

離開更美好－安樂死減輕社會負擔研究

岳庭榆、李育愷、溫若妘

☐ 高中生組

☒ 大學生組

☐ 研究生組

元智大學 管理學院學士班 主修：企業管理

主辦單位：財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心

中華民國 108 年 12 月

壹、前言

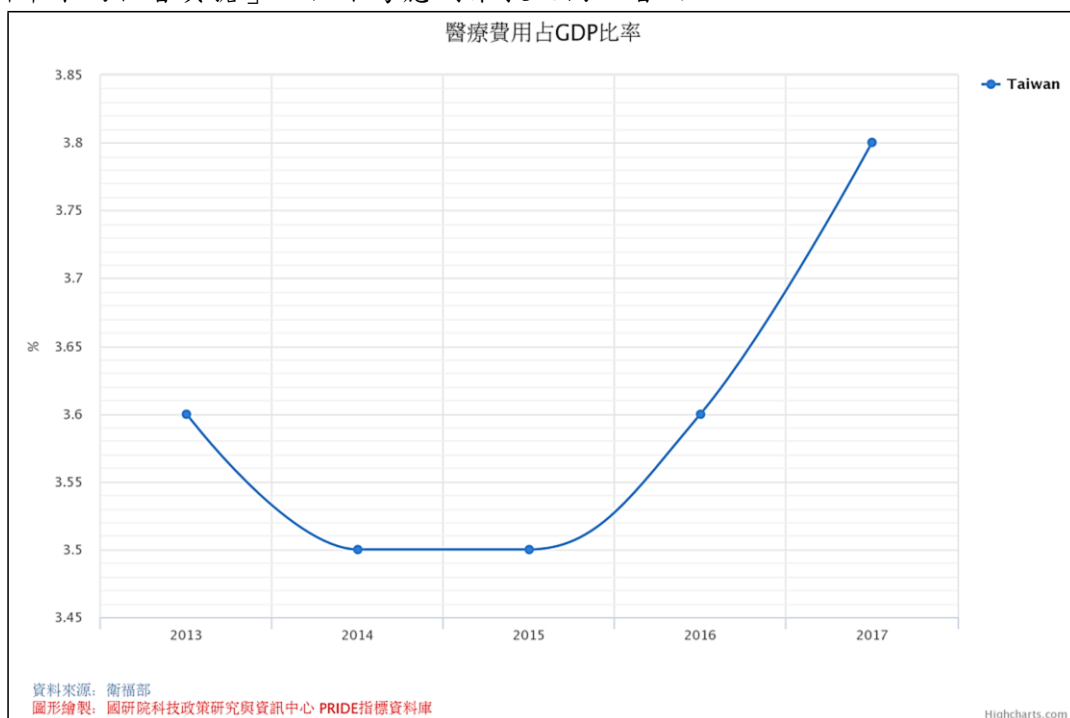
根據2016年統計指出，健保全年預算總額高達6,618億，如圖一所示，根據衛福部統計指出，台灣2017年醫療費用占整體GDP比率3.8%，有逐年增加的趨勢，顯示國人花費醫療保健的支出增加。另外，科技進步帶動醫療技術的提升，對於一些面臨患上重症難以被醫治好的病人可以透過先進醫療儀器來維持生命，使死亡機率大幅降低。

近年來65歲以上長者台灣醫療總費用花費的情況，依據2018年底衛福部統計資料，2013年65歲以上長者總共花費了2,040億元，隨後逐年增加，截至2017年的花費增加至2,612億元。

通常罹患重症的病人，他們的家屬會盡快地將病人送往醫院醫治，希望給予病人有高品质醫療照顧，並且盡量延長病人壽命，因此往往病危之時，醫療人員配合家屬的意見儘量搶救病人，但有些情況即便搶救回來也有可能是植物人。現今各大醫院病床被有部分是重症病患使用，他們仰賴葉克膜、呼吸器、心臟幫浦、洗腎機等高科技醫療儀器來生存，有些生活品質近乎植物人卻遲遲無法出院，而院方也一籌莫展。

由於台灣界對於病人自主權概念之陌生及猶豫，以致於產生醫師必須「救到死為止」，這樣的現象對於病人來說，要忍受著病痛折磨，而臨床實務醫護人員也有著倫理上的掙扎與痛苦，另一方面，家屬背負龐大的醫療費用，這也有可能是台灣醫療保健支出增加的原因之一。

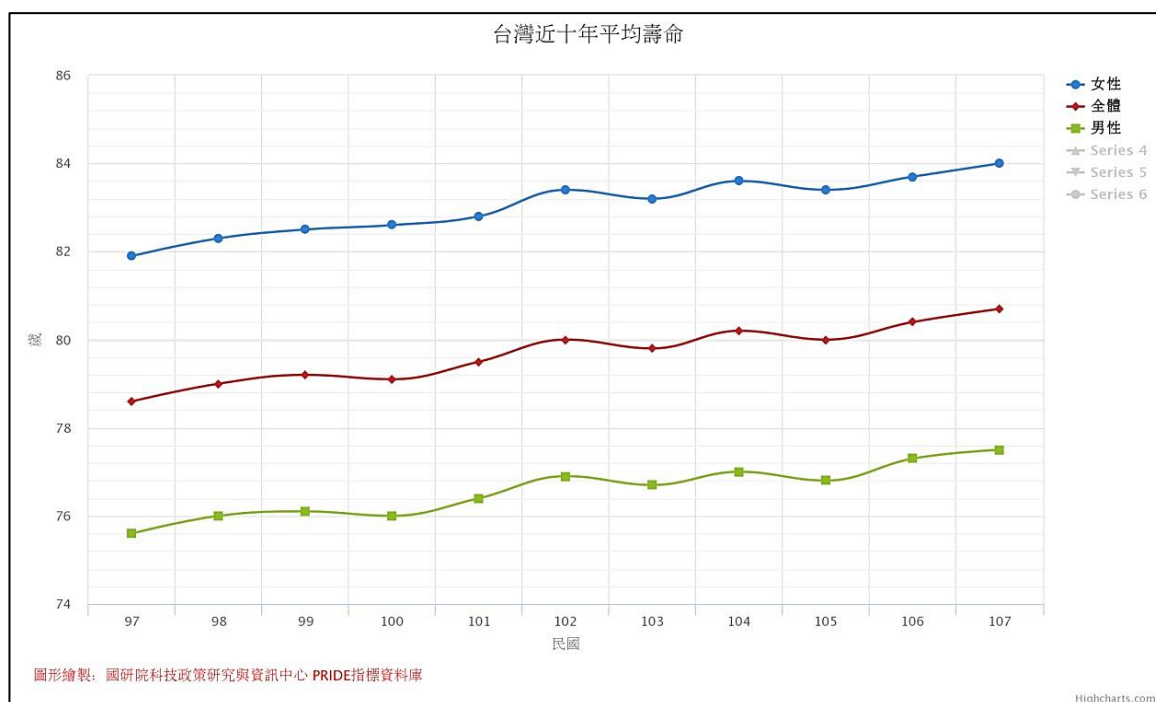
因此，安樂死已成為當今得面臨的議題，除了醫療技術認定標準，還涉及執法嚴謹度、宗教觀點和社會倫理等層面，本文將以目前台灣現況，研究「推動安樂死減輕醫療面向和分析所帶來的社會負擔」，但不考慮到宗教及倫理層面。



圖一、醫療費用佔GDP比率
系統編號：MH10306-0060

貳、台灣醫療進步提高平均壽命

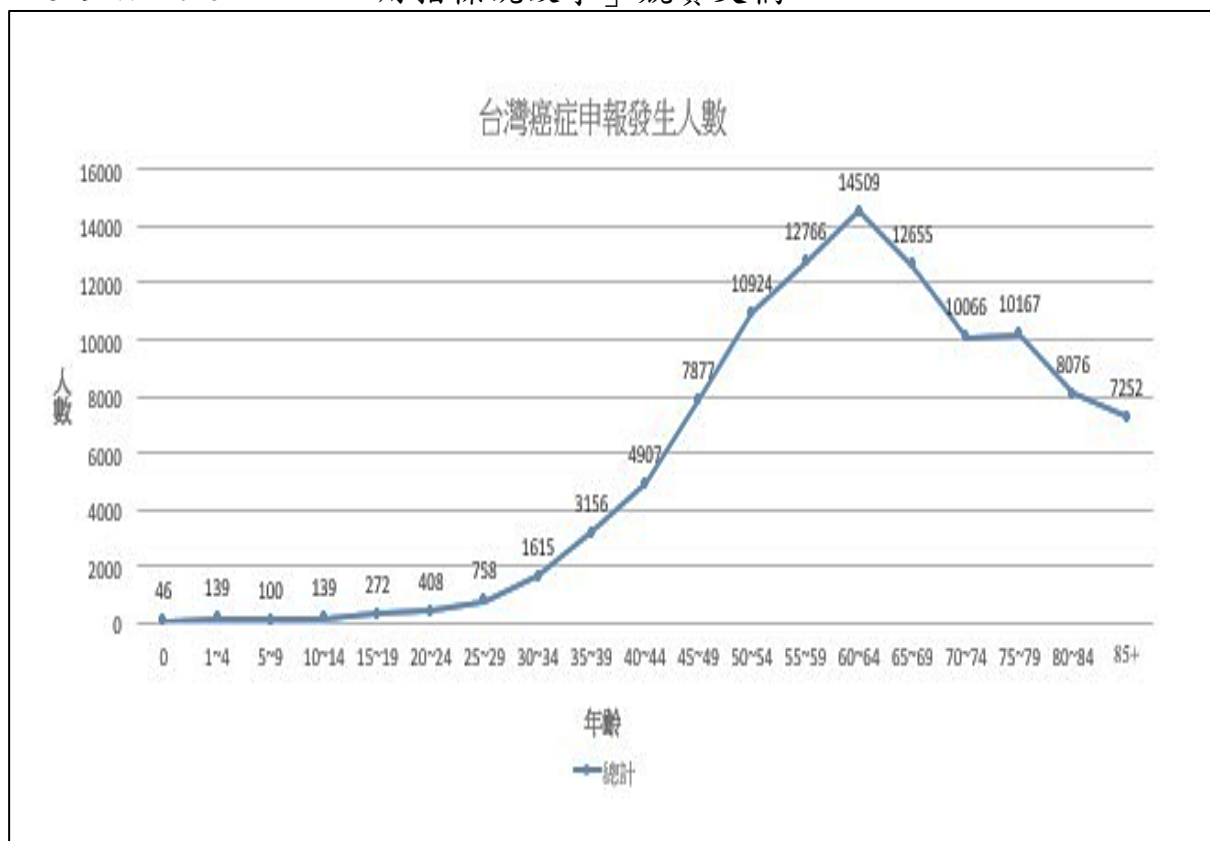
如圖二所示，根據內政部統計處公布指出，隨著醫療水準、食品安全重視、生活品質和運動風氣盛行，近年來國人平均壽命呈現上升的趨勢，從97年的78.6歲增加至107年的80.7歲，再進一步看出107年的男性和女性的平均壽命，分別增加至80.7歲和84歲，不論是兩性平均或男性或女性的平均壽命，都創歷年來新高，並且皆高於全球人口平均壽命72歲⁽¹⁾。



圖二、台灣近十年平均壽命
資料來源：內政部 -107年簡易生命表

一、老年人飽受病痛折磨-以癌症、腎臟病為例

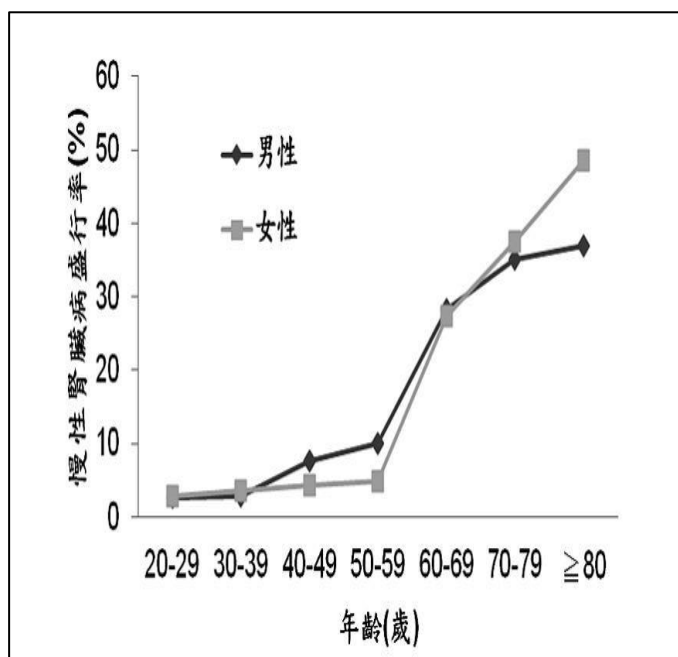
台灣老年人口逐年增加，有部分老年人口患有難以醫治的疾病例如癌症和腎臟病，如圖三所示，根據衛福部105年癌症登記年報統計⁽²⁾，台灣人罹患癌症年齡分布以中高年齡較多，因此得知，老年人口的癌症發生率比較高。



圖三、台灣地區全癌症發生率年齡別

資料來源:衛福部國民健康署

再看到腎臟病盛行率，如圖四所示，根據衛福部公布的慢性腎臟病盛行率統計，50歲以上的比率比50歲以下的高出很多。

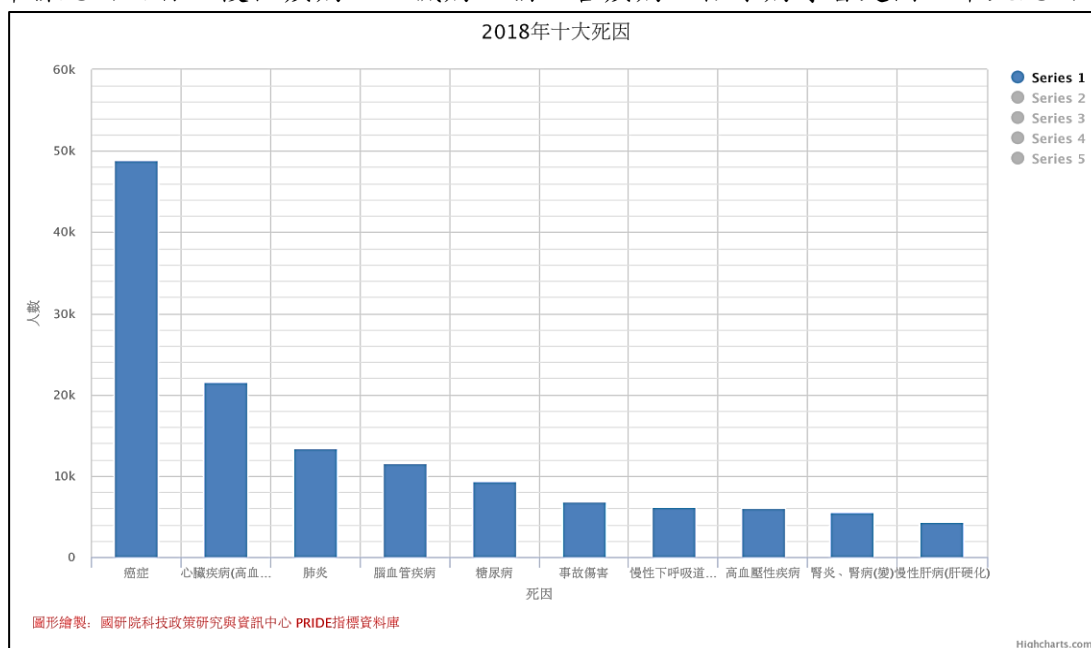


圖四、慢性腎臟病盛行率

資料來源：衛福部

「2019 Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

同時，如圖五所示，在衛福部⁽³⁾⁽⁴⁾公布2018年國人十大死因統計當中，除了癌症連續37年蟬聯死因之首，慢性疾病如心臟病、腦血管疾病、糖尿病等皆是國人十大死因。



圖五、2018 年統計臺灣十大死因

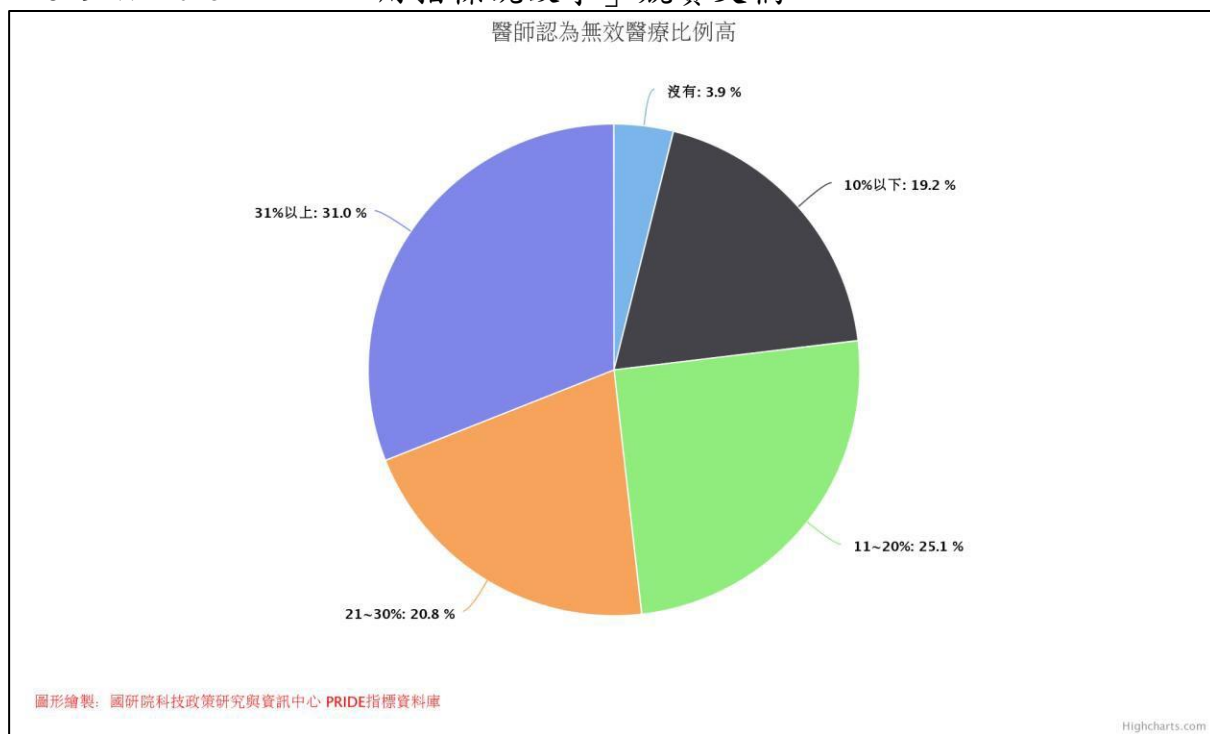
資料來源:衛福部

綜合以上資料顯示，雖然國人的平均壽命延長，但有部分的人並不是有著健康的身體在過生活，而是忍受著病痛，要過著每天靠吃藥和治療，勉強自己也不知道還能可以撐多久的日子，這樣對他們來說可能是一件痛苦的事。

二、多數治療被認定為無效醫療

綜觀上述老年人口中患病的資料，這些老年人雖患病在身，卻不是每個人都能就醫後就能夠恢復以往的健康，原因大致上可以分為兩種：一、許多人在經濟能力無法負擔龐大的醫藥費用；二、身患的重病已是無法治療至痊癒了。

根據遠見雜誌⁽⁵⁾所做的調查，台灣過度診療、防禦性醫療的情形似乎已成常態，而情況究竟有多嚴重呢？當詢問醫師「對剩餘生命在三個月以內的病人，有多少在加護病房或慢性病房的病人，所接受的治療是無效醫療？」⁽⁶⁾問題時，結果顯示有31%的醫生選31%以上，20.8%醫生選擇21~30%，填「沒有」的只有3.9%。圖六統計顯示，大部分的醫生承認無效醫療(Futile medical care)的比率偏高，有許多在加護病房或慢性病房的病人，所接受的治療確實是無效醫療，只能靠著醫療儀器維生或藥物勉強撐著，事實上只能拖延生命，而不是治病的根本。



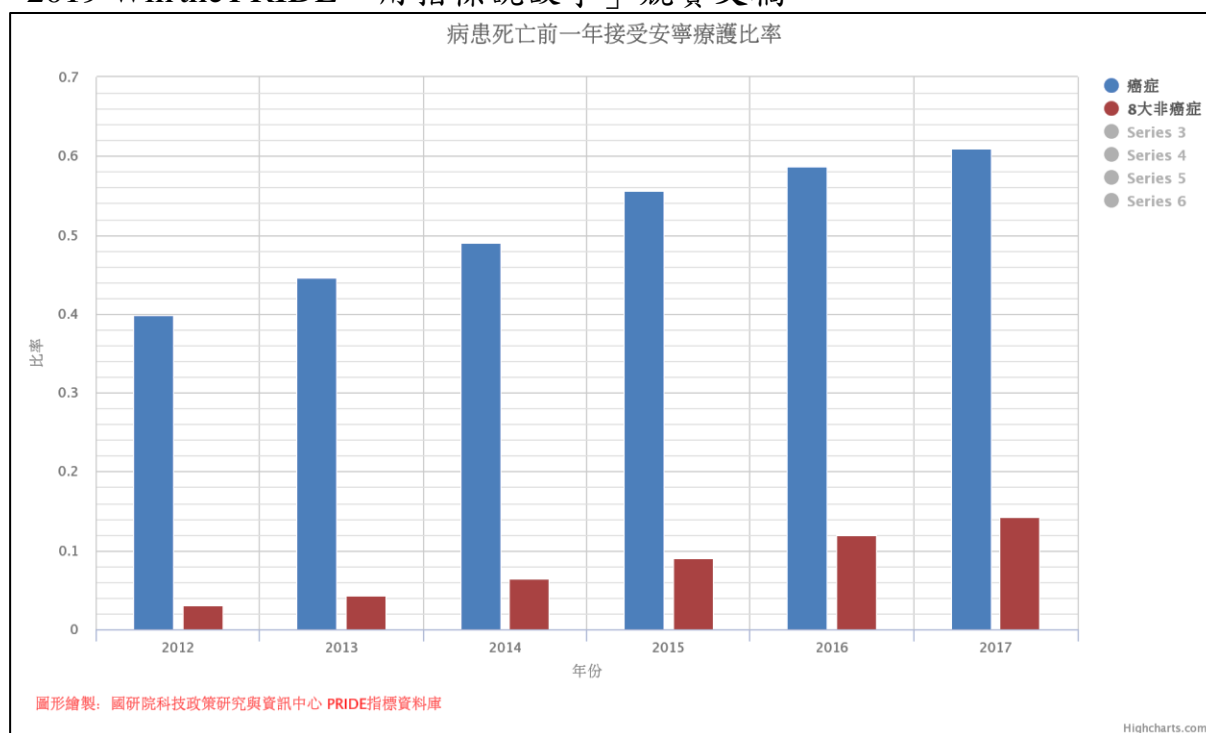
圖六、台灣醫療從業人員大調查
資料來源：《遠見雜誌》2015年3月號

參、台灣現有的安寧緩和醫療條例

一、目前使用安寧療護的情況

在 2000 年，台灣通過《安寧緩和醫療條例》⁽⁷⁾，賦予國人臨終時能拒絕心肺復甦術或維生醫療（DNR）的權利，並能將此意願註記在健保卡。而癌末、漸凍人與八大非癌末期的病人均納入健保給付，從法制面保障人民的善終權。

如圖七所示，根據衛福部統計資料，台灣病患在得知離死亡前一年能接受安寧療護比例自2012~2017 年有逐年上升的趨勢，顯示民眾在面臨自己的死亡前，慢慢開始傾向於自己能夠選擇不接受積極的治療或急救，希望自己能夠在安詳中離去，而不是靠著醫療儀器或藥物減緩痛苦來延長自己的生命。



圖七、病患死亡前一年接受安寧療護比率

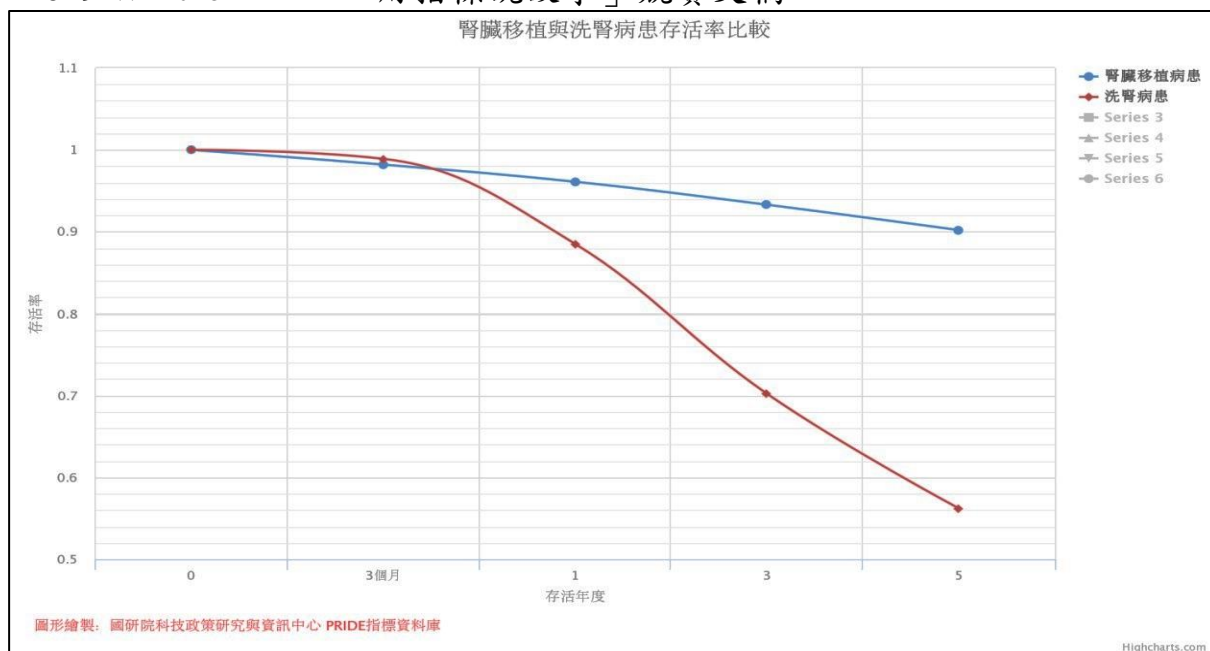
資料來源：衛福部

二、《安寧緩和醫療條例》的不足之處

我國於民國89年立法公布《安寧緩和醫療條例》，透過及早表達意願，選擇死前避免接受無效醫療，讓病人善終的概念，歷經三次小幅度的修正，在民國104年底通過《病人自主權利法》，在消極安樂死廣被接受且合法化之後，積極安樂死終將成為必須嚴肅面對的問題。

《安寧緩和醫療條例》原先僅適用於末期病人，而在2015年《安寧緩和醫療條例》的延伸-《病主法》⁽⁸⁾則加以擴大，將永久植物人、極重度失智患者等納入，讓這些不符合「末期」的病人，也有權事先決定自己的醫療處置，但事實上目前仍有許多不在這些法條上的病痛同樣也讓那些患病者飽受痛苦，卻無法行使以上權利，例如上述資料中提到老年人口罹患的腎臟病，將他們藥治療到痊癒並不是一件容易的事⁽⁹⁾。

由圖八來看，根據衛福部統計，腎臟病的存活率並不高，腎臟移植手術的風險高，洗腎也沒辦法一勞永逸，所以罹患腎臟病的病患其實不比罹患癌症的人來得不嚴重，但他們卻無法適用任何法條來選擇自己離開的方式，只能靠著醫療儀器維持生命，但是最後可能還是免除不了病痛而離開。



圖八、1998-2015年腎臟移植與洗腎病患存活比較
資料來源：衛福部門診及住診點數及醫令明細清單檔

肆、各個家庭喘不過氣—自殺率及扶養比高

一、想死亡的念頭：老人自殺問題的嚴重性

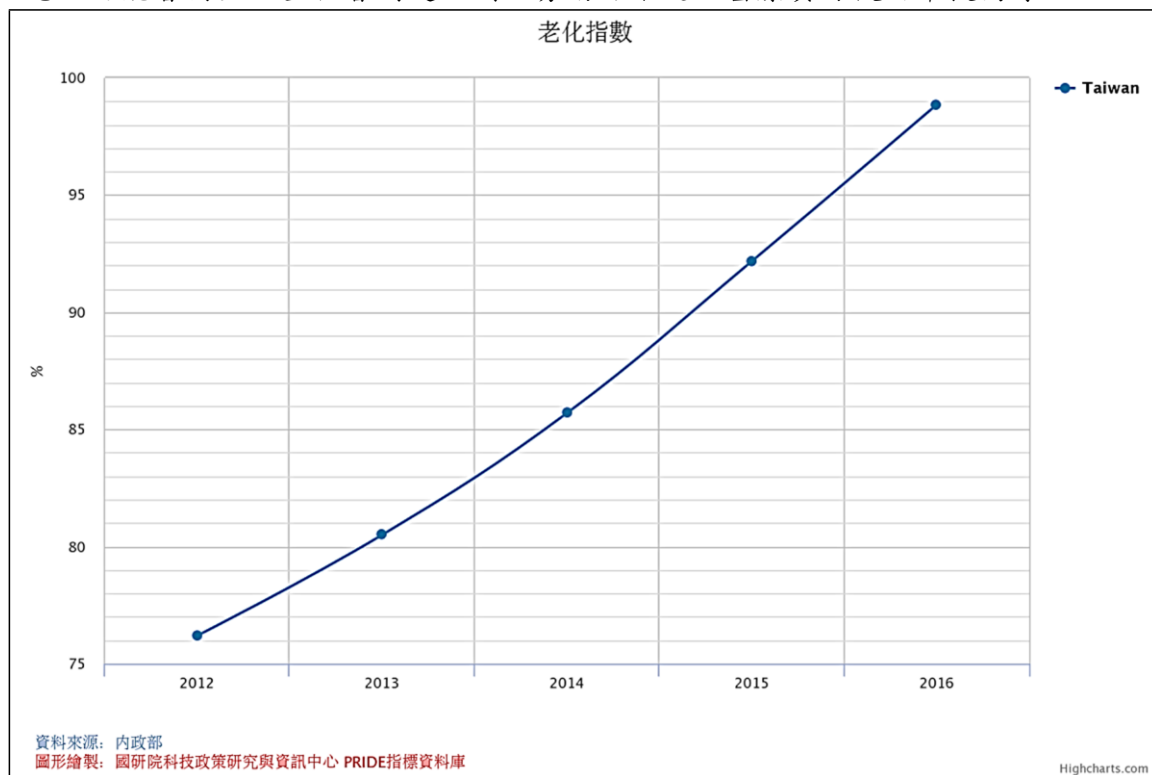
首先，以高齡層面來分析台灣的現況，⁽¹⁰⁾根據世界衛生組織的定義，65歲以上人口為老年人口。如圖九所示，根據內政部的資料，台灣65歲以上人口占總人口數比率從2012年到2016年呈逐年上升的現象，可能是近年來醫療服務品質的提升，讓國人平均壽命延長，使老年人口增加，但是，由於現今物價比以前高，而實質所得並沒有一起成長，加上少子化現象，扶養比持續上升，比以前少了很多子女負擔老年人，而且子女薪資普遍不高，進而可能影響負擔老年人的費用。



圖九、65歲以上人口占總人口比率
資料來源：內政部

「2019 Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

台灣平均壽命早在1993年進入高齡化社會（老年人口占總人口比率7%以上），將漸漸邁向超高齡社會（老年人口占總人口比率超過20%）發展。當面臨人口漸漸老化的社會，醫療方面議題與整個社會結構轉變皆是更加被關注和探討的議題。如圖十所示，根據內政部統計，從2012年至2016年的老化指數顯示，國人老化指數逐年明顯升高，老化問題嚴重。國人老化可能會衍生一些社會問題，例如勞動力不足、醫療資源使用率提高等。

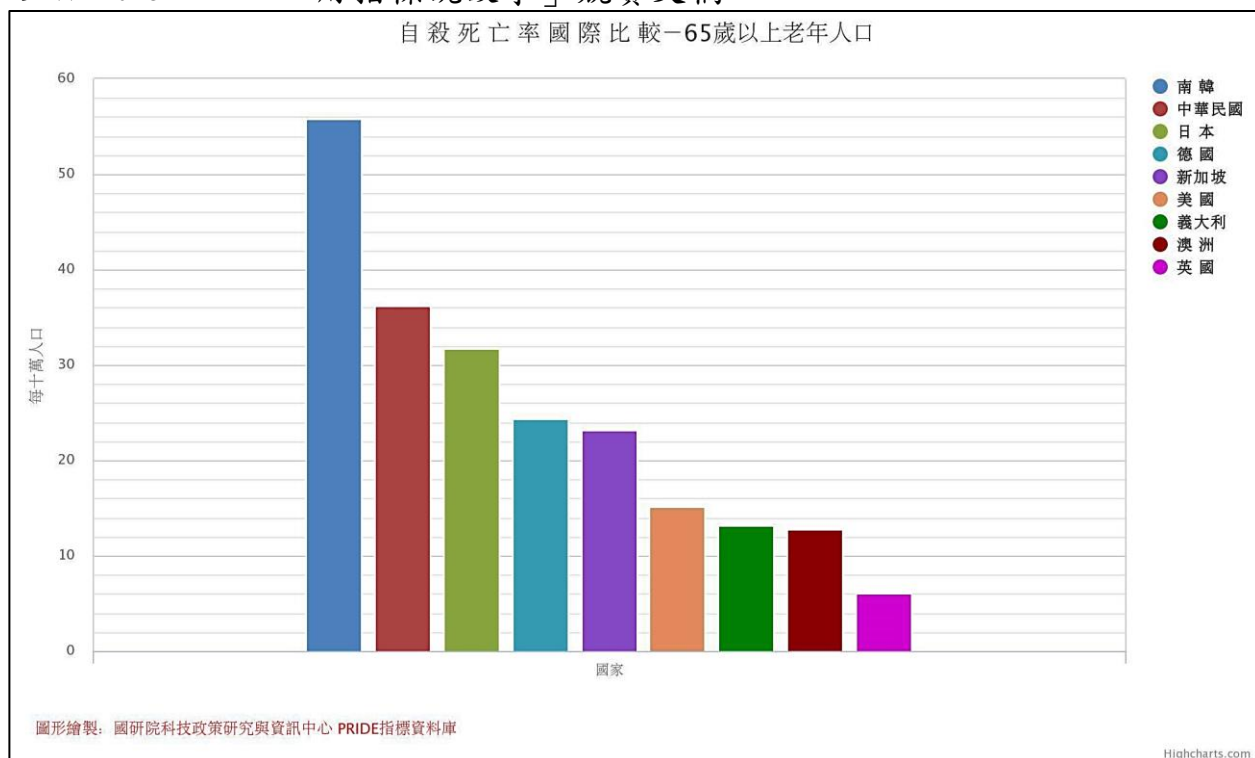


圖十、台灣老化指數

資料來源：內政部

依據衛福部《死因摘要統計》的各國65歲以上老年人口的標準化自殺死亡率，如圖十一所示，第一名為南韓每十萬人口中有55.8人因自殺而死亡，第二名為我國每十萬人口中有36.2人因自殺而死亡，其他國家依序為日本(31.8人)、德國(24.3人)、新加坡(23.1人)、美國(15.2人)、義大利(13.1人)、澳洲(12.7人)和英國(6.0人)。

另外，⁽¹¹⁾根據自殺防治中心的統計，歷年老人自殺死亡數皆占自殺總人數的20%以上，高於人口占率的兩倍，再以每十萬人口自殺死亡率比較，老人族群也高於其他年齡層。還有，依據行政院調查指出，老年人的自殺率逐年升高，每10萬老年人口自殺人數約在30人上下，與其他在25-50歲之間的中青年族群相比（每10萬人在10至20人之間），比例明顯高出許多⁽¹¹⁾。由此可見，台灣高齡化現象的嚴重性加上老人高比率的自殺死亡率已是刻不容緩的議題。



圖十一、各國標準化自殺死亡率比較
資料來源：衛福部《93年死因統計摘要》

二、自殺因素分析：

那究竟是甚麼原因造成如此高比例的老人自殺率？⁽¹²⁾以台灣大學醫學院精神部的分析來探討精神疾病、社會因素及生活事件和身體疾病為老年自殺的危險因子之一。

(一) 精神疾病：

與年輕族群相比，有自殺行為的老人中，有較高比例患有精神疾病。老年自殺者有71%有精神疾病，其中44%~87%是重鬱症。相關文獻指出，老年憂鬱症患者會自殺的原因，多數是因為未就醫或未能獲得適當治療；而部分老人在憂鬱症狀緩解之後，有持續強烈的無望感，此則與重複自殺行為有關。

(二) 社會因素及生活事件：

根據相關研究指出，喪偶是老人自殺的危險因子之一，尤其是男性喪偶後的第一年。企圖自殺的老人中，有高比例為獨居者，且在面臨自殺危機時，能獲得協助的比例較少。表示，⁽¹³⁾有13%~44%的企圖自殺老人，在喪偶之後仍然有未解決之傷痛；約有40%有自殺行為的老年人，有人際關係的問題。

(三) 身體疾病：

伴隨生理疾病而來的就是身體功能的喪失，對老人而言，無疑是一大打擊。有自殺企圖的老人同時罹患生理疾病的機率很高。

伍、台灣扶養比高、壯年人口的負擔越來越重

一、扶養比惡化：

根據表一，國家發展委員會(簡稱國發會)的百年人口重要指標推估我國未來人口結構情況：15-64歲工作年齡人口占比呈下降趨勢，而65歲以上老年人口占比呈上升趨勢，出生人數逐漸減少。國發會推估⁽¹⁴⁾青壯年人口扶養負擔的情況，2018年平均每5人扶養1人，推估20年後，平均每2人就要扶養1人，變得較少青壯年人口負擔老年人口，此現象恐造成人口補充惡性循環。國發會也推估指出⁽¹⁴⁾，由於我國出生率不斷下降，使得未來年輕人口變得比以前少，限縮我國人口成長動能，預估最快在2021年全國人口數會達到最高峰的2,361萬人，2022年開始逐年下降，年輕人口補充速度來不及因應人口結構的轉變，而社會人口結構中老年人口增加速度比非老年人口增加得快，進而影響扶養比的上升，因此，國發會推估結果，扶養比將由2018年的37.9，增加為2065年的101.4，代表每百位青壯年人口須扶養101.4位依賴人口，由2018年每5.0位青壯年人口扶養1位老年人口，預估將來降為至每1.2位青壯年人口即需扶養1位老年人口。

年別	人口數 (萬人)	出生數 (萬人)	死亡數 (萬人)	總生育率 (平均每位 婦女一生 生育子女數)	零歲 平均餘命 (歲)	6-21歲 學齡人口 ¹ (萬人)	15-64歲 工作年齡 人口占比 (%)	65歲以上 老年人口 占比 (%)	年齡 中位數 (歲)
1965	1,270	41	7	4.83 ²	67.1 ^{2,3}	471 ²	52.5 ²	2.6 ²	17.3 ²
1975	1,622	37	8	2.77	70.6 ^{2,3}	620	61.1	3.5	21.2
1985	1,931	35	9	1.88	73.0 ²	614	65.3	5.1	25.1
1995	2,136	33	12	1.78	74.5	588	68.6	7.6	29.8
2005	2,277	21	14	1.12	77.4	512	71.6	9.7	34.7
2015	2,349	21	16	1.18	80.2	415	73.9	12.5	39.9
2016	2,354	21	17	1.17	80.0	401	73.5	13.2	40.4
2017	2,357	19	17	1.13	80.2	387	73.0	13.9	41.0
2018	2,359	18	18	1.09	80.6	378	72.5	14.5	41.6
2019	2,360	18	18	1.09	80.8	366	72.0	15.3	42.1
2020	2,361	18	18	1.09	80.9	359	71.3	16.0	42.7
2025	2,359	17	20	1.13	81.7	326	67.8	19.9	45.4
2035	2,306	14	25	1.19	82.9	298	61.9	27.3	50.5
2045	2,165	12	30	1.20	83.8	254	56.8	33.7	54.2
2055	1,963	11	34	1.20	84.5	212	52.8	38.0	57.1
2065	1,735	9	34	1.20	85.0	187	49.7	41.2	57.8

註：1. 6-21歲學齡人口為學年別之數據。
 2. 不含福建省金門、連江兩縣之資料。
 3. 由於1965年及1975年未公布兩性平均之零歲平均餘命數據，故上表係依據男、女性零歲平均餘命估算得之。
 4. 表中除零歲平均餘命係2017年(含)以後數據為推估值以外，餘均為2018年(含)以後數據為推估值(中推估假設)。

表一、百年人口重要指標

資料來源：國家發展委員會

二、安樂死對家庭產生之影響

扶養比持續上升，可能使社會負擔變得更沉重，年輕人生的小孩變少，甚至不敢生小孩，且面臨低薪、高工時、高失業率的勞動市場之困境，這樣的現象使青壯世代肩負的重擔加重。以下歸納出扶養比上升可能造成家庭負擔的情況：

（一）收入減少，支出增加，愈活久愈窮：

老人大量增加，政府不勝負荷，退休金減少，社會福利及健保給付減少。醫療費及其他支出增多。生老病死是自然的規律，與其痛苦地活著，不如安然地死去。選擇安樂死一方面能減少家庭支出，也是另一種人類和疾病鬥爭的解決方法。

（二）機構照護不足問題：

老人倘若因身體衰退或獨立生活能力逐漸喪失，只可住安養機構或療養機構，但因機構嚴重不足必須等候一段很長的時間（最長等待11年），目前欲新建機構地價及建築費用高漲，而且土地很難取得，因此將來機構缺乏的情況必定會更嚴重。如選擇安樂死，屆時資源能有更好的利用。

（三）妨礙家庭的生活水準及作息秩序：

照顧者專心服侍老人，缺乏時間處理家事，照顧子女。尤其是家中有兒童的家庭，會讓兒童產生缺乏關愛的念頭，導致心情不佳、學業退步。同時照顧者及家屬心情緊張、壓力極大，或者情緒高張，尤其當老年病患病況加重，家屬的焦慮、恐懼、悲傷等心情變得更沉重。

然而，對於老人來說，在活著時擁有尊嚴也是一大考量，因此，病人可能會開始思考選擇安樂死的途徑是否會減輕家庭負擔。

三、台灣對於安樂死的看法：

在過去，台灣就已經出現了「安樂死」的呼聲⁽¹⁵⁾，現今世界上有荷蘭、瑞士以及美國部分的地區允許「安樂死」，但台灣雖然在2016年通過《病人自主權利法案》將「安寧緩和醫療」的範圍擴大到包括嚴重失智、昏迷、不可治癒的病人，並於2019年開始實施，但是還是與安樂死相差甚遠。

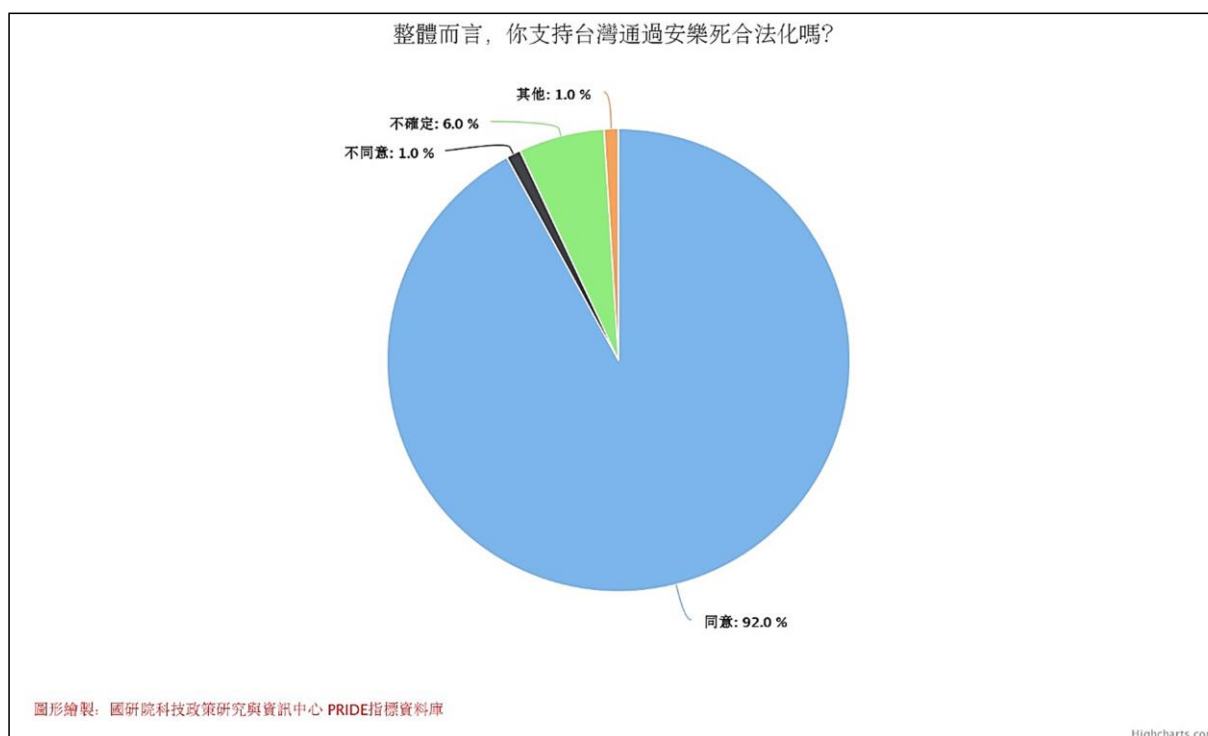
四、台灣對安樂死的支持比率：

在經過2017年前資深體育主播傅達仁⁽¹⁶⁾決定安樂死後，社會便越來越關注安樂死的相關議題，也有不少人贊成台灣跟進，同意安樂死的呼聲出現。並且認為安樂死並不是一項不尊重自己生命的行為，而是能讓自己選擇想要的離開方式。

同時根據台灣同志諮詢熱線協會做的問卷調查指出，⁽¹⁷⁾台灣目前有高達92%的民眾支持安樂死的合法化。

由圖十二可知，台灣民眾確實有高達九成以上是支持安樂死在台灣合法化並且希望能夠有實際實施的法規。

除了個人主觀意識外，社群媒體的影響和社會風氣的開放都有可能是影響民眾的決定因素。不論如何，調查結果顯示民眾大部分皆不反對安樂死在台灣的實行。



圖十二、安樂死合法化相關議題看法調查

資料來源：台灣同志諮詢熱線協會

陸、結論：

「安樂死」一直是個爭議的話題，過去爭議關鍵點主要在於人的生死權與病人家屬所必須面臨的財務負擔，其中涉及宗教觀點、社會倫理、醫療技術認定標準與執法嚴謹度。針對安樂死的爭議，國際社會漸漸以「安寧療護」的觀點，希望解決相關爭議點。各國安樂死相關的法律逐步允許那些在醫學診療判定已屬於「自己已無生命希望」的病患可以採取某些方式讓即將走到生命的盡頭的患者能夠有尊嚴地離去。

從安寧緩和醫療的觀點來看，若安寧緩和醫療普及且品質優良，能緩解90%以上病人的痛苦及尋死念頭，而且根據《經濟學人》委託新加坡連氏基金會的「2015年死亡質量指數」調查，台灣排名世界第6、亞洲第1。⁽¹⁵⁾

台灣世界著名的醫療水準，從葉克膜、洗腎機、呼吸器，到氣切插管、按壓胸部、電擊、注射強心針等急救措施，創造了大量跟死神拔河的有力工具，但這對生命走到盡頭的病人很可能是痛苦折磨。⁽¹⁵⁾

根據上述分析，延長已無生命希望之患者生命這件事，本質上已造成各家庭及社會負擔。例如，腎臟病及洗腎患者存活比率來看，患者最後存活率皆逐年下降，但沒有一個合法的管道能完成其善終心願，卻一直讓患者邊忍受病痛活著來延長其生命，這樣的醫療方式真的是符合人們所期待的樣子嗎？

然而，從社會效益角度而言，將大量的醫學資源用來勉強延長一個不可避免要死亡的患者生命，是不利於社會資源的合理分配。因此，無論是從法律觀點出發，還是從我們社會的仁義道德或情理出發，安樂死本身都在不違法的同時又能對病人本身以及其家屬，以及社會資源配置各方面都具有極大的積極性和必要性。

安樂死是個久盛不衰的問題，它之所以不衰是因為久久不將其合法化，而致使爭論雙方經久不息的辯駁。然而，理論上再長久的爭論也只是停留於理論層面，而我國的立法者則應該嚴謹審視，希望儘快給予安樂死一個定論，讓安樂死在法律上能夠真正的落實。

參考文獻

1. WHO 全球健康統計：全球人口平均壽命 72 歲。公視新聞。

取自：<https://news.pts.org.tw/article/428502>

2. 105 年癌症登記年報。衛生福利部國民健康署。

取自：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=269&pid=10227>

3. 國民健康署三高統計。衛福部。

取自：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=223>

4. 衛福部 2018 台灣十大死因癌症連續 37 年奪冠。YAHOO 新聞。

取自：

<https://tw.news.yahoo.com/%E8%A1%9B%E7%A6%8F%E9%83%A8%E5%85%AC%E5%B8%832018%E5%8F%B0%E7%81%A3%E5%8D%81%E5%A4%A7%E6%AD%BB%E5%9B%A0-%E7%99%8C%E7%97%87%E9%80%A3%E7%BA%8C37%E5%B9%B4%E5%A5%AA%E5%86%A0-092051560.html>

5. 遠見雜誌大調查。遠見新聞。

取自：<https://www.gvm.com.tw/article/28166>

6. 臨床重症醫師怎麼看？臨終前的無效醫療。愛長照。

取自：<https://www.ilion-termcare.com/Article/Detail/699>

7. 安寧緩和醫療條例。衛生福利部。

取自：<https://www.mohw.gov.tw/cp-2625-19388-1.html>

8. 台灣病主法。維基百科。

取自：

<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E7%97%85%E4%BA%BA%E8%87%AA%E4%B8%BB%E6%AC%8A%E5%88%A9%E6%B3%95>

9. 每年佔近健保 500 億洗腎王國竟成洗腎烏龍國？風傳媒。

取自：<https://www.storm.mg/article/462560>

10. WHO 定義。NGO 國際事務會。

取自：<https://www.taiwanngo.tw/p/404-1000-9962.php?Lang=zh-tw>

11. 老人自殺率已超越青壯年人口一爺爺奶奶們心裡想要的是什麼？公益交流站。

取自：<https://npost.tw/archives/21843>

12. 老人自殺問題。行政院衛生署自殺防治中心。

取自：http://tspc.tw/tspc/upload/tbpaper/20061019112527_file1.pdf

「2019 Win the PRIDE：用指標說故事」競賽文稿

13. 高齡社會已到！臺灣老年人口比率達 14.05% 朝超高齡社會前進中。老伴兒。

取自：<https://www.crew.com.tw/2018/taiwan-turned-aged-society-march-2018/>

14. 未來 2 年輕人就要養 1 老人青壯年重擔越來越重人口拉警報！ETtoday 新聞雲。取

自：<https://www.ettoday.net/news/20180831/1248207.htm#ixzz640pnBcIA>

15. 生與死的兩難：安樂死在台灣？報導者。

取自：<https://www.twreporter.org/a/euthanasia-taiwan>

16. 從傳達仁看安樂死。安可人生專欄。

取自：<https://ankemedia.com/2017/2212>

17. 民團調查：高達 9 成 2 民眾支持安樂死合法化生死話題不應再禁忌。民報。

取自：<https://www.peoplenews.tw/news/53f3e986-b0c3-4bc6-ba20-680e5eb62628>