

長照十年計畫 2.0 說明會紀錄（雲林縣）

時間：105 年 8 月 9 日（星期二）下午 2 時 30 分

地點：雲林縣政府 1 樓大禮堂

主持人：林政務委員萬億

紀錄：洪沛琳

出席者：出席單位及人員詳見簽到單

壹、 主持人致詞：略

貳、 長照十年計畫 2.0（下稱長照 2.0）簡報：略。

參、 出席人員發言重點：

一、 行政院林政務委員萬億

1. 希望雲林縣成立縣級之長期照顧推動委員會，透過此機制強化長照 2.0 推動的功能，並能與中央對話。
2. 請雲林縣盤點提供長期照顧需要者，涵括：老人失能、失智、原住民、身心障礙者等，並回報中央，利於中央掌握未來需要挹注在雲林縣的經費。
3. 長照需要人數逐漸增加，未來需要更多的服務量及服務單位，而目前供給與未來需要的落差有多少，請提供未來需要佈建增加的量及服務，以利瞭解雲林縣對未來長照服務之規劃。
4. 請雲林縣盤點可增加的服務據點、設施、場地，若涉及學校部分，有那些閒置空間可使用，或者其他如民政、農會、漁會等。公共閒置空間分別為可立即使用或需要轉型的，且這些場地適合 A-B-C 照顧模式那一級，中央需挹注多少經費在雲林縣方能長出服務，希望雲林縣能提供給中央，以利未來長照 2.0 的推動。
5. 有關長照人力部分，從居家服務員、照顧管理專員（未來希望稱照顧管理師），在雲林縣可培育的在地人力，若不足可徵求更多人力資源加入，如：外籍配偶可做部分工時，在地學生或中高齡長者願意出來接受培訓，創造在地服務人力，亦可提升就業機會。
6. 雲林縣有多少服務單位具備潛力可轉型或擴大服務，如：原本提供

身心障礙者服務，該單位有能力兼顧提供老人服務，邀請這些單位一起加入，創造多元化服務，滿足當地人民之需要。

7. 有關現行中央訂定之法規，在雲林縣推動長照若造成部分執行困難，需要中央協助，請提供資料給本人，由本人整合中央政府部分，使中央和地方政府易於推動長照 2.0。若是雲林縣自行規定，造成窒礙難行請先行改善，以利整體提升中央和地方之量能，全力推動長照 2.0。
8. 有關現行長照服務核銷行政程序繁瑣之問題，未來制度會簡化，一改過去使用採購法的方式，盡量改以基金方式處理，減少經費延遲核撥服務提供業者所產生營運周轉問題。
9. 謝謝副縣長提醒，延長資源盤點的時間，我們會納入考量。而當時用後續的長照 10 年，主要是因應 2025 年台灣人口有 20% 是老人，之後就會比較穩定下來。
10. 有關長照服務法第 22 條及第 62 條的問題，我們正在重新檢討並處理，這次我們親自來到地方，也是不讓大家每次到臺北，我們在未來 1 個多月會跑遍各縣市，聽大家的聲音。

二、衛生局許科長淑雲

雲林縣精神病追蹤關懷的個案高達 5,000 人，未來若用 ADLs 與 IADLs 的量表進行評估（一定要符合失能），是否能滿足精神障礙個案的長照需求？

三、土庫鎮衛生所張醫師兼主任昭義

1. 衛生所的定位？管理者或執行者？
2. 長照 2.0 面臨老人的照顧、醫療及復健需求：
 - (1) 執行居家看護效率問題，半天約僅能訪 3 戶。
 - (2) 給付偏低，不敷成本（無法長期運作）。
 - (3) 須當場刷卡，電腦開關機、讀卡機上網認證、刷卡。
 - (4) 冗長的文書作業。
 - (5) 醫藥或復健需求無法當場解決，衍生後續問題。

3. 執行人員的資格，可施行照顧範圍及衍生法律問題，執行居家看護效率問題：半天約僅能訪 3 戶
 - (1) 醫師能否給藥？
 - (2) 護理人員能否協助復健？
 - (3) 老人復健及醫療面臨比較多的風險—易衍生糾紛。
 - (4) 成立新的專科使問題更加複雜化。
4. 管制藥品管理問題（末期病人使用管制藥、安全維護）。
5. 執業人員輪休問題（基層僅配屬 1 名專業人員）。
6. 衛生所本身空間、設備及輔具的不足。
7. 衛生所業務繁重、人員不足，無法滿足長照人力需求。
8. 夜間照護、老人夜間狀況不佳甚至往生問題。
9. 交通接送及維護成本。

以上，建議計畫設置穩定經費挹注，不以補助為方式。

四、長期照顧管理中心

1. 現行照顧管理專員（下稱照專）與督導（下稱照管督導）職務各縣市不一，有些縣市照專需要兼做核銷工作及評估 50 歲以下身心障礙者，有些則僅做評估。未來照專與照管督導職務是否由各地方政府自行訂立或者由中央統一工作職責？
2. 目前長照十年計畫，照管督導是每 5-7 位照專聘 1 位照管督導管理，而陸續將針對資源不足或偏鄉地區新增服務據點，補足照管督導員額，是否仍以每 5-7 位照專聘 1 位照管督導？服務據點人力，照專是否列入計算？每位照管案量是否會調整？
3. 服務對象擴大至 50 歲以下身心障礙者，屆時民眾申請、申訴流程及評估工具，希望由中央統一訂定，以解決現行人籍不一、各縣市做法不同衍生民眾抱怨問題。

五、社會處施科長順濱

1. 建議中央充實縣市政府辦理長照 2.0 業務整備人力 5-7 人，及業務費用。

2. 為確保長照 2.0 順利推展，建請中央將每年第 1 季使用者服務費用以預付方式撥付服務單位專戶，俟第 1 季完成核銷之後再進入第 2 季的核撥，以解決雲林縣服務提供單位經費給付困窘。

六、立法院劉委員建國

1. 簡報第 41 頁，108 年規劃結合居家安寧、在宅醫療之部分，建議應提前辦理。
2. 這份長照 2.0 簡報，建議應該先提供給地方政府參閱。
3. 林政委提到，成立縣級之長期照顧推動委員會，這委員會組成需要有很多面向，包括：醫事團體代表、長照機構團體代表及專家學者等皆需納進來，而現行已存在的問題，透過這場合由雲林縣在地執行人員充分反映，中央與地方彼此溝通這是好的互動開始。
4. 長照十年 1.0，規劃 10 年編列 800 多億元，執行 300 多億元，現況受惠人數 17 多萬人。本人現在比較擔心，長照 2.0 第一年編列 207 億元，雖有擴大服務對象及服務項目，然 1 年內要處理 207 億元是一個很大的挑戰，到底要如何執行？另雖納入失智症，惟未見失智症者服務在 207 億元所占之比率。1 個月前審查決算時，本人特別提出這方面的問題，將失智症者納入，真正的規劃是什麼，所占經費是多少，仍然未見。
5. 長照機構對長照服務法第 22 條之爭議，中央部門已召開過 4 次公聽會，本人也召開過 1 次，大家仍有很多聲音，顯示仍需要再討論可行的方式。
6. 關於支付方式，林政委提到用長照基金處理，可簡化申請及核銷程序，或許解決一些問題，建議此部分可再具體說明。
7. 有關長照人力，今天出席說明會的有醫事人員、衛生所、住宿型機構、及照顧服務員，本人特別重視照顧服務員，在這長照 2.0 簡報中顯示照顧服務員增加不到 1 萬人，本人看到這數據有點驚恐。長照訓練 11 萬照服員，進入長照領域僅 2 萬多人，之前處理護理人力荒，第一年花費 10 億元是掉入海裡有聲音，第二年 20 億元回鍋執業比

率則有顯著增加，而長照訓練 11 萬人，實際執業人員只有 3 萬多人（依簡報所述盤點結果，照顧服務人力計有 26,214 人，倘加計醫院 12,000 人，總計為 38,214 人），明年僅期待 9,070 人進入職場，而這些人員是新訓練，或是從原已訓練完成人員回鍋，未見相關資料，本人認為需進一步討論。

8. 林政委特別交代公共托育的部分，是否鬆綁相關法規，讓老人和小孩有機會在同一空間活動，可以進一步討論。
9. 最後一點，希望地方政府（縣長、副縣長、局長、處長），針對林政委交代要成立縣級之長期照顧推動委員會及盤點長照人力、閒置空間..等工作能儘快辦理。因雲林縣老年人口是高居臺灣第 2 名，代表雲林縣是全國很重要的縮影，雲林縣真正需要長照，以及對長照 2.0 非常期待，特別需要林政委和呂次長給我們雲林縣更多的試辦計畫，若計畫做的好，可以推廣到其他縣市，這是本人代替雲林縣提出的小小要求。

七、張副縣長皇珍

1. 關於社會處科長所提預付制度，就採購法合約訂定，我們曾建議用履約保證金，合約開始就先撥付第一期款，可按月或按季撥，此撥款與期中和期末成果沒有關係，因它是覈實支付，若希望鼓勵大家來參與，簽約就預付 15-20%左右之經費。
2. 由於衛生所擔負的責任已很繁重，如土庫衛生所主任所言，因此本人有一個建議，長照 2.0 服務體系的建構（簡報第 17 頁），在 B 級複合型日間服務中心，能否讓地方更有彈性，非由衛生所，而是由診所承接，去年 12 月本人去日本參訪，看到當地有一些綜合型、複合型日間服務中心與診所合作，所以複合型日間服務中心，若 1 樓為診所，樓上可作為複合型日間服務中心，這或許可以解決我們地方的問題，結合現有的衛生醫療體系，讓這些醫師可直接服務他的客戶。
3. 有關照顧服務員，我們走訪地方時，發現 10 年前是新住民，或許現

在已經變成在地的民眾，只是他們有自己的母語，所以應該把現在的新住民，不管是從那一個國家來，皆可當作是我們最寶貴的人力資源，一併盤點進來，因為新住民將來也會高齡，也需要有懂他們母語的人提供服務，因此本人建議將新住民納入照顧服務員的人力。

4. 一開始林政務委員交代給雲林縣政府的任務，我們會儘快做資源盤點，同時配合人口政策，盤點有多少閒置空間可做為長照 2.0 規劃之用。
5. 目前的人口推估已擴及至 40 年以後（2061 年，簡報第 2 頁），且老年人口比率逐年上升，因此建議資源盤點年限需以長期 10 年甚至 20 年為宜，以因應未來人口老化的需要。

八、古坑鄉公所黃鄉長意玲

1. 長照 2.0 是一個很好的機制，請問如何實現在地老化，目前社區機構的服務據點分佈是否健全，山區沒有診所，卻有很多高齡長者住山區如：古坑，也沒有醫生願意至山區開診所，如何能發揮在地老化？
2. 長照 2.0 簡報提及交通車在社區內接送，這是很好的概念，但必須花很多錢，若有交通車接送，鄉下的診所會不會沒有辦法生存，這樣的政策本人認為有矛盾。好不容易有人願意到鄉下開診所，現在卻要將老人帶到區域型醫院，診所要如何維持，建議培育有經驗的醫師在地開診所，如此才能發揮在地老化的概念，實現在地老化的夢想。

九、中華民國紅十字會台灣省雲林縣支會（不老堂日間照顧服務中心）刑副總幹事雅萍

長照 2.0 簡報提及，要提高或改善照顧服務員、社工、居家督導員的薪資待遇，以利提升進入長照職場的誘因，本人思考為：當這些人力投入之後，是否能讓有經驗的人力持續留在長照領域服務，這是非常重要的環節，未來中央在提高或改善相關人力補助規劃，建議採用照專薪資分級或年資加給制度，適度給予補助。

十、長照協會理事長

我們是屬於社區整合型服務中心，A 大項旗艦店裡面的第三號專櫃（C 級，簡報第 17 頁），提出以下問題：

1. 長照服務法第 22 條，限制長照機構必須由法人經營，我們又不是共產國家，為何要限制自由經濟市場的發展？
2. 法人機構經營對老人照顧有何正向意義，若這些理由都不足以說服小型機構業者，能否修正長照服務法第 22 條？
3. 法人機構須為大型的機構才足以負擔成本，這與在地老化政策是背道而馳，為何還一意孤行，也常聽見官員在講，你們的聲音我聽見了，你們有聽到，但到底有沒有把聲音聽進去，本人覺得解決問題的關鍵應該在這裡，若長官們很有誠意，請再考慮我們的意見。
4. 最後一點，長照資源都挹注到社區老人，以公平正義來講，住機構的老人算什麼？次長所提到之 Daycare，集中非常多的資源，包括復健中心也投入，然而醫院的復健卻不能進入機構提供復健服務。目前我們機構所提供的服務，政府都不用付任何費用，我們幫忙政府處理許多社會問題，卻沒有受到重視。

十一、雲林長期照顧發展協會常務理事

1. 長照 2.0 規劃的很好，但能發揮功能有待商榷，交通車如何接送及分配，日照中心業者經營困難虧損連連，政策一直推社區在地老化，請問在座家中有老人會願意留在家照顧他們，還是希望找一個地方，晚上可以有人照顧？
2. 政府每個月向僱用外勞者收安定基金，1 個外勞收 2,000 元，這些經費用途及使用情形未跟業者說清楚，不要讓老百姓傻傻的交，然後還要周休二日，若我們無法經營，衛生所是不是要變成 24 小時，六日無休。
3. 由於人力不易尋找，建議放寬外勞人力配比，1 比 3 開放給醫院和機構。

十二、雲林長期照顧發展協會理事長

有關外勞人力配置 1 比 1，正確的觀念是：目前臺灣要從事把屎把尿的工作其實人不多，而照顧的基本觀念，不管是外勞還是本籍，只要心地好就可以成為稱職的照顧者，所以長照資源有一部分應該鼓勵如何訓練外籍勞工，為何外勞人力要限制 1 比 1。

十三、長期照顧機構業者

換政府法規就重新整頓，規定一直在改變，讓小型機構的長照業者不知如何做？大家以為我們賺很多，可問社會科科長，以人數比其實利潤不到 2 成。以照顧老人成本比率，49 床的規劃是剛好的，衛生署改為衛福部之前，在臺中召開公聽會，當時處長親口說：以後不會再改，事隔多久，現在又要將小型長照機構之空間一床從 10 平方公尺改作 16 平方公尺，1 間安養院已花 3,000 多萬元，依照 10 平方公尺設計，現在改 16 平方公尺，使本來可做 49 床的，現在只能做 30 床，這很不合理的，希望林政務委員幫幫忙，規定不要改到我們無法做。

十四、雲林縣語言治療師公會夏理事長春香

復健治療分為物理、職能和語言，在語言治療方面，包含進食、吞嚥、講話和溝通等部分，在長照 1.0 和 2.0 皆未提到語言治療服務，有無可能增列語言治療服務，並在 B 級的服務單位(簡報第 17 頁)，除物理和職能治療所之外，請增列語言治療所。

十五、雲林縣營養師公會林理事長旻樺

雲林縣是全臺灣第二高齡的縣市，很高興在長照 2.0 有看到膳食營養，但在人力規劃中未見營養師的推估人數(簡報第 23 頁)，因此希望瞭解營養師在長照 2.0 的人力配置規劃和所扮演的角色？目前在醫院人力招募是非常的困難，鄉下地方沒有人願意回來服務，所以有關這部分的人力規劃能更具體讓公會知道，以利公會知道如何因應。

肆、業務單位綜合回應

一、 呂政務次長寶靜

- (一)衛生所的角色，今(105)年8月3日邀請縣市政府代表至本部召開長照 2.0 溝通座談會時，當他們聽到 A-B-C 照顧模式，有代表當場表示：衛生所可做 C，也可做 B 及 A。衛生所功能改制是小英總統的政見，因此衛生所可根據當地醫療資源及民眾需求重新定位衛生所的量能。
- (二)長照 2.0 啟動之後，第一個面臨的問題，是衛生與社會福利整合，以及長期照顧、預防失能與生活支援三者之連接。而在長照與醫療銜接部分，如衛生所主任談及在宅醫療或居家安寧這部分，立法委員們也很關心，常常在立法院或公聽會質詢衛福部，大家所關注的議題，我們皆同步規劃及研議中，接軌是指日可待。另部長也已指示相關單位就長照 2.0 預防失能與健康促進之部分，著手規劃如何結合衛生所共同執行。
- (三)長照 2.0 之 ABC 照顧模式中，納入醫院、衛生所及醫事相關人力，此部分涉及醫療法和醫事人員法相關法規，而長照與醫療資源整併過程中，有些法規必須鬆綁，因此如同林政委所提，需先盤點相關法規列出清單，中央部會再進一步研議修正法案，其中亦涵蓋衛生所和在宅醫療的結合。
- (四)關於身心障礙者權益保障服務，如何與長照 2.0 接軌，目前將身心障礙者服務年齡調降至 49 歲以下，以具有失能者做為界定。然而大家很關心身心障礙者 ICF 評估之後，還需要再由照管中心評估？目前擬研議將 ICF 評估人員進行照管專員訓練，完成受訓後予以採認，此部分將再充分討論。
- (五)目前無論是身心障礙者權益保障服務或是長照 2.0 皆是以稅收制執行，身心障礙者可衡量這兩者之間選擇較適合自己的部分，接受服務。有關長照 2.0 與身心障礙者權益保障法接軌部分，我們已召開會議討論，期待使目前在身心障礙體系接受服務的朋友們，能獲得可近性的服務。

- (六)我們都知道小型老人福利機構在長期照顧服務裡都有很大的貢獻，今天臺灣的失能老人，在社區、家庭不能照顧時，相信你們發揮很多的功能，這是本人對長照業者的肯定。
- (七)長照服務法在去(104)年訂定，法條內容有些不周延或者訂子法時，需更精緻的部分，從 520 至今我們已召開 3 場公聽會，再加上機構設置，也於發生機構火災事件之後召開 4 場會議，可能我們當時澄清的問題沒有說清楚，所以讓大家非常擔心。長照 2.0 和長照服務法的修法這兩件事情，我們是同時在處理當中。
- (八)大家非常關心長照服務法，有關第 22 條長照機構以社團法人或財團法人設立，或是大家希望用自然人來經營，然自然人過世之後，繼承與經營的問題需要被考量，這是一種思考。第二種思考，風險由一群法人共同分擔，非以自然人獨立承擔。聽到大家的發言當中也許有些誤解，在去年公聽會時業者擔心現行機構不能繼續經營，然而第 62 條是有但書可讓已成立的機構繼續營運。另有很多人誤認需要拿錢出來設立社團法人或財團法人，但社團法人真正的用意是由認同這理念的人成立，將來不能經營時，由法人決定財產如何歸屬，其組織章程是由中央主管機關訂定。過去衛福部召開 3 場以上公聽會向大家澄清說明，在本部網站也有提供常見問題 Q&A，至今大家仍有諸多誤解。針對長照服務法，大家認為不理想的部分，衛福部願意繼續跟大家討論，廣納蒐集各界意見，作為相關子法擬定之參考。另補充說明在立法過程中，各界有不同的聲音，有人主張用法人經營，有人則認為以自然人來經營，各自主張者都有自己的論述，因此必要時可再召開說明會，聽取不同聲音，更多對話的機制取得共識。
- (九)本人以次長的立場，希望小型機構可以具有競爭力，這競爭力乃是在長照 2.0 尋找自己可以扮演的角色 (A 或 B 或 C)，若成立社團法人之後，能在社區內從事多元的服務，以及思考如何永續經營。也許你們目前只是從事照顧服務，未來朝多元化經營，從事機構住宿

式服務、居家服務、社區服務、及日間照顧等等，我們可以與大家更多對話的機制，從長照 2.0 中看到發展的契機，使自己的經營更具有競爭力，在這轉變的過程中，找到新的藍海策略，這是我們可以共同來勉勵，每一個人都是長照發展過程的重要資產，每一個人都可以充分發揮功能，以上我很誠懇的說明。

- (十)有關是否規範專設營養師或語言治療師，需考量供給面，理事長也提到沒有這麼多營養師，我們的規劃構想是，語言治療與鼻胃管灌食有關，能否與口腔保健一起做；另外在膳食營養部分，當 A-B-C 服務據點，有需要營養衛教和諮詢時，可以特約營養師至服務據點，辦理膳食營養的衛教或諮詢，所以人力需求的推估，會以所需要團體衛教的次數規劃，考量成本效益，不會以專設人力常駐，而是根據服務據點需要採特約方式，將資源引進社區。
- (十一)古坑鄉長擔心引進長照交通巴士，將長者外送至醫院，診所會倒閉，這與長照 2.0 規劃構想剛好相反，本計畫是希望能提升診所的量能，除提供急性醫療照顧外，在診所的樓上或與他人合作，一起提供日間照顧服務，透過交通接送將社區內資源串連整合。而長照機構亦同，提供照顧服務之外，可擴及提供其他服務，以 A-B-C 照顧模式的構想，採特約、加盟或靠行、直營等各種方式，在社區內大家共同合作，在地提供每位長輩所需要的服務。本人要特別說明：在長照 2.0 服務體系，若要建構 A 級社區整合型服務中心，必須設立一家日間照顧中心，當有這中心之後可在原地空間內或另承租其他地方從事 B 或 C 級服務，期待 A-B-C 照顧模式可以同時長出資源提供服務，並將資源留在社區內，促使每位長輩在地即能獲得所需要的服務。

二、護理及健康照護司蔡副司長闡聞

- (一)土庫衛生所主任提出衛生所的定位與功能改制，此部分涉及整個醫療及未來長期照顧體系。就長照 2.0 建構之 A-B-C 照顧模式，在整個社區長照服務提供是一個網絡的概念，希望結合基層診所、居家

護理所及相關專業團體一起加入共同提供服務，因此衛生所可根據自己的量能，選擇性提供長照服務。

- (二)有關衛生所功能，衛生所主任提及夜間照護部分，建議衛生所結合社區中有提供服務的相關單位共同分擔，此外也請吳局長啟動檢討整個衛生所面臨的困境。本人也會將此部分帶回去轉給相關司、署檢討改進。
- (三)關於精神科病人是否納入長期照顧服務對象，由於長照 2.0 擴大服務對象範圍，未來照管中心的評估必會修正，我們有在討論精神科病人之認知症狀，以及行為問題干擾日常生活功能等問題需要長照服務協助，所以此部分的個案會納入。另精神科病人所出現的問題，不單純僅有長照需要，尚有藥物控制問題，此部分會與健保署討論醫療的處理。
- (四)基本上照管中心的職務，已有訂定共通的原則，而每位照管專員所負責的個案數，明（106）年照管計畫有增編人力的經費預算，以減輕大家的負荷。
- (五)有關個案跨籍各縣市處理方法不一致的問題，可透過定期所召開照管中心聯繫會議處理。
- (六)在長照 1.0 時，由醫院的營養師走入社區，提供膳食營養諮詢，而在長照 2.0，老人營養不只有提供失能者，一般健康老人也含括在內，因此在預防保健方面，會整體提供老人膳食營養計畫；另外，語言治療在長照 2.0 有一個很重要的是吞嚥訓練，希望老人失能後能盡量不仰賴鼻胃管灌食。而吞嚥訓練涉及假牙的好壞及膳食營養是環環相扣，因此在長照 2.0 會有詳盡說明。

三、社會及家庭署簡署長慧娟

- (一)由於「長期照顧」基本上是指身心失能持續已達或預期達 6 個月以上者，採用 ADLs, IADLs 及 CDR 等量表之評估，大家所關心 49 歲以下的身心障礙者，若符合長照需要條件，可依個人所需選擇長照服務或身心障礙者權益法定之服務項目，這兩者之間的服務項目不

太一樣，但個案是有選擇的空間。

- (二)感謝行政院的支持，向院長爭取相當多的經費，期待讓長照資源佈建更充實，如同林政務委員之前所提，先請地方幫忙做資源及人力盤點，是希望真正將經費用在需要的地方。
- (三)有關充實長照人力及相關經費，本署編列經費時考量地方行政人力及第一線人員之辛勞，皆已涵蓋在內。
- (四)外勞配置 1 比 1 之問題，涉及整體外勞政策需全盤考量。至於外勞有無可能在境外或境內進行訓練，在長照服務法中，已明定外勞需做補充性訓練；而有關第 22 條的修正，此部分立委也有提案版本，衛福部正在討論和溝通中，因第 22 條和第 62 條有連動關係，我們需要做一個通盤性檢討。
- (五)有關照顧服務員分級補助，目前研議中，各位有任何意見歡迎提供我們作為規劃之參考。
- (六)對於長照機構的設立標準，目前廣為討論中，就現有已存在的機構，為維護業者繼續經營權益，規劃以不溯及既往原則進行，只有未來新設立或擴充的部分，才依照新標準規範，目前這些尚未定案，仍持續廣納蒐集大家的意見，做為後續規劃之參考。

伍、 結論

一、 張副縣長皇珍

- (一)雲林縣政府將儘速成立長照推動委員會，通盤彙整各方的意見，必要時召開內部會議，聽取基層的聲音，包括醫療團體、社福機構等。因此大家針對今天的議題有任何意見，請向本府提出，我們會再進行意見整合提供給中央主管機關參考。
- (二)有關長照 2.0 增編人力部分，雲林縣政府會進行可能人力盤點，綜合意見之後，向衛福部報告，最後再次謝謝各位長官親自到雲林縣說明未來的長照計畫，也希望我們的意見能被採納，促使將來長照 2.0 更具體的實施。

二、 行政院林政務委員萬億

感謝雲林縣政府團隊對說明會的協助，也感謝雲林鄉親對長照 2.0 的關心，對於今天說明會中蒐集到的意見，我們將會陸續著手進行處理，透過計畫滾動式的修正，對臺灣未來長照發展有幫助的建議皆會納入，倘若沒有被採納的意見，也會跟各位說明原因，包括大家所關心的長照服務法機構法人化之議題，因各界有不同的主張，我們會來協調希望可以凝聚共識。我們堅持承諾，讓臺灣老人有完善的照顧且活得有尊嚴。

陸、 散會（下午 5 時 3 分）。