

長照 3.0 啓航 醫照整合再升級

我國邁入超高齡社會，失能與照護需求快速上升，醫療與長照體系須更緊密整合。長照 3.0 以強化醫照整合為核心，聚焦六大課題，期透過制度整合、資訊串聯與誘因設計，提升照護品質與連續性，以兼顧長照需求提升與制度永續發展。

祝健芳、余姍瑾、王銀漣（衛生福利部長期照護司司長、科長、研究員）

壹、前言

我國人口快速老化，將邁入超高齡社會，長期照顧與醫療利用量同步上升，將對全民健康保險（以下簡稱健保）與長照制度財務帶來長期壓力。自「長照 1.0」起，除日常生活照顧外，政府亦在健保給付之外推動居家與社區復健及居家護理服務，使個案在家中能獲得必要照護及功能維持，並留在社區中生活。

「長照 2.0」進一步整合醫療、長照與預防保健資源，強化初級預防、居家醫療、在

宅安寧緩和照護，以及照顧管理與社區整體照顧服務體系，逐步建立連續照顧網絡。

現階段邁向「長照 3.0」，除延續既有基礎外，更著重積極長照復能、完善出院準備、失智照護、在宅急症照護、居家醫療與家庭醫師功能強化，以及提升住宿式機構照護品質。本文將就長照與醫療整合之六項主要課題，說明對應之政策方向與後續展望。

貳、現況與挑戰：長照與醫療整合之六大課題

一、個案出院返家後銜接長照服務時間仍待再縮短

長照 2.0 自推動「出院準備銜接長照服務計畫」後，由醫院出院準備團隊於住院期間即提前啟動長照需要等級評估，並主動媒合長期照顧管理中心（以下簡稱照管中心），使病人自出院至實際取得長照服務之平均日數，由平均 51 天大幅縮短至 4 天，出院後初期照顧時效落差顯著改善。

惟在大量高齡、失能個案持續進入社區的背景下，部分

住院出院流程與長照媒合仍可能因醫院量能、個案複雜度等因素而產生延宕。對於出院後功能快速變化且照顧需求較高者而言，初期服務介入仍可能不足，增加再度惡化或再住院之風險。

二、具慢性疾病之居家失能個案缺乏整合性醫療照護與健康管理網絡

健保自 105 年推動「居家醫療照護整合計畫」，整合一般居家照護、呼吸照護及安寧居家療護等服務，長照 2.0 亦自 108 年起辦理「居家失能個案家庭醫師照護方案」，建構居家失能老人之基層照護網絡，期透過專責醫師與護理師定期家訪，強化健康管理並延緩慢性病惡化。然而，健保制度之設計仍以醫療需求為核心，與長照居家失能者以生活照顧、功能維持及照顧管理為主之需求存在一定落差。

目前長照個案中約有 8 成以上合併慢性疾病，失能情形亦使就醫與自我健康管理更為困難。若缺乏由家庭醫師或社

區醫療團隊與照管中心共同組成之整合照護網絡，不僅不利於慢性病控制與健康監測，也易增加急診與住院之使用。

三、照顧依賴現象造成功能退化，復能觀念尚待普及與深化

長照 1.0 多以協助完成日常生活照顧為核心，雖能即時因應民衆需求，但易造成依賴，減少個案自主參與生活自理訓練機會，易使功能退化，進而須投入更多照顧量能。在高齡化與少子化影響下，各行業人力均不足，照顧人力缺乏是可預期的，加上家戶型態「老老相顧」、「獨老」情形亦持續增加。

長照 2.0 引入復能理念，強調在生活情境中透過跨專業指導及配合使用輔具及居家環境或活動型態調整，協助個案恢復自主生活能力。然而，復能與傳統醫療復健常被混淆，專業人員及照顧服務人員對復能精神之掌握程度不一，在地落實亦有差異，復能服務推展仍具挑戰。

四、住宿型長照機構專責醫療合作與住民健康管理機制有待完備

雖各類住宿型機構評鑑要求機構應提供住民必要醫療服務，實務上仍有由多家醫療機構提供不同服務之情形，缺乏單一專責合作機構，使慢性病控制、感染防治與健康管理難以形成完整系統。疫情期間部分住民須頻繁外出醫療院所領藥，增加感染風險，亦使陪同人力暴露於風險之中。

如何使住宿式機構與特約醫療機構建立穩定合作關係，將日常巡診、用藥管理及急性惡化評估儘量在機構內完成，並與機構照護及復能服務相互配合，為醫療與長照整合之重要議題。

五、在宅急症照護與長照服務之連結仍屬初期發展階段

衛生福利部中央健保署（以下簡稱健保署）自 113 年推動「在宅急症照護試辦計畫」（以下簡稱 ACAH），由照護

專題

小組提供肺炎、尿路感染、皮膚軟組織感染等可在宅治療者之急性處置，並搭配 24 小時電話諮詢、藥事服務及後送機制，以減少住院利用，亦有助於機構住民在原照顧場域獲得急性照護。

然而，ACAH 以醫療端設計為主，長照服務須由醫療小組治療處置過程，主動向長照個管員提出照顧計畫配合彈性調整，使同時具急性醫療與長期照顧需求之個案，在 ACAH 收案期間於長照額度下順利調整居家服務項目及使用頻率。累計至 113 年 9 月 ACAH 共收 498 案，屬於長照顧案為 188 案，占 38%，其中醫療小組有照會長照個管員彈性調整照顧計畫僅 9 案，顯示醫療照顧整合服務仍待精進。

六、失智人口快速增加， 醫療診斷與長照資源 運用銜接有待加強

我國自 102 年公布「失智症防治照護政策綱領」以來，已透過失智症政策綱領 2.0 及長照 2.0，將 50 歲以上失智者

納入長照對象，並布建失智共照中心（以下簡稱共照中心）、失智社區服務據點、日間照顧中心（以下簡稱日照中心）、團體家屋及住宿式機構等多元服務，以支援失智者及其家庭照顧者。

惟依流行病學調查，失智盛行率隨年齡升高而顯著增加，未來失智人口仍將持續成長；實務上，部分經醫療院所確診之個案尚未進一步銜接長照服務，失智據點在部分地區布建及服務量能亦有限，併有情緒及行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia，以下簡稱 BPSD）之困難照顧個案及年輕型失智者，對家庭及照顧者造成較高負荷。失智照護人力訓練及支付誘因雖已逐步建立，但如何在醫療診斷、共照中心與長照資源之間形成更順暢之轉介與支持體系，仍為重要課題。

參、長照 3.0 啓航：對 應六大課題之醫照 整合政策方向

一、對應課題一：以包裹 式獎勵金強化出院準 備與長照服務銜接

為進一步縮短出院與取得長照服務間之時效落差，並確保出院後照顧能無縫銜接，又現行「出院準備銜接長照服務計畫」將於 114 年底屆期，故配合 115 年長照 3.0「積極長照復能，完善出院準備」之目標，未來將朝向採行「包裹式獎勵金」模式，鼓勵醫院出院準備團隊於個案出院日前完成長照需要等級評估、擬訂簡易照顧計畫，並視需要完成長照服務媒合與轉介作業，使出院後初期所需之長照服務得以儘速到位，降低出院後照顧空窗支持不足之情形，強化醫療體系與長照體系之無縫銜接。

二、對應課題二：以居家 醫療整合與家庭醫師 制度強化居家失能個 案健康管理

針對具慢性疾病且有醫療照護需求之居家失能個案，長照 3.0 將以鼓勵醫療院所加入

健保「居家醫療照護整合計畫」或「大家醫計畫」為主要方向，以該等計畫取代另行辦理長照特約之要求，降低行政負擔，並促進更多社區醫療院所參與長照個案照護。

同時，放寬由診間醫師開立長照醫師意見書之規定，提升醫師於門診或居家醫療服務過程中主動辨識長照需求之誘因，並透過醫療端與照管中心之資訊回饋與協作，強化家庭醫師及居家醫療團隊對長照個案整體健康管理角色。在照顧管理費用給付方面，亦將研議由以量計酬逐步朝向以品質指標計酬，凸顯護理及照顧管理專業於慢性病控制、用藥安全及健康衛教等面向之貢獻，建構以家庭醫師、居家醫療團隊與照管中心協同運作之居家失能個案醫療照護網絡。

三、對應課題三：擴大長照服務對象並銜接急性後期整合照護，落實「早期介入、持續復能」

為避免失能者因長期依賴

照顧而致功能快速退化，長照 3.0 將強化具復能潛力個案之早期辨識與介入。「長期照顧服務申請及給付辦法」業已修正，自 115 年 1 月 1 日起，於長照需要等級評估期間，如個案同時符合健保急性後期整合照護計畫（以下簡稱 PAC）6 類收案條件，且符合長照給付資格者，即可開案使用長照服務，以利急性後期治療結束後，強化復能訓練與長照支持之連續銜接。

另衛生福利部規劃推動住院模式 PAC 結案後轉介至中介轉銜全日專區試辦計畫，針對腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折及衰弱高齡等住院模式 PAC 個案，於 PAC 復健結束後提供最長三個月之密集復能訓練，並在離開專區返家後由照管中心銜接一般長照服務與復能服務，使個案得循「PAC－復能強化－居家與社區維持」之照護路徑，減少長期依賴並提升生活品質。

四、對應課題四：建立住宿式長照機構專責醫療合作模式，提升住民健康管理與照護品質

為改善住宿式長照機構住民多頭就醫及健康管理責任不明確之情形，長照 3.0 將持續推動「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」，透過獎勵指標，引導各類住宿式長照機構與單一特約醫療機構建立長期穩定之專責合作關係，由該醫療機構負責住民慢性病控制、處方調整、感染防治及急性惡化處置等健康管理業務，並與機構內照顧及復能服務相互配合。

另配合健保署推動「住宿機構醫療論人計酬」及在宅急症照護等相關政策，鼓勵醫療團隊定期進入機構提供巡診、遠距醫療及安寧緩和照護，使住民多數醫療需求得以在機構內獲得處理，減少頻繁外出就醫及相關風險。醫療及住宿型機構照護團隊並可透過共同討論個案照護目標，提升整體住宿照護及生活品質。

五、對應課題五：配合 ACAH，彈性調整長照服務並強化機構收案誘因

專題

為強化在宅急症照護與長照服務之連結，長照 3.0 將自兩面向調整。其一，對於符合長照給付資格之居家醫療個案或急診行動不便者，於 ACAH 收案期間，強化醫療端與長照端聯繫機制，得在不變更給付上限及部分負擔比率之前提下，由照管中心及社區整合服務中心（A 單位）依照護小組建議，彈性使用居家服務、特定專業服務、交通接送、輔具、居家無障礙改善及居家喘息等必要支持，使個案在在宅急症處置期間仍維持基本照顧需求，後續透過長照資訊系統與健保資料庫介接，使收案資訊可即時回饋予照管中心及 A 單位，以提升醫療小組轉介長照個案的比率。其二，住宿式長照機構部分，已自 113 年 7 月起於「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」增訂配合 ACAH 之獎勵指標，包括依收案取得回饋獎勵金之人次補助，以及在一定期間內所有收案個案均獲回饋獎勵金者之額外獎勵，以財務誘因提高機構參與在宅急症照護之意願，並減少住民往返醫療院所之頻率與風險。

六、對應課題六：整合失智政策與長照 3.0，提升失智者及照顧者支持

配合世界衛生組織「全球失智症行動計畫」展延及我國研擬「失智症防治照護政策綱領 3.0」，長照 3.0 將失智照護視為重要方向之一，透過長照體系與失智政策之連結，強化從診斷、轉介到長照服務之完整照護路徑。並強化「失智照護管理系統」串聯長照相關服務等系統，以及以個案為中心之管理功能，並透過健保署定期傳輸失智個案就醫資料，分送共照中心及地方政府，協助失智個案轉介相關資源，及作為地方政府布建失智照護資源之政策參考。

未來將持續擴大失智服務涵蓋率，鼓勵各類社區據點成為友善失智之服務場域，提升失智據點與共照中心轉介使用長照服務之比率，並透過權責型失智據點、日照中心、團體家屋及住宿式機構等資源，強化併有 BPSD 及年輕型失智個案之照顧，減輕家庭照顧負荷。同時，結合失智照護相關訓

練及給付加成機制，提升照顧服務人員及醫事專業人員之失智照護知能，使失智照護政策與長照 3.0 整體服務量能相互呼應。

肆、結語與展望

我國長照 1.0 及 2.0 已建立在地老化與社區整體照顧基礎，並逐步發展跨專業團隊、復能與失智照護。然而隨人口老化與醫療科技進展，醫療與長照體系間之連結需求更為提升，民衆也愈重視照護之連續性與整合性。

長照 3.0 透過出院準備包裹式獎勵金、居家醫療與家庭醫師整合、擴大服務對象及銜接 PAC 結束後之復能路徑、住宿式機構專責醫療合作模式、在宅急症照護服務調整，以及與失智政策綱領 3.0 之連結，逐步補強現行體系之銜接缺口。

未來仍須持續精進給付制度、強化資訊串接與跨體系協作，並仰賴中央、地方、醫療與長照機構及家庭照顧者共同參與，以在財務永續前提下建構兼具安全、連續與尊嚴的長照服務體系。❖