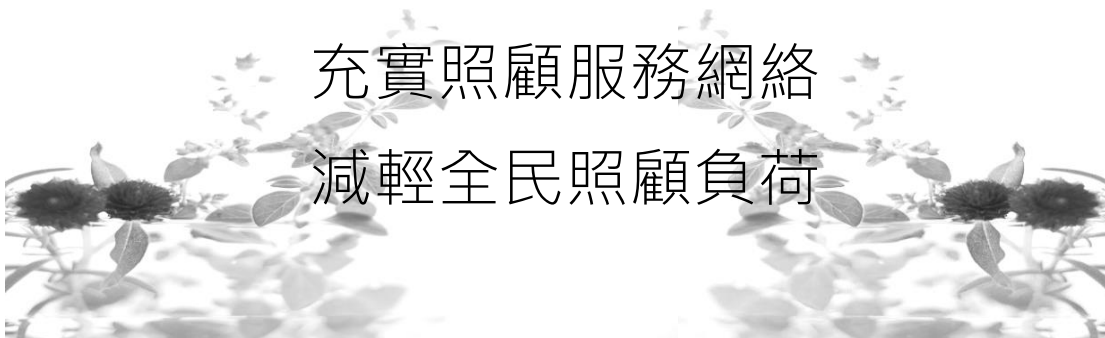


長期照顧推動的關鍵焦點－ 充實照顧服務網絡 減輕全民照顧負荷



林惠芳

壹、前言

民國九十六年行政院通過了長期照顧十年計畫來回應台灣將面臨人口老化所帶來的照顧問題，估計將在十年內以 817 億多元來建構並提供長期照顧服務。馬總統也曾在上任後提出要在四年之內開辦長期照顧保險的宣誓；行政院劉院長更在今年初宣告長期照顧保險將在民國 99 年完成法制化作業並且上路執行。似乎我國在長期照顧服務已然有了明確的發展方向及財務規劃，然而現行的長期照顧十年計畫及對長期照顧保險的規劃就周全了嗎？保險一旦開辦所有的問題就可以解決了嗎？資源及服務規劃到底完備了沒有？目前長期照顧服務的規劃說是要帶給人們基本生活的滿足，但是現有服務的規劃真的回應了基本生活需求嗎？

對於因應人口老化可能帶來的照顧問

題，是大家共同的期待更不會有人反對，反而會認為台灣是不是起步還是晚了呢？在內政部今年 3 月對立法院的報告中提及長期照顧保險規劃未來將朝向是以服務給付為主、現金給付為輔的方向進行，但是會不會過度關注在財務制度的討論上，而忘記了服務的提供所需要的提供者及分布狀況、各項服務人力及服務品質保證等等重要的內涵呢？本文將試圖從身心障礙團體的立場就過去長期照顧服務規劃的發展過程及服務提供的現況來檢視其對於回應失能者基本生活需求滿足的不足之處，並就身心障礙領域服務提供現況及發展困境來提出一些可供長期照顧服務資源發展借鏡之處，並從服務使用者端提出對於長期照顧服務資源的期許。

貳、對過去十年我國長期照顧制度發展的看法

我國長期照顧服務的規劃與討論應是始於面對失能老人的照顧問題而來，從內政部在八十六年提出「加強推展居家服務實施方案」，針對六十五歲以上，因身心受損而導致日常生活功能需他人協助的居家老人（含獨居老人），或領有身心障礙手冊且日常生活功能需他人協助之居家身心障礙者，提供家務及日常生活照顧服務（換洗衣物之洗濯及修補、文書服務、餐飲服務等）、身體照顧服務（協助沐浴、協助服藥、協助翻身、拍背等），開始關注居家的失能老人照顧的問題。

內政部在民國八十七年提出「加強老人安養服務方案」，而衛生署也在同年開啟「老人長期照護三年計畫」發展護理之家，同時在健保中加入居家照護給付標準，之後揭開民國九十年起開始為期三年的長期照護體系先導計畫序幕。從這一段發展可見，我國長期照顧相關計畫確實是從回應我國人口老化不得不及早面對老人失能者的醫療照顧與社會照顧開始的。

三年先導計畫的行動經驗發現到服務資源應更社區化的設置才能回應服務使用者的可近性與可及性，因此，無論從民國九十一年行政院提出「挑戰二〇〇八國家發展重點計畫－社區化長期照護網絡計畫」，乃至九十四年行政院提出台灣新社區六星計畫，都可以視為是為發展可近性的服務進行的預備工作，期間包括了居家及社區創新服務的試辦及管理機制的試行等等；當時實驗的地區也成為今日服務開展的前鋒經驗，社區關懷據點設置、送餐服務及居家服務持續辦理，似乎也為服務的

社區化落實提供一個發展的基礎。唯在各項計畫進行當中使用者仍是以失能老人及獨居老人為主；另外，社區關懷據點的執行效能也參差不齊，達到優等也只有 400 餘的據點，能否回應 20 餘萬需求人口的需要，是明顯不足的。

在長期照顧政策的推動上，民國九十三年應算是重要的關鍵年代，行政院社會福利推動委員會通過成立「長期照顧制度規劃小組」，由林萬億政委負責協調各部會工作，開始規劃長期照顧制度；並委託呂寶靜教授、吳淑瓊教授、徐亞瑛教授、莊坤洋教授、鄭清霞教授與陳正芬助理教授等人整合之前各項的研究報告，提出我國長期照顧制度規劃報告的草案，再經分區縣市座談會討論後，終至民國九十六年行政院通過大溫暖旗艦計畫－長期照顧十年計畫（鄭文輝、鄭清霞，2008）。

從長期照顧十年計畫的內容來看，十年計畫雖指出建構完善長期照顧體系、結合民間資源提供長期照顧服務、建立支持家庭照顧者體系、強化長期照顧服務人力培育與運用、建立穩健長期照顧財務制度等五大目標；預計建立社區中心照顧管理機制，提供居家服務、緊急救援通報系統服務、營養餐飲服務、住宅設施設備改善、到宅評估輔具器具及復健訓練服務、照顧住宅、喘息服務、交通服務、家庭托顧、日間照顧服務、機構式短期收容照顧與復健服務、發展預防照顧及健康促進服務、辦理照顧者訓練及研習、照顧者個人諮商及支持團體、特別照顧津貼、培訓各類長期照顧人力、改善照顧服務員勞動條件等

等服務項目；運用 817 億餘元投入長期照顧服務工作等等，但對身心障礙者來說，這個十年計畫仍是令人感到失望的，因為十年長期照顧計畫並未考量五十歲以下的身心障礙者。

有關身心障礙者在長期照顧規劃過程當中，經常被提出來討論的議題有：障別複雜程度高、照顧需求各障別差異性大、服務需求多樣態、服務資源分類與老人照顧用語不一、各項服務整合不易，且障礙者不一定達到失能等等，在計算失能率時也常因為評估工具認定的問題難以取得共識下，只能以領有手冊重度極重度者為推估的基礎，在如何有效推估日常生活當中需要長期日常生活照顧的障礙者人數、哪些是生活必要照顧項目等問題未能達成有效解決的共識之下，為求十年長期照顧計畫能盡速提出，十年長期照顧計畫仍以滿足老人失能者的照顧需求為主要考量的基礎。

身心障礙者只有五十歲以上者納入長期照顧十年計畫，主要是過去我國有關身心障礙人口照顧需求統計的基礎研究是缺乏的，唯一可以參考的實證研究是民國九十三年內政部委託台北大學林昭吟助理教授進行有關身心障礙者提前老化現象與健康照護需求的研究，該研究指出如果想對身心障礙者老年年齡給予定義最早可從 35~40 歲從退出職場開始，最晚可以界定在 50~54 歲，其心態已老化，社會參與減少（林昭吟，2004）。因此，最後在長期照顧十年計畫定案時才將五十歲以上的身心障礙者納入計畫當中。然而從長期照顧的

定義來看，年齡並不是決定照顧服務需求的因素，影響日常生活功能表現的失能程度才是主要的關鍵，因此身心障礙團體認為長期照顧十年計畫這樣以年齡來限定障礙者進入長期照顧計畫的決策是不合乎專業定義的一種做法。此一決定也讓身心障礙者團體對十年長期照顧計畫感到挫折也開始思考其他的推動路線，如：推動身心障礙政策白皮書。

如今因為行政院為規劃長期照顧服務財務制度，打算以社會保險方式採全民納保方向進行，在全民納保全面給付的思考之下使得身心障礙團體認為有重啟討論與對話的可能性，期待在長期照顧服務制度之中讓身心障礙者的照顧需求可以被納入一併考量，而學者們的規劃研究也漸漸在用語中將高齡者與失能者一併納入相關的論述當中。只是面對近來透過傳媒呈現相關的討論多半只有財務規劃被積極討論之下，服務資源的規劃與推動是不是還是會被忽視，成了團體關心的所在。

參、從長期照顧保險規劃談對未來長期照顧服務發展的期許

一、對長期照顧保險的擔心

面對人口愈來愈高齡化的時代來臨及現今家庭照顧能量的弱化，無論是學界或是實務工作界都已能認知必須認真的面對日益增高的失能照顧問題；同時，為解決照顧的需要，及早規劃照顧服務體系來因應已是我國不能再拖下去的工作。因此，

建構普及性且多元化的長期照顧服務體系成為規劃長期照顧服務的主要目標，而近來從媒體多方消息得知，目前政府更進一步的釋出正在規劃長期照顧保險，來做為健全普及性多元性長期照顧服務體系的財務機制。以社會保險的方式來做為長期照顧服務的財務機制本來就是一種可行的選項，然而目前是不是一個長期照顧保險的良好開辦時機，則仍令人有些許的擔心。

在民國九十五年長期照顧十年計畫規劃時，行政院社會福利推動委員會長期照顧規劃小組曾在連結居家式、社區式、機構式長期照顧服務規劃報告中提及『長期照顧服務最大的挑戰是需求者需求的多元與複雜性，且極可能反覆在家庭、社區、機構之間往返進出，往往不是單一的醫療或是社會福利服務提供單位可滿足』，因此長期照顧服務的規劃是不是包括了所有的失能者的照顧及照顧資源的現況是不是已經有了基本可以滿足長期照顧服務需求者的基礎，是令人關注的焦點。以目前身心障礙服務來看，現行 264 家機構所提供的 2 萬餘個服務機會不過只協助了不到百分之二的障礙者；老人日間照顧機構也只有 28 家，這些在社區中的服務單位明顯不足的情形之下，資源的擴展是不是可以趕得上需求者的增加；另既有的服務量均未達滿床數，究竟是給付負擔性所致或是服務設計的問題，都是資源面待討論與研究的重點。

目前針對長期照顧保險的開辦有著正反不一的看法，支持長期照顧保險開辦者認為運用保險機制可以有明確的財源，不

會受到稅收的影響，可以穩定的提供服務，且使用者繳交保費能夠有尊嚴的使用最基本的服務而不受歧視，大家一起來分擔，壓力可以減輕；資源或許目前不足，但是保險的給付制度正可以為服務的執行提供更多設立的誘因，反而有助於服務的開展，且服務進入市場競爭反而可以維持服務品質。反對長期照顧保險者認為並不是多數的民眾會有需要使用到長期照顧服務，如果全民要分擔這個風險會導致社會對高失能風險者的不當觀感產生更多道德議題；長期照顧需求多元且複雜化，如果給付沒有上限不斷擴張則財務會陷入不得不加高保費或降低給付水準的局面，使得民眾的負擔沒有減少反而增加；服務資源不足之下現金給付不得不存在，服務的供給如果沒有如預期出現則現金給付恐會造成財務負擔；且就過去經驗，現金給付甚至可能使服務長不出來；自付額也會造成服務使用的選擇，使給付傾向現金給付；市場化的服務提供會使困難的服務提供沒有單位有意願或是使得最困難的對象沒有提供服務單位的狀況發生；個案管理及照顧管理模式恐將被企業績效管理取代，忽視“人”為中心等等問題。

二、對長期照顧服務發展的期許

摒除對長期照顧保險正反不同的意見，參酌中華民國殘障聯盟長期照顧推動委員會提出的整理，單從身心障礙團體組織成員的需要出發，有幾項關心的焦點極待與規劃團隊分享，茲簡述如下：

(一)長期照顧服務的意涵

使因傷病或老衰而導致的身心功能障礙者，能獲得適切的服務，增進尊嚴及獨立的生活能力，提升生活品質，是長期照顧服務的目的。長期照顧服務應包括不只健康上的照顧，還需要包括社會的及心理的照顧服務。

(二)需要長期照顧服務的對象

年齡不是決定長期照顧服務的關鍵因素，失能程度才是真正考量的重要關鍵，因此身心障礙者不應只有五十歲以上者才被納入長期照顧服務的服務規劃對象，身心障礙者之所以被稱為身心障礙者就是因為出現有失能的狀況，只是其失能的程度對生活獨立性的影響程度不同，透過適切的失能評估與照顧需求評估，給予其適切的服務是長期照顧服務需要實踐的重點。

(三)財務制度與給付的方式

不管長期照顧服務的財務機制是採稅收制、保險制或混合制，對現行已在利用照顧服務之對象，不能因長期照顧制度的開辦而使得其所得到的照顧服務出現中斷或減少服務頻率或是降低服務水平的情事發生；如採保險制，保費應有合理的計算且國家對於繳不起保費的國民仍應有照顧的責任並提供保費補助機制；若給付訂有上限，不得不有自付額規定時，應訂有自付額上限的規定，以避免須密集照顧的身心障礙者因付不出自付額而出現放棄服務的窘境。

給付提供的方式不外服務給付、現金

給付及混合性的給付方式，但是為使服務資源可以發展、現金給付不被濫用，長期照顧保險的給付應強調實物給付重於現金給付，務必要避免現金給付成為福利金；服務能量供給不足不應成為現金給付提供的唯一藉口，應有機制透過政府稅收管道或是從保險財務中取得一定比例投注在偏遠地區替代方案及創新服務開展的促進。現金給付應可以搭配一定配套，如家庭照顧者的知能研訓及訪問指導等。給付項目及金額的制定應由獨立專業的機構制定，此機構組成應包括使用者（被保險人）代表，給付方式的相關討論也應公開透明。

(四)失能評估與需求評估

在失能評估與需求評估方面，不應只限以 ADL 及 IADL 來進行失能評估，因為其並不適用於所有的身心障礙者。對於身心障礙者在 101 年將全面適用聯合國國際健康功能與失能分類系統部份的評估結果應予直接認可；對於處於不同限制情境中者，應發展或指定具信度與效度的日常生活能力評估工具來進行評估的工作。失能評估需搭配照顧需求評估結果確認服務的給付，照顧需求評估方式及評估工具的選用應考量長照需求者的身心特質，且避免發生因財源或服務資源不足而限制需求的發生，以求評估結果的可用性。

(五)給付保障範圍與服務輸送

要保障民眾可以依評估結果選擇獲得滿足基本生活所需的多元化長期照護服務；同時為了延長有照顧需求者留住在家庭

庭內的時間，以維持其獨立自主的生活品質，應該優先提供其居家式及社區式的照顧服務，同時設定機構安置服務的必要門檻，並確保家庭照顧者可以獲得必要的支持。給付保障要確保減輕民眾負擔，降低使用長期照護服務的財務障礙。對於安置於機構、社區及居家之失能者補助機制，可給予相同之補助額度，以利引導依實際失能狀況使用照顧資源。

為了確保服務提供的效率與效益，建立管理機制是必要的手段，用以確保服務品質佳、能負擔得起，並能適切個人需求，同時服務輸送應有透明的管道並可以接受申議。且政府組織須整合及提高長期照顧管理之層級，以利整體性的政策推行。

為使服務確保可及性，可近性，可使用性及可負擔性，應鼓勵各式不同的服務提供；服務提供單位的管理機關也應主動協助服務資源的開展及排除服務設立的障礙。同時為避免營利單位過度集中提供高額給付項目或使用量高的區域，服務規劃應設有配套；並讓管理機制扮演引導服務調節的角色。

(六)服務保證與品質監測

服務需求應得到供給的保證，無論是針對公營服務、公辦民營或私營服務、營利單位提供或非營利單位提供之服務，管理機制都應將對其服務的品質監控列為重點工作，品質監控報告應定期公布，並且以簡明易懂的方式書寫，且必須公開資訊讓人容易取得並瞭解；對於提供現金給付者也要確保照顧品質，可透過訪問指導方

式瞭解其服務執行情形。

如以長照保險方式開辦，以日本經驗為例，不應全面開放營利化，在有利基的部份營利單位自然會投入建設並成為簽約提供服務單位之一；對於無利基的服務應導入政府資源以培植其服務能量，並納入保險人簽約對象當中，同時接受服務品質監測。服務品質監測應列入使用者意見及使用者團體的參與。

(七)服務資源與照顧人力

服務資源需讓障礙者有可及性及可近性，並負擔得起；同時要提供多元而充足的資源，增加服務使用者的選擇性；政府部門應優先投入偏遠地區及人口分散地區服務的建構，並營造社區式長期照護資源發展的有利環境，促進資源的發展，在保險開辦之前至少要準備能滿足十分之一以上服務需求的資源；服務機構應以服務提供項目多寡進行分級，融入生活圈概念進行規劃；另資訊傳遞應達到有效性，以利資源的使用。

發展專業、半專業、非專業不同層級的照顧服務人力，以因應多元的照顧需要，並確保他們都能得到照顧知能提升的機會；照顧人力的選擇與運用應考量與受照顧者溝通的無障礙；外籍照顧人力應被納入長照體系管理，無論長照保險能否解決外籍照顧人力相關勞動政策問題，都必須確保需 24 小時照顧者及其主要照顧者能獲得適足的照顧支持或適合其需要的照顧服務配套；外籍照顧人力應為最不得已才選擇的照顧人力，同時應確保聘僱外籍

照顧人力之照顧需求者所獲得的照顧服務品質與其他長照體系規範相等，如喘息服務、照顧技巧及訓練課程、督導制度等。

家庭照顧者應被納入長期照顧服務體系當中，為延長在家照顧的時間，無論是實物給付或現金給付都應該給予家庭照顧者一定程度的支持；對有工作但願意回家協助照顧者應給予一定時間的留職停薪家庭照顧假，保險應予承擔；對家庭照顧者應提供一定之喘息服務，照顧訓練課程，並予以定期督導，如有不符督導或有照顧不實或不全情形發生時應強制要求其接受照顧知能訓練或改採服務給付。

(八)與其他現行制度之間的謀合

對於身心障礙者而言，長期照顧服務體系若將所有生涯階段障礙者均列入服務對象時，則不可避免要面對與目前現行相關法令規定有關基本生能有關之協助措施之競合。立法恐怕是非面對不可的問題，如果只訂定長期照顧保險法，恐怕並未能將所有長期照顧服務有關的所有規定均納入，但若要訂定長期照顧服務法，則一定會面臨老人福利法與身心障礙者權益保障法支持服務專章所定相關規定之整合，目前各項老人福利及身心障礙支持服務的定義不一定相同、給付水準也呈現不同的標準、連續性服務的銜接機制也未討論共識，勢必仍將有一段溝通謀合的路要走。但是沒有人會期待一個縮減照顧服務提供的新制度，在現行體制上的最小公倍數或許可以是一個考量。

另外在與全民健保之間的關係，關鍵

點在於亞急性照顧與長期照顧的分野要如何決定，亞急性照顧如果納入長期照顧保險給付，可能造成醫院為控制成本提早出院，以致造成長照系統負擔增加的壓力；也可能帶動長期照顧服務機構醫療化的問題。如何建立照顧服務的銜接系統將也是待需要解決的問題。

外籍照顧人力對於現今的照顧體系已成為不可避免的一環，納入長期照顧體系將可以使其確實得到一些管理與服務品質的監測，但過往過度非照顧需求因素使然的人力輸入政策，及未將人力單純使用於照顧需長期照顧者的人力運用情形，都會面臨新的挑戰。在規劃新制度的同時都不能不仔細的面對的，要切記避免懲罰長期照顧需求者及其家屬。

三、對未來照顧服務資源開發與運用的幾個想法

(一)投資預防性服務工作降低未來照顧負荷

目前現行制度仍是以針對一定程度以上的失能者才提供其長期照顧服務的協助，對於未達一定程度者就不納入長期照顧服務的思考當中，這樣的做法是否就一定是最適切的呢？就鄰近日本的經驗來看，對於目前仍未達一定程度以上失能者，及早給予預防性的支持服務，減緩老化所帶來的負面影響，將可以降低照顧成本，我國在長期照顧服務規劃的同時，是否可以訂定一定比例的預算用在預防性服務提供，如：體適能強化等，將可以使現

行老人及身心障礙社團法人或是社區發展組織或社區關懷據點在最有限的時間內成為服務提供者；並可藉此提升其辦理委託服務的能量，育成其成為未來長期照顧服務提供者之可能

(二)加強家庭照顧者支持與配套方案避免 假照顧真領錢的現象

以目前服務資源分配不均及服務量能均不足的情形之下，如開辦長期照顧保險，勢必面臨服務給付提供不足的窘境；而支持保險學者認為一旦給付提供服務就會有誘因長出來的看法，在身心障礙領域是很難發生的事，因為服務要開辦以目前現行的設立標準及門檻來說就不是一件容易的事，除了土地房舍的取得之外、相關用地、建物、無障礙規劃、人員資格要求就不是有錢就可以完全處理的了的事，因此如果一旦保險開辦，現金給付將會是給付的主流；因為採取保險制度民眾繳交了保費當其有需要時就一定可以有權利要求給付，屆時則將易有假照顧真領錢的現象發生，因此或許可以學習德國的經驗，鼓勵家庭內的照顧者承擔照顧的責任並獲得

一定程度的給付與照顧知能的提升與訪問指導的提供，如果家人提供的照顧經過服務品質的監測未能達到一定水準，則取消家庭照顧的給付改以服務給付的作法。

肆、結語

從服務使用者的立場來說，面對目前諸多聲浪對於支持或是反對以社會保險規劃來支持長期照顧服務的爭論，並不是令人最為關心的事項，這些爭論看來不過是對長期照顧財務制度的論辯而已。對於長期照顧服務的使用者或潛在使用者來說，更關心的將會是長期照顧服務資源的分佈與配置是否充份且可以滿足就近使用與可負擔的起的目標。期許未來長期照顧服務制度的規劃者可以更透過公開透明的對話機制，讓民間的工作者也能參與討論其中，反應實務問題，或許可使規劃更為豐富可行。

（本文作者林惠芳現為中華民國智障者家長總會秘書長）

參考文獻

中華民國殘障聯盟(2009)，長期照顧保險各方論述與身心障礙團體立場，殘盟長期照顧推動小組會議紀錄。

內政部(2006)，長期照顧推動小組會議紀錄。

王順民(2009)，開辦長期照護保險的政策評析，財團法人國家政策研究基金會，國政評論，社會（評）098-005 號 http://www.npf.org.tw/post/1/5370_980419 搜尋。

行政院社會福利推動委員會長期照顧規劃小組(2006)，連結居家式、社區式、機構式長

期照顧服務規劃報告。

行政院新聞局(2007)，「我國長期照顧十年計畫」背景說明

<http://www.gio.gov.tw/ct.asp?xItem=32293&ctNode=3764> 980401 搜尋。

李光廷(2008)，日本介護保險實施現況與未來，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 53-67。

李麗圳等(2008)，我國長期照顧制度之建立－以台北縣為例，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 80-88。

呂寶靜·吳淑瓊·徐亞瑛·莊坤洋·鄭清霞·陳正芬(2006)，我國長期照顧制度規劃報告，內政部委託研究。

吳玉琴(2009)，台灣長期照顧制度的發展與影響，中華民國智障者家長總會第七屆第二次會員代表大會專題演講講義資料，980322。

吳尚琪(2008)，長期照護專業人力培育及配置策略，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 34-43，行政院研考會。

林志鴻(2008)，德國長期照顧制度之發展、現況及未來，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 68-79。

林昭吟(2004)，身心障礙者提前老化現象與健康照護需求之研究，內政部委託研究。

林惠芳(2009)，長期照顧計畫回應了心智障礙者的照顧需求嗎？推波引水第 59 期。

林萬億(2009)，社會探索－長期照顧保險，不能躁進，2009/02/04，中國時報
<http://www.coolcloud.org.tw/node/34787> 980419 搜尋。

林萬億(2009)，柯木興·林建成(2009)，推動「長期照護制度」已刻不容緩，財團法人國家政策研究基金會，國政評論，社會（評）098-010 號 <http://www.npf.org.tw/post/1/5419> 980419 搜尋。

陳靜敏(2008)，長期照顧管理中心運作現況與未來發展，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 44-52，鄭文輝·鄭清霞(2008)，長期照顧保險制度之規劃，研考雙月刊第 32 卷第 6 期，頁 3-11，行政院研考會。

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* World Health Organization Geneva 2005 reprinted in India