長照 2.0

—政策實施初探—

調查委員：陳小紅

協查：蘇慧娟、郭才華

2020年7月 監察院編印

「長照 2.0」政策實施初探

序

1993 年，我國 65 歲以上老年人口首度超過總人口數的 7%，正式邁入了聯合國所定義之「老齡化社會」；2018 年，65 歲以上老齡人口成長了一倍(超過 14%)而晉升為「高齡社會」；預估 2025 年前後，65 歲以上老人將高占總人口的 20%，屆時我國將成為名符其實的「超高齡社會」。相較於歐美先進國家老年人口平均需時百年方翻倍，而包括我國及日、韓、新加坡等亞洲國家平均則僅需時 25 年左右，老化速度可謂來得快又急。而在老人人口遽增的同時，人口餘命亦呈逐年延長走勢，復加我國家庭結構日益變化，平均每戶戶量逐漸減少，致家庭功能日趨弱化，能提供之照顧支持有限；再考量失能人口增加快速暨我國老人平均臥床年數，足徵國人對長期照護體系(下稱長照制度)之需求至為殷切，長照制度之推動似已刻不容緩。

1991 年，聯合國所通過的「聯合國老人綱領」(United Nations Principles for Older People) 提出 18 項主張，大致可歸類為獨立、參與、照顧、自我實現及尊嚴等 5 項主軸；有關老人照顧要點揭櫫了：「老人在任何居住、照顧與治療的場所，應能享有人權(Human Rights) 和基本自由 (Fundamental Freedom)，包含對老人尊嚴 (Dignity)、信仰 (Beliefs)、需求(Needs)、隱私(Privacy)及決定其照顧與生活品質(Quality of Life) 權利的尊重」，宣示老人基本照顧權益保障之目標。1980 年 1 月 26 日我國公布施行「老人福利法」，2012 年 1 月 9 日行政院所函頒修正之「社會福利政策綱領」更揭示：「政府應健全長期照護體制，充實長照服務人力與資源，強化服務輸送體系，增進服務品質，縮減城鄉差距，並積極推動相關立法工作。」據此，2015 年 6 月 3 日總統令頒全文計 7 章 66 條之「長期照顧服務法」，並自公布後 2 年施行，以作為國家照護老人之主要依據。

2007 年，行政院通過並自 2008 年起實施「我國長期照顧十年計畫 1.0」，以因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求；2016 年 9 月 29 日通過並自 2017 年起實施「長期照顧十年計畫 2.0」。為落實「在宅老化」和「社區老化」理想，延緩老人的失能、失智，達成健康老化目標，降低養護機構壓力，政府更積極於各地布建老人社區關懷據點、老人日照中心，冀透過長期照顧管理中心結合社區整合型服務中心之評估，提供各地老人由居家照顧、送餐服務、喘息服務、輔具協助以迄交通接送服務等，甚至含括居家無障礙環境改善之各類補助。然實施迄今，相關服務之提供成效如何？更宏觀而言，在預知我國未來五年即將邁入超高齡社會前提下，政府長照政策之願景為何？有無適切之規劃？等課題，均有深入調查之必要。

本案首先蒐集並研析了相關論著、期刊、統計數據及國內外研究報告，另並檢視政府自「長照 1.0」計畫至「長照 2.0」計畫之沿革、發展及差異，且向包括行政院、國家發展委員會、衛生福利部、教育部、勞動部、國軍退除役官兵輔導委員會、原住民族委員會、農業委員會、經濟部工業局、客家委員會等相關機關調閱資料；為能掌握第一手資料暨實務運作現況與困境，依據國內北、中、南、東、離島並兼顧城鄉差距、不同族群及農業、工業城鄉發展等特色，分別於 2019 年 11 月 18 日、12 月 16 日、12 月 24 日、12 月 30 日及 2020 年 1 月 6 日、1 月 14-15 日、2 月 17 日、2 月 20 日共擇定 13 個縣市政府，計 42 處具代表性之辦理單位（涉 17 項長照服務內涵）進行實地履勘，除聽取簡報、參訪長照機構現場外，並與地方政府及民間團體座談，以瞭解第一線人員執行「長照 2.0」計畫之現況及遭遇之困難及問題。此外，本調查案於 2020 年 2 月 12 日、2 月 19 日召開 2 場次專家、學者諮詢會議，於 2020 年 3 月 4 日更再次詢問前述政府主事機構並請該等機關提出佐證說明。

本調查案歷經 11 個月完成，共計提出 12 點觀察與建議供行政院暨所屬及各界參考，今摘述重點如次：(1).「長照 2.0 計畫」之政策總體目標不明，且對實際需求人口似亦未能充分掌握；(2).外籍家庭看護工與我國照顧人力之衡平與妥適配置似未確實釐清；(3).

長照財源之穩定性疑慮勢將影響資源配置及制度之永續性；(4).地方政府推動長照制度之機制似亦未臻明確，如社政及衛政部門的權責與分工等；(5).除總體長照人力尚待妥善規劃與運用外，居家照護人力 vs.機構照顧人力因勞動條件差異而生之排擠允宜正視；(6).各地方政府執行「長照 2.0 計畫」之 17 項服務大多欠缺事前周延調查/盤點，衍生「一套衣服大家穿」及品質參差不齊亂象；(7).現階段 A 單位之「接案」性質明顯高於照顧服務之「規劃」功能，且實務上有重失智、失能者服務提供，而輕復能之情事；(8).長照 ABC 各單位之前後串接/聯功能暨已否出現疊床架屋、資源重複情事允宜重加審視；(9).衛福部應儘速改善申報審查資訊系統，以樽節並簡化基層行政作業之人力與流程；(10).擬利用前瞻基礎建設經費整建長照據點之執行困境、教育部對閒置校舍空間之釋出等仍有努力空間；(11).偏遠地區長照對象對交通接送服務需求甚殷卻往往因需提前預約或總體車輛數不足而被迫放棄；(12).離島送餐服務資源匱乏及困難等尚待排除。

本案調查期間，承蒙相關機關鼎力配合與協助，學者專家惠賜卓見，於此一併致上由衷的敬意與謝意。至盼前述建言多少有助於政府與民間相關機關精進時之參考，冀能共同為因應人口嚴重老化衝擊，建構我國完整長期照護制度略盡棉帛之力。囿於時間與人力之限制，全文闕漏之處在所難免，本專書之出版或可視為國內長照制度之階段性紀錄，諸多相關議題仍待深入研究，尚祈各界賢達不吝賜正是幸。

陳小紅
謹誌於監察院
2020/07/04

目　　次

壹、調查緣起 ---------- 1
貳、調查對象 ---------- 1
參、案　　由 ---------- 1
肆、調查依據 ---------- 2
伍、調查重點 ---------- 2
陸、調查事實 ---------- 2
一、政府推動長期照顧制度之背景分析 ---------- 4
(一) 少子女化情形嚴重 ---------- 4
(二) 人口高齡化程度加劇 ---------- 5
(三) 平均戶量逐年減少，核心家庭已成為家庭結構之主幹 ---------- 6
(四) 人口平均餘命逐年上升 ---------- 7
(五) 國人平均臥床年數 ---------- 9
(六) 失能、失智人口隨人口老化日增 ---------- 9
(七）50歲以上失智症者（扣除ADLs失能狀況）推估 11
(八) 長照需求人數之推估 ----------12
二、我國各縣市老年人口現況分析 ----------13
三、我國長照政策之沿革、發展、法制、計畫總目標、實施策略及執行管考 ----------17
(一) 沿革及發展 ----------17
(二) 法制化進程 ----------18
(三) 計畫總目標及實施策略 ----------19
(四) 109年度目標人口數之推估及失能率的計算標準 21
(五) 執行管考 ----------21
四、主責機關及跨部會的整合 ----------23

五、各類長照服務項目之服務對象、服務內容、收費補助標準 ----------30
六、「長照2.0」計畫之各項政策、服務概述及辦理成效 36
(一) 長期照顧特別扣除額 ----------36
(二) 照顧管理機制 ----------36
(三) 社區整體照顧模式 ----------37
(四) 失智症照護服務 ----------41
(五) 預防及延緩失能照護服務 ----------43
(六) 長照出院準備服務 ----------43
(七) 家庭照顧者支持服務 ----------44
(八) 居家失能個案家庭醫師照護方案 ----------45
(九) 長照服務資源不足地區交通接送量能提升試辦計畫 ----------45
(十) 住宿式服務機構使用者補助方案 ----------45
(十一) 住宿式服務機構品質提升卓越計畫----------47
(十二) 整合長照服務資訊系統 ----------47
(十三) 宣導多元長照政策 ----------47
七、長照給付及支付基準及相關制度 ----------47
八、各項福利服務與長照服務之整合 ----------53
九、「長照2.0」計畫之財政規劃、執行及檢討----------54
十、「長照2.0」服務量能的擴充----------62
十一、「長照2.0」服務品質之監督----------65
十二、「長照2.0」計畫執行人力配置、留任、流動及訓練 ----------69
十三、其他機關推動長照相關服務情形 ----------78
(一) 「長照基金」提供原民會辦理「文化健康站」--78
(二) 相關部會自行挹注經費 ----------82

十四、「長照2.0」計畫之後續檢討及永續發展----------89
十五、本院實地履勘情形概況----------92
十六、諮詢會議摘要----------92
(一) 第1場諮詢會議----------92
(二) 第2場諮詢會議----------99
十七、本院詢問相關機關重點摘述---------- 102
柒、調查意見 ---------- 109
一、 近年來臺灣人口急遽老化，各縣市老年人口平均已占14% ，部分偏鄉更已逾20% ，長照需求人口逐年增加已是不爭事實。政府繼「長照1.0」計畫後，自106年賡續推動「長照2.0」計畫，惟衛福部未要求地方政府調查/盤點實際需求人口數，僅以96年「長照1.0」計畫的目標人口推估做為2.0計畫的目標人口群，明顯悖離現實；又，「服務涵蓋率」乃「長照2.0」計畫之關鍵績效指標 (KPI) 之一，據以檢視服務的供給是否到位，經計算108年全國長照服務涵蓋率僅47.26%，顯見仍有約一半具長照服務需求之民眾，未獲所需之服務。究其原因，或因缺乏知悉服務資訊及求助管道、或有因需求服務之費用過高無力承擔而作罷，甚或因涵蓋率計算之偏誤所致，且各界對服務涵蓋率之計算方式意見不一，計算公式業經多次修正，然實際服務涵蓋率究為何？政府對服務涵蓋率之期望/目標值又為何？迄今仍無定論。基於服務涵蓋率關乎服務的供給是否確實到位，並可據以調整資源的配置，行政院允應督同衛福部落實審視，並妥適擘劃，以早日實現在地老化之目標。---------- 113
二、 81年起勞動部開放外籍家庭看護工之申請，秉持補充性原則適度引進，期解決國內失能者之基本照顧

需求，迄今外籍家庭看護工人數約24萬餘人，107年時，渠等占國內長照服務人力之17.1% 。然隨我國長照體系的次第開展，如何將國內長照需求逐步回歸國內長照體系，減少對外籍移工的依賴，理應為長照政策推動目標之一。近幾年外籍家庭看護工之增幅雖趨緩，然或為衡平長照服務對象計，107年起政府亦提供僱用外籍看護工家庭可以使用長照喘息照顧等服務。另基於長照服務員待遇之日益改善，已導致長照機構服務人力難覓情事。「長照2.0」政策之推動在創造國內勞動力 (尤其是二度就業婦女) 就業機會之同時，有無「家庭」與「機構」人力適切配置之思考？ (併入意見五討論) 「本勞」與「外勞」數量合理配置方式之長遠規劃？似均亟待行政院督飭國發會、勞動部、衛福部等相關單位及早綢繆。 -- 128

三、 政府自106年起推動「長照2.0」計畫，擴大服務對象及增加服務項目，並採設立「長照服務發展基金」之作法，支應長照服務與資源布建所需經費。然據衛福部推估，「長照2.0」每年預算需求將從106年之162.26億元，逐年成長至115年之736.48億餘元，10年總計經費將達4,721.68億元，政府且承諾未來4年將年增至600億元。事實上，「長照2.0」計畫實施迄今，自106年至108年總支出經費分別為118億、356億以迄386億；而現行「長照2.0」計畫執行經費乃依各縣市政府財力分級，以95% 至97% 由中央支付，僅3% 至5% 由地方政府負擔居多，未來經費一旦停止或縮減，將影響「長照2.0」計畫之後續推動與執行，且恐增加地方政府在政策執行上的不確定感暨衝擊人力等相關資源的配置。是以，面對國人長照需求日殷，現行「長照基金」之財源能否充足而穩定地因應我國

高齡人口之長照需求，尚待行政院督同衛福部等相關部會審慎評估並及早研議。 ---------- 134

四、 106年起施行之「長照2.0」計畫，除「長照1.0」計畫原有的四類服務對象外，新增了50歲以上失智症患者、49歲以下失能身心障礙者、55至64歲以上平地失能原住民，以及65歲以上輕度失能之衰弱老人等四類服務對象，並增加原有的8種服務項目至17項，因此，衛福部對長照業務之推動執行，分屬長期照護司、護理及健康照護司、社會及家庭署等3個機關。又，地方政府現行長照制度之業務建構則大多由衛生部門主責，少部分由社會局下轄，不但與過去80%由社政部門執行不同，政府部門的權責與分工似亦未臻明確；再者，「長照2.0」計畫之政策推動往往又急又快，似未先行與各地方政府及民間團體進行溝通協調或召開會議說明，致地方政府或民間單位難獲完整資訊，已造成困擾，並損及政策之美意，行政院允應督飭衛福部速謀改進對策。 ---------- 146

五、「長照1.0」計畫推動以來，長照人力資源短缺始終為該計畫面臨的諸多困境之一。在長照人力至為吃緊情勢下，行政院賡續推動「長照2.0」計畫，長照人力勢將更形捉襟見肘，109年居家式照顧服務員之人力缺口達9,600人。本院107年間針對長照人力之調查結果發現，參加照顧服務員訓練結訓學員領有結業證書，以及取得照顧服務員技術士證照者共計12萬餘人，然實際從事照顧服務工作者僅占24.5%。「長照2.0」實施迄今，衛福部調查107年度全時居家照顧服務員平均薪資已達38,498元，部分工時者平均時薪為223元，然實際從事照顧服務工作者僅占43%。實務上亦發現，居家式照顧服務員於長照給支付新制

上路後薪資待遇普遍提高，同一時間機構住宿占床率雖由105年的77.3%增至108年11月的84.2%，然因機構照顧服務員薪資並未調升且需排班 (三班制)，致人員增加幅度有限，住宿式機構照顧人力明顯不足。又因照顧服務員待遇普遍提高，而照顧服務督導人員之薪資待遇卻未隨之調整，業衍生不平，衛福部允應會同教育部、勞動部正視長照人力之妥善規劃與運用。---------- 158

六、 現階段中央頒布「長照2.0」計畫政策推動擴增之17項服務，多數承襲自日本長照經驗 (諸如：小規模多機能中心、失智症團體家屋、家庭托顧等)，是否確實符合我國民眾需求及民情，不無疑義。且不少地方政府囿於17項服務繁多且無優先順序，復因欠缺事前調查/盤點，以致無論都會區、鄉村及離島地區之地方政府均傾向全數辦理，衍生「一套衣服大家穿」的情境，也導致各項提供服務之品質參差不齊。目前各地方均以居家照顧服務項目之受益人數最多，惟居家照顧服務係民眾最需要的長照服務項目？抑或最容易推動之項目？甚或民眾經濟能力最能負荷之服務項目？尚待剖析，而迄今未見符合各該地區因地制宜之創新服務方案，亦顯有檢討精進空間。 ----- 171

七、 隨年齡之增長，長者之身體狀況往往也由健康、亞健康，逐步邁向終老，「長照2.0」的目標之一即期向前端銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質；向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧關懷，以減輕家屬照顧壓力暨長照負擔。「長照1.0」計畫實施時，曾成立照顧管理中心，並確立「需求評估」與「服務提供」分立原則，「長照2.0」計畫延續推動迄今，即照顧管

理中心受理民眾申請長照服務後，由照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定，由A單位個管員擬定照顧服務計畫、服務連結與追蹤及調整照顧計畫內容。惟因「長照2.0」計畫評估及提供服務內涵複雜，並非全為家屬所熟悉，多數家屬或被照顧者無法自行判斷並獲得切身所需之服務計畫，此時照顧管理專員及A單位個管員之專業，以及對服務對象之評估與服務提供的意見整合，即可能深切影響受服務對象是否能獲得妥適之照顧服務。現階段A單位之「接案」性質明顯高於照顧服務之「規劃」功能。另，預防及延緩失能的復能照護服務應優先於專業照顧服務之供給，囿於復能照護服務與專業照顧服務同屬長照給付新制之給付項目，實務上易出現重失智、失能者服務之提供，而輕復能者的現象，皆有賴檢討並研謀改善對策。 ---------- 182

八、 為落實在地老化、社區老化等目標，形構社區整體照顧服務體系之長照ABC單位即頗重要。照顧管理中心受理民眾申請長照服務後，由照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定，由A單位個管員擬定照顧服務計畫、連結B、C單位資源，提供照顧服務，實務上部分特約服務單位已漸發展為一條龍式的服務體系。衛福部雖訂有「社區整合型服務中心 (A) 注意事項與派案原則」，然實務上A單位往往會優先派案予該機構所設置的B服務單位，亦曾發生有B單位為獲得派案，送禮予A單位的情形。再者，有關C單位係提供預防性的服務，包含社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務，諸如社區照顧C據點、巷弄服務C據點、原住民「文化健康站」據點、失智C據點及「伯公照護站」等。長

照ABC各單位之功能及服務項目、服務對象、經費來源、主管機關、核銷方式雖不相同卻又息息相關，建置上是否真能發揮前後串接/聯，抑或出現疊床架屋、資源重複情事，允宜重加審視。 ---------- 192

九、 衛福部自107年起推動「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」 (即長照給支付新制)，地方政府經與長照提供服務單位簽訂行政契約，提供各項長照服務後，再由各服務提供單位上網申報經費。長照支付審核系統於108年10月上線前，衛福部曾先就六個縣市政府進行功能測試，並召開系統操作說明會，以確保長照費用申報及核撥作業得以順利運行。然因實施過程紊亂，致108年度撥款速度慢，撥付比率偏低，嗣由衛福部修正後始漸趨穩定，另因系統介接整合未盡完備，致執行單位須再三重填資料，惟執行機構若提供多項長照服務項目時，所需的核銷資料不同 (如「文化健康站」與衛生福利部社區關懷據點之核銷資料即不同)，無法轉檔，造成核銷請款需耗費相當人力，徒增作業困擾。是以，資訊系統申報、審查及整合攸關服務之推動效率，衛福部允應儘速改善。 -------- 203

十、 衛福部「長照2.0」計畫，搭配前瞻基礎建設第一期、第二期整建長照衛福據點經費，擬運用中央特別預算計畫之74.12億元經費，補助地方政府修繕/新增服務據點以拓展長照相關服務，規劃4年內結合799處公有設施/單位投入長照服務，布建綿密照顧服務體系，另於資源不足地區，布建100處照顧管理分站。地方政府申請前瞻計畫補助經費踴躍，惟執行時卻遭遇因工程金額過低、偏遠地區跟都市地區標準一致，致發包不順，而有部分縣市不得不變更計畫或撤

案繳回經費之窘境，顯見徒有補助經費卻乏相關配套措施之不足；另，近年來因少子女化，經教育單位盤點釋出之閒置空間，若非屬廢校校地即地處偏僻，且當地鮮少長照需求服務對象，真正能運用者有限，且迄今僅有15處移作長照空間，顯見教育部督導所屬各級學校釋出閒置校舍空間的努力，仍亟待強化。 ---------- 207

十一、政府提供身心障礙者復康巴士交通接送服務已行之有年，「長照2.0」計畫亦針對有就醫或復健需求之服務對象，提供交通接送服務。服務對象雖可自行選擇對自身有利的接送服務以降低自付金額，惟實務上仍發現部分偏遠地區或偏鄉之老人或身心障礙者對交通接送服務需求孔急，往往需提前預約或因總體車輛數不足而被迫放棄。鑒於偏遠地區之長照對象對交通接送服務需求甚殷，部分縣市係與計程車隊簽約，除滿足民眾交通需求外，也解決了車輛數、司機不足及欠缺專業服務等問題，更為計程車業者開啟另類生機，可謂一舉多得，衛福部允宜會同交通部研議擴大辦理之可行性。 ---------- 215

十二、政府推動在宅老化政策，對獨居老人、身心障礙者、生活自理能力缺損、患有慢性病而需要特殊飲食等民眾而言，長照之送餐服務益形重要。以澎湖縣離島地區為例，係運用志工人力發送餐盒，並兼顧定時關懷訪視之功能，惟澎湖當地資源較為匱乏，又常因天候等因素致有離島交通船舶運送困難等限制，以現行全國統一送餐服務之補助標準，實難以永續。衛福部允宜研擬針對偏鄉、離島之送餐補助費用，以符實際。 ---------- 223

附錄、本院實地履勘情形概述---------- 227

表　目　次

表1 我國總生育率及出生人口數----------5
表2 我國總戶數、人口總數及平均戶量----------7
表3 臺閩地區人口平均餘命－按性別分----------8
表4 我國少子女化、老齡化及人口平均餘命推估---------9
表5 我國5歲以上失能人數之推估 (100年至149年)------10
表6 失能人數推估 (100年至115年)----------11
表7 50歲以上失智症者人數推估 (106年至115年)--------12
表8 長期照顧需求人數推估 (2017年至2026年)----------13
表9 我國各縣市老年人口現況----------14
表10 各縣市之老人、身心障礙者及原住民族人數-------15
表11 各縣市推估符合「長照2.0」服務之目標人口數 (108年度)----------16
表12 各縣市政府設置長期照顧管理中心及其分站情形-24
表13 各縣市政府長期照顧管理中心之人力配置----------26
表14 有關C級「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」服務對象、服務項目、經費來源及主管機關之比較------30
表15 長照服務項目----------31
表16「長照1.0」與「長照2.0」之比較----------35
表17 住宿式服務機構使用者補助方案----------46
表18 原鄉地區額外增加之長照獎助項目----------49
表19 各項收入挹注「長照基金」情形----------55
表20 「長照基金」支出項目及預決算數 (106年至109年) ----------56

表21 「長照基金」十年支出推估 (106-115年) ----------57
表22 「長照2.0」預算來源及占比 (106年至108年) -----58
表23 各縣市政府推動辦理「長照2.0」之預算經費來源及金額(106年至108年)----------58
表24 長照預算編列情形 (105-109年) ----------61
表25 居家式及社區式長照機構評鑑辦理情形----------66
表26 各類「長照2.0」服務之使用人數----------68
表27 各項長照服務滿意度 ----------68
表28 各縣市照管人員核定員額 (105-109年) ----------69
表29 地方政府強化整備長照服務行政人力資源分配情形(106-109年)----------70
表30 照顧服務員需求推估及在職人數 (106年至110年) 72
表31 照管人力需求推估 (106年至110年) ----------72
表32 其他長照人力需求推估 (106年至110年) ----------72
表33 各類型長照服務之照顧服務員需求及人力缺口(109年) ----------73
表34 101年以來，照顧服務員之培訓及任職情形 --------73
表35 原民會補助縣市辦理「文化健康站」 (106年)-----79
表36 原民會補助縣市辦理「文化健康站」 (107年)-----80
表37 原民會補助縣市辦理「文化健康站」 (108年)-----80
表38 客委會歷年與各縣市分攤經費推動「伯公照護站」計畫情形 (106至109年2月24日) ----------84
表39 「預防及延緩失能照護計畫」服務成果一覽-------91
表40 「預防及延緩失能照護計畫」執行經費 (106至108年)--92
表41 本院實地履勘詳細行程 ---------- 110

表42 107年度長照服務關鍵績效指標 ---------- 118
表43 108年度長照服務關鍵績效指標 ---------- 119
表44 2017年至2026年長照需求人數-高推估---------- 120
表45 本院實地履勘13個縣市之老年基本人口資料----- 121
表46 長照服務涵蓋率 (106年) ---------- 124
表47 長照服務涵蓋率 (107年) ---------- 124
表48 長照服務涵蓋率 (108年) ---------- 125
表49 101年迄今外籍看護工增減人數 ---------- 130
表50 衛福部試算「長期照顧服務不同方案」之差異-- 133
表51 我國各縣市老年人口現況 ---------- 136
表52 衛福部「長照2.0」十年經費推估---------- 137
表53 「長照基金」收支推估 (106年至115年) ---------- 137
表54 「長照2.0」預算來源及占比 (106年至109年) --- 138
表55 「長照基金」各項收入挹注情形 (106-108年) --- 139
表56 「長照基金」支出用途及預決算數 (106年至109年)--- 140
表57 衛福部補助原民會辦理「文化健康站」情形----- 142
表58 中央與地方長照服務項目之補助比率---------- 143
表59 各地方政府推動「長照2.0」之經費來源及金額 (106年至108年)---------- 144
表60 「長照1.0」與「長照2.0」之差異比較 ---------- 148
表61 各地方政府辦理長照業務主責機關---------- 151
表62 本院實地履勘之縣市政府的長照業務主責機關-- 152
表63 各縣市照管人員核定員額 (105-109年度) --------- 155
表64 縣市政府強化整備長照服務行政人力資源分配情形

(106-109年)---------- 156
表65 自101年起照顧服務員之培訓及任職情形 --------- 161
表66 照顧服務員需求推估 (106年至110年) ---------- 161
表67 各類型長照服務之照顧服務員需求及人力缺口 (109年) ---------- 162
表68 照管人力需求推估 (106年至110年) ---------- 162
表69 老人長期照顧、安養機構照顧服務員國籍-------- 165
表70 實地履勘機構服務類型分析 ---------- 172
表71 各類「長照2.0」服務之使用人數(107年至108年)176
表72 各項長照服務項目及受益人數 (108年1至8月)--- 177
表73 各縣市各項長照服務人數統計 (107年)---------- 178
表74 長照需要等級、長照服務給付額度及部分負擔比率 ---------- 179
表75 各縣市接受長照服務者之類型統計 (107年)------ 180
表76 各縣市接受長照服務者之失能程度 (107年) (CMS等級)統計 ---------- 184
表77 各縣市接受長照服務者之身分統計 (107年)------ 185
表78 長期照顧之A、B碼 相關給付基準表 ---------- 188
表79「預防及延緩失能照護計畫」服務成果一覽表 (106至108年)---------- 191
表80「預防及延緩失能照護計畫」歷年執行經費 (106至108年)---------- 191
表81 衛福部對於地方政府辦理「長照2.0-社區整體照顧服務體系」之經費補助及執行概況 (107年及108年) 193
表82 108年社區整體照顧服務體系之調整情形 ---------- 196

表83 ABC各級據點設置場所、服務項目及對象 -------- 197
表84 各縣市布建長照社區整體照顧模式之資源分布 -- 198
表85 衛福部C單位服務涵蓋率 ---------- 201
表86 有關C級「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」之服務對象、服務項目、經費來源及主管機關比較 - 202
表87 長照給付及支付基準3次修正重點 ---------- 205
表88 各縣市申請衛福部整建長照衛福據點計畫及中央核定情形 ---------- 210
表89 本院履勘部分縣市辦理前瞻計畫情形---------- 211
表90 目前停辦或遷校之學校校舍空間活化為長照中心情形(含已使用及已明確規劃者)---------- 212
表91 交通接送服務給付分類表 ---------- 217
表92 衛福部對於各地方政府辦理「充實輔具服務專車」之經費補助及實際執行概況 (106年) ---------- 218
表93 各地方政府辦理交通接送服務情形 (108年)------ 219
表94 長期照顧營養餐飲補助費 ---------- 224

圖　目　次

圖一、整合照顧服務模式----------40
圖二、ABC布建達成率 (108年12月)----------41
圖三、失智社區服務據點與共同照護中心布建情形 -----42
圖四、衛福部補助辦理失智照護資源分布圖 ----------43
圖五、照顧服務員人數-105年至108年 (單位：人)-------76
圖六、原民會補助縣市辦理「文化健康站」分布 (106年)
----------81
圖七、客委會「伯公照護站」之分布 ----------85
圖八、本調查案實地履勘「長照2.0」機構及服務項目 112
圖九、「長照2.0」目標：「長照2.0」計畫增加服務對象，向前延伸預防性服務措施，且向後整合在宅安寧關懷、在宅醫療等服務。---------- 116
圖十、「長照2.0」服務內容：「長照2.0」計畫向前延伸預防失能及減緩失能，向後整合在宅安寧關懷、在宅醫療等服務。 ---------- 117
圖十一、高雄市「照顧服務」和「專業服務」之服務人數 (107年及108年) ---------- 187
圖十二、高雄市「照顧服務」和「專業服務」之服務人次 (107年及108年) ---------- 187
圖十三、「長照2.0」計畫之ABC服務輸送體系 ---------- 195

調　查　報　告

壹、調查緣起：陳小紅委員自動調查。

貳、調查對象：行政院、國家發展委員會、衛生福利部、教育部、勞動部、國軍退除役官兵輔導委員會、原住民族委員會、行政院農業委員會、經濟部工業局、客家委員會、各地方政府等。

參、案　　由：為因應我國急遽的老齡化，政府繼「長照十年計畫」後，自106年始積極推動「長照2.0」計畫；又，為落實「在宅老化」和「社區老化」理想，延緩老人的失能、失智，達成健康老化目標，降低養護機構壓力，政府更積極於各地布建老人社區關懷據點、老人日照中心，期透過長期照顧管理中心結合社區整合型服務中心之評估，提供各地老人由居家照顧、送餐服務、喘息服務、輔具協助以迄交通服務等，甚至含括居家無障礙環境改善之各類補助，此即坊間所稱之「長照四包錢」。原則上，一般民眾僅需負擔16%費用，中低收入戶負擔5%，低收入戶則基本零負擔。惟實施迄今，(1) 究有多少老人受益？(2)服務組合類型與樣態為何？(3) 居家服務員論時段的工作方式對其本人及受照顧者有無造成困擾？(4) 按月或論次收費的服務方式是否符合實際而未引起糾紛？(5) 牽涉醫療和社福兩大服務體系之協調整合曾否面臨困難？(6) 姑不論適當空間尋覓之不易，受限於政府相關部會專業人力之嚴重不足而不得不大幅藉「公辦民營」方式委託社福暨衛福團體承辦老人社區關懷據點及老人日照中心等舉措會否造成不同地區服務

品質的明顯差異？更宏觀而言，(7)在預知我國未來七年即將邁入超高齡社會前提下，政府長照經費與人力之配置願景為何？有無適切之規劃？等課題，均有深入調查之必要案。

肆、調查依據：本院108年8月12日院台調壹字第10808****4號、108年9月11日院台調壹字第10808****7號函，並派調查專員蘇慧娟、郭才華協助調查。

伍、調查重點：

一、我國長照政策之總體規劃、沿革、發展及法制。

二、我國人口老化情形暨目前長期照顧之需求人數及未來推估。

三、政府長照政策相關預算經費之配置。

四、長照政策各項服務之現況暨是否符應政策規劃目標及民眾需求。

五、長照政策之推動、執行、分工及連繫協調機制暨有否遭遇困難及待改進事宜。

六、政府長照經費與人力配置之願景。

七、其他應行調查事項。

陸、調查事實：

為因應急遽的老齡化，行政院於民國 (下同) 96年通過並自97年起實施「我國長期照顧十年計畫」（下稱「長照1.0」)，以因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求；105年9月29日旋通過並自106年起實施「長期照顧十年計畫2.0」 (簡稱「長照2.0」)。又，為落實「在宅老化」和「社區老化」理想，延緩老人的失能、失智，達成健康老化目標，降低養護機構壓力，政府更積極於各地布建老人社區關懷據點、老人日照中心，冀透過長期照顧管理中心結合社區整合型服務中心之評估，提供各地老人由居家照顧、送餐服務、喘息服務、輔具協助以迄交通接送服務等，甚至含括居家無障礙環境改善之各類補助，此即坊間所稱

之「長照四包錢」。原則上，經評估合格之一般民眾僅需負擔16%費用，中低收入戶負擔5%，低收入戶則基本零負擔[1]。惟實施迄今，（1）究有多少老人受益？（2）服務組合類型與樣態為何？（3）居家服務員論時段的工作方式對其本人及受照顧者有無造成困擾？（4）按月或論次收費的服務方式是否符合實際而未引起糾紛？（5）牽涉醫療和社福兩大服務體系之協調整合曾否面臨困難？（6）姑不論適當空間尋覓之不易，受限於政府相關部會專業人力之嚴重不足而不得不大幅藉「公辦民營」方式委託社福暨衛福團體承辦老人社區關懷據點及老人日照中心等舉措會否造成不同地區服務品質的明顯差異？更宏觀而言，（7）在預知我國未來七年即將邁入超高齡社會前提下，政府長照經費與人力之配置願景為何？有無適切之規劃？等課題，均有深入調查之必要，爰立案調查。

案經函請行政院、國家發展委員會 (下稱國發會)、衛生福利部 (下稱衛福部)、教育部、勞動部、國軍退除役官兵輔導委員會 (下稱退輔會)、原住民族委員會 (下稱原民會)、行政院農業委員會 (下稱農委會)、經濟部工業局、客家委員會 (下稱客委會) 等相關機關提出說明並提供佐證資料，調查委員並於108年11月至109年2月期間，親赴13個地方政府共計42處執行單位實地履勘，且與一線實務工作人員進行座談；復於109年2月12日、2月19日召開本案2場次專家學者諮詢會議，分別邀請國立臺灣大學健康政策與管理研究所江東亮教授、國立陽明大學衛生福利研究所李玉春教授、臺灣失智症協會湯麗玉秘書長、詹書媛政策研究專員、財團法人一粒麥子社會福利慈善基金會林木泉執行長、弘道老人福利基金會林依瑩前執行

[1]據衛福部表示，個案依其失能等級係依據ADLs分數等級、IADLs障礙項數、心智障礙、特殊照護、情緒問題行為分數等因子，區分為2-8等級。

長、中華民國家庭照顧者關懷總會陳景寧秘書長等專家學者到院提供專業意見。

為釐清案情，於109年3月4日辦理機關約詢，邀請行政院林萬億政務委員、內政衛福勞動處蘇永富處長、國發會社會發展處張富林代理處長、衛福部薛瑞元常務次長、長期照顧司祝健芳司長、教育部技術及職業教育司楊玉惠司長、勞動部林三貴常務次長、客委會范雪景處長、原民會伊萬·納威 Iwan Nawi副主任委員、退輔會就養養護處厲以剛處長等相關機關主管及承辦人員到院說明，業已調查完竣，茲綜整調查事實如下：

一、政府推動長期照顧制度之背景分析：

近年來我國因少子女化、人口急速老化及平均餘命逐年延長等現象，致65歲以上老人遽增，且於107年正式成為高齡社會(65歲以上老年人口超過14%)，復加我國家庭結構型態日益變化，平均每戶戶量逐年減少，致家庭功能弱化，能提供照顧者之支持有限；再據我國老人平均臥床年數，並推估失能人口之增加快速，可徵國人對長照制度之需求殷切，長期照顧制度 (下稱長照制度) 之推動乃勢在必行。茲就政府推動長照制度之背景分析說明如次：

(一)**少子女化情形嚴重：**

1、我國育齡婦女總生育率40年來一路下滑，從40年時的7.04人、50年時之5.59人、60年時之3.71人、70年時之2.46人、80年時之1.72人、90年時之1.40人，降至99年時的0.9人；嗣後僅略微提升 【100年時之1.27人、101年時 (龍年) 之1.27人、102年時之1.065人、103年時之1.165人、105年時之1.17人】，今(109) 年新生兒預計將低於17萬人，恐首次出現人口負成長，少子女化情形不可謂不嚴重。

表1　我國總生育率及出生人口數

年別	總生育率（人）	嬰兒出生數（萬人）
40	7.04	38.5
50	5.59	42.3
60	3.71	38.3
70	2.46	41.4
80	1.72	32.2
90	1.40	26.0
99	0.90	16.7
100	1.07	19.7
101	1.27	22.9
102	1.07	19.9
103	1.17	20.1
104	1.18	21.4
105	1.17	20.8
106	1.13	19.4
107	1.06	18.1
108	1.05	17.7

資料來源：內政部戶政司，網址：https://www.ris.gov.tw/zh_TW/346

（二）人口高齡化程度加劇：

1、國發會105年8月出版之「中華民國人口推估（105至150年）」報告[2]指出，我國高齡化概況及影響情形為：

（1）我國高齡化速度將超過歐美日等先進國家：我國已於82年邁入高齡化社會（老人人口占總人口比率超過7%），106年為13.86%，於107年成為高齡社會（65歲以上人口逾14%），預估115年時將邁

[2] 資料來源：國發會網站 https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72

向超高齡社會(65歲以上人口超過20%);由高齡社會轉型為超高齡社會之時間僅8年，較日本的11年、美國的14年、法國的29年及英國的51年短，而與韓國的8年及新加坡的7年相當。

（2）高齡化程度將持續增加：依據105年至150年之中推估結果，65歲以上老人人口所占比率將由13.2%增為38.9%；老化指數將由98.8增加至406.9；年齡中位數將由40.4歲增加為56.9歲。

（3）青壯年人口對社會經濟支持之負擔加重：由於工作年齡人口遞減、退休年齡人口遞增，15-64歲青壯年扶養負擔將逐年增加。依據105年至150年之中推估，扶養比將由36.2%增加至94.2%。若僅觀察青壯人口對老年人口之扶養負擔，105年每5.6位青壯年人口約扶養1位老人；至150年時，平均每1.3位青壯年人口即需扶養1位老人。

2、內政部統計處109年3月7日公布之「109年第10週內政統計通報」指出：

（1）扶幼比（每百名工作年齡人口扶養之幼年人口數）由98年底的22.38下降至108年底的17.72。

（2）扶老比（每百名工作年齡人口扶養之老年人口數）則由98年底的14.56上升至108年底的21.24。

（3）依賴人口（0-14歲及65歲以上者）對工作年齡人口（15-64歲者）之扶養比（即每百名工作年齡人口扶養之依賴人口數）亦由98年底的36.93下降至101年底的34.74低點後，再反轉逐年上升至108年底的38.96。

(三)平均戶量逐年減少，核心家庭[3]已成為家庭結構之主幹：

[3] 核心家庭（小家庭）成員僅包含夫婦及未婚子女。

1、內政部戶政司之統計資料顯示，80年時我國家庭總戶數計5,227,185戶，至100年時已逾800萬戶(8,057,761戶)，105年底止更已突破850萬戶(8,561,383戶)，詳如表2所示。

2、平均每戶戶量方面，80年時，平均每戶戶量為3.94人，100年平均每戶戶量降至2.88人，至106年底時則僅達2.73人 (詳如表2)，顯示家庭成員數正逐漸減少，核心家庭已成為我國家庭結構之主幹，而在家庭成員減少趨勢下，家庭功能亦日趨弱化。

表2 我國總戶數、人口總數及平均戶量

年別	戶數	人口數	戶量
40	1,440,787	7,869,247	5.46
50	2,002,493	11,149,139	5.57
60	2,702,792	14,994,823	5.55
70	3,906,015	18,193,955	4.66
80	5,227,185	20,605,831	3.94
90	6,802,281	22,405,568	3.29
100	8,057,761	23,224,912	2.88
101	8,186,432	23,315,822	2.85
102	8,286,260	23,373,517	2.82
103	8,382,699	23,433,753	2.80
104	8,468,978	23,492,074	2.77
105	8,561,383	23,539,816	2.75
106	8,649,000	23,571,227	2.73
107	8,734,477	23,588,932	2.70
108	8,832,745	23,603,121	2.67

資料來源：內政部戶政司，網址：https://www.ris.gov.tw/zh_TW/346

(四)**人口平均餘命逐年上升：**

內政部戶政司統計資料指出，國人平均餘命續增，截至107年底止，男性為77.55歲；女性則為84.05歲。

表3 臺閩地區人口平均餘命－按性別分

單位：歲

年別	總計	男	女
93	77.48	74.68	80.75
94	77.42	74.50	80.80
95	77.90	74.86	81.41
96	78.38	75.46	81.72
97	78.57	75.59	81.94
98	79.01	76.03	82.34
99	79.18	76.13	82.55
100	79.15	75.96	82.63
101	79.51	76.43	82.82
102	80.02	76.91	83.36
103	79.84	76.72	83.19
104	80.20	77.01	83.62
105	80.00	76.81	83.42
106	80.39	77.28	83.70
107	80.69	77.55	84.05

資料來源：內政部戶政司。

依國發會「中華民國人口推估 (105至150年) 」報告，在中推估假設前提下 (總生育率維持1.2人)，2017-2026年我國少子女化、老齡化，以及人口平均餘命之推估結果如表4。預估我國年出生人數將於2026年降至17.8萬人，14歲以下人口占比降至12.7%；另一方面，65歲以上人口占比將提高至20.6%，正式邁入超高齡社會。預估2026年時，我國男性平均餘命將延長至78.6歲，女性則將延長至85.0歲。

表4 我國少子女化、老齡化及人口平均餘命推估

年別	出生人數(萬人)	14歲以下人口占比(%)	15-64歲人口占比(%)	65歲以上人口占比(%)	男性平均餘命(歲)	女性平均餘命(歲)
2017	20.6	13.2	73.0	13.9	77.4	83.9
2018	20.3	13.1	72.4	14.5	77.5	84.0
2019	19.9	13.0	71.8	15.2	77.7	84.2
2020	19.6	12.9	71.1	16.0	77.8	84.3
2021	19.3	12.9	70.4	16.8	78.0	84.4
2022	19.0	12.8	69.7	17.5	78.1	84.6
2023	18.7	12.8	69.0	18.2	78.2	84.7
2024	18.3	12.7	68.3	19.0	78.3	84.8
2025	18.0	12.8	67.4	19.8	78.4	84.9
2026	17.8	12.7	66.7	20.6	78.6	85.0

資料來源：國發會，中華民國人口推估 (105至150年)。

（五）**國人平均臥床年數**：

行政院主計總處統計顯示，我國老人平均臥床時間長達7.3年、推估國人一生中長照需求時間約7.3年(男性平均6.4年；女性平均8.2年)。

（六）**失能、失智人口隨人口老化日增**：

1、行政院「長期照護服務網計畫（第一期）-102年至105年」報告指出，100年至149年推估我國5歲以上失能人數增加快速，顯見國人對長照服務之潛在需求確實存在。

表5 我國5歲以上失能人數之推估 (100年至149年)

民國年	5歲以上失能人數總計	各年齡層失能人數（失能率%）						
		5-14歲 (0.59%)	15-29歲 (0.97%)	30-49歲 (1.26%)	50-64歲 (2.22%)	65-74歲 (7.29%)	75-84歲 (20.44%)	85歲以上 (48.59%)
100	668,933	15,198	48,533	96,156	101,779	101,349	178,418	127,500
104	754,800	12,745	45,802	95,256	113,692	119,538	194,939	172,827
109	863,566	11,198	41,603	92,247	117,623	170,109	213,536	217,249
119	1,174,071	10,102	29,615	84,594	118,426	232,066	385,742	313,526
129	1,600,774	9,343	25,298	68,139	116,128	228,211	539,657	613,998
139	1,908,798	7,845	23,486	51,051	101,628	248,894	541,669	934,225
149	1,966,339	7,188	20,150	44,687	79,185	211,169	599,690	1,004,270

註1：人口數採經建會「99年至149年臺灣人口推計」之中位數。
註2：表頭各年齡層失能率為男女合計之失能率。
註3：失能人數推估公式為失能人數=失能率X中推計人口數，依男女別暨各年齡層失能率分別計算失能人數後加總，即，為該年齡層之失能人數，5歲以上失能人數總計為各年齡層失能人數之加總。
資料來源：衛福部。

2、再據行政院「長期照護服務網計畫（第一期）-102年至105年」報告推估100年至115年失能人數 (詳如表6所示)，100年失能人數計66萬餘人，推估115年將達104萬餘人。

表6 失能人數推估 (100年至115年)

功能＼年度	100 年	105 年	110 年	115 年
IADLs 或認知功能障礙	319,255 (47.7%)	365,611 (46.9%)	408,636 (46.2%)	474,794 (45.4%)
巴氏量表 51-70	98,233 (14.7%)	114,457 (14.7%)	130,941 (14.8%)	155,466 (14.9%)
巴氏量表 31-50	71,104 (10.6%)	83,793 (10.8%)	95,949 (10.9%)	115,692 (11.1%)
巴氏量表≦30	180,341 (27.0%)	215,044 (27.6%)	248,796 (28.1%)	299,691 (28.7%)
合計	668,933 (100%)	778,905 (100%)	884,322 (100%)	1,045,643 (100%)

資料來源：「長期照護服務網計畫（第一期）102年至105年」報告，頁101。

（七）50歲以上失智症者（扣除ADLs失能狀況）推估：

衛福部102年「失智症（含輕度認知功能障礙）流行病學調查及失智症照護研究計畫」發現，50至64歲者失智症盛行率為0.1%；65歲以上老人失智症盛行率為8%，而失智症者中，無ADLs失能比率為41.1%。搭配國發會中華民國人口推估（2016至2061年）之中推估數據，推估結果為50歲以上失智症者長照需求人數（已扣除ADLs失能狀況），於2017年時約10萬9,970人，至2026年時，推估人數將增至16萬2,656人。

表7　50歲以上失智症者人數推估 (106年至115年)

年度	50-64歲-人口數	50-64歲-失智症者人數	65歲以上-人口數	65歲以上-失智症者人數(無ADLs失能之個案)	總計
106	5,218,601	2,145	3,270,187	107,524	109,970
107	5,265,265	2,164	3,434,143	112,915	115,079
108	5,301,593	2,179	3,605,161	118,538	120,717
109	5,320,629	2,187	3,788,257	124,558	126,745
110	5,323,377	2,188	3,974,018	130,666	132,854
111	5,327,296	2,190	4,144,315	136,265	138,455
112	5,316,017	2,185	4,325,956	142,237	144,422
113	5,295,998	2,177	4,512,932	148,385	150,562
114	5,279,404	2,170	4,697,810	154,464	156,634
115	5,314,864	2,184	4,880,529	160,472	162,656

註：50-64歲失智症占比0.1%；65歲以上失智症占比8%。失智症者中無ADLs失能比率為41.1%。

資料來源：邱銘章、陳達夫、王培寧、白明奇、黃正平、花茂棽、傅中玲（2013），失智症 (含輕度認知功能障礙MCI) 流行病學調查及失智症照護研究計畫（研究計畫編號DOH102-TD-M-113-100001），臺北市：行政院衛生署。

(八)長照需求人數之推估：

「長照2.0」核定本顯示，108年度長照需求之推估人數為79萬4,050人，推估115年時，長照需求人數將達100萬3,043人。(詳如下表)

表8　長期照顧需求人數推估 (2017年至2026年)

年度	65歲以上失能老人	未滿50歲失能身心障礙者	50-64歲失能身心障礙者	55-64歲失能原住民	50歲以上失智症者	衰弱老人	合計
2017	415,314	87,524	92,308	7,761	109,970	24,746	737,623
2018	436,136	86,673	93,282	8,062	115,079	25,986	765,218
2019	457,855	85,852	94,045	8,301	120,717	27,280	794,050
2020	481,109	85,039	94,451	8,505	126,745	28,666	824,515
2021	504,700	84,405	94,596	8,627	132,854	30,071	855,253
2022	526,328	83,781	94,743	8,697	138,455	31,360	883,364
2023	549,397	83,161	94,646	8,764	144,422	32,735	913,125
2024	573,142	82,495	94,360	8,762	150,562	34,150	943,471
2025	596,622	81,697	94,097	8,794	156,634	35,549	973,393
2026	619,827	80,272	94,588	8,769	162,656	36,931	1,003,043

資料來源：衛福部。

二、我國各縣市老年人口現況分析：

（一）內政部統計處109年3月7日公布之「109年第10週內政統計通報」指出：

1、截至108年底，我國戶籍登記人口為2,360萬3,121人，其中15~64歲者計1,698萬5,643人，占總人口的71.96％；65歲以上者計360萬7,127人，占15.28％；0-14歲者有301萬351人，占12.75％；扶養比為38.96，較上年底上升1.07；65歲以上老年人口對0-14歲幼年人口之老化指數為119.82，較上年底增加7.18，且續呈增加態勢。

2、108年底老化指數續升至119.8，除新竹市（73.35）、新竹縣（77.69）、桃園市（81.40）、臺中市（90.43）外，其餘皆超過100，並以嘉義縣（213.05）為最高、南投縣（166.16）次之、雲林縣（164.31）居第3。

表9　我國各縣市老年人口現況

縣市別	108年底老年人口數[3]	老化指數[3]	108年長照需求人數[2]	108年「長照2.0」服務使用人數[1]	使用人數占需求人數比(%)
全國	3,607,127	119.82	794,050	375,247	47.25
新北市	578,511	118.97	125,241	49,358	39.41
臺北市	477,944	134.44	101,604	31,032	30.54
桃園市	272,348	81.40	61,114	27,322	44.7
臺中市	362,249	90.43	80,990	44,848	55.37
臺南市	295,947	130.09	64,935	34,453	53.05
高雄市	438,452	133.50	95,058	43,291	45.54
基隆市	61,011	159.84	13,316	5,148	38.66
新竹市	56,266	73.35	12,676	4,660	36.76
新竹縣	71,051	77.69	16,567	6,845	41.31
苗栗縣	90,378	135.04	20,124	10,497	52.16
南投縣	88,253	166.16	19,632	14,752	75.14
彰化縣	203,216	124.66	44,716	24,616	55.05
雲林縣	126,159	164.31	27,590	14,508	52.58
嘉義市	41,457	115.26	9,110	5,725	62.84
嘉義縣	99,004	213.05	21,471	10,587	49.31
屏東縣	141,120	163.81	31,844	19,839	62.3
宜蘭縣	75,171	140.17	16,701	9,251	55.4
花蓮縣	54,266	140.16	13,503	9,592	71.03
臺東縣	36,236	144.21	9,456	5,651	59.76
澎湖縣	17,363	159.40	3,778	2,073	54.87
金門縣	19,149	148.93	4,265	1,117	26.19
連江縣	1,576	102.34	359	82	22.84

註：

1　108年「長照2.0」服務使用人數係108年長照給付支付服務人數加上108年11月住宿式機構服務使用人數之總和。

2　108年長照需求人數、108年「長照2.0」服務使用人數資料，取自衛福部。

3　108年底老年人口數、老化指數資料，取自內政部統計處109年第10週內政統計通報。

(二)各縣市之老人、身心障礙者及原住民族人口數

表10 各縣市之老人、身心障礙者及原住民族人數

單位：人

縣市別	老人(65歲以上)(統計至108年底)[1]	身心障礙者(統計至108年底)[2]		原住民(統計至108年底)[3]	
		65歲以上	未滿65歲	65歲以上	未滿65歲
新北市	578,511	67,013	102,922	2,628	53,964
臺北市	477,944	57,025	64,146	994	16,002
桃園市	272,348	32,516	52,775	3,435	72,437
臺中市	362,249	50,787	75,212	1,464	33,833
臺南市	295,947	44,909	53,731	352	7,849
高雄市	438,452	60,053	83,455	2,214	32,986
宜蘭縣	75,171	15,179	16,874	1,129	16,295
新竹縣	71,051	9,593	13,285	1,376	20,475
苗栗縣	90,378	16,184	18,068	843	10,567
彰化縣	203,216	30,123	39,120	169	5,772
南投縣	88,253	16,559	17,297	2,113	27,171
雲林縣	126,159	25,172	25,327	44	2,529
嘉義縣	99,004	19,056	19,156	539	5,360
屏東縣	141,120	21,937	29,615	6,343	53,744
臺東縣	36,236	7,030	9,765	10,747	67,948
花蓮縣	54,266	11,428	15,160	11,223	82,066
基隆市	61,011	8,956	12,248	630	8,805
新竹市	56,266	6,913	10,190	163	4,126
嘉義市	41,457	6,908	8,455	31	1,092
澎湖縣	17,363	2,946	3,317	15	593
金門縣	19,149	2,823	3,029	45	1,092
連江縣	1,576	205	278	2	222
合計	**3,607,127**	**513,315**	**673,425**	**46,499**	**524,928**

資料來源：
1. 老人 (65 歲以上) 資料取自內政部戶政司。
2. 身心障礙者資料取自衛福部社會及家庭署。
3. 原住民族資料取自原住民委員會官網首頁/本會資訊/為民服務/主動公開資訊/統計資料/原住民人口數統計資料 (10812)。

(三)依據「長照2.0」計畫核定本，108年度長照需求推估人數為79萬4,050人，各縣市推估之目標人口數如下表：

表11 各縣市推估符合「長照2.0」服務之目標人口數 (108年度)

單位：人

縣市別	65歲以上失能老人	未滿50歲失能身障者	50至64歲失能身障者	55至64歲失能原住民	50歲以上失智症者	65歲以上衰弱老人[2]
新北市	70,387	14,633	16,722	695	18,610	4,194
臺北市	61,529	9,185	10,828	216	16,180	3,666
桃園市	33,065	8,512	7,961	861	8,745	1,970
臺中市	44,914	10,654	10,485	389	11,872	2,676
臺南市	38,012	6,759	7,789	89	10,021	2,265
高雄市	55,321	10,027	11,402	426	14,586	3,296
新竹縣	9,272	2,148	1,876	274	2,445	552
苗栗縣	11,959	1,993	2,149	164	3,146	713
彰化縣	26,549	4,686	4,852	61	6,986	1,582
南投縣	11,598	1,739	2,118	434	3,052	691
雲林縣	16,979	2,413	2,705	22	4,459	1,012
嘉義縣	13,223	1,721	2,173	93	3,473	788
屏東縣	18,402	2,910	3,525	1,065	4,846	1,096
宜蘭縣	9,811	1,627	1,854	241	2,583	585
花蓮縣	7,070	1,160	1,374	1,613	1,864	422
臺東縣	4,786	773	913	1,439	1,260	285
基隆市	7,709	1,298	1,668	147	2,035	459
新竹市	7,111	1,717	1,510	38	1,876	424
嘉義市	5,344	995	1,033	13	1,407	318
澎湖縣	2,265	373	403	6	596	135
金門縣	2,358	482	647	13	625	140
連江縣	191	47	58	2	50	11
合計	**457,855**	**85,852**	**94,045**	**8,301**	**120,717**	**27,280**

註：
1. 本表指符合「長照2.0」計畫之服務對象，非指已提供服務之人口數。
2. 衰弱老人意指未達長照需要程度，然因老化或衰弱等因素，納入目標群體以預防或減緩失能老人數。

資料來源：衛福部。

三、我國長照政策之沿革、發展、法制、計畫總目標、實施策略及執行管考：

(一)沿革及發展：

我國長期照顧相關政策發展係政府為因應失能、失智人口增加所衍生之長期照顧需求，整合長期照顧相關部會政策與資源而推動之長照制度。茲綜整國發會、衛福部就推動長照制度之由來及發展如下：

1、為保障並滿足經濟弱勢民眾之照護需求，且發展長照服務體系，我國於70年代後期始鼓勵設置老人照顧機構，並且導入相關規範；80年代後期因引進西方「去機構化」、「福利社區化」等概念，政府開始推動各項長照相關方案及計畫。96年行政院通過「我國長期照顧十年計畫」，整合社政及衛政長期照顧服務資源，並透過鼓勵公私協力發展多元長照服務模式、建立階梯式補助及部分負擔機制等，奠定我國長期照顧服務圖像，其後並推動「長期照護服務網計畫 （102-105年） 」，以加速布建長照資源不足地區之服務資源。

2、隨人口老化及照顧服務需求之多元化，為因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求，行政院自106年起推動「長照2.0」計畫，透過政府公務預算、稅收等財源，預計於10年內投入約4,700億元，除將服務對象由原65歲以上失能老人、50歲以上失能之身心障礙者等4類，擴大至50歲以上失智症者、全年齡失能身心障礙者等8類外，並將服務項目由8項擴充至17項，期向前銜接初級預防功能、減緩失能，向後銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧負擔，並積極推動社區整體照顧模式，建立多元層級的服務網絡，以利民眾可就近獲得長照服務。

3、「長照十年計畫」自97年推動以來，已具一定成效，其服務量占老人失能人口比率，由97年的2.3%提高至105年4月的35.7%，惟仍面臨諸多困境，如長照服務對象涵蓋範圍待擴大、長照人力資源短缺、偏遠地區服務資源不足、預算嚴重不足、家庭照顧者支持與服務體系有待強化、長照服務項目未能回應民眾多元需求、服務輸送體系散置未能集結成網、行政作業繁雜影響民間資源投入等。

4、為完善我國長照政策，行政院於105年12月19日核定衛福部擬自106年起推動之「長期照顧十年計畫2.0」，就「長照1.0」之困境予以強化相關內容，如規劃透過建立以服務使用者為中心的服務體系、發展以社區為基礎的整合型服務中心、鼓勵因地制宜與創新性的資源發展、健全縣市照顧管理中心組織定位與職權、提高服務補助效能與彈性、開創照顧服務人力資源職涯發展等策略，以期建置多元、普及之長照服務體系。

(二)**法制化進程**：

1、為健全長照服務體系之發展，我國於104年6月3日制定公布「長期照顧服務法」，復於106年1月26日修正公布部分條文，並自106年6月3日施行。該法共7章66條，內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施等五大層面，著重完善我國長照服務體系，及提升長照服務品質，對我國長照制度之發展極具重要性。

2、「長期照顧服務法」第1條揭櫫之立法目的為:「(第1項) 為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及

權益，特制定本法。(第2項) 長期照顧服務之提供不得因服務對象之性別、性傾向、性別認同、婚姻、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、宗教信仰、國籍與居住地域有差別待遇之歧視行為。」

(三)**計畫總目標及實施策略：**

「衛生福利部長期照顧十年計畫2.0 (106~115年) 核定本」指出：

1、計畫總目標：

為實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎之照顧型社區 (caring community)，期能提升具長期照顧需求者 (care receiver) 與照顧者之生活品質，計畫總目標如下：

（1）建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。

（2）實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者之生活品質。

（3）延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。

（4）向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧關懷，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

2、實施策略：

（1）建立以服務使用者為中心的服務體系：整合衛生、社會福利、退輔等部門服務，發展以服務使

用者為中心的服務體系。

（2）發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心：以在地化、社區化原則，提供整合性照顧服務，降低服務使用障礙，提供老人、身心障礙者在地老化的社區整體綜合性照顧服務。

（3）鼓勵資源發展因地制宜與創新化，縮小城鄉差距，凸顯地方特色：透過專案新型計畫鼓勵資源豐沛區發展整合式服務模式，鼓勵資源不足地區發展在地長期照顧服務資源，維繫原住民族文化與地方特色。

（4）培植以社區為基礎的健康照護團隊：向前延伸預防失能、向後銜接在宅臨終安寧關懷，以期壓縮失能期間，減少長期照顧年數。

（5）健全縣市照顧管理中心組織定位與職權：補足照顧管理督導與專員員額，降低照顧管理專員服務對象量，進行照顧管理專員職務分析，以建立照顧管理專員訓練與督導體系。

（6）提高服務補助效能與彈性：研議鬆綁服務提供之限制、擴大服務範圍及增加新型服務樣式，以滿足失能老人與身心障礙者多樣性的長期照顧需求。

（7）開創照顧服務人力資源職涯發展策略：透過多元招募管道、提高勞動薪資與升遷管道，將年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口納入，落實年輕化與多元化目標。

（8）強化照顧管理資料庫系統：分析與掌握全國各區域長期照顧需求與服務供需落差，與地方政府共享，作為研擬資源發展與普及之依據。

（9）增強地方政府發展資源之能量：定期分析各縣市鄉鎮市區長期照顧服務需求、服務發展與使用狀

況，透過資源發展縮短長期照顧需求與服務落差。

（10）建立中央政府總量管理與研發系統：落實行政院跨部會長期照顧推動小組之權責，整合現有相關研究中心，發揮總量管理與研發功能。

（四）**109年度目標人口數之推估及失能率的計算標準：**

「長照2.0」各目標群體失能率推估係以「長照十年計畫2.0核定本」中，長照需求人數高推估數據作為參採之依據，109年長照需求人數計824,515人。各類服務對象失能率如下：

1、65 歲以上失能者、55-64 歲原住民失能率為12.7% (資料來源：行政院主計總處99年人口及住宅普查報告)。

2、50-64 歲失能身心障礙者，推估106年平均失能率為男性占27.49%，女性占25.07% (資料來源：99年國民長期照護需要調查之身心障礙者)。

3、未滿 50 歲失能身心障礙者，推估106年平均失能率為男性占23.54%，女性占27.62% (資料來源：99年國民長期照護需要調查之身心障礙者)。

4、失智症者，50-64歲失智症占率0.1%，65歲以上8%，失智症者中無ADLs失能者比率為41.1% (資料來源：99-102失智症流行病學調查及失智症照護研究計畫)。

5、65歲以上老人衰弱盛行率16.1%，衰弱者中扣除ADLs及IADLs障礙後仍有4.7% (資料來源：85年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查)。

（五）**執行管考：**

1、行政院長照推動小組之功能及角色：

行政院為推動長照政策，完備長照服務體系及機制，充實服務資源及人力，特設長照推動小組，

由行政院召集並整合跨部會資源，共同研擬長照政策方向。該小組任務如下：

（1）長照政策之推動。

（2）長照跨部會事務之協調。

（3）長照政策推動涉及中央與地方、公部門與民間部門事項之協調及處理。

（4）長照政策執行之督導。

（5）長照政策之諮詢及建議。

2、衛福部長照諮詢會之功能及角色：

（1）衛福部長照諮詢會係依據「長期照顧服務法」第7條規定設置，由衛福部部長為召集人，邀集長照相關學者專家、民間相關機構、團體代表、服務使用者代表及各目的事業主管機關代表，協調、研究、審議及諮詢長照服務、本國長照人力資源開發、收退費、人員薪資、監督考核等長照相關事宜。

（2）行政院長照推動小組及衛福部長照諮詢會基於討論之議題層級不同、目的不同，委員組成亦有差異[4]，爰應各依其職責共同推展長照業務。

3、「長照2.0」計畫所設定之各項關鍵績效指標 (KPI) 及對於KPI之執行管考：

（1）為使能客觀衡量長照服務之目標達成率、成長速度與使用狀況，衛福部針對「長照2.0」計畫研訂相關KPI指標。預計至112年全國長照服務目標涵蓋率應達七成。

（2）108年1~12月涵蓋率[5]為54.43%，隨著「長照2.0」

[4] 「長期照顧推動小組」係行政院為推動長期照顧政策而設立，召集人為行政院林萬億政務委員、副召集人兼執行長為衛福部薛瑞元次長，並由多位長照領域相關專家組成；長照諮詢會置委員31人至35人，由衛福部部長兼召集人，副召集人由衛福部次長兼任。

[5] 107-108年涵蓋率公式：分子（當年度長照給付及支付服務之服務人數 － 聘用外護且使用長照服務人數）/ 分母(當年度長照需要人數-聘用外籍看護人數-住宿式機構服務使用人

服務人數持續成長，108年1~12月服務人數已達28萬4,208人；另，長照ABC[6]布建108年目標值為5,971處 (511A+3,166B+2,294C)，截至108年12月底止，全臺共布建7,814處 (588A+4,631B+2,595C)，達成率超前131%，皆達KPI之年度目標值。

（3）實施至今，定期執行管考與追蹤檢討，並依據服務項目之調整與新創政策之執行，國發會每年擬定國家發展計畫，定期管考上述二項關鍵績效指標，衛福部並配合每季填報。

四、主責機關及跨部會的整合：

(一)主責機關：

1、依據「長期照顧服務法」第2條規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。」「長照2.0」計畫業務牽涉醫療和社福兩大服務體系，衛福部及各地方政府多朝「單一窗口」、「多元服務」及「跨越衛政與社政的隔閡」等目標推動該項業務。

2、計畫推動之初，「長照2.0」乃延續「長照1.0」之精神，架構於1.0之服務資源、人力、服務模式與推動經驗等基礎上，循序擴展服務對象及服務內容，並與縣市密切交流合作，包含邀集各直轄市及縣市政府召開行政說明會、給 (支) 付基準分區說明會等。

數)；因應108年政策擴大住宿式服務對象，109年度調整公式為：分子（當年度長照給付支付服務人數+住宿式機構服務使用人數）/分母（當年度長照需求人數）。

[6] 長照ABC社區整體照顧模式：A級單位（社區整合型服務中心）：為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務。B級單位（複合型服務中心）：專責提供長照服務，如：居家服務、日間照顧、家庭托顧、居家護理、社區及居家復健、交通接送、餐飲服務、輔具服務、喘息服務等。C級單位（巷弄長照站）：提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。具有量能之單位可再增加提供喘息服務 （臨時托顧）。

表12 各縣市政府設置長期照顧管理中心及其分站情形

縣市別	長期照顧管理中心		分站設置		組織編制			經費來源		
	中心名稱	服務區域	分站名稱	服務區域	獨立機關	任務編組	正式單位	社政機關	衛政機關	其他(請說明)
新北市	新北市長期照顧管理中心	新北市	烏來區、石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區	分站以服務各該區(鄉、鎮)為主		V				長照發展基金
臺北市	臺北市長期照顧管理中心	臺北市	無			V				
桃園市	桃園市長期照顧管理中心	桃園市	復興區			V				
臺中市	臺中市長期照顧管理中心	臺中市	和平區			V				
臺南市	臺南市政府社會局長期照顧管理中心	臺南市	楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區				V			
高雄市	高雄市長期照顧管理中心	高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區、田寮區、六龜區、甲仙區			V				
宜蘭縣	宜蘭縣長期照護管理所	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉		V					
新竹縣	新竹縣長期照顧管理中心	新竹縣	尖石鄉、關西鄉			V				
苗栗縣	苗栗縣政府長期照護管理中心	苗栗縣	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉		V					
彰化縣	彰化縣長期照顧管理中心	彰化縣	無			V				
南投縣	南投縣政府長期照顧管理中心	南投縣	信義鄉、仁愛鄉、魚池鄉、國姓鄉、中寮鄉			V				
雲林縣	雲林縣長期照顧管理中心	雲林縣	無			V				
嘉義縣	嘉義縣長期照顧管理中心	嘉義縣	阿里山鄉、番路鄉、大埔鄉			V				
屏東縣	屏東縣長期照護管理中心	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿洲鄉、琉球鄉		V					
臺東縣	臺東縣長期照顧管理中心	臺東縣	成功鎮、關山鎮、鹿野鄉、池上鄉、東河鄉、長濱鄉、太麻里鄉、大武鄉、綠島鄉、海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉			V				

縣市別	長期照顧管理中心		分站設置		組織編制			經費來源		
	中心名稱	服務區域	分站名稱	服務區域	獨立機關	任務編組	正式單位	社政機關	衛政機關	其他(請說明)
花蓮縣	花蓮縣長期照顧管理中心	花蓮縣	花蓮市、吉安鄉、壽豐鄉、玉里鎮、光復鄉、富里鄉、鳳林鎮、瑞穗鄉、秀林鄉、新城鄉、卓溪鄉、萬榮鄉、豐濱鄉			V				
澎湖縣	澎湖縣長期照顧管理中心	澎湖縣	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉			V				
基隆市	基隆市長期照顧管理中心	基隆市	無			V				
新竹市	新竹市衛生局長期照顧管理中心	新竹市	無			V				
嘉義市	嘉義市長期照顧管理中心	嘉義市	無			V				
金門縣	金門縣衛生局長期照顧管理中心	金門縣	金城鎮、金湖鎮、金沙鎮、金寧鄉、烈嶼鄉、烏坵鄉			V				
連江縣	連江縣長期照顧管理中心	連江縣	莒光鄉、東引鄉			V				
合計	22		83							

註：

1. 本表資料統計至 108 年 9 月。
2. 分站設置以衛福部公告之 88 處偏遠地區（原住民族、離島及其他資源不足區）為主。

資料來源：衛福部。

(二)各地方政府長期照顧管理中心人力配置情形

衛福部核定各地方政府之照管員額為照顧管理專員、照顧管理督導與行政人員，由各地方政府依衛福部公告之進用資格辦理人員進用。相關人力填列詳如下表：

表13 各縣市政府長期照顧管理中心之人力配置

單位：人

縣市別	主管	照管督導		照管專員		行政人員	
		預算員額	實際員額	預算員額	實際員額	預算員額	實際員額
新北市	衛生局局長兼任	19	12	129	102	20	19
臺北市	衛生局長期照護科科長兼任	11	10	82	67	9	9
桃園市	衛生局局長兼任	10	9	67	54	9	8
臺中市	衛生局局長兼任	13	7	89	87	11	10
臺南市	長期照顧管理中心主任	12	10	78	77	13	12
高雄市	衛生局長期照護科科長兼任	17	17	108	106	18	18
宜蘭縣	衛生局局長兼任	4	4	25	24	5	5
新竹縣	衛生局局長兼任	3	3	24	19	5	5
苗栗縣	長期照護管理中心主任	5	5	30	28	7	7
彰化縣	衛生局局長兼任	7	6	51	31	6	5
南投縣	衛生局局長兼任	6	6	37	34	9	9
雲林縣	縣府參議兼任	5	5	38	38	4	4
嘉義縣	衛生局局長兼任	5	4	29	25	6	6
屏東縣	長期照護管理中心主任	10	10	55	52	16	13
臺東縣	衛生局局長兼任	8	8	30	28	17	16
花蓮縣	衛生局局長兼任	11	6	52	40	19	19
澎湖縣	衛生局局長兼任	4	4	13	13	8	8
基隆市	衛生局副局長兼任	3	3	14	9	3	3
新竹市	衛生局副局長兼任	3	3	15	15	3	3
嘉義市	衛生局秘書兼任	3	3	18	18	3	3
金門縣	衛生局局長兼任	3	3	8	8	7	6
連江縣	衛生福利局局長兼任	1	1	4	4	3	3
合計		163	139	996	879	201	191

註：本表資料統計至108年8月。

資料來源：衛福部。

(三)為提高地方政府之執行效能，衛福部除透過各項計畫，強化各縣市政府行政人力、照管專員之整備與訓練外，並積極規劃資訊系統以增行政作業效率：

1、截至109年1月底，照管中心為獨立機關者有宜蘭縣、苗栗縣、嘉義市、屏東縣；正式單位者有臺南市 (社會局) 及高雄市 (衛生局)。

2、各縣市政府依其既有之組織準則與人力編制，如基於業務需要，擬規劃設獨立機關並提高長期照顧管理中心主任位階，原則係屬地方政府自治權限，中央並未置喙。

(四)究業務應屬衛政或社政機關主責：

1、中央主責政策制度規劃訂定及輔導監督，與地方主責資源布建與服務執行之面向不同，各縣市政府是否須由單一機關主責，宜回歸地方自治，尊重各縣市發展特性與需求。

2、另為提升中央督導地方政府推動長照業務溝通協調聯繫效率，衛福部業已建立單一窗口，各項服務均已透過業務垂直整合，視服務議題召開跨縣市聯繫會議，並將服務推動情形納入年度衛生績效考核作業，落實督考。

(五)提升長期照顧管理中心位階：

1、地方政府依既有之組織準則與人力編制，如基於業務需要，擬規劃設獨立機關並提高長期照顧管理中心主任位階，原則係屬地方政府自治權限，中央樂見其成，並盡力協助。

2、長照範疇涉及社福、勞政、衛政、都發、交通運輸等，獨立機關若無充足之正式編制人力與相當之機關層級，難以產生事權統一之利與效。考量各縣市政府之組織編制、業務分工模式與正式員額人力情形之不同，宜回歸地方政府整體運作考量。

3、臺灣距超高齡社會僅7年，長照服務體系亟待快速布建，爰採中央引導，依據各地方政府盤點需求，統籌分配經費，促使長照服務體系完善建構並永續經營。

(六)**跨部會整合：**

有關跨部會長照業務及建置長照據點之整合機制，衛福部說明如下：

1、長照據點 (包含「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」)：「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」均係提供社區長輩及預防老化之服務據點，惟考量所在區域及服務對象之特殊性，針對原鄉部落區域，透過「長照十年計畫2.0」核定本之設置目標整合，係以優先布建原民會主責之「文化健康站」為原則。另有關客委會推動之「伯公照護站」，係以「巷弄長照站」為基礎，具備客家文化加值服務資格條件，媒合協助專業醫療加值服務及客家文化促進活動，「伯公照護站」設置計畫之審查，會邀集衛福部共同參與，期使政府資源有效分配。

2、長照業務部分：

（1）教育部及勞動部照顧服務員之投入說明如下：

〈1〉勞動部補助地方政府辦理照顧服務員用人單位自訓自用訓練計畫，推動自訓自用模式，補助長期照顧服務機構依所需人力自行辦理照顧服務員訓練，訓後直接留任。衛福部配合鼓勵長期照顧服務機構申請辦訓。

〈2〉教育部持續推動輔導高中職、大學設立照顧服務科以及長照相關科系發展實務導向照顧課程與校外實習，以擴大人力來源。

（2）有關長期照顧交通接送服務，其服務對象與內

容，係指接送長期照顧需要者因就醫或復健，往返住所及醫療院所，衛福部職司長期照顧服務提供之特約管理及服務使用經費補助，交通部職司整體車輛安全、車輛管理或道路交通安全相關事宜，於業務分工上，應無重疊。

（3）另針對無障礙計程車部分，查交通部提供車輛所有人最高40萬元購置補助，另長照交通接送服務提供單位資格雖包含計程車業，惟補助購置車輛對象，僅得為偏遠地區提供交通接送之服務提供單位，補助對象與無障礙計程車購置補助，尚屬有間。

(七)衛福部補助相關部會或機關之歷年補助經費及執行情形：

1、衛福部除撥付部分經費予原民會以建置「文化健康站」外，並未補助其他部會推動長照服務。

2、長照據點 (包含「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」) 係提供社區長輩就近獲得社會參與機會，達到預防及延緩失能目標，爰透過結合社區基層組織深入社區布建服務據點，布建原則在原鄉部落以申請「文化健康站」設置為優先推動目標；另客家委員會為考量強化客庄地區長輩之特殊性，該會另運用自有經費以「巷弄長照站」為基礎，結合客庄地區之基層組織設置「伯公照護站」；前開原則以外地區則積極布建「巷弄長照站」。

2.有關C級「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」之服務對象、服務項目、經費來源及主管機關比較一覽如下表。

表14 有關C級「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」服務對象、服務項目、經費來源及主管機關之比較

類型 項目	巷弄長照站	文化健康站	伯公照護站
服務對象	健康、亞健康、衰弱及輕度失能失智者	55歲以上健康、亞健康、衰弱原住民長者、輕度失能長者。	健康或亞健康之客庄長者
服務項目	(一)健康促進、社會參與、共餐服務、預防及延緩失能服務 (二)具量能者，可提供喘息服務(C+)	(一)簡易健康照顧服務 (二)延緩老化失能活動 (三)營養餐飲服務（共餐或送餐） (四)電話問安及居家關懷服務 (五)生活與照顧諮詢服務	(一)健康促進、社會參與、共餐服務、預防及延緩失能服務 (二)具量能者，可提供喘息服務(C+) (三)專業醫療加值服務 (四)客家文化促進活動
經費來源	長照基金	長照基金	客委會經費
主管機關	衛福部	原民會	客委會

註：C級「巷弄長照站」原則依衛福部「長照服務發展基金109年度一般性獎助費申請審查及財務處理暨獎助項目及基準」之相關經費支應，而客委會「伯公照護站」則在既有的C級「巷弄長照站」設置基礎上另增辦理客家文化加值及服務加值，所需經費由客委會與各縣市政府採經費分攤方式支應，各縣市政府至少支付2,000元為原則 (每年度)。

資料來源：衛福部。

五、各類長照服務項目之服務對象、服務內容、收費補助標準：

(一)按「長期照顧服務法」規定，提供之服務方式及項目如下：

1、第9條第1項：「長照服務依其提供方式，區分如下：一、居家式：到宅提供服務。二、社區式：於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、家庭托顧、臨時住宿、團體家屋、小規模多機能及其他整合性

等服務。但不包括第三款之服務。三、機構住宿式：以受照顧者入住之方式，提供全時照顧或夜間住宿等之服務。四、家庭照顧者支持服務：為家庭照顧者所提供之定點、到宅等支持服務。五、其他經中央主管機關公告之服務方式。」

2、長照服務項目：

表15 長照服務項目

提供方式	法條依據	服務項目
居家式長照服務	「長期照顧服務法」第10條	1、身體照顧服務。 2、日常生活照顧服務。 3、家事服務。 4、餐飲及營養服務。 5、輔具服務。 6、必要之住家設施調整改善服務。 7、心理支持服務。 8、緊急救援服務。 9、醫事照護服務。 10、預防引發其他失能或加重失能之服務。 11、其他由中央主管機關認定到宅提供與長照有關之服務。
社區式長照服務	「長期照顧服務法」第11條	1、身體照顧服務。 2、日常生活照顧服務。 3、臨時住宿服務。 4、餐飲及營養服務。 5、輔具服務。 6、心理支持服務。 7、醫事照護服務。 8、交通接送服務。 9、社會參與服務。 10、預防引發其他失能或加重失能之服務。 11、其他由中央主管機關認定以社區為導向所提供與長照有關之服務。
機構式	「長期照顧	1. 身體照顧服務。

提供方式	法條依據	服務項目
長照服務	服務法」第12條	2. 日常生活照顧服務。 3. 餐飲及營養服務。 4. 住宿服務。 5. 醫事照護服務。 6. 輔具服務。 7. 心理支持服務。 8. 緊急送醫服務。 9. 家屬教育服務。 10. 社會參與服務。 11. 預防引發其他失能或加重失能之服務。 12. 其他由中央主管機關認定以入住方式所提供與長照有關之服務。
家庭照顧者支持服務	「長期照顧服務法」第13條第1項	1. 有關資訊之提供及轉介。 2. 長照知識、技能訓練。 3. 喘息服務。 4. 情緒支持及團體服務之轉介。 5. 其他有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

資料來源：「長期照顧服務法」。

(二)我國人口結構快速變遷，老化及失能人口遽增，長照需求亦隨之成長。衛福部自97年起即分階段建立長期照顧制度，第一階段推動「長照1.0」計畫，為因應失能、失智人口增加所衍生之長期照顧需求，奠定基礎服務模式；第二階段推動「長照服務網計畫」及「長期照顧服務法」建制普及式服務網路，充實量能，發展在地資源。惟「長照1.0」服務對象尚未涵括所有失能者，係以(1) 65歲以上失能老人、(2) 55歲以上失能山地原住民、(3) 50歲以上之失能身心障礙者，及(4) 65歲以上僅IADLs失能且獨居之老人為優先服務對象。

(三)爰此，為實現在地老化，回應不同族群之長照需求，並積極發展預防及延緩失能之預防性服務措施，建立以服務使用者為中心之多元連續性服務之服務體系，衛生福利部於106年起施行「長照2.0」，界定長期照顧需求之目標族群，規劃「長照2.0」除上開四類對象以外，並增加以下服務對象：(1) 50歲以上失智症患者、(2) 49歲以下失能身心障礙者、 (3) 55至64歲以上平地失能原住民，以及(4) 65歲以上輕度失能之衰弱(fragile)老人。長照需求推估人數係以上述對象之相關失能調查研究，並搭配國發會中華民國人口推估(105年至150年) 數據，推算「長照2.0」之106年至115年度之服務需求人數，平均每年增加約3萬人。配合服務對象之擴大及需求人數之增加，「長照2.0」之服務項目遂增加至17項。

(四)據衛福部說明，「長照2.0」計畫之服務項目，係增加「長照1.0」計畫8項服務之彈性，擴大至17項服務，分別為：

1、照顧服務 (居家服務、日間照顧、家庭托顧)。
2、交通接送。
3、餐飲服務。
4、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善。
5、居家護理。
6、居家及社區復健。
7、喘息服務。
8、長期照顧機構服務。(1至8項為「長照1.0」服務項目)
9、銜接社區預防性照顧。
10、銜接出院準備服務。
11、銜接居家醫療服務。
12、小規模多機能服務。

13、家庭照顧者支持服務。

14、失智症照顧服務 (日照、團體家屋、住宿型機構)。

15、預防延緩失能服務。

16、原住民族地區社區整合型服務。

17、社區整體照顧體系 (A-B-C) 等。

(五)「長照十年計畫2.0」之服務對象為經專業人員評估之下列對象：

1、65歲以上之失能老人。

2、55歲以上之失能原住民。

3、失能身心障礙者。

4、50歲以上之失智症患者。

5、僅工具性日常生活活動需協助[7]且獨居之老人。

6、僅工具性日常生活活動需協助之衰弱老人。

(六)「長照1.0」與「長照2.0」之差異，詳如下表。

[7] 工具性日常生活活動功能(Instrumental activities of daily living scale, IADLS)：為失能判定工具之一，分為上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服、使用電話的能力、服用藥物、處理財務能力等八項。

表16 「長照1.0」與「長照2.0」之比較

項目	長照1.0	長照2.0
服務對象	1. 因老化失能衍生長照需求者，包括： ① 65歲以上老人 ② 55歲以上山地原住民 ③ 50歲以上身心障礙者 ④ 65歲以上僅IADL需協助之獨居老人 2. 評估工具：ADLs/IADLs	1. 除1.0服務對象外，擴大納入： ⑤ 50歲以上失智症患者 ⑥ 55-64歲失能平地原住民 ⑦ 49歲以下失能身心障礙者 ⑧ 65歲以上僅IADL失能之衰弱(fragile)老人 2. 評估工具：照顧評估量表
服務項目	共計八項服務： 1. 照顧服務 (居家服務、日間照顧及家庭托顧) 2. 交通接送 3. 營養餐飲 4. 輔具購買、租賃及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家及社區復健 7. 喘息服務 8. 長期照顧機構服務	彈性與擴大原「長照1.0」的八項服務，並創新與整合9項服務： 9. 失智症照顧服務 10.小規模多機能服務 11.家庭照顧者支持服務據點 12.社區預防性照顧 13.預防及延緩失能服務 14.原住民族地區社區整合型服務 15.社區整體照顧服務體系 16.銜接出院準備服務 17.銜接在宅醫療及居家安寧服務
補助標準	依失能者家庭經濟狀況提供不同補助： 1.低收入戶：全額補助 2.中低收入戶：補助90% 3.一般戶：補助70% 4.超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。	1. 照顧服務及專業服務：一般戶自行負擔給付價格的16%、中低收入戶負擔5%、低收入戶免部分負擔。 2. 交通接送服務：依地方政府幅員及是否屬於偏遠地區，將全國22縣市分為四類，訂有不同的個人給付額度和部分負擔比率。 3. 輔具及居家無障礙環境改善服務：長照需要等級2級以上者，其個人給付額度均為三年4萬元，一般戶自行負擔30%、中低收入戶自行負擔10%、低收入戶免部分負擔。 4. 喘息服務： 依長照需要等級分為兩類，第2級至

項目	長照1.0	長照2.0
		第6級者每年給付額度為32,340元，第7級和第8級則為每年48,510元，一般戶自行負擔16%、中低收入戶自行負擔5%、低收入戶免部分負擔。
服務輸送體系	長照需要者向地方政府照管中心申請使用長照服務，由照管專員至案家進行生活功能評估，擬定照護計畫、連結社區資源，並進行後續追蹤和品質監控。	長照需要者可撥打1966長照專線，由地方政府照管中心受理案件，並由照管專員至個案家中依照顧管理評估量表進行評估產出問題清單、等級額度，再由社區整合型服務中心 (A單位) 之個案管理員，與長照需要者或其家屬討論後擬定照顧計畫，經照管中心核定後，連結服務資源，並定期追蹤個案、監控服務品質。

資料來源：衛福部提供。

六、「長照2.0」計畫之各項政策、服務概述及辦理成效：

(一)長期照顧特別扣除額：

為減輕身心失能家庭的租稅負擔，財政部特別增訂長期照顧特別扣除額，符合內政部公告之需長期照顧之身心失能者資格、且未被「所得稅法」所訂排富條款排除者皆可適用，每人每年定額扣除12萬元。

(二)照顧管理機制：

1、統整建立地方政府長期照顧管理制度，整合社政、衛政資源，設立長期照顧管理中心，提供民眾申請長照服務、到宅評估、核定長照服務額度、擬訂照顧計畫、個案需求複評等服務。

2、流程：

（1）聯絡照管中心

（2）篩選服務對象

（3）照管中心安排訪視時間

（4）擬訂照顧計畫

(三)社區整體照顧模式：

1、「長照2.0」計畫中特別強調建立以社區為基礎的長照服務體系，並規劃推動試辦社區整體照顧模式，於各鄉鎮設立「社區整合型服務中心 (A)」-「複合型服務中心 (B)」-「巷弄長照站 (C)」的社區整體照顧模式，建構綿密的照顧資源網絡，提供民眾整合、彈性，且具近便性的照顧服務。

2、ABC據點的演進：

（1）有關社區照顧關懷據點與「巷弄長照站」間之關聯，爰因社區整體照顧服務體系 (以下稱ABC)係「長照十年計畫2.0」推動之創新服務模式，係透過結合社區基層組織，設置「巷弄長照站」，提供社區長輩初級預防照顧服務，建置以社區為基礎的服務網絡。考量社區照顧關懷據點推動目的，亦符合「長照2.0」社區整體照顧服務體系-「巷弄長照站」服務之落實在地安老之政策目標，為減輕社區基層組織之行政負荷，衛福部於108年度整合社區照顧關懷據點與「巷弄長照站」等補助機制，社區照顧關懷據點，除原提供關懷訪視、電話問安、諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動外，加值提供預防及延緩失能服務或喘息服務者，即可成為「巷弄長照站」。

（2）辦理社區整體照顧服務模式，目前全臺計結合22個縣市，布建588個「社區整合型服務中心 (A)」、4,631個「複合型服務中心 (B)」及2,595個「巷弄長照站 (C)」。

3、社區整體照顧服務體系係由A級單位個案管理員協助失能個案擬定照顧服務計畫及連結長照服務、C級單位係提供社會參與、健康促進、共餐服務與預防延緩失能等相關服務，B級單位由現今特約長

期照顧機構辦理。

（1）A級單位：

〈1〉服務對象：以照顧管理制度為基礎，皆須經長期照顧管理中心評估。

〈2〉服務內容：

《1》為失能者擬定照顧服務計畫，協助服務使用者協調及連結長照資源，落實照顧計畫或提供長照服務。

《2》整合區域長照資源，建立長照資源資料庫。

《3》協調連結照顧服務資源：提供個案充分資訊，與個案討論，尊重個案選擇，進行資源連結、協調安排長照服務。

《4》積極創造服務彈性化：依服務使用者及家庭照顧者需求，協調及安排長期照顧機構提供彈性服務時段，增加區域內服務使用者及家屬之受益人數。

《5》資訊提供及宣導：提供民眾諮詢服務，並積極向民眾宣導長照專線 (1966) 及各縣市各項長照資源。

（2）C級單位：

〈1〉服務對象：

《1》C單位：一般年滿65歲以上民眾及領有手冊/證明之身心障礙者。

《2》C+單位：服務對象皆經長期照顧管理中心評估需提供長照服務者。

〈2〉服務內容：

《1》C單位：提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務、諮詢服務。

《2》C+單位：除上述服務內容外，提供喘息服務（臨時托顧），經照管中心評估為失能者，

輕、中度每年14天的喘息服務。

4、日間照顧中心之設置規定：

（1）提供單位：

〈1〉醫療機構、護理機構、醫療法人。

〈2〉老人福利機構、身心障礙福利機構。

〈3〉公益社團法人、財團法人、社會福利團體、社區發展協會、照顧服務勞動合作社。

〈4〉社會工作師事務所。

（2）工作人員配置：

〈1〉護理人員或社會工作人員至少一人。

〈2〉照顧服務員：

《1》失能老人日間照顧服務：每照顧十人應置一人；未滿十人者以十人計。

《2》失智症老人日間照顧服務：每照顧六人應置一人；未滿六人者，以六人計。

《3》失智、失能混合型老人日間照顧服務：每照顧八人應置一人；未滿八人者，以八人計。

5、社區關懷據點之設置規定：

（1）至少具備3項服務項目：關懷訪視、電話問安、諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動。

（2）運作模式：

〈1〉社區自主提出申請結合當地人力、物力及相關資源，進行社區需求調查，提供在地老人預防照護服務。

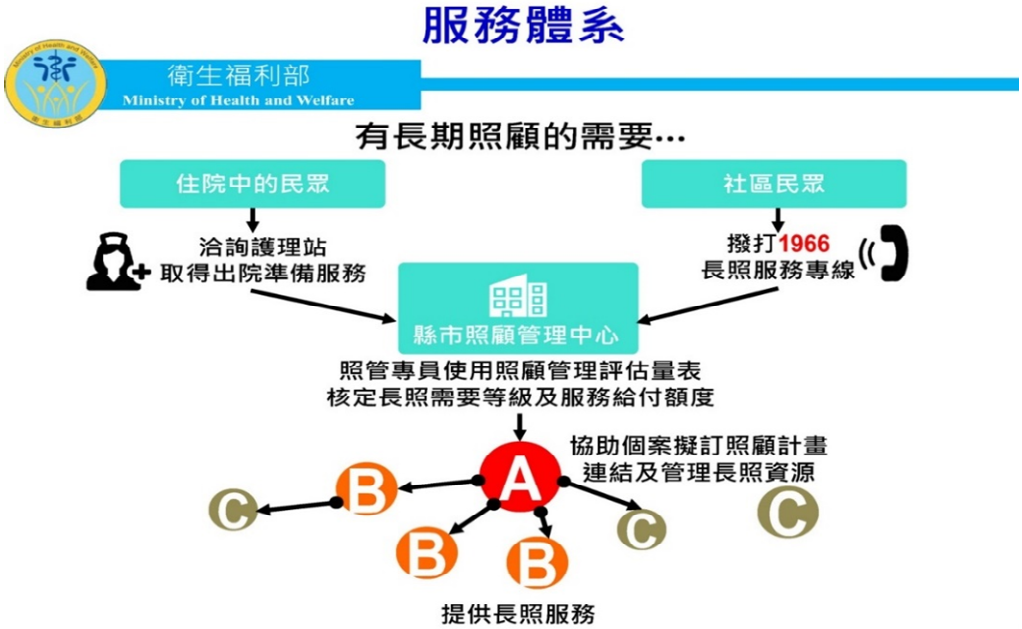
〈2〉輔導現行辦理老人社區照顧服務之團體，在既有的基礎上擴充服務項目至3項以上，設置據點提供服務。

〈3〉由地方政府針對位處偏遠或資源缺乏之社區，透過社區照顧服務人力培訓過程，增進其社區組織能力，進而設置據點提供服務。

6、服務輸送體系結成網絡：

（1）考量長照服務資源及服務輸送方式多元，為整合社區服務資源，爰推動社區整體照顧服務體系，設社區整合型服務中心 (A單位)，由照顧管理中心媒合A單位個管員，後由符合長照人員資格的個案管理人員協助失能者擬定照顧服務計畫，協助連結服務資源 (B單位) 及個案管理服務，為追蹤長照需要者與各項服務之連結情形，每月定期追蹤服務品質，確保民眾有效率使用服務資源。

（2）為綿密服務網絡，加速資源整合，ABC模式由A單位個案管理人員協助派案予B單位，並連結B單位服務資源，由B單位專責提供長照服務，另由C據點就社區內健康長者提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能等服務，落實以人為中心之整合型照顧服務模式。



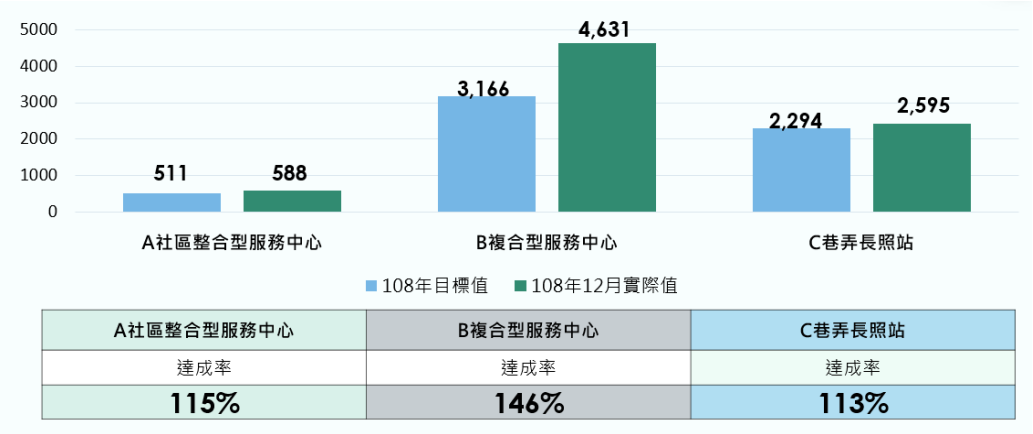
圖一、整合照顧服務模式

資料來源：衛福部。

（3）擴大服務對象涵蓋範圍：

〈1〉推動社區整體照顧服務體系，設立社區整合型服務中心 (A單位)，個案管理人員協助失能者擬定照顧服務計畫，協助連結服務資源及個案管理服務，在長照需要者與各項服務之連結方面，每月定期進行服務品質追蹤，確保民眾有效率使用服務資源，落實以人為中心之整合型照顧服務模式。

〈2〉廣布「社區整合型服務中心 (A)」－「複合型服務中心 (B)」－「巷弄長照站 (C)」長照服務資源，截至108年底，已布建588A、4,631B、2,595C，共7,814處，截至108年12月ABC布建達成率 (與108年目標值比較) 如下圖二。



圖二、ABC布建達成率 (108年12月)

資料來源：衛福部。

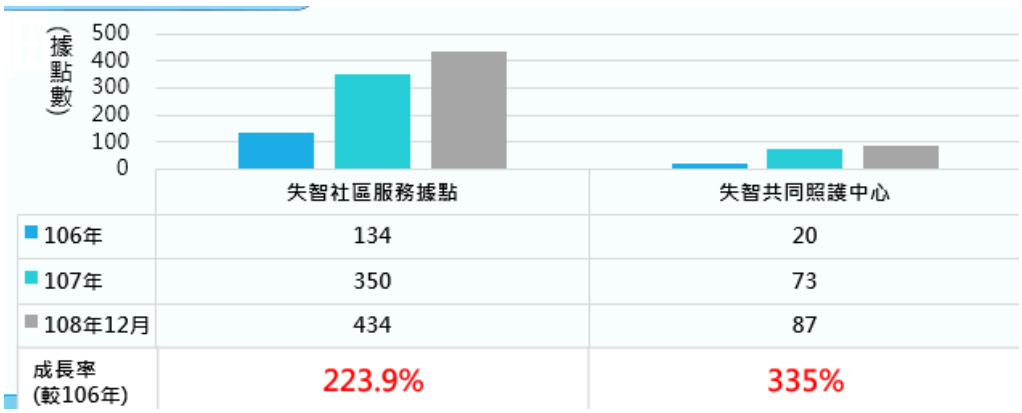
（四）**失智症照護服務**：

1、以疑似失智或失智症個案為中心，提供個案管理服務，並讓失智者及家庭照顧者能於診斷後獲得相關

資訊、自主選擇所需服務，並可就近獲得服務資源，辦理以社區為基礎的「失智共同照護中心」，陪伴失智照顧者在照顧失智患者不同階段的照顧需求；引導及協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務；連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務及傳播失智健康識能，建構失智安全社區環境。

2、衛福部108年已布建434處多元複合之失智社區服務據點，提供認知促進、緩和失能、關懷訪視及家屬支持服務等；另建構87處失智共同照護中心，提供失智者社區式個案管理機制及照顧者需要之支持性服務。

3、提升失智照顧服務量能，設置失智社區服務據點434處、失智共同照護中心87處，如圖三。

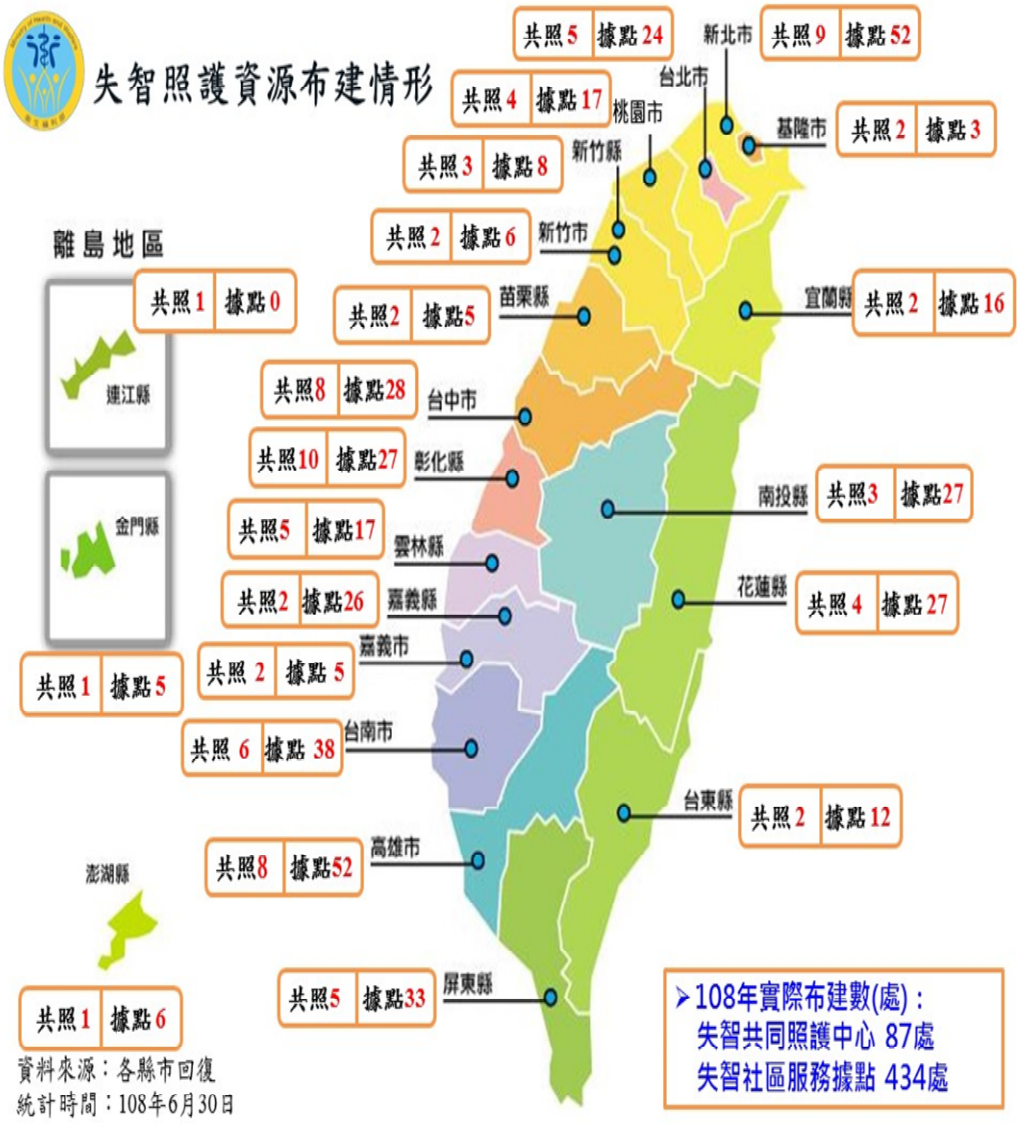


	失智社區服務據點	失智共同照護中心
106年	134	20
107年	350	73
108年12月	434	87
成長率(較106年)	223.9%	335%

圖三、失智社區服務據點與共同照護中心布建情形

資料來源：衛福部。

4、衛福部補助辦理失智照護資源分布情形，詳如下圖所示。



圖四、衛福部補助辦理失智照護資源分布圖

資料來源：衛福部。

(五)預防及延緩失能照護服務：

以在厝邊的服務為中心，發展可近、普及、有效的社區預防照護網絡，並規劃六大預防照護主題，包括肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養與認知促進等，以整合方式提供預防及延緩失能照護服務。

(六)長照出院準備服務：

藉由各縣市長期照顧管理中心連結醫院出院準備服務的專業醫療團隊共同評估病人身體、經濟、心理或情緒上的照護需求，如有長照需求的服務對象，出院前即完成評估並取得長照服務，協助民眾及時獲得所需服務資源，使病人及其家屬取得完整性及持續性的長照服務。

（七）**家庭照顧者支持服務：**

1、為發展家庭照顧者多元支持措施，減輕家庭照顧者照顧負荷，完善我國長期照顧服務體系，特針對「長期照顧服務法」所定家庭照顧者支持服務之申請、評估、提供及其他應遵行事項制定該服務原則外，亦同步推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，俾同步充實我國服務資源之多元性。

2、為提供家庭照顧者具近便性及在地化的專業服務，自104年起推動家庭照顧者支持服務據點計畫，目前已拓展服務至22縣市，共83個據點，提供個案管理、紓壓活動、支持團體、心理協談等支持性服務，滿足家庭照顧者在地且具近便性的服務。

3、家庭照顧者支持性服務創新型計畫：為強化我國家庭照顧者服務量能及增加服務可近性與涵蓋率，衛福部於107年6月公告徵求「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，鼓勵縣市政府因地制宜發展在地服務，達到減輕家庭照顧者照顧負荷、增進其照顧協議及財務管理知能之目標。107年下半年於11縣市試辦，108年已擴大至全國各縣市，補助共計1億3,134萬6,000元，冀透過創新型計畫資源之挹注，發展符合在地需求之服務，強化家庭照顧者服務網絡。

4、家庭照顧者喘息服務：為讓照顧者獲得喘息的時間與空間，維持照顧者和受照顧者的生活、照顧品質

及安全,「長照2.0」喘息服務針對失能等級2至6級、7至8級者每年給付分別為32,340元 (約機構住宿喘息14日)、48,510元 (約機構住宿喘息21日),主要照顧者可依其需求及額度，申請居家喘息、日照中心喘息、機構住宿喘息、小規模多機能夜間喘息、「巷弄長照站」臨托等彈性且多元之喘息服務，讓照服員進家裡接替，或將長輩送至照顧單位，藉由上述服務模式，減緩照顧壓力。

(八)居家失能個案家庭醫師照護方案：

1、失能個案有八成以上具有慢性疾病,除了提供適切之長照服務,也需要預防慢性疾病惡化導致進一步失能或失能程度加劇，故結合長照與家庭醫師制度，由醫師開立醫師意見書，提出長照醫事照護意見，並由醫師及護理師 (個案管理師) 定期家訪，進行失能個案健康及慢性病管理,以建立居家失能個案長照與醫療整合之照護網絡。

2、為建立以失能個案為中心之醫療照護及長期照顧整合性服務模式,衛福部自108年7月19日開始實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」。截至108年12月底止，約有365家醫療院所及衛生所加入特約。

(九)長照服務資源不足地區交通接送量能提升試辦計畫

為提升長照服務資源不足地區的交通接送服務量能，協助該區域民眾使用就醫、接受長照服務或其他生活照顧所需，特別規劃結合直轄市、縣 (市) 政府，充實交通接送服務開辦所需設備，擴大交通接送服務對象，以鼓勵更多民間單位資源投入，改善資源不足地區之長照服務可近性。

(十)住宿式服務機構使用者補助方案

1、補助條件：應同時符合下列三項

(1) 入住之機構類型：使用機構者入住依法設立各類

住宿式服務機構，包含一般護理之家、精神護理之家、老人福利機構 (除安養床外)、身心障礙機構、國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家 (自費失能養護床、自費失智養護床)、兒童及少年安置及教養機構 (依「兒童及少年福利與權益保障法」委託安置且領有身心障礙手冊/證明者) 及提供住宿式服務之長期照顧服務機構。

（2）入住天數：自108年1月1日起至108年12月31日止，實際入住機構天數累計達90天以上。以下情況不列計入住天數：

〈1〉保留床位期間。

〈2〉機構喘息服務 (領有長期照顧給付及支付補助) 期間。

〈3〉若同日出入不同機構，算進不算出，不重複列計。

（3）使用機構者納稅狀況：經稅捐稽徵機關核定使用機構者之同一申報戶106年度綜合所得稅申報資料為以下皆符合者：

〈1〉累進稅率未達20%者。

〈2〉非按20%稅率課徵基本稅額者。

2、補助金額：符合補助條件者，依稅捐稽徵機關核定106年度之稅率級距，採階梯式補助，每人最高新臺幣 (以下同) 6萬元，採1次性發給。(如下表)

表17 住宿式服務機構使用者補助方案

稅率級距 (%)	補助金額 (新臺幣元)
無申報資料 (註)	60,000
0	60,000
5	54,000
12	456,000
20或以上	0

註：無申報資料者，其補助金額以6萬元推估。

(十一)住宿式服務機構品質提升卓越計畫

為強化醫療與長照服務接軌及出院準備服務量能，截至108年12月底止，計有223家醫院參與「復能多元服務試辦計畫」。

(十二)整合長照服務資訊系統

衛福部為整合長照資訊系統，建置長照失能個案管理、長照機構暨長照人員管理、支付核銷等資訊系統，並鼓勵服務單位自建資訊系統，未來將透過介接方式，減少資料重複登打之流程，以提升效率。

(十三)宣導多元長照政策

1、為提升各界對長照申請流程、服務項目及內容之瞭解，衛福部持續透過影片、廣播帶、布條、海報、摺頁、貼紙、懶人包等多元素材，並運用大眾傳播通路宣導；另於該部官網建置「長照專區」網頁，掛載前揭宣導素材，以提供專業人士及一般民眾下載參用；另亦以辦理說明會、記者會、線上學習活動等多元方式加強宣傳。

2、長照專線 (1966) 自106年11月24日開通，迄108年底，累計總撥打通數為436,157通，108年1至12月撥打總通數為292,121通，較107年同期撥打總通數成長113%。

七、長照給付及支付基準及相關制度

(一)衛福部自107年起實施「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧特約及費用支付作業要點」，由各地方政府與長照服務提供者簽訂行政契約、提供「長期照顧服務法」第10條至第13條規定之長照服務，並規範後續辦理服務費用暫付、審核、支付及複核等相關作業，透過簡化長照費用核銷行政流程，吸引服務提供者投入長照產業，藉以充實長照服務量能、透過服務提供者

間競爭，提升長照服務品質。包含：長期照顧 (照顧服務、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) 給付及支付基準資料及特約相關文件。

(二)**長照給付及支付基準沿革：**

自107年1月1日施行，歷經3次修正。係於實施半年及蒐集各界建議後，經內部討論、對外說明會及衛福部長期照顧諮詢會決議修正通過，於同年10月5日公告修正 (第1次)，12月1日實施。該次修正方向為擴大給付、明定服務範圍或補充說明、調整計價方式等，主要有9條新增、4條刪除、6條擴大給付。為配合實務現況及推動政策，研擬增修草案3點，包括修正個案額度控管期間之計算、增修照顧組合提案單位之條件，及新增照顧組合「開立醫師意見書」，衛福部長期照顧諮詢會討論決議後，於108年5月17日公告修訂，且皆已實施。

(三)衛福部自107年起推動「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」(下稱長照給支付新制)，地方政府與長照提供服務單位簽訂行政契約，以提供服務。地方政府擇定長照服務提供單位的標準為：

1、依「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」第3點規定略以，「長照服務提供者向直轄市、縣 (市) 政府提出簽約申請；申請案件有下列情事之一者，應不予受理：(1) 受停業處分，期間未屆滿；(2) 最近一次評鑑結果不合格或評鑑等第丙等以下，限期令其改善，屆期未改善；(3) 申請文件不全或錯誤，未依直轄市、縣 (市) 政府所定期限補正。」

2、爰地方政府與長照服務單位簽訂之長照特約，其性質為行政契約，即地方政府自得依據在地長照服務需求、長照資源布建情形及長照政策推動等因素，本權責擇定締約之長照服務單位。

(四)對部分較偏遠的縣市及鄉鎮而言，會特別考量偏鄉能提供服務的量能，如：

1、考量原住民族、離島及偏遠地區人口分散及區域之特殊性，長照交通接送之給付額度及部分負擔比率已依轄區面積分為四類 (每月給付額度由1,680元至2,400元不等)，同時針對原住民族、離島及偏遠地區加成支付，並將第四類偏遠縣市、偏遠鄉鎮市區使用者放寬至長照需要等級第2級 (含以上)。另於各項服務給付及支付基準之設計，考量原住民族地區及離島服務資源較缺乏及服務輸送不易，故提供較一般地區高20%之支付價格，且給付額度及民眾部分負擔仍以一般地區價格計算，所增加支付金額由中央吸收，以免增加民眾負擔。

2、原民地區服務資源布建情形:截至108年12月布建居家服務共29處、日間照顧服務共31處、家托服務共49處、照管分站共52處。

3、原鄉地區額外增加之獎助項目如下：

表18 原鄉地區額外增加之長照獎助項目

類型	一般地區獎助 (A)	原鄉額外增加獎助 (B)	合計最高獎助 (A)+(B)
居家服務	無	1. 服務1名居住原鄉對象，每月工作獎勵津貼1,000元，至多獎助3,000元/月。 2. 交通津貼3,000元/月。	6000/月

類型	一般地區獎助 (A)	原鄉額外增加獎助 (B)	合計最高獎助 (A)+(B)
日間照顧	開辦設施設備費最高獎助200萬元	1. 原住民族、離島及偏遠地區日照中心或失智症老人日照中心之開辦設施設備費 50 萬元。 2. 交通接送車輛95 萬元。	345萬
小規模多機能服務	開辦設施設備費最高獎助300萬元	1. 原住民族、離島及偏遠地區者，額外獎助設施設備費 50 萬元。 2. 交通接送車輛95 萬元。	445萬
家庭托顧	照顧服務員提供家庭托顧之住所設施設備改善費10萬元	原住民族、離島及偏遠地區托顧家庭充實設施設備及修繕費10萬元。	20萬
交通服務	1. 營運費用（含車輛費用、人事費、業務費）最高獎助 75 萬元。 2. 車輛租金、全球衛星定位系統 (GPS) 租金最高獎助 19 萬元。	針對服務對象實際居住於原鄉之特約服務單位，獎助交通車，最高95萬元。(每單位以獎助1輛為限)	189萬

資料來源：衛福部。

(五)針對失智及失能對象長照給支付新制之差異：

1、長期照顧係指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之醫護服務。政府為照顧有長照需要之民眾，持續推動「長期照顧十年計畫2.0」，經地方政府照管中心評估長照需要，符合收案條件之民眾即可接受長照服務之補助。

2、基此，長照服務之補助並非依據導致個案失能的原因，長照給付及支付乃依據失能者的長照需要而訂；若失智症民眾經評估符合補助條件，可獲得政府補助之服務，政府再支付服務費用予特約服務單位。

(六)長照給支付新制之申請及撥款流程，以及修正檢討：

1、衛福部於107年1月1日實施長照給支付制度，透過長照資訊系統管理長照服務個案之評估資料、登打服務紀錄及進行費用申報與核銷作業。

2、實施長照給付支付新制後，服務提供單位係以特約方式辦理，並規範服務特約單位每個月向縣市政府申報費用，縣市政府於申報費用後1個月內，皆可完成審核90%案件。

3、社區關懷據點與「文化健康站」設立係由衛福部社會及家庭署及原民會採計畫補助方式核定，如未與地方政府特約，則不在長照給支付體系。

(七)長照給付新制之研訂，將「照顧服務」與「專業服務」給付項目合併的理由：

1、專業服務的重要內涵之一是「復能」，讓有恢復潛能的個案，多使用專業服務並減少生活照顧服務的需求；較無恢復潛能的個案，則有較多生活照顧服務需求，二者可依個案需求相互搭配使用，故長照給付及支付新制採照顧及專業服務使用同一額度之設計，以提高個案依需求彈性運用之目的。

2、再者，專業服務特約單位與服務人力大多為醫事機構及醫事人員，為免因醫療資源分布之不均，致醫療資源相對較缺乏地區之民眾因專業服務可近性低而影響接受長照服務之權利。

(八)給支付新制實施後，因自付額增加而民眾降低使用意願之情形：

1、106年服務人數10萬6,864人，107年長照給付及支付新制實施，該年服務人數18萬0,660人，成長69.06%，108年派案可服務人數28萬4,208人，成長率57.32%，顯示使用服務之民眾大幅增加。花蓮縣服務量108年較106年成長了215%。

2、長期照顧給付及支付制度明定民眾部分負擔須依基準價格及固定比率計算，目的乃因長照相關經費由稅收支應，為使民眾審慎使用長照資源，避免浪費，以建立長期穩定之長照服務體系。

3、長照給付及支付新制以完成服務項目為計價單位，必須進行事前準備、實際服務、事後善後及紀錄等完整服務，以確保民眾獲得的服務品質，故考量服務單位合理之成本計算服務費用，以提高各界投入長照產業的意願，提升長照服務量能。

4、長照給付及支付新制已有對於民眾經濟負擔之考量，為避免增加民眾負擔，故提高個案給付 (補助)額度，以降低民眾部分負擔比率，期民眾可接受到有品質之完整服務，卻不致增加負擔，而針對弱勢民眾，部分負擔比率亦有減免。以照顧及專業服務為例，一般戶於「長照1.0」之部分負擔為30%，新制則降為16%，長照中低收入戶部分負擔亦自10%降為5%，長照低收入戶則維持無部分負擔。

(九)將失智症服務納入長照給付新制的可行性及規劃：

為因應失智人口增加所衍生之長期照顧需求，強化對失智者不同階段之照顧需求、服務支持，並發展社區個案管理機制，減輕家屬照顧負擔，衛福部自106年起推動「長照十年計畫2.0」，將50歲以上失智者納入服務，並實施失智照護服務計畫，至108年底各縣市共設置87處失智共同照顧中心、434處失智社區服務據點。為增進失智者及家屬接受服務之可近性及延

續性，屬過往核定之單位且服務量能及辦理績效優良者，均鼓勵賡續辦理。考量失智計畫係屬新型服務方案，仍需依個案及家屬之需要，滾動檢討修正照護模式，提升服務品質，未來將研議納入長照給付新制之可行性。

八、各項福利服務與長照服務之整合：

衛福部清查對於長照服務項目與既有的社會福利服務之給付及補助制度重疊，但給付標準不同之情形：

(一)長照給支付新制項目以使用居家、社區服務為主，並未含機構住宿式服務對象。惟衛福部為紓解住宿式服務機構使用者及其家屬之經濟負荷，配合財政部修正「所得稅法」第17條規定並於108年7月24日公布，個人綜合所得總額增列長期照顧特別扣除額，考量較低所得者無法受益或受益較少，爰規劃住宿式服務機構使用者補助方案。

(二)該補助方案於108年9月12日奉行政院核定。於108年1月起入住本方案規定之機構滿90天以上者，可獲補助，補助金額按綜合所得稅稅率級距0、5%、12%採階梯性補助，一年最高6萬元。

(三)為整合身心障礙者及長照需要者輔具服務，長照給付及支付基準參採身心障礙者輔具補助項目，將長照輔具項目名稱及購置價格給付上限及購置最低使用年限與身障輔具調整成一致，至補助長照輔具及居家無障礙環境改善服務係延續「長照1.0」針對低收入戶給付該項輔具最高給付金額100%、中低收入戶90%、一般戶70%；身障輔具係依照補助項目金額補助一般戶50%、中低收入戶75%、低收入戶100%。另長照需要者同時領有身障手冊者，得同時申請身障輔具補助，

惟項目不得重複。針對長照一般戶申請輪椅B款補助計2,800元、身心障礙一般戶申請輪椅B款補助2,000元部分，係因兩者補助比率差異所致。惟因長照輔具及身障輔具之補助對象及範圍仍存有差異，又身障輔具之補助經費來源係地方政府公務預算，爰長照輔具及身障輔具之補助比率，仍維持現行規定。

（四）至有關身心障礙福利之復康巴士與長期照顧服務給支付之交通接送服務部分，考量復康巴士之服務目的包含身心障礙者之權益發展，如就醫、就學、就業及社會參與等，核與長期照顧交通接送係針對長照需要者就醫及復健提供接送服務範圍不同，惟符合長期照顧需要等級之身心障礙者，可同時使用復康巴士服務及長照交通接送服務，以維護身心障礙者權益。

九、「長照2.0」計畫之財政規劃、執行及檢討：

（一）「長照服務發展基金」（以下稱「長照基金」）之法令規定：

1、考量我國人口老化快速，長照需求增加急遽，長照相關人力及資源亟待充實與布建，我國於104年6月3日經總統公布「長期照顧服務法」，並於二年後實施。且依「長期照顧服務法」第15條規定，衛福部於106年6月3日設置「長照基金」。

2、106年1月11日依立法院三讀通過，修正納入遺產及贈與稅（以下稱遺贈稅）、菸酒稅菸品應徵稅（以下稱菸稅）為長照擴大財源，「遺產及贈與稅法」及「菸酒稅法」部分條文分別自同年5月12日及6月12日公布實施，以調增遺贈稅及菸稅所增加之稅課收入，挹注長照服務財源。

3、「長照基金」於106年6月3日設置，其經費來源包括遺贈稅、菸稅、政府預算撥充、菸品健康福利捐、

捐贈收入、基金孳息收入、其他收入以及依「房地合一課徵所得稅稅課收入分配及運用辦法」規定課徵之房地合一所得稅。

4、考量目前正屬於布建長照服務資源及提升服務量能階段，採取以支定收原則，使財源可視需求做調整，故以指定稅收做為長照財源。

(二)收入：

1、106年「長照基金」收入累計118.53億元，其中來自菸稅收入計55.24億元，連同遺贈稅、菸捐及房地合一稅之收入，總計有93.14億元挹注至「長照基金」；107年「長照基金」收入計363.46億元，其中菸稅收入281.83億元，約占「長照基金」收入之八成。

表19 各項收入挹注「長照基金」情形
(106-108年)

單位：億元

項目	106年	107年	108年
菸捐	14.13	9.14	2.4
房地合一稅	21.94	31.43	69.3
菸稅	55.24	281.83	278.23
遺贈稅	1.83	34.18	62.64
其他收入	25.39	6.88	3.15
總計	118.53	363.46	415.72

資料來源：衛福部。

(三)支出：歷年「長照基金」之預算編列、實際執行及其用途概況，詳如下表。

表20 「長照基金」支出項目及預決算數 (106年至109年)

單位：千元

用途計畫/項目	106		107		108		109
	法定預算數	審定決算數	法定預算數	審定決算數	法定預算數	決算數	預算數
總計	16,190,386	8,735,775	31,949,434	16,278,905	33,777,291	30,076,417	38,678,655
均衡長照服務促進計畫	510,107	318,984	-	-	-	-	-
強化長照機構服務及品質提升計畫	62,050	26,694	-	-	-	-	-
緩和失能創新服務計畫	1,512,830	187,254	-	-	-	-	-
長期照顧整體資源精進計畫	3,998,500	1,671,275	-	-	-	-	-
推動弱勢族群醫療照護計畫	120,615	31,743	-	-	-	-	-
長照十年計畫2.0	9,971,271	6,499,618	-	-	-	-	-
長照資源及服務量能提升計畫	-	-	26,948,079	12,941,606	-	-	-
完善長照服務輸送體系計畫	-	-	4,579,373	2,930,867	30,518,127	27,026,368	30,776,273
強化長照機構服務及緩和失能計畫	-	-	-	-	-	-	1,351,766
機構及社區預防性照顧服務量能提升計畫	-	-	-	-	2,614,657	2,320,820	5,664,375

用途計畫/項目	106		107		108		109
	法定預算數	審定決算數	法定預算數	審定決算數	法定預算數	決算數	預算數
推展原住民長期照顧一文化健康站實施計畫	-	-	394,850	398,217	638,179	726,027	879,613
一般行政管理計畫	15,013	207	27,132	8,215	6,328	3,202	6628

備註：
1.106年「長照2.0」經費來源包含公務預算、長照服務發展基金、社會福利基金及醫療發展基金等。
2.107年起「長照2.0」經費來源皆由長照服務發展基金支應。
3.「-」表示該項計畫因年度不同而調整或更新計畫名稱。

資料來源：衛福部。

(四)推估：

表21「長照基金」十年支出推估 (106-115年)

單位：億元

年度	失能人數 (A)	「長照基金」支出		
		給付支付基準費用及新增項目(政府負擔) (B)	長照資源布建 (C)	支出合計 (D=B+C)
106	737,322	-	13.54	13.54
107	765,218	105.07	57.72	162.79
108	794,050	174.00	168.53	342.53
109	824,515	202.14	187.10	389.24
110	855,253	225.92	170.44	396.36
111	883,364	249.70	166.21	415.91
112	913,125	267.54	160.50	428.04
113	943,471	285.37	151.33	436.71
114	973,393	303.21	150.00	453.21
115	1,003,043	321.05	148.37	469.42

資料來源：108年12月衛生福利部辦理「長期照顧十年計畫2.0 (106~115)選擇方案及替代方案之成本效益分析報告」，頁2。

（五）「長照2.0」之經費：

自「長照2.0」計畫推動迄今，歷年來中央及各縣市政府挹注經費之實際情形，詳如下表。

表22　「長照2.0」預算來源及占比 (106年至108年)

單位：千元；%

年別	合計		公務預算		長照基金		社福基金		醫發基金	
	金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
106	16,190,386	100.0	9,971,271	61.6	4,499,500	27.8	1,599,000	9.9	120,615	0.7
107	31,949,434	100.0	-	0.0	31,949,434	100.0	-	0.0	-	0.0
108	33,777,291	100.0	-	0.0	33,777,291	100.0	-	0.0	-	0.0

資料來源：衛福部。

表23　各縣市政府推動辦理「長照2.0」之預算經費來源及金額 (106年至108年)

單位：千元；%

年別	縣市別	合計		中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘	
		金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
106	新北市	1,339,734	100.0	1,127,385	84.15	148,999	11.12	63,350	4.73
	臺北市	1,388,686	100.0	772,345	55.62	528,494	38.06	87,847	6.33
	桃園市	850,532	100.0	679,774	79.92	153,958	18.10	16,800	1.98
	臺中市	1,267,574	100.0	1,136,419	89.65	129,387	10.21	1,768	0.14
	臺南市	982,716	100.0	919,661	93.58	60,557	6.16	2,498	0.25
	高雄市	1,605,779	100.0	1,443,897	89.92	127,152	7.92	34,730	2.16
	宜蘭縣	291,309	100.0	263,678	90.51	27,631	9.49	0	0.00
	新竹縣	230,189	100.0	230,189	100.00	0	0.00	0	0.00
	苗栗縣	339,733	100.0	336,583	99.07	3,150	0.93	0	0.00
	彰化縣	644,108	100.0	579,880	90.03	40,178	6.24	24,050	3.73
	南投縣	476,720	100.0	435,507	91.35	6,263	1.31	34,950	7.33
	雲林縣	505,337	100.0	478,187	94.63	26,404	5.23	746	0.15
	嘉義縣	396,056	100.0	350,000	88.37	40,149	10.14	5,907	1.49
	屏東縣	723,477	100.0	680,153	94.01	34,361	4.75	8,963	1.24
	臺東縣	234,126	100.0	211,202	90.21	9,124	3.90	13,800	5.89
	花蓮縣	266,926	100.0	232,126	86.96	8,712	3.26	26,088	9.77
	澎湖縣	135,094	100.0	91,340	67.61	8,940	6.62	34,814	25.77
	基隆市	161,957	100.0	138,124	85.28	14,999	9.26	8,834	5.45

年別	縣市別	合計		中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘	
		金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
	新竹市	123,773	100.0	109,799	88.71	9,583	7.74	4,391	3.55
	嘉義市	132,918	100.0	123,755	93.11	7,003	5.27	2,160	1.63
	金門縣	69,804	100.0	54,401	77.93	7,441	10.66	7,962	11.41
	連江縣	7,634	100.0	7,461	97.73	173	2.27	0	0.00
	合計	**12,174,182**	**100.0**	**10,401,866**	**85.44**	**1,392,658**	**11.44**	**379,658**	**3.12**
107	新北市	3,145,482	100.0	2,943,083	93.57	161,549	5.14	40,850	1.30
	臺北市	2,216,077	100.0	1,525,773	68.85	593,409	26.78	96,895	4.37
	桃園市	1,945,241	100.0	1,808,913	92.99	122,968	6.32	13,360	0.69
	臺中市	3,041,859	100.0	2,810,648	92.40	228,611	7.52	2,600	0.09
	臺南市	2,507,815	100.0	2,429,466	96.88	78,017	3.11	332	0.01
	高雄市	3,405,585	100.0	3,292,273	96.67	90,364	2.65	22,948	0.67
	宜蘭縣	807,043	100.0	796,115	98.65	10,928	1.35	0	0.00
	新竹縣	548,677	100.0	548,677	100.00	0	0.00	0	0.00
	苗栗縣	895,592	100.0	892,558	99.66	3,034	0.34	0	0.00
	彰化縣	1,763,827	100.0	1,701,416	96.46	41,281	2.34	21,130	1.20
	南投縣	1,116,401	100.0	1,071,788	96.00	7,613	0.68	37,000	3.31
	雲林縣	1,302,678	100.0	1,270,602	97.54	32,076	2.46	0	0.00
	嘉義縣	988,304	100.0	937,363	94.85	42,274	4.28	8,667	0.88
	屏東縣	1,733,897	100.0	1,694,175	97.71	39,622	2.29	100	0.01
	臺東縣	609,034	100.0	584,862	96.03	12,492	2.05	11,680	1.92
	花蓮縣	688,221	100.0	654,159	95.05	5,658	0.82	28,404	4.13
	澎湖縣	289,096	100.0	241,708	83.61	8,063	2.79	39,325	13.60
	基隆市	381,481	100.0	363,581	95.31	8,783	2.30	9,117	2.39
	新竹市	276,108	100.0	266,931	96.68	5,042	1.83	4,135	1.50
	嘉義市	288,928	100.0	280,524	97.09	6,244	2.16	2,160	0.75
	金門縣	187,932	100.0	167,216	88.98	15,516	8.26	5,200	2.77
	連江縣	21,716	100.0	21,202	97.63	514	2.37	0	0.00
	合計	**28,160,994**	**100.0**	**26,303,033**	**93.40**	**1,514,058**	**5.38**	**343,902**	**1.22**
108	新北市	2,937,378	100.0	2,744,279	93.43	181,341	6.17	11,758	0.40
	臺北市	1,644,075	100.0	1,382,503	84.09	220,741	13.43	40,831	2.48
	桃園市	1,548,873	100.0	1,356,985	87.61	146,095	9.43	45,793	2.96
	臺中市	2,869,849	100.0	2,747,062	95.72	120,608	4.20	2,179	0.08
	臺南市	2,116,632	100.0	2,063,147	97.47	53,485	2.53	0	0.00
	高雄市	2,855,566	100.0	2,744,455	96.11	89,808	3.15	21,303	0.75
	宜蘭縣	687,502	100.0	671,506	97.67	3,523	0.51	12,473	1.81
	新竹縣	500,130	100.0	474,848	94.94	7,182	1.44	18,100	3.62
	苗栗縣	864,400	100.0	864,400	100.00	0	0.00	0	0.00
	彰化縣	1,801,042	100.0	1,792,383	99.52	6,106	0.34	2,553	0.14

調查事實

年別	縣市別	合計		中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘	
		金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
	南投縣	1,144,892	100.0	1,127,827	98.51	2,050	0.18	15,015	1.31
	雲林縣	963,944	100.0	927,293	96.20	36,651	3.80	0	0.00
	嘉義縣	765,152	100.0	738,364	96.50	19,066	2.49	7,722	1.01
	屏東縣	1,431,821	100.0	1,396,538	97.54	35,283	2.46	0	0.00
	臺東縣	570,917	100.0	547,206	95.85	11,881	2.08	11,830	2.07
	花蓮縣	673,776	100.0	659,778	97.92	3,000	0.45	10,998	1.63
	澎湖縣	279,631	100.0	228,598	81.75	11,386	4.07	39,647	14.18
	基隆市	353,513	100.0	341,692	96.66	6,893	1.95	4,928	1.39
	新竹市	305,639	100.0	273,698	89.55	27,806	9.10	4,135	1.35
	嘉義市	315,902	100.0	307,336	97.29	6,406	2.03	2,160	0.68
	金門縣	179,168	100.0	162,528	90.71	16,640	9.29	0	0.00
	連江縣	20,041	100.0	19,897	99.28	144	0.72	0	0.00
	合計	**24,829,843**	**100.0**	**23,572,323**	**94.74**	**1,006,095**	**3.63**	**251,425**	**1.63**

註：

1. 中央補助包括「偏遠地區照管中心分站布建計畫」、「預防及延緩失能照顧計畫」、「失智照護服務計畫」、「長照 2.0 整合型計畫暨專業服務及喘息服務」、「長照 2.0 整合型計畫暨長期照顧整合計畫」、「長照十年計畫 2.0 (照顧服務、交通接送、營養餐飲、小規模多機能、團體家屋、地方政府行政人力) 」、「長照十年計畫 2.0-社區整體照顧服務體系」、「長照十年計畫 2.0 (49 歲以下失能身心障礙者之照顧服務、交通接送、營養餐飲) 」、「社區照顧關懷據點輔導計畫」、「中低收入失能老人機構公費安置」、「強化整備身心障礙者長期照顧服務資源」、「擴增地方輔具中心服務量能」、「發展失能身心障礙者日間照顧服務資源」及「充實輔具服務專車」等。
2. 地方公務預算及公益彩券盈餘係各地方政府推動長照業務之預算，由各地方政府填報。

資料來源：衛福部。

(六)衛福部對長照財源之長期規劃內涵：

1、長照財務之預測因素包括：

(1) 支出面：長照需求人口數、服務涵蓋對象、給付及支付基準費用及新增項目、新興業務計畫等。

(2) 收入面：「長照基金」收入。

2、若預估「長照基金」餘額無法支應未來之支出時，將依預算程序，提前編列政府預算撥充，以穩健長照資源之布建與長照服務之推展。

(七)108 年 12 月衛福部辦理「長期照顧十年計畫 2.0 (106~115) 選擇方案及替代方案之成本效益分析報告」選擇方案及替代方案成本效益：「長照基金」之

財務規劃係「以支定收」，依據長照服務支出情形，來規劃收入規模，該計畫為政府當前重要施政工作項目，爰日後現有之稅收財源如無法因應失能人口之快速成長，則將依「長期照顧服務法」第 15 條規定，編列政府預算撥充予以支應，以穩健長照資源之布建與長照服務之推展。

(八)以支定收原則，預算足以支應：

1、協助各縣市政府推動長照服務，積極布建服務資源，衛福部105年度編列公務預算約50億元，106年起推動「長照2.0」，同年6月施行「長期照顧服務法」及設置「長照基金」，並編列161.9億元，107年編列319.5億元，108年編列337.77億元，109年則編列386.79億元，「長照基金」預算逐年持續增加，以提升整體服務效能。

表24　長照預算編列情形 (105-109年)

單位：千元

年度	105年	106年	107年	108年	109年
法定預算數	4,944,888	16,190,386	31,949,434	33,777,291	38,678,655

註：

1.105年辦理長照十年計畫經費來源係由公務預算編列。

2.106年「長照2.0」經費來源包含公務預算、長照服務發展基金、社會福利基金及醫療發展基金等。

3.107年起「長照2.0」經費來源皆由長照服務發展基金支應。

資料來源：衛福部。

2、「長期照顧服務法」第15條規定，長照財源包含菸捐、遺產稅及贈與稅、菸稅、政府預算撥充及房地合一稅等。106年至108年「長照基金」收入分別為118.53億元、363.46億元及415.72億元。

3、「長照基金」之財務規劃係依據長照服務支出情形，來規劃收入規模，爰日後現有之稅收財源如無法因

應失能人口之快速成長，則將依「長期照顧服務法」第15條規定，編列政府預算撥充予以支應，以穩健長照資源之布建與長照服務之推展。

十、「長照2.0」服務量能的擴充：

(一)近年來因少子女化，地方政府推動各級學校閒置空間之清查情形：

1、衛福部為運用閒置之公有、公營事業或公法人、農或漁會所有之土地或建物，依據當地長照需求，設立平價且具品質之住宿式服務長照機構，前已協請相關部會盤點所管轄之閒置土地或建物，並供衛福部評估辦理住宿式服務長照機構之可行性。又為達在地永續經營之目標，鼓勵公立醫療院所、社會福利機構、直轄市、縣 (市) 政府及中央各部會依據「108年度獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」申請補助辦理。

2、上開計畫經衛福部於108年5月及10月共二次公告，計有29申請案，其中亦包含國立臺灣大學等單位之公有土地或建物，朝向積極活化運用閒置土地及建物，布建符合當地長照需求之住宿式長照服務機構。

3、教育部表示，各縣市轄內閒置校舍管理係為地方政府之權責，為落實長照服務資源布建政策，教育部業多次召開聯繫會議，由該部盤點國、中小學閒置空間及併（廢）校並提供各縣市政府參考，鼓勵地方政府積極辦理。

4、衛福部及教育部持續督請各縣市政府盤整轄內閒置校舍及在地長照需求，活化利用作為社區式長照服務場所，如涉跨專業分工，則請地方政府建管、地政、消防等相關機關協助辦理，如有協調必要，

則由縣市首長召開跨局處協調會議，以增行政效能，擴展社區式長照服務場域及據點，滿足老人多元照顧需求。

(二)政府推動「長照2.0」，輔以前瞻基礎建設第一期、第二期整建長照衛福據點經費，補助地方政府修繕新增地點以推動長照相關服務。各縣市申請前瞻計畫補助之情形如下：

1、為加速布建社區照顧資源，衛福部 （長照司及社工司）、社會及家庭署及國民健康署透過挹注地方政府及部屬機構前瞻計畫整建長照衛福據點經費，以修繕、改建、興建等方式，積極活化公有設施，完備照顧服務體系。

2、有關部分縣市申請相關預算後又繳回經費情形主要係案件結案核銷之節餘經費或縣市自行申請撤案之經費，又第一期經行政院主計總處同意保留經費與衛福部核定補助經費之差額亦須繳回國庫。

3、依「公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點」規定，各直轄市、縣（市）政府應盤整轄下區域資源，並籌組推動工作小組，請首長或副首長召集會議，對提出申請之計畫書進行初審，相關文件審核屬實始可提報衛福部，該部再依計畫之可行性、效益指標及財務規劃審查其合理性後核定。

(三)衛福部針對部分縣市前瞻計畫補助經發包11次仍流標無法施作之說明：

1、查臺東縣成功鎮多元照顧服務中心業於108年8月13日工程決標，同年10月8日辦理動土開工儀式，已向衛福部申請50%款項並撥予成功鎮公所，目前工程地基已建置完成。

2、另查雲林縣莿桐鄉埔尾多功能活動中心也存有類

似情形，該案係因原規劃經費過低，申請單位業與雲林縣政府研議，並經縣府同意增加補助經費，刻正辦理招標公告。

3、衛福部針對流標案件，業採取以下策進作為：

（1）每月定期請地方政府回報案件進度，針對進度落後案件輔導地方政府處理所遭遇之問題。

（2）組成跨單位專案小組，定期召開「衛生福利部公共建設推動會報」，考核各縣市辦理情形，並配合工程會管考機制，督導地方政府確實依計畫辦理。

（3）辦理多次實地訪視，聘請委員共同參與會議，針對縣市工程進度及招標資料檢視其合理性，給予案件可行性建議及個別輔導。

(四)潛在需求個案之發掘：

1、為即時發掘潛在長照需求個案，衛福部推動「長照2.0」溝通宣導工作，並辦理「長照2.0在地宣導-長照知能認證里長授證」活動，於108年巡迴全國22縣市向各地村里長解說長照服務內容，提升村里長長照知能，期成為社區村里民第一線重要之長照個案發掘及通報者，認證人數計2,491人，占全國村里長人數的32.1%。

2、強化出院準備服務銜接長照，鼓勵醫院對出院病人進行妥善評估及長照服務連結。

(五)針對持續布建失智症民眾照顧資源配置：

1、「長照2.0」已將50歲以上失智症者納入服務對象，為強化失智社區照護資源，衛福部自106年起積極結合各縣市醫事、長照、社福機構（團體）等服務單位，成立失智共同照護中心及失智社區服務據點；截至108年底，業設置失智共同照護中心87處，失智社區服務據點434處。

2、為布建109年失智服務據點，已督請地方政府盤點轄內服務資源與參酌失智個案及家屬之照護需求，以資源不足地區為新據點布建原則，亦請共照中心輔導失智據點，協助據點開拓案源，以提升據點之服務量能。

十一、「長照2.0」服務品質之監督：

(一)衛福部對各地方政府落實執行「長照2.0」的督導機制：

1、衛福部訂有地方衛生機關業務考評作業，以強化中央與地方政府衛生政策之連貫性並確保執行成效，提升為民服務品質。

2、108年長期照顧業務之考評項目包括「長照2.0」之服務人數、資源、費用申報及撥款效率、宣傳、服務、前瞻計畫等，刻正執行成績評分相關作業。

3、考評成績將列入衛福部核定補助地方衛生局相關計畫經費之參考，且優等之獲獎縣市將獲得表揚，以鼓勵縣市落實執行「長照2.0」相關業務。

(二)各地方政府依規定定期辦理評鑑作業情形：

1、依「長期照顧服務機構評鑑辦法」第5條規定略以，「長照機構每四年接受評鑑一次；新設立或停業後復業者，自營運或復業之日起滿一年後之一年內，應接受評鑑。」

2、「長期照顧服務法」實施後，部分縣市政府於108年度首次針對轄內符合評鑑資格之居家式及社區式長照機構辦理評鑑作業，各地實際辦理情形如下表所示：

表25　居家式及社區式長照機構評鑑辦理情形

首次辦理年度	地方政府	縣市數
108	臺北市、臺中市、宜蘭縣、新竹縣、新竹市、彰化縣、南投縣、嘉義縣、嘉義市、花蓮縣、臺東縣、澎湖縣	12
109	新北市、桃園市、臺南市、高雄市、基隆市、苗栗縣、雲林縣、屏東縣、金門縣	9

註：連江縣109年2月7日成立第一家長照機構 (居家式)，尚未公告評鑑基準。
資料來源：衛福部。

(三)對於特約長照服務單位較少或欠缺的縣市政府之評鑑標準及服務品質是否存有明顯差異：

1、衛福部查復表示，「自106年起推動『長照2.0』計畫，發展以居家式及社區式服務為主之長照服務網絡，目前各項長照服務資源已有提升，現階段尚無服務資源過剩之情形。」

2、「長期照顧服務機構評鑑辦法」第7條規定略以，「評鑑項目包括經營管理效能、專業照護品質、安全環境設備及個案權益保障；評鑑項目之評鑑基準，主辦機關應於評鑑實地訪查前一年的12月公告之。」復按同辦法第3條，居家式及社區式長照機構評鑑乃地方主管機關之權責。

3、承上，居家式及社區式長照機構之評鑑基準及評鑑作業程序，係由主辦之縣市政府，衡酌在地長照服務需求及資源布建情形因地制宜予以公告。惟考量長照機構係因應「長期照顧服務法」之施行而新設，衛福部於107年度委託辦理居家式、社區式長照機構評鑑基準及試辦計畫，並於108年擬定該二類長照機構評鑑基準及評鑑作業程序參考範本，供各縣市辦理評鑑作業參考，藉以維護全國長照機構服務品質之一致程度。

(四)主管機關不同 (如非長照服務機構，分別由社政機關

或衛政機關主管的機構) 之評鑑標準及服務品質是否存有差異：

1、按「長期照顧服務法」第62條規定，該法施行前，已依其他法律規定，從事長照服務之護理之家、老人福利機構，仍得依原適用法令繼續提供長照服務。爰一般護理之家、老人福利機構等提供住宿式長照服務之機構，仍由各該主管機關依相關法規辦理機構評鑑，然各類機構之屬性及服務對象存有差異，評鑑基準本應有所不同，俾提升服務品質。

2、為提升長照服務品質、保障接受住宿式機構長照服務者之權益及提供民眾選擇機構之參考，衛福部於107年委託辦理「住宿式長期照顧機構、一般護理之家、老人福利機構評鑑基準整合及試辦計畫」，提出各類住宿式機構評鑑基準之整合方案，供各主辦評鑑機關參考。

(五)依調查評估，政府「長照2.0」計畫之實施對解決老人照顧問題是否已有助益：

1、「長照2.0」計畫自106年推動，服務人數106,864人，107年長照給付及支付新制實施，該年服務人數180,660人，成長69.06%，108年派案可服務人數284,208人，成長率57.32%，顯示使用服務之受益民眾已大幅增加。

2、而「長照2.0」計畫除給付及支付之服務外，已向前延伸至預防及延緩失能服務，讓被照顧者可依意願參加社區預防延緩失能 (智) 服務，另如屬失智或疑似失智症者，不論失能與否，也可接受失智共同照護中心及失智社區服務據點等多元長照服務。而為因應高齡化社會的長期照顧需求，減輕家庭照顧負荷，「長期照顧服務法」亦明確納入家庭照顧者，並明定各項支持服務項目，保障提供家庭照顧者權

益。107及108年度使用各類「長照2.0」服務人數如下表。

表26 各類「長照2.0」服務之使用人數

單位：人

年度	長照需求人數	長照給付支付服務	住宿式機構服務	預防延緩失能服務	失智社區服務據點	失智共同照護中心	家庭照顧者服務
107	765,218	180,660	86,824	35,562	14,494	29,532	14,324 (人次)
108	794,050	284,208	91,039	49,026	15,688	46,364	52,613 (人次)

資料來源：衛福部。

3、另經衛福部於108年委託故鄉市場調查股份有限公司針對長照服務使用者進行滿意度調查，結果顯示民眾對長照服務整體之滿意度達91.2%。各類長照服務項目之滿意度，詳如下表。

表27 各項長照服務滿意度

項目	滿意比率 (%)
A單位個管師	92.5
居家服務	94.3
日間照顧服務	95.5
小規模多機能服務	93.9
家庭托顧服務	96.7
交通接送服務	83.1
輔具租賃、購買改善服務	87.1
居家無障礙環境改善服務	85.9
喘息服務	89.1
專業復能服務	92.9
整體滿意度	91.2

資料來源：衛福部。

十二、「長照2.0」計畫執行人力配置、留任、流動及訓練：

(一)推動「長照2.0」計畫迄今，各年度補助各地方政府執行人力情形。各縣市照管人員及地方政府強化整備長照服務行政人力資源分配概況，詳如下表。

表28 各縣市照管人員核定員額 (105-109年)

單位:人

年度	105年	106年	107年	108年	109年
基隆市	6	19	20	20	21
臺北市	35	91	102	102	122
新北市	45	118	162	168	183
桃園市	22	58	85	86	90
新竹市	7	21	21	21	22
新竹縣	8	24	30	32	36
苗栗縣	12	33	38	42	43
臺中市	28	74	112	113	125
南投縣	10	28	46	52	53
彰化縣	21	55	64	64	68
雲林縣	18	47	47	47	50
嘉義市	8	24	24	24	24
嘉義縣	12	32	36	40	43
臺南市	28	74	98	103	111
高雄市	38	99	135	143	163
屏東縣	18	47	68	81	85
宜蘭縣	9	26	32	34	34
花蓮縣	12	32	65	82	82
臺東縣	7	22	37	55	57
澎湖縣	4	13	17	25	26
金門縣	3	10	10	18	22
連江縣	2	6	6	8	10
合計	353	953	1,255	1,360	1,470

註：

1、照管人員包括照顧管理專員、督導及行政人員。

2、105年度僅核定照專、督導，未含行政人員。

資料來源：衛福部。

表29　地方政府強化整備長照服務
行政人力資源分配情形 (106-109年)

單位：人

縣市	106年	107年	108年	109年
臺北市	8	10	12	16
新北市	10	13	16	19
桃園市	8	10	12	16
臺中市	10	13	17	21
臺南市	9	12	16	18
高雄市	10	14	18	20
宜蘭縣	7	8	10	13
新竹縣	6	8	11	13
苗栗縣	7	9	12	14
彰化縣	7	10	13	14
南投縣	8	11	16	17
雲林縣	8	10	13	14
嘉義縣	7	9	13	14
屏東縣	8	11	16	17
臺東縣	6	9	11	12
花蓮縣	7	8	11	14
澎湖縣	4	5	8	8
基隆市	5	7	9	12
新竹市	6	7	10	12
嘉義市	5	6	9	10
金門縣	4	5	8	8
連江縣	1	3	3	3
合計	151	198	264	305

資料來源：衛福部。

(二)居家服務員：

依據衛福部107年5月9日衛部顧字第1071960347號公告之「照顧服務員訓練實施計畫」，訓練時數計90小時：

1、核心課程：50小時 。

2、實作課程：8小時。

3、綜合討論與課程評量：2小時。

4、臨床實習課程：30小時。

5、直轄市、縣（市）政府得依其業務需要增列照顧服務員分科訓練課程內容與時數。但線上訓練之核心課程內容與時數，以衛福部辦理者為限。

6、失智症服務訓練：104年起實施，僅限居家服務員需受訓，取得結業證書，課程含失智症日常照顧及營養照顧、飲食建議等，合計20小時。

(三)辦理照顧服務員職前訓練單位之條件：

辦理職前訓練的單位分為六類：

1、依法設立之公益、醫療、護理社團法人

2、財團法人及公益、醫療、護理人民團體

3、設有醫學、護理學、社會工作、老人照顧或長期照顧相關科系所之大專院校

4、經衛生福利部或直轄市、縣（市）政府評鑑合格之醫療機構、護理機構、老人福利、身心障礙福利機構

5、依「長期照顧服務法」相關規定設立且經評鑑合格之長期照顧服務機構

6、依「工會法」設立且與照顧服務相關之工會

(四)「長照2.0」計畫之各項人力需求推估、參與培訓及任職情形：

表30 照顧服務員需求推估及在職人數 (106年至110年)

年度	照顧服務員 人力需求	照顧服務員 在職人數	照顧服務員 待充實人力
106	32,172	28,417	3,755
107	35,155	35,081	74
108	39,000~41,000	53,212	--
109	約53,000		
110	47,078 (暫依「長照2.0」計畫核定本)		

註：照顧服務員人力需求推估人數係包括:住宿式機構、團體家屋、居家及社區式長照機構、老人福利機構，護理之家照服員人數。

資料來源：衛福部。

表31 照管人力需求推估 (106年至110年)

人力 年度	**106**	**107**	**108**	**109**	**110**
照管專員	753	996	996	1,076	1400
照管督導	112	141	163	180	200

資料來源：衛福部。

表32 其他長照人力需求推估 (106年至110年)

服務人力	109年各類 人力需求數	現職 人數	各年度需增加人數 (年度)				
			106	**107**	**108**	**109**	**110**
照顧服務員	約53,000	(截至108年12月) 53,212	3,755	74	--	約9,900	--
醫事專業人力 (含護理人員)	註3						
社工人力	2,847	3,729	166	174	182	199	190

註1：依「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」規定，醫事人員及社工人員完成長期照護專業人力共同課程訓練 (即LEVEL I)，即可申請長照人員認證，提供服務。衛福部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統資料顯示，至109年2月18日，取得長照人員認證資格之醫事人員計29,728人，社會工作人員計3,729人 (含社會工作師997人)。衛福部107年1月1日起推行長期照顧給付及支付基準，醫事人員及社會工作人員可提供之長照服務項目為長照給付及支付基準之專業服務，107年及108年服務人數有顯著成長 (49,234人及84,794人) 。

註2：社工人力需求推估係依據衛福部104年度委託國立陽明大學「長期照護人力未來十年

需求推估研究」研究報告。

註3：醫事專業人力係提供長照給 (支) 付制度之專業服務 (C碼)，該服務係以跨團隊 (多專業模式) 提供個案或照顧者之訓練與指導，人力可與醫療資源相互流用，尚難推估人力需求。

註4：109年照顧服務員需增加人數，住宿式機構聘用人數高於需求人數，惟居家/社區人力需求尚有不足，爰增加人數主要係為此2類。

資料來源：衛福部。

表33 各類型長照服務之照顧服務員需求及人力缺口 (109年)

單位：人數

長照服務 (長照機構)	照顧服務員 需求	109年2月 在職人數 (截至108年12月)	人力缺口
居家式	約26,000	20,588	約9,600
社區式	約1,700	1,398	約300
機構住宿式	19,162	27,541	-
綜合式	如註1	2,012	如註2

註1、綜合式長照機構需求人數已納入居家、社區、機構住宿式一併推估。

註2、機構住宿式在職人數高於需求人數，係因需求人數僅按機構未設標人力比估算，未考量「勞動基準法」規範下之休假時數及輪班。

資料來源：長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。社區式長照機構不含C據點。

表34 101年以來，照顧服務員之培訓及任職情形

年度	參訓人數	領有照顧服務員結業證書	領有照顧服務員技術士證照	任職情形					
				居家服務	日間照顧(含小規機)	老人福利機構	護理之家	榮家	合計
101	(註2)	(註2)	(註2)	7,079	185	7,564	2,501	1,540	18,869
102				7,504	229	7,493	3,775	1,547	20,548
103				7,945	432	7,872	3,775	1,673	21,697
104				7,057	566	8,357	3,775	1,446	23,201
105				9,523	647	8,917	4,699	1,308	25,094
106				10,478	815	9,225	5,987	1,308	27,813
107				13,677	1,315	9,303	8,134	1,596	34,025
108				20,588	1,398 (社區式長照機構總計；不含C據點)	14,641	11,068	1,667	49,362

註：(統計截至108年12月底)

1. 108 年起資料來自長照機構暨長照人員相關管理資訊系統 (包含居家、社區、住宿式長照機構、老人福利機構、護理之家)；榮民之家由退輔會統計。
2. 依據「長期照顧服務法」第 6 條，非為醫事或社工專業證照之長照人員，及個人看護者之訓練、技能檢定等相關事項，係屬勞工主管機關業務範疇。是以勞動部除辦理照顧服務員單一級技術士技能檢定，並補助地方政府、團體依衛福部公告照顧服務員訓練實施計畫內容辦理照服員訓練，衛福部未有相關訓練成果統計。

資料來源：居家服務及日間照顧 (長照司)、老人福利機構 (社會及家庭署)、護理之家 (照護司)、榮民之家 (退輔會)；不含住宿式長照機構、綜合式長照機構、C 據點。

(五)為充實本國照顧服務人力，衛福部採行策略如下：

1、加強培訓：由地方政府在地辦訓，另鼓勵長照機構自訓自用。持續推動核心課程可採線上訓練方式，提高訓練之便利性及可近性。

2、學校養成：配合教育部鼓勵大專校院長照相關科系發展實務導向照顧課程與增設校外實習及推動高職設立長照科，擴大人力來源。

3、改善薪資：推動給付及支付制度，給予單位充足成本為照服員調薪；針對居家式照服員，明定月薪至少3萬2千元或時薪至少200元。

4、強化職涯：已於相關法令明定一定年資之照服員可擔任居家服務督導員、長照機構業務負責人之規定，促進晉升管理階級，或鼓勵創業成為「照老闆」。

5、職業尊嚴：藉多元宣導，增進民眾對照服員之正確認識，提升專業形象。

6、給 (支) 付偏鄉加成，誘發長照服務及人力資源：

7、長期照顧 (照顧服務、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)給付及支付基準之設計，考量原住民族地區及離島服務資源較缺乏及服務輸送不易，故提供較一般地區高20%之支付價格，且給付額度及民眾部分負擔仍以一般地

區價格計算，所增加支付金額由中央吸納，以減輕民眾負荷。

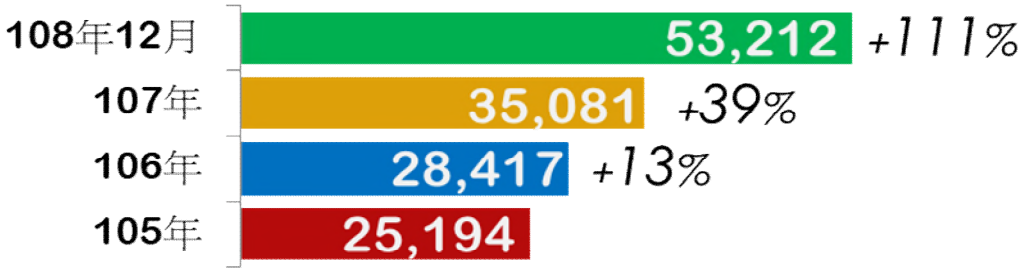
（1）為利偏鄉民眾長照服務之使用，鼓勵88個偏鄉(鎮區) 設置長期照顧管理中心分站，並加成補助居家服務、日間照顧、小規模多機能、家庭托顧等長照機構設立開辦設施設備費。另補助原住民族地區以部落為中心提供原住民長照整合服務，以提升原住民長者長照服務之可近性。

（2）為強化原住民族地區長期照顧服務、建構符合原住民族需求的長照模式，推動「原住民族地區長期照顧整合型服務試辦計畫」，鼓勵地方政府輔導部落在長者熟悉的「文化健康站」或其附近設立微型日照中心，提供日間照顧、夜間臨時住宿、交通接送、喘息服務等多項長期照顧服務。

（3）另依「長期照顧十年計畫2.0」原民專章目標，推動原住民族地區一鄉鎮一照管分站，已補助52處，以連結長者所需之長照服務或醫療服務及其他福利資源；並於照管分站設原住民族推動委員會，整合部落長照資源。

8、持續長照服務人力資源整備：

依失能人口數及長照服務資源布建情形推估，108年照顧服務員需求人數至少3萬9千至4萬1千人，截至108年12月底在職人數達53,212人【居家式20,588人、社區式 (含C據點) 3,071人、綜合式2,012人、機構單位27,541人】。105年至108年照顧服務員人數成長如圖五。



圖五、照顧服務員人數-105年至108年 (單位：人)

註：成長率 (%) 係以105年為基年。
資料來源：衛福部。

(六)在預知我國未來七年即將邁入超高齡社會前提下，政府長照人力之配置願景：

1、衛福部持續配合勞動部及教育部積極規劃辦理人力發展及相關就業措施，並藉營造友善環境，創造利多誘因，鼓勵更多人員投入長照服務；且持續依循長照資源布建情形，提升人力及服務量能。

2、次按「長期照顧服務法」所指長照，係依失能者或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與，照顧及相關之醫護服務，是以，民眾所需服務以居家照顧為主，惟考量老齡化之快速，居服人力恐難以因應，衛福部將持續翻轉照顧觀念，提高個案自主生活，減少全時且1對1之照顧需求。

(七)照顧服務員的流動情形：

1、衛福部統計，截至108年11月底止，全國提供住宿式服務資源共10萬8,160床，收容人數為9萬1,039人，收容率為84.2%。

2、自105年至108年照服員總人數由25,194人增加至53,212人，各類機構照服員人數均有成長，住宿式機構占床率自105年的77.3%增加至107年的79.0%，

照顧服務員人數亦逐年增加，由105年的14,924人增為108年的27,376人。

(八)本院實地履勘花蓮縣時，居家服務提供單位一粒麥子基金會的居家服務員中，約三成六具原住民籍，該基金會表達於服務原住民個案時，常有因語言隔閡造成溝通困難或有文化敏感度不足等問題，衛福部對此說明如下：

1、依據衛福部公告之照顧服務員訓練實施計畫，已納入由原住民族委員會規劃之3小時原住民族文化安全導論課程，授課講師來自該會提供之培訓師資料庫。

2、查原民會歷年已辦理原住民族職業訓練計畫，補助在地原鄉地區機關團體辦理照服員訓練，培養原民照服員，以提供原鄉地區就業機會及適切之照顧服務。

3、依法長照人員每6年應完成至少120點以上繼續教育，其中包含多元族群文化相關訓練，各機構團體得依所轄服務對象型態，發展訓練內容並辦理內部工作人員在職繼續教育，以提升服務品質與量能。

(九)對於照顧服務員之培訓及檢討：

依據衛福部公告之照顧服務員訓練實施計畫目的為培養社會大眾「基本照顧技巧」至少90小時，訓練內容及時數各地方政府得自行依需求增列；另實際照顧經驗的提升主要係來自個人提供照顧服務的累積，且為維持及充實服務量能，依法長照人員每6年應完成至少120點以上繼續教育，各機構團體得自行辦理內部人員在職訓練。衛福部於長期照顧給(支)付制度，透過對於較具專業技巧之照顧服務項目訂有不同之支付費用或加計，並發展進階訓練，照顧服務員經完成後得執行相關服務，包含失智症照顧服務訓

練、身心障礙支持服務核心課程訓練、足部照護、及口腔內 (懸壅垂之前) 及人工氣道管內分泌物之清潔、抽吸與移除等，進一步提升照服員之專業性及服務品質。

十三、其他機關推動長照相關服務情形：

(一)「長照基金」提供原民會辦理「文化健康站」:

原民會依據「長期2.0」計畫第六章-原住民族長期照顧，辦理「推展原住民族長期照顧-文化健康站實施計畫」，補助地方政府設置「文化健康站」。實施情形如下：

1、實施目的：

(1) 落實「長期2.0」計畫前端初級預防功能，連結後端失能專業照顧服務，並依長者身心狀況系統性地規劃照顧方案，據以提升原住民族長者之生活品質。

(2) 強化部落需求調查及資源盤點導入，建構原住民族地區看得到、找得到、用得到之多元化照顧環境，保障原住民族長者選擇故鄉終老的自由權利。

(3) 強化原住民族地區及都會原住民族聚落「互助支持文化」，培力在地志工及進用在地照顧服務員，以「原住民照顧原住民」之方式，提供因族因地制宜之長期照顧服務，維繫部落文化之傳承，滿足資源匱乏地區長者照顧需要。

(4) 打造原住民族地區之「長照偵測器」，透過照顧服務員的居家關懷，主動關心部落長者生活狀態，並依健康與生活照顧需求協助連結相關資源，以建構部落「經濟安全」、「健康醫療」、「居家照顧」、「部落(社區)照顧」多層次服務體系。

2、服務區域：原住民族地區及都會原住民族聚落。

3、服務對象：55歲以上健康、亞健康、衰弱、輕度失能原住民族長者 (長照失能等級由長期照顧管理中心照管專員以「照顧管理評估量表」評估結果為2~3級者)。

4、經費來源：

（1）106年度：

公益彩券回饋金、長照服務發展基金。

（2）107-109年度：長照服務發展基金。

（3）歷年補助推動情形：

表35　原民會補助縣市辦理「文化健康站」 (106年)

項目 補助縣市	「文化健康站」數	受益人數	補助金額 (單位：新臺幣元)
新北市	3	96	1,836,698
桃園市	9	270	6,922,045
臺中市	4	178	3,446,189
臺南市	1	23	464,000
高雄市	15	519	11,557,012
宜蘭縣	7	207	5,571,836
新竹縣	7	257	5,286,093
苗栗縣	10	227	6,735,680
南投縣	17	435	11,346,567
嘉義縣	7	165	5,170,140
屏東縣	31	1,187	27,400,940
臺東縣	24	1,216	19,162,794
花蓮縣	34	728	28,737,863
合計數	169	5,508	133,637,857

資料來源：原民會。

表36　原民會補助縣市辦理「文化健康站」 (107年)

項目 補助縣市	「文化健康站」數	受益人數	補助金額 (單位：新臺幣元)
新北市	5	176	10,023,140
桃園市	18	496	30,482,345
臺中市	11	35	19,812,215
臺南市	1	29	1,305,340
高雄市	23	761	43,217,395
宜蘭縣	10	302	16,563,150
新竹縣	8	252	12,547,920
苗栗縣	10	260	16,252,000
南投縣	21	556	27,874,790
嘉義縣	7	174	9,670,480
屏東縣	38	1,437	62,985,510
臺東縣	49	1,101	73,563,965
花蓮縣	45	1,584	80,624,320
新竹市	2	58	3,254,930
合計數	248	7,542	408,177,500

資料來源：原民會。

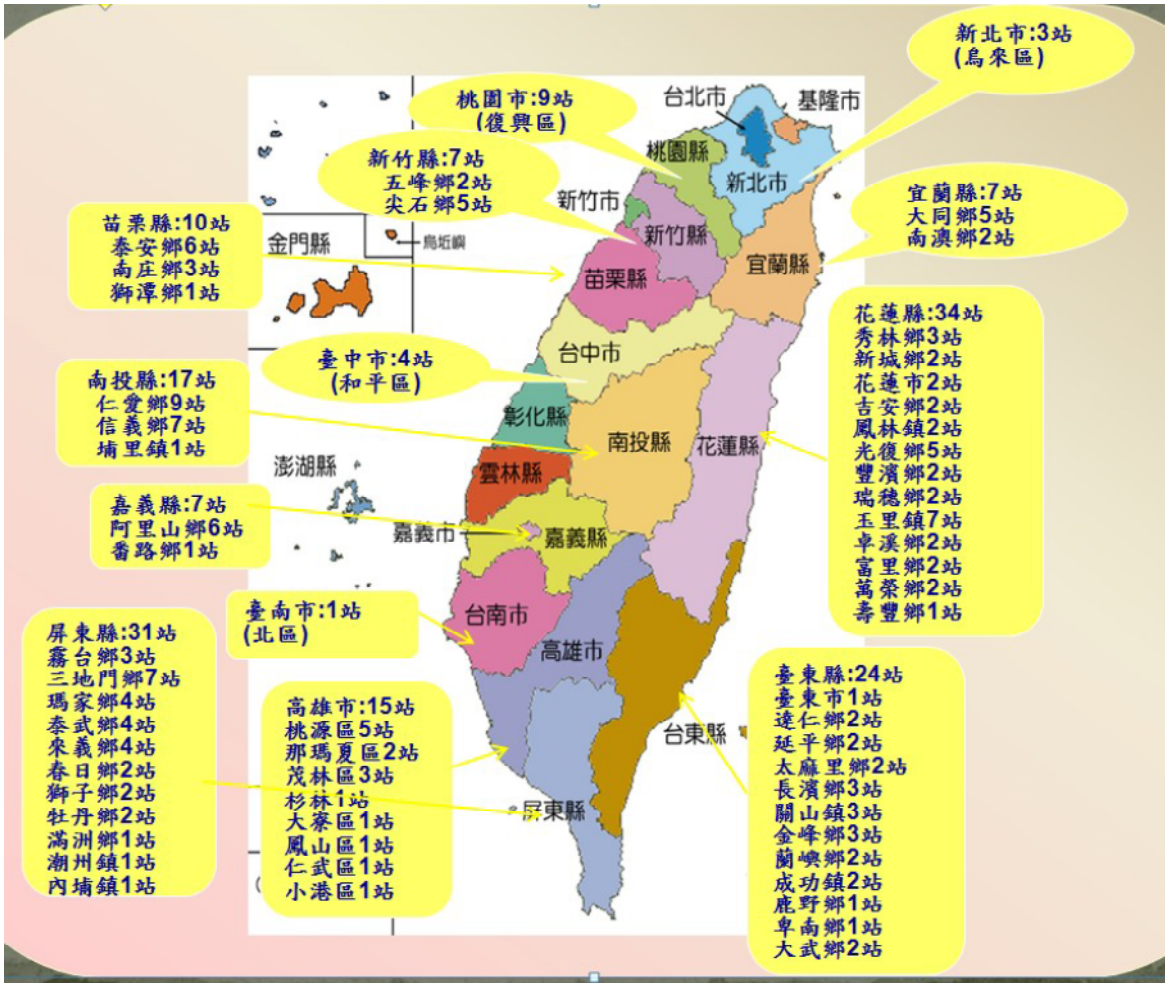
表37　原民會補助縣市辦理「文化健康站」 (108年)

項目 補助縣市	「文化健康站」數	受益人數	補助金額 (單位：新臺幣元)
新北市	7	272	22,885,635
桃園市	18	663	45,951,515
臺中市	15	497	38,986,332
臺南市	1	40	3,556,382
高雄市	25	850	66,386,564
宜蘭縣	12	615	27,293,638
新竹縣	9	499	19,297,496
苗栗縣	10	536	26,232,923
南投縣	25	980	53,406,876
嘉義縣	7	174	13,439,689

項目 補助縣市	「文化健康站」數	受益人數	補助金額 (單位：新臺幣元)
屏東縣	53	2,121	133,105,258
臺東縣	71	1,930	132,582,095
花蓮縣	65	2,495	169,298,216
新竹市	1	43	3,339,559
合計數	319	11,715	755,762,178

資料來源：原民會。

5、「文化健康站」之分布情形，詳如下圖。



圖六、原民會補助縣市辦理「文化健康站」分布 (106年)

資料來源：原民會。

6、「文化健康站」實施之服務品質監督機制：

原民會每年度均會辦理全國「文化健康站」查核作業，藉由長期照顧、社會福利、長者友善空間及熟諳原住民族事務之專家學者實地查核，協助提供「文化健康站」專業意見及政策建議，以滾動修正該會推展原住民族部落文化健康照顧計畫，以建構優質之原住民族「文化健康站」。查核結果原則分列為優等至丙等，獎懲標準如下：

（1）優等：查核結果成績優等者，由原民會頒發獎座乙個及獎狀乙紙，次年賡續補助設置。

（2）特甲等：查核結果成績獲甲等者，由各地方政府頒發獎狀乙紙，次年賡續補助設置。

（3）甲等：查核結果成績獲甲等者，由各地方政府頒發獎狀乙紙，次年賡續補助設置。

（4）乙等：查核結果成績列乙等者，得賡續補助設置，並加強檢討改善，倘3個月內未改善酌減補助費1-5%。

（5）丙等：依委員建議限3個月內改善，經複評未改善者不再補助設置。

(二)相關部會自行挹注經費：

1、農委會：

（1）為輔導農漁村推廣照顧農漁村健康及亞健康高齡者，農委會輔導辦理農村社區生活服務中心、農漁村高齡休閒活動及課程等服務，以對接「長照2.0」服務，並於相關農會聯繫會報、討論會及合作說明會時與衛福部商討相關服務推動機制。

（2）自105年起，農委會即與衛福部合作鼓勵農會申請社區照顧關懷據點，強化農會組織社會公益形象，自106年起希望讓農村社區生活服務中心配合長照體系，加入成為功能性據點，並將合作推

動社區營養推廣，冀結合衛生系統的營養師加入綠色照顧站，讓農村高齡者得到營養照顧，以達健康老化之目標。

（3）農委會亦補助農漁會辦理農漁村在地老化及健康老化的社區初級預防性照顧服務。為擴大推廣成效，部分縣市政府亦補助經費予當地漁會作為計畫配合款。

（4）另，為因應農漁村人力結構之嚴重老化，109年起農委會鼓勵農業團體利用農漁村自然元素，結合農漁民團體與在地志工組織，協助在地高齡者健康老化，爰補助農會及漁會辦理綠色照顧推動示範計畫，導入農業專業及融合健康概念，以吸引高齡者進入農漁村，此與衛福部現行補助計畫實施內容確有差別。

2、客委會客庄地區推動「伯公照護站」計畫：

（1）蔡總統競選時，曾提出「建構伯公醫療行動網」及「推動夥房銀髮照顧中心」兩大重要客家政策，期藉由客庄銀髮族在地安養，具體改善客庄偏鄉醫療的現況，更藉以提供年輕人在地就業，活化客庄新夥房，減緩客庄人口外移與老化。

（2）客委會表示，自106年11月開始，即與衛生福利部及地方政府共同合作，在「C級巷弄長照站」既有長照服務功能上推動「伯公照護站」計畫，以「老有所用」、「老幼共學」及「經費彈性運用」等3個原則，提供客家文化環境建構、客語志工、客家文化活動、交通接駁、營養津貼等5項文化加值，以及「送藥到點」、「行動醫療」、「遠距照護」等服務加值，以服務客庄長者。

（3）伯公照護站計畫之經費及核銷：

〈1〉由客委會各年度相關業務費預算項下支應及

與地方政府以經費分攤方式共同辦理。

〈2〉客委會歷年與各縣市分攤經費推動「伯公照護站」計畫情形如下表。

表38 客委會歷年與各縣市分攤經費推動「伯公照護站」計畫情形 (106至109年2月24日)

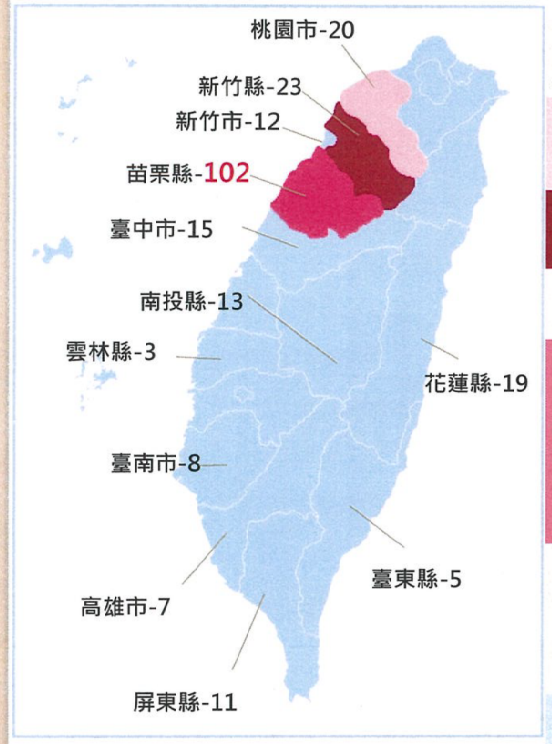
單位：元

縣市/年度	106年	107年	108年	109年 (截至2月24日)
桃園市	468,000	453,600	1,847,600	1,947,600
新竹市	152,000	147,000	838,000	1,318,000
新竹縣	510,000	422,800	1,138,000	2,248,000
苗栗縣	156,000	746,000	3,321,800	6,774,800
臺中市	354,300	1,003,000	1,461,200	1,828,800
雲林縣		12,800	127,600	388,000
南投縣	156,000	260,800	1,018,000	1,158,000
臺南市			78,000	928,000
高雄市			338,000	448,000
屏東縣			748,000	1,108,000
花蓮縣	546,000	326,000	1,048,000	1,558,000
臺東縣	78,000	60,000	118,000	598,000
合計	2,420,300	3,432,000	12,082,200	20,303,200

資料來源：客委會。

（4）客委會推動「伯公照護站」計畫兩年多來，在全國客家文化重點發展區所隸屬之11個縣市均已成立「伯公照護站」，累積至109年度，「伯公照護站」共計238處，詳如下圖。

伯公照護站分布圖



縣(市)政府 (客家人口比例/老年人口比例)	鄉（鎮、市、區）	小計
桃園市 (40.5%/12.6%)	中壢區(5)、平鎮區(3)、楊梅區(4)、大溪區(1)、龍潭區(2)、大園區(3)、觀音區(1)、新屋區(1)	20
新竹縣 (73.6%/16.9%)	竹北市(3)、新埔鎮(3)、湖口鄉(6)竹東鎮(5)、新豐鄉(3)、峨眉鄉(1)關西鎮(2)	23
新竹市 (34.5%/11.5%)	東區(6)、香山區(6)	12
苗栗縣 (64.3%/18.6%)	苗栗市(11)、公館鄉(6)、竹南鎮(10)後龍鎮(9)、通霄鎮(3)、苑裡鎮(7)、卓蘭鎮(3)、造橋鄉(3)、頭屋鄉(5)、頭份市(15)、三義鄉(5)、大湖鄉(3)、獅潭鄉(2)、三灣鄉(2)、南庄鄉(4)、泰安鄉(8)、西湖鄉(2)、銅鑼鄉(4)	102
花蓮縣 (32.4%/20.2%)	花蓮市(5)、鳳林鎮(4)、玉里鎮(2)、瑞穗鄉(3)、吉安鄉(1)、壽豐鄉(2)、富里鄉(1)、光復鄉(1)	19
臺東縣 (19.8%/20.6%)	鹿野鄉(4)、池上鄉(1)	5
總計		238站

縣(市)政府 (客家人口比例/老年人口比例)	鄉（鎮、市、區）	小計
臺中市 (17.6%/17.3%)	石岡區(3)、東勢區(5)、新社區(3)、豐原區(3)、和平區(1)	15
南投縣 (15.2%/20.7%)	國姓鄉(3)、水里鄉(2)、南投市(2)中寮鄉(1)、草屯鎮(3)、魚池鄉(1)埔里鎮(1)	13
雲林縣 (8.3%/21.2%)	崙背鄉(3)	3
臺南市 (6%/19.1%)	楠西區(1)、東山區(1)、南區(2)、安南區(1)、白河區(2)、新營區(1)	8
高雄市 (12.6%/22.5%)	美濃區(4)、六龜區(1)、杉林區(1)甲仙區(1)	7
屏東縣 (25.3%/20.1%)	內埔鄉(3)、佳冬鄉(2)、長治鄉(2)竹田鄉(2)、高樹鄉(1)、萬巒鄉(1)	11

(106年35站，109年增加為238站)

1

圖七、客委會「伯公照護站」之分布

3、經濟部工業局：

經濟部工業局109年度科技計畫簡介內容指出，與高齡者服務有關之補助計畫計有：

（1）健康福祉創新服務計畫：

〈1〉計畫目的：健康福祉產業是生醫產業創新推動方案之特色重點產業。運用ICT技術及跨業整合，以永續經營的方式發展健康福祉創新服務模式，透過場域試驗優化服務模式，以利布局國內外市場。本計畫輔導健康福祉廠商應用資通訊技術，發展創新服務模式。

〈2〉輔導對象：公司。(有意發展健康福祉服務之相關廠商)

〈3〉輔導申請程序：有意願之廠商，逕向輔導窗口聯繫，依據當年度輔導申請須知辦理。

〈4〉輔導內容：發展創新營運模式輔導案以滿足高齡族群之健康養生、樂活休閒及生活支援等需求，結合相關產品與服務，透過場域試驗優化服務，滿足高齡者便利優質生活之目標。

〈5〉推廣內容：(1) 選定國外潛力市場，舉辦國際拓銷媒合活動，協助創新服務模式跨境合作，帶動產業出口契機。(2) 舉辦產業推廣或交流活動與成果發表會，以提升產業合作交流意願，並透過發表計畫研究成果與輔導成功案例，以有效推廣政府健康福祉產業推動政策與成果，共創商機。

（2）食品產業創新與優化推動計畫：

〈1〉計畫目的：

《1》法規及國際認證為進入市場之門檻，協助國內具外銷潛力食品產業鏈工廠導入可接軌美國及國際安全管理新規範零時差之食品

防護計畫，以提升國內食品產業競爭力。

《2》建置保健與高齡食品交流平台、業者輔導、訪談及研討會，提供保健與高齡適性產品之開發服務，媒合供需兩端，拓展保健及高齡國內、外市場。

〈2〉輔導內容：

《1》保健食品開發輔導服務：以日常膳食之食品為載體，開發多元化保健營養食品，輔導廠商找出最適加工條件，使其產品具特色與口感，以推動量產及商品化為目標。

《2》高齡食品開發輔導服務：以「改善高齡者飲食生活之相關產品開發」以及「可維持、增進、補助高齡族群生活機能食品之開發」為產品發展方向，輔導業界開發高齡適性產品，擴及試量產規格並推動上市。

（3）普及智慧城鄉生活應用計畫：

該案相關補助經費之管理及計畫審查，委託財團法人資訊工業策進會執行「智慧城鄉生活應用發展計畫」，協助推動「普及智慧城鄉生活應用計畫」之補助工作項目。

〈1〉推廣內容：以地方重點智慧化需求為主，結合相關主管機關能量，運用創新及新興資通訊科技提出解決方案，如人工智慧、物聯網及大數據等。透過產、學、研的能量交流，共同進行應用技術之開發與技術可行性驗證工作，提高研發綜效。運用公私協力合作機制，推動縣市導入智慧應用，如智慧交通、智慧治理及智慧生活等依在地需求所量身打造的應用。

〈2〉以「雄健康打造智慧樂活社區共照應用服務」為例：面對高齡化社會、慢性病普遍、照護服

務資源不均、服務建置與維運成本高等問題，經濟部工業局「普及智慧城鄉生活應用計畫」於高雄、屏東、澎湖等縣市推動「雄健康打造智慧樂活社區共照應用服務」，在高屏澎13行政區建置120處社區健康服務據點，串連200餘所合作醫療院所診間資訊與服務，試煉健康照護商業模式，目前已累積高達12萬名註冊會員，其中50歲以上熟齡族使用率約佔7成；於個人健康端的應用，已累計超過100萬人次的服務使用與健康紀錄瀏覽次數。

〈3〉「雄健康」主導廠商中華電信以IT技術服務，聯合新創公司「先進醫資」的軟實力，打造社區共照生態系與創新遠距照護平台，為融入民眾生活接地氣。民眾可於計畫所打造之健康服務據點，使用整合式生理健康量測站，利用雲端平台紀錄並長期追蹤個人健康數據變化，且到計畫合作醫療院所與診間，讓醫師利用個人健康紀錄進行諮詢與輔助診療。此外，計畫團隊更透過參與如高雄萬年季、澎湖花火節、屏東設計展等大型活動，辦理社區及醫院衛教健康講座、失智篩選等活動，將原本嚴肅無趣的醫療事務或健康促進融入民眾生活。計畫執行至今，相關服務也已擴展到泰國及馬來西亞等國。未來將朝滿足醫院端量測需求、智慧化社區自主健康營造，以及職場健康檢查等商業模式發展。(資料來源：經濟部工業局網站)。

（4）本院實地履勘澎湖縣社區照顧據點辦理「居家量測、評估串醫病-新智慧健康服務平台」：

〈1〉經濟部科技研究發展專案智慧城鄉生活應用補助計畫地方創新類計畫-計畫名稱：居家量

測、評估串醫病新智慧健康服務平台，由仁寶電腦工業股份有限公司、浩鑫股份有限公司執行。

〈2〉計畫分項：A智慧健康整合平台服務 (包含：智慧健康雲平台、健康管理APP、健康資訊查詢與衛教推播)、B社區長照據點服務 (包含：四縣市示範據點建置、智慧健康營運模式與市場擴散、智慧健康體適能體驗與維運服務)、C居家健康照護服務 (包含：規劃佈署社區服務據點、規劃佈署社區據點量測服務、共照銀髮生活圈服務及照護平台)、D場域驗證與行銷推廣 (包含：居家關懷、量測服務管理、用藥安全及衛教諮詢服務)。

〈3〉於社區服務據點建置「居家量測、評估串醫病-新智慧健康服務平台」：嘉義市30處、嘉義縣74處、雲林縣95處、澎湖縣13處。

〈4〉截至108年12月31日止，嘉嘉雲澎4縣市社區整體量測系統使用人數共計6,816人，使用達6萬9,670人次。

十四、「長照2.0」計畫之後續檢討及永續發展：

(一)「醫養合一」方案對「醫療照顧」及「生活照顧」之需求推估：

1、我國老年人口比率已於107 年3 月達14.05%，成為名符其實之高齡社會，預計將於115 年成為超高齡社會，即20%以上的人口均為65歲以上的老人，已如前述。又健保資料顯示，105年老年人口使用健保醫療費用占總支出費用的34.96%，每位老人使用門診醫療費用較非老人高出3倍，且老人具較高的慢性病盛行率，因此，在我國人口結構快速老化的

情勢下，將形成未來健保財務相當大的負擔。衛福部積極整合醫療、安養、服務機構功能及資源，強化出院準備服務及推動居家失能個案家庭醫師照護方案。

2、強化出院準備服務銜接長照：鼓勵醫院對出院病人在住院期間，藉由專業人員介入與病人及家屬共同參與，協助病人及家屬，在住院過程中能獲得良好醫療照護，除改善病情外，亦獲得相關護理指導知識及自我照顧的技能，透過有計劃性醫療照顧，依病人出院後的照護需求，妥善規劃安排後續照護，確保病人能獲得連續性的照護服務。並整合社會資源，使被照顧者順利自醫院回到社區或其他照護機構，以得到出院後最佳的照護品質。

3、居家失能個案家庭醫師照護方案：據失能個案調查，有八成以上具慢性病，除了同時有醫療照護需求外，一旦疾病惡化更可能導致進一步失能。為預防慢性疾病惡化加劇民眾失能或失能程度，結合家庭醫師制度提供健康指導與醫療服務，建立居家失能老人醫療照護網絡，期能藉由專責醫師及護理師定期家訪，有效進行健康管理並控制慢性病惡化，以減少門診醫療費用及住院負擔。

4、以本院履勘馬公市第三衛生所為例，該所透過醫師兼主任1人、護理師3人，藉由專責醫師及護理師定期家訪，推動復能及專業服務及居家失能個案家庭醫師照護方案，提供失能個案健康及慢性病管理，以建立居家失能個案長照與醫療整合之照護網絡。

(二)推動「預防及延緩失能照護計畫」之執行情形及具體成效：

我國人口快速老化及平均餘命持續延長，致失能、失智人口增加快速，為預防及延緩因老化過程所

致之失能或失智，衛福部自106年起推動預防及延緩失能服務，並結合社區在地資源，以老人為中心共同推展。108年更整合長照服務資源，預防及延緩失能照護服務分別由C據點 (社區關懷據點、醫事單位及「文化健康站」組成)、失智據點及其他非失智據點提供服務。茲簡要說明執行成果如下：

1、106年度計畫推動因係屬創新服務，無前例可援，預備時間較長，執行期間相對縮短，執行情形未如預期，107-108年度服務據點數均已遠超過布建目標，服務人數較106年分別成長107%、186%。又107年因組織更動，本項業務由護理及健康照顧司移至長期照顧司籌備辦公室接辦，計畫執行期間縮短，且據點分為新增型及延續型，而部分縣市先以延續型據點寬估所提列之經費，後續再依實際據點成立之型態核銷，以致執行經費出現落差。

2、考量預防及延緩因老化過程所致失能或失智係屬預防保健業務，是項業務自108年起改由衛福部國民健康署統籌規劃執行。

表39 「預防及延緩失能照護計畫」服務成果一覽

年度	106年	107年	108年
預定布建數	1,000	1,500	2,000
實際布建數	850	2,213	3,105
服務人數	17,140	35,562	49,026

資料來源：衛福部。

表40 「預防及延緩失能照護計畫」執行經費 (106至108年)

單位：千元

年度	106年	107年	108年（健康署）
預算數	1,512,830	753,750	979,520
決算數	379,065	291,043	588,961
執行率	25.06%	39%	60.1%

資料來源：衛福部。

(三)在預知我國未來7年即將成為超高齡社會前提下，對「長照2.0」計畫永續經營之規劃：

1、落實在地老化的政策目標，積極建構以社區為基礎之整合式服務體系，增進長照服務提供單位分布密度，提高服務資源之多元化及可近性，建置優質長期照顧服務體系。

2、「長照基金」之財務規劃係「以支定收」，依據長照服務支出情形，來規劃收入規模，爰日後若遇稅收財源無法因應失能人口之快速成長時，將依「長期照顧服務法」第15條規定，編列政府預算撥充予以支應，以穩健長照資源之布建與長照服務之推展。

十五、本院實地履勘情形概述：詳如後附錄。

十六、諮詢會議摘要：

(一)第1場諮詢會議

1、時間：109年2月12日。

2、專家學者：

（1）國立臺灣大學健康政策與管理研究所-江東亮教授

（2）國立陽明大學衛生福利研究所-李玉春教授

（3）臺灣失智症協會-湯麗玉秘書長

（4）臺灣失智症協會-詹書媛政策研究專員

（5）一粒麥子基金會-林木泉執行長。

3、發言要旨 (依姓氏筆畫序)

發言者	發言重點
江東亮	➢ 1986年國科會研究，本人參與其中。針對特定的計畫，應視其目的/目標為何？「長照2.0」只是策略，目標實在不清楚。看起來目標是：復能、減少功能衰退，看起來長照是老人照顧的一環，不應與老人照顧業務切割。對失能者提供服務，復能只是延緩失能，執行上應能避免進入失能狀態，此部分應由國家角度來思考老人整體生活的照顧。 ➢ 日本名古屋是以老人在社區過生活，社區應如何發展、設計讓老人在社區生活，不只是老人。去年、前年，國衛院高齡健康方案，內容有公平性的議題，本人有參與。目前看起來策略與作法是否達到目標、總目標、策略、如何經營永續是必要的重點，似乎不只是財源永續，而是錢要花在刀口上。106年實施迄今逾2年多，政府對「長照2.0」計畫評估並沒有很清楚，而是計畫中，應包含評估的經費，此為我們國家弔詭之處，應要求每年都要計劃評估報告。1來沒目標，2來沒評估，執行只有撒錢。 ➢ 全國發展的趨勢，從1884年開始，俾斯麥 (社會控制)，1950新階段，醫療是策略，推公醫、全民健保，重點是可近性。1960年後期、1970年石油危機，實質經濟負成長，應重視整體費用，與經濟成長掛勾，制度建立與經濟發展掛勾，不應脫鉤，財政規劃怎麼會是以菸稅等為收入來源？ ➢ 長照目標應人人能夠獲得長期照護，長期照護費用應管理在社會可負擔的範圍，總體經費應由國家可承擔的範圍。用菸捐，國健署的費用就減少，或許因此預防失能的經費。(增加了某一項卻因此某項沒有) ➢ 需求估計全國統一標準，原住民地區就不適用，人口組成及平均壽命是不同的。中央應賦權地方政府，需要有訓練的課程，中央機關的人要充能。對病

發言者	發言重點
	人的評估應該是外面的人來做，不需要都靠自己，收集到的資料要儘速的分享，去做評估，資料應如何處理，可以局部的運用。800多萬老人，受服務的人口不能只能講老人，包含身心障礙，這兩類族群的制度可能有通用、不一樣的需求，應予區分。 ➢ 以健康存摺為例，開放部分權限可查。資訊系統對個案的評估不應再做第2次，應用區塊鏈的方式。健保有總體的資料，個資的部分確實也需要管控。長照系統與健保系統連結可 (以信用卡資料為例，在美國可充分掌握，用關鍵字就可以查出所需的資料。) 但應注意水能載舟、亦能覆舟。 ➢ 倘以市場機制，政府操控機制，宏觀調控是需要的。回到根本的原則，目標為何。做了a連動bcd，自動調整的機制就沒有，但完全由市場操作也不好。(以政治滿意度為例，選舉滿意度越高，沒有不滿意，平均壽命低，死亡率越高) 做一件事在兩價值間，在民粹之下或市場機制，應允許其自我調整的機制。決策太清楚具體，會帶來不必要的影響。多辦一些大家交流的活動，不是因為要做甚麼才給錢。(金山分院推動善終，用論人計酬，計畫停掉，如何去賺它們的錢，某學生認為以前是論人，現在認為賺越多越好) 如何在大家共同的價值觀下去推動。(運動就拿積分，但有一些人就不想申請，經費就不能全部放在該活動)。多元化則避免失敗。 ➢ 做決策，上有政策、下有對策 (以家庭計畫為例，要賣保險套，夏天賣得比較好，冬天賣得不好) 管到執行的層面，就會有很多的問題。 (臺東減重，前測大家就衣服穿多一點) 規定要考慮到人性，科學的驗證。(以美國已研究建構式數學是沒效的)提出來的東西是不是人家有研究過？有沒有效果？而非予以實驗。用稅收是不好的 (英國健保學者表示，建議千萬不要用稅收) 稅收需要跟其他單位爭預算，因此也要學學人家的經驗，不應參觀人家做甚麼，就學人家做。科學的證據走在前面的，然後要趕快做評估，因為不知道好不好。衛福部應內部檢討為是。

發言者	發言重點
	➢ 縣市越有錢，機構密度低，土地成本太高，居服員的密度也比較低，外籍看護密度高，與地方文化民情經濟發展都有關係，但目前都中央統一標準。政府負責管理面的宏觀政策調控就好。
李玉春	➢ 雖「長照2.0」名義上屬稅收制，但實已利用當時規劃保險制的大部分元素在推動，如特約、給支付標準等，這些做法已大幅度刺激供給面的增加，有目共睹，也看到政府推動的努力，涵蓋率亦有所增加。目前涵蓋率的計算可能比較有問題，之前計算公式是把外勞及住機構的服務數排除，但選舉之前，外勞已經在服務，拿掉其實並不合理，此部分計算上恐有疑慮。 ➢ 「長照2.0」計畫使用當年規劃的評估量表，但在核定給付時，比較大的問題是，當年規劃是分好幾包，但現行將照顧服務與專業服務串在一起，卻用照顧服務那一包，這個會有很大的問題，倘兩者服務都需要的時候，實際上是不夠的，A單位如果有利益衝突時，很容易建議使用照顧服務而不建議使用復能服務，此與其他國家復能優先政策，其實是衝突的，此為比較大的問題。照顧服務與專業服務評估條件不同、決定的等級也不同、社區與機構也都不一樣，不能全部都用一樣的規畫，在資源分配上其實是有些問題的。 ➢ 照顧管理這個機制的問題，規劃時堅持服務的提供與照管應分離，一個是供應權力資源的分配、一個是服務體系，服務體系可以有照顧協調員，但現在一分為二，一分面是疊床架屋，更嚴重是利益衝突的問題，日前曾發生過B服務單位要向A單位送禮，怕A單位不給個案。 ➢ 服務體系存有不公平的問題 (如利用的不平等，比較瞭解、知道的人用的比較多)，亦有城鄉差異的問題 (當年規劃偏鄉比照健保的IDS，挹注一整筆預算給偏鄉，讓其衡量配置該有的人力資源發展等，當然會將交通納入考量，但此部分似未推動) 偏鄉的服務體系應該跟都會區有所不同，以新北市為例，推動有區域的計畫，如平、雙、貢，係以衛生所

發言者	發言重點
	為中心，如能整合良好，有助於整體資源的運用，但現在只有運用單一體系在運作，其實並不利於偏鄉。 ➢ 資源挹注太多，縣市要消化預算是錯誤的，卻以核銷比率為指標，是不合理的。錢太多，有些縣市就拼命花，較容易浮濫的服務是復能服務，最可以花，1次1500，部分縣市有些用得非常的多，有研究指出，需要復能的個案使用率可以0至100% ，落差非常大，表示A單位一方面對復能服務認知不足，故建議使用會出現不足或使用過多。 ➢ 菸稅長期而言是高估，長期以來是可能有問題的。錢太多，但究竟能夠用幾年，是我們的擔心。當年規劃5、6年後打算實施保險制，但目前都沒動。財務規劃根本就是錯的，做政策的人不應看短期，不應依據規模來決定制度，現在應好好的檢討。 ➢ 補助服務有小規機、家屋、家托。政府要做的是立法、好的環境。依服務類別來給付，例如：照顧服務在哪裡都要付，應該回到給付內容為何，住宿型的膳宿費不付，團屋就是不對。現在支付都在輕症，應優先做的，反而不能優先。照顧者支持服務應優先，但目前不足。應重新將服務內容列優先順序，優先做照顧服務陪伴，優先順序很重要，荷蘭、日本都把輕度拿掉，前端不應是長照的錢，透過其他公務預算做更多。 (居家護理沒給機構，只給居家服務，之後才給護理之家) 有優先順序才能把錢用在刀口上；試辦計畫政府綁太緊，無法因地制宜。
林木泉	➢ 現有「長照2.0」的問題，A單位個管的問題，早期是照管專員人數不足，才會開放NGO去做A個管。現在是招得到照專，現在BC就在搶。以慈濟搶進A個管，分配資源給其系統服務個案，目前無公平的分配。最好的方式應讓A個管回到照管中心，目前應有能力可做。今年開始除原民鄉之外，無人事補助費，但退場有限，服務單位專做服務的提供，個管應回到公家單位。

發言者	發言重點
	➢ 大部分的提供者多為小型，資訊化的問題，小團體實無經費可以執行。長照提供者的資訊系統應為申報及服務系統。經濟部創新方案，補助ICT廠商，但是大數據分析，借重科技做成大數據，予以產業發展，此應是更後端的事。一粒麥子基金會用仁寶居服系統，13名工程師在做，系統政策一直在變，如果沒有該公司，一粒麥子做不到。政府應鼓勵引導ICT廠商能真正的幫助機構服務系統。 ➢ 居服母語的問題，1.可以透過高齡友善服務計畫，與醫院評鑑掛勾，居家機構也要評鑑，可以將母語放入評鑑標準內，但強度不夠。2.偏鄉、原住民鄉有加給3千，交通經費的貼補3千，故每月花蓮居服能外加6,000元，如透過母語的設計，6,000元撥一部分，如經過母語認證，予以加給。 ➢ (委員問：臺東一名個案，有三位居服員的服務提供，如果資源有限，為何他可以有哪麼多人服務？是否普遍？) 該類個案有，但不多，他可能找到人幫他爭取資源，或制度造成 (送餐1個人、志工系統、失智系統、長照系統) 系統沒整合。原民鄉只要要付錢，就不接受，此是最大的差異。 ➢ 長照保險規劃中，家庭照顧者的津貼補助，現只有喘息服務，家庭照顧者並不明顯，政府在推老老照顧，家庭照顧者獲得支持，應給照顧津貼，是最大的幫助。 ➢ 衛福部資訊系統因依「採購法」年年換廠商，往往也是最低標，從防弊的觀點出發，廠商間就沒整合，不像全民健保自己有規劃及執行的能力。 ➢ 本人認為機構式照顧應最優先，社區、居家式都需要家庭照顧者投入太多。目前政策才開始關心機構式照顧，才能讓家庭照顧者釋出生產力，對社會貢獻；第2則投入延緩失能。
湯麗玉	➢ 本協會迄今已30年了，依據政府研訂的失智症政策綱領，對每年的執行有清楚明確的目標。「長照2.0」似較沒那麼清楚，我贊成定期評估，且應透明化、公告，不應關起門來檢討，此為最基本的。政策綱領出來後，確實都沒有再找大家來討論。

發言者	發言重點
	➢ 「長照2.0」資源確實增加了，民眾抱怨少，是值得肯定的。錢有無用在刀口上，目前發展共照中心、失智照顧據點，近幾年來是越來越緊。疑似失智者納入，但往往變成氾濫的機會。經費上對失智症上，核銷管理上有漸趨緊縮，建議可以邀請單位來談，有做功德的感覺。近期在申請作業上，有一些單位是退出，現是重新討論的時候。 ➢ 80多個共照中心涵蓋的個案多屬其醫院的個案，其他醫院的個案則少，未來建議類似糖尿病的照護網。都會是醫院承接，是因為需要確診，但之後的失智照顧據點就需要找NGO合作。失智症照顧據點，目前是每年要提計畫，擔心不知道有沒有，或有無改變。希納入「長照2.0」給付，讓其穩定及發展。 ➢ 年輕型的失智，外界目前是不了解，以新竹為例，年輕人口多的地方，年輕型失智的人最多，應有專門的年輕型失智症的服務提供。希能儘快可以有。 ➢ 資訊系統是讓大家受苦的地方，今年過年時，支審系統委託長榮大學設計，建議借鏡健保的經驗，讓這些系統可以整合。「長照2.0」已評估，在失智症時仍需再評估一次，建議相關資訊系統可以整合。 ➢ 去年有失智症的大調查，臺灣約有一半以上家屬、專業人員認為我們有足夠的資源，但家屬及專業人員認為醫療專業人員對失智症是忽略的，專業人員的訓練是需要加強的。另，我們去年做了滿意度調查，使用到服務的，很滿意，沒使用服務則一是不知道，二是不知服務對其有何功效。希望宣導。 ➢ 預防失能延緩失智經費有，三年執行下來，參加活動的就是那些人，不出來的還是不出來。國民小學有義務教育，老年人是否也要有義務，某個程度是否需要有點強制性，例如滿60歲須接受評估，予以處方，確保以後被照顧者增加太多，餘命延長。芬蘭北歐好像有，老人都知道運動很重要，但物理治療師可教導老人如何運動。 ➢ 教育部的部分，據點找空間是有困難的，教育部的態度如何？教育部不願意將失智症納入課綱，很多小孩是阿公阿嬤在帶，代間衝突會出來。交通部對

發言者	發言重點
	失智開車，勞動部亦要納入，輕度失智也在工作。臺南市日前發生有照顧單位邀請老人從事代工的工作卻被抨擊，另有輔導年輕型的失智者開設咖啡廳並賺取報酬，老人是一定要被照顧嗎?上述案例即非照顧的概念。 ➢ 「長照2.0」的服務，中央對地方政府有績效要求。 ➢ 給付制度會引導服務的方向，以插三管個案為例，居家護理給付後，重度失智症插管個案較容易照顧。 ➢ 臺灣適合的模式，小規機、團體家屋的引入都沒有實驗過程，慈濟大林醫院也推動互助家庭，第一年失智據點有補助款，第二年則無。互助家庭未納入多元服務方案。失智友善的社區尤為需要，共生社區也是此概念，共生社區的想法應納入推動。目前有獨居失智老人的照顧問題，目前均乏任何關注及討論。

(二)第2場諮詢會議

1、時間：109年2月19日。

2、專家學者：

(1) 弘道老人基金會-林依瑩前執行長

(2) 中華民國家庭照顧者關懷總會-陳景寧秘書長

3、發言要旨 (依筆畫姓氏)

發言者	發言重點
林依瑩	➢ 「長照2.0」的結構由以前為公開招標，改成特約包裹，開放非NPO來承接委託業務，經費也大幅增加，政府投入資源，究有無解決照顧問題？「長照2.0」實施後，照服員增加明顯，但外勞也同步成長，應關注非法外勞的上升，顯示民眾需要照顧服務。但現有服務不足，才會讓民眾使用非法外勞。政府的目標應取代外勞，包含非法外勞，整體來看似有限，大家拿了2.0的補助經費，卻做「長照1.0」的計畫。 ➢ 目前8級補助3萬元，後來又加碼，如果民眾應要有自費，民眾如需要24小時，175 (半小時)、350 (1小

發言者	發言重點
	時)、8,400、26萬 (1個月)。以政府訂價來看，8級的自費是不可行的，任何發展應該訂的比較便宜。政府自費用完了，民眾就去用外勞。臺中30億，聘外勞72億，目前制度下，很多單位政府不認同單位做自費，自費單位不會報到比政府高的價，自費額度高。願意做自費的單位，圖利是不可能存在的，民眾算很久，通常定價比政府低。自費這件事的推動，並無隨著政府「長照2.0」。A個管無開案的壓力，目前生態是用政府的錢就好，用政府規定額度即可。應整體結構思考，以解決長照的問題，始能完整到位，照服員、外勞人數 (看護工) 及自費的發展，才回歸到照顧產業。 ➢ 取代外勞，如能發展全照顧的模式。部落外勞不多，因為沒錢請外勞，許多的照顧需求，40位照服員服務70多位個案，目前有8個自費，政府額度不足，可以照顧兩老，一天三次 (1天6小時，分3次進去)，全年無休，上個月自付8千，自費7千，共付1萬4千元，其實無須請外勞，甚至同意增加第4次，每月自費3千元。並可創造在地就業機會。 ➢ 資訊系統超額是進不去的，會有警訊，不允許。之前是一家獨大，不同意介接制度，之後第二家才有所突破。支審制度甚至規定時間限定要進入起迄，不能拿分析來要求民間配合。導致民間有系統的，請工程師自行轉換，實無意義。第一家照專評估資料不能介接，民間要重鍵。一個單位要鍵上萬筆資料，還要求10日以前，以前資料不介接，1天只能鍵入30個個案。究第一個單位出了何問題？ ➢ 臺中市是要求服務完畢後須48小時要鍵入，但原住民部落都是紙本，理由是發展一APP讓民眾查詢還剩多少額度。目前的系統都是用來申報經費，要求服務單位配合， ➢ ALL IN ONE 的服務是坎坷的，報導中的個案氣切出來24小時大輪班，迄今在臺灣的創新服務是請不到錢。完整的照顧倘為可以推動的方式，要規劃一條路給此服務走。目前限制太多。 ➢ 進案家太多人了，個管、醫師、護理師 (醫生意見書)、服務員、管理單位等有太多的聯繫。荷蘭是1個人在做，評估照顧計畫都一個人來做。以阿嬤為例，

發言者	發言重點
	需要復能，說服阿嬤，但要付錢，阿公就不要。一人多功的整合是很必要的。 ➢ 我認為所有的長照單位應做個管，後來拉出了一個A個管，我當時就廣泛成立A個管，後來臺中A單位會到100多家，由1人多功的方式。A單位加上居服服務的單位其實有一半以上，我發現24小時服務是24小時在評估，氣切阿公之後進去服務後根本不需要24小時。照顧需求的規劃應回歸專業。 ➢ 臺中廣設A單位較無壟斷的問題，多數縣市都有輪派的規則。政府讓民眾的選擇權出來，能提供完整服務單位要多，而非服務切割。政府應開一條路，支持非打壓，放手，臺灣自己發展服務模式，政策設計不應在前。 ➢ 居督、個管之工作整併。無須聘多且效能不好，大家專任及兼任都要一起聘，部落內夜間找不到人，因為有兼職可搭配，管理上的搭配。 ➢ 執行力的問題，民間單位的執行力。 ➢ 居服的四大爭議 (文章) 可上網看，該4大爭議7大原則，很多單位都很嚴格遵守。 ➢ 「長照基金」有撥付部分經費比例推動創新，衛福部尚未重視，其實是看得到、吃不到，因為沒有人力。弘道基金會推4年的ALL IN ONE服務，政府的角色應是提供具體執行模型分享給地方知悉，再由地方政府自行因地制宜去推動。衛福部卻一項一項制定具體方案，比照全民健保，但社政單位似無此醫療照顧的概念，例如醫師意見書計畫，偏向醫療。
陳景寧	➢ 涵蓋率計算是關鍵，家總提供之居家服務15%、機構12%、外籍看護工30%、未使用長照是40%。重度才需要機構住宿，全國機構床位落差了5萬。使用外勞的比例看起來過多了。政策要求外勞退場，最近也有在思考是否讓外勞一對多的照顧方案。 ➢ 家總重視民眾的訓練，照顧安排的教育是很重要的，民眾需要知道。 ➢ 經統計平均臥床9.9年中，其實未將機構納入長照服務。重度床位之配置應靠近醫療網，而非一鄉鎮一床位，此理念很奇怪。 ➢ 社工的課程應做點調整，接受長照服務的民眾並非弱勢，而是一般戶。以日本長照機構為例，非營利

發言者	發言重點
	占三成、營利單位占七成；德國則限定獲利率為5%至8% ，如此財團就會進來此領域。衛福部的相關人員應有經濟的概念。且各地方政府人員良莠不齊，應促進交流。 ➢ 長照4包錢，照顧服務類無法取得家庭照顧者，未來社會是家庭照顧者的時代。 ➢ 使用外籍看護家戶係自己付錢，推動這一兩年試辦是對的，應檢討是否到位。另，不好的特約單位之退場機制及評估指標為何？似無可依循之規定。 ➢ 臺北市小型機構外移，減少100家，房租的支付是問題，每縣市政府面臨挑戰不一，勞動部從來未思考外勞政策，外勞不能一直聘就一直聘下去。 ➢ 建議：(1) 應給法定長照安排假，離職風險降低；(2)訓練出來的照服員，其中照顧服務員三分之一投入執行，三分之一投入看護，三分之一回家照顧，並主張調高健保保費。 ➢ 臺灣服務的提供，多了A單位個管，流動率高，也影響了B單位的服務。

十七、本院詢問相關機關重點摘述：

(一)行政院林萬億政務委員：

1、感謝監察院對「長照2.0」的關心，長照立基在人口老化及家庭支持功能的萎縮，臺灣最早是1999年的「長照先導計畫」，地方則有各種方案，當時試辦三年後，也就是「長照1.0」的基礎，也受到日本「新黃金計畫」的啟發，中央政府扮演了政策啟動的角色，經由行政院的長照推動小組，由本人召集，中央為跨部會、專業及中央地方的協調，中央與地方的分工在隨著政策滾動式修正後，升級為「長照2.0」，回溯來看，「長照1.0」推動並沒有達到普及或滿足人民需求等目標，有諸多可加改進之處，為此，觀察日本調整為保險跟稅收併行，由社區密集型轉換，故調整為建立優質的服務系統，使服務能

夠到位、在地老化等，「長照2.0」更要向前預防、向後延伸至臨終關懷。因此，要整合布建整個服務系統，將各支撐服務的樣態或在可近性上，達成民眾的期待，故「長照2.0」要擴大服務對象及項目，中央政府在經驗累積上，以及各不同專業可達成的貢獻，例如醫療系統也予納入。約2010年時，有提及欲推動長照保險，但推動長照保險並無法解決經費的問題，其實只有荷蘭，日本也只有40歲以上進行繳費，以OECD國家中只有5~6個國家有長照保險，故長照保險會解決財源問題是有所誤解，我國曾有試算但都有各種爭議，目前更面臨全民健保保費應否增加，社會對此非常在意，如再加入長照，難獲認同。

2、而地方政府如何處理龐大預算，人民也會有受益或退費問題，又在人口老化加劇時，未來再收費更為困難，而服務機制何者為佳，目前主力放在以NGO、NPO來推動，「長照2.0」現以系統布建為優先，看得到、用得到、且負擔得起，兼顧到既有照顧系統及未來的服務人口，對已在機構受照顧者，如何減輕其負擔，外勞照顧者如何有更多在地服務，近年來國人對外勞的依賴已在降低，全部由本土看護取代是不可能，但可以逐步減緩外勞增加，現在想辦法逐步減緩，對國人就業應有貢獻，但目前仍無法回覆外勞可以降低至多少，主要為提升國內照護人力，包括人力訓練、科系，但是否均投入長照，必須承認這個比例不高，但仍在努力，目前著重在改善職業形象及提升薪資等。

3、服務項目之一的日間照護中心，以一國中學區一日照中心為概念，就是一碗湯的距離，已列入未來努力的目標。不同專業的提供者，要共同承擔服務的

能量，城鄉差異如何快速縮短，各單位如何避免過度負荷，或服務不佳者如何提升服務品質，都在努力改善中。報帳系統仍有改善的空間，大數據收集部分，衛福部已在執行。

4、長照複雜性高，各國都有面臨制度改善等問題，不可單靠外勞，其他改善措施都會納入未來四年重要工作重點。

5、補強未來可能的服務系統，機構仍然分布不均，也在努力，另機構住宿、受外勞照顧者，也有經費的需求，在經費分配方面有納入考量，長照部分項目均在持續檢討改善。

(二)衛福部薛瑞元次長：

1、執行面上，「長照2.0」經由行政院核定計畫來執行，衛福部會依執行現況做調整，以達成政策目標。

2、減少外勞照顧，也是目標之一，但非立即可達成，主因在各大專院校的培訓學生，投入服務比例不高，為對該職業的期待落差。

3、對於外勞的工作要求，其實都超出對長者照顧，往往扮演著家庭的協助者，其實與原本的定位是有落差，故國人對照顧者的角色不清楚，而有外勞比較好用，故短期要取代外勞，會有困難，未來期待的是被照顧者並非全部被替代，才能夠減少外勞的需求，長者能做的還是要自己來，才能減緩老化，這需要文化觀念的轉變後，才有可能談取代外勞。

4、照顧者的尊嚴須提升及改變。

5、保險制是可以討論，但並非很好的方法。

6、「小規機」或「家托」之永續性，原先規劃並沒有特別針對這部分，故設計的並不是很完善，今年會再檢討，服務對象特定、服務項目多元的方向，但這種模式也並非全部可以適用，要適用在偏鄉、原

鄉等區域。「家托」部分，利用家庭貢獻人力，來照顧鄰里之間的老人，也是適用散落的村莊，未來會特別注意到這部分。

7、日照中心的空間釋出問題，教育部也在解決中。而涉前瞻計畫因金額小，故發包困難，但已逐步改善，雖有延誤但仍可完成。

8、以學區概念分布來看，目前預計仍有300餘處學區未能完備，會以其他方式的照顧類型來達成。

9、動態檢討部分，主要是怕偏遠地區，也會以各種方式來鼓勵，目前部分以NGO來協助，確實造成負荷較重。

10、執行績效目前有在考評，並藉由大數據分析找出那些地方有問題，資訊系統一開始不是很健全，故操作上有怨言，但特約制度推動後，適應期過後已解決相當多問題，該問題的產生是因為增加功能進行先行審查，一開始造成困擾，但在逐步適應及系統調整後，可以檢討服務單位落實服務登打，未來更會跟主計單位連結，儘量資訊化後，可以在行政面更有效率，以利大數據分析。資訊系統是由部內資訊處執行，這部分並無外包或更換廠商問題。

11、長照服務與地方政府合作來因地適宜，每年要有整合型計畫，經部內審查同意，並未要求17項都要有，可能是一開始在「長照1.0」時，地方提計畫、中央核定，當時預算有限，故中央政府的工作為預算審核刪除，而「長照2.0」時，地方政府沒有改變思惟，故放大預算卻無法做到，而衍生執行率問題，但這個觀念已經改變了，分為服務費用及資源建置，後者要先盤點，就有執行率問題，服務費用就沒有執行率問題，目前經費執行率已提高，地方政府已瞭解二者間的差異。

12、偏鄉地區要有複數競爭確實不易，但長照部分，服務單位要經地方政府許可且支付費用固定，故我們要注意服務品質，品質不佳就可由地方政府停止特約，故還是在管制下的市場，會持續注意服務品質的維持，由地方政府稽核、中央政府也會進行考評。

13、衛福部每五年也有辦理老人調查，目前也請國衛院進行失能率的相關調查，以驗證推動成果，及做為未來需求的推動基礎。

(三)客委會范雪景處長：

1、在大數據的人口盤點部分，客委會已有執行，「伯公照護站」是建構在長照C級巷弄站基礎上，為文化加值及服務加值，文化加值加入客家文化環境布置活動、客語志工服務及客家文藝活動，以活絡「伯公照護站」。

2、服務加值有六項，如交通接駁、送藥到點、行動醫療事務費用、遠距醫療補助、營養津貼等，有70個重點發展區，由106年設置35站，至107年有105站、108年157站、今年有238站，目前有意申請者均受理，不會排除特定區域。

3、客家人口比例以桃竹苗最多，其中又以苗栗縣最多有102站，客家人口最多的前三縣市也就是「伯公照護站」設置最多的區域。

4、老年人口盤點部分，重點發展區有54個鄉鎮老人人口達14%以上，前三名鄉鎮也都有設置「伯公照護站」，且不僅止一站。

5、經費部分，108年為分擔2千餘萬元，目前仍有9個重點發展區未設站，今年設站目標為70個重點發展區皆有站點設置。經費上不會跟衛福部重疊。

(四)原民會伊萬·納威 Iwan Nawi副主任委員：

1、本會執行長照部分，依經費來源分為二個階段，在103年至106年上半年，主要是運用公益彩券基金來執行「文化健康站」,「長照2.0」後經費都是來自「長照基金」。

2、「文化健康站」設立標準的部分，是依據部落分布及55歲以上人口數，大部落可以達一千餘人，有的則分散且人口數少，就是空間的分布考量，以花東、屏東原民人口較多為例，「文化健康站」的數量就較高，另都會區聚落人口多的，也考量布建，目前原鄉地區348站、都會區有65站。

(五)退輔會：

1、就養養護處厲以剛處長：

（1）榮家照顧部分，有不同階段，但區分為公費及自費榮民，依資產調查而有不同，自費榮民也跟一般民眾不同，有一定的減免。

（2）榮家占床率有地域的區別，彰化、雲林、白河、馬蘭榮家等占床率較低，占床率低於90%者，會開放給一般民眾，目前有510床開放給一般民眾，但使用僅438床，養護及安養床位又有不同。

（3）此外失智養護需求越來越大時，失智床位要增加502床，同時會整建增加養護床，配合榮民需求來調整改善。

2、就醫保健處白恩惠簡任技正：退輔會一年投入18億做長照，也有做居家式及社區式，機構住宿式有1萬1千多床，另有餘裕時也有提供一般民眾。另並編列有經費預防保健、延緩失能、長照人員培育、安寧等，社區及醫院均有提供服務及照顧。

(六)教育部技術及職業教育司楊玉惠司長：

1、對於人才培育部分，有相關科系，也鼓勵增設相關系所，大專校院於105學年度計45校，至108學年度

有48校，高職部分也有增加。

2、101~106學年度畢業生流向，投入相關產業者43%，104~107年度有微幅成長，但偏低原因，為投入心力與報酬不符，另外與職涯發展、社會偏見等均有關，目前計薪方式已有改善。此外，取得資格方式不同，有落差，目前有調整修習學分即可取得資格，會有所改善。

3、房舍釋出主要在中小學，由地方政府主管，國教署有訂立活化樣態，及整併活化資源網，可以進行媒合，目前閒置校舍279校中，有264校已活化，待活化者只有15校，如有需要可擇處所再行媒合。

(七)勞動部林三貴次長：照顧服務人力部分，勞動部依衛福部的訓練計畫來做，衛福部會提供人力需求，來實施訓練，至107年，約8千多人，就業率提升至72%，人力短缺至107年降至1.2%，會依衛福部人力需求隨時調整。政策部分，機構看護工約1萬5千人，家庭看護工約24萬人，看護工人數逐漸增加，但增加幅度有明顯減緩。機構看護工已整合，有本籍及外籍勞工，但外籍家庭看護工未來將配合長照政策方向整合，以創造更多本勞的就業機會。

(八)國發會社會發展處張富林代理處長：衛福部主政之「長照2.0」不單僅依國發會所做人口推估，尚包括主計總處等機關統計調查資訊。本會每二年依據最近人口統計資料，修正未來人口推估，資料推估方法也在精進，以提供未來政策的參據。而機構量能資訊部分，衛福部為主管機關，已掌握相關數據，未來可於計畫執行期中適時檢討考量並協助地方政府的資源布建。

柒、調查意見：

為因應急遽的老齡化，民國 (下同) 96年行政院通過並自97年起實施之「我國長期照顧十年計畫」（下稱「長照1.0」計畫），以因應失能、失智人口增加所衍生之長照需求，嗣於105年9月29日通過並自106年起實施「長期照顧十年計畫2.0」 (簡稱「長照2.0」計畫)。又，為落實「在宅老化」和「社區老化」理想，延緩老人的失能、失智，實現健康老化目標，降低養護機構壓力，政府更積極於各地布建老人社區關懷據點、老人日照中心，期透過長期照顧管理中心結合社區整合型服務中心之評估，提供各地老人由居家照顧、送餐服務、喘息服務、輔具協助以迄交通接送等服務，甚至含括居家無障礙環境改善之各類補助，此即坊間所稱之「長照四錢包」。原則上，經評估合格之一般民眾僅需負擔16%費用，中低收入戶負擔5%，低收入戶則基本零負擔。惟實施迄今，（1）究有多少老人受益？（2）服務組合類型與樣態為何？（3）居家服務員論時段的工作方式對其本人及受照顧者有否造成困擾？（4）按月或論次收費的服務方式是否符合實際而未引起糾紛？（5）牽涉醫療和社福兩大服務體系之協調整合曾否面臨困難？（6）姑不論適當空間尋覓之不易，受限於政府相關部會專業人力之嚴重不足而不得不大幅藉「公辦民營」方式委託社福暨衛福團體承辦之老人社區關懷據點及老人日照中心等舉措會否造成不同地區服務品質的明顯差異？更宏觀而言，（7）在預知我國未來七年即將邁向超高齡社會前提下，政府長照經費與人力之配置願景為何？有無適切之規劃？等課題，均有深入了解之必要，本院陳小紅委員爰申請自動調查。

案經函請行政院、國家發展委員會 (下稱國發會)、衛生福利部 (下稱衛福部) 、教育部、勞動部、國軍退除役官兵輔導委員會 (下稱退輔會) 、原住民族委員會 (下稱

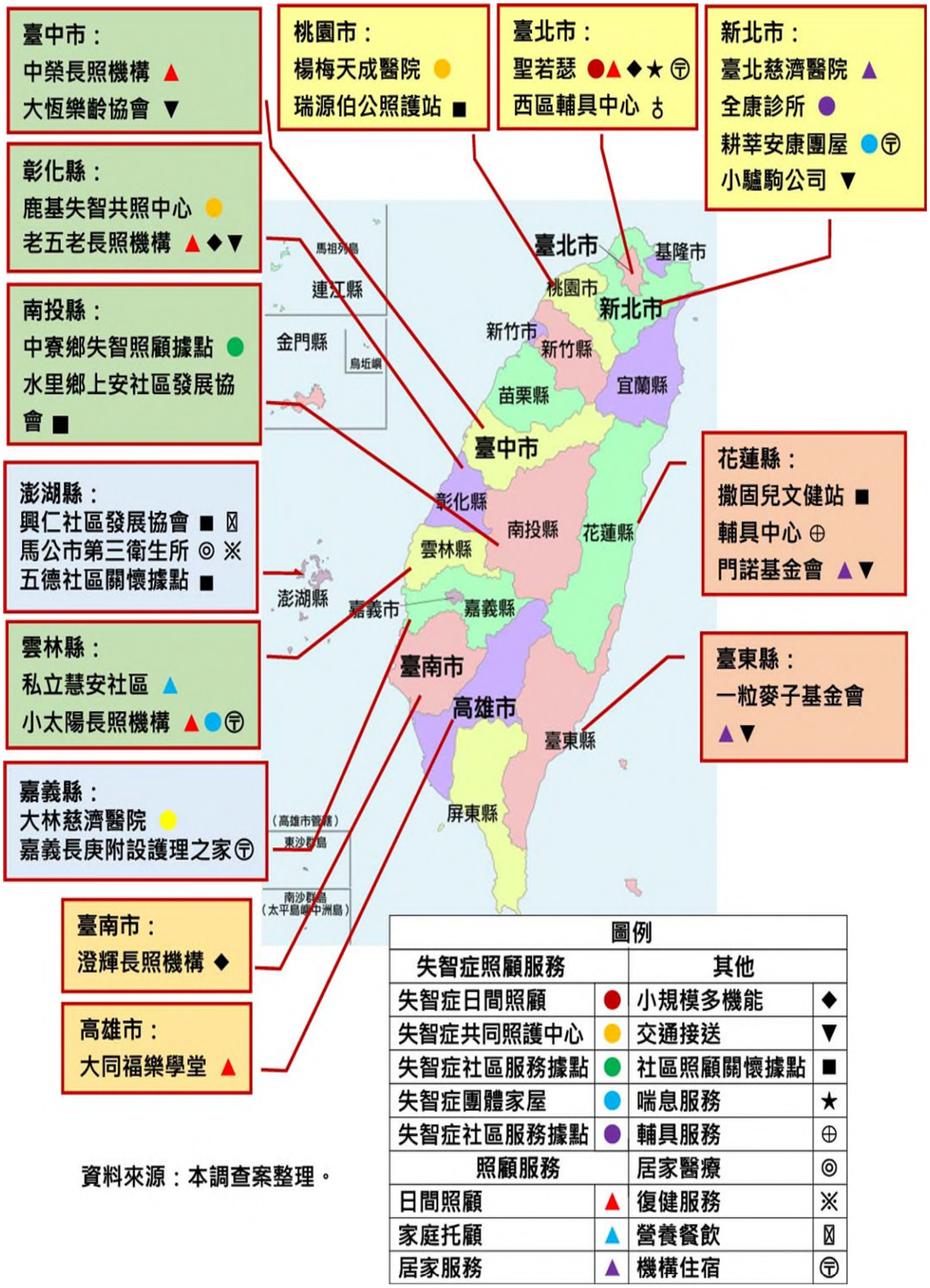
原民會)、行政院農業委員會(下稱農委會)、經濟部工業局、客家委員會(下稱客委會)等相關機關提出說明並提供佐證資料,調查委員並於108年11月至109年2月期間,親赴13個地方政府共計42處執行單位實地履勘,與執行業務的第一線工作人員進行座談及意見交換,詳細行程、履勘機構及服務項目如下表41及圖八:

表41 本院實地履勘詳細行程

時　　間	地　點	受履勘單位
108年11月18日(星期一)	臺北市	1. 臺北市政府 2. 財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心 3. 西區輔具中心(承辦單位-財團法人伊甸社會福利基金會) 4. 身障者日照中心
108年12月16日至17日(星期一至二)	花蓮縣	1. 花蓮縣政府 2. 撒固兒部落文化健康站 3. 門諾基金會之居服及交通車接送服務 4. 財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會長照服務
	臺東縣	1. 臺東縣政府 2. 居家服務、交通車接送服務及長照相關服務執行概況。 3. 原住民個案使用居家服務現況參訪(財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會安排)
108年12月24日(星期二)	彰化縣	1. 彰化縣政府 2. 鹿港基督教醫院失智共同照護中心 3. 鹿港「財團法人老五老基金會」綜合式服務類長期照顧服務機構 (交通接送、小規模多機能服務)
	南投縣	1. 南投縣政府 2. 中寮鄉失智照顧據點(南投基督教醫院承接) 3. 水里鄉上安社區發展協會之水里鄉長照與綠色照顧據點

時　　間	地　點	受履勘單位
108年12月30日至31日(星期一至二)	雲林縣	1. 雲林縣政府 2. 雲林縣私立慧安社區長照機構（家庭托顧服務單位） 3. 社團法人雲林縣老人長期照護協會附設雲林縣私立斗六小太陽綜合式服務類長期照顧服務機構（日間照顧）
	嘉義縣	1. 嘉義縣政府 2. 大林慈濟醫院-失智症共照中心 3. 嘉義長庚醫院附設護理之家
109年1月6日(星期一)	新北市	1. 新北市政府 2. 臺北慈濟醫院 3. 小驢駒小客車租賃有限公司 4. 全康診所 (新店湯泉社區) 5. 天主教耕莘醫療財團法人附設新北市私立安康社區長照機構 (耕莘安康團屋)
109年1月14日(星期二)	臺中市	1. 臺中市政府 2. 臺中榮民總醫院社區式服務類長期照顧服務機構 (日照中心) 3. 交通接送執行概況 (社團法人臺中市大恆樂齡協會)
109年1月15日(星期三)	臺南市	1. 臺南市政府 2. 財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設臺南市私立澄輝社區式服務類長期照顧服務機構
	高雄市	1. 高雄市政府 2. 大同福樂學堂 (大同國小)
109年2月17日(星期二)	桃園市	1. 桃園市政府 2. 楊梅天成醫院 3. 瑞源伯公照護站
109年2月20日(星期四)	澎湖縣	1. 澎湖縣政府 2. 興仁社區發展協會 (老人餐食服務) 3. 馬公市第三衛生所 (衛生所型態之復能、家庭醫師照護方案-專業服務) 4. 新智慧健康服務平台專案 (社區據點：五德社區照顧關懷據點)

資料來源：本院整理。



圖八、本調查案實地履勘「長照2.0」機構及服務項目

本調查案復於109年2月12日、2月19日召開2場次專家學者諮詢會議，分別邀請國立臺灣大學健康政策與管理研究所江東亮教授、國立陽明大學衛生福利研究所李玉春教授、臺灣失智症協會湯麗玉秘書長、詹書媛政策研究專員、財團法人一粒麥子社會福利慈善基金會林木泉執行長、弘道老人福利基金會林依瑩前執行長、中華民國家庭照顧者關懷總會陳景寧秘書長等專家學者到院提供專業意見。

為釐清案情，於109年3月4日辦理機關約詢，邀請行政院林萬億政務委員、內政衛福勞動處蘇永富處長、國發會社會發展處張富林代理處長、衛福部薛瑞元常務次長、長期照顧司祝健芳司長、教育部技術及職業教育司楊玉惠司長、勞動部林三貴常務次長、客委會范雪景處長、原民會伊萬·納威 (Iwan Nawi) 副主任委員、退輔會就養養護處厲以剛處長等相關機關主管及承辦人員到院說明，業已調查完竣，茲臚列調查意見如下：

一、近年來臺灣人口急遽老化，各縣市老年人口平均已占14%，部分偏鄉更已逾20%，長照需求人口逐年增加已是不爭事實。政府繼「長照1.0」計畫後，自106年賡續推動「長照2.0」計畫，惟衛福部未要求地方政府調查/盤點實際需求人口數，僅以96年「長照1.0」計畫的目標人口推估做為2.0計畫的目標人口群，明顯悖離現實；又，「服務涵蓋率」乃「長照2.0」計畫之關鍵績效指標(KPI) 之一，據以檢視服務的供給是否到位，經計算108年全國長照服務涵蓋率僅47.26%[8]，顯見仍有約一半具

[8] 108年為配合「長照2.0」政策持續推展及擴大服務，透過納入住宿式長照資源及補助，並擴大外籍家庭看護工服務，以提升整體服務效能，衛福部調整為未扣除聘僱外看及住宿式機構服務使用者之涵蓋率為47.26%。該計算方式係以109年計算公式：分子(當年度長照給付支付服務人數+住宿式機構服務使用人數)/分母(當年度長照需求人數)。

長照服務需求之民眾，未獲所需之服務。究其原因，或因缺乏知悉服務資訊及求助管道、或有因需求服務之費用過高無力承擔而作罷，甚或因涵蓋率計算之偏誤所致，且各界對服務涵蓋率之計算方式意見不一，計算公式業經多次修正，然實際服務涵蓋率究為何？政府對服務涵蓋率之期望/目標值又為何？迄今仍無定論。基於服務涵蓋率關乎服務的供給是否確實到位，並可據以調整資源的配置，行政院允應督同衛福部落實審視，並妥適擘劃，以早日實現在地老化之目標。

（一）「長期照顧服務法」第1條第1項規定：「為健全長期照顧服務體系提供長期照顧服務，確保照顧及支持服務品質，發展普及、多元及可負擔之服務，保障接受服務者與照顧者之尊嚴及權益，特制定本法。」依法具體推動之「衛生福利部長期照顧十年計畫2.0 (106~115年) 核定本」指出，政府推動「長照2.0」計畫所設定之總體目標及實施期程如下：

1、為實現在地老化，「長照2.0計畫」提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎之照顧型社區 (caring community)，期能提升具長期照顧需求者 (care receiver) 與照顧者之生活品質，計畫總目標含：

（1）建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓有長照需求的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境中安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。

（2）實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立照顧型社區，期能提升具長期照顧需求

者與照顧者之生活品質。

（3）延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質。

（4）向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧關懷，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

2、實施策略：

（1）建立以服務使用者為中心的服務體系：整合衛生、社會福利、退輔等部門服務，發展以服務使用者為中心的服務體系。

（2）發展以社區為基礎的小規模多機能整合型服務中心：以在地化、社區化原則，提供整合性照顧服務，降低服務使用障礙，提供在地老化的社區整體老人、身心障礙者的綜合照顧服務。

（3）鼓勵資源發展因地制宜與創新，縮小城鄉差距，凸顯地方特色：透過專案新型計畫鼓勵資源豐沛區發展整合式服務模式，鼓勵資源不足地區發展在地長期照顧服務資源，維繫原住民族文化與地理特色。

（4）培植以社區為基礎的健康照護團隊：向前延伸預防失能、向後銜接在宅臨終安寧關懷，以期壓縮失能期間，減少長期照顧年數。

（5）健全縣市照顧管理中心組織定位與職權：補足照顧管理督導與專員員額，降低照顧管理專員服務對象量，進行照顧管理專員職務分析，以建立照顧管理專員訓練與督導體系。

（6）提高服務補助效能與彈性：研議鬆綁服務提供之限制、擴大服務範圍及增加新型服務樣式，以滿足失能老人與身心障礙者多樣性的長期照顧需

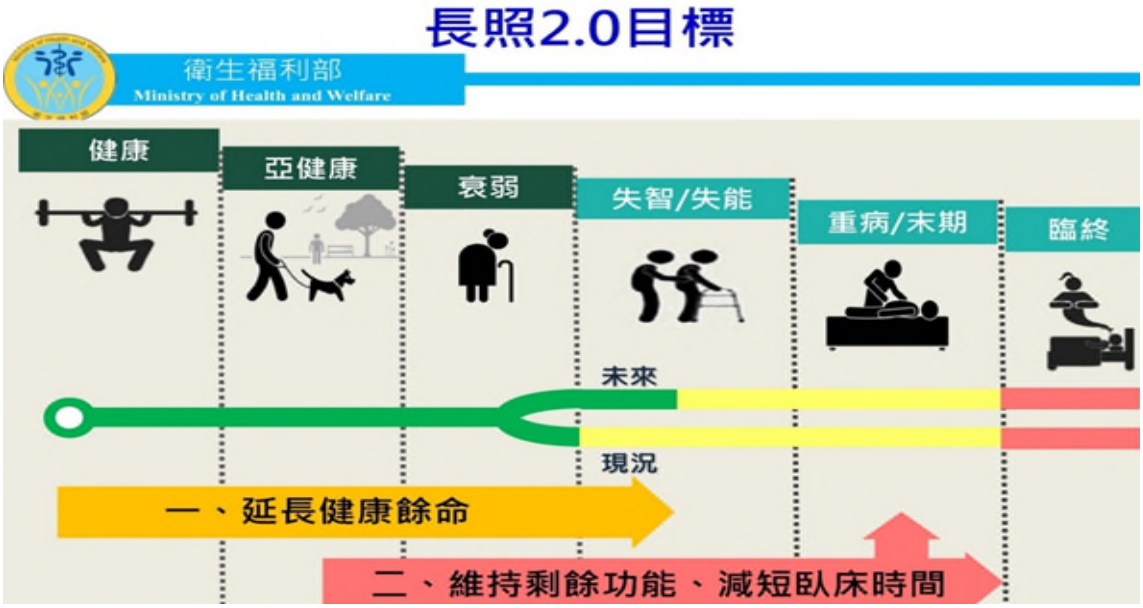
求。

（7）開創照顧服務人力資源職涯發展策略：透過多元招募管道、提高勞動薪資與升遷管道，將年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口納入，落實年輕化與多元化目標。

（8）強化照顧管理資料庫系統：分析與掌握全國各區域長期照顧需求與服務供需落差，與地方政府共享，作為研擬資源發展與普及之依據。

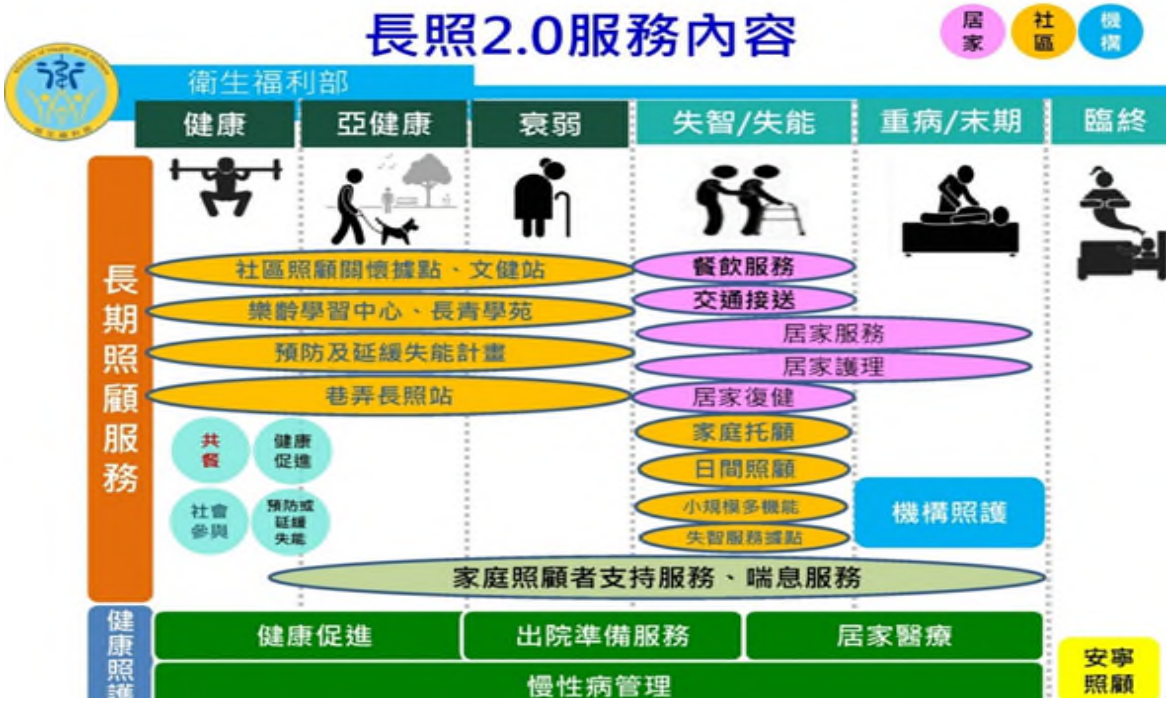
（9）增強地方政府發展資源之能量：定期分析各縣市鄉鎮市區長期照顧服務需求、服務發展與使用狀況，透過資源發展縮短長期照顧需求與服務落差。

（10）建立中央政府總量管理與研發系統：落實行政院跨部會長期照顧推動小組之權責，整合現有相關研究中心，發揮總量管理與研發功能。



圖九、「長照2.0」目標：「長照2.0」計畫增加服務對象，向前延伸預防性服務措施，且向後整合在宅安寧關懷、在宅醫療等服務。

資料來源：行政院第3600次會議「長照2.0」成果報告。



圖十、「長照2.0」服務內容：「長照2.0」計畫向前延伸預防失能及減緩失能，向後整合在宅安寧關懷、在宅醫療等服務。

資料來源：行政院第3600次會議「長照2.0」成果報告。

（二）政府推動執行「長照2.0」計畫所研訂之關鍵績效指標(KPI)，係以長照服務情形、長照資源布建及長照人力發展等三大面向為主軸，且依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」規定，「長照2.0」計畫屬行政院管制計畫，由國發會會同科技部及行政院科技會報辦公室共同管制：

1、行政院於105年12月19日核定「長期照顧十年計畫2.0」中長程個案計畫，計畫期程擬自106年至115年。關鍵績效指標以長照服務情形、長照資源布建及長照人力發展等三大面向為主軸，衛福部每年並依實際執行情形滾動調整計畫年度目標。為落實重大政策之推動，國發會針對行政院所屬各機關個案計畫建立分級列管制度，並透過計畫查證等機制協

助機關發現計畫執行問題及提出解決建議，以提升計畫管理及執行績效。國發會自106年度起將「長期照顧十年計畫2.0」列為行政院管考計畫，每月列管其執行情形，並辦理計畫查證，以瞭解計畫執行現況及遭遇問題，提出建議供衛福部等相關主管機關參辦。

2、為管理行政院所屬各機關個案計畫執行績效及強化機關自主管理，各機關應依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」規定辦理計畫分級管制，其中行政院管制計畫，由國發會會同科技部及行政院科技會報辦公室共同管制；部會管考計畫，由各部會管考單位管考；自行管制計畫，由行政院所屬內部單位或三級獨立機關管考單位，及各部會授權之內部單位或其所屬機關（構）管考單位負責管考。

3、「長照2.0」計畫之107年、108年關鍵績效指標，詳如表42及表43。

表42　107年度長照服務關鍵績效指標

施政目標	關鍵績效指標					
	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度目標值	與中長程個案關聯計畫
建置優質長照體系，完備長照服務資源	1.增加長照醫事專業人力培育量能	1	統計數據	(累計完成長照醫事專業人員培訓育人數÷109年目標培育人數）×100%	70%	社會發展
	2.社區整體照顧服務體系ABC據點資源布建數	1	統計數據	布建ABC服務據點數	1,735處	社會發展

註：評估體制之數字 ”1”，指實際評估作業係運用既有之組織架構進行。

資料來源：摘自衛福部年度施政計畫。

表43　108年度長照服務關鍵績效指標

施政目標	關鍵績效指標					
	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度目標值	與中長程個案關聯計畫
建置優質長照體系，完備長照服務資源	1.受評對象接受「長照2.0」服務使用率	1	統計數據	(經全國長期照顧管理中心評估符合使用「長照2.0」服務人數—聘用外籍看護工使用「長照2.0」服務人數)÷「長照2.0」服務需求人數 (長照需求人數—住宿式機構服務使用人數—聘用外籍看護工人數)	45%	社會發展
	2.長照ABC布建數達成率	1	統計數據	108年實際布建值(A+B+C單位) /108年提報目標值 (A+B+C單位) ×100%	90%	社會發展

資料來源：衛福部簡報。

4、國發會依據衛福部於2019年12月9日行政院社會福利推動委員會第28次委員會議會前協商會議報告，「長照2.0」計畫自106年執行迄今，各項長照服務資源布建、服務使用情形（涵蓋率）及服務人力均有顯著成長。衛福部針對「長照2.0」計畫研訂相關KPI指標，至112年全國長照服務涵率蓋目標七成。108年1至12月涵蓋率為54.43%[9]，隨「長照2.0」服務人數之持續成長，108年1至12月服務人數已達28萬4,208人；另，108年長照ABC布建目標值為5,971處 (511A+3,166B+2,294C)，截至108年12月底止，全臺共布建7,814處 (588A+4,631B+2,595C)，達成率超前，為131%，皆達KPI之年度目標值。

[9] 衛福部使用107至108年舊有之計算公式，108年涵蓋率為54.43%；該部109年調整計算公式，108年涵蓋率為47.26%。

(三)我國長照需求人數之推估，依據「長照2.0」核定本，108年度長照需求推估人數為79萬4,050人，推估至115年，長照需求推估人數將達100萬3,043人。(詳如下表44)

表44　2017年至2026年長照需求人數-高推估

年度	65歲以上失能老人	未滿50歲失能身心障礙者	50-64歲失能身心障礙者	55-64歲失能原住民	50歲以上失智症者	衰弱老人	合計
2017	415,314	87,524	92,308	7,761	109,970	24,746	737,623
2018	436,136	86,673	93,282	8,062	115,079	25,986	765,218
2019	457,855	85,852	94,045	8,301	120,717	27,280	794,050
2020	481,109	85,039	94,451	8,505	126,745	28,666	824,515
2021	504,700	84,405	94,596	8,627	132,854	30,071	855,253
2022	526,328	83,781	94,743	8,697	138,455	31,360	883,364
2023	549,397	83,161	94,646	8,764	144,422	32,735	913,125
2024	573,142	82,495	94,360	8,762	150,562	34,150	943,471
2025	596,622	81,697	94,097	8,794	156,634	35,549	973,393
2026	619,827	80,272	94,588	8,769	162,656	36,931	1,003,043

資料來源：衛福部。

(四)近年來隨著臺灣人口之急遽老化，各縣市平均老年人口已逾14%，本院實地履勘發現，部分偏鄉老年人口更已逾20%，長照需求人口逐年增加已是不爭事實，茲綜整本院實地履勘13個縣市之老年基本人口資料，詳如下表。

表45 本院實地履勘13個縣市之老年基本人口資料

項目 / 縣市		65歲以上老年人口數(計算日期)	老年人口數占該縣市總人口數之比率 (%)	老年人口逾20%的行政區
區域	縣市			
北部	臺北市	471,398 (108.9)	17.81	大安區
	新北市	570,825 (108.10)	14.20	平溪、雙溪、坪林、貢寮區。
	桃園市	272,348 (108.12)	12.00	無
中部	臺中市	362,249 (108.12)	12.87	無
	彰化縣	202,442 (108.11)	15.90	大城鄉、二水鄉、竹塘鄉、芳苑鄉、
	南投縣	87,930 (108.10)	17.79	集集鎮、鹿谷鎮、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉、水里鄉。
南部	雲林縣	125,806 (108.10)	18.45	水林鄉、元長鄉、東勢鄉、二崙鄉、四湖鄉、崙背鄉、古坑鄉、大埤鄉。
	嘉義縣	98,379 (108.10)	19.54	布袋鎮、鹿草鄉、六腳鄉、東石鄉、溪口鄉、新港鄉、義竹鄉、竹崎鄉、梅山鄉、番路鄉。
	臺南市	294,592 (108.11)	15.66	左鎮區、龍崎區、大內區、後壁區、白河區、東山區、楠西區、南化區、玉井區、將軍區、山上區、下營區、柳營區。
	高雄市	436,361 (108.11)	15.74	田寮、美濃、前金、杉林、鹽埕、內門、六龜、新興、旗山、甲仙、桃源、茂林、苓雅等區。
東部	花蓮縣	53,832 (108.10)	16.00	鳳林鎮、富里鄉、光復鄉、瑞穗鄉、
	臺東縣	35,833 (108.9)	16.48	成功鎮、鹿野鄉、東河鄉、長濱鄉。
離島	澎湖縣	17,363 (108.12)	16.50	西嶼鄉、望安鄉

資料來源：本院整理。

(五)服務目標人口群的推估攸關長照服務資源的配置，各地方政府符合「長照2.0」計畫服務之相關數據計算公式如下：

1、65歲以上失能老人：65歲以上人口數×失能率12.7%[10] (原民區以55歲以上計)。

2、失能身心障礙者：(50-64歲身心障礙者：男性人口數×長照需要率27.49%＋女性人口數×長照需要率25.07%）＋（未滿50歲身心障礙者：男性人口數×長照需要率23.54%＋女性人口數×長照需要率27.62%[11]。

3、55-64歲失能原住民：55-64歲原住民人口數×失能率12.7%。

4、50歲以上失智者：(50-64歲人口數×失智症占率0.1%＋65歲以上人口數×失智症占率8%)× 失智症者中無ADLs障礙比率41.1%[12]。

5、衰弱老人：65歲以上人口數×衰弱盛行率0.48%[13]。

(六)「服務涵蓋率」為「長照2.0」計畫之關鍵績效指標(KPI) 之一，經計算108年全國長照服務涵蓋率僅為47.26% 。顯見仍有一半長照需求人口之服務需求未被滿足，究其原因計有：

1、衛福部雖透過多元管道，宣導長照政策，然許多民眾仍不知道長照服務資訊及申請管道：

為提升各界對長照申請流程、服務項目及內容

[10] 資料來源：行政院主計總處2010年人口及住宅普查報告，65歲以上者失能率為12.7%。

[11] 資料來源：2010年國民長期照護需要調查之身心障礙者，5-49歲身心障礙者長照需要率以推估2017年平均長照需要率男性23.54%、女性長照需要率27.62%。長照需要定義：ADLs70分以下、IADLs8項中5項以上障礙或SPMSQ10題中答錯6題以上者。

[12] 資料來源：行政院衛生署，「2013年失智症(含輕度認知功能障礙MCI) 流行病學調查及失智症照護研究計畫」：50-64歲失智症占率0.1%；65歲以上失智症占率8%。失智症者中無ADLs失能比率為41.1%。

[13] 資料來源：1996年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查，65歲以上老人衰弱盛行率為16.1%；衰弱者中，扣除ADLs及IADLs障礙後仍有4.7%。

之瞭解，衛福部持續透過製作影片、廣播、布條、海報、摺頁、貼紙、懶人包等多元素材，並運用大眾傳播通路宣導；另於衛福部官網建置「長照專區」網頁，掛載前揭宣導素材，以提供專業人士及一般民眾下載參用；另亦辦理說明會、記者會、線上學習活動等多元方式加強宣傳。長照專線 (1966) 自106年11月24日開通，迄108年底，累計總撥打通數為436,157通，108年1至12月撥打總通數為292,121通，較107年同期撥打總通數成長113%。惟本院諮詢失智症協會湯麗玉秘書長時指出：「去 (108) 年該協會針對失智症進行調查，臺灣約有一半以上家屬、專業人員認為目前有足夠的資源，但家屬及專業人員認為醫療專業人員對失智症是忽略的，專業人員的訓練是需要加強的。另，並做了滿意度調查，使用服務的民眾均表示很滿意，沒使用服務則為一是未獲知資訊、二是不知服務對其有何功效。」顯見仍有許多民眾不知道長照服務資訊及申請管道。

2、有服務需要但服務費用超過可負擔的範圍，致服務看得到卻吃不到：

以本院實地履勘花蓮縣長照業務為例，有實務單位於座談時即表示：「長照給付及支付基準，設有使用者付費的部分負擔機制，隨著給付金額提高，民眾部分負擔金額也跟著提高，民眾使用服務的意願就隨之下降或減少，這在偏鄉地區民眾尤其嚴重。以到宅沐浴車服務為例，原給付價格為1,500元，經修訂後調高至2,200元，中低收入民眾負擔由75元提高到110元，一般戶由240元提高到352元，許多原有使用者在不增加支出的情形下，或減少使用次數，或選擇不使用或改用床上擦澡。建議針對偏鄉弱勢個案可另設補助機制，以增加民眾使用意

願，維持個案需求，也維持提供單位之使用量。」

3、涵蓋率的計算公式經過多次修正，且各界對計算方式意見不一，實無法確知實際服務涵蓋率：

（1）衛福部對服務涵蓋率之計算方式為：【使用長照給（支）付服務人數（未含單純使用輔具案）/(推估失能人口數-聘用外籍看護工-機構住宿人數）】惟衛福部查復本院表示：「係以滾動修正服務涵蓋率計算方式，『長照服務使用率』之計算公式為（長照給付支付服務使用人數+接受住宿式服務機構使用者補助人數）/108年度推估長照需求人數」

（2）106、107、108年服務涵蓋率如下：

表46　長照服務涵蓋率（106年）

A 106年1-12月非聘用外籍看護使用長照服務人數	B 106年推估需要人數	C 被看護者	D 住宿式機構服務使用人數	E 長照服務總需要人數【B-(C+D)】	服務涵蓋率 (A/E*100%)
91,124	737,623	198,939	89,817	448,867	20.30

註：
1. 被看護者係來自雇主現僱外勞清冊資料庫統計，為106年12月底在臺合法家庭看護工所看護個案人數。
2. 住宿式機構服務使用人數為106年12月底統計之長期照顧、安養機構、護理之家與榮民之家人數合計。

資料來源：衛福部。

表47　長照服務涵蓋率（107年）

A 107年1-12月非聘用外籍看護使用長照服務人數	B 107年推估需要人數	C 被看護者	D 住宿式機構服務使用人數	E 長照服務總需要人數【B-(C+D)】	服務涵蓋率 (A/E*100%)
152,610	765,218	202,889	84,685	477,644	31.95

註：
1. 被看護者係來自雇主現僱外勞清冊資料庫統計，為107年10月2日現況在臺合法家庭看護工所看護個案人數。

2. 住宿式機構服務使用人數為107年9月30日統計之長期照顧、安養機構、護理之家與榮民之家人數合計。
3. 105年前服務人數係「長照1.0」累計服務人數，非當年度服務人數，服務涵蓋率計算方式不同，無從比較。

資料來源：衛福部。

表48 長照服務涵蓋率 (108年)

縣市別	108年長照需求人數 (A)	108年1-12月「長照2.0」服務使用人數 (B)=(C)+(D)	108年1-12月長照給付支付服務人數 (C)	108年11月住宿式機構服務使用人數 (D)	長照服務涵蓋率 (E=B/A)註
全國	**794,050**	**375,247**	284,208	91,039	**47.26%**
臺北市	**101,604**	**31,032**	25,302	5,730	30.54%
新北市	**125,241**	**49,358**	34,082	15,276	39.41%
桃園市	**61,114**	**27,322**	20,388	6,934	44.71%
臺中市	**80,990**	**44,848**	35,893	8,955	55.37%
臺南市	**64,935**	**34,453**	24,099	10,354	53.06%
高雄市	**95,058**	**43,291**	32,332	10,959	45.54%
基隆市	**13,316**	**5,148**	3,518	1,630	38.66%
新竹市	**12,676**	**4,660**	3,693	967	36.76%
新竹縣	**16,567**	**6,845**	4,569	2,276	41.32%
苗栗縣	**20,124**	**10,497**	8,931	1,566	52.16%
南投縣	**19,632**	**14,752**	12,127	2,625	75.14%
彰化縣	**44,716**	**24,616**	18,698	5,918	55.05%
雲林縣	**27,590**	**14,508**	11,729	2,779	52.58%
嘉義市	**9,110**	**5,725**	3,265	2,460	62.84%
嘉義縣	**21,471**	**10,587**	8,462	2,125	49.31%
屏東縣	**31,844**	**19,839**	15,164	4,675	62.30%
宜蘭縣	**16,701**	**9,251**	6,584	2,667	55.39%
花蓮縣	**13,503**	**9,592**	8,035	1,557	71.04%
臺東縣	**9,456**	**5,651**	4,537	1,114	59.76%
澎湖縣	**3,778**	**2,073**	1,768	305	54.87%
金門縣	**4,265**	**1,117**	984	133	26.19%
連江縣	**359**	**82**	48	34	22.84%

註：衛福部計算方式係未扣除聘僱外籍看護及住宿式機構服務使用者之涵蓋率。

資料來源：衛福部。

4、各縣市失能人數與長照服務使用比率：108年7月立法院曾提出檢討指出：「截至107年底，國人實際使用長照服務人數占推估失能人口數比率約僅占2成餘，又部分「長照2.0」主要服務項目之涵蓋率偏低，近年長照十年計畫之預算執行情形亦欠佳。」衛福部查復本院表示，長期照顧給付及支付基準自107年施行，為能瞭解該基準補助之居家式、社區式、喘息服務與輔具及居家無障礙環境改善等長照服務之使用情形，滾動修正計算方式，以概括瞭解整體在該基準推動下，民眾使用服務之趨勢，是以「服務使用率」檢視服務涵蓋情形。而本院諮詢李玉春教授指出：「雖『長照2.0』名義上屬稅收制，但實已利用當時規劃保險制的大部分元素在推動，如特約、給支付標準等，這些做法已有目共睹，大幅刺激供給面的增加，也看到政府推動的努力，涵蓋率亦有所增加。目前的涵蓋率的計算可能比較有問題，之前的計算公式是排除外勞及住宿機構的服務數，但選舉之前，外勞已經在服務，拿掉其實並不合理，此部分計算上恐有疑慮。」

5、據上，衛福部復修正服務涵蓋率之計算：

（1）107-108年公式：

$$\frac{\text{分子}\ (\text{當年度長照給付及支付服務人數-聘用外籍看護且使用長照服務人數})}{\text{分母}\ (\text{當年度長照需要人數-聘用外看人數-住宿式機構服務使用人數})}$$

（2）因應108年擴大住宿式服務對象政策，109年度調整公式為：

$$\frac{\text{分子}\ (\text{當年度長照給付支付服務人數+住宿式機構服務使用人數})}{\text{分母}\ (\text{當年度長照需求人數})}$$

6、據上，各類服務項目統計人數定義為該服務項目給(支) 付單位歸戶合計，由於個案可能使用多項服務，爰各項服務人數相加恐有重複計算可能。且經本院實地履勘新北市政府，該府表示：「依據衛福部公式，108年1至10月長照服務涵蓋率為37.7%，惟重複計算之個案有照管平台中，聘用外籍看護個案5,160人、照管平台中機構住宿個案2,514人。該府諮詢相關委員之建議長照涵蓋率應為58.7%。」

新北市建議之長照涵蓋率公式：

$$\frac{(\text{服務人數}+\text{純被看護者}+\text{純機構住宿人數})}{\text{108年推估需要人數}}$$

(七)綜上，近年來臺灣人口急遽老化，全國各縣市老年人口平均已逾14% ，部分偏鄉更已逾20% ，長照需求人口逐年增加已是不爭事實。政府繼「長照1.0」計畫後，自106年賡續推動「長照2.0」計畫，惟衛福部未要求地方政府調查/盤點實際需求人口數，僅以96年「長照1.0」計畫的目標人口推估做為2.0計畫的目標人口群，明顯悖離現實；又，「服務涵蓋率」乃「長照2.0」計畫之關鍵績效指標 (KPI) 之一，據以檢視服務的供給是否到位，經計算108年全國長照服務涵蓋率僅47.26% ，顯見仍有約一半具長照服務需求之民眾，未獲所需之服務。究其原因，或因缺乏知悉服務資訊及求助管道、或有因需求服務之費用過高無力承擔而作罷，甚或因涵蓋率計算之偏誤所致，且各界對服務涵蓋率之計算方式意見不一，計算公式業經多次修正，然實際服務涵蓋率究為何？政府對服務涵蓋率之期望/目標值又為何？迄今仍無定論。基於服務涵蓋率關乎服務的供給是否確實到位，並可據以調整資源的

配置，行政院允應督同衛福部落實審視，並妥適擘劃，以早日實現在地老化之目標。

二、81年起勞動部開放外籍家庭看護工之申請，秉持補充性原則適度引進，期解決國內失能者之基本照顧需求，迄今外籍家庭看護工人數約24萬餘人，107年時，渠等占國內長照服務人力之17.1% 。然隨我國長照體系的次第開展，如何將國內長照需求逐步回歸國內長照體系，減少對外籍移工的依賴，理應為長照政策推動目標之一。近幾年外籍家庭看護工之增幅雖趨緩，然或為衡平長照服務對象計，107年起政府亦提供僱用外籍看護工家庭可以使用長照喘息照顧等服務。另基於長照服務員待遇之日益改善，已導致長照機構服務人力難覓情事。「長照2.0」政策之推動在創造國內勞動力 (尤其是二度就業婦女) 就業機會之同時，有無「家庭」與「機構」人力適切配置之思考？ (併入意見五討論) 「本勞」與「外勞」數量合理配置方式之長遠規劃？似均亟待行政院督飭國發會、勞動部、衛福部等相關單位及早綢繆。

(一)107年9月衛福部編印之「106年老人狀況調查報告」顯示，推估我國65歲以上生活上需要照顧或協助人數為90.7萬人，其中六成七主要由家人照顧，由外籍看護工照顧者之占比為17.1%，機構照顧者占比為5.8%。

(二)自81年起勞動部開放外籍家庭看護工之申請，秉持補充性原則適度引進，期解決國內失能者之基本照顧需求，然隨長照體系的次第開展，有無「家庭」與「機構」看護勞力暨「本勞」與「外勞」數量之合理配置，亟待相關單位及早綢繆：

1、按「就業服務法」第42條規定：「為保障國民工作權，聘僱外國人工作，不得妨礙本國人之就業機會、勞動條件、國民經濟發展及社會安定。」第47條第

1項規定:「雇主聘僱外國人從事前條第一項第八款至第十一款規定之工作,應先以合理勞動條件在國內辦理招募,經招募無法滿足其需要時,始得就該不足人數提出申請,並應於招募時,將招募全部內容通知其事業單位之工會或勞工,並於外國人預定工作之場所公告之。」是以,雇主聘僱外國人從事外籍看護工作,應先以合理勞動條件在國內辦理招募,經招募無法滿足其需要時,始得就該不足人數提出申請,爰外籍家庭看護工與外籍機構看護工之申請聘僱案件,係作為本國照顧量能不足之補充性人力。

2、長照服務體系建構之初,勞動部在不妨礙本國勞工就業機會前提下,自81年起開放雇主申請外籍家庭看護工,秉持補充性原則適度引進,以解決國內失能者之基本照顧需求。自95年度起,衛福部配合勞動部推動「外籍看護工申審流程與國內照顧服務體系接軌方案」,依民眾申請需求提供有系統的審核流程,且規定以醫師為主,其他醫事人員為輔之評估團隊進行評估作業,冀能達成明確評估,並減少弊端發生的目的,核給真正有需要的失能民眾。另為增加本國培訓之照顧服務員的就業機會,藉由各長期照顧管理中心推介媒合,又同時兼顧雇主之需求,以促進國內照顧服務產業之發展。

3、針對外籍家庭看護工與國內照顧服務體系接軌之規劃,自95年度起,衛福部配合勞動部推動「外籍看護工申審流程與國內照顧服務體系接軌方案」,依民眾申請需求提供有系統的審核流程,且規定以醫師為主,其他醫事人員為輔之評估團隊進行評估作業,冀能達成明確評估,並減少弊端發生的目的,核給真正有需要的失能民眾。另為增加本國培訓之

照顧服務員的就業機會，同時兼顧雇主之需求，藉由各長期照顧管理中心推介媒合，以促進國內照顧服務產業之發展。

4、惟隨國內長照體系的發展，卻未見外籍家庭看護工之減少，迄今人數達24萬4千餘人，自101年迄今我國外籍外籍看護工總人數及增減情形，詳如下表。

表49　101年迄今外籍看護工增減人數

年度	在臺人數		與前年度比較增減人數	
	機構看護工	家庭看護工	機構看護工	家庭看護工
101年底	11,157	189,373	-	-
102年底	11,822	196,246	665	6,873
103年底	13,093	204,733	1,271	8,487
104年底	13,696	208,600	603	3,867
105年底	14,192	221,139	496	12,539
106年底	14,827	233,368	635	12,229
107年底	15,166	241,000	339	7,632
108年底	15,281	244,379	115	3,379

資料來源：勞動部。

(三)因「長照2.0」挹注居家服務資源，而引起僱用外籍移工家庭之不滿，自107年12月1日起，勞動部與衛福部乃共同推動「擴大聘僱外籍家庭看護工家庭使用喘息服務」[14]，對聘有外籍家庭看護工之被照顧者亦提供可使用「長照2.0」之以下權益：

1、按長期照顧給付及支付基準相關規定，聘有外籍家庭看護工之被照顧者，如經長照需求評估符合失能等級2至8級，可申請專業服務、交通接送、輔具服務、住宅無障礙環境改善服務與到宅沐浴車服務及

[14] 資料來源：衛福部107年11月26日新聞稿，https://www.mohw.gov.tw/cp-16-45349-1.html

社區式服務交通接送，如其所聘之外籍看護工無法協助照顧空窗期達30天以上者，亦提供喘息服務補助。

2、考量被照顧者經評估長照需要等級為7至8級者，有密集之照顧需要，因此開放外籍看護工短時間休假時，可申請喘息服務（不受30天之限制），以解決外籍看護工於休假期間之被照顧者照顧需求，以及使更多是類照顧者得到喘息機會，並保障外籍看護工之休假權益。

3、為預防及延緩因老化過程所致之失能或失智，被照顧者可依意願參加社區預防延緩失能 (智) 服務、如屬失智或疑似失智症者，也可接受失智共照中心及失智服務據點等多元長照服務。

4、綜上，僱用外籍看護工家庭可使用多項長照服務，至於國人對於外籍看護工之長期依賴似乎仍待持續宣導並翻轉照顧服務觀念。

(四)針對「長照2.0」計畫之推動，擴大了長期照顧服務量能，是否因此降低了我國對外籍家庭看護工的依賴一節，勞動部查復本院表示：

1、勞動部106年7月27日邀集行政院性別平等會委員、衛福部及專家學者召開「研商建立外籍家庭看護工申審查核機制暨外籍家庭看護工與國內照顧服務體系接軌可行性評估會議」，研議「申請外籍家庭看護工由醫療評估整合為照管中心評估」，會議結論略以：「考量各地長期照顧管理中心現行人力不足尚無法負荷申請外籍家庭看護工之評估業務，又衛福部鑒於長照資源仍在布建中，現階段長期照顧服務量能尚無法完全滿足使用外籍家庭看護工之被看護者需求，爰維持現行作業方式。」

2、勞動部與衛福部自107年12月起推動擴大外籍看護

工家庭使用喘息服務，提供雇主因外籍家庭看護工短期休假期間之照顧人力措施，引導國人之照顧需求逐漸回歸本國長照體系。

3、勞動部配合將衛福部所製「長照2.0」宣導摺頁及海報置放於勞動部勞動力發展署收件櫃臺、函知就業服務同業公會宣導，並請各縣市政府移工訪查員於訪視時發送，且利用廣播、報章、跨國勞動力權益維護資訊網站及移工小幫手APP等多元管道，宣導聘僱移工家庭可使用之長照服務。

(五)長期依賴外籍移工提供照顧服務，似非長遠之計：

1、未運用外勞協助照顧的民眾，透過本國籍居家服務員到宅服務之需求日增，而居家服務員平均薪資已達3萬8千元以上，超過外籍家庭看護工之近2倍，惟一旦長照服務之自付金額超過負荷，民眾似仍將轉而聘用外勞。

2、詢據林萬億政務委員稱：「近年來國人對外勞的依賴已在降低，全部由本土看護取代是不可能，但可以逐步減緩外勞增加，現在想辦法逐步減緩。」可徵近年來政府似有意減少國人對外籍移工的依賴，且近幾年外籍家庭看護工之增幅確有下降之趨勢。

3、本院諮詢專家林依瑩前執行長以全時使用「長照2.0」計畫服務之試算情形時，她指出：「目前8級補助3萬元，後來又加碼，如果民眾需要24小時自費，175元 (半小時)、350元 (1小時)、8,400元 (1天)、26萬元 (1個月)。以政府訂價來看，8級的自費是不可行的，政府自費額度用完了，民眾就會去運用外勞。」林依瑩前執行長計算對原鄉老人可能提供的24小時服務，以一般失能者平均臥床約9.9年為例，其中80% 屬2至6級、20% 屬7至8級個案。以2至6級中位數26,000元X64萬X12月=1,664億元。33,500元

(7至8級中位數) X16萬元X12月=643億元。所需經費共計為2,307億元。

4、衛福部試算長期照顧服務不同方案及說明如下：

表50　衛福部試算「長期照顧服務不同方案」之差異

方案	每月自負額	說明
方案一：聘外籍看護工	29,000元	1.衛福部依據勞動部提供資料，概估聘僱外籍看護每月所需費用 (108年6月資料，含薪資及加班費) 約19,947元 (其中加班費2,059元)，就業安定費 (2,000元)，另膳食及生活用品約估6,000元、健保1,058元 (以月投保薪資23,800等級，雇主負擔等，估約29,000元，以29,000元計) 。 2.服務時間/項目為全時生活照顧。
方案二：選擇「長照2.0」服務	69,641元	1.衛福部就長照需要等級第8級一般戶補助額度估算，預估每日8小時使用「長照2.0」給支付服務項目中，最基本且經濟之服務，民眾約僅可使用11日 (36,180元/每日3,205元) 自付部分負擔5,641元。 2.為達與僱用外籍移工每日24小時，每月30日提供服務及照顧下，搭配本國看護自費額度64,000元 (1,500元*11日+2,500元*19日)。 3.綜上，該名個案每月所需費用為69,641元。 4.服務項目除生活照顧服務，可依個案需求另選擇專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善等長照服務，惟民眾仍須另行自付部分負擔。
方案三：聘本國籍看護	75,000元	1.以每月聘僱本國籍看護所需經費，無專業訓練及有專業證照價格，每日2,500至4,000元*30 天，估約75,000元至120,000元，以最低價75,000元計。 2.服務項目：無證照本國籍看護為生活照顧，有專業證照服務項目增加自立生活訓練等。

註：

1. 衛福部長照服務係指身心失能持續已達或預期達六個月以上者，依其個人或其照顧者之需要，所提供之生活支持、協助、社會參與、照顧及相關之專業服務，非全部負擔其家屬之照顧責任，先予敘明。
2. 衛福部試算不同長期照顧服務家屬每月自付額度，惟三種比較方案服務項目基準點不盡相同，若以服務產出價格相比較，恐有偏誤，使用外籍看護工、長照服務或本國籍看護，取決於民眾家庭支持系統強弱及對失能者照顧面向的強度進而選擇最適經濟效益之照顧服務，然合理額度的長照服務機制，才能維持長照服務品質與永續經營。

資料來源：衛福部。

5、可見，現階段家戶僱用「本勞」或「外勞」的主要考量仍繫於「價格」。不論選擇「長照2.0」或聘用

本國籍看護，所需付出成本平均為2倍甚或3倍於外勞。

6、至於針對「家庭」與「機構」看護人力適切配置之思考，詳如調查意見五論述。

(六)綜上，81年起勞動部開放外籍家庭看護工之申請，秉持補充性原則適度引進，期解決國內失能者之基本照顧需求，迄今外籍家庭看護工人數約24萬餘人，107年時，渠等占國內長照服務人力之17.1% 。然隨我國長照體系的次第開展，如何將國內長照需求逐步回歸國內長照體系，減少對外籍移工的依賴，理應為長照政策推動目標之一。近幾年外籍家庭看護工之增幅雖趨緩，然或為衡平長照服務對象計，107年起政府亦提供僱用外籍看護工家庭可以使用長照喘息照顧等服務。另基於長照服務員待遇之日益改善，已導致長照機構人力難覓情事。「長照2.0」政策之推動在創造國內勞動力 (尤其是二度就業婦女) 就業機會之同時，有無「家庭」與「機構」人力適切配置之思考？(併入意見五討論) 「本勞」與「外勞」數量合理配置方式之長遠規劃？似均亟待行政院督飭國發會、勞動部、衛福部等相關單位及早綢繆。

三、政府自106年起推動「長照2.0」計畫，擴大服務對象及增加服務項目，並採設立「長照服務發展基金」之作法，支應長照服務與資源布建所需經費。然據衛福部推估，「長照2.0」每年預算需求將從106年之162.26億元，逐年成長至115年之736.48億餘元，10年總計經費將達4,721.68億元，政府且承諾未來4年將年增至600億元[15]。

[15] 資料來源：108年12月4日媒體報導：https://tw.news.yahoo.com/%E9%95%B7%E7%85%A7%E6%94%BF%E7%AD%96%E6%94%BB%E9%98%B2-%E8%94%A1%E8%8B%B1%E6%96%87%E4%B8%BB%E6%89%93%E6%8F%90%E9%AB%98200%E5%84%84%

事實上，「長照2.0」計畫實施迄今，自106年至108年總支出經費分別為118億、356億以迄386億；而現行「長照2.0」計畫執行經費乃依各縣市政府財力分級，以95% 至97% 由中央支付，僅3% 至5% 由地方政府負擔居多，未來經費一旦停止或縮減，將影響「長照2.0」計畫之後續推動與執行，且恐增加地方政府在政策執行上的不確定感暨衝擊人力等相關資源的配置。是以，面對國人長照需求日殷，現行「長照基金」之財源能否充足而穩定地因應我國高齡人口之長照需求，尚待行政院督同衛福部等相關部會審慎評估並及早研議。

(一)「長期照顧服務法」第15條規定，衛福部於106年6月3日設置「長照服務發展基金」(以下稱「長照基金」)。「長照基金」來源包括遺贈稅、菸稅、政府預算撥充、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入以及依「房地合一課徵所得稅稅課收入分配及運用辦法」規定，房地合一課徵所得稅稅課收入扣除由中央統籌分配予地方之餘額，用於社會住宅及長期照顧服務支出之分配。

(二)內政部統計處109年3月7日公布之「109年第10週內政統計通報」指出，經分析我國各縣市老人人口現況發現：

1、截至108年底，我國戶籍登記人口為2,360萬3,121人，其中15-64歲者計1,698萬5,643人，占總人口之71.96％，65歲以上者計360萬7,127人，占15.28％；0-14歲者有301萬351人，占12.75％；扶養比為38.96，較上年底上升1.07；65歲以上老年人口對0-14歲幼年人口之老化指數為119.82，較上年底增加

E9%A0%90%E7%AE%97-%E9%9F%93%E5%9C%8B%E7%91%9C%E6%8F%90%E4%BF%9D%E9%9A%AA%E5%88%B6-111234886.html

7.18，且呈續增趨勢。

2、108年底老化指數續升至119.8，除新竹市（73.35）、新竹縣（77.69）、桃園市（81.40）、臺中市（90.43）外，其餘皆超過100，並以嘉義縣（213.05）為最高、南投縣（166.16）次之、雲林縣（164.31）再次之。

表51 我國各縣市老年人口現況

縣市別	108年底老年人口數	老化指數	108年長照需求人數	108年「長照2.0」服務使用人數
全國	3,607,127	119.82	794,050	375,247
新北市	578,511	118.97	125,241	49,358
臺北市	477,944	134.44	101,604	31,032
桃園市	272,348	81.40	61,114	27,322
臺中市	362,249	90.43	80,990	44,848
臺南市	295,947	130.09	64,935	34,453
高雄市	438,452	133.50	95,058	43,291
基隆市	61,011	159.84	13,316	5,148
新竹市	56,266	73.35	12,676	4,660
新竹縣	71,051	77.69	16,567	6,845
苗栗縣	90,378	135.04	20,124	10,497
南投縣	88,253	166.16	19,632	14,752
彰化縣	203,216	124.66	44,716	24,616
雲林縣	126,159	164.31	27,590	14,508
嘉義市	41,457	115.26	9,110	5,725
嘉義縣	99,004	213.05	21,471	10,587
屏東縣	141,120	163.81	31,844	19,839
宜蘭縣	75,171	140.17	16,701	9,251
花蓮縣	54,266	140.16	13,503	9,592
臺東縣	36,236	144.21	9,456	5,651
澎湖縣	17,363	159.40	3,778	2,073
金門縣	19,149	148.93	4,265	1,117
連江縣	1,576	102.34	359	83

註：

1 108年「長照2.0」服務使用人數係108年長照給付支付服務人數加上108年11月住宿式機構服務使用人數之總和。

2 108年長照需求人數、108年「長照2.0」服務使用人數；資料來源：衛福部。

3 108年底老年人口數、老化指數；資料來源：內政部統計處109年第10週內政統計通報。

(三)衛福部「長照2.0」計畫十年經費推估：據衛福部推估，「長照2.0」計畫每年預算需求將從106年之162.26億元，逐年成長至115年之736.48億餘元，10年總計將達4,721.68億元，且政府並承諾未來4年將年增至600億元。

1、衛福部「長照2.0」計畫十年經費推估，詳如下表。

表52 衛福部「長照2.0」十年經費推估

單位：億元

年別	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115
金額	162.26	314.45	361.34	409.50	459.02	493.88	531.26	601.64	651.85	736.48

資料來源：衛福部，「長期照顧十年計畫2.0（106年~115年）核定版」，105年12月，頁168。

2、106年至115年「長照基金」收支推估：

表53 「長照基金」收支推估 (106年至115年)

單位：人；億元

年度	失能人數 (A)	收入 (B)[註]	支出 (C)	累計餘額 ($D=(B-C)+D_{last}$)
106	737,322	118.53	13.54	104.99
107	765,218	363.46	163.46	304.99
108	794,050	379.67	342.53	342.13
109	824,515	379.67	389.24	332.56
110	855,253	379.67	396.36	315.86
111	883,364	379.67	415.91	279.62
112	913,125	379.67	428.04	231.25
113	943,471	379.67	436.71	174.22
114	973,393	379.67	453.21	100.68
115	1,003,043	379.67	469.42	10.93

註：108年收入係以當年1-9月實收預估全年收入為379.67億元，並假設109-115年收入同108年。

資料來源：衛福部公布於網站之新聞資料，108年10月10日。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-49616-1.html

3、政府並承諾未來4年將年增至600億元：108年12月4日媒體報導，2020總統大選前夕，尋求連任的蔡英文總統在花蓮宣布「下一個4年，『長照2.0』升級」，長照總經費從過去的50億增加到現在的400億，未來還會增加到600億，以及推動一國中學區一日照中心、一鄉鎮一住宿機構等。

(四)衛福部為協助各縣市政府推動長照服務及布建服務資源，自105年度編列公務預算約50億元，106年起推動「長照2.0」計畫，同年6月實施「長期照顧服務法」及設置「長照基金」，並編列161.9億元，107年編列319.5億元，108年編列337.77億元，109年則編列386.79億元，「長照基金」預算逐年持續增加，以提升整體服務效能。106年至109年「長照2.0」預算來源及占比，詳如下表。

表54 「長照2.0」預算來源及占比 (106年至109年)

單位：千元；%

年別	合計		公務預算		長照基金		社福基金		醫發基金	
	金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
106	16,190,386	100.0	9,971,271	61.6	4,499,500	27.8	1,599,000	9.9	120,615	0.7
107	31,949,434	100.0	-	0.0	31,949,434	100.0	-	0.0	-	0.0
108	33,807,291	100.0	-	0.0	33,807,291	100.0	-	0.0	-	0.0
109	38,678,655	100.0	-	0.0		100.0	-	0.0		

註：
1.105年辦理長照十年計畫經費來源係由公務預算編列。
2.106年「長照2.0」經費來源包含公務預算、長照服務發展基金、社會福利基金及醫療發展基金等。
3.107年起「長照2.0」經費來源皆由「長照基金」支應。
資料來源：衛福部。

(五)「長期照顧服務法」第15條規定，長照財源包含菸捐、遺產稅及贈與稅、菸稅、政府預算撥充及房地合一稅等。106年至108年「長照基金」收入分別為118.53億元、363.46億元及415.72億元。衛福部雖稱：「各項稅

收挹注於『長照基金』之數額尚在可預期範圍內，並未出現財源不足之狀況」等語，惟推估2019年至2026年長照財務收入每年379.67億元，但至2026年支出為469.42億元，顯見長照財務將出現收支不平衡之缺口，有立法委員即質疑「長照基金」可能破產。衛福部查復指出：「『長照基金』之財務規劃係依據長照服務支出情形，來規劃收入規模，爰日後現有之稅收財源如無法因應失能人口之快速成長時，則將依『長期照顧服務法』第15條規定，編列政府預算撥充予以支應，以穩健長照資源之布建與長照服務之推展」等語。

表55 「長照基金」各項收入挹注情形 (106-108年)

單位：億元

項目	106年	107年	108年
菸捐	14.13	9.14	2.4
房地合一稅	21.94	31.43	69.3
菸稅	55.24	281.83	278.23
遺贈稅	1.83	34.18	62.64
其他收入	25.39	6.88	3.15
總計	118.53	363.46	415.72

資料來源：衛福部。

調查意見

表56 「長照基金」支出用途及預決算數 (106年至109年)

單位：千元

用途計畫/項目	106		107		108		109
	法定預算數	審定決算數	法定預算數	審定決算數	法定預算數	審定決算數	預算數
總計	16,190,386	8,735,775	31,949,434	16,278,905	33,777,291	30,076,417	38,678,655
均衡長照服務促進計畫	510,107	318,984	-	-	-	-	-
強化長照機構服務及品質提升計畫	62,050	26,694	-	-	-	-	-
緩和失能創新服務計畫	1,512,830	187,254	-	-	-	-	-
長期照顧整體資源精進計畫	3,998,500	1,671,275	-	-	-	-	-
推動弱勢族群醫療照護計畫	120,615	31,743	-	-	-	-	-
長照十年計畫2.0	9,971,271	6,499,618	-	-	-	-	-
長照資源及服務量能提升計畫	-	-	26,948,079	12,941,606	-	-	-
完善長照服務輸送體系計畫	-	-	4,579,373	2,930,867	30,518,127	27,026,368	30,776,273
強化長照機構服務及緩和失能計畫	-	-	-	-	-	-	1,351,766
機構及社區預防性照顧服務量能提升計畫	-	-	-	-	2,614,657	2,320,820	5,664,375
推展原住民長期照顧一文化健康站實施計畫	-	-	394,850	398,217	638,179	726,027	879,613
一般行政管理計畫	15,013	207	27,132	8,215	6,328	3,202	6628

備註：
1.106年「長照2.0」經費來源包含公務預算、長照服務發展基金、社會福利基金及醫療發展基金等。
2.107年起「長照2.0」經費來源皆由長照服務發展基金支應。
3.「-」表示該項計畫因年度不同而調整或更新計畫名稱。

資料來源：衛福部。

(六)據上，長照財務究應採稅收制或保險制，抑或有其他財源籌措方式，以建立綿密的長照服務體系，國內各界頗多爭議，迄今未有定見。行政院林萬億政務委員於本院約詢時表示：「推動長照保險並無法解決經費的問題，其實只有荷蘭，日本也只有40歲以上進行繳費，以OECD國家中只有5~6個國家有長照保險，故長照保險解決財源是有所誤解，我國曾有試算但都有各種爭議，目前更面臨全民健保保費應否增加，社會對此非常在意，如再加入長照，難獲認同。」我國於96年開辦的「長照1.0」係採稅收制，由政府每年編列預算支應長照經費，103至105年衛福部每年挹注經費約在40億元上下。「長照1.0」實施期間，政府為因應人口快速老化，減輕失能者及其家庭之照顧負荷及財務負擔，雖曾研議開辦長照保險，並於104年6月4日及105年2月1日兩度將「長期照顧保險法」草案送立法院審議[16]。惟嗣後因政黨輪替而改弦易轍，長照保險制度即告終止，106年開辦的「長照2.0」，仍採稅收制，惟係從菸品健康福利捐、遺產稅、贈與稅、菸稅、房地合一稅等方面籌措財源，而該等稅收之穩定性及充足性均受到稅收之影響，能否適足因應伴隨我國人口快速老化而來的失能、失智風險及長照需求，亟待審慎評估。又，縱使前述課徵收入不足時，政府雖可透過編列預算方式撥補挹注「長照基金」之財源，惟以目前國家財政狀況，預算編列又須與其他政事及福利項目競合，恐無力承受與支撐龐大的長照預算。

[16] 衛福部參考健保模式，規劃「長期照顧保險法」草案並於103年9月函報行政院，經104年6月4日行政院院會通過後送請立法院審議；嗣因逢立法院屆期不續審，衛福部再次將「長期照顧保險法」草案函報行政院，經行政院院會通過於105年2月1日送請立法院審議，嗣經立法院第9屆第1會期第1次會議通過，送交立法院社會福利及衛生環境委員會審議。

(七)原民會「推展原住民族長期照顧-文化健康站實施計畫」經費，也係由衛福部支應，可徵衛福部之「長照基金」財政負擔沉重：

1、經費來源：

（1）106年度：公益彩券回饋金、「長照基金」。

（2）107至109年度：「長照基金」。

2、歷年衛福部補助原民會辦理「文化健康站」情形：

表57 衛福部補助原民會辦理「文化健康站」情形

年度	補助金額 (元)
106	1,336,378,57
107	408,177,500
108	755,762,178

資料來源：原民會。

(八)再者，現行「長照2.0」計畫執行經費依各縣市政府財力分級，以95% 至97% 由中央支付，僅3% 至5% 由地方政府負擔，未來一旦經費停止或減縮，勢將衝擊「長照2.0」計畫之推動與執行，地方政府也密切觀察中，此亦恐增添地方政府執行長照制度之不確定感。

表58 中央與地方長照服務項目之補助比率

單位名稱	補助事項	最高補助比率				
		地方政府財力分級級次				
		第1級	第2級	第3級	第4級	第5級
衛福部	健全長期照護服務體系		75%	85%	88%	90%
	強化山地離島及原住民醫療保健服務		87%	88%	89%	90%
	照顧服務 (含居家服務、日間照顧、家庭托顧)、交通接送、營養餐飲	85%	90%	95%	95%	95%
縣市政府	輔具租借購買及無障礙環境改善、長照機構安置服務費	縣市政府自籌				

註：地方政府財力分級係指 (106年起適用)：

第1級：臺北市。

第2級：新北市、桃園市、臺中市。

第3級：臺南市、高雄市、新竹縣、基隆市、新竹市、嘉義市、金門縣。

第4級：宜蘭縣、彰化縣、南投縣、雲林縣。

第5級：苗栗縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、連江縣。

資料來源：衛福部「長期照顧十年計畫2.0（106年~115年）核定版」。

表59 各地方政府推動「長照2.0」之經費來源及金額 (106年至108年)

單位：千元；%

年別	縣市別	合計		中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘	
		金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
106	新北市	1,339,734	100.0	1,127,385	84.15	148,999	11.12	63,350	4.73
	臺北市	1,388,686	100.0	772,345	55.62	528,494	38.06	87,847	6.33
	桃園市	850,532	100.0	679,774	79.92	153,958	18.10	16,800	1.98
	臺中市	1,267,574	100.0	1,136,419	89.65	129,387	10.21	1,768	0.14
	臺南市	982,716	100.0	919,661	93.58	60,557	6.16	2,498	0.25
	高雄市	1,605,779	100.0	1,443,897	89.92	127,152	7.92	34,730	2.16
	宜蘭縣	291,309	100.0	263,678	90.51	27,631	9.49	0	0.00
	新竹縣	230,189	100.0	230,189	100.00	0	0.00	0	0.00
	苗栗縣	339,733	100.0	336,583	99.07	3,150	0.93	0	0.00
	彰化縣	644,108	100.0	579,880	90.03	40,178	6.24	24,050	3.73
	南投縣	476,720	100.0	435,507	91.35	6,263	1.31	34,950	7.33
	雲林縣	505,337	100.0	478,187	94.63	26,404	5.23	746	0.15
	嘉義縣	396,056	100.0	350,000	88.37	40,149	10.14	5,907	1.49
	屏東縣	723,477	100.0	680,153	94.01	34,361	4.75	8,963	1.24
	臺東縣	234,126	100.0	211,202	90.21	9,124	3.90	13,800	5.89
	花蓮縣	266,926	100.0	232,126	86.96	8,712	3.26	26,088	9.77
	澎湖縣	135,094	100.0	91,340	67.61	8,940	6.62	34,814	25.77
	基隆市	161,957	100.0	138,124	85.28	14,999	9.26	8,834	5.45
	新竹市	123,773	100.0	109,799	88.71	9,583	7.74	4,391	3.55
	嘉義市	132,918	100.0	123,755	93.11	7,003	5.27	2,160	1.63
	金門縣	69,804	100.0	54,401	77.93	7,441	10.66	7,962	11.41
	連江縣	7,634	100.0	7,461	97.73	173	2.27	0	0.00
	合計	**12,174,182**	**100.0**	**10,401,866**	**85.44**	**1,392,658**	**11.44**	**379,658**	**3.12**
107	新北市	3,145,482	100.0	2,943,083	93.57	161,549	5.14	40,850	1.30
	臺北市	2,216,077	100.0	1,525,773	68.85	593,409	26.78	96,895	4.37
	桃園市	1,945,241	100.0	1,808,913	92.99	122,968	6.32	13,360	0.69
	臺中市	3,041,859	100.0	2,810,648	92.40	228,611	7.52	2,600	0.09
	臺南市	2,507,815	100.0	2,429,466	96.88	78,017	3.11	332	0.01
	高雄市	3,405,585	100.0	3,292,273	96.67	90,364	2.65	22,948	0.67
	宜蘭縣	807,043	100.0	796,115	98.65	10,928	1.35	0	0.00
	新竹縣	548,677	100.0	548,677	100.00	0	0.00	0	0.00
	苗栗縣	895,592	100.0	892,558	99.66	3,034	0.34	0	0.00
	彰化縣	1,763,827	100.0	1,701,416	96.46	41,281	2.34	21,130	1.20
	南投縣	1,116,401	100.0	1,071,788	96.00	7,613	0.68	37,000	3.31
	雲林縣	1,302,678	100.0	1,270,602	97.54	32,076	2.46	0	0.00
	嘉義縣	988,304	100.0	937,363	94.85	42,274	4.28	8,667	0.88

年別	縣市別	合計		中央補助		地方公務預算		公益彩券盈餘	
		金額	占比	金額	占比	金額	占比	金額	占比
	屏東縣	1,733,897	100.0	1,694,175	97.71	39,622	2.29	100	0.01
	臺東縣	609,034	100.0	584,862	96.03	12,492	2.05	11,680	1.92
	花蓮縣	688,221	100.0	654,159	95.05	5,658	0.82	28,404	4.13
	澎湖縣	289,096	100.0	241,708	83.61	8,063	2.79	39,325	13.60
	基隆市	381,481	100.0	363,581	95.31	8,783	2.30	9,117	2.39
	新竹市	276,108	100.0	266,931	96.68	5,042	1.83	4,135	1.50
	嘉義市	288,928	100.0	280,524	97.09	6,244	2.16	2,160	0.75
	金門縣	187,932	100.0	167,216	88.98	15,516	8.26	5,200	2.77
	連江縣	21,716	100.0	21,202	97.63	514	2.37	0	0.00
	合計	**28,160,994**	**100.0**	**26,303,033**	**93.40**	**1,514,058**	**5.38**	**343,902**	**1.22**
108	新北市	2,937,378	100.0	2,744,279	93.43	181,341	6.17	11,758	0.40
	臺北市	1,644,075	100.0	1,382,503	84.09	220,741	13.43	40,831	2.48
	桃園市	1,548,873	100.0	1,356,985	87.61	146,095	9.43	45,793	2.96
	臺中市	2,869,849	100.0	2,747,062	95.72	120,608	4.20	2,179	0.08
	臺南市	2,116,632	100.0	2,063,147	97.47	53,485	2.53	0	0.00
	高雄市	2,855,566	100.0	2,744,455	96.11	89,808	3.15	21,303	0.75
	宜蘭縣	687,502	100.0	671,506	97.67	3,523	0.51	12,473	1.81
	新竹縣	500,130	100.0	474,848	94.94	7,182	1.44	18,100	3.62
	苗栗縣	864,400	100.0	864,400	100.00	0	0.00	0	0.00
	彰化縣	1,801,042	100.0	1,792,383	99.52	6,106	0.34	2,553	0.14
	南投縣	1,144,892	100.0	1,127,827	98.51	2,050	0.18	15,015	1.31
	雲林縣	963,944	100.0	927,293	96.20	36,651	3.80	0	0.00
	嘉義縣	765,152	100.0	738,364	96.50	19,066	2.49	7,722	1.01
	屏東縣	1,431,821	100.0	1,396,538	97.54	35,283	2.46	0	0.00
	臺東縣	570,917	100.0	547,206	95.85	11,881	2.08	11,830	2.07
	花蓮縣	673,776	100.0	659,778	97.92	3,000	0.45	10,998	1.63
	澎湖縣	279,631	100.0	228,598	81.75	11,386	4.07	39,647	14.18
	基隆市	353,513	100.0	341,692	96.66	6,893	1.95	4,928	1.39
	新竹市	305,639	100.0	273,698	89.55	27,806	9.10	4,135	1.35
	嘉義市	315,902	100.0	307,336	97.29	6,406	2.03	2,160	0.68
	金門縣	179,168	100.0	162,528	90.71	16,640	9.29	0	0.00
	連江縣	20,041	100.0	19,897	99.28	144	0.72	0	0.00
	合計	**24,829,843**	**100.0**	**23,572,323**	**94.74**	**1,006,095**	**3.63**	**251,425**	**1.63**

資料來源：衛福部。

（九）本院實地履勘時，多數地方政府紛紛表示，現階段長照執行經費已非主要問題，而是在地方政府相關配置尚未完備時，經費來得急又快，致地方政府不知如何消化，無所適從，實無法承擔過多過重的業務。

（十）綜上，政府自106年起推動「長照2.0」計畫，擴大服務對象及增加服務項目，並採設立「長照基金」之作法，支應長照服務與資源布建所需經費。然據衛福部推估，「長照2.0」每年預算需求將從106年之162.26億元，逐年成長至115年之736.48億餘元，10年總計經費將達4,721.68億元，政府且承諾未來4年將年增至600億元。事實上，「長照2.0」計畫實施迄今，自106年至108年總支出經費分別為118億、356億以迄386億；而現行「長照2.0」計畫執行經費乃依各縣市政府財力分級，以95% 至97% 由中央支付，僅3% 至5% 由地方政府負擔居多，未來經費一旦停止或縮減，將影響「長照2.0」計畫之後續推動與執行，且恐增加地方政府在政策執行上的不確定感暨衝擊人力等相關資源的配置。是以，面對國人長照需求日殷，現行「長照基金」之財源能否充足而穩定地回應我國高齡人口之長照需求，尚待行政院督同衛福部等相關部會審慎評估並及早研議。

四、106年起施行之「長照2.0」計畫，除「長照1.0」計畫原有的四類服務對象外，新增了50歲以上失智症患者、49歲以下失能身心障礙者、55至64歲以上平地失能原住民，以及65歲以上輕度失能之衰弱老人等四類服務對象，並增加原有的8種服務項目至17項，因此，衛福部對長照業務之推動執行，分屬長期照護司、護理及健康照護司、社會及家庭署等3個機關。又，地方政府現行長照制度之業務建構則大多由衛生部門主責，少部分由

社會局下轄，不但與過去80%由社政部門執行不同，政府部門的權責與分工似亦未臻明確；再者，「長照2.0」計畫之政策推動往往又急又快，似未先行與各地方政府及民間團體進行溝通協調或召開會議說明，致地方政府或民間單位難獲完整資訊，已造成困擾，並損及政策之美意，行政院允應督飭衛福部速謀改進對策。

(一)衛福部自97年起即分階段建立長期照顧制度，第一階段推動「長照1.0」計畫，以(1) 65歲以上失能老人、(2) 55歲以上失能山地原住民、(3) 50歲以上之失能身心障礙者，及(4) 65歲以上僅IADLs失能且獨居之老人為優先服務對象。為實現在地老化，回應不同族群之長照需求，並積極發展延緩失能之預防性服務措施，建立以服務使用者為中心之多元連續性之服務體系，衛福部自106年起施行「長照2.0」計畫，除上開四類對象外，擴大服務對象為包括(1) 50歲以上失智症患者、(2) 49歲以下失能身心障礙者、(3) 55至64歲以上平地失能原住民，以及 (4) 65歲以上輕度失能之衰弱(fragile) 老人。且為配合服務對象之擴大及需求人數之增加，「長照2.0」之服務項目亦由原有之8項擴增至17項，詳如下表。

表60 「長照1.0」與「長照2.0」之差異比較

項目	長照1.0	長照2.0
服務對象	1.因老化失能衍生長照需求者，包含： ① 65歲以上老人 ② 55歲以上山地原住民 ③ 50歲以上身心障礙者 ④ 65歲以上僅IADL需協助之獨居老人 2.評估工具：ADLs/IADLs	除1.0服務對象外，擴大納入： ⑤ 50歲以上失智症患者 ⑥ 55-64歲失能平地原住民 ⑦ 49歲以下失能身心障礙者 ⑧ 65歲以上僅IADL失能之衰弱(fragile) 老人 2.評估工具：照顧評估量表
服務項目	共計八項服務： 1. 照顧服務 (居家服務、日間照顧及家庭托顧) 2. 交通接送 3. 營養餐飲 4. 輔具購買、租賃及居家無障礙環境改善 5. 居家護理 6. 居家及社區復健 7. 喘息服務 8. 長期照顧機構服務	彈性與擴大原「長照1.0」的八項服務，並創新與整合以下九項服務： 9. 失智症照顧服務 10. 小規模多機能服務 11. 家庭照顧者支持服務據點 12. 社區預防性照顧 13. 預防及延緩失能服務 14. 原住民族地區社區整合型服務 15. 社區整體照顧服務體系 16. 銜接出院準備服務 17. 銜接在宅醫療及居家安寧服務
補助標準	依失能者家庭經濟狀況提供不同補助： 1. 低收入戶：全額補助 2. 中低收入戶：補助 90% 3. 一般戶：補助 70% 4. 超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔。	1. 照顧服務及專業服務：一般戶自行負擔給付價格的 16%、中低收入戶負擔 5%、低收入戶免部分負擔。 2. 交通接送服務：依地方政府幅員及是否屬於偏遠地區，將全國 22 縣市分為四類，訂有不同的個人給付額度和部分負擔比率[17]。

[17] 「長期照顧（照顧服務、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）給付及支付基準」第2點規定，長照服務請領資格應為長照需要等級第2級（含）以上，且符合下列情形之一者：(1).65歲以上老人。(2).領有身心障礙證明(手冊)者。(3).55至64歲原住民。(4).50歲以上失智症者；第6點規定：「交通接送服務除第四類偏遠縣市、偏遠鄉鎮市區給付長照需要等級第2級(含)以上外，其餘第一類、第二類、第三類僅給付長照需要第4級（含）以上，並限定使用於照顧計畫中之就醫或復健，其提供形式或交通工具依各縣市政府規定辦理。」是以，各地方政府依據上開規定，協助轄內長照需要第4級(偏遠地區為第2級)(含)以上者，由長照巴士滿足其照顧計畫中就醫或復健之需求，解決其搭乘一般交通運輸工具之困難，讓失能者獲得更完善的醫療與照顧。內容包括：(1) 往（返）居家至醫療院所就醫（含復健）之交通接送1趟。(2) 除第四類偏遠縣市、偏遠鄉鎮市區使用者長照需要等級為第2級(含)以上，依各縣市政府核定價格給付。不足差額部分，需由使用

項目	長照1.0	長照2.0
		3. 輔具及居家無障礙環境改善服務：長照需要等級 2 級以上者，其個人給付額度均為三年 4 萬元，一般戶自行負擔 30%、中低收入戶自行負擔 10%、低收入戶免部分負擔。 4. 喘息服務：依長照需要等級分為兩類，第2級至第6級者每年給付額度為32,340元，第7級和第8級則為每年48,510元，一般戶自行負擔16%、中低收入戶自行負擔5%、低收入戶免部分負擔。
服務輸送體系	長照需要者向地方政府長期照顧管理中心申請使用長照服務，由照管專員至案家進行生活功能評估，擬定照護計畫、連結社區資源，並進行後續追蹤和品質監控。	長照需要者可撥打1966長照專線，由地方政府長期照顧管理中心受理案件，並由照管專員至個案家中依照顧管理評估量表進行評估產出問題清單、等級額度，再由社區整合型服務中心 (A單位) 之個案管理員，與長照需要者或其家屬討論後擬定照顧計畫，經照管中心核定後，連結服務資源，並定期追蹤個案、監控服務品質。

資料來源：衛福部。

（二）有關衛福部長期照護司、護理及健康照護司、社會及家庭署等3個機關對「長照2.0」計畫之業務權責分工一節：

1、「長期照顧服務法」第2條規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。」「長照2.0」計畫業務之推動，牽涉醫療和社福兩大服務體系，衛生福利部及各地方政府多以「單一窗口」、「多元服務」及「跨越衛政與社政的隔閡」的原則及目標推動該項業務。

者自行負擔。

2、依衛福部函復本院指稱：

（1）該部為統籌長照相關業務，於106年12月1日成立長期照顧司籌備辦公室，主責「長照2.0」計畫之推動及督導，嗣於107年9月3日正式設立長期照顧司，分四科辦事，以掌理長照政策、制度發展之規劃、推動及相關法規之研擬；長照人力培訓、發展之規劃、推動及執行；長照服務網絡與偏遠地區長照資源之規劃及推動；以及居家、社區與機構長照體系之規劃、推動及執行等。

（2）長期照顧司主責「長照2.0」計畫之推動及督導，惟目前衛福部社會及家庭署及護理及健康照護司亦辦理「長照2.0」相關業務如下：

〈1〉護理及健康照護司：發展鄰里居家護理所倍增計畫、住宿式長照機構評鑑制度標準化與應用計畫，以及一般護理之家設置「水道連結型自動撒水設備」補助計畫等護理 (長照) 機構相關業務。

〈2〉社會及家庭署：有關低收入戶、中低收入戶之中度與重度失能老人，及失智老人所需機構式照顧 (老人福利機構)。另針對照顧困難失能身心障礙特殊需求布建服務資源，並協助辦理照顧服務人員對身心障礙相關服務課程訓練，讓長照服務單位或據點有能力提供照顧困難失能身心障礙者之特殊需求服務。

(三)與過去80%業務由社政部門執行不同：目前多數地方政府長照建構屬衛生部門規劃，少部分設置在社會局/處下。若干地方政府也成立有長期照顧管理中心 (下稱照管中心)：

1、各地方政府之長照業務分屬衛政或社政機關主責，服務關注的焦點各有不同：

表61 各地方政府辦理長照業務主責機關

縣市別	社會局 (處)	衛生局 (處)	其他 (請說明)
新北市		整合型計畫 照管中心計畫	
臺北市		整合型計畫 照管中心計畫	
桃園市		整合型計畫 照管中心計畫	
臺中市		整合型計畫 照管中心計畫	
臺南市	整合型計畫 照管中心計畫		
高雄市	整合型計畫	照管中心計畫	
宜蘭縣			宜蘭縣長期照護管理所 整合型計畫 照管中心計畫
新竹縣	整合型計畫	照管中心計畫	
苗栗縣			苗栗縣長期照護管理中心 整合型計畫 照管中心計畫
彰化縣		整合型計畫 照管中心計畫	
南投縣	整合型計畫	照管中心計畫	
雲林縣		整合型計畫 照管中心計畫	
嘉義縣	整合型計畫	照管中心計畫	
屏東縣	整合型計畫		屏東縣長期照護管理中心 照管中心計畫
臺東縣		整合型計畫 照管中心計畫	
花蓮縣	整合型計畫	照管中心計畫	
澎湖縣	整合型計畫	照管中心計畫	
基隆市		整合型計畫 照管中心計畫	
新竹市		整合型計畫 照管中心計畫	
嘉義市	整合型計畫	照管中心計畫	嘉義市109年在衛生局下設二級機關「嘉義市長期照顧管理中心」統籌辦理長照業務
金門縣		整合型計畫 照管中心計畫	

縣市別	社會局 (處)	衛生局 (處)	其他 (請說明)
連江縣			衛生福利局 整合型計畫 照管中心計畫
小計	9	17	5

資料來源：衛福部。

2、本院實地履勘13個縣市之長照業務主責機關，詳如下表。

表62 本院實地履勘之縣市政府的長照業務主責機關

縣市別	主辦機關	說明
臺北市	衛生局/ 社會局	衛生局：機構住宿式服務類。 社會局：居家式及社區式服務類。
花蓮縣	衛生局/ 社會局	**服務項目分工：** (1) 衛生局：專業服務、喘息服務、失智症照顧服務（團體家屋以外）、預防及延緩失能服務、銜接出院準備服務、銜接居家醫療。 (2) 社會處：照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧）、營養餐食服務、交通接送、輔具購買及住宅無障礙環境改善服務、失智症團體家屋、小規模多機能、長期照顧機構服務、家庭照顧者支持服務、社區整體照顧服務模式（ABC計畫）。 **行政業務分工：** (1) 衛生局：長照中心暨衛生所照管中心分站、長照評估失能及簽審、長期照顧服務人員認證及登錄、行政處分、外籍家庭看護工申審作業。 (2) 社會處：長期照顧服務機構籌設、設立、管理、評鑑、照顧服務員訓練。
臺東縣	衛生局	「長照2.0」計畫17項服務、社區、居家、綜合、住宿式機構申請及設立、護理之家評鑑督導、外籍看護工申審、其他長照業務督考及評鑑。
彰化縣	衛生局	彰化縣衛生局於 102 年度成立長期照護科，掌理長期照護相關業務。
南投縣	衛生局/ 社會及勞動處	社會及勞動處：辦理居家服務、老人營養餐飲、日間照顧、輔具無障礙、家庭托顧、交通接送、長期照顧機構業務；衛生局：辦理居家護理、

縣市別	主辦機關	說明
		居家復健、喘息服務、長照管理中心及其分站等業務。
雲林縣	衛生局/社會局	社會處：照顧服務 (居家服務、日間照顧及家庭托顧)、交通接送、營養餐飲服務、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善、長期照顧機構服務、小規模多機能服務、家庭照顧者支持服務據點、社區整體照顧服務體系、建立社區照顧關懷據點並設置 C 級「巷弄長照站」、預防/延緩失能。 衛生局：專業服務、喘息服務、失智症共照中心、失智照護據點、延伸出院準備、預防/延緩失能 (C 據點跟失智照護據點均有提供)。
嘉義縣	衛生局/社會局	衛生局：長照中心管理、專業及喘息服務、失智照護服務計畫、A 單位及 A 個管訓練。 社會局：照顧服務、交通接送、輔具及環境改善、營養餐食服務、老人福利機構。
新北市	衛生局/社會局	衛生局長期照護科、社會局身心障礙福利科及老人福利科 (社區照顧據點、老人福利機構管理業務)。
臺中市	衛生局	臺中市政府衛生局長期照護科
臺南市	社會局	99年12月25日臺南縣及臺南市合併為直轄市後，更名為「臺南市政府照顧服務管理中心」隸屬於社會局二級機關，整合大臺南市長期照顧服務以及社區照顧據點業務，以「單一窗口」之服務，提供長期照顧及社區關懷之工作。 108年1月1日「臺南市政府照顧服務管理中心」併入「臺南市政府社會局」，由社會局設置長期照顧管理中心，以加速整合身心障礙者長照業務及提升橫向連結，持續推動長期照顧及社區照顧關懷據點業務。
高雄市	衛生局	109年1月1日衛生局成立長期照顧中心。
桃園市	衛生局/社會局	衛生局長期照護科、社會局身心障礙科及老人福利科
澎湖縣	社會處/衛生局	社會處：居家式、社區式、機構式照顧服務資源。 衛生局：長照管理中心。

資料來源：本院整理。

3、依上開資料及衛福部提供說明指出，截至109年1月底止，設有獨立照管中心之縣市有：宜蘭縣、苗栗縣、嘉義市、屏東縣；而臺南市 (社會局)、高雄市 (衛生局) 屬正式單位，其他縣市照管中心均為任務編組。衛福部稱：「地方政府依其既有之組織準則與人力編制，如基於業務需要，擬規劃設獨立機關並提高照管中心主任位階，原則係屬地方政府自治權限，中央樂見其成。」然履勘過程中，不少縣市表示：「很想設獨立之照管中心，惟囿於中心主任職級與對未來長照業務永續性存有不確定疑慮等考量，現階段縣市首長大多採取設於衛生局/處或社會局/處下的保守作法。」

(四)為推動「長照2.0」計畫，衛福部歷年補助各縣市照管人員及地方政府強化整備長照服務行政人力資源分配情形，詳如下表。

表63 各縣市照管人員核定員額 (105-109年度)

單位:人

年度	105	106	107	108	109
基隆市	6	19	20	20	21
臺北市	35	91	102	102	122
新北市	45	118	162	168	183
桃園市	22	58	85	86	90
新竹市	7	21	21	21	22
新竹縣	8	24	30	32	36
苗栗縣	12	33	38	42	43
臺中市	28	74	112	113	125
南投縣	10	28	46	52	53
彰化縣	21	55	64	64	68
雲林縣	18	47	47	47	50
嘉義市	8	24	24	24	24
嘉義縣	12	32	36	40	43
臺南市	28	74	98	103	111
高雄市	38	99	135	143	163
屏東縣	18	47	68	81	85
宜蘭縣	9	26	32	34	34
花蓮縣	12	32	65	82	82
臺東縣	7	22	37	55	57
澎湖縣	4	13	17	25	26
金門縣	3	10	10	18	22
連江縣	2	6	6	8	10
合計	353	953	1,255	1,360	1,470

註：

1. 照管人員包括照顧管理專員、督導及行政人員。
2. 105年度僅核定照管專員、督導，未含行政人員。
3. 照顧管理人員之員額配置標準，以服務量約200人配置1名「照顧管理專員」為原則，每7個「照顧管理專員」配置1名個「照顧管理督導」，每10個「照顧管理專員」及「照顧管理督導」配置1名「行政人員」。

資料來源：衛福部。

表64　縣市政府強化整備長照服務行政人力資源分配情形 (106-109年)

單位：人

縣市	106年	107年	108年	109年
臺北市	8	10	12	16
新北市	10	13	16	19
桃園市	8	10	12	16
臺中市	10	13	17	21
臺南市	9	12	16	18
高雄市	10	14	18	20
宜蘭縣	7	8	10	13
新竹縣	6	8	11	13
苗栗縣	7	9	12	14
彰化縣	7	10	13	14
南投縣	8	11	16	17
雲林縣	8	10	13	14
嘉義縣	7	9	13	14
屏東縣	8	11	16	17
臺東縣	6	9	11	12
花蓮縣	7	8	11	14
澎湖縣	4	5	8	8
基隆市	5	7	9	12
新竹市	6	7	10	12
嘉義市	5	6	9	10
金門縣	4	5	8	8
連江縣	1	3	3	3
合計	151	198	264	305

註：衛福部因應地方政府推動「長照2.0」計畫業務之需求，依據「長照服務發展基金108年度一般性獎助經費申請、審查及財務處理暨獎助項目及基準：長期照顧十年計畫2.0－強化整備長期照顧服務行政人力資源」，獎助直轄市、縣（市）政府聘用行政人員及行政督導人員。

資料來源：衛福部。

(五)再者，衛福部查復本院雖表示，該部於各項計畫推廣之初均召開計畫說明會並盡力予以協助或組織輔導團隊就計畫之人力、經營品質管控等提供輔導。惟查，「長照2.0」計畫之推動往往又急又快，似未先行與各地方政府及民間團體進行充分溝通、協調或召開會議說明，致地方政府或民間單位難獲完整資訊，造成困擾，亦多少折損了政策之美意：

1、以新制給付支付基準修正草案為例，經衛福部內部研議，並參與5場立委公聽會、召開1場公聽會後提出最終版本，且經2場會前會及3場長照諮詢會議修正通過，於10月5日公告，並於107年12月1日起施行。基準公告施行後，衛福部以專線電話、LINE群組、FB留言蒐集外界意見及回應所提疑義，並提供修正對照表供外界熟悉修正內容，縣市及服務單位反映清楚易明瞭。資訊系統、專業手冊及照顧管理評估量表亦依基準進行修正。惟未見衛福部與各地方政府及民間團體進行溝通、協調或召開會議。

2、以資訊系統之實施為例，臺南市的看法與建議為：「(1) 系統異動時，是否可以提早安排說明會，而非系統上線後才安排說明會。(2) 系統測試前，測試單位是否可以每個縣市皆安排，而非只侷限於幾個縣市。(3) 系統如有改版，是否可以請廠商提供多元的聯絡方式，以方便進行即時的問題回復。」

3、嘉義縣政府對長照服務建議：「建議新政策推動前應給予地方合理準備期間：『長照2.0』推動後，為提供更符合需求的服務與建立良善制度，歷經多次調整，近日亦推出新政策 (如108年度『住宿式服務機構使用者補助方案』) 等，偶有未事前告知縣市政府之情形，致縣府於第一線面對民眾或民間單位時，較難提供完整回應與協助，折損政策之美意」

等語可證。

（六）綜上，106年起施行之「長照2.0」計畫，除「長照1.0」計畫原有的四類服務對象外，新增了50歲以上失智症患者、49歲以下失能身心障礙者、55至64歲以上平地失能原住民，以及65歲以上輕度失能之衰弱老人等四類服務對象，並增加原有的8種服務項目至17項，因此，衛福部對長照業務之推動執行，分屬長期照護司、護理及健康照護司、社會及家庭署等3個機關。又，地方政府現行長照制度之業務建構則大多由衛生部門主責，少部分由社會局下轄，不但與過去80%由社政部門執行不同，政府部門的權責與分工似亦未臻明確；再者，「長照2.0」計畫之政策推動往往又急又快，似未先行與各地方政府及民間團體進行溝通協調或召開會議說明，致地方政府或民間單位難獲完整資訊，已造成困擾，並損及政策之美意，行政院允應督飭衛福部速謀改進對策。

五、「長照1.0」計畫推動以來，長照人力資源短缺始終為該計畫面臨的諸多困境之一。在長照人力至為吃緊情勢下，行政院賡續推動「長照2.0」計畫，長照人力勢將更形捉襟見肘，109年居家式照顧服務員之人力缺口達9,600人。本院107年間針對長照人力之調查結果發現，參加照顧服務員訓練結訓學員領有結業證書，以及取得照顧服務員技術士證照者共計12萬餘人，然實際從事照顧服務工作者僅占24.5%。「長照2.0」實施迄今，衛福部調查107年度全時居家照顧服務員平均薪資已達38,498元，部分工時者平均時薪為223元，然實際從事照顧服務工作者僅占43%。實務上亦發現，居家式照顧服務員於長照給支付新制上路後薪資待遇普遍提高，同一時間機構住宿占床率雖由105年的77.3%增至108年11

月的84.2%，然因機構照顧服務員薪資並未調升且需排班 (三班制)，致人員增加幅度有限，住宿式機構照顧人力明顯不足。又因照顧服務員待遇普遍提高，而照顧服務督導人員之薪資待遇卻未隨之調整，業衍生不平，衛福部允應會同教育部、勞動部正視長照人力之妥善規劃與運用。

(一)為充實本國照顧服務人力，衛福部已採行策略包括：

1、加強培訓：由地方政府在地辦訓，另鼓勵長照機構自訓自用。持續推動核心課程可採線上訓練方式，提高訓練之便利性及可近性。

2、學校養成：配合教育部鼓勵大專校院長照相關科系發展實務導向照顧課程與增設校外實習及推動高職設立長照科，擴大人力來源。

3、改善薪資：推動給付及支付制度，給予單位充足成本為照服員調薪；針對居家式照服員，明定月薪至少3萬2千元或時薪至少200元。

4、強化職涯：已於相關法令明定一定年資之照服員可擔任居家服務督導員、長照機構業務負責人之規定，促其晉升管理階級，或鼓勵創業成為「照老闆」。

5、職業尊嚴：藉多元宣導，增進民眾對照服員之正確認識，以提升專業形象。

6、給 (支) 付偏鄉加成，誘發長照服務及人力資源：

（1）長期照顧 （照顧服務、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） 給付及支付基準之設計，考量原住民族地區及離島服務資源較缺乏及服務輸送不易，故提供較一般地區高20%之支付價格，且給付額度及民眾部分負擔仍以一般地區價格計算，所增加支付金額由中央吸收，以減輕民眾負擔。

（2）為利偏鄉民眾長照服務之使用，鼓勵88個偏鄉

(鎮區) 設置長期照顧管理中心分站，並加成補助居家服務、日間照顧、小規模多機能、家庭托顧等長照機構設立開辦設施設備費。另補助原住民族地區以部落為中心提供原住民長照整合服務，以提升原住民長者長照服務之可近性。

（3）為強化原住民族地區長期照顧服務、建構符合原住民族需求的長照模式，推動「原住民族地區長期照顧整合型服務試辦計畫」，鼓勵地方政府輔導部落在長者熟悉的「文化健康站」或其附近設立微型日照中心，提供日間照顧、夜間臨時住宿、交通接送、喘息服務等多項長期照顧服務。

（4）另依「長照2.0」計畫原民專章目標，推動原住民族地區一鄉鎮一照管分站，已補助52處，以連結長者所需之長照服務或醫療服務及其他福利資源；並於照管分站設原住民族推動委員會，整合部落長照資源。

(二)我國長照人力現況及需求推估：

1、照顧服務員：

（1）現行照顧服務員之總人數為49,362人，108年12月底止，任職情形以從事居家服務之20,588人為最多。

（2）依衛福部推估，「長照2.0」計畫針對照顧服務員之需求人數推估，109年需5萬3千名照顧服務員，詳如下表。

（3）又細分各類型長照服務之照顧服務員需求及人力缺口，其中以居家式照顧服務員之人力缺口9,600人為最高。

表65 自101年起照顧服務員之培訓及任職情形

年度	任職情形					
	居家服務	日間照顧(含小規機)	老人福利機構	護理之家	榮家	合計
101	7,079	185	7,564	2,501	1,540	18,869
102	7,504	229	7,493	3,775	1,547	20,548
103	7,945	432	7,872	3,775	1,673	21,697
104	7,057	566	8,357	3,775	1,446	23,201
105	9,523	647	8,917	4,699	1,308	25,094
106	10,478	815	9,225	5,987	1,308	27,813
107	13,677	1,315	9,303	8,134	1,596	34,025
108	20,588	1,398 (社區式長照機構總計；不含C據點)	14,641	11,068	1,667	49,362[註1]

註：

1. 資料來源：居家服務及日間照顧 (長照司) 、老人福利機構 (社會及家庭署) 、護理之家 (照護司)、榮民之家 (退輔會) ；不含住宿式長照機構、綜合式長照機構、C 據點。
2. 統計至 108 年 12 月底。

表66 照顧服務員需求推估 (106年至110年)

年度	照顧服務員人力需求	照顧服務員在職人數	照顧服務員待充實人數
106	32,172	28,417	3,755
107	35,155	35,081	74
108	39,000~41,000	53,212 (註4)	--
109	約53,000(註3)		
110	47,078 (暫依「長照2.0」計畫核定本)		

註：

1. 照顧服務員人力需求推估人數，包括：住宿式機構、團體家屋、居家及社區式長照機構、老人福利機構，護理之家照服員人數。
2. 照顧服務員在職人數數據取自長照司、社會及家庭署、照護司資料，包含C據點照顧服務員人數。
3. 照顧服務員在職人數雖超過人力需求，惟各類照顧服務員並不平均。
4. 108年12月照顧服務員在職人數53,212人(居家式20,588人、社區式1,398人、綜合式2,012人、機構單位27,541人)。

資料來源：衛福部。

表67　各類型長照服務之照顧服務員需求及人力缺口 (109年)

單位：人數

長照服務 (長照機構)	照顧服務員需求	109年2月 在職人數 (截至108年12月)	人力 缺口
居家式	約26,000	20,588	約9,600
社區式	約1,700	1,398	約300
機構住宿式	19,162	27,541	-
綜合式	如註1	2,012	如註2

註：

1. 綜合式長照機構需求人數已納入居家、社區、機構住宿式一併推估，故無數據。
2. 機構住宿式在職人數高於需求人數，係因需求人數僅按機構未設標人力比估算，即未考量「勞動基準法」規範下之休假數及輪班。
3. 社區式長照機構目前不含C據點，故無法推估。

資料來源：衛福部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。

2、照管督導員及照管專員：

（1）衛福部提供資料指出，照管督導員及照管專員在職人數：

108年8月底止，照管督導員之預算員額為163人、實際員額為139人；照管專員預算員額為996人、實際員額為879人。

（2）110年照管專員及照管督導員推估需求人數分別為1,400、200人，詳如下表。

表68　照管人力需求推估 (106年至110年)

人力 年度	106	107	108	109	110
照管專員	753	996	996	1,076	1,400
照管督導	112	141	163	180	200

資料來源：衛福部。

3、醫事人員及社工人員需求推估：

（1）衛福部依據該部104年度委託國立陽明大學「長期照護人力未來十年需求推估研究」報告估算109年社工人力需求為2,847人。然衛福部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統資料顯示，截至109年2月18日，取得長照人員認證資格之社會工作人員計3,729人 (含社會工作師997人)。

（2）依衛福部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統資料，截至109年2月18日，取得長照人員認證資格之醫事人員計2萬9,728人。至於醫事人員之人力需求推估，衛福部則表示，醫事專業人力係提供長照給 (支) 付制度之專業服務 (C碼[18])，該服務係以跨團隊 (多專業模式) 提供個案或照顧者之訓練與指導，人力可與醫療資源相互流用，尚難推估人力需求。

(三)衛福部為鼓勵照顧服務員長久留任，提升薪資待遇，保障勞動權益，要求居家式長照機構落實，顯示107年度全時居家照顧服務員平均薪資已達38,498元，部分工時者平均時薪為223元：

1、衛福部查復本院表示:「自107年推動長照給付及支付新制以來，以有效率地滿足個案多元的需求為目標，將以往『時數』計價模式，改以失能者可獲得之長照服務 (照顧組合) 做為計價單位，係為給予服務提供單位足夠成本，鼓勵服務提供單位善盡雇主責任與提升薪資條件，並祛除照顧服務員鐘點計薪之鐘點工刻板印象，進而提升其社會地位及專業價值。」

2、受僱於居家式服務類長期照顧服務機構之照顧服

[18] C碼-係指「長照2.0」之專業服務項目。

務員，多受「勞動基準法」相關規範，為確保雇主提升薪資條件及工作待遇，衛福部業於「直轄市、縣 (市) 政府特約長期照顧服務契約書參考範本」之契約內容載明居家照顧服務員之薪資待遇，並於107年4月30日函請各縣市政府督導轄內單位落實健全內部人事制度，及符合上揭居家照顧服務員薪資標準，以保障勞動權益，持續強化照顧服務員之投入及留任之誘因。

3、衛福部委託辦理「107年居家長照機構照服員薪資調查」，發現107年度全時居家照顧服務員平均薪資已達38,498元，部分工時者平均時薪為223元。由履勘實例發現不少居家照顧服務員的月薪已高於5萬元，尤其在偏遠地區 (如花東)，好幾位居服員表示「輕輕鬆鬆即可月入5萬餘元，很是滿足。」

(四)實務上發現，居家式照顧服務員於長照給支付新制上路後薪資待遇普遍提高；另一方面，機構住宿占床率固有增加 (由105年的77.3%上升至108年11月的84.2%)，因機構照顧員薪資未見調升，多少影響了機構照顧服務員之增加幅度，住宿式機構照顧人力似亦明顯不足：

1、衛福部統計，住宿式機構占床率自105年的77.3%上升至108年的84.2%，截至108年11月底止，全國提供住宿式服務資源共10萬8,160床，收容91,039人，收容率達84.2%。

2、機構式照顧服務員人數雖年有增加，惟增加幅度有限，詳如下表，此與機構式照服員之工作場域固定，面對對象失能或失智程度較嚴重，不似居服員一天當中可輪流服務不同業主，收入會因服務項目多元反而較高不無關聯。

表69 老人長期照顧、安養機構照顧服務員國籍

年度	本國籍	外國籍
104	8,357	5,449
105	8,917	5,696
106	9,225	5,976
107	9,303	6,427
108	9,386	6,534

資料來源：衛福部老人長期照顧、安養機構工作人員統計表。

(五)具體而言，本院實地履勘發現居家式照顧服務員工作狀況及薪資待遇如下：

1、服務於花蓮縣、臺東縣的居家照顧服務員僅服務5名老人，月收入即可達5萬多元。

2、雲林縣一對夫妻在家照顧5位老人，收入亦不貲。

3、臺東縣屬衛生福利部長照給支付新制所定義之原住民地區，經本院實地履勘該縣時，居家服務提供單位一粒麥子基金會的居家服務員中，約三成六具原住民身分，該基金會表達於服務原住民個案時，常有因語言隔閡造成溝通困難或有文化敏感度不足等問題。另照顧服務員猶仍不足，偏鄉或原鄉尚涉及語言 (母語) 及距離問題，照管督導員每月要巡迴一次，即有困難。

4、臺東縣關山鎮原住民老人 (80歲、女性，需靠輔具行動，評估等級為3級，阿美族人) 因鄰近無原民會文建站，故申請長照服務。有三位照服員提供服務，屬中低收入戶，不用付費，一位從事家務、用藥及協助沐浴，一位協助分藥、協助用餐及陪同就醫，一位除用藥用餐外，並陪聊母語。該名老人因屬中低收入戶，無須支付任何長照費用。

(六)另據陳宇嘉教授「原住民部落社區老人日間關懷站的推動歷程之反思與開展」一文中載明:「族群特性會影響到接受服務者的參與度,原住民部落老人日間關懷站在整個社會脈絡下不同於關懷據點的服務,主要是因為族群、文化的特殊性及地理位置偏遠等因素,被賦予具文化面向的任務與使命。」陳教授認為,可從文化的角度重新檢視與思考,什麼是原住民部落老人活躍老化的關鍵,再研擬相關發展策略。

(七)長久以來,住宿式安置機構存有核定床位數及實際使用床位數不相同的情形,原因在於照顧服務人力不足。實務上亦發現,照顧服務員於長照給支付新制上路後,因居家服務員待遇普遍提高,導致部分機構照顧服務員出走,住宿式機構照顧人力因此不足或增加有限,本院履勘時也有民間團體反映提升社工薪資的困難。顯見長照人力始終是個問題,過去待遇與地位不佳,現在均有提升,惟僅一線服務人員有提升,而後台卻無,造成另類的不公平現象。本案履勘嘉義縣時,亦聽聞不少類似的反映。

(八)因應高齡化社會對照顧人力的需求,教育部在照顧服務員培訓方面的檢討及規劃如下:

1、依「大學法」規定增設、調整院、系、所、學位學程為大學自主權責,學校得依國家社會、經濟發展,並衡酌學校自身教學資源等條件規劃報部申請,教育部並依「大學法」第12條及「專科學校法」第10條第2項規定訂定《專科以上學校總量發展規模與資源條件標準》(以下簡稱「總量標準」)略以,「本部應依國家整體人才培育政策、社會發展需求、學校資源條件、師資專長、總量發展規模、新生註冊率及畢業學生就業等面向,徵詢相關產業之目的事業主管機關意見後,審核專科以上學校系科

增設調整與招生名額。未來教育部亦將配合衛福部對於長照人力之需求，持續鼓勵具有相關專業師資且有意願之學校，依照相關規定提出申請新設長照相關所系科及學位學程。」

2、108學年度大專校院計47校 (含分部)、開設116個長照相關所系科及學位學程，課程數總計2,292門、學生數總計1萬2,732名。

3、詢據教育部技術及職業教育司楊玉惠司長表示：「對於人才培育部分，有相關科系，也鼓勵增設相關系所，大專校院於105學年度45校，至108學年度有48校，高職部分也有增加。101~103學年度畢業生流向，投入相關產業者43%，104~107年度有微幅成長，但偏低原因，為投入心力與報酬不成比例，另外與職涯發展、社會偏見等均有關，目前計薪方式已有改善」等語。

(九)據上，教育部提出未從事長照相關產業之原因及改善方式，說明如下：

1、爰依現行規定，只要參加培訓90小時課程，結訓後即可成為照顧服務員，因此長期培訓及投入職場面臨以下困境：

（1）一般學生無動機修習2至5年之正規教育：如二專、五專、二技、四技之長照系科等，且培訓90小時課程與正規教育二者修習課程內容與技術差異甚大。

（2）長照畢業學生投入長照職場意願低：其投入偏低原因含其勞動條件、薪資水準、專業發展、職涯發展、社會偏見等。

2、改善方式：

（1）深化學生至長照機構實習：學校辦理校外實習係為課程訓練的一部分。另該部為使各校長照系

（所）、科與長照產業連結，委託國立臺北護理健康大學建置「長期照顧產學實習媒合平臺」網站，供各校媒合實習使用。該實習平臺除定期更新長照相關政策說明、各活動辦理資訊、產業實習等訊息外，對學生而言，該平臺可彙整各長照機構之實習機會並進行媒合；對學校而言，可藉由與產業合作，而不斷精進其課程與教學方法；對產業而言，提早與長照在學學生接觸，可選擇更符合其長照機構需求之學生，並儲備人才。

（2）積極推動學生以修課方式取得「照顧服務員」資格：

〈1〉為積極推動大專校院學生具備照顧服務知能，委託國立臺北護理健康大學推動之「全國長期照顧核心模組課程-照顧服務模組」已納入衛福部公告之照顧服務員訓練實施計畫規定之90小時訓練內容，大專校院在學學生經修畢且成績及格者，得領有「全國長期照顧核心模組課程修業證書」(下稱修業證書)。是以，取得修業證書者，視同依照顧服務員訓練實施計畫完成90小時照顧服務員訓練並領有結業證明書者。〔衛福部業於108年9月5日衛部顧字第1081962158號函知各直轄市及各縣（市）政府長照業務相關主管單位〕。

〈2〉未來長照系科在學學生於專一至專三或大一、大二期間以修課方式取得照顧服務員資格後，於專四、專五或大三、大四期間以「實習」方式至各長照機構擔任合格照顧服務員，除可補充照顧服務員人力缺口外，學生亦可增加對長照職場認識，並且以該方式累計其長照工作年資與畢業後之薪資，以增加投入長照產業之意願。

(十)照顧服務人力投入的多寡，影響國家勞動力，衛福部暨相關機關允應針對「家庭」與「機構」照顧服務員人力詳予考量，並妥適規劃整體照顧體系人力之適切配置：

1、107年9月衛福部編印之「106年老人狀況調查報告」推估我國65歲以上生活上需要照顧或協助人數為90.7萬人，其中六成七主要由家人照顧，由外籍看護工照顧者之占比為17.1%，機構照顧者占比為5.8%，針對「外勞」及「本勞」人數之衡平，已如前調查意見二之論述。「106年老人狀況調查報告」尚指出65歲以上老人期待的居住方式，有五成四希望與子女同住，二成六希望僅與配偶 (含同居人)同住，顯見我國平均戶量雖逐年減少，家庭照顧功能式微，且65歲以上老人對在地老化仍有期待，益徵居家照顧服務員人力需求殷切，因此，近幾年「長照2.0」之推動，政府積極布建居家及社區式照顧服務資源。

2、由表26可知，108年照顧服務員人力需求為39,000~41,000人，在職人數53,212人，人力數據似已達需求，然表27分析各類型長照服務之照顧服務員需求及人力缺口則顯示，雖機構住宿式照顧服務員109年2月計27,541人在職，似已超過19,162人之需求人數，惟衛福部指出：「機構住宿式在職人數高於需求人數，係因需求人數僅按機構未設標人力比估算，並未考量『勞動基準法』規範下之休假數及輪班」等語，意即倘以機構照顧服務員需輪值三班之工作方式加以計算，機構照顧服務員人力猶嫌不足，表67亦指出居家式照顧服務員仍有9,600人之缺口。

3、如前述，經衛福部調查107年度全時居家照顧服務

員平均薪資已達38,498元，部分工時者平均時薪為223元，然實際從事照顧服務工作者僅占43%。另，實際從事照顧服務工作者選擇擔任「居家照顧服務」或「機構照顧」工作之原因，經本院實地履勘財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心，該機構人員指出：「工作人員會考量工作時間 (如機構要輪3班)、薪資 (如近期居服員待遇提升)、受照顧者情況 (如重度失智比輕中度好照顧)，以及機構所提供之福利 (如同儕間的支持、員工協助方案、工作成就感及使命感等) 以決定是否選擇在機構工作。」等語，實務上亦有機構照顧服務員需照顧身心狀況趨於重度障礙的個案，較難照顧，而居家服務受照顧者之身心狀況較輕，不但容易照顧且收入較機構工作高，而選擇居家照顧服務的意見。

4、近年來「長照2.0」之推動，政府以積極布建居家及社區式照顧服務資源為優先，甫於108年9月由行政院核定「住宿式服務機構使用者補助方案」，始提出對機構式住宿者提供補助資源。究照顧服務員人力應如何配置於「居家服務」與「機構照顧」始為合理？優先順序為何？似未見衛福部或相關機關提出規劃說明，經本院諮詢財團法人一粒麥子社會福利慈善基金會林木泉執行長指出：「我建議未來幾年應最優先投入與關注的是機構式的照顧服務，無論是社區、居家式都需要家庭照顧者的投入，倘受照顧者須24小時照顧，卻選擇社區或居家方式，由家庭照顧者提供照顧，將會失掉生產力。目前政策開始對機構式照顧予以關心及挹注資源，建議應優先解決機構式照顧的問題，才能讓家庭照顧者釋出生產力，對社會有所貢獻」等語。經本院諮

詢弘道基金會前執行長也指出：「應以整體結構思考以解決長照的問題，始能完整到位，照服員、外勞人數 (看護工) 及自費的發展等配置，才回歸到照顧產業。」是以，照顧服務人力投入的多寡，影響國家勞動力，衛福部暨相關機關允應針對「家庭」與「機構」照顧服務員人力詳予考量，並妥適規劃整體照顧體系人力之適切配置。

(十一)綜上，「長照1.0」計畫推動以來，長照人力資源短缺始終為該計畫面臨的諸多困境之一。在長照人力至為吃緊情勢下，行政院賡續推動「長照2.0」計畫，長照人力勢將更形捉襟見肘，109年居家式照顧服務員之人力缺口達9,600人。本院107年間針對長照人力之調查結果發現，參加照顧服務員訓練結訓學員領有結業證書，以及取得照顧服務員技術士證照者共計12萬餘人，然實際從事照顧服務工作者僅占24.5%。「長照2.0」實施迄今，衛福部調查107年度全時居家照顧服務員平均薪資已達38,498元，部分工時者平均時薪為223元，然實際從事照顧服務工作者僅占43%。實務上亦發現，居家式照顧服務員於長照給支付新制上路後薪資待遇普遍提高，同一時間機構住宿占床率雖由105年的77.3%增至108年11月的84.2%，然因機構照顧服務員薪資並未調升且需排班 (三班制)，致人員增加幅度有限，住宿式機構照顧人力明顯不足。又因照顧服務員待遇普遍提高，而照顧服務督導人員之薪資待遇卻未隨之調整，業衍生不平，衛福部允應會同教育部、勞動部正視長照人力之妥善規劃與運用。

六、現階段中央頒布「長照2.0」計畫政策推動擴增之17項服務，多數承襲自日本長照經驗 (諸如：小規模多機能中心、失智症團體家屋、家庭托顧等)，是否確實符合我國

民眾需求及民情，不無疑義。且不少地方政府囿於17項服務繁多且無優先順序，復因欠缺事前調查/盤點，以致無論都會區、鄉村及離島地區之地方政府均傾向全數辦理，衍生「一套衣服大家穿」的情境，也導致各項提供服務之品質參差不齊。目前各地方均以居家照顧服務項目之受益人數最多，惟居家照顧服務係民眾最需要的長照服務項目？抑或最容易推動之項目？甚或民眾經濟能力最能負荷之服務項目？尚待剖析，而迄今未見符合各該地區因地制宜之創新服務方案，亦顯有檢討精進空間。

(一)衛福部自106年起實施「長照2.0」計畫，除「長照1.0」計畫原有的四類服務對象外，新增50歲以上失智症患者、49歲以下失能身心障礙者、55至64歲以上平地失能原住民，以及65歲以上輕度失能之衰弱老人等四類服務對象，並將原提供之8項服務增加至17項，已詳如前述。

(二)本院擇定13個縣市政府，計42處具代表性之長照辦理單位進行現地履勘，發現不少地方政府囿於17項服務繁多且無優先順序，復因欠缺事前調查/盤點，以致無論都會區、鄉村及離島地區之地方政府均傾向全數辦理17項服務項目。本院實地履勘機構服務類型分析，詳如下表。

表70 實地履勘機構服務類型分析

縣市別	實地履勘機構名稱	服務類型
臺北市	財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心	住宿式機構服務
	西區輔具中心（承辦單位-財團法人伊甸社會福利基金會）	輔具及居家環境改善服務
	身障者日照中心	日照中心
花蓮縣	撒固兒部落文化健康站	原住民文化健康站
	門諾基金會之居服及交通車接送服務	居家服務、交通接送
	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會長照服務	居家服務

縣市別	實地履勘機構名稱	服務類型
臺東縣	居家服務、交通車接送服務及長照相關服務概況	居家服務、交通接送
	原住民個案使用居家服務現況參訪（財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會安排）	居家服務-3個案例
彰化縣	鹿港基督教醫院失智共同照護中心	失智共照中心
	鹿港「財團法人老五老基金會」綜合式服務類長期照顧服務機構	交通接送、小規模多機能服務
南投縣	中寮鄉失智照顧據點	失智 C 據點-南投基督教醫院承接
	水里鄉上安社區發展協會之水里鄉長照與綠色照顧據點	巷弄 C 據點
雲林縣	雲林縣私立慧安社區長照機構	家庭托顧服務
	社團法人雲林縣老人長期照護協會附設雲林縣私立斗六小太陽綜合式服務類長期照顧服務機構	日間照顧
嘉義縣	大林慈濟醫院-失智症共照中心	失智症共照中心
	嘉義長庚醫院附設護理之家	住宿式機構服務
新北市	臺北慈濟醫院	失智共照中心、A單位
	小驢駒小客車租賃有限公司	交通接送
	全康診所-新店湯泉社區	失智C據點
	天主教耕莘醫療財團法人附設新北市私立安康社區長照機構 (耕莘安康團屋)	團體家屋
臺中市	臺中榮民總醫院社區式服務類長期照顧服務機構	日照中心
	社團法人臺中市大恆樂齡協會	交通接送
臺南市	財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設臺南市私立澄輝社區式服務類長期照顧服務機構	日照中心、喘息服務、小規模多機能服務
高雄市	大同福樂學堂 (大同國小)	日照中心-大同醫院承接
桃園市	楊梅天成醫院	失智症共照中心、A單位
	瑞源伯公照護站	社區照顧C據點、伯公照護站
澎湖縣	興仁社區發展協會	老人餐食服務
	馬公市第三衛生所	衛生所型態之復能、家庭醫師專業服務
	新智慧健康服務平台專案 (社區據點：五德社區照顧關懷據點)	社區照顧C據點

資料來源：本院整理。

(三)依中央頒布「長照2.0」計畫政策推動擴增之17項服務，多數承襲自日本長照經驗 (諸如：小規模多機能中心、失智症團體家屋、家庭托顧等)：

1、小規模多機能中心：

衛福部於104年開始試辦「小規模多機能中心」，此乃結合日間照護、居家服務及喘息住宿3大服務的社區據點。衛福部新聞稿指出：「小規模多機能中心規劃以日間照顧中心為基礎，擴充辦理居家服務、臨時住宿等多元服務，依長者需求，提供『客製化、個別化』的照顧，長輩即使白天不去日照中心，也會有了解長輩習性的照顧服務員到家中關懷；當家屬有臨托需求時，可以將長輩送到平日參與活動的日照中心，夜間在熟悉的工作人員陪伴下，獲得安適、自在的照顧服務，達到有效支持家庭照顧者的政策目標。」該中心係取經自日本，由衛福部將之引進臺灣。惟查：

（1）日本的「小規模多機能中心」概念係「居家服務」的延伸，原是為了針對失智長者而強調「熟悉的同一批照顧者，照顧同一批使用者」，同時掌握彈性與機動性，讓心血來潮想使用多元服務的長者，能在社區裡自由選擇不同服務，例如心血來潮就去洗個澡、跟其他老人吃頓飯、聊聊天、參加活動，或者夜宿在中心。每個據點不會離家超過30分鐘的步行距離，讓長輩們可以真正在熟悉的社區裡終老。然而，引進臺灣後，其原始概念卻成了「從日照中心擴充」的托老服務，亦即在原本的日照中心內擴充夜宿空間、補助居家服務人力。然而，在經費與人力尚不及因應的狀態下，其服務無法擴充到原本的日照中心使用者之外，變成必須遊說原本享用日照服務的使用者，每星

期有幾天改成居家服務，使長者和家屬都大幅降低使用意願。

（2）因為收費制度與實施保險制的日本不同，規模又日漸擴大，其服務也無法在「小規模」的概念下做到彈性而多元，老年人不僅無法隨興參加一般活動，夜宿服務也需於2週前預訂，失去機動性。

（四）失智症團體家屋：

為充實失智症照顧服務資源，衛福部鼓勵各縣市政府與民間服務提供單位協力合作，積極廣佈團體家屋。惟本院實地履勘發現，團體家屋之設置推動有其困難度 (照顧人力比高、收費金額高、空間規定等)。且據本院實地履勘時瞭解，中低或低收入戶個案往往因收費過高 (每月平均4萬元至5萬元) 而無法使用團體家屋資源，衛福部為此係以補助辦理團體家屋方式助其先行上路。

（五）家庭托顧：

家庭托顧係一種介於居家與社區照顧間的服務模式，由托顧家庭於日間協助照顧失能老人，目前每一托顧家庭收托不得超過4人，每日收托時間以10小時為原則，不得超過12小時，如同保母在自己的家裡照顧幼兒一樣，將家中老人或身心障礙者送到照顧服務員的住所（托顧家庭）接受照顧，照顧服務員在照顧自己家人的同時，可以在家創造穩定經濟收入，維持其家庭功能的完整性，較適合偏鄉地區，且參與者之服務空間必須夠大且須經包括衛浴等設施之改造，方符服務需求。

（六）「居家失能個案家庭醫師照護方案」：

衛福部於108年7月19日開始實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」，建立以失能個案為中心之醫療照護及長期照顧整合性服務模式。以澎湖縣馬公市第

三衛生所為例，該所藉由專責醫師及護理師定期家訪，提供健康指導與醫療服務，建立居家失能老人醫療照護網絡，有效進行健康管理並控制慢性病惡化，以減少門診醫療費用及住院負擔，適合澎湖等偏鄉地區辦理。

(七)各類「長照2.0」服務之使用情形：

1、108年1至8月服務人數共計23萬2,786人，107年1月至108年8月累計服務人數為28萬4,363人。各類長照2.0服務之使用人數，詳如下表。

表71 各類「長照2.0」服務之使用人數 (107年至108年)

單位：人

年度	長照需求人數	長照給付支付服務	住宿式機構服務	預防延緩失能服務	失智社區服務據點	失智共同照護中心	家庭照顧者服務
107	765,218	180,660	86,824	35,562	14,494	29,532	14,324(人次)
108	794,050	284,208	91,039	49,026	15,688	46,364	52,613(人次)

資料來源：衛福部。

2、經衛福部查復資料及本院實地履勘瞭解，「長照2.0」各項服務項目中，使用人數最多的是居家服務，各縣市正使用長期照顧服務的民眾當中，均以使用本項服務者之占比最高。該項目也是民眾部分負擔比率最低的服務項目 (低收入戶0% 、中低收入戶5% 、一般戶16%)。

表72　各項長照服務項目及受益人數 (108年1至8月)

服務碼別	人數
居家服務 (BA)	131,484
日照+家托 (BB+BC+BD歸戶)	14,531
專業服務 (C)	63,959
交通服務 (D)	78,019
輔具及無障礙服務 (E+F歸戶)	31,619
喘息服務 (G)	51,281

註：

1. 資料產製期間為108年1-8月照管系統統計報表。
2. 依據107年起長期照顧給付及支付基準上路後，原長照服務項目依據基準之照顧組合表編碼提供服務及申報費用，各編碼內容如下：A碼-照顧管理及政策鼓勵服務、BA碼-居家照顧服務、BB碼-日間照顧服務、BC碼-家庭托顧服務、BD碼-居家照顧服務、C碼-專業服務 (原護理及復健服務整合)、D碼-交通接送服務、E碼-輔具服務、F碼-居家無障礙環境改善服務、G碼-喘息服務。
3. 現階段尚未有對使用長照機構服務者進行失能評估與相關服務紀錄資料之統計。
4. 各類服務項目統計人數定義為該服務項目給 (支) 付單位ID歸戶合計。由於個案可能同時使用多項服務，爰各項服務人數相加恐有重複計算之虞。

資料來源：衛福部提供。

3、居家服務雖為服務大宗，惟各縣市不同服務項目的使用比率仍有明顯的差異：

表73　各縣市各項長照服務人數統計 (107年)

單位：人

縣市別	照顧服務	專業服務(註)	交通接送	輔具及居家無障礙環境改善	喘息服務
合計	127,074	49,234	66,440	20,841	49,053
臺北市	8,193	5,790	9,722	2,864	1,049
新北市	13,508	5,051	8,777	1,163	12,410
桃園市	7,646	4,268	6,616	1,694	2,045
臺中市	13,543	7,125	7,689	2,950	6,677
臺南市	12,945	4,086	3,061	2,742	4,478
高雄市	17,417	5,024	4,812	31	3,843
宜蘭縣	1,832	680	1,815	766	414
新竹縣	1,877	521	944	552	679
苗栗縣	3,474	1,271	1,979	299	952
彰化縣	9,189	3,162	6,408	2,004	2,100
南投縣	5,999	2,703	2,251	1,173	4,218
雲林縣	6,318	1,471	1,963	923	2,413
嘉義縣	4,616	2,210	1,643	842	1,289
屏東縣	9,750	1,072	2,143	1,012	2,434
花蓮縣	2,834	1,349	1,261	162	1,144
臺東縣	2,493	1,016	1,879	408	715
澎湖縣	1,056	301	434	202	278
基隆市	1,270	675	853	220	317
新竹市	1,105	481	1,224	546	650
嘉義市	1,626	797	649	198	661
金門縣	369	174	288	89	279
連江縣	14	7	29	1	8

註：依「長期照顧 （照顧服務、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） 給付及支付基準」，專業服務C碼包含：ADLs 復能照護、「個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行、營養照護、進食與吞嚥照護、困擾行為照護、臥床或長期活動受限照護、居家環境安全或無障礙空間規劃、居家護理訪視指導與諮詢等。

資料來源：衛福部。

(八)長照需要等級、長照服務給付額度及部分負擔比率，詳如下表。

表74　長照需要等級、長照服務給付額度及部分負擔比率

長照需要等級	個人額度																								喘息服務額度(1年)適用G碼			
	照顧及專業服務（月）適用B、C碼				交通接送（月），適用D碼【分類見附表5】												輔具服務及居家無障礙環境改善服務(3年)適用E、F碼											
					第一類				第二類				第三類				第四類											
	給付額度(元)	部分負擔比率(%)			給付額度(元)	部分負擔比率(%)			給付額度(元)	部分負擔比率(%)			給付額度(元)	部分負擔比率(%)			給付額度(元)	部分負擔比率(%)			給付額度(元)	部分負擔比率(%)			給付額度(元)	部分負擔比率(%)		
		低收入戶	中低收入戶	一般戶		低收入戶	中低收入戶	一般戶		低收入戶	中低收入戶	一般戶		低收入戶	中低收入戶	一般戶		低收入戶	中低收入戶	一般戶		低收入戶	中低收入戶	一般戶		低收入戶	中低收入戶	一般戶
第2級	10,020																											
第3級	15,460																											
第4級	18,580																								32,340			
第5級	24,100	0	5	16													2,400	0	7	21	40,000	0	10	30		0	5	16
第6級	28,070				1,680	0	10	30	1,840	0	9	27	2,000	0	8	25												
第7級	32,090																								48,510			
第8級	36,180																											

資料來源：衛福部「長期照顧 （照顧服務、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） 給付及支付基準」，頁10。

（九）關於各地方政府接受長照服務者之類型，以65歲以上失能者（不含失智）居多：

表75　各縣市接受長照服務者之類型統計（107年）

單位：人

	65歲以上失能者(不含失智)	55-64歲失能原住民(不含失智)	未滿64歲失能身心障礙者(不含失智、原住民)	失智(疾病史或身障資格失智類)	其他	合計
合計	126,345	1,156	24,140	27,967	1,052	180,660
新北市	10,127	3	1,344	3,892	55	15,421
臺北市	12,905	21	3,220	3,206	415	19,767
桃園市	8,660	72	1,787	1,873	65	12,457
臺中市	13,195	32	3,336	3,212	107	19,882
臺南市	11,506	1	1,888	2,785	24	16,204
高雄市	14,413	40	2,990	3,350	39	20,832
新竹縣	2,570	20	454	538	37	3,619
苗栗縣	1,944	32	388	402	4	2,770
彰化縣	4,067	21	662	723	11	5,484
南投縣	9,974	2	1,586	1,610	63	13,235
雲林縣	6,152	111	999	1,005	57	8,324
嘉義縣	6,034	2	1,020	1,176	16	8,248
屏東縣	4,620	9	686	937	33	6,285
宜蘭縣	8,251	251	1,576	1,056	40	11,174
花蓮縣	1,175	0	164	104	13	1,456
臺東縣	3,229	285	668	484	27	4,693
基隆市	2,528	251	464	240	12	3,495
新竹市	1,313	2	298	329	22	1,964
嘉義市	1,467	1	282	481	7	2,238
澎湖縣	1,633	0	252	475	5	2,365
金門縣	554	0	70	83	0	707
連江縣	28	0	6	6	0	40

註:其他類別之個案，係106年舊案轉銜尚未複評，或新舊系統銜接期間必要欄位未填寫之個案。

資料來源：衛福部。

（十）衛福部雖稱：「長照2.0服務項目係依據各類長照需求族群而設計，故無特定規劃實施之優先順序。民眾若

有長照需求，應向各縣市政府長期照顧管理中心提出申請，由該中心評估長照需求等級及服務需求並協助民眾連結至服務單位。失能者的照顧計畫都是考量案主，照顧者案家所在區位資源以案主需求為主，提供近便性之服務，必然因地制宜擬定照顧計畫」，惟「長照2.0」之各項服務項目 (如居家服務、日間照顧、家庭托顧、團體家屋、小規模多機能服務、機構住宿式服務等) 似無實施的優先順序，實務上，各地方政府幾乎均全數實施，已如前述。

(十一)據上，王增勇教授於「長期照顧在原鄉實施的檢討」一文中指出：「長期照顧不能『一套衣服大家穿』，在制度的設計上如何在『普遍平等』的公平原則中，保有『尊重差異』的多元彈性空間，成為長照制度設計的重大考驗」等語，本院諮詢李玉春教授時也提及：「服務體系存有不公平的問題 (如利用的不平等，比較瞭解、知道的人用的比較多)，亦有城鄉差異的問題 (當年規劃偏鄉比照健保的IDS，挹注一整筆預算給偏鄉，讓其衡量配置該有的人力資源發展等，當然會將交通納入考量，但此部分似未推動) 偏鄉的服務體系應該跟都會區有所不同，以新北市為例，推動有區域的計畫，如平溪、雙溪、貢寮，係以衛生所為中心，如能整合良好，有助於整體資源的運用，但現在只有運用單一體系在運作，其實並不利於偏鄉。」

(十二)綜上，現階段中央頒布「長照2.0」計畫政策推動擴增之17項服務，多數承襲自日本長照經驗 (諸如：小規模多機能中心、失智症團體家屋、家庭托顧等)，是否確實符合我國民眾需求及民情，不無疑義。且不少地方政府囿於17項服務繁多且無優先順序，復因欠缺事前調查/盤點，以致無論都會區、鄉村及離島地區之地方政府均傾向全數辦理，衍生「一套衣服大家穿」

的情境，也導致各項提供服務之品質參差不齊。目前各地方均以居家照顧服務項目之受益人數最多，惟居家照顧服務係民眾最需要的長照服務項目？抑或最容易推動之項目？甚或民眾經濟能力最能負荷之服務項目？尚待剖析，而迄今未見符合各該地區因地制宜之創新服務方案，亦顯有檢討精進空間。

七、隨年齡之增長，長者之身體狀況往往也由健康、亞健康，逐步邁向終老，「長照2.0」的目標之一即期向前端銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質；向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧關懷，以減輕家屬照顧壓力暨長照負擔。「長照1.0」計畫實施時，曾成立照顧管理中心，並確立「需求評估」與「服務提供」分立原則，「長照2.0」計畫延續推動迄今，即照顧管理中心受理民眾申請長照服務後，由照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定，由A單位個管員擬定照顧服務計畫、服務連結與追蹤及調整照顧計畫內容。惟因「長照2.0」計畫評估及提供服務內涵複雜，並非全為家屬所熟悉，多數家屬或被照顧者無法自行判斷並獲得切身所需之服務計畫，此時照顧管理專員及A單位個管員之專業，以及對服務對象之評估與服務提供的意見整合，即可能深切影響受服務對象是否能獲得妥適之照顧服務。現階段A單位之「接案」性質明顯高於照顧服務之「規劃」功能。另，預防及延緩失能的復能照護服務應優先於專業照顧服務之供給，囿於復能照護服務與專業照顧服務同屬長照給付新制之給付項目，實務上易出現重失智、失能者服務之提供，而輕復能者的現象，皆有賴檢討並研謀改善對策。

(一)隨年齡的增長，人的身體狀況往往也會由健康、亞健

康而至終老，政府推動「長照2.0」的目標，除向前銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質外；向後端也擬提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧關懷，以減輕家屬照顧壓力及長照負擔。

(二)查現行A單位係於照管中心完成評估核定後，擬定照顧計畫送經照管中心審核後，執行長照服務單位之連結與個案管理，尚未涉及評估工作。衛福部各地方政府照管人力之核定，係依據各地方政府每年所轄長照服務需求人口數及中央主管機關所定年度預估涵蓋率，考量每位照顧管理人員所能負荷個案服務量予以計算。自105年核定照管人員為353人，渠後逐年擴增至109年時之1,470人；人員進用率自106年的76.3%，逐步提升至108年的91.8%。

(三)衛福部訂有社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知及契約範本，明定服務流程與權責分工，落實照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定、A個管員擬定照顧服務計畫、服務連結與追蹤及調整照顧計畫之分工。截至108年底，全國A個管人員計1,666人，與全國照專1,159名分工合作，服務28萬多名長照需求者。然據本院諮詢林依瑩前執行長指出：「進案家太多人了，個管、醫師、護理師 (醫生意見書)、服務員、管理單位等有太多的聯繫。荷蘭是1個人在做，評估照顧計畫都一個人來做。以阿嬤為例，需要復能，說服阿嬤，但要付錢，阿公就不要。一人多功的整合是很必要的。」

(四)長照服務接受者之失能程度：

表76　各縣市接受長照服務者之失能程度 (107年)
(CMS等級)統計

單位：人

	1a1b (註)	2	3	4	5	6	7	8	合計
合計	1,018	15,923	21,887	29,471	29,771	23,465	23,437	35,688	180,660
新北市	327	843	1,238	2,110	2,074	1,947	2,567	4,315	15,421
臺北市	124	1,591	2,176	3,114	3,217	2,874	2,725	3,946	19,767
桃園市	16	451	852	1,603	1,801	2,043	1,965	3,726	12,457
臺中市	88	1,674	2,141	3,239	3,268	2,484	2,699	4,289	19,882
臺南市	22	1,357	2,174	2,717	2,852	2,049	1,977	3,056	16,204
高雄市	64	2,894	3,519	3,617	3,218	2,090	2,306	3,124	20,832
新竹縣	0	143	236	555	602	570	592	921	3,619
苗栗縣	1	89	169	366	445	548	465	687	2,770
彰化縣	6	294	484	757	1,052	923	792	1,176	5,484
南投縣	116	1,575	1,784	2,327	2,244	1,493	1,534	2,162	13,235
雲林縣	107	1,034	1,231	1,410	1,463	952	900	1,227	8,324
嘉義縣	50	887	1,298	1,341	1,373	977	845	1,477	8,248
屏東縣	16	533	971	1,168	1,251	701	628	1,017	6,285
宜蘭縣	28	1,017	1,690	2,275	2,185	1,502	1,187	1,290	11,174
花蓮縣	28	264	212	253	177	173	153	196	1,456
臺東縣	14	347	434	775	756	695	709	963	4,693
基隆市	0	329	436	595	618	531	405	581	3,495
新竹市	0	184	262	295	296	176	322	429	1,964
嘉義市	9	175	228	388	325	294	259	560	2,238
澎湖縣	1	178	262	427	434	330	309	424	2,365
金門縣	1	57	88	129	114	111	92	115	707
連江縣	0	7	2	10	6	2	6	7	40

註：1a 係指診斷失智症者且無ADL失能。1b 係指衰弱評估 (SOF) 3題中任2題以上符合者，同時IADLs之購物、備餐、處理家務、洗衣服及外出等5題中任1題以上需別人協助或無法完成者；失能等級即個案的長照需要等級（縮寫為CMS）據衛福部表示，係依據ADLs分數等級、IADLs障礙項數、心智障礙、特殊照護、情緒問題行為分數等因子，分為2-8等級。

資料來源：衛福部。

（五）長照服務接受者之身分別：

表77　各縣市接受長照服務者之身分統計 (107年)

單位：人

	長照一般戶	長照中低收入戶	長照低收入戶	合計
合計	138,735	15,620	26,305	180,660
新北市	13,400	275	1,746	15,421
臺北市	15,699	1,945	2,123	19,767
桃園市	9,703	1,220	1,534	12,457
臺中市	14,437	1,141	4,304	19,882
臺南市	12,616	1,711	1,877	16,204
高雄市	14,903	2,100	3,829	20,832
新竹縣	2,898	278	443	3,619
苗栗縣	2,248	217	305	2,770
彰化縣	4,358	578	548	5,484
南投縣	10,575	1,140	1,520	13,235
雲林縣	6,297	883	1,144	8,324
嘉義縣	6,522	651	1,075	8,248
屏東縣	4,818	552	915	6,285
宜蘭縣	7,814	1,223	2,137	11,174
花蓮縣	1,100	116	240	1,456
臺東縣	3,223	601	869	4,693
基隆市	2,397	288	810	3,495
新竹市	1,370	298	296	1,964
嘉義市	1778	221	239	2,238
澎湖縣	1,866	174	325	2,365
金門縣	677	7	23	707
連江縣	36	1	3	40

資料來源：衛福部。

（六）「長照2.0」計畫評估及服務提供內容複雜，家屬並非全然熟悉，多數家屬或被照顧者無法自行判斷並獲得切身所需之服務計畫：

1、以本院實地履勘花蓮縣長照業務為例，有實務單位於座談時即表示：「長照給付及支付基準，設有使用者付費的部分負擔機制，隨著給付金額提高，民

眾部分負擔金額也跟著提高，民眾使用服務的意願就會隨之下降或減少，這對偏鄉地區民眾尤其明顯。以到宅沐浴車服務為例，原給付價格為1,500元，經修訂後調高至2,200元，中低收民眾負擔由75元提高到110元，一般戶由240元提高到352元，許多原有之使用者在以不增加支出的原則下，會減少使用次數，或選擇不使用或改以床上擦澡。」

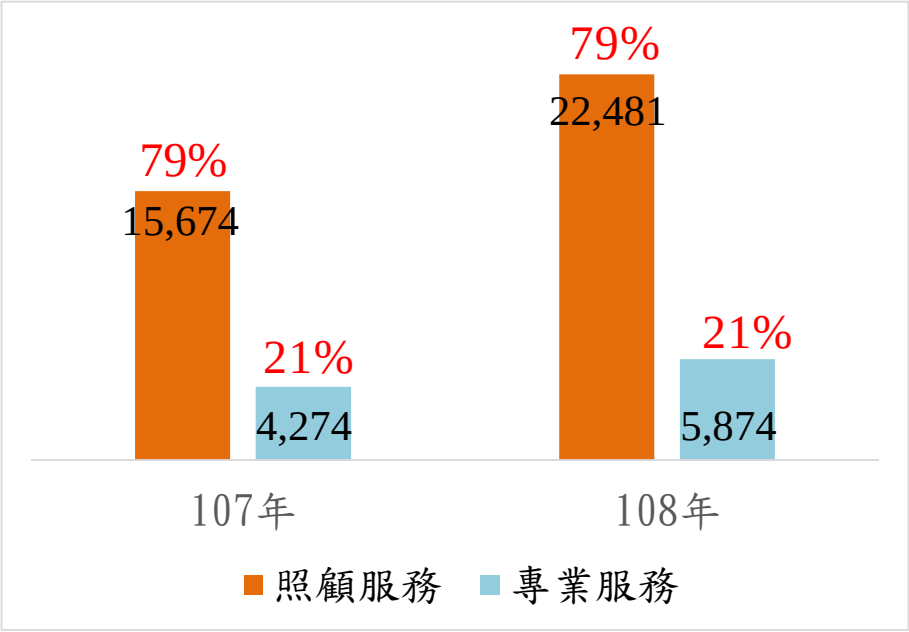
2、本院諮詢專家林依瑩前執行長指出：「家屬如對評估有認知，可以自行設計一合適的照顧計畫，評估者與家屬的落差，需要討論，我們缺乏這樣的機制，評估者只告知評估的結果，沒有一個機制讓家屬認知，家屬不見得都熟悉」等語。

(七)延緩失能之預防性的服務原應優先於服務之供給，然囿於照顧服務與專業服務同屬「長照2.0」服務項目，實務上會出現重失智、失能服務之提供，而輕復能的現象，亟待檢討：

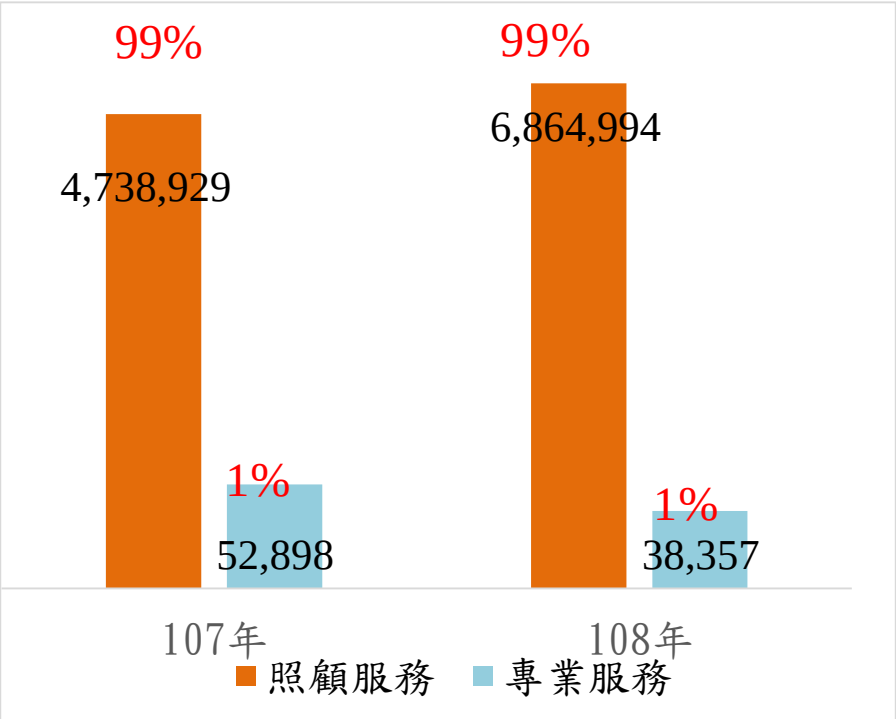
1、專業服務的重要內涵之一是「復能」，讓有恢復潛能的個案，長照給付及支付新制設計照顧及專業服務使用同一額度，二者可依個案需求相互搭配使用，提高個案依需求彈性運用之目的。惟專業服務特約單位與服務人力大多為醫事機構及醫事人員，難免因關注醫療而影響長照對象使用復能服務之權利。

2、以高雄市政府為例，該府107年度與108年度「照顧服務」[19]和「專業服務」比較，兩者服務人數比例分別為79%、21%;再細分服務人次，兩者服務人數比例分別為99%、1%，可證有重失智、失能服務之提供，而輕社區復能的現象。

[19] 照顧服務包含「居家服務」、「日間照顧服務」、「家庭托顧服務」、「社區式服務（沐浴、送餐、交通接送）等。



圖十一、高雄市「照顧服務」和「專業服務」之服務人數
(107年及108年)



圖十二、高雄市「照顧服務」和「專業服務」之服務人次
(107年及108年)

3、依「長期照顧（照顧服務、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）給付及支付基準」，照顧管理及政策鼓勵服務屬A碼，居家照顧服務、日間照顧服務及家庭托顧服務屬B碼，A、B碼之相關給付基準如表78所示。由表78觀之，A碼 (專業服務) 給付金額雖高於B碼 (照顧服務)，但B碼執行上較容易，且具多樣性服務項目，故實務上以選擇B碼多於A碼，致照顧服務似有優先於預防復能服務情事。

表78 長期照顧之A、B碼 相關給付基準表

編號	照顧組合	給(支)付價格（元）	原民區或離島支付價格（元）
AA01	照顧計畫擬定與服務連結	1,500	1,800
AA02	照顧管理	300	360
AA03	照顧服務員配合專業服務	600	720
AA04	於臨終日提供服務加計	1,200	1,440
AA05	照顧困難之服務加計	200	240
AA06	身體照顧困難加計	200	240
AA07	家庭照顧功能微弱之服務加計	760	915
AA08	晚間服務	385	465
AA09	例假日服務	770	925
AA10	夜間緊急服務	1,000	1,200
AA11	照顧服務員進階訓練	50	60
AA12	開立醫師意見書	1,500	1,800
BA01	基本身體清潔	260	310
BA02	基本日常照顧	195	235
BA03	測量生命徵象	35	40
BA04	協助進食或管灌餵食	130	155
BA05	餐食照顧	310	370
BA07	協助沐浴及洗頭	325	385
BA08	足部照護	500	600
BA09	到宅沐浴車第1型	2,200	2,640
BA09a	到宅沐浴車第2型	2500	3000
BA10	翻身拍背	155	190
BA11	肢體關節活動	195	235
BA12	協助上下樓梯	130	155
BA13	陪同外出	195	235
BA14	陪同就醫	685	825
BA15	家務協助	195	235

編號	照顧組合	給(支)付價格（元）	原民區或離島支付價格（元）
BA16	代購或代領或代送服務	130	155
BA17	協助執行輔助性醫療	65	80
BA18	安全看視	200	240
BA20	陪伴服務	175	210
BA22	巡視服務	130	160
BA23	協助洗頭	200	240
BA24	協助排泄	220	265
BB01	日間照顧第1型（全日）-適用長照需要等級2級	675	810
BB02	日間照顧第1型（半日）-適用長照需要等級2級	340	405
BB03	日間照顧第2型（全日）-適用長照需要等級3級	840	1,005
BB04	日間照顧第2型（半日）-適用長照需要等級3級	420	505
BB05	日間照顧第3型（全日）-適用長照需要等級4級	920	1,105
BB06	日間照顧第3型（半日）-適用長照需要等級4級	460	555
BB07	日間照顧第4型（全日）-適用長照需要等級5級	1,045	1,255
BB08	日間照顧第4型（半日）-適用長照需要等級5級	525	630
BB09	日間照顧第5型（全日）-適用長照需要等級6級	1,130	1,355
BB10	日間照顧第5型（半日）-適用長照需要等級6級	565	680
BB11	日間照顧第6型（全日）-適用長照需要等級7級	1,210	1,450
BB12	日間照顧第6型（半日）-適用長照需要等級7級	605	725
BB13	日間照顧第7型（全日）-適用長照需要等級8級	1,285	1,540
BB14	日間照顧第7型（半日）-適用長照需要等級8級	645	770
BC01	家庭托顧第1型（全日）-適用長照需要等級2級。	625	750
BC02	家庭托顧第1型（半日）-適用長照需要等級2級。	315	375
BC03	家庭托顧第2型（全日）-適用長照需要等級3級。	760	915
BC04	家庭托顧第2型（半日）-適用長照需要等級3級。	380	460

編號	照顧組合	給(支)付價格（元）	原民區或離島支付價格（元）
BC05	家庭托顧第3型（全日）-適用長照需要等級4級。	785	945
BC06	家庭托顧第3型（半日）-適用長照需要等級4級。	395	475
BC07	家庭托顧第4型（全日）-適用長照需要等級5級。	880	1,055
BC08	家庭托顧第4型（半日）-適用長照需要等級5級。	440	530
BC09	家庭托顧第5型（全日）-適用長照需要等級6級。	960	1,155
BC10	家庭托顧第5型（半日）-適用長照需要等級6級。	480	580
BC11	家庭托顧第6型（全日）-適用長照需要等級7級。	980	1,180
BC12	家庭托顧第6型（半日）-適用長照需要等級7級。	490	590
BC13	家庭托顧第7型（全日）-適用長照需要等級8級。	1,040	1,250
BC14	家庭托顧第7型（半日）-適用長照需要等級8級。	520	625
BD01	社區式協助沐浴	200	240
BD02	社區式晚餐	150	180
BD03	社區式服務交通接送	100	120

資料來源：摘自衛福部「長期照顧（照顧服務、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）給付及支付基準」，頁12-32。

4、又，據衛福部提供推動「預防及延緩失能照護計畫」之執行情形及具體成效，可徵執行率似有改進之空間，該部表示：「106年度計畫推動因係創新服務，無前例可援，預備時間較長，相對執行期間縮短，執行情形未如預期；107-108年度服務據點數均已超過布建目標，服務人數較106年分別成長107%、186%。又107年因組織更動，該業務自護理及健康照顧司移至長期照顧司籌備辦公室接辦，計畫執行期間縮短，且據點分為新增型及延續型，而部分縣市先以延續型據點寬估所提列之經費，後續再依實際據點成立之型態核銷，以致執行經費產生落差。

另考量預防及延緩因老化過程所致失能或失智係屬預防保健業務，自108年起是項業務由衛福部國民健康署統籌規劃執行。」

表79 「預防及延緩失能照護計畫」服務成果一覽表 (106至108年)

年度	106	107	108
預定布建數	1,000	1,500	2,000
實際布建數	850	2,213	3,105
服務人數	17,140	35,562	49,026

資料來源：衛福部。

表80 「預防及延緩失能照護計畫」歷年執行經費 (106至108年)

單位：千元

年度	106	107	108 （健康署）
預算數	1,512,830	753,750	979,520
決算數	379,065	291,043	588,961
執行率	25.06%	39%	60.1%

資料來源：衛福部。

(八)本院實地履勘臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心綜合座談時，該機構人員向本院指出：「近一、兩年機構須面對後續臨終關懷的議題，對政府推動長照服務之建議，包括：(1) 必須重視慢性病管理，從源頭的預防開始做起。(2) 對失智症所投入的資源，應重視家屬的支持及充權。」

(九)綜上，隨年齡之增長，長者之身體狀況往往也由健康、亞健康，逐步邁向終老，「長照2.0」的目標之一即期向前端銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進長者健康福祉，提升老人生活品質；向後端提供多目標社區式支持服務，轉銜在宅臨終安寧關懷，以減輕家屬照顧壓力暨長照負擔。「長照1.0」計畫實施時，曾

成立照顧管理中心，並確立「需求評估」與「服務提供」分立原則，「長照2.0」計畫延續推動迄今，即照顧管理中心受理民眾申請長照服務後，由照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定，由A單位個管員擬定照顧服務計畫、服務連結與追蹤及調整照顧計畫內容。惟因「長照2.0」計畫評估及提供服務內涵複雜，並非全為家屬所熟悉，多數家屬或被照顧者無法自行判斷並獲得切身所需之服務計畫，此時照顧管理專員及A單位個管員之專業，以及對服務對象之評估與服務提供的意見整合，即可能深切影響受服務對象是否能獲得妥適之照顧服務。現階段A單位之「接案」性質明顯高於照顧服務之「規劃」功能。另，預防及延緩失能的復能照護服務應優先於專業照顧服務之供給，囿於復能照護服務與專業照顧服務同屬長照給付新制之給付項目，實務上易出現重失智、失能者服務之提供，而輕復能者的現象，皆有賴檢討並研謀改善對策。

八、為落實在地老化、社區老化等目標，形構社區整體照顧服務體系之長照ABC單位即頗重要。照顧管理中心受理民眾申請長照服務後，由照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定，由A單位個管員擬定照顧服務計畫、連結B、C單位資源，提供照顧服務，實務上部分特約服務單位已漸發展為一條龍式的服務體系。衛福部雖訂有「社區整合型服務中心 (A) 注意事項與派案原則」，然實務上A單位往往會優先派案予該機構所設置的B服務單位，亦曾發生有B單位為獲得派案，送禮予A單位的情形。再者，有關C單位係提供預防性的服務，包含社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務，諸如社區照顧C據點、巷弄服務C據

點、原住民「文化健康站」據點、失智C據點及「伯公照護站」等。長照ABC各單位之功能及服務項目、服務對象、經費來源、主管機關、核銷方式雖不相同卻又息息相關，建置上是否真能發揮前後串接/聯，抑或出現疊床架屋、資源重複情事，允宜重加審視。

(一)查「長照2.0」計畫中特別強調建立以社區為基礎的長照服務體系，並推動社區整體照顧模式，於各鄉鎮設立「社區整合型服務中心 (A)」、「複合型服務中心 (B)」、「巷弄長照站 (C)」等社區整體照顧模式，建構綿密的照顧資源網絡，提供民眾整合、彈性，且具近便性的照顧服務。107年至108年衛福部對於地方政府辦理「長照2.0-社區整體照顧服務體系」之經費補助及執行概況，詳如下表。

表81　衛福部對於地方政府辦理「長照2.0-社區整體照顧服務體系」之經費補助及執行概況 (107年及108年)

單位：元；%

縣市別	107年		108年	縣市別	107年		108年
	核定數	執行率	核定數		核定數	執行率	核定數
新北市	240,491,600	42.28	464,087,000	雲林縣	177,157,164	36.27	62,440,000
臺北市	187,838,732	79.50	41,056,000	嘉義縣	92,759,000	33.30	54,765,000
桃園市	224,647,375	60.44	80,481,000	屏東縣	159,871,351	50.63	59,588,000
臺中市	355,882,547	38.10	195,798,000	臺東縣	116,366,375	31.31	54,626,000
臺南市	323,208,375	43.90	73,994,000	花蓮縣	106,733,615	60.41	29,061,000
高雄市	188,833,930	45.69	156,121,000	澎湖縣	35,834,875	48.81	23,563,000
宜蘭縣	187,698,286	38.23	53,025,000	基隆市	44,782,000	54.89	16,978,000
新竹縣	47,267,000	71.41	32,600,000	新竹市	35,246,750	78.49	18,589,000
苗栗縣	107,368,875	59.66	107,898,000	嘉義市	36,495,750	61.20	27,320,000
彰化縣	190,690,875	68.13	227,000,000	金門縣	17,560,000	14.66	9,774,000
南投縣	73,990,875	69.64	81,929,000	連江縣	6,495,000	59.22	0
合計					**2,957,220,350**	**49.96**	**1,870,693,000**

註：地方政府107年度實際執行數，除臺北市、宜蘭縣、屏東縣、新竹市及連江縣政府已完成核銷結報程序外，其餘皆為預估數。

資料來源：衛福部。

(二)ABC服務輸送體系形成網絡之沿革：

1、考量長照服務資源及服務輸送方式多元，為整合社區服務資源，爰推動社區整體照顧服務體系，設社區整合型服務中心 (A) 單位，由照顧管理中心媒合A單位個管員，後由符合長照人員資格的個案管理人員協助失能者擬定照顧服務計畫，並連結服務資源 (B單位) 及個案管理服務，且每月定期追蹤服務品質，確保民眾有效率地使用服務資源。

2、為坐實服務網絡，加速資源整合，ABC模式由A單位個案管理人員協助派案予B單位，並連結B單位服務資源，由B單位專責提供長照服務，另由C據點提供社區內健康長者社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能等服務，落實以人為中心之整合照顧服務模式。

3、106年甫推動社區整體照顧服務體系 (ABC) 之初，係採組隊模式推動，建立服務模式及機制，107年起改以擴大彈性、落實ABC功能角色分工，回歸地方政府因地制宜規劃布建，由A單位的個案管理人員協助民眾擬訂照顧服務計畫，並協助連結B單位服務資源，由B單位專責提供長照服務，另由C據點就社區內健康、亞健康長者提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能等服務。

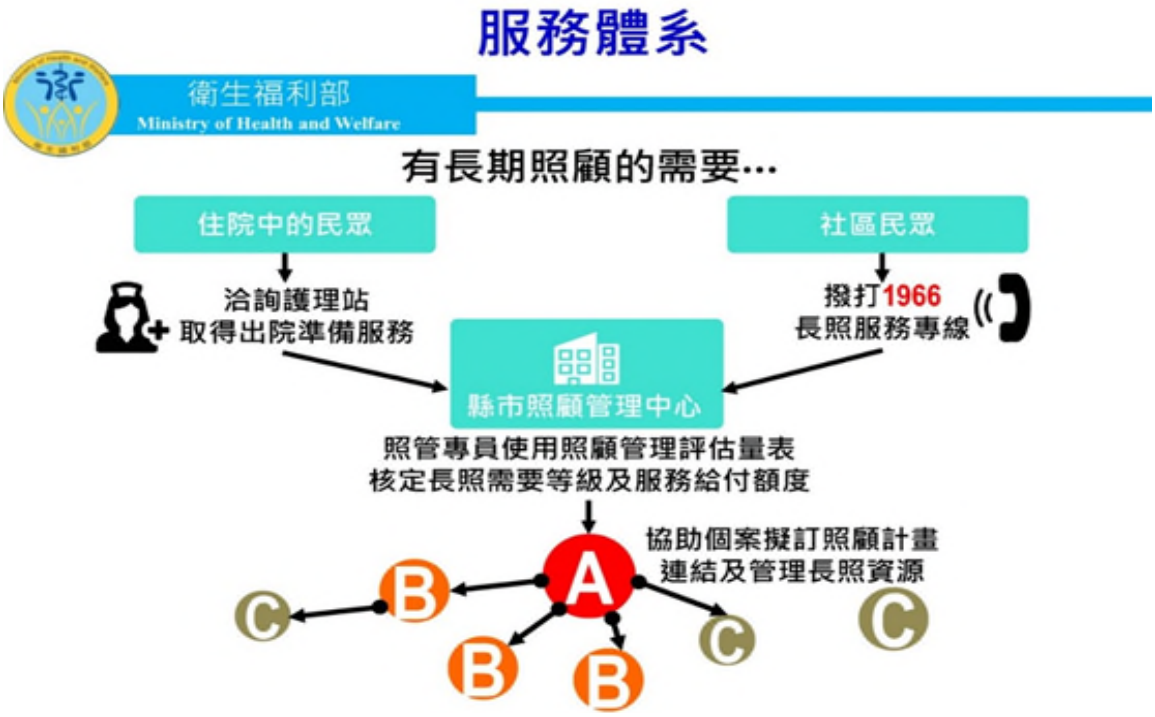
(三)衛福部107年3月函頒「社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知」，推動社區整體照顧服務體系 (ABC)，鼓勵地方政府結合長照、醫療、社福等單位辦理社區整合型服務中心 (A)、複合型服務中心 (B) 及「巷弄長照站」(C)，茲簡要摘述如下：

1、A單位：係方案型的服務項目，由符合長照人員資格的個案管理人員協助失能者，依長照需要評估結果擬定照顧服務計畫，協助連結服務資源及個案管

理服務，定期追蹤長照服務品質。

2、B單位：係指長期照顧服務提供單位，包含居家式長照機構及社區式長照機構，辦理照顧服務 (居家服務、日間照顧、家庭托顧)、專業服務、營養餐飲、交通接送、喘息服務等。

3、C單位：係透過獎助計畫，結合社區基層組織進行預防性的服務，提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。



圖十三、「長照2.0」計畫之ABC服務輸送體系

資料來源：行政院第3600次會議「長照2.0」成果報告內容。

4、108年衛福部對於申請辦理ABC單位之資格要件，進行相關調整如下：

調查意見

表82　108年社區整體照顧服務體系之調整情形

單位	108年新制			
	辦理資格	目的	服務內容	對照107年資格要件之修正內容
A單位	經直轄市、縣（市）政府合法立案，並具辦理長照服務經驗之組織或機構	落實以人為本的照顧理念，個別化提供民眾合宜的照顧服務計畫安排、服務媒合及服務追蹤。	為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務。	無
B單位	長期照顧服務提供單位	積極布建長照服務資源，使民眾即時獲得多元且可近的服務。	專責提供長照服務，如到宅提供身體照顧或日常生活照顧或專業服務、日間照顧、家庭托顧服務、交通接送、餐飲服務、輔具服務、喘息服務或機構住宿式服務等。	無
C單位	1. 立案之社會團體（含社區發展協會）。 2. 財團法人社會福利、宗教組織、文教等基金會捐助章程中明定辦理社會福利事項者。 3. 其他團體如社區宗教組織、農漁會、文史團體等非營利組織。 4. 村（里）辦公處。 5. 醫事機構。 6. 老人福利機構（不含小型機構）。 7. 長照服務機構。 8. 107 年以前辦理巷弄站之單位。	落實社區預防性的照顧，擴大服務對象至亞健康、衰弱、輕度失能失智者，延長其進入失能前的時間、延緩失能速度。	1. 提供健康促進、社會參與、共餐服務、預防及延緩失能服務。 2. 具有量能之單位可再增加提供喘息服務（臨時托顧）。	為簡化行政程序、提升行政效率，衛福部自108年起整合社區照顧關懷據點、預防及延緩失能等獎助計畫，友善社區基層組織投入辦理長照服務，提升其辦理意願。

資料來源：衛福部。

(四)有關ABC各級據點設置場所、服務項目及對象摘述如下表。

表83　ABC各級據點設置場所、服務項目及對象

	A級單位	B級單位	C級單位
設置場所	係由個管人員訂定提供照顧服務計畫規劃。	依據「長期照顧服務機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立許可及管理辦法」等規定辦理。	以落實場地安全為原則，視長者使用需求規劃出入動線，將招牌放置於明顯處及標示服務時間。
服務項目	1. 為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務。 2. 定期服務品質追蹤，提供諮詢轉介。	依「長期照顧服務法」相關規定設置之長照服務機構，提供長照服務，如：照顧服務(居家服務、日間照顧、家庭托顧)、 專業服務、交通接送、營養餐飲、喘息服務等。	提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。
服務對象	經照管中心評定失能等級2級至8級者		亞健康、衰弱、輕度失能失智者

資料來源：衛福部。

(五)服務輸送流程、派案機制及個案量：

1、有關A個管之個案負荷部分，衛福部經多次與實務工作者、地方政府及各領域專家學者討論後，衡量個案管理人員服務品質、服務對象失能程度、照顧計畫複雜程度及服務提供單位服務成本等因素，爰以規劃1：150之比例，後續再就實施情形檢討、修正。

2、另B單位為專責提供長照服務，案量規定須依據長照機構設立標準及相關規定辦理；C據點則屬活動方案性質之服務，服務人數原則尊重據點服務量能辦理。

3、有關派案機制部分，衛福部為使各縣市政府辦理社區整合型服務中心有所參據，業訂有「社區整合型服務中心 (A) 注意事項與派案原則」，A單位應衡酌服務提供單位量能及個案管理之原則公平派案，原則包含如個案選擇意願、服務人力、服務即時性、服務可近性等面向，據以連結長照服務提供單位(B)。

4、縣市布建長照社區整體照顧模式之資源分布，截至109年2月底止，計602A、5,163B、2,701C，詳如下表。

表84 各縣市布建長照社區整體照顧模式之資源分布

單位：家數

縣市別	社區整合型服務中心 (A)	複合型服務中心 (B)	巷弄長照站 (C)
新北市	72	583	227
臺北市	31	327	203
桃園市	41	340	315
臺中市	102	737	261
臺南市	45	381	158
高雄市	52	673	191
宜蘭縣	28	142	89
新竹縣	14	135	61
苗栗縣	38	156	103
彰化縣	36	267	201
南投縣	13	216	100
雲林縣	22	223	105
嘉義縣	14	181	148
屏東縣	27	210	184
臺東縣	26	107	123
花蓮縣	15	168	95
澎湖縣	3	51	17
基隆市	7	59	49

縣市別	社區整合型服務中心 (A)	複合型服務中心 (B)	巷弄長照站 (C)
新竹市	8	103	30
嘉義市	6	67	31
金門縣	2	23	8
連江縣	0	14	2
合計	**602**	**5,163**	**2,701**

註：本表資料統計至109年2月底止。
資料來源：衛福部。

（六）「長照2.0」有許多和醫院體系合作的案例，如嘉義大林、新北慈濟醫院、高雄長庚醫院、彰化基督教醫院、花蓮、臺東門諾醫院、楊梅天成醫院、新店耕莘醫院等，形成下述幾種型態服務：

1、有些醫院開始建置針對失智症服務部門暨設備/施，如引進最新的腦波醫療儀器、成立部門，但目前大多僅停留在篩檢階段 (判斷/確認病人失智等級)，有些醫院則結合社區力量，落實在地老化 (大林慈濟)，但仍處實驗性質階段。而臺中榮民總醫院醫師在服務之餘並發表相關論文、嘉義長庚護理之家 (在院長允許「只要不賠錢」原則下持續服務)、花蓮、臺東門諾醫院附設有基金會，由於東部醫療資源有限，故在某種程度上似也壟斷了東部長照市場。

2、面對日益增多的失能、失智者，許多醫院因此也成立了失智部門 (無可諱言地，若干醫院會將之視為新興「市場」，以企業化方式經營，如楊梅的「天成醫院」)。當然，除醫療功能外，也有引進國外經驗在醫院中附設失智症家屋者 (如新店耕莘醫院)，但院長一直在喊虧本。其中有遠自雲林地區前來的住戶，可見確有需求。

（七）有關C據點之沿革：

1、由於人口結構高齡化，使得老人照顧需求節節攀升，同時因社會環境變遷，家庭功能日益核心化，致使家庭所能扮演之照顧功能逐漸式微，行政院爰於94年5月18日核定「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，為期3年（94年5月至96年12月止），以社區營造及社區自主參與為基本精神，鼓勵民間團體設置據點，提供在地的初級預防照護服務，並依老人需要連結各級政府所推動的社區照顧、機構照顧及居家服務等各項照顧措施，以建置失能老人連續性之長期照顧服務。

2、建立社區照顧關懷據點實施計畫3年期滿後，為持續設置據點，衛福部自97年起將該計畫納入一般性社會福利補助項目，並編列相關預算賡續推動辦理，結合民間團體參與社區初級預防照顧服務工作，並自106年起透過補助據點加值經費，鼓勵據點增加服務時段並辦理共餐，讓老人可就近常態性的參與據點服務。有鑑於據點服務量能逐步提升，成為「長照2.0」計畫之社區初級預防照顧服務重要場域，107年度起配合「長照2.0」計畫政策，將據點補助經費來源改由「長照基金」支應，並自108年度起鼓勵具服務量能之據點結合預防及延緩失能服務，設置C級「巷弄長照站」，使據點成為社區關懷網絡重要的基石。

3、「長照2.0」計畫相較於「長照1.0」擴大服務對象及擴增服務項目，包括提供預防延緩失能服務，向前延伸及社區預防性照顧，同時為加速綿密我國長照服務資源，透過「巷弄長照站」的布建奠基廣布服務據點之基礎，並積極結合社區基層組織 (如：關懷據點) 投入辦理，以提供健康促進、社會參與、

共餐服務與預防及延緩失能服務，於民眾熟悉的社區場域獲得就近且即時的服務，落實在地且連續性的照顧服務。

(八)衛福部提供C單位之服務涵蓋率，詳如下表。

表85 衛福部C單位服務涵蓋率

縣市別	以3村里至少設置1據點為原則(A)	108年8月C據點數(B)	C據點涵蓋率(%)(C)=(B)/(A)*100%
新北市	334	152	45.51
臺北市	177	204	115.25
桃園市	169	287	169.82
臺中市	199	248	124.62
臺南市	241	160	66.39
高雄市	286	186	65.03
宜蘭縣	74	92	124.32
新竹縣	60	40	66.67
苗栗縣	85	113	132.94
彰化縣	186	135	72.58
南投縣	83	89	107.23
雲林縣	124	105	84.68
嘉義縣	109	95	87.16
屏東縣	144	204	141.67
臺東縣	44	120	272.73
花蓮縣	56	95	169.64
澎湖縣	30	17	56.67
基隆市	45	36	80.00
新竹市	40	16	40.00
嘉義市	28	14	50.00
金門縣	9	0	0.00
連江縣	6	4	66.67
合計	**2,529**	**2,412**	**95.37**

資料來源：衛福部。

(九)有關社區照顧關懷據點與「巷弄長照站」間之關聯，爰因社區整體照顧服務體系 (以下稱ABC) 係「長照十年計畫2.0」推動之創新服務模式，係透過結合社區基層組織，設置「巷弄長照站」，提供社區長輩初級預防照顧服務，建置以社區為基礎的服務網絡。考量社區照顧關懷據點推動目的，亦符合「長照2.0」社區整體照顧服務體系-「巷弄長照站」服務之落實在地安老之政策目標，為減輕社區基層組織之行政負荷，衛福部爰於108年度整合社區照顧關懷據點與「巷弄長照站」等補助機制，社區照顧關懷據點，除原提供關懷訪視、電話問安、諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動外，加值提供預防及延緩失能服務或喘息服務者，亦可成為「巷弄長照站」。

(十)C級長照站之類型：

表86 有關C級「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」之服務對象、服務項目、經費來源及主管機關比較

類型 項目	巷弄長照站	文化健康站	伯公照護站
服務對象	健康、亞健康、衰弱及輕度失能失智者	55歲以上健康、亞健康、衰弱原住民長者、輕度失能長者。	健康或亞健康之客庄長者
服務項目	(一)健康促進、社會參與、共餐服務、預防及延緩失能服務 (二)具量能者，可提供喘息服務 (C+)	(一) 簡易健康照顧服務 (二) 延緩老化失能活動 (三) 營養餐飲服務（共餐或送餐）。 (四) 電話問安及居家關懷服務。 (五) 生活與照顧諮詢服務。	(一)健康促進、社會參與、共餐服務、預防及延緩失能服務 (二)具量能者，可提供喘息服務 (C+) (三)專業醫療加值服務 (四)客家文化促進活動
經費來源	長照基金	長照基金	客委會經費
主管機關	衛福部	原民會	客委會

資料來源：衛福部。

(十一)本院諮詢弘道老人基金會林依瑩前執行長時表示：「臺中市廣設A單位較無壟斷的問題，多數縣市都有輪派的規則。政府讓民眾的選擇權出來，能提供完整服務單位要多，而非服務切割。政府應開一條路，支持而非打壓，盡可能放手，讓自己長出服務來，政策設計不應在前。」陳景寧秘書長則表示:「多了A單位個管，流動度高，影響B單位的服務」。

(十二)綜上，為落實在地老化、社區老化等目標，形構社區整體照顧服務體系之長照ABC單位即頗重要。照顧管理中心受理民眾申請長照服務後，由照顧管理專員訪視評估提出問題清單及進行失能等級及額度判定，由A單位個管員擬定照顧服務計畫、連結B、C單位資源，提供照顧服務，實務上部分特約服務單位已漸發展為一條龍式的服務體系。衛福部雖訂有「社區整合型服務中心 (A) 注意事項與派案原則」，然實務上A單位往往會優先派案予該機構所設置的B服務單位，亦曾發生有B單位為獲得派案，送禮予A單位的情形。再者，有關C單位係提供預防性的服務，包含社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務，諸如社區照顧C據點、巷弄服務C據點、原住民「文化健康站」據點、失智C據點及「伯公照護站」等。長照ABC各單位之功能及服務項目、服務對象、經費來源、主管機關、核銷方式雖不相同卻又息息相關，建置上是否真能發揮前後串接/聯抑或出現疊床架屋、資源重複情事，允宜重加審視。

九、衛福部自107年起推動「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」(即長照給支付新制)，地方政府經與長照提供服務單位簽訂行政契約，提供各項長照服務後，再由各服務提供單位

上網申報經費。長照支付審核系統於108年10月上線前，衛福部曾先就六個縣市政府[20]進行功能測試，並召開系統操作說明會，以確保長照費用申報及核撥作業得以順利運行。然因實施過程紊亂，致108年度撥款速度慢，撥付比率偏低，嗣由衛福部修正後始漸趨穩定，另因系統介接整合未盡完備，致執行單位須再三重填資料，惟執行機構若提供多項長照服務項目時，所需的核銷資料不同 (如「文化健康站」與衛生福利部社區關懷據點之核銷資料即不同)，無法轉檔，造成核銷請款需耗費相當人力，徒增作業困擾。是以，資訊系統申報、審查及整合攸關服務之推動效率，衛福部允應儘速改善。

(一)「長期照顧服務法」第16條規定：「中央主管機關應建置服務使用者照顧管理、服務人力管理、長照機構管理及服務品質等資訊系統，以作為長照政策調整之依據，並依法公開。」「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」第1點：「為直轄市、縣 (市) 政府與長期照顧服務提供者 (以下簡稱長照提供者) 簽訂行政契約提供「長期照顧服務法」第十條至第十三條規定之長期照顧服務 (以下簡稱長照服務)，及後續辦理服務費用暫付、審核、支付及複核等相關作業，特訂定本要點。」

(二)自107年起衛福部推動「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」(下稱長照給支付新制)，地方政府可與長照服務單位簽訂行政契約，以提供服務。長照給付及支付基準於107年1月1日施行，歷經3次修正，詳如下表。

[20] 進行功能測試之六縣市分別為嘉義縣、嘉義市、屏東縣、彰化縣、新北市及桃園市。

表87　長照給付及支付基準3次修正重點

修正時間	修正重點
107年10月5日(第1次修正)	實施半年及蒐集各界建議後，經內部討論、對外說明會及衛生福利部長期照顧諮詢會決議修正通過，於同年10月5日公告修正第1次，12月1日實施。該次修正方向為擴大給付、明定服務範圍或補充說明、調整計價方式等，主要有9條新增、4條刪除、6條擴大給付。
108年5月17日(第2次修正)	配合實務現況及推動政策，研擬增修草案3點，包括修正個案額度控管期間之計算、增修照顧組合提案單位之條件，及新增照顧組合「開立醫師意見書」，經衛生福利部長期照顧諮詢會討論決議後，於108年5月17日公告修訂第2次，且皆已實施。
109年2月4日(第3次修正)	修正「AA01照顧計畫擬定與服務連結」由1,500元提高至1,700元。(原民區或離島支付由1,800元提高至2,040元)；「AA02 照顧管理」由300元提高至400元。(原民區或離島支付由360元提高至480元)；社區式服務交通接送新增輔具中心1處，以及聘僱外籍家庭看護工之家庭，可使用該項服務，不受專業服務照顧組合之限制，惟其給付額度仍僅給付失能者「照顧及專業服務額度」之30%。

資料來源：衛福部。

(三)衛福部於107年1月1日實施長照給付支付制度，並透過「照顧服務管理資訊系統」(以下稱照管平台)管理長照服務個案之評估資料、服務紀錄及費用申報與核銷作業。為提升長照整體服務效率與品質，108年建置「『長照2.0』服務費用支付審核系統」，並於10月1日上線，該系統介接照管平台之申報資料，目的在簡化服務單位申報作業，並透過系統進行電腦檢核費用作業，以期提升審核之準確性與一致性，加速長照服務費用之核撥效率。特約服務單位自照管平台上傳服務紀錄後，由支審系統進行電腦自動分案及檢核作業，針對電腦檢核結果異常部分，供服務單位自我檢查並修正重新上傳服務紀錄確認執行申報後，始送交縣市政府進行費用審核作業，針對審核通過之費用先進行核撥；審核異常部分則由特約服務單位修正後申請核撥。

（四）支審系統上線前，衛福部雖已先就六個縣市政府進行功能測試，並召開系統操作說明會，系統上線後也已持續辦理分區服務特約單位之系統操作說明會，以確保長照費用申報及核撥作業之順利進行。惟因申報資訊轉換系統過程，部分服務特約單位不熟悉操作介面及部分檔案未成功傳輸，導致無法於上線初期順利上傳申報資料，目前衛福部已去函各地方政府放寬費用申報與核銷期限，擴大費用審核作業之彈性，並優先協助處理服務特約單位申報費用之作業，優化系統處理介面及功能；另督促資訊廠商立即妥適處理，以維護特約服務單位與長照服務個案之權益。

（五）本院實地履勘時，執行單位向本院反應資訊系統之相關問題包括：

1、桃園市政府建議：為提升地方政府核銷效率，建議衛福部強化長照支付審核系統與地方政府歲計會計資訊管理系統 (CBA系統) 之介接功能，以提高核銷效率。

2、新北市政府建議：現行長照相關系統繁雜如CMS系統、失智個案管理系統，健保居家失能個案家庭醫師計畫，建議整合各系統，並開放外部介接，以減少服務單位之行政庶務，如 C+ 服務單位核銷時必需使用社會及家庭署社區照顧關懷據點、預防及延緩失能照護及照顧服務管理資訊等3套系統。

3、桃園市政府建議：為提升地方政府核銷效率，建議衛福部強化長照支付審核系統與地方政府歲計會計資訊管理系統 (CBA系統) 之介接功能，以提高核銷效率。

4、財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設臺南市私立澄輝社區式服務類長期照顧服務機構之建議：(1) 系統異動時，宜提早安排說

明會，而非系統上線後才安排說明會。(2) 系統測試前，測試單位宜每個縣市皆安排，而非只侷限於少數幾個縣市。(3) 系統如有改版，宜請廠商提供多元的聯絡方式，俾利進行即時問題的回復。

5、實務上，服務提供單位曾反映該制度上線時，發生「撥款速度慢，撥付比率偏低」、「同一機構提供多項長照服務項目，業務項目所需的核銷資料不同(如「文化健康站」與衛生福利部社區關懷據點核銷資料不同)，無法轉檔致核銷請款需耗費相當人力」等情形。

(六)綜上，衛福部自107年起推動「直轄市、縣 (市) 政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點」(即長照給支付新制)，地方政府經與長照提供服務單位簽訂行政契約，提供各項長照服務後，再由各服務提供單位上網申報經費。長照支付審核系統上線前，衛福部曾先就六個縣市政府進行功能測試，並召開系統操作說明會，以確保長照費用申報及核撥作業得以順利運行。惟實施過程紊亂，致107年度撥款速度慢，撥付比率偏低，嗣由衛福部修正後始漸趨穩定，另因系統介接整合未盡完備，致執行單位須再三重填資料，惟執行機構若提供多項長照服務項目時，所需核銷資料不一 (如「文化健康站」與衛福部社區關懷據點之核銷資料即不同) ，無法轉檔，造成核銷請款需耗費相當人力，徒增作業困擾。是以，資訊系統申報、審查及整合攸關服務之推動效率，衛福部允應儘速改善。

十、衛福部「長照2.0」計畫，搭配前瞻基礎建設第一期、第二期整建長照衛福據點經費，擬運用中央特別預算計畫之74.12億元經費，補助地方政府修繕/新增服務據點以

拓展長照相關服務，規劃4年內結合799處公有設施/單位投入長照服務，布建綿密照顧服務體系，另於資源不足地區，布建100處照顧管理分站。地方政府申請前瞻計畫補助經費踴躍，惟執行時卻遭遇因工程金額過低、偏遠地區跟都市地區標準一致，致發包不順，而有部分縣市不得不變更計畫或撤案繳回經費之窘境，顯見徒有補助經費卻乏相關配套措施之不足；另，近年來因少子女化，經教育單位盤點釋出之閒置空間，若非屬廢校校地即地處偏僻，且當地鮮少長照需求服務對象，真正能運用者有限，且迄今僅有15處移作長照空間，顯見教育部督導所屬各級學校釋出閒置校舍空間的努力，仍亟待強化。

(一)衛福部公共服務據點整備計畫-整建長照衛福據點計畫 (計畫期程：106年9月至110年8月)，於106年7月7日經行政院核定，運用中央特別預算計畫之74.12億元經費，規劃4年內結合799處公有設施/單位投入長照服務，布建綿密照顧服務體系，另於資源不足地區布建100處照顧管理分站。該計畫預期效益包括：

1、整合部屬醫療機構醫療業務及長照資源，推動社區整體照顧服務體系。

2、活化改善老人活動中心空間，以解決地方經費困絀，擴大照顧層面。

3、強化部屬老人福利機構擔任失能老人照顧最後一道防線與老人福利機構標竿之角色與功能。

4、結合部所屬身心障礙福利機構業務及長照資源，推動社區整體照顧服務體系，成為長照服務標竿機構。

5、修繕、重 (擴) 建189家衛生所，擴大衛生所的服務範圍並提升高齡友善程度，充實整體服務體系，完善對社區老人的照顧。

6、透過社區活動中心整建，擴大社會福利設施服務範圍。

7、結合全臺106處其他類在地閒置或低度使用之空間、土地，轉型設置長照服務資源，強化社區照顧服務量能，布建綿密化服務網絡，減輕家庭照顧負擔。

8、打造原住民族、離島及偏鄉地區通用空間安全性，並整合在地資源及配合在地文化，提升民眾獲得普及與適足的長照服務之可近性，充實整體長期照服體系，確保長照服務的永續發展。

9、鼓勵長照、醫療、護理、社會福利，以及社區基層單位共同投入辦理長照服務，積極發展整合多樣性長照資源，並透過優先擴大居家服務供給量，提供年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口投入照顧服務之機會。

(二)依「公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點」規定，各直轄市、縣（市）政府應盤整轄下區域資源，並籌組推動工作小組，請首長或副首長召集會議，對提出申請之計畫書進行初審，相關文件審核屬實始可提報衛福部，衛福部再依其計畫之可行性、效益指標及財務規劃審查其合理性後核定。

(三)為加速布建社區照顧資源，政府推動「長照2.0」，利用前瞻基礎建設第一期、第二期整建長照衛福據點經費，補助地方政府修繕新增地點以推動長照相關服務。各縣市第一期及第二期之申請情形、中央核定計畫數及金額，詳如下表。

表88　各縣市申請衛福部整建長照衛福據點計畫及中央核定情形

	第1期縣市申請經費(億元)	第1期經費補助案件數	第1期經費補助金額(億元)	第2期縣市申請經費(億元)	第2期經費補助案件數	第2期經費補助金額(億元)
新北市	0.5752	15	0.5298	2.7877	10	1.9098
臺北市	4.6075	7	0.9598	1.4635	5	1.4600
桃園市	1.4268	45	1.3337	1.3463	32	1.7202
臺中市	5.1797	12	0.8074	2.5344	22	1.4284
臺南市	3.2138	139	1.8733	1.4393	14	0.9978
高雄市	0.5133	16	0.5354	1.2613	5	0.5933
新竹縣	0.7574	9	0.2696	0.4911	3	0.4911
苗栗縣	1.4803	21	1.0816	1.1758	14	1.4046
彰化縣	4.8422	20	1.5858	13.7615	34	9.0785
南投縣	2.3924	26	1.3977	3.7292	19	2.6936
雲林縣	2.3713	37	1.7357	5.6282	23	2.8829
嘉義縣	1.6332	36	1.0539	5.3995	57	3.5733
屏東縣	6.5480	34	1.9120	13.2452	42	7.0878
宜蘭縣	1.4914	41	1.2767	2.0101	18	0.9185
花蓮縣	0.5341	17	0.4284	0.1875	3	0.1828
臺東縣	0.8087	12	0.7728	2.0552	8	1.1221
基隆市	0.3248	10	0.3248	0.0409	3	0.0266
新竹市	0.7597	11	1.0333	0.2121	3	0.2121
嘉義市	8.1220	4	0.3214	4.3905	4	0.1126
澎湖縣	0.7188	10	0.4815	1.1259	9	0.4825
金門縣	0.1931	6	0.1367	0.8672	3	0.8217
連江縣	0.0630	1	0.0630	0.0000	0	0.0000
合計	48.5567	529	19.9144	65.1520	331	39.2001

註：統計日期：109年1月。
資料來源：衛福部。

(四)部分縣市申請相關預算後，因發包不順利或將核定款繳回中央情形：

1、以臺東縣前瞻計畫補助辦理成功多元照顧中心為例，已發包11次仍流標無法施作，部分縣市也存類此狀況 (詳如下表所示)。

2、部分縣市申請相關預算後繳回經費情形：衛福部表示：「主要係案件結案核銷之節餘經費或縣市自行申請撤案之經費；又第一期經行政院主計總處同意保留經費與衛福部核定補助經費之差額亦須繳回國庫。」

3、本院實地履勘時，實務工作人員提及：「建議政府釋出蚊子館，予以活化，並應以公益為優先使用」。

表89 本院履勘部分縣市辦理前瞻計畫情形

縣市別	申請案件數	實際辦理情形
臺東縣	20	1. 綠島鄉多元照顧服務中心 (36,449,000元)，已撤案。 2. 成功多元照顧中心已發包11次仍流標無法施作。
嘉義縣	87	完工數 22 案，109 年辦理 5 案，部分案件發包不出去。
新北市	16	新建金山區衛生所B、新北市雙溪區建興文化中心C+、烏來區社教大樓C、尚未發包。
澎湖縣	8	白沙鄉鳥嶼村舊衛生室 (108年11月15日已撤案)。

資料來源：本院整理。

(五)教育部對閒置校舍空間釋出的努力，仍亟待強化：

1、有關校園閒置空間之釋出，教育部查復本院指出：「依『地方制度法』第18條及第19條規定，直轄市、縣 (市) 立國民中小學之興辦及管理係屬直轄市、縣 (市) 政府自治事項，爰國民中小學之用地及建物均屬地方政府所權管，宜由地方政府配合當地實

際需求與施政方向辦理校園閒置空間活化。」

2、教育部國教署以106年3月13日臺教國署國字第1060010547號函頒及108年5月27日臺教國署國字第1080057268號函修訂「公立國民中學及國民小學校園 (舍) 空間多元活化注意事項」，該注意事項明訂活化用途包含社會福利及幼兒園等14種，活化原則包括文教公益為先、校園 (舍) 安全為要、兼顧多元需求等。該部國教署並建置「教育部國民中小學整併後校園空間活化再生資源網」，公開待活化校舍資料，俾利有需求之機關團體上網查閱，以達有效媒合之目標。

3、教育部提供目前學校停辦及遷校後之校舍空間計279校，經輔導活化者計264校，待活化者計15校。目前停辦或遷校之學校校舍空間活化為長照中心(含已使用及已明確規劃者) 部分，詳如下表。

表90　目前停辦或遷校之學校校舍空間活化為長照中心情形
(含已使用及已明確規劃者)

編號	所在縣市	所在區	學校名及學校情況	經營管理機制	目前使用情形/未來規劃
1	澎湖縣	西嶼鄉	小門國小(停辦遷校)	社會處規劃	小門國小廢校後，由社會處規劃西嶼社會福利館，已於105年10月1日辦理「你我的家-西嶼社會福利館」歡喜迎幸福揭牌活動。小門國小校舍部分已由社會處規劃為老人日間照顧中心，藉以活化再利用裁校後之校舍建築物。
2	澎湖縣	白沙鄉	港子國小(停辦遷校)	社會處接管設立白沙社會福利館	港子國小廢校後由社會處接管設立白沙社會福利館，已於105年11月5日上午辦理剪綵開幕活動。設立白沙社會福利館。執行業務計有實物銀行、國民年金、家庭福利服務中心、社區興力工作站、居服樂活補給站、家庭照顧者支持中心、社區交誼室等，未來更規劃新增關懷據點、「長照2.0」B級複合型服務中心、沐浴車調度管理中心等。
3	臺南市	鹽水區	鹽水國小洪水分校(停辦遷校)	由認養單位維護	由庶古文創事業股份有限公司、洪水里辦公處（洪水里關懷中心）及洪水社區發展協會共同認養，認養期限自 107 年 12 月 1 日起至 110 年 7 月 31 日止，由認養單位維護。庶古文創事業

編號	所在縣市	所在區	學校名及學校情況	經營管理機制	目前使用情形/未來規劃
					股份有限公司及洴水里辦公處（洴水里關懷中心）認養做綠美化及發掘地方文物資料，並做辦理展示教育之場域；洴水社區發展協會認養做社區整體照顧服務-C「巷弄長照站」使用。
4	臺東縣	東河鄉	隆昌國小(停辦遷校)	移撥至衛生局	土地管理移撥臺東縣衛生局規劃作為東河鄉日間照顧中心使用，目前由門諾基金會經營。
5	臺東縣	長濱鄉	忠勇國小(停辦遷校)	臺東縣衛生局規劃	土地管理移撥臺東縣衛生局規劃，並已完成管理機關變更由臺東縣衛生局規劃做為長濱鄉日間照顧中心。
6	嘉義縣	六腳鄉	六腳國小崩山分班(停辦遷校)	脊髓損傷者協會與崩山社區發展協會共同認養	108年9月9日六腳國小來函脊髓損傷者協會與崩山社區發展協會共同繼續認養六年，嘉義縣政府同意認養六年期限自108年10月1日至114年9月30日止 (進行校園清潔維護、植栽綠美化及服務本縣脊髓損傷者，後續規劃辦理老人食堂、村民學習課程等)。
7	嘉義縣	六腳鄉	六嘉國中六合分校(停辦遷校)	六嘉國中	本案已由特目變更為乙建，目前民間團體接洽申請承租規劃興建日照中心 (108年3月21日六合校區活化會議討論祥太醫院提案) 。108年2月4日衛生局簽辦朴子醫院申請衛福部「1108年度獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」，需使用六合校區用地，後續待朴子醫院來函會辦縣府相關處協助簽訂住宿型長照據點。
8	嘉義縣	義竹鄉	義竹國小埤前分校(停辦遷校)	嘉義縣政府社會局	106年1月20日簽准交社會局規劃作日間照顧中心，並於11月10日獲核定前瞻基礎建設計畫經費補助950萬。107年6月社會局取得義竹鄉公所同意籌備社區式（日間照顧）長照機構階段提供無償使用該分校土地，目前社會局提送興辦事業計畫辦理土地變更編定為社福用地、建物辦理設計圖審；學校辦理土地廢止撥用補正及建物第1次登記及財產移轉中。
9	嘉義縣	六腳鄉	六腳國小新生分校(停辦遷校)	由認養單位財團法人陽明教育基金會維護管理。	閒置校園空間活化再利用，並改善社區民眾活動空間，提升生活品質，辦理社區整體照顧服務體系-長照C級據點。
10	新北市	淡水區	天生國小舊校區(正常)	淡水區公所借用	由代管學校與淡水區公所以委託管理方式合作發展區鄉土教室暨社區居民活動場域，目前委託代管期間自108年1月1日起至108年12月31日止。將辦理社區老人共餐活動，社區教育講座，提供社區長者聯繫情感之場域。
11	雲林縣	古坑鄉	樟湖國小舊校區(停辦遷校)	由樟湖生態國中小管理。	舊校區目前由樟湖社區發展協會借用，活化方式如下：一、多元就業開發方案藍染工坊-樟湖冉染。二、長照社區照顧關懷據點。三、樟湖社區祭典中心。

編號	所在縣市	所在區	學校名及學校情況	經營管理機制	目前使用情形/未來規劃
12	雲林縣	崙背鄉	崙背國小五魁分班(停辦遷校)	由崙背鄉公所管理	縣府已於96年2月5日同意無償撥用給崙背鄉公所，經108年12月6日電詢崙背鄉公所，目前已向衛福部申請經費，後續規劃村辦公室及社區活動空間，結合長照辦理相關活動。
13	高雄市	田寮區	新興國小田寮分班(停辦遷校)	田寮區新興國小管理維護並無償予社會局使用	高雄市政府社會局委託「星星兒社會福利基金會」管理，目前校舍進行日間照顧。
14	屏東縣	九如鄉	九如國小舊校區(正常)	管理單位為長期照護管理中心。	社會處已與九如鄉公所簽訂借用契約，由公所負綠美化與管理維護之責，目前有12間教室、3間廁所，供老人日照、老人及社區活動場所使用。
15	南投縣	中寮鄉	和興國小(停辦遷校)	永樂國小代管	由財團法人臺中市好耆老人長期照顧中心得標，作為體育教育及休閒運動中心使用，契約自109年1月1日起至111年12月31日止。

資料來源：教育部提供。

4、本院實地履勘校園閒置空間釋出情形，以高雄醫學大學附屬之高雄市立大同醫院，利用大同國小閒置空間辦理高雄市大同福樂學堂為例，透過學校與醫院合作，發展照護及老少共學模式，於105年12月起完成30位學員收案目標，其中失智人數達87%。該學堂安排有老幼共學示範課程，如一年級 (老少一同笑開懷) 2節課、三年級 (水中世界樂無窮) 2節課、五年級 (美麗的海翁) 2節課等，讓長者活到老、學到老，並搭配生活自立訓練、日常生活技能訓練以及功能性回復強化訓練、腦力訓練等，使長者能循序漸進享有更佳之生活品質。其辦理成效值得肯定。

5、至於校園閒置空間之釋出，地方人士表示：「近年來因少子女化，地方政府推動各級學校清查盤點校園閒置空間，惟往往盤點清查出來的空間，不是廢

校就是地處偏僻，當地無長照需求標的人口。」顯見教育部對釋出閒置校舍空間的努力，仍亟待強化。

(六)綜上，衛福部「長照2.0」計畫，搭配前瞻基礎建設第一期、第二期整建長照衛福據點經費，擬運用中央特別預算計畫之74.12億元經費，補助地方政府修繕/新增服務據點以拓展長照相關服務，規劃4年內結合799處公有設施/單位投入長照服務，布建綿密照顧服務體系，另於資源不足地區，布建100處照顧管理分站。地方政府申請前瞻計畫補助經費踴躍，惟執行時卻遭遇因工程金額過低、偏遠地區跟都市地區標準一致，致發包不順，而有部分縣市不得不變更計畫或撤案繳回經費之窘境，顯見徒有補助經費卻乏相關配套措施之不足；另，近年來因少子女化，經教育單位盤點釋出之閒置空間，若非屬廢校校地即地處偏僻，且當地鮮少長照需求服務對象，真正能運用者有限，且迄今僅有15處移作長照空間，顯見教育部督導所屬各級學校釋出閒置校舍空間的努力，仍亟待強化。

十一、政府提供身心障礙者復康巴士交通接送服務已行之有年，「長照2.0」計畫亦針對有就醫或復健需求之服務對象，提供交通接送服務。服務對象雖可自行選擇對自身有利的接送服務以降低自付金額，惟實務上仍發現部分偏遠地區或偏鄉之老人或身心障礙者對交通接送服務需求孔急，往往需提前預約或因總體車輛數不足而被迫放棄。鑒於偏遠地區之長照對象對交通接送服務需求甚殷，部分縣市係與計程車隊簽約，除滿足民眾交通需求外，也解決了車輛數、司機不足及欠缺專業服務等問題，更為計程車業者開啟另類生機，可謂一舉多得，衛福部允宜會同交通部研議擴大辦理之可行性。

(一)衛福部106年老人狀況調查報告針對主要家庭照顧者之統計顯示，有21.54%的主要家庭照顧者因住家附近無長照服務資源致無法使用；各項服務包括「家庭照顧者支持服務據點」、「日間照顧服務」、「交通接送服務」、「營養餐飲服務」、「喘息服務」、「長期照顧機構服務」、「ABC服務據點」等，主要家庭照顧者想申請但因住家附近無資源而未使用的比率約介於4~5%之間。該調查報告並指出，有21.75%主要家庭照顧者過去12個月內有使用過長期照顧服務，其中以「居家服務」所占的8.53%為最高，其次為「輔具購買、租借予居家無障礙環境改善」5.33%及「交通接送服務」4.69%；另有22.39%的主要家庭照顧者因經濟因素而無法使用長照服務，由此可徵老人及其主要照顧者對交通接送服務之需求殷切。

(二)「長照2.0」計畫之交通接送服務，係延續「長照1.0」計畫，並擴大服務對象。依據「長期照顧 （照顧服務、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）給付及支付基準」之規定，評估等級為第4級 (偏遠地區為第2級) (含) 以上者，可由長照巴士協助其照顧計畫中就醫或復健之需求，解決其搭乘一般交通運輸工具之困難。衛福部並自107年起調降家庭部分負擔比率，一般戶自30%調降為16%、中低收入戶自10%調降為5%、低收入戶免部分負擔。

(三)相關規定及服務內容：

1、「長期照顧 （照顧服務、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）給付及支付基準」第2點規定，長照服務請領資格應為長照需要等級第2級（含）以上，且符合下列情形之一者：(1).65歲以上老人。(2).領有身心障礙證明(手冊) 者。(3).55至64歲原住民。(4).50歲以上失智

症者。

2、第6點規定：「交通接送服務除第四類偏遠縣市、偏遠鄉鎮市區給付長照需要等級第2級（含）以上外，其餘第一類、第二類、第三類僅給付長照需要第4級（含）以上，並限定使用於照顧計畫中之就醫或復健，其提供形式或交通工具依各縣市政府規定辦理。」

3、各地方政府依據上開規定，協助轄內長照需要第4級（偏遠地區為第2級)(含）以上者，由長照巴士滿足其照顧計畫中就醫或復健之需求，解決其搭乘一般交通運輸工具之困難，讓失能者獲得更完善的醫療與照顧。內容包括：

（1）往（返）居家至醫療院所就醫（含復健）之交通接送1趟。

（2）除第四類偏遠縣市、偏遠鄉鎮市區使用者長照需要等級為第2級（含）以上，依各縣市政府核定價格給付。不足差額部分，需由使用者自行負擔。

（3）交通接送服務給付分類表，詳如下表。

表91　交通接送服務給付分類表

分級原則	級別	轄區面積	縣市（鄉鎮市區）
縣市幅員	第一類	未達500平方公里	嘉義市、新竹市、基隆市、臺北市
	第二類	500平方公里以上，未達2,500平方公里	彰化縣、桃園市、雲林縣、新竹縣、苗栗縣、嘉義縣、新北市、宜蘭縣、臺南市、臺中市
	第三類	2,500平方公里以上	屏東縣、高雄市、南投縣
偏遠地區	第四類	偏遠縣市	臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、金門縣、連江縣
		偏遠鄉鎮市區（計43個）	新北市烏來區、石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、桃園市復興區、臺南市楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區、新竹縣五峰鄉、尖石鄉、關西鎮、苗栗縣泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉、臺中市和平區、

分級原則	級別	轄區面積	縣市（鄉鎮市區）
			南投縣仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉、中寮鄉、國姓鄉、嘉義縣阿里山鄉、番路鄉、大埔鄉、高雄市那瑪夏區、桃源區、茂林區、田寮區、六龜區、甲仙區、屏東縣三地門鄉、霧臺鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉、琉球鄉、宜蘭縣大同鄉、南澳鄉。

註：偏遠地區係參照衛福部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、平地原住民鄉、離島鄉及偏遠地區之標準辦理。

資料來源：「長期照顧 （照顧服務、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） 給付及支付基準」。

（四）「充實輔具服務專車」之經費補助及實際執行情形：

表92　衛福部對於各地方政府辦理「充實輔具服務專車」之經費補助及實際執行概況 (106年)

單位：元；%

縣市別	核定數	執行率	縣市別	核定數	執行率
新北市	未申請		雲林縣	2,000,000	94.79
臺北市	2,000,000	73.84	嘉義縣	1,800,000	63.93
桃園市	2,000,000	97.35	屏東縣	1,960,000	75.62
臺中市	2,000,000	86.60	臺東縣	2,000,000	89.35
臺南市	1,658,000	97.68	花蓮縣	2,000,000	100.00
高雄市	2,000,000	95.19	澎湖縣	2,000,000	100.00
宜蘭縣	2,000,000	94.99	基隆市	2,000,000	65.80
新竹縣	2,000,000	45.19	新竹市	2,000,000	50.15
苗栗縣	2,000,000	90.56	嘉義市	2,000,000	96.79
彰化縣	2,000,000	80.90	金門縣	未申請	
南投縣	1,360,000	98.02	連江縣	未申請	
合　計				**36,778,000**	**83.79**

（五）針對資源布建方面，截至108年8月底，全國計2,811交通接送車輛加入服務。108年各地方政府辦理交通接送服務情形，詳如下表。

表93 各地方政府辦理交通接送服務情形 (108年)

單位：人

區域別	總計				65歲以上老人(含IADLs失能且獨居之老人)				65歲以上領有身心障礙證明者				64歲以下領有身心障礙證明者				55-64歲原住民				50歲以上失智症者			
	合計	長照低收入戶	長照中低收入戶	長照一般戶	合計	長照低收入戶	長照中低收入戶	長照一般戶	合計	長照低收入戶	長照中低收入戶	長照一般戶	合計	長照低收入戶	長照中低收入戶	長照一般戶	合計	長照低收入戶	長照中低收入戶	長照一般戶	合計	長照低收入戶	長照中低收入戶	長照一般戶
總計	19,493	2,849	1,965	14,679	6,050	711	254	5,085	7,379	816	555	6,008	3,100	823	838	1,439	247	94	64	89	2,717	405	254	2,058
新北市	2,370	225	212	1,933	907	49	7	851	685	51	52	582	420	79	125	216	2	—	—	2	356	46	28	282
臺北市	1,400	128	23	1,249	434	33	3	398	578	40	12	526	91	21	6	64	2	—	—	2	295	34	2	259
桃園市	604	72	62	470	220	27	4	189	215	22	12	181	85	14	33	38	2	1	1	—	82	8	12	62
臺中市	2,412	646	146	1,620	745	120	13	612	859	198	49	612	467	242	61	164	11	6	—	5	330	80	23	227
臺南市	370	56	43	271	116	12	1	103	140	20	14	106	42	5	19	18	—	—	—	—	72	19	9	44
高雄市	2,679	421	390	1,868	502	73	12	417	1,117	146	117	854	586	119	203	264	4	—	—	4	470	83	58	329
宜蘭縣	1,772	215	160	1,397	520	76	36	408	969	97	61	811	239	34	62	143	13	7	—	6	31	1	1	29
新竹縣	173	8	11	154	49	2	1	46	84	2	3	79	20	4	6	10	—	—	—	—	20	—	1	19
苗栗縣	846	79	94	673	172	11	2	159	364	21	32	311	101	23	36	42	3	—	1	2	206	24	23	159
彰化縣	1,249	131	125	993	357	23	4	330	577	37	47	493	176	51	55	70	1	—	—	1	138	20	19	99
南投縣	772	133	112	527	168	22	8	138	315	38	31	246	144	44	50	50	19	6	5	8	126	23	18	85
雲林縣	440	40	42	358	112	8	3	101	195	12	13	170	65	15	21	29	—	—	—	—	68	5	5	58
嘉義縣	451	79	59	313	311	47	26	238	1	—	1	—	83	29	30	24	2	1	—	1	54	2	2	50
屏東縣	546	102	70	374	175	26	4	145	223	37	22	164	75	24	28	23	6	2	4	—	67	13	12	42
臺東縣	406	122	43	241	82	12	4	66	160	25	15	120	75	44	17	14	33	21	4	8	56	20	3	33
花蓮縣	1,175	254	200	721	632	134	108	390	113	17	2	94	246	44	24	178	148	50	49	49	36	9	17	10
澎湖縣	149	15	11	123	57	2	1	54	73	8	5	60	11	4	4	3	—	—	—	—	8	1	1	6
基隆市	215	25	40	150	35	3	—	32	106	9	11	86	43	8	24	11	—	—	—	—	31	5	5	21
新竹市	965	54	86	825	241	9	4	228	433	22	43	368	97	17	25	55	1	—	—	1	193	6	14	173
嘉義市	310	38	34	238	156	22	13	121	93	12	13	68	14	1	7	6	—	—	—	—	47	3	1	43
金門縣	180	6	2	172	50	—	—	50	79	2	—	77	20	1	2	17	—	—	—	—	31	3	—	28
連江縣	9	—	—	9	9	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

調查意見

註：1.「服務個案人數」中個案具有多重身分時，認定之優先順序，依序為「50歲以上失智者」、「55-64歲原住民」、「65歲以下領有身心障礙證明者」、「65歲以上領有身心障礙證明者」、「65歲以上老人 (含IADLs失能且獨居老人)」。

2.更新日期：109年4月20日。

資料來源：衛福部統計處。

(六)身心障礙者復康巴士交通接送服務：

1、「身心障礙者個人照顧服務辦法」第2條第17款規定：「復康巴士服務指提供身心障礙者備有輪椅升降設備及輪椅固定等設備之特製車輛，提供就醫、就業、就學、就養及社會參與所需之交通服務。」

2、「身心障礙者個人照顧服務辦法」第73條：「復康巴士服務對象以乘坐輪椅之身心障礙者為優先，並提供必要陪伴者一人享有與身心障礙者相同之優待措施。」

3、「身心障礙者個人照顧服務辦法」第74條：「復康巴士服務得由下列單位提供：一、醫療機構、護理機構、醫療法人、精神照護機構。二、身心障礙福利機構、老人福利機構。三、財團法人、社會團體。四、公路汽車客運業、市區汽車客運業、計程車客運業、遊覽車客運業及小客車租賃業。」

4、「身心障礙者個人照顧服務辦法」第75條：「復康巴士提供服務單位應置駕駛員、行政人員及綜合督導服務業務執行及管理人員；並配有復康巴士。」

5、「身心障礙者個人照顧服務辦法」第76條：「復康巴士之駕駛員應持有職業駕駛執照及參加職前訓練，始得提供服務；並於提供服務時，協助身心障礙者上下車。」

6、「身心障礙者個人照顧服務辦法」第77條：「復康巴士服務提供單位提供服務，應辦理下列事項：

一、提供交通服務相關資訊，供選擇服務之參考。

二、接受申請使用車輛時，應秉持公平公開原則。

三、應有服務控管及查核機制。

四、每次出車需列冊記錄。

五、應有駕駛員進用及管理機制。

六、車型、車齡應依規定辦理，並定期車輛維修

保養與清潔維護機制。

七、應投保車輛第三人責任險及乘客責任險。」

7、據上，截至108年底，全國計有2,164輛復康巴士(2,097輛小復康；29輛中型復康；38輛大復康)，身心障礙者如有需要搭乘復康巴士時，最遲可於搭車前1日撥打服務電話預約訂車及使用時間等，以獲得最符合需求之服務。

(七)惟查「長照2.0」計畫因擴大服務對象，致其交通接送服務，與身心障礙者復康巴士之服務間產生部分重疊：

1、本院實地履勘臺北市西區輔具中心人員即表示：「長照一般戶申請輪椅B款補助計2,800元、身心障礙一般戶申請輪椅B款補助2,000元。又如復康巴士與交通接送服務，補助次數、路程及給付額度亦不同。」

2、對此，衛福部查復表示：「長照給付及支付基準參採身心障礙者輔具補助項目，將長照輔具項目名稱及購置價格給付上限及購置最低使用年限與身障輔具調整至一致，至長照輔具補助及居家無障礙環境改善服務係延續「長照1.0」針對低收入戶給付該項輔具最高金額100%、中低收入戶90%、一般戶70%;身障輔具係依補助項目金額補助一般戶50%、中低收入戶75%、低收入戶100%。另同時領有身障手冊之長照需求者，得同時申請身障輔具補助，惟項目不得重複。至於長照一般戶申請輪椅B款補助計2,800元、身心障礙一般戶申請輪椅B款補助2,000元部分，係因兩者補助比率差異所致。惟因長照輔具及身障輔具之補助對象及範圍仍存有差異，又身障輔具之補助經費來源係地方政府公務預算，爰長照輔具及身障輔具之補助比率，仍暫時維持現

行規定。」

3、又屬身心障礙福利之復康巴士與長期照顧服務給支付之交通接送服務部分，考量復康巴士之服務目的包含身心障礙者之權益發展，包含就醫、就學、就業及社會參與等，核與長期照顧交通接送係針對長照需要者就醫及復健需要提供接送服務範圍不同，惟符合長照需要等級之身心障礙者，可同時使用復康巴士服務及長照交通接送服務，以維護身心障礙者之權益。

(八)另，本院實地履勘時發現，部分縣市係與計程車隊簽約提供交通接送服務，除回應民眾交通需求外，也解決了車輛及司機不足、欠缺專業等問題。如新北市政府、臺中市政府、彰化縣政府等。

(九)綜上，政府提供身心障礙者復康巴士交通接送服務已行之有年，「長照2.0」計畫亦針對有就醫或復健需求之服務對象，提供交通接送服務。服務對象雖可自行選擇對自身有利的接送服務以降低自付金額，惟實務上仍發現部分偏遠地區或偏鄉之老人或身心障礙者對交通接送服務需求孔急，往往需提前預約或因總體車輛數不足而被迫放棄。鑒於偏遠地區之長照對象對交通接送服務需求甚殷，部分縣市係與計程車隊簽約，除回應民眾交通需求外，也解決了車輛數、司機不足及欠缺專業服務等問題，更為計程車業者開啟另類生機，可謂一舉多得，衛福部允宜會同交通部研議擴大辦理之可行性。

十二、政府推動在宅老化政策，對獨居老人、身心障礙者、生活自理能力缺損、患有慢性病而需要特殊飲食等民眾而言，長照之送餐服務益形重要。以澎湖縣離島地區為例，係運用志工人力發送餐盒，並兼顧定時關懷訪視之

功能，惟澎湖當地資源較為匱乏，又常因天候等因素致有離島交通船舶運送困難等限制，以現行全國統一送餐服務之補助標準，實難以永續。衛福部允宜研擬針對偏鄉、離島之送餐補助費用，以符實際。

(一)衛福部長期照顧營養餐飲補助費之補助原則：

1、依據服務對象家庭經濟狀況，提供合理的餐費補助。

2、補助送餐費用，每餐以70元計（隨物價指數調整)。

3、每天最高補助二餐，未符合政府補助資格者，則由服務使用者全額自行負擔。

4、標準如下：

表94 長期照顧營養餐飲補助費

服務對象 身份別	長期照顧營養餐飲補助費			
	每餐金額	補助餐數	政府補助	民眾自付額
長照低收	70元	2餐 (午餐及晚餐)	70元	免費
長照中低收			63元	7元
一般戶 （需獨居且滿65歲）	70元	1餐 (午餐或晚餐)	42元	28元

資料來源：衛福部。

(二)以澎湖縣辦理送餐服務為例：

澎湖縣老年人口比例高達16.2%，又因少子化問題嚴重，復加青壯年人口紛紛離鄉到臺灣本島求學或謀生，致家庭結構產生變化，弱勢人口逐年增加，縣內年邁無依的老人亟需照顧服務，為加強照顧該縣獨居長者餐食及居家安全，縣府委託社區提供中低收入65歲以上獨居長者每日中、晚餐服務，以滿足長者最基本的營養需求及照顧服務。其地理環境及實際辦理情形如下：

1、澎湖群島南北長約60餘公里、東西寬約40公里，散佈在北緯23度9分至47分、東經119度18分至42分之間。群島由90個大小不同的島礁組成。

2、全縣依地理特性區分有1、2、3級離島，在1級離島部分，長照服務資源輸送尚無虞，惟在2、3級離島部分因受交通限制及需求量能過少不敷服務單位在地提供服務之成本，以致服務難以為繼。

3、澎湖縣全年約有45萬個老人送餐服務。109年7月起全面使用不銹鋼可回收餐盒。廚房志工48名、送餐志工77名。

4、本院實地履勘時，該府人員向本院強調：「因地理環境特殊性，致服務輸送受到限制：全縣目前有19個島嶼有人居住，島與島間之交通僅仰賴船舶但易受天候影響而中斷，故各項資源服務輸送不易，不可否認的是眾多的離島特殊性，讓一些社福團體卻步，加以考量照顧成本，交通不便等問題都是在資源布建上所面臨的困難。」該府人員並指出：「長期照顧給付及支付基準雖然有針對原民區及離島地區特別加成之服務費用補助，但為一體適用，未依服務困難或是地域性加以區分，如縣內全區均為原民區及離島地區，故無論服務哪一鄉鎮或村里之個案其加成費用均相同，且服務之交通成本亦未允考量，導致難以拓展2、3級離島長照服務量能，建議應依地域性增加階梯式的補助費用，以強化長照單位提供服務之意願，並縮小城鄉服務差距。」

(三)綜上，政府推動在宅老化政策，對獨居老人、身心障礙者、生活自理能力缺損、患有慢性病而需要特殊飲食等民眾而言，長照之送餐服務益形重要。以澎湖縣離島地區為例，係運用志工人力發送餐盒，並兼顧定時關懷訪視之功能，惟澎湖當地資源較為匱乏，又常

因天候等因素致有離島交通船舶運送困難等限制，以現行全國統一送餐服務之補助標準，實難以永續。衛福部允宜研擬針對偏鄉、離島之送餐補助費用，以符實際。

附錄、本院實地履勘情形概述

一、本院實地履勘詳細行程

本院為能蒐集第一手資料並掌握實務運作現況與困境，依據國內北、中、南、東、離島並兼顧城鄉差距、不同族群及農業、工業城鄉發展等特色，共擇定13個縣市政府，計42處具代表性之辦理單位 (涉17項長照服務內涵) 進行現地履勘，除聽取簡報、實地履勘長照機構現場外，並與地方政府及民間團體座談，以瞭解第一線人員於辦理「長照2.0」計畫之執行情況，以及所遭遇之困難及問題等情。詳細行程如下：

表95　本院實地履勘詳細行程

時　　間	地　點	受履勘單位
108年11月18日 (星期一)	臺北市	1. 臺北市政府 2. 財團法人天主教失智老人社會福利基金會-附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心 3. 西區輔具中心（承辦單位-財團法人伊甸社會福利基金會） 4. 身障者日照中心
108年12月16日至17日 (星期一至二)	花蓮縣	1. 花蓮縣政府 2. 撒固兒部落文化健康站 3. 門諾基金會之居服及交通車接送服務 4. 財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會長照服務
	臺東縣	1. 臺東縣政府 2. 居家服務、交通車接送服務及長照相關服務執行概況 3. 原住民個案使用居家服務現況參訪（財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會安排）
108年12月24日 (星期二)	彰化縣	1. 彰化縣政府 2. 鹿港基督教醫院失智共同照護中心 3. 鹿港「財團法人老五老基金會」綜合式服務類長期照顧服務機構（交通接送、小規模多機能服務）

附錄

時　　間	地　點	受履勘單位
	南投縣	1. 南投縣政府 2. 中寮鄉失智照顧據點 (南投基督教醫院承接) 3. 水里鄉上安社區發展協會之水里鄉長照與綠色照顧據點
108年12月30日至31日 (星期一至二)	雲林縣	1. 雲林縣政府 2. 雲林縣私立慧安社區長照機構（家庭托顧服務單位） 3. 社團法人雲林縣老人長期照護協會附設雲林縣私立斗六小太陽綜合式服務類長期照顧服務機構（日間照顧）
	嘉義縣	1. 嘉義縣政府 2. 大林慈濟醫院-失智症共照中心 3. 嘉義長庚醫院附設護理之家
109年1月6日 (星期一)	新北市	1. 新北市政府 2. 臺北慈濟醫院 3. 小驢駒小客車租賃有限公司 4. 全康診所 (新店湯泉社區) 5. 天主教耕莘醫療財團法人附設新北市私立安康社區長照機構 (耕莘安康團屋)
109年1月14日 (星期二)	臺中市	1. 臺中市政府 2. 臺中榮民總醫院社區式服務類長期照顧服務機構 (日照中心) 3. 交通接送執行概況 (社團法人臺中市大恆樂齡協會)
109年1月15日 (星期三)	臺南市	1. 臺南市政府 2. 財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設臺南市私立澄輝社區式服務類長期照顧服務機構
	高雄市	1. 高雄市政府 2. 大同福樂學堂 (大同國小)
109年2月17日 (星期二)	桃園市	1. 桃園市政府 2. 楊梅天成醫院 3. 瑞源伯公照護站
109年2月20日 (星期四)	澎湖縣	1. 澎湖縣政府 2. 興仁社區發展協會 (老人餐食服務) 3. 馬公市第三衛生所 (衛生所型態之復能、家庭醫師照護方案-專業服務) 4. 新智慧健康服務平台專案 (社區據點：五德社區照顧關懷據點)

資料來源：本院整理。

二、本院實地履勘機構服務類型分析

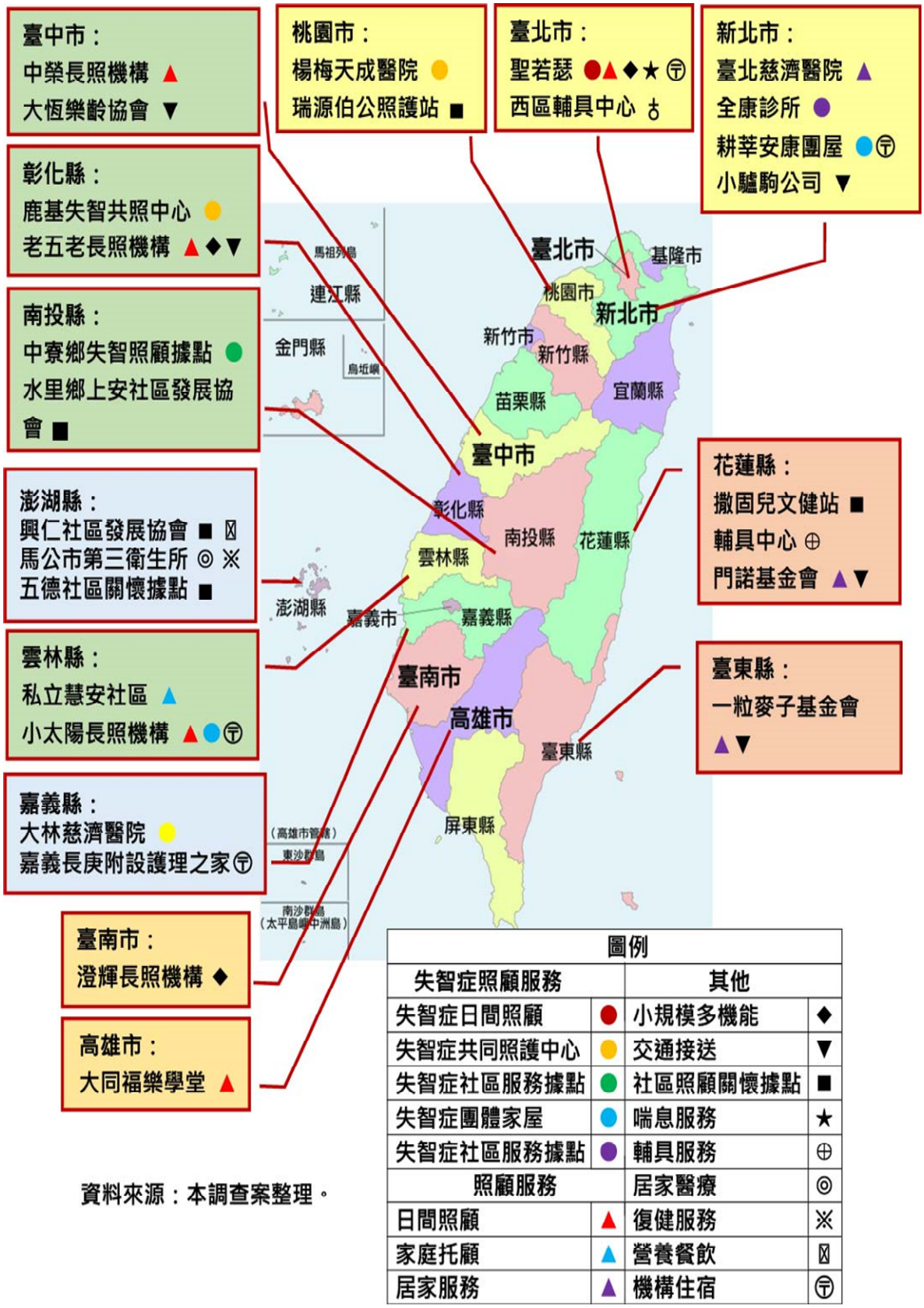
表96 實地履勘機構服務類型分析

縣市別	實地履勘機構名稱	服務類型
臺北市	財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心	住宿式機構服務
	西區輔具中心（承辦單位-財團法人伊甸社會福利基金會）	輔具及居家環境改善服務
	身障者日照中心	日照中心
花蓮縣	撒固兒部落文化健康站	原住民文化健康站
	門諾基金會之居服及交通車接送服務	居家服務、交通接送
	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會長照服務	居家服務
臺東縣	居家服務、交通車接送服務及長照相關服務執行概況。	居家服務、交通接送
	原住民個案使用居家服務現況參訪（財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會安排）	居家服務-3個案例
彰化縣	鹿港基督教醫院失智共同照護中心	失智共照中心
	鹿港「財團法人老五老基金會」綜合式服務類長期照顧服務機構	交通接送、小規模多機能服務
南投縣	中寮鄉失智照顧據點	失智C據點-南投基督教醫院承接
	水里鄉上安社區發展協會之水里鄉長照與綠色照顧據點	巷弄C據點
雲林縣	雲林縣私立慧安社區長照機構	家庭托顧服務
	社團法人雲林縣老人長期照護協會附設雲林縣私立斗六小太陽綜合式服務類長期照顧服務機構	日間照顧
嘉義縣	大林慈濟醫院-失智症共照中心	失智症共照中心
	嘉義長庚醫院附設護理之家	住宿式機構服務
新北市	臺北慈濟醫院	失智共照中心、A單位
	小驢駒小客車租賃有限公司	交通接送
	全康診所-新店湯泉社區	失智C據點
	天主教耕莘醫療財團法人附設新北市私立安康社區長照機構 (耕莘安康團屋)	團體家屋
臺中市	臺中榮民總醫院社區式服務類長期照顧服務機構	日照中心
	社團法人臺中市大恆樂齡協會	交通接送
臺南市	財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設臺南市私立澄輝社區式服務類長期照顧服務機構	日照中心、喘息服務、小規模多機能服務

縣市別	實地履勘機構名稱	服務類型
高雄市	大同福樂學堂 (大同國小)	日照中心-大同醫院承接
桃園市	楊梅天成醫院	失智症共照中心、A單位
	瑞源伯公照護站	社區照顧C據點、伯公照護站
澎湖縣	興仁社區發展協會	老人餐食服務
	馬公市第三衛生所	衛生所型態之復能、家庭醫師專業服務
	新智慧健康服務平台專案 (社區據點：五德社區照顧關懷據點)	社區照顧C據點

資料來源：本院整理。

三、本院履勘地點及相關機構之主要服務內容等，詳如下圖所示。



圖十四、本調查案實地履勘「長照2.0」機構及服務項目

四、本案實地履勘機構暨內容摘述

臺北市	
市府簡報	1. 截至 108 年 9 月臺北市總人口為 264 萬 7,164 人，其中 65 歲以上者占 47 萬 1,398 人 (17.81%)。12 個行政區中，大安區老齡人口排名居首 (占率 20.50%)，萬華區次之，老齡人口占比為 19.59%。 2. 臺北市社區中的長照需求人口占 93%，高於全國的 89%。 3. 相較於 107 年，108 年長期照護服務單位均有成長：其中喘息服務排名第一 (成長率為 169.64%)、社區整體照顧服務體系 C 居次 (成長率為 123.08%)、居家服務則為第三 (成長率為 75%)。 4. 截至 108 年 9 月，照管人力已聘雇 92 人 (72 位照專、11 位督導及 9 位行政人員；進用率達 90.2%) ；服務人力成長率以照顧管理督導最多，次為職能治療師。 5. 截至 108 年 8 月，新案訪視較 107 年同期成長 59.52%。截至 108 年 8 月，接受服務量較 107 年同期成長 58.51%。108 年 8 月服務涵蓋率為 30.30%，較 107 年成長 12.6%。 6. 潛在長照服務需求個案發掘管道：(1) 多媒體行銷：電視媒體行銷、平面雜誌專訪、網路行銷。(2) 結合多元宣傳管道：記者會宣傳、結合各局處宣傳管道、政府相關教育訓練課程時，一併撥放 1966 長照相關宣導影片、所轄醫院張貼「長照 2.0」宣傳海報，以增加長照曝光率。 7. 108 年臺北市整體長照經費為 14 億 976 萬 2,468 元 (社會局部分：中央補助 936,880,566、自編預算 104,111,232，小計 1,040,991,798；衛生局部分：中央補助 340,125,685、自編預算 28,644,985，小計 368,770,670，總計 1,409,762,468)。 8. 截至 108 年 7 月，依衛福部提供臺北市長照之撥付率為 98.08%；至 108 年 6 月之申報率為 83.80%。 9. 中央核定補助前瞻計畫共計 7 案，補助金額計 1 億 9,464 萬 9,000 元。 10. 建請中央持續補助增加所需「長照 2.0」計畫人力。 11. 地方政府補充說明： (1) 該市依中央研究案數據 12.7%失能率之推估，且依衛福部計算公式推估涵蓋率約 30%，但臺北市醫療資源多，究失能率為多少，尚待查證。 (2) 居家服務員由 104 年的 578 人增至 108 年 10 月的 1,199 人，住宿式照服人力則持平。109 年照管人力需增 94 人。針對人力不足，擬：(1) 辦理補助計畫，包含加碼補助，

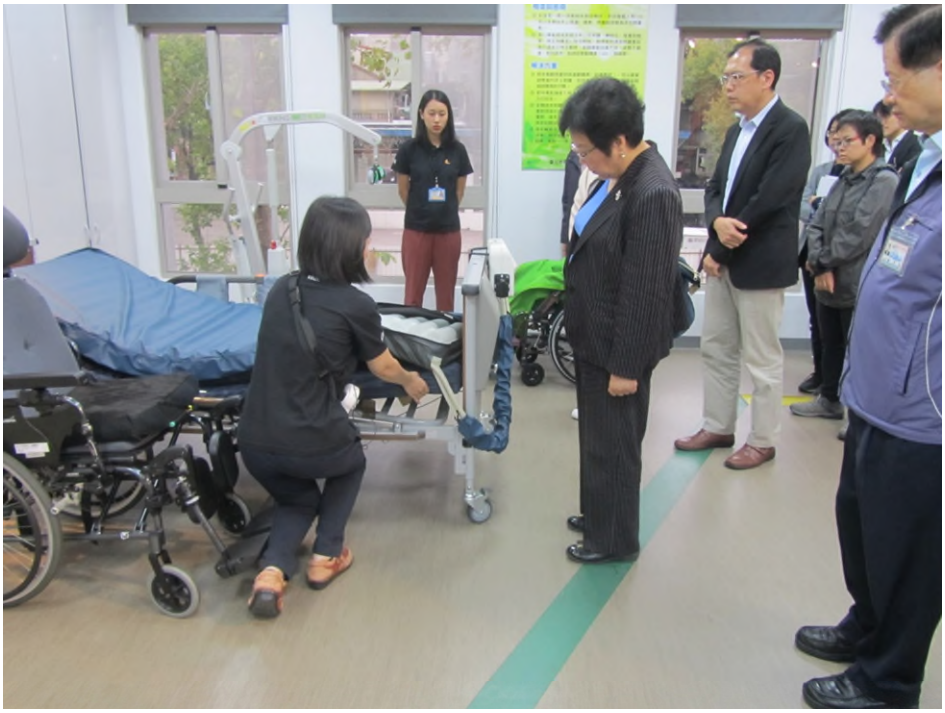
	如專業足夠可指導別人，給予津貼或可升遷。(2) 與學校合作，多元人力開發等，以增加人力及留才。 (3) 108 年 10 月底，日照中心共 19 家，875 人，候補約 100 人。109 年推估日照中心需求約為 1,500 人，故現行做法為：(1) 鼓勵私人設立日照機構，額外予以設施設備補助。(2) 想辦法尋找空間，會勘學校或活動中心，盡力開發公有非公用管道，若使用公有土地空間，將陳報減收租金。
財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設臺北市私立聖若瑟失智老人養護中心、日間照顧中心	1. 聖若瑟失智老人養護中心於89年 (西元2000年) 12月8日成立。以服務傳愛發揚基督博愛精神為願景，為失智長者打造一個愛的世界，期讓他們活得更有品質與尊嚴。 2. 天主教聖若瑟失智老人養護中心暨日間照顧中心經費來源 (107年)-服務收入79%、政府補助收入11%、捐贈收入9%、其他收入1%。 3. 照顧團隊：全職成員共計63人，主任1、社工2、護理長1、護理組長1、廚工4、護士8、清潔人員2、照顧服務員35、總務組長1、書記2、工務1、司機1、牧靈關懷員1、職能治療師1、會計1、出納1。 4. 失智老人養護中心： (1) 90年3月5日開始提供服務 (102年3月換發失智照顧型立案證書)，立案床數：64床。服務對象：經神經科或精神科等專科醫

	師確診為失智症、中度以上、具行走能力、日常生活需協助並無傳染病之虞者。 (2) 收費標準：單人房：53,000元/月、樂活雙人房：44,000元/月、溫馨雙人房：39,000元/月、四人房：36,000元/月 (費用包含入住伙食及 24 小時照護，但不包含個人耗材、 洗衣費、就醫費、特殊處置等費用；以上收費標準，106年4月28日經臺北市政府社會局核備，新入住住民於106年6月1日起施行) 。 (3) 喘息服務：預留全日養護床位2床提供服務，服務時間：每次收托最長以21天為限，服務對象：確定為失智症者；行動能力並不得限制於輪椅或床上，且無開放性傳染疾病者，在社區中由家人自行照顧有喘息需求者。2,310元/日 （配合衛生福利部長期照顧給付及支付基準調整服務收費，自107年12月1日施行）。 (4) 收容現況：90~99歲 (9人)、80~89歲 (26人)、70~79歲 (16人)、65~69歲 (6人)，共計57人 (男性22人、女性35人) 。 (5) 個案居住區域：屏東1人、高雄1人、臺南3人、嘉義1人、雲林2人、彰化1人、新竹2人、桃園1人、臺北41人、基隆2人、宜蘭2人。 5. 天主教聖若瑟失智老人日間照顧中心： (1) 91年3月5日開始服務，服務人數：30人，服務對象：經神經科或精神科等專科醫師確診為失智症、輕度中度、具行走能力、日常生活需協助並無傳染病之虞者。 (2) 服務時間：星期一至星期五：上午8：00至下午5：30。 (3) 收費標準:配合衛福部長期照顧給付及支付基準調整服務收費，以長期照顧管理中心評估之需要等級給付額度為標準，民眾按身分別負擔自付額。(未經長照單位評估或自聘外籍看護照顧者，收費標準以每日1仟元計。當月使用服務超過18天者，則以1萬8千元計) 。費用包含午餐及上下午各一份點心 （不含早、晚餐）、照顧費、活動費等。不包含個人耗材、洗衣費、就醫費、特殊處置、交通接送等費用。 (4) 個案現況：90~99歲 (5人)、80~89歲 (10人)、70~79歲 (8人)、65~69歲 (1人)，共計24人 (男性8人、女性16人) 。 (5) 日照中心個案居住區域：大安區1人、中正區2人、萬華區17人、新北市4人。 (6) 個案CMS等級：未評估1人、3級2人、4級1人、5級5人、6級13

	人、7級2人。 6.照護特色：團隊照護模式、跨專業整合、以長輩個人為中心的客製化服務、多元化活動治療、以實務為基礎的教育訓練、與家屬共同合作。 7.多元創新服務：智慧照顧、療癒花園園藝治療與感官治療、活躍老化與代間融合、社區連結、表達性藝術治療與其他輔療。 8.所遭遇之問題及困難：(1) 人力招募不易、(2) 服務成本較高、(3) 政策方向以社區為主。 9.對政府辦理長照服務之看法及建議：(1) 住宿型機構與社區式服務應平衡；(2) 延緩失能失智方案之研究補助，國際經驗交流；(3) 年輕型失智症服務。 10.座談重點摘述： (1) 照服人員平均53歲，偏中高齡；針對照服員之照顧壓力，機構提供處理照顧者的支持方案，故留任率高。 (2) 就失智老人住宿機構是否足夠，才能滿足需求一節，機構人員表示，至少臺北市必須新增1失智症養護機構。 (3) 機構面臨評鑑的壓力，表達即使是制式的評鑑指標，也希望能給予配合個案需要的彈性，及給予機構彈性。 (4) 工作人員會考量工作時間 (如機構要輪3班)、薪資 (如近期居服員待遇提升)、受照顧者情況 (如重度失智比輕中度好照顧)，以及機構所提供之福利 (如同儕間的支持、員工協助方案、工作成就感及使命感等) 以決定是否選擇在機構工作。 (5) 個案入住該機構，會離開機構多以轉介到其他機構為多 (該機構主要收容為能自己行走，一旦失能就必須轉介到其他機構) ，回家自行照顧的個案也有，但不多，之前有1名因酒癮導致失智，因機構照顧規律生活後，沒有酒癮，穩定出院。 (6) 近一、兩年機構須面對後續臨終關懷的議題。 (7) 機構對政府推動長照服務之建議，認為(1) 必須重視慢性病管理，從源頭的預防開始做起；(2) 對失智症所投入的資源，應重視家屬的支持及充權；(3) 學校閒置空間20年前就喊釋出，迄今仍無法釋出；(4) 公辦民營將閒置空間活化，是一項可推動的方式；(5) 照服員雖規定90小時的職前訓練、並有在職訓練，但實際上訓練時數仍顯不足，凸顯專業人力不足的問題。 (8) 機構預估失智人口約28萬人，其中20萬人左右有可能挽救免於

	失智的機會。 (9) 民眾目前對失智症太過樂觀。 (10)目前政府訂有「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」在引導做法，但資源仍未到位 (如臺東縣仍找不到可協助失智症的服務資源)。 (11)住宿式的機構，實無法落實在地老化的政策，建議機構整體政策應關注於資源間的轉銜、給予個案更務實的協助或第1時間點給予陪伴。
西區輔具中心（承辦單位-財團法人伊甸社會福利基金會）	1. 臺北市輔具中心計三家，分別是合宜輔具中心、南區輔具中心及西區輔具中心。以輔具諮詢、輔具評估、輔具維修、回收借用、展示體驗為服務項目。 2. 臺北市西區輔具中心成立緣起：105年以前由臺灣大學附設醫院承接西區輔具中心，位於臺大醫院復健部 1 樓，伊甸自 105 年 1 月份開始承辦，委託經營管理臺北市西區輔具中心，進駐臺北市身心障礙者福利會館。期透過輔具改變環境，促進身障者生活自立與增加社會參與，落實 CRPD 的精神理念。 3. 對外服務時間：週二至週六，上午9時至下午5時。 4. 服務對象：設籍並實際居住臺北市領有身心障礙手冊或證明者與經評定符合長照資格失能等級達 2 級（含）以上者 。 5. 輔具評估： (1) 到宅評估：符合到宅標準者 (肢體障礙達重度以上者、 24 小時

	使用呼吸器、長期臥床個案)，由輔具評估人員到個案家中進行評估 (2) 中心評估：無外出困難之個案或以申請戶外情境使用輔具 (戶外情境使用輔具：矯具義肢類、電動輪椅、電動代步車) 之申請者，由個案至輔具中心進行評估。 (3) 108年評估項目前三名：居家無障礙、坐墊、氣墊床。 6. 輔具借用：服務對象僅限設籍並實際居住臺北市者，不設限身心障礙資格。臺北市輔具資源整合資訊網辦理。爬梯機借用，該基金會自籌四臺。108年試辦創新服務--移位機借用。購置特殊需求之輔具，包含彈撥椅、不同阻力大小之開關。107年度輔具借用前三名：輪椅、拐杖、助行器。 7. 爬梯機服務：服務對象設籍且實際居住臺北市之市民、無自行上下樓梯能力者，經過評估過後確實有使用爬梯機需求及住家環境合適者；臺北市立案社福團體、機構、或公務單位因活動、會議需要短期借用者。 8. 輔具維修：(1) 中心維修：以輔具中心備有零件與材料之行動輔具為主，如輪椅或拐杖等。(2) 巡迴維修：以服務據點為單位，開輔具專車到定點維修。(3) 維修補助：超過保固期限，有零件或耗材需更換之輔具可申請。107年度輔具維修前三名為輪椅、拐杖、助行器。 9. 輔具回收與媒合：(1) 中心回收：以小型的輔具為主，民眾送至輔具中心。(2) 到宅回收：以大型輔具為主，開輔具專車或載運廠商進行到府回收。(3) 定點回收：松山區民眾可送至基金會辦理的八德服務中心與民生日間照顧機構。(4) 媒合：針對經濟弱勢或雙老照顧家庭，經社工評估過後可進行 媒合手續。107年度輔具回收的前三名為輪椅、便盆椅、居家照顧床。 10.輔具展示與體驗：(1) 輔具展示種類多元，包含行動輔具、飲食輔具、減壓輔具、溝通輔具、視覺輔具等。(2) 個別自由參訪：辦理借用手續後、輔具評估人員建議評估過後。(3) 團體參訪：事先預約了解展場之輔具功能與體驗。 11.所遭遇之問題及困難：(1) 專職輔具評估人員招募不易。(2) 鐘點輔具評估費用需求逐年上升。(3) 專職行政人力不足。(4) 長照補助金額與身障補助金額不一致，申請流程不同民眾易混淆。 12.建議長照及身障輔具補助之金額、額度及計算方式應一致：長照

	一般戶申請輪椅－B款補助2,800元。身障一般戶申請輪椅－B款補助2,000元。 
中山身障社區長照機構（日間照顧）-(承辦單位	1. 服務目的：提供18歲以上、64歲以下失能身心障礙者日間照顧，減緩失能情形及提升社會參與機會。 2. 服務項目： (1) 身體及生活照顧服務。 (2) 協助及促進自我照顧能力。

-財團法人喜憨兒社會福利基金會)	(3) 辦理預防及延緩失能程度惡化之各項活動。 (4) 輔具衛教及操作指導。 (5) 臨時及短期照顧或喘息服務。 (6) 提供維護服務對象及其家庭照顧者各項權益措施、個案照顧管理及健康福利諮詢。 (7) 依個案或家屬需求提供或連結交通接送服務。 (8) 其他長期照顧服務項目。 3. 服務流程：有意願收托之對象自行至身障社區長照機構了解環境及評估符合除失能評估外之條件後，至長期照顧管理中心提出失能評估申請後，再辦理正式收托事宜。 4. 服務對象：居住臺北市，經長期照顧管理中心評估符合失能等級第2級至第8級，年滿18歲以上至64歲以下之身心障礙者。 5. 實地履勘心得重點摘述： (1) 該日照中心可容納30名身心障礙者日間照顧，目前日照個案僅5人。 (2) 個案接送係透過復康巴士或身心障礙者父母接送往返。經照管中心評估4至8等級始得享有交通接送補助。 (3) 目前臺北市失能身心障礙日間照顧中心計5處，不以身心障礙手冊等級為區分。 (4) 現收之身心障礙者相當年輕，大部分時間似在觀看電視，看不出明顯減緩渠等失能狀況之服務內容。

花蓮縣

縣府簡報

1. 截至 108 年 10 月底，花蓮縣總人口數為 32 萬 6,465 人，男性 16 萬 5,232 人（50.6%）、女性 16 萬 1,233 人（49.4%）。長照服務目標人口：65 歲以上失能老人 7,391 人、64 歲以下失能身心障礙者 3,698 人、55 至 64 歲失能原住民 1,754 人、50 歲以上失智症者 1,945 人、衰弱老人 279 人。
2. 至 108 年 10 月各項長期照顧服務量能：

服務項目 / 服務量能	居家服務	日間照顧	家庭托顧	長照機構(住宿式)	輔具服務	營養餐食	交通接送	居家護理	居家及社區復健	喘息服務
服務提供單位數（家）	14	12	13	34	1	2	4	25	17	49
可服務人數（人）	2,700	335	52	3,874	1,078	970	700	136	1,528	1,050
實際服務人數（人）	2,686	215	67	3143	979	918	627	84	1,200	859

3. 至 108 年 10 月，各類長照服務人員統計：照顧服務員 940人、教保員 4人、生活服務員 0人、家庭托顧服務員 27人、居家服務督導員 60人、社會工作師 19 人、社會工作人員 45 人、醫事人員 337人、照顧管理專員 45 人、照顧管理督導 6 人、個案評估及個案管理人員 21 人。
4. 人力配置及經費編列：

項目 / 局處	人力配置		經費編列（千元）
	中央核定	實際聘用	
花蓮縣政府社會處	11人	10人	546,734
花蓮縣衛生局	63人	50人	85,878
總計	74人	60人	632,611

5. 前瞻計畫執行情形：
   (1) 瑞穗鄉富源社區活動中心修繕案：106年11月10日核定補助經費159萬6,000元整。108年6月4日竣工並於6月25日提供長照巷弄C據點（社照C）服務，由花蓮縣瑞穗鄉富源社區發展協會承辦，108年累計服務人次計8,822人次 (1-9月) 。
   (2) 花蓮縣衛生所、長照分站修繕工程及瑞穗鄉日間照顧中心新建

	工程案：至108年10月底共核定補助整建照管分站10處 (完工9處)、衛生所7處 (完工6處)、閒置空間1處，合計18案。核定補助經費4,218萬8,200元，至108年10月底執行1,194萬5,639元。 6. 特色方案說明： (1) 社會福利行動躍升平台：功能包括福利掌上查、線上申報與進度查詢、福利地圖、實 (食) 物銀行等功能。 (2) 花蓮縣機構空位查詢系統：即時更新長照機構服務人數。 7. 執行「長照 2.0」成效： (1) 透過13鄉鎮市長照分站及社區整合服務中心深耕社區，積極發掘潛在照顧需求，開案數達6,859人，適時導入失能者賦能及居家、社區式照顧，衰弱者媒合至鄰近巷弄站以延緩失能，落實在地老化政策。 (2) 扶植民間組織設立長期照顧機構，服務量能顯著提升。 8. 執行「長照 2.0」檢討： (1) 評鑑及退場機制：108年共計22間長照機構接受縣府評鑑，另每季辦理聯合輔導稽查。 (2) 持續設置服務資源：布建服務據點資源不足地區之失智社區。推動居家失能個案家庭醫師照護方案。依據地域特性布建微型日照。加強宣導交通接送共乘機制及調整搭乘時間，因應尖峰時段需求。積極發展社區關懷據點及「文化健康站」之多元共餐機制。輔具評估持續增聘治療師。 9. 相關建議： (1) 醫療和社福專業服務給付及薪資待遇落差，致社會福利機構長期面對各類專業人力及照顧服務員不足之窘境。 (2) 新增夜間服務類型：有關現行長期照顧服務給付及支付基準（照顧服務），請同意放寬或新增夜間服務類型，以造福各類型服務使用者。 (3) 規劃符合各障礙類別之照顧模式：長期照顧服務應評估障礙類別高齡身心障礙的失能狀況及需要，發展合理且適切的照顧資源，以符合各障礙類別身心障礙者之長期照顧需求。
撒固兒部落文化健康站	1. 國福里總人口約1,600人，630戶，族群組成多元，其中原住民族人口近700人，多為撒奇萊雅族、部分阿美族及太魯閣族。 2. 理念：從文化意義中，找出「文化健康站」與據點可以連結的活動

	或課程；從部落自主發展的角度，思考照顧多元樣貌；方案在地化及文化傳承。 3. 週一至週五上午生活功能維持，撒固兒野菜市集、週一上午互動式語言學習、週二上午活力體適能、週二下午古調傳唱、週三、四上午健康促進課程、週四下午健康照顧課程、週一、三、四上午文化健康課程、週三下午與慈濟醫院合作，預防延緩失能、週二下午、週四上午小米復育計畫、每週五上午團體遊戲、社會活動參與。
門諾基金會之居家服務、交通車接送服務、輔具中心	1. 實地履勘居服個案○女士。獨居、CMS等級第8級、一般戶、原住民、所接受的居家服務有：BA01【基本身體清潔】、BA02【基本日常照顧】、BA04【協助進食或管灌餵食】、BA09【到宅沐浴車服務第1型】、BA151【家務協助】、BA161【代購或代理或代送服務】。 2. 成立時間：86年5月門諾基金會成立。服務對象：社區失能老人及身障者。服務區域：花蓮縣、臺東縣。87年9月開辦送餐服務、87年10月開辦居家服務、88年7月開辦重障養護服務、93年9月開辦復康巴士服務、93年10月開辦日托服務、96年3月開辦到宅沐浴車服務、96年10月承辦花蓮輔具中心、104年5月開辦瑞智學堂、107年設立長照機構。

	3. 居家式服務項目：社區整合型服務、居家服務、到宅沐浴車服務、送餐服務、緊急救援連線服務、復康/長照巴士、輔具服務、復能服務、早療到宅服務。花蓮全區計119名照服員，其中：花蓮區居家服務人力配置：主管/行政人員7人、督導員17 (平均案量比31.5)、照服員83人 (平均案量比6.4) 合計107人、536個案；玉里區居家服務人力配置：主管/行政人員6人、督導員6 (平均案量比48.8)、照服員37人 (平均案量比7.9) 合計49人、293個案。 4. 居家服務個案分析：108年女性居服個案601人、男性個案508人。失能等級第八級181、第七級110、第六級170、第五級168、第四級224、第三級155、第二級108人。 5. 社區式服務項目：小規模多機能服務、社區關懷據點、預防及延緩失能及失智 (瑞智學堂/老幼共學)、 長照巷弄站、家庭照顧者服務(據點)、社區宣導。服務時間：365天，全年無休。員工人數：291位。服務人數：近3,500位。 6. 交通服務： (1) 服務對象：居住於花蓮縣，且經長期照顧管理中心評估為長照需要等級第2級 (含) 以上者，並符合下列四款條件之一者：1. 65歲以上失能老人。 2. 55歲以上失能原住民。3. 50歲以上失智症者。 4.失能之身心障礙者。 (2) 服務用途：就醫及復健。 (3) 服務時間：星期一至星期六08：00至17：30，星期三延長服務時間至21:00。暫停服務時間：防颱假、除夕至大年初三、開國紀念日、清明節、端午節、中秋節。 (4) 服務範圍：花蓮縣13鄉鎮市。 (5) 收費標準：花蓮縣政府每趟最高補助300元、低收入戶每趟免費、中低收入戶每趟最高21元、一般戶每趟最高63元。 (6) 預約方式：採電話預約，預約時間為乘車日前7天至乘車當日。 (7) 人力配置：主管1人、服務員10人。車輛配置29輛。 (8) 108年統計截至10/31日止：不重複個案總共657人，每輛車平均服務個案73人。每月平均服務人數317人，每輛車平均服務個案數35人。 7. 輔具中心： (1) 成立源起：需求人數多 (65歲以上老化人口53,472、身障人口26,449位)、廠商稀少、地形狹長，交通不便、經濟弱勢民眾 (貧

	窮線全臺第四)。 (2) 服務項目：評估、諮詢、維修、租借、個別化無障礙到宅到點到中心、展示、宣導、教育、回收、連結。 (3) 收費標準：材料費按進價收費，低收、中低收及未達最低生活費 2.5 倍者補助部分材料費。租金：低收、中低收及未達最低生活費 2.5 倍者免收取租金，一般戶按日收取租金，一般戶經濟困難經社工評估為經濟邊緣戶則免收租金。 (4) 經費來源：縣府委辦經費、衛福部計畫補助、法人自籌：薪資不足 、勞健退、租借輔具及未獲得補助的部分，如車輛保養、修理費用等。 (5) 108年10月服務量：諮詢1,346人、評估979人、維修1,626人、租借1,743人、回收219人。 8. 實地履勘居服個案〇女士：其期盼居服員在假日能提供服務。 9. 對政府辦理長照業務之看法與建議： (1) 喘息服務整年度的總天數太短，家庭照顧者無法有妥適的休息及喘息。建議調高喘息服務天數，減輕照顧者的負荷壓力以獲得必要的休息與支持。 (2) 長照給付及支付基準，設有使用者付費的部分負擔機制，隨著給付金額提高，民眾部分負擔金額也跟著提高，民眾使用服務的意願就會隨之下降或減少，這在偏鄉地區民眾尤其嚴重。以到宅沐浴車服務為例，原給付價格為1,500元，經修訂後調高至2,200元，中低收民眾負擔由75元提高到110元，一般戶由240元提高到352元，許多原有使用者，在不想增加支出的情形下，會減少使用次數，或選擇不使用或改用床上擦澡。建議，針對偏鄉弱勢個案可另有補助機制，增加民眾使用意願，維持個案需求，也維持提供單位使用量。 (3) 新制核銷作業 (介接支審) ：同一機構提供多項長照服務項目，業務項目所需的核銷資料不同，無法轉檔並造成核銷請款需耗費相當人力。系統作業若有需要進行調整，建議要有完善的配套措施，以避免行政作業流程耗時費力，平添服務提供單位作業困難。

	(4) 輔具中心所遭遇之問題及困難：地形狹長，服務輸送困難。交通不便使用者出門不易。標案制較無保障，專業人員留任困難。建議改善：(1) 復康巴士及長照巴士可預約至輔具中心、輔具據點接受服務，此外應視同就醫優先提供。(2) 長照政策立意良好，但一線服務人員誤解政策鼓勵不符資格者申請，應教導相關人員分辨需要跟需求。(3) 應設立獎勵留任措施，專業人員需長時間專業培力。
臺東縣	
縣府簡報	1. 基本資料：行政區域–1市2鎮13鄉 (包括2個離島、5個山地原住民鄉)。面積3515.25平方公里，南北狹長地形 (176公里)，山坡地占全縣面積93.8% (全省第三高)。產業以務農為主，工商不發達。總人口數217,408人 (65歲以上人口數35,833人，佔該縣人口數16.48%)。 2. 該縣身心障礙者比例全國排名第2、老化指數全國排第7名、扶老比全國排名第7名。 3. 臺東縣長照需求人數 (實際普查) ：總失能人口10,132人。 4. 108年長照資源發展情形：居家服務單位 (12)、專業服務單位 (32)、居家喘息單位 (12)、機構喘息單位 (12)、交通接送單位 (2) 共21輛、家庭照顧者支持服務 (4)、餐飲服務 (3)、家庭托顧服務單位 (9)、日間照顧中心 (13)、日照喘息（12）、小規模多機能 (7)、

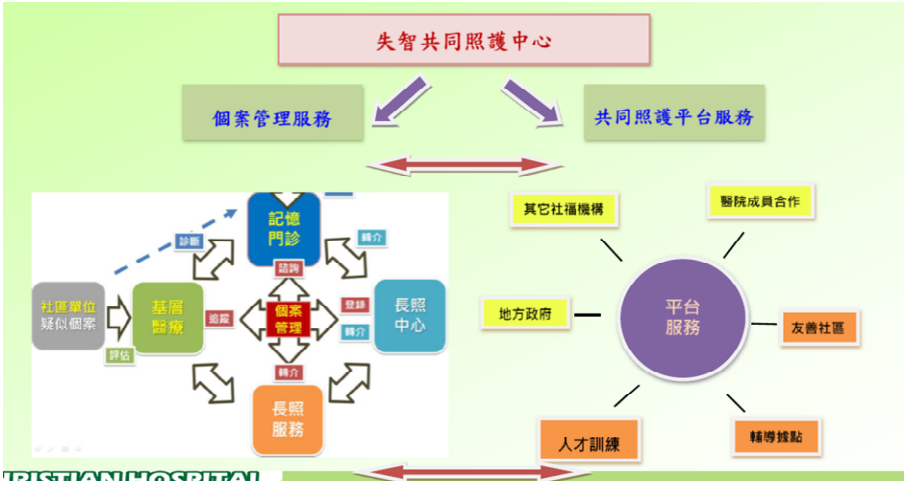
	社區整體照顧服務（22A 82B 醫事C:11-社照C:43-文健C:73）、失智共照中心 (2)、失智社區據點 (12)、巷弄長照臨托 (喘息5)、居家失能個案家庭醫師照護方案 (4)、行動乾燥車 (1)、行動沐浴車 (2)、長期照顧機構安置 (10)、輔具租購與居家環境改善、出院準備服務銜接 (5)、銜接居家醫療：醫院 (5) 衛生所 (8)、照管分站 (16)、復能多元計畫醫院 (4)。 5. 長照服務涵蓋率及人力資源分析：A服務人數3,677人、B.108年中央提供該縣推估需要人數9,456人、C.被外籍看護之看護者1652人、D.機構住宿人數1,253人、E.長照服務總需要人數【B-(C+D) 】7103，服務涵蓋率 (A/E*100%) ：56.1%。 6. 照顧服務員：居家式232人、社區式37人、機構式182人。 7. 長照專業人力：營養師4人、語言治療師3人、社工人員（師）34人、呼吸治療師2人、心理師1人、藥師10人、中醫師1人、物理治療師60人、職能治療師35人、護理人員（師）73人。 8. 107年度衛生福利部前瞻基礎建設計畫－公共服務據點整備－整建長照衛福據點第一期第一階段共計75,016,000元，第一期第二階段共計2,267,000元、第二期第二階段共計74,216,000元、第二期第三階段共計37,998,000元。其中綠島鄉多元照顧服務中心已撤案。太麻里鄉多元照顧服務中心、成功鎮多元照顧服務中心、延平鄉多元照顧服務中心預計109年10月、11月完工。 9. 臺東縣創新型計畫： (1) 家庭照顧者支持性服務：因該縣面積狹長廣大、鄉鎮人口聚落分散、原住族群眾多，交通又不便，照顧問題多樣且複雜，常見老老照顧、無照顧替手、照顧者本身亦有病痛等困境，缺乏相關資訊接收管道，照顧者因傳統根深蒂固觀念，服務接受度低或因家庭角色的衝突、外籍看護因缺乏實務經驗等問題，無法立即減緩家庭照顧壓力。服務亮點為：1、到宅芳療服務、2、建立家庭照顧巡守隊、3、照顧咖啡館、4、照顧有福館、5、落實在地培訓及宣導、6、結合媒體拍攝-照見幸福、7、即刻救援服務。服務提供單位：臺東聖母醫院、一粒麥子社會福利慈善事業基金會。 (2) 到宅芳療：訓練服務提供單位資深照顧服務指導員 (照顧服務員臨床工作5年以上)，每個月的一次到宅芳療介入，讓照顧者獲得紓壓並指導照顧者如何操作簡易抒壓指法，達到自我抒壓

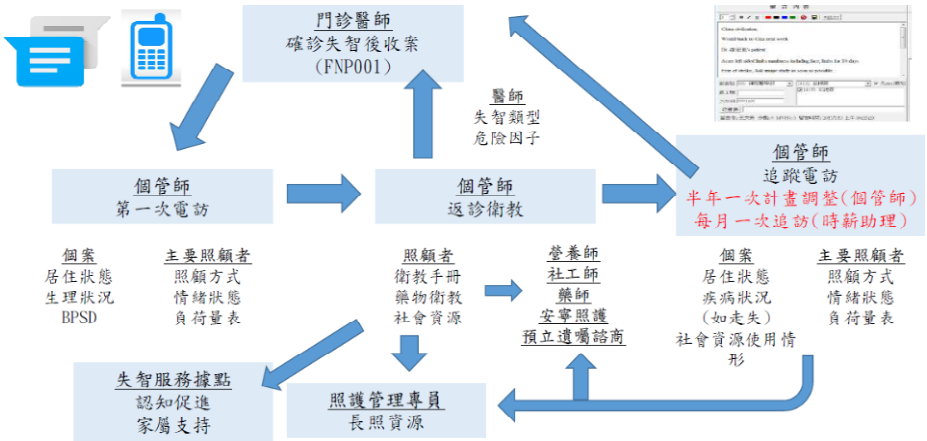
	之效果。 (3) 即刻救援服務：對於高風險家庭照顧者初篩指標 (13項) 內，不符合長照服務申請者，提供之創新服務。 (4) 照顧者巡守隊：a.培育在地長照志工及資深照顧指導員，協助指導外籍看護照顧技巧及提升照顧品質。b.協助新手照顧者或老老照顧者指導照顧技巧。c.提供改善無障礙空間以減輕照顧壓力並有團隊諮詢提供相關協助。 (5) 拍攝長照節目-照見幸福：該縣與臺東大學、東臺有限公司規劃製作《照見幸福》長照節目提供長照服務相關訊息給予民眾以及面臨長照需求時，如何得到適切的服務。 (6) 實施輔具「代償墊付」：申辦表件、核銷請款等程序，全由特約廠商一併處理，不用付錢即可取得輔具，若購買金額超過補助額度，只要繳付差額即可。 (7) 東岸長照雙子星【全國首創】：轉型閒置國小，設置偏鄉長照園區 (長濱鄉忠勇國小、東河鄉隆昌國小)，設置日照中心，交通接送、沐浴服務、C站點、夜間臨托、居家服務、老人送餐、共餐共食、課後輔導班、社區才藝教室等服務，以提升長照量能及服務效率，提供在地就業人口 (照服員)、培育當地民眾第二專長、提供學童讀書屋。 (8) 失智確診一條龍：讓偏鄉民眾及不願針對失智症疾病就醫之個案，提供便民之就醫管道，發掘更多疑似失智個案就醫確診，3.確診後可連結相關之長照服務，減輕照顧者的照顧負擔以及增加縣內服務量能及服務品質。 10.未來規劃與建議： (1) 長照業務現行滾動式修正，有關政策之執行應有完善規劃及未來層面之考量，經費及人力資源布建。應有完整性之考量，非採片段殘補方式，例如居家、社區、機構型服務網絡應有整體性規畫 (臺東縣衛生局)。 (2) 中央希冀長照業務在各縣市可整併由單一局處辦理，以方便民眾統一申請服務，但地方政府依法多由主辦局處單一科室負責全數長照業務及經費、人力之管理 (含長照中心、分站)，對科室而言實有力有未逮之感，為因應未來長照需求及服務人數之倍增，建請中央對地方政府主責長照業務單位，在任用人員職等及組織規劃上能有更完善之考量 (臺東縣衛生局)。

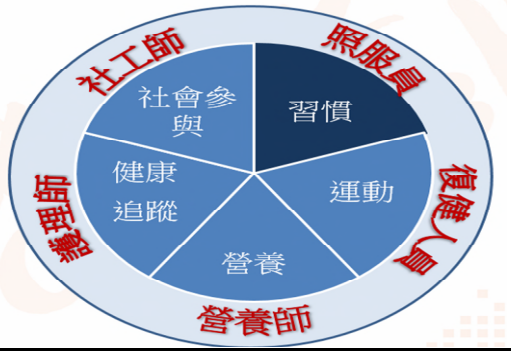
居家服務、交通車接送服務及長照相關服務執行概況。(財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會)	1. 財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會簡介： (1) 91年09月周麗華女士慨捐1000萬元，委請臺東基督教醫院向臺東縣政府申請籌設財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會。97年04月基金會向內政部申請改隸為全國性基金會，並完成法人登記。 (2) 98年03月基金會前往宜蘭縣設立服務中心，將服務拓展至噶瑪蘭、104年10月臺南市服務中心、新北市服務中心成立、107年在臺北市設立服務中心。 (3) 全時員工267名、部分工時員工332名，(總會14人、臺東中心223人、花蓮中心163人、宜蘭中心76人、新北中心17人、臺北中心32人、臺南中心97人) 。 2. 近年來辦理長照服務執行概況： (1) 居家服務：108年10月計服務359人，服務對象分別為：65歲以上245人、55-64歲原住民25人、50-64歲身障者68人、49歲以下21人。(困境：專業及服務人力難覓、交通往返耗費許多服務時間和成本。) 108 (1-10月) 居服費37,863,886元，交通津貼及偏區獎勵金2,871,000元。 (2) 長照交通接送：108年10月計服務256人，月平均212人。服務對象分別為：65歲以上失能老人287人、未滿65歲領有身心障礙証明 (手冊) 者107人、55-64歲之失能原住民36人、50歲以上之失智者42人。(困境：狹長的服務範圍，服務量能有限，需增加車輛因應，連帶增加服務成本)。108年1-10月接受政府補助或委辦經費：服務費2,799,465元、車輛費用1,652,470元、人事費3,632,241元、業務費300,000元、車輛租金481,200元、原住民區、離島及偏遠地區交通接送車輛950,000元。 (3) 送餐服務：108年11月計服務651人。(困境：路途遙遠送餐不易、交通成本是機構的負擔) 。 (4) 一鄉鎮一日照：(困境：偏鄉長輩或家屬對繳交部分負擔和體檢費影響入住意願、專業人力難覓、受限法令要找合適的空間困難) 。 (5) 從日照服務延伸的服務：a. 小規模多機能：104年關山老人日間照顧中心轉型成為東臺灣是第一家小規模、多機能的「多元」老人日間照顧中心。目前關山和鳳林老人日照中心有此項服務。108年11月關山日照中心服務計17人；鹿野日照中心服務計21

	人；金峰日照中心計服務26人。b. 多元輔療計畫：104年底企業贊助該會四個日間照顧中心聘請職能治療師到點帶長輩進行多元輔療，並且培訓工作人員成為帶領輔療活動的種子教師。 (6) 創新服務：沐浴車【全省第二輛 (東部第一台) 功能完善的到宅沐浴】、乾燥車、行動廚車、有福館。 (7) 臺東縣獨居老人緊急救援連線通報服務 (服務35人)。
原住民個案使用居家服務現況參訪（財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會）	1. 臺東縣屬衛生福利部長照給支付新制所定義之原住民地區，經本院實地履勘該縣時，居家服務提供單位一粒麥子基金會的居家服務員之中，約三成六具原住民籍，該基金會表達於服務原住民個案時，常有因語言隔閡造成溝通困難或有文化敏感度不足等問題。 2. 原住民接受居家服務個案，一個人有三位照服員，屬中低收入戶，也不用付費，一位看藥、一位看餐，一位陪聊母語。 3. 照服員仍不足，偏鄉或原鄉尚涉及語言 (母語) 及距離問題，照管督導員要每月巡迴一次，即有困難。
彰化縣	
縣府簡報	1. 65歲以上人口數占該縣人口數的15.9% (108年11月份人口數1,272,789、老年人口202,442 (15.9%)，老化指數 124.19)失能人口33,684人。 2. 行政區域：26鄉鎮、589個村里。(大城鄉25.14%、二水鄉23.51%、竹塘鄉22.40%、芳苑鄉21.77%，為65歲以上人口比率超過20% 的鄉鎮市)。

	3. 機構式照護：護理機構 40家，老人福利機構 50家。 4. 社區式照護：提供各類長照服務單位 192家，居服員人數 1,081名、到宅評估服務單位6家，輔具得來速服務特約廠商237家、社區照顧關懷據點及C級巷弄長照站累計 283個據點、26鄉鎮市已設置或規劃日照中心。 5. 居家服務：截至108年10月底止，彰化縣居家服務員計1,037人，接受居家服務9,850人，依福利身分區分 (一般戶7,344人、中低收入戶969人、低收入戶1,537人)，累計服務2,532,860人次。另，該縣對居家服務單位之居家服務績效評鑑已於108年9-10月辦理完畢。 6. 108年日照中心22家，計服務546人，48,894人次。 7. 家庭托顧：截至108年11月已成立8個托顧家庭提供服務：包括溪州2點，及彰化、大村、員林、秀水、二林、埔心各1點，鄉鎮涵蓋率27%，計27位長者使用服務；另3個托顧家庭籌設中 (預定再佈二水點、彰化點2處)。 8. 交通接送服務：廣邀各級醫院、社區承作機構、計程車隊參與，108年29家158輛，108年10月底止，服務61,255人次。 9. 彰化縣送餐服務：108年10月 (單月) 送餐服務人數 1,346，108年全年累計送餐服務人人數10,696。 10.喘息服務隨叫隨用：布建全縣各鄉鎮喘息服務網：居家喘息 21家、機構喘息 51家，申請規定從7天前申請調整為隨叫隨用，因應案家臨時性需求，依案家實際需求提供 3小時 (半天) 或 6小時 (全天)服務。 11.居家專業服務 (護理、復能)：截至108年度11月已特約 (27家居家護理所、37家居家復能醫療院所)，共計64家，目前計2,378位使用服務中。 12.長照與出院準備整合：出院後居服第1天到位694位 (73%)、3天內800位 (84%)、7天951位 (100%)，平均每位個案使用 3-4項長照服務。 13.失智共同照護中心計畫 (10共照)：建立失智個案管理模式 SOP、確立臨床個案與長照之轉介流程、據點疑似個案轉銜與確診。並設置失智社區服務據點 (27據點)，主動協助失智共照中心與失智據點之整合與網絡連結。 14.長期照顧機構服務 (中低收安置) 執行現況：「中低收入1.5倍以下長期照顧機構服務」截至108年11月計有35單位提供服務：衛生福利部彰化老人養護中心、衛生福利部中區老人之家、財團法人彰化縣私立慈恩老人養護中心、彰化縣私立馨園老人長期照護中心、名倫護理之家等35家，安置人數共97人。

<table>
<tr><td></td><td>15.108年6月統計，照服員平均月薪為：33,383元、時薪：200元。
16.預防/延緩失能照護計畫：於各C級巷弄長照站提供共3期課程，每期12次課程，原則上以每週1次，每次2小時，共12週為原則，每期上課人數需達10人以上進行規劃。經費核定每期3萬6,000元整，最高核定3期，共10萬8,000元整。108年總計開設573班，服務共52,716人次。
17.建構行動沐浴車服務網：縣內行動沐浴車 4輛 （民間捐贈 1輛；民間加入營運 1輛），截至108年度10月，計3家服務單位4台沐浴車提供服務，服務人數計1,107人，服務人次計3,111人。
18.輔具得來速：改採特約制，登記有案特約醫療器材商 46家，並廣納偏鄉社區藥局加入，案家持輔具補助文件至特約廠商購買輔具，馬上補助，馬上扣款，通通免墊付。補助款由廠商代辦，簡化核銷流程，提升服務品質，申請補助時間從之前的 2個月縮短到 2個星期內，結合出院準備服務，可縮短至7天內。</td></tr>
<tr><td>鹿港基督教醫院失智共同照護中心</td><td>1.個案服務示意圖：
 

2.轉介收案管理服務流程：
 
</td></tr>
</table>

	3.資源轉介：轉介長照資源申請98人、轉介精神居家5人、防走失資源92人、轉介安寧5人、轉介據點-認知促進75人、轉介辦理身心障礙手冊325人、轉介家屬支持團體28人、轉介社工服務6人。 4.輔導示範失智據點：鹿港基督教醫院-長青園，辦理服務據點聯繫會議：每季1次/月共4次。輔導據點大綱：(1) 課程/師資分享、(2) 評估教學：例如MMSE評估、(3) 長照資源介紹、(4) 平台系統教學、(5) 個案轉介及流程檢討、(6) 失智宣導活動、(7) 家屬支持團體、(8) 開放據點參訪。 5.申請核定金額：600,000元。
鹿港「財團法人老五老基金會」綜合式服務類長期照顧服務機構（交通接送、小規模多機能服務）	1. 專業服務-小規模多機能：成立時間：93年，服務地區：彰化縣，彰化縣第一家日間照顧服務中心。107年3月綜合式長照機構設立許可，服務人數：30人。 2. 理念：很多時候，我們認為長輩使用日間照顧服務是接受照顧。但老五老日照希望帶給長輩的是延續他們現有的功能，不讓他們跟過去生活有隔閡。 3. 照顧4+1原則-跨專業： 

4. 照顧4+1-健康追蹤：

維持生命監測	改善藥物託管	定期健康檢查	感控衛生管理
每日生命監測(血壓、體溫)	藥物託管書	1年1次健檢(結合當地醫療院所-鹿基醫院)	注重長輩手部清潔
每月血糖/體重(有糖尿病個案另行固定量測)	如有托管藥物,會跟家屬要藥名	疫苗-1年1次流感疫苗(結合當地衛生所-鹿港衛生所)	進到日照也要手部用酒精消毒
體適能檢測表	協助用藥(依長輩需要用藥時間給藥)	聽力篩檢 牙口健檢	環境地版每日皆要用漂白水消毒擦拭

5. 服務成果：108年11月計服務26人，492人次。
6. 結案個案原因分析：住院超過兩個月2人、使用外籍看護2人、過世1人、家屬自行照顧1人、入住養護中心1人。
7. 服務困境：夜宿部分，家屬大多反映：(1) 與機構喘息相比，還需額外負擔餐費、沐浴費等，費用較高。(2) 與機構喘息相比，若未與日間照顧服務配搭,則會感受負擔高額費用卻僅照顧10幾個小時。(3) 喘息服務為一包錢，若非日照個案，但白天留宿需使用日間照顧喘息，感覺可用額度會大量減少。
8. 交通接送服務：
   (1) 服務區域：交通接送區域以彰化縣市為主；服務接送之起迄點僅限於自家至醫療院所。
   (2) 服務時間：週一~週五 上午 8:00至下午5:00。
   (3) 預約方式：約車建議於七天前來電預約，若取消預約於一天前來電告知。如無法提供接送會進行轉介服務。使用交通接送服務時，需有一位陪同者。
   (4) 服務紀錄方式：司機每日接送填寫「出車紀錄表」,記載個案資訊及公里數、接送時間等。服務紀錄登打至衛生福利部 (非公部門)照顧服務管理平台。
   (5) 請領補助經費：申請6台*75萬，租賃車子：4台 (3台*租金19萬=570,000、1台*租金19*10/12=158,333，108年3月起開始租賃)
   (6) 服務量：108年10月服務136人，計564趟數。

	(7) 單位特色：每日出車前司機進行酒精檢測，衛生感控，服務親切、乘坐者安心使用服務。
南投縣	
縣府簡報	1. 南投縣集集鎮、鹿谷鄉、中寮鄉、魚池鄉、國姓鄉、水里鄉之65歲以上人口均超過各該鄉鎮總人口的20% 。 2. 中央補助南投縣辦理長照經費97% ，107年度補助金額891,019,875元，執行501,239,949元，執行率56.25% ，排名全國第7名。108年度補助金額10億237萬5,000元整，截至10月底止核銷6億9,307萬8,027元整。10月底止，執行率為 69.14% 。 3. 截至108年10月底止，服務提供單位數計238個 (居家服務23、日間照顧10、家庭托顧17、輔具無障礙2、老人營養餐食10、交通接送17、長照機構34、專業服務54、喘息服務70)。 4. 截至108年10月底止，服務人次：3,178,643人次 (居家服務2,913,035、日間照顧9,493、家庭托顧3,297、輔具無障礙1,961、老人營養餐食受益645人，服務131,479人次、交通接送計42輛車，服務40,821人次、長照機構476,976、專業服務57,515、喘息服務21,042。 5. 資源布建13A-238B-102C，涵蓋率75.78% 。 6. 團體家屋1單位，受益人數8人，服務人員5人。 7. 108年度工作重點：(1) 維護及監管照管中心及分站運作；(2) 落實長照服務評鑑考核機制；(3) 持續推動長照服務；(4) 規劃偏遠地區之資源發展；(5) 培訓照顧服務員。 8. 失智照顧服務資源：失智症鑑定醫療機構 9、日間照顧 10、家庭

	托顧 16、團體家屋 1、失智社區服務據點 27、巷弄長照站 102。 9. 失智共照中心收案數：106年460、107年1,089、108年11月底止1,151人。 10. 失智社區服務據點收案數：106年64、107年303、108年11月底止，401人。 11. 南投縣轄內原住民「文化健康站」數：仁愛鄉13、信義鄉9、埔里鎮2、魚池鄉1。合計25站。預算18,116,837元。
中寮鄉失智照顧據點	1. 南投基督教醫院（永平社區活動中心）辦理。 2. 成立時間：106年。 3. 服務對象：1.疑似失智症者：經相關評估工具（如MMSE[21]、AD8[22]或SPMSQ[23]等）評估為疑似失智症惟尚未確診者。2.經診斷並載明臨床失智症評量表 (CDR[24]) 值≧0.5分之極輕、輕度或中、重度失智症者。3.經長期照顧管理中心轉介之個案。 4. 服務時間：週一至週二全天、週四半天。 5. 服務內容：1.認知促進、緩和失智、2.安全看視、3.家屬支持團體(輔導諮商)、4.家屬照顧課程。 6. 機構特色或績效：1.南投縣長照服務特約單位 (醫事照護服務、

[21] 簡易心智/認知狀態量表（Mini-Mental State Examination；MMSE）評估項目包括定向感、注意力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力等項目，評估過程無時間限制，滿分是30分，分數越高表示認知功能越好，答對一項給一分，總分若低於24分表示個案有輕度認知功能障礙，若低於16分則表示有重度認知功能障礙。目前被廣泛使用。

[22] AD-8量表：Ascertain Dementia-8 (AD8)，用於極早期失智症的篩檢。

[23] 簡易精神狀態檢查量表（SPMSQ量表）

[24] 失智評估量表（Clinical Dementia Rating,簡稱CDR），分數判斷如下：無（0）、可疑（0.5）、輕度（1）、中度（2）、嚴重（3）、深度（4）、末期（5）。

	照顧服務、喘息服務、復能照護) 。2.加值或創新服務：進行園藝活動、配合季節手做粽子及湯圓、手做古早味點心等活動，提升成就感。
水里鄉上安社區發展協會之水里鄉長照與綠色照顧據點	1. 機構名稱：南投縣水里鄉上安社區發展協會。 2. 服務對象：上安村65歲以上長輩及少數鄰近郡坑村長輩。 3. 服務時間：週二、三、五下午2:00-5:00。 4. 服務內容：週三延緩失能課程，週二、五健康促進，週五縣府提供快樂廚房晚餐 5. 機構特色或績效：1、服務有關懷訪視、電話問安及參加社區關懷據點活動。2、近3年農會結合鄉內資源，與上安社區、上安休閒農業區、車埕休閒農業區、學校及在地青農共同合作，以綠色照顧為主軸，參加108年農委會第一屆綠色照顧優良典範徵選榮獲全國十大綠色照顧獎。

雲林縣	
縣府簡報	1. 老年人口125,806 (18.45%)，老化指數163。(65歲以上失能老人15,903、64歲以下失能身心障礙者6,441、55-64歲失能原住民20、50歲以上失智症者4,179、僅IADL需協助之衰弱老人600，長照人口合計27,143) 。 2. 108年10月底止之服務人數：居家服務5,149人、日間照顧 (含失智症)700人、家庭托顧103人、失智症團體家屋7人 (執行經費246萬6,867元)、小規模多機能36人、交通接送756人、營養餐飲279人、輔具服務1,907人、社區整體照顧服務體系9,866人。 3. 108年25A單位，服務人數7,530人，經費執行數4,194萬2,483元。未來規劃服務增加至9,500人，並落實輔導督導制度、建立退場機制，確保照顧服務品質。 4. 108年計15個居家服務單位，服務5,149人，經費執行數3億7,210萬4,620元。未來將以縣內資源較不足區域，循序漸進布建，並加強辦理說明會，提高民眾對長照資源了解，進而提高服務的使用率。 5. 108年小規模多機能中心，服務單位1個，服務36人，經費執行數489萬2,905元。未來發展策略：(1) 請公私部門參加相關訓練課程增加對本服務的了解並申請老盟空間輔導，協助空間規劃及營運規劃。(2) 與照顧管理中心溝通協調個案管理模式，以促進本項服務之推動。 6. 該縣日間照顧涵蓋率90%，預計明年西螺與麥寮將增設新點，將使日間照顧涵蓋率達100%。 7. 108年家庭托顧計27特約單位，服務103人，執行經費1,590萬0,006元，未來發展策略：(1) 由托顧團輔導協助托顧家庭逕報縣府完成籌設、設立許可及完成特約等程序後，始得收案營運。(2) 宣導家庭托顧之相關資訊，增加照顧服務員對家庭托顧服務知識與強化提供服務意願。 8. 108年交通接送服務3個特約單位，服務756人，經費執行1,754萬4,646元。未來發展策略：(1) 全縣至少有35輛車 （含復康巴士）以上提供20鄉鎮市服務，以均衡區域資源。(2) 為提升本縣交通接送服務品質，定期實地查核以了解服務輸送情形，且依據查核建議做後續改善處理，以保障服務使用者之權益。 9. 108年老人營養餐食5個特約單位，服務279人，經費執行418萬6,044元。 10. 108年輔具服務單位數2，服務4950人次，經費執行2,210萬7,728元。 11. 老人福利機構41 (可服務2,014人)、護理之家13 (服務人數851人)。

	12. C級「巷弄長照站」服務：116家，服務2,564人，照顧服務員68人。 13. 109年度「長照2.0」預算1,045,153,343元。 14. 特色方案：(1) 長青食堂：透過加值服務布建該縣C級「巷弄長照站」。(2) 家庭照顧者設立家托據點專案：照顧3加1模式，照顧自己家屬並兼顧其他三位失能者，讓照顧與經濟共存，達到照顧不離職以減少失業率。
雲林縣私立慧安社區長照機構（家庭托顧服務單位）	1. 家庭托顧係我國長期照顧十年計畫之創新服務項目，介於機構與非機構照顧間的服務模式，類似老人「保母」，由照顧服務員在住所（托顧家庭）內，於日間協助照顧失能老人，提供失能老人身體照顧、日常生活照顧與安全性照顧服務，及依失能老人之意願及能力協助參與社區活動。 2. 社團法人雲林縣老人福利保護協會於100年3月開始承接雲林縣之家庭托顧服務業務。自「長照1.0」始至106年成立四家家庭托顧服務據點。107年「長照2.0」開辦後，該會輔導家庭托顧員自行成立個人機構，迄今已輔導11家設立機構，有2家在籌設階段。 3. 輔導單位工作：協助有意願者設立托顧家庭。協助托顧家庭帳務管理：包括服務費用收取、費用申報、核銷等相關事宜。協助托顧家庭辦理相關行政作業。協助托顧家庭辦理相關系統作業。協助托顧家庭處理相關契約事宜。宣導家庭托顧服務。提升家庭托顧機構服務品質。協調處理家托員和個案間的照顧問題。 4. 雲林縣私立慧安社區長照機構設立日期：108年1月4日，家庭托顧服務項目：家托個案之交通接送服務、身體照顧服務、日常生活照顧服務、安全性照顧、備餐服務、文康休閒活動。服務時間：周一至周五，08:00-18:00，周休二日及國定假日休息。(工作時間：由於是個人機構，除了服務時間外，其餘都是自己的工作時間) 5. 家庭托顧機構工作項目：照顧家庭托顧服務長者、行政作業，如：書寫照顧記錄、與輔導單位一同訂定收費標準等、財務報表確實、家庭托顧服務宣導。 6. 楊素慧家托員之照顧經歷為103年受訓領取照顧服務員結業證書後，就投入長照工作-住宿型機構及居家服務，有1年8個月的工作經歷。對照顧有一種使命感，在107年就想成立家庭托顧服務機構，為在地家鄉長者服務，先生也有受照顧服務員訓練，平日服務若有事情，就會由他替代照顧服務。 7. 服務人數：現階段有3位長者，1男2女，都為65歲以上失能長者，平均80歲 (有2位個案為7級，1位5級)。服務對象人力比為1位照顧服務員最多照顧4位長者。 8. 經費來源：「長照2.0」補助及民眾自付額。

	9. 特色：在地的居家式照顧服務，家托環境樓房鄉村建築，擁有面平較寬闊的活動空間，使長輩在活動過程中也無須擔心危險。 10. 遭遇問題及困難：(1) 與家屬溝通過程中，常遇到家托員與家屬對個案照顧或疾病共識及認知不同，需要長時間的照顧磨合。(2) 家托長者大多屬於較被動，在家托員帶領活動時增加不少挫折感。(3) 外界認為家庭托顧服務為個人機構，一個月收入最高可達10萬元，但並不了解家托員所付出的努力，還有背後所要負擔的成本是不小的，工作時間也長， 不應該被標籤化。 11. 對長照看法和建議：(1) 給照顧服務員一個管道當老闆，提高就業機會。(2) 設立家庭托顧機構比起日間照顧和小規機機構來說較為簡單，也能深入社區中，貼近人群，宣導長照服務，並且成為一個福利諮詢站；另外也是紓解有日照需求的長者一個緩衝服務 （大部份日照都需要排隊等候）。
社團法人雲林縣老人長期照護協會附設雲林縣私立斗六小太陽綜合式服務	1. 社團法人雲林縣老人長期照護協會 (1) 發展歷程：88年921災變中共同集結愛鄉人士發起，89年成立協會，90年辦理居家服務，91年發展日間照顧服務，106年發展社區整體照顧服務體系，發展服務脈絡與社區互助網絡。 (2) 依長照政策發展：居家服務、日間照顧服務、失智症 (認知症) 日照、團體家屋、社區整合型服務中心。 2. 斗六小太陽綜合式長照服務機構： (1) 認知症團體家屋服務7人、認知症日間照顧服務34人、居家服務

<table>
<tr><td>類長期照顧服務機構（日間照顧）</td><td>
361人。
(2) 截至108年11月底，共計服務805人、195,305人次。(每月服務人數約550位、每月受益服務人次約17,755人次)。
(3) 服務對象65歲以上者約佔86%、65歲以下者約14%。
(4) 每位居服員平均服務對象為7.36位。
3. 古坑小太陽綜合式長照服務機構：居家服務191人、混合型日間照顧32人。截至108年11月，總服務人數為39人、總服務人次為6,390人次。
4. 特色：因地制宜之空間設計與規劃：重視地區性定位，延續地方的生活步調、生活方式，融入地區特色。維持地方的人文景觀、空間尺度、建築風格，考慮宗教信仰、原生環境等。
5. 照顧服務策略：(1) 必要時提供適時的支援與協助：優勢觀點~鼓勵並提升長者的殘能，照護過程中看重的是支持而非取代。(2) 規律的生活–生活照顧中納入日常生活功能訓練，如：步行訓練、沐浴支援、如廁訓練…等，延續長者生活自理能力。(3) 促進人際互動–透過團體活動讓長者達到自我肯定及自我認同之目的。
6. 以人為本的社區照顧模式在地化思量：(1) 與大自然環境共生，向外借景、環境照顧人。(2) 環境療癒–四季的變化。(3) 五感刺激。(4) 節令 (氣) 生活照護模式–在社區中的家庭。(5) 過居家生活~家的意象。(6) 自在、有尊嚴。(7) 安心、安全、安定、心的歸屬。
7. 團體家屋推動情形：
<table>
<tr><td>年度</td><td>103年</td><td>104年</td><td>105年</td><td>106年</td><td>107年</td><td>108年</td></tr>
<tr><td>總人數</td><td>3人</td><td>7人</td><td>9人</td><td>10人</td><td>7人</td><td>7人</td></tr>
<tr><td>總人次</td><td>92</td><td>1,010</td><td>2,043</td><td>2,338</td><td>2,433</td><td>2,507</td></tr>
<tr><td>年齡</td><td colspan="6">皆為年滿65歲以上之長者</td></tr>
</table>
8. 推動長照服務之困境與建議：
(1) 重視失智 (認知障礙) 症照護議題。
(2) 提升民眾對於失智症的認識，營造友善社區。
(3) 失智症者使用日間照顧服務功能提升後，失能等級下降，是否能有相對應的加給補助–對服務單位來說，照護的好反而是變相的懲罰。
</td></tr>
</table>

	(4) 失智症者使用日間照顧服務後的延續照護安排：失智專區及團體家屋的資源不足以因應需求–一般的住宿型機構未能對應失智症者的照護需求。
嘉義縣	
縣府簡報	1. 65歲以上老人人口98,379人 (19.54%) ，男46.1%、女53.9%。 2. 以近5年全國老年人口比例分析，嘉義縣比全國老的又快又早。有5個鄉鎮近5年來老年人口均逾20% 以上，分別為：溪口鄉24.19%、六腳鄉26.12%、東石鄉23.01%、義竹鄉25.85%、鹿草鄉26.32%。 3. 嘉義縣109年長照需求人數推估：65歲以上失能老人12,393人、失能身心障礙者7,836人、50歲以上失智症者3,197人、僅IADL需協助之衰弱老人459人、55-64歲失能原住民87人，合計23,972人。 4. 108年10月底止，社區整體照顧服務19A-169B-137C。 5. 嘉義縣各類長照服務與人力資源分析：108年照顧管理專員實際24人，照顧管理督導實際數4人、居家式照顧服務員實際519人、社區式照顧服務員實際38人、住宿式照顧服務員實際497人、社工人員（師）99人、護理人員（師）130人、物理治療師40人、職能治療師20人。惟照管人員及照顧服務員招聘困難，不易留任。 6. 108年服務涵蓋率48.3%，高於全國的45.2%。108年長照服務接受率94.8% (全國95.8%)。 7. 長照資源盤點檢討： (1) 未達一鄉鎮一日照：嘉義縣有18個鄉鎮市，目前12個鄉鎮有日照中心，涵蓋率為66.67%。策略：A. 針對有意願辦理之個人或

	團體，持續提供設立規範諮詢及輔導。B. 若加上目前准籌設之日照中心，可達16個鄉鎮市，涵蓋率88.29%。 (2) 未布建小規模多機能及團體家屋：服務模式和人力配置成本較高、照顧專業門檻、少有合適空間格局閒置場所等，目前均未辦理。策略：A. 提供有意投入之單位或個人說明服務內容及設置標準，諮詢建管、消防及土管單位業管規定。目前已有2處小規模多機能准籌設 (義竹鄉、水上鄉) 。B. 團體家屋：該縣已有中埔鄉公所配合運用前瞻基礎建設計畫整建舊買菸廠，買菸廠一部分規劃辦理團體家屋等社區式服務，減少合適場地取得限制，提高單位投入意願。 (3) 輔具租賃服務廠商意願低：1.租賃給付不符廠商營運成本，廠商利潤低。2.一般門市缺乏消毒、運送等服務，利潤又低，影響廠商特約意願。策略：A. 訪視輔具製作商，協助因地制宜放寬處理標準。B. 積極向嘉義縣/市廠商招募特約租賃服務，進行服務區域之劃分，節省輔具運送成本。 (4) C據點涵蓋率提升困難：1. 可執行C據點之場地空間少。2. 執行計畫工作繁瑣，社區意願低。策略：A. 縣府積極協助尋覓適合場所，配合現場勘查及媒合醫事單位。B. 針對涵蓋率偏低的公所召開說明會。 (5) 照管人員招募不易、留任難：1. 108年已辦理6次照管人員招募。2.本年度照專離職率為28.2%。策略：A. 多元管道持續辦理招募。B. 進行人員離職原因分析。C. 辦理照專分站聯繫會議、職前教育訓練及實務試做，提升專業知能。D. 透過定期團體輔導，增進新進人員對環境熟悉度，提高留任率。E. 業務調整及留任制度的檢討。 8. 嘉義縣長照業務工作人員配置：社會局正式編制人力2名、衛福部補助行政人力10名；衛生局正式編制1名、長照中心督導5名、衛福部補助行政人員5名。 9. 108年10月居家服務執行情形：提供服務家數12，受益人數3,786人，執行經費252,635,979元。 10. 108年10月日間照顧執行情形：提供服務家數12，受益人數226人，執行經費29,657,085元。 11. 108年10月家庭托顧執行情形：提供服務家數4，受益人數18人，執行經費1,489,839元。 12. 108年10月輔具購租與居家無障礙環境改善：補助項次3,296，受

	益人數1,220人，執行經費14,440,198元。 13. 108年10月營養餐飲執行情形：提供服務家數3，受益人數694人，執行經費12,126,195元。 14. 108年10月交通接送執行情形：提供服務家數5家／18部車，受益人數1,462人、服務趟次14,129，執行經費9,479,620元。 15. 108年10月長照機構服務執行情形：簽約機構數43家，受益人數101人，執行經費16,994,015元。 16. 108年10月專業服務執行情形：簽約機構數83家、受益人數24,323人、執行經費2,983萬3785元。 17. 108年10月喘息服務執行情形：簽約機構數57家、受益人數7,941人、執行經費2,770萬8230元。 18. 申請前瞻計畫辦理長照服務執行情形：核定數 (107-109年) 87、完工數 (108年) 22、已執行長照服務 (108年) 17、109年度辦理5案。 19. 特色方案說明： (1) 到宅加熱乾燥車：配合居家服務、到宅沐浴車與日間照顧服務中心通報疑似感染疥瘡者，優先排入服務，並安排巡迴社區結合當地活動提供服務。108年1-10月服務1047人次，執行經費計31萬395元。 (2) 「用愛藝啟·耆樂到宅」創新社區整合式照顧模式發展計劃：融合居家服務與照顧關懷據點優點，以社區及家庭為單位，居家服務輸送式的整合型照顧服務模式。以到宅行動樂活為主要形式，發展以居家為地點的新型社區據點，突破公共空間做為據點在發展上的侷限性。 (3) 家庭照顧者支持性服務創新型計畫：導入「家庭照顧者」互助換工的創新做法，以傳統農業社會「相放伴（台語）」的概念，發展出「照顧換工制度」，讓社區民眾成為相互的生活後盾，守護人性溫暖。 20. 檢討：長照素人投入產業，品質控管增加難度。 21. 對長照服務建議：建議新政策推動前應給予地方合理準備時間：「長照2.0」推動後，為提供更符合需求的服務與建立良善制度，歷經多次調整，近日亦推出新政策 (如108年度住宿式服務機構使用者補助方案) 等，偶有未事前告知縣市政府之情形，致縣府於第一線面對民眾或民間單位時，較難提供完整回應與協助，折損政策之美意。

大林慈濟醫院-失智症共照中心	1. 108個案管理人數：實際值=553，目標值=534，達標104%；疑似失智個案半年確診率：實際值=99%，目標值=95% (計算方式=確診人數/總管案數)，達標104%；輔導社區據點數：實際值=14家，目標值=14家，達標100%。 2. 失智症個案人數：極輕度192人、輕度228人、中度111人、重度22人、待確診4人，總計553人。 3. 一條龍服務：個管師事先預約門診及檢查，初次到院即可完成全部的檢查，檢查完若符合健保給付標準，可隔週回診領失智專藥。 4. 共照平台：辦理4場次聯繫會議，辦理失智專業及照顧服務人才培訓課程6場274人次，辦理失智症宣導34場1750人，建置失智症照護網頁，印製失智共照中心宣導單張或海報並廣為宣傳。 5. 特色：(1) 家屬支持服務 (座談、病友會)。(2) 承接長照樂智社區服務據點：深入社區整合式篩檢、鄰近鄉鎮AD8篩檢及社區訪視。(3) 發展社區記憶保養班。(4) 志工座談、進階培訓。(5) 深度家訪。(6) 居家醫療。(7) 產學合作。 6. 社區失智照顧據點模式： (1) 前期：與在地社區合作、志工培訓、社區篩檢與家訪、一條龍就診服務。 (2) 中期：社區失智照顧據點（記憶保養班） (3) 後期：家屬支持服務、志工座談與進階培訓、深度家訪。 7. 未來展望： (1) 承接政府計劃案：繼續承接嘉義縣東區失智共同照護中心與據點推動、明年承接嘉義縣衛生局委託「失智友善社區計劃」，推廣民眾及社區對失智症的瞭解及認知。 (2) 致力建立照護網絡：結合嘉義縣18個衛生所並建立全縣失智症照護網絡、整合雲嘉地區失智共同照護中心的業務發展、雲嘉南高屏之慈濟聯絡處成立失智關懷網絡，成為早期失智症的慈濟型據點。 (3) 建構失智症醫療照護及致力失智研究：擴展失智症居家醫療照護、健全失智症人權門診的架構、持續與學術單位的社區失智研究、SNQ標章認定。

嘉義長庚醫院附設護理之家	1. 100年10月成立護理之家，為日趨嚴重的高齡化社會，建構屬於長照服務及創新「嘉義長庚護理之家」獲准設立70床。 2. 收治對象：身心智功能退化、自然老化健康老人、慢性病休養者。 3. 104-107年佔床率：83.7%、89.8%、94.7%、95.4%。 4. 89.26%住民來自嘉義縣、市及雲林縣。 5. 103年承接喘息服務至今，103至108年每年服務人日：216、162、68、40、209、209。服務人數：10、10、5、2、13、16。 6. 108年11月團隊概況：護理人員10(全日均有護理人員上班)、照顧服務員18 (均為本國籍人員)、社工師1 (每週服務8小時以上)、醫事管理員1、專科醫師2 (兼任)、營養師1 (兼任)、藥師1 (兼任)。 7. 訂有人員權益制度及執行：工作手冊、人員權益相關制度完善、訂有機構含用電安全相關安全管理規範、環境設施、危險物品及保管安全之定期查檢、落實意外災害、緊急應變教育訓練。 8. 訂有符合機構住民及需要之緊急災害 (EOP) 持續運作計畫：訂有緊急災害應變處理計畫，定期修訂、每年實施災害應變演練2次，108年起每半年演練2次，包含複合型緊急災害及夜間演練，檢討存有紀錄。 9. 服務對象個案資料管理、統計分析與應用及保密：訂定使用者之權限，確保服務對象資料不外洩、訂有服務對象資料管理及其系統管理之辦法、如期執行衛生福利部政策上傳照顧服務資料。 10. 意外事件或緊急事件處理：訂有常見意外或緊急事件預防、處理流程與規範、明確處理流程及緊急連絡管道。發生時依辦法確實

	執行並有處理過程記錄、檢討、改善措施及追蹤記錄。 11. 提供緊急送醫服務：訂有緊急送醫辦法及流程，明確醫療網絡。備有救護車合作契約，合約專車備有滅火、急救等完善設備，並辦理乘客保險。與家屬即時連繫之記錄。 12. 訂有防疫機制並落實執行檢討改善執行成效：住民每日、人員每週體溫測量，均按時上網登載。配置充分洗手設備，適當隔離空間。落實手部衛生，定期稽核。每月監測隔離空間及手部衛生稽核統計分析，且檢討及追蹤改善。隔離室獨立空調、衛浴設備。隔離措施標準，提供合宜照護。訂有鼓勵個案與人員接種疫苗規範。 13. 社區資源聯結及運用情形：訂有社區資源聯結及運用計畫，鼓勵參與社區交流服務策略。接受社區團體進入服務單位辦理交流活動。建立三處以上多元化社區服務網絡。 14. 與家屬 (親友) 互動及服務情形：每年對親屬訂有教育活動及座談會計畫，及鼓勵家屬與個案互動策略。每半年至少辦理1次以上符合主題之親屬教育或家屬座談會或聯誼活動，留有相關文件。每季至少1次與家屬電訪或會談，瞭解需求並紀錄。 15. 專業服務與生活照顧： (1) 正確執行相關護理及灌食技術並定期評核，確實改善。 (2) 提供住民跨領域團隊照顧，並定期檢討執行成效。 (3) 提供個案舒適服務且訂有品質監測指標，定期檢討執行成效。 16. 環境設施與安全維護：疏散避難系統及等待救援空間設置、訂有符合住民疏散策略及持續照顧作業程序，落實人員緊急應變能力、訂有機構特性之夜間災害情境緊急應變模擬演練，並依情境實地抽測演練等。 17. 創新服務： (1) 延緩失能照護培力：12人參訓 (出席率100%、取得專業師資1人、指導員6人、協助員5人)， 申請A據點 (規劃擴充延緩失能服務) (2) 導入自立支援照護計畫：提升自立功能、增加生活品質及尊嚴。 (3) 降低泌尿道感染發生率：收案條件以住民體溫≧38度、尿有沉澱物、恥骨上方疼痛、心智或意識況改變，尿液培養有菌種者，建立個案感染資料卡。 (4) 119通報裝置。

	(5) 14篇學術研討會發表。
新北市	
市府簡報	1. 65歲以上老人計57萬825人 (男45.4%、女54.6%)，占全市人口14.2%、占全國老人人口之15.9%。板橋、中和、三重老年人口數最多、平溪、雙溪、坪林、貢寮區超高齡老人之比例最高。 2. 失能者需求數高推估123,149人，占總人口比例3.1%。失能人口服務總覽：自行照顧者41,991人 (34%)、居家及社區照顧者28,222人 (23%)、機構式照顧者19,033人 (15%)、聘僱外籍看護者33,903人 (28%) (資料統計至108年10月31日)。 3. 108年1至10月長照服務涵蓋率37.7% (重複計算之個案：照管平台中聘用外籍看護個案5,160、照管平台中機構住宿個案2,514人)。委員建議公式長照涵蓋率58.7% 。 ※委員建議公式：長照涵蓋率 ═ (服務人數+純被看護者+純機構住宿人數) / 108年推估需要人數 ※依據衛福部新公佈109年涵蓋率公式計算： (108年1−10月服務人數) + (機構式照顧人數) /108年推估需求人數。 4. 108年新申請長照服務人次比較：107年1至10月15,506；108年1至10月22,859，同比成長47.7% 。 5. A區量能與現況：三重區未達涵蓋率目標。B區量能與現況：樹林區未達涵蓋率目標；C區量能與現況：金山、石門、萬里、瑞芳、貢寮等區未達涵蓋率目標。 6. 108年10月新北市長照服務特約單位人力概況：照顧服務員3267

	人、居家服務督導員99人、社工師184人、護理師1249人。 7. 108年10月新北市各類型長照服務特約單位人力概況：社區式1,327人、居家式2649人、住宿式2,713人。特約單位數：1,358單位。 8. 108年1至9月總申報數：26,118人。(個管服務25,099人、照顧服務13,831人、專業服務9,147人、交通接送4,145人、輔具服務9084人、喘息服務4,020人。) 9. 108年1至10月核銷金額1,528,163,000元。(個管服務361,599,000、照顧服務882,771,000、專業服務193,948,000、喘息服務74,699,000、交通接送10,916,000、餐飲服務4,230,000。) 10. 新北市政府衛生局委託國立陽明大學李玉春老師研究室辦理「新北市長照十年2.0服務品質監測」之長照服務滿意度電訪調查，樣本共 1,007份（依新北市接受長照服務者之行政區、性別、年齡及服務類別進行樣本分配）。樣本中男性占44.0%，女性占56.0%；年齡分布以75至84歲者最多 (29.7%)，其次為85歲以上 (21.9%)及65至74歲者 (20.5%)；受訪者的居住地區分布在加權過後與母體結構一致。受訪者對於「居家照顧服務」品質的平均滿意度為8.51分（滿分為10分）。受訪者對於「復能與專業服務」品質的平均滿意度為8.74分。受訪者對於「整體長照服務品質的滿意度」為8.73分、對於「政府長照計畫2.0的滿意度」為8.98分。 11. 前瞻計畫第一期 (106至107) ＋ 第二期 (108至109) 已核定案件：計16案，金額42,468,600元。其中新北市雙溪區建興文化中心C+、烏來區社教大樓C：尚未發包；新莊區老人活動中心B及林口區麗園市民活動中心C：已發包，但未完工。 12. 創新方案： (1) 醫療/照護/照顧轉銜計畫長照快速通道搭配黃金自立給付包： (2) 家庭照顧者支援中心 (銀光食堂) (3) 社區支持網。 (4) 新北市輔具超音速。 13. 政策建議： (1) 依照中央規定，新北市烏來、石碇、坪林、平溪、雙溪等5區為偏遠地區，5萬人口以下之區域為三芝、石門、萬里、瑞芳、貢寮、深坑、八里、金山等 8 區，建議衛福部將 8 區納入偏鄉區域。 (2) 現行長照相關系統繁雜，如CMS系統、失智個案管理系統，健保居家失能個案家庭醫師計畫，建議加以整合，並開放外部介

	接，減少服務單位行政庶務，如 C+ 服務單位核銷時需使用社會及家庭署社區照顧關懷據點、預防及延緩失能照護及照顧服務管理資訊等3套系統。 (3) 失智照護服務計畫 (失智共照中心及失智據點) 現屬長照相關計畫型補助，為避免計畫中斷難以延續，建議納入長照年度計畫。 (4) DA01交通接送 服務規定，內容係往返居家至醫療院所就醫(含復健) 之交通接送1趟，依據108年9月26日衛部顧字第1081962688 號函釋同意洗腎與定期式復健可使用交通接送服務，因服務對象除有醫療需求外，尚有社會參與之需求，建議社會參與活動可使用交通接送服務。
佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院	1. 新北市65歲以上老人570,825人。長照需求量123,149人。 2. 佛教慈濟醫療財團法人附設私立臺北慈濟居家長照機構於107年6月28日許可設立。人力配置：機構負責人1 (學歷碩士)、居服督導4 (護理師)、居家服務員29 (國中4、高中職12、大學13)、行政1 (大學)。 3. 至108年11月31日，收案281位。 4. 居服服務項目列舉：第一多 BA13陪同外出、第二多BA07協助沐浴及洗頭、第三多 BA20、15陪伴服務及家務協助。 5. 結案原因：無需求22%、外傭17%、家庭因素4%、搬家3%、轉介其他A.B5%、家人照顧28%、入住機構5%、住院1%、死亡15%。 6. 年度滿意度調查：居家照顧服務滿意度調查，共發出140份問卷，回收98份，回收率70%，滿意度93%。 7. 特色：結合慈善訪視。 8. 遭遇之問題、困難及建議：(1) 交通時間D碼與居服B碼服務5分鐘彈性太少。(2) 居家服務項目BA05，內容中餐具需善後及清潔，民眾要求需等長者用完餐善後離開，在組合說明是否可調整。(3) 在服務組合中皆依長者需求提供服務，目前申報支審系統項目皆需提供區間，有些困難個案照顧建議AA碼提高加成給付。

小驢駒小客車租賃有限公司	1. 自108年2月27日取得新北市長照接送專車特約資格。該公司依新北市衛生局108年3月04日新北市府衛高字第1080353661號函核准為交通接送服務單位。 2. 服務車輛數量：特約車輛32、獎助車輛16。 3. 服務範圍：偏遠區：貢寮、石門、三芝、八里、金山、萬里、瑞芳、深坑、烏來、石碇；一般區：板橋、中和、永和、三重、蘆洲、新店、坪林、三峽、土城、樹林、鶯歌、淡水、五股、林口、新莊、泰山、汐止、平溪、雙溪。 4. 服務對象：經照管中心派案且該公司回覆照會後來電預約之個案。 5. 服務時間：每日上午八時至下午六時止，得視服務需求調整營運時間。如因天候或災害事故，經北北基桃市政府公告停止上班日，同步配合停止服務。 6. 司機數位管理系統：GPS監控、酒測系統、小驢行派車系統。 7. 設置實地乘客申訴管道。 8. 緊急事故處理：(1) 車輛故障緊急處理步驟：立即通知回報公司，由公司依故障狀況調派司機及車輛協助使用者之交通接送協助，以確保使用者完成就醫或復健需求。(2) 車輛意外交通事故 車上乘客意外處理：發生事故或意外狀況時，需先向當地警察單位報案處理，並立即回報公司，視情況是否另派車輛接送車上乘客，為確保使用者權益，切勿私下和解。(3) 若車上乘客有受傷或不適現象，需立即請救護車救援。並於日後依據警方筆錄，委請保險公司協助處理出險事宜，後續車輛維修及理賠手續。 9. 服務表現：服務量第2。照會人數2,645人，服務人數551人，服務人次10,246。

全康診所(新北市新店區失智照護據點)	1. 緣起：湯泉社區住戶因積極參與社區經營改造，聚集並孕育出許多人才，成立社區照顧關懷據點，擴充了組織及服務量能因應，因應106年「長照2.0」政策失智照護據點需是醫療機構，在全康診所全力支持負責下，出面爭取成立據點，而由湯泉志工執行業務。 2. 105年11月為新北市第一個失智友善社區。 3. 106年8月1日正式啟動新北市新店區失智照護據點全康診所。 4. 執行概況：(1) 對全體住戶宣導認識失智及介紹據點。(2) 志工的訓練及師資培養。 5. 組織運作特色及重點：(1) 善用人力僅有些許時間的 28 位志工，組合成有效的力量、(2) 授權老師群，各自發揮長才，8位老師主導3天6個下午的活動，組織各自志工、掌控預算採購活動材料、準備餐飲、(3) 因應功能需要，分工明確、(4) 重視溝通、充分運用 Line。 6. 志工28人、失智21人、家屬31人、外勞19人。 7. 兩年半來服務對象簡介： (1) 人數：參與據點活動至少半年以上者30人，其中6人已死亡，3人因病情惡化已逾三個月未來據點，現階段服務21人，包括3人疑似失智但因故未診斷。 (2) 居住地區：25人分別住在湯泉三個社區，5人住新店。 (3) 年齡：75~85歲6人、85~94歲12人、95~102歲12人。 (4) 個案來源：口耳相傳，鄰居轉介。 (5) 配有外勞者：26人，其中24人需坐輪椅。 (6) 執行成果認為激發活力，失智可以稍許逆轉。轉變生活態度。活在當下、樂於學習交友、滿懷希望期待明天。少些緬懷過去。 (7) 過去一年內有五位90歲以上長輩，在持續參加活動兩年後，自終止參加至病故不到一個月。 8. 經費來源：(1) 「失智照護服務計畫一：設置失智服務據點」案補助款。(2) 老師及志工捐款。 9. 據點遭遇之問題及困難： (1) 政府補助款不足，尤其是撥款太慢，造成志工們必須籌募不少週轉資金。 (2) 場地困難，即使我們有足夠量能，也無法服務更多患者。 (3) 仍有不少國人對「失智」存有負面印象，希望政府採取更有效的方法，改變大眾觀念。

	(4) 大型集合式社區是一個發展「在地老化」的最佳模式，但立法院應主動修改相關法令，諸如「公寓大廈管理條例」。
天主教耕莘醫療財團法人附設新北市私立安康社區長照機構(耕莘安康團屋)	1. 新北市第一家成立之團體家屋，107年11月23日開幕。 2. 開辦費135萬元 (每位長者15萬元，最多服務9人)、充實設施設備費45萬元 (每位長者5萬元、最多服務9人)、修繕費66萬8250元、人事費(1).管理人員 (1名)，每月補助1萬5千元。(2).護理或社工人員 (1名)，每月補助1萬5千元。(3).照顧服務員 (3名)：依學歷最高補助1萬2,700元。(4).外聘督導：每月最多4次，每次補助2千元。 3. 服務項目與服務時間：空間：303平方公尺/1個照顧單元，設置7間單人房及1間雙人房。服務對象:失智長者 (CDR 1分至2分)。服務人數：9人。服務時間：24小時。服務功能：住民之生活照顧、延緩失能活動、社會參予等。 4. 收費標準：

等級 房型	輕度失智	中度失智	重度失智
單人房	45,000元/月	46,000元/月	48,000元/月
雙人房	43,000元/月	44,000元/月	46,000元/月
補助低收	無	10,000元/月	18,000元/月
補助中低收	無	9,000元/月	16,200元/月
補助一般戶	無	7,000元/月	12,600元/月

5. 人力配置：大夜班1人、小夜班1.5人、白班2人。
6. 照顧對象背景分析：輕度2人、中度5人，重度0人。
7. 現有7名均為女性、經濟狀況均為一般戶。年齡分布：70至75歲2人、76至80歲1人、81至85歲1人、86至90歲2人、91歲以上1人。
8. 執行困境：
   (1) 由於失智長輩的特性與家屋的照顧模式，在照顧人力比上，實務需求比法規標準高。
   (2) 現規定白天人力 (上午08：00至晚間08：00) 不得低於1：6，且為符合「勞動基準法」，工作人員每日工作時間不宜超過8小時，造成排班困難，也增加工作人員照顧負荷。
   (3) 設置機構少無法達到在地化、社區化，故現況服務使用者多需離開原居住社區。
9. 建議：(1) 政府增加照顧人事補助，以提高照顧品質。(2) 規定之照顧比可更有彈性。(3) 縮減申請住民戶籍限制。

臺中市	
市府簡報	1. 65歲以上人口占12.87% (全國15.21%)，臺中市有15區≧14%。 2. 長照需求人數近8萬6千人 (65歲以上失能老人49,212人、失能身心障礙者21,158人、50歲以上失智症者13,010人、僅IADL需協助之衰弱老人1,860人、55-64歲失能原住民735人) 。 3. 依「長期照顧服務法」規定，申請許可、設立及管理自106年9月由社會局移至衛生局長期照護科主辦。 4. 108年長照經費30億3,034萬9,655元，109年經費34億2,954萬2,458元，經費成長13.1% 。 5. ABC布點：108年計104A、859B、289C，布建數全國第1。 6. 照顧人力：照顧服務員8884、醫事人員3792、A據點個管員483、居家服務督導員321、社工人員294、社工師108、照顧管理專員104、教保員62、家庭托顧服務員32、生活服務員26、照顧管理督導23人。 7. 長照服務人數：106年9,440人、107年19,821人、108年31,201人。 8. 長照服務量：28,826案，全國第1。 9. 長期服務費用申報及核撥：108年申報率90.57% ，撥付率94.5% 。為落實服務單位管理，確保服務單位服務品質及保障民眾權益，臺中市109年將實施記點機制。 10. 申請「前瞻基礎建設公共服務據點整備-整建長照衛福據點」，合計20家，15,561,000元。 11. 創新服務： (1) 鼓勵青年加入長照：透過獎勵或以薪資機制，將照顧服務員薪資待遇納入特約合約，培訓成為長照個管員，展現服務價值及自我肯定。108年11月17日辦理第二屆臺中金照獎，表揚獎勵辛苦的長照人員，藉由表揚活動，讓更多長照服務人員得到社會的認同與肯定。108年度新增長照超級青年獎、長照男神獎!鼓勵年輕人及男性加入長照領域。 (2) 推動健康就診公車，提升就醫便利性：A失能長輩就醫、復健：衛生局計124輛車 (與去年比較增加38輛車)，提供長照服務 (包含日間照顧5輛車、交通服務119輛車) B.民眾健康就診公車：交通局，服務量：78,527人次。(與去年比較增加174%)。 (3) 強化失智照護服務：經評估失智服務人數6,350人（符合心智障礙條件）占長照服務人數約23%。 (4) 失智照護網絡工作小組整合府內資源。 (5) 發展家庭照顧者服務網絡，降低照顧壓力：服務據點由108年3

	處上升為109年6處。 (6) 居家失能個案家庭醫師照護方案，全國第一：臺中市特約家數64家，服務1,579人。 (7) 辦理論壇，促進交流：108年8月14日創新長照經營管理論壇、11月27日臺中長照人力發展論壇。 (8) 創意漫畫宣導、創意短片競賽宣廣、媒體宣導。
臺中榮民總醫院社區式服務類長期照顧服務機構 (日照中心)	1. 臺中榮民總醫院簡介：院長許惠恒院長、員工人數3,968人、任務：醫療、教學、研究、病床數1,576床、門診服務量每日平均7,558人次、急診服務量每日平均185人次、住院服務量每月平均4,945人次、手術服務量每月平均3,741人次。 2. 臺中市65歲以上老年人口至2019年7月底止為352,092人，占總人口比12.5 %，臺中市長照需求人口將增加21,710人，臺中榮總日間照護中心，提供醫療照護與社區內生活支持的照顧服務。為中區唯一公立醫學中心，配合國家政策，善盡社會責任，亦為中區第一家醫學中心附屬社區型日照中心。 3. 107年1月30日日照中心開幕，採「老幼共托共學」照護模式，可收托20位長輩。 4. 人力配置：專任6名工作人員 (1位護理師、5 位照服人員)、兼任醫師1位、兼任護理督導長1位、兼任護理師1位、兼任復健師1位、兼任營養師1位、兼任社工師1位。 5. 單位收容額：20位長輩，照護比：1：4。 6. 服務收托個案失能與失智等級：以失能等級4分以上占多數、CDR 1分以上占多數。

7. 整合專業照護團隊，並定期召開跨團隊會議，依個案需求提供醫療諮詢、營養照護、膳食規劃、簡易復健計畫、社會暨心理評估，以及社會福利諮詢。
8. 與東海大學合作多元課程規劃個別化與差異化需求。
9. 進行長輩家屬負荷量表評估，顯示長輩於入住日照中心後，明顯改善家屬身心負荷程度。
10. 每半年定期進行家屬滿意度調查，問卷內容分為中心環境、服務品質、工作人員服務及期待與需求等。
11. 日照中心提供本土日照實證協助政策推廣與宣導。
12. 獲得2019年長照組國家品質標章。
13. 人才培育：延攬長照人才，也讓學生分享實習成果。相關單位及學校參訪，107年4月30日接受東海大學參訪，共19人；108年2月22日及5月2日接受仁德醫護管理專科學校參訪，共20人。108年3月至5月接受臺中科大老服系，共5位同學實習。
14. 辦理長照服務相關業務，問題、困難及建議：
    (1) 建議交通接送服務可開放給有使用日照服務的長輩，現況交通接送D碼可補助8趟/月，希望若開放到日照中心使用，能有增加補助趟數的空間，至少到10趟/月以上!
    (2) 建議可規劃半年有2-3次免費半日喘息可使用，提供給需要的家屬使用，當有免費資源進入後，或許家屬會對喘息改觀，願意讓自己或其他家人休息片刻，接受喘息服務。

交通接送執行概況(社團法人臺中市大恆樂齡協會)	1. 社團法人臺中市大恆樂齡協會，其”大”象形文為人之意，”恆”心相互助，故依此字源意為人心互助，以求得人人共好的社會發展，一同追求樂齡生活。 2. 108年執行業務情形： (1) 社區整體照顧服務A單位個案管理數量為209人數。 (2) 居家照顧服務受惠民眾為106人數 (3) 交通車服務受惠民眾為731人數，提供服務5,751車趟次 (4) 照顧實務指導服務受惠民眾為38人數。 (5) 居家照顧服務受惠民眾為喘息服務受惠民眾為468人次。 (6) C據點社區喘息服務為32人數/365人次 (7) 家庭照顧者支持服務社會參與、紓壓活動48場次/720人次。 3. 交通服務時間：周一至週五上午 8:30 至下午 5:30、周六上午 8:30 至中午 12:30，不含例假日及國定假日特殊狀況。 4. 服務項目及內容：(1) 各醫療院診所就醫服務。(2) 社區醫療保健服務。(3) 社區醫療醫護服務。(4) 社區醫療復健服務。 5. 訂車步驟： 6. 訂車服務方式 (3天前訂車、當天可臨約)。 7. 服務區域：臺中市北屯、西屯、南屯、太平、烏日、大里、潭子 、中 區、西區、南區、北區、東區，共12個區域。 8. 108年度執行成果 (6輛車、總趟次5,751)。
臺南市	
市府簡報	1. 108-11月底，老人人口數294,592人，占比15.66% 。 2. 臺南市失能人口推估數（108年11月底止）：65歲以上老人37,549、

	65歲以下身心障礙者14,041、55-64歲原住民88、50歲以上失智症無失能者9,901、65歲以上衰弱老人1,420，需求人口推估數62,999人。 3. 長照服務個案數（108年11月底止）為17,850人。 4. 社區整體照顧服務模式42A-289B-160C；49家日間照顧中心 (5家失智型及44家混合型) ；60家居服單位，1,806名照顧服務員；80家專業服務單位；158家喘息服務單位 (85家機喘、45家居喘、20家日照喘息及8家巷弄站)；2家交通接送單位20輛車；7家小規模多機能服務中心；219家全日型機構服務；7家托顧家庭；202家輔具及無障礙環改特約單位；2家到宅沐浴單位，3台到宅沐浴車；33家送餐單位。 5. 照顧服務員人力統計（108年11月底止）：4,988人。 6. 照管中心組織編制：99年12月25日臺南縣及臺南市合併為直轄市後，更名為「臺南市政府照顧服務管理中心」隸屬於社會局二級機關，整合大臺南市長期照顧服務以及社區照顧據點業務，以「單一窗口」之服務，提供長期照顧及社區關懷之工作。108年1月1日「臺南市政府照顧服務管理中心」併入「臺南市政府社會局」，由社會局設置長期照顧管理中心，以加速整合身心障礙者長照業務及提升橫向連結，持續推動長期照顧及社區照顧關懷據點業務。 7. 照管中心預算員額157人。 8. 108年1月至11月底止，活動個案數為1萬7,850案，每位照管專員載案量平均235案。 9. 目前依據地域特性設置有7照管分站，結合醫療衛生與社會福利資源，提供長期照顧單一窗口服務。 10. 特色方案： (1) 小小安心服務員：藉由結合國中、國小辦理高齡體驗模擬教學課程，讓學生親身體驗高齡者種種身體不便及心理方面的痛苦，培育青年世代融合社區照顧關懷據點服務，建立在地安老向下扎根的教育理念，提升對高齡長者更適切的照顧服務方式。107-108年共辦理11場次，262人完訓。 (2) 照顧咖啡館：運用閒置空間，整合AC服務，老人志工。 11. 前瞻計畫執行情形：

項目	整建長照衛福據點		
	核定數	申請類型	完工率
老人活動中心	13	5A-2B-6C	92.3%
其他閒置空間/土地	82	3A-1B-78C	95.1%
社區活動中心	18	2A-16C	94.4%
合計	113	10A-3B-100C	83.6%

12. 失智照護服務計畫：6家共照中心，服務2,910人，10,935人次；38家失智據點，服務714人，75,604人次。

財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設臺南市私立澄輝社區式服務類長期照顧服務機構	1. 於91年成立財團法人臺南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會，使本會之社會服務邁入新的服務紀元。101年度成立“澄輝社區關懷照顧據點”， 102年成立“澄輝日間照顧服務中心”，106年起為滿足長者多元照顧需求，將原澄輝日間照顧服務中心更名為“澄輝小規模多機能中心” 提供多元化及個別化之服務。 2. 服務提供：喘息服務 (日照喘息、居家喘息、夜間喘息)、居家服務、社區資源網絡連結、生活化照顧、多元化課程、個別化服務。 3. 小規模多機能中心：以日間照顧服務為基礎，擴充辦理居家服務以及喘息服務等多元社區服務方案。「因應個別需要」，提供「連續性、綜合性、多樣性服務」，以滿足老人多元服務需求。 4. 人力配置：業務負責人1、主任1、社工員1、照顧服務員5、司機1、出納 (兼任) 1、會計 (兼任) 1，共計11人。 5. 服務功能：日間照顧服務/日間照顧喘息服務、居家服務/居家喘

息服務、夜間喘息服務、餐飲服務、交通接送服務、其他長照相關服務。

6. 108年度服務對象：男性13人、女性45人。年齡分布為：65歲以下1人、65至69歲3人、70至74歲5人、75至79歲12人、80至84歲18人、85至89歲15人、90歲以上4人。
7. 經濟狀況：一般戶46人、低收入戶4人、中低收入戶4人、自費4人。
8. 身心狀況：11人失能、32人失智、失能且失智者15人。
9. 108年服務8,388人次。
10. 問題及困難： (1) BA01 [基本身體清潔] 與BA07 [協助沐浴及洗頭] 擦澡時間比至廁所沐浴花費時間長，BA01收費比BAA07低，價碼是否需要調整? (2) BA16-1 [代購或代領或代送服務] 定義模糊，原定5公里內，是以單趟或來回計算?如超過5公里如何計算? (3) CMS等級評估，是否須將失智症也納入考量，而非只使用ADL、IADL進行評估? (4)複評時間是否可以依個案需求彈性評估?
11. 建議：(1) 系統異動時，是否可以提早安排說明會，而非系統上線後才安排說明會。(2) 系統測試前，測試單位是否可以每個縣市皆安排，而非只侷限於幾個縣市。(3) 系統如有改版，是否可以請廠商提供多元的聯絡方式，以方便進行即時的問題回復。

高雄市

市府簡報	1. 108年11月總人口數：2,773,060人。面積：2947.6159 K㎡。區域：38行政區。人口概況：65歲以上老人：436,361人；身心障礙人口：142,503人；原住民人口：35,200人。 2. 高雄市老年人口於86年達到高齡化社會門檻7.09%，106年10月達高齡社會門檻14.07%。於108年12月達到15.73%，高齡人口呈現比全國15.28% 高的趨勢。 3. 超高齡區域 (老人人口占該區域總人口數20%)：田寮 (28.33%)、美濃 (25.61%)、前金 (23.67%)、杉林 (23.19%)、鹽埕 (22.89%)、內門 (22.58%)、六龜 (22.22%)、新興 (21.92%) 、旗山 (21.48%)、甲仙 (21.21%) 、桃源 (20.87%) 、茂林 (20.48%)、苓雅 (20.17%)。 4. 依108年12月人口推估「長照2.0」需求人口為94,637人。(65歲以上失能老人 (含原住民及IADLs障礙老人獨居) 55,829人、失能身心障礙者21,593人、55-64歲失能原住民424人、50歲以上失智症者14,688人、衰弱老人2,103人。 5. 109年1月1日衛生局成立長期照顧中心，於108年9月18日組織編制通過考試院備查 (考授銓法五字第1084855997號)，下設：照顧管理股、服務資源股、人力發展股、機構管理股、綜合服務股。總計210人，正職人員28位 (主任1位、技正2位、股長5位及股員20位)、行政及其他人員39位、照顧管理督導20位、照顧管理專員123位 (駐衛生所)。整併後「長照2.0」業務經費總計29億4,422萬9,989元。 6. 照管中心人力：108名照顧管理專員、 17名照顧管理督導及18名行政人力，總計143名。照管人員皆進駐38區衛生所。 7. 共計布建52A、878B、192C。長期照顧服務涵蓋率 42.15%。 8. 居家專業服務：162家、服務14,327人、35,388人次。(108年11月底止) 9. 喘息服務：232家、服務20,019人、66,850人次。(108年11月底止) 10. 居家照顧服務：106家、服務14,629人、2,950,123人次。(108年11月底止) 11. 日間照顧：42家、服務1,045人、172,251人次。(108年11月底止) 12. 小規模多機能中心：108年11月7家，服務229人、41,767人次。(108年11月底止) 13. 家庭托顧：於6個行政區 （鳳山、小港、苓雅、左營、燕巢及楠梓）設置12處家庭托顧服務單位，鄉鎮涵蓋率為32%。為建置完善的家庭托顧服務制度，協助托顧家庭營運，衛生局訂定家托服務輔導方案遴選實施計畫，依高雄市38個行政區分為三大分區，每一分區徵求1處家庭托顧服務輔導單位，共計3處家庭托顧服務

	輔導單位。109年預計布建24處托顧家庭。 14. 團體家屋：辦理團體家屋需符合「長期照顧服務機構設立標準」等相關規定，自107年已有1家位於鳳山區可提供9人入住，另於大樹區已有單位刻正設立中，共可入住27位失智症老人，提供24小時全人照顧。 15. 長照服務-交通接送就醫部分： (1) 無障礙計程車-自107年12月起提供服務，目前有皇冠大車隊、倫永車隊、好客來車隊、伍福車隊、和運大車隊及中華日光大車隊等6家業者 (共131輛) 投入長照服務，統計至108年12月底共服務人數4,772人、132,919人次。 (2) 復康巴士交通接送就醫的部分，統計至108年12月底共服務人數4,622人、32,594人次。 16. 輔具購租及居家無障礙環境改善服務：108年11月服務人數9,534人。 17. 營養餐飲服務：於38個行政區設置68處老人營養餐飲服務單位，108年11月服務人數2,244人。服務人次：433,121。 18. 爬梯機服務：截至108年11月共計有11台，服務人數411人，服務人次：2,879人次。 19. 到宅沐浴服務車：截至108年11月共計有3台，服務人數448人，服務人次：1,173人次。 20. 住宿式機構服務：可提供15,270床，目前服務12,763床，收容率83.58%。 21. 108年11月底已布建52A-878B-192C，並於26個行政區設立42家日間照顧中心，其中已運用前瞻基礎建設計畫公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫設置據點如下：(1) B級據點-鹽埕日照中心 (鹽埕區公所舊有建物)。(2) C級據點-美濃老人活動中心、仁武烏林及竹後社區活動中心、大樹樣腳及興田社區活動中心、內門觀亭社區活動中心、阿蓮崗山社區活動中心、美濃區衛生所。 22. 檢討： (1) 失智照護服務計畫補助經費不足（尚不足1592萬元）。 (2) 照顧及專業服務應分開給付：現行照顧服務與專業服務(BC碼)為同一包，造成專業及照顧服務排擠，影響民眾維持或提升潛在自我照顧功能。 (3) 老人營養餐飲交通費補助金額不敷成本 (每人每日最高200~240元)：送餐據點過多時，補助費不足補貼油料費，建議調整補助金額或計算方式，以提高志工送餐意願。

	(4) 交通接送補助起始點計算 (現行補助係以往返地點為居住地至醫療院所/復健所為基準)：部分服務使用者因需長照服務項目較多，故須往返2個以上的服務單位，倘必須以居住地為交通接送起始點，將延長至醫療院所或復健所的時間，建議中央增加醫院/復健所至醫院/復健所之補助。

大同福樂學堂(大同國小)	1. 高雄醫學大學附屬醫院 (高雄市立大同醫院)於99年1月1日正式營運，屬區域教學醫院等級，428床。 2. 103年12月發想「福樂學堂」構想，104年7月赴日本參訪，並與高雄市政府各局處溝通，105年4月籌畫變更使用執照，105年5月水電、消防審證明，105年7月硬體整建開始，105年8月取得室內審查合格、變更使用執照、取得日照營運許可。105年8月「福樂學堂」開幕，105年8月17日正式成立。 3. 於105/12完成30位學員收案目標，失智人數達87%。 4. 發展特色：校院合作，發展特色照護及老少共學模式。 5. 107~108年，老幼共學示範課程：一年級 (老少一同笑開懷) 2節課、三年級 (水中世界樂無窮) 2節課、五年級 (美麗的海翁) 2節課。 6. 服務項目：生活照顧、健康促進、交通接送、營養餐食服務、文康休閒、家屬教育及諮詢服務。 7. 服務對象 (下述對象皆須經高雄市長期照顧管理中心及該中心評估後，始提供服務) ：(1) 設籍/居住在高雄市之65歲以上長者。(未設籍者無法申請政府補助)。(2) 具基本行動能力。(3) 無法定傳染疾病 （如A、B、C型肝炎、梅毒、肺結核等）、精神疾病、攻擊行為。 (4) 須經長照中心及本中心評估後，符合失能及失智標準者。(5) 經評估不符合長照中心標準，但經本中心評估後確有照顧之需求者，得全額自費參加。 8. 服務特色及內容：(1) 符合評估標準者可享三天免費試托。(2) 專業的醫療團隊從飲食設計到復健照護，提供個別化全人的照顧。(3) 家庭式的專業照顧環境，使長者有在家感覺，亦能接受專業知能照護服務。(4) 豐富多元化及個別化活動安排設計，讓大家一起活到老、學到老。(5) 搭配生活自立訓練、日常生活技能訓練以及功能性回復強化訓練、腦力訓練等，使長者能循序漸進享有更佳之生活品質。 9. 費用： (1) 照顧費：全日托：輕度失智/失能者每人每月收費13,000元，中度失智/失能者每人每月收費15,000元，重度失智/失能者每人每月收費17,000元，符合資格者可另申請政府部分補助。 非全日托者，請電諮詢專線洽詢。(中心未來將視情況調整收費標準) (2) 交通費：若需接送服務，依距離遠近每月收費2,500至4,000元。(依本中心制定之收費標準)

	(3) 膳食費：每日100元，包含中餐及點心。
桃園市	
市府簡報	一、基本資料： 1. 13 個行政區、總人口 225 萬人、老年人口 27 萬 2,348 人、老年人口占比 12%、推估長照需求人數 6 萬 1,114 人。老人占比前 3 高：新屋區 (17.2%)、大溪區 (14.3%)、龍潭區 (13.4 %)；桃園市為六都「最年輕」的城市，但老年人口比例亦逐年成長。 2. 截至 109 年 1 月 31 日止，該市正在使用長照服務的個案數為 1 萬 6,007 人。108 年桃園市長照服務涵蓋率 46.41% ，達中央 45%標準。 3. 資源布建：108 年社區整體照顧服務體系 A41、B315、C304，小計 660。失智共同照護中心及據點 21、長照住宿式機構

	155、照管分站 4。 二、人力：照顧管理專員 62、照顧管理督導 8、照顧服務員 3,371、社工人員（師）74、醫事人員 1,128 人。 三、經費：106 年 4 億 2,730 萬 5,842 元、107 年 9 億 2,398 萬 7,683 元、108 年 15 億 3,477 萬 9,707 元、109 年 14 億 4,544 萬 8,390 元。 四、長照服務人次 (總申報人次)：107 年 22,266 人次、108 年 36,328 人次。統計 108 年核銷經費總計 14 億 1,778 萬 3,072 元，97.4%皆於 60 天內完成費用核銷。2.6%未於時限內核銷原因：(1) 服務單位系統申報資料錯誤補正逾時。(2) 108 年專業服務經費增加，須向中央請增費用之等待撥款行政流程。 五、桃園市申請已核定之前瞻計畫案件第一期 (106、107)+第二期 (108、109) 計 64 案，其中 53 案已竣工。 六、創新服務：原住民區長照資源布建、失智症多元照護、家庭照顧者支持服務。 七、成效及檢討： 1. 依據 108 年度長照服務滿意度調查，有九成以上市民給予肯定，且未來將繼續使用長照服務，其中對於喘息服務人員、復健服務人員及照管中心人員的態度最為滿意。另外對於 A 單位個管師之服務滿意度亦達 9 成以上。 2. 108 年於 13 區辦理「長照 2.0」暨失智宣導共計 77 場、8,057 人次參與。另透過廣播、簡訊、拜訪 504 里的里長、垃圾車掛宣導布條及公寓大廈布告欄張貼宣導單張等多元管道進行宣傳。 3. 108 年桃園市社區整體照顧服務體系實際布建數 (A+C 單位 108 年提報目標值 (A+C 單位) = (41+304) / (38+220)=133.7%。 八、建議： 1. 為提升地方政府核銷效率，建議衛福部強化長照支付審核系統與地方政府歲計會計資訊管理系統 (CBA 系統)之介接功能，以提高核銷效率。 2. 為掌控照管中心評估照會至 A 單位完成照顧計畫核定之 7 天時效，建議衛福部於照管系統可匯出每月平均天數之時效統計及清冊，以利後續輔導改善及品質管理。 九、109 年工作重點：(1) 提升照顧管理品質，辦理 A 及 B 單位評鑑、輔導、查核品質監控。(2) 持續布建復興區長照服務據點及微型日照中心。(3) 持續爭取復興區交通接送創新服務試辦計畫。(4) 辦理長照輔具、身障輔具及醫療輔具代償墊付。(5)

	增設輔具服務據點及輔具服務便利站。
天成醫療體系天成醫院	一、楊梅區全區總面積為 89.1229 平方公里，行政區域共轄 41 里。截至 108 年 12 月人口數為 173,049 人。楊梅區客家人比例占 68% (總人口數約 16 萬人) 各縣市中客家人比例最高的是新竹縣 73.6% ，其次是苗栗縣 64.3% ，第 3 為桃園市 40.5% ，緊接在後的是新竹市 34.5 ％、花蓮縣 32.4％。(依據 106 年 2 月 22 日客家委員會公布「105 年度全國客家人口暨語言基礎資料調查」) 二、天成醫院 60 歲以上就診人口占 40.39%，就診人數以居住楊梅區、新屋區、平鎮區共計 80%以上為主。 三、服務內容：A 單位中壢天晟醫院 (A 個管)、楊梅天成醫院 (A 個管)；居家服務 (中壢區、觀音區)、居家復能 (中壢區、平鎮區、楊梅區、龍潭區、新屋區)、日照中心 (中壢區、龍潭區) 四、楊梅區 A 單位收案分析：70 至 100 歲個案占 74% ；7、8 級占 49% 。
瑞源伯公照護站	1. 瑞源伯公照護站成立於 106 年，推展客家文化活動。 2. 服務對象：衰弱老人、輕度失能 (智) 者。年齡分布於 62 歲至 90 歲。 3. 目前暫未收取費用。 4. 108 年接受 C 級「巷弄長照站」補助經費 360,000 元，以及客委會、客家事務局補助經費計 120,000 元。 5. 週一至週五提供社區共餐，服務 10 人。該社區擁有二位照服員，全程照顧個案，並進行相關活動與安全協助。 6. 該照護站提供社區整體照顧健康促進服務，每個月 5 場次，服務 20 人。

<table>
<tr><td></td><td>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">澎湖縣</td></tr>
<tr><td>縣府簡報</td><td>二、基本資料：
1. 澎湖群島南北長約 60 餘公里、東西寬約 40 公里，分佈在北緯 23 度 9 分至 47 分、東經 119 度 18 分至 42 分之間。群島由 90 個大小不同的島礁組成。
2. 行政區劃分為一市 (馬公市)、五鄉 (湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉) 共九十六個村里。
3. 全區共有 19 個有人居住島，群島總面積約 127 平方公里，總人口數 105,207，人口密度為每平方公里 829 人，全縣 65 歲以上人口計 17,363 人，占總人口數的 16.5%。
4. 該縣失能人口推估計有 3,700 餘位，截至 108 年 12 月底止，長期照顧管理中心服務個案計有 1,537 位，服務涵蓋率達 41.16%，若加上機構住宿型個案約計 285 案，服務涵蓋率達 48.79%。
5. 全縣依地理特性可區分為 1、2、3 級離島，在 1 級離島部分長照服務資源輸送面尚無虞，惟在 2、3 級離島部分因受交通限制及需求量能過少無法支應服務單位在地提供服務之成本，以致服務難以推展。
三、人力：108 年 12 月底止，照顧管理專員 13、照顧管理督導 4、照顧服務員 (居家式 105、社區式 40、住宿式 50)、社工人員（師）92、護理人員（師）72、物理治療師 13、職能治療師</td></tr>
</table>

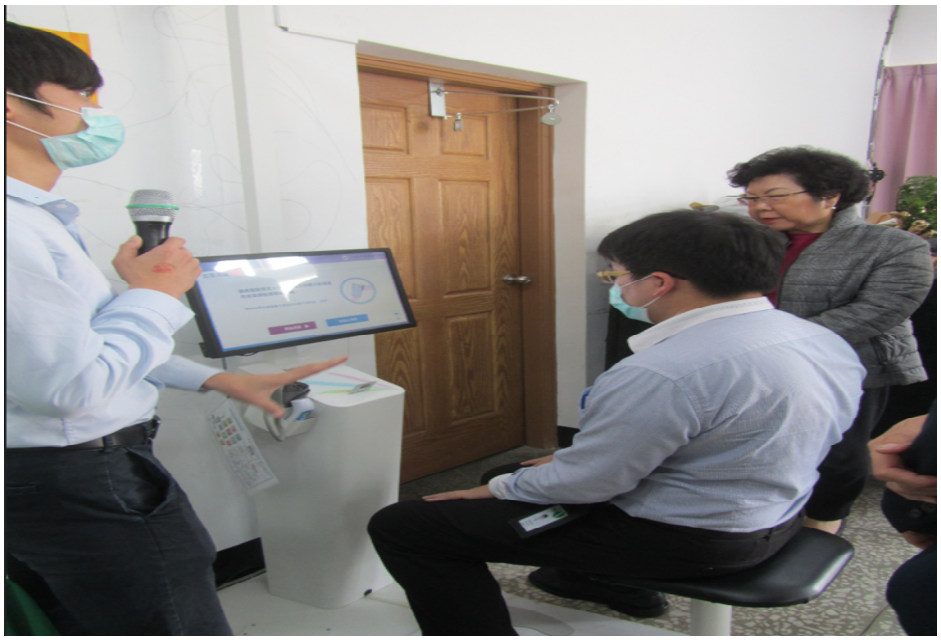
	5。 四、轄內開辦之特色方案：有鑑於老年人口日漸增加，日間照顧需求攀升，且部份偏鄉交通不便，該縣積極開辦日間照顧中心，發展日間照顧中心特色，將公有閒置空間再利用 (學校及警察局) 轉為社福用地。為此在 105 年度新設澎湖縣私立頤福社區式服務類長期照顧服務機構 (原為湖西香柏園)、平安望安社區式服務類長期照顧服務機構 (原為望安老人日間照顧中心)、澎湖縣私立頤和社區式服務類長期照顧服務機構 (原為西嶼香柏園) 等 3 處日間照顧中心，以滿足鄉親需求。 五、辦理成效及檢討：自 106 年政府推動「長照 2.0」服務，增加社區式照顧量能，積極推動相關服務布建，除穩定增加居家式服務量能外，亦擴增五鄉 1 市居家服務共計 4 家、日間照顧服務 6 家、小規模多機能服務 1 家、交通接送服務 1 家、輔具服務 1 家、社區關懷據點 44 家、「巷弄長照站」17 家、失智社區服務據點 6 家、居家護理 11 家、居家復健 5 家、喘息服務 15 家、專業服務 22 家、預防及延緩失能照護服務 19 家、居家失能個案家庭醫師照護 4 家，讓長期照顧服務更多元化及在地化。惟因部分鄉市社區活動空間難覓，盤點相關社區、社福團體及衛生所 (室) 現有空間，較難有足夠的利用空間（如提供共餐、臨托等），且受限建物條件，在資源開發、布建上相對困難，故目前望安鄉及七美鄉的布建進度正積極加強。 六、中央機關負責計畫擬定、該縣負責執行中央計畫，縣府與中央之間不定期開會，以信箱及 LINE 群組方式等多元溝通平台，建置整合及聯繫機制。 七、分工：針對整合醫療和社福兩大服務體系，該縣失能個案多數有醫療需求，而就醫之個案亦可能為失能之潛在個案，目前居家醫療及居家失能個案家庭醫師照護計畫均在積極整合醫療及社福之資源，期待創造一服務網絡提供兩邊之民眾架接的服務橋梁，惟醫療服務人員要了解社福體系較為困難，而社福體系人員在醫療服務供給中仍有許多限制 (如就醫診斷 (療) 過程、藥物開立之限制等)，現階段多仰賴照顧管理專員提供相關的資源整合及溝通，如何讓第一線的醫療服務人員及社福體系人員能相互了解彼此的資源與限制，應是未來分工或整合之重點。 八、轄內對長照服務之未來規劃、推動政策及建議： 1. 照顧人力缺口：「長照 2.0」的實施，基礎的照顧人力需求大增，無論是原有長照服務或是「長照 2.0」新增服務，對人力需求均有增加，故有關長照服務人力不足的部分，刻正規劃結

合新住民、年輕族群、二度就業民眾等在地人力資源，希望透過專業訓練可以直接投入長照服務體系，進而紓緩照顧人力缺口問題。

2. 因地理環境的特殊性，致服務輸送出現限制：全縣目前有 19 個有人居住島嶼，島與島間交通僅仰賴船舶但易受天候影響而中斷，故各項資源服務輸送不易，不可否認的是眾多的離島特殊性，讓一些社福團體卻步，且在考量照顧成本，交通不便等問題都是在資源布建上所面臨的困難。
3. 長期照顧給付及支付基準雖然有針對原民區及離島地區特別加成之服務費用補助，但採一體適用方式，未依服務困難或是地域性加以區分，如全區均為原民區及離島地區，無論服務哪一鄉市或村里之個案其加成費用均相同，且服務之交通成本亦未做特別考量，導致難以拓展 2、3 級離島長照服務量能，建議依地域性增加階梯式的補助費用，以強化長照提供單位之服務意願，進而縮小城鄉服務差距。
4. 解除社區整合型服務中心之設置規劃：澎湖縣二、三級離島長照資源本身較為匱乏且服務多元性較低，服務連結相對困難，且整合型服務中心之設置皆為民間團體，與各單位之連結都倚靠合作意向書，並不具強制力，相較於長照中心轉案及派案可能較無效率及強制性，可能衍生服務一條龍，建議中央同意該縣可以解除社區整合型服務中心之設置規劃，以使服務更貼近民眾之需求。

澎湖縣政府辦理「老人餐食」業務	1. 澎湖縣老年人口比例高達16.2%，因少子化問題嚴重，再加上青壯年人口紛紛離鄉背景到臺灣本島求學或謀生，使家庭結構產生變化，弱勢人口逐年增加，使得縣內年邁無依的老人亟需接受照顧服務，故縣府為加強照顧該縣獨居長者餐食及居家安全，委託社區提供中低收入65歲以上獨居長者每日中、晚送餐服務，滿足長者最基本的營養需求及照顧服務。 2. 全年約45萬個餐盒。 3. 109年7月起全面使用不銹鋼可回收使用餐盒。 4. 廚房志工48名、送餐志工77名。
馬公市第三衛生所	1. 沿革：107年12月31日慢性病防治所裁撤，108年1月1日成立興仁衛生所。109年1月1日更名為馬公市第三衛生所。 2. 人力：醫師兼主任1人、護理師3人。 3. 108年復能及專業服務提供情形：該所自108年8月9日特約長照服務，提供專業服務，共計服務5人，20人次。 4. 108年居家失能個案家庭醫師照護方案：自108年8月加入居家失能個案家庭醫師照護，提供失能個案健康及慢性病管理，以建立居家失能個案長照與醫療整合之照護網絡；108年之服務量能為22人。 5. 未來展望：(1) 社會人力志工得以導入。(2) 長者關懷照護教育與九年一貫課綱整合。(3) 籌備成立居家護理所。(4)讓團隊成為良善群體，帶動其他人加入。

居家量測、評估串醫病–「新智慧健康服務平台」	1. 經濟部科技研究發展專案智慧城鄉生活應用補助計畫地方創新類計畫-計畫名稱：居家量測、評估串醫病新智慧健康服務平台。執行企業：仁寶電腦工業股份有限公司、浩鑫股份有限公司 2. 計畫分項：A 智慧健康整合平台服務 (包含：智慧健康雲平台、健康管理 APP、健康資訊查詢與衛教宣導)、B 社區長照據點服務 (包含：四縣市示範據點建置、智慧健康營運模式與市場擴散、智慧健康體適能體驗與維運服務)、C 居家健康照護服務 (包含：規劃佈署社區服務據點、規劃佈署社區據點量測服務、共照銀髮生活圈服務及照護平台)、D 場域驗證與行銷推廣 (包含：居家關懷、量測服務管理、用藥安全及衛教諮詢服務)。 3. 社區服務據點建置：嘉義市 30 處、嘉義縣 74 處、雲林縣 95 處、澎湖縣 13 處。 4. 截至 108 年 12 月 31 日止，嘉嘉雲澎 4 縣市社區整體量測系統使用人數共計 6,816 人，使用達 69,670 人次。

資料來源：本院整理。