

議題研析

一、題目：癌友心理照護法制化之研析

二、議題所涉法規

癌症防治法

三、背景說明（緣起）

（一）114年12月¹發布之最新「112年癌症登記報告」²指出，我國平均每3分48秒就新增1名癌症個案³。同年6月發布之113年10大死因統計，惡性腫瘤（癌症）已連續43年位居第一⁴。

（二）據臺灣癌症基金會指出，癌友除面對疾病本身，常伴隨多重情緒困擾。有研究顯示，心理社會狀態具有高度韌性的癌友，死亡風險可下降41%，5年期死亡風險下降42%⁵。另有研究顯示，國內近3成癌友曾使用安眠或抗焦慮等身心科藥物，實際接受心理師、精神科醫師等專業協助者不到1成⁶。藥物處理的是症狀，如失眠、焦慮等情緒低落，但癌症患者真正的壓力來源是對死亡與復發的恐懼，長期治療的不確定感等屬於心理與

¹ 本文有關年分之使用，原則以民國紀年表述，惟涉及外國法制或立法例改採西元紀年表述。

² 衛生福利部國民健康署，癌症登記歷年報告，114年12月30日，網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=269>，最後瀏覽日期：115年4月20日。

³ 林則澄，每3分48秒1人罹癌！台人112年十大癌症 肺癌連3年居首，健康醫療網，114年12月31日，網址：<https://www.healthnews.com.tw/article/67251>，最後瀏覽日期：115年4月20日。

⁴ 衛生福利部，113年國人死因統計結果，114年6月16日，網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-7177-82775-1.html#:~:text=%E4%BE%9D%E6%AD%BB%E4%BA%A1%E7%8E%87%E6%8E%92%E5%BA%8F%EF%BC%8C113,%E5%89%8D%E6%8E%A8%E5%8D%871%E5%90%8D%E3%80%82>，最後瀏覽日期：115年4月20日。

⁵ 林則澄，癌友確診首年輕生率達5.5倍 台癌「5+5心理社會處方」接住情緒困擾，健康醫療網，115年1月26日，網址：<https://www.healthnews.com.tw/article/67305>，最後瀏覽日期：115年4月22日。

⁶ 侯家瑜，3成癌友靠藥紓壓「諮商卻不到1成」專家籲將心理照護納入常規醫療，自由健康網，115年4月9日，網址：<https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/5398457>，最後瀏覽日期：115年4月22日。

社會層次問題，藥物無法解決。遂有專家呼籲，建立分層心理照護制度，結合醫療與社區資源，提供從篩檢到治療的完整支持，讓癌友不只延長生命，也能提升生活品質⁷。

四、問題爭點

現行醫療資源仍多偏重於手術、化療與藥物治療，心理照護未具制度保障，導致多數癌友僅以藥物處理焦慮與失眠等症狀，缺乏系統性心理介入。不僅影響患者生活品質，亦可能降低治療依從性，甚至提高自傷風險，對整體醫療成效產生負面影響。未透過制度要求於確診及治療歷程中定期評估心理狀態，將難以及早辨識高風險個案即時介入。

五、探討研析

(一) 癌症心理照護宜由現行附加性支持措施，提升為法律之必要醫療內容

我國早於103年「醫院癌症醫療品質提升計畫」即開始規定醫院內需配置1名心理師（不限臨床或諮商心理師），專責癌症患者心理業務。然推動至今超過10多年，多數醫院仍然只有1位心理師⁸。

有學者指出，大眾或政府對於癌症診療的關注，多數是聚焦在抗癌新藥是否能夠盡早得到通過使用，是否有全民健保的給付，即希望投注更多的經費在藥物的處理上。然而，即使身體得以存活，心理卻滿是傷痕難以痊癒，依然無法稱之為「治療成功」或是「恢復健康」。不論是癌症治癒人數增加、正在抗癌中的患者人數增加或走向癌症末期需要安寧緩和醫療的人數增加，都是需要心理介入機制給予患者與家屬幫助，我國癌症醫療體系對於心理層面的照護需要重新檢視⁹。爰建議《癌症防治法》第4條增訂第2項：「前項癌症之

⁷ 同前註。

⁸ 方俊凱，〈心理諮商與心理治療在台灣癌症醫療與安寧療護的必要性〉，《諮商與輔導》，第464期，113年8月，頁10。

⁹ 同前註，頁10、11。

預防、診斷、治療、照護事項，應包括心理照護。」

(二) 建立各階段分層心理照護機制

據衛生福利部表示，國內目前（115年4月）已有超過100家癌症認證醫院將心理篩檢納入臨床流程，並逐步推動「分層照護」模式。國民健康署正與12家醫院推動以癌友為中心的家庭照護示範計畫，整合腫瘤科醫師、心理師、精神科醫師、社工師與護理師，打造跨專業團隊¹⁰。

今（115）年3月衛生福利部心理健康司發布委託臺灣心理腫瘤醫學學會編製「癌症及家屬心理支持照護指引—一般性癌症」、「癌症及家屬心理支持照護指引—乳癌」¹¹，指引建議透過「分層心理照護模式」將心理支持納入癌症照護，讓篩檢與轉介流程標準化，為臨床提供重要參考依據；並建議臨床第一線人員定期利用「情緒溫度計」等篩檢工具，透過簡單問卷形式初步了解患者情緒狀況，並針對得分4分以上的個案，進一步利用焦慮與憂鬱量表進行評估¹²。此建立各階段分層心理照護機制，宜透過法制要求，俾利落實，爰建議《癌症防治法》第14條增訂第2項：「醫療機構對於癌症病人，應於確診時、治療期間及後續追蹤等階段，提供衛教、情緒支持、心理諮商或轉介精神科醫師等服務。」

撰稿人：李郁強

¹⁰ 侯家瑜，同註6。

¹¹ 衛生福利部心理健康司，癌症及家屬心理支持照護指引—一般性癌症、癌症及家屬心理支持照護指引—乳癌，115年3月16日，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-7426-85788-107.html>，最後瀏覽日期：115年5月4日。

¹² 依評估結果可將患者進行分級，並及時以合適的方式介入：低風險（0至9分）：心理困擾多半與身體症狀或治療副作用相關，可由原有的癌症治療團隊提供衛教、情緒支持，同時持續追蹤。中風險（10至14分）：轉介至心理師或社工，確認影響情緒的具體原因，並提供短期諮商或支持團體等社會資源。高風險（15分以上或有自傷風險）：立即轉介精神科醫師進行診斷與評估。黃嫻霽，3成癌友曾用身心科藥物！心理支持納癌症照護 1評估接住高風險個案，健康醫療網，115年4月12日，網址：<https://www.healthnews.com.tw/article/68185>，最後瀏覽日期：115年5月4日。