



生死學和臨終關懷(上) 安寧緩和條例及倫理

高雄長庚醫院
安寧病房
黃志芳醫師

1



大綱(上)

- 安寧療護簡介
- 安寧緩和醫療條例
- 病人自主權立法
- 末期病人照護倫理困境

2

醫療照顧的目的

- 醫治疾病
- 減除病痛：穩定病情，緩和療護
- 預防疾病
- 促進健康

民眾對安寧的誤解

- 接受安寧就等於放棄病人
- 轉到安寧就不會再做任何治療，就是在那邊等死
- 安寧就等於是安樂死
- 安寧病房:只打嗎啡打到死的地方
- 安寧病房很貴，沒有健保給付
- 轉到安寧病房都會住到病人過世

醫生對安寧的誤解

- 安寧的病人不使用任何藥物，一切都 by nature ~
- 安寧的病人不需要使用抗生素，沒有意義、浪費資源、又會培養抗藥性的細菌
- 病人快要走了才需要轉到安寧
- 安寧的病人不會再開刀且在任何情況下都不會再急救
- 安寧病房每個病人都會打嗎啡
- 所有的症狀到了安寧病房都可以緩解

5



安寧療護是什麼？

由一組醫療**團隊**，對沒有治癒希望的病患所進行的**積極**而**全面性**的照顧；控制**疼痛**及其他**症狀**，解決**心理**的、**社會**的、及**靈性**的問題是最重要的。儘可能提升**病人和家屬**的**生活品質**，並陪伴疾病末期病人走完人生最後一程，協助病人及家屬面對死亡的各種調適，做到**生死兩相安**

6

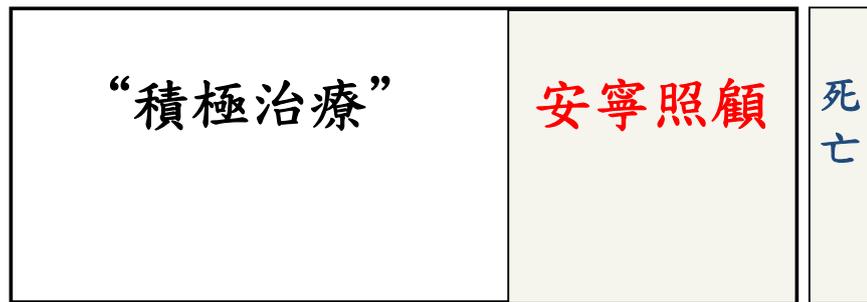
安寧療護的目標

- 解除或減輕因末期病症所引起的痛苦和不適
- 幫助病患在人生旅途最後一段日子裡活的更豐盛、充實有尊嚴
- 幫助病患與家屬把握時間增加親情，去除怨懟，完成心願，相互道別
- 在病患生病及過世後，為其家屬提供支持及輔導

安寧療護的目標

- 幫助大限未至的病人，盡可能活著。
- 幫助無法繼續存活的病人，在時間到的時候離去，不加速也不拖延。
- 幫助必然往生或處於瀕死狀態的人們，平靜、尊嚴的離開人世。

緩和安寧療護模式的發展



9

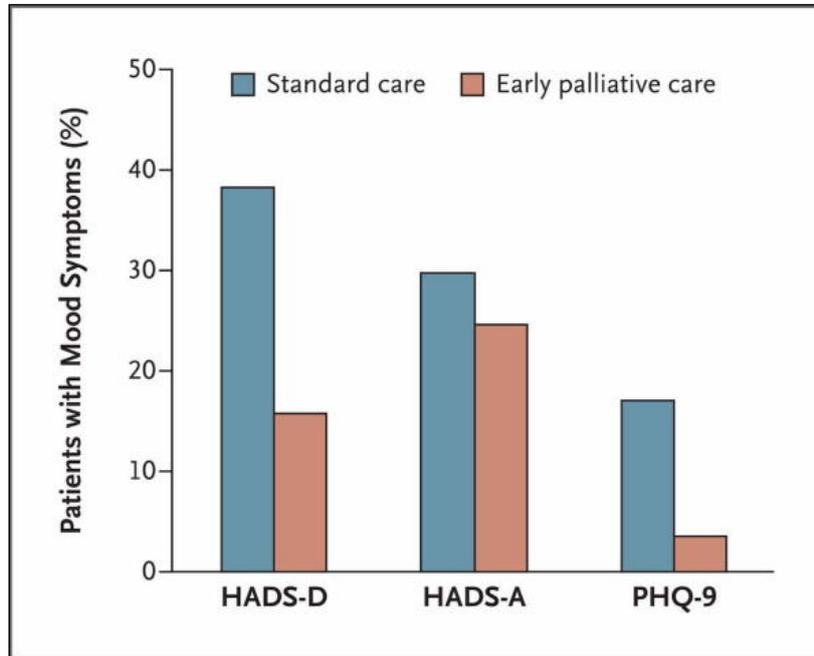


安寧療護五全照顧

五全照顧:

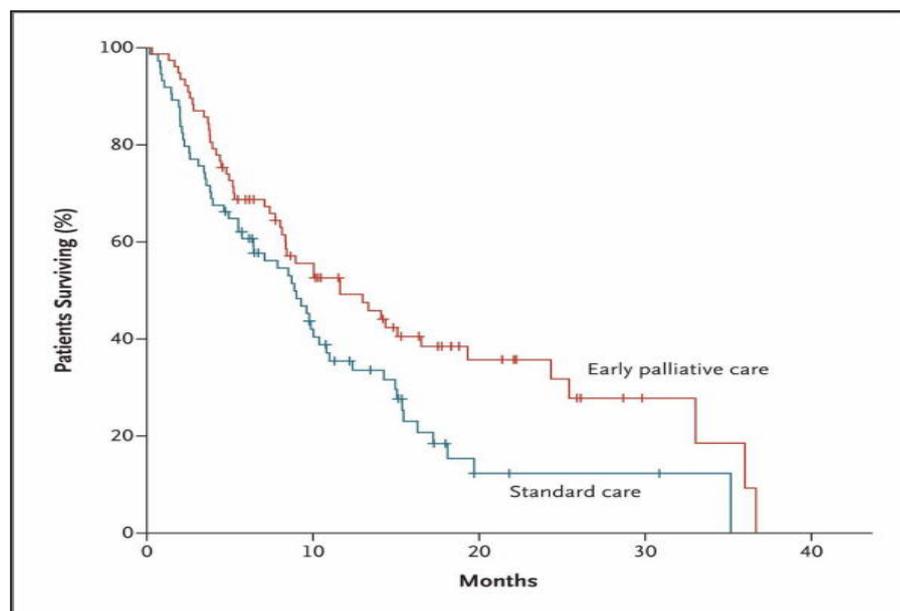
- 全人—身、心、靈完整醫治照顧
- 全家—不只關心病患，也關心照顧家屬
- 全程—對臨終者照顧到臨終，也幫助家屬度過整個憂傷期
- 全隊—結合醫、護、牧靈、社工、營養、心理及義工等人員
- 全社區—包括出院居家照顧及社會資源協助

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer



The New England Journal of Medicine 363. 8 (Aug 19, 2010): 733-42

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer



哪些病人適合安寧(1)?

- 任何病程末期的病人:都適合接受僅給予緩解性療法
- 任何有決定能力的病人，皆可以拒絕任何可以治癒或穩定病情的治療

哪些病人適合安寧(2)?

- 須經由醫師認定，病患所罹患的是癌症/運動神經元疾病或八大非癌症末期，生存期間大概不超過六個月；
- 患者有不適之症狀，如身體疼痛、呼吸道或腸胃道症狀等，或是有心理/精神/心靈問題須要輔導；
- 患者與家人須了解安寧療護的治療是症狀緩解性或支持性治療，病患或親友願意共同參與照顧並同意接受安寧照顧。

哪些病人適合安寧(3)?

- 當病患的病程到達生命的終點時，病患及家屬同意放棄心肺復甦術 (CPR)，讓病人以舒適尊嚴的方式離開人間。
- 病患及家屬願意依照安寧緩和醫療條例規定，簽署意願書或同意書。

15

除了癌症及運動神經元疾病末期外

98/9/1開始新增給付:

- 1. 老年期及初老期器質性精神病態
- 2. 其他大腦變質
- 3. 心臟衰竭
- 4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
- 5. 肺部其他疾病
- 6. 慢性肝病及肝硬化
- 7. 急性腎衰竭，未明示者
- 8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

16

安寧緩和醫療條例

- 中華民國八十九年五月二十三日 三讀通過，六月七日公佈
- 中華民國九十一年十一月二十二日修正第三、七條
- 中華民國一百年一月十日修正第六、七條、刪除第十三條，一月二十六日公佈
- 中華民國一百零一年十二月二十一日修正第一、三到五及六之一到第九條，一百零二年一月九日公佈

17



為何「安寧緩和醫療條例」要修正??

- “允許死亡”不同於：“殺害”
- “延長生命”不同於“延長瀕死期”
- 最大的治療”不同於“最理想的照護”
- “不予”和“撤除”

趙可式

天主教康泰醫療教育基金會 董事、台灣安寧療護推手
台灣安寧緩和護理學會理事長、成大醫學院教授

18

第一條(立法目的)

- 為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。
 - 適用對象非限定於癌症末期
 - 施行場所不僅限於安寧單位

第三條(名詞定義)

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術。
- 二、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。

名詞解釋 - 102年1月公告

- 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。

※定義心肺復甦術為一整套標準程序，不應分開點菜，強調【不予】的部份

名詞解釋 - 102年1月公告

- 四、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

※將要撤除的維生醫療定義為Physical futile 的醫療，指非急救情形下仍然使用之處置

- **五、維生醫療抉擇**：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。

※End of life choices包括【不予】及【撤除】，修法後以此辭代替【**不施行心肺復甦術**】

23

第四條(意願人之簽署及事項)

- 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。
前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：
 1. 意願人之姓名，國民身分證統一編號及住所或居所。
 2. 意願人接受安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之意願及其內容。
 3. 立意願書之日期。
- 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。

24

第六條

- 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。
- **第 6-1 條** 經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。

第六條

- 但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。前項簽署之意願書，應由醫療機構或衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。經註記於健保卡之意願，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。

第七條(終止或撤除心肺復甦術之要件) - 102年1月公告

- 一.應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二.應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署**意願書**。
前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

27



第七條(不實施心肺復甦術之要件)

- 末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具**同意書**代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期**病人最大利益**出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時明示之意思表示相反。

28



第七條(不實施心肺復甦術之要件)

- 前項最近親屬之範圍如下：
 1. 配偶
 2. **成人子女、孫子女。**
 3. 父母
 4. 兄弟姐妹
 5. 祖父母
 6. 曾祖父母或三親等旁系血親
 7. 一親等直系姻親

29



第七條(不實施心肺復甦術之要件)

- 末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。
- **第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之**

30

- 其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

未來會有爭議的是：當有任一家屬簽署同意書要求主治醫師拔管，而其他家屬都不同意時，依法可以幫病人拔管，但其他家屬可能會找主治醫師算帳。

臨床上要召開家庭會議以取得家屬的
最大共識

第八條 醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

「醫療法」第81條「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」

第九條 醫師應將第四條至前條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存

第十條 醫師違反第七條規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照

第十一條 醫師違反第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

解說：以上兩條是「罰則」。

第十二條 本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

第十四條 本條例施行細則，由中央主管機關定之。

安寧緩和醫療條例施行細則修正條文

第一條 本細則依安寧緩和醫療條例（以下簡稱本條例）第十四條規定訂定之。

第二條 經診斷為本條例第三條第二款之末期病人者，醫師應於其病歷記載下列事項：

- 一、治療過程。
- 二、與該疾病相關之診斷。
- 三、診斷當時之病況、生命徵象及不可治癒之理由。

第三條 本條例第六條之一第一項但書所稱廢止該註記，其方式準用同條第二項規定。

第四條 本條例第七條第一項第一款所稱之二位醫師，不以在同一時間診斷或同一醫療機構之醫師為限。

第五條 本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷病人所罹患傷病相關專業領域之專科醫師。

第六條 本條例第七條第六項所稱得以一人行之，於同條第四項所定同一款之最近親屬有二人以上時，指其中一人依同條第三項規定出具同意書者，即為同意不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療。

第七條 本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療或提供維生醫療抉擇時，在場之家屬。

第八條 本條例第九條所定之意願書或同意書，應以正本為之。但病人轉診者，由原診治醫療機構留具影本，正本隨同病人轉診。

意願書已依本條例第六條之一第二項規定，以掃描電子檔存記於中央主管機關資料庫者，診治醫療機構得下載列印，並等同前項之正本。

病人在同一或不同醫療機構就醫時，其能提出前次簽署同意書之影本或複寫本者，無需重複簽署。診治醫療機構應將該影本或複寫本，連同病歷保存。

第九條 本細則自發布日施行。

修正重點

- 將「選擇安寧緩和醫療」正名為「選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇」
- 將不予及撤除條件訂定一致標準(一位最近家屬同意即可)
- 刪除倫理審查規定

同意書格式

41

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 出生日期____年____月____日

一、【立意願書人之聲明】

病人罹患之傷病，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屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，願作以下之抉擇：(請勾選☑)

- 接受 (一)安寧緩和醫療(指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質)
- 接受 (二)不施行心肺復甦術(對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為)
- 接受 (三)不施行維生醫療(指末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施；包括：_____)
- 同意 (四)將上述意願加註於本人之全民健保憑證{健保 IC 卡}內

立意願書人 是 否 年滿20歲(未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意)

立意願書人簽名：_____，關係：病人之_____，身分證號：_____

，出生日期：____年____月____日，電話：_____

住(居)所：_____

二、【在場見證人】(須2名見證人見證簽署，實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。)

見證人(一)簽名：_____，關係：病人之_____，身分證號：_____

，出生日期：____年____月____日，電話：_____

住(居)所：_____

見證人(二)簽名：_____，關係：病人之_____，身分證號：_____

42

醫療委任代理人委任書

附件二

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 出生日期____年____月____日

一、【立意願人之聲明】

本人已年滿二十歲，且具完全行為能力，若罹患嚴重傷病，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屬不可避免而本人已意識昏迷或無法清楚表達意願時，同意由其依安寧緩和醫療條例第五條第二項之規定，委任_____為醫療委任代理人，代為簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。

立意願人簽名：_____，關係：病人之_____，身分證號：_____
，出生日期：____年____月____日，電話：_____
地址：_____

二、【受任人】

受任人簽名：_____，關係：病人之_____，身分證號：_____
，出生日期：____年____月____日，電話：_____
地址：_____

一式二聯：一、立意願人↓受任人↓存病歷

43

不施行心肺復甦術同意書

附件三

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 出生日期____年____月____日

【立同意書人之聲明】

病人罹患之傷病，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屬不可避免時，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

(除急救藥物外)

立同意書人簽名：_____ **(本同意書限當次就醫有效)**

關係：病人之_____

身分證號：_____，出生日期：____年____月____日

電話：_____

住(居)所：_____

44

不施行維生醫療同意書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 出生日期____年____月____日

【立同意書人之聲明】

病人罹患之傷病，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屬不可避免時，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，願作以下不施行或撤除維生醫療之抉擇(請勾選)

接受不施行維生醫療(末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施)

包括：_____

接受撤除維生醫療(末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施)

包括：_____

立同意書人簽名：_____ (本同意書限當次就醫有效)

關係：病人之_____

身分證號：_____，出生日期：____年____月____日

電話：_____

住(居)所：_____

45



病人自主權利法

立法於民國104年12月18日(現行條文)

2015年12月18日

公布於民國105年1月6日

[總統華總一義字第10400154061號令](#)

有效期：民國108年(2019年)1月6日

第一條 (立法目的)

- 為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，**促進醫病關係和諧**，特制定本法。

名詞解釋

- 預立醫療照護諮商：指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。

第七條

- (醫療機構或醫師對危急病人有急救之義務及例外)
- 醫療機構或醫師遇有危急病人，除符合第十四條第一項、第二項及安寧緩和醫療條例相關規定者外，應先予適當急救或採取必要措施，不得無故拖延。

第八條 (預立醫療決定)

病人自主權利法

- 具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。
- 前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。
- 預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。

第九條 (預立醫療決定之程序)

病人自主權利法

意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

- 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。
- 二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。
- 三、經註記於全民健康保險憑證。

51

病人自主權利法

- 意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。
- 第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。
- 意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。

52

長庚高雄 第十四條 (醫療機構或醫師得依病人預立醫療決定終止、撤除或不施行急救)

- 病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：
 - 一、末期病人。
 - 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。
 - 三、永久植物人狀態。
 - 四、極重度失智。
 - 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

53

長庚高雄 前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。

- 醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。
- 前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。
- 醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

54

末期病人照護倫理困境

55

個案討論

- 一個九十歲婦人，已經癡呆症多年，目前無法認出自己的兒子，兩個月前因為常常嘔吐而帶至醫院檢查，診斷為胃癌末期，因為吃得不好被裝上鼻胃管後就一直自拔鼻胃管，每次重裝均哭天搶地說兒子虐待她，要告他，兒子要求團隊約束她

56

Q1

如果您是主治醫師，您會與家屬討論：

- A. 不建議使用鼻胃管，順其自然從口進食
- B. 不建議使用鼻胃管，可以使用周邊全靜脈營養
- C. 維持使用鼻胃管，並約束預防自拔
- D. 維持使用鼻胃管，但不約束請家屬預防自拔

57

Q2

後來家屬決定不使用鼻胃管，但要求一定要打點滴，可是病人已經惡病質，皮膚狀況差，每次點滴打上不到一天就滲漏，重打都得找七八次，阿嬤看到打針就一直搖手說不要再打了

58

- 你的想法是:
 - A. 人工營養對病人有好處，再難也應該想辦法打上，但不考慮打中心靜脈營養
 - B. 人工營養對病人有好處，再難也應該想辦法打上，必要時就打中心靜脈營養
 - C. 人工營養對病人沒有好處，應討論不再使用靜脈營養

醫療決策的優先順序

- 病患本人的自主意願。
- 病患意識清楚時之預立指示。
- 病患家屬。(依民法規定之順序)
- 醫療系統或社政系統之代理人?

- 無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

開「個案倫理討論會」來 思辨倫理四象限

醫療因素考量

行善與不傷害原則

病人意向考量

尊重自主原則

生命品質考量

行善、不傷害與
自主原則

其他情境考量

守信與
公平正義原則

安寧緩和醫療常見的倫理爭議 問題

- 告知實情的爭議。
- 病患自主決定醫療的爭議。
- 有限醫療資源應用的爭議。
- 預立醫囑。
- 維生(life sustaining)治療的撤除(withdrawal)與不使用(withhold)的爭議。

63



家屬不願告知實情的 倫理困境

- 臨床實務上，醫療人員常順從家屬的諸多預期性擔心與要求，由家屬來決定是否告知病情。
- 家屬往往隱瞞病人末期病情的訊息，造成病人知的權利受損，甚至未受尊重。
- 隨之造成病人因為不知病情而對醫療人員信心打折扣，甚至無法配合治療的計畫，造成照顧上的倫理困境。

64

解決家屬不願告知病情 之策略

- 「安寧緩和醫療條例」：病人有權利得知自己的病情及治療方向。
- 先瞭解病人的特性，和病人對病情的期待。
- 與家屬充分溝通，瞭解家屬對病情的認知程度，讓家屬抒發情緒，使其先接受並支持之。
- 尋找告知的適當人選與時機，引導家屬成為病情告知的助力，並隨時關心家屬的決定，與協助家屬度過此困難決策的時刻。

65

維生治療的撤除(withdrawal) 與不使用(withhold)的爭議

- 人工營養水分的給予：鼻胃管，胃或小腸造口術，TPN等。
- 抗生素的是否該給予和給予的時機。
- 血液透析(hemodialysis)的使用。
- 血管升壓劑的使用是否可以延長瀕死的時間？

66

國內醫師不願撤除維生醫療的原因

- (一) 避免醫療糾紛
- (二) 心理上難適應（認為自己是劊子手）
- (三) 不願接受治療失敗的結果
- (四) 不能認知死亡未必是病人的敵人
- (五) 沒有時間或有自信的方式與病人/家屬好好溝通
- (六) 未能將病人全人的利益作整體考慮

資料來源：李慧菁、趙可式•末期病患向醫師要求安樂死的原因•安寧療護•2002；
8（4）：393-401。

67

符合生命醫學倫理的 不予、撤除/終止維生治療

- 不予及撤除/終止維生治療的措施必須在下列4個條件具備下，才符合生命醫學倫理：
 - (一) 無效醫療（medical futility）
 - (二) 生命品質過差（poor quality of life）
 - (三) 有心智能力之病人拒絕治療之自主原則
 - (四) 治療太過於耗費有限之醫療資源
（公平正義原則）

保留不用維生治療 是否違背醫學倫理?

- 絕大多數的癌末病人，實質上都已瀕臨<預期中>的死亡，維生治療的使用，於此時無異是【以人為的力量強力干涉，設法勉強耽延死亡的過程】。
- 保留不用維生治療其實只是單純地避免癌末病人痛苦的不當延續，順應癌末死亡過程的自然步驟，**不做過度的醫療干預**。
- 癌末病人和家屬選擇保留不用維生治療，原則上**不應被視為自殺**，而應予以尊重。

69

緩和醫療工作人員 應有的倫理態度

- 提早結束病患生命或無意義地延長病人痛苦的臨終期；減少提供病患該有的醫療或過度地使用醫療科技。**二者皆違反醫學倫理**。
- 安寧緩和醫療即在審慎的評估及專業的療護下，使病患獲得高品質的生活，最後達善終。
- 每位安寧療護工作人員態度皆應有：
 1. 自主原則。
 2. 不傷害原則。
 3. 行善原則。
 4. 公平正義原則

70

緩和醫療諮詢家庭會議

- 簽署預立安寧緩和醫療暨維生抉擇意願書或不施行心肺復甦術同意書前
- 末期病情告知及末期照護意願徵詢時
- 終止或撤除維生醫療時
- 治療計劃考慮改為緩和安寧療護時

71

病情告知的原則

- **Setting** 環境: 安全隱私, 團隊了解病人病情
- **Perception** 自我認知: 病人對病情及檢查的認知
- **Invitation** 探詢病人意願: 是否希望知道更詳細的病情及醫療建議
- **Knowledge** 資訊與了解: 階段式告訴病人
- **Empathy and emotion**: 同理病人, 待病人表達情緒後再討論處理模式
- **Strategy and summary**: 處理方式及做一簡單的結語

72

生死學和臨終關懷(下) 在家善終

高雄長庚醫院
安寧病房
黃志芳醫師

73

大綱(下)

- 善生與善終
- 預立醫療照護計畫
- 社區安寧及居家整合計畫
- 臨終關懷

74

對於生死，你的態度是？



善生與善終

- 死亡是從出生的那一刻開始
- 是自然與必然
- 不去面對也不會消失

活著對我不重要，要活著能動、能看山、
看水、能打球、聊天、看書、能思考、能做
事、能挑戰、…能對別人有貢獻、能有最基
本的生活品質，這才是我期待的。

請不要讓我被醫療過程折磨，也不要成
為妳們的痛苦

城邦執行長給女兒一封信

77

死亡不是最大的悲劇；最大的
悲劇是喪失自我，淪為機器
的附庸，在疏離、了無生氣
的地方垂死，觸不到關愛之
手遞來的心靈養分

諾曼·卡森斯

78

無法承受的愛——再繼續治療， 我就要告你們！

- 一位女性患者，被醫院診斷出惡性腫瘤併腦部轉移，醫師表示這已是癌症末期，請他們要有心理準備，最近患者因為右手非常地腫脹，且頭痛嚴重、呼吸困難，經過檢查，發現癌細胞已轉移至肺部。病人知道自己再治療也沒用，她要求出院回家，但她先生卻強烈要求醫生要為她插管治療，否則要告醫生。

向殘酷的仁慈說再見：一位加護病房醫師的善終宣言

79

- **45歲**胸腺癌併發重症肌無力使用呼吸器女性病人，因化療導致腎衰竭後無法繼續治療，目前神內加護病房洗血漿及洗腎治療已四個月，因生命品質不佳及預後不好，病人要求停止洗腎與洗血漿.....

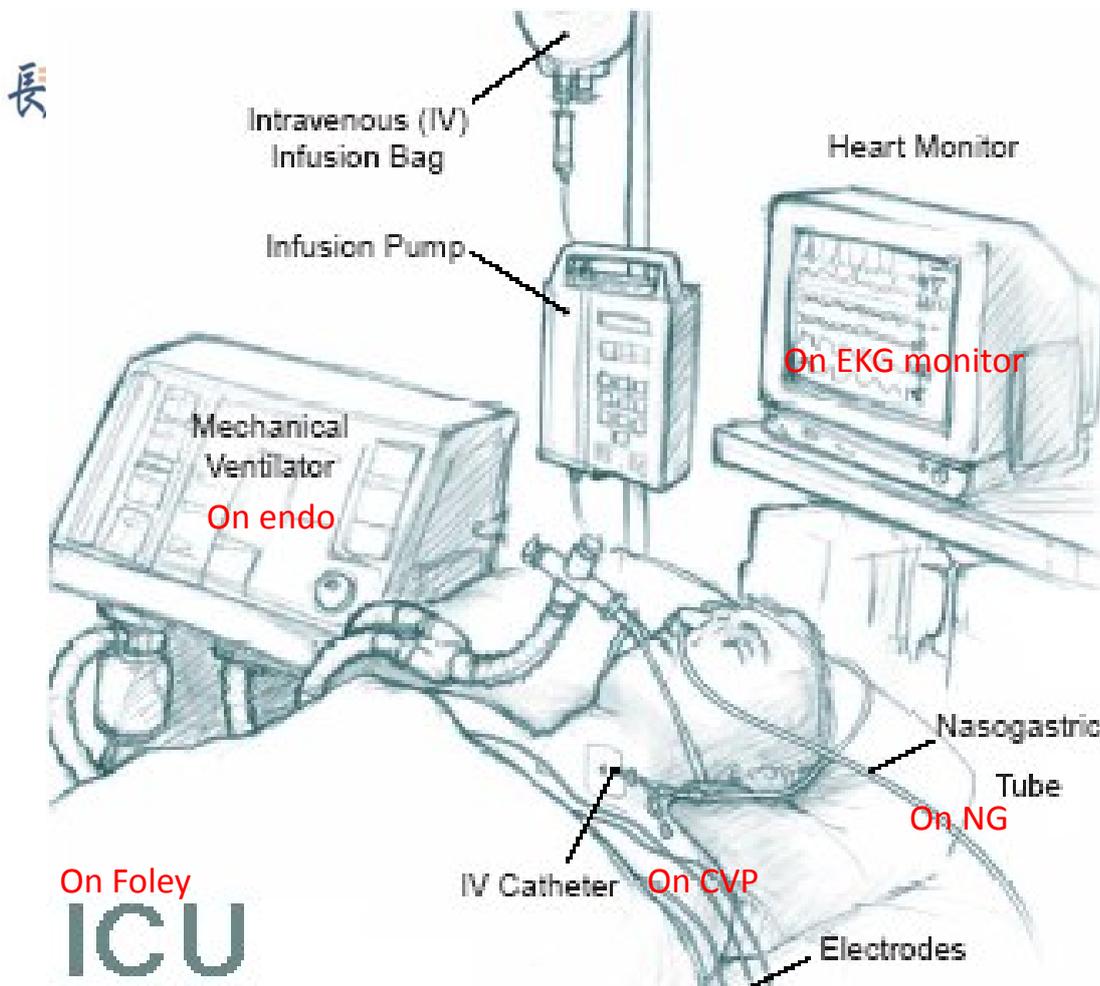
80

殘酷的仁慈

- 學者田立克有句名言：「不計一切代價去努力延長病人死亡的時間，是一種殘酷的仁慈。」

向殘酷的仁慈說再見：一位加護病房醫師的善終宣言

81



82

善終指標

陳慶餘 *et al.*, 安寧療護: 2005, 10 (1): 13-23

- 瞭解自己死之將至
- 心平氣和地接受
- 後事交代安排
- 時間的恰當性
- 過世前三天身體的舒適性

83

人生最後階段的醫療期望

- 臨終期或死亡：家屬心理上較難接受
- 治療重點：從治癒轉為舒緩治療
- 安寧療護：是醫療計劃，主為病人減除疼痛，同時關照病人及家屬的心理及靈性需求
- 臨終時在加護病房接上各種維生儀器，通常是**意外**；要在自己的床上安詳離世，需要**規劃**



85

為什麼須要安寧療護

- 避免生命末期遭受到無意義之苦
- 倘若盲目地執行無效醫療：
 - 讓臨終病人更加受苦
 - 讓其家屬有罪惡感
 - 醫療人力與資源無法好好應用
 - 負面的生命教育
- 應把握追求生命最後成長的機會

安寧療護

86

你是重要的 因為你是你
即使活到最後一刻
你仍然是那麼重要
我們會盡一切努力
幫助你安然逝去
但也會盡一切努力
讓你活到最後一刻

安寧療護之母 桑德絲醫師

何時才是適當時機？

- 如果病人極可能死亡
- 如果解除致命危機的治療，會加劇病人的痛苦和折磨
- 如果治療只會加重病人長期昏迷或加重失智，而無法治癒疾病
- 如果可用的治療是增加【裝上維生機器】的可能，而病人並不願如此

末期病人予以救治之討論

一. 醫師法

- ❁ 醫師法第21條「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延」

89

二. 醫療法

- ❁ 「醫療法」第60條「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延」

90

急救末期病人之倫理探討

臺灣「安寧療護之母」趙可式教授說：對末期病人施以急救會造成**四輸**：

1. 病人輸：因為病人受盡折磨，無法安詳往生
2. 家屬輸：家屬目睹病人受苦的瀕死過程後，可能承受更久的悲傷與悔恨
3. 醫療人員輸：違反醫學倫理（包括自主原則、行善原則、不傷害原則、公平正義原則）
4. 國家輸：國家社會必須因此付出無效益且大量的醫療支出

91

- ❁ 因為末期病人的死亡是：短期內無法避免、一種可預期的未來
- ❁ 根據美國醫學會（AMA）的醫師倫理守則：①醫師絕不能殺人；②醫師沒有責任要在任何情形之下，維持所有病人的生命。所以下列三條件共存下可停止治療：①病人及或家屬同意；②有明顯的醫學證據顯示病人的死亡已臨近；③病人的瀕死期被特別的醫療方法拖延著

92

優先考慮自然死而不予CPR

某些情況下則必須優先考慮自然死而不予CPR，
包括：

- ①高齡者自然往生；
- ②末期癌症病人；
- ③多重器官系統衰竭者；
- ④其他目前醫療仍無法治癒之疾病。

初步估計以上在臺灣每年約有10~12萬人

在末期病人臨終階段施行的心肺復甦術通常不會成功，因此許多美國醫療機構現在已經不再使用「不施行心肺復甦術（do not resuscitation; DNR）」一詞，而以「不要嘗試施行心肺復甦術（do not attempt resuscitation; DNAR）」取代之

或允許自然死亡(Allow natural death;AND)

安寧緩和醫療條例=自然死

- 按病人的意願(自主性)不使用高科技或特殊的維生方式來延長疾病末期狀態之瀕死階段,讓疾病因自然進行而死亡(絕不加工致死也不減去必須的或普通的醫療照顧而致死)
- 臨終病人不作急救，臨終病人不予及撤除無意義的延長瀕死期措施

DNR 議題

- 預立DNR 意願書將可以減輕臨終病患的痛苦，並提升生活品質，進而達到善終的目的，
- 亦可以減少醫療資源的消耗，以及減輕家屬的經濟壓力，畢竟，對末期病患而言，提供身、心、靈三方面的照顧的意義或許遠大於積極延續病患的生命。

- 健康時不需要談
- 生病時不敢談
- 病危時不能談

醫師的害怕

- 一.病人無法接受自己的死亡
- 二.不知死亡何時輪到自己身上
- 三.由自己醫治的病人，愈來愈糟
- 四.不能答覆病人/家屬的期望
- 五.照顧臨終病人的知能不足，因而對病人/家屬的助益有限
- 六.因見多死亡而使醫師自己變得悲觀消極

預立醫療照護計畫

(Advance Care Planning, ACP)

- 鼓勵民眾或病人能：「預先規畫在生命發生危難時，或是走到尾聲之際，所欲接受的治療、照護與相關安排」
- 尤其當病人的診斷與病況發展可能會面臨無效醫療與是否終止無效醫療時，病人與醫療人員，需儘早討論未來可能的醫療抉擇以免措手不及。

99

預立醫療自主計畫

討論的重點

- 是否希望使用維生醫療設備
- 臨終是否要急救
- 訂定醫療委任代理人
- 希望走完人生的地點
- 當事人的心願與牽掛
- 確定選擇安寧緩和醫療及器官捐贈的意願
- 身後事的安排。

100

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇 意願註記健保 IC 卡」申辦流程

●自各**醫療院所**之社會服務室或相關部門或
宣導活動現場取得「預立安寧緩和醫療暨
維生醫療抉擇意願書（簡稱意願書）」

●自各**非醫療機構**以郵件或電話或在宣導活動
現場或網站下載索取「預立安寧緩和醫療暨
維生醫療抉擇意願書（簡稱意願書）」

意願書資料處理

意願書正本填寫完畢（寄）送回原索取單位→原索取單位檢查資料是否填寫完整

※**資料正確**→進行資料登入中央主管機關網路資料庫系統。（約5個工作天）
→紙本意願書送中央主管機關處理小組文件掃描。（約7個工作天）
→處理小組資料轉給中央健康保險局進行資料註記於健保IC卡
資料庫。（約3個工作天）。

※**資料錯誤**→原件退回意願書簽署人。

健保卡資料更新

大約15個工作天後，請簽署人攜帶自己的健保卡至各大醫院院所，請批價掛號
櫃檯或相關部門協助進行健保卡資料更新及註記查詢。

董安寧免付費諮詢專線：0800-220927



101



DNR 刺胸有效嗎？



102



「健保 I C 卡安寧緩和及器官捐贈意願註記」 (102年8月12日起正式施行)(1/2)

代碼：

- 「1」 同意器官捐贈
- 「2」 接受安寧緩和醫療
- 「3」 接受不實施心肺復甦術
- 「4」 同意器官捐贈、接受安寧緩和醫療、接受不實施心肺復甦術
- 「5」 同意器官捐贈、接受安寧緩和醫療
- 「6」 同意器官捐贈、接受不實施心肺復甦術
- 「7」 接受安寧緩和醫療、接受不實施心肺復甦術
- 「空白」表示“尚未表達”

* 簽署人使用102.05.15公告修正前之表單

103



「健保 I C 卡安寧緩和及器官捐贈意願註記」 (102年8月12日起正式施行)(2/2)

代碼：

- 「A」 接受不施行維生醫療
- 「B」 同意器官捐贈、接受不施行維生醫療
- 「C」 接受安寧緩和醫療、接受不施行維生醫療
- 「D」 接受不實施心肺復甦術、接受不施行維生醫療
- 「E」 同意器官捐贈、接受安寧緩和醫療、接受不實施心肺復甦術、接受不施行維生醫療
- 「F」 同意器官捐贈、接受安寧緩和醫療、接受不施行維生醫療
- 「G」 同意器官捐贈、接受不實施心肺復甦術、接受不施行維生醫療
- 「H」 接受安寧緩和醫療、接受不實施心肺復甦術、接受不施行維生醫療

104

衛生署公告

衛部醫字第1031661068號公告

六、為保障102年5月前完成此健保卡註記之19萬7千328位民眾權益，前揭意願人如果有改變意願，可以另行簽署新的意願書，重新註記。意願人沒有要求再重新簽署者，即視同其原本簽署之意願包括「同意安寧緩和醫療」、「同意不施行心肺復甦術」及「同意不施行維生醫療」。

105

台灣新安寧運動

- 癌症的早期療護
- 非癌症的末期照護 – 器官衰竭
- 重度失智病人照護
- 安養中心的安寧緩和療護

106

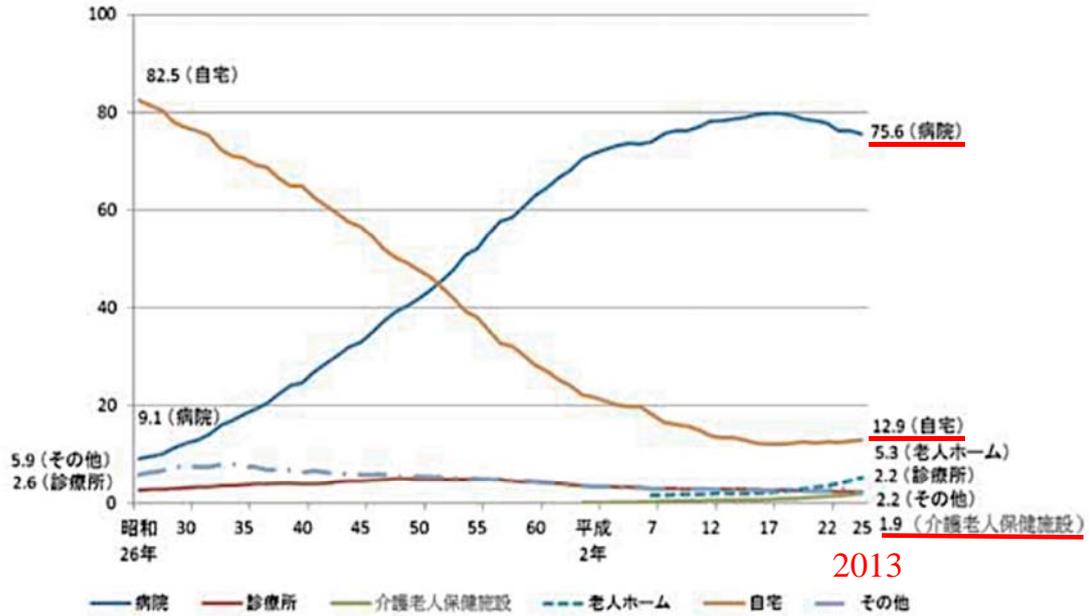
社區安寧的目的

- 營造讓民眾能安心「**在地老化、在家善終**」之醫療環境，提升病人和家屬的生活品質。
- 希望末期病人能在家裡接受**安寧療護**，和自己至親好友在一起、在自己習慣的空間走完人生最後一程。

在家善終

- 在家善終是評估末期安寧療護的重要指標
- 較高的自主性與保有個人隱私而且接近原本之生活型態
- 多數民眾偏好的末期照護與往生地點
 - 世界各國在宅死亡比率仍偏低(平均值20-26.9%)
 - 在台灣僅 17~20.7%達成在家往生的心願
 - 卻有 84~88%的癌末病人希望能在家往生
 - 若接受安寧居家照護，70%的癌末病人可達成在家往生的心願

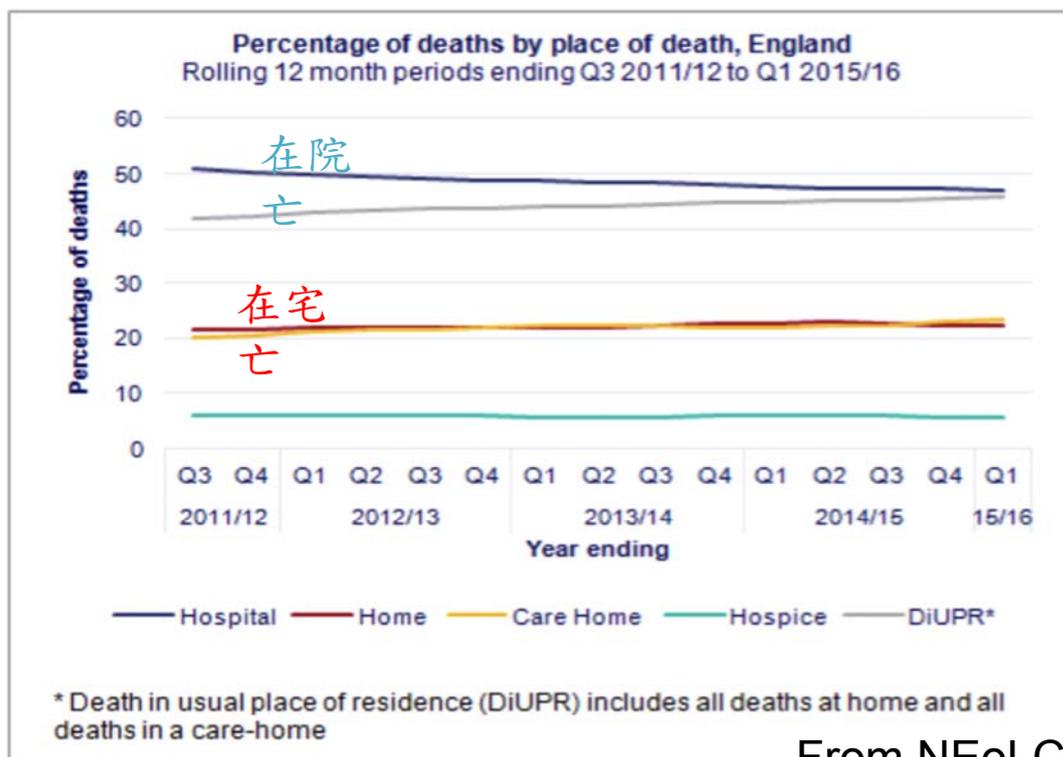
日本在宅死亡



※ 老人ホームとは、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう、平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

英國在宅死亡



* Death in usual place of residence (DiUPR) includes all deaths at home and all deaths in a care-home

決定往生地點的因素

因素	在家往生	在醫院往生
疾病	<ul style="list-style-type: none"> 長病程之疾病 低功能狀態 	<ul style="list-style-type: none"> 血液腫瘤
個人	<ul style="list-style-type: none"> 良好的社經狀況 病人的偏好 	<ul style="list-style-type: none"> 民族文化差異
環境	<ul style="list-style-type: none"> <u>使用居家照護</u> <u>居家照護頻率</u> 鄉村社區 與家人同住 家族支持 良好的婚姻關係 照護者的偏好 時代趨勢 	<ul style="list-style-type: none"> 住院病床可用性 過去曾入院 醫院提供的服務較好

吳風鈴,陳慶餘,謝博生,;社區善終照護準備計劃;台灣醫學 Formosan J Med 2011;15:22-31

111

居家安寧療護

- 居家安寧療護有助於在宅往生,而且也能減輕病人的症狀,並能減少醫療耗用
- 目前人口快速老化,老年人口的增加也等同於末期照護需求的增加
- 居家照護可以解決未來可能面臨醫療院所無法容納大量增加的老年人口
- 2012年衛生福利部統計資料顯示,癌症死亡人口中僅 **11%** 曾接受安寧居家照顧,而非癌病人則僅 **0.1%** 曾接受安寧居家照顧

112

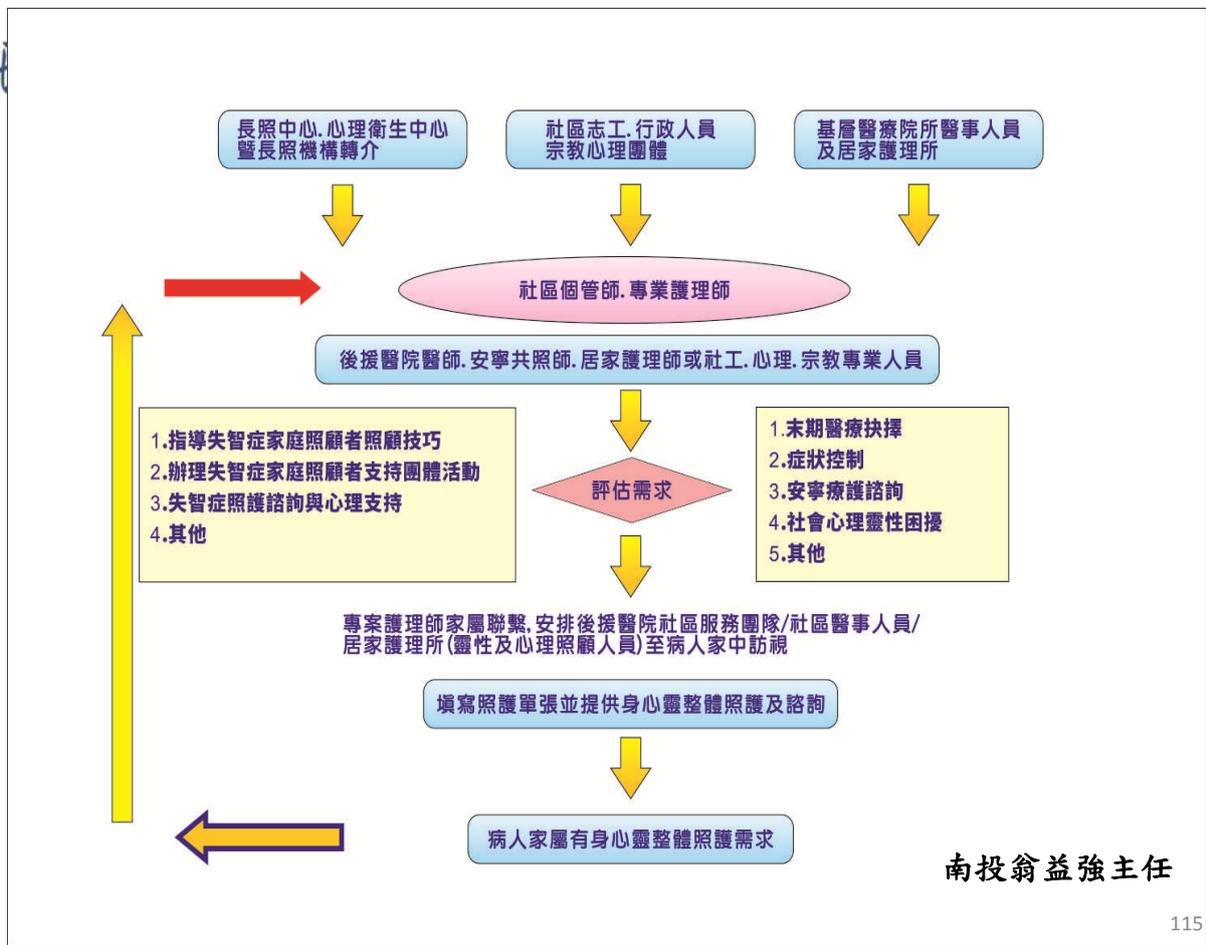


安寧推展到居家 末期病人的好處

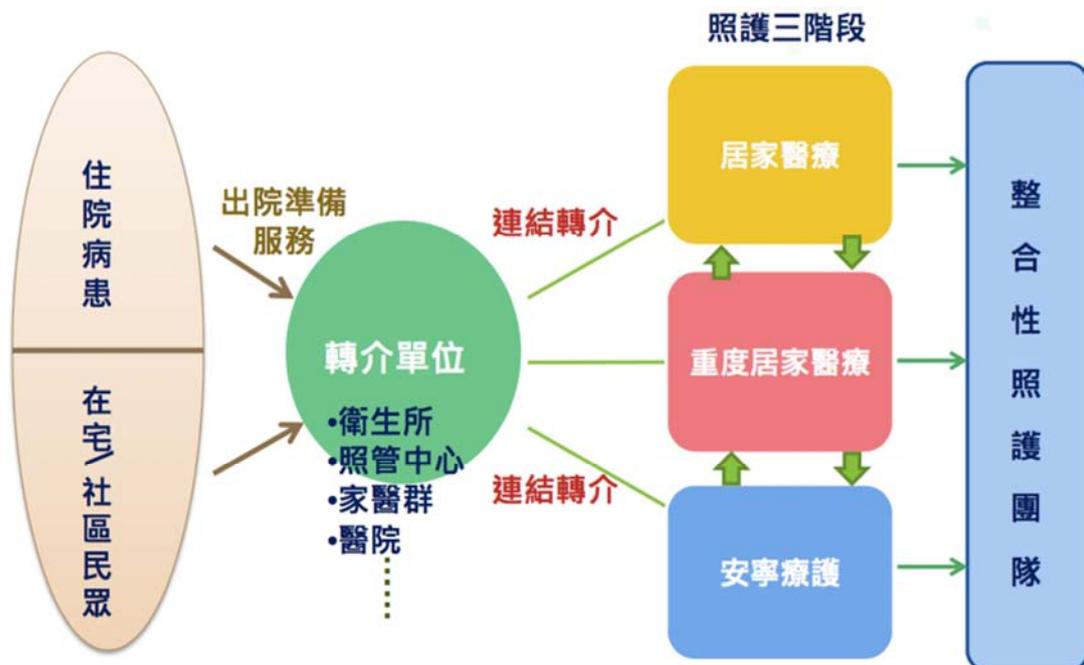
- 減少家人在醫院與住家之間的奔波。
- 讓病人和家屬有較多相處的時間。
- 病人享有較多的自主權和自由的空間。
- 降低國家、社會和病人醫療費用的負擔
- 增加醫院病床的流動性與可用度。
- 完成病人在家中家屬環繞死亡的心願。

安寧療護在社區發展模式

- 統整社區安寧療護、老人照護及長期照護醫療體系，在未來國家推展七期醫療網計畫中規劃各區域性安寧療護網路，結合醫學中心、社區醫院、基層診所、長照養護機構等資源，以互助方式成為一完整區域性安寧療護體系，讓末期病人可依其意願，有機會安心返回社區或家中接受社區安寧療護。



長庚 整合居家醫療照護服務模式(105年起)

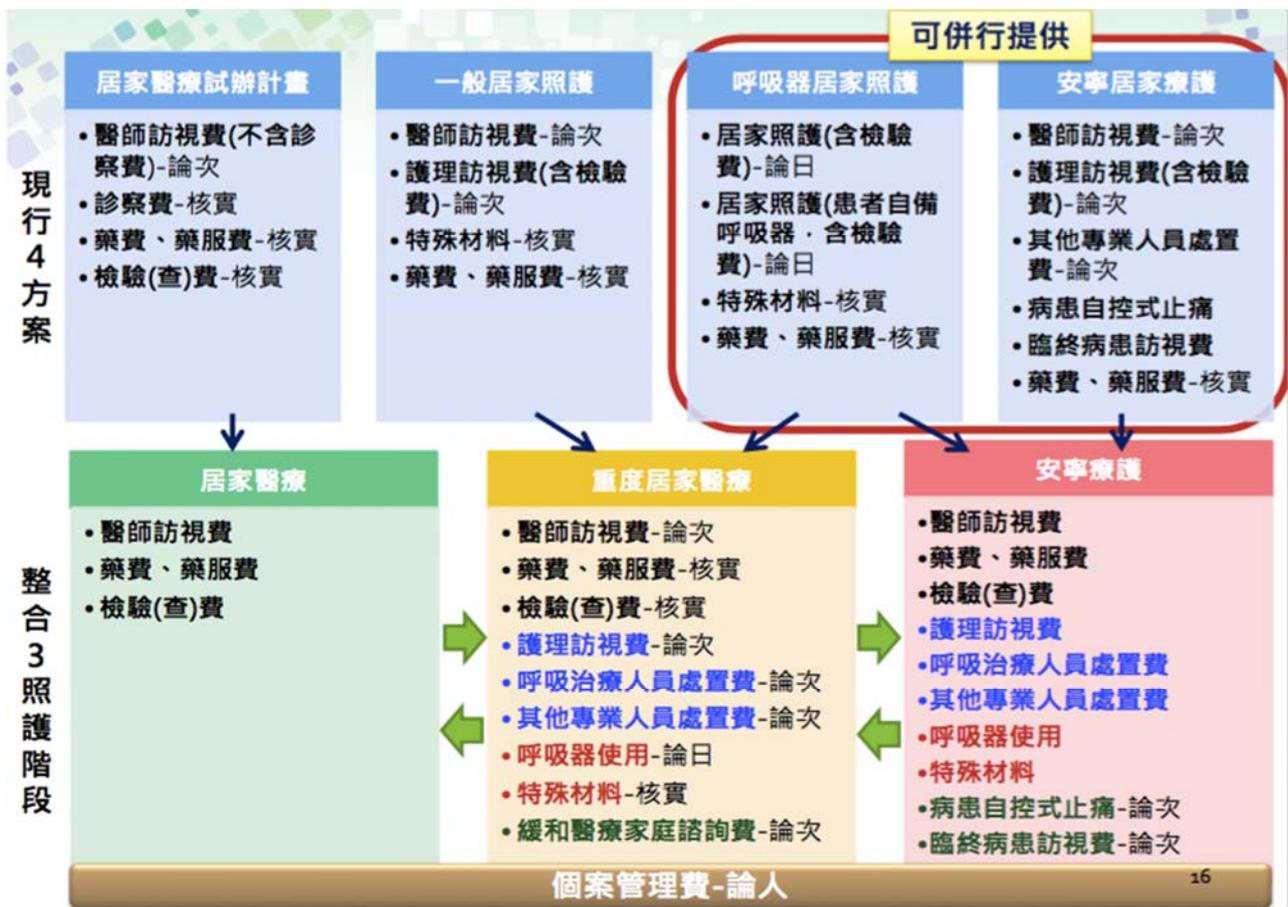


服務提供者資格與服務區域

- 組成整合性照護團隊提供含括「居家醫療」、「**重度居家醫療**」及「**安寧療護**」三照護階段
- 照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保照護對象轉介與後送就醫之需求
- **安寧療護**之醫事人員資格：維持現行
- 申請收案之特約醫事機構所在地**10公里**之範圍為原則
- 照護期間、訪視內容、頻率可由醫師專業決定，但各醫事人員有**月合理上限量**
 - 安寧居家：醫師、護理師與其他專業人員每月**45次**

收案條件

- 居住於住家(**不含照護機構**)，且經醫師評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者
- 護理照護：限有護理需求者
- 呼吸照護：限呼吸器依賴患者
- 安寧療護：限末期病患



全民健康保險局高屏業務組;www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/5226_2居家醫療照護整合計畫簡介.pdf

119



對於安寧照護之影響

- 讓安寧療護人力更彈性
- 以跨院所「團隊」為單位申辦、執行，團隊內至少有一家院所具有社區安寧服務項目，其餘院所醫事人員完成教育訓練即可執行安寧服務。
 - 醫師/護理師/社工師/心理師可在不同院所執業，放寬安寧護理人力支援團隊內院所。

120

居家安寧療護前後對照表

	整合前	整合後
收案條件	依支付標準第五部第3章	同左
收案審查	VPN建檔備查(無事前審查)	同左
收案期限	4個月-可延長3個月(結案30日內申請)·轉換照護階段·須結案。	可彈性調整·無須結案後重新收案。(照護階段異動·應於1週內至VPN登錄)
醫事人員訪視頻率	<ul style="list-style-type: none"> 醫師：1次/週 護理師：2次/週 心理師/社工師：1次/週 得依病情需要增加訪視次數·於申報費用時檢附紀錄 	<ul style="list-style-type: none"> 醫師依專業判斷·調整各職類醫事人員訪視頻率。 各醫事人員具有月合理量上限。 醫師：至少1次/2個月；照護階段轉換/照護期滿須重新評估。
醫事人員資格	以「院所」為單位申辦、執行 <ul style="list-style-type: none"> 甲類(80小時/含40小時見習)： 專責醫師/專責社工師、專任護理師。 乙類(13小時/含8小時見習)： 專任醫師/專任護理師 	以跨院所「團隊」為單位申辦、執行 <ul style="list-style-type: none"> 團隊內至少有一家院所·具有社區安寧服務項目。 其餘院所醫事人員完成教育訓練即可執行。 (醫師/護理師/社工師/心理師可在不同院所執業)

35

121

全民健康保險局高屏業務組;www.nhi.gov.tw/Resource/Registration/5226_2居家醫療照護整合計畫簡介.pdf

面對一個臨終的病人，我們可以做什麼？

四道人生



123

家人能做到的靈性照顧

- 想辦法提供資源與協助
- 促進病人**活在當下**
- 愛的觸發下，生命意義重新架構

124

如何主動滿足家屬需求

- 陪在病人身邊:禱告或誦經
- 確定他能幫助病患:和病人說話、幫忙按摩
- 告知瀕死病患的舒適:止痛劑
- 告知病情變化及狀態:檢驗數字的意義
- 告知目前治療:翻身(皮膚的原貌)拍痰

如何主動滿足家屬需求

- 及早與病患討論維生性治療的相關議題
- 提供病患及其家屬相關的資訊與幫助
- 必須團隊同心合力

如何處理病人的情緒？

- 沉著的面對，溫柔的陪伴。
- 儘量體會他們所處的情境。
- 不建議、不批評。
- 同理病人處理情緒的方法。
- 與病人討論，他所期待的協助以及如何面對情緒的方法。
- 依病人的意願和需要給予支持與鼓勵。
- 保證病人的任何心情都能與照顧者分享。
- 告訴病人即使想哭或想宣洩情緒都是自然平常的。

127

Q&A

THANKS FOR YOUR ATTENTION!

128