡化歷程較臺灣為早，且長期照護保險的制度構想及議論亦較臺灣豐富，日本長照保險施行迄今已十餘年，相關實施及改革經驗可供臺灣規劃長照保險之借鏡，本論文將臺灣及日本之制度分析比較整理，並提出建議如下：

### 一、長照保險的制度定位：社會保險

日本發展長期照護保險有其特有之制度背景：日本面對急速增加的高齡者人口，既有的醫療保險體制已無法承受長期照護的沉重需求，當時政府無視國家財政負擔能力而免除高齡者的醫療保險部分負擔費用，造成醫療保險面臨嚴重財政危機，促使政府重新思考獨立建構一套高齡者照護制度的必要性，同時在社會福利方面，由於措施制度下出現許多問題點，因而逐漸興起抑制公費支出、轉換費用負擔結構的呼聲，結合利用者本位、契約制度、開放福利市場化等理念，確立所謂「社會福利基礎構造改革」的推動方向，其中長期照護保險正好成為實踐上述改革理念的重要制度，象徵長期照護服務從「社會扶助方式」轉換為「社會保險方式」的時代意義。本文認為，社會保險方式透過整體社會共同連帶承擔照護風險的理念宣示，將多數人納為被保險人，合理化被保險人負擔保險費之正當性，建立保繳納保險費與受領保險給付之一對一交換連結關係，同時可達到減輕國家財政負擔之目的，對於長期照護制度的長久存續，具有實質意義。

臺灣過去的長期照顧政策零散，傾向以個別身份的照顧需求作為出發點進行片段式的規劃，且服務資源相當有限，難以因應人口逐漸高齡化之情勢，長期照顧十年計畫雖編列較多預算以充實長照服務資源，但以稅收作為主要財源之制度仍易受預算排擠或政治因素影響，致成效有限，政府遂試圖在財源結構上擺脫稅收制的牽制，尋求財源較為獨立自主的經營方式，社會保險即成為選項。然而，臺灣於籌劃長期照顧保險的過程中，社會保險的定位在一般民眾心

中仍模糊，仍傾向將長照保險視為國家提供之福利服務，忽略社會保險之特色在於繳納保險費與受領保險給付之連結性，亦即「對價性」。因此本文認為臺灣在推行長期照顧保險時，應先明確定位為社會保險方式之轉型，建立國人對於社會保險構造的認識，政府不再如同過去無償提供各項福利服務，而係全體被保險人基於自身老年生活之考量而願意繳納保險費，並與其他需要長期照顧服務者互相扶持承擔風險，在制度設計上亦應確保保險費負擔與保險給付立於明確對價關係，讓社會保險之原則得以具體落實在長期照顧保險中。

## 二、被保險人範圍之比較：全民納保／40 歲以上者

在社會保險方式下，被保險人既作為負擔保險費之主體，被保險人之範圍關乎保險費收入多寡及財源穩定。日本長照保險係以 40 歲以上者為被保險人，又再細分為第一類被保險人（65 歲以上者）與第二類被保險人（40 歲以上未滿 65 歲者）；臺灣長照保險則沿襲全民健保之全民納保模式，不分年齡均強制加入保險，在保險給付資格上，又未如同日本長照保險將 40 歲至 65 歲被保險人請領保險給付之資格限定於與衰老有關之特定疾病。因此從保障範圍來看，臺灣長照保險堪稱提供完整且周全之照護保障，無論何人或基於何原因均得因失能需照顧而受領長照保險給付，應值肯定。然而，臺灣以國家力量強制將全體國民納為被保險人並令其負擔保險費，在當前各項社會保險給付過於優待中高齡者世代的臺灣社會中，恐將進一步降低年輕世代繳納保險費意願，不利於世代間連帶意識的建立。

此外，日本長照保險對於 40 歲至 65 歲被保險人嚴格限制其給付資格，僅極少數人得受領保險給付，此種限制下尚且發生財源不足支應支出之困境，而擬向下調整被保險人範圍年齡，而臺灣在保險給付資格上全無設限的結果，亦埋下保險支出過於龐大之隱憂，長照保險費之精算是否有將非因衰老而失能的情況列入考量，實有疑問。臺灣長照保險倘若一開始過於放寬給付資格，未來改革時欲加以限縮，恐遭遇相當強之阻力。因此，即便未來臺灣長照保險不得已面臨改革時，仍不宜任意縮減保險給付或恣意增加特定人之保險費負擔，應致力於維繫保險費負擔與保險給付間的對價性，確保保險給付與保險費負擔具

有合理公平之關聯，始能減少民眾對於負擔給付失衡的疑慮。



### 三、財源結構與財務處理方式

在個別被保險人負擔層面的檢討上，臺灣長照保險完全沿用全民健保的被保險人分類模式，按照身份或職業別區別成六大類被保險人，而異其保險費負擔比例及政府補助比例，此模式並非基於社會保險之原理，僅係保障特定身分或職業者之既得權益，或國家透過社會保險履行其他社會或經濟政策目的，已然超越社會保險之制度目的範圍，且亦有違反平等原則之虞，應不予繼續採用為妥。本文認為臺灣長照保險制度中政府補助之標準不應建立在特定身份或職業上，或給予特定類別被保險人高比例之補助，被保險人保險費之設定應回歸量能負擔原則作統一性的思考，並以社會連帶與所得重分配為目標。相較之下，日本長照保險則不斷追求保險費負擔的合理化，按照個人所得或負擔能力高低區別保險費高低，符合社會保險之量能負擔原則，應值我國參考。

其次，臺灣長照保險法草案就政府應負擔之比例係採取「最低下限比率」的規範方式，明定政府每年度負擔保險之總經費不得少於保險經費扣除其他法定收入後金額之 36%，由於保險經費扣除其他法定收入後的部分屬於保險費收入，當保險費繳納率或設定有誤時，主管機關即應編列預算撥補之，實難以確定每年度應負擔之額度或比例，增加國家整體財政的不穩定性。本文認為應將政府負擔設定為每年度保險給付總支出之固定比例，如此政府負擔額度係隨著保險給付支出而連動增減，對於每年度負擔之具體數額亦較具可預期性。

此外，利用者部分負擔可促進利用者的成本意識，避免有限的資源被濫用，但由於臺灣和日本部份負擔均採量益負擔制，並未考慮利用者的經濟負擔能力，進而抑制中低所得者使用服務的意願，因此部份負擔的收取應搭配經濟有困難者的減免措施。日本係授權市町村按照所得程度給予不同比例之減免，臺灣長照保險法草案則一律免除低收入戶之部份負擔，但並未特別對於中低收入戶或其他生計有困難之情況給予不同比例之減免，建議應斟酌中低收入戶階層的經濟負擔能力，給予減免部分比例之措施，以避免部分負擔反成為無形的經

濟門檻。

財務處理方式攸關保險費調整方式，更牽涉世代間所得重分配的問題。日本長照保險係採隨收隨付制，背後顯示出世代移轉的效果以及代間契約的性質。而臺灣長照保險法草案則採部分提存準備制，規定應提列 5 個月之安全準備金，已有考量到未來臺灣高齡少子化的人口結構變遷，避免保險支出增加過快，或繳費人口大幅減少，而不得不大幅提高保險費率之風險，進而影響世代間負擔的公平性，可謂較為周全之設計，但仍需留意安全準備金之規模是否有助於減緩保險費率的上昇，並考量人口結構變化的幅度隨時進行調整。

#### 四、保險給付面之管控

關於保險給付支出面的控管，長照保險在給付流程上與醫療保險有顯著不同，日本長照保險制度下，被保險人若欲受領保險給付，需經市町村即保險人進行需照護認定程序，判定需照護或需支援之等級及給付上限額度，被保險人僅得在該上限額度範圍內受領保險給付，是以需照護認定屬於關乎保險給付權益之重大事項，在此卻出現市町村得以行政處分介入之空間，厚生勞動省更實質上掌握需照護認定基準之裁量權限，因此需照護認定及給付上限額度可能變相作為限縮保險給付之方式，以達到抑制給付費增加的目的。臺灣長照保險法草案對於相關事項係由保險人擬定，後由衛生福利部核准，參酌日本實務運作之經驗，亦容易發生行政機關為降低整體保險給付支出，而縮減具體保險給付內容之情事，因此本文建議長照需要等級之認定標準應盡量於法律中明文規範為妥，以保障具體的保險給付內容。

此外，日本於 2005 年改革時增加照護預防給付的項目，對於即將成為需照護或需支援狀態者提供特定預防給付，避免其失能狀態繼續惡化，達到減少整體保險支出的目的。對此，日本學者有認為預防給付與需照護狀態者無關，屬於公共衛生事務，原則上應由國家以稅收支應預防給付較為妥當。本文認為長照需要具有持續性，若能及早給予適當之給付往往能大幅減緩失能狀態程度，進而減輕整體保險支出，由保險費收入適度支應預防給付財源，似無不可，相

關爭議值得未來臺灣開辦長照保險後作為參考。

長期照顧保險堪稱是臺灣社會保險體系最後一塊拼圖，其重要性不言而喻。面對人口高齡化之挑戰，長照保險永續經營的關鍵在於穩健的財政制度，此不僅涉及財源之穩定充足，此外更要求任何人均在公平合理的基礎上負擔保險費並受領保險給付，如此始能發揮社會保險所具備之社會連帶功能，建構一個長久且完善的長期照顧保險制度。



## 參考文獻



### 壹、中文文獻（依筆劃順序排列）

#### 一、專書著作

台灣社會法與社會政策學會主編，《社會法》，元照出版公司，2015年。

柯木興，《社會保險》修訂版，三民書局，2007年。

許育典，《憲法》第1版，元照出版社，2006年。

郭明政，《社會安全制度與社會法》，翰蘆圖書出版公司，2002年。

陳清惠等合著，《長期照護》第四版，華格那企業有限公司，2008年。

鍾秉正，《社會保險法論》，修訂二版，三民書局，2012年。

#### 二、研究計畫

王雲東主持，《我國長期照護服務需求評估》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009年5月。

江清謙主持，《德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009年。

李世代主持，《日本、韓國長期照護保險內容與相關法令之研究》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009年。


楊志良主持，《長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009年。

詹火生主持，《因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向》，行政院經濟建設委員會委託計畫，2009年5月。

鄭文輝主持，《我國社會保險政府補助政策合理性之研究》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2002年。

鄭文輝主持，《長期照護保險法制財務機制及財源籌措之評估》，行政院經濟建設委員會委託研究計畫，2009年5月。


### 三、學位論文

- 
- 王吟吏，《長期照護制度中家庭照護者法律定位之研究——日本長期照護制度之借鏡與反思》，國立政治大學法律學研究所碩士論文，2011年。
- 陸敏清，《日本照護保險法之研究》，國立中正大學法律學研究所，2002年。
- 黃琦嫻，《臺日國民年金制度之比較研究》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，2008年。
- 黃筱薇，《長期照護財源籌措方式之研究》，國立中正大學社會福利系，2000年。
- 蔡幸嶧，《臺灣外籍家庭看護工之現象與省思兼檢視長期照顧政策》，國立政治大學勞工研究所碩士論文，2007年。
- 蔡雅竹，《論我國長期照護雙法草案及其法律問題—兼論德國之長照保險制度》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，2014年。
- 謝子凡，《社會保險對價規範合憲性之研究》，國立臺北大學法學系碩士論文，2003年。
- 簡廷涓，《我國社會安全圖像及其挑戰—以社會保險制度為中心》，國立臺灣大學法律學研究所碩士論文，2013年。

### 四、期刊論文（包含專書論文）

- 江朝國，〈社會保險、商業保險在福利社會中的角色—以健康安全及老年經濟安全為中心〉，《月旦法學雜誌》，第179期，2010年4月。
- 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12月。
- 吳秀玲，〈日本長期照護保險費特別徵收合憲性之探討〉，《科技法律評析》，第4期，2011年12月。
- 吳秀玲，〈長期照護法制與國家財政能力負擔—日本法與我國法之比較分析（下）〉，《中正財經法學》，第5期，2012年7月。
- 吳凱勳，〈日本介護保險制度及財務規劃〉，《長期照護財務問題-各國經驗及台灣前景研討會》，國家衛生研究院，2000年。
- 李玉君，〈全民健保改革之理想與實踐—若干問題之觀察與建議〉，《月旦法學雜

- 誌》，第 92 期，2003 年。
- 李玉春，〈我國長期照護保險規劃藍圖〉，《醫療品質雜誌》，5 卷 5 期，2011 年。
- 李玉春、林麗嬋、吳尚琪、鄭文輝、傅立葉與衛生署長期照護保險籌備小組，〈臺灣長期照護保險之規劃與展望〉，《社區發展季刊》，第 141 期，2012 年 3 月。
- 李光廷，〈日本介護保險實施現況、發展與未來〉，《研考雙月刊》，第 32 期第 6 卷，2008 年 12 月。
- 李淑芳，〈政府施政如何因應高齡化時代的來臨—以推動長期照顧十年計畫為例〉，收錄於《行政管理個案精選》。
- 李麒，〈2005 年日本長期照護保險法制〉，開南法學，第四期，2010 年 6 月。
- 李麒，〈日本長期照護保險制度之建構—以 2011 年之修法為重心〉，法學新論，第 45 期，2013 年 12 月。
- 周世珍，〈日本介護保障法制及其基本理念之發展〉，《明新學報》，第 33 卷，2007 年 7 月。
- 周麗芳，〈國民年金財務制度之選擇—我國年金財務模型與模擬分析〉，《人文及社會科學集刊》，第 12 卷第 2 期，2000 年 6 月。
- 林淑萱，〈日本長期照護保險的發展經驗及其對臺灣的啟示〉，《社區發展季刊》，第 104 期，2003 年 12 月。
- 林麗嬋，〈無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護〉，《長期照護雜誌》，14 卷 1 期，2010 年。
- 孫迺翊，〈從社會保險之財務處理方式論世代負擔之公平性問題〉，收錄於：翁岳生教授祝壽論文集編輯委員會編輯，《當代公法新論（下）翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集》，元照出版社，2002 年。
- 孫迺翊，〈論社會保險制度之財務運作原則—兼評中央與地方政府關於健保費補助之爭議問題〉，《政大法學評論》，101 期，2008 年。
- 孫迺翊，〈憲法解釋與社會保險制度之建構—以社會保險「相互性」關係為中心〉，《臺大法學論叢》，35 卷 6 期，2006 年。
- 孫迺翊，〈體系內與體系間的平等—以我國社會保險被保險人之分類及其權利內涵之差異為例〉，收錄於：黃舒芃主編，《憲法解釋之理論與實務》第七輯，中央研究院法律學研究所籌備處出版，2010 年。

- 
- 張桐銳，〈重分配與社會救助〉，《臺灣本土法學雜誌》，第 76 期，2005 年 11 月。
- 莊秀美，〈日本社會福利服務的民營化—「公共介護保險制度」現況之探討〉，《臺大社工學刊》，第 11 期，2005 年 7 月。
- 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。
- 陳玉蒼，〈日本介護保險之介紹〉，《社區發展季刊》110 期，2005 年 6 月。
- 陸敏清，〈全民健康保險法保費補助制度之探討〉，《月旦法學雜誌》，第 116 期，2005 年。
- 陸敏清、郝鳳鳴，〈全民健康保險政府財政責任分配之探討〉，《中正大學法學集刊》，第 17 期，2004 年 10 月。
- 葛克昌，〈社會福利給付與租稅正義〉，收錄於氏著，《國家學與國家法：社會國、租稅國與法治國理念》，月旦出版，1996 年。
- 劉宗德，〈世紀轉變期之日本社會福祉法制〉，收錄於：翁岳生教授祝壽論文集編輯委員會編輯，《當代公法新論（下）翁岳生教授七秩誕辰祝壽論文集》，元照出版社，2002 年。
- 蔡茂寅，〈地方財政法與全民健保補助費爭議〉，《月旦法學雜誌》，第 87 期，2002 年 8 月。
- 蔡茂寅，〈社會保障法概說〉，收錄於：《人權、正義與司法改革：陳傳岳律師七秩晉五華誕祝壽論文集》，元照出版，2014 年。
- 蔡茂寅，〈社會保障的財政問題〉，收錄於：《立憲國家之課題與挑戰：許志雄教授六秩華誕祝壽論文集》，元照出版，2013 年。
- 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 12 月。
- 薛承泰，〈我國當前長期照顧政策研擬與困境〉，《社區發展季刊》，第 136 期，2011 年 12 月。
- 鍾秉正，〈德國長期照護法制之經驗〉，《長期照護雜誌》，10 卷 2 期，2006 年。

## 五、網路資料

國家發展委員會，《中華民國人口推計（103 至 150 年）》，2014 年 8 月。載於：

<http://www.ndc.gov.tw/ml.aspx?sNo=0000455#.VXW3SNKqgkp>。

衛生福利部社會保險司，「研商長期照顧保險財務規劃會議」簡報資料，2015年1月28日，載於：[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/DM1\\_P.aspx?f\\_list\\_no=98&fod\\_list\\_no=5390&doc\\_no=48499](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOSI/DM1_P.aspx?f_list_no=98&fod_list_no=5390&doc_no=48499)。



貳、日文文獻（依作者姓名五十音順排列）

一、專書著作

荒木誠之，《社会保障の法的構造》，有斐閣，1983年。

青柳親房，《社会保障の未来を考える》，筒井書房，2009年。

阿部和光、石橋敏郎編，《市民社会と社会保障法》新版，嵯峨野書院，2007年。

伊藤周平，《介護保険法と権利保障》，法律研究社，2008年。

岩村正彦，《社会保障法 I》，弘文堂，2001年。

岩村正彦、菊池馨実編著，《目で見る社会保障法教材》第3版，有斐閣，2004年。

加藤智章、菊池馨実、倉田聡、前田雅子，《社会保障法》第四版，有斐閣，2009年。

河野正輝、阿部和光、増田雅暢、倉田聡編，《社会福祉法入門》第2版，有斐閣，2008年。

河野正輝、中島誠、西田和弘編，《社会保障論》第2版，法律文化社，2011年。

菊池馨実，《社会保障法制の将来構想》，有斐閣，2010年。

菊池馨実，《社会保障の法理念》，有斐閣，2000年。


菊池馨実編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012年。

北野弘久，《税法学原論》五版，青林書院，2003年。

京極高宣、内藤佳津雄編，《介護保険辞典》，中央法規出版社，1999年。


近藤文二，《社会保険》，岩波書店，1963年。

坂口正之、岡田忠克編，《よくわかる社会保障》，ミネルヴァ書房，2009年4月。

- 
- 坂本忠次，《現代社会福祉行財政論—社会保障をどうするか》，大学教育出版，2009年4月。
- 佐藤信人，《介護保険—制度としくみ》，建帛社，1999年。
- 佐藤進、河野正輝編，《介護保険法—権利としての介護保険に向けて—》，法律文化社，1997年。
- 島崎謙治，《日本の医療—制度と政策》，東京大学出版会，2011年。
- 高藤昭，《社会保障法の基本原理と構造》，法政大学出版局，1994年。
- 中央法規編，《速報！改正介護保険法—平成24年4月からの介護保険法はこう変わる》，中央法規出版株式会社，2011年。
- 堤修三，《社会保障—その既在・現在・将来》，社会保障研究所，2000年。
- 西村健一郎，《社会保障法入門》，有斐閣，2008年。
- 堀勝洋，《社会保障法総論》第二版，東京大学出版会，2004年。
- 堀勝洋，《年金保険法》第2版，法律文化社，2011年。
- 堀勝洋，《社会保障・社会福祉の原理・法・政策》，ミネルヴァ書房，2009年4月。
- 堀勝洋編，《社会保障法読本》第3版，東洋経済新報社，2004年。
- 増田雅暢，《わかりやすい介護保険法》，有斐閣，2000年。
- 村川浩一、矢部正治、松井奈美、村田美由紀編著，《介護保険制度論》，第一法規株式会社，2006年。
- 森詩恵，《現代日本の介護保険改革》，法律文化社，2008年。
- 横山壽一，《社会保障の市場化・営利化》，新日本出版社，2003年。
- 鷲尾悦也，《共助システムの構築》，明石書店，2009年。

## 二、期刊論文

- 阿部和光，《社会保険の適用範囲（権利主体）》，収録於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年。
- 石橋敏郎，《介護保険法改正の評価と今後の課題》，《ジュリスト》，第1433期，2011年11月。
- 石橋敏郎，《介護保険給付》，収録於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年。

- 
- 石橋敏郎，〈社会保険と社会扶助〉，収録於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年。
- 伊藤周平，〈介護保険と社会福祉基礎構造改革—社会福祉の選別主義的再編への道—〉，《賃金と社会保障》，第1247期，1999年。
- 岩村正彦，〈総論—改革の概観，特集 医療・介護・障害者福祉改革〉，《ジュリスト》，第1327期，2007年2月。
- 岩本康志、福井唯嗣，〈医療・介護保険の平準保険料方式への移行〉，《季刊社会保障研究》，第50巻第3号，2014年12月。
- 小島武彦，〈高齢社会の現状と将来像、そこから見えてくる課題〉，《ジュリスト》，第1389期，2009年11月。
- 小沼敦，〈療養病床の再編〉，《調査と情報-Issue Brief-》第590号，国立国会図書館，2007年。
- 小西啓文，〈介護保険における財源論〉，収録於：菊池馨実編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012年。
- 河野正輝，〈社会保険の概念〉，収録於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年。
- 品田充儀，〈社会保険制度の特質と意義〉，収録於菊池馨実編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012年。
- 篠崎次男，〈介護保険・社会福祉基礎構造改革と社会保障運動〉，《賃金と社会保障》第1260期，1999年。
- 芝田英昭，〈社会福祉法の成立と福祉市場化〉，《立命館産業社会論集》，第36巻第4号，2001年3月。
- 島崎謙治，〈社会保険の原理と意義〉，収録於：河野正輝、中島誠、西田和弘編，《社会保障論》第2版，法律文化社，2011年。
- 高橋紘士、長倉真寿美，〈介護保険の地域間格差—市町村における居宅介護サービス利用水準の分析から〉，《都市問題研究》，61巻3号，2009年。
- 新田秀樹，〈介護保険の「保険性」〉，収録於：菊池馨実編，《社会保険の法原理》，法律文化社，2012年。
- 右田紀久恵，〈社会福祉行政における委託と契約の課題〉，《季刊社会保障研究》，第19巻3号，1983年12月。
- 森真弘、野村晋，〈介護保険制度と高齢者ケア〉，《ジュリスト》，第1389期，

2009年11月。

森詩恵、藤澤宏樹、〈介護保険制度における負担と給付のあり方に関する一考察（上）〉，《大阪経大論集》，第61巻第6号，2011年3月。

良永彌太郎、〈費用負担と財政〉，収録於：河野正輝等編，《社会保険改革の法理と将来像》，法律文化社，2010年。



### 三、法院裁判

最大判昭和33年2月12日民集12巻2号

### 四、網路資料

厚生労働省，《介護保険制度改革の概要－介護保険法改正と介護報酬改定》，  
載於：<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>。

厚生労働省，《介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告》，載  
於：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-12.html>。

厚生労働省，《介護給付費納付金について》，載於：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0309-6i.html>。

厚生労働省老健局，《低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について》の一部改正について》，2015年4月。載於：  
<http://kaigo.city.kasugai.aichi.jp/tmp/kaigoinfo/i4111.pdf>。

厚生労働省，《公的年金の財政方式について》，載於：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000294x3-att/2r9852000002952f.pdf>。

国立社会保障人口問題研究所，《人口統計資料集（2014版）》，載於：<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2014.asp?chap=0>。

国立社会保障人口問題研究所，《日本の将来推計人口（平成24年1月推計）》，載於：<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/mainmenu.asp>。


長期照顧保險法草案總說明




由於我國國民平均壽命延長，且生育率持續降低，於八十二年正式邁入聯合國世界衛生組織（WHO）所稱六十五歲以上老年人口超過總人口百分之七之「高齡化社會」，推估至一百零六年，老年人口比率將達百分之十四，邁入「高齡社會」，至一百一十四年更可能達百分之二十，邁入「超高齡社會」。面臨人口老化伴隨而來之疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照顧內容複雜化及照顧時間長期化等問題，我國於八十七年起陸續推動「建構長期照護先導計畫」、「新世代健康領航計畫」、「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」、「我國長期照顧十年計畫」及「長期照護服務網計畫」等各項方案，以積極因應高齡化社會來臨，並於一百零四年完成「長期照顧服務法」之立法。

為使長期照顧制度完整及持續推行，需建立一套妥善機制，以籌措充足財源支應。考量社會保險制度具有風險分擔、自助互助精神，能提供有長期照顧需要國民之照顧服務，且其給付方式較具公平性及效率性，可避免社會資源浪費，爰以社會保險理念為基礎規劃長期照顧保險（以下簡稱本保險）制度，並擬具「長期照顧保險法」草案，其要點如下：


- 一、本法之立法目的、主管機關及用詞定義。（草案第一條至第三條）
- 二、政府每年度負擔本保險總經費之下限比率及負擔不足時之撥補。（草案第四條）
- 三、長期照顧保險會及長期照顧保險爭議審議會之權責。（草案第五條及第六條）
- 四、本保險之保險人及行政管理經費之來源。（草案第七條）
- 五、本保險之保險對象與應予退保之情形，以及被保險人分為六類及各類別投保順位。（草案第八條至第十三條）
- 六、保險效力之開始與終止，以及各類被保險人之投保單位及保險


- 
- 經費之分擔。(草案第十四條至第十六條)
- 七、一般保險費之費率、本保險財務調整週期及費率調整機制。(草案第十八條至第二十條)
- 八、各類被保險人之投保金額、一般保險費計算及繳費眷口數。(草案第十七條、二十一條及第二十二條)
- 九、各類被保險人、投保單位及政府負擔一般保險費之比率。(草案第二十三條)
- 十、第一類第一目至第三目被保險人所屬投保單位或政府應負擔之被保險人眷屬人數。(草案第二十四條)
- 十一、本保險一般保險費繳納之方式及期限。(草案第二十五條)
- 十二、本保險補充保險費之費率及準用全民健康保險法之相關規定。(草案第二十六條及第二十七條)
- 十三、本保險保險費之收繳方式。(草案第二十八條)
- 十四、保險給付要件、項目及得分階段實施。(草案第三十四條)
- 十五、本保險不給付之範圍。(草案第三十五條)
- 十六、本保險輔具服務給付條件及照顧者現金給付之請領。(草案第三十六條及第三十七條)
- 十七、保險給付與支付標準應規範之事項及訂定程序。(草案第三十九條)
- 十八、不符合申請機構住宿式服務之要件而至長照機構接受機構住宿式服務及使用同類別輔具服務，應自付差額。(草案第四十條)
- 十九、保險對象自行負擔費用比率、免自行負擔及自行負擔費用繳納之方式。(草案第四十一條至第四十四條)
- 二十、保險給付之申請、評估與複評，以及照顧計畫之核復與修正及不服核復結果之救濟程序。(草案第四十八條至第五十一條)
- 二十一、保險服務機構特約原則、提供服務之依據及服務費用之申報。(草案第五十三條及第五十五條)
- 二十二、保險服務機構收取費用之範圍及禁止自立名目收取費用之規定。(草案第五十六條及第五十七條)

- 
- 二十三、年度申報給付費用逾一定數額之保險服務機構財務報告之提報與公開，以及服務品質資訊之公開。(草案第五十八條及第五十九條)
- 二十四、本保險安全準備之來源及本保險基金運用之方式。(草案第六十條及第六十一條)
- 二十五、違反本法規定之處罰。(草案第六十四條至第七十三條)
- 二十六、本保險財務收支之方式及週轉金等開辦費之預算撥付。(草案第七十五條)

## 長期照顧保險法草案

條文	說明
第一章 總則	章名
<p>第一條 為提供國民基本之長期照顧服務，辦理長期照顧保險（以下簡稱本保險），以增進社會安全及福祉，特制定本法。</p> <p>本保險為強制性之社會保險，保險對象於保險有效期間，因身心失能事故而有長期照顧需要時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>一、中華民國憲法第一百五十五條明定：「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。」又憲法增修條文第十條第八項規定：「國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作，…」為完備前述憲法精神，我國已陸續開辦公教人員保險、勞工保險、全民健康保險、國民年金等社會保險，惟尚缺少長期照顧保險，乃參考日本、德國等先進國家經驗，規劃推動長期照顧保險並制定本法，以確保有長期照顧需要之國民可獲得基本之長期照顧服務，爰第一項定明本法之立法目的。</p> <p>二、第二項明確定位本保險為強制性社會保險，期透過保險之大數法則，由全體國民自助互助，共同分攤長期照顧風險，而於民眾失能有長期照顧需要時，能夠獲得基本之保險給付，以減輕家庭之照顧負擔，並避免保險對象逆選擇及形成弱體保險之缺失。</p>
<p>第二條 本保險之主管機關為衛生福利部。</p>	<p>衛生福利部主管全國衛生及福利業務，爰定明本保險之主管機關為該部。</p>
<p>第三條 本法用詞，定義如下：</p> <p>一、保險對象：指被保險人及其眷屬。</p> <p>二、眷屬：指第十條第一項所定第一類至第三類與第六類被保險人之下列配偶及親屬：</p> <p>（一）被保險人之配偶，且無職業者。</p> <p>（二）被保險人之直系血親尊親屬且無職業者。</p> <p>（三）被保險人二親等內直系血親卑</p>	<p>定明本法重要名詞之定義。</p>


<p>屬未滿二十歲且無職業或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。</p> <p>三、扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。</p> <p>四、保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。</p> <p>五、保險費指一般保險費及補充保險費。</p> <p>六、長期照顧(以下簡稱長照)需要：指身體或心智功能部分或全部喪失，持續已達或預期達六個月以上者，經評估其日常生活有由他人照顧之需要。</p>	
<p>第四條 政府每年度負擔本保險之總經費不得少於每年度保險經費扣除其他法定收入後金額之百分之三十六。</p> <p>政府應編列本保險相關預算之負擔，不足前項政府應負擔之最低總經費部分，由主管機關編列預算撥補之。</p>	<p>一、第一項定明政府每年度負擔保險總經費之下限比率，另所稱其他法定收入，指依法律規定所收取，例如菸、酒健康福利捐及滯納金。</p> <p>二、第二項定明主管機關應編列預算撥補政府負擔不足保險總經費法定下限之差額。</p> <p>三、又政府應負擔之部分，其可籌措財源包括財政健全方案所增加之部分稅收、編列公務預算及房地合一稅之部分稅收等，併予敘明。</p>
<p>第五條 本保險下列事項，由長期照顧保險會（以下簡稱長保會）辦理：</p> <p>一、財務平衡方案之審議。</p> <p>二、保險給付範圍之審議。</p> <p>三、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>四、其他有關保險業務之監理。</p> <p>長保會應於保險人提請審議前項第一款方案後，於次一年度開始四個月前完成審議，並報由主管機關核定公告；未能於期限內完成審議者，主管機關得逕行核定公告。</p> <p>長保會審議本保險有關事項時，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理</p>	<p>一、第一項定明長保會審議之事項。</p> <p>二、為便於政府與投保單位籌編年度預算，以及維持本保險之財務平衡，爰於第二項定明長保會應於年度開始四個月前，完成財務平衡方案之審議。</p> <p>三、為保障社會大眾知的權利，爰於第三項定明長保會召開會議審議本保險之有關事項須公開，必要時，並得辦理公民參與活動。</p> <p>四、第四項定明長保會之組成。</p> <p>五、第五項定明長保會組成、運作等有關事項，授權由主管機關訂定辦法規範，以符合法律授權明確性原則。</p>

<p>相關之公民參與活動。</p> <p>長保會由被保險人、雇主、保險服務機構、專家學者及有關機關代表組成之。</p> <p>前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	
<p>第六條 本保險保險對象、投保單位、扣費義務人及保險服務機構對保險人核定本保險案件有爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時得依法提起訴願或行政訴訟。</p> <p>前項爭議之審議由長期照顧保險爭議審議會辦理。</p> <p>前項爭議審議之範圍、申請審議或補正之期限程序及審議作業等有關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>一、為保障保險對象、投保單位、扣費義務人及保險服務機構對於保險人核定案件救濟之權益，爰於第一項定明救濟之方式。</p> <p>二、第二項定明本保險之爭議案件之審議，由長期照顧保險爭議審議會辦理。</p> <p>三、第三項定明爭議審議相關事項，授權由主管機關訂定辦法規範，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第二章 保險人、保險對象及投保單位</p>	<p>章名</p>
<p>第七條 本保險以衛生福利部中央健康保險署為保險人，辦理保險業務。</p> <p>保險人為辦理本保險所需行政管理經費，為本保險財務支出項目。</p>	<p>一、考量衛生福利部中央健康保險署已有辦理全民健康保險之經驗，以其為保險人，除可資源共享，節省行政經費外，民眾面對單一窗口，行事簡便，爰於第一項定明中央健康保險署為本保險之保險人。</p> <p>二、基於本保險係屬保險人之新增業務，應執行事項相當繁瑣，且辦理本保險所需之行政管理經費為其運作之必要成本，為利本保險業務順遂推展，並因應未來人口老化致失能給付個案日益增加，行政管理經費能隨之相應增加，且更具彈性及充足性，爰為第二項規定。至保險人為辦理本保險所需之人事經費，另行編列預算支應，併予敘明。</p>
<p>第八條 具有中華民國國籍且在臺灣地區設有戶籍，於本保險開辦當日，為全民健康保險保險對象者，應參加本保險為保險對象。</p>	<p>一、本條定明應參加本保險者之資格。</p> <p>二、為使本保險開辦時，具有中華民國國籍且在臺灣地區設有戶籍，並具全民健康保險保險對象身分之國民，得即</p>


<p>本保險開辦日之次日起，具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，應參加本保險為保險對象：</p> <p>一、參加本保險前三年繼續在臺灣地區設有戶籍，或在臺灣地區設有戶籍且最近二年內曾有參加本保險紀錄。</p> <p>二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：</p> <p>(一) 政府機關(構)、行政法人、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</p> <p>(二) 公、民營事業機構之受僱者。</p> <p>(三) 前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。</p> <p>(四) 在臺灣地區出生之新生嬰兒。</p> <p>(五) 因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。</p>	<p>受本保險之保障，爰為第一項規定。</p> <p>三、第二項定明本保險開辦之次日起，應參加本保險之各種資格。</p> <p>四、第二項第一款規定自本保險開辦日之次日起，我國國民參加本保險，需在臺灣地區設有戶籍滿三年，始能參加本保險，其理由如下：</p> <p>(一) 本保險之保險對象因失能而有長照需要時，所需之照顧時間遠較全民健康保險之給付期間為長，為避免長年居住國外之國人，於有長照需要時，如返國即可參加本保險並享有保險給付，對國內長期且定期繳納保險費之民眾不公平，故應有合理之設籍期間，作為投保資格之等待期間。</p> <p>(二) 考量倘設籍期間過短，對於刻意返國加保並受領本保險給付之行為過於投機，無法有效防止，但倘該期間若過長，又恐國人始終無法獲得給付，爰參考本國國情及德國經驗，投保等待期間以三年為宜。</p> <p>(三) 參考全民健康保險法對於曾經參加本保險之國人，倘其離境多年，經戶政機關遷出戶籍，喪失參加本保險之資格者，於返國設有戶籍後，須於最近二年內曾有參加本保險紀錄，始能再參加本保險，否則仍有投保等待期間之適用。</p> <p>五、另參考全民健康保險法之規定，於第二項第二款規定得立即參加本保險之保險對象。</p>
<p>第九條 參加本保險前連續參加全民健康保險滿三年，且符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：</p> <p>一、領有外僑永久居留證。</p>	<p>一、基於國際公約平等對待原則，並考量社會連帶責任，爰定明在臺灣地區領有外僑永久居留證與本保險保險對象之配偶及子女，符合一定資格者</p>

<p>二、本保險保險對象之配偶及子女，領有居留證明文件。</p>	<p>應參加本保險，另參考前條以三年為投保資格等待期間，是類人員於參加本保險前，需持續參加全民健康保險滿三年，始得參加本保險。</p> <p>二、依入出國及移民法第二十五條規定，外國人在我國合法連續居留五年，每年居住超過一百八十三日，或居住臺灣地區設有戶籍國民，其外國籍之配偶、子女在我國合法居留十年以上，其中有五年每年居留超過一百八十三日，並符合特定要件者，即可申請永久居留。基於社會連帶責任，該類已長期居留臺灣地區，領有外僑永久居留證者，應納為本保險之保險對象。至於因工作領有居留證明文件者，考量其於失能後因居留原因消失必須出境，基於權利義務對等原則，未將其列為參加本保險之對象，以避免其繳交保險費卻無法接受保險給付之不合理現象。另領有長期居留證明文件者，嗣經許可在臺定居，並設有戶籍，符合第八條第二項之資格者，即可成為本保險之保險對象，併予敘明。</p> <p>三、鑑於非本國籍配偶與其子女，因與本保險之保險對象具有婚姻或血緣關係，依法得申請依親、長期居留或定居於臺灣，與我國社會產生緊密連結之互動，基於社會連帶原則，亦應為本保險之保險對象。又保險對象之配偶，於參加本保險後婚姻關係消滅，依規定得繼續於臺灣地區居留者，應保障其繼續參加本保險權利。</p>
<p>第十條 被保險人區分為下列六類：</p> <p>一、第一類：</p> <p>(一) 政府機關(構)、行政法人、公私立學校之專任有給人員或公職人員</p> <p>(二) 公、民營事業機構之受僱者。</p>	<p>一、第一項參照全民健康保險法之規定，定明被保險人區分為六類，至有關受刑人部分，考量監獄行刑法並無規範中央矯正機關須提供受刑人長照服務之職責，爰應由該類被保險人</p>


<p>(三) 前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。</p> <p>(四) 雇主或自營業主。</p> <p>(五) 專門職業及技術人員自行執業者</p> <p>二、第二類：</p> <p>(一) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。</p> <p>(二) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。</p> <p>三、第三類：</p> <p>(一) 農會及水利會會員或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。</p> <p>(二) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。</p> <p>四、第四類：</p> <p>(一) 應服役期與應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。</p> <p>(二) 服替代役期間之役齡男子。</p> <p>五、第五類：社會救助法所定之低收入戶成員。</p> <p>六、第六類：</p> <p>(一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。</p> <p>(二) 前五款與前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。</p> <p>前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者其資格認定標準及相關審查事宜準用依全民健康保險法第十條第二項所定辦法之規定。</p>	<p>另以適當身分加保，併予敘明。</p> <p>二、第二項定明實際從事農業及漁業工作者，其資格認定標準及相關審查事宜，準用全民健康保險法之相關規定。</p>
<p>第十一條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。但僱用勞工合力從事海洋漁撈工作</p>	<p>一、為避免各類被保險人取巧以較低保險費之保險身分投保，爰於第一項定明各類被保險人投保順位。</p> <p>二、為避免具有被保險人資格者，以眷屬身分投保，規避其繳納保險費之責，</p>


<p>之漁會甲類會員，其僱用人數十人以下，且其仍實際從事海洋漁撈工作者，得以第三類被保險人身分參加本保險。</p> <p>具有被保險人資格者，不得以眷屬身分投保。</p>	<p>爰於第二項定明。</p> 
<p>第十二條 符合第三條第二款規定之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。但有遭受家庭暴力等難以隨同被保險人辦理投保及退保之情形，經主管機關認定者，不在此限。</p>	<p>本保險之一般保險費係以被保險人為繳納對象，為求行政作業之一致，爰定明眷屬應隨同被保險人辦理投保與退保，及其例外情形。</p>
<p>第十三條 有下列情形之一者非屬本保險之保險對象；已參加者，應予退保：</p> <p>一、失蹤滿六個月。</p> <p>二、不具第八條或第九條所定資格。</p>	<p>定明不得參加本保險及應予退保之情形。</p>
<p>第十四條 保險效力之開始自合於第八條及第九條所定資格之日起算。</p> <p>保險效力之終止自發生前條所定情事之日起算。</p>	<p>定明本保險保險效力之開始及終止日。</p>

<p>第十五條 各類被保險人之投保單位如下：</p> <p>一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關(構)、行政法人、學校、事業機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位由國防部指定。</p> <p>二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。</p> <p>三、第四類被保險人：</p> <p>(一) 第十條第一項第四款第一目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。</p> <p>(二) 第十條第一項第四款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。</p> <p>四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉(鎮、市、區)公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人得以該機構為投保</p>	<p>一、第一項定明各類被保險人之投保單位。</p> <p>二、第二項定明第六類保險對象得依附共同生活之其他類被保險人投保，及其一般保險費之計算方式。</p> <p>三、第三項定明第四類投保單位應指定專責單位或專人辦理本保險事宜。</p> <p>四、第四項定明第六類保險對象於職訓機構或考試訓練機關受訓時之投保單位。</p> <p>五、為使保險對象不中斷本保險之保障，於第五項定明投保單位欠繳一般保險費達一定期間而另有投保單位可投保時，得洽之為其投保。</p> <p>六、第六項定明投保單位為保險對象辦理投保及退保之期限。</p>
--	---


<p>單位。</p> <p>第十條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其一般保險費，應依第二十二條規定分別計算。</p> <p>第一項第四款規定之投保單位，應指定專責單位或置專人，辦理本保險有關事項。</p> <p>於政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構(關)為投保單位。</p> <p>投保單位欠繳一般保險費二個月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。</p> <p>投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內向保險人辦理退保。</p>	
<p>第三章 保險財務</p>	<p>章名</p>
<p>第十六條 本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。</p>	<p>一、定明政府、投保單位及保險對象三方分擔保險經費之原則。</p> <p>二、依第三條及第四條規定，保險經費係指保險給付支出及應提列或增列之安全準備，須由保險費收入(含一般保險費、補充保險費及政府應負擔保險總經費法定下限百分之三十六之差額)及其他法定收入支應，故保險經費扣除其他法定收入後之保險費收入，應由政府、投保單位及保險對象三方分擔。</p>
<p>第十七條 第一類至第三類被保險人及其眷屬之一般保險費依被保險人之投保金額及一般保險費費率計算之。</p> <p>前項眷屬之一般保險費由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。</p>	<p>一、第一項定明本保險第一類至第三類保險對象之一般保險費計算方式。</p> <p>二、參考全民健康保險法之規定，第二項定明第一類至第三類被保險人繳交其眷屬一般保險費人數之上限。</p>
<p>第十八條 前條被保險人及其每一眷屬之一般保險費費率於本保險開辦第一年至</p>	<p>一、第一項定明一般保險費之費率。</p> <p>二、為使本保險財務穩健，爰參考日本、</p>

<p>第三年，以百分之一點一九計繳一般保險費。第四年起，依第二項、第十九條及第二十條規定辦理。</p> <p>本保險之一般保險費費率，保險人應至少每三年精算一次，每次精算二十五年。</p>	<p>德國之長照費率調整週期，本保險之財務調整週期為三年，而配合每三年之財務調整週期，本保險應定期精算費率；另考量影響保險財務之變數，為充分掌握本保險長期財務狀況，爰第二項定明費率每次精算期間為二十五年，以作為財務預測之用。</p> <p>三、保險人於精算費率時，應將補充保險費收入納入計算，併予敘明。</p>
<p>第十九條 保險人應每三年依費率調整公式，計算一般保險費費率，其有調整必要者，應將計算結果報主管機關公告之。但有下列情形之一保險人應即將財務平衡方案，提請長保會審議後，報由主管機關核定公告：</p> <p>一、前條第二項之精算費率，其前十年之平均值與現行費率相差幅度逾百分之十。</p> <p>二、自本保險開辦第六年起，每年年底之安全準備總額未達三個月之給付總額。</p> <p>三、為調整本保險給付及支付標準，致預期之給付費用總額，將較最近一年已實現之給付費用總額增減逾百分之十。</p>	<p>一、為穩定本保險之費率，及避免不當因素干擾致費率調整不易，爰定明每三年依費率調整公式，重新計算及調整一般保險費之費率，惟倘發生一定情形，保險人應即將財務平衡方案提請長保會審議。</p> <p>二、為因應人口快速老化，爰於第二款定明安全準備未達下限時之相關調整措施。</p>
<p>第二十條 前條之費率調整公式由保險人擬訂，報主管機關核定公告。</p> <p>前項費率調整公式之擬訂，應納入下列項目：</p> <p>一、人口老化指數及需照顧對象人數比率。</p> <p>二、薪資指數及物價指數。</p> <p>三、本保險財務累計餘絀。</p> <p>四、其他影響本保險費用之有關項目。</p>	<p>定明費率調整公式之訂定程序及應包含之項目。</p>
<p>第二十一條 第一類至第三類被保險人及其眷屬之投保金額分別比照全民健康保險第一類至第三類被保險人之投保金額</p>	<p>為增進保險費收繳之行政效率，爰定明第一類至第三類被保險人及其眷屬之投保金額，與全民健康保險一致。</p>
<p>第二十二條 第四類至第六類保險對象之</p>	<p>一、第一項定明第四類至第六類保險</p>

<p>一般保險費以依第十七條規定精算結果之每人平均一般保險費計算之。</p> <p>第六類被保險人眷屬之一般保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。</p>	<p>象之一般保險費計算方式。</p> <p>二、第二項定明第六類被保險人眷屬計費人數上限。</p> 
<p>第二十三條 第十七條及前條規定之一般保險費負擔，依下列規定計算之：</p> <p>一、第一類被保險人：</p> <p>(一) 第十條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十，但私立學校教職員之保險費由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，其餘百分之三十五，由中央政府補助。</p> <p>(二) 第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之四十，其餘百分之三十，由中央政府補助。</p> <p>(三) 第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。</p> <p>二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，由中央政府補助。</p> <p>三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，由中央政府補助。</p> <p>四、第四類被保險人：</p> <p>(一) 第十條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。</p> <p>(二) 第十條第一項第四款第二目被保險人，由中央役政主管機關全額補助。</p> <p>五、第五類被保險人，由主管機關全額補助。</p> <p>六、第十條第一項第六款第一目之被保</p>	<p>一、參照全民健康保險法之規定，定明被保險人、投保單位及政府負擔一般保險費之比率。</p> <p>二、本保險目前規劃比照全民健康保險，採由被保險人、雇主、政府三方共同分擔保險費之模式，其主要考量為本保險屬社會保險，由全體社會共同承擔長期照顧之風險，實因任何人都有長照失能之風險，此外，若勞工之家人失能，勞工亦無法安心工作，將直接影響勞動生產力。</p> <p>三、參考相關實施長照保險之國家，如德國、荷蘭、韓國及日本等國之經驗，由雇主承擔一定之保險費責任，其中德國雇主負擔比率達百分之五十，為期本保險財務穩健，參考上述國家之經驗，定明雇主應分擔之比率。</p>

<p>險人所應付之保險費，由國軍退除役官兵輔導委員會全額補助；眷屬之保險費自付百分之三十，國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七、第十條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>	
<p>第二十四條 第一類第一日至第三日被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數比照全民健康保險第一類第一日至第三日被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。</p>	<p>定明第一類受僱者所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。</p>
<p>第二十五條 本保險之一般保險費繳納規定如下：</p> <p>一、第一類被保險人應自付之保險費由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。</p> <p>二、第二類第三類及第六類被保險人應自付之保險費按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。</p> <p>三、第五類被保險人之保險費由應補助保險費之主管機關於每月底前撥付保險人。</p> <p>四、第一類至第四類及第六類保險對象之保險費，應由各機關補助部分，於每月底前撥付保險人，於年底時結算。</p> <p>前項保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。</p>	<p>一、第一項參照全民健康保險法之規定，定明各類被保險人、投保單位及有關政府機關應繳交或補助一般保險費之繳納方式及期限。</p> <p>二、第二項定明本保險一般保險費繳納計算之原則。</p>
<p>第二十六條 本保險之補充保險費費率，於本法施行第一年至第三年以百分之零點四八計算；自第四年起，應依本保險一般保險費費率之成長率調整其調整後之比率，由主管機關公告。</p>	<p>本保險與全民健康保險同屬社會保險，保險費之計收，以量能負擔為原則，依財政部統計，國民所得較高者，所得少部分來自薪資，若僅以經常性薪資計收保險費，絕大部分所得未計繳保險費，對以薪資所</p>

	<p>得為主要收入者有失公平；而補充保險費之收取，除費基可由綜合所得之六成擴大至九成以上，亦大幅提升保險費負擔之公平性，爰本保險宜參照全民健康保險收取補充保險費，乃定明本保險補充保險費之費率及調整方式。</p>
<p>第二十七條 有關補充保險費之計收方式、免扣取補充保險費之情形及其他應遵行事項等相關規定，除本法另有規定外，準用全民健康保險法及其相關規定辦理。</p>	<p>定明本保險補充保險費之計收等事項，準用全民健康保險法及其相關規定。</p>
<p>第二十八條 本保險之保險費，應隨同全民健康保險保險費收繳。</p>	<p>本保險與全民健康保險之保險人相同，為節省行政成本，定明本保險保險費之收繳方式。又二者保險費雖隨同收繳，惟其財務之處理係分別且獨立，併予敘明。</p>
<p>第二十九條 投保單位保險對象或扣費義務人未依本法所定繳納期限繳納保險費時，得寬限十五日；屆寬限期仍未繳納者自寬限期限屆至翌日起至完納前一日止每逾一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金，其上限如下：</p> <p>一、於投保單位、扣費義務人為其應納費額之百分之十五。</p> <p>二、於保險對象為其應納費額之百分之五。</p> <p>前項滯納金於主管機關公告之一定金額以下時，免予加徵。</p> <p>第一項之保險費及滯納金於投保單位、扣費義務人應繳納之日起，逾三十日未繳納時，保險人得將其移送行政執行；於保險對象逾一百五十日未繳納時，亦同。</p>	<p>一、第一項定明逾期繳交保險費之寬限期及滯納金計算方式。</p> <p>二、為減少課徵小額滯納金之行政作業及費用，於第二項定明公告一定金額以下之滯納金得免予加徵。</p> <p>三、為使投保單位及被保險人早日繳清欠費，爰於第三項定明保險人對欠費者得依法移送行政執行之依據。</p>
<p>第三十條 有經濟上之困難未能一次繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，得向保險人申請分期繳納或依第七十八條規定申請貸款或補助保險人並應主動協助之必要時應會同社政單位或委託民間相關專業團體，尋求社會資源協助。</p> <p>前項申請之條件、審核程序、分期繳</p>	<p>一、為協助經濟困難之保險對象繳納保險費等相關費用，爰於第一項定明得申請分期繳納、貸款或補助及保險人給予相關協助之規定。</p> <p>二、第二項定明分期繳納相關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>

<p>納期限及其他應遵行事項之辦法由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	
<p>第三十一條 保險人於投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金前經查證及輔導後得對有能力繳納拒不繳納之保險對象，暫行停止保險給付。但被保險人應繳部分之保險費，已由投保單位扣繳、已繳納於投保單位經依前條規定經保險人核定其得分期繳納或保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護時，不在此限。</p> <p>前項暫行停止保險給付期間內之保險費，仍應予計收。</p>	<p>一、為符合保險對價原則，爰於第一項定明得暫行停止保險給付之情形及其例外規定。</p> <p>二、本保險為強制性保險，為使保險財務穩固及避免巧取，爰於第二項定明暫行停止保險給付期間內之保險費仍應計收。</p>
<p>第三十二條 投保單位或扣費義務人積欠保險費或滯納金無財產可供執行或其財產不足清償時其負責人或主持人應負清償責任。</p>	<p>為確保本保險財務基礎穩固，定明負責人或主持人應負清償責任之情形。</p>
<p>第三十三條 本保險之保險費、滯納金，優先於普通債權。</p>	<p>為健全本保險財務，並避免繳納保險費義務人之其他債權人參與分配而無法獲致清償之情形，爰參考全民健康保險法第三十九條規定，規範保險費及滯納金優先普通債權受清償。</p>
<p>第四章 保險給付及支付</p>	<p>章名</p>
<p>第三十四條 保險人評估保險對象有長照需要時，應依其照顧計畫(包括長照需要等級)，提供下列保險給付：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、身體照顧服務。</li> <li>二、日常生活照顧及家事服務。</li> <li>三、安全看視服務。</li> <li>四、護理服務。</li> <li>五、自我照顧能力或復健訓練服務。</li> <li>六、輔具服務。</li> <li>七、居家無障礙空間規劃或修繕服務。</li> <li>八、交通接送服務。</li> <li>九、喘息服務。</li> <li>十、照顧訓練服務。</li> <li>十一、照顧諮詢服務。</li> <li>十二、關懷訪視服務。</li> <li>十三、照顧者現金給付。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、為使有長照需要之保險對象依其失能狀況接受長照服務，爰於第一項定明保險人應評估及依核定之照顧計畫提供保險給付。</li> <li>二、本保險之給付，基於量入為出、收支平衡之原則，並避免與全民健康保險給付重複，提供保險對象基本之長照服務，爰此，經與長期照顧服務法第十條至第十三條列舉之項目相較，本保險不給付餐飲、住宿及醫療等相關服務，至於該法所定「預防引發其他失能或加重失能之服務」則已涵蓋在第一項第五款「自我照顧能力或復健訓練服務」中，併予敘明。</li> <li>三、各項保險給付內容如下： <ol style="list-style-type: none"> <li>(一)第一款身體照顧服務，係指為維持</li> </ol> </li> </ol>

十四、其他經主管機關公告之服務。

前項第一款至第十二款之給付得依保險對象之需要，以居家式、社區式或機構住宿式等方式提供服務。

保險對象經保險人核定長照需要為重度者或有特殊需要者得申請機構住宿式之服務。

第一項及第二項所定保險給付，得分階段實施；其實施時程，由主管機關公告。

保險對象日常生活功能之服務，例如協助如廁、沐浴或翻身拍背。

(二) 第二款日常生活照顧及家事服務，係指為配合提供身體照顧所衍生之非直接接觸保險對象之服務，例如備餐服務、陪同就醫或生活起居空間之環境清潔等。

(三) 第三款安全看視服務，係指對認知障礙者或情緒及問題行為者，預防有危及其人身或他人安全及意外事件之相關服務。

(四) 第四款護理服務，係指提供身體評估、照護指導與諮詢等服務。

(五) 第五款自我照顧能力或復健訓練服務，係指提供保險對象維護日常生活所需之自我照顧能力訓練、主動與被動之活動或體能運動、復健指導等，以維持或提升其獨立自主能力，或減緩失能之程度或速度。

(六) 第六款輔具服務，係指提供輔具與其清潔或消毒、使用訓練、維修校正之服務，以維持保險對象日常生活，或降低家庭照顧者負荷及確保照顧安全。又輔具之提供以租賃方式為之，惟個人衛生、清潔消毒不易或給付額度於一定金額以下之輔具則採一次性購買。

(七) 第七款居家無障礙空間規劃或修繕服務，係指對保險對象於家宅內，協助規劃或改善其生活動線，依需要配合做家宅內局部硬體設施之修繕，使保險對象具有較友善之生活空間。

(八) 第八款交通接送服務，係指有行動障礙之保險對象，需就醫或至醫事服務機構復健，每月提供一定次數之復康巴士或其他交通工具之接送。



(九) 第九款喘息服務，係指為使家庭照顧者於持續照顧中獲得暫時休息所提供之服務。

(十) 第十款照顧訓練服務，主要係提供請領照顧者現金給付之家庭照顧者教育訓練。

(十一) 第十一款照顧諮詢服務，係由保險人透過電話或於現場提供保險對象及其家屬有關照顧技巧、情緒支持或服務資源等諮詢服務。

(十二) 第十二款關懷訪視服務，係指保險人至保險對象居住之場所，進行照顧指導、情緒支持及服務品質訪查。

(十三) 第十三款照顧者現金給付，係指保險對象符合第三十七條規定時得請領之給付，以利保險對象更有彈性規劃其照顧模式，並對於家人自行照顧者提供經濟性支持。

(十四) 第十四款為主管機關對於未來具有服務成本效益或具有普遍性之新型服務，得依本條規定公告納入本保險給付範圍。

四、為使本保險之給付條件更具體明確，爰依第三十九條所定之給付及支付標準辦理。

五、第二項定明本保險服務提供方式

六、為使長照資源利用具合理性，爰於第三項定明機構住宿式服務之給付條件。

七、考量本保險開辦初期，得以漸進方式導入。以輔具服務為例，規劃中之輔具服務以租賃方式提供為主，惟目前輔具租賃模式尚未成熟及具規模；另於自我照顧能力或復健訓練服務，目前已有以居家方式提供者，而社區式

	<p>照顧則尚屬於發展中之服務。因此，未來本保險開辦初期，得視服務提供者整備之情形，採取漸進方式納入給付，爰於第四項定明保險給付之分階段實施。</p>
<p>第三十五條 前條第一項給付不包括下列費用或服務：</p> <p>一、膳食費。</p> <p>二、住宿費。</p> <p>三、證明文件費。</p> <p>四、因同一目的已由全民健康保險取得之給付或依其他法令已由各級政府負擔之費用或服務。</p> <p>五、其他經主管機關公告者。</p>	<p>一、定明本保險不給付範圍。</p> <p>二、第三款所定證明文件係指保險對象為取得本保險給付，應保險人要求提供之證明或醫囑，或為證明保險對象有接受長照服務（包含本保險給付及自費獲取之服務）之相關文件。</p> <p>三、為避免保險對象基於同一目的重複請領保險給付或費用，浪費社會資源，爰於第四款定明不得重複請領給付之情事。</p>
<p>第三十六條 本保險之輔具服務給付，以維持長照需要者日常生活，或用於降低照顧者負荷及確保照顧安全為限。</p>	<p>定明本保險輔具服務給付之限制。</p>
<p>第三十七條 第三十四條第一項第一款至第三款之保險給付經保險人同意由保險對象之家屬於家宅提供者得部分或全部變更為照顧者現金給付。</p> <p>請領照顧者現金給付之保險對象應自家屬中擇定一人為主要照顧者並取得其書面同意。</p> <p>前項主要照顧者應經保險人評定具有基本照顧能力並需接受保險人指定之照顧訓練及服務品質督導。</p> <p>提供照顧之家屬無法適當照顧時，保險人得停止提供照顧者現金給付，變更為第三十四條第一項第一款至第三款之保險給付。</p> <p>保險對象自前項給付變更六個月後，始得再次請領照顧者現金給付。</p>	<p>一、本保險各項保險給付係以實物給付為主，照顧者現金給付為輔，因實物給付較能確保長照需要者獲得有品質之服務，考量華人家庭照顧傳統及符合照顧者團體之期待，乃仿照多數 OECD 國家，規劃照顧者現金給付，以尊重失能者及其家屬服務之選擇權。</p> <p>二、為使本保險給付更具彈性，並符合保險對象之需要，爰於第一項定明身體照顧服務、日常生活照顧及家事服務或安全看視服務給付，得變更為照顧者現金給付之情形。</p> <p>三、為確保照顧者現金給付之請領具備家屬照顧之情形，爰於第二項定明請領照顧者現金給付之條件。</p> <p>四、為確保家屬照顧之品質，爰於第三項定明主要照顧者應具有之能力及應盡之義務。</p> <p>五、為避免保險對象無法獲得適當照顧，如家屬無提供照顧之情形或經保</p>

	<p>險人評估無法維持適當照顧品質時，爰於第四項定明保險人得停止照顧者現金給付並變更為實物給付之情形。</p> <p>六、第五項定明再次請領照顧者現金給付之期限。</p>
<p>第三十八條 保險服務機構提供服務之費用，得以論時、論次、論日、論案例及論人等支付方式為之；在長照資源缺乏地區並得以保險服務機構預算制方式支付之。</p> <p>保險服務機構提供之服務符合保險人所定之優良品質基準時保險人得予以獎勵。</p>	<p>一、考量照顧服務多元之性質，於第一項定明保險人得以多元方式計給費用。</p> <p>二、第二項定明保險人得獎勵保險服務機構之情形。</p>
<p>第三十九條 本保險之長照需要等級、給付方式與內容、給付條件、支付項目、支付條件支付價格與其他相關事項之給付及支付標準，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>定明本保險給付及支付相關事項，授權由保險人擬訂標準，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第四十條 保險對象經保險人同意後接受下列服務者，應自付其差額：</p> <p>一、不符合第三十四條第三項規定，至長照機構接受機構住宿式服務。</p> <p>二、選用屬於同類別之輔具服務。</p>	<p>基於長照資源合理利用之原則，有關機構住宿式服務係針對重度失能者始提供，惟考量非重度者或有個人、家庭等因素，有使用機構住宿式服務之需要，爰定明保險對象得自付差額使用該類服務。另本保險係給付維持保險對象基本生活照顧之輔具，惟考量輔具產品日新月異，為使保險對象能有更多選擇，爰定明可自付差額選用同類別較高等級之輔具。</p>
<p>第四十一條 保險對象應自行負擔保險給付費用百分之十五。前項應自行負擔之費用，於長照資源缺乏地區，得予減免；長照資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。</p> <p>第一項應自行負擔之費用，得以定額方式收取，由主管機關每年公告其金額，並得訂定全年應自行負擔費用之上限。</p>	<p>一、基於使用者付費之原則，保險對象應自行負擔部分費用。依目前長照十年計畫，一般民眾應自行負擔百分之三十之費用，惟考量本保險保險對象尚須繳交保險費，爰定明應自行負擔費用為本保險給付費用百分之十五。</p> <p>二、鑑於長照資源缺乏地區選擇服務之機會較少，為符合保險對價關係，爰於第二項定明於該地區接受服務者，得減免應自行負擔費用，並授權</p>

	<p>主管機關訂定長照資源缺乏地區之條件。</p> <p>三、為提升收繳應自行負擔費用之作業效率與減少保險對象之經濟壓力，爰於第三項定明得以定額方式收取及訂定全年應自行負擔費用之上限。</p>
<p>第四十二條 保險對象有下列情形之一者，免依前條第一項規定，自行負擔費用：</p> <p>一、保險對象受領第三十四條第一項第十款至第十二款之給付。</p> <p>二、山地離島地區之保險對象於該地區接受服務。</p>	<p>一、本保險之照顧訓練服務、照顧諮詢服務及關懷訪視服務係為提高整體照顧品質之給付，為鼓勵保險對象及其家屬使用上述服務，爰於第一款定明為免自行負擔之項目。</p> <p>二、山地離島地區之保險對象，因選擇服務之機會較少及交通機會成本較高，爰於第二款定明於該地區接受服務者，免除其應自行負擔之費用。</p>
<p>第四十三條 符合社會救助法規定之低收入戶成員，其應自行負擔之費用，由主管機關編列預算支應。</p>	<p>為保障低收入戶接受長照服務之權益，爰定明由主管機關編列預算支應低收入戶應自行負擔之費用。</p>
<p>第四十四條 保險對象應自行負擔之費用，應向保險服務機構繳納；領取照顧者現金給付者，其應自行負擔之費用，由保險人逕自照顧者現金給付中扣除。</p> <p>保險服務機構對保險對象未依前項規定繳納之費用，催繳後仍未繳納時，得通知保險人。</p> <p>保險人於必要時，經查證及輔導後，得對有能力繳納應自行負擔費用拒不繳納之保險對象，暫行停止保險給付。但保險對象於依家庭暴力防治法之規定受保護時，不適用之。</p>	<p>一、第一項定明保險對象應自行負擔費用之收繳方式。</p> <p>二、為協助保險服務機構執行收取及催繳第一項規定保險對象應繳納之費用，爰於第二項及第三項定明保險對象未依規定繳納，保險服務機構及保險人因應之處理方式。</p>
<p>第四十五條 保險對象依第十三條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；保險人應退還其溢繳之保險費。已受領保險給付者應返還保險人所支付之費用。</p>	<p>基於保險對價關係，爰定明退保後相關事項之處理。</p>

<p>第四十六條 已繳清應付之保險費應自行負擔費用或配合接受保險人複評之保險對象，於依第三十一條第一項、第四十四</p>	<p>一、基於保險對價關係，於第一項至第三項定明保險對象得申請核退自墊費用之情形與申請期限，以及保險人應</p>
<p>條第三項或第四十九條第二項規定受暫行停止保險給付期間接受原核定照顧計畫自墊之費用，得向保險人申請核退；因不可歸責於保險對象之事由於保險服務機構接受原核定照顧計畫自墊之費用亦同。</p> <p>前項申請，應自繳清相關費用或自墊費用之日起六個月內為之。</p> <p>保險人受理第一項申請核退之案件，應依第三十九條所定給付及支付標準、應自行負擔費用等有關規定辦理，並於三個月內完成核定但不可歸責於保險人時，不在此限。</p> <p>保險對象申請核退自墊長照費用應檢具之證明文件核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>辦理事項。</p> <p>二、第四項定明保險對象申請核退自墊長照費用應檢具證明文件等相關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第四十七條 保險對象受領給付及核退自墊費用之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。但照顧者現金給付得讓與主要照顧者，並由其受領。</p> <p>保險對象受領前項核退自墊費用時，如同時積欠本保險保險費及滯納金，保險人得於保險費及滯納金債權範圍內，行使抵銷權。</p>	<p>一、為保障保險對象接受長照服務之權益，爰於第一項定明其受領給付及核退自墊費用之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。惟基於主要照顧者具有提供照顧之事實，爰規定受領照顧者現金給付之權利得讓與主要照顧者。</p> <p>二、為確保本保險財務穩健，爰於第二項定明保險人得行使抵銷權之情形。</p>
<p>第五章 保險給付之申請及核定</p>	<p>章名</p>

<p>第四十八條 保險對象應填具申請書並檢附相關資料，向保險人申請保險給付。</p> <p>保險人受理前項申請後，應對保險對象進行長照需要評估，並於三十個工作日內，對於符合保險給付者，核復照顧計畫；對於不符合保險給付者，回復其不符合之理由。但保險對象無故拒絕配合評估時，核復期間不受三十個工作日之限制。</p> <p>保險人於照顧計畫核定後對於符合保險給付之保險對象提供給付。保險人</p>	<p>一、第一項參照現行社會保險之相關法例，規定保險對象請領保險給付時應填具申請書及檢附相關資料。</p> <p>二、第二項定明保險人受理申請保險給付之核復期限及其例外情形。</p> <p>三、為協助保險對象依據核定之照顧計畫順利取得長照服務，爰於第三項定明保險人應視保險對象之需要，協助連結服務資源。</p> <p>四、第四項定明緊急申請案件，保險人優先辦理之原則。</p>
---	--

<p>應視保險對象之需要，協助連結服務資源。</p> <p>第二項申請案件，屬緊急情況者，保險人應優先評估及核復其照顧計畫。</p> <p>第二項所定完成照顧計畫核復之期間，於本法施行日起二年內，得延長為六十日。</p>	<p>五、考量本保險實施初期，保險人無法負荷龐大之保險給付評估案量，爰於第五項定明得延長照顧計畫之核復期間。</p> <p>六、另有關保險給付申請、長照需要評估、照顧計畫訂定及服務資源連結等事項，依第五十條第二項授權訂定之辦法據以執行，併予敘明。</p>
--	---

<p>第四十九條 保險對象因身心功能變化或其他因素致長照需要變更時，得向保險人申請複評或修正照顧計畫。</p> <p>保險人對於符合保險給付之保險對象應進行複評，確認其失能狀況或長照需要是否變更，且提供關懷訪視，追蹤其接受照顧之情形，並視保險對象及其照顧者之需要，提供照顧諮詢或指導。保險對象無故拒絕配合複評時，保險人得暫行停止保險給付。</p> <p>保險人得依前二項複評結果重新訂定照顧計畫且於受理第一項之申請書或依前項進行複評之日起三十個工作日內核復保險對象並依核定之照顧計畫提供給付。但保險對象無故拒絕配合複評時，核復期間不受三十個工作日之限制。</p>	<p>一、第一項定明保險對象提出複評或修正照顧計畫之情形。</p> <p>二、為追蹤保險對象接受照顧之情形，並確認其失能狀況及長照需要是否改變，避免本保險資源之浪費，爰於第二項定明保險人應進行複評、關懷訪視、提供照顧諮詢或指導等作業，以及拒絕配合複評時之處理。</p> <p>三、第三項定明複評或修正照顧計畫相關作業及核復期限。</p>
---	--

<p>第五十條 保險人訂定照顧計畫應符合有效、經濟及優先於社區或家宅提供給付之原則，並得考量保險對象之意願。</p> <p>前二條保險給付申請、長照需要評估、複評作業、照顧計畫之訂定及服務資源連結等有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>一、第一項定明照顧計畫訂定時應遵循之原則。</p> <p>二、第二項定明保險給付申請、長照需要評估、複評作業、照顧計畫訂定及服務資源連結等有關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第五十一條 保險對象對保險人核復之照顧計畫有異議時，得於保險人核復通知送達之次日起三十日內，檢附相關資料並敘明理由，向保險人申請複核；複核之申請，以一次為限。</p> <p>保險人應於收受申請複核文件之日起三十個工作日內核復。</p>	<p>一、第一項定明保險對象對保險人核復之照顧計畫有異議時之處理方式，另為避免重複浪費保險人之行政資源，限制申請複核之次數。</p> <p>二、第二項定明保險人核復複核申請案件之期限。</p> <p>三、第三項定明保險對象對保險人核復</p>


<p>保險對象對保險人前項之核復有異議時，得申請爭議審議。</p>	<p>結果仍有異議時之救濟程序。</p>
<p>第五十二條 保險人得製發具電子資料處理功能之保險憑證並得合併全民健康保險保險憑證，以存取、傳送保險對象資料。</p> <p>前項保險憑證得具備電子支付功能，作為保險對象支付應自行負擔之費用及其他自付費用之用。</p> <p>保險憑證之換發及補發，保險人得酌收工本費；其製發、換發、補發、得存取及傳送之資料內容與其運用使用管理及其他有關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>一、為利保險對象查詢照顧計畫及給付服務使用情形，並供保險服務機構核對保險對象身分，爰於第一項定明得製發與全民健康保險保險憑證合一之保險憑證。</p> <p>二、為使保險憑證具支付功能，俾利保險對象利用其支付相關費用，爰於第二項定明保險憑證得具備電子支付功能。</p> <p>三、第三項定明保險憑證製發等有關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第六章 保險服務機構</p>	<p>章名</p>


<p>第五十三條 提供第三十四條第一項各款之一服務之機構，得向保險人申請同意特約為保險服務機構。</p> <p>保險人受理前項申請後，應依服務普及性及品質優良原則擇定為保險服務機構。</p> <p>保險服務機構申請特約之資格、程序、審查基準、不予特約之條件、違約之處理及其他相關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p> <p>第二項保險服務機構，以位於臺灣、澎湖、金門、馬祖者為限。</p>	<p>一、第一項定明具提供本保險相關服務之服務機構，得向保險人申請同意特約為保險服務機構。</p> <p>二、第二項定明保險人擇定保險服務機構之原則。另為利本保險開辦後資源得以普及，爰按不同區域之照顧需求，視其人口、地理位置、文化特性及服務資源等因素，訂定適當特約條件，以期因地制宜，併予敘明。</p> <p>三、第三項定明保險服務機構特約資格等相關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p> <p>四、第四項定明本保險服務機構所在位置之限制。</p>
<p>第五十四條 保險服務機構應於保險對象受領給付時，查核其保險憑證；未經查核者，保險人得不予支付費用；已領取費用者，保險人應予追還。但不可歸責於保險服務機構者，不在此限。</p>	<p>基於保險對價關係，為避免保險服務機構提供未具保險給付資格者長照服務，爰定明保險服務機構提供給付服務時應盡之責。</p>
<p>第五十五條 保險服務機構應依保險人核定之照顧計畫及依第三十九條所定給付</p>	<p>一、第一項定明保險服務機構應依照照顧計畫與第三十九條規定提供服務及</p>

<p>及支付標準提供服務並向保險人申報服務費用。</p> <p>前項費用之申報，保險服務機構應自服務提供之次月一日起六個月內為之；屆期未申報者，不予支付。但有不可抗力因素時得於事實消滅後六個月內為之。</p> <p>保險人對於保險服務機構提供之服務及品質，應辦理審查，並據以核付費用。</p> <p>前項審查，得採實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。</p> <p>服務費用申報、審查、核付程序與時程及其他相關事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>其申報費用之對象。</p> <p>二、依司法院釋字第五三三號解釋，保險人與保險醫事服務機構間簽訂之合約具有行政契約性質，則保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權，應屬公法上之請求權。另依行政程序法第一百三十一條第一項規定，於請求權人為行政機關時，除法律另有規定外，因五年間不行使而消滅；於請求權人為人民時，除法律另有規定外，因十年間不行使而消滅。考量保險人於保險服務機構申報費用後，為及時訪視保險對象，以及有效確認保險服務機構提供服務之事實與品質，並利於本保險財務之結算，爰於第二項定明保險服務機構申報服務費用之期限。</p> <p>三、為確保保險服務機構依照顧計畫提供服務及其服務之品質，爰於第三項定明保險人查核之義務並將審查結果納為核付服務費用之依據，另相關審查方式於第四項定明。</p> <p>四、第五項定明服務費用申報、審查及核付等相關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第五十六條 保險服務機構提供之服務，非本保險給付項目或逾照顧計畫給付之額度者，應依收費項目及金額表，向保險對象收取費用，不得超額收費，並事先向保險人報備。</p> <p>前項收費項目及金額表，由保險服務機構訂定並不得超過保險人所定之上限。</p> <p>前項上限由保險人擬訂，報主管機關核定公告。</p>	<p>一、為避免保險服務機構提供本法規定以外服務收費之爭議，爰於第一項定明其收費之相關規定。</p> <p>二、第二項定明保險服務機構之收費項目及金額表，不得超過保險人所定之上限。</p> <p>三、為避免保險服務機構訂定之收費項目及金額超過保險人所定之上限，爰於第三項定明該上限之擬訂及核定公告之程序。</p>
<p>第五十七條 保險服務機構對本保險所提供之給付，除本法另有規定外，不得自</p>	<p>為保障保險對象權益，爰定明禁止保險服務機構自立名目收費。</p>

立名目向保險對象收取費用。	
<p>第五十八條 保險服務機構年度申報之給付費用逾主管機關所定之一定數額者應定期向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之本保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。</p> <p>前項一定數額、申報期間、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>一、為使本保險支付保險服務機構費用之情形透明公開，並避免一律提供恐增加各單位之行政成本，爰於第一項定明年度申報之給付費用超過一定數額者，應向保險人提報相關財務報告，保險人並應予以公開。</p> <p>二、第二項定明保險服務機構財務報告公開等相關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第五十九條 保險人及保險服務機構應定期公開與本保險有關之服務品質資訊。</p> <p>前項服務品質資訊之範圍、內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>一、為保障保險對象權益，使其得充分掌握保險服務機構提供服務品質之相關資訊，作為選擇適當保險服務機構之參考，爰於第一項定明服務品質資訊之公開。</p> <p>二、第二項定明服務品質資訊公開等相關事項，授權由保險人擬訂辦法，報主管機關核定發布，以符合法律授權明確性原則。</p>
第七章 安全準備及基金運用	章名
<p>第六十條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：</p> <p>一、本保險每年度收支之結餘。</p> <p>二、本保險之滯納金。</p> <p>三、本保險安全準備所運用之收益。</p> <p>四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。</p> <p>五、依其他法令規定之收入。</p> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p>	<p>一、第一項定明本保險安全準備之來源。</p> <p>二、第二項定明本保險安全準備之使用時機。</p>
<p>第六十一條 本保險之基金得以下列方式運用：</p> <p>一、公債、庫券及公司債之投資。</p> <p>二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。</p> <p>三、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>為使本保險有合理之收益，並避免投資風險過大之標的，致影響保險財務之穩定，爰定明本保險基金運用方式。</p>
第八章 相關資料及文件之蒐集、查閱	章名

<p>第六十二條 保險人為辦理本保險業務所需必要資料，得請求相關機關(構)提供；各該機關(構)不得拒絕。</p> <p>保險人對前項資料所為之蒐集、處理及利用，應盡善良管理人之注意義務，並應符合個人資料保護法之規定。</p>	<p>一、第一項定明各機關(構)對於保險人請求提供辦理本保險業務所需必要資料，不得拒絕。</p> <p>二、第二項定明保險人於蒐集、處理及利用本保險業務相關資料，應善盡之義務及應遵循之法律。</p>
<p>第六十三條 主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療與服務紀錄、服務費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險服務機構不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>前項相關資料之範圍調閱程序與訪查、查詢及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>一、第一項定明主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請各相關單位或個人提供相關資料，或對其為訪查等事項時，其不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>二、第二項定明提供第一項相關資料之範圍等事項，授權由主管機關訂定辦法，以符合法律授權明確性原則。</p>
<p>第九章 罰則</p>	<p>章名</p>
<p>第六十四條 保險對象或保險服務機構以虛偽之證明、報告、陳述或其他不正當行為受領給付或申報服務費用者按其受領之給付或服務費用處以二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險服務機構因此領取之服務費用，得在其申報應領費用內扣除。</p> <p>保險服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責人或行為人姓名及違法事實。</p>	<p>一、為防止保險對象或保險服務機構以虛偽之證明、報告、陳述或其他不正當行為受領保險給付或申報服務費用，爰於第一項定明違反者之處罰。</p> <p>二、第二項定明保險人對保險服務機構違反第一項規定情節重大者之處理。</p>
<p>第六十五條 保險服務機構違反第五十六條第一項或第五十七條有關收取費用之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。</p>	<p>為避免保險服務機構超額收費或自立名目向保險對象收取額外費用，損害保險對象之權益，爰定明違反相關收費規定之處罰及費用之退還。</p>
<p>第六十六條 保險服務機構違反第五十七條規定，或有第六十四條第一項規定行為者，保險人除依前二條規定處罰外，並得視情節輕重，限定其於一定期間內</p>	<p>定明保險服務機構自立名目收費，或以不正當行為等虛報費用之處罰及不予以特約之情形。</p>

<p>不予特約或永不特約。</p>	
<p>第六十七條 投保單位未依第十五條規定為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳一般保險費外，並按應繳納之一般保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。</p> <p>前項情形非可歸責於投保單位者不適用處罰之規定。</p> <p>投保單位未依第二十三條規定負擔所屬被保險人及其眷屬之一般保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該一般保險費予被保險人外，並按應負擔之一般保險費，處以二倍至四倍之罰鍰。</p>	<p>定明未依本法規定為所屬被保險人或其眷屬辦理投保或負擔一般保險費之處罰及例外規定。</p>
<p>第六十八條 有下列情形之一者除追繳短繳之保險費外並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：</p> <p>一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額短報。</p> <p>二、第二類及第三類被保險人，將其投保金額短報。</p>	<p>定明第一類投保單位與第二類及第三類被保險人短報投保金額之處罰。</p>
<p>第六十九條 扣費義務人未依規定扣繳保險對象應負擔之補充保險費者保險人得令其限期補繳外並按應扣繳之金額處一倍之罰鍰；未於限期內補繳者，處三倍之罰鍰。</p>	<p>一、定明扣費義務人未依規定扣繳補充保險費之處罰。</p> <p>二、參考所得稅法第一百四十四條規範扣費義務人違反扣繳義務之處罰，並考量扣費義務人之違章事實情形不一，不宜逕採劃一之處罰方式，爰保險人應按補繳期間不同，予以不同之罰度。</p>
<p>第七十條 保險服務機構有下列各款情形之一者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰：</p> <p>一、違反第五十六條第二項之規定，收費項目及金額超過保險人所定上限。</p> <p>二、違反第五十八條第一項之規定，未定期向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之本保險業務有關之財務報告。</p>	<p>一、第一項定明保險服務機構收費項目及金額超過保險人所定上限、未定期向保險人提報財務報告及未定期公開服務品質資訊之處罰。</p> <p>二、第二項定明保險對象、投保單位、扣費義務人或保險服務機構未依規定提供資料、接受主管機關或保險人訪查或查詢、或作虛偽之證明、陳述等之處罰。</p>

<p>三、違反第五十九條第一項之規定，未定期公開與本保險有關之服務品質資訊。</p> <p>保險對象、投保單位、扣費義務人或保險服務機構違反第六十三條第一項之規定，有下列情形之一者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰：</p> <p>一、規避、拒絕提供主管機關或保險人相關文件或資料。</p> <p>二、規避、妨礙、拒絕主管機關、保險人之訪查或查詢。</p> <p>三、對主管機關、保險人之訪查或查詢作虛偽之證明、報告或陳述。</p>	
<p>第七十一條 保險對象不依第八條或第九條規定參加本保險者處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰並追溯自合於投保條件之日起補辦投保於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>本保險屬強制性社會保險，定明保險對象不依本法規定辦理投保之處罰。</p>
<p>第七十二條 保險對象違反第十一條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。</p> <p>前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>一、第一項定明保險對象不依本法規定之投保類別辦理投保之處罰。</p> <p>二、第二項定明短繳保險費之追繳期限。</p>
<p>第七十三條 本法所定之罰則由保險人處罰之。</p>	<p>定明本法所定罰則之處罰機關，以利落實執行。</p>
<p>第十章 附則</p>	<p>章名</p>
<p>第七十四條 投保單位、保險對象、扣費義務人或保險服務機構積欠本保險相關費用，有隱匿或移轉財產、逃避執行之情事者，保險人得聲請法院就其財產實施假扣押，並得免提供擔保。</p>	<p>為有效追償積欠本保險之相關費用，定明保險人得對欠費者免提供擔保，聲請法院實施假扣押之依據。</p>
<p>第七十五條 本保險之財務收支由保險人以作業基金方式列入年度預算辦理；本保險與全民健康保險之財務收支獨立，專款專用。</p> <p>保險人為辦理本保險所需設備及週轉金等開辦費，由主管機關編列預算撥付。</p>	<p>一、為簡化行政作業，本保險無須另設置基金，以全民健康保險基金辦理，惟二者財務收支獨立，專款專用，爰為第一項規定。</p> <p>二、第二項定明保險人為辦理本保險，所需設備及週轉金等開辦費之預算編</p>

	<p>列機關為主管機關。</p> <p>三、未來保險人為籌辦本保險所需之人事及業務等經費，由政府編列預算支應。</p>
第七十六條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。	參照相關社會保險法例，定明本保險相關業務免課稅捐之規定。
第七十七條 第二十九條、第三十一條、第四十四條第三項及第七十一條有關滯納金、暫行停止給付或罰鍰之規定，於被保險人依第七十九條規定認定為經濟困難之期間內，不適用之。	為避免被保險人經濟負擔過重，爰定明其被認定為經濟困難期間，不適用滯納金、暫行停止給付或罰鍰之規定。
第七十八條 主管機關得編列預算設置基金供經濟困難無力繳納保險費之保險對象無息申貸或補助本保險保險費及應自行負擔費用。 前項申貸，除申貸人自願提前清償外，每月償還金額，不得高於開始申貸當時之個人保險費之二倍。 第一項基金之申貸及補助資格、貸款條件、償還期限與償還方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。	<p>一、為簡化行政作業，本保險無須另設置紓困基金，以全民健康保險紓困基金辦理，惟二者財務收支獨立，專款專用，供經濟困難之保險對象無息申貸本保險保險費及應自行負擔費用。</p> <p>二、為減輕申貸人每月還款之壓力，爰為第二項規定。</p> <p>三、第三項定明有關紓困基金之申貸、補助、償還等相關事項，授權由主管機關訂定辦法，以符合法律授權明確性原則。</p>
第七十九條 前二條所定經濟困難其認定準用全民健康保險經濟困難認定標準之規定。	定明經濟困難之認定，準用全民健康保險經濟困難認定標準之規定。
第八十條 本法施行細則，由主管機關定之。	定明本法施行細則之訂定依據。
第八十一條 本法施行日期，由行政院定之。	本法通過後，應預留適當時間，以進行各項籌備工作，包括：保險人進行組織及人力、設備之籌設、企業界及政府應籌措保險費補助預算、加強保險對象權利義務之宣導，以及保險服務機構之建置等，爰定明授權施行日期由行政院定之。

## 附錄 2：長期照顧服務法

中華民國一百零四年六月三日總統華總一義字第 10400064391 號令制定公布全文 66 條；並自公布後二年施行



### 第一章 總則

**第 1 條** 為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，特制定本法。

長期照顧服務之提供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。

**第 2 條** 本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

**第 3 條** 本法用詞，定義如下：

- 一、長期照顧（以下稱長照）：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。
- 二、身心失能者（以下稱失能者）：指身體或心智功能部分或全部喪失，致其日常生活需他人協助者。
- 三、家庭照顧者：指於家庭中對失能者提供規律性照顧之主要親屬或家人。
- 四、長照服務人員（以下稱長照人員）：指經本法所定之訓練、認證，領有證明得提供長照服務之人員。
- 五、長照服務機構（以下稱長照機構）：指以提供長照服務或長照需要之評估服務為目的，依本法規定設立之機構。
- 六、長期照顧管理中心（以下稱照管中心）：指由中央主管機關指定以提供長照需要之評估及連結服務為目的之機關（構）。
- 七、長照服務體系（以下稱長照體系）：指長照人員、長照機構、財務及相關資源之發展、管理、轉介機制等構成之網絡。
- 八、個人看護者：指以個人身分受僱，於失能者家庭從事看護工作者。

**第 4 條** 下列事項，由中央主管機關掌理：

- 一、依提供長照服務，制定全國性長照政策、法規及長照體系之規劃、訂

定及宣導。

- 二、對直轄市、縣（市）政府執行長照之監督及協調事項。
- 三、長照服務使用者權益保障之規劃。
- 四、長照機構之發展、獎勵及依第三十九條第三項之辦法所定應由中央主管機關辦理之評鑑。
- 五、跨縣市長照機構之輔導及監督。
- 六、長照人員之管理、培育及訓練之規劃。
- 七、長照財源之規劃、籌措與長照經費之分配及補助。
- 八、長照服務資訊系統、服務品質等之研發及監測。
- 九、長照服務之國際合作、交流與創新服務之規劃及推動。
- 十、應協調提供資源不足地區之長照服務。
- 十一、其他全國性長照服務之策劃及督導。

#### 第 5 條

下列事項，由地方主管機關掌理：

- 一、提供長照服務，制定轄內長照政策、長照體系之規劃、宣導及執行。
- 二、執行中央主管機關訂定之長照政策、法規及相關規劃方案。
- 三、辦理地方之長照服務訓練。
- 四、轄內長照機構之督導考核及依第三十九條第三項之辦法所定應由地方主管機關辦理之評鑑。
- 五、地方長照財源之規劃、籌措與長照經費之分配及補助。
- 六、獎勵轄內發展困難或資源不足地區之長照機構。
- 七、其他屬地方性質之長照服務事項。

#### 第 6 條

本法所定事項，涉及中央各目的事業主管機關職掌者，其權責劃分如下：

- 一、教育主管機關：長照教育、人力培育及長照服務使用者體育活動、運動場地及設施設備等相關事項。
- 二、勞工主管機關：長照人員及個人看護者之勞動條件、就業服務、職業安全衛生等事項，與非為醫事或社工專業證照之長照人員，及個人看護者之訓練、技能檢定等相關事項。
- 三、國軍退除役官兵輔導主管機關：退除役官兵長照等相關事項。
- 四、建設、工務、消防主管機關：長照機構之建築管理、公共設施與建築物無障礙生活環境及消防安全等相關事項。
- 五、原住民族事務主管機關：原住民族長照相關事項之協調、聯繫，並協助規劃及推動等相關事項。
- 六、科技研究事務主管機關：長照服務輔助科技研發、技術研究移轉、應用等相關事項。

七、其他目的事業主管機關：與各該機關有關之長照等相關事項。

**第 7 條** 主管機關應以首長為召集人，邀集長期照顧相關學者專家、民間相關機構、團體代表、服務使用者代表及各目的事業主管機關代表，協調、研究、審議及諮詢長照服務、本國長照人力資源之開發、收退費、人員薪資、監督考核等長期照顧相關事宜。

前項代表中，相關學者專家與民間相關機構、團體代表及服務使用者代表，不得少於三分之二；服務使用者與單一性別代表不得少於三分之一；並應有原住民之代表或熟諳原住民文化之專家學者至少一人。

## 第 二 章 長照服務及長照體系

**第 8 條** 中央主管機關得公告長照服務之特定範圍。

民眾申請前項服務，應由照管中心或直轄市、縣（市）主管機關評估；直轄市、縣（市）主管機關應依評估結果提供服務。

接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書，並由照管中心或直轄市、縣（市）主管機關評估。

第二項服務，應依失能者失能程度及其家庭經濟狀況，由主管機關提供補助；依其他法令規定得申請相同性質之服務補助者，僅得擇一為之。

第二項及第三項之評估，得委託專業團體辦理；評估之基準、方式、人員之資格條件及其他有關事項，由中央主管機關公告之。

第四項補助之金額或比率，由中央主管機關定之。

**第 9 條** 長照服務依其提供方式，區分如下：

一、居家式：到宅提供服務。

二、社區式：於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、家庭托顧、臨時住宿、團體家屋、小規模多機能及其他整合性等服務。但不包括第三款之服務。

三、機構住宿式：以受照顧者入住之方式，提供全時照顧或夜間住宿等之服務。

四、家庭照顧者支持服務：為家庭照顧者所提供之定點、到宅等支持服務。

五、其他經中央主管機關公告之服務方式。

前項服務方式，長照機構得合併提供之。

第一項第二款社區式之整合性服務，得由直轄市、縣（市）主管機關邀集社區代表、長照服務提供者代表及專家學者協調、審議與諮詢長照服務及其相關計畫、社區式整合性服務區域之劃分、社區長照服務之社區人力資

源開發、收退費、人員薪資、服務項目、爭議事件協調等相關事項；並得與第七條規定合併設立。

---

#### 第 10 條

居家式長照服務之項目如下：

- 一、身體照顧服務。
- 二、日常生活照顧服務。
- 三、家事服務。
- 四、餐飲及營養服務。
- 五、輔具服務。
- 六、必要之住家設施調整改善服務。
- 七、心理支持服務。
- 八、緊急救援服務。
- 九、醫事照護服務。
- 十、預防引發其他失能或加重失能之服務。
- 十一、其他由中央主管機關認定到宅提供與長照有關之服務。

---

#### 第 11 條

社區式長照服務之項目如下：

- 一、身體照顧服務。
- 二、日常生活照顧服務。
- 三、臨時住宿服務。
- 四、餐飲及營養服務。
- 五、輔具服務。
- 六、心理支持服務。
- 七、醫事照護服務。
- 八、交通接送服務。
- 九、社會參與服務。
- 十、預防引發其他失能或加重失能之服務。
- 十一、其他由中央主管機關認定以社區為導向所提供與長照有關之服務。

---

#### 第 12 條

機構住宿式長照服務之項目如下：

- 一、身體照顧服務。
- 二、日常生活照顧服務。
- 三、餐飲及營養服務。
- 四、住宿服務。
- 五、醫事照護服務。
- 六、輔具服務。

- 七、心理支持服務。
- 八、緊急送醫服務。
- 九、家屬教育服務。
- 十、社會參與服務。
- 十一、預防引發其他失能或加重失能之服務。
- 十二、其他由中央主管機關認定以入住方式所提供與長照有關之服務。

---

**第 13 條** 家庭照顧者支持服務提供之項目如下：

- 一、有關資訊之提供及轉介。
  - 二、長照知識、技能訓練。
  - 三、喘息服務。
  - 四、情緒支持及團體服務之轉介。
  - 五、其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。
- 前項支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項，由中央主管機關定之。

---

**第 14 條** 中央主管機關應定期辦理長照有關資源及需要之調查，並考慮多元文化特色，與離島偏鄉地區特殊處境，據以訂定長照服務發展計畫及採取必要之獎助措施。

中央主管機關為均衡長照資源之發展，得劃分長照服務網區，規劃區域資源、建置服務網絡與輸送體系及人力發展計畫，並得於資源過剩區，限制長照機構之設立或擴充；於資源不足之地區，應獎助辦理健全長照服務體系有關事項。

原住民族地區長照服務計畫、長照服務網區與人力發展之規劃及推動，中央主管機關應會商原住民族委員會定之。

中央主管機關應獎助辦理長期照顧創新服務之相關研究。

第一項及第二項獎助之項目、方式與長照機構設立或擴充之限制，及第二項長照服務網區之劃分、人力發展等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

---

**第 15 條** 中央主管機關為促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實與均衡服務及人力資源，應設置長照服務發展基金。

前項基金額度為新臺幣至少一百二十億元，五年內撥充編列。

基金之來源如下：

- 一、政府預算撥充。
- 二、菸品健康福利捐。

三、捐贈收入。

四、基金孳息收入。

五、其他收入。

基金額度及來源，應於本法施行二年後檢討。

---

**第 16 條** 中央主管機關應建置服務使用者照顧管理、服務人力管理、長照機構管理及服務品質等資訊系統，以作為長照政策調整之依據，並依法公開。  
主管機關及各長照機構應提供前項所需資料。

---

**第 17 條** 非以營利為目的之長照機構配合國家政策有使用公有非公用不動產之必要時，得專案報請主管機關核轉該不動產管理機關依法出租。其租金基準，按該土地及建築物當期依法應繳納之地價稅及房屋稅計收年租金。  
前項土地應辦理用地變更者，由長照機構報請主管機關核轉有關機關依規定辦理。  
第一項專案報請之申請程序、要件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

---

### 第三章 長照人員之管理

---

**第 18 條** 長照服務之提供，經中央主管機關公告之長照服務特定項目，應由長照人員為之。  
長照人員之訓練、繼續教育、在職訓練課程內容，應考量不同地區、族群、性別、特定疾病及照顧經驗之差異性。  
長照人員應接受一定積分之繼續教育、在職訓練。  
長照人員之訓練、認證、繼續教育課程內容與積分之認定、證明效期及其更新等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

---

**第 19 條** 長照人員非經登錄於長照機構，不得提供長照服務。但已完成前條第四項之訓練及認證，並依其他相關法令登錄之醫事人員及社工人員，於報經主管機關同意者，不在此限。  
長照機構不得容留非長照人員提供前條第一項之長照服務。  
第一項登錄內容異動時，應自異動之日起三十日內，由該長照機構報所在地主管機關核定。  
第一項之登錄，其要件、程序、處所、服務內容、資格之撤銷與廢止、臨時支援及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

---

**第 20 條** 長照人員對於因業務而知悉或持有他人之秘密，非依法律規定，不得洩漏

#### 第 四 章 長照機構之管理

[第 21 條](#) 長照機構依其服務內容，分類如下：

- 一、居家式服務類。
- 二、社區式服務類。
- 三、機構住宿式服務類。
- 四、綜合式服務類。
- 五、其他經中央主管機關公告之服務類。

[第 22 條](#) 前條第三款及設有機構住宿式服務之第四款、第五款長照機構，應以財團法人或社團法人（以下合稱長照機構法人）設立之。

公立長照機構不適用前項規定。

第一項長照機構法人之設立、組織、管理及其他應遵行事項，於本法施行之日起一年內，另以法律定之。

[第 23 條](#) 長照機構之設立、擴充、遷移，應事先申請主管機關許可。

[第 24 條](#) 長照機構之申請要件、設立標準、負責人資格，與其設立、擴充、遷移之申請程序、審查基準及設立許可證明應記載內容等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

原住民族地區長照機構之設立及人員配置，中央主管機關應會商原住民族委員會定之。

[第 25 條](#) 長照機構停業、歇業、復業或許可證明登載事項變更，應於事實發生日前三十日內，報主管機關核定。

前項停業期間最長不得超過一年。必要時得申請延長一次，期限為一年；逾期應辦理歇業。

前項歇業應於停業期滿之日起三十日內辦理；逾期末辦理者，主管機關得逕予廢止其設立許可。

第一項及第二項之申請程序及審查等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

[第 26 條](#) 長照機構由政府機關（構）設立者，應於長照機構前冠以該政府機關（構）之名稱；由民間設立者，應冠以私立二字。

長照機構應於其場所，以明顯字體依前項規定標示其名稱，並應加註機構

類別及其服務內容。

---

[第 27 條](#) 非長照機構，不得使用長照機構之名稱。

---

[第 28 條](#) 長照機構不得使用下列名稱：

- 一、在同一直轄市或縣（市），與被廢止許可證明或已經主管機關許可設立之長照機構相同之名稱。
- 二、易使人誤認其與政府機關、其他公益團體有關之名稱。

---

[第 29 條](#) 非長照機構，不得為長照服務之廣告。

長照機構之廣告，其內容以下列事項為限：

- 一、長照機構名稱與第二十六條第二項所定應加註之事項、設立日期、許可證明字號、地址、電話及交通路線。
- 二、長照機構負責人之姓名、學歷及經歷。
- 三、長照人員之專門職業及技術人員證書或本法所定之證明文件字號。
- 四、服務提供方式及服務時間。
- 五、停業、歇業、復業、遷移及其年、月、日。
- 六、主管機關核定之收費標準。
- 七、其他經中央主管機關公告指定得刊登或播放之事項。

---

[第 30 條](#) 長照機構應設置業務負責人一人，對其機構業務負督導責任。

前項業務負責人之資格，由中央主管機關定之。

---

[第 31 條](#) 長照機構之業務負責人因故不能執行業務，應指定符合業務負責人資格者代理之。代理期間超過三十日，應報所在地主管機關核定。

前項代理期間，不得逾一年。

---

[第 32 條](#) 中央主管機關應訂定長照體系、醫療體系及社會福利服務體系間之連結機制，以提供服務使用者有效之轉介與整合性服務。

---

[第 33 條](#) 機構住宿式服務類之長照機構，應與能及時接受轉介或提供必要醫療服務之醫療機構訂定醫療服務契約。

---

[第 34 條](#) 機構住宿式服務類之長照機構，應投保公共意外責任險，確保長照服務使用者之生命安全。

前項應投保之保險範圍及金額，由中央主管機關會商目的事業主管機關定

---

之。

[第 35 條](#) 中央主管機關應輔導地方主管機關參考地區所得、物價指數、服務品質等，提供長照機構收費參考資訊。  
長照機構之收費項目及其金額，應報提供服務所在地之主管機關核定；變更時亦同。

[第 36 條](#) 長照機構收取費用，應開給載明收費項目及金額之收據。  
長照機構不得違反前條收費規定，超額或擅立項目收費。

[第 37 條](#) 長照機構應將其設立許可證明、收費、服務項目及主管機關所設之陳情管道等資訊，揭示於機構內明顯處所。

[第 38 條](#) 長照機構應督導其所屬登錄之長照人員，就其提供之長照服務有關事項製作紀錄。  
前項紀錄有關醫事照護部分，除依醫事法令之規定保存外，應由該長照機構至少保存七年。

[第 39 條](#) 主管機關對長照機構應予輔導、監督、考核、檢查及評鑑；必要時，並得通知其提供相關服務資料，長照機構應提供必要之協助，不得規避、妨礙或拒絕。  
前項評鑑結果，應予公告。  
第一項評鑑之對象、內容、方式及其他有關事項之辦法，由中央主管機關定之。

[第 40 條](#) 主管機關應依下列原則訂定長照服務品質基準：  
一、以服務使用者為中心，並提供適切服務。  
二、訊息公開透明。  
三、家庭照顧者代表參與。  
四、考量多元文化。  
五、確保照顧與生活品質。

[第 41 條](#) 長照機構歇業或停業時，對長照服務使用者應予以適當之轉介或安置；無法轉介或安置時，由主管機關協助轉介安置，長照機構應予配合。  
長照機構未依前項規定為適當之轉介或安置時，地方主管機關得強制之。  
接受轉介之長照機構應配合主管機關提供必要之協助。

## 第五章 接受長照服務者之權益保障

**第 42 條** 長照機構於提供長照服務時，應與長照服務使用者、家屬或支付費用者簽訂書面契約。

前項契約書之格式、內容，中央主管機關應訂定定型化契約範本與其應記載及不得記載之事項。

**第 43 條** 未經長照服務使用者之書面同意，不得對其進行錄影、錄音或攝影，並不得報導或記載其姓名、出生年月日、住（居）所及其他足資辨別身分之資訊；其無法為意思表示者，應經其法定代理人或主要照顧之最近親屬之書面同意。

長照機構於維護長照服務使用者安全之必要範圍內，得設置監看設備，不受前項之限制，並應告知長照服務使用者、其法定代理人或主要照顧之最近親屬。

**第 44 條** 長照機構及其人員應對長照服務使用者予以適當之照顧與保護，不得有遺棄、身心虐待、歧視、傷害、違法限制其人身自由或其他侵害其權益之情事。

**第 45 條** 主管機關應建置陳情、申訴及調處機制，處理民眾申訴案件及長照服務單位委託之爭議等事件。

**第 46 條** 地方主管機關對接受機構住宿式長照服務使用者，其無扶養義務人或法定代理人，應自行或結合民間團體監督其長照服務品質，長照機構不得拒絕。

## 第六章 罰則

**第 47 條** 長照機構違反第二十三條、第四十一條第一項或第四十四條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。

長照機構違反第二十三條規定者，除依前項規定處罰外，並限期令其改善；屆期未改善者，得按次處罰。

未經許可設立為長照機構，提供長照服務者，除依前二項規定處罰外，並命其歇業與公布其名稱及負責人姓名。

長照機構違反第四十四條規定者，除依第一項規定處罰外，並限期令其改善；屆期未改善者，處一個月以上一年以下停業處分，停業期滿仍未改善者，得廢止其設立許可。

長照機構違反第四十四條規定，情節重大者，得逕行廢止其設立許可。

---

[第 48 條](#) 長照機構違反許可設立之標準時，應限期令其改善；屆期未改善者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並再限期令其改善；屆期仍未改善者，得廢止其設立許可。

---

[第 49 條](#) 長照機構違反第三十六條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，並限期令其將超收或擅自收取之費用退還。

---

[第 50 條](#) 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰：

- 一、非長照人員違反第十八條第一項規定，提供經中央主管機關公告之長照服務特定項目。
- 二、長照機構違反第十九條第二項規定，容留非長照人員提供長照服務。
- 三、非長照機構違反第二十七條規定，使用長照機構名稱。

---

[第 51 條](#) 長照機構違反第二十五條第一項規定、刊登或播放第二十九條第二項各款規定以外之廣告內容或其廣告內容不實者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並限期令其改善；屆期未改善者，並得按次處罰。

非長照機構違反第二十九條第一項規定為長照服務之廣告，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

---

[第 52 條](#) 長照機構於提供長照服務時，未依第四十二條規定簽訂書面契約，或其契約內容違反中央主管機關依同條第二項所定應記載及不得記載規定者，應限期令其改善；屆期未改善者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

---

[第 53 條](#) 長照機構有下列情形之一者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰：

- 一、違反第十九條第三項規定，於所屬長照人員異動時，未依限報所在地主管機關核定。
- 二、違反第三十一條第一項規定，於業務負責人因故不能執行業務時，未指定符合資格人員代理，或代理超過三十日而未報所在地主管機關核定。
- 三、違反第三十三條規定，未與能及時接受轉介或提供必要醫療服務之醫療機構簽訂醫療服務契約。
- 四、所屬長照人員違反第三十八條規定，未就其提供之長照服務有關事項製作紀錄、依法保存。
- 五、違反第三十九條第一項規定，規避、妨礙或拒絕主管機關之評鑑、輔

---

導、監督、考核、檢查或提供相關服務資料之要求。

長照機構違反第三十一條第一項、第三十三條、第三十八條規定者，除依前項規定處罰外，並限期令其改善；屆期未改善者，處一個月以上一年以下停業處分。

長照機構依第三十九條第一項接受評鑑，評鑑不合格者，應限期令其改善；屆期未改善者，機構住宿式服務類之長照機構，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰；其他服務類之長照機構評鑑不合格者，依第一項規定處罰；屆期未改善，並得按次連續處罰；情節重大者，得處一個月以上一年以下停業處分，停業期滿仍未改善者，得廢止其設立許可。

---

#### 第 54 條

長照人員違反第二十條、長照機構業務負責人違反第三十條、長照機構違反第四十三條第一項規定者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰，並限期令其改善；屆期未改善且情節重大者，處一個月以上一年以下停業處分。

長照機構違反第十九條第一項規定未報所在地主管機關核定，即由已登錄之所屬長照人員提供長照服務者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。

---

#### 第 55 條

長照機構違反第三十六條第一項、第三十七條規定者，應限期令其改善；屆期未改善者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。

---

#### 第 56 條

長照人員有下列情事之一者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰，得併處一個月以上一年以下停業處分；情節重大者，並得廢止其證明：

- 一、執行業務時，為不實之記載。
- 二、將長照人員證明租借他人使用。
- 三、違反第四十四條規定。

---

#### 第 57 條

長照機構僱用未接受第六十四條第一項規定訓練之個人看護者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。

---

#### 第 58 條

有下列情形之一者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰：

- 一、長照人員未依第十九條第一項規定完成登錄程序，即提供長照服務者。
- 二、長照人員證照效期屆滿，未完成證照之更新，提供長照服務。

---

#### 第 59 條

長照機構有下列情形之一者，得廢止其設立許可：

- 一、因管理之明顯疏失，情節重大，致接受長照服務者傷亡。

二、所屬之長照人員提供長照服務，違反本法規定，且情節重大，並可歸責於該機構。

三、受停業處分而不停業。

前項第一款及第二款情節之認定，應由主管機關召開爭議處理會調查，並應給予受調查者陳述意見之機會；爭議處理會之組成，由中央主管機關定之。

---

[第 60 條](#) 本法所定罰則，由地方主管機關處罰之。

---

## 第七章 附則

---

[第 61 條](#) 本法施行前，已依其他法律規定，從事本法所定長照服務之人員，於本法施行後二年內，得繼續從事長照服務，不受第十八條第一項規定之限制。前項人員之訓練課程，其與本法施行前課程之整合、原有證明之轉銜及認定標準等有關事項，由中央主管機關定之。

---

[第 62 條](#) 本法施行前，已依其他法律規定，從事本法所定長照服務之機關（構）、法人、團體、合作社、事務所等（以下稱長照有關機構），應於本法施行後五年內依本法之規定，申請長照機構設立許可，或完成改制及長照機構許可設立文件之換發；屆期未取得許可或換發者，不得提供長照服務。前項私立機構住宿式服務類之長照有關機構得不受第二十二條第一項之限制，以原私立機構住宿式服務類之長照機構名稱完成前項改制及許可設立文件之換發。但其負責人或長照機構擴充、縮減、遷移、名稱等變更，應依第二十二條第一項規定辦理。

長照有關機構之管理，於第一項期限內，未經許可設立或未完成改制前，除應符合其他法律規定外，準用第十八條、第十九條、第二十三條、第三十九條至第四十五條及前條之規定；其有違反者，依相關罰則規定處罰之。

第一項改制之申請、作業及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

---

[第 63 條](#) 依國軍退除役官兵輔導條例設立之榮譽國民之家，附設專為退除役官兵及併同安置眷屬提供長照服務之長照機構，除第二十三條、第二十五條及第三十五條有關許可、核定程序之規定不適用本法外，有關設立標準、業務負責人資格及長照人員訓練認證標準、評鑑等，均應依本法規定辦理。但應於經其上級主管機關核准後三十日內，報所在地主管機關備查。前項長照機構不適用第十四條之規定。

---

---

[第 64 條](#) 個人看護者，應接受中央主管機關公告指定之訓練。  
於本法施行後初次入國之外國人，並受僱於失能者家庭從事看護工作者，  
雇主得為其申請接受中央主管機關所定之補充訓練。  
前項補充訓練之課程內容、收費項目、申請程序及其他應遵行事項之辦法，  
由中央主管機關定之。

---

[第 65 條](#) 本法施行細則，由中央主管機關定之。

---

[第 66 條](#) 本法自公布後二年施行。

---