

【原 著】

2005 年台灣安寧共同照護計畫實施之成效

徐翠霞 蕭淑純 孔憲蘭 賴允亮^{1,2} 賴明亮³ 陳慶餘⁴ 曹朝榮⁵
陳榮基⁶ 周希誠⁷ 黃信彰⁸ 莊榮彬¹

摘 要

台灣安寧緩和醫療的推動已逾 10 年，但依統計資料顯示每年超過三萬人死於癌症，卻僅約 12% 的癌症病人接受安寧緩和醫療。為將安寧緩和醫療落實於現有的醫療體系，使更多癌症末期病人享有安寧緩和醫療，行政院衛生署國民健康局於 2004 年委託台灣安寧照顧協會建立安寧共同照護模式並試辦此計畫，依據 2004 年的試辦經驗，於 2005 年擴大至 34 家醫院辦理。此計畫試辦 10 個月，共服務 7,205 位癌末病人，顯示當年度癌症死亡病人中有 19% 的病人接受過安寧共同照護，其中有 34.37% 的病人接受照護後轉安寧病房或安寧居家服務。每位病人接受安寧共照護理師之平均訪視時間為 178.24 分鐘，平均訪視次數為 2.98 次。疼痛、疲憊、呼吸困難、便秘、腹水等，為最常被處理的生理症狀，60% 以上的病人與家屬有心理社會方面的照護需求，其中以死亡與瀕死調適的照護需求較高，且被提供照護的比例達 75% 以上。病人與家屬對安寧共同照護的整體滿意度達 4.87 分（滿分 5 分），且 98% 的原團隊醫護人員也認為安寧共同照護是有幫助的，特別是協助照護病人、處理病人社會心理問題及照護知識與技能之提升等。依試辦結果顯示安寧共同照護模式不僅將癌末病人安寧緩和醫療利用率提高 7%，更成功的將安寧療護理念、知識與照護技能轉移至非安寧療護的醫護團隊。

（安寧療護 2007：12：2：129-142）

Key Words：hospice shared-care palliative care

行政院衛生署國民健康局、¹台灣安寧照顧協會；²馬偕醫院安寧中心；國立陽明大學通識中心；台北醫學大學、³國立成功大學附設醫院神經科、⁴台大醫學院家庭醫學科、⁵柳營奇美醫院、⁶恩主公醫院；天成醫療體系；佛教蓮花臨終關懷基金會、⁷中山醫學大學附設醫院、⁸台北榮民總醫院家庭醫學部；國立陽明大學醫學院家庭醫學科

通訊作者：徐翠霞 台北縣新莊市長青街 2 號癌症防治組
電話：02-29978616 轉 334



前言

安寧緩和醫療為國家癌症防治計畫不可或缺的一環，其能提供癌症末期病人全人化照顧外，更可維護病人和家屬最佳的生命品質⁽¹⁾。在台灣安寧緩和醫療的推動始於 1983 年，在產、官、學的合作下，成長仍緩慢，依統計資料顯示每年超過三萬人死於癌症，卻僅有約 12% 的癌症病人接受安寧緩和醫療，低利用率主要原因除了安寧病床不足、民眾及醫護人員對安寧緩和醫療認知不清外，還有在醫師考量績效及病人不願異動醫師的因素，造成大多數的癌症病人無法接受安寧緩和醫療，此瓶頸亟待突破，因此台灣國家癌症防治五年計畫將癌症末期病人接收安寧緩和醫療之比例訂定 50% 為目標⁽²⁾。但以現行的安寧住院及安寧居家服務恐怕很難達成此目標。

安寧緩和醫療的專家認為癌症死亡人數中約 50% 有安寧緩和醫療的需求，其中接受安寧緩和醫療的病人有 40% 會選擇住院照護，平均住院日為 20 天⁽³⁾，依此推估每年安寧緩和醫療照護床數之需求量至少 637 床，而依目前 31 家參與安寧住院全民健康保險給付試辦計畫的醫院共 466 床顯然不足以應付，所以安寧緩和醫療之推展應該要建立多元化的照護模式。因此為了推廣安寧緩和醫療理念及將安寧緩和醫療延伸至非安寧病房，行政院衛生署國民健康局參考英國安寧緩和醫療照顧模式中發展最快的專業團隊會

診模式，於 2004 年建立了醫院內安寧共同照護模式，並於 8 家醫院試辦此計畫，依據 2004 年的試辦經驗，於 2005 年更擴大至 34 家醫院辦理。

在台灣，由於有不少癌症末期病人是住在腫瘤科病房及其他相關病房，由於專科屬性不同，非安寧病房的醫護團隊較缺少像安寧病房的醫護人員有取得安寧緩和醫療資訊或接受安寧緩和醫療教育的機會⁽⁴⁾，因此在非安寧病房接受照護的癌症末期病人也就沒有機會接受安寧緩和醫療的建議。然而安寧共同照護模式乃藉由會診方式，結合非安寧緩和醫療的團隊與安寧緩和醫療團隊共同照護癌症末期病人，基於共同照護的架構下，癌症病人主要的照護責任仍由原團隊的醫護人員負責，安寧緩和醫療團隊則提供專業建議、教育與實際操作示範給原團隊醫護人員，並視需要直接提供病人與家屬照護。因此，此模式的運作，對非安寧緩和醫療的醫護人員而言，不僅能強化他們安寧緩和醫療的理念，還能提升他們的照護能力，而對於癌症病人與家屬而言，則能正確的認知安寧緩和醫療，並立即得到安寧緩和醫療的專業建議與直接服務^(5,6)。

由於安寧緩和醫療的推廣需要傳播與紮根，因此，為了將安寧緩和醫療落實於現有的醫療體系，使更多癌症末期病人能享有安寧緩和醫療的照護，透過安寧共同照護模式則可望將安寧緩和醫療延伸出去。本研究主



要目的為評價安寧共同照護模式實施的可行性，以作為日後台灣安寧緩和醫療推動方向之參考。

材料與方法

研究設計與對象

研究期間為 2005 年 3 月 1 日至 2005 年 12 月 31 日，參與計畫為 2001 年或以後申報癌症登記，經剔除院內重複申報個案後，其癌症新診斷個案數至少為 500 案之 34 家醫院。此 34 家醫院於院內組成至少含具有安寧緩和醫療專業之醫師、護理師及社工師等之安寧團隊，及成立安寧共同照護推動小組，推動安寧團隊與非安寧團隊共同照護非安寧病房的癌症末期病人。

安寧共同照護收案標準為存活期小於 6 個月的癌症末期病人，藉由非安寧團隊針對病人需求照會安寧團隊，經評估與確認病人病況後，安寧團隊與原診療團隊共同訂定符合病人需求的照護計畫。共同照護期間，安寧團隊除了提供照護建議與指導、與原診療團隊共同照護病人外，更透過溝通與互動推廣安寧緩和醫療理念及提升原診療團隊之照護技能。

本研究除收集 34 家醫院安寧共同照護個案歷次護理師的照護資料外，另以面對面訪談方式進行「安寧共同照護滿意度調查」及「原診療團隊對安寧共同照護團隊執行評值」之資料收集。因考量許多安寧共同照護

的癌症末期病人受限於疾病因素無法接受訪談，因此採方便取樣，針對每家醫院接受安寧共同照護達二次以上之病人進行滿意度調查，若病人無法受訪則由主要照顧者替代，共訪談 87 位病人與家屬，而原診療團隊對安寧共同照護團隊執行評值的部份，共訪談 65 位原診療團隊成員。

研究工具

研究工具含：(1) 由安寧緩和醫療之專家學者參考 2004 年之試辦經驗修訂而成的 2005 年「安寧共同照護紀錄單」及「安寧共同照護醫師訪視紀錄單」(2) 由安寧緩和醫療之專家學者共同制訂安寧共同照護「病人家屬滿意度調查表」，項目包括：症狀控制、情緒心理、病情溝通、治療選擇、急救決定、整體滿意度，計分方式以 5 點評分方式計分，最高分 5 分，最低 1 分(3)「原診療團隊對安寧共同照護團隊執行情形之評值表」。

統計分析

研究資料採用 SPSS 統計軟體進行統計與分析，包括描述性統計，如：安寧共同照護病人之基本人口學與照護資料之百分比、頻率、平均值、病人與家屬對安寧共同照護之滿意度、及原診療團隊對安寧共同照護團隊執行情形之評值等，及推論性統計，以 Chi-Square 檢測癌症末期病人之安寧共同照護需求與實際照護情形。



結果

人口學及醫療基本資料

34家醫院共提供7205位癌症末期病人安寧共同照護服務，接受服務的病人平均年齡為63歲，男性病人居多數（61%），診斷以肝癌（15.7%）、肺癌（14.1%）、結腸直腸癌（11.3%）最常見，90%以上的癌症病人有轉移現象，轉移部位以肝臟最多佔22.8%，其次為肺臟佔19.1%，80%以上的病人其ECOG為3-4分，有4807（34.37%）位病人接受安寧共同照護後轉安寧病房或安寧居家服務。

安寧共同照護服務次數與時間

安寧共同照護病人7205案中有30案未記錄完整的照護時間，故不列入照護次數與時間之分析，其他7175案安寧共同照護理師之總訪視次數為21,390次，平均每案訪視次數為2.98次，每案平均訪視時間為178.24分鐘，每次平均訪視時間為59.79分鐘。

安寧共同照護的需求

原團隊照會安寧緩和醫療團隊最常見的病人症狀問題為疼痛，佔46.94%，平均強度為4.43分，其次分別為疲憊（46.18%）、呼吸困難（20.23%）、噁心嘔吐（10.54%）、便秘（10.32%）、腹水（10.11%）等。而安寧共同照護團隊評估病人症狀的結果，則依序為疲憊（62.15%）、疼痛（54.38%），平均強度為

4.01分、呼吸困難（27.12%）、便秘（13.95%）、失眠（13.10%）、腹水（13.05%）等，由此可見疼痛、疲憊、呼吸困難、便秘、腹水等5個症狀，為安寧共同照護病人最常見需被處理的主要症狀的問題。原團隊與安寧共同照護團隊評估病人無任何症狀分別佔21.85%及10.16%，顯示原團隊與安寧共同照護團隊的症狀評估結果是有所差異。

有關原團隊與安寧共同照護團隊對癌末病人與家屬心理社會及靈性需求層面之評估結果，發現60%以上的病人與家屬都有心理社會方面的需求，高於靈性需求。其中病人與家屬心理社會的主要的問題為死亡與瀕死調適，分別佔26.15%-36.13%與29.87%-36%，靈性需求則以靈性平安需求為主要，病人與家屬的需求分別為16.72%-21.54%與15.26%-19.17%（表一）。

根據原團隊評估結果發現病人的病情告知需求中診斷的告知需求低於5%，但經安寧共同照護團隊評估結果，卻發現有17.97%的病人不知道自己的疾病診斷，且超過50%的病人對自己的病情與預後情形並不清楚或半知半解，但家屬知道病人的病情與預後卻高達85.39%。對於協助照護模式決策需求的方面，原團隊評估結果以安寧緩和醫療的照護決策模式居多（63.15%），其次為DNR簽署（16.76%），但安寧共同照護團隊評估後發現高達61.40%的病人尚未簽署DNR。

表一 安寧共同照護的心理社會及靈性評估

原團隊評估項目	人次	百分比	共同照護團隊評估項目	人次	百分比
病人心理社會需求	14,960	69.35	病人心理社會需求	19,699	91.32
死亡與瀕死調適	5,641	26.15	死亡與瀕死調適	7,793	36.13
憂鬱	5,398	25.02	憂鬱	6,532	30.28
焦慮	3,505	16.25	焦慮	4,618	21.41
經濟	416	1.93	經濟	756	3.50
病人無心理社會需求	10,733	49.75	病人無心理社會需求	7,626	35.35
家屬心理社會需求	15,233	71	家屬心理社會需求	20,053	93
死亡與瀕死調適	6,444	29.87	死亡與瀕死調適	7,766	36.0
憂鬱	3,519	16.31	憂鬱	4,734	21.95
焦慮	4,672	21.66	焦慮	6,708	31.10
經濟	598	2.77	經濟	845	3.92
家屬無心理社會需求	10,774	49.94	家屬無心理社會需求	8,305	38.50
病人靈性需求	7,449	34.53	病人靈性需求	8,586	39.81
生命意義與價值探尋	2,490	11.54	生命意義與價值探尋	2,771	12.85
靈性平安	3,606	16.72	靈性平安	4,646	21.54
宗教儀式進行	1,353	6.27	宗教儀式進行	1,169	5.42
病人無靈性需求	15,374	71.27	病人無靈性需求	13,878	64.33
家屬靈性需求	5,949	27.58	家屬靈性需求	7,302	33.85
生命意義與價值探尋	1,036	4.80	生命意義與價值探尋	1,847	8.56
靈性平安	3,291	15.26	靈性平安	4,135	19.17
宗教儀式進行	1,622	7.52	宗教儀式進行	1320	6.12
家屬無靈性需求	16,327	75.69	家屬無靈性需求	14,868	68.92

安寧共同照護病人之照護需求與實際照護情形

接受安寧共同照護的病人與家屬，其心理及社會方面的各項照護需求有被提供照護

的比例皆高達 70%以上，其中以有死亡與瀕死調適照護需求且有被提供此項照護服務的比例最高；靈性宗教需求方面，病人與家屬的各項照護需求有被提供照護的比例，也分



別達 50%以上，一致性為 0.03-0.12；至於協助治療照護模式決策方面，有安寧緩和醫療之照護需求其被提供照護的比例高達 79.4% ，一致性為 0.45 (CI 為 0.43, 0.46)，而有簽署 DNR 需求且有被提供照護服務比例達 52.2%，一致性為 0.19 (CI 為 0.18, 0.19) (表二)。

表二 安寧共同照護病人照護需求與實際接受照護的情形

需求項目有被提供照護	人次	百分比	χ^2 risk
病人心理社會需求			
死亡與瀕死調適	5,397	84.3	0.11 (0.10, 0.11)
憂鬱	4,902	74.9	0.15 (0.14, 0.15)
焦慮	3,440	75.6	0.09 (0.08, 0.09)
家屬心理社會需求			
死亡與瀕死調適	6,028	78.1	0.16 (0.15, 0.17)
憂鬱	3,560	73.2	0.15 (0.14, 0.15)
焦慮	5,132	75.6	0.15 (0.14, 0.15)
病人靈性宗教需求			
生命意義與價值探尋	1,665	59.7	0.10 (0.09, 0.11)
靈性平安	2,790	69.5	0.12 (0.11, 0.13)
宗教儀式進行	614	65.7	0.03 (0.03, 0.03)
家屬靈性宗教需求			
生命意義與價值探尋	1,130	54.0	0.08 (0.07, 0.09)
靈性平安	2,528	66.3	0.12 (0.11, 0.13)
宗教儀式進行	648	69.2	0.03 (0.03, 0.03)
協助治療照護模式決策			
安寧緩和醫療	11,100	79.4	0.45 (0.43, 0.46)
簽署 DNR	2,210	52.2	0.19 (0.18, 0.19)
討論積極治療效益	1,604	44.0	0.16 (0.16, 0.17)
死亡準備	1,536	43.8	0.16 (0.15, 0.17)
臨終照顧場所	566	26.6	0.17 (0.16, 0.19)



安寧共同照護病人中不知疾病診斷的 3,703 人次中，有告知診斷需求的比例為 5.4%，但有被提供告知診斷之照護佔 4.8%，一致性為 0.07 (CI 為 0.06, 0.09)。不知病情與預後的病人計有 2,906 人次，其中有此項照護需求之比例為 38.7%，有被提供照護的比例僅 31.8%，一致性為 0.27 (CI 為 0.24, 0.30)。

至於未簽署 DNR 的 13,869 人次中，有簽署 DNR 需求者雖僅有 17.1%，但有被提供照護服務比例達 20.7%，一致性為 0.18 (0.17, 0.20)。以上資料顯示病人對告知診斷及病情與預後的照護需求高於實際所提供的照護 (表三)。

表三 安寧共同照護病人潛在照護需求與接受照護的情形

需求項目有被提供照護	人次	百分比	χ^2 risk
不知診斷的病人	3,703		
有告知診斷需求	199	5.4	1.33 (1.25, 1.42)
有提供告知診斷之照護	178	4.8	0.07 (0.06, 0.09)
不知病情與預後的病人	2,906		
有告知病情與預後需求	1,125	38.7	2.00 (1.87, 2.15)
有提供告知病情與預後之照護	924	31.8	0.27 (0.24, 0.30)
未簽署 DNR	13,869		
有簽署 DNR 需求	2,369	17.1	2.08 (1.95, 2.22)
有提供 DNR 簽署之協助	2,877	20.7	0.18 (0.17, 0.20)

病人與家屬、原團隊對安寧共同照護服務之滿意度

高度的肯定，尤以症狀控制、病情溝通及情緒心理等三個面向的照護有較高的肯定，其次為治療選擇與急救決定 (表四)。

病人與家屬對安寧共同照護服務之整體滿意度達 4.87 分 (滿分 5 分)，表示對此計畫

表四 病人家屬對安寧共同照護之滿意度

照護面向	回答份數 (n)	平均分數
症狀控制	82	4.71
情緒心理	85	4.68
病情溝通	84	4.80
治療選擇	60	4.63
急救決定	82	4.43
整體滿意情形	82	4.87



另原團隊對安寧共同照護團隊之評值結果，顯示 90%以上認為安寧共同照護計畫對原團隊照護癌末病人而言有幫助，尤以協助病人照護居多，其次為協助處理病人社會心

理問題及提升人員成長；90%的醫護人員認為安寧共同照護服務能提升病人症狀控制的品質，且近八成的醫護人員也認為此項計畫有持續執行的必要（表五）。

表五 原團隊對安寧共同照護之執行評值（n=65）

項 目	百分比	項 目	百分比
是否瞭解共同照護轉介流程		安寧共同照護計畫對原團隊 是否有幫助	
瞭解	89	是	98
不瞭解	8	否	0
遺漏值	3	不確定	2
照會後，安寧共照團隊多久訪視病患		安寧共同照護計畫對原診療 團隊的幫助	
24 小時內	47	協助病人照護	32
24-48 小時內	42	增進病情溝通	11
48-72 小時內	6	提供藥物使用建議	5
72 小時-1 週內	3	改善出院安排	4
遺漏值	2	提升人員成長	13
提升病人症狀控制品質的主要項目		增進行政溝通協調	11
疼痛控制	23	減輕醫護壓力	5
傷口護理	10	社會心理協助	14
淋巴水腫護理	8	對於推行安寧共同照護計畫的看 \	
社會心理問題處理	35	值得繼續執行	79
病情溝通	6	資源整合	10
簽署 DNR	8	病人有共照需求	10
臨終照護	10	執行困難	1
對於病人的症狀控制品質是否有提升			
是	90		
否	8		
遺漏值	2		

討論

有研究顯示，病人對安寧緩和醫療的認知主要訊息來源為大眾傳播，但 59.3% 的病人雖知道安寧緩和醫療是針對末期病人的照顧，但不清楚照護內容⁽⁷⁾，而本研究結果，接受安寧共同照護的癌末病人中有 68% 轉安寧住院或安寧居家服務，這顯示癌末病人可能透過安寧共同照護的管道，認知不同照護模式的存在，進而在有需要的時候願意選擇安寧住院或安寧居家的緩和醫療。換言之，安寧共同照護似乎扮演著安寧療護單位與非安寧療護單位間的重要橋樑。依據行政院衛生署統計資料顯示，2005 年台灣因癌症死亡的人數為 37,222 人⁽⁸⁾，經 34 家醫院實施安寧共同照護計畫 10 個月的結果共提供 7,205 位癌末病人安寧緩和醫療服務，那麼表示台灣在 2005 年至少有 19% 的癌末病人得到安寧緩和醫療服務。若進一步以健保申報資料 2004 年接受安寧緩和醫療服務的癌末病人數 5728 人為參考值，扣除接受安寧共同照護後轉安寧住院或安寧居家服務的病人數 4807 人（68%），那麼 2005 年台灣應該將近有 22% 的癌末病人得到了安寧緩和醫療的服務，這足以顯示安寧共同照護的實施，確實能提升安寧緩和醫療的涵蓋率。

從本研究得知，一般原診療團隊照會安寧共同照護團隊的需求，不外乎是病人的生理症狀、心理社會及靈性層面等三方面問

題。由於疼痛是癌末病人最常見的症狀問題（約 70%），因此原診療團隊照會安寧共同照護團隊的症狀問題自然以疼痛居多（9,10,11）。相關研究顯示非安寧照顧下的癌末病人經歷中度至重度的疼痛⁽³⁾，但本研究無論原診療團隊或安寧共同照護團隊評估病人的結果為輕度至中度疼痛（平均分數介於 4 至 5 分之間），顯示國內非安寧療護單位可能對癌症病人的疼痛已能提供適當的處置，才能使病人的疼痛得以控制。依安寧共同照護團隊評估發現，病人與家屬的心理社會需求皆達 90% 以上，其中家屬的心理社會需求更高於病人本身，相關文獻指出隨著病情惡化與身體日漸虛弱，病人會出現焦慮、害怕、絕望等心理反應，但有時家屬出現的心理反應是不會亞於病人本身，顯示病人與家屬的心理狀態交互作用⁽¹³⁾。由於末期病人在經歷各種症狀的折磨後最終仍面臨死亡，家屬同樣經歷並感受這過程，所以平靜、安詳、沒有痛苦而尊嚴的死亡（death with peace and dignity），即所謂的「善終」（good death）⁽¹⁴⁾對他們而言是十分重要，因此無論病人或家屬在死亡與瀕死調適、及靈性平安這二方面的需求相對高於其他的心理社會及靈性的需求。

至於病情告知方面，雖然多數病人（82.3%）知道自己的疾病診斷，但有超過 50% 的病人對自己的病情與預後並不十分清楚，而家屬知道病人的病情與預後的比例卻



比病人高，這種情形常發生在許多重症末期病人的身上，多半是因為家屬認為病人不知道病情會比較快樂，所以不願讓醫護人員告知病人真相。計畫中有告知診斷、病情與預後等照護需求的病人，經由安寧共同照護，大部分病人的需求雖然都有被滿足，但基於醫療倫理的自主原則（principle of autonomy），有決定能力的病人有權決定並選擇自己想要的治療照護模式⁽¹⁵⁾，所以，當意識且認知正常的病人提出病情告知需求時，醫護人員即應盡到真相告知的責任，縱使家屬要求對病人隱瞞病情，醫師仍應秉持不傷害原則（principle of nonmaleficence），與家屬溝通使其瞭解病人意願⁽¹⁵⁾。現今醫療由於對高科技的依賴，往往造成臨床上許多為了暫時維持生命卻無法避免病人痛苦的情景，就有一項研究指出癌症末期病人希望在病情危急時，醫護人員不要施予心肺復甦術，但約50%的病人其意願並未被尊重⁽¹⁶⁾。本研究雖無法由分析的資料中得知是否有病人的意願未被尊重，但可以知道的是接受安寧共同照護的病人其DNR的需求充分被重視，且從未簽署DNR但有被提供協助DNR簽署照護的比例高於有簽署DNR照護需求之比例，顯示有些癌症末期病人縱使一開始無此項需求，但經安寧共同照護後，願意在病情危急時選擇不施行心肺復甦術以獲得較好死亡品質。

經本研究病人照護需求評估的結果得知，安寧共同照護團隊發現病人的生理症狀

問題（如：有疲憊、疼痛、呼吸困難、其他生理症狀）及病人與家屬之心理社會（如：死亡與瀕死調適、憂鬱、焦慮）、靈性（如：靈性平安、及生命意義與探索）等各項需求的比例皆高於原團隊，各項需求也獲得安寧共同照護團隊相對的照護，顯示安寧共同照護團隊比原團隊更能發現癌末病人的生理症狀、心理社會及靈性宗教等需求，因此能為病人解決更多的問題（9.17）。這樣的結果，同時也顯示在病人及家屬對安寧共同照護服務之整體滿意度（4.87分），及原團隊對安寧共同照護團隊之評值結果中。原診療團隊的多數醫護人員認為安寧共同照護有持續執行的必要（79%），因為能提升病人症狀控制的品質（90%），且對癌末病人的照護有幫助（98%），特別是在協助照護病人、處理病人社會心理問題及提升人員成長的方面幫助最大。

結論

安寧緩和醫療常被民眾貼上「放棄，不救治」的標籤，而過去醫療人員的養成教育又以治癒疾病為主軸，因此，即使現今安寧緩和醫療理念越來越普及，仍有許多醫護人員未能體認安寧緩和醫療對疾病末期無法治癒的病人的重要性，這樣的結果讓許多病人對安寧緩和醫療望之卻步，而醫療專業人員也面臨了醫療倫理的衝突。所以在一些已開



發國家，會診模式的安寧緩和醫療便迅速崛起⁽¹⁸⁾。為解決前述及安寧病床不足、醫師不願轉病人、與病人不願意動醫師等問題，台灣參考他國會診模式的經驗，建立與推展安寧共同照護計畫，希望透過共同照護提供一段緩衝時間，使病人、家屬及醫護人員能從忽視或拒絕至漸漸接受安寧療護。

整體而言，安寧共同照護計畫的優點包括有：協助醫院建立全院性安寧療護政策，促使院內癌症治療團隊與安寧療護團隊間的橫向聯繫與溝通、提供病人及家屬安寧諮詢的管道，修正錯誤的觀念、減少病人及家屬對安寧的陌生感、提升病人及家屬自主權、提升安寧病房佔床率、縮短病人轉入安寧病房的銜接時間、降低不必要的健保資源、提升非安寧的醫護人員對安寧的認知，進而支持安寧療護、及提前在癌症治療期間針對心理、靈性與預期性悲傷適時介入進行輔導等。由計畫執行結果得知，不僅獲得病人及家屬的高度肯定，讓更多癌症末期病人得到較好的照護品質，同時也贏得原診療團隊的認同，確實已成功的將安寧緩和醫療推展至安寧病房以外的單位。雖然如此，但由於安寧共同照護的推展才剛起步，因此為了永續經營安寧共同照護，未來不但需要持續推廣宣傳、培訓安寧共同照護專業人員、建立全國性的安寧共同照護資料庫及發展照護品質監測指標等，更要評估納入健保給付之可行性，這些都是刻不容緩的重要工作。

誌謝

本研究得以順利完成，特別感謝參與 94 年度安寧共同照護試辦計畫之 34 家醫院，包括三軍總醫院、台大醫院、台北榮總、臺北市立聯合醫院、和信醫院、萬芳醫院、台北醫學大學附設醫院、新光吳火獅紀念醫院、國泰醫院、耕莘醫院、馬偕醫院、亞東醫院、恩主公醫院、林口長庚醫院、衛生署新竹醫院、台中榮總、中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、光田綜合醫院、彰化基督教醫院、秀傳醫院、大林慈濟醫院、嘉義基督教醫院、聖馬爾定醫院、成大醫院、新樓醫院、奇美醫院、高雄榮總、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、高雄長庚醫院、阮綜合醫院、屏東基督教醫院、羅東博愛醫院、慈濟醫院等，以及台灣安寧照顧協會蘇宛農小姐、鄭旭清先生諸多協助。

參考文獻

1. Goodwin, D. M., Higginson, I. J., Myers, K., Douglas, H. R., and Normand, C. E. Effectiveness of Palliative Day Care in Improving Pain, Symptom control, and Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003; 25(3): 202-12.



2. 國家癌症防治五年計畫, 行政院衛生署. 2004。
3. 賴允亮 (1998). 台灣安寧療護的現況與展望. 應用倫理研究通訊, 17-25。
4. 李英芬、劉景萍、蔡麗雲、賴允亮、張澤芸、杜金錠 (2003), 實施安寧病房深度參訪成效初探, 安寧療護雜誌, 8 (4), 381-92。
5. Higginson, I. J., Finley, I. Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003; 23(2): 96-106.
6. Hunt, J., Keeley, V. L., Gobb, M., and Ahmedzai, S. H. A New Quality Assurance Package for Hospital Palliative Care Teams: the Trent Hospice Audit Group Model. *British Journal of cancer*. 2004; 91(2): 248-53.
7. Tatsuya, M., Koji, F., and Yo, T. Palliative Care Team: The First Year Audit in Japan. *Journal of pain and symptom management*. 2005; 29(5): 458-65.
8. <http://www.doh.gov.tw/statistic/datd/> 生命統計/94/表 10.Xls.
9. Barbara, J., Valerie, H., Anne, W., and Jackie, O. Hospital based Palliative Care Teams Improve the Symptoms of Cancer Patients. *Palliative Medicine*. 2003; 17: 498-502.
10. 莊榮彬、李英芬、邱泰源、王正仁、賴允亮、蕭淑純、徐翠霞 (2005), 安寧共同照護模式試辦經驗, 安寧療護雜誌, 10 (3), 234-42。
11. 蔡麗雲、李英芬、張玉仕、賴允亮、韓麗年、張嘉芳、陳淑芬 (2004), 安寧擴展服務模式-日間療護需求之初探, 安寧療護雜誌, 9 (3), 209-23。
12. Chiu, T. Y. Pain Control in Terminal Cancer Patients. *Formosan Journal of Medicine*. 1997; 1(2): 198-208.
13. Hinton, J. The Progress of awareness and acceptance of dying assessed an cancer patients and their caring relatives. *Palliative Medicine*. 1999; 13(1): 19-35.
14. Chao, C. S. The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally ill Cancer Patients in Taiwan. Doctoral Dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, U.S.A. 1993.
15. Emanuel, L.L., Emanuel, E. J. Decisions at the end of life. Guided by communities of patients. *Hastings Cent Rep*. 1993; 23(5):6-14.
16. McCarthy, E. P., Phillips, R. S., Zhong, Z., Drews, R. E., & Lynn, J. Dying with Cancer: Patients' Function, Symptoms, and Care Preferences as Death Approaches.



- Journal of the American Geriatrics Society.
2000; S110-S21.
17. Janet, L. A., Jule, C. The Impact of Hospice Consultation Team on the Care of Veterans with Advanced Cancer. Journal of pain and symptom management. 1996; 12: 23-31.
 18. Dunlop, R. J., Hockey, J.M. Hospital-Based Palliative Teams 2nd edition, Oxford.



【Original Articles】

The Performance of Taiwanese Hospice Share-Care Project in 2005

Tsui-hsia Hsu Shu-chun Hsiao Shin-lan Koong
^{1,2}Yung-Liang Lai ³Ming Liang Lai ⁴Ching-Yu Chen ⁵Chao-Jung Tsao
⁶Rong-Chi Chen ⁷George Hsi Hsien Chou
⁸Shinn-Jang Hwang ¹Rongbin-Chuang

ABSTRACT

The promotion of hospice and palliative care has already for 10 years in Taiwan, but the statistical data manifestation die in cancer over 30,000 people every year, only 12% cancer patients to accept hospice and palliative care. For to make more cancer terminal patients accept the hospice and palliative care, the Bureau of Health Promotion Department of Health entrusted Taiwan Hospice Organization to construct a hospice share-care project and tried to do this project at 34 hospitals in 2005. This project tried to do for 10 months, serving 7,205 terminal cancer patients totally. This shows 19% cancer death patients who had accepted hospice share-care in that year, and there were 34.37% patients transferred to hospice ward or hospice home care after accepting hospice share-care. Each patient accepted care the average time was 178.24 minutes and the average times was 2.98 times. Pain, fatigue, dyspnea, constipation, ascites, were the most physiology symptoms. There were >60% patients and family need be provided psychosocial care, among them, the caring need of the adjustment dies was higher, and >75% patients were provided the caring. The satisfaction of the patients and family members is 4.87 (The full marks is 5), 98% members of non hospice-palliative care who think the hospice share-care to do good to the terminal cancer patients, including help to care patients, processing patient's psychosocial problems, and promote the care knowledge and technical ability. The result of the project raises the hospice coverage rates, and the concept, knowledge and care technique of hospice are transferred to non hospice-palliative care team.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2007 : 12 : 2 : 129-142)

關鍵詞：安寧共同照護 安寧緩和

Department of Bureau of Health Promotion Department of Health

¹Department of Taiwan Hospice Organization

²Department of Hospice Palliative Care Center, Mackay Memorial Hospital, Taiwan; Center of General Education, National Yang-Ming University; Taipei Medical University

³Department of Neurology National Cheng Kung University Hospital

⁴Departments of Family Medicine, National Taiwan University Medical College

⁵Departments of Chi Mei Medical Center Liou Ying Campus

⁶Department of En Chu Kong Hospital ; Ten Chen Medical Group , Buddhist Lotus Hospice Care Foundation

⁷Department of Neurology, Hospice Palliative Medicine, Chung Shan Medical University Hospital

⁸Department of Family Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Chief, Department of Family Medicine, National Yang-Ming University School of Medicine

