

# 102年【安寧緩和療護】課程講義第1講

## 安寧療護、生命態度與生存美學

102-05-07 (二) 1200~1400 高雄醫學大學

高雄市張啟華文化藝術基金會 執行長 許禮安 醫師

衛生署屏東醫院 家醫科兼任主治醫師 / 台灣安寧緩和醫學學會 理事

華杏出版《安寧緩和療護》作者兼召集人 / 台灣安寧照顧協會 理事

### 安寧療護的常識與趨勢

#### 安寧療護與癌症末期

台灣從民國七十一年起，癌症（惡性腫瘤）就一直高居十大死因首位，死亡人數逐年增加。我十多年前開始看統計數字，台灣每年死於癌症大約兩萬三千多人。近年來台灣每年都將近有四萬人死於癌症（95年37,998人，96年40,306人，97年38,913人，98年39,917人），96年還突破四萬人。98年還差83人就達四萬人，這年全台灣死亡人口總數是142,240人，占率超過28%，每三到四人死亡就有一人是死於癌症。

某些安寧前輩認為一般病房可以做到安寧療護，我認為不可能，因為醫護人員的訓練與服務是治病救命優先。假設我只有兩個病人：一個正在吐血、一個是末期病人痛到哀嚎，按照優先順序，一定先去處理吐血的病人。假如我有十位病人，末期病人的痛苦可能第十順位才被照顧到。何況一般病房白班護理人員每位要照顧八到十二位病人，大夜班照顧超過二十位病人。對於無法治病救命的末期病人，要求護理人員優先關心與照顧，恐怕無能為力。

一般病房沒有足夠的設備和人力，末期病人有很多症狀無法得到緩解，最後甚至痛苦的死亡。獨立的安寧病房承認無法治病救命的末期病人，醫療的第三任務「解除痛苦」變成最優先。在安寧病房裡面不再需要治病救命，反而可以優先處理疼痛控制與症狀控制，讓病人的痛苦可以快速得到緩解與照顧。因此，我認為要有單獨的安寧病房，比較有可能做到高水準的安寧療護服務。

過去比較常聽到的名詞是「臨終關懷」和「安寧照顧」。國內最早是台北馬偕醫院淡水分院在民國79年成立安寧照顧基金會，並設立全台灣第一個安寧病房，84年台大醫院設立6A緩和醫療病房。安寧療護進入台灣不過才21年，醫院年資超過二十年以上的資深醫護人員，包括主任與院長可能不知道什麼是安寧療護，反而年輕醫護人員不可不知道，因為這已經是無法阻擋的趨勢潮流。

衛生署訂名「安寧療護」，是指：經由醫「療」和「護」理，可以讓病人得到「安寧」。據說當初有另一名稱「緩和醫療」競爭，當時台灣正在反對核四廠，

非正式消息得知：「緩和」聽起來像「反核」，因此不被採用。直到民國89年通過「安寧緩和醫療條例」，「安寧療護」和「緩和醫療」才開始通行並用。

可是，社會大眾對「安寧照顧」的印象就是：讓病人安安靜靜等死的地方，或者台語說：「乎人卡好死的所在」。歷經二十年的努力，民國99年算是安寧療護在台灣的成年禮。社會大眾一聽到「安寧療護」，就是兩個刻板印象「安寧病房」與「癌症末期」，不過這早就是已經落伍的觀念了。

### 安寧療護的三種服務模式

台灣的安寧療護是從「安寧居家療護」開始，把安寧療護服務送到病人家裡；後續才推動設立「安寧病房」；之後因為許多病人不願意入住安寧病房，於是推動「安寧共同照護」，把安寧療護服務送到醫院的其他所有病房。

可能因為宣導不力，社會大眾反而比較知道「安寧病房」，而通常沒聽過比安寧病房早四年就開始試辦的「安寧居家療護」服務，更沒聽過比安寧病房晚五年開始試辦的「安寧共同照護」服務。

衛生署於民國85年7月首先將安寧居家療護納入全民健保試辦計畫，讓癌症末期病人能提升醫療照護品質。那一年選定十家醫院試辦，東台灣唯一落在花蓮慈濟醫院心蓮病房。有將近十年的時間，東台灣（宜蘭、花蓮、台東三縣市）只有花蓮慈濟醫院有安寧病房。我都私下開玩笑自稱是「東台灣安寧總管」，王主任負責去開會，其他的小事通通歸我管。

立法院在民國89年6月通過「安寧緩和醫療條例」，成為亞洲第一個對「自然死」立法的國家。世界衛生組織對「安寧緩和醫學」的定義是：「凡是對治癒治療反應不好的病人，皆是本醫學的對象」。健保局於89年7月提出「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」，將安寧住院療護（安寧病房）納入試辦範圍，並開始試行安寧評鑑訪查<sup>1</sup>。

國民健康局自民國94年起補助醫院辦理癌症病人「安寧共同照護計畫」，藉由安寧共同照護團隊，促進各科醫療團隊與安寧療護團隊間的合作，由此團隊提供住在各科的癌末病人安寧服務，使病人不必離開原團隊即可獲得安寧服務。

回教先知穆罕默德說：「山不朝我走來，那我能怎麼辦？」答案是：「山不朝我走來，只好我朝山走過去！」病人不想轉入安寧病房，那我們怎麼辦？就把

---

<sup>1</sup> 民國79年馬偕醫院剛成立安寧病房，我是高醫醫學系七年級，在馬偕醫院擔任實習醫師。民國89年開始安寧病房評鑑訪查，我是訪查委員之一，抽籤抽中去評鑑馬偕醫院和三軍總醫院的安寧病房，我很榮幸參與台灣安寧療護發展的前段。

安寧病房的服務送到病人所在的病房，這就叫做「安寧共同照護」。我私下說：這是安寧病房擴充勢力範圍的開始，因為把服務做到別人的地盤去。

健保局為何要推動安寧療護？因為經過專家學者<sup>2</sup>評估，運用以全人照顧為主的安寧療護方式照護癌症末期病人，不但能夠提供較為人性化的醫療服務，而且因減少非必要的醫療介入，經統計每人每日費用，傳統照護約6,146元，安寧療護約4,263元，可見安寧療護較傳統照護更節省醫療費用。

可是如果只讓健保局省錢，為什麼要拼命幫忙宣導？重點還在於：透過安寧療護，可使得疼痛及其他症狀控制與病人身體不適，均獲得極佳的改善效果。另外，病人及家屬對「身體照顧需求的滿足」、「症狀控制」、「情緒需要的滿足」及「全面生活品質」等四方面醫療服務的滿意度，都高於一般病房。

### 安寧療護的十大對象

安寧療護服務的對象，從85年的癌症末期，92年增加運動神經元萎縮症（漸凍人）末期，在98年9月一舉擴充「八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」，目前總共十大類疾病末期適用安寧療護，早就不再僅限於癌症末期了。

85年7月試辦「安寧居家療護」，與89年7月試辦「安寧住院療護」，適用對象都只限於癌症末期病人，直到92年9月才將末期運動神經元萎縮症病人（俗稱「漸凍人」）納入試辦計畫，使台灣目前大約1,000人的漸行性運動神經元病人，因此得到更完善的醫療照護。

健保局在98年9月公告安寧療護正式納入健保體制，試辦超過十三年的「安寧居家療護」和超過九年的「安寧住院療護」終於脫離試辦計畫。可惜的是：試辦超過六年的「安寧共同照護」，仍然還在試辦中，只是負責單位由94年的國民健康局，在100年4月轉回到健保局而已<sup>3</sup>。

98年9月健保局公告：「增加八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」，分別歸屬於腦、心、肺、肝、腎五大器官。

腦部有兩類疾病適用：一、老年期及初老期器質性精神病態（失智症）和二、其他大腦變質。失智症的必要條件是：CDR 臨床失智評分量表為一末期（CDR = 5）者：病人認不出親人。吞食困難。需旁人餵食或需用鼻胃管。大小便完全失禁等。當居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時，或病情急劇轉變造成病人極大不適時。其他大腦變質包括嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，多發

---

<sup>2</sup> 中央研究院的羅紀琮教授。

<sup>3</sup> 所謂的「試辦計畫」是：今年試辦，明年隨時可能停辦！那麼，在變成正式的服務項目之前，「安寧共同照護」到底還要試辦多久呢？這難道就是健保局的行政效率嗎？

性硬化症，巴金森氏症，亨丁頓舞蹈症等退化性疾病末期，合併以下狀況：1.末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時。2.末期大腦變質患者，雖使用呼吸器但已呈現瀕臨死亡徵象者。

心臟和肝臟疾病分屬三、六類：心臟衰竭和慢性肝病及肝硬化。心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：1.心臟衰竭第三、四期：休息或輕度活動時會喘。2.原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。3.經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。4.雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀。肝臟疾病的必要條件是：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且符合相關狀況。

肺部疾病包括第四、五類：慢性氣道阻塞疾病和肺部其他疾病。前者休息時就會喘，且病況持續惡化，合併任一相關狀況。後者包括：纖維囊腫，嚴重纖維化肺部疾病等末期肺病，條件和前者相同。吳念真導演的父親當年是礦工，後來因塵肺症喘到不行而自殺身亡，當年沒有安寧療護，現在就應該解除或減輕末期病人的症狀痛苦。

腎臟疾病包括七、八類：急性腎衰竭和慢性腎衰竭。已接受腎臟替代療法（血液透析、腹膜透析、腎臟移植）病人，因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併任一相關疾病狀況，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者。

因此，今後下列十類疾病末期皆可接受健保給付的安寧照顧：1.癌症。2.運動神經元萎縮症（漸凍人）。3.老年期及初老期器質性精神病態（失智症）。4.其他大腦變質。5.心臟衰竭。6.慢性氣道阻塞疾病。7.肺部其他疾病。8.慢性肝病及肝硬化。9.急性腎衰竭。10.慢性腎衰竭。

## 安寧療護的服務容量不足

根據89年6月通過的「安寧緩和醫療條例」第一條：「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制訂本條例。」既然針對「不可治癒末期病人」，所以對象不限於癌症末期，場所不限於安寧病房。可是十年來「安寧緩和醫療條例」顧名思義，一直被醫護人員誤以為是「安寧病房專用條例」。

截至101年5月<sup>4</sup>，全台灣總計有51家醫院提供安寧住院，總床數共728床；70家醫院提供安寧居家服務，85家醫院成立安寧共同照護團隊（全台灣目前總計五百零幾家醫院）。全國安寧病房總床數實際上可能不到七百床，可是一年死於癌症將近四萬人，因此服務容量不足。加上98年9月公告的「八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」，粗估一年內死於這八大項非癌症末期疾病的約有六到八萬人，但是台灣的安寧病房並未瞬間擴充兩倍到三倍。

---

<sup>4</sup> 根據「台灣安寧照顧協會」網站。

目前仍有許多醫院的安寧病房私下宣稱：暫時不收非癌症末期病人，這已經明顯違反健保局的規範。台灣的老化人口直線上升，可預見的將來，老年疾病與不可治癒末期病人只會快速增加，末期病人的醫療照護問題一定會像滾雪球般快速變大，如果繼續置之不理，恐怕等到雪崩就來不及了。

未來應當加強結合民間團體與運用各類媒體通路，全面宣導安寧療護理念，推廣安寧療護教育訓練，希望末期病人與家屬都有機會獲得安寧療護服務，來緩解末期病人疼痛等不適症狀，不但能幫助病人尊嚴度過人生最後旅途，也能大幅提升末期病人及家屬的生活品質與滿意度。

許禮安10005251328高雄市張啟華文化藝術基金會

## 安寧療護簡介

我們比較常聽到的名詞是臨終關懷和安寧照顧，國內最早是台北馬偕醫院於民國79年成立安寧照顧基金會並設立安寧病房；83年耕莘醫院設立聖若瑟病房；84年台大醫院設立緩和醫療病房。衛生署在經過討論後訂名「安寧療護」，推廣觀念並補助成立病房，並於85年7月起補助全省十家醫院試辦安寧居家療護。癌症是台灣近30年來十大死因首位，死亡人數每年都在增加。100年全台灣有四萬兩千多人死於癌症，但是一般病房沒有足夠設備和人力，病人有很多症狀無法解決，最後甚至痛苦的死亡。推廣安寧療護就是要讓癌症末期病人和家屬得到最好的照顧。

### 安寧療護的對象

接受安寧療護的病人是有條件的：

- 1.末期疾病，這要經過主治醫師確定，當開刀、化學治療、放射治療等都不能治癒或延長生命時。
- 2.病人有身體的症狀和痛苦，或有心理、精神、靈性、家庭等問題時。
- 3.既然不能延長生命，就不在病人將死亡時做心肺復甦術、插氣管內管、電擊等會增加或延長其痛苦的措施。
- 4.病人和家屬能了解並接受安寧療護的理念，而且希望病人本身知道病情。一般習慣都會對病人隱瞞病情，但這是他的生命，沒有人有權利替他作決定，要讓他有所準備，完成心願或了結心事，才不會有遺憾。

### 安寧療護四大原則

- 1.讓病人舒適：所以要做好症狀控制。末期病人最常見的症狀就是疼痛，要讓病人沒有疼痛，才有生活品質。另外病人會喘、失眠、噁心嘔吐、食欲不振等，所有的症狀都可以經由醫療來控制。雖然其疾病無法治癒，但要讓他在生命的末期沒有身體上的痛苦。

2. 要關心病人：真心對待，才能得到病人和家屬的信賴。
3. 傾聽和溝通：這需要足夠的人力和時間。
4. 讓病人儘量能過日常生活：不要因為生病就只能躺在床上，什麼事都不能做，好像廢人一般。

**安寧療護四全照顧**：就是全人、全家、全程、全隊照顧。

1. **全人照顧**：就是身、心、靈的整體照顧，在一般病房只有照顧病人的身體，但末期病人除了身體症狀之外，有很多心理、靈性、家庭的問題，通通要照顧好，所以是全人的照顧。
2. **全家照顧**：末期病人最後會走向死亡，而死亡是整個家庭甚至全家族的大事，另外家屬因為照顧病人也會出現很多問題，所以除了照顧病人之外，也要照顧家屬，解決體力、心理、悲傷等問題。
3. **全程照顧**：從病人接受安寧療護（包括住院及居家照顧）一直到病人死亡，還要做家屬的悲傷關懷，使創傷減至最輕，而不致於產生一些後遺症，所以是全程照顧。
4. **全隊照顧**：這是一個團隊的工作，成員包括醫師、護理師、社工師、志工（義工）、營養師、心理師、宗教人員等，凡是病人所需要的都可以是團隊的成員。在醫師部分，病人原來的主治醫師、中醫科、麻醉科、放射治療科、復健科、精神科等，凡是與病人醫療有關的都需要加入團隊服務，不是只靠某一科就可以做好安寧療護的工作。像台北馬偕醫院是腫瘤科、耕莘醫院是內科、台大醫院和慈濟醫院是家醫科負責。不論由那一科負責，還是需要其他專科醫師和各類專業人員的協助合作，才能讓病人獲得最好的照顧。

## 像家一樣的病房

安寧療護病房為了能夠讓末期病人得到最好的照顧，需要很多設施，例如休閒區、餐廳、廚房、客廳、交誼廳、空中花園、家屬休息室、志工室、沐浴室、洗澡機、往生室、會談室、禱告室、佛堂等，還需要很多團隊人員，所以是一個高成本的地方。在目前健保制度之下，對醫院是賠錢的工作。衛生署最近補助設立病房，病房設施可能要花費上千萬，而補助只有數十萬而已，病房啟用後還要花費人事成本，所以任何一家醫院有心要做安寧療護，就表示真正「尊重生命」，重視人性尊嚴。

安寧療護病房的設立，就是要提供一個很好的環境和足夠的人員，共同照顧末期病人。醫院要投入很多的資金和人力，在金錢方面的回收可能不多，但病人和家屬的溫暖是不能用金錢衡量的。

安寧療護病房有很多設施可以讓病人和家屬得到較好的生活品質。交誼廳可以做小型的表演或展覽。廚房、餐廳提供家屬隨時烹煮病人想吃的東西，也可以

全家共餐。在空中花園種花、種菜、養魚、養鳥，讓病人體驗大自然生命的循環。病人沒有力量自己洗澡，有洗澡機可以幫他洗得乾淨又舒適。往生室、佛堂、禱告室可進行各種宗教儀式或助念。病床都是電動床，病人可以自己控制床的起落高低。病房有冰箱和電視，還要加裝第四台，讓病人能看他想看的，如職棒、電影等節目。使用花色床單棉被取代一般病房的白床單白棉被，盡量佈置得像家庭一樣的感覺。

## 尊重病人的自主權

在安寧療護病房及安寧居家療護裏，放在第一位的是病人，要尊重病人的自主權，任何決定都要經過病人的同意才能進行，包括所有的檢查和治療。因為那是病人的生命和身體，所以「病人是主角，家屬是配角，醫療團隊人員是跑龍套的。」跑龍套的要順主角的心意，協助配角共同去完成主角人生的最後一場戲。

照顧癌症末期病人的基本原則：用最自然且對病人最沒有傷害的方式。如果病人可以吃，就不要用打針的方式，除非不得已，不要在病人身上插管子。不論什麼方式都要經過病人同意，包括鼻胃管、導尿管、點滴管以及任何治療或手術，因為那是他的身體，所以要讓他能夠接受。這樣的原則之下，病人才比較有可能使用病房的設備及參與活動。

## 安寧居家療護的意義

其實最舒適的地方是自己家裏，「金窩銀窩，不如自己的狗窩。」所以住院的原則就是在最短時間控制病人的症狀並解決其他方面的問題，然後安排出院進行安寧居家療護。這樣一來病人可以回家過日常生活，二來我們可以服務照顧更多的病人。當他病情有變化再安排入院，而不是一入院就住到死或進來等死。病人在急性期住進來治療，若病情穩定可回家繼續接受安寧居家療護。過去有很多人誤會說進入安寧病房就好像被遺棄一樣，什麼都不做，只是安靜的等死，所以產生心理上的抗拒。其實進安寧療護病房可以得到最好的照顧，所以我們要向病人和家屬解說，或是讓他們來參觀病房的設備，當他們了解這種照顧方式，應該就可以接受。

## 尊重病人尊重生命

在台灣的醫療社會裏，病人的意願常被忽視，家屬常要求醫護人員保密，不可告知病人，甚至在病況危急時要求急救並轉入加護病房，因此增加並延長病人的痛苦。要如何預防這種情形呢？在安寧療護病房及安寧居家療護，要召開家庭會議，就是病人家庭主要成員和醫護人員、社工、志工等，一起討論照顧方式和目標。要和家屬建立關係，時常溝通，就可以做得較圓滿。所以要提早進行家庭會議，而不是等到發生狀況後才來處理。

我們尊重並包容病人的宗教信仰及生活習慣。像慈濟醫院雖然是佛教醫院，但病人不一定是佛教徒，可能是基督教、天主教、回教、一貫道、道教或民俗信仰等，不能強迫病人要念阿彌陀佛。

癌症末期病人胃口通常不好，他吃什麼，家屬隨時都要替他準備，不要加以限制或禁忌。另外病人有心願或心事，我們就要儘量去安排去了解。所以要告知病情，病人才可預做準備及表達，才能在臨終前還能保持個人尊嚴。

安寧療護的目的就是讓一個人的生命得到最大的尊重，讓他最後的生命力還能表現出來。所謂「生時燦似夏花，死時美如秋葉。」死亡是每個人遲早會來臨的，而且只有一次，所以要提早做準備。想想當你臨終，你希望受到怎麼樣的待遇，就是你的親友臨終時所希望得到的。現代人強調尊嚴：生的時候要有尊嚴，死也要死得有尊嚴。我們對生命的尊重，就表現在尊重病人臨終以前的意願和需求上，而安寧療護就提供了末期病人最大的尊重。

### 安寧療護之佛教精神

淨土發願文:	安寧療護 (Hospice care):
若臨命終,	疾病末期 (Terminal patient)
自知時至,	告知病情 (Tell the truth)
身無病苦,	症狀控制 (Symptom control)
心不貪戀,	精神支持 (Psychological support)
意不顛倒,	靈性照顧 (Spiritual care)
如入禪定.	宗教平和 (Religious peace)

【註】收錄「心蓮心語—安寧療護與生死學」慈濟道侶，87年8月

### 安寧療護的歷史

安寧療護 (Hospice) 的歷史發展最早在羅馬時代，是照顧旅客及病人臨終的地方。中世紀歐洲修道院附設安寧院 (Hospice)，用來作為朝聖者或旅行者中途休息補足體力的驛站。十七世紀法國教士聖保羅 (St. Vincent de Paul) 設慈惠姊妹會 (Sisters of Charity) 照顧貧民、病人、孤兒、及臨終者。十八世紀，普魯士男爵 Baron Von Stein 與牧師 Fliedner 創設 Kaiserswerth，是第一所新教安寧院，開始有專業護士。十九世紀，愛爾蘭慈惠姊妹團 (Irish Sisters of Charity) 在都柏林 (Dublin) 及倫敦設立聖若瑟安寧院 (St. Joseph's Hospice)。

現代安寧療護發起人桑德絲醫師 (Dame Cicely Saunders)，1918年生於英國，1940年成為護士，因職業傷害於1947年轉任社工人員，有感於對癌症末期病人照顧之不足，是醫師遺棄了病人，遂於1951年攻讀醫學院，1958年成為醫師時



年四十歲，再經多年努力，於 1967 年在英國倫敦近郊錫典罕（Sydeaham）設立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice），發展成為全世界現代安寧療護的典範。

英國目前有安寧療護約 400 家，多以居家照顧為主，有住院病房的約 120 家，已於 1988 年設立專科醫師。縱觀英國安寧療護成功的原因在於對人（生命）的尊重，而英國的社會福利制度則成為發展的後盾，安寧療護工作人員與各種基金會及政府社會福利人員密切配合，專人專職，重視教育與研究發展，而造就了目前的規模。

美國的安寧療護則在英國的協助下成長，1974 年康乃狄克州設立新港安寧院是全美國首家安寧院，發展到目前近 2000 家安寧療護機構。而安寧療護相關組織則包括國際安寧療護機構（IHI, International Hospice Institute）、國立安寧療護組織（NHC, National Hospice Organization）、安寧療護醫學會（AHP, Academy of Hospice Physicians）、緩和照顧護理學會（APCN, Academy of Palliative Care Nurse）。

亞洲安寧療護的發展在日本及中國大陸已有數十家安寧療護院所，香港也有近十家。國內（台灣）安寧療護則起於馬偕醫院，1990 年成立中華民國安寧照顧基金會，並於台北馬偕醫院淡水分院設立安寧病房。台北新店耕莘醫院 1994 年成立聖若瑟病房，隨後 1995 年台大醫院緩和醫療病房、台北市立忠孝醫院癌痛控制安寧照顧病房、嘉義基督教醫院戴德森紀念病房，1996 年高雄天主教聖功醫院聖方濟之家、花蓮佛教慈濟醫院心蓮病房、雲林天主教若瑟醫院安寧病房，1997 年台中大里佛教菩提醫院安寧病房、台北榮民總醫院大德病房、省立桃園醫院安寧病房相繼成立，且持續發展中。

所謂「緩和醫療（Palliative Medicine）」（國內稱為「安寧療護」），根據世界衛生組織（W.H.O.）的定義：「當疾病已無法治癒時，對病人作積極完整的照顧。疼痛與其他症狀的控制，以及對精神、社會、和靈性問題的處理是很重要的。緩和照顧（安寧療護）的目標是達成病人與其家庭的最佳生活品質。緩和照顧的很多觀念可以提早運用在疾病的治療過程，包括抗癌治療上。」因此緩和照顧--安寧療護--臨終照顧，三者應是一連續的過程。

衛生署已於 1996 年定名「安寧療護」，且自 1996 年 7 月全省十家醫院試辦「安寧居家療護」，並於 1997 年 1 月開放申請，目前有馬偕、耕莘、台大、台北榮總、彰基、嘉基、若瑟、菩提、成大、高醫、聖功、慈濟醫院等。為促進各大醫療院所早日設立安寧病房及安寧居家療護，病人及家屬可多打電話詢問當地醫院是否已設立，若尚未設立則追問何時可設立，如此才可照顧日漸增多的疾病末期病人及家屬。

【註】收錄「心蓮心語—安寧療護與生死學」慈濟道侶，87年8月

## 安寧病房長的像個啥樣子？

### 請您跟著我走一回

為增進對安寧病房的了解，在此以本人服務的署立花蓮醫院在95年元月於新大樓八樓成立的安寧病房為例，介紹安寧病房的特殊設備。

八樓出電梯左邊就是志工服務台與志工休息室，有受過安寧療護專業訓練的志工輪班提供服務。

一進病房區，左手邊看到一條長廊，這是我們特別設計的陽光走廊，同時也是藝文走廊，可以辦書畫展覽，可以在此閒坐談天，可以觀賞窗外風光，讓病人除了病房還有其他活動空間。右手邊是七間雙人房，病床都是電動床，盡量佈置得像家一樣的感覺。

接著進入眼中前方是護理站，特別打掉一般護理站的高台，變成與病人家屬無距離的平台，還準備有客人椅，病人即使坐著輪椅都可以靠近。

病房區的寬敞空間，使用木質活動矮牆隔間，並種植盆栽植物，團體活動時可移開矮牆變成大廳或交誼廳。逢年過節舉辦慶祝晚會，病人與家屬可以或躺或坐共聚一堂。

左邊是餐廳與廚房，廚房有冰箱供家屬保存食物；有微波爐、電磁爐、電鍋、果汁機等設備，可以讓家屬準備病人喜好的飲食，隨時烹煮病人想吃的東西，也可以全家與訪客及醫護人員在此共餐。

病房工作人員可以為病人舉辦慶生會或節慶餐會。餐廳廚房區過去是客廳，有電視和音響，平時可以聽音樂、唱歌、看錄影帶或電視節目<sup>5</sup>，病人如果不想在病房睡覺，也可以來睡長沙發。

護理站後方的浴室設有按摩浴缸及搬運架，因為腦部轉移、骨頭轉移或虛弱無力而無法自己洗澡的病人，可以使用搬運架從病床運到浴缸內，由護理人員幫他洗得乾淨又舒適。病人可以淋浴或泡澡，在溫暖的按摩水流中放鬆身心壓力，等病人洗好後再運回床上。

---

<sup>5</sup> 即使簡單的看電視節目，也應該尊重病人的選擇權，而不是一副我施捨給你們的嘴臉，或高高在上的態度。眾所週知的例子是：慈濟醫院的病人住院只准收看大愛台。我曾經對大愛台的員工說：「如果同時開放國家地理頻道等多家優質電視台，然後病人選擇看大愛台，這樣才能證明你們最優秀。現在強迫收看大愛台的做法，病人只能選擇打開或關掉電視，請問你們有什麼好光榮的？」

過了浴室之後，就看到走廊盡頭的禱告室與佛堂<sup>6</sup>。為尊重病人宗教信仰，滿足其靈性需求，提供病人及家屬使用。東部地區有許多基督徒或天主教徒，我們會聯絡病人本身的教友，或是當地牧師、神父與修女來協助。佛堂與禱告室比鄰而居，象徵宗教和平相處、互相尊重。

佛堂旁邊是兩間家屬休息室，分男左女右使用，提供給遠道而來的家屬輪流休息的場所。設計時是考慮東部地區的特性：年輕人大多去外地工作，病人多是老年人，假日或病危時會有許多家屬回來探望或輪流照顧病人。內部為木地板通鋪，有衣櫃供家屬放置日用品。

回到護理站的另一頭，則是兩間單人特等病房。再旁邊是會議室，提供安寧團隊成員召開各種會議與教學使用。

會議室旁另有暫留室，一般稱為往生室或彌留室，可提供病危病人與家屬團聚的獨立空間，也可作為往生病人停留助念或進行其他宗教儀式的場所。

再搭電梯上九樓，這是部分完成的空中花園，可以遠眺太平洋與美崙山。病人即使坐輪椅或躺臥病床上都可以搭電梯上來，可以觀賞花草、看山望海、吹風透氣、看雲觀霧、曬日賞月，讓病人體驗大自然生命的循環。

### 安寧病房為何這樣設計

病房共十六床，含雙人房七間、單人房二間。

每間都有衛浴設備、衣物櫃以及電視，病房寬敞明亮，充滿居家氣氛。病床都是電動床，病人可以自己用手指控制病床起落及頭與腳的高低。使用花色床單棉被與枕頭，門口特別裝設門簾以保護病人隱私權。

安寧病房的設施讓病人可以得到較好的生活品質。安寧療護強調全人、全家、全程、全隊的四全照顧，尊重病人自主權等理念，所以病房硬體設備有著人性化思考，滿足病人與家屬的需求，並不是只有表面上的美麗或豪華<sup>7</sup>。

另外因民俗信仰，病人大都希望能回到家中，在家人陪伴下安詳往生。所以

---

<sup>6</sup> 我去基督教或天主教醫院演講時，我會刺激他們說：「佛教醫院設個禱告室沒什麼了不起，基督教或天主教醫院如果可以設佛堂，我才輸給你們！」基本上，我一直認定：醫院是服務病人的場所，而不是傳教的場所。要傳教有寺廟和教會等特定地方，千萬不要在醫院逼迫末期病人信教，就算他被強迫洗腦而表面上暫時信服，恐怕也不是真正心甘情願的！

<sup>7</sup> 雖然有許多醫學中心紛紛成立號稱五星級、甚至是六星級的安寧病房，但是我覺得：病人與家屬需要的只是平民居家型的安寧病房。我一直認為：安寧病房的服務品質並不是光靠那些高級的硬體設備，真正重要的是軟體的用心，也就是願意體恤病人與家屬需求的那顆心！而不是強迫病人與家屬遵照醫院的規定。

病人若病情穩定，可以出院回家，若病危時，也可要求留一口氣回家。我們有負責安寧居家療護的醫師與護理師去家裡探訪，而且還提供全天候二十四小時諮詢服務。

依照全民健保規定，癌症病人屬重大傷病，免部分負擔。單人房則需自付病房費差額。安寧居家療護也有健保給付。

在安寧病房除了西醫之外，更結合中醫（包括中藥及針灸），芳香治療，音樂治療等方式，一同來減輕病人的痛苦。工作人員接受任何輔助治療方式<sup>8</sup>，只要對病人有幫助而且不增加病人的痛苦。

安寧病房工作人員必須考慮到本土的傳統觀念，包括病人對於疾病與死亡的認知，以及飲食習慣、服藥禁忌等，所以必須修正並發展適合各種病人與家屬的照顧模式。

### 安寧療護的收案對象

安寧療護主要收案對象是末期病人，早期只收癌症末期病人，後來擴大至運動神經元疾病（漸凍人）病人。台灣每年有四萬兩千多人死於癌症，而且逐年增加之中，故接受安寧療護服務的大多數為癌症末期病人。目前服務對象則希望逐漸擴大至所有不可治癒的末期疾病的病人。

### 安寧病房收費標準

目前住安寧病房有全民健保給付，且癌症已列入重大傷病，所有給付均按照全民健保重大傷病的支付標準。通常住健保床的醫療費用不必繳納部份負擔，若是要求住雙人房或單人房者須自付病房差額，其差額依各開辦安寧病房的醫院收費標準。經濟有困難之病人與家屬可以透過社會服務室申請補助。

### 安寧療護強調「安樂活」

安寧療護反對安樂死，而是要讓病人可以「安樂活」！病人尋求安樂死是因為太痛苦，希望能早點解脫，安寧療護盡可能提供合乎病人需求的照護方式，並非不給予醫療與護理照顧，或刻意結束病人的生命。

---

<sup>8</sup> 一般醫護人員因為都是接受西方醫學的訓練，所以不能接受、甚至極端排斥中醫與另類療法，導致病人與家屬必須私下使用。每每走到大醫院的癌症病房，空氣中瀰漫著都是草藥的味道，認真調查起來大家都會說沒有，這是因為醫護人員的排斥態度，造成病人與家屬見不得人好像當小偷一樣，只能偷偷的使用。

那麼，為什麼要把病人與家屬當成敵人呢？他們也是為了自己的健康在努力啊！如果西醫的醫護人員自己都不懂中醫與另類療法，光會對病人與家屬空口說白話：「那是騙人的！」卻又講不出個所以然來，那麼病人和家屬憑什麼要聽醫護人員的外行話呢？除非本身是中醫與另類療法的專家，才有資格評論吧！

安寧療護希望協助末期病人度過最後一段安適、有意義、有品質的生活，因此盡一切努力照護病人，讓他們可以安樂地活到最後一刻，所以「安樂活」才是安寧療護的真正目標。

## 病人的基本權利

我在家醫科與安寧病房工作十多年，經常遇到病人與家屬因為不好意思，或是不知道病人擁有的權利，因而損失權益或增加困擾的情況。例如有些病人不知道他們有權索取病歷摘要，更不知道他們有權要求告知病情，因為害怕得罪醫師而不敢提出要求，讓他們輾轉就醫的過程，因為沒有取得詳細的病歷資料，而增添了許多的波折。

### 有權索取病歷摘要

根據醫療法第五十二條：「醫院對出院病人，應依病人要求，掣給出院病歷摘要。」這是病人有權利擁有自己的病歷資料的法源。許多病人擔心索取病歷資料會得罪醫師，其實是不必要的顧慮，反而如果醫院或醫師不給病歷摘要，才是違反醫療法的不當行為。

### 有權得知病情及預後

雖然是切身相關的病情問題，有些病人不敢向醫師提出疑問，而有些醫師不願多費唇舌告知病情。其實根據醫療法第五十八條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針及預後情形。」病人絕對有權利要求醫師告知與自己切身相關的病情、治療方針及預後情形。

### 有權得到勞保傷殘給付

以前曾經有段時間，勞保黃牛在醫院橫行，佯稱可以幫病人代辦爭取勞保傷殘給付，只要付給他們一至兩成的酬庸。病人及家屬以為是額外賺到一筆錢，所以也不計較被抽成，還非常感謝有人可以幫忙。但是其實勞保病人本來就有這項權利，而且手續簡便，只是知道的病人不多，讓勞保黃牛有生存的空間。後來勞保局在電視打廣告，知道自身權益的病人多了，勞保黃牛就減少了。

### 有權得到安寧住院保險給付

最近我遇到幾位安寧病房已往生病人的家屬，回來門診申請病歷摘要，因為某家台灣的人壽保險公司業務員對他們說：「安寧病房是安養中心，所以不能給付住院費用」，即使已經有住院診斷書，還是領不到錢。後來我請家屬打電話，我找對方的經理告知，：「安寧病房是全民健保重大傷病的急性病房，不是安養中心」，並且說：「不然我請健保局與記者去找你們談談」，對方才改口說：「很抱歉，那可能是我們弄錯了，我們會再查查看。」

### 有權免於肉體痛苦

依照醫療倫理的四大原則：「行善、不傷害、自主決定、公平正義」，病人有權利要求得到合乎醫療倫理的服務內容。例如根據行善原則與不傷害原則，「病人有權避免忍受肉體的痛苦」，「病人有權以自我的方式，表達對疾病與疼痛的感受與情緒」。所以如果醫師不熟悉疼痛控制，而讓病人忍受痛苦，其實是違反醫療倫理的行為。

### **有權參與醫療決策**

根據自主決定原則：「病人有權要求，所有的問題皆能獲得誠實詳盡的答案」，「病人有權要求參與決策，決定切身的醫療問題」病人必須獲得足夠的醫療資訊，才能真正參與切身相關的醫療決策。所以如果醫師不願告知，或是應家屬要求而對病人隱瞞病情，其實是違反醫療倫理的不當行為。

### **有更多權利要爭取**

至於更進一步的醫療人權或病人權利，例如：病人有權要求大眾視他們為活生生的人，尊重他們的生命，而不是被當作壞掉等待修理的機器，或是當成被關進監獄的犯人，必須遵守一堆醫院不合理或違反人性的規定，病人不該只被看作有「病」而變成不是「人」.....。看來，還有許多病人的權利是要去爭取的。

【註】收錄於「醫院的大小事—許禮安醫師手記」海鴿，94年12月。

## **許禮安的安寧佳言錄**

1. 安寧療護最迷人的地方就在於沒有標準答案，  
真正的標準答案就在病人身上。
2. 安寧療護的真諦就是：  
你現在不願或不能提供的服務，將來你自己也就得不到！  
你現在強迫病人遵守的規定，將來你自己也就一定要遭受到！
3. 所有的醫生將來都會死在別的醫生手上！  
所有的護士將來都會死在別的護士手上！  
所有的志工將來也都會死在別的志工手上！  
現在我們如何對待病人，將來就會有人這般的對待我們！
4. 安寧療護強調尊重病人的自主權！  
如果現在我們越俎代庖替病人做決定，  
將來我們就會被迫要聽從別人的決定！
5. 安寧療護強調尊重病人的獨特性與個別差異！  
如果我們現在強迫病人遵照我們的標準，  
將來我們就只好認命的遵從別人的標準！
6. 安寧療護工作主要是在進行醫療體系的人性化改革，

目標是以病人為中心，滿足病人所想要的生活方式的服務模式。

7. 安寧療護的終極目標是達成醫療的最根本：滿足人性化的需求。
8. 我夢想有一天，所有的末期病人都可以自主選擇要接受安寧療護；  
我更夢想有一天，所有醫院的所有病房都可以達到安寧病房的設置標準。
9. 我目前在安寧病房收到的會診單多半是寫：家屬要求；  
我由衷希望將來有一天，會診單寫的理由都是：病人要求！
10. 我從事安寧療護工作有一個預設立場：我一定要努力提昇安寧療護的水準，  
以免將來當我必須用到，才發現服務品質太差，那就是我的報應了！
11. 有些醫院主管要求安寧病房可以賺錢，  
我會回答他們：要不然你來住！總有一天等到你！
12. 曾有企業家夫人說：我好怕看到癌症病人。  
我很想回她說：我的癌症病人才怕看到你！也不自己照照鏡子！
13. 曾有急診室主任說：你們安寧病房就是打針讓病人不痛，然後就死了！  
我心想：總比你們讓病人痛苦掙扎又死不了，還要高明一些吧！
14. 曾有志工主管說：你們安寧病房的病人比較幸福！  
我很想回應她說：你要不要來住看看！  
人家得癌症到末期是不得已，我們宜哀矜而勿喜，慈悲為懷都唯恐不及。
15. 安寧療護工作是要：  
讓悲慘的癌症地獄烈火，轉化為短暫但卻永恆美麗的紅蓮；  
讓痛苦的命運可以浴火重生為罕見的火鳳凰！
16. 生命因為有死亡當底限，我們才會知道要珍惜，並且努力發揮功能到極限！
17. 死亡是大自然送給生命的禮物。因為有死亡，生命才顯出意義！
18. 如果沒有死亡，我們恐怕會活得如行尸走肉，  
千年萬年的生命將會有如寒冰地獄般永無止境。
19. 生命的意義在：找到真正的方向與目標，而可以盡一己之力讓世界更美好！
20. 生命應當要雪中送炭，而不是去錦上添花！  
要長住地獄且莊嚴地獄，而不是留戀天堂或污染天堂！

【註】收錄於「醫院的大小事—許禮安醫師手記」海鴿，94年12月

## 健保局安寧療護新規範

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病（98.9.1）

### 一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期（CDR=5）者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
  - (1)電解值不平衡（Electrolyte imbalance）
  - (2)急性疼痛（Acute pain）
  - (3)嚴重呼吸困難（Severe dyspnea）
  - (4)惡性腸阻塞（Malignant bowel obstruction）
  - (5)嚴重嘔吐（Severe vomiting）
  - (6)發燒，疑似感染（Fever, suspect infection）
  - (7)癲癇發作（Seizure）
  - (8)急性瞻妄（Acute delirium）
  - (9)瀕死狀態（Predying state）

## 二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis，Parkinson's disease，Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
  - (1)電解值不平衡（Electrolyte imbalance）
  - (2)急性疼痛（Acute pain）
  - (3)嚴重呼吸困難（Severe dyspnea）
  - (4)惡性腸阻塞（Malignant bowel obstruction）
  - (5)嚴重嘔吐（Severe vomiting）
  - (6)發燒，疑似感染（Fever, suspect infection）
  - (7)癲癇發作（Seizure）
  - (8)急性瞻妄（Acute delirium）
  - (9)瀕死狀態（Predying state）
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

## 三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV—休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
  - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
  - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
  - (3) 常有不明原因的昏厥
  - (4) 心因性腦栓塞
  - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction)  $\leq 20\%$

## 四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD



休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

- 1.即使使用氧氣，然而  $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$  或  $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2.  $\text{FEV}_1 \leq 30\%$  of predicted。
3.  $\text{FEV}_1$  持續下降且速度每年大於 40 mL。
- 4.六個月內體重減少 10% 以上。
- 5.休息時心跳超過 100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀（如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱）或多重合併症。

### 五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis，severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

- 1.即使使用氧氣，然而  $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$  或  $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2.  $\text{FEV}_1 \leq 30\%$  of predicted。
3.  $\text{FEV}_1$  持續下降且速度每年大於 40 mL。
- 4.六個月內體重減少 10% 以上。
- 5.休息時心跳超過 100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀（如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱）或多重合併症。

### 六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

- (1)  $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$  或  $\text{INR} > 1.5$
- (2)  $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

### 七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。

2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：

(1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。

(2)長期使用呼吸器。(3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。

(4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者。(5)惡性腫瘤末期患者。

(6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

#### 八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585（慢性腎衰竭；chronic renal failure）及 586（腎衰竭，未明示者；renal failure, unspecified）兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4, 5 期病患 ( $GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$ )，或已接受腎臟替代療法（血液透析、腹膜透析、腎臟移植）病患。

2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。

3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：

(1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。

(2) 長期使用呼吸器。(3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。

(4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者。(5) 惡性腫瘤末期患者。

(6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

前此，癌症及運動神經元萎縮症之末期已在健保安寧給付項內。

今後下列疾病末期皆可接受健保給付之安寧照顧：

1. 癌症。2. 運動神經元萎縮症。

3. 老年期及初老期器質性精神病態（失智症）。4. 其他大腦變質。

5. 心臟衰竭。

6. 慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者。7. 肺部其他疾病。

8. 慢性肝病及肝硬化。

9. 急性腎衰竭，未明示者。10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

### 有人說我太寵臨終病人

三月下旬到法鼓山台中分院演講安寧課程一整天，有聽眾起來問我：「許醫師，你對臨終病人那麼好，會不會讓人覺得你有點太寵病人？」我一直都知道有些人給我這個評語，這天終於可以直接回應。

於是我說：「太寵病人要看到什麼程度。如果病人說要天上的月亮，我當然

不可能摘下來給他，頂多也只能畫個月亮給他而已。有人會覺得我太寵病人，那是因為相對而言，太多人都不尊重病人的自主權與個別差異了。」

「再者，如果我是病人或家屬，我就不會覺得太受寵愛了，最好是更加倍受寵愛。推而廣之，為什麼要等到末期或臨終，才會有人來寵愛我們呢？難道我們健康者不會希望：現在就有人非常尊重我們的自主權與個別差異嗎？」

我在演講當中曾經舉例：有些家屬看到病人吃很少或很慢，就要求我幫病人插鼻胃管，這樣家屬才可以灌牛奶或營養品。可是病人雖然虛弱但意識清醒，為什麼沒人問過病人願不願意呢？鼻胃管是要插在病人身上啊！

家屬覺得這是「幫」病人，我卻覺得是折磨病人。如果家屬繼續堅持，我會說：「好吧！但可不可以我先幫你插一條試試看，如果你不會覺得不舒服，我才考慮幫病人插。」家屬自己都避之唯恐不及，為何忍心插在病人身上呢？

另外，我經常聽到家屬說：「媽媽已經八十歲了，我們決定不讓她開刀！」我會問：「媽媽還清醒嗎？」家屬說：「能吃、能走、能睡，狀況還不錯。」我會接著說：「如果媽媽注定要活一百二，你們憑什麼不讓她在八十歲開刀？」何況，這些家屬通常都還沒問過醫師能否開刀，就決定母親的命運了。我對家屬說：「能不能開刀還要外科醫師說了算。如果醫師說可以開刀，你們再讓媽媽自己做決定，不然外科醫師都說不能開刀，你們就算想開刀也沒用。」

九一一的那個月，我在大林慈濟醫院的心蓮病房支援。遇到一位大約九十歲的阿嬤，因為病情惡化，導致張口呼吸，後來變得口乾舌燥。本來我在醫囑上寫的是：「超音波噴霧器持續使用」，希望可以讓蒸汽保持阿嬤口部濕潤。

沒想到護理人員卻按照護理長的規定：「超音波噴霧器只能每天四次、每次使用三十分鐘」。隔兩天我發現阿嬤從口乾舌燥變成唇裂、舌裂，才知道護理人員並沒有按照我的醫囑執行，我氣得找護理長詢問原因。

護理長的理由竟然是：「持續使用怕機器會壞掉，所以要省著用。」我當時氣得真不知道該說什麼了，我只說：「如果是你阿嬤或你自己，你會為了怕機器壞掉，忍心讓病人唇裂、舌也裂嗎？」

我其實很想說：「恐怕你是頭殼壞掉了！機器是買來替人服務的，機器壞了再買新的就有。愛惜機器更甚於愛人，那把人弄壞掉了呢？」如果連號稱「尊重生命」的慈善醫院，都可能會有這種主管，我還能說什麼呢？

請大家設身處地的想一想：如果躺在病床上的是我的阿嬤或是我自己？難道一定要等到你的家人或你自己臨終的時候，你才會知道：不是我太寵病人，而是其他人都對臨終病人太殘忍！

安 96-3-27 (二) 巳時於安思書房

## 臨終者的權利

臨終病人有較一般病人更易受傷害 (vulnerable) 的特性；在臨床上，其需求常被照護者不經意的忽略掉，而其應有的權利也常遭剝奪，故照護臨終病人應有特別的倫理考量。Wilkinson (1996) 強調臨終病人的特性有：1.無法痊癒；2.多為脆弱或虛弱者，或可能已處於神智不清的狀況；即此時極易受外界的影響，而無法做出正常反應；3.由於正邁向死亡之途而處於恐懼或焦慮的狀態，致很難對照護者表達其需求與意圖，如希望以同理心待之，或情緒及心靈上的支持需求等；4.當死亡不是突然的，而是一個漸進的過程時，在照護上極可能遭遇許多倫理上的問題與考量。而家屬在安寧或緩和療護領域中所扮演的角色常不亞於病人，不僅提供病人所需的支持，亦可協助醫護人員維護病人的權利與要求。

Barbus (1977) 所發表的「臨終病人的權利與要求」條例，充分表達了臨終病人的心聲，可為臨終病人照護時的倫理準則或基本理念。其內容如下：

- 1.我有權要求被以活人待之，直至死亡。
- 2.我有權對生命擁有希望，並可適時改變此希望。
- 3.我有權要求能維持我生存希望者的照護，亦可視情況改變此權利。
- 4.我有權以自己的方式表達臨終前的感受與情緒反應。
- 5.我有權參與有關我的照護的決定。
- 6.我有權期望持續性的療護，即使療護目標由「治癒」改為「舒適」時，仍能繼續被照護。
- 7.我有權避免孤獨而終。
- 8.我有權避免疼痛之苦。
- 9.我有權要求誠實的回答我的疑慮。
- 10.我有權不被遺棄。
- 11.我有權接受幫助，或藉家人的協助以接受我的死亡。
- 12.我有權死於安詳與尊嚴。
- 13.我有權保有我的個別性，並不因我異於他人的決定而遭受批判。
- 14.我有權討論及宣揚我的宗教信仰。
- 15.我有權要求我生時的身體或死後的遺體均受到尊重。
- 16.我有權要求那些細心、有愛心及知識的專業人員的照護。

### **安寧緩和醫療條例 (102 年 1 月最新版)**

中華民國 89 年 6 月 7 日總統 (89) 華總一義字第 08900135080 號令公布全文 15 條；並自公布日起施行

中華民國 91 年 12 月 11 日華總一義字第 09100239020 號令修正公布第 3、7 條條文

中華民國 100 年 1 月 16 日華總一義字第 10000015621 號令修正公布第 1、6 之 1、7 及 13 條條文

中華民國 102 年 1 月 9 日華總一義字第 10200000811 號令修正公布第 1、3、4、5、6 之 1、7、8、9 條條文

**第一條** 為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。

**第二條** 本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

**第三條** 本條例專用名詞定義如下：

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。

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。

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。

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。

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。

六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。

**第四條** 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：

一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。

二、意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容。

三、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。

**第五條** 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立第四條之意願書

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

**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。

**第六條之一** 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。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、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** 不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

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。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前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

一、配偶。二、成年子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。

五、祖父母。六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。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；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。

**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。

**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，處新台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，處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

**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。

**第十三條** （刪除）

**第十四條** 本條例施行細則，由中央主管機關定之。

**第十五條** 本條例自公布日施行。

## 安寧緩和醫療條例施行細則

中華民國九十年四月二十五日衛署醫字第 0900022792 號令訂定發布

- 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。
- 第四條 本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍之專科醫師。
- 第五條 本條例第七條第五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，即為同意不施行心肺復甦術。
- 第六條 本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療時，在場之家屬。
- 第七條 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。
- 第八條 本細則自發布日施行。

## 意願書與同意書的四種格式

### 新版四款格式(99年8月12日公告)

預立選擇安寧緩和醫療意願書

不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate)同意書

醫療委任代理人委任書

選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書

### 行政院衛生署公告

發文日期：中華民國99年8月12日。發文字號：衛署醫字第0990204183號。

主旨：公告修正「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate)同意書」、「醫療委任代理人委任書」及「選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」等四種表單參考範例，如附件。(署長楊志良)

### 許禮安說明

過去沿用十年之六種格式已經在99年8月12日公告停止適用。在99年8月12日之後，現在就只剩下四種表單。健康者或病人都同樣只能簽署「預立選

擇安寧緩和醫療意願書」和「醫療委任代理人委任書」這兩種；如果想要撤回，就要簽署「選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」；如果病人在昏迷之前沒簽，就請家屬簽署「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate）同意書」。

## 急救末期病人之倫理探討

台灣「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。

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：「一、醫師絕不能殺人。二、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：一、病人及或家屬同意。二、有明顯的醫學證據顯示病人的死亡已臨近。三、病人的瀕死期被特別的醫療方法拖延著。」如果我們的醫療是忽視病人的自主權、延長或增加病人的痛苦來逆天行道，那就違反了醫療倫理的行善原則與不傷害原則。

所謂「停止治療」，一般也稱為「撤除維生設備」，這件事對醫護人員及家屬在心理上較難接受。雖然，「不予」及「撤除」維生治療在倫理意義上，學者認為並無差異。可是一開始就決定不給予插管、電擊、接呼吸器，對於醫護人員與家屬都似乎比較沒有罪惡感，但是一旦給予插管、電擊、接呼吸器之後，再決定予以拔除，大家的心理上好像難免有一種「是我們害死了病人」的感覺。

一般醫護人員的認知可能仍然停留在：「呼吸器雖無效（不能治病救命），但已經用了就不能拔？」可是當壞處比好處多時，仍堅持不停止治療，那就好像告訴你：「某種藥物雖然沒效，但已經開了，你只好繼續吃，吃到死為止。」

我們認為：「撤除維生設備」應視為「任憑病程自然進行」的一種作法。緊急情形下，如是否給予維生治療仍有疑問時，應先給予再考慮是否撤除，這也是給予末期病人「第二次的選擇權」。當狀況不明時，先暫時給予維生設備：如果覺得尚可忍受，還可以改變決定；如果確定無法治癒，而維生設備只能延長痛苦的死亡過程，那就可以拔掉。

CPR（心肺復甦術，Cardio-Pulmonary Resuscitation）之目的為何？急救與維生醫療的目的是解救因急症或外傷而垂死的病人，使其在身體大部分功能未破壞的情形下，能有機會治療與復原。



什麼情況下必須優先考慮自然死而不予 CPR 之病人？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，如肝衰竭、心衰竭，呼吸衰竭、腎衰竭。4.其他目前醫療仍無法治癒之疾病，如愛滋病併呼吸衰竭、末期老人癡呆症、運動神經元疾病等。初步估計以上在台灣每年約有十到十二萬人。

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「DNR（不施行心肺復甦術，Do Not Resuscitation）」一詞，而以「DNAR（不要嘗試施行心肺復甦術，Do Not Attempt Resuscitation）」取而代之。

社會大眾有關「不予心肺復甦術」（DNR）的錯誤觀念，導致家屬不願意簽署 DNR 同意書。以下說明：

1.心肺復甦術是一種只有好處的處理，對病人並無傷害。心肺復甦術通常把病人救回，並且回到原來的狀況。（錯）

【正確】心肺復甦術對病人有壞處，也會有傷害。心肺復甦術通常救不回末期病人，而且根本無法回到原來的狀況。

2.簽署不施行心肺復甦術（DNR），等於宣告病人沒救，並且表示病人將會被放棄治療，特別是在急性病房中。（錯）

【正確】堅持施行心肺復甦術，對末期病人一樣是沒救。簽署 DNR，表示病人無法治病救命，但這才是真正照顧的開始。

3.簽署 DNR，表示將不會對病人做任何服務，他的活動不會被重視，病人將會繼續疼痛或有其他不適將不予處理。簽署 DNR 表示病人願意等待死亡。（錯）

【正確】簽署 DNR，是除了不做 CPR 之外，對病人開始做所有可以減輕痛苦以及讓病人舒適的各種照顧。簽署 DNR，表示病人接受無法治病救命的事實，但病人才可能更認真、充實的活著，而不是活在虛假、不切實際的期望中。

## 自然死亡法案在美國的發展

1973 年：美國醫院協會提出「病人權利法案」。

1976 年：加州首先通過「自然死法案(Natural Death Act)」及「生預囑(Living Will)」立法，確保末期病人有選擇是否接受急救維生醫療之權利。

1983 年：通過「預立醫囑代理人」。

1991 年：美國國會通過「病人自決法案」，要求醫院需以書面告知成年病人之醫療自決權益。

1992 年：賓州成為美國第五十個通過病人醫療自決權益法案的州。

1993 年 11 月：柯林頓總統及希拉蕊夫人雙雙立下「生預囑」。

1995 年：蓋洛普調查顯示，75%的美國人贊成生預囑，估計有 20%以上的人有生

預囑或醫療代理人。

## 安寧緩和醫療條例及施行細則之解說

「安寧緩和醫療條例」：認可已經罹患無法治癒之末期疾病的病人，經兩位醫師確定其診斷後，可以立意願書，選擇「自然死」，拒絕施行心肺復甦術等急救，以較有尊嚴的方式自然離開人世，免受拖延時日痛苦。

安寧緩和醫療條例：中華民國 89 年 5 月 23 日立法院三讀通過法案，89 年 6 月 7 日華總一義字第 8900135080 號令公布。91 年 11 月 22 日修正第三、七條，91 年 12 月 11 日華總一義字第 09100239020 號令公布。100 年 1 月 26 日總統華總一義字第 10000015621 號令修正公布第 1、7 條條文；增訂第 6-1 條條文；並刪除第 13 條條文。102 年 1 月 9 日華總一義字第 10200000811 號令修正公布第 1、3、4、5、6 之 1、7、8、9 條條文。

「安寧緩和醫療條例」的條文總共只有十五條（實際條文僅剩 14 條，因為第 13 條已全文刪除），「安寧緩和醫療條例施行細則」更少到只有八條，兩者的條文雖少，可是都非常重要，以下逐條解說。

**第一條** 為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。

【解說】第一條開宗明義是在說明「立法目的」。

條文中並未針對「癌症」末期病人，也未指稱「住在安寧病房」之末期病人，而是明確指稱「末期病人」，其定義在第三條說明。因此，適用對象不限於癌症末期病人，適用場所不限於安寧病房。

**第二條** 本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

【解說】第 2 條是明定「主管機關」。

**第三條** 本條例專用名詞定義如下：

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。

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。

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。

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。

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。

六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。

【解說】第三條是「名詞定義」。

本條是以法律條文定義醫療行為，針對「安寧緩和醫療」、「末期病人」、「心肺復甦術」、「維生醫療」與「維生醫療抉擇」以及其行為之「意願人」加以定義，因此「醫療法」與「醫師法」都應該參考「安寧緩和醫療條例」進行修訂。

本條之一對「安寧緩和醫療」的定義：「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。」102年修法重新定義精確的「安寧緩和醫療」，解除過去的法律陷阱：「不施行心肺復甦術」就是廣義的實施「安寧緩和醫療」。

本條之二對「末期病人」的定義：「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。」條文稱為「嚴重傷病」，接近但不完全等於健保局定義之「重大傷病」。須「經醫師診斷認為不可治癒」，而非自行臆測或非經專業認定。

根據條文：「且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」，只有說「近期內」，而不是「六個月以內」。所以一般社會大眾過去二十年來認知的觀念：「末期病人是指預估存活期六個月以內的病人」，已落伍或錯誤十年以上了。

本條之三對「心肺復甦術」的定義：「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。」

這就是病人（家屬）簽署「不施行心肺復甦術意願書（同意書）」時，醫院提供內容包含上述許多選項的法律依據。例如：病人或家屬可以選擇不要體外心臟按壓，因為聽說會壓斷肋骨；但是可以要求還要打強心針（急救藥物注射）。

本條在102年新增之四「維生醫療」的定義：「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「維生醫療」等同於「無效醫療」：「無治癒效果」。

因此本條之五同時新增「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。」並且修改本條之六「意願人」：「指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。」

終於在102年的修法得以讓「安寧緩和醫療」與「維生醫療」分開定義，希望可以洗刷「安寧緩和醫療」等於「不施行心肺復甦術」（家屬認為的「不急救」）的錯誤意涵，並且在定義上保留「安寧緩和醫療」的正向多元的積極面。

**第四條** 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：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容。
- 三、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。

【解說】第四條是說明「意願人之簽署及事項」。

本條同時規範須有兩人以上在場見證，但限制見證人之身分。這是預防發生「球員兼裁判」的情況：例如我是安寧病房主治醫師，和安寧共同照護護理師去內科病房幫病人當在場見證人，會有「瓜田李下」的嫌疑：因為想要收病人住安寧病房，所以幫他簽署見證人。

#### 情境案例討論一

82歲肺癌末期病人因呼吸困難被妻子送至急診，病人明確知道自己的疾病已經無法救治，經急診醫師說明後，同意萬一病況惡化不施行心肺復甦術。急診醫師會診安寧療護，希望安排病人住安寧病房，安寧緩和醫療專科醫師評估後請病人簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」後辦理住院。

病人完成該簽署的部分，但安寧醫師發現「見證人」處只有妻子一人簽署，病人表示膝下無子女，在臺灣也沒有親戚。怎麼辦？請問還可以找誰簽？

1. 社工師？榮民服務處輔導員？隔壁床病人？鄰居？朋友？看護？醫院志工？
2. 由急診醫護人員擔任另一位見證人？
3. 如果病人有子女，而且是該醫院員工？

略答：

1. 只要「具完全行為能力者」均可以在場見證。
2. 「但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。」
3. 子女的法律權益超越工作職權。(律師則認為應該另找別人。)

**第五條** 二十歲以上具完全行為能力之人，得預立第四條之意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

【解說】第五條是說明「意願書之要件」。

本條同時明列「預立醫療委任代理人委任書」之要件及其法定權利。因為102年修法將條文回歸第四條之意願書，因此要符合第四條的要件，健康者預立之意願書同樣必須有兩位在場見證人。

**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。

【解說】第六條是說明「書面撤回意願」。

衛生署在 89 年 7 月 17 日（衛署醫字第 89040164 號）公告的六種相關文件範例中，並沒有如何撤回意願的書面參考格式。經過十年，衛生署才於 99 年 8 月 12 日（衛署醫字第 0990204183 號）公告「選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」之表單參考範例。

**第六條之一** 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。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、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。

【解說】第 6-1 條是民國 100 年的新增條文，102 年有修訂。

本條主要是賦予健保卡註記與意願書正本有同等的法律效力，以解決過去許多醫師認為電子資料不是法律文件之疑慮。本條規範中央主管機關（行政院衛生署）應將病人之安寧緩和醫療意願註記於健保卡，並規範註記之要件與撤回時廢止註記之方式。

同時為防範未然，假如意願人（病人）不承認健保卡之電子資料，以意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示為準，以防止電子資料出現偽造或錯誤登錄等瑕疵，並且回歸本法第 1 條之基本精神「尊重末期病人之醫療意願及保障其權益」。

**第七條** 不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

- 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。

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前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
  - 二、成年子女、孫子女。
  - 三、父母。
  - 四、兄弟姐妹。
  - 五、祖父母。
  - 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
  - 七、一親等直系姻親。
- 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；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。

【解說】第七條是明訂「不實施心肺復甦術之要件」。以下分段說明。

按照條文：不施行心肺復甦術，必須具備 1.二位醫師診斷確為末期病人。2.意願人簽署之意願書。有些醫護人員誤以為必須同時兩位醫師在場診斷並簽名，但衛生署公告之意願書並無醫師必須簽署之欄位。

其實在施行細則有補充規定：

**施行細則第三條**「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。」

**施行細則第四條**「本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍之專科醫師。」

這是因應有些偏遠鄉鎮只有一位開診所的醫師或衛生所主任醫師，沒辦法同時找到兩位醫師，所以「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。」可以是之前的醫學中心的醫師診斷書，加上現在看診醫師就是二位了。至於「相關專科醫師」，必須與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍，但是只要衛生署認可的專科即可，例如一般內科、一般外科、家醫科等，不需要到次專科才算數。

第二項「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。」意思就是：必須病人在昏迷前沒有立下意願書，才可給家屬簽署同意書來代替。過去有些醫院在病人清醒時就給家屬簽署同意書，「安寧緩和醫療條例」公告施行之後，這樣算是違法行為。

「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。」這段 102 年修法的新增條文，解除過去獨居老人、榮民等未事先簽署意願書而在陷入昏迷後，無家屬可代為簽署同意書的困境，而可由主治醫師照會安寧緩和醫療後，在醫囑上載明即可。

「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。」是指：當病人已經簽署意願書的情況下，家屬的同意書或醫囑都不能推翻病人的決定，也就是意願書的法律效力高於同意書與醫囑，同意書與醫囑都只是「代替」品，最好是在病人清醒時就給病人簽署意願書。

接著是說明最近親屬的決定權優先順位：「前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成年子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。」在病人昏迷之後，

一般情況只需要按照順位詢問配偶、成年子女與孫子女、父母、兄弟姊妹之同意即可。

「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；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。」施行細則有補充規定：

**施行細則第五條**「本條例第七條第五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，即為同意不施行心肺復甦術。」

「最近親屬有二人以上時」，通常問題會出在成年子女、孫子女。某些企業家雖然有大房、二房、三房等配偶多人，但法律只能登記一位配偶，所以要看身分證資料為準。成年子女、孫子女如果有二人以上，按照施行細則規定任何一人簽署「不施行心肺復甦術同意書」即可，不用多數決，不用全票通過。但是因為成年子女和孫子女在同一順位，仍須召開家庭會議進行溝通。

本條在民國 102 年修正通過「拔管條例」的條文：「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。」這是給病人第二次選擇決定權的機會。

例如：不確定這次喘起來的主因是肺炎或肺癌，如果可能是肺炎，以心肺復甦術救治之後還有半年才會因肺癌而死，但插管後發現是肺癌導致，那至少還有機會拔管，如果一開始就不插管，會不會就少了半年的生命。

例如：病人緊急被家屬送到醫院，因為狀況不明被急救插管，後來發現病人有簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，那還是可以拔管。

例如：病人因突然發病昏倒被送醫院插管急救，才被診斷是末期疾病，此時病人又清醒過來，決定不要如此痛苦的活著，只要簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」之後就可以拔管。

例如：病人突然昏倒被家屬送到醫院急救插管，後來發現病人有簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，但病人清醒過來後，發現插管沒有他先前想像的這樣痛苦，他就可以簽署「選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」，那就還有機會改變決定而繼續活下去。

「第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；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。」過去全台灣已經插管的病人因為沒有事先簽署意願書，就只能靠著呼吸器痛苦而沒有意義的活下去。終於在民國 102 年修法針對臨床已經插管的病人，雖然昏迷前來不及簽署願書，只要有任一家屬簽署同

意書或是有醫囑就可以拔管。

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。還是那句老話：「徒法不足以自行」，雖然法律是最低限度的保障，但臨床上應該要召開家庭會議以取得家屬的最大共識。

「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。」是指例如：臨床上末期病人是老婆在身邊照顧，病人昏迷後由兒子簽署同意書，但是突發狀況時老婆突然要求一定要急救，依法必須在事發前以書面為之。

### 情境案例討論二

79歲獨居老人，大腸癌合併肺部轉移，因呼吸困難被里長送急診後入院，住院後失去意識陷入昏迷。因病人為癌症末期，醫師決定讓病人自然死亡，臨終時不施行心肺復甦術，請問可以找誰簽署「不施行心肺復甦術同意書」？

1.請里長代簽？隔壁住30年的老鄰居？

2.請問該如何預防這種情況發生？

略答：

1.「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。」因此只有親屬才可以簽署同意書。幸好102年修法新條文：「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。」因此可以照會安寧緩和醫療，由主治醫師出具醫囑代替同意書。不過，「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。」

2.最好事先作生涯規劃，獨居老人或老榮民等無親屬者，都應該先簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」或「醫療委任代理人委任書」。

### 情境案例討論三

79歲女性病人，卵巢癌末期，經數次開刀與化學治療後，因持續嘔吐住院，電腦斷層發現癌症已蔓延到整個腹腔，且病人開始意識混亂、生命徵象不穩定，醫師詢問病人家屬接下來是否進行急救？

病人有四位子女，長期陪伴身邊照顧的兩位女兒認為急救太痛苦，於是簽署「不施行心肺復甦術同意書」，但旅居國外的兩位兒子趕回臺灣後，基於孝道要求醫師盡一切可能治療，且因此與女兒們發生衝突。請問該如何處置？

略答：

1.依照「安寧緩和醫療條例」與施行細則，只要成年子女任一人簽署「不施行



心肺復甦術同意書」，即為同意不施行心肺復甦術。

2.但是我常說：「如果病人有十位子女，一位贊成不急救且簽署「不施行心肺復甦術同意書」，其他九位卻堅持要急救，按照法律是可以不急救，但事後我可能收到一張感謝卡外加九張黑函」。

3.法律不外乎人情，徒法不足以自行。安寧療護強調「四全照顧」，其中的全家照顧，就是應該召開家庭會議，溝通整合家屬的意見與需求，期望得到最高的滿意度。這也是預防事後黑函與醫療糾紛的方法之一。

4.所以要與病人的兩位兒子作深度溝通，說明：治療經過、末期疾病的病況進展、心肺復甦術的過程與目的、CPR目前的效益與傷害、後續的治療計畫等。

**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。

【解說】第八條是明訂「醫師告知之義務」。

本條前段和「醫療法」、「醫師法」的規定類同：只要告知家屬就不違法。

「醫師法」第 12-1 條「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」

「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。」

本條後半段是首先用「但書」規範病人有要求被告知的權利：「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。」過去醫師經常在家屬要求下對病人隱瞞病情，可能是因為法律無強制規定必須告訴病人，而且萬一病人被告知之後有不良後果，家屬可能會控告醫師，導致醫師必須配合家屬演出。

「安寧緩和醫療條例」已經通過十年了，我們是否仍然尊重家屬決定權大於病人自主權呢？其實，如果「病人有明確意思表示欲知病情時」，我們可以請病人在病歷上簽名、寫上日期，此時就依法「應予告知」，而且不用擔心將來家屬控告。所以本條雖然出發點是保障病人知的權利，卻同時也保障了醫師告知病情的責任。

另外，在施行細則有補充規定：

**施行細則第六條**「本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療時，在場之家屬。」

被通知召開家庭會議卻不出席的家屬，因為不在場，就喪失被告知治療方針的權利。

**思考與討論：**病人如果未被告知病情，是否違反「安寧緩和醫療條例」第一條：「尊重末期病人之醫療意願及保障其權益」？

**參考說明：**唯有在被告知病情之後，病人才可能有自主權，才有可能簽署意願

書。否則如果沒被告知病情，病人怎麼可能簽署意願書呢？如發生此種情形，就必須等病人陷入昏迷之後，再「由其最近親屬出具同意書代替之」了。

**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。

【解說】第九條是明訂「病歷記載及保存」。

本條規定和「醫師法」規定類同，另有施行細則補充規定。

「醫師法」第12條「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。」

**施行細則第二條**「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。」

**施行細則第七條**「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。」

這裡規定有「但書」出現：「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。」台灣的病人與家屬多半不需經由醫師指示就會自行轉診，所以依法「原診治醫療機構留具影本」，正本應該歸還給病人。因此，如果醫院要求留存正本，將來可能會被病人控告。

另外，有些醫院在病人每次入院時，就要求家屬再簽一張同意書，這會出現兩個問題。其一：本來意願書或同意書除非撤回，否則一直有法律效力，每次重簽形同擾民，而且是無知。其二：太多張意願書或同意書，必須全部查核簽署日期，最接近現在的日期才是必須遵照的決定內容，這和遺囑是最接近死亡日期最有效類似，徒增醫療體系自身的困擾。所以，只要病人或家屬曾經簽署過意願書或同意書，資料調出來詢問一下，有要改變決定內容才需要重簽一張新的，同時把舊的作廢，如果不改變決定那就延用到底即可。

**第十條** 醫師違反第七條規定者，處新台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，處新台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。

**第十五條** 本條例自公布日施行。

【解說】以上三條是「施行」。注意：第十三條已全文刪除，但順序不能遞補。

**安寧緩和醫療條例施行細則**總共八條，前面尚未提到的是第一條和第八條：

中華民國 90 年 4 月 25 日衛署醫字第 0900022792 號令訂定發布。

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。」

第八條「本細則自發布日施行。」

請注意：「安寧緩和醫療條例施行細則」制訂於 90 年 4 月，但其本法「安寧緩和醫療條例」已分別於 91 年 12 月、100 年 1 月、102 年 1 月總共三度修法，但身為「中央主管機關」的衛生署迄今尚未修改施行細則。

許禮安 102-01-11（五）未時修訂/高雄市張啟華文化藝術基金會

### **我把洗澡機修好了（網路文章摘錄）**

有志工對我說：「明天再來弄吧！」

我對她們回答：「病人不能等，他們生病已經很可憐了，不能連洗澡都不能洗，我今天就要做好！」

我告訴自己：「我今天不上班、不睡覺都沒關係，我今天就是要完成它！就算今天我要死，我也要在死前把洗澡機修好！」

**這是我對安寧病房的承諾，也是對病患的一種無壓力責任。**

病人不能等，因為他們隨時會走，我不希望看到有家屬，在病患臨走前，連最後一次洗澡的機會都沒有。

我如果想到這個情景，我真的會哭（我已經在哭了）

沒有踏進安寧病房的人，沒有看過他們這種苦，真的不會了解。

**我真的捨不得看到他們沒有洗澡！**

你們知道嗎？每一次當病人洗完澡以後，那種很舒服的神情，又很安詳、又很快的睡著。對他們來說，那是一天之中唯一僅有的幸福。

因為他們好不容易能夠這麼舒服地睡覺。

癌末病人的苦，自己要親眼看到，身歷其境，才能明白，才能體會。

## 許禮安簡歷

男。54年9月6日高雄市出生。花蓮行醫15年。目前暫居高雄市。

現任：高雄市張啟華文化藝術基金會 執行長（97年2月起）

台灣安寧照顧協會 理事（98年6月~102年6月）

台灣安寧緩和醫學學會 理事（100年6月~102年6月）

衛生署屏東醫院 家醫科兼任主治醫師（98年4月起）

社團法人台灣世界愛滋快樂聯盟 理事（100年8月~103年8月）

專長：家庭醫學專科醫師（家專醫字第003958號）。

安寧緩和醫學專科醫師（安醫專字第043號）。

學歷：高雄醫學院醫學系醫學士（80年6月）

東華大學族群關係與文化研究所社會科學碩士（94年6月）

經歷：花蓮慈濟醫院家醫科及心蓮病房主治醫師（82-7-1~93-6-30）、

慈濟大學臨床講師、東華大學兼任校醫、安寧療護品質保證計畫訪查委員

行政院衛生署花蓮醫院家醫科主任（93-7-14~95-10-18）。

花蓮北國泰聯合診所家醫科主治醫師（95-10-19~97-1-12）

台灣安寧照顧協會 理事（90年5月~96年6月）

台灣安寧緩和醫學學會 理事（94年6月~98年6月）

花蓮縣醫師公會 理事（95年12月~97年4月）

屏東美和科技大學 兼任講師（96年9月~99年6月）

高雄市第一社區大學 兼任講師

## 許禮安著作

1. 心蓮心語—安寧療護與生死學。慈濟道侶檀施文庫，87年8月。

2. 行職業展望第13輯「醫護保健業」單元。行政院勞委會職訓局編印。89-11。

3. 在心蓮病房的故事。海鴿文化，90年3月初版，91年5月再版。

4. 一個安寧醫生的手札—在心蓮病房的故事2。海鴿，91年5月。

5. 我還活著—在心蓮病房的故事3。海鴿文化，92年4月出版。

6. 蓮心安在—在安寧病房的故事4。海鴿文化，93年11月出版。

7. 病情世界的多重現象分析。東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。94-6

8. 醫院的大小事—許禮安醫師的手記。海鴿文化，94年12月出版。

9. 許禮安醫師的家醫講座。海鴿文化，95年3月出版。

10. 橫跨生死長河。高雄市張啟華文化藝術基金會。96年1月出版。

11. 《安寧緩和療護》教科書。華杏出版社。101年1月出版。

許禮安手機（安寧諮詢專線）：0955-784-748

許禮安e-mail：an0955784748@yahoo.com.tw

Yahoo奇摩網站部落格：「許禮安的安寧療護與家醫專欄」