

## 糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署。

貳、案由：按WHO對安寧療護的定義，係指對有嚴重健康上痛苦的重度病人，提供積極、整體性之照護，並未限制疾病種類及病程。次按安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧療護之服務對象為末期病人，亦未限制疾病種類。然衛福部中央健康保險署制定之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，透過給付機制，將安寧療護之服務對象限制於癌症、運動神經元及8大非癌症之末期病人；又病人自主權利法已經實施，但對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合臨床條件時仍無法接受安寧療護，形成有意願者獲得服務之障礙，侵害病人善終權益，核有違失；另衛生福利部掌理醫事品質，然現行委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理之新制醫院評鑑，適用條文僅針對有無提供生命末期醫療抉擇資訊、硬體設備、教育訓練及人力配置設定等基本的結構面進行規範，且醫院需耗費時間整理並準備相關文書接受評鑑，但多數評鑑委員不具備安寧療護專業，且依評鑑標準所列評量方法及參考之佐證資料進行評鑑，勢將難以正確評價醫院安寧療護品質真貌，信度及效度欠佳，無法確實發現醫院應予改善問題，當不能達成促進醫院持續提升安寧療護品質之目的；又該部為擴大我國安

寧療護涵蓋範圍，已辦理乙類社區安寧，醫事人員接受21小時之專業訓練及實習時數，即可實施社區安寧療護，然安寧療護為高度專業，其品質決定於醫護人員的「人力」及「能力」，在欠缺專業之情形下，取得安寧療護資格之醫事人員未必有能力照顧病情嚴重且複雜的末期病人，故國內目前已取得乙類安寧療護醫事人員資格，但未實際執行業務高達52.2%及71.4%，有心從事社區安寧療護之醫事人員深感挫折，甚至放棄參與社區安寧療護之志向，長遠而言將斷傷我國社區安寧療護品質之發展，均核有違失，爰依法提案糾正。

#### 參、事實與理由

本案緣於審計部106年度中央政府總決算審核報告提出我國安寧療護政策有資源分配不均等情，經調閱衛生福利部（下稱衛福部）、國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）等機關卷證資料，並於民國（下同）108年7月1日詢問衛福部薛次長瑞元等機關人員，復於108年9月6日、9月27日分別赴臺北市立聯合醫院（下稱市立聯合醫院）中興院區及成大醫院辦理履勘及座談，本案主管機關衛福部及中央健康保險署（下稱健保署），在安寧療護收案對象、品質評價及人力資源結構等面向確有違失，應予糾正促其注意改善。茲臚列事實與理由如下。

- 一、按WHO對安寧療護的定義，係指對有嚴重健康上痛苦的重度病人，提供積極、整體性之照護，並未限制疾病種類及病程。次按安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧療護之服務對象為末期病人，亦未限制疾病種類。然健保署制定之全民健康保險醫療服務給付項

目及支付標準（下稱健保醫療費用支付標準），透過給付機制，將安寧療護之服務對象限制於癌症、運動神經元及8大非癌症之末期病人；又病人自主權利法（下稱病主法）已經實施，但對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合臨床條件時仍無法接受安寧療護，形成有意願者獲得服務之障礙，侵害病人善終權益，核有違失：

- (一)按WHO對於安寧療護的定義，係指對不分年齡而有嚴重健康上痛苦的重度病人，提供積極、整體性之照護，特別是瀕臨生命末期的病人，其目的是為提升病人及其家屬的生活品質。次按安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧緩和醫療係為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。依上述WHO之定義，安寧療護之服務對象未限定癌症、運動神經元及8大非癌症之病人，亦非限於末期病人才有接受安寧療護的需要<sup>1</sup>；另依安寧緩和醫療條例之規定，末期病人如有意願，應讓其有機會接受安寧療護，維護其生命品質，該規定亦未限制疾病種類。
- (二)全民健保於85年辦理安寧居家照護試辦計畫時，服務對象僅限於癌症末期病人，嗣92年9月新增末期運動神經元患者，98年9月將8大非癌症者納入。是以，目前全民健保收案條件限於癌症末期病人、末期運動神經元患者及主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態之8大非癌症者，包括：
  - 1、老年期及初老期器質性精神病態。
  - 2、其他腦變質。

---

<sup>1</sup> 成大醫院蔡瑞鴻醫師於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享：曾有大腸癌病人，初診後即因嚴重感染，被他科判定無法再做化學治療，因此轉介到安寧門診討論安寧療護，經過一段時間調養，體力逐漸恢復，病人也有信心再嘗試化學治療，在接受化學治療後腫瘤得到控制，直到2年後才去世。從本案例知，安寧療護介入之服務對象，不應限於臨終病人，有些有嚴重健康上痛苦的病人，亦可依其意願獲得安寧療護之全人照護。

- 3、心臟衰竭。
- 4、慢性氣道阻塞，他處未歸類者。
- 5、肺部其他疾病。
- 6、慢性肝病及肝硬化。
- 7、急性腎衰竭，未明示者。
- 8、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

(三)病人自主權利法(下稱病主法)於今(108)年1月6日施行，民眾可以「預立醫療決定」，醫師經醫療評估確認病情無法恢復，可依病人預立意願，終止、撤除、不進行維持生命的治療或人工營養。病主法之適用對象，必須符合5種臨床條件，包括末期病人、處於不可逆轉的昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法等<sup>2</sup>。上述病人得選擇接受或拒絕的治療，亦擴展至包含心肺復甦術、機械式維生系統(如機械通氣或體外循環維生系統)、血液製品、為特定疾病而設的專門治療(如透析治療)、重度感染時所給予的抗生素、人工營養及流體餵養等任何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施。而醫療機構或醫師，仍得就其自身專業判斷，決定是否依照預立醫囑，替病人不施行或撤除這些維生治療。在高齡

---

<sup>2</sup> 病人自主權利法第14條規定：

病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：

一、末期病人。

二、處於不可逆轉之昏迷狀況。

三、永久植物人狀態。

四、極重度失智。

五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。

前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。

醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

化時代，衰弱病人人數增加，但病主法實施後，醫師可依病人預立意願，終止、撤除、不進行維持生命的治療或灌食，此類病人亦可能有安寧療護之需要，但健保對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合第2至5款臨床條件時，仍無法接受安寧療護。

- (四)另據衛福部之統計資料，106年國人不幸死亡人數為160,823人，癌症死亡人數為48,037人，死亡前曾利用安寧療護服務者有29,278人，占死亡人數60.95%，而8大非癌症慢性病患死亡人數為20,405人，利用安寧療護服務者2,901人，僅占14.21%，遠低於癌症病患死亡前之利用率。8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務。
- (五)國內目前已有醫院推動全院落實安寧療護理念，推派各科醫護人員完成安寧療護課程，各科醫護人員已具備安寧療護概念，且提供安寧療護服務之對象更不限定於癌症、運動神經元患者及8大非癌病人或末期病人，各科之病人經專業評估有接受安寧療護需要即依病人意願適時提供安寧療護服務，倘病人符合健保收案條件則申報健保費用，縱不符合健保收案條件，醫院亦本於社會責任，依專業評估結果提供安寧療護服務，但不申報費用而由醫院自行吸收。
- (六)安寧療護之介入，是在病人面對威脅生命的疾病過程中，提供支持系統，增進病人及其家屬的生活品質。按WHO的定義，只要是「有嚴重健康上的痛苦（serious health-related suffering）的病人」，即可接受安寧療護，收案條件不限年齡、疾病，且英、美、歐洲等先進國家安寧療護之服務對象，亦無疾病區別。惟依現行健保署規範，收案條件須為癌症、運

動神經元及8大非癌末期病人，不符國際潮流，甚至已限縮安寧緩和醫療條例以不分疾病別之末期病人之規範，健保給付收案條件之規範，已形成部分有意願接受安寧療護病患之障礙，侵害病人善終權益。

- (七)綜上，WHO對安寧療護的定義，係指對不分年齡之有嚴重健康上痛苦的重度病人，特別是瀕臨生命末期的病人提供積極、整體性之照護，並未限制疾病種類及病程。至安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧緩和醫療之服務對象為末期病人，亦未限制疾病種類。然健保署制定之健保醫療費用支付標準，透過給付機制，將安寧療護之服務對象限制於癌症、運動神經元及8大非癌症之末期病人；又病主法已經實施，但健保署對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合第2至5款臨床條件時，有些病患仍無法接受安寧療護，形成部分有意願接受安寧療護病患之障礙，侵害病人善終權益，核有違失。

二、衛福部掌理醫事品質，然現行委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（下稱醫策會）辦理之新制醫院評鑑，適用條文僅針對有無提供生命末期醫療抉擇資訊、硬體設備、教育訓練及人力配置設定等基本的結構面進行規範，且醫院需耗費時間整理並準備相關文書接受評鑑，但多數評鑑委員不具備安寧療護專業，且依評鑑標準所列評量方法及參考之佐證資料進行評鑑，勢將難以正確評價醫院安寧療護品質真貌，信度及效度欠佳，無法確實發現醫院應予改善問題，當不能達成促進醫院持續提升安寧療護品質之目的，核有疏失：

- (一)查衛福部多年來委託醫策會辦理新制醫院評鑑，並

將安寧療護部門合併納入評鑑範圍，並已訂定「醫學中心適用」及「區域醫院、地區醫院適用」與安寧療護有關之評鑑基準及評量項目等相關條文：

1、醫學中心適用條文與評量方法及建議佐證資料，包括：

- (1) 【2.1.4醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維持其權益】部分，包括：<1>訪談工作人員宣導的方式。<2>查閱相關人員教育訓練的紀錄。<3>工作人員實地操作讀取IC卡註記資料。<4>檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。<5>查閱諮詢服務紀錄。
- (2) 【2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務】部分，包括：<1>安寧療護工作手冊。<2>安寧緩和醫療團隊組織圖。<3>居家訪視醫療人員安全保障措施。<4>安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。<5>安寧緩和醫療團隊人員排班表。
- (3) 【2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理】部分，包括：<1>安寧病房設施、設備、儀器一覽表、操作手冊及維修保養規範。<2>安寧病房設施、設備、儀器維修保養紀錄。<3>安寧病房設施、設備、儀器使用紀錄。<4>安寧病房環境改善範例。
- (4) 【2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄】部分，包括：<1>安寧療護工作手冊及組織圖。<2>安寧療護小組年度工作目標。<3>安寧療護簡介單張。<4>病人/家屬權利義務說明書。<5>病歷或電子病歷。<6>家屬支持團體活動紀錄。

<7>安寧照護相關會議紀錄。

- (5) 【2.3.21訂定病人臨終前、後之處理流程】部分，包括：<1>病人臨終前、後之處理規範。<2>臨終關懷及哀傷輔導相關教育訓練紀錄。<3>醫護、社工或往生室人員哀傷輔導紀錄等。

2、醫院評鑑對於區域醫院、地區醫院適用條文之評量方法及建議佐證資料，包括：

- (1) 【2.1.4醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維持其權益，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題】部分，包括：<1>訪談工作人員宣導的方式。<2>相關工作人員教育訓練的紀錄。<3>工作人員實地操作讀取IC卡註記資料。<4>相關規範或標準作業程序及執行紀錄。<5>醫學倫理委員會諮詢紀錄。
- (2) 【2.3.5有提供安寧照護服務】部分，包括：<1>安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。<2>家庭會議紀錄。<3>病歷或電子病歷。
- (3) 【2.3.16訂定病人臨終前、後之處理流程】部分，包括：<1>病人臨終前、後之處理規範。<2>醫護或社工人員哀傷輔導紀錄。

(二)衛福部於辦理新制醫院評鑑時，聘任委員擔任評量工作，評鑑委員將參與醫院評鑑共識討論，且接受安寧療護相關議題課程之繼續教育。查衛福部提供最近年度評鑑有關安寧療護服務部門之專家委員名單計11名，然就該部提供其等具備之專長科別，殊難肯認均具備安寧療護專業，即使有之，所具安寧療護之專業能力亦未必及於長期投入安寧療護照護領域之臺灣安寧緩和醫學會、護理學會會員或

受評醫院安寧療護醫療團隊成員所具之豐富身心靈之臨床照護及服務管理能力；況專家委員人數少，每年評鑑醫院約在百家以上，亦難保證對每家醫院進行安寧療護部門之評鑑時，均有該部認定具備安寧療護專業之內行委員實地評鑑。再者，評鑑委員繼續教育課程中安排之課程大致包括「全人醫療照護」、「病人自主權利法」、「醫療事故預防及爭議處理法」或「預立醫療照護諮商、預立醫療決定、醫療委任代理人之目標與程序」等<sup>3</sup>，此等通識性之課程，或能助於提升其等對於生命品質綜合性之識能，但未必能強化其等實際評鑑安寧療護服務品質之能力。而有經驗的評鑑委員，並不需要看真假難分、過度美化的書面資料，只要在評鑑當場實地訪視病人及醫療團隊的照護情形，即可探知真貌等語。

(三)新制醫院評鑑有關醫學中心安寧療護的評鑑條文，無外乎係針對有無提供生命末期醫療抉擇資訊、硬體設備、教育訓練及人力配置設定等基本的結構面規範，而對區域醫院、地區醫院適用之條文，更僅針對有無提供生命末期醫療抉擇資訊、有無提供安寧服務及病人臨終前、後之處理流程。醫學中心通過評鑑者僅能確保評鑑當時之軟硬體設備或人力規範符合基本的要求，而區域醫院、地區醫院通過評鑑者亦僅符合有提供安寧服務之條件，無論是醫學中心、區域醫院或地區醫院安寧療護部門之評鑑結果，僅符合安寧療護之基本門檻或有提供安寧照護服務，均無法有效評鑑安寧療護服務過程之品質，不能保證通過評鑑者所提供之安寧療護具備良

---

<sup>3</sup> 106年儲備評鑑委員實體課程包括：全人醫療照護教學理念分享。2、何謂全人醫療照護。3、全人醫療於教學之導入與應用。4、經驗分享（敘事醫學、模擬情境教學）。5、安寧療護；106年儲備評鑑委員通識課程：全人醫療照護教學理念分享；107年儲備評鑑委員實體課程：病人自主權利法與醫療事故預防及爭議處理法之推動。

好品質。新制醫院評鑑有關安寧療護的評鑑條文，對於醫院安寧療護部門之評鑑結果不具效度，醫院大費周章準備相關文書，卻無助於醫院持續提升安寧療護服務品質。

(四)新制醫院評鑑中，安寧療護部門之評鑑內容僅為諸多評鑑項目中之數個條文。而新制醫院評鑑進行改革將安寧療護合併評鑑前，則由相關醫學會或護理學會進行安寧療護訪視輔導，針對安寧療護服務進行全面訪視，由專業人員執行，著重實務面，除了了解醫院困境外，並以輔導醫療機構提升硬體及軟體品質為主要目的，此種由醫事團體或協會對安寧療護服務進行全面訪視，儀器設備配置（輸液幫浦、洗澡機等）、組織管理、人員教育訓練、人員配置、症狀評估與控制、整合照護計畫、護理記錄、環境空間等項目，針對不合格項目予以輔導及提出改善方案，進行後續改善狀況之追蹤，更能確保醫療機構安寧療護之服務品質。

(五)衛福部委託醫策會辦理之新制醫院評鑑已納入安寧療護部門評鑑，然而，評鑑不是目的，而是為確保安寧療護品質，而確保品質之核心意涵則是讓病人獲得良好之照護。接受安寧療護之病人，所冀求者不外乎在善終之前能夠好好洗個澡、疼痛能減輕、舒服睡個好覺、有尊嚴地與人生道別，與家人再見。然而，醫策會一體適用於各醫院之評鑑方法，檢視大量之文書資料，再作成評鑑結果，或已能符合法令對於行政機關應辦理醫院評鑑之要求，但仍與以病人為中心之意旨有間，亦不利國內安寧療護品質之提升，衛福部（醫事司）掌理醫事品質，對於醫院提供安寧療護品質之稽核機制，允應確實進行改革。

(六)安寧療護是全隊的照護服務，有醫師提供身心靈的

照護、決定治療方針及醫療服務；有護理人員盡心的生理症狀控制及舒適護理；有團隊其他人員提供藥品、飲食、靈性關懷、心理輔導……等服務，團隊成員各有分工，又能啟動合作方式，為病人量身打造照護服務。然「全隊服務」能提供安寧病人最具品質之全人照護，但國內醫院實際提供安寧療護的各類專業人力之知能及熱忱參差不齊，故衛福部長應促進團隊療護品質之全面提升，亦應務實分部門檢討各醫院醫療、護理及其他部門在安寧療護遭遇之問題，並對於現行醫院評鑑之不足，提出對策，或盤點各醫院安寧療護之服務品質，或分部門對各醫療或護理機構內不同照護單位進行輔導，甚至發現標竿醫院或標竿部門，作為其他醫院或部門學習之參考標準，以全面提升國內安寧療護品質。

(七)綜上，衛福部（醫事司）掌理醫事品質，然現行委託醫策會辦理之新制醫院評鑑，適用條文僅針對有無提供生命末期醫療抉擇資訊、硬體設備、教育訓練及人力配置設定等基本的結構面進行規範，且醫院需耗費時間整理並準備相關文書，但多數評鑑委員不具備安寧療護專業，若未能在評鑑當場實地訪視病人及醫療團隊的照護情形，而僵化地依所列評量方法及參考之佐證資料進行評鑑，勢將難以正確評價醫院安寧療護品質真貌，信度及效度欠佳，無法確實發現醫院應予改善問題，當不能達成促進醫院持續提升安寧療護品質之目的，核有疏失。

三、衛福部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，已辦理乙類社區安寧，醫事人員接受21小時之專業訓練及實習時數，即可實施社區安寧療護，然安寧療護為高度專業，其品質決定於醫護人員的「人力」及「能力」，在欠缺專業之情形下，取得安寧療護資格之醫事人員

未必有能力照顧病情嚴重且複雜的末期病人，故國內目前已取得乙類安寧療護醫事人員資格，但未實際執行業務高達52.2%及71.4%，有心從事社區安寧療護之醫事人員深感挫折，甚至放棄參與社區安寧療護之志向，長遠而言將斷傷我國社區安寧療護品質之發展，顯有未洽：

- (一)按世界衛生組織（WHO）之定義，緩和醫療之主要內涵，包括結合各領域專業人員組成團隊，運用各種疼痛控制與症狀處理方法及技術，緩解病人疼痛及其他痛苦症狀，提供支持系統協助病人有尊嚴、有品質地走完人生最後旅程，亦使家屬能面對病人的疾病過程及哀傷歷程，其目的為增進病人及家屬的生活品質<sup>4</sup>。依健保醫療費用支付標準第二部第一章第八節，安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。
- (二)前述所謂「完整的醫療團隊」，係由通過安寧療護訓練並經健保署核備同意，可提供安寧療護服務之醫事人員組成，截至107年12月計2,881人，包括；醫師1,043人、護理人員1,577人<sup>5</sup>、其他人員261人。其他人員係包含社工人員195人、臨床心理師36人、

---

<sup>4</sup> 原文為：Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care : provides relief from pain and other distressing symptoms ; affirms life and regards dying as a normal process ; intends neither to hasten or postpone death ; integrates the psychological and spiritual aspects of patient care ; offers a support system to help patients live as actively as possible until death ; offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement ; uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated ; will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness ; is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

<sup>5</sup> 「安寧專科醫師」及「安寧緩和護理師」並非衛福部部定之專科醫師及護理師名稱，因此醫事人員系統無此兩項醫事人員統計。

諮商心理師12人、呼吸治療師8人、藥師3人、營養師3人、物理治療師1人、放射師1人、醫檢師1人、助產士1人。

(三)上述可提供安寧療護服務之醫事人員，又分為可提供「甲類居家安寧」或「乙類社區安寧」療護之醫事人員，甲類居家安寧療護醫事人員之教育訓練資格等同「住院安寧」及「安寧共照」醫事人員教育訓練資格，需經80小時教育訓練及每年繼續教育20小時。乙類居家安寧療護訂有較寬鬆之資格，經13小時教育訓練及每年繼續教育4小時，但僅可申報乙類居家安寧療護之健保支付，不可提供甲類居家安寧療護、安寧住院及安寧共照服務。截至107年12月底，符合甲類居家安寧療護資格之醫師計680人、護理人員616人；符合乙類居家安寧療護資格之醫師計457人、護理人員978人。至國內醫療機構安寧療護人力情形，概述如下：

#### 1、安寧療護醫師人力：

- (1) 臺北市立聯合醫院轄下有中興、仁愛、和平婦幼、忠孝、陽明、松德、林森中醫昆明等院區及昆明防治中心，計114名醫師可提供安寧療護服務，為全國最多安寧療護醫師之醫院。其他醫學中心可提供安寧療護服務之醫師人數，以成大醫院34人最多，中山醫學大學附設醫院（下稱中山附醫）32人次之，高雄長庚紀念醫院（下稱高雄長庚）30人再次之。
- (2) 可提供安寧療護服務醫師人數較少之醫學中心包括：臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院0人（下稱馬偕醫院，另淡水馬偕紀念醫院8人）、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院1人（下稱花蓮慈濟）、長庚醫療財團法人臺北長庚紀念醫院1人（下稱臺北

長庚)及新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院(下稱新光醫院)3人。

## 2、安寧療護護理人員人力：

- (1) 在醫學中心中，可提供安寧療護服務之護理師人數，以奇美醫療財團法人奇美醫院(下稱奇美醫院)20人最多，其次為成大醫院17人及臺北榮民總醫院(下稱臺北榮總)14人。
- (2) 可提供安寧療護服務護理師人數較少之醫學中心包括：臺北長庚及新光醫院各1人、馬偕醫院及花蓮慈濟各2人。
- (3) 基層診所中，阿里山衛生所有18人、信義鄉衛生所13人、大同鄉及來義鄉衛生所11人、牡丹鄉衛生所10人，前述衛生所可提供安寧療護服務之護理師人數多於多數之醫院及診所。又據衛福部查復：
  - 〈1〉阿里山衛生所係因取得安寧療護資格為其衛生所考核指標之一，惟衛生所護理人員以辦理公衛業務為主，業務繁雜，多無力負擔安寧居家業務。
  - 〈2〉信義鄉衛生所係因南投縣衛生局辦理安寧課程，多會邀請衛生所派員參加，俾利其轄區個案若有安寧需求，護理人員有專業知能傳遞正確概念及協助轉介。惟目前該所業務日益繁多，並無足夠人力可實際提供安寧服務，其轄區有居家安寧需求之個案多由衛福部南投醫院收案及提供服務。
  - 〈3〉大同鄉衛生所係因宜蘭縣衛生局有開立許多醫事人員教育課程，並鼓勵醫事人員再教育訓練。該衛生所有提供居家安寧療護照護，案源包含醫院轉介或下鄉部落服務發現民眾需求，其將主動關心民眾，並告知可提

供安寧療護居家醫療服務。

- 〈4〉105年間，屏東縣衛生局局長（現任薛次長）推廣當地衛生所護理人員參與乙類安寧療護教育訓練，爰此多數衛生所護理人員積極配合衛生局政策推廣並取得乙類安寧療護學習時數認證。來義鄉衛生所於107年有11名護理人員具有乙類安寧療護資格，惟其中10名護理人員之資格僅至107年12月31日止，108年未再接受繼續教育及延續資格，另有1名護理人員之乙類安寧療護資格則至108年12月31日止。另因該所空間設備有限及需購置相關管制藥品核銷問題，且病患有情況即至醫院就醫，故未實際提供安寧居家療護服務。
- 〈5〉另牡丹鄉衛生所108年1-5月曾有安寧療護資格之人員數應為10人，牡丹衛生所曾於106年收案1名居家安寧療護個案（當年已結案），後因未有醫院轉介病患，致該所尚無案源，另部分個案係家人照護困難，故回到原照護機構繼續接受照護。

（四）安寧療護之目的係增進病人及家屬的生活品質，而病人於臨終前，面對死亡壓力、呼吸困難或疼痛，常有害怕、焦慮、憤怒、絕望等負面情緒及行為，安寧醫療團隊人員需協助病人緩解不適症狀，故相關舒適護理、疼痛控制與症狀處理尤為重要，而受過完整安寧療護訓練之醫療團隊人員，才有能力提供良好之安寧療護品質<sup>6</sup>。以症狀控制為例，是一切照護的基礎，醫病間之親善與信任關係，當係建立在良好的症狀控制，且末期病人症狀種繁多，原因

---

<sup>6</sup>國立成功大學趙可式名譽教授於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享，其曾接獲來信，內容為：……以後不要再宣導安寧療護了好嗎？……讓癌症末期的老父住在家中，接受安寧居家療護！誰知來訪的居家護理師什麼也不會，對父親的疼痛、呼吸困難、腫瘤傷口潰爛、全身腫癢等受苦深重的症狀根本不會處理，只說：「這是必須經過的死亡過程，順其自然吧！」原來安寧療護真的只是「等死」

各異，一定要具備專業知識，方有能力處理。再以疼痛控制為例，是門學問，也是藝術，除了要了解疼痛的機轉，還要熟悉藥物的作用與代謝，光受訓上課難以落實高品質的照護，必然要實際從照顧病人中累積經驗<sup>7</sup>。

(五)再以從事安寧療護服務之護理師為例，需要非常有經驗及獨力作業的能力，其中「舒適護理」更是安寧療護護理師之基本功，要讓病人舒適、平安，要運用最正確、最舒適，又不會使照顧者因使力不當而受傷的方法，目前臨床上已發展出各種方法，例如：大小便護理、紅臀護理、呼吸困難與想像療法、便秘與腹脹護理、熱敷、鼻胃管插入及鼻胃管護理、翻身擺位的病房版及居家版、疏導病人情緒、床上洗頭、擦澡、抱病人上下床及移位、預防吸入性肺炎的餵食技巧、按摩浴缸洗澡、移位板使用及坐姿擺位、瀕死護理與遺體護理、小兒舒適護理一潔牙、排痰、腹脹護理、腫瘤傷口與氣切護理、口腔<sup>8</sup>、鼻胃管、靜脈炎的護理，以及美足美手護理，欠缺經驗及無法獨力作業之安寧療護護理師，無法讓病人得到舒適之護理，病人當不能獲得良好之生

---

<sup>7</sup>成大醫院蔡瑞鴻醫師於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享：曾有位46歲男性病人，2年前罹癌後不願接受正規治療，採用另類療法，終因腫瘤惡化，疼痛加劇而住院。原照護團隊使用極高劑量嗎啡及疼痛貼片，疼痛分數仍有6-7分，特別在換藥時，更會痛到8-9分。因頭頸部腫瘤之神經血管相當豐富，疼痛程度較高，較難處理，病人最痛時會全身冒冷汗，一陣一陣的痛，像是有人拿鐵鎚在敲打病人的頭。安寧療護醫師考量病人已使用高劑量嗎啡，仍未能止痛，因此全部改以靜脈注射Fentanyl，甚壓提高至120%劑量，結果病人反而更痛。經考慮唯一未試過的僅有Oxycodone口服鴉片藥物，但該藥物為膠囊劑型，仿單也無建議可使用於管灌病人，遂找藥師討論，並詢問廠商後決定改用Oxycodone IR(5),5# po q6h，從鋁箔中取出藥物，不打開膠囊，直接丟入開水中攪拌，藥物迅速崩解，大約經過1分鐘呈現懸浮液狀後灌藥，第2天，病人疼痛分數降到2-3分，之後幾天逐漸增加藥量。家屬說：「實在太可怕了，我以為就要這樣痛到死。還好有遇到你們，幫我找到有效的藥物，現在晚上終於可以睡覺了」。疼痛控制除了要了解疼痛機轉，亦要熟悉藥物作用與代謝，除此之外，呼吸困難及譫妄症，都是末期病人常見且難以處理之問題，光受訓上課難以落實高品質的照護，一定要實際從照顧病人中累積經驗。

<sup>8</sup>國立成功大學趙可式榮譽教授於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享：有位病人對「口腔護理」有所感慨：舌頭恢復後感覺很好，燃起希望，我深深感到好的照護改善身體痛苦，對病人的心理與靈性實在太重要了。從此可知，只要病人一開口，即可知其是否獲得具品質之護理照護。

命品質。

- (六)據審計部資料，104至106年具有甲類安寧療護資格但未能實際執行業務之醫師及護理師分別約為32.8%及44.1%。另依衛福部提供資料，截至107年底，符合健保安寧居家療護(乙類)資格之醫師477人，實際提供服務228人；護理師1,012人，實際提供服務289人，已有乙類資格但未實際執行業務之醫師及護理師分別約為52.2%及71.4%。前述安寧療護醫師及護理師訓而不用之情形甚為嚴重，尤以乙類資格者為多，衛福部對於此一現象，應探究原因。
- (七)衛福部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，已辦理乙類社區安寧，醫事人員接受21小時之專業訓練及實習時數，即可實施社區安寧療護，然品質是安寧療護的核心，要能讓病人善終、家屬善別，一定要醫療團隊與病人、家屬間之親善及信任關係，但任何關係之基礎仍是安寧療護之照護品質。而安寧療護為高度專業，其品質決定於醫護人員的「人力」及「能力」，若人力不到位，不可能照顧好病人。又居家安寧療護的護理師需要非常有經驗及獨力作業的能力，縱使接受甲類之80小時教育訓練，都未必能提供服務，更何況區區13小時之訓程課程，在欠缺專業之情形下，絕無可能使各醫院的護理師具備獨當一面的能力，其等在取得安寧療護資格後，未必有能力照顧病情嚴重且複雜的末期病人，此可從國內目前已取得乙類安寧療護醫事人員資格，但未實際執行業務高達52.2%及71.4%，可能係因未受完整之訓練而臨床照護能力不足，無自信讓病患及家屬獲得良好之照護，也可能係因案源不足，能力無法印證於臨床照護上，更無法持續精進，加上衛福部無輔導機制，亦未要求或規範取得21小時訓練及實習時數基本門檻之醫護人員接受繼續教育或在職

訓練，使得有心從事社區安寧療護之醫事人員深感挫折，甚至放棄參與社區安寧療護之志向，長遠而言將斷傷我國社區安寧療護品質之發展，顯有未洽。

綜上，主管機關衛福部及中央健康保險署，在安寧療護收案對象、品質評價及人力資源結構等面向核有違失，爰依憲法第97條第1項及監察法第24條之規定提案糾正，移送衛福部並轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：江綺雯、瓦歷斯·貝林、田秋堃