



攝影／許金福

醫療資源與 長期照顧 2.0 無縫接軌面面觀

口述／薛瑞元 衛生福利部常務次長

衛生福利部推動長期照顧十年計畫 2.0，因應現況與需求，勢必要邊往前走邊調整。據我所知，全世界現在還沒有一個理想的長期照護制度，但是我們每個人都可以去夢想未來的長照制度應該長什麼樣子？

服務對象擴大，往前後延伸

長照 2.0 與 1.0 相較，最大的差異在於目標族群的擴大。

長照 1.0 針對的是失能老人的照護，提供社政五項、衛政三項總共八項的服務，目標主要補強六十五歲以上失能老人在日常生活和本身身體上無法自理的部分。長照 2.0 的目標族群，則擴大到五十五歲以上的原住民、五十歲以上的失智症者、任何年齡身心障礙者；還有，六十五歲以上尚未進入失能的老人家，也是受照顧對象。

五年後人口結構劇變 現階段的當務之急

根據國家發展委員會推估人口結構的變化，若按目前速度，到二〇六一年，臺灣人口總數將從二千三百五十萬減少到一千八百萬，與一九七一年左右的人口數差不多，但是這五百五十萬人的減少，並不是各年齡層人口數平均減少；其中十四歲以下人口減少一百五十萬，十五歲到六十四歲之間涵蓋青、中、壯的年齡層，則是減少了七百萬；而六十五歲以上的老人，竟爆增了四百萬。

從現在到二〇六一年這四十三年間，人口數不是到某一年突然下降，而是一路持續往下走，預估在未來的五到十年，趨勢圖就會呈現直線下滑。也就是說，面臨可預測的人口結構快速改變，我們只剩下五到十年的時間可以做準備了。

2.0政策期待：強化自我照顧與提升照護效率

顯然在人口結構演變之下，照顧者將愈來愈少，被照顧者愈來愈多，面對這樣的處境，我們期待的是——

一、被照顧的強度要盡量減少。如果把人力都投注於照顧老人，沒有人工作，那麼臺灣的經濟就垮了。在照護服務人力有限的前提下，老人家不管是否已進入失能，都要盡量培養其自我照顧的能力，減少受照顧的強度。

二、服務提供體系必須有效率。希望照顧者是有效率的、活用各種方式，包括先進的科技、完備的訓練，以及人力適當的配置，來解決照顧者不足的問題。

2.0目標設定：延長健康餘命與降低失能程度

因此，強化自我照顧的能力，便是長照 2.0 的首要任務之一。一個人的身體老化進展，通常從：健康→亞健康→衰弱→失能或失智→重病末期→臥床→臨終，我們希望能延長每個人的「健康餘命」，讓每個人慢一點失能，拉長不需要依賴別人照顧的時間。再者，降低失能的程度，讓重病臥床的時間縮短。

2.0擴大體系支持與多元服務方案

長照 2.0 規畫了社區整體照顧 ABC 模式：社區整合型服務中心（A 級長照旗艦店）、擴充複合型服務中心（B 級長照專賣店）、廣設巷弄長照站（C 級長照柑仔店）。

在民眾身體健康、亞健康、衰弱的階段，我們提供的社區照護模式是廣設巷弄長照站（C 級長照柑仔店），簡稱為「C」。狹義的 C 需申請通過核准，廣義的 C 則包含了長青學苑、樂齡學習中心等，目前有四項主要任務：健康促進、社會參與、共餐、延緩失能。也就是讓比較健康或是亞健康的老人家，能夠到社區參加社交活動，延緩失智或失能。



衛生福利部常務次長薛瑞元先生受邀於臺灣人醫論壇演講，與臺灣慈濟人醫會成員分享長照 2.0 計畫。攝影／吳裕智



三大類失能照護單位 (B級長照專賣店)： 居家式、社區式、機構式

而在進入失能或失智者的長期照護服務，則除了長照 1.0 原有的八項服務之外，再新增十七項（其中某些功能和組織有局部重疊）。簡單來講，這些直接提供照護服務給失智、失能者的單位，都稱之為廣義的 B（B 級長照專賣店），目前有三種模式的照顧：居家式、社區式、機構式。其中，居家式和社區式類型相近，只是一個是走出家門外，一個是服務進入家裡面，用意填補或協助家庭照顧不足的地方。而機構式則是二十四小時由機構的人力來照顧。

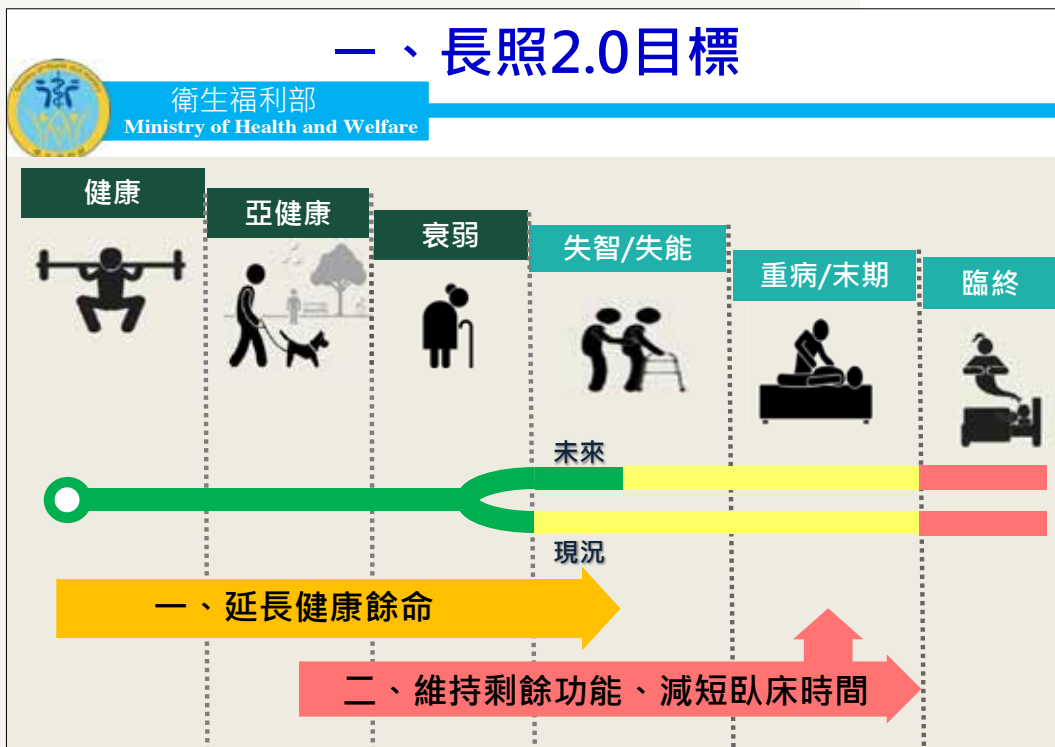
這三種類型的照顧，針對不同的情境，可能會發生不同的效率。若以照顧的方式來看，可能效率比較差的是居家式的，因為這種方式是照顧者需要進入到被照顧者的家中，在那段時間裡面是一對一的照顧，但是機構式的照顧，會是一對多的模式。不過，機構式照顧的缺點是需要較高額的硬體成本，因而無法普及。

另外，以機構式來說，目前長照 2.0 只有補助中低收入及低收入戶，一般家庭若要聘請外籍看護，只有補助一部分。然而在預見未來如此龐大的需求下，還需要這麼嚴格的分別？也許是可以再討論的。而照顧模式要能夠有效率的話，未來是不是仍然要分為這三種類型，也需要再進一步探討。

醫療體系健康促進及慢性病管理 降緩失能

除此之外，我們還有家庭照顧者的支持服務。前面提到，長照 2.0 中所重視的社區和居家的照顧，就是在補充家庭照顧者的需求或是不足，但家庭照顧者或是家屬本身仍負擔相當大強度的照顧責任，所以長照 2.0 也為家庭照顧者提供類似喘息服務、心理支持等方面的服務。

但是我們認為，如果要達到延長健康餘命、讓失能程度減少的目的，還必須要強化（醫療整合）這一部分。原本定義是一個人進入六十五歲後才會健康逐漸走下坡，但是現實上不見得是這樣；尤其在醫院服務的同仁們常看到，很多是年齡不到六十五，但因本身有慢性病，而很快變成「亞健康」，等不及衰弱，突然一次慢性病急性發作，就變成失能，然後開始臥床好幾年。所以如何去控制這些帶有慢性病、潛在危險因子的族群，減少因急性發作而太早掉進失能的狀態，是非常重要的。所以「慢性病個案管理」是醫療體系要去發揮功能的。



醫療與養老合一 居家照護加慢性病管理

一般來講，我們常聽到的「醫養合一」，過去榮民體系在這方面發展得不錯，主要是在一個機構之內，醫療跟養老模式的結合，但是怎麼在社區或居家照護體系中也能做到，這是目前正在嘗試的。

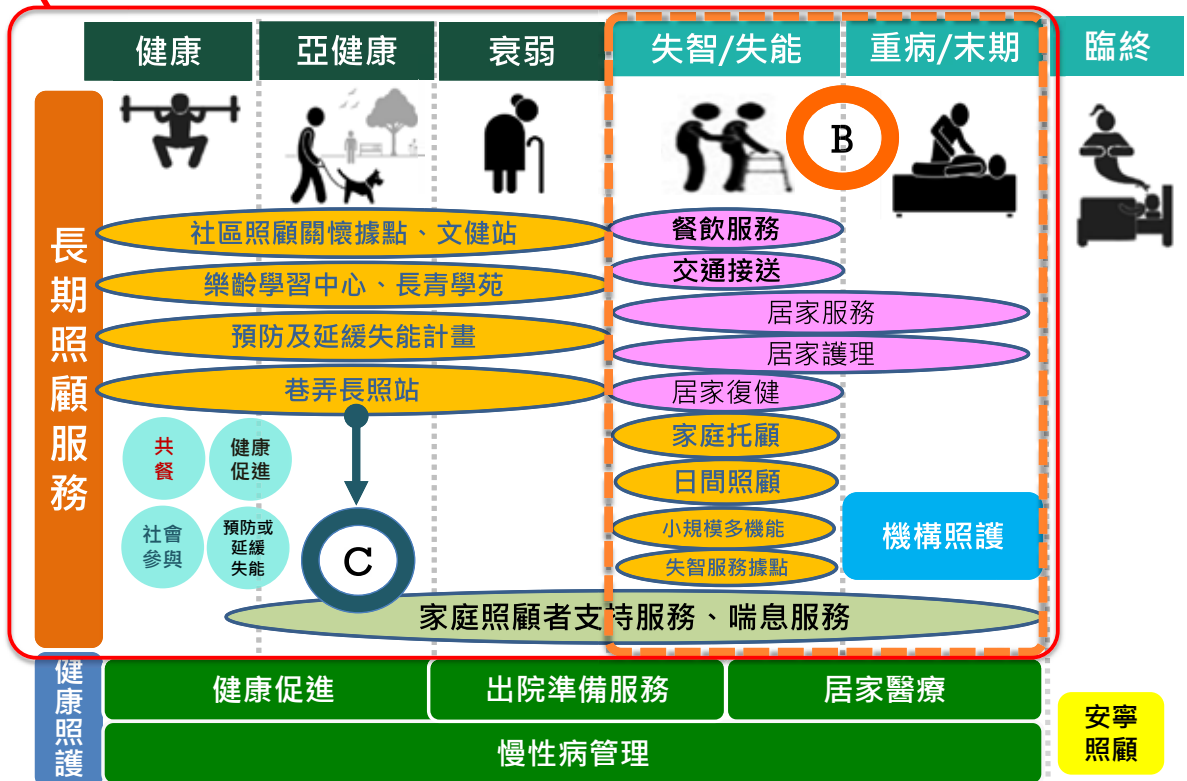
居家醫療，也就是將醫療送進到病人家中，目前有一些進展，但是居家醫療縱然推得再好，也無法說這是我們唯一要做的事情。正如同我前面所提到，我們需要有效率的照顧模式，而居家醫療的效率並不算好。同樣一個團隊，如果在一個定點做服務，三個小時可以服務到五十個人，但是同樣三個小時如果做居家醫療，頂多照顧三個人。居家醫療有其貼心處，但是普及上有困難，畢竟我們沒有那麼多醫療人力。此外，就是缺乏慢性病管理。

慢性病管理要做的是，去除危險因子，以避免受照顧者因急性發作而提早掉進臥床狀態。慢性病管理有先進科技可以輔助，所以剛才林俊龍執行長在會前跟我說，花蓮慈濟醫院可能將在

A

二、長照2.0服務內容

居家 社區 機構





長照 2.0 是以社區為基礎的體系，薛瑞元次長肯定慈濟人醫會在社區投入的實力，期待能夠一起參與長照 2.0 的政策，尤其是醫療資源缺乏的偏遠地區。攝影／吳裕智

秀林鄉的部落推行一個示範計畫，我非常贊同，也就是說在做外展性的服務時，醫療人員不單把醫療提供到家裡面去幫他看病、做檢查、開藥等，重點是到個案家裡時，要去觀察受照護者是否有把自己的疾病控制得好，例如飲食習慣是否容易造成營養不均衡？是否有正確用藥？居家環境是否有危險因子？是不是容易摔跤？這些才是要重點所在。

除了家庭環境危險因子的判斷之外，我們也希望這個老人家不是整天窩在家裡，透過通盤了解生活習慣與作息狀態，醫療團隊就能夠提供適切的建議和諮詢，來減少對健康有礙的行為，同時配合醫療來控制疾病。所以醫療要參與到長照的話，未來這一塊會是我們醫療同仁要去做的，這非常重要。

另一方面，我們可以思考，是不是需要進到每一戶家裡去？也許有些一年內去家裡看一次就夠，其他的時間藉由遠距醫療來處置。

社區關懷據點與醫療結合

當然，我們也可以把老人家帶出來到社區據點，一方面有社會參與，一方面我們有醫療人員到據點服務，同時也做慢性病管理；也就是說在一個據點裡能夠同時管理十、二十、甚至三十個人，效率會比一個一個到家裡去來得高，所以整個模式又會再翻轉。

整體來說，要命名為家庭醫師制度也好還是什麼都沒有關係，那是名稱的問題，但是模式上就是需要去做改變，這樣的話才能夠談到我們在社區裡面去做「醫養合一」，而能夠跟我們現在居家、社區照顧模式互相配合。



老人必須被照顧，但也要有尊嚴

再來談服務提供者的角色。臺灣引進外籍看護已經超過二十年以上了，很多人都習慣以外籍看護的照顧模式做為依據，意謂名義上二十四小時無間斷的照顧，常被誤認為是比較便宜且提供全程照顧的服務者。但是外籍看護也是人，也需要休息，不可能二十四小時都在工作。此外，當案家找外籍看護來照護家裡的長者時，我們也常聽聞的狀況是：看到長者吃個飯，手在那邊抖，飯粒掉滿地、湯水四溢，案家就覺得請這個人是來做什麼的？怎麼不幫忙餵飯！這也是照護服務認知上需要重新調整的落差。

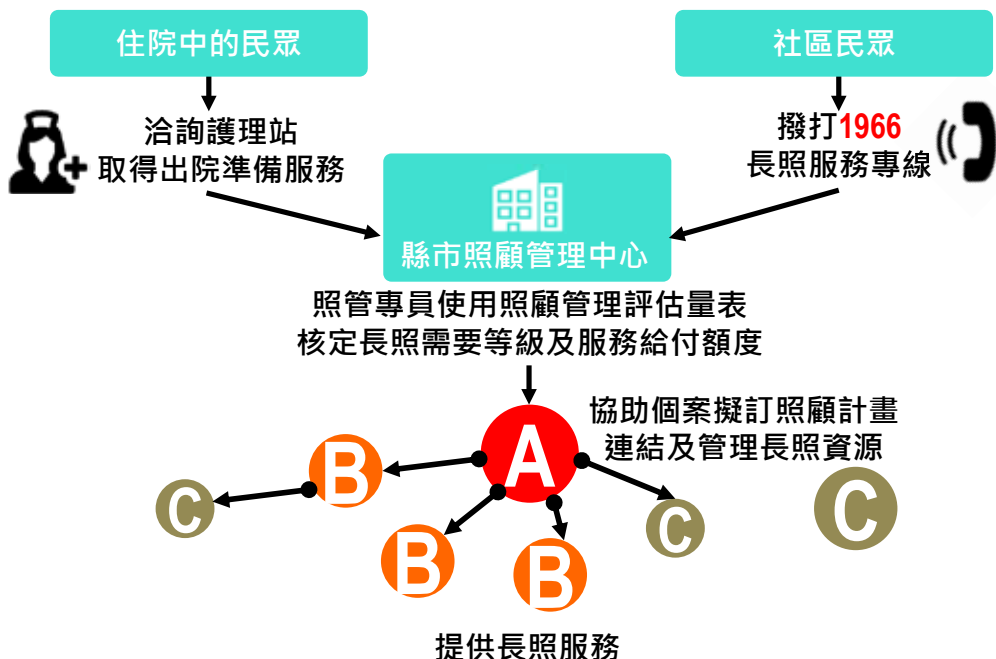
我想說明的是，如果我們希望長者都是這樣被照顧，那麼只可能愈來愈退化，這種照顧模式是不恰當的。也沒有辦法達到我們前面所提，已經進入失能的，希望能保持本身的功能，能夠站，就不用一直坐著，能夠坐，最好就不要一直躺著。現況則反而相反，長者躺著，看護把他扶起來會被罵；長者坐著，

三、服務體系



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

有長期照顧的需要...



看護把他帶起來走幾步也會被罵，說萬一摔倒了怎麼辦？這部分需要觀念的改變，對於民眾、對於照顧者和被照顧者都是。傳統上認為「好命」就是茶來伸手、飯來張口讓人侍候，現在我們要去轉變這樣的觀念，也許要改變老一輩的思想已經很困難，但是至少在我們這一輩的話，包含已經快要進入法定老人門檻的，我們不希望那樣子被對待，這與「尊嚴」有關，要明確表達「我能夠多多少少做一點事情，我是願意的」。客觀上來說，這樣也才能防止過早的功能退化。

所以未來希望 A(A 級長照旗艦店) 和 B(B 級長照專賣店) 能夠合作，在為案家提供服務的過程當中，好好思考，好好討論，充分了解正確的照顧方式，讓照服員在專業人員的指導下提供適當類型的服務，這樣子整個社會才比較有活力，不然到了五十年後，你希望聽到人們說都看不到老人家了？還是聽到大家形容（在座的我們）這些老人家怎麼那麼吵、那麼熱鬧？

在不完美中革新求進

社區民眾如果有需要，可撥打 1966 長照服務專線到地方「照管中心」，或直接到「照管中心」申請服務。如果是住院者，醫院都有出院準備服務計畫，照管中心會評估失能狀況到哪幾級，再給予照顧補助額度上限，接著交接給照顧體系上的 A、B、C；也就是說，民眾向地方政府申請，地方政府經評估後派案，服務提供者就依案提供服務後再申報費用，而中央政府就是行使制定政策、補助和督導地方政府之責。

建立以社區為基礎的長照體系，提供優質、平價而普及的服務，是我們的願景，同時也會根據社會、整個人口結構的改變，持續的進行調整與修正。未來，要前瞻也要省思，究竟我們的長照 2.0 制度有沒有比以前更好？距離我們所想像的理想還差多遠？這些都需要集思廣益來改進。🌱

（二〇一八年四月一日於新店靜思堂「第六屆臺灣人醫論壇」演講，整理 / 洪靜茹、黃秋惠）（相關政策可參考：長照 2.0 網站。）

