我國長期照護政策之反思──

以日本、荷蘭、美國之經驗為中心

謝沛蓁

目錄

壹、前言

一、研究動機

二、研究目的

三、研究方法與過程

貳、我國長期照護政策及相關法令

一、長期照護為憲法保障生存權之實踐

二、傳統倫理下的照顧抉擇與長照體系之失靈

參、他國長照政策探討與我國困境對照

一、日本「介護保險」

二、荷蘭「全民長期照護保險」

三、美國「雙卡支付制度」

四、他國長期照護體系經驗對我國之啟發

肆、研究結果與問題討論

伍、參考資料

陸、習法心得

壹、前言

一、研究動機

根據內政部統計通報[1]指出，2025 年 6 月底 65 歲以上長者高達 457.3 萬人，高齡人口比升高至 20.06%，我國正式進入「超高齡社會」。老化指數亦隨高齡人口增加持續攀升，2025 年更達 174.2，高齡人口數已遠超幼年人口數，國內人口老化程度愈趨明顯。為因應沉重的人口結構壓力《長期照顧服務法》(下稱長服法)於 106 年 6 月 3 日生效施行。鑒於學生近年家中長輩面臨失能與認知功能退化的照護需求，作為一照顧者家庭，深刻體認老年長照為當前社會重要課題，因而對此議題產生興趣。

二、研究目的

衛生福利部於 2026 年實施長期照顧十年計畫 3.0[2]，醫護與輔具等相關服務採三階段陸續開放。本篇擬從梳理國內長期照護政策之運作架構與資源配置，與他國長照政策運作進行比較，針對多元照護體系之整合、服務彈性等問題提出反思與建議。

三、研究方法與過程

本文採歷史研究法、文獻分析法與比較法，透過整理國內外長期照護政策之相關法規、學術文獻、政策架構與服務項目等運作情形，分析各國間多元照護體系建構，進而與我國之長照體系進行對照。

---

[1]內政部 114 年第 48 週內正統計通報〈https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?〉，最後瀏覽日:2026 年 9 月 6 日。

[2] 衛生福利部，〈長期照顧十年計畫 3.0(115-124 年)核定本〉，行政院 114 年 12 月 31 日院臺衛字第 1145026398 號函核定，頁 29。

貳、我國長期照護政策及相關法令

一、長期照護為憲法保障生存權之實踐

《世界衛生組織憲章》闡明，享有最高可能達到的健康標準屬每個人基本權利，政府有職責透過衛生及社會措施促進人民健康衛生。此概念亦納入我國之基本國策[3]，《中華民國憲法》第 155 條即規定，人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災害者，國家應予以適當之扶助與救濟。高齡者之年齡增長、失能風險與多重共病間呈現高度相關，針對此類複雜且虛弱之高齡族群，長期照顧不應僅停留在被動消極之生活照料，更須透過主動積極之團隊醫療介入。

(一)立法背景與沿革

我國長期照顧政策自清治時期至 1990 年代初期，多延續「政府主導，民間配合」[4]模式，提供孤老殘弱之救濟與機構收容，屬殘補式福利，即照顧與生活之責任仍主要由個人、市場與家庭承擔，只有當家庭功能失調或市場失靈，政府才會介入。1994 年全民健保開辦，1997 年修訂《老人福利法》開啟公私協力[5]之「福利混合經濟」模式。2007 年《老人福利法》修法，明訂照顧服務應依「全人照顧、在地老化及多元連續服務」原則規劃。參酌全人照顧理論，完善照護應涵蓋生理、心理、社會及經濟等整體需求。隨後 2013 年衛生福利部成立與 2015 年長服法公布，長

---

[3] 鍾秉正。〈社會法與基本權保障〉。《元照出版》，初版，2010.06[民 99.06]，頁 201。

[4] 黃龍冠、楊培珊。〈以長照 2.0 為基礎回顧臺灣長照政策發展與評析未來挑戰〉，《福祉科技與服務管理學刊》，9.2，2021.06[民 110.06]，頁 219-220。

[5] 黃榮源、陳郁函。〈臺灣長期照顧政策之執行與展望：以公私協力治理觀點分析〉，《文官制度》，10.2，2018.04[民 107.04]，頁 57-58。

照政策加速整合。2016、2026 年推動長照 2.0 及 3.0，透過社區整合照顧模式串聯民間資源，滿足受照顧者多重且連續之照護需求。

(二)長期照護之相關規定

1.老人福利法

《老人福利法》第 15 條規定，地方主管機關對需長期照顧的失能老人應提供經費補助，該比例依家庭經濟狀況與失能等級雙重變數調整。又第 16 條要求主管機關辦理老人照顧服務應依全人照顧、在地老化、健康促進、延緩失能、社會參與及多元連續服務之原則辦理。針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制。有此可知，本法以規範金錢給付為主，並確立老人照服之原則依據。

2.身心障礙者權益保障法

關於長期照護之規範較為完善，涵蓋保健醫療、支持服務、經濟安全與保護服務等多元面向。本法第 21 條以下即列舉醫療整合、身心障礙輔具資源與護理機構等資源；第 50 條至第 52 條旨在滿足接受照顧者個人支持及照顧，促進其生活品質、社會參與及自立生活。而第 70 條明定政府應逐步規劃生活補助、日間及住宿照顧補助、照顧者津貼、年金保險等方式[6]，建構全方面照服體系。

3.國軍退除役官兵輔導條例

國軍退除役官兵輔導委員會為安置身心障礙與年長之退除役官兵特設榮譽國民之家(榮民之家)，提供安養、失能養護、失智照顧及長期照護。亦包含日間照顧及臨托服務、衛生保健及疾病醫療、行為及心理輔

[6] 鍾秉正，前揭註 3，頁 209。

導評估等社會福利服務。惟此條例僅適用於退除役之官兵，尚無法因應一般國民之長照壓力。

4.長期照顧服務法

旨在健全長照服務體系，提供高品質、普及、多元且可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益。其規範內容與前揭《老人福利法》相似，但更強化對於長照人員與機構之管理和接受服務者之權益。

(三)制度架構與運作機制

1.財源結構與給付型態

長照財源主要由中央設置特種基金，項目涵蓋菸稅、遺贈稅、房地合一稅與政府撥充等。給付方式採「實物為主、現金為輔」混合模式，長照等級經專業評估以核定各項服務相應「給付額度」，由個案管理員協助媒合特約長照特約機構提供具體服務，民眾僅需負擔部分負擔費用。

2.ABC 社區整體照顧模式

為實現「在地老化」而將資源分成 A、B、C 級別單位互相串聯，各據點之間由巡迴車接送，建立社區整體照顧服務網絡，分別為:A 級(社區整合型服務中心):為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務；B 級(複合型服務中心):專責提供長照服務；C 級(巷弄長照站):提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。

二、傳統倫理下的照顧抉擇與長照體系之失靈

失能家庭常面臨家屬自行照顧、送往機構或聘用外籍看護之三難抉擇，據

衛生福利部統計[7]，65 歲以上者 9 成 1 希望住在家宅，且住家宅者未來進住機構者之意願較低，如下表 1-1、1-2 所示:

單位：人、%

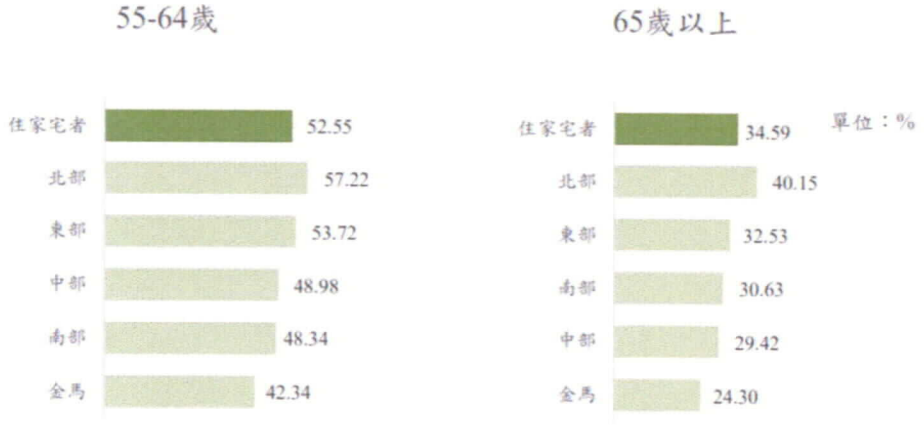
	總計		住在家宅					住在機構	其他/代答者不回答
	人數	百分比		獨居	僅與配偶(含同居人)同住	和子女住在一起	和親戚朋友同住		
55-64 歲									
106 年調查	3,359,873	100.00	95.76	7.22	30.68	55.45	2.41	0.63	3.60
111 年調查	3,486,975	100.00	96.19	10.90	28.74	51.85	4.70	1.43	2.38
65 歲以上									
106 年調查	3,218,881	100.00	90.84	9.59	26.16	54.34	0.75	0.88	8.27
111 年調查	4,042,790	100.00	90.90	9.18	23.48	56.71	1.53	1.28	7.82
現有子女									
有子女	3,902,057	100.00	91.30	8.27	23.62	58.76	0.65	1.22	7.48
無子女	140,733	100.00	79.73	34.32	19.57	-	25.83	14.86	5.42

附註：「和子女住在一起」，尚包括配偶(同居人)、子女配偶及孫子女。

表 1-1　55-64 歲及 65 歲以上者希望之居住安排-按現有子女分

資料來源：111 年老人狀況調查報告，衛生福利部編印 113 年 1 月出版

中華民國 111 年 10 月



附註：本圖以住家宅為分母。

表 1-2　55-64 歲及 65 歲以上住家宅者未來進住機構之意願

資料來源：同表 1-1

[7] 衛生福利部，〈111 年老人狀況調查報告本〉，113 年 1 月出版，頁 3-4。

受傳統孝道倫理綑綁，高齡者若抗拒機構安置，又在傳統「男主外、女主內」思維影響下，照顧責任之重擔常落到女性身上，亦有部分家屬在倫理壓力下多選擇聘用外籍看護以落實「在家安養」。過往長照 1.0 至 2.0 排除聘有外籍看護家庭之服務資源，即便長照 3.0 逐步放寬，仍未完全賦予失能家庭自由調配社區資源與自主選擇之權利。國內更面臨嚴重專業照護人力斷層，2025 年國人照服員雖突破 10 萬人[8]，但人力成長趨緩且結構老化嚴重，受社區專業醫療與照護網絡資源分配不均等因素，難以實現醫照整合，產生給付缺乏彈性與醫照服務斷裂之困境。

長服法第 15 條設置特種基金籌措長照財源，項目涵蓋菸稅、遺贈稅、房地合一稅與政府撥充等。然而隨著長照需求擴大，看似多元的財務機制，實則潛藏結構危機與道德矛盾。最大的問題在於財源對菸稅之高度畸形依賴。課徵菸稅之目的為抑止吸菸人口數，長照基金卻需要這筆資金來維繫營運。當公共衛生政策成功降低吸菸率，長照財源將出現缺口，形成衛教目標與財務需求相互割裂的現象。遺贈稅與房地合一稅易隨景氣波動，無法為長照支出提供穩定長期現金流，最後仍須靠公庫撥充，間接排擠其他公共預算。更具爭議在於，為維持這筆龐大基金，等於變相寄望社會維持一定吸菸人口。統計上，吸菸者以弱勢族群居多，由其負擔全體長照的主要成本，而他們未來又極可能因健康受損成為長照的使用者，顯背離社會正義與倫理。

---

[8] 侯俐安、戴淨妍。〈大缺工時代 長照人力的搶工潮〉，〈https://www.ankecare.com/article/4006-2025-11-15-18-31-50〉，《創新照顧》，2025.11[民 114.11]。最後瀏覽日:2026 年 9 月 16 日。

115年 8月

單位：新臺幣百萬元；%

稅目別	本月實徵淨額	較上年同月增減數	較上年同月增減率	占本月分配預算數比率	本年度累計實徵淨額	較上年同期增減數	較上年同期增減率	占累計分配預算數比率	占本年度預算數比率	本年度預算數
總計	198,206	44,496	28.9	107.0	3,074,919	619,120	25.2	115.0	78.0	3,944,652
關稅	13,705	948	7.4	113.0	106,700	7,740	7.8	115.8	72.6	146,880
所得稅	102,229	12,736	14.2	92.6	1,581,056	235,597	17.5	102.0	71.1	2,223,559
營利事業所得稅	13,185	6,613	100.6	92.8	802,086	159,943	24.9	101.8	62.4	1,286,255
綜合所得稅	89,044	6,124	7.4	92.5	778,969	75,654	10.8	102.3	83.1	937,304
遺產及贈與稅	7,363	53	0.7	161.0	52,806	9,531	22.0	148.1	96.6	54,661
遺產稅	4,200	-1,349	-24.3	153.0	33,974	5,869	20.9	158.8	103.6	32,796
遺產稅(未指定用途)	3,268	-637	-16.3	142.8	24,370	3,639	17.6	136.7	89.1	27,340
遺產稅(撥入長照基金)	932	-712	-43.3	204.2	9,604	2,230	30.3	269.9	176.0	5,456
贈與稅	3,163	1,402	79.6	172.8	18,833	3,662	24.1	132.0	86.1	21,865
贈與稅(未指定用途)	2,175	787	56.7	142.6	15,099	2,367	18.6	126.9	82.8	18,228
贈與稅(撥入長照基金)	988	615	164.8	324.5	3,734	1,295	53.1	157.3	102.7	3,637
貨物稅	8,013	-4,290	-34.9	76.9	77,425	-19,630	-20.2	98.3	64.3	120,449
證券交易稅	53,959	26,214	94.5	249.7	452,688	285,512	170.8	273.3	181.0	250,076
期貨交易稅	1,920	1,074	127.0	213.0	15,689	8,850	129.4	229.5	151.9	10,329
菸酒稅	5,040	-115	-2.2	83.2	43,088	-313	-0.7	97.6	64.1	67,198
菸酒稅(未指定用途)	2,983	-49	-1.6	82.5	25,650	-603	-2.3	97.4	64.0	40,098
菸酒稅(撥入長照基金)	2,056	-67	-3.1	84.2	17,438	290	1.7	98.0	64.3	27,100
特種貨物及勞務稅	346	10	3.0	58.1	2,573	-1,423	-35.6	56.9	37.3	6,902
營業稅	-5,628	6,827	--	--	481,588	90,643	23.2	110.2	73.3	657,026
土地稅	5,751	1,019	21.5	86.7	46,630	-3,156	-6.3	84.6	26.1	178,425
地價稅	126	-22	-15.2	83.7	1,845	-544	-22.8	87.9	1.9	98,623
土地增值稅	5,625	1,042	22.7	86.8	44,785	-2,612	-5.5	84.5	56.1	79,802
菸葉稅	641	-52	-7.5	94.3	102,658	3,469	3.5	105.7	104.4	98,305
使用牌照稅	488	-34	-6.5	91.9	66,629	-39	-0.1	100.9	97.7	68,171
契稅	1,291	171	15.3	98.6	11,057	873	8.6	110.2	70.3	15,733
印花稅	840	77	10.1	100.9	14,366	1,016	7.6	127.5	83.9	17,117
娛樂稅	133	-65	-32.9	81.1	1,441	-15	-1.0	115.2	76.1	1,894
特別稅課收罰鍰	62	-10	-13.8	97.2	1,088	180	19.8	120.1	72.3	1,506
健康福利稅	2,056	-67	-3.1	97.4	17,438	285	1.7	102.3	66.0	26,421
房地合一課徵所得稅	6,618	1,651	33.2	80.4	34,119	-371	-1.1	48.8	29.3	116,527
營利事業	-	-	--	-	-	-	--	-	-	27,228
個人	6,618	1,651	33.2	82.6	34,119	-371	-1.1	59.3	38.3	88,999

說明：1.遺產及贈與稅實徵淨額包括金額為零之稅目。

2.115年度中央政府總預算案尚未經立法院審議通過前，暫以總預算數列計，其他各稅年增率及年增率係以本月分配預算數。

表 1-3　全國賦稅實徵淨額統計表(初步統計)

資料來源：115 年 8 月全國賦稅收入初步統計，財政部統計處 115 年 9 月 11 日

參、他國長照政策探討與我國困境對照

高齡化是一個全球性議題，隨著醫療技術進步、生育率持續下降與平均預期壽命提高，急遽增加之照護需求使各國擬定相應政策制度，以下針對日本、荷蘭與美國之長期照護政策及運作進行探討，並對照我國現行體系於「財源穩定」、「給付彈性」與「醫照整合」之三大困境。

一、日本「介護保險」:世代共同承擔之財源與社區整合網絡

(一)立法背景與沿革

自 1960 年代頒布《老人福祉法》，日本政府以行政處分之福利措置介入傳統家庭照顧，惟 1970 年代高齡醫療費用劇增嚴重侵蝕公共醫療財政，促使政府於 1982 年制定《老人保健法》，從法律上分割「急性醫療」與「長期照護」需求。為建構普及式服務供給量能，先後推行「黃金計

畫」與「新黃金計畫」。1994 年 3 月，厚生省[9]成立高齡者介護對策本部啟動長照政策改革，1996 年 4 月提出高齡者介護保險制度大綱，並於隔年 12 月 17 日頒布《介護保險法》(下稱介護法)、2000 年 4 月正式實施[10]，日本高齡照護體系正式由措置制度轉型為市場機制之社會保險給付，亦是亞洲首個提出長期照顧保險制度之國家。

(二)制度架構與運作機制

1.保險人、被保險人與部分負擔

介護法第 3 條明定介護保險之保險人由基層之市町村擔任，確立地方自治團體作為給付與管理主體。第 5 條與第 6 條則課予中央政府、都道府縣、醫療保險與年金保險機構具協助與資源挹注義務。第 9 條將被保險人分為兩類：第一號被保險人為 65 歲以上高齡者，以自然衰老或失能為主；第二號被保險人為 40 至 64 歲具健保資格者，僅限於初老期失智症、腦血管病變等 16 種特定老年疾病。使用者並需依所得給付 1 至 3 成之部分負擔。

2.混合型財源與實物給付原則

介護保險採「公費稅收與保險費各半」之混合型財源籌措機制。公費 50%中央、都道府縣與市町村按 2:1:1 比例分擔，其餘 50%由被保險人按人口比例分負保費，亦設保費與自負額減免機制保障低收入權益。給付型態為實物給付，避免家屬支領現金後未將資源實質投入

---

[9] 日本行政部會之一，為職司衛生及社會福利的最高機構。其組織類似我國的衛生署及內政部社會司。參照《重編國語辭典修訂本》臺灣學術網路第六版〈https://dict.revised.moe.edu.tw/dictView.jsp?ID=81331〉，最後瀏覽日:2026 年 9 月 6 日。

[10] 李光廷。〈以臺灣的家庭價值觀看--日本介護保險制度成立的背景與條件〉。《人口學刊》，22，2001.06[民 90.06]，頁 71。

個案照護。

3.照護管理師制度

「介護支援專門員」為介護保險實施後之專門職[11]，設有國家資格認證、定期更新與完整教育訓練制度，確保個案照顧之品質；對於「認定調查員」、「主治醫師」及「認定審查會委員」等參與需介護認定程序之專業人員，法制上則僅規範應接受職前訓練。

(三)社區整合型照護體系

隨著長照需求增加及照顧人力缺口擴大，政府於2011年增修介護法第5條第3項，將「社區整合型照護體系」納入地方自治團體之職責，透過整合醫療、介護、介護預防、生活支援及居住等五大服務項目，落實《日本國憲法》生存權保障下「在地老化」之願景，即高齡者能於熟悉社區中維持尊嚴與自立。以「在地資源整合」與「社區互助」為核心，重新劃定「自助、互助、共助、公助」之責任分工，藉由活化民間鄰里網絡，將日常餐食與安危確認等生活支援交由社區實踐，以降低失能率、減緩財政壓力。

(四)對我國長照財源籌措之啟示

日本保費與公費各半的財務永續性，兼具稅收再分配與社會保險互助之功能。以及透過社區整合照顧實現在地安老，高齡者更從被動之「受給者」轉換為社區參與者，介護法之實行達成財政永續與地域共生之內涵，更避免長照基金財源波動及醫護人員不足等問題。

---

[11] 李光廷。〈【李光廷專欄】日本照護管理師制度的探討〉，〈https://www.ankecare.com/article/1139-22850〉，《創新照顧》，2021.01[民110.01]。最後瀏覽日:2026年9月12日。

二、荷蘭「全民長期照護保險」:多元給付彈性與個人自主權

(一)立法背景與沿革

荷蘭長期照顧制度源於 1962 年全民重大疾病社會保險計畫，旨在為失能者與精神疾病患者提供強制之照顧保障[12]。國會於 1967 年通過《特殊醫療費用支出法》(AWBZ)，1968 年正式頒行，成為全球首創以強制性社會保險劃分長期照顧風險之國家。惟單一社會保險體系缺乏自由競爭與行政效率，人口老齡化致醫療照護費用占 GDP 比重劇增，促使政府於 2003 年導入受規範之市場競爭進行革新[13]。2006 年頒布《社會支持法》將非醫療性之社區照顧與生活支援權責下放地方政府，藉由擴大民間參與、引進市場機制與地方自治，提升服務供給效率與品質，直至 2015 施行《長期照護法》始全面替代之[14]，完成長照現代化、分流與永續運作變革。

(二)制度架構與運作機制

1.保險人與被保險人

凡荷蘭居民及合法納稅者均強制納保，15 歲以下且無須課稅之未成年人則由國家代繳保費。實質保險人由經國家健康保險局法定制章註冊之私人醫療保險公司擔任，民眾享有自由選擇保險公司之權利，採一年一約並輔以法定通知續約機制。

---

[12] 江清馨。〈德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究〉。財團法人國家政策研究基金會，1999.05[民 98.05]，頁 67-68。

[13] 林建成。〈從荷蘭的經驗看我國未來長照保險的推動〉,〈https://www.npf.org.tw/2/6117〉,財團法人國家政策研究基金會，2009.07[民 98.07]。最後瀏覽日:2026 年 9 月 12 日。

[14] 陳麗娟。〈荷蘭社會保障制度之研究〉。《國會季刊》，4，2019.12[民 108.12]，頁 7。

2.財源結構與給付型態

「隨收隨付制」主要仰賴勞動人口繳納之保費，並由政府公費補貼。經照護評估中心（CIZ）評估失能等級後，被保險人得自由選擇「實物給付」、「現金給付」或「混合給付」。而現金給付授權受給者得直接聘用親友、鄰居等非正式社會支持網絡或私人服務者，打破特約機構壟斷，賦予個案高度自主抉擇權。

(三)長期照護服務模式：Buurtzorg（鄰里模式）

「洋蔥模型」係以長者為核心，由內而外開展為「客戶自主管理」、「非正式網絡（家屬與鄰里）」、「Buurtzorg 居家護理團隊」與「正式醫療團隊」。透過小規模自主護理團隊，優先激發個案自力支援與家庭網絡機能。

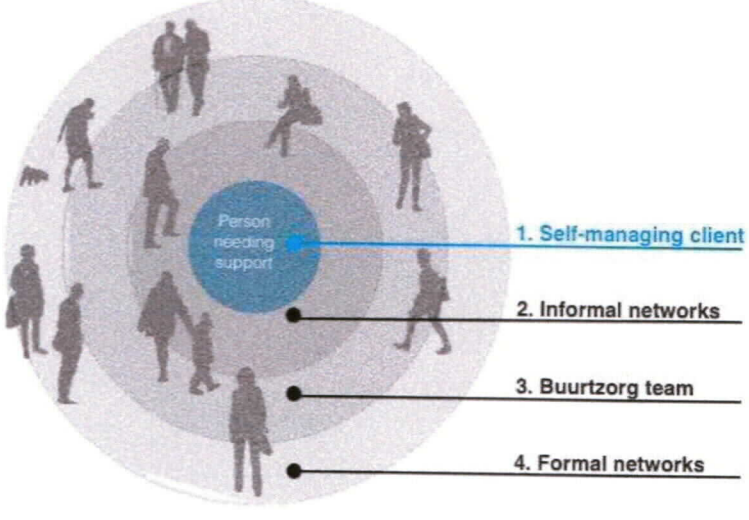


圖 1　Buurtzorg「洋蔥模型」

資料來源：Our Model of Care，Buurtzorg，〈https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/〉，最後瀏覽日：2026 年 9 月 18 日。

(四)對我國長照給付形式之啟示

荷蘭提供實物與現金給付的「彈性選擇」與「尊重個人自主」，允許

選擇現金給付並支持非正式照顧網絡，對應我國聘有外籍看護家庭長期面臨被排除於補助及服務外之困境，為我國長照 3.0 解除外籍看護家庭服務排擠、給予家庭照顧者實質喘息提供重要借鏡。

三、美國「雙卡支付制度」：醫照一體化與連續性照顧

(一)立法背景與沿革

美國過去採殘補式福利制度，於近數十年歷經顯著革新，其中 1987 年《綜合預算調節法案》（OBRA）占有關鍵地位。該法案規範住民之全面性評估、行動自由、個人隱私與申訴等權利，保障高齡者生存權與人性尊嚴，要求機構應提供個別化照護並保障其自主選擇權，重塑機構照護品質標準與社區照顧實務發展。

(二)制度架構與運作機制

美國高齡醫療與長期照顧制度建立於「聯邦醫療保險」（Medicare）與「聯邦醫療補助」（Medicaid）之雙軌體系[15]，兩者均歸屬衛生與公共服務部下轄之醫療保險與醫療補助服務中心。Medicare 屬聯邦之全民高齡健康保險，65 歲以上或特定身障者具備法定薪資稅繳費紀錄者均得納保。財源專款專用，劃分成由薪資稅[16]支應之「醫院保險信託基金」以涵蓋急性醫療與住院護理，與仰賴財政預算與國會授權之「補充醫療保險信託基金」支應門診服務；Medicaid 採聯邦與州政府共同資助、由州主導之資產審查模式，專為低收入群體提供長期照護費用。此種雙軌制

---

[15] 鍾慧。〈美國社區型長期照護模式與藥事服務出國報告〉，〈https://data.taipei/dataset/detail?id=c58125a5-663b-4db6-9d00-8b0578e13fec〉，最後瀏覽日:2026 年 9 月 12 日。

[16] 規範於社會安全稅和聯邦醫療保險稅，通常稱為 FICA 稅，適用於僱員和僱主，雙方各支付僱員工資的 7.65%。僱主通常需要從工資中扣除家庭僱員的 FICA 稅份額。參照美國國稅局(IRS)〈https://www.irs.gov/zh-hant/taxtopics/tc756〉，最後瀏覽日:2026 年 9 月 11 日。

因給付標準及權責劃分不一，致醫療與長照服務呈現碎片化，遂催生後續推動社區整合照顧模式。

(三)長期照護服務模式

1.全包式長期照護計畫（PACE）

專為同時具備 Medicare 與 Medicaid 資格之體弱高齡者所設計，使具備入住護理之家資格之長者得在社區與熟悉環境中維持尊嚴與自主生活。透過聯邦與州政府聯合挹注之「論人計酬」與「包裹支付制度」，全額統籌包含家庭醫師、跨專業團隊照顧、門診、物理與職能復健、日間照顧、送餐、居家護理及交通接送等全方位服務。透過跨專業團隊個案管理機制，持續性之社區監測與在宅醫療介入，克服雙軌保險給付分割問題、降低非預期性住院與機構入住率，落實原居安老(Aging in places)亦達成抑制醫療費用膨脹與永續。

2.持續性照顧退休社區（CCRC）

以全人健康與連續性服務為目的之自費型高齡居住與照護模式，將日常居住、餐飲生活、休閒活動與醫療護理等多元需求一體化串聯於同一社區[17]，年長者免於因健康功能退化而頻繁遷徙或就醫奔波。展現高度產業化與制度化經營，由營利或非營利組織擔任服務供給主體，住民入住時繳納入場費並按月支付固定費用，即可取得涵蓋至臨終之全包式生活機能與醫療給付。

(四)對我國醫照整合之啟示

PACE 計畫與 CCRC 打破醫療與長期照顧間的結構性斷層，透過預

[17] 陳中寧。〈結合居住與醫療的終生服務：長期退休照顧社區〉，〈https://www.hisp.ntu.edu.tw/report_paper?id=38〉，科技部人文創新與社會實踐計畫。最後瀏覽日:2026 年 9 月 12 日。

防失能與降低急性住院率，同時提升高齡者尊嚴並達到財政永續。

四、他國長期照護體系經驗對我國之啟發

荷蘭 Buurtzorg 之「洋蔥模型」與日本「社區整合型照護體系」高度契合，均以「長者自主」與「在地社區支持」為主軸。其由內向外擴展之階層型架構，對應日本四助模型中由個人「自助」照與社區「互助」優先承擔基礎機能，再由社會保險「共助」與國家福利「公助」作為後盾之補位邏輯；藉由優先激發個案殘存功能與非正式社會支持網絡協同，使公權力與專業醫療退居二線，相較於傳統給付減輕對機構之依賴。

在資源整合與醫療銜接層面，美國 CCRC 雖屬自費型服務，惟其具備完善之基層照護與預防機制，能降低住院與急診率，連帶節省 Medicare 財政支出。其內部整合護理之家之連續性照護設計，更提升單位醫療效能，與國內傳統偏向公立救助、榮民安養之機構型態相比，凸顯出住宅、健康管理與醫療照顧一體化設計，對減輕公法財政負擔具備重要之政策價值。

肆、研究結果與問題討論

我國現行長照基金高度仰賴外部稅源，抗景氣循環能力不足，難以支應未來急速膨脹之失能需求。相較於稅收之不確定性，社會保險具備人口精算與可預測性，參考日本介護保險之混合型架構，融合指定稅收補助與保險風險分攤優勢；在未開辦保險制前，亦應立法明定中央財政保底責任。在提供照護與多元給付方面，長照 3.0 應從「量的擴張」走向「質的重構」，賦予受給者自主權，借鏡荷蘭現金給付與 Buurtzorg 洋蔥模型，鬆綁聘僱外籍看護家庭之服務限制，放寬日間照顧、家庭托顧與喘息服務之適用，使失能家庭得以彈性調配照顧資源。並連結在地據點與志工人力網絡，深化共生社區營造，結合美國

PACE 計畫之社區一體化邏輯，建置一站式社區長照整合中心以實踐連續性醫照給付，導入論人計酬機制引導照護機構轉向功能維持與疾病預防，整合日間照顧與專車接送等交通服務。結合居家失能個案醫師照護方案與在宅急症照護，透過健保與長照資訊系統之跨平臺數據共享，並優化出院準備銜接機制。長遠而言，應鼓勵公私協力發展社區在地化持續性照顧，提供從健康到臨終之全人連續性照護，方能兼顧財源永續性、地域平等性與在地安老尊嚴，建構高品質之長照體系。

伍、參考資料

一、專書

鍾秉正。〈社會法與基本權保障〉。《元照出版》，初版，2010.06[民 99.06]，頁 227-228

二、期刊論文(依姓氏筆畫排序)

1.江清馨。〈德國、荷蘭長期照護保險內容與相關法令之研究〉。財團法人國家政策研究基金會，1999.05[民 98.05]，頁 67-68。

2.李光廷。〈以臺灣的家庭價值觀看--日本介護保險制度成立的背景與條件〉。《人口學刊》，22，2001.06[民 90.06]，頁 71。

3. 陳麗娟。〈荷蘭社會保障制度之研究〉。《國會季刊》，4，2019.12[民 108.12]，頁 7。

4.黃龍冠、楊培珊。〈以長照 2.0 為基礎回顧臺灣長照政策發展與評析未來挑戰〉，《福祉科技與服務管理學刊》，9.2，2021.06[民 110.06]，頁 219-220。

5.黃榮源、陳郁函。〈臺灣長期照顧政策之執行與展望：以公私協力治理觀點分析〉，《文官制度》，10.2，2018.04[民 107.04]，頁 57-58。

三、官方文件

1.內政部 114 年第 48 週內正統計通報〈https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?〉，最後瀏覽日:2026 年 9 月 6 日。

2.衛生福利部，〈長期照顧十年計畫 3.0(115-124 年)核定本〉，行政院 114 年 12 月 31 日院臺衛字第 1145026398 號函核定，頁 29。

3.鍾慧。〈美國社區型長期照護模式與藥事服務出國報告〉，〈https://data.taipei/dataset/detail?id=c58125a5-663b-4db6-9d00-8b0578e13fec〉，最後瀏覽日:2026年9月12日。

4. 衛生福利部，〈111年老人狀況調查報告本〉，113年1月出版，頁3-4。

四、網路資料

1.侯俐安、戴淨妍。〈大缺工時代 長照人力的搶工潮〉，〈https://www.ankecare.com/article/4006-2025-11-15-18-31-50〉，《創新照顧》，2025.11[民114.11]。最後瀏覽日:2026年9月16日。

2.《重編國語辭典修訂本》臺灣學術網路第六版〈https://dict.revised.moe.edu.tw/dictView.jsp?ID=81331〉，最後瀏覽日:2026年9月6日。

3.陳中寧。〈結合居住與醫療的終生服務：長期退休照顧社區〉，〈https://www.hisp.ntu.edu.tw/report_paper?id=38〉，科技部人文創新與社會實踐計畫。最後瀏覽日:2026年9月12日。

4.美國國稅局(IRS)〈https://www.irs.gov/zh-hant/taxtopics/tc756〉，最後瀏覽日:2026年9月11日。

5.李光廷。〈【李光廷專欄】日本照護管理師制度的探討〉，〈https://www.ankecare.com/article/1139-22850〉，《創新照顧》，2021.01[民110.01]。最後瀏覽日:2026年9月12日。

6.林建成。〈從荷蘭的經驗看我國未來長照保險的推動〉，〈https://www.npf.org.tw/2/6117〉，財團法人國家政策研究基金會，2009.07[民98.07]。最後瀏覽日:2026年9月12日。