

安寧緩和醫療照護簡介

安寧緩和醫療照護

生、老、病、死為人類生命自然過程，近年來，以人性關懷為出發點的安寧緩和醫療照護受到多方重視，其強調臨終是人類自然生命存在的一部分，但社會對「死亡教育」仍是非常缺乏的，人們常不知如何面對死亡，甚至經常接觸瀕死病人的醫護人員，對「死亡」也仍抱有恐慌的態度。

衛生福利部從民國 85 年主導安寧緩和醫療照護推動，目的為期望在實務上，保障癌症末期病人能得到更完善的照顧及減少不必要的介入性醫療；在精神面上，喚起我們正視死亡認識的問題，從而更能夠尊重生命，有助於回歸並落實人性化醫療的理念，提供了民眾正確面對死亡的機會，進而建立「預立選擇安寧緩和醫療意願」及「不實施心肺復甦術」（DNR）的生命新主張。

(一)安寧緩和醫療照護真諦

依據世界衛生組織（WHO）的定義，所謂安寧緩和醫療照護是指針對治癒性治療無反應之末期病人提供積極性及全人化的照顧。以維護病人和家屬最佳的生命品質；主要是透過疼痛控制，緩減身體上其他不適的症狀，同時並處理病人及家屬在心理、社會和心靈上的問題，也就是說安寧緩和醫療照護的基礎思考，是力求病人主觀改善為原則，在現代醫療技術無法為病人提供更有利的服務之際，安寧緩和醫療照護用尊重生命的哲學態度，陪伴病人走過人生最後旅程，並輔導家屬重新面對未來的生活。

(二)安寧緩和醫療照護特色

安寧緩和醫療照護之發展具備「五全照顧」之特色，是一種積極治療的態度緩和身體不適，讓患者安詳且有尊嚴地走過生命的最後旅程，也讓家屬能順利地度過死亡所帶來的悲傷期，以達到平靜安寧、生死兩無憾。包括：

- (1)全人照顧—即身、心、靈之完整療護。
- (2)全家照顧—即關心病人，亦關懷家屬。
- (3)全隊照顧—即結合醫生、護理師、心理師、社工師、物理治療師、職能治療師、宗教人員及志工等，共同照顧病人及家屬。
- (4)全程照顧—即伴病人行至臨終，也輔導家屬度過低潮。
- (5)全社區照顧—即將照顧病人的觸角延伸到全社區，提供安寧緩和居家服務。

(三)安寧緩和醫療照護原則

- (1)肯定生命並將瀕死階段視為人生自然過程，不必加以催促也不延長死亡。

- (2)提供疼痛和其它痛苦症狀的緩解。
- (3)將病人的心理與靈性層面，整體進入病人的整體治療照護措施中。
- (4)提供支援與支持系統，幫助病人自由自在地生活，直到死亡。
- (5)提供支援與支持系統，幫助家屬在病人疾病的過程中及喪親後哀傷期的調適。

(四)安寧緩和醫療照護觀念的澄清

一般人對「自然死」（安寧緩和醫療照護）和「安樂死」名詞的概念常混淆不清，然而「安寧緩和醫療照護條例」中所提到的「自然死」觀念，與免除病人痛苦，以加工的方式提早結束病人生命的「安樂死」是完全不同。對於罹患癌症末期的臨終病人而言，生活的品質可能優於生命的延長。從尊重病人的角度看來，病人有知的權利，亦有被尊重選擇醫療的方式，因此尊重病人自主之意願選擇放棄以心肺復甦術施救的做法，讓病人安詳往生，正符合醫學倫理的行善、無傷害及病人自主等三大原則。國人常將『安寧緩和醫療照護』誤認為安樂死，就是等死、放棄治療；因而使得安寧緩和醫療照護的政策美意大打折扣。

安寧緩和醫療照護高人性化的照顧方式，是社會文化中重視個人價值及病人權益的一種覺醒，死亡不應被視為是一生的終結，而要採取另一種積極看法，把死亡當成圓滿生命意義的重要環節。安寧緩和醫療照護制度的建立，除了嘉惠癌症末期病人及其家屬外，更重要的是代表人類對生命的看法正在改變。在愈來愈多人有此理念，醫生更要提供病人正確的資訊，使患者有機會理解自己可為自己的生命做什麼選擇。

下列疾病末期皆可接受健保給付之安寧療護：

- (一) 癌症。
- (二) 運動神經元萎縮症。
- (三) 老年期及初老期器質性精神病態（失智症）。
- (四) 其他大腦變質。
- (五) 心臟衰竭。
- (六) 慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者。
- (七) 肺部其他疾病。
- (八) 慢性肝病及肝硬化。
- (九) 急性腎衰竭，未明示者。
- (十) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

對安寧療護的誤解（歡迎參觀詢問台北榮總大德安寧病房）：

- (一) 絕不是等死的地方。
- (二) 絕不是被醫師放棄的病人才要去的地方。
- (三) 絕不是什麼治療都不做的地方。
- (四) 絕不是整天只打嗎啡讓病人昏沉的地方。
- (五) 絕不是提供安樂死的地方。
- (六) 絕不是不能出院的地方，症狀控制穩定後，仍會安排出院。

病人自主權利法

所有生命都有其獨一無二的價值，而每個人的價值觀更需要受尊重且被保障，《病人自主權利法》就是基於這樣的基本人權應運而生。《病人自主權利法》是首部以病人為主體的法案，法案中明確保障每個人的知情，決策與選擇權，同時確保病人善終意願在意識昏迷、無法清楚表達時，他的自主意願都能獲得法律的保障與貫徹。此外拒絕醫療的部分可事先透過「預立醫療決定」（Advance directive, AD）決定，一旦自身面臨特定五款臨床狀態（如疾病末期、永久植物人等）時，是否要以「醫療介入」的方式繼續延長生命、亦或選擇善終並獲得緩和醫療照顧的權利。透過這樣醫療自主權的表達，可尊重病人醫療自主意願，保障其尊嚴與善終權益；也讓病人、家屬、醫療團隊三方在「預立醫療照護諮商」（Advance care planning, ACP）過程中，瞭解病人真實願望，以達促進醫病關係和諧的目的，同時減輕家屬面對病人離世時的茫然與不知所措，並因為將決定權交還給病人，降低家屬幫他人做決定所造成的內疚與自責，進而因著尊重和支持病人的決定，體認到自己是實現病人願望的幫助者。



諮詢資源：

臺北榮總-第一門診三樓設立「預立醫療照護諮商中心」電話: (02)2875-7818

【病主法諮詢】免付費諮詢專線0800-008-545

預立醫療決定書線上試填: <https://www.hospice.org.tw/acp/leading>

末期病人不施行心肺復甦術（DNR）家屬衛教單張

103.11.7

心肺復甦術，簡稱 CPR（cardio pulmonary resuscitation），意指有人因故造成呼吸、心跳停止，而產生猝死現象時，緊急搶救患者免於死亡的一種急救技術。對急性呼吸或心跳停止的病人（如溺水、觸電、車禍、外傷、心肌梗塞）施行 CPR 的結果，有機會可以挽救回其生命，這是我們施行 CPR 最重要的目的；但是病人也可能因為急救過程腦部缺氧時間過久而喪失大腦功能，變成殘障、昏迷不醒、植物人，最糟的情形就是病人仍然不治死亡。

通常醫院執行心肺復甦術時，需在病人的氣管中插入一條約 0.7~0.8 公分直徑粗的塑膠管，以外接呼吸器助病人呼吸。病人若心跳停止，則利用電擊或心臟按摩術助他恢復心跳，上述方法有時會壓斷病人肋骨，並經常造成病人鼻咽喉黏膜的受傷及出血。對於慢性重要器官或多重器官衰竭病人施行 CPR 不僅急救成功機會極少，在急救過程常會出現如上述之併發症；即使急救成功了，也可能只是維持短暫（如數小時到數天等）或無品質的生命。在醫院中常見到急救成功暫時挽回生命的病人，因為痛苦會去拔急救時插入氣管的管子，所以醫護人員只好把病人的手約束在床欄上，病人插著管子不能言語，全身又動彈不得，只能默默流淚。有時病人會因生氣受到如此折磨，而閉眼不理睬人。由於這類病人的病因仍在持續惡化，急救並不能真正挽回他的生命。最終多無機會拔除呼吸管，只得在痛苦不堪，又無法以言語表達的情形下，辛苦的走完一生。

心肺復甦急救術運用在急性意外事故或心臟病發作之病人身上，是極珍貴有效的方法，常可挽救寶貴的生命。但若用於末期病人，除了增加病人許多折磨痛苦之外，並不能真正挽回生命，甚至可能延長病人處於瀕死狀況的時間，毫無尊嚴可言。在世界主要先進國家，不為末期病人作急救，早已是符合醫學倫理的行為。許多末期病人也早已簽好同意書，請求醫院到時候不為他做急救（DNR，Do Not Resuscitation）。

臺灣在 2000 年立法院三讀通過【安寧緩和醫療條例】並由總統公佈施行後，DNR 簽署在本國已有法源依據。期待末期病人及家屬對於急救都有真實的認知，能預先簽署「選擇安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」或「不施行心肺復甦術同意書」，要求醫師不要在臨終時給予急救，讓病人平安尊嚴地去世。

最重要的是要讓所有病人及家屬瞭解，簽署上述意願書或同意書，並非意味放棄了病人。DNR 簽署後，醫療人員仍會盡力用各種方法，讓病人能盡量感到舒適，免除痛苦之折磨。

末期病人不施行心肺復甦術（DNR）家屬常見問答篇

問：【預立選擇安寧緩和醫療意願書】與【不施行心肺復甦術同意書】有何不同？醫療人員如何提供？昏迷病人親屬間之意見不一致時，應如何決定？

答：「預立選擇安寧緩和醫療意願書」是成年人預先簽署表明若將來罹患末期疾病時，接受安寧緩和醫療照顧之意願；依最新修正「安寧緩和醫療條例」規定，此預立意願並得記載於個人之 IC 健保卡資料庫內，與正本相同。

「選擇安寧緩和醫療意願書」是由意識清楚之末期病人本人簽署，依安寧緩和醫療條例規定，需兩名見證人副署。「不施行心肺復甦術同意書」則是當末期病人意識不清或無法表達意願時，由其最近家屬一名簽署。依照「安寧緩和醫療條例」規定，最近親屬之範圍及先後順序為：一、配偶。二、成人子女、孫子女。三、父母。四、兄弟姐妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。唯其意見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。

此條文尚規定：『最近親屬意思表示不一致時，依前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，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。』因此，當家屬間之意見不一致時，應依上述順序進行決策。

問：末期病人或其家屬已簽署【選擇安寧緩和醫療意願書】或【不施行心肺復甦術同意書】後，還可以反悔嗎？

答：當然可以，但必須以書面聲明方式撤回方才生效。

【安寧緩和醫療條例】規定：「代理人可隨時自由以書面撤回其意願之意思表示」，若有以上情形發生，務必須以書面方式簽署撤回 DNR，並載明撤回時間（可向本院護理站索取撤回範本。醫療人員會將此書面簽署文件，黏貼病歷，以資證明。

問：簽署【預立選擇安寧緩和醫療意願書】或【不施行心肺復甦術同意書】（DNR）之後，是否宣告已被醫護人員放棄？醫療品質也會下降？

答：當然不會。

依據安寧緩和醫療條例規定，簽署上述文件主要是同意在臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。在病情發展到此階段之前，只要是對病人不適症狀控制有助益的處置介入，包括點滴，輸血，藥物，檢查（驗）等都會如常進行。當病人進入臨終或瀕死期時，治療目標將轉為盡量減少病人的不適症狀，包括停掉不必要的藥物，開立控制可能出現的疼痛，躁動，呼吸道分泌物，以及噁心嘔吐等所需之藥物。

臺北榮總安寧療護服務常見問題衛教單張

A. 一般資訊

Q1：安寧病房與一般病房有什麼不同？（安寧病房的特色是什麼？）

答：安寧照護的特色主要在其照顧理念；即「以病人及家屬為中心」的思維模式，兼具全人、全家、全隊、全程、全社區的「五全照顧」理念，其最終目的在於提供注重末期病人身心靈需要的人性化照顧。安寧病房強調「溝通」；不僅重視醫療團隊與病家之間的溝通，也重視病人與家屬之間的溝通，及醫療團隊彼此成員間的溝通。

Q2：目前健保體制下安寧病房的進住條件為何？

答：目前健保安寧療護制度將安寧病房定位急性病房，進住病人應符合下列條件：

1. 病人或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書（必要條件）。
2. 確定病人為末期病人，且對各種治癒性治療效果不佳。而居家照護無法提供進一步之症狀改善需轉介，或病情急劇轉變造成病人極大不適，例如發生疼痛、呼吸困難、譫妄、臨終躁動、腫瘤潰瘍傷口、淋巴水腫等症狀極需住院處理時。
3. 末期運動神經元病人：雖未接受呼吸器處理，但有直接相關及/或間接相關症狀主要症狀者。或已使用呼吸器之末期運動神經元患者，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

（註：末期病人之定義，及進住安寧病房之標準，請參考健保署之公告）

Q3：安寧病房是不是個什麼都不做的地方（如點滴、抽痰、灌食、輸血）？而只是一個一直打止痛安眠藥，讓病人整天昏昏沉沉的地方？

答：絕對不是！安寧病房重視要減除病人的各種痛苦，因此絕對會運用各種藥物及方式來治療病人；凡是從事安寧的醫療人員皆需重新接受嚴謹的安寧醫學緩和訓練及相關的知識，並且不斷地充實這方面的新知，以確保能盡量提昇病人之生活品質。

Q4：安寧病房是不是一個提供安樂死的地方？

答：絕對不是！安寧療護反對安樂死，主張安樂活。病人若尋求安樂死，是因為他感覺活得太痛苦，希望能早日解脫。安寧療護希望協助末期病人渡過最後一段安適、有意義有品質的生活，而盡一切努力照顧病人，讓他們安樂活到最後一刻，絕不會以不給予醫療行為的方式，來刻意提早結束病人生命。

Q5：轉到安寧病房意指病人已經被醫師放棄了？

答：絕對不是！我們認為每個人的生命都很寶貴，即使是在走到人生終點時，也應該得到良好的照顧。末期病人和家屬所需要的，並非侵入性及增加痛苦的治療，也不是放棄不理會，而是尊重他們的意願、減輕痛苦、照顧他們，讓病人能擁有生命的尊嚴並能完成心願安然逝去；陪伴家屬渡過哀傷，重新展開自己的人生，使生死兩相安，這就是安寧療護的終極目標。

B. 入院決策問題

Q1：如果末期病人不想出院，最好建議轉安寧病房？

答：事實上，有部分病人想轉入安寧病房的主因是因為出院問題。通常這些病人能成功住進安寧病房的機會並不大。尤其在本院，因為安寧病床床數有限，當有床位空出時，簽床總醫師會根據目前待床病人當中，症狀較難控制，在一般病房無法獲得適當舒緩的病人優先轉床；相對症狀比較穩定的病人，即使他很早就同意轉安寧病房，只有在待床病人不多時，才有機會轉進來。因此針對有出院安置問題，或家屬有照顧問題的末期病人，建議能及早轉介安寧共同照顧服務或是轉介個案管理師協助出院準備計劃之安排。

Q2：安寧病房比較安靜？

答：不一定。

在本院安寧病房，末期病人可能有嚴重程度不同的症狀，例如：疼痛、喘、咳嗽、嘔吐、譫妄……等，尤其病人進入瀕死期，無論是病人的不舒服或是密集的家屬探訪及哀傷情緒，都可能影響到隔床病友。本院安寧病房屬於急性病房，死亡頻率相當密集，並不合適需慢性療養之病人。事實上，最能保持安靜環境的地方是在家中，對末期病人而言，若能配合安寧居家照護之服務，在最熟悉的家中由家人陪伴與照護，渡過生命最後一段歲月。

Q3：安寧病房只能住一個月？

答：這是以訛傳訛的說法。

在本國的健保體系下，末期病人若仍有需住院的醫療需要，即須繼續住院治療。

由於目前健保制度將安寧病房定位為急性病房。因此當病人入院時的急性不適症狀處理妥當後，就需安排病人回家或轉至慢性病房。因此，如果病人沒有急性醫療需要，我們就會積極準備出院計劃，讓其他病人有機會轉入安寧病房。但是若病人病勢沉重，距生命終點已屈指可數時，即使病人已經住超過一個月了，我們也會讓病人在最後階段，不需再擔憂出院問題，而能在院往生。

Q4：安寧病房是不是一個住到死亡的地方？

答：絕非如此。

同上題所述，安寧病房是一個處理棘手症狀的急性病房，若症狀穩定後可以回家，或轉介其他養護機構。

Q5：安寧病房護理人員提供 1 對 1 照顧並編制有許多志工，因此家屬不需自己照顧？

答：對所有臨終病人來說，家屬是最重要的支持與照顧者，沒有一個臨終病人不希望日夜家屬在旁陪伴。安寧病房的護理人員白班約為一個護理人員照顧 4-5 位病人，小夜班及大夜班約為一位護理人員照顧 8 位病人。此外，每日三班（上午、下午、晚上），每班平均約有 2 位志工可提供一般性的庶務服務或關懷、陪伴病人服務。然而，親人的陪伴對病人而言，是任何人所無法取代，尤其在病人有限的生命時間裡，我們鼓勵家人盡量抽空陪伴。

Q6：有錢人才住得起安寧病房？

答：並非如此。本院安寧病床有不用負擔病房費差額的健保床。此外，榮民身份住雙人房也不用負擔病房費差額，全國大部分的安寧病房都有健保床可以選擇，因此安寧病房不是有錢人的專利。本院安寧病房病房費差額為雙人房每日2,400元，單人房每日5,000元。醫藥費部份，除非是健保署未核准給付的藥品或治療才需付費。貧困病人亦可透過醫院社工室申請經濟補助。

Q7：我想還是等病人陷入昏迷後，再考慮轉安寧病房？

答：在病人清醒的時候，安寧病房的照顧模式，最能嘉惠病人。當病人陷入昏迷，除非仍躁動不安，或是其他不適症狀，或讓家屬非常擔憂時，才轉安寧病房。否則還是建議病人留在原病房，由原來的醫護團隊照顧。

Q8：尚不建議轉安寧病房的狀況：

答：1. 仍持續嘗試侵入性治療或抗癌治療者。

2. 避諱談論死亡或對安寧病房仍有疑慮，還未了解的病人：

有些病人雖年事已高，也經歷過許多其他病人的過世，但是他向來都避諱去談及任何與死亡相關的議題，雖然家屬出自好意安排病人入住安寧病房，但是通常在病人並非意願，或是被矇閉的狀況下，將病人安排到安寧病房住院，有時反而會弄巧成拙，引發病人情緒上的不良影響。針對這類病人，我們通常會建議先轉介安寧療護共同照護與病人建立關係，讓病人與家屬對安寧病房的照護及處理目標有了了解，評估病人對安寧療護的接受度，根據病人意願再進一步安排轉安寧病房。

3. 家屬希望隱瞞病情，未決定讓病人知道病情變化時：

有些家屬並非不願意讓病人知情，而是不知道要用什麼方式、什麼時機來說，這樣的病人仍可轉安寧病房。但若是家屬希望醫護人員能配合家屬刻意隱瞞病人病情，甚至要求配合告訴病人病情將會好起來，身體將會痊癒……，這是不合適的。因為當我們羅織謊言，讓病人點燃起更大的希望，進行更多的努力後，未來一旦希望落空，他的失落會更大，情緒低落與怨懟將會更難處理。通常我們並不建議需刻意隱瞞病情的病人轉入安寧病房來，以免對病人、家屬和醫護人員三方面而言，都是一種全輸的狀況。

Q9：填意願書/同意書的問題

在病人意識清楚下，「選擇安寧緩和醫療意願書」應由病人本人自己簽名，但是很多家屬因為種種原因，不希望病人本人直接簽名，希望直接由家屬代填，或直接由家屬代表簽署「不施行心肺復甦術同意書」可以嗎？

答：站在法律觀點，意願書應由病人本人自己簽名或蓋章；或是由醫療委任代理人或法定代理人簽名。由於醫療院所本身並無法認定到底是誰的簽名筆跡，加上末期病人常軟弱無力，影響字跡辨識，因此當初立法時，便規定需有兩名見證人副署證明。最重要的原則是，需了解意願書簽署符合病人本人意願，以防日後家屬間因意見不一致而發生法律糾紛時，能證明此文件簽署之正當性，這是最主要的關鍵。

C. 轉床/待床問題

Q1：進住安寧病房需如何轉介？

- (一)門診或急診:必須先掛號，若未曾在本院就診，需攜帶原診治醫院的病歷摘要或診斷書就診，若病人無法親自就診，則由對其最了解病情的主要照顧者親至安寧療護門診與專科醫師討論安排後續照顧計畫。若病人原住醫院已有安寧病房，可請原病房主治醫師協助聯繫進住。本院每天都有安寧緩和醫療特別門診，請參考本院門診排班表說明。
- (二)住院中的病人:由當科醫師溝通後，開立安寧療護會診申請單，安寧療護專科醫師會診後，若病人健保 IC 卡已註記「預立選擇安寧緩和醫療意願」或病人已簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」或家屬已完成「不施行心肺復甦術同意書」填寫者；則在完成「大德安寧病房住院診療計畫說明暨同意書」簽署，送至大德病房護理站後，即有專人負責安排入院。

Q2：要等多久才有床？（我的病人現在排在第幾順位？）/要早一點開始排，免得等好久？

答：不一定。

同前所述，安寧病房的入院順序並非依照排床時間順序決定，而是根據病人實際需要的程度安排入住。由於醫院安寧病房有限，因此當床位空出來的時候，簽床總醫師就會根據目前待床病人當中症狀最迫切需要的病人優先安排轉床。由於病房床位空出時間並不一定，而同一時間待床病人的數目也不一定，因此病人等床進住的時間很難預測。

一般而言，待床期間我們會安排受過安寧療護專業訓練的安寧共同照護護理師至病房探視病人，並盡可能協助有需要的病人及家屬。如果末期病人目前病情穩定，主要是虛弱，或日常生活需人協助的照顧問題，入住安寧病房對病人的幫助有限，建議原診療團隊應同時積極準備出院安置計畫。

D. 居家照護常見問題

Q1：什麼是安寧居家療護服務？

答：家是最佳的病人療養場所，在醫護小組的醫療服務與指導下，使病人能安心的在家中接受家人照顧，它能帶來溫馨與安全感。

病人症狀已獲得有效控制就可以回家調養，家中至少有一人能在旁照顧，本院有專業安寧居家護理師，目前服務範圍為居家地點距離本院方圓 10 公里內之範圍（約車程 30 分鐘內），以臺北市士林、北投、大同、中山、內湖區與新北市蘆洲區等地為主要服務區。安寧緩和專業團隊會安排每週固定之家庭訪視（由病家負擔醫護人員往返計程車費），使病人可以安心的在家中，在最熟悉的家中療養與照護。

您還可以向護理站詢問，以獲得更多的安寧緩和療護相關資訊。