

加強「臨終」教育改革台灣醫療體質

文、圖 / 王宏育

醫師公會全聯會常務理事

筆者曾經在台北馬偕醫院服務六年，1985年至1990年租屋住在馬偕淡水竹圍分院後方的小山丘別墅，雖然走路到分院不到五分鐘，非常便捷，但那時代淡水竹圍地區不甚熱鬧，生活機能不便。兩層樓的別墅有停車位，一個月租金才4000元，後來漲到4500元、5000元。房東是住在馬偕總院附近的甘先生，每月初他會事先和我約好時間地點，到醫院來收取租金。



圖1 40年前的馬偕醫院淡水(竹圍)分院。

住院醫師雖然忙碌，有空時週末還是會陪伴家人到台北市區購物，上館子打打牙祭，回程都會經過關渡大度路，這一條路寬廣又筆直，很容易超速，還記得有一次家人尿急，車子就盡可能加速，印象中這條路真的就像賽車道一樣，不知不覺就會開到時速140公里。1990年回到高雄開業，當然還是會關心台北馬偕醫院的種種。1997年10月我們最喜歡的歌手張雨生在關渡大度路發

生嚴重的車禍，車速很快，車頭全毀，情況相當不樂觀，我就跟內人說按照當時醫療的水準，腦傷得這麼嚴重，大概救不起來，不過馬偕醫院的努力，應該可以撐個30天左右，器官才會衰竭，結果過了24天，張雨生於31歲英年就與世長辭，大家都非常的不捨。



圖2 1997年10月名歌手張雨生於關渡大度路發生車禍。

28年後的今天，我們醫學更加進步，有許多先端的儀器可以延長生命。但如果腦部已經受到劇烈撞擊，產生不可恢復的嚴重損傷，或許再多延長一個月、兩個月的生命，究竟有沒有意義，是值得吾人深思的課題。尤其台灣嚴重老化，醫療投資不足，醫療資源非常寶貴，如果我們把許多資源投入在可能低效益，甚至無效的臨終治療，加護病房住進高比例的高齡衰弱者、多重慢性病、多器官衰竭不易痊癒的老人(尤其高齡者合併嚴重的心肺共病，要能治療到可以轉出相當困難)，勢必排擠到急診或其他住院病人惡化時須轉入加護病房的需求。

1989年筆者向馬偕醫院申請到台大醫院研修，這可能是馬偕醫院第一次有醫師要到國內外

院進修，我也是爭取了許久，希望到頗負盛名的台大醫院研習3個月，醫院只准兩個月。我主要是去跟隨謝博生教授學習，那個時代台灣每位(內科)醫師手上都有謝博生教授的著作「內科病案討論」，奉為圭臬。當時嚴燦鑫教授是腎臟科主任，謝博生教授為主治醫師，蔡敦仁教授非常年輕，朱宗信醫師剛升任主治醫師。我曾多次在台大醫院走道巧遇「台灣腎臟醫學之父」陳萬裕教授，身體健康，走路穩健，也很有精神。謝博生教授的學問真的沒有話說，在那邊學習很多，對謝博生教授只有無限的崇拜、佩服。最難能可貴的是謝博生教授對每一位後輩醫師都謙虛有禮，以人為本，致力台灣醫學教育的改革。



圖3 2012.2.8謝博生教授到健保署高屏業務組推展「家庭責任醫師」制度。

2012.2.8謝博生教授到健保署高屏業務組演講，推展「家庭責任醫師」制度，筆者代表高雄縣醫師公會參加，師生相逢倍感親切，興奮地感恩謝博生教授在台大醫院的教導，我還記得那個時候蔡淑鈴副署長一再交代我若是好學生，一定要聽從老師的話，要全力贊成家庭責任醫師制度。我只能據實說明：如果沒有限制就醫自由，沒有落實分級醫療，要做HMO的家庭醫師制度，要論人計酬，應該是困難重重。

不過那次相逢最大的收穫是謝博生教授跟我聊到他把台大1號館改成醫學人文博物館，有許多珍貴的史料，歡迎我去參觀，我當然一口答應。2012.9.19趁著到台北疾管局去領取「見疫勇為」獎座(朱銘銅雕)和2萬元獎金時(由林奏廷副署長頒獎)，我事先和謝教授約好，會後就到台

大醫學人文博物館巡禮致敬，謝博生教授親自帶領我參觀解說，讓我非常感動，並且在「醫師之像」(醫師托腮審視如何給予幼童最好的治療)的雕像前合影，作為終生紀念。可惜的是2018年2月台灣有一股強大寒流，2月5日竟然在即時新聞得知謝博生教授嚴重中風，謝教授交待家人不要送醫院急救，希望在家裡安詳辭世，享年76歲。秉承其醫學教育的理念，謝教授是台灣第一位捐贈大體的醫學院院長，一生行誼皆為吾輩楷模。



圖4 和謝博生教授在「醫師之像」前合影，成為終生紀念。(2012.9.19)

2014年12月初，85歲的父親因為衰弱，多重慢性病，又為脊椎壓迫疼痛不堪，竟然病倒了，當父親發現他不能走路，需要導尿管、紙尿褲時，他就很豁達的決定他活夠久了，該是生命的終點。其實我的父親是一位非常有威嚴，很聰明，有決斷力的巨人，我從小崇拜不已的偶像。我曾祖父的哥哥是岡山區(阿公店庄)第一任、第三任的區長，我們王家算是岡山的望族，到我祖父初期家境仍然富裕，聽說我大伯父都騎著白馬奔馳，是非常威風的富家公子。沒有想到祖父因為幫朋友作保受到牽連，散盡家財。父親國小畢業時家境中落，不願聽從祖父安排去當學徒，就偷偷地跟三伯父商量，三伯父想盡辦法籌了一點點錢，為父親買了一張從基隆到東京最便宜的單程船票，坐了一個月的輪船才到達日本，去投靠我旅居東京的二伯父，開始父親的初中學業。



圖5 筆者曾祖父的哥哥是岡山區(阿公店庄)第一任、第三任區長，算是岡山區的望族。

日本人把聰明的父親訓練的非常優秀，樣樣精通。二戰結束之後回到台灣，檢定及格為國小老師，再檢定考試升任國中老師，他是一名在岡山非常知名的地理老師，所有岡山國中畢業的學生都記得：聽「地理仙」王安福老師上課，是多麼的精采絕倫，時間一溜煙就過去，絕無冷場。但是王老師上課絕對不能遲到，鐘聲一響王老師幾乎就站在教室門口，可是他上課相當的風趣幽默，大家從恐懼變成愛戴，數十年之後，大家提到我老爸上課的名言「阿姆斯特丹(鴨母吃仙丹)」「海牙(台語：壞了)」等，都還會津津樂道，回味無窮。後來再參加高中老師檢定考試，地理專業科目都是高分通過；但是因為出生於1929年，對現今來講是民國18年，但是斯時台灣為日據時代，正確來說應該是出生於昭和4年，先父的母語是日文，雖然很努力研習中文，高中老師檢定考試唯有國文科目屢屢不及格，實非戰之罪，也是時代的悲劇。



圖6 酷愛旅遊、攝影的父親，把得意的照放大裱框，住家6樓(60坪)為攝影展覽廳，供親友參觀。

幸福的人生，是利用自己的興趣和專長來增加收入，賺到人生第一桶金，買房給家人居住，快樂達成人生目標。40年代教員的收入非常菲薄，家父以克難的方式旅遊，拍攝美麗有代表性的照片，並做成賀年卡，在全台灣各大書局代售。後來發揮創意，把卡片由白底黑字改成黑底白字，蔚為風潮，大為暢銷，供不應求，還記得那年的11月份全台灣各大書局紛紛追加訂單，全家人日夜趕工，連我的外婆都來住在我家，一起做代工(洗照片、晾乾、打洞、套上彩色絲帶、包裝郵寄)，迄今印象深刻。先父非常勤勞，在每年全國國小、國中及高中合唱團決賽，父親總是背著一台沉重的專業相機，非常認真辛苦地幫每一學校合唱團表演時一一拍照(二至五張不同角度的團體照)，完全免費郵寄贈送給合唱團指導老師留念，也拜託老師如果學生要加購的話，劃撥費用給父親，父親再加洗寄回，品質保證，所以業績興隆，才能購屋，栽培子女受高等教育。我從小也常常在家裡的暗房沖洗照片度過，算是一個認真乖巧的童工。



圖7 先父以自己的嗜好和專長，製作賀年卡，發揮創意，暢銷全台灣。

自從台灣1979年開放人民出國觀光旅遊，父親就憑著他地理老師專長，自己組織旅行團，設計行程，到世界50幾個國家旅遊。兒女媳婦女婿都很成器，人生無憾。最後一段時日，他覺得這一生足矣，不想忍受疾病的痛苦折磨，更不希望插管急救，而我從小就不敢違背父親的意思，父親在家裡躺了12天，安詳辭世。最後一個月，診所申報父親的健保費用是一次診察費355元，藥

費57元，沒有任何的檢驗費，應該是一個模範的臨終病人過程。我想謝博生教授最後的臨終過程也是如此，沒有耗費珍貴的健保醫療資源。

很多人或許不知道台灣加護病房病床數的密度，可能是世界醫療先進國家中最高。我想台灣人對「死亡學」學習比例很低，大都對臨終醫療過程不甚瞭解，認知嚴重不足，所以遇到長輩病危臨終時，家人就「只能」把長輩送到醫院。醫師法第21條規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」醫院團隊「也只能」不管預後如何，年齡多大，依法就是盡力急救，然後送到加護病房，將高齡的病人全身插滿了治療所需的管路，可能一、兩個月後往生。如果我們加護病房有太多的低效益，甚至無效醫療，或是過多年紀大沒有自主能力、無法表達醫療決策的病人，我想有再豐富的醫療資源，再多的醫師、護理師，再多的加護病房床位，還是永遠不敷使用。

2022年各國加護病房床數(Intensive care unit (ICU) beds)統計

| 國家 | 每十萬人口加護病房床數 |
|-----------------|-------------|
| 土耳其 | 57.43 |
| 捷克 | 53.07 |
| 愛沙尼亞 | 39.6 |
| 台灣 ¹ | 33.6 |
| 德國 | 31.42 |
| 法國 | 31.95 |
| 美國 | 29.5 |
| 奧地利 | 27.74 |
| 韓國 | 22.16 |
| 西班牙 | 21.07 |
| 比利時 | 20.38 |
| 日本 | 19.94 |
| 加拿大 | 17.08 |
| 葡萄牙 | 13.61 |
| 義大利 | 12.14 |
| 澳洲 | 10.52 |
| 墨西哥 | 7.56 |
| 瑞典 | 5.84 |
| 紐西蘭 | 4.92 |

資料來源：

註1：台灣—衛福部健保會地類協商指標要覽，2023年為33.4。

註2：其餘國家—OECD statistical data(各國統計定義和統計標準可能有差異)；網址：[https://data-explorer.oecd.org/vis?c=en&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_REAC_HOSP%40DF_BEDS_ICU&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=HBU_ICU%2BHBU_ICU_A.10P5HB%2BBD%2BPT_BD_AV_ICU.MEAN%2B_Z.....&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=ov](https://data-explorer.oecd.org/vis?c=en&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_REAC_HOSP%40DF_BEDS_ICU&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=HBU_ICU%2BHBU_ICU_A.10P5HB%2BBD%2BPT_BD_AV_ICU.MEAN%2B_Z.....&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=ov)

圖8 台灣加護病房病床數的密度，可能是世界醫療先進國家中最高。

所以我們一定要推廣所謂的死亡學：教導每一個人，人生的生老病死是一個過程，沒有人可以避免死亡，那我們最後這一段路程，是要選擇如何度過呢？如果年紀夠大，如果已知病情不可為，如果身體長期痛苦不堪、甚至已久病厭世，那我們還要到醫院去接受「終極治療」，殘酷的

在加護病房裡延長自己或長輩的生命嗎？

事非經過不知難。筆者身為醫師，在父親臨終時的照顧，還是困難重重。要請泌尿科的醫師(或居護所的護理師)到家裡放置導尿管，還要給強力止痛藥，甚至睡前安眠藥，讓父親得到相對比較不痛苦的過程，現在回想起來，生離死別，還是會淚流滿面，悲傷不已，更何況一般人子。家人除了要心理素質堅強，還要懂得尋求居家醫療、居家護理所、安寧照護團隊的幫忙，才能夠度過難關，圓滿長輩最後一段的人生。

想到謝博生教授、先父對於死亡如此豁達，臨終過程這麼的果斷，乃吾人典範楷模。對台灣普羅大眾臨終過程的學習，可能需要我們在中學、大學的教育中慢慢的開課講習，輿論不斷的幫忙宣導推波；而家庭醫師平常的衛教說明、友善的醫療環境，甚至健保制度的支援機制，才能夠協助更多病家達到在家善終的理想。

所以吾人應努力推廣預立臨終或無生命徵象時，同意不施行心肺復甦術(DNR)，未預立者由家屬代簽。更進步的「預立醫療照護諮商」(ACP)程序嚴謹亦須付費，建議優化，多方面努力宣導落實，這樣或可解決目前台灣醫療投資不足、急診壅塞、醫院缺病床的危機；更重要的是能減少民眾臨終不必要的痛苦，圓滿人生。雖然臨終教育「遠水」救不了現今急診壅塞的「近火」。馬丁·路德·金恩博士的名言：做對的事，任何時機都是好時機(The time is always right to do what is right)。建議賴總統將臨終教育納入健康台灣的目標，以改善台灣醫療體質，善莫大焉。

馬丁·路德·金20句經典語錄：做對的事，任何時機都是好時機

2018年10月10日 馬丁·路德·金

人物簡介



圖9 馬丁·路德·金恩博士名言：做對的事，任何時機都是好時機。