

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：內政部、行政院衛生署。

貳、案由：內政部及行政院衛生署自97年起實施我國長期照顧十年計畫，其推動過程核有多項違失，導致執行成效不彰，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

社會福利政策係我國的基本國策之一，國家興辦社會福利之目的在於保障國民之基本生存、家庭之和諧、社會之互助團結、人力品質之提升、經濟資本之累積，以及民主政治之穩定，期使國民生活安定、健康、尊嚴。按民國（下同）93年2月13日行政院修正核定之「社會福利政策綱領」，即明確揭示：「社會福利體系應落實在地服務之原則，亦即兒童、少年、身心障礙者、老人均以在家庭中受到照顧與保護為優先原則，機構式照顧乃是在考量上述人口群的最佳利益之下的補救措施；各項服務之提供應以在地化、社區化、人性化、切合被服務者之個別需求為原則」¹，合先敘明。

人口老化已為當今世界各先進國家均須面臨之問題與挑戰，我國亦是如此，老年人口比率已從82年之7.1%成長至100年之10.9%，預計於106年達14.0%，邁入高齡社會。隨著老年人口之快速成長，除健康與醫療服務需求提升外，亦需多元普及之長期照顧服務。查行政院為因應人口快速老化及長期照顧需求人口數快速增加，爰於96年4月核定「我國長期照顧十年計畫」（以下簡稱長照計畫），並責成內政部及衛生署主政，其所涵蓋之服務項目係以協助日常生活活動服務為主，即所謂「照顧

¹ 101年1月9日行政院再次修正核定之「社會福利政策綱領」亦明確揭示如上之原則。

服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧；另為維持或改善服務對象之身心功能，亦將居家護理、居家及社區復健納入。其次，為增進失能者在家中自主活動之能力，長照計畫另提供輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務，並以喘息服務支持家庭照顧者。由於該計畫係針對日常生活需他人協助照顧之失能長者，故以服務提供為主，補助服務使用者為原則。惟據審計部98年度中央政府總決算審核報告顯示，長照計畫推廣成效待加強，居家服務、日間照顧、交通接送等多項服務未能均衡分布，且98年度內政部預算執行率僅53.17%，核屬偏低等情。案經本院內政及少數民族委員會決議，推派委員調查竣事，茲將內政部及行政院衛生署所涉違失臚陳如次：

一、內政部及衛生署推估97及98年度使用長照服務之需求人數未切合實際，預算編列過高，致該2年度預算執行率均為偏低，實有疏失：

(一)查長照計畫經行政院於96年4月核定，自97年4月起開始實施，其中內政部係主責照顧服務（含居家服務、日間照顧、家庭托顧）、交通接送、老人營養餐飲等服務，並試辦失智老人團體家屋²；衛生署則係協助各地方政府建立照顧管理制度、輔導各縣市設置長期照顧管理中心（下稱長照管理中心），並負責居家護理、居家及社區復健、喘息服務等三項長照服務（下稱衛政三項服務）。內政部為執行其主責之服務項目，97及98年度預算分別編列22億4,285萬餘元及25億4,821萬餘元；衛生署該2年度預算則各編列6,810萬元，補助各地方政府辦理民眾使用長照衛政三項服務。至於上開預算編列之評

² 內政部為加強失智症老人照顧服務，於96年7月2日函頒「失智症老人團體家屋試辦計畫」，以提供失智症老人一種小規模、生活環境家庭化及照顧服務個別化的服務模式。

估依據及指標，該2機關均自承係有參酌長期照顧需求人口數云云。

(二)惟據內政部及衛生署查復資料顯示，97及98年度推估使用照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）者計有3萬7,038及4萬2,038人，居家護理為1,284人及1,422人，居家及社區復健為9,432人及9,740人，喘息服務為3,682人及5,282人（詳見表1），均有逐年成長之情形，惟僅老人營養餐飲及老人機構式照顧服務補助之推估使用人數，卻始終維持不變（推估老人營養餐飲服務使用人數均為9,176人，推估老人機構式照顧服務補助人數均為941人）；甚至部分長照服務項目之實際人數竟遠超過推估人數，如輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務項目，推估使用人數分別為2,476人、2,556人，惟實際使用人數卻達2,734人、4,184人，顯見推估未盡確實。再查，97及98年度多項長照服務使用人數偏低，以照顧服務（居家服務、日間照顧及家庭托顧）為例，實際使用人數分別計有2萬2,645人及2萬2,646人，僅達推估人數（3萬7,038人及4萬2,038人）之61.1%及53.9%；復交通接送服務使用人數達推估人數之33.6%及76.3%；又，該2年度居家及社區復健服務之實際使用人數僅達推估人數之18.7%及56.7%，致使內政部97及98年度預算執行率僅達50.9%及54.7%，衛生署則分別為20.3%及52.4%，均屬偏低。足見長照計畫或因開辦初期，相關宣導及服務資源猶待推廣與建立，惟內政部及衛生署對於各項長照服務使用需求人數之推估，未能切合實際，導致預算編列過高，乃是造成執行率偏低之主要因素。

表1、97至99年度各項長照服務推估與實際使用人數 單位：人；人次

項目		97年		98年		99年	
		推估	實際	推估	實際	推估	實際
內政部	居家服務	33,724	22,305	37,600	22,017	41,346	27,800
	日間照顧(含失智症日間照顧中心)	2,954	339	3,598	618	4,251	785
	家庭托顧	360	1	840	11	1,440	35
	輔具購買租借及居家無障礙環境改善	2,476	2,734	2,556	4,184	2,637	6,112
	老人營養餐飲	9,176	5,356	9,176	4,695	9,176	5,267
	交通接送	21,548	7,232	24,483	18,685	27,417	21,916
	老人機構式照顧服務補助	941	1,875	941	2,370	941	2,405
	合計(人次)	71,179	39,842	79,194	52,580	87,208	64,320
衛生署	居家護理	1,284	1,690	1,422	5,249	1,560	9,443
	居家及社區復健	9,432	1,765	9,740	5,523	10,047	9,511
	喘息服務	3,682	2,250	5,282	6,351	6,881	9,267
	合計(人次)	14,398	5,705	16,444	17,123	18,488	28,221
總計(人次)		85,577	45,392	95,638	69,703	105,696	92,541

備註：

- 1、各年度之居家服務、日間照顧、失智症日間照顧、家庭托顧、老人營養餐飲、長期照顧機構，其實際服務人數係指該年度12月底現有服務個案人數。
- 2、由於失能者並非每個月均會使用交通接送、輔具購租及居家無障礙環境改善，故各年度該等項目之服務人數係指該年度1至12月期間所服務對象之合計。
- 3、失能者經需求評估後可能使用多項服務，例如：民眾可能使用照顧服務、營養餐飲及交通接送。但99年度以前之服務成果，係由各地方政府按月將各單位之服務量，傳送內政部彙辦，尚非按個別使用者之使用情形予以統計，以下均同。
- 4、居家護理服務成果資料不含每月另由健保提供最多2次之居家護理服務；另97至99各年度符合長照服務資格者，使用全民健保居家護理服務之人數分別為57,262人、61,155人、66,278人。
- 5、失能者經需求評估後可使用套裝之各項服務，舉例而言，部分民眾可能使用照顧服務、居家復健及交通接送服務，但計算總人數時並未處理，致使獲益人數偏高，以下均同。

資料來源：內政部、衛生署。

(三)此外，衛生署推估97及98年度居家護理服務使用人數分別為1,284人及1,422人，各年度並編列1,350

萬元補助各地方政府辦理該項服務，惟在該等年度實際使用人數（97年度為1,690人，98年度為5,249人）均遠遠超過推估人數之下，該項服務之預算執行率竟然僅達13.7%及45.5%。再從喘息服務觀之，97年實際使用人數（2,250人）達到推估人數（3,682人）之61.1%，惟該年度預算執行率卻僅達22.9%；又98年度實際使用人數（6,351人）已遠超過推估人數（5,282人），惟預算執行率卻僅達6成（詳見表2）。足證該署對於長照服務需求人數之推估，未能切合實際，且預算編列過高。

表2、97至99年內政部及衛生署主責服務項目之預算編列及執行概況

項 目	年度	97年度			98年			99年		
		預算數	執行數	執行率	預算數	執行數	執行率	預算數	執行數	執行率
內政部	居家服務	1,377,845	864,831	62.8	1,499,321	828,094	55.2	1,114,983	1,193,311	107.0
	日間照顧	174,006	14,161	8.1	191,404	47,999	25.1	85,500	81,696	95.6
	失智症老人日間照顧中心	11,602	0	0	12,761	4,880	38.2	8,550	8,538	99.9
	家庭托顧	8,116	226	2.8	8,927	8,968	100.5	4,275	5,942	139.0
	交通接送	350,761	12,018	3.4	259,750	47,315	18.2	95,000	74,819	78.8
	老人營養餐飲	33,293	16,484	49.5	36,621	21,472	58.6	24,700	25,371	102.7
	失智老人團體家屋	未編列	—	—	20,600	6,689	32.5	7,600	5,770	75.9
	社區關懷照顧據點	238,400	185,384	77.8	240,000	202,278	84.3	227,048	223,842	98.6
	中低收入老人裝置假牙補助	未編列	—	—	230,000	174,580	75.9	218,500	147,990	67.7
	初級預防老人文康休閒活動延緩老人失智	48,834	47,587	97.4	48,834	52,781	108.1	46,930	59,346	127.9
	合計	2,242,857	1,140,691	50.9	2,548,218	1,395,056	54.7	1,832,546	1,826,625	99.7
衛生署	居家護理	13,500	1,854	13.73	13,500	6,144	45.51	13,500	11,550	85.56
	居家及社區復建	19,000	3,807	20.04	19,000	8,054	42.39	19,000	14,338	75.46
	喘息服務	35,600	8,167	22.94	35,600	21,467	60.30	35,600	31,744	89.17
	合計	68,100	13,828	20.31	68,100	35,665	52.37	68,100	57,632	84.63

備註：

- 1、「輔具購買租借及居家無障礙環境改善」、「老人機構式照顧服務補助」及「老人營養餐飲服務」係由各地方政府自籌經費辦理，內政部未予補助；惟「老人營養餐飲服務」之民間單位所需專業服務費、志工交通費、辦公室租金費、充實廚房設施設備費等項，係由內政部提供補助（經常門補助80%、資本門補助70%）。
- 2、有關內政部補助各縣市政府辦理99年度長照計畫，原列補助經費計1,333,008千元，嗣因實際執行超出原列經費，爰由該部申請動支該部第一預備金及行政院第二預備金支應。

資料來源：內政部、衛生署

(四)綜上所述，由於長照計畫之經費主要來源係由政府按年編列公務預算支應，內政部及衛生署自應妥適評估需求，並按需求人數務實妥予編列預算。惟因內政部及衛生署推估97及98年度使用長照服務之需求人數未切合實際，預算編列過高，致該2年度預算執行率偏低，實有疏失。

二、長照計畫雖經多年規劃，惟內政部及衛生署於推動過程中卻欠缺配套措施，且宣導不足，致執行成效不彰，顯有疏失：

(一)查衛生署於87年10月即開始推動「老人長期照護三年計畫」（87至89年），該計畫之目標係以發展居家及社區式照護為主，機構式照護為輔，因此成為當時醫療單位推動長期照護政策之重要參考指標。前揭計畫結束後，該署於90年配合「醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫」，繼續推展長期照護（90至93年）。89年間跨部會之整合型計畫—「建構長期照護先導計畫」（89至91年），明定長照各項重要策略及方法，擴大各類服務體系之合作空間，以研議、宣導、溝通與推展長期照護相關資訊。前揭先導計畫進行之同時，為有效建立照顧服務管理機制、加強服務輸送系統，91年間行政院經濟建設委員會提出「照顧服務福利及產業發展方案」（91至96年），期能透過更確實之溝通及宣導，全

面提升照護服務品質、建立照護服務資源網絡，以保障長期照護服務使用者權益。

(二)94年間行政院核定「全人健康照護計畫」(94至97年)，其中有關長期照護資源之規劃與整合議題，即係延續前項計畫辦理。嗣為因應高齡與失能人口成長所帶來長期照顧需求之增加，行政院社會福利推動委員會於93年4月決議於該委員會下，另組成「長期照顧制度規劃小組」，進行長期照顧制度之規劃。此外，內政部為執行照顧服務福利及產業發展方案，因應失能老人及身心障礙者使用居家服務之需求，於94至96年辦理「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」。嗣長期照顧制度規劃小組於96年3月完成長照總結規劃報告，並提報96年3月14日行政院院會報告討論通過後，經行政院於同年4月3日核定為長照計畫，由內政部、衛生署及各地方政府據以執行。

(三)由上開過程可知，長照計畫核定實施之前，內政部及衛生署早有多項長照服務試辦方案，顯然我國長照政策發展至少超過10年，加以長照計畫自93年間即開始進行規劃，並參酌先進國家長照政策之實施經驗與發展趨勢，益見該計畫係未來長照全面推動上路之重要依據。惟內政部與衛生署於推動過程中，卻欠缺配套措施，且宣導不足，致執行成效不彰，茲分述如下：

1、97及98年執行情形：

(1)按長照計畫之推估，97及98年符合長照計畫服務對象之老年失能人口數分別為25萬3,899人、26萬2,570人，以失能老人居住於社區與機

構之比例87:13³推估，則97及98年居住於社區之失能老人分別有22萬892人、22萬8,435人。惟據衛生署查復資料顯示，97及98年度各縣市申請並經長照管理中心評估核定符合資格之收案人數分別為3萬6,444人及6萬8,479人，分別僅占居住於社區之失能老年人口數16.5%及30.0%，且該2年度收案人數中，分別有1萬3,043人及2萬3,289人並未接受長照服務，約占收案人數之3成左右（詳見表3），顯見內政部及衛生署宣導不足，且欠缺配套措施，致使用長照服務之人數偏低，民眾亦乏使用服務之意願。

- (2) 復據審計部審核意見略以，部分接受長照服務之對象係承接原有之「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務計畫」，惟轉入長照計畫後，民眾反映自付成本上升，部分地方政府亦反映使用者付費之觀念仍未被民眾接受，影響服務人數云云。且查長照計畫早已載明：「過去有免費時數與半自費時數可以使用，本規劃雖提高補助時數，但一般戶從第一個小時起就必須負擔自付額40%，民眾的使用行為可能有一段調整期。」惟內政部及衛生署明知上開情事，卻於推動過程中未能擬定相關配套措施，以逐步引導民眾接受使用者付費之觀念，並妥善銜接長照計畫之各項服務，導致民眾使用服務之意願不足。

³ 查長照計畫設定96至99年失能者住在社區之比率為87%，而87%之比率係該計畫根據94年機構式照顧服務床位數及65歲以上失能老人推估數，計算出失能老人使用機構式服務之比率為13%，其餘87%即為住在社區之失能老人，爰假設96至99年失能者住在社區之比率為87%，以估算我國未來長照服務規模。

表3、97至99年失能老年人口推估數、申請長照服務並經評估符合之收案數、經評估後接受及未接受服務之人數統計
單位：人數

年度別	符合長照計畫服務對象之推估人數(失能老年人數)	居住於社區之失能老年人口推估(備註)	各長照服務作業階段		
			收案人數	接受長照服務之人數	未使用長照服務之人數
97	253,899	220,892	36,444	23,401	13,043
98	262,570	228,435	68,479	45,190	23,289
99	270,324	235,181	41,220	28,779	12,441

備註：長照計畫設定96至99年失能者住在社區之比率為87%；又87%之比率係該計畫根據94年機構式照顧服務床位數及65歲以上失能老人推估數，計算失能老人使用機構服務之比率為13%，其餘87%即為住在社區之失能老人，爰假設96至99年失能者住在社區之比率為87%。

資料來源：依據內政部、衛生署提供之資料彙整製作。

2、99年度執行情形：

- (1)按長照計畫之規劃，居住於社區之失能老人(23萬5,181人)預期於99年度使用照顧服務者(指居家服務、日間照顧、家庭托顧)之比率為20%，惟查該年度實際使用人數為28,620人，僅達12.2%，顯有相當之落差(同表1)。又，該年度各縣市長照管理中心收案人數計4萬1,220人，惟實際使用服務者僅2萬8千餘人，占該年度居住於社區失能老年人口數之比率為12.2%，顯然長照服務涵蓋率仍然偏低(同表2)，甚至業經評估符合資格者中有3成失能長者(12,441人)並未接受長照服務。
- (2)此外，99年符合長照計畫服務對象之推估人數為270,324人，經扣除該年使用照顧服務者(2萬8,620人)、使用機構式服務者(我國老人長期照顧及安養機構實際進住人數41,515人及

護理之家實際進住人數21,258人)及聘僱外籍家庭看護工協助照顧者(17萬4,307人)後,尚有4,624人未獲照顧服務。況且護理之家及外籍家庭看護工所照顧之對象⁴並非全係65歲以上失能者,故實際未獲照顧服務之人數將為更多,其處境堪慮。顯然我國既使已全面推動實施長照計畫,但多數家庭仍然仰賴外籍家庭看護工協助照顧,甚至仍有失能長者在未進住機構,亦未聘僱外籍家庭看護工之情況下,竟猶未申請使用長照服務,足見長照計畫欠缺配套,且宣導不足,導致長照服務使用人數偏低。

(四)綜上所述,長照服務實際使用人數占社區中失能老年人口數之比率偏低,甚至在各縣市長照管理中心收案人數占社區失能老年人口數之比率偏低之下,實際使用服務之人數猶僅占收案人數之7成,足徵內政部及衛生署宣導不足,致使部分失能老人及其家庭因資訊不足,而未能提出申請服務;益見內政部及衛生署於開辦長照服務之初,由於未能擬定相關配套措施,致無法逐步引導並提高民眾使用長照服務之意願,此均造成長照計畫推廣執行不佳,顯有疏失。

三、內政部及衛生署為達消耗預算之目的,99年度調整失能者自行負擔費用之比率及申請長照服務之條件等措施之評估及理由過於粗糙牽強,且服務項目重疊,造成資源重複配置,核有違失:

⁴ 依據護理人員法第15條規定,護理之家照顧對象係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。至於外籍家庭看護工部分,依據行政院勞工委員會查復表示,按「外國人從事就業服務法第46條第1項第8款至第11款工作資格及審查標準」第22條規定略以,外國人受聘僱從事家庭看護工作,其照顧之被看護者應具下列條件之一:(1)特定身心障礙重度等級項目之一者;(2)經醫療機構以團隊方式所作專業評估,認定需全日24小時照顧者。準此,雇主聘僱外籍家庭看護工照顧被看護者,其被看護者之資格條件應符合上開規定之一者,始能向該會申請聘僱外籍家庭看護工等語。由上可見護理之家及外籍家庭看護工所照顧之對象,並非全係65歲以上失能者。

(一)有關內政部為執行其主責之服務項目，97及98年度預算分別編列22億4,285萬餘元及25億4,821萬餘元，惟預算執行率僅達50.9%及54.7%；衛生署該2年度則各編列6,810萬元，補助各地方政府辦理民眾使用長照衛政三項服務，惟預算執行率僅20.3%及52.4%，核屬偏低，已如前述。查內政部及衛生署在97及98年度預算執行率偏低之情形下，自99年度修定長照服務之補助標準及申請條件，經調整後，內政部原編列99年度經費（13億3,300萬餘元）有所不足，因而動支該部第一預備金及行政院第二預備金支應，該年度預算執行率達99.7%；至於衛生署部分，99年度預算數仍為6,810萬元，預算執行率已提升為84.6%（詳見表4）。

表4、97至99年內政部主責服務項目之預算編列及執行概況

單位：千元；%

項目	97年度			98年			99年		
	預算數	執行數	執行率	預算數	執行數	執行率	預算數	執行數	執行率
內政部主責部分	2,242,857	1,140,691	50.9	2,548,218	1,395,056	54.7	1,832,546	1,826,625	99.7
衛生署主責部分	68,100	13,828	20.3	68,100	35,665	52.4	68,100	57,632	84.6

備註：有關內政部補助各縣市政府辦理99年度長照計畫，原列補助經費計1,333,008千元，嗣因實際執行超出原列經費，爰由該部申請動支該部第一預備金及行政院第二預備金支應。

資料來源：內政部、衛生署

(二)由於長照計畫之經費來源主要係政府公務預算，為有效運用照顧服務資源，培養服務使用者付費之觀念，避免資源之浪費，爰計畫內明確規劃各項長照服務之補助方式及補助標準，尤其一般戶使用長照服務之自付額40%，乃係綜合考量下列4個面向後所得之標準：1、風險發生歸責於個人的程度；2、風險發生後對民眾經濟的影響效果；3、政府的財政

考量；4、控制長期照顧費用。查內政部及衛生署在97及98年度預算執行率偏低之情形下，自99年度修定各項服務項目之補助標準，其中針對失能者申請長照服務之條件及使用服務之費用進行大幅度增修，包括：一般戶失能者使用服務之自付額由40%調降為30%，交通接送服務補助對象擴大至中度失能者，以及增加復健服務之補助次數等項目，惟核其評估過程及理由粗糙牽強，且服務項目重疊，顯然上開調整措施並非全為提高長照服務之涵蓋率，乃為達消耗預算之目的，茲分述如下：

- 1、有關一般戶失能者使用服務之自付額由40%調降為30%部分：按長照計畫之規劃，長照服務依失能者之經濟狀況設定不同補助標準，其中一般戶由政府補助60%，民眾自行負擔40%。況且內政部亦自承：為培養使用者付費之觀念，增進照顧資源之有效運用，長照計畫爰依老人家庭經濟狀況，提供不同補助比率，其中一般戶須負擔40%之費用云云。惟嗣後內政部及衛生署卻未縝密評估考量財政負擔及資源能否有效利用，僅以「據各縣市政府及民間單位反應，一般戶民眾付費40%購買長照服務確有困難，為兼顧失能者照顧需求，且避免影響長照保險之規劃。」等語為由，即率爾自99年度將一般戶失能者之自付額調降為30%，其評估過程及調整理由核屬草率。
- 2、有關交通接送服務補助對象擴大至中度失能者部分：按長照計畫之規劃，為協助重度失能者滿足以「就醫」及使用長期照顧服務為主要目的之交通需求，爰補助重度失能者使用類似復康巴士之交通接送服務；至於輕度、中度失能者使用大眾交通運輸工具，已可獲車資之補助，故針對此類

對象不予補助。惟查內政部在97及98年度交通接送服務人數未達預期目標之下，猶未務實檢討其中原因，僅以「考量中度失能老人之實際需求，並提高交通接送服務提供單位之服務量，強化參與服務之意願。」等語為由，即自99年度將該項服務之補助對象從重度失能者擴大至中度失能者，顯見該部係為消耗預算，致使評估過於粗糙草率。

- 3、有關社區及居家復健服務之補助次數及頻率由物理治療與職能治療2者合併計算，改為分別計算，各以6次為原則部分：按長照計畫之規劃，當長照服務對象經評定有復健需求時，首要以取得全民健康保險（下稱全民健保）之醫院與診所復健服務為原則，為提高服務對象使用醫院或診所之復健服務，建議發展交通接送服務，協助個案前往醫療診所接受復健服務；針對無法透過交通接送服務取得現有全民健保服務資源之個案，則建議發展居家復健服務，每人最多每星期1次，1年以6次為原則。顯見長照服務對象經評定有復健需求時，應先以取得全民健保復健服務為原則，當無法經由交通接送取得全民健保服務資源時，始接受長照居家復健服務。惟查衛生署在97及98年度長照復健服務人數未達預期目標之下，猶未探究其中原因及失能民眾何以無法取得全民健保服務資源之實情，僅以「為提供民眾所需且適切之居家復健服務。」「依縣市推動該項服務實際運作過程中，反映個案之實際需要問題。」為由，即自99年度調整長照復健服務之補助方式及頻率，致調整理由欠缺說理，亦乏縝密之評估，足見衛生署上開調整措施非全為失能民眾所設

想，而係為消耗預算。

- 4、長照計畫根據行政院社會福利推動小組委託辦理「建構長期照護先導計畫」之經驗，發現仍有部分失能者每月需要多給2次居家護理服務，爰除現行全民健保居家護理最高給付兩次以外，針對經評定有需求者，每月最高再增加補助2次居家護理服務。惟據衛生署提供之統計資料顯示，97至99年使用全民健保居家護理之個案人數，分別計6萬2,540人、6萬6,606人及7萬1,915人；歷年符合接受長照服務資格者，使用全民健保居家護理服務之個案人數，分別計5萬7,262人、6萬1,155人及6萬6,278人，即歷年使用全民健保個案數中，係符合長照服務資格者之比率即達92%，足見大部分符合長照服務資格者，業經由全民健保獲得居家護理之服務。此據部分地方政府於本院實地訪查時亦表示：全民健保所提供之居家護理服務尚稱足夠，但為達中央所定之目標，紛紛加強媒體宣導、連結出院準備服務及主動拜訪可能需求等語。況且長照居家護理服務之給付項目中除失智症個案行為問題之照護指導外，其餘均與全民健保居家護理給付項目相同；甚至已接受全民健保居家護理兩次給付之後仍有該項服務需求者，亦可專案申請增加全民健保給付。顯然衛生署未能務實檢討該項服務之必要性及可能造成資源重複配置之問題，以避免各地方政府為求績效及提升預算執行率，產生資源浪費之情事，卻依然訂定各年度預期達成之服務人數，顯然係為消耗預算。

- (三)綜上所述，內政部及衛生署在97及98年度預算執行率偏低之下，自99年度降低一般戶民眾之自付額，

並將交通接送服務之補助對象擴大至中度失能者，以及增加復健服務之補助方式及次數，惟各項調整措施之評估及理由粗糙牽強。又衛生署在失能民眾均能經由全民健保獲得居家護理服務之情況下，仍未務實檢討長照居家護理服務之必要性，依舊訂定各年度預期達成之目標人數，造成資源重複配置，顯見內政部及衛生署所為並非全為失能老人長照需求設想，係為達消耗預算之目的，核有違失。

四、地方長照管理中心迄今多未或僅設置1處分站，致使行政及執行效率不佳，顯見衛生署於規劃之初，即未妥善運用基層衛生所、室，以就近深入各地社區及家庭，除難以因應逐年成長之長照服務需求，亦影響服務拓展及提供之效率：

(一)查衛生署自87年之「老人長期照顧三年計畫」即開始推動各縣市成立「長期照護管理示範中心」，試辦長期照護單一窗口制度，以建立長期照護相關資源與資訊之整合與連結，且運用個案管理服務模式，協助有長照服務需求之民眾能夠獲得完整及持續性之服務。嗣後90年之「醫療網第四期計畫-新世紀健康照護計畫」繼續將該業務列為重點目標，至92年底止，當時全國25縣市管理中心據點均已建置完成，並於93年改稱「長期照顧管理中心」。復按長照計畫之分工，衛生署應協助各地方政府建立地方照顧管理制度，輔導各縣市政府設置長照管理中心，作為整合社政、衛政長照服務資源，以及受理、連結、輸送長照服務之單一窗口，且長照計畫建議第一年應以補足照顧管理人力為重點。

(二)有關前揭各項計畫規劃之初，有無考量由衛生所、室擔任整合長照服務資源及需求評估之角色一節，依據衛生署查復表示，衛生所（室）係公共衛生

初級預防重要之一環，其主要業務包括：預防保健業務（含婦幼衛生、家庭計畫、成人預防保健、學校衛生、衛生教育、安全教育、社區健康檢查癌症篩檢等）、防疫業務（含預防注射、傳染疾病防治、中老年疾病防治、環境衛生、愛滋病防治、登革熱防治等）及食品衛生稽查等。考量衛生所（室）係十分重要之第一線基層衛生服務單位，為避免業務間之排擠，影響預防保健及防疫等業務之推展，且再考量長照資源之分布跨衛政、社政及勞政等部門，爰另設立長照管理中心，專責辦理長照服務資源整合及需求評估業務云云。

- (三) 惟查截至目前為止，8個縣市政府除設置1處長照管理中心外，並未再增設分站，包括：新竹市、新竹縣、雲林縣、嘉義市、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣；又7個縣市既使已另增設分站，其數量僅有1處，包括：基隆市、苗栗縣、臺中市、彰化縣、嘉義縣、宜蘭縣、花蓮縣，其中不乏幅員廣大之地區。此均難以在地就近為失能長者及其家庭立即提供長照服務及諮詢，並影響長照服務之連結與輸送效率。復據衛生署提供之資料顯示，截至100年3月止，各地長照管理中心之照顧管理專員計有315名，惟各中心照顧管理人力配置及平均每人服務個案量多寡差異甚鉅，部分縣市照顧管理專員平均每人服務個案量多達100餘名，甚至超過200名，包括：臺北市、苗栗縣、南投縣、雲林縣、高雄市、花蓮縣、臺東縣等7個縣市，其中亦不乏幅員廣大之地區（詳見表5）。

表5、各縣市照顧管理中心設置、照顧管理專員人力配置及服務個案量統計結果
單位：個；人

縣市別	中心數	分站數	照顧管理專員 實際配置人數	平均每人服務 個案量
基隆市	1	1	6	92
臺北市	1	5	33	223
新北市	1	6	44	180
桃園縣	1	2	20	140
新竹市	1	0	7	103
新竹縣	1	0	6	117
苗栗縣	1	1	10	243
臺中市	1	1	26	197
南投縣	1	3	8	432
彰化縣	1	1	18	173
雲林縣	1	0	16	231
嘉義市	1	0	6	197
嘉義縣	1	1	10	151
臺南市	1	6	26	143
高雄市	1	5	35	275
屏東縣	1	4	15	160
宜蘭縣	1	1	7	129
花蓮縣	1	1	9	268
臺東縣	1	0	4	213
澎湖縣	1	0	4	120
金門縣	1	0	3	168
連江縣	1	0	2	30
總計	22	38	315	195

備註：為考量山地、離島及偏遠地區之交通、路程問題，該等地區可由已接受相關訓練之公共衛生護士執行評估工作。

資料來源：衛生署

(四)按長照計畫之推估，104年我國長照需求人口數將達32萬7,185人，109年再增加為39萬8,130人，足徵我國人口快速老化，使得長照需求人數遽增。惟以目前各地長照管理中心及其分站之數量及分布狀況，實難深入各地社區，以幅員廣大之新北市為

例，迄今僅設置6處分站，臺東縣甚至尚未增設分站，影響服務拓展及提供之效率。再查97至99年度衛生署辦理長照計畫之整體預算分別為3億977萬餘元、2億8,775萬餘元及2億1,741萬餘元，內容包括：服務需求評估之經費（含長照管理中心人事費、業務費、設備費）及實際補助民眾使用長照衛政三項服務之經費；其中服務需求評估之經費分別為2億4,167萬餘元、2億1,965萬餘元及1億4,931萬餘元，占該署各該年度長照整體預算之比率高達78.0%、76.3%及68.7%。由此可見，衛生署既使耗費諸多預算於服務需求評估工作，各地長照管理中心仍然難以就近深入各地社區及家庭，主動發掘需求個案，足徵結合運用既有之當地基層衛生所、室協助辦理長照服務，確有其必要性。各地基層衛生所、室如增加長照服務業務，雖可能影響預防保健、相關防疫及食品衛生稽查等業務之推展，然或可藉由相關人力及經費之挹注及充實，解決業務排擠之問題，除可避免組織疊床架屋，以及新增分站所需耗費相關硬體經費等問題外，亦能使長照計畫經費多能集中運用在失能民眾使用服務上，並能深入各地社區，落實照顧在地化。惟衛生署於規劃之初，即未妥善運用基層衛生所、室，致每年雖耗費諸多預算於長照管理中心，卻未能提高長照服務之連結與輸送效率。

(五)綜上，我國人口結構日趨高齡化，失能老年人口數亦將快速增加，長照服務需求勢將快速成長。惟地方長照管理中心迄今多未或僅增設1處分站，致使行政及執行之效率低落，顯見衛生署於規劃之初，即未妥善運用基層衛生所、室，以就近深入各地社區及家庭，除難以因應逐年成長之長照服務需求，

亦影響服務拓展及提供之效率，實有疏失。

五、衛生署未能務實檢討分析長照計畫執行成效不佳之原因及缺失，仍無理強辯；又內政部及衛生署明知照顧服務員多流向醫院擔任病患看護工作，已造成居家服務人力成長有限，卻迄未妥謀解決之道，均有疏失：

(一)有關根據長照計畫之規劃，97至99各年度符合長照計畫服務對象之推估人數分別為25萬3,899人、26萬2,570人及27萬324人，其中居住於社區之人數分別為22萬892人、22萬8,435人、23萬5,181人，惟各地長照管理中心各該年度收案人數分別計3萬6,444人、6萬8,479人及4萬1,220人，占前者人數之比率僅達16.5%、30.0%及17.5%，兩者人數有相當之落差，且收案人數中有3成符合資格者，卻未接受長照服務等情，已如前述。

(二)依據衛生署查復表示，符合長照服務資格者卻未提出申請使用服務之原因，多受部分負擔之影響，該等家庭解決失能長者照顧問題之方式包括：聘僱外籍看護工、入住機構、由親友提供照顧或使用其他資源云云。惟失能長者及其家庭既然無法負擔部分費用，自無能力聘僱外籍看護工或入住機構，以照顧服務為例，重度失能者之經濟狀況如係一般戶，當使用該項服務達最高補助時數（90小時）時，須負擔4,860元，如為中低收入戶時，則須負擔1,620元；然入住長期照顧機構需要2萬元至3萬5千元不等之費用（各地區有不同收費標準）⁵，聘僱外籍看護工亦需要2萬元以上之費用。顯然該署在長照服務涵蓋率不足及預算執行率偏低之際，仍未督促各地方政府及長照管理中心務實檢討分析長照計畫

⁵ 參據本院98年度「臺灣老人人權與實踐之探討」專案調查研究報告。

執行成效不佳之原因及缺失，並加以探究失能老人及其家庭係如何解決照顧之沈重負擔，竟猶言該等家庭係以聘僱外籍看護工、入住機構等方式解決照顧問題云云，足見該署對於長照服務之推展，因循敷衍。

(三)又，長期照顧屬勞力密集之服務，照顧服務員係第一線提供失能者居家式及機構式服務之重要角色，在我國失能老人逐年增加之下，其人力充足與否攸關長照計畫之推動進度及服務品質。按長照計畫之規劃及內政部查復資料顯示，照顧服務員人力需求包括居家及機構兩部分：1、在居家服務部分，推估99年度人力需求計4,890人至1萬2,225人⁶，104年計5,689人至1萬4,224人；2、在機構部分（含護理之家、長期照顧機構及養護機構），以各類機構設立標準及失能老人進住比率為估算基準，推估99年度計需4,710人至9,582人，104年計需6,378人至1萬2,977人。前揭推估人力加總後，99年度所需照顧服務員人力為9,600人至2萬1,807人，104年為1萬2,067人至2萬7,201人。顯見隨著未來失能老人逐年增加，照顧服務員人力需求亦隨之成長。惟據內政部及衛生署查復資料顯示，目前投入長照服務之照顧服務員人力有限，將難以因應未來大量失能老人之長照需求，茲分述如下：

- 1、依據內政部統計資料顯示，97至99年度任職於居家服務與老人福利機構之照顧服務員人數分別為1萬4,014人、1萬5,489人、1萬6,537人，僅占領有照顧服務員結業證明書總人數之25.1%、

⁶ 此人力需求數據係以低推估時數（依長期照護體系先導計畫實驗社區實際使用時數）方式推估出4,890名人力需求，惟為避免有低估之情況及符合未來成長之趨勢，爰以4,890人為低推估，並定4,890人*1.5倍（7,335人）為中推估，2倍（9,780人）為中高推估，2.5倍（1萬2,225人）為高推估。

24.9%、25.2%（詳見表6），其中任職於居家服務者之比率偏低，各年占領有結業證明書總人數之比率分別為7.4%、7.7%及8.4%，足見大多數照顧服務員領取結業證明書後，並未投入居家服務。詢據內政部表示，大多數照顧服務員人力流向醫療機構，即擔任醫院病患之「陪病員」，此從該部於99年度所辦理結訓學員就業意向調查結果可徵（成功完訪樣本數有1萬3,840人），完成訓練且留在照顧服務相關工作領域者計有4,688人（約占34%），其工作地點以在醫院為最多，計有1,605人（占34.2%），在居家服務單位次之，計1,565人（占33.4%），在長期照護機構再次之，計1,438人（占30.7%）。

- 2、復據內政部統計資料顯示，97至99各年度領有照顧服務員結業證明書及取得技術士證照之累計人數分別計有6萬7,203人、7萬6,403人、8萬3,326人，惟實際投入居家服務者分別僅有4,111人、4,782人及5,496人（詳表6），且99年度實際投入居家服務之人力僅達長照計畫所推估人力需求（4,890人至1萬2,225人）之最低標準。此外，各縣市間居家服務之照顧服務員數量亦有相當之落差，以99年度為例，部分縣市平均每位照顧服務員照顧人數尚不及40人，惟部分縣市卻高達60~70人。另據長照計畫之推估，104年符合該計畫服務對象之人數將達32萬7,185人⁷，加以衛生署推估104年全人口居家失能人數將多達63萬7,765人，屆時長照需求將大幅增加，如照顧服務員之數量未能隨之成長，勢必阻礙我國長照

⁷ 此數據係長照計畫之服務對象，包含：65歲以上失能老人、55歲以上失能山地原住民、50歲以上身心障礙者及僅工具性日常生活活動功能（IADL）失能且獨居之老人。

政策之推動與服務品質之提升。

表6、97至99年度照顧服務員累計培訓人數與任職情形 單位：人數；%

年度	領有照顧服務員結業證明書累計人數(A)	取得技術士證累計人數(B)	合計(A+B)	任職情況(人數)			任職居服與機構人數占領有照顧服務員結業證明書累計人數比率(C/A)
				居家服務	老人福利機構	合計(C)	
97	55,846	11,357	67,203	4,111	9,903	14,014	25.1
98	62,232	14,198	76,203	4,782	10,707	15,489	24.9
99	65,509	17,817	83,326	5,496	11,041	16,537	25.2

備註：內政部與衛生署於92年會銜公告「照顧服務員訓練實施計畫」，並協助各地方政府辦理照顧人力培訓。自92年至96年止，領有照顧服務員結業證明書者累計44,346人；勞委會則自93年開辦照顧服務員職類技術士技能檢定，自93至96年止，取得技術士證者累計9,487人。

資料來源：內政部

- 3、按從事居家服務之照顧服務員，其工作型態係按居家服務提供單位之指派與督導，必須往返於不同個案之間，而擔任醫院病患之「陪病員」較可避免不同個案間之交通往返，且相較於長照機構，醫院「陪病員」之照顧病患人力比大多為1：1，服務內容較為單純，使得多數照顧服務員流向醫療機構，此從衛生署調查結果可見一斑，截至100年7月底止，國內482家醫院中計103家醫院與照顧服務人力廠商訂有合約，由150家廠商派遣領有照顧服務員受訓結業證明書或通過照顧服務員職類技術士技能檢定取得技術士證照之照顧服務員，於醫院中協助病人家屬照顧病人，其中領有照顧服務員受訓結業證書者、技術士證照者、或兩者均有領取者共計1萬2,234人（詳見表7）。如依內政部上開調查結果估算，實際服務於103家醫院之照顧服務員人數占99年度取得結業

證書及技術士證照人數之比率為43.2%⁸，可見留任於照顧服務領域之照顧服務員中，有將近半數者係於醫院工作，如加上病患亦可自行聘請照顧服務員提供照顧之情形，則照顧服務員於醫院照顧病患之實際人數及比率將更為可觀，足證內政部及衛生署所培訓之照顧服務員多流向醫院擔任病患之看護工作，而非擔任長照計畫之居家服務員。惟內政部及衛生署針對照顧服務員未能充分投入居家服務之問題，迄未妥謀解決之道，任由照顧服務員不斷流向醫院從事一對一之病患看護工作，造成人力配置失衡。

表7-100年7月底止國內醫院之醫院照顧服務外包及照顧服務員人力情形

醫院照顧服務外包情形 (家數)			照顧服務員人力 (人數)			
有	無	合計	領有照顧服務員受訓結業證明書	取得技術士證照	領有照顧服務員受訓結業證明書及技術士證照	合計
103	379	482	9,493	402	2,339	12,234

資料來源：衛生署

(四)綜上，97至99年度實際使用長照服務之人數偏低，惟衛生署卻未務實檢討分析長照計畫執行成效不佳之原因及缺失，並加以探究失能老人及其家庭係如何解決照顧之沈重負擔，仍無理強辯。又99年照顧服務員實際人力僅達低推估需求人力之標準，且各縣市居家服務之照顧服務員服務人數亦有相當之落差，此人力在長照需求人口數及服務使用人數逐年增加之下，勢必未符實際需求。惟內政部及衛

⁸ 以截至99年度取得結業證書及技術士證照者8萬3,326人為計算基準，並按內政部99年度調查結果（結訓學員約有34%留任於照顧服務領域），進行估算，則99年度取得證書及證照者約有2萬8,330人（8萬3,326人*34%）係服務於照顧服務領域，而實際服務於103家醫院之照顧服務員人數（1萬2,234人）即占43.2%（1萬2,234人/2萬8,330人*100%）。

生署明知照顧服務員不斷流向醫院擔任一對一之病患看護工作，已造成居家照顧人力成長有限之問題，卻迄未妥謀解決之道，均有疏失。

綜上所述，內政部及衛生署推估97及98年度使用長照服務之需求人數未切合實際，預算編列過高，致該2年度預算執行率均為偏低；復長照計畫雖經多年規劃，惟內政部及衛生署於推動過程中卻欠缺配套措施，且宣導不足，致執行成效不彰；內政部及衛生署復為達消耗預算之目的，99年度調整失能者自行負擔費用之比率及申請長照服務之條件等項目之評估及理由過於粗糙牽強，且服務項目重疊，造成資源重複配置；又地方長照管理中心迄今多未或僅設置1處分站，致使行政及執行效率不佳，顯見衛生署於規劃之初，即未妥善運用基層衛生所、室，以就近深入各地社區及家庭，除難以因應逐年成長之長照服務需求，亦影響服務拓展及提供之效率；此外，衛生署未能務實檢討分析長照計畫執行成效不佳之原因及缺失，仍無理強辯；且內政部及衛生署明知照顧服務員多流向醫院擔任病患看護工作，已造成居家服務人力成長有限，卻迄未妥謀解決之道，均有違失，爰依監察法第24條提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：尹祚芊、劉玉山

中 華 民 國 101 年 3 月 29 日