

一次搞懂「找得到、看得到、用得到」的長照 2.0 服務

◎文 / 羅玉岱



圖一：長照服務 logo

高齡社會中喪失功能的人口將逐漸增加，照護時間也將增長。長期照護是為協助長期失能者的持續性照護，若善加利用可減輕家庭照護者的照護負擔並維持個案尊嚴。面對人口高齡化，我國自 2007 年核定長期照護十年計畫（簡稱長照 1.0），而後衛生福利部檢討其相關限制與利用率低之原因，重新規畫及建構服務項目及體系，並於 2017 年實施長照十年計劃 2.0（以下簡稱長照 2.0），至今已經滿三年，但其照護內容與精神，尚需廣加宣導讓更多專業照護人員與民眾了解，因此期待透過本文幫助讀者們一次搞懂長照 2.0 服務，以便能提供相關資訊給需要的家

庭。

台灣人口老化速度在全球排名數一數二，2018 年 3 月時 65 歲以上人口比率已超過 14%，正式進入高齡社會，且根據行政院國家發展委員會推估，65 歲以上老年人口比率將於 2025 年達到 20%，正式邁入超高齡社會。然而，內政部主計處資料顯示，目前台灣民眾平均不健康之存活年數，也就是平均壽命與健康平均餘命之差距為 8.8 年，顯示高齡者平均有 8 到 9 年時間遭受部分功能喪失，無法獨立生活，必須仰賴他人照護得以維繫日常生活。可見人口結構快速老化，造成功能障礙的盛行率與長期照護需求與負擔都將持續上升。

當家中出現一位失能者時，其相關照護負擔，預估至少會影響兩名家屬，過去傳統觀念多認為家中長輩應由家人親友直接進行照護，不假外人之手，但隨著醫療進步與社會變遷，疾病慢性化導致照護時間長期化，生育率下降、少子化改變家庭結構，以及女性勞動參與率提升，造成家庭照護人力萎縮與照護能力薄弱。持續高齡化的社會失能人口快速增加，屆時長輩

因慢性病、失能、失智或其他社會因素，而產生的照護困難，若僅由家庭照顧者自行承擔所有照護責任，不但對家庭照顧者的經濟與健康造成沉重負擔，也可能衍生許多照護相關的社會問題。因此，需要政府發展普及、永續的長照服務體系，改變現時側重與依賴個人或家庭經濟能力的做法，來減輕整體社會與民眾的照護負擔。

長期照護的定義非常多元，但最常被引用的定義為，對具有長期功能失常的人所提供的持續性照護，其服務內容包括醫療、護理、個人照顧、交通和社會支持...等多元之面向，而服務的場域可以在照護機構、社區中，以及居家環境裡。過去長照 1.0 推動後檢討發現，僅 25.6% 的民眾知道政府有補助八項長照服務（照顧服務、交通接送、長照居家護理、輔具服務、營養餐飲、交通接送、喘息服務與機構服務）。除此以外，種種原因導致長照 1.0 利用率低，首先，服務對象資格限制多，其中很大的一個缺口是沒有納入日常功能正常的失智症者，這類個案雖然行動自如，但其相關精神行為症狀造成照護者極大的照護負擔。其次，服務給付缺乏彈性，到府評估後所核定的服務無法跨項目使用，造成使用不便與過於制式化。最後，從照管專員到照顧服務員，服務人員不足以及留任率偏低，服務量的成長因而受到限制。

為彌補長照 1.0 的諸多不足，因應失能、失智人口快速增加所衍生之長照需求，行政院於 2016 年 12 月核定，並自 2017 年 1 月起實施長照 2.0，以回應高齡化社會的長照問題。長照 2.0 的目標是建構「找得到、看得到、用得到」的長照服務，相較於長照 1.0，有四個重點：

1. 服務對象擴大
2. 服務項目增加
3. 服務提供單位掛牌
4. 核銷規定鬆綁

其中前二項是與民眾相關的改變，在服務對象擴大方面，除了長照 1.0 的四種對象之外（65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者、65 歲以上工具性日常生活功能 IADL（Instrumental activities of daily living 失能獨居者），再增加四種服務對象，分別是：50 歲以上失智症患者、55 歲以上平地原住民、49 歲以下身心障礙者、65 歲以上衰弱者。如此將嘉惠更多有長照需求的民眾。在服務項目增加方面，除原有的八項服務，再新增失智照顧、原民社區整合、小規模多機能、照顧者服務據點、社區預防照顧、預防及延緩失能服務、延伸出手院準備、居家醫療與社區三級整合服務等九項服務，變成共十七項服務。「長照 2.0」與「長照 1.0」最大的不同在於



圖二：筆者帶領高雄長庚二位醫師參訪成大醫院社區整體照顧管理中心 A 單位時合影留念

「社區照顧模式的整合」，回到以社區為基礎的長照服務體系建構，並同時銜接台灣的健康促進與醫療照護體系，如此長照服務向前延伸到預防階段，向後延伸到居家安寧，幫助失能長者能在熟悉的社區，實現在地老化。

長照 2.0 剛上路時，最為服務單位熟知的是進行顯眼一致的掛牌作業（如圖一），讓民眾「找得到」長照服務單位。另一項重大轉變是社區三級整合服務之社區整體照護模式 ABC，由於過去長照服務種類雖多，但彼此之間並無聯繫，長照 2.0 以 ABC 三級將所有長照服務銜接起來，並由 A 單位提供個案管理以及對 B、C 級單位的督導與技術支援。成大醫院亦承接台南市北區的 A 單位服務工作，幫助有需要的家庭制定長照相關服務計畫（圖二），並且與合作的台南市社會局照管專員們、B 與 C 級單位，與定期进行交流與討論會，2020 年起更與北區另一



圖三：每二個月成大 A 級單位進行個案討論會的實況 (1)

個 A 級單位 YMCA 共同召開個案討論會，讓醫療與社福不同背景的 A 單位能互相切磋學習（圖三～五）。

2018 年 1 月起，長照 2.0 修改原有給付系統，提供「照顧及專業服務」、「交通接送服務」、「輔具服務及居家無障礙環境改善服務」、「喘息服務」等四項補助，簡稱「長照四包錢」。首先，將服務個案依其失能程度，分為一至八級，其中二至八級者可接受照顧及專業服務，每月約可依級數不同獲得 1 萬元至 3 萬 6 千元不等的補助，自負額則依個案的收入別區分，最高自負額僅 16%（相當於 1 千 6 至 6 千元間），可使用的照顧服務為居家服務、日間照顧，以及居家復健、居家營養等「專業服務」項目。在交通接送服務方面，失能等級第四級以上者，依交通遠近可補助每月 1,680 元至 2,400 元的交通費用（自負額最高 30%）。輔具及居家無障礙環境改善服務方面則是每三年

有最高 4 萬元（自負額最高 30%）的補助。最後，在喘息服務：每年最高補助 48,510 元（自負額最高 16%），可使用於居家喘息、機構喘息、日間照顧中心喘息、小規模多機能（夜間臨托）、巷弄長照站臨托等五項喘息服務，相較於過去長照 1.0 僅有機構與居家喘息，長照 2.0 的喘息多元許多。

長照 2.0 在 2017 年一月實施後，因為需要結合服務發展狀況作政策規畫調整，因此常常可聽到主管機關使用「滾動式修正」一詞，從服務資格限制、服務內容與給付、衛生福利部照顧服務管理資訊平臺操作方式…等等都曾多次進行「滾動式修正」，至今也尚在經歷滾動式修正的過程當中。對於提供服務的單位，還有管理服務單位的中央與地方主管機關，甚至服務使用者來說，面對持續性的變動，皆需要承受額外的不便與挑戰。

但值得慶幸的是，民眾若有長照的需求與疑問，可以用手機或市話直接撥打「1966」長照專線來做洽詢，此專線前

5 分鐘是免付費的，建議撥打之前先準備好需要接受照顧者的姓名、年齡、居住地址等基本資料及狀況，還有主要照顧者／聯絡人的姓名與電話，這樣方便轉接到個案所屬縣市的照管中心，由中心服務人員協助了解是否符合申請資格，若符合資格，中心將派照管專員到家評估，依照照顧對象的需求量身定做照顧計畫，並與家屬說明政府補助額度，找到最合適的長照資源。

目前固然有各種挑戰亟需克服，提供優質、普及且可負擔的長照服務仍是政府持續努力的方向，長照 2.0 推展過程當中的修正與調整也須盡力面對與調適。但就老年醫學的角度，還是衷心希望每一位長輩都能先從預防疾病發生開始，若遭逢疾病時，盡可能減少殘障與失能發生，並透過醫療與照顧服務獲得並維持最大的獨立，最後若真的失能無法避免，選擇並使用適合自己的長照服務，以智慧調整接受自己失能的部分，來維持心理健康與價值感，享有具品質的老年生活。



圖四：每二個月成大 A 級單位進行個案討論會的實況 (2)



圖五：每二個月成大 A 級單位進行個案討論會的實況 (3)