社區與機構安寧團隊銜接與支持制度建立

邱智鈴

成大醫院安寧緩和共照中心專家顧問

台灣安寧緩和護理學會理事長

2026.04.19

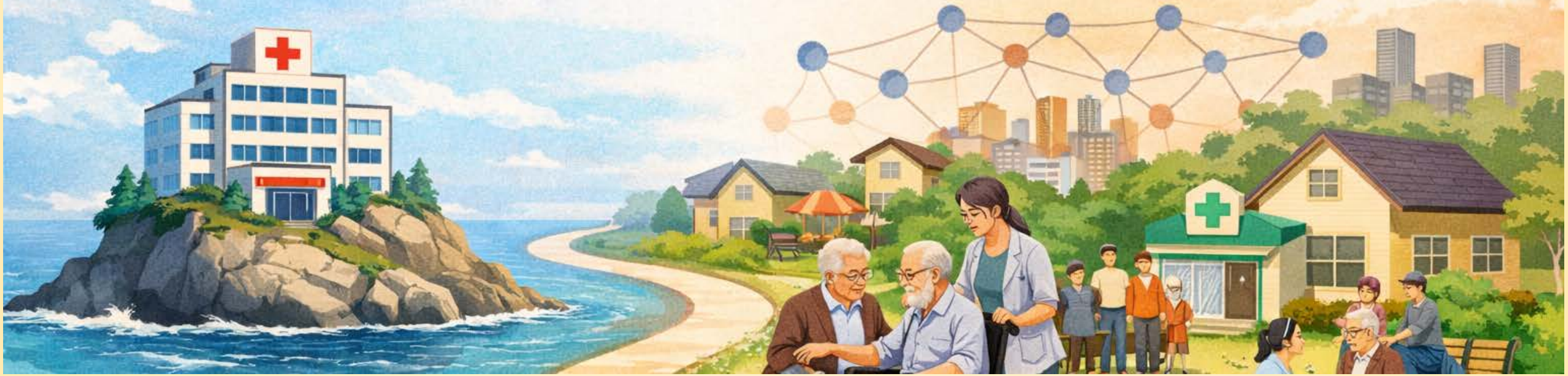
課程大綱

- 基層診所/機構常見的安寧困境
- 基層與醫院在啟動角色上的差異
- 基層與醫院轉介流程
- 支持網絡與「夜間/假日」應對原則
- 如何將安寧療護啟動與溝通教給基層夥伴。

「安寧療護的成功，不在於我們有多少病床，而在於我們能讓多少病人在最自在的地方平安謝幕。」

從「醫院孤島」到「社區網絡」

打造社區安寧照護的最後一哩路



一、基層/機構的四大心魔

- 轉介太晚： 總覺得還有救，等到瀕死才聯絡。
- 不敢開口： 怕家屬覺得被放棄，怕談死會「觸霉頭」。
- 不知道何時轉介：缺乏對末期預後評估（Prognostication）的工具與信心。
- 害怕照顧困難個案： 擔心末期噴血、嚴重喘鳴、傷口惡臭或強烈疼痛等症狀無法在社區處理

機構的安寧困境

一. 機構人員缺乏照顧臨終末期病人的知識及技能。

二. 病人死亡診斷證明書開立問題。

三. 家屬缺乏臨終照護共識。

四. 機構對於安寧照護理念，不支持病人原床善終。

二、 醫院 vs. 基層：啟動角色的差異與關鍵

- 基層/機構角色：長期陪伴、生活品質維護、在地終老。負責早期評估、初步溝通、症狀觀察。
- 醫院角色：緩解複雜症狀（如：神經阻斷、難治性疼痛）。負責急性症狀處置、複雜傷口及出院準備轉銜。
- 何時轉介？ 最簡單的指標，如："Surprise Question"（如果這位病人在一年內過世，你會感到驚訝嗎？若答案為「否」，即是啟動安寧討論的時機）。

生命末期判斷工具 - 社區版

- 引自嘉義基督教醫院安寧團隊

基層必修課

■何時轉介？ 可以運用 SPICT™ (支持緩和醫療指標工具)，只要出現「功能退化、非預期體重減輕、頻繁進出急診」即應考慮。

◆英國以 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 來評估慢性病患或衰弱老人健康惡化與死亡風險的篩選工具，主要是在幫助臨床醫師識別病人是否需要轉介至安寧緩和醫療。符合 SPICT 評估通常表示病人一年內死亡機率為 50%

■如何轉介？ 建立「軟性啟動」話術，不說「放棄」，而說「增加照護團隊來幫忙減輕不舒服」

三、醫院與基層的轉介流程

1.醫院端：病情穩定出院前 3-5 天，由「安寧共照師」或安寧個案管理師聯繫「居家護理所」。

2.跨單位會議：視訊或面對面進行「暖身交班」，傳達用藥習慣與病家期待。

3.基層接手：病人回家當天，居家護理師到宅，醫院端提供 24 小時電話諮詢。

以成大醫院安寧居家團隊為例

- 藉由醫學中心與基層院所共同合作，提升基層院所醫護人員末期病人照護能力
- 建構與社區基層院所(含機構)社區安寧合作模式

提供單一窗口，服務整合

單一窗口

由安寧居家資深護理師統籌負責會診或電訪

分案轉銜

本院安寧居家

獨立居家護理所

提供居護所電話諮詢及後援

全程照護

在家或機構照護

病人往生後由安寧居家團隊協助開立死亡診斷書

在家照護

病人往生後
由居護所合作醫師開立死亡診斷書

- **藉由點、線、面的合作，建構大台南地區安寧緩和醫療社區照護網絡。**

目前合作基層院所(含衛生所)共七家

國立成功大學醫學院附設醫院

1100112 修定

權責單位	末期病人轉銜合作院所或機構作業流程圖	說明
安寧居家團隊	照會安寧居家病人經評估符合下轉合作院所收案（註一）（註二）	註一：由核心醫院安寧團隊醫師評估症狀控制穩定欲返家照顧的病人。
安寧居家團隊 合作基層醫療院所 居家護理所	個管師依病人之居住地選擇就近之合作院所並協助媒合	註二：與本院合作之基層醫療院所或居家護理所。
安寧居家團隊 病人家屬	與病人家屬討論同意轉銜給合作之基層醫療院所或居家護理所	註三：提供完整醫療相關之資料進行交班或與合作的基層醫療院所共同至病房單位訪視病人，先建立關係。
社區安寧團隊 合作基層醫療院所 或居家護理所	與合作之基層醫療院所或居家護理所交班或邀請共同至病房與原團隊交班	註四：本院社區安寧團隊輔導合作醫院收案及管案。
安寧居家團隊 合作基層醫療院所 或居家護理所	病人出院後，個管師主動與合作之基層醫療院所或居家護理所聯絡	註五：安寧居家團隊提供合作院所或居家護理所及病人家屬 24 小時電話諮詢。
合作基層醫療院所 或居家護理所 安寧居家團隊	合作基層醫療院所或居家護理所訪視收案，輔導 VPN 申報及管理流程之建置（註四）（註五）	

以成大醫院轉銜流程為例

推展社區安寧療護之具體策略

- 與基層院所及機構建立合作模式
- 提供合作院所或機構24小時諮詢及床邊帶教
- 協助基層醫療院所管制藥品領藥

偏遠或基層醫療院所管制藥品領藥

電子公文

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

機關地址：臺北市大安區信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：許明慈(02)27065866轉2652
電子信箱：mingtzu@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署南區業務組

發文日期：中華民國106年5月5日
發文字號：健保醫字第1060003057號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

裝

主旨：所詢居家醫療照護個案之管制藥品處方箋，可否適用全民健康保險醫療辦法第十五條規定，得至其他特約醫院或衛生所調劑，復如說明，請查照。

說明：

一、復貴院106年3月14日北市醫事字第10632335700號函。

二、本案考量可調劑第一級至第二級管制藥品的藥局不多，為提高居家照護個案領藥之可近性，同意居家照護案件之藥品處方，如包含第一級及第二級管制藥品，除於原處方醫院、診所領藥外，得選擇至其他特約醫院或衛生所調劑。

訂

三、提供前項調劑服務之特約醫院或衛生所，申報費用時請於「門診醫療服務點數清單」填報「案件分類」為A1、A5、A6或A7，及「原處方醫療機構代號」。

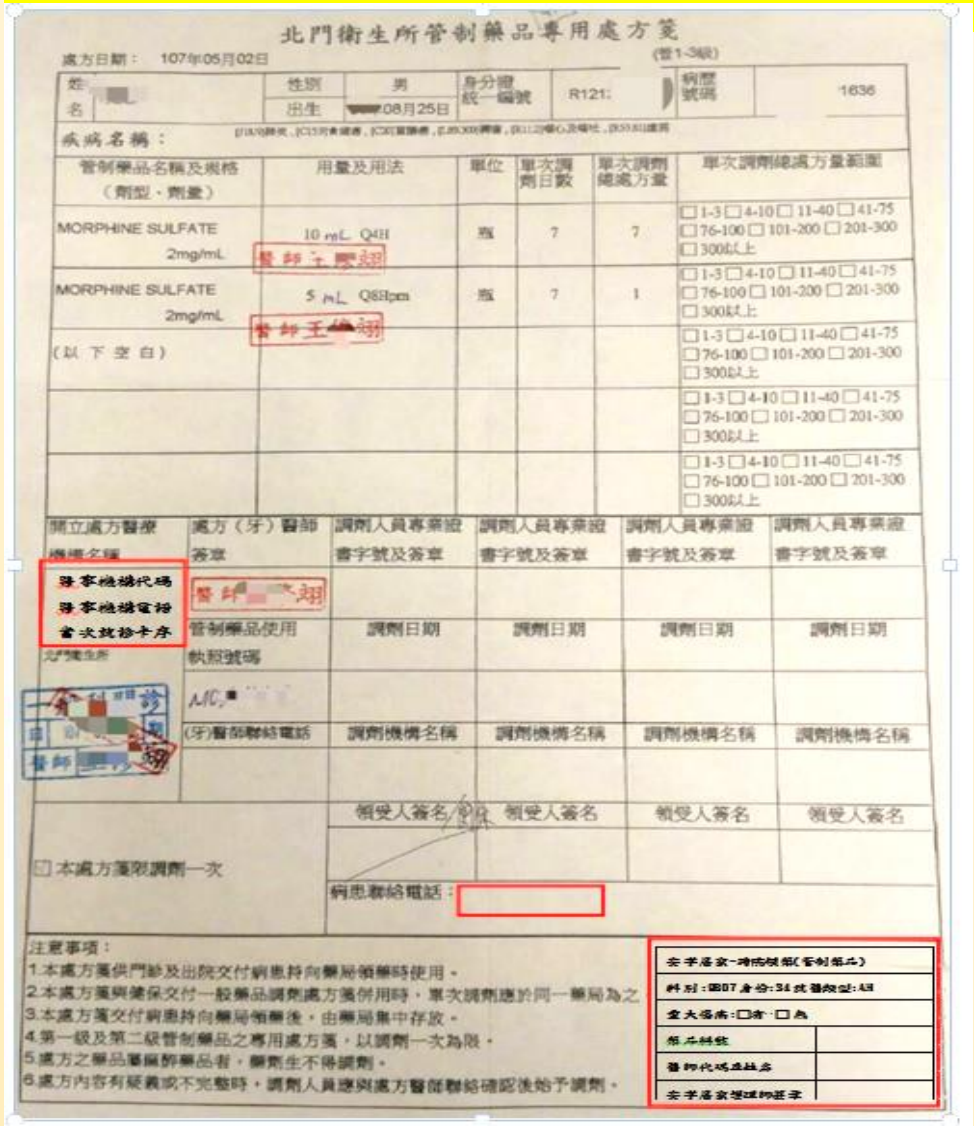
四、副本抄送本署各分區業務組，請轉知轄區特約醫院及衛生所配合辦理。

偏遠或基層醫療院所管制藥品領藥流程

國立成功大學醫學院附設醫院

權責單位	協助偏遠或基層醫療院所管制藥品院內領藥流程圖	說明
偏遠或基層醫療院所 末期病人	偏遠或基層醫療院所之收案末期病人需使用 1-2 級管制藥品(註一)	註一：由本院轉銜居家整合團隊內之末期疾病病人。 註二：需有麻醉管制藥品資格之醫師。 註三：偏遠或基層醫療院開立管制藥品處方(附件一)。 註四：填寫相關資料及攜帶健保卡(附件二)。 註五：院內執行負責人員安寧居家護理師：蔣玉珍、黃秋華， 由醫療事務室門診後台雅貞姊協助資料建置。
偏遠或基層醫療院所	偏遠或基層醫療院所開立管制藥品處方(註二)(註三)	
安寧居家護理師	轉交本院安寧居家護理師(註四)	
院內主治醫師	院內主治醫師核示	
批價人員	批價後取得領藥號(註五)	
安寧居家護理師	領取管制藥物需於處方箋簽名	
家屬 基層醫療院人員	領取藥品後可請家屬或偏遠或基層醫療院人員帶回	

填寫範例



北門衛生所管制藥品專用處方箋

處方日期：107年05月02日　(管1-3級)

姓名	性別	男	身分證統一編號	R121:	病歷號碼	1636
	出生	08月25日				

疾病名稱：

管制藥品名稱及規格（劑型、劑量）	用量及用法	單位	單次調劑日數	單次調劑總處方量	單次調劑總處方量範圍
MORPHINE SULFATE 2mg/mL	10 mL Q4H	瓶	7	7	□1-3 □4-10 □11-40 □41-75 □76-100 □101-200 □201-300 □300以上
MORPHINE SULFATE 2mg/mL	5 mL Q8Hpm	瓶	7	1	□1-3 □4-10 □11-40 □41-75 □76-100 □101-200 □201-300 □300以上
（以下空白）					□1-3 □4-10 □11-40 □41-75 □76-100 □101-200 □201-300 □300以上
					□1-3 □4-10 □11-40 □41-75 □76-100 □101-200 □201-300 □300以上
					□1-3 □4-10 □11-40 □41-75 □76-100 □101-200 □201-300 □300以上

開立處方醫療機構名稱	處方（牙）醫師簽章	調劑人員專業證書字號及簽章	調劑人員專業證書字號及簽章	調劑人員專業證書字號及簽章	調劑人員專業證書字號及簽章
醫事機構代碼 醫事機構電話 當次就診卡序					
北門衛生所	管制藥品使用執照號碼	調劑日期	調劑日期	調劑日期	調劑日期
	(牙)醫師聯絡電話	調劑機構名稱	調劑機構名稱	調劑機構名稱	調劑機構名稱
		領受人簽名	領受人簽名	領受人簽名	領受人簽名
□本處方箋限調劑一次		病患聯絡電話：			

注意事項：
1.本處方箋供門診及出院交付病患持向藥局領藥時使用。
2.本處方箋與健保交付一般藥品調劑處方箋併用時，單次調劑應於同一藥局為之。
3.本處方箋交付病患持向藥局領藥後，由藥局集中存放。
4.第一級及第二級管制藥品之專用處方箋，以調劑一次為限。
5.處方之藥品單獨醫師者，藥劑生不得調劑。
6.處方內容有疑義或不完整時，調劑人員應與處方醫師聯絡確認後始予調劑。

安寧居家-跨院領藥(管制藥品)

科別:9807　身份:34　就醫類型:AH

重大傷病:□有　□無

當次就診卡序	ICD10
藥品料號	

院內醫師及代碼　　安寧居家護理師

醫事機構代碼	
醫事機構電話	

長照機構安寧療護宣導

如何向病人及家屬解釋及簽署DNR

長照機構安寧療護宣導

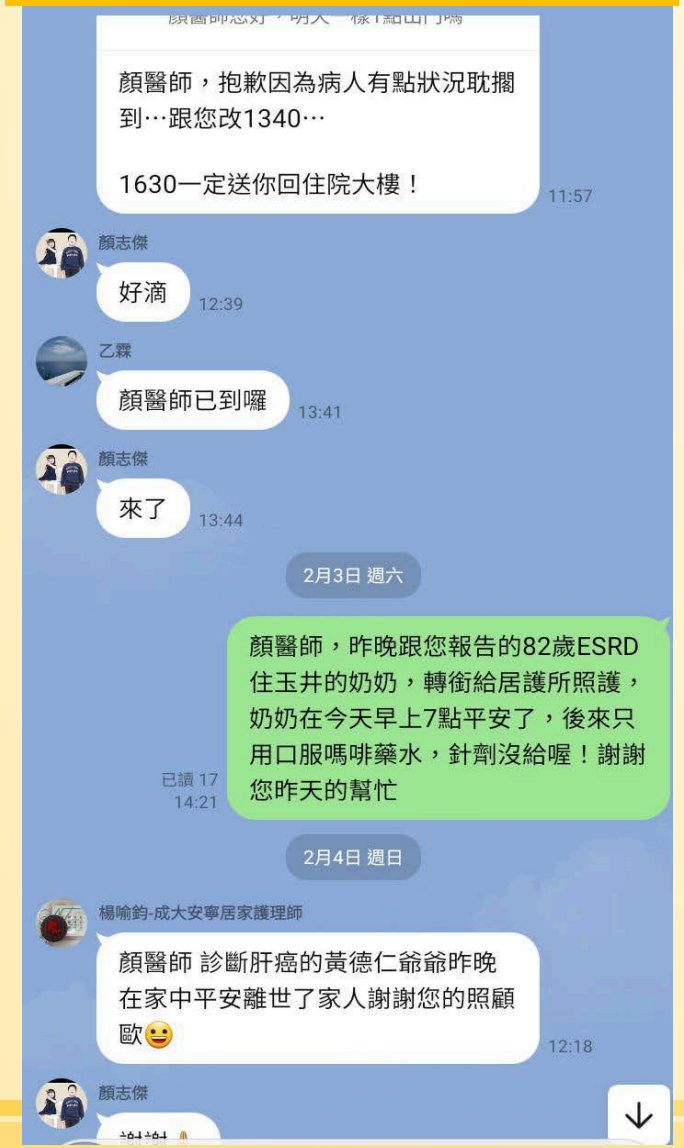
四、 支持網絡與「夜間/假日」應對原則-1

- **醫院端的支持角色：**

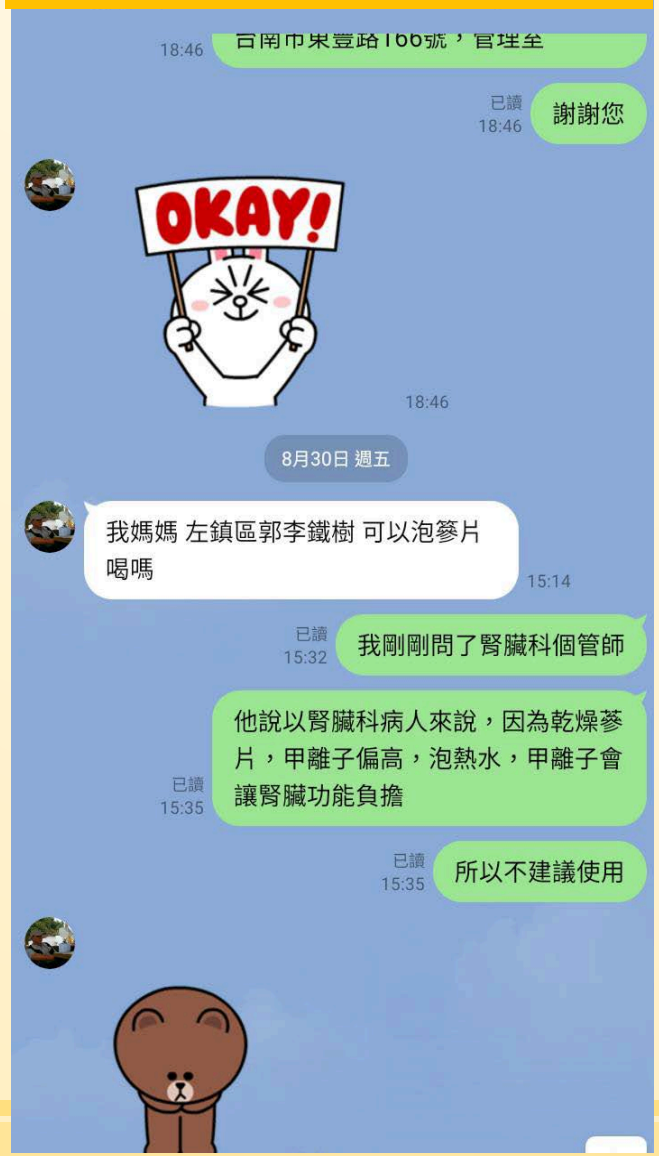
➢諮詢平台： 建立專屬種子師資(個管師)與基層醫護的通訊群組（Line @），提供即時諮詢。(讓基層不孤單）。

➢藥品備援： 與鄰近社區藥局建立「安寧專案備藥」，確保夜間/假日也能取得管制藥品。

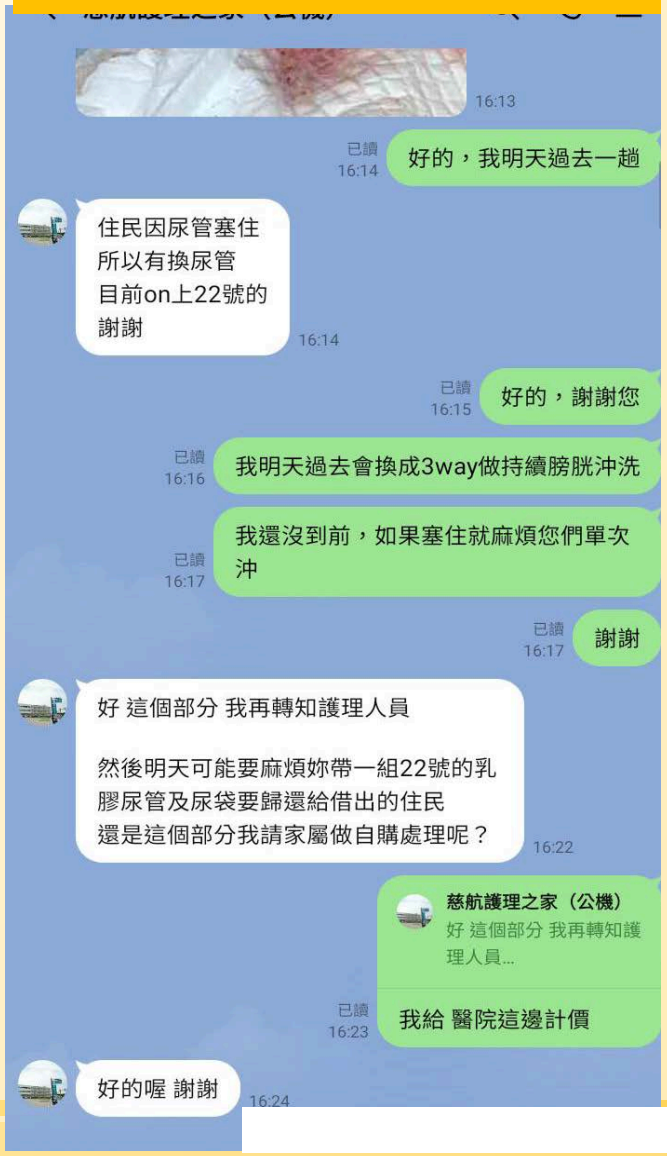
醫師跟安寧居家群組



家屬跟安寧居家護理師群組



家屬跟機構護理師群組



四、 支持網絡與「夜間/假日」應對原則-2

夜間/假日應對原則：

- 預防性衛教：針對預期可能發生的「瀕死症狀（如死亡嘎嘎聲、譫妄）」事先指導家屬。
- 備用藥制度：預開緊急狀況使用的緩解藥物（如 Morphine、Midazolam）。
- 綠色通道：建立「社區安寧快速回流」機制，若症狀難以控制，基層可直接聯繫醫院急診或安寧團隊快速收治。

定期召開醫院與社區診所/機構的個案討論會

五. 溝通教學：教導基層「如何開口」

安寧溝通三部曲

- 建立連結 (Connection) — 同理與觀察：「這段時間看到您頻繁進出急診，身體一定很辛苦，我們看了也很心疼。」
- 價值探詢 (Exploration) — 釐清期待：「在現在這個階段，對您來說，什麼事情是您最在意的？是想要多點時間在家陪孫子？還是希望不要再這麼喘？」
- 提案合作(Proposal) — 重新定義安寧：「為了達成您的心願（如：留在家），我建議引薦一個『舒適護理專業團隊』，他們能幫我一起照顧您的疼痛和喘，讓我們不用再動不動跑醫院，好嗎？」

將安寧去標籤化，強調「照護升級」而非「撤退」。

如何處理基層/機構的「照顧焦慮」

- 現場示範：如何手把手教機構護理師換藥

、口腔清潔、美足護理及調整嗎啡輸液幫浦。

提供社區醫師安寧療護教育訓練

◈與成大社區醫療群合辦社區安寧13小時之課程，共有150位社區醫師參加

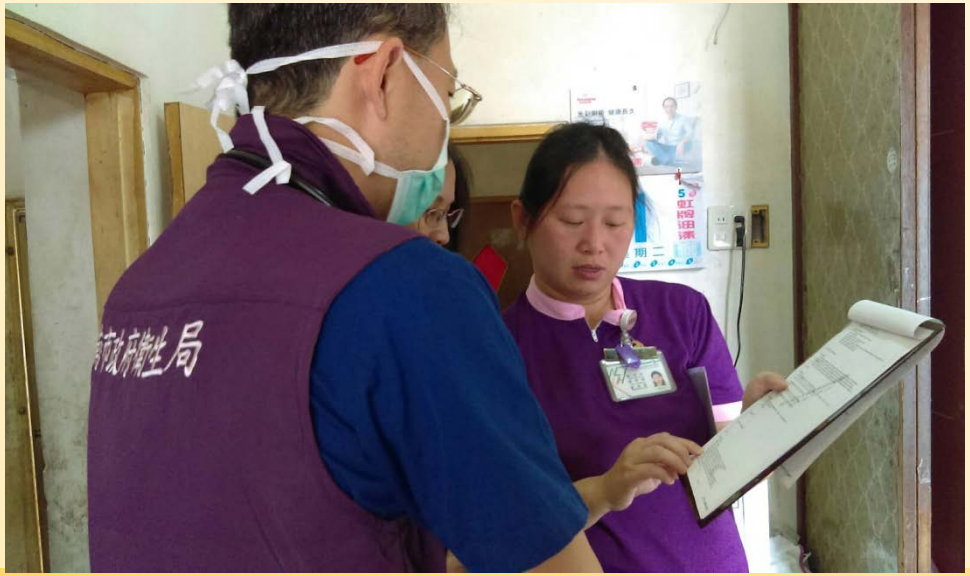
◈協助社區醫護同仁實務實習，至今已有100多位機構及診所醫護人員到本院安寧居家見習

轉介社區醫療群

透過出院準備服務，轉銜至社區診所，醫師至醫院探視
返家後進行社區安寧照護

轉銜北門區衛生所

實際訪視剪影



出院轉銜社區安寧居護理所

無縫接軌、持續性照護

服務及時性

醫院與機構之間的無縫轉銜非常重要，以確保病人能夠獲得適當的照護(24小時)

醫院與機構間的合作模式

確保醫療資訊的即時傳遞，包括病歷摘要、藥物使用、照護需求、DNR文件資料等重要事件交班

專業團隊整合、隨訪與支持

定期訪視病人，並與醫院保持聯繫以處理突發狀況。跨機構溝通與協調建立定期的跨機構會議，討論合作進展與合作服務改進

擔任「母雞」角色，安寧療護團隊成員擔任專家

1. 以主責安寧居家護理師為聯繫窗口
2. 盤點養護機構的醫事人員困境及需求，參與機構座談會
3. 舉辦末期照護相關課程與案例討論，了解安寧療護

案例簡介

88歲的李爺爺，有多重癌症病史，包括肺癌、攝護腺癌以及膀胱癌，且近年都有復發與轉移的情形，尤其在今年已出現骨轉移。這次是因為血尿合併發燒到急診，整體評估已屬疾病明顯進展。與家屬討論後，決定以緩和療護為主要方向，因此照會安寧共照介入，並於4月7日轉入安寧病房。目前主要照護問題包括感染控制、疼痛處理以及壓傷傷口照護。後續已安排安寧居家，並出院至護理之家持續照護。

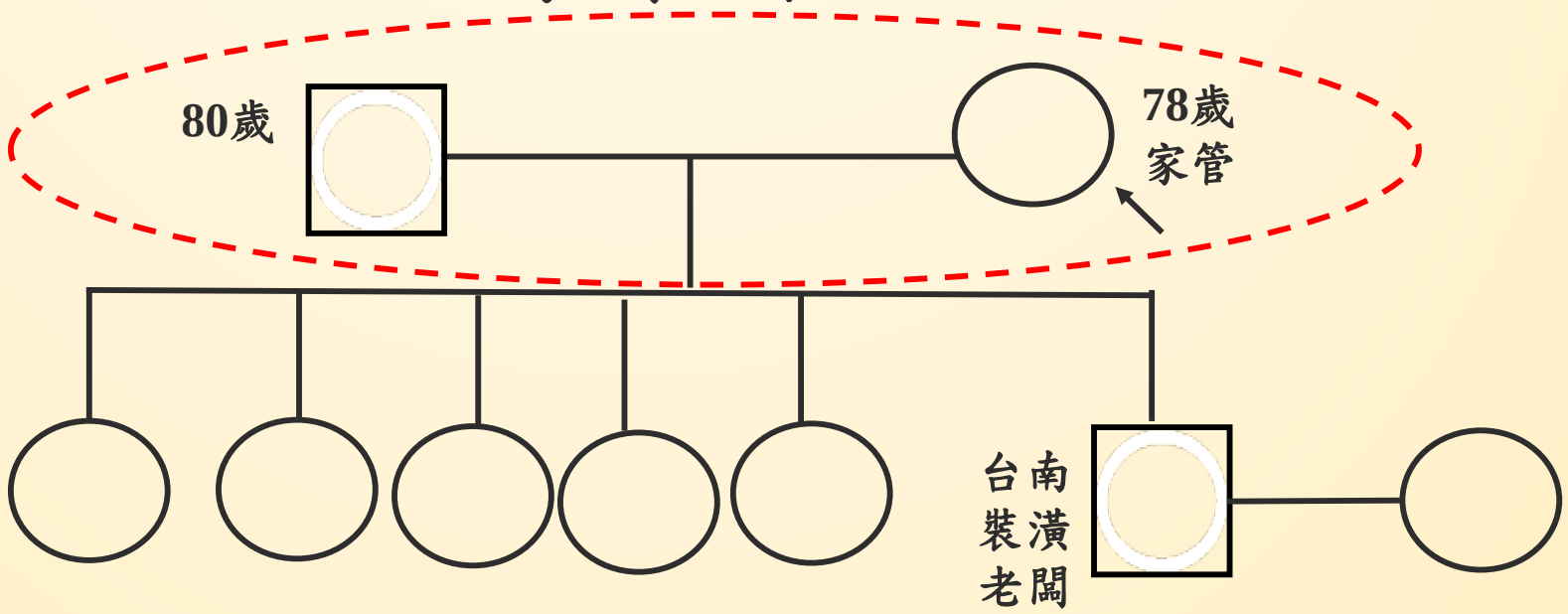
小組討論

1. 如果沒有這次發燒，您會什麼時候考慮安寧？
2. 這位病人，大家覺得安寧應該什麼時候介入？
3. 如果家屬還想再積極治療，您會怎麼談？
4. 李爺爺因骨頭轉移，安寧居家訪視過程中發現外籍看護工翻身擺位都是用拉扯的，家屬看了很心疼，希望能回到安寧病房照顧，您該如何處理呢?

案例練習：張阿姨的「回家之路」

- 基本資料： 張阿姨，78 歲，肺癌晚期（骨、腦轉移）。
- 現況： 2026年 2 月因嗜睡、疼痛入急診，整體疾病大幅進展。
- 決策： 家屬傾向緩和醫療，已啟動醫院安寧共照。
- 關鍵點：張阿姨強烈希望回家，但住家位於偏遠地區，超出原醫院訪視範圍。

家系圖



主要照顧者外傭:阿蒂
決策者:案子
女兒們都在北部，偶而會輪流南下陪伴雙親，家人關係互動較疏離

小組討論及實際演練

- 如果醫療端要協助此病人轉銜至住家附近的社區基層診所及居家護理所，需要做哪些準備?
- 面對家屬的擔心及焦慮該如何面對及處理?
- 承接的社區診所及安寧居家護理師會期待醫院給予哪些協助?

當照護從醫院走到生活現場，安寧，才真正開始發生。

這就是我們最終的願景。當我們把安寧的種子撒播出去，社區就不再是一片迷霧，而是一個充滿愛的『支持網絡』。張阿姨不用再害怕，因為整個社區都在陪她走這最後一哩路。

當專業走進社區，家就成了最有溫度的避風港

建構以病人為中心的社區安寧照護

Community Care Team
長照服務
社區機構

Hospice
&
Hospital

發揮1+1>2的力量

40

總結與 Q&A