

編號：(98)020.803

因應長期照護保險法制規劃檢視『我國  
長期照顧十年計畫』成效及發展方向

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

編號：(98)020.803

# 因應長期照護保險法制規劃檢視『我國 長期照顧十年計畫』成效及發展方向

計畫主持人：詹火生

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：財團法人國家政策研究基金會

本報告內容係研究單位之觀點，不代表委託機關之意見

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月

編號：(98)020.803

# 因應長期照護保險法制規劃檢視『我國 長期照顧十年計畫』成效及發展方向

受委託者：財團法人國家政策研究基金會

研究主持人：詹火生

協同主持人：盧瑞芬

張菁芬

研究助理：鄭百惠

行政院經濟建設委員會

民國 98 年 5 月



## 目 錄

圖 表.....	II
摘 要.....	IV
Abstract.....	V
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究目的.....	1
第二章 研究方法.....	3
第一節 研究方法.....	3
第二節 研究架構.....	4
第三節 工作項目與研究進度.....	5
第三章 長期照顧十年計畫執行成果分析.....	6
第一節 長照十年計畫之服務對象.....	6
第二節 長照十年計畫之補助方式.....	6
第三節 長照十年計畫之服務項目.....	7
第四節 長照中心組織管理.....	26
第五節 特定議題.....	29
第四章 長照十年計畫之轉銜策略.....	33
參考文獻.....	36
附錄一：2008年各縣市長照中心業務執行情形摘要.....	40
附錄二：「長期照顧十年計畫」執行情形之調查問卷.....	106
附錄三：問卷填答者基本資料.....	110
附錄四：北區座談會討論題綱及摘要紀錄.....	111
附錄五：中區座談會討論題綱及摘要紀錄.....	113
附錄六：南區座談會討論題綱及摘要紀錄.....	115
附錄七：中央座談討論會題綱及摘要紀錄.....	117
附錄八：期中簡報資料與審查會議紀錄.....	119
附錄九：期末簡報資料與審查會議紀錄.....	143

## 圖 表

圖 2.2.1	研究架構圖.....	4
表 2.3.1	研究時程表.....	5
表 3.3.1	2008 年各縣市執行長照十年計畫之服務項目總數.....	8
表 3.3.2	2008 年長照十年計畫之各項服務辦理情形.....	8
表 3.3.3	2008 年各縣市長照中心推動長照十年計畫之業務現況.....	9
表 3.3.4	2008 年 5 至 12 月各縣市居家服務服務量統計.....	10
表 3.3.5	2008 年各縣市居家服務執行情形.....	11
表 3.3.6	2008 年 5 至 12 月各縣市日間照顧服務量統計.....	12
表 3.3.7	2008 年各縣市日間照顧業務執行情形.....	13
表 3.3.8	2008 年 5 至 12 月各縣市家庭托顧服務量統計.....	14
表 3.3.9	2008 年各縣市家庭托顧業務執行情形.....	14
表 3.3.10	2008 年 5 至 12 月各縣市交通接送服務量統計.....	15
表 3.3.11	2008 年各縣市交通接送業務執行情形.....	15
表 3.3.12	2008 年 5 至 12 月各縣市失智日照服務量統計.....	16
表 3.3.13	2008 年各縣市失智日照業務執行情形.....	17
表 3.3.14	2008 年 5 至 12 月各縣市老人營養餐飲服務量統計.....	17
表 3.3.15	2008 年各縣市老人營養餐飲業務執行情形.....	18
表 3.3.16	2008 年 5 至 12 月各縣市輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務量 統計.....	19
表 3.3.17	2008 年 5 至 12 月各縣市輔具購買租借及居家無障礙環境改善業務執 行情形.....	19
表 3.3.18	2008 年 5 至 12 月各縣市老人長期照顧機構服務量統計.....	20
表 3.3.19	2008 年各縣市老人長期照顧機構業務執行情形.....	21
表 3.3.20	2008 年各縣市居家護理服務量統計.....	21
表 3.3.21	2008 年各縣市居家護理業務執行情形.....	22
表 3.3.22	2008 年各縣市居家復健服務量統計.....	23
表 3.3.23	2008 年各縣市居家復健業務執行情形.....	24
表 3.3.24	2008 年各縣市喘息服務服務量統計.....	24
表 3.3.25	2008 年各縣市喘息服務業務執行情形.....	25
表 3.4.1	2008 年長照中心組織架構.....	26
表 3.4.2	2008 年長照中心組織架構.....	26
表 3.4.3	2008 年長照中心組織架構.....	27
表 3.4.4	2008 年長照中心營運問題.....	28
表 3.4.5	2008 年長照中心營運問題.....	28

附表 1.1	2008 年各縣市長照中心業務執行情形摘要表.....	40
附表 2.1	問卷受訪者職稱.....	110
附表 2.2	問卷受訪者學科背景.....	110

## 摘要

本研究發現長照十年計畫之經費來自政府預算支應，因此適用對象有所限制，無法涵蓋全部的需求人口。相關補助對於經濟弱勢的負擔仍然偏重，特別是在農業縣市與偏遠地區。法令與中央主管機關分散於不同單位，或是沒有法規依據。在 11 項服務中，以家庭托顧、失智症老人日間照顧中心、交通接送及日間照顧中心執行的縣市最少，執行成功的縣市多集中在都會地區。探究原因包括專業照顧人力不足，人才培訓規劃與體系尚待開發、目前各縣市普遍反應服務需求高於供給，多項服務項目招標不易、部分照顧服務補助額度低於市場行情，造成推動福利服務之困境。且相關工作含有偏遠地區與原住民的縣市，特別不易推動。

本研究有以下建議：

- 一、長照法制化：通盤考量現有衛政及社政法律之適用對象，以便未來釐清長期照護制度納保對象。制訂長期照護保險法與長期照護服務法。
- 二、制度建置：將目前 25 個長照中心予以制度化，擬建議由中央統籌管理與評估業務的推動，並將現行長照中心人員納入制度化的考量。釐清未來長照保險與健保的權責分工及發展長照資訊管理系統。
- 三、服務對象與範圍：長照保險應以全民納保為目標。長照保險的適用對象及服務範圍應與健保對象有明確區隔。
- 四、人力資源：建立長期照護專責訓練中心、學校體系建立長期照護相關學程、建立證照分級制度。
- 五、服務供需：現階段規劃區域模式之長期照護資源網，有效學習醫療網計畫經驗。為解決城鄉資源配置不均，偏遠地區服務提供得以加成給付，以鼓勵資源不足地區發展在地資源。落實社區照顧關懷據點，以強化其初級預防照顧功能之發揮。
- 六、保險財源：導入部分負擔制度，避免道德危害，同時強調對社會經濟弱勢團體的保障。建立健全財務制度，有效學習健保經驗。

## Abstract

In this study, it is found that the Ten Years Long-term Care Program is funded by the government budget. Also, it is uncovered that the applicants of the Program are limited and all who are in need of long-term care are not necessarily protected by the Program. Although the government has granted allowance for the economic disadvantage, they are still in serious financial burden, particularly for those who live in agricultural and remote areas. Related legislation and the authority of management are spread out in different official units; and regulations and laws are dispersed in several directives without a significant base to rely on. In eleven services family care, day care centers for the elderly dementia, transportation assistance, and day care centers are the least the implementation services of the local governments. In addition, the local governments that effectively put long-term care services into practice are mainly in metropolitan area. The reasons for such phenomenon include the lack of professional careers, insufficient training program for skilled careers, some services being more demanded than supplied, some services being difficult to find the providers, and some services being subsidized less than the market price. These too result in the plight of promoting welfare services. Above all, in secluded areas and places where indigenous people live the services are much harder to promote.

This research put forward some recommendations as followed.

First, in term of legislation of the long-term care program, the applicant of current welfare services under different rules and laws should be openly clarified. Therefore, in future, the long-term care system can have an obvious target group. In accordance with this, the long-term care insurance and long-term care services law should be enacted as soon as possible.

Second, with regard to institutionization of the long-term care system, the study recommends that current 25 care centers are embraced into the system. And their management and performance shall be evaluated by the central government. Care professionals now working in the 25 centers should also be incorporated into the system. Also, the distinction between the National Health Insurance and the future long-term care insurance should be clarified; and the information management system of the long-term care system should be carefully developed.

Third, regarding the object and scope of the long-term care services, the system

should be a national insurance. Hence, all citizens are protected. However, the scope of the care service should differ from the National Health Insurance.

Fourth, about human resources, certain schemes should be set up. These include establishing professional long-term care training centers, education programs with care skills, and classified licenses of care services.

Fifth, on service supplies and demands, experiences of present long-term care resources net in regional pattern should be learned. To address the unequal allocation of resources between urban and rural areas, remote areas should be granted more services to encourage regional development. To employ community care and, thus, the function of primary care is strengthened.

Finally, concerning the finance of the long-term care insurance, the partial contribution should be introduced into the system. This will avoid moral hazard and emphasis on protection of the socio-economic disadvantaged groups. A firm financial system should be established, and lessons of the National Health Insurance also should be learned.

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

自 1993 年開始，台灣地區 65 歲以上老年人口佔總人口比例為 7%，正式跨入人口高齡化國家（aging nation）的門檻。目前台灣地區人口老化程度雖不像其他先進國家嚴重，惟人口老化速率卻較他國快速。據行政院經濟建設委員會於 2008 年估計我國 65 歲以上老年人口佔總人口比例由 10%（2006 年）增加至 20% 僅需 19 年（2025 年），其他國家如法國預估需 76 年（1943~2019 年），英國預估需 74 年（1946~2020 年），美國預估需 63 年（1967~2030 年），德國預估需 58 年（1952~2010 年），義大利需 42 年（1966~2008 年），日本需 21 年（1985~2006 年）。上述情形顯示台灣因應國內人口老化的準備期短於其他國家。此外，隨著社會型態由農業社會轉變為工業社會，婦女總生育率由 1965 年的 4.8 個降低為 2007 年的 1.1 個。面臨高齡化、少子化的衝擊下，傳統由家庭承擔的照護功能趨於式微，對於長期照護的需求日益增加。

政府部門對於人口老化所衍生的健康、照護、經濟負擔等問題的重視，近期推動的政策包括 1998 年推動「老人長期照護三年計畫」，1998~2007 年推動「加強老人安養服務方案」，2001~2003 年由行政院社會福利推動委員會推動「建構長期照護體系先導計畫」，2004 年成立「長期照顧制度規劃小組」，該小組於 2005~2006 年進行五項規劃研究委辦案，2007 年 4 月行政院核定「大溫暖社會福利套案旗艦計畫我國長期照顧十年計畫」（以下簡稱「長照十年計畫」）。其中長照十年計畫為當今政府部門的施政主軸，預定挹注 817.36 億元經費，期在十年內建構社區化長期照護制度，著重照顧管理機制強化居家與社區的照顧服務體系，提供優質而多元的服務項目。該計畫設定的服務對象以 ADL 失能老人為主，服務項目著重居家與社區服務。

2008 年新政府上任後，將「推動長期照護保險」列為重點施政項目以解決國內人口老化的問題。因此未來建構長期照護制度的財源籌措方式將由政府補助轉變成保險支付，這兩個政策方向的轉銜是一項重大的挑戰。基於政策銜接與制度延續，本研究期望藉由文獻探討、資料庫分析、問卷調查以及座談會的方式檢討長照十年計畫的成效與發展方向，以提供未來推動長期照護保險制度的相關政策建議。

## 第二節 研究目的

長照十年計畫自 2007 年 4 月啟動，由各縣市長期照顧管理中心（以下簡稱

長照中心)於2007年5月取得政府預算開始收案，並推動該計畫規劃之各項服務。本研究將深入瞭解長照十年計畫規劃始末，實施至今的執行成效，探討制度架構及執行計畫所遭遇的困境；並研議長照十年計畫未來發展方向，針對轉銜長期照護保險提出具體建議，以做為銜接台灣未來推行長期照護制度與長期照護保險之參考依據。

## 第二章 研究方法

### 第一節 研究方法

本研究採用政府報告書分析、資料庫分析、問卷調查法與召開座談會議以瞭解長照十年計畫的執行情形及所遭遇之困境，各研究方法執行情形分述如下：

#### 一、政府報告書分析

透過長照十年計畫之規劃報告瞭解當時政策之規劃背景、執行策略、推動項目。參閱 25 縣市各別提報的第一期整合計畫書，瞭解 2008 年各別縣市的執行成果與其執行長照十年計畫時所遭遇的困境，針對相關困境各縣市對於 2009 年所擬訂之推動策略。有關 25 個縣市長照中心業務執行情形摘要請詳見附錄一。

#### 二、資料庫分析

長照十年計畫之資訊系統目前處於規劃建置階段，而現有的業務資料先由各縣市長照中心呈報至中央單位再建檔上傳，資料依照業務屬性分別儲存在內政部「照顧服務管理資訊系統」與衛生署「長期照護資訊網」中。各縣市長照中心每月份彙整的資料包括縣市別、月份別、性別、身份別、補助類別、失能程度、經濟狀況、服務使用、數量等。

#### 三、問卷調查

本研究以問卷方法的方式於 2009 年 2 月至 3 月進行量化資料與質化資料的收集，問卷內容詳如附錄二。問卷填答對象設定為 25 個縣市的長照中心主任，針對各縣市推動長照十年計畫所涉及之組織編制、人力資源、運作現況與各項業務推展等面向進行調查。採用公文通知及電子郵件寄送檔案到長照中心窗口的信箱的方式發放問卷，並以電話追蹤提醒，最後 25 個縣市的問卷皆已回收，回收率達 100%，問卷填答者基本資料詳如附錄三。

#### 四、座談會

本研究為深入瞭解中央單位與各縣市長照中心推動長照十年計畫之執行限制、執行困境、對未來各項業務的發展方向，以及對政策規劃之看法，共辦理一場中央單位的座談討論會，三場的地方座談會。與中央單位的座談議題共有五項，分別討論組織體制、服務輸送及照護管理、服務提供及服務人力、服務對象及給付項目之政策轉銜策略。與地方長照中心的座談議題共有五項，分別討論長照中心之組織定位與未來調整策略、長期照護服務對象之界定標準、如何調整長期照護服務項目、如何健全長期照顧服務輸送體系及相關配套措施。

辦理情形如下：

- (一) 北區座談會：於 2009 年 3 月 13 日辦理，邀請宜蘭縣、基隆市、台北縣、台北市、桃園縣、新竹市、新竹縣、嘉義縣、花蓮縣及澎湖縣之地方主管機關與長照中心代表出席，參與人數合計 16 人。北區座談會討論題綱及摘要紀錄詳如附錄四。
- (二) 中區座談會：於 2009 年 3 月 18 日辦理，邀請苗栗縣、台中市、台中縣、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市、連江縣及新竹縣之地方主管機關與長照中心代表出席，參與人數合計 18 人。中區座談會討論題綱及摘要紀錄詳如附錄五。
- (三) 南區座談會：於 2009 年 3 月 18 日辦理，邀請台南市、台南縣、高雄市、高雄縣、屏東縣、台東縣及金門縣之地方主管機關與長照中心代表出席，參與人數合計 15 人。南區座談會討論題綱及摘要紀錄詳如附錄六。
- (四) 中央座談討論會：於 2009 年 4 月 24 日辦理，邀請內政部社會司、行政院衛生署健康照護處、台北市長照中心與台北縣長照中心代表出席，參與人數合計 4 人。中央座談討論會討論題綱及摘要紀錄詳如附錄七。

## 第二節 研究架構

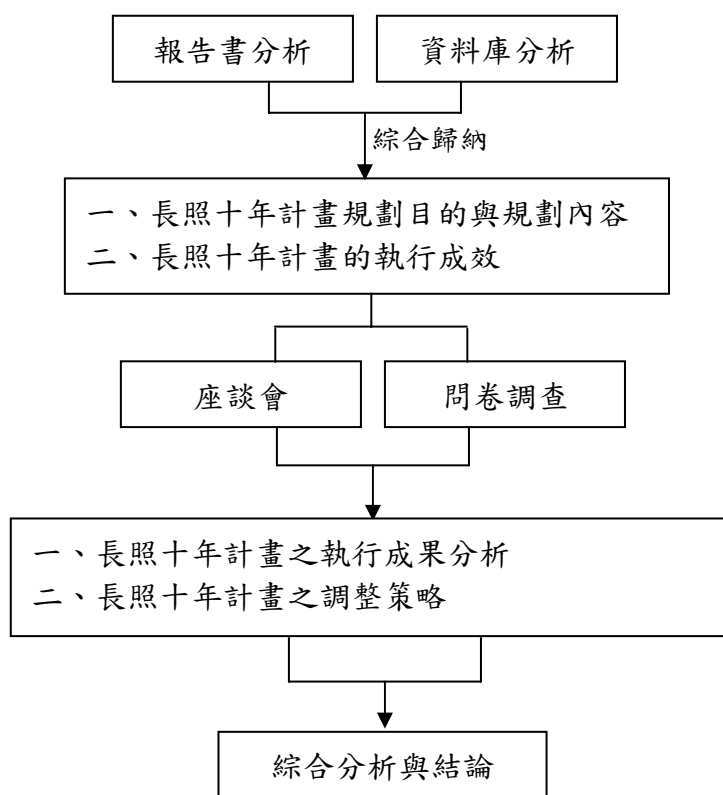


圖 2.2.1 研究架構圖

### 第三節 工作項目與研究進度

工作項目及時程如下：

表 2.3.1 研究時程表

工作項目	工作執行時程 (97.12.16~98.5.15)					
	97年 12月	98年 1月	98年 2月	98年 3月	98年 4月	98年 5月
政府報告書分析						
繳交期初報告	▼					
研究架構設計						
資料庫分析						
繳交期中報告			▼			
設計座談會議題						
辦理座談會						
蒐集彙整座談會意見						
結論與建議						
繳交期末報告						▼
報告修正及定稿印刷						
預定進度百分比	10%	30%	50%	70%	90%	100%

## 第三章 長期照顧十年計畫執行成果分析

### 第一節 長照十年計畫之服務對象

長照十年計畫服務對象之設定主要著眼於台灣人口老化趨勢之快速化、資源開發的有限性、儘速推動的急迫性，因此優先服務對象設定為 65 歲以上老年失能人口、55 歲以上山地原住民失能人口、50 歲以上身心障礙者失能人口、IADL 失能且獨居老人。

然而在政府報告書分析、座談會討論「服務對象」議題及問卷調查「現行資源配置」提問之分析結果發現，各縣市長照中心認為現行制度有以下問題：

- 一、各年齡層人口均有使用長期照護服務的潛在需求，但目前則設有適用對象之年齡限制，以致部分個案無法使用長照資源。
- 二、目前長照十年計畫之適用對象未涵蓋失智者導致失智個案無法使用服務。
- 三、老人、身心障礙與長照資源分列不同體系，資源尚未加以整合。
- 四、資源之配置須考量其需求性，聘僱外籍看護工之個案完全喪失使用長照十年計畫服務之資格。

### 第二節 長照十年計畫之補助方式

長照十年計畫規劃之給付型態，以補助服務使用為原則，並依照失能程度及經濟狀況，提供合理的照顧服務補助。服務補助額度與標準乃依照失能等級進行界定，失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得補助額度愈高。照顧服務補助對象依規定使用服務時，需負擔部分費用，部分負擔的比例與個案之經濟狀況有關，依照經濟條件分為一般戶、最低生活費用 1.5 ～ 2.5 倍、最低生活費用 1.5 倍以下。

然而在在政府報告書分析、座談會討論「服務對象」議題及問卷調查「現行資源配置」、「新舊制轉銜」提問之分析結果發現，各縣市照管中心認為現行制度有以下問題：

- 一、依照現行最低生活費用標準規定執行，對於經濟弱勢者的負擔仍然偏重，因而降低使用服務之意願，此類個案經常出現在鄉村與偏遠地區。

- 二、由於補助標準一致，未考量各縣市之地理特性與資源分布之差異，導致服務成本高於補助標準。
- 三、新舊制評估核定機制不同，同時，新制整合醫療及照顧，提供失能者全面性的服務，但需部分負擔，與完全免費服務的舊制相比，產生部分舊制個案不接受新制服務。尤其，在民眾未建立使用者付費之觀念下，對新制接受度偏低，即使具有經濟能力亦不願付或經濟弱勢者無法負荷新制收費標準。
- 四、考量部分負擔適當比率，以期平衡政府與照顧者經濟負荷，確保長期照顧體制健全永續發展。
- 五、新舊制度及服務項目間的整合不足。例如，使用居服舊制者，不得使用所有新制服務，限縮衛政居家護理、復健服務之使用。居家服務以提供替代照顧人力為主，居家護理、居家復健以提供專業指導為主，使原有良好立意大打折扣。
- 六、新制轉換的過程，讓原本使用居家服務個案進而轉向申請外籍看護工照顧，與長照十年制度本意不符。

### 第三節 長照十年計畫之服務項目

各縣市長照中心除了執行長照十年計畫的業務外，另將現行社政的「社區照顧關懷據點」及衛政「緊急救援系統」併入業務範圍，以提供單一窗口之整合性服務，合計 13 項服務，本研究僅針對 11 項長照十年計畫之業務進行說明討論。依據內政部「照顧服務管理資訊系統」與衛生署「長期照護資訊網」統計各項業務之服務量<sup>1</sup>，並依據各縣市提報 2009 年第一期整合計畫書內容（包括 2008 年長照中心業務執行情形）、座談會紀錄及問卷調查結果，彙整資料如下：

#### 一、各縣市提供之服務項目

各縣市長照中心 2008 年所推動的項目，僅嘉義市將長照十年計畫規劃的 11 項業務全數推動，而台南市、新竹縣、台南縣及嘉義縣僅執行 6 項服務為最

---

<sup>1</sup>本團隊在統計分析長照十年計畫之各項業務服務量的過程中發現資料不齊全，且缺乏勾稽，造成統計資料品質有待商榷。

少。

表 3.3.1 2008 年各縣市執行長照十年計畫之服務項目總數

縣市	服務項目總數	縣市	服務項目總數
台北市	8	嘉義縣	6
高雄市	8	台南縣	6
基隆市	8	南投縣	10
新竹市	10	雲林縣	9
台中市	10	高雄縣	8
台南市	6	屏東縣	7
嘉義市	11	宜蘭縣	7
台北縣	9	花蓮縣	7
桃園縣	9	台東縣	7
新竹縣	6	澎湖縣	7
苗栗縣	8	金門縣	9
台中縣	9	連江縣	8
彰化縣	9		

至 2008 年底，居家服務、老人營養餐飲、居家護理、居家復健、喘息服務等 5 項服務，已有 25 個縣市推動，而執行率最低的服務項目分別是家庭托顧、失智症老人日間照顧中心、交通接送及日間照顧中心（分別只有 2 個、6 個、12 個與 13 個縣市推動成功），該項目能推動成功的縣市多數集中在都會地區。

表 3.3.2 2008 年長照十年計畫之各項服務辦理情形

服務項目	辦理縣市數量	百分比
居家服務	25	100%
日間照顧	13	52%
失智老人日間照顧	6	24%
家庭托顧	2	8%
交通接送	12	48%
老人營養餐飲	25	100%
輔具購買租借	20	80%
長期照顧機構	21	84%
居家護理	25	100%
居家復健	25	100%
喘息服務	25	100%

此外，新竹縣之居家復健與南投縣之居家護理在 2008 年的推動期間，無符合申請資格的個案。2008 年度各縣市長照中心的服務執行項目請參閱表 3.3.3。

表 3.3.3 2008 年各縣市長照中心推動長照十年計畫之業務現況

縣市	居家服務	日間照顧	家庭托顧	交通接送	失智老人日間照顧中心	老人營養餐飲	輔具 購買 租借 及居家無障礙環境改善	長期照顧機構	居家護理	居家復健	喘息服務	各縣市服務項目總數
台北市	√	√			√	√		√	√	√	√	8
高雄市	√	√			√	√	√		√	√	√	8
基隆市	√	√				√	√	√	√	√	√	8
新竹市	√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	10
台中市	√	√		√	√	√	√	√	√	√	√	10
台南市	√	√				√			√	√	√	6
嘉義市	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	11
台北縣	√	√			√	√	√	√	√	√	√	9
桃園縣	√	√		√		√	√	√	√	√	√	9
新竹縣	√					√		√	√	√	√	6
苗栗縣	√			√		√	√	√	√	√	√	8
台中縣	√	√		√		√	√	√	√	√	√	9
彰化縣	√	√		√		√	√	√	√	√	√	9
嘉義縣	√			√		√			√	√	√	6
台南縣	√					√		√	√	√	√	6
南投縣	√	√	√	√		√	√	√	√	√	√	10
雲林縣	√	√		√		√	√	√	√	√	√	9
高雄縣	√			√		√	√	√	√	√	√	8
屏東縣	√					√	√	√	√	√	√	7
宜蘭縣	√					√	√	√	√	√	√	7
花蓮縣	√					√	√	√	√	√	√	7
台東縣	√					√	√	√	√	√	√	7
澎湖縣	√					√	√	√	√	√	√	7
金門縣	√					√	√		√	√	√	9
連江縣	√			√		√	√	√	√	√	√	8
縣市服務數量總計	25	13	2	12	6	25	20	21	25	25	25	202

## 二、居家服務

### (一) 服務量

2008 年計有 25 縣市長照中心開辦居家服務，依失能程度及經濟狀況有不同的自付標準。目前處於新舊制度轉換階段。

表 3.3.4 2008 年 5 至 12 月各縣市居家服務服務量統計

	舊制			新制			
	人數	人次	時數	人數	人次	自費時數	補助時數
台北市	10,376	115,434	241,375.5	2,700	23,943	2,950.0	45,688.5
高雄市	9,655	78,413	150,930.5	3,061	39,285	4,196.0	73,504.5
基隆市	1,423	10,186	23,440.0	683	8,016	653.0	17,507.0
新竹市	1,070	8,932	15,394.5	398	5,873	512.5	10,312.5
台中市	8,078	48,760	85,313.7	1,160	10,648	1,627.5	23,141.6
嘉義市	2,189	23,093	30,637.0	941	11,959	112.5	16,784.5
台南市	6,660	52,855	93,934.8	1,488	20,689	239.0	38,909.5
台北縣	13,446	112,628	228,169.0	4,568	61,476	2,415.5	130,418.5
宜蘭縣	5,877	143,200	87,720.5	430	11,950	36.0	5,481.0
桃園縣	8,899	165,477	182,914.5	770	10,854	59.5	19,205.0
新竹縣	1,549	14,047	29,725.0	266	2,537	102.0	5,166.5
苗栗縣	4,662	38,480	69,239.0	713	6,969	239.0	13,246.5
台中縣	3,762	50,515	70,187.8	2,775	64,315	2,922.5	103,026.0
彰化縣	19,578	111,232	221,422.0	2,817	29,167	3,829.0	53,494.0
南投縣	12,266	84,500	167,100.5	1,715	18,277	336.4	38,481.1
雲林縣	8,776	72,520	141,786.0	4,622	46,830	566.0	90,674.5
嘉義縣	4,110	35,349	55,747.5	1,478	19,730	241.5	33,644.5
台南縣	6,637	59,302	98,157.6	1,564	25,905	280.0	42,666.5
高雄縣	16,592	241,558	243,410.8	3,247	88,383	1,505.0	92,356.0
屏東縣	6,901	56,605	100,869.0	795	9,374	2.0	23,372.0
台東縣	7,039	63,048	109,118.5	—	—	—	—
花蓮縣	7,558	75,867	118,701.0	1,111	11,953	60.0	22,611.0
澎湖縣	3,345	31,210	24,359.0	168	1,388	—	1,384.5
金門縣	1,211	9,204	18,002.0	263	3,555	2,294.0	9,511.0
連江縣	265	2,318	4,952.0	6	47	35.2	82.0

註：各縣市居家服務之業務統計資料來自內政部「照顧服務管理資訊系統」。其中高雄市、台中市、台南縣、高雄縣之服務人次資料出現小數點，需請主管機關協助釐清。

## (二) 執行狀況

居家服務業務在 25 個縣市皆已推動，僅 1 縣市（4%）認為業務推動不順利。不順利的原因為由部分免費時數轉換為以小時計的部分負擔，部分使用者表示福利縮水負擔加重。

表 3.3.5 2008 年各縣市居家服務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
居家服務	非常順利	1	4
	順利	15	60
	普通	8	32
	不順利	1	4
	非常不順利	0	0

## (三) 執行困境

1. 中央照顧服務補助經費之差額，需由縣市政府協助支應，但各縣市財務狀況不一，造成某些縣市面臨窘境。
2. 各項照顧服務性質與服務單價不同，無法彈性交互使用。例如：北市取消時數及天數概念，改以「金額」為計算原則，同時明訂「各種服務補助單價」，現已有失能民眾交互使用前 2 項服務。
3. 新制與舊制銜接困境：例如失能判定標準廣納服務對象，照顧服務員人力供不應求；另一方面，因為新制個案一般戶及中低收入戶需負擔部份服務費，影響家屬購買使用的意願。
4. 居家服務項目及內容操作性定義的疑義：過去在服務提供過程中，因為長照中心、居家服務支援中心、受服務對象各自對居家服務項目及內容認知不同，而發生服務落差的情形。
5. 社區服務方案最主要的需求人力—照顧服務員，人力嚴重欠缺及流動率高，因而在居家服務的發展上，如何健全照顧服務員之勞動保障，是推展居家式服務的重大課題。
6. 新制第一個小時一般民眾將須負擔 40%，部分申請個案於告知須部份自費後均因經濟因素表示放棄接受服務，使真正需要接受居家服務之失能者失去服務機會，影響居家服務的提供。
7. 居家服務單位屬性單一化，應鼓勵民間團體、機構，或加強宣導引進外縣市民間團體、機構加入，促進多元化居家服務提供，以提昇居家服務品質。
8. 專業人力方面：
  - (1) 居家服務案件量高，造成照顧管理專員評估負荷量大，無法如期進行複評。
  - (2) 許多縣市照顧管理專員招募不易（社工資格限定），尤其在南部縣市方面，專員差旅費問題，導致屏南地區個案申請至評估的等待期較屏北地

區長。

(3) 更改新制後案量減少，可能導致服務員與督導面對裁員的危機。

9. 服務對象分類較複雜(含 50 歲以下身障居家服務)，宣導不易，服務提供單位有時亦難分別，核銷程序繁瑣。

10. 政策逐年修正變動，招標文件難訂定。

11. 個案對於減少服務時數有異議時，照顧管理專員屢遭個案或其家屬指責，需再加強民眾對於使用居家服務認知。

### 三、日間照顧

#### (一) 服務量

2008 年計 13 縣市長照中心辦理日間照顧服務。由內政部「照顧服務管理資訊系統」中僅取得 10 個縣市的統計資料，尚缺基隆市、台中市及台中縣的資料。以高雄市的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 581 人，使用 12,226 次日間照顧服務，總使用時數為 90,926.1 小時。

表 3.3.6 2008 年 5 至 12 月各縣市日間照顧服務量統計

縣市別	人數	人次	時數
台北市	170	2,773	23,792
高雄市	581	12,226	90,926.1
新竹市	40	819	—
嘉義市	2	16	96
台南市	354	6,426	51,652
台北縣	77	77	18,242
桃園縣	47	1,439	14,488
彰化縣	127	2,719	17,813
南投縣	133	2,813	3,919
雲林縣	202	3,800	28,781

#### (二) 執行狀況

日間照顧業務有 13 個縣市開辦，無法開辦與認為推動不順利的縣市共 17 個(68%)。無法開辦與推動不順利的原由包括：(1) 民間團體考量成本與人力因素無參與意願，(2) 地方資源不足，(3) 收費標準及收案原則未統一明確。

表 3.3.7 2008 年各縣市日間照顧業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
日間照顧	非常順利	0	0
	順利	1	4
	普通	7	28
	不順利	5	20
	未開辦	12	48

### (三) 執行困境

1. 因我國長期照顧十年計畫與一些縣市原有的照顧服務計畫有異，導致部分個案無法納入長期照顧十年計畫（如：聘僱外籍看護工者、失智但無失能之個案），部分家屬考量經濟因素，多選擇結案，故收托量有減少趨勢。因中央所規劃之付費方式與一些縣市的收費方案有所衝突，導致民眾無法接受，至目前為止一直無法開案。
2. 一些縣市因時常下雨且個案居住地方多屬山坡地，或案家多屬無電梯式之老舊公寓，車輛無法直達案家門口，於推行此項服務上，面臨到出入不便及氣候不穩等因素，至今尚未有個案申請此項服務。
3. 日間照顧服務場所設施設備相關規定不明確及嚴苛（如：老人福利機構附設日間照顧其是否需變更床位數、建築設備等相關規定、社區式日間照顧服務場所僅規定於老人福利服務者資格要件及服務準則，設施設備規定不明確、人員資格嚴苛），再者，老人福利機構附設日間照顧係屬機構式日間照顧，機構乃屬社區之一，將其列為機構式日間照顧恐太狹隘，應將現有機構資源納入社區之一，促使日間照顧服務之可近性及便利性。
4. 因老人日間照顧服務須符合老人機構設置標準，機構考量人力及成本往往不願辦理。
5. 一些縣市曾與相關基金會、團體洽商，民間單位亦有意願投入辦理日間照顧，但受限於租（借）用房屋或土地者，資本支出補助每案以新臺幣 30 萬元為限之規定，民間單位皆打退堂鼓，以致本項業務推動遭遇極大之困難。
6. 依長期照顧十年計畫將日間照顧與居家服務合併補助計算後，折算為日間照顧補助時，形成補助時數過低或補助額度過低等情形，影響單位承辦意願及民眾使用困擾。

## 四、家庭托顧

### (一) 服務量

嘉義市與南投縣長照中心於 2008 年辦理家庭托顧服務。由內政部「照顧服務管理資訊系統」中僅取得南投縣長照中心的服務量資料。南投縣於 2008 年

12 月有 1 人使用 6 次家庭托顧服務，總使用時數為 19 小時。

表 3.3.8 2008 年 5 至 12 月各縣市家庭托顧服務量統計

	人數	人次	時數
南投縣	1	6	19

### (二) 執行狀況

「家庭托顧」業務僅有 2 個縣市開辦，無法開辦與認為推動不順利的縣市共 23 個 (92%)。無法開辦與推動不順利的原因为：(1) 服務單位不符合承辦標準，(2) 民間團體考量成本與人力因素因此無參與意願，(3) 人口密度低，交通接送路途遙遠，(4) 縣市政府財務狀況吃緊經費籌措困難。

表 3.3.9 2008 年各縣市家庭托顧業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
家庭托顧	非常順利	0	0
	順利	0	0
	普通	1	4
	不順利	1	4
	未開辦	23	92

### (三) 執行困境

1. 縣市民眾仍傾向於居家式照顧服務，對於送往托顧家庭較不易接受，且托顧家庭在招募上面臨托顧家庭照顧服務員同住親屬的排斥。
2. 家托支持系統及資源網絡不健全，若托顧老人其中有一人發生事故需就醫，無人可協替照顧其他老人。
3. 接受托顧之老人來源不固定，時數過少，有可能造成照顧服務員收入短少之狀況，照顧之意願不高。且對使用者來說，若每日使用家托，整月費用較養護機構貴，且案主至家托處除交通接送上較為困難，亦需額外支出一筆交通費，且移動案主亦是一項負擔，造成使用者意願不高。
4. 辦理家庭托顧須加設無障礙設施和裝修，目前內政部未補助本項設施，且水電費皆需由辦理家托者自行吸收，造成服務單位承接意願不高。
5. 地區風情及文化因素，家庭托顧施行不易。
6. 各服務單位對此新業務執行細節較不熟悉。

## 五、交通接送

### (一) 服務量

2008 年計有 12 縣市長照中心辦理交通接送服務。由內政部「照顧服務管

理資訊系統」中僅取得 7 個縣市的統計資料，尚缺台中市、苗栗縣、台中縣、彰化縣、雲林縣及連江縣的資料。但以電話聯繫台北縣長照中心業務辦理情形，督導表示沒有提供本項服務，但資料庫卻呈現服務量資料，須請主管單位協助釐清。

表 3.3.10 2008 年 5 至 12 月各縣市交通接送服務量統計

	人數	趟數
新竹市	69	355
嘉義市	14	75
台北縣	4,614	56,718
桃園縣	3	11
南投縣	568	4,224
嘉義縣	44	154
高雄縣	87	607

### (二) 執行現況

「交通接送服務」業務在 12 個縣市推動，無法開辦與認為推動不順利的縣市共 15 個（60%）。無法開辦與推動不順利的原由包括：(1) 縣市政府財務狀況吃緊無力再購置巴士服務長照個案，(2) 民營交通業者不適應公部門之辦理與核銷流程降低承辦意願，(3) 人口密度低與幅員廣大造成服務成本暴增民間團體認為補助偏低無參與意願，(4) 地方資源不足。

表 3.3.11 2008 年各縣市交通接送業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
交通接送服務	非常順利	1	4
	順利	3	12
	普通	6	24
	不順利	2	8
	未開辦	13	52

### (三) 執行困境

1. 民眾對於服務方案的申辦及長照中心可協助處較不了解，因此提出申請個案較少。
2. 部分縣市身心障礙者小型復康巴士實無法支援本項服務，又二者之間的服務對象、補助標準、法令依據、收費標準及服務項目等規定差異極大，難以整合或合併規劃辦理。

(1) 補助經費每趟 190 元不符合鄉村型縣市：

交通接送差異性，中央所規劃人口密集都市為標準，而鄉村型縣市

每趟出車距離遠，增加廠商與民眾成本負擔，應提高補助上限。

(2) 補助對象應擴及輕中度失能者：

重度失能者，以進駐機構、醫療院所或在宅照護居多，就醫與日間照顧的使用頻率比輕度及中度失能者少。交通接送服務定位為社區式服務，應將補助對象擴及輕中度失能者，讓交通接送服務能發揮最大功效。

3. 部分縣市在巡迴各鄉鎮接送老人及身心障礙者至署立醫院或私立診所就診或復健，老人如由起始點上車隨著巴士一路接送到達醫院，路途遠耗時甚久，得忍身體病痛及車輛路途顛簸之苦。而如罹患重度失能障礙者，因每輛無障礙巴士輪椅車位有限，或需仰賴臥床者搭乘無障礙巴士困難，而有縣市無民間車輛租賃業者提供醫療車服務，故無法委託民間辦理，亟待研謀妥適方案，以為重度失能老人提供服務。
4. 執行困難處為採用新制民眾人數較少，因而可能造成執行率偏低之情形產生。
5. 因推展時間緊湊、媒體宣導有限，加以服務對象侷限於重度失能者，居住機構、日照中心或已僱用看護者亦不得申請，目前服務人數有限。

## 六、失智日照

### (一) 服務量

2008年計有6個縣市長照中心辦理失智老人日間照顧服務。由內政部「照顧服務管理資訊系統」中僅取得4個縣市的統計資料，尚缺新竹市及台中市的資料。以高雄市的服務量居冠，2008年5至12月間，共有24人，使用587次失智老人日間照顧服務，總使用時數為4,306小時。

表 3.3.12 2008年5至12月各縣市失智日照服務量統計

	台北市			高雄市			嘉義市			台北縣		
	人數	人次	時數	人數	人次	時數	人數	人次	時數	人數	人次	時數
9705	0	0	0	0	0	0	1	22	36	29	29	6,936
9706	2	48	384	0	0	0	2	26	68	14	14	3,373
9707	2	44	480	4	92	676	0	0	0	18	18	4,392
9708	2	44	480	4	99	717	1	21	25	15	15	3,600
9709	3	66	720	4	100	740	1	22	176	19	19	4,560
9710	3	66	616	4	97	716	1	22	176	17	17	4,080
9711	4	81	432	4	95	685	1	23	184	19	19	4,560
9712	5	109	408	4	104	772	1	22	176	20	20	4,800
合計	21	458	3,520	24	587	4,306	8	158	841	151	151	36,301

註：儘管各縣市資料試圖呈現現況，但仍有待主管單位協助釐清之處；例如，

台北縣使用人次與人數相同，且時數經換算後，平均每人每月使用天數接近 30 日。

## (二) 執行現況

「失智症老人日間照顧機構」業務在 6 個縣市推動，無法開辦與認為推動不順利的縣市共 22 個 (88%)。無法開辦與推動不順利的原由包括：(1) 地方資源不足，(2) 人口密度低與幅員廣大造成服務成本暴增，民間團體認為補助偏低無參與意願，(3) 欠缺照顧失智老人之特殊人力，(4) 使用服務與交通之合計費用偏高，降低使用意願。

表 3.3.13 2008 年各縣市失智日照業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
失智症老人日間照顧機構事工之推動	非常順利	0	0
	順利	1	4
	普通	2	8
	不順利	3	12
	未開辦	19	76

## (三) 執行困境

養護型日間照顧中心/失智症型日間照顧中心中央資本門補助偏少，影響招募民間加入可行性。

## 七、老人營養餐飲

### (一) 服務量

2008 年 25 個縣市長照中心均辦理老人營養餐飲服務。由內政部「照顧服務管理資訊系統」中僅取得 19 個縣市的統計資料，尚缺台北市、台中市、基隆市、苗栗縣、台南縣及宜蘭縣的資料。以台南縣的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 5,224 人，使用 126,122 次老人營養餐飲服務。

表 3.3.14 2008 年 5 至 12 月各縣市老人營養餐飲服務量統計

	人數	人次
高雄市	426	11,619
新竹市	564	14,202
嘉義市	677	20,063
台南市	831	18,467
台北縣	544	14,144
桃園縣	1,615	98,883

	人數	人次
新竹縣	356	7,748
台中縣	2,238	67,234
彰化縣	1,291	32,971
南投縣	1,430	30,677
雲林縣	2,134	61,644
嘉義縣	2,252	65,706
台南縣	5,224	126,122
高雄縣	151	3,120
屏東縣	19	299
花蓮縣	1,455	41,251
澎湖縣	1,717	94,039
金門縣	32	980
連江縣	104	3,179

## (二) 執行現況

「老人營養餐飲服務」業務在 25 個縣市皆已推動，認為推動不順利與非常不順利的縣市 5 個（20%）。推動不順利的原因包括：(1) 地方資源不足，(2) 人口密度低與幅員廣大，造成送餐成本暴增營運不易，(3) 服務據點未能全區普及，(4) 難掌握老人的餐飲口味。

表 3.3.15 2008 年各縣市老人營養餐飲業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
老人營養餐飲服務	非常順利	0	0
	順利	16	64
	普通	4	16
	不順利	3	12
	非常不順利	2	8

## (三) 執行困境

1. 僅提供獨居老人營養餐飲服務，獨居老人須經公所列冊通報本府核定後經評估失能，始能接受服務，因此服務人數無法提昇。
2. 一些縣市境內幅員遼闊，以及相關經費補助有限，且協助送餐志工難覓，大多數人會覺得時間上沒有彈性而不願加入送餐志工行列，也導致縣內社福團體服務意願不高。
3. 一些縣市雖訂有餐飲服務補助，但因文化因素，中低收入老人均怕有失顏面，而不願暴露身分或不要求餐飲服務，致有餐飲服務提供單位無法申請補助，而不願加入服務行列。

## 八、輔具購買租借及居家無障礙環境改善

### (一) 服務量

2008 年計有 20 個縣市長照中心辦理輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務。由內政部「照顧服務管理資訊系統」中僅取得 6 個縣市的統計資料，尚缺高雄市、基隆市、新竹市、台中市、台北縣、苗栗縣、台中縣、彰化縣、南投縣、屏東縣、宜蘭縣、花蓮縣、台東縣及澎湖縣的資料。以雲林縣的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 1,097 人，使用 1,397 件輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務。

表 3.3.16 2008 年 5 至 12 月各縣市輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務量統計

	人數	件數
嘉義市	30	51
桃園縣	4	5
雲林縣	1,097	1,397
高雄縣	1,060	1,212
金門縣	40	20
連江縣	16	20

### (二) 執行現況

「輔具購(租)買及居家無障礙環境改善服務」業務在 20 個縣市推動，無法開辦與認為推動不順利的縣市共 12 個(48%)。無法開辦與推動不順利的原因为包括：(1) 縣市財務困窘，無法開辦，(2) 申請規定嚴格且程序繁鎖，多數進行到一半即暫緩申請，(3) 地方資源不足。

表 3.3.17 2008 年 5 至 12 月各縣市輔具購買租借及居家無障礙環境改善業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
輔具購(租)買及	非常順利	1	4
居家無障礙環境改	順利	3	12
善	普通	9	36
	不順利	7	28
	未開辦	5	20

### (三) 執行困境

- 1.各縣市普遍有經費不足、需中央寬編預算協助辦理的情形，如：基隆市、彰化縣、台南縣與金門縣。

2. 低收入戶個案所需若超出補助金額，則尚需自行負擔費用，造成經濟壓力，以致放棄申請高單價輔具，延宕復健時間。
3. 建議應縮短評估時程，讓有需求者都能儘快獲得滿足。

## 九、老人長期照顧機構

### (一) 服務量

2008 年計有 21 個縣市長照中心辦理老人長期照顧機構補助服務。由內政部「照顧服務管理資訊系統」中僅取得 13 個縣市的統計資料，但以電話聯繫高雄市、台南市及金門縣長照中心業務辦理情形，督導表示沒有提供本項服務，但資料庫卻呈現服務量資料，須請主管單位協助釐清。目前尚缺基隆市、新竹市、新竹縣、苗栗縣、南投縣、彰化縣、屏東縣、宜蘭縣、台東縣、澎湖縣及連江縣的資料。

台北市的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 8,957 人獲得老人長期照顧機構的補助服務。

表 3.3.18 2008 年 5 至 12 月各縣市老人長期照顧機構服務量統計

	補助人數
台北市	8,957
高雄市	209
台中市	39
嘉義市	422
台北縣	3,124
桃園縣	1,541
台中縣	485
雲林縣	607
台南縣	134
高雄縣	160
花蓮縣	21
台南市	105
金門縣	28

### (二) 執行現況

「老人長期照顧機構」業務在 21 個縣市推動，無法開辦與認為推動不順利的縣市共 6 個(24%)。無法開辦與推動不順利的原因是僅開放給低收入戶使用。

表 3.3.19 2008 年各縣市老人長期照顧機構業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
老人長期照顧機構	非常順利	0	0
	順利	8	32
	普通	11	44
	不順利	2	8
	未開辦	4	16

### (三) 執行困境

- 1.各縣市普遍因經費有限，公費床位不足，造成公費養護床位不敷需求的情形。如：基隆市、台北縣、台南縣與金門縣。
- 2.本服務也因經費限制，造成服務對象只能限縮於低收入戶老人，無法擴及到一般失能老人。
- 3.幅員遼闊、偏遠之地區，如台東縣，因醫療資源缺乏，故醫院未服務之地段由衛生所收案管理照護。

## 十、居家護理

### (一) 服務量

2008 年 25 個縣市長照中心均辦理居家護理服務。以宜蘭縣的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 446 人獲得 1,113 次的居家護理服務。其中桃園縣的服務人數多於服務人次，請主管機關協助釐清。

表 3.3.20 2008 年各縣市居家護理服務量統計

縣市	人數	人次
台北市	38	47
高雄市	58	74
基隆市	2	4
新竹市	4	6
台中市	121	207
嘉義市	84	114
台南市	50	63
台北縣	16	32
宜蘭縣	446	1,113
桃園縣	14	11
新竹縣	1	1
苗栗縣	-	-
台中縣	207	387

縣市	人數	人次
彰化縣	10	11
南投縣	-	-
雲林縣	1	21
嘉義縣	366	651
台南縣	6	6
高雄縣	1	1
屏東縣	4	4
台東縣	4	4
花蓮縣	138	263
澎湖縣	15	30
金門縣	104	113
連江縣	-	-

### (二) 執行現況

「居家護理」業務在 25 個縣市皆已推動，有 16 縣市（64%）認為業務推動不順利與非常不順利。不易推動的原因包括（1）收案條件比健保嚴苛，（2）一般戶收費遠高於健保收費，降低民眾使用意願，（3）補助制度規劃不便民，未使用新制之個案無法使用服務，政府使用公開招標程序，若原服務的居家護理單位未參加，新服務單位之加入造成個案感受服務銜接產生落差，（4）排除聘有外勞之個案，忽略重度失能個案之居家護理需求，（5）地區幅員遼闊，時間與交通成本偏高，降低機構參與意願，（6）政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間，（7）地方政府財源籌措困難。

表 3.3.21 2008 年各縣市居家護理業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
居家護理	非常順利	2	8
	順利	5	20
	普通	2	8
	不順利	14	56
	非常不順利	2	8

### (三) 執行困境

- 1.各縣市普遍反映出民眾需自費負擔之金額過高，造成民眾使用意願低。
- 2.行政作業繁複且決策太慢，影響方案開辦時程。
- 5.部分縣市反應居家護理師服務案量大時，其服務品質有待商榷。

## 十一、居家復健

### (一) 服務量

2008 年 25 個縣市長照中心均開辦居家復健服務。以高雄市的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 482 人獲得 1,351 次的居家復健服務。其中屏東縣與澎湖縣無服務人數資料卻有服務人次資料，未來請主管機關協助釐清。

表 3.3.22 2008 年各縣市居家復健服務量統計

縣市	人數	人次
台北市	417	602
高雄市	482	1,351
基隆市	5	17
新竹市	21	74
台中市	172	532
嘉義市	110	219
台南市	5	30
台北縣	135	11
宜蘭縣	197	916
桃園縣	15	38
新竹縣	-	-
苗栗縣	-	-
台中縣	81	667
彰化縣	8	19
南投縣	1	2
雲林縣	12	29
嘉義縣	18	148
台南縣	4	12
高雄縣	2	21
屏東縣	-	3
台東縣	1	11
花蓮縣	9	38
澎湖縣	-	14
金門縣	77	81
連江縣	5	14

### (二) 執行現況

「社區或居家復健服務」業務在 25 個縣市皆已推動，有 17 縣市（68%）認為業務推動不順利。不易推動的原因（1）資源不足，（2）地理因素、人口分

布及經濟因素，一般戶民眾覺得部分負擔與自付額過高，降低使用意願，(3) 交通與時間成本偏高，降低機構參與意願，(4) 排除聘有外勞之個案，忽略重度失能個案之居家復健需求，(5) 地方政府財源籌措困難，(6) 民眾難以接受使用者付費觀念，(7) 政府採購法招標作業繁複，延宕服務正式提供時間。

表 3.3.23 2008 年各縣市居家復健業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
社區或居家復健服務	非常順利	3	12
	順利	1	4
	普通	4	16
	不順利	17	68
	非常不順利	0	0

### (三) 執行困境

1. 使用者需付費原則 (一般民眾自付額加上交通費：治療師服務費 400 元及交通費至少 200 元) 比起全民健康保險高出許多，以致減少民眾使用服務意願，民眾自付額比例過高，使得服務使用意願降低。
2. 行政院衛生署推動此服務原則適用對象為無法透過交通接送得到服務的個案，且需優先使用健保資源，同時 1 年以 6 次為限，每星期最多補助 1 次。服務內容僅包括運動及日常生活能力訓練的指導及諮詢。而其一般戶民眾之自付額每次高達 600 元以上，相較於一般健保門診復健看診 1 次僅需掛號費 150 元，同時可使用醫療場所復健設施，二者相較之下居家與社區復健之誘因偏低。
3. 限制聘僱外籍看護工之案家，儘管有居家復健之需求，仍不得申請該服務，使得有需求之民眾無法使用此項服務，十分可惜。
4. 現有人力支援社區及居家復健服務醫療人員不足且誘因不足，故轄區醫療院所及專業團體無意願承接。

## 十二、喘息服務

### (一) 服務量

2008 年 25 個縣市長照中心均辦理居家復健服務。服務量資料來源為衛生署「長期照護資訊網」的統計。以高雄市的服務量居冠，2008 年 5 至 12 月間，共有 392 人獲得 4,089 次的居家復健服務。

表 3.3.24 2008 年各縣市喘息服務服務量統計

縣市	人數	人次
台北市	51	445
高雄市	392	4,089
基隆市	7	53

縣市	人數	人次
新竹市	16	154
台中市	231	2,164
嘉義市	235	787
台南市	60	430
台北縣	185	1,001
宜蘭縣	95	1,113
桃園縣	47	292
新竹縣	4	50
苗栗縣	14	163
台中縣	126	1,541
彰化縣	58	388
南投縣	12	104
雲林縣	36	349
嘉義縣	173	1,497
台南縣	12	119
高雄縣	160	420
屏東縣	7	75
台東縣	24	213
花蓮縣	258	2,342
澎湖縣	8	76
金門縣	42	370
連江縣	16	87

## (二) 執行現況

「喘息服務」業務在 25 個縣市皆已推動，有 3 縣市（12%）認為業務推動不順利。不易推動的原因包括（1）資源不足，（2）地理因素、人口分布及經濟因素，一般戶民眾覺得部分負擔與自付額過高，降低使用意願，（3）交通與時間成本偏高，補助偏低，降低機構參與意願，（4）政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間，（5）地方政府財源籌措困難，（6）民眾難以接受使用者付費觀念，（7）補助基準不敷民眾希望每日使用服務超過八小時之期待。

表 3.3.25 2008 年各縣市喘息服務業務執行情形 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
喘息服務	非常順利	2	8
	順利	8	32
	普通	12	48

變項	內容	個數	百分比%
	不順利	3	12
	非常不順利	0	0

### (三) 執行困境

- 1.各縣市普遍有民眾接受喘息服務意願低之情形產生，最重要原因在於民眾需負擔部份金額，在經濟考量下，民眾常於評估核定後拒絕服務。如：高雄市、台南市、桃園縣、新竹縣、台中縣、彰化縣、金門縣等。
- 2.喘息服務單價偏低不敷成本，服務提供單位參與服務的意願低。
- 3.行政作業繁複或中央核定計畫較晚，延宕服務提供時間。
- 4.非每月例行使用之服務，往往民眾會積壓到年底才使用，造成服務提供單位服務人力調度困難。

## 第四節 長照中心組織管理

長照中心屬於任務型編組，目前長照中心編制人數與到職人數相符僅有 10 個縣市（40%），到職人數未達編制人數有 14 個（56%），1 個拒答（4%）。

表 3.4.1 2008 年長照中心組織架構 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
編制與到職	編制人數與到職人數相符	10	40
	到職人數未達編制人數	14	56
	拒答	1	4
	合計	25	100

長照中心現有人員學科背景屬於多元領域有 9 個（36%），團隊成員主要為護理及社會工作領域，並有物理治療、職能治療、營養、藥學、社會福利、老人服務事業管理及醫院管理等領域人員加入團隊，屬於兩種領域有 10 個，呈現單一化背景有 5 個（20%），人員都是護理背景，1 個拒答（4%）。

表 3.4.2 2008 年長照中心組織架構 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
中心人員學科背景	三種以上學門	9	36
	兩種學門（護理、社會工作）	5	20
	兩種學門（護理、營養）	3	12
	兩種學門（護理與其他）	2	8
	單一化背景（皆為護理）	5	20
	拒答	1	4
	合計	25	100

各縣市長照中心人員流動呈現 0% 到 100% 的兩極化情況。流動率為 0% 有 6 個 (24%)，流動率介於 1% 到 49% 有 13 個 (52%)，流動率介於 50% 到 49% 有 3 個 (12%)，流動率為 100% 有 1 個 (4%)，2 個沒意見 (8%)。

表 3.4.3 2008 年長照中心組織架構 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
中心人員流動率	流動率為 100%	1	4
	流動率為 50% 到 99%	3	12
	流動率為 1% 到 49%	13	52
	流動率為 0%	6	24
	無意見	2	8
	合計	25	100

對於中心人員工作負荷之意見，彙整如下：

- 一、長照十年計畫規畫每位照顧管理專員之工作負荷為 200 個案，各縣市普遍反映此標準之工作負荷過重，未能考量各縣市之地理範圍、地形因素、交通系統及個案複雜程度等之差異。
- 二、照顧管理專員尚須參與教育培訓、執行宣導活動與進行服務品質管理等工作，非單純辦理個管工作。
- 三、部分縣市之照顧管理專員須負荷執行其他方案業務與行政工作。

對於中心人員薪資待遇之意見，彙整如下：

- 一、普遍對於薪資水準無太多意見，然有縣市反映人員進用資格之要求所給付之薪資待遇與市場價格有所落差，沒有誘因讓專業人員加入團隊。
- 二、部分縣市逾期發放薪資之情形嚴重。
- 三、照顧管理專員必須自行負擔訪視聯繫電話費、研習課程差旅費，且無法支領加班費。但是在訪視交通費部分出現補助差異，部分縣市補貼人員交通費，大部分縣市之照管專員須自行負擔。
- 四、非正式編制、無升遷晉級措施、薪資待遇之上限標準，降低資深專員持續留任意願。

五、未建立人員考評機制、證照制度與健全完善之培訓系統。

六、偏遠地區專業人力不易招募。

各縣市長照中心認為當前營運最需要面對與解決的問題包括提升專業能力與改變民眾觀念，各有勾選前述兩項的縣市達 17 個（68%）。而說明「其他」選項包括「受地方主管機關重視」、「成立正式組織」、「新進人員培訓」、「偏遠訪視困難，各縣市照管制度不一」、「業務分屬社政與衛政體系統籌協調困難、強化跨專業團隊合作模式、長期照顧經費不穩定影響服務使用至鉅」、「社衛政合併不易及中央機關對地方政府輔導不足並因中央審查經費作業緩慢未能及時到位，致人力流動率增高」、「補助基準不符現況」、「完善的組織編制」、「資源不足」

表 3.4.4 2008 年長照中心營運問題（複選，N=25）

變項	內容	個數	百分比%
營運問題	解決人力問題	12	48
	提升行政效率	14	56
	提升專業能力	17	68
	改變民眾觀念	17	68
	籌措財源	13	52
	其他	9	36

各縣市長照中心認為當前第一要優先處理的項目是「解決人力問題」。至於「其他」選項，縣市列舉為第一優先處理的項目部分包括註「受地方主管機關重視」、「成立正式組織」、「業務分屬社政與衛政體系統籌協調困難、強化跨專業團隊合作模式、長期照顧經費不穩定影響服務使用至鉅」、「補助基準不符現況」、「資源不足」，列為第二優先處理的項目包括「偏遠訪視困難，各縣市照管制度不一」、「社衛政合併不易及中央機關對地方政府輔導不足，並因中央審查經費作業緩慢未能及時到位，致人力流動率增高」、「完善的組織編制」，列為第三優先處理的項目包括「新進人員培訓」。

表 3.4.5 2008 年長照中心營運問題（複選，N=25）

變項	內容	第一優先	第二優先	第三優先	橫軸合計
營運問題	解決人力問題	6	3	2	11
	提升行政效率	1	5	4	10
	提升專業能力	2	4	4	10
	改變民眾觀念	4	5	5	14
	籌措財源	4	2	3	9
	其他	5	3	1	9

然而在地地方分區座談會討論「組織體制」議題及問卷調查「組織架構」、「現有困境」提問之分析結果發現，各縣市照管中心認為現行制度有以下問題：

- 一、「長期照顧管理中心」組織定位不明確，難以發揮被期待之功能。
- 二、照顧管理中心定位不明確、照管人員招募不易，特別是偏遠地區人力。
- 三、長期照顧業務分屬社會福利與衛生行政體系，統籌、協調與管理有困難。
- 四、中心推動業務感到的困境，包括行政效率、專業能力、人力與民眾觀念。
- 五、成立長照中心之配套措施未能明確推動，包括法規之完整性、現階段為任務性編組、無正式機關執行長照業務及組織定位不明等。
- 六、未建立多元且專業之中心團隊。

## 第五節 特定議題

### 一、法令制度與政府部門行政機關權責

台灣現行法規可處理的層面包括：人力培訓與資格認定、服務設施之推展兩項，如老人福利法（老人福利專業人員資格要點、照顧服務員訓練實施計畫、老人福利機構設立標準、老人福利機構設立標準及許可辦法）、身心障礙者保護法（身心障礙福利服務機構設施及人員配置標準、身心障礙福利服務機構設立獎助及查核辦法、身心障礙福利服務專業人員遴用訓練及培訓辦法）、護理人員法、護理機構設置標準、醫療法及健保法等。

然而鼓勵民間參與長期照顧服務提供並未有法律依據，而是依照社政或衛政主管機關每年訂頒之行政方案計畫推動之，例如內政部主要依據每年訂頒之「內政部推展社會福利補助作業要點」辦理，行政院衛生署亦採取類似作法，例如訂頒「獎勵設置社區型日間照護及護理之家功能改造計畫設施經費作業規定」，以鼓勵民間參與長期照顧服務之推展。

然而在地地方座談會討論「行政規範」議題及問卷調查「組織架構」提問之分析結果發現，各縣市照管中心認為現行制度因涉及中央與地方的垂直分工與社政與衛政體系之水平整合，相關單位處於磨合階段，雖然不斷透過協調機制共同推動業務，但在屢次的溝通過程所反應的卻是受制於行政規定的本位主

義，以致業務推動未如預期，或是在相同的政策規劃架構下，出現不同的執行版本，甚至是制度差異。各縣市社政與衛政資源整合步調不一。例如部分縣市之社政與衛政體系能緊密合作，進行任務分工。亦有部分縣市未能完全整合，導致業務監督發生雙頭馬車之情事。尚有部分縣市對於長期照護政策未加重視或是社政與衛政相互推託情事，疏忽業務執行與推動。

## 二、人力資源

專業照顧人力不足，人才培訓規劃尚待開發，台灣的長期照護服務產業處於萌芽階段，服務輸送及照護管理之相關人才尚待培育，而現有之各項照護／顧之專業人力還需接受不同障礙類別之特殊教育訓練，才能勝任相關工作不至產生誤判的情形。然而現階段欠缺各項師資、訓練專班與教育資源，各教學體系不是資源不足，就是還在摸索適合台灣本土民情的照護模式，因此相關培訓課程有待積極發展。因此面臨以下困難：

- (一) 人力資源與培訓不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。
- (二) 全面性之長期照顧人力培育不足及勞動條件不佳。
- (三) 照顧人員工作負荷量過重，且其係約聘僱人員，流動率較大，照顧管理經驗無法傳承。
- (四) 照管專員專業背景人數差距懸殊，以及受限資格條件聘人不易。

## 三、服務供需

目前各縣市普遍反應服務需求高於供給，同時多項服務項目招標不易。主要困境分述如下：

- (一) 服務使用人數與長期照顧推估需求人數落差明顯，顯示服務供給嚴重不足；同時由新舊制服務量的變化，顯示民眾對長照服務的價格彈性頗大，長照保險進行財務估算應納入考量。
- (二) 照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。
- (三) 創新性服務資源亟需鼓勵民間團體參與。
- (四) 照顧服務資源之提供單位不足，造成長期照顧服務供給量不足。
- (五) 部分照顧服務補助額度低於市場行情，造成推動福利服務之困境。
- (六) 服務採購案需經過招標且作業流程繁瑣，致廠商投標意願降低，故無法有更多之優良服務提供單位之選擇。
- (七) 長照十年計畫之給付方式相關配套措施未能與現行其他政策銜接串連，因此造成具有雙重身份者選擇性使用服務，或是不使用服務，導致服務利用情況不佳。由於服務需求沒有顯著增加，導致供給者處於觀望階段，不敢貿然進入市場提供服務。

#### 四、資訊系統

長照十年計畫之資訊系統目前處於規劃建置階段，目前使用暫時性之資訊系統。現階段的業務資料先由各縣市長照中心呈報至中央單位再建檔上傳，資料依照業務屬性分別儲存在內政部「照顧服務管理資訊系統」與衛生署「長期照護資訊網」中。目前困境分述如下：

- (一) 社政與衛政之資訊系統未有整合性的資訊平台，不利資源盤點與服務推動。
- (二) 中央與地方之資訊系統未有整合性的資訊平台，部分服務發展成熟的縣市，已經在使用自行開發的資訊管理系統，並積極進行擴充規劃。未來全國性的資料統一建檔後，將發生資料格式轉檔問題。
- (三) 本團隊在統計分析長照十年計畫之各項業務服務量的過程中發現資料不齊全，且缺乏勾稽，造成分析後的資料無法判讀。目前分析資料庫產生的疑問包括：
  1. 資料空缺，無法辨別是因為該縣市長照中心沒有提供服務才沒有資料、或是有提供服務但當月份無個案使用，亦或是有提供服務但當月份資料沒有上傳。
  2. 資料邏輯錯誤，服務人次與人數應為整數卻有小數點，服務人數呈現 0 卻有服務人次統計，同項服務之人次與人數之統計結果相同，服務使用時數經換算後每人每月使用天數竟然超過 22 個工作天。
  3. 內政部「照顧服務管理資訊系統」與衛生署「長期照護資訊網」目前僅限於個案基本變數與服務使用量登錄。

#### 五、偏遠地區服務

- (一) 偏遠地區相關資源較為欠缺，同時服務提供單位的人力及交通成本等因素，因此資源提供單位的介入誘因不大，亦會影響服務品質。
- (二) 因語言隔閡，常造成長期照顧管理專員進行評估之困難。
- (三) 離島的特殊狀況，形成資源不足和不均，服務可近性降低：交通阻隔，服務據點不易廣佈，服務據點與資源集中在少數島嶼，造成服務資源分佈有嚴重的落差，部分民眾取得服務之可近性頗低，只能轉而申請外籍看護工。
- (四) 地理阻隔與交通因素使得服務輸送困難，加上中壯年人口外移，使得照顧服務人員招募不易，家庭提供照顧的能力也不足，產業和民間社福團體的缺乏成為長期照顧資源連結的最大障礙。

## 六、原住民服務

- (一) 留在部落的多屬年長者，突顯照顧服務資源建置之重要性。
- (二) 不同原住民部落之推動條件差距大，且受限於部落位置具有地域與環境之因素，因此存在照顧人力不足及語言溝通問題，服務媒合不易。需要針對需求提供服務，方能落實服務之適切性。
- (三) 山地原住民經濟條件無法等同於一般戶民眾，使用服務需部分負擔費用往往導致原住民使用意願低或根本無力負擔照顧費用，建議降低原住民部分負擔比率或是免費使用長期照顧服務。
- (四) 依據長照十年規劃服務之對象，原住民僅限於 50 歲以上之「山地原住民」，然受限於偏遠地區照顧人力不足，及語言上溝通問題，服務媒合實屬不易。另基於使用者付費原則，山地原住民之給付能力尚無法等同於一般戶民眾，故倘為積極推動山地原住民之長期照顧服務。
- (五) 推動社區相助計畫，在地人照顧在地人，破除語言隔閡。視原鄉地方特性及資源狀況發展出當地的資源，提供在地的長期照顧服務。

## 第四章 長照十年計畫之轉銜策略

### 壹、長照法制化

一、通盤考量現有衛政及社政法律之適用對象（全民健康保險、兒童及少年福利法、老人福利法、身心障礙者權益保障法、精神衛生法等），以便未來釐清長期照護制度納保對象。

#### 二、制訂長期照護保險法

針對保險人、保險對象、保險財務、保險給付、服務機構、總則等基本事項進行界定與規範。

（一）為順利建構長期照護保險體制，並明確釐清與建立保險人與被保險人彼此相關權利義務。

（二）明訂長期照護保險給付內容及財務籌措方式。

#### 三、制訂長期照護服務法

針對長期照護機構有關機構管理、設施供需、設置標準、服務供給者之資格條件、品質規範與評鑑標準的內涵加以規範。

（一）明訂長期照護服務人力資源之專業資格規範、培育及配置。

（二）明訂長期照護服務項目提供機構之設置標準。

### 貳、制度建置

一、在行政組織上，將目前 25 個長照中心予以制度化，擬建議由中央統籌管理與評估業務的推動，並將現行長照中心人員納入制度化的考量。

二、釐清未來長期照保險與全民健康保險的權責分工。

三、未來長期照護相關資訊系統必須進行整合，以利長期照護保險制度的推動。

## 參、服務對象與範圍

- 一、長期照護保險應以全民納保為目標。
- 二、長期照護保險的適用對象及服務範圍應與全民健康保險的對象有明確區隔，並將被保險人之年齡、失智、身心障礙、族群等因素併入考量適用對象。

## 肆、人力資源

### 一、建立長期照護專責訓練中心

長期照護專責訓練中心主要任務如下：

- (一) 針對社工師、職能治療師、物理治療師、藥師、營養師、心理治療師、護理師等未來參與長照服務工作時，應加強對長期照護之特殊訓練。
- (二) 加強對家庭照顧員訓練。
- (三) 加強對照管專員的訓練。
- (四) 師資培訓，結合老人服務、社工、職能治療、物理治療、藥學、營養、心理治療、護理等相關學系，培訓未來長照服務職前及在職訓練師資。
- (五) 負責規劃訓練課程。

### 二、學校體系建立長期照護相關學程

為達到現有人力優質化以及未來人力資源妥適運用的目標，宜和高等教育、技職教育以及政府相關訓練部門進行長期照護相關課程的整合性規畫。

### 三、建立證照分級制度

證照分級制度，目前照顧服務員僅有丙級，為提升照顧服務之水準，宜增設乙級照顧服務員。

## 伍、服務供需

- 一、現階段規劃區域模式之長期照護資源網，有效學習醫療網計畫經驗。
- 二、現階段十年長照計畫應加強之執行重點，主要在促進地方長期照護服務資源發展，以便未來銜接長照保險制度之所需。
- 三、現階段鼓勵地方政府提供創新方案及多元化服務，發展地方特色，因地制宜。
- 四、現階段為解決城鄉資源配置不均，偏遠地區服務提供得以加成給付，以鼓勵資源不足地區發展在地資源。例如對於偏遠及離島地區服務輸送，採不同的費用計算方式。
- 五、為發展長期照護充分資源，推動長期照護服務產業化與多元化（譬如列入政策獎勵辦法），並建置評估與監督機制，以確保服務品質。
- 六、落實社區照顧關懷據點，以強化其初級預防照顧功能之發揮。

## 陸、保險財源

- 一、導入部分負擔制度，避免道德危害，同時強調對社會經濟弱勢團體的保障。
- 二、建立健全財務制度，有效學習健保經驗。

## 參考文獻

內政部（2007），我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。

台北市長期照顧管理中心（2009），台北市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

高雄市長期照顧管理中心（2009），高雄市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

基隆市長期照顧管理中心（2009），基隆市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

新竹市長期照顧管理中心（2009），新竹市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

台中市長期照顧管理中心（2009），台中市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

嘉義市長期照顧管理中心（2009），嘉義市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

台南市長期照顧管理中心（2009），台南市長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

台北縣台北縣長期照顧管理中心（2009），台北縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

桃園縣長期照顧管理中心（2009），桃園縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

新竹縣長期照顧管理中心（2009），新竹縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

苗栗縣長期照顧管理中心（2009），苗栗縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

台中縣長期照顧管理中心（2009），台中縣長期照顧資源整合第一期計畫—98

年度計畫。

南投縣長期照顧管理中心（2009），南投縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

彰化縣長期照顧管理中心（2009），彰化縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

雲林縣長期照顧管理中心（2009），雲林縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

嘉義縣長期照顧管理中心（2009），嘉義縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

台南縣長期照顧管理中心（2009），台南縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

高雄縣長期照顧管理中心（2009），高雄縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

屏東縣長期照顧管理中心（2009），屏東縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

宜蘭縣長期照顧管理中心（2009），宜蘭縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

花蓮縣長期照顧管理中心（2009），花蓮縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

台東縣長期照顧管理中心（2009），台東縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

澎湖縣長期照顧管理中心（2009），澎湖縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

金門縣長期照顧管理中心（2009），金門縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

連江縣長期照顧管理中心（2009），連江縣長期照顧資源整合第一期計畫—98年度計畫。

行政院經濟建設委員會（2008），中華民國臺灣 97 年至 145 年人口推計。

蔡淑鳳（2008），長期照顧管理中心的政策制定與發展，長期照護雜誌，12:1，頁 1-7。

蔡閻閻，李玉春，吳肖琪，林麗嬋（2008），評析我國「長期照顧十年計畫」落實的可行性，長期照護雜誌，12:1，頁 8-16。

吳肖琪（2008），長期照護專業人力培育及配置策略，研考雙月刊，32:6，頁 34-43。

鄭文輝，鄭清霞（2008），長期照顧保險制度之規劃，研考雙月刊，32:6，頁 3-11。

陳靜敏（2008），長期照顧管理中心運作現況與未來發展，研考雙月刊，32:6，頁 44-52。

蔡淑鳳，王秀紅（2008），臺灣長期照護政策發展，護理雜誌，55:4，頁 24-29。

黃源協（2007），長期照顧管理中心的團隊運作，長期照護雜誌，11:1，頁 20-26。

吳肖琪，周世珍，沈文君，陳麗華，鍾秉正，蔡閻閻，李孟芬，周麗華，謝東儒，陳敏雄，陳君山，謝美娥（2007），我國長期照護相關法規之探討，長期照護雜誌，11:1，頁 35-50。

李宗派（2006），探討長期照顧人才之培育與需求，社區發展季刊，115，頁 220-237。

周月清（2006），我國長期照顧服務輸送困境與建言，長期照護雜誌，10:2，頁 111-118。

周月清，傅凱祺，傅立葉，蔡宜思，高森永，邱泯科，鄭文輝，辛炳隆，謝佳宜（2005），我國長期照顧服務輸送之初探：目標原則、服務對象、提供方式與服務項目，臺灣社會福利學刊，4:2，頁 97-138。

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

蘇逸玲，陳小妮，王威蘋 (2005)，從立法與管理看臺灣長期照護之現況，護理雜誌，52:6，頁 5-10。

吳淑瓊 (2005)，人口老化與長期照護政策，國家政策季刊，4:4，頁 5-24。

## 附錄一：2008 年各縣市長照中心業務執行情形摘要

附表 1.1 2008 年各縣市長照中心業務執行情形摘要表

縣市	主管機關	需求	現況	問題
<p><b>台北市</b></p> <p>人口：97 年 9 月止總人口數 2,623,008 人、其中 65 歲以上人口有 320,007 人，占該市人口 12.2%。</p> <p>98 年度經費：588,697 仟元。</p>	<p>1. 臺北市長期照顧管理中心，於 97 年 4 月 7 日正式營運。</p> <p>2. 運作模式以衛政為主，社政為輔；設主任及執行長各一名，以整合兩局相關之行政及服務資源，並相互聯繫協調。中心主任由衛生局醫護管理處處長兼代。</p> <p>3. 中心下設 3 組，分別為外籍接軌組、綜合企劃行政組、個案管理組。另依據本市長期照顧需求人數、土地</p>	<p>1. 65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 32,884 人，2010 年為 31,211 人，2013 年為 35,314 人，2016 年為 40,363 人。</p> <p>2. 65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 26 人，2010 年為 27 人，2013 年為 30 人，2016 年為 34 人。</p> <p>3. 55 -64 歲原住民失能者：本市無山地原住民，故人數為 0。</p> <p>4. 身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 1,300 人，2010 年為 1,418 人，2013 年為 1,617 人，2016 年為 1,724 人。</p>	<p><u>都會型長期照護系統模式</u></p> <p><b>居家服務</b></p> <p>1. 97 年度受託單位共計 10 家，為因應新制開辦後，本市北投區服務供給量不足現象。</p> <p>2. 居家服務提供單位增加為 11 家，已提前達到 98 年度設定目標值。</p> <p>3. 新制補助標準開辦後，每月服務人數略有提升。</p> <p><b>日間照顧</b></p> <p>因日間照顧舊案統一於 98 年度轉銜，故目前執行率較低。</p> <p><b>家庭托顧</b></p> <p>本項服務方案 97 年未開辦，預計 98 年開辦。</p> <p><b>交通接送</b></p> <p>本項服務方案 97 年未開辦，預計 98 年開辦。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b></p> <p>因我國長期照顧十年計畫與本市原有照顧服務計畫有異，致該中心個案多數無法納入長期照顧十年計畫(如：聘僱外籍看護工者、失智但無失能之個案)，未來將請該中心配合長期照顧管理中心加強進行宣導以為因應。</p> <p><b>老人營養餐飲</b></p>	<p><b>居家服務遭遇困難與因應策略</b></p> <p>1. 與中央照顧服務補助經費每小時差額 50 元，每小時 50 元差額由北市府協助支應。</p> <p>2. 各項照顧服務性質與服務單價不同，無法彈性交互使用，北市取消時數、天數概念，改以「<b>金額</b>」為計算原則，同時明訂「<b>各種服務補助單價</b>」，現已有失能民眾交互使用前 2 項服務</p> <p>3. 新制失能判定標準廣納服務對象，照顧服務員人力供不應求：新制改以「失能項數」為失能判定標準，經分析本市新制申請案，有明顯之輕度重判情形，並廣納原本以舊制失能判定標準(ADLs 分數加總)評估不符者為補助對象，本市約佔 16%，嚴重壓縮本服務供給量。</p> <p>4. 有關失能評估工具之適用性，</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>面積、人口密度及服務之可近性，個管組下設東、西、南、北、中 5 個服務站。各區服務站人員分別由臺北市立聯合醫院 7 位個管師專職專責支援、2 位照管督導及 19 位專員組成。</p>		<p>有送餐需求者，得視長者需求送餐到家或提供定點餐飲服務。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 本項服務方案 97 年未開辦，預計 98 年開辦。</p> <p><b>長期照顧機構</b> <b>居家護理</b> <b>居家專業人員訪視服務</b> 包含：居家護理、居家復健、居家醫師、居家營養。</p> <p><b>喘息服務</b> <b>社區照顧關懷據點</b> <b>獨居長者緊急救援系統</b> 自 88 年起由本府社會局委託民間單位辦理，89 年 12 月移由消防局提供服務，後為因應系統使用年限之問題，自 97 年 7 月起復移由社會局委由財團法人生命連線基金會辦理，目前由消防局系統及社會局系統雙軌並行提供。</p> <p><b>護理機構</b> 提供各類護理照護、醫師定期診療、物理職能活動、營養評估及生活照顧。</p> <p><b>樂齡失智症照顧計畫</b> 透過簡式健康量表（BSRS-5）評估，顯示有助情緒緩和。</p>	<p>以及照顧服務員供不應求之結構性因素，有待中央協助各地方政府解決之。</p> <p><b>日間照顧</b> 且因我國長期照顧十年計畫與本市原有照顧服務計畫有異，致部分個案無法納入長期照顧十年計畫(如：聘僱外籍看護工者、失智但無失能之個案)，部分家屬考量經濟因素，多選擇結案，故收託量有減少趨勢，未來將請北市老人日間照顧中心配合長期照顧管理中心加強進行宣導以為因應。</p> <p><b>整體評估</b> <b>1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立：</b>人力資源嚴重短缺原因實非培訓班次不足，此一困境尚有待中央訂定全面性之長期照顧人力培育策略及改善勞動條件。 <b>2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低：</b>普遍共通的問題仍為照顧</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>人力資源嚴重缺乏，使得申請居家服務之等候期過長、日間照顧交通接送問題、送餐志工路線無法配合等限制，皆會影響民眾使用之意願及權益。且本市各項服務補助多為互斥，無法滿足個案多元需求。</p> <p><b>3.目前補助制度無法反映真正的照顧需求：</b>服務方案分屬不同體系，易造成補助標準不一的窘境。</p> <p><b>4.照顧服務使用人數與長期照顧推估需求人數落差。</b></p>
<p><b>高雄市</b></p> <p>人口比率至2008年11月為145,687人，比率為9.55%，雖相較全國老年人</p>	<p>以任務編組方式進行，由衛生局主責規劃管理，衛生局保健科科长兼中心主任，衛生局保健科股長兼任執行組長，統籌中心內部人員管理及相關行政事宜。</p>	<p>1.65歲以上老人ADL失能者：2009年為12,911人、男性5,575人、女性7,336人；2010年為13,432人，男性5,771人、女性7,661人；2011年為13,953人、男性5,968人、女性7,985人；2013年為14,996人，男性6,360人、女性8,636人；2016</p>	<p><b>居家護理</b></p> <p>於2008年07月25日完成招標簽約，正式開始提供居家護理服務。居家護理服務提供單位共計9家。</p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <p>1.「居家物理治療」於97年7月8日完成簽約，服務單位為社團法人高雄市物理治療師公會；「職能治療」於97年8月12日完成簽約。</p> <p>2.居家物理治療：服務220人次，約29位物理治療師提供服務。</p> <p>3.居家職能治療：服務148人次，約10位職</p>	<p><b>居家護理困難與限制：</b></p> <p>1.政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間。</p> <p>2.部份負擔金額高民眾使用意願低，一般戶及中低收入戶部分負擔金額除服務費外再加上交通費，在經濟考量下，民眾常於評估核定後拒絕服務。</p> <p>3.多數專業人員尚難以突破居家護理健保給付之框架，轉入案量相對減少。</p> <p>4.居家護理未規劃醫師訪視評估</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
<p>口比例 10.4% 略低，然整體老年人口如同全國整體老化趨勢一般成長快速。</p>		<p>年為 16,559 人，男性 6,948 人、女性 9,611 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2009 年為 491 人、男性 208 人、女性 283 人；2010 年為 513 人，男性 216 人、女性 297 人；2011 年為 535 人、男性 225 人、女性 310 人；2013 年為 579 人，男性 241 人、女性 338 人；2016 年為 646 人，男性 267 人、女性 379 人。</p> <p>3.55-64 歲山地原住民失能者：2009 年為 38 人、男性 14 人、女性 24 人；2010 年為 40 人，男性 15 人、女性 25 人；2011 年為 43 人，男性 16 人、女性 27 人；2013 年為 51 人，男性 19</p>	<p>能治療師提供服務。</p> <p><b>喘息服務</b> 7 年 7 月 30 日完成招標簽約，正式開始提供喘息服務。機構式喘息服務提供單位共 11 家</p> <p><b>居家營養</b> 共服務 65 人。</p>	<p>服務費，受限於醫囑，合約居家護理所難以提供別單位轉介的個案。</p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間。</li> <li>2.部份負擔金額高民眾使用意願低，一般戶及中低收入戶部分負擔金額除服務費外再加上交通費，在經濟考量下，民眾常於評估核定後拒絕服務。</li> <li>3.受限於復健專業人員法規，未在職居家復健師無執業登錄場所無法提供服務。</li> </ol> <p><b>喘息服務</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間。</li> <li>2.部份負擔金額高民眾使用意願低，一般戶及中低收入戶部分負擔金額除服務費外再加上交通費，在經濟考量下，民眾常於評估核定後拒絕服務。</li> <li>3.喘息服務單價偏低不敷成本，服務提供單位參與服務的意願低。</li> </ol>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>人、女性 32 人；2016 年為 57 人，男性 21 人、女性 36 人。(依 91-95 年山地原住民人口數推估 96-106 年之山地原住民人口，並依失能率推算本市未來原住民失能人口)。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2009 年為 890 人、男性 521 人、女性 368 人；2010 年為 972 人，男性 570 人、女性 402 人；2011 年為 1,054 人，男性 620 人、女性 434 人；2013 年為 1,218 人，男性 718 人、女性 500 人；2016 年為 1,465 人，男性 866 人、女性 599 人。</p>		<p><b>整體評估</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.長期照顧業務分屬社會福利與衛生行政體系、統籌、協調與管理困難。</li> <li>2.「長期照顧管理中心」組織定位不明確，難以發揮被期待之功能。</li> <li>3.跨專業團隊合作模式有待建立。</li> <li>4.長期照顧經費不穩定影響服務使用至鉅。</li> <li>5.照顧服務自付額比例太高與現況落差大，照顧服務難以推動。</li> </ol>
基隆市	長期照顧管理中心主任 1 名	1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為	無專職行政人員。 經費發放延遲。	<p><b>居家服務</b></p> <p>居家服務單位屬性單一化，有待</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>由衛生局保健科科長兼任。</p>	<p>4,742 人，2010 年為 <u>5,363</u> 人，2013 年為 <u>6,565</u> 人，2016 年為 <u>8,203</u> 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 <u>7,421</u> 人，2010 年為 <u>8,344</u> 人，2013 年為 <u>10,128</u> 人，2016 年為 <u>12,558</u> 人。</p> <p>3.55-64 歲原住民失能者：2008 年為 <u>30</u> 人，2010 年為 <u>44</u> 人，2013 年為 <u>80</u> 人，2016 年為 <u>151</u> 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 <u>230</u> 人，2010 年為 <u>255</u> 人，2013 年為 <u>301</u> 人，2016 年為 <u>355</u> 人。</p>	<p><b>居家服務</b> 1 家。</p> <p><b>日間照顧</b> 11 月開始提供市民服務。</p> <p><b>家庭托顧</b> 97 年度未開辦家庭托顧服務。</p> <p><b>交通接送</b> 交通接送服務至 97 年 11 月 13 日第三次流標，本市無配有復康巴士（備有輪椅升降機）之交通運輸公司，邀請外縣市業者參與仍未投標，因此服務量仍為 0 人次。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b> 97 年度未開辦失智症老人日間照顧服務。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 97 老人營養餐飲勞務採購案已於 97 年 11 月 14 日完成招標作業，並由財團法人台北市私立恆安老人養護中心取得服務資格，故至 10 月底服務人次為 0。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 有 2 家輔具租借服務提供單位，97 年基隆市長期照顧中心輔具借用 330 人次、基隆市身心障礙福利服務中心附設輔具資源中心 89 人次；居家無障礙環境改善 4 人、輔具購買 172 人、經費執行狀況為 160 萬 3,700 元。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 有 3 家服務提供單位。</p>	<p>鼓勵民間團體、機構，或加強宣導引進外縣市民間團體、機構加入，促進多元化居家服務提供，以提昇居家服務品質。</p> <p><b>日間照顧</b> 本市時常下雨且個案居住地方多屬山坡地，且案家多屬無電梯式之老舊公寓，車輛無法直達案家門口，於推行此項服務上面臨到出入不便及氣候不穩等因素，至今尚未有個案申請此項服務。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 雖訂有餐飲服務補助，但因民風純樸，中低收入老人均怕有失顏面不願暴露身分或不要求餐飲服務，致有 4 個餐飲服務提供單位無法申請補助，或因數量少而不願申請；故 97 年 1-8 月僅有 7 個社區關懷據點提供餐飲服務。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 個案需求與金額較難估算，日後 10 年管控亦會造成作業困擾，而因應方法為協調財政、主計單位</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			<p><b>居家護理</b> 97年9月底止，共計有6家居家護理機構。</p> <p><b>居家復健</b> 7家醫院、161家西醫診所。</p> <p><b>喘息服務</b> 三家得標提供服務，至97年10月底共計服務5人。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b> 97年度原定設立29處據點，至9月底為止設置31點，達成率為106%。</p> <p><b>緊急救援系統</b></p>	<p>寬編預算。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 公費床位有限，財源不足尚無法將服務擴至中低收入戶1.5倍老人，故逐年調整增加公費床位，並與評鑑績優單位簽約，委託收容失能低收入老人。</p> <p><b>居家護理</b> 1.居家護理機構服務個案量有上升之趨勢，加上本市部分居家護理單位平均護理人力約為2位，故在因應服務案量大時，其服務品質則有待商榷。 2.居家護理師至機構服務時，因當下服務量大，卻未能對個案或機構之照顧服務員做足夠、適當之衛教及其他宣導活動。</p> <p><b>居家復健</b> 1.服務採購案需經過招標且作業流程繁瑣，致廠商投標意願降低，故無法有更多之優秀服務提供單位之選擇。 2.限制聘僱外籍看護工之案家，儘管有居家復健之需求，仍不得申請該服務，使得有需求之</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>民眾無法使用此項服務，十分可惜；而此舉亦為服務量遲遲無法上升的原因之一。</p> <p><b>喘息服務</b> 因舊有觀念對機構之印象不佳，故影響服務提供之接受度，雖已告知今年服務提供單位均為評鑑優等單位，且被照顧者有被棄養之心態，民眾接受度仍偏低。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b> 據點經費不足、內政部可核准補助項目過少（例如清潔用品、茶水點心費、材料費、第四台等費用皆無法補助）。</p> <p><b>整體評估</b> 1.人力資源嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。 2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。 3.計畫補助經費不足，造成經費間排擠效應與民眾接受服務意願不高。</p>
新竹市	組織位階現階段	1.65 歲以上老人 ADL	居家服務：2 家	居家服務

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>為任務編組，預定 100 年底成立長期照顧課(科)，附屬於衛生局或社會局。</p>	<p>失能者：2007 年為 3605 人，2010 年為 4129 人，2013 年為 4612 人，2016 年為 5232 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2007 年為 201 人，2010 年為 232 人，2013 年為 260 人，2016 年為 294 人。</p> <p>3.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2007 年為 109 人，2010 年為 126 人，2013 年為 145 人，2016 年為 153 人。</p>	<p>日間照顧：2 家                      交通接送：2 家                      老人營養餐飲：2 家                      輔具購買租借及居家無障礙環境改善：尚未推動                      長期照顧機構：8 家                      居家護理：5 家                      社區及居家復健：4 家                      喘息服務：6 家                      社區照顧關懷據點：31 點                      緊急救援系統：1 家</p>	<p>居家照顧服務員的時薪歷經二十年，仍然維持每小時 180 元，將使從事居家服務的勞動條件不佳的情況下，吸引不了照顧服務員的投入。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b>  <u>提出申請者或家屬礙於申請規定限制及繁瑣繁鎖造成窒礙難行之困難，通常提出書面申請後，經審查並告知申請規定，申請者及家屬都會暫緩申請。</u></p> <p><b>長期照顧機構</b>                      有關長期照顧機構服務對象區分為養護床與長期照護床兩種，而本年申請者經評估後多為需養護床就養，致原編列長期照護床入住率未達預期。</p> <p><b>居家護理</b>                      1.長照十年計畫居家護理目前實際使用對象以一般戶居多(一般戶使用 10 人次、中低收入戶使用 4 人次)。因需負擔費用：520 元/次及居家護理師來回交通費，粗估每次費用落在</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>700-900 之間。多數案家反應費用太昂貴，倘若直接至醫院急診室就醫不僅可以獲得更完善的醫療照護，整體費用相對也低於使用長照十年計畫居家護理需自付金額，上述原因導致民眾使用意願不高。</p> <p>2.49 歲以下身心障礙者(尤其是脊髓損傷患者)會有褥瘡傷口等護理問題，有意願及需求欲使用長照十年之居家護理服務，但卻不在服務對象規範內故無法使用服務。</p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <p>1.一般戶復健一次服務費 400 元，另需支付治療師計程車來回，計程車現在起跳價為 100 元，來回最少 200 元，做一次復健治療需 600 元以上。</p> <p>2.民眾對居家復健服務仍不熟悉，不知道有此項服務可供申請。</p> <p>3.今年度招標案時程較為延後，導致服務期間縮短。</p> <p><b>喘息服務</b></p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>1.部分欲使用喘息服務的個案未能符合長期照顧計畫明定補助對象資格(例：50歲以下身障者)。</p> <p>2.部分護理之家床位不易訂，無法依案家期望提供服務，減低案家使用意願。</p> <p>3.案家因經濟考量，一般戶照護費自付400元/天，交通費為扣除政府補助600元/天之費用，且只補助4趟/年。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1.照顧管理人員工作負荷量過重，延長服務時效。</p> <p>2.人力資源與培訓仍顯不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。</p> <p>3.照顧服務資源之提供單位不足，造成長期照顧服務供給量不足。</p> <p>4.部分照顧服務補助額度低於市場行情，造成推動福利服務之困境。</p> <p>5.居家復健服務提供民眾需求之可近性，相對降低社區巡迴復</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>健服務開辦之迫切性。</p> <p>6.看護工申審流程與國內照顧服務體系接軌方案推動不易，本國照顧員與外籍看護工在薪資結構與勞動條件均差異太大。</p> <p>7.長期照顧整合項目繁多，且諸多費用項目未補助，財政配合實有困難。</p>
<p>台中市</p>	<p>1.衛生局依據行政院衛生署政策方向於92年成立「台中市長照管中心」，致力於社區內之長期照顧相關人、事、物之資源建構管理，期盼能提供民眾「單一窗口」之服務，確保個案能得到適切長期照顧之服務，並與本府社會處取得共識，合署辦公</p>	<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 8,597 人（男 3,692 人，女 4,905 人），2010 年為 9,144 人（男 3,829 人，女 5,315 人），2013 年為 10,206 人（男 4,119 人，女 6,087 人），2016 年為 11,611 人（男 4,552 人，女 7,059 人）。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 345 人（男 119 人，女 226 人），預估 2010 年為 368 人（男 119 人，</p>	<p>1.統合行政部門推動機制。</p> <p>2.統整照顧管理制度。</p> <p>3.辦理照顧管理人員職能訓練。</p> <p>4.建立長期照顧服務標準作業流程。</p> <p>5.長期照顧專業人員教育訓練。</p> <p>6.長期照顧社區宣導活動。</p> <p>7.家庭照顧者訓練班。</p> <p><b>居家護理服務</b></p> <p><b>居家復健服務</b></p> <p><b>喘息服務</b></p> <p><b>日間照顧</b></p> <p>本服務項目 97 年度尚未開辦，預計 98 年開辦並以委託民間單位方式辦理。</p> <p><b>家庭托顧</b></p> <p>本服務項目 97 年度尚未開辦，預計 98 年開辦並以委託民間單位方式辦理。</p> <p><b>交通接送</b></p>	<p><b>居家服務項目及內容操作性定義的疑義</b></p> <p>過去在服務提供過程中，因為長照中心、居家服務支援中心、受服務對象各自對居家服務項目及內容認知不同，而發生服務落差的情形。</p> <p><b>民眾對長照新制的接受度偏低</b></p> <p>98 年起凡符合長期照顧十年計畫服務對象資格的舊制使用者，均需轉申請新制。但部分民眾對於新制使用者付費之制度感到不滿，影響其使用之意願。</p> <p><b>照顧服務員工作福利與保障</b></p> <p>居家照顧服務員普遍擔憂服務時數不穩定的問題，主要屬於短期的變動因素。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>共同推展台中市長期照顧服務之業務。</p> <p>2.現階段「長期照顧管理中心」以任務編組方式進行，由衛生局局長擔任本市「長期照顧管理中心」主任，未來逐步推動「長期照顧管理中心」為本府二級機關，能有獨立預算及人力，行政院衛生署已函文各縣市政府，本市衛生局與社會處已建請市府人事處規劃，以利中心推動長期照顧服務。</p>	<p>女 249 人)，2013 年為 412 人(男 121 人，女 291 人)，2016 年為 468 人(男 130 人，女 338 人)。</p> <p>3.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 421 人(男 242 人，女 179 人)，2010 年為 472 人(男 272 人，女 200 人)，2013 年為 544 人(男 313 人，女 231 人)，2016 年為 583 人(男 335 人，女 248 人)。</p>	<p>本服務項目 97 年度尚未開辦，預計 98 年開辦並以委託民間單位方式辦理。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b> 本服務項目 97 年度尚未開辦，預計 100 年開辦並由公立機構辦理。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 本方案之執行困難與限制主要囿於經費不足但個案需求量大，若遇特殊個案但又不符合補助標準者，則由承辦單位自行負擔，故建議中央能增加補助金額以符合供應成本。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b></p> <p><b>長期照顧機構</b></p> <p><b>居家護理</b></p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <p><b>喘息服務</b></p>	<p>家服務具相當的外勤工作及體力工作之特性，可能因意外事故或受傷而喪失工作能力或中斷工作，導致生活問題只有健康保險及團體意外保險仍然保障不足。</p> <p><b>居家護理</b></p> <p>1.97 年起所推動之長期照顧 10 年計畫，除在收案對象上不同於往年外(即住在機構者不補助)，主要在部分負擔比率上亦有相當大的差異。</p> <p>2.多數個案表示因臺中市為都會區醫療資源豐富，自行就醫便捷，且費用還比居家護理補助費用便宜，進而影響他們使用居家護理之意願。</p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <p>未來配合長照十年計畫，而針對失能且無法透過交通接送服務取得現有健保服務資源之個案，建議發展居家復健服務。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1.97 年起所推動之長期照顧 10 年計畫，除在收案對象上不同</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>於往年外，主要在部分負擔比率上亦有相當大的差異。</p> <p>2.本市醫療資源豐富，個案就醫便利，真正無法使用健保復健資費人數不多。但長照 10 年計畫未因地區資源差異而納入失能人口計算的方式中，導致高估居家復健需求數。</p> <p>3.照顧管理專員於訪視時曾詢問個案居家復健使用意願，但多數個案以為與醫院復健的模式一樣，亦有民眾認為是到家裡按摩。民眾對服務錯誤之期待，亦在服務推動上造成困擾。</p> <p><b>因應對策</b></p> <p>1.加強本市照顧管理體系，提升服務效率與公平性。</p> <p>2.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。</p> <p>3.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</p> <p>4.目前照顧管理人力無法負荷長期照顧業務。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>5.長照十年計畫經費相當龐大，尤其是服務對象之變更及補助標準之大幅度寬鬆，造成本市在財源籌措上之困難，建請中央寬列經費補助。</p> <p>6.衛政服務之服務目標數建議中央應參考各縣市資源分布及使用情形，非單純僅依失能人口推估需求人數。</p>
<p><b>台南市</b></p>	<p>現階段採任務編組方式進行，將整合衛生局、社會處及相關局處辦理相關長照業務。</p>	<p>詳見該市分析表。</p>	<p><b>居家服務</b> 訂定「臺南市政府委託辦理居家服務及中低收入老人特別照顧津貼督導業務實施計畫」，委託廠商共計有四個居家服務提供單位。</p> <p><b>日間照顧</b> 補助經費以時數計算，要將經費有效運用並避免超出總經費，在經費控管上有其困難點，雖日間照顧金費可與居家服務經費合併使用補助款，惟本是居家服務採用招標方式，居家服務需保留採購金額數，實際上雖然有餘額，但卻無法提供日間照顧勻用，目前只能在現有日間照顧經費下控管經費支出。</p> <p><b>交通接送</b> 交通接送服務計畫，預計 97 年度開辦，惟交</p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>1.社區服務方案最主要的需求之人力—照顧服務員，人力嚴重欠缺，因而在居家服務的發展上，如何健全照顧服務員之勞動保障，是推展居家式服務的重大課題。</p> <p>2.面對長照十年計畫新制度的起動，未來第一個小時一般民眾將須負擔 40%，依過去民眾使用服務的習慣，自費比例偏低的情形，也將再一次衝擊居家服務的使用，再加上外籍看護工之引進等內外環境影響下，居家服務單位的經營將面臨更嚴厲的考驗。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			<p>通接送是項新興業務，採購案的撰寫較為困難。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 現今原物料上漲，實際執行上店家配合意願低。個案居住地點分散，志工送餐意願不高，且應該多少個個案數搭配一位志工送餐，標準很難取捨，訂定統一標準亦會照成個案居住分散之區域無法長期留住志工。</p> <p><b>居家護理</b> 由於經費來源為中央補助之業務費需依法「政府採購法」辦理招標，因採購程序繁瑣、服務提供單位投標意願低，經 2 次採購才於 8 月底完成程序，97 年雖可完成預計服務目標數(33 人/年)但無法完成經費執行進度(24 次/月/33 人)。</p> <p><b>社區及居家復健</b> <b>喘息服務</b> 喘息服務為原有服務案，依據過去 5 年經驗需求個案約為 60-65 人/年。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b> 台南市社區照顧關懷據點 97 年度原訂目標值為 48 個，但已成立 50 個社區照顧關懷據點，達成率為 104%。</p> <p><b>緊急救援系統</b> 「緊急救援通報系統服務」主要是利用緊急</p>	<p><b>居家護理</b> 依據「長期照顧十年計畫」使用者需付費原則(一般民眾自付額加上交通費約 700-800 元/次)比起全民健康保險高出許多，再再減少民眾使用服務意願。98 年除了希望中央能將費用修訂為合理價位外本市也會竭盡所能連結相關資源做業務推動與服務推廣，期能協助失能者獲得符合個別需求之服務。</p> <p><b>社區及居家復健</b> 97 年為「長期照顧十年計畫」實際執行第一年，全民健康保險外加的居家復健服務為新興服務案，不管是民眾或服務提供單位都需時間了解與接受，且依據「長期照顧十年計畫」使用者需付費原則(一般民眾自付額加上交通費約 600 元/次)比起全民健康保險高出許多，再再減少民眾使用服務意願。</p> <p><b>喘息服務</b> 「長期照顧十年計畫」服務對象有限定且需付費(一般民眾自付</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			<p>求救按鈕即可與 24 小時的服務中心聯繫，提供最近、最時效性之緊急救助處理。本市提供公費補助主要服務對象為 65 歲以上經濟弱勢、缺乏生活自理能力或領有身心障礙手冊的單身獨居者及平日經常性未能與子女同住的獨居者。</p>	<p>額 400 元/天)，讓原來接受照顧服務之需求個案受到排除，也讓業務推廣受到限制。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b> 目前社區照顧關懷據點執行上的問題，仍在於各據點對補助經費上的核銷作業仍稍嫌薄弱。</p> <p><b>緊急救援系統</b> 依據目前的補助情形，服務人次量的提升仍有積極成長之空間。由於近來社會詐騙事件層出不窮，使得獨居長輩對於陌生的來電者或關懷訪查者易有較大之防衛心，導致宣導不易，以及出現申請者已申請裝機卻不讓裝機者進入家中安裝之情形。其次則是使用「緊急救援系統通報服務」是否隱含著一種「標籤化」之問題，獨居長輩內心層次上的敏感與脆弱，可能不願面對自己是獨居的孤寂和失落感，而產生對該項服務的排斥，導致緊急救援之美意不易使更多長輩受惠。</p> <p><b>整體題評估</b> 1.長照管理中心各項專業人力有</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>待加強，跨局處的團隊合作模式有待建立。</p> <p>2.偏重機構照顧忽略居家支持服務的設施發展策略。</p> <p>3.相關長期照顧服務項目之執行，須再細緻規劃。</p> <p>4.各區服務資源設置的均衡性仍有待加強。</p>
<p><b>嘉義市</b> (整體規劃較佳)</p>	<p>整合社會局「照顧服務中心」及衛生局「長期照護管理示範中心」之業務於 92 年 10 月成立長期照顧管理中心。</p>	<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 2,680 人，2010 年為 2,748 人，2013 年為 2,852 人，2016 年為 3,428 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 179 人，2010 年為 189 人，2013 年為 226 人，2016 年為 445 人。</p> <p>3.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 200 人，2010 年為 223 人，2013 年為 254 人，2016 年為 272</p>	<p><b>居家服務</b> 若以地域別觀察，則服務提供單位設在東區有 1 家、西區有 2 家。</p> <p><b>日間照顧</b> 有日間照顧 6 個據點每位老人全日 150 元，服務提供單位自行收費 100 元。</p> <p><b>家庭托顧</b> 委託有經驗之照顧服務員成為托顧家庭，對於失能者的確有相當多的協助。</p> <p><b>交通接送</b> 嘉義市政府委託私立保康社會福利慈善事業基金會建立合作關係，透過補助機制，提供無障礙服務，作為交通服務之資源。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心。</b> 於實驗社區階段已設有一家失智症日間照顧單位。</p> <p><b>老人營養餐飲</b></p>	<p><b>日間照顧</b></p> <p>1.因中央所規劃之付費方式與本市收費方案有所衝突致民眾無法接受，至目前為止一直無法開案。</p> <p>2.因其收費方式以時數計算，唯本市目前日間照顧係補助健康老人中央依個案失能程度訂定一套折抵標準，係考量失能程度及服務提供單位照顧人力，給予不同之補助額度及折抵方式其立意雖好，但實際執行面卻有推廣之諸多困難。</p> <p><b>家庭托顧</b> 嘉義市民眾仍傾向於居家式照顧服務，對於送往托顧家庭較不易接受，且托顧家庭在招募上面</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>人。</p> <p>4.本市無山地原住民部落,故無 55 歲以上之山地原住民,計畫內容將不列入原住民。</p>	<p>設籍且實際居住於嘉義市,65 歲以上一項以上 ADLs 失能老人及 65 歲以上僅 IADLs 失能且獨居老人。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b></p> <p>1.身心障礙輔助器具辦理情形由長照中心照顧管理專員輔導民眾向社會局提出申請。</p> <p>2.除補助中低收入老人住宅設施設備改善外,亦補助失能老人無障礙設施設備,居家復健師之評估由本府公益彩券編列經費支應。</p> <p><b>長期照顧機構</b></p> <p>凡設籍本市年滿 65 歲以上並具下列條件之一者：</p> <p>1.列冊低收入戶者。</p> <p>2.家庭總收入未達最低生活費用 1.5 倍之中、重度失能者,中度失能者須經照顧管理者評估其家庭支持功能後,確有需要者為限。</p> <p><b>居家護理</b></p> <p>1.共有 11 所居家護理機構。</p> <p>2.因 10 年長照計畫現行對於中低收入戶及一般戶需收取部份負擔金額較高,且服務對象只補助 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民及 50 歲以上身心障礙者,但 50 歲以下身心障礙者仍有服務之需求,因此嘉義</p>	<p>臨托顧家庭照顧服務員同住親屬的排斥。</p> <p><b>交通接送</b></p> <p>於 97 年 10 月起開辦此服務方案,民眾對於服務方案的申辦及可協助處較不了解,因此提出申請個案較少。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1.人力資源與培訓嚴重不足,跨專業間之團隊合作模式之建立。</p> <p>2.資源整合部分。</p> <p>3.補助經費來源不一,造成財源運用之問題。</p> <p>4.照顧管理專員個管量大負荷沉重,且其係約聘僱人員,流動率較大,照顧管理經驗無法傳承。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			<p>市政府利用公益彩卷盈餘補助嘉義市市民，一般戶只需要負擔 10%費用，中低級低收則是全額補助，期望提供良好長期照護服務，減輕民眾財務負擔。</p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <p>1.可提供復健服務之醫療單位共有 5 家醫院、2 家診所。</p> <p>2.因 10 年長照計劃現行對於中低收入戶及一般戶需收取部份負擔金額較高，且服務對象只補助 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民及 50 歲以上身心障礙者，但 50 歲以下身心障礙者仍有服務之需求，因此嘉義市政府利用公益彩卷盈餘補助嘉義市市民，一般戶只需要負擔 10%費用，中低級低收則是全額補助。</p> <p><b>喘息服務</b></p> <p>因 10 年長照計劃現行對於中低收入戶及一般戶需收取部份負擔金額較高，且服務對象只補助 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民及 50 歲以上身心障礙者，但 50 歲以下身心障礙者仍有服務之需求，因此嘉義市政府利用公益彩卷盈餘補助嘉義市市民，一般戶居家喘息 4 小時自負額為 100 元，8 小時為 200 元，12 小時為 300 元，機構喘息部份負擔則為 200 元，中低收入及低收入戶則是全</p>	

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			<p>額補助。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b> 現有 16 個社區關懷據點。</p> <p><b>緊急救援系統</b> 年滿 65 歲以上老人，日常生活自理能力缺損，經本市長期照顧管理中心照顧管理專員評估符合規定者提供此項服務。</p>	
台北縣	從 93 年 2 月整合社政、衛政相關資源成立「臺北縣長期照顧管理中心」的服務單一窗口，整合縣內相關長期照顧服務資源，提供縣民一般服務諮詢與適切的照顧服務介入，現行長期照顧管理中心組織架構如下圖所示，以任務編組方式進行，未來期能逐步推動「長期照顧管理中心」為二級	<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 30,377 人，2010 年為 36,549 人，2013 年為 49,287 人，2016 年為 65,601 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 1,193 人，2010 年為 440 人，2013 年為 586 人，2016 年為 779 人。</p> <p>3.55 -64 歲原住民失能者：2008 年為 16 人，2010 年為 18 人，2013 年為 24 人，2016 年為 32 人。</p> <p>身心障礙者 50-64 歲需</p>	<p><b>居家服務</b> 然由於民眾對於長期照顧十年計畫仍然陌生並對於使用者付費之概念尚未完全建立，新制使用者服務案量遲至 97 年 2 月。</p> <p><b>日間照顧</b> 1 家。 失智症日照中心 2 家。</p> <p><b>家庭托顧</b> 預計於民國 100 年全面開辦。</p> <p><b>交通接送</b> 2 家身心障礙機構福利團體辦理。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 5 家</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b></p> <p><b>長期照顧機構</b> 共計 60 餘家。</p> <p><b>居家護理</b></p> <p><b>居家喘息</b></p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>1.截至 9 月已有 607 人使用新制服務，新制服務以每月平均成長率為 48%，惟舊制服務自 97 年起原有 2034 人(已扣除不符合長期照顧十年計畫補助對象)，每月平均成長率以 -4.56%。</p> <p>2.96 年度每月平均成長近 1 相比，服務案量已大幅縮減。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 因經費有限，補助機構收容安置之養護費用每人每月 18,000 元已行之數年，但本縣機構收費標準平均約為 20,000 元至 25,000 元之間，故部分機構對於收容照顧公費安置長者之意願不高，致使有時需將部分個案轉介安置</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	機關	長期照顧者：2008 年為 1,473 人，2010 年為 1,653 人，2013 年為 1,901 人，2016 年為 2,038 人。	<p><b>緊急救援通報系統</b> 僅針對服務對象為設籍並實際居住於本縣列冊低收入戶及中低收入獨居之老人或獨居之身心障礙者，因此導致有此服務需求之弱勢（但非符合補助條件）因資格限制無法獲得服務，未來可考慮擴大補助對象範圍或將資格放寬。</p> <p><b>社區關懷據點</b> 97 年度據點目標值為 198 個，截至 97 年月底本縣據點設置數為 198 個，遍及全縣 29 鄉鎮市，已達成一鄉鎮至少一據點之目標。</p> <p><b>到宅評估輔具及復健訓練</b></p>	<p>於外縣市之機構。</p> <p><b>居家喘息</b> 本項服務係屬臨時性照顧服務，使用者需求較不固定，再則偏遠地區缺乏照顧服務員，以致在地老化與運用在地資源滿足照顧服務需求之執行較為困難。</p> <p><b>整體評估</b> 1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。 2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。 3.計畫補助經費配置不一，造成各鄉（鎮）市長期照顧之財源不足。 4.照管專員專業背景人數差距懸殊，以及受限資格條件聘人不易。 5.評時間過短，造成照顧管理人力資源之浪費。</p>
桃園縣	照顧管理中心設置主任 1 名(由社會處處長兼任)、	1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 15,461 人，2010 年為	<p><b>居家服務</b> 6 月份開始啟動居家服務新制，與舊制併行，截至 8 月底選擇舊制的服務人數為 1096 人，</p>	<p><b>居家服務</b> 因為新制個案一般戶及中低收入戶需負擔部份服務費，影響家</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	照管督導 2 名(已聘用 1 名)及照管專員 17 名(已聘用 13 名),其專業背景部分護理師 92.3% 占大多數,物理治療師占 7.7%。	<p>16,531 人,2013 年為 18,313 人,2016 年為 20,852 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者:2008 年為 1,061 人,2010 年為 1,128 人,2013 年為 1,243 人,2016 年為 1,414 人。</p> <p>3.55 -64 歲實際居住於復興鄉之原住民失能者:2008 年為 54 人,2010 年為 64 人,2013 年為 81 人,2016 年為 91 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者:2008 年為 816 人,2010 年為 929 人,2013 年為 996 人,2016 年為 1,251 人。</p> <p>5.依據 2008 年 8 月統計資料顯示,本縣至 2008 年 8 月止總人口</p>	<p>選擇新制的服務人數 73 人,新制使用率未達一成,預計 98 年全面以新制服務個案。</p> <p><b>日間照顧</b> 目前僅由 4 家老人福利機構提供服務。</p> <p><b>家庭托顧</b> 97 年尚未研擬相關具體計畫。</p> <p><b>交通接送</b> 交通接送採購案業於 10 月 15 日完成開標及評選、10 月 24 日完成議價,11 月中旬上路。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b> 輔導於 100 年籌設開辦失智症日間照顧中心。</p> <p><b>老人營養餐飲 1 家</b></p> <p><b>輔具購買及居家無障礙環境改善</b> 已訂定「桃園縣失能老人接受長期照顧服務輔具購買及居家無障礙環境改善補助審核作業規定」依本規定首位縣民已完成服務。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 至 97 年 8 月共 31 家老人福利機構、護理之家提供本縣 184 位低收入戶失能老人機構式照顧服務。</p> <p><b>居家護理</b> 14 家。</p> <p><b>居家復健</b> 共計 4 家。</p>	<p>屬購買使用的意願,依據 97 年 10 月的初估約有 1/5 的輕度一般戶考慮停止購買居家服務。</p> <p><b>日間照顧</b> 日間照顧服務場所設施設備相關規定不明確及嚴苛(如:老人福利機構附設日間照顧其是否需變更床位數、建築設備等相關規定、社區式日間照顧服務場所僅規定於老人福利服務者資格要件及服務準則,設施設備規定不明確、人員資格嚴苛),再者,老人福利機構附設日間照顧係屬機構式日間照顧,機構乃屬社區之一,將其列為機構式日間照顧恐太狹隘,應將現有機構資源納入社區之一,促使日間照顧服務之可近性及便利性。</p> <p><b>家庭托顧</b> 各縣市之發展未臻妥善且值長期照顧新舊制轉銜、照管制度變革。</p> <p><b>輔具購買及居家無障礙環境改善</b> 經主管機關評估有特殊需要</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>數 1,950,129 人、其中 65 歲以上人口有 155,718 人，占本縣人口 7.99%，較 2007 年增加 3,700 人，增加比率為 2.43%，男性為 82,547 人，占 65 歲以上人口的 5.30%；女性為 73,171 人，占 65 歲以上人口的 4.70%，老年人口分布集中在桃園市、中壢市及平鎮市。另本縣預估 2016 年 65 歲以上人口將達 195,045 人，占本縣人口 9.55%。</p>	<p><b>喘息服務</b> 共計 32 家。 <b>緊急救援服務</b> 1 家。 <b>社區照顧關懷據點</b> 97 年將據點列為照管中心之轉介窗口。</p>	<p>者，得專案增加補助額度，是否可比照身心障礙醫療補助，每位 1 個年度僅可購置 2 項輔具較為明確可行？並增加其他類輔具：抽痰機、噴霧器、拍痰機、氧氣筒等項目，俾利未取得身障手冊之失能老人同時亦可得到應有的照顧。至於如何縮短評估時程讓有需求者都能儘快獲得滿足。</p> <p><b>居家護理</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.除採購行政程序繁複耗時，諸多居家護理所礙於人力及投標經驗不足，影響投標意願。</li> <li>2.該項服務要求民眾需先使用健保資源，若有需求再使用十年長照-居家護理部分。對於一般戶民眾需自費負擔昂貴金額(一次含交通費約需 780 元)接受衛教指導，於現今護理人員專業角色尚未完全被社會民眾接受之際，使用服務意願明顯偏低。</li> </ol> <p><b>居家復健</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.民眾自付額比例過高，使得服</li> </ol>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>務使用意願降低。</p> <p>2.每次服務僅能提供乙位服務人員獨自前往案家，實有安全考量，且對於復興鄉、觀音鄉、新屋鄉等偏遠地區亦有交通顧慮，期望額外補助機構管理費等，以作為相關因應措施。</p> <p><b>喘息服務</b></p> <p>1.一般戶民眾自付額比例過高，使得服務使用意願降低。</p> <p>2.使用機構喘息服務之個案需俟體檢通過方可前往入住，案家對此甚感不便，易造成需求及使用服務時間無法配合，而錯過接受服務之良機及降低民眾使用意願，期中央可簡化體檢項目。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。</p> <p>2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</p> <p>3.計畫補助經費配置不一，造成</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>各鄉（鎮）市長期照顧之財源不足。</p> <p>4.照管專員屬臨時編制，導致人員招募之困難及無法留住人才之隱憂。</p>
<p><b>新竹縣</b></p> <p>22008 年 7 月底總人口數 50 萬 0,023 人，65 歲以上老人 5 萬 6,025 人，佔總人口數之 11.2%，較台灣省老年人口比例為 9.92% 為高，其</p>	<p>中心由縣長擔任召集人，執行秘書兼主任由社會處處長及衛生局局長共同擔任、副執行秘書兼主任由社會處副處長及衛生局副局長擔任、並由社會處科長及醫政課課長和相關正式人員共同督導中心業務。</p>	<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 4,613 人，2010 年為 4901 人，2013 年為 5432 人，2016 年為 6199 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 168 人，2010 年為 182 人，2013 年為 204 人，2016 年為 236 人。</p> <p>3.55-64 歲山地原住民失能者：2008 年為 49 人，2010 年為 56 人，2013 年為 67 人，2016 年為 73 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 250 人，2010 年</p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>擬定「新竹縣政府辦理長期照顧服務對象使用居家服務實施計畫」、訂定「新竹縣政府委託辦理長照十年計畫對象使用居家服務個案服務契約範本」，並於 97 年度依據地理位置、城鄉互補性、個案量等因素將本縣劃分為五區辦理公開評選（老人與身障者合併招標）。其中第一區、第二區由同一單位得標，共四家服務提供單位。</p> <p><b>日間照顧：無</b></p> <p><b>老人營養餐飲服務</b></p> <p>二個單位。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b></p> <p>目前尚無人申請。</p> <p><b>長期照顧機構</b></p> <p>依「委託醫療院所及老人福利機構公費安養實施要點規定」。</p> <p><b>居家護理服務</b></p> <p>承接居家護理服務單位僅 2 家。</p> <p><b>社區及居家復健服務</b></p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>1.98 年起將全面使用新制，使用者付費機制設計之合理性、服務品質、使用者。</p> <p>2.付費概念為新制成敗之三大關鍵，本縣將同時面對照顧服務之品質尚待逐年。</p> <p>3.提升、老人長期習慣領取津貼，而無付費使用社福服務之概念...等供需兩方面之問題。至於機制設計，尚待中央研擬檢討後決定是否修正現有規劃，預計 98 年使用新制之人數恐不樂觀。</p> <p><b>老人營養餐飲服務</b></p> <p>老人營養餐飲服務遇到最大的困難為偏遠地區老人之送餐服務無法提供，因本縣幅員廣大，雖然處於送餐之區域，但仍會因路程較遠而無法提供服務。其次</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
<p>中老人比率超過 15% 之鄉鎮包括新埔鎮 ( 15.5%)、關西 (17.8%)、橫山鄉 ( 18.7%)、北埔鄉 ( 18.8%) 及峨眉鄉 ( 26.7%)。2008 年十年長照計畫四種服務對象合計約</p>		<p>為 267 人，2013 年為 288 人，2016 年為 298 人。</p>	<p>醫療復健服務均侷限於醫療機構內，現有人力支援社區及居家復健服務醫療人員不足，轄區醫療院所無意願承接。</p> <p><b>喘息服務</b> 承接喘息服務單位僅 4 家，並且侷限於本縣竹東鎮及芎林鄉一帶，導致影響了民眾使用意願。</p> <p><b>緊急救援系統</b> 申請人數過少，較難推動。</p>	<p>是志工人力招募困難，因為送餐需風雨無阻每天中午要將便當準時送到老人手中，大多數人會覺得時間上沒有彈性而不願加入送餐志工行列。</p> <p><b>居家護理服務</b> 此 2 家皆設置於本縣竹北市，導致大多數地區民眾負擔費用過高，直接影響了民眾使用意願。</p> <p><b>社區及居家復健服務</b> 1. 行政院衛生署推動此服務原則：個案需優先使用健保資源，並針對無法透過交通接送者服務，且 1 年以 6 次為限，每星期最多補助也只有 1 次，服務內容僅包括運動、日常生活能力訓練、指導及建議。而其一般戶民眾之自付額每次高達 600 元以上（治療師服務費 400 元及交通費至少 200 元），相較於一般健保門診復健看診 1 次僅需掛號費 150 元，亦也使用醫療場所復健設施，二者相較誘因偏低。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
4,921 人，推估 2008 年會申請長期照顧服務比率為 23%，人數為 1,132 人。				2.醫療復健服務均侷限於醫療機構內，現有人力支援社區及居家復健服務醫療人員不足，轄區醫療院所無意願承接。 <b>喘息服務</b> 部分負擔費用過高直接導致民眾使用意願大幅降低，甚至不使用服務，原先計劃服務量皆按照核定本預估年度目標數，執行至今，可發現民眾使用意願偏低導致執行率不佳問題，本縣已實施檢討改進，但仍難達成今年考核標準。 緊急救援系統申請人數過少，較難推動。 <b>整體評估</b> 1.照顧服務員訓練品質待提升，受訓人員未實際投入居家服務工作。 2.對於機構式照顧，中央未予補助，無法減輕主要照顧者壓力 3.對於交通不便之偏遠地區。 4.縣府長照人力短缺，業務承辦人需兼辦多項業務。
苗栗縣		1.65 歲以上老人 ADL	居家服務：三家。	整體評析

縣市	主管機關	需求	現況	問題
2008 年 10 月止 總人口數 560,167 人、其中 65 歲以上人口有 73,666 人，占本縣人口 13.15%		<p>失能者：2008 年為 6,658 人，2010 年為 7,096 人，2013 年為 7,953 人，2016 年為 9,084 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 400 人，2010 年為 432 人，2013 年為 492 人，2016 年為 564 人。</p> <p>3. 55 -64 歲原住民失能者：2008 年為 29 人，2010 年為 33 人，2013 年為 42 人，2016 年為 48 人。</p> <p>4. 身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 314 人，2010 年為 358 人，2013 年為 410 人，2016 年為 440 人。</p>	<p><b>居家護理</b>：16 所。</p> <p><b>居家復健</b>：2 家。</p> <p><b>喘息服務</b></p> <p>服務機構包含縣內評鑑甲等(含)以上之安養護機構及護理之家，以供民眾有可近性、習慣性及多重性選擇。</p> <p><b>健康老人日間服務</b>：6 鄉鎮。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b>：未辦理。</p> <p><b>社區關懷據點</b>：49 處</p> <p><b>機構式服務</b>：12 家</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。</li> <li>2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</li> <li>3.計畫補助經費配置不一，造成各鄉（鎮）市長期照顧之財源不足。</li> <li>4.長期照顧管理中心以臨時任務編組方式執行業務，尚無法真正滿足各地之長期照顧需求。</li> </ol>
台中縣迄至 2008 年	由衛生局副局長兼任該中心主任，社會處長青	依據我國長期照顧計畫所訂公式推估本縣 2008 年照顧需求人口	<p><b>居家服務</b></p> <p>半數以上民眾選擇新制。</p> <p><b>日間照顧服務</b></p>	<p><b>居家服務</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.民眾自費使用時數意願低落。照顧服務人力短缺。</li> </ol>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
10 月底止，本縣 65 歲以上老年人口數約有 134,020 人，老人人口比例達 8.61%。	暨救助科科長兼任副主任。	<p>數為 12,109 人(含 65 歲以上老人、50-64 歲身心障礙者及原住民)，本縣 50-64 歲身心障礙者，經綜合評估失能等級以「重度」居多。</p> <p>1.65 歲以上老人 ADLs 失能者：2008 年為 11,252 人，2010 年為 11,957 人，2013 年為 13,204 人，2016 年為 14,455 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADLs 失能且獨居者：2008 年為 449 人，2010 年為 479 人，2013 年為 532 人，2016 年為 582 人。</p> <p>3.55-64 歲山地原住民失能者：2008 年為 30 人，2010 年為 38 人，2013 年為 41 人，2016 年為 48 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008</p>	<p>2008 年 10 月 1 日起成立 2 處日間照顧中心。</p> <p><b>家庭托顧</b>：未辦理。</p> <p><b>交通接送</b></p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b>：未辦理。</p> <p><b>老人營養餐飲服務</b>：規劃為 5 個區域。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b>：未辦理。</p> <p><b>長期照顧機構服務</b></p> <p><b>居家護理</b>：計有 10 家縣轄居家護理。</p> <p><b>社區及居家復健</b>：1 家。</p> <p><b>喘息服務</b>：19 家機構。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b>：已設置 84 點，分佈本縣 21 鄉鎮市。</p> <p><b>緊急生命救援連線系統</b></p>	<p>2.家庭托顧服務特性，必須將鄰近社區中的長者接至家中提供服務，於服務過程中，擔任托顧家庭的家人也會擔心平時照顧的安全問題，以及萬一發生事件時的責任歸屬，故需加強社區宣導，強化民眾認知。</p> <p>3.價格因素：一般戶個案每次使用服務需部分負擔 400 元加上交通費用，影響大多數經濟弱勢民眾使用意願。服務提供者認為不符成本，影響投入參與服務之意願。</p> <p>4.服務提供單位資源不足：醫療院所囿於人力、成本考量，普遍缺乏參與居家式長期照護服務之意願，建請政策上應增加誘因，鼓勵民間單位投入參與社區化長期照護服務。</p> <p><b>喘息服務</b></p> <p>一般戶因部份負擔高達 40% (540 元)，導致民眾使用意願不高，本縣將積極宣導本服務並聯結村里辦公室，以提升民眾使用意願。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		年為 657 人，2010 年為 706 人，2013 年為 785 人，2016 年為 863 人。		<b>整體評估</b> 1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。 2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。 3.計畫補助經費配置不一，造成各鄉（鎮）市長期照顧之財源不足。 4.失智症老人日間照顧中心、家庭托顧、輔具購買租借及居家無障礙環境改善。 5.民眾收入普遍不高，對於使用者付費機制較難接受。
彰化縣	中心主任由縣長指派參議派兼，另執行秘書分別由衛生局醫政課長及社會局老人福利科科長兼任，幹事由衛生局醫政課及社會局老人福利科承辦長期照顧業務	1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2007 年為 14,262 人，2010 年為 15,785 人，2013 年為 17,503 人，2016 年為 19,802 人。 2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2007 年為 866 人，2010 年為 964	<b>居家服務</b> 1.居家服務規劃調整為五區域。 2.97 年新、舊制並行，服務人數與 96 年相當，98 年舊制取消後服務人數是否受影響仍待觀察。 <b>日間照顧</b> ：提供單位有 5 單位。 <b>交通接送</b> ：6 單位辦理。 <b>老人營養餐飲</b> ：每月服務人數約 180 人 <b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> ：申請 10 案，補助 9 案。	<b>日間照顧</b> 因老人日間照顧服務須符合老人機構設置標準，機構考量人力及成本往往不願辦理。 <b>交通接送</b> 本項業務屬長照十年計畫新型服務，因推展時間緊湊、媒體宣導有限，加以服務對象侷限於重度失能者，居住機構、日照中心或已僱用看護者亦不得申請，目

縣市	主管機關	需求	現況	問題
以上人口有 154,859 人，占該縣人口 11.8%，其中男性為 71,941 人，占 65 歲以上人口的 46.46%；女性為 82,918 人，占 65 歲以上人口的 53.54%，老年人口集中在彰化市、和美鎮、鹿	人員兼之，照顧管理專員依機關甄選程序辦理，符合資格者共 15 名（護理背景共 13 位，社工共 2 位）。	人，2013 年為 1,070 人，2016 年為 1,210 人。 3.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2007 年為 681 人，2010 年為 816 人，2013 年為 881 人，2016 年為 997 人。	<b>長期照顧機構服務</b> ：有 77 家機構。 <b>居家護理</b> ：目前已核定 36 人。 <b>社區及居家復健</b> ：目前已核定 72 人。 <b>喘息服務</b> ：目前已核定 146 人，提供服務 132 人。 <b>家庭托顧</b> ：尚未辦理。 <b>失智症老人日間照顧中心</b> ：尚未辦理。	前服務人數有限。 <b>老人營養餐飲</b> 僅提供獨老人營養餐飲服務，獨居老人須經公所列冊通報本府核定後經評估失能始能接受服務，因此服務人數無法提昇。 <b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 輔具購買租借部分因本府尚未編相關預算，目前僅提供身心障礙者本項服務。 <b>長期照顧機構服務</b> 對照本縣機構式長期照顧服務需求人口約 4 千餘人，機構資源供需情形尚無失衡現象。 <b>居家護理</b> 97 年 8 月才招標完成，且一般民眾因自費比例過高約 500-700 元（含交通費），另符合健保之案家少數有額外需求居家護理，居家護理需有自付額部份比健保相對昂貴，故民眾申請意願不高。 <b>社區及居家復健</b> 本項服務 97 年 9 月才招標完

縣市	主管機關	需求	現況	問題
<p>港鎮及二林鎮等地。預估 2016 年 65 歲以上人口將達 196,183 人，占本縣人口 14.62%。</p>				<p>成，且一般民眾因自費比例過高約 400-600 元(含交通費)，繼續追蹤案家使用狀況，居家復健需有自付額部份比健保相對昂貴、故民眾申請意願不高。</p> <p><b>喘息服務</b> 需有自付額部份、故民眾申請意願不高。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1.服務對象切割，行政作業複雜化：長照十年計畫排除 50 歲以下身心障礙者，兩大類服務對象(長照計畫/50 歲以下身障者)之補助標準、評估程序、經費來源均有異，致行政作業複雜化，無法有效整合，需進一步磨合與調適，目前本府已研議將長照居家服務、身障居家服務、長照送餐、身障送餐進一步整合。</p> <p>2.部分負擔制之影響：使用舊制民眾習於接受免費照顧服務，新制推展過程民眾申訴陳情案件增多，預期 98 年舊制取消後，部分民眾將停止使用服</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>務，服務量可能減少，有賴長期照顧保險儘速推動，使制度趨向穩定，減少民眾不確定心理。</p> <p>3. 新型服務如交通接送服務，其服務對象資格條件稍嚴，限於重度失能者，諸多有交通接送需求(如就醫)之中、輕度失能者無法獲得服務。</p> <p>4. 居家護理、居家復健自負額過高，致服務量無法拓展：為拓展服務量，本縣加強宣導積極聯絡縣內照護資源，並強化轉介網絡，主動加強開發有服務需求個案達 7452 位，但居家護理、居家復健自付額過高，致服務量無法拓展。</p>
嘉義縣	執行業務範圍跨社會處與衛生局嘉義縣長期照顧推動小組」，由黃副縣長擔任小組召集人、衛生局鍾局長為照管中心主任兼執行	<p>1. 65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 8,289 人，2010 年為 8,719 人，2013 年為 9,363 人，2016 年為 10,142 人。</p> <p>2. 65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居</p>	<p><b>居家服務</b> 取得提供服務資格者僅為 2 個單位。 <b>日間照顧</b>：辦理困難。 <b>交通接送</b> 服務提供單位數計 2 個。 <b>老人營養餐飲</b>：1 家。 <b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 未及編列輔具購買租借及居家無障礙環境改</p>	<p><b>居家服務</b> 惟經費實際執行情形與預期目標落差甚大，究其原因可能與照顧管理人員之徵才、教育訓練於 7 月份才全部完成有關，因新進照顧管理人員正式上路評估為 7 月份，年度已屆一半，以致延宕部分個案之評估與開案服務時</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>長，委員聘縣府相關單位副局（處）長以上層級人員擔任；為求專長互補性，於 7 月 10 日奉縣長簽准增聘社會處黃副處長正忠為中心副執行長。</p>	<p>者：2008 年為 532 人，2010 年為 567 人，2013 年為 618 人，2016 年為 675 人。</p> <p>3.55 -64 歲山地原住民失能者：2007 年為 16 人，2010 年為 18 人，2013 年為 22 人，2016 年為 23 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 365 人，2010 年為 380 人，2013 年為 386 人，2016 年為 395 人。</p> <p><b>長期照顧需求人數具有下列特性</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.老人與身障人數逐年成長，而全縣總人數呈負成長。</li> <li>2.本縣長期照顧需求數占全縣人數比例遠高於全國平均數。</li> <li>3.地理區域差異地理區域分為山、海區，</li> </ol>	<p>善之經費，業於 97 年 10 月簽奉核准於身心障礙福利相關經費項下支應在案。</p> <p><b>長期照顧機構服務</b></p> <p>低收入戶老人及 1.5 倍重度失能老人接受長期照顧機構服務個案為 80 人，截至 97 年 9 月止服務人數為 61 人（未開放 1.5 倍重度失能），其中 19 人入住內政部所屬機構，入住內政部機構費用由內政部全額負擔或負擔一半，因此減少負擔約新台幣 249 萬 4,800 元，截至 9 月底執行金額為新台幣 499 萬 1,182 元。</p> <p><b>居家護理</b>：2 家。</p> <p><b>社區及居家復健</b>：2 家。</p>	<p>間。</p> <p><b>日間照顧</b></p> <p>經與相關基金會、團體洽商，民間單位亦有意願投入辦理，但受限於租（借）用房屋或土地者，資本支出補助每案以新臺幣 30 萬元為限之規定，民間單位皆打退堂鼓，以致本項業務推動遭遇極大之困難。</p> <p><b>交通接送</b></p> <p>目前現有 2 部身心障礙者小型復康巴士實無法支援本項服務，又二者之間的服務對象、補助標準、法令依據、收費標準、服務項目等規定差異極大，難以整合或合併規劃辦理。</p> <p><b>老人營養餐飲</b></p> <p>照管人員晉用過慢。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b></p> <p>依現行規定應依中低收入老人生活津貼相關規定審核，惟上開兩項補助其人口計算不一，且身心障礙者生活補助並未有年齡限定，如民眾依其權益欲擇優選</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>發現長期照顧需求有差異。</p> <p>4.鄉鎮市差異鄉鎮市的差異也很大。</p>		<p>擇中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助，管理照顧專員該如何處理？</p> <p><b>居家護理</b></p> <p>1.7 月份才開始接案服務，執行期間未達半年。</p> <p>2.新政策推行，非低收入戶民眾須有自付額（估算一般戶民眾接受一次居家護理須自付 520 元服務費，比使用健保還高），嚴重影響使用意願，加上經濟不景氣，實在很難說服民眾接受服務。</p> <p>3.囿於招標服務提供單位受限，衍生同一個案會有 2 家不同單位的居家護理師前來服務，服務狀況較難銜接且個案及案家不容易接受。</p> <p>4.本縣幅員遼闊服務提供單位僅 2 家，無法提供高效率可近性服務。</p> <p><b>社區及居家復健</b></p> <p>1.自 9 月份才開始接案服務，執行期間非常短。</p> <p>2.新政策推行，非低收入戶民眾</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>須有自付額（估算一般戶民眾接受一次居家復健須自付 400 元，所付服務費比至醫院作復健還高），嚴重影響使用意願加上經濟不景氣，實很難說服民眾接受本項服務。</p> <p>3.廠商缺乏居家復健招標案處理經驗且不熟悉行政作業處理流程，需花費許多時間在磨合。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1.人力資源與培訓不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待加強。</p> <p>2.照顧服務資源之提供落差仍在，民眾取得服務之可近性有待加強。</p> <p>3.使用者付費機制問題。</p> <p>4.民間參與推動問題。</p>
<p>台南縣</p> <p>人口老化程度已達 12.67%</p>	<p>1.照顧服務管理中心設置於社政體系下，中心編制主任 1 名，課員 4 名，護理師 2 名，透過跨局處長期</p>	<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 14,593 人，2010 年為 15,411 人，2013 年為 17,293 人，2016 年為 19,731 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅</p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>6 個民間團體承辦居家服務業務。</p> <p><b>日間照顧服務</b></p> <p>1 處+2 所(退輔會)。</p> <p><b>家庭托顧</b></p> <p>增加家庭托顧供給量：結合散居於各村里關懷中心之照顧服務員，推動家庭托顧制度因</p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>1.規定居家服務個案每六個月需複評一次，個案對於減少服務時數有異議時，照管專員屢遭個案或其家屬指責，需再加強縣民對於使用居家服務認知。</p> <p>2.依十年長照計畫補助(新制)規</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>照顧推動小組會議，作為社政與衛生局整合聯繫平台。</p> <p>2.已於 94 年整合社會局及衛生局設置長期照顧管理中心(採任務編組)，本縣並於 91 年起逐年分段建置村里關懷中心，本縣現已設置 279 個關懷中心，建構全縣社區照顧網。為統整照管中心及村里關懷中心之功能，96 年 8 月 17 日假縣長室召開社政及衛政等單位協調會，蘇縣長指示成立二級單位「照顧服</p>	<p>IADL 失能且獨居者：2008 年為 1,264 人，2010 年為 1,355 人，2013 年為 1,539 人，2016 年為 1,761 人。</p> <p>3.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 853 人，2010 年為 945 人，2013 年為 1093 人，2016 年為 1173 人。</p>	<p>截至本(97)年 10 月底，尚無服務提供單位願意承接該項服務。</p> <p><b>交通接送</b> 委託民間經營身心障礙者復康巴士。</p> <p><b>設立失智症老人日間照顧服務中心</b> 尚未辦理，研擬於 99 年時鼓勵民間設立失智症老人日間照顧服務中心。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 97 年度已結合本左鎮鄉等 17 個鄉鎮市公所，將軍、七股鄉等 2 個老人福利協進會，天壇老人福利機構，牧德關懷協會等 5 個社會團體及蓮心園基金會共 26 個單位辦理送餐服務。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙改善：</b> 1.成立身心障礙者輔具資源中心。 2.提供到宅評估輔助器具服務及復健訓練。 3.辦理輔具巡迴維修。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 40 家立案之老人安養、養護、長期照護機構及護理之家，提供本縣低收入戶老人機構照顧服務。</p> <p><b>居家護理</b> 原訂居家護理所服務機構目標值為 8 家，現有 6 家居家護理所承辦居家護理業務，服務提供單位數達成率為 80%。</p>	<p>定，因一般戶身分者，從第 1 小時開始即需自付 40%(72 元)，造成舊案仍維持使用舊制者居多，而使用新制意願不高，仍需加強宣導。</p> <p>3.部分申請個案於告知須部份自費後均因經濟因素表示放棄接受服務，使真正需要接受居家服務之失能者失去服務機會，有待照管專員尋求其他社會資源以補充居家服務補助之不足。</p> <p><b>家庭托顧</b> 1.家托支持系統及資源網絡不健全，若托顧老人其中有一人發生事故需就醫，無人可協替照顧其他老人。 2.接受托顧之老人來源不固定，有可能造成照顧服務員收入短少之狀況，照顧之意願不高。 3.辦理家庭托顧須加設無障礙設施和裝修，目前內政部未補助本項設施，且水、電費皆需由辦理家托者自行吸收，造成服務單位承接意願不高。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>務管理中心」；本縣將整合照管中心及村里關懷中心專案辦公室業務，未來希建構以照顧管理服務中心為中心點，並以村里關懷中心為服務點之全縣照顧網絡，提供長期照顧及社區預防照顧之服務。</p>		<p><b>居家復健</b> 連結社區復健人員。 <b>喘息服務</b> 2家護理之家承辦喘息服務業務 加強村里關懷中心數位推動計畫。</p>	<p>4.家托補助時數過少，若每日使用家托，整月費用較養護機構貴，且案主至家托處除交通接送上較為困難，亦需額外支出一筆交通費，且移動案主上亦是一項負擔，造成使用者意願不高。</p> <p>5.經考量地區風情及文化因素，家庭托顧在本縣施行不易，故98年度及99年度擬不申請家庭托顧服務。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙改善</b> 本項補助款項財源係全由縣市政府自籌，因縣市政府財源拮据，建請中央協助本項補助。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 財源困窘下仍逐年編列辦理低收入戶老人機構照顧服務補助經費約新台幣50,000,000元，惟仍不符需求，建請中央將本項業務增列為補助項目之一，使本項業務照顧服務對象能擴及一般失能老人。</p> <p><b>居家復健</b></p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>居家復健團隊招標進展不順利：居家復健業務乃本處第 1 次辦理，為服務本縣民眾，業務單位積極溝通協調符合資格的醫療院所配合辦理本計劃，某些醫療院所仍會因醫療業務繁忙，人力調度等因素婉拒配合辦理，推動進展不順利。</p> <p><b>整體評估</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.人力資源與培訓未做有系統管理，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。</li> <li>2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</li> <li>3.對老人安養機構需求不高，造成機構進住率偏低。</li> <li>4.輔具中心利用率不高，導致輔具資源浪費。</li> <li>5.社區照顧關懷據點志工老化及短缺。</li> <li>6.老人營養餐飲服務送餐人力不足。</li> <li>7.照顧管理資訊系統整合。</li> </ol>
南投縣	陳秘書長正昇擔	1.65 歲以上老人 ADL	居家服務	居家服務

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	任長期照顧管理中心主任，工作職責為督導綜理長期照顧管理中心業務。執行秘書由社會處熊俊平處長、衛生局廖龍仁局長共同擔任。	<p>失能者：2008 年為 6669 人，2010 年為 7246 人，2013 年為 8058 人，2016 年為 9168 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 521 人，2010 年為 572 人，2013 年為 637 人，2016 年為 722 人。</p> <p>3.55-64 歲原住民失能者：2008 年為 82 人，2010 年為 84 人，2013 年為 105 人，2016 年為 117 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 320 人，2010 年為 333 人，2013 年為 384 人，2016 年為 411 人。</p> <p>快速成長老人鄉鎮之因素：</p> <p>1.青年學子國中畢，外</p>	<p>社團法人計 4 家本縣配合照顧服務產業化政策，建立居家服務提供單位進場機制；2007 年起委託採單一區域複數委託，提供民眾有自由選擇服務單位的空間，且居家服務提供單位屬性有多元化傾向，多有民間單位參與居家服務業務。</p> <p><b>日間照顧</b> 3 個服務提供單位。</p> <p><b>家庭托顧</b> 3 個單位辦理，服務人數:0 人。但已尋得 2 處家庭托顧照顧服務員住所，亦請醫療輔具中心人員完成評估。</p> <p><b>交通接送</b> 鑒於服務載量有限，以縣內使用輪椅之身心障礙者為優先服務對象，排除以現金補助之方式，採以直接服務之型態提供接送服務據點配置上考量就近服務之特性，將 13 部車輛配置在各鄉鎮市衛生所，與衛政單位配合；預約方式則採以電話預約方式，方便一般民眾申請，另外為發揮最大效能，同時設計事前預約、爽約制度、共乘制度等措施。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b> 尚未辦理是項業務。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 6 個單位辦理老人營養餐飲服務。</p>	<p>1.居家服務案件量高，造成照顧管理專員評估負荷量大，無法如期進行複評。</p> <p>2.服務對象分類較複雜（含 50 歲以下身障居家服務），宣導不易，服務提供單位有時亦難分別，核銷程序繁瑣。</p> <p>3.使用者付費觀念需長時間導入培植，將流失大量一般戶個案。</p> <p>4.政策逐年修正變動，招標文件難訂定。</p> <p>5.居家服務地區均為原鄉地區，幅員遼闊，申請案件評估無專責人員，目前執行個案評估均由長照中心照專人員進行複評時程延宕，急需照專人員因應業務賡續推動。</p> <p>6.使用者付費觀念需長時間導入培植，限於地區遼闊宣導不易且無固定經濟收入來源，造成流失一般戶個案。</p> <p><b>日間照顧</b> 因縣內場地難覓及補助設施設備經費有限，縣內社福團體服務意願不高。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>出繼續接受高中職以上的教育。</p> <p>2.農村謀生不易且 921 震災後，礙於經濟因素，青壯人口外移。</p> <p>3.老人家對環境熟悉念舊，不願離開家鄉。</p>	<p><b>長期照顧機構</b> 共 12 家機構。</p> <p><b>居家護理</b> 期照顧資源共有 11 所居家護理機構，服務提供單位數計 5 家。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> <b>居家無障礙環境改善</b>本年度受理期限截止無申請案件。</p> <p><b>社區及居家復健</b>：達成率 0%。</p> <p><b>喘息服務</b> 幅員遼闊，廠商基於成本考量，投標意願低，民眾部份，因需自行負擔部份費用，使用意願亦低。</p>	<p><b>家庭托顧</b> 1.因於 9 月份開始執行，時間較為緊湊。 2.且未補助照顧服務員設施設備費。 3.各服務單位對此新業務執行細節較不熟悉。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 由於本縣境內幅員遼闊以及相關經費補助有限，且協助送餐志工難覓，導致縣內社福團體服務意願不高。</p> <p><b>居家護理</b> 因幅員遼闊，居家護理所基於人力成本考量，外出服務個案，意願低，加上 2008 年全球經濟不景氣，油電價上漲，致廠商投標意願低，民眾部份，因需自行負擔部份費用，使用意願亦低。</p> <p><b>整體評估</b> 1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。 2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>低。</p> <p>3.計畫補助經費配置不一，造成長期照顧之財源不足。</p> <p>4.本縣幅員遼闊，影響本縣照顧服務產業之發展。</p>
<p><b>雲林縣</b></p> <p>有進行老人長期照顧服務需求調查。</p>	<p>目前仍以任務編組方式運作，聘僱照顧管理專員8名及督導2名，行政業務由社會處及衛生局共同負責，並奉縣長裁示未來朝二級機關籌設。</p>	<p>1.65歲以上老人 ADL 失能者：2009 年為 13,730 人，2010 年為 14,139 人，2013 年為 15,455 人，2016 年為 16,244 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2009 年為 547 人，2010 年為 563 人，2013 年為 616 人，2016 年為 654 人。</p> <p>3.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2009 年為 789 人，2010 年為 812 人，2013 年為 886 人，2016 年為 967 人。</p>	<p><b>居家服務</b> 新制 1197 人，舊制 158 人。</p> <p><b>日間照顧</b> 共計 6 處。</p> <p><b>交通接送</b> 於 11 月 13 日第一次公開評選開標，並無廠商投標，修正計畫後再辦理招標作業，於 12 月 16 日第二次公開評選開標，委託世豪通運有限公司提供山線服務，另海線擬召開說明會後再行辦理招。</p> <p><b>老人營養餐飲服務</b> 老人餐飲服務與居家服務整合委託 4 個單位及補助 1 個公所辦理。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 提供短期失能有需求者借用輔具服務，不論是否持有身心障礙手冊，本縣皆提供服務；只要符合長照對象皆可獲得居家無障礙環境改善補助。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b>：50 個。</p> <p><b>緊急救援系統</b> 1 家。</p>	<p><b>居家服務</b> 各區服務執行率落差、提升服務品質。</p> <p><b>交通接送</b>：</p> <p>1.補助經費每趟 190 元不符合鄉村型縣市：交通接送差異性，中央所規劃是以台北市為標準屬密集性交通網，而鄉村型縣市每趟出車距離遠，增加廠商與民眾成本負擔，應提高補助上限。</p> <p>2.補助對象應擴及中度及輕度失能者：重度失能者，以進駐機構、醫療院所或在宅照護居多，就醫與日間照顧的使用頻率比輕度及中度失能者少。交通接送服務定位為社區式服務，應將補助對象擴及輕度、中度失能者，讓交通接送服務能發揮最大功效。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p><b>老人營養餐飲服務</b> 增加營養師功能、增加營養餐飲教育。</p> <p><b>整體評估</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.創新性服務資源不足，亟需鼓勵民間團體參與。</li> <li>2.照顧管理制度需要資訊系統輔助，並增加專業與學術之合作。</li> <li>3.提供補助機制，增加民眾使用本縣長期照顧服務誘因。</li> <li>4.照顧管理中心定位不明確、照管人員招募不易。</li> </ol>
<p><b>高雄縣</b> 97 年 11 月共有 1,243,347 人，其中年滿 65 歲以上者有 125,514 人，佔全縣總人口數的 10.09</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.由衛生局、社會處、長期照顧管理中心依行政執行、照顧管理等分工進行。</li> <li>2.由衛生局局長兼任長期照顧管理中心主任。在衛生局、社會處共同督導下，透過定期的中心週會及督導會議、照顧</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：96 年 7 月為 12,732 人，97 年為 15,381 人，100 年為 20,611 人，102 年為 25,054 人，105 年為 33,285 人。</li> <li>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：96 年 7 月為 1,100 人，97 年為 1,332 人，100 年為 1,796 人，102 年為 2,182</li> </ol>	<p><b>居家服務</b>：12 家。 <b>日間照顧</b>：0 家(無)。 <b>交通接送</b>：1 家。 <b>失智症老人日間照顧中心</b>：0 家。 <b>老人營養餐飲</b>：12 家。 <b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務</b>：1 家。 <b>長期照顧機構服務</b>：35 家。 <b>居家護理</b>：5 家。 <b>社區及居家復健</b>：1 家。 <b>喘息服務</b>：12 家。 <b>社區照顧關懷據點</b>：95 個。 <b>緊急救援通報系統</b>：1 家。</p>	<p><b>居家服務</b> 針對新制個案而言，使用者部分負擔(一般戶自付 60%，中低收入戶自付 10%)的觀念仍須加強；針對舊制個案則 98 年全面輔導進入新制造成輕度個案流失，使用者部分負擔意願不足。</p> <p><b>日間照顧</b> 養護型日間照顧中心/失智症型日間照顧中心中央資本門補助偏少，影響招募民間加入可行性。</p> <p><b>交通接送</b></p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
%	<p>管理專員與主任座談會等管道研商業務推動方向與檢討業務執行。</p>	<p>人，105 年為 2,906 人。</p> <p>3.55－64 歲山地原住民失能者：96 年 7 月為 36 人，97 年為 36 人，100 年為 48 人，102 年為 59 人，105 年為 74 人。</p> <p>4.身心障礙者 50－64 歲需長期照顧者：96 年 7 月為 764 人，97 年為 800 人，100 年為 969 人，102 年為 1,076 人，105 年為 1,168 人。</p>		<p>1.非每月例行使用之服務（例如：居家喘息、機構喘息、交通接送服務）往往民眾會積壓到年底才使用，造成服務提供單位服務人力調度困難。</p> <p>2.每一趟次最高補助 190 元，對於幅員廣大之鄉村地區難以適用；另因應國際油價波動，應考量交通接送服務提供單位的營運成本。</p> <p>3.交通接送服務係以提供重度失能個案之就醫與使用長照服務為目的，但經一年執行下來重度失能個案使用率低，建議放寬至補助中度失能並搭乘輪椅之個案。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b>            養護型日間照顧中心/失智症型日間照顧中心中央資本門補助偏少，影響招募民間加入可行性。</p> <p><b>老人營養餐飲</b>            本縣 12 家居家服務支援中心目前提供老人營養餐飲服務主要係以協助購買自助餐便當給案</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>主食用為主，故老人營養餐飲服務可以提供的個案便係以在飲食上能夠接受自助餐之家常飯菜個案為主，針對需要特殊飲食的個案之餐飲服務提供便受侷限。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務</b></p> <p>在身心障礙者權益保障法之輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務的補助項目與額度和長期照顧十年計畫不一，造成民眾多選擇以身心障礙者權益保障法為補助依據，使用長期照顧十年計畫補助者少。</p> <p><b>長期照顧機構服務</b></p> <p>本縣調查其他縣市僅有部分縣市開辦長期照顧機構服務是項方案，大多數的縣市仍以低收入戶老人免費機構公費安置為主，中低收入戶老人生活津貼發給辦法修訂後，取得中低收入戶老人生活津貼月領 6,000 元者人數激增，為免因本縣開辦是項方案造成外縣市遷入本縣福利人</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>口激增，以及確實將本府自籌經費用於確實需要被照顧之中低收入戶個案上，故於97年11月評估後，將本方案之服務對象予以重新調整。</p> <p><b>居家護理</b> 衛生署對於居家護理、社區及居家復健到底係採政府採購法進行委外，或係採獎補助方式補助民間單位辦理，決策太慢影響兩方案開辦時程。</p> <p>居家護理一般戶使用率較高，然一般戶負擔額度高過市面全自費金額，因此，一般戶使用意願不高。</p> <p><b>居家復健</b> 居家復健需求民眾多屬偏遠地區或是醫療資源缺乏地區之民眾，然治療師基於服務成本與效率，服務單一個案機率降低。</p> <p><b>喘息服務</b> 非每月例行使用之服務（例如：居家喘息、機構喘息、交通接送服務）往往民眾會積壓到年底才使用，造成服務提供單位服務人</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>力調度困難。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b>                      本縣尚有彌陀、茄苳、那瑪夏等三鄉鎮沒有據點。                      社區發展協會理事長異動則往往牽動據點業務是否賡續進行。</p> <p><b>緊急救援通報系統</b>                      1.使用者付費概念不足。                      2.承辦單位有無落實電話問安稽核不易。</p> <p><b>整體評估</b>                      1.衛生署對於居家護理、社區及居家復健到底係採政府採購法進行委外，或係採 獎補助方式補助民間單位辦理，決策太慢影響兩方案開辦時程。                      2.養護型日間照顧中心/失智症型日間照顧中心中央資本門補助偏少，影響招募民間加入可行性。                      3.在身心障礙者權益保障法之輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務的補助項目與額度和長期照顧十年計畫不一，身心障礙者權益保障法項下之補助</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>相對優渥，造成民眾多選擇以身心障礙者權益保障法為補助依據。</p> <p>4.居家護理/機構喘息/社區及居家復健三方案衛生署要求需於97年12月15日前完成核銷，造成97年12月份三方案的執行停擺。</p> <p>5.長期機構服務與身心障礙者托育養護費用補助標準不一，造成地方政府轉介上的困難。</p> <p>6.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低</p> <p>7.經費配置部分，中央補助款未達其原先規劃的依據地方政府財力三級補助原則。</p> <p>8.經濟條件不佳，影響民眾自費購買意願。</p>
屏東縣	目前長照中心主任由社會處處長兼任，副主任則由衛生局局長兼任，為推動長期照顧各項服務。	<p>1.65歲以上老人 ADL 失能者：2008年為12,537人，2010年為13,235人，2013年為14,229人，2016年為15,203人。</p> <p>2.65歲以上老人僅</p>	<p>居家服務：共有6家提供服務。</p> <p>日間照顧：無。</p> <p>家庭托顧：無。</p> <p>交通接送：無。</p> <p>失智症老人日間照顧中心：無。</p> <p>老人營養餐飲：5單位提供送餐服務。</p> <p>輔具購買租借及居家無障礙環境改善:個案</p>	<p><b>居家服務</b></p> <p>1.經濟型態為農牧產業為主，經濟收入不高且民眾對使用者付費接受度較低，使得原舊制使用者選擇轉用新制者少。</p> <p>2.地理狹長，雖有長照中心分區設分站，然因枋寮站地屬偏</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>IADL 失能且獨居者：2007 年為 818 人，2010 年為 886 人，2013 年為 953 人，2016 年為 1,018 人。</p> <p>3.55 -64 歲山地原住民失能者：2007 年為 202 人，2010 年為 228 人，2013 年為 254 人，2016 年為 286 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 645 人，2010 年為 656 人，2013 年為 672 人，2016 年為 686 人。</p>	<p>少。</p> <p><b>長期照顧機構</b>：7 家。</p> <p><b>居家護理</b>：目前個案量 1 人。</p> <p><b>社區及居家復健</b>：1 家。</p> <p><b>喘息服務</b> 1 家。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b>：120 處。</p> <p><b>獨居老人緊急救援系統通報服務</b>：有 89 位老人家中裝設緊急救援系統，接受服務。</p>	<p>遠，照顧管理專員招募不易(社工資格限定)，再加上專員差旅費問題，導致屏南地區個案申請至評估的等待期較屏北地區長。</p> <p><b>居家護理</b></p> <p>1.基於民眾自負額部分：一般身份之民眾使用服務，政府補助 60%、民眾自付 40%，以居家復健服務補助一次 1000 元整來說，政府補助 600 元、民眾需自付 400 元，再加上自付交通費 200 元，一次的居家復健服務民眾就需自付 600 元，這對大部分的案家來說，使用上就有極大的考量因素在。</p> <p>2.在勞務採購方面：97 年度長照 10 年計畫服務案均需以勞務採購方式進行招標，在研擬計劃內容、補助對象、服務標準及採購須知上規範眾多，較不易進行。</p> <p>3.宣導期不足：針對我國長期照顧 10 年計劃，中央在媒體宣導無整體性宣導管道及宣導活動</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>上不足，加上本縣雖然針對不同專業領域服務人員及民眾進行宣導活動，但仍發現不易讓不同專業人員及民眾接受。</p> <p>4.服務方案推展受限：因今年選擇使用舊制居家服務者，則不能使用我國長期照顧 10 年計畫服務方案，有礙案源的開發。</p> <p>5.服務對象受限：針對使用外籍看護工之家庭，若其照顧技巧不足者，也限制不可提供居家復健使用。</p> <p>6.現行的服務模式（職能治療師或物理治療師等）是以每週一次、一年最多核定 6 次，若個案有成效時可再提出延案及核定服務，但實務操作上往往會因個案之功能及特殊需求性，而需在不同之時間點上提供服務，以及需在不同時段內提供不同專業人員之介入，若因限制專業人員時段性介入，則會限制專業人員所提供服務之成效。</p>
宜蘭縣	以任務編組方式	1.65 歲以上老人 ADL	居家服務：3 家。	整體評估

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	進行，目前置有專職照顧管理專員 6 名、專職照顧管理督導 1 名、兼職社工員 1 名，由衛生局局長兼任中心主管。	失能者：99 年為 6,580 人，102 年為 7,355 人，105 年為 8,380 人。 2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：99 年為 439 人，102 年為 472 人，105 年為 590 人。 3.55-64 歲原住民失能者：99 年為 26 人，102 年為 31 人，105 年為 34 人。 4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：99 年為 342 人，102 年為 403 人，105 年為 442 人。	日間照顧：尚未開辦。 家庭托顧：尚未開辦。 交通接送：尚未開辦。 失智症老人日間照顧中心：尚未開辦。 老人營養餐飲：尚未開辦。 輔具購買租借及居家無障礙環境改善：4 家。 長期照顧機構：持續辦理並加強評鑑。 居家護理：19 所。 社區及居家復健：19 所。 喘息服務：7 家。 社區照顧關懷據點：38 處。 緊急救援系統：42 位。	1.照顧管理人員工作負荷量過重。 2.人力資源與培訓仍顯不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。 3.照顧服務人力流失率高，造成長期照顧供給量不足。 4.照顧服務資源之提供單位不足，造成長期照顧服務供給量不足。 5.部分照顧服務補助額度低於市場行情，造成推動福利服務之困境。
花蓮縣	中心主任由縣府主任秘書擔任。依據本縣 97 長照計畫應配置督導 1 名及照顧管理專員 6 名，照顧管理督導由原照	1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 5096 人，2010 年為 5415 人，2013 年為 5973 人，2016 年為 6773 人。 2.65 歲以上老人僅	居家服務 7 月底止，使用長照新制個案人數為 93 人、使用長照舊制為 636 人、身心障礙居家服務 492 人，合計 1221 人。 日間照顧 家庭托顧 預計 98 年度推動。	照顧管理中心 民眾所得較低，一般戶對於新制部分負擔有半數以上表示使用困難，但卻有照顧需求，相對增加處遇之複雜性，中心若僅連結政府資源，不處理經濟困難個案之照顧問題，將使照管專員及相

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>顧管理專員升任，另新招募 2 名照管專員。</p>	<p>IADL 失能且獨居者：2008 年為 531 人，2010 年為 565 人，2013 年為 625 人，2016 年為 707 人。</p> <p>3.55 -64 歲原住民失能者：2008 年為 470 人，2010 年為 543 人，2013 年為 642 人，2016 年為 700 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 438 人，2010 年為 489 人，2013 年為 549 人，2016 年為 599 人。</p> <p>5.依據 2008 年 8 月統計資料顯示，本縣（市）至 2008 年 9 月止總人口數 342,003 人、其中 65 歲以上人口有 41,646 人，占本縣（市）人口 12.18%，較 2007 年增加 621 人，增加</p>	<p><b>交通接送</b> 預計 98 年度開辦。</p> <p><b>失智症老人日間照顧中心</b> 尚未開辦。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 1.三個民間福利團體提供服務。 2.97 年 1 月至 9 月補助人數為 390 人，共 12326 人次。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 97 年度已編列 92 萬 4000 元，並已受理申請。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 11 家辦理。</p> <p><b>居家護理</b> 9 家護理所得標。</p> <p><b>社區及居家復健</b> 直至 8 月才完成招標，由 4 家醫院得標，分別負責北區、中區及南區之居家復健個案。</p> <p><b>社區復健供給狀況</b> 006 年起本縣針對山地偏遠地區復健資源缺乏區域設點提供社區復健，共設 3 點。</p> <p><b>喘息服務</b> 簽約機構計有 15 家。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b> 已設置社區照顧關懷據點 38 站。</p> <p><b>社區老人日托服務</b></p>	<p>對弱勢民眾陷入困境。</p> <p><b>居家服務</b> 居家服務使用人口，較前一年增加 5%，但因經濟因素，對於需自費購買服務意願更趨向保守，致一般戶及中低收入戶之申請新案，較歷年是呈現負成長。98 年起全面實施新制，雖經相關服務提供單位與長期照顧管理中心大力的宣導與說明，但涉及長期的經費負擔，詢問服務中民眾，舊制轉換新制之意願，約有 60% 舊制使用者傾向停止服務。面對服務量的萎縮，致服務員及督導也面對裁員的危機。</p> <p><b>日間照顧</b> 依長期照顧十年計畫將日間照顧與居家服務合併補助計算後，折算為日間照顧補助時，形成補助時數過低或補助額度過低等情形，影響單位承辦意願及民眾使用困擾。因服務形態確有不同，建議將照顧服務三項分項補助及推動，以落實多層次照顧服務模式。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>比率为 1.5%，老年人口分布集中在鳳林鎮、富里鄉及光復鄉。另本縣（市）預估 2016 年 65 歲以上人口將達 52860 人，占本縣（市）人口 14.91%。爰上，本縣（市）65 歲以上人口增加速度趨快，健全本縣（市）之的長期照顧服務系統工作，刻不容緩。</p>	<p>設置 17 站以推動初級預防之觀念。</p>	<p><b>老人營養餐飲</b> 因自去年起物價及油價波動較劇，造成服務提供單位沉重的負擔，本府適時調高餐費補助，以維護餐飲及服務品質。</p> <p><b>社區復健供給狀況</b> 因 2007 年本縣社區服務基於各院反應人事成本、山地遠距、每診次人數常不足 5 人以及治療師家庭因素等因素，招標乏人問津，也確認各山地鄉因為民眾散居，難以到點接受服務，以及中風福氣站有復健介入成效良好，故將社區復健案調整為照顧失能人口較集中之中風福氣站，透過角落治療以及團體活動治療兩種不同方式進行，最後共有 2 間醫院招標協助辦理，設置於 3 處中風福氣站，而萬榮鄉在缺乏交通接送情形下，仍持續採居家復健模式辦理。</p> <p><b>整體評估</b> 1. 補助機制與市場機制間有落差，導致民眾使用意願低落，醫療與社福產業難以推展。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>2.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。</p> <p>3.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</p>
<p><b>台東縣</b></p>	<p>長期照顧管理中心歷年來之人力及經費，由行政院衛生署補助，其專業人力配置偏重護理背景為主，惟為整合社政與衛政資源，以有效推動長期照顧業務，本縣積極就人力整合進行討論及研議，就社政人力進駐中心採跨局室聯合辦公方式進行討論，仍未有定論，而本（96）年度為配合中央十年長期</p>	<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2007 年為 2584 人，2010 年為 2801 人，2013 年為 3096 人，2016 年為 3502 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2007 年為 220 人，2010 年為 246 人，2013 年為 278 人，2016 年為 317 人。</p> <p>3.55 -64 歲原住民失能者：2007 年為 58 人，2010 年為 72 人，2013 年為 85 人，2016 年為 90 人。</p> <p>身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2007 年</p>	<p><b>日間照顧</b>                      行政程序簽辦過程，因規劃內容尚未完備，擬針對計由內容依相關單位意見修改中，預計 97 年 12 月底完成發包作業。                      交通接送：1 輛復康巴士&amp;轄內客運公司簽訂「老人及身心礙者免費乘車」合約。  <b>老人營養餐飲</b>：九家。  <b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b>：1 家  <b>長期照顧機構</b>  <b>居家護理</b>                      至 2007 年底止，本縣共有 22 所居家護理機構，其中以醫院附設居家護理有 5 所（占全數之 22.73%為最多），其次為獨立型態之居家護理機構有 2 所（占全數之 9.09%），診所附設居家護理有 1 所（佔全數之 4.55%），衛生所附設居家護理有 14 所（占全數之 63.63%）。</p> <p><b>社區及居家復健</b>                      健保針對居家復健並未提供給付，故 針對復</p>	<p><b>長期照顧機構</b>                      幅員遼闊，偏遠地區醫療資源缺乏，故醫院未服務之地段由衛生所收案管理照護。</p> <p><b>問題評析</b>                      1.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。                      2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	照顧計畫，研擬並推動社政人力進駐照顧管理中心，為兩局業務整合跨出一步。	為 190 人，2010 年為 234 人，2013 年為 268 人，2016 年為 286 人。	健醫療缺乏的偏遠地區，無人力可協助就醫個案，優先提供該項服務。 <b>社區關懷據點</b> ：成立 35 站。	
澎湖縣		<p>1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 1,874 人，2010 年為 2,272 人，2013 年為 3,006 人，2016 年為 3,879 人。</p> <p>2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 119 人，2010 年為 146 人，2013 年為 194 人，2016 年為 183 人。</p> <p>3.55 -64 歲原住民失能者：2008 年為 0 人，2010 年為 0 人，2013 年為 0 人，2016 年為 0 人。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 73 人，2010 年</p>	<p><b>居家服務</b> 新制推行近 1 年來，自費觀念宣導活動亦於各個場合及各個鄉市加強宣導中，惟民眾使用及接受度尚低，推行至今成效仍不彰。</p> <p><b>日間照顧</b> 原預定設置 1 處日間照顧服務中心，因本縣社會現有老人及身心障礙者安養護機構已近滿床，且相關機構資源缺乏，以致該項服務推行窒礙難行。</p> <p><b>家庭托顧</b> 在本縣評估營運確有困難；依據「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」第六十七條規定住所之設施設備，在本縣很難找到這樣的處所提供家庭托顧服務。</p> <p><b>交通接送</b>：預定於 99 年度視本縣復康巴士營運狀況結合辦理。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 1 日配送 2 餐服務，並將申請範圍擴大，80 歲以上偶居夫妻亦可接受服務，目前服務人數達 487 人，每月服務人次約為 2 萬 5,000</p>	<p>轄區離島眾多，島上居住的又以老年人為多，照護常識普遍不足，愈偏遠地區醫療資源愈缺乏，必須依賴該轄區衛生所提供需求服務，且為照顧老年人及兼顧老年人不想老死他鄉的傳統觀念，在離島醫療資源嚴重缺乏下（僅有一間衛生室），而本縣之醫療資源則集中在本島，因此出現長期照顧需求者就醫不便問題。</p> <p><b>居家護理</b> 1.本縣共有 9 所居家護理提供單位（7 所為衛生所附設居家護理），於招標前曾多次與居家護理所進行會談，然本居家護理服務案仍於 4 月 22 日、4 月 29 日及 5 月 6 日辦理公開招標時因無機構前來投標而流標，故本局在透過與醫院負責人協商</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>為 81 人，2013 年為 94 人，2016 年為 105 人。</p> <p>5. 地處偏遠離島地區，青壯年人口多離家赴台謀生，相對導致老年人口逐年攀升，至 97 年 9 月底，本縣 65 歲以上老年人口已達 13,868 人，佔總人口數 92,984 人的 15%，居全省之冠。面臨老人與身障人數逐年成長，而全縣總人數卻呈負成長的情形，更增加本縣長期照顧服務之負擔。</p>	<p>人次。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 計 15 人受益。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 2 人受益。</p> <p><b>居家護理</b> 實際服務人數 6 人。</p> <p><b>居家復健</b></p>	<p>後，終於在 5 月 15 日順利評選完畢。</p> <p>2. 因民眾須依部分負擔比例原則自付，且服務提供單位人力不足，無法有效支援，目標值因民眾不願自付無法達成。</p> <p><b>居家復健</b></p> <p>1. 本縣幅員遼闊，除馬公本島外，尚包括七美、望安等二、三級離島，然居家復健服務案有僅 1 家機構投標，亦由此家機構得標，在人力不足及油價上漲、不符成本效益的情況下，易影響服務單位提供服務之意願。</p> <p>2. 因民眾須依部分負擔比例原則自付，且須支付交通費用，而服務次數未能滿足民眾需求，故即使面對重度失能的家屬，民眾較能接受將失能家屬送至醫療門診接受服務，以降低相關費用支出。</p> <p><b>整體評估</b></p> <p>1. 地理環境特殊，往往無法及時提供便民服務。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。 3.長照中心人力不足，照管專員業務負荷量大。 4.人力資源與培訓嚴重不足，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。
金門縣	長期照顧管理中心」為臨時任務編組，隸屬金門縣衛生局，中心主任由衛生局局長擔任，並由衛生局負責督導管理。	1.65 歲以上老人 ADL 失能者：2008 年為 1,048 人，2010 年為 1,109 人，2013 年為 1,257 人，2016 年為 1,414 人。 2.65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者：2008 年為 8 人，2010 年為 8 人，2013 年為 8 人，2016 年為 10 人。 3.55 歲以上山地原住民失能者：2008 年為 0 人，2010 年為 0 人，2013 年為 0 人，2016 年為 0 人。本縣	<b>日間照顧</b> 礙於民間資源缺乏，無民間團體有能力承接，僅由本縣大同之家-安老組提供日間照顧服務。 <b>家庭托顧</b> 礙於民間資源缺乏，無民間團體有能力承接。 <b>交通接送</b> 與本縣公共車船管理處合作辦理無障礙公車接送服務，服務對象為老人及身心障礙者，現有無障礙巴士 3 台，每日巡迴全島接送老人及身心障礙者就醫及復健服務，相關費用由本府編列預算支應。 <b>失智症老人日間照顧中心</b> 僅有公辦老人福利機構一家，可收容安養 90 床，養護 30 床，目前養護床位已達滿床位，尚無失智症老人日間照顧中心設置，為應實際需求，本縣已計畫興建老人養護中心，該	本縣社會局目前僅有社工師一人承辦居家服務業務，目前服務個案 198 人（尚未包含 50 歲以下之身心障礙者 40 人），相較於其他縣市每 60 案配置有一居家服務督導員及成立個案管理中心提供妥適服務，顯得能量不足。另地區失能老人特質傾向於免費服務，較難接受部分負擔，在轉換舊制為新制過程僅有 2 人為一般戶，另有 6 人為中低或低收入戶，轉換困難。另在申請新制部份，目前接受新制服務者有 41 人，由於照顧人力地區特性為老人照顧老人，多數以子女隱瞞受照顧者提供金錢貼補自負額負擔為主要特性。而由於地區身

縣市	主管機關	需求	現況	問題
		<p>非原住民地區，尚無是類需求對象。</p> <p>4.身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者：2008 年為 85 人，2010 年為 89 人，2013 年為 102 人，2016 年為 118 人。</p>	<p>中心規劃設置失智症老人專區預定於 100 年完工，使失智老人收容有所。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 服務人數 75 人。</p> <p><b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 1.為失能老人申請購買輔具補助服務窗口，以及時提供失能老人輔具需求。 2.身心障礙輔具資源中心委由社團法人金門縣身心障礙者家長協會辦理。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 金門縣大同之家安老組一家，該家為金門縣二級機關，由金門縣政府負責督導管理。</p> <p><b>居家護理</b> 共有五所居家護理機構，其中醫院附設居家護理 1 所（健保申報護理師 2 人，非健保申報 1 人），衛生所附設居家護理 4 所（皆未申請健保申報）。</p> <p><b>社區及居家復健</b> 僅行政院衛生署金門醫院一家廠商有能力提供服務。</p> <p><b>喘息服務</b> 喘息服務提供單位數目標值為 3 家，今年因為照顧服務員協會無人力之編制，無法承接，今年喘息服務提供單位僅剩金門醫院及大同之家兩家。</p>	<p>心障礙服務相較於失能老人服務發展較為周延性，50 歲以下身心障礙者倘有失能狀況者，則由地區免費提供居家服務，50 歲以上失能老人及身心障礙者則無此優惠，造成服務提供的矛盾，及未考量失能老人支持系統，一般戶須有 40% 自負額的負擔，長期下來，造成案家經濟負擔。</p> <p><b>家庭托顧</b> 礙於一般家庭尚乏家庭托顧概念與經營管理經驗，且有意願者，也可能受限場地、經費及經營人力，短時間內開辦殊有困難。</p> <p><b>交通接送</b> 各二次巡迴各鄉鎮接送老人及身心障礙者至署立醫院或私立診所就診或復健，老人如由起始點上車隨著巴士一路接送到達醫院，路途遠耗時甚久，得忍身體病痛及車輛路途顛簸之苦。而如罹患重度失能障礙者，因每輛無障礙巴士輪椅車位有限，或需仰賴臥床者搭乘無障礙巴士困</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			<p><b>社區照顧關懷據點</b> 5 個。</p> <p><b>緊急救援系統</b> 96 年獨居老年人口數 416 人，申請按裝緊急救援系統 186 人。</p> <p><b>老人假牙補助</b></p>	<p>難，而本縣無民間車輛租賃業者無提供醫療車服務，無法委託民間辦理，亟待研謀妥適方案，以為重度失能老人提供服務。</p> <p><b>老人營養餐飲</b> 本縣無民間團體意願承攬是項服務提供，目前除烈嶼鄉由熱心人士自願為全鄉老人炊煮送餐，金城鎮東門里社區照顧關懷據點志工協助送餐外，其餘各鄉鎮以向自助餐店訂餐，由以工代賑人員、社政志工代為送餐，或有由老人之鄰居及親友等代送者，餐食的營養衛生及服務品質不易掌控。又老人對使用者付費原則尚不能接受，如需自行部分負擔費用，老人接受度不高，是以服務人數未能提高。</p> <p><b>具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 1.補助經費額度受限：輔具使用家庭雖未能與低經濟家庭劃上等號，但據案件審核發現，大部分皆為低社經的家庭，而補助金額亦僅訂為「最高補助金</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>額」而非「全額補助」，造成低收入戶需求者如超額補助金額尚需自行負擔費用，造成經濟壓力，而放棄申請輔具，延宕復健時間。</p> <p>2.補助項目、補助金額不足：長照計畫內的輔具補助項目與身心障礙福利服務中補助項目相較之下明顯減少許多，且補助金額也較為減少，對於需使用高單價輔具使用者來說，即像一塊看得到卻吃不到的大餅。</p> <p><b>長期照顧機構</b> 近年來金門縣老人對進住機構的觀念已有改變，金門縣大同之家進住率逐年提高，養護床位已不敷需求。有養護需求者必須登記等待床位，造成家庭照顧者壓力。</p> <p><b>居家護理</b> 為求服務的可近性及地利之便，病情較不穩定之社區慢性病患，較喜使用衛生所附設之居家護理所，但也因為其不穩定性，</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>常常無法按照長照十年規定之流程，等待照管專員訪視後轉介居家護理，且衛生所未加入健保申報，不符合長照十年優先使用健保之規定。</p> <p><b>社區及居家復健</b> 中央款核撥到地方已是 4、5 月份的事，再跑個作業流程，雖然已是快馬加鞭，仍直到 7 月 1 日才完成招標，如此一來，1-6 月之訪視進度及成效便大受影響；接下來，12 月 15 日又要完成成果，服務單位勢必於 11 月 30 日完成服務，12 月份的服務被迫停止，影響個案權益甚鉅。</p> <p><b>喘息服務</b> 1. 喘息費用中央每編 1 元，地方便要編 3.31 元以上（不含核給服務單位之一般事務費、業務費），若地方款不足支應，將影響執行成效甚鉅。 2. 中央核定計畫較晚，1-4 月有需求之個案無法喘息，有違計畫之良善美意。</p> <p><b>社區照顧關懷據點</b></p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>現有 5 個鄉鎮，目前設置社區照顧關懷據點金城鎮 2 處、金湖、金沙鎮、烈嶼鄉各 1 處，金寧鄉尚未設置，未能達到每鄉鎮均設置目標。每關懷據點申請單位皆無民間團體，雖有熱心服務志工提供服務，但經費來源困難，尤以中央對據點業務補助使用項目嚴格設限，茶葉、礦泉水均不得支用，據點歡迎老人來，但連最基本的茶水都不能提供，不無影響服務工作推動。</p> <p><b>緊急救援系統</b></p> <p>申請按裝緊急救援系統 186 人，有部分經常往反台金兩地，如其至台灣探視子女長達一月，往往不會主動告知，俟委託保全公司每月定期到宅辦理機器檢測維修，連續發現三個月方報請暫時停機，造成本縣公帑浪費。又如遇有需緊急送醫情況，保全公司尚需另行協調消防局派遣救護車送醫。</p> <p><b>問題評析：</b></p> <p>1.人力資源與培訓嚴重不足，跨</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
				<p>專業間之團隊合作模式仍有待建立。</p> <p>2.照顧服務資源之提供落差，造成民眾取得服務之可近性降低。</p> <p>3.計畫補助經費配置不一，造成各鄉（鎮）長期照顧之財源不足。</p> <p>4.長期照護相關經費非經常性預算，經費核撥較晚，執行困難且影響成效。</p> <p>5.機構式照護不足，不利產業發展，影響就業機會。</p> <p>6.物理治療專業人力不足。</p> <p>7.使用者付費觀念有待宣導。</p>
連江縣	<p>照顧管理中心設置於衛生局醫政藥政課，由衛生局局長兼任中心主任，醫政藥政課技佐兼任中心督導，督導為護理背景；中心已聘用照顧管理專員 2 人，分別為</p>	<p>1.「65 歲以上老人 ADL 失能者」：2008 年為 126 人，2010 年為 134 人，2013 年為 149 人，2016 年為 173 人。</p> <p>2.「65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者」：2008 年為 6 人，2010 年為 6 人，2013 年為 6 人，2016 年為</p>	<p><b>居家服務</b> 居家服務目前服務提供單位為民政局及衛生局，舊制人數為 33 人；新制為 1 人，本縣尚無舊制轉新制之案家，目前經費執行狀況，僅申請第一期補助款新台幣 167 萬元，預估執行率應可達 75%。</p> <p><b>日間照顧</b> 尚未開辦此一業務項目。</p> <p><b>家庭托顧</b> 尚未開辦此一業務項目。</p>	<p><b>居家服務</b> 補助經費不足，服務的品質難以提升；目前本縣針對失能老人及身障者提供居家服務之經費來源僅有連江縣公益彩券盈餘分配基金，惟公益彩券之收益逐年下滑，造成長期照顧服務的補助經費恐有不足之虞，因此亟需中央經費補助，藉以維持本縣長期照顧服務制度。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
	<p>心理系及企業管理系，已任職中心 5 年，因地處離島，相關護理、社工等人才招募不易，擬於 98 年持續聘用 2 名照顧管理專員。</p>	<p>6 人。 3. 「55 -64 歲原住民失能者」：2008 年為 0 人，2010 年為 0 人，2013 年為 0 人，2016 年為 0 人。 4. 「身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者」：2008 年為 18 人，2010 年為 18 人，2013 年為 18 人，2016 年為 18 人。 5. 綜合以上的結果，需要長期照顧的總人數在 2008 為 148 人，2010 年為 170 人，2013 年為 185 人，2016 年為 209 人。</p>	<p><b>交通接送</b> 目前採用新制民眾未申請交通接送服務，故本項經費尚未執行。 <b>失智症老人日間照顧中心</b>尚未開辦。 <b>老人營養餐飲</b> 服務人數約為 30 人，經費來源為縣府自籌（公益彩券盈餘支應）。 <b>輔具購買租借及居家無障礙環境改善</b> 目前提供單位為民政局負責購買部份，衛生局則辦理租借部份，服務人數約為 10 人。 <b>長期照顧機構</b> 進住率為 30%。 <b>居家護理</b> 今年度無執行長照十年計畫之居家護理服務。 <b>社區及居家復健</b> 目前已分別為 5 月及 7 月支援二次，社區復健 6 場次，22 人次。 <b>喘息服務</b> 喘息服務分為機構式和居家式兩種。 <b>社區關懷據點</b> 經費來源為內政部專案補助，經費執行率約為 90%。 <b>緊急救援系統</b></p>	<p><b>交通接送</b> 執行困難處為採用新制民眾人數較少，因而可能造成執行率偏低之情形產生。 <b>老人營養餐飲</b> 所遭遇之困難與限制為各鄉公所送餐之替代役男人力不足，故為提升送餐服務品質，本縣因應方法為將此一送餐業務外包委託民間團體負責，為補助標準為每人一餐新台幣 100 元。 <b>社區及居家復健</b> 今年度社區及居家復健服務由署立台中醫院支援莒光、東引辦理，自 97 年 5 月份起原則上東引、莒光為每月巡迴 1 次，每次社區復健 1 診次，因必須配合台馬輪航班往返東引，遇海象不佳則會停航，造成諸多之不便，另外每月 1 次之復健服務，無法滿足民眾需求。 <b>整體評估</b> 1. 長期照護資源缺乏。 2. 補助經費不足，服務的品質難以提升。</p>

縣市	主管機關	需求	現況	問題
			提供單位為民政局委外辦理，服務人數約為 13 人，經費來源為縣府自籌（公益彩券盈餘支應），年度預算編列 60 萬元，執行率約為 50%，此一服務於 96 年度亦列入十年長照計畫申請項目。	3.離島的特殊狀況，形成資源不足和不均，服務可近性降低的問題。 4.照顧服務員等相關人力欠缺。 5.人力資源不足。 6.中心的位階和角色定位。

依據行政院 96 年 4 月 3 日院臺內字第 0960009511 號函核定長照十年計畫辦理。長期照顧的服務對象是指日常生活功能受損而需要他人提供服務者，包括（1）65 歲以上老人 ADL 失能者（2）65 歲以上老人僅 IADL 失能且獨居者（3）55 -64 歲原住民失能者（4）身心障礙者 50-64 歲需長期照顧者。

## 附錄二：「長期照顧十年計畫」執行情形之調查問卷

長期照顧管理中心的主任：

新春愉快！

為了與長期照護保險接軌，行政院經濟建設委員會委託本會進行「因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向」之研究。

行政院於96年4月核定「我國長期照顧十年計畫～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」，因此各縣市均成立長期照顧管理中心以強化長期照顧服務所需的各項軟硬體基礎建設，進而有效提升長期照顧需求者及家庭照顧者的生活品質。

深知先進在長期照顧業務經營良多，為排除現行制度推動上窒礙難行之處，進而研擬規劃我國長期照護制度之財源籌措方式由現行的稅收制轉銜保險制的可行性，因此有必要深入瞭解各縣市照護管理中心對於「長期照顧十年計畫」的執行現況、所遭遇的困境與改進建議，以作為將來政府施政的重要參考依據。

我們誠摯的邀請您協助填答此份問卷，您的參與將會對我國長期照護保險制度規劃形成重要的貢獻。本問卷謹遵循匿名保密原則，您回答的內容將僅作本次學術上的使用，敬請放心填寫。非常感謝您的協助與配合。

祝您

工作順利

國家政策研究基金會	詹火生 召集人
長庚大學醫務管理學系	盧瑞芬 教授
台北大學社會工作學系	張菁芬 助理教授
國家政策研究基金會	鄭百惠 助理研究員

敬上

電話：(02) 2343-3537

傳真：(02) 2343-3538

E-mail：tenyearsplan@gmail.com; phcheng@npf.org.tw

### 壹、基本資料

1. 單位名稱：\_\_\_\_\_
2. 填寫人姓名：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_
3. 填寫人背景： (1) 公共行政  (2) 社會工作  (3) 公共衛生  (4) 護理  
 (5) 其他\_\_\_\_\_
4. 電話號碼：\_\_\_\_\_ 5. 傳真機號碼：\_\_\_\_\_
6. 電子郵件信箱：\_\_\_\_\_

## 貳、組織架構

7.請問您對於地方主管機關與行政監督之情況，有何看法？

請說明：

---



---



---



---

8.中心人力編制：

職稱	編制人數	到職人數	學科背景

9.請問您對中心人員流動情況，有何看法？

請說明：

①流動率：\_\_\_\_\_

②工作量：\_\_\_\_\_

③薪資待遇：\_\_\_\_\_

④其他：\_\_\_\_\_

10.本長照中心之服務範圍：\_\_\_\_\_平方公里，村里或鄉鎮數\_\_\_\_\_

## 參、現有困境

11.目前中心營運需要面對與解決何種問題？（可複選）

- (1)解決人力問題      (2)提升行政效率      (3)提升專業能力  
 (4)改變民眾觀念      (5)籌措財源      (6)其他：\_\_\_\_\_

請依優先順序填寫三項：第一優先：\_\_\_\_；第二優先：\_\_\_\_；第三優先：\_\_\_\_

12.目前中心各項業務之執行情形為何？

服務項目	非常順利	順利	普通	不順利	非常不順利
(1)居家服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)日間照顧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)家庭托顧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)老人營養餐飲服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)交通接送服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

服務項目	非常順利	順利	普通	不順利	非常不順利
(6)輔具購(租)買及居家 無障礙環境改善服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)失智症老人日間照顧機構	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)老人長期照顧機構	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)居家護理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)社區或居家復健服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11)喘息服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請分別針對推行「不順利」與「非常不順利」的業務，說明其推動困境：

服務項目編號	推動困境

13.請問您對於新舊與舊制轉換的影響，有何看法？

請說明：

---



---



---



---

14.請問您對於中央政府之長期照護資源配置，有何看法？

請說明：

---



---



---



---

15.請問您對偏遠地區的長期照顧服務，有何看法？

請說明：

---



---



---



---

16.請問您對原住民的長期照顧服務，有何看法？

請說明：

---

---

---

---

感謝您的填答，請將問卷以傳真或 Email 方式回覆即可！

### 附錄三：問卷填答者基本資料

問卷的施測對象為長照中心主任，但仍可由主任指派人員填答，最後有 24 人填寫基本資料，1 人拒答（4%）。填答人員副主任級以上有 4 位（16%），中心執行長與執行秘書填答者有 2 位（8%），照顧管理督導填答者有 11 位（44%），照顧管理專員填答者有 4 位（16%），社衛政體系人員填答者有 3 位（12%）。

附表 2.1 問卷受訪者職稱 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
填寫人職稱	中心主任	3	12
	中心副主任	1	4
	中心執行長	1	4
	中心執行秘書	1	4
	照顧管理督導	11	44
	照顧管理專員	4	16
	社衛政體系人員	3	12
	拒答	1	4
	合計	25	100

本次問卷的填寫人背景以護理領域為最多，有 18 位（72%），社會工作領域次之，有 3 位（12%），營養、醫務管理、企業管理與拒答者各有 1 位。

附表 2.2 問卷受訪者學科背景 (N=25)

變項	內容	個數	百分比%
填寫人背景	護理	18	72
	社會工作	3	12
	營養	1	4
	醫務管理	1	4
	企業管理	1	4
	拒答	1	4
		合計	25

## 附錄四：北區座談會討論題綱及摘要紀錄

### 我國長期照顧保險政策規劃北區座談會 談「長期照顧十年計畫」轉銜「長期照護保險制度」

- 壹、時間：98年3月13日（星期五）上午九時三十分
- 貳、地點：國家政策研究基金會101會議室
- 參、主席：詹火生教授、盧瑞芬教授、張菁芬教授
- 肆、出席人員：台北市、基隆市、新竹市、台北縣、宜蘭縣、桃園縣、新竹縣、嘉義縣、花蓮縣及澎湖縣之地方主管機關代表與長照中心代表，出席人數合計16人
- 伍、摘要紀錄

#### 一、長照中心之組織定位與未來調整策略

1. 長照中心多由地方之社政與衛政單位共同督導，但仍會有一個主要負責單位。長期照顧十年計畫由2008年核定至今，至今已邁入第三個年頭，有縣市發生主責單位有所調整的情形，組織定位未能非常明確。
2. 長照中心主任為其他單位人員兼任，中心之業務推廣主要為社政與衛政承辦以及長照中心之督導與照管專員共同推動，部分縣市自設副主任、執行秘書等人員帶領中心推動業務，但亦為兼職工作，對中心業務推展效率應不如專責人員。
3. 長期照護業務由於分散在社政與衛政體系，因此業務整合與推動首重溝通與協調，相關事工才得以推動。如果社衛政體系皆有心解決問題，則歷次協調會議都會有所成果；如果無心，則會發生互踢皮球之情事。
4. 強化長照中心專業能力，使社會對照管專員產生專業認同，並能認同照管專員之評估，且不會因為不滿意照管專員之評估結果而對其進行施壓，以降低照管專員之心理壓力。
5. 強化長照中心的薪資穩定度與確保晉升管道，使更多不同領域之專業人員願意進入長照中心服務，更進一步投入長期照護產業。

#### 二、長期照護服務對象之界定標準

1. 照管專員必須具備判定服務對象之專業能力，各長照中心對於急性、亞急性、慢性之定義必須一致，且有清楚之界定。
2. 目前各長照中心對於個案之Care Plan略顯浮濫，應再加強照管專員之專業能力與不同專業彼此間之合作關係。

#### 三、如何調整長期照護服務項目

1. 長照十年計畫之各項服務，因為涉及到經濟、地理、交通、語言、營運成本、服務據點、人文觀念等因素，所以在不同縣市有不同的執行結果。居

家服務在各縣市推行普遍順利。然而家庭托顧、日間照顧、老人營養餐飲之執行結果，各縣市落差甚大，且多數執行成效不彰。

- 2.如果沒有中央政府支持與協助，地方政府無力承擔地區性資源開發的角色。
- 3.政府應要深入瞭解民眾的需求是什麼，才能尋求相關廠商提供適切的服務。

#### 四、如何健全長期照顧服務輸送體系

- 1.建立服務輸送體系之監督機制：現階段由於部分服務項目之供給者不足，處於盡可能輔導廠商進入市場提供服務，未來供需進入平衡狀態，則需導入監督機制，以確保服務品質及服務使用者之權利。
- 2.由於現行法律規定過於嚴苛（例如建築法規、專業人員職業登記），使得有意願投入市場的廠商因為相關考量而躊躇不前，因此法規必須適時鬆綁或有所變通。
- 3.目前部分服務之供給、人力、設備、評鑑等項目尚未有法律之規範，而其他服務之規範分散在不同的法源上，應加速相關法源的訂定與整合。
- 4.台灣人口老化的問題日益嚴重，但受限於社會風氣與經營成本，許多廠商仍處於觀望的狀態，寧可投入機構式照護，也不願意投入社區式服務，而無法達到在地老化的目標。為健全長期照顧服務體系，建議政府在初期可以訂定獎勵機制，以輔導廠商投入社區式的服務型態，達到在地終老的目標。

#### 五、相關配套措施

- 1.在發展長期照護產業的同時，亦要能保留既有發產長期照護服務之社會互助與自願性服務之特色，以避免商業色彩過於濃厚而失去原有的人情味。
- 2.強化照管專員之專業能力。由於許多長照疾病之判定與照護在學校養成教育中，未有相關課程，因此各長照中心應該提供適切之人員在職訓練，以加強其專業技能，確保照護計畫之品質，而不至於產生誤判之情形。

## 附錄五：中區座談會討論題綱及摘要紀錄

### 我國長期照顧保險政策規劃中區座談會 談「長期照顧十年計畫」轉銜「長期照護保險制度」

- 壹、時間：98年3月18日（星期三）下午二時整
- 貳、地點：亞洲大學行政大樓5樓A502會議室
- 參、主席：楊志良教授、盧瑞芬教授、張菁芬教授
- 肆、出席人員：苗栗縣、台中市、台中縣、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市、連江縣及新竹縣之之地方主管機關代表與長照中心代表，出席人數合計18人
- 伍、摘要紀錄

#### 一、長照中心之組織定位與未來調整策略

- 1.長照中心主任的背景隨著地方主責單位的不同而有變動，甚至影響長照中心的設立地點。如遇中心主任職務調動，連帶影響中心之組織運作。
- 2.原為配合長照十年計畫之推動，部分縣市依循中央單位的指示，積極推動成立二級機關或編制正式人力，並已報請人事單位處理後續相關工作。未來如果將採漸進的方式轉銜為長照保險，則中央單位必須研議地方政府是否需持續推動正式人力編制或成立二級機關，及未來長照管理中心之組織人員編制。
- 3.現行由各縣市自主推動成立二級機關或人員編制，亦有人擔心恐淪為各單位之內部角力。
- 4.部分長照中心之勞動條件不如人員預期，加上逾發薪資情形嚴重，因此人員流動性偏高，影響照管專業之經驗傳承。
- 5.部分照管中心由於組織定位不明，必須兼辦許多非長期照顧十年計畫之相關業務，包括由支援單位所帶來之相關業務。

#### 二、長期照護服務對象之界定標準

- 1.長照十年計畫之服務對象對於低收入戶與中低收入戶皆有補助。然由於現階段大環境不景氣，建議重新檢討補助措施。
- 2.在進行個案評估時，往往許多應該使用長期照護的人口群，因不符合長照十年計畫之服務對象申請資格而被排除在外。建議重新檢討長期照護的服務對象是否需要由出生涵蓋到死亡，範圍包括是否擴及中風、失智、早期療癒、精神障礙、身心障礙、聘有外籍看護工但符合現行條件之人口等特殊族群。

#### 三、如何調整長期照護服務項目

- 1.建議召開專家學者會議，討論是否將語言治療等服務納入服務項目。

2. 檢討長照十年計畫之各項服務內容與相關條件，例如：居家營養是否可以服務一般慢性病之管路病人，中風病人是否可以使用數次之居家復健等等，都需要請相關學者團體一同研議討論。
3. 中央政府機關應該對於急性、亞急性、慢性服務有所清楚界定，並明確規定使用原則，使全民健保、長照十年計畫與政府其他相關補助能有清楚的分工，民眾在使用各項資源時也不會發生混淆與比較的心理，並使資源配置發揮最佳之功效。例如長照十年計畫之衛政三項服務與健保提供之服務有所重疊，致使衛政三項服務執行成效不彰。

#### 四、如何健全長期照顧服務輸送體系

1. 目前規定長期照護／顧服務提供之法令規定顯得分散而未能成為有組織的一套法源。應成立專家學者小組，共同研議一套有系統的法律規定，讓未來服務提供者能有所遵循，法源之相關內容應包括機構設置標準、人力資格標準、評鑑機制等軟硬體規定，且必須與其他已經頒佈之法規能有所配合，相輔相成。必要時，亦需同時修訂其他的法律規定，拉到相同，的標準。
2. 法律規定必須明確，必要時必須鬆綁法規。
3. 建議初期對於特殊地區或是特殊產業，制訂相關獎勵條例，鼓勵民間團體進入照顧服務市場，藉以活絡照護服務產業。

#### 五、相關配套措施

1. 中央是否應該定時考核評鑑各縣市長照中心之執行狀況。且對於中央補助之預算，除了原有規定外，是否應納入考核結果。
2. 成立專責訓練機構，並針對學制分級、師資培訓、課程設計、在職訓練等，進行完整之規劃，以培育長期照護之人力。

## 附錄六：南區座談會討論題綱及摘要紀錄

### 我國長期照顧保險政策規劃南區座談會 談「長期照顧十年計畫」轉銜「長期照護保險制度」

- 壹、時間：98年3月18日（星期三）上午九時三十分  
貳、地點：蓮潭國際會館3樓R303快樂廳  
參、主席：詹火生教授、盧瑞芬教授、張菁芬教授  
肆、出席人員：台南市、台南縣、高雄市、高雄縣、屏東縣、台東縣及金門縣  
之地方主管機關代表與長照中心代表，出席人數合計15人  
伍、摘要紀錄

#### 一、長照中心之組織定位與未來調整策略

- 1.部分縣市積極推動成立二級機關，此舉乃是配合長照十年計畫之推動，必須編制正式人力或成立正式組織來運作。然目前長照中心人員擔心，在政策不變的情形下，長照十年計畫結束後，此一常設組織之去留問題；另外，若未來轉銜為長照保險制度，成立正式組織後，依然會面臨相同的問題。因此中央單位必須研議地方政府是否需持續推動成立長照中心之正式人力編制或成立二級機關。
- 2.長期照護業務橫跨社政與衛政系統，但長照中心之主責單位只有一個，有時會面臨主責單位不熟悉另一個體系的業務，加上跨領域之溝通與協調問題，致使相關資源統籌困難，長照中心在管理與業務推動方面不如預期順利。
- 3.長照中心組織定位不明確，難以發揮被期待之功能。
- 4.由於長照中心缺乏升遷管道，因此部分縣市人員流動率偏高，且進用人員偏向單一專業（因為其他專業人力之市場薪資水平高於長照中心之給付薪資）。建議未來應鼓勵更多專業領域的人力進入長照中心服務，活絡人力資源。

#### 二、長期照護服務對象之界定標準

- 1.在實務中進行個案評估時，部分有需求的個案因為不符合長照十年計畫之使用條件而被排除，無法使用相關資源。建議重新檢討服務對象。
- 2.部分地區曾發生民眾對於照管專員之評估結果不滿，而進行施壓之情事。未來應再強化照管專員之專業能力，並由政府宣導長照中心之專業能力，讓民眾認同。此舉亦可減輕照管專員之部分工作壓力。
- 3.應開放符合資格但聘有外籍看護工之個案使用長期照護十年計畫服務。未來如果實施保險制度，此等個案亦可納入服務範圍，但可以研擬相關配套措施，例如部分負擔較高或是給付金額較少等等。

### 三、如何調整長期照護服務項目

1. 是否有可能針對地方特性發展具有地方特色之長期照護服務之可能，因為各地區的先天與後天條件不同，無法拉為齊頭式平等的發展同一規劃之服務項目。
2. 部分地區的民眾可能會面臨雖符合申請資格卻無資源可用之情形。因此建議對於特殊地區應發展相關配套，例如加成給付，以鼓勵民間團體投入相關產業並提供服務。
3. 重新檢討部分負擔之規定，是否增加民眾使用資源之障礙，或是研議相關配套措施，使真正有需求的民眾可以使用資源，使身理與心理狀態不至繼續惡化。
4. 部分縣市感覺中央機關偏重機構式照顧，而忽略居家支持服務的發展策略。
5. 部分服務項目之執行，無法考量地方特性，建議再進行細緻部的調整與規劃。

### 四、如何健全長期照顧服務輸送體系

1. 檢討現行法規，並補強尚未訂定之法規，以健全長照服務之法源依據。
2. 檢討現行招標制度，是否合情、合理與合法。
3. 發展長照十年計畫之評鑑作業，適時監督服務提供者，以確保民眾所獲得之服務品質。
4. 評估未來是否訂定產業發展之獎勵條例，讓偏遠與山地離島地區之服務不至中斷，藉此強化各區資源之均衡發展。

## 附錄七：中央座談討論會題綱及摘要紀錄

### 我國長期照顧保險政策規劃中央座談討論會 談「長期照顧十年計畫」轉銜「長期照護保險制度」

- 壹、時間：98年4月24日（星期五）中午十二時整  
貳、地點：國家政策研究基金會714會議室  
參、主席：詹火生教授、盧瑞芬教授、張菁芬教授  
肆、出席人員：內政部社會司、行政院衛生署健康照護處、台北市長照中心與台北縣長照中心之代表，出席人數合計4人。  
伍、摘要紀錄

#### 一、組織體制之政策轉銜策略

- 1.不論中央政府與地方政府皆存在社政與衛政體系之政策連結與行政整合之問題。由於行政系統分立，在推動長期照護十年計畫之工作，會遭遇行政溝通與銜接上的落差。因此各項事工之推動必須花費許多溝通協調的時間，再加上是第一年的推動，過去無相關資源整合與合作的經驗，因造成是各項服務無法即時上線的其中一項原因。
- 2.未來中央主管機關與保險機構應以一條鞭之體制為佳，使推動長期照護保險的機構，其組織體制之建構能有所憑據，並能確保各部門能有效的溝通與連結，組織運作能發揮其行政效率。

#### 二、服務輸送及照護管理之政策轉銜策略

- 1.長期照顧十年計畫之服務輸送與照護管理的經驗對於推動長期照護保險而言，具有一定程度的重要參考價值。
- 2.隨著長期照顧十年計畫的推動，長照中心的督導及照管專員的角色更顯重要，且業務工作範圍較過去更為廣泛，因此相關人員必須具有一定程度的工作職能，包括對失智症、身心障礙、精神障礙等疾病之辨識專業。
- 3.各縣市長照中心目前屬於任務編組之屬性，且經費採用年度計畫性質，由於受限於行政作業流程，加上部分地方政府部門無法協助彈性預借人事經費，因此發生逾發薪資之情事。除了前述因素外，加上工作屬於約聘缺，因此人才留任困難，進而影響照管督導與照管專員之照護管理經驗傳承與長照政策推動之進度。
- 4.衛生署與內政部所使用的資訊系統目前僅限於服務量資料之收集，無法將服務輸送與照顧管理等資料系統化與資訊化。目前部分進度較快的縣市已經自行開發照護管理資訊系統。建議中央單位應加速開發統一之照護管理資訊系統，以避免資源之重置與浪費。此外，如中央未能及時開發照護管理資訊系統，而是在部分縣市發展系統後才開發出來，未來將產生資料整合之困難。

### 三、服務提供及服務人力之政策轉銜策略

- 1.目前服務提供與服務人力之相關法源規範顯得不足與分散，應重新檢討與制訂系統性的法源依據。必要時，部分法規必須鬆綁，且其他相關法規必須拉到相同標準。
- 2.健全人才養成到服務端之教育訓練，對於師資培育、教育評鑑、課程內容、學制設計、在職訓練等等必須有系統有組織的進行規劃，才能充實各項服務人力，是未來服務提供之重要根基。

### 四、服務對象之政策轉銜策略

- 1.長期照顧十年計畫之服務對象界定明確。然而就長期照顧服務的觀點而言，由於採用中央補助與地方自籌經費的方式辦理，因此服務對象有所限縮，無法滿足全人口的長期照護／顧之需求。
- 2.為配合長照保險之規劃，應重新檢討納保與服務對象，包括投保對象之設定為全人口或特定人口，具有長期照護需求之人口群是否擴及失智、精神障礙、身心障礙與發展遲緩等特殊族群。

### 五、給付項目之政策轉銜策略

- 1.長期照顧十年計畫所設定之給付項目與相關措施，有其規劃之時空背景與學術及實務之根據。各縣市長照中心執行各項給付項目迄今僅有一年的時間，應再累積一定的操作時間，針對執行過程加以檢討改善後，再行討論是否要增相關給付項目。
- 2.系統化彙整現行長期照顧十年計畫給付項目之執行問題，藉由中央與地方之聯繫管道加以協調與解決。至於無法解決與落實的部分，則列為未來檢討給付項目之重要參考依據。

## 附錄八：期中簡報資料與審查會議紀錄

長期照護保險規劃研究計畫專案小組期中審查會議

### 因應長期照護保險法制規劃 檢視『我國長期照顧十年計畫』 成效及發展方向之研究

計劃主持人：詹火生教授

協同主持人：盧瑞芬教授

張菁芬助理教授

執行單位：財團法人國家政策研究基金會

1

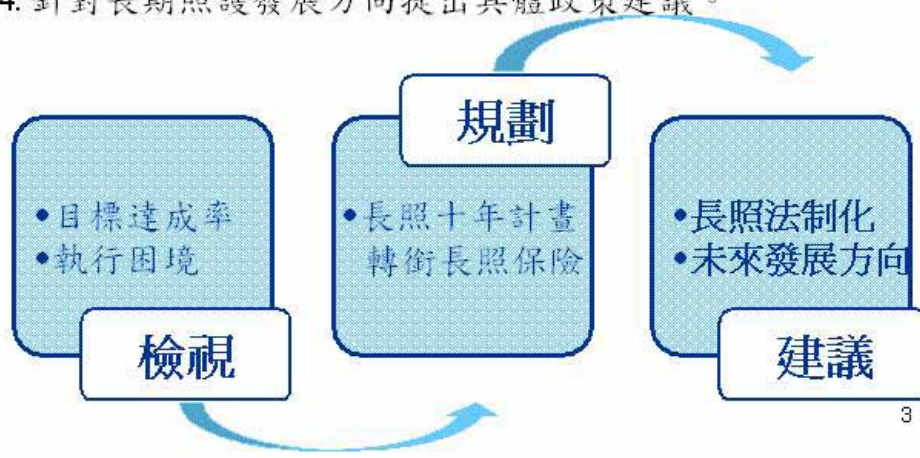
## 報告大綱

- 研究目的
- 研究架構
- 研究方法
- 現況分析
- 限制與困境
- 整體評估

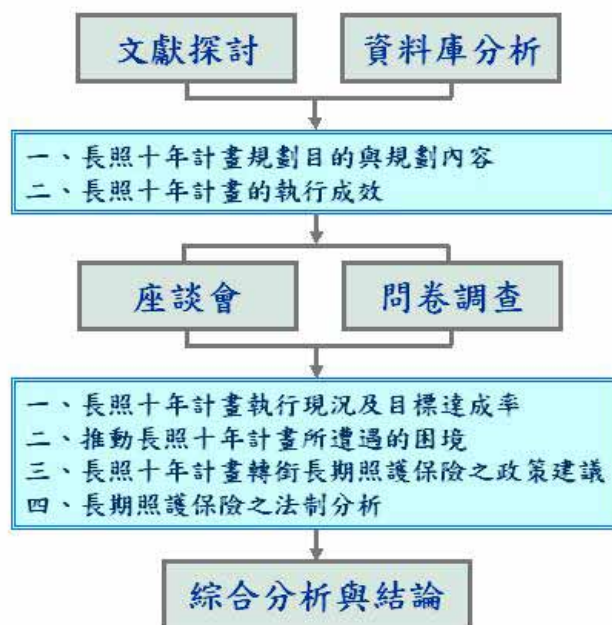
2

## 研究目的

1. 檢視我國長照十年計畫之執行成果。  
(1) 目標達成率 (2) 執行困境
2. 我國長照十年計畫之調整策略：轉銜長照保險。
3. 研議長期照護保險法制化所應考量的議題。
4. 針對長期照護發展方向提出具體政策建議。



## 研究架構





## 研究方法(1)

- 文獻探討
- 資料庫分析
- 問卷調查
- 座談會議

5



## 研究方法(2)

- 文獻探討
  - 長照十年計畫之規劃報告。
  - 各縣市縣市98年度第一期整合計畫書。
  - 國內外相關文獻。

6

## 研究方法(3)

### ■ 資料庫分析

- 資料來源：內政部「照顧服務管理資訊系統」及衛生署「長期照護資訊網」。
- 原始資料之完整性與正確性
  - 部份縣市提供服務但未上傳資料。
  - 服務人次與服務人數出現小數點。
  - 服務人數為0卻有服務人次統計。
  - 同項服務之人次與人數月報表資料相同。
  - 日間照顧服務使用時數經換算後每人每月使用天數30天。
- 統計變項：縣市別、月份別、性別、身份別、補助類別、失能程度、經濟狀況、服務使用、數量。

請主管機關  
協助釐清

7

## 研究方法(4)

### ■ 問卷調查

- 對象：25縣市長照中心主任。
- 問卷內容：包括中心編制、組織運作、業務推展。
- 寄送方式：電子郵件、公文，並以電話追蹤。

### ■ 問卷回收

- 截至2月23日止，回收9份問卷，以回收25縣市問卷為最終目標。
- 不積極回覆問卷的原因包括：
  - 題材熱門，各研究學術單位的問卷眾多，調查內容大同小異，降低填寫意願。
  - 中心人員工作繁重，無暇答覆問卷。
  - 人員流動率高或是遭遇組織變革，對於業務狀況無法掌握。

## 研究方法(5)

### ■ 座談會議

場次	北區	中區	南區
時間	98.3.13 上午	98.3.18下午	98.3.18上午
地點	國政會	福華飯店	蓮潭國際會館
出席縣市	11個 基隆市、宜蘭縣、台北縣市、桃園縣、新竹縣市、苗栗縣、澎湖縣、金門縣、連江縣	7個 台中縣市、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義縣市	7個 台南縣市、高雄縣市、屏東縣、台東縣、花蓮縣
出席代表	邀請長照中心主任與會		

9

## 現況分析(1)

- 各縣市提供之服務項目總數
- 嘉義市辦理全部的服務項目。
- 新竹縣約一半的服務項目。

縣市	服務項目總數	縣市	服務項目總數
台北市	10	嘉義縣	8
高雄市	10	台南縣	8
基隆市	10	南投縣	12
新竹市	12	雲林縣	11
台中市	12	高雄縣	10
台南市	8	屏東縣	9
嘉義市	13	宜蘭縣	9
台北縣	11	花蓮縣	9
桃園縣	11	台東縣	9
新竹縣	6	澎湖縣	9
苗栗縣	9	金門縣	11
台中縣	11	連江縣	10
彰化縣	10		

## 現況分析(2)

### ■ 執行率最低的服務項目

- 日間照顧
- 家庭托顧
- 交通接送
- 失智老人日間照顧

### ■ 推動成功的縣市多集中在都會地區。

服務項目	辦理縣市統計	
居家服務	25	(100%)
日間照顧	13	(25%)
家庭托顧	2	(8%)
交通接送	12	(48%)
失智老人日間照顧	6	(24%)
老人營養餐飲	25	(100%)
輔具購買租借	20	(80%)
長期照顧機構	21	(84%)
居家護理	25	(100%)
居家復健	25	(100%)
喘息服務	25	(100%)
社區照顧關懷據點	24	(96%)
緊急救援系統	22	(88%)

## 困境與限制

### 按服務類別說明

## 居家服務(1)

### ■ 新制與舊制銜接困境

- 新制個案一般戶及中低收入戶需負擔部份服務費，影響購買意願。
- 未來第一個小時一般民眾將須負擔40%，部分申請個案因經濟因素放棄接受服務，使真正需要接受居家服務之失能者失去使用機會。
- 失能判定標準廣納服務對象，照顧服務員人力供不應求。

### ■ 部分縣市因為財務狀況，無法支應服務自籌部分

- 中央補助照顧服務經費之差額，需由縣市政府支應，然部分縣市受限財務狀而無法負擔。

13

## 居家服務(2)

### ■ 專業人力方面

- 因社工資格規定，許多縣市照顧管理專員招募不易。
- 居家服務案件量高，造成照顧管理專員評估負荷量大，無法如期進行複評。
- 南部縣市因人員差旅費問題，導致屏南地區個案申請至評估的等待期較屏北地區長。

### ■ 照顧服務員人力嚴重欠缺

- 社區服務方案最主要的需求之人力為照顧服務員，確保與健全照顧服務員之勞動條件，是推展居家式服務的重大課題。

14



## 居家服務(3)

### ■ 服務對象分類較複雜

- 含50歲以下身障居家服務，因宣導不易致使服務提供者有時不易分辨，且核銷程序繁瑣。

### ■ 居家服務項目及內容操作性定義的疑義

- 長照中心、居家服務提供者、受服務對象對居家服務項目及內容認知不同，產生服務落差。

### ■ 個案對於減少服務時數有異議時，照管專員屢遭個案或其家屬指責，需再加強民眾對於使用居家服務認知。

15



## 居家服務(4)

### ■ 居家服務單位屬性單一化

- 鼓勵民間團體、機構，或加強宣導引進外縣市民間團體、機構加入，促進多元化居家服務提供，提昇居家服務品質。

### ■ 政策逐年修正變動，招標文件難訂定

16



## 日間照顧(1)

- 長照十年計畫與部分縣市原推動的照顧服務計畫有異，導致部分個案無法納入使用資源。
- 中央所規劃之付費方式與部分縣市的收費方案有所衝突，導致民眾不接受而未開案。
- 部分縣市受限於天候、個案居住區地形、居家建築結構等因素，使服務推行受阻。
- 日間照顧與居家服務合併補助而折算為日間照顧補助時，形成補助時數過低或補助額度過低情形，影響單位承辦意願及民眾使用困擾。

17



## 日間照顧(2)

- 服務場所設置標準規定不明及過於嚴苛。
- 老人日間照顧服務須符合老人機構設置標準，機構考量人力及成本，辦理意願低。
- 受限於租（借）用房屋或土地者，資本支出補助每案以新臺幣30萬元為限之規定，原有意參與之民間單位皆打退堂鼓。

18



## 家庭托顧(1)

- 民眾對於將長者送往托顧家庭接受度低，且托顧家庭照顧服務員之同住親屬易排斥托顧者。
- 辦理家庭托顧須加設無障礙設施和裝修，目前內政部未補助，且水、電費皆需由辦理家托者自行吸收，造成服務單位承接意願不高。
- 家托支持系統及資源網絡不健全，若托顧老人其中有一人發生事故需就醫，無人可協替照顧其他老人。

19



## 家庭托顧(2)

- 接受托顧之老人來源不固定，時數過少，可能造成照顧服務員收入短少，因此照顧意願不高。
- 對使用者而言，每日使用家托之月費用較養護機構貴，並有交通費用、交通接送與移動案主之困難，造成使用意願不高。
- 地區風情及文化因素，家庭托顧施行不易。
- 各服務單位對此新業務執行細節較不熟悉。

20



## 交通接送(1)

- 長照十年計畫之交通接送與身心障礙之復康巴士二項政策的法令依據、服務對象、補助標準、收費標準、服務項目等規定差異極大，難以整合或合併規劃辦理。
  - 補助經費每趟190元不符合鄉村型縣市。
  - 補助對象侷限重度失能者，應擴及中度及輕度失能者。
- 民眾對於服務方案的申辦及照管中心可協助處較不了解，因此提出申請個案較少。

21



## 交通接送(2)

- 交通巡迴車，路途遠耗時甚久，重度失能障礙者得忍受身體病痛及路途顛簸之苦。部分縣市無民間車輛租賃業者提供交通接送服務，無法委託民間辦理。
- 採用新制人數較少，造成執行率偏低。
- 居住機構、日照中心或已僱用看護者不得申請交通接送服務。

22



## 失智症老人日間照顧中心

- 養護型日間照顧中心/失智症型日間照顧中心中央資本門補助偏少，影響招募民間加入可行性。

23



## 老人營養餐飲(1)

- 依規定，僅提供獨居老人營養餐飲服務，獨居老人須經公所列冊通報經地方政府核定後，再經評估失能情況，始能使用服務，因此服務人數有限。
- 部分縣市雖訂有餐飲服務補助，但受文化因素，中低收入老人怕有失顏面，不願暴露身分或要求不要提供餐飲服務。

24

## 老人營養餐飲(2)

- 僅提供獨居老人營養餐飲服務，獨居老人須經公所列冊通報本府核定後經評估失能，始能接受服務，因此服務人數無法提昇。
- 部分縣市幅員遼闊、補助經費有限、送餐時間沒有彈性，因此難覓送餐志工，地方上的社福團體參與服務的意願不高。
- 物價及油價波動較劇，造成服務提供單位沉重的負擔。

25

## 輔具購買租借及居家無障礙環境改善

- 各縣市普遍有經費不足，需中央寬編預算協助辦理(基隆市、彰化縣、台南縣與金門縣)。
- 低收入戶個案所需若超出補助金額，尚需自行負擔費用，造成經濟壓力因而放棄申請高單價輔具，延宕復健時間。
- 目前身心障礙者生活補助未有年齡限定，管理照顧專員應協助民眾依其權益選擇「中低收入老人生活津貼」或「身心障礙者生活補助」。
- 建議縮短評估時程，讓有需求者能儘快獲得滿足。

26



## 長期照顧機構

- 各縣市普遍因經費有限，公費床位不足，造成養護床位不敷需求的情形。如：基隆市、台北縣、台南縣與金門縣。僅有彰化縣尚無供需失衡之情況。
- 本服務也因經費限制，造成服務對象只能限縮於低收入戶老人，無法擴及到一般失能老人。
- 幅員遼闊、偏遠之地區，如台東縣，因醫療資源缺乏，故醫院未服務之地段由衛生所收案管理照護。

27



## 居家護理

- 各縣市普遍反映民眾需自費負擔之金額過高，造成使用意願較低。
- 宣導期不足，且護理人員專業角色尚未完全被民眾接受，使用服務意願明顯偏低。
- 多數專業人員尚難以突破居家護理健保給付之框架，若限制專業人員時段性介入，則同時限制了專業人員提供服務之成效。
- 若居家護理師服務案量大時，其服務品質有待商榷。
- 行政作業繁複且決策太慢，影響方案開辦時程。<sup>28</sup>



## 社區及居家復健(1)

- 民眾自付額比例高於健保負擔比例，使得服務使用意願降低。
- 中央機關推動原則為個案需優先使用健保資源後，針對無法透過交通接送者才可申請服務，且1年以6次為限，每星期最多補助1次，服務內容僅包括運動、日常生活能力訓練、指導及建議。
- 限制聘僱外籍看護工之案家，儘管有居家復健之需求，仍不得申請該服務，使得有需求之民眾無法使用此項服務，十分可惜。

29



## 社區及居家復健(2)

- 居家復健需求民眾多屬偏遠地區或是醫療資源缺乏地區之民眾，然治療師基於服務成本與效率，服務單一個案機率降低。每次服務僅能提供一位服務人員獨自前往案家，實有安全考量，且對於偏遠地區亦有交通顧慮，期望額外補助機構管理費等，以作為相關因應措施。
- 廠商缺乏居家復健招標案處理經驗且不熟悉行政作業處理流程，需花費許多磨合時間。

30



## 喘息服務

- 各縣市普遍有民眾接受喘息服務意願低之情形產生，最重要原因在於民眾需負擔部份金額，在經濟考量下，民眾常於評估核定後拒絕服務，如：高雄市、台南市、桃園縣、新竹縣、台中縣、彰化縣、金門縣等。
- 喘息服務單價偏低不敷成本，服務提供單位參與服務的意願低。
- 非每月例行使用之服務，往往民眾會積壓到年底才使用，造成服務提供單位服務人力調度困難。
- 行政作業繁複或中央核定計畫較晚，延宕服務提供時間。

31



## 社區照顧關懷據點

- 各據點對補助經費上的核銷作業仍稍嫌薄弱，內政部可核准補助項目過少。如台南市、基隆市與金門縣有此問題。
- 社區照顧關懷據點志工老化及短缺。
- 未能達到每鄉鎮均設置據點的目標。
  - － 例如高雄縣、金門縣。

32



## 緊急救援系統

- 各縣市普遍有服務效能不佳之問題，服務人次量的提升仍有積極成長之空間。
- 服務不彰原因包括：民眾對於陌生的來電者或關懷訪查者易有較大之防衛心、使用者付費概念不足、及如金門縣，部分民眾不會主動告知需往返台金兩地，若長期留台灣本島，則會造成仍定期前往維修系統之公帑浪費。

33

## 整體評估



34



## 組織管理

- 長期照顧業務分屬**社會福利**與**衛生行政**體系，統籌、協調與管理有困難。
- 「長期照顧管理中心」組織定位不明，難以發揮功能，並影響人力招募。
- 照顧管理制度需要資訊系統輔助。目前資料庫上傳資料不齊全，且缺乏勾稽。建議應對照管中心上傳資料先設定邏輯檢查，提昇資料正確性。

35



## 專業人力配置

- **人力資源嚴重短缺**困境尚待中央訂定全面性之長期照顧人力培育策略及改善勞動條件。
- 照顧管理專員為約聘僱人員，其工作負荷量過重，除了延長服務時效外，也是離職主因，因此照顧管理經驗無法傳承。
- 照管專員專業背景人數差距懸殊，以及受限資格條件聘人不易。
- **人力資源與培訓不足**，跨專業間之團隊合作模式仍有待建立。

36



## 服務供需

- **服務使用人數與長期照顧推估需求人數落差明顯**，顯示服務供給嚴重不足，造成服務可近性降低。
- **新舊制服務量的變化**，顯示民眾對長照服務的價格彈性頗大，長照保險的財務估算應注意。
- **部分照顧服務補助額度低於市場行情**，造成推動福利服務之困境。
- 創新性服務資源不足，亟需鼓勵民間團體參與。
- 服務採購案需經過招標且作業流程繁瑣，致廠商投標意願降低，故無法有更多優秀服務提供單位參與。

37



## 財源

- 計畫補助經費配置不一，造成各鄉（鎮）市長期照顧之財源不足。
- 長期照顧整合項目繁多，且諸多費用項目未補助，地方財政配合困難。

38



敬請指教

「因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向」  
計畫期中審查會議紀錄

壹、時間：98年2月25日（星期三）下午2時

貳、地點：經建會

參、發言摘要

**周麗華副局長：**

- 1.本計畫反應內政部「照顧服務管理資訊系統」及衛生署「長期照護資訊網」資料庫的原始資料正確性需請相關部門釐清。由於原始資料係由各縣市承辦負責填報，此項問題反映的是填報人員對於各項資料的定義存在認知差異，部分縣市將轄內所有服務對象的資料全數置入（不論個案是否屬於長照十年計畫之範疇），另外部分縣市將屬於長照十年計畫的服務對象才置入資料；有的資料屬於推動長照十年計畫後才收的新案主，有的則是新舊案主之加總，甚至把身障者的資料納進來。因此各縣市填報的資料存在差異，如果原始資料無法釐清，分析後將產生誤差。建議應釐清各縣市填報的資料，以確保資料分析之正確性。
- 2.分析各縣市長照十年計畫之服務量資料，建議加入人口變項，才能看到各縣市推廣之成效。有些縣市服務量多，可能與轄內老年人口很多有關，或者可以看出某些縣市轄區內老年人口少但服務量很多，有些轄區內老年人口多但服務量卻很少，藉此看出各縣市長照中心的投入程度。
- 3.有關座談會僅邀請縣市照管中心人員參加，建議增請社政與衛政之主管機關人員與會，能更家瞭解長照十年計畫的全貌。長照中心主任對於長照十年計畫之各項服務項目並不是那麼深入瞭解，應邀請創造資源的主管機關一同與會。
- 4.報告提及「服務使用人數與長期照顧推估需求人數落差明顯，顯示服務供給嚴重不足」，由於並非每項服務都不足，建議按服務類別與區域型態類別，分別進行區隔、分析與成果比較，將可發現不同區域需要特別加強的項目，並做為未來政策規劃的參考。

**胡名霞教授：**

- 1.本問卷調查目前回收9份，根據過去的調查經驗是第一波可回收三分之一的問卷，經電話催促最終可回收25縣市的問卷，因此期末報告應該會呈現25縣市的問卷調查資料。
- 2.目前研究呈現各縣市照管中心所提供的服務項目，以嘉義市提供的13項服務為最多，新竹縣提供的6項服務為最少。詹教授在口頭報告提及服務項目多寡與保險的關係，將來是提供比較多的服務項目比較好呢還是比較少比較好？請進行說明。
- 3.本報告所分析的13項服務中，社區關懷據點與緊急救援系統並非長照十年計

畫的範圍，其中失智老人日間照顧又自日間照顧服務中獨立拉出分析，請根據計畫名稱調整研究內容。

- 4.照顧服務員之人力並非完全不足，因為他們比較願意在機構工作，比較不願意在居家進行服務，請再釐清。
- 5.請說明居家建築建構影響日間照顧服務之關連性。
- 6.服務供需部分提到「創新性服務資源不足，亟需鼓勵民間團體參與」。若未來保險政策如果僅給付各縣市皆可提供的服務，亦或是最基本的服務，則此處所指創新服務為何？若未來保險鼓勵各項創新服務，則又為何？請釐清與說明。

#### 內政部：

- 1.目前研究報告引用的資料屬於 97 年的資料，但在 98 年的縣市計畫已進行調整，請團隊配合更新修正。
- 2.為了配合長照保險的推動，長照十年計畫未來應如何調整？請團隊提供具體意見作為參考。
- 3.因本案是檢視長照十年計畫，業務單位針對相關內容進行澄清：
  - (1)資料庫部分，98 年才開始規劃全國一致性的長照中心資訊系統，現階段為了掌握縣市長照中心每月的業務推動狀況，另外使用一套簡單的統計軟體，目前的作法的確會使研究團隊使用數據時產生障礙。有關資料問題，如日間照顧換算成每人每月，出現使用服務達 30 天的狀況，主要是因為 97 年 7 月已和縣市長照中心開會檢討，決定在核定補助時數上限部分，可以彈性使用日間照顧、居家服務、家庭托顧，其中日間照顧實務執行不是論時計，但地方政府在操作時要配合統計系統，所以會出現奇怪的統計數字。
  - (2)未來縣市座談會，建議加邀內政部及衛生署，以利主管部會第一時間掌握縣市聲音。
  - (3)現況分析部分，目前各縣市政府均有提供衛生署主管之 3 項服務，主要原因是這 3 項服務是建置在既有基礎上，居家護理、居家復健，用的是原來醫療院所資源，喘息服務則是原來機構、護理之家的資源，故縣市只要完成採購作業並結合民間資源，可以很快執行；而社政服務項目，執行的困難在於沒有服務提供者，需要另外培植。建議研究團隊分析資料時，一併交代。
  - (4)報告提到因廣納服務對象，而使居家服務照顧人力供給不足，似乎有所誤解，因為服務對象增加，應該是創造更多的就業機會，而目前完成培訓有 4 萬多人，困難點在於沒有人願意服務，而不是人力供不應求及訓練人數不足。
  - (5)中央與地方經費問題，報告提到經費不足，但各縣市整體預算執行率不到 6 成，因此縣市意見無法代表中央意見。
  - (6)報告提到居家服務個案量多，造成照管專員負荷重，但其實不是案量多，而是照管專員尚未進行複評，因為複評時間或人力未到，不是因為個案量太多而造成的負荷。

- (7)50歲以下身心障礙的居家服務，不屬於十年計畫的範疇。
- (8)日間照顧中心之設置標準，如果原是由機構外展做日間照顧，在老人福利機構設立標準有相關規定；如果是社區式，則在老人福利服務準則有相關規定。目前規定均已儘量放寬，報告提及過於嚴格，恐有誤導；日間照顧的資本門補助，98年已取消資本門補助上限之限制，以利日間照顧之推廣。
- (9)家庭托顧已接受地方政府建議，98年每一個家庭可補助至5萬元，以支持托顧家庭基本設施設備之建置改善。
- (10)僱用外籍看護工家庭應可以使用交通接送補助、居家護理、居家復建服務，此部分將再與衛生署、地方政府溝通釐清，目前部分縣市已朝向此方向推動。
- (11)失智症日間照顧之資本門補助偏低，關鍵不在補助標準夠不夠，而是因為各縣市發展速度不同，中央對於地方之補助是被要求納入預算，必須在9月由中央提撥補助給地方，但會計和業務單位發展不同，如高雄縣政府希望推動日間照顧，但中央可能把部分資源分配給其他縣市政府，而有些縣市又來不及推動日間照顧，所以會出現資源分配的問題，但是如果地方政府真的可以提出具體的經費需求，中央會在技術上做協助與克服。
- (12)長照服務的含蓋範圍，社區關懷據點與緊急救援不在十年計畫的重點範疇，但是縣市政府為全面呈現其完整服務面貌，都會一併呈現，造成團隊之誤解、不好處理，建議不納入研究範圍。
- (13)服務供需，目前棘手的是民眾不願付費購買服務，所以目前報告指出供給嚴重不足，恐有誤導，請團隊再說明清楚。
- (14)十年計畫經費都是中央承擔，地方對於中央補助款執行率低，地方政府應有效掌握鄉鎮市個別需求，目前各縣市掌握狀況差異很大，是未來努力的重點。

#### 衛生署：

- 1.本報告目的為「未來政策轉銜」的成效檢討與分析。長照十年計畫目的在建構長照資源體系建構，尤其是社區化資源。現在報告都只呈現問題現象，但未分析原因或困境，可能是客觀或主觀因素，可能為資源本身限制，或是行政運作方式/（如委託方式）造成資源使用率低，建議未來針對各項困境，作成議題設定，那些是可以改變？那些是不能改變？
- 2.目前資料來源分析來自於衛生署資訊網，資訊系統是很新，大家熟悉不夠，因此目前行政單位有其他配套措施，以呈現推動成果，未來可以加強與衛生署、內政部交換訊息。
- 3.未來座談會，找對人是很重要的，以能進行深入問題討論。

#### 盧瑞芬教授回應：

- 1.期末報告會提供因應與改善策略。

- 2.本研究蒐集資料時遭遇許多困難，受限於研究時間僅五個月，因此無法進行田園調查。有關原始服務量資料的問題，可能是來自於各縣市填報過程及衛生署與內政部之資料庫屬初構階段所產生的。因此，本研究使用原始資料所發現的問題，可以做為未來中央單位規劃建置全國性資料庫之參考，相信以目前的資訊技術一定可以改善，如比照健保局，做資料的邏輯確認，中央應一條鞭，以確保原始資料的正確性，以利未來政府與研究單位可以有效運用此資料庫。
- 3.邀請各地方政府參與座談會，需要有公文，請衛生署、內政部能夠協助發文邀請各縣市照管中心之專責人員參加本研究所辦理之座談會，以提升各縣市照管中心的參與度。由實際執行者針對長照十年計畫之組織架構、推動過程與遭遇困難提出相關說明與改善建議，將是本研究重要且寶貴的意見。
- 3.本期中報告資料主要來自於各縣市的年度計畫書，因此評審委員們所提出的問題，將再進行確認與修正，另外亦會刪除不屬於長照十年計畫範疇之服務項目。
- 4.未來長照保險規劃的服務項目應多或者應少並不是最重要的，而是要推動在臺灣最可行的服務項目，如果供給面不足，納入給付範疇的意義不大。

**張菁芬教授回應：**

- 1.第一階段先整理各縣市年度計畫書，第二階段將辦理座談會，由質性資料佐證第一階段資料之正確性。
- 2.本次期中報告主要呈現地方執行面的觀點，與中央規劃觀點必然有所落差，本報告期望透由反映地方政府意見，有個初步溝通平台。

## 附錄九：期末簡報資料與審查會議紀錄

### 長期照護保險規劃研究計畫專案小組期末審查會議

# 因應長期照護保險法制規劃 檢視『我國長期照顧十年計畫』 成效及發展方向之研究

計劃主持人：詹火生教授

協同主持人：盧瑞芬教授

張菁芬助理教授

研究助理：鄭百惠

執行單位：財團法人國家政策研究基金會

1

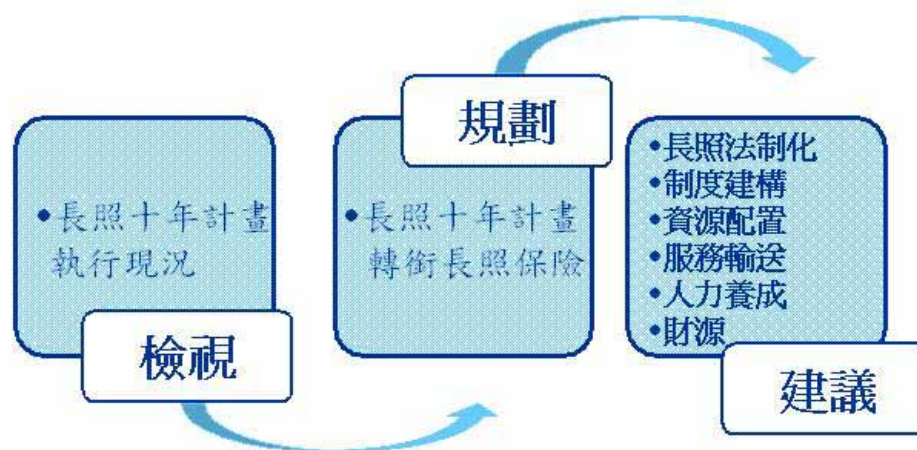
## 報告大綱

- 研究目的
- 研究架構
- 研究方法
- 研究結果
- 政策建議

2

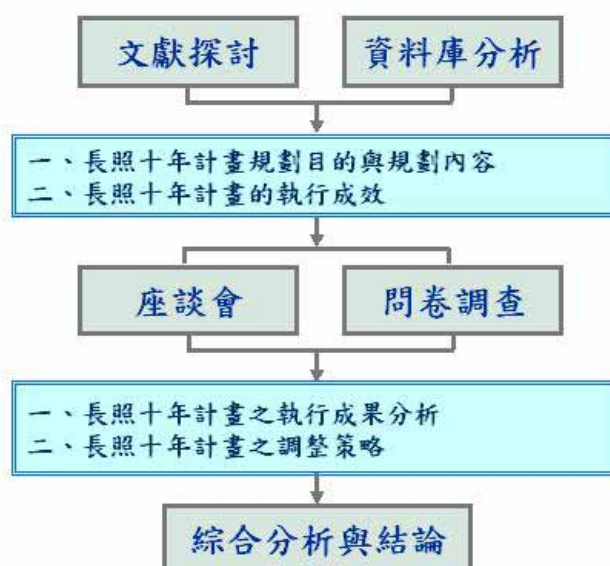
## 研究目的

1. 檢視我國長照十年計畫之執行成效。
2. 我國長照十年計畫之調整策略：轉銜長照保險。
3. 針對長期照護發展方向提出具體政策建議。



3

## 研究架構



4



## 研究方法

- 文獻探討
  - 規劃報告與縣市98年度第一期整合計畫書。
- 資料庫分析
  - 資訊管理系統規劃建置中，目前使用暫時性之簡略系統。
  - 此暫時性之資料庫有資料缺漏情形，且無邏輯性檢查功能，影響資料完整性與正確性。
- 問卷調查
  - 調查25縣市長照中心業務推動情形。
  - 回收率：100%。
- 座談會議
  - 中央座談討論會：1場。
  - 地方分區座談會：3場。

5

## 研究結果



6



## 服務對象-1

### ■ 現況

- 考量人口老化趨勢之快速化、資源開發的有限性、儘速推動的急迫性，長照十年計畫之優先服務對象為：
  - 65歲以上老年人口失能人口
  - 55歲以上山地原住民失能人口
  - 50歲以上身心障礙者失能人口
  - IADL失能且獨居老人

7



## 服務對象-2

### ■ 限制

- 各年齡層人口均有使用長期照護服務之需求。
- 因ADL及IADL之判定限制，排除符合年齡與類別條件之失智、精障等族群。

8

## 補助方式-1

### ■ 現況

- 給付型態以實物給付（服務提供）為主，現金給付為輔，以補助服務使用為原則。
- 依照失能程度及經濟狀況，提供合理的照顧服務補助。
  - 失能程度分為三級：輕度、中度和重度，失能程度愈高者獲得補助額度愈高。
  - 照顧服務補助對象依規定使用服務時，需負擔部分費用，部分負擔的比例與個案之經濟狀況有關，依照經濟條件分為**一般戶、最低生活費用1.5～2.5倍、最低生活費用1.5倍以下**。

9

## 補助方式-2

### ■ 限制

- 現今最低生活費用標準有檢討之必要，加上整體經濟環境不景氣，依照現行規定執行，**對於低收入邊緣戶的負擔仍然偏重，因而降低使用服務之意願，此類個案經常出現在農業縣市與含偏遠地區之縣市。**
- 補助標準一致，**未考量各縣市之地理特性與資源分布之差異導致服務成本高於補助標準。**

10

## 服務項目-1

- 各縣市提供之服務項目總數
- 嘉義市長年執行十畫全部項目。
- 新竹縣、台南縣、嘉義市、及桃園縣僅執行半數項目。

縣市	服務項目總數	縣市	服務項目總數
台北市	8	嘉義縣	6
高雄市	8	台南縣	6
基隆市	8	南投縣	10
新竹市	10	雲林縣	9
台中市	10	高雄縣	8
台南市	6	屏東縣	7
嘉義市	11	宜蘭縣	7
台北縣	9	花蓮縣	7
桃園縣	9	台東縣	7
新竹縣	6	澎湖縣	7
苗栗縣	8	金門縣	9
台中縣	9	連江縣	8
彰化縣	9		

## 服務項目-2

- 執行率最低的服務項目
  - 日間照顧
  - 家庭托顧
  - 交通接送
  - 失智老人日間照顧
- 推動成功的縣市多集中在都會地區。

服務項目	辦理縣市統計	
居家服務	25	(100%)
日間照顧	13	(25%)
家庭托顧	2	(8%)
交通接送	12	(48%)
失智老人日間照顧	6	(24%)
老人營養餐飲	25	(100%)
輔具購買租借	20	(80%)
長期照顧機構	21	(84%)
居家護理	25	(100%)
居家復健	25	(100%)
喘息服務	25	(100%)

## 服務項目：居家服務

### ■ 現況

- 97年計有25縣市長照中心開辦。
- 依失能程度、經濟狀況有不同的自付標準。目前處於新舊制度轉換階段。

### ■ 限制

- **新制個案一般戶及中低收入戶需負擔部份服務費**，影響使用意願。
- **居家服務項目及內容操作性定義的疑義**：長照中心、居家服務提供者、受服務對象對居家服務項目及內容認知不同，產生服務落差。<sub>T3</sub>

## 服務項目：日間照顧

### ■ 現況

- 97年計有13個縣市開辦。
- 認為推動不順利與無法開辦的縣市共17個（68%）。

### ■ 限制

- **民間團體考量成本與人力因素無參與意願**
  - 服務場所設置標準規定過於嚴苛。
  - 部分縣市受限於天候、個案居住區地形、居家建築結構等因素，使服務推行受阻。
  - 日間照顧與居家服務合併補助而折算為日間照顧補助時，形成補助時數過低或補助額度過低情形。
- **收費標準及收案原則未統一明確**

14

## 服務項目：失智老人日間照顧

### ■ 現況

- 97年計有6個縣市開辦。
- 認為推動不順利與無法開辦的縣市共22個（88%）。

### ■ 限制

- **民間團體考量成本與人力因素無參與意願**
  - 人口密度低與幅員廣大造成服務成本暴增，民間團體認為補助偏低無參與意願。
  - 養護型日間照顧中心/失智症型日間照顧中心之中央資本門補助偏少，影響招募民間加入可行性。
  - 欠缺照顧失智老人之特殊人力。
- 使用服務與交通之合計費用偏高，降低使用意願。

15

## 服務項目：家庭托顧

### ■ 現況

- 97年計有2個縣市開辦。
- 認為推動不順利與無法開辦的縣市共23個（92%）。

### ■ 限制

- **民間團體考量成本與人力因素無參與意願**
  - 服務單位不符合承辦標準。
  - 家托支持系統及資源網絡不健全，若托顧老人其中有一人發生事故需就醫，無人可協替照顧其他老人。
  - 人口密度低之地區，交通接送路途遙遠。
- **地區風情及文化因素，家庭托顧施行不易**
  - 民眾對於將長者送往托顧家庭接受度低，且托顧家庭照顧服務員之同住親屬易排斥托顧者。

## 服務項目：居家護理

### ■ 現況

- 97年計有25個縣市開辦。
- 認為推動不順利的縣市共16個（64%）。

### ■ 限制

- 民眾難以接受使用者付費觀念，特別是一般戶收費遠高於健保收費，降低民眾使用意願。
- 補助制度規劃不便民
  - 未使用新制之個案無法使用服務。
  - 政府使用公開招標程序，若原服務的居家護理單位未參加，新服務單位之加入造成個案感受服務銜接產生落差。
- 排除聘有外勞之個案，忽略重度失能個案之居家護理需求。
- 若地區幅員遼闊，時間與交通成本偏高，降低機構參與意願。
- 政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間。

## 服務項目：社區或居家復健服務

### ■ 現況

- 97年計有25個縣市開辦。
- 認為推動不順利的縣市共17個（68%）。

### ■ 限制

- 民間團體考量交通與時間成本，降低投入意願。
- 民眾難以接受使用者付費觀念：地理因素、人口分布及經濟因素，一般戶民眾覺得部分負擔過高，降低使用意願。
- 排除聘有外勞之個案，忽略重度失能個案之居家復健需求。
- 受限於復健專業人員法規，未在职之居家物理/職能治療師無執業登錄場所無法提供服務。
- 政府採購法招標作業繁複，延宕服務正式提供時間。

## 服務項目：喘息服務

### ■ 現況

- 97年計有25個縣市開辦。
- 認為推動不順利的縣市共3個（12%）。

### ■ 限制

- **民眾難以接受使用者付費觀念**：地理因素、人口分布及經濟因素，一般戶民眾覺得部分負擔過高，降低使用意願。
- **補助基準不敷民眾希望每日使用服務超過八小時之期待**。
- 屬於交通與時間成本偏高之地區，機構考量補助不敷成本，參與意願低。
- 政府採購法招標行政作業繁複，延宕服務正式提供時間。

19

## 服務項目：輔具購買及居家環境改善

### ■ 現況

- 97年計有20個縣市開辦。
- 認為推動不順利的縣市共12個（48%）。

### ■ 限制

- **申請規定嚴格且程序繁鎖**，多數進行到一半即暫緩申請。
- 低收入戶個案所需若超出補助金額，尚需自行負擔費用，造成經濟壓力因而放棄申請高單價輔具，延宕復健時間。
- **部分地區資源不足**，未設有輔具中心。

20



## 服務項目：老人營養餐飲服務

### ■ 現況

- 97年計有25個縣市開辦。
- 認為推動不順利的縣市共5個（20%）。

### ■ 限制

- **人口密度低與幅員廣大地區**，造成送餐成本高，地方團體參與服務的意願不高。
- 補助經費有限、送餐時間沒有彈性，難覓送餐志工。
- **服務據點未能全區普及。**
- 難掌握老人的餐飲口味。

21



## 服務項目：交通接送服務

### ■ 現況

- 97年計有12個縣市開辦。
- 認為推動不順利或無法開辦的縣市共15個（60%）。

### ■ 限制

- **補助經費每趟190元不符合鄉村型縣市**：人口密度低與幅員廣大造成服務成本暴增，民間團體認為補助偏低無參與意願。
- 民營交通業者不適應公部門之辦理與核銷流程，降低承辦意願。
- **長照十年計畫之交通接送與身心障礙之復康巴士**二項政策的法令依據、服務對象、補助標準、收費標準、服務項目等規定差異極大，難以整合或合併規劃辦理。

22

## 服務項目：長期照顧機構

### ■ 現況

- 97年計有21個縣市開辦。
- 認為推動不順利或無法開辦的縣市共6個（24%）。

### ■ 限制

- **僅開放給低收入戶使用**，無法擴及到一般失能老人。
- 各縣市普遍因經費有限，公費床位不足，造成養護床位不敷需求的情形。如：基隆市、台北縣、台南縣與金門縣。僅有彰化縣尚無供需失衡之情況。
- 幅員遼闊、偏遠之地區，如台東縣，因醫療資源缺乏，故醫院未服務之地段由衛生所收案管理照護。

23

## 長照中心-1

### ■ 現況

- 任務型編組。
- 照管專員**流動率呈現兩極化狀態(0~100%)**，有76%縣市人員流動率小於50%。
- 人員聘任編制數與到職數是否相符情況約各佔一半。
- 有20%縣市人員組成為單一化情況(皆為護理背景)。
- **部分縣市逾期發放薪資之情形嚴重**。

24



## 長照中心-2

### ■ 限制

- 中心推動業務感到的困境，包括**行政效率**、**專業能力**、**人力**與**民眾觀念**。
- 非正式編制、無升遷晉級措施、薪資待遇之上限標準，降低資深專員持續留任意願，未建立人員考評機制、證照制度與健全完善之培訓系統。
- 未建立多元且專業之中心團隊。
- 偏遠地區專業人力不易招募。

25



## 人力資源

### ■ 現況

- 專業照顧人力不足。

### ■ 限制

- **部分專業人力執業地點礙於法規受到限制。**
  - **受限於醫事專業人員法規**，未在職之物理/職能治療師無執業登錄場所無法提供服務。
- **專業養成制度尚未完全建立。**

26



## 服務輸送體系

### ■ 現況

- 服務人力需求高於供給。
- 多項服務招標不易。

### ■ 限制

- 政府採購法招標作業繁複。
- 給付標準不符市場期待。

27



## 財源

### ■ 現況

- 地方政府必須自籌部分經費。

### ■ 限制

- 計畫補助經費配置不一，造成各鄉（鎮）市長期照顧之財源不足。
- 長期照顧整合項目繁多，且諸多費用項目未補助，地方財政配合困難。

28

## 服務供需

- **服務使用人數與長期照顧推估需求人數落差明顯**，顯示服務供給嚴重不足，造成服務可近性降低。
- **新舊制服務量的變化**，顯示民眾對長照服務的價格彈性頗大。
- **部分照顧服務補助額度低於市場行情**，造成推動福利服務之困境。
- **服務採購案需經過招標且作業流程繁瑣**，致廠商投標意願降低，故無法有更多優良服務提供單位參與。

29

## 法令制度與政府部門行政機關權責-1

- **現況**
  - **現行法規可處理的層面包括：人力培訓與資格認定、服務設施之推展兩項**，如**老人福利法**（老人福利專業人員資格要點、照顧服務員訓練實施計畫、老人福利機構設立標準、老人福利機構設立標準及許可辦法）、**身心障礙者保護法**（身心障礙福利服務機構設施及人員配置標準、身心障礙福利服務機構設立獎助及查核辦法、身心障礙福利服務專業人員遴用訓練及培訓辦法）、**護理人員法**、**護理機構設置標準**、及**醫療法**等。
  - **鼓勵民間參與長期照顧服務提供並未有法律依據，而是依照社政或衛政主管機關每年訂頒之行政方案計畫推動之**，例如內政部主要依據每年訂頒之「內政部推展社會福利補助作業要點」辦理，行政院衛生署亦採取類似作法，例如訂頒「獎勵設置社區型日間照顧及護理之家功能改造計畫設施經費作業定」，以鼓勵民間參與長期照顧服務之推展。

30

## 法令制度與政府部門行政機關權責-2

### ■ 限制

- 各縣市社政與衛政資源整合步調不一
  - 部分縣市之社政與衛政體系能緊密合作，進行任務分工。
  - 部分縣市未能完全整合，導致業務監督發生雙頭馬車之情事，服務品質管控與監督機制未能真實反應並與第一線長照中心合作。
  - 尚有部分縣市對於長期照護政策未加重視或是社政與衛政相互推託情事，疏忽業務執行與推動。
- 中央與地方垂直與水平之合作機制
  - 推動長期照護政策與執行長照十年計畫因涉及中央與地方的垂直分工與社政與衛政體系之水平整合，相關單位處於磨合階段，雖然不斷透過協調機制共同推動業務，但在屢次的溝通過程所反應的卻是受制於行政規定的本位主義，以致業務推動未如預期，或是在相同的政策規劃架構下，出現不同的執行版本，甚至是制度差異。

31

## 資訊系統

### ■ 現況

- 資訊管理系統規劃建置中。
- 目前使用暫時性之簡略系統。

### ■ 限制

- 暫時性之簡略系統有資料缺漏情形，且無邏輯性檢查功能，影響資料完整性與正確性。
- 部分服務發展成熟縣市，已經在使用自行開發的資訊管理系統，並積極進行擴充規劃。未來全國性的資料統一建檔後，將發生資料格式轉檔問題。

32



## 政策建議

- 壹、長照法制化
- 貳、制度面
- 參、服務人口群
- 肆、資源面
- 伍、服務輸送面
- 陸、保險財源

33



## 壹、長照法制化

- **制訂長期照護保險法**
  - 明訂體制規範、保險人及被保險人相關權利義務。
  - 明訂給付內容及財務籌措方式。
- **制訂長期照護服務法**
  - 明訂長期照護服務人力資源之專業資格規範、培育及配置。
  - 明訂長期照護服務項目提供機構之設置標準。

34

## 貳、制度面

- 在行政組織上，將長照中心整併，擬建議由中央統籌管理與評估業務的推動。
- 在專業人力配置與養成上，針對現有人力優質化以及未來人力資源運用，宜和高等教育、技職教育以及訓練部門進行整合性的規畫。
- 由中央建置整合型的資訊系統。

35

## 參、服務人口群

- 對於制度轉銜時，面臨長照需求的再評估。
- 針對符合使用長照保險的條件應再細置規畫，應將年齡、失智、精障、族群等議題併入考量。

36



## 肆、資源面

- 由於目前在區域的資源配置面臨不均，以及城鄉資源的議題，擬建議分階段分期程推動長照保險。
- 依不同規畫階段進行資源配置，並考量與福利產業進行合作與推動。

37



## 伍、服務輸送面

- 依照區域特質鼓勵發展多元的資源輸送模式。
- 建議對於偏遠及離島地區服務輸送，採不同的費用計算方式。

38

## 陸、保險財源

- 建立健全財務制度，有效學習健保經驗。
- 導入「使用者付費」觀念，避免道德危害，同時強調對低收入戶的保障。

39

敬請指教

40

「因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向」  
計畫期中審查會議紀錄

- 一、時間：98年5月6日（星期三）上午9時
- 二、地點：經建會
- 三、發言摘要

**周麗華副局長：**

- 1.本人敬佩研究團隊的努力，除了蒐集全台長照中心的報告外，另外還進行問卷研究與辦理分區座談會，研究資料的收集相當深入。然本報告的政策建議章節目前僅標示標題，無法瞭解其內容，因此無法評論。
- 2.本報告對於長照中心的各項業務執行概況有詳細的說明，並點出現行「日間照顧」、「失智老人日間照顧」、「家庭托顧」與「交通接送」四項業務在各縣市的執行狀況普遍不佳，然而未回應為何執行狀況不佳的原因，僅在結論之「資源面」，以人力及經費進行說明，但對於如何增進與引導服務提供者參與的方法則未加以著墨。
- 3.書面報告呈現各縣市長照中心的困境與限制，是按縣市別列舉，尚未進行彙整。由於各縣市對同項業務的困境與建議可能會出現矛盾之處，建議應再加以整理，呈現通盤情況或是個案情況，並在個案情況後方加註縣市名稱，以忠實呈現資料。
- 4.簡報資料中，有關人力資源的分析，提到「專業照顧人力不足」，此處所指的人力是涵蓋所有的照顧專業人力，還是僅限於長照中心的人力，請在書面資料進行澄清。
- 5.簡報資料中，有關服務輸送體系的分析，提到「多項服務招標不易」，不全然是政策面的經費或給付的改變就可以完成招標，其中涉及廠商意願、民間資源的培養，或是民間人力本來就不足故無法承接，特別是推動不易的四項業務，要如何分項分期推動，請在書面資料具體說明。
- 6.對於未來長期照護保險的服務人口群，除了考量年齡、失智、精障、族群等議題外，建議未來如將身障者納入討論，請一併將智障、自閉等人口群納入考量。

**胡名霞教授：**

- 1.詹教授在口頭報告中再三強調吳淑瓊教授在嘉義市執行的長照先導計畫是以稅收制的精神去規劃與推行，這句話與本人的認知有所不同，事實真的是這樣嗎？如果不是的話，在報告中的文句請加以斟酌。在本人這麼多年的參與過程，我的認知是從過去到現在，學者們仍持續討論採用稅收制或保險制，而非是過去規劃稅收制，稅收做成現在這個樣子，而以學理的角度分析現在稅收制的不足，因而去討論稅收制好還是保險制好。
- 2.在各縣市照管中心執行的13項服務（含非十年長照計畫項目），目前研究團隊僅保守說明「未來將分階段分期程推動長照保險」，期望研究團隊針對這

13 項服務的推動時程，提出具體建議，包括在近期、中期、後期推動的項目各為何？

3.在臺灣沒有「復健師」之職稱，請勿在報告內如此描述。實際應呈現「治療師」或是「物理治療師及職能治療師」。

#### 內政部：

- 1.報告中整理各縣市執行服務項目所遭遇之困境與限制，這也是地方政府執行迄今再三跟中央政府反應的問題，中央政府亦針對這些問題研議備案，包括民眾部分負擔的比率及補助單價影響使用意願、設置標準影響服務提供單位的參與意願、各縣市的資源不均影響民眾使用服務的可近性及服務普及的問題，然而各縣市的財政問題是影響服務項目執行最重要的因素。目前已經透過部會間的協調，針對設置標準從寬認定，以降低服務提供單位的進入障礙。
- 2.期待研究團隊能針對以下執行限制，提供具體之政策建議，以期能跟長照保險進行銜接。
  - (1) 補助對象應如何調整？
  - (2) 負擔比例應如何調整？
  - (3) 目前使用外勞的家庭，應如何處理？
  - (4) 目前制度缺乏讓服務提供單位進入市場的誘因，有哪些誘因可以納入考量？
  - (5) 地方政府資源有限，此間涉及是否所有項目應由中央政府主辦，或是中央與地方的分攤比例應如何處理？

#### 衛生署：

- 1.有關簡報中提到「受限於醫事專業人員法規，未在职之物理/職能治療師無執業登錄場所無法提供服務」。但是目前衛生署已經協調各縣市衛生所可以辦理執業登錄，前述情形應不會發生。

#### 原民會：

- 1.政策建議部分，針對服務人口群、服務面、服務供給面皆提到族群部分與城鄉差距部分，可以採分階段分期程的方式進行，做更細緻的規劃，以不同的計費方式提供服務。期望研究團隊能提供更落實、更詳盡的細部規劃，做為未來規劃與執行長照保險制度的重要參考依據。

#### 蔡芳文執行長：

- 1.目前長照中心存在的問題是評估個案時，針對其失能情況，應該由誰認定其所需要之照顧服務項目，以減少民眾之不滿情形。因此非常贊同詹教授在報告中提到，未來長照中心應聘任多元化、多功能的人力加入團隊，以改善前述問題。

**吳肖琪教授：**

- 1.報告提到農業縣市之社區型服務不易開發，推動服務所面臨的困境，不單是靠開辦長照保險就可以解決，最重要的是需要交通部門改善交通連結的問題。
- 2.長照保險要能順利推動，除了建構完善的制度外，還需要納入教育宣導及健康促進的概念。這些工作都需要跨部會的參與才能執行。

**詹火生教授回應：**

- 1.各專家學者建議資料應補強的部分，本團隊完全接受。包括周副局長、胡教授、衛生署、原民會及吳教授的建議。另外亦同意蔡執行長呼應應有多元的團隊成員，讓長照中心能更靈活發展。
- 2.十年長照是使用政府的預算來執行，在經費的限制下，服務對象限於經濟社會弱勢的特殊族群。未來走向保險制度，將由被保險人、政府及其他單位提供財務基礎，因此本研究所要思考的是由服務特殊族群的服務體系轉變成服務全人口或是特定年齡以上的人口時，有哪些事項是必須考量的？以及需要設計哪些制度？以協助保險制度之推動。總言之，10個研究團隊之政策建議是彼此相互關連的，亦回應內政部的提問。

因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向/詹火生計畫主.—初版.—台北市：行政院經濟建設委員會，民 98

面：表，公分

編號：(98)020.803

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：財團法人國家政策研究基金會

1.長期照護

419.79

**因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向**  
計畫主持人：詹火生

委託單位：行政院經濟建設委員會

受託單位：財團法人國家政策研究基金會

出版機關：行政院經濟建設委員會

電話：02-23165300

地址：臺北市寶慶路 3 號

網址：<http://www.cepd.gov.tw/>

出版年月：中華民國 98 年 5 月

版次：初版 刷次：第 1 刷

編號：(98)020.803 (平裝)