

長照十年計畫 2.0 說明會紀錄（臺北市）

時間：105 年 8 月 17 日（星期三）下午 2 時 30 分

地點：臺北市立聯合醫院和平院區 A 棟 10 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. 請臺北市政府增設或強化原有長期照顧推動小組或委員會，成為地方與中央長期照顧推動小組對話之平台。我們會設計中央與地方的對話機制，其部會和原來各局處之間業務的關係必然存在，期待廣納蒐集不同的意見，使未來跨部會之問題可一併處理解決，利於長照 2.0 明（106）年 1 月正式實施能順利推動。
2. 因應長照 2.0 擴大服務對象人口群，請臺北市政府儘快評估長期照顧需求人口及盤點現有服務資源、可供活化利用的場地設施等。無論從教會、廟宇、農會、社區活動據點或學校等閒置空間，需要活化、改建、維修等，這當中是否有涉及土地使用、原有法規限制服務發展或造成服務障礙，以至於產生服務提供者對長照的懷疑或不願意加入，屬於地方自治則由臺北市自行先修正，若涉及中央法規限制活動空間或地方發展，請提報中央盡快修訂相關規定，讓中央到地方公部門建立良好合作關係，公部門和民間團體建立夥伴關係，以落實推動長照 2.0。
3. 未來所擴大服務對象，特別留意身心障礙者，其年齡從 0 歲至 N 歲可能需要各面向服務，而在長照部分僅含括因失能所需生活照顧服

務，需排除特殊教育及職業復健等服務。未來中央主管機關會與身心障礙者團體進行協商更精緻分工。

4. 現有的服務資源臺北市最豐沛，未來擴大服務範圍和項目之後，所需服務資源尚可能不足，爰請盤點從個案所需家庭支持服務到機構式照顧，整個可運用的服務資源，清點資源之供需落差情形，以利於中央掌握未來需要挹注在臺北市的經費，並請臺北市以「市」為單位儘快擬訂短、中、長程的長照 2.0，提出需求，搭配中央所編列的預算，使中央和地方推動速度同軌同步，或許臺北市更可以領導全國各地，無論在服務量或質方面皆能成為模範。
5. 關於人力培育，過去長照 1.0 不管是居家服務員或其他相關照顧人力的需求不足，以致於大量依賴外籍看護工，因此，請臺北市政府整合在地資源，規劃在地可運用服務人力、勞動條件和留任配套措施，使長照有關人力能快速接受訓練提供服務。
6. 由於個案多元的需要，單倚靠政府無法支撐這龐大需求，希望臺北市政府尋求有潛力的民間團體、機構或社團加入，成為臺北市長照 2.0 重要的團隊，使這些原本提供特定對象之服務業者，可以擴大、轉型或升級，並能建立公部門與民間團體之夥伴關係。
7. 過去以 1 萬元補助社區關懷據點，的確造成多人困擾，這部分我們會檢討。
8. 長照 2.0 最早推估 300-320 億元，後來發現有太多需要盤整和修正，因此把需求降至 207 億元，在經滾動式檢視修正目前編列約 170 億元，今（105）年 9 月將要修遺贈稅法，擬從 10%調升至 15-20%，加上明（106）年度的預算，已超過我們需求量的經費，所以錢不是問題，關鍵在於人力問題，需要多少人力、人員素質、工作條件，以及人員與制度的銜接轉換等是迫切需要處理。

二、衛生局黃局長世傑

1. 臺北市政府原設長照委員會，所對應中央的窗口及未來對話的機制為何？
2. 現行機構包括醫政、衛政、社政，如何與長照 2.0 之 A-B-C 模式串聯及轉換？按目前估計 A-B-C 不足部分，將來地方政府如何設置，資源從那裡來，以及我們如何輔導業者、找地蓋房子，建置社區型或住宿型，身為地方政府主管機關，很積極要做這件事，但希望能清楚瞭解中央的政策，以利於地方政府（衛生局、社會局）知道該如何配合？
3. 臺北市有很豐沛醫療、社福資源，包括有聯合醫院及健康服務中心等，市長期許我們好好做，原本已設長照委員會，因應長照服務法重新修訂組織，大家都期待將良好的政策往前推，需要中央更具體說明長照 2.0 政策及執行方式，讓地方政府有明確的方向去落實執行。

三、社會局許局長立民

1. 林政委所交代的事情，包括：資源的盤點、土地取得，還有需求評估，是提供服務所需的基本功，臺北市政府去（104）年 12 月開始著手已對失能者和身心障礙者進行。
2. 場地取得是重點，尤其臺北市寸土寸金，從過去一區日照未來在 4 年內進展到 31 家日照，本局定期進行場域盤點，在臺北市有些是中央的國有地，特別是國防部的一些空間，這部分我們處理非常不易，需有中央人力協助，以利日照家數增長有空間可使用。
3. 長照 2.0 從柑仔店到旗艦店的 A-B-C 照顧模式，由預防保健到失能照顧是一連串的服務，過去臺北市從據點的設立，升級版據點到長照中心的設立，還有今（105）年 9 月起整合型石頭湯計畫，某種程度也朝著中央 ABC 政策來呼應，我們需要更多與中央一起合作，基本上從設立窗口，目前臺北市政府在長照委員會下有兩群固定工作

會議，這部分可作為地方政府與中央承接對話窗口。至於長照 2.0 政策如何更細緻讓大眾理解，以及如何向中央申請經費和未來管理制度？

4. 整個長照就是人力和財源，無論是照顧者、居家服務員、機構人員，我們不希望變成一個血汗的照顧市場，期待能讓台灣的長照變成產業。因此，中央在經費挹注能夠重新考量，有助於整個產業的健全發展。
5. 解決外籍看護工之問題，對長照變成本土化產業的過程是很重要的議題，從過去 80 歲以上輕度失能就能申請居家看護工，至今外籍看護工無論是機構或外展部分，皆需要相關配套措施，避免衝擊我國本土化長照產業往上升級及長照人員培育養成。
6. 臺北市政府很積極在推動長照，也相當願意與中央配合，A-B-C 大家尚有諸多疑問，新制度的上路，相當程度需要釐清，然談再多不如先做做看。謝謝中央看重臺北市的優勢，今（105）年 10 月試辦計畫，整個辦理過程，無論是民間單位來申請或是地方政府向中央申請，中央需先釐清 A-B-C 的操作定義，利於落實推動及達到試辦的效果。

四、立法委員柯志恩國會辦公室劉國會助理紹萱

1. 長照 2.0 計畫為何著重居家服務，106 年預算編列 207 億中，將近 100 億預算要投入居家服務，長照服務多元化是需要的，舉幾個例子：
 - (1) 機構住民常發生跌倒或骨質疏鬆所造成骨折等原因需住進機構。
 - (2) 中、後期失智症者，在居家照顧易造成困擾。
 - (3) 老人常常發生嗆咳問題需緊急送醫。
2. 現有的長照服務所遇到的困境如何解決？以小型機構法人化之問題，

在立法院陳情多次討論，現在尚未得到解套，此外，預計今（105）年底要送立法院審查的長照服務機構設立許可及管理辦法草案，如：樓地板面積的擴展，歷經樂活老人安養院失火後，許多委員提出樓層面積要往下降，以比照幼稚園的方式，這些問題也還未得到解答，請問衛福部要如何解決改善？

3. 為何不優先改善無障礙設施設備？

五、臺北市立聯合醫院安寧發展中心、長照規劃發展中心孫主任文榮

1. 長照 2.0 似乎仍以機構設置為基礎，而非以民眾和家屬為中心之規劃。舉例：呂次長的爸爸要到新竹弟弟那邊住 2 個月，可在臺北市提出申請，到臺灣任何地方使用服務？或僅限在申請地使用，這是目前跨縣市需長期照顧者無法接受服務的問題。若以個人或家屬考量，不應限申請與使用服務地點為同一縣市，讓民眾獲得具有彈性的照顧服務。
2. C 級柑子店以 3 個里為一個據點，建議規劃的思考上，以個案或照顧家屬的角度全面衡量，不以固定一個據點為限，民眾可依需要彈性調整接受服務的據點，讓服務提供更具便利性。

六、臺北市立聯合醫院安寧發展中心及長期規劃發展中心團隊成員

1. 到宅沐浴車，長照 2.0 可提供的車輛數？居家安寧照護個案需求性高，若不足處可否由 A-B-C 單位自備沐浴設備再與中央申請核銷？
2. 輔具租借的規劃為何？現行有輔具中心不夠便民，長者需要病床（大體積的輔具），其物流方法是否有考量？建議從家屬或長者角度設計制度，如：整合跨縣市服務。
3. A-B-C 申請單位與中央申請補助，中央是否能提供有關失能或失智長者的名單或基本資料？
4. A-B-C 中皆有衛生所，就三段五級的概念，未來衛生所的角色及定位為何？

5. 長照 Level III 訓練是否會安排實務實習課程？

七、臺灣大學公共衛生學系陳副教授雅美

1. 長照應以生活照顧為主，醫療為輔。長照是不同體系來整合，但是歐美都努力避免醫療化，長照 2.0 似乎以醫療為主，生活為輔：

(1) 跨體系整合從旗艦店到柑子店的 ABC 級概念，尤其 A 和 B 級以醫療單位為主要設置點，未來如何避免醫療化的問題？

(2) 跨體系整合最大挑戰是協調 (coordination)，民眾如何在 ABC 級長期照顧體系當中使用服務？

(3) 長照 2.0 服務體系 ABC 網狀藍圖 (簡報 P.33)，若從民眾使用者的角度來看，民眾如何使用這體系中的服務，舉例以現行醫療體系要做疾病診斷患者會到醫學中心，未來民眾是先至旗艦店或先從柑仔店進入，建議以使用者的角度規劃藍圖。

2. 美國老人全包式照護計畫 (PACE) 成功是重症論人計酬！包裹式服務的構想很好，但如何幫助老人預防失能或功能回復的機制？若老人功能回復，其包裹式服務的總額給付會降低？是否有此規劃設計？

3. 長照 2.0 對產業發展的態度為何？居家護理和居家復健的定位？

4. 小規模多機能服務，長者已到日間照顧中心，在安全的環境沐浴優於在家，因此不要將居家服務設定居家沐浴。另建議 C 級能橫向串連。

5. 社區或居家服務應提供 24 小時服務，優於現行外籍看護工及機構住宿式服務，否則民眾仍會以好用之機構住宿式服務或聘請外籍看護工為選項。

八、臺北市私立祇福老人養護所黃主任潮琴

1. 財團法人在長照 2.0 計畫中所占比例多，而小型機構相對較少，欠缺公平性？

2. 長照服務法實施後，小型機構的存活性？
3. 白天日照中心，晚上外勞照顧，家屬需負擔多少費用？能否負擔的起？

九、佑安老人養護所/臺北護理健康大學長期照護系（所）郭先生健彬

1. C 級巷弄長照站是以村里設置，但是村里的界定較為模糊，建議借鏡日本以學區劃分。
2. 小規模多機能服務，目前只能以日間照顧中心轉型，未來小型機構能否轉型？
3. 建議整合社政及衛政評鑑制度，如：社會局之小型機構評鑑；衛生局之感染控制及小規模多機能服務評鑑。

十、旺福居家護理所黃主任雅萍

1. 長照需要評估工具應全國標準且一致化，當民眾提出服務申請，在事前評估部分，不應由 1 位照管專員決定，需經過委員會討論認定且每半年評估 1 次。此外，曾在一次會議中，中央單位表示會發展一套資訊化評估工具，至今遲遲未見。日本介護保險評估有 74 題，透過系統篩選之後，就資源分配經過委員會認定需要評估結果，我國並無這道程序，此部分是政府應要做的事情。
2. 評鑑委員應具備實務經驗，經過統一標準訓練，並實際到各種機構見習或實習，瞭解機構的需要和困難，才能輔導機構。現行評鑑制度需要檢討，如現行四合一評鑑，將醫療單位、居家服務與家庭托顧和日間照顧服務綁在一起評鑑，真不知要如何進行？另建議採分級評鑑（如：醫學中心、財團法人、私人）。
3. 長照服務法條文內容，應加入每 5 年定期檢討法案效益及修正法案。在日本長照法中，明定每 5 年重新評估檢討，非用很多子法進行改變。另中央應負責教育民眾，非將照顧責任由政府相承擔，應從小教育建立自助、他助、公助、共助的概念。

4. A-B-C 照護模式功能角色功能不清楚，如何鼓勵民間單位投入？
5. 居家護理所，為何歸在 C 級？以本所為例，今（105）年 3 月健保署請我們申請安寧居家療護，然至今沒辦法申請乃因我們無後送醫院可簽約。長照 2.0 之 ABC 級是否也會有同樣問題，假如醫院附設居家護理所，它是歸屬 ABC 那一級，是否有圖利之疑慮？
6. 居家護理所放在 C 級，請簡化未來給付申請。

十一、物理治療師公會林督導佑青

1. 多數縣市由公會承接居家、社區、偏鄉巡迴復健，公會未來定位是否仍如此？
2. B 級單位（物理治療所）未來如何承攬計畫？由 A 級單位指派（利益回避問題）？自行以計畫書申請？
3. 民眾如何使用 B 級服務據點？是否可由 B 級服務單位自行評估送件？

十二、公共衛生促進協會唐理事長菁華

1. 長照 2.0 之 ABC 級各不同單位試辦計畫的申請，是依不同層級分別單位或統一？ABC 級照顧模式所需具備軟、硬體，各種補助費用及人力支援，如何申請取得？
2. 中央公部門的責任與角色宜更明確，提出計畫所需主要的提綱契領，非係由各縣市政府因地制宜依特色規劃。
3. 去（104）年健保署開始執行居家整合照顧計畫至今，在整合居家護理所及安寧機構與醫療機構一起合作，就面臨無醫院願意協助的困境。誠如前面發言者提及對財團的恐懼，倘若 A 級是由綜合醫院承攬，以醫療機構的資源足能統合 ABC 級，然令人擔憂的是「care」變成「cure」全部回到醫療機構。
4. 照顧服務評估，必須有公權力的介入及主導。舉例：A 級服務單位評估個案長照需要，分配到那一級接受服務，應由政府單位如衛生所

人員的角色主導。

5. 考量老人居住範圍和移動性，應以個案為中心點最方便的距離獲得資源，而非以行政或學區為單位，此部分需彈性且讓使用者知道居住方圓內的資源。
6. 目前所有居家、社區、偏鄉服務之業務，在各縣市大都由公會承攬，未來長照 2.0 開始實施之後，公會的定位如何？是否類似以 A 級的單位繼續做分派。
7. 有關衛福部醫事司負責之出院準備服務，目前執行上遭遇很多醫院不願意配合我們去做出院準備照顧服務之訪談，然衛福部既然要做，必須公權力介入才能落實執行。

十三、中正區南門里郭里長有賢

1. 有些家庭無法負擔龐大經費去日間托老或日間照顧中心，若中央或地方政府在經費許可下，請給里辦公處補助足夠經費，設置活動場所或里民活動中心，使能照顧社區內老人。
2. 社區老人照顧關懷據點，申請補助經費太嚴苛，造成很多里長不願意申請據點，若放寬標準相信多數所有里長願意幫忙處理老人日托照顧。

十四、社會局老人福利科余股長姍瑾

1. 請問衰弱 (frailty) 的定義？
2. 長照 2.0 擴大服務對象，納入衰弱老人和 50 歲以下之身心障礙者，以及失智症者，長照需要評估端放在照管中心，請問：身心障礙者之 ICF 評估如何與長照需要評估合流，以及失智症者評估流程和服務單位，在立案時如何整併？以利地方政府進行資源盤點時，作為供需面衡量之參考依據。
3. 明 (106) 年長照服務法將要實施，民間很多單位很關心提案和設立的問題，若想做 A 級需設立日照或綜合式機構，目前的子法未見，

請問：目前長照 2.0 和規劃實施長照服務法之間的搭配和子法進度？

4. 長照 2.0 設立交通巡迴車之必要性及功能營運模式？因社政單位非交通事業單位，另請問未見 A 級社區整合型服務中心之服務區域？
5. 臺北市政府在長照服務提供面臨很大危機是外勞問題，有關勞動部開放外勞與長照 2.0 政策有衝突，未來中央跨部會如何因應，以利長照 2.0 能順暢推動。
6. 有關長照人力補助，中央應將人力條件納入考量，現行小規模多機能服務，本單位雖獲得補助 2 名人力，然至今 1 年半尚未聘到人，導致影響計畫執行。
7. 在長照 2.0 提供交通車社區巡迴接送與目前的交通接送有不同？如何串聯 ABC 之間的網絡？交通規劃是一種專業，A 級日照中心之長照服務人員所具備的訓練和資源足夠與否，再者 A 級必須提供日間照顧、營養餐食及社區巡迴接送等 3 項服務，需請中央再考量可行性。

十五、三軍總醫院附設居家護理所張主任雅玲

1. 以 A 級型態的整合型服務理念很好，但醫院高層決策者，對長照概念及執行不清楚，建請在相關會議說明具體執行方式。
2. 目前醫院仍以急性醫療為主，在出院準備服務人力有限，醫院主治醫師及醫療團隊成員不清楚執行方式，今（105）年 4 月 1 日衛福部開始執行之出院準備服務面臨不知如何執行之困境，出院準備服務未來如何整合及銜接長照資源，希望中央可提出明確的執行方式，利於提出計畫書申請。
3. 希望以出院準備服務（Discharge Planning, 簡稱 DP）為轉銜中心，如何與社區醫療群、醫院分工合作，另健保診斷關聯群（DRGs）如何給付？團隊其他醫事人員（如聽力、語言治療師）健保給付未完全？

4. 現行資訊系統建置未整合，復康巴士服務尚且不足，未見將來如何改善及處理方式？

十六、社會局張副局長美美

1. 長照 2.0 服務體系之 ABC 級照顧模式理念甚好，落實在地老化，但對於 C 級巷弄長照站要永續經營應成為固定的站，不因里長或發展協會理事長換人而變換地點，且應增加 C 級單位資源配置，非只補助照顧服務員 1 人。目前臺北市提供專責人力、照顧服務員及場地租金，由於公部門場地有限，場地和租金在政策上需被考量。
2. ABC 級若涉不同單位承接，彼此之間的關係，除仰賴資源網絡，應考量角色間的指揮系統，如：實際執行層面指揮權在 A 級，如何讓 B、C 級聽取 A 級單位指派？

十七、衛生局醫護管理處何處長叔安

1. 照管中心為長照 2.0 的樞紐，未來所增加的照管人力，如何提升人員素質，以及中央有無規劃證照化或培訓的機制？
2. 長照 2.0 實施策略提到，獎勵地方政府將照管中心納入組織編制，其獎勵措施的具體構想為何？
3. ABC 服務的據點，中央有無設定目標數，預定幾年內達到這目標數？若無法達到時，未來如何補足或有其他因應規劃？

十八、居家護理所業者

1. 現行在宅醫療計畫，本所已獲得健保局同意執行，惟規定醫師必須帶筆電、3G 網卡、讀卡機至案家服務，執行上有困難，至今我們無法提供服務，感謝中央安排這機會讓基層單位可以發聲，請中央幫忙解決在宅醫療所遭遇之問題，畢竟尚有很多病患在等待服務。
2. 衰弱 (Frailty) 議題，目前和李世代醫師在宜蘭推行已有 2 年，採用日本 25 題評估量表，具有 7 大面向：運動、營養、口牙、失智、憂

鬱等，未來桃園市也要推行，呂次長提到目前規劃衰弱症評估有 3 題，不知道未來如何做？有關日本失能預測篩檢評估量表，李世代醫師已取得授權，目前在臺灣已有預防照顧介入措施之實務經驗可提供參考。

3. 應提升照管專員的素質，如基本職業倫理和身體評估概念，主因過去發生本所居家護理師與照管專員一起至案家評估，照管專員站在案家門口直接問居家護理師個案有無褥瘡，未實際執行身體評估。

十九、社會局身心障礙福利科廖科長秋芬

1. 49 歲以下身心障礙者由 ICF 評估，惟 ICF 須於 108 年以前完成永久效期身心障礙者手冊全面換證作業，請中央主管機關補足人力，以執行長照 2.0 計畫。
2. 接上述，該類對象窗口仍為照管中心，身心障礙服務與長照資源如何銜接與連結？
3. 長照 2.0 要求增置輔具中心，而在身心障礙者及長照失能者這之間的輔具資源如何整合？輔具租賃是否有明確補助標準，鼓勵或開放民間及社會企業辦理？

二十、臺北市私立嘉恩老人長期照顧中心（養護組）沈主任秘書威君

1. 長照 2.0 社區整體照顧模式的運作（簡報 P.34），是以“居家”為核心，在此模型中未見弱勢族群、無家可歸對象該有的位置，核心價值觀似乎有失偏頗。本機構收容的長者，有三分之一是社會局轉介的無家可歸者，本人是中產階級家庭出身，看這模型甚好，也不希望離開家，惟無家可歸的弱勢族群何去何從？
2. 住宿式機構本身即是長照社區化的支點，應妥善活用非偏重居家服務。基本上機構所服務的對象，大都是住在這社區中的長者，家屬可就近探望，然從養護機構業者角度，確是長照 2.0 社區整體照顧模型，而未見養護機構應有的角色位置。

3. 照顧服務員人力不足，實因高工時、高勞力負荷、高壓力、低尊嚴、低前景，令年輕人卻步。
4. 長照 2.0 要提高人力配比，提升照顧服務員薪資，又希望評價的居家服務，魚與熊掌不可兼得。家屬所能負擔能力越來越有限，政府應考量家庭的負荷能力。

二十一、台灣長期照顧關懷協會、仁群老人養護所張理事雯娟

希望安寧緩和照顧服務，除居家及醫療院所之外，為避免使已簽具「拒絕心肺復甦術 (DNR)」之長輩及接受無效醫療患者，在臨終前往返機構及醫療院所，舟車勞頓，甚至在送醫途中死亡。應儘快完成接受機構住宿式服務者，也能接受安寧照顧團隊照顧。

二十二、未具名

1. 中央提供行政人力之條件應再考量，實務上依現行中央所列人力條件，無法聘到人力。
2. A 級單位必備交通巡迴車接送服務，在專業及人力上是目前服務單位皆難以達成，因此服務內容請中央再考量。

二十三、臺北市政府衛生局

1. 關於長照 2.0 之 A、B、C 級服務據點：
 - (1) 現有之醫療、衛生、社福機構如何轉換為長照 2.0 之 ABC 級服務據點？如何取得場地、經費、人力？服務對象從何而來？
 - (2) 衛福部規劃於幾年內，各縣市之 ABC 級服務據點須達到預訂之目標數？屆時不足部分，將如何因應？
 - (3) 在各縣市政府，衛福部認為宜由衛政或社政部門推動，較為適當？
 - (4) 簡報第 32 頁，A 級社區整合型服務中心-長照旗艦店提供「套裝式」服務，讓橫向資源得以整合與多元服務對象之需求可被滿足，

雖然簡報第 33 頁提及醫院可申請，但為何規定必須「現有」提供日間照顧、營養餐食及社區巡迴接送等 3 項服務？

- (5) 本案重點在整合，若醫院有能力連結到這些資源，為何一定要限制有提供日間照顧才能申請？依本市情況，只有臺北市立聯合醫院的仁愛、陽明醫院 2 家有附設日間照顧，若僅連結此 2 家擴及全市太少，請問：其他院區若要參與長照 2.0，能否結合附近日間照顧中心即可？

2. 關於長照人力之規劃

- (1) 長期照顧服務中心（照管中心）之照管專員與督導，未來是否採用證照化方式，加強人員素質與服務品質。
- (2) 照管中心之照管專員與督導，異動頻繁，衛福部有何留任機制？
- (3) 中央如何獎勵地方縣市將照管中心納入組織編制？
- (4) 如何提昇年輕人從事照顧服務員之工作意願？
- (5) 如何降低長照使用者對外籍看護工的依賴。

3. 衛生所轉型

- (1) 衛生所（臺北市各區健康服務中心）若轉型為長照服務據點，其原承擔之公共衛生任務，衛福部有何規劃？
- (2) 衛福部是否提供額外之專業人力。

二十四、臺灣大學職能治療學系毛助理教授慧芬

1. 建請實施及強化長照個案之生活功能重建：為發揮個案潛能，減少照護資源之過度介入。職能治療專業需要於關鍵時刻（如新申請或調整居家服務，或新成為長照個案者，或近期有事件或功能快速改變時）提供職能評估，銜接以生活功能重建為主之專業訓練（非醫療模式），強調短期介入，且須結合居家服務，將治療師建議融入日常照護中，才能落實每日復健理念。
2. 建請在衰弱老人預防介入，不應只提供運動與營養，而是應建立其

健康生活型態，其包含從事社區或社會活動參與、心理壓力調適、休閒娛樂安排、避免健康危害行為等多元面向，缺一不可，才能長遠建立長輩自主管理其健康行為與習慣，遠離失能與失智。職能治療專業對於衰弱老人之「生活型態再造」方案以團體介入，已有多國研究支持成效與成本效益，期許能加入預防策略中，甚為重要。

3. 職能治療(OT)/物理治療(PT)在長照之法規限制（執登等）問題若不開放，限於醫療機構執登，將限制職能治療/物理治療專業人員積極投入社區，應該放於長照各層級機構執登管理。另需放寬解釋需「診斷、照會或醫囑」，長照個案以功能為主，醫療非核心問題，具有診斷即可展開生活功能訓練，若真有醫療問題，可轉介在宅醫療服務，才能有效率提供服務。
4. 從實驗社區計畫至長照十年計畫，居家職能治療/物理治療服務一次 1000 元，交通費 200 元，服務五十分鐘以上，交通往返，加上紀錄撰寫，十五年從未調整，不敷成本，實在無法激勵從業人員投入，建請比照居家護理（其無服務時間限制），至少調整至 1300 元/次。
5. 住宿型機構設置或評鑑標準均是需聘請「視業務需要聘請復健從業人員」，也少有財源支持，因此無法掌控職能治療專業有機會投入，協助提升其照護品質。建請加入配套支持，機構中規劃職能治療投入生活型態再造，也有其必要性。

二十五、社團法人臺北市職能治療師公會

1. 應重視“生活功能重建”（reablement），強調短期介入，結合居家服務將治療師評估後之建議計畫，融入日常照護中，才能落實生活就是復健理念。
2. 重視衰弱老人職能治療生活型態介入（lifestyle redesign）。
3. 居家職能治療所的設置：建請比照居家護理所，設置居家職能治療所，有別於職能治療所的設置標準，將可降低門檻，鼓勵治療師在 C

級層級執行服務，真正落實在地社區化，可近性與便利性的服務，提供不方便或有需要實際到府的居家專業服務。

4. 職能治療在長照之法規限制與給付不合理，建請將公會納入參與監督機制，開放更多機會同時，也須監督專業品質，建議政府可以考慮跟公會合作，派員參與督考或輔導，提升專業品質。

肆、業務單位綜合回應

一、護理及健康照護司游司長麗惠

- (一)大家所關心的評鑑制度，係為目前新政府重大改革政策，將成立評鑑改革小組，先從醫療、社福機構、教育評鑑制度開始改革，簡化評鑑制。本部已規劃未來僅針對有關病人安全和服務品質才列為評鑑項目，初估簡化後評鑑項目至少可減少 50%。
- (二)有關物理治療統由公會承接，此部分過去是由縣市政府委託，在臺北市是由公會，其他縣市有些是由物理治療所、學會、醫院、診所等都有可能，非限定在公會。
- (三)有關照管服務與出院準備服務的連結，此部份未來會更密集連結。而照管專員人力不足問題，在長照 2.0 已有考量並大幅度增編人力預算，預估將增加上百位人力。至於薪資結構，目前照管專員只有 3 級，未來規劃增至 7 級。另進用等級目前皆以第 1 級大學薪資開始聘用，未來面試者若有符合應徵職務之相關工作年資可被任用，將可從第 2 級開始敘薪。
- (四)目前實際工作者眾多是碩士畢業，進入職場做大學的工作，我們正研議對照管專員開放碩士級員額編制，未來可以從事研發相關工作。另考量照管專員工作負荷量大，除執行個案評估服務外，尚有諸多行政事務，將規劃未來照管中心增設行政人員編制。
- (五)與會者提到照管專員素質問題，會再重新檢視設計照管人員的訓練。

(六)對於衰弱老人的評估工具，目前我們已經收集國內、外文獻，正在做最後研議。

二、社會及家庭署簡署長慧娟

(一)有關長照 2.0 試辦計畫，即將在今（105）年 10 月開始推動，目前正在研擬計畫書範本，未來提供申請單位參考。另未來也會成立輔導團隊，於同年 10-12 月期間進行密集輔導及教育訓練，並依據試辦結果編輯正式營運手冊，以利於 106 年全面推動。

(二)同年 9 月中央將提供試辦計畫簡易版營運手冊、北中南東四區說明會，將說明申請流程如何請各縣市送案申請、審查、核定、撥款等。未來需請地方政府相關單位（社政、衛政和照管中心）做聯繫、橫向協調、確認的窗口，詢問轄內服務提供單位辦理意願，而服務單位可於 9 月將撰寫的計畫書送地方政府彙整計畫書陳報中央，進行審查。

(三)需要請地方政府幫忙，盤點臺北市的長照需求人口和社區照顧資源，提報轄內已具有發展成為 ABC 級服務據點之潛力單位。這些單位可自行先評估承接的量能，盤點自己可接觸到社區資源清單，先行做事前準備工作，包括：如何與社區結盟及具體策略。

(四)考量這過程中有眾多行政工作，106 年長照 2.0 已編列人事經費，將會補助地方相關行政人力。未來評估服務範圍擴大，將增補 ICF 評估人力。

(五)關於交通接送和輔具服務，未來較有可能產業化，目前正在與專家們討論，可具體操作的方式。

三、呂政務次長寶靜

(一)現行給付標準不合理的部分，未來會提高計價，如：交通接送服務、照顧服務員鐘點費；各縣市政府需尋找當地最有潛力的單位，加入長照 2.0 試辦計畫。未參與試辦計畫之服務單位，則以原來的方

繼續推動。

- (二)凡申請 ABC 級服務者，需經由照管中心評估，未來評估量表會再增加三個部分，包括：衰弱老人的測量，擬以 3 個題目篩出沒有失能但有衰弱的老人或輕度失能，未來將提供預防保健、輔具及無障礙環境改善。目前已請職能治療師公會及物理治療師公會設計預防失能的服務。針對輕度失智症者的測量，採用臨床失智評估量表(CDR)或簡易失智狀態問卷調查表(SPMSQ)，其進入這服務體系的窗口尚與失智症專家群討論中。
- (三)身心障礙者現有 ICF 評估，將研議由 ICF 評估人員透過照管評估訓練，融入在 ICF 評估中執行，將結果作為照顧管理需要評估及核定等級的標準，公部門由照管中心當守門人，針對擴大服務對象之評估，擬安排相關訓練以提升照管專員對輕度失智和衰弱者服務需要的敏感度。
- (四)在此澄清 A 級單位非全由醫院承攬，初步規劃服務單位必須至少自行提供日間照顧、營養餐食（共餐與送餐）以及社區巡迴接送等 3 項服務，則有機會發展成為 A 級。而 A 級單位主要任務包括：社區結盟、整合服務輸送、人力資源管理、資訊管理及行政業務管理，且必須對 B 和 C 級單位進行資源開發。以保母制度為例，C 級單位在社區中獨當保母尚有不足，需透過 A 級單位提供後送資源、督導支持訓練及教育訓練等。
- (五)跨域結盟或特約方式整合現行服務單位，以加盟店或直營店增長 B 和 C 級單位。為避免 ABC 級單位全為直營店，無法發揮串聯整合的功能，擬設限制條件。
- (六)有關社區整體照顧模式的運作，大家聽起來以為從服務提供者角度出發，其實是以個別老人來思考。照管中心核定內容，為個案長照需要等級和服務項目，至於長者在這服務體系如何受到照顧之細部

計畫，係需經由 A 級單位進行更細緻評估，因此，A 級單位者必須具有長照經營的經驗。關於大家擔心一條鞭之後被財團吞沒之隱憂，本部會更嚴謹設定機制小心防範，希望和大家共同合作一起讓長照制度設計更完整，更貼近人民的需要。

伍、 結論

行政院林政務委員萬億

透過連續幾場說明會，我們聽到非常多意見，包括：在政策方面，應該做補強或調整；在執行層面，各位所擔憂或回饋提供寶貴經驗，中央會盤整這眾多意見，更新整理簡報資料進行後續場次的報告，減少不必要的基本問題。另外，大家所關心的長照服務法，有爭議的條文中央會通盤處理。必須跟大家說明，當時長照服務法不是架構在長照 2.0 的基礎上，因此銜接上必然需要調整，請大家盡量以未來可以做得更好之角度來思考，中央與地方一起努力，以因應未來人口老化的需要，也讓長照在臺灣深根發芽。

陸、 散會（下午 5 時 3 分）。