

臨終前無效醫療研究報告書

計畫主持人：唐高駿 教授

共同主持人：藍祚運 副教授



參玖參公民平台

393 CITIZEN.COM

序 言

19世紀到現今，人類平均餘命由40多歲演進到達70歲以上，醫療科技進步，功不可沒，但醫療有其極限，生命亦有。醫師在進入醫學院的誓言就說有責任要盡一切努力來救助病人，若病人或其家屬認為是有效的治療，則醫師應不計一切代價進行，但愈來愈多的重症病人在生命末期進入加護病房接受照護，常因多重器官衰竭，而同時使用眾多維生設備，當疾病邁向不可治癒，邁向死亡已不可避免時，接下來的醫療處置是在延長病人的「生命」，還是在延長其「死亡的過程」？

目前全球對臨終照顧可以採取安寧緩和療護已逐漸達成共識，因為安寧緩和療護可提高照護品質，避免身、心、靈的疼痛與遺憾，能死得其所且勝過無意義且痛苦的生命延長，因此，如何「好死」已是世界的潮流。2010年經濟學人雜誌調查公布有關死亡品質調查-世界安寧照護排名，全世界前三名分別為英國、澳洲、紐西蘭，臺灣在全世界排名14，位居亞洲第一，領先韓國、日本^[1]。英國、澳洲、紐西蘭其社會價值支持「呼吸器不是與生俱來的，更不是生命的必需品，即使病人因拿掉呼吸器後死亡，也不是醫師造成的，而是疾病本身」，醫生會拒絕對病人沒有幫助的「無效醫療」。此類價值觀促使英、澳、紐的死亡品質在調查中名列前茅。

從國際經驗中，不難發現：社會價值觀如能接受拒絕無效醫療，國民的死亡品質將會提升。然而，台灣在健保制度下，高可近性的醫療使我國加護病房非常普及，許多病患在臨終前仍接受了不必要的維持生命的治療而無法善終。本研究為了解目前台灣在臨終醫療的使用現狀、重症專科醫師與民眾對臨終無效醫療的態度，進一步提出現存問題的建議，以期國人在未來皆能“善終”。

研 究 背 景

一、 臨終前無效醫療？

死亡是生命軌跡中必經的自然過程，因此，你我免不了一死。當生命面臨死亡威脅時，送入加護病房治療常常是必要的選擇；有的病患屬於非末期之急性重症病患，希望藉重症加護照顧以挽救生命，有的則是末期生命患者，希望藉重症加護醫療來延長其時日。為了應付這樣的需求，加護病房重兵坐鎮，呼吸器、葉克膜等維生設備隨時待命。然而加護病房的平均死亡率約20-30%^[2]。意味著有一部分的患者將在加護病房中面臨生命的轉折點，必須在此決定是否使用維生系統。隨著病患的病情轉變，醫療介入可能逐漸弊大於利，此時積極且侵入性的救命醫療所換得的生命長度(quantity of life)將給病患帶來身心的苦痛及耗用巨大醫療資源，病患的生命品質(quality of life)將受到損害。

然而，醫療科技進步，模糊死亡界線。翻開台灣新聞版面，不乏這樣的例子，紅極一時的葉克膜(ECMO，體外維生系統)，在新聞媒體報導下，無人不知，無人不曉，挽救性命垂危的邵曉鈴、星星王子等案例歷歷在目，使得葉克膜被當成救命的神仙，但又有多少人知道其帶來的副作用，包含可能引起感染、中風、下肢動脈缺血，嚴重時可能壞死，甚至截肢，不少人只是維持生命徵象穩定但已無意識，一旦脫離葉克膜只有死路一條，類似的情境到底如何抉擇呢？如此的治療對這群的人而言，是否還有持續治療的必要嗎？死亡界線模糊不清，往往使得病人、家屬及醫療團隊遭遇到某些特定之倫理及法律難題而難以做決策。當這些陷入決策困境時，無效醫療將悄然發生，嚴重影響病人以及家屬之生命末期照顧的品質。

二、無效醫療定義

當病患已得不到合理的治癒希望或益處時，仍持續接受醫學治療，稱之無效醫療。美國醫學會對無效醫療定義為：治療嚴重病人時，可能只是延長其末期的死亡過程，爾後的處置也是無效的^[3]。然而「無效」概念涉及個人對於成功的「可能性」及對結果是否成功之「評估」有關，而對何謂成功結果的評估更與個人對於「生命的延長」與「生命品質」的評價有關^[4]。在醫學界，界定臨終前無效醫普遍分類成兩種：狹義及廣義的定義^[5]。

1. 狹義的無效醫療定義：(1)治療缺乏病理生理學依據(2)全面治療下仍然停止心跳(3)使用過該治療但已經失敗。
2. 廣義的無效醫療定義：(1)無法達成有價值的治療目標(2)治療成功的機率極低(3)病人生活品質太低(4)預期效益比不上資源耗損。

但仍存在三大主要爭議^[3,4]，而沒有一致認可的答案：

1. 涉及個人價值觀及資源分配等問題，需由醫師、病患或其家屬(代理人)充分溝通來達成共識。
2. 生活品質測量上頗為主觀且認定範圍甚廣，且受諸多因素影響。
3. 治療成功的機率屬於醫師的專業判斷範圍，但醫療存在不確定性，醫師對於成功率多寡與是否無效，並無絕對共識。

因此無效醫療沒有絕對的答案，也難用法規去規定何種醫療行為屬於無效醫療。

三、誰決定是否為臨終前無效醫療？

是否為無效醫療牽涉個人價值觀的判斷，因此因人而異。醫師站在病人的醫療代理人的角色，會與病人、家屬共同討論其治療目標來決定，但礙於民眾對於醫療相關資訊較不完整，因此會傾向聽從醫師的判斷。

四、 臨終前無效醫療帶來的結果

(一) 對病人而言只是徒增痛苦而無法善終

在生命末期的困擾來自身、心、靈的磨難；身體承受疼痛、虛弱、呼吸困難、睡眠困擾、口乾；心理承受憂鬱、擔心病情、焦慮、怕拖累他人、擔心照顧人力；社會靈性層面承受心願未了、經濟困難、痛苦無意義等。因此，在生命末期，病患希望疼痛和症狀管理、良好的溝通、避免不必要的措施、完成遺願、被以”全人”來對待。如果治療無法滿足這些期望及心靈上的紓解，這將是無效醫療，嚴重影響病人在生命末期的生活品質^[6-8]。

(二) 對家屬而言是折磨

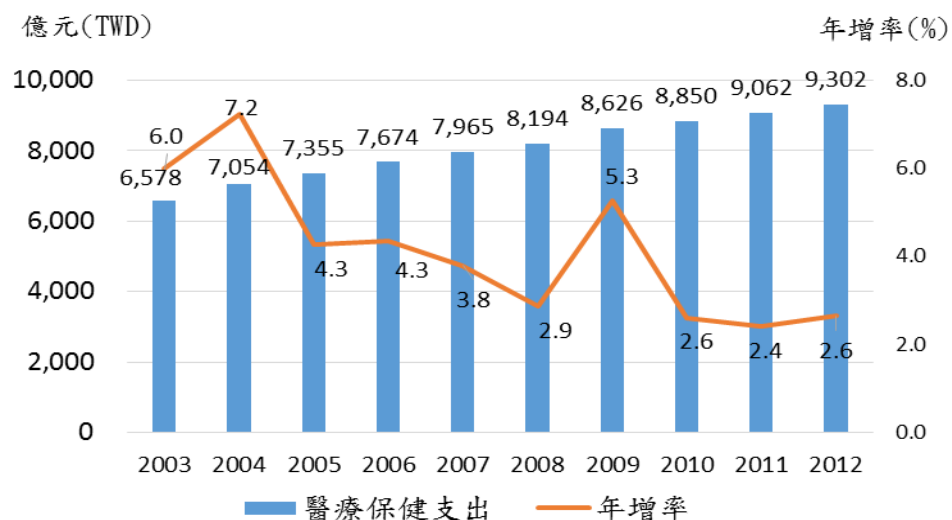
當家中有人生病，家人將優先成主要照顧者，並且身兼多種角色，在多元的角色下會造成主要照顧者的身、心負擔。其主要的壓力源有：經濟來源之壓力、生活方式改變之壓力、照顧病患之壓力、面對病患之壓力。照顧者未準備好面對家人的往生，將家人過世後可能面臨過長的哀傷期與難以化解的哀傷。對臨終患者的家屬來說，不確定家人的生命軌跡是否會打亂原本正常的生活，使之陷於無助與脆弱的情境^[9-11]。

(三) 對醫護人員而言只是徒增無力感

對第一線與病患接觸的醫護人員而言，看著病患病情每況愈下，而重症單位的醫護人員比起其他醫療單位更容易接觸到病患急救的過程，也因而常常身處在死亡邊緣，感到受挫、乏力與無助，而有職業倦怠，其症狀包含沮喪、絕望、麻木、冷漠、焦慮、抑鬱、障礙及降低工作績效等，若加上沒有適當的宣洩出口，病患臨床的安全將受挑戰^[12]。

(四) 健康照護支出對國家的財政負擔日益增加：

台灣健康照護支出佔國內生產毛額(GDP)6.6%，金額高達九千多億台幣，總金額逐年攀升(參考圖一)，多數的健康經濟學家^[13]認為健康照護支出逐年上升主因來自於醫療科技進步及人口老化因素，而嚴重慢性疾病將對各國健康照護系統產生一系列及持續擴大的問題，這些均並非台灣特有的問題。假設台灣醫療保健費用穩定成長，及外在環境條件不變的情況下，對未來新世代而言，將是沉重的包袱。預見未來日益龐大的醫療支出下，節流將是必然之舉，即減少不必要醫療支出包含減少無效醫療是國家必須重視的議題。雖然無效醫療界定有多方爭議，但綜合各方面，無效醫療不利於病人、家屬、醫護團隊，乃至於國家整體財政。



圖一、台灣歷年醫療保健支出與年增率變化(資料來源：衛生福利部統計資料)

五、 臨終前無效醫療發生頻率與資源耗用的情形

(一) 國外：

在美國，重症醫療支出佔整體健康支出的 20%，約佔 GDP 的 1%^[2, 14]。而針對加拿大加護病房醫師調查發現，有 87% 的醫師在過去一年內曾經提供過無效醫療^[15]；此外在日本有 88.3% 的醫師也曾提供過^[16]。在歐洲一項橫斷式研究，有 73% 醫師表示曾頻繁地提供無效醫療給存活不到一星期的患者^[17]，但實際的發生情形，

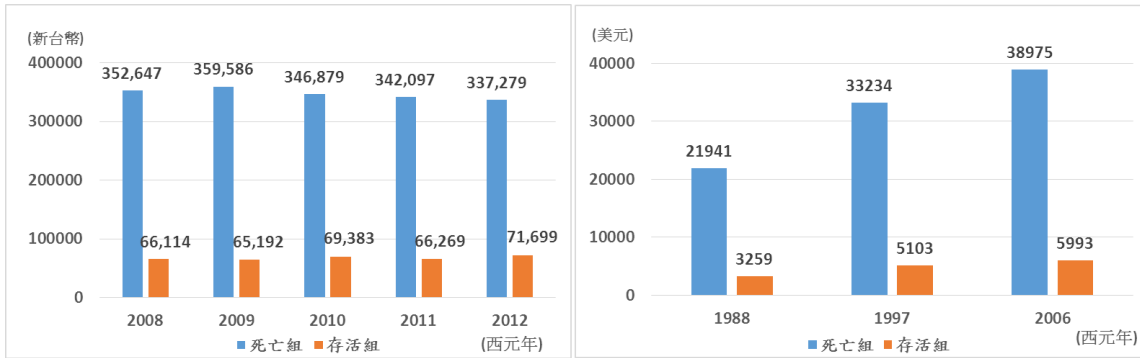
因對無效醫療的界定不同而有不同結果。

美國醫學會內科醫學雜誌《JAMA》(2013)一篇研究針對 36 位加護病房醫師進行調查，平均每位醫師在三個月中治療超過 1136 位病患。這些加護病房病患治療過程中，依其照護醫師判定：有 11% 為無效醫療、9% 為可能無效醫療；即約每五個人就有一人接受無效(含可能)醫療，大多患者屬於臨終病患。這些接受無效(含可能)醫療的患者，佔所有加護病房患者住加護病房總天數的 7% 左右。單一家醫院的加護病房無效醫療的費用：約 260 萬元/3 個月^[18]。多項研究發現生命末期患者的醫療費用集中在最後一年使用，且有 1/3 用在最後一個月。生命末期照顧費用約占美國整體健康照顧費用之 10-12%；占美國聯邦醫療保險(Medicare)總預算 27-30%^[19-22]。如果計算病情最嚴重的前 10%(包括老年人、多重慢性病、疾病末期)病人的醫療耗用更占據美國聯邦醫療保險之總預算 57%^[23]。

(二) 國內：

在台灣，無效醫療有諸多論述，曾有人指出台灣洗腎、呼吸器、葉克膜花費是台灣無效醫療最主要的來源，前衛生署長楊志良過去在科學人雜誌表示，台灣健保花費其中 1500 億元在無效醫療上^[24]。在監察委員黃煌雄所提出的健保總體檢報告書內，提到若能有效控制加護病房內的無效醫療，將可提供加護病房 6 萬多天的住院日數，以服務更多需要的人群，並每年至少減少 19 億元之加護病房支出^[25]。

臨終前無效醫療的花費因定義不同而不同，但臨終照護成本(即死亡者死亡前一年的所有醫療花費)遠高於一般人的照護。以美國過去二十年的資料顯示，死亡者在生前最後一年的平均醫療花費是存活者的 6 倍，且持續有成長之情形^[26]。若以台灣健保資料庫推估(估算方式請參考圖二註解)，2012 年死亡者於臨終前最後一年平均醫療花費 33.7 萬元美元，存活者為 7.1 萬元，以 2008-2012 年之數據來看，大約是五倍上下(詳細參考圖二)。



(台灣死亡組是存活組的 5 倍^[註])

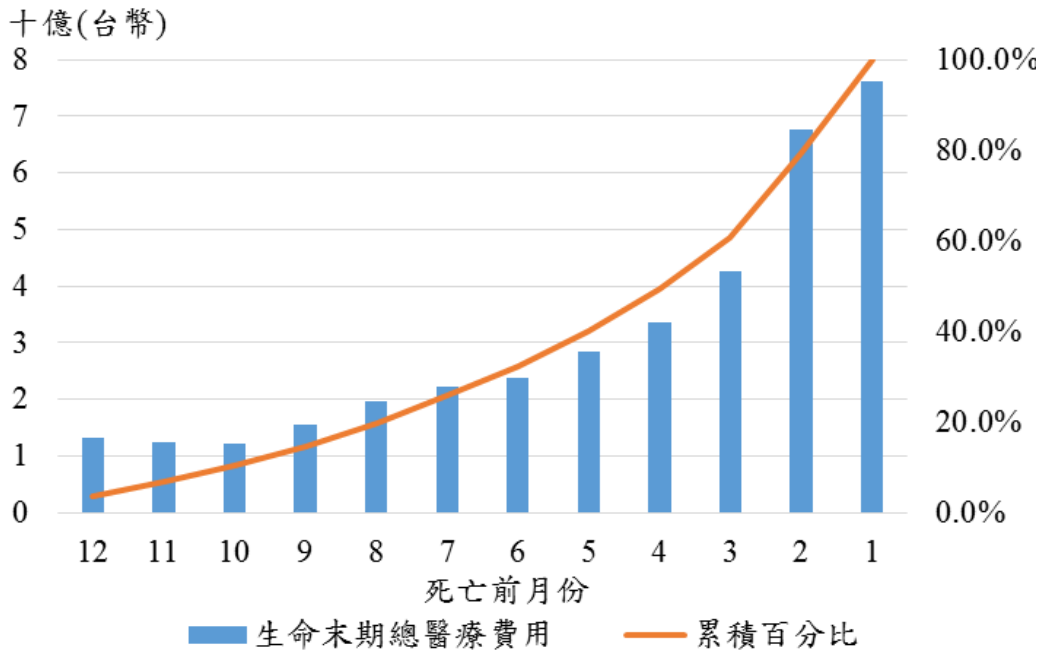
(美國死亡組是存活組的 6 倍^[26])

圖二、台灣與美國死亡組與存活組之平均每人每年住院總花費比較

註：

1. 台灣資料係全民健保百萬抽樣歸入檔中利用 2005 年世代(係以全民健保 2005 年承保資料檔之約兩千三百萬「2005 年在保者」中隨機取 100 萬人，擷取其各年度就醫資料建置而成)於 2012 年所申報醫療費用放大 23 倍而得全台灣的估計數據。
2. 死亡組定義為當年度已退保且界定死亡往後無任何就醫資料者，其餘非死亡者歸為存活組。依據此定義計算當年度死亡組與存活組平均每人每年住院總費用來比較差異。

在台灣，有學者於 1999 年統計，成年死亡人口之臨終成本約 321 億元，占該年度健保支出的 11%，其中以住院費用為大宗；死亡前三個月的費用占死亡前一年總費用之 54.5%，其中以急性病床、加護病床、與呼吸治療處置的利用最為重要，顯示高使用者在死亡前接受較多侵襲性的治療處置^[27]。前衛生署長楊志良曾在科學人雜誌上指出，台灣健保有將近 30% 的醫療支出(1500 億元以上)用在病患往生前的 3~6 個月^[24]。根據衛生福利部 2011 年統計資料顯示，當年度死亡人數為 153,823 人，死亡率約千分之六，以台灣健保資料庫估計 2011 年死亡者於生前一年的住院總花費，估計總住院花費高達 367 億，占全民健保支出的 7.5%，及台灣醫療保健總支出的 4%。依據死亡前逐月累積的住院花費，以死亡前三個月的花費最多，佔死亡前一年住院費用的五成(見圖三)。



圖三、生命末期(死亡前1~12個月)總住院花費

- 註：1. 本資料係以全民健保百萬抽樣歸人檔中利用2005年世代之申報資料計算並放大回推而得。
2. 死亡定義為於2011年期間已退保且死亡認定後無任何就醫資料者。
3. 死前總住院花費係以退保日期往前計算1~12個月的住院花費。

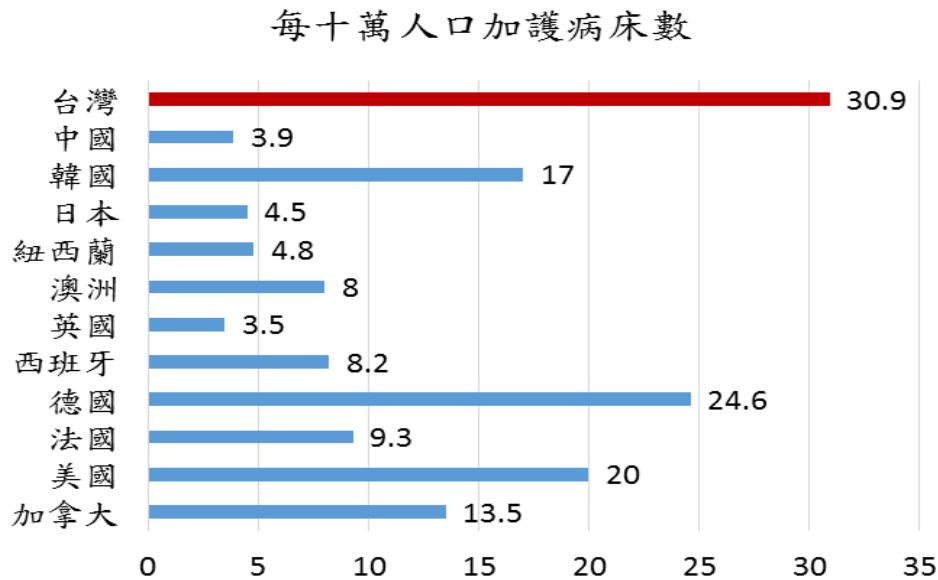
臨終前照護支出龐大，但醫界、社會對於臨終前無效醫療尚未達成共識，長久下來造就台灣幾個重症醫療相關的怪現象：

✓ **現象一：台灣使用葉克膜個案數，在世界名列前茅。**

台灣寸土之地，使用葉克膜的病例數(在2004~2006年間)占全世界案例數的一半^[28]，隨著葉克膜納入全民健保給付與媒體推波助瀾下，健保署統計台灣2010年使用葉克膜人數高達1126人^[29]。在後續改變相關給付標準後，個案數未再大幅增加，現每年的葉克膜個案數約在1000人左右。

✓ 現象二：2010 年台灣加護病房床數密度世界第一。

台灣每十萬人口加護病房床數，比位居第二的德國多出 6.3 張床，更是美國的 1.5 倍，日本的近 7 倍^[30](詳見圖四)。難道台灣人比較不健康，疾病嚴重度遠遠高出其他國家，故台灣需要這麼多加護病床？



圖四、2010 年國際間加護病房密度比較

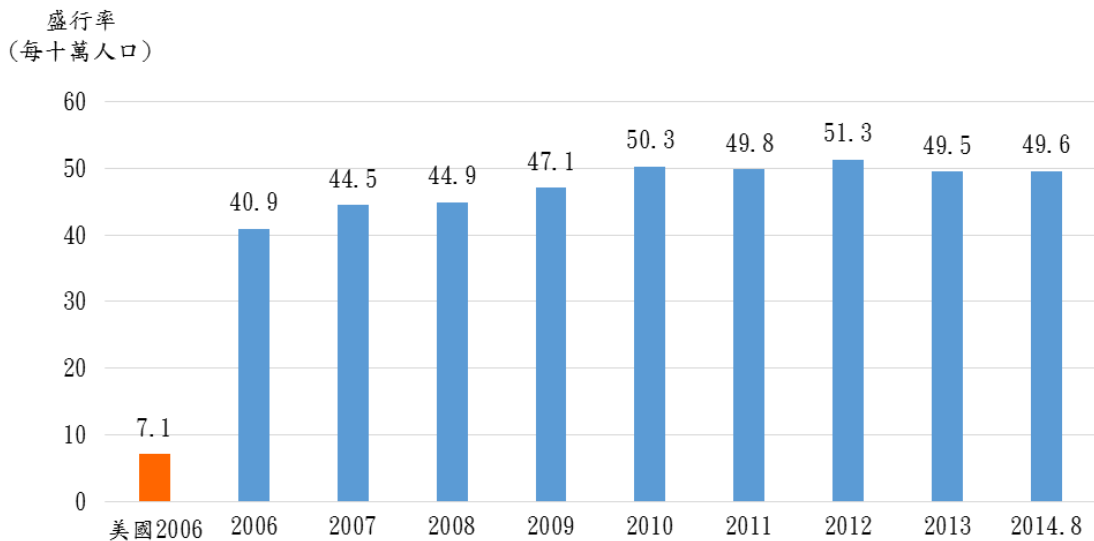
資料來源：The Lancet. 2010;376:1339-1346.^[30]與衛生福利部統計資料—醫療院所病床數

✓ 現象三：台灣長期依賴呼吸器人數的盛行率遠高其他國家。

台灣每年長期依賴呼吸器患者的現存個案約在一萬人上下，已帶來龐大的醫療支出。以 2012 年為例，台灣領有呼吸器重大傷病卡的人數計 11,573 人，總住院申報醫療費用達 161 億元。若以 2006 年台灣每十萬人口中，長期依賴呼吸器的盛行率與同年美國的盛行率^[31]比較，台灣長期依賴呼吸器的盛行率遠高於美國，且為美國的 5.8 倍(詳細請見圖五)。

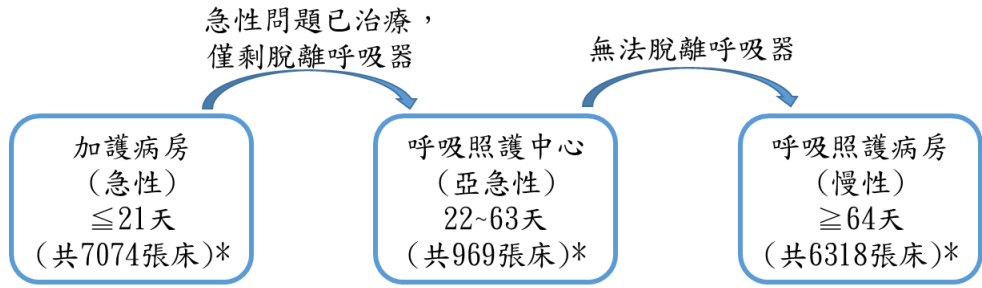
由於台灣等待脫離呼吸器患者過多，佔據加護病房床位，健保署為紓解加護病房床位數不足的問題，先後成立呼吸照護病房與呼吸照護中心，將已無急性問題僅待脫離呼吸患者轉至呼吸照護中心或呼吸照護病房續照護，以解決窘境，卻造就台灣目前呼吸照護中心及病房的床位數幾乎與加護病房(急性)床位

數相近(詳見圖六)。以台灣歷年加護病房、呼吸照護中心、呼吸照護病房床位數變化,可看出 2000 年成立呼吸照護病房後,全台灣醫療院所內的總呼吸照護病房床位數急速增加至六千床左右(詳見圖七),這些患者占用將近 20%加護病房資源,每年耗費超過健保支出的 5%。除了在健保的花費,也衍生出照顧者的經濟負擔、身心壓力等問題。



圖五、台灣近年長期依賴呼吸器患者之盛行率變化

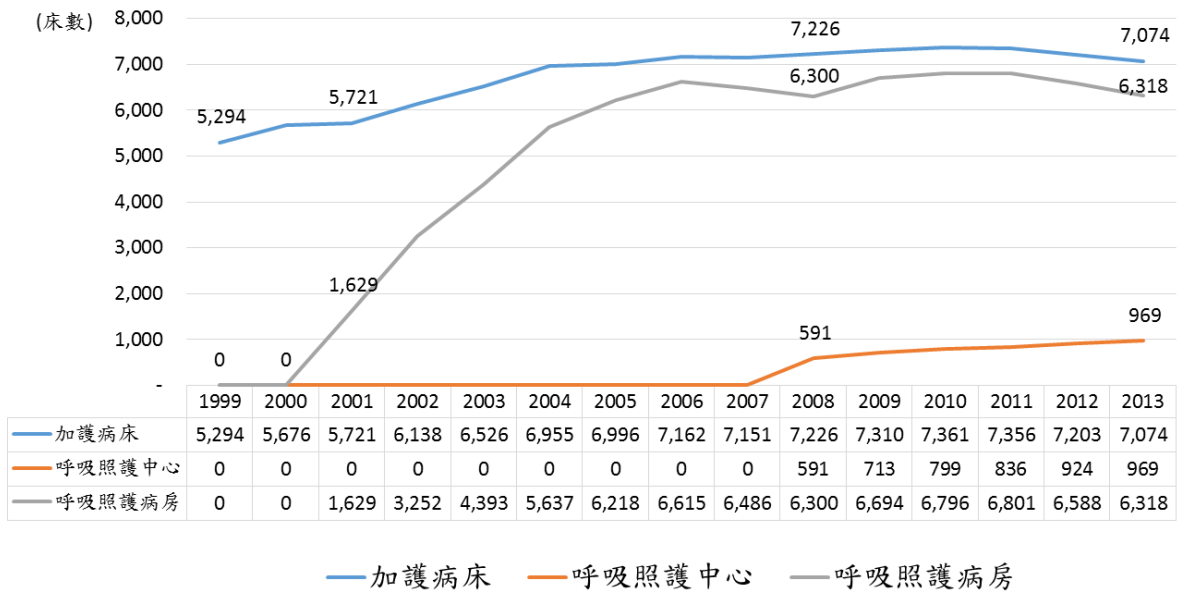
- 註：1. 盛行率：某一年底平均每十萬台灣人口中領有呼吸重大傷病卡的現存個案數。用此來描述長期使用呼吸器患者的現況與其帶來的醫療需求量。
2. 長期依賴呼吸器患者係以各年底領有呼吸器重大傷病卡之有效領證數(已排除死亡及註銷案件)估算。
3. 申請呼吸器重卡之條件為：使用呼吸器至少連續三十天，每天依賴呼吸器至少六小時，且造成呼吸衰竭之原因尚未排除，或臨床上及生理方面仍未達穩定狀態，目前持續使用中，短期內無法脫離。
4. 資料來源：
- (1)美國：Respir Care. 2010;Dec;55(12).^[31]
- (2)台灣：健保署歷年業務執行報告-全民健康保險重大傷病證明實際有效領證統計表。



*2013年台灣現有各類病床之總床數

(資料來源：衛生福利部統計資料－醫療院所病床數)

圖六、台灣呼吸器使用患者的照護流程與現有床



圖七、台灣歷年加護病房、呼吸照護中心、呼吸照護病房床數變化

(資料來源：衛生福利部統計資料－醫療院所病床數)

台灣重症醫療存在以上三個怪現象的同時，台灣社會也面臨生育率下降，老年族群占社會比例不斷增加，造成台灣人口結構改變迅速，更將為台灣經濟、社會及健康保險帶來沉重的負擔。在生命的最後一階段，為了治療身體的病痛，其所花費支出必然高於平常，但站在理性的角度來思考：如果病人必然走向死亡，醫護團隊所做的努力其效益終究為零，對病人也不會比較好，這樣醫療資源的使用是否值得？

六、最適當的臨終照護－安寧緩和療護

生命末期(End of life)一詞源自對於癌症患者已在生命盡頭的描述，隨著時間演進擴及到慢性疾病患者身上^[32]。然而每個人的死亡軌跡隨著年齡、種族、疾病狀態等等因素，可能死亡發生在一瞬間，但有些在歷程上卻達漫漫數月^[33]。台灣安寧緩和條例(2000)第三條定義：“末期病人”係指罹患嚴重傷病，經醫師(兩位專科醫師)診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。到底生命末期是多長，並沒有一個定論，但在瀕臨死亡、接受治療的極限、疾病的嚴重度、預後不好的情況下較常被認定為生命末期^[32, 34]。一般而言，界定為六個月。

生命末期照護(End of life care)即生命最後階段所受到的照護。世界衛生組織定義安寧療護為肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然的過程。人不可刻意加速死亡，也不須無所不用其極地英雄式拖延死亡過程。醫療團隊協助病患緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病患及家屬心理及靈性上的支持照顧，使病患達到最佳生活品質，並使家屬順利度過哀傷期(趙可式，1999)^[35]。

理想的生命末期照護是將「生、老、病、死」視為自然老化過程，其照護應包括：疼痛控制與症狀管理、避免不適當的延長死亡、實現自我控制(決策治療)、減輕負擔及加強愛的關係的建立等，使之生命品質達到最大；過程中更需要以全人、全家、全隊來全程參與，以達"生死兩相安、生死兩無憾"

的「善終」之目標。安寧並非剝奪病患的照護需求，以達降低醫療成本為目的，而是調整治療目標，給患者真正需要的照護。因此，在病人方面，要使病人身體的苦痛有所緩解、心靈上的有所寄託、為完成心願避免遺憾等而獲得善終。在家屬方面，有研究指出其對於生命末期的滿意度來自於病患得到症狀的控制、情感支持、良好的溝通、病情告知與教育，使生命末期的滿意度大為提升，且準備好面對家人往生，有助於縮短因家人往生後帶來的哀傷。

七、目前的困境

雖然病人善終在各方面有不少的益處，但臨床上卻碰到不少困境：

(一)病人方面：

1. 意願不清：未事前交代，若遇到生命危急時，自身對治療的目標與選擇，故責任轉嫁到家屬身上。

(二)家屬方面：

1. 抉擇難：

- (1)醫師解釋病情時可能用機率、較含糊的字眼，對於相對缺乏醫療知識的家屬不知如何抉擇。
- (2)病人生命危急時多已意識不清且若無事先交代意願，家屬無法知道自己的選擇到底是不是病人本身的意願。
- (3)家屬眾多時，各有自身考慮的立場，統合不易。雖在台灣社會多遵從家中長輩的意見，但長輩的意見難道就是對病人最好的嗎？

2. 放手難：

- (1)醫學存在著不確定性，雖有實證研究數據來當佐證的依據，但難保自己的家人剛好是那個奇蹟，而徘徊在放手與不放手間。
- (2)放手的時機點到底對不對？會不會太早放手，錯失了家人康復的機會，抑或放手太晚，家人多承受不必要的醫療處置？

(3)還沒準備好說再見：家屬及時預先想過家人的最糟狀況(死亡)，但事到臨頭時內心的掙扎、不捨，無法輕描淡寫一句即可帶過。

3. 傳統孝道的束縛：「不救到底，是不是不孝？」的迷思充斥在華人社會上，誰也不願意戴上這頂不孝的帽子，接受家人或其他人的指責。或許近年，台灣人已稍改此風，但此觀念仍牽絆家屬面對病人危難時的選擇。
4. 需求方的道德危害：因已加入健保，醫療負擔較小而提高使用昂貴醫療技術的醫院。

(三)醫師方面：

1. 有救人義務與使命：在過去的醫學教育，醫師必須有救人的義務，但隨著醫療科技進步，生死界線模稜兩可，考驗著醫師對於醫學倫理的判定。
2. 任何醫療處置其不確定性，在成功、失敗、生與死的模糊地帶，每位醫師將有不同的想法，有時難以決定。
3. 避免醫療糾紛：醫學存在的確定性，經驗老到的醫師也會栽在上面，當自己沒把握的時候，執行防禦性醫療得以讓自身若捲入醫療糾紛時站得住腳。
4. 面對家屬擺不平的意見只能先採取保守的治療，並從中調解。

(四)醫療體系：在論量計酬的給付制度下，醫療院所的營運者希望服務量滿載，對推行無效醫療並無經濟誘因。

(五)健保給付制度：政策與法令為雙面刃，有利必有弊。相較國外的醫療保險制度，台灣健保保障台灣人較多的就醫權利，但也讓供(醫療院所)、需(求醫者)兩方產生過多的醫療資源的使用。

研 究 設 計

基於臨終的無效醫療議題對於病患本身、家屬、醫護團隊，乃至整體社會皆無負面影響，是亟待解決的問題，故本研究將從三方面著手進行：

- 一、由重症專科醫師角度來看台灣臨終前無效醫療發生的現況與如何界定臨終前無效醫療，並進一步探討相關的因素與解決方式。
- 二、由民眾的角度來探討善終相關議題。
- 三、依健保資料庫計算加護病房患者臨終前無效醫療之耗用資源，以提供臨終前無效醫療的客觀數據。

藉由多方面的觀察，以探究台灣臨終前無效醫療問題，現有提出解決的方案。

台灣重症專科醫師對臨終無效醫療的看法與現況調查

一、調查介紹：

無效醫療所涵蓋的範圍甚廣，目前對於在生命末期所作的過度治療較能被接受為無效醫療。依據台灣的就醫習性，多數患者生命危急時刻多於醫院救治，而此時病患多轉送到加護病房救治，因此，本問卷”台灣加護病房無效醫療實際情形之調查”，其目的是想了解台灣目前加護病房中無效醫療發生情形與醫師對無效醫療的態度。本調查其對象主要目前在台灣各重症單位服務的重症專科醫師，其內如主要詢問：

- 一、針對美國醫學會內科醫學雜誌《JAMA》(2013)^[18]刊登一篇有關於加護病房無效醫療之研究，其陳述以焦點團體法達成共識，提出五項導致加護病房醫師判定病患接受無效醫療的原因：1.現有醫療處置耗費大量照護人力與資源，但所得效果對病人不會有益處 2.病患依賴加護病房維生系統存活，永遠無法活著離開加護病房 3.病人處在永久昏迷狀態 4.加護病房的治療無法

達成病人或家屬的期望 5.病患即將死亡，加護病房只是短暫延後死亡。故藉此詢問台灣重症專科醫師是否認同前述之判定及其認為除此之外尚有什麼情境可被視為臨終無效醫療。

二、詢問台灣重症專科醫師以臨床經驗判斷台灣的臨終前無效醫療發生的比例。

三、詢問台灣重症專科醫師是否經歷臨終前無效醫療及其施行臨終前無效醫療的原因。

四、詢問重症專科醫師認為簽屬放棄急救同意書(Do Not Resuscitate, DNR)、預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書是否能幫助減少臨終前無效醫療。

藉此以了解台灣臨終前無效醫療發生的情形，為處理臨終前無效醫療議題進一步的凝聚醫界共識，作為政府處理此問題的參考依據。

二、進行方式：

第一階段：因無法取得台灣所有重症專科醫師名冊作抽樣之限制，本調查以立意取樣的方式選取 49 位重症醫師，進行電話訪談，如受訪醫師時間無法配合則採網路填答問卷方式進行。第二階段：於 2014 年中華民國重症醫學會年會現場邀請重症專科醫師填答。

三、結果與分析

(一) 問卷收集情形：第一階段，以電話與網路方式進行訪查，發出 49 份問卷，回覆 26 份，回覆率：53.1%。第二階段，以現場發放問卷，共計發出 25 份，回覆 18 份，回覆率：72%。總計回收 44 份問卷，有效問卷 41 份(3 份因未填答完整而不計入)。

(二) 受訪者基本特質

受訪 41 位重症專科醫師之特質，男性 92.7% (38 人)，女性 7.3% (3 人)。年齡層以 51 歲為切點，未滿 51 歲 51.2% (21 人)；51 歲以上共 48.8% (20 人)。其所服務醫院層級，有 53.7% (22 人) 來自醫學中心，46.3% (19 人) 來自非醫學中心。其所服務的加護病房類型方面，有 29.3% (12 人) 於內科加護病房服務，43.9% (18 人) 於外科加護病房服務，16.8% (11 人) 於其他重症單位服務。其於加護病房服務年資上，有 92.7% (38 人) 滿五年以上，僅 7.3% (3 人) 於加護病房未服務滿五年。受訪重症專科醫師有 80.5% (33 人) 為中華民國重症醫學會專科指導醫師(詳細可參照表一)。

表一、受訪重症專科醫師特質

N=41	n	(%)	n	(%)
性別	年齡			
男	38	(92.7)	未滿 51 歲	21 (51.2)
女	3	(7.3)	51 歲以上	20 (48.8)
醫學層級	加護病房年資			
醫學中心	22	(53.7)	不滿 5 年	3 (7.3)
非醫學中心	19	(46.3)	5 年以上	38 (92.7)
加護病房類型	重症醫學會專科指導醫師			
內科加護病房	12	(29.3)	是	33 (80.5)
外科加護病房	18	(43.9)	否	8 (19.5)
其他重症單位	11	(16.8)		

(三) 問卷結果

1. 若依照美國研究所指出的五種導致無效醫療的原因來判定是否病患接受的治療是否無效，受訪重症專科醫師有 87.8% (36 人) 表示曾經歷過，12.2% (5 人) 表示未曾經歷過，此比例顯示臨終前無效醫療是普遍存在的問題。

2. 台灣重症專科醫師對於美國研究所指出的五種導致無效醫療的原因的看法結果顯示：過半數的重症專科醫師贊成此五項可作為判定病患是否正在接受無效醫療，其中共識較高的前三者分別為：第五項”病患即將死亡，加護病房只是短暫延後死亡”、第一項“現有醫療處置耗費大量照護人力與資源，但所得效果對病人不會有益處”、第三項“病人處在永久昏迷狀態”。在第四項”加護病房的治療無法達成病人或家屬的期望”之贊成率最低，僅有53.7%之重症專科醫師認同(詳情請參考表二)。部分醫師認為對治療成效的期望因病人、家屬不同，因而難以作為判斷的依據。在訪問過程，部分重症專科醫師表達：醫學存在不確定性，醫師無法完全的保握判定病人的後續發展，故雖贊成题目的敘述，但因選項只能持贊成與反對意見而難以抉擇，故部分醫師全部勾選反對意見。此外，台灣重症專科醫師提出其他造成無效醫療原因：(1)醫師方面：醫師個人因素、外科醫師不承認失敗，堅持救到底、主治醫師不願意放手，(2)病人方面：回復的期望不同，(3)家屬方面：家屬以醫療糾紛為理由拒出院、家屬(們)不願放棄、家屬(們)無法達成一致決議、回復的期望不同，(4)外在環境：東方人文化、健保給付制度、政府須宣導等。
- 綜合結果：台灣重症專科醫師對於造成判定病患接受臨終前無效醫療原因的意見雖大致相同，但仍存在些許不同的看法，且醫學上無法以非黑即白作判斷，這也是醫界雖盡可能規範出臨床上判定病患是否為無效醫療的準則，但”無效”一詞涵蓋個人的價值觀而有所不同，故看法因人而異，每人心中的那把尺不同，因此要制定出眾人可以認同的臨終無效醫療規範實屬不易。而使台灣對於臨終前無效醫療並無一個明確的準則以供判斷。

表二、台灣重症專科醫師對造成無效醫療原因之意見結果

(N=41)	贊成(%)	反對(%)
(1) 現有醫療處置耗費大量照護人力與資源，但 所得效果對病人不會有益處	30(73.2)	11(26.8)
(2) 病患依賴加護病房維生系統存活，永遠無法 活著離開加護病房	26(63.4)	15(36.6)
(3) 病人處在永久昏迷狀態	29(70.7)	12(29.3)
(4) 加護病房的治療無法達成病人或家屬的期望	22(53.7)	19(46.3)
(5) 病患即將死亡，加護病房只是短暫延後死亡	36(87.8)	5(12.2)

3. 以情境模擬來預估每月加護病房發生臨終前無效(含可能)醫療個案的數量，受訪重症專科醫師所回答的人數平均值為 5 人，標準差 2.8，以此換算，平均每月發生無效(含可能)醫療頻率為 17.0%，即加護病房中大約每六個人就有一人是接受臨終無效(含可能)醫療。以所服務加護病房單位類型來區分，內科加護病房平均值 7.16 人、頻率 23.9%，居於最高，其次是其他重症單位平均值為 5.18 人、頻率 17.3%，外科加護病房之平均值 3.43 人、頻率 11.4%，列在最後(詳情請參考表三)。其原因可能為外科加護病房因多為處理病人急性問題，治療後有較佳的預後，因此其發生無效醫療的情形相對較低；而內科加護病房收治病人較多為多重慢性病、年長者、反覆性住院居多，因此，較容易出現造成臨終前無效醫療的情境或原因，使內科加護病房的發生率高於整體均值。其他重症單位可能收治的病患屬於綜合性單位，兼收內、外科病人，使其發生頻率與整體平均相近。

表三、重症專科醫師估計一個月照護 30 位加護病房病患時，將有多少位接受臨終前無效(含可能)醫療

服務單位	重症專科醫師人數	平均值	標準差	發生頻率 ¹
內科加護病房	12	7.16	2.95	23.9%
外科加護病房	18	3.43	2.91	11.4%
其他重症單位	11	5.18	2.86	17.3%
總計	41	5	2.84	17.0%

註 1：發生頻率代表每個月加護病房發生病患接受臨終前無效醫療(含可能)的頻率，係以重症專科醫師估計加護病房接受臨終前無效醫療(含可能)人數之平均值 $\div 30 \times 100\%$ 計算之。

4. 重症專科醫師若以直觀的方式估計台灣加護病房發生臨終前無效醫療(含可能)的比例的意見各有不同，其中有 26.8% (11 人)認為發生比例是 1/5，比例最高。若依受訪者所服務的加護病房類型來區分(詳情請參考表四)，可看出在不同類型服務的重症專科醫師對於發生臨終前無效醫療的比例見解不同，在內科加護病房中，發生比例以 1/3 最高，在外科加護病房中則以發生比例 1/10 最高，顯示內外科發生臨終前無效醫療的比例不同。經過 Fisher exact test 檢定， p -值=0.0008，達統計顯著差異；顯示在不同加護單位服務對重症專科醫師對於發生無效醫療的比例看法有顯著的不同。若其他重症專科醫師特質：年齡、所服務的醫院層級、於加護病房服務年資等變項分析重症專科醫師對加護病房臨終前無效醫療發生比例的看法，在統計檢定尚未達顯著意義，代表這些變項不影響重症專科醫師對加護病房臨終前無效醫療發生比例的看法。

表四、重症專科醫師依據經驗，認為台灣加護病房發生臨終前無效(含可能)醫療的比例

頻率 類型	1/10 n(%)	1/6 n(%)	1/5 n(%)	1/4 n(%)	1/3 n(%)	其他 n(%)	總計 n(%)
內科加 護病房	1(8.3)	1(8.3)	3(25.0)	1(8.3)	6(50.0) ¹	0(0.0)	12(29.3)
外科加 護病房	8(44.4) ¹	1(5.6)	1(5.6)	3(16.7)	1(5.6)	4(22.2)	18(43.9)
其他重 症單位	0(0.0)	1(9.1)	7(63.6) ¹	1(9.1)	2(18.2)	0(0.0)	11(26.8)
總計	9(22.0)	3(7.3)	11(26.8) ¹	5(12.2)	9(22.0)	4(9.8)	41(100.0)

註 1：代表該類型中，重症專科醫師認為發生無效醫療比例最高者。

5. 影響重症專科醫師執行臨終前無效醫療的因素的調查發現為數不少的重症專科醫師會因為避免醫療糾紛、對病人病情變化沒有把握或家屬有異見而執行臨終無效醫療，其相關比例參考表五。此結果顯示，台灣重症專科醫師面對一些醫療的不確定性及家屬對於醫療處置的意見與病患不同時，為了保護自身的安全，會採取家屬的意見、較保守或是防禦性的醫療，以避免身陷醫療糾紛的可能性。

表五、影響重症專科醫師執行臨終前無效醫療的因素

	總是	常常	有時	從未
避免醫療糾紛	7.3%	46.3%	41.5%	4.9%
病人病情變化沒有把握	2.4%	39.0%	43.9%	14.6%
碰到家屬有異見	0%	48.8%	41.5%	9.8%

6. 重症專科醫師認為在臨床上簽屬放棄急救意願書或同意書(DNR)及讓社會大眾在生病前簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」(此意願書包含 1. 接受安寧緩和醫療 2. 接受不施行心肺復甦術 3. 接受不施行維生醫療)皆能幫助減少臨終前無效醫療的發生，詳細數據請參考表

六。其主因為病人與家屬能表明立場且有法律效力的文件，醫療團隊較能了解病人與家屬對於醫療處置的期望及減少發生醫療糾紛的疑慮，進而減少臨終前無效醫療的發生。

表六、預立醫療指示對減少臨終前無效醫療的幫助

受幫助情形	很有	有	部分	沒有
簽屬放棄急救意願書或同意書	39.0%	34.1%	26.8%	0%
預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書	26.4%	61.0%	12.2%	0%

7. 90.2%台灣重症專科醫師認為臨終前無效醫療是亟欲重視與處理的問題。

造成台灣部分醫療過度使用，是來自於家屬要求與無效醫療的存在，少部分受訪者認為醫院管理階層希望提高佔床率也是造成此現象的原因之一。除此之外，受訪重症專科醫師亦提出其他看法：

(1) 醫師方面：醫師不放心病人轉出造成、非重症醫師的訓練不足、怕醫療糾紛。

(2) 病人與家屬方面：文化宗教信仰、對疾病的態度。

(3) 外在環境方面：健保給付制度、法律不符合現實、社會風氣。

上述為重症專科醫師提出其他造成台灣醫療上過度使用的原因，其中共 7 位醫師提出健保給付制度是造成因素。

8. 受訪重症專科醫師多數認為減少無效醫療主要要從法令(92.7%，38人)、醫療管理階層(82.9%，34人)與政策(75.6%，31人)等影響層面較廣且較有強制效果的手段來進行改善，進一步才是針對醫師(56.1%，23人)或民眾(58.5%，24人)的部分進行著手。

四、結論

依據本問卷結果，台灣加護病房發生臨終前無效醫療的頻率大約在 17~20%，即加護病房病患約每五~六人就一個接受臨終前無效醫療，顯示台灣加護病房有將近 1/5 的患者因諸多原因接受被醫師認定為無效醫療的治療，但這些治療對於患者與家屬來說是否為無效很難藉此問卷結果判定。多數重症專科醫師可認同美國無效醫療研究判定病患是否接受無效醫療的五項依據，且認為無效醫療是個急需處理的議題，必須從政策、法令、醫院管理階層、醫師、病患等多層面著手改善，而臨床上病患或家屬簽署放棄急救意願書或同意書及一般民眾「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」都有助於減少無效醫療的發生。

台灣民眾對於善終的態度調查

一、調查介紹

臨終無效醫療與善終如同翹翹板的兩端，要走往哪個方向，有一大部分的決定權在於民眾對於臨終治療的期望。在醫療環境下，醫療團體對於民眾對臨終的態度多有保留，可能因為不知如何開口、擔心病人及家屬無法承受等等問題，而錯失談論善終的機會，本調查希望藉由調查民眾對於善終的態度來實際了解或許台灣民眾對於善終的想法是否有所改變。

二、進行方式

與天下雜誌共同討論問卷內容，並委託天下雜誌民調中心以全台室內電話隨機抽樣後進行電話訪問進行，總計訪問人數共計 1,865 人。

三、調查結果

- (一)72.5%民眾認為有時要視情況放手，讓病人順其自然死亡，而非一味搶救生命，且隨著教育程度越高越贊成此看法，但在年齡層分布上，60歲以上的族群想對此的贊同較低(67.1~69.4%)，此可能因為不同世代所受的教育不同，過去認為必須搶救病人生命，而現在除了救治生命外，更追求生命的品質與意義，而造成世代間的差異。
- (二)對於父母長輩因為生命或意外需急救，不論他的病情與救回機率如何是否同意「不救就是不孝」，不同意的比例為70.4%，且隨著年齡增長，不同意的比例隨之下降。20-29歲與70歲以上不同意的比例分別為78.3%、69.5%，這也顯示傳統孝道的觀念或許對國人尚有束縛的力量，但隨著知識與教育的演變，台灣民眾已經慢慢意識到：病危時積極搶救並不是唯一的選擇。而在性別上也有顯著差異，女性不同意的比例為75.8%，男性則為64.9%，可能造成的因素，主要台灣社會女性承受照顧生病家人的重擔，相較於男性有較深刻的體會，而造成此差異。
- (三)當生病接受治療後可能有三種情形發生，民眾對於發生在自身、發生在家人而希望醫師停止治療的比例有很大的區別，詳細參考表七。這顯示台灣民眾對於自身的治療期望多希望接受治療後是能有生活品質及尊嚴地活著，而非生理上的活著。而對於家人時，可能因為不清楚家人的期望而有所顧忌，而大為降低停止治療的比例。而且40~59歲的族群在家人治療後產生須完全臥床、有點意識卻需要維生系統或變成植物人時，希望醫師停止治療的比例會較其他族群高，可能40~59歲族群正面臨自己的父母親有相同的情形，更能深一層地思考治療處置對於家人的生活價值在哪，當意識到家人無生命品質或尊嚴時更會希望停止治療。

表七、不同情境希望醫師停止治療的比例

發生情境	自己身上	家人身上
治療後必須完全臥床，生活都依賴家人 24 小時照顧	77.03%	51.94%
治療結果為有點意識但要靠機器維持生命	81.07%	57.01%
治療後變成植物人	92.37%	75.54%

(四)32.9%名眾有完整想過如果萬一有一天病得很嚴重，沒有機會好轉，要不要接受治療或急救，有 28.4%名眾有想過，且有 74.0%名眾願意與家人共同討論這件事情。而 50 歲以上的族群有想過及願意與家人討論的比例較年輕族群為高，可能與自覺健康狀態、年齡、面臨長輩在治療過程或去世的經驗而增加 50 歲以上民眾思考此問題。

(五)調查發現有 57.6%名眾知道可簽屬「不施行急救意願書」(現具有法律效力的文件為「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」)，已經有簽屬的比例為 4.07%；而當民眾知道有此意願書後願意署的比例達 65.09%。

四、結論

過去大家可能覺得死亡是個禁忌，不好說出口，經過此問卷調查顯示，隨著時間的演進，或許仍有一些傳統孝道的拘束力存在，但台灣民眾不再將搶救生命視為唯一的治療方式，現在更希望追求生命的品質、獲得生命的尊嚴。此外，台灣民眾，尤其是 50 歲以上的族群是願意與家人討論臨終前要不要急救的問題，並沒有想像中的地忌諱。然而，「放棄急救意願書」仍有近半數的民眾不知到，而已知道的民眾是願意簽屬的比例超過六成，但實際簽屬的百分比僅有 4%，其中的差距仍是我們(393 公民平台)可繼續努力的地方。

以健保資料庫資料推估臨終無效醫療之耗用資源

一、研究方法

患者進入加護病房治療的前 72 小時是搶救的關鍵時刻^[36]，此階段由於病情變化不明朗，所有病患皆需積極介入治療。72 小時後，若病患病情穩定後會逐漸恢復並轉出加護病房；若三天後，病情持續惡化，患者將逐漸走向死亡，此時加護病房之治療僅是延長病患死亡歷程，故將此類病患視為接受臨終前無效醫療。本研究基於此假說，利用全民健保百萬抽樣歸人檔中 2005 年世代（係以全民健保 2005 年承保資料檔之約兩千三百萬在「2005 年在保者」中隨機取 100 萬人，擷取其各年度就醫資料建置而成。）於 2012 年所申報資料選出進入加護病房治療 72 小時後仍死亡的族群計算其相關的人數、平均住院日、平均每人次花費、總日數、與總費用等數據均以此定義為準計算。

二、結果：

(一)加護病房無效醫療總花費為 35.8 億元，此花費約佔加護病房近 17% 的醫療支出（詳見表八）。此與過去坊間媒體報導無效醫療花費 1500~1700 億有相當差距，主因為定義與範圍不同，定義部分：本研究僅計算確認已死亡者中其死亡前在加護病房的花費，並無包括未死亡者；範圍部分：無效醫療除發生於加護病房外，尚可能存在於其他病房如呼吸照護病房等、其他處置如葉克膜、及其他治療如洗腎等。但與監察委員黃煌雄所著的健保總體檢報告書內提到若能有效控制加護病房內的無效醫療每年至少減少 19 億元^[25]之加護病房支出較為接近。

(二)每年存在於加護病房的無效醫療人次數約 22000 人次。加護病房的資源珍貴且照護成本高，必須妥善利用。急重症患者在急診等候的時間越長，將增加後續的住院時間及死亡率。因此，如果能有效減少無效醫療的發生，全台醫療體系可多服務 2 萬 2 千人次，對於在急診等候入住加護病房治療的患者將是場及時雨，讓這些病患及早地接受治療。

(三)比較病患臨終前在加護病房與安寧病房的相關花費，不難發現加護病房患者平均每人次申報費用是安寧病房患者五倍之多，而安寧病房可提供身、心、靈整體的照顧品質。

表八、健保資料庫資料推估臨終前無效醫療之耗用資源

	臨終最後一次住院使用加護病房且視為臨終前無效醫療者	臨終最後一次住院有申報使用加護病房者	申報使用加護病房者	申報使用住院者	臨終最後一次申報使用安寧病房者
人次	22,287 _e	42,136 _e	234,416	2,624,990	7,406
(無效所佔的比例)		(52.9%)	(9.5%)	(0.8%)	
平均住院日	9.9±6.6	5.6±6.2	4.4±4.8	8.5±14.3	16.2±16.6
平均每人次申報費用(元)	160,725	103,206	92,204	56,750	30,194
	±158,510	±136,061	±109,393	±109,959	±32,570
總申報日數	219,719	237,981	1,032,999	22,282,699	120,060
(無效所佔的比例)		(92.3%)	(21.3%)	(1.0%)	
總申請費用(億元)	35.8	43.4	216.1	1489.7	2.2
(無效所佔的比例)		(82.4%)	(16.6%)	(2.4%)	

註：1. 本表所列資料為全民健保百萬抽樣歸人檔中利用 2005 年世代(係以全民健保 2005 年承保資料檔之約兩千三百萬「2005 年在保者」中隨機取 100 萬人，擷取其各年度就醫資料建置而成。)於 2012 年所申報醫療費用放大 23 倍而得全台灣的估計數據。

2. 名詞定義：

- a. 係以病患死亡(包含返家死亡)前於加護病房接受治療，若入加護病房治療超過三天者，其後續治療僅為延長病患死亡歷程，故將該病患該次入住加護病房視為臨終前無效醫療；其相關的人數、平均住院日、平均每人次花費、總日數、與總費用等數據均以此定義為準計算。
- b. 係指該年度曾於加護病房內治療者該次於加護病房內治療的天數與相關費用。
- c. 係指病患於加護病房內過世或病危出院者該次於加護病房內治療的天數與相關費用。
- d. 係指該年度患者於安寧病房內過世或病危出院者該次於安寧病房內治療的天數與相關費用。
- e. 係為人數，因死亡後不會再有其他就醫資料。

研究結論

台灣自 1983 年推動安寧療護，經過立法與各界努力，「安寧療護」概念已慢慢植入台灣人民心中，民眾對於除了搶救生命外，也考慮是否能善終。但 2014 年，健保署統計，癌末病人中已有四成在臨終前接受過安寧療護，但非癌末病人卻只有 0.4%，顯示台灣有許多人直死亡那刻仍持續積極地救治。2012 年 1 月 10 日更通過生命末期患者終止或撤除心肺復甦術及維生醫療與不施行心肺復甦術或維生醫療等相關條文，雖然法律已經日漸成熟，但台灣人民、醫護團隊準備好了嗎？無效醫療和善終剛好在蹺蹺板的兩端，如何讓生命走向善終，有賴病患本人、家屬及醫療團隊共同努力。

無效醫療含主觀的成分很大，是不是無效，每個人內心會有把尺。在生命末期的決策過程中，是以病人為中心，家屬與醫護團隊在旁一起決策，但如果未事先有溝通的時間與方式，當病人病危時，只能把決策權轉交給家屬與醫護團隊。然而，對於事情的價值，只能由自己來衡量，至親代你做選擇不一定是你要的。而且醫療存在很多不確定性、醫師的判斷與保護自身的行為、家屬們因倫理、經濟等因素而猶豫不覺，臨床上只能繼續積極救治，但承受痛苦的是病人本身。

我們的研究發現，台灣充沛的醫療資源及完善的健保給付制度下，加護病房之臨終無效醫療發生的頻率為 17-20%，與美國的研究非常類似，但台灣每十萬人口有 40 人需長期依賴呼吸器存活，是美國的 5.8 倍，此事值得省思。以健保資料庫推估台灣每年存在約兩萬五千人次的臨終前無效醫療，耗費 35.8 億元，更重要的是在現今台灣急診一床難求的情況下，若能減少臨終前無效醫療，將對國內整體的急重症醫療環境有所舒緩。

在民眾的問卷調查中，我們發現台灣民眾對於臨終前無效醫療的接受態度比想像中高，約有八成民眾願意在臨終階段停止無效醫療。而在醫師問卷部分，有高達 87% 的重症專科醫師表示經歷過執行過臨終前無效醫療，且重症專科醫師對於美國判

定病患接受無效醫療的原因之同意度上有不同的意見。然而，重症專科醫師明知道病人所接受的治療為無效醫療仍執行的主因包括：(1)本有救人義務與使命、(2)醫療處置的模糊地帶，每位醫師將有不同的想法、(3)避免醫療糾紛、(4)面對家屬擺不平的意見只能先採取保守治療。雖重症專科醫師普遍認為民眾對臨終無效醫療的理解較低而採取防衛性醫療，但其實民眾對善終的態度已與過去不同，如果醫病雙方能夠更積極的溝通關於善終，便能有效減少臨終無效醫療的發生。

建 議

民眾問卷調查顯示，6 成左右的民眾在知道有放棄急救同意時願意簽屬，然而，台灣一項針對生命末期病患於瀕臨死亡前，87.7%選擇簽署放棄急救同意書(DNR)，由病患自行簽署僅佔 0.5%。且另一項針對生命末期住院病人簽署放棄急救同意書進行探討發現：台灣民眾簽署放棄急救同意書時病人幾乎已呈現昏迷狀態，無法表達自身的意願。這顯示台灣民眾”想”在臨終階段善終，但”想”與”行動”仍有一段很長的距離，使得台灣民眾在臨終前無法表達意願而無法善終。國內外研究發現，民眾在健康時，能預立醫療指示（advanced directives, ADs）是有正面意涵，對個人可提升病人的自主醫療決策權，不將轉嫁決定生死的重責轉嫁給家屬；讓家屬可減輕醫療決策的負擔；對醫療團隊可有效的降低醫療決策的衝突與醫療困境等。因此，簽屬具有法律效力的文件「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，讓自己的家人與醫療團隊知道適時的放手，保障醫病雙方彼此折磨。

減少臨終無效醫療須從這法令、政策、照護系統、醫護團隊教育等等方面著手，但表明自身意願與家人及醫護團隊討論善終以達減少臨終無效醫療卻可由自身做起。預立善終的意願書(原稱預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書)，就像我們平常會計劃生活一樣：我們計劃一年一度的旅行、安排我們工作項目、甚至規劃退休生活，為的是獲得令自己滿意的經驗，那為何我們不對我們生命末期的生活作適當的安排？

或許很多人並不想正面面對，但不妨為自己的家人考慮一下，為他們做些打算，一個事先的決定，可以：

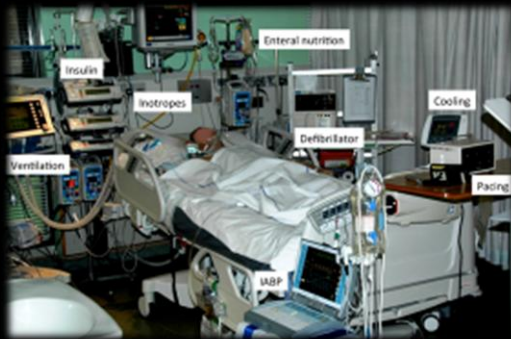
讓自己以自己想要的方式活著，

讓家人免於陷入兩難的決定與折磨，甚至避免親人因立場不同而爭執，

讓醫護人員放心地全力救治無所顧忌，到極限時可以釋然地放手，

因此，別讓自己的善終權睡著了。

生命的最後一哩路，您選擇



機器環繞？



家人陪伴下善終？

參 考 資 料

1. The quality of death Ranking end-of-life care across the world. Economist Intelligence Unit (2010).
2. Halpern NA, Pastores SM. Critical care medicine in the United States 2000-2005: an analysis of bednumbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Crit Care Med*. 2010;38(1):65-71.
3. 徐明儀、江蓮瑩：無效醫療議題之探討。護理雜誌，2014；61:1，99-103。
4. 王維慶、朱怡康、蔡甫昌，無效醫療，當代醫學，32卷，7期，2005年。
5. Lo B: Resolving Ethical Dilemmas – A Guide for Clinicians. 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2000, Chapter 8 & 9, p. 94-110.
6. Glasgow JL, McLennan SR, High KJ, Celi LA. Quality of dying in a New Zealand teaching hospital. *Qual Saf Health Care* 2008;17:244-8.
7. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *JAMA*. 2000 Nov 15;284(19):2476-82.
8. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356:469-478.
9. Mary JG, Kathleen A.K, Alan K.K. Family Caregiving and Transitional Care: A Critical Review. Family Caregiving Alliance. Retrieved from https://caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/FamCGing_TransCare_CritRvw_FINAL10.31.2012.pdf
10. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting Family Caregivers at the End of Life. *JAMA*. 2004;291(4): 483-491.
11. Stajduhar KI. Burdens of family caregiving at the end of life. *Clin Invest Med*. 2013; 36(3):E121-6.
12. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011;18(3):317-26.
13. Joseph P. N. An iconoclastic view of health cost containment. *HEALTH AFFAIRS*. 1993;153-171.
14. Milbrandt EB, Kersten A, Rahim MT, et al. Growth of intensive care unit resource use and its estimated cost in Medicare. *Crit Care Med*. 2008;36(9):2504-2510.
15. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care*. 2005;20(3):207-213.
16. Yasuhiro K., Atsushi A., Seiji B. Can physicians' judgments of futility be accepted by patients? A comparative survey of Japanese physicians and laypeople. *BMC Med Ethics* 2012; 13: 7. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/13/7> .
17. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27:1626-33.
18. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, et al. The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care. *JAMA Intern Med*. 2013;173(20):1887-1894.
19. 黃馨葆、蔡兆勳、陳慶餘、邱泰源 (2011)。生命末期照顧如何達到好的成本效益。安寧療護，16(2)，205-216。
20. Barnato AE, McClellan MB, Kagay CR, Garber AM. Trends in inpatient treatment intensity among Medicare beneficiaries at the end of life. *Health Serv Res* 2004; 39:363-75.
21. Emanuel EJ, Ash A, Yu W, et al. Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med*. 2002; 162:1722-1728.
22. Pronovost P, Angus DC. Economics of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2001;29(2 Suppl):N46-51.
23. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med*. 2014 Feb;28(2):130-50.

24. 楊志良：全民健保的迷思。科學人，2011；111(8)。
25. 黃煌雄、沈美真、劉興善：我國全民健康保險總體檢案。2011。
26. Gerald F. Riley and James D. Lubitz. Long-Term Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. Health Services Research. 2010; 45(2):565-576.
27. 劉嘉年、楊銘欽、楊志良：台灣成年民眾於死亡前三個月健保醫療費用支出之影響因素分析。台灣衛誌，2001; 20(6): 451-62。
28. Bradley C, Chang YM. CPR with assisted extracorporeal life support. The Lancet. 2008;372:1879.
29. 「健保局葉克膜（ECMO、體外循環維生系統）去年救活 499 人，將近使用人數的一半」，資料來源：
http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?No=947&menu=9&menu_id=544
30. Neill K JA., Robert AF, Satish B, Gordon DR. Critical care and the global burden of critical illness in adults. The Lancet. 2010;376:1339-1346. Respir Care. 2010 Dec;55(12):1693-8.
31. Divo MJ, Murray S, Cortopassi F, Celli BR. Prolonged mechanical ventilation in Massachusetts: the 2006 prevalence survey.
32. 吳春桂、蘇玲華、黃勝堅、林芳如、黃美玲、林亞陵、蔡紋苓、林宏茂（2009）。“DNR”知情告知與決策對於重症生命末期照護之重要性。安寧療護雜誌，14(2)，172-184。
33. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA. 2003 May 14;287(19):2387-92.
34. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM. et al: Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2003;31: 2255-62.
35. 趙可式（1999）。安寧療護方案的起源與發展。厚生雜誌，8，8-11。
36. Meadow W, Pohlman A, Frain L, Ren, Yaya JD; Kress, John Paul MD; Teuteberg, Winnie MD; Hall, Jesse MD. Power and limitations of daily prognostications of death in the medical intensive care unit. Critical Care Medicine. 2011;39:474-479.