

# 都會型長期照顧服務推動策略 及創新以臺北市為例

江綺雯、林佳玫



## 壹、前言

世界各國在推行老人福利政策時，皆將其文化背景、財政來源穩定性、老人需求等納入考量，據以規劃最適合其國情之政策與措施。目前多數先進國家之老人福利係以「在地老化」為推動方向，老人長期照顧服務亦是以此為基石，且各國家的老人福利需求調查亦均指向老人最基本需求即生活在最熟悉的家庭，或社區中，並擁有隱私、自主、及尊嚴，也就是在地老化生活。

為促成老人在地老化及因應多元服務需求，政府與民間團體應結合並共同建構居家、社區、機構式的照顧服務模式，使老人可依失能程度滿足其各種需要，促使其在家庭或社區、機構間享有連續性服務，以確保其服務品質。而中央推動之長期照顧十年計畫提出各種長照服務模式時，各縣市地方政府亦因所在環境的資源及地理環境特色不同，因應而生在地化的推動方式，透過與民間團體共同合作，創造更多產業增值及就業

市場，將長期照顧服務社區化、本土化，以使長者在地老化的願望得以圓夢。

## 貳、臺北市推動長期照顧十年計畫 優劣勢分析

臺北市老人人口截至 101 年 11 月底止戶籍登記有 347,560 人，占本市總人口 2,671,006 人之 13.01%，若依行政院主計總處 99 年普查統計初步統計結果，65 歲以上需長期照護者比例 12.7% 來推估，本市 65 歲以上有長期照護需求者計有 44,140 人。由於本市高齡化人口數居全國前一、二名，人口平均餘命更居全國之冠，未來 10 年臺北市老人人口數將增加現在人口的 1 倍。

臺北市目前的環境條件在長期照顧業務推動上，有不少諸如生活消費支出最高、老舊住宅比例高、人口居住密集及外籍看護工使用人數最高等挑戰，透過優劣勢分析瞭解本市在推動長照服務上如何截長補短並加以善用既有之環境因素及條件，以創造低成本

高品質之長期照顧服務。

### 一、優勢分析---

臺北市失能老人照顧需求而言，民國 82 年老年人口占 7.63%，略高於臺灣地區 7.10%，每年並以將近 10,000 人的速度持續增加，加上本市人口密度較高，整體的老年人口數量在 101 年 11 月已達 34 萬餘人，其中逾 16 萬人為 75 歲以上的老老人，占老年人口比率將近半數。本市 101 年 10 月各行政區老年人口比率最高為萬華區 15.31% 及大安區 15.29%，最低則是內湖區 8.74%，其他行政區則介於 11.35%~14.15% 間（表 1），在長期照顧需求高的情況下，因應失能民眾之需求而衍生之供給則較易成長。

再者，本市在醫療資源及健康促進資源遠較其他縣市豐富，舉凡本市 12 區健康服務中心多元的衛生教育資源，衛生局推動老人免費健康檢查及各大醫院為拉近與社區民眾距離而投入之社區回饋服務，皆為本市老人健康老化、使長者有健康養生觀念，成為延後本市長者失能年齡的幕後推手，讓老化不等於失能。

另本市人口居住集中且密度高，使服務提供單位的行政成本減少，故增強單位投入意願，且依本市 98 年臺北市老人生活狀況調查報告，在 65 歲以上長者「公車、捷運優待」知曉率高達 95.1%，使用率也達到 83.5%，長者透過交通費用補助更可以無後顧使用社區福利及醫療資源，且交通便利如捷運線及網狀式公車路線遍布本市，致老人使用率高，

使長期照顧服務之服務輸送可及性高，更利於資源成長。

此外依內政部統計社會團體單位數（表 2），在地域性統計上本市的社會團體數雖僅比五都中的臺南市多，但就內政部權管之全國性團體多達 10,713 家，大多數行政辦公處設在本市來估計，本市在社會團體資源確實遠比其他縣市來的充足，是以本市在推動長期照顧及福利服務上可較為多樣性。

表 1 臺北市各行政區老年人口比

行政區	人口數 (101 年 10 月)	老人人口數 (比率)
松山區	210,538	29,456 (13.99%)
信義區	227,507	31,729 (13.94%)
大安區	313,183	47,891 (15.29%)
中山區	226,149	30,109 (13.31%)
中正區	161,725	22,879 (14.15%)
大同區	128,547	17,592 (13.69%)
萬華區	192,303	29,432 (15.31%)
文山區	268,700	31,908 (11.50%)
南港區	118,094	13,406 (11.35%)
內湖區	279,166	24,398 (8.74%)
士林區	288,540	37,094 (12.86%)
北投區	253,779	30,502 (12.02%)
總計	2,668,231	346,396 (12.98%)

表 2 至中華民國 101 年 6 月底社會團體數一覽表

區域別	社會團體 Social Associations								
	合計	學術文化 團體	醫療衛生 團體	宗教 團體	體育 團體	社會服務 及公益慈 善團體	國際 團體	經濟業務 團體	其他
總計	38,990	6,764	1,276	2,142	4,793	12,232	2,542	4,631	4,610
全國性合計	10,713	2,255	935	1,107	1,052	2,328	147	2,028	861
地域性合計	28,277	4,509	341	1,035	3,741	9,904	2,395	2,603	3,749
省（市）級小計	13,821	1,935	206	634	1,883	4,898	1,471	1,176	1,618
臺 北 市	2,745	334	68	206	353	510	458	245	571
臺 灣 省	259	65	12	9	24	79	10	52	8
新 北 市	2,871	329	16	43	468	1,341	252	201	221
臺 中 市	3,014	425	42	146	396	1,038	364	203	400
臺 南 市	1,512	261	19	41	175	606	100	164	146
高 雄 市	3,420	521	49	189	467	1,324	287	311	272
福 建 省	—	—	—	—	—	—	—	—	—
縣（市）級小計	14,456	2,574	135	401	1,858	5,006	924	1,427	2,131

資料來源：內政部統計年報

## 二、劣勢分析

### （一）照顧服務人力成本高

依內政部統計處資料，本市最低生活費用為全國最高（表 3），意指本市在生活消費支出上也為全國最高，在食衣住行育樂上的花費遠高於其他縣市，一般民眾在本市日常生活開銷即遠高於其他縣市的生活消費，同樣標準放諸於社會福利團體，在本市承接長

期照顧服務之民間團體，其在成本上亦遠高於在其他縣市提供，而長期照顧服務提供單位多係為社會福利團體，其收入來源多仰賴捐款或承接政府委託案而獲得之補助，在捐款收入不穩定的前題下，若喪失政府補助將使其在本市發展受到很大的限制，是以在本市的社會福利團體多會考量政府提供之補助條件及項目是否足以支應其在本市設置，而中央在補助長期照顧服務單位的補助標準皆是以全國平均來衡量，故本市為鼓勵民間單

位投入長期照顧服務多需要再另行加碼提高誘因。

此外，在照顧市場上，除本國籍的照顧服務員外，尚有在行政院勞工委員會體系下之外籍看護工，其引進係為補充照顧市場上 24 小時人力不足的缺口，然因其運用方式雖以照顧失能者為工作項目，但外籍看護工的工作環境即是生活環境，難以避免成為僱用者家庭幫傭，且聘用以最低工資計算，平均每小時約 34 元，與中央目前訂定居家服務之每小時單價 180 元落差甚大，造成民眾比較心理後都會轉向申請外籍看護工，本市在 101 年 11 月份外籍看護工的人數已達 36,933 人，且逐年上升，加上居家服務在提供服務內容上有加以框列，且居家服務督導員會加以把關婉拒不當運用，而外籍看護工雖名為照顧失能者，但因無人代為把關，致淪為家庭幫傭，一般民眾在比較價錢及可服務之項目下，絕大多數會運用外籍看護工從事照顧服務，是以本市居高不下的外籍看護工使用數確實影響本市在照顧服務市場上的推動。

## (二) 醫療資源密集的優勢反致居家醫療的使用率低

另依衛生署統計 100 年底全國共 21,135 間醫療院所（表 4），本市計 3,253 間（其次為臺中市 3,213 間，再次之為新北市 3,011 間）醫療資源豐富堪稱全國之冠，然從推動長期照顧的角度切入，豐富的醫療資源嚴重影響到居家復健及居家護理的推動，而在長期照

顧項目的交通接送服務更可以提供居家失能者往返醫療院所使用復健或護理的專業服務，致使本市居家式的醫療專業人員服務使用率低於全國平均。

## (三) 居家安全無障礙設施改善難度高

本市都市發展的早致老舊住宅比例高，尤其以萬華區、中正區、大同區等行政區屋齡 31 年以上比例為最高。依臺北市 100 年 9 月 20 日府都新字第 10031165100 號公告修訂之修訂臺北市老舊中低樓層建築社區辦理都市更新擴大協助專案計畫內容：「本市住宅戶數約 49 萬 5 千戶，其中屋齡 31 年以上住宅戶數共 18 萬 8 千多戶，占總戶數的 38.07%；而在屋齡 31 年以上的住宅中，四、五層樓不易更新者就占 74%，共有 14 萬戶，其中多座落在巷弄中，消防安全堪慮，缺乏電梯及其他現代設施設備，停車空間亦不足」，為本市在住宅硬體設施上的困境，失能長者或身心障礙者要能與社區長期照顧接軌，若本身在住宅環境不易改善的情況下，就僅能透過居家式的長期照顧服務提供，然在回診醫療院所或外出就必須大費周張的找親友協助上下樓，失能更重度者就需叫 119 協助，造成住所環境無電梯之社區失能長者僅能待在家中難以外出，致社會互動刺激不足，更容易虛弱失能。

表 3 內政部統計月報-最低生活費用一覽表

最低生活費							單位：元/人/月	
年度	臺灣省	新北市	臺北市	臺中市	臺南市	高雄市	福建省金門縣	福建省連江縣
97 年度	9,829	...	14,152	...	...	10,991	6,500	
98 年度	9,829	10,792	14,558	...	...	11,309	7,400	
99 年度	9,829	10,792	14,614	...	...	11,309	7,400	
100 年度 (1.1~6.30)	9,829	10,792	14,794	9,945	9,829	10,033	7,920	
100 年度 (7.1~12.31)	10,244	11,832	14,794	10,303	10,244	11,146	8,798	
101 年度	10,244	11,832	14,794	10,303	10,244	11,890	8,798	

資料來源：內政部統計月報

表 4 民國 100 年底醫療院所家數-按型態別及五都縣市別分

縣 市 別	總計	西醫醫院	西醫診所	牙醫診所	中醫醫院	中醫診所
總 計	21,135	491	10,815	6,402	16	3,411
臺 北 市	3,253	37	1,457	1,291	2	466
新 北 市	3,011	57	1,486	1,001	1	466
臺 中 市	3,213	65	1,535	921	3	689
臺 南 市	1,815	34	993	491	1	296
高 雄 市	2,805	90	1,497	824	4	390

資料來源：行政院衛生署網站 100 年醫療院所概況

## 參、臺北市推動十年長期照顧計畫現況

落實「在地老化」目標、減輕照顧者壓力，本市整合醫療衛生與社會福利體系，及民間照顧服務等各項資源，以單一窗口服務模式，提供長者個別化的長期照顧服務，並

給家庭照顧者更多的支持與關懷，進而建構多元化、社區化及優質化的長期照顧服務體系。

### 一、本市長期照顧管理中心任務工作及服務項目

本市於民國 97 年 4 月 7 日設置統一受理窗口「臺北市長期照顧管理中心」，負責推

動長期照顧服務機制，整合轄內行政機關與民間相關資源，提供多元化的照顧服務，並追蹤照顧服務計畫之進度及進行相關宣導等。管理中心設於臺北市中山區玉門街1號，中心置主任一人；執行長一人，由市長指派本府衛生局長兼任；副執行長一人，由衛生局醫護管理處處長兼任，協助本市長期照顧業務之規劃與管理，並執行中心業務。該中心工作任務簡要說明如下：

### (一) 工作任務

1. 長期照顧管理中心之工作任務包括：辦理有關長期照顧計畫服務項目之收案、評估、核定、管理等作業。推動長期照顧資源之連結及轉介等服務。推動長期照顧需求趨勢分析及資料收集等。外籍看護申請審查作業及相關資料收集與分析。其他長期照顧業務之相關事項。
2. 本中心下設3組，分別為外籍接軌組、綜合企劃行政組、個案管理組，每組置組長一人；由本府衛生局及社會局股長、照顧管理督導兼任；個案管理組並設東、西、南、北、中五區服務站，服務站由臺北市立聯合醫院協助管理。本中心及各區服務站人員，係由本府衛生局及社會局派駐二至四名現職人員兼任及照顧管理人員共同組成。

對於有長期照顧需求的民眾，該管理中心會派員到府評估個案需求及健康（身體、功能、認知）、經濟條件、照顧者、居家環境安全等，再依個別狀況提供服務，並追蹤

後續服務情形。

### (二) 服務對象

本市長期照顧服務服務對象：設籍且實際居住臺北市且具下列身分者：

1. 65 歲以上老人。
2. 50 歲以上之身心障礙者。
3. 僅 IADLs 失能且獨居之老人

在費用方面，低收入戶費用在長期照顧管理中心核定補助額度內由政府全額負擔，中低收入戶需自付 10%，其他對象需自付最高 30% 的費用。

### (三) 服務項目

1. 居家服務
2. 日間照顧
3. 家庭托顧
4. 居家專業人員訪視（含居家護理、居家復健、居家營養、居家醫師及居家呼吸治療師）
5. 輔具購買及住宅無障礙環境改善補助
6. 失能老人營養餐飲服務
7. 喘息服務（居家喘息及機構喘息）
8. 交通接送服務
9. 長期照顧機構服務

截至 101 年 11 月，接受長期照顧服務人數計有居家服務人數為 344,266 人次，日間照顧人數為 79,442 人次，失智症日間照顧人數為 11,132 人次，家庭托顧為 904 人次，中度重度失能長者交通接送服務 32,819 趟次，失能輔具購買及居家無障礙環境改善 723 項次，長期照顧機構安置補助為 17,573 補助人次，至 101 年 10 月老人營養餐飲為 210,724

人次，居家專業服務人員為 4,821 人次，喘息服務為 2,284.5 人日數，由於長期照顧服務範圍廣泛，需要來自社工、醫學、護理、職能治療、物理治療、照顧服務員等專業人力投入，是一跨專業跨領域合作的重大任務。

## 二、臺北市長期照顧十年計畫推動策略

自 97 年起配合我國長期照顧 10 年計畫，納入本市既有之服務項目（居家服務、日間照顧、長期照顧機構、居家護理、居家復健及喘息服務），並 98 年開辦輔具購買及住宅無障礙環境改善補助、失能長者交通接送服務及家庭托顧服務，又自 99 年將原社區零散之老人定點及送餐服務轉型為透過本市長期照顧管理中心失能評估核定之失能長者送餐服務。為建構完整及多元性之長期照顧服務，除依中央規劃之方向外更需依本市特

色及環境訂定策進方式，為本市長期照顧服務設置及穩定成長打一劑強心針。就本市長期照顧服務項目推動策略簡要分述如下：

### （一）提升長期照顧管理中心層級

為加強辦理本市長期照顧業務，連結本府社會局、衛生局服務網絡，以因應長壽社會及提供市民連續性、便利性服務，設立臺北市長期照顧管理中心，100 年提升為府級單位，由衛生局、社會局合作辦理，以銜接中央衛生福利部成立所需跨域整合之需要，故重新規劃長照中心組織運作架構、人力資源等內容，修定「臺北市長期照顧管理中心設置要點」，長照中心改制為府級，並以「臺北市政府長期照顧委員會」作為專家諮詢與指導單位。

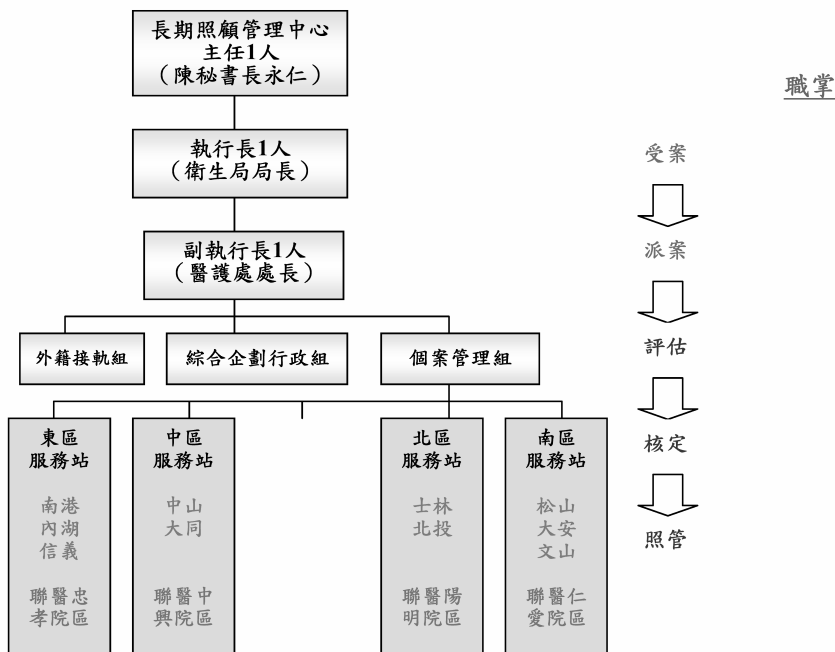


圖 1 臺北市長期照顧管理中心組織架構圖

## (二) 居家服務

72 年開辦的居家服務初始由社會局自行聘雇約僱在宅服務員，然而當服務需求量增加，在宅服務員卻受限於政府人事精簡出缺不補的政策，在公務預算有限之情形之下，此服務於 80 年轉型為委託民間社會福利機構提供。80 年委託 1 家，中華民國紅心字會，81 年擴大委託單位為 5 家；並逐年因應服務數量的成長，擴充服務提供單位數量，87 年增加為 8 家；至 100 年，服務提供單位已增加至 15 家。

中央長期照顧十年計畫推動以來居家服務向來是服務主軸，本市居家服務領先全國各縣市與中央之政策，率先規劃社區服務模式，歷經服務內容與辦理方式轉型，已有近 30 年服務經驗。目前本市居家服務每小時補助 230 元，優於長期照顧十年計畫每小時 180 原之補助標準，即為補充本市居家服務單位於都會地區提供服務的高人力及物資成本；

另本市原訂居家服務員薪資不得低於每小時 150 元，97 年內政部相關規範跟進後，為反應臺北地區物價與薪資水平，於委託契約內調整訂定居家服務員薪資不得低於每小時 160 元。

在服務成果方面，自 97 年長期照顧十年計畫開辦起，照顧服務申請單一窗口增加民眾便利性與服務可近性，本市居家服務量加速成長，在經費支出上從 97 年至 100 年已成長 2 倍多（如圖 2），98 年至 99 年服務人數成長 23.63%（3,072 至 3,798），服務時數成長 26.13%（511,694 至 645,399）；99 年至 100 年服務人數成長 10.14%（3,798 至 4,183），服務時數成長 18.74%（645,399 至 766,318）；惟 100 年後期至 101 年成長率趨緩，101 年 9 月份僅較 100 年同期成長人數 5.54%（3,755 至 3,963），時數 9.24%（561,032 至 612,865）。主要因素在於居家服務人力的不足。

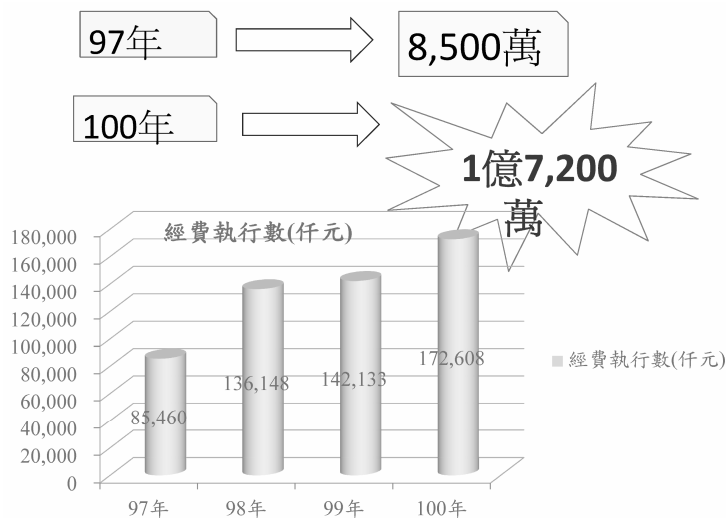


圖 2 臺北市居家服務 97 年至 100 年執行總經費



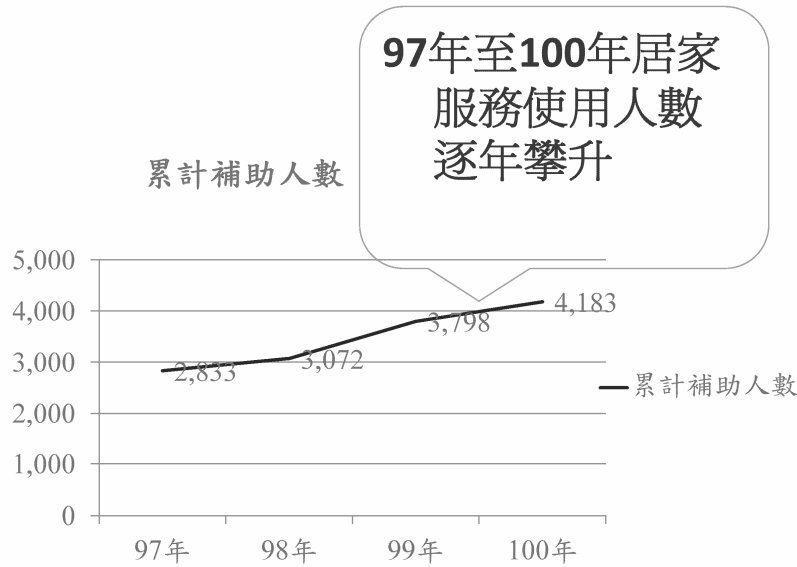


圖 3 臺北市居家服務 97 年至 100 年服務使用人數

本局於 99 年 5 月進行居家服務受託單位「照顧服務人力需求調查」發現 98 年 14 家受託單位聘用照顧服務員累計 584 人，當年度離職共計 169 人，流失率高達 28.94%。截至 101 年 9 月份，本市居家服務員僅成長至 557 人，成長速度緩慢且有限。綜觀本市居家服務經驗，居家服務仍面臨挑戰如下：

### 1. 照顧服務員專業形象不明確

儘管內政部已明定照顧服務員訓練內容，著重於失能者之身體照顧技巧。以本市為例，家事服務起家的居家服務經過多年的努力仍難以擺脫家事服務員形象的包袱，致使服務核定提供時，服務對象與其家屬對服務內容仍有諸多誤解，而容易引發服務員、服務提供單位與案家之間產生服務爭議。

### 2. 居家服務補助標準歷久未調整

本市自居家服務辦理之初即訂定每小時

230 元的補助標準，94 年銜接內政部「非中低收入失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」每小時 180 元之補助額度，取消一般戶免費使用之時數，改為前 20 小時之多餘額度 50 元使用者部分負擔；99 年起為配合長期照顧十年計畫，50 元額度由本局全額補助。

然而，此補助標準歷經 20 餘年未有調整，服務提供單位已多次反應委託方案的入不敷出，尤其於 98 年起居家服務員須依勞動基準法納入勞保，委託單位並且須負擔一般雇主各項責任，加以此數十年間物價、人力成本的飆漲，居家服務單位經營不易可見一斑。另外，因應照顧服務需求的擴大，居家服務員所需具備之專業技能與日精進，服務提供單位更須投入成本充實並教育服務員以提升人力素質，皆未反映於補助額度的重新規劃。

### 3. 照顧服務人力市場競合對象對居家服務的不利影響

自 92 年病患服務員與居家服務員訓練交流後，結訓之照顧服務員多往醫院、機構就業，歸納其原因為居家服務須頻繁交通奔波、且於服務對象家中不如醫院與機構有其他醫護專業人員為後盾，加上居家服務個案的使用情況不穩定（住院、聘雇外籍看護工、家人接去同住與入住機構等，都是服務突然中斷的因素），服務員薪資無保障，使居家服務人力面臨匱乏的窘境。

#### (三) 日間照顧服務

老人日間照顧探索始於 83 年推展的社會福利社區化，惟規劃設置之初，因服務提供單位及服務對象不明確，且尚未有統一看法與規範可供依循，造成雖有部分日間照顧中心成立，惟仍依各地方縣市政府福利預算多寡、實施方向不同而有不同做法與設置方式。直至 96 年《老人福利法》的修訂與公布實施，老人照顧服務正式被區分為居家式、社區式與機構式等，並將日間照顧與相關服務內容規範於社區服務當中，讓老人日間照顧推展更有其法源依據及定位。

民國 85 年，本市將日間照顧中心的服務型態併同社區老人服務中心，委託予財團法人臺北市立心慈善事業基金會辦理，為社區日間託顧服務的起始；87 年，正式成立大同老人日間照顧中心，是臺北市第一家純老人日間照顧中心，針對輕度失能長者提供社區

裡的日間託顧，讓失能長者的家庭照顧者擁有更充分的彈性以調整照顧工作，藉此維護照顧品質和兼顧照顧者本身的需求。

截至 101 年 10 月底計有 11 家混合型公辦民營老人日間照顧中心，失智型私立養護中心附設日間照顧 1 家，市立醫院附設日間照顧 1 家，全市共計 13 家，最高服務量為 405 人。另為因應高齡化社會照護需求，目前仍持續積極增設老人日間照顧中心，預計在本市中正區、大安區、北投區再籌設 3 處，完成後服務量將達 502 人。

為提供有照顧需求之長者及家屬多元之照顧服務，透過公辦民營方式辦理老人日間照顧中心，並以民眾負擔能力許可前提下訂定收費標準，避免服務單位因需投入較高經費將成本轉嫁到使用者身上。目前仍透過持續性收托及交通費用補助，鼓勵失能或失智長者多多使用日間照顧，減輕家屬負擔、落實在地老化之政策。

惟日間照顧中心施行面臨擴展不易的困境，其中失智型日間照顧中心的增加更為困難，因失智症初期診斷不易，需專業醫療人員及早進行鑑定並以適當的治療環境延緩病情發展，使失智症長者的照顧需求實與一般失能長者有異，因而特殊照護與人力需求，增加純失智型照顧中心的照顧成本，致使民間單位投入意願不高；另一方面，土地取得實屬不易，致臺北市日間照顧中心目前尚無法遍及本市 12 個行政區。

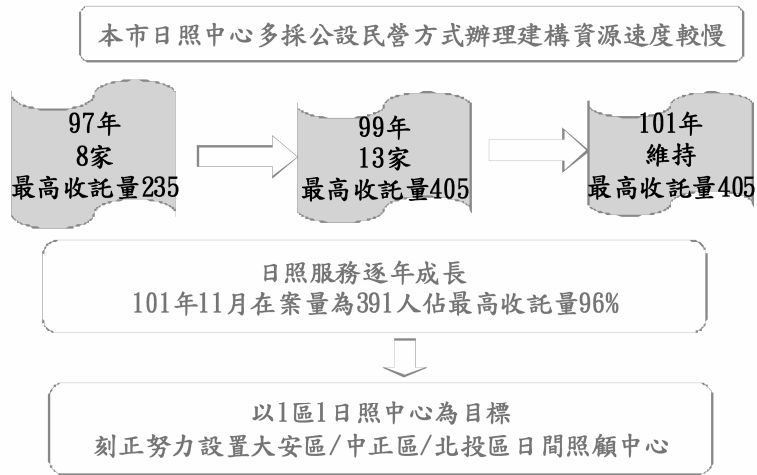


圖 4 臺北市市日間照顧服務中心推動狀況簡圖

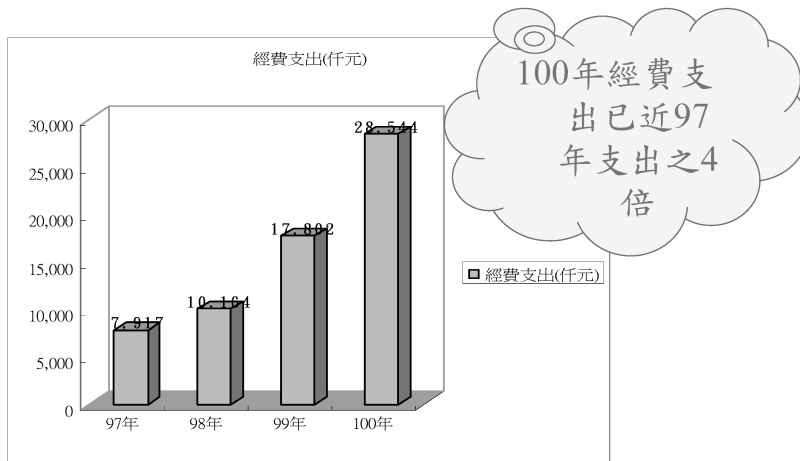


圖 5 臺北市市日間照顧服務中心 97 年至 100 年經費執行情形

#### (四) 家庭托顧

本市家庭托顧服務方案係由 98 年初開始規劃，在當時全國提供家庭托顧服務之縣市僅有嘉義市、南投縣及臺中市，可以參考的資料有限，且本市環境確實不利於家托服務發展下，本市家庭托顧業務仍於 98 年 4 月開始辦理招標，至 98 年 9 月底與受託單位簽約止，其間歷經 3 次招標 2 次流標，每 1 次的

流標都再再讓本市重新檢視與家庭托顧相關法規及補助規定，多不利於推動及因受託母機構的誘因有限，致非營利組織對本項服務多持保留態度，為此，本市除了邀集有投標意願之潛在團體（現有提供居家服務之單位）表達對家庭托顧服務之意見外，更釋放出利多由本市補助服務單位專業服務費及業務費自籌款，降低受託單位的行政成本，全力協助並補助受託單位宣廣家庭托顧服務，如補

助捷運燈箱廣告費用、公車車體廣告、文宣海報等。

本市第 1 家托顧家庭係於 99 年 3 月簽約，其歷經托顧家庭初設之環境安全檢視及改善期，至同年 7 月方可收案提供服務，至第 1 位收托個案服務則為同年 9 月，其間托顧家庭照顧服務員有長達半年時間未有收入。因此在繼托顧家庭設置不易的難題後，再次面臨有托顧家庭而無個案的窘境，本市居家服務及日間照顧服務推行有成，其中日間照顧服務更是以 1 區 1 日間照顧中心為目標，目前已有 13 家日間照顧中心，堪稱全國涵蓋率最高之縣市，然越多的日照中心越不

利於家庭托顧服務的發展，為此，本市於 99 年將補助月托個案交通費及失智症者使用家庭托顧服務以重度失能標準補助納入實施計畫中，希透過補助誘因鼓勵民眾使用家庭托顧服務，又為使托顧家庭的配備與日間照顧中心相比不致於過於陽春，本市亦補助托顧家庭充實設施設備如空調冷氣、電視機等，至今在家庭托顧服務量上呈緩慢成長，惟需克服之問題仍層出不窮，如身心障礙者家庭托顧服務的推動（其家托設置標準遠較長照家托標準寬鬆，照顧員若有設置托顧家庭意願多會往身障家托）。

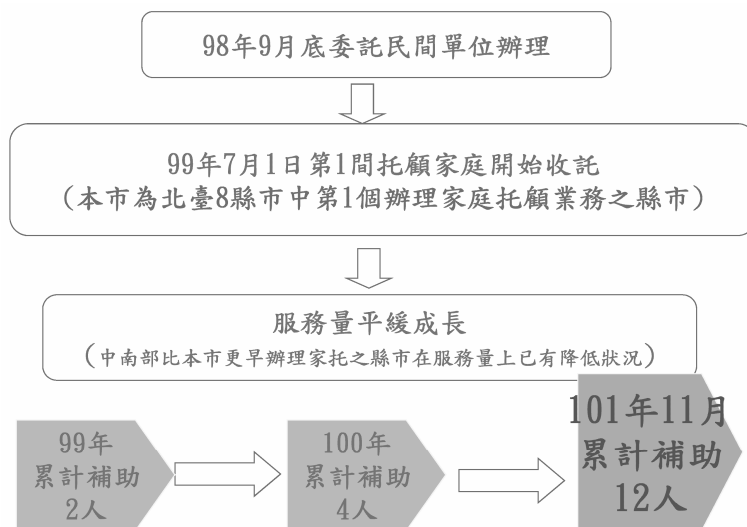


圖 6 臺北市家庭托顧服務推展狀況簡圖

### (五) 失能老人營養餐飲服務

現行本市對於老人照顧服務中之餐食服務，係依據「臺北市政府社會局補助辦理獨居、失能長者社區互助與支持性方案計畫」辦理；該計畫以鼓勵機構辦理福利服務、社

區服務活動與老人福利工作教育訓練為主，目的在於藉由機構、團體彼此經驗分享、交流與合作，鼓勵社區組織、專業團體、學校、企業及里鄰系統相互連結，建構社區內自助與互助網絡以提供獨居及失能老人之社區照顧。其中為鼓勵社區內社會福利團體發揮愛

心烹煮午餐提供區內失能老人食用，解決失能長者備餐不便問題及改善其營養狀況，自民國 92 年開始以方案補助的方式補助民間團體辦理老人營養餐飲服務。

自 99 年起為配合長期照顧十年計畫推展，並考量部分區域有老人送餐需求卻無單位可提供送餐服務之困境，開始全力發展並尋求單位提供全區型送餐服務（臺北市共計 12 行政區，全區型送餐服務係指服務範圍需可達本市特定行政區全區域，可隨時受理並提供本市長期照顧管理中心轉介之低、中低收入且失能長者送餐服務）並規劃社區型送餐服務型態供選擇，使原有送餐服務單位無意願提供全區型服務者，仍可延續提供服務。

再者，為強化送餐單位志工人力穩定度及服務意願，並考量全區型服務範圍較廣泛，將全區型送餐志工的誤餐交通費由每次 110 元提高至每次 180 元，晚餐時段亦同（內政部補助金額為一天一次 100 元）。另自 101 年起補助志工送餐油資全區型每月每人最高 300 元、社區型每月每人最高 150 元，以及交通工具維修補助。

鼓勵全區型送餐服務單位加碼提供服務，如提供晚餐甚至假日送餐到宅服務，均可申請本市相關費用。全區型老人營養送餐單位除依長照十年計畫規定每週 5 日每日 1 午餐之服務外，更鼓勵送餐單位加碼晚餐及假日送餐以提供社區中獨居失能長者餐食服務。又思考兼顧天災期間志工安全及解決失能長者用餐問題，於本（101）年度失能老人營養餐飲服務單位依氣象局公告天災可能危害本市時，預先準備乾糧予已使用送餐服務之失能長者，並以無家屬同住之失能長者為

優先服務對象。

另外服務單位若願意提供長者更多元的服務，可以另外申請本市的獨居與失能長者服務方案之補助，例如獨居長者慶生、送餐服務志工訓練、家屬團體、獨居長者就醫陪伴……等。

## （六）中度重度失能長者交通接送服務

本市於 98 年度開辦長期照顧 10 年計畫之「重度失能者交通接送服務」計畫，並於 100 年依內政部公告將對象擴大為中度失能者。協助失能長者藉由交通接送服務使用長期照顧各類服務資源，促進其與社區中相關醫療網絡資源之可及性，並達成其健康促進之目標。因為配合我國長期照顧十年計畫推動之創新方案，開辦初期民眾對此服務一知半解，也常與本府公共運輸處提供之身心障礙者復康巴士產生混淆，透過多重管道加強宣導與業務推展，使服務量從初期每月不到 500 人次，成長至目前每月 3,000 人次左右。

在技術面上，本市所採之策略係經長期照顧管理中心失能評估達中度以上者，均核予交通接送服務項目，本市再將合格使用名單建檔於本市為此服務項目專門設計之交通接送系統內，凡符合使用交通接送之民眾可自行叫車，車公司亦可透過本系統獲知電話叫車之民眾是否為本市交通接送服務對象，並將每月 8 趟次的上限予以控制。

在宣傳管道上，因應交通接送服務開辦，除舉行記者會向市民說明外，亦透過臺北大眾捷運股份有限公司、本市停車管理工程處、本府警察局各分局、本市市立聯合醫院等單位跑馬燈方式宣傳，另於本市各公民

營廣播電臺放送服務相關內容，俾民眾知悉。此外，於本局網站及不定期於社會福利季刊等管道均有介紹及推廣。另委託服務廠商自行印製有宣傳單張，配合在醫療院所周邊發放，另製作印有叫車專線之貼紙供民眾取用，配合本市宣導不遺餘力。

開辦以來即委託兩家租車公司各提供 15 輛、共計 30 輛復康巴士搭載失能長者前往就醫、復健或使用長期照顧各類服務資源，車輛數為全國之冠，服務範圍包含臺北市與新北市，單趟補助上限為 95 元（收費標準如表 4），開辦迄今已服務逾 8 萬 5 千多次，受益人次按月持續增長中，足見失能長者對交通接送之需求度日益提升。

**表 5 臺北市中度重度失能長者交通接送服務給付標準**

服務對象 身分別	服務對象每趟自付標準	
	銜計實際金額 (簡稱銜額) 超出 95 元	銜計實際 金額 未達 95 元
1. 領取低收入戶補助 2. 領取中低老津 7,200 元	銜額-95	0
1. 領取中低老津 3,600 元 2. 領取非列冊低收入身心障礙者生活補助	$(95 \times 10\%) + (\text{銜額} - 95)$	銜額 $\times 10\%$
一般戶	$(95 \times 30\%) + (\text{銜額} - 95)$	銜額 $\times 30\%$

※分攤比率：

領取低收入戶、中低老津 7,200 元補助者，補助 100%，自付 0%。

領取中低老津 3,600 元、非列冊低收入身心障礙者生活補助者，補助 90%，自付 10%。

一般戶，補助 70%，自付 30%。

## (七) 失能者輔具及居家無障礙環境改善

本項服務係依中華民國 97 年 1 月 25 日發布之失能老人接受長期照顧服務補助辦法推行之，而領有身心障礙手冊者得依身心障礙者醫療及輔助器具費用補助辦法申請補助，但輔具使用年限未達最低使用年限之相同項目不得重複申請。推行本項服務補助係考量長期照顧服務對象之 65 歲以上失能長者，其多數因年長身體功能老化退化，而非因在臨床醫學上判定功能障礙之身心障礙者，因老年輔具的應用可使失能長者有機會過有尊嚴的生活並實現社區老化的想法。在輔具的適當應用可以提高失能長者的生活機能，減輕照顧者負擔及醫療支出，所以需求日殷。

有鑑於老年人口與日俱增，於行動層面及居家安全更須注重，期透過輔具的適當運用減少身體狀況的退化，維持使用者日常活動，增加社會互動、另居家無障礙環境改造及輔具運用使失能者在宅的居家環境更為安全及適宜居住。本市於 98 年度起，配合長期照顧 10 年計畫規劃施行。

本服務措施自 98 年開辦至今已 3 年多，為使服務流程的設計更貼近民眾，以提供更親民福利措施，採取輔具建議書多方管道認定及擴大居家無障礙補助範圍等調整策略：

1. 建議書取得管道多元化：針對需開立輔具評估建議書始能補助項目者，開放各項管道以取得合格建議書，除由輔具中心開立外、尚包含區域型以上醫院復健科、居家復健及到宅評估皆可採認。
2. 居家無障礙補助擴大化：針對需補助

之住屋類型包含自宅、租屋者及可證明 83 年 12 月 31 日前之合法既存違建。

3. 補助項目人性化：針對居家無障礙環境改善，多數申請項目為扶手（連續）及浴室改善工程，依失能者接受長期照顧服務補助辦法項目表，並未涵蓋床邊扶手、面盆扶手、拆除浴缸、乾溼分離等項目，惟考量民眾實際需求本市同意補助該項補助項目，以落實居家安全之理念。

**表 6 本市失能者輔具及居家無障礙環境改善歷年申請量一覽表**

年度	人數	人次	補助金額
98	50	79	84,600
99	271	592	1,195,040
100	291	654	2,223,972
101/10			

其中輔具補助項目以輪椅、輪椅氣墊座、助行器、助步車、電動床、氣墊床為多數。而居家無障礙環境改善尤以浴室改善工程、扶手（連續）、斜坡道為多數。

### （八）長期照顧機構

依老人福利法第 16 條規定：「老人照顧服務應依全人照顧、在地老化及多元連續服務原則規劃辦理。直轄市、縣（市）主管機關應依前項原則，並針對老人需求，提供居家式、社區式或機構式服務，並建構妥善照顧管理機制辦理之。」在本市係以小型養護機構為機構式服務主要提供者，作為失能長者「補充式」照顧服務資源，與居家式、社區式服務連結為多層級照顧服務體系，實現

在地老化及社區化之照顧精神。

然因本市租金、物價指數較其它縣市偏高，又 96 年 7 月 30 日修正發布之老人福利機構設立標準係為保障老人就養權益，提升機構內部硬體、軟體之服務品質，本市老人安養護機構為符合新設立標準已陸續辦理改善、縮減及擴充業務規模，本局持續輔導轄內機構依法設置空間、人力及服務措施，另內政部亦訂定「老人福利機構不符老人福利機構設立標準替代改善設施認定原則」放寬多項改善項目。

此外，本市自 98 年 3 月起已積極規劃、執行各項輔導措施，並派員實地檢核了解本市老人長期照顧機構改善困境，以及提供多元及特殊服務獎勵經費，另逐年檢視修訂本府社會局辦理老人收容安置補助實施計畫，研擬增加補助金額之可行性。另為提供民眾有良好之長期照顧機構，持續定期對機構進行評鑑、督考、管理及輔導，並定期將評鑑結果上網公告，對於評鑑未符標準之機構，辦理輔導改善，以提升整體照護品質。另對於本市辦理成效良好之機構，公開予以獎勵，並做為其他機構參考指標，以期機構永續經營。另即使機構因無法改善而將歇業致衍生舊住民安置問題，本局已依序規劃轉介安置老人至同行政區之機構、本市公設民營機構、鄰近機構等，妥善規劃安置計畫。

### （九）居家專業人員訪視（含居家護理、居家復健、居家營養、居家醫師及居家呼吸治療師）

對未加入健保或健保不給付之長期照護個案需求，提供專業人員訪視服務，包括：

護理師、醫師、營養師、物理治療師、職能治療師，本市考量個案需求，增加居家呼吸治療師及藥師服務，以期個案能在社區中獲得充足之居家照護服務。本市辦理居家照護專業人員訪視服務，為全國首創之專業團隊整合服務模式。

然而由於長照十年計畫一般戶民眾之部分負擔高於健保，致使民眾接受服務意願降低。其中長照十年計畫給付居家護理服務標準係需先使用完健保後，始予給付，致需求相對減少，且長期照顧十年計畫係以多元服務方案為原則，本市醫療資源豐富，民眾就醫方便，且本市提供中重度失能者申請交通接送服務，致影響居家專業服務。

為提高本市居家專業人員使用率，本市採取部分策略予以因應：

1. 在居家護理訪視：就個案實際（或特殊）需求，視情況解除須先使用完健保服務的限制。並擴大居家護理訪視服務項目內容，不僅限於換管服務，重各種疾病相關之護理照護指導，以期個案及其照顧者，能夠獲得完整之照護資訊，以達增加照護及生活品質。

為提高民眾使用意願及使用之便利性與選擇性，積極並逐一與立案之醫療院所及護理機構聯繫並加強宣導，以擴展委託機構合約家數，本年度居家護理督考指標中已納入是否為長照居家專業人員合約機構單位，期使未來可增加居家專業人員之合約機構，以提高服務供給量。

2. 102 年起增加居家復健評估及衛教服務，擴增居家復健服務量。

3. 加強宣導提升民眾知曉率：加強長照服務相關宣導，擴大行銷通路，以提升民眾知曉度外，各院出院準備服務加強轉介、醫院門診個管師針對中途致殘、亞急性個案宣導轉介及健康中心對於高用藥、高就診個案之篩選、轉介，以提高服務量；另本市長照中心於民眾申辦外勞案件時，同時檢附長照宣導單張，並針對僱用外籍看護工者寄發宣導單張，宣導並鼓勵使用衛政服務；加強與 12 區健康服務中心連結，擴增服務量。
4. 定期針對使用居家專業人員訪視服務個案進行滿意度問卷調查，以了解民眾使用狀況並研擬改善方針，提升服務使用率。

## (十) 喘息服務

本市現對生活無法自理、無傳染病、無精神疾病、無攻擊行為之失能者，依失能程度不同提供每人每年可有 14-21 日的喘息服務，讓受照顧者在護理之家、養護所等機構，接受短暫照顧、停留，由機構工作人員提供 24 小時之照顧或藉由受過訓練的照顧服務員至個案家中，提供個案身體照顧服務。

但因使用機構式的喘息服務，民眾需過著團體生活，住民集中照護模式缺乏隱私與自主，多數民眾無意離開自己熟悉的家。且本市消費狀況及物價消費能力不同，護理之家及養護機構之收費因地制宜，收費標準較外縣市為高，除補助外，民眾仍需額外負擔每日 300~700 元不等之費用，亦是民眾使用服務考量因素之一。



為增加民眾使用喘息服務，本（101）年度除原聘僱外籍看護工空窗期之民

眾可使用服務，另開放外籍看護工臨時請假之案主可使用。且針對現有機構喘息服務委辦單位進行訪查，以提升服務品質，並鼓勵本市組織及財務健全、服務效能良好之醫療院所及機關團體，加入喘息服務提供單位，以擴增喘息服務床數，使市民得獲得優質社區及居家喘息服務。

### 三、長照服務加碼提升，創新服務更貼心

有別於中央長期顧服務十年計畫推動之項目服務規劃，本市為活絡本市長期照顧產業，鼓勵長期照顧服務提供單位發展多元照顧服務及更完善之照顧網，從現行之老人福利服務中，衍生發展更貼心近民之附加及加碼服務，經過 101 年推動辦理及規劃設計後將於 102 年展現本市創新服務：

#### （一）補助交通費減少照顧服務員個人支出成本

為充實居家服務照顧服務人員不足，本市採多元管道同步推進，其中在配合內政部補助標準的條件下，本市為調整居家服務員勞動條件，於 101 年 7 月起辦理居家服務照顧服務員專業服務交通費補助計畫，提供居家服務員每服務人次 30 元之補助額度，分擔服務提供單位與服務原本項服務中消耗大幅成本之一的交通費用，以鼓勵服務單位增聘居家服務員，及促進原服務員的留任意願。自 101 年 7 月辦理至 101 年 11 月止，居家服務照顧服務員由原 546 人增為 559 人，增加

率為 2.4%。顯見本補助交通費方式確實有達到增加並續留照顧員的目標。

#### （二）發展長青力，結合社區關懷據點提供送餐服務，社區參與照顧獨居失能長者：

依本市送餐服務執行現況檢視，在餐飲服務上餐食的來源並非是問題，而是如何結合風雨無阻的送餐志工，並在確保餐食熱度及食物安全時間內將其送達予送餐需求者。本市至 101 年 11 月底計有 61 個社區關懷據點，雖非每處皆有定點共餐，但有固定長青志工投入據點服務，本市計在 102 年推動社區關懷據點長青志工其近便性及時間彈性，由其認養服務據點在地之獨居失能長者送餐服務，透過在地長青志工送餐更能達社區互助關懷的高齡友善城市願景。

#### （三）推動高齡友善城市，以預防失能為出發點，推動老人居家安全檢核，結合資源推動高齡扶老計畫

依 98 年臺北市老人生活狀況調查報告，在住所設施及活動空間改善有需求者，希望優先改善電梯設施，其次為防滑措施及扶手、浴室改善等，本市在 102 年將針對有改善需求之長者進行居家環境安全檢核，結合民間資源為長者生活起居空間加裝扶手，以期降低長者在宅跌倒的機率。

#### （四）長照機構全面改善，推動分區組成品管圈（QCC）

為提供民眾有良好之長期照顧機構，老人福利相關法規訂定中央及地方主管機關需持續定期對機構進行評鑑、督考、管理及輔

導，並定期將評鑑結果上網公告，對於評鑑未符標準之機構，辦理輔導改善，以提升整體照護品質等，然這種單行道式的管理輔導方式，反而會讓機構欠缺活潑性及自我解決困境之能力，未來本市將以推動機構分區組成品管圈方式，由機構自動組成區域品管機制，彼此單位在面對相似的困境下彼此分享並討論解決處理的過程，可促成同區域內機構之彼此支援，彼此良性成長及互動。

## 肆、結語

本市老人人口比率於 97 年 1 月為 12%，至 102 年 11 月正式邁入 13%，在本市老人人口數逐年增加的情況下，如何建構出高齡友善城市便是本市在推動各項市政服務及創新策略優先思考的問題。在老人成為長期照顧

服務提供範疇前，應透過預防失能、健康醫療資訊的提供及健康促進的服務，延後老人失能的年齡，縮短失能時間並透過積極老化的服務推動，使健康老人透過社區關懷互助照顧社區中失能老人，設置安全的社區無障礙空間及居家無障礙環境，並以良善正面思考方式推動高齡活躍老化，鼓勵長者參與公益活動，期將本市建構成老人健康老化，在身心靈獲得滿足，可以過著更優質的老年生活，而失能長者老有所終在地老化的理想城市。

（本文作者：江綺雯為臺北市政府社會局局長；林佳玫為臺北市政府社會局老人福利科社會工作督導員）

**關鍵詞：**長期照顧、臺北市、都會型長期照顧、推動策略

## 參考文獻

- 師豫玲、鄭文惠、蘇英足、葉俊郎、沈詩涵（2011）。臺北市長期照顧服務網絡之發展、創新與挑戰。社區發展季刊，134 期，頁 144-145。
- 臺北市政府社會局（2012）。臺北市政府長期照顧第二期整合計畫。
- 臺北市政府社會局（2009）。臺北市老人生活狀況調查報告