

國際安寧緩和醫療政策發展初探

蔡佩真 · 許祖維 · 張玉仕

生老病死是人類共同的定律，人們期待可以活的好，也可以活的久，直到生命終點（end of life），生命的終點是人生的自然階段，安寧緩和醫療（palliative care）是以尊重生命的態度來促進病人的生活品質，「善終」是讓人生死相安的美好境界，也是安寧緩和醫療希望達成的承諾。癌症是一個全球主要的死亡原因，根據聯合國世界衛生組織的統計顯示 2007 年癌症死亡人數達 790 萬人，約占所有死亡人數的 13%，2007 年大約 80% 的癌症死亡發生在低收入和中等收入國家，預計全世界癌症死亡將繼續增加，至 2030 年估計將有 1,200 萬人死於癌症，世界衛生組織的目標是為所有癌症病人提供安寧緩和醫療照護（WHO, 2008）。本文將探討國際組織對於安寧緩和療護的政策走向以及具體指引，並檢視我國安寧緩和醫療的政策與立法，據以提供相關建議以作為我國癌症防制計畫與安寧緩和醫療政策發展之參考。

壹、安寧緩和醫療：世界衛生組織抗癌行動計畫之一

周延的健康照顧系統與癌症防治策略是建立三級預防的概念，包括一級預防是增進健康的人口或減少癌症的發生，二級預防是在於癌症的篩檢和診斷，三級預防是指有效的治療、增加存活率、維持生活品質與進行安寧緩和療護（Wingo et al., 2005）。因此安寧緩和醫療是癌症防治計畫中極為重要的一環，安寧緩和醫療是全程的照護，從癌症的診斷確定後一直到病人過世，醫療照顧都應該致力於確保病人的舒適、尊嚴的生命品質。

由於全球癌症發生率極高，為了有效減輕癌症的負擔，世界衛生組織已經掌握了關於癌症病因及預防和管理癌症的干預措施的大量知識。通過實施以實證為基礎的癌症預防、早期發現以及癌症患者管理戰略，可使癌症得以減少和控制。尤其是抗癌計畫首重及早發現，如果及早發現和治療，可降低大約 3 分之 1 的癌症負擔，發現越早，治療越為有效。世界衛生組織

對於「及早發現癌症」有二項建議：(1)教育，幫助人們認識癌症早期徵兆以及立即針對這些症狀尋求醫療，(2)篩檢規劃，用於在徵兆可發覺之前查明早期癌症或癌症前期患者（WHO, 2008）。

世界衛生組織的抗癌戰略之二是「治療和照顧」，「治療」的目的是治癒癌症患者，延長生命和提高生活品質，「照顧」是藉著安寧緩和醫療，90%以上的癌症患者可緩解其疼痛和其他相關問題。即便在資源不足的環境中，也可找到一些有效的辦法為癌症患者及其家庭提供緩和安寧醫療。

2007 年，世界衛生組織啟動了全組織抗癌行動計畫，其目標包括：(1)預防可預防的疾病；(2)治癒可治癒的疾病；(3)為所有癌症患者提供緩和治療；(4)管理和監測成果。該計畫的一個主要目的是幫助會員國擬定國家癌症控制規劃，此項規劃強調：

1. 以人為本。
2. 促進公平，注重邊緣化的群體。
3. 保證所有權，使利益攸關者參與進來。
4. 包括夥伴關係和多部門策略，使公共部門和私立部門參與進來。
5. 具有可持續性，從長遠來看可實現永續經營。
6. 與相關公共衛生活動相結合。
7. 基於確定的優先事項，採取階梯式方法。
8. 採取基於實證的做法。

貳、世界衛生組織對安寧緩和醫療之指導方針

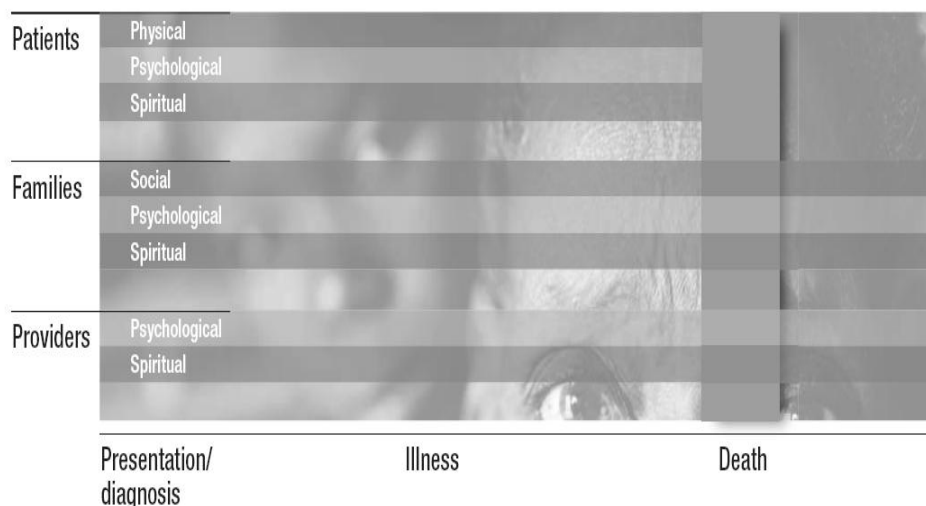
安寧緩和醫療是當病人及家屬面臨威脅生命的疾病時，得經過預防及緩解來改善他們生活品質的方式。並且要以早期偵測、完善評估以及全人身心靈的方式去治療其疼痛及其他問題，以達提升生活品質之目標（WHO, 2002a）。安寧緩和療護的積極全人關懷是可以提供給社區中的慢性病人、疾病進展中的病人及其家屬，逐步增加涵蓋率（Robert, 2007）。從世界衛生組織過去的計畫發現末期疾病的病人最大的三項需求是：(1)從疼痛中得著緩解；(2)症狀控制之藥物的可近性與可負擔性；(3)財務的支持（WHO, 2004）。因此，各國安寧緩和醫療都應該盡力回應這些需求。

安寧緩和醫療努力維護末期病患的生命品質，其特性包括（WHO, 2002a）：

1. 緩解疼痛及其他各種痛苦的症狀。
2. 確認生命的價值並視死亡是自然的過程。
3. 不去加速死亡也不延緩死亡。
4. 整合病人心理及靈性層面的照顧。
5. 提供支持系統，協助病人以最積極的態度活到最後一刻。
6. 提供支持系統，協助家屬妥善處理病程中的困難以及其哀傷問題。
7. 以團隊力量處理病人及家屬的需求，在必要時含括哀傷諮商。
8. 要增進生活品質，也得有效的影響疾病的病程。

WHO 特別強調安寧緩和醫療關心的不只是病人的需求，也包括關心家屬和健康照顧提供者的需求，因此，下圖可以說明安寧緩和醫療的生命品質面向，隨著疾

病的預防到診斷，發展到疾病的病程至死亡的過程中，生命品質的面向需要關注到病人、家屬、健康照護提供者的身心靈的照顧（WHO, 2007）。



圖：安寧緩和醫療的生命品質面向

資料來源：WHO (2002a) National cancer control programme: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization.

世界衛生組織強調各國推動安寧緩和醫療的三項基本準繩為：制訂健康服務政策、培養公眾意識與專業教育、藥物的有效性（Robert, 2007），也就是各國需要發展自己的健康照顧政策，並且納入安寧緩和醫療於政策之中，其次是民眾需要生死教育和宣導，使其理解罹患末期疾病時的權益與資源；也需要訓練專業的健康照顧者能從事末期疾病的安寧緩和醫療；最後需要強調的是末期病人需要從症狀的痛苦中得到緩解，因此，為了有效的使用藥物，各國推動安寧緩和醫療時需要發展藥物管理政策。

根據世界衛生組織 2007 年出版的

「癌症控制：知識成為行動：世界衛生組織指引之有效方案」其中關於安寧緩和醫療基準單位內容共包含三大計畫步驟，這三大步驟提醒世界各國制訂安寧緩和醫療政策時需要考慮的元素：

計畫步驟一：我們在那裡？

1. 評估需要癌症安寧緩和醫療的需求人口數。
2. 評估病人、健康照顧提供者、家庭照顧者的需求。
3. 評估現有的安寧緩和醫療計畫與活動。
4. 了解安寧緩和醫療計畫與活動的社

會脈絡。

5.各國的自我評估。

計畫步驟二：我們想往何處去？

- 1.定義安寧緩和醫療的標的人口。
- 2.確認安寧緩和醫療服務的缺口。
- 3.設定安寧緩和醫療的目的和目標。
- 4.評估介入的可行性。
- 5.考量倫理的議題。
- 6.設定安寧緩和醫療的優先事項。

計畫步驟三：我們如何到達目標？

- 1.彌補安寧緩和醫療的缺口。
- 2.籌措安寧緩和醫療的必要資源。
- 3.橫跨所有照護層級的安寧緩和醫療服務組織。
- 4.採取一個團隊取向。
- 5.了解健康照護提供者的角色。
- 6.創造安寧緩和醫療團隊。

7.教育照顧者。

8.教育一般大眾與政策制訂者。

9.確保管理疼痛與其他症狀的必要藥物的可利用性。

10.發展安寧緩和醫療標準。

11.評估和監督安寧緩和醫療的計畫與活動。

一、安寧緩和醫療計畫與活動之評估指標

根據上述的政策發展步驟，第一步是需要仔細評估各國自己的環境、資源與脈絡、計畫的內涵，世界衛生組織在 2007 年的「安寧緩和醫療基準單位內容」指導手冊中表列了一項評估清單，做為世界各國推動安寧緩和醫療計畫時之參考，評估的項目與指標如下，此項評估也可用以檢驗我國的安寧緩和醫療推展計畫：

計畫與活動	評估指標
安寧緩和醫療計畫	<ul style="list-style-type: none"> • 計畫和範圍的保證（包括的地理區域和條件）。 • 是否是在全面性癌症控制計畫中的一部分。 • 時機性（即時／或過時）。 • 書面計畫的可及性。 • 有利益關係人介入在該計畫發展中。 • 計畫包括重要的面向（評估、目的與目標、策略、時間表、能負責的人、資源、監測與評估）。 • 完整性與優先性（對於疼痛緩解與症狀控制的目標與行動）。 • 與其他相關活動的整合。 • 計畫的運用性（用於引導方案的實施）。
進行之安寧緩和醫療活動	<ul style="list-style-type: none"> • 安寧緩和醫療及相關活動的數量與類型。 • 進行之安寧緩和醫療活動之涵蓋率（coverage）。 • 進行中安寧緩和醫療活動之品質。 • 結構、結果、產出、過程指標、趨勢之評估。

計畫與活動	評估指標
進行中安寧緩和醫療活動之資源	<ul style="list-style-type: none"> • 資訊系統（安寧緩和醫療服務的登錄與監測）。 • 協議、指南、標準、教材等。 • 物理資源（基礎設施、技術、安寧必要藥物之清單）。 • 人力資源（領導者、理事會、委員會、健康照顧網絡、健康照顧提供者、伙伴、志工、傳統療癒者（traditional healers））。 • 財務資源。 • 章程和立法（保險計畫、鴉片類止痛藥之使用）。
安寧緩和醫療計畫與活動之脈絡	SWOT 分析：安寧緩和醫療方案實施之優勢、弱點、機會、威脅。

二、政策目標之設定

根據上述的評估結果，各國有不同的發展優勢與資源，也有不同的急迫性與政策優先性，安寧緩和醫療政策發展的第二

步驟是設定各國安寧緩和醫療發展目標，包括短期目標、中程目標、長程目標，WHO 提供了一個範例如下表：

世界衛生組織提供之安寧緩和醫療短期、中程、長程目標範例

分向量	核 心	擴 展	理 想
總目標	1.促進癌症病人與其家屬的生活品質。 2.確保安寧緩和醫療服務可以一種整合、公平、持續的方式提供。		
短期過程目標 (5 年內)	1.確保癌症安寧緩和醫療的執行標準，包括疼痛緩解可以逐步地被採用在標的區域所有層次的照護中。 2.照顧的方式主要是經由以家庭為基礎的服務（home-based services）來提供。	1.確保癌症安寧緩和醫療的標準包括疼痛緩解，可以逐步地在全國所有照護層次中被採用。 2.提供的照護主要是藉由初級的健康和家庭為基礎的服務（primary health and home-based services）。	1.確保癌症安寧緩和醫療的標準包括疼痛緩解，可以逐步地在全國所有照護層次中被採用。 2.提供的照護是藉由各種不同的機制，包括以家庭為基礎的服務（home-based services）。
中程結果目標 (5 ~ 10 年)	確保超過 30%的末期癌症病人在標的區域內可以及時的緩解疼痛，以及其他生理、社會心理、靈性問題。	1.確保超過 30%進展中的癌症病人在全國地區可以緩解疼痛，以及其他生理、社會心理、靈性問題。 2.確保超過 30%照顧提供者得到適當的支持。	1.確保超過 60%進展中的癌症病人在全國地區可以緩解疼痛，以及其他生理、社會心理、靈性問題。 2.確保超過 60%照顧提供者得到適當的支持。
長程結果目標	確保超過 60%的末期癌症病人在標的區域內可以緩	1.確保超過 60%進展中的癌症病人在全國地區可	1.確保超過 80%進展中的癌症病人在全國地區可

分向量	核 心	擴 展	理 想
(10~15 年)	解其疼痛，以及其他生理、社會心理、靈性問題。	以緩解疼痛，以及其他生理、社會心理、靈性問題。 2.確保超過 60%照顧提供者得到適當的支持。	以緩解疼痛，以及其他生理、社會心理、靈性問題。 2.確保超過 80%照顧提供者得到適當的支持。

註：上述表列中之名詞「核心」「擴展」「理想」是參考世界衛生組織的逐步取向。（參見 WHO 慢性疾病預防與控制之逐步架構，頁 VI，運用於癌症控制）

三、建立跨層級健康照護之安寧緩和醫療團隊工作網絡

為了妥善照顧住院病人、門診病人以及以家庭為基礎的照顧，WHO（2007）建議各國建立的工作團隊網絡可劃分為四個層級，包括社區層級、初級照顧層級、次級照顧層級、三級照顧層級的團隊，這四個層級需要相互支援，每個層級的組成特徵如下：

（一）社區層級（Community level）：健康照顧是由社區領導者、傳統療癒者、家庭照顧者所提供，以上人員受訓以提供基本以家庭為基礎的照護，並受督導於初階照護系統的護理師。

（二）初級照顧層級（Primary care level）：受過安寧基礎訓練並受地區層級督導的護理師，負責訓練和督導社區志工與家庭照顧者。複雜的病例可轉介至次級或三級照顧團隊。

（三）次級照顧層級（Secondary care level）：多屬地區醫院，有專科安寧緩和醫療團隊包括醫師、護理師，能督導初級健康照護臨床實習，並包括兼職社工師和藥師。此團隊可做為地區轉介與訓練團體。

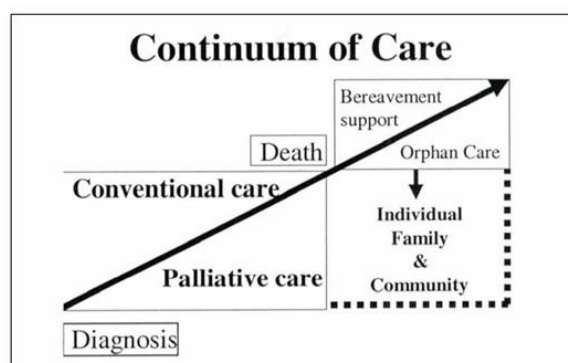
（四）三級照顧層級（Tertiary care level）：國家級或區域醫院，其專科安寧緩和醫療團隊包括醫師、護理師、兼職社工師和藥師。所有的醫師和護理師都處理癌症病人並提供基本的安寧緩和醫療，而且受督導於專科的團隊。此團隊可做為全國轉介與訓練團體。

四、安寧緩和醫療的社區化

過去的安寧緩和療護是以醫院為基礎，如何提升服務的可近性，如何能在原有的健康照顧體系中，讓有需要的病患接觸到訓練有素的安寧緩和療護專業人員、社區志工、或在家中的照顧者，是一個世界性的問題。世界衛生組織近期的另一項重點是發展以「社區為基礎」（community-based）並且是「社區自有」（community-owened）的安寧緩和醫療服務，為了人民利益，由人民提供，與人民共同參與（for the people, by the people, with the people）。社區化的意涵除了是健康照顧提供來源不再只是以醫院為基礎，也包括病人死亡後，服務的持續化可深入社區。尤其是世界衛生組織在撒哈拉以南非洲實施社區健康取向的安寧緩和療護，以協助癌症和愛滋感染者，該項計畫

發展並修正安寧緩和療護的傳統圖形，如下圖（Robert, 2007），非洲經驗突顯出病人死亡後的家屬與遺孤需要繼續給予關

心，遺族悲傷輔導將繼續深入個人家庭與社區。



參、亞太共識：安寧緩和醫療宣言

2005 年 3 月 16 日於韓國首爾舉行亞太安寧緩和醫療國際會議，於該次大會中進行「第 2 屆全國性安寧緩和醫療組織全球高峰會」，由與會各國代表共同發表「安寧緩和醫療宣言」（Declaration on Hospice and Palliative care），該項宣言所形成的共識如下：

『我們同意如同世界衛生組織所建議，安寧緩和醫療必須要包含在所有政府健康政策之中。各國政府應該：

1. 能夠接受安寧緩和醫療視為一項人權。
2. 讓安寧緩和醫療的計畫與服務能夠獲得適當的資源。
3. 建立清楚的、書面的、以及獨立的政策，並且有具體的施行計畫。
4. 將安寧緩和醫療涵括於全國性癌症防治計畫之中。

5. 將安寧緩和醫療涵括於持續惡化且危及生命的疾病處理之中。

6. 將安寧緩和醫療涵括於全國性愛滋防治計畫之中。

7. 整合安寧緩和醫療教育訓練於大專及研究所程度醫學、護理、研究以及其他學科的課程之中。

8. 提供非專業的照顧工作者訓練、支持、與督導。

9. 讓需要的藥物能夠為病患所使用。

10. 讓生命有限的病患在需要時能夠使用鴉片類止痛藥物、而且能夠有效取得這些藥物。

11. 找出各國對於鴉片類止痛藥物管理的法律及規範中所存在的障礙，並且設法去除之，以使得鴉片類止痛藥物（例如嗎啡）能夠充分的提供使用。

12. 確認在建立地區性或全國性的服務前，先進行整體性關於安寧緩和醫療的需求評估。

13.努力讓每個國民都能享有安寧緩和醫療，而且在他們自己選擇的地方接受照顧，包括在急性照顧醫院、長期照顧機構（如護理之家）、安寧病房、以及病人自己的家。

每一個人都有免於疼痛的權利，因為解除痛苦以其大部分症狀已經有便宜且有效的治療方法，醫療花費不應該是造成阻礙的考量。

安寧緩和醫療必須要依循平等的原則提供給需要的人，而不論其年齡、種族、性別、性取向、種族淵源、信仰、社會階層、來自哪個國家、以及是否有能力支付醫療服務。安寧緩和醫療必須提供給人口中每一個人，包括弱勢族群諸如囚犯、性工作者及藥物濫用者。

安寧緩和醫療在照顧癌症病患所得到的經驗，應該擴展至世界上其他無法治癒的慢性疾病病患的照顧上。

家人以及非正式的照顧者是提供安寧緩和醫療的基本成員。政府政策應該認同他們，並且增強其自主自理能力。

全國性的安寧緩和醫療組織在提倡好的健康政策上扮演關鍵性的角色。政府和這些非政府組織應該一同努力，發展未來的安寧緩和療護行動方案及服務內容。』

以上的首爾宣言是立基在世界衛生組織的建議，以及 1995 年的巴塞隆納緩和醫療宣言，堪稱近年來世界各國發展安寧緩和醫療的另一重要參考依據。

肆、我國安寧緩和醫療政策與立法現況

我國雖然在推動安寧緩和醫療的起步較晚，但服務與立法在亞洲地區國家仍屬超前（張瓊芳，2000）。天主教康泰醫療教育基金會於 1983 年由趙可式博士設立癌末病人居家照顧中心，作了一段時間的居家服務。馬偕醫院於 1990 年在淡水分院設立安寧病房，使得台灣成為全世界第 18 個擁有安寧緩和醫療的國家。更因為民間、宗教型醫院安寧緩和醫療的倡導與推動，激起了衛生署及其它醫院與社會大眾的注意，紛紛加入推動安寧緩和醫療的運動。衛生署於 1995 年制訂安寧居家規範及安寧病房規範，1996 年將安寧居家照顧列入健保給付，住院的安寧病患亦受到一般癌症病患的健保給付。至 2007 年全台灣共有 37 家醫院設立安寧病房，50 家醫院提供安寧居家療護，38 家醫院提供安寧共同照護服務。

隨著我國安寧緩和醫療的逐步發展，臨床醫師在執業上卻常受制於我國 1986 年公布的醫療法第 21 條：「醫師對危急之病症，不得無故不應招請，或無撤遲延」與第 43 條：「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延」的規定，恐有違法行善之餘，加上當時社會大眾對安寧緩和醫療的觀念尚未普及，往往在最後關頭，又要求醫師對癌症末期病患實施心肺復甦術。有鑑於此，台大醫院於 1996 年函請衛生署重新解釋醫療法 43 條，並於

同年獲衛署醫字第 85058854 號函回覆：「有關安寧療護病人之緩和醫療照顧問題——按安寧療護為醫療方式之一，對於癌症末期的臨終病人，醫療人員如已善盡告知義務並尊重病人意見，提供緩和醫療之安寧照護措施，並無違反醫療法規之相關規定」。此函釋雖默許安寧緩和病房的醫師可「尊重病人意見」，對「癌症末期」病人不施行心肺復甦術，然在我國在癌末病人的臨床治療上，仍有半數以上的病人未被告知病情，因而無從表示拒絕心肺復甦術，醫師在實際作業上亦仍有困擾。

2000 年我國正式立法通過「安寧緩和醫療條例」，成為我國的自然死法案（陳榮基，2004）。安寧緩和醫療條例的立法過程備極艱辛，因為它所挑戰的是當時我國整體社會對死亡的恐懼與禁忌（楊秀儀，2004），它不但是我國第一個生前對自己身體自主權有效的法（王浴，2000），亦代表我國對生命自主權的看重，此基本人權的尊重已符合先進之世界潮流（莊榮彬，2001）。1950 年後，受米勒自由論之影響，民眾對醫療自主權的要求益增，以致二千年來醫學界傳統所遵循的不傷害（non-maleficence）及利益（beneficence）原則外，自主性原則（autonomy）亦被納入醫療考量的範疇。個人醫療自主權的追求不但深遠影響歐美國家的醫病關係，即使在東方國家，也逐漸受到民眾及醫療界的重視（胡文郁、邱泰源、呂碧鴻等人，2001）。此條例的通過，不僅代表我國尊重生命的自我決定權

及生命價值，以及維護生命的尊嚴與權益，同時亦充分顯示病患醫療自主權的被尊重，使得末期病人的醫療決策更符合倫理的精神，此條例將能夠使每年數萬的末期病人能得到真正應得的醫療照顧（蔡麗雲、李英芬、劉景萍等人，2003）。綜觀整個法案內容，主要是規範末期病人得拒絕心肺復甦術，得預立遺囑，以及得指定醫療代理人三件事（楊秀儀，2000），其內容明訂末期病人得立意願書、或預立意願書，或事先委任醫療代理人，選擇安寧緩和醫療（指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性的醫療照護，或不施行心肺復甦術）；且認可病人的配偶或最近親屬在不違背患者意願的前提下，有權代簽放棄急救的同意書。這是台灣社會第一次對死亡議題有明確的表態。

雖然安寧緩和醫療條例的立法通過滿足了安寧緩和醫療推動團體的期待，並得到社會各界諸多的掌聲與肯定，但在立法後的二年到數年間，當立法內容落實到臨床實務工作中，亦引發諸多的討論、反思與批評。邱世哲（2000）的研究指出，條例中所通過「意願人得隨時自行或由其代理人以書面撤回其意願之意思表示」，此項條文實為保障意願人自主權的充分表現，意願人既然可以決定接受「安寧緩和醫療」的觀念，理應也可加以撤回，但其法定代理人是否有撤回之權利？另病患因緊急狀況被送到非之前診斷的醫療院所，特別是被送到小型醫療院所，要在此種危急情形下，堅持應取得二位醫師的診斷，實有其窒礙難行之處；楊秀儀（2000）點

出：國人忌諱談死，病患自主權難以落實；莊榮彬（2001）指出，醫學界至今尚無法定出一個適用於所有情況的準則，以協助醫師判斷是否「無益處的醫療」（medical futility）；許禮安（2001）指出，條例忽略了醫療的例外狀況以及不確定性，對所謂末期病人的界定，並沒有辦法像機器規格或生產線的標準化；另將條例與我國東方家庭文化相對應，傳統父權家族中決定喪葬事宜的多半是家中長輩，父母的決定權要強於配偶與子女，但在條例中，配偶和成年子女的決定權都比父母強。根據條例，臨床醫師可以或只好遵照配偶的決定，但這個家庭絕對不會相安無事，再者安寧緩和醫療強調既要照顧病人也要照顧家屬的所謂「全家照顧」，也會因此無法圓滿達成；此外由成年子女做決定，萬一子女有兩派意見，到底是要多數決或是用否決權制度（許禮安，2001；蔡麗雲、李英芬、劉景萍等人，2003）；而蔡麗雲、李英芬、劉景萍等人（2003）的研究指出，條例內容對臨床工作者較不易被瞭解及受到爭議的部分包括家屬決定權的順序、末期病人的定義及見證人的範圍；楊秀儀（2004）的研究中，則更進一步精闢的剖析了安寧緩和醫療條例的幾項問題，包括名不符實的法案名稱、模糊不清的適用範圍、矛盾的選擇權主體，以及冷漠殘忍的各類表單。台灣為亞洲各國首先正式立法施行「安寧緩和醫療條例」的國家，雖然代表國內人權進步之意義重大，但在條例甫通過施行的初期，必然有許多困難與阻力（胡文郁、邱泰源、呂碧

鴻等人，2001），種種前述立法與實務所出現的斷層與問題，也醞釀了二年後的修法行動。

2002 年 11 月 22 日立法院會三讀通過該條例之部分條文修正案，修正公布安寧緩和醫療條例的第 3 條與第 7 條，除將原條文第 3 條名詞定義第 3 項之「心肺復甦術」的概念擴大，增加「瀕死」兩字；另在第 7 條增列第 6 項，規定「末期病人符合第 1 項、第 2 項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除」。安寧緩和醫療條例新修正的條文，不但承認病人有拒絕醫療的自主權，並對已積極救治插管的末期病人、家屬及醫療人員在符合條例精神及病人意願下得予撤除過當醫療，也更能解決醫療臨床上的難題。短短兩年間，台灣在安樂死的議題上已經朝向了肯定末期病人擁有一個「自然死權」（right to die）的態度。雖然此條例僅只有 15 條，但其為台灣唯一直接處理自然死議題的成文法，其重要性自不在話下（楊秀儀，2004）。

2000 年 4 月住院安寧療護設置基準出爐，並於同年 7 月開始，對於通過評鑑，符合安寧病房設置基準的醫院，其接受安寧緩和醫療的住院病人，健保局開始試辦比較優厚的按日計酬方案。然而，陳榮基（2004）的研究指出，當時安寧機構分布不均，尚有 5 個縣市沒有安寧團隊設施，對於每年約 3 萬人的癌症死亡病人，約只有 20% 受到照顧，衛生署期望癌末病人接受安寧緩和醫療的比率能提升至 50%（高綺吟、邱泰源、胡文郁等人，

2007)，並計劃至少在全國 21 縣市中每一縣市成立一家安寧緩和醫療機構，同時並增加安寧病床至 600 床。為達成前述目標，衛生署國民健康局自 2004 起年委託台灣安寧照顧協會試辦一連串安寧共同照護計畫（徐翠霞、蕭淑純、孔憲蘭等人，2007），並同時啟動我國第 1 期國家癌症防治五年計畫（2004～2009），將安寧緩和醫療納入此五年計畫中。計畫內容除將生命教育納入國民義務教育課程、大學通識教育與社區教育學習課程外，亦倡導民眾預立遺囑或「生預囑」，尊重臨終醫療自主權，同時也略提及安寧居家照護的重要性與未來發展趨勢，惟篇幅不多（國家癌症防治五年計畫，2004）。時值第 1 期國家癌症防治五年計畫尾聲之際，針對計畫執行成效進行檢視有其必要性，加強安寧緩和醫療社區化、居家化與在地化，擴展安寧緩和醫療服務至非癌症領域，並將安寧緩和醫療理念延伸至疾病初、中期階段，將是我國安寧緩和醫療與第 2 期國家癌症防治四年計畫接下來的發展重點與核心。

伍、我國安寧緩和和政策發展雜議

台灣安寧緩和醫療運動已經推展二十餘年，經由趙可式博士等諸多有心人士的投入，並且衛生署國健局在政策立法與財務制度上的支持與推廣，台灣的安寧緩和醫療一直緊緊追隨著國際的步調。此外，在人力資源的培訓上，安寧照顧基金會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護

理學會這些年辦理專業人員的入門課程與進階課程，培育許多臨床專業的精兵，也促使台灣的安寧緩和醫療在全省各角落生根茁壯。2008 年台灣安寧照顧協會及台灣安寧緩和醫學學會年會主題為「安寧緩和醫療社區化」，對於安寧社區化的關切也顯示台灣的發展是與國際接軌，這些都是台灣安寧緩和醫療的優勢。

然而根據國際組織的宣言與政策指標來檢驗本國未來的發展，有待持續發展之空間，包括：

一、提升安寧緩和醫療之涵蓋率

2004 年台灣癌症病人接受安寧緩和醫療的涵蓋率 15.4%，到了 2005 年亞太安寧療護國際會議報告指出台灣當時僅有 20% 的涵蓋率（coverage rate），而其他地區如香港的涵蓋率是 65%、新加坡 75%、英國是 80% 的涵蓋率，這項數據的落差代表台灣癌症病人並沒有充分使用安寧緩和醫療資源，未來應該可以讓更多人得到高品質的善終服務，正如世界衛生組織推展的長程目標是為所有癌症病人提供安寧緩和醫療照護。台灣的利用率可以藉由教育民眾的善終意識而鼓勵民眾善用安寧緩和醫療資源，並且能夠更早進入安寧療護的系統，得到身心靈整全之照顧。

二、落實社區化，提高服務可近性

「落葉歸根」是很多末期病人的願望，多數人期待老死在自己熟悉的家園，但是病人不能如願的原因很多，諸如：家屬無照顧能力、居家設備缺乏、居家護理無法日夜提供、住家附近離安寧團隊太

遠，導致台灣安寧緩和醫療限制在以「醫院為中心」的服務輸送模式。如果能夠落實照顧的社區化，基層醫療人員有基本的安寧療護訓練，基層醫療院所有能力提供基本的末期症狀控制能力，服務的可近性提高，服務的利用率也會提高，病人的便利性也提高，就能達成世界衛生組織的「以人為本、以病人為中心」的服務標準。

三、縮短醫療資源的區域落差

台灣醫療資源顯現明顯的城鄉差距，許多偏遠地區的民眾必須千里迢迢地到都市的大醫院就醫，例如南投縣、苗栗縣、基隆市、金門連江縣、新竹縣尚未有安寧病房，如何縮短安寧資源的區域落差，促進醫療服務的公平正義，輔導偏遠地區設立安寧緩和醫療服務，這是政策上不能忽略的問題，以避免貧窮而偏遠民眾淪為安寧緩和醫療的邊陲。

四、確保服務品質的連續性與持續性，填補服務缺口

台灣目前的安寧療護服務大致上在住院中的照顧都能維持很好的品質，但是服務品質的缺口常常出現在出轉院時，或是夜班人力資源不同，假日與平常日也會造成品質落差，家屬常常對於返家照顧感到焦慮與不安。如何在不同的照顧處所以及不同的照顧時間都能維持照護品質的連續性，這也是台灣政策上需要填補的缺口，如果動員更充沛的資源包括在各社區成立安寧療護資源中心，提供充足的輔具器材讓家屬在家中方便照顧，並且結合長期照

顧的機制訓練人力資源提供在宅服務或喘息服務，社區也能設立 24 小時的緊急安寧訪視服務單位，能協助家屬處理夜間的突發症狀，則家屬就能有足夠的安全感，臨終的服務品質可以有穩定性與持續性。

五、建構臨床專業人員督導制度

根據世界衛生組織的建議，不同層級的安寧醫療團隊應該發展跨層級的支援與督導的機制，例如台灣目前醫學中心的團隊已經可以承接安寧專業訓練方案，提供臨床實習的機會。除此之外，跨院際的技術支援與督導制度仍然是可以持續發展，以帶動偏遠地區或是基層醫療的照護水準。

六、適時修訂安寧緩和醫療條例

該法於 2000 年通過，2002 年修正，歷經 9 年的時間與執行的經驗，針對臨床執行的困難應該再次進行評估以及修正法規，以釐清爭議性的概念，協助臨床醫師更明白立法精神與維護病人權益。

七、擴展安寧緩和醫療服務對象適用範疇

首爾宣言的夢想是所有的人都有權利接受安寧緩和醫療，善終是一項基本人權。聯合國以及英美各國都已經開始將安寧緩和醫療的服務範疇擴展至非癌症的病人，特別是愛滋病人、慢性重症病人，我國目前也已經將漸凍人的安寧緩和醫療納入健保給付。雖然世界各國的醫療資源有所不同，開發中的國家因為貧窮與財務困境以致於無法全面推行，縱然國家財政與

健保給付因為資源有限而必須決定資源分配的優先性，我們仍然可以在醫療技術上將安寧緩和醫療的精神與技術實踐在其他的臨床疾病的照料，努力減緩每一位末期病人所承受的痛苦，陪伴他們直到生命的終點。

安寧緩和醫療是人性的醫療，世界衛生組織認為在疾病的預防、治療的過程、到生命的終點都應該有安寧緩和醫療的服務，以關照人們身心靈的需要，在健康促進方面不是在疾病末期才能享有全人醫療

的品質，而是在三級預防過程中就能建立國人健康的生活形態、培養和諧的家庭關係、有穩定而滿足的心理狀態、滋養強壯的心靈以面對疾病與死亡的挑戰。本文希望參酌國外的作法以建立本土政策規劃的藍圖，得以促進國人之健康與福祉。

（本文作者：蔡佩真現為中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系助理教授；許祖維現為馬偕紀念醫院台北院區社會服務室社會工作師；張玉仕現為馬偕紀念醫院社會服務室社工課長）

參考文獻

- 王浴（2000）解讀「安寧緩和醫療條例」——尊重自然死的權利，醫望雜誌，31（8～9），41～43。
- 邱世哲（2000）安寧緩和醫療條例對臨床的影響，全民健康保險，27，6～8。
- 胡文郁、邱泰源、呂碧鴻等人（2001）醫護人員對「安寧緩和醫療條例之教育需求」。醫學教育，5（1），21～32。
- 徐翠霞、蕭淑純、孔憲蘭等人（2007）2005 年台灣安寧共同照護計畫實施之成效，安寧療護雜誌，12（2），129～140。
- 高綺吟、邱泰源、胡文郁等人（2007）癌末病人安寧共同照護之照會，台灣醫學，11（6），602～611。
- 國健局（2005）國家癌症防治五年計畫，（上網日期：2008/8/3），網址 <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them.aspx?No=200712250030>
- 張瓊芳（2000）劃下美麗的句點——安寧緩和醫療條例通過，光華，25（6），56～57。
- 莊榮彬（2001）安寧緩和醫療條例專業人員作業手冊，安寧療護雜誌，6（1），37～42。
- 許禮安（2001）「安寧緩和醫療條例」之我見，安寧療護雜誌，6（3），27～30。
- 陳榮基（2004）安寧緩和醫療條例的實施與困境，台灣醫學，8（5），684～687。
- 楊秀儀（2000）生命權 vs.自主權——台灣社會對病患自主權的態度，醫望雜誌，31（8

～9)，44～47。

楊秀儀（2004）救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」，國立台灣大學法學論叢，33（3），1～43。

蔡麗雲、李英芬、劉景萍等人（2003）實施「安寧緩和醫療條例教育訓練方案」成效之初探，安寧療護雜誌，8（4），364～380。

2ND Global Summit of National Hospice and Palliative care Associations (2005). Declaration on Hospice and Palliative care.

Robert, T. (2007) Patient care: past, present, and future. OMEGA. 56(1), 7-19.

World Health Organization (2002a) National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva ,World Health Organization.

World Health Organization (2004) A community health approach to palliative care for cancer and HIV/AIDS patients in sub-Saharan Africa. Geneva ,World Health Organization.

World Health Organization (2007) Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes.

World Health Organization (2008) Fact sheet N 297 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/zh/index.html>