

# 安寧緩和療護及病人自主年報

Hospice Palliative Care and Patient Autonomy



2024  
ANNUAL REPORT



衛生福利部  
Ministry of Health and Welfare

委託辦理



財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心

編 印

# 目錄

# CONTENTS

序言	06
前言	14

## 01 重要指標 15

<b>(一) 安寧緩和療護指標</b>	<b>19</b>
● 安寧緩和醫療意願註記量	19
● 緩和醫療家庭諮詢人數	24
● 癌症末期照護期間病人使用鴉片類 (opioid) 藥物緩解疼痛比率	25
● 安寧緩和療護服務資源	28
● 安寧緩和療護利用率	31
● 安寧緩和療護服務專業人員推估數	32
● 安寧緩和療護專業訓練醫護數	35
● 畢業後一般醫學訓練計畫 (Post Graduate Year program, PGY) 參與安寧緩和療護訓練醫師數	36
● 持續接受安寧緩和療護繼續教育訓練的人次及時數	39
● 安寧緩和療護活動辦理場次及民眾參與人次	41

## 目錄

# CONTENTS

<b>(二) 預立醫療照護諮商指標</b>	<b>43</b>
• 預立醫療決定註記量	43
• 預立醫療照護諮商 (ACP) 專責機構數	49
• 接受 ACP 專業訓練人次	52
• 專業人員持續接受病主法繼續教育訓練的人次及時數	54
• 《病人自主權利法》活動辦理場次及民眾參與人次	56
<b>(三) 努力的成果</b>	<b>60</b>
<b>(四) 參考文獻</b>	<b>62</b>

## 02 獲獎榮耀

64

<b>(一) 機構</b>	<b>65</b>
• 安寧緩和推動機構獎勵機制	66
• 預立醫療照護諮商推動績優機構獎勵機制	66
<b>(二) 個人</b>	<b>67</b>
• 碩士論文	67
• 學術論文	68

## 03 致謝

70



## 表目錄

表 1   2018~2024 年簽署安寧緩和醫療意願書-性別組	21
表 2   2018~2024 年簽署安寧緩和醫療意願書-年齡組	22
表 3   2020~2024 年各縣市安寧緩和醫療意願註記筆數	23
表 4   緩和醫療家庭諮詢費支付標準	24
表 5   2021~2024 年申報緩和醫療家庭諮詢費人數	25
表 6   2021~2023 年癌症末期照護期間給予 opioid 藥物緩解疼痛的比率	27
表 7   2021、2024 年依機構類型區分全國安寧緩和療護服務資源	29
表 8   2024 年安寧居家照護、社區安寧照護之家數	29
表 9   各縣市每十萬人口數其安寧病床數	30
表 10   2021~2023 年死亡前一年安寧緩和療護利用率	32
表 11   2024 年依醫療機構層級其每家各職類安寧緩和療護服務人數	34
表 12   2024 年以平均數或中位數推估國內各職類安寧緩和療護實際服務人數	34
表 13   2021~2024 年安寧緩和醫學專科醫師、護理師甄審人數統計	37
表 14   2021~2024 年接受畢業後一般醫學訓練計畫安寧緩和療護完訓人數	38
表 15   2021~2024 年專業人員持續接受安寧繼續教育訓練人次及時數	40
表 16   2022~2024 年推廣安寧緩和療護場次與人次	43
表 17   2019~2024 年簽署預立醫療決定書-性別組	46
表 18   2019~2024 年簽署預立醫療決定書-年齡組	47
表 19   2020~2024 年各縣市預立醫療決定註記筆數	48
表 20   2021~2024 年提供預立醫療照護諮商服務機構類型	50
表 21   2021~2024 年各縣市設置預立醫療照護諮商機構量	51
表 22   預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知	52
表 23   2019~2024 年各職類參與 ACP 4-6-11 小時基礎課程訓練人次	53
表 24   2021~2024 年專業人員接受 ACP 繼續教育訓練人次及時數	55
表 25   2022~2024 年推廣《病人自主權利法》相關活動之場次與民眾參與人次	59
表 26   依醫院規模連續 3 年獲得安寧緩和推動績優獎勵機制之機構	66
表 27   依醫院規模連續 3 年獲得預立醫療照護諮商推動績優獎勵機制之機構	67
表 28   2024 年度善終三法推動徵文活動-碩士論文優秀獎	68
表 29   2024 年度善終三法推動徵文活動-學術論文	69

# 目錄

# CONTENTS

## 圖目錄

圖 1   2018~2024 年簽署安寧緩和醫療意願之趨勢	20
圖 2   2018~2024 年簽署安寧緩和醫療意願書-性別組	21
圖 3   2018~2024 年簽署安寧緩和醫療意願書-年齡組	22
圖 4   2021~2023 年癌症末期照護期間給予 opioid 藥物緩解疼痛的比率-性別組	26
圖 5   2021~2023 年癌症末期照護期間給予 opioid 藥物緩解疼痛的比率-年齡組	27
圖 6   二年期醫師 PGY 訓練課程架構	37
圖 7   2021~2024 年接受畢業後一般醫學訓練計畫安寧緩和療護訓練人數	38
圖 8   2021~2024 年專業人員接受安寧繼續教育訓練人次及時數	40
圖 9   2024 第 11 屆公益路跑	41
圖 10   推廣善終三法之生命教育繪本	42
圖 11   餘暉 Afterglow 微電影	42
圖 12   2019~2024 年簽署預立醫療決定書之趨勢	45
圖 13   2019~2024 年簽署預立醫療決定書-性別組	46
圖 14   2019~2024 年簽署預立醫療決定書-年齡組	47
圖 15   2021~2024 年各醫療機構類型提供預立醫療照護諮商服務	50
圖 16   2024 年提供預立醫療照護諮商服務機構類型	51
圖 17   2019~2024 年各職類參與 ACP 4-6-11 小時基礎課程訓練人次	54
圖 18   2021~2024 年專業人員接受 ACP 繼續教育訓練人次及時數	56
圖 19   「為我的醫療旅程設定航線」病人自主宣導響應系列活動	57
圖 20   花蓮、台東響應「為我的醫療旅程設定航線」病人自主宣導	57
圖 21   2024 年衛生福利部製播《遇見，預見》Podcast 節目表	58
圖 22   2021~2023 年依規模其參與安寧緩和推動機構獎勵機制之機構量	65
圖 23   2022~2024 年依規模其參與預立醫療照護諮商推動績優獎勵機制之機構量	65

# 凡例

- 一、本年報編印之目的，為蒐集國內安寧緩和療護及病人自主權利之基本概況及重要成果，並肯定國內醫療機構推動安寧緩和療護、病人自主之努力，以供參考。
- 二、本年報為創刊號，其資料來源乃結合我國醫療使用或健康資料庫，為期資料之完整，並向國內學、協、公會等惠予協助提供相關數據。
- 三、部分指標（如：安寧緩和療護服務專業人員推估數、活動辦理場次及民眾參與人次）並未涵蓋全國所有機構，故不具全國整體代表性。各項指標所包括之數據範圍，均於該項內容或各表下方加註說明。
- 四、部分指標數據受疫情影響，其相關趨勢分布不完全反映當時政策變化，資料僅供參考。
- 五、本年報所稱之「年度」係指整年度期間，即自當年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。
- 六、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數數值間可能出現輕微差異。
- 七、本年報所用符號代表意義如下：
  - 「—」代表無數值。
  - 「0」代表有數值而不及半單位。

## 衛生福利部 部長



臺灣於民國89年（2000年）施行《安寧緩和醫療條例》，為亞洲第一部以尊重末期病人醫療意願及保障其權益的法律，截至2025年止，我國安寧緩和療護法制化已四分之一世紀，也幫助無數的病人在生命末期時，能在家人支持下，透過緩和醫療的幫助，以最舒服的姿態向家人道別。在安寧緩和療護的基礎下，我國也在民國105年（2016年）通過病人自主權利法，並在108年（2019年）正式施行，是亞洲第一部保障病人自主權利的專法，也是讓臺灣病人的尊嚴善終權利又向前邁進一大步。

2025年西班牙那瓦拉大學的ATLANTES全球安寧緩和醫療觀察站所發佈的《全球安寧緩和醫療地圖》中揭示，從社區賦權、醫療政策、科研、教育、基本藥物使用，以及成人與兒童的安寧療護提供情況等六個面向14項指標，評估全世界各國的安寧緩和醫療發展情況，臺灣評分高居世界第三，僅次德國及荷蘭，在亞洲地區則排行第一，這也是在2015年（世界第六，亞洲第一）、2021年（世界第三，亞洲第一）後，再次獲得國際肯定，顯見我國在推動安寧緩和療護投入的心力有目共睹，並讓國際看見卓越的成果。

衛生福利部感謝過去致力於提供優質安寧緩和療護醫界先進，因為有他們的努力，讓臺灣的安寧緩和療護持續獲得世界的關注及肯定；但我們仍須在過

去的豐碩的成果上，持續努力精進，優化安寧緩和療護的品質，提供給國人更完善的安寧緩和照護環境；在財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心及各界努力下，我們在參考國際常用的監測指標後，以健保申報、預立意願系統及醫事人員養成與繼續教育的資料，出版臺灣安寧緩和療護及病人自主年報，揭露我國在安寧緩和療護及病人自主權利的成果，也做為未來與國際接軌的參考依據，讓臺灣的安寧緩和療護及病人自主權利不只是亞洲之最，更要繼續往世界卓越邁進。

最後，特別感謝台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、中華民國醫務社會工作協會、台北市社會工作師公會，以及諸多專家的協助，共同完成本年報的出版，未來我們將持續加強宣導安寧緩和醫療、病人自主權利觀念，優先普及安寧緩和療護及病人自主概念，鼓勵民眾事先表達對維持生命治療和接受醫療照護的價值觀與偏好，並與各專科、學會、醫療機構或各團隊等合作，強化人員專業能力，提升安寧緩和療護與預立醫療照護諮商品質，冀望能與醫界、民眾共同合作，保障善終權益。

衛生福利部 部長

石崇良

謹識

## 衛生福利部 司長



善終價值的建構是全社會一起學習的歷程，這不是只推一個制度，而是在推動一種對生命的理解方式。自 2000 年安寧緩和醫療立法以來，至今已邁入二十五年，在這段期間，台灣的安寧緩和療護從全球排名 14 躍升為全球第 3，展現出政策推動的成果，也顯示了社會態度的轉變。回顧這段歷程，安寧緩和療護從最初少數醫療院所的嘗試，逐步拓展為全國醫療體系中不可或缺的一環，並在社會的理解與支持下，發展出居家安寧、社區照護等多元模式。這一路走來，不僅見證了醫療專業的努力，也反應出社會對於「善終」價值的逐漸凝聚。

在政策面，《安寧緩和醫療條例》的制定是重要里程碑，它奠定了病人在生命末期能夠減輕痛苦、保有尊嚴的基礎。隨後，《病人自主權利法》的上路，更是我國推動醫療人權的重要進展。這部法律不僅保障了病人能預先表達醫療意願，也提醒我們，醫療的核心不只是延續生命的長度，更在於回應生命的品質。衛福部於 2020 年將預立意願（善終）三法《人體器官移植條例》、《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》等相關業務整合至「財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心」，希望善終政策的推動能融入更多元化的媒介。這三個法規有著相同的理念：「面對死亡，我們都有權選擇怎麼走、如何留。」但政策推動的難處，正是制度在社會中逐步「落根」的過程，希望在社

會大眾心理慢慢種下觀念：生命的選擇，可以提早準備。

二十多年來，我們看見醫療機構、照護團隊、志工與病人家屬攜手努力，將「減輕痛苦、陪伴關懷、圓滿善終」的理念落實在日常醫療中，許多病人在最後一程中，得以在更安適的環境裡，獲得尊嚴與關愛，這些都是大家共同付出的成果。對醫療專業人員而言，安寧緩和療護不再僅僅是「醫治無效」後的選項，而是貫穿疾病歷程、以人為本的重要照護模式。目前政策積極落實在醫療機構跨域合作的面向，串連社區、長照與公共衛生系統，形成完整的照護網絡；更重要的，希望讓每位醫療人員都能具備安寧緩和療護的基本素養，將同理、尊重與陪伴融入日常診療，進而全面提升善終品質。

「持續開放性的對話，讓生死議題像呼吸一樣自然」，這不僅是以病人為中心的展現，也是台灣社會成熟與包容的象徵。這次榮耀專刊收錄了共 19 篇醫療機構與個人學術專業的推動與成果，感謝所有投入其中的醫療人員與團隊，也因為有你們的努力，讓每個人在生命最後的階段，都能安心、尊嚴，並在更高品質的善終照護中，帶著圓滿與愛走向人生的終點。

衛生福利部醫事司 司長



## 財團法人器官捐贈移植登錄 及病人自主推廣中心

### 董事長



在本創刊號中，我們懷著感恩與慎重的心情，與大家一同回顧與展望安寧緩和及病人自主推動的歷程。這不僅是一份年報，更是一份凝聚眾人心力的記錄，見證我們如何在面對生命課題時，逐步建立起更多理解、尊重與支持。

自《安寧緩和醫療條例》頒布以來，我國已邁入二十餘年的努力。這段歷程讓我們意識到，安寧緩和療護並非只是醫療的一環，而是一種價值選擇——它承載著對「生命質量」的重視，以及對「病人自主」的深刻尊重。在生命走向終點的時刻，選擇不僅止於延續時間，更重要的是保障每個人能以尊嚴、安適與平靜的方式走完最後的旅程。

《病人自主權利法》的施行，則是我國醫療人權的重要里程碑。它讓「自主」不再僅停留於理念，而是透過法律制度落實於實務，賦予意願人清楚表達生前意願的權利。這樣的制度設計，讓醫療團隊在專業照護中同時成為病人價值觀的守護者，也使家屬在面臨艱難抉擇時獲得依循，不再孤單承受壓力。

然而，制度與法律只是起點，真正的關鍵在於社會整體的理解與參與。推廣病人自主與安寧緩和療護，必須透過教育、對話與陪伴，逐步讓更多人意識到：談論「善終」並不是禁忌，而是一種對生命的深切珍惜。當人們能夠

提早規劃，並勇於與家人、醫療團隊討論，便能將不確定與遺憾減到最低，將平安與尊嚴帶給自己與摯愛。

在推動過程中，我們觀察到兩項重要趨勢：其一，愈來愈多專業人員投入病人自主推廣，協助病人提早完成意願書簽署與價值澄清；其二，社會對「預立醫療決定」的接受度逐年提升，顯示民眾逐漸理解，正視生命終點是一種成熟與智慧的表現。這些改變，證明政策與教育已逐步形塑社會氛圍。

本刊的出版，不僅是紀錄過去，更是向未來的承諾。透過呈現數據、故事與經驗，我們希望讓社會看見安寧緩和療護與病人自主制度的力量。願這份年報成為社會大眾理解議題的重要窗口，也成為專業人員交流與砥礪的平台。

最後，謹以最誠摯的心，向每一位推動安寧緩和療護與病人自主的夥伴致敬。你們的努力，讓更多人得以安心規劃人生最後的篇章，讓生命的終點，不再只是告別，而是一段充滿尊嚴、理解與愛的旅程。

財團法人器官捐贈移植登錄及  
病人自主推廣中心

董事長

李明哲

## 財團法人器官捐贈移植登錄 及病人自主推廣中心

### 執行長



隨著醫療科技迅速進展，我們延長了生命的時間軸，但也使人生最後的旅程面臨更多複雜決策。

身為重症醫師與長期投入病主與安寧領域的工作者，我深切感受到：「好好道別」從來不是必然，而是需要專業陪伴、家屬理解與社會文化共同支撐的結果。安寧緩和療護與病人自主的核心精神，正是希望在人生最脆弱的時刻仍能保有尊嚴與選擇。

2024年，適逢《安寧緩和醫療條例》立法25週年，以及《病人自主權利法》施行6週年。我國在制度發展、跨領域培訓與公民意識提升的推動下，社會對生死議題的態度逐漸從迴避轉向理解；愈來愈多民眾願意在健康時預做準備，主動思考「我希望如何走完人生最後一段路」。截至目前，已有超過九萬三千位國人完成預立醫療決定，這不只是政策落實的象徵，更代表台灣社會價值的深刻轉變。

與此同時，安寧照護正從醫院延伸至居家與社區，使病人在熟悉的環境中獲得支持。生命教育也以更多元形式進入大眾生活——從講座、影音到繪本、劇場與社區行動，讓「善終」不再只是專業詞彙，而是每個家庭都能理解的共同語言。這些努力凝聚了醫療、社福、教育、文化與志工夥伴的心力，在此向所有付出的團隊表達深深的感謝。

作為病主與生命教育推動的一員，我也觀察到另一股重要的社會趨勢正在形成：大愛捐贈作為生命延續的理念，正慢慢走向更成熟的社會理解。

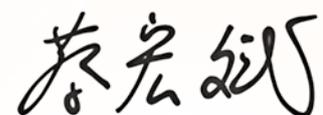
在病主諮商中，愈來愈多人願意探討「生命是否能以不同形式延續」，這是一種柔軟卻堅定的善念。未來，隨著異種器官移植（Xenotransplantation）等新興醫療逐步發展，生命倫理、醫療選擇與自主價值也將面臨更多交會點。這些議題提醒我們，善終與善生並非對立，而是生命旅程中相互支撐的兩面。

展望未來，我們期盼病人自主與安寧療護持續深化成為社會共同價值：政府持續完善制度、醫療機構提升量能、教育場域建立生命素養，而社會大眾能更自然地談論生命的厚度與深度。唯有如此，善生、善別、善終才能成為每一位國民都能享有的基本權利。

「我們不能決定生命的長度，但能決定生命的厚度。」願本年報成為社會理解現況、前瞻未來的重要橋樑，也願更多人加入生命自主的推動行列，共同為台灣的醫療文化開展更溫暖、更具人本關懷的新篇章。

財團法人器官捐贈移植登錄及  
病人自主推廣中心

執行長



## 前言

為瞭解我國安寧緩和療護及病人自主權利發展現況或趨勢，本年報指標的擬定參考了國內外具代表性的重要文件及研究成果。首先，參照國家衛生研究院於2019年出版《台灣安寧緩和療護政策白皮書》所提出的三大願景：

1. 尊重個人獨特性與價值觀，所有人皆有機會善生與善終；
2. 提供整合性的五全療護，讓舒適與照護品質最佳化；
3. 確保安寧緩和療護團隊具備專業知識、態度與技能，實踐跨團隊的協調合作。

同時，亦參考新加坡連氏基金會（Lien Foundation）於2015年及2021年每五年所發布的全球死亡品質指標評比（Quality of Death Index）、世界衛生組織（World Health Organization）於2021年公布全球安寧緩和療護發展評估的相關文件、經濟合作發展組織於2023年出版生命末期最佳照護時刻（Organisation for Economic Co-operation and Development: Time for Better Care at the End of Life）等報告。

本報告將安寧緩和療護及預立醫療照護諮商的評估區分四大構面，分別為：照護品質、服務可近性、人力資源及社區參與。資料來源主要結合我國健保資料庫及醫療使用數據，為確保資料完整性，亦獲得國內相關學會、協會與公會之協助與提供，故未額外進行其他問卷調查。

在量性指標方面，提供安寧緩和療護共10項、預立醫療照護諮商共5項，作為初步具體且可衡量的數據，有助於理解並分析安寧緩和療護、預立醫療照護諮商在公私部門齊力推動下的整體發展概況與實施樣貌。

然而，量化數據的真正價值，在於其所揭示的深層脈絡與趨勢。在台灣時空背景下，這些數字更承載著無數默默耕耘者在此領域中努力推動的動人生命故事。因此，《榮耀專刊》特別收錄連續三年獲得衛生福利部「安寧緩和推廣機構獎勵機制」或「預立醫療照護諮商推廣機構獎勵機制」之績優機構共17家，並登載2024年度獲得碩博士論文或學術論文之優秀作品內容，以展現我國安寧緩和療護及病人自主推動的實質成果與人文價值。

# 01 重要指標

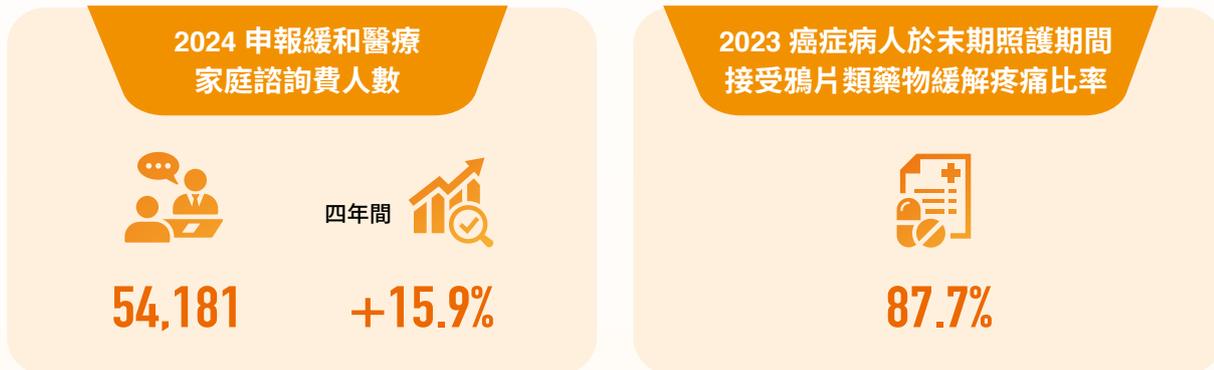
- (一) 安寧緩和療護指標
- (二) 預立醫療照護諮商指標
- (三) 努力的成果
- (四) 參考文獻



# 成果一覽表

## (一) 安寧緩和療護

### 1 照護品質



### 2 服務可近性



安寧住院床位



871

每 10 萬人口約有 4 張病床，這相當於加拿大每 10 萬人口安寧緩和療護病床數

2023 死亡前一年安寧利用率



30.9%

我國安寧緩和療護利用率與美國(30.3%)平均水準相當。

3 人力資源

2024 安寧緩和專科

醫師



926

護理師



564

2024 PGY2 安寧緩和療護完訓人數



1,334

2024 接受安寧緩和療護繼續教育訓練

醫師



護理師



社工師



心理師



	醫師	護理師	社工師	心理師
總人次	11,452	117,558	2,591	1,796
總時數	10,072	143,284	23,907	2,406

4 社區參與

2024 辦理安寧緩和療護民眾推廣



1,981 場



269,586 人次

## 5 努力的成果

### 簽署安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書 vs. 預立醫療決定書

項目	安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書	預立醫療決定書																
1. 簽署率占 18 歲以上人口	5.2%	0.5%																
2. 性別組	女性 (57.2~62.1%)	女性 (63.5~67.1%)																
3. 年齡組	<table border="1"> <tr><th>年齡組</th><th>簽署率 (%)</th></tr> <tr><td>60-69歲</td><td>25.8</td></tr> <tr><td>50-59歲</td><td>21.2</td></tr> <tr><td>70-79歲</td><td>17.8</td></tr> </table>	年齡組	簽署率 (%)	60-69歲	25.8	50-59歲	21.2	70-79歲	17.8	<table border="1"> <tr><th>年齡組</th><th>簽署率 (%)</th></tr> <tr><td>60-69歲</td><td>28.8</td></tr> <tr><td>50-59歲</td><td>22.2</td></tr> <tr><td>70-79歲</td><td>17.9</td></tr> </table>	年齡組	簽署率 (%)	60-69歲	28.8	50-59歲	22.2	70-79歲	17.9
年齡組	簽署率 (%)																	
60-69歲	25.8																	
50-59歲	21.2																	
70-79歲	17.8																	
年齡組	簽署率 (%)																	
60-69歲	28.8																	
50-59歲	22.2																	
70-79歲	17.9																	

## (二) 病人自主

### 2024 設立預立醫療照護 諮商服務機構



279 家

醫院 59.5%  
診所 26.9%  
衛生所 13.3%

### 2024 辦理病人自主 民眾推廣



2,048 場



233,366 人次

### 2024 接受病人自主法 繼續教育訓練

醫師 護理師 社工師 心理師



總人次	5,090	51,416	732	1,760
總時數	6,451	58,484	4,203	2,131

### 2024 ACP 4-6-11 小時 基礎課程專業訓練

醫師 護理人員 社工人員 心理師



572 2,215 265 133 人次

## （一）安寧緩和療護指標

### 照護品質

係衡量簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書、接受緩和醫療家庭諮詢人數及癌症末期病人使用鴉片類（opioid）藥品的可近性。

#### 1 安寧緩和醫療意願註記量

##### （1）指標定義及說明

定義：民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」完成健保卡註記人數

為尊重末期病人之醫療意願及保障其善終權益，我國於2000年公布施行「安寧緩和醫療條例」，條文中明訂：（1）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；（2）成年且具行為能力之人，得預立意願書。

健康識能（health literacy）係指決定個人獲取、理解和運用資訊，以促進並保持良好健康的動機和能力之認知和社會技能。而健康識能的延伸—「死亡識能（death literacy）」所代表獲取、理解及使用末期照護相關資訊時的知識和能力。提升死亡識能，有助於民眾、病人甚至家屬主動瞭解與掌握生命末期照護與死亡議題之相關知識，在醫療人員的協助下，不僅可學習照護技巧，亦能

提升面對醫療抉擇的能力，從而將死亡視為生命的一部分，及早做好安寧緩和療護規劃與生命安排。

為提升民眾便利性，衛生福利部於2024年優化「預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統」之線上功能，民眾可透過網路完成「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」及「器官捐贈同意書」之簽署或撤回，無須使用傳統讀卡機，只需輸入健保卡卡號進行身分驗證。簽署或撤銷作業完成後，約7至14個工作天內，健保卡將完成相關註記或註銷。透過該系統與政策的推動，可有效掌握民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」並完成健保卡註記之情況。

本項藉由國家安寧緩和療護相關政策的實施，以瞭解民眾簽署情況。民眾完成註記人數愈多，代表選擇安寧末期照護的意願愈高，亦顯示我國民眾對生命終點的理解與規劃日益成熟。

##### （2）現況分析

《安寧緩和醫療條例》自2000年施行以來，簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（簡稱安寧緩和意願）累計簽署筆數截至2024年底已逾103萬（1,031,936），占18歲以上人口數（20,057,835）約5.2%。

擷取2018至2024年區間，以2018年達到高峰，共有107,480筆（占總累計筆數約20.4%），其後呈現下降趨勢，2020年後簽署筆數持續下滑，這可能與

疫情期間安寧醫療量能受限有關。2023年降至最低點（55,189筆），惟2024年反彈回升至87,835筆，簽署筆數逐步回升（圖1）。

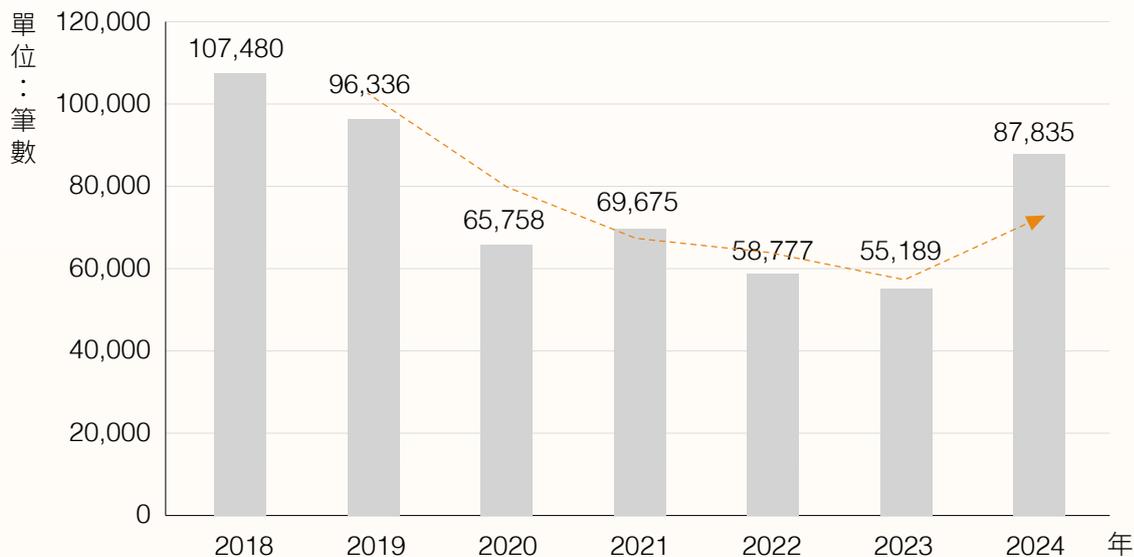


圖1 | 2018～2024年簽署安寧緩和醫療意願之趨勢

- 註：1. 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」，統計時間截至2025年3月。  
 2. 統計筆數以簽署填寫日期為基準，未填寫日期者則視為遺漏值。本報告所稱「筆數」係依簽署資料計算，簽署筆數等同於簽署人數。  
 3. 本年報所呈現數據與系統公告略有差異，主要係因資料擷取時間點不同，或因民眾簽署、撤回等因素致數據浮動。

依性別來看，女性長期佔多數，比例約六成。男性比例曾由2018年37.9%上升至2022年42.8%，但2024年又回降至38.5%（表1、圖2）。

在年齡分布上（表2、圖3），簽署者多集中於40歲以上族群，其中以60-69歲比例最高，其次為70-79歲，且呈逐年遞增趨勢。2024年合計60歲以上占比達57.8%，

顯示高齡族群對臨終醫療自主規劃的意識較為明確。50-79歲為最具行動力的核心簽署族群（2024年計65.9%），但近年50-59歲中壯年族群占比略有下降。而39歲以下的年輕族群（2024年計10.1%），簽署比例始終偏低，反映該族群可能尚未思考臨終醫療照護相關議題。

表 1 | 2018 ~ 2024 年簽署安寧緩和醫療意願書—性別組

年度	男		女		小計 筆數
	筆數	百分比	筆數	百分比	
2018 年	40,736	37.9	66,744	62.1	107,480
2019 年	37,538	39.0	58,798	61.0	96,336
2020 年	26,755	40.7	39,003	59.3	65,758
2021 年	29,129	41.8	40,546	58.2	69,675
2022 年	25,184	42.8	33,593	57.2	58,777
2023 年	21,864	39.6	33,325	60.4	55,189
2024 年	33,802	38.5	54,033	61.5	87,835

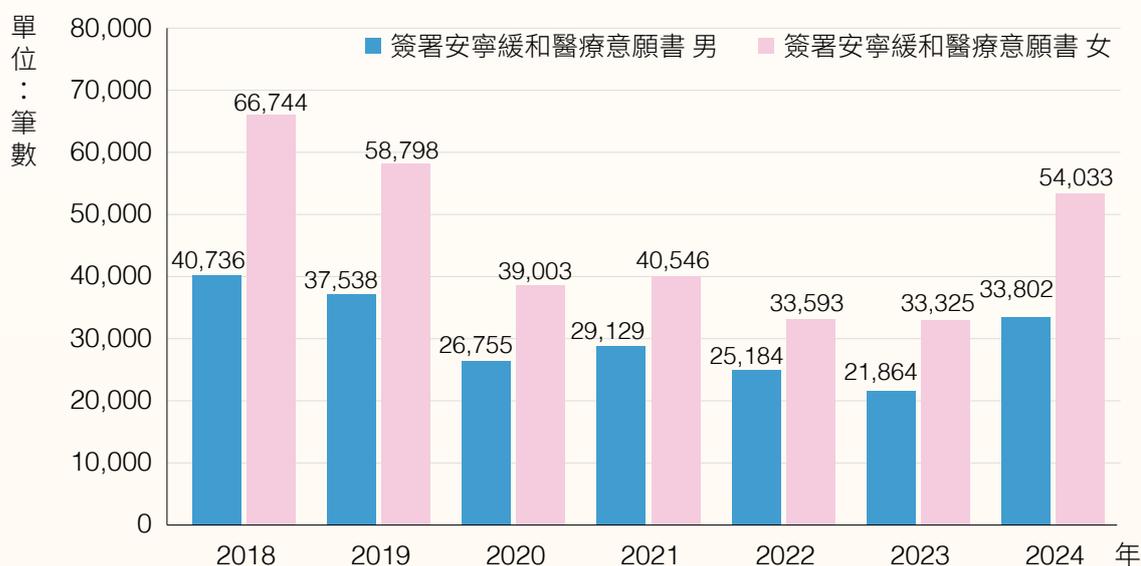


圖 2 | 2018 ~ 2024 年簽署安寧緩和醫療意願書—性別組

表 2 | 2018 ~ 2024 年簽署安寧緩和醫療意願書一年齡組

填寫年度	00-19 歲		20-29 歲		30-39 歲		40-49 歲		50-59 歲		60-69 歲		70-79 歲		80 歲以上		不詳		總計筆數
	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	
2018 年	149	0.1	3,948	3.7	8,377	7.8	15,443	14.4	24,533	22.8	27,049	25.2	16,380	15.2	11,531	10.7	70	0.1	107,480
2019 年	102	0.1	3,242	3.4	6,612	6.9	12,853	13.3	21,408	22.2	24,999	25.9	15,847	16.4	11,210	11.6	63	0.1	96,336
2020 年	63	0.1	2,088	3.2	4,076	6.2	8,148	12.4	14,223	21.6	17,153	26.1	11,265	17.1	8,726	13.3	16	0.0	65,758
2021 年	70	0.1	2,436	3.5	4,262	6.1	8,859	12.7	14,293	20.5	17,999	25.8	12,531	18.0	9,212	13.2	13	0.0	69,675
2022 年	44	0.1	1,778	3.0	3,257	5.5	6,963	11.8	11,943	20.3	15,165	25.8	11,272	19.2	8,353	14.2	2	0.0	58,777
2023 年	85	0.2	1,847	3.3	3,102	5.6	6,595	11.9	10,894	19.7	14,304	25.9	11,083	20.1	7,279	13.2	0	-	55,189
2024 年	128	0.1	3,118	3.5	5,586	6.4	10,907	12.4	17,314	19.7	22,805	26.0	17,725	20.2	10,251	11.7	1	0.0	87,835

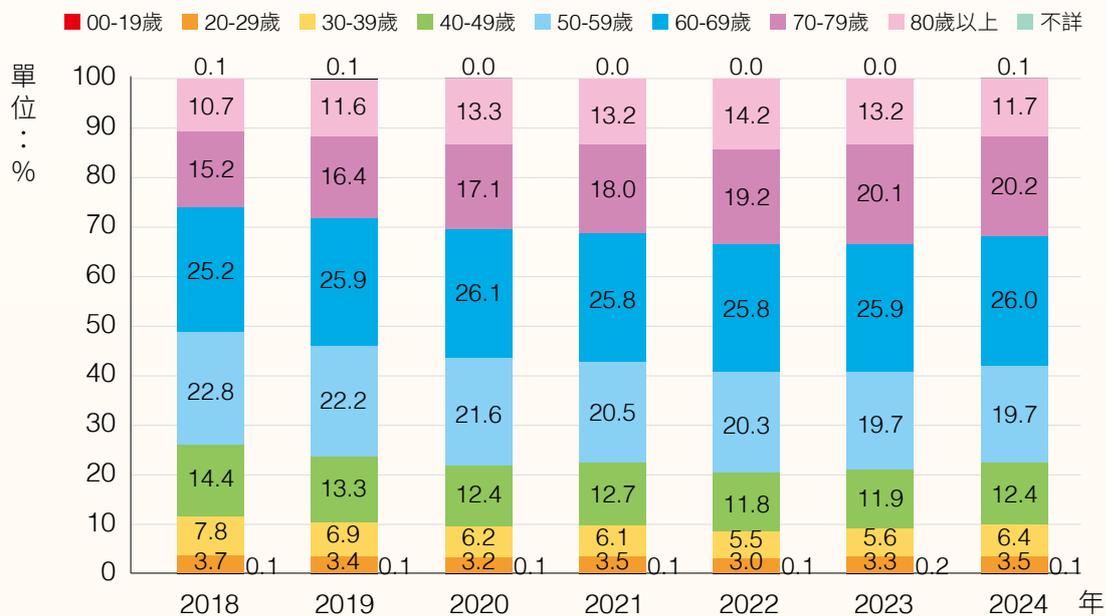


圖 3 | 2018 ~ 2024 年簽署安寧緩和醫療意願書一年齡組

再依各縣市分布觀察（表3），近五年來，「安寧緩和醫療意願」的簽署者皆高度集中在六都，約占全國七成以上，顯示大都會區因醫療資源密集，推動與落實成效較佳。「安寧緩和醫療意願」註記筆數占率較高者依序為：「新北市」（20.1%）、「臺北市」（12.3%）、「高雄市」（12.1%）、「臺中市」（11.2%）、「臺南市」（7.8%）。

從縣市分布觀察，新北市（20.1%）長期居冠，顯示其具有人口基數優勢及政策推動量能；另外，2024年簽署量比上一年度成長率，臺中市僅次於新北市。相對而言，離島地區的簽署率偏低，顯示宣導與資源投入仍有強化空間。

表 3 | 2020 ~ 2024 年各縣市安寧緩和醫療意願註記筆數

安寧 簽署者 居住縣市 代碼	2020 年		2021 年		2022 年		2023 年		2024 年		近 5 年總計	
	筆數	比例	筆數	比例								
A 臺北市	8,206	12.5	8,449	12.1	7,176	12.2	7,802	14.1	9,912	11.3	41,545	12.3
B 臺中市	7,684	11.7	8,363	12.0	6,544	11.1	5,418	9.8	9,873	11.2	37,882	11.2
C 基隆市	1,167	1.8	1,062	1.5	872	1.5	866	1.6	1,595	1.8	5,562	1.6
D 臺南市	5,017	7.6	5,932	8.5	4,822	8.2	3,997	7.2	6,388	7.3	26,156	7.8
E 高雄市	7,929	12.1	8,958	12.9	7,879	13.4	6,192	11.2	9,711	11.1	40,669	12.1
F 新北市	12,867	19.6	12,676	18.2	11,074	18.8	12,486	22.6	18,742	21.3	67,845	20.1
G 宜蘭縣	1,526	2.3	1,454	2.1	1,372	2.3	1,168	2.1	1,846	2.1	7,366	2.2
H 桃園市	5,033	7.7	4,911	7.0	4,519	7.7	4,908	8.9	7,682	8.7	27,053	8.0
I 嘉義市	820	1.2	1,019	1.5	807	1.4	608	1.1	1,149	1.3	4,403	1.3
J 新竹縣	1,464	2.2	1,352	1.9	968	1.6	1,031	1.9	2,054	2.3	6,869	2.0
K 苗栗縣	1,368	2.1	1,385	2.0	1,124	1.9	873	1.6	1,561	1.8	6,311	1.9
M 南投縣	1,658	2.5	1,868	2.7	1,590	2.7	1,327	2.4	2,159	2.5	8,602	2.6
N 彰化縣	3,004	4.6	3,314	4.8	2,769	4.7	2,298	4.2	3,730	4.2	15,115	4.5
O 新竹市	1,175	1.8	1,095	1.6	1,130	1.9	993	1.8	1,719	2.0	6,112	1.8
P 雲林縣	1,230	1.9	1,634	2.3	1,262	2.1	1,225	2.2	2,615	3.0	7,966	2.4
Q 嘉義縣	1,463	2.2	1,976	2.8	1,442	2.5	1,023	1.9	1,745	2.0	7,649	2.3
T 屏東縣	1,991	3.0	2,213	3.2	1,911	3.3	1,414	2.6	2,711	3.1	10,240	3.0
U 花蓮縣	979	1.5	891	1.3	739	1.3	678	1.2	1,105	1.3	4,392	1.3
V 臺東縣	840	1.3	763	1.1	602	1.0	686	1.2	1,169	1.3	4,060	1.2
W 金門縣	70	0.1	69	0.1	47	0.1	53	0.1	88	0.1	327	0.1
X 澎湖縣	153	0.2	262	0.4	122	0.2	142	0.3	272	0.3	951	0.3
Z 連江縣	7	0.0	4	0.0	4	0.0	1	0.0	9	0.0	25	0.0
女 不詳	107	0.2	25	0.0	2	0.0	-	0.0	-	0.0	134	0.0
總計	65,758	100.0	69,675	100.0	58,777	100.0	55,189	100.0	87,835	100.0	337,234	100.0

## 2 緩和醫療家庭諮詢人數

### (1) 指標定義及說明

定義：申報緩和醫療家庭諮詢費之人數

衛生福利部中央健康保險署（簡稱健保署）自2012年新增「緩和醫療家庭諮詢費」項目，鼓勵醫師為末期住院病人召開家庭會議，提供病人及其家屬完整的安寧緩和醫療諮詢服務，解答其疑問與擔憂，以協助擬定最適合的末期醫療照護計畫。透過病人與家屬間坦誠的溝通，不論最終選擇是何種醫療決策，最重要的是尊重病人的意願與尊嚴，讓彼此在生命的最後階段不留遺憾。

2015年起，考量醫療照護團隊較難於一次的家庭會議中完成所有討論，健保署進一步調整申報規定：將由原每人每院限申報1次，放寬為最多2次；另適應症除原本限於住院之重症末期病患，亦擴大納入急診末期病人，提升緩和醫療諮詢服務的可近性與涵蓋範圍（表4）。本項申報愈高代表召開緩和醫療家庭諮詢會議次數愈多，亦反映醫療人員投入安寧緩和療護服務，讓更多病人及家屬得以瞭解末期醫療的多元選擇，進一步提升安寧病人之照護品質與生命尊嚴。

表 4 | 緩和醫療家庭諮詢費支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02020B	<p>緩和醫療家庭諮詢費</p> <p>註：</p> <p>1. 適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。</p> <p>2. 相關規範：</p> <p>(1) 諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。</p> <p>(2) 諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。</p> <p>(3) 諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。</p> <p>(4) 申報規定：</p> <p>A. 另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。</p> <p>B. 每人每院限申報二次。</p>		V	V	V	2,250

資料來源：衛生福利部中央健康保險署網站（更新日期 2025 年 1 月 6 日）。<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5428-476b3-2891-1.html>

## (2) 現況分析

由近年資料觀察，緩和醫療家庭諮詢費之申報人數呈逐年上升趨勢，自2021年46,732人、2022年48,291人、2023年53,918人，至2024年達54,181人，而2024年相較2021年增加7,449人，四年間增幅達15.9%（表5）。此一趨勢不僅反映出愈來愈多病人及家屬開始主動尋求安寧緩和療護服務，也顯示醫療機構對於緩和醫療之重視程度逐步提升，積極辦理家庭諮詢服務並進行費用申報。

**表 5 | 2021 ~ 2024 年申報緩和醫療家庭諮詢費人數**

年度	申報 02020B 「緩和醫療家庭諮詢費」人數
2021	46,732
2022	48,291
2023	53,918
2024	54,181

資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供。

## 3 癌症末期照護期間病人使用鴉片類 (opioid) 藥物緩解疼痛比率

### (1) 指標定義及說明

分子：於癌症末期照護期間（死亡前6個月）使用鴉片類藥物緩解疼痛的病人數

分母：所有癌症死亡人數

疼痛是末期病人最常見且影響生活品質的重要症狀之一。研究顯示，高達75%的末期癌症病人經歷疼痛症狀（

Royal College of Anaesthetists, n.d），其中約25%的安寧緩和療護病人在末期時出現「嚴重疼痛」，且在生命的最後4個月內有高達60%的病人仍受疼痛所苦（Palliative Care Australia, 2019）。因此，鴉片類藥物緩解疼痛的比率被國際公認為安寧緩和療護關鍵指標，用於衡量末期病人疼痛管理的可近性與適切性，並反映各國在提升末期生活品質上的努力。

一項針對1994年至2013年間發表的46篇文獻進行系統性回顧，採用疼痛管理指數（Pain Management Index, PMI）評估治療適當性（adequacy），發現藥物治療的品質雖有所提升，但未獲得足夠止痛的癌症病人比例由43.4%降至31.8%；換言之，仍約有1/3的病人未獲充分止痛（Greco MT, Roberto A, Corli O, et al., 2014）。英國於2005年12月至2012年2月針對4,610位癌症病人於生命最後一年的96,810張鴉片類處方中，非鴉片類藥物（non opioids）有31.5%、弱效性鴉片類藥物占25.2%、強效性鴉片類藥物占43.3%；有48%病人至少收到一張強效性鴉片類處方（Ziegler, LE, Mulvey, M, et al., 2016:p.6）。法國於2014~2016年針對4,704名門診的癌症病人（平均年齡76歲，42.7%為女性）中，63.8%在生命最後一年至少被開立一張弱效性的或強效性鴉片類處方（Manuela Rueter, Bérange Baricault, et al., 2022）。澳洲衛生部分

析 2022~2023 年 454,000 人，共開立了 130 萬張安寧緩和療護處方，相當於平均每人 2.9 張處方箋，其中 78% 為緩解疼痛用藥（Australian Institute of Health and Welfare, 2024/10/30）。

我國隨著成癮性麻醉藥品可由末期病人攜回家中使用日益普遍，食品藥物管理署訂定《末期病人居家治療使用成癮性麻醉藥品管理注意事項》，在「有效止痛」與「嚴格管制」之間取得平衡，防杜誤用、濫用及流用。國內分析 2008 年至 2011 年健保資料庫，在 162,679 名因癌症死亡門診之癌症病人資料中，男性（63.6%）多於女性（36.4%），且近半數（49.3%）患者年齡  $\geq 70$  歲，有超過 1/3（35.4%）的患者在死亡前 12 個月內使用強效性鴉片類藥物處方、超過半數（53.2%）的患者在死亡前 3 個月內使用強效性鴉片類藥物處方（Yu

Lin Lin, Ruey Kuen Hsieh, Chao Hsiun Tang;2018）。

本指標反映我國在安寧緩和療護領域對管制藥品之管理，比率愈高代表癌症病人取得鴉片類處方的可近性愈佳，有助於提升癌末病人生活品質。

## (2) 現況分析

2023 年，全體癌症末期照護病人於照護期間使用鴉片類藥物緩解疼痛比率為 87.7%，較 2022 年（85.9%）與 2021 年（85.0%）均有所提升（表 6）。依性別來看，2021 年至 2023 年間，女性比率（85.1~88.5%）均略高於男性（84.9~87.2%），兩者差距介於 0.2 至 1.3 個百分點間（圖 4）；另依年齡組分析，同期比率大致呈現隨年齡增加而遞減的趨勢，顯示高齡癌症病人可能在疼痛評估與藥物使用上仍存在潛在落差（圖 5）。

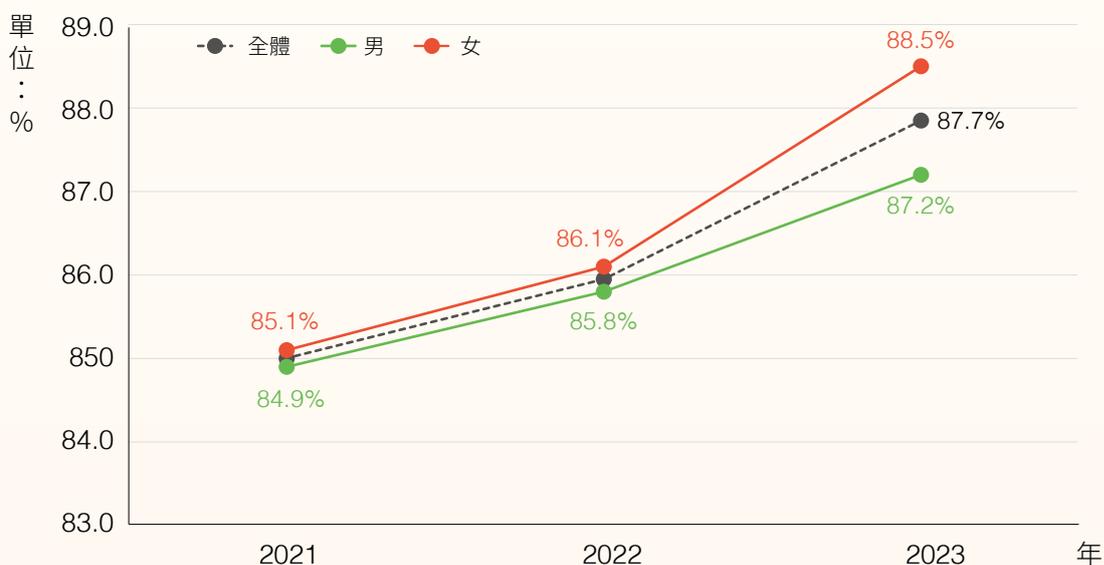


圖 4 | 2021 ~ 2023 年癌症末期照護期間給予 opioid 藥物緩解疼痛的比率—性別組

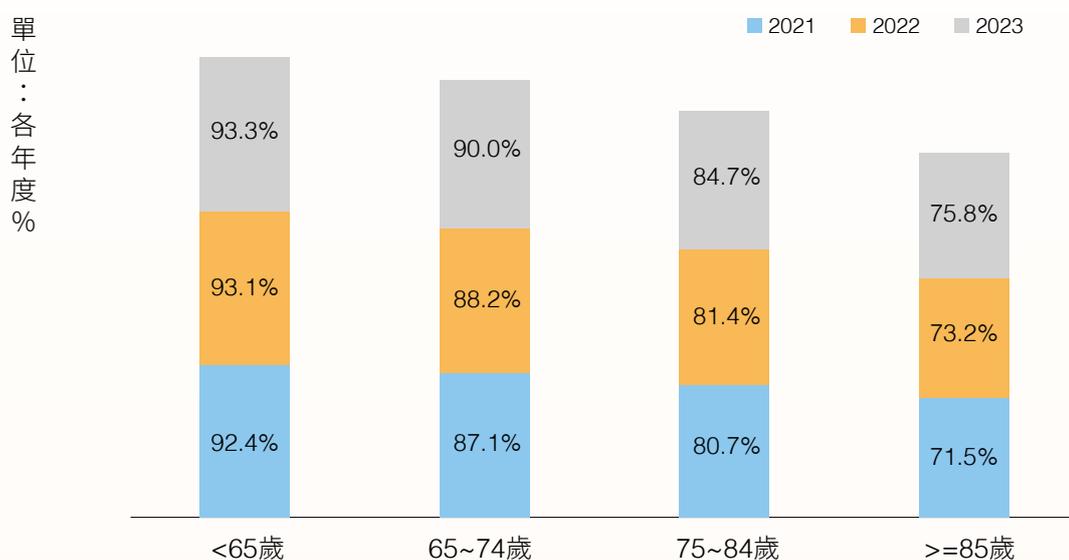


圖 5 | 2021 ~ 2023 年癌症末期照護期間給予 opioid 藥物緩解疼痛的比率一年齡組

表 6 | 2021~2023 年癌症末期照護期間給予 opioid 藥物緩解疼痛的比率

項目別	2021			2022			2023		
	分子①	分母②	比率 (=①/②*100%)	分子	分母	比率 (=①/②*100%)	分子	分母	比率 (=①/②*100%)
全體	34,119	40,139	85.0%	34,897	40,617	85.9%	37,218	42,431	87.7%
性別									
男	20,682	24,357	84.9%	21,199	24,707	85.8%	22,353	25,629	87.2%
女	13,437	15,782	85.1%	13,698	15,910	86.1%	14,865	16,802	88.5%
年齡組									
<65 歲	12,823	13,885	92.4%	12,775	13,722	93.1%	13,084	14,021	93.3%
65-74 歲	9,432	10,828	87.1%	9,928	11,256	88.2%	11,128	12,361	90.0%
75-84 歲	7,314	9,066	80.7%	7,366	9,047	81.4%	8,039	9,494	84.7%
85 歲以上	4,550	6,360	71.5%	4,828	6,592	73.2%	4,967	6,555	75.8%

註：1. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供。

2. 分子① = 分母中死前 6 個月接受鴉片類藥物的病人數、分母② = 所有癌症死亡人數。

3. 癌症死亡個案：住院案件主診診斷符合癌症 C00~C97，且轉歸代碼為 4（死亡）、A（病危自動出院）之個案。

4. 死亡前 6 個月係指死亡出院日減去門、住診使用鴉片類藥物之醫令執行起日（門診未填者用就醫日期）小於或等於 180 天。

## 服務可近性

評估國內安寧緩和療護資源之分布與供給情形。

### 4 安寧緩和療護服務資源

#### (1) 指標定義及說明

定義：該年度健保署公告提供全國安寧緩和療護資源（含安寧住院、安寧共照、社區安寧等家數）及安寧住院床位數

衛生福利部中央健康保險署自1996年及2000年分別啟動安寧居家療護與住院安寧緩和療護試辦計畫，針對癌症病人導入安寧緩和醫療照護模式。自2009年起，安寧居家療護正式納入健保支付項目，並同步擴大照護對象範圍。

為使更多末期病人即使未入住安寧病房，也能獲得健保給付之安寧緩和療護服務，健保署於2011年推動「安寧共同照護試辦方案」。此外，為改善傳統居家醫療照護服務的片段性，並提升因失能或疾病導致外出就醫困難者的醫療可近性，政府於2015年推動「居家醫療照護整合計畫」，以提供涵蓋身、心、靈與社會層面的整合性全人照護。

本指標提供安寧緩和療護服務的健保特約醫療機構家數及安寧住院床位數，用以評估國內安寧照護資源分布與服務可近性。

#### (2) 現況分析

2021年起，全國提供安寧緩和療護服務的健保特約機構共計548家，包含居家護理所、醫院、衛生所及診所等。至2024年，已成長至581家機構，顯示我國安寧緩和療護資源逐步擴增。2024年提供安寧緩和療護服務機構類型分布，以居家護理所提供安寧服務者最多，占44.2%，其次為醫院，占32.2%（表7）。在服務項目方面，截至2024年止，我國安寧緩和療護服務資源涵蓋如下：

- 安寧住院療護：由85家醫院提供，共871床位。
- 安寧共同照護：由168家醫院提供。
- 安寧居家照護：由143家機構提供，其中70家醫院、72家居家護理所、1家診所（表8）。
- 社區居家安寧照護：共377家機構提供（表8）。

根據世界衛生組織（WHO, 2023/6/1）資料，歐洲安寧緩和學會（European Association for Palliative Care, EAPA）建議，每10萬人口應設有兩類專業安寧緩和療護服務，包括一個居家照護團隊和一個醫院照護團隊（consisting of 1 home care team and 1 hospital team）。若依照EAPA建議換算，台灣人口約2,340萬人，理想上應設置

234 個居家照護團隊和 234 個醫院照護團隊。實際上，若以目前機構數量推估每 10 萬人口所對應的服務量能，台灣約有 2.1 個居家安寧團隊提供服務（以 488

家推估）、約有 1.6 個社區居家安寧照護團隊（以 377 家推估）、約有 0.8 個醫院安寧照護團隊（以 187 家推估）。

**表 7 | 2021、2024 年依機構類型區分全國安寧緩和療護服務資源**

項目別	2021		2024	
	家數	百分比	家數	百分比
居家護理所	234	42.7	257	44.2
醫院	179	32.7	187	32.2
診所（含衛生所）	134	24.5	135	23.2
居家呼吸照護所	1	0.2	2	0.3
總計	548	100.0	581	100.0

註：1. 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料系統網站（更新 2024 年 10 月 15 日）  
<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/peaceful/hpcodlist.aspx>

2. 全國安寧服務資源係指安寧住院、安寧共照、安寧居家、社區居家安寧。

**表 8 | 2024 年安寧居家照護、社區安寧照護之家數**

項目別	安寧居家照護 (安寧居家—甲類)		社區安寧照護 (安寧居家—乙類)		安寧居家或社區安寧 <sup>註</sup>	
	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
居家護理所	72	50.3	205	54.4	256	52.5
醫院	70	49.0	36	9.5	95	19.5
診所（含衛生所）	1	0.7	134	35.5	135	27.7
居家呼吸照護所	0	0.0	2	0.5	2	0.4
總計	143	100.0	377	100.0	488	100.0

註：1. 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料系統網站（更新 2024 年 10 月 15 日）  
<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/peaceful/hpcodlist.aspx>

2. 係指提供安寧居家照護或社區安寧照護其中一項服務的機構總數。

此外，加拿大根據安寧緩和療護「最佳建議做法」，建議每 10 萬人口應配置 7 張安寧病床（7 hospice beds per 100,000 people）。然而，截至 2022 年 5 月 31 日，加拿大實際每 10 萬人口僅

設有 3.97 張安寧病床，但只有 British Columbia 和 Yukon 地區達成每 10 萬人口超過 7 張安寧病床的目標（Canadian Cancer Society, 2023:p.2）。

歐洲安寧緩和學會（EAPA）亦更新

安寧緩和療護規範及標準，在安寧病房設置標準中，建議每百萬人口應設置80~100張安寧病床，若以一間安寧病房設置8至12張病床計算，相當於每百萬人口應設置8至10間安寧病房，但實際規模仍需視當地需求與醫療機構屬性而定（Sheila Payne, et al.,2022）。

對照於台灣目前共計871張安寧床位，折合為每10萬人口約有4張病床

（表9）。不過，若以「供給面」觀察各縣市每10萬人口數其設立安寧病床分布情形，目前已有嘉義市、花蓮縣、宜蘭縣等地區，達到每10萬人口超過8張安寧病床之建議量能標準。若以「需求面」來看各縣市每1,000位死亡人口數計算可使用的安寧病床數，以瞭解其縣市安寧病床的配置相對充足與否，仍以嘉義市、宜蘭縣、花蓮縣等地區較為充足。

表 9 | 各縣市每十萬人口數其安寧病床數

縣市	人口數	死亡人口數	安寧病床數	每千位死亡人口可使用的安寧病床數 <sup>2</sup>	每10萬人口數安寧病床數
總計	23,400,220	201,313	871	4.3	3.72
嘉義市	262,177	2,385	33	13.8	12.59
花蓮縣	315,374	3,665	35	9.5	11.10
宜蘭縣	449,212	4,438	49	11.0	10.91
臺東縣	210,219	2,532	14	5.5	6.66
臺南市	1,858,651	17,329	99	5.7	5.33
南投縣	472,299	5,328	22	4.1	4.66
臺北市	2,490,869	19,664	115	5.8	4.62
屏東縣	789,239	9,261	35	3.8	4.43
嘉義縣	478,786	6,383	20	3.1	4.18
臺中市	2,860,601	20,484	103	5.0	3.60
基隆市	361,441	3,595	12	3.3	3.32
高雄市	2,731,412	25,300	89	3.5	3.26
苗栗縣	532,854	5,670	16	2.8	3.00
新北市	4,047,001	30,088	116	3.9	2.87
彰化縣	1,225,675	11,758	34	2.9	2.77
桃園市	2,338,648	15,935	49	3.1	2.10
新竹縣	594,641	4,420	12	2.7	2.02
澎湖縣	107,901	1,036	2	1.9	1.85
金門縣	143,601	904	2	2.2	1.39
新竹市	457,242	2,968	6	2.0	1.31
雲林縣	658,427	8,097	8	1.0	1.22
連江縣	13,950	73	0	0.0	0.00

註：1. 資料來源：2024年各縣市人口數及死亡人口數取自內政部戶政司全球資訊網 <https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

2. 公式（各縣市安寧病床數 ÷ 各縣市死亡人數）× 1000，即代表每1,000名死亡人口可使用的安寧病床數。

## 5 安寧緩和療護利用率

### (1) 指標定義及說明

分子：病人死亡前一年內有申報健保安寧緩和療護給付的人數

分母：當年度死亡人數

安寧緩和療護服務利用率反映末期病人是否能在生命末期獲得適切的身心安寧緩和療護之服務。利用率愈高，代表安寧服務可近性與病人接受度愈佳。

根據亞洲高收入城市的研究報告顯示，安寧緩和療護服務的利用率 (utilization rate of PC services) 介於 7% 至 50.4% 之間 (Semra Ozdemir, Jia Jia Lee, Grace Meijuan Yang et al., 2022)。在全球癌症患者中，約 1/3 曾接受安寧緩和療護，而美國安寧緩和療護利用率約 30.34%，其中約一半 (55%) 的患者對安寧緩和療護持正面態度 (Addisu Getie, Gizachew Yilak, et al., 2025)。美國各州間差異顯著，2020 年紐約州的安寧緩和療護利用率 (hospice utilization rate) 僅 24.7% (全國最低)，而猶他納州高達 60.7% (全國最高)，全國平均安寧緩和療護利用率 46.7%。另有研究指出，愈早開始啟動安寧緩和療護好處

很多，近一半的人使用安寧緩和療護其接受照護會減少 15 天住院時間 (VNS Health, 2025)，顯示安寧緩和療護之早期介入，不僅有助於減輕病人身心負擔，也能適切地降低醫療資源的依賴。

我國健保安寧緩和療護最初收案對象僅限癌症末期病人及漸凍人，2009 年起，擴大涵蓋至八大非癌重症末期病人；2022 年再增列末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群病人、以及符合《病人自主權利法》第十四條第一項第二至五款所列臨床條件者與罕見疾病或其他預估生命受限者納入，使安寧緩和療護服務涵蓋範圍更廣。

### (2) 現況分析

表 10 顯示，2021~2023 年死亡前一年使用安寧緩和療護人數逐年增加，2021 年 51,991 人、2022 年 55,528 人，至 2023 年 63,357 人。若觀察安寧利用率，2021 年 28.3%、2022 年 26.7%、2023 年達 30.9%。整體呈現逐年上升趨勢，2023 年安寧利用率更突破 30%，顯示安寧緩和療護服務接受度逐步提升，而我國安寧緩和療護利用率與美國平均水準相當。



表 10 | 2021 ~ 2023 年死亡前一年安寧緩和療護利用率

年度	死亡人數 (分母)	分母中死前一年申報安寧費用病人數	安寧利用率 (死前一年接受安寧服務比率)
2021	183,905	51,991	28.3%
2022	207,640	55,528	26.7%
2023	204,909	63,357	30.9%

註：1. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供。

2. 安寧醫令：住院安寧係申報 05601K、05602A、05603B；安寧共照係申報 P4401B-P4403B；安寧居家係案件分類為 A5。

3. 死亡前一年係指死亡退保日減去使用安寧之就醫日期小於或等於 365 天。

## 人力資源

衡量國內受安寧緩和療護訓練的醫療專業人員的可用性或量能。

## 6 安寧緩和療護服務專業人員推估數

### (1) 指標定義及說明

定義：推估國內實際投入安寧緩和療護服務之專業人員數，包括醫師、護理人員、社工師與心理師。

我國目前提供安寧緩和療護服務之專業人員，包括醫師、護理人員、社工師與心理師等，皆須完成安寧居家「甲類」或「乙類」之專業訓練課程，且課程開設單位須經衛生福利部中央健康保險署審查、公告。根據《全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準》第五部第三章「安寧居家照護規範」之規定，專業人員訓練要求如下：

- 甲類安寧居家療護：需完成至少 80 小時安寧緩和療護教育訓練（含 40 小時

病房見習），並每年接受 20 小時繼續教育。

- 乙類安寧居家療護：需完成 10 門基礎課程共 13 小時，另加 8 小時臨床見習（其中至少 2 小時於安寧病房進行），並每年維持 4 小時繼續教育，始可提供社區安寧照護服務。

此外，《全民健康保險安寧共同照護試辦方案》亦規定醫院若成立安寧共同照護小組（至少包含醫師與護理人員），其醫師與護理人員之訓練時數需比照甲類標準。因此，國內醫療機構有安寧住院療護、安寧共同照護、安寧居家照護、社區安寧照護機構。醫療機構依院內政策與支持度投入多元服務類型，以照顧更多末期病人。

本指標安寧緩和療護專業人員數的多寡，代表國內安寧照護量能高低，亦為評估病人獲得安寧服務可近性與可及性的重要依據。

## (2) 現況分析

本指標係依2025年參與「安寧緩和推動機構獎勵機制」之醫療機構回報資料及乙類社區安寧照護人力網絡進行推估。不論機構是甲類、乙類人員；亦或是專責或專任人員依其「實際提供安寧緩和療護服務」之各職類人員數。考量數據集中有極大或極小的數值（極端值）時，「平均數」會被這些數值嚴重影響，而「中位數」則相對穩定，更能準確地反映數據的中心。

本項則依蒐集樣本數機構進行推估，除醫學中心以「平均數」、其他層級機構以「中位數」方式計算各層級醫療機構之安寧緩和療護服務人數，以避免極端值影響整體結果。由下表所示：醫學中心（n=21），平均每家機構醫師15人、護理師22人、社工師2位、心理師1位。區域醫院（n=43）：中位數每家機構醫師3人、護理師9人、社工師1位、心理師1位。地區醫院（n=29）：中位數每家機構醫師3人、護理師6人、

社工師1位、心理師1位。基層機構（n=14）：中位數每家醫師1人、護理師2人（表11）。依此推估，全國實際提供安寧緩和療護服務人員約為：醫師1,008人、護理師2,554人、社工師213人、心理師187人（表12）。

以澳洲為例，2022年共有335位安寧緩和療護醫師（其中300位為全職），以及3,700位安寧緩和療護護理師（其中3,300位為全職）。以澳洲2,660萬人口推算，相當於每10萬人口擁有1.2位安寧緩和療護醫師與13位安寧緩和療護護理師（Australian Institute of Health and Welfare, 2024/10/30）。對照於國內實際提供安寧緩和療護予以推算台灣2,340萬人口，相當於每10萬人口擁有4.0~4.3位安寧緩和療護醫師（若以2024年安寧緩和醫學專科醫師926人或調查推估數1,008人）與10.9位安寧緩和療護護理師（調查推估數2,554人）。

表 11 | 2024 年依醫療機構層級其每家各職類安寧緩和療護服務人數

層級	項目	醫師	護理師	社工師	心理師	其他
醫學中心 (n=21)	平均數	14.5	22.3	2.3	1.1	4.3
	中位數	11	24	2	1	2
	眾數	7	28	1	1	2
區域醫院 (n=43)	平均數	5.4	10.8	2.4	1.0	2.8
	中位數	3	8.5	1	1	1
	眾數	3	2	1	1	0
地區醫院 (n=29)	平均數	3.1	6.9	1.5	0.6	0.7
	中位數	3	6	1	1	1
	眾數	2	4	1	1	0
基層機構 (n=14)	平均數	1.1	3.2	0.0	0.0	0.0
	中位數	1	1.5	0	0	0
	眾數	1	1	0	0	0
居家護理所 (n=44)	平均數	0.8	2.5	0.0	0.0	0.0
	中位數	0	2	0	0	0
	眾數	0	1	0	0	0

- 註：1. 資料來源：2025 年參與安寧緩和推動機構獎勵機制之醫療機構共 93 家回報實際安寧緩和療護服務各職類人員數，及乙類社區安寧照護人力網絡回報 14 家基層機構及 44 家居家護理所填寫安寧緩和療護各職類人員數。其他係指藥師、物理治療師、營養師、靈性關懷人員、宗教輔導人員、芳療師、音樂治療師等。
2. 「實際提供安寧緩和療護服務人數」，係由各醫療機構回報統計，不論該機構屬甲類或乙類，均依實際提供安寧緩和療護服務之各職類人員數填報；其中包含專責及專任人員，皆納入統計範圍。
3. 基層機構係指診所、衛生所、居家護理所等。
4. n= 回覆有效家數。
5. 平均數以四捨五入取小數點第一位。

表 12 | 2024 年以平均數或中位數推估國內各職類安寧緩和療護實際服務人數

項目	總家數	醫師	護理師	社工師	心理師	其他
醫學中心 (含兒童醫院)	26	390	572	52	26	104
區域醫院	76	228	684	76	76	76
地區醫院	85	255	510	85	85	85
基層機構	135	135	270	0	0	0
居家護理所	259	0	518	0	0	0
總計	581	1,008	2,554	213	187	265

- 註：1. 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料系統網站（更新 2024 年 10 月 15 日）  
<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/peaceful/hpcodlist.aspx>
2. 家數係以實際提供安寧緩和療護服務（如：居家安寧、社區安寧、住院安寧）之機構。
3. 基層機構係指衛生所、診所。

## 7 安寧緩和療護專業訓練醫護數

### (1) 指標定義及說明

定義：取得「安寧緩和醫學專科醫師證書」及「安寧緩和護理師證書」之人數

依據現行《專科醫師分科及甄審辦法》，部定專科包括家庭醫學科、內科、外科等共 23 科，尚未將安寧緩和醫學列入正式專科。然而，為強化國內安寧緩和醫療專業人力之核心能力，並提升末期病人及其家屬所獲照護之品質與適切性，台灣安寧緩和醫學學會及台灣安寧緩和護理學會分別建立專業教育訓練與甄審管理機制，負責人才培育，教育品質管控及資格認證。

從事安寧緩和療護服務之醫師與護理人員，須先完成經衛生福利部中央健康保險署認證之 80 小時安寧緩和醫療基礎與進階教育訓練並取得修業證書外，若欲進一步取得「安寧緩和專科」資格，則須依學會規定提出申請並通過甄審。

- **安寧緩和醫學專科醫師**：醫師需具備台灣安寧緩和醫學學會會員資格及中央衛生主管機關認可之專科醫師資格，並符合下列條件，通過學會之甄審程序（筆試及口試）後，始可取得專科證書。

- 具有學會會員有效資格一年以上，曾於國內外安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院完成三個月安寧緩和醫學專科醫師臨床訓練課程（內容包括參與實際照顧病患、團隊會議及查房、安寧居家訪視），持有訓練期滿之證明（含學會之安寧緩和醫學專科訓練檢核手冊），並獲學會認可之安寧緩和繼續教育 100 點以上之積分，其中需包括甲類教育積分 80 點，且必須有學會舉辦或認可之安寧緩和醫學專科醫師訓練核心課程 60 點。上述所稱安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院，限為學會認可之安寧緩和醫療病房。
- 領有學會認可之外國專科醫師證明者。
- **安寧緩和護理師**：需通過台灣安寧緩和護理學會筆試甄審，並符合相關報名資格，例如：
  - 國內（外）安寧緩和專長相關領域（安寧住院、居家及共照）臨床實務經驗至少 2 年，護理長級（含）以上則以安寧相關行政經驗認定（得以 2 年折抵 1 年計），或於安寧病房實際床邊帶教之臨床教學教

師至少 2 年且須大於 150 個工作天者（上述臨床經驗均須於衛生福利部評鑑通過之安寧相關醫療機構）。

- 非安寧領域護理人員其年資認定為於國內（外）護理臨床實務工作滿 4 年以上，護理長級（含）以上可以臨床實務工作資歷報名，臨床經驗不足 4 年的部份，可以護理行政經驗 2 年折抵 1 年（需滿 2 年以上始可折抵）補足。

完成甄審並取得有效證書者，方具「安寧緩和專科醫師」或「安寧緩和護理師」資格，有效期限 6 年。相關統計數據由上述兩學會提供，作為評估國內安寧緩和療護專業人力規模與發展趨勢之依據。

## (2) 現況分析

台灣安寧緩和醫學學會自 2001 年起辦理專科醫師甄審。根據 2021 至 2024 年資料，每年通過人數約 45 至 56 人，其中以 2023 年的 56 人最多。惟部分人員未持續更新證書等因素影響，截至 2024 年，累計通過並持有效證書者共計 926 人（表 13）。

台灣安寧緩和護理學會自 2009 年正式成立安寧緩和護理師甄審小組。依據 2022 至 2024 年資料，當年度通過人數約 25 至 37 人，其中以 2022 年的 37 人為最多。由於 2021 年因疫情停辦，隔年甄審通過人數相對增加。受部分人

員離職或未更新證書等因素影響，截至 2024 年，累計通過並持有效證書者共計 564 人（表 13）。

整體而言，我國安寧緩和醫學專科醫師及安寧緩和護理師培育制度，已透過學會建立嚴謹的甄審與認證機制，逐步形塑安寧專業人力之核心基礎。從歷年通過人數趨勢觀察，安寧緩和專科醫師與專科護理師人數皆呈穩定累積，顯示安寧緩和療護專業團隊正持續擴充。

## 8 畢業後一般醫學訓練計畫（Post Graduate Year program, PGY）參與安寧緩和療護訓練醫師數

### (1) 指標定義及說明

定義：第二年畢業後一般醫學訓練（PGY2）中，完成參與安寧緩和療護相關訓練之醫師人數

我國自 2019 年將醫學生畢業後全面納入為期兩年的畢業後一般醫學訓練計畫（PGY），以強化醫師基礎臨床能力與全人醫療觀。為因應人口高齡化趨勢與社會照護需求，PGY 第二年課程中正式納入安寧緩和療護與老年醫學訓練，重點包括：建立全人醫療觀與倫理素養、強化五大科臨床能力與基層照護技能、學習跨專業團隊合作照護模式、提供末期病人與高齡長者更周全的醫療照顧，此訓練內容有助於奠定畢業後教育中「一般醫學能力」的基礎，並為後續銜

接專科住院醫師訓練作好準備（醫策會，2025/2/12）。

本指標所統計之人數，係指每年 PGY 第二年課程（PGY2）中，無論屬分科組或不分科組（圖6），其課程內容中

包含安寧緩和療護訓練之醫師人數。此數據可用以觀察畢業後醫師接受安寧緩和療護訓練之規模與趨勢，對我國安寧緩和療護人力永續發展具有指標性意義。

表 13 | 2021 ~ 2024 年安寧緩和醫學專科醫師、護理師甄審人數統計

年度	安寧緩和醫學專科醫師		安寧緩和護理師	
	當年通過人數	累計有效人數 <sup>1</sup> (截至當年)	當年通過人數	累計有效人數 <sup>1</sup> (截至當年)
2021	47	831	- 註 <sup>2</sup>	572
2022	50	881	37	565
2023	56	930	25	558
2024	45	926	35	564

註：1. 累計有效人數係以當年度仍持有有效證書者為統計依據，未含失效或未更新證書者。

2. 疫情期間暫停辦理。

3. 資料來源：台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會提供。

1-6 年 Program		PGY1 不分組	PGY2 內科組 外科組 兒科組 婦科組 不分科組	專科醫師訓練 (採認 PGY2 之資歷)
PGY1		PGY2		
訓練課程	訓練時間 (月)	【分科組】 一般醫學內 / 外 / 兒 / 婦科組	【不分科組】	
內科	3	9 個月分組課程 (內、外、婦、兒) • 內含 1 個月急診醫學訓練 • 內含 1 個月該分組社區醫院訓練 • 內含該科安寧照護相關訓練	6 個月 課程 內 3 月、外 2 月、急 1 月 • 內科 3 個月須包含安寧照護的訓練	
外科	2			
兒科	1			
婦產科	1			
急診	1			
社區醫學	2 (合作醫院)	1 個月 老年醫學	1 個月 老年醫學	
選修 (部定專科 23 科及 醫院整合醫學科)	2 (每月選修一科，排除內、 外、婦、兒、急五科之其他 部定專科皆可，惟不得重複 選擇同一科)	2 個月 選修 • 選擇以下課程，以月為單位， 每月選修一項，不得重複選擇 同一項，亦不得選擇原分組之 專科 *23 個部定專科 * 醫院整合醫學科	5 個月 選修 • 選擇以下課程，以月為單位， 每月選修一項 * 排除內科、外科之其他部定專科 【同一專科至多選 2 個月】 * 醫院整合醫學科 【至多選 2 個月】 * 衛生所實務訓練 【至多選 1 個月】	

資料來源：醫策會 (2025/2/12)

圖 6 | 二年期醫師 PGY 訓練課程架構

## (2) 現況分析

自 2021 年至 2024 年，實際參與 PGY2 課程中完成安寧緩和療護訓練之醫師人數約介於 898 至 1,371 人之間（2021 年 898 人、2022 年 1,224 人、2023 年 1,371 人、2024 年 1,334 人），其中以 2023 年達 1,371 人為最高，而 2021 年受疫情影響，訓練人數降至 898 人，為近四年最低（表 14、圖 7）。

整體觀察近年數據，PGY2 安寧緩和療護訓練人數呈逐步上升趨勢，顯

示新制培育模式已逐漸落實，並提升年輕醫師對安寧緩和療護的基本素養。此外，隨著高齡人口快速增加，醫療照護需求複雜化，PGY2 安寧緩和療護訓練不僅是基礎教育的一環，更為後續專科發展及臨床實務累積重要基礎。此趨勢代表我國在安寧緩和療護人力永續培育上已有一定規模，但仍需持續監測人數變化，並關注訓練品質與成效，以確保未來臨床現場能有足夠且具專業素養的醫師投入安寧緩和療護服務。

**表 14 | 2021 ~ 2024 年接受畢業後一般醫學訓練計畫安寧緩和療護完訓人數**

年度	PGY2 安寧緩和療護完訓人數
2021	898
2022	1,224
2023	1,371
2024	1,334

資料來源：衛生福利部醫事司提供。

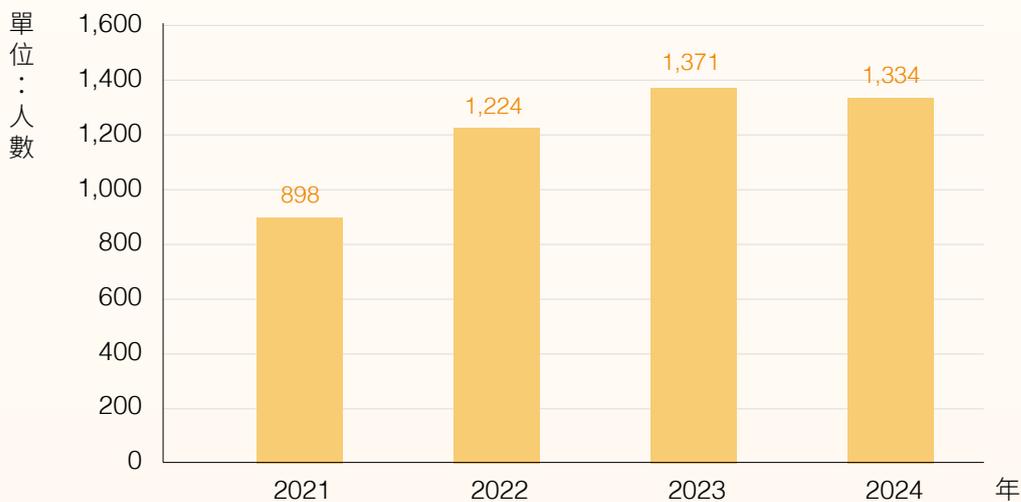


圖 7 | 2021 ~ 2024 年接受畢業後一般醫學訓練計畫安寧緩和療護訓練人數

## 9 持續接受安寧緩和療護繼續教育訓練的人次及時數

### (1) 指標定義及說明

定義：專業人員（西醫師、護理師／護士、臨床心理／諮商心理、社工師）每年接受安寧緩和療護相關繼續教育課程之人次及累計訓練時數

依據《醫事人員執業登記及繼續教育辦法》，醫事人員（如西醫師、護理師／護士、臨床心理／諮商心理等）每六年須完成至少120點之繼續教育積分，其中包含專業品質、專業倫理與專業相關法規三類課程合計至少12點。國內醫事人員繼續教育形式多元，包含專業課程、學術研討會、網路課程、通訊課程、或經評鑑合格之醫院或主管機關跨專業之團隊臨床討論或專題演講之教學活動等。

截至目前，衛生福利部中央健康保險署認可開設安寧緩和療護教育訓練課程之單位共計24家，其中地方政府衛生局有8家、醫院有2家，其他14家為學協會或基金會等非營利機構（含本中心）。

由於安寧緩和療護強調多專業合作，涵蓋身、心、社、靈全方位照顧，參與人員不僅限醫師與護理人員，亦包含心理師與社工師等。其中，社工師因依《社會工作師法》歸屬社會福利專業人員，其教育訓練數據統計以中華民國醫務社會工作協會協助提供。安寧緩和療護課程主題範圍依關鍵字篩選，

包括：「安寧」、「緩和醫療」、「末期照護」及英文關鍵字如 palliative care, hospice, end of life 等。

本指標以每年專業人員參與安寧緩和療護相關繼續教育之人次及累計訓練時數為基礎，以反映國內安寧緩和療護教育投入程度，及專業人員持續精進安寧專業能力之趨勢，與各單位推展安寧緩和療護理念與課程開設之積極程度，為國內安寧緩和療護持續推動之重要基礎。

### (2) 現況分析

自2021年至2024年，各專業人員（西醫師、護理師、心理師、社工師）接受安寧緩和療護繼續教育訓練共589,779人次，累計746,971時數，平均1.3小時/人次。近四年數據顯示：專業人員接受安寧緩和療護繼續教育訓練「總時數」以2021年為最高，達225,074小時；其次為2024年179,669小時；而訓練人次亦以2021年為最多，計168,155人次；其次為2022年計162,114人次（表15、圖8）。整體而言，2021年無論在「總時數」或「人次」皆為最高。

進一步分析各職類專業人員接受安寧緩和療護繼續教育訓練總時數，以「護理師」最多，計552,809小時；其次「西醫師」計97,536小時；次之為「社工師」計82,355小時（表15）。

表 15 | 2021 ~ 2024 年專業人員持續接受安寧繼續教育訓練人次及時數

年度	西醫師				護理師				心理師				社工師				全部			
	人次		總時數		人次		總時數		人次		總時數		人次		總時數		人次		總時數	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2021	12,422	21.5	59,126	60.6	152,123	30.1	144,388	26.1	1,750	10.1	1,912	13.4	1,860	18.9	19,648	23.9	168,155	28.5	225,074	30.1
2022	22,603	39.1	15,336	15.7	125,028	24.8	133,966	24.2	11,972	68.9	7,372	51.7	2,511	25.5	20,122	24.4	162,114	27.5	176,796	23.7
2023	11,281	19.5	13,002	13.3	110,066	21.8	131,171	23.7	1,870	10.8	2,581	18.1	2,896	29.4	18,678	22.7	126,113	21.4	165,432	22.1
2024	11,452	19.8	10,072	10.3	117,558	23.3	143,284	25.9	1,796	10.3	2,406	16.9	2,591	26.3	23,907	29.0	133,397	22.6	179,669	24.1
總計	57,758	100.0	97,536	100.0	504,775	100.0	552,809	100.0	17,388	100.0	14,271	100.0	9,858	100.0	82,355	100.0	589,779	100.0	746,971	100.0

註：1. 資料來源：醫事人員（西醫師、臨床心理／諮商心理）繼續教育積分管理系統資料來自衛生福利部醫事司提供；醫事人員（護理師）繼續教育積分管理系統資料來自衛生福利部照護司提供；社工師資料來自中華民國醫務社會工作協會提供。

2. 參與課程時數之計算方式以每堂課參與人數乘以該課程時數做計算，所得結果再以四捨五入取整數作為總時數。

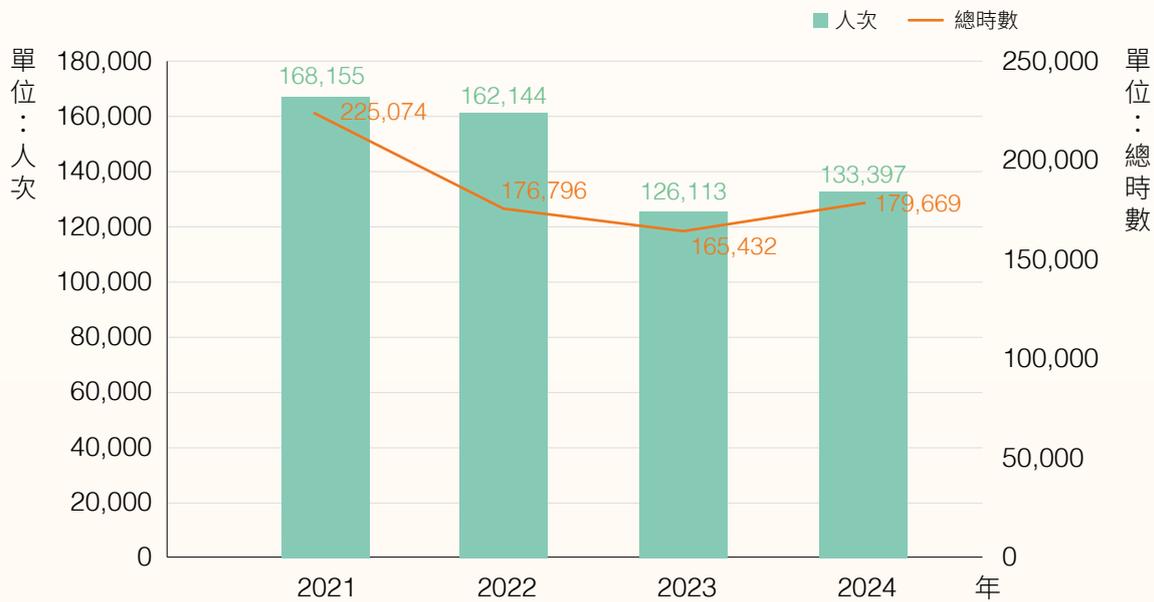


圖 8 | 2021 ~ 2024 年專業人員接受安寧繼續教育訓練人次及時數

## 社區參與

係機構推廣社區民眾安寧緩和療護，增進大眾對安寧的認識及意識。

### 10 安寧緩和療護活動辦理場次及民眾參與人次

#### (1) 指標定義及說明

定義：國內機構推廣安寧緩和療護相關活動之場次及實際參與民眾人次

連氏基金會（Lien Foundation）於2024年進行亞太地區安寧緩和療護與末期照護認知調查，台灣受訪者中已有69%表示聽過安寧緩和療護，雖只有31%自認了解其內容，進一步訪談其

對安寧的實質理解程度後，發現台灣有56%受訪者具「高知識水準」，在亞太地區中僅次於菲律賓，排名第二，顯示我國在安寧緩和療護推廣方面已有一定成效。

國內各安寧服務機構持續深入社區，透過多元化活動向大眾傳遞正確安寧知識，同時致力於營造友善與關懷的社區氛圍。圖9所示，每年十月第二個星期六為「世界安寧日」（World Hospice and Palliative Care Day），我國亦積極響應，2024年於大安森林公園舉辦公益路跑活動，凝聚社會對安寧緩和療護的關注與支持。



▲ 圖9 | 2024 第11屆公益路跑

此外，2023 年衛生福利部推出首套以善終三法為主題的生命教育繪本（圖 10），透過可愛動物角色傳達器官捐贈（小紅機器人）、安寧緩和療護（豬二哥的歡樂派對）與病人自主（樹懶爺爺的心願）等議題，協



▲ 圖 10 | 推廣善終三法之生命教育繪本

助家長與兒童共同學習與展開生命教育對話。同年亦推出微電影《餘暉 Afterglow》（圖 11），透過影像故事引導民眾反思生命意義，營造家庭之間自在談論生死的氛圍與契機。

助家長與兒童共同學習與展開生命教育對話。同年亦推出微電影《餘暉 Afterglow》（圖 11），透過影像故事引導民眾反思生命意義，營造家庭之間自在談論生死的氛圍與契機。



▲ 圖 11 | 餘暉 Afterglow 微電影

## (2) 現況分析

近年安寧緩和療護推廣已由醫院走向社區，常見活動地點涵蓋里民中心、社區大學、廟埕、教會及職場，並以講座、闖關

遊戲、園遊會及媒體宣導等多元形式，營造友善與關懷的社區氛圍。自 2022 年至 2024 年，「推廣場次」由 2022 年 1,071 場增至 1,981 場次，三年間成長約 85%。「參與人次」則由 2022 年 196,181 人次增至 2024 年 269,586 人次，成長逾 37%，顯示民眾參與意願與接受度持續提升（表 16）。2023、2024 年推廣安寧緩和療護與預立醫療照護諮商活動多數合併進行，顯示兩者在社區宣導中已形成互補效應。

表 16 | 2022~2024 年推廣安寧緩和療護場次與人次

	2022 年	2023 年	2024 年	走勢圖
場次	1,071	1,748	1,981	
人次	196,181	209,165	269,586	

註：1. 本數據「非」全國性推廣數值，係依據各機構回報情形及本中心推動成果所彙整而成。

2. 推廣人次統計以實體推廣活動為主，不包含網站宣傳、跑馬燈播放、院內影片播映等靜態宣導方式。

3. 2022 年參與安寧緩和推動機構獎勵機制共 68 家醫療機構，辦理 1,070 場次，觸及 194,771 人次；另辦理公益路跑 1 場其參與人次為 1,410 人次。

4. 2023 年參與安寧緩和推動機構獎勵機制共 79 家醫療機構，辦理 1,747 場次，觸及 207,332 人次；另辦理公益路跑 1 場其參與人次為 1,833 人次。

5. 2024 年參與安寧緩和推動機構獎勵機制共 94 家醫療機構，辦理 1,916 場次，觸及 258,771 人次；另辦理社區關懷據點及各區監理所推廣活動共 64 場次，觸及 7,901 人次；辦理公益路跑 1 場參與人次為 2,914 人次。

## （二）預立醫療照護諮商指標

### 照護品質

衡量民眾經由預立醫療照護諮商門診後，完成簽署預立醫療決定書之人數。

#### 1 預立醫療決定書註記量

##### （1）指標定義及說明

定義：完成簽署「預立醫療決定書」並註記於全民健康保險卡之人數

預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）不僅適用於年長者，更是所有成年人為因應未來突發疾病或意外情境所進行的重大醫療準備。無論任何年齡層，每個人皆可能在某一時刻失去表達意願的能力，因此，及早思考生命末期的醫療選擇至關重要。

《病人自主權利法》自 2019 年 1 月 6 日正式施行，是臺灣首部以病人為主

體的醫療法規，亦為亞洲第一部完整保障病人自主權利的專法。該法保障對象不僅限於末期病人，亦包含符合五大臨床條件的意願人。具完全行為能力者，須完成預立醫療照護諮商，並簽署書面之預立醫療決定（Advance Decision, AD）。諮商時程為 60 至 90 分鐘，費用由意願人自行負擔。

在諮商過程中，意願人與醫療人員、家屬或其他關係人共同討論，當個人處於無法表達意願、失去意識或特定臨床條件時，期望接受或拒絕何種維持生命治療與人工營養流體餵養方式。當意願人日後符合五大臨床條件之一，並經兩位相關專科醫師診斷及緩和醫療團隊至少兩次照會後，得依預立醫療決定內容啟動醫療處置，以減輕家屬決策壓力，並保障病人意願。

國際研究顯示，美國約有三分之二成年人尚未完成預立醫療決定（Catherine L. Auriemma, Scott D. Halpern, Jeremy M. Asch, et al., 2020; The Trustees of the University of Pennsylvania, 2017/7/5）；在澳洲2014年發表之全國調查指出，有14%人口完成AD（B. White, C. Tilse, J. Wilson, et al., 2014），而最新針對65歲以上年長者的研究則發現，雖然接近三成（約29%）在其醫療或安養照護紀錄中出現了「預立醫療照護計劃（ACP）相關文件」，但由本人完成、具結構且具有法律效力的「預立醫療照護指示（advance care directives, ACDs）」的加權盛行率僅約14%（Kimberly Buck, Linda Nolte, Marcus Sellars, et al., 2021）。

本中心經由《病人自主權利法》免付費諮詢專線（0800-008-545）服務期間發現，部分民眾雖能清楚表達拒絕插管、使用維生醫療等意願，但受限於行動不便、家屬工作繁忙等因素，無法親自前往現場進行諮商。為克服此類實務障礙，部分醫療院所已提供遠距預立醫療照護諮商（ACP）服務，以因應地理距離與時間安排上的限制。衛生福利部亦積極運用相關策略與補助機制，提升民眾參與及簽署意願。

自2024年7月起，健保署公告「住院病人」符合以下任一條件者，其進行之ACP可納入健保給付，每人給付點數

1,500或3,000點：

- (1) 年滿65歲以上重大傷病且屬安寧療護收案者
- (2) 輕度失智症患者
- (3) 符合《病人自主權利法》第14條第1項第5款公告疾病者
- (4) 居家醫療照護整合計畫收案對象

至2025年5月，健保署進一步擴大適用對象，取消原本僅限「住院期間」進行ACP之限制，放寬條件且統一每案給付點數為3,000點。新增之適用對象為具完全行為能力者，且符合以下任一條件者：

- (1) 65歲以上重大傷病病人
- (2) 符合安寧療護收案條件者
- (3) 輕度失智症（臨床失智評估量表0.5至1分）
- (4) 《病人自主權利法》第14條第1項第5款公告疾病者
- (5) 居家醫療照護整合計畫個案
- (6) 家庭醫師整合照護計畫或地區醫院全人全社區計畫之65歲以上多重慢性病人

此外，「預立醫療照護諮商」地點不再局限於「醫療機構內」。依衛福部獎勵方案，參與「居家失能個案家庭醫師照護計畫」之團隊得至病患家中進行ACP諮商及AD簽署。此類服務每完成一案，機構可獲1,500元獎勵金，且不得再向個案收費。且於該方案問答集第16點明示「諮商團隊可於居家失能個案

家中進行預立醫療照護諮商與預立醫療決定之簽署」。

因此，居家醫療團隊應具備ACP諮商資格，於照護過程中主動協助完成預立醫療決定之簽署。本指標所衡量之「預立醫療決定書註記量」愈高，代表愈多民眾願意事前規劃生命末期的醫療選擇，有助於在面對重大醫療決策時，醫療團隊能依民眾意願提供照護，進而實踐醫療自主精神，提升病人善終的尊嚴與品質。

## (2) 現況分析

《病人自主權利法》自 2019 年施行以來，每年都有約 1 萬筆「預立醫療決定書」簽署者，且持續穩定成長中，近年尤為明顯。截至 2024 年底，台灣簽署預立醫療決定書共 93,981 筆數，占 18 歲以上人口數 (20,057,835) 約 0.48 %。簽署量至 2024 年已達 2019 年的 2.5 倍，

成長幅度顯著。2023 年達 24,593 筆（較前一年倍增），2024 年再升至 25,678 筆，創下新高，顯示國人愈來愈傾向以具體行動規劃自身醫療選擇（圖 12）。

依性別來看（表 17、圖 13），在簽署「預立醫療決定書」男女比例差距較為明顯，女性穩定占六成以上，男性比例則由 36.2% 降至 33.8%。由此可見，不論簽署安寧緩和醫療意願書或預立醫療決定書，女性皆展現更積極的參與傾向。

年齡分布上（表 18、圖 14），簽署者以 60–69 歲比例較高，其次為 50–59 歲，以 2024 年兩者簽署量合計達 52.0%。若以 60 歲以上族群為最主要的簽署族群，2024 年合計 60 歲以上占比達 55.8%。另外，70–79 歲族群簽署比例逐漸上升，相較之下，39 歲以下族群的比例仍然偏低（8.9%），顯示該年齡層可能尚未思考臨終醫療照護相關議題。



圖 12 | 2019 ~ 2024 年簽署預立醫療決定書之趨勢

- 註：1. 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」，統計時間截至 2025 年 3 月。  
2. 統計人數以簽署填寫日期為基準，未填寫日期者則視為遺漏值。本報告所稱「筆數」係依簽署資料計算，簽署筆數等同於簽署人數。  
3. 本年報所呈現數據與系統公告略有差異，主要係因資料擷取時間點不同，或因民眾簽署、撤回等因素致數據浮動。

表 17 | 2019 ~ 2024 年簽署預立醫療決定書—性別組

年度	男		女		小計筆數
	筆數	百分比	筆數	百分比	
2019 年	3,939	36.2	6,951	63.8	10,890
2020 年	3,465	36.5	6,030	63.5	9,495
2021 年	3,414	34.0	6,622	66.0	10,036
2022 年	4,060	33.2	8,159	66.8	12,219
2023 年	8,080	32.9	16,513	67.1	24,593
2024 年	8,672	33.8	17,006	66.2	25,678

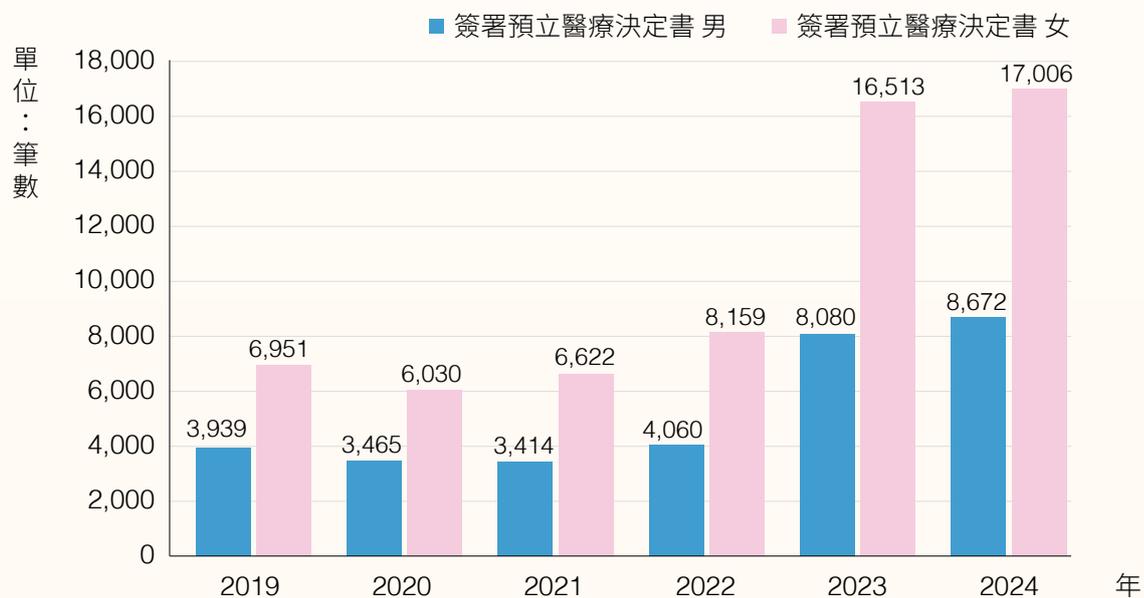


圖 13 | 2019 ~ 2024 年簽署預立醫療決定書—性別組

表 18 | 2019 ~ 2024 年簽署預立醫療決定書一年齡組

填寫年度	00-19 歲		20-29 歲		30-39 歲		40-49 歲		50-59 歲		60-69 歲		70-79 歲		80 歲以上		總計筆數
	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	
2019 年	0	-	307	2.8	753	6.9	1,489	13.7	2,470	22.7	3,117	28.6	1,802	16.5	952	8.7	10,890
2020 年	0	-	376	4.0	778	8.2	1,336	14.1	2,164	22.8	2,603	27.4	1,496	15.8	742	7.8	9,495
2021 年	0	-	347	3.5	793	7.9	1,549	15.4	2,332	23.2	2,781	27.7	1,567	15.6	667	6.6	10,036
2022 年	0	-	427	3.5	899	7.4	1,595	13.1	2,910	23.8	3,508	28.7	1,998	16.4	882	7.2	12,219
2023 年	25	0.1	757	3.1	1,535	6.2	3,241	13.2	5,519	22.4	7,224	29.4	4,677	19.0	1,615	6.6	24,593
2024 年	32	0.1	670	2.6	1,581	6.2	3,227	12.6	5,830	22.7	7,521	29.3	5,045	19.6	1,772	6.9	25,678

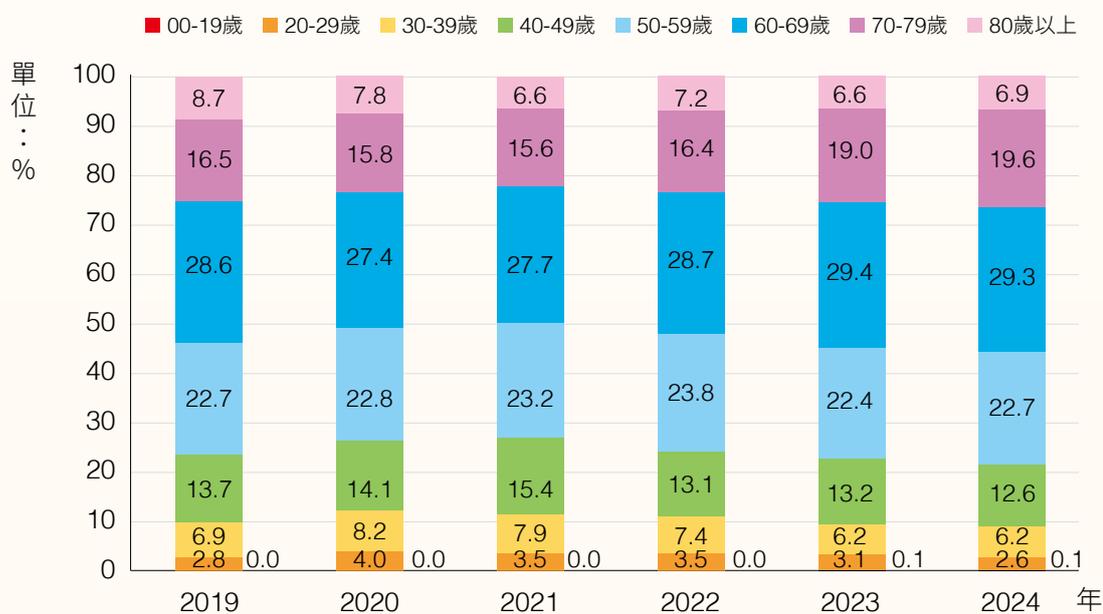


圖 14 | 2019 ~ 2024 年簽署預立醫療決定書一年齡組

近五年來，「預立醫療決定」的簽署者皆高度集中在六都，約占全國七成以上，顯示大都會區因醫療資源密集，推動與落實成效較佳（表19）。「預立醫療決定」註記筆數占率較高者依序為：以「新北市」（24.1%）、「臺北市」（21.5%）、「臺中市」（9.6%）、「桃園市」（8.9%）、「高雄市」（8.2%）。

從縣市分布觀察，簽署人數自2019年以來逐年增加，並自2023年起大幅成長，2024年維持高點。從縣市簽署總人數與占比中可知，新北市（24.1%）與臺北市（21.5%）占比最高，可能受惠於人口優勢與醫療體系配合度。惟離島地區近五年總占比仍不足1%，突顯城鄉差距及其接受度或參與度較為不足。

表 19 | 2020 ~ 2024 年各縣市預立醫療決定註記筆數

預立醫療決定 簽署者 居住縣市 代碼	2020年		2021年		2022年		2023年		2024年		近5年總計	
	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例	筆數	比例
A 臺北市	2,272	23.9	2,282	22.7	2,861	23.4	4,875	19.8	5,363	20.9	17,653	21.5
B 臺中市	852	9.0	729	7.3	979	8.0	2,512	10.2	2,815	11.0	7,887	9.6
C 基隆市	100	1.1	121	1.2	164	1.3	218	0.9	378	1.5	981	1.2
D 臺南市	537	5.7	614	6.1	718	5.9	1,053	4.3	1,107	4.3	4,029	4.9
E 高雄市	743	7.8	771	7.7	1,180	9.7	1,961	8.0	2,047	8.0	6,702	8.2
F 新北市	1,939	20.4	1,922	19.2	2,535	20.7	7,423	30.2	5,981	23.3	19,800	24.1
G 宜蘭縣	289	3.0	186	1.9	232	1.9	462	1.9	556	2.2	1,725	2.1
H 桃園市	885	9.3	689	6.9	1,109	9.1	2,173	8.8	2,432	9.5	7,288	8.9
I 嘉義市	188	2.0	242	2.4	173	1.4	378	1.5	564	2.2	1,545	1.9
J 新竹縣	134	1.4	100	1.0	165	1.4	259	1.1	254	1.0	912	1.1
K 苗栗縣	68	0.7	451	4.5	185	1.5	259	1.1	282	1.1	1,245	1.5
M 南投縣	137	1.4	112	1.1	123	1.0	341	1.4	305	1.2	1,018	1.2
N 彰化縣	219	2.3	369	3.7	411	3.4	647	2.6	757	2.9	2,403	2.9
O 新竹市	135	1.4	182	1.8	308	2.5	338	1.4	304	1.2	1,267	1.5
P 雲林縣	213	2.2	407	4.1	269	2.2	666	2.7	802	3.1	2,357	2.9
Q 嘉義縣	119	1.3	165	1.6	156	1.3	267	1.1	433	1.7	1,140	1.4
T 屏東縣	298	3.1	281	2.8	302	2.5	306	1.2	416	1.6	1,603	2.0
U 花蓮縣	106	1.1	93	0.9	130	1.1	193	0.8	408	1.6	930	1.1
V 臺東縣	129	1.4	164	1.6	155	1.3	130	0.5	340	1.3	918	1.1
W 金門縣	6	0.1	8	0.1	7	0.1	17	0.1	13	0.1	51	0.1
X 澎湖縣	126	1.3	147	1.5	57	0.5	115	0.5	118	0.5	563	0.7
Z 連江縣	-	0.0	1	0.0	-	0.0	-	0.0	3	0.0	4	0.0
總計	9,495	100.0	10,036	100.0	12,219	100.0	24,593	100.0	25,678	100.0	82,021	100.0

## 服務可近性

評估國內預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）之醫療機構的分布情況。

### 2 預立醫療照護諮商（ACP）專責機構數

#### (1) 指標定義及說明

定義：該年度全國提供預立醫療照護諮商服務之專責機構數

依據《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》對於提供預立醫療照護諮商服務的機構，其團隊成員組成與設置條件如下（衛生福利部，2018年10月3日）：

(1) 指定機構：地方主管機關應指定200床以上且評鑑合格之醫院為專責機構，並設置完整諮商團隊。成員需包含：

- A. 醫師1人
- B. 護理人員1人
- C. 心理師或社會工作人員1人

以上三位醫療專業人員需參與諮商過程。

(2) 自願參加機構：凡非指定醫療機構，經直轄市或（縣）市主管機關同意者，亦可設立ACP門診。成員組成須至少包含：

- A. 醫師1人
- B. 護理人員、心理師或社會工作人員1人擇一設置。

上述所有參與預立醫療照護諮商團隊之人員，應完成中央主管機關公告之「預立醫療照護諮商訓練課程」，方可執行相關服務。

為便利民眾查詢所在地區之ACP門診資訊，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」網站提供全國醫療機構查詢功能。系統中亦揭示各醫療院所之諮商服務是否提供補助或優免，例如針對身心障礙者、中低收入戶或重大傷病個案，ACP門診費用可能獲得部分或全部補助，亦區分為個人諮商或團體諮商模式，資訊公開透明，民眾可依自身需求自由選擇。

本指標反映該年度全國參與預立醫療照護諮商服務之醫療機構分布與數量。專責機構量愈多，代表民眾接受ACP諮商服務的機會愈高，亦顯示整體醫療體系於落實病主法的可近性與支助力愈為健全。

#### (2) 現況分析

臺灣預立醫療照護諮商服務機構數量逐年穩定成長，自2021年230家，增加至2022年240家、2023年259家，2024年已達279家（圖15）。

就機構設立類型來看（表20、圖16），2024年提供預立醫療照護諮商服務之機構以醫院最多（占59.5%），其次是診所（26.9%）。顯示醫院仍為主要提

供ACP服務之場所，惟基層診所參與比率亦逐步提升，反映整體醫療體系對推動病人自主與善終照護的重視與投入。

若以每一間ACP機構可服務10萬

人口為基準，對照全臺18歲以上人口總數20,057,835人計算，目前機構服務量能為基準需求之1.39倍，即目前機構ACP服務高出0.39倍之量能（表21）。

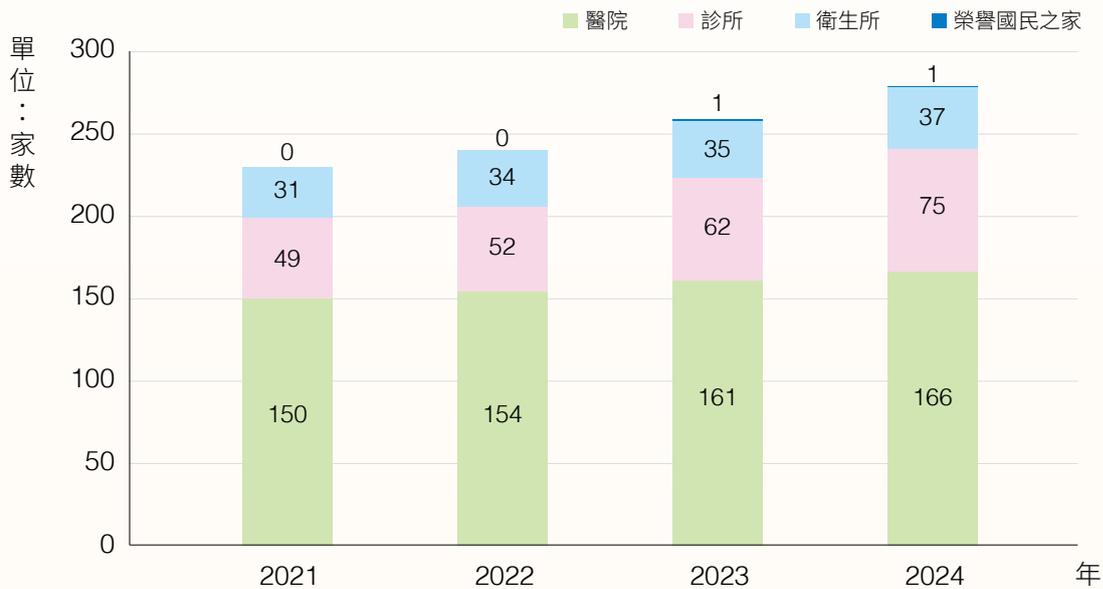


圖 15 | 2021 ~ 2024 年各醫療機構類型提供預立醫療照護諮商服務

表 20 | 2021 ~ 2024 年提供預立醫療照護諮商服務機構類型

類型	年度	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年
醫院		150 (65.2%)	154 (64.2%)	161 (62.2%)	166 (59.5%)
診所		49 (21.3%)	52 (21.7%)	62 (23.9%)	75 (26.9%)
衛生所		31 (13.5%)	34 (14.2%)	35 (13.5%)	37 (13.3%)
榮譽國民之家		0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)
總計		230 (100.0%)	240 (100.0%)	259 (100.0%)	279 (100.0%)
比上年度 %		-	+4.3%	+7.9%	+7.7%

註：1. 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」網站，路徑首頁／安寧緩和醫療／全國安寧資源／全國安寧資源清單

2. 單位：家數、百分比

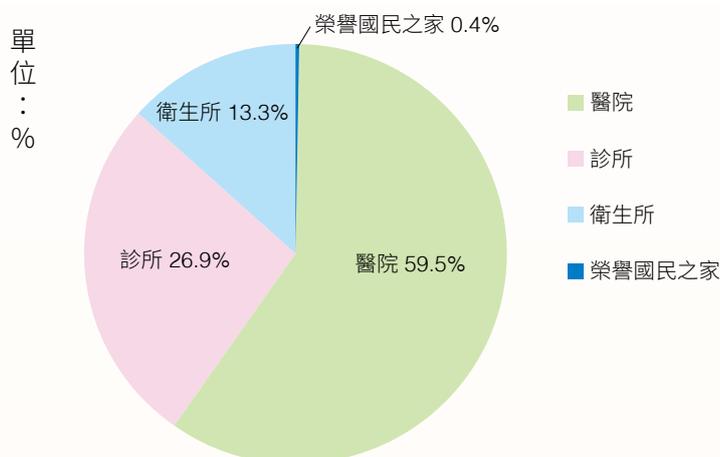


圖 16 | 2024 年提供預立醫療照護諮商服務機構類型

表 21 | 2021 ~ 2024 年各縣市設置預立醫療照護諮商機構量

縣市 年度家數	2021	2022	2023	2024	18 歲以上人口	2024 年各縣市 機構量其負擔 10 萬人口數比 (1 家機構 /10 萬人口)
總計	230	240	259	279	20,057,835	1.39
連江縣	1	1	1	1	12,258	8.16
宜蘭縣	22	22	23	25	388,017	6.44
嘉義市	12	12	12	11	222,711	4.94
花蓮縣	8	9	10	11	272,978	4.03
屏東縣	23	22	23	24	692,414	3.47
澎湖縣	3	3	3	3	95,444	3.14
南投縣	8	8	10	10	413,179	2.42
臺東縣	4	4	4	4	182,087	2.20
雲林縣	5	6	7	9	572,036	1.57
彰化縣	12	12	14	15	1,050,749	1.43
臺北市	26	29	29	30	2,126,734	1.41
基隆市	2	2	2	4	319,035	1.25
桃園市	18	18	21	23	1,958,306	1.17
臺中市	26	26	27	28	2,408,624	1.16
苗栗縣	4	4	5	5	458,284	1.09
新竹市	3	3	3	4	371,817	1.08
臺南市	13	13	14	15	1,603,806	0.94
嘉義縣	4	4	4	4	428,170	0.93
新北市	21	26	30	32	3,501,236	0.91
新竹縣	3	4	4	4	485,972	0.82
金門縣	1	1	1	1	129,592	0.77
高雄市	11	11	12	16	2,364,386	0.68

資料來源：各縣市人口數取自內政部戶政司全球資訊網 <https://www.ris.gov.tw/app/portal/346>

## 人力資源

衡量接受預立醫療照護諮商（ACP）訓練的專業人員的人力可用性與提供服務之量能。

### 3 接受 ACP 專業訓練人次

#### (1) 指標定義及說明

定義：每年專業人員參與預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）基礎課程之訓練人次，包括醫師、護理人員、社工人員及心理師，依其專業職類別接受 ACP 4 小時、6 小時、11 小時基礎訓練課程。課程內容涵蓋《病人自主權利法》核心理念、法律架構及臨床實務應用，目的在於培養專業人員執行 ACP 時所需之基本知識與技能

依據衛生福利部公告「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」（衛部醫字第 1081660063 號），各職類之訓練時數規定如下：（表 22）：

- 醫師需完成 4 小時訓練
- 護理人員需完成 6 小時訓練
- 心理師或社工人員需完成 11 小時訓練

《病人自主權利法》於 2019 年 1 月 6

日正式施行後，意願人須透過與 ACP 團隊及家人共同討論，簽署「預立醫療決定書」。因此，相關諮商團隊需完成中央主管機關公告之 ACP 基礎訓練，以建立跨專業團隊共通語言與臨床應對能力。

目前，ACP 專業訓練課程除由各縣市衛生局、社團法人台灣生命教育學會、臺北市立聯合醫院、台灣安寧照顧基金會等單位定期辦理實體課程外，其他機構亦透過數位平臺推動遠距學習，包含長照數位學習平台、台灣護理師護士公會全聯會雲端學習中心、臺大醫院教育訓練管理系統、榮民醫療體系北區數位學習網、中榮 e 學網等。數位課程有效突破時間與地理限制，提升專業人員學習的便利性與參與率，亦有助於 ACP 理念推廣至基層醫療及社區端。

本指標用以參與 ACP 4-6-11 小時基礎專業訓練的普及程度。受訓人次愈多，顯示醫療機構內提供相關諮商服務之人力愈充足，醫療團隊落實病人自主意願之能力逐步提升，代表 ACP 服務可近性愈高。

表 22 | 預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知

課程類別	序號	課程名稱	醫師時數	護理時數	心理時數	社工時數
法規知能	A	病人自主權利法及相關法規	2	3	4	4
諮商實務	B	預立醫療決定及緩和醫療照護	2		3	3
	C	預立醫療照護諮商（ACP）程序及技巧		3	4	4
總訓練時數			4	6	11	11

**(2) 現況分析**

2019年至2024年各職類參與ACP 4-6-11小時基礎課程訓練達22,457人次。分析各年度參與ACP 4-6-11小時基礎課程訓練（表23、圖17），以2023年受訓人次最高（5,619人次，占

25.0%），其次為2022年（4,012人次，占17.9%）、2020年（3,876人次，占17.3%）。若依各職類別分析，以護理人員最多（15,630人次），占總數近七成；其次為醫師（2,844人次）、社工人員（2,322人次），心理師則為993人次。

**表 23 | 2019 ~ 2024 年各職類參與 ACP 4-6-11 小時基礎課程訓練人次**

	醫師		護理人員		社工人員		心理師		其他		遺漏值		各年度總計	
	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比
2019年	487	17.1	1,245	8.0	313	13.5	125	12.6	39	16.9	191	43.7	2,400	10.7
2020年	365	12.8	2,907	18.6	390	16.8	139	14.0	31	13.4	44	10.1	3,876	17.3
2021年	350	12.3	2,191	14.0	321	13.8	209	21.0	0	0.0	191	43.7	3,262	14.5
2022年	532	18.7	2,828	18.1	489	21.1	148	14.9	6	2.6	9	2.1	4,012	17.9
2023年	538	18.9	4,244	27.2	544	23.4	239	24.1	52	22.5	2	0.5	5,619	25.0
2024年	572	20.1	2,215	14.2	265	11.4	133	13.4	103	44.6	0	0.0	3,288	14.6
總計	2,844	100.0	15,630	100.0	2,322	100.0	993	100.0	231	100.0	437	100.0	22,457	100.0

註：1. 資料來源：衛生福利部醫事司提供。

2. 其他：包含藥師、靈性關懷師、營養師、宗教師等職類。

3. 遺漏值係指未填寫任何職類。

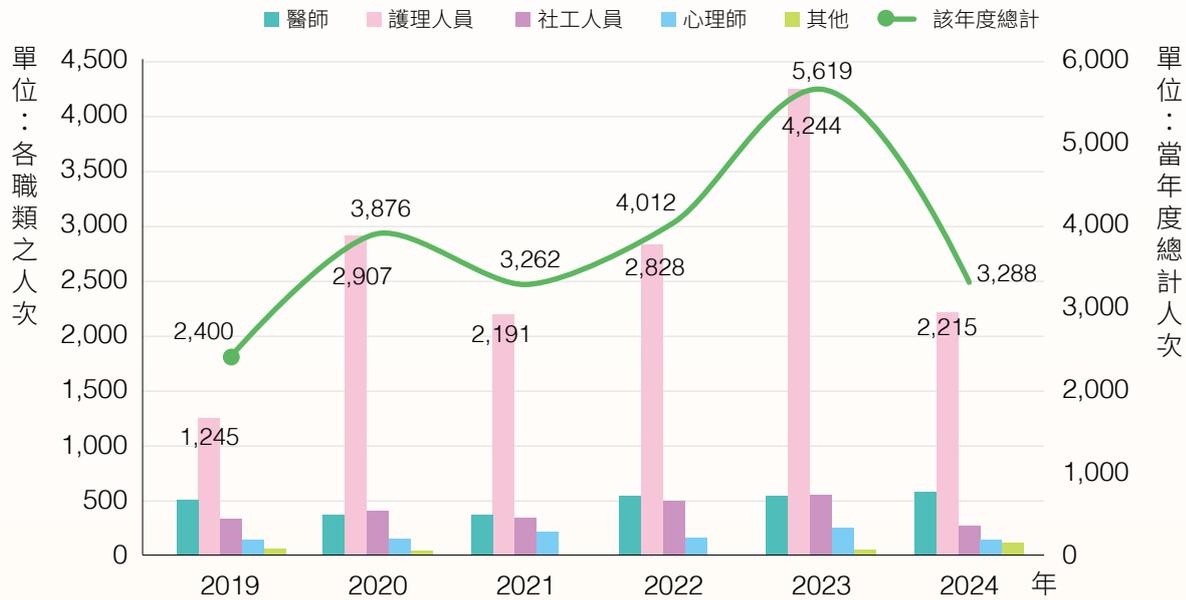


圖 17 | 2019 ~ 2024 年各職類參與 ACP 4-6-11 小時基礎課程訓練人次

#### 4 專業人員持續接受病主法繼續教育訓練的人次及時數

##### (1) 指標定義及說明

定義：專業人員（醫師、護理師、心理師、社工師）每年接受病人自主權利法及預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）相關繼續教育課程之人次及累計時數

病人自主權利法施行已逾六年，預立醫療照護諮商（ACP）逐步由門診擴展至住院及居家照護場域，並逐漸融入日常醫療照護流程。國內針對預立醫療照護諮商之醫師、護理師及心理師或社工師有規範其簡要訓練制度，且各界（包括公部門與私部門）皆持續推動 ACP 課程宣導及實務經驗分享，確保參與人員的專業知能與時俱進。相關課程主題

多元，包括特殊族群的 ACP 實務經驗、啟動預立醫療決定（Advance Decision, AD）之案例分析、最新政策規範等，並鼓勵跨機構、跨團隊間之經驗交流等，以強化臨床實務運作之完整性與品質。

由於 ACP 團隊除醫師外，亦包含護理師、社工師及心理師等，提供病人（意願人）與家屬完整 ACP 諮商服務；其中，社工師屬社會福利專業人員，並未納入《醫療法》所稱醫事人員範疇，本項相關培訓數據由中華民國醫務社會工作協會協助提供。資料蒐集以關鍵字（如：「病人自主」、「預立醫療」、「醫療委任代理人」）進行歸類與統計。

本指標反映專業人員持續學習與知識更新情形。每年完成病主法相關繼續教育課程之人次與總時數愈高，代表國

內持續投入ACP專業培訓與病人自主理念推廣之力度愈加充實，致整體制度發展日趨穩定與成熟。

## (2) 現況分析

自2021年至2024年，專業人員（西醫師、護理師、心理師、社工師）接受ACP繼續教育訓練總計230,558人次，累計300,300時數，平均約1.3小時/人次。近四年數據顯示：專業人員接受ACP繼續教育訓練「總時數」以2021年為最高，達88,868小時；其次為2022年71,763小時；而訓練人次同樣以2021年為最多，計59,273人次；其次為2024年計58,998人次（表24、圖18）。整體

而言，2021年無論在「總時數」或「人次」皆為高峰，推測與疫情期間臨床服務受限有關，專業人員轉向線上或其他形式的繼續教育，以強化專業能力並為臨床需求預作準備。

進一步分析各職類專業人員接受ACP繼續教育訓練總時數，以「護理師」最多，計227,242小時；其次「西醫師」計44,530小時；次之為「社工師」計20,323小時（表24）。顯示護理師在ACP繼續教育中參與度最為顯著，反映其在病人自主權利法推動與臨床實務中所承擔的重要角色。

表 24 | 2021 ~ 2024 年專業人員接受 ACP 繼續教育訓練人次及時數

年度	西醫師				護理師				心理師				社工師				全部			
	人次		總時數		人次		總時數		人次		總時數		人次		總時數		人次		總時數	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2021	8,301	<b>34.5</b>	28,401	<b>63.8</b>	48,690	24.9	54,048	23.8	1,435	19.6	1,807	22.0	847	22.3	4,612	22.7	59,273	<b>25.7</b>	88,868	<b>29.6</b>
2022	5,239	21.8	4,648	10.4	49,429	25.3	59,276	<b>26.1</b>	2,283	<b>31.2</b>	2,014	24.5	1,211	<b>31.9</b>	5,825	<b>28.7</b>	58,162	25.2	71,763	23.9
2023	5,456	22.7	5,030	11.3	45,827	23.5	55,434	24.4	1,838	25.1	2,253	<b>27.5</b>	1,004	26.5	5,683	28.0	54,125	23.5	68,399	22.8
2024	5,090	21.1	6,451	14.5	51,416	<b>26.3</b>	58,484	25.7	1,760	24.1	2,131	26.0	732	19.3	4,203	20.7	58,998	25.6	71,270	23.7
總計	24,086	100.0	44,530	100.0	195,362	100.0	227,242	100.0	7,316	100.0	8,206	100.0	3,794	100.0	20,323	100.0	230,558	100.0	300,300	100.0

註：1. 醫事人員（西醫師、臨床心理／諮商心理）繼續教育積分管理系統資料來自衛生福利部醫事司提供；醫事人員（護理師）繼續教育積分管理系統資料來自衛生福利部照護司提供；社工師資料來自中華民國醫務社會工作協會提供。

2. 參與課程時數之計算方式以每堂課參與人數乘以該課程時數做計算，所得結果再以四捨五入取整數作為總時數。

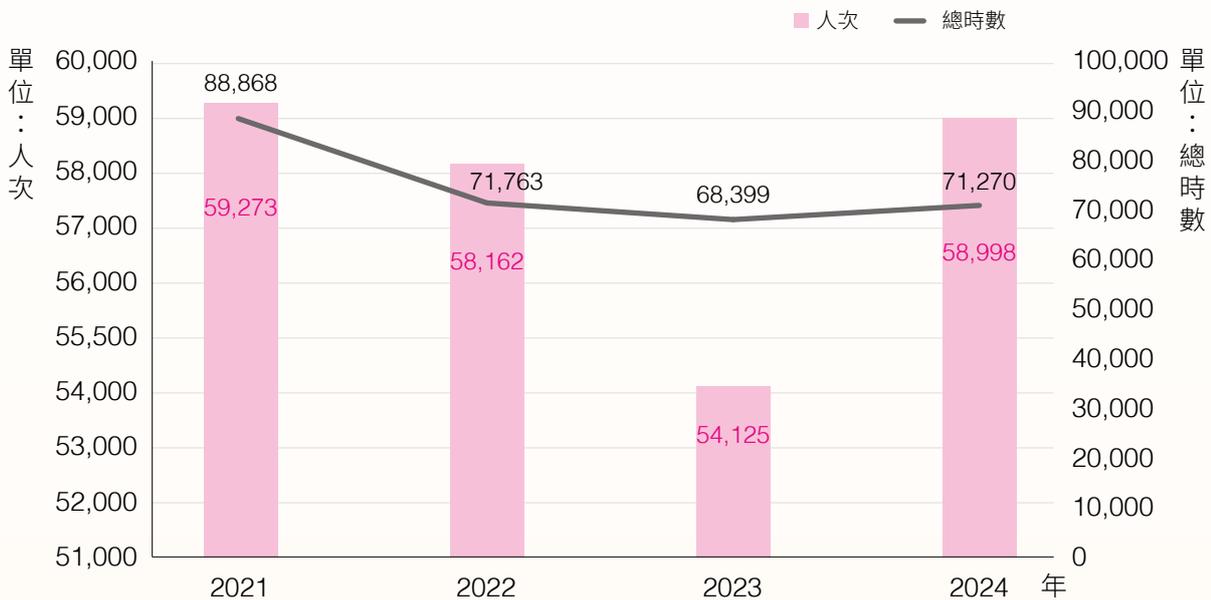


圖 18 | 2021 ~ 2024 年專業人員接受 ACP 繼續教育訓練人次及時數

## 社區參與

機構積極推動社區民眾認識病人自主權利，藉此提升大眾對預立醫療照護諮商 (ACP) 之認知與重視，促進病人自主理念於社區層級之落實。

### 5 《病人自主權利法》活動辦理場次及民眾參與人次

#### (1) 指標定義及說明

定義：國內機構辦理推廣《病人自主權利法》相關活動之場次與參與人次，對象為社區民眾

《病人自主權利法》自 2019 年 1 月 6 日施行，並以每年 1 月 6 日為「病人自主權利法推行紀念」，象徵社會對民眾於生命末期所擁有的選擇權與自主權之重視。為強化民眾對「預立醫療照護諮商」(Advance Care Planning, ACP) 及「預立醫療決定」(Advance Decision, AD) 之理解，2024 年適逢法案施行五週年，衛生福利部特舉辦「為我的醫療旅程設定航線」全國推廣活動，廣邀各級醫療院所共同響應 (圖 19~20)。



▲ 圖 19 | 「為我的醫療旅程設定航線」病人自主宣導響應系列活動



▲ 圖 20 | 花蓮、台東響應「為我的醫療旅程設定航線」病人自主宣導

此外，為擴大不同世代族群參與，2024 年特於臺北市南港瓶蓋工廠舉辦「兒童劇團表演暨繪本互動體驗活動」，由「夾腳拖兒童劇團」演出改編自病主法繪本《樹懶爺爺的心願》的偶劇演出，並透過互動遊戲引導親子共同認識生命的價值。

在多元推廣策略上，衛生福利部自

2022 年起製播 Podcast 節目《遇見，預見》，至 2024 年已推出第三季，並由知名主持人曾寶儀擔任主持人，邀請醫師、名人及青年來賓分享個人生命故事與面對重大抉擇的心路歷程，探討「器官捐贈移植」、「安寧緩和療護」及「預立醫療決定」等議題，以聲音傳播觸及更多族群，促進生命教育對話（圖 21）。

本指標所呈現之數據並非全國性民眾參與情形，而係依據備註所列之計算項目進行統計。本指標民眾參與推廣場次與人次愈多，代表其對病主法的認識

與接受程度愈高，反映社區中病人自主意識逐漸提升，顯示社會大眾已愈來愈願意提早思考與規劃自身的醫療選擇，為善終做好超前部署。

### 衛生福利部 Podcast | 善終三法宣導 第三季 遇見 預見

集數	訪談來賓	主題
EP1	台劇《生死接線員》製作人 楊中天	一份偉大的父愛，讓生命得以再次延續
EP2	北市聯醫中興院區社工師 蔡宗達	命運或機會，為自己的每一步做出選擇
EP3	送行者 許伊妃	用你想要的方式，與世間告別
EP4	台劇《額外旅程》導演 朱峰	重啟第二次人生，每一刻皆心懷感恩
EP5	台大醫院雲林分院 馬惠明院長	為自己作主，生命的價值由我決定
EP6	器捐病主中心董事長 李明哲	刻骨銘心的離別，向死而生的人生哲理
EP7	職場圖文作家 我是馬克	正是因為我們深愛他，才願意做這件事
EP8	衛福部醫事司 劉越萍司長	「善終」，也是一種愛的表達



▲ 圖 21 | 2024 年衛生福利部製播《遇見，預見》Podcast 節目表

## (2) 現況分析

近年來，隨著政策宣導逐步擴大及多元推廣管道的運用，各醫療機構積極推動病人自主權利法之社區宣導，帶動民眾參與度逐年提升。由表25可見，「推廣場次」由2022年879場、2023年1,742場，至2024年2,048場次，三年間成長約1.3倍。「參與人次」由2022年71,950人次、2023年209,704人次，至2024年233,366人次，三年間成長逾2.2倍，顯示民眾對病人自主議題的接受度與參與意願顯著提升。

在數位推廣方面，Podcast節目自2022年第一季觸及24,339人次、2023

年第二季15,967人次，至2024年第三季15,303人次。進一步分析，Podcast平台多在節目第一季會特別給予流量紅利及露出，隨著節目累積，新受眾的自然成長幅度隨著時間而趨緩，雖能持續觸及特定族群，但受眾相對集中，仍需積極拓展新群體。

整體而言，社區參與場次及人次呈穩定成長，顯示我國《病人自主權利法》推廣已漸具規模與深化，未來仍應持續強化實體與數位並行的多元宣導模式，並針對不同世代與族群設計差異化推廣策略，以全面提升社會對預立醫療照護諮商（ACP）與善終理念的理解與支持。

表 25 | 2022 ~ 2024 年推廣《病人自主權利法》相關活動之場次與民眾參與人次

	2022 年	2023 年	2024 年	走勢圖
推廣場次	879	1,742	2,048	
參與人次	71,950	209,704	233,366	
PODCAST 觸及人次	24,339	15,967	15,303	

註：1. 本數據「非」全國性推廣數值，係依據各機構回報情形及本中心推動成果所彙整而成。

2. 推廣人次統計以實體推廣活動為主，不包含網站宣傳、跑馬燈播放、院內影片播映等靜態宣導方式。

3. 2022年(1)參與預立醫療照護諮商推動獎勵機制共47家醫療機構，辦理878場次、觸及70,540人次；(2)辦理公益路跑活動1場其參與為1,410人次。

4. 2023年(1)參與預立醫療照護諮商推動獎勵機制共55家醫療機構，辦理1,096場次、觸及166,456人次；(2)參與衛福部預立醫療照護諮商獎勵計畫共28家機構，辦理645場次、觸及41,415人次；(3)辦理公益路跑1場其參與為1,833人次。

5. 2024年(1)參與預立醫療照護諮商推動獎勵機制共55家醫療機構，辦理1,412場次、觸及187,555人次；(2)參與衛福部預立醫療照護諮商獎勵計畫共28家機構，辦理571場次、觸及34,996人次；(3)辦理社區關懷據點及各區監理所推廣活動共64場次，觸及7,901人次；(4)辦理公益路跑1場其參與人次為2,914人次。

### （三）努力的成果

#### 一、簽署安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書 vs. 預立醫療決定書

項目	安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書	預立醫療決定書																
1. 簽署率占 18 歲以上人口	5.2%	0.5%																
2. 性別組 *	女性 (57.2 ~ 62.1%)	女性 (63.5 ~ 67.1%)																
3. 年齡組 **	<table border="1"> <tr><th>年齡組</th><th>百分比</th></tr> <tr><td>60-69歲</td><td>25.8</td></tr> <tr><td>50-59歲</td><td>21.2</td></tr> <tr><td>70-79歲</td><td>17.8</td></tr> </table>	年齡組	百分比	60-69歲	25.8	50-59歲	21.2	70-79歲	17.8	<table border="1"> <tr><th>年齡組</th><th>百分比</th></tr> <tr><td>60-69歲</td><td>28.8</td></tr> <tr><td>50-59歲</td><td>22.2</td></tr> <tr><td>70-79歲</td><td>17.9</td></tr> </table>	年齡組	百分比	60-69歲	28.8	50-59歲	22.2	70-79歲	17.9
年齡組	百分比																	
60-69歲	25.8																	
50-59歲	21.2																	
70-79歲	17.8																	
年齡組	百分比																	
60-69歲	28.8																	
50-59歲	22.2																	
70-79歲	17.9																	

\* 彙整 2018 ~ 2024 年女性簽署安寧百分比範圍、彙整 2019 ~ 2024 年女性簽署 AD 百分比範圍

\*\* 彙整 2018 ~ 2024 年簽署安寧年齡組前三位平均百分比、彙整 2019 ~ 2024 年簽署 AD 年齡組前三位平均百分比

#### 二、安寧緩和療護現況

##### （一）照護品質

1. 緩和醫療家庭諮詢費之申報人數呈逐年上升趨勢，2024 年申報緩和醫療家庭諮詢費人數共 54,181，四年間增幅達 15.9%。
2. 2023 年癌症病人於末期照護期間接受鴉片類藥物緩解疼痛約 87.7%，且年齡組同期比率隨年齡增加而遞減之趨勢。

##### （二）服務可近性

1. 2024 年全國安寧服務機構共 581 家；安寧住院共 871 床位，折合為每 10 萬人口約有 4 張病床，這相當於加拿大每 10 萬人口安寧緩和療護病床數。

2. 依據歐洲安寧緩和學會建議，每 10 萬人口應設有兩類專業安寧緩和照護服務，包括一個居家照護團隊和一個醫院照護團隊。對應於台灣約有 2.1 個居家安寧團隊提供服務（以 488 家推估）、約有 1.6 個社區居家安寧照護團隊（以 377 家推估）、約有 0.8 個醫院安寧照護團隊（以 187 家推估）。
3. 2021 ~ 2023 年死亡前一年使用安寧緩和療護人數逐年增加，2023 年死亡前一年安寧利用率 30.9%，顯示安寧緩和療護服務接受度逐步提升，而我國安寧緩和療護利用率與美國（30.3%）平均水準相當。

### (三) 人力資源

1. 推估全國實際提供安寧緩和療護服務，醫師1,008人、護理師2,554人、社工師213人、心理師187人。相當於每10萬人口有4.0~4.3位安寧緩和療護醫師（若以2024年安寧緩和醫學專科醫師926人或以調查推估數1,008人）與10.9位安寧緩和療護護理師（調查推估數2,554人）。
2. 每年培育PGY第二年課程（PGY2）中，無論屬分科組或不分科組，其課程內容中包含安寧緩和療護訓練，至2024年當年度PGY2安寧緩和療護完訓人數1,334人。
3. 每年穩定培育安寧緩和療護專業訓練人員，累計至2024年仍持有有效證書其安寧緩和醫學專科醫師計926人、安寧緩和護理師564人。
4. 2024年當年度專業人員接受安寧緩和療護繼續教育訓練總人次：醫師11,452、護理師117,558、社工師2,591、心理師1,796；2024年當年度專業人員接受安寧緩和療護繼續教育訓練總時數：醫師10,072、護理師143,284、社工師23,907、心理師2,406（小時）。

### (四) 社區參與

1. 2024年辦理安寧緩和療護推廣共1,981場、達269,586人次。且發現2023、2024年推廣安寧緩和療護與預立醫療照護諮商活動多數合併進行，顯示兩者在社區宣導中已形成互補效應。

## 三、病人自主

### (一) 服務可近性

1. 國內預立醫療照護諮商服務機構數量逐年穩定成長，2024年設立預立醫療照護諮商服務機構共279家，其中醫院占59.5%、診所占26.9%。
2. 若以每一間ACP機構可服務10萬人口為基準，即目前機構ACP服務高出0.39倍之量能。

### (二) 人力資源

1. 2019年至2024年各職類參與ACP 4-6-11小時基礎課程專業訓練達22,457人次。依2024年受訓ACP基本訓練資格人次，醫師572、護理人員2,215、社工人員265、心理師133及其他103。
2. 2024年當年度專業人員持續接受病主法繼續教育訓練的人次：醫師5,090、護理師51,416、社工師732、心理師1,760；2024年當年度專業人員接受ACP繼續教育訓練總時數：醫師6,451、護理師58,484、社工師4,203、心理師2,131（小時）。

### (三) 社區參與

1. 2024年《病人自主權利法》活動辦理ACP共2,048場、推廣達233,366人次，三年來其場次成長約1.3倍、推廣人次超過2.2倍，顯示民眾對病人自主議題的接受度與參與意願顯著提升。

#### (四) 參考文獻

- Addisu Getie, Gizachew Yilak, et al., (2025) . Palliative care utilisation globally by cancer patients: systematic review and meta- analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 15,291-299. 2025;0:1–9. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005000>
- Australian Institute of Health and Welfare (2024/10/30) . Palliative care services in Australia. <https://www.aihw.gov.au/reports/palliative-care-services/palliative-care-services-in-australia/contents/palliative-care-workforce>
- B. White, C. Tilse, J. Wilson, et al., (2014) . Prevalence and predictors of advance directives in Australia. *Internal Medicine Journal*, doi:10.1111/imj.12549. <https://www1.racgp.org.au/newsgp/clinical/advance-care-planning-in-an-ageing-population>
- Canadian Cancer Society (2023) . Analyzing Hospice Palliative Care Across Canada. <https://cancer.ca/-/media/files/about-us/media-releases/2023/palliative-care-report/adv23163palliative-care-report85x11en04.pdf>
- Catherine L. Auriemma, Scott D. Halpern, Jeremy M. Asch, et al., (2020) . Completion of Advance Directives and Documented Care Preferences During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Network Open*. 3 (7) :e2015762. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.15762.
- Eric A. Finkelstein, Afsan Bhadelia, Cynthia Goh et al., (2022) . Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63 (4) . available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421006734>
- Greco MT, Roberto A, Corli O, et al., (2014) Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 32: 4149-54. Doi: 10.1200/JCO.2014.56.0383
- Kimberly Buck, Linda Nolte, Marcus Sellars, et al., (2021) . Advance care directive prevalence among older Australians and associations with person-level predictors and quality indicators. *Health Expectations*. 2021;24:1312–1325. DOI: 10.1111/hex.13264
- Manuela Rueter, Béangère Baricault, et al., (2022) . Patterns of opioid analgesic prescribing in cancer outpatients during the last year of life in France: A pharmacoepidemiological cohort study based on the French health insurance database. *Therapies*, Volume 77, Issue 6, November–December 2022, Pages 703-711. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.01.019>
- Maureen Milliken (2023/10/19) . End-of-Life Care and Hospice Costs. <https://www.debt.org/medical/hospice-costs/>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2023) . Time for Better Care at the End of Life. Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/722b927a-en/index.html?itemId=/content/publication/722b927a-en>
- Palliative Care Australia (2019) . Sustainable access to prescription opioids for use in palliative care. available at: [https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2019/05/PalliativeCare-Opioid-Position-Final.pdf](https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/05/PalliativeCare-Opioid-Position-Final.pdf)
- Peter G. Peterson Foundation (2025) . Budget Basics: Medicare. available at: <https://www.pgpf.org/article/medicare/>
- Royal College of Anaesthetists (n.d) . Opioids for pain management in palliative care. available at: <https://fpm.ac.uk/opioids-aware-clinical-use-opioids/opioids-pain-management-palliative-care>

- Semra Ozdemir, Jia Jia Lee, Grace Meijuan Yang et al., (2022) . Awareness and Utilization of Palliative Care Among Advanced Cancer Patients in Asia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64 (4) . P.195-201. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(22\)00759-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(22)00759-X/fulltext)
- Sheila Payne, Andrew Harding, Tom Williams, et al., (2022) . Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC) : A Delphi study. *Palliative Medicine*, 36 (4) . P.680-697. doi: 10.1177/02692163221074547
- The Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien foundation (2015) . The Quality of Death Index- Ranking end-of-life care across the world. available at: [https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod\\_index\\_2.pdf](https://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf)
- The Trustees of the University of Pennsylvania (2017/7/5) . Two out of Three U.S. Adults Have Not Completed an Advance Directive. available at: <https://www.pennmedicine.org/news/news-releases/2017/july/two-out-of-three-us-adults-have-not-completed-an-advance-directive>
- VNS Health (2025) . The Value of Hospice Care: Hospice Utilization and the Importance of Referring Your Patient Early. available at: <https://www.vnshealth.org/for-professionals/insights/the-value-of-hospice-care-hospice-utilization-and-the-importance-of-referring-your-patient-early/>
- World Health Organization (2021) . Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033351>
- World Health Organization (2023/6/1) . Palliative care: Key facts. available at: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- Yu Lin Lin, Ruey Kuen Hsieh, Chao Hsiun Tang (2018) . Strong opioid prescription in cancer patients in their final year of life: A population-based analysis using a Taiwanese health insurance database. *Asia Pac J Clin Oncol*, 14 (5) :e498-e504. doi: 0.1111/ajco.12865
- Ziegler, LE, Mulvey, M, et al. (2016) , Opioid prescribing for patients with cancer in the last year of life: a longitudinal population cohort study. *Pain*, 157 (11) . pp. 2445-2451. ISSN 0304-3959 <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000656>
- 中央社 (2023/12/30) 。善終議題不生硬 偶劇繪本讓大小朋友都能懂 。<https://www.cna.com.tw/news/ahel/202312300210.aspx>
- 中華民國醫師公會全國聯合會 (2018年10月8日) 。衛福部107年10月3日發布「預立醫療決定書」、「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」及「病人自主權利法施行細則」，本會多項建議獲採納。[https://www.tma.tw/meeting/meeting\\_info.asp?/8188.html](https://www.tma.tw/meeting/meeting_info.asp?/8188.html)
- 中廣新聞網 (2024/01/05) 。不讓生命最後一哩路成為家人負擔 門諾推廣「預立醫療決定書」。<https://today.line.me/tw/v2/article/qoP3jDk>
- 創新照護 AnkeCare website (2023/05/17) 。長照與安寧-長照的最後一哩路 善終照顧的困境與突破 (上) 。<https://www.ankecare.com/article/2524-2023-05-15-17-46-57>
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (2025/2/12) 。二年期醫師PGY訓練課程架構。<https://www.jct.org.tw/cp-171-4644-c6ce4-1.html>
- 國家衛生研究院 (2019) 。台灣安寧緩和療護政策白皮書。經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應。<https://health99.hpa.gov.tw/article/19400>

# 02 獲獎榮耀

(一) 機構

(二) 個人



## (一) 機構

為鼓勵各醫療機構積極投入並持續推動安寧緩和療護及預立醫療照護諮商（ACP），以提升國內末期病人之照護品質並保障其善終權益，衛生福利部委託本中心於2022至2024年間，辦理「110年度至112年度安寧緩和推廣機構獎勵機制」及「111年度至113年度預立醫療照護諮商推廣機構獎勵機制」。

整體而言，醫院約有41.7%參與安寧緩和推廣獎勵機制競賽，亦有約38.6%的醫院參與ACP推廣獎勵機制，且參與機構家數逐年成長（圖22～23）。為鼓勵表現優異機構，每年均舉辦公開頒獎典禮，並統計顯示，獲頒「推廣績優機構」殊榮者佔比介於32.1%至39.2%之間。

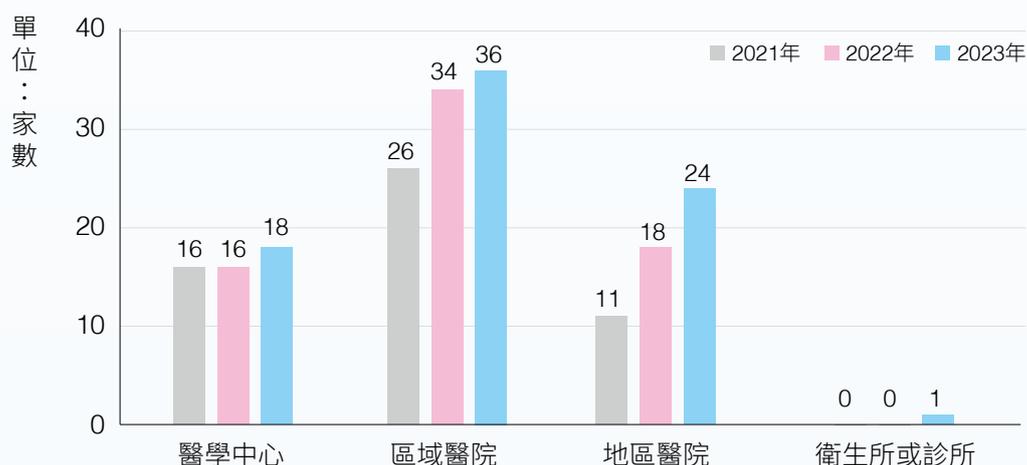


圖 22 | 2021 ~ 2023 年依規模其參與安寧緩和推動機構獎勵機制之機構量

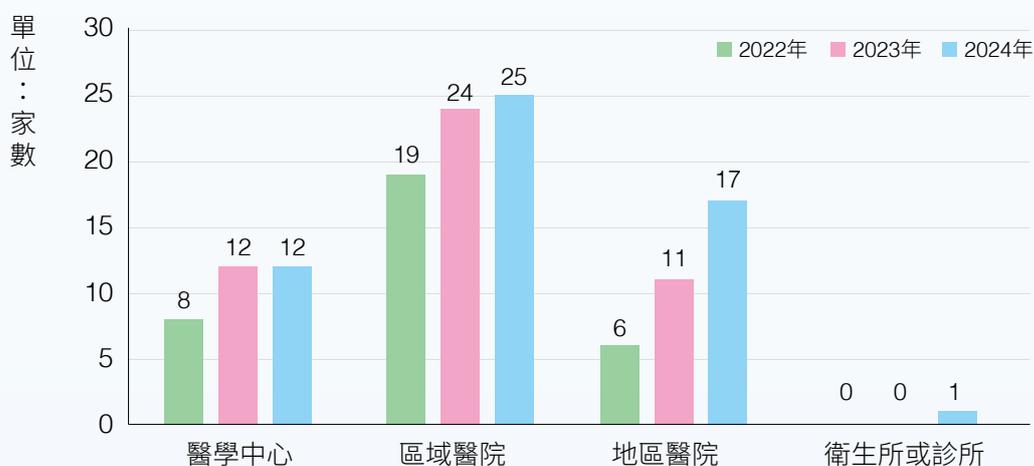


圖 23 | 2022 ~ 2024 年依規模其參與預立醫療照護諮商推動績優獎勵機制之機構量

## 1 安寧緩和推動機構獎勵機制

衛生福利部自 2021 年度起辦理「安寧緩和推動機構獎勵」活動，鼓勵醫療機構主動推廣安寧緩和療護理念與服務，以持續提升國內末期病人照護品

質。該獎勵機制設有多項評比指標，包括協助民眾完成安寧緩和醫療意願註記件數、推廣社區民眾對安寧緩和療護的認識、以及提升機構內部員工安寧緩和療護教育訓練等。

表 26 | 依醫院規模連續 3 年獲得安寧緩和推動績優獎勵機制之機構

醫院規模	家數	獲獎機構
醫學中心	3	臺北榮民總醫院 國立成功大學醫學院附設醫院 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
區域醫院	7	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 童綜合醫療社團法人童綜合醫院 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院 高雄市立大同醫院
地區醫院	2	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院 臺中榮民總醫院埔里分院

## 2 預立醫療照護諮商推動績優機構獎勵機制

本項獎勵機制旨在鼓勵醫療機構積極投入推動病人自主之理念與實務作為，藉此提升我國預立醫療照護諮商（ACP）服務推展之廣度與品質。評比項目除涵

蓋機構實際完成預立醫療決定書簽署並完成健保卡註記之人數外，亦納入辦理民眾之推廣活動、提供醫療照護人員教育訓練課程，並鼓勵機構建立專責單位、制定推動策略與制度，強化院方層級之支持與資源投入等多項指標。

表 27 | 依醫院規模連續 3 年獲得預立醫療照護諮商推動績優獎勵機制之機構

醫院規模	家數	獲獎機構
醫學中心	2	國立臺灣大學醫學院附設醫院 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院
區域醫院	2	衛生福利部豐原醫院 台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院
地區醫院	1	臺北榮民總醫院臺東分院

註：參與當年度與前一年度衛生福利部「預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫」之機構不納入本競賽

感謝各醫療機構及第一線人員的熱忱推動與持續努力，積極投入安寧緩和療護與預立醫療照護諮商之宣導與服務，讓安寧緩和療護與病人自主的理念得以在臺灣紮根，並協助每一位民眾在符合其意願與尊嚴的前提下，安然走過人生的最後旅程。

## (二) 個人

為鼓勵各界持續積極推動器官捐贈、安寧緩和療護和病人自主權利（善終三法），提升相關人員對善終三法之意識與認知，進而促進預立醫療決定、安寧緩和療護及器官捐贈之意願，並營造我國重視尊嚴善終之社會氛圍及友善環境，特辦理「善終三法推動徵文活動」。

本活動已連續辦理3年，獲得廣大迴響，投稿件數亦逐年提升。為獎勵國內人員

於善終三法領域之學術研究與實務貢獻，特公告113年度「善終三法推動徵文活動」並設立徵文獎勵方案，期望持續激發更多關注與投入，透過多元觀點與研究成果深化理念落實，共同為打造一個尊重病人意願、實踐尊嚴善終的社會努力。

以下為2024年度獲獎優秀作品之部分簡介與評審回饋摘述，完整摘要內容請參閱《榮耀專刊》。

### 1. 碩士論文類

#### 《展望更好的善終—醫務社會工作師推動預立醫療照護諮商之經驗》摘述

本研究透過深度訪談九位醫務社工師，探討其於第一線推動預立醫療照護諮商（ACP）之實務經驗，整理出ACP在臨床操作中的運作模式、社工師所擔任的角色功

能、面臨的挑戰與其因應策略，並進一步剖析推動過程中所遭遇的社會文化脈絡與結構性限制。

研究結果指出，社工師在《病人自主權利法》實施歷程中扮演多元且關鍵角色。相較於醫師與護理人員較著重於醫療專業處置與臨床判斷，社工師則憑藉其在溝通協

調、家庭動力評估及資源連結等方面的專業能力，於ACP歷程中協助病人與家屬釐清意願、促進共識，成為多專業團隊中不可或缺的溝通橋梁與支持角色。評審肯定本研究具備豐富實務觀察，對多專業角色的補位與協作提供重要啟發，具有參考價值與推廣潛力。

表 28 | 2024 年度善終三法推動徵文活動—碩士論文優秀獎

畢業學校及系所	作者	指導教授	論文題目
國立臺灣師範大學 社會工作學研究所	黃明慈	溫信學 潘淑滿 王永慈	展望更好的善終—醫務社會工作師 推動預立醫療照護諮商之經驗

## 2. 學術論文類

### 《推動住宿型長照機構進行預立醫療照護諮商之概況》摘述（銀獎）

本篇論文以「住宿型長期照顧機構」為研究場域，聚焦於長照機構（如護理之家、住宿型機構）內導入預立醫療照護諮商（ACP）之實務過程與成效，為目前國內少數針對長照場域進行ACP實務探討的研究。研究發現，透過ACP的導入，有效促進醫療團隊與住民之間的溝通與理解，使團隊得以更深入了解住民的照顧需求與生命意願。

雖然本研究樣本數有限，但研究主題具高度時事性與實務參考價值，對病人自主權利法於長照體系的實踐具有一定貢獻。評審肯定其研究方向與「善終三法推動徵文活動」主題高度契合，具鼓勵與推廣價值。

### 《個案研究：探討非英語系外籍移工在台完成器官捐贈之困境》摘述（銅獎）

本研究為回溯性個案探討，針對非英語系國籍之外籍移工在台意外過世後進行器官捐贈所面臨之實務困境進行分析。現行器官捐贈說明書與同意書多以中、英文為主，對

於來自非英語系國家的移工，醫院在面對突如其來的臨終狀況時，若需進行器官捐贈溝通與同意程序，常面臨語言隔閡、法律認知差異與行政程序不明等多重挑戰。

研究建議政府應儘速補足多語版本之說明書與法律文件，並建構跨單位合作機制，

例如與移工母國駐台使館、檢察體系、法醫與警政機關等通力合作，以提升未來處理相關案件之效率與人道溝通品質。評審肯定其主題具高度實務應用性，為器官捐贈制度在多元文化環境下的完善與推進提供寶貴建議。

表 29 | 2024 年度善終三法推動徵文活動—學術論文

獎項	論文題目	機構	作者群
銀獎	推動住宿型長照機構進行預立醫療照護諮商之概況	臺北市立聯合醫院 中興院區	蔡宗達社工課課長 吳慧珊社工師 陳怡穎副護理長 蔡景耀院長
銅獎	個案研究：探討非英語系外籍移工在台完成器官捐贈之困境	秀傳醫療財團法人 彰濱秀傳紀念醫院	林珊伊社工課課長 洪心渝器捐協調師 楊宗憲社工課組長 蔡孟夏社工師 蔡馨葶社工師 施佳吟社工師



# 03 致謝

---





衛生福利部中央健康保險署



# 2024 安寧緩和療護及病人自主年報

## Annual Report on Hospice Palliative Care and Patient Autonomy

- 發行單位 衛生福利部
- 發行人 石崇良
- 總編輯 劉越萍
- 編輯委員 (按姓氏筆畫順序排列)  
李明哲、李英芬、林怡吟、柯彤文、孫文榮、張曉婷、陳如意、黃旭明、  
黃馨蓀、廖熏香、蔡宏斌、蔡兆勳、賴秀昀、戴瑀如、謝至鏗、謝宛婷
- 編輯小組 王詩瑩、石滇藝、林佩儒、陳凱徨、彭明珠、黃嘉綺、羅聿廷
- 
- 地址 115204 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號
- 電話 (02) 8590-6666
- 傳真 (02) 8590-7088
- 出版年月 中華民國 114 年 12 月
- 創刊年月 中華民國 114 年 12 月
- 編輯製作 種子發多元化廣告有限公司
- 
- 定價 新台幣 250 元整
- 展售處 臺北 國家書店松江門市  
地址 104 臺北市松江路 209 號 1 樓  
電話 (02) 2518-0207  
臺中 五南文化廣場  
地址 403 臺中市西區臺灣大道二段 85 號  
電話 (04) 2226-0330
- 
- I S B N 978-626-7667-97-2 (平裝)
- G P N 1011401568

本年報同時登載於衛生福利部網站，網址：<https://www.mohw.gov.tw>





2024 安寧緩和療護及病人自主年報  
ANNUAL REPORT



衛生福利部  
Ministry of Health and Welfare

115204台北市南港區忠孝東路6段488號

(02) 8590-6666

<https://www.mohw.gov.tw>



財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心

115029台北市南港區南港路2段78號6樓

(02) 2358-2088

<https://www.tosrpapc.org.tw>

