

調 查 意 見

壹、案由：政府為及時診斷早期治療降低失智症風險，已持續推動失智症防治照護政策，惟資訊揭露未盡即時便民，服務量能仍有不足，允宜研謀改善案。

失智海嘯席捲全球，平均每3秒有1人被診斷為失智症（dementia）。世界衛生組織（World Health Organization，即WHO）於公元2012年即提出「失智症：公共衛生優先議題」，2017年亦將「失智議題」列為重要主題，世界衛生大會（World Health Assembly，即WHA）復於同年5月29日通過「全球失智症行動計畫」，呼籲各國政府訂定失智症防治行動方案，並將失智症視為首要公共衛生議題、提升民眾認知與友善態度、降低罹患風險、提升確診率及服務覆蓋率、提供照顧者的支持服務、建立資訊系統及鼓勵研究及創新方案等。

國內人口快速老化，民國（下同）105年底65歲以上老人已達12.87%，推估107年約343.4萬人，達14.5%，進入「高齡社會」；115年約488.1萬人，達20.6%，進入WHO所定義之「超高齡社會」，未來失智人口亦將隨之增加，衛生福利部（下稱衛福部）即推估105年之失智人口約26萬人，已對家庭、社會產生重大衝擊，巨大之照護費用也將影響國家經濟，成為社會沉重負擔。該部前於102年8月公布「失智症防治照護政策綱領」（103-105年），參酌國際失智症協會（Alzheimer's Disease International，即ADI）於公元2004年之「京都宣言」、WHO於2012年提出之「失智症：公共衛生優先議題」，及世界各國對失智症之政策及規劃，以我國照顧服務體系發展與施行現況之基礎，提出7大策略，32項具體行動方案與92項工作項目，嗣於103年9月5日公告跨部會

之「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，使我國成為全球第13個具有國家級失智政策的國家。

本案係審計部就中央政府104年度總決算審核報告對失智症防治照護綱領暨方案提出審核意見，指出失智症資訊揭露未盡即時便民，服務量能仍有不足等情事。案經向衛福部、國軍退除役官兵輔導委員會、衛福部中央健康保險署（下稱健保署）及各縣市政府調閱卷證資料，並諮詢專家學者，及至臺北市立聯合醫院仁愛院區（下稱臺北市仁愛院區）日間照顧中心（下稱日照中心）-仁鶴軒、社團法人台灣失智症協會（下稱台灣失智症協會）瑞智互助家庭、財團法人天主教失智老人社會福利基金會附設台北市私立聖若瑟（下稱聖若瑟）失智老人養護中心暨日照中心、南投縣竹山長照樂智社區服務據點、愚人之友基金會福氣村團體家屋、社團法人南投縣基督教青年會（YMCA）日照中心、台南市佳里榮譽國民之家、台北市士林靈糧堂天母團體家屋、中正區多元照顧中心（愛活樂園）等機構履勘，以及詢問衛福部呂次長寶靜、護理及健康照護司（下稱照護司）蔡司長淑鳳與社會及家庭署（下稱社家署）陳副署長素春等相關人員後，業調查竣事，茲綜整調卷、諮詢、履勘、詢問所得，提出調查意見如后：

一、國內有許多失智症者隱藏在社區中未被發現，衛福部應提高社區及民眾對失智症之正確認知及警覺性，並結合醫療照護、社區據點、社會福利團體及村里等社區組織，主動發掘社區內認知功能障礙及疑似失智症者，協助其等至醫療院所即時進行篩檢或診斷，俾使個案及早接受醫療及照護：

(一)查衛福部委託台灣失智症協會對全國失智症盛行情形（含輕度認知障礙，Mild Cognitive Impairment，

或稱MCI) (100-101年) 之調查 (下稱我國失智症盛行情形調查) 結果, 我國65歲以上長者失智症占率為8.14%, 其中「極輕度」3.17%, 輕度以上為4.97%。失智人口中, 極輕度占39%、「輕度」35%、「中度」12%、「重度」14%; 再依國家發展委員會 (下稱國發會)「中華民國人口推計(105-150年)」, 推估105年國內失智人口數約261,190人, 再推估極輕度約101,860人、輕度91,410人、中度31,340人及重度36,570人。另與失智症發生有密切關聯之輕微認知障礙 (MCI), 占率為16.04%。即國內失智症者約有74%在極輕度及輕度階段, 多數人被確診後, 仍可存活10年至20年, 此為病程發展之關鍵期, 雖無法治癒, 但早期發現可使失智症者在仍具自我照料能力時, 對失智症有正確識能, 體認失智並非人生出局, 亦可減少家屬對病人之誤解 (例如: 大小便無法處理、物品錯放等) 與衝突, 降低因行為問題產生之危險 (例如: 忘記關瓦斯), 同時讓病人及家屬及早作好準備, 安排日後生活與工作。至於適時之治療, 亦能有效延緩疾病的進行、維持病人的功能與生活品質、減輕家庭照顧者壓力等¹。

(二) 疾病之防治, 「篩檢」係重要之預防醫學手段, 透過適當篩檢工具, 發現疑似患者, 早期診斷及確診, 進而為適當治療。惟依據衛福部答復表示, 目前科學實證尚無足夠證據支持進行常規性失智症篩檢, 且缺乏兼具簡易操作及精確性之工具可作為社區全面篩檢使用, 若篩檢陽性後卻罹病率低, 對偽陽性者將造成恐慌, 考量大規模篩檢之整體成本效益, 不建議在社區進行全面性失智症篩檢。另該部表示; 研究統計我國失智「確診率」為3成, 社區

¹ 參閱失智症診療手冊。

中尚有許多病人沒有被診斷出來，可歸因如下：

- 1、個案本人無病識感或拒絕就醫。
- 2、家屬、民眾對失智症之認知仍不足。
- 3、失智症臨床診斷不易，確診過程須要經過許多檢查，經常須要一段時間才能夠確診，以致影響失智疑似個案持續性診療與確診。

(三)衛福部為發掘疑似或尚在早期失智階段之個案，採行下列策略：

- 1、提升民眾對失智症防治及照護的認知，包括：編印失智症衛教手冊、單張，製作失智症宣導短片，辦理職場、社區及學校宣導講座等，以提升民眾對失智症症狀、預防及照護正確認知。
- 2、加強基層醫師有關失智症教育訓練，提升發現早期疑似個案之敏感度。
- 3、督請各縣市政府輔導社區照顧關懷據點（下稱關懷據點）視其營運能量，以據點為平台導入失智症預防相關計畫，鼓勵結合延緩失智課程，即早發掘疑似或尚在早期失智階段之個案。
- 4、結合醫療院所、衛生所於社區辦理健康促進、失智症防治、健康檢查及篩檢等服務。
- 5、規劃設置失智共同照護中心（下稱共照中心），協助社區基層組織辦理失智識能教育訓練，並建立合作服務，如發現有疑似個案者，可轉介共照中心進行個案管理服務。

(四)失智症防治照護政策綱領之行動方案2.2項，係要結合醫療照護、社區據點、社會福利團體及村（里）辦公室等社區組織，針對社區內認知功能障礙及疑似失智症者，主動提供服務資訊，並落實轉介機制。本案至台北榮民總醫院員山分院巡察時，獲悉鄰近之內城社區關懷據點曾有數名老人，因該院醫

師前往該據點時發現疑似失智症並經進一步確認；本案至竹山長照樂智社區服務據點履勘時，亦獲悉該據點於辦理失智症宣導時，亦發現疑似患者，並經篩檢、診斷後被確認，可見強化關懷據點人員對失智症之識能，對於失智症之早期發現，應有助益。惟國內於105年6月即約有2,616個關懷據點，本案擬查明關懷據點發現疑似患者之功能，然衛福部未能提供透過關懷據點因而發現疑似或尚在早期失智階段個案之人數，據該部表示：關懷據點志工服務過程中倘發現長輩有相關社會福利或長期照顧服務需求，多請家屬協助就近至公所提出申請或至各縣市長期照顧管理中心（下稱照管中心）進行專業評估，現行據點服務成果相關統計數據僅登錄轉介照管中心個案人數，尚無轉介類型及後續服務提供情形之紀錄。

- (五)失智症為進行性退化之疾病，而非正常老化，從輕度時期之輕微症狀，逐漸進入中度、重度、末期症狀，症狀嚴重時，將影響人際關係及工作能力。然早期確診並獲得適當之醫療及照顧介入時，將有助於延緩惡化。惟早期失能顯而立見，失智卻隱而未明，且不能以社區篩檢方式發現疑似個案，加上失智症者無法辨認與表達自身需求與問題，甚至無主動求助能力，家屬又以為失智症狀是老化現象，忽略就醫之重要性，因此國內尚有許多失智症者隱藏在社區中未被早期發現，在患者之認知功能及生活自理能力嚴重減退，家庭關係逐漸失衡之際，始前往就醫而被發現。若未能以社區為基礎，連結社區資源，結合關懷及照顧功能，僅賴失智症者前往醫療機構就醫，將無法在早期發現失智症長輩。爰衛福部應提高社區及民眾對失智症之正確認知及警

覺性，並結合醫療照護、社區據點、社會福利團體及村里等社區組織，主動發掘社區內認知功能障礙及疑似失智症者，協助其等至醫療院所即時進行篩檢或診斷，俾使個案及早接受醫療及照護。

二、國內失智症確診率約3成，與WHO訂定之目標值50%有明顯落差，衛福部應促進基層照護體系對失智症者照護需求之認知，將失智症防治作為基層保健醫療照護之重要環節，並建置可近性高之失智症評估及診治網絡，俾及早發現失智症者，並適時介入協助：

- (一)WHO將失智議題列為2017年之重要議題，且WHA於同年5月29日通過「全球失智症行動計畫」，希降低失智症對個人、家庭、社會及國家之影響，提升失智症者及其家庭之生活品質。WHO期各國政府致力之失智症行動，包括「提升失智症確診率及服務覆蓋率」，其中確診率之目標值為50%。
- (二)依據衛福部推估，我國失智症人數約26萬人；惟據健保署擷取105年醫療院所申報費用資料，截至106年4月底止，主診斷為失智症之就醫人數為142,674人。經衛福部照護司蔡司長淑鳳於本案詢問時表示，就醫時之主診斷為失智症者，約有7萬餘人確診失智症，此可能與失智症者診斷碼之編碼與健保署有不同認定相關，該部則表示「研究統計我國失智症確診率為3成」，與本案諮詢專家表示我國失智症之確診率約為3成一致。
- (三)失智症為長者常見疾病，醫師養成過程中，多有接觸過該類疾病之教育課程。在全人醫療理念下，家庭醫學科等內科系醫師為基層醫療院所之主力科別，可承擔初步診斷疾病之專業需求，並按病情需要，適當轉介個案至合適之醫療院所做進一步診

治。惟失智症不是病，而是一種症候群，其確診涉及評估、診斷治療與照護，初步之評估可由一般科別或基層醫師執行，但失智症個案需經臨床失智評分量表評估結果CDR \geq 0.5分以上，從評估到診斷確診時程相當久，目前僅有神經內科或精神科專科醫師可確診患者為極輕度失智、輕度失智、中度失智及重度失智症者。

(四) 依據我國失智症盛行情形調查結果，非五都地區65歲以上失智症占率為14.03%，五都地區（桃園市於103年12月25日升格改制，故該調查未將該市列為六都計算）為6.57%，該部表示：各縣市之失智症確診人數統計，因全民健康保險未限制民眾就醫，若民眾於不同縣市就醫，於各縣市歸戶時會有重複計算情形，無法呈現差異因素。惟本案諮詢專家表示各醫院對失智症診斷的能力差異甚大，醫護人員對失智症之認識深淺不一等語；並說明台東縣失智醫療照護的現況，包括：

- 1、醫療專科醫師不足：台東縣境內4家醫院有5位神經內科醫師及9位精神科醫師，14名醫師人力無法滿足確診或診斷失智症個案。
- 2、專業人員沒有對失智有正確的認知及教育，因此對失智的敏感度不夠，往往已到中度，明顯行為問題才覺異狀。

(五) 失智症早期診斷之目的，並非單純獲得診斷或治療，而係使病人與家屬能及早作好準備，安排日後生活，因應疾病對個人與家庭的影響，且失智症的診斷是醫療工作的開始而非結束，須為病人擬定治療計畫、評估需求、轉診、追蹤，並適時關懷失智症家庭照顧者，而基層醫師為第一線之初步篩檢或診斷者，為早期發現疑似個案之關鍵環節。惟失智

症之診斷係連續之過程，醫師非1次看診即能確診，確診過程需經觀察及相關檢查，通常需相當時間，且須由神經內科或精神科專科醫師才能診療認定及開立治療藥物，但一般民眾平時最常接觸之基層診所主要由家庭醫學科或一般內科醫師執業，僅能進行初步評估；又國內神經內科及精神科專科醫師主要於醫院執業，加上醫療資源分布不均，使失智症之診斷仍存有城鄉差異，民眾獲得失智症診斷之可近性尚待加強。綜上，105年國內失智症者估計約26萬人，但確診人數僅7萬餘人，確診率約3成左右，低於WHO設定50%之目標值。爰衛福部應促進基層照護體系對失智症者照護需求之認知，將失智症防治作為基層保健醫療照護之重要環節，並建置可近性高之失智症評估及診治網絡，俾及早發現失智症者，並適時介入協助。

三、失智症者接受長照十年計畫服務人數甚低，衛福部應協助失智症者能依其不同病程之需求獲得早期介入服務及適當治療，延緩惡化及維持生活品質，並紓解家庭照顧者之沉重壓力：

- (一)我國失智症盛行情形調查結果，50-64歲者占率為0.1%，65歲以上長者為8%，而失智症者中無ADLs失能比率為41.1%。衛福部依據國發會人口推估（105至150年）數據，推估扣除ADLs失能狀況，106年間50歲以上失智症者長照需求人數為10萬9,970人。惟前述需求人數，若為日常生活活動功能似乎無礙之輕中度失智症者，在巴氏量表分數表現良好，易被忽略而無法獲得適當長期照顧服務（下稱長照服務）。
- (二)行政院於96年核定之「我國長期照顧十年計畫—大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（下稱長照十年計

畫)」，業將失智症長照服務納入，失智症者凡經一般失能之基本日常生活活動能力（ADLs）或臨床失智評估量表（CDR）評估有長照服務需求，即可獲得居家護理、居家復健、日間照顧等長照服務。惟衛福部推估105年逾26萬失智人口中，使用長照服務者約占31%，無使用者約18萬人，占69%，無使用者包括：極輕度失智92,000人、輕度失智54,860人、中度失智15,800人、重度失智16,680人。

單位：人

項目	CDR	105年失智人口	住宿服務	居家服務	本籍服務員	外勞	日照	無使用
極輕度失智	0.5	101,860	810 (0.8%)	810 (0.8%)	310 (0.3%)	6,720 (6.6%)	310 (0.3%)	92,000 (91.2%)
輕度失智	1	91,410	3,380 (3.7%)	3,380 (3.7%)	3,380 (3.7%)	26,140 (28.6%)	270 (0.3%)	54,860 (60.0%)
中度失智	2	31,340	2,220 (7.1%)	1,380 (4.4%)	850 (2.7%)	11,090 (35.4%)	0	15,800 (50.4%)
重度失智	3	36,570	4,390 (12.0%)	2,920 (8.0%)	880 (2.4%)	11,700 (32.0%)	0	16,680 (45.6%)
合計		261,190	10,810 (4.1%)	8,500 (3.3%)	5,410 (2.1%)	55,660 (21.3%)	580 (0.2%)	180,210 (69%)

(三) 行政院於105年核定長期照顧十年計畫2.0（下稱長照2.0），將「50歲以上失智症者」納入服務對象，長照2.0對於失智症者照護服務內容，包括：

- 1、失智症者照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧）、居家護理、居家及社區復健、交通接送、輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務、餐飲服務、喘息服務。各縣市照管中心依據個案身體及心智功能等多項因子，運用評估工具綜合性判斷，依不同身心功能失能、失智情形分為8級給付，採定額制（第1級：給付特定項目/第2級~第8級給付：8,350元~30,150元）。
- 2、106年起運用社會福利（長照服務發展）基金，

補助中度失智症以上且具行動能力老人入住機構失智症照顧專區個案個別處遇費，每人每月3,000元。

- 3、另於社區中設置失智社區服務據點，提供認知促進、互助家庭、關懷訪視、家屬照顧訓練、家屬支持團體、安全看視等照護服務。

(四)衛福部前於102年進行全國老人狀況調查分析，51.78%之老人覺得失能或失智老人日間照護資源很重要，但有68.81%之人不知道有哪些資源，知道且曾利用者僅0.36%。以105年為例推估，國內約有10,810位失智症者接受住宿服務，但超過9成之患者係在家中照顧，其中以未接受政府補助而自行請外籍勞工擔任看護工之人數最多，約55,660人，至於未接受居家服務、本籍照服員、外籍看護工及日照等相關服務資源者，更高達18萬餘人，占69%，顯見長照十年計畫實施以來，失智症者利用長照服務人數比例甚低。至於105年11月開始試辦ABC整合照顧模式計畫後，106年1月至3月新評估個案計3,898人，其中失智症個案也只有139人。

(五)本案諮詢專家表示：一般人對長照1.0之在地老化資源何在？都無法全部了解……老老族好像只有找里幹事或醫院等語，又表示沒有家屬提到或了解長照2.0的政策問題，家屬關心的是實際、且馬上可解決當下困境（經濟、人力……）的建議等語；另表示無法運用服務資源的病患，除了照護單位數量不足外，還有交通不便、經濟因素、人力因素、觀念問題、資訊不足等語。

(六)失智症與其他慢性病或老人疾病不同，患者常無法辨認與表達自身需求之問題，亦不具備主動求助相關長照服務之能力，部分患者於醫院門診確診後或

出院時，因醫院未配置失智症個案管理師評估個案需求，或出院準備計畫未能銜接失智症長照服務，使病患即使確診亦未能獲得完整之照顧資訊或服務；又因輕中度失智症者之日常生活活動功能似乎無礙，在巴氏量表分數表現良好，因此與外顯、看得到之失能易被評估並取得長照服務相較，輕中度失智症者容易被忽略，無法獲得適當服務，等到失智症者退化至重度階段，亦出現失能問題時，才成為各縣市照管中心之服務對象。

- (七)綜上，長照十年計畫未重視失智需求，現行長照2.0已將失智需求納入，但多數長照服務仍從失能之角度規劃。國內失智症者接受長照十年計畫長照服務人數甚低，可能與失智資源不足、交通不便、經濟因素、人力因素、觀念問題、資訊不足有關，因而未能獲得妥適照顧，亦未能延緩惡化及維持生活品質，更對家庭造成影響，衛福部應協助失智症者能依其不同病程之需求獲得早期介入服務及適當治療，延緩惡化及維持生活品質，並紓解家庭照顧者之沉重壓力。

四、相較於國內失智人口，國內失智症照顧資源仍嚴重不足，衛福部應加速資源之佈建，協助民間服務提供單位解決土地使用、建築取得等問題，或符合消防法令規定；行政院於必要時，亦應協助衛福部與內政部營建署、消防署跨專業之協調與聯繫，研議法規鬆綁之可行性，減少單位取得提供服務所需空間之困難：

- (一)「長期照護服務網計畫102年至105年中程計畫」已訂定失智症多元照護網絡，建置失智照護資源，包括瑞智學堂、失智症日間照顧服務、家庭照顧者服務網絡、失智專區、專責機構等。依據衛福部提供

資料，截至105年12月止，失智症照護相關資源盤點情形如下：

服務型態	資源分布		縣市涵蓋率
居家式	失智居家服務	200家	22縣市
社區式	日間照顧（含失智型）	175家（30家）	22縣市（17縣市）
	團體家屋	7家（12單元/101床）	6縣市
	失智社區服務據點	26處	14縣市
	認知促進學堂	68處	19縣市
	互助家庭	8處	5縣市
機構式（失智專區）	老福機構	13家（453床）	14縣市有任一種機構服務 尚有8縣市均無服務
	護理之家	14家（255床）	
	榮民之家	7家（534床）	

（二）長照2.0將50歲以上失智症者納入服務對象，失智照顧服務需求勢將增加，衛福部對於失智但未失能服務資源佈建（105-109）之規劃情形如下：

1、日照中心：

- （1）服務對象可區分為：專收失能、專收失智及失智、失能混合型老人日間照顧服務。
- （2）截至105年底設有205所日照中心（含175所失智、失能混合型老人日照中心；30所失智症老人日照中心），分布於22縣市。
- （3）目前基隆市、花蓮縣、台東縣、金門縣、連江縣等5個縣市未佈有失智症日照中心。

2、小規模多機能：提供日間照顧、外展服務、臨時住宿等多元服務項目，服務規模以80人以下為原則，提供社區老人個別化的照顧服務。105年計有19個縣市、40處。

3、團體家屋：為中度以上且具行動能力的失智症長者提供24小時照顧服務，服務規模以至多2單元、18人為原則，滿足失智症長者多元照顧需

求，並提高其自主能力與生活品質。105年計有6縣市、7處團體家屋，設有12個照顧單元。

- 4、失智專區：包括老人福利機構失智專區、護理之家之失智照護服務、退輔會榮家失智園區，至105年12月已有34家1,242床。
- 5、失智據點/共照中心：提供個案及照顧者支持服務，內容包括：認知促進、緩和失智服務、互助家庭、關懷訪視、家屬照顧課程及支持團體、安全看視等，105年已完成瑞智學堂68處、失智社區服務據點26處、互助家庭8處等計102處，預計106年設置232處（含共照中心）。

年度	社區式服務			機構式服務	失智據點/ 共照中心
	日間照顧	小規模 多機能	團體家屋	失智專區 (床數)	
105	205	40	7	1,242	102
106	290	60	20	1,510	232
107	370	100	30	2,501	302
108	470	160	40	3,321	366
109	570	240	50	4,141	431

(三)衛福部為普及充實社區照顧資源，原規劃於105年底在277個鄉鎮設置454所多元日照服務單位（含205所日照中心、128處日托據點、121所原住民族文化健康站），並於每1鄉鎮佈建至少1處多元日間照顧服務資源，服務13,550人。惟佈建過程遭遇下列困難：

- 1、民間服務提供單位受限於土地使用、建管、消防相關法規，取得合格建築物使用執照耗時。
- 2、原住民族地區受限於地理特性、需求人口數等因素，長照服務資源缺乏。
- 3、服務提供單位以非營利組織為主，單位財務量能有限，多須仰賴政府部門補助始得設置長照資源。

(四)多元日照服務單位之設立，需符合土地使用、建築、

消防等相關法令規定，合適之空間有限，即使符合相關規範，但從籌設至土地、建物變更程序耗時，衛福部為回應前開實務問題，規劃採行之策進作為如下：

- 1、爭取前瞻計畫，由政府部門發揮行政量能，優先於資源不足地區佈建社區照顧資源。
- 2、106年6月3日長期照顧服務機構設立許可及管理辦法上路，開放民間營利單位共同推動長照服務，加速佈建長照資源。
- 3、為強化跨專業之協調與聯繫，多次與內政部營建署、消防署召開強化日照中心佈建相關會議，研議法規鬆綁之可行性，減少單位辦理之限制。
- 4、考量原住民族地區因地理條件限制，有關建築物使用執照、消防安全相關文件，特別放寬可以其他證明文件代替之。

(五)本案實地履勘期間前往之機構其服務量能，及對於營運之相關意見，概述如下：

- 1、臺北市仁愛院區失智症日間照護中心（仁鶴軒），服務時間為星期一至五上午8時至下午5時。每日可收容15名長者，目前有20位失智症長者輪流日托，其中16人為輕度，4人為重度，排隊等待服務人數為28人。運作經費除長者自費接受服務外，其餘由醫院自籌。
- 2、台灣失智症協會瑞智互助家庭：服務對象為輕度或中度失智症者及其主要家庭照顧者，且無年齡限制。服務時間為星期一至五上午10時至下午4時，每個家庭每星期最多使用3天為原則，採預約登記使用（1期3個月），家屬需全程參與陪同，並須參加家屬照顧課程。目前40個家庭持續使用。收費標準以1週參與1天為基礎，1期3個月，

每個家庭1期收費350元；若1週參與2天，1期收費700元。互助家庭自100年運作起，即接受社家署公益彩券盈餘回饋金之經費補助。

3、聖若瑟養護中心暨日照中心：

(1) 養護中心立案床數64床，服務對象為中度以上、需具行走能力、日常生活需協助並無傳染病之虞之失智症者。103年平均占床率97.3%、104年為98.8%、105年為96.5%。經費來源包括：服務收入(76.06%)、捐助收入(例如：低收入的補貼)(12.09%)、政府補助(10.68%)、其他收入(1.17%)。人事成本高，約占70%，每年需有1千餘萬元之捐款，始能損益兩平。

(2) 日照中心服務人數：30人；服務對象：輕度或中度失智症者、且具行走能力，日常生活需協助並無傳染病之虞者；服務時間：星期一至五上午8時至下午5時30分；星期六上午8時至下午1時。收費為月托每月18,000元、日托每日1,000元。

4、竹山長照樂智社區服務據點：服務對象為 CDR 0.5(含)以上者或經專業人員評估(如以MMSE、AD8或SPMPQ等評估工具)為疑似失智症者。目前收容18位失智個案，其中15位需要交通車接送服務，其餘3位可自行步行至活動中心參與失智課程活動，每年辦理12場失智社區宣導活動並辦理失智篩檢。

5、愚人之友基金會福氣村團體家屋：申請條件為65歲以上(含早發性失智)、CDR確診為2至3分且具生活自理能力，目前有9人，6人為南投縣人，彰化、台中及新北市各1人。社家署補助項目，包括：管理人員、社工員人事費用、社工師證照

補助、照顧服務員（高中職以上或丙級證照）人事費用、照顧服務費、房屋租金、設施設備費及外聘督導費等。

6、社團法人南投縣基督教青年會YMCA：

- (1) 日照中心：服務對象為輕度、中度及重度之失能/失智老人。混合型日照中心，核定可收容35人，實際服務17人；失智型日照中心核定收容18人，實際服務9人。服務時間為上午7時30分至下午6時。
 - (2) 瑞智學堂：服務對象為疑似失智症者或經醫師診斷為輕度失智（ $CDR \leq 1$ ）且持續就醫，有生活自理能力，可獨立參與活動，僅需部分協助者。服務時間為開課期間每星期固定1天，每次為時1.5小時。每梯次每人收費200元，另交通費來回為100元。除102-105年接受公益彩券回饋金補助計畫補助外，其餘經費由YMCA自籌。
 - (3) 反映問題：日間照顧面臨之最大困難為建物之取得，作為日間照顧中心使用之建物需符合法令之要求及規範。建物的取得有兩種方式，其一係在地公共閒置空間再利用，其二為建議政府鼓勵有經驗之公益團體自行興建，公部門提供土地及貸款之獎勵，或鼓勵類似社會企業之公益創投投資，減輕公益團體之還款壓力。
- 7、佳里榮譽國民之家：行政院於101年1月核定轉型為「失智教研專區」，與台北、台中、高雄榮民總醫院組成失智教研跨專業團體，以生活單元照護方式，提供失智症長輩照護服務。目前失智專區核定收容公、自費榮民108人，實際入住103人；核定資源共享床數12床，實際入住2人，透過整合性失智照顧模式，結合非藥物性療法，為

失智個案非藥物治療模式建立參考。

8、台北市士林靈糧堂天母失智症老人團體家屋：

(1) 對象類型為經醫師診斷中度以上失智症(CDR2分以上)為原則，具行動能力、須被照顧之失智症老人，目前有2單元，可收托17人，實際服務17人，其中中度10人、重度6人、極重度1人。承辦經費來源比例：業務收入66.12%、政府補助收入29.41%、雜項收入4.46%。歷年社家署補助項目包括：服務費、照顧費、設施設備費、修繕費、房屋租金等。

(2) 反映問題：

〈1〉團體家屋提供24小時之照顧，但與機構照顧之理念又完全不一樣，究竟屬機構型或社區型？

〈2〉團體家屋建置最大困難在於硬體，長照需求太大，但硬體取得緩不濟急，且台北市以外縣市，都要進行2次施工，施工前還要跟房東談。

〈3〉很多家屬參觀時，都一把鼻涕，一把眼淚，恨不得把老人留在這裏，趕快可以喘息，看得出部分家屬照顧壓力很大。

〈4〉場地之穩定性對團體家屋而言更具吸引力，建議長照資源所需場地，由政府興建，再以公辦民營方式委託公益團體經營。

9、中正區多元照顧中心(愛活樂園)日照中心：服務時間為星期一至五上午7時30分至下午6時30分，核定收容量為40人，目前收容1位輕度失能、3位中度失能、6位輕度失智、11位中度失智及2位重度失智之老人，營運經費之來源包括：台北市補助49%、衛福部補助31%及自籌費用20%。

(六)長照2.0實施後，失智相關服務資源已較以往增加，但恐仍緩不濟急，且未明確考慮失智及失能之差別，對於失智症者及家屬持續成長的需求，目前資源佈建之進度，仍使失智症者及失智家庭處於弱勢：

- 1、國內極輕度及輕度失智老人推估有193,270人，可提供極輕度及輕度失智症者認知促進之社區「瑞智學堂」或認知促進學堂有68處，每次上課限制病友人數10餘人，若每星期開設1次1.5小時之課程，能接受刺激、促進認知並形成失智家庭互助網絡而被服務涵蓋之失智症者及家屬人數甚少。
- 2、國內中、重度失智老人推估分別有31,340人、36,570人，合計約67,910人，但失智症日照中心僅30家，每家服務人數若以上限30人計算，約可服務900人。若每家混合型之日照中心全部收容失智症者，可再收容5,250人，合計最多收容6,150人。本案履勘發現，台北市轄內之聖若瑟日照中心及臺北市仁愛院區之仁鶴軒，服務人數幾近核定上限；而南投縣YMCA之日照中心則尚有收容能量，可能原因為不同區域之失智症者對於日照服務之需求有差異，亦可能是因經濟條件有別，有些失智症者或家屬無能力負擔日照之費用。
- 3、截至105年12月底，計有6縣市設立7家團體家屋，床位數為101床，部分家屬要安排失智症者至團體家屋照顧，尚需排隊等待；而對團體家屋而言，照顧成本極高，而且取得建物困難。
- 4、設有失智專區之老人福利機構有13家、453床，護理之家提供失智服務有14家、255床，榮民之家之失智園區有7家、534床，合計1,242床，失智症專責或專區之住宿型機構，其經營成本高於未

設專區或僅收容失能長者之機構，以聖若瑟養護中心為例，每年需獲得1千萬元左右之捐款，始能損益兩平，因經營成本高，加上失智老人照顧不易，故民間服務單位提供失智專區床位之家數及床數，長期未明顯增加。

5、國內22縣市中，有5縣市未設失智日照中心、16縣市未設團體家屋、8縣市未設失智社區服務據點、3縣市未設認知促進學堂、17縣市未設互助家庭。

(七)失智症照顧是整合性之工作，因應病程發展必須提供各種不同服務模式，才能滿足失智症者需要。長照2.0中有多數項目係為失能者設計，但失智並非失能，在極輕度及輕度階段，可提供認知促進、緩和失智、互助家庭、關懷訪視、家屬照顧課程等服務，以延緩病情惡化，減少未來之失智照護成本；病程至中重度階段時，要提供適當之日間照顧服務，維持失智症者及家庭照顧者之生活品質；當失智症者身體退化及行為產生極大轉變，住宿型機構可提供妥善照顧並紓解家屬壓力。長照2.0將50歲以上失智症者納入服務對象，衛福部已擴大資源佈建，惟相較於國內失智人口，國內失智症照顧資源仍嚴重不足，衛福部應加速資源之佈建，協助民間服務提供單位解決土地使用、建築取得等問題，或符合消防法令規定；行政院於必要時，亦應協助衛福部與內政部營建署、消防署跨專業之協調與聯繫，研議法規鬆綁之可行性，減少單位取得提供服務所需空間之困難。

五、國內目前有8縣市失智症者機構住宿式服務未達佈建目標，且有為數不少之失智症者住進未設有失智專區之住宿型機構，衛福部應予強化失智症

專責床位之佈建；另護理之家及老人福利機構設立失智專區並未統一相關之設置標準，亦請衛福部研議其適當性：

- (一)按護理人員法第14條規定，為減少醫療資源浪費，因應連續性醫療照護之需求，並發揮護理人員之執業功能，得設置護理機構；同法第15條規定護理機構之服務對象為罹患慢性病需長期護理之病人及出院後需繼續護理之病人等。依據前開規定，失智病人有醫療照護需求且罹患慢性病需長期護理，自得於護理機構接受照護，但相關法令並未特別就失智症照顧專區訂定設置標準。然衛福部基於收治失智個案之需求增加，除鼓勵護理之家設置專區外，於其申請設置失智症專區之審查會時，與會專家委員，均就機構之屬性提出建議，例如：採單元照顧模式、每1寢室不得超過4床，盡量是單人房或雙人房，2人以上之寢室應具備明確區隔個人生活空間之屏障物，及應有遊走之空間等，以維護照護品質。另長期照顧服務法（下稱長服法）106年6月3日施行後，新設立之一般護理之家，倘其提供之服務符合長服法所定長照服務，即應適用長服法規定，爰此，倘設有失智病床則應依長期照顧服務機構標準對於失智症照顧之相關規定辦理。
- (二)依老人福利機構設立標準第2條規定，失智照顧型機構係以神經科/精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上且具行動能力老人為照顧對象，主要係考量該等服務對象之特殊性及照顧難度較高，爰於機構設置專區，透過單元式照顧及較高工作人力比提供妥適之服務。惟當服務對象失能程度加重時，則予以轉介至養護或長期照護床位，以符其照顧需求。
- (三)截至105年底止，提供失智症機構住宿式服務之機構

或服務，包括老人福利機構失智專區、護理之家有失智服務及退輔會榮家體系失智園區等計34家、1,242床；惟尚有新竹市、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、台東縣、澎湖縣、連江縣等8縣市尚未達成目標。衛福部將於106年起以每年增加1%為佈建目標：106年設置47處、1,510床、107年設置84處、2,501床，並以尚未設置之縣市為優先輔導對象。

(四)失智症者在輕度病程階段，尚擁有自我照顧能力，可在社區及居家照顧，但進入中重度後，身體退化及行為產生極大轉變，機構式服務應能提供妥善照顧與紓解家屬壓力，成為部分家庭之可能選擇。依衛福部推估，105年失智症者使用住宿服務者有10,810人，但國內機構住宿式之床數僅有1,242床，可見為數不少之失智症者住進其他未設有失智專區之老人福利機構；另因法源服務對象定義不同，護理機構未特別就「失智症照顧專區」訂定設置標準，失智照顧型之老人福利機構則訂有設置標準。綜上，國內目前有8縣市失智症者機構住宿式服務未達佈建目標，且有為數不少之失智症者住進未設有失智專區之住宿型機構，衛福部應予強化失智症專責床位之佈建；另護理之家及老人福利機構設立失智專區並未統一相關之設置標準，亦請衛福部研議其適當性。

六、失智症家庭照顧者在長期照顧失智症者之過程中，無可避免將面臨各項極大挑戰，目前能獲得之照顧者支持卻相當有限。衛福部應強化家庭照顧者支持網絡，提供諮詢、多元支持性服務，並加強提供照顧技能之教育訓練，協助紓解照顧重擔：

(一)失智症伴隨特殊的精神變化與行為改變，不僅患者

辛苦，家庭照顧者更容易心力交瘁。進入照顧歷程後，誰都無法預知這歷程的長短，家庭照顧者必須有長期作戰的準備，並做好自我調適。依據失智症社會支持中心網頁之說明，家庭照顧者可能面臨的挑戰，包括：對疾病不了解、對醫療系統不熟悉、對社會資源不了解、家人對疾病治療及照顧方式看法不一、照顧責任的分擔不均、家人財產分配衝突、對工作的衝擊、對家庭及婚姻生活的衝擊、一個人常有好幾個不同的角色造成角色間衝突、失落與哀傷、跟著失智症者的情緒起伏不定、權威父母變成需要子女幫忙洗澡、穿衣、洗臉等之角色反轉、與失智症者的衝突、改變父母困難而需調整自己性格的挑戰、體力的耗損、心力的耗損、社會壓力及經濟壓力等²。

(二)長照十年計畫之失智症長照服務，已納入家庭照顧者喘息服務。另衛福部規劃長照2.0期間，已研議失智症家庭照顧者於失智症者不同階段所需之支持需求如下：

服務項目	服務標準			
	極輕度	輕度	中度	重度
喘息服務	—	✓	✓	✓
安全看視	✓	✓	✓	✓
家屬支持團體	✓	✓	✓	✓
互助家庭	—	✓	✓	✓
家庭關懷訪視	✓	✓	✓	✓
家屬照顧課程	✓	✓	✓	✓

(三)衛福部為減輕家庭照顧者之照顧壓力，建置家庭照顧者支持服務網絡，包括：

- 1、失智社區服務據點：截至105年底已建置102處，提供家庭照顧者（含外籍看護工）之照顧技巧訓

² 詳見失智症支持中心網頁，網址為：http://www.tada2002.org.tw/Support.Tada2002.org.tw/support_care03.html

練課程，如營養、心理、職能與藥物課程等，並提供家庭照顧者相關諮詢、轉介、心理支持服務。

- 2、建立失智症互助家庭，透過失智老人及其家屬彼此相互交流、支持，分享生活與照顧經驗。
- 3、補助台灣失智症協會於98年輔導成立失智症社會支持中心，服務項目包含設置失智症關懷專線（0800-474-580失智時，我幫您），建置失智症社會支持網站，提供失智症相關資訊與社會資源。
- 4、97年起補助中華民國家庭照顧者總會輔導成立家庭照顧者支持中心，設置諮詢專線（0800-507272 有您，真好真好），提供家庭照顧者個別或家庭協談、輔導諮商、轉介福利資源，以減輕家庭照顧者的照顧壓力。
- 5、依長照服務需求評估，提供家庭照顧者喘息服務。

(四)失智症者認知功能缺損，且將持續退化，多數無法透過藥物治癒，因此延緩疾病惡化、維持病人生活品質，成為家庭照顧者最重要之照顧目標。國內多數失智症者由家屬擔負主要之照護工作，但失智症具備患者情況可能無預警、突然間惡化之特性，多數時間需有人從旁協助照料，家屬喘息服務固然重要，然亦應提供家屬在病程中所需之相關知識、照護個案研討、心理支持等內容，並能隨時提供個別照護的之協助，讓家屬有信心自行照護。

(五)本案履勘互助家庭時，獲悉失智症家庭照顧者未參加互助家庭前，約有7成以上有灰色念頭，亦發現失智症家屬互助團體能透過經驗分享方式，讓其他家屬獲得照顧方面之諮詢與協助，對改善照顧能力，及提高失智症者與家庭照顧者之生活品質，以及紓解家庭照顧者之壓力確有助益。另履勘團體家

屋時，獲悉很多家屬參觀時，都一把鼻涕，一把眼淚，希望趕快可以獲得喘息，可見部分家庭照顧者承受巨大之照顧壓力。

- (六) 隨著社會結構改變，家庭成員減少或分散各地，以及國內對於失智症者之照顧資源仍未臻完備，失智症之照顧責任往往集中於特定之家庭照顧者，而家庭照顧者不乏失智症之配偶，其亦為老人；另部分子女負擔照顧責任同時，必須兼顧自身家庭、工作或其子女之就學問題等，心理、身體與經濟壓力尤為沈重。失智症家庭照顧者在長期照顧失智症者之過程中，無可避免將面臨各項極大挑戰，目前能獲得之照顧者支持卻相當有限。爰此，衛福部應強化家庭照顧者支持網絡，提供諮詢、多元支持性服務，並加強提供照顧技能之教育訓練，協助紓解照顧重擔。

- 七、國內目前醫院失智症整合門診未規範強制要求設置個案管理師，亦未設置全國失智症登錄管理系統，故各級醫院及社區尚無法整合醫療及照顧之服務資源，且未能持續追蹤個案醫療及長照服務使用狀況，衛福部允應檢討改進，建置個案管理及資源整合機制，提供失智症者個別化、整合性且連續性之服務：

- (一) 健保署推動之「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，於104年起鼓勵醫院開設失智症整合門診，並給付個案門診整合費；且於104年9月新增給付失智症門診照護家庭諮詢費用，醫院得提供病人及家屬相關諮詢服務，並申報是項費用。然醫院開設失智症整合門診，目前尚無規範配置失智症個案管理師。惟實務上，就醫個案經評估需求後，部分醫院會將病人轉介至縣市長照管理中心，但無強制要求

轉介，目前衛福部亦未訂定轉介之標準作業程序。

(二)衛福部於106年已規劃設置失智共同照護中心，服務對象著重以第1年確診之個案，協助提供與安排長照2.0照顧服務使用；陪伴照顧者於失智不同階段所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢與服務支持；並協助照顧者於失智個案急性症狀之諮詢與安排轉介服務等，該部已於5月4日核定各縣市共計設置20處。失智共照中心應有個案服務管理師之設置，其角色及定位如下：

- 1、依照管中心核定之服務項目，協調長照2.0照顧服務使用、轉介與追蹤。
- 2、對未確立診斷疑似個案，協助於半年內完成就醫診斷與醫療照護。
- 3、陪伴照顧者於失智不同階段所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、轉介與追蹤。
- 4、協助照顧者於失智個案急性症狀之諮詢與安排轉介。
- 5、協助登錄與更新服務進度。

至於上述失智共照中心之補助支付標準係採論個案服務量計酬方式支給，經費補助非以人事費或業務費編列支付，個案管理師人數依共照中心以個案服務量而定。

(三)失智症常被誤認為老年退化所產生徵狀而被忽略早期診斷與就醫時機，又因病程會隨時間增長而疾病有不同程度階段進展，須長時期醫療追蹤與照顧，但國內失智症長者登錄以全民健康保險就診資料庫及長期照顧管理系統服務個案為主，尚無全國性失智症登錄管理系統，故各級醫院及社區尚無法整合醫療及照顧之服務資源，雖可各自提供片斷之服務內容，但對於失智症者獲得之長照資源及醫療服

務是否適當，並無整合之追蹤機制。

(四)在臨床上，對極輕度失智症者而言，越早介入其健康管理，訓練腦力及運動，明顯可延緩病情惡化。然而，有被篩檢疑似失智症者，並未至醫院接受確定診斷；有失智症者被確診後，即與醫院斷了聯繫，未接受後續治療及追蹤；有失智症者與家屬自醫院拿藥回家後，未再接受社區資源之照顧及支持；而家庭照顧者遇有照顧之問題或面對失智症者突如其來之脫序行為，亦不知如何獲得照顧資源，顯見國內各級醫療院所及社區失智症資源，雖能提供片斷之服務，但未能充分整合。衛福部雖於106年5月4日已核定各縣市共計設置20處失智共同照護中心，有個案服務管理師之設置，協助提供與安排第1年確診之個案使用長照服務，發揮居中協調及聯繫之功能，但其為試辦計畫，個案管理師人數亦由共照中心依個案服務量而定，服務涵蓋情形有限。綜上，國內目前醫院失智症整合門診未規範強制要求設置個案管理師，亦未設置全國失智症登錄管理系統，故各級醫院及社區尚無法整合醫療及照顧之服務資源，且未能持續追蹤個案醫療及長照服務使用狀況，衛福部允應檢討改進，建置個案管理及資源整合機制，提供失智症者個別化、整合性且連續性之服務。

八、106年長照照顧服務員人力有5,295人至12,981人之缺口，醫事專業人力及社工人力各有8,422人及648人之缺口；單以長照照顧服務員計算，107年需增加11,368人、108年需增加13,801人、109年需增加15,855人，即4年內需再增加4至5萬人；而失智症者需要長時間之陪伴及專業看護，較失能者更難照顧，未來勢必面臨照護人力及知

能不足之問題，衛福部應加速充實失智症長照服務人力，並強化培訓醫事、社福及長照相關人員對失智症之照顧知識及技能：

- (一) 依衛福部對於各類長照服務人力供需推估，106年照顧服務員（下稱照服員）需31,509人（低推估）至39,195人（高推估），現職26,214人，缺口約5,295人至12,981人；醫事專業人力（含護理人員）需22,326人，現職約13,904人，缺口約8,422人；社工人力需4,038人，現職約3,390人，缺口約648人。目前失智症照護專業人力主要有照服員、社會工作人員及醫事專業人員（護理人員、職能治療人員與物理治療人員）等人員，但現階段該部對於失智照護專業人力未另行推估。
- (二) 原行政院衛生署及內政部社會司於92年整合病患服務員及居家服務員訓練課程內容，會銜頒布照服員訓練實施計畫，迄今取得照服員結業證明書者計11萬263人，至104年底實際從事長期照顧服務相關工作者計2萬3,286人，倘加計於醫療院所擔任看護工者，共計3萬5,286人。
- (三) 衛福部為充實長照照服員人力，針對訓、學、用等方面規劃策進作為：
 - 1、訓用方面：由地方政府在地辦訓，鼓勵服務單位積極辦理自訓自用。另調整課程內容，除90小時基礎課程外，新增失智症、身障等進階課程。
 - 2、學用方面：依訓練課程調整長照相關科系照服員課程規劃，並納入實習課程，培育實務人力。另研議在學學生修畢一定學分，即可認列照服員資格，有助熟習職場，並結合教育部研議加強高職設立老人照顧相關科系之誘因，擴大人力來源。
 - 3、任用方面：推動居家給付及支付新制，將人事成

本納入估算，並運用加成機制促進加薪。改善照服員薪資待遇。預計薪資水準提升至每月32,000-35,000元。

(四)在失智症照護人力培訓部分，衛福部將培訓服務對象分專業人員（社工、護理、相關醫護人員等）及照服員2類。課程涵蓋內容包含失智照顧專業課程及實習，訓練時數大約20-40小時。茲說明如下：

- 1、99年完成長照醫事專業人員3階段培訓課程，Level II專業課程含有失智照護課程（2小時），截至105年底培育1萬6,891人。
- 2、於104年結合民間單位、專家學者研議失智症居家服務20小時訓練課程，由衛福部建立師資資料庫，地方政府結合民間單位辦訓。
- 3、為加強機構人員失智照顧服務知能，委託民間團體辦理失智症照顧相關專業訓練課程，增進機構行政管理、專業人員及照服員對失智症之認知及照顧原則、方法與技巧，以提升老人福利機構工作人員專業能力。目前規劃老人福利機構負責人（院長、主任）14小時、專業人員（社工、護理、相關醫護人員）40小時、照服員38小時等課程。
- 4、據社家署陳副署長素春於本院詢時稱：目前有45個與老人照顧相關之學科系，每年約有4,500名學生畢業，希能留住3成，約1千多人；在用的部分，照服員之訓練從92年迄今已訓練11萬餘人，但當時是中高齡之失業人口轉職，部分已退出職場，但約可找回2萬餘人提供服務，預估其中約25%可留住，即約5千人等語。

(五)國內人口老化快速，未來失智症者人數恐將遽增，失智症者需要長時間之陪伴及專業看護，較失能者更難照顧，未來勢必面臨照護人力嚴重不足之危

機。長照服務體系已將失智症者納入服務對象，因失智症者與失能者之照護模式不盡相同，因此照顧人員必須經過失智症專業訓練，了解失智症可能出現之行為症狀，並且積極預防意外之發生。惟106年長照照服員人力有5,295人至12,981人之缺口，醫事專業人力及社工人力各有8,422人及648人之缺口；單以長照照服員計算，107年需增加11,368人、108年需增加13,801人、109年需增加15,855人，即4年內需再增加4至5萬人，恐係難以達成之目標；另長照照服員之基礎訓練為90小時，設有老人照顧相關系所之院校，學生接受4年大學教育，卻與90小時訓練、無學歷要求者同工同酬，每年約有4,500學生畢業，但有7成以上不願從事照顧服務工作，可能與工作條件、職涯規劃、專業分級認證、分級待遇、職業尊嚴與社會地位之提升等有關；另衛福部為加強機構人員失智照顧務知能，目前規劃老人福利機構負責人接受14小時、專業人員（社工、護理、相關醫護人員）40小時、照服員38小時之課程，前述培訓課程應儘早實施，並滾動式檢討相關課程及時數之訓練，能否確保失智症獲得良好之照顧，達到提升生活品質之目的。綜上，衛福部應加速充實失智症長照顧服務人力，並強化培訓醫事、社福及長照相關人員對失智症之照顧知識及技能。

九、衛福部國民健康署已推動高齡友善健康照護機構認證，提供長者友善支持之照護環境，惟深入社區之基層院所參與意願尚寡，允待檢討強化參與誘因並加強推廣，以達成政策目標：

- (一)衛福部國民健康署為協助國內健康照護機構及早因應人口老化對照護系統帶來的負荷，於100年開始推動高齡友善健康照護機構認證，提供長者友善、

支持、尊重與可近的療癒環境，以預防及延緩老年失能的發生，嗣於101年起推動基層診所、長期照顧等健康照護機構通過高齡友善健康照護機構認證，截至106年4月底止，醫院通過認證之家數為170家，長照機構65家、衛生所77家、診所1家，合計313家。其中，基層院所參與認證意願偏低，經衛福部分析原因如下：

- 1、初期發展之認證條文，係參考WHO高齡友善照護3大原則及WHO之健康促進醫院標準，發展高齡友善健康照護機構認證，包含管理政策、溝通與服務、物理環境、照護流程等4大面向計有60項條文，需有人力辦理認證相關文件之資料收集與彙整，且部分條文不適用基層院所及長照機構，致使基層院所及長照機構參與意願似有偏低。因此105年起將原60條條文精簡規劃適合各類型健康照護機構之認證條文，已發展完成衛生所版本20條；另長期照護機構版本已完成草案研擬，近期將召開專家討論會。藉由認證條文精簡與符合機構類型，期望未來能提高該類機構申請認證意願。
- 2、初期高齡友善健康照護認證主要以醫院為對象，至102年及103年才分別有衛生所及長期照護機構參與認證。國民健康署自104年起補助衛生局輔導轄區基層診所及長期照護機構申請高齡友善健康照護機構認證，藉由經費補助與計畫輔導，已使基層醫療院所及長期照護機構參與認證家數成長。截至106年4月底，已有65家長照機構及78家基層醫療院所取得認證，預計至106年底將持續在輔導上述2類型機構共100家參與，以普及高齡友善健康照護機構數。

- (二)通過高齡友善健康照護機構認證之醫院，參與「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」所申請之門診費用，每人可額外增加10點，基層診所則無此誘因，惟因基層診所數量大且分布廣，對其誘因之規劃如下：
- 1、建立與衛生所合作之基層照護網絡，透過高齡友善環境與服務建置，增加診所長者服務完整性與滿意度，提升診所專業形象與鄰里關係。
 - 2、透過區域合作增加個案（長者）轉介至診所就診進行慢性病管理等以實質增加基層診所服務量能。
- (三)綜上，國民健康署已推動高齡友善健康照護機構認證，提供長者友善支持之照護環境，惟深入社區之基層院所參與意願尚寡，允待檢討強化參與誘因並加強推廣，以達成政策目標。

貳、處理辦法：

- 一、調查意見函行政院、審計部參考。
- 二、調查意見函衛生福利部檢討改進見復。

調查委員：江綺雯、林雅鋒

