

台灣安寧緩和療護 政策綱領暨行動方案

Policy Statement and Action Plan
for Palliative Care in Taiwan



國家衛生研究院

2020年3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

本政策綱領暨行動方案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，本政策綱領暨行動方案提出三大願景，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。

本政策綱領暨行動方案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。

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。本政策綱領暨行動方

案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
壹、安寧緩和療護之定義.....	4
貳、兒童安寧緩和療護與照護模式.....	5
參、新生兒安寧緩和療護與照護模式.....	6
一、周產期與新生兒的定義.....	6
二、新生兒安寧緩和療護五大情況.....	7
肆、台灣安寧緩和療護發展基石.....	8
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.....	11
一、未來目標(2021-2025).....	11
二、執行策略.....	11
願景二 提供整合性的五全療護，讓舒適與照護品質最佳化.....	15
第一節 安寧緩和療護品質之稽核與監控.....	17
一、未來目標(2021-2025).....	17
二、執行策略.....	17
一、未來目標(2021-2025).....	20
二、執行策略.....	20
願景三 確保療護團隊的專業知識、態度與技能.....	23
第一節 療護團隊具備完整知識、態度與技能.....	24
一、未來目標(2021-2025).....	24
二、執行策略.....	24
第二節 協調性安寧緩和療護.....	26
一、未來目標(2021-2025).....	26
二、執行策略.....	26
結語.....	29
參考文獻.....	30
附錄一、制定台灣安寧緩和療護政策政策綱領暨行動方案工作人員名單.....	35
附錄二、關鍵詞彙中英文對照.....	37

台灣安寧緩和療護政策綱領暨行動方案

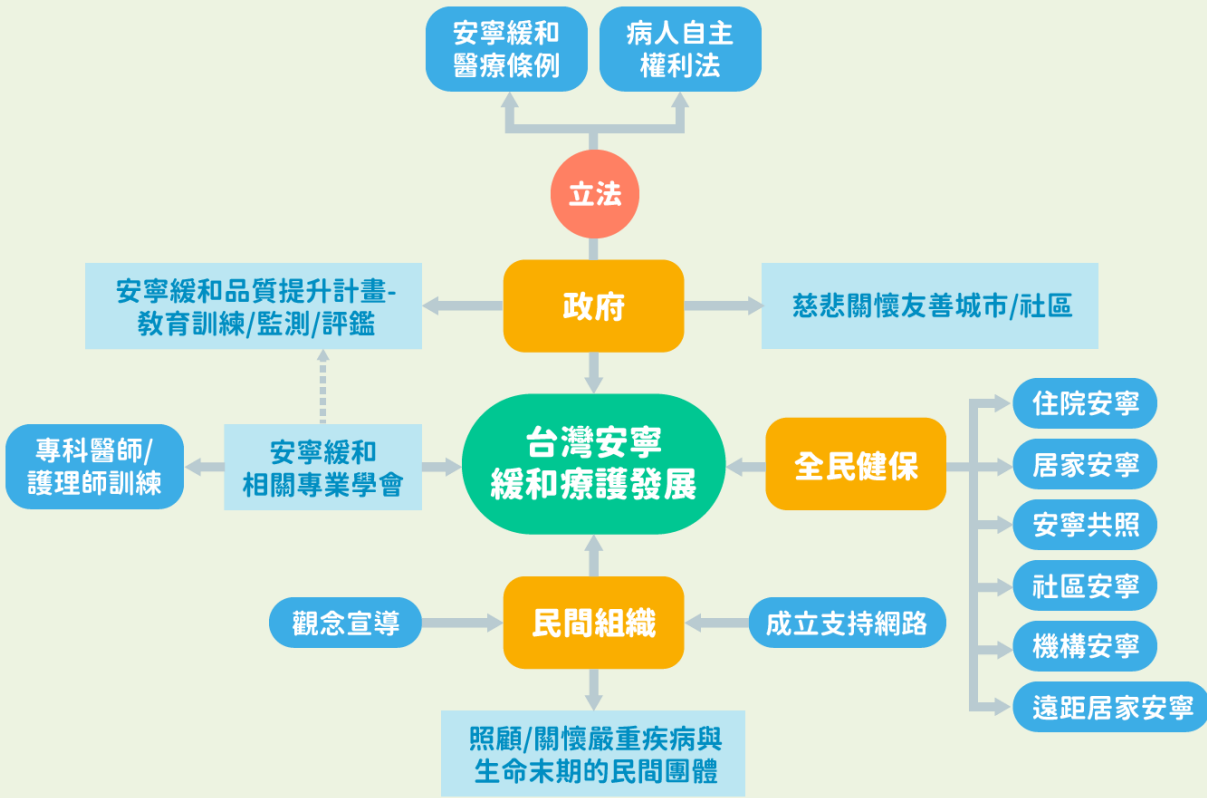
引言

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「台灣安寧緩和療護政策白皮書草案」，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。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。為了達成安寧緩和療護的全國目標，工作團隊整理白皮書草案內容，編撰本「台灣安寧緩和療護政策綱領暨行動方案」(簡稱政策綱領暨行動方案)。本政策綱領暨行動方案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**。本政策綱領暨行動方案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，藉由本政策綱領暨行動方案之發表，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；。透過本政策綱領暨行動方案的闡述，可以釐清政府、非政府組織、安寧緩和療護提供者、民眾四者之間的依存關係，促成四者間之承諾、責任與期待的適切互動與合作(表一)。為達成台灣安寧緩和療護三大願景之推展，宜從政府、專業組織、民間組織、給付政策、立法推動等面向，貫徹本政策綱領暨行動方案之施行(圖一)。

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



圖一、台灣安寧緩和療護之推展

安寧緩和療護的發展與基石

壹、安寧緩和療護之定義

本政策綱領暨行動方案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，本政策綱領暨行動方案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)。
- 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。

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/>

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、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。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。

參、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妊期 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，訂為妊期 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。

肆、台灣安寧緩和療護發展基石

安寧緩和療護為生命歷程中整體照護不可或缺之重要部分，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)：

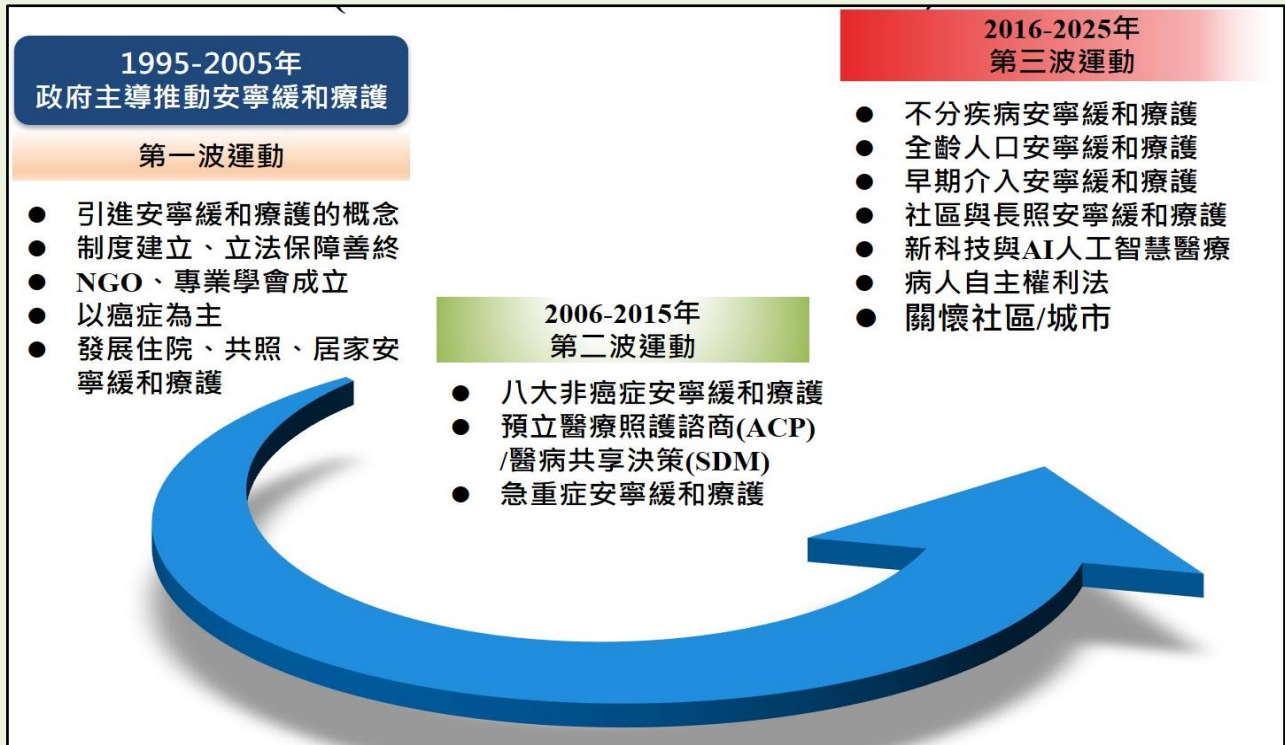
- 發展整合性安寧緩和療護之政策
- 確保安寧緩和療護有足夠的預算
- 教育民眾、公共倡議、專業培訓、家庭照顧者培訓與支持
- 評估全國各地安寧緩和療護的需求
- 精進麻醉藥品管理政策
- 建立照護品質標準與稽核

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，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(圖三)。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，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，這也是制定本政策綱領暨行動方案的初衷。

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



圖三、台灣安寧緩和療護運動 (Palliative Care Movement)

台灣安寧緩和療護之發展願景藍圖



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、 未來目標(2021-2025)

1. 提升國民生命與死亡識能。
2. 提升安寧緩和療護服務涵蓋率。
3. 提升兒童與新生兒安寧緩和療護服務可近性。
4. 所有人均有公平獲得安寧緩和療護的機會。

二、 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

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
	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
	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	

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。

第一節 安寧緩和療護品質之稽核與監控

一、未來目標(2021-2025)

1. 末期病人症狀控制與舒適極大化。
2. 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。
3. 提升安寧緩和療護之臨床照護品質。

二、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。

(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。

(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。

第二節 藥品獲取之可近性及可及性

一、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。

(二) 確保各專科、各專業醫護人員具有足夠關於症狀控制及相關藥品之專業知能。

二、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、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。

二、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學習成效評值，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，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接受安寧緩和療護訓練。
- (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、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。

二、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。
- (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，

增進鄰里關係形成友善關懷社區，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。

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。隨著本政策綱領暨行動方案的發表，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綱領暨行動方案」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，本政策綱領暨行動方案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 programs: 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>)

附錄一、制定台灣安寧緩和療護政策政策綱領暨行動方案工作人員名單

● 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
林承霽 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
劉平尊 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

附錄二、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)