

# 居家安寧 vs 安寧病房 vs 共照模式：怎麼選

*Home hospice, inpatient hospice, and shared care: choosing the right setting*

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/11 · 最後更新：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：末期病人安寧療護模式 (Hospice care delivery models in Taiwan)

DOI: 10.5281/zenodo.20131222 · 此版本 10.5281/zenodo.20131223 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/home-vs-inpatient-hospice-taiwan>

---

## 摘要 · ABSTRACT

台灣安寧療護有三個主要模式：居家安寧（在家由團隊巡診）、安寧病房（住院型）、共照（一般病房加入安寧團隊）。本文整理三者差別、健保給付條件（健保 8 大末期癌症與非癌疾病）、團隊組成、實際情境（疼痛失控、家庭照顧能量、家屬偏好）的選擇邏輯。

**安寧療護不是放棄治療，是「換目標的積極照護」。** 台灣安寧療護有三個主要模式：**居家安寧**（在家由團隊巡診）、**安寧病房**（住院型，急性症狀控制）、**安寧共照**（一般病房加入安寧團隊會診）。三者可動態切換，依症狀穩定度、家庭照顧能量、病人偏好調整。本文整理三模式的給付條件、團隊組成、實際決策邏輯，並對照預立醫療決定（AD）、DNR、《安寧緩和醫療條例》的法源關係。

## 閱讀對象

本文設定讀者為末期癌症 / 嚴重慢性病的病友與家屬，以及第一線個管師、社工師、醫療同仁。實際安寧選擇需與安寧緩和醫療團隊個別評估。



## 台灣安寧療護的三個模式

模式	場域	主要適合	健保給付
安寧居家療護	家中	症狀穩定、家中有人照顧、希望在家	給付
安寧病房（住院）	醫院安寧病房	症狀急性失控、需多日調藥、安寧鎮靜	給付
安寧共照	一般病房（內、外、腫瘤等）	仍在治療、需積極症狀控制	給付
長照 2.0 安寧型 BC 級單位	長照機構	多重慢性病、末期居家照顧能量不足	部分給付

## 給付對象（健保安寧療護收案範圍）

依健保署規範，安寧療護給付對象包含 8 大類：

1. 癌症末期病人
2. 末期運動神經元病人（漸凍人）
3. 末期心臟、肺臟、肝臟、腎臟疾病
4. 大腦衰老（失智、巴金森氏症等）末期
5. 腦中風急性後期
6. 慢性氣道阻塞疾病（COPD）末期
7. 其他經醫師診斷符合末期狀態者
8. 其他經中央主管機關公告類別

判定為「末期」的條件：(1) 由原診治醫師認定罹患嚴重傷病、(2) 預期生存期有限、(3) 治療對於延長壽命已無實質效益、(4) 病人或家屬同意接受安寧療護。

## 居家安寧療護：在家走完

### 服務內容

- 醫護團隊：每週訪視 1-2 次（醫師、安寧居家護理師、社工師、心理師、靈性關懷師）
- 24 小時諮詢電話
- 末期症狀處置：疼痛、呼吸困難、噁心、便秘、譫妄、傷口
- 末期用藥：嗎啡、抗焦慮、止吐、止瀉等
- 家屬支持：心理、悲傷輔導、喘息
- 臨終陪伴與往生後處理協助

## 適合對象

- 症狀相對穩定可在家管理
- 家中有人可照顧（配偶、子女、看護）
- 病人偏好在家、不想反覆住院

## 不適合 / 需轉院的情境

- 症狀急性失控（劇痛無法 24 小時內控制、嚴重呼吸困難）
- 需安寧鎮靜
- 家中照顧能量崩潰、無人在家
- 突發大量出血、骨折、腸阻塞需手術

## 安寧病房：急性症狀控制、家屬喘息

---

### 服務內容

- 24 小時專科團隊
- 多模式止痛（口服、皮下注射、靜脈、Patch、Patient-Controlled Analgesia PCA）
- 安寧鎮靜（symptom-targeted sedation）
- 心理腫瘤、靈性關懷、宗教資源
- 家屬陪宿、家庭會議
- 善終準備、儀式空間

### 適合對象

- 急性症狀失控
- 預期生存幾天到幾週
- 家庭照顧能量耗盡需喘息
- 病人希望最後階段由專業團隊照顧

### 平均住院天數

健保安寧病房平均住院 14–21 天；急性症狀控制後可轉居家或一般病房。

## 安寧共照：早期介入

---

### 服務內容

- 安寧團隊到病人原本住院的病房會診
- 與原醫療團隊共同照顧
- 醫師、安寧護理師、社工師、心理師參與
- 整合症狀控制、心理支持、家庭會議

## 適合對象

- 仍在接受腫瘤積極治療但有嚴重症狀
- 預立決定討論的諮商
- 家屬還在猶豫是否進入安寧

## 為什麼共照重要

- 早期介入緩和醫療延長存活 (Temel 2010 NEJM)
- 不需「正式進入安寧」就能取得緩和和支持
- 對家屬而言「加入服務，不必選邊」較容易接受

## 法律框架

法規	重點
《安寧緩和醫療條例》	末期病人可選擇不施行 CPR、不施行維生醫療
《病人自主權利法》(病主法)	預立醫療決定 (AD)：可預先決定 5 種末期情境治療意願
《醫療法》§63、§64	急重症的告知與知情同意

## DNR、安寧療護同意書、預立醫療決定 (AD) 的差別

文件	對象	內容	何時簽
DNR	末期或預期不可逆病人	不施行 CPR / 插管	醫師告知為「末期」時
安寧療護同意書	接受安寧服務的病人	同意接受安寧團隊照護	進入安寧服務時
預立醫療決定 (AD)	任何 20 歲以上完全行為能力者	預先決定 5 種末期情境的治療意願	健康時即可諮商簽署

5 種 AD 情境：(1) 末期病人、(2) 不可逆昏迷、(3) 永久植物人狀態、(4) 極重度失智、(5) 其他經主管機關公告之痛苦難以忍受、疾病無法治癒且無其他適當解決方案者。

## 怎麼選：決策流程

---

### 第一步 — 與原主治團隊討論「末期判定」

主治醫師、安寧團隊會診評估是否符合健保安寧收案。

### 第二步 — 評估症狀控制能量

- 症狀穩定可在家管理 → 居家
- 症狀急性失控 → 安寧病房
- 仍在治療 / 不確定 → 共照

### 第三步 — 評估家庭照顧能量

- 主要照顧者體力、精神、工作
- 家中環境（樓梯、空間、輪椅）
- 看護資源

### 第四步 — 詢問病人偏好

病人對「在哪裡走」的偏好——多數病人希望在家，但需現實條件配合。

### 第五步 — 簽署同意書

DNR、安寧療護同意書，並考慮 AD。

### 第六步 — 動態調整

模式之間可切換：居家失控 → 入院；病房穩定 → 回家。

## 家屬最常問的問題

---

### Q1：在家可以打嗎啡嗎？

可以。居家安寧團隊會根據病人疼痛狀況開立嗎啡，常用劑型有口服、Patch、皮下注射、PCA。家屬會接受用藥訓練；24 小時可諮詢專線。

### Q2：可以在家拔鼻胃管、停止點滴嗎？

可以。家屬與安寧團隊討論後，可依病人意願移除非必要醫療設備。安寧理念強調「舒適勝於延長」。

### Q3：在家走了之後怎麼辦？

居家安寧團隊會協助處理：(1) 通知地方衛生所、(2) 死亡證明書、(3) 殯葬資訊。多數團隊有 24 小時專線指引。

#### Q4：費用大概多少？

健保安寧療護多數項目給付，重大傷病可免部分負擔。可能自費：(1) 特殊耗材（特殊敷料、空氣床墊）、(2) 看護費（自雇）、(3) 自費藥 / 補充品。

#### Q5：家中有小孩怎麼辦？

居家安寧團隊有心理師可協助家屬與孩子說明、處理悲傷。多數醫院有兒童心理腫瘤資源。

### 適用對象 / 不適用對象

---

#### 本文適用

- 末期癌症 / 慢性病的病友與家屬考慮安寧選擇
- 第一線個管師、社工師、家醫科

#### 本文不適用

- 取代安寧團隊對個案的評估
- 兒科末期（兒童安寧療護有獨立準則）

### 風險揭露

---

本文整理自台灣健保署、衛福部規範與臨床安寧團隊實務。個別申請、給付條件、團隊組成各醫院略有差異——請依您接受服務的醫院安寧團隊規範為準。



### 參考文獻

---

1. 衛生福利部. **安寧緩和醫療條例**. 立法院全國法規資料庫. <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>
2. 衛生福利部. **病人自主權利法**. 立法院全國法規資料庫. <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
3. 衛生福利部中央健康保險署. **全民健康保險安寧療護整合性照護給付試辦計畫**. 健保署. [https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=29F2B53FACC1B6F0](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=29F2B53FACC1B6F0)
4. Temel JS, et al. **Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer**. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–742. doi:10.1056/NEJMoa1000678
5. Gomes B, et al. **Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers**. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD007760. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2
6. Ferrell BR, et al. **Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: ASCO Clinical Practice Guideline Update**. *J Clin Oncol*. 2017;35(1):96–112. doi:10.1200/JCO.2016.70.1474
7. 台灣安寧緩和醫學學會. **居家安寧療護指引**. [hospicemed.org.tw](http://hospicemed.org.tw)

引用整理協力：安寧緩和醫療條例、病主法、健保安寧療護給付計畫、Temel 2010 NEJM、ASCO 緩和醫療整合指引、Gomes 2013 Cochrane (2026/05/11)。LINE 官方帳號 [@927pjtf](#) 接受文章勘誤、衛教提問與學術討論，**不提供個別診療建議**。

---

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/home-vs-inpatient-hospice-taiwan>

CITATION 林協霆. 居家安寧 vs 安寧病房 vs 共照模式：怎麼選. 林協霆·臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20131222

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](#) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。