

調 查 報 告

壹、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。

貳、調查意見：

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。然據訴，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（或稱呼吸照護病房，即Respiratory Care Ward，簡稱RCW）之呼吸器依賴病人，部分已意識不清¹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（下稱健保）給付無效醫療之情事。

¹多數醫院以格拉斯哥昏迷指數值（簡稱GCS）進行評估，包含睜眼反應、語言反應及運動反應進行計量。

案經本院向衛生福利部（下稱衛福部）、內政部及各縣市政府調取卷證資料，並於民國（下同）114年2月21日及同年5月5日諮詢專家學者，復就本案爭點，於6月6日詢問衛福部、新北市政府社會局及基隆市政府社會處相關主管人員，另經衛福部於7月2日及10月3日補充資料到院，業調查竣事，茲綜整調卷、諮詢及詢問²所得，提出調查意見如後：

一、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（呼吸照護病房）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：

（一）為保障民眾醫療自主及善終權利，我國已於89年完成《安寧緩和醫療條例》，以及105年完成《病人自主權利法》之立法並於108年施行，國際上亦有眾多國家將類似保障列入基本權利保障，例如：

1、英國：西元（下同）1971年制定《代理權法（Powers of Attorney Act 1971）》，1985年制定《持續代理權法（Enduring Powers of Attorney Act 1985）》，2007

²新北市政府社會局114年6月12日新北社老字1141152138號函及衛生福利部114年6月16日衛部醫字第1141664614號函查復。

年4月宣布實施《意思能力法（Mental Capacity Act）》。

- 2、美國：於1990年通過《病人自決法（Patient Self-Determination Act）》確保病人的拒絕醫療權，也建立了預立醫囑（Advance Directive）的法律地位，以確保病人的意願在其失去意識後仍能得以貫徹。
 - 3、德國：聯邦法院（Bundesgerichtshof）於2003年確定「預立醫囑」的法律效力：當病人失去同意能力且其病痛已不可逆地趨向死亡時，其維生或延生措施必須終止，如果這符合病人之前在其預立醫囑裡所表達的意願。2009年修法，進一步確立了預立醫囑及醫療委任代理人（Bevollmächtigte）或監護人（Betreuer）對病人自主權的保障（§ 1901a BGB）。
 - 4、法國：於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。
 - 5、日本：病患自主權於憲法中宣示，有醫生照護的指引手冊，提供醫療人員照顧臨終病人與討論善終問題的指南。
 - 6、南韓：2018年2月4日正式施行《延命治療決定法》，臨終患者不接受無意義的延命治療（包括心肺復甦術、人工呼吸器、血液透析、注射抗癌劑等4種醫療行為），選擇自然死亡。
- （二）《安寧緩和醫療條例》第7條規定：「（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3項）末期病人無簽署第

1項第2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。……

（第5項）末期病人符合第1項至第4項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。……」另查衛福部103年9月出版「醫療機構施行安寧緩和醫療作業案例集」電子書，該案例集收集國內醫療機構施行呼吸器依賴、兒童撤除維生系統等15篇安寧緩和醫療作業之案例資料，衛福部並將《無最近親屬之末期病人的安寧緩和醫療決策流程》等列入附錄，其決策流程係先由社工師確認病人無最近親屬後，原主治醫療團隊照會安寧團隊，共同決策依末期病人最大利益出具醫囑代替之。

（三）案內所指之「呼吸器依賴患者」，依據衛福部中央健康保險署（下稱健保署）89年7月推動迄今之「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫（下稱呼吸器整合照護支付計畫），係指「呼吸衰竭造成需要接受呼吸器治療21日以上，每天使用超過6小時」之患者。呼吸衰竭係許多重大傷病之末期變化，非單一疾病造成，患者在插管治療初期多曾入住加護病房（Intensive Care Unit，簡稱ICU），在ICU住滿21日後，病情由「急性期」轉入「次急性期」則下轉至亞急性呼吸照護病房（或稱呼吸照護中心，即Respiratory Care Center，簡稱RCC），若病患在RCC住滿42天，仍無法脫離呼吸器，且經胸腔科專科醫師評估病情穩定，則使用呼吸器日起第64天開始得轉入慢性呼吸照護病房（RCW），另呼吸器依賴病人亦可以居家照護（Home Care）方式進行照護。

(四) 自100年至113年底，由各縣市政府社會局或社會處（下稱縣市社會局處）公費安置呼吸器依賴患者於RCW照護之人數為103人。據縣市社會局處表示前述公費安置之個案均無法自主呼吸及生活自理，至於安置之原因包括：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、腦性癱瘓及小腦症，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，且接獲安置個案通報時，常面臨個案已無意識之情事。另按衛福部詢問後補充查復資料，103名公費安置之呼吸器依賴患者，於入住RCW當時之意識狀況、家屬探視情形及簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（下稱意願書）」或「不施行心肺復甦術/維生醫療同意書（下稱同意書）」（前述意願書及同意書，於本調查報告合稱作「Do Not Resuscitate，簡稱DNR」）之情形如下：

- 1、呼吸器成功脫離而出院者有3人。
- 2、目前仍於RCW住院中有44人。
- 3、「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（如表1）。
- 4、病患安置當時，意識清楚者27人，意識不清楚者76人。
- 5、有家屬探視照顧之病患，意識清楚且已簽署意願書之人數為0人；意識不清楚，由最近親屬簽署同意書之人數為3人。
- 6、無家屬探視照顧之病患，意識清楚且已簽署意願書之人數為5人；意識不清楚之病患由醫療機構經安寧緩和醫療照會，出具醫囑後撤除呼吸器為1人。

- 7、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。
- 8、最早受公費安置個案於100年12月31日年約1歲7個月時安置迄今，目前14歲，已安置13年6個月。
- 9、目前公費安置10年以上者有4人，5-10年者3人。
- 10、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。

表1 公費安置病患或其最近親署簽署意願書或同意書情形

單位：人

意識 狀況		家屬探視情形		有家屬 探視	無家屬 探視	小計
		DNR	簽署情形			
意 識 清 楚		本人簽署意願書	0	5	5	
		未簽署意願書	9	11	20	
		呼吸器成功脫離	0	2	2	
		小計	9	18	27	
意 識 不 楚		最近親屬簽署同意書	3	-	3	
		安寧照會後出具醫囑 撤除呼吸器	-	1	1	
		未簽署同意書	12	59	71	
		呼吸器成功脫離	0	1	1	
		小計	15	61	76	
合計			24	79	103	

註：本表由本院依衛福部歷次查復內容自行整理製作。

(五)本案諮詢委員提出意見認為，縣市社會局處可與安置機構及醫院建立默契，於公費安置個案時，依病人最大利益處理。相關說明，略以：

- 1、縣市社會局處於公費安置之初，就要先諮詢個案意願，讓安置對象事先簽署DNR或預立醫療決定（Advance Decision，簡稱AD）。以B醫院為例，如果個案送到B醫院時已經意識不清，B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。
- 2、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。
- 3、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。

- 4、縣市社會局處可以與安置機構及醫院建立默契，依病人最大利益處理，但社會局處人員多不清楚法律規定，很難依法行政。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。

(六)依據《安寧緩和醫療條例》之規定，末期病人得自主表達意志，拒絕心肺復甦術或維生醫療，無簽署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；另依衛福部訂定之《無最近親屬之末期病人的安寧緩和醫療決策流程》，社工師確認病人無最近親屬後，原主治醫療團隊照會安寧團隊，共同決策依末期病人最大利益出具醫囑代替。然100-113年間國內由縣市社會局處以公費安置於RCW之長期呼吸器依賴患者有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³，目前有44人仍於RCW公費安置，公費安置超過10年者4人，安置5-10年者3人，安置時有10人超過85歲，其中3人仍安置中；有8人安置時未滿14歲，其中7人仍安置中；有61人安置當時意識不清楚且無家屬探視照顧，這些病人，終身臥床，生理功能極差，未簽立意願書，亦無最近親屬簽具同意書，又無原主治醫療團隊及安寧團隊共同決策依其最大利益出具醫囑撤除維生設備，呼吸器長期依賴只是延長病人死亡之過程，不僅影響龐大之健保資源及陷入生命倫理之困境外，甚至可能造成病人無法安祥地善

³COVID-19疫情期間，禁止家屬探視4人，列入無家屬探視照顧人數計算。

終。爰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。

二、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。爰衛福部允宜凝聚醫界共識，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：

- (一) 《安寧緩和醫療條例》第7條第1項規定，不施行心肺復甦術或維生醫療之病人，應符合由2位醫師診斷為「末期病人」之條件；同條文第5項規定末期病人符合不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除；另按同條例第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。從前述規定可知，末期病人非僅依定義或規則即可判斷，其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。

(二)按《醫療法》第60條第1項⁴、第64條第1項⁵及第73條第1項⁶規定，病人情況緊急時，醫療機構應先予適當之急救，並依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不以簽具同意書為必要。然現行法規並無明文訂定針對危急病人之處置方法，緊急醫療救護時是否需以呼吸器治療，乃由醫師依其醫學專業、臨床經驗與病人狀況為專業判斷。惟醫師決定急救當下，病人之病程可能尚未進展至末期階段而放置氣管內管與呼吸器，但病程逐漸發展，且患者呼吸器脫離成功率低時，持續插管，則未必符合病人最大利益。據本案諮詢專家表示：

- 1、A醫院規定，病患使用呼吸器2年後，要再檢討病情變化，如果病情惡化，可以考慮安寧療護。
- 2、先將病患插管，但病患從ICU下轉到RCC期間，家屬會接受安寧諮詢，也會會診可提供安寧緩和醫療服務之醫師，讓家屬與醫護人員一起討論繼續治療的適當性。從RCC轉到RCW期間，也有安寧緩和醫療的宣導，讓大家都能夠靜下心討論病人的病情及後續治療的可行性。
- 3、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，且治療超過6個月，就會撤除呼吸器，不會長期給付使用呼吸器，RCW是我國獨特的現象。

⁴醫療法第60條第1項規定：

醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

⁵醫療法第64條第1項規定：

醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

⁶醫療法第73條第1項規定：

醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第60條第1項規定，先予適當之急救，始可轉診。

4、曾親自向病患家屬說明，要思考到RCW延長病患生命，是要讓他能夠享受人生，或只是持續病人痛苦，如果家屬堅持轉到我們RCW來，可以設定3個月的時間治療，如果沒有改善，隨時可以退出。

(三)然而，國內呼吸器治療病患在經過相關疾病治療後，若無法成功脫離呼吸器，可依健保署實施之呼吸器整合照護支付計畫，初期入住ICU，之後下轉RCC，最後於RCW長期依賴呼吸器維持生命，除部分負擔及自費部分外，醫療費用由健保給付。惟病患多數意識不清，甚至終生昏迷或呈現植物人狀態，且有些病患已遭家屬遺棄或無家屬照顧或探視，每天依賴呼吸器、飲食管灌、按時翻身、抽痰，生命才得以暫時延續，而在臨終時，明知死亡為疾病之必然結果，卻仍被施以急救，更造成病人極大之痛苦及資源之耗用，這些長期呼吸器依賴病患長久臥床，生活無法自理，且飽受折磨，不成人形，生活品質極差，人性尊嚴不復存在。為減少長期呼吸器依賴之發生，醫護團隊在呼吸器治療初期，即應對呼吸器依賴患者之臨床照護進行整體規劃，並與病患或家屬對於後續治療是否繼續使用呼吸器治療進行充分溝通。且健保署已與國衛院合作，架設「台灣呼吸器使用決策資訊網」，並於105年6月10日開放各界下載使用，為不同狀況的插管病人，計算出可能的脫離呼吸器之成功率，讓撤除呼吸器與否之判斷能有具體的參考依據⁷。該網站係運用健保體系資料庫建構呼吸器使用預後資料庫，依使用呼吸器時間（第7天、第21天、第60天）、是否洗腎、罹患肝硬化等個別條件，查詢將來成功脫離呼吸器的機率及死亡率，另可查詢使用呼吸器之個人自費支出及健保

⁷<https://www.twreporter.org/a/good-death-myth-extubation-dilemma>

支出，因此，病人家屬可藉由網站量化數據，協助進行醫療決策，醫事人員亦可運用網站建置之呼吸器預後情形及呼吸器使用相關費用資料⁸，向病人及其家屬溝通，提供其進行醫療決策思考及選擇之判斷。

(四)惟依衛福部查復資料，符合呼吸器整合照護支付計畫之113年RCW住院之人數為9,949人，同年12月底，連續使用呼吸器超過5年以上仍存活者1,029人。據本案諮詢專家之說明，國內醫師本於救人天職，家屬亦出自於孝心或不捨，加上健保給付病患住院期間相當之醫療費用，醫院又有營運上之考量，使得原應暫時使用之維生醫療，成為維持病患生命所必需，卻也延長病患死亡之過程。茲整理諮詢專家相關之發言內容，略以：

- 1、RCW長期依賴呼吸器之病患不撤管的原因，可能包括（1）家屬有可得的利益，例如：退休金、遺產還沒分配好等；（2）機構有可得的利益，所以不放手，機構的收入可能是健保給付或社會局的補助；（3）機構的人員懶得處理或是沒有能力或知識去溝通，多一事不如少一事，雖然健保給付「緩和醫療家庭諮詢費」，鼓勵醫師協助召開家庭會議，每次支付2,250點，但很多機構只是電腦作業，家屬還是不瞭解。
- 2、RCW業者覺得有健保給付，家屬也沒有責怪，為什麼要撤管？也不會照會安寧緩和醫療醫師，有些醫師甚至覺得病患進行緩和醫療，RCW收入會減少，這是真實發生的事。

⁸依全部病患樣本統計，插管第21天，依賴呼吸器活著的機率為100%，第63天之機率降為31.4%，第180天則降為14.0%；沒有自己請看護的自付費用，第21天止為新臺幣（下同）1,000元，第63天止為41,800元，第180天止為112,000元；若自己請看護的自付費用，第21天止為3,000元，第63天止為123,600元，第180天止為264,000元。資料來源：114年7月14日查詢台灣呼吸器使用決策資訊網所得。

3、B醫院接受很多其他醫院RCW轉來，最終在B醫院撤管的病人。有個案例，一開始原就醫之醫院認為病患年紀太大，建議家屬不要插管，但家屬說一定要救，後來病患有褥瘡，家屬認為醫師沒有好好照顧病人，而控告醫院，之後家屬又突然要求撤管，但醫院認為被家屬控告，不同意為病人撤管，兩造互相控告。有些是病人家屬告醫院，有些是醫院告病人家屬，最後轉來B醫院撤除呼吸器。

4、曾問過長照機構的員工，有些社會局安置的住民已經2、3年沒有家屬來探視，是不是真的沒有家屬？他們的員工其實也不知道。員工也說，如果將病患撤管，或不急救，會害怕突然有家屬跑出來提告，所以多一事不如少一事。

(五)長期依賴呼吸器之末期病人經醫師診斷出具醫囑、家屬同意，可終止或撤除心肺復甦術或維生醫療（如氣管內管、葉克膜、洗肝或洗腎機等）；且目前已有前述之「台灣呼吸器使用決策資訊網」可協助病人家屬藉由量化數據進行醫療決策。然依衛福部查復資料顯示住院使用呼吸器超過5年以上的患者仍有1千多人，其等之呼吸器未能撤除之原因，可能與病人自主意願與親人間之情感抉擇有關，因此家屬很難做出撤除維生醫療之決定。惟長期呼吸器依賴患者停止使用呼吸器，恐無法自主呼吸而危及生命，但依賴呼吸器仍有存活多年的可能，且末期病人之判定，須由兩位醫師診斷，長期依賴呼吸器之病患縱無法成功脫離呼吸器，但生命徵象穩定，有些病患仍可存活多年，醫界對於此類病患是否為末期病人未有共識，顯見長期呼吸器依賴病患撤除維生設備，亦涉及醫療專業、醫療倫理等議題，此可由本案諮詢專家提供之意見可證。茲摘

錄以：

- 1、長期依賴呼吸器的病人，維持他生命的器官功能無法恢復，或沒有辦法達到增進健康及減少傷害的照護目標，或維生醫療產生結果與病人價值觀不一致，若符合其中一項，加護病房的醫師就必需確保病人死亡時的尊嚴，而RCW的病人符合前述全部條件，重症醫師如果有這個觀念的話，不會有RCW病人產生。
 - 2、有些RCW的家屬提出要撤管，醫師診斷認為不是生命末期，但事實上就是生命末期，也有些醫學中心呼吸器依賴病患的家屬不願意讓病人繼續插管，但醫師不同意，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。
 - 3、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。
 - 4、C醫院各科的醫師對生命末期有共識，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，應該是英國發展出來的，C醫院已經使用了10年以上。
 - 5、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。
- (六)我國《安寧緩和醫療條例》第3條已明文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；該條例第7條亦明定診斷確定為末期病人，

且經病患簽署意願書，或最近親屬簽署DNR同意書，得予以終止或撤除心肺復甦術。惟因病人插管後仍有存活多年的可能，家屬很難做出撤除維生醫療設備之決定，復以國內至今對於長期呼吸器依賴病人是否屬生命末期病人，尚乏明確之共識，亦無評估標準，致使第一線醫護人員當面臨到末期病人的死亡已無可避免之際，往往仍全力救治，未能夠執行終止或撤除維生醫療作業，以避免可能承擔之醫療糾紛風險。雖呼吸道插管及撤管之臨床準則涉及醫療行為適應症、病情預後評估、醫病溝通與倫理判斷等面向，應由臨床專業團隊依個案情況評估辦理，然訂定具指導性之建議原則，作為醫療機構決策參考依據，亦有助於促進病人善終權益與資源合理運用。

- (七)綜上，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。爰衛福部允宜凝聚醫界共識，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。

三、健保給付預立醫療給付，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，並主動介紹與徵詢簽署DNR或完成預立醫療照護諮商（ACP）之意願，以及鼓勵無家屬個案簽署DNR或預立醫療決定（AD）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：

- （一）《病人自主權利法》第3條第3款之「預立醫療決定」係指事先立下之書面意思表示，指明處於該法第14條規定之特定臨床條件時，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。同法第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。」爰預立醫療決定（AD）意願書簽署僅限意願人本人經「預立醫療照護諮商（Advance Care Planning，簡稱ACP）」，已經清楚了解《病人自主權利法》規定，經由簽署書面文件，由兩位見證人見證或公證，經醫療機構核章，註記在健保卡上始為生效，亦即只有本人能表達意見時才可簽署AD。
- （二）依據《安寧緩和醫療條例》第5條及第7條之規定，成年且具行為能力之人，得預立第4條之DNR意願書；僅於末期病人無簽署DNR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。至於無最近親屬者，應經過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。前述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相反表示。
- （三）縣市社會局處協助個案公費安置主要是依據《兒童及

少年福利與權益保障法》第56條第1項⁹及第62條第1項¹⁰、《身心障礙者權益保障法》第75條¹¹、第77條第1項¹²及第78條第1項¹³、《老人福利法》第41條第1項¹⁴及第42條第1項¹⁵，以及《社會救助法》第17條第1項¹⁶等規定，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，方予

⁹ 《兒童及少年福利與權益保障法》第56條第1項規定：

兒童及少年有下列各款情形之一者，直轄市、縣（市）主管機關應予保護、安置或為其他處置；必要時得進行緊急安置：

- 一、兒童及少年未受適當之養育或照顧。
- 二、兒童及少年有立即接受醫療之必要，而未就醫。
- 三、兒童及少年遭受遺棄、身心虐待、買賣、質押，被強迫或引誘從事不正當之行為或工作。
- 四、兒童及少年遭受其他迫害，非立即安置難以有效保護。

¹⁰ 《兒童及少年福利與權益保障法》第62條第1項規定：

兒童及少年因家庭發生重大變故，致無法正常生活於其家庭者，其父母、監護人、利害關係人或兒童及少年福利機構，得申請直轄市、縣（市）主管機關安置或輔助。

¹¹ 《身心障礙者權益保障法》第75條規定：

對身心障礙者不得有下列行為：

- 一、遺棄。
- 二、身心虐待。
- 三、限制其自由。
- 四、留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境。
- 五、利用身心障礙者行乞或供人參觀。
- 六、強迫或誘騙身心障礙者結婚。
- 七、其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為。

¹² 《身心障礙者權益保障法》第77條第1項規定：

依法令或契約對身心障礙者有扶養義務之人，有喪失扶養能力或有違反第75條各款情形之一，致使身心障礙者有生命、身體之危難或生活陷於困境之虞者，直轄市、縣（市）主管機關得依本人、扶養義務人之申請或依職權，經調查評估後，予以適當安置。

¹³ 《身心障礙者權益保障法》第78條第1項規定：

身心障礙者遭受第75條各款情形之一者，情況危急非立即給予保護、安置或其他處置，其生命、身體或自由有立即之危險或有危險之虞者，直轄市、縣（市）主管機關應予緊急保護、安置或為其他必要之處置。

¹⁴ 《老人福利法》第41條第1項規定：

老人因配偶、直系血親卑親屬或依契約負照顧義務之人有疏忽、虐待、遺棄或其他情事，致其生命、身體、健康或自由發生危難者，直轄市、縣（市）主管機關得依老人之申請或依職權予以適當保護及安置。老人對其提出告訴或請求損害賠償時，主管機關應協助之。

¹⁵ 《老人福利法》第42條第1項規定：

老人因無人扶養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境者，直轄市、縣（市）主管機關應依老人之申請或依職權，予以適當安置。

¹⁶ 《社會救助法》第17條第1項規定：

警察機關發現無家可歸之遊民，除其他法律另有規定外，應通知社政機關（單位）共同處理，並查明其身分及協助護送前往社會救助機構或社會福利機構安置輔導；其身分經查明者，立即通知其家屬。不願接受安置者，予以列冊並提供社會福利相關資訊。

以適當安置。在處理受安置個案所面臨之困境，主要係於接獲通報時個案已無意識，倘有緊急醫療需求時，個案未能有充分自主權決定醫療決策事宜；又個案於安置後已獲得妥善生活之照顧，社政單位僅於特殊必要時才會提供個案協助，如體況改變須轉換機構、特殊醫療費用媒合資源……等，不會預設個案近期內有罹患嚴重傷病，病程進行到死亡已不可避免之狀況，故安置前多未主動諮詢其意願，事先簽署DNR或AD。

(四)然查基隆市老人及身心障礙者於機構安置流程中，於入院前簽署各項同意書時會主動介紹與徵詢簽署DNR或AD之意願。另規劃將簽署DNR及AD意願書納入機構安置流程中，針對無家屬個案主動介紹與鼓勵簽署，以及推動「個案及家屬簽署AD與DNR服務方案」，除向個案與家屬宣導簽署DNR及AD意願書，針對有意願簽署者，結合受過專業訓練的諮商醫療團隊人員與醫療委任代理人等資源共同推動服務。

(五)國人對於善終之理念益趨普遍，但對於《安寧緩和醫療條例》撤除維生設備、《病人自主權利法》AD簽署的規定及長期呼吸器依賴的預後等資訊及認知不足，一旦需要做出醫療決定時，常感為難，或不具備做出符合最大利益決定之能力。案內縣市社會局處公費安置之長期呼吸器依賴病患，多為兒童、老人、身心障礙者或街友，其等因年齡幼小或年老、疾病纏身，處境較一般民眾更為弱勢，甚至從未接觸善終權利方案或服務之取得等相關資訊內容，對於病人依法可為自主決定毫無認知，固無從預立醫療決定；縱有家屬支持，亦屬經濟弱勢家庭，家屬亦未具備獲得或處理醫療決定之能力。一旦接受縣市社會局處公費安置於RCW，裝上呼吸器等維生設備，迄臨終前才撤除呼吸器，從未知情其等可自主選擇善終，而未能為自己或

家屬主張及維護善終之權益。爰衛福部允宜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或完成ACP之意願，以及鼓勵無家屬個案簽署DNR或AD之可行性，俾弱勢民眾及家庭亦有獲得善終相關資訊之管道，能自主為醫療決定。

四、《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，因諮商需要自費、執行量能不足，故全國預立醫療諮商、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「預立醫療照護諮商（ACP）」，完成預立醫療決定（AD）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商，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：

（一）我國於105年1月6日公布《病人自主權利法》，並自108年1月6日施行，為亞洲第一部病人自主權利之專法，保障了病人有知情選擇與決定的權利。該法第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。……。」爰此，民眾得以透過完成ACP並簽署AD來保障個人的善終心願。然而，截至目前，全國預立醫療註記（AD）108,191人次，如

表2。然案內由縣市社會局處公費安置於RCW照護之103名呼吸器依賴患者，有14人曾完成ACP，但無人簽署或完成AD之註記。

表2 全國預立醫療註記人次

單位：人次

年度	預立醫療註記	年度	預立醫療註記
108	11,272	112	24,700
109	9,701	113	25,816
110	10,165	114	14,210
111	12,327	合計	108,191

資料來源：衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統，網址為：https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/Statistics/calc_report.aspx?year=2025

- (二)為提升民眾對於預立醫療接受度，自113年7月起，全民健保針對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(臨床失智症嚴重度評量表，即CDR 0.5至1分)、符合《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(推估約20萬人)中，具完全行為能力之住院病人，提供每人終生一次完成預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)簽署者，由全民健保支付3,000點，推估符合前開適用範圍之保險對象人數約有20萬人，然查113年7月至114年4月僅申報190人。
- (三)健保署為鼓勵民眾提早規劃末期醫療照護，自114年5月1日起擴大ACP適用範圍，並由住院擴大至醫院門診與基層診所服務，修訂後適用範圍除前述(二)之對象外，另擴大至「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」或「全民健康保險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。然據健保署推估，擴大ACP適用範圍，約有180萬人受惠，惟114年5、6月申報人數僅251人。
- (四)除上述特定對象，健保給付每人終生一次ACP所需之

費用外，依據本案諮詢專家意見，一般民眾簽署率低之原因包括諮商需要自費、要求簽署AD前的ACP一定要由醫師在醫療機構進行，致執行量能不足等，茲說明如下：

1、諮商需要自費：

簽署AD前，必須先進行ACP，每次ACP得出動受過訓練的醫師、護理師、社工師或心理師，平均60到90分鐘，人力成本高，衛福部規定每次諮商費為2,000元至3,500元，讓不少民眾因此卻步。

2、執行量能不足：

ACP在本質上是法律權利及相關程序之告知，係啟動家庭成員有關生死識能對話的諮商過程，而非醫療專業診斷的行為。ACP人員不需掌握個別臨床條件的專業醫學知識，僅需讓意願人瞭解《病人自主權利法》第14條第1項臨床條件的規範精神，亦即法律賦予意願人在符合該臨床條件之情形下，擁有拒絕維持生命治療或人工營養之權利。目前除我國外，全球無任何國家要求簽署AD前的ACP一定要由醫師進行，或一定只能在醫療機構進行，無論是醫師或其他適當之專業人員，只要受過紮實的ACP專業培訓，即可提供ACP服務。但國內僅限醫療機構或醫師才能提供ACP，目前全國計有285家醫療機構提供預立醫療照護諮商服務，服務量能有限。

(五)綜上，《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，因諮商需要自費、執行量能不足，故全國預立醫療諮商、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「預立醫療照護諮商（ACP）」，完成預立醫療決定（AD）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商，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。

五、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，爰健保署允宜賡續辦理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：

- （一）《全民健康保險法》第63條第1項、第2項分別規定：
- 「保險人（健保署）對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之。」、「前項醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。」另《全民健康保險醫療費用審查注意事項》係由醫療專家討論訂定之審查共識，該注意事項對於呼吸器整合照護支付計畫第「辛」項之審查重點項目為：入住RCW180天或使用呼吸器243天以上者，應加強審查或實地訪查，以評估是否可轉機構照護。至於計畫之審查重點包括

使用呼吸器天數及入住各階段天數、檢查的必要性、處置的必要性、藥物使用，以及評估是否可轉機構照護等。

(二)呼吸器依賴病人在病情改善趨於穩定，且經醫療評估適合脫離呼吸器時，醫院會配合病人情況循序漸進訓練病人脫離呼吸器。但因病人的特性（如年齡、疾病嚴重度）會影響呼吸器的脫離率，故在實務上難以訂出各界均可接受之客觀標準去評量醫院，至於病人是否適合接受脫離呼吸器訓練，需依賴臨床專業判斷。為維護呼吸器依賴病人的照護品質，協助提升呼吸器脫離率，各健保分區業務組依各醫院檔案分析及異常管理，不定期安排審查醫師與行政人員，至收治長期使用呼吸器個案特約醫院ICU、RCC及RCW進行實地審查及專業審查，針對醫療人員的照護品質、呼吸器脫離合理與適當性等項目進行評估，現場了解並協助醫院改善呼吸器脫離困難之情形。

(三)按健保署提供之資料，該署6個業務組實地抽訪RCW之個案人數，104年為110人、105年173人、106年346人、107年245人。以107年為例，發現之問題包括：

- 1、部分呼吸器個案病歷記載缺乏個別性之具體治療內容，如營養評估制式化、對反覆性脫離呼吸器失敗者未檢討失敗原因。
- 2、專業醫師建議部分之呼吸器個案，其呼吸器脫離計畫評估可再更積極並採漸進式的呼吸脫離訓練，惟呼吸器困難脫離之原因，主要受其罹患疾病影響，如呼吸系統(肺炎、肺癌、呼吸肌肉力量不足……)、神經肌肉系統(中樞神經功能障礙、不可逆神經病變……)、新陳代謝系統(酸鹼值不平衡、營養不良……)等，應加強評估提供適切之醫療照護。

3、對於脫離呼吸器困難者，家屬不願移除維生裝置。

(四)健保署104年至107年間實地審查RCW抽訪個案人數介於107-346人間，惟108年實地抽訪RCW之個案人數減少為85人、109-111年則分別為31人、40人及52人。經查係109年至111年為因應COVID-19疫情之防治工作需要，暫停醫療費用審查或減審，爰實地訪查件數較少，112年配合防疫降級¹⁷，逐步恢復審地審查，實際抽訪131人，但臺北、南區及高屏業務組間仍未辦理RCW實地訪查。

表3 長期使用呼吸器個案實地審查情形

單位：人

單位別	108年	109年	110年	111年	112年	說明
全國	85	31	40	52	131	考量醫療人員投入防疫工作需要，因應COVID-19疫情，暫停醫療費用審查（專業審查及實地審查）或減審。
臺北	33	0	0	0	0	因應COVID-19疫情，考量醫療人員投入防疫工作需要，109年至112年受疫情影響，未進行訪查。
北區	14	0	0	0	41	109年至111年因應COVID-19疫情，暫緩實地訪查。
中區	38	24	28	32	66	109年第1季、110年第2、3季及111年第2、3季因應COVID-19疫情調整作為，暫停實地訪查。
南區	0	7	12	20	24	自110年起將呼吸器實地審查列入重要工作計畫，每季安排2-3家醫院，110年之前雖未固定安排實地審查，惟仍以其他方式監控醫院呼吸器品質，如：呼吸器安寧利用率、呼吸器依賴醫療費用下降比率。
高屏	0	0	0	0	0	109年至111年受疫情影響，未進行實地訪查，自112年起啟動呼吸器相關異

¹⁷COVID-19疫情於2023年5月1日防疫降階，調整為第四類傳染病，中央流行疫情指揮中心同日解編。

						常管理專案。
東區	0	0	0	0	0	109年至111年受疫情影響，未進行訪查。108年及112年因專業審查無發現異常且考量人力吃緊，故暫緩實地訪查。

資料來源：衛生福利部113年11月14日衛授家字第1130860852號復函。

(五)綜上，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，外部醫療專家即難提出提升呼吸器脫離的相關建議，恐將使醫院改善呼吸器脫離之成效受限，爰健保署允宜賡續辦理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。

參、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。

調查委員：田秋堃委員

中 華 民 國 1 1 4 年 1 2 月 1 7 日

本案案名：公費安置之呼吸器依賴病人善終權益案

本案關鍵字：呼吸器、公費安置、安寧緩和醫療條例、
病人自主權利法