



回顧與展望

——看台灣的安寧照護



- ◎撰文：陳建樺
- ◎採訪：陳建樺
- ◎照片提供：北醫附醫腫瘤科



一群熱心的工作人員：社工、牧靈人員、法師，積極而且創意十足，正是目前安寧緩和醫療病房的呈現方式

1967年英國醫師 Dame Cicely Saunders 提倡把癌症末期病人的療護納入醫療系統之中，隨後世界各地對癌症末期病人之照護遂成為風潮，醫學界於此專業領域更是蓬勃發展而蔚為風氣。台灣近年來對安寧療護的推動也不遺餘力，早在十多年前就有熱心人士極力鼓吹推動，最近數年也引起社會各界相當大的共鳴。安寧療護的推動不但對台灣末期病人的照護有了很大的進步，安寧緩和醫療的理念及模式更深沈地影響了今日高科技導向的醫學。

台灣的安寧療護開始推動時

曾以臨終關懷、末期照顧等為名。1987年馬偕紀念醫院成立安寧照顧小組，「安寧照顧」的名字第一次被帶進台灣，「安寧」一詞再度為社會所討論，遂有「緩和醫療」與「緩和病房」等名稱。到了1994年，衛生主管單位裁示暫以「安寧療護」為名，並擬以癌症末期病人的照顧為該醫療的主要範疇。

1999年安寧療護的醫學學會成立。鑑於安寧療護的機構，有以「安寧」為名；亦有以「緩和」為名，名稱上有混淆的現象。該醫學會遂取名為



「台灣安寧緩和醫學學會」。用意將此醫療領域統合其名稱為「安寧緩和」一詞，使爾後在稱謂上能統一。此名稱亦呼應於世界潮流；例如亞洲本領域之學會，亦稱為 Asia Pacific Hospice Palliative Care Network。

歷史回顧

台灣地區癌病死亡之人數自民國 71 年起即占死亡人口第一位，爾後癌病死亡人數節節上升，這些患者大部分未接受妥善的照顧；病人忍受身心煎熬，其家庭更是長期籠罩在愁雲慘霧之間。這群醫療邊緣人正等待有組織的安寧緩和醫療來照顧他們。

1982 年，趙可式博士以居家照護為模式，開始癌末病患的照顧，當時還未安寧療護，而且後來因故中斷，但確為台灣最早的末期病人照顧。次年馬偕紀念醫院領導階層已著眼於癌末病患照顧之前瞻性及重要性，歷經四年審慎計劃，於 1987 年成立安寧照顧小組，負責籌劃安寧照顧病房之軟、硬體各項措施。Hospice Care 也第一次將譯成中文，稱為「安寧照顧」。1990 年馬偕醫院安寧病房成立，成為台灣第一家的癌末期病患療護病房，也是台



志工們定期舉辦活動邀病患與家屬一同參與

灣正式有安寧照顧的開始。同年年底，財團法人馬偕紀念事業基金會更進一步成立安寧照顧基金會，從宣導教育及醫療補助等各方面推動了末期病人的照顧，成為台灣安寧緩和醫療的搖籃。

1993 年康泰醫療教育基金會正式成立癌末照顧中心，開始以居家護理的模式作安寧照顧。雖然在 1991 年孫逸仙醫院在其癌病居家護理中亦照顧了末期病人，但康泰基金會之癌症末期照顧乃第一家純以照顧癌末病人為實的居家照護單位。從此而後安寧照顧單位如雨後春筍逐漸成立。迄今共有 17 家有住院設施的安寧病房，以及 25 家衛生署核定試辦的安

寧居家護理單位。

2000 年初，衛生署在政策的推動之下，開始研討住院醫療給付的計劃並擬定了「安寧療護病房設置基準」，給付住院安寧療護。台灣安寧緩和醫學學會也對各醫院進行評鑑，配合適宜的給付並提昇安寧緩和醫療的水準，讓台灣末期病人之照顧能更加完美。

政策與法令

安寧緩和療護提昇末期病患的生活品質，不加速病人的死亡，更不會拖延瀕死期而增加病人及家屬的痛苦。因此涉及了倫理及法令層面的問題。醫療法第 43 條「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以



爲了讓患者更舒適，安寧緩和醫療人員和義工們傷透腦筋

救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。」對安寧緩和療護的發展造成一些阻礙。同時國內外多次「安樂死」論潮亦扭曲了安寧緩和療護正確的觀點。反觀其他較為先進國家，在瀕死病人的醫療過程中皆有相關醫療法令規範。2000年5月立法院已通過了「安寧緩和醫療條例」的立法，這是制度上的一大突破。

學術專科的成立

安寧緩和療護還沒創始以前，末期病人原本由各相關醫療科系負責照顧，隨著安寧緩和醫療興起，專責此領域的照顧慢慢發展成專門的學科。1995年起由行政院衛生署指導，安寧照顧基金會主辦的「安寧療護專業人員研修計劃」，開始設計並執行安寧緩和療護之標準課程。台灣安寧緩和醫學學會於1999年起亦積極籌劃醫學專科事宜，並於

2000年由台灣安寧緩和醫學學會公布專科醫師甄審辦法，開始有了安寧療護專科醫師的產生。

安寧療護的展望

安寧緩和醫療的目的在於使病人能得到善終，在最後的生命中得到品質及尊嚴，與安樂死完全不同。然而法令規定醫療人員對所有瀕臨死亡之病人需竭盡全力搶救；勉強維持病人生命，使得病人無法得到良好的死亡品質。針對此一限制，於是有1999年緩和醫療法之草擬，且於行政院院會中通過，並於2000年在立法院進行立法審議。

安寧緩和醫學（Palliative Medicine）是發展迅速的學科。在症狀控制方面像是疼痛控制、惡性腸阻塞、呼吸困難皆有新的處理觀念。尤其是醫學會的成立與專科制度的設立更是重要的里程碑。以往由於不正確訊息的傳遞，誤導民衆及醫界，認為安寧緩和療護是放棄所有的醫療處置，等於是放棄希望。事實上，安寧緩和醫學不但是保持高科技之醫療脈動且結合高人性化之醫療模式。因此在學術上，凡屬高科技醫療，能迅速治療且控制症狀的醫療方式，當然都需積極

使用於本醫療行為之中。因此專科醫師制度之成立以及研究教育的發展是必要的趨勢。安寧緩和醫學應匯入醫學主流之中，而不只是為某些病情設立的醫學支流。

結論

安寧緩和醫學在台灣發展了許多年，迅速的發展也有目共睹。有政府方面的支持，亦有民間資源的協助。安寧緩和醫療是人性化的醫學及照顧，更是現代末期病人的需求。台灣安寧療護的發展已由播種期進入發芽成長的階段。我們最大的期望是能充分發揮人性化的醫療，尊重病人及其家屬，創造另一個醫療革命，啓發人性的光輝。



注重病患生活品質的安寧緩和醫療，會隨著疾病的惡化，逐漸加重份量，包括病患靈性的照護、家屬的支持照護、悲傷輔導等



安寧住院療護病房設置規範表（衛生署，1996）

項目	設置標準
一、人員	
（一）醫師	1.應設至少一專責之主治醫師。 2.需經相關之訓練。
（二）護理人員	1.每一五床應有一人。 2.需經相關之訓練。
（三）病房服務人員 （護理佐理員）	1.每三床應有一人。 2.需經一百小時之護理機構病房服務人員訓練。
（四）社會工作人員	1.應設至少一人。 2.需經相關之訓練。
（五）其他人員	得視業務需要設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理工作人員及宗教靈性輔導人員。
二、醫療服務設施	
（一）病房	1.應設病室並符合下列規定： a.平均每床面積(不含 浴廁)至少 7.5 平方公尺。 b.床尾與牆壁間之距離至少 1.2 公尺。 c.床邊與鄰床之距離至少 1.0 公尺。 d.床邊與牆壁之距離至少 0.8 公尺。 e.每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。 f.每床應有床欄及調節高度之裝置。 g.二人或多人床之病室，應備有隔離視線的屏障物。 h.每一病室至多設四床。 2.應設可供病人及家屬於病人接近臨終時使用的房間。 3.應設可供瞻仰遺體及家屬度過急性哀傷及宗教儀式之用的場所，並備空調、消毒及隔音設備。 4.應設護理站，並具有左列設備： a.準備室、工作台及治療車。 b.護理紀錄、藥品及醫療器材存放櫃。 c.推床。 d.輪椅。 e.污物處理設備。 5.應有空調設備。 6.應有被褥、床單存放櫃及雜物之貯藏設施。
（二）日常活動場所	按病床數計，平均每床應有 4.5 平方公尺以上。
（三）衛浴設備	1.病房應設衛生設備及淋浴設備。 2.應有專業洗澡機設備。 3.應有扶手及緊急呼叫系統。
（四）其他	1.應設置面談室。 2.應設置會議室。 3.應有供家族準備膳食之場所。