

台灣安寧緩和療護 政策白皮書

White Paper for Palliative Care in Taiwan



國家衛生研究院

2019年9月

經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

執行摘要

自 2018 年 3 月起國衛院邀集國內安寧緩和療護跨領域專家學者，檢視台灣安寧緩和療護發展現況，盤點國內相關療護資源之可近性與可及性，並參考先進國家發展趨勢，融合華人文化善終理念，經過反覆討論整理，凝聚共識，完成「台灣安寧緩和療護政策白皮書」(簡稱白皮書)。

本白皮書之精神乃根據國際安寧緩和療護發展趨勢與理念，強調安寧緩和療護涵蓋的對象應該不分疾病、年齡、與病程。據此，本白皮書提出三大願景，表達政策立場，做為此後台灣各界推行安寧緩和療護之依據，按照各願景的內容，逐項訂立發展目標，擬定政策推行之具體策略，以推廣善生與善終之理念，優化安寧緩和療護之效能，協助所有具相關需求之病人及其家庭提升整體生活品質。

本白皮書所提出之三個願景分別為：

一、尊重個人獨特性與價值觀，所有人皆有機會善生與善終。強調提升生命與死亡識能之公民意識，鼓勵醫病溝通坦誠對話，重視賦權與意願之表達，注意文化適切性的照護，落實不分種族性別，每個人都重要的理念，而且要求資訊必須透明化，讓所有人均有公平獲得照護的機會。

二、提供整合性的五全療護，讓舒適與照護品質最佳化。這個願景強調的重點在於關注各種形式的受苦與源由，熟練評估和控制症狀，改善獲取症狀控制藥物之可及性，提供以人為本，以家庭為中心，並以病人最大福祉為考量之完整性照護。另外，國家亦應建構無縫接軌的持續性照護系統，重視早期緩和療護之需求評估與介入，強化復健性緩和療護，健全照護品質監測與反饋改善機制，並發展以實證為基礎之臨床照護指引，強調跨專業團隊合作，與開發友善關懷、哀傷撫慰和具復原力的社區。

三、確保療護團隊的專業知識、態度與技能，提供跨團隊的協調性療護。要提高安寧緩和療護之品質，必須融入專業養成教育與銜接繼續教育，各層級醫療人員皆必須有能力療護末期病人，具備倫理與法律意識，做好照顧者之培訓，營造具支持和復原力的組織和專業環境，支持專業人員可持續提供人性化照護。此外，整合各層級療護體系之全面性響應，共享

紀錄，明確界定各層面照護者的角色和責任，運用智慧醫療科技輔助照護，並強化領導階層的角色。

本白皮書除了提出未來我國對於安寧緩和療護的願景之外，也針對現行的法章政策與臨床執行之良莠現象提出檢討，並針對未來發展規劃政策建言。我們知道政策的擬定與體系的建置，必須經過多次互動反饋與修正，才能形成共識，完備健全運作的永續發展。因此，就每個發展目標，我們目前只規劃一個前瞻性方向，而其具體目標，則有賴未來各方先進在實際運作與反覆討論過程中，逐項確定，並恪遵完成。

台灣安寧緩和療護理念自 1980 年代萌芽開始，已有傲人成效，臨床安寧緩和療護由癌末擴展到十大疾病、由醫院走向社區，台灣安寧緩和療護倡議也成為推廣善終理想之社會運動。2015 年經濟學人智庫進行的臨終病人「死亡品質」調查，台灣在 80 個受評比國家中名列第 6、亞洲第 1，這項成績足以表彰台灣在安寧緩和療護領域的努力與成就。然而，如要進一步提升病人死亡品質，我們尚有許多改善空間，從政策擬定到臨床照護品質提升，亟需凝聚各界共識，擘劃一套全國共同努力的藍圖，這也是制定本白皮書的初衷。

未來台灣安寧緩和療護發展必須**不分疾病、不分年齡、不分地區、疾病全程以及病人離世後的家屬悲傷關懷**，只要病人或家屬需要，即可接受安寧緩和療護。本白皮書的完成代表一個全民的期待，希望此後以國家政策領航第三波安寧緩和療護運動，持續推展老人、兒童等全齡人口緩和療護，且及早介入，普及發展社區與長照安寧，不分族群，所有人皆有機會獲得高品質緩和療護，並建立慈悲關懷友善城市，協助病人善終，讓家屬亦能順利地經過照顧末期病人與其善別及善生，確保緩和療護服務品質。

目錄

引言.....	1
安寧緩和療護的發展與基石.....	5
壹、安寧緩和療護之定義.....	5
貳、安寧緩和療護理念之演進.....	6
參、兒童安寧緩和療護與照護模式.....	7
肆、新生兒安寧緩和療護與照護模式.....	8
伍、台灣安寧緩和療護發展基石.....	9
台灣安寧緩和療護之發展願景藍圖.....	12
願景一 尊重個人獨特性與價值觀，所有人皆有機會善生與善終.....	13
二、未來目標(2021-2025).....	16
三、執行策略.....	17
願景二 提供整合性的五全療護，讓舒適與照護品質最佳化.....	20
第一節 安寧緩和療護品質之稽核與監控.....	22
一、現況分析.....	22
二、未來目標(2021-2025).....	25
三、執行策略.....	26
第二節 藥品獲取之可近性及可及性.....	30
一、現況分析.....	30
二、未來目標(2021-2025).....	31
三、執行策略.....	32
願景三 確保療護團隊的專業知識、態度與技能.....	34
第一節 療護團隊具備完整知識、態度與技能.....	35
一、現況分析.....	35
二、未來目標(2021-2025).....	36
三、執行策略.....	36
第二節 協調性安寧緩和療護.....	38
一、現況分析.....	38
二、未來目標(2021-2025).....	39

三、執行策略.....	39
結語.....	42
參考文獻.....	43
附錄.....	48
附錄一、台灣安寧緩和療護政策白皮書發展過程.....	48
附錄二、先進國家安寧緩和療護策略與重點摘要.....	49
附錄三、台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement).....	58
附錄四、安寧緩和療護全球評比與展望.....	63
附錄五、國際安寧緩和療護評比(International Rankings of Palliative Care)..	64
附錄六、優質安寧緩和療護的八大面向.....	65
附錄七、制定台灣安寧緩和療護政策白皮書工作人員名單.....	68
附錄八、關鍵詞彙中英文對照.....	70

台灣安寧緩和療護政策白皮書

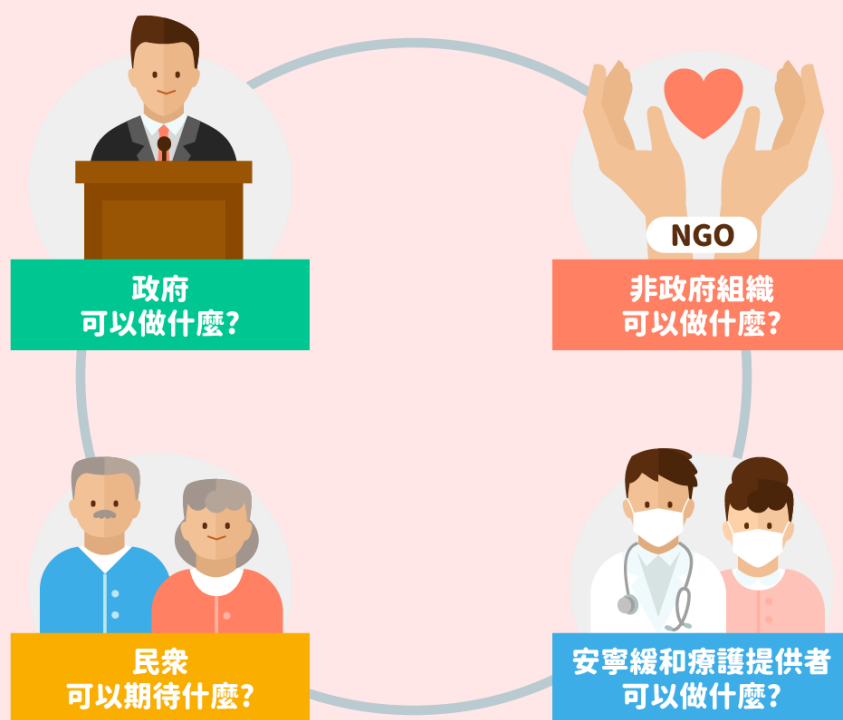
引言

本「台灣安寧緩和療護政策白皮書」(白皮書)係財團法人國家衛生研究院(國衛院)接受衛生福利部國民健康署補助，辦理執行。為求白皮書內容之嚴謹完備，自 2018 年 3 月起國衛院邀集國內安寧緩和療護跨領域相關專家學者，參考先進國家發展趨勢，並融合華人文化善終的理念與智慧，檢視台灣安寧緩和療護發展現況，盤點國內安寧緩和療護資源之可近性與可及性，經過反覆討論整理，凝聚共識，最後提出台灣安寧緩和療護發展三大願景，以為此後各界推行安寧緩和療護之依據，並逐項訂立發展目標，政策推行之具體策略，目的在於協助有相關需求之病人及其家庭提升整體生活品質。台灣安寧緩和療護政策白皮書發展過程，主要包含凝聚共識、完成初稿、推廣與執行等三個主要階段(附錄一)，初稿完成後，經過同儕與外部審查，且召開相關權益人之共識會議，廣泛徵詢各界意見，以達到順應國情並兼顧世界潮流之政策規劃，製作過程完整而嚴謹。

本白皮書之精神乃根據國際安寧緩和療護發展趨勢與理念，強調**安寧緩和療護涵蓋的對象不分疾病、年齡、病程，都應該被涵括，每一個人都是重要的**。本白皮書所提出之三個願景分別從政府政策面、非政府組織(NGO)面、照護提供者執行面、與民眾期待面上加以說明，表達政策立場，並展現政府施政時，在安寧緩和療護層面上對民眾的承諾。

綜合言之，藉由本白皮書之發表，我們希望能提醒政府與民眾，死亡是生活事件，而不只是醫療事件；善終是每個人的權益，也是每個人對自己的責任；「任何有關我的決定，我都要參與(nothing about me without me)」。從台灣開始推動安寧緩和療護觀念，至目前已然成為昇華生命善終之社會運動，本安寧緩和療護白皮書見證了台灣政府與民眾推展生命教育的決心，藉由本白皮書的發表，希冀有助於民眾了解安寧緩和療護與民眾的關係為何？誰能從安寧緩和療護中獲益？民眾可以扮演甚麼角色？如何參與？如何被協助？可以期待什麼？安寧緩和療護提供者如何協助與如何被支持？以及政府對民眾的承諾。簡言之，透過本白皮書的闡述，可以釐清政府、非政府組織(Non-Governmental Organization, NGO)、安寧緩和療護提供

者、民眾四者之間的依存關係(圖一)，而貫徹本白皮書的精神，按部就班完成了本白皮書的目標與策略之後，政府、NGO、安寧緩和療護提供者、民眾四者間之承諾、責任與期待的適切互動與合作，則以(表一)做具體之說明。



圖一、政府、NGO、照護提供者與民眾對於安寧緩和療護的依存關係

表一、民眾、非政府組織(NGO)、照護提供者、政府對於安寧緩和療護服務的權利與責任

民眾	非政府組織(NGO)	照護提供者	政府
可以獲得安寧緩和療護的相關訊息，並決定自己想要接受的照護方式	促進建立公開、透明的安寧緩和療護資訊，幫助民眾照護選擇	提供各項有關安寧緩和療護公開透明的訊息，訊息必須符合健康識能的原則	將安寧緩和療護相關訊息公開透明化，幫助有需求者獲得充分資訊
無論是誰，住在哪裡，都能得到需要的安寧緩和療護	敦促安寧緩和療護資源分配的公平性，保障每位病人獲得公平正義之照護權益	尊重每個人獨特性與價值觀，積極與個人、家人、照顧者和社區合作，以滿足社區中每個人的安寧緩和療護需求	支持和發展以社區為基礎的安寧緩和療護，並減少獲得安寧緩和療護的障礙
社區可以讓我和其他人談論死亡與哀傷	鼓勵民眾發聲，轉化社區民眾對於健康、臨終和死亡的刻板印象，加強民眾宣導以提升生命與死亡識能	支持社區的持續性安寧緩和療護及生命末期議題的討論	制定能支持民眾面對臨終、死亡、失落和悲傷的公共政策，以及坦誠溝通生命末期議題的相關策略
家人也能同樣獲得他們所需要的訊息和支持	協助照顧者學習照顧與陪伴病人，對照顧者提供足夠的支持	為照顧者和社區建立能力，以協助照顧者照顧病人並支持其家庭	持續確保訓練有素的人員，在基層、社區和醫院提供病人及其家庭服務
每個人的文化、信念、宗教在安寧緩和照護中都受到尊重	幫助大眾瞭解並尊重不同之文化、信念與宗教對生死議題之影響	提供文化適切性的安寧緩和療護	支持提升安寧緩和療護的文化適切性措施
每一個參與照護者都知道自己的角色，並對自己的工作負責	幫助大眾瞭解各專業職類共同合作，對深化各層面照護之重要性	跨專業團隊成員能相互合作共同努力，確保個案得到整合性的安寧緩和療護	致力於在提供個案的整合性照顧，亦促使各醫療層級間建立穩固的合作關係，以求達到無縫接軌的服務
可以得到高品質的安寧緩和照護	結合社會力，敦促安寧緩和療護品質提升，保障病人權益	共同努力提供高品質的安寧緩和療護，定期接受最新的教育資訊與訓練	支持將研究轉譯為臨床上的實踐，依據實證資料改善安寧緩和療護品質，同時定期監測/評鑑安寧緩和療護的服務品質
每個人都可以為自己決定發聲，一起參與討論安寧緩和療護計畫	支持民眾倡議與公共參與安寧緩和療護相關政策	尊重和協助民眾表達和討論安寧緩和療護計畫，加強病人與家屬參與訂定個人的照護計畫。落實醫病共同醫療決策 (Shared decision making SDM)	支持提升人員熟練地討論生命末期安寧緩和療護議題所採取的措施，把病人參與及醫病共同決策作為品質評鑑的指標
每個人的意見回饋，可作為調整安寧緩和照護方式	監督建立有利於施行優質安寧緩和療護品質之環境	從被照護者所給的回饋中調整照顧的計畫	建立照護者意見回饋開放性管道，確保具建設性意見能獲得回應
每一位病人與照顧者能被增能，受到必要的衛教與訓練	提供民眾與專業人員必要的教育與研究方案	接受適當的培訓，具備能力和自信，當有人需要時，發展以人為本的安寧緩和療護	與教育單位與專業學會合作，為可能會提供安寧緩和療護的所有人提供教育和培訓

安寧緩和療護的發展與基石

壹、安寧緩和療護之定義

安寧緩和療護定義與時俱進，從世界衛生組織(World Health Organization, WHO)對安寧緩和療護定義，演進至 2018 年國際安寧緩和療護協會(International Association for Hospice and Palliative Care, IAHP)共識，本白皮書依據安寧緩和療護國際發展趨勢與理念核心精神，提出安寧緩和療護定義：

安寧緩和療護為針對各年齡層因罹患嚴重疾病¹而導致健康方面出現嚴重受苦²的個人，提供積極性、整體性的照護，尤其是當病人接近其生命終點的時候。安寧緩和療護的目標在於提高病人、家屬以及其照顧者的生活品質，貫徹不分疾病、全齡人口、疾病全程、普及皆有之精神。

依此定義，本白皮書所謂的安寧緩和療護乃指：

- 涵括對生理症狀(如疼痛和其他的身體不適症狀)、心理痛苦、靈性痛苦以及社會需求等各方面的預防、早期辨識、全面評估以及處置，照護措施須盡可能以實證為基礎。
- 藉由促進有效溝通，幫助病人及其家屬確認安寧緩和療護的目標，以支持幫助病人好好地活到最後一刻。
- 可適用於疾病的全病程。
- 包括與改變疾病進程的治療方式(modifying therapies)同時進行。
- 肯定生命、並視死亡為自然的過程，不意圖加速或是拖延死亡。
- 為病人的家屬和照顧者在病人罹病期間提供支持，並扶助他們度過喪親之痛。
- 在提供過程中肯定和尊重病人及家屬的文化價值觀與信仰。
- 可適用於所有醫療場域(在宅或醫療機構中)和所有層級(基層醫療到三級醫療)。

¹「嚴重疾病」係指任何急慢性疾病，其能帶來嚴重功能下降，可能帶來長期障礙、殘疾和(或)死亡的疾病。詳細資料請見：<http://pallipedia.org/serious-illness/>

²健康方面出現嚴重受苦：係指那些伴隨著任何種類的疾病和創傷的受苦。當無法透過醫療措施緩解並且減低生理、社會、精神以及情感受苦時，即可稱之為嚴重。詳細資料請見：<http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>

- 由受過安寧緩和療護訓練的專業人員提供照護。
- 需有跨專業團隊的安寧緩和專科照護，可接受複雜案例的轉介。

為了將安寧緩和療護融入醫療體系，政府部門需要採取的政策措施包括：

1. 採取適當的政策和規範，將安寧緩和療護納入相關法律、國家健康計劃以及國家健康預算。
2. 確保醫療保險將安寧緩和療護納入為常態性的醫療照護計畫。
3. 確保有足夠的途徑獲取緩解疼痛和提供安寧緩和療護的必要藥品和技術，包括針對不同年齡層的劑型。
4. 確保安寧緩和療護是所有醫療服務的一部分(從社區健康計劃到醫院)，所有人都有途徑獲取，醫療工作者可以提供基礎的安寧緩和療護服務，並且有安寧緩和專科團隊可供轉診和諮詢。
5. 確保弱勢群體，包括小孩和長者，可獲取適切的安寧緩和療護服務。
6. 與大學、學術機構以及教學醫院共同努力，將安寧緩和療護的研究及培訓納入現行的醫學教育中，包括基礎、中級、專業以及在職教育。

貳、安寧緩和療護理念之演進

經過比較世界先進國家安寧緩和療護之發展趨勢(附錄二)，國際潮流之安寧緩和療護理念乃從傳統演進為不限於末期診斷，旨在提升受生命威脅的病人及其家屬的生活品質。強調透過早期識別，病人共同參與共享醫療決策，在疾病進展過程，安寧緩和療護與特定治療介入可同時進行，安寧緩和療護應奠基於病人的需要，而非病人預後或預期壽命，涵蓋整個生命週期，而非僅限於成年人。安寧緩和療護模式演進為需針對各式醫療照護場域，發展各種場域的安寧緩和療護模式，強調各層級、各場域安寧緩和療護之轉銜與整合聯繫，包含社區的連結與參與，茲將 21 世紀以來安寧緩和療護的理念之演進整理如表二。

表二、21 世紀安寧緩和療護理念之演進

	傳統理念	21 世紀理念
觀念	末期疾病	嚴重進行性疾病
	只有數週到數月的預後	受生命威脅
	癌症	所有進行性疾病或狀況
	進行性惡化	進行中的病程但常有偶發性惡化
	死亡率	盛行率
療護模式 及組織	治癒性或緩和治療選擇其一	同時進行
	單一專科治療或緩和醫療專科	兩者視需要可同時接受
	預後作為專科服務的準則	複雜或嚴重度作為準則
	在專科服務中很晚才界定	在社區或各種場域早期界定
	固定單一方向介入	較有彈性的介入
	病人是一個被動角色	預立醫療照護諮商與預立醫療決定
	片斷式的照護	整合式照護
前瞻式計畫	緩和醫療服務	各種場域的安寧緩和療護模式
	專業服務	在各種不同場域的行動
	機構式	社區式
	服務取向模式	以全人為基礎
	個人服務	系統性服務

Reference: WHPCA (2017). Building Integrated Palliative Care Programs and Services.

參、兒童安寧緩和療護與照護模式

安寧緩和療護涵蓋整個生命週期，而非僅限於成年人。台應推展至新生兒、兒童與青少年等不同年齡層之照護，發展出台灣照護模式。兒童安寧緩和療護與照護模式乃奠基於安寧緩和療護核心理念與共通原則下，聚焦於兒童的發展需求及其家庭特殊性照護需求，提升兒童及其家庭的生活品質。

世界衛生組織(WHO)在 1998 年針對兒童安寧緩和療護的定義，說明兒童安寧緩和療護與成人安寧緩和療護密切相關，但有其特殊性的療護面向，說明如下：

- 兒童安寧緩和療護是對兒童生理、心理與靈性的積極完整照顧，也包括為家庭提供支持。
- 兒童安寧緩和療護是從疾病診斷時開始，不論兒童是否同時接受針對疾病的治癒性治療，都要持續提供照護。

- 醫療人員必須評估並減輕兒童的生理、心理和社會方面的痛苦。
- 有效的兒童安寧緩和療護，需要多元的跨專業團隊來提供，照顧對象也要包含家庭。同時要結合現有的社會資源提供照護。
- 這個照護可以在兒童醫院或各級醫療服務場域、基層醫療等，甚至也可以兒童家裡提供居家照護。

兒童安寧緩和療護在國際上強調整合式照顧(integrated care)，從高風險診斷建立之初就開始逐步介入，再依實際病情進展，持續在治療過程中調整安寧緩和療護所佔的比重，無論預後是否立即死亡，都能提供最適切的醫療照顧幫助病童及其家庭獲得有品質的生活與生命。依照每位兒童的狀況不同，安寧緩和療護可以是單獨存在，或者與治癒性治療並存。同時在安寧緩和療護期間要注意症狀控制、舒適照護與促進溝通，提供生活品質最佳化的照護，並兼顧社會、心理與靈性的照護，以及家庭與手足的支持。其中兒童要注意其發展、學習、遊戲以及心願完成。接近臨終時要注意除了臨終照護之外，需要及早進行哀傷撫慰，並提供長期支持。

肆、新生兒安寧緩和療護與照護模式

一、周產期與新生兒的定義

依世界衛生組織定義，新生兒係指出生後 28 天內的嬰兒。而周產期的定義目前則尚未統一，如世界衛生組織訂為孕期 22 週以上到出生後 7 天為止；而美國小兒科醫學會則綜合多方建議，訂為孕期 20 週以上到出生後 28 天為止。隨著產前超音波與基因診斷醫療科技之進展，產前胎兒異常之診斷所衍伸之終止妊娠、或死產議題，周產期安寧緩和療護須被重視。

爰此，有關台灣新生兒安寧緩和療護涵蓋的範圍係指當妊娠週數達 20 週以上出生一直到出生後 28 天內的新生兒。出生後持續在新生兒科加護病房的嬰兒，即使超過 28 天，亦可依需求提供新生兒及其家庭安寧緩和療護。此外，針對 20 週前胎兒死亡之孕產婦及其家庭，亦可依需求提供哀傷撫慰之持續性支持。

新生兒安寧緩和療護為一個動態的過程，從診斷初期即可開始介入，與治癒性治療同時

進行，兩者的比重會隨著疾病進展而變化。同時在安寧緩和療護期間要注意症狀控制、舒適照護與促進溝通，並協助擁抱、親子互動等發展性支持照護，提供生活品質最佳化的照護，並兼顧社會、心理與靈性的照護，以及家庭與手足的支持。並非所有嬰兒都可能面臨死亡，但當死亡是不可避免時，哀傷撫慰應在嬰兒過世前即開始進行。新生兒安寧緩和療護需要跨團隊的共同照護，原新生兒照護團隊與父母間有相對較佳的信任基礎與熟悉度；而專業安寧緩和療護團隊的介入則能有更全方位的哀傷撫慰與資源運用。兩者合作與互補的模式，可各自做最適切之調整。

二、新生兒安寧緩和療護五大情況

由於新生兒疾病多元、合併多重異常且隨著疾病進展，其中新生兒死亡以先天性畸形、變形及染色體異常佔多數，難以界定一個確切的時間點將新生兒安寧緩和療護列入醫療的考慮之中，以下情況可做為新生兒安寧緩和療護及早介入之參考：第一類：壽命不長或嚴重併發症高比率的疾病，其提早死亡是無法避免的情況。第二類：持續進行的疾病，沒有治癒的機會，除了安寧緩和療護，沒有其它治癒方法，病程可能會延續多年。第三類：此威脅生命的狀況，有可能被治癒，但也有可能失敗。一旦成功治癒，就不需要安寧緩和療護，然而當治療失敗，則可能需要安寧緩和療護。第四類：出生在存活邊緣週數的早產兒。第五類：非進行性疾病但會造成不可逆轉之嚴重失能的狀況、很容易有嚴重併發症及可能提早死亡、很可能嚴重影響生活品質。爰此，由於新生兒疾病診斷與預後的不確定性，但又須考慮成長潛能，每一個體與其疾病軌跡不同，然因隨著疾病變化，進入或退出安寧緩和療護應該是一個反覆評估與決定的動態循環。

伍、台灣安寧緩和療護發展基石

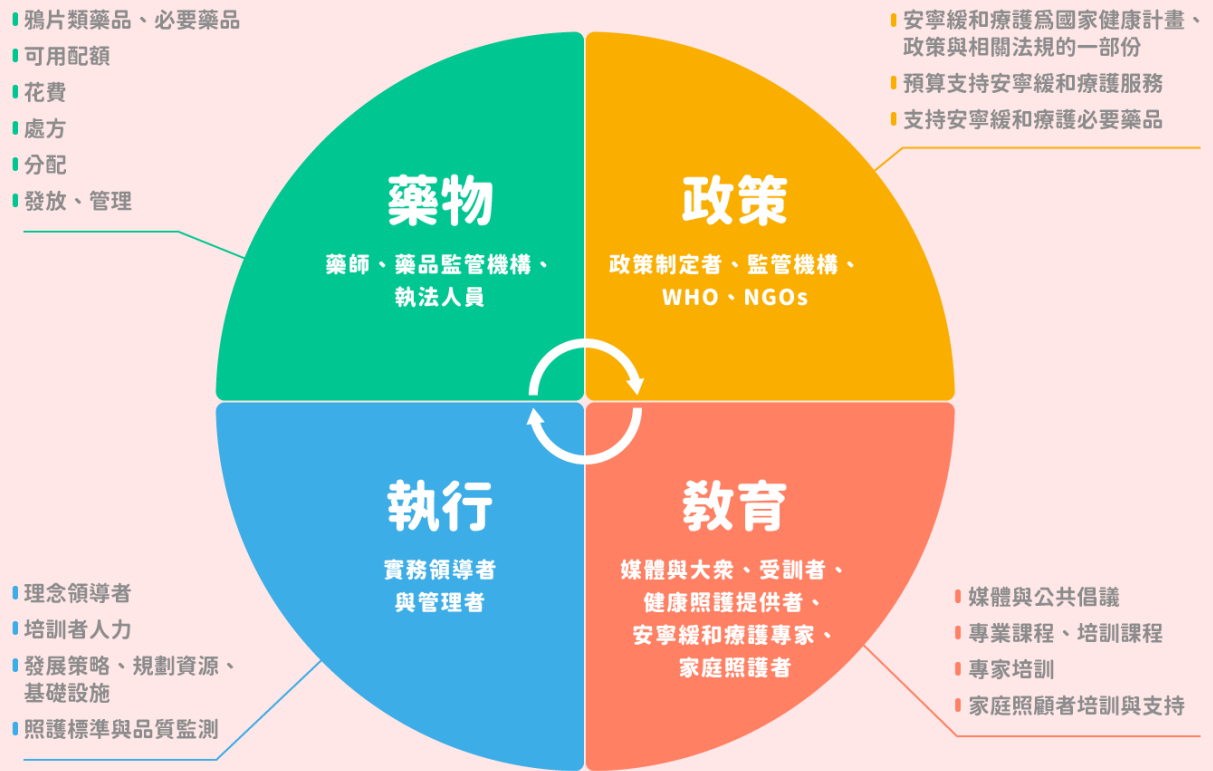
2014年世界衛生大會決議案(World Health Assembly Resolution) WHA 67.9 提及「安寧緩和療護作為生命歷程中整體照護的一部分(strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course)」，其四大面向發展基石(包含政策、教育、藥品

與執行四大面向)可做為台灣安寧緩和療護三大願景之重要基礎，茲說明其涵蓋範圍如下(圖二)：

- 發展整合性安寧緩和療護之政策
- 確保安寧緩和療護有足夠的預算
- 教育民眾、公共倡議、專業培訓、家庭照顧者培訓與支持
- 評估全國各地安寧緩和療護的需求
- 精進麻醉藥品管理政策
- 建立照護品質標準與稽核

台灣安寧緩和療護理念自萌芽開始，至今已推動了近三十年(台灣安寧緩和療護推動之歷程詳載於附錄二)，照護對象不再侷限於癌末病患、由醫院走向社區，台灣安寧緩和療護倡議已然成為推廣善終理想之社會運動。2015年經濟學人智庫(Economist Intelligence Unit, EIU)進行的臨終病人「死亡品質(quality of death)」調查(附錄三，附錄四)，在80個受評比國家中，台灣名列第6、亞洲第1，表彰台灣在安寧緩和療護領域的努力與成就。這項成績主要歸功於我們擁有先進的立法與健保支持，但在實務上或政策上，要提升病人死亡品質，尚有許多改善空間，從政策擬定到臨床照護品質提升，亟需凝聚各界共識，擘劃一套全國共同努力的藍圖，這也是制定本白皮書的初衷。

未來台灣安寧緩和療護發展宜比照先進國家，並呼應世界衛生組織(WHO)與國際安寧緩和療護協會(IAHPC)所提出之安寧緩和療護定義精神：**不分疾病、全齡人口、疾病全程、普及皆有**，以照護需求為導向，收案對象不分疾病，只要病人需要，即可接受安寧緩和療護。進一步由國家政策領航第三波安寧緩和療護運動，持續推展老人、兒童等全齡人口安寧緩和療護，且及早介入，普及發展社區與長照安寧，不分族群，所有人皆有機會獲得高品質安寧緩和療護，並建立慈悲關懷友善城市，協助病人善終，且善用新科技與人工智慧醫療結合於安寧緩和療護中，讓家屬亦能順利地經歷照顧末期病人與其善別及善生，確保安寧緩和療護服務品質。



圖二、台灣安寧緩和療護之發展基石

台灣安寧緩和療護之發展願景藍圖

台灣安寧緩和療護發展願景

三大願景

1

尊重個人獨特性與價值觀
所有人皆有機會善生與善終

2

提供整合性的五全療護
讓舒適與生活品質最佳化

3

確保療護團隊的專業知識、態度與技能
提供協調性療護

透過願景的邁進與開展，即每個人應被視為具獨特性的個體，個人及其家庭之價值觀、文化、宗教信仰等能被尊重並融入安寧緩和療護之中。人們有權表達期待，透過醫病溝通坦誠對話，參與自身醫療決策，每個人均可公平獲得符合期待之個別性照護計畫。其次，安寧緩和療護團隊能及早有效地評估個體之身、心、社會與靈性需求，提供全人、全家、全程、全隊與全社區之五全照護，有效的症狀控制並緩解受苦，提升病人及其家庭之舒適度和幸福感，並可持續性監測照護品質並追蹤改善成效。無論身在任何醫療場域，病人所得到的照護是具協調性的，專業人員隨時準備好可以照顧，具備足夠的能力(competent)、信心(confident)與關懷(compassionate)，每個社區皆準備好可以相互支持提供情緒與實質的幫助。這些願景需要國家政策支持、每個人、組織和整個社會共同努力，提升國家整體的安寧緩和療護品質，協助病人善終。

願景一 尊重個人獨特性與價值觀，所有人皆有機會善生與善終

公民意識提升生命與死亡識能(life and death literacy)
深化民眾生命教育，死亡是生活事件，不只是醫療事件，提升生命與死亡識能，主動參與自身照護計畫
醫病溝通坦誠對話
每個人都應有可以坦誠討論關於預立醫療照護諮商、臨終、死亡、失落和哀傷的機會，有效溝通幫助病人及其家庭確認安寧緩和療護目標
賦權與意願表達
賦權參與自身的健康照護行動，人們有權表達期待，獲得符合期待之個別性安寧緩和療護計畫
文化適切性療護
個體及其家庭之價值觀、文化、宗教信仰等能被尊重並融入安寧緩和療護之中
每個人都重要
安寧緩和療護系統必須滿足各年齡層瀕死者的需求，以照護需求為基礎，不分疾病別照護給付，並能預測和支持將與失落共存的人
訊息透明化
公開透明化呈現安寧緩和療護動態更新資料，呈現組織結構面品質，提供民眾選擇，以及建立回饋反映管道
所有人均有公平獲得安寧緩和療護的機會
發展以人口為基礎的生命末期照護服務需求評估，衡量服務的公平性與可近性，確保所有人能公平獲得照護，包含弱勢、易受傷害群體等

一、現況分析

(一)現有政策規劃

1. 台灣已通過安寧緩和醫療條例、病人自主權利法(病主法)。
2. 「住院安寧療護」、「安寧共同照護」以及「安寧居家療護」(包含甲類與乙類)的範圍擴大適用對象，由原來的「癌症末期病人」及「末期運動神經元病人」，擴及到「老年期及初老期器質性精神病人」、「慢性腎衰竭及腎衰竭未明病人」、「慢性肝病及肝硬化病人」、「急性腎衰竭未明病人」、「肺部其他疾病病人」、「慢性氣道阻塞疾病，他處未歸之病人」、「心臟衰竭病人」及「其他大腦變質病人」等八類重症末期病人。
3. 「緩和醫療家庭諮詢費」已納入健保給付，放寬申報次數由每人每院限 1 次調整為 2 次；另適應症除現行住院重症末期病人外，亦納入急診末期病人，擴大提供緩和醫療諮詢服務之範圍。

(二)問題與需求

1. **民眾死亡識能尚嫌不足**：民眾受傳統文化束縛，忌諱談死，而文化宗教思想因素亦可能影響其對生命與死亡的看法，以及對醫療照護的理解。須將華人文化善終的理念與智慧融滲於台灣安寧緩和療護的推展觀念中，激發共鳴並引領社會之風氣。健康識能(health literacy)係指決定個人獲取、理解和運用資訊，以促進並保持良好健康的動機和能力之認知和社會技能。健康識能亦反映出健康不平等的醫療照護議題，文獻證據顯示低識能者與較差的身心健康和較高的急診服務使用相關。醫療照護者能識別疾病末期和面臨死亡高壓情境對個人現有的識能水平施加的壓力，以及快速和敏感地依不同對象調整不同的溝通方式有其必要性。台灣雖是亞洲第一個通過安寧緩和醫療條例的國家，迄今(2019 年)上路 18 年，但截至 2018 年 11 月，全國「預立安寧意願註記」僅 57 萬餘人，顯示台灣民眾仍須加強死亡識能之教育。
2. **安寧緩和療護服務利用率偏低**：癌症病人死亡前 1 年安寧緩和療護利用情形，雖由 2000 年 7%提升至 2017 年的 60.9%，但被健保納入給付的八大非癌末期病人

卻很少利用此項服務，死亡前一年使用安寧資源者僅約 14.2%；癌症與八大非癌合計，死亡前一年使用安寧資源者僅約 25.2%。

3. **善終是每個人的權利，安寧服務對象不應有疾病限制：**我國安寧緩和療護健保給付收案條件僅限於十大類疾病，衰弱、以及病人自主權利法內符合第二到五款臨床條件者(不可逆轉之昏迷、永久植物人、極重度失智、或其他疾病痛苦難以承受、無法治癒且無其他合適之醫療解決方法之疾病)收案受限。按世界衛生組織(WHO)定義只要是「威脅生命的疾病(life-threatening illness)」到了生命末期，抑或是國際安寧緩和療護協會(IAHPC)定義各年齡層因罹患嚴重疾病而導致健康方面出現嚴重受苦的個人，均可列為安寧緩和療護照顧的對象。參考先進國家作法，並未限定疾病別，相關學會或醫院應依臨床需求提案調整臨床適應症。此外，「八大非癌」的分母族群，尚未明確公告疾病診斷碼的範圍，以致各院亦無法統計服務情況。
4. **安寧療護資源量寡與不均：**2018 年台灣共有 74 家醫院提供安寧住院，總床數 838 床，占床率僅 56.96%。醫改會 2017 年調查發現，各縣市雖然有開辦安寧居家(乙類)的基層院所，但實際有提供服務比率偏低，宜進一步精確估算整年度全部安寧居家乙類團隊，年度總收案量與各團隊收案數的中位數與平均數，以能確實反映實際服務狀況。根據衛福部申辦安寧居家(甲類)院所名單(截至 2018 年 12 月 31 日)，目前共有 118 所醫院或居家療護所提供安寧居家的服務，以全國約 2300 萬人口計算，每一家醫療院所要服務 20 萬人口，與歐洲安寧緩和學會 European Association for Palliative Care (EAPC)所建議的每 10 萬人口應有一個能 24 小時提供服務的緩和醫療居家團隊仍有相當的差距。
5. **民眾對安寧緩和療護相關政策與資訊的了解不足：**醫改會 2017 年 10 月委託台灣指標民調進行的全國民意調查發現，民眾對安寧緩和療護資訊出現「三低現象」：僅 8.9%民眾知道附近哪裡有居家安寧團隊、不到三成民眾有聽過政府安寧或病主法的宣導、知道病主法的民眾從剛立法通過時的 45%下降至僅 24%知道。
6. **民眾接受醫療共享決策與預立醫療照護諮商概念的意願不高且亟待普及：**前監察委員黃煌雄所提出的健保總體檢報告書提到，若能有效控制加護病房內的無益醫

療，每年將可提供加護病房 6 萬多天的住院日數，以服務更多需要的人群，並每年至少減少 19 億元之加護病房支出，避免無益醫療(futile medical treatment)耗費醫療資源。醫改會 2017 年調查發現，有 76%的民眾願意接受預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)，但如果告知接受諮詢需要付費 2000 元時，原本有意願者只剩 44%有意願。

二、未來目標(2021-2025)

(一)提升國民生命與死亡識能

1. 提升國民的死亡識能，增加接受安寧緩和療護意願與預立醫療決定註記人數。
2. 提升民眾知道預立醫療照護諮商(ACP)的比例。

(二)提升安寧緩和療護服務涵蓋率

1. 有需求的民眾都能清楚知道尋求安寧緩和療護的管道及瞭解各團隊的品質。
2. 提升末期(癌症和非癌)病人死亡前 1 年接受安寧緩和療護服務比例。
3. 提升安寧緩和療護病床占床率。
4. 適度提升安寧緩和療護預算佔健保總支出比例，以及平均每位市民享有的安寧緩和療護經費。
5. 健保署每年公布安寧緩和療護相關給付/使用情形年報。

(三)提升兒童與新生兒安寧緩和療護服務可近性

1. 各醫療網之地理單位都至少有一家可以提供兒童與新生兒安寧緩和療護的醫療團隊。
2. 所有醫學中心與兒童醫院都有可以提供兒童與新生兒安寧緩和療護的醫療團隊。
3. 各醫療網之地理單位都至少有一家可以提供流產、胎兒、與周產期安寧緩和療護的醫療團隊。

(四)所有人均有公平獲得安寧緩和療護的機會

1. 不會有病人或家屬因拒絕治療而受歧視或差別對待。
2. 有需求的民眾都能在距離住家 30 分鐘車程內得到需要的安寧緩和療護服務。
3. 台灣 50 個醫療次區域，都有安寧居家甲類服務。

4. 每 10 萬人口應有一個能 24 小時提供服務的緩和醫療居家團隊。
5. 為不同人口密度、幅員的醫療次區域，建立不同的安寧緩和照顧模式。

三、執行策略

(一)建立「不分年齡層與疾病別」之安寧緩和療護需求評估辨識系統：調整安寧緩和療護臨床適應症。以需求(needs-based)和生活品質為導向，及早轉介，並融入醫療院所政策之中，涵蓋社區嚴重衰弱老人、新生兒、遊民、新住民、原住民等相對弱勢族群。

1. 所有醫學中心與兒童醫院設立兒童與新生兒安寧緩和療護團隊。
2. 各醫療網之地理單位至少有一家可以提供流產、胎兒、與周產期安寧緩和療護團隊。
3. 提供兒童、新生兒、流產、胎兒、與周產期安寧緩和療護專業服務適當的給付。
4. 兒童、新生兒、流產、胎兒、與周產期安寧緩和療護專業服務列入醫學中心與兒童醫院評鑑需求。
5. 安寧緩和療護不分疾病別，諸如神經科相關疾病：失智症、植物人、神經性罕見疾病、神經系統嚴重失能等病人，除了神經科專業評估及治療外，需融入安寧緩和療護理念，提供整合性之五全療護。

(二)推展民眾教育，促進生命與死亡識能：死亡是生活事件，不只是醫療事件，民眾需要具備足夠的識能水平才能夠真正參與共同決策。生命與死亡識能教育，應從小紮根，全面融入各層級教育中。提高公眾意識，鼓勵人們坦然談論死亡。

(三)重視傳統文化與宗教信仰對於民眾生死觀之影響：發展紮根於本土文化與信仰之死亡教育與靈性照護模式，協助找到傳統家庭觀對於孝順責任與愛的表達方式與意義，針對醫療人員與一般民眾實施，並結合於末期照護。

(四)賦權於公民個體，促使他們能夠參與到集體的健康照護行動中：透過社群媒體宣導、病人自主、預立醫療照護諮商及預立醫療決定的推廣及教育，鼓勵思考生命的意義及對疾病後期生活品質的期待，捍衛善終自主權。

(五)透明化呈現療護資訊及醫療服務等相關信息：安寧緩和療護報告、評鑑結果、網路動態資料，呈現組織結構面品質，包括安寧病房人力比、成員受訓比例、各醫院之安寧病床總床數、安寧病床占床率、居家安寧服務辦理情形等，幫助民眾運用資訊，作出符合自身期待與價值觀之醫療照護決定。

(六)依照實證資料修訂及調整安寧緩和療護預算：透過安寧緩和療護、無益醫療支出等健保資料分析研究，提供實證資料，並依實證修訂及調整安寧緩和療護預算。

(七)發展以人口為基礎的生命末期照護服務需求評估，衡量服務的公平性與可近性。為不同人口密度、幅員的醫療次區域，建立不同的可行性照顧模式，以切合該地區之需求。

(八)全面提升生命與死亡識能：

1. 全面進行病人自主權利法與安寧緩和醫療條例之宣導與倡議。
2. 培訓種子教師，於臨床端進行人員培訓以擴展服務機構與對象。
3. 善用社群媒體進行民眾宣導以持續提升國人之死亡識能。
4. 納入醫療人員基礎教育課程，以能及早建立正確識能並培養溝通技能。
5. 運用各項媒體，提升相關背景知識

(九)營造友善信任之醫病互動與跨科別合作關係：

1. 醫療團隊藉由平時之醫病互動建立友善的信任關係，以促進生命末期照護議題討論之進行。
2. 醫療機構內/間須建立有效率且友善之合作機制，不同科別(例如：急診與安寧緩和療護團隊)之間，甚至跨層級(例如：社區、地區醫院與醫學中心)的轉介與合作。
3. 同機構不同職類(例如：醫、護、社工、心理、宗教師、志工)之溝通與相輔相成，不僅能發揮各自角色功能，更能使預立醫療照護諮商中討論之面向更臻完備。
4. 醫學中心擔任指導與輔助之角色，協助其他層級醫療院所之醫療團隊執行預立醫療照護諮商業務。

(十)政府與醫療機構之支持與資源分配：

1. 提供資源給各級醫療機構，訂定獎勵措施，協助其推廣安寧緩和療護理念並執

行安寧緩和醫療條例及預立醫療照護諮商。

2. 各醫療機構高層應視推展安寧緩和療護與病人自主權業務為重要任務，並提供人力、空間與設備之協助。
3. 鼓勵相關研究以提供最新資訊與證據，作為臨床執行上之參考。
4. 國家與醫療機構提供適度的經費補助，以提高醫病雙方投入安寧緩和療護與預立醫療照護諮商的意願。
5. 鼓勵民間資源投入安寧緩和療護的發展，檢視並排除法令障礙，幫助善終理念之推展。
6. 針對低收、中低收入戶等弱勢族群，提供預立醫療照護諮商優免等服務。

(十一) 完整且有系統的記錄與資訊共享平台：

1. 設置國家統一之網路平台以記錄所有參與安寧緩和醫療條例與預立醫療照護諮商之案件註記。
2. 定期進行資料整理與統計分析以了解執行之趨勢，做為未來資源分配與臨床執行之依據。

願景二 提供整合性的五全療護，讓舒適與照護品質最佳化

整合的全人、全家、全程、全隊及全社區之「五全」療護，以病人最大福祉，緩解病人的不適與苦痛，提供全人及以家庭為中心之整合性照護；發展以病人及家屬需求為基礎，安寧緩和療護及早介入，提升生活品質，維持個體最大化功能與社交參與，營造安寧緩和療護慈悲關懷友善城市，讓病人及其家庭舒適與生活品質最佳化，協助病人善終，並提供喪親家庭持續性哀傷支持。此外，建立照護品質監測系統與回饋改善機制，確保所有人均可獲得具品質之照護。

全人	關注各種形式的苦痛及不適
	苦痛經驗可能因身體症狀、情緒、心理或社會或靈性苦痛而引起或複雜化加劇，需早期辨識、全面評估苦痛不適的源由，瞭解並致力緩解
	熟練的評估和症狀控制
	疼痛和症狀控制、提供舒適照護為首要責任，同時須確保醫療照護者具備與時俱進症狀控制及舒適照護的能力
	獲取症狀緩解藥物之可及性
	藥品取得便利性和不致濫用間達到平衡，方便獲取緩解症狀之藥品和設備，以因應不同照護地點病況變化的需求
全家	以人為本，以病人最大福祉為考量
	了解病人的期待與關心的問題，提供符合病人最大福祉之安寧緩和療護，擬訂與協調具個別性、整體性與持續性之照護計劃和服務，提升生活品質
全家	以家庭為中心之安寧緩和療護
	關懷支持家庭照顧者及其他相關者，尊重並評估其需求，以提供安寧緩和療護與喘息服務
全程	早期安寧緩和療護，提供無縫接軌照護
	各年齡層罹患生命受威脅之個體，在有需求時能及早獲得安寧緩和療護，並提供系統性安寧緩和療護網絡與諮詢服務，提升生活品質
	復健性(rehabilitative)安寧緩和療護
	疾病衰退過程中維持個體最大化的活動功能和社交參與，依其需求及發展階段提供個別化支持性照護，協助適應
全隊	哀傷撫慰持續性照護系統
	照護個體及其家人、朋友、照顧者、重要他人及其社群，幫助其經歷失落、哀傷和喪親歷程
全隊	跨專業團隊合作
	結合醫、護、社工、靈性服務人員及其他相關專業成員，提供跨團隊服務，積極建立夥伴關係，以深化不同層面之照護

全 社 區	友善關懷和具復原力社區
	與在地民眾協力合作，招募與培訓志工，建構在地資源，連結個人與社區組織，支持發展在地化安寧緩和療護，促使家庭、鄰居和社區組織能夠互助支持
品 質 監 測	照護品質監測與回饋改善機制
	綜合運用以人為本的品質監測指標與分析，並追蹤改善成效，確保所有人均能獲得具品質之照護
	以實證為基礎之臨床照護指引
	以具實證基礎之預測與分析，引導臨床照護標準、推動組織策略，並提供訊息作為照護品質之回饋改善機制

第一節 安寧緩和療護品質之稽核與監控

一、現況分析

(一)現有政策規劃

1. 106 年度醫院評鑑基準，其中與安寧緩和療護有關之評鑑基準及評量項目，主要包括：【2.3.18 有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務】、【2.3.19 安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理】及【2.3.20 適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄】。
2. 目前國內安寧病房護理人力與病床數比為 1:1，安寧居家醫護人員的訪視次數，每月上限訂為 45 次，以確保療護品質。
3. 中央健康保險署於 2015 年提高全民健保安寧療護支付點數，住院安寧療護每日支付點數由 4,930 點調至 6,409 點；安寧共同照護試辦方案之照護費支付點數由 850-1,350 點調至 1,275-2,025 點；安寧居家療護(含社區安寧)依服務提供地點區分為在宅或機構訪視費，在宅訪視費調升最高每次訪視 2,475 點，機構訪視費支付點數調升最高每次 1,980 點；臨終訪視費由原先 2,500 點調升為 5,000 點，並增列服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。

(二)問題與需求

1. 安寧緩和療護品質監測指標需更多元以確實反映照護品質。全民健康保險安寧共同照護試辦方案訂有多項照護評估指標，如：安寧共照後簽署不施行心肺復甦術(DNR)比率、接受共照後轉入加護病房人次比率、收案至結案家屬病情認知等，雖逐年增加，但欠缺從接受服務者端之評量與質性回饋，與民眾所關心是否可以得到優質照顧之感受有落差。
2. 安寧緩和療護專業人力缺乏與品質參差不齊，造成民眾負面觀感，影響民眾信任感。

3. **各科之安寧相關照護指引必須依照各專科領域逐步發展**，如何監測照護指引於臨床應用之情況，以及運用實證資料改善臨床照護，值得追蹤探討。
4. **評鑑須能辨識出真正的品質**。衛生福利部的醫院評鑑標準中已納入安寧緩和療護項目，然而，該評鑑內容僅就安寧緩和療護的軟、硬體設備，包括教育訓練、人力配置及硬體設施等基本結構面評核，僅能說明符合安寧基本標準，並無法呈現照護臨床品質。此外，優質照護品質須成為習慣，不能僅靠橫斷式年度評鑑，須持續監測照護品質，維持優質照護品質之穩定性，並追蹤改善成效。
5. **各職類跨專業成員多未被納編**。台灣在 2015 年經濟學人的全球安寧評比雖表現頗佳，但報告顯示台灣安寧團隊中社工與心理人員仍待補足，且臨床心理師、心理諮商師、藝術治療師、音樂治療師、宗教師、靈性關懷師與兒童醫療輔導師(child life specialist)等多未被納編，醫療團隊需自籌或靠捐款負擔編制外的人事成本。此外，專業心理照顧內含於安寧緩和療護住院給付的論日計酬中，未訂定人力標準，聊備一格之專業心理靈性照顧影響全人療護之深化與團隊照護能量。
6. **健保給付欠缺誘因**，醫療院所無心於設置安寧緩和療護病房、培植與聘任專職之各種安寧緩和療護相關人力、及發展安寧緩和療護服務。
7. **缺乏哀傷撫慰持續性全程照護體系**。在病人過世後，健保停止給付，哀傷高風險喪親家屬後續照護無以為繼，社區欠缺哀傷持續性支持網絡與轉介系統，幫助其經歷失落、哀傷和喪親歷程。
8. **衰弱、多重共病者、非癌症疾病病人安寧涵蓋率低且介入晚**。根據統計，癌症病人死亡前 1 年安寧緩和療護利用情形，由 2000 年 7% 提升至 2017 年的 60.9%，但被健保納入給付的八大非癌末期病人則甚少利用此項服務。八大非癌末期病人死亡前一年使用安寧資源者僅佔 14.2%；癌症與八大非癌合計，死亡前一年使用安寧資源者僅約 25.2%。許多文獻已指出非癌症疾病的晚期進展性疾病病人，可從及早安寧緩和療護協助中獲益，衰弱嚴重程度對死亡具有強的預測性，及早識別有惡化風險的族群及其安寧緩和療護需求有其重要性。
9. **癌症病人接受安寧緩和療護不允許病人同時使用緩和性(palliative)化療藥物**。重度居家病人收案條件須有管路，且每月只能訪視一次，以及癌症病人接受安寧緩

和療護不允許病人同時使用緩和性(palliative)化療藥物，難以落實早期安寧緩和療護，以及影響病人生活品質。

10. **當前居家訪視給付未能按勞逸差別合理區分。** 重度居家醫療護理(S2)，居家訪視更換三管費用 2,055 元/次，且特殊處置及衛材(氣切套管、矽質管路)可額外申報，機構訪視費 1,644 元/次，花費時間約 30-60 分鐘；而安寧居家療護(S3)訪視費用 2,250 元/次，包含機構末期住民特殊衛材、居家靜脈注射衛材費用在內，機構訪視費 1,800 元/次，花費時間約 2-2.5 小時，醫師居家訪視費 1,553 元/次，病人進行腹水放液處置費用包含在內，醫師機構訪視費 1,242 元/次。安寧居家訪視病人越多，成本耗損相對提高，影響醫院提供安寧居家服務之意願。
11. **推動慈悲關懷友善社區有其必要性，不能僅仰賴醫療資源挹注。** 安寧緩和療護是健康服務體系的一部分，然而傳統醫療體系中並無法事先預防哀傷與提供返回社區後之持續性哀傷支持。此外，從國家經濟現狀考量，世界各國對於醫療照顧的預算趨平緩，甚至衰退，包括安寧緩和療護資源都將可能受到限制，不能僅仰賴醫療資源挹注，推動慈悲關懷友善社區有其必要性，國內慈悲關懷友善城市推動正萌芽起步中，亟待進一步建立。
12. **安寧緩和療護涉及多個政府部門，需有跨部會協調機制。** 自 1995 年前行政院徐立德副院長責成當時的衛生署(現為衛生福利部)全力推動安寧緩和療護之後，安寧緩和療護業務歸屬於保健處，後又歸屬於國民健康署癌症防治組之下；醫療法及相關法規之研訂、醫事人員管理、醫院評鑑之規劃及執行隸屬醫事司；國家衛生研究院負責全國政策研擬；中央健康保險署(健保署)執掌承保政策與醫療給付；食品藥物管理署負責管制藥品管理相關法規。安寧緩和療護涉及多個政府部門，需有跨部會協調機制，若未來安寧緩和療護服務對象擴大至癌症以外的病人，不分疾病別，需有更高階層或專責的管理單位，並擴大經費挹注。

二、未來目標(2021-2025)

(一)末期病人症狀控制與舒適極大化

1. 末期病人不適症狀可獲得及時評估與有效控制。
2. 末期病人均能依其個別性接受到所需之舒適護理。
3. 疾病衰退過程中維持個體最大化的獨立性功能和社交參與。
4. 末期病人及其家庭之身心社會與靈性需求能被專業評估，並獲得具個別性、整體性、持續性與協調性之照護計劃和服務。

(二)末期病人、照顧者、重要他人與喪親者能獲得安寧緩和療護持續性支持

1. 佈建社區哀傷撫慰支持網絡與服務模式，哀傷高關懷喪親者能被支持或轉介適當專業協助。
2. 全台 7/24 備援安寧緩和療護網建構完成，有照護需求者可及時得到協助。
3. 末期病人照顧者可獲得需要適當的培訓、諮詢與支持。
4. 全台各縣市建立慈悲關懷友善城市示範區進而推廣響應。

(三)提升安寧緩和療護之臨床照護品質

1. 衛生福利部成立安寧緩和療護業務之歸屬、管理與監督專責單位，每年定期召開跨部門合作會議。
2. 每四年依安寧緩和療護評鑑指標進行評鑑稽核與實地訪視並公告結果。
3. 安寧緩和療護人力、病床、居家訪視標準合理且可確保品質。
4. 各職類跨專業成員納入療護團隊正式編制，安寧團隊有專屬的心理師、社工師、靈性關懷師等專業成員。
5. 每年度監測、分析及檢討安寧緩和療護品質相關指標並建立管考機制，指標監測包含：生命末期病人死亡前一年內接受安寧緩和療護之比例、接受安寧緩和療護小於 3 天的比例、使用加護病房的比例、使用急診大於 1 次的比例、接受插管的比率、接受 CPR 的比例、接受呼吸器維生的比例、安寧居家照護病人在宅善終率、非計劃性再住院率、安寧緩和療護家庭諮詢率、安寧緩和療護病房病人家屬服務滿意度等指標。此外，將疼痛、症狀控制、改善生活品質與日常活動功能等

列為安寧緩和療護之品質監測指標，瞭解症狀控制的有效性及其對病人生活品質提升之程度，以完整評估安寧緩和療護品質。

6. 醫療團隊經倫理思辨後，基於病人最大福祉，不採取無益醫療選項供民眾選擇。

三、執行策略

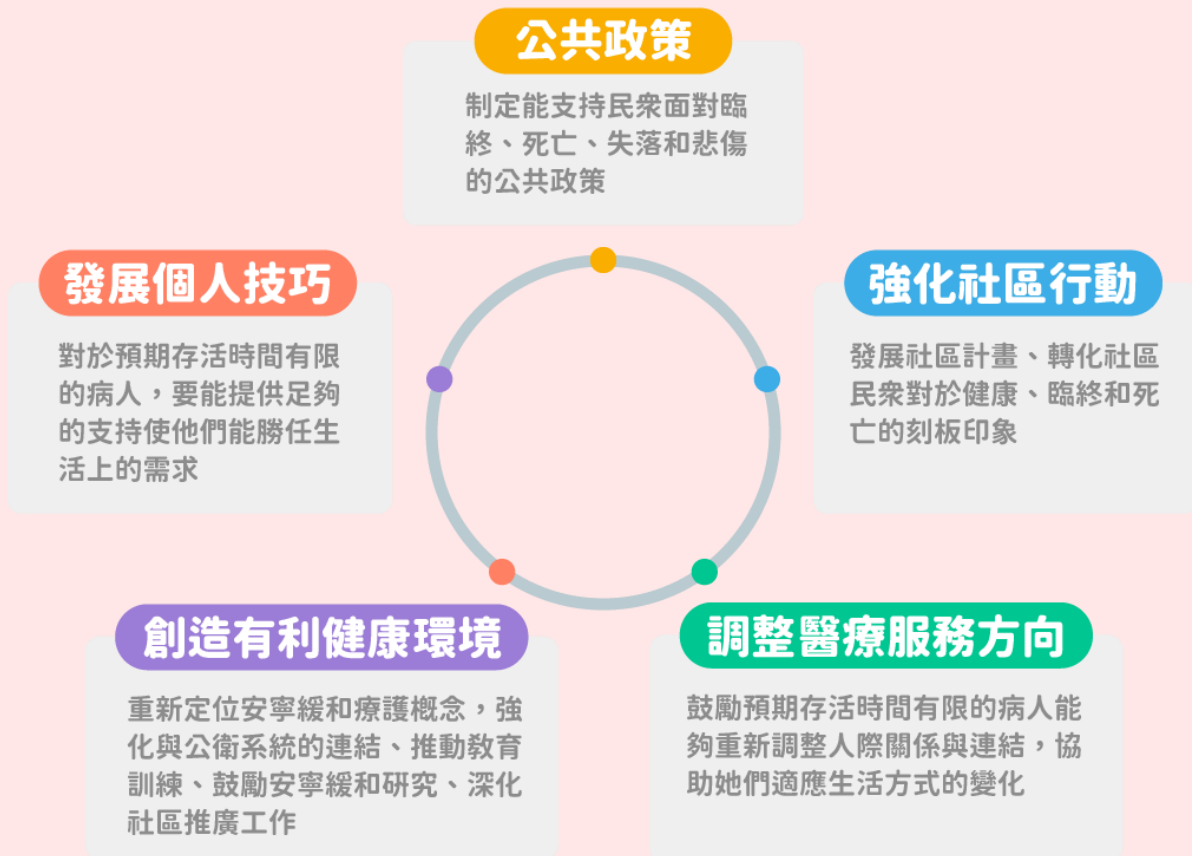
(一)病人福祉及「全人需求」作為安寧緩和療護的中心：團隊組織領導者需超越組織界線進行思考，並將自己視為更廣泛系統的一部分，整合連結病人所需相關資源，提供符合病人最大福祉的高品質照護。優質安寧緩和療護的八大面向品質確保，可以參考附錄六。

(二)照顧者應被視作不可或缺的重要夥伴並提供支持：照顧者為末期病人提供實質的照護和支持，或在協調其他照護者時扮演重要角色。照顧者通常對病人最為熟悉，能了解病人與掌握病人相關的資訊，尤其是進展至末期病程長之病人，例如：失智症、腎病末期等，有助於發展個人化、以需求為基礎的照護。因此，應強化家庭照顧者支持網絡，提供安寧緩和療護諮詢、多元性服務，為照顧者提供便於取得、具實證基礎之資訊、訓練計畫、喘息服務和其他符合其需求的資源，以增進照顧者知識及照護技能並發現及減少照顧者之壓力與耗竭。

(三)及早辨識以需求為基礎(needs-based)之安寧緩和療護：及早識別疾病軌跡的變化並開始與病人進行安寧緩和療護對話，有助於有需要者及早獲益於安寧緩和療護服務。非癌病人病程軌跡起伏不定，部分疾病病程長至數年以上且為進行性的退化，如：失智症等，加上可能伴隨多重共病症與併發症(comorbidity & complication)之複雜性，存活預估相對於癌症疾病更具挑戰性，安寧緩和療護應基於病人的需要，而非病人預後或預期壽命，尤其需了解症狀的嚴重程度及其對病人的功能和生活品質的影響。針對有高頻率接觸此族群之全科醫師、老年醫學科等醫療照顧者，如何開啟溝通對話之敏感度與溝通技能培訓有其重要性，並應在病人情況變差時，適時地討論安寧緩和療護作為醫療照護選項，協助及早獲得安寧緩和療護，疾病衰退過程中維持個體最大化的獨立性功能和社交參與，提升生活品質。

- (四)佈建全台 7/24 全天候備援安寧緩和療護網：於照護對象發生緊急狀況時，提供照護對象及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動醫療後援程序，有照護需求者可及時得到協助。
- (五)各職類跨專業成員納入安寧緩和療護團隊正式編制深化照護能量：跨專業團隊 (Interdisciplinary/Multidisciplinary Team) 有助於深化不同層面之照護，醫院能為有需要的末期病人及其家庭提供專業社心靈照護與支持，照護團隊有專屬並納入編制的心理師、社工師、宗教師、靈性關懷師、兒童醫療輔導師(child life specialist)、藝術治療師或音樂治療師等各職類跨專業成員，不同領域的專家各司其職互相合作，提供完善的安寧緩和療護服務。
- (六)結合社區支持療護資源與力量，推動慈悲關懷友善城市/社區(compassionate city/community)：推動慈悲關懷友善城市/社區需將社區視為照護的對象，有志工來源、籌募資金及營造公眾意識等配套措施，結合地方組織、宗教人士、社會福利機構、商業團體、學生社團等在地資源，了解當地民眾需求，並將老人、疾病和福祉、家人和照顧者、臨終關懷與安寧緩和療護等關懷照護在地化，與當地民眾協力合作，並與他們發展健康服務的夥伴關係及組織行動。將從直接服務、臨床的面對面、床邊的照護、急性的照護或制度的方法，轉向建構社區能力、行銷健康與福祉及發展夥伴關係，營造友善、共享社區氛圍，形塑關懷社會樣態，有助於涵蓋社區多面向的照護並付諸行動。慈悲關懷友善城市/社區為一項新大眾健康促進策略，分別建立健康的公共政策、創造支持性環境、強化社區行動力、發展個人技巧及調整服務方向，達成健康城市增能賦權之目標，根據 WHO 1986 年渥太華健康促進憲章 (Ottawa Charter for Health Promotion) 五大行動綱領，健康促進的安寧緩和療護觀點，成為健康城市之架構，如圖三。
- (七)辦理安寧緩和療護評鑑，訂定評鑑指標、稽核方式與督考把關機制：成立政府專責委員會，每年定期召開跨部會協調會議，或委託專業學會辦理安寧緩和療護評鑑，訂定能反映出安寧緩和療護服務品質過程面之評鑑指標、稽核方式、品質提升獎勵措施等把關機制，監控全國性安寧緩和療護品質與資源投入，並滾動式檢視修訂。

- (八) **建立全國性有效且有系統的評估病人的工具，施行標竿安寧緩和療護品質的獎勵計畫，建立公平的品質稽核與給付制度：**施行優良安寧緩和療護品質的獎勵計畫，樹立標竿學習典範。建立全國性有效且有系統的評估病人的工具，讓團隊間有共同的語言，可以依病人的需求提供照護計畫，進而收集到全國的數據，透過大數據分析來改善照護品質，藉由客觀數據的標竿學習法整體提升安寧緩和照護品質，建立公平的品質稽核與給付制度，避免流於醫院招徠或爭取健保給付之弊，有助於台灣安寧緩和療護正向發展。
- (九) **評鑑須能辨識出真正的品質：**訪查或稽核者應由安寧緩和療護專業人士參與，具備安寧緩和療護理念，避免與國際的安寧理念扞格。評鑑人員由有具安寧緩和療護學術、實務經驗及了解國際安寧潮流的專業團體代表參與，提供具體改善建議。
- (十) **建立病人反應回饋管道：**民眾意見與照護回饋有機會作為醫院政策、臨床療護的建議與修訂。可透過曾被醫院照顧過的病人或其家屬，提供建議與回饋以改善日後對其他病人照顧的方式，協助醫院提升照顧品質與安全。
- (十一) **安寧緩和療護服務組織內部品質監控與自治：**醫療院所成立委員會或組織等協調、訂定及推動安寧緩和療護品質，組織內部監控與自治，持續監測品質並進行問題改善，且能針對安寧緩和療護品質監控指標等資料統計、分析及檢討，以確保安寧緩和療護服務品質穩定性。
- (十二) **應用實證醫學佐證檢討改善實務運作：**結合研究建立具實證基礎的安寧緩和療護標準、指引和適用的成果指標，監測照護指引於臨床應用之情況，確實執行並定期檢討改善，運用實證資料改善臨床照護。



圖三、安寧緩和療護慈悲關懷友善城市/社區架構

(透過公共政策、創造支持性環境、強化社區行動力、發展個人技巧及調整服務方向，支持發展在地化安寧緩和療護之社區關懷的夥伴關係及組織行動，促使家庭、鄰居和社區組織能夠互助支持，達成健康城市賦能(empowerment)之目標)

第二節 藥品獲取之可近性及可及性

一、現況分析

(一)現有政策規劃

1. 現行藥品供給相關法規

- (1) 管制藥品管理條例施行細則
- (2) 醫院院內成癮性麻醉藥品管理注意事項
- (3) 末期病人居家治療使用成癮性麻醉藥品管理注意事項
- (4) 癌症疼痛成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項
- (5) 醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品使用指引暨管理注意事項
- (6) 吩坦尼穿皮貼片劑治療疼痛使用指引暨管理注意事項
- (7) 病人自控式止痛法(PCA)使用成癮性麻醉藥品指引暨管理注意事項
- (8) 藥師法 (及藥師法施行細則)
- (9) 管制藥品管理相關評鑑條文
- (10)食品藥物管理署透過「全民健康保險居家醫療照顧整合計畫」運作，提升管制藥品可行性

(二)問題與需求

1. WHO 提出的安寧緩和療護所需基本藥品建議清單，在我國雖多已完備，但管制藥品管理措施增加了參與社區醫療的藥局藥品管理負擔，致使基層診所卻步，限制了備用藥品的意願，社區安寧管制藥品取得可及性低。
2. 嗎啡等管制藥品供給、保存與管制嚴格，適應症或使用對象無法涵蓋所有安寧緩和療護病人症狀控制需求。
3. 末期居家療護病人須因應病況變化，個別化劑量調整或口服以外途徑需求高，相關學會或醫院應依臨床需求提案調整末期病人居家藥品使用。

4. 我國已有多種不同成分的強效鴉片類藥品可以使用，且涵蓋不同使用途徑、緩釋及速效藥物等多種劑型，但是同成分藥品劑量多元性、及部分特殊劑型(例如肛門塞劑)仍未完整。
5. 各專科、各專業醫療人員都可能療護有安寧緩和療護需求的病人，醫護人員的醫學專業及倫理等教育訓練，仍不足以適當使用強效鴉片類藥品，而讓某些有安寧緩和療護需求的病人受苦。
6. 社會大眾，包括病人或家屬，對使用管制藥品存有疑慮，包括把鴉片類藥品視為毒品的污名化，對副作用的過度強調與害怕，或是標籤化鴉片類藥品與死亡的連結。
7. 某些症狀緩解所需的「非鴉片類」藥品，其藥品適應症或健保給付不足以符合安寧緩和療護需求，例如用於緩解神經性疼痛的藥品(某些抗癲癇藥品、抗憂鬱藥品)、較低腸胃出血副作用的消炎止痛藥(COX-2 inhibitor)等只給付於其他特定適應症。
8. 2014 年美國之鴉片類藥物(ME)用量為每人 501.61 毫克、加拿大 732.53 毫克、英國 263.35 毫克，韓國 52.27 毫克、日本 24.31 毫克、台灣 16.45 毫克，籲請政府適度針對老人及非癌症末期病人，放寬管制藥物的使用限制，以增進可近性與可用性。

二、未來目標(2021-2025)

(一)有需要的病人都能獲得必要的藥物以控制症狀

1. 不同場域之安寧緩和療護病人，都能適當且適量(足量)獲取管制藥品緩解症狀。
2. 確保症狀緩解所需藥品的可近性及可及性。
3. 定期檢討修訂管制藥品相關的使用指引或管理注意事項，兼顧不同場域的需求，平衡安全、濫用管理及症狀緩解需求。

三、執行策略

(一)建立兼顧安寧緩和療護需求的管制藥品管理，確保安寧緩和療護病人症狀緩解所需

藥品使用的可近性及可及性

1. 監督管理醫療院所對需要安寧緩和療護的病人，都能適當使用管制藥品，確保達到症狀緩解及生活品質提升。
2. 觀測安寧緩和療護病人臨床症狀緩解情形，適時修訂安寧緩和療護病人症狀緩解所需相關藥品之使用指引，以達確保病人症狀緩解所需藥品使用的可近性及可及性。
3. 在醫師開立處方(適應症、單次天數、長期累積使用天數等限制，及管制藥品管理及會診等規定)、藥師調劑、交付(居家使用針劑等)、護理人員或家人協助使用(上鎖管理等)等階段的管理，都應依需求調整，並兼顧不同場域的需求，尤其是針對社區(包括居家、長照機構)有可行的管理，並且能顧及疾病、功能或症狀快速變化時，藥品多元需求及藥品調整需求，包括各種可能的居家使用針劑方式。
4. 相關學會或醫院應依臨床需求提案調整末期病人居家藥品使用之管制藥品使用指引或管理注意事項。

(二)制定符合藥品需求及實證的適應症、指引，及符合醫療效益的健保給付規範

1. 依據國際及國內臨床研究實證，找出尚有不足的症狀緩解需求，及符合實證的適當藥品，包括藥品品項，也包括藥品途徑、劑量及劑量調整等用法。短期應該新增主要嗎啡種類有「緩解末期病人的呼吸困難」適應症，包括口服及針劑嗎啡。長期則持續依前述評估有不足的症狀緩解需求及調整更多項藥品適應症。
2. 針對主要需要安寧緩和療護的疾病別或病況別，整合該相關專科醫學會及緩和醫療專科醫學會，共同依據需求及實證發展或修訂緩和醫療臨床指引，包括癌症及非癌症各器官衰竭病人，多重疾病，失智及/或衰弱老人，末期病人撤除呼吸器等。臨床指引應該包括該疾病及病況下的症狀緩解需求發現、適當的藥品及用法、藥品轉換或搭配使用等，並應該納入倫理決策及醫病共享決策。各項指引應定期修訂。

3. 對於有緩和醫療需求且指引或有實證建議的藥品(包括鴉片類藥品、非鴉片類藥品)，健保給付應該涵蓋，滿足居家使用針劑藥品及輔助止痛藥品(如：神經性疼痛藥品)的多元需求。

(三)藥品引進或研發

1. 由衛生福利部食品藥物管理署、緩和醫療專業醫學會及醫療院所合作，依據國內研究及臨床監測調查，引進藥品以完備強效鴉片類藥品的成分種類、劑量、途徑，以滿足不同場域的需求。
2. 因應社區安寧緩和療護，居家使用針劑藥品的多元需求，除了前述避免過度管理影響使用可及性，也引進或研發適當給藥系統，兼顧管理、安寧緩和療護多元需要、及健保財務可支付。

(四)醫療教育

1. 從各專科、各專業醫護人員教育及專業訓練，確保具有足夠關於整體安寧緩和療護及相關藥品(包括管制藥品及非管制藥品)的醫療專業、倫理思辨決策能力、溝通能力，能處方開立及使用適當藥品，包括藥品的種類、劑量、劑型途徑等用法，確保社區、居家的適當使用，同時著重基層家庭責任醫師、及社區藥師，融入畢業前的醫學訓練課程(under graduate year, UGY)、畢業後一般醫學訓練計畫(post graduate year program, PGY)、專科訓練、醫學繼續教育(continuing medical education, CME)、護理教育之中。

(五)大眾教育

1. 透過病人自主權利法及安寧緩和醫療條例的推廣及教育，鼓勵思考生命的意義及對疾病後期生活品質的期待，主動參與醫病共享決策，合理對管制藥品的認知、掌握平衡症狀緩解需求及藥品可能副作用的自主權。

(六)研究統計及持續品質監測改善

1. 透過資料分析及研究，提供上述各項的實證資料，並依照實證修訂及執行各項政策。包括本土性的資料及研究、國際實證研究回顧、及國內和國際比較。

願景三 確保療護團隊的專業知識、態度與技能

融入專業養成教育與銜接繼續教育
確認安寧緩和療護之核心能力和應具備的知識、技能與態度，訂定專業養成教育與繼續教育連貫性培訓計劃
各層級醫療人員皆有能療護末期病人
具備能力和自信的成員，方能因應各式情境展現專業、關懷和技巧，確保人們得到所需的照護
照顧者培訓
透過專業人員的指導與培訓，教導家人、長期照顧者、社區志工等人之照顧知識及技能，共同協助病人照護
倫理與法律意識
所有提供醫療護者都具備倫理敏感度與決策思辨能力、瞭解相關政策與法規
整合各層級療護體系之全面性響應
每一個醫療層級、社區皆準備好幫助病人，發展全方位協調性服務，全系統響應
明確界定角色和責任
連結家庭、照顧者和個人的資訊，明確界定該系統內照護提供者之角色與責任
共享紀錄
經照護對象同意，參與照護的醫療團隊共享其療護記錄與資訊，包括瞭解需求、偏好及其照護目標
運用新科技
專業人員須與時俱進因應科技帶來的改變，結合新科技與人工智慧醫療，提升網際網絡聯繫與照護應用
支持和復原力
營造具安全感、支持和復原力的組織和專業環境，支持專業人員可持續提供人性化照護
領導管理
擁有明確的組織管理、照護理念、品質監督和營造人性化氛圍，所有員工都能充分發揮其專業性，實踐高品質的照護

第一節 療護團隊具備完整知識、態度與技能

一、現況分析

(一)現有政策規劃

1. 安寧緩和療護團隊成員須接受由安寧緩和醫學會和安寧緩和護理學會辦理之培訓課程，護理人員為須接受團隊基礎 13 小時、專業進階 43 小時、團隊共同 15 小時，課程共 71 小時，另有臨床實習 5 天課程。醫師須接受團隊基礎 13 小時、專業進階 32 小時、團隊共同 15 小時。課程共 60 小時，另有臨床實習 5 天課程。
2. 居家安寧與社區安寧給付標準，甲類安寧居家受訓時數為基礎進階教育訓練 80 小時，含 40 小時課程和臨床實習 40 小時，以及每年繼續教育 20 小時；乙類社區安寧的教育訓練時數 13 小時、臨床見習 8 小時與每年繼續教育 4 小時。

(二)問題與需求

1. 人員培訓良莠不齊。末期病人身心靈問題複雜且多元，照護困難度高，非經嚴格的教育訓練，難以培養臨床鑑別的知識與處理技巧。甲類醫院的安寧醫療專業人員，入門訓練即需 80 小時，2014 年推展的「社區安寧」將基層衛生所、居家護理所與診所也納入安寧整合服務，盼讓善終資源更普及。目前全台已有近 300 家社區安寧院所，然而，社區安寧的教育訓練時數僅 13 小時，遠比居家安寧低，欲勝任與因應末期病人多變的症狀困擾及照護需求，所產生的照護壓力與難以勝任感，影響照護品質與人員留任。
2. 簡易速成照護準備度不足。相較於國外安寧發展先進國家依照不同層級設定教育訓練標準內容與規範時數，社區基層安寧療護人員培訓質量明顯不足，亦影響安寧緩和療護不同層級、場域之轉介銜接與持續性照護品質。
3. 醫護學校養成繼續教育對於安寧緩和療護尚未全面性推展。

二、未來目標(2021-2025)

(一) 確保提供安寧緩和療護服務者具備勝任能力

1. 由經培訓且具備專業核心能力的照護團隊提供安寧緩和療護服務。
2. 安寧緩和療護團隊人員須接受在職教育訓練並定期評核其能力。
3. 建立安寧緩和療護培訓三層級：一般(palliative care approach)、基本(palliative care generalist)、專科(palliative care specialist)之核心能力，以及不同之課程目標、受訓標準與資格認證制度。
4. 所有醫學生和護理學生在畢業前應該接受安寧緩和療護基礎課程。
5. 全面施行安寧緩和療護融入學校養成教育與繼續教育連貫性培訓計劃。

(二) 建立安寧緩和療護專業團隊支持網絡與復原力(resilience)模式，以及優秀人才延攬與留任措施。

三、執行策略

(一)依課程屬性、科別需求，發展切合所需的多元線上課程與實體課程，以適合在職人員繼續教育培訓之可行性：不同科別或醫療層級，因接觸病人的疾病時程不同，所需的知識訓練亦有所不同，宜針對其需求量身訂做規劃切合其用的課程。所有安寧緩和療護提供者應完成基本的安寧緩和療護培訓，核心課程列為共通必修，再根據各醫學專科屬性與臨床需求設計適得其所符合需求的課程。

(二)安寧緩和療護應融入醫療教育基礎課程，並延伸至繼續教育：設定年度必需繼續教育積分，或安寧緩和療護專業證書效期與展延制度。

(三)全國性安寧緩和療護教育訓練銜接(學校、基礎、進階與在職教育)：規劃學校養成教育與繼續教育之銜接培育計畫，將安寧緩和療護融入學校養成教育，並銜接繼續教育。強化醫學院養成教育中的人文關懷素養，內化為醫療人員的本職學能。

(四)確認專科安寧緩和療護必備核心能力，建立以勝任能力為導向之結果面做為培訓課程規畫之依據。安寧緩和療護必備核心能力，據此設計課程、創新教學策略與評核方式。建立專業療護能力稽核與資格認證制度，培育具安寧緩和療護特質之專業人

才。建立專業療護能力稽核與資格認證制度有助於照護品質之把關，培訓課程不應僅是照護能力的增能，更須融入人的形塑，以具備足夠的能力(competent)、信心(confident)與關懷(compassionate)。融入組織文化，將有助於促進團隊合作，帶動團隊與個人的成長。

- (五) 要求各醫學專科與次專科訓練均需接受安寧緩和療護訓練，尤其是有較多機會面對死亡或器官衰竭的醫學專科，如：重症醫學科、腫瘤內外科、心臟、胸腔、肝臟、腎臟、神經內外科等，在住院醫師或次專科訓練時須安寧緩和療護訓練。
- (六) 透過政策與給付，獎勵醫療院所提升安寧緩和療護人員之專業培訓與留任，確保提供安寧緩和療護服務者，能具備足夠的知識、態度、技能與自信。
- (七) 安寧緩和療護人員也需要被支持，建立關懷照顧者(care for caregivers)模式。醫療院所主管與團隊領導者須重視團隊成員於協助病人及其家屬經歷死亡過程中所衍生的情緒衝擊與身心負荷，透過組織與領導彈性，提供團隊支持網絡與復原力(resilience)，並建立人員留任獎勵制度與措施。

第二節 協調性安寧緩和療護

一、現況分析

(一)現有政策規劃

1. 健保署對安寧緩和療護住院、共同照護和居家已有給付規定。
2. 國民健康署對社區與社區機構提出三年安寧緩和療護專業培訓計畫(106~108)與癌症相關計畫等。
3. 社區安寧緩和療護方面，健保署規劃「居家醫療療護整合計畫」中安寧居家療護(S3)和共存原先針對社區安寧居家的分類：甲類安寧居家療護與乙類安寧居家療護。
4. 政府在「長照十年計畫 2.0」已明確政策宣示：「必須提供社區式支持服務轉銜在宅臨終安寧照顧」。

(二)問題與需求

1. 不同層級照護團隊的專業知識、態度與技能參差不齊，影響照護品質。
2. 各層級照護之間需有能勝任之協調者。
3. 各層級安寧緩和療護網絡轉銜系統與無實質合作管理機制；隸屬各縣市長期照顧管理中心與安寧緩和療護亟需有相互銜接協調機制，共同追蹤照護長期在宅療養且有安寧緩和療護需求之個案。
4. 無整合連結病人相關照護資訊的全國性醫療資訊共享平台，影響不同層級、醫療照護場域縱向轉介與橫向連結之協調性合作。
5. 高齡化社會趨勢若僅限縮在疾病本身或末期診斷迷思，導致衰弱、多重疾病及身心失能者之安寧緩和療護介入時機過晚。部分疾病病程演進緩慢且長達數年，例如：極重度失智症，伴有複雜的照護需求，且後期病人依賴程度高、罹病率亦高，需要各種醫療和社會照護之銜接，包括長期照護服務與安寧緩和療護等。

6. 根據 2019 年台灣每 5 年人口金字塔及扶養比動態圖的政府統計資料，目前台灣的扶養比為 35.3(扶幼比 18.4 +扶老比 16.9)，平均每 5.9 名青壯年要負擔一名老人。至 2040 年時，撫養比將會升高至 67.6(扶幼比 17.1+扶老比 50.5)，屆時 2.0 名青壯年就要負擔 1 名老人。若人口的發展維持此趨勢，將徒增在宅臨終的挑戰性，建置能提供安寧緩和療護的護理之家或長照機構，也應列入未來政策與臨床照護的選擇之一。全面提升長照服務人員的安寧緩和療護專業知識與技巧，實已刻不容緩。

二、未來目標(2021-2025)

(一)民眾能獲得具協調性安寧緩和療護服務

1. 建置不同層級安寧緩和療護整合性服務之轉銜機制、合作協調模式、照護目標與照護內容、人員資格。
2. 建置全國性醫療照護資訊連結平台，共享病人照護資訊與記錄，並建立資訊安全監督管理機制。
3. 智慧醫療科技融入照護體系，提升網際網絡聯繫與照護應用。

(二)及早銜接安寧緩和療護和長照服務提供整合性照護

1. 建立本土化在宅醫療支援體系。
2. 提升基層醫療、社區診所、家庭醫師、居家護理師、長照專業人員之安寧緩和療護能力與照護能量。
3. 建立安寧緩和療護和長照服務之溝通協調機制。

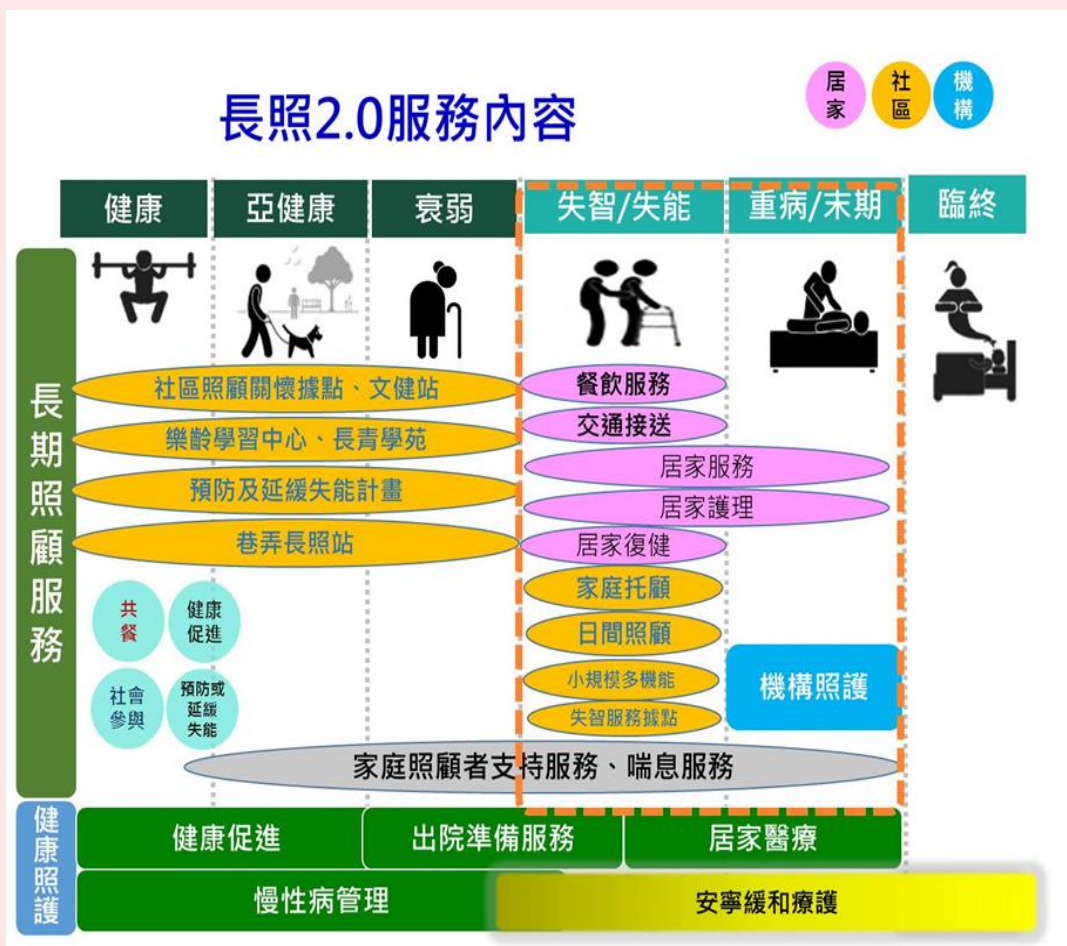
三、執行策略

- (一)鼓勵社區創新安寧緩和療護網絡，融合醫院資源和基層醫療資源，並與長照服務合作，建設各社區具特色之安寧緩和療護模式。

- (二)建置全國性安寧緩和療護資訊連結平台：善用資訊技術共享病人照護資訊與紀錄，並建立資訊安全監督管理機制。經照護對象同意，不同照護場域與層級的醫療團隊共享其照護記錄與資訊，透過此平台資料庫資訊，進行統計分析與提供實證資料，做為照護品質監督與政策執行或修訂之依據。
- (三)不同層級、照護場域之安寧緩和療護服務之轉銜與整合：以病人需求為中心，整合所需的相關照護資源，多層級的安寧緩和療護服務，包括病房、共同照護、居家社區及機構式的安寧緩和療護合作，建立安寧緩和療護友善醫院與後援醫院，訓練基層醫療院所、衛生所、居家護理所等醫護人員，到宅提供安寧緩和療護；提供具協調性安寧緩和療護服務，實踐「人在哪家就在哪」信念。
- (四)由強調末期存活期預估轉向以提升生活品質為導向來提供服務：兼具多重疾病與身心失能之高齡者需要整合性照護，以提升生活品質，提供病人從確診、衰弱、失能、重病或末期、臨終、到家屬及照護者哀傷撫慰連續性照護，長照安寧緩和療護整合性服務，詳見圖五。
- (五)智慧醫療科技融入照護體系，促使醫療照護資源管理效能精進：透過智慧醫療科技可降低交通不便與人力不足所造成之限制，提升不同層級、醫療場域之網際網絡聯繫、視訊、遠距醫療與照護應用，有助於醫護病之間加速資訊流動與更新，精進照護服務品質。
- (六)長照服務與安寧緩和療護整合性照護：設計或建立資源連結機制或聯繫諮詢窗口，以協助整合或銜接長照服務與安寧緩和療護。從前端的預立醫療決定書、安寧緩和醫療暨維生抉擇意願書，到最末端的長期照顧與在宅安寧緩和療護之轉銜串接與整合。申請長照服務個案同時評估是否有安寧緩和療護需求，以利銜接長照服務與安寧緩和療護。
- (七)優化長照機構安寧緩和療護：因應高齡化社會趨勢與人口扶養比趨勢，安寧緩和療護的護理之家或長照機構有其必要鼓勵長照機構讓住民在機構善終之相關政策與規劃。長照機構安寧緩和療護模式可結合社區照護網絡、後援醫院、診所醫師群、以及福利機構橫向和縱向合作的安寧整合運作模式，並培育安寧緩和療護專業人員，

可減少住民不必要轉院死亡及提升瀕死住民的死亡品質，協助長照末期病人「就地安寧、在地善終」。

(八)建立本土化在宅醫療支援體系：建立本土化在宅醫療支援體系，需基層醫療、社區診所和家庭醫師共同參與，以及不同的專業團體、地方醫師公會的全力支持，結合性質相近強調以在宅照護為專業的老年醫學會、家庭醫學會、長照專業協會等團體，共同推動在宅醫療專業組織，提升基層醫師和獨立型居家護理所護理師從事安寧緩和療護的能力，並在社區中培養居家安寧緩和療護人才。此外，提高醫師對社區民眾的認識，村里長協助通報有安寧緩和療護需求者，增進鄰里關係形成慈悲關懷友善社區，提高社區內臨終照護可能，以健全本土化在宅醫療支援體系。



圖五、長照安寧緩和療護整合性服務

(以病人需求為中心，整合所需的相關照護資源，長期照顧與安寧緩和療護轉銜串接與整合，提供具協調性安寧緩和療護服務。當高齡者因各種原因變得失能，開始需要長期照護的時候，即應開始導入安寧緩和療護觀念，以提升生活品質，提供病人從確診、衰弱、失能、重病或末期、臨終、到家屬及照護者哀傷撫慰連續性照護)

結語

台灣安寧緩和療護理念推展至今已然成為追求善終之社會運動。隨著本白皮書的發表，期待我國安寧緩和療護的對象涵蓋不分疾病、年齡、病程的所有有需求者，每個人都可公平獲得具品質的安寧緩和療護。本「台灣安寧緩和療護政策白皮書」邀集國內安寧緩和療護跨領域專家群，參考先進國家發展趨勢，並融合華人文化善終的理念與智慧，檢視國內安寧緩和療護發展現況，提出台灣安寧緩和療護發展三大願景表達政府對民眾的照護承諾，也希望成為全國各界未來之努力目標：尊重個人獨特性與價值觀，所有人皆有機會善生與善終；提供整合性的五全療護，讓舒適與照護品質最佳化；確保療護團隊的專業知識、態度與技能，提供協調性療護。本此精神，本白皮書更參考目前的法律制度，衡量國內文化與資源的可及性，提出短期、長期目標與具體策略，希冀有助於提升全國安寧緩和療護品質，達到安寧緩和療護的創始者 Dame Cicely Saunders 終生追求的理想「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，讓你好好地活到最後一刻」。

參考文獻

- 林佳靜(2017)· 安寧緩和療護國際政策及文獻回顧。衛生福利部暨其附屬機構，未出版。
- Abel, J., Kellehear, A., & Karapliagou, A. (2018). Palliative care: The new essentials. *Annals of palliative medicine*, 7(2), S3-S14.
- Alfonso María Valencia Caicedo et al. (2014). *Competencias en Cuidados Paliativos en Educación de Pregrado [Palliative care competencies in undergraduate education]*. Houston, USA : International Association for Hospice and Palliative Care.
- Alliance, W. P. C., & World Health Organization. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.
- Canadian Hospice Palliative Care Association. (2015). *The Way Forward National Framework: A Roadmap for an Integrated Palliative Approach to Care*. Canada: Canadian Hospice Palliative Care Association.
- Collaborative Care & Support Planning (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/toolkits/collaborative-care-and-support-planning-toolkit.aspx>
- Department of Health. (2008). *End of life care strategy: Promoting high quality care for all adults at the end of life*. UK: NHS.
- Department of Health. (2016). *Our Commitment to you for end of life care: The Government Response to the Review of Choice in End of Life Care*. UK: NHS.
- Elsner, F., Centeno-Cortes, C., Cetto, G., Conno, F., Ellershaw, J., Eychmuller, S., ... & Mason, S. (2013). *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European medical schools*. The European Association for Palliative Care.
- End of Life Care Core Skills Education and Training Framework (2017). *Health Education England, Skills for Health, Skills for Care*. Retrieved from <https://www.eolc.co.uk/educational/end-of-life-care-core-skills-education-and-training-framework/#>
- England, N. H. S. (2015). Personalised care and support planning handbook: the journey to person-centred care. *NHS England, Coalition for Collaborative Care*. Available at: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/01/pers-care-guid-core-guid.pdf (Accessed 20.1.2016.).
- England, N. H. S. (2018). *Treatment Escalation Plan (TEP) and Resuscitation Decision Record*. Retrieved from <https://devonccg.nhs.uk/download/treatment-escalation-plan-tep-and-resuscitation-decision-record-2>
- Gail Warnes, Kate Blackburn, & Jeremy Hooper. (2013). *Wiltshire's End of Life Care Strategy For Adults 2017 to 2020*. Retrieved from <http://www.wiltshireccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/03/Final-1.pdf>
- Gamondi, Claudia & Larkin, Philip & Payne, Sheila. (2013). Core competencies in palliative care:

- An EAPC white paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91.
- Gómez-Batiste, X., & Connor, S. (2017). *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Catalonia, Spain: Liberduplex.
- Guidance on the Quality Improvement Criteria (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/quality-improvement-criteria-guidance.aspx>
- Health Education England. (2017). *Developing an Asset Based Approach Within a Learning Community – Using End of Life Care as an Example*. London, England: National Council for Palliative Care
- Health Quality Ontario. (2018). *Palliative Care: Care for Adults With a Progressive, Life-Limiting Illness*. Toronto, Canada: Queen's Printer for Ontario
- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) (2019). Palliative care definition: Consensus based. Retrieved from <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Institute of Medicine (US). Committee on Approaching Death: Addressing Key End-of-Life Issues. (2015). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington DC, US: National Academies Press.
- Introduction (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/introduction.aspx>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... & Connor, S. R. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454.
- Millington-Sanders, C., & Noble, B. (2018). New UK General Practice Core Standards for Advanced Serious Illness and End of Life Care. *British Journal of General Practice*, 68(668), 114-115. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X694913>
- Morrison, R. S. (2018). A national palliative care strategy for Canada. *Journal of palliative medicine*, 21(S1), S-63.
- Murray, S. A., Kendall, M., Mitchell, G., Moine, S., Amblàs-Novellas, J., & Boyd, K. (2017). Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, 356, j878.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). Clinical practice guidelines for quality palliative care. *The Kansas Nurse*, 79(9), 16.
- National End of Life Care Intelligence Network. (2015). *What We Know Now 2014*. UK: Public Health England
- National Guidelines for Palliative Care (2015). *Singapore Hospice Council*. Retrieved from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:422cVXOWvwxJ:https://www.singaporehospice.org.sg/en/wp-content/uploads/2018/05/National-Guidelines-for-Palliative-Care-Revised-Ed.-Jan-2015.pdf+&cd=2&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw>

- National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Care of dying adults in the last days of Life: Quality standard*. UK: NICE.
- National Quality Forum (2006) *A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality*. Washington DC, America: NQF
- Australian Government Department of Health (2018). *National Palliative Care Strategy*. Retrieved from <https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-palliative-care-strategy-2018.pdf>
- Palliative Care Australia. (2018). *National Palliative Care Standards – 5th Edition*. Canberra, Australia: PCA.
- Palliative Care Australia. (2018). *Palliative Care Service Development Guidelines*. Canberra, Australia: PCA.
- Public Health England. (2015). *National End of Life Care Intelligence Network - Palliative care co-ordination: core content - Implementation guidance*. London, England: NHS
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*, 16(6), 278-289.
- Southern Health NHS Foundation Trust. (2016). *End of Life Care Strategy 2016– 2020*. London, England: Department of Health
- Standard 1: Professional and competent staff (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-1-professional-and-competent-staff.aspx>
- Standard 2: Early identification (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-1-professional-and-competent-staff.aspx>
- Standard 3: Carer Support - before and after death (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-3-carer-support-before-and-after-death.aspx>
- Standard 4: Seamless well planned coordinated use (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-4-seamless-well-planned-coordinated-use.aspx>
- Standard 5: Care is based on the assessed unique needs (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-5-care-is-based-on-the-assessed-unique-needs.aspx>
- Standard 6: Quality Care during the last days of life (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-6-quality-care-during-the-last-days-of-life.aspx>

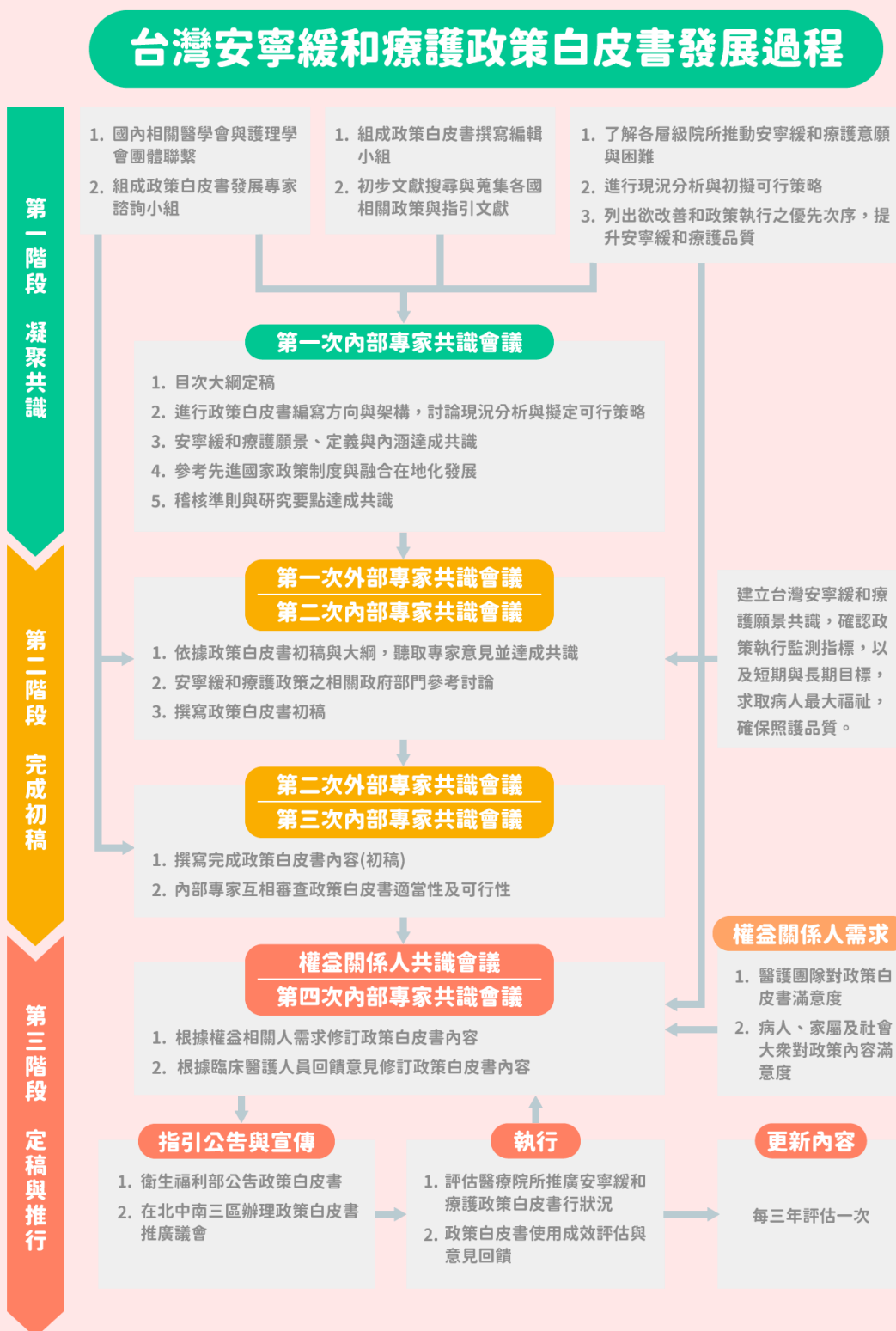
- Standard 7: Care after death (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-7-care-after-death.aspx>
- Standard 8: General practice being hubs within Compassionate Communities (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards/standard-8-general-practice-being-hubs-within-compassionate-communities.aspx>
- The College's position statement on Palliative and End of Life Care (n.d.). *Royal college of general practitioners*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/end-of-life-care-resources-for-gps.aspx>
- The National Palliative and End of Life Care Partnership. (2015). *Ambitions for Palliative and End of Life Care: A national framework for local action 2015-2020*. Retrieved from <https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/public/publications/ambitions-for-palliative-and-end-of-life-care.pdf>
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *End of life care for people with life-limiting conditions*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18748>.
- Van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., ... & Koopmans, R. T. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine*, 28(3), 197-209.
- Wee, B. (2016). Ambitions for palliative and end-of-life care. *Clinical Medicine*, 16(3), 213-214.
- What are the five stages of SNAP? (n.d.). *The Support Needs Approach for Patients*. Retrieved from <https://thesnap.org.uk/>
- WHPCA (2017). *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Catalonia, Liberdúplex: Eumo Editorial SAU
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization
- World Health Organization. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course: Resolution WHA67. 19*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Planning and implementing palliative care services: A guide for program managers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: A WHO guide for health-care planners, implementers and managers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into responses to*

humanitarian emergencies and crises: A WHO guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Assembly Resolution (2014). *WHA 67.9 Strengthening palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Retrieved from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21454en/sciplinary/MultidisciplinaryTeam>)

附錄

附錄一、台灣安寧緩和療護政策白皮書發展過程



附錄二、先進國家安寧緩和療護策略與重點摘要

國家	參與者/作者	報告	建議及規定			
			公眾意識	人力資源發展	基礎建設發展	研究
英國	NHS	End-of-Life Care Strategy (2008)	<p>形成新的國家級聯盟-Dying Matters，以支持政策的實施，著重提升公眾意識，目標為改變社會對於會影響人們瀕死和哀傷經驗的瀕死、死亡、哀傷的態度和行為。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 相關工作人員接受溝通技巧的培訓，以開啟和支持生命末期的人。 2. 可能參與末期照護討論的相關醫療專業人員，須具備相關的能力。 3. 在所有核心培訓中都應融入靈性、宗教、文化的照護能力。 4. 健康部門已委託”Skill for Care”和”Skill for Health”領導一個聯合計畫，以確認一系列生命末期照護的共同核心原則和應具備的能力，作為整體培訓計劃的訂定參考。 5. 健康部委託 e-Learning for Healthcare 開發一個為期 12 個月的生命末期照護的線上學習模組。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應對病人之需求進行全面評估，並應記錄治療計劃，使資料可以取得。 2. 建立有效的機制，以便在單一組織和跨組織間促進照護合作。 3. 應採用 Liverpool pathway，並審查其在所有可能死亡地點的使用情形。 4. 由委員會評估是否需要增強或增加新設施來提供良好的臨終照護。 5. 初級保健信託基金 (Primary Care Trust, PCTs, 英國國家衛生服務部門的一部分)和 NHS 信託基金應優先考慮其資源分配，以確保專業安寧緩和療護獲得足夠的資源，並提高其他與安寧緩和療護相關 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制定有品質和成果的衡量標準，包括制定國家等級的評估工具，去評估一段時間內的趨勢。 2. 經過適當的修改和嘗試後，健康部門 (包含 PCTs)將對計劃內的對象(喪親的家屬)進行探訪。 3. 透過國家衛生研究院和醫學研究委員會加強研究經費。

				<p>6. 監測學校養成教育、畢業前、畢業後各層級的門檻標準和成果，並檢視繼續教育發展的需求。</p> <p>7. 醫學院和其他高等教育機構和培訓機構必須審查檢視其所提供的生命末期照護培訓。</p> <p>8. 生命末期照護提供者在合約中必須確保能提供高品質的生命末期照護技能和能力。</p> <p>9. 皇家學院和專業社群須確保其成員具備必要的知識、技能和態度，以便能夠提供高品質的護理。</p>	<p>之衛生和社會福利(social care)專業人員的臨終照護品質。</p> <p>6. 提供人們在家中生活和死亡所需的一系列服務(醫療、護理和個人照顧)，包括全年無休的服務。</p> <p>7. 良好的安寧緩和療護團隊會希望能確保安寧緩和療護完全融入到臨終照護的計畫中。</p> <p>8. 所有提供臨終照護的醫療、社會福利、急難救助組織皆應提供取得全面、具文化適切性之哀傷撫慰和支持的資訊。</p>	
英國	NHS England	Actions for End-of-Life Care: 2014-16 (2014)	以公眾意識及教育為重心，進行分為八個階段的計畫，其中包括教育素材和識別被剝奪權利的族群。	進行十項計畫，以加強專業教育、領導能力，規劃專業領域成長，促進醫學教育中安寧緩和療護的整合，培養自我保健和恢復力。	<p>1. 以九個步驟支持基礎設施，包括發展知識樞紐、更新指引、將指引應用於臨床、IT 開發。</p> <p>2. 協助專業人員作人力分配、編列預算。</p>	<p>1. 建立臨床安寧緩和療護的資料庫。</p> <p>2. 審查、開發和測試適用於臨終照護的測試指標和調試槓桿 (commissioning levers)、激勵措施。</p> <p>3. Public Health</p>

						England、國家健康研究所、研究界和學術界共同改善並推廣安全有效之介入措施的研究證據，並且改善餘命僅剩幾年的臨終病人之臨終經驗。
澳洲	Palliative Care Australia	A guide to palliative care service development 2005	制定初步的公共衛生政策，為臨終病人提供 具支持性的社區 。	1.制定和推廣 臨床指引 。 2.教育臨床醫生核心的安寧緩和療護知識及技能。 3.為專家和非專業人員制定 通用的標準流程和完整的教育套裝 。	1.全年無休的 安寧緩和療護服務資源 。 2.形成 專家和非專業人員間，在安寧緩和療護的連結 。	1.追蹤並記錄病人及成本數據以執行 經濟評估 。 2.進行有品質的評值和研究，以加強臨床照護與專業安寧緩和療護提供。
澳洲	Australia Health Ministry	Supporting Australians to Live Well at the End of Life: A National Health Care Strategy (2010)	1.制定發展公眾意識的策略，提倡 死亡是生命正常的一部分 ，並致力為臨終病人提供服務和選擇。 2.支持國家推出 預立醫療照護諮商 (advanced care plan)。	1.建立機制以確保安寧緩和療護服務提供者能了解並提供具 連續性、一致性的、文化適切性的安寧緩和療護服務 。 2.鼓勵在所有醫療(health)本科和相關研究生課程中 納入安寧緩和療護的培訓 。 3.探索、增強 老年醫學在安	1.確立並推薦經改進的 經費補助模式，以提高彈性，滿足患者及其家屬的需求 。 2.提供臨終病人整合、彈性的在地照顧資源，克服地域或其他障礙。 3.加強並整合對照顧者的支持。	進行研究，探討病人臨終最後一年的 照護相對成本和具成本效益之照護模式 。

			<p>寧緩和療護中的角色。</p> <p>4. 進一步提高一般科別人員與有安寧緩和療護需求的人合作之技能和信心。</p>	
比利時	Europall Research Group	Comparison of legislation, regulations, and national health strategies for palliative care in seven European countries (2013)	<p>1. 沒有國家策略，但安寧緩和療護及其規範(provision)為通過立法確定的，每個公民都有權接受安寧緩和療護，且每兩年由政府指定委員會審查照護規範(provision)。</p> <p>2. 由皇家法令(Royal Decrees)規範安寧緩和療護的必要服務、地理分佈、工作人員的最低條件和最低標準、工作內容，以及不同安寧緩和療護服務的資金來源。</p>	
法國	Ibid	Ibid	<p>1. 法律規範所有醫院和其他醫療機構都有義務提供疼痛管理及安寧緩和療護，並分配安寧緩和療護的主責部門。</p> <p>2. 法國衛生部製定了安寧緩和療護的專用床、醫院行動支援小組、安寧緩和療護單位、居家醫療和安寧緩和療護網絡的相關法規。</p> <p>3. 法國地區衛生組織的計劃中需包含安寧緩和療護和疼痛管理的架構及組織，並確定實現設定之目標所需的資源(如醫院行動支援小組、安寧緩和療護單位、居家醫療病床、安寧緩和療護網絡)。</p> <p>4. 2006 年，成立發展安寧緩和療護和臨終照護的國家監督委員會，並在 2008 年提出發展安寧緩和療護的國家政策。</p> <p>5. 2008 年政府啟動安寧緩和療護的發展計劃，以進一步發展全面(intra- and extramural)的安寧緩和療護，推行安寧緩和療護的培訓和研究，並促進醫療輔助人員(paramedics)的培訓與支持。</p>	
德國	Ibid	Ibid	<p>1. 德國法律規範涵蓋住院及門診病人之安寧緩和療護，並具體規範住院和居家安寧由健康保險公司獲得報酬。</p>	

愛爾蘭	Department of Health and Children	Report of the National Advisory Committee on Palliative Care (2001)			<p>1.不論診斷、臨床情境或場域 (Palliative care should be available across all hospice settings for all patients)，所有安寧病人都應獲得符合需要和個人喜好的安寧緩和療護。</p> <p>2.每個區域衛生委員會都應該有完整的專業安寧緩和療護服務，並至少有一個專門的院內安寧緩和療護單位。</p> <p>3.所有其他照護機構，包括綜合醫院和社區，都應與專門的院內安寧緩和療護部門具正式聯繫。</p>	
愛爾蘭	Ireland Health Services Executive	Palliative Care Services—Five Year/Medium Term Development Framework (2007)	Health Service Executive 和 Irish Hospice Foundation 著重照護人力資源和基礎設施的開發，以解決安寧緩和療護的不足(home care team, specialist inpatient unit and hospital consultation team)，共有 272 個職缺，203 個醫院病床，3.09 億歐元。			

愛爾蘭	All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care	Palliative Care Competency Framework (2014)	確立安寧緩和療護於 12 個科別(disciplines)、3 個臨床層面(安寧緩和療護介入 approach、一般安寧緩和療護、專科安寧緩和療護)的核心能力。			
荷蘭	Europall Research Group	Comparison of legislation, regulations, and national health strategies for palliative care in seven European countries (2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1.常規的醫療保健立法中包括安寧緩和療護。 2.2007 年啟動一項國家計劃，著重在安寧緩和療護的組織和資金、提高安寧緩和療護的品質和透明度，以及教育和安寧緩和療護能力(額外培訓)。 3.根據 2015 年的法律，在整個荷蘭建立安寧緩和療護研究中心。 			
紐西蘭	Ministry of Health	New Zealand Palliative Care Strategy (2001)	<ol style="list-style-type: none"> 1.促進安寧緩和療護的民眾教育，提升民眾意識，包括民眾獲得安寧緩和療護的權利、服務提供(service provisions)以及民眾對安寧緩和療護可以抱有怎樣的期望。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.發展安寧緩和療護勞動力和培訓，包括為在地和專業安寧緩和療護發展人力資源和教育要求。 2.解決醫學、護理學校課程與研究生醫學培訓間的脫節。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.確保獲得必須的安寧緩和療護服務，包括評估和照護整合，臨床照護和支持性照護。 2.確保每個地區的衛生委員會都有一般的安寧緩和療護服務和專業安寧緩和療護服務。 3.確保所有醫院都有安寧緩和療護團隊。 4.發展兒科安寧。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.制定安寧緩和療護的品質標準和要求。 2.評估並解決資金問題。

新加坡	Lien Center on behalf of the Ministry of Health	National Strategy for Palliative Care (2011)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確保衛生和社區部門協調一致的努力，以提高對安寧緩和療護的意識。 2. 推廣預立醫療照護諮商 (advance care planning)，作為醫療專業人員、病人、照顧者三方開放式溝通的機會。 3. 在預立醫療照護諮商 (advance care planning) 中制定清晰一致的資訊。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確保所有醫療專業人員都具備安寧緩和療護之核心知識和技能。 2. 在所有針對醫生、護理師和相關醫療專業人員的校內和證照課程中納入安寧緩和療護培訓。 3. 制定規範，審查課程是否符合各級醫療專業人員(如醫生、護理師和相關醫療人員)所需具備之能力。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立領導或管理機構，以監督地區安寧緩和療護服務的發展。 2. 確保所有照顧生命受限之病人的醫療機構皆具辨識出這類病人之系統。 3. 將安寧緩和療護擴展到癌症以外的疾病。 4. 制定安寧緩和療護指引。 5. 在所有醫院成立安寧緩和療護團隊。 6. 根據區域衛生系統 (Regional Health System, RHS) 模型組織安寧緩和療護，所有 RHS 應將居家安寧和院內安寧納入照護網絡。 7. 資金結構應支持安寧緩和療護的發展與照護提供。 8. 建立經實證過的當地護理標準和通用的成果指標。 9. 建立一個收集品質(與及服務)指標的資料庫，以評估照護品質，並供服務規劃之參考。 10. 為安寧緩和療護服務提供者建立認證系統。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵針對安寧緩和療護介入措施與照護提供之研究，以提高專科和一般安寧緩和療護的品質，並為政策制定提供資訊。
-----	---	--	--	--	--	--

西班牙	Ministry of Health, Social Services, and Equity	Palliative Care Strategy of the National Health System (2010–2014update)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供照顧者和家屬教育性的支持。 2. 建立照顧者支持計劃，提供服務、資源的相關資訊與可促進和加速行政程序的素材。 3. 舉辦公眾意識活動，提倡安寧緩和療護之目的、原則與資源。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自治區應根據國家衛生服務機構制定的品質指標實施整合臨床照護指南。 2. 基層照顧團隊 (primary care team) 將負責與其他專業醫療服務合作，為末期和臨終病人提供居家安寧。 3. 主要照顧團隊透過轉介安寧緩和療護團隊獲得協助(針對複雜個案的一般和/或家庭照護支持)。 4. 為醫療體系中的醫護人員制定持續、特定的教育培訓計劃，使他們有資格適當地照顧末期和臨終病人及其家屬的需求。 5. 自治區為基層照顧提供者 (primary 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 盡早辨識生命有限的末期或臨終病人，並在病歷中紀錄觀察結果。 2. 制定治療和護理計畫，與不同的相關醫療人員、醫院層級合作。 3. 對家屬進行綜合評估，以預防過度疲勞，並促進自我照顧。 4. 建立一個監測系統，以適當評估疼痛和其他症狀的控制。 5. 自治區應建立安寧緩和療護過程的行動和評值程序。 6. 每個自治區都應有一個系統性的記錄與評估系統來處理末期和臨終病人的臨床結果。 7. 在每個自治區實施一個區域性的安寧緩和療護模式，作為一個具體的計劃，並詳細說明負責協調和與管理的機構。 8. 具特定的醫院安寧緩和療護團隊和/或轉診單位。 9. 全年 24 小時為病人提供照顧。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. The Ministry of Education and Science、the Ministry of Health, Social Services and Equality 與 the Autonomous Communities 應首重安寧治療治療研究項目，資助安寧治療治療研究項目，並將其納入論文徵稿之研究項目。 2. 推動主題性網絡的發展，以發展安寧緩和療護的合作研究。
-----	---	--	--	---	---	--

				<p>care provider)、專科照顧提供者以及專門提供安寧緩和療護的所有醫護專業人員制定持續安寧緩和療護培訓計劃。</p> <p>6. 確保安寧緩和療護團隊的提供者有接受監管和認可的特定高級培訓。</p>		
--	--	--	--	--	--	--

附錄三、台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

(一)緣起與萌芽

安寧療護(Hospice)一詞源自中世紀時代為朝聖者或旅行者所設的中途休息驛站。時至現代，Hospice 則泛指一種組織化的醫護方案，以跨專業團隊提供整體性療護，並為臨終病人及其家屬提供緩和性(palliative)及支持性之照顧。近代安寧療護運動始於英國的 Cicely Saunders 醫師於 1967 年創辦 St Christopher's Hospice，以「人」為導向，而非以「疾病」為導向的醫療，不加速、不延遲死亡，尊重死亡的自然律，強調症狀控制、專業間合作及以病人為中心的連續性人性化照顧，提昇臨終病人的生命品質，樹立現代安寧緩和療護典範，亦同時帶動了安寧緩和療護之世界性潮流。

台灣安寧緩和療護理念萌芽始於 1980 年，由當時台北榮總腫瘤科陳光輝主任提出安寧緩和療護理念，1983 年財團法人天主教康泰醫療教育基金會開辦「癌症末期病人居家療護」，由醫護人員及受過訓練的志工前往癌末病人家中提供照顧服務，為全球第 18 個建立安寧緩和療護服務的國家。1990 年由安寧療護推手趙可式博士與賴允亮醫師規劃台灣安寧緩和療護發展藍圖，以服務、教育、制度政策與研究四路並進推展。1990 年淡水馬偕醫院成立安寧病房，並於當年年底成立財團法人華人民國安寧照顧基金會，安寧緩和療護在國內初具雛型。1994 年時任立法委員江綺雯立委於國是建言提出安寧緩和療護，受到當時行政院徐立德副院長重視，交付行政院衛生署(現為衛生福利部)推展安寧緩和療護。1994 年財團法人佛教蓮花臨終關懷基金會成立，三大基金會遂匯集力量推展安寧緩和療護，1995 年隨之成立台灣安寧照顧協會。1999 年 5 月成立台灣安寧緩和醫學學會(TAHPM)，2005 年 7 月台灣安寧緩和護理學會(TAHPN)相繼成立，共同為國內安寧療護運動之專業推展而努力。

(二)推展與制度建立

有鑑於安寧緩和療護運動在世界各國蓬勃發展之時代潮流，衛生署(現為衛生福利部)1995 年即成立「安寧療護推動小組」，委託財團法人華人民國安寧照顧基金會辦理「安寧療護團隊專業人員訓練計畫」，並於 1996 年公告「緩和醫療病房設置規範」及「安寧居家療護設置規範」，初期由八家醫院試行，爾後推展之全國，1996 年健保局(現為中央健康保險署)開始

支付費用，接受「安寧居家療護納入全民健保試辦計畫」申請。為使安寧緩和療護更臻完備，行政院衛生署中央健康保險局(現為衛生福利部中央健康保險署)復自 2000 年 7 月 1 日起開始「安寧療護整合性療護納入全民健康保險給付試辦計畫」，將安寧住院療護納入試辦範圍，提供癌症末期患者有別於傳統醫療的另一種療護模式選擇；並於 2003 年起，將末期運動神經元病患納入安寧療護整合性療護試辦計畫。2009 年 9 月 1 日起，健保署不僅將安寧居家療護正式納入健保常規支付標準，更將適用「住院安寧療護」以及「安寧居家療護」的範圍擴大適用對象由原來的「癌症」及「漸凍」，擴及到「老年期及初老期器質性精神」、「慢性腎衰竭及腎衰竭未明」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭未明」、「肺部其他疾病」、「慢性氣道阻塞疾病，他處未歸之疾患」、「心臟衰竭」及「其他大腦變質」等八類重症末期病人。隨之，2011 年 4 月 1 日開始「全民健康保險安寧共同療護試辦方案」，並自 2012 年 12 月新增「緩和醫療家庭諮詢費」納入健保給付，鼓勵醫院積極推動安寧緩和醫療，減少死亡前不當醫療使用。2013-2014 年醫策會安寧評鑑條文修訂。2013 年新北市政府首推社區安寧緩和療護服務，2014 年 1 月 1 日起實施社區安寧緩和療護納入健保給付，鼓勵基層及社區醫院在確保服務品質前提下，提供社區居家安寧緩和療護服務。綜上，安寧緩和療護提供門診住院、居家與共同照護，並延伸發展社區化安寧居家療護與長照安寧，以高品質的「五全」照顧理念：全人、全家、全程、全隊與全社區，服務受苦的末期病人及其家屬。

(三)立法捍衛善終權

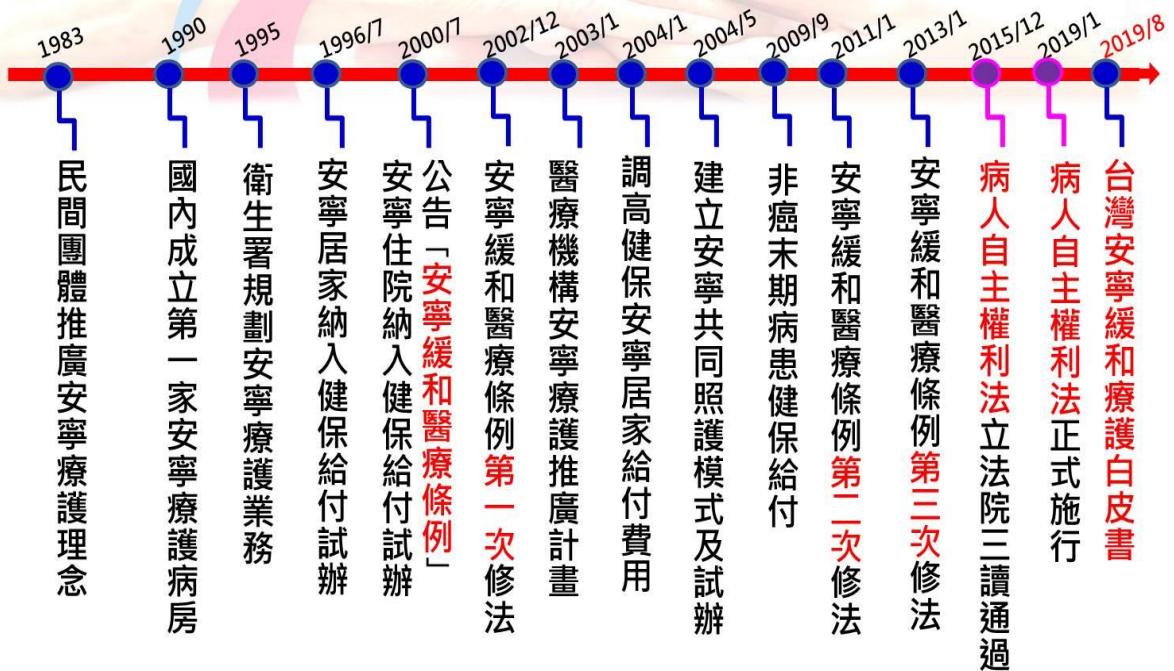
「安寧緩和醫療條例」與「病人自主權利法」為台灣捍衛善終權之兩大立法(詳見圖六和圖七)。2000 年 5 月 23 日為台灣安寧緩和療護發展的重要里程碑，立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，並在同年的 6 月 7 日公布實施，迄今並已完成三度修法，保障了台灣地區末期病人臨終自然尊嚴死亡的權利，並能將此意願註記在健保卡，為亞洲第一。繼之，2015 年 12 月 18 日三讀通過「病人自主權利法」，為亞洲第一部維護病人自主權利的專法，並於 2019 年 1 月 6 日正式施行。衛生福利部於 2018 年 10 月 3 日發布「病人自主權利法施行細則」及「提供預立醫療療護諮商之醫療機構管理辦法」等配套法規，釐清相關疑義與執行細節規定。本法適用之 5 種臨床條件，包括：末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、其他經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。具完全行為能力者，可以透過「預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)」事先立下書面之預立醫療決定(Advance Decision, AD)，選擇接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養。醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。政府並於 2019 年 11 月進一步公告十一項罕病納入適用病人自主權利法第 5 類「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」規定，包括：裘馨氏肌肉失養症、遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍)、亨丁頓氏舞蹈症、肢帶型肌失養症、線狀肌肉病變、脊髓小腦退化性動作協調障礙(小腦萎縮症)、脊髓性肌肉萎縮症(漸凍症)、肌萎縮性脊髓側索硬化症(漸凍症)、囊狀纖維化、原發性肺動脈高壓共十類罕見疾病，及多發性系統萎縮症。

(四)未來展望

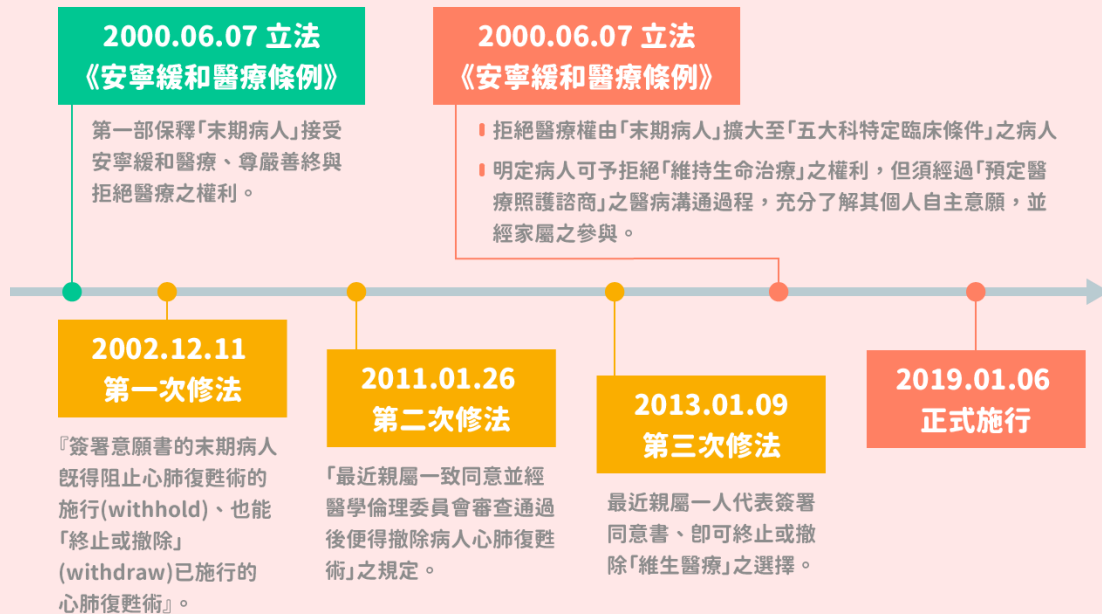
綜合上述，台灣安寧緩和療護運動(詳見圖八)，台灣安寧緩和療護之推展(詳見圖九)。台灣安寧緩和療護運動由癌末擴展到十大疾病、由醫院走向社區，已然成為善終之社會運動。未來台灣安寧緩和療護發展宜比照先進國家及呼應世界衛生組織(WHO)、國際安寧緩和療護協會(IAHPC)所提出之安寧緩和療護定義精神：**不分疾病、全齡人口、疾病全程、普及皆有**，以照護需求為導向，收案對象不分疾病，只要病人需要，即可接受安寧緩和療護。此外，由國家政策領航第三波安寧緩和療護運動，持續推展老人、兒童等全齡人口安寧緩和療護，且及早介入，普及發展社區與長照安寧，不分族群，所有人皆有機會獲得高品質安寧緩和療護，並建立慈悲關懷友善城市，且善用新科技與人工智慧醫療結合於安寧緩和療護中，協助病人善終，家屬亦能順利地經過照顧末期病人與其善別及善生，確保安寧緩和療護服務品質。

台灣安寧緩和療護緣起

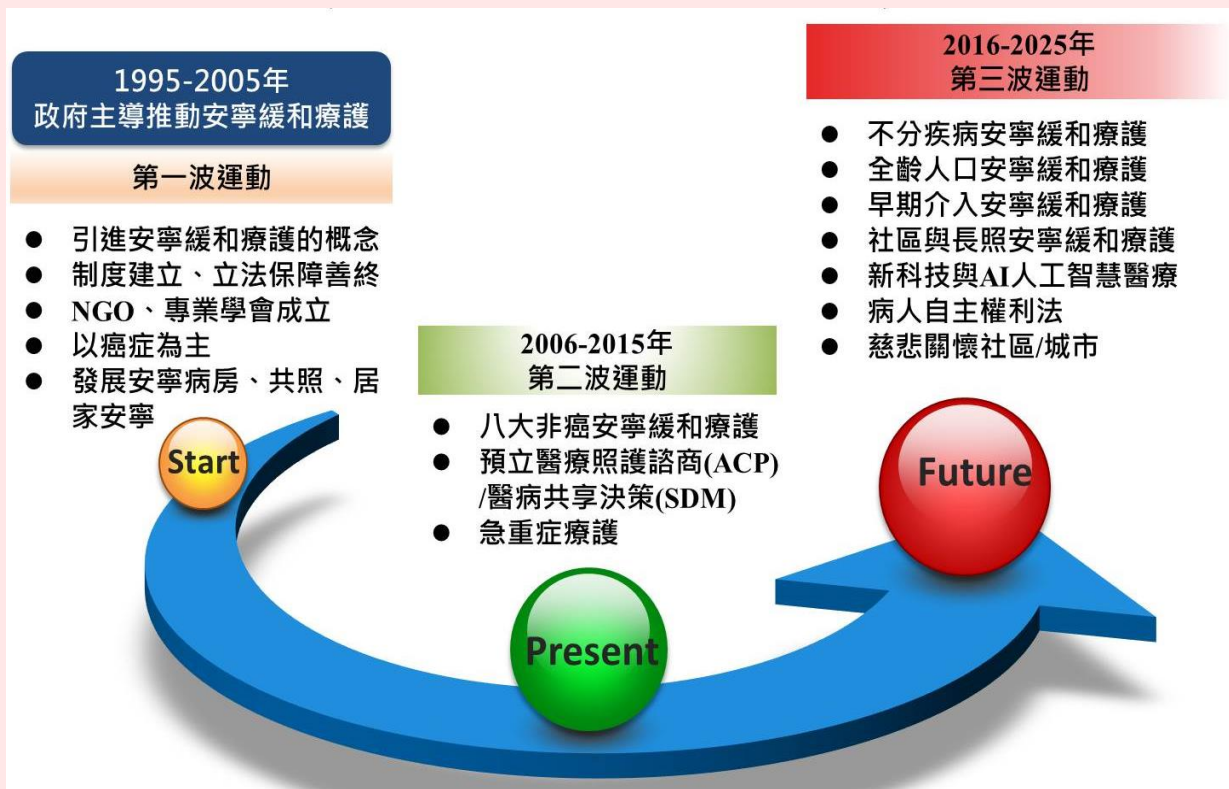


圖六、台灣安寧緩和療護緣起與關鍵事件

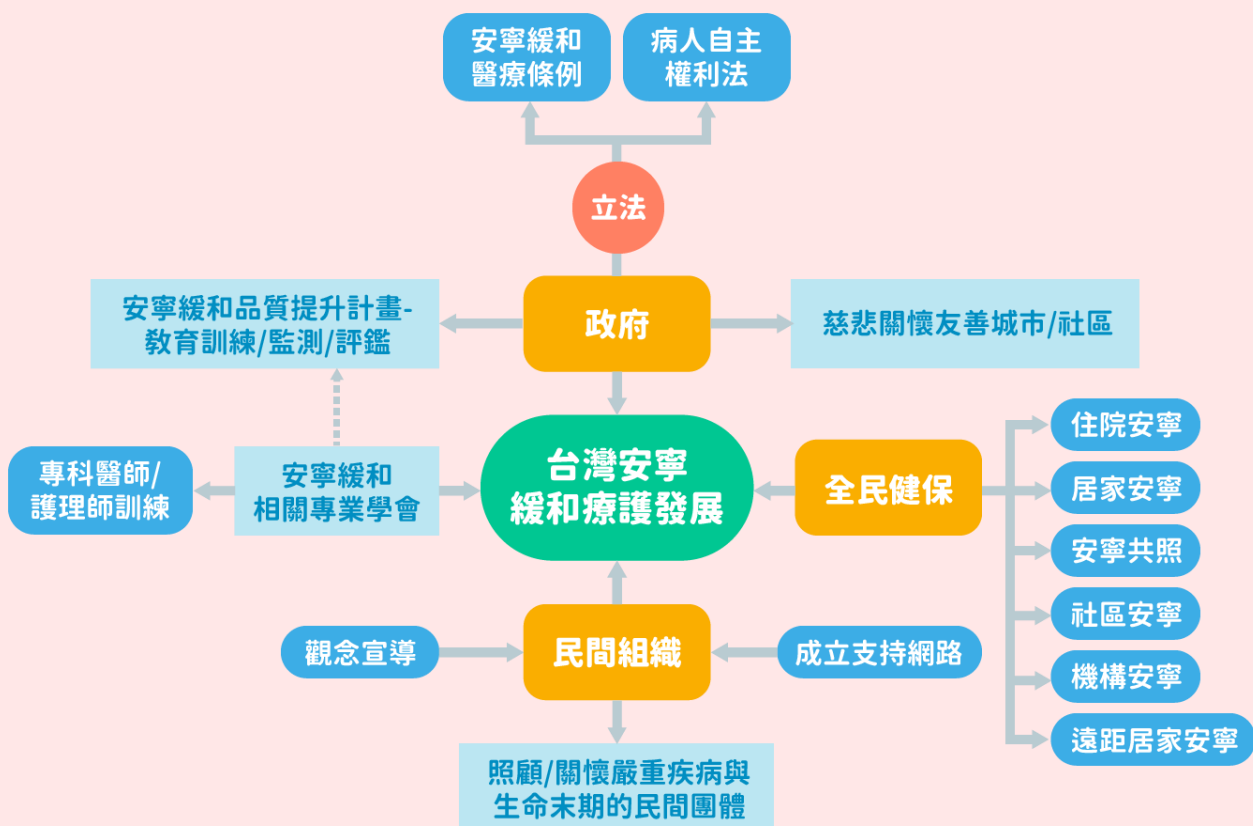
病人善終與自主權 - 立法脈絡



圖七、病人自主權利法立法脈絡(引自孫效智教授)



圖八、台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)



圖九、台灣安寧緩和療護之推展

附錄四、安寧緩和療護全球評比與展望

2015 年經濟學人智庫(Economist Intelligence Unit, EIU)進行的臨終病人「死亡品質(quality of death)」調查，在 80 個受評比國家中，台灣名列第 6、亞洲第 1，落後排名前 5 的英國、澳洲、紐西蘭、愛爾蘭及比利時，歸功於擁有先進的立法與健保支持，但實務上或政策上，要提升病人死亡品質，尚有許多改善空間。國內安寧療護發展至今三十餘年，雖有好的排名，但更應嚴格檢視國內當前安寧發展未足之處，內部品質檢驗國人對接受安寧緩和療護的評價與國際評比是否有所落差，見賢思齊、反躬自省方為全球評比之核心精神與鞭策，優質的安寧緩和療護跟全球排名同樣重要。

2015 年「臨終病人死亡品質」調查 5 個大類項目，即分別是末期照護的環境(palliative and healthcare environment)，名次由 2010 年排名 15 進步至排名 5；末期照護的人力資源(human resources)名次排名 10(2015 年新增項目)；末期照護的品質(quality of care)名次由 2010 年排名 10 進步至排名 7；末期照護的負擔(affordability of care)名次由 2010 年排名 10 進步至排名 6；末期照護的社區參與(community engagement)名次由 2010 年排名 19 進步至排名 5。在 EIU 50 項評比中，台灣雖比新加坡、日本領先，但在「個別病人的照護品質」及「醫護人力」、「教育」項目上，在 80 個國家中排名第 24，未達水準。另外，在本次死亡品質評比的「共同醫療決策」項目，台灣得分在全球 80 個國家地區排名第 26，相對於總成績名列全球第 6，足見台灣仍有可以進步提升之空間。



Reference: The Economist Intelligence Unit Limited (2015). The 2015 Quality of Death Index Country profiles.

附錄五、國際安寧緩和療護評比(International Rankings of Palliative Care)

報告	評估依據	發現和評比
Economist Intelligence Unit Quality of Death Ranking (2015)	80 個國家中成人安寧緩和療護品質排名。綜合指數包括安寧緩和療護以及醫療環境、人力資源、照護的經濟可負擔性、照護品質、社區參與。 因方法學問題，排名相對較有爭議。	評比排序： 1.英國 2.澳洲 3.紐西蘭 4.愛爾蘭 5.比利時 6.台灣
EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (2013)	歐洲安寧緩和療護服務提供報告。服務機構包括志工臨終關懷團隊、醫院安寧緩和療護支持團隊、居家安寧緩和療護支持團隊、混合安寧緩和療護支持團隊、三級醫院的安寧緩和療護部門、非醫院的安寧緩和療護團隊、院內臨終關懷、日間臨終關懷/日託中心。	每人提供 16 次安寧緩和療護服務的國家：比利時、愛爾蘭、瑞典、盧森堡。 每人提供 12-16 次安寧緩和療護服務的國家：荷蘭、波蘭、英國。
World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance Global Atlas of Palliative Care (2014)	將安寧緩和療護進階整合進入主流照護的國家，具有廣泛地區發展安寧緩和療護群眾效應之特性；各服務單位提供完整安寧緩和療護；醫療人員、社區和整個社會對安寧緩和療護具廣泛認識；未限制嗎啡和其他強效止痛藥之取用；安寧緩和療護對政策具重大影響，尤其對公共衛生政策之影響；發展被認可的教育中心；與大學建立學術連結；以及設有國家安寧緩和療護協會。	澳洲、奧地利、比利時、加拿大、法國、德國、香港、冰島、愛爾蘭、義大利、日本、挪威、波蘭、羅馬、新加坡、瑞典、瑞士、烏干達、英國、美國。

附錄六、優質安寧緩和療護的八大面向

面向 1. 照護的結構和過程

面向 1.1 照護結構

- 建立及早辨識安寧緩和療護服務需求系統，提供以需求(needs-based)和生活品質為導向的安寧緩和療護。
- 由具備知識、技能和態度的醫療專業人員提供安寧緩和療護，以滿足病人和家屬的需求。
- 跨專業團隊由具備教育、技能和能力的專業人員組成，以評估和協助病人的特定安寧緩和療護需求。
- 經過適當培訓的跨專業團隊為病人和家屬提供全面性照護計劃之服務。
- 跨專業團隊成員包括經過適當培訓和督導的志工。
- 跨專業團隊有繼續教育和培訓支持，以確保團隊成員能具信心提供照護。
- 照護計劃可參照數據資料做為臨床和實務管理之品質改善依據。
- 能敏察安寧緩和療護團隊成員因照護患有危及生命或疾病衰退之病人及其家屬所產生的情緒衝擊，並為團隊成員提供適當的支持和資源。
- 安寧緩和療護計劃應與一個或多個安寧機構院和其他社區資源建立合作關係，以確保獲得高品質照護的連續性，滿足病人因應疾病軌跡所產生的照護需求。
- 提供病人和家屬每週 7 天，每天 24 小時的安寧緩和療護服務。
- 確保在醫療照護環境轉換時，能及時、詳細地傳達病人的照護目標、偏好、價值觀和臨床訊息，從而確保照護的連續性和無縫接軌。
- 照護的場域應盡可能滿足病人和家屬的偏好、需求和情境。
- 在難以獲得專業照護的偏鄉地區，組織應開展雲端醫療和遠距醫療通訊。
- 確保弱勢群體獲取安寧緩和療護服務。

面向 1.2 照護過程

- 醫療照護人員應將安寧緩和療護作為所有一年內死亡並不令人感到意外的病人及其家屬的一種選擇，並應在病人情況變差時，適時地討論安寧緩和療護選項。
- 療護計劃基於對病人和家屬的整體性跨專業評估，包括過去病史、診斷和治療的適切性、診斷試驗、和對過去治療的反應。
- 根據對病人和家屬的價值觀、偏好、照護目標和需求進行全面的跨專業評估，及時制定、應用和定期檢視照護計劃，並在尊重病人隱私的前提下，確保照護計劃能在所有參與病人照護的專業人員間有效地內、外部溝通。
- 照護計劃以病人為中心，專業協助並支持病人及其家庭決策。
- 記錄病人的醫療委任理人/決策者，初次評估和每逢病況變化時，記錄病人/醫療委任代理人對照護目標、治療方針和照護地點的偏好，確保不同的照護地點轉換都可知悉此訊息。
- 照護計劃能根據病人和家屬不斷變化的需求而做調整。

- 醫療專業人員、病人和家屬之間能有效溝通，確保病人和家屬能夠根據訊息做決策，擬定以病人和家庭為中心的照護計劃。
- 與醫師和跨專業團隊成員定期進行個案討論會和家庭會議，以提供訊息、討論照護目標、疾病預後和預立醫療照護諮商(ACP)，並提供支持。
- 安寧緩和療護小組須能協助和滿足兒童及其家庭的特殊需求。

面向 2. 生理層面照護

- 及時、安全、有效地控制症狀和副作用。
- 以最佳可行證據控制症狀和副作用。
- 症狀和副作用可由具備適當技能和培訓的醫療專業人員協助而得到控制。
- 以病人和家庭為中心的方式進行症狀和副作用控制。

面向 3. 心理層面照護

- 及時、安全、有效地評估和緩解心理和精神問題。
- 以最佳可行證據評估和緩解心理和精神問題。
- 以病人和家屬可接受的方式緩解心理和精神問題。
- 病人、家屬和工作人員可獲得哀傷撫慰，在病人死前和死後，為病人和家屬擬訂並提供哀傷撫慰照護計畫。

面向 4. 社會層面照護

- 全面的跨專業評估確定病人和家屬的社會需求。
- 照護計畫能有效地滿足病人和家庭的社會需求。
- 訂定並執行全面性社會層面照護，以滿足病人及其照顧者(重要他人)的社交、實際和法律需求，包括關係、溝通、現有的社交和文化網絡、決策、工作和學校環境、財務、性/親密、有無人照顧、照顧者壓力，以及獲得藥物和設備資源。

面向 5. 靈性、宗教和存在層面的照護

- 以最佳可行證據對靈性、宗教和存在層面的照護進行評估和評值。
- 以病人和家屬可接受的方式提供靈性、宗教和存在層面之照護。
- 應具備經安寧緩和療護專業培訓並獲認可的靈性關懷人員。

面向 6. 文化層面照護

- 採取具文化敏感度之安寧緩和療護評估並嘗試滿足病人、家庭和社區的需求。
- 將文化評估納入整合安寧緩和療護的一部分，包括決策軌跡、訊息揭露的偏好、病情告知和決策、飲食偏好、語言、家庭溝通、期待的照護方式，如安寧緩和療護、輔助和另類療法、關於死亡、痛苦和哀傷的觀點、以及葬禮/埋葬儀式。
- 以病人和家庭的慣用語言提供專業的口譯服務和具文化敏感度素材。

面向 7. 臨終照護

- 能評估和溝通瀕死徵象和症狀，提供適合疾病階段的照護。
- 確認並記錄病人臨近瀕死階段，並與病人、家屬和工作人員溝通預期即將死亡。
- 定期確認並記錄病人和家屬對死亡地點的偏好，並儘可能滿足病人和家庭的偏好，作為持續照護計劃過程的一部分。
- 根據家庭的文化和宗教習俗尊重遺體，並提供遺體護理。

面向 8. 倫理和法律層面照護

- 病人的目標、偏好和選擇受到生命倫理、被普遍接受的醫療照護標準、以及法律的尊重，並且作為照護計劃的基礎。
- 應用倫理思辨於病人、家屬和照顧者目標不一致的倫理層面，並協助病人先前聲明的偏好和當前家庭或代理決策的爭議和不確定性。
- 醫療專業人員將權衡並嘗試納入病人的價值觀、目標和偏好，針對決策能力受到疾病、年幼、發育障礙、嚴重精神疾病、失智和其他疾病的限制者，必要時應提供倫理諮詢。
- 對於具有決策能力的未成年人，評估並記錄兒童本身對健康照護的看法和偏好，包括對治療的同意，並在決策過程中給予適當的重視。當兒童的願望與成年決策者的願望不同時，由適當的專業工作人員為兒童和成年決策者進行諮詢和協助。
- 了解安寧緩和療護的法律、監督和倫理。
- 敏察和協助患有危及生命和/或疾病衰退病人在照護中出現的複雜倫理問題。

參考並修訂 Reference: National Coalition for Hospice and Palliative Care (2018). *National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (4th ed.). Retrieved from <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>

附錄七、制定台灣安寧緩和療護政策白皮書工作人員名單

● 指導委員【依姓氏筆畫排序】

- 王英偉 衛生福利部國民健康署署長
王拔群 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會執行長
石崇良 衛生福利部醫事司司長
江綺雯 監察委員
李伯璋 衛生福利部健保署署長
邱泰源 立法委員、臺大醫學院家庭醫學科教授、台灣醫學會理事長
陳慶餘 臺大醫學院家庭醫學科名譽教授
陳榮基 臺大醫學院神經科、生理學科兼任教授
張苙雲 台大社會系教授、中央研究院社會學研究所研究員
黃勝堅 臺北市立聯合醫院總院長
趙可式 國立成功大學醫學院名譽教授、台灣安寧緩和護理學會榮譽理事長
賴允亮 馬偕紀念醫院榮譽主治醫師、馬偕醫學院教授
羅紀琮 中央研究院經濟研究所兼任研究員

● 主筆者【依姓氏筆畫排序】

- 許志成 國家衛生研究院群體健康科學研究所副所長
賴維淑 國立成功大學醫學院護理學系助理教授

● 撰稿小組【依姓氏筆畫排序】

- 方俊凱 馬偕紀念醫院精神醫學部主任、自殺防治中心主任、安寧療護教育示範中心主任
呂立 國立臺灣大學醫學院附設醫院小兒部兒童胸腔與加護醫學科主任及兒童加護病房主治醫師
林明慧 臺北榮民總醫院家庭醫學部安寧緩和醫學科主任
林承霈 國立陽明交通大學護理學院社區健康照護所 助理教授
邱仲峯 臺北醫學大學放射線學科教授、管理發展中心主任、臺北癌症中心副院長
徐愷萱 臺北市立聯合醫院仁愛院區安寧療護科主任、家庭醫學科主治醫師、社區安寧發展中心副主任
翁益強 衛生福利部南投醫院放射腫瘤科主任
陳端容 臺灣大學健康行為與社區科學研究所教授兼所長
陳炳仁 高雄醫學大學醫學系助理教授暨附設醫院家庭醫學科/老年醫學科合聘主治醫師

陳惠姿 輔仁大學退休副教授、台灣長照專業協會顧問
張賢政 羅東博愛醫院家庭醫學科主任
黃曉峰 臺中榮民總醫院緩和醫療科主任
黃馨蓀 彰化基督教醫院安寧緩和療護科/家庭醫學科主治醫師、醫學倫理中心主任
程劭儀 臺大醫院家庭醫學部主治醫師、副教授、臺灣大學保健中心主任
彭仁奎 臺大醫院家庭醫學部主治醫師、臺大醫學院家庭醫學科兼任講師
趙家德 臺大醫院北護分院內科部主治醫師
蔡甫昌 臺大醫學院醫學教育暨生醫倫理學科所教授、臺大醫院醫學研究部主治醫師
蔡兆勳 台灣安寧緩和醫學學會理事長、臺大醫院家庭醫學部主任
蔡宏斌 臺大醫院創傷醫學部整合醫學科主治醫師

● 外審專家【依姓氏筆畫排序】

何景良 三軍總醫院內科部部主任
邱世哲 新竹馬偕紀念醫院放射腫瘤科主任
林文元 中國醫藥大學附設醫院社區暨家庭醫學部主任、中國醫藥大學醫學院教授
林佳靜 臺北醫學大學護理學系主任、教授
胡文郁 臺大醫院護理部主任、臺大醫學院護理學系教授兼主任
傅彬貴 臺中榮民總醫院呼吸加護病房主任
孫文榮 台北市立聯合醫院社區安寧發展中心主任、全觀式社區預防暨心理健康中心主任、
中興院區家庭醫學科醫師兼主任
黃尚志 高雄醫學大學醫學系教授

● 國健署工作團隊

王英偉 衛生福利部國民健康署署長
林莉茹 衛生福利部國民健康署癌症防治組組長
蕭淑純 衛生福利部國民健康署癌症防治組簡任技正
黃巧文 衛生福利部國民健康署癌症防治組科長
黃映榛 衛生福利部國民健康署癌症防治組專業助理

● 國衛院工作團隊

許志成 國家衛生研究院群體健康科學研究所副所長
許亦琪 國家衛生研究院群體健康科學研究所秘書
林中棻 國家衛生研究院群體健康科學研究所研究助理
陳雅甄 國家衛生研究院群體健康科學研究所行政助理

附錄八、關鍵詞彙中英文對照

生命與死亡識能(Life and Death Literacy)

生命末期照護(End of Life Care)

死亡品質(Quality of Death)

安寧緩和療護(Palliative Care)

安寧緩和療護政策(Policy of Palliative Care)

哀傷(Grief)

哀傷撫慰(Bereavement Care)

共病症與併發症(Comorbidity & Complication)

疼痛與症狀管理(Pain and Symptom Management)

預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)

預立醫療決定(Advance Decision, AD)

照顧者(Carer/Caregiver)

慈悲關懷友善城市/社區(Compassionate City/ Community)、

驚訝問題(Surprised Question)

跨專業的醫療團隊(Interdisciplinary/Multidisciplinary Team)