

以整合服務觀點： 由長照十年到長照2.0

文・圖／邱琬育、游曉微、陳雅美

臺灣高齡族群老化速度正快速增加中，65歲以上人口占總人口比率，從2007年的10.21%到2017的13.55%，在過去10年中增加3%（中華民國國家發展委員會，2018）。老化時代來臨後，長期照護之需求增加已可預期，2007年是具有里程碑意義的一年，該年老化比例超過10%，政府正式推出「長照十年計畫」，以因應老化速度不斷增加之趨勢。

長照十年計畫制度設計以居家及社區式照護模式（Home-and Community-based Service，簡稱HCBS）為主，目的是讓高齡者可以在自己熟悉的地方終老（衛生福利部，2007）。我們從衛生福利部的「照顧服務管理系統」分析2010至2013年的個案，共納入78,205人，分析使用者概況以及居家和社區式照護使用模式，以了解長照十年計畫居家社區服務模式使用者的樣貌，作為未來政策建議。（參圖1）

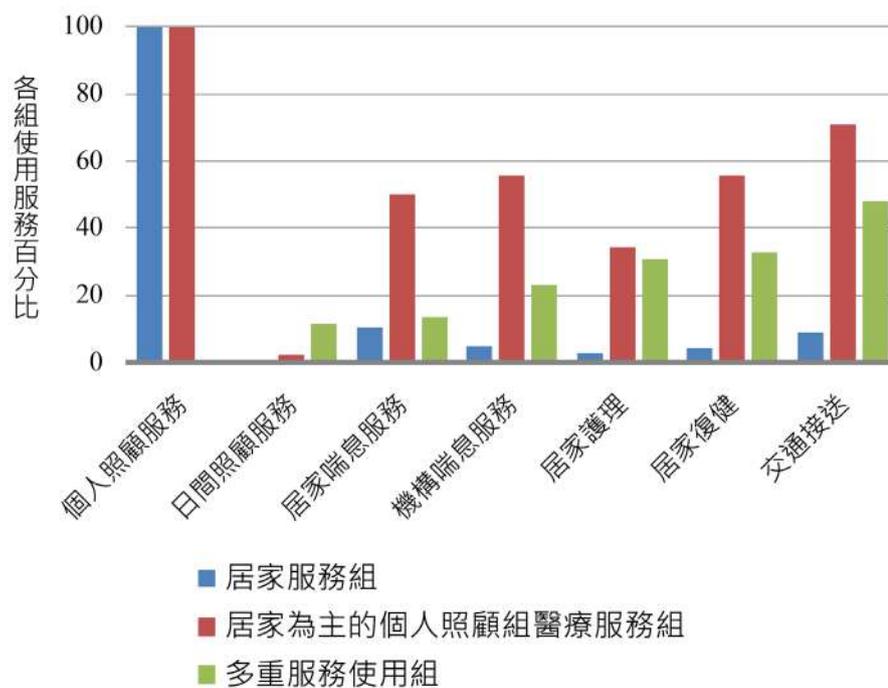


圖1：長照十年計畫三個次族群使用服務百分比

以潛在類別分析模式的統計方法進行分組，可分為三種HCBS的類別，包括：

- (1) 居家服務組 (52.86%)；
- (2) 多重服務使用組 (25.94%)；
- (3) 居家為主的個人照顧合併醫療服務組 (21.20%)。

第一組「居家服務組」的服務接受者，相較於其他兩組，特質上偏向為獨居或生活在城市化程度較低的地區，身體功能也較其他兩組在工具性日常生活功能 (IADL) 失能程度較高，但日常生活功能 (BADL) 和認知功能更好。這個發現與政府的報告結果一致，臺灣不同區域之間長期照顧服務的供給並不均衡 (衛生福利部，2008)，使得居家服務為主的個人照顧組不易獲得多種長照專業服務，造成服務整合的阻礙。

第二組的「多重服務使用組」個案特質為較常接受日間照顧服務，但沒有接受個人照顧服務，這表示他們仍須仰賴居家照顧人員或外籍看護工滿足個人照顧的需求。另一個可能原因為多數日間照顧中心並未固定提供個人照顧服務。兩種照顧服務的結合是整合居家長期照顧的策略 (Morikawa, 2014)，因此我們建議，為老年人排定照顧服務時，須充分考量居家型與社區式照顧服務的搭配組合。

在第三組「居家為主的個人照顧組醫療服務組」的使用者本身很有可能由照顧者協助，主要照顧者的存在似乎傾向讓被照顧者僅使用醫療相關的長照服務 (例如居家護理訪視和居家復健)。在臺灣，非正式照顧者 (指無給薪) 或家庭照顧者，不僅須幫助個案進行日常活動，還擔負在正式的長照系統中，與其他服務提供者協調照顧事宜 (呂寶靜，2005)。這發現顯示，我國的長期照顧體系運作過於依賴家庭照顧者。相較於其他國家如日本，著重發展專業服務介入後，讓個案在家可以被全天照顧的體系，民眾已開始接受引入正式的長照服務來接替家庭照顧責任，也更強調專業需協助家庭照顧者，以及減輕照顧者與使用者的負擔 (游曉微、鞏愛華、植村尚史、陳雅美，2019)。與家庭照顧者合作，真正的達到在地老化照護，是目前臺灣亟需鋪陳的目標。

故研究結果指出三項未來長照服務須進一步探討的議題為：

- (1) 居家及社區式照護模式在臺灣存在地區不平等的狀況；
- (2) 接受日間照顧服務的使用者，同時沒有被開立任何個人居家照顧服務；
- (3) 臺灣長照系統仍過度依賴家庭照顧者。

過去的研究顯示，合併使用多種照顧服務，可減少衰弱的老年人與家庭照顧者避免不必要的醫療資源浪費、降低死亡風險。在我們最新的兩項研究中，發現使用一種以上的居



圖2：合併多種照護方式更有助於被照顧者的健康維護。圖為臺大金山分院聯合地方的照顧服務資源——雙連社會福利慈善事業基金會「到宅沐浴車」。（臺大醫院健康電子報 2018年11月132期，圖為臺大醫院公共事務室提供）

家及社區式照護服務後，使用者的日常生活活動（ADL）可以恢復的更快；但是僅使用單一服務的人，服務與日常生活活動（ADL）恢復關聯性就不大了。同樣的狀況也發生在失智症個案照顧者身上，與非失智症個案照顧者相比，當失智症個案只接受單一長照服務時，照顧者的急診就診次數和總門診費用更高；但是失智症個案接受了多種長照服務時，照顧者使用的醫療服務與非失智症個案照顧者相似，沒有明顯增加外，甚至總門診費用更低（詹書媛、游曉微、楊銘欽、李玉春、陳雅美，2018）。因此若能靈活地搭配居家為主的個人照顧與專業照顧成為「服務組合」，整合式的照顧可以更符合使用者的需求。

告別長照十年計畫，長照計畫2.0上路後，重點之一也在促進、整合居家及社區式照護模式和多種服務的使用（衛生福利部，2016），產生以個案為主的服務組合，需要依賴照顧管理專員或個案管理師來進行評估、核定、規劃與協調服務。推行至今，是否有改變使用者行為，不過度依賴單一服務，或使核定服務者更適切地協調多種長照服務以促進整合、改變使用服務不平均狀況，還需研究驗證。另外，日本「地域性整合照顧服務體系」納入了在宅、醫療、介護、介護預防、生活支援等五大要素，來建構一個高齡者在全天介護狀態下，即使一個人獨居也不需要入住特別養護機構，而是居住在習慣區域持續生活的方式。在長照核心價值解釋上，日本介護制度發展具體落實了：將照顧從「補充」轉化為

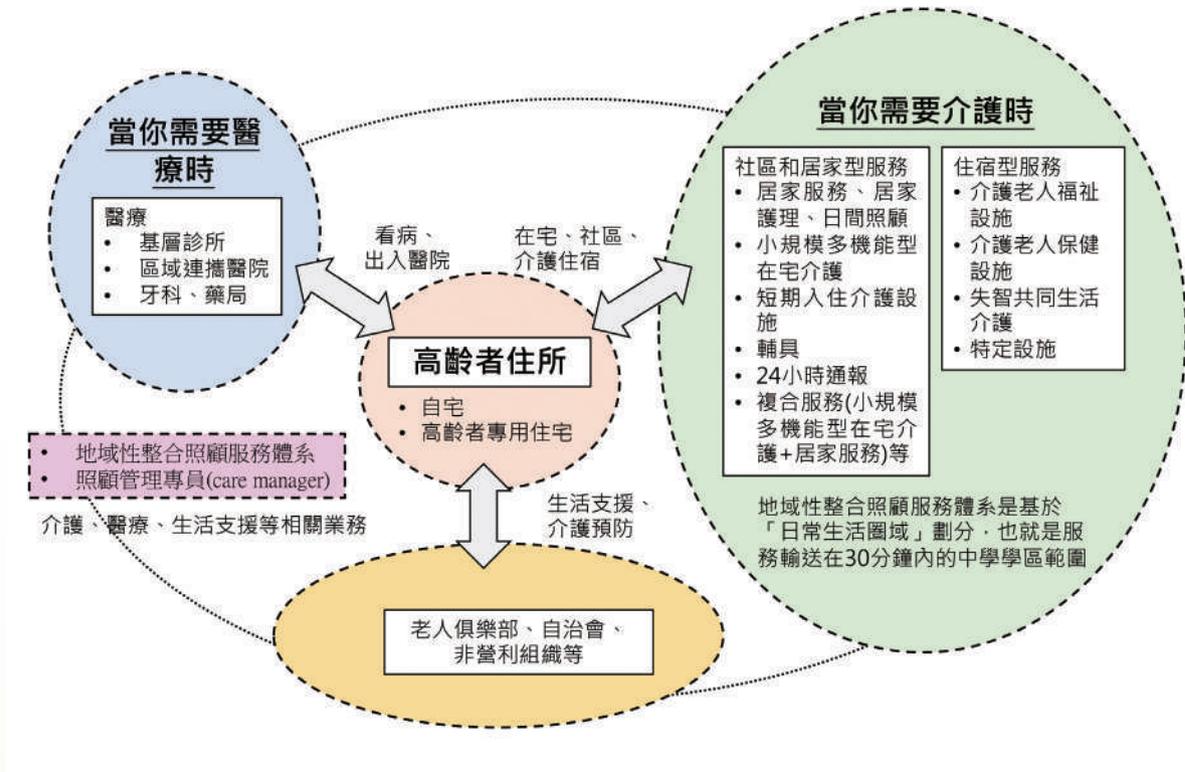


圖3：日本地域性整合照顧服務體系

「接手」家庭功能的方向。日本「照護意識轉變」導引介護政策走向，因應「政策永續原則」所實施的整體規劃策略，面對未來爆量的高齡者，日本經驗值得參考。（參圖3）^{26,27}
 （本專題策畫／公衛學系張靜文教授&法律學系楊岳平助理教授&醫學院婦產科施景中副教授）

參考資料：

[1]Morikawa, M. (2014). Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy. *Int J Integr Care*, 14, e005.

[2]中華民國國家發展委員會，中華民國人口推估（2018至2065年），臺灣台北：中華民國國家發展委員會，2018

[3]呂寶靜，支持家庭照顧者的長期照護政策之構思[Toward a More Family Caregiver-Responsive Long-Term Care Policy]，國家政策季刊：4(4)，25-40. doi:10.64077/NPQ.200512.0025

[4]游曉微、鞏愛華、植村尚史、陳雅美，日本介護制度沿革對臺灣長期照顧體系發展之啟示[Lessons learned from the evolution of long-term care programs in Japan and the implications for Taiwan's long-term care system development]，臺灣公共衛生雜誌：38(5)，457-469. doi:10.6288/TJPH.201910_38(5).108020

[5]詹書媛、游曉微、楊銘欽、李玉春、陳雅美，失智症與非失智症長者之照顧者醫療

服務利用之比較[Comparison of healthcare utilization between caregivers of dementia and nondementia older adults]，臺灣公共衛生雜誌：37(6), 664-675. doi:10.6288/TJPH.201812_37(6).107074

[6]衛生福利部，2007，長照十年計畫，Retrieved from <http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/Index.aspx>

[7]衛生福利部，2008，健康國民白皮書，Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-26-36493-1.html>

[8]衛生福利部，2016，長期照顧十年計畫2.0（106-115年）（核定本），Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/dl-46355-2d5102fb-23c8-49c8-9462-c4bfeb376d92.html>



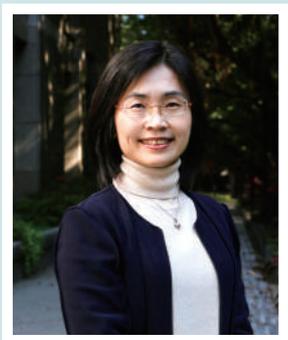
邱琬育小檔案

新北市長期照顧管理中心照顧管理專員及台北市立聯合醫院護理師，長庚科技大學老人照顧管理系實習指導教師，臺大健康政策管理研究所博士候選人，研究主題為健康老化、預防及延緩失能、長期照護、照顧管理。



游曉微小檔案

臺大健康政策與管理研究所博士，研究主題為健康老化、社區照顧、長照復能。現任長庚科技大學高齡暨健康照護管理系助理教授、基隆長庚醫院家醫科合聘助理研究員，亦擔任臺灣物理治療學會連續性照護推動委員會委員。現致力於推動跨專業協作機制、長照復能成效分析，以及高齡照顧模式翻轉。希望貢獻己力與照顧服務人員合作，並結合不同專業人員的知能技術，一起提升臺灣高齡照顧品質及政策永續。



陳雅美小檔案

美國華盛頓大學博士，華盛頓大學 MPH，華盛頓大學碩士，臺灣大學護理學學士。現任臺大公共衛生學院健康政策與管理研究所副教授，公共衛生學院公共衛生碩士學位學程副主任，同時為台北市政府心理健康委員會委員，基隆市政府老人福利推動小組委員，臺灣長期照護學會編輯，新北市五股老人公寓年度諮詢委員。研究興趣為長期照顧服務與政策、健康老化。