

花蓮縣第三期（109-112 年）綜合發展實施方案

滾動檢討提案計畫

推動在地安寧溫馨善終計畫

（一）計畫緣起

1. 緣起

世界衛生組織於 2002 年對緩和醫療（palliative medicine）所下的定義為：「針對威脅生命之疾病的病人與家屬的一種照顧方式，其目標是藉由早期偵測及評估，治療疼痛及其他身、心、靈的問題，以達提昇生活品質之目標。此定義中強調，安寧緩和照顧以團隊照顧的方式滿足病人及家屬的需求；提供病人疼痛及其他身、心、靈痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病人的臨終期及病人死亡後哀傷期的調適」。這樣的醫療方式，傳統上是以癌症末期之患者為主，然而，就死因統計而言，死於心血管疾病或其他慢性疾病者，人數遠多於癌症死亡人數，大部分的病情變化更難以預測，從診斷到死亡之時間相較癌症更為緩慢，並且也更需要長時間及全方位的照護，因此世界衛生組織也認為，安寧緩和療護應不再只是照顧癌症病人，應將所有末期病人納入照護計劃中，提供全面性的末期患者安寧緩和照護的服務。

目前健保署推行之安寧療護服務類型有四種：住院安寧療護、安寧共同照護、安寧居家療護-甲類及安寧居家療護-乙類（又稱社區安寧照護），其收案條件皆為符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人，且罹患以下 10 類疾病之一的末期病人：「癌症」、「末期運動神經元」、「老年期及初老期器質性精神病態（如失智）」、「其他大腦變質（如中風、巴金森氏症）」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞，他處未歸類者」、「肺部其他病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」及「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」。

由上而知，安寧療護之推行已不僅止於癌症，而接受安寧療護的病患仍以癌症末期者最多。根據健保署 109 年統計，癌症末期患者接受安寧緩和醫療比例已達四成，但非癌症末期病患使用安寧緩和醫療比例卻僅有兩成(衛生福利部中央健康保險署，2020)，另，65 歲以上老人族群中有七成會因器官老化、生理機能衰退，包括心肺衰竭、失智等，顯然，數據上亦顯示非癌末期病患的安寧利用率偏低。

2. 花蓮地區安寧緩和醫療現況

花蓮縣地形狹長，人口及族群分布與西部縣市差異極大，原住民、客家、閩南、外省族群人口在縣內比例十分接近，原住民人口比例約 27.5%，以阿美、太魯閣、泰雅等族群為主，而客家族群人口比例則約 31.7%，是各縣市中客家族群佔比排名前五名之縣市。本縣自 107 年起承接中央「建構社區整合照護健康計畫」與縣內醫療院所合作推動安寧療護照護，提供安寧住院、居家及共同照護之各類安寧服務，亦致力於安寧概念、預立醫療照護計畫之推廣，然而由於各種文化及族群都有其有關於疾病及醫療的獨特觀點，再加上人口、聚居位置、語言及經濟等因素，長期以來，除了花蓮市區及鄰近之吉安鄉及玉里鎮外，縣內其餘區域一直屬於醫療照護相對弱勢之區域，在末期疾病患者的安寧照護方面，更缺乏相關之區域資源配置。尤其在社區安寧居家照顧部分，縣內除慈濟醫院外，亦有門諾醫院及臺北榮民總醫院玉里分院及其他醫療院所提供相關之安寧緩和服務，但考量末期患者之意願及實際需求，現有各院所之居家照護人力已達瓶頸，無法提供足夠之社區安寧緩和覆蓋率，導致縣內之末期疾病患者雖有就近於家中接受安寧關懷並安然善終之想法，但卻受限於現實環境，無法於家中得到足夠且符合其各方面需求之安寧緩和醫療照護。

因此，期望以社區為主軸推展安寧療護服務建立醫院-基層醫療機構-居家護理所合作機制，並補助對安寧照護專業人力給付，照護團隊居家服務交通費，跨領域跨團隊偏鄉照護團隊照護，安寧專業諮詢等後援資源，以利醫療團隊投入偏鄉服務，提升本縣整體安寧照護量能與品質及可近性，達到「在地安寧 溫心善終」目標，共同服務圓滿鄉親的最後一哩路。

(二) 花蓮縣安寧緩和相關分析

1. 花蓮地區死亡統計及潛在安寧緩和照顧需求

民國 109 年花蓮縣總人口數為 324,372 人，死亡人數為 3,158 人，標準化死亡率為每十萬人口 493.5 人。死亡原因中仍以惡性腫瘤 844 人最多，其次為心臟疾病(高血壓性疾病除外)及腦血管疾病，各為 330 人及 232 人。

合 計			男 性		女 性	
死 亡 原 因	死 亡 人 數	每 十 萬 人 口 死 亡 率	死 亡 人 數	每 十 萬 人 口 死 亡 率	死 亡 人 數	每 十 萬 人 口 死 亡 率
所有死亡原因	3,158	970.8	1,895	1,151.6	1,263	785.6
惡性腫瘤	844	259.4	553	336.1	291	181.0
心臟疾病（高血壓性疾病除外）	330	101.4	195	118.5	135	84.0
腦血管疾病	232	71.3	131	79.6	101	62.8
糖尿病	195	59.9	122	74.1	99	61.6
高血壓性疾病	185	56.9	109	66.2	79	49.1
肺炎	180	55.3	106	64.4	71	44.2
事故傷害	170	52.3	96	58.3	59	36.7
慢性肝病及肝硬化	140	43.0	89	54.1	54	33.6
慢性下呼吸道疾病	104	32.0	74	45.0	51	31.7
血管性及未明示之癱瘓症	100	30.7	43	26.1	48	29.9

表一：花蓮縣 109 年度主要死因、死亡人數及每十萬人口死亡率
十大主要死因中有心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、肺

炎、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病與等 6 類死因死亡數高於全國之平均，該等死因多與慢性疾病有關。因此所有死亡人數中，扣除急性疾病、事故傷害及自我傷害等死因，仍有 2,000 人以上之死亡病例，在臨終前有安寧照護之需求。

2. 花蓮地區安寧緩和照顧資源問題分析

(1). 資源分配極端不均

2017 年底，台灣醫療改革基金會曾經公布各縣市善終資源評比，花蓮縣被列為前三名之縣市。依據中央健保署東區業務組之統計，民國 108 年花蓮地區之符合安寧收案條件死亡人數為 2,836，其中曾經接受過安寧照護之人數為 1,152 人，比例約為 40.6%，其數據相較於民國 108 年全台灣曾經接受安寧照護之比例 31%（108 年台灣地區符合安寧收案條件總死亡人數為 151,925 人，接受安寧照護之人數為 46,979 人，資料來源：衛生福利部網站），可說表現甚佳。然而，若依地區分類，從醫療網之次級醫療區來看，卻能明顯看出花蓮縣之安寧資源的問題，花蓮市周邊鄉鎮、中區之鳳林及南區之玉里滿足其安寧照護之需求存在極大之地區差異。

花蓮地區安寧療護服務差異之原因，仍與提供安寧照護之醫療院所分布相關。現有提供甲類安寧照護之院所，主要是以花蓮慈濟醫院及門諾醫院為主，但仍以花蓮慈濟醫院為主要提供者，安寧服務醫事人員有 12 位，提供每年約 360 位患者之居家照護服務量。門諾醫院安寧服務醫事人員則為 14 位，提供每年約 160 位患者之居家照護服務量。兩所醫院皆位於花蓮市，居家服務範圍慈濟醫院北到秀林鄉崇德村，南至壽豐鄉，而門諾醫院則北至秀林鄉太魯閣口，南至壽豐鄉溪口村，皆以花蓮縣之北區為服務範圍，中區及南區則受限於花蓮縣之狹長地形，出訪之成本過高而無法提供服務。臺北榮民總醫院玉里分院及鳳林分院之居家醫療人員，亦符

合甲類安寧之資格，但實際提供之安寧服務醫事人員有限計 10 位，109 年總計服務人數合計約 160 人。至於乙類安寧之部分，亦有嚴重之分布不均問題，全縣符合提供乙類安寧資格之院所，共有 10 家機構，但從區域分布而言，仍集中於花蓮市附近之區域，一家位於玉里區、另一家位於鳳林區。

(2). 乙類社區安寧參與度不足

就比例而言，花蓮縣居家醫療整合照護特約醫師機構之診所數，共有 57 所，其中 4 所符合乙類資格並可提供服務，參與之比例僅達 7%。在居家護理所部分，特約醫事機構共 23 所，扣除 3 所已提供甲類安寧照護，餘 20 所中，亦僅有 4 所提供乙類居家服務，比例為 20%，對於居家醫療可近性之提升，仍有極大空間。

特約類別	次級醫療區	提供乙類安寧醫事機構名稱
地區醫院	玉里	衛生福利部玉里醫院
基層	花蓮	花蓮縣吉安鄉衛生所
	花蓮	花蓮縣秀林鄉衛生所
	花蓮	光鹽診所
	花蓮	安台診所
居家照護	花蓮	國軍花蓮總醫院民眾診療服務處 (附設居家護理所)
	花蓮	康榮居家護理所
	花蓮	富爾捷居家護理所
	鳳林	紗絃居家護理所

表二：花蓮縣提供乙類安寧醫事機構名稱

在服務量部分，依據中央健保署東區業務組提供民國 109 年 1-12 月之統計資料，花蓮縣雖然有 9 家醫療院所符合提供乙類居家安寧照護服務之資格，但實際參與運作者僅有 2 家院所，照護人數更僅有 10 人，比例僅佔花蓮縣所有接受

安寧居家服務者之 1.3%，服務量能極待提升。

次級 醫療區	居家安寧						安寧服務 總人數
	甲類團隊			乙類團隊			
	符合資 格院所 數	實際服 務院所 數	照護 人數	符合資 格院所 數	實際服 務院所 數	照護 人數	
花蓮	3	3	571	8	1	2	573
鳳林	1	1	66	1	1	8	74
玉里	1	1	93	1	-	-	93
總數	5	5	730	10	2	10	740

表三：109 年花蓮縣實際提供甲、乙類

居家安寧醫事機構數及照護人數

由上之敘述，社區安寧在花蓮之推動，似乎出現許多問題，使社區醫療人員裹足不前，無法提供足夠之社區安寧服務，也影響到社區病人善終的機會，透過訪談及調查數位乙類安寧機構負責人後，將其照護之困難點歸納如下：

A. 缺乏個案轉介之來源

從醫院安寧病房轉出之病人，大部分之醫院本身即可提供安寧居家照護，因此並未有轉介社區安寧照護之迫切性，再加上民眾對社區安寧療護服務內容不瞭解，以及都會區之民眾就醫較方便，或覺得留在大醫院比較放心，都使得社區基層院所對於末期病人之居家收案有極大之困難。

B. 缺乏支援體系，臨床照護遇到問題卻無資源協助在照護體系之支援部分，又可分為醫療端、病人端等數個不同面向：

i. 缺乏照護內容之指導：

社區安寧機構之服務人員，雖接受過乙類安寧之教育訓練，但通常仍缺乏相關安寧緩和照護之實務經驗，也缺乏安寧實務專家之親身指導。

ii. 缺乏其他專業人員之參與，無法提供全方位之照護：

末期患者除生理之症狀外，心理、靈性、社會等各方面也都有其不同之需求，因此需要以團隊照護之方式提供患者不同層面之協助。除專任之醫師及護理師外，社工、心理師、治療師、宗教及靈性關懷人員等，都應是團隊組成之一份子，而這也是社區安寧所最缺乏的資源。

iii. 缺乏適合患者及照護者需求之衛教資源：

末期患者之照護過程中，家屬、照顧者或外籍看護，常會面臨缺乏照顧技巧及不知如何滿足患者需求之問題。雖然現今網路發達，可搜尋許多衛教資源，但較缺乏系統性之歸納整理，不見得適用於所有患者，且對於不同族群之照顧者（如外籍看護）而言，亦有語言理解上之問題，使得運用衛教資源之成效有限。

C. 時間及人力資源及交通路程，無法得到相對應之健保給付

居家安寧療護需花費相當時間及投入一定之人力成本，且在要求高品質之安寧居家服務時，相對於其他一般或重症居家照護，提供之服務更具困難度及複雜度，與健保支付點數相較，往往不敷成本。此外，目前乙類社區安寧，亦要求提供非上班時間之緊急電話諮詢，對基層診所有限之人力而言，更難負擔其相對時間所需付出之成本。

（三）計畫目標

1. 績效指標

績效指標	衡量標準	現況值	目標值
居家安寧服務人數	接受居家安寧服務之個案數	740 人	762 人
強化個案轉介	由醫院、長照機構轉介社區居家安寧團隊收案	—	50 案

公共與學習活動	民眾參與社區 安寧及預立醫 療照護計畫宣 導	800 人次	1000 人次
---------	---------------------------------	--------	---------

2. 工作指標

- (1). 建置花蓮安寧緩和照護社區網絡平台，連結各網絡服務提供單位，建立公部門、醫療機構及社區溝通平台。
- (2). 提升本縣整體安寧照護量能與品質，無論居住於花蓮市區或是偏鄉社區、部落的鄉親，都能獲得相同的醫療照護，減少健康不平等的差距。

(四) 執行策略及方法

1. 中央目的事業主管機關：衛生福利部

2. 主(協)辦機關：花蓮縣衛生局

3. 執行方式：

- (1). 建置花蓮安寧緩和照護社區網絡平台，連結各網絡服務提供單位，建立公部門、醫療機構及社區溝通平台。
- (2). 強化個案轉介，發掘社區潛藏安寧個案，避免因資訊不對等及資源分配不均等因素，以期鄉親獲得更好的照顧服務。

A. 發掘長照機構潛在安寧個案：

針對基層醫療機構或安養機構人員進行安寧資源培訓並設計社區安寧居家單張介紹社區院所可提供之安寧照護服務，提升機構對社區安寧轉介敏感度。

B. 出院患者轉介：

為解決社區安寧團隊收案困難之狀況，由安寧共同照護護理師對於一般病房即將出院之病患，進行初步篩選，若居住地位於合作社區安寧院所之行政區內，或有照護語言及文化之特定需求，將會徵詢病人及家屬之意願，提供社區居家安寧團隊之資訊，協助社區安寧團隊收案。

C. 針對符合健保收案安寧緩和對象，擴大提供在地化安寧服務項目：

i. 24小時線上緊急諮詢服務

本計畫建立電話諮詢服務中心，當患者或家屬遇緊急狀況需諮詢時，由值班居家護理師接聽電話，查詢雲端系統之收案資料後，給予民眾線上處理之建議。

ii. 專業團隊到宅照護及諮詢

補助醫事服務團隊深入偏鄉社區提供安寧關懷訪視、家庭諮詢服務及訪視服務交通費。

iii. 跨團隊共同照護

強化本縣社區乙類安寧單位安寧團隊專業服務力，補助本縣甲類安寧團隊共同評估照護費用，由於社區安寧機構之服務人員較缺乏相關安寧緩和照護之實務經驗，必要時補助跨團隊的安寧實務專家(專任醫師、護理師、社工、心理師、治療師、宗教及靈性關懷人員等)協同出訪，建立社區團隊之經驗及信心，提升社區安寧照護品質。

iv. 緩和醫療家庭諮詢

原健保此項目只針對住院重度末期病患及重度居家醫療階段之病人家庭，擴大提供緩和醫療諮詢服務之範圍，安寧議題適時即早的討論可使民眾有機會瞭解更多末期醫療上的選擇，透過有品質的緩和醫療家庭諮詢服務(至少兩個專業以上進行諮詢：醫師、護理師、社工師、心理師)。

v. 安寧病人及其家屬心理諮商

目前健保尚未給付諮商心理服務項目，經安寧團隊初步輔導外，適時轉介受過安寧緩和訓練之心理師提供病人及其家屬心理靈性照護資源。

D. 辦理安寧醫事人員專業教育訓練

辦理生命末期臨終照護及安寧緩和醫療相關課程，並鼓勵

基層醫療人員取得健保安寧居家療護乙類資格，了解生命末期照護，醫病關係的建立與溝通能力的重要性。

E. 社區安寧及預立醫療照護計畫宣導

i. 社區關懷據點

結合定期之社區長者健康促進活動，同時進行相關安寧觀念與預立醫療自主計畫宣導計畫。推動方式為影片及長者說故事模式，並鼓勵簽署預立安寧療護意願書。

ii. 社區基層院所與衛生所

本計畫預計結合衛生所及基層院所進行宣導，可結合衛生所及基層院所原本之醫療業務，針對看診民眾提供衛教單張、手冊，並由工作人員及志工提供諮詢及協助安寧緩和意願書之簽屬。同時亦可結合衛生所之長者健康促進活動、整合式篩檢，進行相關安寧觀念與預立醫療自主計畫宣導。

iii. 住宿型長照機構

安養機構對於住民及家屬，進行安寧及預立醫療照護計畫之介紹，同時對生命的意義與末期照顧的觀念，以影片及討論方式進行。

iv. 病友會/癌友會

以糖尿病病友、腎友會、乳癌癌友會及頭頸部癌友會為主要介入對象，因病人已經歷過重大疾病或慢性病，本身對疾病與生命的體驗與健康的民眾不同，因此介入的模式將著重於個案家屬經驗分享、相關病情介紹及影片討論等方向。

4. 主要工作項目(112年度工作重點)

(1). 增加安寧服務量能

- A. 建立安寧後援團隊
- B. 培訓安寧專業人才
- C. 擴大提供在地化安寧服務項目

(2). 強化個案轉介

- A. 發掘社區潛在安寧個案
- B. 出院患者轉介

(3). 建置以病人為中心的整合式照護

- A. 召開專家會議
- B. 辦理聯繫網絡會議

(4). 其他

- A. 社區安寧及預立醫療宣導

(五) 期程與經費需求

1. 計畫期程：112年至112年
2. 經費需求及財源

表四：經費需求及財源表

經費來源		各年度經費需求(百萬元)				109-112 合計	總計	備註
		109年	110年	111年	112年			
非 自 償	中央預算	0	0	0	0	0	0	
	地方預算	0	0	0	0.2	0.2	0.2	
	花東基金	0	0	0	1.8	1.8	1.8	
	其他	0	0	0	0	0	0	
自 償	民間投資	0	0	0	0	0	0	
	其他	0	0	0	0	0	0	
合計			0	0	2	2	2	

註：1. 各年度經費需求應包含土地款。

2. 經費來源屬其他特種基金者，於備註欄填寫基金名稱全名。

3. 計畫未來收入可挹注計畫經費的方式，包括民間投資或成立資本計畫基金統籌運用等。

4. 本表經費數額請進位至整數。

(六) 預期效益

1. 可量化效益

(1). 完成符合患者及照護者需求之衛教資源建置

(2). 強化個案轉介及社區居家患者收案：

社區安寧居家團隊收案達50例

(3). 提升居家安寧照護服務人數：

依據衛生福利部中央健康保險署資料，109年接收居家安寧服務人數為740人，預計112年度服務人數增加率達3%。

(4). 民眾社區安寧居家滿意度達85分以上者超過80%

(5). 完成不同場域社區安寧及預立醫療照護計畫宣導10場以上

(6). 參與社區安寧及預立醫療照護計畫宣導民眾1000人次以上

2. 不可量化效益

(1). 建置花蓮安寧緩和照護社區網絡平台, 連結各網絡服務提供單位, 建立公部門、醫療機構及社區溝通平台

(2). 提升本縣整體安寧照護量能與品質，無論居住於花蓮市區或是偏鄉社區、部落的鄉親，都能獲得相同的醫療照護，減少健康不平等的差距。

(3). 打造友善花蓮，看見生命品質的重要性及偏鄉病患、家屬的需要，建置安寧緩和照護社區平台，協助資源媒介、連結將安寧照護送到需要的地方，達到「在地安寧 溫心善終」目標，共同服務圓滿鄉親的最後一哩路。