

# 我國善終政策的新展望

陳凱徨<sup>1</sup>、郭威中<sup>1</sup>、劉越萍<sup>1、2</sup>

衛生福利部 醫事司<sup>1</sup>、財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心<sup>2</sup>

## 摘要

我國陸續推動器官捐贈、安寧緩和療護及病人自主權利等政策，在過去成果的基礎下，衛生福利部將整合相關政策及執行策略，規劃整合性服務，讓民眾同時瞭解安寧緩和療護及器官捐贈的觀念及精神，並解除民眾對於政策競合關係的疑惑，另外，也將推動全齡生命教育課程，建構以病人預立決定為中心的友善臨終醫療照護環境，使民眾擁有完整且有品質的醫療與照護網絡。澄清醫護管理雜誌 2023；19（3）：4-7

## 前言

今年 2 月佛光山開山宗長星雲大師辭世，享耆壽 97 歲。他曾在 60 多歲簽署器官捐贈同意書時，提到「與其讓身體被蟲蛀、腐爛，不如將有用器官加以移植，讓別人的生命能夠延續。」[1]。星雲大師的理念正與我國善終政策的核心價值不謀而合，讓民眾提早參與及規劃自己人生的旅程，讓摯愛的家人與友人能理解並尊重個人意願，在抵達人生的終點時能圓滿「四道」人生：道謝、道愛、道歉及道別。

與我國相鄰的日本早在 2007 年就已經進入超高齡化社會，據日本國家人口與社會保障研究所估計，老年人口占總人口的比例還將繼續上升，到 2040 年，第二次嬰兒潮時期（1971-1974 年）出生的一代將達到 65 歲以上，預計為 35.3% [2]。由於社會制度和醫療品質提升造成壽命延長，進而改變了日本民眾對於長壽的價值觀 [3]。

隨著臺灣人口變遷，老年人口逐年提升，臺灣已於 1993 年成為高齡化社會國家，2018 年邁入高齡社會，根據推估，2025 年即將邁入超高齡社會 [4]。日本民眾對於生命價值觀的轉變，正可作為我國規劃善終政策的參考。本文即在簡介我國嘗試將過去偏向被動的善終政策轉為主動的善終政策的初步成果和未來展望。

### 一、生死接線 - 從器官捐贈點燃預立醫療決定之火

近代器官移植最早起源於俄國，但第一例成功的屍體腎臟移植在 1947 年由美國波士頓大學 Dr. Hume 所執行，後來接任的 Dr. Murray 繼續發揚光

關鍵詞：安寧緩和療護、病人自主權利、預立醫療決定、器官捐贈、生命善終權利

訊作者：劉越萍

通訊地址：臺北市南港區南港路二段 78 號 6 樓

E-mail：dtemer14@gmail.com

大，並於 1954 年完成人類第一例同卵雙生間的活體腎臟移植，也因此榮獲 1990 年諾貝爾醫學獎的殊榮。隨著免疫藥物的進步，1967 年在器官移植的歷史上是大放異彩的一年；南非 Dr. Barnard 首次成功的心臟移植是在 1967 年執行，雖然由於抑制器官排斥的免疫抑制劑使得接受心臟移植病患罹患了肺炎，在術後 18 天去世了。人類第一例成功的肝臟移植也在這年完成，美國匹茲堡賓州大學 Dr. Starzl 在經過六次換肝失敗的陰霾下，終於在第七例的換肝手術中成功了 [5]。

台灣的器官移植發展在亞洲地區一直處於領先地位；早在 1968 年即由台大醫院李俊仁教授完成亞洲第一例的腎臟移植。1984 年當時在林口長庚醫院的陳肇隆院長完成了亞洲第一例的肝臟移植，為了取得屍肝也引進了腦死的觀念 [5]。最後促成臺灣於 1987 年施行人體器官移植條例 [6]，成為亞洲第一個進行器官移植的國家，完整規劃器官勸募、捐贈配對到移植程序，並更進一步到捐贈者家屬關懷到移植者術後追蹤等流程，為亞洲第一部器官捐贈移植專法，透過多元意願表達方式，讓民眾可自行預立器官捐贈意願外，家屬也可在病人生命消逝前代替決定，讓生命得以另一種方式繼續傳承。

另外，衛生福利部於 2002 年成立財團法人器官捐贈移植登錄中心（2021 年更名為財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心），透過非營利組織作為民眾、醫護人員及醫院間溝通橋樑，並建立我國器官捐贈移植分配機制及資訊系統，以公平、公正及透明化方式，縮短病患等待器官受贈時間，並使器官分配到最適合的病人身上，增進器官之有效運用；並協助辦理器官捐贈議題宣導、推廣及相關醫事與社工人員教育訓練，並辦理捐贈者家屬關懷、輔導及紀念活動，另外與安寧緩和相關學協會合作，致力於推動並建立尊嚴善終及器官捐贈友善環境 [7]。

雖然臺灣曾在 2011 年發生愛滋器官捐贈事件，使部分病人須持續接受人類免疫缺乏病毒藥品治療，但也使政府及各醫院意識到器官捐贈不足之處，推動器官協調師認證制度，透過專業訓練，建立全國一致器官捐贈移植標準作業程序，避免類似事件重演。

在 2014 年，我國推動「捨得」制度，訂定捐贈器官者三親等內親屬需進行配對移植時，得透過加分提高配對成功機會，突破器官捐贈在民眾心理給予的印象，導入臺灣最重視的家人保障情感，使得器官捐贈成為庇蔭家人的保護傘，並使器官捐贈率逐年提升，也使得我國器官待移植者等待天數逐漸下降，加快待移植者恢復原有生活品質。

## 二、尊嚴善終 - 由安寧療護擴大到病人自主權利

現代安寧療護發起人 Dr. 桑德絲 (Dame Cicely Saunders) 於 1967 年在倫敦近郊成立「聖克里斯多福 (St. Christopher) 安寧醫院」，開創了全世界第一家有特殊服務方案的醫院除了以目前已經被廣泛在臨床上運用的醫療團隊合作方式，來照顧癌症末期病患之外，並率先結合醫療、宗教的照顧與社會的關懷，提供一個包含身體醫療、精神與心理支持等人性化照護的場所，經由靈性的撫慰及引導，陪病患完成生命最終的旅程，並將照顧的層面擴及家庭，陪伴及輔導家屬度過傷慟時期。這種安寧照護 (Hospice Care) 的理念很快地散播到世界各地，也在當地開花結果，讓純粹治癒的醫療觀念逐漸崩解，而成為文明社會與人道醫療的新指標 [8]。

台灣癌症死亡人數逐年上升，治癒性醫學在末期病患照顧所衍生出的種種問題也開始浮上台面。台北基督教馬偕紀念醫院首先於 1987 年在其腫瘤科成立了安寧照顧籌劃小組，著手籌劃安寧照顧病房之軟、硬體各項設施，將安寧照顧 (Hospice Care) 的觀念引進國內 [8]。有鑑於安寧緩和醫療的重要性，我國於 2002 年發布「安寧緩和醫療條例」，保障民眾在生命末期時，降低痛苦及施予支持性醫療照護，除了維持生命末期品質，並逐步自然走向死亡，為亞洲第一個立法保障尊重自然死亡的國家 [9]。並於 2013 年再次修法使安寧緩和醫療條例更完整，規範更明確，保障了「末期病人」的臨終照護，奠定了臺灣安寧療護照護品質 [10]。

透過政府及各界多年努力，我國安寧療護品質受世界肯定，在 2015 年英國「經濟學人資訊社」(Economist Intelligence Unit) 公布臨終病人死亡品質 (Quality of Death) 全球性調查中 [11]，臺灣取得世界第 6、亞洲第 1 的優秀成績，同時，衛生

福利部亦推動建立社區安寧療護服務模式，由在地醫療基層診所、衛生所、居家護理所提供居家安寧緩和醫療服務，共同建構以病人為中心之安寧緩和醫療照護網絡，讓病人步入人生終曲之時，都可以有尊嚴且安詳離世，讓生命有尊嚴，臨終有品質。在各界努力下，於 2022 年 4 月國際期刊發表的 81 個國家臨終照護品質評比（Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021），臺灣排名為世界第三，亞洲第一，較前次 2015 年進步 3 名，可見我國安寧療護成果逐漸受到世界肯定 [12]。

然而臨床中面臨到非疾病末期的病人，是否因提供人工餵養而延長生命，常使家屬與病人的內心相互拉扯糾結，一方面病人必須飽受疾病之苦，一方面家屬要面臨照護壓力，使得遲遲無法作最後的決定；到最後病人與家屬都無法獲得靈性平安。在許多醫學、法律、倫理專家及立法委員支持及推動下，在 2015 年底立法通過「病人自主權利法」，2016 年 1 月 06 日公告，並，2019 年 1 月 06 日實施。爾後臺灣民眾在自己生命選擇與權力、醫療自主的保障更為完整，這也是亞洲首部保障病人權利之法律 [10]。「病人自主權利法」[13]，讓國人透過預立醫療照護諮商（ACP），與醫療人員、家屬及醫療委任代理人共同討論，除了生命末期外，當民眾有不可逆轉昏迷狀況、永久性植物人、極重度失智及 11 類經中央主管機關公告之病人疾病或痛苦難以忍受、疾病無法痊癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形 [14]，可以依據個人預立的醫療意願，選擇終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養，除了為自己預立醫療決定，並讓家人及代理人瞭解自己對於人生最後一哩路的規劃與期待。

### 三、資源整合 - 建構以病人預立決定為中心之尊嚴醫療照護體系

近來，在相關尊嚴善終政策積極推動下，我國於預立醫療決定、安寧緩和療護意願及器官捐贈意願已有初步成果，例如：自 2019 年起推動的病人自主權利法，截至 2022 年底已逾 4.3 萬人透過預立

醫療照護諮商，完成預立醫療決定並註記於健保 IC 卡；在安寧緩和療護累計逾 85 萬人簽署及註記，而每年度選擇安寧療護的病人也逐年穩定成長；而在器官捐贈部分，累計超過 53 萬人註記，而在 2020 年共 402 人捐贈 1,250 例器官，超過 1,000 名病人得以恢復正常生活，創下歷年之最；雖然 2021 年及 2022 年受 COVID-19 疫情影響，捐贈人數略為下滑，但每年均維持 300 人左右，可見器官捐贈觀念已逐漸為民眾所接受。

我國透過「人體器官移植條例」、「安寧緩和醫療條例」及「病人自主權利法」，讓民眾透過多元預立決定方式，提早參與及規劃自己人生的旅程，使自己在生命末期時，保障生命的尊嚴。對於病人善終意願的落實，病人自主權利是以諮商的方式，讓民眾可以與親人間可以溝通及對話，瞭解彼此的想法，並讓家屬尊重病人自己在過深思熟慮後所做的決定。安寧緩和照護的目標則是支持性治療讓末期病人得以有品質及尊嚴的走完人生。而器官捐贈則是將自己的生命轉化為多個生命的延續，也為自己的親人留下一份未來的醫療保障。

器官捐贈對於生命末期病人的醫療意願選擇是一個重要課題，在歐美中，也將器官捐贈意願納入預立醫療指示（Advance Directives, AD）[15] 或預立醫療自主計畫（Advance Care Planning, ACP）中 [16]。針對台灣癌症病人之研究中也指出，其過去的器官捐贈經驗比器官捐贈相關知識更影響捐贈意願，且年輕的族群有較高的意願。另有研究顯示，針對接受安寧療護的病人與家屬，運用安寧理念來協助器官捐贈的進行，可豐厚器官捐贈的價值內涵，也讓家屬感受到捐贈過程中的尊重與陪伴，重新創造生命價值與意義，支持病人與家屬對生命終點的接受與哀傷情感的昇華。若能在患者一住院或就診時介紹器官捐贈，會使器官捐贈意願大大提高，並在意識清楚時就與家屬討論，更有助於善終準備與後續哀傷的復原 [17]。也就是不論是器官捐贈、安寧緩和醫療或是病人自主。

為了落實上述理念，衛生福利部於 2021 年推動財團法人器官捐贈移植登錄中心組織改造，將其任務由推廣器官捐贈觀念，擴充為推廣以病人

自主決定為中心的友善臨終醫療照護為其新的使命。透過財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心現有運作模式，建立整合性衛教宣導模式，除了辦理整合性的宣導及推廣活動外，衛生福利部也將與我國完整的國民教育體系合作，將預立醫療意願及決定的觀念往下扎根，使國人可從小瞭解生命教育課程，為自己發聲及規劃屬於自己的醫療旅程，建構屬於個人完整且有品質的醫療與照護網絡。並將整合病人自主權利、安寧緩和療護及器官捐贈政策及執行策略，規劃整合性諮商，讓民眾在原有的醫療決定外，可同時瞭解安寧緩和療護及器官捐贈的觀念及精神，並解除民眾對於政策競合關係的疑惑。

## 結語

傳統的華人社會中，人們避諱討論死亡當下及相關議題，而臺灣受文化的影響及教育觀念不足的情況下，讓民眾與家人間錯過討論的機會，無法讓家人清楚瞭解自身對於臨終的選擇，往往使家屬陷入天人交戰的倫理困境中。在人生最後的旅程，透過鼓勵親友之間對於生死議題盡早進行開放性對話，讓民眾有機會及早思考生命尊嚴、尋找善終自主的意義，更有助於為自己的生命做最好安排。病人自主、安寧緩和療護及器官捐贈等議題在臨終關懷領域中是一體多面的決定，衛生福利部將整合相關政策及資訊，以提供民眾最完整的觀念，並結合發展成熟之醫療體系，以提供國人最完善的醫療照護網絡。

## 參考文獻

1. 早安健康網站：星雲大師97歲圓寂！《真誠的告白——我最後的囑咐》全文看。2023。Retrieved from <https://www.edh.tw/article/33122>
2. 日本總務省統計局：統計專題No.132 從統計的角度看日本的老年人-敬老日。2023。Retrieved from <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html>
3. 村上陽一郎：怎麼活怎麼死：死不了的時代，我們有權利決定如何離開。陳令嫻譯。臺北市：創意市集。2021：1-11。
4. 國家發展委員會：，中華民國人口推估（2022至2070年）報告。2023：2-3。
5. 孫定平：回首來時路-談器官移植的沿革。奇美醫訊 2015；（110）：12-13。
6. 全國法規資料庫：人體器官移植條例。2021。Retrieved from <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020024>
7. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：關於本中心。2023。Retrieved from [https://www.torsc.org.tw/docDetail.jsp?uid=15&pid=189&doc\\_id=911&rn=152890730](https://www.torsc.org.tw/docDetail.jsp?uid=15&pid=189&doc_id=911&rn=152890730)
8. 周宴竹：安寧療護的理論與實踐及其對戰後台灣醫療史的意義。新北市：淡江大學。2010：1-128。
9. 全國法規資料庫：安寧緩和醫療條例。2021。Retrieved from <https://bit.ly/3NAjrix>
10. 陳詩佩、曾斐琳、黃琨祥 等：尊重生命的選擇~淺淡病人自主權利法。長庚護理 2019；30（4）：466-447。
11. The Economist Intelligence Unit: The 2015 quality of death index: ranking palliative care across the world. 2015: 62-68. Retrieved from <https://bit.ly/3Hxg9J0>
12. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, et al.: Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. Journal of Pain and Symptom Management 2022; 63(4): e419-e429.
13. 全國法規資料庫：病人自主權利法。2021。Retrieved from <https://bit.ly/41WszlH>
14. 衛生福利部：病人疾病或痛苦難以忍受、疾病無法痊癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形（11類疾病）。2020。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-50877-1.html>
15. Halpern SD, Loewenstein G, Volpp KG, et al.: Default options in advance directives influence how patients set goals for end-of-life care. Health Affairs 2013; 32(2): 408-417.
16. Dempsey D: Advance care planning for people with dementia: benefits and challenges. Int J Palliat Nurs 2013; 19(5): 227-234.
17. 周佩君、徐婉惠、陳瓊芳 等：癌症病人眼角膜捐贈之知識、態度及意願探討。安寧療護 2012；17（1）：36-47。