

生命末期定義

葉書秀¹ 鄭婉如¹ 黃琬庭¹ 李佳欣¹ 蘇珉一² 馬瑞菊¹

台東馬偕紀念醫院¹ 護理部² 內科部

摘 要

台灣於2000年6月立法通過「安寧緩和醫療條例」，至今各式安寧緩和療護相關計畫陸續推動，但「生命末期」確切涵義不清，加上末期疾病預後的不確定性及缺乏有關末期疾病有效治療的證據，皆造成末期醫療決策困難。透過文獻搜索，以釐清「生命末期」的中英文定義。運用PubMed、CINAHL、Medline、Google Scholar、華藝線上圖書館，以關鍵字End of life、Terminally ill，合併Definition、Concept，搜尋2004至2019年發表的文章，並對這些文章進行概念化及定義查檢。由兩名研究人員對每篇文章進行審查後，最後篩選出共7篇文獻，另有3篇文獻是於檢索時發現有其關聯性故一併納入。除此之外，還搜索了國語辭典、組織網站(SPICT-SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL)，並額外將現行法規納入。除我國中央健保署列舉之癌症末期、末期運動神經元病人及八大非癌症末期病人之外，亦可以Surprise Question、SPICT及Salpeter評估工具等篩選末期病人；而「末期」係為病人死亡前的最後一段時間，近期內病程進行至死亡已不可避免，而7篇文章指出末期預期存活時間為三個月內至一年內不等。臨床上面對生命末期決策，當病人、家屬和醫療團隊之間有認知與執行上的矛盾時，易忽略病人自主、增加家屬或醫療人員心理負擔及造成醫療資源使用不當，故將「生命末期」定義標準、概念化有助於改善醫療團隊和決策者間的溝通。

關鍵詞：生命末期定義 (End of life definition)

緩和醫療 (Palliative care)

末期醫療決策 (End-stage medical decision)

前 言

末期疾病的醫療決策很困難，部分原因在於其預後的不確定性及缺乏有關末期疾病有效治療的證據¹。但是臨床重要的醫療決策，如化療、臨終關懷轉介、預先護理計劃、出院計劃和個人財務的決定，都取決於預期的生存年限²。研究指出醫師通常會高估末期病人的生存時間達二至五倍之多，使病人在臨終前容易選

擇更多的侵入性但無效的治療³⁻⁴。國內研究則顯示末期病人若早期介入討論不施行心肺復甦術DNR (Do Not Resuscitate, DNR)，臨終前接受侵入性無益醫療使用比例與未早期討論DNR者低出許多⁵，因此，末期病人生存時間的預估，對病人、家庭和醫療人員至關重要。

台灣對於癌症末期病人，其定義、分期較明確，但相較於八大非癌慢性疾病定義難以界定，安寧緩和醫療條例中規範之「末期病人」

為「罹患嚴重傷病，經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。」⁶。其中非癌症末期病人因病況起伏不定，增加醫師臨床判定變數，造成病人接受安寧緩和療護不足⁵。國外研究資料顯示，癌症末期病人接受安寧療護比例為 23%，相較非癌症末期病人 0.6% 高出許多⁷。國內亦有研究統計非癌症末期病人使用安寧緩和醫療比例僅 3.8%，而癌症末期病人使用安寧緩和比例則有 96%⁸。

華人社會避諱談論死亡議題，亦不坦誠討論末期疾病，認為活著的時候談論死亡是觸霉頭的事，常有家屬為免病人得知病情後所引發的失落、恐懼或是憤怒的情緒，進而要求醫療人員隱瞞病情，造成末期病人無法參與醫療決策，嚴重影響臨終前的生活品質⁹。研究指出當病人、家屬和醫療團隊對生命末期醫療決策存在認知與執行上的矛盾時，易忽略病人自主、增加家屬或醫療人員心理負擔，甚至造成醫療資源使用不當¹⁰。因此，如能釐清生命末期定義，醫療團隊便能早期確認病人對生命末期治療意願及討論 DNR，方能保障生命末期病人之自主權，亦能減輕家屬做決定時的惶恐不安與痛苦。

「生命末期」字彙雖然經常用於臨床或是發表的文章中，但其確切定義尚不清楚，美國國立衛生研究院 (National Institutes of Health；

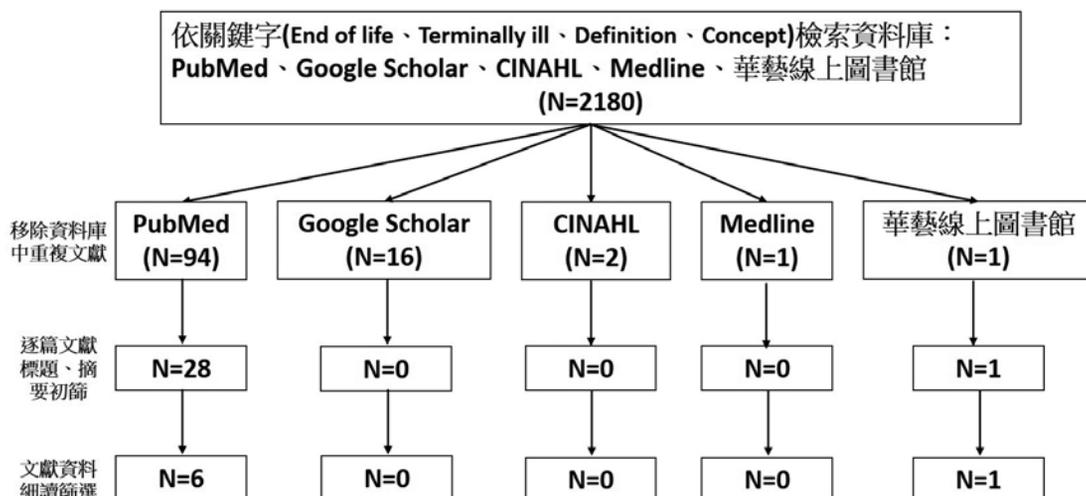
NIH)2004 年在改善臨終護理的會議聲明中指出：「缺乏有關緩和醫療等關鍵術語的定義，是對醫界進行研究的阻礙」²。緩和醫療是以「末期病人」為適用對象，預期生存時間的長短又是醫療決策與提供臨終照護的重要影響因素，故將「生命末期」定義標準、概念化有助於改善醫療團隊和決策者間的溝通並對學術研究帶來效益²。

本文目的旨在透過實證資料彙整，釐清「生命末期」的中英文定義，供醫療人員早期識別末期病人並執行相關措施，繼而提升末期病人安寧照護品質。

研究方法

一、文獻搜尋策略與篩選過程

運用 PubMed、CINAHL、Medline、Google Scholar、華藝線上圖書館，以布林邏輯 (Boolean logic operators)，同義字間以「OR」聯集、關鍵字間再以「AND」交集，合併關鍵字進行搜尋，包括：End of life、Terminally ill、Definition、Concept，搜尋 2004 至 2019 年發表的文章，並對這些文章進行概念化及定義查檢。共搜尋出 2180 篇文獻，兩位文獻檢索者經過標題與摘要初篩並剔除重複性研究，將剩下之 29 篇文獻逐篇初讀，排除不符合之文獻，最後篩選出共 7 篇文獻，另有 3 篇文獻是於檢索時發現有其關聯性故一併納入。除此之外，還搜索了國語辭



圖一：文獻篩選流程圖。

典、組織網站 (SPICT-SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL)，並額外將現行法規納入。

結果

經查閱教育部重修國語辭典修訂本¹¹定義「生命」為：生物生存的壽命、某種活動延續的期間；「末期」則指最後一段時間。因此，生命末期是指「生物活動的最後一段時間」。Lamont 則主張生命末期為「個人自然死亡前的最後一段時期，這一過程透過醫療救治的可能性極低」¹²。僅看字面上的解釋並無法完全的表達生命末期真實意涵，因此，以下針對與生命末期定義相關的「法規」、「研究工具」及「預期存活時間」做進一步探討。

一、生命末期定義之相關法規

安寧緩和醫療條例第三條⁶中規範之「末期病人」為「罹患嚴重傷病，經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」，而中央健康保險署¹³針對生命末期病人分為三類：(一)癌症末期、(二)末期運動神經元病人、(三)八大非癌症末期病人，其中符合八大非癌症末期病人需為以下診斷：老年期及初老期器質性精神病態、其他腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭等，並合併臨床特定疾病狀況即可定義為進入末期，但其中未將末期之明確衡量指標定義出，僅以字面解讀較抽象、難以界定¹⁴。反觀美國紐約從 2010 年修正「公共健康法 (Public Health Law)」其中增加「緩和照護資訊法」(Palliative Care Information Act)¹⁵明確訂定末期疾病指無論是否提供治療，合理預期在六個月內會死亡。

二、生命末期評估工具

經檢索文獻發現臨床普遍使用的研究工具有驚訝問題 (Surprise Question; SQ)、支持緩和醫療指標工具 (The Supportive and Palliative Care Indicators Tool; SPICT)¹⁶、八大非癌症末期評估

工具¹³、Salpeter¹ 末期評估工具等，以下依據各研究工具逐一敘述。

驚訝問題 (SQ) 於十多年前提出，臨床醫師在面對重症病人時以以下問題：「如果這名病人於接下來的 12 個月內死亡，我會感到驚訝嗎？」來自問自答，若答案為「是」則表示病人是需要臨終關懷的病人，反之，若答案為「否」則表示此病人可能尚非進入末期階段¹⁶。有研究指出 SQ 敏感度低且對於非癌症病人的鑑別度較差，超過三分之一非癌症末期病人會被遺漏，半數以上的結果最終被證明是錯誤的 (病人 12 個月內沒有死亡)¹⁸。SQ 在臨床實踐上是既主觀且困難的，至今仍不清楚影響判斷的因素是存在於臨床醫師本身或是病人身上^{17,19}。然 SQ 卻能促進醫療團隊思考病人預後，雖無法明確定義生命末期，但可藉由思考過程檢視病人各項健康條件及問題，仍具有某種程度的角色。

支持緩和醫療指標工具 (SPICT) 用於幫助病人識別健康狀況是否惡化，同時評估其是否需要提供緩和醫療支持，並進一步規劃護理計畫¹⁶。方法為透過尋找健康狀況不佳或惡化的任一指標 (如非計畫的住院治療、體重減輕或體重不足、該病人或其家人要求緩和醫療介入...等)，及是否有癌症、失智/虛弱、腦神經疾患、心血管疾病...等共病，審視當前的治療或藥物是否合宜、症狀有無控制、是否需轉介至安寧、其主要照顧者有無能力共同決策等，旨在提供依據幫助臨床醫師認知到他們的病人何時可能死亡，並能給予緩和醫療支持^{16,20}。研究顯示 SPICT 具有辨識末期病人的敏感性及特異性，且預測準確性接近 80%²¹。目前 SPICT 被翻譯成 7 種語言，並在 23 個國家中使用，並能依據使用者反饋不斷進行修訂，近期即將肌肉質量 (muscle mass) 列為健康狀況不良和惡化的指標¹⁶。因其指標明確，且有中文版，國內近年已有醫療院所使用 SPICT 作為緩和醫療是否介入的評估工具。

國外學者 Salpeter¹ 提出非癌病人之相關生理功能 (包含心血管疾病、老年症候群、肝臟疾患、肺病及腎病變等五類) 與身體活動功能評

估 (Performance Status, PS)、年齡、營養狀態、共病及併發症、器官功能障礙等因素有關，當符合標準時即表示此病人存活中位數小於或等於 6 個月，且鮮少證據顯示提供治療後可以延長其存活率。

茲將國內八大非癌症末期定義和 Salpeter 末期定義比較，並以腎衰竭為例 (詳見表一)。其中 Salpeter 末期定義指出可衡量之數據，如 PS<50 分、身體質量指數 <19.5 公斤 / 身高 (米)² 較明確。反觀八大非癌症末期定義卻為危及生命之合併症、嚴重感染性疾病、嚴重之營養不良等較主觀且多是無法測量之指標，容易使醫療團隊在判定末期時較無法排除個人主觀意識，最終影響醫療決策。

三、生命末期預期存活時間

檢索國內文獻後得知法界及醫界將近期內

死亡中「近期」定義為存活期小於六個月²²。而國外學者^{12,23-27}則認為末期為三個月內至一年內不等 (見表二)。

結論與討論

本系統性文獻回顧旨在釐清生命末期之定義，經文獻檢索後將其分為「法規」、「評估工具」及「預期存活時間」探討，除了解國內與國外法規異同之處，定義生命中最後三個月內至一年內為末期，更列舉多種末期評估工具以供臨床工作者使用。

國人受家庭文化的影響，家屬於醫療照護決定時經常扮演重要角色與主導地位，當醫療團隊面對態度強硬之家屬時，解釋病情往往僅能使用較模稜兩可的字眼，以避免醫療爭議與糾紛²⁸。

對於末期評估工具，台灣由最初僅針對

表一：Salpeter¹ 末期定義和台灣八大非癌症末期¹³ 定義比較 - 以腎衰竭為例

	Salpeter 末期定義	台灣八大非癌症末期定義
腎衰竭	末期腎病變 (End stage renal disease, ESRD) (一) 規則血液透析且年齡 >70 歲 合併有以下兩項 1. PS<50 分 2. 重大合併症 (如冠狀動脈疾病、周邊動脈阻塞疾病、心衰竭、癌症) 3. 營養不良 (身體質量指數 <19.5 公斤 / 身高 (米) ² 或白蛋白 <2.2 毫克 / 分公升) 4. 入住加護病房 5. 髖骨骨折 / 無法行走 / 臥床 (二) 無規則血液透析且年齡 >70 歲 1. 需透析但病人拒絕 2. 規則透析但撤除此醫療選擇	(一) 慢性腎衰竭 (Chronic kidney disease, CKD) 至末期腎病變階段 (End stage renal disease, ESRD)，尚未接受腎臟替代療法病，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植) 病患 (二) 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 (三) 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者： 1. 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 2. 長期使用呼吸器 3. 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 4. 惡病質或嚴重之營養不良危及生命者 5. 惡性腫瘤末期病人 6. 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

表二：末期病人預期存活時間

文獻出處	內容
Proot et al., Palliat Med, 2004	絕症 (terminally ill) 為預期壽命少於三個月
Lamont, J Palliat Med, 2005	生命末期 (end of life) 意指病人壽命最後的六個月
Rondeau, Emerg Med Clin North Am 2009	絕症 (terminally ill) 病人可能於六個月內死亡
Babgi, Am J Hosp Palliat Care, 2009	身患絕症 (terminally ill) 的病人為生存期少於六個月
Hui et al., J Pain Symptom Manage, 2012	末期 (end of life) 為預期壽命少於六個月
Alves et al., Acta Med Port, 2017	生命末期 (end of life) 為壽命的最後 12 個月；絕症 (terminally ill) 病人則為生命的最後 3 至 6 個月

癌末、漸凍人，甚至擴大對象為非癌症末期病人，雖然指標較不明確，但仍有病人因此受惠，此為安寧一大進步。本文提供多種末期評估工具以供醫療團隊辨識末期病人，早期進行醫療照護諮商、提供緩和醫療需求，在病人意識清楚時便能決定醫療意向，尊重病人自主意願。文獻搜尋過程中亦發現有緩和預後評分 (Palliative Prognostic Score, PaP)，為 20 多年前開發作為生存預測的工具，其中評估的內容包括有身體活動功能評估 (Performance Status, PS)、症狀 (呼吸困難、厭食) 和實驗室數據 (白血球計數、淋巴細胞比例) 等，藉此預測一個月存活可能性²⁹，在臨床上也可參考使用。

非癌症末期病人較癌症病人缺乏對疾病末期的認知，造成對病情脫離現實的期待，以致安寧緩和意願偏低；而醫療人員不願主動提及預立醫療照護計畫 (advance care planning, ACP)，使得非癌症末期安寧療護無法普及、介入時機太晚³⁰。尤其像台灣東部地區，年輕人口因工作外移，容易有住民老化問題，多數陪伴在末期病人旁的是外籍看護或是年紀同樣高齡的家屬，加上偏鄉地區就醫不便，常有緊急醫療決策困難情形。盼政府於社區、部落推動生命教育課程，透過教育安寧緩和及病人自主觀念，改變民眾對非癌疾病認知；醫療院所亦須設置預立醫療照護諮商團隊，且每年應接受相關教育課程，藉此提升非癌症末期病人安寧療護使用率。醫病共享決策 (Shared Decision Making, SDM) 即是藉由病人決策輔助工具 (Patient Decision Aids, PDA)，檢視病人對決策應具備疾病知識之理解程度及感受、價值觀等，將醫療決定權回歸到病人身上³¹。發展末期決策輔助工具，使家屬在遠方也可參與末期決策，亦能減輕家屬做決定時的惶恐不安與痛苦。醫療團隊可透過 SDM 介入並設置 QR code 等，藉此提升不予維生醫療及撤除氣管內管的簽署率，維護末期病人善終權益，更提供外地家屬及時參與決策³²⁻³³。

2019 年 1 月 6 號正式上路的《病人自主權利法》，規範「末期病人」可選擇終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養

之全部或一部分，可說是國人善終權的具體展現³⁴。具完全行為能力之意願人可以透過「預立醫療照護諮商」，事先立下書面之「預立醫療決定」，經公證人公證或具有完全行為能力者二人在場見證，即可註記於全民健康保險憑證，貫徹病人自主意願。故在病人意識清楚時即決定醫療意向，使病人、家屬和醫療人員達成共識，減少生命末期決策的困境。

釐清生命末期定義，使醫療人員對「生命末期」有依據可循，進一步增加安寧緩和療護相關概念，使其能早期確認病人對末期照護的意願，讓病人享有知情及決定的自主權利，在生命僅存的時間裡和家人做四道人生 - 道愛、道謝、道歉、道別，方能保障生命末期之醫療自主權，協助病人安詳善終。盼此系統性文獻回顧，有助於科學研究和公共政策推動之參考。

參考文獻

1. Salpeter SR, Luo EJ, Malter DS, & Stuart B. Systematic review of noncancer presentations with a median survival of 6 months or less. *The Am J Med* 2012;125:512-16. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.07.028.
2. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, et al. Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” and “transition of care”: A systemic review. *J Pain Symptom Manage* 2014;47:77-89. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021.
3. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients. *BMJ* 2000; 172:310-13.
4. Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195-98. doi:10.1136/ewjm.172.5.310.
5. 馬瑞菊、李孟君、蘇乃絹等。肝硬化臨終病人早期介入不施行心肺復甦術討論之回溯性分析。 *內科學誌* 2019；30：150-60。doi:10.6314/JIMT.201904_30(2).09.
6. 安寧緩和醫療條例。中華民國八十九年六月七日總統華總一義字第 08900135080 號令制定公布全文 15 條。2020 年 04 月 20 日，取自 <http://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A040170030001500-1020109>。
7. Martinsson L, Lundström S, Sundelöf J. Quality of end-of-life care in patients with dementia compared to patients with cancer: A population-based register study. *PLoS One* 2018;13. doi:10.1371/journal.pone.0201051.
8. 萬宜慶、周盈邑、張冠民等。癌症與非癌生命末期病人使用安寧療護對照護利用及費用的影響。 *台灣衛誌* 2020；39：187-201。doi:10.6288/TJPH.202004_39(2).108073
9. 邱泰源。末期醫療照護之常見倫理困境與決策。 *澄清醫護管理雜誌* 2007；3：4-9。

10. 孫婉娜、蘇靖幃、李淑琄等。生命末期醫療決策概念分析。高雄護理雜誌 2017；34：59-68。doi:10.6692/KJN.201712_34(3).0006
11. 國家教育研究院。教育部重修國語辭典修訂本 2015。http://dict.revised.moe.edu.tw/cbdic/。
12. Lamont EB. A demographic and prognostic approach to defining the end of life. *J Palliat Med* 2005;8:S12-S21. doi:10.1089/jpm.2005.8.s-12.
13. 衛生福利部中央健康保險署。全民健康保險安寧共同照護試辦方案 2015。2020 年 04 月 20 日，取自 https://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5814_1040007177-1.pdf。
14. 馬瑞菊、林佩璇、蕭嘉瑩等。自主善終的臨床觀點-從病人自主權利法與 ACP 談起。領導護理 2019；20：16-27。doi:10.29494/LN.201903_20(1).0002
15. Palliative Care Information Act. Effective February 9, 2011. Retrieved April 20, 2020, from <http://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A040170030001500-1020109>.
16. Boyd K, Murray SA. SPiCT 2019. Retrieved from <https://www.spict.org.uk/> (Last accessed January 17, 2019)
17. White N, Oostendorp L, Vickerstaff V, et al. An online international comparison of thresholds for triggering a negative response to the “surprise question”: A study protocol. *BMC Palliative Care* 2019; 18:36. doi:10.1186/S12904-019-0413-X.
18. Downar J, Goldman R, Pinto R, et al. The “surprise question” for predicting death in seriously ill patients: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2017; 189:484-93. doi:10.1503/cmaj.160775.
19. Elliott M, Nicholson C. A qualitative study exploring use of the surprise question in the care of older people: perceptions of general practitioners and challenges for practice. *BMJ Palliative Care* 2014; 7:32-8. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000679.
20. Highest G, Crawford D, Murray SA, et al. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators Tool (SPiCT): A mixed-methods study. *BMJ Palliative Care* 2014;4:285-90. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000488.
21. Woolfield A, Mitchell G, Kondalsamy-Chennakesavan S, et al. Predicting those who are at risk of dying within six to twelve months in primary care: A retrospective case – control general practice chart analysis. *JPM* 2019;22:1-8. doi:10.1089/jpm.2018.0562.
22. 王志嘉、羅慶徽。病人生命身體法益的處分—兼論死亡協助與刑事責任。安寧療護雜誌 2010；15：63-80。
23. Proot IM, Abu-Saad HH, ter Meulen R, et al. Directing one’s life, health and things related to beloved others. *Palliat Med* 2004;18:53-61. doi:10.1191/0268216304pm8180a.
24. Rondeau DF, Schmidt TA. Treating cancer patients who are near the end of life in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2009;27:341-54. doi:10.1016/j.emc.2009.01.006.
25. Babgi A. Legal issues in end-of-life care: perspectives from Saudi Arabia and United States. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26:119-27. doi:10.1177/1049909108330031.
26. Hui D, Mori M, Parsons HA, et al. The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *J Pain and Symptom Manage* 2012;43:582-92. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.04.016.
27. Alves M, Abril R, Neto IG. Symptomatic control in end-of-life patients. *Acta Med Port* 2017;30:61-8. doi:10.20344/amp.7626.
28. 蔡甫昌、郭蕙心。病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰。台灣醫學 2017；21：62-72。
29. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic accuracy of the palliative prognostic score in hospitalized patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:4823-28.
30. 謝嘉娟、王鐘慶、譚健民。末期醫療照護之常見倫理困境與決策。臺灣醫界 2013；56：18-20。
31. 王英偉。醫病共享決策-決策輔助工具與臨床運用。醫療品質雜誌 2016；10：15-24。
32. 李佳欣、李嘉偉、李孟君等。介入 SDM 提升加護病房末期病人撤除氣管內管簽署率。台灣急重症醫學雜誌 2019；4：100-112。
33. 葉書秀、林佩璇、蘇乃絹等。運用醫病共享決策提升東部某加護病房末期病人不予維生醫療同意書簽署率。安寧療護雜誌 2020；24：17-32。
34. 病人自主權利法。中華民國一百零五年一月六日總統華總一義字第 10400154061 號令制定公布全文 19 條；並自公布後三年施行。2020 年 04 月 20 日，取自 <http://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A0401700300017800-1050106>。

Concepts and Definitions for “End of life”

Shu-Hsiu Yeh¹, Wan-Ju Cheng¹, Wan-Ting Huang¹,
Chia-Hsin Li¹, Min-I Su², and Jui-Chu Ma¹

*¹Department of Nursing, ²Department of Internal Medicine,
Mackay Memorial Hospital, Tai Tung*

In June 2000, the Hospice Palliative Care Act was passed in Taiwan. Since then, various programs related to palliative care have been initiated, but the precise meaning of “end of life” remains unclear. In addition, the uncertainty of terminal prognosis and a lack of evidence for effective treatment of terminal diseases result in difficult decision making in terminal medical care. To conduct a literature search to clarify the Chinese and English definitions of “end of life.” The keywords “end of life” and “terminally ill” with definition and concept were used to search articles published between 2004 and 2019 on PubMed, CINAHL, Medline, Google Scholar, and Airity Library. The articles were conceptualized and examined for definitions. Each was examined by two researchers, and seven studies were selected. Three additional studies were located in relation to the search and included. A Chinese dictionary and the SPICT-SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL were also searched, and current regulations were included. Aside from patients with terminal cancer, terminal motor neuron disease, and the eight major non-cancer terminal diseases identified by the National Health Insurance Administration, the evaluation tools Surprise Question, SPICT, and Salpeter can be used to identify terminal patients. The “end of life” is the last period before a patient dies, and the disease has progressed to the point where death is inevitable. The seven articles indicated that the estimated survival time at the final stage is from 3 months to 1 year. In clinical end-of-life decisions, when patients, family members, and medical teams have disagreements over their opinions on and choices of medical treatments, patient autonomy is often neglected. In addition, the psychological load on family members and medical personnel is increased, and medical resources are used improperly. Consequently, defining and conceptualizing “end of life” is beneficial to improving communication between medical teams and decision makers. (J Intern Med Taiwan 2021; 32: 349-355)