

## 政策設計析論：長期照顧政策為例

郭昱瑩\*

### 《摘要》

政治民主化、經濟自由化、社會多元化，政府面對各式各樣的公共問題，多元利益團體表達不同訴求與價值，政策執行日益複雜。為使政策有效落實，政策設計有其重要性，政策設計包含成果、標的團體、執行機構、法令 4 項要素，以及工具、規則及假設三者間所構成的連結【 $PD = E(O, T, A, S) + L(t, r, a)$ 】，簡言之，政策設計主要由行政機關制定法令，透過政策工具、規則與對標的團體的傳達，進而對標的團體產生影響，改變政策認知或行為，順服政策，以獲取政策成果。本文以長期照顧政策為例，論述長期照顧政策的政策設計，凸顯標的團體於公共政策的舉足輕重地位，也展現政策設計與政策執行牢不可破的關聯性。

[關鍵詞]：政策設計、長期照顧政策、政策執行、標的團體

---

投稿日期：108 年 4 月 15 日。

\* 世新大學行政管理學系教授，e-mail: yykuo@mail.shu.edu.tw。

## 壹、政策設計與政策執行

隨著政治民主化、經濟自由化、社會多元化，各式各樣的公共問題紛至沓來，政府機關政策執行日益複雜。政策執行包含多元行動者，除了政府部門、利益團體或非營利組織都可能是政策執行過程中的多元參與者，而且政策執行往往是跨越中央與地方政府的，幾乎所有的政策執行都需要中央與地方政府之緊密配合才得以執行，隨著地方政府要求自主權提高，政策執行在府際關係網絡上運作，也凸顯中央與地方集權與分權拿捏的重要性。

Pressman 與 Wildavsky (1973) 認為：執行乃是目標設定後與為達成目標所採取行動間的互動。吳定 (2009, 2013) 說明政策執行乃是政策方案在經過合法化之後，擬定施行細則，確定專責機構，配置必要資源，以適當的管理方式，採取必要的對應行動，使政策方案付諸實施，已達成預定目標或目的之所有相關活動的動態過程。同時，政策執行是採取必要的對應行動，包括實際去執行各項活動與促使執行人員及標的人口順服政策的獎勵措施等。政策執行是政策目標落實的具體方式，成功的政策執行不但可以實現政策規劃時所預設的目標，並能進一步提高人民對於政府的信賴感；反之，失敗的政策執行，不但無法達成政策目標，更有可能造成公眾資源的浪費，並失去政府的公信力，因此，政策執行是公共政策過程相當重要的環節 (李允傑、丘昌泰，2009；徐仁輝、郭昱瑩，2014)。

近年政策設計對標的團體的重視，成為政策執行重要研究課題 (丘昌泰，2013)，追本溯源，政策設計理論為 Schneider 與 Ingram (1991, 1993, 1997, 2005) 兩位學者致力推廣，立基於社會建構 (social construction) 概念，他們強調公共政策標的人口的重要性。所謂標的人口是指公共政策推動所期待改變行為之個人、團體或組織 (蕭元哲，2008)。標的人口依「社會建構之正面 (值得) 或負面 (不值得)」及「政治權力的強或弱」構面，區分為 4 種不同類型，如表 1，包括「優勢者」、「競爭者」、「依賴者」及「偏差者」。

表 1 標的團體分類

		社會建構	
		正面	負面
政治權力	強	優勢者 (advantaged)	競爭者 (contenders)
	弱	依賴者 (dependents)	偏差者 (deviants)

資料來源：Schneider & Ingram (1993: 336)。

根據此分類，政府有很強的動機通過法律與制定政策支持被視為正且有權力的標的團體。當優勢團體擁有太多福祉，至社會建構開始從「值得與待遇賦予」移至「得到比他們應拿的還多」、「貪婪」或「浪費」，他們可能會在公眾心目中被認為是競爭者（有權勢但不值得尊敬），而標的團體之負面建構會戕害民主，扼殺邊緣團體有效政治參與機會。系統性與實證性檢驗政策設計，可清楚建構標的團體，以採取適當公共政策（蕭元哲，2008）。

林水波（1993a，1993b）認為政策設計與執行過程中需清楚界定政策問題系絡，同時關切組織文化對其影響；李宗祐、陳正國、陳正隆與饒兆興（1994）討論標的團體為政策設計關切重點，由社會建構觀點剖析標的團體對政策執行成果的影響，政策設計概念也用於政府部門陞遷、政府薪資績效化，以及績效獎金制度的討論（施能傑，2006；劉坤億，2005；蔡秀涓、施能傑，1996），員工薪資可以協助組織達成增進甄補人力和留置人力之競爭力、激勵人力和維持勞動績效效率的策略目標，應該掌握不同的薪資政策工具，讓薪資管理措施更趨彈性化。張筵儀、王俊元與吳政峰（2011）認為毒品危害防制政策之政策設計，需明確掌握標的團體，建構家庭、學校、社區、職場綿密的預防網絡，可有效降低施用毒品的新生人口。Howlett（2011）討論政策設計的原則與工具，認為政策設計良窳攸關政策執行工具的選擇，面對全球化之網絡治理社會，為解決日益複雜的問題，組織執行工具（organizational implementation tools）、權威管制型執行工具（authoritative implementation tools）、財務誘因型執行工具（financial implementation tools）與資訊告知型執行工具（information-based implementation tools）之個別或混合使用，可提高標的團體接受程度，發揮政策設計或再設計的效果。

Schneider 與 Ingram（1997）認為政策設計一方面代表政策形成的過程，一方面代表政策期望達成目的之邏輯設計，多元民主社會，公共政策與民眾不可切割，

目標導向的政策科學與理性自利的公共選擇需要慎重的政策設計妥為調和，多元主義（pluralism）、政策科學（policy science）、公共選擇（public choice）與批判理論（critical theory）對民主政策科學提供部分關注，民主政策設計需傾聽（listening to）、教育（educating），並涵納（involving）標的團體的意見，由社會建構觀點界定標的團體，對於有利與不利標的團體的意見同等關注，以求平衡並公正解決公眾問題。為了解決問題，深思熟慮比較政策方案，必須以標的團體之需求為基本的結構邏輯，表達如下（丘昌泰，2013；Schneider & Ingram, 1997）：

$$PD = E(O, T, A, S) + L(t, r, a)$$

PD: Policy Design, 政策設計

E: Element, 要素

O: Outcome, 成果

T: Target groups, 標的團體

A: Agency, 執行機構

S: Statue, 法令

L: Linkages, 連結

t: tools, 工具

r: regulation, 規則

a: assumption, 假設

簡言之，政策設計主要由行政機關（A）制定法令（S），透過政策工具、規則與相關基本假設的傳達（t, r, a），進而對標的團體（T）產生影響，以獲致政策成果（O）。

## 貳、我國長期照顧政策

由於醫療科技的進步及育齡婦女總生育率持續下降，我國人口結構少子女化、高齡化情形日益嚴重，人口老化情況日益嚴峻，失能人口數不斷向上攀升，照顧失能者龐大的經濟與心理負擔，使家庭負荷沉重，從而衍生出諸多問題。聯合國將 65 歲以上人口占總人口比率達 7%、14%、20%，分別稱之為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。我國在 1993 年已進入高齡化社會，據國家發展委員會的推估，以中

推估值而言，2018 年我國將邁入高齡社會，2026 年將達超高齡社會（如圖 1）。

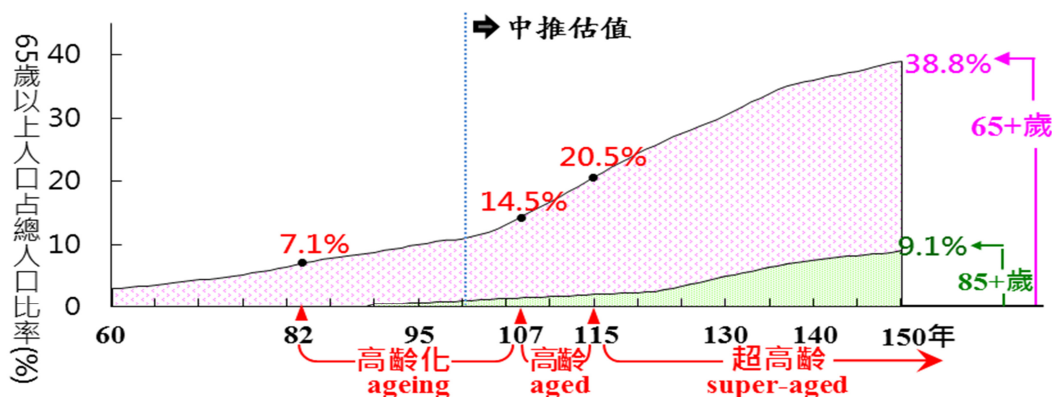


圖 1 我國人口高齡化時程推估

資料來源：國家發展委員會（2016：10）。

我國邁入高齡化社會後，人口老化速度極快，且老化速度高於世界其他國家，如表 2 所示，我國從高齡社會轉入超高齡社會估計僅需 8 年，挪威估計大約 59 年，英國大約 51 年，美國大約 15 年，德國、日本則已邁入超高齡社會，其德國高齡社會轉入超高齡社會歷經 36 年，日本歷經 11 年，我國、韓國、新加坡類似，由高齡化轉變為超高齡社會速度相較歐美國家快。

表 2 主要國家高齡化轉變速度

國別	65 歲以上人口所占比率到達年度 (年)			轉變所需時間 (年)	
	高齡化社會 (7%)	高齡社會 (14%)	超高齡社會 (20%)	7%→14%	14%→20%
中華民國	1993	2018*	2026*	25*	8*
日本	1970	1994	2005	24	11
韓國	1999	2018*	2026*	19*	8*
新加坡	1999	2019*	2026*	20*	7*
香港	1984	2013	2023*	29	10*
美國	1942	2013	2028*	71	15*
加拿大	1945	2010	2024*	65	14*
英國	1929	1976	2027*	47	51*
德國	1932	1972	2008	40	36

國別	65歲以上人口所占比率到達年度(年)			轉變所需時間(年)	
	高齡化社會 (7%)	高齡社會 (14%)	超高齡社會 (20%)	7%→14%	14%→20%
法國	1864	1991	2020*	127	29*
挪威	1885	1977	2036*	92	59*
瑞典	1887	1972	2017*	85	45*
荷蘭	1940	2005	2021*	65	16*
瑞士	1931	1985	2025*	54	40*
奧地利	1929	1970	2023*	41	53*
義大利	1927	1988	2007	61	19
西班牙	1947	1992	2021*	45	29*
澳洲	1939	2011	2034*	72	22*

說明：1. \*表示為各國中推估結果，其他無\*表示為實際值。

2. 香港為特別行政區。

資料來源：國家發展委員會（2016：71）。

隨著經濟發展及婦女勞動參與率提高，我國育齡婦女的生育率下降，從 1951 年高峰的 7.04 人，至 2015 年已降至 1.17 人，如圖 2 所示，15-64 歲的青壯年人口在 2015 年達到最高點，約 1,729 萬人，65 歲以上老年人口 311 萬人，0-14 歲的幼年人口 314 萬人，65 歲以上老年人口之後快速增加，出生率下降，高齡化速度提高。

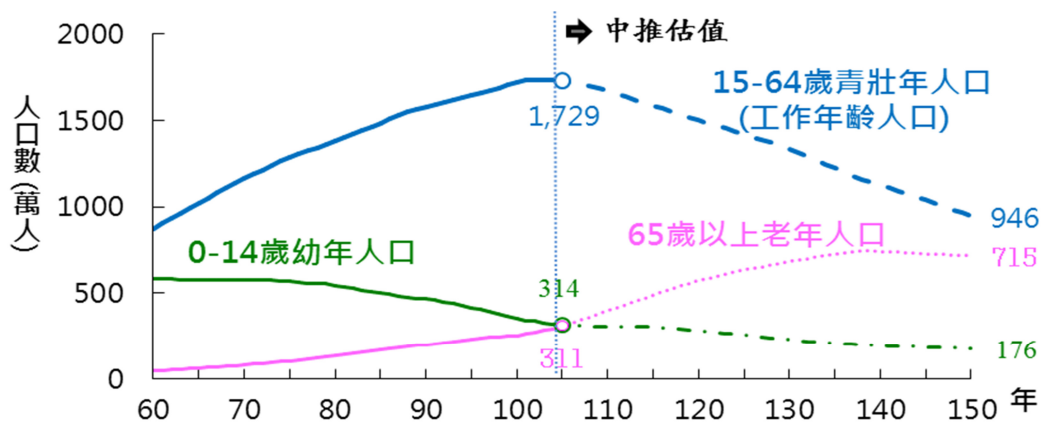


圖 2 人口結構變動推估情形

資料來源：國家發展委員會（2016：6）。

關注人口結構轉變可能產生的衝擊，政府開始有系統地推動各種長期照顧（簡稱長照）措施，行政院於人口政策綱領揭示提供「平價、質優、多元、近便」的托育、托老環境，強化高齡者預防保健知能與服務，提升高齡者生活調適能力，保障高齡者尊嚴自主與身心健康，建構多元連續社會支持體系，健全長照服務制度，強化家庭照顧能量，維護照顧者與被照顧者生活品質等，為建構社會安全網的重要政策，顯見長照制度是我國當前人口及社會福利政策的推動重點之一。

依據長期照顧服務法第 3 條的規定，長期照顧係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。通常服務內容是為了補償在執行日常生活活動上的限制（如洗澡、如廁等），或工具性的日常生活活動上的限制（如購物、走路等）。長照服務可保障失能者生存的權利及生命的尊嚴，確為實現社會正義的重要政策。根據衛生福利部《長期照顧保險規劃報告》（衛生福利部社會保險司，2016），我國 2016 年的失能人口約為 78 萬人，<sup>1</sup> 約占全國總人口數 3.45%（失能率），其中老人失能人數約 50 萬人，約為失能人口之 64%，至 2060 年，失能人數約為 193 萬人，失能率約 10.54%，其中老人失能人數約 176 萬人，將占總失能人數 91%，人口高齡化的結果將使失能人數隨之增加，需要長照的人口也將隨之增加。

衛生福利部規劃長照 10 年計畫 2.0（簡稱長照 2.0）時，推估 2017 至 2026 年長照需求人數，2017 年長照總需求人數為 577,457 人，其中 65 歲以上老人為 416,473 人，約 72.12%，至 2025 年長照總需求人數為 749,595 人，其中，65 歲以上老人為 600,082 人，如圖 3，長照需求逐年增加。

---

<sup>1</sup> 失能定義：(1) 日常活動功能（Activities of Daily Living, ADLs）分數 < 70 分；(2) ADLs 分數 > 70 分，且 8 項工具性日常活動功能（Instrumental Activities of Daily Living, IADLs）中 5 項以上無法執行；(3) ADLs 分數 > 70 分，SPMSQ 答錯 6 題以上。5 至 14 歲兒童因年紀小，IADL 及認知功能不列入失能。

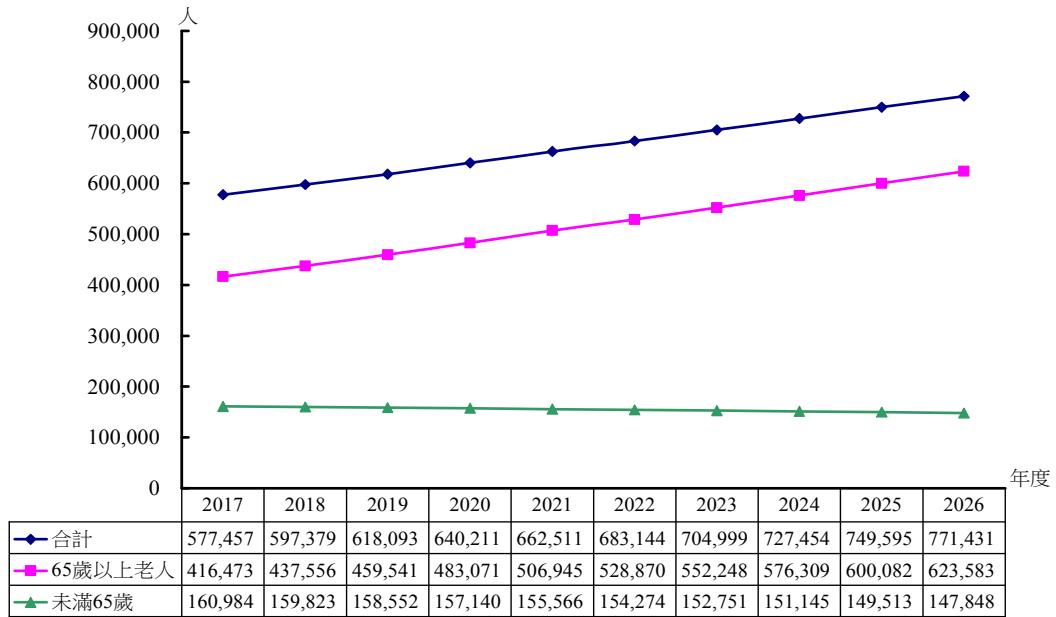


圖 3 臺灣長照需要人數趨勢

註：65 歲以上老人失能率以 12.7% 代入，65 歲以下失能率以 0.795% 代入。

資料來源：依據衛生福利部（2016：11）資料繪製。

回顧長照政策發展歷程，1980 年通過老人福利法，規範老人機構式照顧服務，且地方政府已陸續推動居家老人服務。由於失能者家庭照顧負荷沉重，政府於 1992 年修正就業服務法，允許外籍勞工來臺擔任家庭照顧者作為因應對策。1997 年，為解決未立案小型養護機構的管理問題，政府修正老人福利法，允許其在特定條件下可辦理法人登記（林萬億，2012）。1998 年 11 月召開行政院社會福利推動委員會，依會議建議意見，於 2000 年核定「長期照顧體系先導計畫」，本「在地老化」之精神，以發展社區式長期照顧體系為目標，規劃我國長照體系之建構策略。2003 年底計畫執行完畢，其經驗成為我國後續長照體系建構之重要參考。1998 年另辦理提出「老人長期照顧三年計畫」，將使用率低的醫院轉營護理之家、部分安養機構床位轉為養護床位、衛生所兼營日間照顧或居家護理業務等，以充實長期照顧設施，為我國服務網絡建構催生。2006 年 7 月行政院將建構長照政策納入「大溫暖社會福利套案」之旗艦計畫，並整合以往辦理之各項專案及計畫，提出「我國長期照顧十年計畫」，10 年內挹注 817.36 億元經費，期建構一個符合多元化、社區



化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長照制度（衛生福利部，2019）。

2008 年總統選舉，推動長期照顧保險立法，2009 年行政院宣布提前於 2010 年開辦長照保險，並由經建會開始著手規劃，然因部分社福團體及學者專家認為，在長照體系尚未建構成熟前，不宜貿然實施長照保險，長照保險暫緩開辦，但長照政策的執行並未停下腳步。此一時期的長照政策，如圖 4 所示，約以下列三階段推動（衛生福利部，2019）：



圖 4 長期照顧政策發展

資料來源：長期照顧的整體政策藍圖（衛生福利部，2019）（長照政策專區>政策總覽）。

長照 10 年計畫執行的結果，照顧範圍涵蓋 35.5% 失能老人，涵蓋率較 2008 年的 2.3%，提高 15.4 倍（李玉春，2016）。為健全長照體系，促進長照資源多元化、普及化，衛生福利部盤點長照資源，並依服務需求，劃分全國長照服務網絡為大（22）、中（63）、小（368）區域，研訂各類區域應發展之資源類型與目標，執行長照服務網計畫，優先發展社區及在地化資源。目前各縣市及部分原無長照資源的偏鄉，已有長照資源進入，失智日照或失智專區亦多有建立，居家服務資源也普及各鄉鎮目前持續朝多元、普及目標前進，期保障受照顧者權益。2015 年 6 月完成長期照顧服務法立法，自 2017 年 6 月施行，該法內容包括長照服務內容、長照財源、人員及機構管理、受照護者權益保障事宜及服務發展獎勵措施等 5 大面向，

並明定政府設置長期照顧服務發展基金，基金額度至少 120 億元，於 5 年內撥足，透過該基金獎勵發展長照資源。

2015 年長期照顧服務法完成立法後，政府整合長照 10 年計畫及長期照顧服務網計畫為「長期照顧服務量能提升計畫」，期持續提供民眾既有長照服務，專注投入長照人力充實與培訓，建立連續照顧體系並強化長照管理機制、適度發展長照服務產業、長照資訊系統整合與強化，更運用長照基金布建偏遠地區長照資源、開辦相關專業訓練並充實人力資源，以建構高齡者及家庭需求為核心之長照服務體系、整備開辦長照保險所需之相關資源、持續增進並兼顧我國長照服務之質與量，以確保未來開辦長照保險時民眾可得到質優量足的長照服務。

以保險制推動長照，主要係考量社會保險制度具有風險分擔、自助互助精神，能提供有長照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，行政院於 2015 年 6 月 4 日通過長期照顧保險法草案，送立法院審議，以強化長照服務量能建構完善的高齡化社會長照制度，藉社會自助互助的力量，分擔長期照顧財務風險，進一步帶動長照服務資源發展，提高可近性，維護與促進失能者獨立自主生活，完成我國建置長期照顧制度最後一哩路。

2016 年總統大選後，新政府執政，蔡總統於競選時提出將由政府主導，藉社會集體互助的力量，建立「平價、質優、普及」的長照體系之政見，並改以稅收支應長照財源，撤回已送立法院審議之長期照顧保險法草案，另提出長照 2.0 計畫，作為後續政策推動的依據。

長照 2.0 係依據高齡社會照顧政策中，有關「建構符合老人需求的健康照護體系」之實施策略，<sup>2</sup> 以長照 1.0 為基礎，規劃擴大服務對象，提升服務涵蓋率，結合以社區為基礎的健康照護團隊體系，向前端銜接預防保健；向後端轉銜在宅臨終安寧照顧，以發展「質優、平價、普及」之社區化長照服務體系，計畫總目標為（衛生福利部，2016：48）：

一、建立優質、平價、普及的長照服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭

---

<sup>2</sup> 該策略包括：促進健康照護系統彼此之間較佳的銜接與整合、強化以病患為中心的整合性慢性病追蹤制度、強化疾病與失能風險之預防、提升老人取得與運用健康資訊的能力暨與專業人士溝通其需求的技巧。

照顧負擔。

- 二、實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長照需求者與照顧者之生活品質。
- 三、延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。
- 四、向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長照負擔。

長照十年、長照服務網及長照量能服務計畫執行迄今，我國長照網基礎服務項目，已涵蓋居家服務、日間照顧、失智症日間照顧、家庭托顧、老人營養餐飲、交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善、長照機構、居家護理、社區及居家復健、喘息服務等，並發展千餘個由志工營運及服務的社區老人關懷據點，同時布建各鄉鎮的日間照顧服務中心等社區服務資源（李玉春，2016；長澤茂，2016；馮燕、陳玉澤，2016）。依前述長照 2.0 總目標，具體實施策略包含（衛生福利部，2016：49-50）：

- 一、建立以服務使用者為中心的服務體系：整合衛生、社福及退輔等部門，發展以服務使用者為中心的服務體系。
- 二、培訓以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心：以在地化、社區化原則，提供整合性照顧服務，降低服務使用障礙，提供在地老化的社區整體老人、身心障礙者的綜合照顧服務。
- 三、鼓勵資源發展因地制宜與創新化，縮小城鄉差距，凸顯地方特色：透過專案新型計畫鼓勵資源豐沛區發展整合式服務模式，鼓勵資源不足地區發展在地長期照顧服務資源，維繫原住民族文化與地理特色。
- 四、培植以社區為基礎的健康照護團隊：向前延伸預防失能、向後銜接在宅臨終安寧照顧，以期壓縮失能期間，減少長期照顧年數。
- 五、健全縣市照顧管理中心組織定位與職權：補足照顧管理督導與專員員額，降低照顧管理專員服務對象量，進行照顧管理專員職務分析，以建立照顧管理專員訓練與督導體系。
- 六、提高服務補助效能與彈性：研議鬆綁服務提供之限制、擴大服務範圍及增加

新型服務樣式，以滿足失能老人與身心障礙者多樣性的長期照顧需求。

七、開創照顧服務人力資源職涯發展策略：透過多元招募管道、提高勞動薪資與升遷管道，將年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口納入，落實年輕化與多元化目標。

八、強化照顧管理資料庫系統：分析與掌握全國各區域長期照顧需求與服務供需落差，與地方政府共享，作為研擬資源發展與普及之依據。

九、增強地方政府發展資源之能量：定期分析各縣市鄉鎮市區長期照顧服務需求、服務發展與使用狀況，透過資源發展縮短長期照顧需求與服務落差。

十、建立中央政府總量管理與研發系統：落實行政院跨部會長期照顧推動小組之權責，整合現有相關研究中心，發揮總量管理與研發功能。

根據具體實施策略，擴大長照 1.0 既有 8 項服務項目及彈性，長照 2.0 同時提出創新及整合與延伸服務項目，總計 16 項，詳如表 3（衛生福利部，2016）。

表 3 長照 1.0 及長照 2.0 服務項目表

長照 1.0	長照 2.0	
	彈性與擴大	實施策略
服務項目： 1. 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 2. 交通接送 3. 餐飲服務 4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家復健 7. 長期照顧機構服務 8. 喘息服務  服務對象： 1. 65 歲以上失能老人 2. 55 歲以上失能山地原住民 3. 50 歲以上失能身心障礙者 4. 65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人	增加長照十年計畫 1.0 之服務彈性： 1. 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 2. 交通接送 3. 餐飲服務 4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家復健 7. 長期照顧機構服務 8. 喘息服務	(一) 提高服務量能，回應民眾需求 1. 照顧服務：調整支付制度及方式，增加服務內容與頻率之彈性。 2. 交通接送：參酌各縣市幅員差異，規劃分級補助機制；並考量原鄉與偏遠地區交通成本，加成補助。 3. 長照機構：提高低收入戶、中低收入戶之中度及重度失能老人機構安置費。再逐步採階梯式擴大提供非低收入戶、中低收入戶的相對經濟弱勢重度失能、失智老人機構安置費補助。 4. 喘息服務：(1)提高每日補助金額。(2)場域擴大至日間照顧中心以及各服務據點。(3)對象：照顧失能者的家庭。 (二) 精進照管機制，依民眾需求核定補助服務時數

創新及整合	
服務項目	實施策略
1. 成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站 2. 失智症照顧服務 3. 小規模多機能服務 4. 家庭照顧者支持服務據點 5. 社區預防性照顧	(一) 建構社區整體照顧服務體系：建立以社區為基礎發展連續多目標服務體系，分為 A、B、C 三級，由 A 級提供 B、C 級技術支援與整合服務，另一方面促使 B 級複合型服務中心與 C 級巷弄照顧站普遍設立，提供近便性照顧服務。 (二) 布建失智症團體家屋，提供服務多元選擇：提供失智症者家庭化及專業照顧服務。 (三) 因應偏遠地區長照需求，建置在地（部落）服務體系：辦理偏遠長照資源不足區之照管據點、輔導機制與管理平台，提供多元整合服務，並提供社區照顧創新模式，補助交通相關費用，縮短城鄉差距。 (四) 支持家庭照顧者，減輕民眾照顧負擔：建置家庭照顧者支持中心、服務據點及關懷專線，並提供技術指導。 (五) 強化社區預防性照顧服務：積極擴增社區照顧關懷據點、日間托老及各項健康促進活動。 (六) 重視身心障礙者提早老化需求，充實照顧服務量能：提供在地化社區日間服務，並增強住宿式機構老化照顧功能。
延伸	
服務項目	實施策略
1. 預防失能或延緩失能與失智之服務 2. 延伸至出院準備服務 3. 銜接在宅臨終安寧照護	(一) 強化失智症初級預防，普及充實社區照顧資源：積極辦理早期介入服務方案，優化失智症社區服務據點。 (二) 辦理預防失能及延緩失能惡化之服務：提供肌力強化運動、生活功能重建訓練、膳食營養、口腔保健、認知促進等服務。 (三) 銜接出院準備服務 (四) 銜接在宅臨終安寧照護

資料來源：衛生福利部（2016：69-70）；本研究整理。

## 參、長期照顧政策設計

我國著重在長照資源的布建，政府補助中、低收入者使用長照資源，推動長期照顧服務法，完備長照服務機構的設置及管理，原推動長照保險的財務支持，2016年改以稅收支應長照 2.0，希望建立質優、普及、平價的長照服務，仍為政策追求的目標。不可諱言，長照服務涉及福利分配，而福利如何分配則是社會正義的體現，政府若能規劃完整的長照系統，建構提供醫療照顧、機構照顧、社區照顧、居家照顧、喘息服務、居家護理等服務的長照網絡，除了可減少隱形照顧人力的照顧壓力，<sup>3</sup> 降低其離開職場的機率外，更可藉此將長照產業化，創造新型態的服務產業，提供就業機會，充分運用我國人力資本。

如前所述，政策設計包含成果、標的團體、執行機構、法令 4 項要素，以及工具、規則及假設三者間所構成的連結【 $PD = E(O, T, A, S) + L(t, r, a)$ 】。對照目前長照策略與服務項目各項，說明如下：

- 一、成果：包含預期成果與實際執行成果。長照 1.0 的實際成果呈現人力不足、機構不足、協調不足等問題，長照 2.0 的預期成果，即希望針對長照 1.0 不足之處加強並創新。
- 二、標的團體：受公共政策影響的個人或團體。長照 2.0 建立以服務使用者為中心的服務體系，擴大服務對象並調整服務：（1）65 歲以上老人，（2）55 歲以上山地原住民，（3）50 歲以上身心障礙者，（4）65 歲以上 IADLS 失能且獨居之老人，（5）50 歲以上失智症患者，（6）55-64 歲失能平地原住民，（7）49 歲以上失能身障者，（8）65 歲以上衰弱老人。有鑑於長照 1.0 使用率偏低，長照 2.0 為強化與標的團體的溝通，透過大眾傳播媒體，地方政府負責社區傳播，並成立社區小蜜蜂志工團進行口碑行銷，讓民眾了解並知道長照服務的內涵及據點，也設置全國單一長照專線（412-8080）提供諮詢，期達成長照服務體系「找的到」、「看的到」、「用的到」三到目標。
- 三、執行機構：執行政策方案的單位，長照 2.0 主管機構或廣義的執行機構為衛生福利部，而實際執行單位則包含社區為基礎的健康與長照團隊、縣市政府

---

<sup>3</sup> 隱形照顧人力，係指白天正常工作，晚上須照顧家中失能者之非專業照顧人力。

照顧管理中心、社區整合型服務中心（A 級）、複合型日間服務中心（B 級）與巷弄長照站（C 級）等。為有效提供長照優質服務，人力資源與培育相當重要，根據 2014 年衛生福利部長照資源盤點結果，該年照顧服務員人力計 26,214 人，如加計醫院 12,000 人，總計 38,214 人。其中，照顧服務員按長照 2.0 服務量能低推估，2017 年需求人數為 30,739 人，需補充 4,525 人。另外，在醫事及社工等專業人力部分，衛生福利部根據 2014 年長照資源盤點結果，以長照 2.0 服務量能推估，需充實之專業人力為護理人員 5,678 人，物理治療人員 883 人、職能治療人員 1,861 人及社工人員 648 人（如表 4）。而人力培養需勞動部、衛生福利部及教育部同時協力，如表 5。因應「一例一休」，提高居家照顧服務員薪資待遇，提升投入職場誘因為重要議題，配套措施部分，檢討照顧服務員訓練課程內容，研議長照與醫院訓練分流之可行性；擴大職業培訓人數與來源，納入新移民，並鼓勵中高齡及二度就業人口投入；推動與深化老人照顧相關科系與長照單位產學合作；發展照顧服務員職能基準，使學校課程設計符合實務工作所需等皆是讓執行者願意參與的考量。

表 4 長照 2.0 照顧服務、醫事及社工人力需求表

單位：人

項 目	2014 人力	長照 2.0 需求量	需充實人力
照顧服務員	26,942	需求持續增加	需持續補充 <sup>4</sup>
護理人員	10,826	16,504	5,678
社工人員	3,439	4,087	648
物理治療人員	1,987	2,870	883
職能治療人員	1,091	2,952	1,861

資料來源：衛生福利部（2016：38，42，65，106-107）；本研究整理。

<sup>4</sup> 若為低推估，長期照顧需求者 2017 年 65.9 萬人，2026 增加至 92.3 萬人；若為高推估，則長期照顧需求者 2017 年 73.8 萬人，2026 增加至 100.3 萬人（衛生福利部，2016：65）。

表 5 長照 2.0 照顧人力補充及培育分工

部會	工作項目
勞動部	照顧服務員培訓，新增用人單位自訓自用模式。
	辦理就業獎助措施，包括獎助從事機構住宿式服務之照顧服務員及提供照顧機構或居家服務單位僱用獎助。
	未來規劃運用就業安定基金，擴大勞工就業獎勵措施適用範圍。
衛生福利部	研議不同照顧場域所需專業知能與薪資待遇。
	適度提高居家照顧服務員薪資待遇，提升投入職場誘因。
	利用科技輔具及多元宣導管道，提升社會大眾對照顧服務員之認知與職業尊榮感。
教育部	鼓勵學校針對產學界開設長照相關課程。
	深化學生至長照機構學習。
	設置健康照顧產學合作中心。
	發展長照課程模組及建立長照發展職涯地圖。
	建置長照產學實習媒合平台。

資料來源：衛生福利部（2019）；本研究整理。

再者，長照 2.0 需結合中央政府、地方政府、民間團體及機構，跨域合作推動。中央政府統籌辦理整體政策規劃，規劃整體資源發展及穩定長照財源，地方政府負責政策推動與執行，建置長照資源及服務之監督與品質管理，民間團體機構則提供硬體設備（含公設民營）及長照專業服務。中央、地方與民間團體之合作夥伴關係如圖 5。



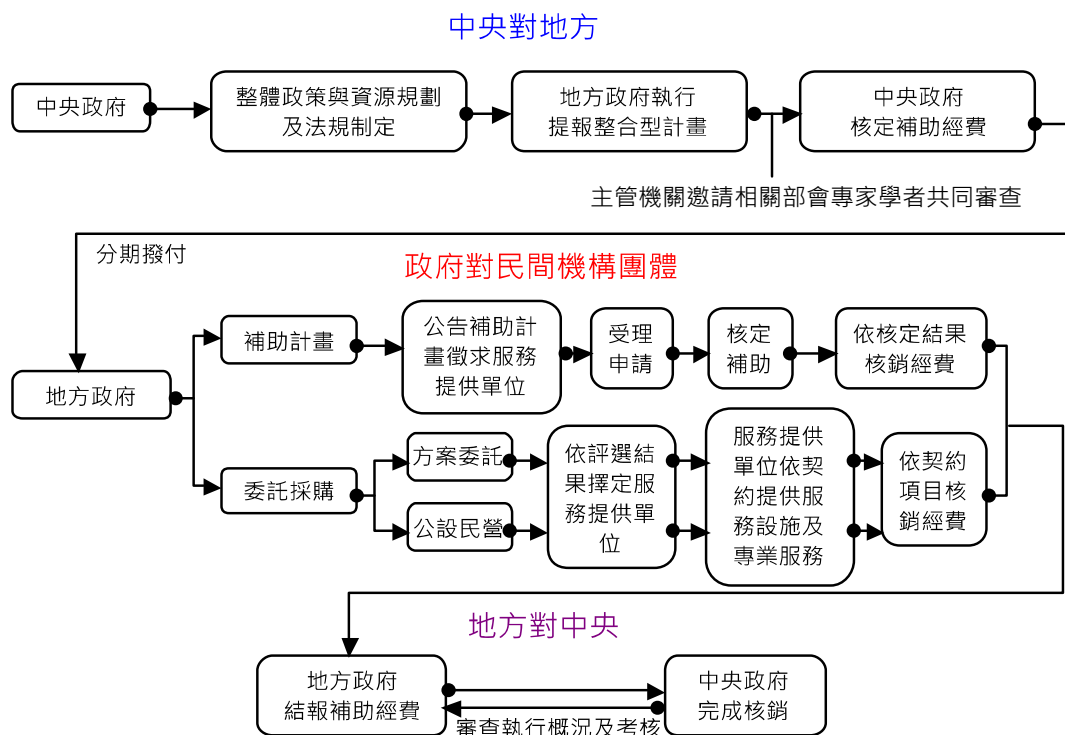


圖 5 長照 2.0 中央、地方及民間團體分工及經費核銷流程

資料來源：衛生福利部長照 2.0 專區（衛生福利部，2019）；本研究整理。

長照 2.0 係透過地方政府布建服務資源，運用中央政府核定補助之款項，補助或委託民間團體機構提供長照服務，此一服務模式乃沿襲長照 1.0，係本「中央統籌、地方運營」（Centre financing, Local operation）的模式來辦理，即中央統籌規劃長照政策與法制，並籌措所需財源，核撥經費予地方政府辦理補助中低收入戶長照費用、長照服務資源的布建、服務機構設立、需求評估、服務提供、特約及支付等。採用此一模式，主要係因長照服務要先申請，經評估後才能提供，且長照服務對象多設籍或居住當地，並因「失能」之故無法自行就醫，因此，由地方政府依其地理條件、居民特性等，本因地制宜原則，規劃及提供適當之長照服務。長照 2.0 由地方政府提出長照整合計畫，經中央主管機關會同相關部會及專家學者審查後，按計畫核定情形分期撥付予地方政府。未來倘籌措適足的長照財源，或可尊重地方自治權責，由地方自行運用該款項，規劃提供長照服務，讓地方政府可以有較大的彈性，提供因地制宜的長照服務，無須再經由計畫提報審核流程，簡化行政作業。

而地方政府為了擴大長照服務規模，提高效率、降低成本，地方政府間可能形成聯盟，共同使用同一資源，例如相鄰縣市共同組成評估小組或共同使用同一個長照機構提供住宅式照顧，促進跨域治理，由中央及地方政府協力（如表 6）。

表 6 中央及地方政府強化照管中心具體作法

權責單位	照管制度規劃及執行		照管人力強化措施		
中央政府	制度規劃	重新制定分站設置原則，將地理環境及人口密度等因素納入考量，並輔導縣市設置分站。	照管人力 留任	補足照管人力，調整薪資等級。	
		獎勵縣市照管中心納入正式組織編制。		調整職務內容，創造管理人員協助行政庶務性業務。	
	長照服務 模式改善	檢視長照服務流程，接軌出院準備服務，無縫評估。	照管人力 專業發展	設計專業訓練課程，將特殊疾病（如失智）需求納入課程內容。	
		檢討照管模式		規劃照管業務依專業分工，如失智症、精神障礙、身心障礙者之評估。	
	照顧需求 評估工具 研發	整合舊有評估量表，發展新型量表。		鼓勵聘用多元族群（如原住民、客家人、新住民）擔任照管人員	
		因應量表改變，設計新版行動載具。		照管人員納入國家公務人員高等考試社會工作或衛生技術職系。	
地方政府	照管制度 執行	依地方地理環境、人口密度等在地因素，設置分站。		照管人力 留任	聘用與管理照管人員，並依中央政策調整薪資等級。
		照管中心納入正式組織編制。			發展縣市利多留任措施。
	新型長照 服務模式 推動	配合中央政策，規劃及協調轄內長照資源，執行長照服務。	調整職務內容，照管人員回歸專業業務。		
		推動、試辦新制訂照顧管理模式及進行比較檢討。	派員參加中央辦理之專業訓練課程。		
	照顧需求 評估工具 使用	使用新型量表，並提出使用問題。	照管人力 專業發展	照管業務依專業分工。	
		使用新版行動載具，並推廣使用。		聘用多元族群擔任照管人員。 提報編制之照管人員需求數。	

資料來源：衛生福利部長照 2.0 專區（衛生福利部，2019）；本研究整理。

除中央與地方政府協力外，前述表 4 也提及長照 2.0 創新服務的特色在於以社區整合型服務中心（A 級）、複合型日間服務中心（B 級）及巷弄長照站（C 級）等服務中心為定點，由照管專員及社區健康照顧團隊提供個案管理或外展提供服務使用者預防保健、健康促進、照顧服務等多元服務，並指導家庭照顧者照顧技巧，滿足喘息需求，減輕照顧負擔。除定點服務外，並結合交通接送服務，提供小區域內定時巡迴接送，串連 ABC 服務，並可依照服務使用者及家庭照顧者需求，提供彈性服務時段。

### **A 級社區整合型服務中心 – 長照旗艦店**

- 一、場域：包括醫院／綜合醫院、小規模多機能／日照中心、護理之家／衛生所及偏鄉長照據點。
- 二、服務內容：**a.**由護理師、社工、照管專員及照顧服務員組成，或由醫師、護理師、物理治療師、職能治療師、營養師、社工及照顧服務員等人組成。**b.**優化初級預防功能，提供 B 級與 C 級督導與技術支援，結合區域醫療資源，轉銜在宅臨終安寧照顧。**c.**整合橫向服務資源，提供套裝式服務，滿足多元服務對象的需求。提供日間照顧、居家服務、社區及居家復建、居家護理、臨時住宿、交通接送、輔具服務、營養餐食服務等至少 5 項服務。並透過交通車小區域巡迴接送與隨車照服員，協助服務對象使用各項照顧資源。
- 三、設置原則：每一鄉鎮市區至少設置一處為原則，並依區域人口數酌增設置，規劃設置 469 處。

### **B 級複合型日間服務中心 – 長照專賣店**

- 一、場域：包括日照中心／日間托老據點、衛生所、物理治療所／職能治療所、診所／社區醫療群（醫師）。
- 二、服務內容：提供日間托老服務，亦提供預防或緩和失能服務、共餐服務、體適能、諮詢服務及輕度失能復健等至少 2 項服務。
- 三、設置原則：每國中學區設置一處，規劃設置 829 處。

### **C 級巷弄長照站**

- 一、場域：包括居家護理所／居家服務提供單位、社區照顧關懷據點／農漁會／

社區發展協會／村里辦公處／社會福利團體等、衛生所／樂智據點。

二、服務內容：提供短時數看顧衰弱或輕度失能者照顧服務或喘息服務（臨托服務）、共餐或送餐服務、社區預防保健、電話問安、體適能、自立支持服務等。

三、設置原則：每 3 個村里設置一處，規劃設置 2,529 處。

可見中央政府規劃照管中心服務內容，人力留任與專業發展方向，地方政府執行相關業務，結合社區整合型服務中心（A 級）、複合型日間服務中心（B 級）及巷弄長照站（C 級）等服務中心為定點，就長照 2.0「建立我國社區整體照顧模式，佈建綿密照顧網」來看，中央、地方與社區齊心協力佈建的綿密「照顧網」，正是政策網絡例證，以此發揮長照成效（陳亮恭，2017；馬立德、葉俊廷與劉以慧，2017）。

一、法令：政策方案有法令為依據。長照 2.0 規劃內容主要依據長期照顧服務法而設計，具體規定長照體系、長照人員之管理、長照機構之管理與接受長照服務者之權益保障相關內容。

二、工具：政策目標轉化為政策行動的工具或機制。長照 2.0 的政策工具主要為服務提供，包含長照 1.0 的照顧服務（包括居家服務、日間照顧及家庭托顧）、輔具及居家無障礙環境補助、老人營養餐飲服務、交通接送服務、長期照顧機構服務、居家護理、社區及居家復建、喘息等 8 項服務，以及失智症照顧服務、原民地區社區整合型服務、小規模多機能服務、家庭照顧者支持服務據點 4 項試辦服務。另有前述 ABC 整合服務與社區預防性照顧 2 項創新服務及出院準備服務與居家醫療 2 項延伸服務。

三、規則：政策制定者、執行者與標的團體所需遵守之規則。長期照顧服務法將自 106 年 6 月 3 日施行，相關授權子法之研訂已完成分工及進度規劃，包括一部法律（長照法人法）及 9 部子法（施行細則、長照機構評鑑、長照人員訓練認證繼續教育及登錄、長照服務資源發展獎助辦法、長照機構設立標準、長照服務機構設立許可及管理、長照服務機構改制、長照服務機構專案申請租用公有非公用不動產審查、外國人從事家庭看護工作補充訓練等）。

四、假設：政策因果關係的技術、行為與規範的（technical, behavioral, and normative）假設。意即衛生福利部運用何種技術、採取何種行為、運用何種

規範，才能使長照 2.0 政策發生效果。

長期照顧政策設計主要由衛生福利部整合中央與地方行政機關（A），制定長期照顧服務法（S），依照服務使用者及家庭照顧者等標的團體（T）的需求，藉由政策工具、施行細則與相關技術、行為、規範等連結（t, r, a），產生影響，以獲致政策成果（O）。

## 肆、結語

建立完善的長照系統，為因應人口高齡化、失能人口增加的重要政策，本文剖析長期照顧政策設計，具有重要意涵：

### 一、標的團體為考量之政策設計，滿足人民長期照顧需求

依據長期照顧服務法，具體規定長照體系、長照人員之管理、長照機構之管理與接受長照服務者之權益保障相關內容。針對長照 1.0 人力不足、機構不足、協調不足等問題規劃長照 2.0 的預期成果，明確定義長照 2.0 標的團體，透過社區為基礎的健康與長照團隊、縣市政府照顧管理中心、社區整合型服務中心（A 級）、複合型日間服務中心（B 級）與巷弄長照站（C 級）等協力執行，提供照顧服務（包括居家服務、日間照顧及家庭托顧）、輔具及居家無障礙環境補助、老人營養餐飲服務、交通接送服務、長期照顧機構服務、居家護理、社區及居家復建、喘息等服務，以及失智症照顧服務、原民地區社區整合型服務、小規模多機能服務、家庭照顧者支持服務據點 4 項試辦服務。還有 ABC 整合服務與社區預防性照顧 2 項創新服務及出院準備服務與居家醫療 2 項延伸服務。由行政機關審慎制定法令，透過政策工具、規則與對標的團體的傳達，進而對標的團體產生影響，改變政策認知或行為，順服政策，以獲取政策成果，促使長照 2.0 政策產生效果。

### 二、關切標的團體中的隱性照顧人力，落實長期照顧政策

由於家庭型態的轉變、家戶人口的減少及家庭醫療保健支出的增加，使得家庭主要照顧者承受精神及經濟上的雙重壓力。面對高齡化及超高齡化社會的來臨，白天上班、晚上照顧長輩的隱性照顧人力將隨之增加。從現階段扶老比近 16.2% 推

估，我國約 1,163 萬勞動人口中，約有近 200 萬人為隱性照顧人力。隱性照顧人力的問題，在於他們可能會因照顧家中失能者，而離開勞動市場，除國家整體勞動力將因此下降外，隱性照顧人力離開職場後，重返職場再就業的困難度增加，不利國家人力資本的發展。因此，政府若能規劃有效且完善的長照制度，當可減輕照顧家庭的各種壓力，進一步安定其生活，提升生活品質，從而兼顧失能者生存的權利及尊嚴。

## 參考文獻

- 丘昌泰（2013）。**公共政策：基礎篇**。臺北：巨流。
- 吳定（2009）。**公共政策**。臺北：五南。
- 吳定（2013）。**公共政策辭典**（增訂第4版）。臺北：五南。
- 李允傑、丘昌泰（2009）。**政策執行與評估**。臺北：元照。
- 李玉春（2016）。臺灣長照制度之檢討與改革策略建議：如何建立「平價、優質、普及」的長期照顧體系？**社區發展季刊**，153，19-31。
- 李宗祐、陳正國、陳正隆、饒兆興（1994）。標的群體之社會建構：政治與政策上的意涵。**中國行政評論**，3（3），213-238。
- 林水波（1993a）。Identifying problem contextuality as a basis of policy design. **中國行政評論**，2（2），97-120。
- 林水波（1993b）。The impact of organizational culture on policy design and implementation. **中國行政評論**，2（4），39-72。
- 林萬億（2012）。**臺灣的社會福利：歷史與制度的分析**。臺北：五南。
- 長澤茂（全聯會國際事務工作小組譯）（2016）。長照保險及居家醫療。**臺灣醫界**，59（9），41-43。
- 施能傑（2006）。政府薪資績效化的政策設計。**公共行政學報**，18，51-84。
- 徐仁輝、郭昱瑩（2014）。**政策分析**。臺北：智勝。
- 馬立德、葉俊廷、劉以慧（2017）。我國小型長期照顧機構經營困境及策略之研究。**社會發展研究學刊**，20，61-81。
- 國家發展委員會（2016）。**中華民國人口推估（105 至 150 年）**。臺北：國家發

- 展委員會。
- 張筵儀、王俊元、吳政峰（2011）。政策設計、公部門網絡治理與標的人口社會建構之移轉：毒品危害防制政策之分析。**競爭力評論**，14，73-100。
- 陳亮恭（2017）。高齡醫療照護之再造創新與未來展望。**政府審計季刊**，37（3），總號 147，12-25。
- 馮燕、陳玉澤（2016）。量能提升以建構永續發展的長期照顧體系。**社區發展季刊**，153，5-18。
- 劉坤億（2005）。從政策設計觀點檢視我國行政機關績效獎金制度。**人事月刊**，244，12-28。
- 蔡秀涓、施能傑（1996）。政府部門升遷政策設計之思考架構：公平性與策略性觀點之整合。**公務人員月刊**，1，36-45。
- 衛生福利部（2016）。長期照顧十年計畫 2.0（106~115 年）（核定本），2019 年 3 月 27 日，取自：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4001-42414-201.html>。
- 衛生福利部（2019）。長照政策專區，2019 年 4 月 8 日，取自：<https://1966.gov.tw/LTC/mp-201.html>。
- 衛生福利部社會保險司（2016）。**長期照顧保險規劃報告**。衛生福利部專題研究成果報告，未出版。
- 蕭元哲（2008）。值得與待遇賦予：社會建構與公共政策。**公共行政學報**，28，177-183。
- Howlett, M. (2011). *Designing public policies: Principles and instruments*. Oxon, UK: Routledge.
- Ingram, H., & Schneider, A. (1991). The choice of target populations. *Administration & Society*, 23(3), 333-356.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that Federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley, CA: University of California.
- Schneider, A. L., & Ingram, H. M. (1993). The social construction of target populations: Implications for politics. *American Political Science Review*, 87(2), 334-347.

Schneider, A. L., & Ingram, H. M. (1997). *Policy design for democracy*. Lawrence, KS: Kansas University.

Schneider, A. L., & Ingram, H. M. (2005). *Deserving and entitled: Social constructions and public policy*. Albany, NY: State University of New York.



# Policy Design: A Case Study of Long-Term Care Policy

Yu-Ying Kuo<sup>\*</sup>

## Abstract

Along with democratic politics, liberal economy, and plural society, governments at all levels face various problems, claims, and values proposed by different interest groups, making policy implementation even more complicated. In order to carry out public policies, policy design gains its importance through the function of  $PD = E(O, T, A, S) + L(t, r, a)$ , indicating the elements(E) of policy outcome(O), target group(T), agency(A), statute(S) and the linkage(L) of tool(t), regulation(r), and assumption(a). The paper elaborates on the application of policy design in the area of long-term care policy to demonstrate the crucial influence of target groups and emphasize the connection between policy design and policy implementation.

**Keywords:** policy design, long-term care policy, policy implementation, target group

---

\* Professor, Department of Public Policy and Management, Shih Hsin University, e-mail: yykuo@mail.shu.edu.tw.

