

參、臺灣長期照顧政策與外籍家庭看護工政策之情況

一、國家資源投入的錯置：長期照顧政策

一般而言，完整的長期照顧服務體系可分為機構式、社區式與居家式三類，三種服務分別擔負不同的功能。「機構式服務」是指需要長期照顧的失能者居住在機構中，由機構提供全天候、完整且高密度的綜合性專業服務，主要服務對象以失能程度高、缺乏家庭或社區照護資源的失能者為主。「社區式服務」的特點為提供失能者小於 24 小時的照護服務，且照護時間以白天為主，故僅能提供主要照顧者日間喘息的機會，提供服務的內
容包括：送餐服務、日間照顧和喘息服務。「居家式服務」的主要服務對象是以不需要持續住院，但仍需要接受醫療或護理服務的失能者，提供後續性的醫療、護理或其他生活性照顧服務。提供服務的場所以失能者之居住地為主要的服務場所，以盡可能維持獨立自主的生活型態（白惠婷，2000；蘇逸玲，2005）。

家庭（人）照顧多被歸類屬於居家式照顧的一種，是最初級的長期照顧資源。每一個家庭在發生長期照顧需求時，一開始幾乎都是從家庭中尋找照顧資源，因此家人很容易成為照顧者，承擔基礎且大量的長期照顧責任，卻也衍生許多問題。許多先進國家為求解決，曾大量興建機構式照顧設施。然而，從 90 年代開始，人民希望留住家庭享有獨立自主生活的聲浪不斷傳出，以及節約機構式所帶來的龐大經費支出，幾乎所有先進國家的長期照顧制度改革，都興起「去機構化」的風潮，希望盡量支持民眾留在家裡接受照顧，優先提供社區居家照顧，延長他們居家常態生活的時間，增進生活品質（OECD, 1996; Gibson D, 1998; The Royal Commission on Long-Term Care, 1999）。

而臺灣先前的長期照顧體系又處於何種情況？根據主計處 2000 年的普查資料顯示，國內有長期照顧需求的人口中，約有 80.44% 是居住在一般家戶中¹。然而我國政府卻反其道而行，將大量資源投入機構式照顧體系當中。陳正芬、呂寶靜（2002）在檢視社政體系（內政部社會司）與衛政體系（行政院衛生署醫政處）等單位的規定，與補助對象（服務提供者或服務使用者）及補助方式（現金給付或實約物給付）等規定後發現，社政部門在 1996 年到 2000 年間針對長期照顧措施所編列的經費預算，成長幅度最快者為社區式照顧服務與居家式照顧服務，但是機構式照顧服務的預算比例雖呈現波動的情況，但所占的比例仍高達 40%。

表 2：1996-2000 年間內政部推展長期照顧經費預算表

單位：千元

項目	年度預算 1999 下半年 及 2000 年度	1999 年度	1998 年度	1997 年度	1996 年度
推展老人居家服務，規劃 家庭支援方案	920,737 (38.39%)	332,630 (25.48%)	376,630 (30.00%)	377,000 (31.46%)	474,000 (31.85%)
推展老人社區照顧服務	504,279 (21.02%)	336,186 (25.75%)	278,186 (22.16%)	190,000 (15.86%)	258,123 (17.34%)
充實老人機構養護，提升 安養服務品質	973,505 (40.59%)	566,808 (43.41%)	530,808 (42.27%)	540,000 (45.07%)	668,000 (44.88%)
總計	2,398,521	1,305,624	1,257,624	1,198,211	1,488,352

資料來源：內政部 85-89 年預算（轉引自陳正芬、呂寶靜，2002）

衛政部門早期在推動長期照顧的作為上，以「老人長期照護三年計畫」最為明確，其量化目標為在 3 年內增加護理之家床位 11,430 床，提昇居家照顧服務人數達到 18,480 人。但在檢視該計畫的經費需求表時，卻可發現當中有關社區化服務的預算編列，不到機構式照顧服務的八分之一，顯見照顧資源仍有明顯偏向機構式照顧服務的傾向。

¹ 根據 2000 年底的普查資料顯示，臺灣地區的常住人口中有長期照顧需求者為 338,417 人，若扣除入住養護機構的人數及獨身戶後則有 272,229 人係居住於一般家戶（包括核心家戶、複合家戶及其它家戶）內，換言之，家庭照顧的比例為 80.44%。

表 3：老人長期照護三年計畫經費需求表

單位：千元

計畫項目	負責機關	年度經費需求		
		88 年度	89 年度	90 年度
普及機構式照顧設施	衛生署	179,000	162,900	185,000
	臺灣省政府	43,030	24,400	70,810
	台北市政府	18,000	27,000	--
	高雄市政府	5,000	10,000	5,000
充實社區化照顧設施	衛生署	8,000	9,000	9,000
	臺灣省政府	5,000	8,000	8,000
	台北市政府	8,300	8,000	8,000
	高雄市政府	5,000	5,000	5,000

資料來源：行政院衛生署（1998）。

然而，先不論政府資源偏向機構式照顧服務的合理性，政府投入大量資源扶持機構式長期照顧服務，是否即能滿足國內長期照顧需求？根據內政部社會司之統計資料，2000 年政府立案之老人安養護及長期照顧機構計 969 家，共可提供 4 萬 7 千個床位，平均可供應每萬名老人 248 個床位，若依縣市別觀察平均每萬名老人可供應床位，或許是地區人口數量與結構的影響，反而以東部地區二縣市居首，台東縣高居第一，每萬名老人可供應 767 床，其中榮民之家高占 550 床，較排名第二之花蓮縣之 542 床高出 225 床，而每萬老人可提供床數不足 100 床之縣市則為雲林縣 95 床、台中縣 87 床、新竹市 69 床及嘉義縣 47 床，顯示我國長期照顧機構所能提供的服務仍顯不足與不均²。

再看政府機關對機構式長期照顧服務投入大量資源，理應因為價格下降，而促使社會大眾提高使用的意願。但實際的情況卻是老人對於機構式照顧服務的需求依舊未見起色，各類機構實際進住率約在 50% 到 80%（劉玉蘭、謝佳宜，2004）。甚至近年來政府開始注重的居家服務或日間臨托服務，亦產生相同的情況。以內政部（2002）針對國內老人的調查為例，

65 歲以上國民對老人福利服務的需求情形，仍以「老人免費健康檢查」與「中低收入老人生活津貼」為主。

表 4：65 歲以上國民對老人福利服務需求情形

單位：%

項 目 別	總 計	很需要	還算需要	不太需要	很不需要	不知道或很難說
老人免費健康檢查	100.00	40.03	22.36	17.53	16.21	3.87
男	100.00	42.87	21.35	16.46	16.62	2.70
女	100.00	36.94	23.46	18.70	15.77	5.13
居家照顧服務	100.00	7.73	9.71	31.02	45.91	5.62
男	100.00	9.20	9.70	29.45	46.41	5.23
女	100.00	6.14	9.72	32.72	45.37	6.05
中低收入老人生活津貼	100.00	36.99	20.08	16.83	21.22	4.88
男	100.00	34.94	19.16	17.81	23.71	4.39
女	100.00	39.23	21.08	15.77	18.52	5.41
日間托老服務	100.00	7.34	8.61	30.36	47.23	6.46
男	100.00	7.85	9.87	28.86	47.59	5.82
女	100.00	6.78	7.24	31.99	46.84	7.15
進住老人安養及養護機構	100.00	11.69	7.73	24.12	50.70	5.76
男	100.00	13.76	7.17	22.19	51.81	5.06
女	100.00	9.44	8.34	26.21	49.50	6.51

資料來源：內政部（2002）。

再以身心障礙者為例，內政部（2003）的調查顯示，身心障礙者認為最需要的福利服務，以「身心障礙者生活補助」（重要度 76.45）最高，「醫療費用補助」（重要度 39.06）居次，「所得稅身心障礙者特別扣除額減免」（重要度 12.63）再次之，而「居家照顧」（重要度 7.28）與「日間或臨時及短期照顧」（重要度 1.98）的重要度依舊偏低。總而言之，無論是老人或身心障礙者，其對於「居家照顧服務」與「日間托老服務」的需求依舊偏低，可見國家政策並未達到當初所預期的目標。

由此可知，即便國家投入大量資源於機構式照顧服務，並逐步充實社

² 行政院主計處專題分析，<http://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=1174&ctNode=548>。

區式照顧服務，民眾仍舊選擇由家庭擔負起照顧失能者的照顧責任。以老年失能者（老人）為例，有學者指出臺灣的老人在經濟能力有限，子女又無法打破傳統文化束縛而將老人送至養護機構照顧的情況下，絕大部份需要照顧的老人仍留在家中由親人照顧（羅記琮等人，2004），陳亮汝（2002）的研究也顯示，有八成以上的失能者由家庭親人提供協助。另外，內政部（2003）的調查也顯示，身心障礙者目前居住家宅者占 93.34%，住公私立教養、養護機構者只占 6.25%。然而，上述這些家庭在面臨高度的照顧壓力下，仍會向外尋求照顧資源的協助，但從現況來看，他們寧可選擇「外籍家庭看護工」，也不願選擇使用國家所提供的各種正式照顧服務，例如臺灣有近七成 65 歲以上的高齡身心障礙者僱用外籍家庭看護工來分擔照顧工作。（內政部，2003）。

二、社會意向的展現：外籍家庭看護工現象

「外籍家庭看護工³」（foreign domestic workers）係指受雇主或失能者僱用，於雇主或失能者家中從事照顧失能者工作的外國籍人士。在我國「就業服務法」的規範中，外籍家庭看護工歸類為「家庭幫傭」的一種。社會上或研究中常見的用語還包括「監護工」一詞，主要是源自於照顧機構或醫院體系，是指負擔照顧院民生活起居等事宜，與從事簡易、非專業性的床邊護理照顧工作，並不涉及任何醫療行為及法定護工作的人員（李碧姿，1997；曹毓珊，2001）。

而臺灣失能者家庭照決定聘僱外籍家庭看護工的理由，相關研究的結論大都相當類似，在失能者家庭方面，包括：失能者獨自或與其配偶同住、照顧負荷過於沉重、成年子女因故無法照顧、家庭照顧者尋求個人的自主

³ 國內大部份的研究在討論相關議題時，大都使用「監護工」一詞，但國內主管機關則統一使用「看護工」一詞，兩者本質上並無不同。但基於本文的討論對象以國內相關政策為主，因此選擇

性；在外籍家庭看護工本身的特性方面則包括：屬居家式照顧服務、所需費用較為低廉、工作配合度高、可接受長時間工作等。而外籍家庭看護工的工作內容，雖然受到「就業服務法」的限制，但就研究顯示，失能者的照顧需求、居住方式與家庭照顧者對於照顧品質的要求等同樣都會影響外籍看家庭護工的工作內容（曹毓珊，2001）。

至於外籍家庭看護工的工作內容，勞委會為避免其遭濫用，曾作出正式解釋以限制其範圍⁴，即「主要幫助有重度殘障、癱瘓中風或重大病患之家庭照顧此類親屬，即其監護範圍主要係在照顧重病受監護人，若為照顧重病受監護人所必須之相關生活照料工作，例如：為受監護人在許可工作地點調理膳食、餵食受監護人、洗滌衣物、清潔環境等不涉及營利性質者，自可視為原許可監護工作之範圍。」然而根據曹毓珊（2001）的研究，外籍家庭看護工的實際工作情況則可分為以下四種型態：

- （一）以「照顧工作」為主：當失能者需要重度照顧服務時，家庭為獲得較好的服務品質，都會清楚界定外籍家庭看護工的工作內容僅限於「照顧工作」，無需額外從事任何家務工作。
- （二）同時擔負「照顧工作」及「家務工作」：此類失能者的照顧需求往往較低或不需要隨時的看護，工作多集中於某些固定時間點及特定照顧項目的協助，如吃飯、洗澡等，工作內容的安排是以受照顧者的生活作息為主軸，因此容易在「空檔時間」被失能者家庭要求從事額外的家務工作。
- （三）以「家務工作」為主：此種情況相當特殊。由於不放心交由外籍家庭看護工執行照顧工作，因此照顧工作仍由家人擔任，而由外籍家庭看護工從事家務工作。

使用「看護工」一詞做為此類勞工的稱謂語。

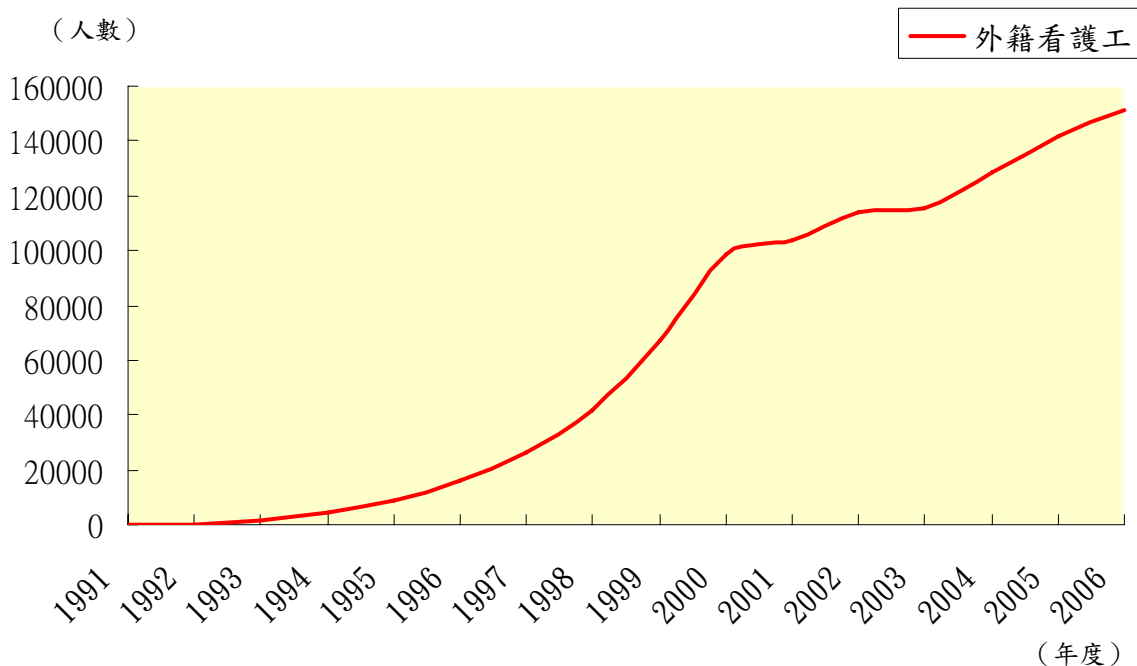
⁴ 行政院勞工委員會 88 年 8 月 2 日（88）職外字第 710140 號函。

(四)「照顧工作」及「家事工作」的難以區分：若是失能者為獨居老人或獨居的老年夫婦，由於家中沒有青壯人口，外籍家庭看護工便需擔負起所有的照顧工作及家務工作，此時二者間無法清楚區分。

從照顧服務的角度來看，外籍家庭看護工最常為社會輿論所質疑或詬病的，並非專業技能的不足，而是語言的無法溝通，因為照顧者與失能者間需有良好的互動與信賴關係才能確保服務品質，而語言是最重要的互動媒介之一。然而從醫學的角度，人與人的「溝通」中有 60%是非語言的(陳怡潔，2001)，外籍家庭看護工的自身經驗也認為，透過最基本的肢體語言溝通、時間的適應與持續學習，即能應付工作上的需要(陳怡潔，2001；賴令玉、田孜，2001)；失能者家庭亦有相同感受，根據羅記琮等人(2004)的調查，有 15%的受訪者覺得完全不會有困難，74%的人覺得還好，只有 11%左右的受訪者覺得在溝通上有問題。

但無論外籍家庭看護工所提供的照顧服務品質方面遭受不少質疑，但現今卻扛起臺灣社會對於照顧服務的殷切需求。縱觀國內長期照顧政策與外籍看護工政策之發展，早期兩者間的連動關係並不顯著，彼此各自運作，各自設定不同的政策目標。直至近期，政府意識到原本應屬於補充性質的外籍看護工政策，已嚴重壓縮長期照顧政策的發展。因此，政府開始對外宣稱將建立一套更加完善的長期照顧制度，希望藉此提昇國人使用國內現有長期照顧制度的意願，並且消除國內長期照顧行為依賴外籍看護工的情況，長期照顧政策與外籍看護工政策至此開始有所結合、互動。但是目前成效又是如何？

圖：外籍看護工歷年在台人數趨勢圖



資料來源：勞委會統計網頁資料。

表 5：臺灣長期照顧政策與外籍看護工政策之歷史時間表

時期	長期照護政策	外籍看護工政策
1992.8~2000.2	內政部(1998)辦理「加強老人安養服務方案」，衛生署(1999)辦理「老人長期照護三年計劃」，除試辦長期照護「單一窗口」制度、輔導民間設置護理之家以增設照顧床位、健全長期照護財務制度，並開始發展社會社區照護與居家服務資源。	1.為協助有重度障礙、癱瘓中風重大病患親屬之家庭照護需求，勞委會(1992.4)頒佈「因應家庭照顧殘障人力短缺暫行措施」，開放身心障礙者與重大傷病者家庭得申請外籍看護工。並於同年實施「就業服務法」。 2.於1998.7至1998.12期間外籍看護工適用勞動基準法規定之相關規定。
2000.2~2000.8		勞委會於2000.2至2000.8期間，將重大傷病者申請外籍家庭看護工的資格條件，以年齡為基礎，區分成「一般病症」及「特殊病症」兩種標準。
2000.8~2001.7	延長「老人長期照護三年計劃」之辦理期程至2005年底。	勞委會於2000.8至2001.7期間，將「特定病症」項目全面適用所有受看護人年齡及巴氏量表評分，並以巴氏量表20分以下，為申請外籍家庭看護工的資

		格條件。
2001.7~至今	<p>1. 行政院、建議會、內政部自 2002 至 2007 期間推動發展「照顧服務產業」，以在地老化為我國照顧制度之策略，發展照顧服務產業。並決定調整國內外籍看護工引進政策，減少違法進用外籍看護工，並以本國人力取代之，審核制度並與國內照顧服務體制接軌。</p> <p>2. 行政院於 2007.3 通過推動「我國長期照顧十年計畫」，補助型態以實物補助（服務提供）為主，現金補助為輔。並依失能程度及家庭經濟狀況給予不同程度補助。逐步漸少國內社會對外籍看護工的依賴。</p>	<p>1. 勞委會於 2001.7 至 2005.7 期間，將「特定病症」增列為 36 項，並將申請資格由巴氏量表 20 分提高為 30 分。同時為防弊，限定診斷書必須經由公辦公營之公立醫院或經衛生署評鑑合格之區域級以上醫院開立。</p> <p>2. 勞委會於 2006.1 起大幅修正外籍看護工申請流程，需先經由醫療機構成立醫療團隊認定有 24 小時照顧需求，且長期照顧管理中心提供國內照顧服務資源並媒合本國照顧服務員失敗時，才可依規定申請外籍看護工，</p>

資料來源：蔡孟良（2001）；曹毓珊（2001）；蘇逸玲（2005）。

國內外籍家庭看護工數量的增減，即是評估國內現行長期照顧制度是否符合社會期待的初步判斷指標之一。臺灣自 1992 年開放引進外籍勞工後，其人數便呈現持續上升的情況，即便長期照顧政策與外籍看護工政策從各自獨立運作，至兩者相互結合，仍未有所改變。根據勞委會的統計資料，截至 2006 年 12 月底止，合法外籍勞工在台人數為 338,755 人，其中事看護工作的人數為 153,191 人。此一發展情況，意味著國人若開始尋求外部照顧資源的協助時，即便國內不斷提供大量的照顧服務資源，且逐步朝多元化發展，外籍看護工似乎仍是臺灣社會面對照顧需求時的主要選項。此時不禁要問，如此社會現象其背後的影响因素究竟為何？

三、長期照顧政策所隱含的意識形態

研究者可以藉由檢視政策制度及其變遷，來解讀出政策制定者的主觀價值觀及意識型態（林津如，2000）。Esping-Andersen（1990）在歸納各國經驗後，曾建構出三種福利政策體制，包括：自由放任主義、保守組合主

義和社會民主主義。自由放任主義強調資產調查式（殘補式）救助、有限的給付與有限的社會保險；保守組合主義則強調福利依附在工作之上，並且著重傳統家庭的性別分工型態，以維持即有的社會地位分化；社會民主主義則強調國家責任、社會福利的去商品化與平等普遍性。之後，Esping-Andersen（1999）在其所建構的三種福利政策體制之外，又另外歸類出二種形成中但相類似的福利政策制度體制福利政策體制：地中海模式與東亞模式⁵。地中海模式與東亞模式的差別在於，地中海模式以南歐國家為主，且深受天主教教義的影響而傾向保守主義；而東亞模式（以日本為例）則深受儒家思想影響。但是，二者都Esping-Andersen被稱為是「家庭中心主義」（familialism）（古允文，1999）。

這四種福利政策體制的最大差別，即是社會福利的去商品化程度與家庭責任範圍。如果，國家定位社會福利屬於「公民權」的範圍，意即接受「社會民主主義」觀點時，政府理應透過被照顧者的稅收與預算編列，提供社會福利，故福利去商品化程度最高，國家代替家庭負擔提供福利的責任；當國家定位社會福利的權利義務應建立在市場架構上，被照顧者需透過市場自行購買勞務時，政府僅只需對弱勢者（如低收入戶）提供服務，福利去商品化程度最低，認為個人責任更重於家庭責任，此即「自由放任主義」觀點；而國家定位社會福利強調被照顧者的社會職業地位與家庭中的女性責任時，家庭責任與福利去商品化程度介於上述兩者間，此即「保守組合主義」觀點；而「家庭中心主義」的家庭責任則類似保守組合主義，但更強調「文化面」的影響，Esping-Andersen（1999）認為保守主義所強調的家庭只是單純構築在男女性別分工的觀念上，但家庭中心主義的家庭卻是帶有儒家思想、孝道倫理的文化色彩在其中。雖然其福利去商品化程

⁵ Esping-Andersen（1999）曾把澳洲歸為形成中第四種福利體制，但隨著時間的推移，澳洲已經被推向典型的自由放任模式。而地中海模式與東亞模式，雖然Esping-Andersen還在觀察它們構成

度類似於自由放任主義，但所要求的家庭責任更重於個人責任，購買或提供福利服務皆是透過家庭來進行，政府介入程度極小化。

誠如前述，Esping-Andersen 在歸納各國經驗後，建構出數種不同的福利政策體制。然而，許多學者也指出，實際上卻沒有任何單一國家恰好完全符合上述的歸類，多數國家的福利政策體制實際上呈現的卻是「混合」的情況。Esping-Andersen (1999) 認為其類型學在建構基礎是「福利政策體制」，而非個別的「福利國家」或「社會政策」，然而某些學者的批評卻是立基於某些個別的政策。Esping-Andersen 所建構的福利政策體制類型，的確有助於對整體的分析，但不可否認，類型學在建構也並非是完美的，福利政策體制與其個別福利政策間仍可能存在著某些差異性，甚至是矛盾。故上述這些都是在進行政策研究時，所必須注意之處。

臺灣的社會福利政策，大都被學者歸類為自由放任式（殘補式）⁶，而屬於社會福利政策之一的長期照顧政策，根據國內學者以往的研究，也認為屬於自由放任式的福利制度（吳淑瓊，2002a；王正，2002；陳正芬、呂寶靜，2002）。因此許多學者認為，在臺灣的長期照顧政策是採取自由放任式的觀點下，政府會將大量照顧資源集中在「中低收入戶」，至於經濟條件高於中低收入標準者，就必需自行透過市場來滿足家庭的長期照顧需求，獨自承受龐大的照顧財務負擔。但事實上，孝道倫理與家庭責任等臺灣傳統文化並未因此而有所改變，國家法律亦然，例如社會救助法第 5 條對於低收入戶的計算方式，往往必需加計該對象的父母或成年子女的所得或財產，即便他們事實上並未盡到照顧責任。

第四種福利體制的可能性，但仍值得加以關注（古允文，1999）

⁶ 只有少部份的福利政策是被學者歸類較不屬於自由放任式的，例如勞工保險即帶有保守組合主

這意味著，臺灣長期照顧政策的發展方向，其實帶有濃厚的「家庭中心主義」色彩，而非「自由放任主義」色彩，國家法律早已認定家庭必須為其成員的「福利」負起主要的責任，間接強調傳統的家庭價值，由家庭承擔起最大化的福利責任（Esping-Anderson, 1998）。因此國家自然而然會將社會上逐漸增加的長期照顧成本與衍生問題，轉嫁到相對於國家屬弱勢、非專業的失能者家人身上，使其「隱形化」與「私化」（胡幼慧等人，1996）。

