

長期照顧十年計畫 3.0
(115~124 年)
(核定本)

衛生福利部
民國 114 年 12 月

長期照顧十年計畫 3.0

目錄

第一章 緣起.....	1
第一節 長期照顧制度發展脈絡	1
第二節 我國人口結構快速老化	3
第二章 我國長照十年計畫 2.0 之執行與檢討	6
第一節 長期照顧十年計畫 2.0 執行成果	6
第二節 長期照顧十年計畫 2.0 的問題與挑戰	23
第三章 計畫目標	29
第一節 目標說明.....	29
第二節 計畫目標.....	29
第三節 長期照顧需要人口數推估	29
第四章 執行策略及方法	51
第一節 主要工作項目.....	51
第二節 跨域整合精進策略	63
一、 營造共生社區，促進健康老化	63
二、 醫療照顧整合，推動責任醫療	68
三、 積極長照復能，完善出院準備	75
四、 提升機構量能，優化住宿品質	77
五、 強化家庭支持，擴大住院照護	81
六、 導入智慧照顧，善用科技輔具	86
七、 落實安寧善終，預立醫療決定	90
八、 發展人力專業，精進多元培訓	92
第五章 失智症防治照護政策綱領 3.0	98
第一節 現況.....	98
第二節 問題與挑戰.....	100

第三節 未來規劃.....	106
第六章 原住民族長期照顧	114
第一節 現況.....	114
第二節 問題與挑戰.....	120
第三節 未來規劃.....	122
第七章 身心障礙者長期照顧	127
第一節 現況.....	127
第二節 問題與挑戰.....	132
第三節 未來規劃.....	133
第八章 期程與資源需求	136
第一節 計畫期程.....	136
第二節 經費來源.....	136
第三節 經費需求.....	136
第九章 預期效果及影響	144
第一節 量化指標.....	144
第二節 質化指標.....	148
第十章 財務計畫	152
第一節 長照基金設立依據與來源	152
第二節 財務制度.....	153
第三節 其他說明.....	156
附則	157
參考文獻.....	172

圖表目錄

圖 1.1 主要國家老年人口占比—中推估	4
圖 4.1 推動社區預防口腔衰弱、口腔機能低下服務流程.....	65
圖 4.2 發展社區打造共融照顧圈	67
圖 4.3 加強連結長照服務跨各體系合作	68
圖 4.4 資訊整合推動在宅責任醫療照顧服務	72
圖 4.5 醫療照顧整合精進出院返家照護計畫	77
圖 4.6 持續發展安全居住環境及住宿式服務照顧資源	81
圖 4.7 強化家庭照顧者支持服務讓照顧不離職	86
圖 4.8 善用輔具導入智慧科技增加照顧品質	90
圖 4.9 特定疾病或特定長照服務對象提供預立醫療照護諮商	92
圖 4.10 推動提升照顧人力政策 3 組合	97
圖 10.1 長照基金 2017 年~2035 年實際收支與推估趨勢	155
表 1.1 主要國家高齡化轉變速度	5
表 2.1 長照服務統計表	9
表 2.2 長照給付支付服務使用統計表(依性別比).....	10
表 2.3 長照給付支付服務使用統計表(依年齡層區分)	10
表 2.4 長照給付支付服務使用率(依族群分類).....	11
表 2.5 全國各縣市長照服務涵蓋率歷年統計表	12
表 2.6 2017 年至 2024 年核定照管人員數	17
表 2.7 長期照顧服務提供單位數	22
表 2.8 長期照顧服務人數一覽表	22
表 3.1 國家發展委員會人口推估（2026 年至 2050 年）年底人口數	32
表 3.2 原住民老年人口占老年人口比例	33

表 3.3 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數(非原住民老人)-分齡失能率	35
表 3.4 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數(非原住民老人)-平均失能率	36
表 3.5 2026 年至 2035 年 65 歲以上原住民老人失能人數-分齡失能率	38
表 3.6 2026 年至 2035 年 65 歲以上原住民老人失能人數-平均失能率	39
表 3.7 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數-高推估(總計)	40
表 3.8 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數-低推估	40
表 3.9 2018 年至 2024 年 55-64 歲原住民占同年齡人口比例	41
表 3.10 2026 年至 2035 年 55-64 歲原住民失能人數	42
表 3.11 2026 年至 2035 年 64 歲以下身心障礙者失能人數	44
表 3.12 2019 年至 2024 年急性後期整合照護計畫(PAC)執行成效 ...	46
表 3.13 2026 年至 2035 年急性後期整合照護計畫(PAC)服務人數 ...	47
表 3.14 2026 年至 2035 年 30 歲至 64 歲失智且失能人數	48
表 3.15 2026 年至 2035 年長期照顧需要失能人數-高推估	50
表 3.16 2026 年至 2035 年長期照顧需要失能人數-低推估	50
表 5.1 失智據點推估服務目標人數	109
表 5.2 臺灣社區失智人口推估	113
表 6.1 原住民族與全體國民平均壽命之比較	115
表 8.1 2026 年至 2035 年長期給付及支付服務人數-高推估	137
表 8.2 長照給付對象之服務使用人數與金額-推估額度	138
表 8.3 長照給付對象每人每年額度-低推估額度(依各碼別使用比例)	139
表 8.4 長照給付及支付經費估算-推估額度	141

表 8.5 長照 3.0 十年經費推估(依部會).....	142
表 8.6 「住院整合照護服務計畫」十年經費推估(衛福部)	142
表 8.7 長照 3.0 十年經費推估(依計畫目標).....	143
表 10.1 長照基金預估收入	153
表 10.2 長照基金預估支出	154

第一章 緣起

第一節 長期照顧制度發展脈絡

我國長期照顧（以下簡稱長照）制度的發展歷程，可追溯至 1980 年公布實施的「老人福利法」，其後陸續公布「社會福利政策綱領」（1994 年）、「加強老人安養服務方案」（1998 至 2007 年）、「老人長期照護三年計畫」（1998 至 2001 年）等重大政策，為整合長照相關部會政策與資源之方向，行政院核定「建構長期照顧先導計畫」（2000 至 2003 年），由內政部及前行政院衛生署共同推動，以勾勒長照體系藍圖並建立服務營運模式，嗣經前行政院經濟建設委員會規劃推動「照顧服務福利及產業發展方案」（2002 至 2007 年），使服務對象擴及一般戶，並企圖鼓勵照顧產業蓬勃發展。

隨後，為周延整合制度規劃以因應人口老化之急迫需求，推動「我國長期照顧十年計畫~大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」（以下簡稱長照 1.0），期程為 2007 年至 2016 年，依循在地老化的政策目標，建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧性別、城鄉、族群、文化、職業、經濟、健康條件差異之長照制度，提供以居家式、社區式服務為主，機構式服務為輔的生活照顧服務。長照 1.0 整合社政及衛政長照服務資源，採實物給付且依失能程度及家庭經濟狀況給予補助，提供居家式、社區式及機構式多元長照服務方案，增加民眾選擇服務的自主權利；並協同各地方政府成立長期照顧管理中心（下稱照管中心），提供民眾到宅評估、擬訂照顧計畫，以單一窗口整合式服務推動優質照顧管理服務，再配合照顧服務資訊管理系統之建置，提升長照業務之執行效能，奠定我國長照服務制度及服務網絡的基礎。另為加強資源不足區域長照服務資源發展，同時間亦推動「長期照護服務網計畫」（2014 至 2016 年），參考醫療網劃分服務網區，以均衡長照資源的發展。

為健全長照服務體系之發展，我國於 2015 年 5 月 15 日經立法院三讀通過「長期照顧服務法」(下稱長服法)，並於 2015 年 6 月 3 日以總統華總一義字第 10400064391 號令公布後二年施行，全條文共 7 章 66 條，內容涵蓋長照服務內容、人員管理、機構管理、受照護者權益保障、服務發展獎勵措施五大面向，是我國長照制度重大里程碑，迄今共歷經 3 次修法：第 1 次修正計 4 條，重點包含增加遺產稅、贈與稅及菸稅為長照指定財源，及長服法施行前，已依其他法律規定從事長照服務者，得依原適用法令繼續提供長照服務，免於 5 年內改制及許可設立文件之換發；第 2 次修正計 5 條，重點包含修正有關原住民族地區長照政策相關規劃，應由中央主管機關會同中央原住民族主管機關訂之。為保障長照機構住民權益，增列設有住宿式長照服務之長照機構，亦應投保公共意外責任險，並明定長照機構評鑑應依機構類別區分，並增列評鑑項目及評鑑人員等事項，由中央主管機關定之。第 3 次修正計 11 條、增訂 6 條，主要重點包含長照特約及給支付制度法制化、落實使用者付費原則、設有長照相關科系私立高級中等以上學校得以學校法人附設住宿式長照機構及明定未立案長照機構違法樣態及罰則等。

2016 年 12 月 26 日行政院核定「長期照顧十年計畫 2.0(106 年-115 年)」(簡稱長照 2.0)，以因應未來龐大的長照需求並減輕家庭照顧沈重的負擔，除積極布建居家式、社區式及住宿式服務外，同時推動長照給付及支付新制與社區整體照顧服務體系，亦致力保障照顧服務員薪資待遇、提升失智症服務涵蓋率，並持續推動預防及延緩失能照顧、強化失智症照顧量能及整合居家醫療，廣泛照顧不同長照需求的民眾，並以建立優質、平價、普及的長照服務體系，實現在地老化，推動政策重點包含服務家庭增加、服務項目增加、經費增加、日間照顧增加及住宿式服務資源增加，具體內容包含導入以社區為基礎的社

區整合照顧模式，並推動長照給付及支付制度，以切合服務使用者需求、提供更精準的服務；透過跨部會協力充實長照人力；逐步完善日間照顧及住宿式服務資源布建、提升照顧品質；加速民眾出院後銜接長照服務效率、推動家庭照顧者支持服務，以減輕照顧者負荷。

第二節 我國人口結構快速老化

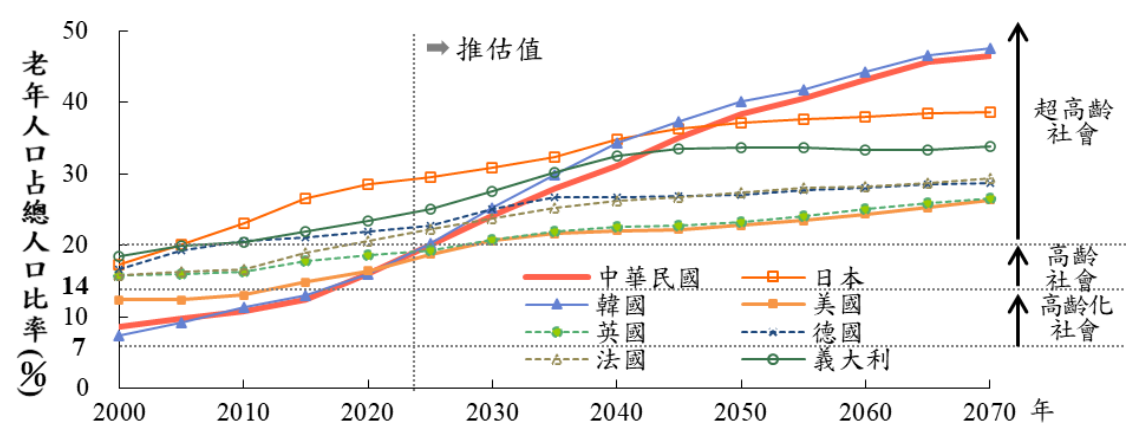
我國隨著社會變遷與醫療衛生的進步，生育率與死亡率雙雙出現下降的趨勢，整體人口結構快速趨向高齡化，使得長照需求人數也同步增加。同時因家庭的照顧功能逐漸式微，使得個人與家庭的照顧壓力日益加重，將進而連帶產生社會與經濟問題。

我國自 1993 年起，已達聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會之標準，65 歲以上老年人口比率達 7.1%（149 萬 801 人），至今，老年人口比率持續攀升，幼年人口（0-14 歲）比率持續下降，截至 2024 年底，我國 65 歲以上人口比率為 19.18%（448 萬 8,707 人），0-14 歲人口比率為 11.72%（274 萬 2,386 人），「老化指數」自 1991 年 24.79% 一路升高至 2024 年 163.68%。

我國已於 2018 年進入高齡社會，老年人口比率達 14.5%（343.4 萬人），依行政院國家發展委員會（以下簡稱國發會）推估，2025 年老年人口比率將達 20%（467 萬人）；2070 年，老年人口比率將續升高至 46.5%（697 萬人）。又我國由高齡社會（2018 年）進入超高齡社會（2025 年）為 7 年，較國發會先前推估 2026 年達到超高齡社會更提前 1 年，各國自 14% 的「高齡社會」增加至 20%「超高齡社會」的速度各有差異，英國需時 51 年、德國 36 年、美國 16 年、日本 11 年、韓國 7 年；將自 2047 年起，我國老年人口占比將高於主要國家，並於 2054 年開始占比突破 40%，至 2070 年為 46.5%，僅低於韓國 47.5%，與美國、英國、德國、法國介於 26.3% 至 29.4% 區間相比明顯較高，顯示我國人口老化的速度遠較歐美各國快，預期對於長照之需求必然

較歐美各國急迫。

隨著老年人口快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求與負擔也隨之遽增，因此，建立完善的長照體制，已成為完備我國社會安全體系的關鍵議題之一。



國家別	中華民國	日本	韓國	美國	英國	德國	法國	義大利
2022年	17.6	29.0	17.7	17.2	18.8	22.1	21.2	24.0
2070年	46.5	38.7	47.5	26.3	26.6	28.8	29.4	33.8

資料來源：國家發展委員會（2024）。中華民國人口推估（2024 至 2070 年）

圖 1.1 主要國家老年人口占比—中推估

表 1.1 主要國家高齡化轉變速度

國別	65 歲以上人口所占比率到達年度（年）			轉變所需時間（年）	
	高齡化社會 (7%)	高齡社會 (14%)	超高齡社會 (20%)	7%→14%	14%→20%
中華民國	1993	2018	2025*	25	7*
日本	1970	1994	2005	24	11
韓國	2000	2018	2025*	18	7*
新加坡	2000	2019	2037*	19	18*
香港 1)	1983	2012	2021	29	9
美國	1942	2013	2029*	71	16*
加拿大	1945	2010	2025*	65	15*
英國	1929	1975	2028*	46	53*
德國	1932	1971	2007	39	36
法國	1864	1990	2018	126	28
挪威	1885	1976	2027*	91	51*
瑞典	1887	1971	2019	84	48
荷蘭	1940	2004	2021	64	17
芬蘭	1957	1994	2015	37	21
奧地利	1929	1969	2024*	40	55*
義大利	1927	1987	2006	60	19
西班牙	1947	1991	2021	44	30
澳洲	1939	2012	2031*	73	19*

資料來源：國家發展委員會（2024）。中華民國人口推估（2024 至 2070 年）

註：*為中推估結果，其他無標記表示為實際值。

第二章 我國長照十年計畫 2.0 之執行與檢討

第一節 長期照顧十年計畫 2.0 執行成果

一、積極布建各類長照服務資源，建立連續性服務輸送體系

為建構完整長照服務體系，充實照顧服務資源，回應民眾照顧服務需求，長照 2.0 推動期間，積極推動多項作為，布建服務資源、服務人數等逐年提升且有顯著成效，相關策略包括如下：

(一) 社區整體照顧服務體系顯著成長：社區整體照顧服務體系(下稱 ABC 服務體系)自 2017 年 80 處社區整合型服務中心(下稱社整中心，又稱 A 單位)-199 處長照特約服務單位(下稱 B 單位)-441 處巷弄長照站(下稱 C 據點)，總計 720 處，至 2024 年 12 月底已成長至 798A-9,530B-4,723C，總計 15,051 處，成長近 21 倍。

(二) 多元布建預防性資源：(1)巷弄長照站：為布建綿密之長照服務網絡，長照 2.0 之 C 據點設置原則以每 3 個村里設置 1 處，截至 2024 年 12 月底已設置 4,723 處，相較於 2017 年 441 處已成長 10.7 倍。(2)失智社區服務據點(下稱失智據點)：為提供極輕度至輕度失智者之認知功能促進、共餐及社會參與等長照預防服務，並針對失智者之照顧者，提供照顧者支持團體及照顧者照顧訓練課程，衛福部積極提升失智照顧服務量能，2024 年 12 月底，設置失智據點(含權責型)558 處，較 2017 年之 134 處成長近 4.2 倍。

(三) 公私協力加速布建日照資源：為達總統提出「一國中學區一日照中心」布建政策，截至 2024 年 12 月底止，全國已布建 1,114 家日照中心，計 736 國中學區設立及規劃設立日照中心，布建達成率 90.2%(736/816)，相較 2016 年，全國布建 205 家日照中心，成長 5.4 倍。針對原鄉日照資源布建，衛

生福利部(下稱衛福部)推動「原住民族長期照顧整合型服務試辦計畫」，鼓勵地方政府輔導山地原住民地區設立日照中心，並透過「山地原住民及離島地區多元照顧服務模式發展計畫」，除以山地原住民地區及離島地區既有日照中心為標的，增設臨時夜間喘息服務，亦鼓勵新設立小規模多機能，滿足前述地區夜間照顧需求。

(四) 確立長照服務體系照顧管理專責分工：鑑於長照失能人口及需求急速成長，為積極回應民眾多元長照需求及人口高齡化的挑戰，改善長照 1.0 時期照顧計畫回應速度不足及提升服務協調的即時性，於長照 2.0 推動初期，建置以社區為基礎的長照體系，推動 ABC 服務體系，並新增社區整合型服務中心個案管理人員（下稱社整中心個管員）為長照人員之一類，並透過訂定「縣市政府辦理社區整合型服務中心(A)注意事項與派案原則」等行政規則，並確立照顧管理專員和社整中心個管人員在照顧管理流程之具體分工，達到降低照顧管理專員案量負荷，強化照顧管理功能及落實個案管理之目的，自 2017 年推動成果 80 處社整中心，至 2024 年 12 月底已成長至 798 處社整中心，成長近 10 倍。

(五) 普及社區及居家式服務資源：為落實在地老化原則，採居家式、社區式優先發展之策略，各項長照服務提供單位數由 2017 年居家服務、日間照顧（含失智症日間照顧）、家庭托顧、交通接送、營養餐飲等項目之服務提供單位計 879 個，增加至 2024 年 4,699 個，成長 5.35 倍。其中以交通接送服務成長最為顯著，由 2017 年底 48 家增設至 2024 年 767 家，成長近 16 倍；其次為居家式長照機構由 2017 年底 238 家增設至 2024 年 2,235 家，成長近 10 倍。

二、持續提升住宿式長照服務量能及品質

- (一) 均衡長照住宿式服務資源：盤點全國提供住宿式長照服務之機構(包含老人福利機構、一般護理之家、榮譽國民之家及住宿式長照機構)，截至 2024 年總計 1,687 家 11 萬 8,716 床(使用率 83.0%)，相較於 2018 年總計 1,631 家 105,745 床，長照住宿床位增加 12,971 床，約成長 12.3%。為獎勵於長照資源不足地區設立住宿式長照機構，提升服務之可近性，業辦理「獎助布建長照住宿式服務資源試辦計畫」及「獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」、「獎勵布建住宿式長照機構資源計畫」等，截至 2024 年底，計有 57 件申請案，可規劃於資源缺乏區布建達 19 縣市 57 個鄉鎮區，增加 7,076 床，預計在 2028 年前完成設立。
- (二) 提供住宿式服務機構使用者住民補助：2019 年起推動住宿式服務機構使用者補助方案，以年度補助入住住宿式機構 90 天以上之住民，一年最高新臺幣(以下同)6 萬元。統計 2021 年度本方案補助、中低收入失能老人公費安置及身心障礙者住宿補助之人數，已有 90.8%入住機構者獲得政府相關補助；另為減輕機構住民之經濟負荷，衛福部業於 2023 年 5 月 15 日公告調增中重度失能者之補助每年最高 12 萬元，追溯自 2023 年元月起，並取消排富規定。

三、積極推展長期照顧服務

(一) 服務人數逐年遞增

長照 2.0 擴大服務對象及服務項目，並推動長照給付及支付制度，提供居家照顧服務、日間照顧服務、家庭托顧服務、專業服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、喘息服務等多元長照服務，於給支付制度設計夜間或例假日服務之支

付金額加計，鼓勵服務單位依民眾需求適時提供服務。使用長照服務人數由 2017 年 10 萬 6,864 人，成長至 2024 年 75 萬 7,089 人。使用長照給付支付人數由 2017 年 10 萬 6,864 人，成長至 2024 年 55 萬 8,071 人，成長 5.2 倍；在性別比例上(表 2.2)，2018 年至 2024 年無明顯差異，65 歲以上失能者為使用長照服務主要對象，具身心障礙資格者約占整體 49%、具原住民身分者約占整體 3%左右(各目標服務使用情形表 2.1 至表 2.4)。

表 2.1 長照服務統計表

單位：人

年度	西元	長照服務需求人數推估	實際使用人數
107	2018	765,218	180,660
108	2019	794,050	375,247
109	2020	824,515	450,968
110	2021	855,253	484,269
111	2022	829,431	576,566
112	2023	860,398	689,995
113	2024	892,117	757,089

註 1:自 2022 年起長照服務需求人數採用第二階段需求推估數字。長照服務需求人數推估，包含 65 歲以上失能老人、失能身心障礙者、55 至 64 歲失能原住民、50 歲以上失智未失能及衰弱老人等群體。

註 2:實際使用人數說明如下：

- (1) 2018 年:僅長照給支付服務人數。
- (2) 2019 年-2021 年:含長照給支付服務人數及住宿式機構服務人數。
- (3) 2022 年起迄今:含長照給付支付服務人數、住宿式機構服務使用人數、失智未失能使用失智照護服務及衰弱老人使用預防及延緩失能服務人數。

表 2.2 長照給付支付服務使用統計表(依性別比)

單位：人

年度	107		108		109		110		111		112		113	
西元	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
項目	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
男性	79,303	43.90	123,776	43.55	153,548	42.96	164,987	42.43	184,955	42.00	208,947	41.37	229,249	41.08
女性	101,357	56.10	160,432	56.45	203,909	57.04	223,879	57.57	255,426	58.00	296,073	58.63	328,822	58.92
合計	180,660	100.00	284,208	100.00	357,457	100.00	388,866	100.00	440,381	100.00	505,020	100.00	558,071	100.00

表 2.3 長照給付支付服務使用統計表(依年齡層區分)

單位：人

年度	107		108		109		110		111		112		113	
西元	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
項目	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
未滿 65 歲	27,119	15.01	43,420	15.28	57,863	16.19	51,426	13.22	53,345	12.11	57,639	11.41	61,717	11.06
65 歲以上	153,536	84.99	240,788	84.72	299,586	83.81	337,439	86.78	387,035	87.89	447,381	88.59	496,354	88.94
合計	180,655	100.00	284,208	100.00	357,449	100.00	388,865	100.00	440,380	100.00	505,020	100.00	558,071	100.00

表 2.4 長照給付支付服務使用率(依族群分類)

單位：人

年度	107		108		109		110		111		112		113	
西元	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
項目	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
原住民	6,272	3.49	9,763	3.44	12,308	3.44	13,157	3.38	13,887	3.15	14,845	2.94	19,038	2.91
非原住民	173,377	96.51	274,434	96.56	345,149	96.56	375,678	96.62	426,490	96.85	490,175	97.06	539,033	97.09
合計	179,649	100.00	284,197	100.00	357,457	100.00	388,835	100.00	440,377	100.00	505,020	100.00	558,071	100.00

(二) 服務涵蓋率逐年遞增：

使用長照給付支付人數由 2017 年 10 萬 6,864 人，成長至 2024 年 55 萬 8,071 人，成長 5.2 倍；整體長照服務涵蓋率從 2017 年 20.30%，成長至 2024 年 84.86%，成長 4.2 倍。

表 2.5 全國各縣市長照服務涵蓋率歷年統計表

年度	107	108	109	110	111	112	113
西元	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
全國	37.82%	47.26%	54.69%	56.6%	69.51%	80.19%	84.86%
新北市	26.61%	39.41%	47.37%	50.03%	58.39%	69.13%	79.90%
臺北市	26.90%	30.54%	35.37%	35.26%	47.33%	53.51%	58.10%
桃園市	34.64%	44.71%	52.01%	54.53%	63.60%	74.48%	77.75%
臺中市	41.34%	55.37%	65.73%	64.55%	76.30%	83.83%	89.24%
臺南市	41.01%	53.06%	60.00%	64.68%	81.75%	91.60%	95.62%
高雄市	32.85%	45.54%	54.61%	57.47%	68.87%	83.20%	88.37%
宜蘭縣	42.76%	55.39%	70.12%	68.80%	82.20%	101.62%	100.39%
新竹縣	31.10%	41.32%	52.86%	55.52%	64.62%	78.62%	78.82%
苗栗縣	47.17%	52.16%	56.59%	54.37%	65.51%	75.23%	78.32%
彰化縣	46.52%	55.05%	58.97%	61.95%	79.84%	89.21%	92.20%
南投縣	71.36%	75.14%	83.47%	83.82%	99.06%	106.91%	106.95%
雲林縣	48.30%	52.58%	56.22%	57.49%	77.74%	92.11%	91.19%
嘉義縣	46.75%	49.31%	57.76%	63.07%	91.83%	108.51%	115.29%
屏東縣	55.66%	62.30%	69.31%	74.66%	93.77%	106.16%	106.40%
臺東縣	54.54%	59.76%	68.75%	75.04%	95.55%	107.04%	111.51%
花蓮縣	59.82%	71.04%	78.36%	79.19%	99.94%	108.17%	109.37%
澎湖縣	59.11%	54.87%	64.69%	62.35%	73.52%	84.47%	82.05%
基隆市	23.82%	38.66%	44.70%	44.47%	55.33%	66.88%	70.06%
新竹市	32.88%	36.76%	45.59%	50.41%	61.21%	74.01%	76.55%
嘉義市	57.94%	62.84%	65.65%	66.68%	84.57%	103.96%	104.03%
金門縣	21.39%	26.19%	29.66%	32.55%	37.38%	40.94%	43.25%

年度	107	108	109	110	111	112	113
西元	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
連江縣	21.16%	22.84%	18.60%	17.40%	20.42%	23.43%	33.50%

備註：

1. 2015 年至 2018 年長照服務涵蓋率：無聘用外籍看護工家庭使用長照服務人數/長照給付及支付服務需求人數
2. 2019 年至 2021 年長照服務涵蓋率：(長照給付支付服務人數+住宿式機構服務使用人數)/長照需求人數
3. 2022 年起長照需求服務涵蓋率：(長照給付支付服務人數+住宿式機構服務使用人數+失智未失能使用失智照護服務及衰弱老人使用預防及延緩失能服務人數)/長照需求人數
4. 長照需求人數係依各縣市戶籍人口推估，服務使用人數則依實際服務地計算，兩者差異會造成各縣市服務涵蓋率的計算結果存在落差。另部分服務(如住宿式機構)民眾可能跨縣市使用，爰部分縣市服務涵蓋率可能大於 100%。

(三) 鼓勵聘用外籍看護工(下稱外看)家庭使用長照服務改善措施：

原聘有外看家庭之被照顧者，如經長照需要等級評估符合長照需要等級第 2 至 8 級，可申請專業服務、交通接送、輔具服務、住宅無障礙環境改善服務及到宅沐浴車服務等多元長照服務，惟申請提供喘息服務部分，僅限長照需要等級第 7 至 8 級者，且外看無法協助照顧空窗期達 30 天以上者才得申請使用服務，衛福部及勞動部自 2020 年 12 月 1 日共同推動之「聘僱外籍看護工家庭使用擴大喘息服務計畫」，放寬服務對象，經評估為長照需要等級第 2 至 8 級者，如其所聘外看休假或因故請假無法協助照顧，即可申請喘息服務，不再受 30 天以上空窗期之限制。

衛福部持續鼓勵經各縣市照管中心評估符合長照需要等級第 2 級以上之聘僱外看家庭使用長照服務，並考量外看行蹤不明、轉換雇主或期滿離境等不同情境而有空窗期，衛福部前已開放是類家庭經出示證明文件即視同未聘外看，個案經評估符合資格者，可申請包括照顧服務之各類服務。又於 2023 年 1 月 30 日再放寬外看報備准許請假返國期間出具證明文件，亦可申請居家

服務、日間照顧或家庭托顧等照顧服務，兼顧聘僱外看家庭照顧實務需求。

四、推動家庭照顧者支持服務

(一) 廣布家庭照顧者支持服務據點：

現行長服法之服務對象，除被照顧者外，已明確將家庭照顧者同列為服務對象，家戶平均人口降低，家人照顧負擔愈加沉重，如何協助家庭照顧者正視自身需求、減輕家庭照顧壓力及照顧負荷，亦是長照服務推動目標。衛福部自 2018 年起推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，鼓勵地方政府因地制宜發展在地服務，積極布建家庭照顧者支持服務據點，並主動發掘高負荷家庭照顧者之潛在個案，提升家庭照顧者支持性服務之近便性及涵蓋率。另為擴大長照與身障家庭照顧者支持服務效益，2024 年度辦理「長照與身障家照據點共融試辦計畫」，提供長照、身心障礙者之家庭照顧者支持服務，截至 2024 年 12 月底全國已布建 179 處家照據點(含長照家照據點 99 處、身障家照據點 47 處、長照共融據點 32 處、身障共融據點 1 處)，22 縣市均有布建，服務內容涵蓋個案服務、到宅照顧技巧指導、個別心理輔導及諮商服務、長照知識或照顧相關訓練課程、情緒支持等項目。

另委託民間設置全國性家庭照顧者諮詢專線服務(0800-507272)，由社工人員依據進線者(民眾、家庭照顧者、被照顧者或專業人員)之需求提供諮詢、情緒支持等服務，或轉介至各縣市據點提供服務。

(二) 主動發掘高負荷照顧者：

為利相關網絡單位辨識高照顧負荷者，於 2023 年 12 月 22 日修正「高負荷家庭照顧者初篩指標」，納入照顧者疑似有藥酒癮、施用毒品者、自殺意念、年輕照顧者應轉介地方衛生單位或

社安網體系等，擴大各服務體系適用，並依「長照高負荷家庭照顧者轉介及服務流程」執行，提升對照顧者服務介入的時效，針對符合初篩指標且評估案家有長照服務需求者，復由家照支持服務據點進行開案評估，符合中高負荷之照顧者列入個案服務，2024 年截至 12 月底累計個案服務人數 1 萬 4,409 人。

(三) 擴大提供家庭照顧喘息支持服務，減輕家庭照顧壓力

為緩解家庭照顧壓力及負荷的問題，目前已有提供喘息服務，使照顧者獲得短暫休息的機會，並幫助家庭彈性運用時間，截至 2024 年，依統計各類住宿機構、社區機構、居家機構計已有 4,138 家長照機構特約提供喘息服務，2024 年提供 191,206 人喘息照顧服務。

五、推動長照給付及支付制度，增進費用申請核撥效率

(一) 長照給付及支付制度：為落實以人為中心之社區整合照顧，長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準於 2018 年起施行，並將基準法制化，於 2022 年 1 月 20 日施行長期照顧服務申請及給付辦法。其基本理念為：一、提升效率：實施特約制度簡化費用核銷流程。二、增加服務提供量能：提高服務費用支付基準，增加服務單位投入誘因。三、建立照服員專業形象：打破按時計價模式、改善過往不同工同酬情形，提供照顧服務員合理薪資。四、以個案為中心：針對個案問題提供符合其需求之照顧服務，由照顧管理專員（下稱照管專員）或社整中心個案管員與案家共同擬訂照顧計畫。長照給付及支付制度為滿足長照需求者多元服務需求，並強化服務資源，設計政策鼓勵服務(簡稱 AA 碼)，如增加照顧困難個案服務、晚間服務、例假日服務、專業課程等服務費用加計誘因，提高長照服務提供單位服務意願，以鼓勵配合政策強化

照顧困難個案及特殊服務時段之服務量能。

(二) 增進費用申請核撥效率：透過建置資訊系統，增進長照機構、個案管理及費用申報核撥效率。

六、提升失智照護服務量能，以達失智友善 777 目標

長照 2.0 業將 50 歲以上失智者納入，屬失智且失能，並經各縣市照管中心評估符合資格者，依其需求可提供居家服務、日間照顧、家庭托顧、專業服務、輔具及居家無障礙環境改善、交通接送及喘息服務；另如屬失智未失能者，則可至地方政府補助辦理之 120 處失智共同照護中心(下稱共照中心)，進行協助確診、個案及家屬需求評估、轉介諮詢等服務，也可前往全國 558 處失智據點(含權責型)，參與認知促進、緩和失智等服務項目。

衛福部透過建構失智症照護體系、強化家庭照顧者支持網路，以及提升失智症之公共識能等，業於 2020 年達成失智綱領失智友善台灣 555 目標：失智症獲得診斷及服務比率為 54.1%；失智家庭照顧者獲得支持之比率為 54.1%；全國民眾對失智有正確認識及友善態度為 5.5%，均已達成目標。截至 2024 年 12 月底止，各項失智友善台灣之目標更加提升，包含失智症獲得診斷及服務比率為 67.61%；失智家庭照顧者獲得支持之比率為 67.61%；全國民眾對失智有正確認識及友善態度為 38%，已達「失智友善台灣 777」當年度之階段性目標。

另針對失智者多併有情緒及行為症狀 (behavior and psychological symptom of dementia, 簡稱 BPSD) 個案照顧困難，推動以地區醫院試辦權責型失智據點，建立照顧服務模式，另給予日間照顧中心 (含小規模) 及團體家屋困難照顧獎勵津貼，鼓勵各類長照服務資源服務併有 BPSD 困難照顧之失智症者，提升困難照顧之失智症者使用服務可近性。

七、開通長照專線 1966

長照專線(1966)自 2017 年 11 月 24 日開通，取代原「412-8080 長照幫您專線」。衛福部為優化 1966 專線服務效能，自 2020 年 2 月啟用「長照服務專線(1966)話務整合系統」，建置收集記錄民眾與長照有關之申請、諮詢、申訴與留言、以及統計報表等功能，以協助提供民眾完善的長照需求諮詢服務。截至 2024 年 12 月底，累計總撥打通數約 236 萬 2,582 通，2024 年 1 至 12 月平均每日撥打 1,103 通。

八、推動多元培訓策略，充實長照人力

衛福部持續補助各直轄市縣市政府照管中心之照管人力持續增加。自 2023 年起照顧管理人員（下稱照管人員）改以約聘人力進用，透過人員福利之提升，強化照管人員之進用與留用，依據照管專員工作任務，分析所耗時間，計算合理工作時數，以推估合理照管人力，再由地方政府提報需求核定。2017 年至 2024 年核定照管人員自 859 人逐年增加至 2,038 人。

表 2.6 2017 年至 2024 年核定照管人員數

項目	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年
照管專員	753	996	996	1,227	1,464	1,464	1,546	1,765
照管督導	106	141	141	207	240	242	256	273
總計	859	1,137	1,137	1,434	1,704	1,706	1,802	2,038

另長照服務個案管理服務流程，照管專員與社整中心個管員各有專業分工，照管專員為地方政府編制之人員，負責長照服務的申請受理與初步篩選，進行長照需要等級評估與複評，並依結果派案至社整中心之社整中心個管員，審核照顧計畫與所核給服務項目之適切性；社整中心個管員為與政府特約之民間單位人員，為長照 2.0 新增之關鍵角色，負責接受照管專員派案，擬定個案照顧計畫、連結與安排適當長照資源，並定期進行服務追蹤與關懷，適時依據個案狀況調整計畫內容。

長服法及長照服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法自 2017 年 6 月 3 日施行後，法定長照人力類型共有 7 類，截至 2024 年底領有長照服務人員認證證明文件者計有 253,767 人，登錄於長照服務提供單位(包含老人福利機構、護理之家、身心障礙福利機構)者計有 13 萬 4,126 人，包含照顧服務人員（下稱照服員，含照顧服務員、生活服務員及家庭托顧服務員）計 100,421 人、居家服務督導員計 7,282 人、教保員、社會工作人員及醫事人員合計 21,162 人、照管專員與照顧管理督導（下稱照管督導）計 1,534 人、社整中心個管員計 3,728 人。

九、持續推動創新服務，擴大服務態樣

- (一) 為增進失能者在家中自主活動能力，推動長照輔具及居家無障礙環境改善服務，給付項目共計 68 項，較長照 1.0 時期 34 項，已增加 2 倍，並推動代償墊付制度，民眾至特約單位支付部分負擔即可取得服務，補助費用由特約單位向地方政府請款，加速民眾取得輔具。並持續擴增輔具及居家無障礙環境改善服務特約單位數，以增加可近性及便利性，截至 2024 年，長照特約單位數已達 7,855 家。
- (二) 賡續推動「出院準備銜接長照服務計畫」，由 2017 年 12 月至 2022 年滾動式修正，民眾出院前接受評估至出院後接受長照服務日數，已從 2017 年 12 月當月平均為 51.39 天降至 2024 年底為 4 天。
- (三) 自 2019 年起，為配合財政部長照扣除額，彌補未達扣稅級距者（稅率 5%以下者）未能享有之減稅優惠，故依可減稅額級距設計推動「住宿式服務機構使用者補助方案」，以年度補助入住住宿式機構 90 天以上之住民，一年最高 6 萬元，且訂有排富條款；後自 2023 年起調增中重度失能者補助額度至最高 12 萬元，併同取消排富規定。2023 年住宿式服務機構使用者補助方案補助人數為 5 萬 7,301 人，占入住機構者 48.24%。另對弱勢族群中低收入失能

老人及身心障礙者之補助人數為 5 萬 6,625 人，占入住機構者 47.67%。爰 2023 年度有 95.91%入住機構者獲得政府相關補助。

(四) 2019 年實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」，由醫師及護理師就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理。迄 2024 年 12 月計有 906 家醫療院所加入，1,323 名醫師參與，派案人數共計 26 萬 4,284 人。

(五) 2020 年推動「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」，獎勵各類照護機構與單一簽約醫療機構合作，由單一醫療機構專責住民之健康管理。2024 年度參與照護機構 1,681 家、醫療機構 529 家，受益個案數 13.5 萬人。

(六) 為提升住宿式機構服務品質，衛福部於 2020-2023 年辦理「住宿式服務機構品質提升卓越計畫」訂定各類住宿式服務機構品質指標共 4 項，含配合填報系統資料、改善公共安全、達到適當日常活動空間及照顧品質(包括感染管控)提升，達成全數品質指標者，公立機構每年每床獎勵 1 萬元，私立機構每年每床獎勵 2 萬元，每年每機構最高獎勵 100 床。2023 年參與機構共計 1,479 家，全數指標查核通過機構共計 1,347 家，於 2023 年底結束 4 年計畫後，2024 年推動「住宿機構照顧品質獎勵計畫」(期程：2024 年至 2027 年)，品質指標共計 7 項，含緊急災害應變、個別化支持計畫(ISP)執行、建構照顧資訊系統、智慧輔助照顧科技運用、強化人員管理、加強專業知能及維護服務對象權益。獎勵標準為依住宿機構床數規模及達成指標項目給予獎勵，每家機構每年獎勵金額最高 101 萬元至 240 萬元。2024 年各類住宿機構參與家數共計 1,452 家。

(七) COVID-19 疫情之後將感控指標從品質卓越計畫中獨立出來，於 2024 年推動「住宿機構強化感染管制獎勵計畫」(期程：2024 年

至 2027 年)，以落實感染管制，降低發生群聚感染風險，提升機構服務品質，達成指標共計 5 項，配合填報系統資料、感染管制專責/專任人力設置、住宿式機構工作人員感染管制教育訓練、機構與醫院訂有感染管制合約並提升感管品質、訂有感染事件應變計畫並演習、機構感染管制人員取得感染管制人員資格，獎勵標準為依住宿機構床數規模及達成指標項目給予獎勵，每家機構每年獎勵金額最高 18 萬元至 76 萬元。2025 年各類住宿機構參與家數共計 1,514 家。

- (八) 為提升長照專業服務使用率，長照 2.0 服務創新納入專業服務照顧組合加入自我照顧的精神。透過專業服務使高齡者能有效執行或參與日常生活活動，增進日常生活自主功能，減少照顧需求。為提升專業服務使用率，照顧管理專員於個案評估後，依個案照顧問題勾選服務措施，如有「專業服務」之需求，則提醒社整中心個管員與個案及家屬討論徵得同意後，照會專業服務提供單位，以提供個案所需專業服務。
- (九) 為有效掌握國內失智症者之嚴重程度，盤點現行失智照護資源所因應之供需情形及規劃資源布建，鼓勵醫療機構登錄失智症者之臨床失智量表分數(Clinical Dementia Rating scale,以下稱 CDR 分數)，衛福部於 2022-2023 年間推動「失智症個案資訊整合及鼓勵資料上傳計畫」，以整合個案醫療及照護資訊，提供以個案為中心的連續性照護，促進醫療服務與照顧服務之銜接，建立我國失智資料庫，協助失智個案轉銜適切之醫療與長照服務。
- (十) 為提升交通接送服務普及性，衛福部業已於 2022 年 1 月 20 日公告長期照顧服務申請及給付辦法，自 2022 年 2 月 1 日起，經評估屬長照需要等級為第 2 級以上之長照失能者，不分偏鄉或都市，均可申請往返居家至醫療院所就醫或復健之交通接送服務，以滿

足長照個案所需就醫或復健交通接駁。

(十一)為因應原住民族地區長者的長照需求，衛福部自 2020 年起透過專案計畫積極推動原住民族地區發展具在地特色之長照服務模式，鼓勵具文化敏感度的在地團隊提出創新服務方案，強調以部落為中心，以及族人照顧族人，因地制宜發展符合原住民長者生活習慣與文化安全的照顧模式。

十、使用者普遍滿意服務內容

為瞭解服務使用者接受長照 2.0 服務之滿意程度並蒐集相關建議，自 2020 至 2023 年辦理長照 2.0 服務滿意度調查，整體滿意度均達 90%，受調查人數女性占 6 成，男性占 4 成，顯見長照服務對於失能長輩及其家庭照顧者已具政策效益，並獲得民眾肯定與支持。

表 2.7 長期照顧服務提供單位數

單位：個

項目	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年
社區整合型服務中心	80	472	588	688	708	684	720	798
居家服務	238	420	688	1,046	1,428	1,696	2,002	2,235
日間照顧	213	296	360	466	622	738	859	951
小規模多機能	46	59	63	81	109	130	145	163
家庭托顧	85	104	164	239	268	290	319	330
交通接送	48	112	184	246	316	328	677	767
專業服務	716	1255	1681	1734	1056	951	903	899
喘息服務	872	1,673	1,979	2,133	2,666	3,049	3,640	4,138
巷弄長照站	441	1,604	2,595	3,169	3,621	3,758	4,144	4,723

註：

居家服務、日間照顧、小規模多機能、家庭托顧及交通接送：2017 年至 2023 年資料來源為中華民國衛生福利年報、2024 年為衛福部統計各縣市回報。

表 2.8 長期照顧服務人數一覽表

單位：人

項目	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年
照顧服務	86,556	130,214	177,741	230,243	266,860	316,127	359,891	395,075
交通接送	10,351	66,440	105,538	130,325	144,521	204,364	245,656	256,990
輔具及居家無障礙環境改善	-	20,841	52,270	43,960	80,013	110,081	128,330	138,600
專業服務	-	49,234	84,794	87,351	57,507	71,499	91,354	85,020
喘息服務	21,270	49,053	71,286	93,445	121,891	144,899	176,519	191,206

註：

1. 照顧服務(居家服務、日間照顧中心、家庭托顧)、交通接送資料來源：中華民國衛生福利年報。
2. 輔具及居家無障礙環境改善服務自 2018 年起納入長照服務申請及給付項目。

第二節 長期照顧十年計畫 2.0 的問題與挑戰

長照 1.0 服務對象包括 65 歲以上老人、55 歲以上山地原住民、50 歲以上身心障礙者、65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人；自 2017 年推動長照 2.0，服務對象增加納入 55 歲以上失能平地原住民、50 歲以上失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者、日常生活需他人協助的獨居老人或衰弱老人。長照服務涵蓋率從 2017 年 20.3%，提升至 2024 年 84.86%，服務人數達 75 萬 7,089 人。長照 2.0 推動至今，面臨以下問題與挑戰：

一、老人人口成長快速，延緩老化維持健康：

我國將邁入超高齡化社會，同時面臨少子女化現象，長照服務之向前延伸預防及延緩失能、失智，為了降低後端長照服務及醫療成本支出，自長照 2.0 期間，除積極布建各項服務資源，向前延伸預防及延緩失能失智服務，同步致力推動巷弄長照站服務，期透過社會參與、多元健康促進活動、預防延緩失能失智服務，延緩老化並維持長者健康，以延長健康餘命、實踐在地安老。

巷弄長照站在推行過程中面臨之挑戰，包括部分據點服務對象不足、志工招募困難等，要克服這些挑戰，需結合政府支持與凝聚社區在地力量，導入社區互助共融之觀念，以利社區多元服務整合與共生。

(一)依據內政部統計資料顯示，臺灣 65 歲以上老年人口占總人口比率於 2018 年底已超過 14%，成為高齡社會，老化速度(老年人口比率由 7%增至 14%之時間)僅 25 年，較世界各國快速。2022 年底已達 17.56%，預計 2025 年底至 2026 年初將超過 20%，人口結構快速高齡化及罹患慢性病，可能導致長者身體功能出現失能、失智等健康問題，對社會、財政、經濟、健康照護各方面帶來更大的挑戰。

(二)相關研究指出，隨年齡增長，口腔肌肉群亦會隨之老化，易出現「口腔衰弱」或「口腔機能低下」情形，倘不及早介入，將導致咀嚼及吞嚥障礙、口乾、嗆咳、營養不良、社交退縮及吸入性肺炎等嚴重問題，進而衍伸為全身衰弱，提升失能及死亡風險。

(三)「口腔衰弱」係介於健康和需要照顧之間的「可逆中間期」，透過口腔機能訓練，可減緩其惡化程度，甚至是予以逆轉。然據衛福部國民健康署調查顯示，我國目前 65 歲長者，平均每 10 人即有 1 人患有輕度以上吞嚥障礙，國際研究也指出，老年人口腔衰弱盛行率大多逾 20%，甚至高達 50% 以上。足見我國應儘早推動預防口腔衰弱、口腔機能低下相關政策之急迫性。因此逐步建立口腔衰弱及口腔機能低下服務網絡，預防國人邁向「不可逆」的口腔功能障礙，是政府未來應積極努力的方向。

二、縮短出院準備銜接長照服務時間：

因應部分病人因意外或疾病預後導致日常生活能力受損，出院返家後立即銜接長照服務資源需求逐漸上升，衛福部自 2017 年起推動出院準備銜接長照服務計畫，截至 2024 年共計 242 家醫院參與，以住院病人為中心組成跨專業服務團隊，團隊評估人員針對符合長照服務資格者，於出院前 3 天以照顧管理評估量表執行長照需要等級及照顧問題評估，後續由社整中心個管員依據評估等級及給付額度，與個案、家屬或主要照顧者共同討論並擬定照顧計畫，協助個案於出院返家 7 天內取得所需的長照服務及資源，另自推動後民眾出院前接受評估至出院後接受長照服務日數，平均由 51 天降至 4 天；惟尚須強化社整中心個管員進入醫院擬定照顧計畫，以及再縮短出院準備銜接長照時間。

為能更加速長照服務銜接之時效，衛福部規劃由醫院出備評估小組，於個案出院日前，完成長照需要等級評估，並至照管系統擬定簡易個案照顧計畫後，聯絡長照個案居住地之各縣市照管中心，以不增加現有照管人員及社整中心個管員業務負荷，使個案於出院後可獲得所需長照務資源，創造長照個案、醫療機構與照管人員及社整中心個管員三贏局面。

三、強化恢復自主生活能力(復能)概念：長照 2.0 推動長照給付及支付新制之創新服務，於專業服務照顧組合置入復能(reablement)觀念，目的是為了讓長照個案學習自主生活，不再總是被照顧，透過專業人員短時間且密集性之介入服務，指導個案及主要照顧者，達到訓練目標，讓個案學習自我照顧能力或家屬學習照顧技巧；另專業服務之提供單位數，自 2017 年 716 家，成長至 2024 年達 899 家、個案使用專業服務之人數也自 2018 年 49,234 人，成長至 2024 年 85,020 人，尚需持續強化個案使用復能之觀念。

四、提升住宿機構品質均衡服務資源：長照住宿式資源雖持續提升，惟人口持續老化，未來重度失能人數持續攀升下，對於長照住宿式服務需求亦將急遽提升，且住宿式長照機構整體設立程序自興建至完工尚需 2 至 3 年，仍有部分區域呈現供需不足之情形；另部分住宿式機構品質仍待提升以增加使用率。

五、落實居家社區晚間服務及夜間緊急服務：

依據衛福部 2022 年老人狀況調查，65 歲以上長者於生活無法自理時，僅約 3.4 成願意住進全日住宿式機構，顯示失能長者仍傾向留在熟悉的居家(社區)生活。為回應長輩在地終老之需求，衛福部於長照 2.0 期間，積極透過推動各項服務，包含推動長照服務給付及支付制度、布建各項服務資源等，各級失能程度長者可依據家庭成員狀況，透過居家、社區資源讓其留在社區生

活，重度失能者基於需要設施設備及高度照顧密度之安全考量，可選擇入住住宿式機構，減輕其長照需要家庭照顧負擔，如獨居且重度失能者或其他特殊需求對象，不願選擇住宿式機構服務，則目前居家及社區夜間服務量能品質監督及緊急應變機制尚待強化，尚難以滿足其晚間服務及夜間緊急服務需求之狀況。

六、運用智慧科技提供照顧：

臺灣快速的高齡化速度，在面對超高齡及少子女化的挑戰，長照需求日益迫切，其中照顧服務品質維護及照顧人力不足成為當前及未來亟需解決的關鍵議題。

隨著對精準照護的需求日益增加，在發生突發事件時，機構端是否具有即時預警及因應解決能力，其次，臺灣面臨著照顧人力短缺的問題，除了負荷照顧工作外，同時長照人員還需兼顧帶領活動或其他庶務，並面臨潛在的職災風險，這些都加重了工作負擔，使長照人員身心健康關懷成為必要措施。

智慧科技輔具產品之設計，亦需考量實際使用者及受照顧者特性，並兼顧不同性別、族群及其他人口學特性之照顧需求，爰衛福部所屬財團法人國家衛生研究院成立「高齡醫學暨健康福祉研究中心」，進行人因工程相關研究設計及建置人體計測資料庫，以完善高齡者個別化輔具設計與製造技術研發之基礎，協助導入科技與數位化工作，減輕照顧負荷與提升照顧品質。

因此，越來越多的照顧場域已經導入或嘗試導入科技輔具，然而儘管科技可以幫助提升照顧品質，但由於長照人員在科技及資訊認知上的差距，及加上現有產品分散且管理複雜，照顧紀錄的數位化推進緩慢，且高成本的問題亦是阻礙科技輔具應用的原因之一。目前科技輔具普及仍處於初步階段，目前尚無完善機制引進科技輔具優化照顧服務品質及降低長照人員照顧負荷。

另自 2018 年起於長期照顧給付及支付基準（現為長期照顧服務申請及給付辦法）納入輔具服務，當時僅含少數科技輔具項目，惟現行智慧科技輔具市場及品項推陳出新，目前長照輔具給付項目及制度有重新審視及檢討必要性，爰透過委託研究及計畫，研議科技輔具於居家長照個案、社區式及住宿式長照機構生活及照顧應用。

衛福部於 2024 年推動為期 4 年的「住宿機構照顧品質獎勵計畫」及「日照中心導入智慧科技輔具計畫」，並於「長期照顧服務申請及給付辦法」新增移動類、移位類、沐浴排泄類、居家照顧床類及安全看視等 5 大類全租賃智慧科技輔具項目，期提升照顧品質、降低照顧者負擔，紓緩人力需求，惟後續效益，尚待觀察評值。

七、落實安寧善終：現行長照服務多聚焦於基本生活照顧，針對末期病人及重度失能者之安寧療護量能相對不足，專業人力與資源配置亦未臻完善。此外，長照體系與醫療端整合機制尚不健全，跨單位合作及相關轉介流程仍顯不足，致使末期照護需求難以獲得妥適之支持，影響照顧品質與服務連續性。而部分醫院雖已發展成熟之安寧療護團隊，接受安寧療護服務人數亦逐年穩定成長，惟安寧療護品質良莠不齊，部分安寧醫事人員專業能力有待提升，缺乏跨領域合作能力，恐未能充分回應末期病人與家屬之需求。另，民眾對安寧緩和療護及預立醫療決定之認知有待提升，因缺乏及早規劃與充分溝通，易造成末期過度醫療情形，進而加重家庭照顧負擔。

八、充實照顧人力：提供失能失智者身體照顧及日常生活之照服員，截至 2024 年底達 10 萬 421 人，較 2016 年底（長照 1.0 時期）成長 4 倍，尤其是工作彈性高之一對一到宅居家服務，國人投入

意願高；惟在老化快速、勞動力逐年下降，長照政策鼓勵一對多的照顧服務模式，惟疾病嚴重度與日常生活依賴程度高之重度失能個案，留在家中雖有居服員協助提供照顧，仍對於家庭照顧者造成沉重照顧壓力，故仍須翻轉國人對於住宿機構之刻板印象，重度個案選擇使用住宿機構有其優勢，因住宿式機構具備充足照顧設施設備與 24 小時密集照顧人力，惟因該類機構須輪值 3 班及夜班，因此國人較無願意投入該類職場，如何兼顧國人就業權及照顧需求下逐步放寬外籍照顧人力，滿足人力需求，將是極大挑戰。

九、個案案量負荷高及管理人力難尋：

為落實長照個案管理，增設與政府特約之民間單位社整中心個管員，以分擔個案管理任務，使照顧管理專員可聚焦於其應盡職責，並調整以正常工時下工作所需人力之方式核配各直轄市、縣（市）政府照顧管理人員。另加速行政流程，照顧管理專員與社整中心之社整中心個管員採「共同訪視」進行初次評估，經評估符合長照需要等級後，社整中心個管人員應至少每 6 個月家庭訪視執行「照顧計畫擬訂與服務連結(AA01)」，且每個月應至少進行 1 次「照顧管理(AA02)」，以迅速協助民眾調整照顧計畫及服務協調，為兼顧服務品質及時效性，而衍生案量負荷之議題。

另考量照顧管理人員、社整中心個管員之角色功能為長照服務輸送體系之樞紐，其資格須具有一定年資之長照工作經驗，致使實務單位反映人力難尋。

第三章 計畫目標

第一節 目標說明

長照 3.0 規劃在長照 2.0 以社區為基礎、以人為本、連續照顧的基礎下，持續普及照護資源、強化家庭支持、完善專業銜接，打造居家、社區、機構、醫療、社福連續性的醫照整合服務，以達「健康老化、在地安老、安寧善終」之願景。

第二節 計畫目標

為達成「健康老化、在地安老、安寧善終」之願景，政府相關部會應以下列八大目標，作為長照 3.0 推動的政策方針：

- 一、營造共生社區，促進健康老化
- 二、醫療照顧整合，推動責任醫療
- 三、積極長照復能，完善出院準備
- 四、提升機構量能，強化住宿品質
- 五、強化家庭支持，擴大住院照護
- 六、導入智慧照顧，善用科技輔具
- 七、落實安寧善終，預立醫療決定
- 八、發展人力專業，精進多元培訓

第三節 長期照顧需要人口數推估

隨著我國將進入超高齡社會，老年人口將快速成長，慢性病與功能障礙的盛行率將急遽上升，相對的失能人口也將大幅增加，其所導致的長照需求也隨之遽增，推估 2026 年至 2035 年，增加之失能人數，將由 2026 年 92.29 萬人成長至 2035 年 129.59 萬人，增加 37.3 萬人，成長率達 40%。

一、服務對象人數推估之目標群體

原長照 2.0 所服務對象包含 65 歲以上失能老人、失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、50 歲以上失智症者，以及內在能力

下降老人¹（即未達長照需要程度，然因老化或衰弱等因素，納入目標群體以預防或減緩失能），為照顧更多長照需要民眾，本計畫長照 3.0 所服務之對象，除了延續長照 2.0 之服務對象以外，也擴大服務對象，納入全年齡評估期間符合全民健康保險急性後期整合照護（以下稱 PAC）計畫收案者、全年齡失智症者及符合 114 年 9 月 24 日總統令修正公布之「外國專業人才延攬及僱用法」（下稱外國攬才專法）第 29 條符合特定居留資格之外國專業人才及其眷屬。

長照 3.0 推估失能者之目標群體，包含 65 歲以上失能老人、失能身心障礙者、55-64 歲失能原住民、全年齡失智症者及全年齡評估期間符合 PAC 計畫收案者，並以前述對象進行需求人數推估。

二、長照需要評估及長照需要推估人數

長照需要評估指標，係以照顧管理評估量表進行評估，評估項目包含短期記憶評估、ADLs、IADLs、進階照顧、情緒及行為型態量表，一共五大項目來判斷個案的長照需要等級。長照需要等級共區分為第 1 級至第 8 級，若長照需要等級 ≥ 2 即判定為失能，且長照需要等級越高表示失能程度越嚴重。

（一）長照需要推估人數

由於長照需要等級越高表示失能程度越重，各目標族群之長照需要以失能率作為推估資料，係依據不同調查計畫結果，配合國發會中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）數據一中推估人口推計數據，長照需要推估人數公式：長照需要推估人數=長照失能率(%)x 人口推估數。

1. 人口推估

¹ 依據世界衛生組織(WHO)推動之長者內在能力評估(ICOPE)，評估內在能力下降之老人。

參考國發會中華民國人口推估(2024年至2070年)數據，將年齡分為幼年(0-14歲)-青壯年(15-64歲)-老年(65歲以上)等三階段人口結構推估數，分別說明如下²(詳見表3.1)：

- (1) 幼年人口(0-14歲)：0-14歲幼年人口自1984年起即逐年減少，預估2024年為274萬人，至2070年將減少為81萬人至137萬人；占總人口比率亦將由2024年之11.7%，降為2070年之5.6%至8.7%。故自2026年至2035年期間之人口數，因出生率持續下降及育齡婦女人口減少，故高中低人口推估數變動較大。
- (2) 青壯年人口(15-64歲)：參考國發會報告，15-64歲青壯年人口於2026年至2037年之高中低人口推估數均相同，須至2039年起始有調整。
- (3) 老年人口(65歲以上)：由於65歲以上老年人口數不受生育率高、中、低假設影響，故不同情境假設下之老年人口數均相同，僅因不同假設下之總人口數不同，致老年人口所占比率略有差異。³

綜上，依國發會中華民國人口推估(2024年至2070年)數據，可發現2026年至2035年間，65歲以上及15至64歲之人口推估，不論為高推估、中推估及低推估之年底人口數均相同，僅0-14歲人口數於高中低推估之人口數不同，自2026年266萬人減至2035年198萬人，故本次推估以中推估人口推計數據進行估算。

² 參考國發會中華民國人口推估(2024年至2070年)報告第12頁之說明

³ 參考國發會中華民國人口推估(2024年至2070年)報告第20頁之說明。

表 3.1 國家發展委員會人口推估（2026 年至 2050 年）年底人口數

單位：千人

三階段年齡		0-14 歲			15-64 歲			65+歲		
民國	西元	高推估	中推估	低推估	高推估	中推估	低推估	高推估	中推估	低推估
115	2026	2,660	2,649	2,636	15,767	15,767	15,767	4,858	4,858	4,858
116	2027	2,560	2,546	2,529	15,608	15,608	15,608	5,042	5,042	5,042
117	2028	2,496	2,479	2,458	15,407	15,407	15,407	5,226	5,226	5,226
118	2029	2,406	2,387	2,361	15,243	15,243	15,243	5,397	5,397	5,397
119	2030	2,311	2,290	2,260	15,087	15,087	15,087	5,556	5,556	5,556
120	2031	2,222	2,197	2,161	14,922	14,922	14,922	5,714	5,714	5,714
121	2032	2,144	2,115	2,073	14,769	14,769	14,769	5,842	5,842	5,842
122	2033	2,081	2,045	1,995	14,587	14,587	14,587	5,981	5,981	5,981
123	2034	2,023	1,979	1,920	14,399	14,399	14,399	6,115	6,115	6,115
124	2035	1,980	1,925	1,855	14,199	14,199	14,199	6,241	6,241	6,241
125	2036	1,942	1,874	1,791	14,004	14,004	14,004	6,353	6,353	6,353
126	2037	1,926	1,841	1,744	13,800	13,800	13,800	6,450	6,450	6,450
127	2038	1,918	1,813	1,702	13,589	13,589	13,589	6,541	6,541	6,541
128	2039	1,900	1,777	1,655	13,389	13,385	13,381	6,627	6,627	6,627
129	2040	1,889	1,748	1,614	13,175	13,167	13,159	6,713	6,713	6,713
130	2041	1,881	1,720	1,574	12,908	12,896	12,884	6,844	6,844	6,844
131	2042	1,875	1,693	1,535	12,668	12,654	12,637	6,939	6,939	6,939
132	2043	1,873	1,667	1,497	12,408	12,391	12,370	7,046	7,046	7,046
133	2044	1,874	1,645	1,462	12,134	12,115	12,089	7,159	7,159	7,159
134	2045	1,877	1,624	1,430	11,866	11,845	11,815	7,258	7,258	7,258
135	2046	1,881	1,604	1,399	11,594	11,569	11,534	7,356	7,356	7,356
136	2047	1,884	1,585	1,370	11,331	11,301	11,259	7,442	7,442	7,442
137	2048	1,885	1,566	1,342	11,089	11,053	11,003	7,503	7,503	7,503
138	2049	1,883	1,547	1,316	10,859	10,815	10,756	7,550	7,550	7,550
139	2050	1,879	1,528	1,292	10,656	10,601	10,531	7,568	7,568	7,568

資料來源：衛福部自行整理，參考國家發展委員會（2024 年 10 月）中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）表 13-3、表 14-3 及表 15-3。

2. 65 歲以上失能老人

65 歲以上老人可分為原住民老年人口及非原住民老年人口，其中原住民老年人口比例係參考 2024 年原住民老人占同年齡總人口之比例平均為 1.40%，另非原住民老人占同年齡總人口之比例則為 98.60%。以下以原住民老年人口占老年人口比例及搭配國發會中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）數據—65 歲以上高推估及低推估人口推計數據進行推估。

表 3.2 原住民老年人口占老年人口比例

民國	西元	65 歲以上 老年人口數	65 歲以上原住民老年人口數	原住民占 老年人口比例
107	2018	3,433,517	43,738	1.27%
108	2019	3,607,127	46,499	1.29%
109	2020	3,787,315	49,787	1.31%
110	2021	3,939,033	52,869	1.34%
111	2022	4,085,793	56,033	1.37%
112	2023	4,296,985	59,153	1.38%
113	2024	4,488,707	62,788	1.40%

1. 資料來源：內政部戶政司人口統計資料（二.歷月人口統計資料/01.縣市人口按性別及五齡組、04.縣市原住民人口按性別及身分，2025 年 1 月 22 日下載）
2. 原住民老年人口比例以 2024 年度人口占比推估。

(1) 65 歲以上失能老人人數(非原住民)

依據衛福部委託國家衛生研究院進行「全國社區失能流行病學調查」，執行期間為 2020 年至 2023 年，本調查研究方法係以全國 22 縣市，65 歲以上的老年人口為母體，進行分層多階段 PPS 抽樣法 (Stratified Multi-Stage Probability Proportional to Size (PPS) Sampling) 抽樣，並由訓練過之訪員以家戶面訪方式針對抽樣樣本進行問卷訪視。若失能者定義為長照需要等級第 2 級以上者，則調查

結果顯示全國社區 65 歲以上長者之各年齡別失能盛行率(下稱分齡失能率)分別為 65-69 歲 5.13%、70-74 歲 8.41%、75-79 歲 16.93%、80-84 歲 31.90%、85-89 歲 48.64%及 90 歲以上 73.38%，顯示為年齡越高失能盛行率越高；65 歲以上長者平均失能盛行率(下稱平均失能率)為 16.47%。

衛福部以 65 歲以上長者之分齡失能率及平均失能率分別進行推估，並搭配國發會中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)數據—中推估人口推計數據及參考 2024 年非原住民老人人口比例為 98.60%進行計算。

分齡失能率之 65 歲以上失能人數(非原住民)2026 年為 77 萬 6,394 人至 2035 年失能推估人數增為 115 萬 7,231 人，10 年內失能人數增加 38 萬人，以平均每年失能人數增加 4.2 萬人次左右速度增加。

表 3.3 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數(非原住民老人)-分齡失能率

民國	年度	男-人口數 (註 1)	男 - 失 能 人 數(註 2)	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	2,150,110	325,019	2,639,652	451,375	4,789,762	776,394
116	2027	2,227,085	338,833	2,744,129	473,804	4,971,214	812,637
117	2028	2,303,401	353,792	2,849,010	497,361	5,152,411	851,153
118	2029	2,374,413	369,636	2,946,765	521,903	5,321,178	891,539
119	2030	2,439,502	385,389	3,039,111	545,923	5,478,613	931,312
120	2031	2,503,241	403,115	3,130,533	572,769	5,633,774	975,884
121	2032	2,553,793	419,971	3,206,524	598,919	5,760,317	1,018,890
122	2033	2,608,761	437,870	3,288,578	626,647	5,897,339	1,064,517
123	2034	2,660,608	456,050	3,368,536	655,400	6,029,144	1,111,450
124	2035	2,708,855	473,851	3,445,131	683,380	6,153,986	1,157,231

註 1:人口數為 2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數*非原住民老人人口比例 98.60%。

註 2:65 歲以上者失能盛行率為係以照顧管理評估量表進行評估，長照需要等級第 2 級以上即判定為失能。各年齡別失能盛行率分別為 65-69 歲 5.13%、70-74 歲 8.41%、75-79 歲 16.93%、80-84 歲 31.90%、85-89 歲 48.64%及 90 歲以上 73.38%，失能人數為人口數*各年齡層失能盛行率。

資料來源：

(1) 人口數：2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數。

(2) 失能盛行率：衛生福利部委託國家衛生研究院「全國社區失能流行病學調查」。

平均失能率之 65 歲以上失能人數(非原住民)2026 年為 78 萬 8,873 人至 2035 年失能推估人數增為 101 萬 3,561 人，10 年內失能人數增加約 22.4 萬人，以平均每年失能人數增加 2.5 萬左右速度增加。

表 3.4 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數(非原住民老人)-平均失能率

民國	西元	男-人口數 (註 1)	男-失能人數 (註 2)	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	2,150,110	354,123	2,639,652	434,750	4,789,762	788,873
116	2027	2,227,085	366,800	2,744,129	451,958	4,971,214	818,758
117	2028	2,303,401	379,370	2,849,010	469,231	5,152,411	848,601
118	2029	2,374,413	391,065	2,946,765	485,332	5,321,178	876,397
119	2030	2,439,502	401,785	3,039,111	500,541	5,478,613	902,326
120	2031	2,503,241	412,283	3,130,533	515,598	5,633,774	927,881
121	2032	2,553,793	420,609	3,206,524	528,114	5,760,317	948,723
122	2033	2,608,761	429,662	3,288,578	541,628	5,897,339	971,290
123	2034	2,660,608	438,202	3,368,536	554,797	6,029,144	992,999
124	2035	2,708,855	446,148	3,445,131	567,413	6,153,986	1,013,561

註 1:人口數為 2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數*非原住民老人人口比例 98.60%。

註 2:65 歲以上者失能盛行率為係以照顧管理評估量表進行評估，長照需要等級第 2 級以上即判定為失能。65 歲以上失能盛行率為 16.47%，失能人數為人口數*各年齡層失能盛行率。

資料來源：

(1) 人口數：2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數。

(2) 失能盛行率：衛福部委託國家衛生研究院「全國社區失能流行病學調查」。

(2) 65 歲以上原住民失能老人人數

衛福部委託尼爾森行銷研究顧問股份有限公司進行「2019 年原住民老人失能調查」，執行期間為 2019 年至 2020 年，本調查研究方法係以全國 22 縣市，設籍於臺灣、年滿 55 歲以上且具備原住民身分人口為母體，進行等比例抽樣調查方法 (Probability Proportionate to Size Sampling) 並混和隨機抽樣調查方法 (Random Sampling) 抽樣，並由訓練過之訪員以家戶面訪方式針對抽樣樣本進行問卷訪視。若失能者定義為長照需要等級第 2 級以上者，調查結果顯示全國 65 歲以上原住民老人長者失能

盛行率為 26.19%，依年齡別分別為 55-64 歲 6.04%、65-74 歲 14%、75-84 歲 38%、85 歲以上 76%，顯示為年齡越高，失能盛行率越高。

衛福部以 65 歲以上原住民之分齡失能率及平均失能率分別進行高推估及低推估，搭配國發會中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）數據—中推估人口推計數據及參考 2024 年原住民老人人口比例為 1.40%進行計算。

分齡失能率之 65 歲以上失能人數(原住民)，2026 年為 1 萬 7,521 人，至 2035 年失能推估人數增為 2 萬 4,989 人，10 年內失能人數增加 7,468 人，以平均每年失能人數增加 800 至 900 人左右速度增加。

平均失能率之 65 歲以上失能人數(原住民)，2026 年為 1 萬 7,810 人，至 2035 年失能推估人數增為 2 萬 2,884 人，10 年內失能人數增加 5,074 人，以平均每年失能人數增加 564 人左右速度增加。

表 3.5 2026 年至 2035 年 65 歲以上原住民老人失能人數-分齡失能率

民國	西元	男 - 人口 數(註 1)	男-失能人數 (註 2)	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	30,528	7,504	37,479	10,017	68,007	17,521
116	2027	31,621	7,843	38,963	10,521	70,584	18,364
117	2028	32,705	8,184	40,452	11,022	73,157	19,206
118	2029	33,713	8,509	41,840	11,501	75,553	20,010
119	2030	34,637	8,813	43,151	11,943	77,788	20,756
120	2031	35,542	9,126	44,449	12,407	79,991	21,533
121	2032	36,260	9,425	45,528	12,870	81,788	22,295
122	2033	37,041	9,766	46,693	13,387	83,734	23,153
123	2034	37,777	10,122	47,829	13,945	85,606	24,067
124	2035	38,462	10,482	48,916	14,507	87,378	24,989

註 1：人口數為 2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數*原住民老人人口比例 1.40%。

註 2：65 歲以上者失能盛行率為係以照顧管理評估量表進行評估，長照需要等級第 2 級以上即判定為失能。65 歲以上原住民老人失能盛行率，依年齡別分別為 55-64 歲 6.04%、65-74 歲 14%、75-84 歲 38%、85 歲以上 76%，失能人數為人口數*各年齡層失能盛行率。

資料來源：

(1) 人口數：2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估。

(2) 原住民老年人口：內政部戶政司人口統計資料。

(3) 失能盛行率：衛福部「2019 年原住民老人失能調查」。

表 3.6 2026 年至 2035 年 65 歲以上原住民老人失能人數-平均失能率

民國	西元	男-人口數 (註 1)	男-失能人 數(註 2)	女-人口數	女-失能 人數	合計-人口 數	合計-失能 人數
115	2026	30,528	7,995	37,479	9,815	68,007	17,810
116	2027	31,621	8,281	38,963	10,204	70,584	18,485
117	2028	32,705	8,565	40,452	10,594	73,157	19,159
118	2029	33,713	8,829	41,840	10,957	75,553	19,786
119	2030	34,637	9,071	43,151	11,301	77,788	20,372
120	2031	35,542	9,308	44,449	11,641	79,991	20,949
121	2032	36,260	9,496	45,528	11,923	81,788	21,419
122	2033	37,041	9,701	46,693	12,228	83,734	21,929
123	2034	37,777	9,893	47,829	12,526	85,606	22,419
124	2035	38,462	10,073	48,916	12,811	87,378	22,884

註 1：人口數為 2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數*原住民老人人口比例 1.40%。

註 2：65 歲以上者失能盛行率為係以照顧管理評估量表進行評估，長照需要等級第 2 級以上即判定為失能。65 歲以上原住民老人失能盛行率為 26.19%，失能人數為人口數*各年齡層失能盛行率。

資料來源：

(1) 人口數：2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估。

(2) 原住民老年人口：內政部戶政司人口統計資料。

(3) 失能盛行率：衛福部「2019 年原住民老人失能調查」。

(3) 65 歲以上老人失能人數總計

65 歲以上老人失能人數以各年度之分齡失能率及平均失能率的最高值為高推估數據，最低值為低推估數據。

高推估結果 65 歲以上失能人數總計，2026 年為 80 萬 6,683 人，至 2035 年失能推估人數增為 118 萬 2,220 人，10 年內失能人數增加 37.5 萬人，以平均每年失能人數增加 4.2 萬左右速度增加

低推估結果 65 歲以上失能人數總計，2026 年為 79 萬 3,915 人，至 2035 年失能推估人數增為 103 萬 6,445

人，10 年內失能人數增加 24.2 萬人，以平均每年失能人數增加近 2.7 萬左右速度增加。

表 3.7 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數-高推估(總計)

民國	西元	男- 人口數	男- 失能人數	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	2,180,638	362,118	2,677,131	444,565	4,857,769	806,683
116	2027	2,258,706	375,081	2,783,092	462,162	5,041,798	837,243
117	2028	2,336,106	361,976	2,889,462	508,383	5,225,568	870,359
118	2029	2,408,126	378,145	2,988,605	533,404	5,396,731	911,549
119	2030	2,474,139	394,202	3,082,262	557,866	5,556,401	952,068
120	2031	2,538,783	412,241	3,174,982	585,176	5,713,765	997,417
121	2032	2,590,053	429,396	3,252,052	611,789	5,842,105	1,041,185
122	2033	2,645,802	447,636	3,335,271	640,034	5,981,073	1,087,670
123	2034	2,698,385	466,172	3,416,365	669,345	6,114,750	1,135,517
124	2035	2,747,317	484,333	3,494,047	697,887	6,241,364	1,182,220

資料來源：衛福部自行統計

表 3.8 2026 年至 2035 年 65 歲以上失能人數-低推估

民國	年度	男- 人口數	男- 失能人數	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	2,180,638	332,523	2,677,131	461,392	4,857,769	793,915
116	2027	2,258,706	346,676	2,783,092	484,325	5,041,798	831,001
117	2028	2,336,106	387,935	2,889,462	479,825	5,225,568	867,760
118	2029	2,408,126	399,894	2,988,605	496,289	5,396,731	896,183
119	2030	2,474,139	410,856	3,082,262	511,842	5,556,401	922,698
120	2031	2,538,783	421,591	3,174,982	527,239	5,713,765	948,830
121	2032	2,590,053	430,105	3,252,052	540,037	5,842,105	970,142
122	2033	2,645,802	439,363	3,335,271	553,856	5,981,073	993,219
123	2034	2,698,385	448,095	3,416,365	567,323	6,114,750	1,015,418
124	2035	2,747,317	456,221	3,494,047	580,224	6,241,364	1,036,445

資料來源：衛福部自行統計

3. 55-64 歲原住民失能人數

依據前述衛福部委託尼爾森行銷研究顧問股份有限公司進行「2019 年原住民老人失能調查」，調查結果顯示全國 55-64 歲原住民失能盛行率為 6.04%。

搭配國發會中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）數據—中推估人口推計數據及參考 2024 年 55-64 歲原住民人口比例為 2.03%，另非原住民之同年齡人口比例則為 97.97%。

表 3.9 2018 年至 2024 年 55-64 歲原住民占同年齡人口比例

民國	西元	55-64 歲人口數	55-64 歲原住民人口數	55-64 歲原住民占同年齡人口比例
107	2018	3,438,091	63,468	1.85%
108	2019	3,485,104	65,476	1.88%
109	2020	3,501,917	67,220	1.92%
110	2021	3,498,156	68,421	1.96%
111	2022	3,497,892	69,198	1.98%
112	2023	3,533,394	70,219	1.99%
113	2024	3,535,954	71,692	2.03%

1.資料來源：內政部戶政司人口統計資料（二.歷月人口統計資料/01.縣市人口按性別及五齡組、04.縣市原住民人口按性別及身分，2025 年 1 月 22 日下載）
2.55-64 歲原住民人口比例以 2024 年度人口占比推估。

推估結果 55-64 歲原住民失能人數，2026 年為 4,310 人，至 2035 年失能推估人數增為 4,385 人。

表 3.10 2026 年至 2035 年 55-64 歲原住民失能人數

民國	西元	男-人口數 (註 1)	男-失能人 數(註 2)	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	34,423	2,079	36,941	2,231	71,364	4,310
116	2027	34,060	2,057	36,687	2,215	70,747	4,272
117	2028	33,682	2,034	36,357	2,195	70,039	4,229
118	2029	33,358	2,014	36,133	2,182	69,491	4,196
119	2030	33,152	2,002	36,036	2,176	69,188	4,178
120	2031	33,475	2,021	36,442	2,201	69,917	4,222
121	2032	33,680	2,034	36,800	2,222	70,480	4,256
122	2033	33,943	2,050	37,153	2,244	71,096	4,294
123	2034	34,327	2,073	37,601	2,271	71,928	4,344
124	2035	34,624	2,091	37,985	2,294	72,609	4,385

註 1：人口數為 2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數*55-64 歲原住民人口比例 2.03%。

註 2：55-64 歲者失能盛行率為係以照顧管理評估量表進行評估，長照需要等級第 2 級以上即判定為失能。55-64 歲原住民失能盛行率為 6.04%。

資料來源：

(1) 人口數：2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)中推估。

(2) 原住民老年人口：內政部戶政司人口統計資料。

(3) 失能盛行率：衛福部「2019 年原住民老人失能調查」。

4. 64 歲以下失能身心障礙者

身心障礙人口係以衛福部 2024 年第 3 季的人口數做基礎數據，並以 2018 年至 2023 年身心障礙人口數計算分齡平均成長率，其中未滿 18 歲成長率為 0.75%、18-49 歲為 -1.47%、50-59 歲為 -3.24% 及 60-64 歲為 1.32%。

64 歲以下失能身心障礙者推估人數，係參考衛福部「2021 年身心障礙者生活狀況及需求調查」資料進行推估，64 歲以下身心障礙者之長照需要率 17.8%，長照需要定義為前述調查之 ADLs 進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿

脫衣褲鞋襪等 6 項之障礙項數 1 項以上者，及 IADLs3 項(煮飯、打掃、洗衣服)之障礙項數 1 項以上之人數比例。其中 ADLs6 項若註明自行或輔具可以執行，就算可以獨立進行。

身心障礙者長照需要人數推估方式，係以身心障礙者推估人數*長照需要率 17.8%後，扣除 55 歲至 64 歲失能原住民人數【公式：身障者推估人數*失能率 17.8%-55 歲至 64 歲失能原住民人數】。

以長照需要推估人數公式計算，推估 2026 年 64 歲以下失能身心障礙者數分別 10 萬 5,799 人，至 2035 年略降為 9 萬 6,020 人，人數減少近 1 萬人。

表 3.11 2026 年至 2035 年 64 歲以下身心障礙者失能人數

民國	西元	男- 人口數	男- 失能人數	女- 人口數	女- 失能人數	合計- 人口數	合計- 失能人數
115	2026	376,084	64,864	242,506	40,935	618,590	105,799
116	2027	371,843	64,130	239,714	40,454	611,556	104,584
117	2028	367,757	63,426	237,024	39,995	604,781	103,421
118	2029	363,823	62,746	234,434	39,547	598,256	102,293
119	2030	360,038	62,084	231,940	39,109	591,978	101,193
120	2031	356,398	61,417	229,542	38,657	585,940	100,074
121	2032	352,899	60,782	227,237	38,226	580,136	99,008
122	2033	349,539	60,167	225,022	37,809	574,561	97,976
123	2034	346,314	59,570	222,896	37,404	569,209	96,974
124	2035	343,221	59,002	220,856	37,018	564,077	96,020

註：64 歲以下身心障礙者長照需要率為 17.8%，長照需要定義為 ADLs 進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣褲鞋襪等 6 項之障礙項數 1 項以上者，及 IADLs3 項(煮飯、打掃、洗衣服)之障礙項數 1 項以上。

資料來源：

(1)身心障礙人口：衛福部統計資料-2024 年第 3 季的人口數做基礎數據。

(2)失能盛行率：衛福部「2021 年身心障礙者生活狀況及需求調查」。

推估步驟：

(1) 身障者占率=以 2018 年至 2023 年公務統計報表人數計算分齡平均成長率，其中未滿 18 歲為 0.75%、18-49 歲為-1.47%、50-59 歲為-3.24%及 60-64 歲為 1.32%，並以 2024 年第 3 季的人口數做基礎數據。

(2) 身障者推估人數=2024 年第 3 季的人口數做基礎數據*身障者成長率。

(3) 身障者長照需要人數推估=身障者推估人數*長照需要率 17.8%扣除 55 歲至 64 歲失能原住民人數【公式：身障者推估人數*失能率 17.8%-55 歲至 64 歲失能原住民人數】。

5. 64 歲以下非身心障礙者之急性後期整合照護計畫失能個案

有關急性後期整合照護計畫(PAC，以下簡稱 PAC 計畫)

係自 2014 年起以腦中風病人開始試辦，提供住院模式，並採復健強度與時間論日支付及訂定支付期限，並自 2015 年起新增燒燙傷及 2017 年起擴大辦理新增創傷性神經損傷、脆弱性

骨折、衰弱高齡及心臟衰竭病患等 4 類疾病，照護方式新增居家照護模式，計畫目的是對治療黃金期之病人給予積極性整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。衛福部中央健康保險署(下稱健保署)針對收案對象後續照護追蹤包含恢復功能、回歸門診或居家自行復健及長期照護等三面向。未來長照 3.0 服務擬針對 PAC 計畫之個案，推動 PAC 後銜接長照服務。

依健保署統計 PAC 收案對象之各年度成長率，2019 年至 2024 年平均成長率為 3.85%，惟健保署預計自 2025 年起擴大辦理 PAC 計畫，故設定 2025 年起高推估人數成長率預計為 10%、低推估人數成長率預計為 3.85%，高推估 2026 年服務人數為 5,349 人至 2035 年為 12,606 人。10 年內失能人數增加 7 萬 7,257 人，以平均每年失能人數增加 8,066 人左右速度增加；低推估 2026 年服務人數為 4,950 人至 2035 年為 6,692 人。10 年內失能人數增加 1,925 人，以平均每年失能人數增加 213 人左右速度增加。

表 3.12 2019 年至 2024 年急性後期整合照護計畫(PAC)執行成效

民國	西元	2019~2024 年 年平均成長率	總計	64 歲以下	65 歲以上
108	2019	3.85%	10,734	3,720	7,014
109	2020		11,358	4,027	7,331
110	2021		10,931	3,716	7,215
111	2022		10,682	3,643	7,039
112	2023		12,638	4,288	8,350
113	2024		12,964	4,421	8,543

註：

資料來源：健保署 VPN-QP1 急性後期整合照護計畫收案及結案資料（擷取日期：2025/1/3）

資料條件：

- (1) 人數計算：依據收案日期歸戶（若跨年度結案，依收案日期歸年）
- (2) 回歸門診或居家自行復健人數：當年度 PAC 個案結案，結案後預計後續照護方式為回歸門診或居家自行復健人數者

表 3.13 2026 年至 2035 年急性後期整合照護計畫(PAC)服務人數

民國	西元	高推估	低推估
		服務人數*10%-註 2	服務人數*3.85%-註 2
113	2024(註 1)	4,421	4,421
114	2025	4,863	4,591
115	2026	5,349	4,767
116	2027	5,883	4,950
117	2028	6,471	5,140
118	2029	7,118	5,337
119	2030	7,829	5,542
120	2031	8,611	5,755
121	2032	9,472	5,976
122	2033	10,419	6,206
123	2034	11,460	6,444
124	2035	12,606	6,692

註 1: 2024 年之 64 歲以下服務人數為 4,421 人。

註 2: 考量健保署預計自 2025 年起擴大辦理 PAC 計畫，故設定 2025 年起，高推估人數成長率為每年成長 10%及低推估人數成長率為每年成長 3.85%。

6. 全年齡失智症者

有關失智症人口推估，參考文獻顯示30-64歲失智症盛行率為0.119%，而30歲以下失智症盛行率設定為0%，在假設上述失智症盛行率維持不變的前提下，同時使用國發會之中華民國人口(中)推估(2024年至2050年)資料，推估未來可能的失智症人口數與盛行率，另參考國家衛生研究院2020年至2023年全國社區失智失能流行病學調查，65歲以上老年人口族群中，失智且失能者占5.53%，因暫無64歲以下之失智且失能率之推估參數，爰暫以65歲以上失智且失能之參數高推估，設定64歲以下失智且失能率為5.53%。推估2026年64歲以下失智人數為1萬

4,600人，其中失智且失能人數為807人，至2035年成長為1萬3,346人，其中失智且失能人數738人。

表 3.14 2026 年至 2035 年 30 歲至 64 歲失智且失能人數

民國	西元	男-失智人口數(註 1)	男-失能人口數(註 2)	女-失智人口數	女-失能人口數	合計-失智人口數	合計-失能人數
115	2026	7,212	398	7,388	408	14,600	807
116	2027	7,177	396	7,337	405	14,515	802
117	2028	7,106	392	7,254	401	14,360	794
118	2029	7,050	389	7,190	397	14,241	787
119	2030	7,013	387	7,144	395	14,158	782
120	2031	6,945	384	7,068	390	14,013	774
121	2032	6,884	380	7,001	387	13,885	767
122	2033	6,803	376	6,912	382	13,715	758
123	2034	6,718	371	6,817	376	13,536	748
124	2035	6,627	366	6,719	371	13,346	738

註 1：人口數為 2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估人口數*30-64 歲失智症盛行率 0.119%。

註 2：失智且失能率為參考 65 歲以上老年人口族群中，失智且失能者占 5.53%。

資料來源：

(1) 人口數：2024 年國發會「中華民國人口推估(2024 年至 2070 年)」中推估。

(2) 失智盛行率：Hendriks S, Peetoom K, Bakker C, et al. Global prevalence of young-onset dementia: A systematic review and meta-analysis. JAMA Neurol. 2021 Sep 1;78(9):1080-1090. doi: 10.1001/jamaneurol.2021.2161。

(3) 失能盛行率：衛福部委託國家衛生研究院「全國社區失能流行病學調查」。

7. 2026 年至 2035 年長照需要人數

綜合上述推估結果，以各年度之分齡失能率及平均失能率的最高值為高推估數據，最低值為低推估數據。

長照需要人數包含 65 歲以上失能老人、55-64 歲原住民失能人數、64 歲以下失能身心障礙者、失智且失能者及 64 歲以下之 PAC 計畫失能個案，高推估之 2026 年長照需要人數推估為 92 萬 2,948 人，至 2035 年成長為 129 萬 5,969 人，10

年內失能人數增加約 37 萬人，平均每年失能人數增加 4.1 萬人；低推估之 2026 年長照需要人數推估為 90 萬 9,598 人，至 2035 年成長為 114 萬 4,280 人，10 年內失能人數增加約 23 萬人，平均每年失能人數增加 2.6 萬人。

表 3.15 2026 年至 2035 年長期照顧需要失能人數-高推估

民國	西元	65 歲以上失能者		55-64 歲 64 歲以下 PAC 計			30 歲至 64 歲失智且失能者	合計-失能人數
		非原住民	原住民	失能 住民	失能 障礙者	身心 畫失能 病人		
115	2026	788,873	17,810	4,310	105,799	5,349	807	922,948
116	2027	818,758	18,485	4,272	104,584	5,883	802	952,784
117	2028	851,153	19,206	4,229	103,421	6,471	794	985,274
118	2029	891,539	20,010	4,196	102,293	7,118	787	1,025,943
119	2030	931,312	20,756	4,178	101,193	7,829	782	1,066,050
120	2031	975,884	21,533	4,222	100,074	8,611	774	1,111,098
121	2032	1,018,890	22,295	4,256	99,008	9,472	767	1,154,688
122	2033	1,064,517	23,153	4,294	97,976	10,419	758	1,201,117
123	2034	1,111,450	24,067	4,344	96,974	11,460	748	1,249,043
124	2035	1,157,231	24,989	4,385	96,020	12,606	738	1,295,969

資料來源：衛福部自行統計

表 3.16 2026 年至 2035 年長期照顧需要失能人數-低推估

民國	西元	65 歲以上失能者		55-64 歲 64 歲以下 PAC 計			30 歲至 64 歲失智且失能者	合計-失能人數
		非原住民	原住民	失能 住民	失能 障礙者	身心 畫失能 病人		
115	2026	776,394	17,521	4,310	105,799	4,767	807	909,598
116	2027	812,637	18,364	4,272	104,584	4,950	802	945,609
117	2028	848,601	19,159	4,229	103,421	5,140	794	981,344
118	2029	876,397	19,786	4,196	102,293	5,337	787	1,008,796
119	2030	902,326	20,372	4,178	101,193	5,542	782	1,034,393
120	2031	927,881	20,949	4,222	100,074	5,755	774	1,059,655
121	2032	948,723	21,419	4,256	99,008	5,976	767	1,080,149
122	2033	971,290	21,929	4,294	97,976	6,206	758	1,102,453
123	2034	992,999	22,419	4,344	96,974	6,444	748	1,123,928
124	2035	1,013,561	22,884	4,385	96,020	6,692	738	1,144,280

資料來源：衛福部自行統計

第四章 執行策略及方法

第一節 主要工作項目

一、 長照個案管理

(一)照顧管理人員：

- 1.照管人員角色任務係為長照需要等級評估(含初評、複評)、核定/審查照顧計畫、跨單位資源連結、溝通協調及個案後續服務品質管控之實地訪查與服務單位稽核等。
- 2.照顧管理人員之配置，長照 2.0 為每 150 至 200 名個案配置照顧管理專員 1 名；每 5 至 7 名照顧管理專員設督導 1 名，自 2024 年起，參採各地方政府建議，人力核配從個案量改為由各地方政府自行推估每年長照服務個案成長情形及預估其需執行長照需要評估、長照服務連結、長照個案服務品質管控、其他事項等 4 大工作項目服務所需總耗時，並以每位照專不超時工作之假設下，執行前述工作之可工作時數(全年總工作日時數扣除休假、特休假等時數)，推估並核算應配置之照專員額，並依 7 名照專核配 1 名照督；原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區每 3 分站額外多配置 1 名照督之比例核配照督員額，全國照管人員數核定人數自 2017 年 859 人，提升至 2024 年 2,038 人。
- 3.鑑於照管人力所辦業務為執行公權力，為提升服務品質並提升民眾對於政府長照服務之專業信任度，衛福部於 2022 年 8 月 23 日獲行政院同意長照 2.0 補助地方政府進用人力，由約用人員改為聘用人員，且不受聘用員額不超過機關預算總人數 5%之規定限制，本計畫照管人力進用將延續長照 2.0 規劃，照管人員續依聘用人員聘用條例進用之；配合本計畫進用之照管人員，得不受聘用員額不超過機關

預算總人數 5%限制。

(二)社整中心個管員：

- 1.訂有服務案量限制並適時檢討修正：現行社整中心個管員應至少每 6 個月家庭訪視執行「照顧計畫擬訂與服務連結(AA01)」，且每個月應至少進行 1 次「照顧管理(AA02)」，考量社整中心個管員服務品質及社整中心布建資源及機制逐年穩定，現行給付及支付制度設計有案量管控及減付制度，維護社整中心個管員合理案量負荷，並於 2020 年將專任社整中心個管員案量上限自 150 案下修為 120 案，截至 2024 年底每名社整中心個管員平均案量(含結案數)為 104 案。
- 2.授權縣市政府得依專案認定個管年資：考量社整中心個管員之角色功能，其資格須具有一定年資之長照工作經驗，為解決實務反映社整中心個管員資格門檻高，致個管人力難尋之困境，經收集各縣市政府、全國性團體等各方建議，前於 2022 年放寬由各縣市政府依認定原則本權責專案認定，以利具有個案管理經驗之合格人員得投入個案管理工作。
- 3.運用人工智慧（AI）輔助擬定照顧計畫，減輕社整中心個管員負荷、提供優質服務：以人為中心係長照服務重要宗旨與核心理念，長照 2.0 中新增社整中心個管員為長照人員之一類，目的在於因應個案及其家庭照顧者的多元需求，發揮個案管理功能，提供適切且個別化的照顧計畫。現前社整中心個管員透過案量限制，確保服務品質，然未來隨著長照服務需求持續快速成長，為減輕社整中心個管員工作負荷並提升服務效能，衛福部正規劃建置運用 AI 輔助擬

定照顧計畫工具，協助個案管理人員簡化行政作業、提高工作效率，將更多心力投入於高難度及複雜個案之處理，以維持良好服務品質，同時降低工作壓力與人員流動，有助於個案管理人力穩定留任。

二、 照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）

（一）居家服務：

為落實以人為中心之長照服務理念，衛福部自 2018 年度起施行長照給付及支付制度，改以長照服務照顧組合為給支付單位，其中以協助沐浴及洗頭、家務協助、陪同外出等項目使用次數最多。目前外界對於給付及支付制度推動下，致居家服務提供流程及輸送產生斷裂、不連續之情形，以及照顧服務項目異動不即時、不彈性等意見，期待修正改變，惟依長期照顧服務申請及給付辦法第 21 條，已有規範彈性處理之機制(12 組碼別)，可同意服務提供單位先行提供服務再補行政程序。在既有機制下，實務仍反映服務不夠彈性，衛福部規劃居家服務照顧組合可採行以照顧包裹制提供之試辦方案，發展創新服務模式。

另隨居家服務提供單位大幅拓展，亟需強化服務提供之監測與品質管控機制，持續督請縣市政府落實特約服務單位履約管理，衛福部已建立一致性管理基準，持續強化地方政府法規解釋及查核知能，及地方政府應定期就已完成支付案件進行抽查審核，以達到服務監測及品質管理目的。

（二）日間照顧：

衛福部自 2018 年施行長照給支付制度，同時積極布建日間照顧中心，鑑於國人仍普遍習慣使用一對一居家服務，

目前社區式日間照顧中心平均使用率約 75%，在少子女化及高齡社會現況下，將影響未來投入長照服務之人力，衛福部近年大力推廣一對多社區服務模式，透過多元宣導管道翻轉民眾使用長照服務之既有觀念，鼓勵民眾使用一對多服務模式，至 2024 年底，日間照顧中心(含小規模多機能，下稱小規模)家數及服務人數皆有顯著成長。

目前外界對於日間照顧中心尚有各地資源分布不均、服務量能不足、經營成本效益低及復能功能不顯著等相關問題，爰推動「一國中學區日照中心」政策，透過跨部會盤整公有閒置空間、爭取運用前瞻基礎建設經費，同時達成日照服務量能之充實及均衡各地日間照顧服務資源發展；另日間照顧中心(含小規模)透過跨專業團隊提供照顧服務，伴隨有服務個案長照需要等級降低致服務額度下降之情形，為降低日間照顧中心(含小規模)因服務品質優良，反而造成收益減少之負面情形，衛福部刻正研議設計獎勵制度，未來日間照顧中心(含小規模)可依其整體照顧服務品質有相應財務獎勵或非財務獎勵之鼓勵機制，以解決經營成本效益低及復能功能不彰之問題。

(三) 家庭托顧：

家庭托顧服務係為一種介於機構與非機構照顧間的服務模式，提供長照服務對象於家庭托顧服務員（以下稱家托員）住所接受身體及日常生活照顧服務：將家裡的失能者送到家托員住所（家庭托顧服務單位）接受照顧，家托員在兼顧照顧自己家人同時，亦可以有穩定收入維持其家庭，落實在地老化以及政府推動社區照顧服務的理念。

隨著邁入超高齡社會，長照需求人數逐步增長，為使

長者留在熟悉的環境接受照顧服務，落實在地老化目標，家庭托顧係為衛福部積極推動一對多之社區照顧模式之一，然鑑於家庭托顧係一人機構，家托員須同時擔任業務負責人、機構負責人及照顧服務提供者之角色，工作業務量龐大。爰長照 3.0 將持續改善家托員工作負荷議題，研議透過輔導團的協助，確保家托員在提供照顧時能獲得家庭成員足夠支持。

另目前實務反映家庭托顧之設立標準未完全考量原鄉地區地理特性、歷史議題及原住民對居住建物觀點的特殊性，導致原鄉建築因缺乏合格建物而無法設立家托。對此，長照 3.0 將持續廣徵原民代表意見尋求突破積極鼓勵地方政府推動原住民族及偏鄉地區布建家庭托顧服務單位，以解決原鄉地區托顧家庭布建率低之問題。

三、交通接送

長照交通接送係提供由居家至醫療院所就醫、定期式復健或透析治療，及至社區式服務類長照機構、巷弄長照站、失智據點、輔具中心等具照顧服務功能社會參與之交通接駁。

隨著邁入超高齡社會，長照需求人數逐步增長，就醫、透析、復健、社會參與等服務需求亦同步增加，社區是長者生活之重要單位，交通接送服務係連結使用長照服務之媒介，及成就實踐在地老化政策的重要服務。

另針對外界關注交通資源不足及預約困難之情形，衛福部透過多元特約單位、營運獎助機制、原民離島及偏遠地區購車補助，鼓勵單位投入，以提升長照交通服務量能。並開發交通接送公版預約整合服務，透過系統程式碼無償

授權地方政府使用，鼓勵地方政府發展智慧運輸，運用系統便利民眾預約及共乘媒合，提高運具效能。

四、 營養餐飲服務

為協助地方政府辦理經濟弱勢失能者營養餐飲服務，衛福部自 2018 年度起爰挹注長照服務發展基金(以下簡稱長照基金)協助地方共同編列經費，穩健服務執行。隨著物價上漲及送餐志工招募困境，衛福部視情況逐年調增膳食費及志工交通費，惟考量各縣市實際資源條件與在地需求差異，爰請地方政府綜合評估後，亦可依據「老人福利法」及「身心障礙者權益保障法」等相關法規，運用既有老人與身心障礙福利預算，妥為編列相關經費，以強化在地餐飲服務之可近性與永續性。

營養餐飲服務持續協助經濟弱勢失能老人獲得日常營養補充，並強化志工送餐落實弱勢者關懷，如發現長者有其他服務轉介需求，適時予以協助，針對能自行外出者鼓勵使用巷弄長照站共餐服務以社區參與為優先原則，若為照顧需要等級較高者，或有特殊餐食需求，建議使用居家服務之餐食照顧(BA05)服務。

五、 輔具及居家無障礙環境改善

自 2018 年起實施長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付及支付制度，共計 68 項，僅限租賃 4 項、可租可購 11 項，僅限租賃項目較少且給付金額較低，難以活絡租賃市場。外界反應目前輔具租賃單位較少之原因，係給付金額不符成本，使廠商無意願投入輔具租賃市場。

2020 年委託辦理長照輔具及居家無障礙環境改善服務給付項目檢討與分析，並參考先進國家輔具服務推動制

度，當時規劃長照輔具給付制度方向以全租賃為主，但因相關利害關係人多反映，倘實施長照輔具全租賃制度，缺乏相關配套措施，且改變民眾消費習慣及業者銷售模式，外界疑慮甚多，另考量科技輔具購入價格高，政府採補助定額購置，對於廠商或使用者的均缺乏動機；倘實施純租賃模式「智慧科技輔具給付新制」，除可使民眾有多元選擇，亦不再侷限於使用傳統輔具，引導輔具廠商更有動機研發臺灣強項之智慧科技輔具產品。

2025 年 6 月 19 日修正公告「長期照顧服務申請及給付辦法」，除維持既有 3 年 4 萬元補助購置輔具（第一組），並自 2026 年 7 月 1 日起新增移動類、移位類、沐浴排泄類、居家照顧床類及安全看視等 5 大類全租賃智慧科技輔具項目，給付額度為每 3 年 6 萬元（第二組，含居家無障礙環境改善服務上限 2 萬元），民眾可依其需求擇一組使用，產品價格係由廠商提報地方政府備查，另考量原住民族或離島地區因受限地理位置，資源取得相較於一般平地地區不易，租賃智慧科技輔具新增居住於原住民族或離島地區之長照給付對象，支付價格加計 20%。預期可帶動租賃特約廠商增加，屆時活絡輔具租賃產業，增加租賃特約家數。

六、專業服務

長照 2.0 專業服務照顧組合，置入復能（reablement）觀念，目的是為了讓長照個案學習自主生活，不再總是依賴照顧，透過專業人員短時間且密集性之介入服務，指導個案及主要照顧者，達到訓練目標，讓個案學習自我照顧能力或家屬學習照顧技巧。惟現階段民眾對專業服務內涵

認識不足，且易與醫療復健（rehabilitation）混淆，致使服務使用率相對偏低。為強化自主尊嚴終老降低照顧依賴，衛福部將於長照 3.0 推動過程中，強化照顧管理專員及社整中心個案管理員之教育訓練，提升其於照顧計畫擬定階段導入專業服務之評估能力，並引導個案及照顧者了解復能導向服務之價值與功能，進而提高服務實際使用率。

七、喘息服務

喘息服務係提供長照家庭照顧者以定點、到宅等方式提供服務，包含社區式、居家式及機構住宿式喘息服務。爰長服法所提供之喘息服務實施對象係針對身心失能者提供規律性照顧之主要親屬及家人，如其需要適度休息，所需提供之暫時替代性照顧服務。

由於國人習慣居家式服務，喘息服務主要使用居家喘息服務，為提升民眾社區參與，讓個案不僅侷限於居家活動，喘息服務範圍可擴大至社區，衛福部持續推動 1 對多之照顧模式，提升社區式照顧服務，並將社區式喘息服務使用率納入年度考評指標，鼓勵各縣市推動社區式喘息服務，提高民眾取得社區式喘息服務之可近性，增加人際互動及人力效益。

八、小規模多機能服務

小規模服務是長照 2.0 下推動的一項重要創新，強調「在地老化」與「社區整合照顧」，以日間照顧為基礎，結合居家服務與臨時住宿（喘息服務），並以同一組照服員服務同一組長者，期望提供個別化、連續性的照顧，減輕家庭照顧者壓力。目前外界對於小規模尚有夜間住宿服務人力成本高、招聘困難，影響服務穩定性等相關問題，為強

化社區夜間服務量能，長照 3.0 策略積極布建小規模，研議放寬臨時住宿床位上限、外國技術人力規範，並以科技輔具減少照顧人力負荷，提高投入服務誘因，滿足臨時夜間住宿需求，提升服務可近性。

九、失智症照顧服務

因應失智人口之增加，為強化失智症早期診斷與照護連結，針對失智症長照服務推動項目，依失智程度可區分為失智照護服務計畫、居家服務、日間照顧、團體家屋、住宿式長照機構等，以符合失智者不同照顧需要，完善失智照護體系。

對於極輕度之失智者，為延緩個案失智（能），衛福部向前延伸布建失智據點，提供個案認知促進、緩和失智相關活動，以及提供家庭照顧者照顧訓練及支持團體等；併有 BPSD 之失智個案，可至地區或區域醫院辦理之權責型失智據點接受服務；並布建共照中心協助疑似失智個案儘速就醫確診、提供諮詢服務、轉介相關長照資源。如失智個案經地方政府照管中心評估符合長照需要等級第 2-8 級者，可使用長照 2.0 相關服務項目，包含照顧及專業服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、交通接送及喘息服務。如有 24 小時照顧需求之失智個案，則可至團體家屋及住宿式長照機構，可提供較充足之照顧設施與密集照顧人力。

面對未來增加的失智照護人口，長照 3.0 將持續加強各類失智照護資源之布建，精進失智照護資源之運用，以及加強宣導失智症相關識能，以協助失智症早期診斷並轉介長照相關服務資源，以延緩失智(能)病程之進展。

十、家庭照顧者支持服務

為協助地方政府建立家庭照顧服務者支持服務網絡，衛福部自 2018 年起推動「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，補助地方政府結合民間團體建置長照家庭照顧者支持服務據點，提供個案服務、照顧安排諮詢、到宅照顧技巧指導、轉介個別心理諮商、支持團體、照顧知識課程、紓壓活動及志工關懷等服務，惟家庭照顧者可能同時照顧身心障礙者、失能長者，為提升家照據點服務可近性及效益，整合長照與身心障礙資源，鼓勵設立單一據點提供長照家庭、身心障礙者及精神病人之家庭照顧者服務，同時考量家庭照顧者可能因不放心將被照顧者由他人照顧而不願外出，因此據點設立模式可選擇提供固定安全看視服務模式，或非提供固定安全看視服務模式。另訂定高負荷家庭照顧者初篩指標，以利社會安全網各網絡人員運用初篩指標發掘潛在高負荷家庭照顧者，及早協助高負荷家庭。

十一、社區預防性照顧服務

為了讓長照服務扎根社區，運用政府資源結合社區基層組織的力量，整合在地跨專業資源在村里間廣布巷弄長照站，透過社會參與、多元課程、共餐、健康促進、預防及延緩失能活動，巷弄長照站為社區整體照顧服務體系的基石，屬長照服務向前延伸，屬預防延緩失能、失智，及促進健康之初級預防功能。

自長照 2.0 政策推動以來，資源布建遍布社區、紮根基層，因此品質提升、均衡布建及高齡志工人力招募均成為巷弄長照站永續服務需克服事項，因此，未來亦將於長照 2.0 基礎上，強化社區與居民連結、擴大服務對象並翻轉照顧觀念，鼓勵居民共同參與照顧行動，也讓每一位社

區成員都能在互助中獲得支持與成就感，落實在地安老願景。

十二、出院準備銜接長照服務

出院準備銜接長照服務，係醫療與長照銜接重要的一環，考量醫院以住院病人為中心組成之跨專業出院準備服務團隊(下稱出備團隊)具備一定程度之專業性，針對住院個案倘符合長照服務資格者，規劃由醫院出備團隊，於個案出院日前，完成長照需要等級評估，且於評估階段已掌握住院個案之狀態，透過與個案溝通過程中，可先了解個案出院後最急迫之照顧需求，故朝向提供醫院包裹式獎勵金機制，由出備團隊於個案出院日前，完成長照需要等級評估、初步擬定出院後一週內之簡易照顧計畫後，聯絡長照個案居住地之照管中心，使個案出院後可獲得所需長照服務資源，待個案返家後再由社整中心完成照顧計畫。希冀透過出備醫院包裹式獎勵金機制，達縮短服務輸送流程，使個案於出院後可獲得所需長照服務資源，創造長照個案、醫療機構與照管人員及社整中心個管員三贏局面。

十三、原住民族地區整合型服務

現行原住民族地區長照服務在推動與執行面臨困境，包含地理區位、人力資源、文化安全與族群共融等議題。原住民族地區部分屬地理環境險峻且幅員遼闊之處，交通不便導致長照資源與人力之服務輸送相對困難，進而影響原住民族地區長照服務的可近性；近來針對都會區原住民族長照反映，則因現行長照政策規劃多以主流社會需求為基礎，未能充分回應原住民族長者文化安全需求。

又原住民族長照政策的推動涉及跨部會、跨層級協調，

強調與原住民族委員會(下稱原民會)、地方政府及原鄉公所合作，惟在原住民族行政區之部落參與仍有待進一步強化，包含鄉級長照推動小組之角色，以確保原住民族地區資源整合與人才培育。

爰長照 3.0 將在長照 2.0 社區照顧服務體系基礎上，持續透過獎助基準、長照給支付加成及專案計畫充實原住民族地區長照服務資源、強化原住民族行政區長照整合量能、穩定長照服務人力，同時推動文化健康站(下稱文健站)增能服務，鼓勵部落參與、推動多元創新、共融服務，並持續與原民會、地方政府及部落基層組織合作，確保長照政策能兼顧原住民族的文化安全與需求，落實在地安老。

十四、溝通宣導

持續穩定長照服務及 1966 長照專線之宣導聲量，翻轉民眾照顧觀念，如：運用簡單易記之口號「1966 長照接住你」拍攝短影音廣告及以故事行銷方式製作系列影片，運用電視、網路及戶外媒體等多元通路加強投放，維持宣導聲量；另區分不同受眾設定宣導策略，包含以一般大眾觀點檢討修正長照宣導文宣、針對男性受眾結合男性代言人或體育活動共同宣導等，並強化失智照顧宣導，如與網路媒體合作拍攝談話節目及規劃製作主題短影音廣告，期引發民眾共感，藉以翻轉民眾照顧觀念，提高其對長照服務之認識及使用意願。

結合地方政府共同宣導，強化村里長對長照服務認識，提升宣導量能，除繼續透過多元宣導破除「照顧等於女性」之性別刻板印象，將製作宣導素材呈現男性照顧者形象，並公開表揚男性之長照服務提供者，並將宣導成效納入地

方衛生機關業務考評指標，由地方政府因地制宜規劃宣導策略，並以 1966 長照專線及家庭照顧者為題，結合村里長及巷弄站、社區照顧關懷據點、文健站、失智據點、樂齡中心與長青學苑等社區場域，提升長照服務知曉度。

十五、高齡醫學暨健康福祉研究

衛福部自 2018 年起進行「高齡健康與長照研究中心研議計畫」，2020 年開始執行「高齡健康與長照研究中心推動計畫」，於 2020 年 6 月首次出版的「2020 臺灣高齡健康與長照服務年報」，並於 2020 年底宣布「高齡醫學暨健康福祉研究中心」正式設立，為透過高齡健康與長照政策所需之基礎調查、定期監測，進行分析以提出風險預警及政策建議，並透過具實證基礎之研究成果，提供政府推動政策之參考。

相關研究將強化性別統計，納入年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析，並持續精進「臺灣高齡健康與長照服務年報」相關性別統計分析，便於各界瞭解我國高齡人口在健康及長照方面的現況及趨勢。

第二節 跨域整合精進策略

一、營造共生社區，促進健康老化

（一）營造共生社區推動共融照顧圈：

1. 營造共生社區：共生社區的概念係達到多元、共融、賦能、去界之目標，並分為資源共享、對象共融、人力培育、場域通用、科技導入為實務執行的 5 大面向，整合各單位資源，在社區關懷據點、伯公照護站、文健站引進預防性健康促進方案，創新服務品質，鼓勵志工投入，並結合據點志工提供獨居老人關懷訪視及送餐服務，強化社區照顧服

務的韌性永續。

2. 推動共融照顧圈：以「一村里一據點」為目標，持續廣布服務據點，以社區為基礎，發揮自助、互助、他助的社區共融照顧圈，讓不同健康狀態之長者在住家近便區域內，獲得所需的各項服務與支持，包含綿密的社區據點服務、小規模服務中心、日間照顧中心，滿足長者內在能力檢測（ICOPE）、智慧管理、在宅醫療、送餐、交通服務、智慧輔具等項目提供，創造居家、社區、醫療、機構連續性服務。

（二）持續推動延緩老化失能服務：

1. 提供社區長者團體營養教育：推廣社區長者團體營養教育，宣導吃得下、吃得夠、吃得對、吃得巧之三好一巧均衡飲食原則，辦理社區長者營養風險篩檢及追蹤服務等營養服務，達 368 鄉鎮皆有服務。
2. 長者內在能力檢測服務：參照世界衛生組織「長者整合性照護指引」，建立「認知、行動、營養、視力、聽力及憂鬱」等六項內在能力檢測模式，並與全國 22 縣市衛生局合作，透過醫療院所，使用問卷及簡易檢測方式，提供 65 歲以上長者服務，目的係找出具高度生活自主能力，但開始出現高風險的族群，進行早期介入，以協助長者維持內在能力，使其有尊嚴不依賴別人生活，並同時向民眾宣導運用手機定期自我評估六項內在能力，以提升民眾健康識能，並逐年增加服務涵蓋率。
3. 推動社區預防口腔衰弱、口腔機能低下服務：
 - （1）建立我國口腔衰弱及口腔機能評估標準操作模式：參考國際趨勢，發展我國本土化口腔衰弱及口腔機能評

估工具；開發系統蒐集資料，建立我國口腔衰弱與口腔機能低下之實證基礎。

(2) 培育我國口腔衰弱及口腔機能評估專業團隊：規劃訓練模組及辦理相關人員培訓。

4. 發展及推廣社區口腔衰弱與口腔機能低下服務模式：依長者社區生活場域，針對衰弱、亞健康及健康長者，採用多元服務模式，由完成口腔衰弱及口腔機能低下教育訓練者，進行口腔衰弱或口腔機能低下評估及介入。針對口腔衰弱低風險族群，提供口腔衛生指導；若屬口腔衰弱高風險族群，則轉介基層院所的牙醫師進行口腔機能評估，並制定口腔機能改善計畫，定期進行個案追蹤管理，經評估已改善者，則可回到社區單位接受口腔衛生教育（服務流程如下圖）。

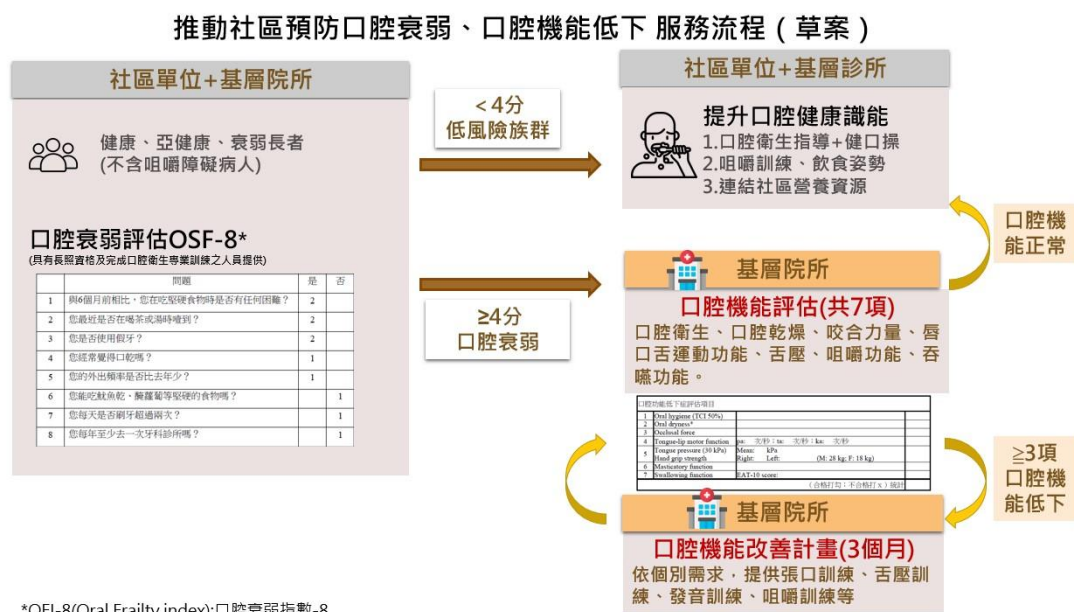


圖 4.1 推動社區預防口腔衰弱、口腔機能低下服務流程

(三)推動高齡者運動、社區運動俱樂部：

1. 推動高齡者運動：培育專業體適能指導員，推廣健康的運

動觀念與知識，並協助高齡者制定運動計畫或辦理高齡者運動活動，使高齡者在專業指導下進行運動，確保運動的安全性與有效性。

2. 推動社區運動俱樂部：透過國家運動產業發展中心媒合企業及學校資源，以公私協力模式，鼓勵企業投資改善校園現有運動設施，吸引社區居民及長者參與運動訓練及社區聯賽或區域性運動賽事。

(四)盤點各類據點(包含文健站)功能並進行各據點整合：

巷弄長照站為社區整體照顧服務體系之基石，提供社會參與、健康促進、共餐服務及預防及延緩失能失智，巷弄長照站係最小單位之服務，與在地社區連結甚深，除了持續以一村里一處巷弄長照站為優先之均衡布建原則，亦應翻轉既有照顧觀念、消弭各年齡、族群之界線，將高齡者從被照顧者轉為社區貢獻者，增加社區民眾不分年齡、族群參與程度，強化社區認同感，建立永續發展社區互助網絡。

(五)強化社整中心個案管理角色及跨域合作能力：

過往長照 2.0 執行，社整中心個管員以給付及支付制度之服務項目為主要工作重點，對於提供民眾預防及延緩失能失智服務資源、機構住宿式服務等資源著墨有限，衛福部除持續透過聯繫會議、正式函文督請縣市政府輔導社整中心應依個案需求落實轉介媒合正式與非正式資源外，未來共融照顧圈內多元之服務體系(如：社會安全網)資源之間跨域協作，各項服務銜接順暢不漏接，亦為社整中心工作重點之一，以落實以人為中心的長照服務理念及在地安老的政策目標。

(六)建立社區連續性跨體系服務網路：

長照服務與社會福利體系密不可分，均以提升民眾的生

活品質為共同目標，鑑於長照服務對象的需求是多元且複雜的，故須持續強化體系間相互合作及資源整合，使民眾在需要的時候獲得適切的服務，避免服務中斷或銜接不順。

長照失能個案於照管中心長照需要等級及照顧負荷評估時，對於家庭顯無照顧量能之中重度個案，將與社福中心合作，以失能者獲得合適的照顧為目標，引導家庭選擇入住住宿機構；聘用外看家庭外看請假另有短期替代照顧服務可申請使用；對於有特殊需求的身心障礙者、精神障礙者、失智症者或一般個案，亦轉介至身障服務中心、心理衛生中心、失智共照中心接受適切之服務資源；另前述服務中心經評估個案有長照服務需求時，亦應轉介照管中心接受長照服務及家庭照顧者支持服務，以建立社區互助、社福協力、長照服務支持、醫療後盾之社區連續性跨體系服務網路。

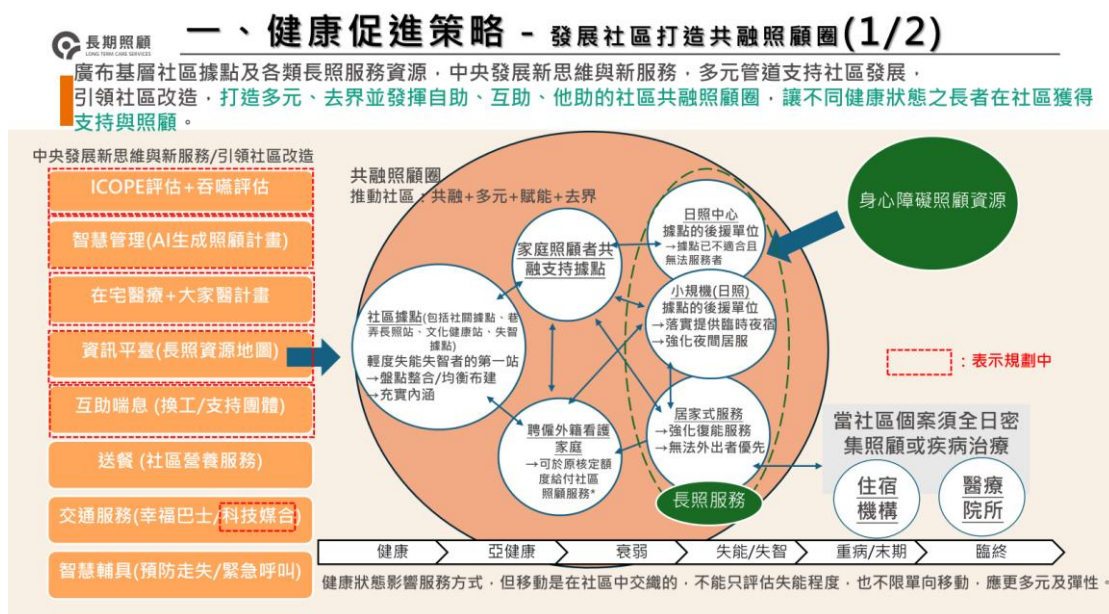


圖 4.2 發展社區打造共融照顧圈

以人為本，建立社區互助、社福協力、長照服務支持、醫療後盾之連續性長照服務網絡。

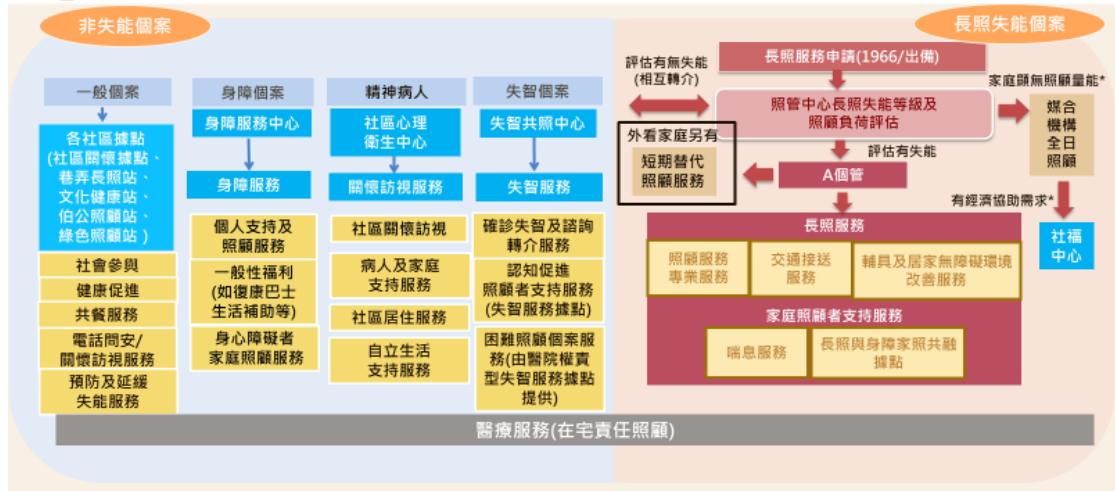


圖 4.3 加強連結長照服務跨各體系合作

二、醫療照顧整合，推動責任醫療

(一)建立在宅責任醫師照顧網絡

1. 持續推動在宅急症照護試辦計畫 (Acute care at home，簡稱 ACAH)

(1) 服務內容重點：長照給付及支付制度是以給付居家及社區使用者為限，若長照給付對象於住院期間，原不予重複補助長照服務，惟考量試辦計畫是將住院照護延伸至居家照護，於居家環境中提供急症病人居家醫療照護，且考量試辦計畫收案對象為居家醫療個案或急診行動不便之民眾，於收案期間之照顧需求增加，故放寬收案對象若符合「長期照顧服務申請及給付辦法」之長照給付對象條件，得於收案期間使用長照服務。

(2) 收案對象銜接長照服務資源注意事項：衛福部為配合在宅急症照護試辦計畫收案對象為在宅急症照護期間之長照服務需要者，業於 2024 年 7 月 12 日以衛部

顧字第 1131961890 號函頒「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」提供在宅急症照護小組、各縣市照管中心、社整中心參照。

- (3) 衛福部後續將透過與健保資料系統以每日交換資料方式取得在宅急症照護收案對象之收案資料，包含收案期間之起迄日、收案原因及收案團隊等，期可透過系統介接方式，減少人工作業流程，並可以大數據分析收案對象使用長照服務情形，及收集各縣市照管中心執行試辦計畫之經驗，提供健保署做為未來計畫規劃參考。

2. 整併長照居家失能個案家庭醫師照護方案與健保居家醫療照顧整合計畫

為落實長服法第 8 條第 3 項「接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書」，將開立醫師意見書，併入健保居家醫療照顧整合計畫執行，並簡化特約及派案程序，鼓勵收案醫師發揮專業角色，強化醫療與照顧之連結。

3. 精進減少就醫方案研議推動住宿機構醫療論人計酬

過往各類住宿型機構評鑑基準，訂有需提供服務對象必要醫療服務之指標，例如老人福利機構評鑑指標即訂定機構應「聘有特約醫師或與醫療院所訂有服務及緊急後送合約」，長服法第 33 條亦規定「機構住宿式服務類之長照機構，應與能及時接受轉介或提供必要醫療服務之醫療機構訂定醫療服務契約」，惟仍有未簽訂醫療合約，或特約家數不一、由多家醫療機構對於住宿型機構進行診療、無專責醫療機構負起住民健康管理之責。

因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，考量住宿型機構住民罹患慢性疾病比例高，部分需定期至醫療機構就醫領藥；又醫療機構出入人數眾多且較具感染風險，高頻率之外出就醫，將致使機構住民或機構陪同就醫人員暴露於高風險之場所，故衛福部透過獎勵計畫落實照護機構專責醫療機構機制，減少住民外出就醫，降低住民及陪同就醫人員往返醫療機構之感染風險，並藉由醫療機構之專責管理，掌握住民之健康情形及控制慢性病之惡化，維護照護機構住民之健康。

衛福部藉由訂定獎勵指標，輔導各類照護機構皆由單一特約醫療機構專責住民之健康管理、依健保規定提供健保一般門診、復健診療服務、必要診療及轉診，達成本方案指標之醫療機構及照護機構另提供獎勵加計，獎勵指標內容則包含管理住民平均就醫次數、減少住民外出開立慢性病連續處方箋、糖尿病監測、營養照護、協助推動機構內接受居家安寧療護及培訓專責人員、配合健保署「在宅急症照護試辦計畫」等面向。

長照 3.0 將持續整合長照「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」及健保巡診醫療機構，後續並將視住民之需求持續修訂獎勵指標，衛福部健保署並研議住宿機構醫療論人計酬，以提升醫療成效。

4. 強化住宿機構配合醫療團隊協助住民移除鼻胃管

依據衛福部調查，目前老福機構、護理之家、精神護理之家、住宿式長照機構等各類住宿機構，約有 3 成住民依賴鼻胃管進食，長期下來不僅影響住民生活品質，亦增加照顧負擔；為推動長照機構住民邁向「無管人生」，衛

福部健保署將於長照 3.0 研擬「照護機構住民成功移除鼻胃管獎勵計畫」，透過提供獎勵誘因，並由醫療團隊及住宿機構組成整合照護團隊，進行評估、執行與追蹤，提升移除成功率；未來，衛福部亦將研議於住宿型機構相關計畫增加獎勵指標，鼓勵機構投入鼻胃管移除照顧，促進住民自主進食及提升生活品質。

5. 在醫療基礎下推動失智照護分流

失智症是一症候群，包含記憶力、定向力、判斷力、語言能力、抽象思考力、計算力及注意力等之障礙，且影響到人際關係及工作能力。早期診斷失智症者，可延緩病程退化，目前失智症無法根治，惟早期介入連結服務與生活調整，能有效延緩記憶力與認知功能的退化，延遲入住機構的時間；另早期診斷能讓家庭有心理準備，提前討論長照規劃、財務安排、法律授權（如委託書或預立醫療決定）等。

健全失智症診斷對於病人的生活品質以及減輕家人的照顧負擔有很大幫助，衛福部自長照 2.0 啟動後，於 2017 年起推動「失智照護服務計畫」，補助地方政府結合開設神經科、精神科之醫療機構布建，協助疑似失智者確診、追蹤管理；提供主要照顧者照顧負荷評估、諮詢服務，並協助連結轉介相關服務，截至 2024 年底共計布建 120 處共照中心，協助確診失智症及連結所需之服務資源。

失智症為不可逆疾病，隨病程變化，照顧需求隨之改變，並依個案失智病程規劃合適照護，極輕度、輕度之失智個案可至失智據點參與認知促進、緩和失智等預防服務，達延緩失智效益；如失智個案達中度以上程度多併有失能

情形，因病情所需，鼓勵個案至立案長照機構（如日間照顧中心、小規模等）接受服務，因設有專責專業照顧人力比及無障礙設施設備規範，較適合照顧中度以上失智且失能者；如有 24 小時照顧需求之失智個案，則可至團體家屋及住宿式長照機構，可提供較密集之專業照顧，使不同病情程度之個案，獲得適切且專業服務。

因應失智人口逐年增加，衛福部持續督導地方政府積極依失智症病程布建合適照護資源，確保不同階段失智者都能獲得適切的專業服務。另為強化照護困難之失智個案，衛福部已針對失智據點、團體家屋、日間照顧中心及小規模多機能服務，對於照顧需求密度較高之失智個案，給予困難照顧獎勵津貼，期能促使個案順利使用服務，家屬照顧負荷得以減輕。



圖 4.4 資訊整合推動在宅責任醫療照顧服務

(二)持續提高長照失能者服務涵蓋率，加強社區照顧功能

1. 提高長照失能者服務涵蓋率：長照失能者服務涵蓋率目標值為 2026 年達 82%、2030 年達 86%、2035 年達 89%，

計算公式為長照服務使用人數(當年度長照給付支付服務人數+住宿式機構服務(含團屋)使用人數)÷(當年度推估長照失能人數)。

2. 持續推動社區整體照顧體系

社區整體照顧服務體系自長照 2.0 起推動迄今，自 2017 年布建 720 處(80 處 A 單位-199 處 B 單位-441 處 C 據點)，至 2024 年底布建 15,051 處 (798A-9,530B-4,723C)，成長近 21 倍，大幅提升長照服務資源綿密度及可近性。未來將持續推動社區整體照顧服務體系，建構以社區為基礎之整合式服務體系，增進長照服務提供單位分布之密度，讓民眾獲得近便、多元的服務。

3. 推廣多元一對多服務模式

日間照顧中心及小規模等社區式長照服務，係由照顧服務、護理、社工及醫事等人員組成跨專業團隊，提供服務對象一對多服務模式。自 2018 年施行長照給付支付制度至 2024 年底，日間照顧中心(含小規模)家數自 355 家成長至 1,114 家，成長超過 3 倍，服務人數自 1 萬 1,622 人成長至 4 萬 2,661 人，成長超過 3.5 倍，服務推展達階段性成效。

另為均衡各地日間照顧服務資源發展，以國中學區為生活圈之概念，推動「一國中學區日照中心」之目標，並透過跨部會盤整公有閒置空間、爭取運用前瞻基礎建設經費等積極策略，布建涵蓋率達 9 成以上。為因應進入超高齡社會後持續提高之長照需求人口，積極推動一對多社區服務模式，各縣市政府透過掌握盤點日照供給及需求資源，持續布建充實各地日照資源網絡。

為強化社區照顧量能，長照 3.0 將以日間照顧中心為基礎，擴充提供居家服務及夜間臨時住宿發展小規模。小規模之服務理念，為服務對象於社區中熟悉之環境，接受同一機構長照人員提供之居家服務、日間照顧及臨時住宿等多元服務，使服務對象與長照機構建立穩定之照顧關係，強調社區服務機動性及彈性照顧服務，為應社區夜間服務需求，現行小規模臨時住宿之服務對象不以日間照顧服務對象為限，另為強化社區夜間服務量能，持續向外開放小規模夜間服務。

縣市政府未來應優先以布建小規模為發展社區式長照資源之策略，並設定布建目標數及策進作為，透過掌握社區長照臨時住宿潛在需求個案，建立小規模供需資源及媒合機制，朝向促進小規模達到經濟規模，實際發揮日間照顧、臨時住宿及復能等多元功能為目標。

4. 推動包裹式給付居家服務整合試辦計畫

因應高齡化衍生長照需求，以及少子女化之勞動力短缺，為使長照服務人力有效運用，於居家照顧服務工作規劃分級，規劃已取得照服員資格者，執行個案之身體照顧類服務(核心項目)，與個案身體無直接照顧關係之非身體照顧類服務(非核心項目)，可由經簡易訓練之非長照人員(半專業人員)執行服務，藉此達到人力運用優化，提升居家照顧服務量能。

於服務資源相對豐富之都會地區，針對居家照顧組合碼別規劃朝向彈性給付鬆綁，依不同的核心與非核心居家服務支付碼別及依照時間組數之居家服務碼別，使長照服務使用者於符合需求前提下，更能彈性運用；另針對山地

原住民族地區、離島及偏遠地區等，採包裹制及服務成效獎勵方向等試辦新型服務模式，落實以人為中心之長照服務理念。

三、積極長照復能，完善出院準備

(一)優化出院準備評估流程：

1. 持續輔導符合參加資格醫院參與出院準備銜接長照服務作業，並納入相關指標。規劃符合參加資格醫院，全面加入出院準備銜接長照服務流程，目前已參加計畫醫院共計242家，符合參加資格⁴之醫院全國約271家，參與率89%。
2. 滾動式修正出院準備銜接長照服務流程，規劃醫院出備團隊於個案出院前完成長照需要評估，亦同步擬定簡易照顧計畫後，聯絡長照個案居住地之各縣市照管中心，且透過相關資訊串接，縮短個案出院後銜接長照服務時間，使個案出院後可獲得所需長照資源，實現出院當日媒合長照服務。
3. 強化中央與地方政府之醫院出院及長照銜接整合作業，協助個案及家屬出院轉銜機制，降低資訊落差。
4. 精進出院準備團隊專業知能，提升醫療銜接長照服務銜接機制。

(二)擴大不分齡之住院 PAC 個案，短期密集銜接返家：

1. 住院模式健保 PAC 個案以高強度復健為主，使其恢復身體功能，倘是類個案出院後，透過長照復能服務訓練個案剩餘生活功能，以發揮潛力強化自主生活及代償能力。
2. 推動創新服務模式，針對住院模式 PAC 個案復健治療結

⁴ 排除 194 家：(1)收治呼吸器依賴，出院後以轉慢性病床接續治療為主、(2)無收治住院個案、(3)專責特殊科別(如：婦幼科、兒科、精神專科、門診醫院、牙科、眼科、監獄、洗腎)、(4)收治對象多為機構住民，出院即返回機構(如返回醫院護理之家)。

束後，且未入住復健病房者，仍無法立即返家自主生活及使用居家長照復能服務，但無長久入住住宿式機構之意願，故規劃於返家前至中介轉銜全日專區，接受短期且密集之復能服務，透過長照復能訓練個案剩餘身體功能，以發揮潛力強化返家後之自主生活訓練及代償能力。

3. 由健保署優先推動復健醫院試辦計畫，俟試辦計畫成效再明確推動前述中介轉銜全日專區計畫。

(三)日間照顧中心(含小規模)推動復能服務：

日間照顧中心及小規模除依服務對象身體狀況及需求訂立個別化服務計畫提供基本日常生活照顧外，服務內容尚包含認知功能促進活動及復能服務，來增加服務對象自我照顧能力；為使日間照顧中心(含小規模)充分發揮社區長照功能，衛福部於 2022 年 5 月 4 日修正長期照顧服務機構設立標準，規範單位應置醫事人員提供服務對象預防引發其他失能或加重失能之服務，藉由日間照顧中心及小規模組成跨專業服務團隊，為服務對象提供認知功能促進及復能服務，維持剩餘功能，促進自主生活及認知能力。

日間照顧中心(含小規模)等社區式長照機構，透過跨專業照顧提供優質服務，而有服務個案長照需要等級降低至服務額度下降之情形，為減少日間照顧中心(含小規模)等社區長照機構因服務品質優良，但可能引發收益減少情形，研議設計獎勵制度，透過服務個案 ADL、IADL、長照需要等級、照顧者負荷降低及服務滿意度等不同面向綜合評估，未來長照機構可依其整體照顧服務品質有相應財務獎勵或非財務獎勵之鼓勵機制。

(四)提升長照專業(含復能)服務：

1. 推動並建立醫療與長照專業（含復能）服務銜接機制。
2. 翻轉民眾照顧觀念，鼓勵優先使用復能服務，維持個案自主生活。

(五)強化照管專員、社整中心個管員長照復能專業知能，提升復能服務轉介機制

透過建置個案管理人員繼續教育課程訓練模組及修正個案管理人員工作手冊，以利專才在職精進(例如增強個案管理人員資源連結與運用、復能專業知能)，以精進所知專業知能。

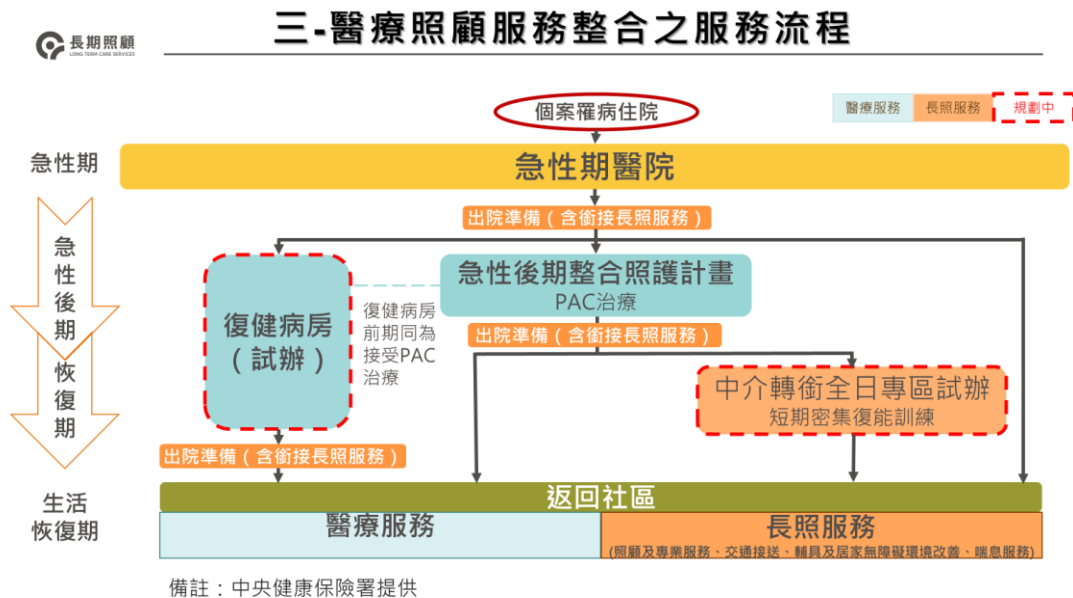


圖 4.5 醫療照顧整合精進出院返家照護計畫

四、提升機構量能，優化住宿品質

(一)優化住宿服務機構

1. 獎助資源不足地區布建平價住宿機構

(1) 持續推動「布建住宿式長照機構資源計畫」、「布建失智住宿資源計畫」：依長照住宿資源供需盤點落差情形，自 2026 年起逐年公告「獎勵布建住宿式長照機構資源計畫」，以達成在長照住宿資源不足區布建

2,500 床之目標，提升民眾使用住宿式長照資源之可近性。獎助公部門或有經驗且之公益法人，於資源不足區設置住宿式長照機構(失能床、失智床、團體家屋)，受獎助對象須提供一定比例平價床及公費床。

(2) 為加速於長照資源不足區域布建長照機構，且為提升整體效能，規劃與社會住宅合作布建長照機構三方合作模式及補助計畫，預計自 2025 年至 2035 年於 5 處社會住宅基地(新北市新店區 1 處、新北市汐止區 1 處、桃園市八德區 1 處、桃園市中壢區 1 處，以及高雄市鳳山區 1 處)布建住宿式長照機構，達成布建共 1,000 床之目標，以協助地方政府滿足在地長照資源需求，並提供一定比例平價床及公費床。

(3) 推動原住民全日照顧服務試辦計畫：與原民會合作，以族人照顧族人理念，於山地原鄉地區鼓勵設置原民示範機構，另就非原住民地區之聚落所在區域，據以研擬獎助計畫並鼓勵當地既有住宿型機構設置符合原住民文化安全之服務專區。

2. 適時檢討住宿機構使用者補助

長照 2.0 提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，針對居家式、社區式或機構住宿式服務有不同之補助策略及方式，針對需密集照顧之重度個案亦提供多元之照顧選擇。

除提供居家或社區式服務外，重度個案選擇入住住宿式機構接受全時 24 小時服務，政府則依據其身分別及家庭狀況，提供多項補助措施以減輕入住機構之經濟負荷，包含長照特別扣除額、身心障礙住宿補助、失能老人公費

安置等，未領取前開補助者，衛福部亦於 2019 年起透過「住宿式服務機構使用者補助方案」進行補助，每人每年最高 6 萬元，並自 2023 年起提高中、重度失能者補助額度至每人每年最高 12 萬元，並取消排富條款以擴大補助範圍，統計 2023 年度約 94.78%機構住民獲得政府相關補助。

政府將視財務負擔能力，於基金財務永續健全之前提下逐步提升住宿機構住民補助額度，減輕重度失能者之家庭經濟負擔。

3. 持續推動住宿機構品質獎勵

為因應資訊科技日新月異，透過獎勵機制引導 5 類型住宿機構運用智慧科技減輕照服員負擔，且提升照護品質，爰彙整各司署及地方政府意見建構新的指標，經行政院於 2024 年 8 月 19 日核定自 2024 年至 2027 年辦理「住宿機構照顧品質獎勵計畫」，品質指標共計 7 項，含緊急災害應變、個別化支持計畫(ISP)執行、建構照顧資訊系統、智慧輔助照顧科技運用、強化人員管理、加強專業知能及維護服務對象權益。獎勵標準為依住宿機構床數規模及達成指標項目給予獎勵，每家機構每年獎勵金額至多 101 萬元至 240 萬元，相關獎勵指標將逐年檢討精進服務品質。

(二)強化重度失能者照顧，持續布建長照設施(日間照顧/小規模、家托)：

強化社整中心個管員針對有晚間服務及夜間緊急服務需求之民眾連結服務；鼓勵失能者居家環境導入智慧科技輔具(安全看視類)，支持夜間緊急服務；提升小規模多機能提供夜間喘息服務，提供多元服務選擇。

(三)布建國軍退除役官兵輔導委員會（下稱輔導會）體系住宿機構及榮家床數，提升量能及服務品質

1. 配合衛福部計畫布建住宿式長照機構：高雄榮民總醫院、臺北榮總玉里分院及屏東榮總龍泉分院已設立住宿式長照機構 382 床，並預計 2028 年底前，於臺北榮總鳳林分院與臺中榮總灣橋分院，設置住宿式長照機構 380 床，開放一般民眾申請入住，擴大與民共享資源。
2. 提升失智床位服務量能：為緩解國家在失智老人照顧需求日益迫切的嚴重問題，配合政府長照政策，除原有 8 所榮家失智專區 643 床外，推動「提升失智照顧量能長照忘我園區」中程計畫，增建 502 失智床位（板橋 130 床、八德 96 床、彰化 36 床、雲林 96 床、高雄 96 床、馬蘭 48 床），預計 2026 年達 1,145 失智床，並開放榮家一定比例床位予一般大眾入住，以因應失智長者照顧需求。
3. 改善榮家生活及消防設施：16 所榮家為符合消防安檢、無障礙設施等各項規範，辦理包含生活設施、空間改造、結構補強及安全防護等類工程，以提升榮家生活設施，增加退除役官兵機構就養安置誘因。
4. 提升榮家服務品質：為達成榮家設施設備及服務照顧品質，與公私立機構齊一標準，辦理所屬榮家每 4 年 1 次評鑑，並辦理榮家輔訪；另導入使智慧科技照護產品，如：智慧床墊、生理監測儀等，以協助照護人員，減輕照護人員負擔，提供優質照顧服務。

(四)建構高齡友善住宅及老屋換居

1. 原有住宅增設或改善無障礙設施：訂定「原有住宅改善無障礙設施申請補助作業要點」，補助「5 層以下原有住宅

公寓大廈共用部分改善無障礙設施及增設昇降設備」、「原有住宅公寓大廈共用部分改善無障礙設施」。

2. 社會住宅包租代管計畫換居方案：高齡者將既有住宅釋出做包租代管社會住宅使用，換居至其他方便出入之社會住宅，提升高齡者居住適宜性。

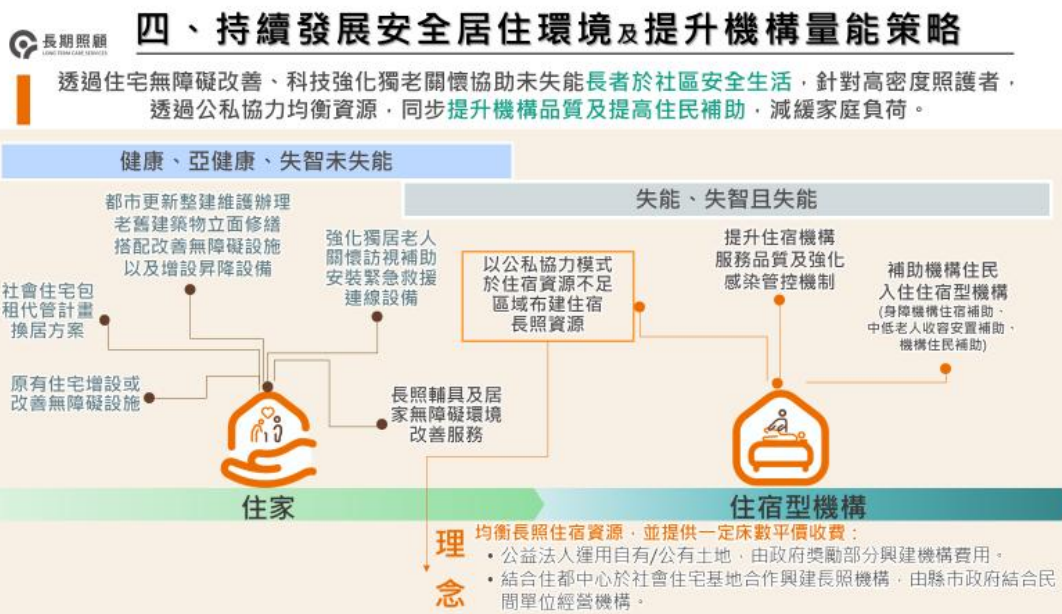


圖 4.6 持續發展安全居住環境及住宿式服務照顧資源

五、強化家庭支持，擴大住院照護

(一)擴大推動住院整合照護服務計畫：

為減輕家屬陪病照顧與經濟負擔，做到「住院照顧鬥跤手、民眾負擔減一半」，並降低家屬與照服員等人員在醫院的流動所造成院內感控與照顧安全之問題，2022 年起透過健保專款推動「住院整合照護」試辦計畫，使民眾住院期間，家屬不用全時在醫院陪病照顧或自聘看護；自 2025 年開始，本計畫相關預算皆由公務預算支應，以「照顧不離職、照顧有喘息」策略，擴大推動住院整合照護服務，逐年增加醫院家數與床數，並建立護理醫院照護輔佐人力制度，完善照護分級分工模式，提升住院照護品質，落實「打造健康臺灣，樂齡幸福

社會」的國家施政理念。

(二)推動長照與身障家照據點共融試辦計畫

1. 鼓勵地方政府賡續布建家照據點：為協助家庭照顧者正視自身需求、減輕家庭照顧壓力及照顧負荷，衛福部自 2015 年起推動「布建家庭照顧者支持服務據點計畫」，並於 2018 年因應家庭照顧者納入長服法服務對象，轉型為「家庭照顧者支持性服務創新型計畫」，鼓勵地方政府因地制宜發展在地服務，積極布建家庭照顧者支持服務據點，主動發掘高負荷家庭照顧者之潛在個案，以提升家庭照顧者支持性服務之近便性及涵蓋率。家照據點提供家庭照顧者照顧諮詢、連結心理協談服務、到宅照顧技巧指導、提供照顧技巧相關訓練課程、支持團體、紓壓活動及運用志工關懷等服務，提升照顧者的照顧知能與照顧韌力。
2. 建立家照共融據點，擴大服務對象：鑑於現行家庭照顧者支持服務依被照顧者身分（如身心障礙者、失能者）分屬不同領域，各自提供服務，資源運用未臻便利，爰衛福部於 2023 年規劃「長照與身障家照據點共融試辦計畫」，鼓勵各縣市政府盤整轄內長照需要者、身心障礙者及精神病人家庭照顧者之服務需求及量能，設立家照共融據點，或輔導既有家照據點轉型為共融據點，以期透過單一家照據點提供包含長照及身心障礙者之家庭照顧者支持服務，提升服務之可近性及服務對象之多元性。輔導既有家照據點轉型為共融據點或新設共融據點，除服務原有長照家庭照顧者外，新增身障家庭照顧者及精神病患家庭照顧者，提升各類照顧者服務可近性。
3. 跨網絡運用初篩指標發掘潛在高負荷家庭照顧者：為使高

負荷家庭照顧者服務不漏接，除透過提升社會大眾識能，進行初級預防外，亦透過長照服務、身障服務、保護體系及社會安全網等各網絡單位，運用高負荷家庭照顧者初篩指標找出潛在對象，再轉介由家照據點(含共融據點)進行開案評估，經家照專員執行負荷量表評估為中、高照顧負荷者，則由家照專員開案服務，透過社區中各服務體系的通力合作，以一主責多協力的方式，共同協助高負荷家庭。

(三)擴大喘息服務

1. 我國長照 1.0 自 2008 年起推動，項目包含喘息服務、照顧及專業服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、交通接送服務等多元服務。另為擴大服務項目、服務對象及提升服務量能，2017 年推動長照 2.0，喘息服務為延續長照 1.0 模式與機制，提供包含社區式、居家式及機構住宿式等多元之服務項目，長照對象及家屬可依需要服務內容、家庭照顧者時間安排及需求等搭配不同的喘息服務項目使用。2017 年喘息服務人數為 21,270 人，2024 年為 191,206 人，較 2017 年成長約 9 倍，呈現逐年上升趨勢。
2. 為配合總統「健康台灣」國政策略，衛福部持續推動一對多之照顧模式，提升社區式照顧服務；另為擴大社區式服務之量能及因應超高齡社會之照顧人力議題，規劃結合日照中心、巷弄長照站等場域閒置之時間及空間，推動創新式喘息服務模式，如互助喘息服務，藉以讓家庭主要照顧者得以換取更多的休息時間，減輕照顧壓力；同時被照顧者亦可提升社會參與，延緩失能。
3. 聘僱外看家庭短期替代照顧服務計畫：為解決被看護者在外看休假期間之照顧需求，勞動部與衛福部於 2018 年推

動「聘僱外籍看護工家庭使用擴大喘息服務計畫」(下稱擴大喘息),後為兼顧外看休(請)假權益及被照顧者於所聘外看休(請)假期間照顧品質與安全,於 2023 年 1 月推動「聘僱外籍看護工家庭短期替代照顧服務實施計畫」(下稱短照服務),只要被照顧者屬長照需要等級第 2 級至第 8 級即可以申請,前述兩項計畫合計每年最高可達 52 天(以使用機構住宿式喘息服務/短照服務為例計算),協助紓解長照失智失能照顧者的壓力,讓照顧者得以休息。

(四)規劃企業強化家庭支持之友善職場措施

1. 獎勵設有托老服務或員工托老補貼之企業：為減輕員工家庭照顧負擔,避免員工因需照顧年邁父母或失能長者等情況,影響工作效率與職場穩定。經濟部規劃自 2026 年起,於高齡相關補助計畫中,將企業設置托老服務或提供員工托老補貼列為加分項目,以鼓勵企業提供支持性措施,提升職場友善度,進一步促進人才留任與投入,營造兼顧工作與家庭的職場環境。
2. 推動「友善家庭照顧企業標章」及相關獎勵方案：為鼓勵企業推動友善職場,勞動部規劃與各部會共同推動「友善家庭照顧標章」企業認證,將企業提供員工托老津貼或托老照顧措施等納入認證面向;獲得「友善家庭照顧標章」之企業,可享有各部會相關獎勵方案或優惠措施,藉此鼓勵並肯定企業重視員工家庭照顧。
3. 加強宣導家庭照顧假及彈性工時制度：

為支持受僱者兼顧家庭照顧責任與職場工作穩定,性別平等工作法已明訂家庭照顧假,提供有需要之受僱者使用;另對於家庭有照顧需求的員工,勞雇雙方可協

商實施各種工作時間彈性化措施。例如：彈性調整上、下班時間、減少工作時間或彈性請假等方式。如採遠距離工作型態，亦可參考勞動部所定「勞工在事業場所外工作時間指導原則」，由勞雇雙方協商最適合的出勤方式。

勞動部每年度與各地方勞工行政主管機關合辦勞動基準法令、職場平權研習會，加強宣導彈性工時及家庭照顧假等相關規定，促進勞雇雙方認知，使勞工能夠於工作與家庭中取得平衡，以營造友善職場環境。

4. 宣導及鼓勵上市櫃公司於永續報告書揭露友善職場及友善家庭照顧措施：上市櫃公司依國際 GRI 準則編製永續報告書，友善職場及友善家庭照顧相關措施允屬員工福利範疇，依 GRI 準則規定，倘公司鑑別「勞雇關係」為公司重大主題時，應依該主題準則揭露相關提供給員工之福利措施。俟勞動部研議優於勞動法令等規定的友善職場措施之揭露參考範例，以及就「友善家庭照顧企業標章」制度訂定具體評比標準後，製作優良參考範例提供金管會，金管會將請證交所及櫃買中心宣導優良範例及鼓勵上市櫃公司於永續報告書主動揭露優於法規（如勞動法令）之友善職場及友善家庭措施，以及將研議透過公司治理評鑑鼓勵上市櫃公司參加勞動部友善職場獎項之評選及取得友善家庭照顧企業標章，以引導及促進企業重視提升友善家庭照顧之員工福利，同時形塑友善職場的形象。

廣布家庭照顧者據點、主動發覺高負荷照顧者；擴大推動住院整合照護，家屬不必奔波住院照顧，鼓勵企業營造友善職場，透過提供彈性工時、職務再設計、推動企業托老等措施，讓照顧不離職。



圖 4.7 強化家庭照顧者支持服務讓照顧不離職

六、導入智慧照顧，善用科技輔具

(一) 導入智慧照顧

1. 「高齡科技產業-科技導入提升照護品質計畫」(2024-2027年)

- (1) 經濟部與數發部配合衛福部 2024 年度高齡科技計畫跨部會規劃，透過「主軸 3：減輕照護者負擔，提升行政效能及照護品質」導入數位科技規劃，以衛星市鎮機構照顧者為中心，透過科技力量減輕照顧者負擔、提升照顧品質，落實全齡智慧健康樂活。
- (2) 讓科技協助照顧工作，給予照顧者更多支援服務，降低照顧者身心負擔及增加照顧量能。透過整合資通訊科技(例如:開發 AI 影像辨識技術，辨識長者行為情緒異常或推動戰情照顧平台等)與醫材科技(例如開發智慧培訓實習人偶，提升照顧人員專業照顧服務技能等)及示範場域打造(例如創建專屬供需對接機制，接軌照護場域需求，協助照顧機構導入高效能低負擔的科

技輔具)，解決照顧者擔憂，降低照顧壓力，衍生照顧輔具與創新科技，帶動展業發展與社會發展。以創新應用解決照顧機構痛點，賦能照顧機構數位轉型。

2. 行政院國家科學技術發展基金核定推動「智慧雨林產業創生計畫-健康領域」(2025-2026)

經由確實掌握產業痛點及需求，結合國內外智慧應用發展趨勢與技術導入可行性分析，協助推動產學研合作組隊發展 AI 應用服務，進一步完成場域實證、示範及推廣。另規劃透過 Demo Day 產業 AI 化交流及媒合會籌辦，確保具備核心技術及行銷能力的服務產品可以透過一對多、模組化的方式，快速進行複製擴散，加速落地擴散應用，打造產業 AI 化生態系。

(二)結合智慧科技運用提升服務品質

1. 透過長照服務資料串聯，使案家掌握服務使用情形

為讓長照服務個案及其照顧者可隨時隨地掌握自己的長照服務使用情形及申辦各項服務，並激發民間創意，產生更多創新照護服務，規劃建置長照服務軟體開發套件 (Software Development Kit, SDK) 及相關系統資料串聯機制，釋出行動裝置軟體開發套件或資料予長照相關產業之應用程式運用，於民眾同意下授權跨單位、跨系統資料串聯機制，以民眾個人需求為導向，提升長照相關資料運用價值，增進長照服務的可近性。

2. 失能者居家環境導入智慧科技輔具

由於智慧科技輔具因市場單價高，較難進入現行以購置為主之居家長照輔具給付及支付制度，對於廠商或使用者都缺乏動機及誘因，爰於長期照顧服務申請及給付辦法

納入智慧科技輔具，修正「長期照顧服務申請及給付辦法」，將輔具及居家無障礙環境改善給付列為二組，第一組維持既有 3 年 4 萬元以補助購置為主制度，新增第二組移動類、移位類、沐浴排泄類、居家照顧床類及安全看視等 5 大類全租賃智慧科技輔具項目，給付額度為每 3 年 6 萬元，民眾可依其需求擇一組使用，依法 2026 年 7 月 1 日全租賃智慧科技輔具實施上路。期透過租賃制度引導民眾改變消費模式，進而帶動廠商研發符合不同族群照顧需求之智慧科技輔具。

3. 日間照顧中心導入科技輔具推動計畫

- (1) 為落實高齡科技產業行動計畫目標，培植日間照顧中心運用科技輔具之意識，擴大並延續科技輔具之效益，導入科技輔具且達到優化服務品質、減輕工作人員照顧負荷及文書紀錄作業時間成效之日間照顧中心，衛福部業提報「日間照顧中心導入科技輔具推動計畫(2024-2027 年)」，並奉行政院核定辦理，該計畫工作項目包含補助導入科技輔具且達到優化服務品質、減輕工作人員照顧負荷及文書紀錄作業時間成效之日間照顧中心。
- (2) 本計畫委託專業團隊協助專案管理，提供日間照顧中心輔導、諮詢及實地訪查事宜，辦理徵件說明會，並協助呈現服務成效，建置不同規模之日間照顧中心導入科技輔具的模式。讓更多日間照顧中心了解科技輔具導入的重要性及如何透過科技輔具優化照顧服務品質。
- (3) 透過辦理全國性研討會，邀請專家專題演講「智慧科

技與照顧服務」，使全國日間照顧中心均可知悉導入效益，並透過衛福部宣導管道使更多日間照顧中心知悉及線上參與學習。

4. 住宿機構結合智慧科技運用提升服務品質

- (1) 鼓勵住宿機構導入智慧輔助照顧科技：因應資訊科技日新月異，衛福部 2024 年至 2027 年辦理「住宿機構照顧品質獎勵計畫」，透過獎勵機制引導住宿機構運用智慧輔助照顧科技，以無侵害個人隱私權之方式，將監測情形回饋至機構自行建置系統或租用之資訊系統中，並以數據分析提供提醒或即時警告通知，協助工作人員進行住民生命監測、危險警示，以提供住民安全照顧環境。本計畫獎勵機制是以參與機構規模及達成指標項目提供獎勵費用，最多獎勵 2 年。有關智慧輔助照顧科技獎勵指標項目包含：A.行動感知智慧輔助科技：結合物聯網與人工智慧技術，與整體環境整合，協助使用者進行各種日常生活活動，含離床、跌倒、走失等監測功能或 24 小時安全與健康自動巡房輔助照顧科技、智慧床墊。B.移動支援智慧輔助科技：結合資通訊、感測與機電等先進技術，提升高齡者獨立生活與社會參與的能力，如健康促進復能訓練功能、自動翻身輔助照顧科技。C.照護支援智慧輔助科技：如久臥監測、可即時監測及收集個案移動情形。D.排泄支援智慧輔助科技：如排泄物處理、尿量監測、排泄監測。E.入浴支援智慧輔助科技：如自動沐浴輔助照顧科技。
- (2) 鼓勵住宿機構建立資訊系統減少人工紙本作業：獎勵

計畫為鼓勵住宿機構藉由資訊系統減少工作人員紙本作業，機構可透過自行建立系統或租用系統登打服務紀錄，以減少工作人員作業負荷，若住宿機構尚未建構照顧資訊系統，亦可使用衛福部資訊系統建置照顧紀錄。惟如自行建立系統或租用系統，除可使照顧紀錄資訊化外，亦可依機構需求建置人員管理及其他行政管理作業資訊系統功能。本計畫獎勵機制是以參與機構規模及達成指標項目提供獎勵費用，最多獎勵2年。

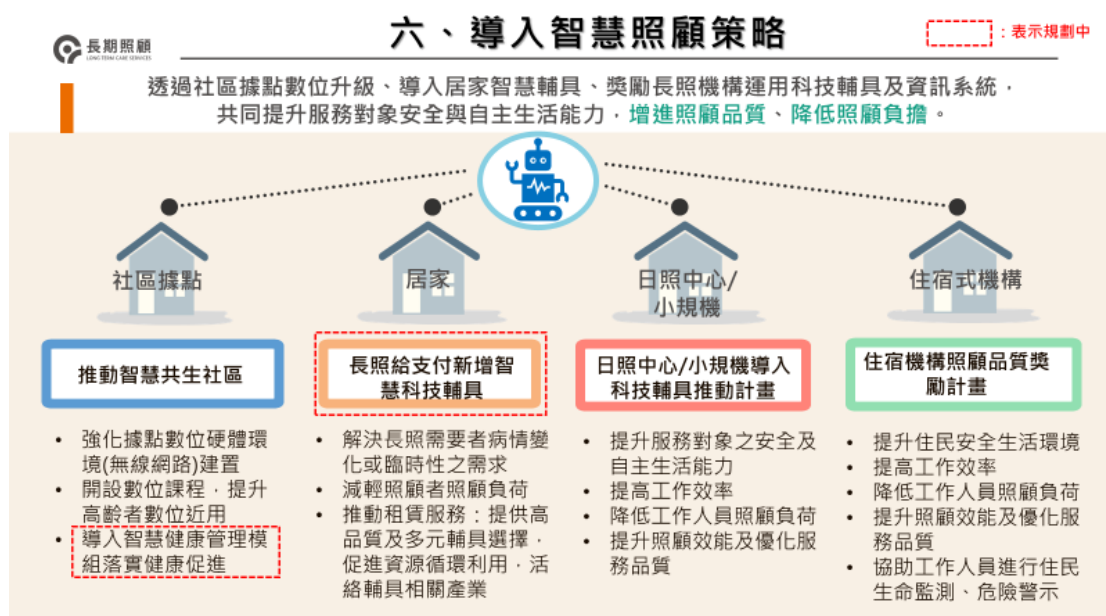


圖 4.8 善用輔具導入智慧科技增加照顧品質

七、落實安寧善終，預立醫療決定

(一)安寧緩和療護

推動「安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，為提升長照機構末期病人安寧療護品質，提高民眾對安寧療護的認知推動策略，由長照機構住民經安寧居家療護醫師評估收案後，由專業安寧療護團隊至機構內進行安寧照護。本方案由資深

安寧醫事人員擔任評核委員，實地訪視及輔導安寧居家療護小組實務作業，依評核結果給予不同加成獎勵，且獎勵費須分配至少六成以上予安寧團隊參與人員，以回應醫事人員付出之心力，提升安寧照護品質，增進醫事人員參與意願。

(二)預立醫療決定

1. 推動特定長照服務對象之預立醫療照護諮商費用獎勵方案：

針對出院準備銜接長照服務之個案及符合長照服務之失智症病人，提供免費預立醫療照護諮商(以下簡稱ACP)，提升ACP服務之可近性，落實病人自主權利之精神。

2. 推動醫療機構辦理ACP宣導推廣活動與教育訓練：

為提升大眾對ACP之認知與接受度，並強化醫療機構於病人自主權實踐中之主動角色，透過獎勵機制鼓勵醫療機構辦理多元宣導與推廣活動，擴大社區端與照護現場之參與度，促進民眾及早進行醫療意願規劃，落實以病人意願為核心之善終照護理念。

3. 持續檢討「預立醫療照護諮商費」診療項目：

提升病人醫療自主意識，讓家屬提早瞭解病人真正意願，同時降低家屬幫病人做決定的為難與不確定感，進而尊重和支持病人的決定，以利醫護團隊依病人心願提供所需之善終醫療照護。衛福部健保署自2024年7月起，針對65歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病別、輕度失智症(CDR 0.5至1分)、符合病人自主權利法第14條第1項第5款所公告之病名、居家醫療照護整合計畫收案對象中，具完全行為能力之住院病人，提供每人終生

一次「預立醫療照護諮商」，完成預立醫療決定(AD)簽署者，由健保支付 3,000 點；並自 2025 年 5 月起擴大「預立醫療照護諮商費」適用範圍，新增「65 歲以上重大傷病病人」及「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫或全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫之 65 歲以上多重慢性病患者」，同時，由住院擴大至醫院門診與基層診所服務，未來將視臨床需求滾動式檢討適用對象。

4. 提升社區高齡者對健康、醫療及照顧安排之自主選擇及建立正確生命觀念：

於社區照顧關懷據點擴大宣導，另為建立民眾正確生命態度，為老後生活妥善準備，於社區照顧關懷據點導入創新課程，提升老人自我尊嚴，強化心理健康。

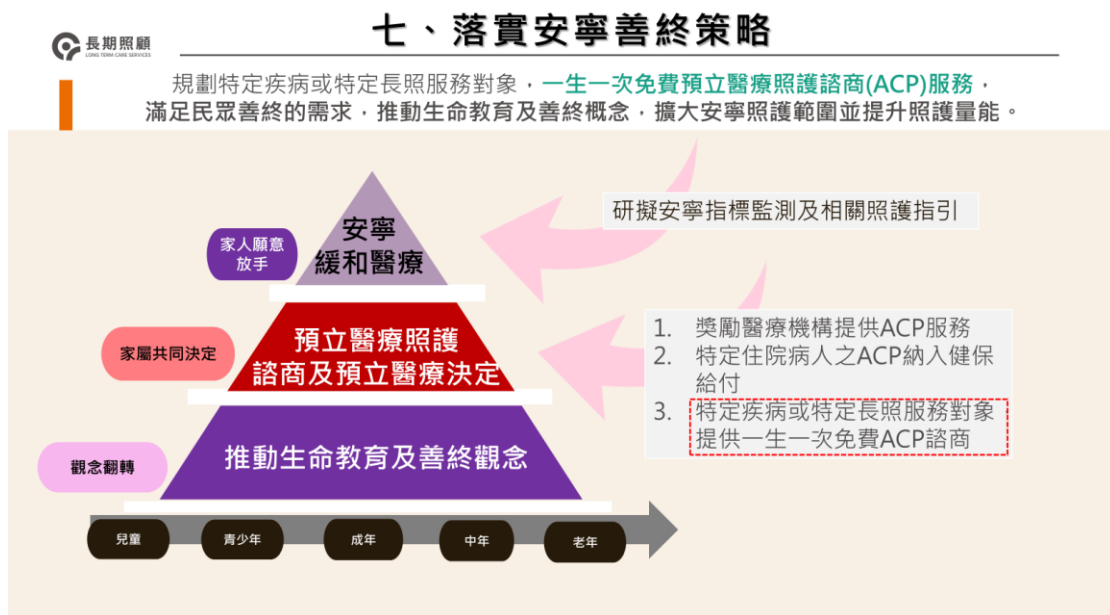


圖 4.9 特定疾病或特定長照服務對象提供預立醫療照護諮商

八、發展人力專業，精進多元培訓

自長照 2.0 推動後，依據長服法及相關辦法規定，特定長照服務項目需由長照人員為之，目前法定長照人力類型包含

照服員、居家服務督導員、教保員、社會工作人員、醫事人員、照顧管理專員與照顧管理督導、社整中心個管員七類。

(一)照顧人力：

長照人員以提供失能失智者之身體照顧及日常生活照顧之服務人力最多，截至 2024 年底達 10 萬 421 人，且長照 2.0 推動給付及支付制度增加照服員薪資所得、明定具一定服務年資之照服員，可擔任居家服務督導員或長照機構業務負責人之規定，以強化職涯發展，期藉營造友善環境，創造利多誘因，國人投入長照服務意願高。

針對照服員亦透過跨部會合作充實人力，包含勞動部辦理照服員職前訓練(含原住民、二度就業婦女、中高齡、新住民等特定對象，參加全日制訓練另可依相關規定請領職訓生活津貼)、推動照服員技能檢定、運用就業促進措施鼓勵國人投入長照服務工作、加強運用中高齡及二度就業婦女人力；另外教育部推動大專校院長照核心模組課程，積極鼓勵畢業生投入長照領域，並提升長照人力質與量等。

未來除賡續辦理上開項目外，亦規劃推動提升照顧人力政策 3 組合，營造友善職場優化照服員勞動條件、修法納入外國技術人力進用、規劃推動居家照顧核心與非核心分級派工，致力提升長照服務的人力資源，重點如下：

(二)鼓勵本國人留任，營造友善職場：

1. 區分照服員服務範疇，鼓勵居家照服員分級派工：直接身體照顧或需專業能力（即核心項目）限照服員執行，生活家務服務（即非核心項目）可由非長照人員執行，運用中高齡、二度就業婦女等人力從事，以提升現有照服員專業

地位及留任率。

2. 透過「住宿式機構照顧服務員進階培訓獎勵計畫」給予通過培訓進階本國照服員 4 年津貼，提高留任意願。
3. 配合勞動部缺工就業獎勵、提供友善就業環境、職務再設計，並打造「性騷擾與性侵害零容忍」的職場文化與制度環境，建立明確指引流程，並納入教育訓練，以營造安全、尊重且性別友善的工作場域。

(三)專業轉型，精進培訓量能：

1. 持續滾動式更新長照相關培訓課程、課綱及繼續教育課程，並翻譯 4 國語言培訓教材供住宿式機構外籍看護工學習運用。
2. 配合勞動部獎勵中高齡、新住民、原住民再就業、補助照服員訓練專班。
3. 配合教育部五專展翅計畫：鼓勵長照機構提供獎學金與學校共同培育在學學生照顧服務專業技能，有助於機構進用人力，減少學用落差。
4. 開放認列照顧服務模組課程：於 2019 年 9 月起開放在學學生就讀大專院校推展之照顧服務模組課程，於就學期間完成照服員之模組修業證書者，即可認列具照服員資格，至 2025 年 1 月共有 39 校 44 科系所學程參與。

(四)跨國合作，擴大招募外籍人力：

1. 放寬社區式之團體家屋、夜間小規模，可聘僱符合一定語言能力檢定、照顧技術成熟之外國技術人力。
2. 配合教育部新南向政策，補助僑外生就讀我國二專長照科系，畢業後至少 3 年續留住宿機構服務。

3. 鼓勵已熟悉臺灣語言及勞動技術成熟之外籍看護工，如有專科學歷以上及一定年資，雇主以外國技術人力聘用。

(五)醫事人員及社會工作人員：

1. 有關通過各類專門職業及技術人員之醫事人員及社會工作專職人員，可依據其職業類別，於長照服務領域任職，包含擔任照顧管理人員、社整中心個管員、居家服務督導員或專業服務提供人員等職務。
2. 經查截至 2024 年底機構執業醫事人員數共計 36 萬 9,119 人，其中以護理人員 19 萬 3,593 人最多。而屬全國公、私部門社會工作專職人員數，截至 2024 年底計 1 萬 9,974 人。另截至 2024 年底計 49,301 人之醫事人員及社會工作人員換取長照人員認證證明文件，並計 21,250 人登錄於長照服務提供單位，亦可採支援報備方式投入，目前各類醫事人員及社工人力尚足以支應現階段服務需求，未來隨著服務項目擴展及場域多元，仍需持續關注醫事人員及社工人力之運用與培育策略。

(六)照顧管理人員：

隨著長照服務需求持續快速成長，為強化各地方政府照管人力進用及專業久任，確保專業服務品質，將持續督請各直轄市、縣（市）政府專職專用，落實照管人員工作職責，並滾動式檢討照管人員薪資待遇，鼓勵地方加強獎勵機制與福利措施，以穩定發展各縣市照管中心組織定位與職權，吸引更多人員加入照管人員行列並降低流動率。

為利長照 3.0 順利推動及業務所需，並參酌近年照顧管理專員進用情形，調整聘用照顧管理專員工作經驗年資與社

整中心個管員一致，使照顧管理專員原需具 2 年以上相關照護（顧）工作經驗規定，修正為 1 年以上，以利照顧管理專員與社整中心個管員公私協力合作關係，彼此合作無間，順利執行長照實務工作，並授權各直轄市、縣（市）政府認定照管人員相關照護（顧）工作經驗，由各直轄市、縣（市）政府依照管人員職掌範疇，本權責認定其擬任職務性質相近、等級相當之工作經驗。

另照顧管理人員需獨自到宅進行訪視評估與處遇規劃、提供相關社會福利資源連結、服務品質管理及督導社整中心個管員和教育訓練，且相關專業背景人員過半為護理人員，為落實長照 3.0 醫療照顧整合目標，將在權衡所需專業、負荷及面臨風險相當下，爭取提高照顧管理人員之薪點折合率，以提升照顧管理人員薪資待遇，據以吸引具醫療照顧整合能力之人才投入。

（七）社整中心個管員：

經統計 2022 年至 2024 年全國社整中心個管員數自 2,883 人提升至 3,726 人，其工作內容為長照個案擬訂照顧計畫、連結媒合長照服務資源及進行服務追蹤，為應渠等專業人力角色定位，其資格除社會工作、醫事相關、公共衛生、醫務管理、老人照顧或長照等相關科系畢業外，依其學經歷不同，應至少具備 1 年至 3 年以上不等長照相關工作經驗。又為強化專業知能，依據長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法規定，應完成長照培訓共同課程（Level I）及個案管理人員初階訓練（含案例實作），以及任職後之個案管理進階課程，以落實個案管理之目的。

現社整中心個管員透過支付案量限制，確保服務品質，隨著長照服務需求持續快速成長，為減輕個管人員工作負荷並提升服務效能，規劃建置運用 AI 輔助擬定照顧計畫工具，協助個案管理人員簡化行政作業、提高工作效率，同時降低工作壓力與人員流動，有助於個案管理人力穩定留任。

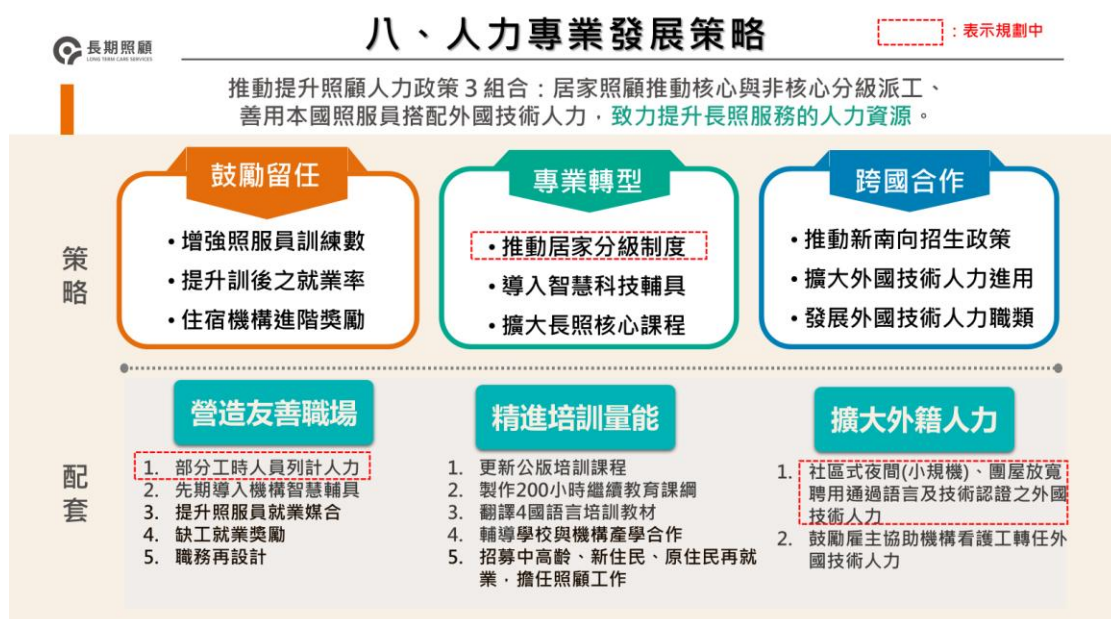


圖 4.10 推動提升照顧人力政策 3 組合

第五章 失智症防治照護政策綱領 3.0

第一節 現況

一、推動國家級失智照護政策

有鑑於人口老化、失智人口之增加，衛福部前於 2013 年 8 月公布「失智症防治照護政策綱領（2014-2016 年）」，使我國成為全世界第 13 個、全亞洲第 2 個頒布國家級失智政策的國家。為持續與國際失智照護資訊交流平台接軌，衛福部參酌世界衛生組織（WHO）公布之「2017-2025 全球失智症行動計畫」，提出「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0（含工作項目）2018 至 2025 年」（以下簡稱失智症政策綱領 2.0）。

失智症政策綱領 2.0 共計推動七大策略，包括：策略一、列失智症為公共衛生之優先任務、策略二、提升大眾對失智症之認識及友善態度、策略三、降低失智的風險、策略四、健全失智症診斷、治療、照護網絡、策略五、普及對失智家庭照顧者的支持協助、策略六、建置失智症資訊蒐集與分析平台，及策略七、推動失智症之研究與創新發展。由衛福部結合行政院 9 部會（勞動部、教育部、交通部、內政部、法務部、經濟部、金管會、輔導會及國科會）跨部會共同積極持續推動。2018 年至 2025 年共投入約 509 億元經費，涵蓋面向包含：失智診斷及照護、失智友善之推廣以及失智安全防護、金融友善、失智者就業等範疇，積極推動失智症防治照護工作。

失智症政策綱領 2.0 訂有 3 項主要目標，即及時診斷、適切治療和照護、降低罹患失智症風險；失智者、照顧者及家屬可獲得需要的服務與支持，維持尊嚴及良好生活品質；降低失智症為失智者、照顧者、家屬、社區及國家所帶來的衝擊。爰訂有 2025 年達成「失智友善臺灣 777」目標，即罹患失智症的人口有 7 成獲得診斷及服務；失智家庭照顧者有 7 成獲得支持和訓練；全國民眾有 7% 以上對失智有正確認識及友善態度。願景為打造一個能

預防及延緩失智症的友善社會，並確保失智者及其照顧者的生活品質，使其獲得所需的照護與支持，有尊嚴、受尊重、能自主及平等地發揮他們的潛能。

原失智症政策綱領 2.0 於 2025 年到期，惟 WHO 於 2025 年 5 月份召開之第 78 屆世界衛生大會審議通過，因各國七大策略之行動計畫執行不佳，故將行動計畫展延至 2031 年延續原七大策略。惟衛福部自 2023 年起委託專業團體研擬失智政策綱領 3.0，並於 2025 年間業已邀集專家學者、地方政府及相關部會召開多場研商會議，討論七大策略下之行動方案及衡量指標，以及預估 2025 年底可達成「失智友善臺灣 777」目標，爰我國仍朝向研擬下一階段之「失智症防治照護政策綱領 3.0」(以下簡稱失智症政策綱領 3.0)。

失智政策綱領 3.0 之重點內容，仍遵循全球失智症行動計畫之七大策略，透過持續布建失智照護服務資源、強化家庭照顧者支持網路，以及提升失智症之公共識能等，持續提升失智友善臺灣相關指標之目標值。失智政策綱領 3.0 除上開 9 部會外，增加文化部、原民會等部會共同辦理，並新增建立公共服務場域對失智者之服務指引、研議辦理失智症服務措施知曉度與滿意度調查，及失智家庭照顧、需求調查等。對於各項衡量指標，後續將訂定短中長目標值及工作項目後另行公告。

二、長照 2.0 失智照護執行成果

衛福部自 2017 年推動長照 2.0，擴大服務對象納入 50 歲以上失智者，並依個案失智病程規劃適切失智照護資源配合失智之極輕度、輕度、中度及重度程度，區分為失智據點、社區式機構（日照中心、失智團體家屋）及住宿式機構（含失智專區）。

截至 2024 年 12 月底，對於失智且失能者，布建社區整體照顧服務體系(ABC)已超過 1 萬 5 千處(798A-9,530B-4,723C)，服務失智且失能 63,728

人；對於失智未失能者，布建 120 處共照中心，服務約 6 萬人，以及布建 545 處失智據點，服務約 1.7 萬人(含照顧者)，以及 13 處權責型失智據點，服務 158 人(含照顧者)；對於失智重症者，住宿機構照顧床數約 11.8 萬床，目前服務人數約 9.9 萬人，依據國家衛生研究院之 2019 年度「住宿式長照服務機構失智症與失能流行病學調查」，在不分機構類型下，住宿式長照服務機構之失智症盛行率為 86.17%，推估失智服務人數約 8.5 萬人。

另領有失智身障證明約 11.5 萬人，綜合使用以上各項失智照護服務共計約 33 萬人，歸人計算、排除重複後，2024 年底約 24 萬名失智者獲得診斷及服務，占 2024 年底失智推估人數(約 35.4 萬人)之 67.61%，預估 2025 年底可達成「失智友善臺灣 777」階段性目標。

第二節 問題與挑戰

一、失智人口快速成長，需積極布建資源

依據衛福部委託國家衛生研究院 2020 年至 2023 年進行「全國社區失智症流行病學調查」，全國社區 65 歲以上長者失智症盛行率調查結果為 7.99%，失智症之類型分布，前三名依序為阿茲海默型失智症(Alzheimer's disease)占 56.88%；血管型失智症(Vascular dementia)占 22.91%及巴金森氏症失智症(Parkinson disease dementia, PDD)占 7.12%。女性失智症盛行率為 9.36%，高於男性之 6.35%；在年齡別失智症盛行率，65-69 歲、70-74 歲、75-79 歲、80-84 歲及 85 歲以上之失智盛行率分別為 2.40%、5.16%、9.10%、16.00%及 23.23%，年齡越高失智症盛行率越高。

依據上開調查 65 歲以上老年人口之年齡別失智症盛行率，並且參考國際文獻 30-64 歲失智症盛行率為 0.119%，而 30 歲以下失智症盛行率設定為 0%，同時使用國發會的中華民國人口(中)推估(2024 年至 2041 年)資料，推估 2025 年 65 歲以上失智症人口數約 37 萬人；2031 年將逾 47 萬人；2041 年 65 歲以上失智症人口數近 68 萬人，顯示未來社區長者失智症人口數推估結果，有逐年攀升趨勢(詳表 5.2)。

為因應人口老化、失智人口增加，衛福部持續補助地方政府進行失智照護資源之布建，並責成各地方政府依據轄內失智人口需求數，及失智人口分布密集區域，優先進行布建，並依個案病程提供失智完善照護服務：

- (一) 失智據點：對於極輕度、輕度且具行動能力之失智個案，為延緩個案失智(能)，衛福部自 2017 年起補助地方政府向前延伸布建失智據點，提供極輕度及輕度失智個案認知促進、緩和失智相關活動，以及提供家庭照顧者照顧訓練及支持團體等，查 2022~2024 年失智據點共計布建 533~558 處，服務人數約 1.7 萬餘人(含照顧者)，推估 2025 年度極輕度及輕度失智症者約 25 萬人，近年來失智據點之布建停滯且服務量能顯有不足。

為使社區整體資源發揮最大綜效，提高服務可近性，長照 2.0 各類型據點之服務對象朝共融、互助方向發展，融合巷弄長照站及文健站照顧極輕度、輕度之失智症者，未來鼓勵各類據點均應成為友善失智之社區服務據點，使各類據點提供一定比例之極輕度至輕度失智個案預防及延緩失智服務，令個案可在熟悉的據點持續使用服務。並持續強化各類據點工作人員對失智症者正確認識及服務專業知能。

- (二) 共照中心：由地方政府結合開設神經科、精神科之醫療機構整合規劃辦理失智共照中心，協助疑似失智個案儘速就醫確診、提供諮詢服務、轉介相關長照資源。並接受地方政府委託辦理社區失智共同照護網絡聯繫會議、專業人才教育訓練或輔導失智據點及權責型失智據點。查 2022 年至 2023 年間，診斷為失智症個案至共照中心所屬醫療機構就醫，後續仍有超過 3 成之個案，未使用任一項長照服務之情形，應加強共照中心所屬之醫療機構於個案回診就醫機會，瞭解個案未使用長照服務之原因，並視需要提供相關長照服務。

(三) 權責型失智據點：依據「全國社區失智症流行病學調查」，失智者有任一項 BPSD 發生率為 66.01%，且隨著失智程度越嚴重，發生率也越高，考量 BPSD 照顧需高度醫療專業性，衛福部參考分級醫療政策精神，於 2024 年 5 月公告「113 年度權責型失智社區服務據點試辦計畫申請作業須知」由設有精神科、神經科、一般內科或家庭醫學科之地區醫院辦理權責型失智據點，提供併有 BPSD 失智症者及照顧者多元複合支持服務；自 2025 年起，擴大辦理權責型失智據點，將其納入失智照護服務計畫，並由地區醫院或區域醫院辦理，以提高困難照顧失智個案及其家庭支持服務。

(四) 失智且失能之個案：符合長照需要等級第 2 至 8 級之失智個案，可使用長照給支付居家及社區式長照機構服務，包含照顧及專業服務、輔具及居家無障礙環境改善服務、交通接送及喘息服務。

(五) 中重度個案：另為因應需要較充足之照顧設施與密集照顧人力之失智重症者，民眾另可選擇配有專業人力之 24 小時照顧機構，如團體家屋、住宿型機構設有照顧失智個案等。查截至 2024 年底住宿型機構床數(含失智專區)約 11.8 萬床，又全國占床率僅 8 成，推估原因可能為土地取得不易、現有床位供給分布不均，導致部分區域供給不足之困境，以及失智症照顧人力常有招募較為困難，且留任不易等問題，皆為目前推動失智住宿照顧資源之一大挑戰。

二、強化困難照顧失智個案之照顧，降低家屬照顧負荷

針對併有 BPSD 之照顧困難的失智個案，致家屬照顧負荷增加，為促進失智症者照護服務可近性，減輕照顧者之照顧負荷，衛福部為鼓勵各類長照服務資源服務併有 BPSD 困難照顧之失智症者，推動以下獎勵措施：

(一) 失智據點：權責型失智據點結合地區及區域醫院辦理，專責服務併有

BPSD 失智者，提供個案及其照顧者多元複合支持服務，並予以提高活動費之補助金額，主要考量併有 BPSD 失智個案有較高照顧需求，及更多專業支持和資源之投注，照顧需求與一般失智個案有所差異，尋找服務資源較困難而困擾家庭，導致家屬照顧負荷加重之情形，爰提高補助費用。另一般型失智據點如服務併有 BPSD 個案，亦比照提高活動費之補助，以增加服務是類個案誘因，期能減少家屬照顧負荷。

(二)日間照顧中心及小規模：服務併有 BPSD 失智個案則給予困難照顧獎勵津貼，以利照護困難照顧個案，減輕家屬照顧負荷，惟與長期照顧服務申請及給付辦法之照顧困難之服務加計(AA05)費用，應擇一申請，不應重複請領。

(三)團體家屋：收案標準為具行動力，臨床失智評分量表 CDR 2 分以上，家屬照顧困難之中、重度失智症者，如服務併有 BPSD 個案予困難照顧獎勵津貼。

三、強化年輕型失智症之照護，提供合適之服務

(一)年輕型失智症指 65 歲以下被診斷的失智症，病因類型除阿茲海默症外，有血管型失智症、額顳葉型失智症、可治療型失智症、甚或是具遺傳性的失智症，「年輕型失智症」與老年失智症較為不同的警訊症狀，包含性格改變、判斷力變差及語意出現障礙，及工作及社會功能明顯下等。

(二)人數推估：推估 30-64 歲失智症盛行率為 0.119%，推估 2026 年至 2035 年年輕型失智者約 13,000 至 15,000 人。

(三)家庭照顧之挑戰：年輕型失智個案可能是家庭經濟來源，罹病後影響工作表現及收入情形，家庭照顧者可能面臨須提早退休、轉職等，也會增加經濟負擔。另配偶或子女須承擔照顧者角色，心理及情緒壓力

大，而家庭照顧者為避免被汙名化，常難以啟齒，失去原有社交圈，顯社會孤立，缺乏社會資源與支持。

(四)年輕型失智症之長照服務資源：為推動失智長者在地老化，長照 2.0 業將 50 歲以上失智者納入，為符合失智症者不同照顧需要，其服務及個案管理模式如下：

1. 失智且失能者：經地方政府照管中心進行長照需要等級評估，再由社整中心個管員協助連結長照服務項目，例如：居家服務、日間照顧、家庭托顧、專業服務、輔具及居家無障礙環境改善、交通接送、喘息服務及照顧者服務。
2. 失智未失能者：可由各地方政府補助辦理之共照中心進行協助確診、個案、家屬需求評估、轉介諮詢等服務；也可至失智據點參與失智個案認知促進、緩和失智、照顧者支持團體等服務項目。

(五)鑑於年輕型失智者於罹病時可能正值中壯年，對於社會及其家庭之影響甚大，年輕型失智症者如能及早診斷及治療，藉由適切照護，引導失智症者發揮所長(如重返職場等)，減輕家屬負擔，是當前重要之任務。依據失智症政策綱領 2.0 之分工，由勞動部主責「針對失智者工作權提出推動計畫」衡量指標，具體措施為：

1. 2020 年 3 月發布「推動職務再設計服務計畫」：將經醫療院所診斷為失智症，且尚未取得身心障礙證明者，納入職務再設計服務適用對象。
2. 2020 年 12 月 15 日訂定「失智者就業推動計畫(2021-2025 年)」：協助在職之失智者穩定就業，以及提供失業之失智者就業服務，並加強資源鏈結，結合現有醫療院所、共照中心、失智服務據點等，建立資源連結管道，轉介有就業意願及就業能力之失智者至地方政府或

公立就業服務機構，並視需求連結勞動力發展署各分署所委託之職業重建資源中心給予專業協助，以提供適切之就業服務。

四、加強培訓失智症照護人力之知能，以提升服務品質：

(一)明確法規依據與支付誘因機制

依據「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」第 10 條規定，照顧服務人員應完成失智症相關訓練，始得提供失智症照顧服務。考量照顧服務人員接受失智症照顧服務 20 小時訓練需有實務工作基礎下，再提升其失智照顧專業知能，甫能達到訓練效益，爰 2022 年修訂前開辦法，並於 2023 年起範定照顧失智症者之照顧服務人員，應依法完成登錄，且實際提供長照服務後，始得接受「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」，完成訓練後，始得提供失智症照顧服務。

除法規明定照服員接受失智症相關訓練之規定，為提升照顧服務員提供失智症者照顧服務之誘因，依據長期照顧服務申請及給付辦法，已接受「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」之照顧服務人員，提供失智症者服務時，除可申報照顧困難之服務加計（AA05），亦可同時申報進階訓練加給代碼（AA11）。

(二)失智人才訓練制度發展歷程

為強化失智症照顧服務品質，配合失智症照顧加給政策，2015 年起衛福部社會及家庭署訂定「失智症居家服務 20 小時訓練課程」，由地方政府規劃與核定辦理，照顧服務人員完成課程並實際服務失智症者後，得加計照顧費用。

2018 年推動「失智照護服務計畫」，為統一失智照護課程架構與提升訓練量能，衛福部函頒「失智症照顧服務 20 小時訓練課程」，並補助失智共照中心辦理該課程，期增加辦理訓練場次，並正式廢止原

「失智症居家服務 20 小時訓練課程」。

至 2019 年，失智培訓課程內容擴及多元專業人力，增設「失智共照中心專業人員 8 小時基礎訓練課程」、「失智症醫事專業 8 小時基礎訓練課程（醫師）」、「失智症醫事專業 8 小時訓練課程（專業人員基礎課程）」、「失智症醫事專業 8 小時訓練課程（各類專業人員進階課程）」，共 4 類專業訓練課程，以提升醫療與照護專業人員之失智照護知能。且自 2021 年起，失智共照中心之專業人員及失智據點服務人員必須完成上述指定失智照護服務訓練課程，方可提供相關服務。另為據點朝向共融提供失智服務。另自 2024 年新增「失智服務人員 4 小時基礎訓練課程」，培訓對象為巷弄長照站、文健站照顧服務員及服務人員，以強化失智知能，提升服務品質。

惟面對失智人口快速成長與服務型態日趨多元，目前課程多仰賴實體辦理，受限於地理因素、排班困難、時間彈性低等因素，取得訓練機會有限，失智照護服務必訓課程仍未建置線上學習模式，學員需至指定場次實體受訓，限制了學習的彈性與可近性；同時，建立數位課程的品質評估有助於確保學習成效與標準化。現行各類訓練課程雖已建立初步架構，但部分內容已行之有年，尚需因應照護模式、科技應用等進行滾動式調整。

第三節 未來規劃

一、接軌國際失智照護服務，持續優化我國失智照護政策

衛福部持續追蹤 WHO「全球失智症行動計畫」之發布公告，以滾動式檢討我國「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，以打造一個能預防及延緩失智症的友善社會，並確保失智者及其照顧者的生活品質，使其獲得所需的照護與支持，有尊嚴、受尊重、能自主及平等地發揮他們潛能之願景。

為精進我國「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」之執行，研擬相關追蹤管考機制，包括：各項衡量指標訂定短中長程目標值，每半年請權責部會對各項衡量指標之工作項目填報辦理情形，並進行公告。另定期至行政院「長期照顧推動小組」報告跨部會成果，追蹤衡量指標目標值達成情形及預算執行情形。另各界如有意見或建議，可以發函、電子郵件等方式提供予衛福部轉請權責部會參考。

二、擴大服務對象，持續提升失智服務涵蓋率，提升失智家庭生活品質

面對未來增加的失智照護人口，衛福部持續與地方政府共同合作，透過中央與地方協力，持續推動以下策進行為：

- (一)服務對象擴大納入年輕型失智者，符合失能且失智者，可使用長照給支付服務；失智未失能者，可使用共照中心、失智據點及社區共融據點等相關資源。
- (二)提升失智確診率持續列為衛生機關考評指標，結合各地方政府加強辦理。
- (三)責成各地方政府督導轄內共照中心，應訂定並落實醫院內各科轉介失智個案至共照中心之機制及流程。對於在共照中心所屬之醫療機構就醫而未被收案之個案數，督促縣市訂定共照中心逐年收新案之目標值，由各共照中心藉由個案回診就醫機會，接觸個案提供相關服務，以擴大服務對象，照顧更多失智家庭。
- (四)強化轄內共照中心與長照各類據點或照管中心之雙向合作。

三、推動失智資源布建之精進策略

- (一)依據實證資料推估延緩失智(能)服務需求

衛福部業已建置長照倉儲系統，整合來自健保、長照、社福、醫療領域資料，包含長照服務管理資訊平台、長照 2.0 服務費用支付審

核系統、長照機構暨長照人員相關管理資訊系統、長照 2.0 客服 1966 系統、失智照護管理系統、全國社政資訊整合系統、身心障礙福利資訊整合平台、社區照顧關懷據點入口網（含國健署預防及延緩失能之長者功能評估資料）、全民健保資料庫（55 歲以上健保保戶）等 9 系統之資料。

透過定期收集長照、社會福利及健保相關系統資料，整合跨單位系統資料庫，並建立各應用模組面板的圖表功能，經由視覺化呈現，進行決策支援。衛福部業已責成直轄市及縣（市）政府依據轄內失智人口數布建失智據點，以失智人口密集區域優先布建，並盤點轄內提供失能、失智各類社區據點布建情形及服務量能，同區域如已設置社區服務據點（如巷弄長照站），應輔導及鼓勵該據點提供極輕度至輕度失智個案認知促進、延緩失智活動等服務。

依據衛福部委託國家衛生研究院 2020-2023 年「全國社區失智症流行病學調查」結果，並參考「失智症個案資訊整合及鼓勵資料上傳計畫」之失智程度，綜合考量老年人口成長率、失智盛行率、實際使用長照服務情形、失智服務據點服務轉介成功率等變項，推估長照 3.0 期間各年度失智據點之服務目標人數，作為失智據點數布建依據。

表 5.1 失智據點推估服務目標人數

年度	失智症推估人數(註 1)	失智據點推估服務人數(註 2)
2026 年	397,810	15,994
2027 年	415,682	16,711
2028 年	434,671	17,476
2029 年	454,705	18,284
2030 年	474,913	19,095
2031 年	497,017	19,985
2032 年	517,768	20,822
2033 年	539,315	21,687
2034 年	560,906	22,554
2035 年	581,739	23,394

備註：

1、失智症推估人數：依據國家衛生研究院 2020~2023 年之全國失智症流行病調查結果推估，2026~2035 年採用國家發展委員會的中華民國人口（中）推估（民國 113 年至 130 年）資料進行推估。

2、失智據點服務人數推估說明：

(1)依據「失智個案資訊整合及鼓勵資料上傳計畫」2022 年實際有補登上傳 CDR 分數之失智症個案資料，計算其中符合失智據點 CDR0.5-1 分且長照需要等級 3 分以下，占所有補登 CDR 分數失智症個案之百分比為 29.0%。

(2)符合 CDR0.5-1 分且長照需要等級 3 分以下之失智症個案中，統計「未使用社區式機構、住宿式機構或居家式任一項服務」之人數比率，占 92.5%。

(3)以共照中心轉介後服務使用率 15%為推估使用比率。

（二）強化中重度失智住宿資源之布建

衛福部自 2023 年起與內政部國土管理署(國家住宅及都市更新中心)、各地方政府三方合作，透過興建社會住宅全國各縣市擴大興辦並普及至鄉鎮市區，檢視附近地區未來長照需求人口，結合社會住宅同步拓展長照機構，布建失智症團體家屋，讓居住及所需要的長照服務更能貼近有需要的國民，提升失智住宿資源不足地區之服務量能。

衛福部為均衡失智住宿資源布建，且考量民間法人具有專業長照服務經驗，可就近在地提供民眾專業照顧服務，爰持續鼓勵公私協力資源，共同促進失智住宿資源之布建，衛福部規劃推動獎勵布建失智

住宿資源計畫，規劃挹注新建費及修繕費用相關獎勵措施，以持續鼓勵公私部門協力布建失智住宿資源（含團體家屋、全失智住宿式長照機構），期透過本計畫布建失智住宿服務資源，提升尚待布建區域之失智照顧服務量能，規劃於完成設立後穩健經營至少 30 年，以均衡各地民眾取得失智住宿資源之可近性，並因應未來成長之失智症照顧需求，實現在地化服務，以維持失智症者生活品質，減輕家庭照顧負荷。

另對於精進失智住宿資源之照顧人力，衛福部持續與相關部會合作推動人才多元培訓管道及留任措施，每年透過縣市評估轄區居家、社區、住宿式長照機構隔年度之用人需求，提供勞動部規劃補助地方政府辦理照服員專班訓練之核定依據，並鼓勵長照機構自訓自用，培育機構所需之照顧人力，以即時回應服務量能成長情形。

衛福部規劃研議開發外國技術照顧服務人員，規劃開放團體家屋及小規模臨時住宿得進用外國技術人力，可聘僱通過語言及專業技術認證之外國技術人力，以補足失智照顧人力問題，滿足失智家庭照顧需求。

四、檢討失智症相關訓練課程，以精進失智專業人才培訓

（一）全面回顧並更新失智症訓練課程內容

現行失智症相關訓練課程已行之有年，為反映最新之照護模式與實務需求，衛福部自 2023 年起委託專業團體進行課程內容全面回顧，並依不同類型長照服務人員或專業人員調整課程設計，以強化實務應用。

考量巷弄長照站與社區式服務據點已逐漸朝向「共融服務」方向發展，鼓勵服務疑似或未併有 BPSD 之失智者，為強化各類長照據點服務人員之失智知能，規劃增設「失智症照護服務概論 8 小時課程」，針

對各類長照據點內工作人員提供認識失智症、溝通技巧等內容，提升其對失智者知能。

（二）推動訓練課程數位化以提升訓練效率

為提升訓練課程可近性與彈性學習機會，檢討並更新現行 5 類失智症訓練課程課綱，將逐步數位化，透過線上課程模式，增加接受失智訓練可近性，並搭配課後測評機制，確保學習品質與訓練成效。包括：

1. 失智症照顧服務訓練課程（20 小時）
2. 失智共照中心專業人員基礎訓練課程（8 小時）
3. 醫事專業基礎訓練課程（醫師）（8 小時）
4. 醫事專業基礎訓練課程（其他專業人員）（8 小時）
5. 醫事專業進階訓練課程（8 小時）

（三）規劃失智照護選修課程充實長照人員持續教育積分課程

為促進長照人員及專業人員持續精進專業知能，除服務失智症者之必要訓練外，將逐步開發失智照護課程，納為長照繼續教育之一部分，鼓勵服務於醫療機構或地方政府照管中心服務失智症、老人、長照、身心障礙領域之護理、職能治療、物理治療、社工、心理等專業人員、老人或長照相關學系畢業之實務工作者、照服員等專業人員依職能發展規劃學習，形塑失智照護之專業。

五、打造臺灣失智友善社會

為打造一個能預防及延緩失智的友善社會，透過以下失智友善社區四大元素：

- （一）友善參與：增加失智者及家庭參與，進行多元行銷宣導、建立社區網絡、守護失智者、維持失智者及照顧者日常生活及社會參與。

(二) 失智友善居民(天使)：對失智有正確識能、尊重人權、去標籤化及消除歧視，並給協助與關懷。

(三) 友善環境(社區及居家)：改善無障礙設施/斜坡/照明/防滑/交通等安全。

(四) 失智友善組織：(商店/銀行/小吃店/派出所/廟宇/教會等組織)對失智有正確認識提供友善購物環境、茶水及休憩、協助通報、主動關懷。

期待透過國家級失智政策綱領之推動，以及失智症長照服務量能之提升，以打造一個能預防及延緩失智的友善社會，並確保失智者及其照顧者的生活品質，使其獲得所需的照護與支持，有尊嚴、受尊重、能自主及平等地發揮他們的潛能。

表 5.2 臺灣社區失智人口推估

年度	全國人口數	30-64 歲 失智症人口	65 歲以上 失智症人口	65 歲以上 失智症盛行率	失智症 總人口
2026 年	23,404,114	14,627	381,268	7.82%	395,895
2031 年	23,140,001	14,067	477,519	8.34%	491,586
2036 年	22,692,601	13,222	581,371	9.14%	594,593
2041 年	22,024,293	12,229	679,666	9.95%	691,885
2046 年	21,162,168	11,176	757,039	10.38%	768,215
2051 年	20,156,503	10,179	803,918	10.83%	814,097
2056 年	19,055,580	9,283	831,367	11.33%	840,420
2061 年	17,911,423	8,370	846,978	11.69%	855,348
2066 年	16,747,344	7,593	843,147	12.06%	850,741
2070 年	15,813,641	7,190	826,085	12.56%	833,276

備註：依據「全國社區失智症流行病學調查」研究 65 歲以上老年人口之年齡別失智症盛行率，並且參考文獻 30-64 歲失智症盛行率為 0.119%，而 30 歲以下失智症盛行率設定為 0%，同時使用國發會的中華民國人口(中)推估(民國 110 年至民國 159 年)資料，推估未來可能的失智症人口數與盛行率。

第六章 原住民族長期照顧

第一節 現況

揆諸國內外相關法令規定，已明確揭櫫原住民族健康照顧議題是亟待正視並應積極提供必要相關協助措施，如聯合國「原住民族權利宣言」第 21 條指出，各國應採取有效的特別措施，確保原住民族經濟和社會狀況持續獲得改善，並應特別關注原住民族老人、婦女、青年、兒童與身心障礙者的權利和特殊需要。「原住民族基本法」第 24 條亦有明文，政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。又「原住民族健康法」已於 2023 年 6 月 21 日公布施行，更強調以尊重原住民族主體為前提，強化原住民族健康照護體系，從計畫層次提升至法律位階，指定原住民族健康專責單位，定期召開原住民族健康政策會，建置原住民族健康資料庫，寬列原住民健康預算，優先進用原住民族照護人才，鼓勵大專院校融入文化安全課程，縮短醫療照護落差，落實原住民族健康權。

我國整體人口結構已快速邁向高齡化，長照需求也與日俱增，原住民族社會結構亦受到衝擊，依據內政部原住民族人口統計資料顯示，2024 年底原住民人口數達 61 萬 1,674 人，其中 14 歲以下原住民幼年人口計 12 萬 632 人，55 歲至 64 歲原住民中高齡人口計 7 萬 1,692 人，65 歲以上高齡人口計 6 萬 2,788 人，合計 13 萬 4,480 人，老化指數高達 52.05%，與 2012 年 28.9%相較，均有明顯上升趨勢，顯示人口老化嚴重。另依據 2024 年第 44 週內政統計通報顯示，2024 年 6 月底戶內老年人口比率超過 20%縣市，其中轄有原住民族地區包括嘉義縣(22.8%)、南投縣(21.3%)、屏東縣(20.5%)及花蓮縣(20.2%)，邁入超高齡社會。

依據內政部（2024）統計資料顯示，2024 年 12 月原住民總人口數為 61 萬 1,674 人，其中 65 歲以上老年人口計 6 萬 2,788 人，約占原住民總人口數的 10.26%，55 歲至 64 歲以上老年人口計 7 萬 1,692 人，約占原住民總人口數的 11.72%；依據「2019 年原住民族老人失能調查」，55 至 64 歲原住民失能率 6.04%，65 歲以上原住民失能率 26.19%，推估長照需求人口約 2 萬 744 人，且依據近五年平均原住民族人口增加比率約 1.5%，亦可能逐年提高推估原住民族失能人數。再進一步觀察內政部 2023 年原住民族簡易生命表提要分析，2023 年原住民族與全體國民平均壽命之差距，全體國民為 80.23 歲，原住民為 73.25 歲，原住民族平均壽命較全體國民少 6.98 歲，仍存有相當差距，顯示如何弭平原住民族與全體國民的健康不平等，提升各項醫療或長照資源可近性，建構妥適的原住民族健康政策，妥善配置社會資源，仍為當務之急。

表 6.1 原住民族與全體國民平均壽命之比較

身分別	平均壽命			平均壽命差距		
	全體	男性	女性	全體	男性	女性
全體國民	80.23	76.94	83.74	-	-	-
原住民族	73.25	68.73	77.75	-6.98	-8.21	-5.99
山地原住民	71.58	66.96	76.00	-8.65	-9.98	-7.74
平地原住民	75.03	70.57	79.65	-5.20	-6.37	-4.09

說明：平均壽命差距＝各列原住民族平均壽命－全體國民平均壽命。

另一方面，根據 2024 年底原住民族人口資料顯示，居住原住民族地區之原住民族人口數計 29 萬 9,073 人(49%)，非原住民族地區之都會區原住民族人口數計 31 萬 2,601 人(51%)，已超過一半比例，顯示移居非原鄉地區之都會區原住民族長照需求迫切，其有別於部落生

活模式轉變，社會支持網絡相對不足，較難累積社會資本，移居都會地區之原住民族長者，除面臨原有身體機能逐漸退化失能外，尚有語言、文化斷裂、生活適應、交叉歧視等議題，以及多數長者通常散居都會區邊陲地帶，看似資源豐富，卻未必使用得到之長照資源不均等議題，非常值得重視，並應適時考量區位差異之原住民族特殊長照需求。

綜上，為因應原住民族特有之生活型能、文化脈絡及地理分布特性，原民會延續過去長照 2.0 核定本「原住民族長期照顧專章」基礎，並積極落實賴總統擘劃「強化原住民族健康服務」之原住民族政策藍圖，原民會與衛福部仍會持續合作推動原住民族文健站，提供原住民族長者連續性、可近性及具文化性之專業照顧服務，共同精進文健站服務量能，強化文健站的在地特色，提升照服員的專業與族語能力，發展符合需求的文化照顧模式，並賡續推動都市地區文化安全照顧服務。

一、原住民族服務資源布建情形

依據長照 2.0 核定本，2014 年山地原住民零歲平均餘命低於全體國民 10.22 歲（男性少 11.84 歲，女性少 8.88 歲），平地原住民則低於全體國民 6.06 歲（男性少 6.9 歲，女性少 5.31 歲），應致力於原住民族地區環境及資源分配相對不足之問題，改善原住民之居住環境、山地交通建設及提升醫療品質，期能有效降低原住民死亡率，以縮小原住民和全體國民之平均餘命差距。

因此，在長照 2.0 執行期間，衛福部透過各項政策，並與原民會等相關部會定期召開跨部會「長照業務合作平臺」會議，共同研商原住民族長照政策規劃與推動。

根據 2024 年底原住民族人口資料顯示，居住原住民族地區之原住民族人口數計 29 萬 9,073 人(49%)，非原住民族地區之都會區原住民族人口數計 31 萬 2,601 人(51%)，推估原住民族與臺

灣都市化程度較低縣市（如嘉義縣、雲林縣）的情況相似，較年輕的工作人口及幼年人口可能因就學、就業等因素而往都會區移動，老年人口大多留在原本的鄉鎮（原民會，2024），爰居住於非原住民族地區具長照服務需求之原住民，考量其居住地區長照服務資源相對豐沛且多為青壯年族群，均得就近使用長照服務資源，或長照服務需求相對較低，現行針對原住民族地區長照資源分配相對不足，爰就原住民族地區長照資源發展相關機制，分別以提升服務單位誘因，以及原住民族地區專案計畫為推動主軸，期能於原住民族地區積極發展長照服務，同時增加在地工作機會，吸引族人返鄉服務，實踐族人照顧族人之願景。

（一）提升原住民族地區服務單位誘因

衛福部自 2018 年起推動長照給付及支付制度，針對原住民族地區提供服務者，設計加成支付費用機制。亦透過直轄市、縣（市）政府整合型計畫獎助，於原民地區加碼補助照顧服務員交通津貼及工作獎勵津貼，針對日間照顧中心（含小規模）及家庭托顧機構，均提供開辦設施設備及材料費獎助加成，交通接送服務車輛獎助亦高於非原住民族地區，以提升長照服務提供單位投入原住民族地區服務誘因。

（二）配合法規調適專案推動原住民族地區資源布建

1. 鬆綁原住民族地區長照機構設立法規

考量原住民族地區文化特殊性，機構土地取得不易，衛福部業於長期照顧服務機構設立標準第 19 條訂定原住民族地區設立長照機構有困難者，得專案報直轄市、縣（市）主管機關邀請原住民族代表或專家學者共同審查。

並於長期照顧服務機構設立許可及管理辦法鬆綁原住民族地區建物管制相關規定，於都市計畫以外地區之原住民族地區，未提供住宿式服務之長照機構且符合條件者，得以相關文件替代建物所有權狀及使用執照，以協助原住民族地區長照服務資源布建。

2.原住民族地區專案計畫

衛福部自 2018 年起為推動原住民族地區社區式長照資源發展，陸續推動相關社區式長照機構布建之試辦計畫，歷經數年執行成果與地方政府反饋，2023 年公告山地原住民族及離島地區多元照顧服務發展計畫，發展原住民族地區與偏鄉因地制宜的多元彈性照顧模式，鼓勵地方政府「以部落為中心」，輔導原民地區設立社區式長照機構並提供夜間住宿服務，亦持續鼓勵具原民文化敏感度及長照服務知能之團隊提出創新且符合在地原民地區長者需求之服務模式。

鑑於原住民族（尤以山地原住民族）及離島地區屬住宿式機構之低需求區域，基於營運效益及法規限制，爰改以結合家庭托顧服務概念之服務措施替代住宿式長照機構，規劃原住民族及離島地區公有建物家庭托顧服務全時照顧試辦計畫，並擇定地方政府試辦，強化夜間長照服務量能。

綜上，自長照 2.0 推動迄今，衛福部已於 55 處原住民族地區均設有照管中心分站，並特約居家式長照服務，另有 49 處原住民族地區設有長照機構，長照機構布建涵蓋率達 89.1%，另查 2023 年原住民族與非原住民族零歲平均餘命差距下降至 6.98 歲，已有顯著進步（行政院，2025）。

二、設置文化健康站：

為提升原住民族地區長照服務量能，原民會運用長照基金推動部落文健站，應依據長照基金一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準之布建原則，提供原住民族長者生活諮詢、照顧服務轉介、餐飲服務、健康促進方案、活力健康操運動及預防及延緩失能等服務項目。

截至 2024 年底，全國文健站自 2016 年 121 站已布建至 519 站，已超越長照 2.0 資源布建目標，提供在地族人擔任照顧服務員計 1,374 個工作機會，照顧原住民族長者計 1 萬 6,340 人，文

健站提供前端初級預防及延緩失能，原本以 55 歲以上健康、亞健康及衰弱原住民族長者為主，2018 年增列輕度失能原住民族長者，連結後端輕度失能專業照顧服務，提升原住民族長者生活品質，成功打造為原住民族長者第二個家，未來將積極布建長照服務資源，發展文化安全照顧網絡，加強推動原住民族地區文健站特約巷弄喘息服務或成立居家式長照機構提供長照服務，強調互助支持文化，打造多元連續照顧體系，以推動健康促進為基礎，發展共生社區，善用數位科技導入智慧照顧，實現在地安老、健康老化目標。

三、原住民族地區成立長照推動委員會

現行 55 處原住民族地區均設有照管中心分站，延續長照 2.0 核定本，並依據 2022 年 7 月 8 日原住民族長期照顧推動小組第 11 次暨原住民族長照業務合作平臺第 12 次會議決議，由原民會輔導原住民族地區設置長照推動委員會，並建議規劃由原住民族地區照管中心分站負責行政庶務工作，如蒐集議題、撰寫會議紀錄等；另召集人建議以鄉（鎮、市、區）首長，或鄉（鎮、市、區）首長授權衛生所主任擔任，協助轄內原住民族長照服務推動與相關措施，建立友善長者之環境、整合相關長照服務及人力資源：

- (一)由部落耆老、領袖、在地協會、教會、學校、衛生所、原家中心、文健站等相關人員組成，定期針對部落需求提出長照政策建議與規劃，以符合文化安全之部落長照服務。
- (二)辦理原住民族在地照顧服務人員教育訓練，媒合師資進入部落開班授課，得至當地之長照機構、家庭托顧及文健站等長照相關單位內見習。

截至 2024 年底，已於 45 處原住民族地區設置長照推動委員會、5 處原住民族地區設有社區照顧資源整合平台會議，另有

4 處原住民族地區規劃設置、1 處無設置規劃。

第二節 問題與挑戰

綜觀長照 2.0 核定本第六章原住民族長照專章，已明確指出原住民族長照體系布建之執行策略包括：一、建構整合照顧產業；二、強化照顧功能營造在地老化；三、優先獎助原則；四、分站管理設置推動委員會；五、固定薪資穩定在地長照人力；六、建立照顧者支持系統；七、連結資源提高普及率；八、建置長照聯合網絡；九、保障都會區原住民長照權益；十、長照人力訓練。惟長照 2.0 實施迄今，仍面臨我國原住民族地區青壯年人口外移，部落人口加速老化，原住民族家庭經濟所得偏低、健康不平等、照顧資源可近性不足等結構性挑戰，尤其原鄉地理環境靠山濱海交通不便與醫療服務資源不足，雖已積極布建文健站，發展前端初級預防延緩失能之補充長照資源服務體系，然執行現況仍存有部分困境，尚待解決福利資源不均等，並積極投入長照相關資源，以實現原住民族「在地安老、互助共生」之照顧願景。茲分別說明目前問題與挑戰如下：

- 一、長照資源分布不均：根據長照 2.0 原住民族長照資源建置目標，至 2016 年應設置 380 站，截至 2024 年底止已設置 519 站，已超越布建目標，但設置原則係以部落村里數為主，然原民會現行公告核定 741 個部落，且多數原鄉部落與部落之間距離遙遠，仍有原住民族長者需求未被照顧，實際布建情形仍存有差距。另原鄉住宿型長照機構因土地與建照取得不易，又部分文健站與巷弄長照站據點區位分布不均，功能重疊未能整合，拉低服務涵蓋率。
- 二、部分服務涵蓋率低：綜觀現行原住民族地區的長照政策，與長照 1.0 相較確實已有質量改善，依據衛福部的統計，原住民族失能者的長照服務使用率雖超過 70%，然而值得注意的是，原

住民族失能者主要使用的長照服務以居家服務居多，其次為交通接送，且服務使用率偏低，雖然長照 2.0 推動促成原住民族地區的居家服務提供單位增加，但因部分鄉級長照推動委員會未能發揮整合長照資源功能，無法建置符合原住民族文化安全原則並可永續經營的社區整合式服務。另一方面，亦有部分原住民族長者對於「長照 2.0」的服務內容與申請流程仍有不熟悉，儘管已有部分長者具備長照需求，卻因缺乏相關知識，未能主動提出申請或接受評估，導致實際可接受長照各項服務項目使用率恐有偏低。即便使用已久的個案，也可能對於長照資源、長照服務或長照人員的角色與分工不清楚，可能來自族人不熟悉主流社會語彙，對於政府資源進入部落不瞭解，以及生活環境與文化脈絡之差異。

三、 區位差異交通不便：原住民族地區位置偏遠，山區地形複雜，交通需求高，現有的交通服務可近性都未能滿足原住民族需求，使得族人就醫困難，交通經濟成本負擔沉重，另一方面，缺乏交通工具接送，也影響原住民族長者到文健站意願，且時常因天候因素，如遇颱風、豪雨、地震等天然災害，則使得部落面臨與外界交通聯繫中斷部落形同孤島，交通阻礙造成就醫障礙，也影響長照服務輸送。

四、 服務量能有待提升：目前文健站提供服務項目包括簡易健康照顧服務、延緩老化失能活動、營養餐飲服務、電話問安、居家關懷服務、生活與照顧諮詢服務，更提供簡易居家、陪同外出或就醫等量能提升服務，相較主流照顧資源更強調「文化安全」健康照顧服務。惟文健站能滿足在地原住民族長者照顧需求，但隨著老化指數攀升，可預期仍有長照需求，現行文健站服務項目仍有精進空間，未來應加強輔導原鄉文健站執行單位申請

成為長照特約單位，提供居家或喘息等長照服務，亦可發展創新夜間關懷獨居長者或家庭照顧者支持服務，或成為部落衛生所、診所及醫療院所慢性病偵測的前哨站，並依據長者不同族群、性別、年齡、失能程度，在現有服務基礎上銜接長照服務，發展因地制宜的長照服務。

- 五、服務人力穩定不足：現行文健站工作人員以照服員為主，需規劃方案課程，照服員具有多重工作角色，同時身兼活動規劃、服務提供者及文健站經營者等，加深工作負荷與角色混淆，反而容易造成服務品質不佳，又因職涯發展機會有限，致人力流動率高情形，亟需發展跨專業團隊，並提升照服員專業照顧知能。
- 六、鄉級長照體系不彰：現行原住民族長照服務推動與發展，在中央由原民會及衛福部主責，在地方由地方長照業務及原住民事務主管機關推動；然而在實務執行中，各原民區長照推動委員會功能未臻明顯，應強化其整合資源、提供符合在地特色之政策建議等功能，以促進文化安全之長照服務，並因應不同部落特殊需求，打造一個全面且符合在地原住民族需求的長照服務輸送鏈，使長者及其家庭都能獲得更好的支持與服務。
- 七、尚待提升共融意識：現行移居都會區原住民族人口已過半，應鼓勵原住民族長者及其家庭接受共融服務意識，以及提升都會區服務提供單位對於多元文化的包容與尊重，促進多元文化間的理解與尊重，尤其在都會區多元族群共居的現況下，不應侷限原住民族長者服務選擇，使原住民族長者得取得相對多元及豐沛的長照服務資源。

第三節 未來規劃

一、計畫目標

- (一)強化原住民族部落照顧功能，營造在地老化環境。
- (二)文健站增能服務，打造原住民族地區「長照資源互助網」。
- (三)發展不分族群長照共融服務，創造多元包容照顧體系。

二、執行策略

- (一)強化部落照顧功能，營造在地老化環境。

為解決前述「長照資源分配不均」、「部分服務涵蓋率低」、「區位差異交通不便」、「服務量能有待提升」、「服務人力穩定不足」、「鄉級長照體系不彰」及「尚待提升共融意識」等問題，未來規劃執行策略說明如下：

1. 積極布建長照服務資源，發展文化安全照顧網絡：

持續挹注穩定長照基金財源，依布建原則增加補助設置文健站，並加強布建原鄉居家服務、日間照顧、家庭托顧等相關資源，提升長照失能者服務涵蓋率。

針對原鄉長照模式，應發展以族群文化觀點的「家」為核心，結合部落互助生活圈的服務網絡，持續鼓勵發展創新照顧服務模式、強化全日照顧服務量能，包含辦理公有建物全時家托照顧服務、全日照顧服務示範機構，並鼓勵鄰近原民聚落之既有住宿機構增設原民照顧專區，並推動長照社區互助共生。

加強輔導文健站在現有服務基礎上延伸長照相關服務，如輔導其與地方政府簽訂成為長照特約單位參與巷弄喘息服務、提供家庭照顧支持服務，辦理原鄉長者夜間關懷服務或假日家庭照顧等服務，抑或將文健站、日間照顧中心及家庭托顧等執行單位形成策略聯盟，優化現有服務基礎，透過文化安全的專業培訓，將功能延伸在部落的照顧單元，發展短期或夜間住宿照顧服務功能，提供不同彈性靈活服務組合。

2. 強化鄉級長照體系運作，整合資源互助共生照顧：持續推動並加強原住民族地區鄉級長照推動委員會功能，建議召集人由鄉(鎮、市、區)首長擔任，破除衛政、社政與原政的界限藩籬，整合區域內長照服務網絡單位、原住民族家庭服務中心及地方政府長照相關業務主管機關資源，並邀請服務提供者、服務使用者、專家學者等共同規劃符合各原住民族地區特性的長照服務網絡及社區整合式服務，推動以「互助共生」、「共同照顧」的生活圈為基礎，提供整合性、全人、全族長照服務，整合衛生所、長照管理分站、社整中心、日間照顧中心、文健站、居家服務提供單位、家庭托顧及原住民族家庭服務中心的健康照護、福利服務與生活照顧網絡，整合資源與專業建立跨領域的協力機制、強化資訊共享與資源連結，並透過落實文化安全原則提升照顧服務的品質，滿足原住民族長者於身體、心理、社會及靈性的照顧需求，由部落全齡共同承擔照顧責任，公私協力實踐共同照顧，建構在地共享照顧網絡，確保原住民族家庭在福利服務與長照需求上獲得支持，進一步提升服務品質與原住民族福祉。
3. 擴大原鄉交通服務資源，提供個別彈性服務機制：建議整合原住民族地區單一窗口交通媒合平台，統一整合現行分屬不同單位的交通服務(如幸福巴士、復康巴士、長照交通車等)，讓使用者依據需求預約合適交通工具，並由單一專責窗口統一調度與管理，避免重複預約與資源浪費。另考量原住民族地區特殊性，輔導在地非營利社團法人、財團法人、社會團體等單位，特約長照交通接送服務，增加彈性服務空間，解決就醫交通障礙。

4. 促進穩定人力專業發展，加強培訓文化安全能力：文健站現行工作人員以照服員為主，為因應文健站銜接長照服務，建議成立跨專業服務團隊，服務人力亦得區分為基層照服員、專業服務人力及外部督導支持，鼓勵短期或非典型就業需求之族人加入照服員，並建立照服員升遷機制，增加留任誘因，並媒合鄰近地區社工人員、營養師、護理師、職能治療師等專業人員，強化原鄉長照人力及相關醫事人員的文化安全培訓，確保長照服務能回應原住民族多元需求與文化脈絡，深化原住民族部落在地照顧模式，建立社區共生互助體系。
5. 導入智慧科技輔助長照，及早預警落實健康監測：文健站服務長者多有慢性病，為促使文健站建置完善轉介系統，成為在地衛生所、診所或醫療院所之健康前哨站，讓照服員能縱向連結醫療衛生體系，及早偵測慢性疾病帶來的危害，建議導入智慧科技，結合在宅醫療與專業居家護理所、遠距健康監測與 AI 照護計畫建立高風險個案追蹤與轉介平台，消弭健康差距。
6. 建立部落安寧善終模式，實踐在地安老善終願景：原住民族傳統醫療早在西方醫療的引進正逐漸凋零與消失，然而，原住民族傳統文化意義中的生死觀、健康疾病與社群概念和西方科學之醫療原理相差甚遠。不同族群所需要的安寧療護模式也不盡相同，未來應關注原住民族文化脈絡的善終觀念，建立符合文化安全的安寧療護模式，並應培訓相關人員文化能力，以落實在地安老善終，提升族人生命品質。
7. 保障都會地區長照需求，應提升長照共融服務意識：都會

地區原住民族長者照顧需求與文健站涵蓋率未被真實盤點，原住民族長者居住都會邊陲，且多為散居，以原住民族文化為特色的長照資源不易集中，應依實際需求調查及評估結果賡續補助設置文健站，或輔導原民長者就近至巷弄長照站或社區照顧關懷據點接受服務，保障都會區原住民族長者健康權益，實現多元共融與文化安全的照顧目標。

(二)文健站增能服務，打造原住民族地區「長照資源互助網」

1. 提升文健站特約巷弄站喘息服務布建數

- (1) 2026 年：輔導特約 2 站
- (2) 2029 年：輔導特約 8 站
- (3) 2032 年：輔導特約 14 站
- (4) 2035 年：輔導特約 20 站

2. 輔導文健站設立居家式長照機構

- (1) 2026 年：輔導成立 2 家
- (2) 2029 年：輔導成立 8 家
- (3) 2032 年：輔導成立 14 家
- (4) 2035 年：輔導成立 20 家

(三)發展不分族群長照共融服務，創造多元包容照顧體系

我國將邁入超高齡社會，伴隨少子女化現象，為降低社會照顧負擔，發展族群長照共融服務，打造一個包容且多元的照顧體系，導入文化安全與原民相關教育訓練，讓不同族群長照需求者都能在相同場域獲得適切的照顧服務與關懷，確保每位長照服務對象都能享有平等、尊嚴與高品質的照顧服務。

第七章 身心障礙者長期照顧

第一節 現況

截至2024年底，全國身心障礙者總計123萬餘人，考量身心障礙者對於福利資源運用較不熟悉，有必要透過需求評估人員進行電話訪問，取得基本資訊精準初篩後，針對有服務介入必要者即主動進行家庭訪視。自2020年8月起中央督請地方政府在民眾核(換)發身心障礙證明後，全面進行電訪，積極發掘有潛在脆弱因子之身心障礙者家庭(例如：家中有多名身心障礙者、身心障礙者家庭遭逢重大變故等因素)。另為降低家庭照顧者壓力，自2023年7月將符合「高負荷家庭照顧者初篩指標」或「身心障礙者有嚴重情緒行為初篩指標」等指定為優先訪視對象，要求需求評估人員須主動進行家庭訪視，讓此類家庭順利進入正式體系提供服務。

面對障礙人口漸增、即將邁入超高齡社會、身心障礙者之照顧服務資源量能不足、家庭照顧者支持不夠等問題及挑戰，行政院於2023年9月19日核定「身心障礙照顧服務資源布建計畫(2024-2028年)」，透過「減輕家庭照顧者負擔」、「擴增社區式服務」、「擴增及多元化身心障礙福利機構服務」及「改善服務人力之勞動條件以留才久任」4大策略，由衛福部、內政部、法務部及各地方政府協力推動，以建立身心障礙者分級服務模式並強化困難照顧身心障礙者服務，減輕照顧者負擔，擴充多元化身心障礙照顧服務及社區支持服務資源，提供可近性與適切之服務，改善服務人力之勞動條件，留才久任，永續發展。

前揭布建計畫之「減輕家庭照顧者負擔」策略，即是為避免身心障礙家庭於銜接後續服務有中斷之情形，且為主動持續關懷未進入服務體系之高照顧負荷家庭，因此衛福部自2024年督請各縣市政府建置身心障礙者服務中心，身心障礙者領(換)發證明並完成需求評估後，則逐案銜接至身心障礙者服務中心，由該中心提供或連結相關服務資

源，並因應身心障礙者家庭面臨問題不同，以分級服務概念，建立定期追蹤與服務品質管控機制。

身心障礙者服務中心於定期服務過程中，倘發掘服務對象需求改變，亦能主動回報需求評估人員啟動重新評估機制，包含障礙者或其照顧者，如有長照服務需求但尚未使用，亦會主動轉介各縣市照管中心進行評估，以利即時銜接長照服務資源，共同支持該等家庭於社區中穩定生活。

身心障礙者障礙類別多元，各障礙類別有不同照顧服務需求，第1類身心障礙者（含智能障礙者、失智症者、自閉症者、慢性精神病患者等）屬於能力會持續、逐漸退化，長期需要照顧與支持服務，主要服務需求為日間照顧、社區居住、社區日間作業設施、住宿式照顧服務、輔具服務及長照服務；第2類及第3類身心障礙者主要服務需求為生活重建、自立生活支持服務、輔具服務及長照服務；第4類、第5類及第6類身心障礙者主要服務需求為自立生活支持服務、輔具服務及長照服務；第7類身心障礙者(含肢體障礙者)主要服務需求為輔具服務、生活重建、自立生活支持服務、復康巴士及長照服務；第8類身心障礙者主要服務需求為生活重建、自立生活、輔具服務及長照服務。布建計畫以18歲以上、65歲以下，第1類身心障礙者，特別是智能障礙、自閉症及慢性精神病患者等長照服務體系較難以提供服務之身心障礙者為主要服務對象。

惟身心障礙者仍有需要從身心障礙服務與長照服務獲得符合其需要之照顧服務。長照給支付制度實施後，為讓身心障礙服務人員可以繼續留在身心障礙服務體系，政府持續提升身心障礙社區式服務（以下稱身障社區式服務）及家庭支持服務能量，及銜接長照服務，推動策略如下：

一、身心障礙者社區式日間照顧（以下稱身障社區式日照）

截至2024年底，全國共設置267處社區式日照據點，中央獎

助設置170處據點，其餘據點由地方政府自籌經費設置，合計可提供服務人數6,239人，實際服務人數5,976人。經統計分析，以智能障礙及多重障礙者為主，且使用者年齡以18-29歲最多、30-49歲次之。

自2019年起中央政府增補「服務處遇費」之獎助項目，讓服務單位彈性運用該補助經費，優先調高身心障礙服務人員薪資、人事福利或房屋租金等營運所需費用，並於2024年起將教保員服務費由每月3萬1,000元調高至3萬6,700元，生活服務員服務費由每月2萬7,000元調高至3萬2,700元，搭配服務處遇費獎助原則，服務提供單位所聘之教保員薪資每月應達3萬7,700元、生活服務員薪資每月應達3萬3,700元之標準，始得請領全額服務處遇費，以達留人留才之目的，縮短身心障礙服務補助基準與長照給支付補助之間的落差。

二、社區居住

截至2024年底，全國共設置181處社區居住據點，中央獎助設置140處，其餘據點由地方政府自籌經費設置，合計提供856人服務。

自2020年起社區居住獎助基礎服務費，並明訂服務單位應優先將補助用於調高教保員與生活服務員薪資，並支應勞健保、勞退及人事福利等費用，若全職教保員或生活服務員其中一人薪資未達每月3萬7,700元與3萬3,700元，該月僅可獲九成獎助，以促使服務單位提高人員待遇，強化從業人員之留任意願。

三、身心障礙者家庭托顧（以下稱身障家托）

截至2024年底，全國共設置223處身心障礙家庭托顧據點，中央獎助設置220處據點，其餘據點由地方政府自籌經費設置，合計可提供服務人數594人，實際服務人數465人。經統計分析，服務使用者以智能障礙及多重障礙者為主，且使用者年齡以18-

29歲最多、30-49歲次之。

為降低身心障礙與長照家庭托顧（以下稱長照家托）之照顧服務費補助差異，並減輕民眾負擔，自2019年起比照長照需要等級相對應之給付額度，依障礙程度調高身障家托服務費獎助(輕度每人每日全日托760元、中度880元、重度960元、極重度1,040元)，並調整民眾自負額度為定額負擔(不分障礙程度，一般戶全日托每人每日負擔190元、中低收入戶及家庭總收入平均分配全家人口之金額達當年度每人每月最低生活費1.5倍以上未達2.5倍者負擔114元、低收入戶免負擔)。

四、輔具服務

截至2024年底，全國已設置40處輔具中心、152處輔具據點及199處輔具便利站，提供身心障礙者及失能者輔具諮詢、評估、使用訓練、租借、展示、維修、調整及追蹤等服務。另為強化輔具服務之近便性與機動性，運用輔具服務專車以巡迴方式提供社區失能者或身心障礙者輔具服務。

為使身心障礙者生活輔具及長照輔具評估具一致性，衛福部社會及家庭署統一辦理各類輔具評估人員培訓及在職訓練，及身障及長照輔具評估報告書，以提高輔具評估效率。

五、自立生活支持服務

身心障礙者人力協助服務，包含長照居家服務及個人助理服務。為增加個人助理投入服務誘因，除保障個人助理勞動權益(聘僱制)及自負額定額制，以減輕身心障礙者使用個人助理服務之費用負擔等措施外，自2024年起個人助理每小時服務費提高至250元、夜間服務費每小時加計50元、原民地區與離島服務每小時加計40元。

另自2018年起成立自立生活支持服務中心，設置體驗室，培力身心障礙者自立生活技巧，及辦理倡議宣導，推展自立生活支

持服務。

六、布建失能身心障礙者特殊需求服務資源

為協助進入長照服務體系之失能身心障礙者獲得妥適照顧，自2018年獎助長照日照特約機構充實軟硬體設施設備，並發展特定障別失能身心障礙者所需之照顧模式，且因應失能身心障礙者特定障礙類別特殊性，獎助長照日照特約機構辦理培力計畫，透過辦理認識不同障別身心障礙者相關教育訓練或宣導，提升長照日照機構及其服務人員身心障礙服務相關專業知能及辦理專家實務指導或諮詢服務。

七、身心障礙者臨時及短期照顧服務

自2020年起比照長照喘息服務放寬外看家庭使用之政策，放寬聘有外看之家庭申請使用身心障礙者臨時及短期照顧服務，及增補地方政府辦理身心障礙者臨時及短期照顧服務經費，拉齊身心障礙者臨時及短期照顧服務補助額度與長照喘息服務給付額度。

八、家庭照顧者支持服務

截至2024年底，已設置48處身心障礙家庭照顧者服務據點，針對發展性障礙及非老年致障障礙者之家庭照顧者，辦理具身障家庭照顧者特殊性之服務方案，包含手足團體、家長支持團體或互助團體等，另為提升在地資源共融效益，自2023年起推動身障與長照家照據點朝共融方向發展，共同服務長照服務對象與身心障礙者之家庭照顧者支持服務。

九、高照顧負荷家庭創新服務

因應家庭照顧者不堪照顧壓力之社會事件頻傳，自2024年起依身心障礙照顧服務資源布建計畫，擴展身心障礙者家庭支持服務，推動創新型服務方案，由各地方政府掌握高照顧負荷身心障礙者家庭之需要，提供各項創新服務方案，包括緊急照顧服務、

照顧服務體驗及緊急救援服務等，讓身心障礙者獲得妥適照顧，以減輕家庭照顧者壓力。

第二節 問題與挑戰

身心障礙服務與長照服務性質相同之照顧服務措施，包括日間照顧、家庭托顧、臨時及短期照顧、輔具補助等服務措施。從對服務單位的管理來看，服務規模及人力比之要求等，身心障礙與長照服務相關規定多有不同，例如，身障家托至多服務 3 人，長照家托至多服務 4 人，身障社區式日照，每日同一服務時間至多服務 15 人，長照日間照顧（以下稱長照日照），每日同 1 時間至多服務 120 人，顯有差距。

身心障礙各項服務設置標準，除與長期照顧服務機構設立標準之規定多有差異外，長期照顧服務申請及給付辦法對長照服務機構之支付標準與身心障礙服務補助項目及基準差異更是不同。布建身障社區式服務資源面臨以下困難：

一、民間團體投入身障服務意願低：

近 5 成之身心障礙者人數為 65 歲以上，可選擇使用長照服務。至 18 歲至未滿 65 歲之智能障礙、腦性麻痺、自閉症及其他傷及智能或與生俱來心智功能障礙，且無法完全獨立自我照顧，需要使用身心障礙服務之人數少，約占 12%，且渠等心智障礙者屬特殊性困難照顧。另身心障礙服務規模小，較不具經濟效益，且服務身心障礙者之場地，常成為社區之「鄰避設施」，民間團體尋找場地非常不易，影響投入意願。

二、專業人才培育不易：

身障及長照共融據點服務對象包含身障、精障及長照個案之家庭照顧者，各據點專業人員需具備更多面向之專業知能，才能滿足需求。另現行輔具中心之輔具評估人力，需要專業背景及資格，因長照需要人數逐年增加，恐無法因應未來大量長照輔具評估需求，評估人力供給將成為未來挑戰。

三、受到長照服務給付制度磁吸效應影響：

長照給支付制度提升長照服務提供單位之業務收入，造成照顧服務產業往長照領域流動，長久以往恐不利於身障照顧服務體系之穩健發展及資源建置。另外，身心障礙相關服務，主要由地方政府編列預算辦理，地方政府為降低地方財政壓力，家庭照顧者有臨時性照顧需求時，地方政府鼓勵家庭照顧者申請中央長照喘息服務，造成臨短托服務量萎縮。

第三節 未來規劃

為落實身心障礙者權利公約(CRPD)第 19 條自立生活與融合社區之精神，未來規劃透過以下策略協助身心障礙者獲得多元性、可近性及可及性之服務。

一、持續增加身心障礙社區式照顧服務資源：

(一) 落實執行行政院於 2023 年 9 月 19 日核定「身心障礙照顧服務資源布建計畫(2024-2028 年)」，中央與地方持續結合民間專家與團體持續布建身障日間照顧服務、家庭托顧、社區居住等服務資源，及擴大服務規模，解決身障社區式服務量能不足問題，讓身心障礙者就近照顧，提高服務效益。

(二)持續推動「社區式身心障礙服務銜接長照獎助計畫」，減少身障與長照給付額度差距，提高身障服務補助水準，包括社區式身心障礙服務單位整體營運量能，及專業人員薪資待遇，並增加「住宿式機構服務使用者」返家期間使用臨托或短托補助額度，減輕照顧者負擔。

二、推動共融照顧：

(一)持續輔導各地方政府身心障礙家照據點成立或轉型為身障與長照家照共融據點，以整合性、連續性及多元化服務提供家庭照顧者服務資源，鼓勵家庭照顧者使用支持服務；此外，亦透過照顧者支持與訓練及研習、家庭關懷訪視等服務，降低照顧者負荷壓力與提升其生活品質。

(二)發展長照人員服務視障、聽障等特定障別失能身障者所需

知識及技巧，提高社區式長照機構服務失能身心障礙者意願，並鼓勵長照日間特約機構透過專家實務指導方式，促進視障者及聽障者等失能身心障礙者參與活動及互動。

三、穩定身心障礙福利機構服務：

除落實執行「身心障礙照顧服務資源布建計畫(2024-2028 年)」以擴增多元化身心障礙福利機構服務及改善身心障礙福利機構服務人員勞動條件以留才久任外，並配合長照服務機構各項獎勵計畫持續提升機構服務品質。

四、身心障礙者銜接整合長照服務

- (一)落實失能身心障礙者經由身心障礙者服務中心銜接長照資源單一窗口機制。
- (二)持續增加身心障礙社區式照顧服務資源：布建身障日間照顧服務、家庭托顧、社區居住等服務資源，及擴增身障社區式日間照顧服務規模。
- (三)推動共融照顧：持續鼓勵長照日間服務機構服務身心障礙者及推展身障與長照家照共融據點。

四、精神病人銜接整合長照服務

- (一)依據衛福部 2024-2028 年身心障礙照顧服務資源布建計畫，截至 2025 年 7 月底，重大傷病有效領證統計顯示，慢性精神疾病有效領證人數 18 萬 7,925 人；其中診斷為思覺失調症 9 萬 9,013 人、情感性精神病 5 萬 6,918 人，共計 15 萬 5,931 人。另，2021 年身心障礙者生活狀況及需求調查結果，精神障礙者可獨立自我照護 51.43%、部分生活行動需要協助 32.10%、無法獨立自我照護 16.47%。
- (二)綜上調查結果，推估共計約 50%精神病人需要提供協助，其中約 32%無法獨立自我照護者，可使用精神護理之家及住宿型長照服務機構等各項資源。

(三)因應超高齡社會，精神病人之社區式長照服務需求亦逐漸增加，推估至 2035 年，部分生活行動需要協助而有潛在長照服務需求之未領有身心障礙證明精神病人約占 64%，期能透過心理衛生專業人員於提供精神病人社區關懷訪視服務過程中，發現出現生活自理能力下降及家庭支持度薄弱，致無法獨力完成自我照顧者，轉介至縣市政府照管中心進行長照需求評估，協助連結及提供所需長照服務資源，以利精神病人穩定於社區生活，預期 2035 年協助 64%社區精神病人所需社區照護服務。

第八章 期程與資源需求

第一節 計畫期程

本計畫執行期程為 2026 年至 2035 年，共計 10 年。針對創新計畫或措施之推動，將採小規模試辦方式進行，並依據實施成果與現場推動狀況滾動式調整，俟建立完善可行模式後，再擴大至全國推行。

第二節 經費來源

本計畫執行部會為衛福部、勞動部、內政部、教育部、輔導會、原民會，相關所需經費由中央及地方政府預算共同支應，在中央經費來源部分，係由長照基金、公務預算、健保基金、醫療發展基金、醫療藥品基金、就業安定基金、中央住宅基金等支應。另衛福部推動之「住院整合照護服務計畫」，屬行政院另案核定之計畫，由公務預算逐年擴大規模支應。

第三節 經費需求

一、長照給付及支付人數推估

長照給付及支付人數推估，係以各年度涵蓋率目標值推估長照需求失能人數之目標人數，並扣除各年度住宿機構可布建床數(含失智專區)及失智團屋可布建床數後，即可得各年度推估長期給付及支付服務人數。各年度涵蓋率目標值預設為 2026 年 82%、2030 年 86%及 2035 年 89%，並以高推估之長期給付及支付服務人數作為人數計算基準。

高推估之長期給付及支付服務人數，自 2026 年為 62 萬 9,548 人至 2035 年為 97 萬 8,020 人，10 年內成長近 35 萬人，平均每年成長逾 3.8 萬人。

表 8.1 2026 年至 2035 年長期給付及支付服務人數-高推估

民國	西元	各年度 涵蓋率 目標(A)	長期照顧 需要失能 人數(B)	各年度長照 需要目標人 數(C=A*B)	住宿機構 可布建床 數(D)	失智團屋 可布建床 數(E)	推估長期給付 及支付服務人 數(G=C-(D+E))
115	2026	82.0%	922,948	756,817	126,571	698	629,548
116	2027	83.0%	952,784	790,810	131,751	797	658,262
117	2028	84.0%	985,274	827,630	137,805	890	688,935
118	2029	85.0%	1,025,943	872,051	142,305	1,003	728,743
119	2030	86.0%	1,066,050	916,803	147,105	1,039	768,659
120	2031	87.0%	1,111,098	966,655	152,205	1,169	813,281
121	2032	87.5%	1,154,688	1,010,352	157,305	1,299	851,748
122	2033	88.0%	1,201,117	1,056,982	162,405	1,429	893,148
123	2034	88.5%	1,249,043	1,105,403	167,505	1,559	936,339
124	2035	89.0%	1,295,969	1,153,412	173,605	1,689	978,020

資料來源：衛福部自行統計

二、長照給付及支付額度推估

長照給付及支付額度推估，係以每人每年使用各類長照服務項目之總額度計算，推估每人每年長照給付及支付額度，說明如下：

- (一)每年每人服務費用金額及成長率：參考 2023 年至 2024 年平均每人使用金額成長率為 1.4%，故以 2024 年平均每人使用金額為 9 萬 5,079 元為基準，並以每年成長率為 1.4% 估算，2026 年推估平均每人每年服務費用金額為 9 萬 7,759 元，至 2035 年成長為 11 萬 784 元(詳表 8.2)。

表 8.2 長照給付對象之服務使用人數與金額-推估額度

民國	西元	服務人數 (單位：人)	服務費用金額 (註 1) (單位：元)	平均每人使用金額 (單位：元)	平均成長率%(註 2)
112 年	2023	502,372	47,100,953,713	93,757	1.4%
113 年	2024	555,172	52,785,333,313	95,079	
114 年	2025			96,410	
115 年	2026			97,759	
116 年	2027			99,127	
117 年	2028			100,514	
118 年	2029			101,921	
119 年	2030			103,347	
120 年	2031			104,793	
121 年	2032			106,260	
122 年	2033			107,747	
123 年	2034			109,255	
124 年	2035			110,784	

註 1：服務費用金額含部分負擔，不含自費金額。

註 2：統計 2023 年至 2024 年，服務費用金額成長率為 1.4%，故自 2025 年起之每人每年使用金額以成長率 1.4%推估。

資料來源：2023 年至 2024 年支審系統申報資料。

(二)各碼別使用經費百分比：參考 2024 年 1-12 月長照給付支付總經費及各碼別經費使用情形，計算各碼別經費百分比，其中 A 碼個案管理及政策加計占 24.59%、B 碼照顧服務占 66.28%、C 碼專業服務占 1.06%、D 碼交通接送服務占 1.19%、EF 碼輔具及居家無障礙環境改善服務占 1.36%及 G 碼喘息服務占 5.51%(表 8.3)。

(三)各碼別之推估額度：2026 年推估平均每人每年服務費用金額為 9 萬 7,759 元，至 2035 年成長為 11 萬 784 元，依 2024 年度之各碼別金額使用比例推估。

表 8.3 長照給付對象每人每年額度-低推估額度(依各碼別使用比例)

單位：元

民國	西元	服務項目	A 碼個案 管 理 及 政 策 加					輔具及居 家無障礙 環境改善 服務			家庭照顧者 支持服務之 喘息服務
		各碼別經費 百分比 使用額度	24.59%	66.28%	1.19%	1.06%	1.36%	5.51%			
115 年	2026	97,759	24,041	64,796	1,162	1,040	1,330	5,386			
116 年	2027	99,127	24,378	65,703	1,178	1,055	1,348	5,462			
117 年	2028	100,514	24,719	66,622	1,195	1,070	1,367	5,538			
118 年	2029	101,921	25,065	67,555	1,212	1,085	1,386	5,616			
119 年	2030	103,347	25,416	68,500	1,229	1,100	1,406	5,694			
120 年	2031	104,793	25,771	69,458	1,246	1,115	1,425	5,774			
121 年	2032	106,260	26,132	70,431	1,263	1,131	1,445	5,855			
122 年	2033	107,747	26,498	71,416	1,281	1,147	1,466	5,937			
123 年	2034	109,255	26,869	72,416	1,299	1,163	1,486	6,020			
124 年	2035	110,784	27,245	73,429	1,317	1,179	1,507	6,104			

三、經費推估

- (一) 有關長照政策之經費編列情形，2026 年估計需 1,152.96 億元，2035 年成長至 1,788.66 億元，合計十年所需經費 1 兆 4,456.89 億元。
- (二) 其中，長照給付及支付經費推估，以各年度高推估人數乘以推估額度計算，估計 2026 年為 615 億餘元至 2035 年為 1,083 億餘元(表 8.4)。
- (三) 2026 年各部會編列預算部分，衛福部編列 1,106.89 億元(長照基金 1,102.56 億元、醫療藥品基金 4.12 億元、公務預算 0.21 億元)、勞動部編列 13.26 億元(就業安定基金)、教育部編列 0.16 億元(公務預算)、國防部 0.12 億元(國軍作業基金)、輔導會 32.01 億元(公務預算)、原民會編列 0.52 億元(原民發展基金 0.3 億元、公務預算 0.22 億元)。
- (四) 然而，隨著老年人口成長、服務需求升高、服務範圍擴大、服務品

質提升，長照基金規模擴大勢所難免，長照給支付提供照顧服務外，亦納入預防延緩失能服務方案及專業服務，以訓練及提升高齡者能有效執行或參與日常生活活動，而非被動成為被照顧者，以增進日常生活獨立功能，減少照顧需求，倘若預防失能效果良好，長照需求將不因老年人口成長而等比例升高。本計畫編列 2026 年至 2035 年預估經費，後續再視財源狀況調整。

- (五) 另「住院整合照護服務計畫」2026 年估計需 25.5 億元，2035 年成長至 170 億元，合計十年所需經費 1,178.1 億元，屬行政院另案核定由公務預算編列之計畫，雖屬本計畫內共同推動之工作事項，基於經費需求不重複計算，故未列入本計畫經費需求。(十年經費推估表如表 8.6)

表 8.4 長照給付及支付經費估算-推估額度

單位：元

民國	西元	推估人數 (單位：人)	ABD 碼	C 碼	EF 碼	G 碼	總計
115	2026	629,548	566 億 5869 萬 452	6 億 5,472 萬 9,920	8 億 3,729 萬 8,840	33 億 9,074 萬 5,528	615 億 4,146 萬 4,740
116	2027	658,262	600 億 7233 萬 1,858	6 億 9,446 萬 6,410	8 億 8,733 萬 7,176	35 億 9,542 萬 7,044	652 億 4,956 萬 2,488
117	2028	688,935	637 億 5128 萬 9,160	7 億 3,716 萬 450	9 億 4,177 萬 4,145	38 億 1,532 萬 2,030	692 億 4,554 萬 5,785
118	2029	728,743	683 億 7941 萬 3,176	7 億 9,068 萬 6,155	10 億 1,003 萬 7,798	40 億 9,262 萬 688	742 億 7,275 萬 7,817
119	2030	768,659	731 億 3406 萬 555	8 億 4,552 萬 4,900	10 億 8,073 萬 4,554	43 億 7,674 萬 4,346	794 億 3,706 萬 4,355
120	2031	813,281	784 億 6128 萬 4,475	9 億 680 萬 8,315	11 億 5,892 萬 5,425	46 億 9,588 萬 4,494	852 億 2,290 萬 2,709
121	2032	851,748	833 億 2309 萬 9,848	9 億 6,332 萬 6,988	12 億 3,077 萬 5,860	49 億 8,698 萬 4,540	905 億 418 萬 7,236
122	2033	893,148	885 億 9581 萬 5,860	10 億 2,444 萬 756	13 億 935 萬 4,968	53 億 261 萬 9,676	962 億 3,223 萬 1,260
123	2034	936,339	941 億 8072 萬 1,976	10 億 8,896 萬 2,257	13 億 9,139 萬 9,754	56 億 3,676 萬 780	1,022 億 9,784 萬 4,767
124	2035	978,020	997 億 4923 萬 7,820	11 億 5,308 萬 5,580	14 億 7,387 萬 6,140	59 億 6,983 萬 4,080	1,083 億 4,603 萬 3,620

註 1：低推估額度為參考 2023 年至 2024 年平均每人每年使用額度成長率為 1.4%推估。

註 2：經費推估公式：推估人數*推估額度。

表 8.5 長照 3.0 十年經費推估(依部會)

單位：億元

部會	2026 年	2027 年	2028 年	2029 年	2030 年	2031 年	2032 年	2033 年	2034 年	2035 年	合計
衛福部	1,106.89	1,138.56	1,198.79	1,278.34	1,332.43	1,425.00	1,483.56	1,556.00	1,636.03	1,717.59	13,873.19
勞動部	13.26	15.76	18.26	21.56	24.06	26.56	29.86	32.36	34.86	38.16	254.70
教育部	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	1.60
內政部	0.00	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22	1.98
輔導會	32.01	32.01	32.01	32.01	32.01	32.01	32.01	32.01	32.01	32.01	320.10
原民會	0.52	0.52	0.52	0.52	0.52	0.52	0.52	0.52	0.52	0.52	5.20
合計	1,152.96	1,187.23	1,249.96	1,332.81	1,389.40	1,484.47	1,546.33	1,621.27	1,703.80	1,788.66	14,456.89

註 1:醫照整合目標中，健保署部分計畫所需經費依當年度總額核定額度分配

註 2:提升機構量能目標中，內政部社會住宅包租代管計畫換居方案所需經費非以編列單獨科目支應，並由整體社會住宅包租代管計畫勻用

註 3:2026 年經費 1,152.96 億元包括國防部編列公務預算 0.12 億元，辦理國軍高雄總醫院長照大樓新建工程計畫。

表 8.6 「住院整合照護服務計畫」十年經費推估(衛福部)

單位：億元

部會	2026 年	2027 年	2028 年	2029 年	2030 年	2031 年	2032 年	2033 年	2034 年	2035 年	合計
衛福部	25.5	47.6	85	102	119	136	153	170	170	170	1,178.1

註:經費來源為行政院另案核定公務預算編列支應。

表 8.7 長照 3.0 十年經費推估(依計畫目標)

單位：億元

目標	2026 年	2027 年	2028 年	2029 年	2030 年	2031 年	2032 年	2033 年	2034 年	2035 年	合計
一、健康促進	116.71	131.68	143.3	169.34	180.24	192.36	205.27	218.75	232.81	247.88	1,838.34
二、醫療照顧整合	601.49	619.68	655.97	702.92	750.37	804.38	853.77	907.32	964.02	1020.6	7,880.52
三、積極復能	13.32	13.27	14.42	15.79	18.28	18.95	20.73	22.71	24.92	27.33	189.72
四、提升機構量能	173.21	109.61	115.54	118.09	107.06	127.85	117.17	114.62	115.1	115.84	1,214.09
五、強化家庭支持	167.01	231.25	237.67	242.24	247.7	253.77	260.56	266.98	273.83	281.75	2,462.76
六、導入智慧照顧	30.05	30.93	32.14	33.5	34.91	36.41	37.87	39.42	41.03	42.67	358.93
七、落實安寧善終	5.11	5.12	5.13	5.14	5.15	5.16	5.17	5.18	5.19	5.2	51.55
八、人力專業發展	46.06	45.69	45.79	45.79	45.69	45.59	45.79	46.29	46.9	47.39	460.98
合計	1,152.96	1,187.23	1,249.96	1,332.81	1,389.40	1,484.47	1,546.33	1,621.27	1,703.80	1,788.66	14,456.89

註 1:醫照整合目標中，健保署部分計畫所需經費依當年度總額核定額度分配

註 2:提升機構量能目標中，內政部社會住宅包租代管計畫換居方案所需經費非以編列單獨科目支應，並由整體社會住宅包租代管計畫勻用

第九章 預期效果及影響

第一節 量化指標

重點	績效指標	衡量標準	現值	短期 (2026) 目標值	中期 (2030) 目標值	長期 (2035) 目標值	主責 單位
健康 老化	社區據點村里涵蓋率	當年度設有多元據點之村里數(多元據點類型含:社區照顧關懷據點、巷弄長照站、文健站、伯公照顧站、銀髮健身俱樂部)/村里總數	55%	56%	60%	65%	衛福部 社家署
	結合據點志工人數,提供獨居老人關懷訪視、送餐服務	據點志工提供服務人數	15,000	30,000	60,000	100,000	衛福部 社家署
	共生社區示範據點數	共生社區示範據點數	10	80	80	80	衛福部 社家署
	提供社區 65 歲(原民 55 歲)以上長者團體營養教育之村里涵蓋率	累計至當年底有提供營養教育服務之村里數/該縣市所轄村里總數	41%	50%	78%	100%	衛福部 國健署
	長者內在能力檢測服務涵蓋率	當年度接受 1 次評估服務的人口數/排除失能之 65 歲以上人口數	8.2%	15%(約 58 萬人)	30%(約 117 萬人)	50%(約 195 萬人)	衛福部 國健署
	口腔衰弱預防服務縣市涵蓋率	提供口腔衰弱預防服務之縣市數/全國 22 縣市	-	15%	90%	100%	衛福部 口腔司
醫照 整合	長照失能者服務涵蓋率	失能個案獲得服務人數/失能推估人數	80%	82%	86%	89%	衛福部 長照司
	責任醫師涵蓋率	長照服務個案由居家醫療或社區醫療團隊提供醫療照護比率	43.3%	50%	60%	70%	衛福部 健保署
	急性後期整合照護(PAC)服務之長照需要者銜接長照服務率	分母中有實際使用長照服務人數/急性後期整合照護(PAC)服務之長照失能者人數	0%	50%	70%	90%	衛福部 長照司

重點	績效指標	衡量標準	現值	短期 (2026) 目標值	中期 (2030) 目標值	長期 (2035) 目標值	主責 單位
	居家醫療院所可 開立醫師意見書 率	分母中可開立醫 師意見書之醫療 院所數/加入全民 健保居家醫療照 護整合計畫之醫 療院所數	10.2%	50%	70%	90%	衛福部 長照司
	照護機構由同一 醫療院所提供醫 療及健康管理服 務率	分母住宿機構內 之健保巡診與住 民之健康理由 同一醫療院所專 責之家數/住宿機 構家數	69.8%	70%	80%	90%	衛福部 長照司
	出院後銜接長照 服務平均時效	出院後至返家實 際銜接長照服務 之平均天數	4 天	2 天	0 天	0 天	衛福部 長照司
積極 復能	日照中心(含小規 機)復能有成效接 受獎勵率	推動復能服務且 有成效之日照中 心及小規模家數/ 日照中心及小規 機總家數	--	10%	30%	55%	衛福部 長照司
	長照專業(含復能) 服務使用率	專業服務之派案 可服務人數/各項 派案可服務人數	18%	20%	22%	25%	衛福部 長照司
提升 住宿 量能	原有住宅增設或 改善無障礙設施	補助地方政府辦 理原有住宅增設 或改善無障礙設 施設備件數(累計)	15	30	90	165	內政部
	社會住宅包租代 管計畫換居方案	私宅換私宅及私 宅換公宅媒合案 件數(累計)	42	45	57	72	內政部
	長照設施布建率 (日照/小規模、家 托)	社區式服務資源 涵蓋值 100%之行 政區/行政區總數	27%	30%	35%	40%	衛福部 長照司
	提升長照住宿式 床位布建達成率	設立許可床數/推 估住宿機構床位 需求數	78.1%	80%	85%	90%	衛福部 長照司
	住宿機構服務使 用率	服務人數/長照住 宿機構開放床數	85.8%	87%	88%	90%	衛福部 長照司

重點	績效指標	衡量標準	現值	短期 (2026) 目標值	中期 (2030) 目標值	長期 (2035) 目標值	主責 單位
強化家庭支持	家照共融據點布建數	長照與身障家照共融據點布建家數	33 處	123 處	200 處	持續穩健提供服務	衛福部長照司
	住院整合照顧服務床位涵蓋率	住院整合照護床位數/全國急性一般病床使用床位數	5.9%	50%	100%	100%	衛福部照護司
	聘僱外籍看護工家庭短期替代照顧服務	計畫服務人次	46 萬	51 萬	61 萬	73 萬	勞動部
導入智慧科技	住宿機構智慧科技導入率	申請智慧輔助照顧科技運用機構家數/符合品質獎勵計畫申請機構家數	38.7%	40%	42%	44%	衛福部長照司
	智慧科技輔具租賃比率	租賃智慧科技輔具人數/使用輔具人數	0%	7%	20%	30%	衛福部長照司
落實安寧善終	預立醫療決定意願簽署數	預立醫療決定意願總計簽署數(件)	10 萬	12 萬	18 萬	25 萬	衛福部醫事司
	安寧善終率	使用安寧居家服務個案死亡地點為住居所或機構(醫事服務機構及長照機構),且死亡前7日內未於醫院加護病房住院或急診之比率	53%	55%	63%	68%	衛福部醫事司
人力專業發展	長照人力成長率	當年度全體長照人員任職人數/當年度全體長照人員認證人數	52%	55%	60%	65%	衛福部長照司
	推動大專校院長照核心模組課程	每學年度修課人數	11,203	12,000	13,000	14,000	教育部
	推動照服員技能檢定	每年度照服員技能檢定報檢人次	2,026 人次	8,800 人次	9,200 人次	9,600 人次	勞動部
	就業促進措施鼓勵國人投入長期照顧服務工作	協助就業人數	3,610 人	7,500 人	37,500 人	75,000 人	勞動部

重點	績效指標	衡量標準	現值	短期 (2026) 目標值	中期 (2030) 目標值	長期 (2035) 目標值	主責 單位
	辦理照服員職前訓練	照顧服務員訓練人數	3,365人	7,500人	37,500人	75,000人	勞動部
專章指標	失智服務涵蓋率	失智個案獲得服務人數/失智推估人數	67%	71%	73%	75%	衛福部長照司
	輔導文健站特約巷弄站喘息服務布建數	文健站特約巷弄站喘息服務站點累積新增布建數	2站	2站	10站	20站	原民會
	輔導文健站設立居家式長照機構數	文健站設立居家式長照機構累積新增布建數	0家	2家	10家	20家	原民會
	經需求評估身心障礙者轉介照管中心比率	需求評估人員實際轉介照管中心評估人數/身心障礙者經需求評估初篩有長照服務需求人數	100%	100%	100%	100%	衛福部社家署
	長照需求之精神病人轉介照管中心比率	實際轉介照管中心評估人數/經初步篩選有長照需求之社區關懷訪視精神病人人數	-	55%	60%	64%	衛福部心健司
性別指標	男性照服員比率	當年度全體男性照服員登錄人數/當年度全體照服員登錄人數	16%	16.5%	18.5%	21%	衛福部長照司

第二節 質化指標

一、營造共生社區，促進健康老化

- (一)透過營造共生社區，打造「共融照顧圈」，使民眾於所在社區中，可便利找到所需要資源，落實在地老化，提供可近性之服務。
- (二)為強化初級預防保健策略，營造支持性友善環境，透過結合地方政府與社區資源，提供長者營養、運動等相關預防及延緩失能服務，布建以長者需求為中心之服務體系。
- (三)透過全國衛生局及 ICOPE 服務單位持續推動定期六力評估，提升長者內在能力檢測涵蓋率。
- (四)建立以社區為主軸之預防口腔衰弱及口腔機能低下服務網絡，改善民眾口腔健康，維持良好口腔機能。

二、醫療照顧整合，推動責任醫療

- (一)透過身心障礙者需求評估階段發覺有長照服務需求之對象，並即時轉介以銜接長照資源，減輕家庭照顧負荷。
- (二)透過「大家醫計畫」整合在宅醫療、在家責任醫療、遠距醫療與安寧緩和醫療，並建構資訊管理平台，提升醫療與長照體系的協作與連續性，實現以人為本的醫照整合服務。

三、積極長照復能，完善出院準備

- (一)擴大出院準備銜接長照服務對象、提供個案出院當日即接受長照服務，並提早介入長照專業服務，提升自主生活能力，延伸急性後期照護黃金復原期之復能成果。
- (二)強化日間照顧中心功能，導入多元服務與積極復能措施，並設計多面向獎勵制度，給予服務單位財務獎勵或非財務獎勵，以鼓勵個案透過復能降低長照需要等級，提升整體生活品質。

四、提升機構量能，強化住宿品質

- (一)透過補助原有住宅公寓大廈共用部分改善無障礙設施及增設升降設備，鼓勵既有建物改善住宅無障礙環境及提升居住安全；另透過推動換居方案，長者換居至行動方便之居住環境，可提升長者居住品質、促進與社區之連結。
- (二)因應多元照顧需求，強化小規模服務中心的角色，增加夜間照顧與臨時住宿床位數，擴大居家照顧涵蓋範圍，讓服務更有彈性與延展性，滿足不同生活型態家庭的照顧需求。
- (三)改善住宿型長照機構分布不均狀況，除持續透過衛福部獎勵布建住宿式長照機構資源計畫於資源落差區鼓勵公私單位布建住宿式長照服務外，於都會資源不足區，結合社會住宅或公私資源，於缺乏區布建長照資源，並由地方政府規劃營運模式，持續充實資源。
- (四)紓解中重症家庭之照顧經濟壓力，住宿機構住民補助額度將於基金財務永續健全之前提下，逐步提升補助額度，期可減輕家庭照顧負荷。

五、強化家庭支持，擴大住院照護

- (一)透過鼓勵企業提供托老服務或補貼，強化企業形象，提升員工福祉與職場滿意度，促進工作與家庭照顧之平衡發展，推動高齡友善社會之實現。
- (二)擴大住院整合照護服務，家屬探病不陪病，改善少子化及高齡化社會下民眾住院之家庭照顧人力與經濟負擔。
- (三)由具備照顧服務專業之公益法人，以一對多照顧模式，補強家庭臨時性、短期、急性醫療返家後「臨短急」照顧缺口，依照民眾需求提供彈性最大化服務。(多元陪伴照顧服務試辦計畫)
- (四)透過提供短期替代照顧服務，維護外看及外國技術人力之休

(請)假權益，並保障被照顧者對於所聘外看及外國技術人力休
(請)假期間之照顧品質與安全，鼓勵雇主予外看及外國技術人
力適當休息，確保外看及外國技術人力勞動權益。(聘僱外籍
看護工家庭短期替代照顧服務計畫)

(五)擴大社區式服務之量能，讓家庭主要照顧者得以換取更多的
休息時間，減輕照顧壓力；同時被照顧者可提升社會參與，延
緩失能。

(六)透過宣導及鼓勵上市櫃公司於永續報告書揭露友善職場及
友善家庭照顧措施，以及透過公司治理評鑑鼓勵上市櫃公司
參加勞動部友善職場獎項之評選及取得友善家庭照顧企業標
章，以達示範及帶動效果，引導更多企業投入辦理友善職場
及友善家庭照顧措施。

六、導入智慧照顧，善用科技輔具

(一)2026 年 7 月 1 日起導入五大類居家智慧科技輔具租賃補助
項目，民眾可根據照顧需求及身體狀況變化隨時更換適切輔
具，解決失能者新興照顧需求，以租賃取代購買，促進資源循
環再利用，活絡輔具產業發展。

(二)於社區式服務部份，執行日間照顧中心導入科技輔具推動計
畫，獎勵日間照顧中心運用科技輔具，提升服務對象的安全
及自主生活能力，減輕照顧負荷。

(三)於住宿式機構部分，透過住宿機構照顧品質獎勵計畫，訂定
獎勵指標引導各類住宿機構建構資訊系統，並導入智慧照顧
科技，提供住民安全照顧環境，降低工作人員負荷。

七、落實安寧善終，預立醫療決定

(一)提升民眾對安寧善終及預立醫療決定之認知，促進社會對預
立醫療決定及安寧善終的認同，形塑尊重生命尊嚴的文化氛

圍。

- (二)擴大預立醫療照護諮商給付對象範圍，以提升預立醫療決定之普及率，透過 ACP 服務介入點與出院準備、長照服務銜接流程之整合設計，強化醫療與長照體系間之溝通與合作機制。
- (三)透過推動「安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，提升長照機構末期病人安寧療護品質，提高民眾對安寧療護的認知，並回應醫事人員付出之心力，增進醫事人員參與意願。
- (四)滾動式檢討「預立醫療照護諮商費」適用對象，以保障長照機構住民善終權益，尊重病人醫療自主。

八、充實人力專業，精進多元培訓

- (一)整體性的培育長照醫事專業人力，系統化管理長照專業人力資源，充分掌握及確保長照專業人力充足性，並優化照服員勞動條件。
- (二)健全各職類之長照人力，並提升其照顧及專業能力，並以就業促進措施鼓勵國人(包含中高齡及二度就業婦女)投入長照服務工作，並擴大外國技術人力進用，穩固長照服務之提供。

第十章 財務計畫

在中央經費來源部分，係由長照基金、公務預算、健保基金、醫療發展基金、醫療藥品基金、就業安定基金、住宅基金等支應，其中主要來自長照基金，本章就長照基金部份予以說明。

第一節 長照基金設立依據與來源

一、依據與來源

(一)長服法第 15 條規定，於 2017 年 6 月 3 日設置長照基金。長照基金來源包括遺產稅及贈與稅(以下稱遺贈稅)、菸酒稅菸品應徵稅(以下稱菸稅)、政府預算撥充、菸品健康福利捐(以下稱菸捐)、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入；其中遺贈稅調增稅率與菸稅增加之稅課收入全數挹注長照基金、菸捐分配至長照基金比率為 0.1%。

(二)另依「房地合一課徵所得稅稅課收入分配及運用辦法」規定，房地合一課徵所得稅稅課收入(以下稱房地合一稅)扣除由中央統籌分配予地方之餘額，用於住宅政策及長照服務支出之分配，由行政院視各該用途業務需求及財務狀況統籌調配；2025 年起房地合一稅最多分配 80%經費於長照服務。

二、財政收支劃分法修法因應

2024 年 12 月 20 日立法院第 11 屆第 2 會期第 14 次會議決議修正通過「財政收支劃分法」部分條文，修正調整各級政府稅收劃分，影響長照基金收入部分為「所得稅」分配給地方政府比率從 10%調整為 11%，以財政部推估 2026 年房地合一稅 1,072.64 億元為例，修正後該稅挹注長照基金額度為 763.72 億元，較修正前可挹注金額 772.3 億元減少約 8.58 億元，故為因應長照基金因財政收支劃分法修法致挹注金額減少，衛福部將規劃透過調整地方政府財力分級自籌率等相關規定，予以因應，以使地方政府落

實承擔其依長服法掌理事項。

第二節 財務制度

一、目前財務狀況

上述挹注財源由長照基金統籌運用於長照服務、擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費，歷年各項財源挹注於長照基金之數額超出推估金額，未出現財源不足之狀況，且長照基金之賸餘額可保留至次一年度使用，2024 年底基金餘額約 2,040.37 億元，故現行財源足以支應長照業務之執行。

二、長照基金預估收入

2026 年~2035 年長照基金收入預算編列係按財政部及衛福部分別推估，長照 3.0 期間長照基金預估收入如表 10.1，其中房地合一課徵所得稅金額為財政部依 2024 年 12 月 20 日立法院三讀通過財劃法修正案推估。

表 10.1 長照基金預估收入

單位：億元

年度 項目	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
健康福利捐分配收入	.26	.26	.26	.26	.26	.26	.26	.26	.26	.26
房地合一課徵所得稅	763.72	790.47	816.46	841.22	868.23	897.06	926.84	957.61	989.40	1,022.25
遺產稅及贈與稅	90.93	90.93	90.93	90.93	90.93	90.93	90.93	90.93	90.93	90.93
菸酒稅菸品應徵稅額	271.00	271.00	272.00	272.00	272.00	272.00	272.00	272.00	272.00	272.00
利息	14.12	8.93	8.93	8.93	8.93	8.93	8.93	8.93	8.93	8.93
雜項收入	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
合計	1,145.03	1,166.59	1,193.58	1,218.34	1,245.35	1,274.18	1,303.96	1,334.73	1,366.52	1,399.37

三、長照基金預估支出

長照基金支出主要為長照給支付服務，該服務經費推估以長照需要人數*服務使用人數成長率*每人使用服務額度*額度成長率，2023 年至 2024 年平均每人使用金額成長率為 1.4%，故以每年 1.4%成長率推估。

表 10.2 長照基金預估支出

單位:億元										
年度 項目	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
長照服務 給付及支 付	615.4	652.5	692.5	742.7	794.4	852.2	905.4	962.3	1,023.0	1,083.5
其他支出	487.2	476.0	497.3	526.6	528.8	564.6	569.9	585.5	604.8	625.9
合計	1,102.6	1,128.5	1,189.8	1,269.3	1,323.2	1,416.8	1,475.3	1,547.8	1,627.8	1,709.3
註：其他支出，包含長服法第 15 條提供長照服務以外之擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費										

四、長照基金各項財源挹注情形與未來收支情形

上述挹注財源由長照基金統籌運用於長照服務、擴增與普及長照服務量能、促進長照相關資源之發展、提升服務品質與效率、充實並均衡服務與人力資源及補助各項經費；另為掌握長照財源之收入，衛福部定期監控各項財源挹注情形，歷年各項稅收挹注於長照基金之數額超出推估金額，未出現財源不足之狀況，且長照基金之賸餘額可保留至次一年度使用，現行稅收制度尚可支應未來長照業務之執行(圖 10.1)。

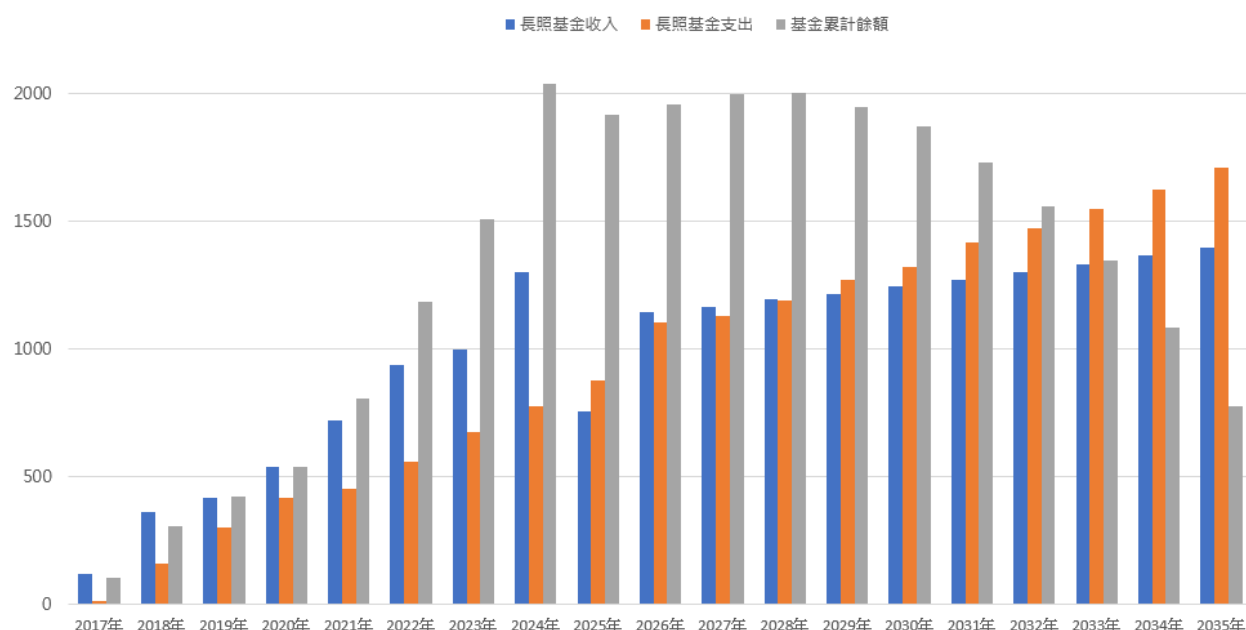


圖 10.1 長照基金 2017 年~2035 年實際收支與推估趨勢

五、活化長照基金運用

為充實長照基金財源及健全財務，並對存款餘額作確保安全的投資財務運用，衛福部考量保留部分長照基金可運用資金，以因應每月臨時新增支出之需求，分別於 2020 年、2022 年及 2023 年，共將 500 億元活期存款轉存定期存款，以強化資金運用收益性與安全性，並永續運作。

六、長照 3.0 財務制度規劃

- (一) 本計畫財務制度係延續長照 2.0，考量長照服務目前仍屬於布建資源及提升服務量能階段，為使財源可視需求做調整，保持彈性空間，並達社會重分配的效果，確保民眾使用長照服務不中斷，或因服務快速成長而有穩定經營彈性支用，因此以指定稅收做為推展長照制度之財源，以積極落實資源布建與提升服務涵蓋率為目標。
- (二) 後續將視長照業務需求及服務能量，滾動式檢討長照基金來源、額度及用途預算，未來長照支出逐年增加及避免當年度

稅收不如預期，導致長照基金收支不平衡，將依長服法第 15 條第 2 項第 3 款規定與財政相關單位研議其他穩定稅收之財源，並凝聚社會共識。

第三節 其他說明

- 一、資金籌措來源：本計畫資金來源主要透過每年依循基金預算編列程序辦理。
- 二、經費負擔原則：本計畫係屬中央政府主辦計畫，其經費依長服法第 15 條設置之長照基金支應，地方政府應依長照基金一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準所規定之應配合編列自籌比率編列自籌款。
- 三、經資比規劃：本計畫非屬政府公共建設計畫，且非自償性質，故計畫總經費可不受經常門不得超過資本門之二分之一規範。
- 四、本計畫為補助型無償計畫，無財務效益分析。本計畫所需經費，由衛福部及相關部會於其主管經費項下支應。

附則

一、中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	✓		✓		本計畫非屬新興重大公共建設計畫，無須檢附財務策略規劃檢核表
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)	✓		✓		
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓		✓	
2、民間參與可行性評估	(1)是否評估民間參與之可行性，並撰擬評估說明(編審要點第4點)		✓		✓	非促參計畫
	(2)是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		✓		✓	非促參計畫
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	✓		✓		無替代方案
	(2)是否研提完整財務計畫	✓		✓		
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓		✓		本計畫非屬新興重大公共建設計畫(非屬自償性質)，故未進行(2)、(5)、(6)內容之描述
	(2)資金籌措：本於提高自償之精神，將影響區域進行整合規劃，並將外部效益內部化		✓		✓	
	(3)經費負擔原則： a.中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b.補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓		✓		
	(4)年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	✓		✓		
	(5)經費比1：2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		✓		✓	
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		✓		✓	
	(7)其他相關事項					
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	✓		✓		本計畫除

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a.現有人力運用情形 b.計畫結束後，請增人力之處理原則 c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源	✓		✓		現有人力(含長照2.0進用人員)外，亦需請增人力完善計畫執行
6、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商	✓		✓		
	(2)是否檢附相關協商文書資料	✓		✓		
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		✓		✓	不適用
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定（中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條）		✓		✓	
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓		✓	
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		✓		✓	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		✓		✓	
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓		✓		
9、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓		✓		
10、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓		✓	不適用
11、淨零轉型通案 評估	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		✓		✓	不適用
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施		✓		✓	不適用
	(3)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標		✓		✓	不適用
	(4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫		✓		✓	不適用
	(5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件		✓		✓	不適用
12、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓		✓	不適用

檢視項目	內 容 重 點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
13、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓		✓	不適用
14、落實公共工程或房屋建築全生命週期各階段建造標準	是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行		✓		✓	不適用
15、公共工程節能減碳及生態檢核	(1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理		✓		✓	不適用
	(2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理		✓		✓	不適用
16、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓		✓	不適用
17、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理	✓		✓		
18、營(維)運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運)		✓		✓	不適用
19、房屋建築朝近零碳建築方向規劃	是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理		✓		✓	不適用
20、地層下陷影響評估	屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理		✓		✓	不適用
21、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓		✓		

二、性別影響評估檢視表

【第一部分－機關自評】：由機關人員填寫

【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：

一、計畫研擬階段

- (一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少1人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。
- (二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：
 - 1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。
 - 2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。

二、計畫研擬完成

- (一) 請填寫完成【第一部分－機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分－程序參與】，宜至少預留1週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。
- (二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分－機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。

三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。

四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。

註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。

計畫名稱：長期照顧十年計畫3.0（115~124年）

主管機關 (請填列中央二級主管機關)	衛生福利部	主辦機關(單位) (請填列提案機關/單位)	長期照顧司
壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。			
評估項目		評估結果	
1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)可參考行政院性別平等會網站(https://gec.ey.gov.tw)。		1. 本計畫以社區為基礎、以人為本、並以連續照顧為根本下，持續普及照護資源、強化家庭支持、完善專業銜接，打造居家、社區、機構、醫療、社福連續性的醫照整合服務，與《性別平等政策綱領》之「健康、醫療與照顧」，制定具性別觀點的照顧政策，提供公平的照顧資源，推動不同性別者的健康平等，提高健康餘命及預防失能，強化對多元家庭的支持服務及權益保障有關。 2. 本計畫落實符合憲法、法律、性別平等政策	

	綱領、性別主流化政策及 CEDAW 之基本精神，並於長期照顧服務法第1條第2項明定長期照顧服務之提供，不得因服務對象之性別、性傾向、性別認同、婚姻、年齡、身心障礙、疾病、階級、種族、宗教信仰、國籍與居住地域有差別待遇之歧視行為，同時亦應顧及「性別工作平等法」予提供長照服務者性別平等之各項尊重與機會。其應秉持： (1) 消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW） a. 第2條：締約國應採取一切適當方式，包括立法、行政及其他措施，即時廢除任何對婦女之歧視。 b. 第5條：(a)改變男女之社會與文化行為模式，以消除基於性別之優越觀念或基於性別角色之偏見、習俗或其他做法。 c. 第11條：締約國應採取所有適當措施，消除婦女在就業方面之歧視，確保男女於工作、升遷、職業訓練、薪酬（含加班與危險工作）及社會保障（含懷孕與產假）享有平等權利與機會。 d. 第14條：締約國應採取適當措施，消除對農村婦女之歧視，使其於醫療、教育、社會保障及經濟資源等方面得與城市婦女平等參與與受益。 e. 第16條：締約國應確保男女在婚姻及家庭生活中，其締結婚姻、離婚、子女家長權與監護、財產權及家庭決策等方面享有平等的權利與責任。 (2) 性別平等政策綱領(2022修正函頒)： a. 促進平等互惠家務分工，形塑平權家庭環境。 b. 建構性別友善職場，促進工作與生活平衡。 c. 特別關注不利處境者的需求與服務可及性。 (3) 另家庭暴力防治法、性別平等工作法、原住民族基本法及移工照顧政策法規指引亦應有所遵循與參著。
評估項目	評估結果
1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析（含前期或相關計畫之執行結果），並分析性別落差情形及原因】	1. 有關政策規劃者： (1) 本計畫參與研擬與決策之單位主管（含機關首長、副首長、署長、副署長、司長、副司長）共25人，其中男性11人、占44%，女

請依下列說明填寫評估結果：

- a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(<https://www.gender ey.gov.tw/research/>)、「重要性別統計資料庫」(<https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/>) (含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(<https://gec.ey.gov.tw>)。
- b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列3類群體：
 - ①**政策規劃者**(例如:機關研擬與決策人員;外部諮詢人員)。
 - ②**服務提供者**(例如:機關執行人員、委外廠商人力)。
 - ③**受益者**(或使用者)。
- c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者,探究其處境或需求是否存在差異,及造成差異之原因;並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析(例如:高齡身障女性、偏遠地區新住民女性),探究在各因素交織影響下,是否加劇其處境之不利,並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因,應於後續【1-3找出本計畫之性別議題】,及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。
- d. 未有相關性別統計及性別分析資料時,請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標(如2-1之f)。

性14人、占56%。上開人員皆已參與性別平等相關課程,並符合性別比例「任一性別不少於1/3」之原則。

- (2) 本計畫相關之議題討論機制為行政院定期召開之長期照顧推動小組,其中男性委員18人、占58%,女性委員13人次、占42%,符合性別比例「任一性別不少於1/3」之原則。
2. 有關服務提供者,據衛福部長照專區公開之統計資料(長期照顧十年計畫2.0-長照人力)分析顯示:
 - (1) 照顧服務員:2024年1-12月計97,526人,其中男性15,825人、占16%,女性81,701人、占84%。另經縣市別交叉分析,男性於臺北市占20%最高、於連江縣占11%最低。
 - (2) 居家服務督導員:2024年1-12月計7,281人,其中男性1,094人、占15%,女性6,187人、占85%。另經縣市別交叉分析,男性於新北市占22%最高、於連江縣占0%最低。
 - (3) 照顧管理人員:2024年1-12月計1,534人,其中男性121人、占8%,女性1,413人、占92%。另經縣市別交叉分析,男性於苗栗縣占25%最高、於連江縣占0%最低。
 - (4) 單位個案管理員:2024年1-12月計3,726人,其中男性554人、占15%,女性3,172人、占85%。另經縣市別交叉分析,男性於臺北市占22%最高、於宜蘭縣占7%最低。
3. 有關受益者,據衛福部長照專區公開之統計資料(長期照顧十年計畫2.0-長照服務使用者人口學特性)分析顯示:
 - (1) 個案:2024年1月至12月底使用長照服務者計558,071人,其中男性229,249人、占41%,女性328,822人、占59%,男女性別分布趨勢相似。另交織分析身心障礙者,其使用長照服務者計271,273人,其中男性128,215人、占47%,女性143,058人、占52%;亦交織分析原住民族群,其使用長照服務者計16,280人,其中男性6,692人、占41%,女性9,588人、占59%,顯示原住民族群服務使用上,與整體男女使用比率相同,至身心障礙者使用部分,男性使用比例較高於整體男性使用比率。
 - (2) 主要照顧者,2024年1月至12月底計525,961

	人，其中男性215,717人、占41%，女性310,244人、占59%。
評估項目	評估結果
1-3【請根據1-1及1-2的評估結果，找出本計畫之性別議題】 性別議題舉例如次： a.參與人員 政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。 b.受益情形 ①受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。 ②受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。 c.公共空間 公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。 ①使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。 ②安全性：消除空間死角、相關安全設施。 ③友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。 d.展覽、演出或傳播內容 藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、	綜合1-1及1-2評估結果，確認本計畫性別議題包含以下幾點： 1. 參與人員：本計畫屬長照社福領域，目前長照社福領域相關從業人員仍以女性居多有關，可能與照顧服務特性有關，爰服務提供者現況多以女性為主，仍宜注意職場性別友善性，並加強弱勢性別參與度，並應擴大男性參與政策諮詢。 2. 受益情形：受益者人數之性別比例，未顯著偏離母體之性別比例（65歲以上人口男性45%、女性55%），又個案之主要照顧者之性別比例相同，宜持續關注不同性別者接受服務之機會是否相等。 3. 公共空間：本計畫規劃內容，未直接涉及公共空間之規劃與設計。 4. 展演、演出或傳播內容：政令活動宣導（宣傳影片、文宣）等，其服務提供者均會平衡納入男性角色，避免加深照顧者為女性之刻板印象。 5. 研究類計畫：相關研究類計畫將會注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。

文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。 e.研究類計畫 研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。	
貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。	
評估項目	評估結果
2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】 請針對1-3的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益： a.參與人員 ①促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。 ②加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。 ③營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。 b.受益情形 ① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。 ② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。 ③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。 c.公共空間 回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。 d.展覽、演出或傳播內容 ① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵	□有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼： ■未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法： 1. 參與人員：已持續注意職場性別友善，並加強性別參與度，於政策研擬與決策部分，委員會已納入邀請不同性別之專家學者參與，加強男性參與；並將運用「長期照顧服務-金點英雄」個人獎項，公開表揚男性之長照服務提供者，並保障弱勢性別獲獎機會。 2. 受益情形：持續關注不同性別者接受服務之機會是否相等。 3. 公共空間：本計畫規劃內容，未直接涉及公共空間之規劃與設計。 4. 展演、演出或傳播內容：政令活動宣導(宣傳影片、文宣)等，其服務提供者均會平衡納入男性角色，避免加深照顧者為女性之刻板印象。 5. 研究類計畫：相關研究類計畫將會注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。 6. 其他：定期於衛福部長照專區官網，公布原住民與身心障礙者長照服務使用人數、長照服務使用者人口學特性、長照人力等統計報表，進行性別統計與性別分析。

化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。 ② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性(如作品展出或演出；參加運動競賽)。 e.研究類計畫 ① 產出具性別觀點之研究報告。 ② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。 f.強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。 g.其他有助促進性別平等之效益。	
評估項目	評估結果
2-2【請根據2-1本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】 請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施： a.參與人員 ① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制(如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊)符合任一性別不少於三分之一原則。 ② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。 b.宣導傳播 ① 針對不同背景的目標對象(如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾)採取不同傳播方法傳布訊息(例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息)。 ② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。 ③ 與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。 c.促進弱勢性別參與公共事務	□有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼： ■未訂執行策略者，請說明原因及改善方法： 1.參與人員：同前項參與人員說明。 2.宣導傳播：同前項展演、演出或傳播內容說明，並製作多元素材運用多元管道宣傳長照。 3.促進弱勢性別參與公共事務：將持續與民眾、各部會及地方政府進行充分政策溝通。 4.培育專業人才：執行相關培育與訓練課程，使不同性別者均有公平參與之機會，並鼓勵少數性別參與。另於長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法，規範長照人員每年均應參加性別敏感度課程，提升長照從業人員性別敏感度。 5.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容：辦理展覽、演出或傳播內容時，將避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。 6.建構性別友善之職場環境：於計畫書內容「強化家庭支持，擴大住院照護」部分，規劃獎勵設有托老服務或員工托老補貼之企業，以減輕員工家庭照顧負擔，避免員工因需照顧年邁父母或失能長者等情況，影響工作效率與職場穩定。 7.具性別觀點之研究類計畫：同前項研究類計畫說明。

- ① 計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。
- ② 規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。
- ③ 辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。
- ④ 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

d.培育專業人才

- ① 規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施
(例如:提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動)。
- ② 辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。
- ③ 培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。
- ④ 辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

e.具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- ① 規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。
- ② 製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。
- ③ 規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容(例如:女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化)。

f.建構性別友善之職場環境 委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法(例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職)，以營造性別友善職場環境。 g.具性別觀點之研究類計畫 ①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。 ②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。	
評估項目	評估結果
2-3【請根據2-2本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】 各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。	☐有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形： ■未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：前述回應性別差異之執行策略及其配套措施，均已納入例行作業辦理，故無針對性別項次特別編列經費。
【注意】填完前開內容後，請先依「填表說明二之(一)」辦理【第二部分—程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。	
參、評估結果 請機關填表人依據【第二部分—程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。	
3-1綜合說明	一、公共空間：對於本計畫中所述及之共生社區、共融照顧圈、社區運動俱樂部、各類據點(包含文健站)、社區照顧功能、各類護理之家、日間照顧中心，機構住宿品質優化、建構高齡友善住宅及老屋換居、住院整合照護、長照與身障家照據點、企業托老之友善職場等，將持續強化長照設施及社區照顧空間對不同性別及多元性別群體的友善程度，特別是女性、高齡者、身障者與性少數族群。強化使用性(生理與生活差異的因應)、安全性和友善性。 二、展演、演出或傳播內容：破除「照顧等於女性」之性別刻板印象，將至少50%宣導素材呈現男性照顧者形象。於宣導傳播內容，將持

	續更新長照宣導素材庫，逐步納入男性照顧者、同志家庭、新住民等形象，持續關注性別多元（LGBTQ+）議題，並視滾動調整傳播策略。 三、研究類計畫：將於研究持續納入納入年齡、性別、族群等分析面向，並在各階段成果研究和報告中，建立並融入具交織性別觀點之研究與數據分析。	
3-2參採情形	3-2-1 說明採納意見後之計畫調整（請標註頁數）	性別影響評估之綜合性檢視意見，未來長照3.0計畫滾動調整過程，均會納入檢視相關規劃應符合融入性別觀點，並已採納建議透過宣導素材呈現男性照顧者形象、公開表揚男性之長照服務提供等方式，來破除「照顧等於女性」之性別刻板印象，並訂有「男性照服員比率」性別指標；另規劃透過強化性別統計研究，納入年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析，並持續精進「臺灣高齡健康與長照服務年報」相關性別統計分析等面向，以實現性別平等與多元共融的長照顧景。（詳見第四章第一節主要工作項目之溝通宣導、高齡醫學暨健康福祉研究內）
	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	無
3-3通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果： 已於 114 年 8 月 28 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。		

- 填表人姓名： 邱大源 職稱： 技正 電話： 02-85906218 填表日期： 114年6月26日
- 本案已於計畫研擬初期徵詢性別諮詢員之意見
- 性別諮詢員姓名： 張瑛珧 服務單位及職稱： 長榮大學助理教授
身分：現任「行政院性別影響評估人才參考名單」專家學者

【第二部分—程序參與】：由性別平等專家學者填寫

程序參與之性別平等專家學者請優先邀請前三款以下人員擔任，並請勾選：

- 1.現任「行政院性別影響評估人才參考名單」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員。名單請參閱行政院性別平等會網頁（網址：<https://gec.ey.gov.tw/>；路徑為：首頁＞性別主流化＞性別影響評估）。
- ☐2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
- ☐3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。
- ☐4.其他_____。

（一）基本資料

1.程序參與期程或時間	114年6月26日至114年9月6日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	張瑛珪，長榮大學 大眾傳播學系專任助理教授，專長領域：傳播/文化/性別/公共政策
3.參與方式	☐ 計畫研商會議 ☐ 性別平等專案小組 ☒ 書面意見

（二）主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）

4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	計畫草案已參照《性別平等政策綱領》、《CEDAW》、《性別工作平等法》及《長期照顧服務法》等，具備性別主流化之核心依據。 建議強化： 1. 增列《家庭暴力防治法》、《原住民族基本法》與《移工照顧政策法規指引》，以回應多元族群的交織處境。 2. 在服務設計中揭示如何連結這些法規，確保移工、原住民及家暴受害者群體在長照體系中獲得保障。
5.性別統計及性別分析之合宜性	計畫草案已針對政策規劃者、服務提供者及受益者等三類群體進行基本性別統計，並在表 2.2、表 2.4 等提供性別與族群分類統計，揭示二了性別比例落差。 建議強化： 1. 交叉性分析深化：將年齡×性別×身分（如高齡新住民女性、原住民身障女性）納入統計，揭示差異處境。 2. 資料透明度：補充數據來源與蒐集方法，提升統計的可檢驗性。

	3. 制度化追蹤：建立「年度性別統計指標」與滾動檢討，涵蓋男性照服員比例、弱勢女性使用率、服務可近性。
6.本計畫性別議題之合宜性	計畫草案已觸及多面向的性別議題，包括照顧服務人力性別結構失衡、弱勢群體可近性落差、性別刻板印象、性別友善空間與決策參與等多面向性別議題，整體議題辨識方向明確。 建議強化： 1. 納入跨性別與非二元性別群體的長照需求，避免缺口。 2. 增加女性照顧者心理健康、照顧壓力與職涯困境的分析。 3. 建立與性別倡議團體及在地社群組織的合作機制，提升政策落實度。
7.性別目標之合宜性	計畫草案設定「提升男性參與」、「弱勢群體服務提升」等方向，展現了進步性，但仍有進一步精緻化與落實的空間。 建議強化： 1. 為目標提供基期數據(如現有男性照服員比例16%)與年度 KPI (如五年內提升至 25%)。 2. 將「弱勢群體服務」細化為「區域別×族群別」KPI (例如高齡原住民女性使用率)。 3. 公布責任單位、執行方法與預算配置，避免僅停留在政策倡議。
8.執行策略之合宜性	計畫草案已列舉性別敏感度培訓與宣導，並包含量化目標，顯示對性別平等已有具體回應。但執行細節偏原則性，仍有執行策可待增強。 建議強化： 1. 男性照服員招募與留任：設計專屬培訓、支持團體與職涯發展，並追蹤男性流失率。 2. 多元宣導：要求宣導素材中至少 50%呈現男性照顧者，並逐步納入新住民、同志家庭、跨性別長者形象；採用多元媒介與互動方式，並設計成效評估。 3. 公共空間友善性：制定「性別友善空間指標」，要求逐年改善具體比例（如每年改善 5 處以上社區照顧據點）。

	4. 研究與統計策略：建立在地化的性別與族群交織指標，確保統計能反映實務情境；發展「成果評估機制」，使數據能驗證性別平等目標的落實成效。
9.經費編列或配置之合宜性	計畫草案目前「經費編列與配置」屬於間接支應性別目標，尚未形成明確的性別主流化專項預算結構。建議參照相關預計成效所需（已編列或未編列）及依行政院《性別主流化手冊》納入各單位推動性別平等業務經費之分類，明確標列性別專項或性平導向之支出項目，「性別預算標示應結合年度預算書與計畫執行進度評估機制，納入滾動檢討」。
10.綜合性檢視意見	《長照十年計畫 3.0（115–124 年）草案》展現落實性別平等的政策企圖心，已於性別主流化推動上展現承諾與制度建構，並納入若干具進步性的性別目標、執行策略與統計制度，顯示對「性別平等」及「交織性弱勢關懷」的政策趨勢有所回應。 未來可朝向「行動具體化」、「資源明確化」、「成效評量化」三面向強化精進，進而實現性別平等與多元共融的長照願景。建議精進目標如下： 1. 目標具體化：可每年公布「性別影響評估年度報告」KPI 與基準值，並規劃例行性之性平稽核。 2. 策略操作性：男性照服員留任機制、弱勢族群精準支持。 3. 資源制度化：性別專項預算。 4. 交織性與多元性：跨性別、非二元性別、心理健康議題。 這些補強方向將有助於草案更有效落實 CEDAW 與性別平等政策綱領精神，實現公平、多元與永續的長照體系。
(三) 參與時機及方式之合宜性	書面審查方式之參與時機及方式或稍有倉促，且難免尚有未臻明確之處，建議以法案研商會議或性平專案小組審查會議方式進行討論，以利議題充分交流並提升審查之周延性與政策精準度。
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 （簽章，簽名或打字皆可）_____張瑛珺_____	

參考文獻

- 國家發展委員會 (2024)。中華民國人口推估 (2024 至 2070 年) 數據—中推估。取自 <http://goo.gl/d4kckk>
- 衛生福利部 (2024)。中華民國 113 年版衛生福利年報。臺北市：衛生福利部。
- 蘇琬貞 (2020)。2019 年度「原住民老人失能調查」。臺北市：衛生福利部委託尼爾森行銷研究顧問股份有限公司研究報告。
- 許志成 (2023)。全國社區失智症與失能流行病學調查 (衛生福利部長照服務發展基金補助計畫)。臺北市：衛生福利部委託國家衛生研究院研究報告。
- 衛生福利部 (2023)。中華民國 110 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告。取自：<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5096-113.html>
- 衛福部長照專區 (2025)。衛福部長照專區統計專區。取自：<https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html>
- 衛生福利部 (2016)。長期照顧十年計畫 2.0 (106~115 年) 核定本。臺北市：衛生福利部。
- 衛生福利部 (2024)。113-117 年身心障礙照顧服務資源布建計畫核定本。臺北市：衛生福利部。
- Kui Kasirisir 許俊才、王仕圖、張善如、陳彥竹 (2024)。《原住民族長照服務整合研究發展中心計畫 113 年後續擴充成果書面報告》。屏東縣政府長期照護處委託研究成果書面報告。50-55。
- Umin・Itei 日宏煜(2022)。〈原住民族長期照顧政策的發展與演變〉。《原住民族長期照顧與第三部門》。巨流圖書股份有限公司。14-52。
- Kui Kasirisir 許俊才(2022)。〈來自於部落在地文化的照顧力量：以原鄉家托與日照中心為例〉。《原住民族長期照顧與第三部門》。巨

流圖書股份有限公司。97-119。

賴秦瑩、雅給荷·亞布(羅慧中)、郭俊巖。〈社區型非營利組織的照顧實踐功能與限制-以臺中泰雅族部落文化健康站為例〉。《原住民族長期照顧與第三部門》。巨流圖書股份有限公司。182-205。
黃盈豪(2022)。〈原鄉長照與部落文健站：東區專管中心的經驗與反思〉。《原教界》。24-27。

林承霈、林昭光、怡懋·蘇米(2022)。〈初探臺灣原住民族文化適切性社區安寧療護模式之需求與省思〉。《中華心理衛生學刊》。35。
275-305。

王子軍 Tahai Palalavi(2022)。〈瞻前又顧後：淺談長期照顧體系下文化健康站的演進與服務效益〉。《原住民族文獻》。52。

怡懋·蘇米 (2021)。《原住民族長期照顧體系-文化健康站政策影響評估與規劃》。原住民族委員會委託研究期末報告。142-153。