

長期照顧十年計畫 2.0
(106~115 年)
(核定本)

衛生福利部
民國 105 年 12 月

長期照顧十年計畫 2.0

目錄

第一章 人口老化與長期照顧政策	1
第一節 我國人口老化與家庭結構改變趨勢	1
第二節 長期照顧需求快速成長	10
第三節 長期照顧政策發展趨勢及策略	12
第四節 長期照顧體系的整合模式	17
第二章 我國長照十年計畫 1.0 之執行與檢討	28
第一節 長期照顧制度發展脈絡	28
第二節 長期照顧十年計畫之內涵	31
第三節 長期照顧十年計畫執行成果	35
第四節 長期照顧十年計畫 1.0 的問題與挑戰	41
第三章 長期照顧服務十年計畫 2.0	48
第一節 計畫目標與實施策略	48
第二節 服務對象人數推估	51
第三節 推動方式	68
第四章 人力及資源發展	98
第一節 照顧服務人力	99
第二節 社會工作人力	106
第三節 醫事專業人力	107
第五章 照顧管理制度	111
第一節 現況	111
第二節 問題與挑戰	120
第三節 未來規劃	122
第六章 原住民族長期照顧	124
第一節 規劃背景	124

第二節	推動困境.....	128
第三節	計畫目標及執行策略	133
第四節	原住民族文化敏感度	140
第五節	中央與地方分工.....	142
第六節	資源建置實施進度	146
第七章	推動機制	147
第一節	中央與地方政府之分工	147
第二節	充實偏鄉長照資源之策略	151
第三節	退輔會推動長照之策略	153
第八章	支付系統與經費需求	157
第一節	長照十年計畫 1.0 之支付方式與檢討	157
第二節	支付系統.....	162
第三節	經費需求.....	165
第九章	其他及配合措施	169
第一節	教育宣導.....	169
第二節	整合與發展資訊系統	172
第十章	實施進度及預期效益	175
第一節	實施進度.....	175
第二節	預期效益.....	179
參考文獻.....		184

圖表目錄

圖 1.1.1 老年人口占率	2
圖 1.1.2 人口結構老化趨勢比較	2
圖 1.1.3 65 歲以上人口占總人口比率	3
圖 1.1.4 臺灣各縣市 2015 年人口老化指數	6
圖 1.1.5 國人平均餘命變動趨勢	8
圖 1.1.6 台灣地區家戶人數變動趨勢	9
圖 1.2.1 長期照顧需要人口推估	11
圖 2.1.1 長期照顧制度發展脈絡	30
圖 2.2.1 長期照顧十年計畫服務輸送體系	33
圖 3.2.1 2017 年至 2026 年推估長照需求人數-高推估	66
圖 3.2.2 2017 年至 2026 年推估長照需求人數-低推估	67
圖 4.1.1 我國長期照顧服務人力之類型	98
圖 4.1.2 照顧服務員職涯發展機會與多元發展管道	105
圖 5.1.1 縣市照管中心及分站現況	113
圖 5.1.2 照管中心服務流程	115
圖 5.1.3 長期照顧管理中心中央與地方分工圖	119
圖 6.3.1 部落照顧地圖	134
圖 8.1.1 現行民間單位提供服務之經費處理流程	160
表 1.1.1 高齡化及超高齡化所需時間之國際比較	4
表 1.1.2 不同地區原住民與全體國民平均餘命之比較	9
表 1.4.1 日本與美國長期照顧體系之整合模式比較	27
表 2.2.1 我國長期照顧十年計畫之服務內容	34
表 2.3.1 長期照顧服務提供單位數	37
表 2.3.2 長期照顧服務人數一覽表	39

表 3.2.1 2017 年至 2026 年 65 歲以上失能人數	53
表 3.2.2 2017 年至 2026 年未滿 50 歲失能身心障礙人數-高推估	54
表 3.2.3 2017 年至 2026 年未滿 50 歲失能身心障礙人數-低推估	54
表 3.2.4 2017 年至 2026 年 50-64 歲失能身心障礙人數-高推估	56
表 3.2.5 2017 年至 2026 年 50-64 歲失能身心障礙人數-低推估	57
表 3.2.6 2017 年至 2026 年 55-64 歲失能原住民人數	58
表 3.2.7 2017 年至 2026 年 50 歲以上失智症者人數	59
表 3.2.8 SOF 衰弱指標操作型定義	62
表 3.2.9 2017 年至 2026 年衰弱老人人數-高推估	63
表 3.2.10 2017 年至 2026 年衰弱老人人數-低推估	63
表 3.2.11 2017 年至 2026 年長期照顧需求人數-高推估	65
表 3.2.12 2017 年至 2026 年長期照顧需求人數-低推估	65
表 3.3.1 長期照顧十年計畫服務項目與長期照顧十年計畫 2.0 版比較 表	69
表 3.3.2 長照十年計畫 1.0 八大服務項目補助情形	71
表 3.3.3 各縣市長照交通接送補助基準分級表	75
表 3.3.4 長照十年計畫 2.0 規劃服務項目補助情形	77
表 3.3.5 社區整體照顧服務體系-A-B-C 服務說明一覽表	92
表 5.1.1 長期照顧管理中心設立目標與現況	113
表 5.1.2 照管中心之組織管理型式	114
表 5.1.3 2011 年~2016 年核定照管人員表	116
表 5.1.4 2011 年~2016 年照管人員平均服務案量表	116
表 5.1.5 照管人員薪資待遇	117
表 6.1.1 原住民與全體國民零歲平均餘命之比較	125
表 6.5.1 原鄉長照—中央與地方分工一覽表	143
表 6.6.1 長照十年計畫 2.0 原住民族長照資源佈建一覽表	146

表 7.1.1 中央與地方長照服務項目之補助比率	149
表 8.1.1 各地方政府結合在地單位推動長照服務採行方式	158
表 8.1.2 長照服務歷年補助經費	159
表 8.2.1 各相關部會 106 年度預算編列	167
表 8.2.2 衛福部長照 2.0 十年經費推估	168

第一章 人口老化與長期照顧政策

第一節 我國人口老化與家庭結構改變趨勢

我國隨著社會變遷與醫療衛生的進步，生育率與死亡率雙雙出現下降的趨勢，整體人口結構快速趨向高齡化，使得長期照顧（以下簡稱長照）需求人數也同步增加。同時因家庭的照顧功能逐漸式微，使得個人與家庭的照顧壓力日益加重，進而連帶產生社會與經濟問題，因此，建立完善的長照體制，已成為完備我國社會安全體系的關鍵議題之一。

壹、人口結構快速老化

我國自 1993 年起，已達聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會之標準，65 歲以上老年人口比率達 7.1%（149 萬 801 人），至今，老年人口比率持續攀升，幼年人口（0-14 歲）比率持續下降，截至 2015 年底，我國 65 歲以上人口比率為 12.5%（293 萬 8,579 人），0-14 歲人口比率為 13.57%（318 萬 7,780 人），「老化指數」自 1991 年 24.79% 一路升高至 2015 年 92.18%。

依行政院國家發展委員會（以下簡稱國發會）推估，我國將於 2018 年進入高齡社會，老年人口比率將達 14.5%（343.4 萬人）；2026 年邁入超高齡社會，老年人口比率將達 20.6%（488.1 萬人）；2061 年，老年人口比率將續升高至 38.9%（715.2 萬人），詳圖 1.1.1 及圖 1.1.2。

隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求與負擔也隨之遽增。

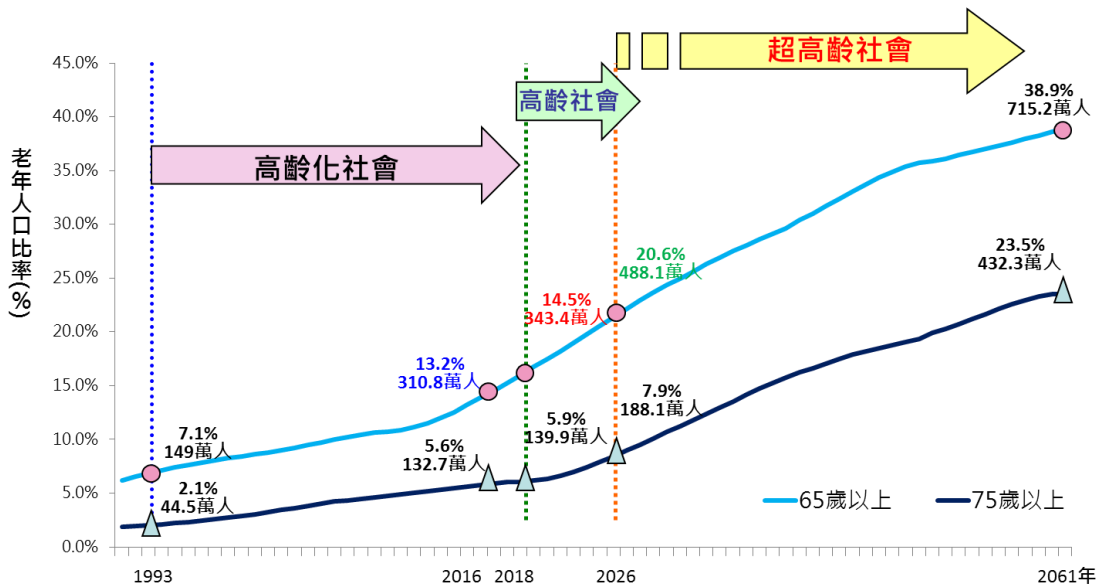


圖 1.1.1 老年人口占率趨勢

註：2018年以後之人口數據係推估值。

資料來源：

1. 國家發展委員會（2016）。中華民國人口推估（105至150年）數據—中推估。

取自 <http://goo.gl/d4kckk>

2. 內政部統計處（2016）。內政統計月報1.11資料歷年單齡人口數、人口年齡中位數。取自 <http://goo.gl/05L1A4>

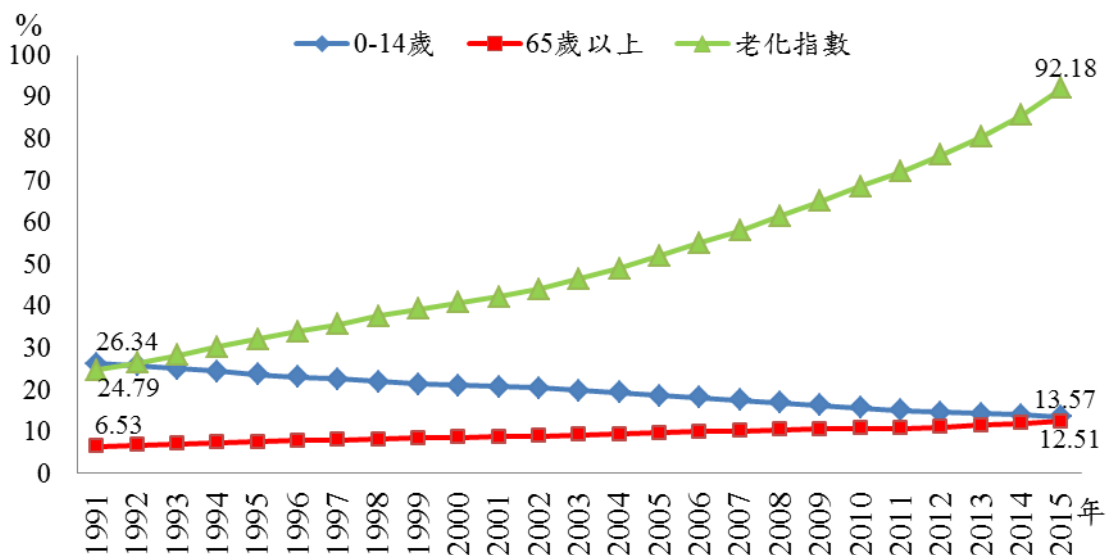


圖 1.1.2 人口結構老化趨勢比較

註：老化指數公式為65歲以上人口÷(0-14歲人口)×100%。

資料來源：內政部（2016）。歷年全國人口統計資料/06三階段人口及扶養比。

取自 <http://goo.gl/QhvgT>

貳、我國與國際人口老化速度比較

人口快速老化是世界各國人口結構變遷普遍的現象，惟受人口結構影響，各國人口老化的速度也不盡相同(Kinsella and He, 2009)（見圖 1.1.3）。目前日本及西歐國家 65 歲以上人口占總人口比率已超過 14% 以上，已是「高齡社會」，然各國自 7% 的「高齡化社會」增加至 14% 「高齡社會」的速度各有差異，日本需時 24 年、韓國 19 年、新加坡 20 年、美國 71 年、英國及德國 40 年~47 年，法國最長，為 127 年；預估我國老化速度將與日本相似，歷時 25 年左右。至於達到 20% 的「超高齡社會」¹，預估我國大約在 2026 年左右達到；再者，由高齡社會進入超高齡社會更縮短為 8 年，屆時即平均每 5 個人之中就有 1 位是 65 歲以上的老人（見表 1.1.1），顯示我國人口高齡化的歷程將愈來愈快，人口老化的速度遠較歐美各國快。而更為重要的是臺灣因應高齡社會的時間非常急迫。

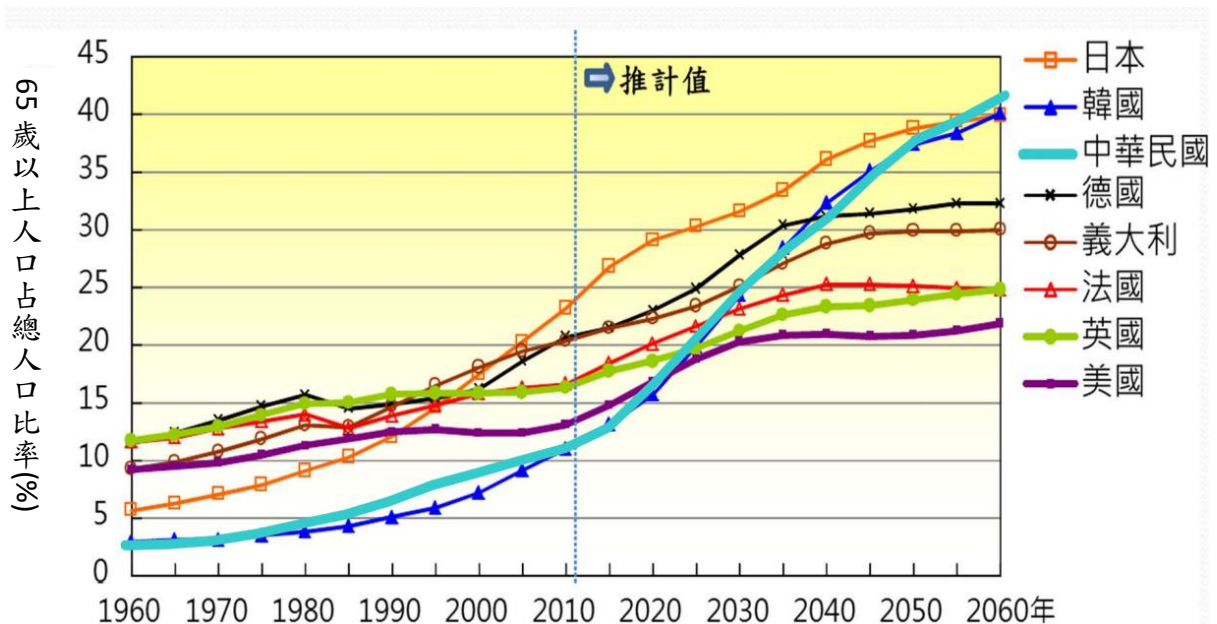


圖 1.1.3 65 歲以上人口占總人口比率

¹按國際慣例及聯合國等國際機構所稱之「高齡化社會」(Ageing Society)係指 65 歲以上老年人口占總人口比率超過 7%；而老年人口比率超過 14% 稱為「高齡社會」(Aged Society)；至於 65 歲以上人口比率超過 20%，即稱之為「超高齡社會」(Super Aged Society)。

表 1.1.1 高齡化及超高齡化所需時間之國際比較

國別	65 歲以上人口所占比率到達年度 (年)			轉變所需時間 (年)	
	高齡化社會 (7%)	高齡社會 (14%)	超高齡社會 (20%)	7%→14%	14%→20%
中華民國	1993	2018*	2026*	25*	8*
日本	1970	1994	2005	24	11
韓國	1999	2018*	2026*	19*	8*
新加坡	1999	2019*	2026*	20*	7*
香港 ¹⁾	1984	2013	2023*	29	10*
美國	1942	2013	2028*	71	15*
加拿大	1945	2010	2024*	65	14*
英國	1929	1976	2027*	47	51*
德國	1932	1972	2008	40	36
法國	1864	1991	2020*	127	29*
挪威	1885	1977	2036*	92	59*
瑞典	1887	1972	2017*	85	45*
荷蘭	1940	2005	2021*	65	16*
瑞士	1931	1985	2025*	54	40*
奧地利	1929	1970	2023*	41	53*
義大利	1927	1988	2007	61	19
西班牙	1947	1992	2021*	45	29*
澳洲	1939	2011	2034*	72	22*

註：

1.*表示中推估結果，其他無*表示為實際值。

2. 1)特別行政區

資料來源：國家發展委員會（2016）。中華民國人口推估（105 至 150 年）數據—中推估。取自 <http://goo.gl/d4kckk>

參、人口老化的多元差異

一、區域差異

通常在人口數較多的縣市中，其老年人口數也較高(Morgan & Kunkel, 2007)。依據內政部統計處(2015)資料之分析顯示，在臺灣 22 個縣市中，人口數最多的前三名縣市依序為新北市 (3,970,644 人)、高雄市 (2,778,918 人)、及臺中市 (2,744,445 人)；而在老年人口數方面，則依序為新北市 (429,175 人)、臺北市 (399,182 人)、及高雄市 (350,448 人)。然而，老年人口數較多，並不代表老年人口的比率也較高。

以新北市為例，其老年人口的數量雖然高居全臺第一名，但老年人口數占全縣人口數之比率，僅為 10.8%，而老年人口數排名第三的高雄市亦同 (占 12.61%)。至於老年人口比率最高的縣市為嘉義縣 (17.28%)，其次依序為雲林縣 (16.47%)、南投縣 (15.21%)、澎湖縣 (14.77%) 和臺北市 (14.76%) (內政部統計處，2015)。在 2012 年以前可能受到都市化之影響，農業縣的年輕人口，往就業機會較多的大都市移動，造成農業縣的人口老化程度較高，此與其他國家的情形也是相同的，老年人比起其他年齡者，較可能住在農村地區(Kinsella & He, 2009)。惟至 2015 年新調查結果，工業縣市、直轄市人口老化程度卻相對升高如臺北市，是否因臺北市整體生活資源優於其他縣市而影響，此須進一步探討。然而，城鄉的醫療福利的資源分配，仍存在不均等的現象，故農業縣市的老人福祉，值得特別的關注 (見圖 1.1.4)。

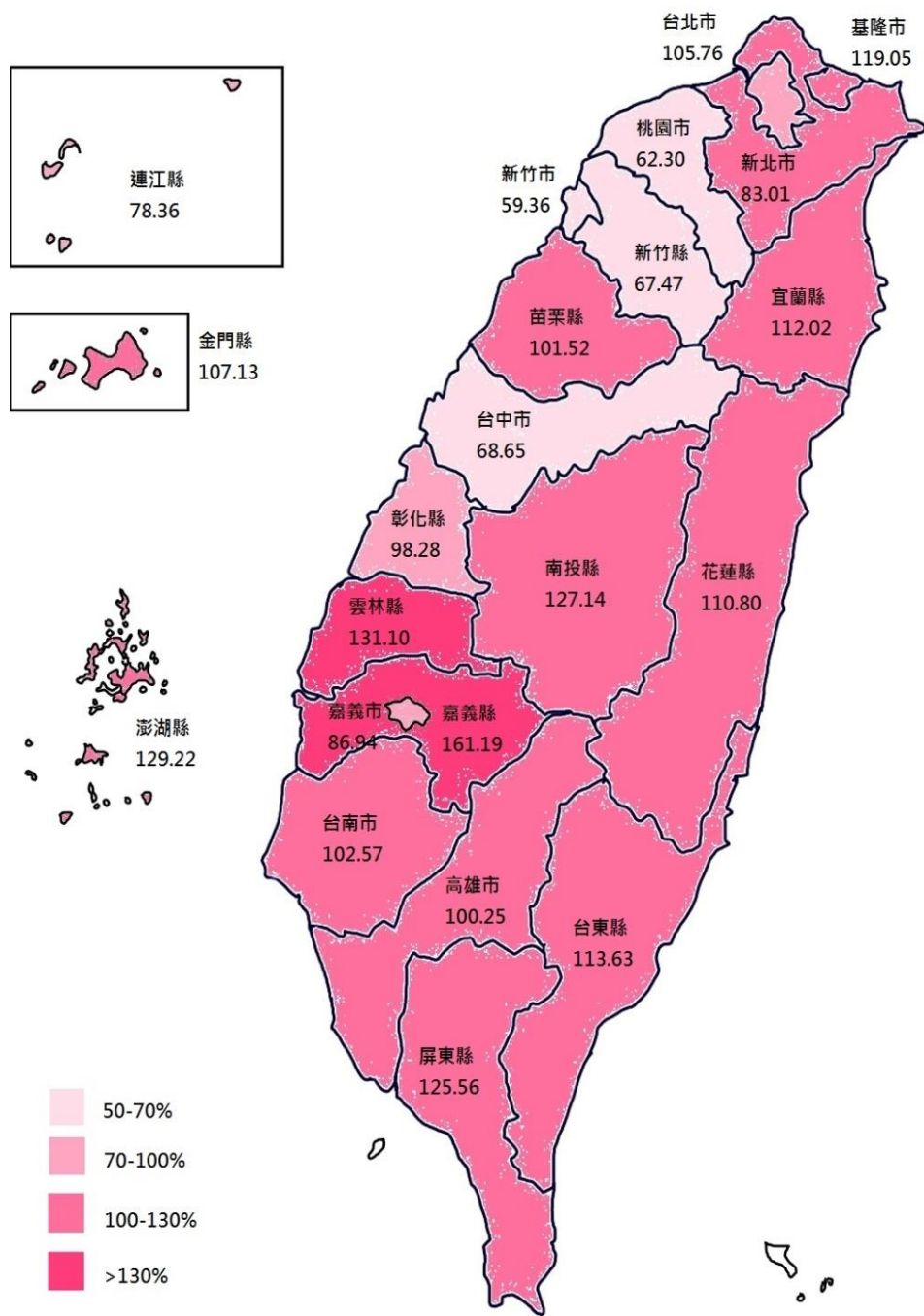


圖 1.1.4 臺灣各縣市 2015 年人口老化指數

二、性別差異

我國由於醫療衛生技術進步，使得死亡率大幅下降，國人平均餘命逐年穩定增加。依內政部統計處資料顯示，由 1957 年的 61.49 歲，提高至 2014 年底的 79.84 歲，其中男性平均餘命 76.72 歲，女性平均餘命 83.19 歲。整體變動趨勢，如圖 1.1.5。

一直以來，男性的平均餘命(life expectancy)²都較女性來得低，且兩性之差距有漸漸擴大的趨勢。1960 年時男性的平均餘命為 62.31 歲，女性為 66.40 歲，兩者相差 4.09 歲；然而至 2014 年時，男性平均餘命為 76.72 歲，女性 83.19 歲，兩者差距增為 6.47 歲。

平均而言，女性不僅比男性活得長，且經歷異於男性的老化經驗。依生命歷程的觀點，個體在生命週期中先前的選擇、制度的安排與機會事件，將會形塑生命的路徑；另也強調微視和巨視層次事件之連結，並重視人際關係網絡的影響(Moen, 2001)。因此，在生命歷程觀點的思維架構下，老人過去長時間所累積的教育程度、職業地位和其成就所衍生的收入、財富和健康條件，決定了老人今日的經濟生活水準（鄭、黃，2006）。此外，由於社會上仍然存在性別階層化的現象，女性相較於男性在生命歷程中，會歷經較大的限制與較少的資源機會，故在晚年易出現不利的效果，致使老年婦女的貧窮問題相對嚴重，故有「祖母貧窮」的警訊。

²平均餘命係指某人口群被期待的生命存活之平均長度的統計量，是一個人口群的平均經驗。

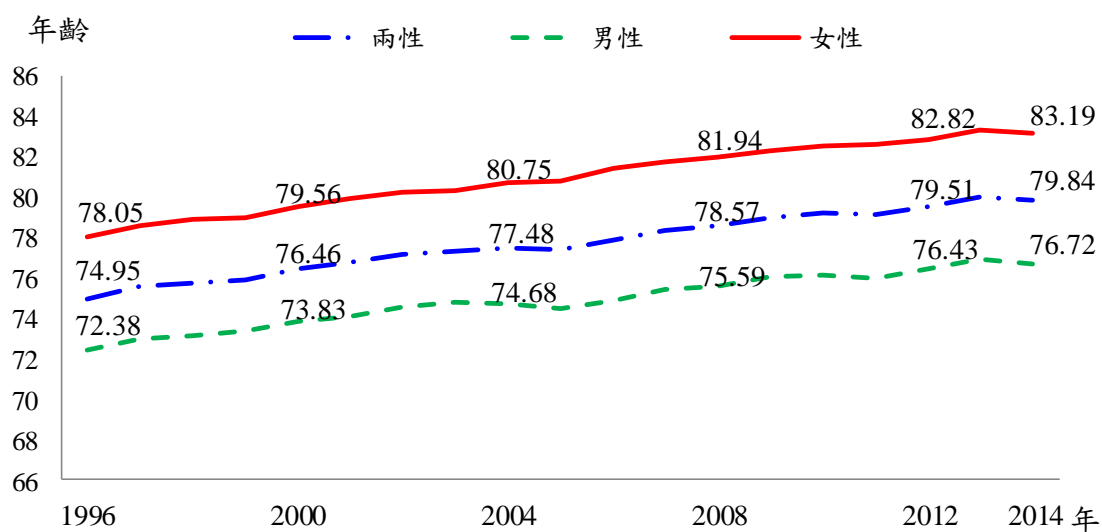


圖 1.1.5 國人平均餘命變動趨勢

註：統計範圍為臺閩地區，2005 年修正生命表編算方法並追溯修正至 1996 年。
 資料來源：內政部統計處（2015）。內政統計年報－簡易生命表。取自
<http://goo.gl/L7ZNa2>

三、族群差異

臺灣原住民族的平均餘命無論在兩性、男性或女性，皆比全體國民之平均餘命來得低。進一步比較不同地區原住民之差異，山地原住民較全體國民兩性平均餘命少 10.22 歲；男性少 11.84 歲，女性則少 8.88 歲。至於平地原住民較全體國民兩性零歲平均餘命少 6.06 歲；男性少 6.9 歲，女性則少 5.31 歲（表 1.1.2，內政部統計處，2014）。原住民族平均餘命較短的問題，必須經由改善其經濟條件、生活環境及公共衛生等方面來著手，尤應致力改善偏遠山區的醫療衛生水準，以消弭族群之間的差異。國內的研究顯示，不同省籍老人的健康情形，並沒有顯著差異。至於臺灣原住民與漢人的老年健康狀況、老年貧窮之差異等議題，則有待更多研究的探討。

表 1.1.2 不同地區原住民與全體國民平均餘命之比較

單位：歲

身分別	零歲平均餘命			零歲平均餘命差距		
	兩性	男性	女性	兩性	男性	女性
全體國民	79.84	76.72	83.19	-	-	-
全體原住民	71.60	67.28	76.00	-8.24	-9.44	-7.19
山地原住民	69.62	64.88	74.31	-10.22	-11.84	-8.88
平地原住民	73.78	69.82	77.88	-6.06	-6.90	-5.31

註：零歲平均餘命差距＝各類原住民零歲平均餘命－全體國民零歲平均餘命。

資料來源：內政部統計處(2014)。原住民簡易生命表。取自 <http://goo.gl/uQ1dRF>

肆、家庭結構改變

我國家庭結構快速改變，依內政部統計資料顯示，1996 年台灣地區家戶人數為 3.57 人，惟統計至 2015 年，家戶人數下降為 2.77 人(圖 1.1.6)，呈現逐年下滑之趨勢，亦可說明我國家庭照顧人力越來越少。

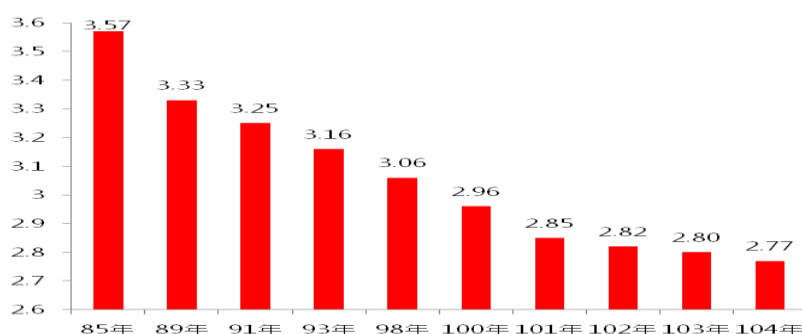


圖 1.1.6：台灣地區家戶人數變動趨勢

此外，伴隨我國長照需求增加，家庭照顧負荷沉重，依據「民國 102 年老人狀況調查報告」(2014)顯示：老人在日常生活起居活動有困難者中高達 63.3% 的老人係在家由家人照顧。另有調查指出，逾四分之一的照顧者因照顧失能者有「壓力性負荷」，又未來家戶人數持續減少之趨勢，女性勞動參與率日漸增加，皆導致家庭照顧功能更趨薄弱，照顧者負荷日漸沉重，爰此規劃長照制度以支持家庭照顧能力，回應人口老化需求，有其必要性。

第二節 長期照顧需求快速成長

隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求也隨之遽增。

壹、長期照顧服務對象

首先回顧長期照顧的定義，在過去的相關文獻中，對於長照的界定較常被採用的是 Kane & Kane(1987)的定義：長照乃指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人、與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力；而 Weissert(1991)則更廣義地定義長照之服務對象包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供（吳等，1998）。

整體而言，長期照顧是提供給需要協助的個人（因身體或心智失能）予多元性的、持續性的健康及社會服務；服務可能是在機構裡、護理之家或社區之中提供；且包括由家人或朋友提供的非正式服務，以及由專業人員或機構所提供的正式服務。

對於長期照顧的需求，通常以下列三類功能損傷程度做為評估依據：

- 一、日常生活活動功能(activities of daily living, ADLs)，如進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等。
- 二、工具性日常生活活動功能(instrumental activities of daily living, IADLs)，如做家事、清洗、烹飪、洗衣、購物、理財、室外行動等。
- 三、心智功能。

總括來說，吃飯、上下床、更換衣服、上廁所、洗澡、室內外走動等日常生活功能，或是煮飯、打掃、洗衣服等工具性日常生活活動功能受損，以及認知功能障礙等，以致需要由他人提供照顧服務者，都是長照的對象。

貳、長期照顧需求人口數推估

歷年的長期照顧需求調查結果因涵蓋對象及評估指標等調查方法上的不同而有些許差異，但仍可看出長照需求有逐漸增加的趨勢。李世代等(1999)的調查結果指出 65 歲以上老人的失能率約介於 2.9% 至 5.4% 之間；吳淑瓊等(2002)的全國長照需要評估調查則發現 50 歲以上人口的長期照顧需要盛行率達 7.3%；2010 年的戶口普查資料則顯示我國老年人的長期照顧需要率為 12.7%。以戶口普查資料結果進行推估，指出我國長期照顧需要人數將由 2017 年的 55 萬 7 千餘人，至 2026 年增加至 77 萬人以上，其中 65 歲以上老人所占比率更是逐年上升，而 65 歲以下者的需要人數則是大致持平（圖 1.2.1）。

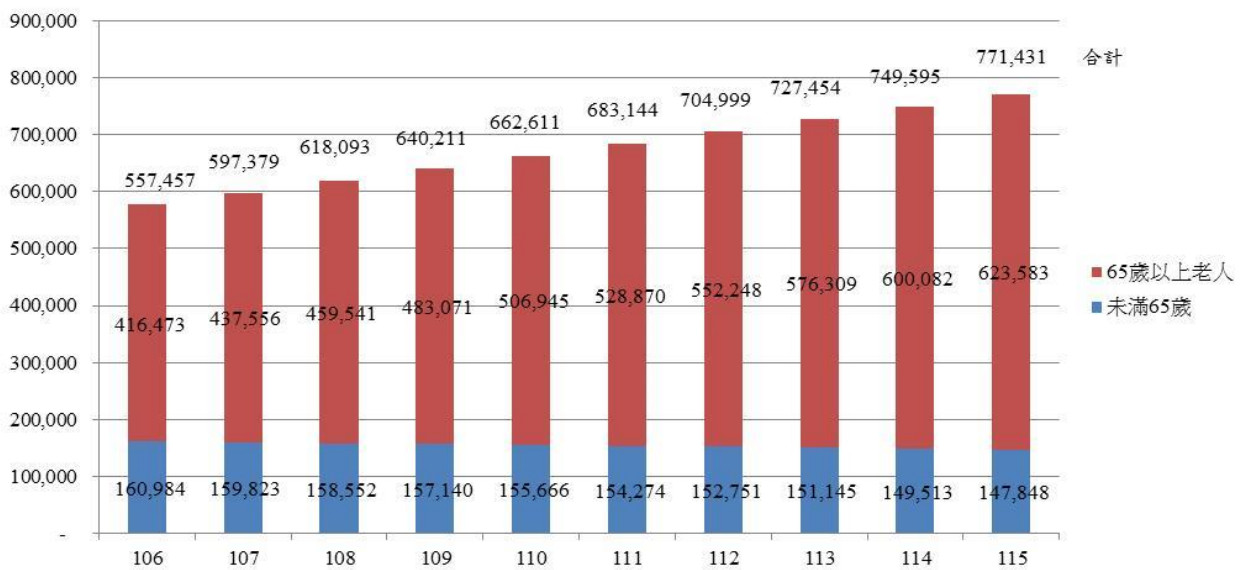


圖 1.2.1 長期照顧需要人口推估

第三節 長期照顧政策發展趨勢及策略

因應人口老化對個人與社會，在個人健康與功能，以及整體照顧體系及財務負擔上等各個面向與層級所帶來的挑戰，各主要國際組織如世界衛生組織(World Health Organization, WHO)及經濟合作暨發展組織(Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD)皆陸續提出宣示性政策文件，揭示對人口老化及老年照顧體系之重視，並對採行的因應策略提出政策上之建議。其中世界衛生組織(WHO)方於2016年第六十九屆世界衛生大會中通過決議(第三號決議文，WHA 69.3)，提出了「老化與健康之全球策略及行動計畫(Global Strategy and Plan of Action on Ageing and Health)」(WHO, 2016)，文中開宗明義提出對於老化的前提觀點，指出老化是一個具有價值的過程，但同時也必須承認在這個過程中也會出現一些重要的損失，這些損失有些是可以避免的，但有些則是必然的。健康的老化不是要全力抗拒這些挑戰，而是尋求從這些挑戰或損失中恢復、適應，並維持尊嚴的方法。縱觀這份全球策略及行動計畫的指導原則，則包括：(1)人權原則，包括老年人有權利達到最好的健康；(2)性別平等原則；(3)平等與無歧視原則；(4)公平原則；(5)代間連帶原則。在上述原則之下，「老化與健康之全球策略及行動計畫」對人口老化與健康提出了五大策略性目標，其中策略目標四正是「發展永續公平的長期照顧體系(居家、社區、機構)」，而策略目標三則是「依老年人口的需要來調整健康照護體系」。顯示長期照顧與健康照護同為使老年人口達到理想生活與福祉的兩大柱石。

發展永續公平的長期照顧體系的重要性及意義不僅限於滿足個人的需要、減輕家庭與社會的照顧壓力；更根本的意義在於，雖然許多人難以避免在人生的某個階段經歷身體機能的下降或損失，特別是在老年階段。然而，作為對健康的權利的一部分，已發生身體機能損傷或有此風險的老人當然有權利獲得可以使其維持其最佳功能狀態

的照顧和支持，而這也是其基本人權、自由，與身為人的尊嚴的一部分。世界各國需要長期照顧的老人人口正快速增加；同時可以提供照顧的年輕人口群所佔比例卻正下降中。此外，傳統上擔任家庭照顧者角色的女性，也愈來愈多的投入其他經濟生產的社會角色。故已經不能再繼續期待單獨依靠家庭的力量來滿足老人的照顧需求。因此，無論是已開發國家或發展中國家，都需要建立全面性的長期照顧體系，提供居家式、社區式、機構式等不同類型的長期照顧服務。一個完整的長期照顧體系不僅可以滿足老人的照顧需要，更可以解放女性使其可以追求她重視的價值，以及減少對急性醫療資源的不當使用、幫助家庭免於因為照顧所需費用而落入貧窮。此外，透過代間共同分擔長期照顧的風險與成本，可以促進社會凝聚。而發展長期照顧體系有兩大基礎原則應視為前提：第一，即使是處於已有顯著的功能衰退的狀況下，老人仍然擁有生活，有權利也擁有實現其個人對福祉、意義，與尊重的渴望。第二，老化的過程中，可能出現功能的衰退，但也可能出現改善或延緩衰退的軌跡。長期照顧體系必須可以使因功能衰退所造成的損失降到最小，使無論在何種發展軌跡上的人都能最理想的發揮其能力。

策略目標四「發展永續公平的長期照顧體系」之下，包含了三大優先行動領域，建議各國政府作為發展其長期照顧體系時必須納入的政策考量。除了建議各國政府的具體策略之外，也在各個優先行動領域下都分別提出了世界衛生組織層次和國際合作層次應採取的行動，然此部分於本計畫書則先不詳述。以下分別對「發展永續公平的長期照顧體系」須採取的三大優先行動領域，說明在國家政府層次應採取的行動進行說明。

一、建立永續、公平的長期照顧體系的基礎，並持續地加以促進

- (一)將確保長期照顧服務的可近性界定為是基本人權，並且在群體健康議題上具有優先性。

- (二)應對基礎服務設施的發展加以管理，以確保長期照顧也被涵蓋在全民健康照護的服務範疇內。
- (三)界定適當的照顧模式，以增進已經有功能損傷或有此風險的老年人的功能能力及福祉。
- (四)界定並落實長期照顧資源提供的永續性機制。
- (五)集合相關利害關係人(stakeholders)，包括老年人與照顧者，共同規劃永續公平的長期照顧體系，包括服務提供、財務及人力資源、規範與監管，以及界定各方的角色與責任。
- (六)促進各方關鍵利害關係人彼此間的合作，包括被照顧者及其照顧者、非政府組織、公部門與私部門，以共同發展長期照顧。

二、建立工作人力的能力，並支持照顧者

- (一)發展並執行可以支持無酬非正式照顧者的策略，如提供其所需的資訊、訓練，和喘息服務，以及彈性的工作安排或照顧假等措施。
- (二)建立訓練專業照顧人力的國家標準。
- (三)透過訓練與工作移轉來發展長期照顧人力，並納入男性、年輕族群、非家庭成員，如志工和朋友同儕等人力。
- (四)改善工作條件、酬勞以及職涯發展機會，以吸引並留任有酬照顧者。
- (五)對現職有酬照顧者提供繼續教育、督導以及其他支持。

三、保障以人為中心的、整合式的長期照顧的品質

- (一)確實發展並執行為了提供以人為中心的、整合式長期照顧所須的國家照顧標準、指引、運作手冊，以及評鑑機制。
- (二)確實建立以人為中心的整合式長期照顧的正式機制，例如藉由照顧管理、預立照顧計畫(advance care planning)，以及正式

與非正式照顧者的合作等機制。

(三)確保對創新輔助科技有適當的應用，以及有可負擔得起的可近性，以提升長期照顧需要者的功能能力與福祉。

(四)確保長期照顧服務是高齡友善的、符合倫理的，並可提升老年人與照顧者的權利。

(五)特別著重於被照顧者的功能能力與福祉等照顧結果，對長期照顧服務進行持續的監測與提升。

世界衛生組織的成員國包括各層級不同發展程度的國家，故其對長期照顧政策及行動策略的建議可視為比較一般性、整體性的。而經濟合作暨發展組織(OECD)的成員國大致上是經濟發展程度較高的國家，包括美國、日本、德國、義大利、瑞典、西班牙、法國、英國、荷蘭，與南韓等國。從 OECD 國家的長期照顧政策發展趨勢，可以從中學習到我國未來可能的方向及因應。Swartz (2013)的文章中，分析上述 OECD 國家的老年支持政策的變化趨勢，其中尤以長期照顧政策為重點。作者從五大面向來分析各國長期照顧政策的異同，包括：(1)將老年照顧視為個人責任或社會共同責任；(2)採殘補福利制(只照顧窮人)或全面涵蓋制(有照顧需要的都進入，無論經濟狀況)，或混合制(又稱社會安全網，有需要者都符合獲得服務的條件，但依經濟狀況不同而有不同的部分負擔)；(3)由政府來決定照顧需要和服務提供方式的程度；(4)財源與永續性；(5)不同服務機構及部門間的協調與整合程度。整體來說，雖然各國在長期照顧的各項制度上都有相當大的差異，但卻可以觀察到幾個共同的發展趨勢：

(1)朝向在地老化的方向，讓老年人在居家、社區中就可以獲得服務，減少機構化。

(2)讓民眾對於服務提供者有更多元的選擇。

(3)中央對地方政府提供較多的財務補助，以降低獲得服務的不公

平性。

- (4) 各國都努力減緩長期照顧支出的成長速度。因為若不盡力控制費用，各國的長期照顧體系將難以永續經營。各國對長期照顧費用控制所採取的措施包括不再新增補助服務項目、只補助需要程度最嚴重的人、不再提高對服務提供者的支付費率。但必須注意的是這些措施也導致了長期照顧服務提供者的數量減少、個人及家庭的負擔增加等後果。
- (5) 各國都共同面臨迫在眉睫的長期照顧財務永續性的問題。原因之一是近年各國都經歷了嚴峻的經濟衰退危機，造成年輕族群的高失業率或低度就業問題，無法負擔高額稅率來支撐長期照顧體系。這也是目前仍無最佳解方的難題。

王卓聖(2013)探討OECD國家之長期照顧政策改革的文章中也指出了幾個各國共同的方向，包括：建構連續性照顧體系，強化服務間的整合、朝向符合個人偏好導向的長照體系發展、對照顧品質的管理與提升，以及調整財源籌措方式以因應長照財務壓力等。從這些探討OECD長期照顧政策發展方向的文獻中，可以發現財務永續性以及整合式照顧體系的建構尤為各國皆十分重視的二項議題。

由世界衛生組織(WHO)提出之長期照顧體系發展方向及策略，以及經濟合作暨發展組織(OECD)整理的各國發展經驗，吾人可知我國現階段的長期照顧體系應以加速發展長期照顧資源，提升長期照顧需要者對服務的可近性為首要目標。並以在地老化為原則，加強居家、社區式服務的發展為優先；接下來則需要將照顧品質，提升服務提供體系的效率等納入為重要議題。其中整合式照顧體系的發展與建立則是橫跨各個發展階段的核心重點。

第四節 長期照顧體系的整合模式

在高齡社會裡為促進長期照顧體系的銜接與整合，各國紛紛採取不同的策略，其中以日本的整合照顧模式和美國的老人全包式照護計畫(PACE)廣被討論，以下摘要其作法。

壹、日本社區整體照顧模式

一、發展背景

日本社區整體照顧模式之推動，係因自 2000 年 4 月實施介護保險後面臨以下課題：

- (一) 需要照顧者與輕度失能者逐年增加，保險財政負擔加重。
- (二) 居家照顧服務缺乏夜間及緊急服務，無法滿足需求。
- (三) 對失智症老人之照顧擴增。
- (四) 保險給付持續擴大，在保險費負擔公平原則下，謀求永續經營之可行性。

日本厚生勞動省（以下簡稱厚生省）為有效解決介護保險實施後所面臨之各項課題，乃於 2005 年介護保險第一次修正定調為 5 大面向：「建立預防重視型體系」、「檢討機構給付」、「建立新型服務體系」、「提升並確保服務品質」、以及「檢討保費負擔及制度運作面」，其中「建構社區型整體照護體系」及「設立社區密合型服務體系」即為「建立新型服務體系」之重點工作（呂，2008；李，2016）。

二、服務模式的宗旨及目的

社區整體照顧模式之基本理念，係期望能在失能長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，建構「結合醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等各項服務一體化之照顧體系，藉此達到保障失能長者在其熟悉之生活圈內，維護應有生活尊嚴權利之目的（曾、呂，2013），讓即使成為重度需照護的人，也能在自己

住慣的地方過自己想要的生活，一直到生命的最後。

- (一) 醫療：結合照顧與醫療資源共同提供服務，例如提供全天候居家醫療（如：抽痰）、訪問看護，以及復健等相關服務。
- (二) 介護（即照顧）：擴大或改善現有照顧服務內容，例如增設照護機構、開辦全天候定期巡迴，以改善現有居家照顧服務品質。
- (三) 預防：致力推動各項預防工作，防止或減輕老人發生失能。
- (四) 生活支援：由於老人失智、獨居之情形日益嚴重，為確保其日常生活及財產之安全與安定，除應提供送餐、陪伴等生活支援服務外，更應推動保障其基本權益之相關措施。
- (五) 居住：設置老人專用租賃住宅，避免獨居老人因失能程度嚴重，而需入住離家遠之照護機構。

為了推動社區整體照顧模式，2012 年介護保險法之修正重點有：

1. 創設 24 小時的巡迴服務
2. 推動複合型服務
3. 針對需要支援者開辦照顧預防、日常生活支援服務

至於 2015 年的另一項修法重點為：為落實整體照顧模式之建立，強調社區支援事業的充實；另全國一致將預防照顧移給市町村的社區支援事業來辦理。

三、執行組織及人員

社區整體照顧模式的運作關鍵，即為「社區整合支援中心」，其由鄉鎮區等基層行政組織自行設立或委託其他機構營運，其設置目的係結合介護保險服務、醫療、社工福祉與綜合保健等多專

業人員與志工等社區資源，維持社區居民身心健康及生活安定而提供必要之服務，進而提升醫療保健水準及增進社會福祉之整體性支援活動。

社區整合支援中心內主要配置 3 類專業人員，即保健師（相當於我國之公衛護士）、主任級介護支援專員(care manager)及社福人員，共同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「介護預防」、「介護支援」等四項業務；其中「綜合諮詢」及「權利保障」業務係由社福人員負責，「介護預防」業務由保健師負責，「介護支援」則由主任級介護支援專員負責(呂，2008；曾等，2013；李，2016)。

四、服務對象

服務對象為介護保險之被保險人，被保險人失能等級經介護保險判定為要介護 1~5 級之被保險人，得使用社區密合型服務及其他介護保險給付服務；其餘失能等級為要支援 1、2 級，或不符合保險給付資格而有需求者，可向社區整合支援中心提出申請，並進行評估及訪視面談後，依其需求得使用介護預防服務及其他相關服務（呂，2008；呂、曾、葉、劉，2014）。

五、服務範圍、項目或內容（李，2016）

(一) 介護給付（失能等級為要介護 1~5 級者）：

1. 介護保險給付服務項目
2. 社區密合型服務（2006 年創設）

(二) 介護預防服務（失能等級為要支援 1~2 級者）：

1. 居家式服務
2. 社區密合型服務（2006 年創設）

(三) 社區支援業務（不符合失能等級判定者）：主要包含「預防照顧」及「日常生活協助」兩種服務項目，如：

1. 提升運動器官機能

2. 營養改善
3. 口腔機能向上
4. 認知症預防、支援
5. 訪問型照護預防事業

六、服務模式及流程

社區整合支援中心之營運流程，是由該市有需求之居民（被保險人）向社區整合支援中心單一窗口申請服務，由支援中心內之專業人員共同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「介護預防」、「介護支援」等 4 項業務（呂，2008；曾等，2013）。

七、財源/經費規模（厚生省，2013）

- (一) 社區整合支援中心：係屬社區支援業務之一環，財源受到介護保險、國家、都道府縣等經費分配比例之限制。
- (二) 社區密合型服務：係來自於介護保險費及使用服務之部分負擔費用。介護保險自 2015 年起取消失能等級要支援 1 級及 2 級者之介護預防給付，轉由地方政府之介護預防計畫提供相關服務。

八、實施成果

社區整合支援中心從 2006 年 4 月起，至 2008 年 3 月底止為籌設期，從 2008 年開始全面正式營運。截至 2012 年 4 月，全日本共設有 4,328 個社區整合支援中心。

由厚生省統計資料觀之，社區整體照顧模式之實施，不僅降低了機構式服務的使用率，也減少了機構式服務之保險給付。

日本 2006 年推動社區整合性照顧計畫，創設社區密合型服務，嗣後，使用機構式服務之人數占率呈現下滑趨勢，自 2006 年的 22.8% 降至 2013 年 18.5%；而居家式服務呈現微幅增加之趨勢，從 2006 年的 72.8% 上升至 2013 年 74.1%。2006 年時，使

用社區密合型服務的被保險人占全體的 4.5%，截至 2013 年已增至 7.3%。

其次，從保險給付的分配來看，2000 年時機構式服務占全體支出的 66.1%，居家式服務占 33.9%。2013 年時機構式服務降至全體支出的 35.1%，居家式服務與社區密合型服務合計占全體支出的 64.9%（曾等，2013；厚生省，2014）。

由日本建立社區整體照顧模式的經驗可以觀察到，其從推動起始至開始全面正式營運，期間經過了兩年的籌備期，之後又經過長達四年的努力，才達到社區整合支援中心在全國有 4 千 3 百多個佈點的成果。此經驗可以作為我國設定本計畫相關目標期程之參考依據。

貳、美國老人全包式照護計畫

一、發展背景

The Program of All Inclusive Care for the Elderly(PACE)於 1971 年由美國華裔（廣東人）社區牙醫師 Willian Gee 及社工師 Marie-Louise Ansak 發起，是開創整合管理照顧系統(integrated managed care system)的先鋒。

因當時華人在文化及觀念上較不傾向將長者送到護理之家接受照顧，因此當地非營利組織「安樂居老人健康服務」(On Lok Senior Health Services)於 1973 年在中國城成立，發展出結合社區日托及醫療的照護機制。1979 年 PACE 被納入低收入戶醫療救助(Medicaid)給付，隨後於 1997 年立法納入老人醫療保險(Medicare)和低收入戶醫療救助(Medicaid)的正式服務項目（張、吳，2014）。

美國政府希望透過論人計酬的財務誘因，由 PACE 單位統籌運用服務對象在老人醫療保險和低收入戶醫療救助所能得到的

給付。PACE 給予承辦單位服務創新及財務運用彈性。PACE 單位需負責服務對象所需的全部醫療與長期照顧，讓失能老人，盡可能留在社區接受居家及社區式整合照顧服務（張、吳，2014）。

二、服務模式之宗旨及目的

(一) 讓有慢性照護需要的長者及其家人儘可能在自己的社區中接受服務，是讓長者感到幸福的較好方式。

(二) 希望整合醫療和長期照護的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供完整全人照顧，盡量讓失能老人留住社區，減少失能老人進住機構的機率。

三、執行之組織及人員

(一) PACE 計畫由聯邦醫療保險與醫療救助中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)、州衛生部(Division of Medical Assistance, DMA)，以及執行 PACE 的服務單位三方共同執行；由 DMA 界定該組織之服務範圍、CMS 做最後審核(Shaw,2014; North Carolina's Division of Medical Assistance,n.d.)。

(二) 各承辦單位設立日間照顧中心，以其為服務主軸，提供老人基層醫療門診、復健治療、活動參與、營養餐飲等，每週定期接送服務對象前來中心數次，參與活動並接受必要的治療與照顧（張、吳，2014）。

(三) 承辦單位自行或由合約醫院診所，提供各式居家與機構式長期照顧服務，以及門診、住診與急診服務，期能滿足失能老人多元服務的需求（張、吳，2014）。

(四) 計畫管理員(Program Manager)協調整合各專業工作人員，如：

1. 醫師、護理人員、物理治療師(PT)或職能治療師(OT)、照

顧服務員(Home Care、Personal Care)、營養師、社工師、娛樂服務及交通接送人員等。

2. 以 Oregon 州的 ElderPlace 實驗社區為例，每個日照中心約照顧 160-200 名服務對象，配置人力約 35-40 人。

3. 跨領域專業團隊(Inter-Disciplinary Team, IDT) ，提供 Medicaid 及 Medicare 給付的醫療服務及其他許可項目內的服務。醫療照顧完全由家庭醫師負責，並以日照中心配合專業團隊（包括醫療、復健、護理與社工等專業），提供全面性、整合性的服務、協助和醫療護理。

四、服務對象

(一) 55 歲以上

(二) PACE 服務區域內的居民

(三) 失能程度符合入住護理之家標準

(四) 在加入 PACE 計畫時，能安全於社區中生活者

服務對象通常是具有 Medicare 和 Medicaid 雙重資格者，若無 Medicaid 資格則需自付費用。

五、服務範圍、項目或內容

(一) 門診及急診

(二) 醫療病房

(三) 復健服務

(四) 休閒娛樂活動

(五) 成人日間照顧中心

(六) 沐浴及個人照顧

(七) 交通接送服務

(八) 營養服務及供餐

(九) 檢驗及檢查服務

六、服務模式及流程

- (一) 由跨領域團隊(IDT)評估服務對象照顧需要，並與服務對象及其家人共同擬訂照顧計畫，除醫療外亦包含社會、文化、功能等層面的照顧，給予整合性服務並監測服務提供情形。
- (二) 服務地點可以是 PACE 中心、家宅、急性醫院、護理之家等。
- (三) 鼓勵並支持服務對象參與社區活動，減少或避免不必要的機構式照顧，滿足在地老化的心願、提高生活品質。
- (四) 以 IDT 的方式提供服務，工作包括：評估需要、服務輸送及照顧管理。
- (五) IDT 共享資訊、互相交流。並以完整的電子病歷支援支援以人為本的照顧計畫。
- (六) IDT 會定期或於服務對象情況改變時進行評估。
- (七) IDT 的評估：
 1. 護理人員－以 Braden Scale 評估壓瘡之風險。
 2. 物理治療(Physical Therapy, PT)人員－以 Briggs 評估跌倒之風險。
 3. 職能治療(Occupational Therapy, OT)人員－功能的評估，包括：ADLs、IADLs 及居家安全。
 4. 社工人員－認知功能評估 (Montreal Cognitive Assessment)、老年憂鬱量表(SGDS)、精神評估量表(FICA)。
 5. 活動治療(Action Therapy)人員－評估休閒及社會支持的需要。

七、財源/經費規模

採論人計酬支付模式，其費用中大約 1/3 來自聯邦老人健康保險(Medicare)，約 2/3 來自州政府主導的低收入戶醫療救助(Medicaid) (健保署，2015)。

Medicare 的支付計算方式按州政府稅收情況和服務對象嚴重等級來計算，最後再根據風險程度來調整其支付的費用。

Medicaid 的支付計算方式則由當地州政府和 PACE 承辦單位去協調並定期簽訂合約。合約期間論人計酬的費用是固定的，不會隨服務對象健康狀態變化而有所不同。

八、實施成果

截至 2016 年 3 月 1 日，全美共有 118 個 PACE 的計畫在執行，分布在 32 個州，服務 32,000 名失能者(National PACE Association, 2016; Cortes, TA., & Sullivan-Marx, EM., 2016)。

PACE 服務模式整合急性、慢性及長照服務資源，讓服務對象有較長的壽命、較佳的健康狀況及更好的生活品質。可以讓服務對象維持居住在社區且讓服務對象延緩 2 年時間入院或入住機構(Cortes, et al. 2016)。

相較於非 PACE 服務使用失能老人，PACE 服務對象有較高的門診使用率、較低的護理之家入住率及入院率、較低的身體功能衰退率，及較佳的自覺健康狀況與生活品質(Cortes, et al. 2016)。

參、小結

從表 1.4.1 可知，美國 PACE 的對象是重度失能者，而其目標是減少或避免不必要的機構式照護，並以日間照顧中心為服務據點，透過跨專業團隊提供服務對象全面性整合式的服務、協助，以及醫療護理服務。而日本則是以失能老人為主，另再擴大涵括失智及獨居老人為對象，試圖建構結合醫療、介護、住宅、預防，以及生活支援之照

顧體系。此外，由社區整合支援中心之專業人員共同執行「綜合諮詢」、「權利保障」、「介護預防」，及「介護支援」等四項服務，主要的功能是在照顧預防和生活支援計畫之擬訂。而社區整合支援中心的營運單位，約近3成由行政單位直接設立，7成採委託經營的模式；而委託的對象以社會福祉法人居多，其次則是社會福祉協議會，再者是醫療法人。至於實施效益方面，無論是日本的社區整體照顧模式或美國的PACE計畫，在降低機構式服務的使用和費用方面，都有明顯的成果。

此外，從美國實施PACE可以觀察到的另一經驗是，由於PACE的服務對象必須符合同時具有Medicare與Medicaid雙重資格，且失能程度達可入住護理之家的重度等級者，再加上此方案採自願加入性質。以上這些因素造成了PACE的服務人數一直相當有限，無法全面擴大施行（張、吳，2014）。

總結日本的社區整體照顧模式與美國PACE發展經驗，可以瞭解欲建構可以支持在地老化目標的多元性、整合式照顧體系的過程需要相當長時間的持續投入與努力，經過幾年的籌備期與推廣期，才可能臻至成熟的全面性實施。故我國長期照顧十年計畫2.0的推動必須更加全力投入，加速建設，始能達成目標。

表 1.4.1 日本與美國長期照顧體系之整合模式比較

模式	日本-社區整體照顧模式	美國-老人全包式照護計畫(PACE)
組織及運作	<ul style="list-style-type: none"> ●以社區整合型服務中心為服務主軸，在失能老人住家車程 30 分鐘範圍內（約為一個中學學區），建構結合醫療、介護、住宅、預防、生活支援等各項服務一體化之照顧體系。 ●社區整合型服務中心由指定專業人員組成團體共同營運，再分別整合介護預防、介護支援服務，並提供綜合諮詢、權利保障等業務項目。 	<ul style="list-style-type: none"> ●由聯邦醫療保險與醫療救助中心、州衛生部，以及 PACE 承辦單位三方共同執行。 ●PACE 承辦單位設立日間照顧中心，自行或由合約醫療機構，提供各式居家與機構式長期照顧服務。 ●PACE 計畫管理員協調跨專業團隊提供許可項目內的服務。
服務對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主要服務對象為介護保險之給付對象 <ol style="list-style-type: none"> (1) 失能等級為「要介護」1~5 級者 (2) 失能等級為「要支援」1~2 級者 2. 非介護保險給付對象：不符合失能等級判定之老人 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 55 歲以上 2. PACE 服務區域內的住民 3. 失能程度符合入住護理之家標準 4. 加入 PACE 計畫時，能安全於社區中生活者
工作團隊	<ol style="list-style-type: none"> 1. 社區整合型服務中心含 3 類專業人員：保健師（公衛護士）、主任介護支援專員(care manager)、社工人員。 2. 服務提供單位及提供服務之專業人員。 	<p>包含計畫管理員、家庭醫師、護理人員、物理治療師或職能治療師、照顧服務員、營養師、社工師、娛樂服務及交通接送人員等。</p>
服務項目	<ul style="list-style-type: none"> ●介護預防服務（失能等級為要支援 1~2 級者）： <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家式服務 <ol style="list-style-type: none"> (1) 居家型 (2) 居住型(3)其他 2. 社區密合型服務（2006 年創設） ●社區支援業務（不符合失能等級判定者）：主要包含「預防照顧」及「日常生活協助」兩種服務項目，如： <ol style="list-style-type: none"> 1. 提升運動器官機能 2. 營養改善 3. 口腔機能向上 4. 認知症預防、支援 5. 訪問型照護預防事業 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 門診及急診 2. 醫療病房 3. 復健服務 4. 休閒娛樂活動 5. 成人日間照顧中心 6. 沐浴及個人照顧 7. 交通接送服務 8. 營養服務及供餐 9. 檢驗及檢查服務

第二章 我國長照十年計畫 1.0 之執行與檢討

第一節 長期照顧制度發展脈絡

我國長期照顧相關政策發展軌跡起於 1980 年代，在此之前皆倚靠家庭與民間志願服務力量提供老人照顧、長期照顧之服務，且當時大多為未立案之機構式安養機構，整體社會長期照顧資源甚少。隨著醫療科技進步，國人平均餘命增加，人口老化趨勢逐漸加速，政府隨即意識到人口老化所帶來家庭與社會的衝擊，促使我國益加重視老人及長期照顧相關政策，並分別從不同行政體系、研究發展規劃我國長期照顧政策，回應人口老化之需求。

回顧社會行政體系長照政策（林，2016；陳，2011），人口老化政策係以 1980 年公布實施的「老人福利法」為始點，其後陸續公布「社會福利政策綱領」（1994 年）、「加強老人安養服務方案」（1998 至 2007 年）、「照顧服務福利及產業發展方案」（2002 至 2007 年）等重大政策，並修訂「老人福利法」（1997 年、2007 年）、「社會福利政策綱領」（2004 年）及「臺灣健康社區六星計畫（2005 至 2008 年）」等；回顧衛生行政體系長照政策，亦陸續執行「建立醫療網第三期計畫」（1997 年）、「老人長期照護三年計畫」（1998 年）、「醫療網第四期計畫」（新世紀健康照護計畫）（2001 至 2005 年）、全人健康照護計畫（2005 至 2008 年）。

據此，我國長期照顧制度建構方向從行政體系各自發展之政策，逐漸朝向整合長期照顧相關部會政策與資源之方向。有鑑於長期照顧業務涵蓋社會行政與衛生行政主管機關，包括服務內涵、設施設備標準、專業人員法規等皆有所不同，行政院社會福利推動委員會即於 2000 至 2003 年推動「建構長期照護體系先導計畫」，進行三年期的社區實驗計畫，以實驗多元化服務方案與設施，整體勾勒出我國長期

照顧體系之策略藍圖。其中，更於 2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」，透過內政部 2005 年進行五項「我國長期照顧制度規劃研究委辦案」之研究報告，並於 2006 年專案補助臺灣社會工作專業人員協會進行「我國長期照顧十年計畫規劃報告」，而後召開多次工作會議與焦點團體討論，依照行政程序於 2007 年通過核定「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，訂立基本目標為「建構完整之我國長期照顧體系，保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」據以建構我國長期照顧制度。長期照顧十年計畫上路後，即公私協力以發展多元長期照顧服務模式、建立階梯式補助及部分負擔機制、建立便民單一服務窗口與建置照顧服務管理資訊平臺等推動，奠定我國長期照顧服務圖像。

長期照顧十年計畫實施後，仍有長照資源分布不均之情形，為加強資源不足區域獎勵長照服務資源發展，塑造良好勞動環境以留任人才，提升照護機構服務品質，爰此推動「長期照護服務網計畫 102 年至 105 年中程計畫」，自計畫開始已加速佈建資源不足區域之長照資源，預計 2016 年達成 89 資源不足偏鄉均設有服務據點或其他服務資源、26 大區均有失智症專屬社區服務、並規劃 2016 年底前佈建 40 處小規模多機能服務，且於每一鄉鎮市區達成至少設置一處多元日間照顧資源之目標。

同時，為健全長照服務體系之發展，我國於 2015 年 5 月 15 日經立法院三讀通過「長期照顧服務法」，並於 2015 年 6 月 3 日以總統華總一義字第 10400064391 號令公布。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、服務發展獎勵措施五大要素。我國長期照顧制度發展脈絡如下圖 2.1.1。

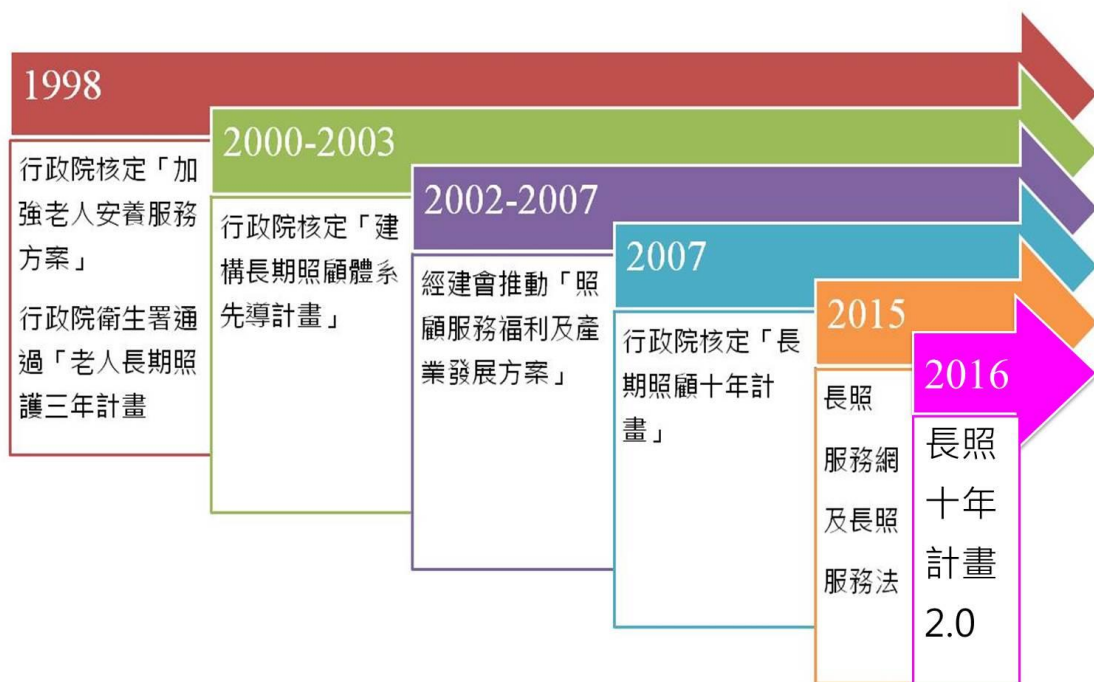


圖 2.1.1 長期照顧制度發展脈絡

第二節 長期照顧十年計畫之內涵

「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，期程為 2007 年至 2016 年，依循在地老化的政策目標，建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長照制度，提供以居家式、社區式服務為主，機構式服務為輔的生活照顧服務。

長照十年計畫推動迄今，整合社政及衛政長照服務資源，採實物給付且依失能程度及家庭經濟狀況給予補助，提供居家式、社區式及機構式多元長照服務方案，增加民眾選擇服務的自主權利；並協同各地方政府成立長期照顧管理中心，提供民眾到宅評估、擬訂照顧計畫，以單一窗口整合式服務推動優質照顧管理服務，再配合照顧服務資訊管理系統之建置，提升長期照顧業務之執行效能，奠定我國長期照顧服務制度及服務網絡的里程碑。

一、服務對象

(一) 以日常生活需他人協助者為主(經 ADLs、IADLs 評估)，

包含下列四類失能者：

1. 65 歲以上老人
2. 55 歲以上山地原住民
3. 50 歲以上之身心障礙者
4. 僅 IADLs 失能且獨居之老人

(二) 失能程度界定為三級：

1. 輕度失能【1 至 2 項 ADLs 失能者，以及僅 IADL 失能且獨居老人】
2. 中度失能【3 至 4 項 ADLs 失能者】
3. 重度失能【5 項（含）以上 ADLs 失能者】

二、服務原則

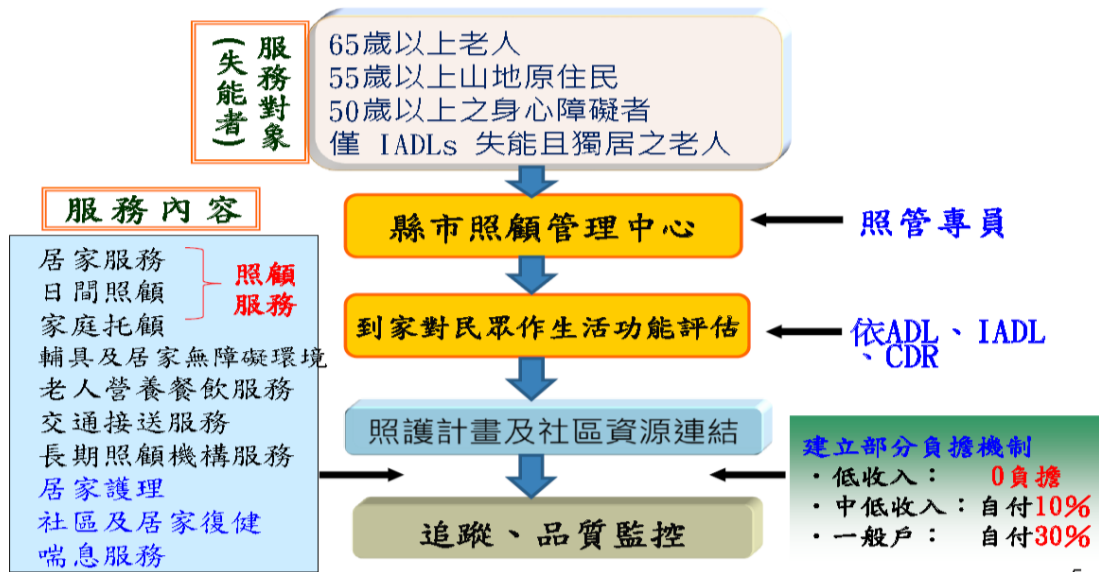
(一) 以服務提供（實物給付）為主，以補助服務使用者為原則。

(二) 依失能者家庭經濟狀況提供不同補助：

1. 低收入者：全額補助
2. 中低收入者：補助 90%，使用者自行負擔 10%
3. 一般戶：補助 70%，使用者自行負擔 30%
4. 超過政府補助額度者，則由民眾全額自行負擔

三、服務輸送體系

「我國長期照顧十年計畫」已發展相關服務輸送體系（圖 2.2.1），其服務內容涵蓋以協助日常生活活動服務的「照顧服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧；另為維持或改善服務對象之身心功能，亦將居家護理、社區及居家復健納入；此外，為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務，並以喘息服務支持家庭照顧者，服務內容及標準如表 2.2.1。期待經由我國長照體系之建置，提供有照顧需求的失能民眾多元而更妥適之照顧服務措施，增進其獨立生活能力及生活品質，維持尊嚴與自主的生活，以達在地老化的目標，並支持家庭的照顧能力。



弱勢優先照顧為政策施政原則：
 目前使用者17萬餘人中，低收入戶24.4%、
 中低收入戶17.6%、一般戶58%。

圖 2.2.1 長期照顧十年計畫服務輸送體系

表 2.2.1 我國長期照顧十年計畫之服務內容

服務項目	補助內容
1. 照顧服務 (包含居家服務、日間照顧、家庭托顧服務)	1. 依服務對象失能程度補助服務時數： 輕度：每月補助上限最高 25 小時；僅 IADLs 失能且獨居之老人，比照此標準辦理。 中度：每月補助上限最高 50 小時。 重度：每月補助上限最高 90 小時。 2. 補助經費：每小時以 200 元計（隨物價指數調整）。 3. 超過政府補助時數者，則由民眾全額自行負擔。
2. 居家護理	除現行全民健保每月給付 2 次居家護理外，經評定有需求者，每月最高再增加 2 次。補助居家護理師訪視費用，每次以新臺幣 1,300 元計。
3. 社區及居家復健	針對無法透過交通接送使用全民健保復健資源者，提供本項服務。每次訪視費用以新臺幣 1,000 元計，每人最多每星期 1 次。
4. 輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	每 10 年內以補助新臺幣 10 萬元為限，但經評估有特殊需要者，得專案酌增補助額度。
5. 老人餐飲服務	服務對象為低收入戶、中低收入失能老人（含僅 IADLs 失能且獨居老人）；每人每日最高補助一餐，每餐以新臺幣 50 元計。
6. 喘息服務	1. 輕度及中度失能者：每年最高補助 14 天。 2. 重度失能者：每年最高補助 21 天。 3. 補助受照顧者每日照顧費以新臺幣 1,200 元計。 4. 可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 5. 機構喘息服務另補助交通費每趟新臺幣 1,000 元，一年至多 4 趟。
7. 交通接送服務	補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務，每月最高補助 4 次（來回 8 趟），每趟以新臺幣 190 元計。
8. 長照機構服務	1. 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之重度失能老人：由政府全額補助。 2. 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費 1.5 倍之中度失能老人：經評估家庭支持情形如確有進住必要，亦得專案補助。 3. 每人每月最高以新臺幣 18,600 元計。

第三節 長期照顧十年計畫執行成果

一、策略性推動長期照顧服務，回應民眾所需

為建構完整長期照顧服務體系，充實照顧服務資源，回應民眾照顧服務需求，長期照顧十年計畫推動期間，積極推動多項作為，促進服務資源、服務人數等逐年提升且有顯著成效，相關策略包括如下：

(一) 回應民眾照顧需求，提升服務使用意願

1. 自 2010 年度起一般戶民眾自付額由 40% 調降為 30%。
2. 增訂補助山地離島偏遠地區加給 10% 居家護理、復健、喘息服務費。
3. 增訂居家護理服務之醫師訪視費。
4. 自 2010 年起交通接送服務補助對象擴大至中度失能者。

(二) 提升民間單位參與誘因，加速服務資源建置

1. 檢討修訂補助經費項目及基準，提高民間單位參與誘因。
2. 增訂居家喘息服務提供單位行政管理費。
3. 運用公益彩券回饋金，補助地方政府聘用社工專業人力，並補助日間照顧服務交通車輛及司機人事費。
4. 調整補助居家服務單位及照顧服務員經費標準，強化照顧服務員勞動權益與薪資保障。

(三) 建置照顧服務管理制度，提升服務輸送效率

1. 檢討各縣市長期照顧管理人員（以下簡稱照管人員）任用資格，適度調整照管人員資格。
2. 自 2010 年起透過資訊系統勾稽比對，提供地方政府潛在需求者名冊，列為優先評估及提供服務對象等。

二、佈建多元照顧服務資源，建立連續性服務輸送體系

(一) 朝向普及社區及居家式服務資源，落實在地老化

為落實在地老化原則，採居家式、社區式優先發展之策略，各項長照服務提供單位數由 2008 年 2,295 個，提升至 2015 年 2,812 個，成長 22.5%。其中社政長照服務資源，97 年居家服務、日間照顧（含失智症日間照顧）、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲等項目之服務提供單位計 356 個；2015 年計 610 個，8 年內增加 254 個，約成長 71.3%。其中以日間照顧服務成長最為顯著，由 2008 年底 31 所增設至 178 所，成長近 6 倍。

另衛政長照服務資源，2008 年居家護理、居家（社區）復健、喘息服務項目之服務提供單位計 1,939 個，2015 年計 2,202 個，8 年內增加 263 個，約成長 13.56%（詳如表 2.3.1）。

（二）穩定機構式服務資源品質，維護長者服務權益原則

至 2015 年底止，全臺灣老人福利機構共有 1,066 家、身心障礙福利機構 271 家、榮民之家 16 家、一般護理之家 491 家及精神護理之家 37 家，共有 1,881 家，共可提供床位數為 127,191 床。另為提升機構服務品質，落實機構評鑑制度，維護機構住民服務權益。

（三）擴大提供家庭照顧喘息支持服務，減輕家庭照顧壓力

為緩解家庭照顧壓力及負荷的問題，目前已有提供喘息服務，使照顧者獲得短暫休息的機會，並幫助家庭彈性運用時間，截至 2016 年，依衛生福利部（以下簡稱衛福部）統計長照、安養及護理之家數量計已有 1,565 家長期照顧單位提供喘息服務（詳如表 2.3.1），並已提供 37,346 人（詳如表 2.3.2）喘息照顧服務。

表 2.3.1 長期照顧服務提供單位數

單位：個

項目	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
居家服務	124	127	133	144	149	160	168	173
日間照顧						99	125	151
失智症老人日照中心	31	39	66	78	90	21	25	27
家庭托顧	4	16	23	16	17	20	22	21
老人營養餐飲	166	204	201	159	169	190	209	197
交通接送	31	42	43	39	43	42	41	41
居家護理	487	495	489	451	478	483	486	493
社區及居家復健	62	88	122	112	111	125	143	143
喘息服務	1,390	1,439	1,444	1,052	1,510	1,509	1,549	1,565
合計	2,295	2,450	2,521	2,051	2,567	2,649	2,768	2,812

註：

- 1.衛政服務提供單位數：居家護理係依衛福部統計室衛生統計；居家（社區）復健係依各縣市提報我國長期照顧十年計畫服務提供單位統計；喘息服務係依衛福部統計長照、安養及護理之家數量。
- 2.居家護理項目，2010年度因有少數縣市居家護理所辦理歇業，故服務單位數量有減少情況，惟不影響整體服務提供量能。
- 3.老人營養餐飲項目，因有地方政府調整規劃辦理方式，故服務提供單位數偶有減少之情況，惟不影響整體服務提供量能。

(四) 試辦失智症預防及照顧服務，提供多元社區失智服務

為積極全面推動失智老人多元照顧服務，目前推展包括失智症居家服務、日間照顧服務、團體家屋及早期介入服務方案如瑞智互助家庭、結合民間辦理瑞智學堂等，截至 2015 年底接受居家服務之人數有 1,015 人；接受日間照顧服務之人數有 1,693 人；另為鼓勵機構設置失智照顧專區，提供機構式失智症照顧，合計共有 15 家機構提供 507 床，以因應

失智症老人多元照顧需求。此外，亦建構失智症家庭照顧者支持體系，如失智症關懷電話諮詢專線 0800-474-580、建置高負荷家庭照顧者通報機制、失智症手鍊(2015 年底 1,0217 人)與家庭互助方案(2015 年底 201 個家庭、13,885 人次)等，以減低家庭照顧者照顧負荷。

(五) 儲備人力資源，提供適足的照顧服務

為充實專業人力資源，計畫執行期間大力推動各類專業人員培訓，按衛福部 2014 年衛福部長照資源盤點結果，我國長照人力分布情形：照顧服務員計 26,942 人、社工人員計 3,439 人、護理人員計 10,826 人、物理治療人員計 1,987 人、職能治療人員計 1,091 人。另現有長照評估人力，於 22 縣市之照管中心照管專員共 331 人。

三、積極推展長期照顧服務

(一) 服務人數逐年遞增

經分析各項長照服務項目實際使用人數，服務人數由 2008 年 45,547 人提升至 2015 年 208,366 人，達約 4.6 倍。其中社政長照服務資源，2008 年居家服務、日間照顧(含失智症日間照顧)、家庭托顧、交通接送、老人營養餐飲等項目之服務人數計 39,842 人；2015 年計 121,955 人，8 年內約成長 3.1 倍。另衛政長照服務資源，2008 年居家護理、居家(社區)復健、喘息服務項目之服務人數計 5,705 人，2015 年計 86,411 人，8 年內達 15 倍，服務人數顯著成長(詳如表 2.3.2)。

表 2.3.2 長期照顧服務人數一覽表

單位：人

項目	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年 5 月底
居家服務	22,305	22,017	27,800	33,188	37,985	40,677	43,331	45,173	45,887
日間照顧服務（含失智症日照）	339	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344	3,002	3,248
家庭托顧	1	11	35	62	110	131	146	200	182
輔具購租及居家無障礙環境改善（人次）	2,734	4,184	6,112	6,845	6,240	6,817	6,773	7,016	3,348
老人營養餐飲	5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074	5,520	5,409
交通接送（人次）	7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284	57,618	24,319
長期照顧機構	1,875	2,370	2,405	2,755	2,720	2,850	3,127	3,426	3,670
社政項目合計	39,842	52,580	64,320	87,547	100,533	109,158	115,079	121,955	86,063
居家護理	1,690	5,249	9,443	15,194	18,707	21,249	23,933	23,975	9,663
社區及居家復健	1,765	5,523	9,511	15,439	15,317	21,209	25,583	25,090	10,955
喘息服務	2,250	6,351	9,267	12,296	18,598	32,629	33,356	37,346	17,431
總計 社政及衛政項目	45,547	69,703	92,541	130,476	153,155	184,245	197,951	208,366	124,112
依身分證統一編號歸戶	9,148	23,963	70,567	94,337	113,203	142,146	155,288	170,465	178,246

註：

1. 輔具購租及居家無障礙環境改善、交通接送服務指該年度累計服務人數；餘則指該年度 12 月底現有服務人數。
2. 輔具購買租借及居家無障礙環境改善、老人營養餐飲、長期照顧機構等項，主要由各地方政府自行編列預算辦理。
3. 另 2013、2014 年度輔具購買租借及居家無障礙環境改善數據部分，因高雄市誤將身障輔具使用人數併同填報，已要求縣市更正並同步修正本表。

(二) 照顧服務(居家服務、日間照顧)使用者普遍滿意服務內容

根據 2011 年內政部統計處辦理相關服務滿意度調查結果顯示，對於居家服務措施所提供的協助，包含洗澡、換穿衣服、行走、上廁所等，其滿意度皆在 9 成以上；對於照顧服務員的照顧技巧及服務態度也有 87% 及 93% 表示滿意；而日間照顧服務部分，更有高達 97% 的主要照顧者表示滿意，認為對於失能家屬的身心健康有所助益，超過 8 成以上認為可顯著減輕家庭照顧負荷；顯見長照服務對於失能長輩及其家庭照顧者已具政策效益，並獲得民眾肯定與支持（簡、莊、楊，2013）。

第四節 長期照顧十年計畫 1.0 的問題與挑戰

隨著我國人口結構改變，老化及失能人口快速增加，長照需求亦隨之快速成長；推估 2012 年至 2018 年，人口自然增加之 65 歲以上失能老人人數，由 2012 年 42.7 萬人成長至 2018 年 55.5 萬人，成長率達 30%。為因應高齡化所導致的長期照顧需求，提供失能者適切的長照服務，衛福部自 2008 年起即分階段建立長期照顧制度，第一階段長照十年計畫，奠定基礎服務模式；第二階段長照服務網計畫及長期照顧服務法（2015.6.3 總統令公告），建制普及式服務網路，充實量能，發展在地資源。

我國自 2008 年推動長照十年計畫以來，已獲具體成效，服務量占老年失能人口比率，已從 2008 年 2.3%，提升至 2016 年 4 月的 35.7%，服務 173,811 人。我國長期照顧十年計畫之服務對象尚未涵括所有失能者，主要係考量我國人口老化趨勢之快速、資源開發之有限性，及推動初期之急迫性，故以前述者為服務對象為優先，長照十年計畫推動至今，面臨以下問題與挑戰：

一、長期照顧服務對象涵蓋範圍待擴大

長照十年計畫原為滿足老化導致之照顧需求，並考量身心障礙及文化差異造成之提早老化，故以滿足 65 歲以上失能老人、55 歲以上失能山地原住民及 50 歲以上之失能身心障礙者、及僅工具性日常生活活動功能失能且獨居之老人之照顧需求為優先。惟長期照顧需求之出現，許多來自獨自生活無人協助諮詢、未有足夠社會參與機會及鮮少接觸健康促進或預防跌倒等提升活動與方案。現行長期照顧十年計畫由於考量經費的有限性，未有足夠資源置入初級預防照顧體系，尚未建構減緩失能、預防保健的服務體系來降低長期照顧的需求。

另依據衛福部 2011 年-2013 年委託臺灣失智症協會調查發

現，65歲以上老年人口失智症盛行率為8.04%，我國失智症人口已逾24萬人（邱等，2013），需更積極回應失智症照顧需求與發展所需服務模式；此外，我國長期照顧服務法業於2015年6月3日公布，預計於2017年6月起實行。依據該法的規劃，長照服務對象不分年齡、身分別、障別，而以身心失能程度為主要考量。由此可知，服務對象有待擴大。

二、長照人力資源短缺，待培訓發展

2014年長照資源盤點結果，長照直接服務人力：照顧服務員26,942人、社工人員3,439人、護理人員10,826人、物理治療人員1,987人、職能治療人員1,091人。過去十年服務使用人數還在成長，但照顧服務員的人數並未隨之增加，出現照顧服務員人力不足的情形。

三、偏遠地區服務及人力資源不足，有待積極擴展與佈建

城鄉發展程度不一是影響服務資源及服務輸送體系拓展與佈建之重要因素。山地離島等偏遠地區因地理環境特殊、幅員遼闊且交通不便，且青壯人口外移等問題，使得長照服務人力羅致不易，相較於全國，其長照專業人員（包括照顧服務員、社工人員、護理人員、物理治療人員、職能治療人員等人力）明顯不足，影響服務資源及服務輸送體系之拓展與佈建。

此外，民間單位提供長照服務，必須考量營運成本、服務對象來源是否穩定，人力是否充足等相關問題。偏遠地區因交通不便及人力不足等問題，致其提供服務之成本較高，影響服務提供單位持續於該區域提供服務之意願與能力，倘若未能考量其地區特殊性及提供適足的資源，將造成偏遠地區長照資源長期結構性之不足，無法滿足該地區民眾之照顧需求。

四、預算嚴重不足

依長照十年計畫的估算，十年需要的經費為新台幣(以下同) 817 億元，但囿於政府財源有限，2008 年至 2013 年長照十年計畫公務預算經費為 25.33 億元至 32.38 億元，自 2010 年至 2013 年，甚至須動用第二預備金及其他相關經費支應，確實執行的預算為 323 億元。預算嚴重不足下，服務資源與人力資源的發展緩慢。

五、補助核定額度與服務品質未能適足回應民眾期待

依據衛福部 2015 年度長期照顧十年計畫服務提供情形統計顯示，部分長照服務項目實際服務提供數與法定最大可提供數存在顯著差距。以居家服務為例，2015 年度每人每月平均服務時數約為 22.5 小時，喘息服務每人每月平均服務時數約為 11.2 日，未達各失能程度最高可核給上限。儘管實際服務時數與最大可核給時數之間存有差距之原因很多，然其結果造成服務機構僅能於核定之補助時數內提供服務，使用者若有額外照顧需求必須自行負擔費用，造成服務對象及其家庭之照顧或經濟負擔。

另在照顧管理制度之下，失能者所需之照顧計畫需經過照顧管理中心核定，為避免資源使用浮濫，照顧計畫之擬訂，需詳實敘明各項長照服務之核定頻率、項目及時數，服務提供單位均須按照顧計畫執行。然以居家服務為例，服務安排涉及使用者個別差異、使用習慣、照顧特性及服務排班等多重因素，目前照顧管理中心擬訂之照顧計畫與使用者間缺乏雙向、彈性調整空間，也讓最熟悉與密切接觸服務使用者的服務提供單位缺乏發聲與規劃之權利，且無法即時依服務需求調整。

機構住宿式服務部分，至 2016 年 4 月底止，全國已立案老人長期照顧機構及安養機構已有 1,078 家，可提供 6 萬 370 個服務床位，目前進住人數為 4 萬 6,225 人(進住率為 76.6%)，供給

量尚稱足夠，惟機構資源均衡及照顧服務品質的議題一直為各界所關切。

六、家庭照顧者支持與服務體系仍待強化

現行我國長期照顧十年計畫之服務對象，主要是針對失能長輩提供居家式、社區式及機構式等多元服務，至於家庭照顧者則透過喘息服務予以協助，然面對家庭照顧者需求與日俱增，政府業積極籌措財源如公益彩券回饋金等，辦理電話諮詢、心理協談、支持團體等心理性支持服務；自長期照顧十年計畫推動以來，各界屢有建議將長照補助擴及家庭照顧者服務，此外，長期照顧服務法業將家庭照顧者納入整體長照範疇，是以，為減輕家庭照顧負擔，並順利銜接長期照顧服務法施行，強化多元友善的支持服務措施，建立家庭照顧者整體長照服務輸送體系，以提供家庭照顧者更普及的支持服務資源，是政府須積極努力的方向。

七、長照服務項目未能回應民眾多元新增需求

隨著老年人口的快速成長，慢性疾病與功能障礙的盛行率呈現持續上升趨勢；惟身心障礙者及失能者有年齡及需求上的差異。目前長照服務項目雖已涵蓋居家、社區及機構式照顧等多元服務，然對於新興需求或依照年齡及長照需求之個別化差異服務較為欠缺。面對未來長期照顧服務之多元需求，勢必需要具彈性且更多元的服務，以回應我國社會新興需求。

以服務使用者為中心思考，營造一個友善的長照服務使用環境，其重要性並不亞於提供優質之長照服務本身。其中，長照交通接送服務係民眾往返住家及服務提供單位（包含醫院、日照中心及復健服務等）使用各式長照服務之關鍵媒介。儘管使用此服務之老人迅速增加（自 2008 年之 7,232 人次上升至 2015 年之 57,618 人次），惟民眾屢反映現行交通接送服務較為制式化，缺

乏使用彈性，偏鄉之交通服務資源亦較缺乏，且補助額度未能回應物價水準。此外，為因應民眾使用之多元需求，政府應積極推動各項創新服務，強化交通接送與服務體系之輸送連結，並改善偏鄉資源不足之困境，達成在地化、社區化之整合性照顧服務目標。

八、服務輸送體系散置，未能集結成網絡

(一)服務輸送方面

目前長照十年計畫雖設有照顧管理機制，提供失能者所需評估、照顧計畫擬定及服務資源連結之功能，惟各項長期照顧服務之提供型態及服務頻率或有不同，例如居家服務、餐飲服務係定期、定時提供之生活照顧服務，而交通接送、喘息服務或輔具租借購買等服務，則依民眾有需要時，適時提供。因此，目前民眾在實際使用各項長照服務時，多需依其服務需求自行聯繫不同服務提供單位，而各服務提供單位橫向聯繫片斷，政府應積極建置整合服務輸送體系，串連各服務提供單位，提供民眾所需多元連續服務。

(二)服務使用者方面

在服務使用者所需服務部分，現行多按照照顧計畫執行，該計畫之調整多需再經照管中心核定，以居家服務為例，照顧計畫詳列居家服務頻率、次數、提供項目，服務提供單位多無法依使用者實際需求調整，使得長照服務缺乏彈性，如何以使用者為中心，依其個人需求，在縣市政府照管中心擬定的補助總金額(時數)、服務項目下，從事照顧計畫之協調安排，以提高服務使用的彈性與便利性。

由照管中心積極結合基層組織，包括透過醫院出院準備服務的專業醫療團隊評估病人身體、經濟、心理或情緒上的

照護需求，如有長照需求的服務對象，主動轉介至長照中心，照顧管理專員無縫評估，協助民眾及時獲得所需服務資源，使病人及其家屬獲得完整性及持續性的長照服務。

九、行政作業繁雜影響民間資源投入參與意願

長照十年計畫目標在於結合民間單位提供在地老化服務，現行係由中央政府補助地方政府，由其補助或委託在地民間單位推動並提供服務，然由於補助經費項目、基準及相關規定較為繁雜，使得社福單位向地方政府與核銷經費產生撥付流程緩慢等問題，影響其後續提供服務之意願。未來長期照顧服務需求不斷上升，亟需持續與民間單位公私協力，簡化行政作業流程以擴大民間長照服務量能。

十、長照服務資訊系統待積極整合

前內政部社會司自 2009 年起會同社、衛政專家，與前衛生署共同積極強化照顧服務管理資訊系統之功能。持續督請各縣市及長照服務提供單位提升登錄品質與登錄資料之正確性。

惟相關資訊管理系統平台，較無即時資料，且欠缺更整體性之有效整合。例如長照系統中之長照機構管理，分屬社政老人福利機構、衛政護理之家；而居家服務之長照服務對象及身心障礙者服務對象之服務資訊分屬不同系統，亦有整合之空間。

現行長照相關資料分別儲存於衛福部「照顧服務管理資訊系統」、「照顧服務人力資料庫」等，以及「醫事管理系統」、「長期照護資訊網」、「護理之家服務對象管理」等。為增進長照服務及資訊整合功能，亟需進行資訊系統整合作業，俾有效整合長照資訊，完善民眾個人服務及建立歸人之資料庫，提供政府具即時性、整合性之管理規劃及政策分析，掌握人力、機構、個管資料及區域分布。

十一、長照政策之宣導仍須加強

長照十年計畫自 2007 年推展至今已九年餘，但依據衛福部資料顯示，目前服務比率僅達 16.5%~30.0%。為瞭解民眾對於政府辦理長照服務的認知，及後續政府規劃長照服務相關事宜，衛福部自 2010 年開始每年皆委託民意調查公司，針對各縣市 20 歲以上人口進行電話民意調查。以 2016 年 2 月底的調查結果為例，有 83% 的受訪者聽過長照服務，其中以聽過「居家服務」者(77%) 最多，但知道政府有補助長照服務的受訪者僅有 25.6%。

另依 2014 年老人狀況調查報告資料顯示，65 歲以上老人有 51.1% 不知道居家服務，70.9% 不知道居家護理服務；55 至 64 歲之中老年民眾則有 32.8% 不知道居家服務、61.1% 不知道居家護理，可見在長照十年計畫推動下，民眾對相關服務措施之認識與使用程度仍有不足。綜合上述調查結果，民眾聽過長照服務的比率雖有逐年增加，但對於政府有提供長照服務及相關補助的認知尚待加強宣導來提升。

第三章 長期照顧服務十年計畫 2.0

第一節 計畫目標與實施策略

為因應失能、失智人口增加所衍生之長期照顧需求，行政院於2007年核定我國長期照顧十年計畫，惟計畫執行迄今，服務人數及資源雖有所成長，但隨照顧服務需求多元，亟待各類新興照顧服務模式回應不同族群需求；另為減少失能照顧年數、壓縮失能期間，應積極向前發展各類預防保健、健康促進等減緩失能之預防性服務措施，且向後整合在宅安寧照顧、在宅醫療等服務，以期達成以服務使用者為中心之多元連續性服務之服務體系。

壹、計畫目標

承上，本計畫為實現在地老化，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(caregiver)之生活品質，計畫總目標如下：

- 一、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。
- 二、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。
- 三、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。
- 四、向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

貳、實施策略

一、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。

二、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。

三、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理特色。

四、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照顧，以期壓縮失能期間，減少長期照顧年數。

五、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。

六、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。

七、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。

八、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。

九、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。

十、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。

第二節 服務對象人數推估

原長照十年計畫目標群體包含 65 歲以上失能老人、55 至 64 歲的失能山地原住民、50 至 64 歲的失能身心障礙者及僅 IADLs 失能且獨居之老人。為照顧更多長照需要民眾，本計畫長照 2.0 所服務之對象，除了延續長照十年計畫之服務對象以外，也擴大服務對象，納入 50 歲以上輕度失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者，65 歲以上衰弱老人，及 55-64 歲失能原住民等，以期達到高齡社會健康照護政策「生理、心理及社會面向的「最適化」之內涵；向前端優化初級預防功能，延伸預防保健、活力老化、減緩失能，促進老人健康福祉及提升生活品質。

壹、推估之目標群體

包含 65 歲以上失能老人、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、未滿 50 歲失能身心障礙者，以及衰弱老人（即未達長照需要程度，然因老化或衰弱等因素，納入目標群體以預防或減緩失能）。

貳、長期照顧需求評估

長照需要評估指標，係以日常生活活動功能量表(ADLs)、工具性日常生活活動功能量表(IADLs)，以及「簡易心智狀態問卷調查表」(Short Portable Mental Status Questionnaire，簡稱 SPMSQ) 等為主要評估工具；另失智症則以臨床失智評分量表 (the Clinical Dementia Rating Scale，簡稱 CDR) 評估；至於衰弱之評估則採用可反映出因衰退而可能導致發生失能等不良健康結果的風險提高之衰弱狀況的測量工具進行評估，例如 Fried frail index 或 SOF (Study of Osteoporotic Fractures) frailty index (詳見本節衰弱老人人數推估) 等。

一、長照需求推估人數

各目標族群之長照需要率資料係依據不同調查計畫結果，配

合國發會中華民國人口推估（2016 至 2061 年）數據—中推估人口推計數據，長照需求推估人數公式：長照需求推估人數=長照需要率(%)x 人口推計數。為政策研擬所需進行長照需求人數之高推估及低推估，結果分別為高推估 73 萬 7,623 人，以及低推估 65 萬 9,188 人，進行高及低推估目標群體僅包含未滿 50 歲失能身心障礙者、50-64 歲失能身心障礙者及衰弱老人 3 類。

(一) 65 歲以上失能老人

依據行政院主計總處 2010 年人口及住宅普查結果，定義吃飯、上下床、更換衣服、上廁所、洗澡、室內外走動及家事活動能力（含煮飯、打掃、洗衣服）等 7 項中 1 項以上障礙者為具有長照需求者，其中吃飯、上下床、更換衣服、上廁所、洗澡、室內外走動等 6 項係屬日常生活活動功能、另外家事活動能力（含煮飯、打掃、洗衣服）為工具性日常生活活動功能，依據 2000 年人口及住宅普查報告結果，65 歲以上者長照需求率為 12.7%。

搭配國發會中華民國人口推估（2016 至 2061 年）數據—中推估人口推計數據，推估結果 65 歲以上失能人數，2017 年為 41 萬 5,314 人，至 2026 年失能推估人數增為 61 萬 9,827 人，10 年內失能人數增加超過 20 萬人，以平均每年失能人數增加 2 萬左右速度增加（詳見表 3.2.1）。

表 3.2.1 2017 年至 2026 年 65 歲以上失能人數

年度	男-人口數	男-失能人數	女-人口數	女-失能人數	合計-人口數	合計-失能人數
2017	1,502,549	190,824	1,767,638	224,490	3,270,187	415,314
2018	1,572,671	199,729	1,861,472	236,407	3,434,143	436,136
2019	1,646,088	209,053	1,959,073	248,802	3,605,161	457,855
2020	1,726,150	219,221	2,062,107	261,888	3,788,257	481,109
2021	1,807,073	229,498	2,166,945	275,202	3,974,018	504,700
2022	1,880,274	238,795	2,264,041	287,533	4,144,315	526,328
2023	1,959,392	248,843	2,366,564	300,554	4,325,956	549,397
2024	2,041,048	259,213	2,471,884	313,929	4,512,932	573,142
2025	2,122,309	269,533	2,575,501	327,089	4,697,810	596,622
2026	2,202,417	279,707	2,678,112	340,120	4,880,529	619,827

註：65 歲以上者失能率為 12.7%。長照需要定義為吃飯、上下床、更換衣服、上廁所、洗澡、室內外走動及家事活動能力（含煮飯、打掃、洗衣服）等 7 項中 1 項以上障礙。

資料來源：行政院主計總處 2010 年人口及住宅普查報告。

(二) 未滿 50 歲失能身心障礙者

各年未滿 50 歲失能身心障礙者推估人數，推估方式同前 50-64 歲失能身心障礙者，高推估依據 2010 年國民長期照護需要調查身心障礙者結果，長照需求率為 2017 年推估之平均失能率男性 23.54%，以及女性失能率 27.62% 代入；低推估則依據 2011 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查結果及長照需要定義，未滿 50 歲失能身心障礙者長照需求率為 13.80%。

以長照需要推估人數公式計算，推估 2017 年未滿 50 歲失能身心障礙者高推估及低推估失能人數分別為 8 萬 7,524 人及 4 萬 8,128 人，至 2026 年高推估及低推估略降為 8 萬 272 人及 4 萬 4,141 人（詳見表 3.2.2 及表 3.2.3）。

表 3.2.2 2017 年至 2026 年未滿 50 歲失能身心障礙人數－高推估

年度	男-人口數	男-失能人數	女-人口數	女-失能人數	合計-失能人數
2017	215,492	50,720	133,258	36,804	87,524
2018	213,392	50,226	131,965	36,447	86,673
2019	211,375	49,751	130,713	36,101	85,852
2020	209,377	49,281	129,471	35,758	85,039
2021	207,812	48,912	128,513	35,493	84,405
2022	206,272	48,550	127,561	35,231	83,781
2023	204,746	48,191	126,617	34,970	83,161
2024	203,106	47,805	125,605	34,690	82,495
2025	201,156	47,346	124,377	34,351	81,697
2026	197,664	46,524	122,193	33,748	80,272

註：

1. 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。資料來源：2010 年國民長期照護需要調查之身心障礙者。
2. 推估步驟：(1)身障者占率=兩性合計 2015 年身障者人數/兩性合計 2015 年國發會人數，依每 5 歲年齡層計算；(2)國發會各年人數*身障者占率=身障者推估人數；(3)身障者長照需要人數推估=身障者推估人數*長照需要率(兩性合計，每 5 歲)*各年齡層性別比。身障者性別比：依據衛福部統計處身障者統計，5-14 歲之男性占率 65.13%、女性占率 34.87%；15-19 歲之男性占率 62.20%、女性占率 37.80%；20-24 歲、25-29 歲、30-34 歲、35-39 歲之男性占率 61.25%、女性占率 38.75%；40-44 歲之男性占率 61.65%、女性占率 38.35%；45-49 歲之男性占率 61.09%、女性占率 38.91%。

表 3.2.3 2017 年至 2026 年未滿 50 歲失能身心障礙人數－低推估

年度	男-人口數	男-失能人數	女-人口數	女-失能人數	合計-失能人數
2017	215,492	29,738	133,258	18,390	48,128
2018	213,392	29,448	131,965	18,211	47,659
2019	211,375	29,170	130,713	18,038	47,208
2020	209,377	28,894	129,471	17,867	46,761
2021	207,812	28,678	128,513	17,735	46,413
2022	206,272	28,466	127,561	17,603	46,069
2023	204,746	28,255	126,617	17,473	45,728
2024	203,106	28,029	125,605	17,334	45,363
2025	201,156	27,760	124,377	17,164	44,924
2026	197,664	27,278	122,193	16,863	44,141

註：

1. 5-49 歲身心障礙者之長照需要率為 13.80%。長照需要定義：ADLs 進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等 6 項之障礙項數 1 項以上者。資料來源：2011 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查。
2. 推估步驟：(1) 身障者占率=兩性合計 2015 年身障者人數/兩性合計 2015 年國發會人數，依每 5 歲年齡層計算；(2) 國發會各年人數*身障者占率=身障者推估人數；(3) 身障者長照需要人數推估=身障者推估人數*長照需要率(兩性合計，每 5 歲)*各年齡層性別比。身障者性別比：依據衛福部統計處身障者統計，5-14 歲之男性占率 65.13%、女性占率 34.87%；15-19 歲之男性占率 62.20%、女性占率 37.80%；20-24 歲、25-29 歲、30-34 歲、35-39 歲之男性占率 61.25%、女性占率 38.75%；40-44 歲之男性占率 61.65%、女性占率 38.35%；45-49 歲之男性占率 61.09%、女性占率 38.91%。

(三) 50-64 歲失能身心障礙者

依據衛福部社家署統計之 2015 年底身心障礙者人數（男女合計），以及國發會 2015 年人口推計數據，計算各年齡層身心障礙者於全國人口占率，依據前述身心障礙者之占率推估 2017 年至 2026 年各年齡層身心障礙者人數，另依據衛福部統計處 2015 年底身心障礙者人數各年齡層性別分布，分別推估男性及女性各年齡層身心障礙者人數。

長照需要人數高推估，依據衛福部 2010 年國民長期照護需要調查結果，長照需要定義為 ADLs 70 分以下、IADLs 8 項中 5 項以上障礙或 SPMSQ10 題中答錯 6 題以上者，以 50-64 歲失能身心障礙者 2017 年推估之失能率男性 27.49%、女性 25.07%，以及上述失能推估人數公式計算，50-64 歲失能身心障礙者 2017 年高推估結果失能人數 9 萬 2,308 人，至 2026 年為 9 萬 4,588 人（詳見表 3.2.4）。

長照需要人數低推估，依據 2011 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查結果，以 ADLs 進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等 6 項之障礙項數 1 項以上者視為有長照需求者，則 50-64 歲失能身心障礙者失能率為

17.90%。以上述長照需要推估人數公式計算，50-64 歲失能身心障礙者低推估結果，2017 年有 6 萬 2,274 人，至 2026 年為 6 萬 3,816 人（詳見表 3.2.5）。

表 3.2.4 2017 年至 2026 年 50-64 歲失能身心障礙人數—高推估

年度	男-人口數	男-失能人數	女-人口數	女-失能人數	合計-人口數	合計-失能人數
2017	209,999	57,737	137,898	34,571	347,898	92,308
2018	212,183	58,337	139,390	34,945	351,572	93,282
2019	213,880	58,804	140,570	35,241	354,450	94,045
2020	214,779	59,051	141,206	35,400	355,984	94,451
2021	215,080	59,134	141,451	35,462	356,531	94,596
2022	215,364	59,212	141,727	35,531	357,091	94,743
2023	215,102	59,140	141,629	35,506	356,731	94,646
2024	214,428	58,955	141,225	35,405	355,654	94,360
2025	213,824	58,788	140,842	35,309	354,666	94,097
2026	214,948	59,098	141,563	35,490	356,511	94,588

註：

1. 50-64 歲失能身心障礙者長照需要率以推估 2017 年平均失能率男性 27.49%、女性失能率 25.07%。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。資料來源：2010 年國民長期照護需要調查之身心障礙者。
2. 推估步驟：(1)身障者占率=兩性合計 2015 年身障者人數/兩性合計 2015 年國發會人數，依每 5 歲年齡層計算；(2)國發會各年人數*身障者占率=各年身障者推估人數；(3)分性別身障者長照需要人數推估=身障者推估人數*長照需要率(兩性合計，每 5 歲)*各年齡層性別比。身障者性別比：依據衛福部統計處 2015 年底社會福利統計月報表身心障礙者人數統計結果(衛福部統計處首頁 > 衛生福利統計專區 > 社會福利統計月報表>3 身心障礙者人數>3.1 身心障礙者人數按縣市及年齡別)，50-54 歲及 55-59 歲之男性占率 61.09%、女性占率 38.91%；60-64 歲之男性占率 58.96%、女性占率 41.04%。

表 3.2.5 2017 年至 2026 年 50-64 歲失能身心障礙者人數—低推估

年度	男-人口數	男-失能人數	女-人口數	女-失能人數	合計-人口數	合計-失能人數
2017	209,999	37,590	137,898	24,684	347,898	62,274
2018	212,183	37,981	139,390	24,951	351,572	62,932
2019	213,880	38,285	140,570	25,162	354,450	63,447
2020	214,779	38,445	141,206	25,276	355,984	63,721
2021	215,080	38,499	141,451	25,320	356,531	63,819
2022	215,364	38,550	141,727	25,369	357,091	63,919
2023	215,102	38,503	141,629	25,352	356,731	63,855
2024	214,428	38,383	141,225	25,279	355,654	63,662
2025	213,824	38,274	140,842	25,211	354,666	63,485
2026	214,948	38,476	141,563	25,340	356,511	63,816

註：

1. 50-64 歲失能身心障礙者長照需要率為 17.90%。長照需要定義：ADLs 進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等 6 項之障礙項數 1 項以上者。
資料來源：2011 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查。
2. 推估步驟：(1)身障者占率=兩性合計 2015 年身障者人數/兩性合計 2015 年國發會人數，依每 5 歲年齡層計算；(2)國發會各年人數*身障者占率=各年身障者推估人數；(3)分性別身障者長照需要人數推估=身障者推估人數*長照需要率(兩性合計，每 5 歲)*各年齡層性別比。身障者性別比：依據衛福部統計處 2015 年底社會福利統計月報表身心障礙者人數統計結果(衛福部統計處首頁 > 衛生福利統計專區 > 社會福利統計月報表>3 身心障礙者人數>3.1 身心障礙者人數按縣市及年齡別)，50-54 歲及 55-59 歲之男性占率 61.09%、女性占率 38.91%；60-64 歲之男性占率 58.96%、女性占率 41.04%。

(四) 55-64 歲失能原住民

2015 年 12 月底原住民委員會原住民人口數統計資料，其資料內容包含每 1 歲現住原住民人口數，據以計算 2017 年至 2026 年 55-64 歲原住民人口數：以 2016 年 55-64 歲原住民人口數為例，因 2015 年底 54-63 歲原住民之人口，至 2016 年底之年齡即為 55-64 歲，故 2015 年底 54-63 歲原住民人口數可視為 2016 年 55-64 歲原住民人口數，2017 年起依此類推；惟前述人口數計算尚未校正人口變化狀況，故依

據 2011 年至 2015 年原住民之平均年人口變化率 0.9902 進行校正，2016 年以 0.9902 一次方校正，2017 年以 0.9902 二次方校正，後續年度以此類推。

依據上述各年原住民人口數推估結果，以及行政院主計總處 2010 年人口及住宅普查報告之 65 歲以上者之長照需求率為 12.7%，推估各年原住民長照需求人數結果詳見表 3.2.6。

表 3.2.6 2017 年至 2026 年 55-64 歲失能原住民人數

年度	55-64 歲人口數 (校正人口變化率前)	55-64 歲人口數 (校正人口變化率後)	55-64 歲失能人數
2017	62,322	61,112	7,761
2018	65,376	63,481	8,062
2019	67,980	65,366	8,301
2020	70,331	66,966	8,505
2021	72,044	67,928	8,627
2022	73,348	68,483	8,697
2023	74,638	69,008	8,764
2024	75,360	68,995	8,762
2025	76,381	69,248	8,794
2026	76,914	69,051	8,769

註：

1. 2016 年底 55-64 歲人口數，以 2015 年底之 54-63 歲人口數相加後，以 2011 年至 2015 年平均年人口變化率 0.9902 校正；2017 年底 55-64 歲人口數，以 2015 年底之 53-62 歲人口數相加後，以 2011 年至 2015 年平均年人口變化率 0.9902 之二次方進行校正，後續年度以此類推。資料來源：2015 年 12 月原住民族委員會原住民人口數統計資料（原住民族委員會首頁>本會資訊>主動公開資訊>統計資料>原住民人口數統計資料）。
2. 65 歲以上者失能率 12.7%。長照需要定義為吃飯、上下床、更換衣服、上廁所、洗澡、室內外走動及家事活動能力（含煮飯、打掃、洗衣服）等 7 項中 1 項以上障礙。資料來源：行政院主計總處 2010 年人口及住宅普查報告。

(五) 50 歲以上失智症者

2013 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」結果，50-64 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）數據—中推估人口推計數據，推估結果 50 歲以上失智症者長照需求人數（已扣除 ADLs 失能狀況），2017 年為 10 萬 9,970 人，至 2026 年推估人數增為 16 萬 2,656 人（詳見表 3.2.7）。

表 3.2.7 2017 年至 2026 年 50 歲以上失智症者人數

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	總計
				-失智症者人數 (無 ADLs 失能 之個案)	
2017	5,218,601	2,145	3,270,187	107,524	109,970
2018	5,265,265	2,164	3,434,143	112,915	115,079
2019	5,301,593	2,179	3,605,161	118,538	120,717
2020	5,320,629	2,187	3,788,257	124,558	126,745
2021	5,323,377	2,188	3,974,018	130,666	132,854
2022	5,327,296	2,190	4,144,315	136,265	138,455
2023	5,316,017	2,185	4,325,956	142,237	144,422
2024	5,295,998	2,177	4,512,932	148,385	150,562
2025	5,279,404	2,170	4,697,810	154,464	156,634
2026	5,314,864	2,184	4,880,529	160,472	162,656

註：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%。對於 ADLs 失能之失智個案已納入表 3.2.1 之估算

資料來源：邱銘章、陳達夫、王培寧、白明奇、黃正平、花茂琴、傅中玲（2013）。失智症(含輕度認知功能障礙 MCI)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。

（六）衰弱老人

老年衰弱(frailty)的概念定義，指的是一個狀態，在這個狀態下的老年人比正常老人更易受到外來壓力源(stressors)的影響，而導致後續的不良健康結果的發生，例如死亡、入住機構、跌倒等(Dent et al., 2016)。它可以被視為一種老年症候，反映出的是源自多重系統的問題，而非單

一疾病所造成。研究發現，老年衰弱是失能(disability)的風險因子，而若能對衰弱老人有及早的介入措施，則有機會可以逆轉衰弱的情形，並預防或延緩失能的發生(Chan et al., 2012; Chang et al., 2013; Tarazona-Santabalbina et al., 2016)。

在學術與臨床實務上，雖然都普遍接受老年衰弱議題之重要性，但對於在操作型定義上如何界定老年衰弱、使用何種篩選評估工具，則仍未有一致共識。整體而言，老年衰弱的測量可以分為兩大主流。第一種類型是全面性的評估老年健康的各個面向，包括認知功能、情緒、活動力、健康態度、多重用藥、溝通能力、行動力、ADLs、IADLs、睡眠、社會等。此類型工具以 Rockwood & Mitnitski 提出的累積缺損模式 (accumulated deficits model) 為代表 (Rockwood & Mitnitski, 2011)，此工具是利用周全性老年評估 (comprehensive geriatric assessment, CGA) 為工具，故常被稱為 frailty index- CGA (FI-CGA)，在操作上是累計在 CGA 所有評估項目中，共幾項有缺損(deficit)，缺損項目數(number of deficits)為其 frail index；缺損項目數佔所有評估項目數比例，為 FI-CGA score (介於 0-1)，評估項目可包含 30-70 個項目不等，一般以 FI-CGA score 大於等於 0.25 者為有 frailty。此工具的優點是可量化 frailty 程度，但實務操作難度較高。第二種類型是以身體面向表現型為主軸測量概念的工具，其中最具代表性的是 Fried 等人提出的 frailty phenotype measurement (Fried et al., 2001)，由五項指標構成：1.消瘦/ 體重減輕(Shrinking/weight loss)；2.手握力弱 (Weakness/grip strength)；3.精疲力竭 (Exhaustion)；4.緩慢 (Slowness)；5.低活動量 (Low activity)；其中 0 項者為正常，

有 1-2 項者為 prefrail，有 3 項以上者為 frail。另一常見的同類型測量工具是 SOF (Study of Osteoporotic Fractures) frailty index (Ensrud et al., 2008; Kiely et al., 2009)，由三個指標構成：1.體重減輕 (Weight loss)；2.下肢功能 (Lower extremity function)；3.降低精力 (Reduced energy level)；其中 0 項者為正常，有 1 項者為 prefrail，有 2 項以上者為 frail。研究指出，SOF 與 Fried criteria 相比較，兩者對跌倒、失能、骨折、死亡等健康結果的預測效度非常接近，無顯著差異。而 SOF 相較於 Fried criteria 的優點是，使用簡便且不需要知道群體的分布情形來決定切點 (Ensrud et al., 2008; Kiely et al., 2009)。考量到各個工具之特性，SOF 可能是最適合使用在長期照顧十年計畫 2.0 中，用以進行篩選衰弱老年人之評估工具，因其使用簡便，且適用於一般社區場域，而不受限於臨床場域，並已證明其信效度不低於其他工具。以表 3.2.8 列出過去使用 SOF 評估衰弱狀況之研究對各項指標的操作型定義。

綜合上述，長照十年計畫 2.0 將以 SOF 為老年衰弱症之篩選工具，而納入為服務對象之衰弱老人，界定條件為滿足以下三點者：1.無 ADL 失能，2.但有 IADL 失能，3.且經 SOF 評估三項指標中有一項以上者。

高推估依據 1996 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查資料，以體重減少 (shrinking/weight loss)、虛弱 (weakness/grip strength)、筋疲力盡 (exhaustion)、緩慢 (slowness)、低活動力 (low activity) 等 5 指標評估衰弱與否，則 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%。搭配國發會中華民國人口推估

(2016 至 2061 年) 數據—中推估人口推計數據，衰弱老人高推估人數 2017 年為 2 萬 4,746 人，至 2026 年增為 3 萬 6,931 人 (已扣除 ADLs 及 IADLs 障礙) (詳見表 3.2.9)。

衰弱老人低推估以占率 0.48% 進行推估。依據 2010-2011 年國民長期照護需要調查結果，以符合上街購物、備餐、處理家務、洗衣服、外出 5 項 IADLs 中之 1 項障礙，以及後述衰弱定義 3 項中 1 項以上：1.過去三個月體重減輕超過 3 公斤；2.走路功能未達可獨立走 50 公尺以上 (在可使用輔具狀態)；3.過去一個月活力程度為一點點活力或沒有活力者界定之。衰弱老人低推估人數 2017 年為 1 萬 5,741 人，至 2026 年增為 2 萬 3,427 人 (詳見表 3.2.10)。

表 3.2.8 SOF 衰弱指標操作型定義

過去研究出處	三指標		
	體重減輕	下肢功能	降低精力
Ensrud, et al. (2008)	非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 10 磅以上	無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次	過去一週內，是否覺得提不起勁來做事 (一個禮拜三天以上有這個感覺)
Kiely, et al. (2009)	非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 10 磅以上	無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次	過去一週內，是否覺得提不起勁來做事 (一個禮拜三天以上有這個感覺)
Ensrud, et al. (2009)	兩次調查期間 (平均 3.4 年) 體重降低 5% 以上	無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次	您是否覺得充滿精力? 回答”否”
Bilotta et al. (2012)	非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 5% 以上	無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次	您是否覺得充滿精力? 回答”否”
Luciani et al. (2013)	非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 5% 以上	無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次	您是否覺得充滿精力? 回答”否”

表 3.2.9 2017 年至 2026 年衰弱老人人數-高推估

年度	男-人口數	男-衰弱老人 人數	女-人口數	女-衰弱老人 人數	合計-衰弱老 人人數
2017	1,502,549	11,370	1,767,638	13,376	24,746
2018	1,572,671	11,900	1,861,472	14,086	25,986
2019	1,646,088	12,456	1,959,073	14,824	27,280
2020	1,726,150	13,062	2,062,107	15,604	28,666
2021	1,807,073	13,674	2,166,945	16,397	30,071
2022	1,880,274	14,228	2,264,041	17,132	31,360
2023	1,959,392	14,827	2,366,564	17,908	32,735
2024	2,041,048	15,445	2,471,884	18,705	34,150
2025	2,122,309	16,060	2,575,501	19,489	35,549
2026	2,202,417	16,666	2,678,112	20,265	36,931

註：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：1996 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查。

表 3.2.10 2017 年至 2026 年衰弱老人人數-低推估

年度	男-人口數	男-衰弱老人 人數	女-人口數	女-衰弱老人 人數	合計-衰弱老 人人數
2017	1,502,549	7,212	1,767,638	8,485	15,741
2018	1,572,671	7,549	1,861,472	8,935	16,484
2019	1,646,088	7,901	1,959,073	9,404	17,305
2020	1,726,150	8,286	2,062,107	9,898	18,184
2021	1,807,073	8,674	2,166,945	10,401	19,075
2022	1,880,274	9,025	2,264,041	10,867	19,892
2023	1,959,392	9,405	2,366,564	11,360	20,765
2024	2,041,048	9,797	2,471,884	11,865	21,662
2025	2,122,309	10,187	2,575,501	12,362	22,549
2026	2,202,417	10,572	2,678,112	12,855	23,427

註：衰弱老人盛行率 0.48%，其定義為符合衰弱定義且於上街購物、備餐、處理家務、洗衣服、外出 5 項 IADLs 中為 1 項障礙者，衰弱定義為後述 3 項中符合 1 項以上：1.過去三個月體重減輕超過 3 公斤；2.走路功能未達可獨立走 50 公尺以上（在可使用輔具狀態）；3.過去一個月活力程度為一點點活力或沒有活力。

資料來源：2010-2011 年國民長期照護需要調查。

(七) 2017 年至 2026 年長照需求人數

綜合上述推估結果，以照顧對象包含 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 歲以上失智症者及衰弱老人，則 2017 年長期照顧需求人數高推估為 73 萬 7,623 人，低推估為 65 萬 9,188 人（表 3.2.11 及表 3.2.12）。

表 3.2.11 2017 年至 2026 年長期照顧需求人數-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

表 3.2.12 2017 年至 2026 年長期照顧需求人數-低推估

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	48,128	62,274	7,761	109,970	15,741	659,188
2018	436,136	47,659	62,932	8,062	115,079	16,484	686,352
2019	457,855	47,208	63,447	8,301	120,717	17,305	714,833
2020	481,109	46,761	63,721	8,505	126,745	18,184	745,025
2021	504,700	46,413	63,819	8,627	132,854	19,075	775,488
2022	526,328	46,069	63,919	8,697	138,455	19,892	803,360
2023	549,397	45,728	63,855	8,764	144,422	20,765	832,931
2024	573,142	45,363	63,662	8,762	150,562	21,662	863,153
2025	596,622	44,924	63,485	8,794	156,634	22,549	893,008
2026	619,827	44,141	63,816	8,769	162,656	23,427	922,636

臺灣長照需要人數趨勢—高推估
2017年至2026年

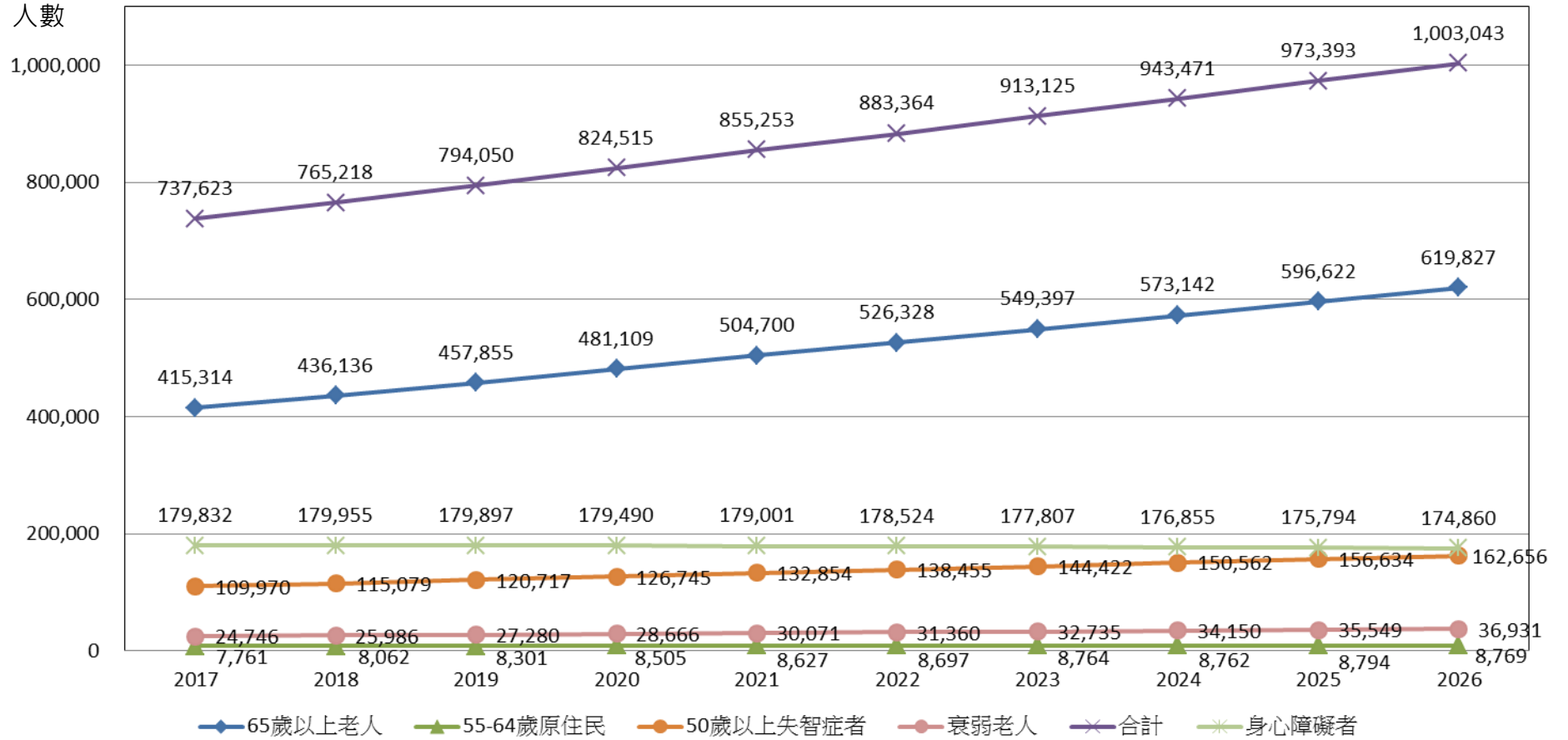


圖 3.2.1 2017 年至 2026 年推估長照需求人數—高推估

臺灣長照需要人數趨勢—低推估
2017年至2026年

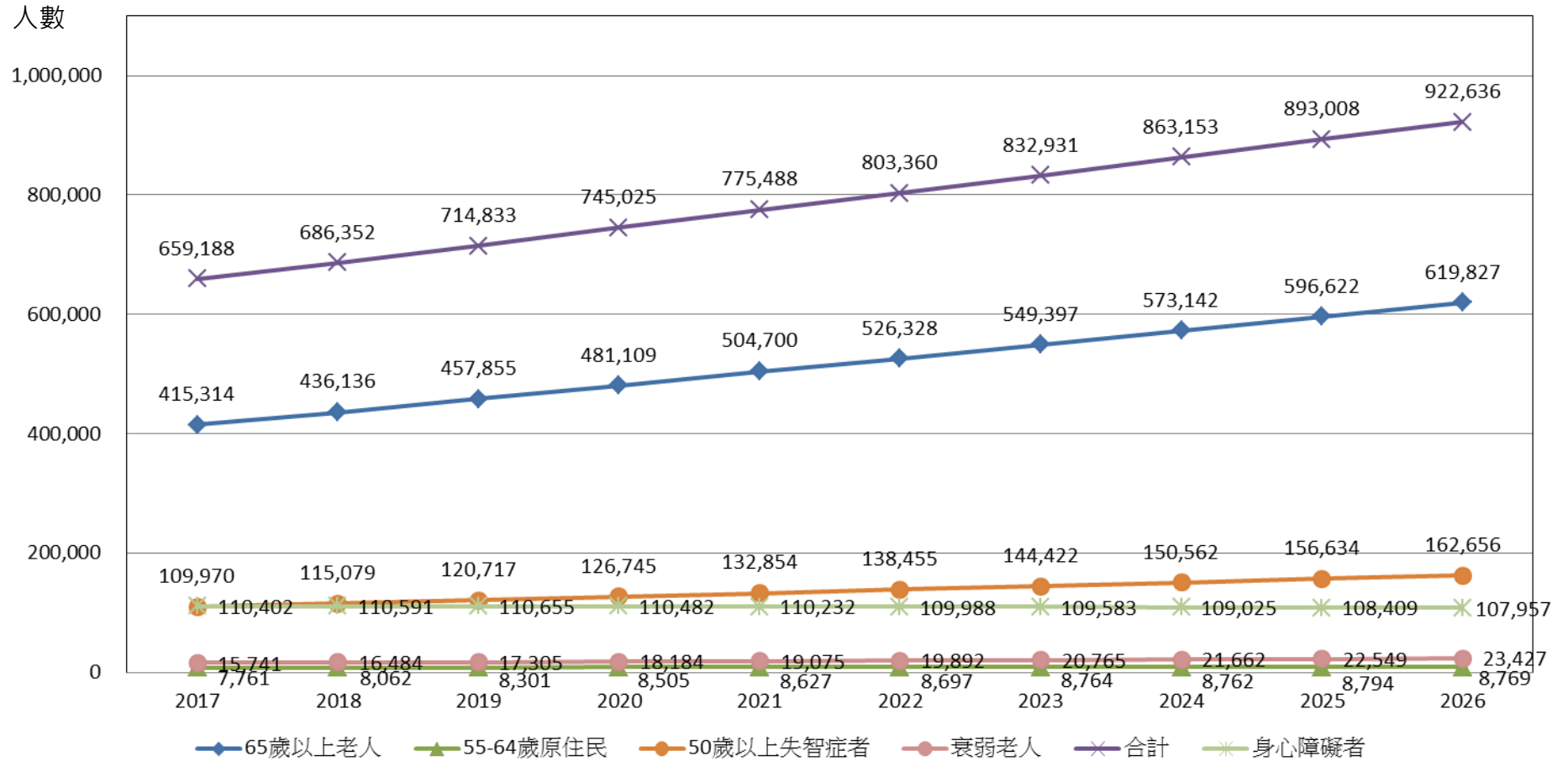


圖 3.2.2 2017 年至 2026 年推估長照需求人數—低推估

第三節 推動方式

壹、施行內容

長期照顧十年計畫為我國長期照顧制度奠定長期照顧服務輸送體系及服務資源之基礎，惟為更積極回應民眾多元照顧需求，擴充服務內涵，增加服務彈性；擴大服務對象，符合不同族群照顧需求；整合服務模式，提升照顧連續性；創新多元服務，滿足多元需求；服務體系延伸，積極推動各項預防照顧措施，爰規劃 17 項具體實施策略，說明如次，並以表 3.3.1 比較長期照顧十年計畫 2.0 與原長照十年計畫。

表 3.3.1 長期照顧十年計畫服務項目與長期照顧十年計畫 2.0 版比較表

長照十年計畫 1.0	長照十年計畫 2.0		
服務項目： 1. 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 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. 居家復健 7. 長期照顧機構服務 8. 喘息服務	彈性與擴大		
	服務項目	推動方式	實施策略
	增加長照十年計畫 1.0 之服務彈性： 1. 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧） 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. 居家復健 7. 長期照顧機構服務 8. 喘息服務	一、擴充服務內涵，增加服務彈性	(一)提高服務量能，回應民眾需求 1. 照顧服務：調整支付制度及方式，增加服務內容與頻率之彈性。 2. 交通接送：參酌各縣市幅員差異，規劃分級補助機制；並考量原鄉與偏遠地區交通成本，加成補助。 3. 長照機構：提高低收入戶、中低收入戶之中度及重度失能老人機構安置費。再逐步採階梯式擴大提供非低收入戶、中低收入戶的相對經濟弱勢重度失能、失智老人機構安置費補助。 4. 喘息服務： (1)提高每日補助金額 (2)場域擴大至日間照顧中心以及各服務據點。 (3)對象：照顧失能者的家庭。 (二)精進照管機制，依民眾需求核定補助服務時數
服務對象： 1. 65 歲以上失能老人 2. 55 歲以上失能山地原住民 3. 50 歲以上失能身心障礙者 4. 65 歲以上僅	創新與整合		
	服務項目	推動方式	實施策略
	成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站	二、建立社區整體照顧服務體系，提升照顧連續性	(一)建構社區整體照顧服務體系 建立以社區為基礎發展連續多目標服務體系，分為 A、B、C 三級，由 A 級提供 B、C 級技術支援與整合服務，另一方面促使 B 級複合型服務中心與 C 級巷弄照顧站普遍設立，提供近便性照顧服務。
1. 失智症照顧服務 2. 小規模多機能服務	三、創新多元服務，滿足多	(一)佈建失智症團體家屋，提供服務多元選擇： 提供失智症者家庭化及專業照顧服務。	

IADL 需協助之獨居老人	3.家庭照顧者支持服務據點 4.社區預防性照顧	元需求	<p>(二)因應偏遠地區長照需求，建置在地(部落)服務體系：辦理偏遠長照資源不足區之照管據點、輔導機制與管理平台，提供多元整合服務，並提供社區照顧創新模式，補助交通相關費用，縮短城鄉差距。</p> <p>(三)支持家庭照顧者，減輕民眾照顧負擔：建置家庭照顧者支持中心、服務據點及關懷專線，並提供技術指導。</p> <p>(四)強化社區預防性照顧服務：積極擴增社區照顧關懷據點、日間托老及各項健康促進活動。</p> <p>(五)重視身心障礙者提早老化需求，充實照顧服務量能：提供在地化社區日間服務，並增強住宿式機構老化照顧功能。</p>
	延伸		
	服務項目	推動方式	實施策略
	1.預防失能或延緩失能與失智之服務 2.延伸至出院準備服務 3.銜接在宅臨終安寧照護	四、服務體系的延伸，積極預防照顧	<p>(一)強化失智症初級預防，普及充實社區照顧資源：積極辦理早期介入服務方案，優化失智症社區服務據點。</p> <p>(二)辦理預防失能及延緩失能惡化之服務：提供肌力強化運動、生活功能重建訓練、膳食營養、口腔保健、認知促進等服務。</p> <p>(三)銜接出院準備服務</p> <p>(四)銜接在宅臨終安寧照護</p>

一、擴大服務內涵，增加服務彈性

長照計畫以補助服務使用為原則，補助包含以協助日常生活活動功能為主之照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧）；維持或改善服務對象之身心功能之醫事照護服務，如居家護理、社區及居家復健；增進失能者在家中自主活動能力之輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務；協助經濟弱勢失能老人獲得日常營養補充之老人營養餐飲服務；支持協助家庭照顧者之喘息服務；協助中、重度失能者就醫及使用長期照顧服務之交通接送服務；以及針對需密集性照顧的重度失能者之長期照顧機構服務等（原各項補助項目、最高補助額度及實際補助情形，詳如表 3.3.2），惟目前現行民眾獲得各項補助時數及服務額度不足，擬規劃調整方向說明如次（表 3.3.4）。

表 3.3.2 長照十年計畫 1.0 八大服務項目補助情形

項目		輕度	中度	重度
居家服務	最高補助額度	25 小時/月 每小時 200 元	50 小時/月 每小時 200 元	90 小時/月 每小時 200 元
	實際補助情形	13 小時/月 每小時 200 元	24 小時/月 每小時 200 元	32 小時/月 每小時 200 元
日間照顧	最高補助額度	25 小時/月 每小時 200 元	50 小時/月 每小時 200 元	90 小時/月 每小時 200 元
	實際補助情形	25 小時/月 每小時 200 元	50 小時/月 每小時 200 元	90 小時/月 每小時 200 元
家庭托顧	最高補助額度	25 小時/月 每小時 200 元	50 小時/月 每小時 200 元	90 小時/月 每小時 200 元
	實際補助情形	25 小時/月 每小時 200 元	50 小時/月 每小時 200 元	90 小時/月 每小時 200 元
居家護理	最高補助額度	每月 1 次，每次 1,300 元		
	實際補助情形	平均每人使用 5 次/年		
居家及社區復健	最高補助額度	居家復健，每項治療服務（物治、職治）每星期最多 1 次，一年各以 6 次為原則，每次 1,000 元。社區復健每週 1 次，每場次補助 2,000 元。		
	實際補助情形	平均每人使用 6.6 次/年		
輔具租借、購	最高補助額度	每 10 年內每人 10 萬元		

項目		輕度	中度	重度
買及居家無障礙環境改善	實際補助情形	地方政府自籌辦理		
營養餐飲	最高補助額度	補助低收入及中低收入每人每日一餐，每餐 50 元		
	實際補助情形	地方政府自籌辦理		
喘息服務	最高補助額度	每年 14 天，每天 1,200 元；機構喘息另有交通費補助每趟 1,000 元，每年 4 趟		每年 21 天；機構喘息另有交通費補助每趟 1,000 元，每年 4 趟
	實際補助情形	平均每人使用 8.0 日/年	平均每人使用 7.8 日/年	平均每人使用 12.5 日/年
交通接送	最高補助額度			每月 4 次（來回 8 趟），每趟 190 元
	實際補助情形			
長期照顧機構	最高補助額度			家庭總收入未達最低生活費 1.5 倍經評估必要者，專案補助。每人每月 18,600 元
	實際補助情形			

（一）照顧服務

1. 居家服務

居家式服務：照顧服務係長照服務的骨幹服務，由照顧服務員提供失能者身體及日常生活照顧現行補助基準為每小時 200 元，照顧服務員實領時薪約為 170 元；而又因勞基法每週工時 40 小時的上限規劃，致使實領薪資因而下降。再者，一般民眾常認為照顧服務是勞務性質、沒有專業、辛苦又勞累的工作，也就是所謂的 3D 工作 (dirty、difficulty、dangerous)。規劃透過檢討照顧服務補

助項目及基準，合理計算各項服務成本，調整居家服務支付標準，以促進照顧服務永續發展。

過去居家式照顧服務常因照顧服務人力不足，致使服務彈性受限，亦難滿足被照顧者需求。未來照顧管理專員以核定服務時數與服務項目為主，至於照顧計畫的協調安排，由社區整合型服務中心或複合型服務中心以及服務使用者（包括照顧者）討論，希望可藉此建立服務提供單位與使用雙向與彈性溝通管道；再者，期待透過居家式服務的彈性與鬆綁策略，鼓勵目前已占服務使用量六成五的一般戶願意增加自費時數，降低因照顧密集度增加而聘僱外籍看護工的比例。

2. 多元日照服務

為普及充實社區照顧資源，發展多元社區在地照顧體系，推動臺灣 368 照顧服務計畫，積極鼓勵地方政府結合民間服務提供單位，協力佈建多元日間照顧資源，同時強化社區照顧量能，鼓勵以日間照顧中心為基礎，擴充提供居家服務及夜間臨時住宿，發展小規模多機能服務，截至 2016 年 6 月底計 256 所多元日照及 30 處小規模多機能服務單位。

另為廣續廣佈社區照顧資源，將持續整合地方政府潛在資源，擴展服務場域及據點，如涉及跨專業、跨局處協調者，督請縣市首長召開協調會議；至未來長照機構建管、消防通盤調整相關事宜，事涉內政部營建署及消防署權管業務，待邀集相關部會代表、專家學者共同研商，俾利因地制宜建置服務資源，鼓勵民間投入照顧服務產業。

3. 家庭托顧

在家庭托顧部分，為使服務賡續推動與積極擴展，爰規劃調整照顧服務費用及托顧家庭之設施設備改善費，提供誘因，期望吸引更多照顧服務員投入家庭托顧服務的行列。另外，有鑑於家庭托顧可讓長者留在熟悉的環境接受照顧服務，落實在地老化目標，並符合偏鄉地區文化背景與在地特性，因地制宜發展長期照顧服務，未來更將積極鼓勵地方政府結合專業民間單位招募與督導托顧家庭，加強偏鄉地區設立托顧家庭，以回應偏鄉地區失能者的長照需求。

(二) 交通接送

過去長照十年計畫有關交通接送服務之補助額度，係參考身心障礙復康巴士、居家護理服務推動經驗及平均服務里程數等，以計程車計價方式，並參考失能人口、居住社區比率及使用服務比率等推估計算而成，以每月最高補助 8 趟，每趟以 190 元計。

考量各縣市幅員差異及服務資源可近性等諸多因素，為合理提供長照服務對象所需之交通接送服務，爰參酌各縣市實際面積，將各縣市區分為三個補助等級；另有鑑於原鄉及偏遠地區（計 87 個鄉鎮市區）都市化程度較低，社區服務資源尚未充份佈建，致服務使用者需付出較多交通成本以取得服務，故針對實際居住於該地區之使用者，以最高補助等級加成 1.2 倍方式提高補助額度。

此外，於偏鄉地區額外提供人力及接送車輛補助，提升服務供給之彈性、連續性及可近性，達成在地化、社區化之整合性照顧服務目標。有關補助分級方式請參考表 3.3.3。

表 3.3.3 各縣市長照交通接送補助基準分級表

分級原則	級別	轄區面積	縣市（鄉鎮市區）
縣市幅員	第一級	未達 500 平方公里	嘉義市、新竹市、基隆市、臺北市
	第二級	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
	第三級	2,500 平方公里以上	屏東縣、高雄市、南投縣
偏遠地區	第四級	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、南投縣仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉、中寮鄉、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、霧台鄉、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
備註：偏遠地區係參照衛生福利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。			

（三）機構住宿式長期照顧機構服務

過去長照十年計畫對於家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在最低生活費 1.5 倍以下，且經評估為重度失能的弱勢老人，以及經地方政府認定確實有住進機構必要的中度失能弱勢老人，中央政府已撥付經費給地方政府，由地方政府編列預算，補助進住機構的經濟弱勢長輩，每人每月安置費用 18,600 元。

為讓需要照顧的失能長輩能接受長照服務，減輕家

庭經濟負擔及照顧壓力，有效提升長期照顧機構服務品質，並且降低長照機構安置老人的成本，規劃擴大機構安置補助之受益對象，並將目前對於最低生活費 1.5 倍以下的中度及重度失能老人，提高安置費補助標準至 21,000 元，未來將視國家整體資源及管理機制的發展情況，逐步採行階梯式擴大的方式，補助經濟弱勢的重度失能老人住進機構的安置費用。

(四) 喘息服務

為協助照顧失能民眾的家庭照顧者得以獲得必要休息與支持，原長照十年計畫已針對家庭照顧者提供喘息服務。而長照十年計畫 2.0 除原失能者服務對象，更將擴大對象至 50 歲以上輕度失智症者、55 歲至 64 歲失能平地原住民，及 49 歲以下失能身心障礙者。照管中心派員到宅評估申請服務對象所需的長照服務，及其家庭照顧者照顧負荷情形，以及使用喘息服務的需求。

凡經評估為輕度、中度失能服務對象之家庭照顧者，每年最高可獲得 14 天，重度失能服務對象之家庭照顧者，每年最高則可獲得 21 天喘息服務之補助；補助天數並將依民眾實際需求核給。2017 年起補助經費由 1,200 元/日調高為 1500 元/日。

目前喘息服務，除提供機構及居家喘息服務，民眾可混合搭配使用；另自 2015 年起，推動多元照顧中心（小規模多機能）創新服務方案，提供臨時住宿服務（喘息服務），讓有需求民眾在熟悉的環境臨時住宿，解決家庭安置困擾，也讓家庭照顧者得到喘息機會。此外，規劃於 2016 年於 368 鄉鎮佈建多元日照資源，喘息服務將也可以使用日間照顧服務。

另將視政府財政狀況，逐步再規劃擴大服務對象（如聘僱外籍看護工家庭等），並規劃提供更高長照服務日數。

表 3.3.4 長照十年計畫 2.0 規劃服務項目補助情形

服務項目	照顧服務 (居家服務、日間照顧、家庭托顧)	營養餐飲	輔具/無障礙環境改善	交通接送	居家護理	居家及社區復健	喘息服務	長期照顧機構	安全性 看視	預防或延緩失能之服務				
										肌力訓練	生活功能 重建訓練	膳食營養	口腔保健	認知促進
服務對象	①65 歲以上失能老人 ②65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人。 ③55 歲以上失能原住民。 ④失能身心障礙者。 ⑤失智者。		①65 歲以上失能老人 ②65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人。 ③55 歲以上失能原住民。 ④失能身心障礙者。	①65 歲以上中度/重度失能老人 ②55 歲以上中度/重度失能原住民。 ③中度/重度失能身心障礙者。 ④50 歲以上中度/重度失智者。	① 65 歲以上失能老人 ② 65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人 ③ 55 歲以上失能原住民 ④ 失能身心障礙者 ⑤ 50 歲以上失智者			①低收入戶及中低收入之重度失能老人 ②低收入戶及中低收入且缺乏家庭支持致有進住機構必要之中度失能老人	50 歲以上失智者	主要以衰弱及失能老人為主，衰弱老人為經評估無 ADL 失能、但有 IADL 失能且經 SOF 評估 3 項指標中有 1 項以上者。				
內涵	核定額度內可以彈性使用居家服務、日間照顧及家庭托顧服務。	50 元/餐	-	參酌各縣市幅員差異，規劃分級補助機制；並考量原鄉與偏遠地區交通成本，加成本補助。	每月最高 2 次	每項治療服務（物治、職治）每星期最多 1 次，1 年各以 6 次為原則（12 次/年），若治療師認為服務對象具高恢復潛力，可提出延案申請，但須經照管中心核准）	經評估為輕度、中度失能服務對象之家庭照顧者，每年最高可獲得 14 天，重度失能服務對象之家庭照顧者，每年最高則可獲得 21 天喘息服務之補助；補助天數並將依民眾實際需求核給。並將視政府財政狀況，逐步再規劃擴大服	-	設計失智照顧服務之加成補助	以團體方式進行，每次團體活動約 10 人，每期課程平均 12 週，視需要再調整週次，每次課程為 2 小時，包含多項創新服務，針對失能風險預防設計具多元性及趣味性之活動課程。				

							務對象(如聘僱外籍看護工家庭等)，並規劃提供更高長照服務日數。			
補助額度	<p>①日間照顧及家庭托顧服務依其福利身分別及失能/失智情形補助。</p> <p>②居家服務部份，依其福利身分別及長期照顧需要情形分段補助基本支付，並規劃依不同時段、區域、服務對象、服務場域或特殊情況加成支付。</p>	(地方政府自籌辦理)	10年上限10萬元	中度/重度：每月8趟	<p>①低收入者全額補助，中低收入者補助90%，一般戶補助70%</p> <p>②補助山地離島偏遠地區加給10%服務費，不含交通費</p>	<p>①低收入者全額補助，中低收入者補助90%，一般戶補助70%</p> <p>②補助山地離島偏遠地區加給10%服務費，不含交通費</p>	<p>①輕度及中度失能每年14日，重度失能每年21日</p> <p>②低收入者全額補助，中低收入者補助90%，一般戶補助70%</p> <p>③機構喘息補助交通費，每年4趟</p> <p>④補助山地離島偏遠地區加給10%服務費，不含交通費</p>	<p>①提高低收入戶、中低收入戶之中度及重度失能老人機構安置費。</p> <p>②逐步採階梯式擴大提供非低收入戶、中低收入戶的相對經濟弱勢重度失能(失智)老人機構安置費補助。</p>	15小時	<p>1. 補助縣市政府辦理社區樂齡行動教室之師資費用、行政費用等。</p> <p>2. 課程以團體方式進行，每期12週，每週每次2小時，以補助1年為主。</p>

二、創新多元服務，滿足多元需求

(一)失智症照顧服務

1. 佈建失智症團體家屋，提供多元服務選擇

- (1) 服務目的：提供失智症老人小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化之服務模式，滿足失智症老人之多元照顧服務需求，並提高其自主能力與生活品質。
- (2) 服務對象：經醫師診斷中度以上失智(CDR2 分以上)為原則，且具行動能力、須被照顧之失智症者。
- (3) 服務項目與內容：由受過失智症專業訓練之照顧服務員及工作人員提供失智症者家庭化照顧服務，依其獨特性擬定個別生活照顧計畫，將照顧及復健技巧融入日常生活中，協助失智症者安心生活，延緩退化的速度。
- (4) 規劃辦理進度：每年至少設置 5 處。

2. 強化失智症初級預防，普及充實社區照顧資源

(1) 早期介入服務方案

- ①服務目的：為提升失智症社區服務普及性，擴增失智症長期照顧服務量能，透過發展多元照顧服務模式，以及推動早期介入服務方案，滿足失智症者照顧需求，減輕家庭照顧者的負擔。
- ②服務對象：50 歲以上輕度失智症者。
- ③服務項目與內容：提供連續多元之照顧服務，透過發展多元照顧服務模式，規劃提供 50 歲以上失

智症者多元服務項目，包括居家服務、日間照顧、家庭托顧、小規模多機能以及團體家屋等多項服務，以減輕家屬照顧負擔，滿足失智症者照顧需求，減輕家庭照顧者的負擔；此外，亦優化社區早期介入服務，以社區為基礎提供失智症者及其家屬所需之瑞智學堂、瑞智互助家庭以及家庭支持等服務，並廣續擴大嘉惠滿足社區失智症者、家庭照顧者之需求以及建置友善社區環境，規劃培植專業人力，加強推廣失智症早期介入創新服務方案。

④規劃辦理進度：充實普及失智症社區照顧資源，每年至少結合 50 個服務提供單位辦理早期介入服務方案。

(2) 失智症社區服務發展計畫-失智症共同照護中心

①服務目的：於社區中提供失智患者與家屬所需之整合性服務與健康促進服務，以維持失智者最佳功能，並藉改善失智者與家屬之生活品質，減輕家庭照顧者負擔，並發展友善失智社區服務。

②服務對象：經評估轉介之疑似認知障礙、50 歲以上失智症及家庭照顧者。

③服務項目與內容：為普及失智症社區照護服務及增強其服務品質與效能，規劃發展失智症共同照護中心，結合醫療照護、社區在地資源，整合提

供失智者照護服務及家庭照顧者之教育訓練及支持系統等，建立個案管理之社區失智共同照護模式；並強化失智症照護專業人力，發展符合在地失智民眾需要之社區服務資源模式與品質。

④規畫辦理進度：截至 2016 年已完成設置失智症社區服務據點 26 處，2017 年預計布建 26-50 處，至 2020 年預計設置 368 處。

(二)小規模多機能服務

- 1.服務目的：為強化社區整體照顧服務體系，發展我國多元連續之長期照顧服務輸送體系，因地制宜整合發展符合社區需求之小規模、多元化社區照顧服務模式。
- 2.服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。
- 3.服務項目與內容：規畫以日間照顧服務為基礎，擴充辦理居家服務以及臨時住宿服務等多項服務，服務規模以 40 人以下為原則，彈性並充分運用在地社區照顧資源，提供社區老人個別化之照顧服務，以滿足社區老人多元服務需求，達到社區整體照顧服務之目標。
- 4.規畫辦理進度：規畫 2016 年底至少 40 處，之後每年至少新增 20 處，滿足社區老人多元照顧需求，落實在地老化之目標。

(三)因應偏遠地區長照需求，推動社區（部落）照顧服務

- 1.服務目的：針對資源不足之偏遠及原民地區，系統性佈建長照資源，培力在地照顧服務量能，因地制宜發展整合長

期照顧服務模式，以符合偏遠地區失能者的照顧需求，並致力減少長期照顧服務之城鄉差距，增加照顧服務之多元性及普及性，以強化偏鄉長期照顧服務。

2. 服務對象：偏遠地區之失能、輕度失能長者。
3. 服務項目與內容：補助偏遠地區交通車及司機人力，減少交通往返不便，提升服務可近性；並補助 2 名照顧服務人力，以月薪制任用照顧服務人力，並鼓勵服務單位結合專業輔導團隊，訓練及培養在地照顧服務人力，發展自訓自用模式，提升偏鄉地區服務人力之穩定性。
4. 規劃辦理進度：補助 87 個偏遠地區交通車輛，每年補助司機人力及 2 名照顧服務員。

(四) 提供家庭照顧者支持服務，減輕民眾照顧負擔

1. 建置家庭照顧者支持中心及關懷專線

- (1) 服務目的：透過諮詢專線提供照顧者諮詢服務、情緒抒發管道，並連結社區相關資源提供支持服務，並提升社區民眾對家庭照顧者的抒解壓力需求敏感度。
- (2) 服務對象：家庭照顧者。
- (3) 服務項目與內容：協助有需求的家庭照顧者，提供個別化家庭服務，包括提供諮詢服務、電話關懷、照顧技巧諮詢、心理協談、同儕照顧經驗分享、福利訊息、資源連結及法律諮詢等服務。
- (4) 規劃辦理進度：每年持續辦理支持中心及專線服務，積極辦理宣導，擴大服務人數。

2. 普設老人家庭照顧者支持服務據點

- (1) 服務目的：結合諮詢專線通報機制，培植社區在地團體提供家庭照顧者近便性支持服務，減輕家庭照顧者之心理壓力與情緒困擾、提升家庭照顧者之照顧技巧，增進照顧品質。
- (2) 服務對象：家庭照顧者
- (3) 服務項目與內容：提供家庭照顧者 8 大項基本的支持服務，包括服務對象管理、照顧技巧指導、照顧技巧訓練、心理協談、支持團體、舒壓活動、喘息服務及電話關懷等，亦鼓勵各縣市老人家庭照顧者支持服務據點依據當地特色發展符合當地家庭照顧者需求之支持服務項目。
- (4) 規劃辦理進度：2016 年已推展 10 縣市，規劃 2017 年拓展至 16 個縣市，2018 年達成 22 縣市服務據點全面建置。

3. 提供家庭照顧者技巧指導及關懷服務

- (1) 目的：發展家庭照顧者多元支持措施，提升照顧服務品質，滿足家庭照顧需求；並增進社會大眾對居家服務的認識，提升民眾使用長照服務意願，擴大長照服務人數，促進我國長照服務體系之發展。
- (2) 服務對象：為照顧 65 歲以上失能老人、55 歲以上失能山地原住民及 50 歲以上失能身心障礙者之家庭照

顧者，並未接受長照計畫照顧服務類及未聘有外籍家庭看護工。

- (3) 服務項目與內容：辦理 60 小時照顧實務指導員訓練、培訓具備照顧指導專業知能、熟稔照顧工作實務之照顧服務員擔任照顧實務指導員，到宅提供照顧技巧指導及諮詢、家庭照顧關懷訪視、社會福利資源諮詢及連結等；並邀請專家學者辦理實地輔導訪視。
- (4) 規劃辦理進度：評估 2016 年度首年試辦之成效及回饋，並蒐集服務建議，作為未來服務計畫調整參據。

(五) 重視身心障礙者提早老化需求，充實照顧服務量能

1. 發展身心障礙日間照顧服務資源

- (1) 服務目的：促使身心障礙者留在社區生活，支持家庭、提供家庭照顧者有喘息機會。
- (2) 服務對象：失能身心障礙者。
- (3) 服務項目與內容：因應失能身心障礙者日間照顧需求，提供照顧服務，並以逐年擴充據點方式，使身心障礙者獲得具可近性之在地化社區日間服務。
- (4) 規劃辦理進度：每年至少增設 52 處。

2. 充實身心障礙機構老化照顧服務

- (1) 服務目的：為因應人口老化之身心障礙者長期照顧需求，積極佈建機構老化照顧服務資源，增強機構

住宿式服務機構之老化照顧服務，並提升服務效能及品質，並鼓勵民間服務提供單位投入老化照顧服務，擴大服務量能。

- (2) 服務對象：失能身心障礙者。
- (3) 服務項目與內容：因應人口老化所衍生之長期照顧需求，補助機構辦理老化照顧專區改善工程，並建構老化評估指標與監控系統等相關服務措施，完善在地安老服務。
- (4) 規劃辦理進度：每年設置 20 處。

三、建構社區整體照顧服務體系，提升照顧連續性

(一)問題與挑戰

我國長照政策之規劃係以居家、社區為主，機構式服務為輔，並積極鼓勵各地方政府結合民間服務提供單位共同投入資源建置行列，惟檢視整體資源之發展，以及民眾使用服務之情形，歸納出資源建置層面以及服務使用者層面二個面向、七個問題與挑戰亟待解決，說明如下：

1. 資源建置層面

- (1) 服務資源發展緩慢。
- (2) 各服務提供單位之間缺乏整合。
- (3) 服務體系欠缺向前延伸初級預防、向後銜接在宅安寧照護之整合性規劃。

2. 服務使用者層面

- (1) 服務項目缺乏彈性。

- (2) 服務可接近性待強化。
- (3) 服務時段難回應照顧者需求。
- (4) 家庭照顧者喘息服務需求未充分滿足。

為回應前開問題與挑戰，因地制宜發展在地化長照服務，積極建置以社區為基礎的長照體系，爰推動社區整體照顧服務體系，透過佈建綿密的照顧服務資源，發揮互助、共助精神，提供民眾預防性健康服務以及在地、即時、便利的社區照顧，落實在地老化政策目標。

(二) 規劃原則

為促使民眾可獲得整合式服務，以及增進照顧服務提供單位分布的密度，特推動社區整體照顧服務體系，規劃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。

(三) 推動策略

1. 為強化長照服務量能，以及發展在地化服務輸送體系，積極結合既有長照服務提供單位升級服務功能，並鼓勵民間服務單位投入辦理長照服務，爰規劃以培植 A、擴充 B、廣佈 C 為原則，由中央、地方政府及民間單位三方因地制宜協力佈建在地化長照服務輸送網絡。
2. 補助試辦單位修繕及開辦設施設備、專業服務費以及專案活動費等相關經費，透過地方政府落實在地培力、督導及支援，發展標準化服務，並積極鼓勵年輕世代、新移民女

性、中高齡勞動人口投入照顧服務行列，彈性從事多元照顧工作，增進多元就業場域。

(四)運作模式

1. A 級－社區整合型服務中心

(1)服務功能

- ①依該區域長期照顧管理中心研擬之照顧計畫進行協調連結照顧服務資源。
- ②提升區域服務能量，開創當地需要但尚未發展的各项長期照顧服務項目。
- ③資訊提供與宣導。

(2) 服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。

(3) 服務內容

社區整合型服務中心(A 級)在服務體系中係依區域照管專員擬定之照顧計畫，協助服務使用者協調及連結長照資源，落實照顧計畫，故 A 級單位須為區域內同時辦理日間照顧及居家服務之長照服務單位，並長期在社區耕耘，具備跨專業團隊經驗與能力，方能有效與區域內 B 級與 C 級單位協調合作。

A 級單位除提供既有居家服務、日間照顧服務外，另擴充辦理營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、喘息服務或輔具服務等至少一項服務，另視服務對象需求銜接居家醫療照護。辦理下列事項：

- ①A 級單位依區域照管專員研擬之照顧計畫，進行

協調連結照顧服務資源。

②積極提升區域服務能量，開創當地需要但尚未發展的各項長期照顧服務項目，提供區域民眾資訊與宣導。

③透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送，串連 A 級、B 級、C 級服務。

2. B 級—複合型服務中心

(1) 服務功能

①提升社區服務量能。

②增加民眾獲得多元服務。

(2) 服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。

(3) 服務內容

於固定區域內提供在地化長期照顧服務，目前已在社區提供相關長期照顧服務之單位(如居家服務、日間照顧、家庭托顧、營養餐飲、交通接送、喘息服務、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、居家/社區復健、居家護理、長期照顧機構等)，除提供既有服務外，擴充功能優先複合提供居家服務、日間照顧服務，或提供社政及衛政長照服務，提升社區服務量能，增加民眾獲得多元服務。亦積極將服務延伸至 C 級巷弄長照站，增加民眾多元服務，且充分運用在地社區志工，強化提供單位照顧量能。

3. C 級—巷弄長照站

(1) 服務功能

- ①提供具近便性的照顧服務及喘息服務。
- ②向前延伸強化社區初級預防功能。

(2) 服務對象：長照十年計畫 2.0 服務對象。

(3) 設立任務

巷弄長照站係有別於長期照顧十年計畫 1.0 之新型服務據點，為佈建綿密之長照服務網絡，落實在地老化之政策目標，提供民眾具有近便性的服務，提升服務輸送之可獲得性，規劃巷弄長照站設立任務如下；

- ①由長照服務提供單位廣為設置，並鼓勵社區基層單位投入辦理，充實初級預防照顧服務。
- ②提供社區具近便性的臨托服務。
- ③促進中高齡人力資源再利用、儲備照顧服務員人才。

(4) 服務內容

- ①短時數照顧服務或喘息服務（臨托服務）。
- ②營養餐飲服務（共餐或送餐）。
- ③預防失能或延緩失能惡化服務。
- ④就近提供可促進社會參與之活動。

4.發展小區域「定時」與「定點」之社區巡迴接送服務

- (1)為強化社區巡迴接送服務之輸送連結，爰發展小區域「定時」與「定點」之雙定服務，強化接送量能，串連

ABC 服務體系，提升社區服務網絡功能，優化服務供給之彈性、連續性及可近性，達成在地化、社區化之整合性照顧服務目標。服務說明如下：

①於 ABC 服務區域內配置社區巡迴車至少 1 輛（如福祉車），以共乘方式為優先，配置隨車服務人員，提供定時定點的接送服務，滿足失能者、使用輪椅者之接送需求，提高服務可近性。

②A 級單位可視該區域之服務使用者實際需求、整體路程規劃彈性調派日照中心交通車及社區巡迴車協力提供接送服務。

(2)如服務使用者於 ABC 服務區域外有其他就醫需求，可運用既有長照交通接送或身心障礙者復康巴士服務。

(五) 規辦劃理進度

規劃於 2016 年底積極結合各地方政府盤整各鄉鎮市區社區照顧資源，依據試辦區域內失能人口數、服務需求、社區資源量能等條件，補助單位辦理。另考量偏鄉、離島以及長照資源不足地區之長照資源、在地化服務輸送模式亟待發展，將因地制宜結合地方政府資源辦理。

(六) 試辦目的

透過試辦達成下列目標：1.建立社區整體照顧服務體系；2.發展專業人員定點服務模式；3.擬定教育訓練課程與教材；4.確認 A 級單位與社區資源 B 級、C 級單位間結合之方式；5.制定地方政府照管中心與辦理單位（特別是 A 社區整合

型服務中心)之間的合作機制；6.將各項服務規格化，建立標準化服務，讓服務產業發展，並據以訂定給付標準，以作為未來全面推動之依據。至於未來採稅收制或保險制，屆時再重新檢討；7.依新型支付制度，滾動式調整補助項目及補助額度；8.培育照顧人才，鼓勵年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口投入長照服務。

(七)建構社區整體照顧服務體系之預期效果

1. 參與單位多元化：社區整體照顧服務體系讓長照、醫療單位共同參與，並廣結社區團體組織共同辦理。
2. 發展整合多樣性長照資源：廣納社福、醫療、護理等資源，服務項目擴大，積極加速建置在地化長照資源，整合多樣性長照資源。
3. 促進長照服務彈性化、據點綿密化：依照管中心擬定之照顧計畫，落實照顧服務，並依個案需求協調安排照顧資源，由社區巡迴接送串連 ABC 服務，提供具彈性化以及連續性之服務。
4. 促進就業，培育照顧服務人力：鼓勵長照單位優先擴大居家服務供給量，並發展年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口投入照顧服務之機會。

以表 3.3.5 說明社區整體照顧服務體系-A-B-C 服務：

表 3.3.5 社區整體照顧服務體系- A-B-C 服務說明一覽表

單位	A-社區整合型服務中心	B-複合型服務中心	C-巷弄長照站
功能	1.依該區域長期照顧管理中心研擬之照顧計畫進行協調連結照顧服務資源。 2.提升區域服務能量，開創當地需要但尚未發展的各项長期照顧服務項目。 3.資訊提供與宣導。	1.提升社區服務量能。 2.增加民眾獲得多元服務。	1.提供具近便性的照顧服務及喘息服務。 2.向前延伸強化社區初級預防功能。
服務對象	長照十年計畫 2.0 服務對象		
服務內容	1.於一定區域內建立在地化服務輸送體系，整合與銜接 B 級與 C 級之資源。 2.提供下列服務： (1)同時辦理日間照顧及居家服務之長照服務單位，除既有服務外，另擴充辦理營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、喘息服務或輔具服務等至少一項服務。 (2)透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送，串連 A 級、B 級、C 級服務。	於固定區域內提供在地化照顧服務，目前已在社區提供相關長期照顧服務之單位(如居家服務、日間照顧、家庭托顧、營養餐飲、交通接送、喘息服務、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、居家/社區復健、居家護理、長期照顧機構等)，除提供既有服務外，且須擴充功能提供小規模多機能、團體家屋、社區復健或共餐服務等其中一項之社區式長照服務。	1.預防失能或延緩失能惡化服務。 2.短時數照顧服務或喘息服務(臨托服務)。 3.營養餐飲服務(共餐或送餐)。 4.就近提供社會參與及社區活動之場域。

單位	A-社區整合型服務中心	B-複合型服務中心	C-巷弄長照站
交通接送	透過社區巡迴車定時接送與隨車照服員，協助服務對象使用各項照顧服務。		
辦理單位	1. 公立機關(構)。 2. 以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。	1. 以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。 2. 老人福利機構、身心障礙福利機構。 3. 醫事機構。 4. 社會工作師事務所。	1. 以公益為目的設立之財團法人、社團法人、社會福利團體。 2. 老人福利機構、身心障礙福利機構。 3. 醫事機構。 4. 社會工作師事務所。 5. 其他(如社區照顧關懷據點、社區發展協會、村(里)辦公室、老人服務中心、樂智據點、瑞智互助家庭等。)
設置目標	1. 每一鄉鎮市區至少設置一處為原則，並依區域人口數酌增設置。 2. 規劃設置 469 處。	1. 原則上每一個國中學區設置 1 處。 2. 規劃設置 829 處。	1. 原則上每 3 個村里設置 1 處。 2. 規劃設置 2,529 處。

備註：

1. 醫療財團法人因其盈餘不得分配，且規定 10% 用於社會救助，應具公益性質，係屬以公益為目的設立之法人。
2. 為佈建綿密的照顧服務體系，積極加速各鄉鎮市區建置長照資源，達成設置目標。

四、服務體系向前延伸、向後銜接，發展全程照顧服務

(一) 增強疾病預防健康促進服務

1. 服務目的：老年人失能與後續照護負擔主要是來自於生理功能與認知功能的減退，且目前其皆無明確之治癒方法，因此，為因應我國高齡化所導致失能人口增加之課題，必須仰賴疾病預防與健康促進，透過教學活動之介入，協助失能者行為改變，增強其自我效能，促使其有能力去控制自身的健康和影響其健康的決定因素，以達延緩失能進程之目標。
2. 實施策略：推動健康促進的長照服務，以社區為需求導向，辦理增強疾病預防健康促進服務等六項創新服務：
 - (1) 肌力強化運動：透過肌力強化運動，促進骨關節肌肉之健康，預防身體機能自然退化，避免身體活動能力下滑所致失能長者跌倒等意外發生，以達到延緩失能之目標。
 - (2) 生活功能重建訓練：為延緩失能者疾病之惡化，透過生活功能重建訓練之介入措施，協助失能者功能之恢復，建構健康促進之生活型態，強化其對自身失能情形之控制。
 - (3) 社會參與：藉由設計有趣、有效的團體課程，提高失能者主動參與意願與動機，讓失能者主動積極走入社區，並透過與社會環境及其他成員的互動，充實生活內涵，得到自我實現之滿足感，避免因人群疏離所導致之孤寂、缺乏生活動力等負向情緒與影響，以維持或增進失能者健康，達到活躍老化之目標。

- (4) 膳食營養：透過膳食營養之健康促進，強化失能者對於膳食營養之認知，增進其健康飲食之自我效能與選擇食物之技巧，進而落實健康飲食之目標。
- (5) 認知促進：藉由認知訓練介入措施，減緩認知功能之退化，改善失能者精神症狀，提升其生活功能與生活品質，以達延緩失智之進程。
- (6) 口腔保健：對於不屬於全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之服務對象進行口腔檢查及個別口腔衛教，透過口腔保健之健康促進，增強失能者對於口腔疾病之認知及照護技能，以增進老年人身體自我保護機轉，提升失能者之生活品質及尊嚴。

3. 以多元方式辦理，並整合社區資源推展。

- (1) 服務對象：以經評估 ADL 輕度失能者和 IADL 失能者中有衰弱情形的人，以及輕、中度失智者為對象。
- (2) 服務地點：以社區為基礎，結合在地之醫事機構、長照機構、社區據點、學協公會及社企團體等提供多元服務。
- (3) 服務提供方式：以團體方式進行，每次團體約 10 人，課程週期平均 12 週。

(二) 銜接至出院準備計畫

由照管中心連結醫院出院準備服務的專業醫療團隊評估病人身體、經濟、心理或情緒上的照護需求，如有長照需求的服務對象，出院轉介至長照中心，照顧管理專員無縫評估，協助民眾及時獲得所需服務資源，使病人及其家屬獲得完整性及持續性的長照服務。

(三) 銜接在宅醫療、居家安寧

經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，且因失能或疾病特性致外出就醫不便者，經訪視醫事人員評估符合收案條件後可接受服務。照護內容包括醫師訪視提供一般西醫門診診療服務、護理人員、呼吸治療人員及其他專業人員訪視、藥品處方調劑服務、健康管理、24 小時電話諮詢服務，每次訪視並製作病歷紀錄（健保署，2016）。長期照顧與在宅醫療及居家安寧服務的銜接，將可促進照顧的連續性。

(四) 強化社區預防性照顧

1. 社區照顧關懷據點

- (1) 服務目的：為積極建構在地老化及健康老化的社區初級預防性照顧服務，積極推動社區照顧關懷據點，讓老人均能獲得在地且妥適的照顧服務，延緩老化及失能。服務對象：健康及亞健康長者。
- (2) 服務項目與內容：以社區積極預防概念，建立社區照顧關懷據點及提升據點服務量能，透過社區營造及社區自主參與之精神，鼓勵民間團體結合在地人力、物力資源設置社區照顧關懷據點，提供老人所需之關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進及轉介服務。
- (3) 規劃辦理進度：目前設有 2,593 個社區照顧關懷據點，每年新增設置 100 個社區照顧關懷據點。

(五) 日間托老服務

1. 服務目的：為提升社區預防性照顧服務之量能，推動社區照顧關懷據點布建日間托老服務，增加據點服務人數與天數。
2. 服務對象：健康及亞健康長者。

3.服務項目與內容：以社區積極預防概念，提升據點服務量能，擴大現有據點服務項目與時段，提供老人所需之關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進及轉介服務，並依長者需求規劃醫療保健課程，由在地人結合社區量能提供在地據點服務，發揮社區自助互助照顧功能，以增進老人社會參與機會。

4.規劃辦理進度：目前設有 92 個據點辦理日間托老服務，每年提升 120 個據點服務能量辦理日間托老服務。

(六)成立高齡健康及長照研究中心

為研議創新照護服務模式，進行相關調查及研究，作為長照政策規劃之參考，由國家衛生研究院研議辦理「高齡健康與長照研究中心」相關事宜。

第四章 人力及資源發展

長期照顧服務之範圍相當廣，所需之專業人力亦相當多元，需要來自護理、社工、職能治療、物理治療等專業人力，以及進行長照需求評估之照管人員的投入，方能提供服務使用者完整、連續且具品質之照顧，滿足其照顧需求。隨著長照服務持續發展、新興服務模式（如小規模多機能及失智症老人團體家屋等）正式入法，以及家庭照顧者服務需求逐漸獲得重視等因素，有關長照人力資源之培育及發展，需以強調專業性、整合性及前瞻性等原則為基礎，結合政府機關及民間單位共同推動。有關我國長期照顧服務人力之類型及人力資源發展策略模式，分述如下：

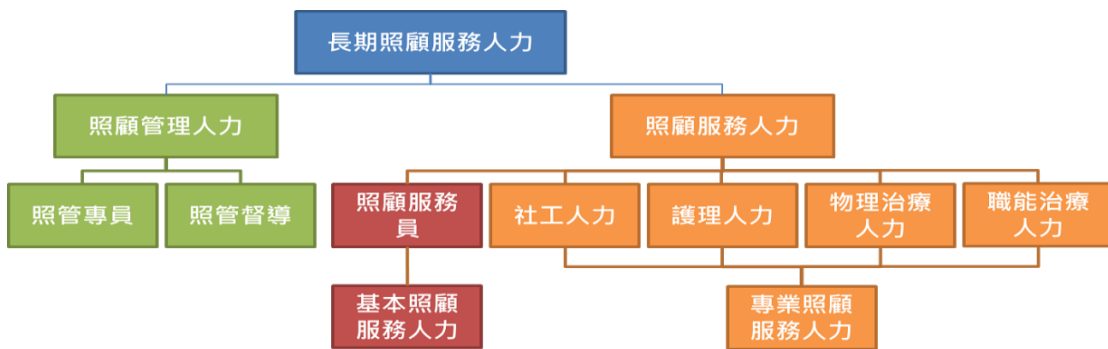


圖 4.1.1 我國長期照顧服務人力之類型

第一節 照顧服務人力

長照服務目前最為缺乏從事第一線服務之照顧服務員，依地方政府確實推估照顧服務員供給與需求，以利勞動部及教育部訂定適當之培訓及培育目標，並透過持續擴大培訓及培育人力、簡化補助行政流程、檢討訓用媒合機制、鼓勵長照服務提供單位自行或與培訓單位合作辦訓等方式，達到即訓即用之目的，提升培訓效能；整合學、訓、用機制，定期就長照人力充實議題進行跨部會討論，促進老人照顧相關科系與長照單位產學合作，鼓勵開設校外實習課程，吸引年輕世代投入，儲備未來長照人才。相關策略說明如下。

一、加強及培訓人力來源，訓練對象納入新移民，並鼓勵中高齡及二度就業人口投入

(一) 考量我國已自 1969 年實施義務教育，且新移民返回母國取得學歷證明不易，為增加長期照顧服務潛在培訓人力資源，照顧服務員訓練實施計畫業於 2012 年 7 月 16 日修訂取消國小學歷限制，以擴大人力招募來源。根據勞動部統計處資料顯示，2012 至 2015 年新移民取得照顧服務員技術士證者共 561 人次，其中 2015 年度新移民取得照顧服務員技術士證者有 154 人次，現階段新移民投入長照服務的人數偏低，未來亟需加強培訓新移民照顧服務量能，鼓勵新移民投入照顧服務工作。

(二) 優先培訓具從事長照工作意願學員，提升訓後就業媒合成效

1. 為鼓勵民眾參加照顧服務員職前訓練，勞動部業針對特定對象補助參訓費用 100%，一般對象則補助參訓費用 80%。2006 年至 2014 年勞動部共計訓練 47,689 人，其中 46,478 人取得結業證書，2006 年至 2013 年就業率均達 6

成以上，結業後從事照顧服務職類相關工作（包括身心障礙、護理及醫院等相關機構之工作者）之就業率約 41.5%。

2. 另為提升訓練成效，充實照顧服務人力需求，勞動部積極與衛福部、地方政府及民間照顧服務人力用人單位等相關單位研商，未來規劃新增「用人單位自訓自用」訓練模式，研議由用人單位依據自有職缺及結合其他用人單位職缺申請辦訓，學員訓後即可由用人單位直接僱用，達到自訓自用、落實訓用合一之目的，以充實照顧服務所需人力。

二、將大專院校老人服務、長期照顧等科系所學生納入長期照顧人力一併規劃，期使教、訓、用有效銜接

（一）現況

1. 目前長照相關所系科範圍包括：長期照顧、老人服務事業、老人照顧、老人福利、長青事業、銀髮產業、健康休閒、健康照顧、健康事業等相關所系科，截至 2016 學年度，專科以上設有老人照顧相關系、所、學位學程、科之學校已有 45 所 65 系（科），其中普通大學 13 所、科技大學 20 所、技術學院 5 所、專科學校 7 所。
2. 依據「育才、留才及攬才整合方案」相關措施績效指標，大專校院相關培訓目標，技專校院部分 2014-2016 年以每年增加 1% 長期照顧相關所系科總培育人數之為目標，2015 學年度核定照顧服務相關類系科招生名額為 29 校 4,448 名，2016 學年度核定 32 校 4,516 名；另普通大學部分，2015 學年度長照系科核定 13 校 254 名，2016 學年度長照系科核定校 213 名。總計 2015 學年度共有 4702 名；2016 學年度 4,729 名。

（二）推動及改善策略

1. 鼓勵學校針對產學界需求開設長照相關課程：學校需依產業特色與現今社會求才現狀，尋求自我定位，並積極與業界合作策略聯盟，瞭解產業所需職能，發展實務導向之課程。配合實務增能計畫，於 2014 與 2015 學年度，共補助國立臺中科技大學等 12 校 12 個長照相關系科發展實務導向課程，後續將持續補助其餘技專校院系科。
2. 深化學生至長照機構實習：
 - (1) 鼓勵各校開設校外實習課程：校外實習課程使學生體驗職場與實務學習，建立正確工作態度，減少企業職前訓練成本，儲值就業人才。。
 - (2) 學校辦理校外實習課程係為學校自主事項，各系科在考量其專業核心能力及課程完整性上，得將校外實習課程安排於符合系科專業之實習機構。各長照系科大多皆推行學生實習。近兩年實習人數參與：2014 學年度 29 校 2,621 人；2015 學年度上學期 29 校 2452 人。
3. 設置「健康照護產學合作中心」：為培育國家優質長照健康事業人才與產學共同攜手，發揮產學合作之綜效，於 2015 年 10 月起補助國立臺北護理健康大學建置「健康照護產學合作中心」，以因應高齡化之趨勢。該中心之推動目標係整合各校長期照顧之定位方向、長期照顧各類人才需求之課程內涵，推動產學聯盟發展等。
4. 發展長照課程模組及建立長照發展職涯地圖：為鼓勵長照相關系科發展產業需求導向課程，國立臺北護理健康大學業邀集全國長照機構、長照所系科，並召開 26 場討論會議以及 3 場大型會議討論長照學生職涯發展趨勢、長照機

構對實務課程需求面向等，並研議出長照四大課程模組。

- (1) 長照四大課程模組：分為「照顧服務員」、「居家服務督導員」、「照顧管理專員」、「經營管理」。本課程模組適合不同學制(五專、二專、大學、四技、二技等)長照學生職涯發展趨勢與未來職涯地圖，並對應到長照機構之需求，縮短學生之學用落差，增加學生未來投入長照產業之願景。
- (2) 2015 學年度共 12 校 35 門課程試辦(其中照顧服務員課程 22 門、服務員督導員 7 門、照顧管理專員 6 門)。
- (3) 2016 學年度第二階段模組課程試辦，計有 19 校，共 301 門課程申請。刻正由國立臺北健康護理大學彙整各校申請案中。

5. 建置長照產學實習媒合平臺：於 2016 年 3 月完成「長照產學實習媒合平臺」已開放上線供全國長照相關科系學生、學校、產學界使用。對學生而言，該平臺媒合長照機構之實習機會；對學校而言，藉由長照產學平臺之運作，提供課程、實習、產學媒合等服務，以提升產學合作；對產業而言，長照健康相關機構可藉由平臺提出實務上問題與實習需求。目前平臺計有 30 間機構、18 間校系科所註冊使用。

三、保障其勞動條件與人身安全

- (一) 針對居家服務提供單位(雇主)應為其照顧服務員投保勞健保費、職災保費、提撥勞退準備金等，按照照顧服務員投保薪資等級提供補助，強化照顧服務員勞動權益，同時減輕服務提供單位營運成本，促進參與提供服務之意願。

- (二)目前照顧服務員的薪資主要來自於政府補助的照顧服務費，為強化留任誘因，自 2014 年 7 月起將照顧服務費補助自每小時 180 元調高為 200 元，惟為有效提升照顧服務員的實質所得，鼓勵國人投入長照工作，未來規劃提高服務補助額度。
- (三)研議初任或偏遠地區居家照顧服務員支持性服務措施；目前居家照顧服務員之薪資多數以部分工時（俗稱時薪制）聘僱，係因照顧服務員主要薪資來源之照顧服務費係以每小時計價為主，但考量由於初任者或服務區域偏遠者因時數不高或服務對象分散，部分工時計薪方式薪資亦無法穩定，容易流失培訓不易之人力，因此，規劃研議補助或獎勵服務提供單位之提供不同給薪方式或支持服務措施，讓有興趣投入照顧服務可依其狀況有不同選擇，穩定及留任照顧服務人力。
- (四)為鼓勵失業勞工從事照顧服務工作，提供相關促進就業措施，包括：勞動部提供失業勞工就業獎勵津貼以鼓勵從事機構照護服務工作（每人每月最高 7 千元，最長 18 個月，合計最高 10 萬 8 千元），未來規劃運用就業安定基金，擴大勞工就業獎勵措施之適用範圍，鼓勵失業勞工受僱居家服務單位及日間照顧中心從事照顧服務工作；提供照護機構或居家服務單位僱用獎助（每月最高 1 萬 2 千元，最長 12 個月），以促進及穩定照顧服務員就業；提供符合聘僱資格但未聘僱外籍家庭看護工之雇主僱用獎助（每月 1 萬元，最長 12 個月），以提高聘僱本國照顧服務員之意願。
- (五)獎勵照顧服務員薪資計酬改以月薪計：為穩定照顧服務人力，規劃居家服務單位之照顧服務員以月薪聘僱者且服務

時數達一定程度者，研議給予獎勵或津貼之可行方式，以提高照顧服務員實質薪資待遇及工作條件，協助居家服務單位計薪方式轉型。

(六)鼓勵居服單位調整服務模式，發展可依服務對象所需服務頻率及時數(如走動式服務)之服務方法，對於居家服務提供單位，對於服務對象居住區域、照顧服務員排班及服務路線安排等，提供彈性、多元的服務時數，並可有效提高服務效率及量能者，研議給予居家服務提供單位營運相關補助加乘之可行做法。

四、提升長期照顧服務的職業價值建立照服員形象識別並溝通其職業價值與意義，以提升其榮譽感，積極透過各種宣導管道，增進社會大眾對居家服務內容與照顧服務員角色之正確認知；另結合專業團體拍紀錄片，規劃設計照顧服務員制服或背心，增加職業識別度與尊榮感，強化照服員專業形象。

五、增加照顧服務員職涯發展機會與多元發展管道

(一)推動家庭照顧者之照顧服務實務指導員試辦計畫，透過結合居家服務單位聘僱受過指導員訓練之資深照顧服務員擔任照顧實務指導員，提供目前未接受長照計畫服務且未聘有外籍看護工之家庭照顧者，到宅提供關懷訪視及照顧技巧指導或諮詢服務，減輕家庭照顧負擔、發展多元支持措施，提升家庭照顧品質；有助於提升本國照顧人力勞動條件及職涯發展，增進專業形象及人力分級，提高國人投入長照服務意願，促進留任及就業機會。

(二)配合長期照顧服務法相關子法規劃，將具經驗之資深服務之照顧服務員列入長照機構業務負責人之一，鼓勵照顧服務員自行創業，增進職涯發展願景。

(三) 規劃試辦依不同時段、區域、服務對象或特殊情況，研訂補助標準加給之可行方式；增加特殊對象照顧差異化給付模式，並發展特殊照顧服務實務技能與訓練課程，建立照顧服務專業化與留任制度，提升整體照顧量能與品質，以滿足服務對象之需求，促進服務提供單位人力及薪資分級規劃。

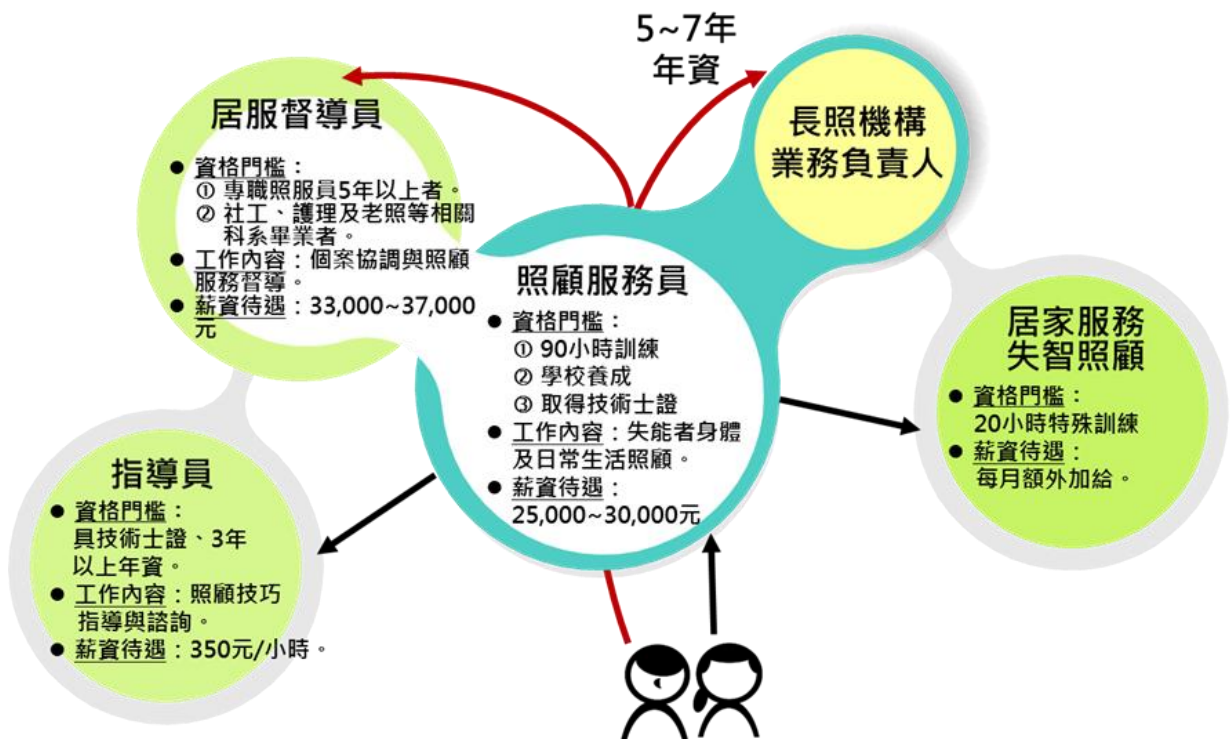


圖 4.1.2 照顧服務員職涯發展機會與多元發展管道

第二節 社會工作人力

依據衛福部 2014 年長照資源盤點結果，我國目前長期照顧直接服務人力之社工人員數為 3,439 人；依照本計畫推估，需再充實社工人員約為 648 人，顯示未來社工人力仍需持續拓展補足，以因應我國長期照顧需求上升情形。

長期照顧服務場域運用社工人員提供專業服務，主要在居家服務、日間照顧服務以及機構住宿式服務，提供服務對象生理、心理暨社會評估、資源連結、社會支持、與權益倡導等服務，並為服務單位積極開發社區資源以及督導訓練志工人力。為因應服務對象需求越趨多元，開發社會工作人力資源策略為：

一、積極辦理長期照顧專業人力培訓課程，供社工人員參加，增進社工人員專業知能

(一) 鼓勵各大專院校開設跨領域長照相關學程：未來尚待與教育部合作於各大專院校設置跨領域的長期照顧學程，並增加實務經驗分享，於既有社工教育中實踐長期照顧理論與實務並進之課程，以充實學生進入長期照顧領域工作之能量。

(二) 為使培訓計畫內容推動具一致性、連續性及完整性，於 2010 年完成三階段培訓課程規劃：Level I 共同課程、Level II 專業課程、Level III 整合性課程。

二、研議改善長期照顧領域社工人員薪資待遇及勞動環境之可行方式：根據呂寶靜(2013)³推估我國每年約有 700-1,000 人投入社工領域，改善長期照顧領域社工人員的工作環境與待遇，方能促使更多社工人員投入長期照顧領域之意願。

³呂寶靜(2013)。長期照顧社會工作人力資源發展之展望。社區發展季刊，141，86-100。

第三節 醫事專業人力

一、長照醫事人員供給與需求

依衛福部 2014 年長照資源盤點結果，我國長照醫事專業人力分布情形：護理人員計 10,826 人、物理治療人員計 1,987 人、職能治療人員計 1,091 人。若以長照十年計畫 2.0 服務涵蓋推估需求人數，其中護理人員 16,504 人、物理治療人員 2,870 人、職能治療人員 2,952 人，需再充實長照醫事專業人員計 8,422 人(護理人員 5,678 人、物理治療人員 883 人、職能治療人員 1,861 人)。顯示各類專業人力均亟需培育與擴展；且長照服務法第 18 及 19 條亦明定長照人員非經登錄於長照機構，不得提供長照服務，故衛福部刻正研擬「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法草案」，其中包括規範長照醫事專業人員登錄及支援報備機制。故為充實長照醫事專業服務人力，衛福部持續推動長照醫事專業人員培育計畫，以利未來長照醫事專業人員投入長照服務體系，補足人力缺口。

二、整合及培育長照醫事專業人力

擴大長照醫事專業人力培育，提升培訓量與能：

(一) 長照醫事人員培育

需提升基本專業知能外，專業長照服務需求範圍廣闊且多元，人員提供之服務內容應能滿足接受者之需求，並應強化長期照顧專業人員跨專業能力。為使培訓計畫內容推動具一致性、連續性及完整性，衛福部已完成長照醫事專業三階段培育課程 (Level I 共同課程、Level II 專業課程、Level III 整合性課程)，並自 2000 年起補助或委辦各類醫事專業與長照相關團體辦理訓練，分階段培育使長照人員具備長照基本知能、提升專業照護能力，並更進階強化跨專業及整合能

力，至 2016 年 6 月已培育超過 3 萬 5 千人，其中護理人員佔最多約 59%、其次是醫師 17%、藥師 10%、物理治療人員 7%、職能治療人員 3% 等。為因應長照服務法通過及長照醫事專業人員培訓需求，2016 年起結合各地方政府及醫事專業相關團體，擴大辦理培育計畫，培訓對象並以長照機構之醫事專業人員為優先。且 2015 年推動長照專業培訓數位化課程計畫，預計 2017 年上線提供服務，提升長照醫事專業人員服務能量，預估每年培育人數可達 20,000 人。

(二) 規劃符合在地需求之培育課程

為因應長照十年計畫 2.0 多元服務需求與策略推動，長照醫事專業人員三階段培育課程，衛福部規劃邀請專家學者與專業團體等單位進行討論與調整，包括納入如特殊疾病照護及文化敏感度等議題，以增進長照人員相關照護及對不同文化敏感度知能。

(三) 建立數位化課程學習模式

為使長期照顧服務法順利推動，建立長照共通性培訓課程之數位化學習與認證制度，提供長照醫事服務人員便利及可近的訓練學習，已於 2015 年辦理長照專業培育數位化課程 (Level I 共同課程 18 小時)，提供人員可近性學習模式，預計 2017 年上線提供服務。

(四) 失智症照護專業人員培育

為因應提供失智症長者特殊性照護服務，將規劃失智症照護專業人員培育課程，辦理教育訓練，以培育及充實失智症照護專業人員，提升長照服務品質。

三、強化在地長照專業人力發展與培育

離島及資源不足地區，因服務幅員廣大及交通不便等因素，

促使在地長照專業服務人力招募不易；在長照專業人員薪資待遇方面，因未考量偏鄉環境地域特殊性，人員薪資待遇缺乏留才誘因；且照管專員配置及資格條件，離島及資源不足地區照管中心分站服務型態亦未做特殊考量；對於照管人員訓練未有特殊性專才訓練（如疾病、族群等之分），且工作內容複雜性高，專業度須強化。故為充足在地化長照專業人員，相關部會已積極推動相關政策，培育在地化長照專業人員，提升離島及資源不足地區長照服務能量。

為促使長照十年計畫 2.0 多元化長照服務，並增強離島及資源不足地區長照服務能量，衛福部持續強化在地化長照醫事專業人員及照管人員之人力資源發展與培育，其規劃發展策略包括：

- (一) 培育醫事人員養成計畫：廣續培育醫事公費生，適量補足護理及其他醫事人員，強化當地醫療及長期照顧之量能。
- (二) 研議離島及資源不足地區薪資加給制度或薪資待遇，鼓勵人才投入。
- (三) 宣導傳播：為促進長照服務專業人力至離島及資源不足地區服務，將離島及資源不足地區長照服務與資源建置情形，運用相關傳播管道進行宣傳。
- (四) 調整長照醫事專業人員及照管人員培訓課程，將納入文化敏感度課程訓練之學者專家擔任課程講師，增建長照人員對在地文化瞭解與融入，以提升長照人員不同文化敏感度。

四、強化長照人員輔導及管理機制

依據長照服務法第 3 條第 4 款規範長照服務人員需經所定之訓練、認證，領有證明得提供長照服務之人員；爰衛福部依該法第 18、19 及 62 條等規定刻正研擬「長期照顧服務人員訓練認證

繼續教育及登錄辦法草案」，以規範長照人員資格訓練、認證與繼續教育等規範，建立長照人員專業素質及權益保障，以利長照相關人力之投入。

五、規劃人力資源管理，建立人力資訊系統

長照服務法已通過，其中包含發展長照服務資源與人力的管理資訊系統，建立長照專業人員及照顧服務員認證、登錄機制與資訊管理，如：長照人員需登錄於長照機構，並由長照機構報所在地主管機關核定，始能提供服務；支援其他長照機構或其他直轄市、縣市提供服務時，亦應先完成支援報備，衛福部已規劃發展長照服務資源與人力管理資訊系統，以建立長照專業人員認證、登錄機制與資訊管理等機制。辦理事項如下：

- (一) 建置長照人力繼續教育資訊系統。
- (二) 完成長照人員資格認證及建置整合登錄系統(含社工及照顧服務員)。
- (三) 資訊系統訓練及推廣。

第五章 照顧管理制度

第一節 現況

長照十年計畫推動迄今，整合社政及衛政長照服務資源，採實物給付且依失能程度及家庭經濟狀況給予補助，提供居家式、社區式及機構式多元長照服務方案，增加民眾選擇服務的自主權利；並協同各地方政府成立長期照顧管理中心，提供民眾到宅評估、擬訂照顧計畫，以單一窗口推動優質照顧管理服務，再配合照顧服務資訊管理系統之建置，提升長期照顧業務之執行效能，奠定我國長期照顧服務制度及服務網絡的里程碑。

一、長期照顧管理中心組織任務與職掌

為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（以下簡稱照管中心），作為受理、提供民眾需求評估及連結、輸送長期照顧服務之單一窗口，以提供整合性、多元化之長期照顧服務。

（一）長期照顧管理中心組織任務包括：

1. 培育轄區內長照人力與能力
2. 有效開發社區長期照顧服務與設施
3. 與民間長期照顧服務提供者形成有效率的夥伴網絡
4. 落實照顧管理機制
5. 確保長期照顧服務資源分配之效率與效益

（二）長期照顧管理中心職掌包括：

1. 服務資源之瞭解與掌握
 - (1) 調查並掌握人力供需資訊
 - (2) 開發、整合及管理社區長期照顧資源
2. 長照服務之需求發掘、評估及服務連結

(1) 執行照管工作：

①照顧管理專員：受理民眾之申請、資格審查、訪視評估、擬具照顧計畫並初審照顧計畫。半年後進行複評。

②照顧管理督導：協助審核各照顧計畫及核定項目之適切性，並督導照管專員工作內容、流程，及維護照管人員服務品質（督導、管考、檢核）、行政庶務性工作。

(2) 聯繫協調與甄選服務提供者

(3) 擴增服務據點並協助服務對象發掘及轉介

3. 服務品質之維護及提升

(1) 監督各提供者之服務品質

(2) 定期自我評估業務執行情形

(3) 協助長照十年計畫執行成效之評估

(4) 教育訓練：包括內部工作人員及外部機構之服務提供者

二、長期照顧管理中心設置規劃及現況

(一) 設置規劃

依長照服務網規劃，全國 22 大區（縣市）皆設置照管中心，全國 63 次區，每次區設置照管中心分站，分站設置原則：

1. 行政區域及生活圈

2. 各縣市失能人口數

3. 土地面積

4. 人口密度

(二) 長期照顧管理中心設置現況

目前全國 22 縣市皆已設置長期照顧管理中心，各縣市依設置規劃原則及其轄內需求，籌措財源自行規劃設置分站，目前共 33 次區設置 40 分站（約 1 次區 1~4 分站），尚有 30 次區未設置分站。

表 5.1.1 長期照顧管理中心設立目標與現況

	規劃目標	現況
22 大區	每大區（縣市）皆設置照管中心	22 大區（縣市）皆設置 1 照管中心
63 次區	每次區皆設置分站	於 33 次區設置 40 分站

縣市照管中心及分站現況

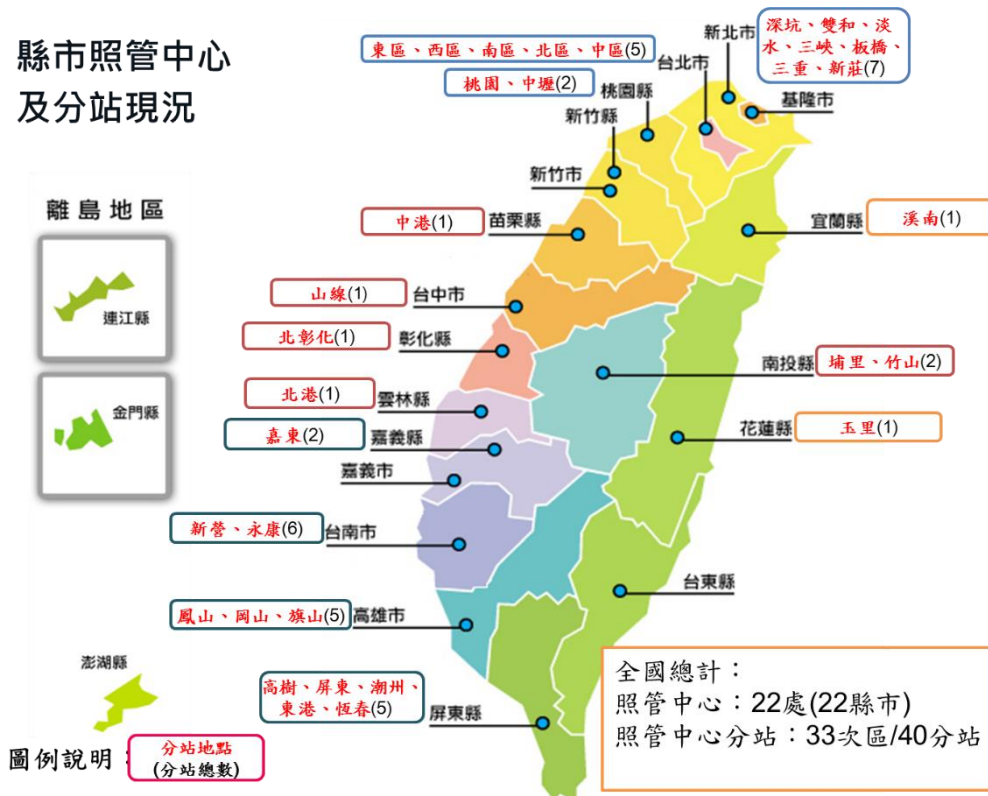


圖 5.1.1 縣市照管中心及分站現況

(三) 長期照顧管理中心之組織管理型式

目前各縣市長照中心組織管理型式，主責部門分屬衛生局、社會局，或於之下設置二級機關，18 縣市為任務編組，4 縣市成立正式單位。

表 5.1.2 照管中心之組織管理型式

主責部門	總數	縣市	負責主管層級
衛生局主責	17	基隆市、臺北市、新北市、桃園市、新竹縣、新竹市、臺中市、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義市、高雄市、花蓮縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣、連江縣	科長、處長、課長、股長兼任
社會局主責	1	嘉義縣	科長兼任
成立照管中心二級機關	4	苗栗縣（衛生局下）、臺南市（社會局下）、屏東縣（衛生局下）、宜蘭縣（衛生局下）	主任

三、服務流程及服務內容

(一) 服務流程

「我國長期照顧十年計畫」已發展相關服務輸送體系，有長照服務需求者向長期照顧管理中心申請，照管人員會派員到宅進行訪視評估，經長期照顧管理中心評估後即可獲得長照服務；而經評估非長照服務需求者，則協助連結或轉介其他社會資源。

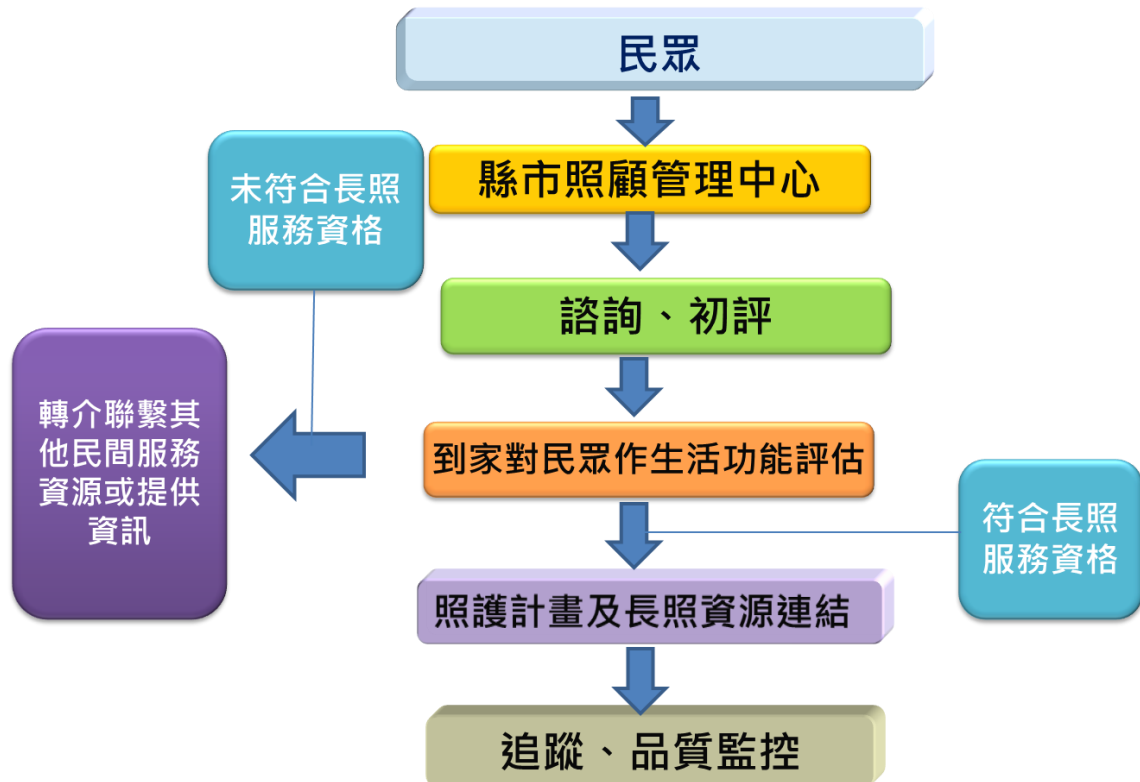


圖 5.1.2 照管中心服務流程

(二) 服務內容

長照服務內容涵蓋以協助日常生活活動服務的「照顧服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧；另為維持或改善服務對象之身心功能，亦將居家護理、社區及居家復健納入；此外，為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務，並以喘息服務支持家庭照顧者。期待經由我國長照體系之建置，提供有照顧需求的失能民眾多元而更妥適之照顧服務措施，增進其獨立生活能力及生活品質，維持尊嚴與自主的生活，以達在地老化的目標，並支持家庭的照顧能力。

四、長期照顧管理中心人員配置及服務量

(一) 長期照顧管理中心人員配置

各中心設置主任 1 名，除正式編制 2 級機關有專任主

任，餘多由科長、處長、股長兼任。每 5~7 位照顧管理專員設督導一名。服務量每 150~200 名配置照顧管理專員 1 名，每 5~7 位照顧管理專員設督導一名。各年度照管人員核定人數如表 5.1.3。

表 5.1.3 2011 年~2016 年核定照管人員表

年度		2011	2012	2013	2014	2015	2016
照管人員配置數	總計	315	315	331	331	342	353
	照管專員	276	276	292	292	303	314
	督導	39	39	39	39	39	39

(二) 長期照顧管理中心人員服務量

然因考量經費的有限性，因此各照管中心照管人員配置數有限，再加上長照需求人數逐年增長，因此照管人員平均服務案量遠超過原規劃，服務量每 150~200 名配置照顧管理專員 1 名，負荷量大。各年度照管人員平均服務案量如表 5.1.4。

表 5.1.4 2011 年~2016 年照管人員平均服務案量表

年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016
照管人員配置數(名)	315	315	331	331	342	353
平均服務案量(案/名)	299	359	429	469	498	505

五、長期照顧管理中心人員薪資待遇

衛福部每年撥付經費委託各縣市辦理照管中心(人事費、業務費—經常門及設備費—資本門)，由衛福部參考「聘用人員比照分類職位公務人員俸點支給報酬標準表」所訂薪點標準(如表

5.1.5)，訂定照管專員及督導聘僱條件及薪資等級，由地方政府聘任照管人員、提供辦公處所、年資認定。另對離島及資源不足地區照管人員增加編列其提供服務所需之交通費和出差費。

表 5.1.5 照管人員薪資待遇

照顧管理專員	照顧管理督導
第 6 職等 (薪點/薪資)	第 7 職等至第 8 職等 (薪點/薪資)
312 點/37,783 元	424 點/51,346 元
296 點/35,846 元	408 點/49,409 元
280 點/33,908 元	392 點/47,471 元
	376 點/45,534 元
	360 點/43,596 元
	344 點/41,658 元
	328 點/39,721 元

六、中央與地方之角色及分工

(一) 中央政府

在長照服務體系中，中央政府扮演輔導地方成立長期照顧管理中心、分站以及檢視長照辦理成效之角色，並辦理以下工作：

1. 輔導地方成立長期照顧管理中心、分站

- (1) 核定委託經費
- (2) 制定照管人員聘用資格、薪資等級
- (3) 制定長照服務流程
- (4) 設計服務對象評估量表、訓練課程內容

2. 檢視長照辦理成效

- (1) 審查書面報表及報告
- (2) 實地考評

(二) 地方政府

地方政府扮演成立長期照顧管理中心、分站以及提供長照服務之角色，並辦理以下工作：

1. 成立長期照顧管理中心
 - (1) 地點尋覓
 - (2) 聘用照管人員
 - (3) 指定照管中心主任（管理人員）
 - (4) 管理照管人員
2. 成立跨局處（室）之長期照顧推動小組
3. 提供長照服務
 - (1) 整合及協調轄區內資源（補助計畫、方案委託）
 - (2) 接受民眾申請服務
 - (3) 至服務對象家進行訪視、評估
 - (4) 擬定照顧計畫及長照資源連結
 - (5) 追蹤、品質監控

七、推動佈建離島及其他資源不足地區照管中心計畫

- (一) 服務目的：為建置離島及其他資源不足地區照管中心管理及服務模式，於離島及其他資源不足地區佈建照管中心分站，發展因地制宜之照管模式。提升離島及其他資源不足地區長照服務之可近性。
- (二) 服務對象：由地方政府主責，並鼓勵結合衛生所等在地資源辦理。
- (三) 服務或補助項目：主要工作項目為服務對象需求評估。
- (四) 建置管理與輔導機制及長照服務體系之管理平台：邀請專家學者等組成輔導小組，辦理實地輔導作業，提供輔導、品質管理及評價機制，以協助落實推動離島及資源不足地區之照顧管理網絡。

(五) 規劃辦理進度：2016 年新增 42 處，2017 年規劃新增 26 處，2018 年規劃新增 16 處。

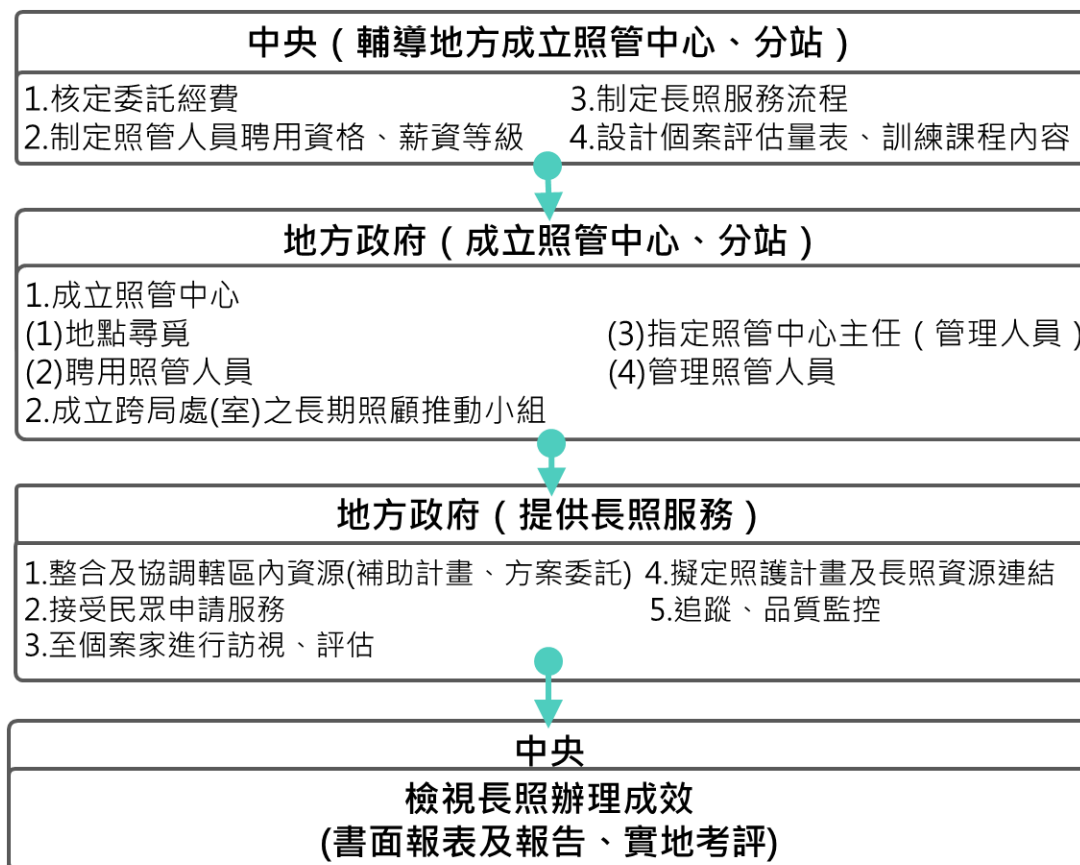


圖 5.1.3 長期照顧管理中心中央與地方分工圖

第二節 問題與挑戰

長照十年計劃 1.0 所建立之照顧管理制度，係採密集式照顧管理模式，規劃從受理民眾申請、資格審查、訪視評估、核定補助額度、擬定照顧計畫並連結長照資源，以及半年複評、服務品質監控等，均屬照顧管理中心職權範圍，然因照顧管理專員個案負荷量高，甚難擔負起如此複雜之任務，為了落實照顧計畫，建立協調安排各項服務之機制有其必要性。另每個縣市僅設置一處照顧管理中心，對於幅員較廣地區，照管專員須花費較多時間交通往返。此外，考量長照 2.0 服務對象擴大，有關研發評量工具、提升照管專員之知能與設計訓練課程、設置照管中心分站、調查個案服務量等，皆亟待規劃。更詳盡而言，目前面臨的問題與挑戰如下：

- 一、照管中心如何有效管理及輔導；分站分布不均，地理環境、位置、人口密度等因素未納入考量。
- 二、照管中心組織多為任務編組，人力為臨時人員。
- 三、照管人員非國家正式公務人員。
- 四、照管人員服務服務對象量為 400-505 服務對象數/人，工作負荷量大；執行許多非照管專業業務如核銷、撥款、計畫撰擬等行政庶務性業務。
- 五、照專人員的薪資級等僅 3 級，晉級空間小。
- 六、照管人員職責以評估需求和連結服務資源為主，無法做到完整性、密集式的服務對象管理模式。
- 七、照管人員訓練一般化，並未有特殊性專才訓練（如疾病、族群等之分）；工作內容複雜性高，未有專業分科。
- 八、因應服務對象擴大（除原長照十年計畫服務對象外，擴大納入 50 歲以上輕度失智症者、55-64 歲失能平地原住民、49 歲以下身心障礙者，以及 65 歲以上衰弱老人）及創新緩和失能服務（包

括肌力強化運動、生活功能重建訓練、膳食營養，與口腔保健等），現行評估量表不符使用。

第三節 未來規劃

為使照顧管理制度發揮政府照顧資源守門人的角色，並成為具長照需求者的單一窗口，可以在照管中心提出申請，獲得資源，以下說明對照顧管理制度的規劃原則。

一、中央政府工作項目

(一)照管制度規劃

1. 檢討並研議照管分區管理制度及分站設置原則，將地理、環境、人口密度等因素納入考量，並輔導縣市設置分區、分站。
2. 鼓勵縣市照管中心納入正式組織編制。

(二)長照服務模式改善

1. 檢視長照服務流程，未來照顧管理專員不僅到服務對象家進行評估，亦會到醫院進行長照 2.0 說明，接軌出院準備服務，無縫評估。
2. 檢討照顧管理模式，配合社區整體照顧服務體系之推動，重新檢視長照服務流程及調整照顧管理模式。

(三)照顧需求評估工具研發，將因應服務對象及服務項目的擴大，發展新量表。

(四)照管人力留任

1. 補足照管人力。依據 2017 長照務對象使用長照服務人數推估，並參照照管人力配置原則及 2016 年進用狀況，2017 年照管人力推估需求數為 971 名，現行 2016 年核定人數 353 名，尚缺 618 名。未來將補足照管人力。
2. 調整薪資等級，照管專員薪資等級比照督導，由現行 3 級增為 7 級。
3. 調整職務內容，創造「行政人員」協助行政庶務性業務。

配置原則為照管專員及督導人員每 10 人配置 1 名。

(五)照管人力專業發展：

- 1.設計專業訓練課程，將服務對象中特殊的照顧需求納入課程內容。
- 2.規劃照管業務依專業分工，如失智症、失能者、身心障礙者之評估。
- 3.鼓勵聘用多元族群（如原住民、客家人、新移民等）擔任照管人員。
- 4.考量目前照管中心組織多為任務編組，人力為臨時人員，而依地方制度法，地方員額及組織屬地方自治事項，故未來將與地方政府溝通，鼓勵縣市將照管中心納入正式組織。此外，為建立專業制度，未來將規劃照管人員納入專技高考，新增照顧管理師類別之可行性。

期透由健全各縣市照管中心組織定位與職權，讓照管中心角色功能更明確；並藉由增聘照管人力、長照服務模式改善以降低工作負荷量，此外專業性發展更是重要，如此讓更多人員願意加入照管人員行列，並繼續留任。

第六章 原住民族長期照顧

第一節 規劃背景

壹、人口結構及老化趨勢

依據內政部人口統計顯示，2016年7月原住民總人口數為55萬268人，其中65歲以上老年人口計3萬8,374人，約占原住民總人口數的6.97%，如加計55~64歲初老人口5萬7,297人，55歲以上原住民人口計9萬5,671人，約占原住民總人口數的17.39%。

原住民之零歲平均餘命無論是全體、男性或女性均遠低於全體國民零歲平均餘命，2014年原住民全體零歲平均餘命為71.60歲，較全體國民之79.84歲少8.24歲。其中，原住民男性、女性零歲平均餘命差距8.72歲，但仍較全體國民男性、女性零歲平均餘命差距6.47歲大。

2014年山地原住民零歲平均餘命更是低於全體國民10.22歲（男性少11.84歲，女性少8.88歲），平地原住民則低於全體國民6.06歲（男性少6.9歲，女性少5.31歲）。政府需重視原住民族地區環境及資源分配相對不足之問題，改善原住民之居住環境、山地交通建設及提升醫療品質，期能有效降低原住民死亡率，以縮小原住民和全體國民之平均餘命差距。

依據衛福部長照量能提升計畫（2015-2018年），推估2016年原住民失能人數為2萬756人，占全國失能人數約3%。面對高齡化社會所衍生的健康、醫療與生活照顧問題等三層面，而在家庭照顧功能加速式微等現象。尤其是地處偏遠山區、經濟落後的原鄉有相當多的原住民獨居老人是要靠自己照顧自己，尤其老人身體功能的自然老化，其照顧問題值得關注（黃，2005）。應提供原住民老人因地制宜之健康促進活動與社會照顧服務，以保障原住民老人獲得適切的照顧

服務。

表 6.1.1 原住民與全體國民零歲平均餘命之比較

2014 年

單位：歲

身分別	零歲平均餘命			零歲平均餘命差距		
	全體	男性	女性	全體	男性	女性
全體國民	79.84	76.72	83.19	-	-	-
原住民	71.60	67.28	76.00	-8.24	-9.44	-7.19
山地原住民	69.62	64.88	74.31	-10.22	-11.84	-8.88
平地原住民	73.78	69.82	77.88	-6.06	-6.90	-5.31

註：

1. 零歲平均餘命差距 = 各列原住民零歲平均餘命 - 全體國民零歲平均餘命。
 2. 差距係經實際數字計算後四捨五入至小數點第二位，故部分尾數有捨位誤差。
- 資料來源：內政部統計處

貳、區域差異及人口分佈

城鄉發展程度不一是影響服務資源及服務輸送體系之拓展與佈建之重要因素。原住民族地區因地理環境特殊、幅員遼闊且交通不便捷、醫療資源可及性不足，加上青壯人口外移、部落集體文化支持系統式微，即使遷居都市亦散居在城市邊陲居住，其文化服務需求未能滿足等問題，造成原住民在地安養條件有結構化的障礙，另外原鄉長照人員羅致不易，相較於全國，其長照專業人員（包括照顧服務員、社工人員、護理人員、物理治療人員、職能治療人員等人力）明顯不足，影響服務資源及服務輸送體系之拓展與佈建。

因此，原住民在公私部門的衛生、福利措施輸送因長期處在結構化的排除或選擇性供給，缺乏如國外以原住民福利服務走向「部落」或「社區」的模式發展。可取其優勢充分因應 748 個部落之人口規模與資源數量及福利需求之特性（黃、詹，2000）。為因應民眾使用之多元需求，減少不平等待遇的長照措施，政府應積極推動各項創新服務，強化交通接送與服務體系之輸送連結，並改善原住民族地區資源不足之困境，提供獨居老人及失能者或衰老者多元、可近性、及時性、

預防性、整合性的服務網。

都市化是全球性的趨勢，從戶政統計資料顯示，2016年7月都會區原住民人口已有25萬4,832人，約佔原住民總人口46.31%。設籍在非原住民族地區，加上戶籍在原住民族地區而暫時遷居都會區，初估已超過半數原住民居住生活在都會地區，尤其以工作職缺、就業機會較多、生活機能便利之大型都會區移居情形最為明顯，都會區原住民人數最多的縣市為桃園市（6萬951人），其次依序是新北市（5萬1,787人）、臺中市（2萬8,545人）、高雄市（2萬4,900人）、臺北市（1萬6,048人）。推估2016年都會區原住民失能人數為1萬7,073人。

移入都市地區設籍的原住民，並沒有如漢人長期生活過程中不知不覺間形成之各種資源或支持體系。原漢間有形的和無形的資源差距，是不利因子所造成的相對作用，對於絕大多數的原住民個體而言，在因應各種生活風險事故的能力上明顯地相對薄弱。居住在都會區周邊或非都會區的比例大於居住於都會區核心者，居住地帶的社經地位在都會區中亦較偏低。另在非原鄉地區，並沒有很大規模的原住民聚集區，福利服務輸送採個別性的服務顯著提高。若沒有政府力量介入社會支持系統的建構，原漢間生活適應及發展條件的落差，將難以縮短。

又據研究發現臺灣原住民較非原住民有更高的流動性，係由於原住民的社會經濟位階在臺灣仍屬較底層這一區塊，這表示原住民的高流動性對提升其社經地位幫助不如預期來的大。原住民的高流動特性，可能緣自原住民有較高的社會排除(social exclusion)，及原住民的社會網絡(social network)較難和一般社會網絡鑲嵌所致，這造成原住民相對而言較難累積其社會資本(social capital)及原鄉以外的區域性資本(location-specific capital)；因此，在長照政策執行過程應設法減

少原住民的社會排除，並促進原住民的社會網絡和其他非原住民社會網絡的鑲嵌程度。

除了上述原鄉部落與都會區之原住民所處環境各有不同的不利因素外，皆有高齡老人在衰老失能的自然狀態或意外發生失能之虞，是極為迫切的福利服務需求，如何及早在失能前提供服務，降低醫療、長照之社會與家庭負擔，亦須納入高齡衰老、慢性病老人的多功能部落文化健康中心照顧服務。

第二節 推動困境

壹、交通不便形成地理的障礙

55 個原住民鄉的部落大多是處於偏遠地區，人員往返及物資的運送，交通費用及所需時間成本都相對較高，且山地氣候敏感易變，每遇颱風、豪雨、地震等自然災害，則面臨道路中斷、橋樑毀壞及土石流威脅，部落與外界交通聯繫中斷部落形同孤島，同時面臨斷水、斷電、斷糧及人員安全的威脅。使得病人照護、洗腎病人後送及人員撤離、安置都顯得異常艱難。另各縣市長期照顧管理中心及社工專業人員上班地點皆設置於縣市中心或都會區，當原住民服務對象有臨時照護需要時，服務人員須從縣市照顧管理中心驅車前往部落，往返十分耗時耗費用。

就醫交通接送服務缺乏，許多縣市的原住民鄉鎮市因地方預算經費考量，對原住民鄉鎮皆採行大眾客運減少或停駛其班次量，而原鄉的部落與部落之間車程距離可達 1-2 小時以上，常因交通阻礙而就醫困難，原鄉不但沒有一般交通工具，更無老殘人士所用的康復巴士或無障礙車可運用，身障、年長者如須行動或就醫，只能仰賴家人或鄰居用機車搭載，甚至背負運送（經建會，2011），這些因地理形勢、交通不便與經費考量等造成的障礙，始終持續存在。

貳、醫療資源缺乏設備不足

原住民族地區長期處於醫療資源分佈不均的原因（包括政府政策的影響、保險給付的規劃、醫學教育的訓練、醫事專業人員個人的生涯規劃、城鄉環境差距過大、財務分配等）外，山地鄉幅員廣且部落分散各處，醫療資源主要依賴政府補助設置於當地衛生所，由於經費有限，硬體設備普遍不足或補助之設備與實際需求不符，有設備卻沒有相關人力（蔡，2005）。雖然近年來陸續建置 HIS 及 PACS 等系統及補助醫療儀器設備，但仍舊受限運作條件、專業人力不足與地理及

天候等因素，常無法，提供部落病人連續性的照護需求。

參、社會福利服務資源缺乏

由於原住民部落社會福利機構資源較少，且許多福利服務採委辦方式進行，偏遠地區的長期照顧服務由於服務量未達經濟規模，以致長照服務嚴重不足，照顧服務員人力也普遍缺乏，多年來對偏遠地區民眾形成雙重剝奪（劉、蕭，2006）。有研究指出，非原住民族地區擁有較多的長期照顧資源，平均每個人擁有 15.8 家服務單位；而原住民族地區平均每人僅有 1.98 家服務單位，顯示原住民族地區長照資源相當薄弱（李，2008）。

依據調查，以長期照顧服務資源來看，原住民鄉鎮地區的長照服務相關據點，只占整體長照資源市場的 9.8%，山地原住民鄉的長照資源更少，長照服務的據點率僅有 2.7%，即使資源據點存在，也並未代表實質服務輸送有到位，以長照為主的服務，有近半數以上的服務項目，未設置於山地原住民鄉，原住民鄉鎮市所接受的服務量占 5.7%，到了山地原住民鄉鎮，其服務量僅剩 1.3%，顯示，隨著地區愈偏遠其服務量亦隨之下降，在長照十年計畫明列推動的社區式服務中，山地原住民鄉鎮僅居家服務、餐飲服務與關懷據點有服務量，其餘服務如日間照顧、喘息服務、家庭托顧、居家復健等，相對稀少（葉、薄、翟，2009）。

肆、醫事及照護人力不足或流動率太高

原住民部落主要醫療人力來自當地衛生所的醫護人員及 IDS（整合式醫療服務）支援的相關巡迴醫療服務人員，但同樣面對外來人力流動率高、收入偏低、生活環境不便，及進修管道不通暢，無法長期持續留任，而且人員培訓不易及在地化服務的問題外。同時部落面臨缺乏不同科別的專科醫師、復健、社工等其他相關專業人才（宋、洪、李、劉，2005；蔡，2005）。

長期照顧服務人力包括有專業、次專業及非專業人力。其中原住民又以非專業人力－照顧服務員之人力居多。但如以 55 個原住民鄉鎮市來看，鄉內領有照顧服務員證照原住民人數低於 5 人的原住民族鄉鎮市，共有 23 個，顯示照顧服務人力嚴重不足（陳等，2009；原民會，2011）。

依目前經培訓取得結業證明書之人數，及勞委會持續辦理照顧服務員之培訓，照顧服務員數量理論上尚足以支應需求，截至 2009 年 4 月底為止，統計領有照顧服務員丙級證照的原住民，共計有 791 人。問題在於已培訓人力未能充分投入勞動市場，致使照顧服務人力發生缺口現象，依勞委會研究分析，照顧服務員未能留任之主要在於勞動條件不佳、社會地位不高、勞力吃重等因素（經建會，2011）。

伍、家庭照顧者知識或技能不足

面對傳統大家庭式微，取而代之的折衷家庭及小家庭，使原住民老人獨居與雙老同住比率逐年上升，隨經濟發展及社會變遷，年輕人在原鄉部落難以發展，青壯人口大量外移城市謀生，儘管老人生病或失能了，老人也不會輕易離開原鄉搬到都會地區與子女同住，呈現出家庭支持大幅減少，部落缺乏照顧失能老人的資源（花蓮縣政府，2002）。

據陳靜敏與蕭仔伶（2003）研究發現，原住民長期照顧主要照顧者多為女性，平均年齡 46.8 歲，國小程度，由於照顧上，除需體力外尚需照顧技能訓練，所以呼籲應給予主要照顧者照護訓練方案，及加強慢性病防治及長期照顧資源的宣導。而原住民族群不知道長期照顧服務內容之比例較一般民眾高，研究指出以失能的中、老年人原住民僅有 36.5% 符合社會福利身分，與一般民眾(66.7%)相較為少（李，2008）。

陸、經濟的障礙

根據 2014 年臺灣原住民族經濟狀況調查，原住民家庭年平均收入 65.81 萬，全國全體家庭年收入 107 萬 1,427 元，原住民家庭年平均收入僅佔全國家庭年平均收入 61%。經濟條件影響服務的使用及費用的負擔。根據「原住民部落長期照護服務之需求評估」之研究發現原住民老人及失能者教育程度偏低，社會福利資訊缺乏，多數無工作，自覺經濟狀況僅夠生活（陳、蕭，2003）。

另目前長期照顧僅得在醫療與護理方面由健保涵蓋，其他福利服務依評定經濟條件及身心功能狀態分級提供服務，且採用自費及部分負擔方式進行，所以對於經濟弱勢的原住民族地區，整體服務市場的規模以及個人服務的購買，也都增加了某種程度的障礙。

惟目前因為符合補助接受照顧的原住民服務對象較少及無法自行負擔自付額，許多需要照顧的原住民，礙於屬於非中低收入戶之邊緣戶，又無力自行負擔部分自費，皆因自付費用額而放棄被照顧之機會，這也造成原鄉原住民的開案率過低（花蓮縣政府，2002）。

許多研究指出，原住民或少數族群比較偏好社區照顧或居家服務，且期望由在地原住民自己照顧自己的原住民長輩（蕭、劉、謝、曾、陳，2006）。依 2015 年原住民族就業狀況調查，原鄉地區失業者找工作過程中以「生活圈內沒有工作機會」為主要遭遇困難，其次為「就業資訊不足」，再其次為「本身技術不合」。另 2015 年女性原住民失業率為 4.19%，與全體女性的 3.44% 比較，女性原住民失業率較高。另外從居住行政區域來看，居住在山地鄉的女性原住民，失業率為 4.34%，高於全體女性原住民的失業率。而女性原住民失業者有 66.39% 在找尋工作過程中沒有遇到工作機會，主要遭遇困難以「就業資訊不足」及「生活圈內沒有工作機會」佔較大比率。惟女性照服員是長照機構中，最重要的照顧人力，約占 82.5%（杜、林、林，2007），

因此開創在地婦女參與照顧服務就業機會以改善經濟。

柒、文化語言的障礙

原住民老人的照顧較年輕世代及都會區有其特殊性，因為臺灣各原住民族都有其各自的語言文化，對於這些從小終其一生生活在部落中的老人，部落的文化及語言是其生活的重心，也是價值之所在。原住民老人多以母語溝通，而長期照顧是互動密切的照顧關係，彼此良好溝通與信任關係的建立是照顧品質的關鍵，服務人員與服務對象若語言不通是亟需改善。目前各地執行長照業務者（尤其是社區型照顧業務），其人員於電話通訊聯絡或訪視時問安時大都不會母語，原住民老人只能簡單回答，即使會講普通話，但語彙上的不足，導致長照照顧者無法深入瞭解服務對象當時所需，服務對象也無法感受到關懷（經建會，2011）。

第三節 計畫目標及執行策略

壹、計畫目標

- 一、強化原住民族使用長照服務之輸送帶
- 二、獎勵並提供符合部落需求之長照服務
- 三、培育原住民長照服務在地人力及組織
- 四、整合資通訊設備，建置原住民族部落「長照聯網」

貳、執行策略

一、建構原住民族部落整合型照顧產業

(一)發展原住民族地區 ABC 級之長照服務模式

發展 A 級優先成立衛福部醫院設置日照中心、B 級部落家庭照顧或文化健康站及 C 級居家服務之長照服務模式。

1. A 級：每原住民族鄉鎮市區應至少設置 1 處，由衛福部醫院優先至鄉公所所在處成立 A 級日照中心或承作 IDS、實驗據點具成效或推動長照十年計畫有績效的單位承辦。
2. B 級：依部落地圖之地形及部落人口數或都會區特別集體需求，劃分應設置之 B 級社區式家庭照顧服務據點，原則以「一村（里）一家托或文化健康站」雙軌為目標，並涵蓋村里內前 7 項長照服務項目，由推動部落文化健康站具規模與成效之單位承辦。
3. C 級：由醫院、衛生所及家庭照顧服務員、部落文化健康站，提供服務對象多元化之到宅服務，如居家服務、復健、護理及醫療、預防保健。

(二)以原住民需求架構服務面向

就失能者或失能之虞者，其有生活照顧、護理服務、醫療照護三大需求，須以實體服務且到宅或到機構的照顧，藉

由長照中心的評估，與連結在地服務人員，提供三大服務面向：

1. 照顧服務：居家服務（關懷）、交通服務、食生活改善（送餐/沐浴）、預防保健、教育學習。
2. 設施供應：無障礙設施、居家修繕、補助購置輔具。
3. 醫療服務：遠距照護、藥物諮詢及送藥服務、居家護理/復健/營養、緊急後送。

二、強化部落照顧功能，營造在地老化環境

(一) 劃區之原則

1. 部落照顧地圖

以 55 個原住民族地區轄內之部落為主，繪製照顧地圖，而部落失能人口數公式暫以部落人口數 $\times 10\% \times 13.395\%$ 計算。

圖 6.3.1 部落照顧地圖



2. 長照分 ABC 級原則納入失能人口數及部落地形

- (1) A 級：一鄉（鎮區）一多元日照，共 55 處多元日照
- (2) B 級：一村（里/部落）一家托及文化健康站
- (3) C 級：以居家服務補部落長照之不足

(二)發展因地制宜之多元長照服務

為提升原住民族地區長照服務的普及性，發展因地制宜之多元長照服務，並訂定原住民族長照服務資源發展策略。

三、優先獎助原住民族長照服務資源

- (一)獎補助醫院至原住民族地區日間照顧及家庭托顧服務之設立。
- (二)獎補助原住民族地區衛生所成立長照分站。
- (三)獎補助在地非營利組織至原住民族地區開辦長照產業，例如支援照顧服務、餐飲服務及沐浴等生活照顧服務。

四、成立原住民族鄉（鎮市區）長照管理分站，並設推動委員會

- (一)原住民族地區以「一鄉（鎮市區）一分站」為設置原則，整合現有「長照據點」統一更名為「原住民族長照管理分站」，明定任務為盤點在地需求、資源、規劃推動在地長照服務，在縣市政府長期照顧政策的統整下，鼓勵利用衛生所等在地資源，配合長期照顧管理分站人性化管理功能，由部落通曉原住民族語及文化之專業人員，即照管專員，針對部落失能服務對象進行評估後，擬訂照顧計畫，由衛福部醫院（或 IDS 醫院）、衛生所、民間非營利組織、文化健康站、健康營造中心、原住民族家庭服務中心及教會等，提供整合性、全人性長期照顧服務，建議編制照管專員、行政人員若干人。
- (二)下設原住民族長照推動委員會：由部落耆老、領袖、在地協會、教會、學校、衛生所、原家中心、文化健康站等相

關人員組成，原鄉長照分站負責行政工作，定期針對部落需求提出符合地方之長照服務。針對行政及在地服務團隊提供整合式及符合在地制宜的長照政策建議，並逐年滾動式修正政策，以符合文化敏感度之部落長照服務。

- (三)辦理原住民族在地照顧服務人員教育訓練，由師資進入鄉內開班授課，並至當地之日間照顧中心及家庭托顧、文化健康站等相關長照單位內實習。
- (四)針對部落特殊需求及資源不均，提供更高長照服務頻率(日數或時數)及內容之服務。

五、穩定在地長照人力，固定薪資進用

- (一)專業人力分為照顧服務員、照管專員、社工人員及醫事人員，加強結合勞動部、衛福部辦理小班制照顧服務員訓練與認證，並請教育部在高職、大專院校培養長照人才。
- (二)原住民族地區之在地社工人員及醫事人員，由醫院、衛生所及原家中心提供服務，新增及穩定從事第一線服務之照顧服務員，考量因地制宜及鼓勵在地照顧管理人力發展，原住民族地區、離島地區照顧管理專員之薪資，應給予適度之加給，以利引進人才、留住人才。
- (三)原住民族地區照顧服務員奔波於不同案家之路況差且耗時，導致所需交通成本較高，且影響渠等實質收入，雖另於偏遠地區照顧服務員交通費已調整為每人每月 1,500 元，未來可考量以 GPS 實際公里數支付交通費，促進照顧服務員至原住民族地區服務之意願。
- (四)加強原住民族地區照顧服務員培訓策略，於部落開設培訓課程，評估至當地之日間中心及家庭托顧等相關長照單位

內實習，提高部落族人參與訓練之誘因，並於訓練完成後回鄉參與在地服務。

六、建立部落完善照顧者之支持環境

- (一)為提升照顧者全人之福祉，納入部落教會、原家中心及文化健康站、家庭托顧、衛生所、醫院等之人力、物力、專業等資源，提供福利資訊及轉介、福利輸送、情緒支持及志工培育等。
- (二)補助文化健康站增聘司機及購置無障礙車。
- (三)擴大補助照顧單位輔具循環使用，或因服務對象特殊輔具需求供給，由原家中心協助申請電動代步車及輪椅等輔具。

七、建立資源連結系統，補助失能族人，提高長照服務之普及性

- (一)原住民族長照計畫，依衛生福利部規劃之補助規定，低收入戶免部分負擔；中低收入及一般家戶部分考量原住民族家庭經濟條件與接近服務之相對不利處境，研議適度調降其部分負擔額度。
- (二)發展「部落互助制度」、「時間銀行」等方式結合，換工方式，以增加長照服務之使用率。
- (三)透過原家中心轉介與結合民間資源，提供服務對象經濟特殊、必要協助及輔具購買、租用及相關無障礙環境之支持服務。
- (四)結合巡迴醫療、民間單位、社會福利團體及村(里)辦公室等基層組織之轉介功能，透過志工之電話問安與關懷訪視服務過程，針對社區有照顧需求之失能者，主動提供服務訊息並即時轉介長照管理分站，以開發因故未接受長照服務之失能者。

(五)定期辦理服務提供單位之教育訓練與宣導。並開發相關原住民族族語之宣導圖片及短片，逐步改變對原住民族文化照顧工作的刻板印象。

八、建置原住民族部落「長照聯網」，俟準備成熟，逐步推動

(一)逐步規劃整合衛福部「照顧服務管理資訊平台」與「醫事管理系統」、「長期照護資訊網系統」等長照相關資訊系統。勾稽原住民族人口資料庫，完整建置原住民族長照資料庫。

(二)逐步規劃整合完整長照資訊服務系統簡稱 LTIS，包括資源配置、服務對象通報、照顧管理、服務提供、服務品質監測、行政等，並完成訂定資訊系統標準、長照紀錄格式及各類編碼之規劃執行。

(三)逐步建置長照資料庫，結合 BI (商業智慧) 定期分析服務現況與品質，以提供有效決策統計數據。

(四)逐步規劃於原住民族地區衛生所建置「虛擬友善服務平台，簡稱拉娃平台」透過行動裝置設立遠距視訊諮詢，使關懷及衛教可以一指通，隨時可以與在地專業人員連線，提供心理協談、衛教諮詢等相關協助；長者發生跌倒或其他意外，亦可透過本平台 CALL OUT 緊急救援等服務。

(五)複製衛福部遠距照護之經驗，以文化健康站或部落健康營造為主要設置場所，提供量測血壓、體溫、醫療及長照相關諮詢。

九、保障都會區原住民族長照需求與權益

(一)建立適合都會之原住民集體照顧模式(如文化健康站)，維護原住民族長照權益，強化衰老老人或失能者照顧能力及技能。

(二)納入多元文化觀點與族群差異性需求，參照桃園市政府衛生局模式，在照管中心下設具有語言與文化能力之原住民族籍照管專員，於照管中心直接參與審核原住民族長照需求之服務對象，提供居家或護理服務。

(三)結合衛生單位辦理簡易篩檢活動，如測血壓、血糖、血脂等。

(四)辦理照顧服務員訓練，兼顧都會地區原住民聚集處辦理。

十、長照人力訓練

依據衛福部 2016 年資料顯示，長照專業人員分布與需求以長照 2.0 服務函蓋率 38%推估偏鄉地區護理人員需求數為 782 人、物理治療人員為 87 人、職能治療人員為 104 人、社會工作人員為 218 人、照顧服務員為 1,872 人。目前原住民及偏鄉之長照醫事人力培育：長照醫事人員已培訓 875 人，其中護理人員 557 人、物理治療人員 44 人、職能治療人員 17 人；照管專員已培訓 165 人，原住民者占 19%。

(一)積極與衛福部、原住民族委員會、勞動部、教育部等部會共同合作推展原住民長照人才培力與照顧服務。

(二)原住民及偏鄉之長照醫事人力培育應納入原住民族之多元文化課程訓練，並敦聘具原鄉文化敏感度之學者專家擔任課程講師，增進長照人員對在地文化瞭解與融入。

(三)將原住民族文化敏感度與能力訓練課程，納入照顧服務員基礎課程為 3 小時；照管專員、社工人員、醫事人員等課程為 14 小時。

第四節 原住民族文化敏感度

臺灣原住民族具有不同於一般社會的文化背景及生長環境，政府在擬定政策，或照顧者對於具原住民身分之受照顧者從事照顧服務的過程中，對其文化、經濟狀況、地理環境、生理之特殊或差異性，應有基本認識及瞭解，以提供原住民長者適切的健康及照顧服務，避免產生政策窒礙難行、誤解或紛爭等情形。有關符合部落長照需求納入文化敏感度之重要，應以在地制宜、由下而上的方式來提出部落特殊的長照計畫。雖各族之文化特殊不同，但面對原住民族各族文化，均應用尊重及莊嚴的態度來瞭解。茲分下列面向簡述之。

壹、文化的特性

臺灣原住民族目前有 16 族 42 方言別，各族的生活圖像、生活觀、宇宙觀、風情民俗、部落組織等各有獨特性，尤其進入部落（社區）時，其部落里鄰關係、宗教及親屬關係互為關聯，需理解其脈絡，讓集體性與個別性的服務獲得信賴關係。

臺灣原住民族各族與漢族的文化差異，可以感受文化差異之獨特性，這差異在服務上不應消除而統一化，宜尊重被照顧者所熟悉的食、衣、住、育樂的味道、布置、語意之個別性或集體性的差異。

貳、語言文化

語言具有認知、情感及行為的性質與溝通功能，尤其，理解原住民族文化在大社會中微弱的權力關係上所牽引的語言力量的不足，也是目前原住民族語言發展上不可忽視的「心理」提升。族語不僅是凝聚「民族認同」的動力來源，使用同一種民族語的人，就形成一個民族的邊界認定，所以語言對原住民是文化的載體，使用被照顧者習慣的語言，也會帶來服務關係的親近性。然在語意上注意其差異性。

參、信仰文化

原住民各族原有自己的傳統信仰，但由於外來宗教的影響，目前

除了傳統信仰之外，部落宗教有基督教、真耶穌教會、天主教等，某些部落有血源關係的親友，因信仰不同的教派而較疏遠，但重要活動時仍採取傳統祭典方式祈福，原住民部落持續流傳著傳統文化祭儀，如阿美族豐年祭、排灣族收穫祭或五年祭，賽夏族矮靈祭及布農族射耳祭等，照顧者應適時配合及尊重。另外，族人現實生活中的宗教信仰，目前仍以傳統祖靈及西方基督宗教為主，在照顧過程中之心靈支持，應充分尊重及視為重要內在資源，以提升被照顧者內在力量與家族的互助連結。

肆、禁忌文化的認知

禁忌在各族因生活環境與價值觀的不同，各有不同的呈現，但禁忌背後必有其倫理與邏輯，在照顧服務上可能會帶來阻力或助力。如雅美族認為生病的人會帶來惡靈，而患病者為體恤及避免親愛的家人被感染而自行隔離；泰雅族以 GAGA（賽德克及太魯閣族以 GAYA）為部落集體意識、禮儀及規範，要對長者應尊敬。部落的最高禮儀為一同進行「兄弟飲」（泰雅、賽德克及太魯閣族習俗中，兩人並肩貼臉對嘴共飲同一杯酒，以示友好同心）；排灣族視離別時打噴嚏為不吉利象徵等。

伍、社會制度

各族的社會組織、婚姻制度與親屬關係各不同。以家族為單位的，有阿美族、泰雅族、噶瑪蘭族、魯凱族、魯凱族、太魯閣族及賽德克族等，應可成立類似家屋的家庭托顧方式。以氏族為單位是鄒族及布農族。另排灣族傳統社會階級有頭目及平民之分，並有長嗣繼承制度，這樣的社會制度讓頭目或長嗣在部落有其特殊的位置外，對決定照顧服務這件事會以長嗣意見為主。另外阿美族也有年齡階層及母系社會制度，這些傳統社會制度也是原住民長者所信賴、重視及堅持的。值得注意的是，各部落教會設有關懷小組，應可擔任送餐服務的

志工或居服員，可以連結推動照顧服務。

陸、飲食文化

原住民部落普遍均存在「分享」文化，遇有捕獲獵物或農產豐收時均將部分收益分享給大家。然各族族人均有固有傳統食物的偏好，如排灣族之小米、奇拿富；阿美族以吃多樣野菜、海菜聞名，如Tatukem、Silw；布農族喜肉食等，準備餐食時可作為重要參考，另外原住民長者長期以來有吃檳榔之習慣，也是抒發壓力之方法，可尊重其習慣而不建議強制禁食，所以在送餐及供餐服務時，應注意及尊重原住民的飲食文化與習慣。

柒、特殊疾病

有部分原住民族群因生活飲食或其他因素，患有特定疾病之比率較高，如布農族、泰雅族患痛風疾病，照顧者應避免誤解或歧視。

捌、其他注意事項

- 一、原住民族地區面積廣大且部落分散距離甚遠，造成服務成本增加及相關人力不足情形，應提高補助單價或提供加給並增加評估人力，以提供有效能及品質之服務。
- 二、由於各族群、部落之男性死亡率較高，推動部落長期照顧服務時，應注意部落當地性別比率，並提出性別差異之長照服務。

第五節 中央與地方分工

- 一、部落文化健康站：由原住民族委員會主辦，屬計畫型補助，並由地方政府及協會協辦。
- 二、日照中心、家庭托顧站、長照分站：由衛生福利部主辦，並依據中央對直轄市及縣（市）政府補助辦法第9條規定，免編列配合款。

表 6.5.1 原鄉長照—中央與地方分工一覽表

工作項目	採行方式	主辦機關	協辦機關	執行機關	備註
一、原鄉長照分站佈建	補助	原民會、衛福部	各縣市政府 原住民行政單位	各地方政府	1.由目前縣市政府長期照顧管理中心統籌辦理。 2.整合目前長照據點，統一更名OO縣(市)OO鄉(鎮、市、區)原住民族長照管理分站，現有照管專員均轉入。 3.原民會協助提供部落人口戶數調查，搭配衛生福利部失能者資料規劃照管專員個案負荷量之基準。
二、A級日照中心佈建	獎助	衛福部	原民會、各地方政府	衛福部醫院、IDS醫院及其他醫院等	依據長期照顧服務法、老人福利法、身心障礙者權益保障法、護理人員法授權訂定之相關子法辦理。
三、B1級文健站 含都會區佈建(依實際需求補助司機及無障礙車)	獎助	原民會	衛福部、各地方政府	相關協會、教會等NGO組織	每鄉佈建站至少涵蓋7項以上長照服務項目，並已涵蓋C級社區照顧模式之功能(都會區文

					健站不在此限)。
四、B2 級家托站佈建	獎助	衛福部、原民會	各地方政府	個人、社會福利團體等	依據長期照顧服務法、老人福利法、身心障礙者權益保障法、護理人員法授權訂定之相關子法辦理。
五、原住民族失能者部分負擔	補助	原民會、衛福部		各地方政府(各縣市原住民族行政單位)	依衛生福利部規劃之補助規定，低收入戶免部分負擔；中低收入及一般家戶部分考量原住民族家庭經濟條件與接近服務之相對不利處境，研議適度調降。
六、發展「部落互助制度」、「時間銀行」等方式結合，換工方式增加長照服務使用率。	補助	原民會	衛福部、各地方政府(各縣市原住民族行政單位)	各地方政府(各縣市原住民族行政單位)	由原民會規劃本項工作之操作方式。
七、建置原住民族部落長照聯網	委託	原民會、衛福部		各地方政府(各縣市原住民族行政單位)	1.由衛生福利部建置全國一致性之資訊系統。 2.「虛擬友善服務平台，簡稱拉娃平台」透過行動裝置設立遠距視訊諮詢之系統，得於上述資訊系統

					建置完善後，逐步完成。
八、照顧服務員之訓練	補助	原民會、勞動部、教育部、衛福部	各地方政府	非營利組織或其他相關單位	1.依據照顧服務員訓練實施計畫辦理。 2.原民會、勞動部皆得辦理照顧服務員之訓練。 3.照顧服務員3小時之文化敏感度訓練，由原民會規劃課程內容及提供師資訊息。
九、協助申請輔具及福利轉介	補助轉介	原民會	衛福部	各地方政府、全國原住民家庭服務中心	例如電動代步車及輪椅等由原住民族家庭服務中心協助申請
十、長照醫事人力培訓	補助	衛福部	原民會	各地方政府	1.醫事人員培訓依據衛生福利部現行相關法規辦理。 2.照管專員、社工人員及醫事人員14小時之文化敏感度訓練，由原民會規劃課程內容及提供師資訊息。

第六節 資源建置實施進度

原住民族地區及都市原住民區資源建置，逐步建置日照服務(A)55站、文化健康站(B1)380站、家庭托顧站(含巷弄長照站)(B2)121站及長照分站55站等。

表 6.6.1 長照十年計畫 2.0 原住民族長照資源佈建一覽表

年度	A-日照服務	B1-文健站	B2-家托數 (含巷弄長照站)	長照分站數		
				長照分站數 總計	新成立 分站數	延續型 分站數 ³
2017	10	185	30	31	10	21
2018	22	250	60	41	10	31
2019	37	315	90	55	14	41
2020	55	380	121	55	0	55
2021	60	380	140	55	0	55
2022	65	380	160	55	0	55
2023	70	380	180	55	0	55
2024	75	380	195	55	0	55
2025	80	380	210	55	0	55
2026	85	380	220	55	0	55
總計	85	380	220	55	34	55

註：

- 1.A-強化既有日照量能，如日照中心、日托據點等多元日照服務，規劃分4年完成55處。
- 2.B1-文健站現有121站，規劃分4年新增259處，第1年64站、第2年65站、第3年65站、第4年65站，共計完成380站。
- 3.B2-家托站(含巷弄長照站)規劃分4年完成121站。
- 4.原鄉長照照管分站分目前已建置21處，規劃分3年新增34處，共計完成55處。考量行政執行以及各原鄉建置照管中心的可行性，故依逐年佈建分站情形規劃(第一年佈建：10處、第二年佈建：10處、第三年佈建：14處)。
- 5.原住民族之資訊系統建置及維護，將配合衛福部於「整合與發展資訊系統」之規劃辦理。

第七章 推動機制

第一節 中央與地方政府之分工

我國發展長期照顧體系之過程中，中央政府主要肩負政策規劃及協助資源發展的角色；而地方政府則扮演發展社區照顧服務體系之角色，承擔需求評估、委託服務與照顧服務品質管理的責任。此外為利長照服務體系之建置與服務輸送，建立滿足民眾多元的照顧服務需求，並應透過中央及地方行政部門的整合策略，達到事權合一，目標一致的行政整合效果。

有鑒於本計畫目的係要建立優質、平價、普及之長期照顧服務體系，提供失能民眾既有長照服務並擴增服務對象，強化長照服務輸送效率，提升效能及品質，加速長照服務及人力資源建置、普及與整備，積極發展以社區為基礎，提供多元、連續的綜合性長期照顧服務資源，提供在地老化的社區整體綜合照顧服務。根據長期照顧服務法第四條，明定中央主管機關掌理事項，包括規劃整體長照服務體系與長照相關人力之培訓與管理事宜、監督輔導地方政府辦理長照服務、保障長照服務使用者之權益、監測長照服務品質、協調資源不足區長照資源發展等；第五條則敘明地方主管機關所承擔的是配合中央整體政策方向，規劃因地制宜的長照服務，並鼓勵民間單位投入長照服務的角色。考量長期照顧服務係以在地老化為發展各項服務的核心理念，地方政府係扮演長期照顧體系運作的核心，並需以服務使用者為中心之理念，承擔跨面向責任，發展多元連續之在地服務，以滿足服務使用者需求。

一、中央政府

(一) 為建立滿足民眾多元的照顧服務需求，除透過中央地方政府之通力合作，行政部門的整合亦為重要的發展項目。在中央政府層級方面，應於行政院設置跨部會長期照顧推動小組，邀集相關部會、專家學者、團體代表及地方政府代表，共同推動政策及協調、整合跨部會、中央與地方、公部門與民間部門之相關事務。該小組之任務為：

1. 長期照顧政策之推動
2. 長期照顧跨部會事務之協調
3. 長期照顧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. 長期照顧政策執行之督導
5. 長期照顧政策之諮詢與建議

(二) 在政策規劃方面，中央政府應考量國內整體長期照顧服務發展，整合各項服務流程，建構連續性服務體系，掌握全國照顧管理資訊，並發展以服務使用者為中心之服務模式，以建立完善長期照顧制度與服務輸送體系。

(三) 在規劃資源發展方面，中央政府將積極推動社區整合型服務（支援）中心模式，於社區、鄰里巷弄發展縝密服務資源網絡，以滿足我國長期照顧需求，實踐在地老化理想。此外，中央政府應督導地方政府及改善長期照顧服務品質，以確保我國照顧服務品質與服務使用者權益。

(四) 在財源部分，中央政府需提供長期照顧服務體系充足穩定之財源，根據我國過去長期照顧需求與地方財政狀況，有關長照十年計畫 1.0 服務項目、健全長期照護服務體系、強化山地離島及原住民醫療保健服務，中央與地方補助比率詳

如表 7.1.1，惟為回應長照十年計畫 2.0 服務對象之擴大，以及服務項目擴充，將透過資源分配、漸進式調整財源籌措方式，增進服務範圍與補助額度，以促進我國長期照顧服務推展與永續發展，即時回應社會需求。

表 7.1.1：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
衛生福利部	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				

二、地方政府

(一) 地方政府應成立跨局處室之長期照顧推動小組：成員包括相關局處室之主管、專家學者與民間單位代表等，整合跨局處室力量，共同推動發展符合轄內失能者需求、因地制宜之長期照顧服務。該推動小組之任務，應同時積極拓展照顧資源及落實照顧管理，針對轄內資源縝密評估、發展、執行、監督，並配合中央政府政策方向推動長期照顧服務業務，協助督導長照服務資源，發展符合在地社區民眾所需服務模式，整合協調地方長照服務相關機構或單位，配合中央政府獎勵措施，於長照資源不足地區發展長照服務資源。

- (二) 在建置長期照顧資源部分：地方政府應扮演連結公部門、志願部門與民間單位之角色，營造有利照顧資源發展之環境，促進民間單位投入長期照顧資源建置之行列，並透過委託之形式，將地方政府轉換為使能者之角色，充實社區照顧服務量能，促進服務普及發展，滿足在地長者需求。
- (三) 在評估服務資源部分：地方政府應落實照顧管理制度，提升照顧管理中心職能，迅速準確完備長照服務需求與供給資料，例如當地人口群資料與推估需求人數、鄉鎮市區範圍之需求人口分布、各類服務資源與使用情形等相關資料，以即時掌握地方長期照顧需求與供給情形。
- (四) 在監督服務品質部分：地方政府需負責監督管理轄內照顧服務輸送體系及各項服務計畫推動進度，以確保照顧服務品質。

三、中央補助地方政府行政人力之規劃

為利地方政府推動長期照顧服務，衛福部社會及家庭署（前內政部社會司，以下簡稱社家署）業透過公益彩券回饋金補助地方政府辦理長照服務之人力，每縣市約 1 至 2 名。惟為因應長照 2.0 服務項目與規模之擴大，評估中央政府或地方政府現有行政人力將難以負荷未來龐大的業務量，故規劃利用長照服務及資源發展基金增補辦理委外服務契約之人力。有關人力配置部分，評估機關人事費或用人費可支應程度，中央政府規劃將進用 16 名行政人力，負責督導、審議及補助地方政府辦理本計畫相關業務；另地方政府由補助 2 名調高至補助 7 名行政人力，負責執行服務提供單位之委託契約、核銷等長期照顧服務推動業務。又上開倘涉及增加中央政府正式公務人力部分，將另案循程序函報行政院核定。

第二節 充實偏鄉長照資源之策略

離島及其他偏鄉資源不足區在長照資源呈現不足之現況，可以分為環境、人力、技術，與教育等四個面向來看。在環境面目前的問題包括資源不足區的定義需要調整，偏鄉地區幅員遼闊、交通不便、人口分散照管中心分站分布不均等，在諸項地理因素上需要精緻評估。在人力面的問題，主要有在地服務人力招募不易，長照服務人員留任不易，再加上未考量到偏鄉環境地域特殊性，長照專業人員薪資待遇缺乏留才誘因。在技術面的問題，則與一般地區相似，包括社區團體間協力合作關係薄弱，服務資源單一化，缺乏整合型服務模式，以及因應服務對象及服務項目的擴大與創新，現行評估量表需要修改。在教育面向上的問題，以及若考量到長照 2.0 服務多元化，長照專業人員培訓課程將需要加以調整；此外還有照管人員訓練未有特殊性專才訓練，且工作內容複雜性高，專業度需要強化等問題，需要將不同的原住民族的文化與語言融入衛生教育宣導，俾利服務進行。

因應前述問題，提出五項發展策略，以下分別說明之。

一、佈建離島及其他偏鄉資源不足區照管中心分站數

為建置離島及其他偏鄉資源不足區照管中心管理及服務模式，於離島及其他偏鄉資源不足區佈建照管中心分站，發展因地制宜之照管模式。提升離島及其他偏鄉資源不足區長照服務之可近性。並邀請專家學者等組成輔導小組，辦理實地輔導作業，提供輔導、品質管理及評價機制，以協助落實推動離島及其他偏鄉資源不足區之照顧管理網絡。

二、調整離島及其他偏鄉資源不足區照管中心管理及服務模式

將由地方政府主責，並鼓勵結合衛生所等在地資源辦理。規劃使用新型量表及新版行動載具進行照顧需求評估。提供照管及

服務模式包括諮詢服務、需求評估、轉介並連結服務、服務對象管理、輔導在地長照資源規劃、提供密集式照顧管理模式等。

三、發展整合偏鄉地區整體長期照顧服務體系

由離島及其他偏鄉資源不足區照管中心分站，對離島及其他偏鄉資源不足區長期照顧需要者進行需要評估。服務資源將規劃輔導當地衛生所、鄉公所等單位，結合原民會部落資源，依資源盤點、地理位置區域及實際部落需求評估結果，提出整合型長照服務計畫。提供服務之場域包括醫療院所、護理機構、鄉鎮區公所、社區照顧關懷據點等。目標為提升偏鄉長照服務之可近性，促進社區型長期照顧服務之發展。

四、充實長照人力

離島及其他偏鄉資源不足區規劃照管人力配置增加，研擬由一般地區照管人力與服務對象比的 1：200，調整為 1：50；照管督導則由 1：10 調整為 1：7，並每 3 分站再增列 1 名；新增管理人員，照管專員及督導每 10 人配置 1 名，協助處理行政事務。並培育醫事公費生，適量補足護理及其他醫事人員，強化當地醫療及長期照顧之量能。研議離島及其他偏鄉資源不足地區薪資加給制度或薪資待遇，鼓勵人才投入。此外，為促進長照服務專業人力至離島及其他偏鄉資源不足地區服務，將離島及其他偏鄉資源不足地區長照服務與資源建置情形，運用相關傳播管道進行宣傳。並調整長照醫事專業培訓課程，將納入文化敏感度課程訓練。

五、檢討調整相關法令

為利偏鄉長期照顧服務的推展，將檢討土地建物管理法令上之限制的解決方案，並擬修訂相關法規。

第三節 退輔會推動長照之策略

一、現況

榮譽國民（以下簡稱榮民），是對我國退伍軍人的尊稱。截至 2016 年 3 月份現有榮民計 39 萬 7,753 人，平均年齡 67.8 歲，其中有眷者計 34 萬 7,818 人，單身者 4 萬 9,935 人。如以年齡區分，以 65 歲以上榮民計 19 萬 8,006 人，占榮民人數 49.8%、其中單身者計 3 萬 9,301 人。目前公費就養安置榮民 2016 年至 3 月共計 4 萬 5,609 人。其中居住榮家 4,713 人、居住大陸者 1,078 人、餘為自行或依親居住計有 3 萬 9,818 人。自費就養居住榮家榮民 2016 年至 3 月計 2,107 人（其中安養 1,274 人、養護 833 人）。

二、退輔系統長期照顧服務資源發展情形

（一）機構式照顧

1. 全國目前計有 16 所榮家，2016 年 3 月總床位數 7,847 床，其中安養 4,800 床、養護 2,563 床、失智 484 床，總占床 6,603 床，占床率 84.1%。於 2002 年起，每 3 年定期參照衛福部社家署所訂「老人安養、護機構評鑑作法」之評核指標及項目，邀聘相同之學者專家，對 16 所榮家進行評鑑。2012 年與衛福部共同研訂「長照機構評鑑整合計畫」，逐年依長照機構評鑑整合基準實工作指導，於 2014 年全面實施長照機構評鑑整合計畫。目前每年 2 次依評鑑指標由退輔會預評，使各榮家依照評鑑指標，提供專業性的軟體、硬體服務，有效提升服務品質。長期照顧服務法將於 2017 年 6 月 3 日施行，退輔會榮家附設長照機構將由衛福部統一評鑑。

2. 安養護資源與民共享推動情形：

2007年9月27日依據行政院「大溫暖」社會福利套案，配合推動整合資源照顧老人及弱勢者政策，研提安養機構資源共享實施計畫，並於2007年10月22日奉行政院核定，提供安置資源與民共享，相關成效如次：

- (1) 運用馬蘭榮家慎修養護中心(釋出200床)及屏東榮家仁愛堂(釋出100床)，委外經營安置照顧低、中低收入戶失能老人及身心障礙民眾，2016年3月安置234人。
- (2) 退輔會榮譽國民之家資源共享區作業原則自2012年3月7日訂定，至2014年4月8日共歷3次修正。其目的係為延伸退輔會安養機構資源共享實施計畫，落實安養機構之資源共享，爰以訂定作業原則之方式，俾供安養機構遵循，協助解決社會問題。現行資源共享服務範圍為低(中低)收入戶安養、養護及失智，視榮家安置能量餘裕開放床位資源共享。退輔會並已訂定資源共享服務照顧規費收費原則，其費用分別為安養7,100元、養護10,000元及失智15,000元(不含伙食費等代收代付費用)。目前退輔會新竹、白河、佳里、臺南、岡山、高雄、屏東及馬蘭榮家，依占床情形提供床位協助安置低(中低)收入戶長者，至2016年3月共計提供115床資源共享(含安養38床、養護59床及失智18床)，至2016年3月份計安置9位一般民眾身分之長者。

(二)居家及社區服務照顧

1. 為提供轄區年長榮民更多元的服務項目，落實「在地老化」，各榮民服務處運用服務體系人力(服務組長、輔導

員、社區志願服務人員)、榮欣志工及替代役人員，藉由訪查發現需要服務的榮民(眷)，並與當地醫療院所、地方政府社政機關、民間社福團體等社會資源協調聯繫，主動提供或轉介有需求之榮民(眷)獲得適當照顧；各級榮院並實施定期社區居家訪視服務及提供偏遠地區巡迴醫療服務，以提升其居家生活品質。

2.另為協助發展社區式照顧服務資源，退輔會業於2013年11月05日修正「榮家資源共享實施計畫」，奉行政院核定有關服務範圍等增列失智老人之轉介服務，有關日間照顧與臨托服務應視地方政府需求及榮家安養容量與服務能力開辦。目前退輔會依社區需求，配合地方政府，運用鄰近都會區之榮家部分資源，開辦日間照顧及臨托服務機構為：臺南、佳里及高雄榮家等。

三、實施策略

(一)規劃以在地老化(aging in place)為核心理念，推廣以社區為主體的長照模式。在社區型長照仿效美國的PACE模式，提供包括日間照顧、急慢性醫療、中期照護，及護理之家等各類型長照服務。另一方面則推廣以病人為中心的patient-centered medical home，包括居家醫療照護整合計畫，其中有居家醫療、重度居家，以及安寧療護；另外並有長期照顧資源，統籌居家復健、居家護理、照顧服務等居家式服務，實現醫養合一。

(二)退輔會下醫療資源提供居家護理、護理之家、日間照顧等服務，並規劃增設提供在宅醫療。在依退撫條例規定之入住條件下，可依地方需要，規劃推動榮民之家資源共享，將以入住型服務為主，部分榮家並有提供日間照顧。在榮

家推廣失智照護教研專區，以懷舊治療、距離床自動警示功能等新型服務項目，提供失智症照護。在臺南佳里榮民之家的施行結果顯示，有明顯降低精神症狀、同步降低精神藥物等成效，並可以結合科技提升產業發展。在輔具的部分，退輔會長照體系也提供相關資源，包括設於臺北榮總的輔具工廠，並提供巡迴服務，涵蓋榮民醫院以及接受地方政府委託每月舉辦地區巡迴服務。另將配合衛福部盤點之輔具資源不足區域，並配合地方政府需求，研議增設輔具資源中心提供服務。

- (三)因應長照十年計畫 2.0 之實施，為先期整備退輔會長期照顧服務人力，各榮總分院醫事人員已完成長照人員三階段課程計 2,020 人，以強化服務量能，提升服務品質。

第八章 支付系統與經費需求

第一節 長照十年計畫 1.0 之支付方式與檢討

一、中央與地方政府共同分攤

長期照顧十年計畫自 2008 年推動之初，業已規劃中央分年編列預算，並結合地方政府資源，積極推動在地長照服務，係依縣市財力等級給予不同補助，目前「居家服務」、「日間照顧」、「家庭托顧」、「交通接送」等 7 個服務項目之服務使用者部分，第一級補助 85%、第二級補助 90%、第三至五級補助 95%；而「輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務」、「老人營養餐飲服務」，及「長期照顧機構服務」等 3 項經費，則由地方政府自籌支應；另在「居家護理」、「居家（社區）復健」，及「喘息服務」等 3 個服務項目，依縣市財力等級，第一級未補助、第二級補助 75%、第三級補助 85%、第四級補助 88%、第五級補助 90%。

二、政府部門與民間單位之長照支付系統

長照十年計畫中政府部門與民間單位之長照經費申請程序，採由地方政府研提長期照顧整合型計畫，並由中央主管機關逐年進行審查補助，地方政府再利用與民間機構簽訂勞務採購合約或計畫型補助等方式，擴大民間參與機會，鼓勵民間單位加入長照服務提供者行列，增進轄內長照服務量能。經盤點目前地方政府結合在地服務單位推動長照服務採行方式如表 8.1.1。

表 8.1.1 各地方政府結合在地單位推動長照服務採行方式

縣市別	臺北市	臺中市	雲林縣	嘉義縣	新北市	新竹市	彰化縣	臺東縣	基隆市	金門縣	其餘縣市
居家服務	委託	委託	委託	委託	補助	補助	補助	委託	補助	自行	委託
日間照顧服務	委託	委託	委託	委託	補助	補助	補助	委託	補助	委託	委託
日間照顧裝修	委託	委託	委託	委託	委託	補助	補助	委託	補助	委託	委託
家庭托顧	委託	委託	委託	委託	補助	補助	補助	委託	補助	自行	委託
交通接送	委託	委託	委託	委託	委託	委託	委託	委託	委託	委託	委託
營養餐飲	補助	委託	委託	委託	補助	補助	補助	委託	補助	自行	委託
居家護理	委託	委託	委託	委託	委託	補助	補助	補助	委託	補助	補助
居家(社區)復健	委託	委託	委託	委託	委託	補助	補助	補助	委託	補助	補助
機構(居家)喘息	委託	委託	委託	委託	委託	補助	補助	居家採委託，機構採補助	委託	委託	補助

三、長照服務歷年補助經費

有關歷年長照補助經費，自 2008 年為 28.45 億元，至 2016 年成長至 53.76 億元，9 年合計 323.11 億元（表 8.1.2）。補助項目包含：照管中心營運之照管人員薪資費用及業務推動所需執行費用、居家服務、日間照顧、家庭托顧、交通接送、營養餐飲服務提供單位營運、居家護理、居家（社區）復健服務、喘息服務，並提供服務資源管理人力薪資費用及業務推動所需執行費用。其餘如營養餐飲之餐費、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、長照機構照顧服務費等，則係地方政府全數自籌經費項目。

表 8.1.2 長照服務歷年補助經費

單位：億元

單位		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	總計
社政項目	預算	25.35	26.11	18.04	19.13	21.89	23.19	38.19	44.29	45.27	261.46
	第二預備金	-	-	0.78	3.82	5.4	7.3	-	-	-	17.3
	第一預備金 (原內政部)	-	-	0.22	0.18	-	-	-	-	-	0.4
	其他社會福利補助經費	-	-	0.59	1.01	0.35	-	-	-	-	1.95
	小計	25.35	26.11	19.63	24.14	27.64	30.49	38.19	44.29	45.27	281.11
衛政項目	預算	3.1	2.88	2.17	2.32	2.68	3.11	3.42	3.81	4.18	27.67
	醫療發展基金	-	-	-	1.25	1.48	1.48	3.39	6.08	4.31	13.68
	其他經費流用	-	-	0.3	0.25	0.08	0.02	-	-	-	0.65
	小計	3.1	2.88	2.47	3.82	4.24	4.61	6.81	9.89	8.49	42
總計	28.45	28.99	22.1	27.96	31.88	35.1	45	54.18	53.76	323.11	

四、長照十年計畫 1.0 支付方式之檢討

承前所述，過去長照十年計畫的執行機制，係由地方政府研提長期照顧整合型計畫，中央主管機關逐年進行審查補助，地方政府再透過勞務採購合約或計畫型補助等方式，結合民間單位共同辦理，廣納民間資源；民間單位當年度計畫執行終了後，再依契約項目或核定結果，陳報經費支用情形，據以核銷，相關行政程序較為複雜繁瑣，詳如圖 8.1.1。

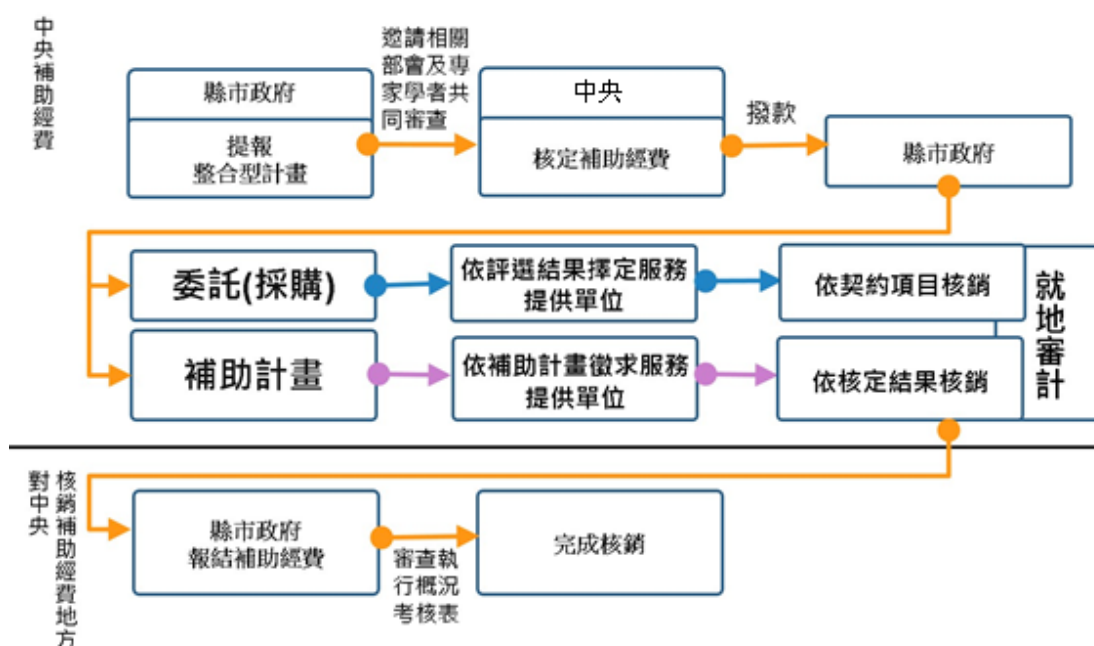


圖 8.1.1 現行民間單位提供服務之經費處理流程

另為兼顧民眾部分負擔意願及培植民間資源服務量能，長照服務項目發展迄今，政府透過多方補助服務使用者及服務提供單位項目，協助民間資源之發展與投入意願，以居家服務為例，除補助失能民眾所需之照顧服務費用外，政府並依單位經營及因應勞動法規所需增加之成本，持續擴增補助項目，如居家服務督導費、居家服務專案計畫管理費、失智症照顧加給、專業服務費、辦公設施設備費、辦公室租金、雇主應負擔之勞

健保費及勞退金、山地、離島及偏遠地區照顧服務原交通費、照顧服務員專業證照加給、營運費等共計 11 項。惟各項補助經費需依據現行補助作業要點辦理核銷事宜，政府美意反增加服務提供單位庶務負擔，補助項目繁多使專業人力需投入大量時間處理行政及核銷，有礙整體服務品質及效率提升；且過去為尊重地方自治及主計作業流程，現行核銷作業應需依地方政府需求檢附各種表單憑證，然各地方政府核銷表單及需檢附憑證認定不一，補助核銷及撥款效率不彰，致使居服單位往往需先行墊付費用，更甚者已影響單位正常運作，故有關經費支付的行政流程與作業程序之改革，刻不容緩。

第二節 支付系統

一、調整經費分攤機制，強化服務支付系統

長期照顧體系能穩健發展，及因地制宜發展適合各縣市失能者所需之長期照顧服務內涵，係長期照顧十年計畫 2.0 成功關鍵因素，亟需仰賴中央、地方與民間單位共同投入資源協力合作，並透過建立穩定、合理之經費支付系統經費及財務共同分攤機制，俾利服務輸送順暢。

為配合本計畫推動擴大納入 49 歲以下失能身心障礙者、50 歲以上失智症者及 55 歲以上失能平地原住民，另為加速社區整體照顧服務資源發展，服務體系向前延伸至預防照顧服務，向後銜接居家醫療或安寧療護服務，規劃發展之各項創新服務方案，以滿足多元不同族群及照顧服務需求。考量本計畫執行之急迫性、地方財政之狀況及未來發展之可行性，有關中央與地方經費分攤原則，調整規劃如次：

- (一)既有服務項目(照顧服務、交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務、老人營養餐飲服務、居家護理、居家(社區)復健及喘息服務)2017 年負擔原則，建議朝維持地方政府既有預算規模，依財力分級研議調整自籌經費比率之可行方式，2018 年以後，應視地方政府經費編列及執行情形，並就服務使用者及服務資源發展所需經費，訂定合理之經費負擔比率，以確保服務永續發展。
- (二)試辦及實驗性質之服務計畫及方案，中央與地方經費分攤原則，規劃另以專案方式處理。

二、長照十年計畫 2.0 補助項目

- (一)中央委託地方政府協助照管中心營運，提供照管人員薪資費用及業務推動所需執行費用(包含資本設備費)。

- (二) 中央補助地方政府辦理各項長照服務，包含：居家服務、日間照顧、家庭托顧、交通接送、營養餐飲(不含餐費)、居家護理、居家(社區)復健服務、喘息服務，並提供服務資源管理人力薪資費用及業務推動所需執行費用。
- (三) 中央補助地方政府及國內團體辦理辦理服務創新、整合、彈性與擴大及充實原住民、偏鄉長照服務等項目。
- (四) 地方政府全數自籌經費項目，包含：營養餐飲之餐費、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、長照機構照顧服務費。惟鑑於長照十年計畫 2.0 積極推動與強化輔具產業及營養餐飲服務之發展，未來輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務、老人營養餐飲服務成效及所需經費逐年成長，為紓解地方政府財政壓力，故研議 2018 年起由中央與地方共同編列經費辦理，地方政府則依財力分級應配合自籌比率編列配合款，以利服務順利推動。

三、調整經費支付方式及原則，並研議法規配合調適，以創造利於長照發展之環境

(一) 試辦新型支付模式，提升資訊系統處理效能

有關地方政府行政分歧、財務效率不彰等經費支付問題，造成民間單位難以永續經營與創新發展，本計畫規劃將由分項補助的方式修正為替民眾購買長照服務的方式，將原各項補助整併為包裹式支付，並配合未來服務提供單位採指定或特約方式，考量不同服務特性與給付單位，研擬反應服務彈性與成本的多元支付模式可行之具體作法，並研發相關電子支付系統，其提高費用申請及核銷之行政效率，將發展政府端及服務提供者電子化作業核銷之流

程。

(二)研議法規調適之可行方式，並配合研訂相關法規

按長照 1.0 推動現況，各縣市政府於結合民間單位辦理各項長照服務時，所需經費多經採購或主計人員認定為應符合政府採購法第七條所稱「專業服務」，故現況服務提供單位之選定多依政府採購法所定之招標方式辦理。

惟透由政府採購法之方式，除因契約銜接影響服務提供之穩定性，另因配合採購程序，需事前、事後準備文件及程序繁複，多影響單位投入意願，為改革服務經費之方式，研議朝現行老人福利法第八條授權訂定補助辦法處理，使各縣市政府於擇定服務提供單位時，可採特約方式辦理；惟老人福利法及相關子法之適用，可否優於政府採購法，尚需透過跨部會協調、釐清，並配合檢討現行相關法規命令，以茲周延。

(三)檢討中央與地方經費分攤項目

現行補助服務使用者所需經費係由中央補助 85%~95%、地方政府自籌 15%~5%(服務提供單位免自籌)，另服務資源發展及培植相關經費，係由中央補助 70%~90%，服務提供單位配合自籌 30%~10%，配合整體支付制度之改革，則地方政府及服務提供單位自籌項目應同步檢討及調整。

第三節 經費需求

一、經費來源

長照十年計畫 2.0 相關所需經費由中央及地方政府預算支應，除按「中央對直轄市及縣市政府補助辦法」規定，透過一般性補助款設算地方政府外，並由衛福部編列計畫型經費協助地方支應所需；另依據長期照顧服務法第 15 條規定，設置長照服務發展基金，來源包括政府預算撥充、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入及其他，由長照基金相關經費支應，以促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實與均衡服務及人力資源，惟該基金係自 2017 年 6 月 3 日起設置。

考量我國人口老化快速，長期照顧需求急遽增長，長期照顧相關人力及資源亟待充實與佈建，而為回應民眾對長照之迫切與多元需求，鼓勵民間服務提供單位踴躍投入長照服務產業，發展多元照顧服務模式，立法院社會福利及衛生環境、財政委員會於 2015 年 11 月 11 日第 1 次聯席會議臨時提案決議，在長照服務發展基金尚未設置前，應將獲配於長期照顧資源發展之菸品健康福利捐收入，先置於社會福利基金項下，專款專用，以利長照服務資源之建置與發展；俟 2017 年度長照服務發展基金成立後，改以長照服務發展基金收支保管運用辦法辦理。

民進黨政府於 2016 年 5 月 20 日重回執政後，決定以指定稅作為長期照顧財源。優先以調高遺產及贈與稅率、菸稅作為指定財源。俟長照財源需求增加之後，再考慮指定其他稅源，以維持長照財源之穩定。

二、經費編列

依原長照十年計畫之補助內容與頻率，以及長照 2.0 規劃之擴大服務對象與服務項目，推估 2017 年至 2026 年間所需經費，

其經費估算的基本模型為「費用=人數*平均每人費用」。「人數」係依據 2017 年至 2026 年長照需要人數推估結果（2017 年約為 73.8 萬人），加乘每年服務涵蓋率（2017 年約為 39%），及各項服務使用率推估而成。在「平均每人費用」方面，係為平均每一民眾使用長期照顧服務所需之成本，組成包括使用長期照顧服務之服務費及服務資源佈建所需的費用。

有關長照政策之經費編列情形，2017 年各相關部會合計編列 177.52 億元，其中衛福部編列 162.26 億元、勞動部為 2.78 億元、教育部 0.01 億元及退輔會 12.47 億元（詳表 8.2.1）。

表 8.2.2 則為十年所需經費之推估，於 2017 年估計需 162.26 億元，2026 年成長至 736.48 億元，十年合計所需經費共計 4,721.68 億元。然而，隨著老年人口成長、服務需求升高、服務範圍擴大、服務品質提升，長照基金規模擴大勢所難免。倘若預防失能效果良好，長照需求將不因老年人口成長而等比例升高。惟自 2018 年起實際預算編列，再視財源狀況調整。

表 8.2.1 各相關部會 106 年度預算編列

單位：億元

服務項目	2017 年	主責部會
居家服務	65.66	衛福部
日間照顧	11.96	
家庭托顧	1.09	
營養餐飲（服務提供者）	1.41	
交通接送	3.22	
長照機構服務（服務提供者）	2.47	
居家護理	0.32	
居家及社區復健	0.42	
喘息服務	2.79	
照管中心及服務資源管理之人力及業務推動	7.05	
彈性與擴大服務；創新與整合服務；充實原住民、偏鄉長照服務等	65.87	衛福部
鼓勵勞工從事機構照護服務工作	2.78	勞動部
補助辦理照顧服務員職業訓練		
健康照護產學中心計畫	0.01	教育部
長期照顧與身心障礙醫療復健服務	12.47	退輔會
社區醫療服務		
高齡醫學發展與照護		
安養機構照服員及護理人員費用		
總計	177.52	

註：

1. 輔具購租與居家無障礙環境改善、營養餐飲之餐費等二項過去係由地方政府自籌經費辦理，2017 年地方政府皆已編列相關預算，故未予納入；惟考量長照 2.0 之服務對象與經費規模擴增，考量地方政府財政，故研議 2018 年起由中央與地方共同編列經費辦理，地方政府則依財力分級應配合自籌比率編列配合款。
2. 原住民族之長期照顧資源佈建經費由衛福部編列預算之相關項目項下支應。

表 8.2.2 衛福部長照 2.0 十年經費推估

單位：億元

服務項目	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年	2026 年	合計
居家服務	65.66	79.04	82.03	85.15	108.30	111.87	115.67	139.41	143.88	172.34	1,103.35
日間照顧	11.96	22.41	26.21	29.43	32.33	35.29	37.67	40.14	41.77	43.53	320.74
家庭托顧	1.09	1.28	1.39	1.50	1.60	1.71	1.83	1.95	2.08	2.21	16.64
輔具購租與居家無障礙環境改善	-	10.44	10.99	11.57	12.19	12.82	13.48	14.19	14.91	15.68	116.27
營養餐飲	1.41	5.16	5.57	5.99	6.45	6.87	7.35	7.85	8.36	8.87	63.88
交通接送	3.22	5.79	6.46	7.22	9.13	10.11	11.23	12.49	14.72	16.31	96.68
長照機構服務	2.47	2.58	2.56	2.55	2.49	2.49	2.49	2.49	2.49	2.49	25.10
居家護理	0.32	0.34	0.35	0.36	0.37	0.38	0.39	0.41	0.42	0.43	3.77
居家及社區復健	0.42	0.45	0.46	0.47	0.49	0.50	0.52	0.53	0.55	0.56	4.95
喘息服務	2.79	12.41	15.48	18.87	22.61	26.73	32.24	39.35	47.21	57.02	274.71
照管中心及服務資源管理之人力及業務推動	7.05	10.38	10.73	11.10	11.47	11.82	12.19	12.55	12.92	13.28	113.49
彈性與擴大服務；創新與整合服務；充實原住民、偏鄉長照服務等	65.87	164.17	199.11	235.29	251.59	273.29	296.20	330.28	362.54	403.76	2,582.10
總計	162.26	314.45	361.34	409.50	459.02	493.88	531.26	601.64	651.85	736.48	4,721.68

註：輔具購租與居家無障礙環境改善、營養餐飲之餐費等二項過去係由地方政府自籌經費辦理，2017 年地方政府皆已編列相關預算，故未予納入；惟考量長照 2.0 之服務對象與經費規模擴增，考量地方政府財政，故研議 2018 年起由中央與地方共同編列經費辦理，地方政府則依財力分級應配合自籌比率編列配合款。

第九章 其他及配合措施

第一節 教育宣導

長期照顧制度之推動成功與否，除了需要妥善規劃、設計及執行相關政策之外，亦需要提升國民對於長照政策的認知與支持。為使長照十年計畫 2.0 順利推展，並達成預期目標，除了計畫妥善規劃外，有賴國民對長期照顧正確的認知與態度；亦須中央及地方政府、民間相關團體或機構協助配合，以利長照服務體系穩健發展與永續。故透過長照政策相關之教育及溝通、宣導，促使國人瞭解長照十年計畫 2.0 政策的目標及推動原則，樂於接受服務、使用及購買服務，進而增進民間部門機構團體提供長照服務意願，達成長照資源社區化與普及，減少城鄉資源差距。未來政府推動長照政策教育及宣導策略如下：

未來政府推動長照政策教育及宣導將分為下列幾點：

一、建置全國單一長照專線 412-8080（幫您幫您）

已完成建置全國單一長照專線 412-8080，並同時發布新聞稿，於電視媒體跑馬燈、相關機關各電子字幕機(LED)及各類跑馬燈播放，且於健康相關雜誌進行廣告文宣報導長照專線 412-8080，以期提高專線能見度，並增加民眾對長照服務之認識。有需要的民眾，可由本人、家屬或社區鄰里長以市話撥打長照專線 412-8080、手機撥打 02-412-8080，專線會依發話之地點連結到當地縣市長期照顧管理中心，提供民眾所需的長期照顧資訊，協助宣導長照服務。

為使民眾均能知道與使用長照專線，以獲得所需長照服務，衛福部將運用電子網路、傳播媒體、平面文宣等多元化傳播，包括報紙、雜誌媒體、電視、廣播媒體、交通媒體等管道進行宣導；此外，地方政府為配合本計畫推動，於轄區進行社區傳播，以全

力宣廣全國單一長照專線，以提升長照服務使用量能。

二、加強多元宣導，增進社會大眾、服務使用者及媒體對長照政策之認知

依據溝通對象屬性，製作多元化政策宣傳素材。傳統文宣部分，製作長照十年計畫 2.0 宣導文宣，設計整體識別系統（如：Logo），並規劃較活潑之傳播方式（如：將文宣置於標示長照專線號碼之可移動式人形立板），並將上述素材提供予醫院出院準備服務處、里長辦公室等。

網路部分，持續充實優化衛福部「長照政策專區」網站之對外溝通方式，製作通訊軟體貼圖供民眾免費下載，並以粉絲團定期更新長照十年計畫 2.0 相關訊息。

社區部分，為強化社區內有照顧需求之失能、失智長輩及其家屬，認識及使用長照相關服務之途徑與介面，長照服務提供單位懸掛長照十年計畫 2.0 之識別系統（如：標示 Logo 之招牌），更清晰的呈現單位提供之服務項目。

再者，針對長照十年計畫 2.0 各項服務拍攝介紹影片，讓民眾瞭解服務目的、對被照顧者與照顧者可能的助益，以及申請方式，於各項通路播放，並提供醫療院所及長照服務提供單位定期播放。

三、辦理教育訓練，提升長照服務意識，並強化社區網絡通報及轉介功能

以社區內之照顧關懷據點、老人服務中心、村（里）長辦公室、村（里）幹事等基層組織及志願人員為對象，設計教育宣導之教材與課程，由照顧管理專員到上述單位宣導，並配合有獎徵答活動，確認上述人員瞭解長照專線之電話號碼及服務申請流程，促使上述人員扮演社區通報與轉介功能。

針對有長照需求但未主動尋求協助者，透過志工之電話問安與關懷訪視服務過程，並針對有照顧需求之失能長輩及其家屬，主動提供服務訊息並即時轉介長照管理中心，俾滿足失能者之照顧需求。

四、強化照顧服務員專業形象，提高職業認同

照顧服務員是長期照顧體系重要的人力資源與服務提供者，為增進社會大眾對照顧服務員角色之正確認知，結合民間單位拍攝不同特質（如：年輕、資深、男性、女性、之前從事其他工作轉任照服員、家屬轉任照服員等多元背景）的照顧服務員相關宣傳影片，規劃辦理績優照顧服務員選拔表揚等，宣傳其職業價值與意義，並研議專屬制服與識別標示，提升職業尊榮感，以增進社會大眾對照顧工作精神與價值之肯定。

五、建立與地方政府、民間部門、機構及團體之溝通機制

針對長照十年計畫 2.0 推動各項服務內容與方式，透過辦理公聽會、說明會等管道，建立溝通機制。舉辦長照十年計畫 2.0 之全國公聽會、專業人員研習宣導、服務模式說明會、學術研討會；增修、編印長期照顧服務模式營運手冊，及編製預防照顧教材等。

綜上，為使長期照顧制度有效推行，政府應扮演更為積極之角色，持續透過多元方式加強對社會大眾進行長照服務之相關宣導，使民眾更加瞭解並認同長照服務的精神與內涵，並願意負擔部分自付額使用各項服務，同時增加服務提供單位持續投入長照相關服務供給之意願，促進全民福祉。

第二節 整合與發展資訊系統

為確實配合我國長期照顧十年計畫之推動，我國自 2004 年起規劃建置長期照顧服務管理資訊平臺，期能有效整合各地方政府長期照顧管理中心與民間服務提供單位，於執行照顧服務相關業務時，整合服務對象相關資料，降低相關單位在處理服務對象相關資訊通報及報表製作上所需人力，並掌握服務對象服務執行狀況。各縣市長期照顧管理中心已自 2011 年起上線使用。

然考量我國人口高齡化速度逐步提升，老年人口比率及失能人口比率亦迅速增加，伴隨而來的是民眾對於政府照顧政策及福利服務產生更多需求及期待。除此之外，對於現行之服務內容及提供途徑等相關措施，民眾亦期望能更迅速獲得相關資訊，以便其掌握各項服務措施之樣貌與後續相關申請事宜。然而既有資訊系統之架構已維持運作十餘年，若要完全滿足此類新型態之需求，亟需通盤考量如何將新興資訊科技與既有系統進行整合，並持續規劃開發更符合民眾需求之功能。

同時，因應高齡化社會來臨，及配合長期照顧服務法之公布，規劃持續推動照護雲計畫，建立整合性雲端資訊平台，並規劃辦理既有資訊系統之改版建置，完善個人服務及建立歸人之資料庫，提供政府具即時性、整合性之管理規劃及政策分析。有鑑於此，爰提出以下數項策略，作為未來資訊系統整合暨發展之方向。

一、持續整合及強化服務資訊系統

- (一) 已於 2015 年起依長照各類型服務資源，建置全國性長照服務資源地理地圖(LTC-GIS)系統，串連政府與民間資源網絡，提供各縣市長照服務資源分布，讓民眾於單一入口網站取得所需服務。

- (二) 已於 2014 年起辦理長照服務管理系統盤點與整理作業，瞭解系統建置介面與相關資訊內容，並進行雲端基礎架構及雲端服務平台的規劃建構。2015 年至 2016 年進一步規劃建置雲端照護資訊平台，建立系統資料介接互通測試與驗證，整合交換與使用者介面，並配合長照服務法擴充、建置相關資訊系統。
- (三) 整合長照及身心障礙等照護相關系統資訊，完善個人服務及福利歸人資料庫，並運用健康照護雲端資訊平台整合性資料，擴充長照服務資源地理地圖(LTC-GIS)系統，透過 GIS 即時掌握服務資源相關資訊，以提供研究運用及決策分析功能。
- (四) 整合個人化的健康與照顧服務紀錄，即時性的追蹤服務對象照顧服務狀況，並運用物聯網技術自動產生服務紀錄。後續規劃完善建置具整合且及時性個人服務或歸人之資料庫，並發展多元服務及管理應用。聯結照護雲系統，以使失能者之服務藉由資訊系統提供以服務對象為中心之整合，長照服務資訊系統將與照護雲資訊系統建立聯結。
- (五) 結合產學界的巨量數據分析技術，強化照顧資訊的即時連結及成效分析，以作為政府相關政策推動的規劃依據。
- (六) 運用區域生活圈為單位，並結合自助、互助、公助及共助之力量，運用資訊科技強化現行服務模式，並進行在宅、社區、日照中心等多元照護模式之研發與整合。
- (七) 善用資通訊科技，發展服務對象評估工具，以協助照管專員進行評估，即時提供長輩所需之照顧服務。

二、規劃人力資源管理，建立人力資訊系統

長期照顧服務法已通過，其中包含發展長照服務資源與人力

的管理資訊系統，建立長照專業人員認證、登錄機制與資訊管理，如：長照人員需登錄於長照機構，並由長照機構報所在地主管機關核定，始能提供服務；支援其他長照機構或其他直轄市、縣市提供服務時，亦應先完成支援報備，故須完成下列事項：

- (一) 建置長照人力繼續教育資訊系統
- (二) 完成長照人員資格認證及建置整合登錄系統
- (三) 資訊系統訓練及推廣

綜上，長照資訊系統之整合及發展，將有助於服務對象透過數位介面使用各項長照服務，讓現代資訊科技之效率與年長者之需求緊密連結，提升服務可近性。民眾接受服務之效率與品質亦將進一步改善，達到主動關懷、主動服務的目標，對長照服務之滿意度亦將持續提升；對政府機關而言，照護資訊整合平台及福利資源地圖可增加民眾自行查詢相關服務之管道，有效減低行政負擔，亦可迅速掌握特定或鄰近鄉鎮市區長照服務之分布情形，並即時進行分析；縣市服務整合介面可統整各地方政府之特定服務，強化預算分配效益，有助於規劃整體政策，除可避免資源的浪費外，更可透過這些資訊真正達到主動服務的目的，提升長照服務之品質。

第十章 實施進度及預期效益

第一節 實施進度

壹、近程推動事項

計畫之推展必須依實際施行狀況進行調整修正，故以計畫開始後四年為近程推動事項之規劃期程，以下說明各具體項目。

一、統合行政部門推動組織

由中央政府成立跨部會長期照顧推動小組，目標為推動長期照顧政策，完備長期照顧服務體系及機制，充實服務資源及人力。任務包括長期照顧政策之推動、長期照顧跨部會事務之協調、長期照顧政策推動涉及中央與地方、公部門與民間部門事項之協調處理、督導長期照顧政策之執行，以及提供長期照顧政策之諮詢及建議。

二、辦理全國巡迴說明會

為推廣與宣導長期照顧十年計畫 2.0 之精神與具體執行方法，並獲得與地方政府及各界民間團體之充分溝通，廣納意見以促進周全性，舉辦全國各縣市之下鄉說明會，廣邀各縣市政府、照管中心、長照服務提供單位、相關團體代表之意見，由下而上凝聚共識與實務做法。

三、試辦各項創新服務

推廣各項試辦計畫，包括失智症照顧服務、原住民族地區社區整合型服務、小規模多機能服務，家庭照顧者支持服務據點等，並先試辦社區整體照顧服務體系，而後加以推廣，成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站，讓橫向的資源得以整合，與多元的服務對象之需求可被滿足，並可以提供最具可近性的服務。整合跨部會資源，開拓社區據點，銜接長照服務體系。服務往前延伸，提供預防失能或延緩失能惡化服務，包括肌肉強化運動、生活功能重建訓

練、膳食營養、認知促進、口腔保健等；往後銜接則連結在宅醫療與居家安寧療護等服務。

四、統整照顧管理制度

長照十年計畫 2.0 不但擴大服務對象，也新增了服務項目，包含各項創新服務及社區整體照顧服務體系。故現行照顧管理制度需要配合加以精進，包括訂定需求評估量表，並調整照顧管理流程、規劃人員培訓課程等，使其與社區整體照顧服務體系及各項創新服務能夠銜接整合。此外，也需要釐清地方長期照顧管理中心之組織定位與人事制度，並改善其薪資待遇，以提升照管人力的量與質。

五、充實照顧人力

照顧人力為長期照顧體系的重要骨幹，為充實照顧人力，本計畫將藉由改善照顧服務員薪資待遇、提升照顧服務員專業形象，增加職業認同，以及促進其專業職涯發展等多元管道，達到充實照顧服務員人力的目標，並鼓勵縣市政府以鄉鎮為單位擬定照顧人力發展策略。此外，亦透過擴大醫事人員培育、增進社工人員專業知能、改善薪資待遇、強化輔導及管理機制，以及持續推動在地化人力發展與培育等策略，發展長期照顧之醫事人力及社工人力。

六、溝通宣導

為使社會大眾與各層級政府及各部門都能對長期照顧資源及長照體系有更深入及完整的瞭解，將持續進行多元管道的溝通宣導。包括建置全國單一長照專線 412-8080，使民眾由單一窗口就能得到完整的長照資訊；加強多元宣導，增進社會大眾、服務使用者及媒體對長照政策之認識；辦理教育訓練，提升長照服務意識，並強化社區網絡通報及轉介功能；建立與地方政府、民間部門、機構、團體間之溝通機制。

七、整合與發展資訊系統

透過持續整合及強化服務資訊系統與規劃人力資源管理，建立人力資訊系統等策略，進行長照資訊系統之整合及發展，使現代資訊科技之效率與年長者之需求緊密連結，提升服務可近性。照護資訊整合系統亦有助於掌握特定或鄰近鄉鎮市區長照服務之分布情形，並即時進行分析，有助於規劃整體政策，提升長照服務之品質。

八、發展營運手冊

長照十年計畫 2.0 將發展多種創新服務，包括小規模多機能服務、發展失智症者社區服務據點，以及普設家庭照顧者支持服務據點，並檢討日間照顧服務模式與日間托老服務。過程中也同時將就發展模式之策略及流程製作營運手冊，作為擴大服務之標準化操作之用。

九、進行長期照顧服務推動模式之行動研究與評估研究

將對長照十年計畫 2.0 推動之各項服務模式進行行動研究與成效評估研究，以掌握民眾服務使用之行為，瞭解各項服務推動、整合和成果，期能建立實證基礎之方案，供全國推廣之用。。

十、規劃推動長照與居家安寧及在宅醫療之結合

為達到完整的照顧體系，長照體系將銜接居家與在宅醫療資源，包括在宅醫療與居家安寧照護，結合醫療照護與長期照顧，實現在地老化。

貳、中長程規劃重點

一、促進失能、失智、身心障礙者，及其家庭照顧者之身心健康與生活品質

失能、失智、身心障礙者，及其家庭照顧者，就是長期照顧體系的主要服務對象，而全面的健康也不僅是身體及生理上的，還包括心理健康與積極的社會參與，最後達到生活品質的促進。

故本計畫的長期目標應該是達到促進失能、失智、身心障礙者，及其家庭照顧者之身心健康與生活品質。

二、研議與身心障礙者照顧服務系統分工與整合

目前身心障礙者與失能老人長期照顧需要者所需之各項服務，分立於兩個不同系統來提供。未來將研議兩者間之分工與整合，期能有效運用資源。

三、結合產業發展，促進輔具與科技之開發應用，以提升長照服務對象的尊嚴與品質

在提供長期照顧的過程中，應用不斷開發之新型輔具與相關科技的輔助，降低照顧者負荷並控制成本，將是未來趨勢。故本計畫將以促進對相關輔具與科技之開發應用，以促進產業發展，且提升高齡照顧之品質為中長程規劃重點之一。

四、結合照顧與住宅，研議多元化的居住服務

除了現有的各項居家、社區、機構式服務外，未來也將研發各種結合照顧與住宅的多元化居住服務方案，提供服務使用者，以提升失能者在地老化的可能性。

五、建構對失能、失智，及身心障礙者的友善環境，建立互助關懷的社區

除了各項長照服務的提供外，未來將要以建構對失能、失智，及身心障礙者的友善環境，致力於建立互助關懷的社區為目標發展，營造失能、失智及身心障礙者也能夠享有最大福祉的社會。

第二節 預期效益

壹、績效指標

一、量化指標

(一) 服務資源發展

1. 原住民族、離島及偏鄉照管中心由現有 47 處，2017 年預定新增 42 處原住民族、離島及偏鄉照管中心，2018 年預定新增 26 處原住民族、離島及偏鄉照管中心，2019 年預定新增 16 處。
2. 失智症共同照護中心，2017 年預計布建 26-50 處，2020 年設置 368 處。
3. 服務項目從現有 8 項擴增為 17 項，提供多元、彈性與連續的服務選擇；同時參採服務單位創新概念，推動多元照顧服務模式。
4. 居家服務 2017 年推動服務人數 8 萬 5,968 人，每年至少成長 7%，2017 年居家服務單位 225 家，2021 年居家服務單位數 292 家，2026 年居家服單位計 392 家。
5. 設立日間照顧服務中心，每年至少增加 60-75 處，2017 年預計設置 275 處，2021 年預計 570 處，2026 年預計 900 處。
6. 綿密照顧服務佈點，預計 2017 年家庭托顧數 120 處、社區照顧關懷據點 2,650 處；2021 年家庭托顧數 200 處、社區照顧關懷據點 3,000 處；2026 年家庭托顧數 250 處、社區照顧關懷據點 3,500 處。
7. 老人營養餐飲服務 2017 年預計服務 11,575 人、2021 年預計服務 13,425 人、2026 年預計服務 15,747 人。
8. 普及交通接送服務，提高使用次數，預計 2017 年交通接

送服務提供車輛數計 483 輛，服務 66,853 人；2021 年預計 567 輛，服務 77,898 人；2026 年預計 665 輛，服務 90,880 人。

9. 強化家庭照顧者服務體系，2015 年設置 18 處支持服務據點，2018 年預定設立 38 處服務據點，2026 年預計設立 44 處服務據點；2017 年預定服務 10,000 人次，2021 年預定 30,000 人次；2026 年預定 60,000 人次。
10. 加強佈建機構失智症照顧專區服務資源，2017 年預定設置 603 床，2021 年預計成長至 1,883 床，2026 年預計 3,483 床。
11. 於 2016 年底積極結合有意願辦理之地方政府、民間服務提供單位試辦，推動社區整體照顧服務體系，預定於 2017 年正式推動。2021 年預定發展社區整合型服務中心 495 處、複合型服務中心 895 處、巷弄長照站 2,610 處，達成預計目標，加速建構普及友善長期照顧服務體系。
12. 降低經濟弱勢失能（失智）長者使用機構服務之經濟負擔，增進機構提供服務量能，2017 年預計 6,769 人，2021 年預計 9,911 人，2026 年預計 15,964 人受益。
13. 加強佈建身心障礙福利機構老化照顧專區服務資源，以提供失能身心障礙者相應之長期照顧服務。2017 年預定新增 795 床、2021 年預定新增 3,975 床、2026 年預定新增 7,950 床。
14. 身心障礙日間照顧服務據點 2017 年預定 213 處服務據點，2021 年預定 264 處服務據點，2026 年預定 368 處服務據點。
15. 建置整合式照顧服務體系，發展服務失能身心障礙者及

其失能家屬之照顧模式，2017 年預計試辦 2 處，60 人受益。後續視辦理情形每年至少新增 1 處，2021 年預定設置 7 處，2026 年預定設置 11 處。

(二) 長照人力資源發展

1. 照管中心人力由現行 353 人提升至 2019 年 1,304 人，以降低照管人員工作負荷，提升照顧品質。
2. 長照醫事專業人員培育，現行已培育 35,165 人，增加至 2019 年 95,000 人，以充足長照醫事人力。
3. 偏鄉地區在地化長照醫事專業人員，現行已培育 1,040 人，預計每年培育至少 1,000 人。
4. 2017 年至少 39,195 名照顧服務員及 3,485 名社會工作人員投入長照服務領域，2021 年為 47,078 名照顧服務員，3,786 社會工作人員；2025 年則為 57,766 名照顧服務員，4,382 名社會工作人員。
5. 配合服務量能成長，預計每年補助地方政府辦理行政或方案契約委託、拓展服務資源及管理社工人力計 154 人；另為因應服務對象擴大納入身心障礙需求人數，並考量身心障礙者失能評估的近便性，預計每年補助縣市 56 名需求評估人力，合計 210 人。

二、質化指標

- (一) 長照服務資源建置普及與均衡，縮短城鄉長照服務資源差距。
- (二) 家屬支持功能，落實在地老化，強化在地服務的量與能。
- (三) 促進整合社區長期照顧服務資源，發展在地照顧服務量能，提升照顧服務品質，實踐在地老化理念。

- (四) 縮短長期照顧城鄉差距，滿足照顧服務多元異質性，尊重多元族群生活脈絡與文化，因地制宜提供具在地特色之照顧服務體系。
- (五) 落實多元溝通宣導長期照顧服務，提升國人長期照顧服務知能。
- (六) 創造產業發展契機，結合民間資源，共創交通運輸及輔具產業之發展。

貳、預期效果

一、民眾端

- (一) 規劃發展因地制宜之服務模式：以在地人照顧在地人模式提供長照服務，落實在地老化，提供可近性之服務。
- (二) 服務據點密集化：建置普及式長照服務體系，均衡長照資源之發展，提升民眾可近性獲得普及與適足的長照服務，落實達成民眾在地獲得健康照護與老化目標。
- (三) 長照 2.0 計畫擴大服務對象、擴充服務內涵與彈性及建立整合服務模式，搭配運用資通訊科技及社區巡迴車提升服務可近性，讓民眾得以取得彈性、多元、連續且整合的長照服務。
- (四) 透過各項宣導計畫、地方社區傳播、口碑行銷及大力宣廣全國單一長照服務專線 412-8080(幫您幫您)，提升民眾對於長照服務的認識與瞭解，以及如何尋求長期照顧服務資源與支持，並清楚瞭解長期照顧服務之使用與其重要性。規劃建置長照 2.0 諮詢專線，提供民眾一般長照 2.0 諮詢服務。

二、產業端

- (一) 整合擴大培育長照、醫事、社工專業人員。

- (二) 吸引多元專業人力投入長照服務，創造逾 5 萬個照顧服務人力就業機會，共同發展國內長期照顧服務。
- (三) 跨專業產業連結與結盟，注入創新元素，發展創新服務，共創長期照顧服務新型態。

三、政府端

- (一) 考量城鄉人力資源與服務能量差異，及服務對象情況複雜度，以做人力有效配置。
- (二) 照管人員專業課程培訓及業務專科化，如失智症、精神障礙、身心障礙者之評估，以達業務專業分工。
- (三) 長照服務資源配置因地制宜，並強化地方政府發展資源之能量，以縮短照顧需求與服務供給之落差。
- (四) 健全連續性健康照顧服務體系，提供民眾多層級無縫式接軌健康照護。
- (五) 整體性的培育長照醫事專業人力，系統化管理長照專業人力資源，充分掌握及確保長照專業人力充足性。
- (六) 中央及地方政府協力推動發展長期照顧服務資源。
- (七) 簡化行政核銷、改善支付制度，提升長期照顧服務輸送效率。
- (八) 培育充足長照服務人力，強化長照服務人員專業知能與職涯發展。
- (九) 充實偏鄉地區及原住民族地區整體長期照顧服務體系，打造符合在地需求之長照服務。

參考文獻

- 中央研究院 (2011)。人口政策建議書。臺北市：中央研究院。
- 內政部 (2016)。歷年全國人口統計資料/06 三階段人口及扶養比。取自 <http://goo.gl/QhvgT>
- 內政部統計處 (2014)。原住民簡易生命表。取自 <http://goo.gl/uQ1dRF>
- 內政部統計處 (2015)。內政統計年報—簡易生命表。取自 <http://goo.gl/L7ZNa2>
- 內政部統計處 (2016)。內政統計月報 1.11 資料歷年單齡人口數、人口年齡中位數。取自 <http://goo.gl/05L1A4>
- 王卓聖(2013)。OECD 國家之長期照顧改革策略借鑒及啟示。社區發展季刊，141，45-60。
- 行政院經濟建設委員會、行政院衛生署、內政部、行政院勞工委員會、行政院原住民族委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會 (2009)。長期照護保險規劃報告。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 吳淑瓊、呂寶靜、盧瑞芬 (1998)。配合我國社會福利制度之長期照護政策研究 (研究報告出版編號：研考 II-1289)。臺北市：行政院研究發展考核委員會。
- 吳淑瓊、曾參寶、譚開元、林大鈞、陳素春、陳坤皇、陳正芬 (2002)。考察美國、加拿大及日本長期照護制度報告書。臺北市：行政院衛生署。
- 呂慧芬 (2008)。日本社區整體照顧制度之研究。社區發展季刊。121，406-427。
- 呂慧芬、曾妙慧、葉昶吟、劉慶庭 (2014)。探討實施長期照顧保險國家之照顧管理制度 (分項計畫三：探討日本長期照顧保險之照顧管理制度) (研究計畫編號 102N6208)。臺北市：衛生福利部。

- 呂寶靜 (2012)。老人福利服務。臺北市：五南圖書出版公司。
- 呂寶靜 (2013)。長期照顧社會工作人力資源發展之展望。社區發展季刊，141，86-100。
- 呂寶靜、李佳儒、趙曉芳 (2012)。活力老化社區服務模式建構之研究—由社區照顧關懷據點出發 (研究計畫編號 PG10103-0342)。臺北市：內政部。
- 呂寶靜、陳正芬、李佳儒、趙曉芳 (2014)。因應高齡社會之老人福利政策前瞻規劃 (研究計畫編號 103036)。臺北市：衛生福利部社會及家庭署。
- 呂寶靜、陳政雄、羅孝賢、李晶、傅從喜、王中允 (2007)。「人口政策白皮書及實施計畫之研究」期末報告—子計畫二「因應我國邁入高齡社會對策之研究」。臺北市：內政部。
- 宋文娟、洪麗真、李淑娟、劉東玉 (2005)。整合性醫療照護之評估—新竹縣五峰鄉之實證研究。醫務管理期刊，6(2)，201-214。
- 李世代、蕭淑貞編著 (1999)。長期照護。臺北市：藝軒圖書出版社。
- 李光廷 (2016，4月)。超高齡社會日本的長照服務模式。於嘉義市政府衛生局、嘉義市政府社會處主辦，新世紀長照政策規劃研討會。臺灣：嘉義市政府。
- 李蔚貞 (2008)。原住民與非原住民失能者長期照護服務使用情形之比較 (碩士論文) 臺北市：國立臺灣大學。
- 杜麗珍、林藍萍、林金定 (2007)。老人養護機構照護提供者工作壓力與健康初探。臺灣老人保健學刊，3，73-82。
- 林青璇 (2009)。健康老化政策新思維。取自 <http://goo.gl/hhr4iA>
- 林萬億 (2016)。展望下階段的長期照顧政策。社區發展季刊，153，1-4。
- 花蓮縣政府 (2002)。91 年全國原住民居家及送餐服務研討會。臺灣：

花蓮縣政府。

邱銘章、陳達夫、王培寧、白明奇、黃正平、花茂琴、傅中玲 (2013)。

失智症(含輕度認知功能障礙 MCI)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。

厚生勞動省(2013)。第 51 回社会保障審議會介護保險部会資料。2016 年 6 月 2 日取自 <http://goo.gl/aVSRQ3>

厚生勞動省 (2014)。平成 25 年度介護保險事業狀況報告 (年報)。2016 年 6 月 1 日取自 <http://goo.gl/kIGUJ5>

原住民族委員會 (2011)。行政院原住民族委員會 99 年度施政計畫。臺北市：行政院原住民族委員會。

國家發展委員會 (2016)。中華民國人口推估 (105 至 150 年) 數據—中推估。取自 <http://goo.gl/d4kckk>

張文瓊、吳淑瓊 (2014)。整合健康與長照服務：國際經驗與政策啟示。社區發展季刊，145，98-110。

陳正芬 (2011)。我國長期照顧政策之規劃與發展。社區發展季刊，133，197-208。

陳惠姿、莊秀美、許銘能、鄧世雄、蔡芳文、鄭若瑟 (2009)。長期照護保險法制服務提供及服務人力之評估 (研究計畫編號 (98)026.809) 臺北市：行政院經濟建設委員會。

陳靜敏、蕭仔伶 (2003)。原住民部落長期照護服務之需求評估研究。臺北市：行政院衛生署。

曾妙慧、呂慧芬 (2013)。由社會福利政策綱領談日本社區整合性照顧體系。社區發展季刊。141，442-463。

黃源協 (2005)。社區長期照護體系的建構。國家政策季刊，(4)4，41-68。

- 黃源協、詹宜璋（2000）。建構山地鄉原住民社會工作體系之研究：以部落為基礎的服務整合模式。臺北市：行政院原住民委員會。
- 葉莉莉、薄景華、翟文英（2009）。我國長期照護資源供給調查（研究計畫編號(98)021.804）。臺北市：行政院經濟建設委員會。
- 臺中市政府衛生局（2014）。2014年美國聖地牙哥長期照護政策交流專題研討出國報告。臺中市：臺中市政府衛生局。
- 劉淑娟、蕭仔伶（2006）。建構原住民部落社區式長期照護服務模式之研究－第二年成果報告（研究計畫編號 DOH93-TD-M-113-050-(2)）。臺北市：行政院衛生署。
- 蔡篤堅（2005）。原住民健康照護政策白皮書－一個初步的探索。臺北市：行政院衛生署。
- 衛生福利部中央健康保險署（2015）。借鏡美國－老人全包式照護計畫。健保雙月刊，115，30-33。
- 衛生福利部中央健康保險署（2016）。全民健康保險居家醫療照護整合計畫。取自 <http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata>。
- 鄭麗珍、黃泓智（2006）。高齡社會的來臨：為 2025 年臺灣社會規劃之整合型研究，高齡社會之老人經濟安全（III）。2005~6 年高齡社會研究規劃成果發表會。
- 蕭仔伶、劉淑娟、謝佳容、曾櫻枝、陳靜敏（2006）。原部落長期照護資源使用現況調查－以苗栗縣泰安鄉為例。社區化長期照護季刊，3，45-62。
- 龍紀萱（2011）。原住民長期照護服務模式之探討。社區發展季刊，136，265-277。
- 簡慧娟、莊金珠、楊雅嵐（2013）。我國長期照顧十年計畫現況與檢討。社區發展季刊，141，6-18。
- 龔行健、江宏哲、邱弘毅、邱文祥、王懿範、藍忠孚、簡麗年（2014）。

長期照護與醫療服務資訊整合研究計畫案－以腦中風急性期後的醫療與長照需求整合為例（研究計畫編號 M03I3212）。臺北市：衛生福利部。

Antonucci, T., C. Okorodudu, & H. Akiyama (2002). Well-being Among Older Adults on Different Continents. *Journal of Social Issues*, 58(4), 617-626.

Bilotta C, Nicolini P, Casè A, et al., (2012). Frailty syndrome diagnosed according to the Study of Osteoporotic Fractures (SOF) criteria and adverse health outcomes among community-dwelling older outpatients in Italy. A one-year prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*, 54 (2):e23-8.

Centers for Medicare & Medicaid Services (n.d.). Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual. Retrieved from <https://goo.gl/sG91vk>

Chan, D.C., Tsou, H.H., Yang, R.S. et al., (2012). A pilot randomized controlled trial to improve geriatric frailty. *BMC Geriatr*, 12:58. doi: 10.1186/1471-2318-12-58.

Chang, W.C., Lu, F.P., Lan, T.Y., Wu, S.C. (2013). Multidimensional health-transition patterns among a middle-aged and older population. *Geriatr Gerontol Int*, 13 (3):571-9. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00937.x.

Cortes, T.A., & Sullivan-Marx, E.M. (2016). A Case Exemplar for National Policy Leadership: Expanding Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). *The Journal of Gerontological Nursing*, 42(3), 9-14.

- Dent, E., Kowal, P., Hoogendijk, E.O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med*,31:3-10. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.007.
- Ensrud, K.E., Ewing, S.K., Cawthon, P.M. et al., (2009). A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. *J Am Geriatr Soc*, 57(3):492-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02137.x.
- Ensrud, K.E., Ewing, S.K., Taylor, B.C., Fink, H.A., Cawthon, P.M., Stone, K.L., Hillier, T.A., Cauley, J.A., Hochberg, M.C., Rodondi, N., Tracy, J.K., Cummings, S.R. (2008). Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch Intern Med*, 168 (4):382-9.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J. et al., (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*,56 (3):M146-56.
- Jay, S. Luxenberg (2015.Oct). On Lok Lifeways and the Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE). 於弘道老人福利基金會與銀享全球主辦，銀浪新創力國際週 2015 國際論壇。臺北市：中正紀念堂中正演藝廳。
- Kiely DK, Cupples LA, Lipsitz LA. (2009). Validation and comparison of two frailty indexes: The MOBILIZE Boston Study. *J Am Geriatr Soc*, 57(9):1532-9.
- Kinsella, Kevin and Wan He (2009). An Aging World: 2008, International Population Reports. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Luciani, A., Dottorini, L., Battisti, N. et al., (2013). Screening elderly cancer patients for disabilities: evaluation of study of osteoporotic fractures (SOF) index and comprehensive geriatric assessment (CGA). *Ann Oncol*, 24(2):469-74.
- Medicaid Gov. (n.d.). Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). Retrieved from <https://goo.gl/bvM2dI>.
- Moen, P. (2001). The Gendered Life Course. In Robert H. Binstock and Linda K. George(Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (5th ed., pp.179-196). San Diego: Academic Press.
- Morgan, Leslie A. & Suzanne R. Kunkel (2007). Aging People in an Aging World: Demographic Perspectives. In *Aging, Society, and the Life Course* (3rd ed., pp. 59-90). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- National PACE Association (2016). PACE Organizations across the Country. Retrieved from <http://goo.gl/04QqYL>
- National PACE Association (n.d.). Is PACE for You? Retrieved from <http://goo.gl/gbcsfT>.
- National PACE Association (n.d.). What Is PACE? Retrieved from <http://goo.gl/1j8kNH>.
- North Carolina's Division of Medical Assistance (n.d.). Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).Retrieved from <http://goo.gl/uYargn>
- Oxley, Howard (2009). OECD Health Working Papers No.42 Policies for Healthy Ageing: An Overview. Retrieved from <http://goo.gl/vH3tZY>.
- Petigara, Tanaz, & Gerard Anderson (2009).Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Retrieved from <http://goo.gl/CQ2f6c>.

- Rockwood K, Mitnitski A. (2011). Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med*, 27(1):17-26.
- Rowe, John W. and Robert L. Kahn (1998). *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.
- Shaw, Linda (2014). Program of All-Inclusive Care for the Elderly: a comprehensive, cost-effective alternative for frail elderly individuals. *North Carolina Medical Journal*, 75(5), 344-345.
- Swartz, K. (2013). Searching for a balance of responsibilities: OECD countries' changing elderly assistance policies. *Annu Rev Public Health*. 34:397-412.
- Tarazona-Santabalbina, F.J., Gómez-Cabrera, M.C., Pérez-Ros, P. et al., (2016). A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc*, 17 (5):426-33. doi: 10.1016/j.jamda.2016.01.019.
- World Health Organization. (2016). The Global strategy and action plan on ageing and health. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf.