

# 調查報告

壹、案由：據審計部109年度中央政府總決算審核報告，衛生福利部推動整建長照衛福據點計畫，有助加速佈建社區式服務資源，惟經費執行率持續欠佳，且部分案件完成整建後遲未能開辦長照據點服務，計畫經費執行嚴重落後等情案。

貳、調查意見：

案經函請審計部、衛生福利部（下稱衛福部）、臺中市、臺南市、苗栗縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、宜蘭縣及澎湖縣政府說明及調取卷證資料，並於民國（下同）111年9月2日至雲林縣政府聽取簡報與履勘，嗣於同年11月17日下午諮詢，同日詢問衛福部長照司祝健芳司長及業務相關人員，已完成調查。茲綜整調卷、諮詢、履勘及詢問所得，提出調查意見於後：

- 一、衛福部辦理整建長照衛福據點計畫之前置作業未臻嚴謹，第一、二期計畫核定補助地方政府案件分別為441件及327件，截至111年底有98件因無繼續執行實益而撤案；部分案件因地方政府規劃設計時程較長、工程招標多次流標，案件執行進度未達撥款條件等，迭有變更計畫及工程施作進度嚴重落後情形，經國家發展委員會連續3年評列為高風險預警計畫，衛福部縱已進行相關之檢討，但第一期計畫規劃於107年底完成，截至110年底之執行率為69.54%；第二期計畫規劃於109年底完成，至110年底之執行率為33.50%，經費執行率持續欠佳；且截至111年12月底，第一期計畫尚有雲林縣、新竹縣及花蓮縣等縣市共28件計畫尚未完工，第二期計畫亦有嘉義縣、屏東縣彰化縣及雲林縣等縣市共59件未完工，行政效能不彰，亟待衛福部

**督同縣市政府積極研謀改善，以提升執行成效：**

- (一) 衛福部為落實長照十年計畫2.0（下稱長照2.0），加速佈建社區照顧資源，以中央政府前瞻基礎建設特別預算辦理「前瞻基礎建設計畫-城鄉建設-公共服務據點整備-整建長照衛福據點計畫」（下稱整建長照衛福據點計畫），規劃結合所屬機構及各縣市公有空間，整建設置各類長照服務據點及長期照顧管理中心分站，前者主要補助衛福部所屬醫療及社福機構、老人活動中心、身心障礙福利機構、衛生所、社區活動中心、其他在地閒置空間或土地等7類空間，設置長照ABC據點之新建、增建、改建或修（建）繕等所需費用；後者補助原住民族、離島及偏鄉地區之社區既有活動中心及衛生所（室），設置照管分站所需之修繕費用。
- (二) 行政院106年7月7日核定整建長照衛福據點計畫，分3期辦理，第一期計畫執行期間為106年9月至107年底，第二期計畫為108年及109年，第一、二期計畫之總經費新臺幣（下同）74億餘元<sup>1</sup>。該計畫自第一期（106-107年）起，即要求檢附土地無償借用或租用15年以上之租約或使用同意書，並經法院公證，以及針對該區域服務量能或長照需求人口數是否符合資源佈建之急迫性、資源配置合理性等事項進行審查。且針對建物無法取得建築執照、難以取得土地所有權人無償借用或使用同意書及設置據點之適切性及安全性等案件，該部召開聯審會議時，如認仍有補助可行性，將給予修正意見，請地方政府積極完備資料，以確保案件能如期進行。
- (三) 惟整建長照衛福據點計畫仍因經費執行嚴重落後，

---

<sup>1</sup> 嗣行政院分別於107年11月15日、108年12月3日及109年9月10日核定修正計畫，總經費需求107億餘元，分5期辦理，第一、二期計畫經費合計72億餘元，第三期計畫再編列13億元之特別預算，執行期間為110年及111年。

經國家發展委員會（下稱國發會）於107至109年度依行政院函頒「公共建設計畫審議、預警及退場機制」，連續3年評列為高風險（紅燈）預警計畫，並建請衛福部研議因應對策<sup>2</sup>。另審計部109年度派員抽查衛福部「社政業務、國民年金保險基金、長照服務發展基金109年度財務收支及決算」，提出審核意見（下稱審計部審核意見）指出整建長照衛福據點計畫經費執行率持續欠佳，亟待積極研謀改善，以提升執行成效。

（四）整建長照衛福據點第一期計畫有28件尚未完工，以雲林縣10件最多（含2件工程進度未達50%），其次為新竹縣及花蓮縣各3件；第二期計畫有59件尚未完工，以嘉義縣14件最多（含4件工程進度未達50%），其次為屏東縣12件（含5件工程進度未達50%）、彰化縣及雲林縣各11件（分別有3件、5件工程進度未達50%），至於計畫進度落後之原因，據衛福部查復稱：多數補助案件規劃設計時程較長、工程招標歷經多次流標，工程履約期限跨年度、地方政府辦理撤案、案件執行進度未達撥款條件等所致等語；或稱第一期計畫中新建、增（改）建計45案，地方政府尚須辦理規劃設計、水土保持及都市計畫審議等前置作業，工程施作項目繁雜，有41案係延續型之案件（即第一期及第二期皆有申請），無法於107年底完成等語；另表示：第二期計畫補助「長照創新整合型服務場館」9件，其中8件新建工程案，因招標期程影響工期，且新建工程施作期程相對較長等語。

（五）衛福部為改善整建長照衛福據點計畫執行進度落後

---

<sup>2</sup> 包括：衛福部研議提前辦理案件審議及經費核撥作業、將備案機制常態化、調查管制各據點年度預定完成經費及進度、每年檢視各縣市物價指數以滾動調整補助標準等因應對策。

情形，每月召開工程個案執行進度檢討會議，控管第一、二期計畫落後案件辦理情形，並參採國發會建議，提前辦理補助案件相關審查、核定作業。惟第一期計畫核定預算數24億5,339萬元，該期計畫107-110年之實現數為17億628萬餘元，執行率69.54%，經行政院核定保留至111年度執行數3億5,494萬餘元，實現數2億9,584萬餘元。第二期計畫預算數45億9,463萬餘元，108-110年之實現數15億3,898萬餘元，執行率33.50%，保留28億2,034萬餘元至111年度執行，實現數6億8,5992萬餘元。另第一期計畫原規劃於107年底完成執行，截至111年12月底，核定補助754件，其中63件已撤案，另有6件尚未竣工。第二期計畫原規劃於109年底完成執行，截至111年12月底，核定補助274件，其中35件已撤案，另有49件尚未竣工，工程施作進度仍有落後情形。

(六)本案至雲林縣政府履勘時，據該府稱第一、二期計畫撤案及工程未竣工或未完成驗收之原因：

1、第一期計畫撤案6件，原因略以：

- (1) 建物辦理公開招標6度流標，評估難於規定期限內完成工程決標，確有執行上困難。
- (2) 建物所在位置交通複雜，對其後續設置長照據點之適切性及安全性有疑慮。
- (3) 未能提供建物公有合法建物佐證文件。
- (4) 土地係私人暨多人持分所有，難以取得土地所有權人無償借用或使用同意書。

2、工程尚未竣工或已竣工尚未完成驗收之原因，略以：

- (1) 歷經13次皆無廠商投標流標，縣府同意增加補助預算後始決標。

- (2) 簽約後逾半年無法取得建築執照，故公所與廠商雙方合意終止契約。
  - (3) 開工後，因設計漏編土方回填及鄰房圍牆拆除工項，先變更設計申報停工。復工後又因消防防火構造及基地綠化等建築法令未設計規畫周全，重新申請建造執照變更設計。
  - (4) 因物價調漲及人事成本增加，故原工程廠商不敷成本，與公所完成解約。
  - (5) 申請使用執照時，審查委員發現無障礙設施有缺失需改進。
- 3、另據雲林縣政府參加履勘座談之代表<sup>3</sup>稱，略以：
- (1) 荊桐鄉公所提報的「埔尾多功能活動中心新建案」歷經13次的流標，當初地方向中央申請的經費約在3、4千萬元左右，這幾年原物料一直上漲，在招標的時候，廠商覺得不符成本，沒辦法標，一直流標，荊桐鄉公所及雲林縣政府一直找流標的原因，也增加了預算。
  - (2) 有時候流標，是因為廠商覺得標案的量體太小，前瞻建設計畫是很大的計畫，每個縣市都在進行，會排擠到中小型的工程，3、4千萬元的標案對營造廠來講，量體太小。
  - (3) 水林鄉「悠活長照館新建案」比較複雜，要先解決地界重複問題，解決後又面臨建照申請及原物料上漲的問題，幾年來都在處理枝枝節節問題。
  - (4) 荊桐鄉「埔尾多功能活動中心新建案」，預算不敷成本，一直流標，重新設計，但招標時預算仍不夠，增預算才完成發包，最近要竣工。

---

<sup>3</sup>包括：雲林縣曾元煌秘書長、張哲誠參議、社會處林文志處長、衛生局張翌君副局長及轄內鄉鎮公所課長、村里幹事等。

且所在土地內還有民宅占用國土，有些營造商認為有民宅占用土地，太複雜了，那時還需協調如何處理民宅。

- (5) 第一期計畫開始後，各縣市在搶錢，當時的評估沒有那麼完善，沒有考量用地可能造成工程的延期，且從疫期開始就有航運塞港、鋼價上漲等問題，造成廠商想解約。
- (6) 大的新建案，在鄉鎮公所端比較少見，鄉鎮公所反映，要找到甲級的營建廠商是比較困難的，就算營建廠有意願來，但在地也找不到工班施作。
- (7) 整建衛福長照據點一開始的目的是要給ABC級單位使用，新建案開始後，在地的村里長或社區發展協會認為是在地要使用的，因此在工程施作過程中會要求廠商變更設計很多部分。像臺西鄉「光華社區活動中心新建案」，公所在驗收變更設計的圖面時，已造成工程延期的問題，且該活動中心旁邊有爭取到一個公園，但因為圍牆在施作時沒有申請雜項執照，影響到新建工程的驗收。
- (8) 鄉鎮長是民選，對案件有完全的主導權，他們有相當多的意見，縣府也尊重公所的意見。建案連門要開在那裏，都與建築師拉扯很久，二崙鄉「老人活動中心修繕案」，居民與建築師討論就達2年，畢竟他們是使用者，公民參與的程度一定都有，他們都很有意見。
- (七) 前述工程施作進度落後之原因，多為建物無法取得建築執照或難以取得土地所有權人無償借用或使用同意書，或係設置據點之適切性及安全性有疑慮等，惟上述事項，地方政府於申請階段即應落實評

估及確認，衛福部於核定計畫階段亦應確實審查地方政府提出之計畫書究否敘明區域長照需求及佈建地點符合土地、建管法規之規範；另公開招標多次流標、物價調漲及人事成本增加等問題，衛福部雖依規定報請工程會辦理流標檢討，並召開進度會議追蹤，或透過實地輔導協助縣市落實減項減做、合理單價、合理工期及合理付款方式檢討，但部分工程施作進度落後之問題仍存在，顯見衛福部辦理計畫之審查及對於工程可行性評估等前置作業，未盡確實。

(八)綜上，衛福部辦理整建長照衛福據點計畫之前置作業未臻嚴謹，第一、二期計畫核定補助地方政府案件分別為441件及327件，截至111年底有98件因無繼續執行實益而撤案；部分案件因地方政府規劃設計時程較長、工程招標多次流標，案件執行進度未達撥款條件等，迭有變更計畫及工程施作進度嚴重落後情形，經國家發展委員會連續3年評列為高風險預警計畫，衛福部縱已進行相關之檢討，但第一期計畫規劃於107年底完成，截至110年底之執行率為69.54%；第二期計畫規劃於109年底完成，至110年底之執行率為33.50%，經費執行率持續欠佳；且截至111年12月底，第一期計畫尚有雲林縣、新竹縣及花蓮縣等縣市共28件計畫尚未完工，第二期計畫亦有嘉義縣、屏東縣彰化縣及雲林縣等縣市共59件未完工，行政效能不彰，亟待衛福部督同縣市政府積極研謀改善，以提升執行成效。

二、截至111年12月底止，整建長照衛福據點第一、二期計畫已完成驗收尚未開辦據點服務仍有71件及47件，總計118件，扣除延續性而重複計算之案件24案，約有94件，占第一、二期計畫核定補助案件總數之12.23%，

顯見仍有為數不少的據點於完工後遲未開辦服務，且第一、二期計畫均以臺南市、嘉義縣未開辦服務案件數較多，主要係因前述縣市當年提出計畫件數較多，將前瞻基礎建設特別預算作為建物修繕之財源，卻未確實盤點據點所在地區的長照服務量能，且當地社區基層組織未諳接受補助後需提供巷弄長照站的服務，致完成驗收後遲未開辦服務，顯見相關縣市政府於初審申請計畫時，對於計畫的可行性未能審慎把關。又，衛福部督導縣市政府處理據點遲未開辦服務之問題，並未貫徹獎懲及考核機制，促使縣市政府善盡職責強化執行效能，僅持續對地方政府進行輔導，或以實地訪查方式協助解決困難，或定期透過進度會議追蹤管理開辦情形，除造成中央、地方權責不清外，改善成效亦有限，復未能有效引導受補助單位積極籌劃與媒合服務人力，落實運用整建空間開辦各類長照據點，徒增公帑支出，又未達設施補助成效，應予檢討改進：

- (一) 依據衛福部106年訂定之公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點（下稱補助及評選作業要點），整建長照衛福據點計畫採競爭型計畫方式辦理，由各地方政府自行盤點轄內需求提出申請計畫，衛福部邀集相關領域專家學者及單位召開審查會議，衡酌計畫內容之可行性、創新性以及完整性，依據實際需求進行審查<sup>4</sup>。另依據補助及評選作業要點第10點規定，各縣市政府應籌組推動工作小組，請首長或副首長召集會議，對提出申請之計畫書進行初審，相關文件審核屬實始可提報

---

<sup>4</sup> 參照整建長照衛福據點計畫「捌、審核及管考機制」之「一、審查流程及標準」之（三）所訂內容：採競爭型計畫方式辦理，邀集相關領域專家學者及相關單位召開審查會議，衡酌計畫內容之可行性、創新性以及完整性，擇定具量能之地方政府予以補助並依據實際需求進行客觀之審查，以求資源之合理分配，避免資源過度集中之現象



衛福部。同要點第12點規定：計畫書應具體載明管考機制（包括查核計畫執行進度、工程進度及經費執行情形）；對於遭遇困難或執行進度落後者，應訂有實地督導訪視並協調解決困難的機制<sup>5</sup>。另依衛福部110年10月1日修正發布之補助及評選作業要點第14點第5項規定，工程結算驗收證明書填發次日起，經衛福部核定補助之長照服務，未依長期照顧服務相關法規取得設立許可或相關方案計畫規定提供服務逾1年，且無正當理由者，該部得終止補助計畫，並以書面限期命其返還補助款。

(二)衛福部考量審查案件之繁複性，召開審查會議時，透過邀請相關領域學者專家共同審查方式進行，並針對地方政府所送計畫書內有關經費編列之合理性、長期照顧服務規劃之合宜性、縣市政府管考機制之具體性及前置作業之完整度等面向給予意見並進行評分，各期案件，均於審查階段即要求申請單位應評估計畫實施之可行性，亦已含該區域服務量能是否符合資源佈建之需求。惟整建長照衛福據點計畫之補助案件，除有前述工程施作進度落後之情形外，審計部109年之審核意見亦指出，補助案件有於竣工完成驗收後迄未開辦長照據點服務之情形，其中不乏歷時甚久者，損及設施補助成效，亦不利達成該計畫預期受益人數之目標等語。為解決久未開辦服務之問題，衛福部透過定期進度會議追蹤管理開辦情形，或持續進行輔導，惟第一、二期計畫應於109年以前完成並開辦據點服務，扣除

---

<sup>5</sup> 公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點第10點規定，各直轄市、縣（市）政府應盤整轄下區域資源，並籌組推動工作小組，請首長或副首長召集會議，對提出申請之計畫書進行初審，相關文件審核屬實始可提報衛福部。同要點第12點規定：各直轄市、縣（市）政府提報之計畫書，應具體載明管考機制（包括查核計畫執行進度、工程進度及經費執行情形），並敘明係透過縣市政府相關會議管考及主持人層級；對於遭遇困難或執行進度落後者，應訂有實地督導訪視並協調解決困難的機制。

撤案案件，第一、二期計畫分別核定補助441件及327件，但截至111年12月底止，已完成驗收尚未開辦據點服務總計118件，扣除延續性而重複計算之案件24案，約有94件，占第一、二期計畫核定補助案件總數之12.23%。第一期計畫已驗收但未開辦服務計71件，以臺南市24件最多，其次為嘉義縣9件及桃園市6件；第二期計畫已驗收但未開辦服務計47件，以臺南市及嘉義縣各10件最多。

(三)據衛福部詢問查復說明稱：已驗收卻未開辦服務之據點，主要係在地無適宜且具有服務量能之團體，或因志工人力招募不易，是類單位為社區基層組織，行政人力及量能較為薄弱，部分單位僅願意辦理關懷據點或長青學苑，無意願升級為巷弄長照站等語。另據衛福部接受本案詢問之人員稱：

- 1、第一、二期計畫很多是申請補助設置巷弄長照站（或稱C據點、C單位），但有些驗收時卻不符合C據點的標準；
- 2、他們看到前瞻預算可以補助修繕費用，就提報計畫，但他們沒有理解後續要配合做長照巷弄站；
- 3、計畫一定會寫成符合獎助項目，有些是鄉鎮公所為幫民間單位爭取經費修繕而提出申請，但可能沒有清楚告知民間單位每星期須開辦3天等4項服務，現在看起來民間做這些事有些擔心及遲疑；
- 4、審查時，縣市政府會評估並確保服務量能，也說會確實辦理，但修繕或興建完成要導入服務時，發現他們可能沒有那麼瞭解C據點要做到包括延緩失能等服務，當地志工人力可能也沒有想像的充足，少數是社區幹部及主事者的改變。

(四)至本案至雲林縣履勘時，據雲林縣政府查復稱衛福

部核定完成驗收但尚未開辦據點服務之原因包括：「社區發展協會暫無量能辦理C據點」、「志工人力不足」、「幹部及志工量能不足」、「該村里已有協會在他處設置C據點」等。另據雲林縣政府參加履勘座談之代表所稱，略以：

- 1、已經驗收完成但是還沒開辦的據點，多半是社照據點，應該說是C據點。B單位多數有潛在的廠商，也多已找好，拖比較久的B單位可能是內部的修繕，還在施工。斗南鎮的「靖興社區活動中心新建案」，想一次到位，又向縣府爭取了室內裝修的費用，裝修快要完成，目前已經先在其他地方做據點。
- 2、大埤鄉的「興安社區活動中心修繕案」、「怡然社區活動中心修繕案」及「聯美社區活動中心修繕案」都是小型的修繕工程，只有90-100萬元預算，修繕完畢後，社區都希望由他們自己做據點，但有量能、人力招募問題，一直延宕，社區一直講他們要自己做，縣府希望幫忙協調找社團進來，但是社區自主的意願很高，他們期待自己來做。其他要做日照、居服的案件是比較大的案件，都有潛在的服務對象，只是有一些裝修問題。
- 3、有潛在的經營團隊，會對空間的裝修給意見。B單位比較好，一完工就沒有營運的問題，雖然是照顧服務，但也有相當營利的性質；C據點本身幾乎以服務為主體，需要很多志工人力，雖然有照服員的補助，但目前大部分延遲比較久的案件是要做C據點使用。
- 4、「土庫鎮衛生所案」因為人力的問題，一直在媒合，但這部分B單位的建置是沒什麼問題的。
- 5、「古坑天主堂附設幼稚園增改建案」，稍微複雜

一點，所在土地原先就是天主教若瑟基金會的，因建築物要修繕，無償捐給雲林縣政府9年，前瞻計畫完成後，合約中指定由天主教若瑟基金會有意願辦理日間照顧。

6、未來於工程進行中，經營團隊先進來，我覺得是正確的，本來應該同時要找好後來要做的人，要什麼的裝潢，前面的人先做好，可以省下經費及時間，這部分要配合起來。

(五)整建長照衛福據點計畫之審查，係先由各縣市政府對提案單位提出之計畫書進行初審，於審核相關文件屬實後提報衛福部，衛福部再對提案單位所提計畫之可行性及實際需求進行審查。惟依衛福部接受本案詢問人員之說明，部分承作案件之社區基層組織並未有足夠量能可辦理C據點之服務，甚至未理解於接受補助後需依衛福部對C據點之規範每星期至少3天提供服務，僅係將前瞻基礎建設特別預算作為建物修繕之財源，惟部分據點未諳社區式服務而致規劃未臻完善，完成驗收後遲未開辦服務，徒增公帑支出，未達設施補助成效；另衛福部雖訂有實地督導訪視並協調解決困難的機制，但對於遲未開辦服務之據點，僅持續進行輔導，未依補助及評選作業要點第14點第5項規定，命無正當理由遲未提供服務者之縣市政府返還補助款<sup>6</sup>，促使未開辦服務之據點儘速辦理相關長照服務。

(六)綜上，截至111年12月底止，整建長照衛福據點第一、二期計畫已完成驗收尚未開辦據點服務仍有71件及47件，總計118件，扣除延續性而重複計算之案

---

<sup>6</sup> 衛福部111年6月22日以衛部顧字第1111961401號函，請各縣市政府若有未依據公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點第14點第5項規定，於1年內取得設立許可或依相關方案計畫規定提供服務者，至遲應於112年1月前提供服務；將請各直轄市(縣)政府返還補助款。

件24案，約有94件，占第一、二期計畫核定補助案件總數之12.23%，顯見仍有為數不少的據點於完工後遲未開辦服務，且第一、二期計畫均以臺南市、嘉義縣未開辦服務案件數較多，主要係因前述縣市當年提出計畫件數較多，將前瞻基礎建設特別預算作為建物修繕之財源，卻未確實盤點據點所在地區的長照服務量能，且當地社區基層組織未諳接受補助後需提供巷弄長照站的服務，致完成驗收後遲未開辦服務，顯見相關縣市政府於初審申請計畫時，對於計畫的可行性未能審慎把關。又，衛福部督導縣市政府處理據點遲未開辦服務之問題，並未貫徹獎懲及考核機制，促使縣市政府善盡職責強化執行效能，僅持續對地方政府進行輔導，或以實地訪查方式協助解決困難，或定期透過進度會議追蹤管理開辦情形，除造成中央、地方權責不清外，改善成效亦有限，復未能有效引導受補助單位積極籌劃與媒合服務人力，落實運用整建空間開辦各類長照據點，徒增公帑支出，又未達設施補助成效，應予檢討改進。

- 三、長照ABC之運作模式，因縣市政府期待能因地制宜，發展長照資源，外界亦建議辦理資格可以更具彈性，自107年起B、C單位不需與A單位簽訂合作意向書即可與縣市政府特約，A單位之主要角色轉換為專責擬定照顧計畫、整合照顧資源，且與B、C單位脫鉤，A、B、C單位已不再整合及銜接，提供整合性照顧服務之系統性功能未如預期；且巷弄長照站之設置悖離長照2.0對於就近照顧社區中衰弱老人、失能、失智症之定位及提供臨托服務功能，亦與長照體系之聯結不足，目前僅有與縣市政府特約之C+據點可提供喘息或臨托服務，但社照C由108年1,934處成長為111年2,834

處，增加約46.53%；同期間醫事C由370處成長為825處，增加1.23倍，其中C+據點數卻由237處不增反減至210處，且為數不少的鄉鎮並未設置C+據點提供喘息服務，顯未能達到長照2.0預期之目標。衛福部允應督同縣市政府檢討長照ABC之運作模式及C單位之定位及功能，建立並整合在地化長照服務輸送體系，增進民眾於社區中獲得長照整體照顧服務之可近性：

- (一)長照2.0於105年底開始試辦，以長期照顧十年計畫推動成果為基礎，擴大服務對象及擴增服務項目。該計畫為促使民眾獲得整合式服務，增進長照服務之可近性，發展以社區為基礎的「社區整體照顧服務體系（下稱長照ABC）」，透過培植「社區整合型服務中心（A級）」、擴充「複合型服務中心（B級）」及廣佈「巷弄長照站（C級）」，整合或發展在地化長照服務。基本理念係以「生活圈」為概念，建構失能長者於住家一定車程內的距離內可獲得之長期照顧、醫療等各項服務之整合性照顧體系。具體之規劃機制，係由A單位建立在地化服務輸送體系，整合與銜接B單位及C據點之資源，當有長者或家屬提出長照需求後，由縣市政府長期照顧管理中心（下稱照管中心）之照顧管理專員針對個案進行評估並核定失能等級，A單位之個案管理師（下稱A個管）擬定照顧計畫，媒合社區中B單位及C據點提供服務，再透過社區巡迴車與隨車照服員定時接送，串聯A-B-C級之服務，以建構失能長者在住家車程30分鐘以內的活動範圍內能「結合醫療、介護、住宅、預防，以及生活支援」等各項服務一體化之照顧體系。
- (二)長照ABC於105年底試辦及106年推動之初，衛福部期透過地方政府發揮行政統籌效能，於資源豐沛地

區試辦A-B-C模式，整合區域內長照資源，當時ABC單位須以組隊形式申請，由A單位整合區域內B單位、C據點，並協調及確保各單位間有明確合作機制，且以合作意向書作為促進合作之措施；至於資源不足地區則試辦B-C模式，發展在地長照服務資源。衛福部前於105年10月28日公布9鄉鎮市區通過長照ABC照顧計畫之審查，包括：臺北市萬華區、新北市新莊區、嘉義市西區、雲林縣斗六市及林內鄉、南投縣埔里鄉及國姓鄉、嘉義縣民雄鄉及溪口鄉、桃園市復興區、花蓮縣卓溪鄉及玉里鎮、臺東縣金峰鄉，上述地區自105年11月起開始推動社區整體照顧模式。

(三)長照ABC中的C據點（巷弄長照站）為社區長照服務資源之基石，衛福部為落實在地安老政策目標，鼓勵地方政府結合社區基層組織投入辦理巷弄長照站。巷弄長照站由長照服務提供單位設置，長照2.0計畫賦予其之服務功能為「提供具近便性的照顧服務及喘息服務」及「向前延伸強化社區初級預防功能」，服務對象為社區中衰弱老人、失能、失智症者，服務內容則包括：短時數照顧服務或喘息服務（臨托服務）；營養餐飲服務（共餐或送餐）；預防失能或延緩失能惡化服務；就近提供可促進社會參與之活動等。巷弄長照站相較於當時已在鄰里中廣設之社區照顧關懷據點（下稱關懷據點），主要於服務內容增加了喘息服務及預防失能或延緩失能惡化服務。長照2.0亦以每3個村里設置1處巷弄長照站進行規劃，以提供每周5天、每天至少6小時的臨托、餐飲，預防或延緩失能服務，並發揮喘息的功能<sup>7</sup>。

---

<sup>7</sup> 詳社會及家庭署106年7月21日「巷弄長照站 社區中的長照好厝邊」新聞稿，參見社家署網

(四)惟長照ABC推動後，縣市政府期待能因地制宜發展長照資源，外界則建議長照ABC辦理資格可以更具彈性<sup>8</sup>。衛福部於蒐整各方意見後，於107年開始採行下列作為：

1、地方政府可因地制宜規劃佈建長照ABC資源：

推動初期，長照ABC係由中央審查核定，改由地方政府可因地制宜規劃及設定目標，以同鄉鎮市區或跨區方式推動，長照ABC除組團提案外，亦可個別申請，ABC單位得免簽署合作意向書，不再須以組隊形式申請。

2、長照ABC改依功能角色分工：

彈性放寬長照ABC辦理資格，加速佈建服務網絡，並讓A單位可更加落實個案管理角色，依民眾需求連結多元長照服務。

(五)長照ABC自107年起改由地方政府規劃佈建，ABC單位免簽署合作意向書，且具有量能之C據點得依《直轄市、縣(市)政府辦理長期照顧特約及費用支付作業要點》向地方政府申請特約喘息服務成為C+單位。兩者之區別為：巷弄長照站之服務對象為一般年滿65歲以上民眾及領有手冊/證明之身心障礙者，服務內容為：提供社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務、諮詢服務；至於C+單位之服務對象則為經照管中心評估需提供長照服務者，服務內容除前述C單位提供之服務內容外，尚需提供喘息服務(臨時托顧)。

(六)長照ABC推動以來，衛福部主責之巷弄長照站據點數自441處成長為3,659處，增加約7.30倍。原住民族委員會(下稱原民會)主責之文化健康站(下稱

---

頁，網址為：<https://dep.mohw.gov.tw/DOLTC/cp-4170-36894-123.html>

<sup>8</sup>另台灣福利聯盟、立法委員吳玉琴國會辦公室再於109年6月23日、7月14日以及7月28日舉辦3場「長照2.0全盤檢討系列公聽會」，並作成「長照2.0通盤檢討系列公聽會總結報告」。



文健站)由169處成長為481處，增加約1.85倍。至於可提供喘息服務之C+單位據點數，108年237處、109年253處、110年189處及111年210處，分別占巷弄長照站(C據點及C+據點)總數之10.29%、8.85%、5.57%及5.74%，相較於社照C(指醫事機構、長照服務機構以外之團體、組織設置之巷弄長照站)由108年1,934處成長為2,834處，增加約46.53%；同期間醫事C(指醫事機構、長照服務機構設置之巷弄長照站)由370處成長為825處，增加1.23倍，C+據點數111年與108年相較，不增反減(如表1)。至於使用巷弄長照站喘息服務人次於109年達高峰，為96,771人次，大致而言，失能等級輕者較失能等級重者較常使用巷弄長照站之喘息服務，但仍有失能等級第7、8級以上者，使用巷弄長照站喘息服務之情形。(如表2)。

表1、衛福部主責之C據點分類及數量

單位：處

分類 年度	合計	類別		具喘息服務量能	
		社照C	醫事C	C+據點	非C+據點
106	441				
107	1,064				
108	2,304	1,934	370	237	2,067
109	2,858	2,317	541	253	2,605
110	3,395	2,655	740	189	3,206
111	3,659	2,834	825	210	3,449

1.資料來源：衛生福利部112年3月31日衛部顧字第1121960894號函提供照顧服務管理資訊平台資料

2.108年以前無社照C及醫事C據點之區分。

3.社照C及醫事C之統計，均包含C+據點。

表2、使用巷弄長照站喘息服務人次及失能等級一覽表

單位：人次

年度	第2級	第3級	第4級	第5級	第6級	第7級	第8級	總計
106	-	-	-		-	-	-	-
107	3,655	3,126	2,613	1,522	1,012	302	88	12,138

108	15,436	11,917	13,012	7,563	6,800	1,898	739	57,365
109	25,924	23,974	24,654	10,887	7,514	2,649	1,109	96,711
110	14,715	16,409	15,598	5,895	4,297	1,573	238	58,725
111	21,397	15,889	13,561	5,535	4,401	2,363	440	63,586

1.資料來源：衛生福利部112年3月31日衛部顧字第1121960894號函提供照顧服務管理資訊平台資料

2.106年無區分各類喘息服務。

(七)B單位及C據點自107年起，不需與A單位簽訂合作意向書，即可個別申請設立，A、B、C各單位間已不需有明確之合作機制，A單位即難以整合與銜接B單位及C單位之資源，且所提供之服務亦不再串聯，長照ABC之運作模式已與長照2.0計畫原先之規劃設計截然不同，縱有照顧功能，但難以整合或發展在地化長照服務，原本預期使失能長者於住家一定車程內的距離內，建構長期照顧、醫療等各項服務之社區整體照顧體系已然裂解與脫鉤，此有本案諮詢學者提出之下列意見可佐：

- 1、長照ABC當初很重要的是建立在地照顧服務輸送體系，由A單位整合與銜接B及C單位，且A級單位申請計畫時，要結合B單位、C據點一起提出計畫書並同時獲得同意補助。
- 2、原先規劃1個A單位與2個B單位及4個C據點整合（即1A-2B-4C），呈現金字塔型結構，愈接近民眾的基層單位愈多，希望C據點快速發展。長照2.0開始試辦時，C據點在照顧失能長輩的功能是不足的，需要透過A單位及B單位協助C據點進行個案討論及管理，或是C據點照服員之人力不足時，由B單位協助提供人力支援，因此，是由A、B、C單位串聯形成之長照ABC服務體系提供照顧服務。105年縣市提送計畫中，共9案、9鄉鎮整合A、B、C單位的計畫通過試辦，以社政單位為主體，許多社區進到體系來，A單位會去找B單

位、C據點。很可惜，試辦計畫做不到2年就拆解了ABC的體系，主要原因是認為C據點的佈建速度太慢。於107年授權地方政府負責，從此之後A單位與B單位已經沒關係，C據點則回到社政單位去做。

- 3、長照ABC的整體照顧服務體系要串連一起，要串連需要靠照顧管理制度，但目前A單位個管不知C據點有什麼功能。

(八)另長照2.0計畫規劃巷弄長照站之服務功能為「提供具近便性的照顧服務及喘息服務」及「向前延伸強化社區初級預防功能」，但目前臨托及喘息服務已非屬C單位應具備之基本功能，而由C+據點與縣市政府特約提供，巷弄長照站之定位與長照2.0原先之規劃已然不同，此亦有本案諮詢學者提出之下列意見可證：

- 1、C據點業務在中央原由衛福部長照司推動，107年之後改由社家署辦理，提供的不是長照服務，而是針對衰弱、亞健康的老人的服務，又回到社家署對關懷據點的管理方式。例如上、下午時段各要15個人。
- 2、C據點在長照2.0計畫中有其角色及功能，但現在這個角色、功能沒有達成，任由它發展，一開始透過C據點要社會互動、延緩老化及健康促進，以及臨托，希望在社區鄰里中有這樣的單位支持長照個案，但現在脫鉤了。
- 3、C據點既是長照單位，就要有長照單位的角色及功能，收案要符合長照2.0收案標準。長照2.0計畫當然可以滾動調整計畫內容，但無論如何修改，原規劃之功能還是需要存在，且要與照顧管理制度串連，不然就不是整合體系了，應該要檢

討C據點到底在長照體系中有什麼基本功能。

- 4、C據點需要做長照服務，但卻與A單位及B單位沒有聯繫，無法提供照顧服務。而原先關懷據點還有關懷服務功能，但申請成為C據點進入長照體系照顧失能及衰弱的人後，原先的關懷服務少了，實際上又無法提供長照的專業服務。現在C據點主要在辦課程，但課程不是長者需要的，且關懷據點的文化傳承、世代共融又不見了，服務內容也不夠多元，而且做C據點至少要有個案研討，但好像也都沒有做這件事。
- 5、C據點當初的好意是社區有個點，當照顧失能長輩的家屬或外籍護工臨時有事時，可以去臨托，有個地方可以讓失能長輩托顧，但現在都不做臨托的事情，全部都在做據點本來就做的健康促進活動，原本不需要花錢的事，現在都需要花錢了。

(九)長照ABC原係規劃以社區整體照顧模式提供整合性照顧服務，但自107年後，B單位、C據點不需與A單位簽訂合作意向書即可與地方政府特約，A單位之主要角色轉換為專責擬定照顧計畫、整合照顧資源，且與B單位、C據點脫鉤，A、B、C單位已不再整合及銜接，C據點之服務內容並未納入A個管服務連結項目，雖名為ABC體系，但實際上已經脫鉤，目前並無ABC的整合服務模式存在，與行政院核定之長照2.0計畫全然不同，社區整體照顧體系已然裂解。另巷弄長照站目前主要服務對象為健康、亞健康老人，而非經長照需要等級（CMS）評估後收案的長照失能對象，原先規劃巷弄長照站在個案居住鄰里中提供喘息或臨托等服務，目前僅有與縣市政府特約之C+據點可提供是項服務，但國內仍有為數不少的鄉鎮並未有C+據點之設置，完全沒有巷弄長

照站可以提供喘息服務，縱有使用，使用率亦低，多數巷弄長照站尚未能落實長照2.0計畫所定就近照顧社區中衰弱老人、失能、失智症之定位及提供臨托服務功能之規劃目標，亦與長照體系之聯結不足。

(十) 綜上，長照ABC之運作模式，因縣市政府期待能因地制宜，發展長照資源，外界亦建議辦理資格可以更具彈性，自107年起B、C單位不需與A單位簽訂合作意向書即可與縣市政府特約，A單位之主要角色轉換為專責擬定照顧計畫、整合照顧資源，且與B、C單位脫鉤，A、B、C單位已不再整合及銜接，提供整合性照顧服務之系統性功能未如預期；且巷弄長照站之設置悖離長照2.0對於就近照顧社區中衰弱老人、失能、失智症之定位及提供臨托服務功能，亦與長照體系之聯結不足，目前僅有與縣市政府特約之C+據點可提供喘息或臨托服務，但社照C由108年1,934處成長為111年2,834處，增加約46.53%；同期間醫事C由370處成長為825處，增加1.23倍，其中C+據點數卻由237處不增反減至210處，且為數不少的鄉鎮並未設置C+據點提供喘息服務，顯未能達到長照2.0預期之目標。衛福部允應督同縣市政府檢討長照ABC之運作模式及C單位之定位及功能，建立並整合在地化長照服務輸送體系，增進民眾於社區中獲得長照整體照顧服務之可近性。

四、長照2.0實施後，至111年12月底，衛福部主責之巷弄長照站數量由106年441處雖大幅成長至111年3,659處，增加約7.30倍。但衛福部以獎助方式鼓勵關懷據點申請設置之巷弄長照站，多數無足夠之量能提供臨托服務，亦未能提供固定據點外的外展服務，相較於

過去關懷據點以最少經費達到最大之效果，長照基金每年獎補助每處巷弄長照站48.5萬元至147.55萬元之費用，雖挹注相當之經費，卻未必能達成預期效果，反而破壞關懷據點經由社區互助、自主運作，提供在地長者需求服務之互助精神；又醫事C與社區其他長照單位或社區組織沒有關聯，失智照顧據點復排除非失智者利用，相關之規範及制度的設計，均與民眾日常生活及作息模式未盡相符，所提供之照顧服務難謂符合長者需求，應予檢討改進：

- (一)巷弄長照站主要提供者相當多元，包括立案之社會團體（含社區發展協會）、財團法人社會福利、宗教組織、文教等基金會、農漁會、文史團體等非營利組織、村（里）辦公處、醫事機構及長照服務機構等，目前巷弄長照站主要係以前述團體、基金會等成立之關懷據點申請設置。截至111年12月底，全國巷弄長照站計4,140處，其中衛福部主責之長照巷弄站3,659處（含825處醫事C、2,834處社照C），原民會主責之文健站481處<sup>9</sup>。
- (二)關懷據點之普設，源於行政院於94年5月18日核定辦理之《建立社區照顧關懷據點實施計畫》，其目的係為促進社區老人身心健康，落實預防照顧普及化與社區化，推動落實「在地老化、健康老化」理念，期透過關懷據點及社區志工人力，提供長者「關懷訪視」、「電話問安諮詢及轉介」、「餐飲」及「健康促進活動」等4項服務，由在地人提供在地服務，建立社區自主運作模式，強化對長者的照顧。另政

---

<sup>9</sup> 截至111年12月底，國內佈建4,140處巷弄長照站（含文化健康站），包括：衛福部主責之「社照C」2,834處、「醫事C」825處，原民會主責之文健站481處，至於社照C及醫事C中，與縣市政府特約「C+據點」計210處。另針對失智未失能須失智專業照顧者設置之失智據點535處，以及建置於巷弄長照站既有服務上，提供客家文化加值服務之「伯公照護站」418處，則不加計於巷弄長照站計算

府每年補助關懷據點運作所需經費，但補助經費固定且偏低，且不補助人事費。然長照ABC推動後，賦予關懷據點提供長照服務之使命，並以長照服務發展基金補助關懷據點「預防及延緩失能照護服務費用」及「巷弄長照站獎助費」。亦即關懷據點如設置巷弄長照站，應提供共餐服務、預防及延緩失能服務，至於設置巷弄長照站與否所獲補助之標準及金額有所差異，主要在於業務費及預防及延緩失能照護服務費用，其差異如表3。截至111年12月底，全國關懷據點4,799處，其中有2,834處申請成為巷弄長照站（如表4）。



表3、 關懷據點設置巷弄長照站所獲獎助金額差異

的	關懷據點	關懷據點設置巷弄長照站
服務功能	1.關懷訪視。 2.電話問安、諮詢及轉介服務。 3.餐飲服務。 4.健康促進活動。 5.社會參與。	1.除左列服務外，設置巷弄長照站者，並應提供共餐服務、預防及延緩失能照護服務。 2.具有服務量能之單位，可成為特約單位，提供喘息服務。
經費	1.設施設備費： (1)開辦設施設備費： 新設關懷據點最高獎助10萬元；離島地區最高獎助20萬元。 (2)充實設施設備費： 一般地區：營運滿3年始得申請，每年最高獎助5萬元，歷年累計達60萬元（含開辦設施設備費）時，不再獎助；離島地區第2年起得申請，歷年累計100萬元時，不再獎助。 2.業務費： (1)每週服務5個時段以下者，每月以1萬元計。 (2)每週服務6-9個時段者，每月以2萬元計。 (3)每週服務10個時段者，每月以新臺幣3萬元計。 3.專職人員服務費： 獎助社會工作人員或照顧服務員1名，每人每年最高獎助13.5月（含年終獎金1.5個月）。 (1)專業服務費： 依社家署推展社會福利補助經費申請補助項目	非原住民族及離島地區之巷弄長照站按其開辦時段獎助48.5萬至147.55萬不等之經費。 1.開辦或充實設施設備費 (1)新設立最高獎助10萬元；離島地區最高獎助20萬元開辦設施設備費。 (2)營運滿3年，每年最高獎助5萬元充實設施設備費。 2.巷弄長照站獎助費： (1)每週服務2-5個時段：每月獎助2萬元。 (2)每週服務6-9個時段：每月獎助4萬元。 (3)每週服務10個時段：每月獎助6萬元。 3.預防及延緩失能照護服務費用： (1)每期（12週）獎助業務費3萬6千元。 (2)每年最高獎助10萬8千元。 4.志工相關費用：每年最高3萬元、山地、離島及偏遠地區3萬5千元



的	關懷據點	關懷據點設置巷弄長照站
	及基準有關專業服務費相關規定辦理。 (2)照顧服務員服務費： 每人每月獎助3萬3千元。 4.志工相關費用： 每年最高獎助3萬元； 原住民族地區、離島地區及 長照偏遠地區 每年最高補助3萬5千元。	

註：本表係本案參考「長照服務發展基金 112 年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準」製作。

**表4、社區關懷照顧據點設置並投入C單位服務情形**

年度	關懷據點數	關懷照顧據點申請成為C級單位數
106	2,388	243
107	3,294	673
108	3,954	1,934
109	4,305	2,317
110	4,610	2,655
111	4,799	2,834

1.資料來源：衛生福利部112年3月31日衛部顧字第1121960894號函復附件。

2.關懷據點數包含申請設置巷弄長照站之關懷據點數。

(三)非原住民族及離島地區之巷弄長照站按其開辦時段獎助48.5萬至147.55萬不等之經費，補助標準及金額如下：

1、開辦或充實設施設備費：

(1)新設立之據點最高獎助10萬元；離島地區最高獎助20萬元開辦設施設備費。

(2)營運滿3年之據點，每年最高獎助5萬元充實設施設備費。

2、業務費，係依服務時段獎助，每時段至少3小時：

(1)每週開放2至5個時段之據點：每月獎助2萬元。

(2)每週開放6至9個時段之據點：每月獎助4萬元。

(3) 每週開放10個時段之據點：每月獎助6萬元。

3、預防及延緩失能照護計畫費用：

(1) 每期（12週）獎助3萬6,000元。

(2) 每據點每年最高獎助10萬8,000元。

4、志工相關費用：每年最高3萬元、山地、離島及偏遠地區3.5萬元。

(四) 衛福部自106年度起，開放補助醫事機構設置巷弄長照站，共同參與服務輸送與提供，使社區在原有照顧基礎上，深化服務內容並整合照顧資源，讓民眾得以在其熟悉之社區場域獲得多元且連續性的服務。目前醫事C辦理單位包含長照服務機構、醫院、診所、衛生所、護理機構、物理治療所、職能治療所等。醫事C據點數自108年370站增加至111年825處，成長為2.3倍。

(五) 另衛福部為提升失智症社區服務普及性，擴增失智症服務量能，推動早期介入以延緩失智（能）之進展，亦自106年起補助地方政府佈建失智社區服務據點（下稱失智據點），提供失智家庭相關服務，包括：失智者認知促進、緩和失智服務，以及照顧者照顧訓練及照顧者支持團體等服務。

(六) 本案諮詢專家對於衛福部主責之巷弄長照站及失智據點之運作情形，提出下列意見：

1、長照2.0實施後，衛福部以獎助方式鼓勵關懷據點擴大服務內容申請成為C據點，部分關懷據點成為C據點後可獲得較佳之政府獎助，但卻無足夠之服務量能。以獎助引導服務發展的作法，恐使原有的社區的互助精神瓦解，而無足夠量能的C據點回頭做關懷據點，又似乎意謂該據點比較沒有能力，使關懷據點進退失據。

2、C據點與關懷據點主要之區隔方式在服務時段及

服務人數。C據點之獎助經費來自長照基金，健康老人亦可至C據點，但衰弱、失能或失智者才能夠算個案，C據點每日上、下午一定要各有15個輕度失能、亞健康或衰弱老人到據點，才能補助人事費，與社區常民的生活是不一致的。

- 3、關懷據點各項服務之提供，主要以社區內之志工人力來運作，申請成為C據點，雖可獲得照服員人力獎助，但照服員原先接受的是居家照顧服務的訓練，在C據點的照服員則要寫方案、設計活動、與社區經營關係，在此方面的專業能力恐不足。
- 4、近年來，藥局、衛生所、診所、醫院、治療所等醫事單位投入C據點服務（統稱醫事C），部分選擇在原醫院、衛生所與藥局內設置。醫事C具備專業之服務，但它與其他長照單位或社區組織是沒有關聯的。
- 5、失智症應該在社區中獲得照顧服務，但目前部分治療所設立失智照顧據點，為其主要業務收入來源，且1年僅服務5-8人，可獲補助約1百多萬元。建議原有的C據點要增加照顧失智者的能力，而失智照顧據點也要開放讓一般民眾進來。
- 6、現在補助與列管機制不同，以中風後失能者為例，失能前在關懷據點活動，失能後不能回到原據點，而需要去C據點。C據點應能讓失能者與失智者共融，也應讓失能者與一般老人共融，現行各類服務對象各自去各自所屬的據點，不符合常民生活。
- 7、關懷據點每周服務4個上、下午時段，但C據點增加至10個時段，亦即星期一至五每天上、下午均有課程，部分長者有午睡習慣，對於下午之活動

無參加興趣，故不符合C據點規範之條件。C據點的發展遇到瓶頸，因為制度設計與常民生活已經不一樣，如果要申請為C據點，就要符合每日上、下午服務15個失能個案的規範，這些要求也破壞了伯公站、銀髮健康俱樂部的運作模式。

- 8、C據點或關懷據點之設置要更加常民化，廟宇前面的涼亭就可以成為據點，成為社區生活的一部分，對C據點過多的設置規範，改變了關懷據點的樣態，反而不好。

(七)從衛福部之詢問查復及本案諮詢專家之意見，可知：

- 1、長照2.0實施以前，關懷據點經由社區自主運作讓長照資源在地發展並與社區共融共存，以社區互助為基礎，透過社區志工人力，及運用社區非正式資源，促進長者參與社會，在地長者也彼此扶持，由在地人在日常生活中以貼近居民生活之方式，提供在地需求的服務。然而，長照2.0實施後，衛福部以獎助方式鼓勵關懷據點申請成為巷弄長照站，但實施以來，巷弄長照站與關懷據點主要之區隔方式在服務時段及服務人數不同，且多數巷弄長照站無足夠之量能提供臨托服務，為獲得更高之獎助而規劃之服務內容，未必符合社區之需求，亦使原有的社區互助精神瓦解。
- 2、關懷據點是日常生活的延伸，各場所之設置係由承辦據點單位依其服務提供之可近性予以考量，多數於社區活動中心，亦有設置於教會、寺廟及村里集會或老人文康中心等社區中長輩聚集或交通容易到達的地點設置。然本案履勘時發現，雲林縣某長照衛福據點原先以提供日間照顧服務申請計畫補助，但完工驗收後未有團隊承辦據點，主要考量是當地長者可以聚集在特定地點

檢蔥、洗蔥、聊天，甚至因此有收入，沒有必要到固定的據點活動。

(八)國內社區力量充沛，關懷據點已奠定相當之社區互助基礎，在地長者彼此扶持互助，參與社區活動，於日常生活中落實社區共生互助的理念。然長者之照顧需求不同於其他人口群，其生活習慣和活動具有延續性，必須以在地化、人情化方式推展，更需注意掌握在地需求，因此，巷弄長照站之功能須回應各區域人口特性，「因地制宜」依不同地區長者需求提供服務。但長照2.0實施後，許多關懷據點轉型申請為C單位，卻無足夠之量能提供臨托服務，主要係透過增加服務時段獲得更多之獎助款，相較於過去關懷據點以最少經費達到最大之效果，長照基金每年獎補助每處巷弄長照站48.5萬元至147.55萬元之費用，已挹注相當之經費於巷弄長照站，卻未必能達成預期效果。甚者，長者有時需利用下午時段休息，現行關於服務時段的規範，使得未有足夠人數的長者於各時段均能參與活動，而不能申請補助；長者有時會聚集在特定地點從事臨時性工作，或地理上極短之距離恐即限制衰弱長者利用據點服務，現行於固定地點設立據點，而不提供外展服務，亦不著重由專業人員提出融入使用者生活方式的照顧服務方案，與常民日常作息之生活模式未盡相符，獲得之照顧服務即難切中在地需求。

(九)另衛生所、診所、醫院等投入C單位服務之醫事單位，部分仍選擇在原機構內設置，由民眾進入醫院或診所參與活動，而非由醫事單位進入社區提供服務，且與其他長照單位或社區組織沒有關聯，雖以專業服務取勝，卻未必能提供符合地區長者的生活照顧服務；又國內失智症者多數生活於社區內，確

診後仍希望維持診斷前之生活方式，能生活於社區並融合於社區，避免孤立或隔離於社區之外，且不受污名化及歧視，但失智照顧據點排除一般失能長者利用，失智者於診斷失智後需離開確診前使用之據點，亦未必符合其需求。

- (十) 綜上，長照2.0實施後至111年12月底，衛福部主責之巷弄長照站數量由106年441處大幅成長至111年3,659處，增加約7.30倍。但衛福部以獎助方式鼓勵關懷據點申請設置之巷弄長照站，多數無足夠之量能提供臨托服務，亦未能提供固定據點外的外展服務。相較於過去關懷據點以最少經費達到最大之效果，長照基金每年獎補助每處巷弄長照站48.5萬元至147.55萬元之費用，雖挹注相當之經費，卻未必能達成預期效果，反而破壞關懷據點經由社區互助、自主運作，提供在地長者需求服務之互助精神；又醫事C與社區其他長照單位或社區組織沒有關聯，失智照顧據點復排除非失智者利用，相關之規範及制度的設計，均與民眾日常之生活及作息模式未盡相符，所提供之照顧服務難謂符合長者需求，應予檢討改進。

- 五、巷弄長照站、文化健康站及伯公照護站、關懷據點，都期能運用就近於社區之特性，提供長者需要的照顧服務，設立目標一致，服務內容及對象差異不大，但因主管權責部會不同，使用各自名稱，民眾不易區分其間差異，時有混亂情形；另依相關部會之規範，為特定族群或地區提供加值服務活動即各自設立據點，未予整合，使得社區老人照顧政策之落實，各行其是，未達一致性目標；且有些據點承接不同方案，接受多個政府機關之獎補助，而非以融入服務方案的方式，對社區長者提供具備文化特色之加值服務，致

資源重疊有浪費之虞，也易衍生服務成本過高之警議。爰衛福部允應鼓勵各類型巷弄長照站增能發展，具備提供不同服務對象或加值服務之量能，使社區長者充分融合及參與社區，並避免資源浪費情事：

- (一)長照2.0計畫規劃每3個村里至少設置1處C據點，按中華民國行政區域及村里代碼，我國105年間約7,500多個村里數，爰以設置2,529處C據點為目標值。現行長照體系之規劃、執行與提供係由地方主管機關掌理，衛福部為協助地方政府建立長照服務體系，以長照服務發展基金補助地方政府辦理長照2.0整合型計畫，地方政府須於前一年度進行需求盤點，研擬區域資源發展目標策略，並以尚無巷弄長照站之村里優先設置，自行設定年度佈建目標值。截至111年底，巷弄長照站計3,659處、文化健康站481處，另有伯公照護站418處（如表5）。

表5、國內巷弄長照站分類與數量

單位：處

年度	衛福部主責			文健站	總計
	社照C	醫事C	小計		
106	-	-	441	169	610
107	-	-	1,064	248	1,312
108	1,934	370	2,304	314	2,618
109	2,317	541	2,858	433	3,291
110	2,655	740	3,395	429	3,824
111	2,834	825	3,659	481	4,140

註：

- 1.資料來源：衛生福利部112年3月31日衛部顧字第1121960894號復彙整原住民族委員會、客家委員會及縣市政府回報資料
- 2.108年以前無社照C及醫事C據點之區分。

- (二)原民會自95年訂頒「推展原住民族部落老人日間關懷站實施計畫」，結合部落、宗教組織的人力、物力等資源提供原住民族長者預防性、關懷性及連續性

之照顧服務。自104年起將部落老人日間關懷站更名為文化健康站（下稱文健站），以強調文健站同時具有文化傳承與健康照顧之精神。長照2.0計畫將原住民族長期照顧納入專章，並自106年下半年起由長照基金挹注經費。文健站的佈建數，由105年121站，增加至110年的429站，目前之服務項目，主要為組成專業工作小組，辦理簡易健康照顧服務<sup>10</sup>、延緩老化失能活動<sup>11</sup>、營養餐飲服務（共餐或送餐）、電話問安及居家關懷服務及生活與照顧諮詢服務。至其服務時段係依在地照顧需求擇以3日或5日開站，另開站時間原則自每日上午8時至下午4時（開站8小時）。

（三）客家委員會（下稱客委會）亦推動「伯公照護站」，係建置於C據點暨有服務上，提供客家文化增值服務，亦即以「巷弄長照站」為基礎，健康或亞健康之客庄銀髮族為服務主體，針對高齡化嚴重、長期照顧及醫療資源貧乏之客庄，具備客家文化增值服務資格條件，媒合協助專業醫療增值服務及客家文化促進活動，結合衛福部及地方政府資源，善用客庄換工及伯公信仰文化的特殊性，期在全國一致性的長期照顧服務下，兼顧客家地區之差異性，使資源不足之客庄，得以獲得政府因地制宜之照顧服務。

（四）另行政院農業委員會之綠色照顧計畫屬農漁會專案輔導計畫，而農漁會屬社團法人，依據業務性質，可申請對應部會之相關計畫，亦符合衛福部長照服務發展基金一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準，得申請社區照顧關懷據點並設置巷弄長照

---

<sup>10</sup> 包括：陪伴服務、基本日常照顧、測量生命徵象、健康促進、文康休閒活動等。

<sup>11</sup> 包括：活力健康操、肌力與體能訓練、文化藝術課程、心靈課程、文化音樂活化腦力等。



站。又衛福部國民健康署之銀髮健身俱樂部之執行單位包含依法設立、登記或立案之法人、公司、學校、機構（團體）及政府機關（構），設置場域包含社區據點（如巷弄長照站、失智據點、社區關懷據點、長者健康促進站、文化健康站或其他場所），爰銀髮健身俱樂部執行單位得視其資格條件，得於未重複設置巷弄長照站之區域，向地方政府提出申請。

(五)巷弄長照站、文化健康站與關懷據點，均期能運用就近於社區之特性，提供民眾服務，但其功能、任務、服務對象、補助標準不一，類型多有異同，服務對象、服務項目、經費來源及主管機關之比較如表6：

表6、有關C級「巷弄長照站」、「文化健康站」及「伯公照護站」服務對象、服務項目、經費來源及主管機關之比較

類型 項目	巷弄長照站	文化健康站	伯公照護站
服務對象	健康、亞健康、衰弱及輕度失能失智者	55歲以上健康、亞健康、衰弱原住民長者、輕度失能長者	健康或亞健康之客庄長者
服務內容	1.健康促進。 2.共餐服務。 3.預防及延緩失能服務。 4.就近提供社會參與之場域。 5.電話問安或關懷訪視（擇一辦理） ※具有服務量能者，可增值辦理喘息服務（C+）。	1.簡易健康照顧服務。 2.延緩老化失能活動。 3.營養餐飲服務（共餐或送餐）、電話問安及居家關懷服務、生活與照顧諮詢服務。 4.量能提升服務（僅補助原住民族地區文健站）。 5.運用志工及連結、轉介服務。	1.文化增值服務。 2.服務增值服務。 3.輔導增值服務

服務 時段	依據C據點所處社區需求及執行單位服務量能得開放2至10以上時段，每一時段以半天計。	依在地照顧需求擇以3日或5日開站，另開站時間原則自每日上午8時至下午4時（開站8小時），且應排除星期日，如有特殊狀況請於提案計畫書及函文說明。	依C級巷弄長照站每週開站時段。
經費 來源	長照基金	長照基金	客委會經費
主管 機關	衛福部	原民會	客委會

(六)依本案諮詢專家之說明，各類巷弄長照站實際推動情形，如下：

- 1、巷弄長照站與中央各部會推展的社區關懷據點、失智照顧據點、文健站、伯公站、綠色照顧站，以及未來試辦的銀髮健康俱樂部等，提供延緩失能活動與健康促進等類似服務，且服務對象目前差異不大，甚至同個據點承接不同方案，接受多個政府機關之獎補助，但民眾不易區分其間差異。各據點彼此間應互相增能，再將業務整合，C據點原則不宜新設，而應以現有據點增能為主。以失智照顧據點為例，失智症應該在社區中獲得照顧服務，但目前部分治療所設立失智照顧據點，為其主要業務收入來源，且1年僅服務5-8人，可獲補助約1百多萬元。建議原有的C據點要增加照顧失智者的能力，而失智照顧據點也要開放讓一般民眾進來。另外，都會的文健站遲早要走向共融，原住民、非原住民都可使用。
- 2、過去關懷據點是於3個村設置1個據點，但文健站是1個部落設1個站，目前已設480多站，全國有700多部落。長照基金每年補助1個點約200萬

元，1年補助文健站約12億元，但沒有照顧幾個長照個案，每站只照顧15-20個老人，服務成本過高。

(七)從衛福部之詢問查復及本案諮詢專家之說明，可知：

- 1、巷弄長照站、文化健康站及伯公照護站均係提供社區長輩及預防老化之服務據點，但所在區域及服務對象各有其特殊性，甚至同個據點承接不同方案，接受不同政府機關之獎補助，但民眾不易區分其間差異，且目前各類據點的管理單位不同，地方政府無法實際檢核巷弄長照站在預防與延緩失能方案的服務效益。
- 2、各類型之據點間應互相增能，整合各項生活相關服務，使各類據點成為開放服務場域，社區內之服務對象能共融共存，失能、失智之長者可以在社區最為熟悉的據點獲得照顧服務，亦能與一般民眾共融。

(八)綜上，巷弄長照站、文化健康站及伯公照護站、關懷據點，都期能運用就近於社區之特性，提供長者需要的照顧服務，設立目標一致，服務內容及對象差異不大，但因主管權責部會不同，使用各自名稱，民眾不易區分其間差異，時有混亂情形；另依相關部會之規範，為特定族群或地區提供增值服務活動即各自設立據點，未予整合，使得社區老人照顧政策之落實，各行其是，未達一致性目標；且有些據點承接不同方案，接受多個政府機關之獎補助，而非以融入服務方案的方式，對社區長者提供具備文化特色之增值服務，致資源重疊有浪費之虞，也易衍生服務成本過高之訾議。爰衛福部允應鼓勵各類型巷弄長照站增能發展，具備提供不同服務對象或增值服務之量能，使社區長者充分融合及

參與社區，並避免資源浪費情事：

參、處理辦法：

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

調查委員：蘇麗瓊  
林郁容  
葉大華