

壹、調查意見：

本案係緣據報載民國（下同）99年12月26日臺北市一名八旬王姓老翁，因不忍愛妻飽受病痛折磨，遂弑妻自首之人倫悲劇等情，凸顯我國在人口高齡化之下，長期照護體系亟待建置及補強，惟政府相關權責單位對於保障老人生活及安樂死等重要法令制度，有無具體推動落實及涉有違失，爰申請自動調查。案經函請行政院衛生署、勞工委員會（以下簡稱勞委會）、經濟建設委員會（以下簡稱經建會）、內政部、法務部、臺北市政府提供相關卷證；復於100年3月4日及7月6日召開諮詢會議，邀請相關專家學者提供專業意見；再於4月13日及7月8日約詢相關機關主管人員，再參酌相關機關於約詢後補充之書面資料，詳予審閱，業已調查竣事，茲將相關意見臚列如次：

- 一、臺北市政府社會局自94年起由社工人員對王老太太提供關懷訪視及電話問安等服務，該府衛生局自95年10月起開始由公共衛生護士對王老太太提供住家訪視服務，該2局均明知年近80歲之王老太太於97年間罹患巴金森症，曾於99年9月間跌倒受傷骨折，在

工具性日常生活活動功能已有多項困難之情形，經評估屬嚴重依賴之獨居長者，與80多歲王老先生共同生活，惟其歷次訪視關懷卻均流於形式，既未單獨訪談王老太太，亦未詳加探求其長期照顧之需求及處境，僅憑王老先生強勢拒絕之態度及意見，未對王老太太提供長期照顧居家服務，亦未察覺王老先生自99年9月起已有獨居老人的痛苦惶恐以及公開王老太太必須安樂死的言論與想法，致未能適時提供或轉介相關服務，而無法及時阻止王老先生於99年12月26日將王老太太以起子鑽釘額頭死亡之慘劇發生，均核有違失：

(一)按97年9月19日第4次修訂之「臺北市獨居長者照顧小組局處分工」規定：

1、該府社會局主辦該市獨居長者之關懷訪視、失能評估、建構福利服務資源網絡等事項，其處理原則如下：

(1)關懷訪視：整合公部門資源及加強結合民間團體認養獨居長者，提供定期之關懷訪視。

(2)失能評估：與衛生局配合進行獨居長者個案之

失能評估，依資源分配，互相轉介、照會，提供個案最佳利益之服務。

(3) 建構福利服務資源網絡：建構各區福利服務資源網絡，隨時提供福利諮詢與相關居家照顧、日間照顧、機構安置、資源轉介服務。

2、該府衛生局主辦列冊輔導管理獨居長者健康，並評估獨居長者失能等級，提供後續專業服務等事項，其處理原則如下：

(1) 列冊輔導管理獨居長者健康：列冊輔導管理該市獨居長者，針對慢性病或失能者，由各區健康服務中心提供每2月1次之到府關懷訪視服務，情況特殊個案隨時關懷訪視，對健康之獨居長者每6個月指導訪視1次。

(2) 評估獨居長者失能等級，以提供後續專業服務：依獨居長者名冊資料，於1個月內評估獨居長者失能等級，提供或轉介後續專業服務。

3、由上述分工及處理原則可知，該府社會局及衛生局受理獨居長者通報後，應定期提供關懷訪視及衛教指導，並依獨居長者失能等級及實際需求，

適時提供或轉介後續專業服務。

(二)本案王老太太之健康狀況及自理生活能力：

1、王老太太出生於20年1月12日，其夫出生於16年3月2日，均為高齡老人。王老太太自94年11月間即為臺北市政府社會局列冊關懷之獨居長者，並經該局轉介該府衛生局所屬之文山區健康管理服務中心後，該中心亦自95年10月7日收案進行王老太太之健康管理，由公衛護士定期至其住家訪視，以瞭解其健康狀況並提供相關衛教指導。依據該中心之訪視紀錄顯示，王老太太於97年3月間經醫院診斷罹患巴金森氏症，復於99年9月間跌倒骨折，自此其工具性日常生活活動功能有多項困難之情形。98年及99年該中心訪視王老太太之健康狀況及自理生活能力如下：

(1)98年2月27日訪視時，王老太太罹患之巴金森氏症續於臺大醫院追蹤，走路腳抬不起來，王老先生擔心其跌倒，故較少外出，並已請幫傭協助打掃及陪伴散步。

(2)98年9月7日訪視時，王老太太原為健康獨老，

改列為失能（高危險性跌倒），其巴金森氏症續於臺大醫院追蹤，走路腳抬不起來，外出會有煮飯阿姨陪同，並持柺杖傘行走。上月曾於洗澡時滑坐於浴缸，呼喚其夫（重聽）很久才協助王老太太起身。

(3) 99年10月26日訪視時，王老太太因上個月跌倒骨折，住仁愛醫院開刀治療，目前以助行器協助走動，其子由國外返國，約可再照顧1個月。經評估王老太太在輕鬆家事、洗衣服、煮飯、室外走動、上街購物等五項，有困難；僅吃藥、打電話、理財，無困難。且其巴氏量表得分50，屬嚴重依賴。

(4) 99年12月8日訪視時，王老太太係以助行器協助走動，並由其夫協助照顧。經評估王老太太在輕鬆家事、洗衣服、打電話、煮飯、室外走動、理財及上街購物等七項，有困難；僅吃藥一項，無困難。且其巴氏量表得分25，屬嚴重依賴。

(5) 99年12月17日訪視時，王老太太係以助行器協

助走動，原聘僱之24小時照顧者因使用廚房不慎，已將其辭退，由其夫照顧。經評估王老太太在輕鬆家事、洗衣服、打電話、煮飯、室外走動及上街購物等六項，有困難；僅吃藥及理財二項，無困難。且其巴氏量表得分25，屬嚴重依賴。

2、王老先生於99年11月28日在個人部落格中，曾發表「獨居老人的惶恐」一文，其中敘及王老太太罹患巴金森氏症，巴金森氏症是迄今無從根治的未明病症，醫治僅是減輕並延緩其發展，不予治療、任病況發展，嚴重時四肢至全身會震顫，外加搖頭及言語不清。就因王老太太行動有此不便，月前中秋前日半夜起床時摔了一跤，致左股骨裂斷，在中秋節開刀裝了四支鋼釘，所幸手術成功，今已出院在康復之中等語。

(三)有關王老先生贊成安樂死之相關言論：

王老先生自97年8月23日開闢個人部落格，並發表多篇文章，原先多屬政治性議題，惟自99年9月間王老太太跌倒骨折後至99年12月26日弒妻，期

間所發表之文章轉為有關安樂死、老人照顧等議題

，茲將其內容摘述如下：

- 1、99年9月19日，發表「Chocola說《成功要找機會、失敗要找理由》」一文，其內容敘及：「因為覺得活夠了應該有死的自由，老頭我主張安樂死合法化。其實這事合不合法不說，自主權總是有的。但是，老妻必得先死；要不，她不得不負擔我先死的麻煩和痛苦，這個不合我意。」
- 2、99年11月1日，發表「智者千慮，總有一失」一文，其內容述及：「心碎了、生不如死，人老了、會受折磨卻不死，行動不便及失憶失智、甚至植物人、自己受罪、全家不安，沒有親身經歷過的當事人和家人怎能知其無奈。」「為何不讓安樂死合法化？為何不讓白首偕老的老夫老妻攜手含笑安樂死？倒要使當事人受盡折磨，被家人弄得有苦難言。」「所以，王老頭我的平生第二願望是宣揚安樂死合法化！假使情況逼迫，王老頭會捨身以求。」
- 3、99年11月25日，發表「不能動了，和『二十四小

時全天候看護工』及非法外勞」一文，其內容敘及：「所以，我主張安樂死，有意識的人主動要求，無表達能力的人被動接受安樂死。其實，在受苦受難的家族親人心裡有說不出的痛苦和矛盾，他們心底裡也期望他死，早點死，馬上死，何必否認呢！」「王老頭佻儷在古稀之年以前有協議：1、老妻務必先死；老妻先死是她的福氣。2、萬一這一半不能動了等等，另一半有責任使他被動安樂死。」

- 4、99年11月26日，發表「你我都會老」一文，其內容述及：「你我都會老；老到自認『活夠了』怎麼辦？等疾病或意外來折磨你到死？等疾病或意外來折磨你到自己想死卻不死？等疾病或意外來折磨你到家族希望你死，而你卻帶病折磨著家人而不自己死掉？等疾病或意外來折磨到全家瀕臨破產、破敗，家族全都希望你死，而你卻帶病繼續不分晝夜折磨著家人而不自己死掉？」
- 5、99年11月28日，發表「獨居老人的惶恐」一文，其內容述及：「王老頭我告訴大家的醫療等有關

事項是親身經歷過的，非比一般人僅憑觀察、聽聞、推測、想像。而且，老年人的感受又豈是年尚未老者所能瞭解及表達？」「正常的老人不怕死；他只怕死前的折磨—折磨本人，折磨他家人，他家人因受了折磨而折磨他，他家人僱來照顧他的人折磨他。他怕整日惶惶、長夜漫漫、日以繼夜無休止的受折磨。誰能無疾而終呢？有多少幸運的老人能在平安中不知不覺的死去呢？」「不贊成安樂死合法化的不是人，包括主動安樂死和被動安樂死。」

6、99年12月2日，發表「憂鬱症、焦慮症、毒品」一文，其內容敘及：「宣揚安樂死者對以下這些話題必然有所認知。因為主張安樂死和實行安樂死者都必須是有高度智慧和理性的人。因為主張和實行安樂死者都敢勇於面對人生和現實；他們不是弱者。人選擇安樂死並非逃避現實，他選擇安樂死是為了解決問題。」

7、99年12月5日，發表「王老頭夫婦決定要安樂死」，內容敘及：「王老頭夫婦在十來年前就覺得

活夠了，他們不要因疾病或意外、在痛苦和無奈中、沒自主權又沒尊嚴，受盡醫療折磨和別人擺佈、自己身受種種痛苦、又拖累家人、大家飽受身心折磨的自然死亡。」「王老頭夫婦在十來年前就討論過老與死的事。王老頭對王老太婆說：『妻在夫前死』是老妻的福氣。王老太婆說：我同感焉，然則何能？王老頭說：必要時我把你殺了就是。如何殺嗎？簡單：他有一枝毛瑟7.65六寸，給吃些安眠藥、對腦袋轟一槍不就行了。可，那枝槍後來叫政府『徵借』去了，直到今天……。她知道被借去了，問：沒槍了，怎辦呢？他答說：萬事難不倒我王老頭，改用電鑽打個洞還不行嗎！」「豈知，王老太婆真的又病、又出了意外：帕金森氏症外加跌斷了左腿股骨。這兩個多月行動困難。夫婦倆，她病倒了，他很困難。」「王老頭夫婦在十來年前就決定要安樂死，主要的原因是：活夠了。王老頭夫婦現在也許真的需要安樂死了。怎麼辦呢？」

8、上開部落格內容顯示，王老先生自王老太太於99

年9月間跌倒骨折後，即有將其妻予以安樂死之想法。隨即99年12月26日上午7時30分，王老先生先將6顆憂鬱症藥物給予其妻服用後，9時以起子鑽釘其妻額頭並攪動致其死亡，9時5分其妻又有呼吸及心跳，王老先生再以同樣手法致其死。

(四)關於王老太太是否孤立無援及拒絕臺北市政府關懷訪視問題：

經查臺北市政府雖稱：王姓夫妻二人自94年11月30日起由該府社會局所屬文山老人服務中心受案列冊關懷，並提供關懷訪視及電話問安等服務，惟王老先生一再拒絕關懷訪視，遂改以持續性電話問安。該中心社工員於99年5月24日家庭訪視時，曾主動向王老夫婦介紹長期照顧服務，並主動提供簡介，王老太太較感興趣，惟因王老先生表達無協助需求且較為強勢，該次家訪會談幾乎皆由王老先生發言，王老太太較無機會充分與社工員會談，遂請其有需要時可與中心社工員聯繫，而訪視過程中其夫妻互動良好恩愛並未發現有任何異狀。同年11月16日文山老人服務中心社工員到宅訪視評估時

，再次建議申請長期照顧居家服務，惟王老先生表示再看看。另該府衛生局所屬文山區健康服務中心亦自95年10月提供訪視服務及到宅測量王老太太之血壓、血糖，直至98年9月因王老太太有輕度失能狀況，故將其改列失能個案。該中心公衛護士於訪視時，亦曾向王老夫婦宣導有關長期照顧服務，惟王老先生拒絕。王老太太雖輕度失能，惟非孤立無援，除自家聘請彭婉如基金會陪伴員協助備餐、購物及整理環境等家事服務外，在美兒子亦隨時關心，並請在台遠房親戚從旁關懷，99年中秋節前後，王老太太因跌倒，其子亦從美國回台照顧，且王老夫婦與教會均持續保持良好互動關係。該府評估王老先生對於外來人士進入其家中有較多考慮，故對於已使用之陪伴員較有安全感；另王姓夫婦亦透過教會持續尋求照顧人力，故雖文山老人服務中心社工員及文山區健康服務中心公衛護士已與王姓老夫婦建立初步專業關係，但王老先生仍選擇教會協助，教會牧師亦曾介紹看護，惟因王老先生不滿意而未繼續使用等語。惟查：

1、王姓老夫婦雖自費聘請陪伴員提供家事服務，惟該員以協助購物及整理環境為主，且一週僅服務3天。文山區健康服務中心於99年12月間兩次訪視時，王老太太日常生活係由年邁之王老先生協助照顧，並無其他人員提供協助。再從99年12月5日王老先生於部落格所發表之「王老頭夫婦決定要安樂死」內容，其中提到：「豈知，王老太太真的又病了、又出了意外：帕金森氏症外加跌斷了左腿股骨。這兩個多月行動困難。夫婦倆，她病倒了，他很困難」等語，足見王老夫婦之實際處境非如臺北市政府所稱之「並非孤立無援」。然而，99年5月24日文山老人服務中心社工員家庭訪視時，雖評估王老太太有長期照顧需求，並主動向王老夫婦介紹長期照顧服務，王老太太較感興趣，惟因王老先生表達無協助需求且較為強勢，該次家訪會談幾乎皆由王老先生發言，王老太太較無機會充分與社工員會談。99年11月16日文山老人服務中心社工員到宅訪視評估，當時王老太太坐在客廳（因曾跌倒身體顯得較虛弱）

，社工員即向王老先生建議申請長期照顧居家服務，惟其表示再看看。99年12月17日文山區健康服務中心公衛護士進行訪視時，亦曾提供相關長期照顧服務之資訊參考，惟王老先生拒絕。該府社會局及衛生局相關主管人員於本院約詢時亦坦承，社工員及公衛護士都是與王老夫婦兩人一起訪談，並未單獨訪談王老太太等語。足見社工員及公衛護士僅憑王老先生強勢拒絕之態度與意見，卻未探尋王老太太之意願，忽略被照顧者（王老太太）之真正需求及處境。

2、復據袁牧師於本院諮詢時證稱：98年8、9月間孫女士（即王老太太）曾表示，其恐懼與魔鬼同住，其夫有安樂死之主張與想法，但其卻反對安樂死之想法。王老先生曾患有憂鬱症，個性偏激，不易接受他人之意見，且強勢掌控孫女士之生活安排，孫女士因其夫之個性，將近40年之時間未與娘家連絡等語。惟臺北市政府社會局及衛生局於多年電話問安及到宅訪視過程中，均未察覺其異狀。又，文山老人服務中心及健康服務中心分

別自94年11月及95年10月持續提供電話問安及到宅訪視等服務多年，惟王老太太自99年9月間跌倒骨折不良於行至12月26日遭其夫殺害致死之期間，王老先生已於個人部落格中密集發表數篇有關安樂死之想法，並屢屢提及老人照顧之無奈處境，且在此期間，社工員及公衛護士均曾至案家進行數次訪視，卻猶未能察覺王老先生之異狀，亦未單獨訪談王老太太，足見社工員及公衛護士歷次訪視流於形式，以致無法及時察覺王老夫婦所遭遇之困境。

(五)綜上，本案王老夫婦為獨居之長者，臺北市政府社會局及衛生局分別自94年11月及95年10月收案後，均定期提供電話問安及訪視服務。王老太太於97年3月間經醫院診斷罹患巴金森氏症，復於99年9月間不慎跌倒導致骨折，雖經住院手術治療，惟其行動不便需要他人協助照顧日常生活，該府衛生局所屬文山區健康服務中心於10月及12月間三度至案家訪視，均評估王老太太之工具性日常生活活動功能有多項困難之情形，並達嚴重依賴程度。當時

王老夫婦雖已自費聘請家事服務員提供家事服務，惟以協助購物及整理環境為主，故王老太太日常生活仍由年邁之王老先生獨自承擔照顧。臺北市政府社會局及衛生局於99年10至12月間進行訪視時，明知王老太太在工具性日常生活活動功能已有失能之情形，並由高齡80餘歲之王老先生自行協助照顧，確有長期照顧之需求，理應重視並積極轉介長期照顧服務協助解決其照顧負擔及所遭遇之困難，以保障失能老人生活，惟社工員及公衛護士單憑王老先生專斷拒絕之意見，既未單獨訪談王老太太，亦未詳加探求其長期照顧之需求及處境，僅憑王老先生強勢拒絕之態度及意見，未對王老太太提供長期照顧居家服務，亦未察覺王老先生自99年9月已有獨居老人的痛苦惶恐以及公開王老太太必須安樂死的言論與想法，以致未能適時提供或轉介相關服務，而無法及時阻止王老太太於99年12月26日遭王老先生以起子鑽釘額頭死亡之悲劇發生，顯見該2局多年對於獨居長者之訪視關懷流於形式，均核有違失。

二、我國人口快速老化，高齡化已成為我國人口結構變遷不可避免之現象，為因應高齡與失能人口成長帶來長期照顧需求之增加，行政院雖已於96年4月核定我國長期照顧十年計畫，惟該計畫自97年實施迄今，由於各地長期照顧服務資源發展程度不一，失能老人使用服務之比率偏低，執行成效未盡理想，致使絕大多數長期照護責任仍由個人或家庭獨自承擔，行政院允應督促所屬檢討改進，以提升長期照顧資源之可近性及普及性：

(一)我國人口老化情形如下：

- 1、國人平均餘命延長：由於醫藥衛生進步、國民營養改善、生活水準提高及傳染性疾病有效控制，使得國人零歲平均餘命顯著延長。男性平均餘命由75年之71.0歲，增加為98年之76.3歲，同期間，女性則由75.9歲增為82.3歲。
- 2、人口快速老化：38年老年人口比率為2.50%，82年時超過7%，正式進入人口老化國家，至99年已達10.74%，顯見我國人口快速老化。
- 3、老化指數及扶老比增加：我國人口老化指數及扶

老比亦呈現逐年遞增之現象，78年人口老化指數為21.678%，至99年增加為68.64%，期間成長約3倍。同期間，扶老比從8.96%增加為14.59%；15至64歲青壯年人口與老年人口之比例則從11.2：1，降至6.9：1，亦即6.9位工作年齡人口扶養1位老年人口（詳見表1）。

表1、歷年人口老化指數、扶老比及青壯者與退休者之比例

| 年別 | 人口老化指數(%) | 扶老比(%) | 青壯年人口與老年人口之比 |
|----|-----------|--------|--------------|
| 78 | 21.67 | 8.96 | 11.2：1 |
| 79 | 22.96 | 9.32 | 10.7：1 |
| 80 | 24.79 | 9.73 | 10.3：1 |
| 82 | 28.24 | 10.48 | 9.5：1 |
| 85 | 33.95 | 11.39 | 8.8：1 |
| 90 | 42.33 | 12.51 | 8.0：1 |
| 91 | 44.17 | 12.78 | 7.8：1 |
| 92 | 46.58 | 13.02 | 7.7：1 |
| 93 | 49.02 | 13.31 | 7.5：1 |
| 94 | 52.05 | 13.60 | 7.4：1 |
| 95 | 55.17 | 13.91 | 7.2：1 |
| 96 | 58.13 | 14.13 | 7.1：1 |
| 97 | 61.51 | 14.36 | 7.0：1 |
| 98 | 65.05 | 14.56 | 6.9：1 |
| 99 | 68.64 | 14.59 | 6.9：1 |

備註：

1、人口老化指數 = (65歲以上人口 ÷ 0至14歲人口) × 100。

2、扶老比 = (65歲以上人口 ÷ 15至64歲人口) × 100。

資料來源：依據內政部統計處網公布之現住人口按三段年齡組分資料彙整製作。

4、為瞭解未來人口發展趨勢，經建會每2年根據最新人口統計，提供長期人口推計結果，作為相關機關擬定政策之依據。從該會於99年9月所完成之「2010年至2060年臺灣人口推計」結果顯示，未來老年人口比率仍將持續上升，由99年之10.7%，至119年將達24.4%，即每4個人中就有1位老人，149年時更達41.6%。又80歲以上高齡人口占老年人口之比率，亦將由99年之24.4%，至149年大幅上升為44.0%。又，99年老化指數為68.4%，即社會中老年人口與幼年人口之比例約為1：1.5，104年老化指數將接近100%，之後老年人口數將超過幼年人口數，至149年時老化指數將高達441.8%，即老年人口約為幼年人口之4倍。

5、綜上所陳，我國於82年老年人口比率超過7%，正式邁入高齡化社會，99年老年人口比率增加為10.74%，此意指臺灣已從高齡化社會逐漸邁入高齡社會。復以國人平均壽命逐漸延長，婦女總生育率降低，以及人口老化速度顯著，在可預見之

未來，臺灣人口老化之現象將持續不斷，且速度加快。同時隨著老年人口快速增加，慢性病與功能障礙之盛行率亦呈現上升之趨勢。惟現今臺灣家庭對於老人之照顧功能，已迥然不同於過去，故除醫療照護外，長期照顧服務已成為當前老人最為迫切之需求。

(二)為因應高齡與失能人口成長帶來長期照顧需求之增加，行政院於96年4月3日核定「我國長期照顧十年計畫～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」(以下簡稱長照計畫)，由內政部、衛生署及各地方政府自97年度起據以執行迄今。該計畫係結合社政及衛政等資源，以需求評估結果作為服務提供之依據，由各地方政府長期照顧管理中心擔任需求評估及資源連結之窗口，提供失能老人所需居家服務、日間照顧、家庭托顧、輔具購買(租借)及居家無障礙環境改善、老人餐飲、長期照顧機構、交通接送(以上為內政部主責)、喘息服務、居家護理、居家及社區復健(以上為衛生署主責)等10項服務。又長照計畫係以補助服務使用為原則，且為減輕失

能者使用長照服務之經濟負擔，依失能者之家庭經濟狀況提供不同之補助比率，低收入者由政府全額補助，中低收入者則補助90%，一般戶自99年度起由60%提高為70%，並按失能者之失能程度（輕、中、重度），提供不同補助項目、時數或日數。惟長照計畫自97年度實施迄今，各地照顧服務資源仍乏普及性及可近性，且失能民眾使用比率偏低，致使其執行成果未達預期目標，亦無法成為適合在地老化之服務模式，茲將缺失分述如下：

1、各地照顧服務資源發展程度不一，且部分服務資源尚未臻完整，致使長期照顧服務資源之可近性及普及性仍有不足：

(1)按長照計畫之規劃，為能積極發展長期照顧服務資源，採取「引進民間參與」之實施策略辦理，即透過民營化策略中之購買服務方式，鼓勵民間參與，並透過經費補助方式鼓勵相關資源之建置，加強民間對照顧服務之參與，以擴展服務提供單位之數量，並發揮多元化服務模式之功能。換言之，長照計畫係

透過政府提供社區服務營運所需之財源基礎，藉此引進民間資源建構多元且完整之社區照顧網絡。

(2) 依據內政部統計，97年度該部主責項目之服務提供單位數計有356個，98及99年度則增加為428個及466個，整體而言，我國長期照顧資源發展有逐年成長之趨勢。惟查，迄99年度各縣市間所建置之長照服務資源卻有不均之情事（詳見表2）：

<1> 各縣市政府提供居家服務之照顧服務員人數差異頗巨，設若將居住於社區之失能老人全數納入居家服務之照顧對象，按99年度照顧服務員人數計算，部分縣市平均每位照顧服務員照顧之人數高達60~70人，惟部分縣市尚不及40人，各縣市間供需失衡之情形頗為嚴重。

<2> 除連江縣受限於特殊地理因素外，內政部雖已達成每一縣市均設有日間照顧中心，惟大部分縣市多僅設置1處，其可近性與普及

性仍顯不足。又目前僅10個縣市設有失智症老人日間照顧中心，僅8個縣市提供家庭托顧服務，足見大多縣市普遍尚未開辦提供該2項服務，既使已開辦者，多僅設置1處，其服務能量顯無法觸及到各地區，影響服務資源之輸送。

<3>各縣市間交通接送及老人營養餐飲之服務

提供單位數量亦有相當之落差，例如：部分縣市交通接送服務之車輛數多達10輛以上，惟大多數縣市未達5輛，甚至僅1輛。

表2、99年度各縣市長期照顧計畫社政主責項目服務提供單位暨可服務人數一覽表

| 項目 縣市 | 內政部推估 居住於社區 失能老年人 口之推估數 | 居家服務 | | 日照中心 | | 失智老人日 照中心 | | 家庭托顧 | | 交通接送 | | 老人營 養餐飲 |
|----------|----------------------------------|------|-----------|------|-----------|--------------|-----------|------|-----------|------|-----|------------|
| | | 單位數 | 照服員 人數 | 單位數 | 可服務 人數 | 單位數 | 可服務 人數 | 單位數 | 托顧家 庭數 | 單位數 | 車輛數 | 單位數 |
| 臺北市 | 29,684 | 15 | 438 | 11 | 373 | 1 | 20 | 1 | 2 | 2 | 30 | 70 |
| 高雄市 | 14,436 | 7 | 335 | 3 | 85 | 1 | 12 | 1 | 1 | 0 | 0 | 20 |
| 新北市 | 36,299 | 10 | 615 | 2 | 40 | 1 | 35 | 0 | 0 | 2 | 100 | 6 |
| 宜蘭縣 | 7,048 | 4 | 92 | 3 | 66 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 |
| 桃園縣 | 18,347 | 4 | 380 | 1 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 |
| 新竹縣 | 5,437 | 5 | 91 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 苗栗縣 | 7,112 | 3 | 190 | 1 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 8 | 4 |
| 臺中縣 | 12,805 | 7 | 345 | 4 | 120 | 3 | 24 | 0 | 0 | 1 | 6 | 4 |
| 彰化縣 | 16,607 | 5 | 310 | 1 | 25 | 0 | 0 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 |
| 南投縣 | 7,789 | 11 | 308 | 3 | 80 | 1 | 20 | 3 | 4 | 2 | 18 | 7 |
| 雲林縣 | 15,374 | 5 | 265 | 5 | 116 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 5 |
| 嘉義縣 | 9,219 | 2 | 209 | 1 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 |
| 臺南縣 | 15,594 | 7 | 280 | 2 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 26 |
| 高雄縣 | 15,831 | 12 | 375 | 1 | 32 | 0 | 0 | 12 | 1 | 1 | 22 | 12 |
| 屏東縣 | 14,554 | 8 | 332 | 1 | 10 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 7 | 6 |

| 項目 縣市 | 內政部推估 居住於社區 失能老年人口 之推估數 | 居家服務 | | 日照中心 | | 失智老人日 照中心 | | 家庭托顧 | | 交通接送 | | 老人營 養餐飲 |
|-----------|----------------------------------|------------|--------------|-----------|--------------|--------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| | | 單位數 | 照服員 人數 | 單位數 | 可服務 人數 | 單位數 | 可服務 人數 | 單位數 | 托顧家 庭數 | 單位數 | 車輛數 | 單位數 |
| 臺東縣 | 3,848 | 5 | 125 | 1 | 30 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 6 |
| 花蓮縣 | 7,160 | 2 | 107 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 3 |
| 澎湖縣 | 1,928 | 1 | 37 | 2 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 6 |
| 基隆市 | 4,683 | 2 | 69 | 1 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| 新竹市 | 4,167 | 2 | 61 | 1 | 30 | 1 | 20 | 0 | 0 | 2 | 470 | 4 |
| 臺中市 | 10,049 | 7 | 246 | 3 | 80 | 1 | 30 | 2 | 8 | 2 | 3 | 1 |
| 嘉義市 | 3,213 | 3 | 56 | 1 | 20 | 1 | 20 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 臺南市 | 8,660 | 4 | 160 | 3 | 77 | 1 | 30 | 0 | 0 | 1 | 10 | 4 |
| 金門縣 | - | 1 | 60 | 1 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 連江縣 | - | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 總計 | 269,844 | 133 | 5,496 | 54 | 1,431 | 12 | 221 | 23 | 21 | 43 | 719 | 201 |

備註：

- 1、本項資料統計至99年12月底。
- 2、內政部未提供金門縣及連江縣之失能老年人口推估數。
- 3、每一家庭托顧服務以受託4人為限。
- 4、高雄市交通接送服務已於99年12月31日完成委託，100年1月1日起可提供服務。
- 5、按臺北縣、臺中（縣）市、臺南（縣）市及高雄（縣）市等7（縣）市，自99年12月25日起改制為5直轄市，原「臺北縣」單獨改制為「新北市」；原「臺中縣」與原「臺中市」合併改制為「臺中市」；原「臺南縣」與原「臺南市」合併改制為「臺南市」；原「高雄縣」與原「高雄市」合併改制為「高雄市」。惟長照計畫自97年度實施，前揭地方政府尚未改制升格，本表為免混淆並釐清各地方政府長期照顧服務之辦理情形，故除臺北縣以新北市表示外，其餘仍以尚未改制前之地方政府名稱予以說明，以下均同。

資料來源：內政部

(3) 上開資源發展不均之情事，內政部亦坦承表

示：除居家服務及送餐服務為各地方政府運作成熟並穩定提供服務外，其餘服務資源之發展現況，於各縣市並不一致，各縣市部分服務項目尚未開辦，其原因主要包括：<1> 新型服務項目（如家庭托顧、失智症日間照顧中心）因服務模式及民眾認知尚待建立，

在專業知能及營運成本考量之下，民間單位參與意願不足；〈2〉城鄉基礎建設落差甚大，亦影響服務資源及服務輸送體系之拓展與布建，例如：對於若干偏遠地區且幅員廣大之縣市而言，交通接送服務更有成本較高且開辦不易之困難等語。顯見目前我國長期照顧服務資源之發展及建置仍未臻健全完善，尤其部分偏遠地區因缺乏民間委託單位，難有服務單位與人力提供長照服務，其失能老人之處境，令人堪憂。

(4)再據長照計畫所規劃之服務資源建置進度，其中居家服務預計於99年至多建置229個單位提供服務。惟迄99年12月31日止，居家服務提供單位數僅達133個，相較於上開預期目標顯有相當之落差。另據內政部表示：國際長期照顧服務體系發展趨勢係以居家、社區資源為優先發展原則，機構式照顧為輔，基此，我國長照計畫所定之預期目標，即以日間照顧資源為主要推估項目，預計於99年度日間

照顧服務人數應為4,251人等語。惟查該年度各縣市可服務人數僅達1,652人(日間照顧中心、失智症老人日間照顧中心可服務之人數),足見國內居家式及社區式長期照顧服務資源,仍然普遍不足,致使老人照顧服務應具全人照顧、在地老化及多元連續服務之原則,淪為空談。

2、失能老人及其家庭使用長照服務之意願不足,致使服務涵蓋率偏低,此凸顯長照計畫未能貼切符合失能老人及其家庭之實際需求與處境:

(1)按長照計畫之規劃,99年失能者居住於社區與機構之比例為87:13,而住在社區之失能者中預計有47,037人使用照顧服務(含居家服務、家庭托顧、日間照顧等),1,560人使用超過兩次之居家護理服務,10,047人接受社區及居家復健服務,6,881人使用喘息服務,941位重度失能之中低收入老人接受補助使用機構式服務;9,176位中低收入失能老人使用營養餐飲服務(詳見表3)。惟如依內政部

之推估，設定居住於社區之失能者使用照顧服務比率為20%，居家護理為13.6%，居家復健為4.38%，喘息服務為3%，並以該部99年度失能推估人數31萬165人為計算基礎，使用照顧服務為5萬3,968人、居家護理為3萬6,698人、居家復健為1萬1,819人、喘息服務為8,095人。

表3、長照計畫各項服務使用人數推估 單位：人

| 推估項目 | 2010年 | 2015年 | 2020年 |
|---------------|---------|---------|---------|
| 長照需求人口數 | 270,325 | 327,185 | 398,130 |
| 住在社區的長照人數 | 235,183 | 278,107 | 318,504 |
| ADL失能人口數 | 263,654 | 319,092 | 388,332 |
| 住在社區的ADL失能人口數 | 229,379 | 271,228 | 310,666 |
| 重度失能人口 | 157,571 | 191,528 | 233,369 |
| 重度失能住在社區的人口數 | 137,087 | 162,799 | 186,695 |
| 照顧服務使用人數 | 47,037 | 83,432 | 127,402 |
| 居家護理使用人數 | 1,560 | 2,278 | 3,107 |

| 推估項目 | 2010年 | 2015年 | 2020年 |
|-------------------------|---------|---------|---------|
| 居家及社區復健使用人數 | 10,047 | 11,880 | 13,607 |
| 喘息服務使用人數 | 6,881 | 13,561 | 31,067 |
| 老人營養餐飲服務使用人數 | 9,176 | 10,956 | 10,956 |
| 交通接送服務使用人數 | 27,417 | 48,840 | 74,678 |
| 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務使用人數 | 2,637 | 3,191 | 3,883 |
| 中低收入（重度失能）老人機構式服務安置人數 | 941 | 1,085 | 1,445 |
| 總計 | 105,696 | 175,223 | 266,145 |

備註：

- 1、失能者住在社區之比率：2010年為87%，2015年為85%，2020年為80%。
- 2、社區失能者照顧服務使用率：2010年設定為20%，2015年為30%，2020年為40%。
- 3、由於失能者經需求評估後可使用套裝的各項服務，舉例而言，部分失能民眾可能使用照顧服務、居家復健及交通接送服務，但計算獲益人數時並未處理，故獲益總人數偏高。

資料來源：我國長期照顧十年計畫～大溫暖社會福利套案之旗艦計畫（核定本）

(2) 惟從衛生署統計資料觀之，97至99年度各縣市長期照顧管理中心收案人數分別為36,444人、68,479人及41,220人，其占各該年度我國失能老人¹之比率僅達12.6%、22.8%及13.3%。又，各年度收案人數中分別有13,043人、

¹ 此處係依內政部提供之推估失能老年人口數，97至99年度分別為289,038人、300,632人、310,165人。

23,289人及12,441人，實際未接受長期照顧服務（詳見表4），其占收案人數之比率達3成之多。由上可徵，諸多失能老人及其家庭使用長照計畫各項服務之意願，明顯不足。

表4、97至99年度申請長照評估之收案人數、經評估後接受及未接受服務之人數統計
單位：人

| 97年度 | | | 98年度 | | | 99年度 | | |
|--------|------------|-------------|--------|------------|-------------|--------|------------|-------------|
| 收案人數 | 接受長期照顧之個案數 | 未接受長期照顧之個案數 | 收案人數 | 接受長期照顧之個案數 | 未接受長期照顧之個案數 | 收案人數 | 接受長期照顧之個案數 | 未接受長期照顧之個案數 |
| 36,444 | 23,401 | 13,043 | 68,479 | 45,190 | 23,289 | 41,220 | 28,779 | 12,441 |

資料來源：衛生署

(3)復從內政部統計資料觀之，該部主責項目之服務人數雖有逐年成長之趨勢，從97年度之3萬9,842人，至99年度增加為6萬4,320人（詳見5）。然99年度各項服務之使用人數卻均未達到長照計畫之預期目標，以照顧服務（含居家服務、日間照顧及家庭托顧）為例，該年度服務人數計有28,620人，占居住於社區失能老人（此處係依內政部所推估之26萬9,843人）之比率為10.6%，對照於長照計畫預計該年應有47,037人接受服務及其服務涵蓋率達20%之目標，顯有相當之落差。

表5、長照計畫服務人數（內政部主責項目）一覽表 單位：人

| 項 目 | 97 年度 | 98 年度 | 99 年度 |
|------------------|--------|--------|--------|
| 居家服務 | 22,305 | 22,017 | 27,800 |
| 日間照顧（含失智症日間照顧） | 339 | 618 | 785 |
| 家庭托顧 | 1 | 11 | 35 |
| 輔具購買租借及居家無障礙環境改善 | 2,734 | 4,184 | 6,112 |
| 老人營養餐飲 | 5,356 | 4,695 | 5,267 |
| 交通接送 | 7,232 | 18,685 | 21,916 |
| 長期照顧機構 | 1,875 | 2,370 | 2,405 |
| 總 計 | 39,842 | 52,580 | 64,320 |

備註：

- 1、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、長期照顧機構等項目之服務人數係指97年12月、98年12月、99年12月底現有服務個案人數。
- 2、交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善等項目之服務人數係指97年1月-12月、98年1月-12月及99年1月-12月期間服務之累計數。
- 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。

資料來源：內政部

(4)再由衛生署統計資料顯示，該部主責項目之服務人數雖有逐年成長之趨勢，98年度實際服務量較97年成長2倍，99年度較前一年度成長1.5倍（詳見表6）。惟99年度居家護理、居家及社區復健服務人數分別為9,443人及9,511人，占居住於社區失能老人之比率均為3.5%，對照於長照計畫預計該年服務3萬6,698人、1萬1,819人，以及服務涵蓋率應達

13.6%及4.38%等目標，亦有相當之落差。

表6、長照計畫服務人數(衛生署主責項目)一覽表 單位：人

| 項 目 | 97 年度 | 98 年度 | 99 年度 |
|-----------|-------|--------|--------|
| 居家護理 | 1,690 | 5,249 | 9,443 |
| 居家及社區復健服務 | 1,765 | 5,523 | 9,511 |
| 喘息服務 | 2,250 | 6,351 | 9,267 |
| 總 計 | 5,705 | 17,123 | 28,221 |

資料來源：依據衛生署提供之統計資料彙整製作

3、由上可徵，失能老人及其家庭使用長照服務之意願不足，致使長照服務涵蓋率偏低，亦凸顯長照服務未能滿足及符合失能老人及其家庭之實際需求與處境。

(三)綜上，我國近年來人口快速老化，高齡化已成為我國人口變遷不可避免之現象，惟現今家庭型態之照顧功能早已弱化，難以承擔失能長者之照顧工作。為因應高齡與失能人口成長帶來長期照顧需求之增加，我國自97年推動實施長照計畫，惟內政部及衛生署執行迄今，各縣市長期照顧服務資源發展程度不均，失能老人使用長照服務之比率偏低，足見國內長期照顧資源仍乏普及性及可近性，亦無法滿足及貼近失能老人及其家庭之實際需求，致使該項計畫執行成效未盡理想，造成諸多失能老人之長期

照護責任仍由個人或家庭獨自承擔，行政院允應督促所屬檢討改進，儘速建構綿密之服務網絡，以滿足失能老人及其家庭之長期照護需求。

三、我國雖已開始實施長照計畫，惟因目前國內長期照顧資源不足，機構式照顧品質良莠不齊，且照顧責任負荷沈重，致使愈來愈多民眾選擇外籍看護工協助照顧家中失能長者，故行政院勞委會於配合長照資源發展建置之下，檢討外籍看護工政策時，允應正視其早已成為我國主要之長期照顧人力，並從失能老人之需求及觀點，訂定合理可行之作法，而非一味採取縮減限制之立場，以滿足失能老人在地老化之需求：

(一)查勞委會因應國內長期照顧資源及人力之不足，為協助有重度殘障者或中風癱瘓者之家庭解決照顧問題，自81年8月5日公告開放雇主申請聘僱家庭看護工。家庭成員如有上開公告事項所列病症情形之一者，並檢具相關證明文件（身心障礙手冊或合格醫院所開具之診斷證明書），得申請聘僱外籍看護工。上開公告事項對於申請外籍家庭看護工之資格條件，復於89年2月14日及89年8月31日歷經2次修

正。嗣因該會鑑於申請資格係以被看護者具「特定病症」及其巴氏量表分數為評估標準，無法真正反映被看護者之照顧需求，經召開多次座談及協商後，考量社會福利與醫療照護政策，及評估國內長照需求與照顧服務員培訓就業之發展，並配合衛生署公告修正之身心障礙項目，修訂外籍看護工申請資格標準，並自95年1月1日開辦申審新制，由指定醫療機構之專業團隊綜合評估認定需全日24小時照顧，或持特定身心障礙手冊重度以上等級，並經長期照顧管理中心推介本國照顧服務員而無法提供適當照顧服務者，始得向勞委會申請外籍看護工，且將相關申請資格及人數規定，明定於「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」之中。

(二)依據勞委會表示：該會於國內長期照顧資源及人力不足情況下，適度引進外籍看護工，以解決國內重症患者之基本照顧需求，爰家庭外籍看護工於我國照顧體系，係定位為補充性人力，惟不應完全取代國內長期照顧人力，並於配合長照資源發展及體系

建置下，持續檢討外籍看護工政策等語。據該會統計，我國外籍家庭看護工之人數由90年之101,127人，已逐年攀升至99年之174,307人。

(三)為滿足長期照顧需求人數之快速增加，行政院已於96年4月核定「我國長期照顧十年計畫」，其經費來源除使用者部分負擔費用外，主要由內政部、衛生署及各地方政府按年編列公務預算支應，故該計畫各項服務之補助上限，原則於政府財政能力範圍內妥為規劃，其推估於10年內挹注新台幣（下同）817.36億元經費，以建構一個符合多元化、社區化（普及化）、優質化、可負擔及兼顧差異之長期照顧制度。惟查長照計畫推估經費之基礎，係設定失能者居住於社區之比率為2010年87%，2015年85%，2020年80%，且欲達成之服務使用率（即使用服務人數占居住社區失能老人之比率）以照顧服務為例，2010年為20%、2015年為30%、2020年為40%，顯非將失能老人全數納入長照服務照顧所需之費用，予以計算。此外，長照計畫現階段係以編列公務預算，由國家以稅收補助方式辦理，但囿於國家

財政負擔考量，故目前僅能先依照顧弱勢及滿足基本需求，補助一定額度之照顧服務時數，其中居家服務即依失能程度分別予以每月25小時、50小時及90小時之補助，且僅於日間到宅提供服務，則重度失能老人如欲在家中接受照顧，僅賴長照服務顯然不足，其家人仍須承擔絕大部分之照顧工作。可見長期照護成本負擔沈重，既使在政府投入龐大經費之下，仍難使所有失能老人於家中獲得全人、全時之照護服務。

表7、我國長期照顧十年計畫各年度經費推估表 單位：億元

| 項目 | | 96年 | 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 |
|----------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 社政主責項目 | 補助服務使用者 | 16.76 | 33.68 | 36.76 | 39.89 | 44.62 | 49.37 | 54.1 | 58.85 | 63.59 | 80.49 |
| | 補助服務提供單位 | 7.82 | 16.79 | 18.92 | 21.02 | 23.66 | 26.31 | 28.95 | 31.6 | 34.24 | 47.33 |
| 衛政主責項目 | 補助服務使用者 | 0.42 | 1.15 | 1.4 | 1.65 | 1.85 | 2.08 | 2.29 | 2.51 | 2.73 | 3.7 |
| | 補助服務提供單位 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 長期照顧管理中心 | 照顧管理專員 | 0.91 | 1.7 | 1.98 | 2.25 | 2.75 | 3.25 | 3.75 | 4.25 | 4.75 | 5.47 |
| | 照顧管理督導 | 0.10 | 0.51 | 0.61 | 0.7 | 0.84 | 0.98 | 1.13 | 1.27 | 1.41 | 1.78 |
| | 中心之設備及業務費 | 0.50 | 0.9 | 1.24 | 1.59 | 2 | 2.42 | 2.83 | 3.25 | 3.66 | 4.07 |
| 合計 | | 26.51 | 54.73 | 60.91 | 67.1 | 75.72 | 84.41 | 93.05 | 101.73 | 110.38 | 142.84 |

備註：

- 1、本表係依長照計畫之規劃內容。
- 2、社政主責項目之服務使用者費用包括：照顧服務、老人營養餐飲、交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善、長期照顧機構等。
- 3、社政主責項目之服務提供單位費用包括：照顧服務（失智症老人日間照顧）、老人營養餐飲、交通接送、長期照顧機構等；衛政主責項目之服務使用者費用包括：居家護理、社區及居家復健、喘息服務等。
- 4、至衛政主責項目之服務提供單位費用，長照計畫未有推估數。

資料來源：內政部

(四)再查長照計畫自97年實施迄今，到宅提供照顧服務

（居家服務）之照顧服務員人數僅達5千餘人，其提供能量與內政部所推估居住於社區之失能老年人口數（26萬9,843人）相較之下，顯有相當之落差。又照顧服務員每小時以180元計算費用，且政府僅能補助每月90小時服務費用，超過部分則全數由使用者負擔，倘一般家庭之失能老人每日使用8小時居家服務時，其家庭需負擔3萬1千餘元之費用（即90小時之部分負擔加上150小時之服務費用）。

。惟相較於居家服務以鐘點時數且僅在日間時段到宅提供照顧服務之下，外籍家庭看護工僱用成本較低，並可按照老人生活作息及實際需求，提供24小時貼身照顧，無疑具備服務時間高度彈性之優點。

。此對於大多數家庭、甚至有職照顧者而言，不僅能夠負擔照顧費用並可使失能長者於自己家中接受照顧，致使民眾不得不選擇外籍看護工協助照顧家中失能長者。目前已有高達17餘萬名外籍家庭看護工來台協助17餘萬個家庭承擔長期照顧之重擔，對於現今照顧體系實已成為不可避免之一環。復以臺北市為例，其長期照顧服務資源及老人福利機

構數量相較於其他縣市，均較為充裕，惟迄99年底，該市外籍家庭看護工人數已達3萬7千餘人，其中86%之民眾係符合長照計畫之服務對象，足徵目前我國長照服務內容仍難以滿足重度失能老人高頻率之照護需求。

(五)再按長照計畫之推估，99年時我國重度失能老年人口數為157,571人，惟據內政部統計，99年重度失能老人入住於老人福利機構之長期照護床位者計有5,296人，使用居家服務者計有1萬535人，使用日間照顧者計有214人，總計16,045人，其相較於長照計畫所推估之重度失能老年人口數，顯有相當之落差。足見長照計畫各項服務無法充分滿足及貼近重度失能老人及其家庭之實際需求，以致民眾使用意願偏低，此亦從該計畫自97年實施後，外籍看護工人數不增反減，且99年度重度失能老人使用居家服務之人數僅及該年度外籍家庭看護工人數之6%等情，可見一斑。

(六)綜上，在國內長期照護體系不足之下，基於人道立場及社會需要，由勞委會開放引進外籍家庭看護工

，以補充國內長期照護人力需求，確有其需要性。我國雖已開始實施長照計畫，惟目前國內長期照顧體系仍未臻健全完善，無法滿足重度失能老人高頻率之照護需求，加以機構式照顧品質良莠不齊，致使絕大多長期照顧責任仍由個人或家庭獨自承擔，造成家庭沈重之身心與財務負荷。基此，勞委會於配合長照資源發展建置之下，檢討外籍看護工政策時，允應正視其早已成為我國主要之長期照顧人力，並從失能老人及其家庭之需求及觀點，訂定合理可行之作法，而非一味採取縮減限制之立場，以滿足失能老人在地老化之需求。

四、我國未將安樂死合法化，89年公布施行有「自然死法案」之稱的「安寧緩和醫療條例」，衛生署雖已修正「醫院住院須知參考範例」，並請各醫院應對所有住院病患主動提供「預立選擇安寧緩和醫療意願書」及表單，惟該署僅將其列入醫院評鑑進行督考，未能積極採取強制作為，以促使醫院落實執行，顯未重視病患應有之醫療選擇權，允宜檢討改進：

(一)我國雖迄今未將安樂死合法化，但已於89年6月7日

公布施行有「自然死法案」之稱的「安寧緩和醫療條例」，賦予醫師對於不可治癒之末期病人，得在尊重其意願之情形下，不施予積極性之治療或急救，僅提供減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施，或不施行心肺復甦術，使病患有尊嚴地度過生命的最後一程。

(二)查衛生署為保障病人知的權益，必要時得選擇安寧緩和醫療，爰於99年9月14日公告修正「醫院住院須知參考範例」，並請醫院自公告日起應主動提供所有住院病患有關「預立選擇安寧緩和醫療意願書」及表單。惟上開政策係行政指導，且該署除僅將列入醫院評鑑基準外，並未積極採取相關強制作為，以致各醫院對於住院病患無落實主動提供安寧緩和醫療意願書，令人質疑。況且臨床上仍常發生部分末期病人仍在持續使用呼吸器、葉克膜體外維生系統或被施予心肺復甦術等，造成其莫大折磨與痛苦。

(三)綜上，安寧緩和醫療條例已於89年6月7日公布施行，惟衛生署對於醫院推行簽署安寧緩和醫療意願書

之情形，僅以行政指導方式要求各醫院應對所有住院病患主動提供「預立選擇安寧緩和醫療意願書」及表單，並以例行性醫院評鑑制度進行督考，況且該評鑑目前仍屬自願性且項目繁多，其強制性仍有不足，難以落實重視末期病患應有之醫療選擇權，允宜檢討改進。

五、衛生署受理辦理民眾安寧緩和醫療意願註記於健保卡之作業過程，耗時1個月之久，與民眾表達意願之時間點有相當之落差，倘民眾於該期間發生末期病危時，醫院自無法從健保卡立即得知其醫療選擇權，仍予全力救治，將違反病患之意願；又該署辦理健保卡註記作業流程，亦缺乏審查確認其意願書是否由意願人簽署之程序，其註記作業有欠嚴謹，應予檢討改進：

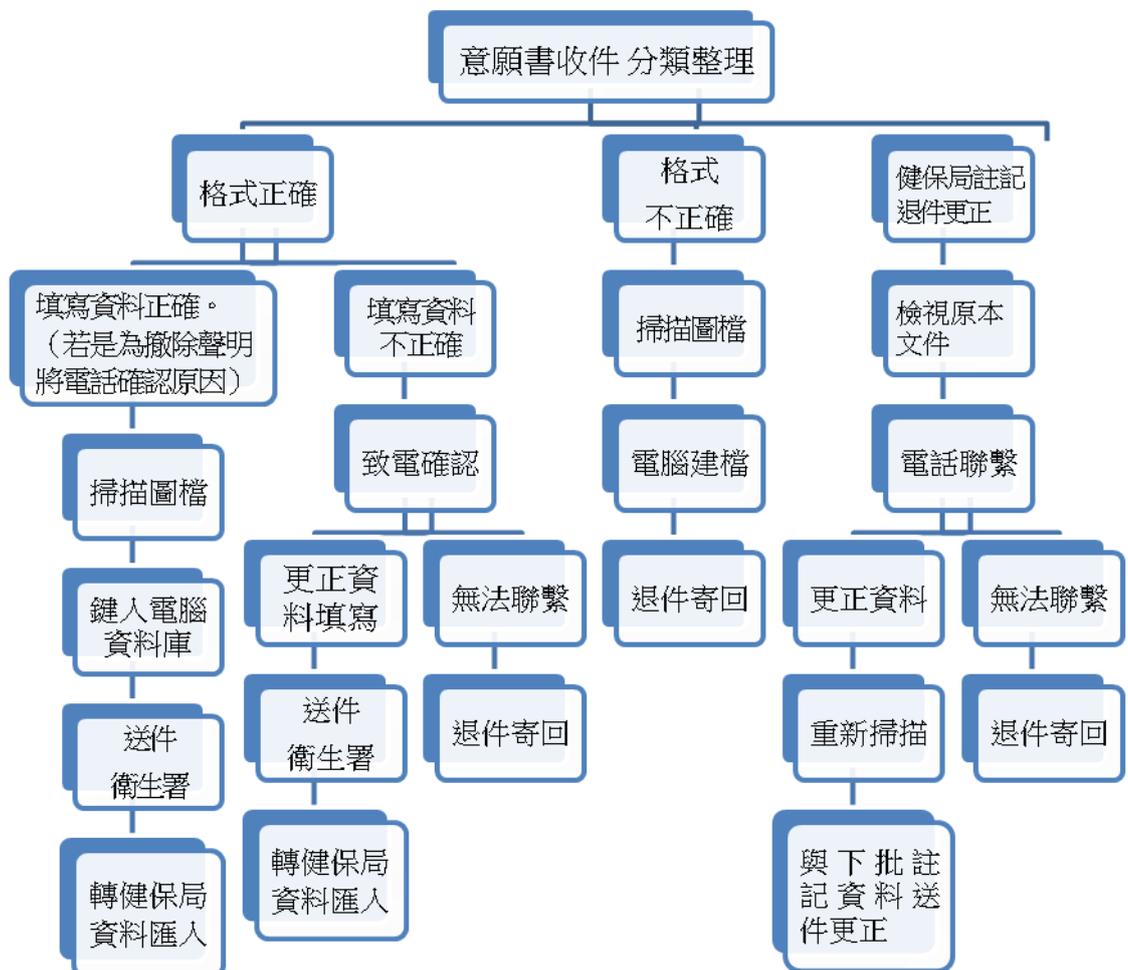
(一)查立法院第五屆第二會期第十一次會議通過修正安寧緩和醫療條例第3條及第7條條文時，附帶決議略以：為鼓勵與教育民眾簽立安寧緩和醫療意願書，應研究全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡）納入簽立意願書與否之欄位。爰此，衛生署於95年9月開始受理民眾安寧緩和醫療意願註記於健保卡

，並委託臺灣安寧照顧協會辦理該註記作業。嗣因已簽署安寧緩和醫療意願書者，在末期病危時如未隨身攜帶或無法主動出示時，醫護人員基於職責，仍予全力救治，致常發生不符合病人意願與利益之急救遺憾事件，100年1月26日安寧緩和醫療條例爰增修第6-1條規定，對於已簽署安寧緩和醫療意願書者，於其健保卡註記安寧緩和醫療意願，該意願註記之效力等同意願書正本²。

(二)次查目前安寧緩和醫療意願註記於健保卡之流程，由申請人於填寫「預立選擇安寧緩和醫療意願書」後，將意願書正本郵寄至衛生署或臺灣安寧照顧協會。臺灣安寧照顧協會彙整各地寄送（含民眾、醫院、長照機構或其他單位）之意願書後，逐筆檢查書寫資料及表格，檢查內容包括：書寫格式是否為「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，以及意願人姓名、身分證字號、出生年月日、地址、電話。若

² 按安寧緩和醫療條例第6-1條規定：「經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其安寧緩和醫療意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。前項簽署之意願書，應由醫療機構或衛生機關以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。經註記於健保卡之安寧緩和醫療意願，與意願人臨床醫療過程中明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。」

上述資料有誤，將致電本人確認資料之正確性後，更正資料填寫；如無法確認或聯繫不到，該協會將原件以影印或翻拍存檔後，寄回意願人予以更正。若上述資料正確，該協會即依衛生署中央健康保險局（以下簡稱健保局）要求之格式彙整後，將資料送至衛生署，再由該署函送健保局資訊室匯入註記資料，完成健保卡註記（詳見下圖）。民眾寄出意願書20個工作天後，可持健保卡至各健保局合約之醫療院所查詢確認。



(三)依據衛生署統計，自95年至99年止計有51,181位民眾簽署預立選擇安寧緩和醫療意願書，並已將其註記於健保卡，分析每年案件數，95年每月平均678人申請註記，至99年時每月平均超過1千人以上申請註記，可見民眾接受安寧緩和醫療之觀念逐漸擴大。惟查目前臺灣安寧照顧協會接受衛生署委託辦理上開註記業務之人力扣除諮詢專家群，實際辦理註記相關作業之人員計18人，其中辦理第1次資料審查僅有2名人力，自僅能作形式檢查，確認格式及資料是否正確，未能審核確認該意願書是否係由意願人本人簽署。且衛生署於本院約詢時亦稱：該署將對目前審核機制，另行檢討研議加強等語。

(四)綜上，衛生署自95年9月開始受理民眾安寧緩和醫療意願註記於健保卡，申請人數逐年增加，至99年每月平均超過1千人申請註記，顯見民眾接受安寧緩和醫療之觀念逐漸提升。復以100年1月26日安寧緩和醫療條例修正公布後，已簽署安寧緩和醫療意願書者，其意願註記於健保卡之效力與意願書正本相同，故註記作業流程之時效及周延，有其重要

性。惟因民眾寄出意願書至該署完成註記，需時約1個月之久（20個工作日加上假日），其與民眾表達意願之時間點有相當之落差，而有空窗期之情形。若民眾於該期間發生末期病危時，醫院自無法從健保卡立即得知其醫療選擇權，如仍予全力救治，勢將發生違反其意願之急救憾事。又，該署辦理健保卡註記之作業流程，欠缺確認該意願書是否由意願人本人簽署之審核程序，僅由受委託單位檢查格式及資料無誤後，即送該署函請健保局資訊室匯入註記，其註記作業有欠嚴謹，應予檢討改進。

六、安寧緩和醫療條例已於100年1月26日修正通過，其中增加事後得終止或撤除末期病人心肺復甦術之處理機制，衛生署允應儘速完成相關操作指引，供醫療單位依循參考；另對於事先未預立醫療委任代理人，亦無最近親屬之末期病人可否終止或撤除心肺復甦術之情形，儘速研議補救，以維該類病患接受安寧緩和醫療之權益：

（一）安寧緩和醫療條例於89年6月7日公布施行之後，即賦予醫師對於不可治癒之末期病人，得在尊重其意

願之情形下，不施予積極性之治療或心肺復甦術，並針對末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由最近親屬出具同意書代替之。惟該條例對於最近親屬如未及於醫師施行心肺復甦術前出具同意書之情況，並未有相關處理機制。爰安寧緩和醫療條例於100年1月26日修正公布部分條文，其中新增家屬得事後終止或撤除末期病人之心肺復甦術，即最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，出具同意書時，原施予末期病人之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或配偶、成人子女、孫子女、父母等人一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術³。

(二)依據衛生署表示：為推動執行前揭規定，該署將請

³ 按安寧緩和醫療條例第7條規定：「不施行心肺復甦術，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成人子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，依第三項至第五項規定出具同意書時，原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或第四項第一款至第三款之親屬一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。前項得簽署同意書之親屬，有已死亡、失蹤或不能為意思表示時，由其餘親屬共同簽署之。……。」

學者專家訂定「撤除末期病人之心肺復甦術操作指引」，以供醫療相關單位參考。又為加強民眾對「安寧緩和醫療」及「不施行心肺復甦術」之瞭解，該署已於100年度編列經費預算，計畫拍攝介紹急救相關醫療措施及其後續無效醫療之影響等相關宣導短片，並將其製作成錄影帶，提供各醫院播放，加強對民眾之宣導。此外，該署亦已責成醫師公會全聯會及台灣醫學會針對醫護人員加強安寧緩和醫療之認知，於今年辦理醫護人員教育訓練云云。

(三)再審酌100年1月26日修正公布之安寧緩和醫療條例相關規定，其中雖增加事後得終止或撤除末期病人心肺復甦術之處理機制，惟其針對事先未能預立醫療委任代理人，且亦無最近親屬之末期病人，如遊民、年邁單身之榮民等，於意識昏迷或無法清楚表達意願時，其接受安寧緩和醫療意願情形，卻未定有相關處理機制，顯有闕漏之處，致影響該類病患接受安寧緩和醫療之權益。

(四)綜上所述，安寧緩和醫療條例於89年6月7日公布施行後，賦予醫師對於不可治癒之末期病人，得在尊

重其意願之情形下，不施予積極性之治療或心肺復甦術，惟臨床上經常發生部分末期之重症病人因未事先簽署安寧緩和醫療意願書，其家屬亦未及出具同意書，經醫師施予一連串之心肺復甦術後，病人受盡折磨痛苦，卻無法終止或撤除心肺復甦術。100年1月26日該條例修正公布後，增修事後終止或撤除心肺復甦術之處理機制，該署除應持續加強民眾及醫護人員之宣導及訓練外，亦應儘速完成相關操作指引，供醫療單位依循參考；另對於事先未預立醫療委任代理人，亦無最近親屬之末期病人可否終止或撤除心肺復甦術之情形，儘速研議補救，以維該類病患接受安寧緩和醫療之權益。

七、我國安寧緩和醫療條例已於89年6月7日公布施行，惟長期仰賴呼吸器病患人數卻逐年增加，99年增至3萬餘人，10年來使用超過1年者計2萬餘人，其中80歲以上者超過3成，每年健保支付費用已超過新台幣200億元⁴；又我國使用葉克膜居世界之冠，99年單純使

⁴ 衛生署所提供之每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用係以點值作為單位，如以平均點值為新台幣0.9元予以換算，則每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用260餘億點，經換算約達新台幣200餘億元。

用葉克膜病患之人數計有1,126人，由健保支出之葉克膜醫療費用高達新台幣1億6千餘萬元；不當使用呼吸器或葉克膜不僅可能造成無效醫療，而且使病患生活在人間煉獄飽受痛苦；衛生署卻未正視末期病人在醫療上所面臨雙重弱勢之處境，針對醫師面臨末期病人施行氣切插管及葉克膜體外維生系統之情形，研議相關診療指引，並從法令強制力及健保支付制度上，採取有效管控及約制措施，以促使醫師有所遵循並審慎使用該等醫療救治措施，俾能尊重末期病人之醫療意願及保障病患善終之權利，核有疏失：

(一)有關呼吸器依賴照護之問題：

- 1、查衛生署健保局於89年6月開始實施「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付制度」試辦計畫，對於呼吸照護中心及呼吸照護病房階段採定額給付。依健保局所公告之「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫」(以下簡稱試辦計畫)，呼吸照護可分為加護病房(ICU)、呼吸照護中心(RCC)、呼吸照護病房(RCW)和居家照護(Home Care)四個

階段，呼吸器依賴病患第一階段在加護病房接受照護最長21天，第二階段依主治醫師須病情判斷下轉呼吸照護中心接受照護最長42天，第三階段依患者病情下轉呼吸照護病房接受照護，第四階段則為居家照護(自98年11月起該試辦計畫將居家照護階段支付範圍由「居住家中」開放至健保特約之一般護理之家)。

2、惟據衛生署所提供之統計資料顯示，上開試辦計畫於89年實施，自90年RCC及RCW之床數及長期呼吸器依賴患者之人數呈現逐年增加之趨勢，而65歲以上老年病患所占比率高達7成，其中更有4成係80歲以上高齡病人，且每年全民健保支付長期依賴呼吸器病患之費用已達2百餘億點，茲分述如下：

(1)RCC及RCW之床數逐年增加：

依據衛生署提供之統計資料顯示，上開計畫於89年實施，隔年RCC及RCW之床數分別為240床及1,046床，迄99年時已分別增加為921床及5,427床，其成長快速可見一斑(詳見表8

)。此外，從醫院層級別觀之，以地區醫院RCW之家數及床數為最多（詳見表9）。

表8、90至99年呼吸器照護中心及呼吸器照護病房床數統計

單位：家、床

| 項目 | 年 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
|------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 呼吸 照護 中心 | 家 | 15 | 20 | 27 | 34 | 34 | 44 | 46 | 49 | 53 |
| 床 | | 240 | 284 | 409 | 579 | 652 | 788 | 779 | 806 | 896 | 921 |
| 呼吸照 護病房 | 家 | 43 | 70 | 109 | 139 | 144 | 158 | 147 | 153 | 132 | 164 |
| | 床 | 1,046 | 1,869 | 3,256 | 4,287 | 4,553 | 5,130 | 4,805 | 4,943 | 5,266 | 5,427 |

備註：

- 1、整合性照護系統自95年起由分局定期提報，90~94年數據非完整年度資料。
- 2、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫因自89年7月起實施，尚未滿一年，故89年未有統計資料。又該計畫自97年分階段全面實施，故採鼓勵組成整合性照護系統，不強制組成整合性照護系統。

資料來源：衛生署

表9、89至98年間呼吸器照護中心及呼吸器照護病房床數統計-按醫院層級別區分

單位：家；床

| 年度別 | 層級別 | 呼吸照護中心 | | 呼吸照護病房 | |
|-----|------|--------|-----|--------|-------|
| | | 家數 | 床數 | 家數 | 床數 |
| 95 | 醫學中心 | 11 | 301 | 1 | 83 |
| | 區域醫院 | 31 | 443 | 29 | 955 |
| | 地區醫院 | 2 | 44 | 128 | 4,092 |
| | 合計 | 44 | 788 | 158 | 5,130 |
| 96 | 醫學中心 | 11 | 272 | 1 | 83 |
| | 區域醫院 | 33 | 463 | 29 | 913 |
| | 地區醫院 | 2 | 44 | 117 | 3,809 |
| | 合計 | 46 | 779 | 147 | 4,805 |
| 97 | 醫學中心 | 11 | 284 | 1 | 17 |
| | 區域醫院 | 36 | 490 | 32 | 1,002 |
| | 地區醫院 | 2 | 32 | 120 | 3,924 |

| 年度別 | 層級別 | 呼吸照護中心 | | 呼吸照護病房 | |
|-----|------|--------|-----|--------|-------|
| | | 家數 | 床數 | 家數 | 床數 |
| | 院 | | | | |
| | 合計 | 49 | 806 | 153 | 4,943 |
| 98 | 醫學中心 | 13 | 317 | 2 | 57 |
| | 區域醫院 | 39 | 559 | 30 | 988 |
| | 地區醫院 | 1 | 20 | 130 | 4,221 |
| | 合計 | 53 | 896 | 162 | 5,266 |
| 99 | 醫學中心 | 14 | 329 | 2 | 57 |
| | 區域醫院 | 41 | 572 | 29 | 973 |
| | 地區醫院 | 1 | 20 | 133 | 4,397 |
| | 合計 | 56 | 921 | 164 | 5,427 |

備註：

- 1、本表僅能統計參與全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫之呼吸照護中心及呼吸照護病房家數及床數。又該計畫床數係不定期由各分局提供，故統計始點會影響床數多寡
- 2、自95年始例行按層級別提供資料，故90至94年並無是項數據資料。

資料來源：衛生署

(2)長期依賴呼吸器病患之人數逐年增加，其中以65歲以上老人居多：

<1>近10年長期依賴呼吸器病患人數亦有逐年增加之趨勢，從90年之18,855人，增加至99年之30,271人，其中以65歲以上老人居多，歷年所占比率均超過70%，99年時80歲以上高齡者所占比率甚至達4成（詳見表10

)。

表10、90至99年長期依賴呼吸器病人之人數及其年齡分布情形

單位：人；%

| 分組 | 90年 | 91年 | 92年 | 93年 | 94年 | 95年 | 96年 | 97年 | 98年 | 99年 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 65~69歲 | 1,825 | 2,078 | 2,287 | 2,562 | 2,644 | 2,407 | 2,475 | 2,379 | 2,296 | 2,252 |
| 70~74歲 | 2,901 | 3,456 | 3,813 | 4,261 | 4,082 | 3,754 | 3,759 | 3,541 | 3,403 | 3,254 |
| 75~79歲 | 3,267 | 4,109 | 4,849 | 5,731 | 5,871 | 5,491 | 5,548 | 5,337 | 4,938 | 4,739 |
| 80~84歲 | 2,759 | 3,698 | 4,228 | 5,131 | 5,644 | 5,357 | 5,715 | 5,854 | 5,872 | 5,898 |
| 85~89歲 | 1,812 | 2,323 | 2,784 | 3,203 | 3,472 | 3,490 | 3,806 | 4,028 | 4,085 | 4,243 |
| 90~94歲 | 619 | 825 | 1,058 | 1,382 | 1,538 | 1,436 | 1,534 | 1,570 | 1,591 | 1,664 |
| 95~99歲 | 137 | 195 | 231 | 252 | 314 | 293 | 339 | 377 | 384 | 424 |
| 100歲以上 | 20 | 22 | 26 | 33 | 35 | 36 | 44 | 33 | 42 | 46 |
| ≥65歲合計 | 13,340 | 16,706 | 19,276 | 22,555 | 23,600 | 22,264 | 23,220 | 23,119 | 22,611 | 22,520 |
| 病患總人數 | 18,855 | 22,439 | 25,678 | 29,859 | 31,103 | 29,395 | 30,724 | 30,723 | 30,246 | 30,271 |
| 65歲以上者占總人數之比率 | 70.75 | 74.45 | 75.07 | 75.54 | 75.88 | 75.74 | 75.58 | 75.25 | 74.76 | 74.39 |

備註：

- 1、本項資料係依健保資料倉儲申報資料。
- 2、擷取條件依呼吸器試辦計畫收案條件定義連續使用呼吸器21天(含)以上之患者(除含在RCC病房及RCW病房之人數外,並包含單獨住在ICU或一般病房之呼吸器依賴患者人數)。
- 3、各年齡層因住院期間跨不同年齡層者以最後一筆年齡計算。

資料來源：衛生署

<2>又從歷年RCC及RCW病患之年齡分布以觀,長期依賴呼吸器患者以60~69歲、70~79歲及80~89歲等年齡組之人數居多,其中近年來又以80~89歲者為最多(詳見表11及12)。再以99年RCW人數為例,該年RCW人數總計15,373人,其中70歲以上老人多達11,397人,占74.1%,80歲以上高齡者(

7,157人)之比率更將近5成。

表11、90至99年RCC人數年齡分布統計表 單位：人

| 年齡分組 | 90年 | 91年 | 92年 | 93年 | 94年 | 95年 | 96年 | 97年 | 98年 | 99年 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 0-9歲 | - | - | 1 | 1 | - | 1 | - | - | 1 | 1 |
| 10-19歲 | 5 | 8 | 2 | 14 | 20 | 31 | 27 | 34 | 37 | 44 |
| 20-29歲 | 22 | 20 | 55 | 69 | 82 | 94 | 91 | 90 | 87 | 111 |
| 30-39歲 | 28 | 59 | 86 | 93 | 108 | 130 | 172 | 171 | 155 | 177 |
| 40-49歲 | 80 | 125 | 194 | 245 | 282 | 332 | 361 | 390 | 396 | 401 |
| 50-59歲 | 110 | 212 | 392 | 445 | 545 | 643 | 756 | 780 | 839 | 940 |
| 60-69歲 | 336 | 481 | 789 | 972 | 1,058 | 1,110 | 1,245 | 1,239 | 1,235 | 1,404 |
| 70-79歲 | 634 | 914 | 1,725 | 2,136 | 2,278 | 2,420 | 2,766 | 2,709 | 2,746 | 2,948 |
| 80-89歲 | 455 | 767 | 1,375 | 1,766 | 1,966 | 2,348 | 2,689 | 3,015 | 3,078 | 3,602 |
| 90-99歲 | 86 | 121 | 276 | 382 | 417 | 469 | 551 | 577 | 576 | 729 |
| 100歲以上 | 1 | 3 | 3 | 7 | 11 | 8 | 8 | 13 | 19 | 18 |
| 總計 | 1,757 | 2,710 | 4,918 | 6,130 | 6,767 | 7,586 | 8,666 | 9,018 | 9,169 | 10,375 |

備註：

1、本項資料係依健保倉儲資料。

2、病患當年度不同次就診之年齡跨不同組別時，以最後一筆案件年齡列計。

資料來源：衛生署

表12、90至99年RCW人數年齡分布統計表 單位：人

| 年齡分組 | 90年 | 91年 | 92年 | 93年 | 94年 | 95年 | 96年 | 97年 | 98年 | 99年 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 0-9歲 | 2 | 4 | 12 | 13 | 4 | 7 | 8 | 6 | 17 | 31 |
| 10-19歲 | 6 | 14 | 20 | 20 | 23 | 30 | 34 | 38 | 33 | 65 |
| 20-29歲 | 19 | 38 | 47 | 50 | 64 | 72 | 69 | 75 | 73 | 137 |
| 30-39歲 | 26 | 44 | 62 | 92 | 102 | 92 | 99 | 114 | 101 | 202 |
| 40-49歲 | 80 | 122 | 168 | 216 | 302 | 290 | 293 | 293 | 334 | 561 |
| 50-59歲 | 16 | 236 | 309 | 373 | 534 | 548 | 556 | 615 | 687 | 1,148 |
| 60-69歲 | 398 | 608 | 750 | 948 | 1,054 | 1,010 | 1,029 | 1,132 | 1,161 | 1,832 |
| 70-79歲 | 774 | 1,514 | 1,919 | 2,360 | 2,764 | 2,665 | 2,788 | 2,755 | 2,783 | 4,240 |
| 80-89歲 | 599 | 1,282 | 1,734 | 2,192 | 2,731 | 2,627 | 3,006 | 3,286 | 3,755 | 5,850 |
| 90-99歲 | 104 | 227 | 322 | 439 | 578 | 528 | 642 | 676 | 808 | 1,278 |
| 100歲以上 | 1 | 6 | 4 | 11 | 17 | 19 | 14 | 11 | 16 | 29 |
| 總計 | 2,125 | 4,095 | 5,347 | 6,714 | 8,173 | 7,888 | 8,538 | 9,001 | 9,768 | 15,373 |

備註：

1、本項資料係依健保倉儲資料。

2、病患當年度不同次就診之年齡跨不同組別時，以最後一筆案件年齡列計。

資料來源：衛生署

(3) 每年健保支付費用已高達260多億點：

依據衛生署提供之統計資料顯示，每年健保支付長期依賴呼吸器病患之費用從90年之146.73億點，快速增加至94年之273.76億點，嗣後每年多維持在260多億點。其中支付在呼吸照護中心由90年3.91億點，至99年21.6億點；支付在呼吸照護病房由90年之9.69億點，快速增加至99年之94.9億點（詳見表13）

表13、90~99年長期呼吸器依賴患者費用統計

單位：百萬點

| 年度/病床別 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ICU | 3,195 | 3,764 | 4,593 | 5,482 | 5,535 | 5,623 | 6,060 | 6,245 | 6,851 | 7,618 |
| RCC | 391 | 582 | 1,039 | 1,296 | 1,367 | 1,544 | 1,807 | 1,887 | 1,924 | 2,160 |
| RCW | 969 | 2,182 | 3,199 | 4,277 | 5,389 | 5,401 | 5,692 | 6,046 | 6,651 | 9,493 |
| 一般病房 | 3,120 | 3,904 | 4,973 | 6,450 | 5,615 | 4,584 | 4,422 | 4,168 | 3,932 | 1,667 |
| 一般病房+ICU | 6,998 | 7,943 | 8,125 | 9,294 | 9,470 | 8,466 | 8,430 | 8,261 | 7,038 | 5,819 |
| 合計 | 14,673 | 18,376 | 21,927 | 26,799 | 27,376 | 25,618 | 26,411 | 26,607 | 26,396 | 26,757 |

備註：

- 1、呼吸器依賴患者，係指該年度某段申報資料中呼吸器使用天數超過21天者，當年度中之新個案，申報57023B未申報57001B或57002B者不列入。
- 2、點數係指實際醫療費用。
- 3、同一病患在同一天至同一院所住院之各月申報資料皆併入同一件數計算。
- 4、「一般病房」係指病人留住於未參與呼吸器試辦計畫時，醫院申報之病房別；另「一般病房+ICU」係指病患於同一住院期間入住加護病房及一般病房二種病房後才出院，其費用合併申報無法拆分，故歸為一類統計。

資料來源：衛生署

(4) 10年來長期呼吸器依賴患者住院超過1年者計

有20,472人，其中80歲以上高齡者超過3成：

依據衛生署提供之統計資料顯示，90至99年長期呼吸器依賴患者住院天數在1年內之人數近9成，超過1年者計有20,472人（詳見表14），其中70歲以上老人超過7成，80歲以上高齡者甚至超過3成（詳見表15）。

表14、90~99年長期呼吸器依賴患者住院天數分布統計

| 住院天數 | 申報人數 | 人數占率 |
|----------|---------|---------|
| 1個月 | 58,742 | 31.37% |
| 2-3個月 | 39,380 | 21.03% |
| 4-6個月 | 46,011 | 24.57% |
| 7-12個月 | 22,574 | 12.06% |
| 累計滿1年 | 166,707 | 89.03% |
| 13-24個月 | 11,615 | 6.20% |
| 25-36個月 | 4,188 | 2.24% |
| 37-48個月 | 2,123 | 1.13% |
| 49-60個月 | 1,152 | 0.62% |
| 61-72個月 | 624 | 0.33% |
| 73-84個月 | 391 | 0.21% |
| 85-96個月 | 254 | 0.14% |
| 97-120個月 | 200 | 0.11% |
| 小計 | 20,472 | 10.93% |
| 總和 | 187,254 | 100.00% |

備註：

- 1、資料期間為90年~99年，共計10年。
- 2、本表係指符合呼吸器使用 ≥ 21 天者住院期間留住各類病房之天數，故人數非僅限住RCW病患，尚包括加護病房、呼吸照護中心及一般病房之人數。
- 3、住院天數是以清單檔上之急性病床天數加上慢性病床天數。
- 4、每個月以30天計算。
- 5、呼吸器依賴患者以10年資料範圍重新認定（非各年分別認定）
- 6、不足1個月者，不在此表範圍。又因申報及慢性病床天數錯誤導致住院天數大於120個月者，則併至109-120個月計算。

資料來源：衛生署

表15、長期呼吸器依賴患者住院天數超過1年者之年
齡分布統計 單位：人；%

| 年齡分組 | 人數 | 占率 |
|--------|--------|--------|
| 0~9歲 | 307 | 1.5% |
| 10~19歲 | 107 | 0.5% |
| 20~29歲 | 188 | 0.9% |
| 30~39歲 | 307 | 1.5% |
| 40~49歲 | 783 | 3.8% |
| 50~59歲 | 1,431 | 7.0% |
| 60~69歲 | 2,931 | 14.3% |
| 70~79歲 | 7,105 | 34.6% |
| 80~89歲 | 6,284 | 30.6% |
| 90~99歲 | 1,084 | 5.3% |
| 100歲以上 | 20 | 0.1% |
| 總計 | 20,547 | 100.0% |

資料來源：衛生署健保局

(5)前揭相關數據呈現我國呼吸器治療之現況，亦

凸顯諸多高齡者長期依賴呼吸器之問題。復據本院諮詢之專家學者指出：上開試辦計畫政策用意原為良善，係為解決ICU人多問題，惟乏相關配套措施、生命議題的討論，當醫療機構發現有利可圖時，即以RCW開始賺錢，此可從計畫實施後，RCW人數大幅增加等情可見一斑。換言之，以前這種植物人由家屬自行照顧，容易被放棄，故在短時間內就會往生，但後來健保給付費用，由政府付了大部分費用，家屬付少一點（如尿布、管灌飲食

等)，造成RCW人數愈來愈多，現在臺灣1年花在呼吸器照護之費用應該超過2百億；其次，三軍總醫院前胸腔內科主任吳清平曾做過研究，其依照三總的RCW去看，發現裡面意識清楚者未及30%，故RCW可稱為植物人，且以人口比例計算，我國現在應是全世界植物人最高的國家。再者，健保一年在洗腎病人花費353億，呼吸器則是267億，兩項合計620億，占醫療費用12.8%，比中醫及牙醫兩個部門費用加起來還多。此外，由於國人平均餘命愈來愈長，老人會愈來愈多，年輕人愈來愈少，換言之，消耗醫療資源者愈多，但要繳納保險費者愈來愈少，政府需要好好考量未來健保將何去何從等語。

- 3、依據衛生署查復表示：上開全民健保呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫規定，全民健保對於呼吸照護中心及呼吸照護病房係採日定額給付，除特殊項目得另核實申報外，不得申報其他醫療照護費用。又，該署健保局針對RCC及RCW房之照護

品質，除要求申報費用外，當病患有轉入、轉出及脫離等改變時，皆要另行登錄管理系統，由該局分析其脫離率、死亡率等品質指標，另於院所申請成立此類病房時，該局皆實地審核其設置基準，亦不定期進行實地訪查，以確保品質。復為管控RCW之病患來源，該計畫並規定非由上游病房（如ICU、RCC）下轉之病患入住RCW，皆須提出事前審查等語。再據該署於本院約詢時表示：健保局對於醫療機構所申報之費用，有審查機制，且今年醫院評鑑新制已將洗腎、呼吸器納入評鑑項目，針對呼吸照護之品質及人力指標，列有評核項目。未來除可依新修定之安寧緩和醫療條例第7條規定及透過宣導，達到降低呼吸照護之醫療支出等語。

4、衛生署所定之試辦計畫，雖已採取上開相關查核及品質監控機制，惟該計畫實施迄今，無論國內呼吸照護中心及呼吸照護病房之家數、床數，以及病患人數均呈現逐年增加之趨勢。又，安寧緩和醫療條例雖已於89年間公布施行，惟我國RCC

及RCW病患人數不減反增，其中又以高齡病患居多。再從專家學者於本院諮詢會議時所提示之資料顯示，呼吸器照護醫療機構所收容之部分老年病人躺在病床已無意識，長期臥床之下，四肢萎縮捲曲，只能藉由呼吸器賴以生存，顯見衛生署前揭措施無法改善老年病患長期依賴使用呼吸器之處境。此外，安寧緩和醫療條例已於100年1月26日修正通過第7條規定，惟衛生署對於醫師施行插管及撤除程序，迄今仍乏相關規範或指引，亦未採取具有強制力之防堵措施，僅仰賴民間團體持續進行宣導，仍無法有效約制各醫院審慎施行急救措施，甚至對於醫師違反末期病人意願之急救行為，以及是否有不肖業者為賺取呼吸器之健保給付利益，而不願積極縮短末期病患持續插管之行為，亦未從法令強制力及健保給付條件等方面，積極採取有效防堵機制，以致無從落實尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，造成末期病人之雙重弱勢處境。目前衛生署雖開始將呼吸器納入今年度醫院評鑑項目之中，惟僅針對呼

吸照護之品質及人力指標，列有評核項目，其無法發掘末期病人是否遭到不當持續插管或違反其意願之情形，亦乏相關制裁作為，仍難以保障老人之善終權利。

(二)有關我國使用葉克膜之現況：

- 1、依據衛生署查復資料顯示，葉克膜體外維生系統（Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO）係機械性循環支持（人工心臟）及氣體交換（人工肺臟）之組合，以短暫支持心肺功能，最初主要應用於新生兒肺部疾病（例如：持續性新生兒肺高壓、先天性橫膈疝氣、胎便吸入性肺炎等等），惟經過不斷發展演變，亦已廣泛地應用於各種成人及小孩之急性心肺疾病，包括急性呼吸窘迫症候群、開心手術後心衰竭、急性心肌炎，急性心肌梗塞併心因性休克等疾病，合先敘明。
- 2、查全民健保自91年12月1日開始給付葉克膜診療項目，凡符合健保給付葉克膜適應症者⁵規定者

⁵ 依據衛生署提供之資料，葉克膜使用之適應症如下：(1)心因性休克：a. 心臟手術重建後，暫時性心臟功能障礙(Stunned heart)。b. Bridge：為準備心臟手術或心室輔助器或心臟移植，而暫代心臟功能。c. 可回復性的心肌病變。d. 肺栓塞(Pulmonary embolism)。e. 急性心肌梗塞併心因性休克。f. 其他心因性休克。(2)呼吸性衰竭：a. FiO₂：1.0, PaO₂<60mmHg，已排除可逆轉之原因。b. CO₂ retention，造成血行動力學不穩，已排除可逆轉之原因。c. 過渡至肺

，即為健保給付範圍。依據衛生署統計分析，99

年我國使用葉克膜之情形如下：

(1) 99年單純使用葉克膜病患之人數計有1,126人

⁶，合計總醫療費用8億9,923萬餘元，其中葉

克膜醫療費用達1億6,821餘萬元，推估平均

每人使用葉克膜日數為4.5天，平均每人葉克

膜醫療費用約15萬元，使用葉克膜相關醫令

之區間費用平均為18萬9千餘元，另平均每人

總醫療費用為79萬8千餘元（詳見表16）。

表 16、99 年健保支出葉克膜費用之分析

臟移植。(3)小兒及新生兒：a. 吸入性胎便肺炎症候群 (MAS; Meconium aspiration syndrome)。b. 呼吸窘迫症候群 (Hyaline membrane disease)。c. 先天性橫膈膜疝氣 (CDH; Congenital diaphragm hernia)。d. 新生兒頑固性肺高壓 (PPHN; Persistent pulmonary hypertension of neonate)。e. 上述疾病經傳統治療(含呼吸器)，並合乎下列呼吸衰竭指數：Oxygenation Index ≥ 40 $OI = MAP \times FiO_2 \times 100 \div PaO_2 MAP^2$ (Mean Airway Pressure) $AaDO_2 = (Patm - 47) \times FiO_2 - PaO_2 - PaCO_2 > 610$ for 8Hrs > 600 for 12Hrs $PaO_2 < 40$ mmHg for 2 Hrs。(4)其他：a. 氣道外傷。b. 極低體溫 (核心體溫 $\leq 30^\circ C$)。

⁶ 依據衛生署表示，98年9月1日以前使用葉克膜項目係以「體外循環系統」項目申報，該「體外循環系統」項目尚包含手術相關適應症，即手術後暫時使用體外循環系統以取代心肺功能之人數均含括在內，至98年9月1日始將手術相關適應症拆分項至68052B「體外心肺循環」，故99年以前之申報資料無法區分手術後或非手術病人，故僅提供99年單純使用葉克膜（非與手術相關）之人數與費用分析。

| 層級別 | 申報醫院數 | 人數 | 葉克膜醫療費用 | 合計總醫療費用 | 平均每人 | | | | |
|------|-------|-------|-------------|----------------|-----------|-------|---------|----------------|---------|
| | | | | | 推估使用葉克膜天數 | 總住院天數 | 葉克膜醫療費用 | 使用葉克膜相關醫令之區間費用 | 總醫療費用 |
| 醫學中心 | 19 | 774 | 121,183,503 | 659,899,271.38 | 4.48 | 22.95 | 156,568 | 173,405 | 852,583 |
| 區域醫院 | 38 | 390 | 44,166,875 | 228,521,400.98 | 3.12 | 18.53 | 113,248 | 192,187 | 585,952 |
| 地區醫院 | 3 | 23 | 2,859,972 | 10,817,136.54 | 4.57 | 15.30 | 124,347 | 164,606 | 470,310 |
| 總計 | 60 | 1,126 | 168,210,350 | 899,237,808.90 | 4.25 | 22.51 | 149,388 | 189,262 | 798,613 |

備註：健保醫療費用點數係採浮動點值，99年平均點值為0.9445，故上述金額費用（元）=醫療費用點數*0.9445計算。

資料來源：衛生署

(2)99年使用葉克膜之病患(1,126人)中，66歲

以上老人計有366人，所占比率為32.5%；76

歲以上者計有143人，其所占比率為13.7%（

詳見表17）。其次，使用超過30天（含）以上

者計有12人，最長使用天數為64天（1人），

使用3天（含）以下者計有764人，最短使用

天數為1天，計有599人（其中出院時存活者

266人，死亡者333人）。再者，使用葉克膜之

1,126名病患出院時平均存活率為43%（499人

），而出院時為死亡者計有450人，其餘218人

為自動出院者；又死亡者中76~80歲者有29

人，81~95歲有30人（詳見表18）。

表17、99年使用葉克膜個案之年齡分布

| 年齡分組 | 人數 | 占率 |
|--------|-------|-------|
| 1~20歲 | 115 | 10.2% |
| 21~50歲 | 312 | 27.7% |
| 51~65歲 | 333 | 29.6% |
| 66~70歲 | 115 | 10.2% |
| 71~75歲 | 108 | 9.6% |
| 76~80歲 | 68 | 6.0% |
| 80~95歲 | 75 | 6.7% |
| 總計 | 1,126 | 100% |

資料來源：衛生署

表18、99年使用葉克膜個案出院時為死亡者之年齡分布

| 年齡分組 | 人數 | 占率 |
|--------|-----|-------|
| 1~20歲 | 53 | 11.8% |
| 21~50歲 | 130 | 28.9% |
| 51~65歲 | 116 | 25.8% |
| 66~70歲 | 47 | 10.4% |
| 71~75歲 | 45 | 10% |
| 76~80歲 | 29 | 6.4% |
| 81~95歲 | 30 | 6.7% |
| 總計 | 450 | 100% |

資料來源：衛生署

3、衛生署雖表示：葉克膜使用及撤除之時機，係由臨床醫師專業判斷，視病患情形及需求予以使用或撤除，如經醫師專業判斷病患臨床需使用葉克膜且符合適應症者，即可使用等語。惟從前揭數據以觀，99年單純使用葉克膜之1,126位病患，耗用總醫療費用高達8億9,923萬餘元，其中葉克膜醫療費用為1億6,821餘萬元，其所耗費之醫療資源相當可觀。再據本院諮詢之專家學者表示：

臺灣實施健保以來的結果，葉克膜的使用大概是世界最高。由於臺灣缺乏無效醫療之定義，使得後續改善方案及相關問題就無法再進一步討論及形成共識，而無效醫療之爭議在於病人不裝葉克膜一定會死，但裝了有1%機會存活，以家屬的立場，機會再低，也要試試看等語。此外，本院諮詢之某家醫學中心醫師並指出：簽署DNR將造成雙重弱勢的問題，舉一個真實案例，一位病人要做心肺移植，但其覺得沒有機會，也簽了DNR，一天該名病人病危，其姪子說醫院未為其裝葉克膜要提告，後來那個醫生想想後還是為該名病患裝上葉克膜，曾問該名醫師為何要裝，醫師說：活人才會告我們，死人不會告我們。此凸顯病人既使簽署DNR，但因其是弱勢的一方，無法表達、無法捍衛自己的權利，故處於雙重弱勢之處境。倘檢察官針對病人已經簽署DNR，但醫師卻違反其意願仍予以救治之情況，提起公訴，屆時醫生就不會對已簽署DNR之末期病人施予插管急救。然而，國家公權力卻未對個人盡到保護的責

任，使得已簽署DNR之末期病人，卻無人捍衛其醫療意願及權益等語。

4、由上可徵，在健保給付葉克膜之情形下，家屬為能爭取末期病人存活之一絲機會，即強烈要求醫師使用葉克膜，甚至揚言提告，而醫師處於此種情況下，往往未能從末期病人之處境，審慎評估使用葉克膜。且本院諮詢之某醫學中心醫師再舉出實例說明稱：該院對於使用葉克膜的病人，不會進行心肺移植，因其成功率很低，且健保不給付心肺移植費用，惟目前該院ICU內即有一位等待心肺移植患者，醫師卻為該名病患裝上葉克膜，認為反正健保局會給付等語。惟查目前衛生署僅就健保支付範圍，規範使用葉克膜之適應症，卻迄未從末期病人之權益及處境，積極研擬診療指引並採取嚴格管制措施，致使葉克膜在健保有給付之情形下，有時僅係延續病人之末期生命，反造成病人痛苦之根源。

(三)綜上，衛生署自89年6月開始實施「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付制度試辦

計畫」，惟長久以來未能採取嚴格管制措施，以致地區醫院為能維持營運而紛紛轉型設置呼吸照護病房，造成國內醫療機構設置RCW之家數及床數逐年增加，長期依賴呼吸器病患人數亦呈現逐年增加之趨勢，其中以65歲以上老人居多，80歲以上高齡者所占比率甚至已達4成，其生活品質及尊嚴保障令人堪憂，亦衍生無效醫療之爭議。安寧緩和醫療條例雖自89年6月7日公布施行多年，並於100年1月26日再次增修，惟衛生署對於醫師施行插管及撤除之程序，仍乏相關規範或診療指引，亦迄未從源頭（ICU及RCC）採取具有強制力之防堵措施，僅仰賴民間團體持續進行相關宣導，仍無法有效促使醫師審慎施行救治措施；且該署對於醫師違反末期病人醫療意願仍施予心肺復甦術之行為，以及是否有不肖業者為自呼吸器賺取健保給付利益，而不願縮短末期病患持續插管之行為，亦未從法令及健保支付制度等方面，積極採取有效防堵機制，以捍衛末期病人之醫療意願及權益，以致安寧緩和醫療制度無從落實，亦難以保障老年病患之善終權利。此外

，由於醫療科技發展日新月異，對於新式醫療儀器施用於臨床上救治病患之情形愈趨普遍，此從目前各醫院施用葉克膜於臨床救治之情形愈趨增加，可見一斑。惟目前衛生署除規範健保對於使用葉克膜之支付點數及適應症外，對於醫師在臨床上是否合理使用葉克膜救治病患，以及終止或撤除葉克膜之程序等，均未研擬診療指引並採取管制措施，致使醫師在面臨許多急重症家屬抱持一線希望且健保亦有給付之下要求使用葉克膜時，往往未能從病人之權益及處境，審慎評估使用。鑑於我國人口結構日趨高齡化，失能老年人口數亦將快速增加，且社會已逐漸出現無效醫療之省思，同時全民健康保險法業於100年1月26日增修第72條規定，賦予健保局應擬訂抑制資源不當耗用改善方案並報請主管機關核定之權責，衛生署卻未正視末期病人在醫療上所面臨雙重弱勢之處境，針對醫師面臨末期老年病人施行氣切插管及葉克膜體外維生系統之情形，研議相關診療指引，並從法令強制力及健保支付制度上，採取有效管控及約制措施，以促使醫師尊重末

期病人之意願及權益，避免呼吸器及葉克膜之使用
僅係延續病人之末期生命，俾維護病患善終之權利
，核有疏失。