

公費安置之呼吸器依賴病人 善終權益未獲保障案

調查委員：田秋堇

114.12.17

案由

- 據訴，國內許多經各直轄市、縣（市）政府社政單位以公費安置於醫療院所慢性呼吸照護病房（RCW）之呼吸器依賴病人，部分已意識不清且長期無家屬探視，惟疑因無法自主表達其意志，被迫以現代化醫療強行續命，未能安寧善終，亦衍生全民健保給付無效醫療之情事。
- 依據《安寧緩和醫療條例》及《病人自主權利法》，國人處於特定臨床條件時，有拒絕心肺復甦術或維生醫療之權利，究相關主管機關關於安置此類病人時有無依前開規定協助預立醫療指示？是否研擬機制確保安置個案得以撤除維生醫療，保有善終之權利？又主管機關與醫療院所間如何溝通，以確保醫療院所不會實施無效醫療，剝奪安置個案安寧善終權益？全民健保資源是否有效配置？均有深入瞭解之必要案。

調查方法

- 調卷：
衛福部、各縣市政府
- 諮詢。
- 證人。
- 約詢：
衛福部、新北市政府社會局、基隆市政府社會處相關主管人員

國際善終法規

- **英國**
 - 1971年制定「代理權法」，2007年實施「意思能力法」保障病人意願。
- **美國**
 - 1990年通過「病人自決法」，確立病人的拒絕醫療權，也建立了預立醫囑的法律地位，確保病人的意願在其失去意識後仍能得以貫徹。
- **德國**
 - 2003年聯邦法院確認預立醫囑效力，2009年修法，進一步確立預立醫囑及醫療委任代理人或監護人對病人自主權的保障。
- **法國**
 - 2005年「良內悌法（Leonetti's law）」明定生命末期的任何醫療決定應由醫護人員之間、醫護人員與病人、病人家屬或病人之代理人之間透過持續的溝通與共融而做出。
- **南韓**
 - 2018年施行「延命治療決定法」，臨終患者不接受心肺復甦術、人工呼吸器、血液透析、注射抗癌劑等4種無意義的延命治療，選擇自然死亡。

安寧緩和醫療條例相關規定

- 89年立法
- 第4條第1項規定
末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。
- 第7條第1項：
不施行心肺復甦術或維生醫療，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。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。
- 第7條第3項：
末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均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。

病人自主權利法相關規定

■ 105年立法、108年實施

■ 第8條第1項及第2項：

具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。前項預立醫療決定應包括意願人於第14條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。

■ 第14條第1項：

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。

安置原因及法令依據

■ 安置之原因：

- 社工於協助個案安置時，評估個案於安置前有遭受遺棄、身心虐待、限制自由、行乞或流落街頭等不當對待，致有生命、身體之危難，或有生活陷於困境之虞者
- 兒童遭受家庭暴力致腦部損傷（新舊硬腦膜下和蜘蛛膜出血）、癲癇、雙側視網膜出血；兒童罹患急性支氣管炎、腦性痲痺及小腦症，後因肺部塌陷；長者中風後喝農藥自殺；長者失能；長者遭受家庭暴力致腦部損傷；身心障礙；以及65歲以下之街友，因傷病住院.....等，後因身體因素無法自主呼吸遂再轉入於醫院RCW

■ 法令依據：

- 「兒童及少年福利與權益保障法」第56條第1項及第62條第1項
- 「身心障礙者權益保障法」第75條、第77條第1項及第78條第1項
- 「老人福利法」第41條第1項及第42條第1項
- 「社會救助法」第17條第1項等規定

公費安置之呼吸器依賴患者人數

各縣市社會局處103~113年公費安置於RCW之呼吸器依賴病人為103人

- 最早受公費安置個案於100.12.31年約1歲7個月安置迄今，目前14歲，已安置13年6個月。
- 目前公費安置10年以上者有4人，5-10年者3人。
- 公費安置時，年齡較長且超過85歲之長者有10人，目前仍有3人公費安置於RCW；公費安置時，年紀較輕且未超過14歲之兒童有8人，目前有7人公費安置於RCW。
- 呼吸器成功脫離而出院者有3人，目前仍於RCW住院中有44人。
- 「有家屬探視照顧」之病患為24人；「無家屬探視照顧」之病患為79人。
- 病患安置當時，意識清楚者27人，意識不清楚者76人。
- 意識清楚者於安置期間意識轉為不清楚者共計14人，無人由意識不清楚轉為意識清楚。

RCW (呼吸照護病房) 的長期呼吸器依賴病患狀況

■ 病患狀況與依賴

- 多數病患在RCW階段意識不清，甚至終生昏迷或呈現植物人狀態，須依賴呼吸器、飲食管灌、按時翻身、抽痰，生命才得以暫時延續
- 有些病患已遭家屬遺棄或無家屬照顧或探視

■ 生命品質與尊嚴挑戰

- 生活無法自理，多飽受折磨，甚至已不成人形
- 部分病患生活品質差且尊嚴受損，臨終仍接受急救，造成痛苦。

末期病人的安寧緩和醫療決策流程

- 公費安置之呼吸器依賴患者，意識清楚且已簽署「不施行心肺復甦術/維生醫療（DNR）」意願書者**0人**
- 有家屬探視照顧之病患，意識不清楚，由最近親屬簽署DNR同意書者**3人**
- 無家屬探視照顧之病患，意識清楚且已簽署DNR意願書者**5人**
- 意識不清楚之病患，由醫療機構依據安寧緩和醫療條例第7條第3項規定及「無最近親屬之末期病人的安寧緩和醫療決策流程」，經安寧緩和醫療照會，出具醫囑後撤除呼吸器者**1人**

公費安置之初，即協助病人免於長期呼吸器依賴

諮詢專家學者意見

- 社會局處於公費安置之初，應該要先諮詢個案意願，讓安置對象事先簽署DNR或預立醫療(AD)。某醫院臨床醫師認為不要急救，會先與當地社會局溝通，也會去找社工，跟社工說這個病人是生命末期，請社會局開證明表示知道這件事，再由2位相關的專科醫師照會安寧緩和醫療醫師，第一線就不用做CPR急救，也不會衍生這個人後面呼吸器依賴的問題。
- 社會局處沒有簽署同意書的權利，但可以要求或與醫院建立簽署意願書的默契。

無家屬探視之公費安置RCW病人，如何維護其善終權益

諮詢專家學者意見

- 公費安置於RCW的病人，若真正找不到家屬，要看社工願不願意當代理人及醫師的想法，完全看運氣，很棘手，目前沒有指引來處理這個議題，需要國家公權力來處理。
- 縣市社會局處應該請醫師照會安寧團隊，有很多縣市安寧團隊的醫師願意接手維生設備撤除後病人的照顧，讓這些病人的生命有下台階的機會，健保也不需一直給付無效醫療。



調查意見

—

查100年至113年底，由各縣市政府社會局或社會處公費安置於RCW照護之呼吸器依賴患者人數為103人，其中有依賴維生儀器臥床超過13年者，無家屬探視者有79人，安置當時意識不清楚者有76人。

其中無家屬探視且意識不清之患者，僅有1人由醫療機構依據《無最近親屬之末期病人的安寧緩和醫療決策流程》，經安寧緩和醫療照會後，出具醫囑撤除呼吸器，顯見多數醫療機構未能落實該流程之規範，保障病人安寧善終權益。

衛福部允宜研議建立保障長期呼吸器依賴患者得以獲得安寧善終權利之機制，督促縣市政府確實釐清轄內RCW醫師未能落實前開流程之原因，並輔導縣市政府與醫療機構間針對如何維護是類病人之最大利益，建立溝通機制，並妥善處理意識不清、且長期無家屬探視之呼吸器依賴病人臨終關懷之問題

末期病人的定義

- 末期病人非僅依定義或規則即可判斷
- 前提為罹患嚴重傷病
- 主觀要件為至少需經2位專科醫師之診斷
- 客觀要件需有醫學上證據，須依據每位病人個別情況進行認定。

- 安寧緩和醫療條例第3條第2款規定：
末期病人係指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。

不撤管之原因分析

諮詢專家學者意見

- 多數呼吸器依賴病患意識不清，且缺乏家屬無法簽署DNR或代簽同意書，影響醫療決策。
- 家屬可能因退休金或遺產利益而反對撤管，導致醫療決策複雜化。
- 家庭會議多為形式，家屬缺乏理解造成決策困難，影響病患撤管。
- 家屬提出要撤管，醫師診斷認為不是生命末期，但事實上就是生命末期，病人家屬只好路途奔波，帶著插管的長輩，到能診斷末期病人之醫師所服務之醫院，進行撤管。
- 將病患撤管，或不急救，會害怕突然有家屬跑出來提告
- 很多急重症醫師也希望病患不要受苦那麼久，他們不是不想將病患轉去安寧緩和醫療，但國內沒有發展指引或法規可以遵循，希望國家能發展指引，供急重症醫師依循。
- 醫療機構受收入考量及法律風險影響，常猶豫撤管決策執行。
- RCW業者覺得有健保給付，家屬也沒有責怪，為什麼要撤管？

長期呼吸器依賴，衍生善終權益未獲保障問題

諮詢專家學者意見

■呼吸器給付限制

- 對於末期病人之診斷，北歐係以醫師對病人病情熟悉，病人於18個月內死亡，醫師也不驚訝為判斷依據。
- 健保應該設定對呼吸器醫療費用給付之限制，以紐西蘭北島為例，全島僅有6床的呼吸器照護病床給頸椎受傷的呼吸衰竭病人使用

■認定末期病患指導原則

- 建立長期呼吸器依賴病患末期認定原則，協助家屬與醫療機構決策參考。
- 使用國外很流行的surprise question，病人1年內過世會驚訝？不會驚訝，他就是末期病人，這個共識，現在很多國家都已使用



- 呼吸器依賴患者臥床多年，其維持生命器官之功能多難以恢復，無法達成增進健康或減少傷害的照護目標，加以長久臥床依賴儀器維生，生活品質極差或幾無生活品質可言，若能針對此類病患訂定末期病人認定程序之指導性原則，作為病患家屬及醫療機構決策參考依據，將有助於維護病人安寧善終權益。
- 爰衛福部允宜研議建立評估長期呼吸器依賴病患認定為「末期病人」之參考指引，並鼓勵各醫院針對插管之末期病人發展撤除維生設備適當時機、實施步驟等評估工具，並參酌「台灣呼吸器使用決策資訊網」提供之客觀數據，與病患及家屬進行溝通，協助病患家屬進行醫療決策，保障病患安寧善終權益

預立醫療決定(AD)的生效要件

■ AD (預立醫療決定) 意願書簽署，僅限意願人本人，經ACP (預立醫療照護諮商)，由兩位見證人見證或公證，再經醫療機構核章，註記在健保卡上始為生效。

- 病人自主權利法第9條第1項規定：

意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

- 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。
- 二、經公證人公證或有具完全行為能力者2人以上在場見證。
- 三、經註記於全民健康保險憑證。

處理受安置個案面臨之困境

■個案現況特徵

- 多數個案意識不清，缺乏行為能力且未簽署醫療意願書，表達善終意願受限。

■照護重點與挑戰

- 社政單位多注重生活照顧與安全，無暇考量病程與善終規劃之保障。

■弱勢族群困境

- 弱勢者資訊不對稱，難以參與制度決策，急需制度介入和資源整合。

■醫療決策困境

- 缺乏ACP（預立醫療照護諮商）與醫療代理人制度，導致醫療決策權限模糊且執行困難。

基隆市政府社會處如何推動安置病人進行預立醫療決定

■入院前主動介紹

- 基隆市在病人入院前，主動介紹預立醫療決定和DNR (不施行心肺復甦術/維生醫療)制度，納入安置流程中。

■個案及家屬簽署服務方案

- 結合諮商團隊與醫療代理人協助，推動病人完成預立醫療決定簽署。

■無家屬個案授權

- 鼓勵無家屬病人簽署醫療代理人授權書，尊重並執行病人意願。



- 健保給付ACP(預立醫療照護諮商)，衛福部允應持續強化宣導病人自主及善終之理念，並使民眾瞭解對不可治癒之末期病人，可採減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施。
- 主動介紹與徵詢簽署DNR(不施行心肺復甦術/維生醫療)或完成ACP之意願，以及鼓勵無家屬個案簽署DNR或AD（預立醫療決定）之可行性，使弱勢民眾及家庭亦有獲得善終相關資訊之管道，在機構之協助下，能自主為醫療決定

預立醫療決定之條件及程序

■ 預立醫療決定適用條件

- AD制度適用於末期病人、不可逆昏迷及永久植物人等特定臨床狀況。

■ 三項制度程序

- 患者需接受醫療諮商、公證簽署，並於健保卡註記醫療意願。

■ 執行挑戰

- 病人意識不清或無行為能力者，即無法由本人簽署AD，實務上具挑戰性。

- 108~114年，依據病人自主權利法第9條第1項規定完成預立醫療決定註記者，僅108,191人

健保支付ACP（預立醫療照護諮商）現況

- 113年起，為提升民眾對預立醫療接受度，健保提供終生一次ACP/AD 諮商與簽署補助（3,000點）

補助（113年7月起）

- 適用對象-下列條件之住院病人：
 - 65歲以上重大傷病且符合安寧收案條件者
 - 輕度失智症（CDR 0.5-1分）
 - 符合《病人自主權利法》第14條第1項第5款病名者
 - 居家醫療照護整合計畫收案對象
- 預估適用人數：約 20萬人
- 申報人數（113年7月-114年4月）：僅190人

政策擴大（114年5月起）

- 擴大適用範圍，增加：
 - 醫院門診與基層診所
 - 「家庭醫師整合性照護計畫」或「地區醫院全人全社區照護計畫」之 65 歲以上多重慢性病病人
- 預估受惠人數：約 180萬人
- 申報人數（114年5-6月）：僅 251人

諮詢費用與執行量能限制ACP服務量能

諮詢專家學者意見

■ ACP諮詢需諮詢費用障礙

- 自費且費用高昂，成為民眾接受服務的主要障礙，影響簽署率。

■ 專業人力需求

- ACP諮詢需動員受過專業訓練的醫師、護理師、社工師或心理師，耗時長人力成本高。

■ 執行場域限制

- ACP服務必須在醫療機構由醫師執行，限制了服務量能與推廣範圍。

- 病人自主權利法自108年1月6日施行迄本案114年6月6日約詢時，因諮詢需要自費、執行量能不足，故全國預立醫療諮詢、簽訂預立醫療決定僅108,191人次。
- 雖健保署自113年7月起給付住院者若符合65歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病別、輕度失智症、《病人自主權利法》第14條第1項第5款所公告之病名、居家醫療照護整合計畫收案對象等條件，每人終生一次「ACP（預立醫療照護諮詢）」，完成AD（預立醫療決定）簽署者所需之費用，預計嘉惠約20萬人，然查113年7月至114年4月僅申報190人，落差甚鉅
- 嗣114年5月1日起將前述特定對象需住院之條件取消，適用範圍擴大到非住院者，在醫院門診與基層診所亦可諮詢，惟申報人數亦少。爰衛福部允宜檢討現行之規定對於國人簽署預立醫療決定之可能影響，並研議相關鼓勵簽署之措施，俾實現醫療人權與病人自主，保障病人善終權益

全民健康保險法第63條實地審查制度之目的

■法律規範與專家遴聘

- 全民健康保險法第63條規定，保險人(健保署)應聘臨床或相關經驗的醫藥專家進行服務審查。

■多元審查方式

- 審查方式包含事前、事後及實地審查，採用抽樣及檔案分析提升審查效能。

■呼吸器照護審查重點

- 針對長期使用呼吸器病患加強審查，評估是否適宜轉機構照護。

■合理資源與品質提升

- 審查規範確保醫療資源合理使用，以及提升病患照護品質。

長期使用呼吸器個案實地審查情形

單位	108年	109年	110年	111年	112年
全國	85	31	40	52	131
臺北	33	0	0	0	0
北區	14	0	0	0	41
中區	38	24	28	32	66
南區	0	7	12	20	24
高屏	0	0	0	0	0
東區	0	0	0	0	0

- 104-107年間實地審查人數穩定且持續，顯示審查作業正常進行。
- 108-111年因疫情防治，審查數量大幅下降，反映COVID-19對作業的重大影響。
- 112年迄今-防疫降級，實地審查人數回升但部分地區仍未恢復作業。



調查意見五

依據全民健康保險法第63條規定，保險人應聘臨床或相關經驗的醫藥專家進行服務審查。健保署於COVID-19疫情前即不時透過實地訪查RCW，協助醫院提升呼吸器脫離率，惟109年至111年因應疫情防治大幅減少實地訪查RCW件數，然疫情結束迄本案114年6月6日約詢時已逾2年，仍未恢復過往實地訪查之頻度，外部醫療專家即難以提出提升呼吸器脫離的相關建議，恐使醫院改善呼吸器脫離之成效受限，爰健保署允宜繼續辦理RCW之實地審查，透過醫院外部專家實地瞭解提供病人照護建議，維護呼吸器依賴病人的照護品質，並發掘呼吸器脫離困難原因，輔導醫院提升呼吸器脫離率。

處理辦法

- 一、調查意見，函請衛生福利部研議見復。
- 二、調查意見，經委員會討論通過及個資處理後上網公布。
- 三、調查報告，移請國家人權委員會參考。
- 四、檢附派查函及相關附件，送請社會福利及衛生環境委員會議處理。



監 察 院

THE CONTROL YUAN

REPUBLIC OF CHINA (TAIWAN)