

從安寧緩和醫療條例修正看緩和醫療如何協助末期病人善終

緩和醫療在過去 40 年中蓬勃發展，成為世界衛生組織所宣告的末期病人最重要的醫療照護模式，也成為基層醫療照顧末期病人的主流模式。先前根據經濟學人資訊社(EIU, Economist Intelligence Unit)委託新加坡連氏基金會（Lien Foundation），針對全球 40 個國家末期病人照顧的善終品質進行調查，臺灣排名第 14，占亞洲第 1 名，優於新加坡、日本、南韓等國家¹。這些是歷年來政府與各醫院緩和醫療團隊努力的成就，藉著對末期善終的醫療人權提升，在國際上揚眉吐氣，也是醫療品質提升的軟實力。目前日本已經急起直追，在政府撥出大量預算和專業醫療團體的努力下，大力推廣全民對於末期安寧療護的運動。政府和國人應正視此重要醫療議題，對於法律和善終指標有所了解，方可再締佳績。

安寧緩和醫療強調末期病人生命的自主權，在醫療團隊的合作之下，減少疼痛等症狀、緩解焦慮與憂鬱等情緒、獲得靈性上的平安。死亡恐懼是其中的關鍵，其來自生存法則的挫敗與對未來方向的不確定，也是潛在的靈性照顧的最大課題。故欲達到真正的善終，須對於即將來臨的死亡，減少悲傷、遺憾、和恐懼，並認知瀕死的徵象，對瀕死的病人和家庭成員作適切的照顧。

為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，臺灣在民國 89 年頒布了安寧緩和醫療條例，末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療，成為亞洲第一個對末期照護有明確立法的國家。意願書之簽署，應有具完全行為能力者 2 人以上在場見證。20 歲以上具完全行為能力之人，得預立前項之意願書。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，由代理人代為簽署意願書。民國 102 年 1 月 9 日總統公布了最新的修正條例，新增了意願人得立意願書作維生醫療抉擇，而維生醫療指的是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。

末期病人無簽署不施行心肺復甦術或維生醫療之意願書，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。末期病人符合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。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，依條例規定各款先後定其順序。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。

對於本人選擇不施行心肺復甦術或維生醫療的意願，應該在健康時候就可以為自己預立醫療指示，達到「第一次善終」的確認。若本人沒有簽署上述意願書，則最近親屬或醫療委任代理人，則可在不違背病人意願下，選擇簽署上述的同意書，此為末期病人「第二次善終」的機會。無最近親屬者，原診治的主治醫師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，此為末期病人「第三次善終」的守護者。

善終的指標如下：

了解自己死之將至、心平氣和接受瀕死的事實、後事交代安排是否符合全家的意願、時間的恰當性是否已經準備妥當、去世前數天是否達成身體的舒適性。

英國 Liverpool 大學在 2003 年發展出 Liverpool Care Pathway (LCP) 針對癌症和非癌症病人在所有的醫療機構，都能提供符合實證醫學架構的高品質末期照顧，以達到病人和家屬多層面的照護需求。末期醫療照顧的核心專業成員，包括：緩和醫療專科醫師、護理師、臨床心理師、社工師、臨床宗教師和志工群，隨著病情進行至末期階段，各有其照護角色和功能，必須密切協調與合作，以誠實、熱誠、慈悲的態度來照護，達到病人上述的善終指標。

文獻參考

1. Economist Intelligence Unit, The Quality of Death: Ranking end-of-life care across the world (London: EIU, 2010).http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation&page=loads 07/14/2010

家庭醫學部主治醫師 姚建安