

調 查 意 見

衛生福利部（下稱衛福部）自民國（下同）103年1月1日起實施社區安寧療護，嗣於104年辦理「推廣安寧緩和醫療社區照護模式試辦計畫」，惟照護內容與品質是否符合安寧緩和醫療之核心價值，及品質監督機制是否周全，本院認有深入瞭解之必要。經向衛福部調閱卷證資料，並諮詢專家學者，及至臺北市永安家庭醫學科診所、臺北市立聯合醫院忠孝院區、奇美醫療財團法人奇美醫院（下稱奇美醫院）、衛福部臺南醫院與國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）等履勘，於詢問衛福部及所屬中央健康保險署（下稱健保署）相關人員後，業調查竣事，茲提出調查意見如下：

- 一、衛福部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，以降低專業訓練及實習時數至21小時之方式實施乙類社區安寧療護，由於醫事人員未受完整之訓練，恐使病患及家屬未能獲得良好之照護，而無法達到提升生活品質之目的；此外，並使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，斷傷我國社區安寧療護制度之推動，顯有未當：

- (一)按安寧緩和醫療條例第3條之名詞解釋，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。另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。又據衛福部說明，安寧療護是由一

群受過「嚴格專業」訓練的團隊人員提供個別性的全人照顧，滿足病人身心靈及社會的需要。再者，參考世界衛生組織（World Health Organization，下稱WHO）對於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¹。揆諸上述，安寧療護之目的在於增進病人及家屬的生活品質，服務之提供係由醫療團隊共同為之，為達成目的，團隊人員必備能力至少包括存活期預估；疾病預後預估；疾病的軌線預估；協助病人設定自己的療護目標及優先次序；症狀控制；舒適護理；心理、社會及靈性的療護；溝通與訊息傳遞；相關倫理考慮；停止不適當治療之倫理與法律考慮及抉擇；死亡前後對家屬的照護與悲傷撫慰；及具備反省能力等。

(二)衛福部為提升癌症末期病人照護品質，有效利用急性病房資源，自84年起推動安寧療護計畫，並訂定安寧療護病房設置參考規範，健保署亦配合自85年

¹ 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.

起將「安寧居家照護」納入試辦計畫，嗣89年7月於該試辦計畫增加「安寧住院療護」，並於100年4月1日開始實施「安寧共同照護」試辦方案。醫護人員如欲從事上開安寧居家、安寧住院及安寧共同照護並獲得健保給付，必須接受40小時安寧課程與40小時安寧病房見習，合計80小時安寧基礎教育訓練，且每年需繼續教育20小時，方符合健保支付之資格。

(三)健保署於103年1月開始實施乙類社區安寧療護(自85年起實施之安寧居家照護則配合稱作甲類)，讓有意願接受安寧療護的末期病人從醫院回歸社區。查健保署於實施前，於102年3月1日、7月30日、10月15日就醫事人員教育訓練內容與時數、納入全民健保之支付標準等事項，邀集相關團體交換意見，及參照新北市政府推動之社區安寧計畫採安寧療護教育訓練13小時之經驗，提報規劃方案經102年10月29日召開之第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議，並於健保支付標準第五部第三章明定乙類醫事人員教育訓練資格如下：

- 1、醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練13小時及臨床見習8小時(其中至少於安寧病房見習2小時，以視訊及e-learning方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視1位居家病人可抵免見習時數2小時。
- 2、辦理是項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格為(1)設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。(2)設專門窗口負責個案管理。

3、每年繼續教育時數為4小時（以視訊及e-learning方式進行亦可）。

(四)全民健保安寧居家療護係以醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類，甲類醫師及護理人員，需接受40小時教育訓練及40小時臨床見習，方可提供安寧居家、安寧住院及安寧共同照護服務；然而，乙類醫師及護理人員僅需接受13小時教育訓練及8小時臨床見習，即可提供乙類社區安寧療護服務，並能獲得約7成甲類安寧居家之健保支付。據衛福部之統計資料，自103年1月1日至104年9月30日，具乙類資格之醫師有177人，護理人員218人，而實際提供服務之醫師有62人，護理人員72人。至於甲、乙兩類訓練時數之落差，係因有1門課程²，甲類醫師必選；6門課程³，甲類護理人員必選；7門課程⁴，甲類醫師、護理人員必選，而上述14門課程，均非乙類醫護人員必選課程。

(五)安寧住院療護及安寧共同照護，病患係於醫院住院，24小時均有醫護人員處理其緊急突發狀況，不同於安寧居家照護及社區安寧療護，醫護人員需透過衛教使家屬具備簡易判斷病人狀況與對病人身體舒適照顧之基本能力，且相信一旦發生家屬無法處理之緊急狀況，醫護人員能快速到宅並提供照護服務，因此，醫療團隊與病人、家屬間之親善及信任

² 安寧緩和療護的專業照會(含初次評估)

³ 1、兒童安寧療護概念；2、舒適護理（實務操作演練）；3、文化及宗教的生死觀與喪葬禮俗；4、安寧緩和療護的營養與水分議題之倫理思辨；5、安寧療護護理記錄之書寫—護理過程之運用；6、專業人員之壓力與耗竭暨安寧療護專業人員之特質、自我覺知與壓力調適。

⁴ 1、非痛症病人的安寧緩和醫療（含急重症、ESRD、COPD、ALS、AIDS及失智症）；2、末期疾病不同的軌線圖（disease trajectory）與存活期預估；3、疼痛病理學、疼痛評估與照護；嗎啡類藥物疼痛控制；非嗎啡類止痛藥及輔助用藥、困難處理之疼痛與整體痛；4、瀕死症狀與瀕死期的照護；5、呼吸症狀處理；6、末期疾病的病情告知技巧與死亡準備；7、家庭動態評估、家庭會議與預立照顧計畫。

關係，益形重要。至信任之基礎，往往在於醫療團隊能否控制病人之生理症狀，緩解病人痛苦，只有病人身體舒適，醫護人員才可能提供具品質的心理、社會與靈性照顧。惟以末期病人之症狀控制為例，醫護人員即須接受甲類必選之「疼痛病理學、疼痛評估與照護」、「嗎啡類藥物疼痛控制」、「非嗎啡類止痛藥及輔助用藥、困難處理之疼痛與整體痛」、「舒適護理」等課程，也應具備其他症狀控制之專業知識、技能與態度，以處理各種不適症狀，使末期病人維持清醒且免於痛苦；此外，須接受「末期疾病不同的軌線圖（disease trajectory）與存活期預估」課程，始具判別病人是否進入臨終階段之能力，而「家庭動態評估、家庭會議與預立照顧計畫」課程，方有能力鼓勵病人與家屬參與各項醫療照護之決策過程，並達病人善終、家屬善別目的。然上述課程，均非乙類醫護人員之必選課程，又末期病人身、心、靈問題複雜且多元，照護困難度高，僅13小時教育訓練與8小時臨床見習，實難具備堪稱「嚴格」之安寧療護專業。另於本院諮詢會議中，有專家學者表示，部分學員認為13小時之教育訓練僅能獲基本概念，而不具提供安寧療護服務之專業，亦無能力處理病人的疾病過程及需要；或課程與實務教學不足，超過9成以上未能提供安寧療護的實際服務；或民眾對乙類安寧團隊沒有信心等，均與本院詢問健保署之說法一致。

- (六)按醫事人員之教育訓練是否嚴謹、完善，攸關安寧療護服務品質之良窳，且安寧療護為高度專業，縱使接受甲類之80小時教育訓練，都未必能提供服務，更何況在訓練不足，欠缺專業之情形下，實無

可能提供良好品質之安寧療護服務，亦無法達成提升病患及家屬生活品質之目的；此外，亦可能使有心從事社區安寧療護之醫護人員因所受訓練無法處理末期病人狀況而深感挫折，甚至放棄參與社區安寧療護之志向。又，社區安寧團隊如未具備足夠之專業知識與技能，末期病人之身、心、靈將未能獲得完善之照護，且一旦遇有狀況，即讓病人轉診回醫院，不僅有違社區安寧在地老化之理念，更造成民眾對社區安寧療護之品質有所疑慮，不具信心，從而選擇入住安寧病房，如此將斷傷社區安寧療護制度之推動，更遑論推廣。

(七)綜上，衛福部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，使基層開業醫師能符合社區安寧療護服務資格，以提高其參與意願，乃採降低專業訓練及實習時數至21小時之方式實施乙類社區安寧療護，由於醫事人員未受完整之訓練，恐使病患及家屬未能獲得良好之照護，而無法達到提升生活品質之目的；此外，並使有心從事社區安寧療護之醫事人員深感挫折，甚放棄參與社區安寧療護之志向，已斷傷我國社區安寧療護制度之推動，顯有未當。

二、衛福部未建構整合性安寧緩和醫療照護體系，又社區醫院及基層診所之乙類社區安寧病人來源有限，照護末期病人之能力未獲信任，且與甲類醫療機構間未能建立完整之連續性安寧照護銜接，致乙類社區安寧療護實施近2年，基層診所照護之病人數僅3人，不但未達成社區安寧療護服務普及之目的，甚造成社區安寧療護品質無以確保之疑慮，確有疏失：

(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，且其須有具備辦理安寧緩和醫療經驗之「後援醫院」提供相關諮詢及協助，透過後援醫院與基層診所間的合作，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。經查：

- 1、目前安寧療護資源多集中在醫學中心或區域醫院，其提供安寧病房或安寧共同照護服務之人力，已捉襟見肘，因此大多數僅足夠給予由自身醫院出院之病人服務，對於支援其他基層診所之社區安寧療護確有困難。
- 2、後援醫院不論有無協助基層診所進行安寧訪視，健保署均僅支付基層診所人員之訪視費用。且一旦病人選擇乙類社區安寧療護，即無法申報甲類之照護費用；若甲類醫療機構因人力、時間限制而無法提供安寧居家照護服務，亦無法彈性改由乙類醫護人員提供社區安寧療護服務。
- 3、南投縣參與乙類社區安寧療護之基層診所家數為全國之冠，其中有5家衛生所或診所之後援醫院為衛福部南投醫院，惟據衛福部之統計資料，所屬南投醫院於104年1至9月期間，並未提供安寧住院及甲類安寧居家照護服務，辦理安寧共同照護之照護人數亦僅22人，而南投縣基層診所於

該期間亦未提供乙類社區安寧療護服務，顯見部分後援醫院本身即無安寧居家之病人，遑論提供基層診所乙類社區安寧之病人來源。

(二)衛福部為促進本土性社區安寧療護服務模式之發展，並複製臺大醫院金山分院之安寧緩和醫療照護模式，係補助臺北市立聯合醫院忠孝院區、奇美醫院、衛福部花蓮醫院及戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院等各160萬元，辦理「104-105年度推廣安寧緩和醫療社區模式試辦計畫」，由上開醫院作為核心醫院，視病人照護需求，配置專任個案管理人員、專任護理人員及社工、物理治療師、心理師、藥師、營養師、宗教人員等，提供實際進行安寧居家療護之在地基層診所、衛生所、社區護理機構專業諮詢及後援。經查衛福部補助之經費係作為相關行政費用使用，與健保給付之醫療照護費用並無重複，其目的是鼓勵核心醫院主動提供諮詢、建置網絡及個案管理機制，並對社區民眾為有關安寧的教育。

(三)自103年起實施乙類社區安寧療護至104年9月止，基層診所醫護人員實際參與社區安寧療護之人數，並無明顯增加。以104年1至9月為例，辦理乙類社區安寧療護之基層診所所有23家，其中15家為衛生所，在南投縣者占12家，而該期間乙類社區安寧療護之照護人數僅331人，其中區域醫院163人、地區醫院41人、居家護理124人，基層診所3人，醫療費用共310萬點，顯見全民健保雖已實施乙類社區安寧療護，然參與之基層診所甚少，且基層診所縱能提供乙類社區安寧療護服務，卻無收案來源，致未能達到預期成效。究其原因，據本院實地履勘之醫療機

構所做分析，略以：

- 1、在民眾部分：對社區安寧療護服務內容不瞭解，選擇意願不高，往往在生命末期才得到安寧概念，或誤解在地社區安寧療護本意，將安寧居家當成居家療護服務。且都會區民眾就醫方便，末期病人不願下轉基層診所，覺得留在大醫院比較放心。
- 2、在基層診所部分：乙類社區安寧療護之給付偏低，推廣不易，基層醫療群參與教育訓練的意願不高。

(四)全民健保於85年開始給付安寧居家照護，收案的病人多由安寧病房出院銜接，但由於醫療團隊人員需接受80小時以上之教育訓練，而社區醫院之醫護人員多難以完成訓練時數，爰在實務上有安寧居家照護資源在城鄉間發展不均的現象。但因基層醫療服務具備可近性及持續性，由其在社區負責末期病人的照護，更能落實社區安寧在地老化的理念。健保署雖於103年將乙類社區安寧療護納入健保給付，惟其作法卻係將醫護人員接受安寧緩和醫療訓練時數之標準大幅降低，以要求後援醫院提供支援為配套措施。然而，對有安寧居家需求之末期病人而言，如其可選擇受訓時數超過80小時之醫護人員，將捨棄僅受訓21小時之醫護人員；又目前衛福部雖已委託辦理推廣安寧緩和醫療社區模式之試辦計畫，惟仍在研究階段，國內仍未建構區域以上之醫院與社區醫院及基層診所共同合作之整合性安寧緩和醫療照護體系，因此，從醫院安寧病房轉出之病人，醫院本身自可提供安寧居家照護，反觀社區醫院及基層診所對社區安寧病人進行收案有其困

難度，欠缺完整之連續性安寧照護銜接體系；且因照護末期病人經驗有限，接受教育訓練時數又明顯不足，基層院所對末期病人之照護能力及品質未必能獲得病人信任。

(五)綜上，衛福部未建構區域醫院以上之醫院與基層診所及社區醫院共同合作之整合性安寧緩和醫療照護體系，且社區醫院及基層診所之乙類社區安寧病人來源有限、基層院所對末期病人照護能力及品質未獲病人信任，及與甲類醫療機構間未能建立完整之連續性安寧照護銜接，致乙類社區安寧療護實施近2年，基層診所之照護人數僅有3人，顯見以降低醫事人員專業標準，並由後援醫院提供諮詢及協助之照護模式，既未達成社區安寧療護服務普及之目的，甚造成社區安寧療護品質無以確保之疑慮，確有疏失。

三、健保署辦理居家醫療整合照護計畫時，允宜避免不同類型居家醫療照護整合後，可能發生醫院為經營績效考量，重其他居家照護而輕安寧居家照護，連帶減少安寧居家照護訪視次數，影響照護品質之情事：

(一)全民健保自84年起已陸續推行多項居家醫療照護，包括出院三管（氣切管、鼻胃管、尿管）等患者居家照護、末期病患安寧居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、慢性精神病患居家照護、特殊身心障礙患者與失能老人到宅牙科醫療等。健保署為使外出不便患者能獲得更妥適之醫療照護，嗣於104年4月23日公告施行「104年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」，以中低收入戶或低收入戶，居住於住家（不含照護機構）、有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便等未接受健保居家

照護者為照護對象。依健保支付標準規定，居家照護及安寧居家之支付點數及規範如下：

- 1、第五部第一章「居家照護」規定：院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數以100人次（含）為合理量；超過100人次者，自第101人次起，屬超出合理量。若同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類（社區安寧），則每位居家護理人員每月訪視個案數以75人次（含）為合理量，超過75人次者，自第76人次起，屬超出合理量。
- 2、第五部第三章「安寧居家療護」規定：護理人員訪視次數每1個案每週以2次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週2次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。每位護理人員每月訪視次數以45次為限。
- 3、以在宅為例，居家照護及安寧居家療護護理訪視費之支付點數如下：

診療項目	編號	支付點數
資源耗用群為第一類(需居家護理一般照護項目之病人)	05301C	1,050
資源耗用群為第二類(需居家護理特殊照護群組任一組之病人)	05303C	1,455
資源耗用群為第三類(需居家護理特殊照護群組任二組之病人)	05305C	1,755
資源耗用群為第四類(需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人)	05321C	2,055
安寧居家療護	05314C	2,250

- (二)依健保支付標準第五部第三章，安寧居家療護之服務項目，包括訪視、一般診療及處置，以及末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照

護，另為使居住在家中或機構的病患能即時得到醫療人員專業之諮詢服務，服務機構除提供定期訪視外，也提供24小時電話諮詢專線服務。以成大醫院安寧居家為例，扣除交通時間後，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、喪葬準備。

(三)衛福部為提升健保給付效益，改善不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，研擬「105年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫(草案)」，擬將居家醫療試辦計畫、一般居家照護、呼吸居家照護及安寧居家療護4項方案初步整合，再依疾病嚴重程度分為居家醫療、重度居家醫療、安寧療護3照護階段，由醫療院所組成的整合性照護團隊，提供含括上述3階段的居家照護服務，且收案期間可視個案病情變化彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，另各類專業人員每月訪視次數訂有上限值，以

現制合理量換算成權重計算，換算後安寧療護階段之醫師訪視權值為4、護理訪視權值為2.2，易言之，醫師、護理人員進行1次安寧居家訪視，即相當於4次及2.2次居家照護訪視，並將整合後之居家訪視服務上限訂為100人次，超過不予支付。

(四)居家安寧療護為勞心的照顧服務，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，且與健保支付點數相較，往往不敷成本，另相對於其他居家照護服務，提供之服務更具困難度及複雜度，但獲得合理之健保給付。目前護理人員進行「居家照護」訪視，係以每月訪視個案數100人次為合理量，但若同時執行社區安寧者，則以75人次為合理量。又衛福部考量安寧療護之服務成效，易受安寧療護團隊與病患及家屬間信任度之影響，為兼顧安寧醫護人員之服務負荷量及安寧療護服務品質，爰規範安寧居家療護之醫護人員訪視次數，每月以45次為限，在安寧居家訪視與其他居家訪視不為合併收案情況下，此一上限之規定，多為國內實際從事安寧療護之專業人員所接受。且本案實地訪查時發現，部分醫院為讓病人與家屬能安心在家中接受安寧療護，在宅終老，居家安寧團隊醫護人員依據病患及家屬的需求而增加居家訪視次數提供照護服務，有些居家安寧團隊中的護理人員訪視末期病人的次數，甚至遠超過健保給付的45次。

(五)目前健保對居家安寧之給付點數，對於提供具備品質之居家安寧照護的醫院而言，不敷成本，因此部分醫院為應醫院評鑑之要求而勉予提供是項服務，但因多做多賠，只為求應付評鑑之需，而未重

視居家安寧服務。而研議中之105年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫，居家照護及安寧療護可同時執行，並將服務人次上限訂為100人次，即原同時執行安寧居家療護乙類（社區安寧）及居家照護之居家護理人員，每人每月訪視個案數由75人次放寬為100人次；又以，居家照護中資源耗用群為第四類（需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人）之支付點數為2,055點，安寧居家支付點數為2,250點，僅相差195點，但以醫院收入角度而言，安寧居家療護每次訪視之時間最長、服務項目最多，但給付並未明顯高於其他居家訪視，此舉本意在讓醫院彈性運用護理人力，以增加收入，但很可能因此犧牲居家安寧品質，因為安寧需要更多、更細膩的醫病與護理互動，才能完成末期安寧病人身心照護目標。

（六）綜上，為兼顧安寧醫護人員之服務負荷量及安寧療護服務品質，健保署對於與其他居家訪視不為合併收案情況下有關安寧居家訪視次數之上限規定，不宜再提高；或辦理居家醫療整合照護計畫時，允宜考量對居家安寧次數占整合後居家照護訪視次數的比率訂定規範，避免不同類型居家醫療照護整合後，可能發生醫院為經營績效考量，重其他居家照護而輕安寧居家照護，連帶減少安寧居家照護訪視次數，影響照護品質之情事。

四、衛福部允應就社區或居家安寧醫師如何適時取得所需之管制藥品，進行研議，並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）依管制藥品管理條例第7條規定，醫師領有管制藥品

使用執照，始得使用第一級至第三級管制藥品或開立管制藥品專用處方箋；同條例第8條規定，醫師使用第一級至第三級管制藥品，應開立管制藥品專用處方箋；第16條第1項及第2項規定，機構應向食藥署申請核准登記，取得管制藥品登記證者，得購買管制藥品。另據同條例第22條規定，第一級、第二級管制藥品之申購，食藥署得限量核配，並依上開規定訂定「第一級第二級管制藥品限量核配辦法」，該辦法第2條第1項規定，機構每年購買第一級、第二級管制藥品數量，不得超過附表之規定。但其藥品結存量逾規定之年限量一半以上者，得限制其購藥量。前項機構購用數量如因實際需要超過該辦法附表規定限量時，應檢附管制藥品增量申請書及相關資料向食藥署申請，經核定後，其每年可購數量依新核定量辦理。

- (二) 衛福部已訂定長期處方成癮性麻醉藥品注意事項，供醫師遵循，該注意事項第1項明定「長期使用」係指「連續使用超過14日或間歇使用於3個月內累計超過28日」，故醫師如診斷病患為非癌症慢性頑固性疼痛病人，自應依該注意事項第3項、第5項及第7項之規定，將其轉介至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進行診斷、評估及治療；主治醫師認定需長期使用成癮性麻醉藥品治療時，應會診麻醉（或疼痛）、精神及相關科，並應告知該類藥品可能產生之副作用及服藥時應注意事項，經病患同意後，填寫病患同意書留存病歷。
- (三) 嗎啡類止痛藥為第一級管制藥品，麻醉藥品則多屬第一級、第二級管制藥品，依上開管制藥品管理條

例規定，醫師向食藥署申請取得管制藥品使用執照後，即可開立管制藥品專用處方箋，使用第一級至第三級管制藥品；另鎮靜安眠類藥品係屬第三級、第四級管制藥品，機構可依其醫療使用需求，逕向任一領有管制藥品登記證之西藥販賣業或製造業藥商購買。

(四)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，麻醉藥品之使用為安寧居家或社區安寧醫師提供服務時最擔心之事項，因成癮性麻醉藥品只限於癌症病人及非癌慢性頑固性疼痛病人使用，而非癌末期病人之止痛、止喘則無該辦法之適用；且部分醫師對嗎啡藥物控管法規及嗎啡藥物取得性有所顧慮；另部分醫師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，凡此，均可能影響社區或居家安寧病人的照護品質。爰衛福部允應就社區或居家安寧醫師如何適時取得所需之管制藥品，進行研議，並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。

五、衛福部允應賡續檢討有關安寧療護評鑑之相關規範，納入具備安寧緩和醫療臨床實務及專業的專家參與實地評鑑，以確實發現醫院應予改善之問題，促使醫院持續改進並提升安寧療護之品質：

(一)衛福部於104年辦理之新制醫院評鑑，計有111家醫

院申請評鑑，安寧緩和醫療則合併辦理評鑑，其中與安寧療護有關之評鑑基準及評量項目，主要包括：【2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務】、【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】及【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】等。惟上開基準係對安寧療護的硬體設備、教育訓練及人力配置設定基本的結構面規範，通過評鑑者僅能確定評鑑當時之軟硬體設備符合基本的要求，但評鑑結果無法呈現安寧療護服務過程之品質，且安寧療護相關之紀錄雖能記載照護之結果，經本院查訪，確有醫院美化書面資料以符合評鑑基準之情事，因此，符合評鑑標準者，僅為通過安寧療護之基本門檻，而具備提供良好醫療照護能力之可能，卻不能保證所提供之醫療照護具備良好品質。

(二)另衛福部於辦理醫院評鑑時，將聘任醫院評鑑委員，擔任評量工作，委員之遴聘係自儲備評鑑委員中聘任，除常務評鑑委員自符合資格且有意願之儲備評鑑委員遴聘外，其餘以抽籤方式辦理，聘任之評鑑委員將參與醫院評鑑共識討論，又衛福部為強化評鑑委員對於安寧療護知識與其發展趨勢，99年起持續於儲備評鑑委員繼續教育課程中安排安寧療護相關議題課程。另該部表示102至104年之儲備評鑑委員，具有安寧療護專長的委員有9位等語。惟本案諮詢專家表示：很多醫院評鑑委員對安寧療護而言是外行人，實地評鑑時未能掌握安寧療護的評鑑重點，例如：有些醫院有洗澡機，但平時未幫病人洗澡，而拿來種花，評鑑委員也未能發現有洗

澡機卻未使用的問題；或評鑑時經常發生「外行評鑑內行」的情形，有時給的評語及意見剛好與安寧的國際理念相違背，反而造成臨床人員更多的困擾等語，以及表示：有經驗的評鑑委員並不需要看真假難分美化的書面資料，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)綜上，衛福部訂定之醫院評鑑基準，僅係對安寧療護人員之教育訓練、人力配置及硬體設施設定基本的結構面規範，通過評鑑者，僅符合基本的標準，無法忠實呈現安寧療護服務品質。且多數評鑑委員不具備安寧療護專業，使得評鑑結果，未必能確實發現醫院應予改善之問題，亦無法達到責成醫院持續提升安寧療護品質之目的。爰衛福部允應賡續檢討有關安寧療護評鑑之相關規範，納入具備安寧緩和醫療臨床實務及專業的專家參與實地評鑑，以確實發現醫院應予改善之問題，促使醫院持續改進並提升安寧療護之品質。

六、衛福部允應建立對於安寧療護品質之監督機制，並親赴現場進行實地審查或親自訪查接受安寧療護服務之末期病人或其家屬，藉由不定期實地抽查，以深入瞭解各院所提供之安寧品質狀況，並協助及輔導改善：

(一)新加坡慈善組織連氏基金會 (Lien Foundation) 於公元2015年之死亡質量指數 (Quality of Death Index) 調查，我國排名第6，在亞洲國家中表現最突出，優於排名第12的新加坡，且為非歐美先進國家唯一列入前10名者。該調查係使用20項定性及定量指標，對80個國家進行評估，涵蓋「安寧療護與醫療環境」、「人力資源」、「照護的可負擔程度」、「照

護品質」及「公眾參與」，調查結果顯示國際間對我國安寧療護之評價甚高。另據衛福部之分析，我國排名優於新加坡，係因「末期照護的社區參與差距甚大」，理由則是我國「政府大力的介入」，該部並進一步說明係因：政府與民間團體合作，自95年起宣導安寧緩和醫療意願、推動及註記健保IC卡計畫，成效日漸明顯⁵；及國民健康署於95至104年委託專業學會辦理安寧療護工作人員培訓與服務品質提升計畫，並於99至104年持續補助民間團體於社區或機構中辦理安寧療護宣導與推廣計畫等。

(二)據衛福部說明，我國對於安寧療護服務品質主要係以訂定結構性品質規範、建立安寧共同照護試辦方案之照護評估指標，及透過醫療費用申報及審查等措施予以確保：

- 1、訂定結構性品質規範部分，包括訂定參與服務院所及人員資格，以及安寧教育訓練課程內容及時數（含臨床見習之學習目標）。
- 2、有關安寧共同照護試辦方案訂定之照護評估指標，包括：共照後簽署DNR前後比率、收案至結案家屬病情認知、收案至結案病人診斷認知、共照介入天數大於30天比率，以及轉入ICU病房比率。現行全民健康保險安寧共同照護試辦方案，規定申報安寧首次共同照護費及後續安寧照護團隊照護費時，應檢附評估與照護紀錄。申報安寧首次共同照護費之每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名，且應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照

⁵統計至104年12月13日止，計有32萬2,937位民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並已註記於健保IC卡上。104年每月平均超過5,000人以上。

護計畫紀錄；後續安寧照護團隊照護申報費用時應檢附評估與照護紀錄，每次訪視時間至少30分鐘。

- 3、有關醫療費用申報及審查部分，若醫療處置不符合臨床實務作業規範，或為不適當之醫療服務，將依健保醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法，針對是類案件為專案審查，或進行核減，期使醫療院所提供符合臨床作業規範之醫療服務。所謂專案審查係由健保署各分區業務組因地制宜而執行，如南區業務組針對103年1-9月安寧共同照護方案申報案件，進行病患死亡前3天使用抗癌藥適當性之專案審查，該次審查10家醫院中，6家醫院因抗癌藥使用時機不當遭核減點數，共計約20萬點。

(三)惟於本院諮詢會議中，專家學者對於我國安寧療護品質提出意見如下：

- 1、我國於連氏基金會死亡品質指數調查結果之排名甚佳，一則因受訪的國內安寧專家為國家聲譽，報喜不報憂，一則是因民間力量的積極投入，所以在「公眾參與」項目獲得好評。
- 2、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居家安寧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。
- 3、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。

- 4、為提供具備一定品質之安寧療護服務，主管機關應訂定臨床上必須實施之服務項目及內容，醫院至少需提供主管機關規定之服務項目，始能獲得健保給付。但國內目前各醫院提供安寧療護服務之內涵不一，衛福部又未蒐集相關品質資料。以撤除呼吸器之品質為例，醫師於進行撤除呼吸器前，要做縝密評估，啟動倫理上之限時醫療嘗試（time limited trial），評估病人醫療狀況、生活品質，從生命醫學倫理、醫療層面、預後到心理社會靈性各層面，以病人最大福祉做決定，以確保病人善終、家屬善別。但部分醫院的醫療人員認為撤除呼吸器只要3分鐘就完成，或告知病患家屬於撤除後，病人將有如溺水般痛苦，此係對於撤除呼吸器之臨床作業，認識不清，致使品質低落，病人及家屬受苦。

(四) 衛福部對於安寧療護品質之確保，係以提供安寧照護服務之醫護人員需符合資格，並對其照護人數有所限制，事後則透過全民健保之書面審查，回溯性審查醫院申報安寧療護費用之適當性。然而，醫事人員在臨床上實際面對病人及家屬時，將遭遇不同情境，如何妥善處理，維護病人的善終權益，讓醫病雙方以及病人家屬都能無憾無悔，並不容易。事前對於軟硬體之要求與規範，以及事後全面健保的書面審查，並不能保障病人及家屬在接受安寧療護之服務過程中，獲得良好的照護品質之安寧療護，更難以確保能實現末期病人「善終」、家屬「善別」，

創造「病人贏、家屬贏、醫院贏、國家贏」的四贏局面。雖我國在國際間之死亡質量指數調查結果排名甚佳，但主要原因之一在於公眾參與，此成果應歸功於國內民間社團不斷在社區中進行安寧緩和醫療之衛生教育。然而，此一結果將使民眾對安寧療護抱持極高期待，惟本院於近期曾多次接獲安寧療護專科醫師及家屬反映「安寧療護不安寧」，或「受到的照護很糟糕」、「感覺是二度傷害」，此陳訴內容反映出國內安寧療護之照護品質，未必符合民眾期待，人民實際感受與國際評比有所落差，此一問題，衛福部應予正視及處理。至於對於醫療院所提供安寧療護之過程，是否具備品質，有無確實達到安寧緩和醫療之理念，現行之健保稽核機制，少有派遣稽查人員，親赴現場進行實地審查或親自拜訪接受醫療服務之被保險人或家屬，深入追查實際發生狀況之情形，即難真實發現國內安寧療護品質是否能確實提升末期病人及家屬之生活品質。爰此，衛福部允應建立對於安寧療護品質之監督機制，並親赴現場進行實地審查或親自訪查接受安寧療護服務之末期病人或其家屬，藉由不定期實地抽查，以深入瞭解各院所提供之安寧品質狀況，並協助及輔導改善。

七、衛福部對於安寧療護品質之監測，僅由衛生行政角度蒐集民眾接受安寧療護的情形，而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：

(一)全民健康保險委員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)本院於實地履勘醫療院所時，發現各醫院除監測健保指標外，亦各自發展安寧照護品質指標，並定期監測。以奇美醫院為例，其品質指標包含癌症病人死亡前30天內接受化療、放療、開刀比率⁶。惟衛福部表示：有關癌症病人接受臨床治療，如化療、放療、開刀治療等醫療服務之監測部分，因涉及醫療專業，健保署遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，若醫療處置不符合臨床實務作業規範，或為不適當之醫療服務，將依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法進行審查。因癌症病人接受臨床治療與否，涉及專業醫療判斷，宜邀集安寧相關專家討論後，再行研議合適之臨床醫療監測指標。

(四)另成大醫院安寧病房品管監測指標包括「末期病人

⁶ 按奇美醫院簡報指出，國外文獻死亡前30天接受化療之比率為15-20%。

使用嗎啡藥物之護理指導執行率」、「癌症病人接受疼痛處置滿意度 ≥ 4 分達成率」、「會診後72小時內病人疼痛分數 < 3 分達成率」，該院在安寧共同照護品質監測指標則包括「護理人員完成填寫持續疼痛評估表之執行率」；奇美醫院在安寧共同照護部分訂有「結案病人疼痛（便秘、呼吸困難）2分以下之比率」、在安寧病房部分之指標則包括「突發痛緩解率」。可見已有醫院將疼痛、症狀控制、改善生活品質等列為安寧療護之品質監測指標，可運用於瞭解對症狀控制的有效性及對病人生活品質提升之程度。

- (五) 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。

八、衛福部對於部分設有安寧病房醫院之安寧病床占床率、照護人數偏低；或該部所屬醫院設有安寧病房之

家數甚少，且占床率偏低；或社區安寧療護服務集中由區域醫院及居家護理機構提供，基層診所照護病人數較少等現象，應予釐清並瞭解其原因：

- (一) 據衛福部之統計資料，104年1至9月辦理安寧住院之醫院計51家，其中醫學中心16家、區域醫院27家、地區醫院8家，顯示國內安寧病房多設置在醫學中心及區域醫院等大型醫院內，此對於經濟狀況不佳或居住在離醫院較遠之病人及其家屬而言，在往返時間、費用及體力上，將造成沉重負荷。
- (二) 安寧療護係耗費人力及時間之服務，目前國內醫院辦理安寧療護，因健保給付不敷成本，往往面臨虧損、人力不足及人員流失之困境，造成多數醫院不願設置安寧病房，或僅開放部分床位收治病人，嚴重影響安寧療護之拓展及服務能量。以醫學中心103年安寧病房占床率為例，奇美醫院93.6%為最高，其次為高雄醫學大學附設醫院92.7%，成大醫院91.6%及臺大醫院90.3%分居3、4名，至萬芳醫院、中山醫學大學附設醫院及三軍總醫院則僅分別為25.0%、46.6%及47.3%。又27家區域醫院中，衛福部臺南醫院、桃園醫院安寧病床占床率為0.6%、29.6%，振興醫院28.9%，汐止國泰醫院27.7%，嘉義長庚紀念醫院16.0%，均未及3成，安寧病床顯未充分運用。另揆諸國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫院之安寧病床占床率，醫學中心之臺北榮總為88.3%、臺中榮總87.2%、高雄榮總88.2%，區域醫院之北榮桃園醫院為71.0%、北榮新竹分院59.5%，均較衛福部所屬醫院高出甚多，足徵衛福部所屬醫院對於安寧住院之推動，成效不彰，衛福部允應檢討各醫院佔床率低的原因。

- (三)國內辦理安寧療護已逾20年，衛福部所屬26家醫院僅臺南醫院及桃園醫院於104年1至9月辦理安寧住院，家數甚少，以臺南醫院為例，101至103年安寧病床占床率為7.4%、2.2%、0.6%，104年1至9月辦理安寧住院之照護人數為19人，服務量亦少，反觀鄰近之成大醫院103年安寧病床占床率為91.6%，且每星期將近有20個病人等待安寧病床，可見衛福部臺南醫院即使有空的安寧病床床位，民眾還是寧願等待成大醫院之安寧病床，凸顯臺南醫院安寧療護照護品質亟待提升。
- (四)另醫學中心於104年1至9月辦理安寧居家之照護人數，成大醫院為337人、奇美醫院329人、中國醫藥大學附設醫院304人、三軍總醫院55人、萬芳醫院46人、臺大醫院37人。臺大醫院與成大醫院均為國立大學附設醫院，惟照護人數卻相差9.1倍之多；而中、南部醫學中心之照護人數，普遍多於北部之醫學中心。
- (五)又於104年1至9月辦理社區安寧之區域醫院有4家，其中3家照護人數計163人；地區醫院8家，其中5家照護人數計41人；基層診所23家，其中2家照護人數計3人；居家護理機構42家，其中22家照護人數計124人，合計照護人數為331人；由以上數據資料可知，有1家區域醫院、3家地區醫院、21家基層診所及20家居家護理機構未曾收案。
- (六)綜上，衛福部對於部分設有安寧病房醫院之安寧病床占床率、照護人數偏低；或該部所屬醫院設有安寧病房之家數甚少，且占床率偏低；或醫療機構實際提供社區安寧療護服務之家數甚少，且集中在區域醫院及居家護理機構，地區醫院及基層診所照護

人數少等，衛福部允應釐清並瞭解上述現象之原因，作為檢討現行安寧療護政策之依據，以均衡國內安寧療護服務資源之分布，並妥善運用。

九、衛福部允應檢討8大非癌症病人未普及利用安寧療護服務之原因，並研議病人自主權利法實施後，擴大全民健保安寧療護服務對象之必要性，以保障末期病人善終權益：

(一)按WHO對安寧療護的定義，係指照護威脅生命疾病的病人 (with life threatening illness)，目的是為提升病人及其家屬的生活品質 (improves the quality of life of patients and their families)，並未限定癌症末期病人才有接受安寧療護的需要，非癌症重症末期病人也有相同的需求。爰此，為維護人的尊嚴，重症末期病人如有意願且需要安寧緩和醫療服務，應讓其有機會接受安寧療護。

(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)立法院於104年12月19日三讀通過「病人自主權利法」，未來民眾可以「預立醫療決定」，經醫療評估確認病情無法恢復，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人工營養。至病人自主權利法之適用對象，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。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。

(四)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，以增進病人及其家屬的生活品質，按WHO的定義，只要是「威脅生命的疾病」，即可接受安寧療護，且英、美、歐洲等先進國家早就沒有疾病的區別。惟依衛福部說明，現行安寧療護服務仍以癌症病人為主，考量8大非癌症病人仍未普及提供服務，且未有病友團體或醫療服務提供者，提出擴大適用對象之要求，爰暫無擴大範圍之考量。另據衛福部之統計資料，103年國人死亡人數為152,034人，死亡前曾利用安寧療護服務者有26,677人；其中癌症病患死亡人數為46,095人，死亡前曾利用安寧療護服務者有22,566人，占死亡人

數之48.96%，而8類慢性病患死亡人數為19,342人，死亡前曾利用安寧療護服務者有1,238人，僅占死亡人數之6.40%，遠低於癌症病患死亡前之利用率。是以，8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務，衛福部允應檢討其原因；另於病人自主權利法實施後，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，衛福部亦應研議病人自主權利法實施後，擴大全民健保安寧療護服務對象之必要性，以保障末期病人善終權益。

調查委員：江委員綺雯

尹委員祚芊

附表1：安寧療護教育訓練課程

序號	課程內容	甲類		乙類
		醫師	護理人員	
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	必選	必選	必選
2	老人及末期疾病的安寧緩和療護(末期疾病涵括安寧健保給付之疾病)	必選	必選	必選
3	社區的安寧緩和療護	必選	必選	必選
4	末期疾病症狀評估與控制總論	必選	必選	必選
5	安寧療護臨床決策的倫理與困境	必選	必選	必選
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	必選	必選	必選
7	出院準備與安寧居家療護	必選	必選	必選
8	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	必選	必選	必選
9	末期病人的心理社會需求	必選	必選	必選
10	末期病人的靈性需求	必選	必選	必選
11	安寧病房見習	必選	必選	必選
12	兒童安寧療護概念		必選	
13	非癌症病人的安寧緩和醫療(含急重症、ESRD、COPD、ALS、AIDS及失智症)	必選	必選	
14	舒適護理(實務操作演練)		必選	
15	末期疾病不同的軌線圖(disease trajectory)與存活期預估	必選	必選	
16	疼痛病理學、疼痛評估與照護；嗎啡類藥物疼痛控制；非嗎啡類止痛藥及輔助用藥、困難處理之疼痛與整體痛	必選	必選	
17	瀕死症狀與瀕死期的照護	必選	必選	
18	呼吸症狀處理	必選	必選	
19	文化及宗教的生死觀與喪葬禮俗		必選	
20	安寧緩和療護的營養與水分議題之倫理思辨		必選	
21	末期疾病的病情告知技巧與死亡準備	必選	必選	
22	家庭動態評估、家庭會議與預立照顧計畫	必選	必選	
23	安寧緩和療護的專業照會(含初次評估)	必選		
24	安寧療護護理記錄之書寫-護理過程之運用		必選	
25	專業人員之壓力與耗竭暨安寧療護專業人員之特質、自我覺知與壓力調適		必選	
26	胃腸症狀處理			
27	惡性潰瘍傷口及淋巴水腫			
28	其他症狀處理-生殖泌尿道症狀及神經學症狀			
29	其他症狀處理-焦慮與憂鬱			
30	緩解性手術介入介紹			
31	緩解性化學治療			
32	緩解性放射治療			
33	安寧緩和醫療之復健治療			

34	安寧療護的輔助療法(概論)：芳香、音樂、寵物、TENS等			
35	安寧療護的急症處理			
36	末期腎衰竭病人的安寧緩和醫療			
37	末期重症病人的安寧緩和醫療			
38	安寧居家療護(含出院準備)、日間照護、共同照護系統及社區共同照護網絡(院內、外與社區)			
39	專業人員之壓力與耗竭			
40	安寧療護專業人員之特質、自我覺知與壓力調適			
41	失落與哀傷			
42	末期照顧的品質指標			

資料來源：衛福部

附表2：醫學中心提供安寧療護服務之情形

醫事機構名稱	安寧住院			安寧 共照 照護 人數 ^d	安寧居家 照護人數	
	病床數 ^a	占床率 ^b	照護 人數 ^c		醫院 ^e	附設居家 護理所 ^f
臺大醫院	17	90.33%	332	1,193	37	-
成大醫院	20	91.56%	399	752	337	-
三軍總醫院	15	47.25%	168	442	55	-
臺北榮總	16	88.30%	230	1,007	66	-
高雄榮總	20	88.18%	327	586	-	96
台中榮總	18	87.18%	271	481	-	206
國泰醫院	-	-	-	286	-	64
臺北馬偕醫院	38	63.45%	394	847	127	-
亞東醫院	-	-	-	198	86	-
新光醫院	-	-	5	206	-	32
淡水馬偕醫院	-	-	-	-	-	-
林口長庚醫院	-	-	-	1,287	-	24
彰化基督教醫院	16	67.38%	272	1,281	-	240
奇美醫院	15	93.57%	401	751	329	-
高雄長庚醫院	10	89.84%	184	1,080	-	154
花蓮慈濟醫院	15	85.59%	272	344	230	-
萬芳醫院	10	24.96%	25	107	46	-
高醫大附設醫院	20	92.74%	337	672	-	185
中山醫大附設醫院	10	46.61%	176	225	-	79
中國醫大附設醫院	18	81.19%	282	610	304	-

資料來源：衛福部

註a：安寧病床係病床類別為111、211之病床，本表係103年各院所月平均數計之。

註b：103年資料，占床率係依日曆天之安寧病床申報占床日數/加總（醫院申報病床占床之日曆天*當月病床數）

註c、d、e、f：照護人數為104年1至9月之統計。

附表3：區域醫院提供安寧療護服務之情形

醫事機構名稱	安寧住院			安寧共照 照 護 人 數 ^d	安寧居家 照 護 人 數	
	病床數 ^a	占床率 ^b	照 護 人 數 ^c		醫院 ^e	附設居家 護 理 所 ^f
臺北市立聯合醫院	16	67.72%	116	286	145	-
衛福部臺南醫院	12	0.64%	19	6	27	-
臺南市立醫院	-	-	-	267	68	-
衛福部桃園醫院	30	29.56%	271	217	-	-
臺大醫院新竹分院	6	81.37%	91	424	-	-
陽明大附設醫院	12	47.24%	186	172	77	56
臺大醫院雲林分院	8	67.81%	110	247	32	-
臺中榮總嘉義分院	-	-	-	76	2	-
臺北榮總桃園分院	17	71.01%	185	87	62	-
童綜合醫院	-	-	-	223	30	-
臺安醫院	-	-	-	-	12	-
和信醫院	-	-	-	238	69	-
光田醫院	10	43.01%	118	196	-	-
振興醫院	8	28.94%	75	13	-	-
基隆長庚醫院	12	38.77%	72	196	-	30
新樓醫院	15	65.04%	155	39	72	-
嘉義基督教醫院	15	67.38%	324	272	207	-
聖馬爾定醫院	6	71.78%	140	280	81	-
臺北慈濟醫院	12	83.58%	247	283	43	-
汐止國泰醫院	13	27.65%	83	176	-	-
為恭醫院	12	43.97%	111	250	-	3
臺中慈濟醫院	18	33.12%	183	345	124	-
大里仁愛醫院	-	-	-	102	8	-
埔里基督教醫院	-	-	-	-	35	-
嘉義長庚醫院	10	15.95%	66	398	-	-
大林慈濟醫院	23	41.83%	221	253	54	-
柳營奇美醫院	22	54.06%	275	609	204	-
屏東基督教醫院	12	57.79%	141	186	-	99
門諾醫院	12	85.02%	77	207	90	-
臺東馬偕醫院	-	-	-	109	31	-
耕莘醫院	17	33.86%	115	27	74	-
羅東聖母醫院	15	54.48%	146	16	39	-
台北醫大附設醫院	20	64.58%	142	298	111	-
雙和醫院	10	58.52%	137	318	60	-
羅東博愛醫院	9	54.61%	184	214	85	-
澄清中港分院	-	-	-	283	48	-

郭綜合醫院	-	-	-	63	45	-
高雄市立大同醫院	-	-	-	200	-	-
衛福部基隆醫院	-	-	-	1	-	-
衛福部臺中醫院	-	-	-	87	-	-
新北市立聯合醫院	-	-	-	9	-	4
衛福部臺北醫院	-	-	-	47	-	-
衛福部苗栗醫院	-	-	-	18	-	-
衛福部豐原醫院	-	-	-	189	-	47
衛福部彰化醫院	-	-	-	69	-	-
衛福部屏東醫院	-	-	-	94	-	-
國軍高雄總醫院左營分院	-	-	-	151	-	18
國軍高雄總醫院	-	-	-	183	-	15
國軍桃園總醫院	-	-	-	5	-	-
國軍花蓮總醫院	-	-	-	21	-	-
阮綜合醫院	-	-	-	285	-	9
秀傳醫院	-	-	-	210	-	55
寶建醫院	-	-	-	72	-	-
安泰醫院	-	-	-	56	-	25
林新醫院	-	-	-	46	-	9
高雄市立小港醫院	-	-	-	136	-	63
馬偕新竹分院	-	-	-	97	-	36
麻豆新樓醫院	-	-	-	29	-	-
聖保祿醫院	-	-	-	5	-	-
彰濱秀傳紀念醫院	-	-	-	67	-	-
雲林基督教醫院	-	-	-	63	-	-
義大醫院	-	-	-	269	-	56
輔英科大附設醫院	-	-	-	32	-	-
敏盛醫院	-	-	-	4	-	2
壠新醫院	-	-	-	107	-	26
東元醫院	-	-	-	3	-	-

資料來源：衛福部

註a：安寧病床係病床類別為111、211之病床，本表係103年各院所月平均數計之。

註b：103年資料，占床率係依日曆天之安寧病床申報占床日數/加總（醫院申報病床占床之日曆天*當月病床數）

註c、d、e、f：照護人數為104年1至9月之統計。

附表4：地區醫院提供安寧療護服務之情形

醫事機構名稱	安寧住院			安寧 共照 護人 數 ^d	安寧居家 照 護人 數	
	病床數 ^a	占床率 ^b	照 護 人 數 ^c		醫 院 ^e	附 設 居 家 護 理 所 ^f
臺大醫院金山分院	2	26.94%	-	-	11	-
臺北榮總新竹分院	4	59.51%	76	101	-	-
臺中榮總埔里分院	-	-	-	57	24	-
永和耕莘醫院	-	-	-	34	18	-
勝美醫院	-	-	-	-	30	-
臺北市立關渡醫院	12	69.04%	35	1	-	-
聖功醫院	-	-	114	31	-	35
桃園長庚醫院	12	73.33%	221	-	-	-
臺東聖母醫院	8	57.36%	73	-	61	-
澄清復健醫院	6	14.99%	7	-	-	-
惠川醫院	4	11.68%	28	1	-	-
大眾醫院	7	82.02%	129	1	-	-
民眾醫院	-	-	-	9	-	90
衛福部臺東醫院	-	-	-	1	-	-
衛福部南投醫院	-	-	-	22	-	-
衛福部朴子醫院	-	-	-	-	-	-
衛福部旗山醫院	-	-	-	-	-	10
衛福部澎湖醫院	-	-	-	14	-	-
衛福部花蓮醫院	-	-	-	1	-	-
衛福部金門醫院	-	-	-	12	-	-
成大醫院斗六分院	-	-	-	6	-	-
三軍總醫院澎湖分院	-	-	-	24	-	-
臺北榮總蘇澳分院	-	-	-	27	-	-
臺北榮總員山分院	-	-	-	27	-	-
臺中榮總灣橋分院	-	-	-	10	-	-
高雄榮總臺南分院	-	-	-	14	-	-
高雄榮總屏東分院	-	-	-	25	-	-
臺北榮總鳳林分院	-	-	-	11	-	2
臺北榮總玉里分院	-	-	-	32	-	29
陳仁德醫院	-	-	-	-	-	-
大東醫院	-	-	-	-	-	-
惠德醫院	-	-	-	9	-	-
廣聖醫院	-	-	-	-	-	-

高雄市立岡山醫院	-	-	-	11	-	-
仁慈醫院	-	-	-	26	-	-
鹿港基督教醫院	-	-	-	4	-	-
高雄市立鳳山醫院	-	-	-	-	-	-
恆春基督教醫院	-	-	-	-	-	-
健仁醫院	-	-	-	11	-	-
陽明醫院	-	-	-	-	-	-
蕭中正醫院	-	-	-	17	-	2
中壢長榮醫院	-	-	-	4	-	-
華揚醫院	-	-	-	-	-	-
怡仁綜合醫院	-	-	-	50	-	6
大安醫院	-	-	-	12	-	-
大千綜合醫院	-	-	-	110	-	-
重光醫院	-	-	-	41	-	-
崇仁醫院	-	-	-	3	-	-
竹山秀傳醫院	-	-	-	3	-	-

資料來源：衛福部

註a：安寧病床係病床類別為111、211之病床，本表係103年各院所月平均數計之。

註b：103年資料，占床率係依日曆天之安寧病床申報占床日數/加總（醫院申報病床占床之日曆天*當月病床數）

註c、d、e、f：照護人數為104年1至9月之統計。

附表5：104年1-9月辦理乙類社區安寧療護之情形

特約類別	醫事機構名稱	照護人數	後援醫院名稱
區域醫院	臺北市立聯合醫院	83	本身為醫院
	光田醫療社團法人光田綜合醫院	79	本身為醫院
	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	1	本身為醫院
	聖馬爾定醫院	-	本身為醫院
地區醫院	衛福部臺東醫院	-	本身為醫院
	成大醫院斗六分院	-	本身為醫院
	臺北榮總蘇澳分院	3	本身為醫院
	陳仁德醫院	4	本身為醫院
	勝美醫院	24	中國醫藥大學附設醫院
	大東醫院	9	本身為醫院
	惠德醫院	-	本身為醫院
基層診所	惠川醫院	1	本身為醫院
	臺中市和平區梨山衛生所	1	衛福部南投醫院
	南投縣南投市衛生所	-	衛福部南投醫院
	南投縣埔里鎮衛生所	-	埔里基督教醫院
	南投縣草屯鎮衛生所	-	衛福部南投醫院
	南投縣竹山鎮衛生所	-	竹山秀傳醫院
	南投縣集集鎮衛生所	-	竹山秀傳醫院
	南投縣名間鄉衛生所	-	衛福部南投醫院
	南投縣鹿谷鄉衛生所	-	竹山秀傳醫院
	南投縣魚池鄉衛生所	-	臺中榮總埔里分院
	南投縣國姓鄉衛生所	-	埔里基督教醫院
	南投縣水里鄉衛生所	-	竹山秀傳醫院
	南投縣信義鄉衛生所	-	竹山秀傳醫院
	南投縣仁愛鄉衛生所	-	臺中榮總埔里分院
	臺南市七股區衛生所	-	衛福部臺南醫院
	花蓮縣吉安鄉衛生所	-	花蓮慈濟醫院
	永安家庭醫學科診所	2	臺北榮總
	張金石小兒科診所	-	成大醫院
	黃永輝診所	-	壠新醫院
	黃曉生小兒科診所	-	壠新醫院
	謝錫炎診所	-	彰化基督教醫院
	詹建盛診所	-	衛福部南投醫院
	育英診所	-	衛福部南投醫院
王民安診所	-	奇美醫院	

特約類別	醫事機構名稱	照護人數	後援醫院名稱
居家護理	高雄市立大同醫院附設居家護理所	2	高雄市立大同醫院
	國軍桃園總醫院附設居家護理所	2	國軍桃園總醫院
	彰化縣二水鄉衛生所附設居家護理所	3	非基層診所
	屏基醫療財團法人附設屏基居家護理所	-	屏東基督教醫院
	天主教花蓮教區醫療財團法人附設聖母居家護理所	-	非基層診所
	中英醫療社團法人附設居家護理所	-	衛福部雙和醫院
	天成醫療社團法人附設居家護理所	-	天成醫院
	新泰綜合醫院附設居家護理所	-	新泰綜合醫院
	敏盛綜合醫院附設居家護理所	-	敏盛綜合醫院
	中順居家護理所	-	衛福部桃園醫院
	怡仁綜合醫院附設居家護理所	-	怡仁綜合醫院
	仁仁居家護理所	2	怡仁綜合醫院
	彰宜居家護理所	-	非基層診所
	卓醫院附設護理之家	2	卓醫院
	東明護理之家	-	非基層診所
	洪宗鄰醫院附設護理之家	2	洪宗鄰醫院
	宜恩居家護理所	1	嘉義基督教醫院
	晴安居家護理所	5	臺東聖母醫院
	臺北市立聯合醫院附設中興居家護理所	-	臺北市立聯合醫院
	臺北市立聯合醫院附設忠孝居家護理所	-	臺北市立聯合醫院
	臺北市立聯合醫院附設陽明居家護理所	-	臺北市立聯合醫院
	臺北市立關渡醫院附設居家護理所	1	臺北市立關渡醫院
	臺北市立聯合醫院附設和平婦幼居家護理所	-	臺北市立聯合醫院
	臺大醫院北護分院附設居家護理所	1	臺大醫院北護分院
	衛福部基隆醫院附設居家護理所	-	衛福部基隆醫院
	衛福部臺北醫院附設居家護理所	10	衛福部臺北醫院
	衛福部樂生療養院附設居家護理所	-	衛福部樂生療養院
	衛福部桃園醫院附設居家護理所	13	衛福部桃園醫院
臺北榮總新竹分院附設居家護理所	11	臺北榮總新竹分院	
衛福部朴子醫院附設居家護理所	-	衛福部朴子醫院	

特約類別	醫事機構名稱	照護人數	後援醫院名稱
	衛福部新營醫院附設居家護理所	-	衛福部新營醫院
	高雄榮總臺南分院附設居家護理所	9	高雄榮總臺南分院
	高雄榮總屏東分院附設居家護理所	12	高雄榮總屏東分院
	衛福部花蓮醫院附設居家護理所	-	衛福部花蓮醫院
	衛福部金門醫院附設居家護理所	1	衛福部金門醫院
	天成醫院附設居家護理所	1	天成醫院
	大園敏盛醫院附設居家護理所	-	大園敏盛醫院
	員林郭醫院附設護理之家	1	員林郭醫院
	國泰醫療財團法人附設汐止居家護理所	13	國泰綜合醫院
	天主教仁慈醫療財團法人附設新竹仁慈居家護理所	22	仁慈醫院
	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人附設麻豆新樓居家護理所	1	新樓醫院
	東基醫療財團法人附設居家護理所	9	臺東基督教醫院

資料來源：衛福部

附表 6：98-103 年病患死亡前開始利用安寧療護服務之人數及占比

年度 \ 項目	不區分死亡原因			癌症			8 大非癌		
	死亡人數	使用安寧療護人數	占死亡人數比率	死亡人數	使用安寧療護人數	占死亡人數比率	死亡人數	使用安寧療護人數	占死亡人數比率
98 年									
死亡前 1 個月內		5,142	3.62%		5,031	12.60%			
死亡前 1~3 個月		2,662	1.87%		2,588	6.48%			
死亡前 3~6 個月		684	0.48%		661	1.66%			
死亡前 6 個月~1 年		358	0.25%		338	0.85%			
當年死亡人數小計	142,240		100.00%	39,917		100.00%	17,157	60	0.35%
99 年									
死亡前 1 個月內		5,919	4.09%		5,643	13.75%			
死亡前 1~3 個月		2,893	2.00%		2,758	6.72%			
死亡前 3~6 個月		785	0.54%		732	1.78%			
死亡前 6 個月~1 年		377	0.26%		351	0.86%			
當年死亡人數小計	144,709		100.00%	41,046		100.00%	17,564	159	0.91%
100 年									
死亡前 1 個月內		7,701	5.07%		7,193	16.90%			
死亡前 1~3 個月		4,401	2.89%		4,073	9.57%			
死亡前 3~6 個月		1,083	0.71%		995	2.34%			
死亡前 6 個月~1 年		513	0.34%		459	1.08%			
當年死亡人數小計	152,030		100.00%	42,559		100.00%	18,986	347	1.83%
101 年									
死亡前 1 個月內		10,060	6.54%		9,163	20.98%			
死亡前 1~3 個月		6,381	4.15%		5,844	13.38%			

年度 \ 項目	不區分死亡原因			癌症			8大非癌		
	死亡人數	使用安寧療護人數	占死亡人數比率	死亡人數	使用安寧療護人數	占死亡人數比率	死亡人數	使用安寧療護人數	占死亡人數比率
死亡前 3~6 個月		1,802	1.17%		1,635	3.74%			
死亡前 6 個月~1 年		858	0.56%		742	1.70%			
當年死亡人數小計	153,823		100.00%	43,665		100.00%	18,887	569	3.01%
102 年									
死亡前 1 個月內		11,709	7.58%		10,248	22.88%			
死亡前 1~3 個月		7,625	4.94%		6,795	15.17%			
死亡前 3~6 個月		2,156	1.40%		1,919	4.28%			
死亡前 6 個月~1 年		1,208	0.78%		1,018	2.27%			
當年死亡人數小計	154,374		100.00%	44,791		100.00%	18,402	794	4.31%
103 年									
死亡前 1 個月內		13,845	9.11%		11,633	25.24%			
死亡前 1~3 個月		8,783	5.78%		7,529	16.33%			
死亡前 3~6 個月		2,582	1.70%		2,203	4.78%			
死亡前 6 個月~1 年		1,467	0.96%		1,201	2.61%			
當年死亡人數小計	152,034		100.00%	46,095		100.00%	19,342	1,238	6.40%

資料來源：衛福部

附表 7：8 類慢性病患死亡個案安寧療護利用情形

8類慢性病類別	99		100		101		102		103	
	死亡人數	利用人數	死亡人數	利用人數	死亡人數	利用人數	死亡人數	利用人數	死亡人數	利用人數
老年期及初老期器質性精神病態	3	0	1	0	2	0	1	0	7	1
其他大腦變質	1,665	7	1,932	12	2,015	29	2,142	49	2,279	100
心臟衰竭	2,407	11	2,456	29	2,436	50	2,359	63	2,549	131
慢性氣道阻塞，他處未歸類者	3,636	24	4,274	67	4,545	106	4,299	136	4,618	200
肺部其他疾病	1,247	5	1,246	17	1,179	18	918	20	828	44
慢性肝病及肝硬化	5,013	77	5,283	161	5,102	256	4,962	354	5,094	496
急性腎衰竭，未明示者	799	4	766	8	714	13	691	14	730	28
慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者	2,794	31	3,028	53	2,894	97	3,030	158	3,237	238
小計	17,564	159	18,986	347	18,887	569	18,402	794	19,342	1,238
占死亡人數比率	0.91%		1.83%		3.01%		4.31%		6.40%	

資料來源：衛福部