

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案由：衛生福利部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，以降低訓練時數之方式實施乙類社區安寧療護，恐使病患及家屬未能獲得良好之照護，甚或使有心從事社區安寧療護之醫事人員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；又該部未建構整合性安寧緩和醫療照護體系，而社區醫院及基層診所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，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，均核有失當，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

一、衛生福利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。又據衛生福利部（下稱衛福部）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，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。

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.

(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，自民國（下同）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，衛福部所屬中央健康保險署（下稱健保署）亦配合自85年起將「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

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。

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、奇美醫療財團法人奇美醫院、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新臺幣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。

綜上所述，衛福部為擴大我國安寧療護涵蓋範圍，以降低訓練時數之方式實施乙類社區安寧療護，恐使病患及家屬未能獲得良好之照護，甚或使有心從事社區安寧療護之醫事人員放棄參與社區安寧療護之志向，斲傷我國社區安寧療護制度之推動；又該部未建構整合性安寧緩和醫療照護體系，而社區醫院及基層診所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，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，均核有失當，爰依監察法第24條規定提案糾正，移送行政院轉飭所屬確實檢討改善見復。

提案委員：江委員綺雯

尹委員祚芊