

壹、案由：據審計部106年度中央政府總決算審核報告，我國早於民國85年起推動安寧療護，惟相關療護資源分配不均，且多數民眾仍係於自身或家屬罹病末期才得知相關資訊，或部分潛在需求族群尚未接受安寧療護等情事，允宜賡續推廣強化教育與宣導；另醫療及護理機構提供之安寧療護住院、共同照護及居家服務，醫院評鑑未能確實評價品質真貌，復未有其他品質監測及稽核機制作為改善依據，使部分病患及家屬之身、心、靈未能確實獲得全人照護，均有調查之必要案。

貳、調查意見：

本案經調閱衛生福利部（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，茲綜整調查意見如下：

- 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。然衛福部中央健康保險署（下稱健保署）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；另國內8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務，衛福部應予檢討改進：

- (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大非癌之病人，亦非限於末期病人才有接受安寧療護的需要¹；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。
- 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

¹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，病人也有信心想再嘗試化學治療，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。

方法等²。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

² 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。

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；另國內8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務，衛福部應予檢討改進。

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³，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。

³ 106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。

- (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⁴。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⁵、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、

⁴ 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.

⁵ 「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⁶。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⁷。

(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

⁶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」

⁷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，甚至提高至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。

坐姿擺位、瀕死護理與遺體護理、小兒舒適護理—潔牙、排痰、腹脹護理、腫瘤傷口與氣切護理、口腔⁸、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

⁸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。

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。

四、為維護安寧療護品質，醫院應有足夠專業人員提供服務，並確保安寧醫護人員服務量不超過負荷，才能提供優質之照護服務。目前國內部分醫學中心具甲類安寧療護資格之護理師人數，明顯少於每日安寧病床數應配置之護理人員數，但醫院評鑑時均符合安寧病房人力配置規範，衛生局當日查證報告亦係符合，顯見醫院評鑑流於形式，未能確實查核醫院安寧病房是否配置最基本之安寧療護醫事人力，應予檢討改進：

(一)醫學中心評鑑條號「2.3.18」，在評量項目「1-a.安寧病房」包括：「(2) 每床應有護理人員1人以上。」前述護理人員係指已接受教育訓練80小時+每年繼續教育20小時之護理人員。然據衛福部劉越萍簡任技正表示因護理人員會有異動，所以標準是50%的比率要接受完訓練，另外一半就放鬆資格條件，至評鑑的目的係為使醫院端達到資格，但會滾動性調

整。又辦理安寧共照之醫院，需成立安寧共同照護小組，至少含醫師及「護理人員」；辦理甲類居家安寧療護之院所，需設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及「專任護理師」等至少1名，亦即辦理安寧共照或甲類居家安寧療護之醫院組成之安寧療護小組，其成員需包括「護理師」。

(二)查衛福部108年3月8日衛部醫字第1080103004號函及同年6月28日衛授保字第1080033560號函之說明，本院認部分醫院安寧療護人力之配置似不符醫院評鑑標準：

- 1、新光醫院安寧病床8床，占床率78%，即每日約有6.24床（ $8*78\%=6.24$ ）占床，至少需3-4名以上具甲類安寧療護資格之護理師，但全院無具此類資格之護理師。
- 2、高醫附醫安寧病床20床，占床率90%，即每日約有18床占床（ $20*90\%=18$ ），至少需9名以上具甲類安寧療護資格之護理師，但具資格且提供安寧服務之護理師僅3人。
- 3、慈濟醫院安寧病床15床，占床率80%，即每日約有12床占床（ $15*80\%=12$ ），至少需6名以上具甲類安寧療護資格之護理師，但具資格且提供安寧服務之護理師2人。
- 4、除前述醫院外，高雄榮總、高雄長庚、亞東醫院、中山附醫亦有類似問題，不符醫學中心評鑑條號「2.3.18」之評鑑項目規範？
- 5、高雄榮總、臺中榮總、新光醫院、嘉義長庚、屏東基督教醫院、衛福部屏東醫院及民眾醫院可提供甲類居家安寧療護之護理師，實際有提供服務的人數均為「0」。

(三)據衛福部查復：

- 1、有關上一循環辦理醫學中心評鑑分別為105年及106年。上述7家醫學中心於105年受評共計2家（新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院）；106年共計5家（中山醫學大學附設醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、高雄榮民總醫院、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院），於基準2.3.18「有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務」，提及【符合項目1-a.安寧病房】之「(2)每床應有護理人員1人以上」及【符合項目4】「上述人員均需受過安寧療護教育訓練80小時以上」，檢視醫院自評表之執行內容及評量結果，此7家醫學中心設置安寧病房及人力配置規範皆符合醫院評鑑基準，衛生局當日查證報告亦符合。
- 2、醫療院所依規定設置安寧居家療護小組，並報請健保署同意提供安寧居家療護，係審核其接受安寧療護教育訓練之時數是否符合規定，並非審核其是否實際提供安寧服務。部分醫院因有與特定醫療院所或居家護理所共組團隊辦理「居家醫療整合照護計畫」，故其居家安寧服務個案可能由合作特定醫療院所或居家護理所之護理人員提供服務，而該院實際提供服務護理人員數為0。

(四)為維護安寧療護品質，醫院應有足夠專業人員提供服務，因此對於安寧住院病房的護理人力配置及安寧居家療護訪視次數應訂定合理標準，確保安寧醫護人員服務量不超過負荷，才能提供優質之照護服務。目前國內安寧住院病房的護理人力與病床數比

為1：1，已屬最低國際標準，絕不能再降低。惟部分醫學中心具甲類安寧療護資格之護理師人數，明顯少於每日安寧病床數應配置之護理人員數，但醫院評鑑時均符合安寧病房人力配置規範，衛生局當日查證報告亦符合，當已顯見由醫院自評安寧病床數應配置之護理人員數是否符合評鑑標準，已流於形式，未能確保醫院安寧病房配置最基本之安寧療護醫事人力；又醫院報請健保署同意提供安寧居家療護需組成安寧療護小組，其成員需包括「護理師」，但部分醫院申報居家安寧服務，依規範小組成員必需有安寧療護之護理師，但部分院實際提供安寧療護服務護理人員數為0人，雖可能與特定醫療院所或居家護理所共組團隊辦理「居家醫療整合照護計畫」有關，但其實情，健保署允應確實釐清。

五、新制醫院評鑑基準醫學中心適用之評鑑條文「2.3.19」之【符合項目2】規範醫院應「有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸（如：洗澡機），每週並有使用紀錄。」惟安寧病房之洗澡機，係提供病患舒適護理之必備設備，但現行醫院評鑑方式未能有效評鑑醫院設置之洗澡機確有適當之使用並能滿足末期病人需求，應予檢討改進：

- (一)查上一循環醫院評鑑基準（醫學中心適用），於基準「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」，其【符合項目2】規範醫院應「有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸（如：洗澡機），每週並有使用紀錄。」；另於基準「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」，其【符合項目3】亦有提及病人/家屬之照護過程要有標準流程以提

供舒適護理、疼痛及其他常見症狀臨床評估處置計畫。

(二)洗澡是讓身體保持舒適的基本，但對於有許多不適症狀的臥床病人，洗澡卻成了奢侈的渴望，有些末期病人因行動不便，家人亦無能力為其處理衛生問題，且常因衰弱或癌細胞轉移骨頭而易受傷或骨折，因此即使身體有些氣味，卻很長期間沒有能力自己洗澡，家人亦無能力為其洗澡，只能在床上以擦澡代替洗澡。國內安寧病房評鑑將有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸（如：洗澡機）列為必備設備，部分醫院之洗澡機，更可調整角度、上下升降、調控水溫，且有蓮蓬頭、水龍頭式給水和水療的按摩大浴缸，購置之目的當係為提供患者舒適梳洗的環境。又由安寧療護護理人員帶領家屬一起為患者清潔身體，更能讓家屬與親人間有親情的交流互動，因此，洗澡對安寧病房之末期病人而言是件極為重要之事，且依醫事人員之照護經驗，多數末期患者於洗澡後都會顯得神清氣爽、精神愉悅、食欲大增、容易入睡；身體上的不適也因洗澡而得以舒緩⁹。因此，安寧病房之洗澡機，係提供病患舒適護理之必備設備，而確實使用洗澡機為末期病患洗澡，方能提供具有品質之安寧療護。惟國內部分醫院之安寧病房，雖設有洗澡機，但卻閒置而未實際為末期病人洗澡；甚者，有些末期病人因癌細胞侵蝕骨頭，非常脆弱，洗澡時護理人員並不在

⁹成大醫院邱智鈴護理督導長於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享：曾有位肺癌末期，因呼吸喘、疼痛送到安寧病房之72歲男性，其妻表示病人已經1個月沒有躺床睡覺了，只能坐在椅子上趴著睡，更沒法到浴室好好洗個澡，只能用毛巾擦澡。而救護車隨行人員亦低聲向護理師說該病人在車上一直說想要死……。護理師發現病人身上有異味且頭髮都是油垢，向病人提議到按摩浴缸泡澡，但病人一臉疑惑：「我連躺都不能，怎麼洗？」經護理師協助，病人同意至按摩浴缸泡澡，過程中病人原本很焦慮，擔心呼吸喘不過來，經過水療後慢慢放鬆，也睡著了。經由洗澡，病人與醫療團隊建立信任與親善關係。

場，而由看護、外勞、家屬、志工幫病人洗澡，但其等專業能力不足，有時於搬動時反造成病人骨折。

(三) 本案詢問衛福部有無稽核接受安寧療護末期病患洗澡的品質？有無稽核洗澡時，是否均有專業安寧療護護理人員在場？在實地評鑑時，有沒有去查核醫學中心使用洗澡機之情形？幫末期病人洗澡，是否已納入住院安寧採論日計酬支付，不得另行收費？另請該部提供最近1次評鑑對「醫學中心購置按摩浴缸或洗澡機之情形」、「平均為安寧病人洗澡次數」等相關資料，惟衛福部均未監測而未能提供相關資料，僅復：本條文著重於安寧病房有適當及功能良好的設施、設備，滿足末期病人需求，且針對照護過程需有評估處置計畫，但並無針對洗澡過程進行稽核，且基準相關資料表無進一步請醫院收集洗澡機購置數量或洗澡次數等。惟評鑑委員若在評鑑當時，實地抽查護理人員及看護、志工是否會操作洗澡機及搬運床，詢問外籍看護工、家屬病人有無洗澡及頻率，或確實核對醫院自評表記錄之洗澡機使用率，方能確實評鑑醫院之洗澡機是否確實使用並滿足末期病人之需求。

(四) 新制醫院評鑑基準醫學中心適用之評鑑條文「2.3.19」之【符合項目2】規範醫院應「有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸（如：洗澡機），每週並有使用紀錄。」惟安寧病房之洗澡機，係提供病患舒適護理之必備設備，但現行醫院評鑑方式未能有效評鑑醫院設置之洗澡機確有適當之使用並能滿足末期病人需求，應予檢討改進。

六、遺體護理及家屬哀傷輔導為安寧療護重點服務項

目，且為安寧共照服務必填之項目及內容，惟健保署對於醫院申報安寧療護之資料，未透過醫療費用審查之機制，經由抽審病歷或相關紀錄之方式，核實比對醫院有無確實為臨終病人進行遺體護理及為家屬提供哀傷輔導服務；又遺體護理及哀傷輔導為醫學中心、區域醫院及地區醫院適用之評鑑條文所規範，但現行醫院評鑑方式亦未能有效評鑑醫院能確實提供服務，爰應檢討改進：

- (一)依安寧共照服務項目及內容(必項表格)，其中第七項服務項目及內容為「瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理」，其措施為：「1、向原照護團隊及家屬教導與示範『瀕死症狀評估』與『遺體護理』。2、死亡準備及家屬喪葬事宜之諮商。」新制醫院評鑑基準(醫學中心適用)之評鑑條文「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」之【優良項目3】為「定期舉辦家屬支持團體，可包含成長性、治療性、教育性或社會社交性質的活動，並提供高危險喪親家屬篩選及哀傷輔導之服務或轉介。」^{10、11}至於評鑑條文「2.3.21訂定病人臨終前、後之處理流程」之【符合項目1、2、3】為「明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)

¹⁰成大醫院邱智鈴護理督導長於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享：有位40歲肝癌末期男性病人入住安寧病房，其妻38歲，當時懷孕頭胎7個月，為龍鳳胎，病人期待能看到孩子出生。妻子對於先生病情惡化措手不及，表達先生若離世，亦無繼續活下去的勇氣。安寧團隊評估病人存活期以天數計算，即啟動機制，在有限時間內，協助妻子找到活下去之動力。

¹¹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，其曾接獲學生來信，內容為：近日，在我爺爺過世時，爸爸在他身邊，但爸爸並沒有通知我及妹妹去醫院，過了1週後我們才知道。這造成了我與妹妹很大的遺憾和罪惡感。因為錯過見到爺爺最後一面的機會。……我很希望以後我們家或一般社會大眾，在面對生死都能有更好的做法。例如：……如何辨別哪些病患的症狀是臨終前的徵兆；在往生後替病患做遺體護理、悲傷撫慰等等！……而非只是空談理想而已！

準備及遺體護理等。」「相關醫療照護團隊人員應接受哀傷輔導的教育訓練。」「協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。」再按醫院評鑑基準(區域醫院、地區醫院適用)之評鑑條文「2.3.16提供病人臨終前、後之處置」之【符合項目2】為「相關的作業程序，應尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)準備及遺體護理等。」【符合項目3】為「協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。」¹²評鑑委員若在評鑑當時，若能實地提問已過世病人之家屬該安寧療護團隊有無提供遺體護理及哀傷輔導，方能確實評鑑醫院依提供之服務是否符合基本之規範。

(二)本案約詢前，函請衛福部協助調查107年醫學中心對住院安寧且於該院死亡之病人，是否均有進行遺體護理、家屬哀傷輔導、哀傷諮詢追蹤等服務，據衛福部查復：「遺體護理及家屬哀傷輔導為安寧療護重點服務項目之一，各醫院應依病患及家屬需求提供之。」該部並稱：「由於住院安寧採論日包裹支付，由健保申報資料無法統計遺體護理及家屬哀傷相關服務資料」。本案約詢後，健保署依本院之請，立意抽審醫學中心於辦理住院安寧時，有無確實為臨終病人進行遺體護理及家屬哀傷輔導，審查結果如下：

1、三軍總醫院附設民眾診療服務處(下稱三總)：抽審3件病歷，均依照病人及家屬所需，提供心理社

¹²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，某醫院院長曾接獲來信，內容為：先母於2018年4月28日因肺炎併發呼吸衰竭在貴院病逝。當醫師宣報死亡後，護理師也一起離開病房，丟下傷慟的家屬，面對剛剛斷氣的家母遺體，不知道該怎麼辦？我們是如此無助與絕望！……實際上護理師都沒在做(遺體護理)啊！

會問題照護、靈性宗教需求照護、死亡準備及遺體護理等。

- 2、萬芳醫院：抽審3件病歷，均依照病人及家屬所需，提供心理社會問題照護、靈性宗教需求照護、死亡準備及遺體護理等。
 - 3、臺中榮總：抽審10件病歷，均已提供靈性照護及遺體護理。部分案件屬選擇回到家中死亡，故由醫護人員教導如何做遺體護理，由家屬回到家中執行之。
 - 4、彰化基督教醫院（下稱彰基）：抽審10件病歷，10件均有執行靈性照護，並於病歷記錄遺體護理；其中10件均說明有提供遺體護理，1件有於病歷記錄執行內容。
 - 5、中山附醫：抽審10件病歷，均已提供靈性照護及遺體護理。
 - 6、中國醫藥大學附設醫院：抽審10件病歷，其中4件有提供靈性照護，7件有提供遺體護理。該院說明有1名抽審個案係因入院當天即往生，故來不及介入靈性照護，其餘5名個案係因紀錄遺漏填寫，但實際仍有提供靈性照護；3名未提供遺體護理個案係因病歷紀錄上僅敘明協助擦澡，故審查認定不算遺體護理，健保署中區業務組已輔導該院加強落實靈性照護及遺體護理服務相關紀錄。
- (三)為提供具備品質之安寧療護服務，健保署已規範安寧療護臨床上必須實施之服務項目及內容。末期病人之死亡，雖係生命軌跡之終然，但仍會帶給家屬沈重之悲痛，好的遺體護理，可讓病人平安尊嚴離世，亦能減少家屬的遺憾與悔恨，至於完善的家屬哀傷輔導，才能讓病人與家屬善別，因此，遺體護理及家屬哀傷輔導為安寧療護重點服務項目，且為

安寧共照服務必填之項目及內容，亦為醫學中心、區域醫院及地區醫院適用之評鑑條文所規範。惟健保署對於醫院申報安寧療護之資料，無法統計相關服務之情形，亦從未透過醫療費用審查之機制，經由抽審病歷或相關紀錄之方式，核實比對醫院有無確實為臨終病人進行遺體護理及為家屬提供哀傷輔導服務；而現行醫院評鑑方式亦未能有效評鑑醫院能確實提供服務，應予檢討改進。

七、健保署目前對於安寧療護監測指標，均屬監測民眾對安寧療護的接受度，但與末期病人所關心的舒適護理、疼痛控制、遺體護理、哀傷輔導等，是否可以得到好的照護的感受有明顯落差，衛福部及健保署應確實發展安寧療護相關品質監控指標或稽核方式，將所獲得的臨床實證資料作為改善安寧療護品質之依據，以確保安寧療護之品質符合國際現有末期病患高品質臨終照顧之標準：

- (一)全民健康保險會於進行年度總額協定及其分配時，對於新增預算之運用是否確實及能否達成政策目標，常要求相關總額部門設定正向監測指標，透過指標之監測，作為相關政策是否延續或調整之參考。對於安寧療護品質進行監測，有助於瞭解國內安寧療護照護品質程度，做為改善之依據。
- (二)健保署已訂定醫療給付檔案分析指標，其中與安寧直接相關指標如下：
 - 1、接受安寧緩和醫療之意願，即住院末期病患於緩和醫療家庭諮詢後，簽署DNR之情形。
 - 2、緩和醫療家庭諮詢成效，即病患及家屬於緩和醫療家庭諮詢後，接受住院安寧、安寧共同照護、安寧居家或社區安寧之情形。

3、建立安寧緩和醫療跨院際合作，即鼓勵有執行安寧療護之醫院，輔導未執行之醫院等項品質指標。

(三)本院前次調查指出；國內推動安寧療護已逾20餘年，衛福部除應加強推廣安寧療護，提升涵蓋率，保障末期病人善終權益，並持續檢討服務量的發展與普及策略外，更應積極進行安寧療護實施成效及品質提升之評估。惟查健保署目前對於安寧療護監測指標，仍僅限於簽署DNR情形、緩和醫療家庭諮詢情形及跨院際合作情形，均屬監測民眾對安寧療護的接受度，而未進行成效評估及品質監測，實難以確保安寧療護之品質是否符合國際現有末期病患高品質臨終照顧之標準。基上，醫事人員提供之安寧療護服務，是否符合末期病人及主要照顧者的標準，需要資料佐證，但衛福部對於安寧療護品質之監測，只從衛生行政角度蒐集民眾接受安寧療護的情形外，未以末期病人及其家屬為中心，發展安寧療護品質監測指標，即無法將所獲得的臨床實證資料作為改善安寧療護品質之依據，應予檢討改進。

(四)據健保署針對上開本院調查報告所指之事項，稱所收集國內外相關文獻所使用之品質監測指標，其多為質性之問卷量表(例如：CQ-index、CARES、MQOL、QUAL-E、QODD等)，暫無健保可分析之量化指標，並復衛福部將再研議未來將「發展安寧療護質化及量化品質指標」列為委託研究計畫之可行性，以及為確實管理各提供安寧緩和療護服務者之照護品質，將研訂安寧緩和療護相關品質監控指標。

(五)查健保署目前對於安寧療護監測指標，仍僅限於簽署DNR情形、緩和醫療家庭諮詢情形及跨院際合作

情形，均屬監測民眾對安寧療護的接受度，但與末期病人所關心的舒適護理、疼痛控制、遺體護理、哀傷輔導等，是否可以得到好的照護的感受有明顯落差，衛福部應確實發展安寧緩和療護相關品質監控指標或稽核方式，將所獲得的臨床實證資料作為改善安寧療護品質之依據，以確保安寧療護之品質符合國際現有末期病患高品質臨終照顧之標準。

八、疼痛是末期病人最常見與困擾的症狀之一，麻醉止痛藥，嗎啡等鴉片類等管制藥品，為緩解病人身體疼痛、緩解症狀之重要方法，然而非癌末期居家病人使用管制藥品之可近性不足，無法延續住院時症狀控制的處方，尤以偏鄉地區為甚。又管制藥品不僅能緩解身體疼痛，亦係治療末期病人常見呼吸困難之藥物，此為安寧療護之專業知識，衛福部允應強化相關藥物使用知識與技巧之教育訓練，俾使安寧照護醫師能適時取得適當管制藥品，有效處理末期病人各種不適症狀：

- (一)依「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項」之規定，非癌症慢性頑固性疼痛病人長期使用(連續使用超過14日或間歇使用於三個月內累計超過28日)成癮性麻醉藥品【指嗎啡(morphine)、等成分】其診治醫院須為「醫學中心或至少聘有麻醉(或疼痛)、精神、神經、內科及外科等專科醫師之區域級以上醫院。然「癌症病人」及「非癌症末期病人」並無限制診治醫院資格。
- (二)近幾年科技發達、新藥引進及社會老年化等現象，為與時俱進並因應「安寧緩和醫療條例」、「病人自主權利法」等相關法令之施行，食品藥物管理署(下

稱食藥署)於106年及107年增修公告「急性疼痛病人成癮性麻醉藥品使用指引」等計10項成癮性麻醉藥品相關使用指引暨管理注意事項，以「末期病人居家治療使用成癮性麻醉藥品管理注意事項」為例，其放寬管制部分摘要如下：

- 1、適用對象：由「癌症末期病人」擴大為「末期病人」。
- 2、列報規定：「末期病人」(包括癌症非癌症)長期使用成癮性麻醉藥品治療疼痛，無需再向食藥署列報，亦無須在醫學中心或至少聘有麻醉(或疼痛)、精神、神經、內科及外科等專科醫師之區域級以上醫院就診之限制。
- 3、延長處方天數機制：依前「麻醉藥品用於癌症末期患者居家治療注意事項」規定癌症末期病人延長每次處方天數須向食藥署提出申請，經核准後，處方口服或外用麻醉藥品之天數，得延長為30日；修正後則依「末期病人居家治療使用成癮性麻醉藥品管理注意事項」規定，授權醫院管制藥品管理委員會視病人需求，得延長成癮性麻醉藥品處方天數最多30天，簡化行政流程，提升末期病人用藥之方便性，減輕家屬陪診往返醫院的負擔。

(三)疼痛是末期病人最常見與困擾的症狀之一，醫療團隊能緩解病人疼痛，病人身體能夠舒適，才可能在身心靈獲得良好照護。因此，具備疼痛病理、嗎啡類藥物疼痛控制、非嗎啡類止痛藥及輔助用藥之使用能力，並能適時取得適當藥品，殊為重要。然而，非癌末期病人居家使用嗎啡藥物，受限於需長期使用成癮性麻醉藥品治療時，應會診麻醉、疼痛、精神科，每4個月須提報醫院「管制

藥品管理(委員)會」評估、審查，且只局限於有疼痛的末期病人，並未明確指出可用於呼吸喘之症狀控制。

- 1、基層診所辦理居家安寧時，醫師或社區藥局對於處方或調劑止痛藥品，有時未能針對居家安寧病患之需要確實提供相關藥品服務，尤以偏鄉地區為最，據健保署查復表示：藥師雖未被規範為居家安寧療護小組之必要成員，但若藥師接受安寧療護教育訓練後，亦可加入居家安寧療護小組一起提供服務。另，健保署透過居家醫療整合團隊、家庭醫師群、社區藥局整合在地資源，鼓勵基層與社區醫療院所提供安寧照護服務，讓末期病患回歸社區與在地安老，亦能由社區藥局提供所需之藥品調劑服務。

(四)疼痛是末期病人最常見與困擾的症狀之一，病人身體能夠舒適，才可能在身心靈獲得良好照護，若疾病痛苦無法緩解，則醫病間難以建立良好信任關係，病人焉能達到善終。麻醉止痛藥，嗎啡等鴉片類平常較少使用之管制藥品，為緩解病人身體疼痛、緩解症狀之重要方法，因此，具備疼痛病理、嗎啡類藥物疼痛控制、非嗎啡類止痛藥及輔助用藥之使用能力，並能適時取得適當藥品，殊為重要。前述管制藥品過去僅限癌症病人使用，目前相關管制規範已有鬆綁，然而部分安寧居家或社區安寧醫師因對於非癌末期病人之止痛、止喘是否適用及顧慮嗎啡使用劑量及副作用處理及健保給付問題，甚至擔心癌末病人成癮問題，使得居家安寧者取得藥物之便利性仍不及住在醫學中心安寧病房的病人，且非癌末期居家病人使用管制藥品之可近性不足，無法延續住院時

症狀控制的處方，尤以偏鄉地區為甚。又管制藥品不僅能緩解身體疼痛，用於改善末期病人呼吸困難亦有幫助，然目前藥品仿單上未將其列入「改善末期病人呼吸困難症狀」之適應症，以至有些醫師仍有疑慮，造成取藥困難。綜上，嗎啡類藥物不只用來止痛，亦係治療末期病人常見呼吸困難之藥物，此為安寧療護之專業知識，衛福部允應強化相關藥物使用知識與技巧之教育訓練，俾使安寧照護醫師能適時取得適當管制藥品，有效處理末期病人各種不適症狀。

九、安寧病房為安寧居家及安寧共同照護困難處理之病人的後送單位，且其臨床服務兼具教育、示範與諮詢功能，但國內2家醫學中心未設安寧病房，數家醫學中心安寧病房占床率偏低，照護能量有限，衛福部未查明原因是否受限於醫療機構客觀條件、照護能量及服務品質之落差，即歸因於病患及家屬轉床意願或病患原照護病房可提供完整安寧共同照護等，使末期病人集中在少數幾家具備良好安寧療護品質之醫院安寧病房住院，依賴幾家口碑好之醫院做為安寧療護理念實踐之示範醫院，而未能確實檢討醫院中心未設安寧病房及住院安寧占床率偏低之確實原因，不利全面提升安寧療護品質，應予檢討改進：

(一)截至107年12月，經健保署核備同意可提供安寧住院之醫院計74家，其服務情形如下：

1、安寧病床數以臺北馬偕最多，有28床；其次為衛福部桃園醫院25床、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院（下稱柳營奇美醫院）22床，再其次為成大醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫附醫）、奇美醫院、高雄榮民總

醫院（下稱高雄榮總）、中山附醫及臺北市立聯合醫院，均為20床。

- 2、107年醫學中心住院安寧療護之照護人數，以奇美醫院662人最多，其次為馬偕醫院573人及成大醫院559人。以萬芳醫院94人最少，其次為新光醫院137人、三軍總醫院附設民眾診療服務處（下稱三總）204人及中山附醫260人。
- 3、107年醫學中心住院安寧療護之占床率以國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）91%最高，成大醫院及高醫附醫90%居次。以萬芳醫院27%最低，其次為三總49%及中山附醫55%。
- 4、部分醫學中心之安寧病床，如新光醫院8床、高雄長庚及萬芳醫院10床，設置之床數比部分區域醫院更少之原因，衛福部表示，醫院設置床數主要與該等醫院內部管理政策有關。此外，「林口長庚」、「國泰醫院」並未申辦住院安寧業務，該兩間醫院以提供安寧共同照護服務為主。

(二)安寧病房為醫院安寧居家及安寧共同療護困難處理之收案病人的後送單位，且其臨床服務兼具教育、示範與諮詢功能，然國內2家醫學中心未設安寧病房，據衛福部查復以：

- 1、林口長庚說明該院為桃竹苗地區唯一醫學中心，以提供急重症照護為主，安寧病房非屬必要設置病房。若病人有安寧需求時，將提供安寧共同照護及安寧居家療護服務，若遇有需入住安寧病房需求時，則依病人居住地及其意願，協助轉介至比鄰之桃園長庚醫院或其他設有安寧病房之醫療院所。而桃園長庚醫院設有安寧病床共計12床，兩院相距3.9公里。
- 2、國泰醫院說明係為國泰醫療體系醫院病床之規

劃及運用，將安寧病房設置於汐止分院，並提供每小時往返兩院之接駁車，以滿足民眾對安寧服務之需求。

(三)衛福部對於部分醫學中心占床率較低之原因，歸因於相關醫院安寧病房醫師人力不足或病患及家屬轉床意願，及考量病患原照護病房可提供完整之安寧共同照護，在病人與原醫療團隊及病房已建立良好關係的情況下，對病況較不穩定的病患，家屬通常不希望轉床而造成病況變化。另病患有住單人病房之需求者，也導致病人轉安寧病房意願較低。又以中山附醫為例，可提供安寧療護之醫師人數32人，為全國第二，僅少於成大醫院34人，但107年占床率僅55%。據衛福部查復截至108年4月止，中山附醫尚可提供安寧療護之醫師人數為28人，惟有實際提供服務者僅11人。另中山附醫107年安寧住院照護人數為260人，安寧共同照護人數為317人，因中山附醫安寧共照品質受到肯定，病患多選擇在原團隊接受安寧療護，故安寧病房占床率較低。

(四)另衛福部所屬醫院107年度安寧病房占床率以衛福部屏東醫院80%最高，其次為南投醫院74%及臺中醫院71%。但審計部查核指出，有衛福部基隆醫院等4家醫院於105年度安寧病床占床率，尚低於該年度所在市縣安寧病床占床率。據該部查復：部屬醫院多數位居偏遠離島或具特殊功能任務(26家部屬醫院扣除5家精神專科醫院及1家胸腔病院後，僅剩20家綜合醫院)，醫療專業人才羅致不易且流動率大，大部分均為中、小型之社區醫院，安寧療護病房之設立受限於專業團隊人力及設置標準，除桃園醫院及臺南醫院等較大型醫

院有成立安寧病房外，餘部屬醫院要維持安寧專責病房之營運有其困難度；以及多數末期病患希望在地老化、在宅善終，故安寧居家療護已成為另一種重要的選擇等語。

- (五)安寧療護對於醫院而言，並非能賺取利潤的服務，但安寧療護做得好的醫院，並不會拖垮醫院的財務，只要能提升安寧療護品質，社會上自然會有些資源會投注（例如：捐款），形成正向的循環。但目前很多醫院追求經營上的利益，把安寧做為醫院的櫥窗，或是低分飛過醫院評鑑的要求就滿足，但安寧療護要做的有品質，一定要有完整的醫療團隊，團隊的成員又能受到很好的訓練，這些需要醫院管理高層的支持，亦需衛福部善用政策工具，引導醫院投入資源強化住院安寧之品質。
- (六)安寧病房為安寧居家及安寧共同照護困難處理之病人的後送單位，且其臨床服務兼具教育、示範與諮詢功能，但國內2家醫學中心未設安寧病房，數家醫學中心安寧病房占床率偏低；在自由經濟市場之下，民眾的口碑常是住院占床率的影響因素，但部分醫學中心安寧病房占床率長期偏低，照護能量有限，衛福部未查明原因是否受限於醫療機構客觀條件、照護能量及服務品質之落差，即稱「醫院內部政策」、「病患及家屬轉床意願」、「安寧共照品質佳，可以取代安寧病房」等，無視於住院安寧潛藏有「給付偏低不被鼓勵」、「客觀條件及服務品質不佳而為病患捨棄」、「安寧團隊迄病患臨終前才獲介入機會」等可能阻礙政策推動之原因，疏於檢討住院安寧關鍵之品質問題，即歸因於病患及家屬轉床意願或病患原照護

病房可提供完整安寧共同照護等，使末期病人僅至少數幾家具備良好安寧療護品質之醫院安寧病房住院，依賴幾家口碑好之醫院做為安寧療護理念實踐之示範醫院，而未能確實檢討醫院中心未設安寧病房及住院安寧占床率偏低之確實原因，不利全面提升安寧療護品質，應予檢討改進。

十、健保署為落實「在宅善終」，推動甲類居家安寧及乙類社區安寧，然人力資源雖逐年增加，但包括舒適護理所需之硬體輕量化、訪視內容完整度、靈性關懷具體落實、症狀控制用管制藥物之取得、給予家屬於24小時全天候之服務、遺體護理及運送之具體落實等配套措施，仍尚欠周妥，形成醫護人員所獲後援不足，家屬亦無法解除疑懼，成為居家或社區安寧普及之障礙，訪視人次成長緩慢，應予檢討改進：

- (一) 健保署自85年起將安寧居家照護（即甲類）納入全民健保試辦計畫，目前約有80家醫療機構提供安寧居家照護服務，對象為經醫師診斷或轉介的末期病人，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家照護者；而醫護人員需接受80小時安寧療護教育訓練，且每年需繼續教育20小時，始得提供安寧居家照護服務。103年開始實施之乙類社區安寧療護與甲類安寧居家照護性質相似，惟甲類醫療機構多為醫院或其附設之居家護理所，醫院自能提供相關安寧療護之諮詢及協助；而乙類係將基層診所納入，讓末期病人獲得自入院、出院至居家相互扣連且完整之整合性安寧照護服務。
- (二) 甲類及乙類居家安寧之支付標準除了受訓時數外，團隊組成人力標準亦有不同，甲類居家安寧之團隊需設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護

專責醫師、社工師及專任護理師等至少1名；乙類居家安寧之團隊未規範需有社工師，且護理師未規範需為專任，另居家物理治療屬長照給付範圍，目前非健保給付範圍。支付標準規範提供申報居家安寧療護之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員24小時電話諮詢服務。又承辦安寧居家療護之機構應提供「症狀控制」、「病患之身體照護」、「病患與家屬心理社會諮詢與照護」、「病患與家屬靈性宗教需求之照護」、「善終準備」、「病患善終後家屬之哀傷輔導與後續追蹤」、「代取藥、代採檢體及送檢」、「當病患需入院接受照護時，主動提供轉介協助及安排住院療護後送服務」等服務。扣除交通時間，完整之居家安寧服務，護理人員每次進行安寧居家訪視需時3小時左右，至於未到宅前，尚要辦理交通、前置作業之電話聯繫、準備藥品，以及到宅訪視後之補充藥品、安排住院、撰寫紀錄等。因此，護理人員每次進行安寧居家訪視花費之時間，多超過支付標準規定之1小時以上，至於實地到宅後提供之服務項目及內容包括：

- 1、環境評估及簡便改裝方法。
- 2、基本身體照顧。
- 3、身體檢查及評估。
- 4、症狀評估及療護方法、藥物指導。
- 5、心理療護。
- 6、靈性療護。
- 7、病人社會層面及家屬的療護。
- 8、瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理。
- 9、協助喪葬準備。

(三)國內居家安寧收案情形：

- 1、以醫學中心甲類居家安寧為例，高雄榮總收案26

人、醫師訪視43人次；臺中榮總收案229人、醫師訪視811人次；林口長庚收案92人、醫師訪視129人次；高雄長庚收案188人，醫師訪視211人次。前述醫院均未有護理人員訪視人次。

- 2、以醫學中心層級收案量為例，107年以萬芳醫院51件最少，成大醫院610件最多，臺大醫院98件，臺大醫院曾於107年向健保署說明安寧居家人數較少的原因，因收案對象係院內安寧病房出院病患，且收案範圍需為該院臨近區域，故照護服務人數較其他醫學中心低。
- 3、區域醫院107年以市立聯合醫院409件最多，奇美柳營、嘉基醫院及門諾醫院亦分別有348件、348件及342件，倘與醫學中心相較，僅次於成大醫院（610件）、中國附醫（481件）、奇美醫院（461件）。
- 4、地區醫院以勝美醫院101件最多，臺北榮總新竹分院、民眾醫院及衛福部南投醫院亦分別有96、84及77件，較醫學中心萬芳醫院（51件）為多。

(四)據審計部查核報告指出，106年健保安寧居家療護之服務人數計10,686人，較105年成長22%；服務件數計3.3萬件，較105年成長27%，辦理安寧居家療護院所已逐步增加，惟多數院所未有收案人數，且居家安寧資源涵蓋率不足，影響服務提供之可近性，亟待研謀改善。就此，衛福部說明如下：

- 1、健保署整合在地資源，透過居家醫療整合團隊，持續協助及鼓勵基層院所提供安寧居家服務，106年並訂定各分區之安寧居家服務人數較前1年同期之成長率能達到15%之目標，各分區均達成。
- 2、健保署健保申報資料無法判斷病患由醫院將之

由安寧共照轉介至甲類居家安寧、乙類社區安寧之情形。

- 3、健保署將整合在地資源，透過居家醫療整合團隊、家庭醫師群、社區藥局，協助基層院所提供安寧居家服務及病患轉介。

(五)本院赴成大醫院履勘期間，據衛福部薛瑞元次長表示：

- 1、居家安寧服務需給予家屬充分之24小時協助及諮詢，才能避免家屬手忙腳亂地情況，現在可以透過遠距方式來處理。
- 2、管制藥品部分比較傷腦筋的是偏鄉，衛生所基本上沒有處理管制藥品的能力，這部分未來還需要進一步處理。

(六)據本院前赴履勘成大醫院居家安寧得悉，中南部醫學中心負責區域廣大，安寧居家護理師及醫師訪視，於交通所費時間及金錢之機會成本亦極高。再者，對於居家訪視及機構訪視之給付差距也未盡合理。對此，衛福部劉越萍簡任技正亦稱「我們看到居家安寧的需求日增，相關儀器的輕量化似有強化之必要。此外，成大醫院花在安寧的人力成本從未被估計過，這我們會回去檢視」等語。

(七)由於城鄉差距、醫療資源分配不均，國內目前發展「居家安寧」及「社區安寧」，由醫師、護理師、社工、心理、安寧志工等所組成的安寧團隊，每週一到兩次前往病人家裡出診，讓安寧照顧團隊不只存在於大醫院，也進駐到偏鄉的診所、衛生所。而回家更是末期病人最大的希望，安寧緩和醫療團隊提供之服務，係為讓病人在熟悉的家中，也能享受在醫院的照護，以全人、全家、全程、全隊、全社區的照護模式，協助減緩病人身心靈不適與提供家

屬照護技巧，進而增加病人之生活品質，在最親愛的家人陪伴中，有尊嚴地走完人生的旅途。然而，安寧居家服務時間週一至週日，全年無休，且提供24小時電話諮詢，夜間若評估病人有需要仍提供服務，當病情穩定時返家，為相當勞心、勞力之照顧服務，醫療團隊需花費相當時間及投入一定人力，而愈高品質之安寧居家服務，費時更久、投入人力成本更高，但與健保支付點數相較，往往不敷成本，未必能獲得合理之健保給付；而國內醫學中心服務居家安寧療護個案人數差距頗大，有些醫療機構全年訪視上千人次，有些卻掛零，可能係醫療品質之口碑決定了末期病人接受居家安使用數量，尚未達到全部醫院均具相當療護品質之水準。

(八)綜上，健保署為落實「在宅善終」，推動甲類居家安寧及乙類社區安寧，然人力資源雖逐年增加，但包括舒適護理所需之硬體輕量化、訪視內容完整度、靈性關懷具體落實、症狀控制用管制藥物之取得、給予家屬於24小時全天候之服務、遺體護理及運送之具體落實等配套措施，仍尚欠周妥，形成醫護人員所獲後援不足，家屬亦無法解除疑懼，成為居家或社區安寧普及之障礙，訪視人次成長緩慢，應予檢討改進。

十一、健保署推動安寧共照，期使住院或急診診療中之末期病人亦可接受安寧共照服務；惟該署無法自相關給付申請或填報表件掌握其服務品質，機構間投入人力與服務件數差距亦頗為懸殊，難以確保安寧共照落實執行而不致淪為形式化，實有妥為改善之必要：

(一)依參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書，「安寧共同照護」是指在住院（不含入

住安寧病房)或急診診療中之病人有安寧療護服務之需求,可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊,藉由安寧共照團隊人員依病人之病況,提供適宜之安寧照護服務。當確定收案後,藉由安寧共照團隊人員至病床旁提供安寧照護服務,而原醫療團隊仍持續提供住院照護服務,使病人不需入住安寧病房亦可得到安寧療護之服務,並藉由安寧共同照護計畫,病患也能做最佳之選擇。

(二)安寧照護團隊評估病人之需求,提供以下之服務:

1、症狀控制:

提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂、虛弱、肌肉痙攣等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。

2、協助其他療護處置及病患身體照護(如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等);舒適護理指導(如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動)及其他療護指導(如飲食指導、復健指導等)。

3、協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。

4、協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。

5、促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。

(三)惟查:

1、以醫學中心為例,105至107年辦理安寧共照之人

數如下表，由人數逐年成長，並為安寧病房之數倍顯示，安寧共照已漸成主流模式。以107年為例，奇美醫院、成大醫院、高醫附醫安寧共照病人數係安寧住院病人數之1.86倍、2.20倍或2.44倍，但彰基為4.92倍，彰基之占床率僅63%，安寧病房多數時間應未住滿，但該醫院似偏重於安寧共照。

- 2、按「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」對於參與試辦醫院及人員資格規定如下：「小組成員皆需接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練80小時以上……」換言之，必須有甲類安寧療護之資格，但觀察各醫學中心107年投入甲類醫師及護理師人力，以成大醫院為例，33位醫師及20位護理師當年服務1,231位安寧共照病患，但以林口長庚為例，21位醫師及4位護理師同年卻服務了2819位病患，等於平均1位護理師要1年要負責704位病患之舒適護理，甚至花蓮慈濟醫院投入0位醫師及2位護理師，即能照護559位安寧共照病患等。
- 3、本院曾接獲陳情「有些醫院的安寧共照，只是由醫護人員跟病人打聲招呼，或提供病人及家屬相關聯絡方式，有些醫院之醫護人員更未親自會診病人，即申請健保安寧共照給付，品質不佳的安寧共照是對安寧療護的反宣傳」一節，該部說明，安寧照護團隊需完成「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」所列服務內容始得申報費用，且申報費用時應檢附評估與照護紀錄。若有明確醫院名單，可提給健保署，該署相關業務組經查若確有不實申報之情形後，將依法核扣費用及辦理後續處分事宜。

(四)自上開醫學中心投入人力及服務人數對照，部分機構之安寧共照不僅硬體資源不及安寧病房，人力亦非充足，該部所謂「病患及家屬偏好」、「醫院內部政策」、「如有機構不符規定請逕報健保署處分」等說明，均非主管機關積極推行政策之態度，況且「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」備有各式必填選填表單，必填者即涵括「基本身體照顧」、「身體檢查及評估」、「症狀評估及療護方法、藥物指導」、「心理療護」、「病人社會層面及家屬的療護」、「瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理」、「共照與原照護團隊的共同合作與討論」等等，是以機構之安寧共照服務品質，並非無跡可循，端賴主管機關之決心。

(五)綜上，衛福部所屬健保署推動安寧共照，期使住院或急診診療中之末期病人亦可接受安寧共照服務；惟該部無法自相關給付申請或填報表件掌握其服務品質，機構間投入人力與服務件數差距亦頗為懸殊，難以確保安寧共照落實執行而不致淪為形式化，該部實有妥為改善之必要。

十二、安寧療護之目的包括緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，提升病人與家屬的生活品質，目前新制醫院評鑑中有關醫學中心之適用條文亦規定需落實全人照護，提供靈性服務。然衛福部委辦之「安寧靈性關懷人員培訓與民間宣導推廣計畫」雖臚列出相關之成果，但對末期病人是否具有實質之貢獻，尚需該部確實盤點。又該部應普及民眾及醫事人員靈性關懷之概念，強化安寧療護病房引進靈性關懷的觀念，更應將死亡及善終課題帶入社區，並應研議是否訂定適合國情之靈性關懷參考指引或臨

床照護模式，做為臨床人員執行靈性關懷工作之參考手冊，以實踐靈性關懷，維護末期病人之人性尊嚴：

- (一)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱健保支付標準）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。另目前醫院評鑑中已明訂醫學中心需落實全人照護，並設置「專責心理師、志工或靈性關懷人員」提供靈性服務，且需受過安寧療護教育訓練的紀錄核可，以法規鼓勵醫院導入靈性關懷服務。
- (二)當重大疾病不僅不能治癒，甚至連延緩疾病的進程都有困難時，病人的身心靈都承受很大的痛苦，不只身體疼痛、呼吸困難、食慾不振、噁心嘔吐、衰弱等等，更難解的是心理靈性的痛苦，無法面對肉體衰敗、失能、需人照顧、成為家人的負擔、喪失尊嚴、恐懼死亡、不捨、不甘願……，甚至有些重症末期病人懷疑繼續活著的價值及人性尊嚴，或希望早日獲得解脫。
- (三)安寧療護除了使病人緩解身體的不適外，更須減輕病人心理靈性痛苦。病人的痛苦雖不如身體之痛苦可以透過藥物、疼痛控制或舒適護理等加以改善，但仍可以透過靈性關懷服務加以紓解。邇來，安樂死之倡議方興未艾，被美化為減輕病人痛苦之選項，但卻是刻意以人為加工方式協助加速死亡，絕非善終所指的自然死亡，且提早以人為方式結束生命，更難謂符合有尊嚴地死亡。更有認為安寧療護是「放棄」、「等死」，恐與末期病人實際獲得安寧療護之照護品質，不符合原先其對善終的期待，

加以其靈性層面之痛苦，未能獲得紓緩所致。

(四)「靈性關懷」(Spiritual Care)概念起源於基督教信仰，從國內發展安寧療護迄今，國人及醫護團隊常認靈性關懷係屬宗教範疇，甚至被歸類為宗教信仰。然安寧療護之靈性關懷應跨越宗教概念，具有普世特質，不管是佛教、道教、回教，甚至無宗教信仰之人，都需要靈性關懷。不僅是靈性關懷師、宗教師或心理師，醫療團隊之成員都應能接納及傾聽病人之煩憂，同理其感受，引導末期病人找尋並肯定自己生命之意義，並探討死後之歸處。

(五)衛福部為提升醫療專業人員安寧療護的認知，協助強化民眾安寧教育宣導，已辦理有關「安寧靈性關懷人員培訓與民間宣導推廣計畫」，據該部表示計畫之成效如下：

1、培訓一般醫療人員及靈性關懷人員，使醫療機構安寧病房醫療人員具備安寧靈性關懷評估及服務的技能，及提供靈性關懷人員到醫事機構服務病人，內容如下：

(1) 設計及推廣醫院一般醫療人員的普及化課程。

(2) 製作專業版及普及版線上課程。

(3) 辦理第一線靈性關懷人員督導視訊會議，每月進行2次，每次2小時，108年上半年共計21家醫療院所參與會議。

(4) 針對安寧靈性關懷人員進行初階及進階的專業訓練課程。106年-107年共舉辦10場訓練課程(參與對象包括醫師、護理師、社工師、心理師、資深安寧志工及靈性關懷人員)及5場靈性關懷人員線上交流會議。

(5) 目前設有安寧病房的醫院有76家，其中，經

蓮花基金會培訓的靈性關懷人員進駐安寧病房的有31家，經史懷哲宣道會和安寧照顧基金會培訓的靈性關懷人員進駐安寧病房的醫院有38家。

2、建立安寧靈性關懷照護指引供靈性關懷人員使用。

(六)安寧療護之目的包括緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，提升病人與家屬的生活品質，目前新制醫院評鑑中有關醫學中心之適用條文亦規定需落實全人照護，提供靈性服務，但仍有末期人認為安寧療護是「放棄」、「等死」，恐與實際獲得安寧療護之照護品質，不符合原先其對善終的期待，加以其靈性層面之痛苦，未能獲得紓緩所致。尤以住院末期病人出院轉而接受居家安寧服務後，雖身體上的不適可以藉由藥物獲得控制，但在靈性上的資源仍是相對缺乏。只有在靈性關懷的觀念真正落實在教育時，每位醫護團隊人員方能及時察覺病人處於靈性焦慮的階段，並提供適時、適質之服務。然衛福部委辦之「安寧靈性關懷人員培訓與民間宣導推廣計畫」雖臚列出相關之成果，但是否已建立可供其他醫院複製運用之模式，且對末期病人具有實質之貢獻，或只是對於數字之呈現，尚需該部確實盤點。又衛福部應普及民眾及醫事人員靈性關懷之概念，強化安寧療護病房引進靈性關懷的觀念，提供末期病人靈性關懷；另因應高齡化的社會轉變，更應深入社區，將死亡及善終課題帶入社區；並應研議是否訂定適合國情之靈性關懷參考指引或臨床照護模式，做為臨床人員執行靈性關懷工作之參考手冊，以實踐靈性關懷，維護末期病人之人性尊嚴。

十三、衛福部允宜針對國衛院「臺灣安寧療護政策白皮書」提出國內安寧療護之各項品質問題進行盤點，並正視及落實白皮書所提之各項政策建議內容；另宜強化國際交流，汲取國外進步作法及國際經驗，針對安寧療護品質問題進行深度研究或國際比較，俾供我國安寧療護品質健全發展：

- (一)經濟學人於2015年10月6日發表針對80個國家的死亡質量指數（Quality of Death Index）調查結果，臺灣為亞洲第1，全球第6，僅落後排名前5名之英國、澳洲、紐西蘭、愛爾蘭及比利時，優於新加坡排名第12，顯見國際間對臺灣安寧療護有不錯之評價。該次死亡質量指數（Quality of Death Index）調查係由新加坡慈善組織連氏基金會（Lien Foundation）進行調查及評比，計有5大類項目，我國在「末期照護的環境（Palliative and Healthcare Environment）」、「末期照護的社區參與（Community Engagement）」排名第5；「末期照護的負擔（Affordability of Care）」排名第6；「末期照護的品質（Quality of Care）」排名第7；「末期照護的人力資源（Human Resources）」排名第10。我國與新加坡在各項項目之得分在伯仲之間，但在末期照護的社區參與差距甚大，新加坡排第22，臺灣排第5，主要係因民間力量的積極投入，所以在「公眾參與」類別獲得好評，而且調查當時，受訪的國內安寧專家為國家聲譽，報喜不報憂，加上調查結果與各國的醫療、健保制度的環境有關，我國向來就有不錯的評價。惟上述項目之排名，我國在末期照護的人力資源排名第10、末期照護的品質排名第7，相對其他項目之排名較為落後，值得重視。

(二)衛福部國健署為因應人口老人，順應生命末期照護品質之世界潮流，於107年補助財團法人國家衛生研究院辦理「臺灣安寧療護政策白皮書研擬計畫」，並籌組專家團隊，集思廣益，針對安寧療護之發展及品質之持續改善，提出各項政策建議，其內容架構大略以：

- 1、安寧療護發展現況分析，涵蓋安寧療護現況與挑戰、國際安寧療護政策發展趨勢、安寧療護國家政策領航等內容章節。
 - 2、安寧療護可近性與公平性，涵蓋安寧療護資源分配均質化、國家預算挹注與合理給付、去疾病化安寧療護服務的獲取、以需求和生活品質為導向的安寧療護、跨藩籬安寧療護等內容章節。
 - 3、人力資源與教育培訓，涵蓋人力資源(人力供需推估、人力配置起碼要求與照護比)及教育培訓等內容章節。
 - 4、高品質安寧療護服務與稽核，涵蓋服務品質與照護提供、病人/家屬參與及醫病共享決策、安寧療護品質指標評值與監督稽核等內容章節。
 - 5、民眾倡議與公眾參與。
 - 6、安寧療護研究。
- (三)安寧療護並非空洞的理念，需有許多維護品質之作法充實其內涵，唯有專業醫護人員、合理的健保給付、適當評鑑及稽核機制，以及正確的醫療政策，才能確保安寧療護品質，真正維護病人權益。我國在安寧療護之國際排名甚佳，但似與民眾感受度有所落差，民眾若認同安寧療護之理念讓末期之家人接受安寧療護服務，但卻未獲得好之照護品質，就如同部分民眾向本院陳情「安寧療護不安寧」、雖可能係特定個人之意見，但衛福部應見微知著，瞭

解事件全貌，有過則改之。又國衛院近期已研擬「臺灣安寧療護政策白皮書」，集合專家團隊，針對安寧療護之發展及品質之持續改善，提出各項政策建議，衛福部對白皮書勾勒之政策藍圖，允宜正視並確保白皮書內容之落實執行，亦應針對白皮書對於現況之檢討，確實盤點國內安寧療護之各項品質問題；另新加坡連氏基金會每5年之臨終病人死亡品質全球性調查將於109年辦理，衛福部值此準備參與臨終病人死亡品質調查並辦理前置作業之際，除可針對白皮書內容進行盤點外，允宜強化國際交流，汲取國外進步作法及國際經驗，或針對安寧療護品質問題進行深度研究，俾我國安寧療護品質健全發展。

十四、衛福部允宜在充分掌握安寧療護品質的基礎之上，持續積極推廣醫病雙方之專業職能及死亡識能，普及安寧療護理念，俾「臨終者善終、失親者善別、在世者善生」得以具體實踐：

- (一)我國為亞洲最早通過安寧緩和醫療條例國家，臨終死亡品質被評為世界第6，擁有先進的立法與健保支持，但近年來安樂死立法呼聲日漸高漲，除了對善終的期待與需求外，安寧療護能量不足、品質不均亦是不可否認的事實。
- (二)臺灣承襲華人文化，目前社會風氣依然避諱談論死亡議題，且民眾對於安寧療護及病人自主權利法相關政策與資訊了解程度尚待提升，為增進民眾對於生命與死亡認識能，衛福部允應定期公布相關資訊及資源管道，持續與地方政府、醫療機構及民間團體辦理安寧緩和醫療及病人自主權利法觀念之宣導活動，推廣「預立醫療照護諮商」與「醫病共享決策模式」機制，

加強民眾安寧療護之知識及接受度，給國人機會表達自己對生命的期許及人生價值，協助家庭溝通、共融決策。

(三)本院履勘期間，據衛福部薛瑞元次長說明「我也認為安寧療護早期介入的觀念要普及，或許所有醫學中心的臨床醫師都有受一些訓練、上一些課的必要。」、「我們主要想調整的是讓醫生敢放手、願意放手，而另一個重點則是強化民眾的教育。」等語，顯見該部亦認為仍有持續針對醫病雙方加以推廣之必要。另據該部查復：

- 1、病程之最後階段認定，涉及醫療專業，醫護人員於適當時機將安寧緩和療護需求之病人進行轉介尤為重要，該部透過安寧療護甲、乙類兩類教育訓練增加醫事人員相關安寧緩和療護專業知能，訓練內容包含末期疾病症狀評估與控制總論、心理社會及靈性需求、家屬的照護、悲傷輔導及安寧居家療護等課程。
- 2、於2年期醫師PGY訓練，加強安寧緩和醫療照護概念與實務，於第一年內科與社區醫學訓練中，設計安寧緩和醫療照護概念及應用課程，於第2年各分科組課程除有該科安寧照護訓練，並加以老年醫學課程。
- 3、除上開專業訓練外，已請相關專科醫學會擬定符合各該專科之末期病人疾病嚴重度評估指標及可行末期照護措施，並列入專科醫師訓練或繼續教育課程，以期各科醫療照顧提供者可熟練評估病人狀況，提供國人以人為本的安寧療護服務。

(四)綜上，為充分保障國人死亡品質，衛福部允宜在充分掌握安寧療護品質的基礎之上，持續積極推廣醫病雙方之專業職能及死亡識能，普及安寧療

護理念，俾「臨終者善終、失親者善別、在世者善生」得以具體實踐。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一、三，糾正衛生福利部中央健康保險署。
- 二、調查意見二，糾正衛生福利部。
- 三、調查意見四至十四，函請衛生福利部檢討改進或督促所屬檢討改進見復。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請內政及少數民族委員會處理。

調查委員：江綺雯、瓦歷斯·貝林、田秋堃