

【原 著】

安寧病房入住需求與資源分配研究

黃建勳 姚建安 邱泰源 王浴¹ 陳慶餘

摘要

台灣的安寧療護自 1980 年代發展迄今，不同的醫療機構存在供需不平衡的狀態。本研究以北部某醫學中心初次進行緩和醫療照會且簽具同意書之 158 位癌末患者為例，調查安寧病房供需現況，並探討影響資源分配之原因。申請照會的目的主要是控制身體的症狀(82.3%)，要求照會者以醫護人員最多(79.5%)，緩和醫療的資訊來源主要也是醫護人員(85.8%)。會談者首選床等以三人房較多(55.7%)，但登記床等以 1、2、3 人房皆可者最多(38.0%)，選擇床等之考量主要是為了能較快入院(48.1%)，其次是經濟因素(19.6%)等。由照會醫師評定入院急迫性，發現非常急迫者平均候床 3.2 ± 3.7 天，13.9% 病患候床超過一週，平均候床日為 3.8 ± 3.5 天，平均每日候床人數為 6.9 ± 2.5 人，候床原因包括沒有空床(79.7%)和床等不合適(39.9%)。158 位候床者中最後入住 124 人 (78.5%)，平均住院天數為 9.4 ± 7.9 天，其中 97 人(78.2%)出院狀態為死亡(在院或回家往生)，未入住之個案中，有 50% 於候床期間死亡。調查候床者接受轉院或居家照護的意願，結果不願意轉院者有 92.4%，理由是病歷在本院(44.5%)、怕太遠或交通不便(36.3%)等；不願意先接受居家照護者有 79.1%，理由是希望有醫院的環境或設備(92%)或家中人力不足(20%)等。因應之道包括：協助超長住院個案解決佔床問題、改善跨病房之共同照護、加強安寧居家療護、推廣日間照護等，另外成立院際合作之轉介中心與增設健保床也是值得思考的作法。

(安寧療護 2005 : 10 : 1 : 1-12)

Key Words : palliative care hospice admission need resource

台大醫院家庭醫學部、台大醫院護理部¹

通訊作者：陳慶餘 地址：臺大醫院家庭醫學部，台北市中山南路 7 號
電話：2312-3456ext 2147

前言

為提升癌症病患及其家屬的生活品質，創造生死兩相安的結局，安寧療護於 1960 年代的英國正式興起，並迅速成為世界的風潮，台灣亦於 1990 年成立第一所安寧病房，迄 2003 年 2 月為止，全國共有 29 個住院醫療單位，計 418 床⁽¹⁾，此外另有 43 家提供安寧居家服務。政府的健保政策已於 1996 年和 2000 年分別將安寧居家和住院療護納入給付範圍⁽²⁾，我國並於 2000 年 6 月 7 日公佈施行「安寧緩和醫療條例」⁽³⁾，使台灣成為亞洲各國中首先正式立法施行自然死的國家。儘管台灣的安寧運動正蓬勃發展，由於起步較慢，目前癌症末期患者仍多佔住急性病房，與家屬共同承受煎熬，也浪費許多不必要的醫療資源⁽²⁾。依據行政院衛生署統計，自 1971 年以來癌症已躍居國人十大死因的首位，因癌症而死亡的人數也年年上升，2003 年已達 35,201 人⁽⁴⁾。但每年接受安寧療護之病患人數約只有三千至五千人，只佔癌症死亡人口的十分之一⁽²⁾，故目前的服務量只能滿足部份需求。另有學者指出不同的醫療機構存在供需不平衡的狀態：除了少數醫學中心之安寧病房佔床率能達到九成外，其餘醫院之佔床率則未達五成；此外安寧居家療護模式在都市也常是窒礙難行；部份醫院雖有成立安寧諮詢小組，但不常有其他專業醫師願意會診⁽⁵⁾。

本研究地點為北部某醫學中心之安寧病房，該病房自 1995 年開設以來，病患服務量

逐年增加，目前共有 17 床(單人房 3 間、雙人房 4 間及參人房 2 間)，以 2002 年 7 月至 2003 年 6 月為例，共計 506 個住院人次。病患主要來源為其他病房或急診之照會個案，此外該病房亦提供安寧居家照護。有鑑於以上安寧緩和醫療資源不均之現象，本研究以該病房為例，調查病房資源供需現況，並探討影響資源分配之原因，以期為將來推動安寧療護之參考。

材料與方法

研究對象

研究對象為 2002 年 9 月至 12 月間北部某醫學中心初次進行安寧緩和醫療照會的癌症患者，轉介來源包括其他病房、急診及緩和醫療門診。219 位患者中經照會醫師確認為末期病人(依據「安寧緩和醫療條例」⁽⁴⁾，所謂「末期病人」指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者)、符合安寧緩和醫療住院適應症，且有病患意願書或家屬同意書之候床病患共 158 人為本研究之對象。

研究方法

照會安寧緩和醫療個案皆由專科醫師進行一次以上的訪視，訪視結束時由照會醫師發給「選擇安寧緩和醫療意願書」，意願書可

於當場或數日後簽署或退回，惟簽署同意者使得安排入住安寧緩和醫療病房。訪談記錄表由照會醫師填寫，包括病患基本資料、診斷癌症時間、原發部位、病人來源、會談對象、要求照會人員、申請照會目的、緩和醫療資訊來源、選擇之床等與理由，其中以床等登記之第一順位為首選床等，表示病患或家屬之優先選擇，並詢問若需候床時是否願意先轉他院安寧病房或接受居家照護。候床日期以安寧病房收到同意書之日為準，當日入住者候床天數為零天，其餘類推，最後由醫師依據病患整體狀況評定其入院急迫性並統計平均候床日數。此外由研究者每日登錄候床人數與候床原因，並根據病房入出院統計資料，進一步分析病房佔床率、平均住院日數及病患出院狀態等。由於曾經入住該病房者得優先住院，而本研究對象為首次接受安寧照會評估者，都不曾入住過安寧病房，故計算每日候床人數與平均候床日數時皆排除再度住院者。

統計分析

資料收集建檔後，使用 SPSS for Windows 10.0 套裝軟體進行分析。以描述性統計分析個案數與百分比。

結果

219 位照會病患中，有 158 位(72.1%)符合入住安寧病房條件且取得同意書，為候床

病患且為本研究之對象。其中男性較多(59.5%)，65 歲以上老人佔 54.4%，教育程度在高中以上者佔 40.5%，病人來源以該院其他病房最多(51.9%)，其次是急診(21.5%)和門診(19.6%)。病患罹癌時間有 81 位(51.3%)在 1 年以上，另有 48 人(30.4%)在半年以內。癌症原發部位則以肺癌(20.3%)、肝癌(19.0%)和結腸直腸癌(10.1%)最多(表一)。

申請照會的目的主要是控制病患身體症狀(82.3%)、作死亡準備或病情告知(32.3%)及家屬照顧之困難(20.9%)(表二)。要求照會者以醫護人員最多(79.5%)，其次是家屬或照顧者(46.1%)，病人本人只佔 5.0%。參與會談的人員也以家屬較多(92.4%)，另有 61 位(38.6%)病人親自參與會談。會談人員在病患罹病前或罹病後得知緩和醫療的比率相近(33.5 vs 32.9%)，緩和醫療的主要資訊來源是醫護人員(85.8%)，其次是親戚朋友(17.8%)和傳播媒體(13.7%)，會談者首選床等以三人房最多(55.7%)，但登記床等以 1、2、3 人房皆可者最多(38.0%)，其次是只要 3 人房(22.8%)和 2 或 3 人房者(22.2%)。調查選擇床等之考量，主要是為了能較快入院(48.1%)和經濟因素(19.6%)等(表三)。

依據照會醫師評估之入院急迫性分析其候床天數，結果發現非常急迫者平均候床 3.2 ± 3.7 天，急迫與中等程度者分別候床 3.4 ± 2.9 與 4.3 ± 3.9 天。研究對象中收到同意書當日即入住者僅 10 人(6.3%)，有 94 人(59.5%)候床

表一 候床病患基本資料(N=158)

	項目	個案數	百分比
年齡	<18	2	1.3
	18-44	19	12.0
	45-64	51	32.3
	≥65	86	54.4
性別	男	94	59.5
	女	64	40.5
教育程度	不識字	21	13.3
	小學	46	29.1
	國中	27	17.1
	高中(職)	41	25.9
	大專以上	23	14.6
婚姻狀態	已婚	121	76.6
	喪偶	21	13.3
	未婚	14	8.9
	離婚	2	1.3
病人來源	病房	82	51.9
	急診	34	21.5
	門診	31	19.6
	他院	11	7.0
診斷癌症的時間	3年前	24	15.2
	1-3年內	57	36.1
	7-12個月內	29	18.4
	6個月內	48	30.4
癌症原發部位	肺癌	32	20.3
	肝癌	30	19.0
	結腸直腸癌	16	10.1
	頭頸癌	14	8.9
	胃癌	11	7.0
	乳癌	9	5.7
	膽道癌	8	5.1
	原發不明之轉移癌	6	3.8
	胰臟癌	5	3.2
	其他	27	17.1

表二 申請入住目的 (複選，N=158)

	項目	個案數	百分比
控制病患身體症狀		130	82.3
作死亡準備或病情告知		51	32.3
家屬照顧病人有困難		33	20.9
處理病患情緒問題		31	19.6
原單位超長住院的壓力		8	5.1

安寧病房入住分配

表三 會談對象認知與入住需求分析(N=158)

	項目	個案數	百分比
會談對象	只有家屬	97	61.4
	病人和家屬	49	31.0
	只有病人	12	7.6
要求照會者(複選)	醫護人員	174	79.5
	家屬或照顧者	101	46.1
	病人本人	11	5.0
最早得知緩和醫療的時間	病患罹病前	53	33.5
	病患罹病後	52	32.9
	與罹病差不多時間	7	4.4
	不確定	46	29.1
緩和醫療資訊來源(複選)	醫護人員	188	85.8
	親戚朋友	39	17.8
	傳播媒體	30	13.7
	其他	11	5.0
首選床等	單人房	26	16.5
	雙人房	44	27.8
	參人房	88	55.7
登記床等	1或2或3人房	60	38.0
	只要3人房	36	22.8
	2或3人房	35	22.2
	1或2人房	12	7.6
	只要1人房	7	4.4
	只要2人房	7	4.4
	1或3人房	1	0.6
選擇床等的優先考量	能較快入院	76	48.1
	經濟因素	31	19.6
	怕被吵或吵到別人	20	12.7
	空間較大較舒適	16	10.1
	有私人的空間	8	5.1
	怕孤獨	7	4.4

天數不超過 3 天，也有 22 人(13.9%)候床超過一週以上（表四）。

進一步調查候床者接受轉院或居家照護的意願，結果僅 12 人(7.6%)願意先轉他院安寧病房，其中 6 人(50.0%)表示可自行前往，不願意轉院者有 146 人(92.4%)，主要理由有病患病歷在本院(44.5%)、怕太遠或交通不便

(36.3%)、較信任本院醫療(33.6%)等；願意先接受居家照護的個案有 33 人(20.9%)，但大多數(84.8%)需要轉介，不願意先接受居家照護者有 125 人(79.1%)，理由是希望有醫院的環境或設備(92%)、家中人力不足(20%)等(表五)。

表四 入院急迫性與平均候床日數

項目		個案數	%
醫療人員評估入院急迫性	非常急迫	45	28.5
	急迫	50	31.6
	中等	53	33.5
	稍不急迫	9	5.7
	無急迫性	1	0.6
候床日數	0 天	10	6.3
	1 天	45	28.5
	2 天	19	12.0
	3 天	20	12.7
	4 天	16	10.1
	5 天	11	7.0
	6 天	11	7.0
	7 天	4	2.5
	>7 天	22	13.9
平均		3.8±3.5 天	

表五 候床者接受轉院或居家照護意願(N=158)

項目	個案數	百分比
先轉他院安寧病房		
願意	12	7.6
可自行前往	6	50.0
需要轉介	6	50.0
不願意理由(複選)	146	92.4
病歷在本院	65	44.5
怕太遠或交通不便	53	36.3
較信任本院醫療	49	33.6
願意等候	42	28.8
不了解他院醫療	9	6.2
其他	3	2.1
先接受居家照護		
願意	33	20.9
可自行接洽	5	15.2
需要轉介	28	84.8
不願意理由(複選)	125	79.1
希望有醫院的環境或設備	115	92.0
家中人力不足	25	20.0
願意等候	5	4.0
希望有醫師看	3	2.4

此外平均每日候床人數為 6.9±2.5 人，平均候床日為 3.8±3.5 天，候床原因包括沒有空床(79.7%)和床等不合適(39.9%)，158 位候床者中最後入住共 124 人(78.5%)，平均住院天數為 9.4±7.9 天，其中 97 人(78.2%)出院狀態為死亡(在院或回家往生)，而 34 位未入住之候床者中，有 17 位(50%)於候床期間死亡。

討論

本研究中要求照會者主要是醫護人員(79.5%)和家屬(46.1%)，病人要求者只佔 5.0%，病人參與安寧照會之會談也只有 38.6%，顯見東方文化中家族主義與醫療的父

權主義則對個體的主宰性很強⁽⁶⁾，此外由於對病情或緩和醫療的資訊不瞭解，也可能使病患居於被動的角色而喪失自主權，研究指出病情告知乃國內緩和醫療病房醫護人員最常遭遇之倫理困境之一⁽⁷⁾，本研究調查照會目的中「作死亡準備或病情告知」也佔了(32.3%)，病患在罹病前即得知緩和醫療資訊者只有33.5%，緩和醫療的資訊來源大部份是醫護人員(85.8%)，其次是親戚朋友(17.8%)和傳播媒體(13.7%)，因此加強病情溝通與宣導安寧照護仍是重要的課題。

在選擇床等的優先考量方面，以「能較快入院」(48.1%)為最常見的考量，可能是癌末患者常有身心靈的多重困擾，研究發現末期病人平均有9.1個症狀，且以疼痛、喘促、虛弱、噁心等最常見⁽⁸⁾，本研究也顯示入院目的以控制病患身體症狀最多(82.3%)，此外家屬照顧病人有困難(20.9%)、處理病患情緒問題(19.6%)等目的也反應家屬沉重的體力與心力負荷與末期病人臨終前之身心煎熬，故殷切期望盡速入住安寧病房以尋求協助。本研究中登記床等以1或2或3人房皆可者居多(38.0%)，也與以上推論相符。

儘管病情危篤常使病患或家屬希望住院越快越好，但經濟因素則成為第二位選擇床等的優先考量。由於該病房之單人房與雙人房需給付病房差額每日3600元和1600元，3人房則無需另外給付，故推論常見登記之床等「只要3人房」(22.8%)、「2或3人房」

(22.2%)與首選床等以3人房最多(55.7%)，多因為病家經濟因素之考量。研究也顯示家屬常見的資訊需求包括「有哪些社會資源可以在經濟上幫助我」(40.2%)、「如何獲得社區方面的資源，如醫療補助」(42.4%)、「癌末病人能申請哪些社會福利措施」(42.4%)等⁽⁹⁾。目前大台北地區共有6家醫院提供安寧住院照護，計137床，其中3家安寧病房沒有提供健保床，總計健保床只有3人房18床與4人房8床，其餘非健保床之病房差額依各家醫院規定不同：雙人床每日400-2100元；單人房每日1200-3800元⁽¹⁰⁾。故推廣安寧療護機構時，應考慮到癌症病患常年龐大之醫療支出已使病家面臨經濟困難，如何調整醫療資源與社會福利，真正做到全人、全家、全程的照顧是值得思考的問題。

依據照會醫師評估之入院急迫性，結果60.1%的候床者屬於急迫或非常急迫，而非急迫者平均候床仍需3.2±3.7天，可能因每日候床人數過多(6.9±2.5人)，候床原因除了沒有空床外(79.7%)，床等不合適(39.9%)也是重要原因。雖然平均候床日為3.8±3.5天，仍有近四分之一的癌末患者等待時間超過5天，由於入院病人平均住院天數僅9.4±7.9天，且有78.2%之出院狀態為死亡，另外未入住之候床者有50%於候床期間死亡，可見太晚轉介或延遲入住仍是重要的問題，如何妥善分配醫療資源以因應分秒必爭的臨終病人顯然為當務之急。

儘管該病房同時期的佔床率高達95.0%，且常出現供不應求的狀態，不同安寧病房間的佔床率卻有相當的落差。1997年一項對於全台九家安寧機構的調查發現，佔床率由24.5~96.4%，平均是74.2%⁽¹¹⁾。為使資源充份流通及解決患者候床問題，本研究曾詢問會談人員是否願意先轉往他院安寧病房，結果92.4%皆不願意，常見理由是病歷在原來的醫院(44.5%)，或較信任該院的醫療(33.6%)，另外也有認為他院太遠或交通不便(36.3%)、不了解他院醫療(6.2%)等原因。此現象可能因我國未曾落實分級醫療，國人就醫選擇性和自主權較高，故常自我判斷醫療需求，尤其重大疾患者多直接到大醫院找專科醫師處理，而非經由醫師轉介⁽¹²⁾，因此病患對原診療醫院或醫學中心常有較強之依附性，此外在一床難求的情況下建議病患轉院，也可能使病家心生疑懼，或由於不熟悉他院資訊下之不確定感使其裹足不前。因此是否需成立院際合作的轉介中心、病歷資訊如何共享、病床資源能否整合運用、與安寧照護如何普及推廣，都是解決安寧療護供需不平衡的要件。

鑑於居家照護可緩和一床難求的難題，同時提供無法住院的病人應有的照顧和尊嚴，也可緩解家屬的焦慮及提供家屬喘息的機會，並完成病人在家往生的心願⁽¹³⁾，本研究因此詢問會談人員是否願意先接受居家照護，結果79.1%的個案不願意，主要理由是希

望有醫院的環境或設備(92%)，家中人力不足則是另一個常見的原因(20%)。由於研究對象是未曾住過安寧病房之初次照會個案，且73.4%來自病房或急診，確實有可能因病情危重而需住院處理，因此病患接受居家療護的適合度有賴進一步的研究分析。但針對本研究中19.6%之門診在家個案，與該病房統計中佔四分之一的再住院個案，在候床期間由居家團隊先行前往提供服務並作進一步的評估仍然可行。此外「家中人力不足」的理由也透露出病家對自行照顧的不安與對居家照護的疑慮，一項針對居家照顧滿意度的調查發現：至少三分之二的家屬認為「緊急狀況時提供病人服務的快速程度」和「以電話聯絡居家工作人員的容易度」需要作改進⁽¹⁴⁾。因此強化居家照護的功能或滿意度，應可減少住院的個案，並縮短候床者的等待。

部份病患可能因病情或個人意願而不便轉院或接受居家照護，此時緩和醫療團隊應確實檢討超長住院個案並考慮跨病房之共同照護(combine care)。本研究之安寧病房2002年7月至2003年6月間平均住院天數為10.5天，低於國內平均住院天數的14.3天⁽²⁾，但仍仍有29.3%的個案住院超過2週。臨床經驗中病患或家屬擔心出院後的照護常是延長住院之重要原因，有研究顯示主要照顧者對「出院後病人照顧的方式與安排」及「出院後如何與醫護人員聯絡」之需求皆大於滿意度⁽¹⁵⁾，學者也指出照顧場所的安排(place of care)

是醫護人員常遭遇的倫理困境之一⁽⁷⁾，因此加強推動超長住院個案出院後之持續性照顧，將有助於疏解候床的壓力。此外對於在其他病房住院中之候床病人，以跨病房之共同照護模式先行提供緩和醫療，包括疼痛控制、社工協助、志工陪伴、心理師與宗教師的訪視等安寧團隊介入，應是值得擴廣的作法，儘管跨病房的照護有臨床實務面之困難，解決行政問題與加強雙向溝通仍是可行的方法。

另有研究顯示擴展日間照護的服務模式，可以避免不必要的住院、疏解急性住院的壓力、減輕護理人力和減少居家照護的時間⁽¹⁶⁾，故日間療護除了讓住院病人出院後能獲得持續性的照顧，對於新的病人也能及早建立關係，當有需要時再行住院⁽¹⁷⁾。

本研究以北部的醫學中心為例，無法推論至不同地域或規模之安寧病房。將來可針對住院床等或候床時間之滿意度作更進一步的研究，有關未入住的原因也值得進一步的追蹤調查。總之安寧療護的服務量與服務品質之平衡是當前的重要目標，面對快速成長的癌末人口，安寧病房無論供不應求或供過於求，都顯露出末期患者權益不張與資源分配不均的窘態，更明白指出推動安寧療護的新方向。

誌謝

本研究得以完成，特別感謝賴俊隆醫師、張皓翔醫師與蔡詩力醫師於擔任照會醫師期間之努力，以及鄭海倫小姐的資料整理，在此謹致萬分謝意。

參考文獻

1. 賴允亮：打造台灣安寧照顧系統。安寧療護 2004; 9(1): 21-27。
2. 中央健康保險局：安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫。台北：中央健康保險局，2000。
3. 法務部：全國法規資料庫。台北：法務部全國法規資料庫工作小組，2004。(<http://law.moj.gov.tw/statistic/index.htm>)
4. 衛生署：衛生統計資訊網。死因統計結果摘要，92 年。(<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>)
5. 蔡麗雲、李英芬、張玉仕等：安寧擴展服務模式—日間療護需求之初探。安寧療護 2004; 9(3): 209-23。
6. 蔡佩真：癌末家庭病情通之倫理困境與社會工作倫理辨明。安寧療護 2004; 9(2): 141-52。
7. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, Chen CY: Ethical dilemmas in palliative care: a study in Taiwan. Journal of Medical Ethics 2000; 26: 353-7.
8. Chiu TY, Hu WY, Chen CY: Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer

- patients: a study in Taiwan. *Support Care Cancer* 2000; 8: 311-13.
9. 林維君，黃文聰，廖純真等：安寧病房中家屬照顧者的資訊需求。*安寧療護* 2003; 8(2): 161-74。
 10. 安寧照顧基金會：提供服務機構。台北：財團法人中華民國安寧照顧基金會，2003。（<http://www.hospice.org.tw/hospice/services.htm>）
 11. 賴允亮、陸幼琴：建立全國安寧療護作業資料系統指標與臨床實驗計劃。行政院衛生署 87 年度委託計劃醫療保健工作研究報告，1998。
 12. 高榮志、吳志行：轉診與照會。基層醫學 1994;9:131-4。
 13. 蔡兆勳、黃淑慧、蔡素琴等：居家照顧在安寧緩和醫療中的重要性。*安寧緩護* 2001; 6: 17-26。
 14. 江文崇：癌末患者居家照顧常見之臨床症狀－由彰基安寧居家照顧 24 小時 On-Call 之經驗談起。*安寧緩護* 2000; 5(1): 35-40。
 15. 姚建安、邱泰源、陳慶餘、吳英璋、林瑞雄：緩和醫療住院病人主要家屬照顧者的訊息需求與滿意度的研究。*安寧緩護* 2003; 8(3): 270-82。
 16. Thompson B:Hospice Day Care. *The American Journal of Hospice Care* 1990; 1: 20-30.
 17. Holmes J. The changing face of the day hospice. *European Journal of Palliative Care* 2001; 8: 166-68.

【Original Articles】

Analysis of Need and Resource Distribution for Admission to Hospice Ward

Chien-Hsun Huang Chien-An Yao Tai-Yuan Chiu Yu Wang¹ Ching-Yu Chen

ABSTRACT

The hospice movement in Taiwan started in the nineteen eighties. However there is imbalance of demand and supply for hospice wards between all hospice units. The purpose of the study is to investigate the influential factors and current status of demand and supply for hospice ward. We collected of a total of 158 terminal cancer patients with informed consent for hospice admission after the initial consultation in a medial center of Northern Taiwan. The result showed that symptom control (82.3%) is the principal reason for consultation. Those who asked hospice consultation are usually medical staff(79.5%), and the sources of hospice information are mainly from medical members(85.8%). The main consideration when the patients or their family choose the type of wards are whether they can be admitted as soon as possible (48.1%), followed by economic factor (19.6%). Therefore although their favorite choice is triple room (55.7%), but they are willing to accept any rooms that are available (38.0%). The average waiting time of admission is 3.2 ± 3.7 days for patients with mostly urgent needs evaluated by consultant doctor. There are 6.9 ± 2.5 people on daily waiting list, average waiting time is 3.8 ± 3.5 days and 13.9% of them waited for more than a week. The reason for waiting is no vacancy (79.7%) and inappropriate type of rooms (39.9%). Total of 124 (78.5%) patients of all candidates were admitted finally and they had average admission duration of 9.4 ± 7.9 days. Among inpatients, 97 (78.2%) of them were discharged because of death. For those not admitted, half of them were dead while waiting. However, 92.4% of the waiting patients refused to be referred to other hospice ward because of their medical records left in the initial hospital (44.5%) or transportation issues (36.3%). 79.1% of waiting patients were unlikely to receive home care program because they think hospital facilities are necessary(92.4%) or lack of sufficient man power(20%). The resolutions for resource imbalance are including of helping long-term admission patients to be discharged, improving combined care among different wards, enforcing hospice home care program, and developing hospice day care system. In addition, creating the refer center between hospice units and increasing the flexibility of wards are worth of considering for meeting patients' demands.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care 2005 : 10 : 1 : 1-12*)

關鍵詞：安寧療護 入住需求 資源分配

Departments of Family Medicine, and Nursing¹ National Taiwan University Hospital