

HNDC-106042

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告

國家發展委員會委託研究
中華民國 106 年 12 月

(本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為本機關之意見)

NDC-106042

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估報告

受委託單位：社團法人臺灣老人學學會

研究主持人：傅從喜

協同主持人：劉立凡、郭慈安

研究期程：中華民國 106 年 6 月至 106 年 12 月

研究經費：新臺幣 49 萬 2000 元

國家發展委員會委託研究

中華民國 106 年 12 月

(本報告內容純係作者個人之觀點，不應引申為本機關之意見)

目錄

第一章 研究背景與研究目的.....	2
第一節 研究背景.....	2
第二節 研究目的.....	5
第二章 研究架構與方法.....	6
第一節 研究架構.....	6
第二節 研究方法.....	7
(一) 官方統計資料與檔案資料分析.....	7
(二) 焦點座談.....	7
(三) 質性訪談.....	7
(四) 問卷調查.....	9
第三章 長照資源與使用現況檢視.....	10
第四章 服務使用者的分析.....	40
第一節 服務使用者問卷的量化分析.....	40
第二節 服務使用者的質性資料分析.....	51
第三節 家庭照顧者問卷量化分析.....	54
第四節 照顧者質性資料分析.....	61
第五章 政府機關與學者專家訪談資料分析.....	66
第一節 中央政府訪談資料分析.....	66
第二節 地方政府訪談資料分析.....	71
第三節 服務團體訪談資料分析.....	76
第四節 學者專家焦點座談資料分析.....	84
第六章 研究發現與政策建議.....	94
第一節 研究發現.....	94
第二節 政策建議.....	99
參考書目.....	105

表次

表 1 訪談單位一覽表	8
表 2 長照十年計畫服務人數一覽表	10
表 3 各縣市失能人數與長照服務使用比率	11
表 4 各縣市長照服務使用人數（106 年）	13
表 5 長照十年階段之長期照顧服務提供單位數	16
表 6 長照 2.0 規劃資源建置目標	17
表 7 政府 106 年長照資源建置目標	18
表 8 社區整體照顧服務資源布建數規劃	20
表 9 各縣市長照 2.0 社區總體照顧服務 A 級單位布建目標數	21
表 10 長照十年計畫 2.0 原住民族長照資源布建一覽表	22
表 11 106 年度各服務項目單位	23
表 12 各縣市通過社區整體照顧團隊組數	25
表 13 各縣市長照 2.0 社區總體照顧服務團隊社政與衛政服務單位數	28
表 14 各縣市原住民文化健康站數	29
表 15 106 年 各部會長照 2.0 經費列情形	32
表 16 中央補助各縣市長照 2.0 經費狀況	33
表 17 各縣市獲中央長照經費補助狀況	34
表 18 主要歐洲國家各種長期照顧服務涵蓋人口佔 65 歲以上人口比率	36
表 19 美國 2013-2014 年各地區長照服務單位狀況	37
表 20 英格蘭國老人接受各項長期照顧服務的比率（2006-07）	39
表 21 服務使用者基本資料分析	40
表 22 服務使用者健康狀況	42
表 23 服務使用經驗	44
表 24 對長照 2.0 的評估	50
表 25 照顧者基本資料分析	55
表 26 照顧者經驗	57
表 27 長照 2.0 福利服務的認識與使用	58
表 28 照顧者對長照 2.0 滿意度分析	59
表 29 照顧者與被照顧者使用長照 2.0 服務項目	59
表 30 長照 2.0 實施後，是否有讓您覺得可使用的資源變更多？	60

圖次

圖 1 我國長期照顧需要人口推估	2
圖 2 研究架構圖	6
圖 3 全臺長照 2.0 服務據點地圖	27
圖 4 長照各年經費	31

附件

附件 1-1	中央部會訪談大綱.....	106
附件 1-2	地方政府訪談大綱.....	107
附件 1-3	學者專家焦點團體大綱.....	108
附件 1-4	服務團體訪談大綱.....	109
附件 1-5	服務使用者訪談大綱.....	110
附件 1-6	家庭照顧者訪談大綱.....	111
附件 2-1	長照 2.0 服務使用者及照顧者問卷說明.....	112
附件 2-2	長照 2.0 服務使用者問卷.....	113
附件 2-3	長照 2.0 照顧者問卷.....	117
附件 3	長照 2.0 社區整體照顧服務單位申請資格與要件.....	121
附件 4	106 年度社區整體照顧服務體系服務單位一覽表.....	125

提要

本研究在探討長照 2.0 資源布建的成效，研究主要在檢視長照 2.0 資源布建目標擬定與執行策略之妥適性，並評估長照 2.0 資源布建與經費之執行狀況，據以提出政策建議。本研究運用多重的方法蒐集研究資料，包括官方統計資料、質性訪談、問卷調查與焦點座談等。質性訪談部分，計完成訪談中央政府 3 個單位、地方政府 10 個縣市 20 個單位（包含社政與衛政部門）以及民間團體 9 個單位（包含社政與衛政服務單位）相關工作人員之訪談。問卷部分，計完成服務使用者問卷 216 份、家庭照顧者問卷 186 份。焦點座談部分，計完成 3 場學者專家座談。

本研究發現，民眾對於長照 2.0 的政策內涵仍不瞭解，但服務使用者與家庭照顧者均有高度的滿意度。過去一年來，中央主管機關設定了偏高的資源建置目標，但在地方政府與民間團體協力下，長照資源確實獲得大幅成長。然而，在推動過程中，因政策的滾動修正，加上不同部門的業務分工未臻明確具體，造成執行上之困擾。各地區的資源狀況差異明顯，許多民間團體都有意投入長照 2.0 的服務，但法令面與政策面仍存有一些待克服之障礙。政府在短期間內挹注相當資源，在服務執行端也出現了資源重疊的情形。

基於前述之研究發現，本研究建議政府後續對於長照 2.0 政策之推動，應強化政策溝通並提升大眾宣導，同時考慮修正目前相關的政策用語，在補助內容、支付與核撥方式與人員任用資格等面向，可採更有彈性之作法。此外，在資源布建上，可以善用既有的服務團體，包括衛政的醫療院所、社政的社區組織以及原民的各類服務機構與團體，加速長照 2.0 服務資源之成長。

第一章 研究背景與研究目的

第一節 研究背景

毋庸置疑地，長期照顧是我國現階段最重要的社會政策之一。因老年人口數快速增加，以及平均餘命持續延長，造成長期照顧的需求日益升高(衛生福利部，2016；簡慧娟、莊金珠與楊雅嵐，2013；曲同光、彭美琪與白其怡，2015；吳玉琴，2011；薛承泰，2011；陳正芬，2011)。根據主計總處「福祉衡量指標」的統計資料，104年時，國人零歲的平均餘命為79.8歲，而「健康平均餘命」為71歲，顯示期間有數年的時間都需要醫療與照顧(主計總處，2017)。

各項對於我國長期照顧需求人口的推估，也都顯示未來有長照需求的人口數將逐年大幅成長(陳伯琪、張靜貞與陳肇南，2015；王雲東等，2009；衛生福利部，2016)。根據衛生福利部之推估，我國長期照顧需要人口數將從105年之57.7萬人上升到民國115年之77.1萬人，十年間成長38.4%(詳見下圖1)。在老人照顧需求日益殷切之際，家庭的照顧能力也在日益下降。在這些人口與家庭的趨勢之下，老人社會照顧的發展已成急迫的政策課題(衛生福利部，2016)。

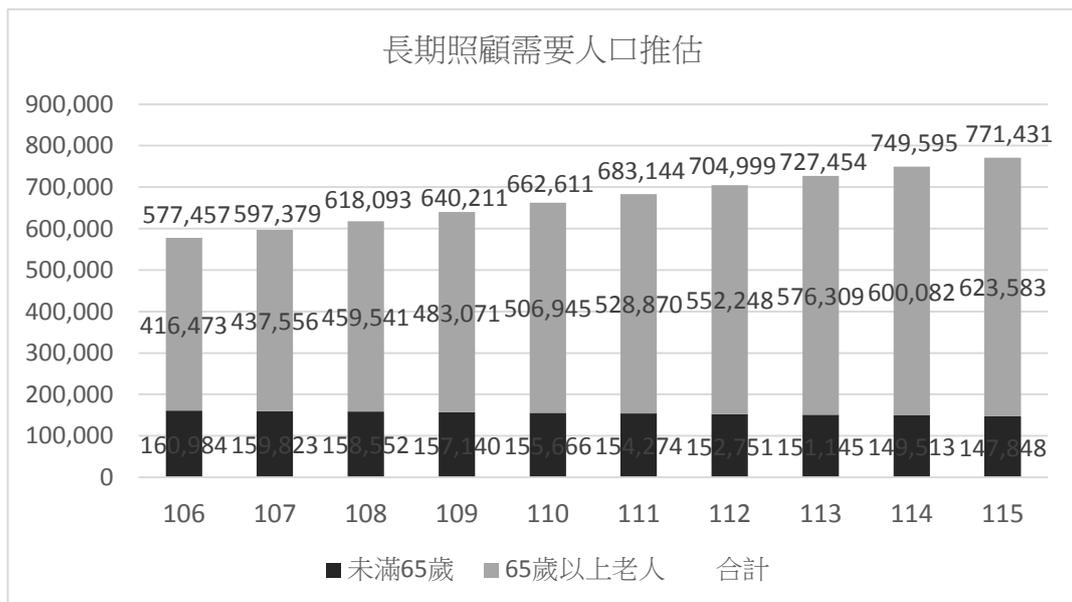


圖 1 我國長期照顧需要人口推估

資料來源：衛生福利部，2016: 11。

事實上，我國老人社會照顧的發展已有相當的歷史。在民國 60 年左右，就有民間醫院辦理居家照護服務（陳明珍，2009）。政府也早在民國 69 年就通過老人福利法，但最早的立法內容與老人照顧服務相關者，僅有機構式照顧一項（社區發展季刊，2013）。民國 72 年臺北市社會局開始辦理「在宅服務」，可算是我國政府辦理非機構式老人長期照顧之濫觴（蔡啟源，1999）。接著臺灣省政府社會處與北高兩個直轄市政府社會局陸續辦理老人社會照顧方案，許多民間非營利組織也開始承接政府的方案辦理老人居家照顧（陳明珍，2009）。但直到 80 年代末期政府才開始討論完善長期照顧體系的長遠規劃（社區發展季刊，2013）。

民國 86 年老人福利法與身心障礙者保護法修訂，同時都明訂地方政府應辦理老人與身心障礙者之居家服務。民國 88 年，行政院社會福利推動委員會提出建構「臺灣長期照顧十年計畫」的構想，後續在委員會成立長期照顧專案小組，並選定實驗區進行試辦。民國 96 年行政院核定「我國長期照顧十年計畫」，是我國近年少見的大型社會福利計畫，該計畫於 105 年完成，為我國長期照顧體系的發展奠下重要基礎。

105 年底，政府再通過「長期照顧十年計畫 2.0（106-115）」（以下簡稱長照 2.0），提出下一個十年的長期照顧政策藍圖，並立即緊鑼密鼓地推動各項相關工作（衛生福利部，2016）。長照 2.0 的政策規劃，主要是在第一期的長照十年基礎之上，進一步開展服務體系的擴充與提升。根據計畫內容的說明，長照 2.0 的計畫目標包括四大項：建立優質、平價與普及的長照體系；建立家庭、居家、社區與機構多元服務以實現在地老化；延伸前端初級預防功能以促進長者健康福祉；向後端提供多目標社區式服務以減輕家屬照顧壓力。

長照 2.0 實施的策略，則包括：整合衛生、社會福利與退輔等部門；提供整合性照顧服務；鼓勵因地制宜與創新並縮小城鄉差距；培植以社區為基礎的健康照護團隊；增強地方政府發展資源之能量等等（衛生福利部，2016）。而這些重要的目標與策略，都有賴完整的服務提供來實現，因此自民國 105 年衛生福利部提出長照 2.0 的政策規劃後，政府推動相關工作的進程非常迅速。

首先，政府第一階段的工作重點，在推動社區整體照顧模式，也就是「ABC 社區整體照顧模式」。行政院與衛生福利部於 105 年 8 月至 10 月間赴各縣市辦理說明會，衛生福利部隨即開放地方政府提送長照 2.0 社區整體照顧模式計畫，並於 105 年 10 月完成第一波審查。這一次徵件有 20 個縣市提送計畫，審查後有 9 案通過試辦、14 案經修正計畫後通過，隨即開始試辦；另有 3 案列入第二階段辦理。

總計在 105 年度有 20 個縣市、23 組團隊進行社區整體照顧模式的試辦（衛生福利部，2017）。這一波的試辦，總計完成布建 17 處 A 級單位、44 處 B 級單位以及 85 處 C 級單位；其中並含 31 個醫療單位（衛生福利部社會及家庭署，2017）。緊接著在 106 年初，衛生福利部再度開放各縣市提案，進行第二波社區整體照顧模式服務團隊的評選，計有 22 縣市共提出 117 案，最後衛福部考量縣市政府提報數額、序位、重複提案情形，以及提案單位服務量能等因素，予以審查通過 101 案。

第二節 研究目的

基於長照 2.0 對於我國長期照顧體系發展的重要性，本研究特針對長照 2.0 之資源布建與經費運用進行評估，並討論對未來的長照資源布建與經費運用提出具體之建議。

本研究之研究目的包括以下各項：

- (一) 瞭解各利害關係人（主管部會、縣市政府、服務單位、服務使用者、家庭照顧者等）對於長照 2.0 資源布建與經費投入之想法。
- (二) 瞭解長照 2.0 資源布建與經費執行所面臨的困難。
- (三) 瞭解各縣市克服長照 2.0 資源布建與經費執行困難之相關策略。
- (四) 就長照 2.0 資源布建與經費執行提出具體之建議。

第二章 研究架構與方法

第一節 研究架構

本研究將針對長期照顧十年計畫 2.0 的資源布建進行效益評估，評估之重點，包括長照 2.0 資源布建之實施策略、推動機制、預算規劃與執行及執行成果等面向。本研究之研究架構如下圖二所示：

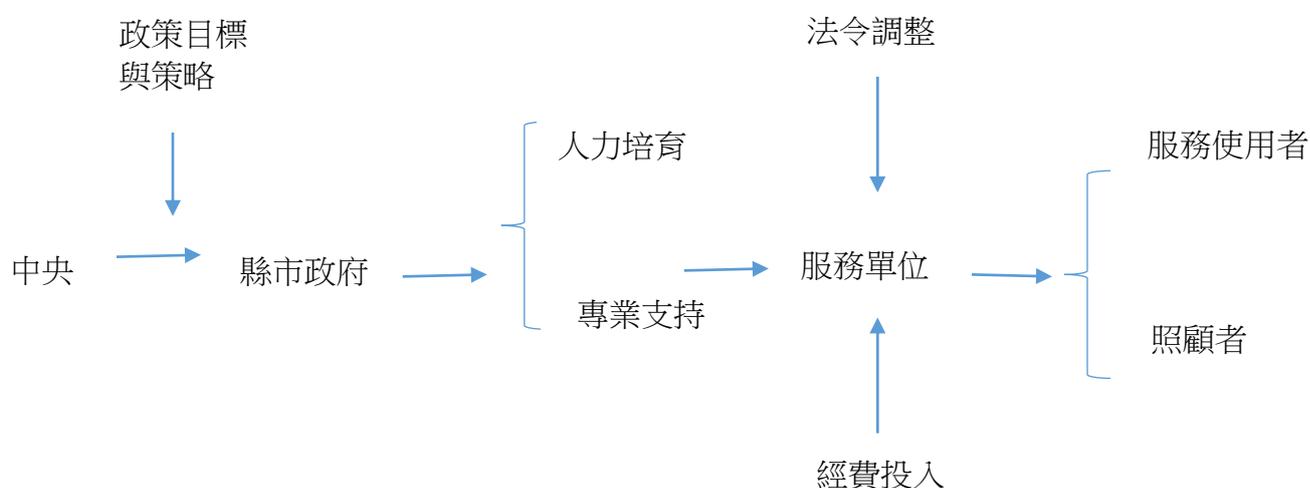


圖 2 研究架構圖

本研究具體的評估項目包括：

- (一) 檢視長照 2.0 資源布建目標擬定與執行策略之妥適性。
- (二) 評估長照 2.0 資源布建之執行狀況。
- (三) 檢視各級政府以及民間團體在長照 2.0 資源布建過程中之角色與互動情形。
- (四) 檢視長照 2.0 相關經費編列與執行狀況。
- (五) 檢視現行的法令環境與政府資源運用對民間長照服務單位形成之誘因與阻礙。

第二節 研究方法

本研究將採取多元之研究方法，以蒐集不同面向與不同性質之資料，深入研究本研究所提出之各項研究問題。本研究將採取的研究方法包括：

（一）官方統計資料與檔案資料分析

蒐集政府機關發佈之統計數據，並蒐集服務單位的相關服務數據，以分析我國長照 2.0 資源布建之現況。蒐集之資料來源包括政府相關部會有關長照 2.0 服務之數據。

（二）焦點座談

辦理學者專家焦點座談，蒐集關於長照 2.0 資源布建及預算運用之專業意見。分別於北、中、南區辦理，共計辦理共 3 場，計有 20 位社區、醫管、老人、照顧、照顧者等領域之學者專家與資深實務工作者參與。

（三）質性訪談

以「個別訪談」及「焦點團體」訪談之方式，向下列人員蒐集資料（訪談單位詳見下表一）：

1. 訪談中央部會相關人員，以了解中央政府對於長照 2.0 資源布建與經費運用之規劃與策略，計完成對衛福部護理及健康照護司（以下簡稱照護司）與社會及家庭署（以下簡稱社家署）以及原住民族委員會（以下簡稱原民會）參與政策規劃官員的訪談。
2. 訪談地方政府相關部門之主管與業務承辦人，以瞭解地方政府在規劃執行長照 2.0 資源布建面臨之挑戰及因應策略。訪談之縣市包含北、中、南、東、離島等區域，計完成花蓮、臺東、澎湖、桃園、苗栗、臺中、嘉義、臺南、高雄與屏東等 10 個縣市的衛生局、社會局與照管中心等 22 個政府單位人員的訪談（訪談單位詳見下表一）。
3. 服務提供單位之行政與服務人員，以瞭解其參與長照 2.0 之經驗與面臨之困難，計完成 9 個服務單位的訪談，受訪單位涵蓋衛政與社政服務項目之服務團體，以及 A 級、B 級與 C 級服務團體之工作人員（訪談單位詳見下表 1）。

表 1 訪談單位一覽表

場次	單位
民間服務團體	馬公日間照顧中心
	天主教花蓮教區醫療財團法人臺東聖母醫院
	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會（臺東）
	桃園市金龍社區發展協會
	桃園福喜緣日間照顧中心
	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
	美佑護理之家
	財團法人高雄市郭吳麗珠社會福利慈善事業基金會
	臺南市東區私立有德老人長期照顧中心-有德老人養護中心
政府機關	衛生福利部社會及家庭署
	衛生福利部護理及健康照護司
	原住民族委員會
	花蓮縣政府社會處
	花蓮縣政府衛生局
	澎湖縣政府社會處
	澎湖縣政府衛生局
	澎湖縣政府長期照護管理中心
	臺東縣政府社會處
	臺東縣政府衛生局
	臺東縣政府長期照護管理中心
	桃園市政府社會局
	桃園市政府衛生局
	桃園市政府長期照護管理中心
	南投縣政府社會及勞動處
	南投縣政府衛生局
	苗栗縣長期照護管理中心
	臺中市政府社會局
	臺中市政府衛生局
	高雄市政府衛生局
嘉義縣政府社會局	
嘉義縣政府衛生局	

	嘉義市長期照護管理中心
	臺南市長期照護管理中心
	屏東縣長期照護管理中心

4. 曾接受或正在接受服務之民眾，從使用者之角度檢視長照 2.0 之資源配置與布建，此部分將以團體訪談之方式進行，預計分別於北、中、南區辦理，合計辦理 3 場團體訪談，計有 26 位使用者參加。
5. 家庭照顧者，從照顧者之角度檢視長照 2.0 之資源配置與布建，此部分亦以團體訪談之方式進行，同樣分北、中、南區辦理，合計辦理 3 場團體訪談，計有 16 位家庭照顧者參加。

(四) 問卷調查

1. 服務使用者：瞭解使用者之經驗以及對長照 2.0 資源布建的想法。調查之方式分三種：
 - (1) 由長照 ABC 之服務單位協助將貼好回郵之問卷發送給服務使用者，填完後直接投遞寄回至計畫主持人收。
 - (2) 由研究團隊直接至服務機構實地發放問卷，並現場回收。
 - (3) 由居家服務員協助發放並回收問卷。

問卷之進行以前兩種為主，第三種僅做為輔助，主要問卷之回收是透過前兩種方式。問卷之發放，涵蓋北部、中部與南部之不同服務機構。遇有服務使用者因身體狀況無法自行完成問卷填答者，可由家庭照顧者代為完成。最後完成 216 份有效問卷。
2. 家庭照顧者：瞭解長照 2.0 對家庭照顧者之影響與效益以及其對長照 2.0 資源布建的想法。調查之進行方式，與服務使用者問卷之方式相同。最後完成 186 份有效問卷。

第三章 長照資源與使用現況檢視

第一節 我國長期照顧服務人數狀況

本研究檢視與長照 2.0 相關之官方統計與檔案資料分析，發現在第一階段長照十年的執行期間，各項服務的受益人數大體上逐年都有明顯的成長。至 104 年底，社政與衛政服務項目的服務人數總計已超過 20 萬人（詳見下表 2）。

從民國 97 年至 104 年間，有接受社政與衛政長照服務的人數，從 45,547 人增加到 208,366 人，8 年之間約成長了 4.6 倍。各項服務當中，以交通接送與居家服務服務人數最多，若以服務人數成長率而言，衛政的居家護理、社區及居家復健與喘息服務等三項服務的人數均呈現大幅成長。

表 2 長照十年計畫服務人數一覽表

項目 \ 年	97	98	99	100	102	103	104	105
居家服務人數	22,305	22,017	27,899	33,188	37,985	40,977	43,331	45,173
日間照顧服務(含失智症日照)人數	339	618	785	1,213	1,483	1,832	2,344	3,002
家庭托顧人數	1	11	35	62	110	131	146	200
輔具購租及居家無障礙環境改善(人次)	2734	4,184	6,112	6,845	6,240	6,817	6,773	7,016
老人營養餐飲人數	5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	5,714	5,074	5,520
交通接送(人次)	7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	51,137	54,284	57,618
長期照顧機構人數	1,875	2,370	2,405	2,755	2,720	2,850	3,127	3,426
社政項目合計人數	39,842	52,580	64,320	87,547	100,533	109,158	115,079	121,955
居家護理人數	1,690	5,249	9,443	15,194	18,707	21,249	23,933	23,975
社區及居家環境人數	1,765	5,523	9,511	15,493	15,317	21,209	25,583	25,090
喘息服務人數	2,250	6,351	9,267	12,296	18,598	32,629	33,356	37,346
總計 社政及衛政項目人數	45,547	69,703	92,541	130,476	153,155	184,245	197,951	208,366
依身分證統一編號歸戶(人數)	9,148	23,963	70,567	94,337	113,203	142,146	170,465	170,465

資料來源：衛生福利部，2016，長期照顧十年計畫 2.0（106-115 年）（核定本）。

然而，若將服務人數與上圖 1 的長照服務需求人口數相對照，則顯示出仍有相當高比率的需求人口，尚未納入長期照顧的服務輸送之中。下表 3 是各縣市失能人數與長照服務人數。從表中可以看出，目前長照各項服務的人數約佔全體失能人數之一成左右，涵蓋率仍大有提升之空間。

不令人意外地，各縣市長照服務的人數與涵蓋率差異極大。就人數而言，使用長照服務人數最多的依序是高雄市、臺南市、臺中市、新北市與臺北市等直轄市。非直轄市地區，使用長照服務人數最多的縣市，則是屏東縣、彰化縣、與南投縣。

有趣的是，長照服務涵蓋率最高的，是臺東縣、南投縣、澎湖縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義縣等非都會型的縣市，這幾個縣市的長照服務涵蓋率均達 18% 以上。而臺北市、新北市與桃園市等北部直轄市，長照服務的涵蓋率反而明顯較低，都不及 7%。

表 3 各縣市失能人數與長照服務使用比率

項目 縣市別	107 年各縣市推估 失能人數	C.長照服務使用人 數(人)(ID 歸戶 數，民國 106 年)	C/A:長照使用人口 比率(%)
新北市	190,707	10,220	5.36
臺北市	129,194	8,556	6.62
桃園市	102,933	6,237	6.06
臺中市	132,622	11,067	8.34
臺南市	90,390	11,485	12.71
高雄市	133,204	14,740	11.07
宜蘭縣	21,928	2,739	12.49

新竹縣	26,239	1,755	6.69
苗栗縣	26,800	3,662	13.66
彰化縣	61,688	7,468	12.11
南投縣	24,210	5,750	23.75
雲林縣	33,302	5,653	16.97
嘉義縣	24,697	4,476	18.12
屏東縣	40,056	8,389	20.94
臺東縣	10,582	2,807	26.53
花蓮縣	15,859	2,874	18.12
澎湖縣	4,949	1,116	22.55
基隆市	17,833	1,340	7.51
新竹市	20,960	1,129	5.39
嘉義市	12,934	1,681	13.00
金門縣	6,475	549	8.48
連江縣	604	13	2.15
合計	1,128,166	113,706	10.08

註：各縣市失能人數取自衛生福利部 107 年 1 月 8 日：「107 年長照給付及支付基準，及相關推度事宜」；各縣市長照服務人口數資料由衛生福利部提供。

各縣市不同服務項目的比重也大不相同。下表 4 是各縣市各項長照服務的服務人數與比率。整體而言，各項長照服務中，以居家服務的服務人數比率最高，除了金門縣與宜蘭縣之外，其他各縣市居家服務的使用人數均佔全體長照服務人數的半數以上。而新北市、臺南市、高雄市、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、與屏東縣的居家服務人數均更佔各項長照服務人數的七成以上。各項長照服務項目中，服務數最少的是機構服務與家庭托顧。每個縣市在此兩項服務的人數極低，幾個縣市甚至都掛零。

表 4 各縣市長照服務使用人數（106 年）

項目 縣市別	居家服務	日間照顧	家庭托顧	輔具租借及居家無障礙環境改善	餐飲服務	交通接送	長期照顧服務機構	居家護理	居家復健	喘息服務	實際使用(ID歸戶)
新北市	7,643 (74.8%)	703 (6.9%)	0 (0%)	119 (1.2%)	40 (0.4%)	8 (0.1%)	0 (0%)	1,069 (10.5%)	824 (8.1%)	2,459 (24.1%)	10,220
臺北市	4,754 (55.6%)	641 (7.5%)	26 (0.3%)	1,266 (14.8%)	531 (6.2%)	1,231 (14.4%)	1 (0%)	419 (4.9%)	1,698 (19.8%)	438 (5.1%)	8,556
桃園市	4,252 (68.2%)	223 (3.6%)	0 (0%)	707 (11.3%)	114 (1.8%)	421 (6.8%)	4 (0.1%)	928 (14.9%)	623 (10.0%)	1,159 (18.6%)	6,237
臺中市	6,150 (55.8%)	755 (6.8%)	35 (0.3%)	1,390 (12.6%)	1,078 (9.7%)	1,098 (9.9%)	56 (0.5%)	2,167 (19.6%)	1,956 (17.7%)	3,638 (32.9%)	11,067
臺南市	8,666 (75.5%)	924 (8.0%)	20 (0.2%)	797 (7.0%)	1,016 (8.8%)	369 (3.2%)	0 (0%)	430 (3.7%)	1,128 (9.8%)	1,822 (15.9%)	11,485

高 雄 市	11,788 (80.0%)	738 (5.0%)	13 (0.1%)	366 (2.5%)	876 (5.9%)	1,493 (10.1%)	0 (0%)	673 (4.6%)	1,483 (10.1)	2,503 (17.0%)	14,740
宜 蘭 縣	1,162 (42.4%)	189 (6.9%)	0 (0%)	579 (21.1%)	222 (8.1%)	581 (21.2%)	0 (0%)	405 (14.8%)	226 (8.3%)	299 (10.9%)	2,739
新 竹 縣	1,165 (66.4%)	135 (7.7%)	4 (0.2%)	279 (15.9%)	67 (3.8%)	202 (11.5%)	4 (0.2%)	148 (8.4%)	231 (13.2%)	283 (16.1%)	1,755
苗 栗 縣	2,297 (62.7%)	234 (6.4%)	0 (0%)	196 (5.4%)	189 (5.2%)	833 (22.7%)	12 (0.3%)	215 (5.9%)	500 (13.7%)	447 (12.2%)	3,662
彰 化 縣	5,820 (77.9%)	289 (3.9%)	10 (0.1%)	652 (8.7%)	362 (4.8%)	640 (8.6%)	38 (0.5%)	329 (4.4%)	309 (4.1%)	1,116 (14.9%)	7,468
南 投 縣	4,172 (72.6%)	250 (4.3%)	74 (1.3%)	350 (6.1%)	398 (6.9%)	765 (13.3%)	119 (2.1%)	557 (9.7%)	387 (6.7%)	805 (14.0%)	5,750
雲 林 縣	4,223 (74.7%)	592 (10.5%)	56 (1.0%)	276 (4.9%)	299 (5.3%)	333 (5.9%)	57 (1.0%)	204 (3.6%)	359 (6.4%)	433 (7.7%)	5,653
嘉 義 縣	3,525 (78.8%)	180 (4.0%)	0 (0%)	192 (4.3%)	416 (9.3%)	449 (10.0%)	6 (0.1%)	833 (18.6%)	453 (10.1%)	471 (10.5%)	4,476
屏 東 縣	7,273 (86.7%)	449 (5.4%)	93 (1.1%)	202 (2.4%)	880 (10.5%)	425 (5.1%)	0 (0%)	236 (2.8%)	244 (2.9%)	874 (10.4%)	8,389
臺 東 縣	1,631 (58.1%)	158 (5.6%)	17 (0.6%)	84 (3.0%)	1,209 (43.0%)	430 (15.3%)	12 (0.4%)	493 (17.6%)	133 (4.7%)	342 (12.2%)	2,807
花 蓮 縣	1,556 (54.1%)	103 (3.6%)	33 (1.1%)	116 (4.0%)	770 (26.8%)	509 (17.7%)	14 (0.5%)	156 (5.4%)	272 (9.5%)	416 (14.5%)	2,874

澎湖縣	776 (69.5%)	137 (12.3%)	2 (0.2%)	94 (8.4%)	37 (3.3%)	163 (14.6%)	0 (0%)	87 (7.8%)	40 (3.6%)	81 (7.3%)	1,116
基隆市	867 (64.7%)	79 (5.9%)	0 (0%)	0 (0%)	198 (14.8%)	148 (11.0%)	0 (0%)	119 (8.9%)	293 (21.9%)	214 (16.0%)	1,340
新竹市	604 (53.5%)	106 (9.4%)	2 (0.2%)	185 (16.4%)	137 (12.1%)	83 (7.4%)	0 (0%)	100 (8.9%)	140 (12.4%)	120 (10.6%)	1,129
嘉義市	965 (57.4%)	161 (9.6%)	5 (0.3%)	70 (4.2%)	165 (9.8%)	307 (18.3%)	1 (0.1%)	155 (9.2%)	349 (20.8%)	433 (25.8%)	1,681
金門縣	269 (49.0%)	54 (9.8%)	0 (0%)	89 (16.2%)	0 (0%)	138 (25.1%)	13 (2.4%)	33 (6.0%)	57 (10.4%)	30 (5.5%)	549
連江縣	12 (92.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13
合計	79,570	7,100	390	8,009	9,004	10,627	337	9,756	11,705	18,383	113,706

資料來源：各縣市數據由衛生福利部長期照顧司籌備處提供

除此之外，表 4 也可看出一些地方性的差異。例如，臺北市、桃園市、臺中市、宜蘭縣、新竹縣、新竹市與金門縣等縣市，「輔具租借及居家無障礙環境改善」服務的人數均高於一成，比率明顯較其他縣市為高。臺東縣與花蓮縣這兩個東部縣市，餐飲服務人數的比率佔所有長照服務人數比率分別為 43%與 26.8%，大幅高於其他縣市。新北市、臺中市與嘉義市的喘息服務人數比率則大幅高於其他縣市。宜蘭縣與苗栗縣的交通接送服務人數佔全體長照服務人數的比率也明顯高於其他縣市。

各縣市的長照服務人數都以社政項目多於衛政項目。但桃園市、臺中市、嘉義市、嘉義縣、基隆市等縣市的衛政服務項目用人數比率明顯較其他縣市為高。

值得注意的是，比較 106 年與 104 年的長照服務人數可以發現，並非所有長照項目的服務人數都有增加。各個服務項目增加最多的是居家服務，服務人數從 104 年的 45,173 人增加為 106 年的 79,570 人。日間照顧的人數也是大幅增加，從 104 年的 3,002 人增加到 106 年的 7,100 人。餐飲服務的人數也有明顯增加，從 104 年的 5,520 人增加到 106 年的 9,004 人。然而，交通接送與長期照顧機構服務，以及居家護理、居家復健與喘息服務等三個衛政項目的服務人數，均呈現大幅減少。長期照顧機構服務人數大幅減少，可能導因於政府推動去機構化並強調社區照顧的政策方向。至於衛政項目的服務人數均大減，顯示政府在長照 2.0 政策推動的初期，資源布建的重點可能是較著重於社政領域。

第二節 我國長照服務服務提供單位概況

過去十年間除了長照服務的人數大幅增加之外，提供長期照顧服務的單位數也有明顯的成長。97 年時，各項長照服務的提供單位數總計為 2,295 個，到 104 年時已增加到 2,812 個（詳見下表 5）。

整體而言，在長照十年計畫第一階段的推動期間，以衛政服務項目的喘息服務單位數最多，其次為居家護理。社政服務項目中，以提供餐飲服務的單位數最多，居家服務次之。若以成長幅度而言，可以發現「日間照顧」與「居家及社區環境」服務單位的成長較為明顯。但日間照顧的提供單位仍未達政府「一鄉一日照」之資源建置目標。此外，家庭托顧的服務單位雖有增加，但數量仍低。

表 5 長照十年階段之長期照顧服務提供單位數

項目	97	98	99	100	101	102	103	104
居家服務	124	127	133	144	149	160	168	173
日間照顧	31	39	66	78	90	99	125	151
失智症老人日照中心						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
社區及居家環境	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

資料來源：衛生福利部，2016: 37。

為了確保各重要的服務項目能有適當的成長與擴充，衛生福利部在長照 2.0 的計畫書中也提到許多服務項目的資源布建目標，詳見下表 6。

表 6 長照 2.0 規劃資源建置目標

項目	目前數量	未來目標
多元日照服務	256 所（截至 105 年 6 月底）	---
小規模多機能服務	30 處（截至 105 年 6 月底）	--
原鄉及偏遠地區交通接送提高補助額度	以最高補助等級加成 1.2 倍（涵蓋 87 個鄉鎮市區）	--
喘息服務	368 鄉鎮布建多元日照資源	--
照顧者服務據點	29	
失智症團體家屋	--	每年至少設置 5 處
失智症初級預防	--	每年至少結合 50 個服務提供單位
失智症共同照顧中心	26 處（截至 105 年底）	106 年預計布建 26-50 處；109 年預計布建 368 處
小規模多機能服務	--	105 年底至少 40 處，後每年至少新增 20 處
社區（部落）照顧服務	--	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
老人家庭照顧者支持服務據點	10 縣市（105 年）	106 年預計拓展至 16 縣市、107 年達成 22 縣市全面建置。
身心障礙者日間照顧服務資源	--	每年至少增設 52 處
充實身心障礙機構老化照顧服務	--	每年設置 20 處
A-社區整合型服務中心	--	每一鄉鎮市區至少設置一處，並依區域人口數酌增設置；規劃設置 469 處

B-複合型服務中心	--	每一個國中學區設置 1 處；規劃設置 829 處
社區照顧關懷據點	2593 個據點	每年新增設置 100 個據點
日間托老服務	92 個據點	每年提升 120 個據點

資料來源：本研究整理自：衛生福利部，2016。

因應長照 2.0 計畫的推動，政府亦針對主要的服務項目，提出具體的資源布建目標數。根據規劃目標，期望於 106 年達到居家服務單位 257 個、日間照顧提供單位 290 個、家庭托顧提供單位 120 個、餐飲服務提供單位 220 個。對照上表 5 長照十年階段的服務提供單位數，可以看出，政府在社政服務方面的資源布建，仍持續將重點至於居家服務與日間照顧。同時，中央也明確規劃各縣市 106 年的居家服務、日間照顧、家庭托顧與餐飲服務之資源建置目標。

表 7 政府 106 年長照資源建置目標

服務資源 別	照顧服務			營養餐飲
	居家服務	日間照顧	家庭托顧	
縣市別				
106 年目標數 (A)	257	290	120	220
新北市	18	23	1	18
臺北市	20	18	4	20
桃園市	10	7	0	11
臺中市	22	25	7	10
臺南市	27	28	6	33
高雄市	32	23	4	51
宜蘭縣	7	8	0	17
新竹縣	8	11	2	4
苗栗縣	7	9	0	7

彰化縣	10	12	1	5
南投縣	18	11	11	10
雲林縣	9	12	8	7
嘉義縣	6	7	0	1
屏東縣	16	17	14	11
臺東縣	6	8	7	2
花蓮縣	2	3	12	2
澎湖縣	2	6	3	3
基隆市	4	3	0	4
新竹市	5	4	2	6
嘉義市	4	5	2	1
金門縣	1	2	0	22
連江縣	1	1	0	4
合計(B)	235	243	84	249

資料來源：衛生福利部提供

此外，由於社區整體照顧模式的推動是政府主管機關現階段推動長照 2.0 的重要工作，其主要具體的目標，乃係普及 ABC 服務單位的設置與服務的提供。因此，衛生福利部明確地提出 A 級單位、B 級單位與 C 級單位的申請資格與申請要件，詳如附件 3。

從附件 3 的資料中可以看出，可以申請成為長照 2.0 社區整體照顧模式的團體相當多元。而衛生福利部也明確地提出資源布建的目標數，預計在 106 年完成布建 80 處 A 級單位、200 處 B 級單位以及 400 處 C 級單位；109 年的總目標則是要完成布建 469 處 A 級單位、829 處 B 級單位以及 2,529 處 C 級單位（詳見下表 8，衛生福利部社會及家庭署，2017）。

表 8 社區整體照顧服務資源布建數規劃

資源布建數/ 累計數 年	A		B		C	
	布建數	累計數	布建數	累計數	布建數	累計數
106	80	80	200	200	400	400
107	130	210	225	425	700	1,100
108	130	340	204	629	700	1,800
109	129	469	200	829	729	2,529
總目標	469		829		2,529	

資料來源：衛生福利部社會及家庭署，2017

衛生福利部並於 106 年 4 月提出各縣市長照 2.0 社區總體照顧服務的資源布建目標，詳如表 8。表 9 的資料可以看出，今（106）年預計完成 63 個 A 級單位的布建；107-109 年則是資源布建大幅成長的階段，預計每年要再增加 129-130 個 A 級服務單位。

表 9 各縣市長照 2.0 社區整體照顧服務 A 級單位布建目標數

縣市別	A 級總數	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年
新北市	43	1	6	12	12	12
臺北市	34	1	5	9	9	10
桃園市	26	1	3	9	7	6
臺中市	40	1	6	11	11	11
臺南市	41	1	6	11	11	12
高雄市	52	1	7	15	15	14
宜蘭縣	13	0	2	3	4	4
新竹縣	16	1	3	4	4	4
苗栗縣	20	1	2	5	6	6
彰化縣	28	1	4	7	8	8
南投縣	15	1	2	4	4	4
雲林縣	21	1	3	6	6	5
嘉義縣	18	1	2	5	5	5
屏東縣	35	1	4	11	10	9
臺東縣	18	1	2	5	5	5
花蓮縣	14	0	2	4	4	4
澎湖縣	8	0	1	2	2	3
基隆市	7	1	0	2	2	2
新竹市	8	1	1	2	2	2
嘉義市	3	1	1	1	0	0
金門縣	5	0	1	1	1	2
連江縣	4	0	0	1	2	1
合計	469	17	63	130	130	129

資料來源：衛生福利部社會及家庭署，2017

可以預見，這樣的資源布建目標將成為各縣市主管機關的壓力。此外，除了社區整體照顧服務資源布建數之外，長照 2.0 計畫中也明確地提出原住民族長照的資源布建目標，預計原住民族日照服務的提供單位從 106 年的 10 個逐年增加到 115 年成為 85 個；同時在 115 年時完成布建 380 個部落文化健康站、220 個家托服務單位以及 55 個長照分站（詳見下表 10：衛生福利部，2016）。

表 10 長照十年計畫 2.0 原住民族長照資源布建一覽表

年度	日照服務	文健站*	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
106	10	185	30	31	10	21
107	22	250	60	41	10	31
108	37	315	90	55	14	41
109	55	380	121	55	0	55
110	60	380	140	55	0	55
111	65	380	160	55	0	55
112	70	380	180	55	0	55
113	75	380	195	55	0	55
114	80	380	210	55	0	55
115	85	380	220	55	0	55
總計	85	380	220	55	34	55

資料來源：衛生福利部，2016。

在長照 2.0 的規劃中，社區整體照顧模式是現階段政策推動之重點，對於 ABC 服務模式，主管機關僅要求每一個服務團隊須提供長照 2.0 所規劃的所有 17 個服務項目，各服務團隊仍有相當大的彈性與空間發展自己所專長或偏好的服務。

各縣市 106 年底時各種長照社政項目服務的提供單位數如下表 11。從表中可以看出，106 年時，全國計有居家服務單位數 238 個、日間照顧服務單位 228 個、失智日照服務單位 31 個、團體家屋服務單位 8 個、家庭托顧服務單位 31 個、營養餐飲服務單位 249 個、交通接送服務單位 47 個。整體而言，資源發展的狀況大致符合政府所設定的資源布建目標。

對照前述政府所提出的資源布建目標，可以發現，幾個重要的長照服務項目之服務單位數，仍未達到預設目標。例如，居家服務單位，106 年的資源布建目標數是 257 個，實際上設立的是 238 個；日間照顧的目標數是 290 個，實際上設立數是 228 個；家庭托顧目標數是 120 個，實際設立數是 31 個。這些未能完全達到資源布建目標的服務領域，值得主管機關進一步檢視資源建置目標設立的基礎，並找出資源成長落差的原因。

表 11 106 年度各服務項目單位

項目 縣市別	居家服務	日間照顧 (含小規模)	失智日照	團體家屋	家庭托顧	營養餐飲	交通接送	合計
新北市	18	23	1	0	1	19	1	63
臺北市	19	16	2	1	1	20	2	61
桃園市	10	8	0	0	0	11	1	30
臺中市	22	22	3	2	2	10	3	64
臺南市	27	23	6	0	1	35	1	93
高雄市	32	24	1	0	2	51	1	111
宜蘭縣	7	8	1	0	0	17	2	35
新竹縣	8	10	2	0	2	4	1	27
苗栗縣	7	6	3	0	0	7	1	24
彰化縣	10	12	1	0	1	5	5	34
南投縣	18	8	3	1	11	10	10	61
雲林縣	13	16	2	1	3	9	1	45
嘉義縣	6	6	1	0	0	1	3	17
屏東縣	16	18	1	0	2	11	1	49
臺東縣	6	8	0	0	1	2	2	19
花蓮縣	2	3	0	1	1	2	1	10
澎湖縣	2	5	1	0	1	3	1	13
基隆市	4	3	0	1	0	4	1	13
新竹市	5	3	1	0	1	6	3	19
嘉義市	4	3	2	1	1	1	1	13
金門縣	1	2	0	0	0	17	4	24
連江縣	1	1	0	0	0	4	1	7
合計	238	228	31	8	31	249	47	832

資料來源：衛生福利部提供

若細看各縣市的長照服務提供單位數狀況，可以明顯感受到各縣市服務資源的落差。例如，六個直轄市中，桃園市的服務單位數大幅低於其他五個直轄市，這應與桃園市的人口結構相對較年輕，且最晚升格有關。相對地，高雄市與臺南市這兩個南部的直轄市的長照服務提供單位數大幅高於其他直轄市，可能的原因，是其年輕人口外流至北部，導致高齡人口比率較高，老人對長照的服務需求亦較高。

至於在非六都的地區，社政項目的長照服務單位最多的是南投、屏東、雲林、宜蘭、彰化等非都會地區的縣市。其中，屏東的日照中心甚至比直轄市的臺北市與桃園市為多；雲林縣的日照中心數量亦與臺北市相當。至於團體家屋與家庭托顧方面，各縣市的服務提供單位均相當少。

以各縣市長照服務提供單位數與前述各縣市長照服務人數對照，可以明顯看出，兩者有密切的關係。長照服務單位數較多的縣市，大多亦是長照服務人數或涵蓋率較高的縣市。

截至 106 年底，衛福部已確定補助 127 組社區整體照顧服務團隊（其中 49 組須修正計畫後始通過）。各縣市通過的長照 2.0 社區總體照顧模式服務團隊如下表 12。各縣市社區總體照顧服務體系服務單位如附件四。

表 12 各縣市通過社區整體照顧團隊組數

區域別	105 年				106 年							
					審查通過				須改計畫			
	組數	A	B	C	組數	A	B	C	組數	A	B	C
總計	23	17	44	85	52	35	81	204	49	28	74	152
新北市	1	1	3	3	5	2	7	10	5	5	11	18
臺北市	1	1	2	3	4	4	9	14	1	1	2	3
桃園市	2	1	3	6	1	1	2	7	2	2	4	7
臺中市	1	1	2	4	6	5	9	18	4	2	7	15
臺南市	1	1	2	6	7	7	15	62	0	0	0	0
高雄市	2	1	5	7	2	1	4	8	5	5	11	21
宜蘭縣	1	0	1	3	1	0	1	3	5	0	5	13
新竹縣	1	1	2	4	2	1	4	9	1	1	2	2
苗栗縣	1	1	1	3	0	0	0	0	2	2	3	4
彰化縣	1	1	2	4	1	1	1	4	3	3	5	12
南投縣	1	1	3	3	3	2	4	10	1	1	2	3
雲林縣	1	1	2	4	2	2	3	4	2	2	2	6
嘉義縣	1	1	4	6	2	1	3	9	1	0	1	1
屏東縣	1	1	1	4	9	4	10	27	3	1	3	8
臺東縣	2	1	2	5	3	1	3	6	0	0	0	0
花蓮縣	1	0	1	4	2	2	3	8	8	2	9	22
澎湖縣	1	0	1	3	0	0	0	0	4	0	4	10
基隆市	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
新竹市	1	1	2	5	0	0	0	0	1	1	2	5
嘉義市	1	1	4	6	1	1	2	4	0	0	0	0
金門縣	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
連江縣	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2

資料來源：衛生福利部（2017）。106 年度社區整體照顧服務體系審查結果。¹

¹ 網址參考如下：<https://www.mohw.gov.tw/dl-37432-11fa274d-c29f-4eec-b680-66ce1a4ec1e0.html>

對照表 11 與表 12 之數據，可以發現 105 年與 106 年的資源布建均已達成原設定之目標。衛生福利部原設定 106 年完成 63 組 ABC 團隊的布建，而 106 年初徵求計畫時有 117 組提出申請，最後有 101 組獲得通過（其中 52 組通過審查、另 49 組須修改計畫）。由於計畫修改與複審之時程過長，服務團隊至 10 月始接獲主管機關之正式核定函，在此之前許多團體擔心經費不確定，都不敢貿然開始提供服務，對方案之執行與服務之推動造成重大之影響。

下圖二是政府已核定的社區總體照顧的服務地點之地理區分布狀況。從圖中可以明顯看出，現行的社區總體照顧之服務據點在地理上呈現相當不平衡的狀況。北部地區仍是服務據點最多的區域，南投、雲林、嘉義一帶，以及高雄屏東一帶，亦是服務據點較為密集的地區。相對地，地圖上有許多地區仍未有社區總體照顧模式的資源建置，這是未來長照 2.0 發展需特別重視之處。

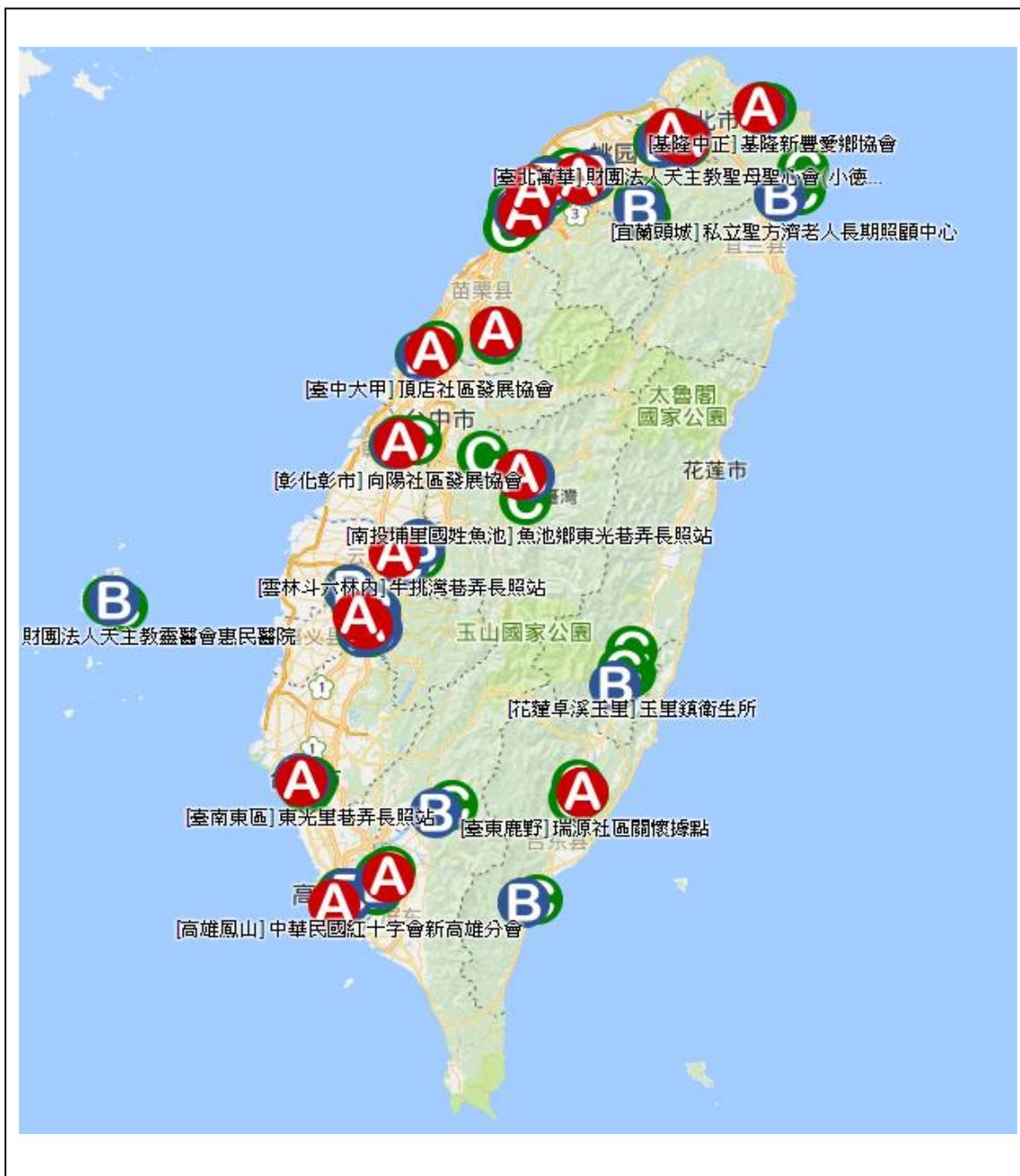


圖 3 全臺長照 2.0 服務據點地圖

資料來源：衛生福利部長照服務資源地理地圖，
http://ltcgis.mohw.gov.tw/Map/map_new.aspx。

下表 13 是各縣市長照 2.0 社區總體照顧服務 ABC 團隊的社政與衛政服務單位數。從表中可以看出，A 級服務單位方面，社政團體的數量幾乎是衛政團體的 2 倍；而在 B 級服務團體方面，則是衛政服務團體的數量大幅高於社政團體；在 C 及服務團體方面，則明顯是以社政為主，社政服務團體的數量是衛政服務團體的 7 倍多。

表 13 各縣市長照 2.0 社區總體照顧服務團隊社政與衛政服務單位數

縣市	A		B		C	
	社政	衛政	社政	衛政	社政	衛政
新北市	5	3	4	14	26	4
臺北市	4	2	8	5	19	1
桃園市	1	3	3	6	20	1
臺中市	7	1	4	13	31	3
臺南市	8	0	7	10	50	11
高雄市	5	2	9	8	36	2
宜蘭縣	0	0	1	6	19	2
新竹縣	3	0	3	5	14	1
苗栗縣	2	1	2	2	4	1
彰化縣	3	2	1	6	17	5
南投縣	2	2	6	3	17	1
雲林縣	4	1	3	5	19	1
嘉義縣	1	1	1	7	14	2
屏東縣	0	5	5	9	34	2
臺東縣	2	0	0	5	9	2
花蓮縣	1	3	5	8	23	6
澎湖縣	0	0	5	0	12	1
基隆市	1	0	1	1	6	0
新竹市	2	0	0	4	9	2
嘉義市	1	1	3	3	5	6
金門縣	0	0	1	0	1	0
連江縣	0	0	1	0	2	0
合計	52	27	73	120	387	54

資料來源：根據衛生福利部「長照服務資源地理地圖」資料統計而得

從上表中也可以看出，許多縣市的社政與衛政服務單位對長照 2.0 的投入有相當的差異。例如，臺南市有 8 個 A 級單位，全部都是社政團體，沒有衛政團體；澎湖縣沒有 A 級服務團體，5 個 B 級服務團體全數都是社政團體；臺中市的 8 個 A 級服務團體中，有 7 個是社政團體、僅一個是衛政團體；屏東縣的 5 個 A 級團體則全部都是衛政團體，沒有社政團體；宜蘭縣亦沒有 A 級服務團體，7 個 B 級

服務團體中有 6 個是衛政團體，僅一個是社政團體。這些差異顯示出各縣市社政與衛政資源發展的不同，也是未來長照 2.0 政策推動需留意的現象。

原住民長照 2.0 服務資源布建方面，主要是原住民文化健康站的建置。107 年原民會核定的文化健康站計 250 處，亦與長照 2.0 計畫設定的資源布建目標相符。下表 14 是各縣市原住民人數與文化健康站數量的狀況。

從表 14 可以看出，各縣市原住民文化健康站的設置亦有明顯的地區差異。原住民人數最多的花蓮縣與臺東縣，文化健康站的數量亦為全國最多。臺北市、基隆市與彰化縣都有相當人數的原住民，但這三個縣市並未建置任何文化健康站；原住民人數不少的臺南市以僅有一處文化健康站。新北市與桃園市兩個原住民人數相當多的北部直轄市，其文化健康站的數量也明顯較少。這些縣市的原住民應是以平地原住民為主，其有長照需求者，可以與一般民眾一樣使用長照 2.0 的資源。換言之，這些地區建置文化健康站的數量需求應相對較低。

表 14 各縣市原住民文化健康站數

縣市	原住民數	文化健康站數
新北市	55,376	6
臺北市	16,456	0
桃園市	72,140	18
臺中市	33,903	11
臺南市	7,738	1
高雄市	34,219	23
宜蘭縣	17,001	10
新竹縣	21,395	8
苗栗縣	11,276	10
彰化縣	5,668	0
南投縣	29,013	21
雲林縣	2,405	0
嘉義縣	5,827	7
屏東縣	59,214	38
臺東縣	78,850	50

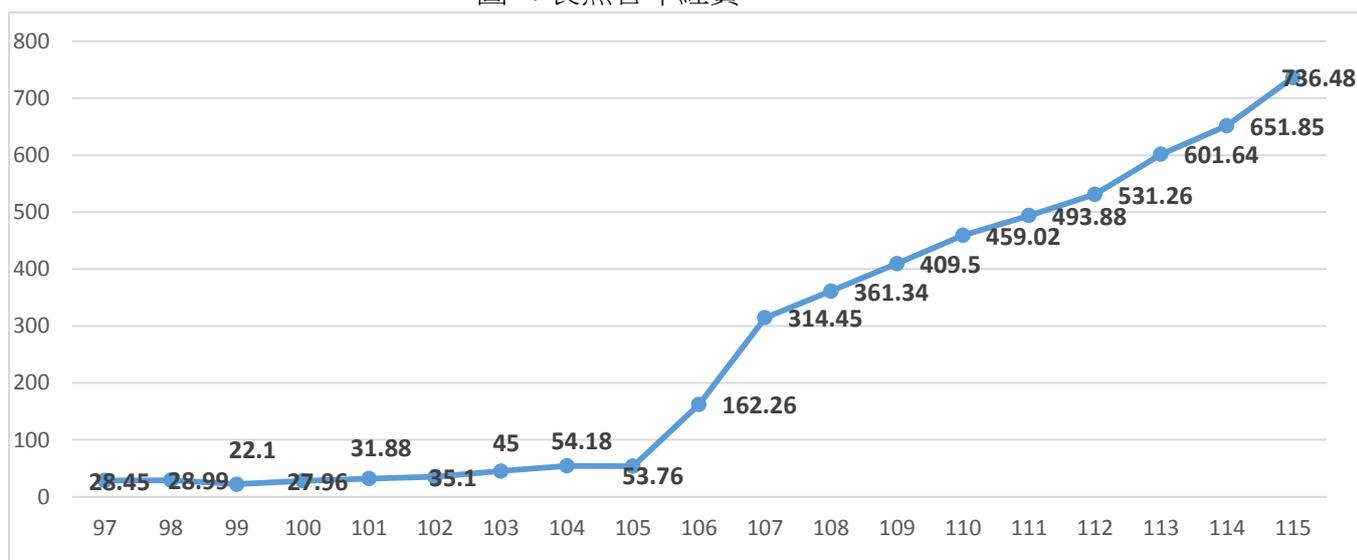
花蓮縣	92,754	45
澎湖縣	519	0
基隆市	9,353	0
新竹市	3,997	2
嘉義市	1,060	0
金門縣	1,058	0
連江縣	204	0
合計	559,426	250

資料來源：各縣市原住民人數資料取自內政部戶政司統計資料；各縣市原住民文化健康站數量由原民會提供。

第三節 長照 2.0 服務經費狀況

除了提出明確的資源布建目標規劃外，衛生福利部也提出目前至 115 年各年度所需之長照 2.0 經費推估，預計從 106 年之 162.26 億元成長到 115 年之 736.48 億元（詳見下圖 4）。

圖 4 長照各年經費



資料來源：衛生福利部，2016: 159, 168。

註：97-105 年數據為歷年長照補助經費；106-115 年數據為衛生福利部長照 2.0 經費推估

從圖 4 的資料可以看出，自今（106）年起，長照 2.0 之經費將逐年大幅成長。105 年時，長照 2.0 之補助總經費為 53.76 億元；106 年則呈現三倍成長；107 年又再比前一年成長接近一倍。從經費投入的規劃，可以看出這兩年是長照 2.0 發展的重要關鍵時期。上圖 4 中所呈現的 106-115 年之數據僅為衛生福利部所規劃的經費規模。除了衛生福利部之外，勞動部、教育部、退輔會與原民會等部會也都有相關的工作項目。各相關部會 106 年長照 2.0 之經費投入，詳如下表 15。

表 15 106 年 各部會長照 2.0 經費列情形

服務項目	106 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	

資料來源：衛生福利部，2016。

從上表各部會的長照 2.0 經費規劃數據可以看出，長照 2.0 業務的推動，主要仍在衛生福利部，其他包括勞動部、教育部與退撫會等經費投入均不高。

下表 16 是 106 年中央對各縣市長照 2.0 的經費補助狀況。總計 106 年中央補助各縣市長照經費為 167 億元，與長照 2.0 計畫書中所規劃的經費額度相當。若進一步比較各縣市的狀況，可以發現各縣市獲得中央補助的金額差異相當大。

表 16 中央補助各縣市長照 2.0 經費狀況

縣市	105 年度		106 年度運用公務預算補助地方政府之分配數（千元）				
	65 歲以上 人口數	65 歲以上 人口佔全國 65 歲以上 人口數比率	原長照服務對 象之照顧服 務、交通接送及 營養餐飲	49 歲以下身心 障礙者之照顧 服務	社區照 顧關懷 據點	總計	
						金額	%
新北市	465,909	15.08	806,900	102,492	9,140	1,827,924	10.93
臺北市	419,130	13.57	602,372	26,119	595	1,257,577	7.52
桃園市	219,425	7.10	498,539	64,130	10,842	1,136,180	6.80
臺中市	301,904	9.77	774,509	107,039	6,804	1,769,900	10.59
臺南市	259,701	8.41	654,202	43,259	27,498	1,422,420	8.51
高雄市	373,604	12.09	1,166,110	84,302	6,677	2,507,501	15.00
宜蘭縣	67,808	2.20	182,747	8,628	2,168	384,918	2.30
新竹縣	64,040	2.07	158,099	11,077	1,109	339,461	2.03
苗栗縣	82,771	2.68	251,635	17,257	2,420	540,204	3.23
彰化縣	182,962	5.92	469,112	51,071	3,402	1,043,768	6.24
南投縣	80,135	2.59	304,125	35,913	2,718	682,794	4.08
雲林縣	118,764	3.84	373,784	15,974	1,764	781,280	4.67
嘉義縣	92,234	2.99	269,300	11,777	2,145	564,299	3.37
屏東縣	127,016	4.11	507,964	46,407	5,771	1,114,513	6.67
臺東縣	33,060	1.07	142,227	13,176	1,512	312,318	1.87
花蓮縣	48,649	1.57	152,727	13,176	1,134	332,940	1.99
澎湖縣	15,579	0.50	51,634	8,396	889	120,949	0.72
基隆市	51,949	1.68	90,101	6,296	5,486	198,280	1.19
新竹市	48,141	1.56	67,050	6,063	857	147,083	0.88
嘉義市	36,268	1.17	65,684	4,314	754	140,750	0.84
金門縣	15,769	0.51	42,250	1,749	580	88,578	0.53
連江縣	1,287	0.04	2,899	233	227	6,491	0.04
合計	3,106,105	15.08	7,633,970	678,848	94,492	16,720,128	100

資料來源：老年人口數資料取自主計總處統計；經費數據由衛生福利部提供。

中央補助金額最高的縣市，依序為高雄市、新北市、臺中市、臺北市、臺北市、桃園市、屏東縣與彰化縣。臺中市的老年人口數大幅少於新北市，但其獲得的中央長照經費補助額度與臺北市不相上下。屏東縣的老年人口數是基隆市的 2.45 倍，但獲得的長照經費補助是 5.62 倍。花蓮縣與基隆市的老年人口數僅相差數百人，但前者獲得的長照經費補助是後者的 2.26 倍。桃園市的老年人口數是屏東縣的 1.73 倍，但這兩個縣市獲得的長照經費補助金額幾乎差不多。長照經費配置的地區差異，也是決策單位應重視的面向。

前文曾指出，各縣市長照服務單位中，社政與衛政團體的數量有明顯的差異。從經費面來看，也可進一步呈現各縣市社政與衛政資源配置的差異。下表 17 是 106 年各縣市運用公務預算補助地方政府之分配數。從表中可以看出，各縣市絕大多數的補助經費都用於社政項目。具體而言，所有的縣市都將九成以上的補助經費用於社政服務項目；用於衛政服務項目的經費不到一成。此一狀況再次凸顯現階段長照服務的發展，仍是以社政為主軸，衛政服務項目的資源投入比例較低。

表 17 各縣市獲中央長照經費補助狀況

106 年度運用公務預算補助地方政府之分配數（千元/百分比）						
縣市	社政項目		居家護理、居家(社區)復健、喘息服務等衛政服務項目		總計	
	金額	%	金額	%	金額	%
新北市	918,532	97.13	27,145	2.87	945,677	100
臺北市	629,086	100.00	0	0.00	629,086	100
桃園市	573,511	96.15	22,960	3.85	596,471	100
臺中市	888,352	93.06	66,225	6.94	954,577	100
臺南市	724,959	96.38	27,194	3.62	752,153	100
高雄市	1,257,089	97.75	28,987	2.25	1,286,076	100
宜蘭縣	193,543	90.36	20,644	9.64	214,187	100
新竹縣	170,285	94.16	10,571	5.84	180,856	100
苗栗縣	271,312	93.89	17,646	6.11	288,958	100
彰化縣	523,585	95.89	22,436	4.11	546,021	100

南投縣	342,756	94.68	19,259	5.32	362,015	100
雲林縣	391,522	97.22	11,177	2.78	402,699	100
嘉義縣	283,222	94.25	17,274	5.75	300,496	100
屏東縣	560,142	98.13	10,666	1.87	570,808	100
臺東縣	156,915	94.39	9,326	5.61	166,241	100
花蓮縣	167,037	91.74	15,040	8.26	182,077	100
澎湖縣	60,919	94.95	3,239	5.05	64,158	100
基隆市	101,883	95.05	5,310	4.95	107,193	100
新竹市	73,970	93.59	5,062	6.41	79,032	100
嘉義市	70,752	86.44	11,100	13.56	81,852	100
金門縣	44,579	96.30	1,714	3.70	46,293	100
連江縣	3,359	91.80	300	8.20	3,659	100
合計	8,407,310	95.97	353,275	4.03	8,760,585	100

資料來源：各項數據由衛生福利部提供。

第四節 國外長期照顧服務資源狀況

一、歐洲國家長期照顧服務概況

長期照顧的資源建置直接影響到需求人口的使用情形。下表 18 是主要歐洲國家長期照顧服務的涵蓋率情形。從表中可以看出，各國使用不同長期照顧服務的老人比率差異極大。

北歐的冰島、挪威、丹麥，以及荷蘭與澳洲等國家，其老人接受居家照顧的比率均相當高，且大幅高於住宿式服務與半住宿式服務。表列國家中，住宿式照顧比率最高的是法國，其接受住宿式服務的老人比率甚至高於接受居家居家照顧的老人比率。其他歐陸的比利時、德國、盧森堡與義大利等國家，接受住宿式照顧與居家照顧服務的老人比率差異就不像前述的北歐國家懸殊（European Commission, 2012.）。

表 18 主要歐洲國家各種長期照顧服務涵蓋人口佔 65 歲以上人口比率

單位：%

國家	年	住宿式照顧 (Residential care)	半住宿式照顧 (Semi-residential care)	居家照顧(Home care)
澳洲	2006	3.3	-	14.4
比利時	2007, 2004	6.6	-	7.4
德國	2008	3.5	-	6.6
丹麥	2008	2.5	2.4	20
芬蘭	2008	3.1	3.4	6.3
法國	2007	6.7	-	6.5
愛爾蘭	2006, 2004	3.9	-	6.5
冰島	2005/03/08	8.3	3	20.5
義大利	2005	3	-	4.9
盧森堡	2008	1.4	-	1.6
荷蘭	2009	6.3	-	21
挪威	2007	5.3	-	19.3
瑞典	2008	5.8	0.7	9.4
英國	2004	4.2	-	6.9

資料來源：European Commission, 2012. Long-term care for the elderly: provisions in 33 European countries.

整體而言，挪威、丹麥、荷蘭與冰島等國家，接受長期照顧服務的人口合計已達全體老人的四分之一以上。長照服務涵蓋比率最低的盧森堡，其老人接受各種長期照顧服務比率合計僅佔 3%；次低的為義大利的 7.9%；表列其他國家老人接受長期照顧的比率都超過一成以上。

以我國的狀況，106 年使用各種長期照顧服務的人數（ID 歸戶）為 113,706 人，若將此數據與我國 105 年底的老年人口數 3,106,105 人相比，則服務的涵蓋率為 3.66%。與北歐與歐陸國家相比，我國長期照顧服務人口的涵蓋率仍有大幅成長空間。

二、美國的長期照顧資源狀況

2014 年時，美國約有 67,000 個依法設置的收費長照服務單位，服務對象總計約 9 百萬人。其中，成人日間照顧中心有 4,800 個、居家健康服務機構有 12,400 個、安寧照顧機構有 4,000 個、護理之家有 15,600 個、養護中心（residential care community）有 30,200 個。以比率而言，全體長照服務單位中，成人日間照顧中心的數量佔 7.2%、居家健康服務機構佔 18.5%、安寧照護機構佔 6%、護理之家佔 23.3%、養護中心佔 45.1%。整體而言，護理之家與養護中心的服務單位數就佔了全體的三分之二。

表 19 美國 2013-2014 年各地區長照服務單位狀況

美國 2013-2014 年各地區長照服務單位狀況					
項目	日間服務中心	居家健康服務機構	安寧照顧	護理之家	養護中心
提供單位數	4,800	12,400	4,000	15,600	30,200
服務容量	289,400	...	...	1,663,300	1,000,000
平均每日服務人數	39	...	...	88	28
平均每年服務人數	...	427	355	...	...
地區分布 (%)					
東北部	19.8	8.1	11.3	16.9	8.2
中西部	17.0	28.0	22.8	32.9	21.8
南部	33.0	46.6	41.2	34.7	28.1
西部	30.3	17.3	24.8	15.5	42.0
都會別 (%)					
大型都會	84.3	84.6	76.6	71.2	83.1
小型都會	10.0	8.1	14.0	13.9	10.0
其他	5.7	7.3	9.4	14.9	6.9
擁有者					
營利性質	44.2	80.0	60.2	69.8	81.8
非營利性質	50.5	15.0	25.9	24.1	16.9
政府或其他	5.4	5.0	13.9	6.1	1.4

資料來源：整理自：Center for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, US Department of Health and Human Services, 2016, Long-term

care providers and services users in the United States, data from the National Survey of the Long-term Care Providers, 2013-2014.

就服務單位的性質而言，居家健康服務機構有 80% 為營利機構；養護中心有 81.8% 為營利機構、護理之家有 69.8% 為營利機構、安寧照顧機構亦有 60.2% 為營利性質的單位、日間服務中心則有 44.2% 為營利機構所經營。換言之，美國的長期照顧服務相當倚賴營利部門的服務。

從上表中可以看出，美國的長期照顧服務單位也呈現明顯的地區性差異。居家健康服務機構有 46% 是位於南部地區；養護中心有 42% 是位於西部地區。而就都會的規模而言，所有類型的長照服務單位都集中於大都會地區，服務資源的分布相當失衡。

整體而言，美國的長期照顧服務提供單位以營利機構為主，服務機構的性質以護理之家和養護中心為多，且都集中於大都會地區。這種樣態應是長照服務營利化的發展所造成。我國未來亦將開放營利機構加入長照服務體系，應盡力避免走向美國這種失衡的發展路徑。

三、英國的長期照顧服務狀況

下表 20 是英國英格蘭地區老人接受各項長期照顧服務的比率。從表中可以看出，老人使用比率最高的是社區護理服務，其次是機構照顧；相對地，居家照顧、餐飲服務與日間照顧的比率較低。若以國內社政/衛政的分類架構來看，使用衛政服務的老人比率明顯高於社政服務項目。

表 20 英格蘭國老人接受各項長期照顧服務的比率（2006-07）

服務項目	使用人數佔 65 歲以上人口比率(%)
日間照顧	1.15
餐飲服務	2.83
政府安排的居家照顧	3.62
安寧照顧	0.3
私人居家照顧	1.86
社區護理	5.5
專業支持	1.25
居家環境	1.68
非營利部門養護中心	2.21
政府養護中心	0.27
護理之家	1.57
長住醫院	0.11
全體機構照顧	4.17

資料來源：European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010, The long-term care system for the elderly in England. ENERRI Research Report No. 74.

若以服務單位的屬性而言，2009 年時，73.6%的養護中心為私人營利機構、18%為非營利機構、6.1%為政府機構，顯示商業部門的重要性。至於居家服務，則是以非營利性質的服務為多，營利機構提供的服務比率較低(European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010)。

綜合上述的討論，可知各國長期照顧的服務涵蓋率、服務單位狀況、使用者利用狀況等都大不相同。上述各項資訊顯示，我國的長期照顧服務仍應儘速大力拓展，以提高服務涵蓋率。此外，營利機構在長照服務體系有其重要性，但應有適度的政策引導，才不致走向服務資源過度不均的狀況。

第四章 服務使用者的分析

本研究透過實地發放問卷、郵寄問卷、請居家服務員代為發放與回收問卷等方式，進行長照 2.0 服務使用者與照顧者之問卷調查，以瞭解相關民眾對於長照 2.0 的使用經驗與看法。此外，研究團隊並於北、中、南地區各辦理一場使用者焦點座談與一場照顧者焦點座談，蒐集質性的資料。

第一節 服務使用者問卷的量化分析

本問卷共回收 216 份，其中 121 份由「服務使用者」本人填答，佔全體服務使用者問卷 56%；65 份由「主要照顧者」代為填答，佔全體服務使用者問卷 30.1%。在主要照顧者代為填答的身分別當中，有 41 位是服務使用者的兒女，其次有 14 位為配偶。

服務使用者之性別以「女性」為主，佔 51.1%，「男性」則佔 38.4%。服務使用者的年齡分布主要在「75-84 歲」之間，佔 30.2%，「85 歲以上者」亦佔 30%，「49 歲以下」身心障礙者人數最少，佔 3.2%。

在服務使用者的居住狀況上，有 59.7% 的個案平日居住狀況是「與家人同住」，其次有 19.4% 是「獨居」，「僅與配偶同住者」佔 16.7%，而「輪流居住不同子女家者」僅 1.4%。服務使用者的教育程度，主要則為「國小」或「不識字」，前者有 38%，後者有 22.7%。

表 21 服務使用者基本資料分析

項目	人數	百分比
填答身分別	216	100
服務使用者	121	56
主要照顧者	65	30.1
遺漏值	30	13.9

與個案關係		
兒女	41	63.1
配偶	14	21.5
媳婦	5	7.7
手足	1	1.5
其他	2	3.1
遺漏值	2	3.1
性別		
男	83	38.4
女	132	51.1
遺漏值	1	0.5
年齡		
49 歲以下身心障礙者	7	3.2
50-64 歲	27	12.5
65-74 歲	46	21.3
75-84 歲	66	30.2
85 歲以上	64	30
遺漏值	6	2.8
居住狀況		
獨居	42	19.4
僅與配偶同住	36	16.7
與家人同住	129	59.7
輪流居住不同子女家	3	1.4
遺漏值	6	2.8
教育程度		
不識字	49	22.7
國小	82	38
國中	28	13
高中職	36	16.7
專科大學	10	4.6
研究所以上	1	0.5
其他	7	3.2
遺漏值	3	1.4

服務使用者的健康狀況，首先在行動能力上，主要以「行動不便」的狀況居多，有 61.6%，「可四處走動，沒有任何問題」的服務使用者為 30.1%，而「完全臥床」則是 6.9%。

在自我照顧中，洗澡或穿衣方面有 38%的服務使用者有問題，能照顧自己的有 32.9%，但有 28.2%的服務使用者須完全依賴他人協助自我照顧。過半的(51.7%)服務使用者在從事平常活動上有些問題，另有 25.5%的服務使用者完全無法從事平常活動，能從事平常活動且沒有任何問題者則有 22.2%。

覺得自己是中度疼痛或不舒服的服務使用者佔多數，有 56.9%，其次有 31.9%覺得沒有疼痛或不舒服的，覺得極度疼痛或不舒服者則有 8.8%。覺得自己有中度焦慮或沮喪的服務使用者佔多數，有 45.8%，其次有 41.7%覺得沒有焦慮或沮喪，覺得極度焦慮或沮喪者則有 10.6%。

表 22 服務使用者健康狀況

項目	人數	百分比
行動能力		
可四處走動，沒有任何問題	65	30.1
行動不便	133	61.6
完全臥床	15	6.9
遺漏值	3	1.4
自我照顧		
能照顧自己，沒有任何問題	71	32.9
洗澡或穿衣方面有些問題	82	38
完全依賴	61	28.2
遺漏值	2	0.9
平常活動		
能從事平常活動，沒有問題	48	22.2
從事平常活動方面有些問題	111	51.4
完全無法從事平常活動	55	25.5
遺漏值	2	0.9

疼痛/不舒服	69	31.9
沒有任何疼痛或不舒服		
覺得中度疼痛或不舒服	123	56.9
覺得極度疼痛或不舒服	19	8.8
遺漏值	5	2.3
焦慮/沮喪		
不覺得焦慮或沮喪	90	41.7
覺得中度焦慮或沮喪	99	45.8
覺得極度焦慮或沮喪	23	10.6
遺漏值	4	1.9

在長照服務的使用經驗上，多數開始使用長照的時間為「106年6月至106年11月」占30.1%，其次為「106年1月至106年6月」占24.5%，而在「105年以前即開始使用長照服務者」占10.2%。

在長照服務的服務項目當中，最常被使用的是照顧服務，有52.3%，社區ABC據點跟交通接送則分別有23.6%跟22.2%的人使用，較少被使用的服務項目則是延伸出院準備服務及原住民地區社區整合型服務，僅有1.4%的人使用延伸出院準備服務，而有使用原住民地區社區整合型服務只有1位，僅佔0.5%。

較少有人主動詢問長照2.0的新型服務，沒有詢問者佔69.9%，有詢問者則佔26.9%。有59.7%的服務使用者覺得不需要其他的服務提供，有需要其他服務者則有56名，佔25.9%。而這56名需要其他服務的服務使用者所需的服務則以交通接送、預防/延緩失能之服務以及居家醫療為主，有32.1%覺得需要交通接送服務，而預防/延緩失能之服務與居家醫療亦都有23.2%的人需要。

58.3%的服務使用者不記得從申請到得到服務的時間有多久，但有74位記得，當中有37.8%在7天內就取得服務，其次是15到30天的人有33.8%，再者為8到14天的有20.3%，一個月以上的則佔8.1%，這74位中有99%的人認為服務的等待時間是符合其預期的。面對服務需求時有77.3%的覺得有得到即時的幫助，覺得沒有獲得及時幫助者佔11.1%。

當有服務需求或異動的情況時，知道向誰尋求協助的有 42.6%，但不知道該向誰協助的也有 41.2%，而知道尋求協助的人當中有 70%是向照管中心的照管專員來尋求協助，向 A 級據點個管師尋求協助者則有 28%。而向 A 級據點個管師尋求協助的服務使用者中有 88.5%有被個管師介紹過新型服務的內涵，因而使用新型服務的人在這些向個管師尋求服務的 26 人當中則佔了 53.8%，此外，對於個管師解決問題的能力，大多數人感到滿意與非常滿意，滿意者有 61.5%，非常滿意者亦有 34.6%，且有 61.5%同意個管師有定期關心照顧服務的情況，非常同意則有 27%。

有 69.4%的服務使用者覺得照顧管理專員有針對需求進行服務連結，但不知道是否針對需求連結服務者也有 18.1%。

對於長照 2.0 補助的服務時數，77.1%的服務使用者認為剛好滿足其需求，但還有 12.4%的服務使用者認為補助的時數根本不夠滿足需求。69.4%的服務使用者回答目前每週接受的服務頻率是剛好的，但頻率太低的也有 12.5%。照顧管理計畫提供的服務內容有符合其需求者有 79.2%。

表 23 服務使用經驗

項目	人數	百分比
開始使用長照時間		
105 年以前	22	10.2
105 年 1 月至 105 年 6 月	7	3.2
105 年 7 月至 105 年 12 月	15	7
106 年 1 月至 106 年 6 月	53	24.5
106 年 6 月至 106 年 11 月	65	30.1
遺漏值	54	25
服務使用項目(複選)		
照顧服務(居家服務、日間照顧)	113	52.3
居家護理	16	7.4
居家及社區復健服務	28	13

喘息服務	37	17.1
交通接送	48	22.2
長期照顧機構服務	8	3.7
營養餐飲服務	26	12
輔具購買、租借及居家無障礙環境改善	29	13.4
失智症照顧服務	11	5.1
原住民地區社區整合型服務	1	0.5
小規模多機能服務	5	2.3
家庭照顧者支持服務據點	13	6
成立社區 ABC 服務據點	51	23.6
社區預防性照顧	30	13.9
預防/延緩失能之服務(如肌力強化運動)	39	18.1
延伸出院準備服務	3	1.4
居家醫療	9	4.2
遺漏值	20	9.3
<hr/>		
服務需求滿意度		
非常滿意	65	30.1
滿意	122	56.5
無意見	17	7.9
不滿意	7	3.2
非常不滿意	1	0.5
遺漏值	4	1.9
<hr/>		
有無主動詢問		
有	58	26.9
沒有	151	69.9
遺漏值	7	3.2
<hr/>		
有無需要增加服務		
有	56	25.9
沒有	129	59.7
遺漏值	31	14.4
<hr/>		
尚須哪些服務(複選)		
照顧服務(居家服務、日間照顧)	8	14.3
居家護理	1	1.8
居家及社區復健服務	8	14.3

喘息服務	11	19.6
交通接送	18	32.1
長期照顧機構服務	4	7.1
營養餐飲服務	7	12.5
輔具購買、租借及居家無障礙環境改善	5	9
失智症照顧服務	10	17.8
原住民地區社區整合型服務	0	0
小規模多機能服務	6	10.7
家庭照顧者支持服務據點	6	10.7
成立社區 ABC 服務據點	2	3.6
社區預防性照顧	5	9
預防/延緩失能之服務(如肌力強化運動)	13	23.2
延伸出院準備服務	0	0
居家醫療	13	23.2
是否記得服務申請所需時間		
記得	74	34.3
不記得	126	58.3
遺漏值	16	7.4
申請服務至得到之所需時間		
7 天以內	28	37.8
8 天至 14 天	15	20.3
15-30 天	25	33.8
一個月以上	6	8.1
遺漏值	2	2.7
等待服務時間是否符合預期		
有	73	99
沒有	1	1
有需求時是否得到即時協助		
有	167	77.3
沒有	24	11.1
遺漏值	25	11.6
是否知道有長照需求時該向誰尋求協助		
知道	92	42.6
知道但沒接觸過	27	12.5

不知道	89	41.2
遺漏值	8	3.7
<hr/>		
尋求協助對象		
A 級據點個管師	26	28
照管中心照管專員	64	70
遺漏值	2	2
<hr/>		
個管師有無介紹新型服務		
有	23	88.5
沒有	3	1.5
<hr/>		
是否使用過新型服務		
有	14	53.8
沒有	12	46.2
<hr/>		
是否滿意個管師解決問題的能力		
非常滿意	9	34.6
滿意	16	61.5
無意見	1	3.9
不滿意	0	0
非常不滿意	0	0
<hr/>		
是否滿意個管師關心您接受其他長照服務之情形		
非常同意	7	27
同意	16	61.5
無意見	3	11.5
不同意	0	0
非常不同意	0	0
<hr/>		
是否長照管理專員有針對您的需求提供服務		
有	150	69.4
沒有	9	4.2
不知道	39	18.1
遺漏值	18	8.3
<hr/>		
補助的服務時數是否滿足需求		
過多	2	1.2
剛好	131	77.1
根本不夠	21	12.4

遺漏值	16	9.4
每周所接受服務的頻率		
太頻繁	1	0.5
剛好	150	69.4
頻率太低	27	12.5
遺漏值	38	17.6
照顧管理計畫是否符合需求		
是	171	79.2
否	10	4.6
遺漏值	35	16.2
長照 2.0 資源布建是否有讓您更能得到服務		
有	150	69.4
沒有	18	8.4
不知道	46	21.3
遺漏值	2	0.9
長照 2.0 新型服務是否符合需求		
是	114	52.7
否	11	5.1
尚未使用新型服務	71	32.9
遺漏值	20	9.3
是否滿意長照 2.0 所布建的服務內容		
非常滿意	43	19.9
滿意	116	53.7
無意見	46	21.3
不滿意	3	1.4
非常不滿意	1	0.5
遺漏值	7	3.2
整體而言，對於所使用的長照服務是否滿意		
非常滿意	52	24.1
滿意	123	56.9
無意見	30	13.9
不滿意	3	1.4
非常不滿意	0	0
遺漏值	8	3.7

長照 2.0 實施是否有讓可用資源變多		
非常同意	33	15.3
同意	109	50.5
無意見	58	26.9
不同意	4	1.9
非常不同意	1	0.5
遺漏值	11	5.1
若您身邊的人有服務需求，您有多少信心其可 從長照政策得到幫助(數字大表示信心強)		
10	45	20.8
9	19	8.8
8	35	16.2
7	29	13.4
6	31	14.4
5	21	9.7
4	5	2.3
3	8	3.7
2	1	0.5
1	1	0.5
遺漏值	21	9.7

69.4%的服務使用者表示因長照 2.0 的資源布建，讓其能取得較需要的服務，覺得沒有影響的則有 8.4%。52.7%的服務使用者回答長照 2.0 新型服務有符合其需求，但還有 32.9%的服務使用者尚未使用新型服務。

多數服務使用者滿意長照 2.0 布建之服務內容，達 53.7%，非常滿意者則有 19.9%。整體而言約有 8 成的服務使用者對於所使用的長照服務感到滿意，當中有 56.9%是滿意，另有 24.1%是非常滿意。

對於覺得長照 2.0 實施後可使用資源變多，有 50.5%的服務使用者表示同意，非常同意者有 15.3%，但有 26.9%覺得無意見。認為有需要服務者能從長照 2.0 政策獲得幫助的信心強度，以 1-10 分給服務使用者打信心分數，數字越大表示信心越強，可發現評分在 5 分以上者，共佔服務使用者 8 成左右，當中有 20.8%的服務使用者信心強度達到 10 分。

表 24 對長照 2.0 的評估

長照 2.0 資源布建是否有讓您更能得到服務		
有	150	69.4
沒有	18	8.4
不知道	46	21.3
遺漏值	2	0.9
長照 2.0 新型服務是否符合需求		
是	114	52.7
否	11	5.1
尚未使用新型服務	71	32.9
遺漏值	20	9.3
是否滿意長照 2.0 所布建的服務內容		
非常滿意	43	19.9
滿意	116	53.7
無意見	46	21.3
不滿意	3	1.4
非常不滿意	1	0.5
遺漏值	7	3.2
整體而言，對於所使用的長照服務是否滿意		
非常滿意	52	24.1
滿意	123	56.9
無意見	30	13.9
不滿意	3	1.4
非常不滿意	0	0
遺漏值	8	3.7
長照 2.0 實施是否有讓可用資源變多		
非常同意	33	15.3
同意	109	50.5
無意見	58	26.9
不同意	4	1.9
非常不同意	1	0.5
遺漏值	11	5.1

若您身邊的人有服務需求，您有多少信心其可
從長照政策得到幫助(數字大表示信心強)

10	45	20.8
9	19	8.8
8	35	16.2
7	29	13.4
6	31	14.4
5	21	9.7
4	5	2.3
3	8	3.7
2	1	0.5
1	1	0.5
遺漏值	21	9.7

第二節 服務使用者的質性資料分析

服務使用者的質性資料蒐集，是分別於北、中、南地區舉辦三場次的焦點團體。受限於參加焦點團體者的身體狀況，團體進行的時間無法過長，且許多參與者較無法完整表達個人的想法與意見，或是發言較難聚焦於研究者想討論的議題。儘管如此，三場焦點團體亦蒐集到許多服務使用者第一手的資訊。

首先，關於長照 2.0，幾乎沒有一位出席座談的使用者瞭解其意涵與內容。以下是一些與會者的發言：

「巷弄 ABC 是要幹嘛？那是什麼東西？」

「我不知道自己在 C 點，但我記得有共餐服務。」

「有聽過啦，不過完全不知道那是什麼。」

「其實 2.0 我們都不懂啦。」

服務使用者對於長照 2.0 相關資訊的來源，主要是媒體的報導。即使是有些服務單位的公佈欄與牆上有張貼相關資訊，但服務使用者仍表示不理解相關的制度概念。

由於服務使用者本身不瞭解長照 2.0，主要是透過子女或其他家人的協助而申請長照服務，而服務團體也多以服務使用者的家人為溝通橋樑，以致許多服務使用者本身都不太瞭解長照需求的評估與服務的狀況：

「我不大知道欸，因為她是跟我女兒說，讓我女兒簽，那我就不管啦。」

「大部分介紹的，其實我們都不知道啦，就慢慢摸索阿。」

對於服務的供給，在實務上出現兩個重要的挑戰。首先是仍有服務使用者認為目前所提供的服務無法完整滿足其需求。

「如果你 90 小時用完，要繼續用就要自己出錢了，如果要出錢，我們哪付得起。」

此外，有幾位使用者面臨到服務打折的狀況，亦即實際獲得的服務量未能達到照管專員評估可獲得的服務量。有些碰到種種狀況的使用者並不瞭解為何會如此，有些則透過服務單位的解釋而瞭解原因，主要是因居服人力與排班的問題。

「原本 8 個小時，怎麼會減到剩下 5 個小時，一個月耶，時數怎麼會減少？...我都不知道為什麼減少？」

「那 xx 團體給我的答覆說沒有那麼多居服員，那我現在這個居服員，他也說時間上沒辦法排三個小時。」

「那也沒辦法，因為現在照服員不夠，所以我們要自覺，要自己照顧自己，不能太依賴別人，只是二十四小時照顧真的很累，我自己做復健也還要顧我太太。」

儘管服務的提供未必能完全滿足使用者的需求，但整體而言，服務使用者仍相當肯定長照服務具有減輕家庭負擔的成效。

「我也滿足了啦，什麼叫夠？什麼叫不夠？不夠永遠也不夠。最好當然是能每天 24 小時來，全天下照顧不可能會夠了，絕對是不夠。但我覺得有來服務...我就覺得很好了。」

此外，座談的參與者幾乎都很肯定長照服務對他們的正面影響，對於相關的服務都表達滿意與愉悅。

「去那邊交朋友聊聊天，很快樂，有種年輕過來的感覺，那邊都會安排很多活動，有時候也有童年懷舊的，我覺得很棒。希望未來可以多一些戶外的活動，我是對那邊的服務感到非常滿意啦，但就希望可以多出去走走，看看外面阿。」

「我去那邊跟大家一起聊天上課很快樂。」

「很喜歡去 C 點，什麼活動課程都很棒，人員也很親切，服務都很好，很希望增加週末都去 C 點找他們聊天，不然都在家看電視而已。」

「來這邊做運動啊、做什麼，身體變更好，吃飯什麼阿，都吃得很習慣阿。」

「有伴嘿，這樣好打發時間，不然我一個人孤孤單單，面對著電視，有時候我也不知道我在看什麼。」

整體而言，服務使用者大多不瞭解長照 2.0 服務的相關規定，儘管照管中心都有做初步評估，也都有介紹一些服務項目，但很多的當事人都不清楚。此外，由於照顧人力的限制，導致服務使用者當初評估時核給的服務時數和實際狀況有落差，但服務使用者大致都能理解服務團體的困難。接受長照服務的長輩，大體上都滿意目前的服務，從其經驗分享中也可以看出，社區式的長照服務除了提供

個人身體層面的照顧外，服務使用者也藉此獲得社會互動與連結的機會，提升了其生活的豐富性與活力。

第三節 家庭照顧者問卷量化分析

一、照顧者基本資料

本計畫針對照顧者的問卷回收共 186 人，其中來自北部地區的最多(45.7%)，中部與南部地區的大約佔四分之一(表十一)。照顧者平均年齡 56.53 歲，年紀最大為 93 歲，最小為 21 歲。照顧者以女性居多(70.1%)，大部分有與家人同住(80.3%)，但並沒有跟被照顧者同住(73.9%)。大部分的照顧者已婚(70.8%)，教育程度也在高中(職)以上(67.6%)。

針對照顧者的經濟與照顧狀況，平均已經照顧 6.24 年。目前雖然近三分之一全職工作(32.1%)，但也快接近三分之一的人口退休了(29.9%)。大部分的照顧者以照顧一人為最多(69.9%)，平均照顧 1.55 人，但也有同時照顧三人(8.2%)。幾乎一半的照顧者皆全職照顧(48.1%)。而被照顧者以失能最多(30.4%)，同時失能又失智的比例也佔(28.3%)。當被問到被照顧者的失能狀況為何？大部分回答中度失能(45.3%)，將近十分之一的被照顧者也插有管路(10.3%)。

當照顧者被問到其經濟程度如何？大部分的照顧者薪水都在每個月 20,000 左右(64.6%)。雖然大部分有照顧替手(61.9%)，但也有超過三分之一(38.1%)的照顧者沒有任何替手協助照顧(表 25)。

表 25 照顧者基本資料分析

變項	人數	百分比
區域別		
北區	85	45.7
中區	51	27.4
南區	50	26.9
性別		
男	55	29.9
女	129	70.1
居住狀況		
獨居	10	5.5
僅與配偶同住	26	14.2
與家人同住	147	80.3
是否與被照顧者同住		
是	46	26.1
否	130	73.9
婚姻狀況		
未婚	27	14.6
已婚	131	70.8
離婚	19	10.3
喪偶	8	4.3
教育程度		
不識字	6	3.3
識字未受正規教育	3	1.6
國小	24	13.2
國中	26	14.3
高中（職）	60	33.0
大學	59	32.4
研究所	4	2.2
工作狀況		
全職	59	32.1
兼職	25	13.6
待業	15	8.2
退休	55	29.9

變項	人數	百分比
其他	30	16.3
照顧幾位家人		
1 位	128	69.9
2 位	40	21.9
3 位以上	15	8.2
每週照顧時間		
20 小時或以下	49	27.1
大於 20 小時	45	24.9
全職照顧	87	48.1
被照顧者狀態		
衰弱	26	14.1
失能	56	30.4
失智	27	14.7
失能與失智	52	28.3
其他	23	12.5
被照顧者失能程度		
無失能	2	1.1
極輕度	14	7.8
輕度	38	21.2
中度	81	45.3
重度	44	24.6
是否有插管路		
無	166	89.7
有	19	10.3
氣切管	3	13.0
導尿管	8	34.8
鼻胃管	12	52.2

表 26 照顧者經驗

變項	人數	百分比
有其他家人可以協助照顧嗎		
沒有	67	38.1
有	109	61.9
每月照顧所需花費		
10,000 元 (含以下)	54	32.3
10,001-20,000 元	54	32.3
20,001-30,000 元	32	19.2
30,001-40,000 元	12	7.2
40,001-50,000 元	8	4.8
50,001 元	7	4.2

有關照顧者對於長照 2.0 的福利服務認識與使用，大部分是今年才開始使用長照 2.0 的福利服務(73.7%)。在大部分照顧者都知道有可用的資源下(74.7%)，其中最知道的依序分別是長照管理中心(24.9%)，其次是醫院／診所(20.5%)。而雖然大部分都知道長照 2.0 福利服務中可用的照顧者資源，卻只有近一半的人使用過專屬家庭照顧者的福利服務(54.6%)。照顧者所使用的家庭照顧者支持服務以紓壓活動最多(22.7%)，其次為到宅照顧指導(20.5%)和家屬支持團體(18.2%)。通常最常被想到的喘息服務，只有被大約三分之一(36.0%)的照顧者使用過。而為了要使用各種的福利服務，大概有 42.0% 的照顧者必須安排其他人員協助陪伴或看顧他們的被照顧者(表 27)。

當被問到對於長照 2.0 的滿意度如何？照顧者平均分數都在 3 分以上(表 28)。其中，認為長照 2.0 的服務解決了照顧困境的分數最高(3.27 分)。而所有長照 2.0 的 17 項服務當中，照顧者與被照顧者使用最多的三項服務分別為：照顧服務(居家服務或日間照顧)(25.1%)，喘息服務(12.8%)與交通接送(11.1%)(表 29)。由於今年是長照 2.0 開始的第一年，當照顧者被問到長照 2.0 實施後，是否有讓他覺得可使用的資源變多了？大部分的照顧者皆同意(58.1%)或非常同意(20.6%)此說法(表 30)。最後，照顧者被問到，「如果您身邊的人有服務需求，您有多少信心認為他可以從長照 2.0 政策得到幫助」，從一分到十分，照顧者的平均分數為 6.99。

表 27 長照 2.0 福利服務的認識與使用

變項	人數	百分比
今年才開始使用長照 2.0 的福利服務嗎		
否	46	26.3
是	129	73.7
是否知道長照 2.0 福利服務中，針對照顧者可用的資源		
不知道	45	25.3
知道	133	74.7
親朋好友	35	18.9
長照管理中心	46	24.9
社區福利組織	31	16.8
關懷據點	17	9.2
文康活動	1	0.5
醫院/診所	38	20.5
其他	17	9.2
是否有使用過下列服務		
未使用過	79	45.4
有使用過	95	54.6
家庭照顧者支持服務		
家屬支持團體	24	18.2
照顧技術課程	14	10.6
到宅照顧指導	27	20.5
照顧者專線	12	9.1
照顧者心理協談	13	9.8
讓社工安排照顧輔導	11	8.3
紓壓活動	30	22.7
其他	1	0.8
喘息服務		
無	110	64.0
有	62	36.0
為了要使用上述福利服務，是否需要安排其他人員協助陪伴或看顧您的被照顧者		
否	91	58.0

變項	人數	百分比
是	66	42.0

表 28 照顧者對長照 2.0 滿意度分析

項目	滿意度平均分數
長照 2.0 服務提供，我感到滿意	3.10
使用長照 2.0 的服務是方便的	3.15
長照 2.0 的服務讓我解決了照顧困境	3.27
我會繼續使用長照 2.0 的服務	3.17

表 29 照顧者與被照顧者使用長照 2.0 服務項目

項目	人數	百分比
照顧服務	106	25.1
居家護理	21	5.0
居家及社區復健服務	21	5.0
喘息服務	54	12.8
交通接送	47	11.1
長期照顧機構服務	7	1.7
營養餐飲服務	15	3.6
輔具購買、租借及居家無障礙環境改善	33	7.8
失智症照顧服務	12	2.8
原住民地區社區整合型服務	5	1.2
小規模多機能服務	6	1.4
家庭照顧者支持服務據點	24	5.7
成立社區 ABC 服務據點	27	6.4
社區預防性照顧	9	2.1
預防/延緩失能之服務	21	5.0
延伸出院準備服務	4	0.9
居家醫療	10	2.4

表 30 長照 2.0 實施後，是否有讓您覺得可使用的資源變更多？

項目	人數	百分比
非常不同意	2	1.3
不同意	4	2.5
無意見	28	17.5
同意	93	58.1
非常同意	33	20.6

填寫本計畫照顧者問卷的參與者，平均照顧家人 6.24 年，平均年齡 56.53 歲（但年齡分布跨越 70 年），以女性居多，有家人同住但沒有跟被照顧者同住，全職工作或退休各佔三分之一左右。照顧者的經濟狀況以最低月薪最多，一半以上全職照顧被照顧者，三分之一沒有照顧替手。這些基本資料顯示，照顧者的人口基本特質多元，大約有四分之一的照顧者是全職、沒有照顧替手、高年齡、照顧失智且失能的家人，這些可能成為高風險照顧者指標的現象，需要給予協助或關切。

而在使用長照 2.0 的福利資源，大部分照顧者表示他們是今年才開始使用。但大部分使用福利資源，都是為被照顧者連結或是給被照顧者的。針對專門給照顧者的資源，只有一半的照顧者有使用過。長照 2.0 的 17 項服務當中，照顧者與被照顧者使用最多的三項服務分別為：照顧服務（居家服務或日間照顧）（25.1%），喘息服務（12.8%）與交通接送（11.1%）。而照顧者針對家庭照顧者支持服務使用最多的項目，以紓壓活動最多（22.7%），其次為到宅照顧指導（20.5%）和家屬支持團體（18.2%）。通常最常被想到的喘息服務，只有被大約三分之一（36.0%）的照顧者使用過。當照顧者被問到長照 2.0 實施後，是否有讓他覺得可使用的資源變多了，大部分的照顧者皆同意。當身邊有人需要服務時，照顧者對於民眾他可以從長照 2.0 政策得到幫助的信心大約為 70 分（滿分 100 分）。

第四節 照顧者質性資料分析

北部與中部的訪談各有六位照顧者參加，南部的訪談有四位照顧者參加。質性焦點訪談的大綱經由計畫初期三位主持人與協同主持人一起討論決定，焦點座談討論大綱詳如附件 1-6。

所有訪談的紀錄皆有錄音和逐字稿，分析方法以內容分析為主。質性的分析首先從逐字稿找出使用者經驗的敘說，對於照顧者長照 2.0 資源的使用成效，質性分析檢視政策執行後的結構面、過程面與結果面。因此歸納出以下四個主題：照顧者對於資源的認知、資源的結構建置、使用多元的服務和使用過後的結果。

一、照顧者對於資源的認知

(一) 政策與資源的識能傳達

長照政策雖已經實施超過十年，但還是有照顧者許久都不知道有此福利，提到自己感到遺憾因為資源來的很晚。但另一部分，也有照顧者開始提到他們如何得知長照 2.0 政策的內容與照顧資源。大部分的照顧者提到原先實在不知道資源在哪裡。照顧者通常是因為需要而自己開始找資源，有時藉由詢問鄰居、親戚或朋友。照顧者自己也會上網搜尋。再來可能是因為家中或許需要，所以平常會去注意這方面的消息。最後可能就是剛好碰到政策宣導，藉由宣導的機會學習。

「我先生從 92 年中風到現在，到今年 4 月 22 號才到去年 11 月才知道說有人在申請這個日照，不然自己顧十幾年顧到現在我已經疲憊不堪，每天都快倒了。」

「縣立醫院（有單位在）做宣導。我們去看病，他們就會在那邊宣導，我們就坐著聽.....自己家裡有老人，就會比較關心這方面的訊息。」

（二）認識資源後的應用？

平常民眾比較不會針對自己長期照顧可能遇到的需求先做準備，所以當遇到長照挑戰時，可能有幾種反應：「自己顧比較安心」、「請外籍看護比較方便」、身旁的人建議使用正式資源等等。民眾的反應也可能是「照顧很累，希望能再知道更多資訊」。

（三）但是知道可使用的資源之後，往往會遇到心理的矛盾：

經濟開銷，放給別人顧會「捨不得」、是自己的親人所以照顧不應該覺得辛苦。所以剛開始照顧者可能選擇一項自己認為必須藉由他人之手才能完成的事務來開始，例如、交通接送、洗澡、就醫等。

「如果你（家托經營者）是用安養院的方式，可能 4 個、5 個人去負擔一個看護者對不對？那如果這樣子的方式是不是減輕照顧家庭的那個經濟問題。」

「兩年，沒有休息。居服員來幫忙洗澡，但餵飯都是我們自己來。不會辛苦啦，因為是自己的媽媽。」

二、資源的結構建置與維持

當被問到對於照顧者資源的認識與建議，部分照顧者不知道長照 2.0 已經有針對照顧者需求而提供的福利服務，另外一些只知道喘息服務，最後大概也有部分照顧者曾經使用過其他照顧者服務，如支持團體，紓壓團體或是教育課程等。當民眾開始使用資源時，遇到的問題能夠有效率解決，也是民眾是否繼續使用正式資源的動力之一。

（一）使用資源的等待

民眾因為資源服務連結的速度不一，所以對於等待服務被連結的看法也不一。有些民眾很快就申請並得到服務，有些民眾卻苦無服務人力，即便可以開始使用但還是用不到。

「我等最久，我女兒不知道怎麼申請了...等了半年等不到。」

（二）遇到服務結構問題的處理

當民眾遇到問題時，福利資源的管理者是否察覺做即時的調整，或是民眾會自我求助甚至想其他辦法，會影響民眾使用意願。

「其實找得到窗口很重要啦，因為有時候需要反應事情什麼，那所以家屬有一些事情有需要反應怎麼辦呢？」

「曾經有一次經驗是就家裡附近的那個老人安養院，但是那一次的經驗很不好，因為把我爸送進去之後，待不到一個月，就我們就沒有繼續待了。」

三、使用多元的服務

民眾發現，政府的資源很多，當自己的需求變多時，必須開始思考如何去配搭不同的服務，才能滿足照顧需求。不然，照顧者容易因為照顧的服務人力或是服務項目找不到人服務，就打退堂鼓而求助於常態性的解決之道（例如：聘用外籍看護或是轉介機構照顧）。

（一）混搭服務的優勢

如果民眾對於資源熟悉度夠的話，許多是願意混搭服務來滿足自己的需求。如照顧者提到，*白天長照來協助（居服），喘息、日照，對我們幫助很大（北部焦點訪談，p.2）*。但是照顧者也必須願意繼續嚐試不放棄，不然很容易就中斷造成更大的照顧負荷。

「護理之家，去五天就嚇到了，我說你現在如果有日照我就再申請、再找，再找...我說一天一千也沒關係，我讓他來讀，她說我們沒有包括洗澡，你去找那個日照（其實是家托）.....結果照顧者支持據點的社工來電，叫我去打電話這支就有，「你一定要打電話，你回去趕快打」。三天我就把他送出去，我說你不去，我也要把你趕出去，我已經沒辦法了，真的沒辦法。（中部焦點訪談，p.10）」

（二）服務彈性應用

民眾覺得好用的服務，必須保持一定程度的彈性，才可以繼續維持。這部分跟人力與福利資源的分布有關。對於資源不足的地區，服務的替代或是彈性更是需要去規劃。

「我公公以前有用復康巴士，可是不好用，可能車很少，排不到。很麻煩，叫很久。時間沒辦法很彈性。」

四、使用後的結果

受訪的民眾對於長照 2.0 的資源使用過後給予正向的評價，但也因有時服務的不足而容易失去信心。

（一）資格決定優先順序

長照資源的使用順序是否依嚴重性來分配，民眾認為應該被檢視討論。一旦民眾連結上福利資源，對於自己可以享有服務的感受，大部分也珍惜並心存感激。照顧者提到不管是居家服務的社工或是失智共照中心的個管師，可以針對他們的問題提供解答並連結需要的資源。

「重大傷患好像是 B 級，甲級、乙級，後來我打復康巴士，根本都輪不到我，因為他說你是乙級，你沒位置了，所以其實我沒有享受到，然後後來還有一個他們介紹說付錢的，付錢好像 60 塊，那個就有，可是要 5 天前就要打電話，那常常我媽就是一有問題就要去。」

「對，（機構）真的把我爸爸照顧得很好，回來每次參加活動我載我爸爸我都跟他講，你（機構主管）對我爸爸這麼好，我跟他講你們有需要我能夠做的我都去幫忙，這回饋嘛！他說沒關係你就只要開車幫我們多載幾個長輩，我說這沒問題，就是這樣開車去，我已經參加 2 次了。」

（二）創新與精進

照顧者建議對於長照 2.0 的增加福利事項給予肯定。在使用上照顧者提到服務的精進，覺得長照 2.0 的服務比過去更符合民眾需求。

「現在還好，像臺灣大哥大有這方面來輔助，他就是有這方面，就陪同看診。沒有補助，就是配合叫車。比叫復康好。」

「我們那個診所的醫師...他們這些醫生會有一些義診，或者就附近的幫忙。那個醫生他就會去跟里長租（活動中心），那個錢到底是里長拿的還是政府拿的，我不知道，反正花了一筆錢，然後他的護理人員來幫忙，對，他就在那邊辦活動（健康促進），我覺得他有很有心做，他願意做.....我覺得政府要用這個方式把活動中心收回，譬如說交給長照中心、社會局，應該由他們來處理這方面的東西，而不是就丟給里長，里長就把他當作自己的。」

十年長照計畫 2.0 增加的其中一項服務為家庭照顧者支持服務，在這一項目當中包含了八大項服務：照顧者個案管理、居家照顧技巧指導、照顧技巧訓練、紓壓活動、支持團體、心理協談、喘息服務與電話關懷。而大部分照顧者雖然認識長照 2.0 的資源甚至開始使用，對於照顧者本身的服務與資源還是僅限於喘息服務或舒壓團體。

第五章 政府機關與學者專家訪談資料分析

第一節 中央政府訪談資料分析

長照 2.0 政策的推動，最核心的是衛生福利部與原住民族委員會。衛生福利部的部分，涵蓋了衛生與社政領域的資源布建，分別由衛生福利部的護理及健康照護司以及社會及家庭署主責。原民會則是由社會福利處為主，負責文化健康站相關工作的推動。本研究團隊分別對這三個中央部門的人員進行訪談，以瞭解相關政策的規劃方向與資源布建的構想。訪談之進行，先由研究團隊聯繫三個單位之首長，請其指派受訪代表，再由計畫主持人赴該單位對受指派者進行訪談。三個受訪單位，有兩個單位指派業務科科長受訪、一個單位指派專門委員受訪。

訪談的內容顯示，中央政府相關單位對於長照 2.0 的資源布建有相當完整清晰之規劃，且有明確的時間進程。從 105 年下半年政府開始推動長照 2.0 的試辦，即是以社區整體照顧模式--即 ABC 模式--為核心。社家署受訪者完整解釋此一服務模式的構想與初衷：

「ABC 其實是參考日本的服務模式，ABC 本身並不是一種服務，它是把服務串連起來成為一個體系，所以我們才稱之為社區整體照顧服務體系... 因為以前的服務很多都是照管專員評估以後覺得個案可能需要居服、交通接送、日照等，就由照管專員直接去聯絡那個服務單位，服務單位裡面居服有居服單位、日照有日照單位、交通接送有交通接送單位，每個單位就個別跑去跟民眾接觸。這樣其實比較是以服務單位為主體的。ABC 最主要的概念是轉換成以使用者為主體。希望從照專轉到 A 級單位，有一個個管師，可以讓民眾有一個單一窗口，因為有需求的民眾並不了解資源的情況，所以我們希望有一個個管師幫他搭配連結服務，所以 A 的目的是這個。但是因為 A 要去連到相關的服務，也就是 B，因此 B 的角色很重要。C 則是其中比較創新的點，讓以前的社區關懷據點和文健站再加強一些功能，讓這些以前都是以健康長輩為主的社區組織再往後延伸到長照的服務或預防失能，讓民眾在未進入失能之前就有一些點可以去

接受服務，這就是當初設定的目標。」

「A 其實有點是協助照管專員的功能，所以有更多的彈性，如果縣市政府覺得他的照專很強或照專資源夠充沛，他不設 A、要由照專直接做個管也可以，但我們初步規劃希望未來每個照專都要轉給 A，由 A 去連到 B 或 C，但是保留給地方一些彈性，重點是不管是由照專或 A 來負責，都會有一個個管的角色。」

至於 ABC 各級服務單位的資源布建目標數，也有相當明確的規劃，主要的基礎，是以地理區域的範圍，再考量不同的地區需求。中央主責機關目前對於 ABC 資源布建的構想是：

「希望 C 越密集越好，在剛推動的初期，我們是以三個村里設定一個 C 的目標在算，所以大概有 2500 多個 C 的規劃。那 A 的話，因為 A 主要就是做個管的部分，最初設定目標數是 469A。這是因為每個鄉鎮一定都有需求的人口，我們希望至少每個鄉鎮都有一個 A 可以來跟照管中心配合。目前有 368 鄉鎮，但是有一些鄉鎮的需求人口比較多，像板橋失能人口就 5 千多個，一個 A 是絕對不夠的...另外像烏坵人數少，我們就沒有設定要有 A。基本上我們是一個個地方去看，再依照失能人口的密度做酌增，這樣初步算出來是 469。至於 B 的部分，它是長照服務單位，我們希望最好是在 30 分鐘的交通時間以內至少有一個 B，所以我們當初是以國中學區為範圍，在日本也是以中學學區作為一個服務範圍。這是去年[105 年]剛開始試辦時設定的目標，105 年設定的，但在未來滾動式調整之後，因為我們希望明年更落實 A 就做個管，B 就是各式各樣的長照服務，所以看來 B 會增加滿多的，只要他願意且符合長照服務單位的資格，去跟 A 簽訂合作，就可以成為 B。」

衛福部在 105 年底及 106 年分別開放兩波 ABC 服務團隊的申請案，這兩次的申請，都規定服務團體必須聯合 ABC 團隊共同提案，不能單獨提案；且限定有提供居家服務與日間照顧的團體才能擔任 A 級單位。這樣的限制有其政策考量，也達成了部分政策目標，但也形成了資源布建的阻礙。

A 級單位必須綁日間照顧與居家服務，主要是以此為誘因，鼓勵有意擔任 A 級單位的服務團體，需先發展日間照顧服務，以促成日間照顧資源的成長。政府推動「一鄉一日照」政策多年，始終無法完全達成政策目標，長照 2.0 政策提供了另一個推廣日照中心建置的機會。照護司的受訪者就明確指出：

「以前就說要一鄉鎮一日照，但是沒有達到，但是因為 A 綁了這個之後，日照和居服就成長得很快。」

在 105 年 6 月底，全國日間照顧中心服務單位共計 158 間，到 106 年 12 月時，已大幅成長到 235 間²。

然而，A 級單位綁居家服務與日間照顧的規定，對許多有意進入長照服務的在地團體形成了阻礙。因此，衛福部在政策檢討後，已明確表示將鬆綁 A 級單位的資格，以讓更多團體能進入服務體系，加速資源布建的速度。除了放寬 A 級單位的資格外，C 級單位的規定也大幅放寬，同時也放寬必須 ABC 級服務單位必須共同組團的規定。社家署的受訪者說：

「未來在 107 年我們就會打開 ABC 組團的限制，當然他要繼續組團也很好。過去組團發現有一個限制，我們以民眾的角度來看，如果有一個民眾進到組團的 A，萬一 A 連結的 B 沒有那麼多元，他如果少了一個服務，他就連不過去，那其實對民眾的需求是沒有辦法滿足，我們是以這個概念出發，才說不一定強制要用一組團體的概念，而是他可以連結好多種 B，可以連各式各樣的長照服務，所以打開限制的原因是這樣。那 C 也是，過去的 C 其實沒有那麼密切的跟社區基層組織契合，所以現在才修正，改為從本來的在地組織的功能再延伸上去，所以他一定得連在一起，整體而言都是往開放的方式在走。」

主管機關欲加快資源布建的速度，除了放寬 A 級單位的資格外，另外就是在「長期照顧服務法」實施後，預期會有更多民間團體加入長照的服務體系。照護司的受訪者提到：

²此項數據由社家署提供。

「《長照法》實施後，只符合資格的都可以來成立長照單位，然後提供長照服務，你只要是合法的長照機構我就跟你特約，很多公司可能就會進來...也許有人質疑說為何要讓那些營利單位進來，但是我們考量到初期根本資源布建都還有缺口，我們沒辦法完全靠 NPO 或 NGO 去做，所以我必須要讓營利單位來加入，營利單位的出現對資源布建會是很大的幫助，而且也會帶動競爭...對接受服務的人而言他的品質也會提高...」

另外一個有關資源布建的重要議題，就是原鄉長照資源的布建。這部分牽涉到衛福部與原民會的分工，長照 2.0 的實施計畫中也訂有原民專章，顯示政府對此一區塊的重視。根據目前的規劃，原鄉地區的長照資源布建包括日間照顧、文化健康站、家庭托顧（含巷弄長照站）以及長照分站等四個面向。這四個部分當中，部落文化健康站（簡稱文建站）是由原民會負責，其他的三種不同資源的建置則都是由衛福部主責。

原民會於 95 年訂頒「推廣原住民部落老人日間關懷站實施計畫」，開始辦理部落老人日間關懷站，提供原住民族老人預防性與關懷性之照顧服務；104 年更名為部落文化健康站，105 年時已建置 121 站（原民會，2017）。原鄉部落的文建站可以提升服務能量而具有長照 2.0 體系的 C 據點的功能。原民會的受訪者如此說明：

「文建站是部落一個很重要的服務據點，所以我們希望它可以變成一個整合性的服務模式，衛福部當時在做的 ABC，它的那個 C 很多都希望跟我們的文建站整合。第一是因為在這個部落裡不可能健康老人在這裡，然後失能老人在另外一個地方，所以說希望是藉由文建站加強一些功能，然後讓它也能夠照顧失能者。第二個是因為原鄉真的資源不足，所以要鼓勵發展偏遠地區長照資源的話，就應該把文建站當成是一個長照的重要據點，它可以延緩失能。當然社會輿論也有提到說文建站一直用公彩基金其實是很不穩定的，覺得政府既然都已經有長照基金，而且都編了一個原住民長照專章，因此更應該把文建站納進來。」

「基本上文健站是照顧健康、亞健康的老人，而長照 2.0 裡面的 C 據點是照顧失能老人的，其實一個部落可以布建的點已經很少，為了避免一個部落會有兩個不同的據點，我們覺得盡量以文健站為主來接 C 據點，當時跟衛福部有這樣的共識。衛福部的的據點 C 其實就是希望文健站或關懷據點這些本來就在照顧健康、亞健康甚至衰弱老人的據點，如果願意做延緩失能就，算能成為 C 據點，而我們的文健站本來就有做延緩失能服務。」

原民會從 95 年開始推動「部落文化健康站」至今已有十數年，原鄉民眾多已熟悉此一場所，因此，原民會決定仍沿用此一名稱，而不採用長照 2.0 所使用的「巷弄長照站」。原民會的受訪者解釋道：

「在部落我們就不叫巷弄長照站，因為在部落比較不習慣什麼叫巷弄長照站，原住民大家很習慣叫文化健康站，我們已經推動了十年下來，大家已經接受這個名稱，而且我們想強調文化健康的概念，也就是在原鄉的地方，其實老人是很重要要傳承文化的資源，而非單純是被照顧者。」

原民會對於文建站的建置，也提出了明確的目標值。資源布建的原則，基本上是希望完整涵蓋一定規模以上的部落。原民會的受訪者說：

「我們整個部落大概是 748 個，我們有考慮到你不可能每一個部落都設文健站，如果只有兩三個老人就用家托的方式去照顧，如果希望老人可以聚集在一起，我們就訂最少是 20 個老人...如果部落比較小就不用設，可以用車接來去有設站的部落，用這樣的方式來估，結果是 380 個，差不多將近一半，其實也是個概估，原則是希望老年人口大於 150 的部落都可以有...再來是都會區，我們發現有將近一半的原住民都到外面來，有些不見得會回去，或者有些老人家會跟著小孩在都會...所以我們從去年開始開放都會區來申請，去年就總共有 7 個申請。」

106 年的文建站布建目標數是 185 個，但實際上累積的設立數是 169 個，並未完全達成目標。原民會的受訪者提出解釋，主要是因為今年的計畫公布較晚，7 月份才對外公告，8 月份才接受申請，有些有意願的團體評估後，決定等下一年從年初開始申請，以利執行一整年的計畫。

第二節 地方政府訪談資料分析

自衛福部於 105 年底推動長照 2.0 計畫，地方政府在中央的政策要求下，也同步啟動長照資源的布建。地方政府的相關人員回顧政策啟動初期的狀況，普遍的感受就是政策步調相當急切。一位地方政府衛生局的同仁回憶道：

「去年就是很趕，我覺得應該是政策性的關係，那個林萬億政委跟呂次，就是他下鄉到二十二縣市講長照 2.0 的說明會，講完說明會完沒多久，就召開 ABC 的那個社區關懷整體照顧模式的說明會，開的時候，才講明這個試辦計畫要怎麼提案，然後講完兩個禮拜，就要求要提案...那時候有要求，就是提案的標準都訂出來，而且只有在說明會說，一說完，然後兩個星期要提這個計畫，然後他又有限制，就是一個縣市只能提一個案...因為那他那時候公告了 ABC 的資格，A 的資格就是要日照加居服，那去年我們的日照加居服有符合這個條件的，就只有 xx 地區的 00 團體，所以我們也變相的就只能提 xx 地區。」

「那時候我們說明會回來，我們衛生局當時的科長，跟社會局的同仁立馬卡位，就做分工，因為時間太趕了，所以我們要在三天內趕快邀集其他的單位，那其實邀集單位，他其實資格限定的非常明確跟嚴格，譬如說 A 就一定要日照加居服，所以其實也沒有別人了，就只有 00 團體，然後他要求他的 ABC 一定要在同一個行政區、不能跨區，所以只能找 xx 地區的服務單位，然後 AB 都要是既有的長照服務單位，所以你的 B 一定只能找 xx 地區的，而且已經跟衛生局或社會局簽約是長照服務單位的喔，所以我們就會開始篩，然後 C 的話就是可以從社區關懷據點，或是鄰里你有合作的，然後申請起來，所以其實資格都很明確，而且很嚴格，所以我們一說明會回來的時候，就依照社衛政分工，就是因為 A 已經很清楚了，所以就是找 B，然後我們去找我們衛政的長照服務單位，然後社政找社政的服務單位，然後約馬上開協調會的時間，就是把所有 xx 地區已經有簽約的服務單位，全部邀來開會，跟他講 ABC 的試辦計畫，然後 C 點的話，因為社區關懷照顧據點是社會局這邊主責，所以那時候專委就是有指示社區關懷據點的負責人去篩選，就是篩選該區具有

潛力的社區懷據點，請他們一起來開協調會，好，那就是在當禮拜，就是趕快邀集有意願的單位來開那個協調會，在協調會裡面，跟所有的單位介紹中央說明會的簡報，就是跟他講說提案有什麼資格，然後有什麼單位，寫什麼計畫書等等的，然後就很趕...」

上面這兩段敘述，明顯地呈現出長照 2.0 試辦初期地方政府與民間團體作業的急迫。同時，也因為第一階段試辦計畫對於 A 級單位的資格界定較嚴，加上時間的壓力，使地方政府在準備提案時，並非依據完整的資源盤點與需求規劃，而是以符合資格條件的 A 級單位之所在地做為試辦的地區。

初期 A 級單位必須綁日照與居服的規定，也形成了醫療機構欲成為 A 級單位的障礙。一位地方衛生主管機關的承辦人提到：

「一開始就是因為他的那個 A 的資格太硬了，就是你必須有日照加居服。醫院要做居家服務真的很困難...因為他要養很多照服員，然後又是做比較照顧性的服務，醫院他本身就已經是醫療服務很重的一個部份了，所以以醫院方醫療的角度，那他比較不會想要去擴那個居家服務的部分...xx 醫院也是卡在，因為日照這個是社福設施，他的那個建照的類別裡面，組別是在 H 類，可是醫院因為他是醫療的設施，所以他是最高的那個，F 類別，然後以 xx 醫院的立場，他會覺得說，我如果要做日照，我就一定要通過使用執照這一關，然後可是他不要變成 H 類，因為他好不容易才拿到 F 類的使用執照，在醫院端，他們都會覺得說如果 F 變 H，在這個建築類別上，他好像會覺得降等了。」

針對醫院投入日間照顧而導致的建築物使用執照的議題，後來經中央函示，改成可用增列的方式，亦即維持醫療設施的 F 類，但可同時增列社福設施的 H 類，消除了醫院對於建築無使用執照的疑慮。

此外，由於社區整體照顧模式規定必需要以 ABC 三級服務單位為服務團隊同時提案，在確定了 A 之後，還必須有 B 級與 C 級單位之加入。在時間緊迫，且各界對於相關政策的瞭解仍屬模糊的情況下，這個部分的工作也充滿挑戰。一

位地方政府的受訪者提到了當初在原鄉籌組服務團隊的辛苦過程：

「因為 xx 地區都是在地人，他們已經有認識當地的團體，然後他們就是有很主動地去做協調跟面訪，然後他們原本想要找的 C 點是很好的，就是已經做社區關懷據點很久了，或是在做文化健康站的，然後可是當初一開始試辦的時候，他（中央）跟我們講說資源不重複呀，你有做文化健康站的不能重複補助，然後因為那時候規定的不是很嚴格，然後他們（服務團隊）也希望跟原民會做合作，社家署的態度會覺得你文化健康站也可以加入 C 點，那原民會他他覺得我要做自己的。那個原民局也有一起來開會，他說他沒有接到指示說文化健康站可以加入 C 點，所以文化健康站都不加入 C 點。而有能量的社區關懷據點也都是在觀望。最後我們 C 點的產出，真的是就是他們有認識，又靠原鄉地區教會的力量，完全是素人，他們完全沒有做過長照領域的工作，也沒有做過社區關懷據點的...」

「我們當初協調會找的對象，是我們（地方政府）把他 call 進來的，全部就來一起開會，可是他們後續的協調，就是讓我們很挫折。譬如說我們找了 00 團體，也找了有跟我們合作的醫療院所，可是都是拒絕拒絕..然後文化健康站也拒絕。因為剛開始試辦嘛，原民局決定文化健康站不參加，因為原民會沒有下達命令說可以；然後再來醫療院所都在觀望，跟我們有合作的，都在觀望，因為不確定這個試辦計畫是怎樣，所以後來找到的這兩個 C 點，是完全沒有長照經驗的，而且也沒有做過社區關懷據點的...有一個藥局非常有名，有興趣，他要做 C 點，可是後來也是被刪掉，就是中央說藥局不可以加入這個 ABC，所以就完全不能進來...」

在第一期的試辦階段，由於民間團體對於長照 2.0 社區整體照顧模式仍未充分瞭解，因而採取觀望的態度；再加上中央對於 ABC 各級服務單位的資格限制，造成了地方籌組服務團隊的困難。整體而言，服務團隊籌組的過程中，地方政府扮演了相當關鍵的角色。雖然服務團體可能在地服務多年，但通常習慣各自提供服務，遇到長照 2.0 的社區整體照顧模式，需要以數個不同層級的團隊共同合作提案，初期民間團體都還為建立密切的網絡，需要地方主管機關協助聯繫與溝通，

許多服務團體都是在地方政府承辦人的大力遊說之下，才願意參與團隊，加入試辦計畫。

有些地區因為在地團體的數量有限，但各部會的各项計畫與服務都同時需要許多在地團體來協助推動，也衍生出地方政府各業務局處相互競爭的狀況。一位地方的社政科長提到：

「因為這些都是要依靠民間團體啦，那有能量的民間團體，坦白講，就檯面上的就這些，像我同樣在開發社區關懷照顧據點，那我們還要開發巷弄站，那現在又很多哩哩扣扣的，像日間關懷，就很多不一樣的計畫在推動，他同樣都要據點，同樣都需要這些團體，那中央又說不行，你這個點只能做一個，譬如說，例如你要做失智症據點，你就不能做巷弄站，然後就變成說，我們行政部門，因為我們要滿足我們的KPI，所以我們就互相在搶那個據點有沒有，就像在搶這些團體的概念。」

面對服務團體資源不足的處境，地方政府採取的主要資源布建策略之一是協助服務館舍的建置。一位社政主管提到：

「那當然A單位，以日照來講啦，那我們社會局還有一件事，就是希望把一些公有的館舍，把他給整修好，或是把他什麼，或是說在這個新建物裡面去做規劃，那也許因為我覺得很多民間團體他是苦於他沒有那麼多資源啦，就是說我要找一個空間，我要自己的場地，我要做日照，他們可能沒那個資源，那如果我們有這些公有館舍，那他們是被我們請來，那等於就是說我們委託他經營管理，那也許比較有機會夠，把他們再帶進來做日照，那同時配搭他也可以做...醫事單位他們來做居服，坦白來講有點難度，那也許我們的社福團體，那如果可以來經營我們的日照，再附帶來發展他的居家服務，就會比較容易符合A單位啦，那我們我們關於這個A單位的策略上，大概是這樣...就是我們增加公家的館舍的空間，就讓他少掉這個成本啦，那他可以直接進來經營管理，那租金什麼的，他就是少掉這部分的支出，那看可不可以吸引比較多的單位進來。」

「那其實今年已經大半年過去了，那我們新增 6 個據點，以我們今年的目標，就是有一點距離，那坦白講，就是有一點飽和的那種感覺，就是說那當然，我覺得 xx（某縣市）他的據點，分布的也不是均勻啦，就是說比較鄉村一點的地方，像 xx 或其他區域，他可能就是他據點可能已經真的很飽和，他的里的涵蓋率可能已經到達百分之九十幾了，那像我們 xx 的這種都會區，他可能館舍空間本來就不大，甚至很多他沒有自己的活動中心或怎樣，所以他沒有空間提供服務，但是這些點，又是他需要這個，這種服務點的需求，但他又長不出來，因為沒有館舍可以提供服務，所以就是在開發上，就覺得說好像有點，比較效率沒那麼高啦...開發出來的這些民間團體，就是在量上沒有那麼多。」

在長照 2.0 資源布建的過程中，除了衛福部之外，中央尚牽涉到原民會等部會，地方政府的受訪者強烈地表達整合不足的感受。以下是一位地方政府社政業務承辦人的心聲：

「裡面有些服務就是牽扯不清啦...所以中央就是這樣子天女散花式的各自推展，那地方想要整合，可是各自的局處都聽他們的上面（中央部會）的啦...現在的整個機制，是希望藉由平臺來整合一些事，可是我覺得源頭（中央部會）他是沒有整合的」（另一位受訪者插話：「對，這個問題真的很嚴重！」）

政策整合不周全，對地方政府以及第一線的服務團體都造成了不同程度的困擾。一位負責原鄉地區資源布建業務的地方政府承辦人提到：

「從民眾端來講，他根本不知道 C 點跟文化健康站的差別，他也不知道 C 點跟伯公照顧站的差別，那他就會認為是一樣的東西。可是他會比較呀，因為經費給的不一樣，經費給的速度不一樣...我們是被民眾質疑的，他（民眾）就會比較，因為你裡面沒有整合，去了就是共餐嘛，就是做一樣的事情，也做預防延緩失能的課程，也可以做臨托，C 點社區關懷照顧據點都可以做這件事，文化健康站也可以做這些事，未來的伯公健康站也做這些事情，可是民眾就會比較啦...我們 C 點錢給的慢，那就沒

單位要接、沒人買菜...文化健康站，原民會是馬上給錢喔，預撥錢，而且核定非常快速...然後民眾也會抱怨說，你看人家的那個服務呀，就是錢那麼多，可以吃那麼好呀，怎樣怎樣，就是開始比較呀，然後你也很難去解釋，就是造成很多的紛爭。」

提案通過之後，地方政府的壓力沒有稍減，需繼續緊步跟著政策的進程。一位承辦人這樣描述當時的狀況：

「然後那一陣子非常地恐怖，因為那時候提案一通過，好像隔不到一個月，馬上要全臺灣，他有壓日期，要做那個揭牌的記者會...」

整體而言，地方政府在推動長照 2.0 的感受就是政策步調快、必須快速跟上。面對這項新增的業務，即使中央在 106 年度共補助了地方 152 名的業務人力，但地方政府業務人員仍覺得工作吃緊、壓力巨大。

第三節 服務團體訪談資料分析

許多加入長照 2.0 社區整體服務模式的團體都是長期提供失能老人服務的在地團體，對於服務的狀況相當熟悉，也樂於加入長照 2.0 的服務，但初期會加入長照 2.0 的試辦，有很大的程度是受地方政府的影響。一個 A 級單位的督導提到：

「就被叫到 xx（縣市政府）去開一個會，跟你講你是 A，就 A 阿這樣。」

這個團體直接被市府指定加入長照 2.0 的試辦，並指明要其擔任 A 級單位。該市府的指令背後，也有不得已的苦衷。中央規定長照 2.0 第一階段社區整體照顧模式的試辦，必須以 ABC 服務團隊共同提案，而 A 級單位的資格必須有提供長照與居服，而該縣市內當時符合資格的團體數量相當少，以致該團體的督導覺得還沒理解長照 2.0 是怎麼一回事，就立即加入服務行列。在對另一個偏鄉的服務團體的訪談中，也發現類似的狀況：

受訪者：「那我後來去了解的時候，欸！他們前期的談，就是怎麼去營造這個 ABC 一出來的時候是，縣府把 xx 團體，然後把其他三個 C 點叫過去開會，然後就是說要不要接，也不管你們要不要接，就是叫你們接就對了。阿然後就這樣。」

訪談者：「C 點是他們選的？」

受訪者：「對。」

訪談者：「三個點是他們選的？」

受訪者：「有聽 C 點的人在說，就是他去跟他們說，就拿著一張表單跟他們說，來吧你們就是 C 點，簽了你們就是了。然後就說好，哦！然後就變 C 點了。而且好像也變成是說，沒有告訴清楚說為什麼要接 C 點，你做 C 點有什麼好處，還有就是今天我們要來跟你討論的是什麼，應該都有這些前置嘛，聽起來是沒有的。」

儘管團體尚未清楚瞭解長照 2.0 的精神與內涵，但許多團體還是在地方政府的指定或鼓勵之下參與了社區總體照顧 ABC 團隊。而計畫書也是在地方府的大力協助下才得以完成。一位 A 級單位的督導說：

「我不知道為什麼是叫 2.0，然後寫計畫的時候...大部分都社會局在寫計畫，然後我們再跟著他去審查那個過程，反正就過了...」

受訪者：就是你（地方政府）交辦一件事情，然後我們就做了，然後不知道它這麼可怕，現在（笑），如果有早知道的話，對，當初就會中途退場了。

訪談者：那你所謂的可怕是指？

受訪者：就是做的時候不知道長照 2.0 是什麼，我們聽過長照沒有聽到 2.0，那想說長照我們本來就有在做，做了十多年應該 OK 了，阿就已經開始做了，然後後來就變成知道 2.0 後面還有這麼多事情的時候來不及了。

地方政府的態度與投入，對於服務團體的投入相當重要，甚至，地方政府的支持度可能直接影響服務團體的參與意願。一個偏鄉的 A 級單位提到，當初要決

定設置日照的地點時，曾接觸過縣內不同鄉鎮的首長，瞭解其態度，最後因某鄉鎮長的支持度最高，就選擇在該地設置服務據點。有了鄉鎮長的支持，才能順利解決服務場所的問題。這個團體的 2 位受訪者提到當初服務場地協調的過程：

受訪者1：就像早期的這個空間，如果鄉長他認同這種照顧服務的話，他一定很願意說這種空間來使用。

訪談者：所以這是公有的館舍？

受訪者2：這是鄉公所建物，但是長期是老人會在使用。

受訪者1：你要說服老人，之前這空間很大，都是老人他們下棋阿或是一些娛樂空間、唱卡拉ok。

受訪者2：雖然很老舊，沒有這麼現代這麼乾淨，可是老人家就會覺得這是一個很有情感的地方，其實前面是有一段血汗歷史，他們誓死守在這裡...甚至鄉長有那個遠見跟魄力可以說服老人家，忍耐他們當時的罵名也沒關係，然後堅持做，有這樣的東西，一些我們的社區活動包括街牌儀式邀鄉民一起過來看，原來鄉長這樣做是對的，但前面要先被罵。

訪談者：所以他願意承擔。

受訪者1：前面被罵很慘。

受訪者2：就是鄉長也是認同這種長照的服務、在地深耕。

這個團體的2位受訪者很明確的表示，當初若非鄉鎮長大力的支持與積極介入協調，原先的使用者不可能讓出既有的館舍做為日照中心使用。而鄉鎮長的支持不僅協助解決了服務場地的問題，也是活動宣導與服務推動的重要助力。同一個單位的受訪者提到：

受訪者1：大家長（鄉鎮長）支持，那後面的一些村長阿、地方部落首領那個支持就會帶的動，支持度就高。

受訪者2：我們大小活動在邀請大家長都會來，他來就會帶村長一起來，我們在合作上是清神的，目標一致共同。

訪談者：這個可以轉換到你們譬如說案源、服務、民眾...

督導：有，個案他們根本還沒使用就先肯定了。

開辦初期的急促，導致許多團體是在不瞭解長照 2.0 的情況下加入服務體系，一位 A 級單位督導提到：

「我們自己計畫裡面提的東西跟他(衛福部)講的是完全不一樣的事情，(我們)對方案本身的認知，就是這個方案到底是什麼，一直到今年的，起碼要再 7 月以後才更清楚這 17 項...」

「我一直聽不太懂他們說 2.0 裡面社政要長出衛政的服務，衛政要長出社政的服務，我一直不知道他們到底要長什麼？」

另一個偏鄉的 A 級單位的社工說道：

「其實也是卡在不太清楚的狀態，連我進來我那時候跟我督導跟我們主任討論的時候，她就說應該照中央政府頒訂的那一套模式去執行，可是等到我們要進來執行的時候，怎麼好像跟他們當初講的不一樣...」

由於對服務的不瞭解，也導致之後在服務的推動上，以及團隊的合作上，難免有許多需要協調與磨合之處。一位個案師提到了和縣府對於服務推展的歧見說：

「那縣府那邊就一開始就希望說你趕快去開發個案，有很多個案等著你去開發，你趕快去開發。不過其實我先前就有跟我們主管談說，你要進去開發這些個案前，是不是應該要先讓他們有對長照 2.0 認識再去做...有些民眾根本不知道這是在幹嘛。」

某個單位在 103 年才進駐某鄉鎮進行服務，但因為有提供日照與居服，符合 A 級單位的資格，但其團隊裡的 B 級與 C 級團體已在當地服務了更久的時間，因此在一開始難免有尷尬之處，以下是一段與該團體督導的訪談：

受訪者：「這幾個ABC點...我們相對在xx鄉鎮是菜鳥...那相對於其他B、C單位，他們是老前輩，所以我們在江湖地位上其實對他們有一點冒犯...」。

訪談者：怎麼說

受訪者：該怎麼說？ABC怎麼樣都有一個階級在，因為妳選了ABC這樣的一個形象，那我們明明就是菜鳥，然後跟人家說xx團體是B我們是A，就是剛開始磨合了一點時間，到現在還在磨合啊！就是心裡多少會有點不舒服。

訪談者：所以感覺上A就是誰是老大的感覺是嗎？

受訪者：對，因為她選了用ABC這樣的形式、這樣的符號，妳選了這個符號大概就是那個階級的味道就在那邊了，怎麼跟他說我們心裡沒有階級這個沒有用啦！...我們後來都講巷弄長照站、專業服務站跟小小的服務據點這樣，都慢慢把那個ABC...沒辦法去掉啦！」

除了地方上的先來後到，以及不同層級的服務團體隱含的階級差異之外，由於ABC團隊的組成很多是出自地方政府的規劃，而非服務團體自主的結盟，因此也使得服務的合作上，難免出現認知與期待上的落差。一個A級據點的督導說：

「這個(ABC的合作)挑戰性很大，因為他不是同一個單位，跨部門而已，是跟別的團隊工作...我現在的角色我要去督責C，我要看著B，他們的服務量服務進度到哪，我過去不用，我只要看現在這個個案需要什麼資源，他需要你的資源我連結給你，就是需要幫你做連結，可是我不會去督責你服務多少案量，服務的品質怎麼樣，可是現在ABC的角色就會需要去對A對B有這樣的角色，然後需要服務報表的時候，我不是彙整我一個A，還要匯整B匯整C，我覺得這個有點難度，而且很少是會有這樣子的工作模式...這個需要做很多的跨越，也要讓B跟C認同，因為我想這麼樣不見得他可以，願意配合。所以起初我們要一起開會，連一起開會都不是容易的事。到慢慢過程中建立了信任關係，才能夠有現在合作的平臺。之前其實是，為什麼是你主導、為什麼要聽你的，還是會有這種氛圍在。」

另一個單位的督導在談到 ABC 團隊的合作時，舉出實例說明有些單位不願意收狀況不佳的個案，使得各級服務團體的角色不清。督導說明該案例的狀況：

「剛好這個家（照顧者的）老公臨時去世，她（照顧者）必須處理她老公後面的事情，那個案怎麼辦？我說那可不可以轉到當地的日照，他（日照中心）說對不起我不收，他覺得太重症，可是我的家托可以收為什麼你不能收？照理講日照應該是最可以收，因為資源最多的你反而沒有辦法收，我說為什麼不行？他說我的人力沒辦法。可是你是日照啊！那我這個個案我已經顧他兩、三年了都沒有問題，只是短暫一個月你不行嗎？他說對不起，我不要。這個個案就只好托到 C 站裡面去...就等於他拒絕我也沒辦法，就只好轉到 C，C 說好，我收。可是人家資源比你更不好的願意收你為什麼不收？以後都覺得反正我就拒絕，我不一定要，反正我的資源、人數夠，因為大家都搶日照，我就挑最輕的，不用挑很重的，所以就很難講我的這個服務面向怎麼樣去界限、取捨，對我來講這是目前的問題。」

一位 C 級據點的服務人員則如此說道：

「在我來看 A 支援不了什麼，AB 都支援不了我們 C...就有時候我不知道他們 B 級做什麼，我 C 級都感受不到他可以支援我什麼，A 級我只會感受到他丟一堆人下來給我們做服務然後就沒了，我除了開年會報我們都感受不到什麼，我們現在的感覺是我們 C 級在獨立作戰自己在搞自己的...」

至於在整個長照 2.0 的推動過程中，服務團體抱怨最多的，是政策的變動過於頻繁。政府強調長照 2.0 的推動是採取滾動式修正，並根據實施的經驗隨時調整後續的執行方式。然而，民間服務團體未必瞭解政策轉折的思維與過程，只是強烈地覺得政策的方向難以預期。這也影響了民間團體投入或擴張長照 2.0 服務的意願。

研究團隊在某偏鄉進行訪談時，剛好媒體報導長照 ABC 服務模式將有重大改變，未來 A 級單位將不受限於必須有提供日照與居服的團體。中央此一政策的

改變是要增加服務團體的彈性，但對服務團體而言，卻是再度感受到政策的變動性。

一個長期在偏鄉服務的團體，當初因為沒有做日照，所以無法擔任A級單位，只能擔任B級單位。機構的主管對於A的資格鬆綁的消息，表示：

「B是因為我們在當地沒有日照，所以只能做B，可是我今天聽到最新的訊息（A級單位鬆綁），我突然間聽到有點shock，完全！」

一個偏鄉服務團體的督導表示，由於不瞭解中央的政策轉折，而中央的作法又時有改變，最後乾脆忽略中央的訊息，遵照自己既定的步調進行。她說：

「今年完全是混亂期，我完全不知道他們在做什麼，我都自己做自己的，我按照我當初寫的計畫，開始走、開始修然後加一些，大架構不變，但我加一些我的能量、資源進去，所以他們在講改變的時候，我說反正那是你們的事情我不管了，因為講那麼多我也聽不懂，一直在改變，我就不知道到底想要做什麼？原本我很清楚，結果我很模糊，到最後我算了吧！就先做出我覺得我要的東西。」

另一個偏鄉的A級團體受訪者提到，本來正打算到另一個區域去拓點，並與在地的團體溝通，規劃於另一個鄉鎮組成ABC團隊，但因為聽到這個政策變動的訊息，而暫緩了拓點的計畫。她說：

「政策不定啊，很剝耶。」

「因為現在就是不確定A的角色會怎麼轉換阿，最新的新聞嘛，前兩天，就是A要負責照顧計畫，又有聲音說照專的評估也要A做，C的部分...他說ABC就是變得有些彈性，彈性怎麼樣...我們其實本來自己規劃下個月就要去xx（某鄉鎮）開ABC這種模式的合作說明會，我們現在都打住了，因為我們連自己都不確定，不敢去再進一步。」

「很多話不敢承諾不敢講死也不敢去做太多規劃，因為會變化...就會有擔心...當我自己都不確定了，我們怎麼去跟要合作的人談合作？」

至於在服務的面向，服務團體碰到的主要困境，是服務的宣導不足、經費與資源不足、經費核銷的流程冗長以及人力的不足等。

社會大眾對於長照 2.0 政策的瞭解尚未普及，連帶地影響民眾使用的意願，導致服務團體要花費更大的力氣說服失能者來接受其服務。資源不足的部分，包括人力費用、交通資源、館舍維修經費、偏鄉服務人員的加給、服務機構的行政費用額度等等，都是服務團體抱怨的對象。以下是不同受訪者表達的意見：

「其實（C級）一個人的能力當然是不夠的，其實那些長輩是，其實你在臨托上，在照顧上，這些事完全需要考量的，如果給你最多一比四的人力，就一般人力的話，你就一定會超過這些，這些長輩一定會，就在ABC整體照顧的話，他們需要照顧的服務，量會慢慢的再增加，不曉得是說，如果說上面他們怎麼搭配在一個據點，如果說他們配置兩年，基本上有兩人到三人的人力當然是最好，但不曉得中央之後會怎麼做人力上的搭配。」

「他們（中央）給了我們很多的資源，相對的自己機構要提出來的人力物力財力也是不少。他對這個空間ABC有一個要求，A跟B必須預備一個日照以外的空間，要能夠接待社區的空間，他對這個空間補助40萬，可是我們自己這樣子弄下來這個破百萬，其實我機構要貼得更多。」

「他有補助巡迴車，但是巡迴車的部分，他有補助一臺車跟司機，但是其實我們自己整個交通、接送上，我們會考量隨車人員，那個部分就會佔掉我們自己內部的人力跟資源...然後一臺車如果同時有別人也需要這臺車，一臺車有時候是不夠的，所以我們也需要調其他日照的車。或者用我們的公務車下去跑，其實那也是自己機構的資源。」

「我覺得（經費運用）彈性可以再大一點，他的行管費或者是核銷匡列的項目，你給的錢其實真的就是1、2萬塊錢而已，你不要讓1、2萬塊還要讓我

們去吵說，就是那個內容是被中央匡列死了，就是以現在這個年代你竟然不給網路費，他的行政費裡面是沒有網路費的，就是這種東西還要讓服務單位，就是錢不多然後你要讓服務單位去就這種東西來跟你吵，太虛耗能量了…（行政管理費）百分之五太少了，因為每個地區的特色不一樣，如果你核定的經費沒有，那當然從行管費去支，那就不能把行管費彈性限死說只准列那幾項，然後百分比也太少了，想要這個案子更多彈性、更在地化，你彈性要給人家啦！」

「像現在十一月嘛對不對，我們據點現在一到六月份的錢才剛下來，你看我們怎麼過來我們怎麼活過來我們都搞不清楚了，所以我們都會自己拿家裡的錢出來墊阿。」

第四節 學者專家焦點座談資料分析

研究團隊在北、中、南區各舉辦一場學者專家的焦點座談，針對長照 2.0 資源布建的相關議題，進行深入的討論。焦點座談的討論大綱詳如附件 1-3。每位與會的學者專家都在學術上與/或實務上長期參與及關注長期照顧的發展，對我國長照 2.0 政策發展都有深入的瞭解與看法。此部分主要針對與會者提出的長照 2.0 資源布建的相關議題進行整理與討論。

一、政策變動太快，第一線不敢跑太快

政府推動長照 2.0 政策的步調相當迅速，且滾動式機動修正相關作法與規定，以致各界難以掌握政策的最新狀況。與會者說道：

「包括從地方到中央，包括各單位主管，其實包括地方主管機關，很多人也常說這些他自己也搞不太懂。那我們有時候碰到一些問題在打電話問承辦人的時候，他說最近又改，你什麼時候再打來問，其實我說實在他們自己也常常模糊不清。」

「現在地方政府要面臨的是中央不斷的修正與改變，然後修正到最後我們就不知道如何去回應民間單位。」

「從專家學者到民間單位，十個人有二十種說法，所以我們就發現那這個方案已經變成太複雜了，複雜到一定會失敗，為什麼呢，因為當大家都沒有共識的時候，各自去滾動、想像的時候，他就沒有辦法，而且他把整個力量都整個消耗掉。」

其實，政策在推動過程中面臨修正，是必然且可接受的狀況，但因變動的速度較快，未能讓相關人員及時掌握政策變動的脈絡，並瞭解未來長期的發展方向，以致地方政府與服務團體不敢加速資源布建的腳步。一位與會者指出：

「我覺得政策方向應該是要不斷去做修正與改變，但是現在都不明確，讓一線執行單位不知道這個大方向該如何去執行，地方政府機關也不知道中央這個大方向是希望做怎樣的規劃...那我們在實際執行的時候也發現很多服務單位有恐慌，不知道未來會如何，就不太敢去投入。」

二、ABC 的規劃與彈性

長照 2.0 初期政策的推動，以社區整體照顧服務模式為重點，這種創新的服務方式，成為與會者討論的焦點。與會者大致肯定這種整合性的服務模式，此一模式從個人的角度來思考，試圖整體性地滿足使用者的需求。但在執行面上，則引發不少的異見，包括：須以 ABC 為團隊共同提案、A 級單位必須綁日照與居服、服務網絡設定在 30 分鐘車程內、須有 17 項服務等。以下是與會者對於社區整體照顧模式所提出的意見：

「我覺得沒有綁 A 的資源反而會長得比較快，你知道為什麼嗎？因為我舉 C 做例子，當時因為要綁 ABC 的時候，C 一定要 A 才有 C 嘛，所以很多地方的社區關懷據點要增加變成是 C 沒辦法，當地沒有 A，那這個在什麼地方發生最多，就是偏鄉，偏鄉才是我們更需要關照的。可是偏鄉比較缺乏 A。」

「當初在申辦 A 在設置資格其實是有說明要有居家服務跟日間照顧，已經現有的服務單位才能夠去承辦 A 級的照顧計畫...現有提供日間照顧和居家服務醫療院所是比較少有這部分的代表性，所以會看到 105 年第一波核定名單 17 案中，幾乎都是基金會來承辦，當然也有醫院來辦，但那也是因為他們有基金會...所以就變成這些醫療院所進不來，2.0 除了往前延伸初級預防和健康促進還要延伸後段的居家服務、出院準備服務，但是因為醫療院所在第一波比較少，所以比較少去做推動...遊戲規則的設定，一開始就設限了...」

「政府是希望說 30 分鐘的車程以內，那我覺得這真的要看我們當地，不一定是說一定要車程 30 分鐘...偏遠地區或交通不便利的話，你可以以國中甚至你可以以國小校區...可是接下來實際上你的社區生活圈你要怎麼樣去定義，應該是要看他當地的實際的狀況，所以他還會有一個多元的選擇，只要當地的市政府、縣市政府我們可以明確地去規範我們這個日常生活圈，不一定是 30 分鐘的車程。」

「30 分鐘內車程獲得 17 項的服務，其實我相信站在資源配置的角度來講，不管是從公共衛生或是醫療資源的角度來講，這都不太可能做得到，尤其是我們臺灣，我們百分之七十到八十是那個所謂的山地丘陵地形，我們只有百分之二十到三十是平原。」

「那現在就變成說身障他有據點，然後那個好社區他自己也有據點，然後現在又一個照顧家庭照顧者的據點，所以其實到後來會發現哇！那個點好多，那當然有的是他一個點他同時做非常多的服務，那這個單位他本身的能量，如果說他的專業，他是不是真的有辦法這樣做，所以我自己會非常強調在地需求的一個原因是到底就他們這個區域他需要的是什麼，那我們是要讓他同時分布，就是同時散開，還是說真的我們應該用比較多的一個資源去 support 這個單位，讓他就在這個點，那他也送長輩來接受服務，他本身也是家庭照顧者，那是不是就在這個點就能夠做這樣的服務，那可能是比較經濟的，然後甚至比較環保的，或是說比較節省資源的這種做法。」

三、資源布建目標

中央明確地設定長照 2.0 未來各項資源布建的目標數，但是多位與會者對於政府設定的目標表達憂心，認為企圖心過大，以當前的條件與現況，恐不易實現政策目標。

「其實臺灣是一個社區或者我們講 **community** 並不是很明顯界線的地方，尤其是在我們比較都會區的地方，根本沒有什麼界線，你說一定要 3 個里或 3 個村併為一個 C，我覺得其實這個是有困難的...」

「譬如說我們序號 9 這個地方，失智照顧服務，那比較典型的是團體家屋，可是現在全臺灣也才 9 個單位在提供，那可能數據有點舊，應該是 2 年前，那實際上只有 14 個家屋而已，所以我們很難在譬如說短短的 3 年或者是 4 年，因為我們希望在 2020 年之內之前可以達到這個目標，那其實是很有挑戰性的。」

「小規模多機能如果沒有記錯的話，可能全臺灣現在才 30 幾家，所以其實我們真的壓力非常大。」

與會者提到在偏鄉的長照資源建置，可以結合當地的衛生所的資源，以達到普及偏鄉資源的目的。但有也與會者提醒，衛生所的工作項目已相當龐雜，應考量其人力配置與服務能量。

「其實偏遠地區最適合是衛生所，到處都有，因為衛生所本身就是個醫療機構，過去衛生所只有醫師、護理師，頂多一個藥師，其實要推動 2.0 偏遠的衛生所其實可以再擴編個治療師，物治或職治的部分，也有他的編制在，醫療機構要去進行這樣的服務是沒有問題，那這樣的好處是，全臺 368 鄉鎮或是偏遠地區都有衛生所這個編制在，其實是可以利用這個。」

四、政策推動時程與策略

政府在105年底開始徵選團隊，進入長照2.0第一階段社區整體照顧模式的試辦，初期限定每個縣市以提出一案為原則。此一作法使得地方上有參與意願的團體，必須先經過競爭與淘汰。

「第一波的時候大家都很熱忱嘛，所以衛生局就想要派他自己的醫師單位來做他的A，然後社政就覺得說你怎麼可以派醫師，因為我所有的長照服務都是由社政裡面的人在負責的嘛，那就兩邊就各自報不同的單位來PK嘛，所以在xx縣市就PK一次嘛。」

因中央設定的名額限制，使得在地的團體在縣市內部的評選過程就成了競爭的對手。第一波試辦的團體輔執行長照2.0之服務模式不久，中央就很快地在106年開放第二波申請，納入更多的團隊。有與會者認為服務團隊的快速增加，是造成政策發展爭議的主因。

「如果當時一直維持最早第一波的這幾個單位，這個事情不會到這麼複雜，因為那本來就是一個試辦，他本來就是在做修正，你再怎麼滾動也是這九個單位在滾動，怎麼會弄到全臺灣都在滾動呢。」

「其實2.0的提出來其實是好，整個資源也要擴充，服務也要擴充，這個企圖其實是非常棒。但是感覺上就是沒有準備好就開始一直做，而且講得很大要做得很快...我不知道臺灣為什麼要這麼急著布建?...那個試辦其實政策推出來是好的政策的方向，但是很多東西其實都還有很精準、都還要再磨合，但是一下子試辦從九組談到二十二組，今年又一百多組，我覺得很多東西其實還沒有磨清楚，就開始說試辦結束也滿奇怪的，很多東西都還不是很明確。」

「其實我們不需要那麼急著說我就是全臺灣趕快一次到位，因為我們做不到，所以我反而覺得應該是我們一個區一個區來，有一個區的經驗了，我們再推廣到其他地方去。」

「全臺灣目前敢說他可以執行率達到六成以上大概只有2個縣市...其他的縣市沒辦法，沒辦法有2個原因，第1個原因是我找不到老人，所以剛才00說我要搶老人，第2個原因是我找不到師資，所以我要搶師資，搶什麼樣的師資？搶那些可以來教延緩失能、失智的師資，可是因為找不到...我們為了要趕快設置這些點，其實我們就把很多錢就浪費在其實真的不需要浪費的地方，所以我剛才提到的一個狀況就是有很多原來不是日照的據點或中心，他因為看好這件事，所以我就趕快找人來寫，寫了之後，他拿到衛福部的補助，譬如說硬體的補助費106年度是50萬，107年度現在降到25萬...」

「本來應該只是一個實驗，選少數的縣市然後進行一些初步的這個就是邊走邊修訂這個空間，以我們過去在實驗計畫的經驗，要讓一個這樣子實驗性的計畫可以成熟，並且把可能的這些問題進行修正，大概需要三年左右的時間，但他在這樣子的壓力之下，他又加上首長的政治的選擇之下，他就變成一個全國性的方案，那後面的這一大串問題（都是源於此）...」

五、相對被忽略的機構式照顧需求

長期照顧2.0政策的推動將重點置於居家式與社區式服務，並強調延緩失能的服務，並依循著此等理念做為資源配置的基礎。但幾位與會者強調機構式服務仍有其需求，尤其是對重度失能需求者，不應遺漏在長照制度發展之外。

「今年我覺得從今年國家就挹注很多錢在著重在失能的預防，我相信這個很重要...我覺得說好像這1、2年好像很少聽到說機構的照顧服務品質或個案怎麼樣讓他再更好，好像完全忽略這一塊，其實我覺得都相輔相成，都很重要，所以我覺得看起來是有點失衡」

「我們也一直知道說國際場合是去機構化...我還是需要有一個機構，就是說我知道我要減少這樣的選擇，但是我還是有這一類的需要。」

「我覺得政府應該是他策略選擇有一點錯誤，就是他當時決定把資源放在百分之八十的人，中、輕度會遇到的問題，所以他布建了居家跟社區嘛，所以可能主事者有一點點是去機構化的型態，所以他對機構這件事他就不處理，先不處理，以致於在去年一點三萬的外籍看護工在長照 2.0 的第一年，過去每一年五年來每一年只增加四、五千人，去年一年增加一點三萬人，所以是什麼？就是那個重度的需求者其實沒有辦法在長照 2.0 中得到滿足。」

六、服務量的壓力與 ABC 團隊之間的競爭

社區整體照顧模式本來強調的是 ABC 各級服務單位的協力與合作，但由於各單位間過去未必有長期合作的基礎，且彼此有服務績效的壓力，有些在服務上遂衍生出「搶個案」的狀況。

「序號 2 居家護理跟 16 延伸出院準備服務跟 17 居家醫療，就我目前得到的服務提供端他們的訊息是這 3 個互相在搶個案，搶得很兇，現在不是合作夥伴的關係，有一點呈現緊張跟敵對的一個狀態...大家還是沒有就是很難在短期之內達到一個意見的一個共識，然後造成緊張關係...」

「當我要大量的陪出的時候，那那個要撐起這個業務的人在哪裡，所以就剛才碰到的那個問題，去搶，找不到人，或者是彼此去競爭。」

「那C大部份的普遍的回覆就是，A都把客戶帶走，然後像他A有一臺車嘛，所以...C就會說在替人家搶，在替A日照搶（個案）...」

「現實的狀況之下，就是衰弱的老人和健康的老人最忙的，所有的活動都是請這些人參加，國健署資源、照護司的預防延緩失能計畫都是針對這群對象而設計...很多都是衝人數，中央投了很多錢給地方政府也是需要績效，很多人不是因為有這個需求他們才來的，那都是給單位去寫計畫去執行，那單位就會去找人來參加...因為要湊人數而去邀請他們參加，那這現象就目前來看是非常多的...」

七、人力的資格要件

長期照顧的服務需要龐大的服務人力，除了近期媒體多所報導的居家服務人力不足外，幾位與會也同時提到照管專員的服務負擔與人力資源的議題。目前對於照管專員的資格限制，導致有些相關科系的畢業生無法符合資格，也影響了年輕學子投入的意願；而服務量過於龐大，也對人員留任造成負面的影響。

「以前的照專人數太少，所以他的 *care load* 太重，原來的估計是 1 個照專 200 個服務對象，可是我們現在可能是 1 個照專聽說到 600 個...已經都跑光了，因為大家壓力太大了...」

「因為我們現在照專就是 8 大類、9 大類的師字輩的人，這師字輩就是考選部的師級人員，那長照 2.0 現在的規劃有一件事情很好，長服法 6 月 3 號通過之後有一個地方很好，因為他把負責人開放了，你可以不是這些師字輩的可以做負責人了，可是照專這一塊還是沒有，他還是要師字輩，醫師、護理、藥劑、檢驗、放射、PT、OT，然後營養，然後公衛的，再加上 2 年經驗，可是...我們長照系的學生沒有機會，所以我們念了 4 年我們沒有機會去考照專...長照或老福的學生假設他唸大學念 4 年，其實他對老人的了解不會比其他的專業領域的人少...我們希望把這個照專的這個資格條件放...就是把他打通。」

八、資源的挹注與運用

由於政府力圖快速達成資源布建的目標，短期間內挹注大量的資源，不免造成資源重複的現象，也有與會者認為資源補助過於寬鬆，超過實際的服務需求。

「2.0 近來有很多的資源也是在重疊，比如說現在講到的新的對象，衰弱老人跟據點的老人...據點其實也給一次，那C什麼失能延緩又給，那C據點本來就有一個八十幾萬，然後失能延緩又給，其實對象都差不多啦，...就是資源一直在重疊嘛。」

「其實那個錢是花不完，我知道有些單位拿了 100 萬但是不知道怎麼用...方案很趕，大家拼命衝，反正有拿經費，我們自己也有送阿...我們

只有拿 50 萬，說真的要花完，不容易... 也很難核銷... 其實不用五十萬。」

有些情況則是服務單位申請不同的服務方案，各方案分由不同的政府機關主責，政府部門彼此缺乏橫向聯繫，導致資源的重複。

「他們之間（行政體系）的錢在撥的時候是各自撥的，可是他們都忽略了一件事情就是其實我撥的同樣的兩個部分的錢，可是我做的都是同一群人，然後就變成有一種狀況，就是他變成很容易一魚兩吃、三吃，類似這樣的狀況，其實這個對我們資源的利用來講，我覺得這是一件很傷的事情。」

「我們現在穿藍色外套，今天叫你多帶一件黑色的，今天早上來換一件黑色的再拍一次照，你來1次就等於來2次。」

也有與會者特別針對交通補助的部分提出看法，認為現行的補助方式必需要調整。

「其實在xx地區（某偏鄉）最重要的長照服務功能是什麼？接送！區公所有人捐贈一臺車，第一年給油錢、給駕駛，第二年就停在車庫了，為什麼？車在那裡沒人要開，為什麼沒人要開？因為沒有錢了，不補助油錢了，不補助司機的費用了，所以區公所的車就放在車庫裡頭。」

「現階段因為C點不多，針對他說希望三十分鐘內要獲得服務，那C點不多的狀況下，交通的使用率要提高，然而現在交通車就呈現不足的狀況，可是其實我的建議就不是太建議去補交通車，其實他就是一輛車，大家使用的時間重疊性很高，所以我就覺得應該要去把社區的資源，像我們就有去找一些無障礙計程車、復康巴士，像他們有冷門的時段，去和他們做結合。」

九、服務場館的限制

許多有心投入長照 2.0 都碰到場地館舍的問題。服務的場所難尋，或看中的服務場所不符合相關規定，或是館舍整建成本過高等，都是服務團體的難題。

「從在地來講...我最最最迫切需要的就是日照，可是日照你要能夠成立，他在空間特別是那個地目那個種類上，他有非常嚴格的要求，那我們不是說嚴格的要求不對、不好，而是說可能就要去思考如果今天這個區域他就是需要日照，那有沒有什麼樣的方式能夠去協助地方上有意願的團體去調整，然後是什麼樣的調整，是什麼樣的規範，他們其實會很期待政府能夠早一點在這個部分清楚列出來、說明白。」

「其實xx縣市有很多像這種社區活動中心，地都夠大，可是這些都是當時規格的安檢、消防，都不符合資格，那你只要動任何一個東西就遇到那個什麼營建、遇到那個什麼證，反正就是一大堆其他局處，其他局處只要有一個不肯，就是沒辦法，或是當時只是建了沒有維修，現在要用哪個名目來改他、來把他挖掉，這都不行了。」

「現在我們的xx地區那個我們現在是做一個社區關懷據點，然後他想是朝日照中心去發展，可是就會有一個問題就是他那個空間取得的問題，因為那個像xx地區他那個建照取得費用很貴這樣，據我了解要700多萬，而且很少人可以拿的到，所以我們在成立日照這個部分，就是空間的問題，就是地點選擇就是發生很大的問題。」

第六章 研究發現與政策建議

第一節 研究發現

一、有關服務使用者方面

(一) 長照服務人數穩定成長，但服務涵蓋率仍低

政府自 97 年推動長照十年計畫，計畫期間各項長照服務的人數穩定成長。105 年開始進入長照 2.0 階段，幾個重要的長照服務項目，包括居家服務、日間照顧等，服務人數均見持續的成長。然而，整體服務的人數佔總需求人口數的比率仍偏低。若以失能人口數為母體，則 106 年時接受長照服務的人數僅佔失能人口數之 10.08% 左右；若以全體 65 歲以上老人為母體，則接受長照服務的人口數僅相當其 3.66% 左右，顯示長照服務的涵蓋率仍有大幅成長的空間。

(二) 部分長照項目的服務人數不增反減

政府於 97 年開始推動長期照顧十年計畫，並於 105 年底開始長照 2.0 計畫。比較長照 2.0 推動前後（106 年與 104 年）的服務使用人數狀況，發現並非所有服務項目的使用人數均增加。較為明顯的，是居家護理、社區復健與喘息服務等衛政項目的服務人數，以及使用長期照顧機構服務的人數均明顯下降。顯示政府在長照 2.0 政策推動的初期，可能是將較多的資源與心力投入於社政項目與社區式照顧的服務，導致衛政服務項目與機構服務的資源未能同步成長。

(三) 各縣市不同服務項目的使用比率有明顯的差異

整體而言，長期照顧的各個服務項目中，使用人數最多的是居家服務，各縣市使用長期照顧服務的民眾當中，都是以使用此項服務者之比

率最高。然而，其他服務項目的服務使用者比率，在各縣市則呈現出相當大的差異。例如，輔具租借無障礙環境改善，宜蘭縣的長照使用者有 21.1% 使用這項服務，新北市的長照使用者僅有 1.2% 使用此項服務。其他如交通接送、居家護理、居家復健、喘息服務等服務項目，各縣市的使用比率也有相當大的差異。

(四) 服務使用者與家庭照顧者都有高滿意度與高支持度

國內人口結構持續快速地高齡化，失能與失智人口數亦快速成長，國人對此等情勢已有清楚認知，對於國家推動長照都持正向肯定的態度，即使對於長照 2.0 的財源籌措、服務模式、資格對象等等面向或有不同之看法與主張，但本研究的問卷分析顯示，服務使用者與照顧者基本上都肯定政府大力推展長照 2.0 之作法。在需求人口快速增加的趨勢下，加速長照 2.0 服務資源之布建，確是國人期待的政策方向。

二、在資源布建與成長方面

(一) 資源布建目標明確，整體資源穩定成長

衛福部現階段政策之推動，以社區整體照顧服務模式為重點，並於 106 年明確設定了各縣市社區資源布建的目標數。資源目標數的設定，主要是考量各地區需求人口的規模而訂定，地方政府雖面臨發展服務資源的強大壓力，但也多能理解中央政策目標的考量。長照 2.0 推展初期，因政策刻意地限制 A 級服務團體的資格，促成了各地日間照顧服務地點的大幅增加。但初期由於對服務團體的限制較嚴，也導致許多有意願的團體無法加入服務體系。主管機關已決定在政策滾動式修正下大幅放寬各級服務團體的限制，此舉應有助於未來資源布建的進程。

(二) 限定 A 級單位資格，促成居家與日間服務單位成長

長照 2.0 政策實施初期，政府以社區總體照顧 ABC 模式為推動重點。

同時，為了刺激居家服務與日間照顧服務單位的成長，限定須有提供這兩項服務的團體始能申請成為 A 級單位。此一策略確實促成了居家服務與日間照顧服務單位在短期內的明顯成長。居家服務單位的數量，從 104 年的 173 個，成長到 106 年的 238 個；日間照顧的服務單位，也從 104 年的 151 個，成長到 106 年的 228 個，短期內增加速度相當可觀。

(三) 部分資源布建目標未完全達成

在衛福部所推動的社區總體照顧服務模式方面，106 年時 ABC 各級服務單位的數量都符合預設的目標數。106 年時，全國設立的文化健康站數量也符合原民會所設立的目標數。然而，仔細分析各項長照服務單位的數量，有些項目並未完全達成資源布建目標。包括居家服務、日間照顧、家庭托顧等，106 年底時已成立的服務單位總數，均未達衛福部設定的政策目標值；其中，又以家庭托顧服務單位數與目標數的落差最大。顯示地方在落實資源布建目標上仍有相當困難。

(四) 社政與衛政服務單位的資源投入並不平衡

政府初期對於長照 2.0 業務的推動，重點在於社區整體照顧 ABC 服務模式的實施。分析 105-106 年通過成立的所有團隊的 ABC 各級服務團體的性質，可以發現，社政體系與衛政體系的投入相當不平均。有幾個縣市的 A 級單位全數均為社政團體或衛政團體；此外，除了 B 級單位以衛政團體為多，A 級與 C 級團體均是以社政團體為主力。尤其 C 級單位，社政團體的數量為衛政團體的 7.17 倍，差異更是明顯。

(五) 長照資源地區差異明顯

在對地方政府與服務團體人員進行訪談時，偏鄉的服務團體一致強調在地資源不足，導致服務資源不易成長。但有趣的是，分析各縣市長照服務使用人數時，卻發現幾個非都會型的縣市反而是長照服務涵蓋率最高地區。此一狀況，應歸功於許多服務團體長期在偏鄉耕耘服務，累

積深厚的服務能量，成為推動長照 2.0 的重要基地。同時，地方首長的重視與投入程度，也是影響在地資源布建發展的關鍵因素。有首長的帶領，相關業務單位的工作整合較為順暢，解決問題的速度也較快；同時，在首長的指令下，在地公、私部門服務團體的政策配合度亦較高。再者，地方首長的投入也具有政策背書的效果，能提升民眾對於長照 2.0 政策之認同度。

三、在政策推動與行政體系方面

(一) 政府部門的權責與分工未臻明確

長照 2.0 的推動，在中央牽涉到衛政、社政、教育、原民、勞政、退撫等相關業務主管部會，地方政府亦橫跨多個的局處。在長照 2.0 政策的推動上，中央各業務主管單位以及地方政府各相關局處對於政策分工仍存有許多不同之看法，這些差異也對長照 2.0 的資源布建造成不同程度的影響。例如，關於原民會推動有年之文化健康站經費是否納入長照基金，需要中央決策者之討論協商，因而稍微延後了辦理計畫徵選的期程，使得申請團隊的數量稍低於預期。而地方政府更是牽涉到社政與衛政業務單位之磨合，在許多縣市，二者之歧見仍當明顯，尚未找出最佳之合作模式。

(二) 各部會協調不足，造成資源重複

政府為推動長照 2.0，相關部會在短期內對地方政府與服務團體挹注相當可觀的經費，但各部會補助的項目與經費核給的標準並不相同，以致出現了一些資源重疊的狀況。一些能量較高的服務團體，同時向不同的政府部門申請多項服務方案，但服務的對象可能具有重疊性，以致影響資源運用的效率；同時，也因同時接受不同方案的補助，導致在經費運用以及成果呈現時，均不容易區分不同方案的差別。

(三) 政策採滾動式修正，變動過快且資訊不清造成困擾

中央對於長照 2.0 政策的推動，強調採滾動式修正，隨時做政策調整。由於社區整體照顧模式在試辦階段就陸續開放一百多組的團隊投入服務，堪稱規模盛大，因此，不僅辦理的情形吸引社會的高度關注，且任一項政策的滾動調整，也都牽動到數百個已投入服務機構，以及更多尚未進場的機構。政府隨著試辦所產生的各種狀況，進行政策的調整，以讓後續的政策推動更為順暢，但對地方政府與民間團體而言，每一次的政策變動都加深其對政策未來方向的不確定感。同時，許多政策的最新變動，地方政府與服務團體經常是先從媒體報導中得知，之後才有機會聽到主管機關的正式說明，更增添其服務推動的不安定感。

(四) 民間團體投入意願高，但政策面與法令面仍有諸多障礙

許多團體在長照十年時代即已開始提供相關服務，當政府推動長照 2.0，這些團體大都有高度意願繼續投入服務，甚至擴充既有的服務項目與規模。但許多團體因政府設定的服務標準與規格，以致無法加入服務體系，或是採取觀望態度而不願貿然投入。例如，服務的場地難尋、看中的場地難符合建築與消防法規、人員聘任的資格限制、經費核銷與撥付的流程等，都讓許多有意願的服務團體卻步不前，或是被排除在服務體系之外。

四、民眾對長照 2.0 的態度

(一) 各界對長照 2.0 政策仍欠缺完整瞭解

政府挹注相當多的資源投入長照 2.0 政策的推動，但大多數民眾對相關的政策內容仍不瞭解。民眾獲得資訊的管道，主要是依靠媒體報導，但媒體所傳遞的資訊未必正確；且媒體為吸引閱聽者，經常傾向於報導長照 2.0 較具有爭議的面向，甚至放大負面的訊息，可能影響民眾對於政府推動相關制度的信心，這是政府政策推動需要特別留心處理之處。

(二) 許多民眾習慣家庭照顧，對長照 2.0 的接受度待提升

許多照顧者長期照顧失能家人，已經習慣了此種照顧關係與勞務付出，對於政府提供的長照服務，可能直覺並不需要。此外，許多失能者長期由家人負責照顧，也已熟悉，要改為由不熟識的照顧者來提供照顧，也可能產生抗拒。因此，對於政府而言，除了加速資源布建讓服務盡快到位，也需理解照顧者與被照顧者的認知與態度，才能獲得政策預期的成果。

第二節 政策建議

基於長照 2.0 資源布建的重要性與迫切性，本研究之政策建議均為短期建議（二年內完成）。

壹、政策面建議

一、明確擬定政策推動階段與期程（主責單位：衛福部、原民會）

長照 2.0 政策之推動為我國當前極為重要之社會工程，重大政策之推動實應慎始，因為一開始的制度建置，可能框架了未來制度運作的規格與基準，不可過於輕忽急躁。況且，主管機關強調長照 2.0 政策是滾動修正，應定期檢視最初的政策目標，是否合宜適切；若政策實行過程中發現目標之設定有需要調整之處，亦可適時變動，毋須謹守不放。衛福部與原民會都明確設定目前至 2019 年的各年資源布建目標，若目標之達成有落差，雖可檢討修正執行面之作法，但亦須同時檢視最初目標之適切性；避免因強要達成政策目標，而採取不妥適之作為。例如，家庭托顧的資源成長狀況與資源布建目標差距極大，顯示此項服務之需求有待進一步評估。

二、平衡不同服務資源的發展（主責單位：衛福部、原民會、各縣市政府）

政府在長照 2.0 計畫推動初期，以社區整體照顧服務模式為重點，強調社區化的服務，在此一策略之下，社區式的社政服務項目之服務單位與服務人數成長最多。相對地，衛政項目以及長期照顧機構服務的人數反而下降。同時，各縣市長照服務體系中，社政與衛政團體的分布情形也大不相同。另一方面，各縣市原住民文化健康站的數量也有明顯的差異。衛福部、原民會與各縣市政府在未來長照服務體系的拓展上，應更加留意資源不均衡之狀況，同時強化社政、衛政與原民服務的資源，並兼顧社區式與機構式服務資源的發展。

三、提升經費補助之地方衡平性（主責單位：衛福部、各縣市政府）

各縣市獲得中央補助長照經費的金額差異極大。在現行的作法之下，服務團體能量越高的縣市，越能獲得中央長照服務經費的補助，可能導致未來各縣市的長照服務成為強者更強、弱者更弱的結果。對於長照服務能量較低的縣市，中央主管機關應協助其解決服務資源發展的困難，並在合理的範圍內挹注輔助性的資源，協助其進行資源的培力與輔導。資源較缺乏的地區，地方政府應善用自有資源，並努力引進外部資源，強化長照資源的布建。

四、強化各部會的協調合作（主責單位：衛福部、原民會、勞動部、退撫會、客委會、教育部）

長照 2.0 是國家重要政策，牽涉到服務提供、經費配置、人力培育等面向，各個面向都需要相關部會緊密的合作。除了主責的衛福部外，服務資源的建置需要原民會、退撫會與客委會共同投入；人力不足的問題需要勞動部與教育部的協助。在服務體系上，則應更強調不同體系資源的共享，例如，教育部與退撫會可努力釋出閒置的空間投入長照服務；衛福部與原民會則需共同協力發展原鄉的長照服務。

貳、執行面建議

一、加強政策溝通（主責單位：衛福部）

研究團隊在對地方政府與服務團體的訪談中發現，受訪者幾乎一致性地指出，政策頻繁的變動，不僅造成第一線服務推動上的困擾，也影響服務團隊積極拓點的意願。此種狀況實不利於長照 2.0 的資源布建。其實地方政府與服務團體大都認同中央採取的「滾動式修正」的政策推動策略，然而由於資訊溝通管道有限，無法及時獲得明確的資訊，導致各界對於政策的內容與執行方式解讀不一，而衍生困擾。因此，強化政策的溝通是未來重推動的優先事項。具體可行的作法包括：

（一）強化網路宣傳功能

衛生福利部目前設置長照 2.0 政策專區，提供重要的政策資訊，但資訊更新的速度較慢，且內容著重於政策方向的宣導，未能完全讓地方政府與服務團體瞭解政策變動的過程，也無法完全符合服務團體實務執行上的需求，一般民眾也未必能夠理解。建議長照 2.0 的專區可以增加「政策滾動研議專區」以及「民眾互動專區」。前者提供政府當前對於長照 2.0 相關政策的協商與討論之相關訊息，讓各界更瞭解政府政策轉折之過程與思考。後者則提供平開放讓各界提出對於政策的疑惑，並提供即時的訊息回覆。

（二）設置政策諮詢專線，隨時提供最新訊息

許多服務團體人員均表示，由於政策變動頻繁且地方政府業務承辦人流動性大，相關業務人員對於政策的最新資訊未必能精準掌握，因此，可由衛生福利部設置政策諮詢專線，當地方政府長照服務團體人員遇到對於政策疑義處，能及時獲得澄清與解答。諮詢專線可由主管機關業務人員輪流接聽，但在上班時間需隨時有人接聽，且接聽者需即時提供必要之資訊。

（三）善用科技，節省溝通成本

長照政策變動快，中央經常召集各地方政府與服務團體人員開會協商或進行政策說明。由於會議的通知經常處於時間急迫狀態，對於偏鄉地區的單

位而言，未必都能臨時安排好交通行程。主管機關可審慎思考運用網路會議方式，不必強求交通偏遠地區的人員都必須親臨會議現場出席會議。

（四）即時、權威的政策說明

媒體經常報導長照 2.0 相關政策之變化，但地方政府與服務團體人員經常在看到媒體報導時，無法瞭解其真實性，更無法透過媒體報導知曉政策變動的詳情，因而產生不確定感。主管機關可以由相當層級以上之官員（例如司署長以上），定期於網路長照專區進行簡短的網路直播（例如每月最後一天，直撥 10 分鐘），除了說明最新的政策成果之外，並同時說明政府刻正進行中的政策討論，並回應各界的疑問。

二、強化社會宣導（主責單位：衛福部）

許多民眾都尚不清楚長照 2.0 之政策內涵，對於服務的內涵亦不瞭解，需要強化政策的宣導。政策的宣導有賴中央、地方與服務團體協力進行。中央單位的宣導旨在讓民眾瞭解長照 2.0 的政策內涵與服務內容；地方政府宣導的重點在讓民眾瞭解在地的服務網絡與服務處所；服務團體的宣導重點則在發掘更多服務使用者。

中央單位的宣導，可運用的管道主要包括各種電子與平面媒體，也可多辦理全國性的大型宣導活動。地方政府的宣導，可結合縣市政府的所有局處，結合民眾聚集活動的場合，安排宣導活動；亦須結合民政體系，強化村里長與村里幹事政策宣導的角色。服務團體則應積極走入社區，發掘潛在服務對象；並強化與在地不同服務團體的連結，擴展服務對象的來源。

三、調整服務模式與政策用語（主責單位：衛福部）

長照 2.0 推動的初期，政府主打社區整體照顧服務模式，此種模式是由 ABC 不同層級的服務團體合作，成為服務團隊，協力提供服務。許多團體認為「ABC」三級單位的設定隱含著階級的意味，導致許多較具規模的團體都爭相想做 A；同時，也有許多想加入長照 2.0 的社區團體因為當地無具備 A

級單位的團體，以致無法組成團隊。衛福部已明確宣告將放寬 A 級單位的資格，同時未來長照服務團體只要符合規定，毋須加入 ABC 團隊亦能加入長照 2.0 服務行列。此種調整使得政策執行面更加開放，有助於資源布建的速度。建議未來可考慮修改 ABC 級團隊的用語，將社區整體照顧服務的團隊區分為「長照 2.0 個案管理單位」（即原 A 級單位）與「長照 2.0 服務單位」（提供長照 2.0 的 17 項服務中任一項服務的團體），而不再使用「ABC」之用語。

四、一致化資源補助標準與程序（主責單位：衛福部、原民會、客委會）

長照 2.0 政策推動之前，許多團體已在提供失能者相關服務；長照 2.0 推動後，政府短期間內挹注大量的資源，雖引導長照資源快速成長，但也引發了資源重疊的質疑。中央的衛政、社政、原民、客家等主管機關應更緊密地合作，明確範定資源補助的競合原則，避免出現資源重複之狀況。同時，對於類似的服務，即使政策主管部會不同，其方案之審查以及經費的支給與核銷方式等等作業規定均不應有太大之差異。

此外，在補助的項目上，應考量服務的整體需求與地區性的差異。例如，交通接送除了需要交通車與司機，尚須有隨車陪同人員，此等服務需求應列入考量。同時，對於範圍較大且公共交通不便的偏鄉地區，亦應依實際的需求給予不同數量的交通車補助。對於館舍設置與維修等的硬體費用的補助水準，也應考量實際需求，設定更大的彈性。

五、提高人力運用之彈性與保障（主責單位：衛福部）

長照 2.0 之推動需要增加很多各種專業與服務的人力。相關主管機關應通盤檢視各種專業與服務人員的任用標準與薪酬水準，尤其是須強化相關專業證照與大專院校相關科系課程間的連結性，儘可能讓相關科系畢業的青年學子能具有相關證照的考試資格，提高相關科系對青年學生的吸引力，並充實未來的長照人力。

此外，對於較難聘用到服務人員的偏鄉地區，應彈性放寬相關人員的學歷門檻等聘用資格，讓更多偏鄉的在地青年可以投入長照 2.0 的服務，並透過強化在職訓練來提升其服務能量。目前已針對偏鄉地區的居家服務員等服務人員提供服務費用的加給與交通的補貼，但由於偏鄉地服務使用者少，照顧服務員的服務時數低，以致薪資水準無法提高，未來可評估在偏鄉地區實施照顧服務人員的最低薪資保障制度。

六、協助服務團體排除障礙（主責單位：衛福部、教育部、退撫會、營建署、消防署）

長照 2.0 政策輔上路，許多團體即興致勃勃地想投入服務行列。但許多團體面臨到無適當地服務場地，或是既有的服務場地無法符合建築與消防等法規的問題。目前已放寬原住民地區的服務場地之設立條件，未來仍需由相關單位繼續協商，在兼顧公共安全的情況下，適度調整服務場地的建築與消防等規定，同時尋求更多閒置的館舍作為長照服務使用。

七、支付方式與經費核撥（主責單位：衛福部、原民會）

提供長照 2.0 服務的團體莫不對於經費的核撥時程與核銷作業規定抱怨連連。主管機關已明確宣示明（107）年將採特約制，而服務費用的支付方式也將連帶做根本性的變動。此種改變比起現行作法將大大加速並簡化經費核撥的流程，但仍是維持事後核銷的原則。許多提供長照 2.0 服務的社區組織自身並無充裕的財務資源，可以思考建立長照基金的借支辦法，讓服務團體可以預先借支一定比率之服務經費。

八、善用既有的團體（主責單位：衛福部、原民會、教育部）

我國的社政、衛政、教育與原民體系已有許多民間團體在第一線提供高齡相關服務，未來長照 2.0 的資源布建，可以善用既有的資源，強化與既有服務團體的合作。相關政策主管機關應鼓勵更多的團體加入長照 2.0 服務。尤其是偏鄉地區長照資源的開拓更為不易，若原民行政體系能協助引導原鄉既有的在地團體投入服務，則能加速原鄉地區長照 2.0 服務資源的成長。

參考書目

1. 曲同光、彭美琪與白其怡，2015。規劃長照保險重要基礎資料庫—國民長期照護需要調查。國土及公共治理季刊，3（1）：108-114。
2. 社區發展季刊，2013。社論：完善照顧體系，俾利建構長照制度。社區發展季刊，141: 1-5。
3. 吳玉琴，2011。臺灣老人長期照顧政策之回顧與展望：老盟觀點。社區發展季刊，136：251-263。
4. 客家發展委員會，2017。推展客庄地區「伯公照護站」試辦計畫。
5. 原住民族委員會，2017。106 年度推展原住民長期照顧部落文化健康站實施計畫。
6. 陳明珍，2009。我國居家服務政策發展與省思。社區發展季刊，127: 287-303。
7. 陳伯琪、張靜貞與陳肇南，2015。臺灣老年長期照護需求之推計--GEMTEE 模型之應用。人口學刊，51：43-93。
8. 陳正芬，2011。我國長期照顧政策之規劃與發展。社區發展季刊，133：192-203。
9. 蔡啟源，1999。我國居家服務的探討。社區發展季刊，83：162—189。
10. 衛生福利部，2016。長期照顧十年計畫 2.0（106-105）核定本。臺北：衛生福利部。
11. 衛生福利部，2017。社區整體照顧體系第二波審查結果出爐，105 年 12 月起 11 個縣市接棒啟動。<http://www.mohw.gov.tw/cp-2634-7181-1.html>。
12. 衛生福利部社會及家庭署，2017，106 年度社區總體照顧服務體系計畫徵求說明會（2017 年 4 月 17 日修正）。
13. 薛承泰，2011。我國當前長期照顧政策研擬與困境。社區發展季刊，136：20-49。
14. 簡慧娟、莊金珠與楊雅嵐，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。
15. 陳伯琪、張靜貞與陳肇南，2015。臺灣老年長期照護需求之推計--GEMTEE 模型之應用。人口學刊，51：43-93。

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估
中央部會訪談大綱

- 一、 貴單位在長照 2.0 政策中扮演什麼樣的角色？
- 二、 貴單位對於長照 2.0 資源布建之規劃與目標設定為何？
- 三、 貴單位規劃的資源布建目標值，是依據哪些因素或考量而設定？
- 四、 貴單位對於長照 2.0 的經費規劃為何？
- 五、 貴單位如何決定長照 2.0 的經費配置？
- 六、 貴單位是否預期所屬單位/地方政府/民間團體如何配合長照 2.0 之資源布建？
- 七、 貴單位是否提供所屬單位/地方政府/民間團體哪些資源與協助，以達成長照 2.0 之資源布建？
- 八、 貴單位透過哪些機制來督促所屬單位/地方政府/民間團體配合達成資源布建目標？
- 九、 現階段在長照 2.0 資源布建與經費執行上是否面臨哪些困難與挑戰？

- 一、 請問貴縣市長照 2.0 資源布建情形？
- 二、 請問貴縣市長照 2.0 經費配置與運用情形？
- 三、 針對長照 2.0，貴縣市是否有什麼特別的資源布建策略？
- 四、 中央對於長照 2.0 的資源布建與經費配置之規劃，是否契合貴縣市的狀況與需求？是否有哪些落差？
- 五、 請問除了中央的資源挹注外，貴縣市是否投注哪些資源（財源與人力等）以推動長照 2.0？
- 六、 請問貴縣市的相關局處是否有建立什麼合作機制以推動長照 2.0？該機制如何運作？
- 七、 請問貴縣市如何協助民間團體投入長照 2.0？
- 八、 請問貴縣市協助民間投入長照 2.0 過程是否遭遇哪些困難？如何克服？
- 九、 請問貴縣市長照 2.0 之資源布建是否面臨哪些困難？
- 十、 請問貴縣市如何克服長照 2.0 資源布建的困難？
- 十一、 請問貴縣市長照 2.0 之經費配置與運用上是否面臨哪些困難？
- 十二、 請問貴縣市如何克服長照 2.0 經費配置與運用上遭遇的困難？

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估 學者專家焦點團體大綱

- 一、 政府對長照 2.0 服務對象（65 歲以上失能老人、55 歲以上失能原住民、50 歲以上失智症患者...等）之設定是否適切？
- 二、 政府長照 2.0 的資源布建目標（30 分鐘車程以內獲得 17 項服務）是否適切？
- 三、 政府對於長照 2.0 的經費挹注與配置是否適切？
- 四、 長照 2.0 社區總體照顧模式（ABC）的規劃，是否契合我國現階段失能者照顧需求？
- 五、 現階段長照 2.0 的資源布建策略，是否能滿足不同對象（老人、身障、失智、照顧者等）的服務需求？
- 六、 長照 2.0 對於 A、B、C 級服務單位的設立資格與服務要求是否合理？
- 七、 現階段長照 2.0 資源布建面臨哪些問題？
- 八、 現階段長照 2.0 的政策方向與推動策略是否可做哪些調整，以利於服務資源的布建？

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估
服務團體訪談大綱

- 一、 請問貴團體提供長照 2.0 服務的狀況（服務項目、服務區域、服務人數、主要服務對象... 等等）
- 二、 請問貴團體提供長照 2.0 服務是否曾遭遇哪些困難？
- 三、 請問貴團體運用哪些策略與方法來解決服務過程遭遇的困難？
- 四、 請問中央與地方政府是否提供貴團體哪些協助？（經費、人力、行政指導、專業輔導...等）
- 五、 請問中央與地方政府提供的資源與協助是否契合貴團體的狀況？是否有哪
些落差？
- 六、 請問貴團體與服務網絡（ABC）中的其他團體的關係為何？彼此的協力是否
面臨哪些不順暢？曾運用哪些方法改善服務網絡的協力？
- 七、 請問貴團體覺得政府長照 2.0 的規劃與民眾的需求是否契合？是否存在哪
些落差？

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估 服務使用者訪談大綱

- 一、A 級據點個案管理師有沒有向您介紹長照 2.0 的多元服務？
- 二、可近性、可用性-目前您所使用的服務是什麼？是否有使用長照 2.0 的新型服務？有沒有因為 2.0 的資源布建，讓您可以得到比較需要的服務？
- 三、適當性-你的需求是否有得到即時的幫助？從申請服務到得到服務的時間大概多久？這等待時間是否有在您的預期內？
- 四、照顧計畫的服務內容與銜接（協調性與連續性）-您對個案管理師提供服務的感受及滿意度為何？
- 五、實際接受長照服務內容與品質-是否針對需求連結服務？服務的時數跟服務的內容是否有滿足您的需求？
- 六、請問您對未來政策的期待與建議？

長期照顧十年計畫 2.0 效益評估 家庭照顧者訪談大綱

- 一、 請問您是從那裡得知長照 2.0 照顧者福利服務？
- 二、 您目前有使用或參加過照顧者或家屬的活動嗎？（紀錄曾經參加那些。）
- 三、 您是否知道任何長照 2.0 福利服務中，針對照顧者可用的資源？您知道如何運用這些資源嗎？
- 四、 請問您使用長照 2.0 福利服務是否感到滿意？ 為什麼？
- 五、 使用長照 2.0 福利服務後，解決您的照顧困境了嗎？ 還有那些困境無法解決？
- 六、 針對家庭照顧者的福利服務，您覺得還有哪些需求未被滿足？
- 七、 您會繼續使用目前長照 2.0 針對照顧者的福利服務嗎？

附件 2-1：長照 2.0 服務使用者及照顧者問卷說明

各位長照服務的使用者及照顧者您好：

國家發展委員會委託社團法人臺灣老人學學會進行「長照 2.0」的評估，希望瞭解您對長照 2.0 的使用經驗與感受以及未來的期待。

首先向您說明長照 2.0 的重點：

1. 政府原先辦理的長照服務項目有 8 項，105 年 9 月開始實施「長期 2.0」後，再增加新的 9 個服務項目，共提供 17 項服務。
2. 新服務項目包含預防保健、降低與延緩失能、以及安寧照護等，讓失能與失智者獲得完整、人性尊嚴的照顧，同時減輕家屬照顧負擔。
3. 長照 2.0 發展以社區為基礎的整合式照顧，希望失能長者在住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，獲得「醫療、介護、住宅、預防、以及生活支援」等一體性的完整照顧。
4. 為了整合社區整體的資源與照顧模式，長照 2.0 政策將服務分成 ABC 三級，希望加強各項服務之間的連結，提供您方便及無縫隙的照顧，包括 A 級：社區整合型服務中心；B 級：複合型日間服務中心；C 級：巷弄長照站。

問卷填答說明：

1. 若您**是服務使用者**，請填答**白色問卷**（含服務使用者基本資料與使用者問卷）
2. 若您**是照顧者**，請填答**淺黃色問卷**（含照顧者基本資料與照顧者問卷）。若是您照顧的對象不方便填答問卷，也請您代為填答服務使用者白色問卷。
3. 問卷填寫完成後，請放入我們提供給您的信封中密封，交給訪員或直接投遞進郵筒即可。
4. 本問卷採取匿名方式來填寫，以確保您的權益。資料內容除研究分析之用途外，絕不外洩，敬請放心填答。
5. 如您有如您有任何疑慮，歡迎您於上班時間電洽本計畫聯絡人詢問：
北-傅從喜教授之助理-郭小姐 0980812977

社團法人臺灣老人學學會

傅從喜理事長

劉立凡副理事長

郭慈安副理事長

敬上

附件 2-2：長照 2.0 服務使用者問卷

問卷基本資料

請問您的身分為？ 服務使用者、主要照顧者，與個案關係_____

（若您將代答個案問卷，則請填寫以下所有題項）

服務使用者基本資料

1. 性別：男 女
2. 年齡：____歲（哪一年出生？民國_____年）
3. 個案平日居住狀況：獨居 僅與配偶同住
與家人同住 輪流居住不同子女家
4. 教育程度：不識字 國小 國中 高中職 專科大學 研究所以上
其他_____
5. 個案目前的健康狀況：
 - 5-1. 行動
 - 可以四處走動，沒有任何問題
 - 行動不便
 - 完全臥床
 - 5-2. 自我照顧
 - 能照顧自己，沒有任何問題
 - 洗澡或穿衣方面有些問題
 - 完全依賴
 - 5-3. 平常活動（如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動）
 - 能從事平常活動，沒有任何問題
 - 從事平常活動方面有些問題
 - 完全無法從事平常活動
 - 5-4. 疼痛 / 不舒服
 - 沒有任何疼痛或不舒服
 - 覺得中度疼痛或不舒服
 - 覺得極度疼痛或不舒服
 - 5-5. 焦慮 / 沮喪
 - 不覺得焦慮或沮喪
 - 覺得中度焦慮或沮喪
 - 覺得極度焦慮或沮喪
6. 大約什麼時候開始接受長照服務：民國_____年_____月

服務使用者正式問卷

- 本部分想了解您目前服務使用項目、使用概況及觀感，請依照您自己真實感受回答下列題目。以下表格是目前長照 2.0 所提供的 17 項服務。

填寫代碼	服務名稱	填寫代碼	服務名稱
1	照顧服務(居家服務、日間照顧)	9	失智症照顧服務
2	居家護理	10	原住民地區社區整合型服務
3	居家及社區復健服務	11	小規模多機能服務
4	喘息服務	12	家庭照顧者支持服務據點
5	交通接送	13	成立社區 ABC 服務據點
6	長期照顧機構服務	14	社區預防性照顧
7	營養餐飲服務	15	預防/延緩失能之服務(如肌力強化運動)
8	輔具購買、租借及居家無障礙環境改善	16	延伸出院準備服務
		17	居家醫療

一、服務使用項目

1. 如上面表格所列，長照 2.0 政策所提供的 17 項服務中，您目前有使用哪幾項服務？（填寫服務代碼亦可）

- 1-1. 目前使用的服務是否能滿足您的需求？

非常滿意 滿意 無意見 不滿意 非常不滿意

- 1-2. 請問您有沒有主動詢問長照 2.0 的新型服務？（代碼第 9 至 17）

有 沒有

2. 除了您目前接受的服務外，請問您認為目前還有需要哪些服務嗎？（填服務代碼亦可，或“無”）_____

二、照顧管理

3. 在您過去的經驗中，從申請服務到得到服務的時間大概多久？

記得，約 _____天（請續填 3-1）；不記得（請跳答 3-2）

- 3-1. 請問等待服務的時間是否有在您的預期內？

有 沒有

- 3-2. 當您有服務需求時是否有得到即時的幫助：
- 有 沒有
4. 在目前長照 2.0 政策中，當您有服務需求或異動時，是否知道該向誰尋求協助？
- 知道，曾向A 級據點個案管理師（請續答 4-1 至 4-4）或
照管中心照管專員（請跳答第 5 題）尋求協助
- 知道但沒接觸過（請跳答第 5 題）
- 不知道（請跳答第 5 題）
- 4-1. A 級據點個案管理師有沒有向您介紹過新型服務（服務代碼 9-17）的內容（如服務內容、行政流程及規定等）？
- 有 沒有
- 4-2. 那您是否有因此而使用這些新型服務（服務代碼 9-17）？
- 有 沒有
- 4-3. 在經驗中，您對於 A 級據點個案管理師的解決問題能力（如協助民眾與服務單位之間的溝通、處理民眾申訴的事件等），是否滿意？
- 非常滿意 滿意 無意見 不滿意 非常不滿意
- 4-4. A 級據點個案管理師是否會定期關心其他照護服務人員對您所提供服務的情況？
- 非常同意 同意 無意見 不同意 非常不同意
5. 整體而言，請問您所接觸的照顧管理專員是否有針對您的需求連結服務？
- 有 沒有 不知道
- 5-1. 請問長照 2.0 所補助的服務時數是否有滿足您的需求？
- 過多 剛好 根本不夠
- 5-2. 請問目前每週所接受的服務頻率（例如，居家服務員來服務的頻次）是否有滿足您的需求？
- 太頻繁 剛好 頻率太低
- 5-3. 照顧管理計畫所提供的服務內容是否有符合您的需求？
- 是 否

三、服務使用後的感受

6. 請問您有沒有因為長照 2.0 的資源布建，讓您可以得到比較需要的服務？

有 沒有 不知道

6-1 請問長照 2.0 新型服務項目內容是否有符合需求？

是 否 尚未使用新型服務

6-2. 請問您是否滿意長照 2.0 所布建的服務內容？（如服務項目 1 至 17 項的多元性、服務內容的完整性）

非常滿意 滿意 不知道 不滿意 非常不滿意

7. 整體而言，您對於所使用的長照服務感到滿意。

非常同意 同意 無意見 不同意 非常不同意

➤ 以下這個部份是想瞭解您對於長照 2.0 政策正式上路後的主觀感受及未來的期待。請依照您真實的感受和想法回答下列問題。

8. 長照 2.0 實施後是否有讓您覺得可使用的照顧資源變更多呢？

非常同意 同意 無意見 不同意 非常不同意

9. 如果您身邊的人有服務需求，您有多少信心認為他/她可以從長照 2.0 政策得到幫助？（請勾選您心中所感受的數字，數字大表示信心強）

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

10. 依據長照政策 2.0 的推動現況，請提供您對於未來有什麼整體的期待與建議？

* 本個案問卷到此結束，感謝您耐心填寫 *

附件 2-3：長照 2.0 照顧者問卷

照顧者基本資料

1. 性別：男 女
2. 年齡：_____歲（哪一年出生？民國_____年）
3. 您的居住狀況：獨居 僅與配偶同住 與家人同住
 - 3-1. 目前是否與被照顧者同住？是 否
4. 您的婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶
5. 您的最高教育程度：不識字 識字未受正規教育 國小 國中
高中（職） 大學 研究所
6. 您目前的工作狀況是？全職 兼職 待業 退休 其他：_____
7. 您目前照顧幾位家人？1 位 2 位 3 位以上
8. 您與主要的被照顧者的關係為何（如：夫妻、母女）？ _____
 - 8-1. 您目前每週照顧時間為？
 20 小時或以下 大於 20 小時 全時照顧
9. 主要的被照顧者目前狀態？
衰弱 失能 失智 失能與失智 其他：_____
10. 主要的被照顧者目前失能程度？
極輕度 輕度 中度 重度
 - 10-1. 是否有插管路？
有，包括 氣切管 導尿管 鼻胃管（可複選） 無

照顧者正式問卷

一、照顧者經驗

1. 您擔任照顧者有多久的時間了？ _____年 _____個月
2. 您平常有其他家人可以協助照顧嗎？
有，關係為：_____ 沒有
3. 您每月照顧所需花費約多少？
10,000 元（含以下） 10,001-20,000 元 20,001-30,000 元
30,001-40,000 元 40,001-50,000 元 50,001 元（含以上）
4. 您平常主要照顧幾位家人？ _____ 位

二、長照 2.0 福利服務的認識與使用

1. 您是今年才開始使用長照 2.0 的福利服務嗎？
是 否
2. 您是否知道長照 2.0 福利服務中，針對照顧者可用的資源？
知道（請續填 2-1） 不知道（請跳答第 3 題）
 - 2-1. 從那裡得知？
親朋好友 長照管理中心 社區福利組織 關懷據點
文康活動 醫院/診所 其他：_____
3. 請問您有無使用過下列的服務？（可複選）
使用過
 - (1) 家庭照顧者支持服務
家屬支持團體 照顧技術課程 到宅照顧指導
照顧者專線 照顧者心理協談
讓社工安排照顧輔導（個案管理）
紓壓活動，例如：_____； 其他_____。
 - (2) 喘息服務 有 無未使用過（請跳答第 4 題）
 - 3-1. 為了要使用上述的福利服務（第 3 題），您是否需要安排其他人員協助陪伴或看顧您的被照顧者？
是 否

4. 身為一位照顧者，請您回答下列問題的同意程度。

4-1. 對於長照 2.0 的服務提供，我感到滿意。

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

4-2. 使用長照 2.0 的服務是方便的。

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

4-3. 長照 2.0 的服務讓我解決了照顧困境。

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

4-4. 我會繼續使用長照 2.0 的服務。

非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

5. 再次確認一下，您與被照顧者目前有使用哪些長照 2.0 的服務，請直接圈選代碼。

服務代碼	服務名稱	服務代碼	服務名稱
1	照顧服務（居家服務、日間照顧）	9	失智症照顧服務
2	居家護理	10	原住民地區社區整合型服務
3	居家及社區復健服務	11	小規模多機能服務
4	喘息服務	12	家庭照顧者支持服務據點
5	交通接送	13	成立社區 ABC 服務據點
6	長期照顧機構服務	14	社區預防性照顧
7	營養餐飲服務	15	預防/延緩失能之服務（如肌力強化運動）
8	輔具購買、租借及居家無障礙環境改善	16	延伸出院準備服務
		17	居家醫療

6. 長照 2.0 今年實施之後，對您照顧家人有哪些改變？

7. 身為照顧者在長照 2.0 服務裡，請問您認為提供給照顧者的服務建議還有哪些 或 哪些困境有待解決？

➤ 以下這個部份是想瞭解您對於長照 2.0 政策正式上路後的主觀感受及未來的期待。請依照您真實的感受和想法回答下列問題。
(若您已代填個案問卷，以下第 8 至 10 題不需重複填答)

8. 長照 2.0 實施後是否有讓您覺得可使用的照顧資源變更多呢？

非常同意 同意 無意見 不同意 非常不同意

9. 如果您身邊的人有服務需求，您有多少信心認為他/她可以從長照 2.0 政策得到幫助？（請勾選您心中所感受的數字，數字大表示信心強）

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

10. 依據長照政策 2.0 的推動現況，請提供您對於未來有什麼整體的期待與建議？

※本照顧者問卷到此結束，感謝您耐心填寫※

附件 3

長照 2.0 社區整體照顧服務單位申請資格與要件

類型	申請資格	申請要件	補助標準
A 級單位	<ol style="list-style-type: none"> 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。 3. 區域醫院、地區醫院(新增)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理日照中心及居家服務，並擴充辦理 1 項長照服務。 2. 由醫院辦理者，須辦理日照中心及居家式服務(居家服務、居家護理、居家復健)，並擴充辦理 1 項長照服務。若無提供居家服務者，須結合區域內有辦理居家服務單位之 B 級單位。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 修繕及開辦設施設備(50 萬元) 2. 專案活動費(24 萬元) 3. 跨專業團隊業務費(20 萬元) 4. 專案計畫管理費(總經常門補助 5%) 5. 專業服務費(3 人，150 萬元，含專業督導 1 名) 6. 社區巡迴接送交通車(車輛構置，每單位最高補助 95 萬元)、司機(1 人，33 萬 7,500 元)、車輛租金(二年最高補助 162 萬 5,000 元，不得再申請交通車、司機費)、維運費用 12 萬/年(限購置交通車者，採車輛租金方案者無有本項補助) 7. 個案管理費(1,000 人，100 萬元) ※第一年最高補助 501 萬 7,000 元 ※單位購置車輛不以 1 輛為限；車輛租金可支用於彈性結合租車公司、計程車車行等費用。
B 級單位	<ol style="list-style-type: none"> 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(含小型機構)、身心障礙福利機構。 3. 醫事機構。 4. 社會工作師事務所。 	現行長照服務，另擴充辦理 1 項長照服務。	<p>➤ ABC 模式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 修繕及開辦設施設備(50 萬元) 2. 專案活動費(24 萬元) 3. 專案計畫管理費(總經常門補助 5%) 4. 專業服務費(2 人，100 萬元) <p>※ABC 模式，第一年最高補助 180 萬 2,000 元。</p> <p>➤ BC 模式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社區巡迴交通車(車輛構置，每單位最高補助 95 萬元)、司機(1 人，33 萬 7,500 元)、車輛租金(二年最高補助 162 萬 5,000 元，不得再申請交通車、司機費)、維運費用 12 萬元/年(限購置交通車者，採車輛租金方案者無有本項補助) 2. 個案管理費(300 人，30 萬元) <p>※BC 模式，第一年最高補助 354 萬 7,000 元。</p>
C 級單位	<ol style="list-style-type: none"> 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 	有意願投入社區照顧之服務單位。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 修繕及開辦設施設備(50 萬元) 2. 專案活動費(24 萬元) 3. 專案計畫管理費(總補助 5%) 4. 照顧服務員(50 萬元) 5. 儲備照顧人力(14 萬元)

	<p>(含小型機構)、身心障礙福利機構。</p> <p>3. 醫事機構。</p> <p>4. 社會工作師事務所。</p> <p>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。)</p>		<p>※第一年最高補助 142 萬 4,000 元</p> <p>※C 級單位需配合出席本部辦理之相關教育訓練及工作坊</p>
文化健康站	<p>1. 立案之財團法人宗教組織或其所屬設立於原住民族地區之地方分會。</p> <p>2. 立案之社會團體或法人。</p>	<p>1.服務條件：</p> <p>(1)具有提供原住民族老人心靈或健康服務之專業人力與知能。</p> <p>(2)結合相關專業服務人員提供服務。</p> <p>(3)提供部落老人可近性與可及性之活動空間。</p> <p>(4)具有資源連結與自籌經費之能力。</p> <p>2.遵循事項：</p> <p>(1)秉持老吾老以及人之老之精神，關懷服務老人。</p> <p>(2)以服務對象安全及健康為首要考量。</p> <p>(3)尊重服務對象之自主性及權利。</p> <p>(4)專業人員執行業務，應遵守相關法令。</p> <p>(5)確保服務品質，並遵守專業倫理及守則。</p> <p>(6)不得為誇大不實之宣傳。</p> <p>(7)提供相關資訊，供選擇服務之參考。</p> <p>(8)遵循個人資料保</p>	<p>1.補助執行單位：</p> <p>(1)材料與餐點費：老人學習或活動相關之材料、餐點費用。20-29 人，補助 15 萬；30-39 人，補助 30 萬；40 人以上，最高補助新臺幣 25 萬元。</p> <p>(1)業務費：文健站所舉辦活動之講師費、志工服務交通費、水電、瓦斯、文具、器材維修、公共意外責任保險、服務人員及志工保險等費用等。20-29 人，補助 8 萬；30-39 人，補助 10 萬；40 人以上，最高補助新臺幣 12 萬元。但志工服務交通費每日每人最高補助新臺幣 100 元。</p>

		密原則。 (9)個案紀錄及相關服務紀錄，保存七年。	
伯公照護站	各直轄市、縣市政府所轄之客家文化重點發展區	位於客家文化重點發展區內，已納入或計畫納入衛生福利部長照十年計畫 2.0 政策，且有意願加入本「伯公照護站」之各照顧服務單位。	<p>(一) 文化加值部分：</p> <p>1、地方政府整合客庄地區欲加值成為「伯公照護站」之據點，統一向本會提案，本會依核定之據點數撥付經費予地方政府，進行各點之客家文化元素導入，以營造溫馨具特色之「伯公照護站」環境。</p> <p>2、文化加值項目區分 3 項，核定金額最高以 15 萬元為限，標準如下：</p> <p>(1) 客家文化環境建構費：提供「伯公照護站」相關客家文化意象建置、語言環境建構與服務所需費用（「伯公照護站」標示牌由本會製作）；最高 7 萬元。</p> <p>(2) 客語照服人員培訓費：招募在地客家民眾（以青年、二度就業者優先）完成照服訓練，完訓後分攤每人訓練費二分之一（人員不得重複）；最高 2 萬元。</p> <p>(3) 客家文化活動費：本計畫執行期程每月至少辦理 2 次客家文化相關之健康促進活動；最高 6 萬元（單次 2,000 元）。</p> <p>3、申請經費以不與其他公務機關重複為原則。</p> <p>(二) 服務加值部分（自 107 年度起開辦）：</p> <p>1、送藥到點：</p> <p>(1) 由地方政府整合轄內醫療機構、公會、藥局或跨區整合民間資源（如「政昇藥局」模式...）等合作單位後，向本會提案並統籌辦理定期送藥到各個「伯公照護站」事宜。</p> <p>(2) 送藥到點時應併同執行「藥師諮詢」服務，每月各點至少應執行 1 次（本項將視年度預算狀況，依客庄偏鄉、醫療資源不足、人口比例等原則核定），標準為每據點以 1 藥師業務執行 800 元計算（1 據點：12 次*800 元=9,600 元）。</p> <p>2、行動醫療、遠距照護：</p> <p>(1) 為擴大加值「伯公照護站」之服務項目，由地方政府（衛生局）整合具備能量之醫療機構，納入「伯公照護站」向本</p>

		<p>會提案並統籌辦理。</p> <p>(2) 行動醫療(巡迴車、據點等) 主要對至「伯公照護站」提供服務之誤餐費、租車、場地設施(如:桌、椅、帳篷租用)及雜支(標示牌、看板、紅布條等)及客語服務志工等,每月至少應對各鄉(鎮、市、區)擇1「伯公照護站」實施1次,最高6萬元。</p> <p>(3) 遠距照護主要補貼醫療機構針對「伯公照護站」受理服務個案之相關月租費、線材費及雜支(標示牌、看板、紅布條等)及客語服務志工等,最高10萬元。</p>
--	--	--

附件 4

106 年度社區整體照顧服務體系服務單位一覽表				
新北市	起始年	區	類別	單位名稱
新 北 市	105	新莊	A	財團法人新北市私立雙連社會福利慈善事業基金會-雙連新莊社會福利中心
			B	社團法人新北市身心障礙者福利促進協會-新莊愛活樂園日間照顧中心
				財團法人弘道老人福利基金會-新北服務處 衛生福利部臺北醫院
			C	財團法人新北市私立雙連社會福利慈善事業基金會-社區照顧關懷據點、社團法人中華培愛全人關懷協會、新北市新莊區牡丹心社區發展協會、五甘心物理治療所
	106	泰山	A	財團法人天主教主顧修女會
			B	衛生福利部樂生療養院附設居家護理所
			C	新北市泰山區大科社區發展協會、新北市泰山睦鄰協會
	106	板橋	A	社團法人新北市身心障礙者福利促進協會
			B	聯順居家護理所 新北市立聯合醫院
				C	中華民國紅十字會臺灣省分會(社區關懷據點)、社團法人新北市身心障礙者福利促進協會(板橋大同社區照顧中心)
	106	烏來	B	烏來區衛生所附設居家護理所
			C	新北市烏來區原住民溫馨勞動合作社、財團法人臺灣基督長老教會泰雅爾中會信賢教會、天主教耕莘醫院烏來復健中心
	106	平溪	B	新北市平溪區衛生所
			C	新北市平溪十分公共托老中心
	106	雙溪、貢寮	B	新北市雙溪區衛生所 新北市貢寮區衛生所
				C	財團法人天下為公社會福利慈善事業基金會、社團法人中華民國照顧服務員專業發展協會
	106	新店	A	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院-新北市新店碧潭公共托老中心
			B	財團法人豐榮護理之家 財團法人私立廣恩老人養護中心
				C	新北市歡樂銀髮協會、新北市新店區北宜社區發展協會、財團法人新北市私立新希望基金會、康園護理之家
	106	土城	A	財團法人私立廣恩老人養護中心(新北市土城頂埔公共托老中心)
			B	社團法人中華民國照顧服務員專業發展協會 同仁醫院附設土城護理之家
C				新北市土城區清化里辦公處、新北市土城區祖田里辦公處、同仁物理治療所、新北市土城區雲溪社區發展協會
106	三峽	A	財團法人伊甸社會福利基金會	
		B	鴻欣護理之家	
		C	新北市三峽區原住民族發展協進會	

			財團法人伊甸社會福利基金會附設新北市私立三峽身心障礙福利服務中心(好鄰居俱樂部)	
106	五股	A	財團法人私立廣恩老人養護中心	
		B	興安職能治療所 財團法人私立廣恩老人養護中心-五股老人公寓(社)	
		C	新北市五股區成州社區發展協會、新北市五股區更新社區發展協會、新北市五股區貿商社區發展協會、財團法人新北市基督徒五股禮拜堂	
106	鶯歌	A	財團法人伊甸社會福利基金會	
		B	新北市鶯歌區衛生所	
		C	新北市鶯歌區建德社區發展協會、新北市鶯歌區永昌社區發展協會	
臺 北 市	105	萬華	A	財團法人臺北市立心慈善基金會
			B	國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院 財團法人天主教失智老人社會福利基金會
				C
	106	士林	A	臺北市立聯合醫院陽明院區
			B	財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂-居家服務 財團法人臺北市中華基督教浸信會慈光堂
				C
	106	大安	A	臺北市立聯合醫院仁愛院區
			B	社團法人臺灣愛鄰社區服務協會 中華民國紅十字會臺灣省分會
				C
	106	內湖	A	財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂承辦臺北市西湖老人日間照顧中心
			B	三軍總醫院附設民眾診療服務處 康寧醫療財團法人康寧醫院 財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂-內湖老人日間照顧中心
				C
	106	信義	A	社團法人中華民國紅心字會
			B	臺北醫學大學附設醫院 財團法人第一社會福利基金會
				C
	106	文山	A	財團法人臺北市私立恆安老人長期照顧中心(長期照護型)受託經營臺北市兆如老人安養護中心附設日間照顧中心

			B	臺北市文山老人服務中心-委託財團法人臺北市私立恆安老人長期照顧中心(長期照護型)辦理 臺北市立萬芳醫院
			C	臺北市文山區忠順社區發展協會、臺北市文山區明興社區發展協會、臺北市梘尾關懷互助協會
桃園市	105	楊梅	A	中華民國紅十字會臺灣省桃園縣支會
			B	天成醫院附設護理之家 財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家
			C	桃園市楊梅區大合社區發展協會、桃園市楊梅區金龍社區發展協會、桃園市楊梅區瑞原社區發展協會、社團法人中華雲鵬展鴻協會
	105	復興	B	復興區衛生所附設居家護理所
			C	桃園縣泰雅爾族部落永續發展協會、財團法人臺灣基督長老教會泰雅爾中會三民教會、社團法人桃園市復興區爺亨部落多元產業發展協會、桃園市原住民嘎色鬧產業發展協會、桃園市復興區部落產業發展協會
	106	中壢	A	天成醫療社團法人天晟醫院
			B	中壢長榮醫院 社團法人桃園市愛鄰舍協會(幸福日間照顧中心)
			C	桃園市中壢區龍岡里辦公處、桃園市中壢區中山里辦公處、桃園市中壢區永福社區發展協會、社團法人桃園市濟世功德協進會、社團法人桃園市幸福家庭培力協會
	106	桃園	A	衛生福利部桃園醫院
			B	敦仁診所附設居家護理所 寬福護理之家
			C	社團法人桃園市加利利愛鄰全人關懷協會(市府靈糧堂)、桃園市桃園區龍岡社區發展協會、財團法人桃園市護國宮愛心基金會
	106	桃園	A	財團法人桃園市私立怡德老人長期照顧中心承辦怡仁居照顧日間中心
B			臺北榮民總醫院桃園分院 財團法人天主教德來會附設德來日間照顧中心	
C			桃園市桃園區大檜溪社區發展協會、社團法人桃園市社會服務關懷協會、社團法人桃園市全人生命教育協會、敏盛綜合醫院附設護理之家	
臺中市	105	大甲	A	財團法人臺灣省私立永信社會福利基金會
			B	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院 光田醫療社團法人光田綜合醫院
			C	臺中市大甲區幸福社區發展協會、財團法人中華民國佛教慈濟慈善事業基金會、臺中市大甲區頂店社區發展協會、臺中市大甲區衛生所
	106	東勢	A	財團法人中華基督教福音信義傳道會
			B	財團法人中華基督教福音信義傳道會附設臺中市私立信義老人養護中心
			C	臺中市東勢區石城社區發展協會、臺中市東勢區上城社區發展協會、社團法人臺中市東勢農民老人會(臺中市東勢區新盛社區發展協會)、財團法人中華基督教福音信義傳道會辦理信義長青快樂學堂
	106	南屯	A	財團法人全成社會福利基金會
			B	林新醫療社團法人附設林新居家護理所

			財團法人瑪利亞社會福利基金會-臺中市南區輔具資源中心
		C	財團法人全成社會福利基金會
106	石岡	A	財團法人老五老基金會
		B	養生園護理之家
		C	臺中市石岡區龍興社區發展協會、臺中市石岡區萬安社區發展協會、臺中市石岡區萬興社區發展協會
106	西屯	A	財團法人天主教曉明社會福利基金會
		B	臺中榮民總醫院 澄清醫院中港院區
		C	臺中市西屯區永安社區發展協會、財團法人敬德基金會附設護理之家、財團法人中華社會福利基金會、臺中市西屯區福瑞社區發展協會
106	梧棲	A	社團法人臺灣福氣社區關懷協會
		B	頤園護理之家 美安居家護理所
		C	臺中市梧棲區草湳社區發展協會、財團法人臺中市私立好耆老人長期照顧中心
106	和平	B	中山醫學大學附設醫院
		C	財團法人臺灣基督長老教會泰雅爾中會松茂教會、臺中市和平區德芙蘭原住民文化經濟協會、臺中市和平區佳陽社區發展協會
106	北區	A	財團法人臺中市私立真愛社會福利慈善事業基金會
		B	有限責任臺中市居家照顧服務勞動合作社
		C	臺中市北區長青社區發展協會、社團法人臺中市啟明重建福利協會
106	中區 西區	A	衛生福利部臺中醫院
		B	財團法人臺中市私立甘霖社會福利慈善事業基金會附設樂多家園 財團法人臺中市私立甘霖社會福利慈善事業基金會附設柳川家園 中華民國紅十字會臺灣省臺中市支會
		C	臺中市西區忠明社區發展協會、臺中市西區藍興社區發展協會、社團法人中華民國失智者照顧協會、國立臺中科技大學老人服務事業管理系、財團法人私立肯納自閉症社會福利基金會、社團法人中華民國紅十字會臺灣省臺中市支會
106	龍井	B	光田醫療社團法人光田綜合醫院
		C	臺中市龍井區山腳社區發展協會、臺中市龍井區東海社區發展協會
106	霧峰	B	本堂澄清醫院附設護理之家
		C	財團法人臺中市私立本堂社會福利慈善基金會、臺中市霧峰區五福社區發展協會、臺中市霧峰區北柳社區發展協會
臺南市	東區	A	財團法人臺南市基督教青年會社會福利慈善事業基金會
		B	社團法人臺南市家庭關懷協會 衛生福利部臺南醫院
		C	臺南市東區大福社區發展協會(大福社區關懷據點)、臺南市東區關聖里辦公室(關聖里關懷據點)、臺南市東區後甲社區發展協會(後甲社區關懷據點)、臺南市私立有德老人長期照顧中心、臺南市東區東光社區發展協會(東光社區日托站)、美佑護理之家

106	新營	A	社團法人臺南市全人照護協會
		B	衛生福利部新營醫院
			社團法人臺南市社區照顧協會
			社團法人臺南市南瀛社會福利推展協會
C	臺南市新營區護鎮社區發展協會、臺南市新營區新東里辦公處、臺南市新營區三仙里辦公處、營新醫院、臺南市私立新營老人長期照顧中心(養護型)、臺南市新營區大宏社區發展協會、社團法人臺南市新營區民榮社區發展協會、臺南市新營區姑爺里辦公處、臺南市私立泰安老人養護中心		
106	玉井	A	財團法人荷園社會福利慈善業基金會
		B	社團法人臺南市容愛關懷服務協會
		C	臺南市玉井區豐里社區發展協會、臺南市玉井區竹圍社區發展協會、臺南市玉井區天埔社區發展協會、臺南市玉井區望明社區發展協會
106	學甲	A	社團法人臺南市弘福社區關懷照顧服務協會
		B	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
		C	臺南市學甲區三慶里辦公處、臺南市學甲區光華里辦公處、臺南市學甲區平西社區發展協會、財團法人臺南市聖功社會福利慈善事業基金會、臺南市學甲區大灣社區發展協會
106	佳里	A	財團法人臺南市私立荷園社會福利慈善事業基金會
		B	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
			社團法人臺南市以琳之家關懷協會(蕭瓏老人日照中心)
C	社團法人臺南市佳里區漳洲社區發展協會、臺南市佳里區禮化社區發展協會、臺南市佳里區蚶寮社區發展協會、臺南市私立康泰老人長期照顧中心(養護型)、臺南市佳里區忠仁里辦公處、臺南市佳里區興化社區發展協會、臺南市佳里區民安社區發展協會、		
106	麻豆	A	社團法人臺南市全人照護協會
		B	臺灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院
		C	臺南市麻豆區大埤里辦公處、臺南市麻豆區磚井社區發展協會、臺南市麻豆區中興里辦公處、臺南市麻豆區紀安社區發展協會、臺南市麻豆區油車里辦公處、臺南市麻豆區埤頭里辦公處、臺南市麻豆區龍泉社區發展協會、臺南市麻豆區麻口里辦公處
106	南區	A	財團法人樹河社會福利基金會
		B	財團法人臺灣省臺南市天主教仁愛修女會
			錫安護理之家
			永春護理之家
C	臺南市私立長佳護理之家、社團法人中華民國基督教女青年會協會臺灣省臺南市支會、社團法人臺南市車仔寮關懷協會、財團法人鴻彬教育基金會、天慈護理之家、財團法人伊甸社會福利基金會、社團法人臺南市基督教新興牧鄰協會、社團法人臺南市南區國宅社區發展協會、臺南市南區明亮里辦公處、德濟護理之家、社團法人臺南市福慧社區照護關懷協會		
106	北區	A	財團法人樹河社會福利基金會
		B	國立成功大學醫學院附設醫院
			聖公護理之家

				開元寺慈愛醫院附設護理之家 康柏物理治療所
		C		臺南市北區東興社區發展協會、臺南市北區大港社區發展協會、臺南市北區振興社區發展協會、臺南市北區勝安社區發展協會、社團法人臺南市臺南都志願服務協會、臺南市北區正覺社區發展協會、永仁居家護理所、臺南市北區安民社區發展協會、臺南市北區成功社區發展協會、財團法人鴻彬教育基金會、全人護理之家
高雄市	105	鳳山	A	財團法人高雄市郭吳麗珠社會福利慈善事業基金會長青五甲多元照顧中心
			B	有限責任高雄市安祥照顧服務勞動合作社
				有限責任高雄市育成照顧服務勞動合作社
				惠德醫院附設護理之家 高雄市立鳳山醫院（委託長庚醫療財團法人經營）
	C	中華民國紅十字會新高雄分會、社團法人高雄市天祥宇宙聖道會、財團法人高雄市郭吳麗珠社會福利慈善事業基金會、有限責任高雄市協和照顧服務勞動合作社、社團法人高雄市長期照顧人員福利促進協會、財團法人高雄市私立慈聯社會福利基金會、社團法人高雄市鳳山老人健康照護協會、社團法人高雄市活泉愛鄰社區服務協會、社團法人臺灣高齡照顧協會		
	105	茂林	B	高雄市茂林區衛生所
			C	高雄市茂林社區營造協會、高雄市茂林區萬山社區發展協會
	106	苓雅	A	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院
			B	財團法人高雄市郭吳麗珠社會福利慈善事業基金會 爵嘉居家護理所 杉合復健科診所
				C	佳馨居家護理所、財團法人高雄市基督教青年會劉阿蘭社會福利慈善基金會(英明社區照顧關懷據點)、高雄市音樂養生慈善公益協會(悅音社區照顧關懷據點)、高雄市音樂養生慈善公益協會(聚鼎社區照顧關懷據點)、財團法人聖功社會福利慈善基金會、高雄市苓雅區民主社區發展協會(民主社區照顧關懷據點)
			106	那瑪夏	B	高雄市那瑪夏區衛生所
	C	社團法人高雄市原住民婦女永續發展協會、高雄市原住民文化藝術發展協會		
	106	左營	A	社團法人臺灣身心機能活化運動協會
			B	有限責任高雄市育成照顧服務勞動合作社 富嘉居家護理所
C				高雄市左營區新吉莊社區發展協會、高雄市原生植物園創價協會、社團法人高雄市愛加倍全人關懷協會、社團法人臺灣身心機能活化運動協會
106	左營	A	高雄榮民總醫院	
		B	財團法人弘道老人福利基金會 頤欣居家護理所	
			C	高雄市左營區果峰長青社區發展協會、社團法人高雄市春陽協會、左營區雙福社會福利慈善事業基金會、高雄市燭光協會、高雄市左營區光輝社區

				發展協會
	106	仁武	A	財團法人高雄市私立典寶社會福利慈善事業基金會(高雄市明山慈安居老人養護中心)
			B	財團法人高雄市私立慈聯社會福利基金會 財團法人高雄市私立典寶社會福利慈善事業基金會(居家服務中心)
			C	高雄市仁武區烏林社區發展協會、社團法人高雄市安和社會福利發展協會、高雄市仁武區竹後社區發展協會、社團法人高雄市聰動成長協會
	106	茄萣	A	財團法人臺南市私立荷園慈善事業基金會
			B	財團法人高雄市華仁慈善事業基金會
			C	荷園居家護理所
	106	內門	A	財團法人高雄市私立萃文書院社會福利慈善事業基金會
			B	財團法人高雄市私立萃文書院社會福利慈善事業基金會附設高雄市私立萃文佛恩養護院
			C	高雄市内門區三平社區發展協會、高雄市内門區內門社區發展協會、高雄市内門區內豐社區發展協會、高雄市内門區觀亭社區發展協會、高雄市内門區溝坪社區發展協會
宜蘭縣	105	頭城鎮	B	宜蘭縣頭城鎮衛生所
			C	宜蘭縣頭城鎮龜山島社區發展協會(龜山島老來寶健康促進家園站)、宜蘭縣私立聖方濟老人長期照顧中心、財團法人弘道老人福利基金會、宜蘭縣頭城鎮大坑社區發展協會、宜蘭縣頭城鎮港口社區發展協會
	106	大同鄉	B	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會
			C	宜蘭縣門諾漾文化推展協會、財團法人伊甸社會福利基金會、宜蘭縣崗給原住民永續發展協會
	106	大同鄉	B	宜蘭縣大同鄉衛生所
			C	宜蘭縣司達吉斯部落產業永續發展協會
	106	壯圍鄉	B	宜蘭縣壯圍鄉衛生所
			C	宜蘭縣壯圍鄉順和社區發展協會、宜蘭縣壯圍鄉後埤社區發展協會、宜蘭縣壯圍鄉壯六社區發展協會
	106	冬山鄉	B	宜蘭縣冬山鄉衛生所
			C	東城社區老來寶健康促進家園站、宜蘭縣冬山鄉武淵社區發展協會、宜蘭縣私立百齡老人長期照顧中心(養護型)
	106	三星鄉	B	宜蘭縣三星鄉衛生所
			C	尾塹社區老來寶健康促進家園站、大洲社區老來寶健康促進家園站、宜蘭縣三星鄉老人福利協會
	106	蘇澳鎮	B	宜蘭縣蘇澳鎮衛生所
			C	宜蘭縣蘇澳鎮蘇西社區發展協會、宜蘭縣蘇澳鎮蘇北社區發展協會、宜蘭縣蘇澳鎮長安社區發展協會
新竹縣	105	湖口鄉	A	社團法人中華民國五福社會服務協會
			B	天主教仁慈醫療財團法人 新湖復健科診所
			C	新竹縣知心會社區照顧關懷據點、新竹縣湖口鄉鳳山社區發展協會、新竹縣湖口老人會、新竹縣湖口鄉湖南社區發展協會

	106	竹北市	A	新竹縣安歆照護關懷協會
			B	新仁醫院
				社團法人中華民國紅十字會臺灣省新竹縣支會 新竹縣蒲公英關懷弱勢權益促進協會
	C	新竹縣竹北市大眉社區發展協會、新竹縣竹北市新國社區發展協會、新竹縣竹北市中興社區發展協會、新竹縣竹北市隘口社區發展協會、禾馨護理之家		
	106	尖石鄉	B	社團法人原住民老人長期照顧暨婦幼受暴緊急安置發展關懷協會
			C	社團法人原住民老人長期照顧暨婦幼受暴緊急安置發展關懷協會、財團法人臺灣省天主教會新竹教區附設新竹縣私立長安老人養護中心
	106	新埔鎮	A	財團法人新竹縣天主教世光教養院(承辦新埔小規模服務中心)
			B	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
				東元綜合醫院附設崇德護理之家
C	新竹縣新埔鎮下寮社區發展協會、新竹縣新埔鎮鹿鳴社區發展協會、財團法人臺灣省天主教會新竹教區、新竹縣禾意關懷協會			
苗栗縣	105	大湖鄉	A	財團法人苗栗縣私立大千社會福利慈善事業基金會(大千綜合醫院)
			B	大順醫院
			C	苗栗縣大湖鄉靜湖社區發展協會、苗栗縣大湖鄉南湖社區發展協會
	106	頭份市	A	社團法人苗栗縣銀髮族照顧協會
			B	重光醫院
				苗栗縣頭份市忠孝里社區發展協會
	C	苗栗縣頭份市民族里社區發展協會、財團法人苗栗縣私立海青老人養護中心		
	106	通霄鎮	A	財團法人山城友愛人文基金會
			B	社團法人苗栗縣全人關懷協會
C			社團法人苗栗縣全人關懷協會	
彰化縣	105	彰化市	A	財團法人切膚之愛社會福利慈善事業基金會
			B	彰化縣私立崇愛老人長期照護中心
				彰化縣忞本快樂協進會
	C	彰化縣彰化市牛埔社區發展協會、彰化縣彰化市向陽社區發展協會、彰化縣彰化市西安社區發展協會、廖慶龍骨科診所、陽光小兒科診所、彰化縣彰化市長樂社區發展協會、彰化縣彰化市磚磘社區發展協會		
	106	大村鄉	A	財團法人切膚之愛基金會連瑪玉學苑
			B	郭醫院護理之家
			C	彰化縣大村鄉平和社區發展協會、彰化縣大村鄉加錫社區發展協會、彰化縣大村鄉大橋社區發展協會、財團法人彰化縣私立希望社會福利慈善事業基金會
	106	鹿港鎮	A	財團法人老五老基金會-彰化服務中心
			B	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院
彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院				
C	華陀物理治療所、頂安診所、社團法人彰化縣鹿港鎮洋厝社區發展協會、鹿東基督教醫院			

	106	二林鎮	A	財團法人彰化縣私立慈恩老人養護中心
			B	東明護理之家
			C	社團法人彰化全人照顧專業整合協會、彰化縣二林鎮華崙社區發展協會、彰化縣二林鎮梅芳里辦公處、彰化縣二林鎮萬興里辦公處
	106	溪湖鎮	A	財團法人彰化縣私立慈恩老人養護中心
			B	芳鄰居家護理所
			C	財團法人弘道老人福利基金會、彰化縣溪湖鎮西勢里辦公處、彰化縣溪湖鎮媽厝社區發展協會
南投縣	105	埔里鎮	A	財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會
			B	財團法人老五老基金會 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院附設護理之家 財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會
			C	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院(樂智據點)、財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會(國姓前溝活力站)、南投縣魚池鄉東光社區發展協會(魚池東光活力站)、財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會(國姓鄉北山活力站)、南投縣埔里鎮珠仔山社區發展協會
	106	草屯鎮	A	社團法人南投縣基督教青年會
			B	佑民醫療社團法人佑民醫院 南投縣草屯鎮御史社區發展協會
			C	南投縣草屯鎮碧峰社區發展協會、南投縣草屯鎮南埔社區發展協會、南投縣草屯鎮加老社區發展協會、社團法人南投縣生活重建協會
	106	國姓鄉	A	南投縣國姓鄉衛生所
			B	南投縣國姓鄉石門社區發展協會
			C	南投縣國姓鄉南港社區發展協會、南投縣國姓鄉國姓社區發展協會、南投縣國姓鄉梅林社區發展協會、財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會
	106	信義鄉	B	南投縣信義鄉原住民生活美學協會
			C	財團法人臺灣基督長老教會中布中會、財團法人伊甸社會福利基金會
	106	中寮鄉	A	南基醫院
			B	南投縣樂齡生活關懷協會 南基醫院
			C	社團法人南投縣中寮鄉龍眼林福利協會、南投縣中寮鄉和興社區發展協會、南投縣中寮鄉和興社區發展協會
雲林縣	105	斗六市	A	社團法人雲林縣老人福利保護協會
			B	雲林縣斗六市林頭里家庭托顧據點 財團法人雲林縣私立同仁仁愛之家 國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
			C	社團法人雲林縣老人福利保護協會(牛挑灣社區活動中心)、社團法人雲林縣老人福利保護協會(榴南社區活動中心)、社團法人雲林縣圓夢協會、雲林縣斗六市湖山社區發展協會、雲林縣林內鄉坪頂社區發展協會、雲林縣斗六市梅林社區發展協會、雲林縣林內鄉林中社區發展協會、雲林縣斗六市十三社區發展協會、雲林縣林內鄉九芎社區發展協會、代安居家護理所、雲林縣斗六市崙峰社區發展協會

	106	古坑鄉	A	雲林縣老人長期照護協會
			B	安益居家護理所
			C	雲林縣古坑鄉崁頭厝社區發展協會
	106	北港鎮	A	社團法人雲林縣復健青年協進會
			B	中國醫藥大學北港附設醫院 財團法人伊甸社會福利基金會
			C	雲林縣家園關懷協會、雲林縣北港鎮灣內社區發展協會、社團法人雲林縣復健青年協進會
	106	斗六市	A	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
			B	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
			C	雲林縣斗六市八德社區發展協會、雲林縣斗六市溝墘社區發展協會
	106	東勢鄉	A	中華民國紅十字會臺灣省雲林縣支會
			B	中華民國紅十字會臺灣省雲林縣支會
			C	社團法人雲林縣復健青年協進會、雲林縣鄉土人文關懷協會、雲林縣東勢鄉東南社區發展協會
嘉義縣	105	民雄、溪口鄉	A	財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會露德家園日間照顧中心
			B	嘉義縣民雄鄉衛生所
				嘉義縣私立惜福老人長期照顧中心
				戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 財團法人嘉義縣私立開元殿福松老人養護中心
	C	嘉義縣民雄鄉福興社區發展協會、嘉義縣民雄鄉文隆社區發展協會、嘉義縣民雄鄉菁埔社區發展協會、雲林縣私立雙福寶佛門老人養護中心、財團法人雙福社會福利慈善事業基金會、財團法人柴林腳教育基金會		
	106	新港鄉	A	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
			B	嘉義縣新港鄉衛生所 財團法人伊甸社會福利基金會
			C	李龍駒診所、嘉義縣新港鄉菜公社區發展協會、嘉義縣新港鄉安和社區發展協會、嘉義縣新港鄉北崙社區發展協會、嘉義縣新港鄉頂菜園發展協會、嘉義縣新港鄉大潭社區發展協會
	106	阿里山鄉	B	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
			C	財團法人雙福社會福利慈善事業基金會、嘉義縣阿里山鄉樂野村社區發展協會、財團法人雙福社會福利慈善事業基金會
	106	布袋鎮	B	嘉義縣布袋鎮衛生所
			C	嘉義縣布袋鎮東港社區發展協會
屏東縣	105	屏東市	A	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院
			B	財團法人屏東縣私立畢嘉士社會福利基金會-屏東市永大多元照顧中心
			C	屏東縣屏東市崇蘭社區發展協會、屏東縣屏東市信和社區發展協會、屏東縣屏東市大洲社區發展協會、財團法人屏東縣都市原住民全人發展關懷協會
	106	屏東市	A	衛生福利部屏東醫院
			B	民眾醫院

			衛生福利部南區老人之家	
		C	社團法人屏東縣失智症服務協會、屏東縣屏東市北興社區發展協會、社團法人屏東縣屏東市長青學苑服務協會	
106	牡丹鄉	A	衛生福利部恆春旅遊醫院	
		B	財團法人介惠社會福利基金會	
		C	屏東縣牡丹鄉大梅社區發展協會、屏東縣牡丹鄉牡丹社區發展協會、屏東縣牡丹鄉東源社區發展協會、屏東縣牡丹鄉旭海社區發展協會、社團法人屏東縣牡丹鄉高士社區發展協會、屏東縣牡丹鄉四林社區發展協會	
106	三地門鄉	A	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院(三地門鄉日照中心)	
		B	屏東縣三地門鄉衛生所	
		C	屏東縣三地門鄉馬兒社區發展協會	
106	車城鄉	A	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院(車城日間照顧中心)	
		B	財團法人屏東縣私立永安老人養護中心	
		C	屏東縣車城鄉興安社區發展協會、屏東縣車城鄉海口社區發展協會、屏東縣車城鄉射寮社區發展協會	
106	竹田鄉	B	社團法人屏東縣聖佳照顧關懷協會	
		C	財團法人屏東縣私立聖天社會福利慈善事業基金會、屏東縣竹田鄉六份社區發展協會	
106	高樹鄉	B	衛生福利部屏東醫院	
		C	大地居家護理所、屏東縣高樹鄉東興社區發展協會	
106	滿州鄉	B	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院	
		C	屏東縣滿州鄉九棚社區發展協會、屏東縣滿州鄉分水嶺社區發展協會、屏東縣滿州鄉滿州社區發展協會	
106	泰武鄉	B	屏東縣泰武鄉武潭社區發展協會	
		C	屏東縣泰武鄉佳平社區發展協會、屏東縣泰武鄉泰武社區發展協會	
106	鹽埔鄉	B	六依職能治療所	
		C	屏東縣鹽埔鄉新圍社區發展協會、財團法人屏東縣私立聖欣老人養護中心	
106	東港鎮	A	財團法人蘇天生文教基金會	
		B	安泰醫院社團法人安泰醫院	
		C	屏東縣東港鎮興和社區發展協會、屏東縣東港鎮下廓社區發展協會	
106	萬巒鄉	B	社團法人屏東縣聖佳照顧關懷協會	
		C	財團法人屏東縣私立聖天社會福利慈善事業基金會、屏東縣萬巒鄉赤山社區發展協會、屏東縣萬巒鄉泗溝社區發展協會	
106	枋寮鄉	B	枋寮醫療社團法人枋寮醫院	
		C	屏東縣枋寮鄉東海社區發展協會、屏東縣枋寮鄉新龍社區發展協會、屏東縣枋寮鄉地利村社區發展協會	
臺東縣	105	鹿野鄉	A	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會(鹿野日照中心)
			B	東基醫療財團法人臺東基督教醫院
			C	臺東縣鹿野鄉社區健康促進協會(新豐社區關懷據點)、財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會(永昌老人日托站)、臺東縣鹿野鄉社區健康促進協會(瑞源社區關懷據點)
	105	金峰	B	天主教花蓮教區醫療財團法人臺東聖母醫院

		鄉	C	天主教花蓮教區醫療財團法人臺東聖母醫院(金峰鄉嘉蘭村健康活力站)、天主教花蓮教區醫療財團法人臺東聖母醫院(太麻鄉健康活力站)
	106	海端鄉	A	社團法人臺東縣天主教愛德婦女協會
			B	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院
			C	社團法人臺東縣天主教愛德婦女協會-廣原社區關懷據點、社團法人臺東縣天主教愛德婦女協會-崁頂社區關懷據點
	106	延平鄉	B	東基醫療財團法人臺東基督教醫院
			C	臺東縣延平鄉桃源村社區發展協會、財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會
	106	蘭嶼鄉	B	臺東縣蘭嶼鄉衛生所
			C	財團法人基督教蘭恩文教基金會、財團法人蘭嶼部落文教基金會
花蓮縣	105	卓溪鄉	B	財團法人臺灣基督教門諾會醫院
			C	花蓮縣卓溪鄉衛生所、花蓮縣卓溪鄉社區發展協會
	106	光復鄉	A	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會-花蓮服務中心
			B	花蓮縣光復鄉衛生所附設居家護理所
			C	花蓮縣光復鄉香草場社區發展協會、社團法人花蓮縣婦女公共事務發展協會、花蓮縣光復鄉砂荖社區發展協會
	106	新城鄉	A	國軍花蓮總醫院
			B	財團法人門諾社會福利慈善事業基金會 財團法人天主教會花蓮教區附設花蓮縣私立聲遠老人養護之家
			C	財團法人基督教芥菜種會、社團法人花蓮縣老人暨家庭關懷協會、花蓮縣新城鄉衛生所、花蓮縣新城鄉樹林腳社區發展協會
	106	花蓮市	A	衛生福利部花蓮醫院
			B	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會
			C	社團法人花蓮縣老人暨家庭關懷協會、花蓮市民生社區發展協會、花蓮市民運社區發展協會、花蓮縣後山人文發展協會、社團法人花蓮縣家庭照顧者關懷協會
	106	花蓮市	A	佛教慈濟醫療財團法人慈濟醫院
			B	財團法人門諾社會福利慈善事業基金會 社團法人花蓮縣老人暨家庭關懷協會
			C	花蓮縣花蓮市碧雲莊社區發展協會、花蓮縣花蓮市主和里社區發展協會
	106	秀林鄉	B	花蓮縣秀林鄉衛生所附設居家護理所
			C	財團法人天主教會花蓮教區附設花蓮縣私立聲遠老人養護之家、花蓮縣原住民新部落發展協會-佳民據點、花蓮縣長期照護發展協會
	106	瑞穗鄉	B	花蓮縣瑞穗鄉衛生所
			C	花蓮縣瑞穗鄉富源社區發展協會、花蓮縣瑞穗鄉鶴岡社區營造協會
106	萬榮鄉	B	花蓮縣萬榮鄉衛生所附設居家護理所	
		C	花蓮縣萬榮鄉紅葉村社區發展協會、花蓮縣萬榮鄉馬遠村社區發展協會	
106	鳳林鎮	B	花蓮縣鳳林鎮衛生所附設居家護理所	
		C	花蓮縣鄉村社區大學發展協會、花蓮縣牛根草社區發展促進會	
106	富里鄉	B	花蓮縣富里鄉衛生所附設居家護理所	
		C	財團法人門諾社會福利慈善事業基金會	

	106	玉里鎮	B	財團法人門諾社會福利慈善事業基金會
			C	臺北榮民醫院玉里分院、花蓮縣玉里鎮衛生所、財團法人門諾社會福利慈善事業基金會
澎湖縣	105	馬公市	B	財團法人平安社會福利慈善事業基金會平安馬公日間照顧中心
			C	澎湖縣馬公市興仁社區發展協會、社團法人澎湖縣照顧服務協會、財團法人天主教靈醫會惠民醫院
	106	湖西鄉	B	社團法人澎湖縣照顧服務協會
			C	社團法人澎湖縣照顧服務協會(隘門村巷弄長照站)、社團法人澎湖縣照顧服務協會(北寮村巷弄長照站)
	106	白沙鄉	B	財團法人平安社會福利基金會
			C	白沙鄉赤崁村社區發展協會、白沙鄉小赤社區發展協會
	106	馬公市	B	社團法人澎湖縣照顧服務協會
		C	馬公市光明里辦公室、馬公市五德里社區發展協會、馬公市菜園里社區發展協會、社團法人澎湖縣照顧服務協會(鎖港里巷弄長照站)	
106	馬公市	B	有限責任高雄市安祥照顧服務勞動合作社	
		C	馬公市朝陽社區發展協會、馬公市烏崁社區發展協會	
基隆市	105	中正區	A	財團法人臺北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂
			B	基隆市立醫院
				財團法人伊甸社會福利基金會
			C	基隆市新豐愛鄉協會、基隆市中正區正砂社區發展協會、基隆市中正區平寮社區發展協會、社團法人基隆基督教青年會、財團法人伊甸社會福利基金會、基隆市信義區東信社區發展協會
	105	北區、香山區	A	財團法人天主教耶穌會新竹社會服務中心
			B	財團法人基督教中華協力會附設新竹市私立伯大尼老人養護中心
				國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院
			C	社團法人新竹市福祿壽長青協會(社區照顧關懷據點)、新竹市香山區香村社區發展協會(香村社區照顧關懷據點)、新竹市樂齡健康促進協會、新竹市北區港北社區發展協會(港北社區照顧關懷據點)、新竹市香山區香山社區發展協會(香山社區照顧關懷據點)、社團法人中華民國紅十字會臺灣省新竹縣支會
	106	東區	A	財團法人老五老基金會
			B	臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院 黃志豪職能治療所
		C	新竹市東區科園社區發展協會、南門綜合醫院、新竹市東區衛生所、有限責任新竹市清安照顧服務勞動合作社、新竹市東區立功社區發展協會	
嘉義市	105	西區	A	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院祈樂園
			B	衛生福利部嘉義醫院
				臺中榮民總醫院嘉義分院
				戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-長青園 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-拾智園
			C	財團法人嘉義市私立瑞泰老人長期照護中心、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院-再耕園、嘉義市西區下埤社區發展協會、嘉義市西區劉厝社區發

				展協會、財團法人雙福社會福利慈善事業基金會-常樂園、仁德醫療社團法人陳仁德醫院、王國哲診所
	106	東區	A	財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會聖愛家園日照中心(失智型)
			B	臺中榮民總醫院嘉義分院
				財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會-活泉之家日間照顧中心
			C	嘉義市東區興仁社區發展協會、嘉義市東區精忠社區發展協會、東洋護理之家、蘭潭家福護理之家
金門	106	烈嶼鄉	B	西方日間照顧中心
			C	金門縣烈嶼鄉上岐村青岐社區發展協會
連江	106	南竿鄉	B	大同之家
			C	社團法人臺灣盲人協會、馬祥長期照顧服務協會

資料來源：衛生福利部提供