

## 挑戰與回應

# 社區長照安寧整合連續性照護—— 實現「老有所終、末有所安」

余尚儒<sup>1,2</sup>

## 前 言

台灣安寧療護邁入第二十一年了，各方面發展成熟，然而社區的安寧療護仍然有許多進步空間。臨床照護觀念近年來也有改變，除了治癒疾病之外，也開始強調末期病人生命品質，安寧療護的對象也從癌症病人拓展到八大非癌慢性疾患末期病人，加上人口高齡化失能人口增加，各種慢性疾患末期病人越來越多，長期照護的需求增加了家庭的負擔，也促使社會必須共同面對的問題，政府除了建立長期照護系統，也著手規劃長期照護保險應應未來需要（行政院經濟建設委員會，2009）。本文將先簡介台灣安寧療護運動的發展，說明目前社區的安寧療護的困境，因社會結構老化，慢性疾患失能與非癌末期病人增加社區安寧療護負擔，又社區安寧療護缺乏基層醫療支持，論述建立一個長照安寧整合連續性照護的合理性，作為未來政策的參考。

---

<sup>1</sup>戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院家庭醫學科醫生

<sup>2</sup>成功大學公共衛生研究所衛生政策組碩士生

## 台灣安寧療護運動的發展

回顧安寧療護過去一路走來華路藍縷的二十年，2000 年以前，提供住院安寧療護（即安寧急性病房）的醫院就有 17 家，這 17 家大多也同時提供安寧居家療護，少部分醫院只提供安寧居家療護，經衛生署核定的試辦單位計有 25 家，十年後，2010 年提供安寧急性病房的醫院已達 43 家，總床數 629 床，73 家醫院提供安寧居家療護，每年服務人數達 4,476 人（王鼎鈞，2011）。此外，2004 年開始的「安寧共同照護」，有計畫地將安寧理念與照護模式推廣至安寧病房之外，讓安寧團隊與原醫療團隊共同對末期病人提供安寧相關諮詢和轉介服務，2006 年起全台已有 38 家醫院推動安寧共同照護計劃（台灣安寧緩和醫學學會，2006）。

安寧相關專業團體，諸如 1982 年成立的康泰醫療教育基金會，1990 年設置的安寧療護基金會、1994 年建立的蓮花臨終關懷基金會、1995 年設立的台灣安寧療護協會、及分別於 1999 年與 2005 年成立的安寧緩和醫學學會、安寧緩和護理學會等，除擔負許多安寧的教育訓練工作外，也參與衛生署醫事處推動的各項法規制定，包括「住院/居家安寧療護設置基準」、「安寧療護住院/居家品質評量標準」，以及「安寧住院及居家療護單位認證原則」等，是台灣安寧實務工作與法令制訂的重要推手。2000 年立法通過「安寧緩和醫療條例」是台灣安寧療護重要的里程碑，安寧療護至此進入真正制度化、有法律基礎保障的階段。

2000 年，台灣成爲亞太安寧聯盟(Asia Pacific Hospice Network) 創始會員國之一。2001 年，第一次的亞太安寧年會在台北舉辦，更是安寧界一大盛事。在各方面的努力下，2010 年《經濟學人》一份對全球臨終照護的評鑑報告指出：台灣的安寧療護品質整體排名世界

第十四，是亞洲第一，排名甚至比台灣早發展安寧的日本還要前面 (Economist Intelligence Unit, 2010)。安寧緩和醫療條例制定的成功、嵌入醫院評鑑以及安寧療護納入健保制度等，亦使安寧急性病房延伸出的各項服務得以不斷發展 (魏書娥, 2008)。有諸多安寧先進的真知灼見和鍥而不捨的努力下，台灣安寧療護發展的成功可謂另一種台灣奇蹟，另也有學者指出：台灣安寧療護的推動「是中產階級知識份子說服政治精英主導，由上而下地逐步建立起安寧緩和療護服務提供系統的制度化過程」(魏書娥, 2008, 頁 16)，可見國內安寧療護乃先知先覺們有策略性的推動成果，由上而下並從制度面著手，將安寧療護納入健康保險，成為社會安全體系一部分，可說是相當成功的社會運動。

### 社區安寧療護實行的困境

儘管有上述諸多努力和亮眼成績，但是 2010 年死亡人數計 14 萬人，扣除意外事故及自殺等後，尚有 13 萬人有安寧療護需求的可能，可見在臨床上安寧發展的空間相當大，特別是社區的安寧工作 (王鼎鈞, 2011)。在臨床服務的第一線人員都清楚，要將安寧療護推廣到基層和社區有相當高的難度，而這個問題一直未能有有效突破。事實上，在社區裡除了各個安寧相關團體不定期舉辦死亡教育活動之外，嚴格來說，目前國內只有急性病房派出的安寧居家療護小組，是真正在社區間從事照顧末期病人活動的人員。

社區安寧的目的是希望末期病人能在家裡接受安寧療護，和自己至親好友在一起、在自己習慣的空間生活，走完人生最後一程。並非所有末期病人都能在安寧居家療護小組照顧下順利在家善終，有不少末期病人病情控制穩定後，不符合急性病房住院繼續條件需要出院，

但因為回家缺乏完善照顧，往往很快又會病況惡化，因而反覆入住安寧病房，最後通常是在醫院往生，或是形式上留一口氣回家，沒有機會真的在家善終。

其實這類末期病人最需要的是待在具有安寧療護能力的慢性機構。然而，現實的狀況讓這些病人家屬疲於奔命，即使國內少數長期照護機構，願意配合安寧居家療護小組，接手照顧這些末期病人，但因為多半缺乏安寧觀念和訓練，導致配合度也會隨病人病情惡化而減低，稍微一有狀況（例如，呼吸喘、吐血、譫妄），就把臨終病人送回醫院，致使臨終病人進入反覆住院的循環中。可見社區安寧療護系統薄弱，社區機構式安寧療護更是缺乏，這個現象隨著安寧療護服務對象不再限於癌症，納入八大非癌症末期病人之後想必會更加嚴重。

### 社區安寧療護需求日益增加

長期照護對象以失能的人為主，其中失能老人為大宗（經建會，2009）。這群人多半有慢性疾病，而通常失能的發生和本身慢性疾患控制不佳而導致併發症有關，例如糖尿病、高血壓、高血脂控制不佳，因而導致中風，加速血管性失智症發生，最後因吞嚥困難、反覆吸入性肺炎引發敗血症導致呼吸衰竭死亡。高齡長輩如果沒有罹患癌症，但因長期慢性疾病問題最後引起器官衰竭死亡，即使沒有慢性疾病或慢性疾病控制相對比較好的長輩，自然老化到最後也會因為器官功能衰退而離開，換句話說，一生沒有罹患癌症的人，無論有沒有慢性疾患、原先健康狀況如何，現代醫療只能延長這個過程，但無法改變結果。儘管時間長短難預測，人人終將成為八大非癌症末期病人的候選者，不過安寧緩和療護卻可以改變失能後的生活品質。因此健保給付八大非癌症末期病人接受安寧緩和療護目的，就是要讓人人有機會得到以尊重

當事人意願下，以改善生活品質為目標，得到善終。

從臨床實務面來看，八大非癌疾病開始納入安寧療護之後，安寧療護團隊的工作更加吃重，複雜性也增添許多，此外，非癌末期病人與癌末病人臨床上疾病變化的軌跡不同，病情瞬息萬變，非癌末期病人因症狀種類多樣，由末期進到瀕死狀態判定不易，以及家屬對病情認知和團隊容易有差距，出入急性病房的機會頻繁，因家庭照顧功能不足而又入院的情況更容易發生，是以，這群病患對醫療團隊來說，臨終時間的拿捏更困難，因此在死亡預備上也比較不容易與病人和家屬溝通。這時候的溝通，包括預立醫療委任代理人，或是臨終選擇不施行急救等等的醫療決定，在與非癌末期病人溝通時往往發現為時已晚，許多人早因無數插管急救而已呈意識昏迷，錯過向家人道別、道謝、道愛，以及回顧自我生命或完成未了心願的機會。因此，筆者認為：當高齡者因各種原因變得失能，開始需要長期照護的時候，有機會就應開始導入安寧療護觀念，主動讓長照接上安寧來維持非癌末期病人照顧的連續性，方是讓此類長輩盡可能得到最好生活品質的作法。

### 社區安寧療護資源缺乏基層醫療投入

同一個時期，台灣也面臨老年社會到來，政府有關單位也重視這個問題，開始研擬長期照護保險，各專業團體也卯足全力訓練長照人員，開辦各種課程，期盼保險開辦後能協助許多需要長照的人，可是生命總有結束時候，因此不少長期照護的教科書中，最後不會漏掉安寧療護這個章節，將它視為長期照護的一部分（劉淑娟，2010）。然而實際上，長期照護和安寧療護在目前體制下，幾乎是井水不犯河水，政府對於未來長期照護保險的規劃中也看不到安寧療護的角色，長期

照護和安寧療護一直沒機會連續，彼此長期處在斷裂狀態（經建會，2009）。預期長期照護保險開辦之後，除鼓勵基層醫師投入長期照護之外，筆者認為長照和安寧應該是一種從失能到死亡進行的垂直連續照護，需要於現行體制中被整合，從追求長照和安寧之間連續性照顧目標來看，長期照護保險開辦可藉此機會將由社區提供安寧療護需要納入給付，形成垂直的連結。此外，亦可促使基層醫療介入居家安寧療護和機構安寧的業務，分擔急性醫院居家安寧療護小組的工作量，甚至也可以成立社區安寧緩和療護群，與醫院急性安寧病房合作，相互轉介末期病人，達成各安寧療護單位間橫的聯繫，產生真正連續性的照護，筆者稱它做「長照安寧整合連續性照護」。

### 老有所終、未有所安

從過去台灣安寧療護成功發展經驗，不難發現政策面和保險制度影響醫療行為之鉅，因此，若能透過長期照護保險主動將社區安寧療護納入給付，促使基層醫療和長照機構積極參與社區安寧療護，是改變目前社區安寧困境的絕佳方式。透過這樣的整合，形成真正以病人生命歷程為導向的連續性照顧，而非目前僅以病種（慢性疾患失能、癌症末期，非癌末期病）為導向的斷裂式照顧。敦促政府正視目前社區安寧療護不連續的窘境，從要求現有長期照護機構、提升安寧療護能力、鼓勵基層醫療參與，甚至設立類似英國安寧院(hospice)之專門照顧末期病人的示範慢性機構，藉此讓社區安寧療護網絡更完整。筆者相信，透過長期照護保險配合補足社區安寧療護缺乏，長照安寧整合連續性照護真正實現「老有所終、未有所安」。

### 參考文獻

- 行政院經濟建設委員會 (2009)。長期照護保險規劃報告。台北市：行政院經建會。
- 王鼎鈞 (2011 年 4 月 14 日)。安寧病床不足衛署推一般病床照護措施【線上論壇】。2011 年 09 月 25 日，取自：  
[http://newtalk.tw/news\\_read.php?oid=13538](http://newtalk.tw/news_read.php?oid=13538)
- 台灣安寧緩和醫學學會 (2006)。「共同照護」報導專區。台灣安寧緩和醫學學會會訊，65。2011 年 09 月 25 日，取自：  
[http://140.112.124.120/asp/Comint/65\\_9506.pdf](http://140.112.124.120/asp/Comint/65_9506.pdf)
- 劉淑娟 (2010)。長期照護。臺北：華杏出版。
- 魏書娥 (2008)。醫療全球化與在地專業化：以台灣地區安寧緩和療護運動的社會學分析為例。行政院國家科學委員會專題研究計畫 (編號：NSC95-2412-H-343-002)。2011 年 09 月 25 日，取自：  
<http://nhuir.nhu.edu.tw:8085/ir/bitstream/987654321/7341/3/952412H343002.pdf>
- Economist Intelligence Unit. (2010). *The quality of death-Ranking end-of-life care across the world*. Retrieved 09/25, 2011, from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation website:  
[http://www.lifebeforedeath.com/pdf/Quality\\_of\\_Death\\_Index\\_Report.pdf](http://www.lifebeforedeath.com/pdf/Quality_of_Death_Index_Report.pdf)