



## 安寧居家服務簡介

林家仔<sup>1</sup> 胡中傑<sup>2</sup> 劉夷生<sup>3</sup> 李隆軍<sup>2</sup>

### 前言

根據世界衛生組織（WHO）於2002年發表的定義，緩和醫療係針對罹患威脅生命疾病之病人及其家屬，經由早期偵測、詳細評估、適當處置疼痛及身心靈問題，達到預防和減緩痛苦，進而改善病人生活品質，並協助、支持、陪伴家屬面對難題<sup>[1]</sup>。簡言之，緩和醫療所提供的是全人、全家、全程、全隊的照顧。近年來安寧緩和療護有所發展，自民國85年7月起，健保署將「安寧居家療護」納入全民健保試辦計畫；自98年9月起，安寧住院及安寧居家正式納入健保支付，且對象由原本之癌症末期病患、漸凍人再加入「八大非癌末期安寧療護疾病」<sup>[2]</sup>。

民國90年以來，國內使用安寧療護的人次及比率逐年上升<sup>[3]</sup>（見表一），許多末期疾病患者在院臨終時，仍抱著「回家」的心願與遺憾。根據美國安寧照護基金會在2012年發表的報告指出，約莫半

數的末期病患往生地點在家中<sup>[4]</sup>。隨著安寧療護漸漸普及，以及「落葉歸根、在地善終」的推廣，未來需要安寧居家療護的患者勢必更多。為了這樣的心願能夠圓滿，也為了提供末期病人更即時、更安心的居家療護，由地區的診所、熟識的醫師來將居家安寧照護服務送入社區是再好不過。民國103年1月起，除原先之居家安寧，健保增列乙類社區安寧療護給付，呼籲地區醫院及基層醫師踴躍加入安寧照護之行列。本文將細述安寧居家及社區居家的工作概況及現行法規，希冀收拋磚引玉之效，提供基層醫師投入社區安寧療護之參考。

### 安寧居家收案條件

安寧居家收案條件分為兩大項，一是診斷確立之末期疾病，二是病人本身或家屬有意願接受安寧療護，兩條件皆須符合才能收案，細節則依醫療院所不同而稍有不同。詳細內容依健保局於99年10月公告之條文<sup>[2]</sup>，整理如下：

一、經醫師診斷或轉介之，

1. 末期癌症病患，確定病患對各種治癒性治療效果不佳時，

1 臺中榮民總醫院家庭醫學部 住院醫師

2 臺中榮民總醫院家庭醫學部 主治醫師

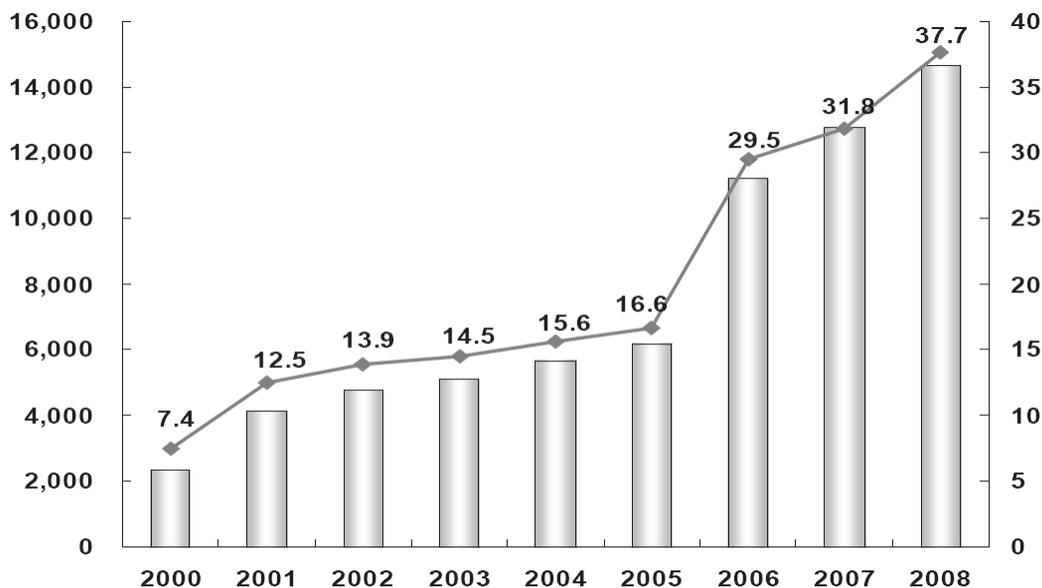
3 臺中榮民總醫院家庭醫學部 主任

關鍵詞：Palliative care, Hospice home care, Community palliative care

通訊作者：李隆軍



表一 2000~2008年癌症病人死亡前一年安寧療護利用人次及百分比



\*縱軸左側為安寧療護利用人次，右側為百分比(%)

資料來源：參考資料3

2. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理且有相關症狀者；或者末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。
3. 八類經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期患者：
  - I. 老年期及初老期器質性精神病態
  - II. 其他大腦變質
  - III. 心臟衰竭
  - IV. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
  - V. 肺部其他疾病
  - VI. 慢性肝病及肝硬化
  - VII. 急性腎衰竭，未明示者

#### VIII. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

- 二、病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或不施行心肺復甦術同意書者。

### 安寧居家服務項目

安寧居家之服務項目條列如下<sup>[2]</sup>：

- 一、症狀控制：
  1. 常見癌症末期症狀：如疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹、意識混亂、腫瘤傷口護理等。
  2. 針對不接受呼吸器處理之末期運動神經元患者以及八大非癌末期患者：提供相關症狀之處置。



## 二、身體照護：

1. 止痛藥匣、尿管、鼻胃管、氣切管或其他留置管之定期更換。
2. 指導並協助家屬進行護理照顧：褥瘡傷口換藥，留置管、造瘻口、人工血管護理，口腔護理，灌食調理進食；洗頭、洗澡、會陰沖洗；灌腸，更換尿袋、點滴瓶；抽痰、扣背、拍痰及噴霧治療技巧；淋巴水腫及皮膚按摩，肢體活動及翻身擺位，避免壓瘡等。
3. 指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識技能及必要之家庭安全設備。

三、病患與家屬心理諮詢、社會與靈性宗教需求之照護。

四、善終準備，以及病患死亡後家屬之哀傷輔導與後續追蹤。

五、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。

六、24小時電話諮詢服務。

### 居家照護常見問題及諮詢

根據一個中部地區的研究<sup>[5]</sup>，張淑真等人指出安寧居家照護的需求最常見者為身體症狀控制(90.6%)，其次為家屬心理支持(79.6%)，再者為死亡診斷書的索取(77.8%)，細項如表二<sup>[5]</sup>。

安寧居家照護提供24小時電話諮詢服務，因此家屬在照護上若有疑問或困難可先透過電話聯繫居家護理師，進行初步處理或釋疑。諮詢內容不外乎上述所言之身體症狀，如疼痛、喘、咳痰、躁動等，再者為管路、傷口或藥物用法，以及照護者的壓力以及情緒波動<sup>[6]</sup>（見表三）。

### 居家安寧及社區安寧之現況、法規及健保給付

表二 安寧居家需要協助之人數

生理需求		社會需求	
症狀處理	90.6%	索取死亡診斷書	77.8%
臨終症狀處理	67.9%	器材租借	63.0%
照顧技術	60.4%	臨終時陪伴	29.6%
身體照護	54.9%	事先喪葬準備	14.8%
屍體護理	18.5%	經濟協助	13.5%
心理需求			
照顧者的害怕及無助	79.6%		
遺族的繼續關心	35.8%		
病患的情緒反應	75.0%		
靈性需求	30%		

資料來源：參考資料5



表三 居家照護常見之電話諮詢問題以及反覆電話諮詢問題

電話諮詢	比率	重複電話諮詢	比率
疼痛	13.0%	疼痛	30.0%
喘、痰多、劇烈咳嗽	13.0%	喘、痰多、劇烈咳嗽	12.5%
嗜睡、躁動等意識變化	8.4%	發燒	10.0%
瀕死症狀	8.0%	瀕死症狀	7.5%
病人死亡	7.0%	腹脹、腹水	7.5%
噁心嘔吐	5.0%	意識變化	7.5%
解尿問題、尿管阻塞	4.5%	解尿問題、尿管阻塞	7.5%
腹脹、腹水	4.0%	家屬照顧壓力	5.0%
發燒	3.7%		
開立診斷書	3.7%		
鼻胃管滑脫或阻塞	3.0%		
消化道出血	3.0%		
家屬照顧壓力	3.0%		
要求住院	3.0%		
要求home care	2.2%		
食慾差、進食困難	2.0%		
便秘	2.0%		
情緒變化、自殺意念	1.7%		
藥物作用及服法	1.7%		
傷口照護	1.4%		

資料來源：參考資料6

家是最溫暖的避風港，也是許多末期病患的渴望，但是多數病患的臨終地點仍在機構。家庭提供了歸屬感、安全感；在熟悉的環境中，由家人陪伴，維持家庭結構及功能，不只可減少家屬往返奔波的困擾，也可節省社會醫療資源成本。另外，目前非癌症之末期病人只有0.4%在死亡前曾接受安寧療護，而非癌症末期病人在家中生活之時間往往是癌症病人的數倍，也因此居家安寧及社區安寧更形重要。

有鑑於此，健保署將原本居家安寧(甲類)的各項條件鬆綁，基層醫師可評估病人後申請收案，即為社區安寧(乙類)。

其收案條件與服務項目與安寧居家(甲類)相同，而給付約略為甲類之七成；醫護人員只需基礎教育訓練13小時、臨床見習8小時，以及每年繼續教育4小時，即可符合資格。關於兩類居家照護之細項比較，整理如表四<sup>[7]</sup>。

目前全國安寧居家照護服務機構共84所，而社區居家照護服務機構共56所<sup>[8]</sup>(如表五)。由表格可見服務機構多半集中分布於六個直轄市，而以新竹、苗栗、雲林、屏東、花蓮、台東等地的資源最少。目前社區居家照護服務(乙類)正在起步階段，政府對於相關規定的修改，正是為了鼓勵基層醫師投入安寧照護，讓偏鄉的民眾也能擁有安寧善終的權利。



表四 居家安寧及社區安寧之照護內容、條文、給付等比較

	居家安寧(甲類)	社區安寧(乙類)
服務對象	兩者相同(已簽署安寧緩和意願書或同意書之10大生命末期疾患病人)	
照護地點	兩者相同(病人家裡、護理之家、安養機構)	
團隊成員	須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少乙名	醫師及護理人員
醫護人員受訓時數	1.基礎教育訓練80小時(含四十小時病房見習) 2.每年繼續教育20小時	1.基礎教育訓練13小時、臨床見習8小時(至少於安寧病房見習二小時，以視訊及e-learning方式進行亦可) 2.醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。 3.每年繼續教育4小時(以視訊及e-learning方式進行亦可)。
給付點數	醫療團隊訪視費(醫師、護理師、社工師) 1035-2750/每人每次	以安寧居家訪視費70%計算(臨終病人訪視給付相同)
備註	1.辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下： (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。 2.為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節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二十四小時電話諮詢服務。	

資料來源：參考資料7

表五 全國安寧居家照護及社區安寧照護服務之分布縣市範圍 (截至104/07/22)

分區	安寧居家照護	社區安寧照護
北區	台北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、桃園縣、新竹市、苗栗縣，共38所	台北市、新北市、新竹市，共25所
中區	台中市、南投縣、彰化縣，共15所	彰化縣，共8所
南區	雲林縣、嘉義市、台南市、高雄市、屏東縣，共25所	高雄市，共18所
東區	花蓮縣、台東縣，共6所	台東縣，共5所

資料來源：參考資料8

## 結語

由健保條文及給付的改變，可看出政府對於社區安寧的推廣不遺餘力。雖然社區安寧存在管制藥品存放、療護品

質、以及與後援醫院的聯繫等問題需妥適處理，但它仍然是個立意良好且值得推廣的政策。國內許多家庭醫學科專科醫師受訓過程中皆有安寧緩和臨床照護經驗，甚至有安寧緩和專業證照，在離



開醫院後於基層執業；社區安寧不啻為新的舞台，希望有更多基層醫師能共襄盛舉，在醫療資源較缺乏的縣市為末期病人提供社區居家安寧服務。

### 參考資料

1. 世界衛生組織。  
<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. Accessed on January 14, 2015.
2. 衛生福利部中央健康保險署。  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\\_id=712&webdata\\_id=3650&WD\\_ID=902](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=3650&WD_ID=902). Accessed on January 14, 2015.
3. 國家癌症防治五年計畫，衛生福利部國民健康署。  
<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicBulletin.aspx?No=201009170001&parentid=200712250030>. Accessed on January 14, 2015.
4. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. National hospice and palliative care organization. Edition 2012.
5. 張淑真：主要照顧者對安寧居家療護照護需求之看法及其滿意度。彰化醫學。2002；7：160-7。
6. 江文崇：癌末患者居家照顧常見之臨床症狀。安寧療護雜誌。2000；5：35-40。
7. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正項目。  
[http://www.nhi.gov.tw/Information/bbs\\_detail.aspx?menu=9&menu\\_id=545&bulletin\\_ID=2146](http://www.nhi.gov.tw/Information/bbs_detail.aspx?menu=9&menu_id=545&bulletin_ID=2146). Accessed on January 14, 2015.
8. 台灣安寧照護協會。  
<http://www.tho.org.tw/xms/>. Accessed on January 14, 2015.