

臺灣安寧療護社會工作發展

李閏華、張玉仕

壹、前言

22 年前臺灣第一家安寧病房——馬偕醫院安寧病房設立，在經過多位有心、有力人士倡導推動，10 年後，於 2000 年通過健保給付與安寧緩和醫療條例，善終權至此獲得立法保護與醫療給付。安寧運動 20 年來，安寧病房已近 43 家，團隊人員以醫師、護理、社工為核心，依賴允亮（1999）的報告指出 1999 年從事照顧的社會工作者約有 13.5 人，至 2002 年文獻中（黃冠能，2003）提到主責或兼責的安寧療護社會工作者已超過 28 位。2009 年衛生署「癌症醫療品質提升計畫」，提出癌症諮詢單一化服務，給付一名人力，至今約有 26 家醫療院所參與，計約 10 多名社工背景擔任此工作，至 2011 年粗估，提供安寧療護住院、居家或共同照護服務及癌症單一窗口的醫療院所家數來看，從事安寧療護的社會工作者至少應有 70 名。由社工人力的增加，一方面看出安寧療護理念中對病人與家屬身心靈整合服務漸趨落實，同時社工在醫療領域的服務範圍與專業角色亦取得明確地位。

本文將探討臺灣安寧療護發展中，社工

人員的角色與養成訓練，檢視當前我國醫療評鑑相關安寧緩和醫療的政策，並藉探討美國近期對安寧療護社工功能的定義與規劃，據以提出臺灣社工人力培訓，作為我國安寧緩和醫療社工人力發展之參考。

貳、安寧療護的歷史發展

安寧療護自西方傳入臺灣是近二十餘年的事，也可以說安寧療護對臺灣而言是外來的產物，近年來臺灣的安寧療護也愈來愈有本土特色。本節由介紹安寧療護的歷史和定義開始，其後說明臺灣安寧療護的脈絡及臺灣安寧療護情況。

一、安寧療護的歷史和定義

「安寧療護」的英文為 hospice care，這個詞源自於拉丁字 hospes，意指「客人」（guest），亦有主人招待不認識的陌生人之意。最早有完整醫療照顧的安寧療護機構為 1967 年 Dame Cicely Saunders（有著護理、社會工作、醫師的學位）於英國倫敦郊區創立的 St. Christopher's Hospice，並且以醫療團隊形式照顧癌症末期病人，全程陪伴輔導家人

渡過悲傷 (Bosanquet, 1999; Chapman & Bass, 2003)。世界衛生組織還對其所下的安寧療護定義又作了更進一步的解釋：「安寧療護肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然過程。人不可加速死亡，也不需無所不用其極地或英雄式拖延死亡過程。醫療團隊協助病人緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家人心理及靈性上的支持照顧，使病人達到最佳生活品質，並使家人順利渡過哀傷期」(World Health Organization, 2009; 2011)。安寧療護範圍涵蓋滿足病人身體、心理、社會、靈性需求，基於末期疾病帶來病人與其家人對死亡的焦慮，對家人支持亦為成安寧療護重要範疇。意即完整的「安寧療護」模式，除了照顧病程中的病人與其家人，還必需包含提供喪親者支持和輔導 (Twycross, 1997; 2003)。

二、臺灣安寧療護的歷史與發展

臺灣的安寧療護運動雖在八十年代由有心人士提出，但真正有系統的發展是自 1990 年馬偕紀念醫院建立臺灣首間安寧病房開始。鑑於醫療專業人員需要裝備以人為本、跨專業的知識與技巧，同年年底該醫院籌募善款成立安寧照顧基金會，以倡導末期癌症病人應受合適醫療照顧，並對社會大眾與醫療專業人員提供安寧療護的持續教育 (賴允亮, 1999)。

依臺灣行政院衛生署統計，臺灣每年約有 4 萬人死於癌症 (行政院衛生署, 2011a)。為提升末期病人照護品質，並有效利用急性病房資源，該署於 1996 年起開始推動安寧療護計畫及訂定安寧療護病房設置規範 (財團

法人中華民國安寧照顧基金會, 2004)，中央健康保險局亦配合自 1996 年起將安寧居家療護納入試辦計畫，安寧住院療護則於 2000 年明訂試辦計畫支付範圍及項目 (中央健康保險局, 2003)，從 2009 年起病人及其家人住院或居家接受安寧療護服務，享有全部的保險給付 (行政院衛生署, 2009)。2011 年 4 月中央健康保險局實施「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，使得末期臨終病人無論於安寧病房或一般病房，只要有安寧療護之需求，均可獲得適當之安寧療護理念與初步的服務 (行政院衛生署, 2011b)。

依 2010 年衛生統計的十大死亡原因，第二名後依序為心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病 (慢性阻塞性肺病、支氣管炎、氣喘)、慢性肝病及肝硬化、高血壓性疾病、腎病變等，由此看出因慢性病惡化而死亡仍居多。2009 年 9 月 1 日新一波的安寧運動中，健保局除了將原安寧住院及居家試辦計畫正式納入健保常態性支付外，另也新增八類非癌末期疾病，將其納入安寧療護給付範圍內。八大非癌疾病末期健保給付分別為：罹患「老年期及初老期器質性精神病態 (如失智)」、「其他大腦變質 (如中風)」、「心臟衰竭」、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」、「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」等末期疾病都納入安寧服務範圍，讓更多末期病人受惠。

過去因大多數瀕臨死亡的病人無法為自己作醫療決定，為促使更多疾病末期的病人，甚至老年慢性衰退的族群，思考自己的

生命價值與意義，同時能在疾病初期就能瞭解安寧療護的治療模式，以提早思考與討論生命末期醫療照顧品質及生命尊嚴，2009 年起，多家民間團體開始推動「預立醫療自主計畫」(Advance Care Planning, 簡稱 ACP)(王英偉 2009, 蘇文浩 2011)。ACP 目的在使人皆可預先為自己的生命末期做準備，個人可表達未來醫療狀況及處置意向之過程。過程中，尚可隨個人意願邀請家人或親屬、醫療團隊共同參與，且可隨每個人的需求，定期回顧醫療指示內容或於需要時進行修訂。它強調對未來醫療的需求與期待，對醫療人員來說，要提供不同的醫療選擇並與病人、家屬討論，以尊重病人與家屬的決定，共同為病人與家屬倡議醫療自主權，從而提升醫療照顧品質。

參、臺灣安寧療護社會工作的現況

1999 年底，臺灣地區共有 17 家安寧療護病房及 25 家安寧療護居家護理的單位。中央健康保險局安寧住院療護自 2000 年實施以來，參與照護醫療院所家數與床數，由當初衛生署登記設置安寧病房之醫院 20 家 249 床，增加至目前 43 家總床數共計 629 床，2010 年接受照護人數已達 8,797 人；另安寧居家療護部分，試辦家數從初期（1996 年）15 家增加至目前 73 家，2010 年服務人數達 4,476 人。依賴允亮（1999）的報告指出 1999 年從事照顧的社會工作者約有 13.5 人，黃冠能（2003）於 2002 年所作的研究調查，同一時間主責或兼責從事安寧療護的社會工作者已超過 28 位。2011 年以提供安寧療護住院、居家或共

同照護服務的醫療院所家數來看，從事安寧療護的社會工作者至少應有 73 名。

關於安寧療護的未來發展，以 2010 年死亡人數計 14 萬人，扣除意外事故及自殺等後，尚有 13 萬人可能有安寧療護之需求。加上 ACP 運動重視病人因病程變化帶來的心理衝擊歷程，強調家庭互動模式與醫療團隊間的共識與溝通，這一連串照顧品質均依賴醫療環境內良好的溝通，社會工作者亦需透過溝通協調協助病人與家屬各個層面需要。由於未來安寧療護的範疇將逐漸變廣，也可以推測機構對社會工作者的需求亦會增加。

一、臺灣安寧療護社會工作者的功能、角色和特質

臺灣安寧療護社會工作有著其發展背景，尤其是近年來醫療環境轉變，認為疾病與人的心理、社會、靈性會產生交互影響；醫療的目的不再僅以疾病治療、延長生命或保持身體健康為導向，更增加關注病人與家人社會、心理、心靈需要，以能達成人們整體的健康福祉。1996 年臺灣衛生署於安寧療護設置基準明列規範：安寧療護住院機構必須聘用一位以上的社會工作者，以便提供病人與家人完整與適當的服務。

隨著醫療趨勢的轉變，醫療的目的不再只重視疾病治療，還著重人性關懷和支持，使得醫療系統中的社會工作者的角色功能變得愈來愈重要。這些轉變可以分為三個方面來說明：

第一、病人或家人有非醫療的社會心理需求。高科技的治療方法，提高了人存活的機率，也延長了人的平均壽命，但是隨著醫

療儀器愈來愈精良、處方愈來愈講求有效的同時，快速發展的醫療設施無形中也加深了人對科技的不瞭解，這種科技與人之間的距離，使得病人或其家人往往在治療的過程裡倍感孤單、無助、失落，有時他們信心不足以面對治療的挑戰，或應付醫療環境中的種種處置。此時，末期病人和其家人如能獲得疾病或治療的訊息、心理輔導或支持便顯得特別需要，尤其在他們痛苦與艱難的時刻能夠得到適切的支援和指引，可以降低他們面對醫療設備的恐慌。社會工作者教育訓練背景，著重於傾聽、和溝通，關懷理解病人和其家人的心情，在醫療體制中可以提供專業輔導和相關社會資源，協助末期病人及其家人生活適應，滿足他們非醫療層面的需要（Curren, 2001；Demmer, 2003；Etherington, 2001；Monroe, 1998）。

第二、團隊工作的必要。安寧療護的理念照顧著病人之生理、心理、靈性層面，除了治療與護理功能取向外，也需要兼顧社會心理的照顧。這樣的安寧療護照護，通常很難以單一專業處理或協助病人或其家人所有需要。因而安寧療護是用科際整合團隊（interdisciplinary team）的方式，結合各種專業人員共同為病人與其家人提供整體性照護。一般而言，社會工作者可以協助病人、家人、專業人員間充分的溝通，同時顧及其家庭與家人的負擔、關係、溝通及情緒需要，更提供喪親者於病人過世後的輔導服務，直到喪親者適應社會生活為止（王心聖，2002；Monroe, 1998）。此外，醫療團隊中社會工作者還需要和其他專業人員協調分工、共同合作，以協助病人及其家人的許多需要。

第三、安寧療護社會工作者的專業背景可以提供病人和其家人專業的輔導服務。由於安寧療護主要之精髓，不只是對生病的人提供服務，亦對疾病會連帶影響到病人身邊的家人提供照顧（賴允亮，1999；Oliviere, Hargreaves, & Monroe, 1998）。社會工作者通常具備心理輔導的知識背景，相對於其他團隊成員，較常成為安寧療護機構中可能提供病人或其家人專業心理輔導的人（Curren, 2001；Demmer, 2003；Etherington, 2001；Monroe, 1998）。近年來臺灣安寧療護推動病人和喪親者心理輔導的工作時，社會工作者逐漸占有重要的角色和功能，同時安寧療護社會工作者也將提供病人及喪親者的心理輔導，視為常規的工作內容（李閏華，2000；黃冠能，2003）。

由以上的醫療環境改變後的需求和情形來看，安寧療護社會工作者，一方面既屬於團隊的一分子，另一方面，亦有其獨特功能和特定任務。基本上，末期病人及其家人的生理、心理、社會及靈性需求，可以透過社會工作者和其他團隊成員的合作得到滿足，並且還能夠獲得連續性服務（鄒平儀；1996；Rusnack, Schaefer, & Moxley, 1990）。雖然社會工作者和其他團隊成員在達成服務病人和其家人的目的上並無差異，不過，從事安寧療護社會工作人員的最大特色就是運用專業輔導知識和技巧，從心理及社會層面協助服務對象，與病人與其家人建立良好緊密的關係，使病人與其家人能獲得充分且適當的協助，並且透過提供足夠的支持與支援，幫助他們面對死亡所引起的痛苦、挫折、壓力（蔡美惠、溫信學，2001；Monroe, 2004）。

關於社會工作者在安寧療護中的工作職責，亦可以從病人及其家人需要的角度來看，有關安寧療護社會工作者的功能和角色分述如下（王心聖，2001；李宗派，1999；周玲玲、洪麗珍、邱泰源，1999；張素玉，1999；Christ & Sormanti，1999；Csikai，2002；Monroe，1998、2004；Rusnack，Schaefer，& Moxley，1988）。

第一，滿足病人與家人心理層面的需要。當病人與其家人需要面對末期疾病、死亡的醫療訊息時，社會工作者會協助病人與其家人接收清楚的醫療訊息，以避免因訊息傳遞混亂導致病人及其家人面對疾病和死亡時的心理壓力加重，社會工作者此時可以說是為病人和其家人在醫療系統中獲得正確訊息的教育者或倡導者。當病人和其家人接收到疾病末期的消息以後，情緒難免有所波動，社會工作者必需了解其所面對的複雜情緒和心情，提供他們在痛苦中有適切的支持與支援，減少他們孤單的感覺，並且經由這些支持和支援，令病人和其家人面對死亡時有信心抉擇，此時社會工作者是支持者、輔導者、引導者。

第二，滿足病人與家人社會層面的需要。當病人與家人在末期疾病挑戰之際，面對彼此的關係、或和醫療人員溝通往往出現問題，社會工作者便需要協助病人與其家人直接溝通、促進家人關係和解，同時與醫療人員協調和溝通，達成醫療共識。當病人及其家人因來自的背景不同而有不同的需要時，社會工作者當依照他們個別的需要，提供適當的人力、財力、及物力資源，以使他們可以有更多的支援面對死亡的挑戰。當病

人要回到社區的休養，有關醫療照顧、在家死亡之準備，或是病人死亡之後，有關後事、遺產的安排與處理，社會工作者亦需要提供有用的資源或資訊，協助他們選擇對自己處境最有利的行動或決定。社會工作者可以說是家庭關係輔導者、醫療系統與社區資源協調者、資源整合或轉介者。

第三，滿足病患與家人心靈層面的需要。當病人與其家人面對宗教、人生意義有疑惑，或面對死亡有不安及恐懼的情緒時，社會工作者可以協助病人與其家人藉著討論過去、現在、未來生活中的生命意義，以減少他們的孤獨與焦慮情緒，並增加面對死亡情境的了解，和其分擔其心靈的痛苦，從而令他們在心靈之中獲得平靜安詳。此時社會工作者是心理輔導者、促進者。

第四，滿足病人與家人身體層面的需要。大部分的病人與其家人都必然面對病人身體衰退的痛楚和無能，社會工作者除了心理上的支持之外，更重要的是提供病人與其家人關於病程適當解釋，尋獲各方面的資源，以增加照顧時的實際支援，減少身體照顧的負擔。社會工作者此時是訊息傳遞者、資源整合者。

第五，其他間接可以增加病人與家人福祉的工作，包括管理安寧療護方案、專業人員教育與支持、研究、在社會環境中為病人權益的倡導。社會工作者可以是管理者、教育者、諮詢者、研究者、倡導者等。

綜合以上的整理，為了滿足病人與家人的心理、社會、心靈、身體層面的需要，在末期病人或其家人在經歷疾病與死亡挑戰時，社會工作者當協助他們接納自己的想法

或情緒以抒發壓力，提供他們適切的支持和支援以令他們有能力選擇自己面對之道，尋獲適當的解決方法。在眾多的角色中，社會工作者於臨床最主要的工作是提供心理輔導和資源提供，在心理輔導的方面，關注於病人和家人面對死亡及喪慟的情緒和心靈所需的支持，並且協助其家庭成員之間的協調及溝通；在資源提供的方面，社會工作者需要整合有關照顧資訊或資源，並且提供病人及其家人實務上的必要支援。

二、臺灣安寧療護社會工作者的教育訓練

1996 年，安寧照顧基金會接受衛生署委託承辦 5 年「安寧療護專業人員培訓計畫」，此計畫於 2000 年以後，由安寧基金會自行辦理至 2008 年底，後由臺灣安寧照顧協會承接至今，訓練在職社工人員，使其有能力處理末期病人及家人社會心理、家庭、悲傷與喪親、靈性與意義、倫理層面議題，能成為學理與臨床兼備安寧療護社會心理專業人員。自 2000 年起，衛生署規範在安寧療護單位的社會工作者，必須參加至少 100 小時的培育課程，即在藉教育時數規定，提升社工人力素質。學校相關教育者，目前一些大學及碩士課程有相關喪親或善終社會工作的課程學分，讓在校學生對生死和喪親有所認識和準備。由於學校專業教育之重點以社會工作哲學理念基礎為本，無法涵蓋所有專門領域所需的理論和技巧，前述的在職教育系統，便成為第一線社會工作精進學習的重要管道。

目前新制醫院評鑑，亦有幾項安寧療護相關條文，藉此評鑑標準要求，以保證病人

及其家人獲得有品質的服務。而區分服務品質好壞的其中之一項，是醫療團隊人員能傾聽病人及其家人的憂慮，以不批判的態度陪伴病人及其家人渡過人生危機；能善用同理心引導病人及其家人認識自己的情緒，鼓勵病人及其家人說出心中的感受與擔心，懂得適當使用各種方式與病人及其家人溝通，並能提供哀傷輔導計畫與處置，主動協助尋找資源，或必要時能召開病患之家庭會議等，這些服務的提供已擴及在醫療及長期照護領域的所有末期照護。照護末期病人的醫療社會工作者具備的功能角色，不再限於安寧療護團隊，他們必須在跨科、跨專業團隊間進行，他們將面臨的挑戰是，了解末期病人的合併症及心理社會需求與照顧。由於末期病情變化難以預測，慢性病者從診斷到死亡期間亦較癌症為長，病人在死亡的前一年，會多次進出醫院，病況一次比一次嚴重，甚至生命最後階段，在加護病房離開人世（病人有些無法意識表示）。醫療人員若不習慣告知病人或家屬有關末期的狀況，病人又在不知情的狀況下去世，家屬心中也會留有遺憾。許多專家提出在推動「預立醫療自主計畫」時，首要任務在於培訓臨床人員的溝通技巧，而良好的溝通是需要完整的訓練，社會工作者的服務項目，例如醫療意願選擇、情緒支持、家庭溝通、團隊溝通、資源媒合等專業能力，甚至與社區居民等的大眾溝通(mass communication)就益形重要。

參考美國社會工作發展安寧療護的相關訓練要求，2002 年第一屆社工領袖高峰會議後，美國社會工作協會(National Association of Social Workers, NASW)即公布了 11 項安寧醫

務社會工作的工作標準指引，標準之項目有：倫理與價值、理論、評估、處遇計畫、態度與自我覺察、增權與倡導、記錄、團隊工作、文化能力、繼續教育、督導共 11 個面向(National Association of Social Workers, 2011)。2005 年，第二屆社工領袖高峰會議(Christ & Blacker, 2006)，則希望能整合成專業平臺，明訂安寧療護社會工作發展指標包括實務、研究、教育和政策 4 項，希望此平臺形成網絡，發展以末期疾病照護及安寧社會工作的專業理論與技巧、團隊專業人員及民眾的溝通訓練、臨床研究與專業的共識，並創造內部與外部專業間夥伴關係，引入資源互享的合作，倡導政策以改善照護體制，持續發展社會工作能力與提升。其訓練課程內容涵蓋：跨文化、性別、年齡案主之身體心理社會靈性評估、對家屬或非正式照顧者之評估與處遇、與病人家屬及其他專業溝通、疾病進展之症狀與痛苦、醫療健康體系與政策倡導等(Walsh-Burke & Csikai, 2005)。訓練課程內容有：末期照顧社工角色、個人與與家庭面對生命末期的社會心理

衝擊、生命末期照顧的社工文化能力、預立安寧醫療自主與生命末期醫療決定、遺族評估與處遇、倫理議題、危機處遇、臨終病程、團隊工作、財務/資源、安寧療護理論、團體工作、自我察覺與自我照顧等。

在臺灣安寧療護在職教育系統中，草創以來已有一套培育工作者的系統，培訓項目有入門、專業在職、專家師資三階段。每一階段的目標均包括態度、知識、技巧三方面。內容則分身體、社會心理、宗教靈性及文化、倫理、團隊工作、組織架構、工作發展及品質保證七個主題(陳正克, 2001; 詹錕鋁、賴允亮, 1998; 賴允亮, 1998)。臺灣發展安寧療護的二十幾年來，社會工作的在職教育課程需不斷改良課程綱要，以使工作者提供服務時有更好的裝備。2008 年起，課程設計增加應用輔導理論和技巧，以符合前線服務需求。另外，也能增強了解助人關係的關鍵要素，藉個案工作、團體工作、家庭系統觀的學習及自我覺察，增強服務能力，以增強社工全方位發展的能力(表一)。

表一 安寧療護社會工作者專業課程訓練內容(一)

課程名稱	課程綱要	小時
專業成長課程(一)： 個案工作	1.臨終陪伴的藝術 2.基礎會談練習 3.投入助人工作的初衷，對助人關係的看法與領悟 4.由案例素材分享討論	14
專業成長課程(二)： 團體工作與團隊合作	1.團體動力的體驗與觀察 2.團體及團隊催化角色的學習 3.跨專業團隊中的溝通練習	7
專業成長課程(三)： 家庭工作	1.從系統觀評估家庭 2.在家庭會議中討論照顧計畫及促進溝通	7

由於過去課程中發現工作者對應用心理輔導理論和技巧的意識不夠強烈，過去課程設計中針對各個學派哲理和理論應用的探討，僅止於不同觀點的介紹。因此，在新的課程設計中，增加工作者應用理論和技巧的意識，鼓勵工作者再進修，強化工作者應用理論和概念，幫助他們提供喪親輔導更有方向性，方能使在職教育更符合前線服務的需求。此外，新課程期望一方面協助這些第一線的工作者可以從各個不同的角度，了解助人關係的關鍵要素，另一方面還增加個別輔導、團體輔導和家庭系統觀的探討和學習，期許課程更能符合工作者所需。

工作者個人喪親經驗對其工作影響極

大，工作者必須經過釐清和整理，才能有效的提供服務。因此，在安排在職教育時，讓工作者有機會自我統整和清理亦是極為需要的方案。例如，舉辦經驗成長團體是最可能的方法。雖然之前的在職教育已有悲傷探索與調適的課程，但課程中對於工作者整理個人喪親或失落經驗對其工作的影響較少觸及，在與有關單位商討後，共同改良原有悲傷探索及調適課程內容，重新訂出專業基礎課程綱要，加入工作者自身經驗和對助人關係看法的覺察和統整，希望工作者參與課程後更能釐清個人因素對其工作的影響（表二）。

表二 安寧療護社會工作者專業課程訓練內容(二)

課程名稱	課程綱要	小時
助人者的自我成長	1.對自我身心狀態的覺察。 2.支持性陪伴的體驗與練習。 3.生命經驗中死亡悲傷失落的回顧。 4.工作挑戰與難題、耗竭與增能。	21

此課程可以提供工作者有機會參與支持團體，藉著團體中的分享和討論，讓工作者可以統整工作經驗和個人經驗的相互影響，以便讓他們投入面對死亡和喪親的工作時，有清晰和自在的助人狀態。他們從中也可以知道如何在助人關係中善用自我，幫助他們持續在專業成長的路上，不因個人喪親經驗中未了的情緒，而阻礙了他們對工作的投入，並且促使他們有穩健的腳步求專業進步及發展。

肆、未來發展與建議

筆者 2010 年 11 月 25 日至福州參與姑息醫學大會，會中提及於安寧療護中社會工作的重要性，26 日於中國社會工作教育會議中巧遇東吳大學莫藜藜主任，共商大陸重點大學成立醫務社會工作科系的發展，並與香港大學社會工作系周燕雯教授談及建構華人如臺灣、香港、新加坡（同文同種）的訓練，包括對安寧社會工作服務流程與成效、訓練

與督導及跨國交流。如果能集結華人社會工作的能量，彼此支援與交流，定能讓專業知能與資源永續發展。由目前國內外的發展趨勢看來，對國內未來的安寧療護社會工作發展，有如下建議：

一、醫療評鑑中明列社工人力：原安寧療護評鑑有人力素質條文，明定人力、訓練時數及持續接受訓練的項目。自2008年起，安寧評鑑併入醫院評鑑後，多家醫院因無明確人力規範，工作量由原人力分攤，評鑑之意雖提高各醫院安寧服務參與度，但有些醫院一直無專職人力，工作性質與工作量造成流失率或輪替率高，致訓練成本增加，人才難留。建議於醫院設置基準或醫院評鑑名列「須有適當人力配置」，因著明確的評量項目，確保社工專業人力配置。醫療政策和機構能夠有系統的規劃人力，才能達到照顧品質。

二、專業服務教材編撰：因著安寧與癌症資源中心的人力增加，教育需求亦提高。建議編撰各末期疾病病程變化的溝通指引，由疾病診斷告知至各治療階段的社會心理衝擊與溝通編制實務指引等安寧療護社會工作教材，包括倫理原則及溝通的案例，能夠切合實務經驗與解決問題，才能提升專業能力。因安寧照護的涵蓋範圍擴大，教材內容須能擴及急重症社會心理層面與長期照護，甚至延伸至社會大眾的生命教育知識與技巧訓練教材，以求全面性與完整性。

三、成立專業協會或設安寧社會工作小組：美國在2005年出版了安寧療護社工第一本期刊 *Social Work Hospice and Palliative Care Network*，2007年有專業協會成立，由此看出其專業訓練與專業團體的發展與地位確立。英國安寧社會工作起源於1987年，其協會 *Association Hospice & Palliative care Social Work (AHSW)*，至今會員已超過300人。臺灣20年來，安寧照護基金會及協會培育了300多人完成安寧社會工作訓練，但至今留在崗位上仍充滿熱情的資深安寧社會工作僅餘個數，經驗傳承亟待發展。新起之癌症資源中心服務係自疾病診斷初期，即能提供資訊與參與討論，癌症或安寧服務提前化，服務癌症與臨終社工人力增加，如有專業組織，可於醫務社會工作協會下設安寧社會工作小組，範定社會工作者角色與職責，設定服務準則與核心能力，藉由跨院個案討論、連繫會報、分階段訓練等，讓工作者經驗整理增加自我肯定，讓自我成長滋潤專業發展，必同時提升社工人力之質與量。

四、增加專才訓練管道：為培育師資，除開設在職訓練或認證課程外，能在大專院校增設碩士班課程，深化理論與技巧，以有系統的培育研究與政策倡導人才，才能不斷提升人力與改善照護體制，既符合國際化發展，也確保持續提升服務品質。

五、安寧社會工作實證研究與實務模式建

立：個人經驗式服務固然重要，但醫療照護標準化之實證研究亦是學術發展的重要方向，須能將研究結合個案服務發展之模式，才能讓介入與處遇有效提出工作效能的證據。結合學術與實務合作，共同研發有利專業與工作改善之研究，以提升社工專業化。

時代改變，衛生與福利政策均在積極發展如何提升人民身心健康、生命品質及福祉，安寧社會工作正值醫療政策變化之際，

必須強化與深化對疾病末期心理歷程的學習與認識，另一方面對與社會大眾溝通助其思考生命意義，才能在泛安寧服務知識體系間順暢服務，找到專業位置及成效。值此 22 年安寧社工歷史回顧，是整理也是展望，其意深遠，盼是下一個里程碑的啓程。（本文作者：李閔華現為馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心社會工作師，張玉仕現為馬偕紀念醫院社會服務室臨床社工課課長）

關鍵詞：安寧療護、社會工作

參考文獻

- 中央健康保險局。(2003, September 19)。《安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫》。轉載自 August 16, 2004, <http://www.nhi.gov.tw/12lawrule/file/安寧療護試辦計畫.htm>。
- 王心聖。(2001)。〈安寧社會工作角色與功能之探討〉，臺北：《社區發展季刊》，第 96 期，第 175-181 頁。
- 王心聖。(2002)。《資深安寧社會工作專業認同發展歷程之敘說性研究》。臺北：天主教輔仁大學社會工作學系碩士論文。
- 王英偉著。(2009)，。〈「新安寧運動-衰老與器官衰竭的安寧療護」〉，安寧照顧基金會，安寧電子報第四期，Aug15。
- 行政院衛生署。(2009, November 11)。《今(98)年 9 月 1 日起，新增八類非癌症重症末期病患也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付》。轉載自 November 11, 2011, http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=73823&keyword=%e5%ae%89%e5%af%a7。
- 行政院衛生署。(2011a, June 15)。《99 年國人主要死因統計(以 ICD-10 編碼)》。轉載自 June 15, 2011, http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=80728&keyword=99%e5%b9%b4%e5%9c%8b%e4%ba%ba%e4%b8%bb%e8%a6%81%e6%ad%bb%e5%9b%a0%e7%b5%b1%e8%a8%88。
- 行政院衛生署。(2011b, April 14)。《今(100)年 4 月 1 日起，新增「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」》。轉載自 April 14, 2011, http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=11576&level_no=2&doc_no=80289。
- 李宗派。(1999)。〈臨終關懷與社會工作〉。臺北：《社區發展季刊》，第 78 期，第 215-224 頁。

- 李閏華。(2000)。〈安寧療護社會工作〉。載蔡漢賢編，《社會工作辭典，第四版》，第 180 頁。
臺北：內政部社區發展雜誌社。
- 周玲玲、洪麗珍、邱泰源。(1999)。〈安寧照顧病患家庭暨社會需求之研究〉。臺北：《安寧照顧雜誌》。第 12 期，第 3-20 頁。
- 財團法人中華民國安寧照顧基金會。(2004)。《病房設立參考規範》。轉載自 October 16, 2004, <http://www.hospice.org.tw/research/sickroom.htm>。
- 張素玉。(1999)。〈安寧照顧中的個案工作〉。臺北：《安寧照顧雜誌》。第 12 期，第 43-47 頁。
- 陳正克。(2001)。〈探索臺灣的安寧緩和〉，臺北：《社區發展季刊》，第 96 期，第 149-159 頁。
- 黃冠能。(2003)。《安寧緩和社會工作臨終倫理態度初探》。臺北：國立臺灣大學社會工作學系碩士論文。
- 詹錫鋁、賴允亮。(1998)。〈臺灣教會醫療願所安寧療護推展的現況及展望〉。臺北：《安寧照顧會訊》，第 31 期，13-19。
- 鄒平儀。(1996)。〈臨終病患安寧照顧模式之建構分析〉。臺北：《中華民國醫務社會工作學刊》，第 6 期，第 101-112 頁。
- 蔡美惠、溫信學。(2001)。〈淺談安寧療護社會工作〉。臺北：《榮總護理》，第 18 卷，第 4 期，第 381-387 頁。
- 賴允亮。(1998)。〈臺灣安寧療護的現況與展望〉。臺北：《應用倫理研究通訊》，第 8 期，17-25。
- 賴允亮。(1999)。〈臺灣安寧療護的現況與展望〉。載財團法人中華民國安寧照顧基金會主編，《八十八年度安寧療護專業人員訓練計畫手冊》。臺北：行政院衛生署。
- 蘇文浩。(2011)。〈為什麼醫療人員需要認識「預立醫療自主計畫」？〉安寧照顧基金會，安寧電子報，Aug 15。
- Bosanquet, N. (1999). Background. In N. Bosanquet & C. Salisbury (Eds.), Providing a palliative care service: Towards an evidence base (pp. 8-10). Oxford: Oxford University Press.
- Chapman, K. Y., & Bass, L. (2003). A comparison of hospice in the U.K. and U.S. In R. M. Baird & S. T. Rosenbaum (Eds.). Caring for the dying: Critical issues at the edge of life (pp. 35-46). New York: Prometheus Books.
- Christ, G. H., & Sormanti, M. (1999). Advancing social work practice in end-of-life care. Social Work in Health Care, 30(2), 81-99.
- Christ, G. H. & Blacker, S. (2006). Shaping the future of social work in end-of-life and palliative care. Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care, 2(1), 5-13.
- Csikai, E. L. (2002). The state of hospice ethics committees and the social work role. Omega, 45(3), 261-275.
- Currer, C. (2001). Responding to grief: Dying, bereavement and social care. New York: Palgrave.

- Demmer, C. (2003). A national survey of hospice bereavement service. *Omega*, 47(4), 327-341.
- Etherington, K. (2001). Introduction. In K. Etherington (Ed.), *Counsellors in health settings* (pp. 13-32). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Monroe, B. (1998). Social work in palliative care. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 867-882). New York: Oxford University Press Inc.
- Monroe, B. (2004). Social work in palliative medicine. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of Palliative Medicine* (3rd ed., pp. 1005-1018). New York: Oxford University Press.
- National Association of Social Workers(NASW). (2011). NASW standards for palliative and end of life care. Retrieved from <http://www.socialworkers.org>.
- Oliviere, D., Hargreaves, R., & Monroe, B. (1998). *Good practices in palliative care: A psychosocial perspective*. Hants: Ashgate Publishing Limited.
- Robert, T. (2007). Patient care: past, present, and future. *Omega*, 56(1), 7-19.
- Rusnack, B., Schaefer, S. M., & Moxley, D. (1988). "Safe passage": Social Work Roles and functions in hospice care. *Social Work in Health Care*, 13(3), 3-19.
- Twycross, R. (1997). *Introducing palliative care* (2nd ed.). New York: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Twycross, R. (2003). *Introducing palliative care* (4th ed.). Abingdon, England: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Walsh-Burke, K. & Csikai, E L. (2005). Professional social work education in end-of-life care: Contributions of the project on death in America's social work leadership development program. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 1(2), 11-26.
- World Health Organization (2009) 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases.
<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>
- World Health Organization (2011) Programs and projects: Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/en>.