

# 長照機構住民死亡地點的國際趨勢

臺北榮民總醫院 家庭醫學部 林明慧

在2020年，全球65歲以上老年人口比例為9.3%，僅有不到30%的國家為高齡化社會（指65歲以上人口>14%），且只有日本已進入超高齡社會（指65歲以上人口>20%）。據學者估計，在2050年全球老年人口比例將達15.9%，2100年將達22.4%；預計到了2050年時，全球58%的國家將進入高齡化社會，且約15%的國家將進入超高齡社會<sup>1</sup>。

因應人口高齡化及家庭結構的變化，愈來愈多長者在年邁自我照顧能力不足時，須入住護理之家(nursing home)或長期照護機構(long-term care facilities, LTCFs)，以上兩設施於本文均簡稱為長照機構。居住在長照機構的老人合併症多、身體虛弱、健康需求複雜，多數入住長照機構的老人，將會在長照機構度過餘生。分析死亡地點有助於提高對生命末期病人的照護品質，也可作為末期病人照護的政策依據<sup>2</sup>。本文將整理近年來世界各國長照機構住民死亡地點的國際趨勢，作為臺灣推動機構安寧緩和療護政策發展的參考。

研究發現多數的死亡仍發生在醫院中，而老年人在長照機構中死亡的比例逐年增加。以安寧緩和療護發源的英國為例，2021年約44.3%的末期病人過世於醫院，27.3%的人過世於家中，21.3%的人過世於長照機構。另一項針對17國的死亡地點比較發現，瑞典、丹麥和瑞士的居民在長照機構死亡的比例最高，分別是36.4%、30.58%及30.56%；希臘則為最低1.02%<sup>3</sup>。

於2003至2017年之間美國的調查，在醫院

死亡人數由39.7%下降至29.8%，自宅死亡人數由23.8%增加至30.7%，長照機構死亡人數由23.6%輕微下降至20.8%，但在獨立安寧院死亡人數則由0.2%上升至8.3%<sup>4</sup>。於2013年在加拿大執行的一項研究報告指出，近39%的加拿大居民在長照機構中死亡；許多患有慢性疾病加拿大老年人的首選臨終場所已轉變為護理之家或其他長照機構<sup>5</sup>。

Kalseth曾針對挪威住民死亡地點的變化進行分析，發現在1987至2011年之間，長照機構死亡人數比例增加了16%，且隨著年齡增長，在長照機構死亡的可能性變大。罹患神經退化疾病病人維持高達8-9成比例在長照機構過世，2006年之後，有四成以上中老年人和癌末病人的死亡地點轉變為長照機構<sup>2</sup>。

Broad等人於2013年針對全球21個老人族群比較死亡地點的分析顯示，65歲以上的老年人死於長照機構的中位值為18%，這一比例隨著年齡每增長10歲約增加一倍，女性長者死於長照機構的中位值比例更高，可達到40%<sup>6</sup>。根據Bone等學者推論，依照目前世界人口的老化趨勢，到2040年時，長照機構將成為最常見的死亡地點<sup>7</sup>。

Costa等人針對在長照機構死亡的決定因素進行系統性回顧和統合分析結果發現，針對一般人口的研究，約17%至23%的居民死亡地點為長照機構。若研究對象僅限於長照機構住民，則有27%至87%的長照機構住民最終在長照機構死亡。與在長照機構死亡相關的因素包括：長照機構提供安寧緩和療護服務、住民已

完成預立醫療指示、病人或家人偏好在長照機構過世、住民罹患如失智症、中風和末期疾病或功能狀態不佳、住在醫院附設的護理之家，以及在長照機構居住時間較久的住民。多數的研究還發現，與死於其他疾病的病人相比，末期癌症病人在長照機構死亡的可能性更高<sup>8</sup>。

死亡地點並不一定反映臨終照護的實際地點。在許多國家，長照機構住民在臨終前，仍可能被轉送到醫院，並在醫院死亡<sup>9</sup>。長照機構住民在臨終前仍轉至醫院治療的主要原因是病況的急遽變化，如果病人未曾預先立下“不要住院”的預立醫療決定，或照護人員和代理者或親屬之間，未曾就住民的醫療照護偏好進行討論，則轉入醫院的可能性也更大<sup>10</sup>。尤其是原有日常生活功能較佳的住民，更有可能在生命的最後一個月被送至醫院住院，並最後在醫院死亡<sup>11</sup>。

死亡地點已被認為是衡量長照機構提供安寧緩和療護品質的成效之一，在高齡孱弱長者出現病況急遽變化的情境下，緊急送往醫院急診或住院，常導致臨終過程的醫療化。研究表明，長照機構住民往往因嚴重的認知和功能障礙，而使得住院治療及照顧過程變得更加複雜，施加於長照機構住民進階及侵犯性的住院治療，可能無法延長生存期或提高生活品質，因此部分長照機構住民的家屬，會期待親人能盡可能避免被轉送到醫院治療。因此，長照機構住民頻繁在過世前緊急被轉送到醫院及在醫院死亡，可能暗示長照機構內存在溝通不良或是照護不足的情況。<sup>12</sup>

為了協助長者在長照機構平安善終，歐盟於2015年贊助了PACE長照機構安寧緩和逐步邁向成功計畫(the Palliative Care for Older People [PACE] Steps to Success Program)，透過促進組織變革和支持長照機構員工的教育訓練，跨國推動在比利時、英國、芬蘭、義大利、荷蘭、波蘭和瑞士等七個歐洲國家共72家長照機構進行計畫，內容包含培訓和支持機構員工有能力辨識住民健康狀況的變化，以及處理這些變化的能力，及早展開與住民或其家屬對未來照護計畫偏好之討論，促進所有機構住民均能獲致高品質的安寧療護<sup>13</sup>。由於參與PACE計畫歐洲七個國家的住院治療原則和各國長照機構的政策各不相同，約有12%（義大利）至26%（比利時）的長照機構住民在生命的最後一個月住院，19%的長照機構住民最後在醫院治療過程死亡。而比利時的長照機構住民比義大利、荷蘭和波蘭的長照機構住民住院的可能性更高。在荷蘭，長照機構住民照護是由機構的老年照護專責醫師負責，因此在生命最後一個月住院的情況最不常見<sup>11</sup>。

在德國，機構住民生命最後一個月住院比例可高達50%，可能因為長照機構住民的醫療保險採論服務計酬，提升了長照機構住民臨終前住院的經濟誘因<sup>14</sup>。在美國此一比例亦可高達25%到35%之間<sup>8</sup>。

伴隨人口持續老化而大幅增加的全球失智症病人，也是近年來在長照機構過世增加最多的族群。Reyniers等人整理了14個國家的資料，發現比例最高的是荷蘭，於2008年

有93.1%失智症病人在長照機構死亡，其次為紐西蘭76.6%，而比利時與美國的報告分別是66.7%與62.6%；英國是61.7%<sup>15</sup>。

Koyama等人分析1998年至2017年所有日本失智症民眾死亡地點的變化，在醫院死亡的比例約維持在40%-60%之間，而在長照機構的死亡比例則由15%逐年增高至40%；尤其在高齡的女性失智病人，於2001年之後，死於長照機構的比例持續大於在自宅者，至2016年此一比例已達45.8%；但同位於東亞的韓國，僅約5.5%的失智症病人於長照機構死亡<sup>16</sup>。

臺灣從2014年開始，新增死亡地點為長期照護或安養機構的選項，但直到2021年，在機構死亡仍僅佔臺灣所有自然死亡人數的3.8%。失智症是臺灣在機構死亡比例最高的死因；但除了2016年及2017年之外，近年來失智症病人在機構內死亡的比例均低於10%，與其他國家的趨勢有著極大的差異。臺灣自2017年開始擴大實施長照2.0計畫及新的支付機制，但該計劃並未支付任何於長照機構的臨終照護或預立醫療照護的討論，加上諸多相關的長照評核機制，致使住民臨終前送醫已成為常態，這可能是臺灣在長照機構死亡人數極少的原因<sup>17</sup>。

安寧緩和療護旨在提升病人、家屬及照護者的生活品質。世界衛生組織呼籲，各國政府應將人類整個生命週期的緩和療護納入國家健康醫療照護體系。然而，Wallace等人針對15個國家長照機構的調查結果，發現多數國家並未達到理想照護水準。因此專家呼籲在長

照機構內加強培訓、溝通和獲得專門的生命末期照護服務<sup>18</sup>。歐洲緩和療護協會(European Association for Palliative Care, EAPC)亦和相關專業團體共同發展出白皮書的政策建議<sup>19</sup>。目前的共識是需要導入真正能應對變革管理和永續性問題的新方法，包含確保相關規範架構，為長照機構工作人員建立最基礎程度的一般緩和療護能力，包括住民個人自主權、尊嚴維護、住民和醫護專業人員關於治療偏好與生活品質之溝通討論。提升包含住民、親屬、長照機構人員及外部和專科服務的所有相關者對緩和療護的瞭解，明確且積極關注生命末期，並確保生命最後階段能得到適當照護所需採取的措施<sup>20</sup>。

自從2016年臺灣《病人自主權利法》公告以來，越來越多的民眾因不想在生命最後階段給家人帶來負擔，而考慮選擇在長照機構中去世，長照機構如何滿足這些需求並提供適當的末期緩和療護及照護品質，已成為一個重要的公共議題。研究發現，在公衛醫療保健支出較高與長照制度發展較為健全的國家，更常會發展機構安寧緩和醫療，以取代末期住民臨終前的住院治療。相對的，當國家未發展健全的長照服務，末期照護將更加倚賴醫院<sup>3</sup>。臺灣已於2020年進入高齡化社會，由於持續的低生育率和延長的公民壽命，臺灣即將在2025年進入超老齡社會，需要完善長照機構相關政策，以解決此一具急迫性的公衛優先事項。



## 參考文獻

1. Gu D, Andreev K, Dupre ME: Major trends in population growth around the world. *China CDC Wkly* 2021; 3(28): 604.
2. Kalseth J, Theisen OM: Trends in place of death: the role of demographic and epidemiological shifts in end-of-life care policy. *Palliat Med* 2017; 31(10): 964-74.
3. Orlovic M, Marti J, Mossialos E: Analysis of end-of-life care, out-of-pocket spending, and place of death in 16 european countries and Israel. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36(7): 1201-10.
4. Cross SH, Warraich HJ: Changes in the place of death in the United States. *N Engl J Med* 2019; 381(24): 2369-70.
5. Krishnan P, Williams H, Maharaj I: Patterns of end-of-life care: place of death and terminal hospitalization among long-term-care residents. *J Hosp Palliat Nurs* 2020; 22(3): 196-203
6. Broad JB, Gott M, Kim H, et al: Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *Int J Public Health* 2013; 58(2): 257-67.
7. Bone AE, Gomes B, Etkind SN, et al: What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliat Med* 2018; 32(2): 329-36.
8. Costa V, Earle CC, Esplen MJ, et al: The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care* 2016; 15: 8.
9. Menec VH, Nowicki S, Blandford A, et al: Hospitalizations at the end of life among long-term care residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(3): 395-402.
10. Allers K, Hoffmann F, Schnakenberg R: Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: a systematic review. *Palliat Med* 2019; 33(10): 1282-98.
11. Honinx E, Piers RD, Onwuteaka-Philipsen BD, et al: Hospitalisation in the last month of life and in-hospital death of nursing home residents: a cross-sectional analysis of six European countries. *BMJ Open* 2021; 11(8): e047086.
12. Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, et al: End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med* 2011; 365(13): 1212-21.
13. Smets T, Onwuteaka-Philipsen BB, Miranda R, et al: Integrating palliative care in long-term care facilities across Europe (PACE):

protocol of a cluster randomized controlled trial of the ‘PACE Steps to Success’ intervention in seven countries. *BMC Palliat Care* 2018; 17(1): 47.

14. Dzung E, Dohan D, Curtis JR, et al: Homing in on the social: system-level influences on overly aggressive treatments at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55(2): 282-9.
15. Reyniers T, Deliens L, Pasman HR, et al: International variation in place of death of older people who died from dementia in 14 European and non-European countries. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16(2): 165-71.
16. Koyama T, Sasaki M, Hagiya H, et al: Place of death trends among patients with dementia in Japan: a population-based observational study. *Sci Rep* 2019; 9(1): 20235.
17. Lin M-H, Chen T-J, Chou Y-J: Changes in the Place of Death and Implications for End-of-Life Care Policy: A Population-Based Observational Study. *J Palliat Med* 2023; 26(10): 1340-47.
18. Wallace CL, Swagerty D, Barbagallo M, et al: IAGG/IAGG GARN international survey of end-of-life care in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18(6): 465-9.
19. Froggatt KA, Moore DC, Van den Block L,

et al: Palliative care implementation in long-term care facilities: european association for palliative care white paper. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21(8): 1051-7.

20. Orth J, Li Y, Simning A, et al: Nursing home residents with dementia: association between place of death and patient safety culture. *Gerontologist* 2020; 61(8): 1296-306. 

