



高雄醫學大學附設中和紀念醫院
Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

高齡衰弱老人的安寧需求與照護

高雄醫學大學附設中和紀念醫院
社區醫學部 家庭醫學科/安寧團隊
吳建誼 主治醫師/臨床助理教授





吳建誼

專科執照

家庭醫學專科、安寧緩和醫學專科、
老年醫學專科

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

學歷：

- 高雄醫學大學醫學系畢業 (2000.9~2007.6)
- 高雄醫學大學醫務管理暨醫療資訊學系醫管碩士在職專班畢業 (2013.9~2015.7)
- 高雄醫學大學公共衛生學系博士班博士候選人 (2019.9~)

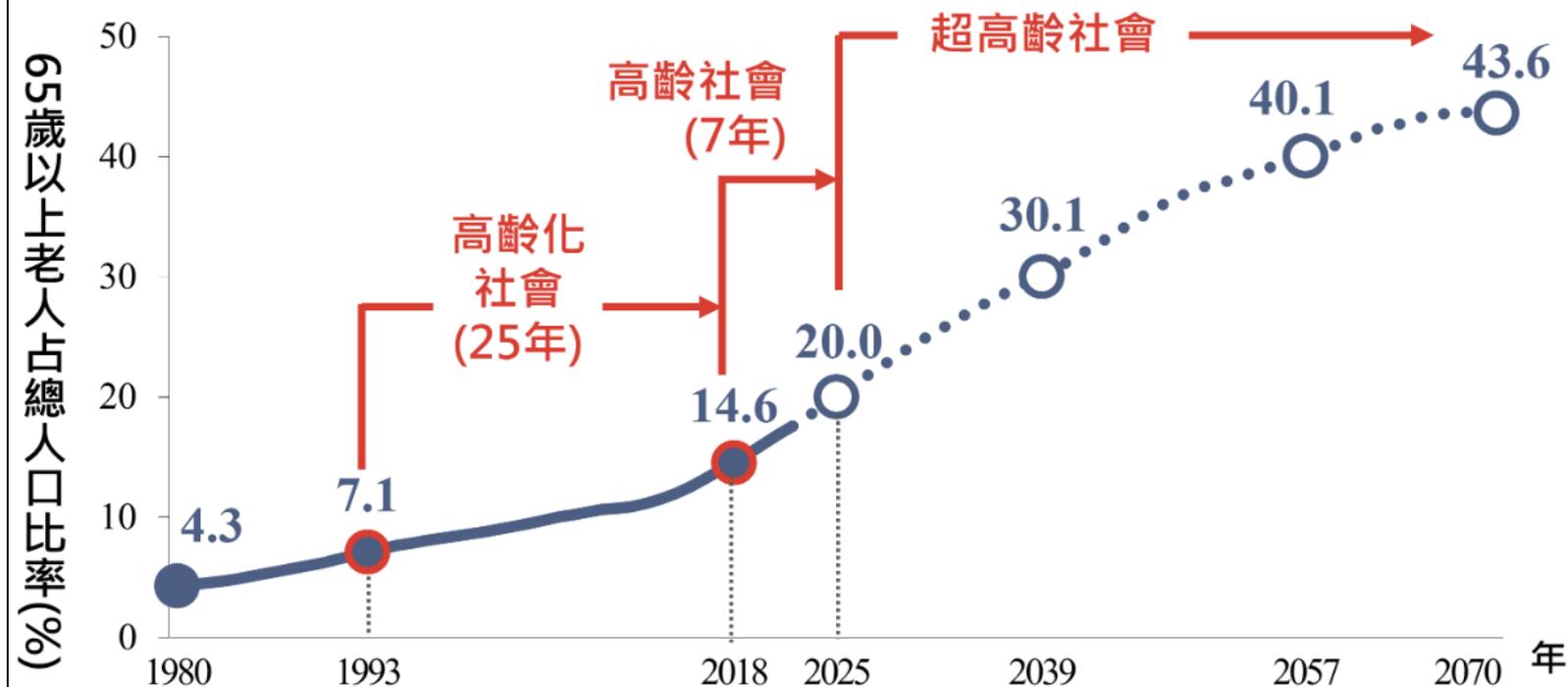
現任：

- ▲ 社區醫學部家庭醫學科主治醫師 (2013.4~迄今)
- ▲ 安寧病房專責主治醫師 (2013.8~迄今)
- ▲ 高雄醫學大學醫學院醫學系家庭醫學科臨床助理教授 (2023.2~迄今)
- ▲ 癌症醫療品質管理委員會安寧療護團隊召集人 (2016.08~迄今)
- ▲ 醫療品質委員會家庭醫學科品安長 (2014.08~迄今)
- ▲ 出院轉銜委員會委員 (2020.08~迄今)
- ▲ 安寧緩和醫學學會副秘書長 (2017.09~迄今)



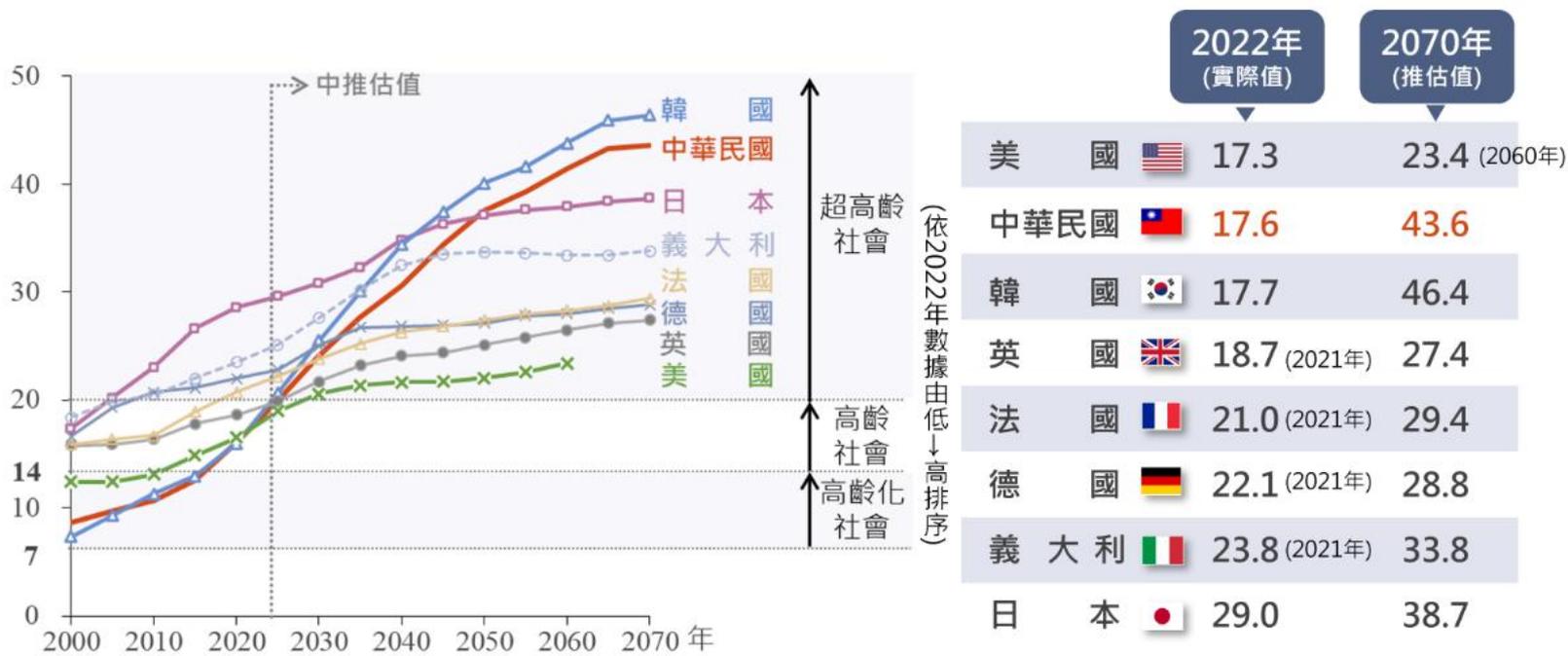
台灣高齡化時程

五、高齡化時程



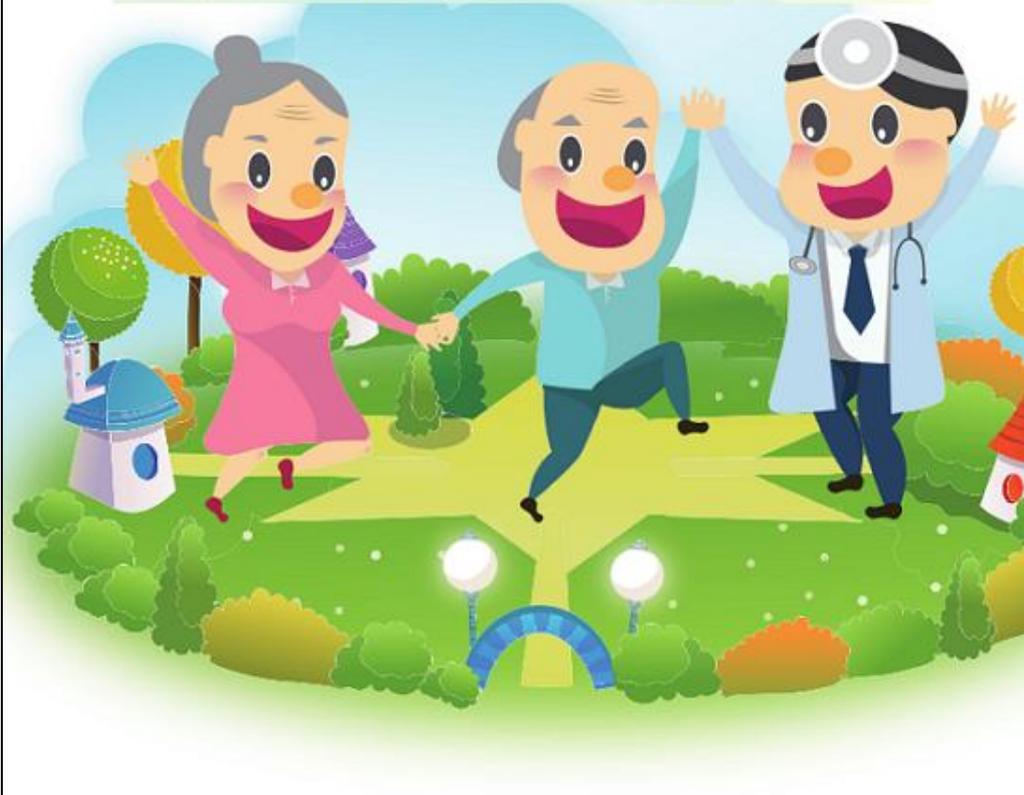
參考自：國家發展委員會

七-2、主要國家老年人口占總人口比率



參考自：國家發展委員會

健康老化



參考自：
國民健康署

長者健康整合式評估

幫助65歲以上長者 早期發現功能衰退狀況！
快來接受評估吧！



參考自：國民健康署

透過長者健康整合式評估
及早發現功能異常
早期介入醫療與社區資源

長者功能評估服務



醫療院所 / 社區據點

異常

依需求提供
衛教及轉介

正常

健康諮詢

長照資源



醫療服務



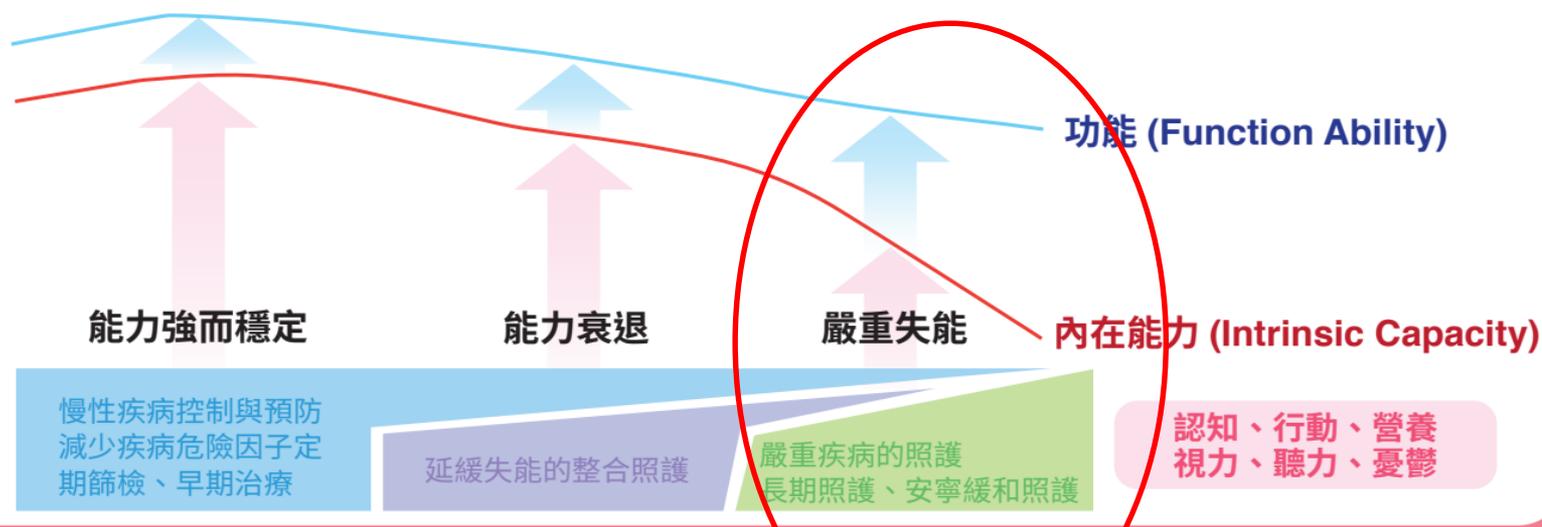
社區資源



認知 | 運動 | 營養
| 社會心理 |

資料參考自: <https://www.mohwpaper.tw/adv3/maz30/PDF/unit3.pdf>

世界衛生組織 (WHO) 指出，透過慢性病控制與延緩失能的整合照護，可提升內在能力，進而延緩失能



資料參考自：<https://www.mohwpaper.tw/adv3/maz30/PDF/unit3.pdf>



瀏覽數 257,440

台灣平均臥床8年 她僅臥床一天 英國女王 成功老化最佳詮釋

資料參考自：<https://www.commonhealth.com.tw/article/86947>

長輩長期臥床衍生的問題

康健 For a better life 一餐不吃肉 請輸入關鍵字

健康焦點 健康檢測 論壇活動 課程講座 嚴選商品 特色內容

字級

A

收藏

分享

LINE

f

鏈接

9月號《康健》的封面故事 〈照顧讓位給專業 陪伴，才是新孝道〉，談的是在少子化和高齡化的大環境下，從法律、制度到社會的價值觀和現實，讓「孝順」變得沉重無比。

報導中凸顯了幾個數字：

在台灣，國人臨終前平均臥床8.04年；

這8.04年當中，照顧者每天照顧被照顧者平均超過10小時；

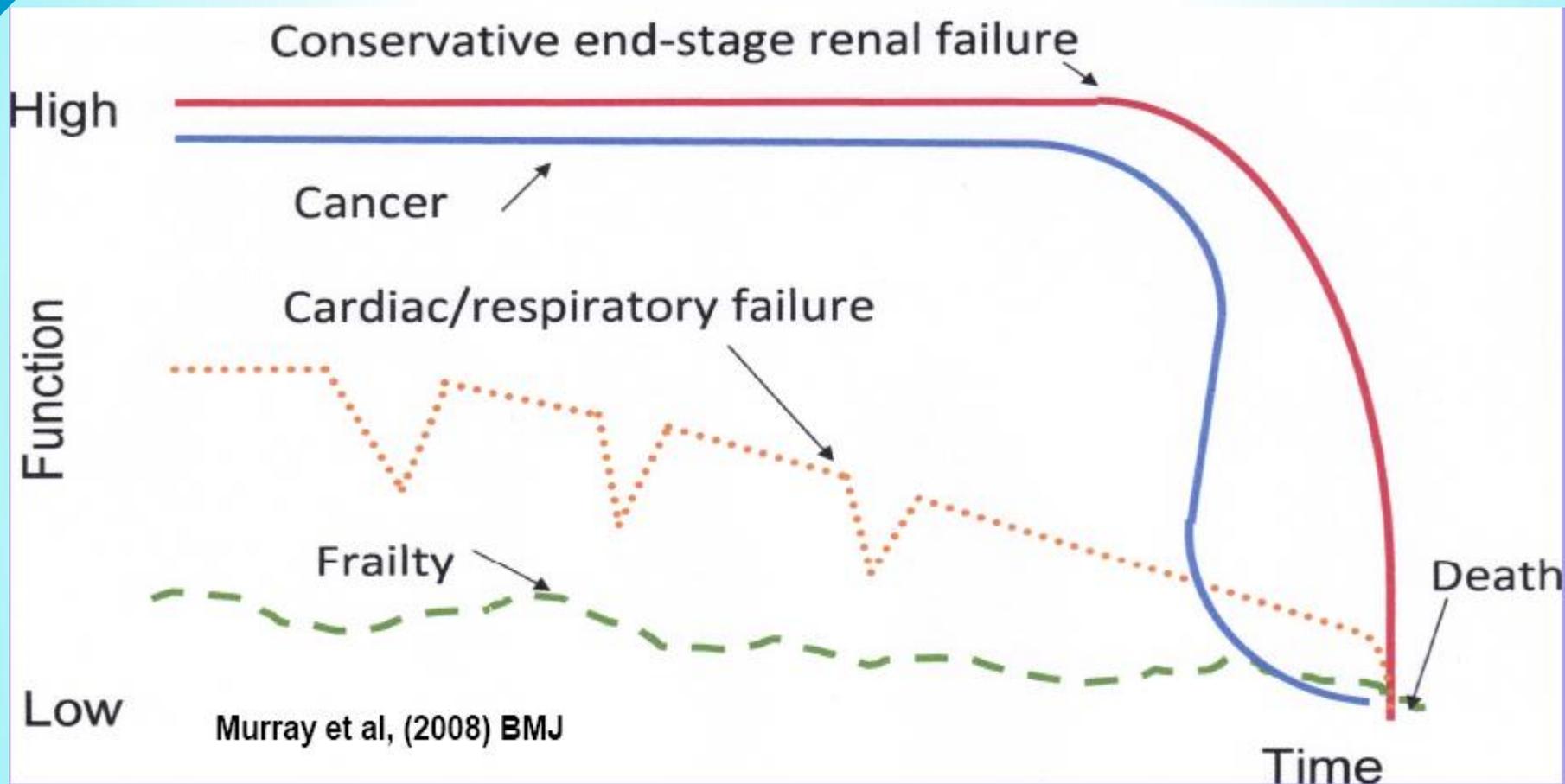
8成主要照顧者是家人；

35%的照顧者為了照顧家人，被迫辭去工作。

多麼沉重的數字。

資料參考自：<https://www.commonhealth.com.tw/article/86947>

不同疾病邁入死亡的軌線圖



台大蔡宏彬醫師提供

參考自高醫黃尚志教授;末期腎臟疾病之安寧療護 演講講義

究竟可以怎麼做!?



參考網址：<http://tw.freeimages.com/premium/scared-cartoon-doctor-179645>

緩和療護(Palliative care)的定義

- 為針對**生命遭受疾病威脅**之病人與家屬的一種照顧方式，藉由整體性評估與處理身、心、社會及靈性等問題，以**改善病人與家屬生活品質**為目標。
 - Palliative care improves the **quality of life** of patients and that of their families who are facing challenges associated with **life-threatening illness**, whether physical, psychological, social or spiritual.
 - The quality of life of caregivers improves as well.

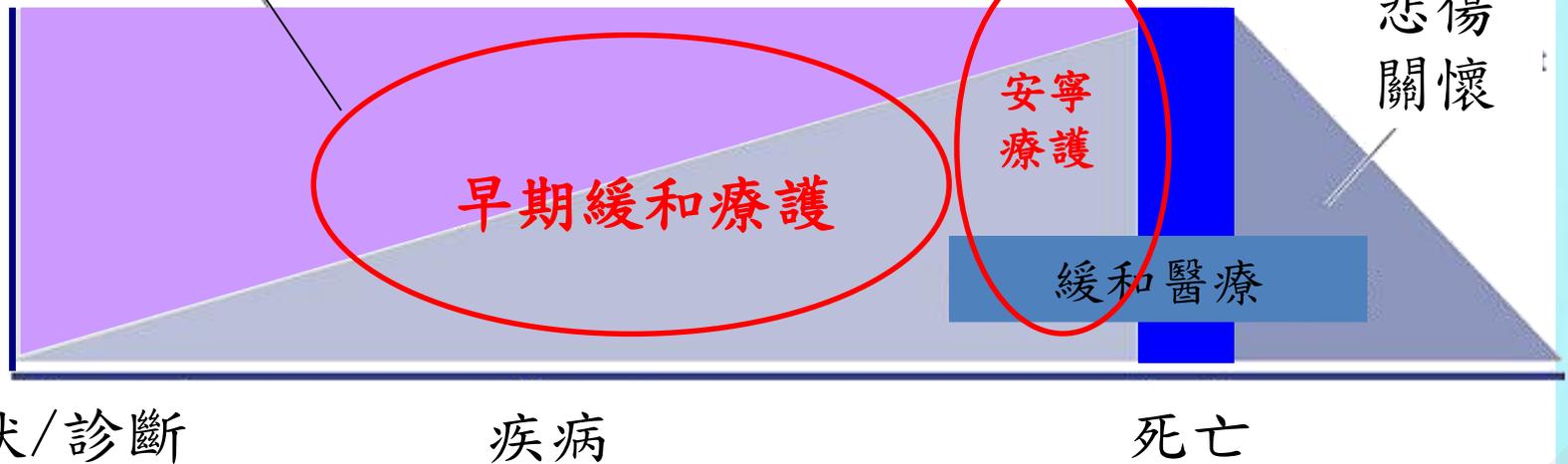


WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2020.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

安寧緩和療護概念與模式

因病制宜的治療：
治癒治療、續命療法

生命末期照護



世界衛生組織, 日內瓦, 2002

安寧療護適用之末期病人

- 健保局自2009年9月1日起，將適用「住院安寧療護」以及「安寧居家療護」的範圍擴大，除原先的癌症末期病人及末期運動神經元疾病外，新增八類疾病類別的病人，包括：
 - 老年期及初老期器質性精神病態
 - 其他大腦變質
 - 心臟衰竭
 - 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
 - 肺部其他疾病
 - 慢性肝病及肝硬化
 - 急性腎衰竭，未明示者
 - 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

腦
心
肺
肝
腎

參考資料：

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/D/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=73823

擴大台灣安寧療護適用之末期病人

- 健保局自2022年6月1日起，將適用「安寧療護」的範圍擴大，除原先的癌症末期病人及漸凍人及八大類非癌末期疾病外，新增四類疾病類別的病人，包括：

- 末期衰弱老人

- 末期骨髓增生不良症候群(MDS)

- 符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款條件病人

- 處於不可逆轉之昏迷狀況
- 永久植物人狀態
- 極重度失智
- 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

參考資料：

<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-67794-1.html>

- 罕見疾病或其他預估生命受限者

動態式溝通過程

醫療團隊

醫病
溝通

意願人

家屬



實踐層面

民眾端

- 長者本人
- 家屬

醫療端

- 及早辨識
- 適時照護

民眾端

“未雨綢繆”的概念

Rainy day thinking.



**“Hope for the best but
prepare for the worst.”**

預立醫療自主計畫

Advance care planning(ACP)

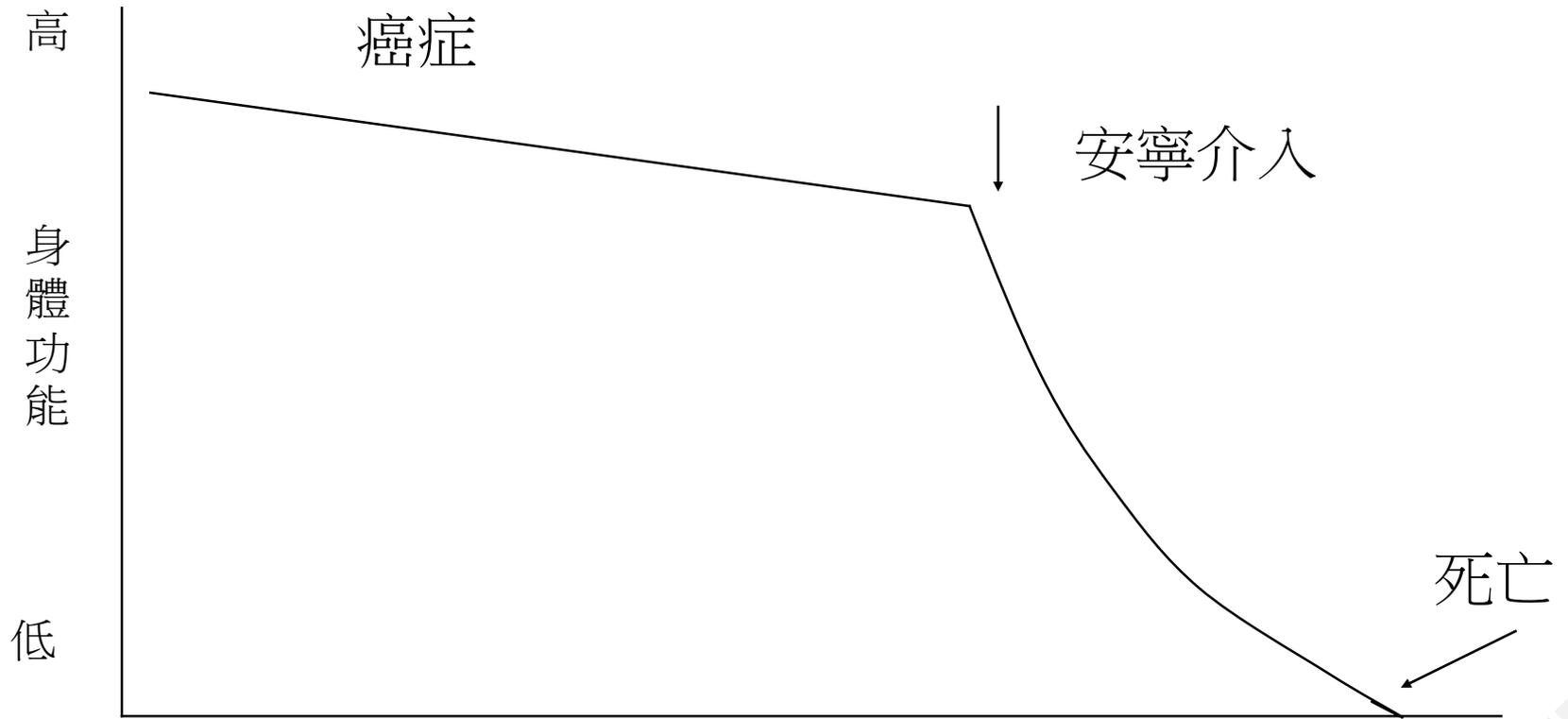


對於生死，你的態度是什麼？

預立醫療自主計畫 (*Advance Care Planning*)

~ 未來有一天，你有可能無法再為自己作決定，到那時，你期待受到什麼樣的醫療照顧？ ~

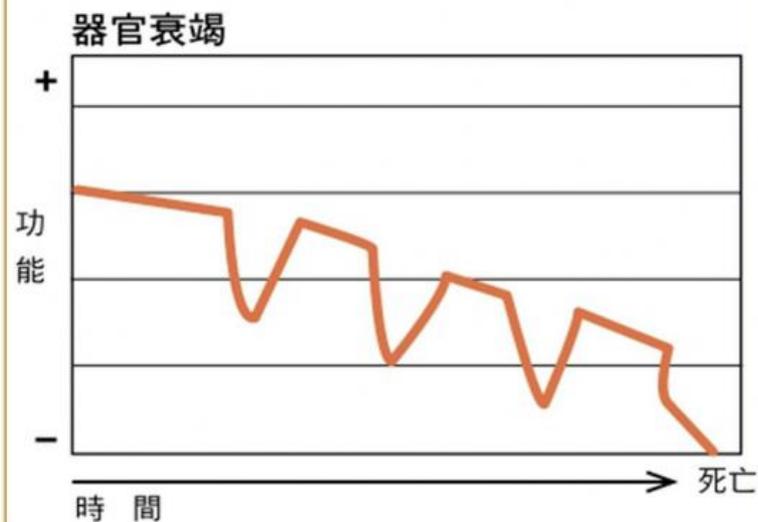
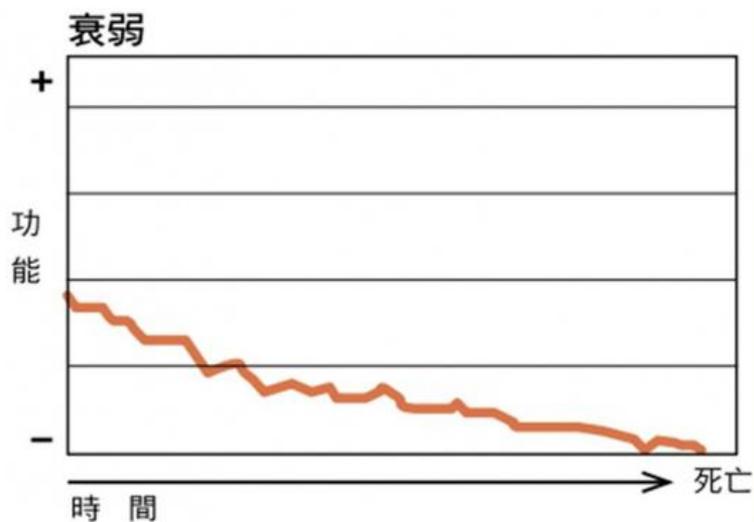
癌症的過程-從診斷到死亡



發現無法治癒的癌症 \longrightarrow 發生好幾年，但逐漸變壞 < 2個月
時間

器官衰竭/老年退化的過程

生命及生活功能曲線



資料參考自：<https://www.hospice.org.tw/content/3847>

安寧緩和醫療條例

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人 _____ (簽名) 若罹患嚴重傷病，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屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選)。

- 接受 安寧緩和醫療 (指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質)
- 接受 不施行心肺復甦術 (指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為)
- 接受 不施行維生醫療 (指末期病人不施行用以維持生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保 IC 卡)內

◎簽署人：(簽名) _____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

是 否 成年 (簽署人為成年人或未成年之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎在場見證人(一)：(簽名) _____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎在場見證人(二)：(簽名) _____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

簽署日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日(必填)

◎法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽 名：_____ 國民身分證統一編號：_____

住(居)所：_____ 電話：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列 打勾(無勾選者視同無須回復通知)：

註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人

2 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：衛生福利部(115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate) 同意書

病人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項之規定，同意在臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

同意人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

與病人之關係：

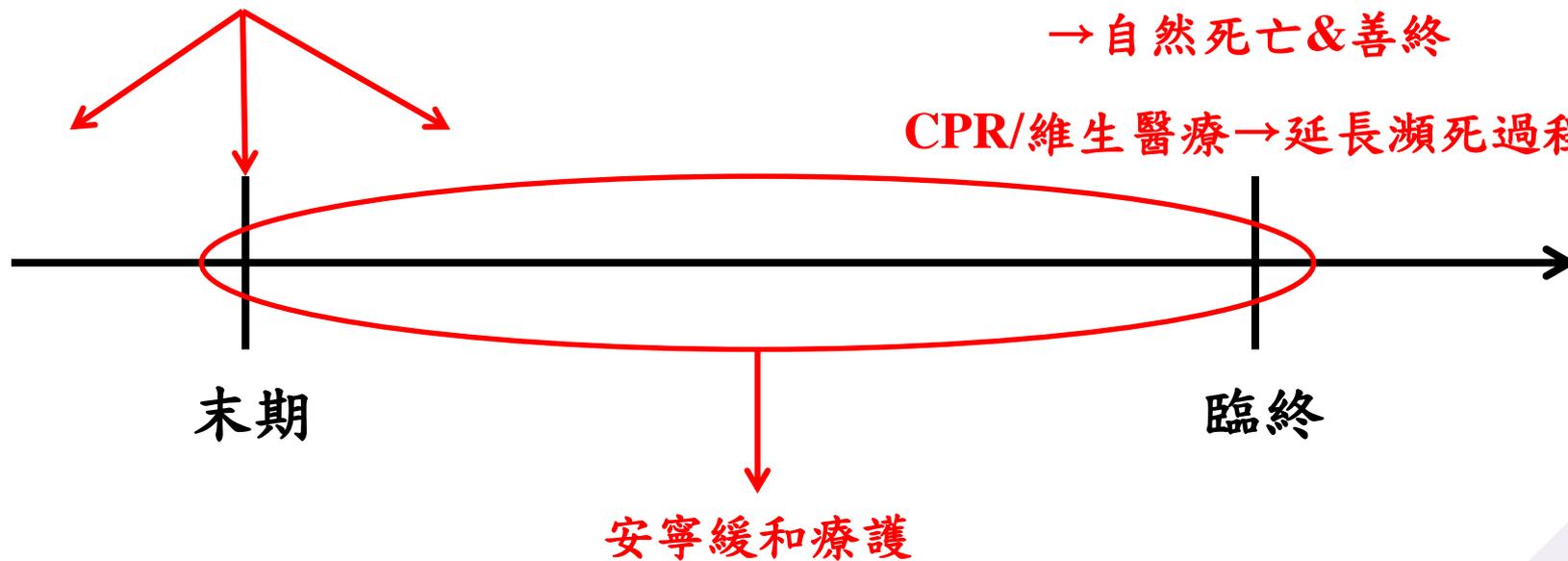
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

概念圖

簽署DNR意願書/同意書

DNR / 中止或撤除維生醫療
→ 自然死亡 & 善終

CPR / 維生醫療 → 延長瀕死過程



病人自主權利法

病人自主權利法SOP

2019年1月6日
正式實施

符合法律要件



具完全行為
能力人

- 年滿 18歲
- 未滿 18歲已結婚
- 心智無缺陷

醫療單位

病人

醫療委任代理人及家屬



共融決策

預立醫療照護
諮商 (ACP)

決定自己在特定醫療情境下是否，或如何接受醫療，確保尊嚴善終。



簽署預立醫療
決定 (AD)

- 二位以上見證人在場
見證或公證人公證
- 醫療機構核章證明
- 註記於健保卡

- 1) 二位專科醫師確診
- 2) 緩和醫療團隊二次照會確認



符合下列任一款
臨床條件時...

- 末期病人
- 不可逆轉的昏迷
- 永久植物人狀態
- 極重度失智
- 其他中央主管機關公告之重症

病人能尊嚴善終、醫師受法律保護

五大臨床情境

末期病人

意識清楚?!
意識障礙?!

處於不可
逆轉之昏
迷狀況

三個月?!
六個月?!

永久植物
人狀態

極重度失
智

其他

能不能修改意願?!
可不可以修改意願?!

想像的狀態?!
實際的狀態?!

溝通討論主題

維持生命 治療

- 指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。

人工營養 及流體餵 養

- 指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。

維持生命治療

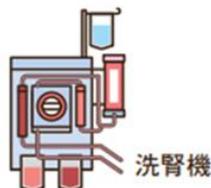
任何有可能延長病人生命之必要醫療措施：

心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等

心肺復甦術 插管、心臟按壓、電擊

機械式維生系統 呼吸器、葉克膜、洗腎機、洗肝機

其他維生醫療 輸血、抗生素



4

ACP 第二步驟

要點
不要過多醫學專業用語



插管

使用時機：呼吸困難、血氧不足時
優點：提供足夠氧氣、呼吸道順暢、方便抽痰

缺點：極度不適、無法言語、長期有感染風險、外在形象改變



心臟按壓

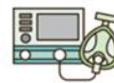
使用時機：心跳停止時
優點：使心臟持續輸出血液到腦部和其他器官，維持生命

缺點：疼痛、肋骨斷裂



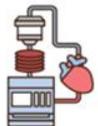
電擊

使用時機：心跳停止時
優點：使停止跳動的心臟有機會恢復自發性節律
缺點：疼痛、觸電感、皮膚燒灼



呼吸器

使用時機：心跳停止時、呼吸衰竭時
優點：利用呼吸器持續傳送氧氣到肺部
缺點：長期使用的疑慮



葉克膜

使用時機：心肺衰竭，體內血液無法循環時
優點：等於人工心肺，可協助血液循環，維持器官功能
缺點：暫時使用無法治本、無法長期使用、易感染



輸血

使用時機：紅血球低下時
優點：補充血紅素或血小板，使血液功能正常
缺點：過多體液增加身體負擔，產生水腫等情形



洗腎

使用時機：腎臟衰竭時
優點：代替衰竭腎臟維持身體功能
缺點：不適，如血壓低下、頭暈；易感染；耗時

4

人工營養及流體餵養

指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分

人工營養 靜脈注射水分及營養

流體餵養 鼻胃管灌食、胃造瘻灌食



5

ACP 第二步驟



ACP 團隊
小叮嚀

減少意願人等的想像和現實
差距

1. 建構聽得懂的內容
(文化背景、心智能力、情緒及生命經驗)
2. 除了描述醫學名詞，建議以臨床情境來說明
3. 適時停下來統整、反問、核對訊息



靜脈注射／水分營養 (含全靜脈注射 TPN 等)

使用時機：吞嚥困難

優點：維持身體所需營養水分

缺點：需使用中心靜脈導管給予、過多體液增加身體負擔，產生水腫等情形



鼻胃管

使用時機：吞嚥困難

優點：維持身體所需營養水分

缺點：不適、外觀改變、無法享受進食樂趣、需定期更換、長期放置易造成感染或壓瘡



胃造口

使用時機：吞嚥困難

優點：維持身體所需營養水分

缺點：不適、外觀改變、腹部傷口照護、傷口嚴重時皮膚容易因滲漏導致皮膚炎

5

意願人：

預立醫療決定書

本人_____ (正楷署名) 經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

意願人

姓名：_____ 簽署：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____

電話：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序(請擇一進行)：

1、二名見證人在場見證：

見證人1 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

見證人2 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

2、公證：

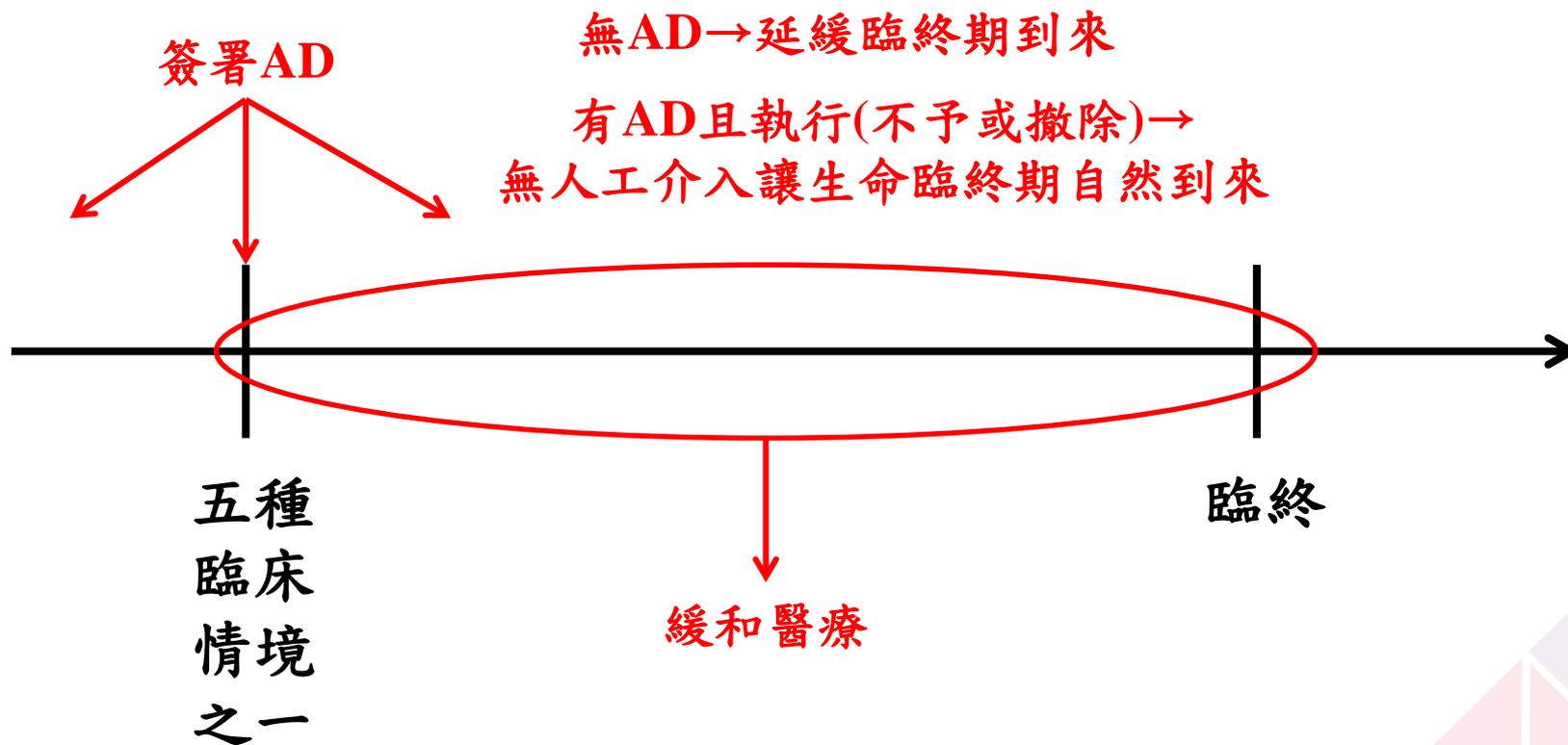
公證人認證欄位：

日期：中華民國_____年_____月_____日

說明：

- 一、見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願，並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定(病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主要照護醫療團隊成員，以及繼承人以外的受遺贈人、遺體或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人(病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。

概念圖





🏠 現在位置：[首頁](#) > [預立醫療決定](#) > [提供預立醫療照護諮商醫療機構](#)

提供預立醫療照護諮商醫療機構

[介紹推廣頁面](#)

[病人自主權利法](#)

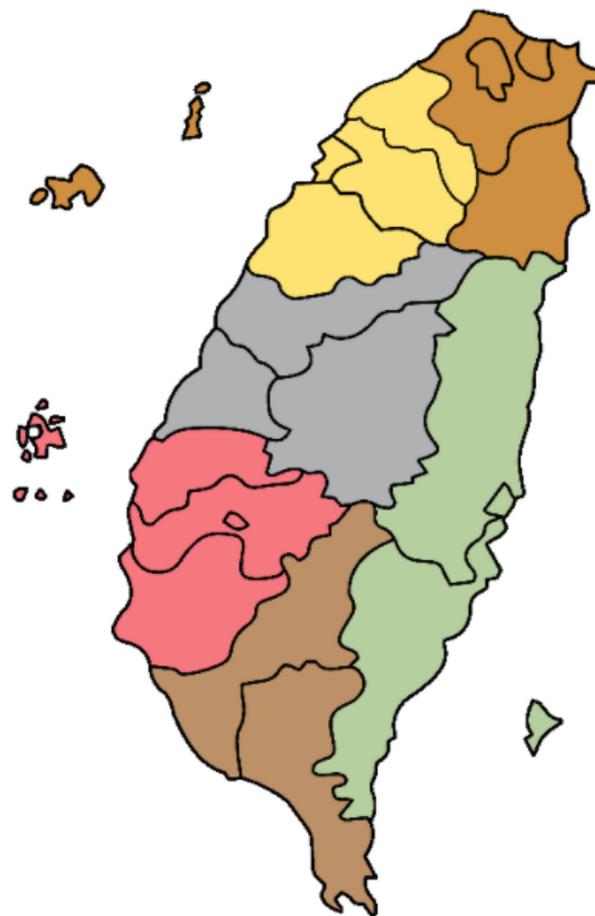
[提供預立醫療照護諮商醫療機構](#)

[預立醫療決定書](#)

[病人自主權利法施行細則](#)

[提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法](#)

[病人自主權利法第14條第1項第5款「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」](#)



醫療端

The
Economist

Intelligence
Unit

The 2015 Quality of Death Index

Ranking palliative care across the world

A report by The Economist Intelligence Unit

2015年出版



Commissioned by



BBC

登錄

選項 (英文)

中文網

主頁 | 國際 | 兩岸 | 英國 | 評論 | 科技 | 財經 | 圖輯 | 音頻材料 | 視頻材料 | BBC英倫網

「死亡質量」排名英國第一 台灣亞洲之冠

🕒 2015年 10月 6日

← 分享

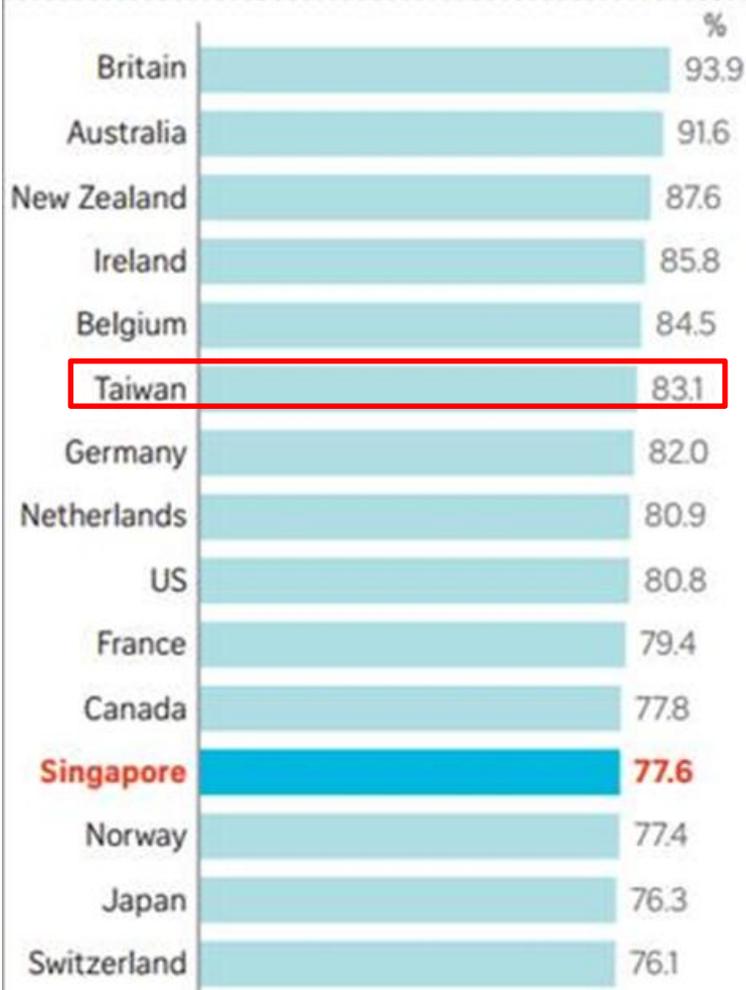


Thinkstock

圖片摘錄自：

http://www.bbc.com/zhongwen/trad/world/2015/10/151006_uk_end_of_life_care

Who provides good End-of-Life care



How End-of-Life care is rated

Palliative and Healthcare Environment

- General palliative and healthcare framework

Human Resources

- Availability and training of medical care professionals and support staff

Affordability of Care

- Availability of public funding for palliative care
- Financial burden on patients

Quality of Care

- Presence of monitoring guidelines
- Availability of medications that relieve pain
- Extent of partnership between healthcare professionals and patients

Community Engagement

- Availability of volunteers
- Public awareness of palliative care

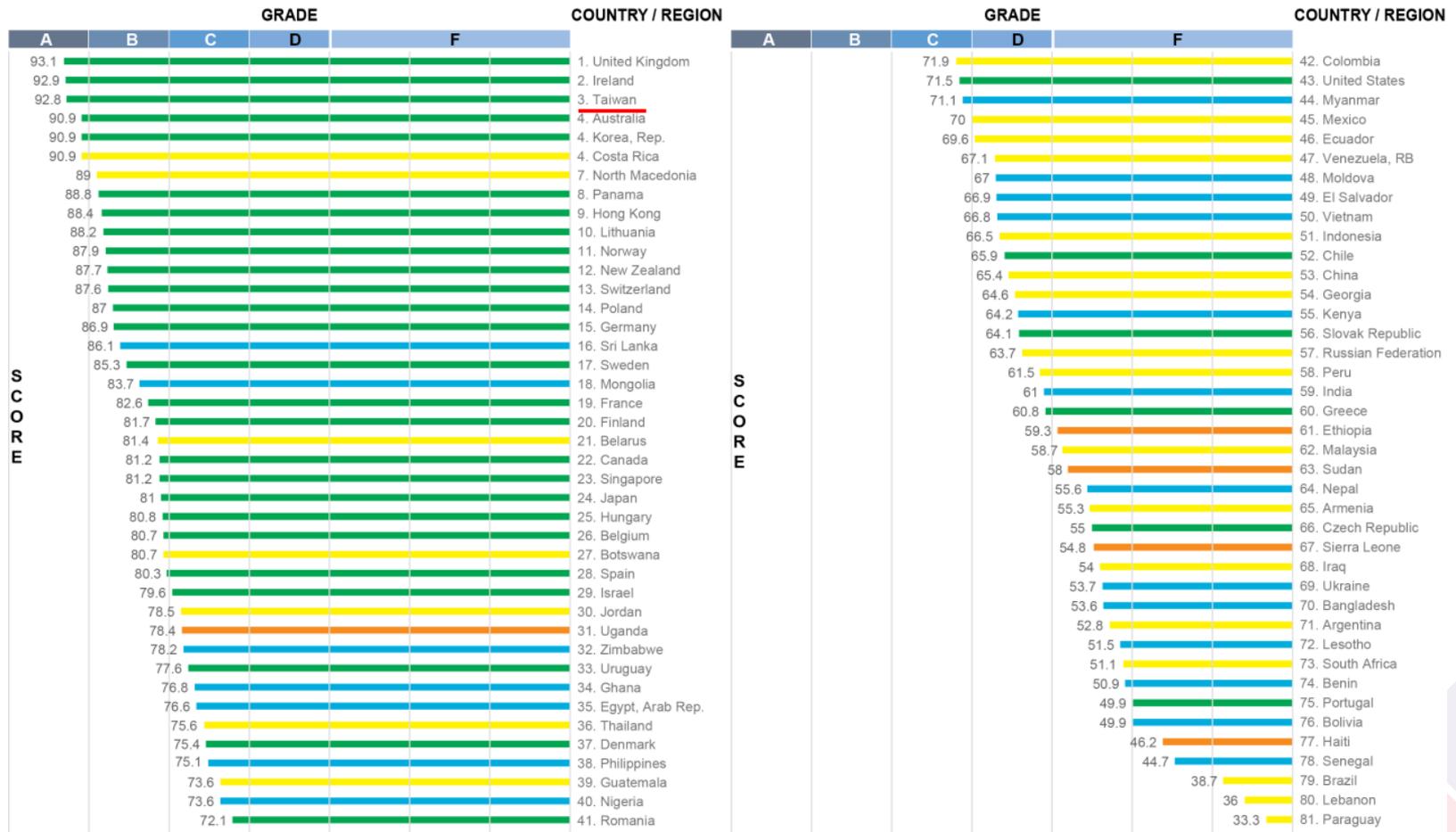
最新報告

http://www.article/5119937

杜克大學調查：最適合善終的國家，台灣世界排名第三

杜克大學教授調查全球81個國家的安寧醫療服務，只有6個國家獲得最高等級的A級，而台灣的全
球排名高達第三。

Countries ranked by quality of end-of-life care



INCOME GROUPS* :

HIGH INCOME

UPPER MIDDLE INCOME

LOWER MIDDLE INCOME

LOW INCOME

*As defined by the World Bank

國外安寧緩和療護的收案時機與量表

英國國家Gold Standard
Framework(GSF)

英國愛丁堡大學Supportive &
Palliative Care Indicators Tool (SPICT)

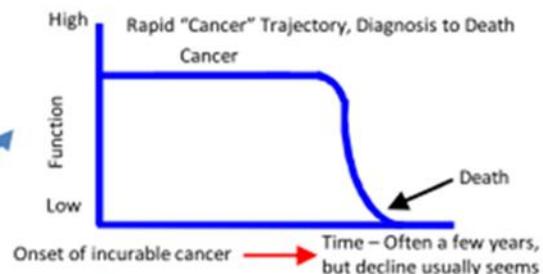
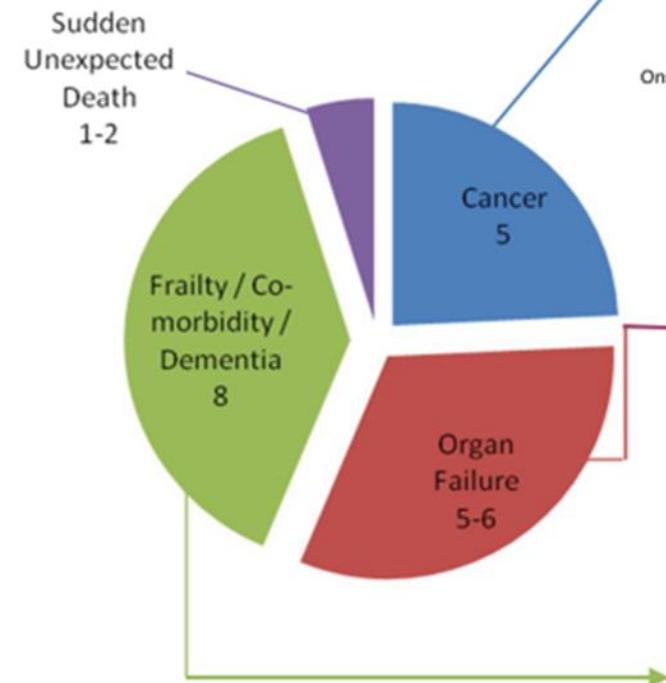
英國國家Gold Standard Framework(GSF)

- 不強調以嚴格的存活期預估來當安寧緩和療護啟動的條件
- 在意病人的照護需求與偏好
- 存活期預估是搭配合適的照護方式來思考

GSF Needs Based Coding



Average GP's workload – average 20 deaths/GP/year approx. proportions



Time – Often a few years, but decline usually seems <2 months



Time - 2-5 years, but death usually seems "sudden"



Time - quite variable - up to 6-8 years

Typical Case Histories



1) Mrs A - A 69 year old woman with cancer of the lung and known liver secondaries, with increasing breathlessness, fatigue and decreasing mobility. Concern about other metastases. Likely rapid decline

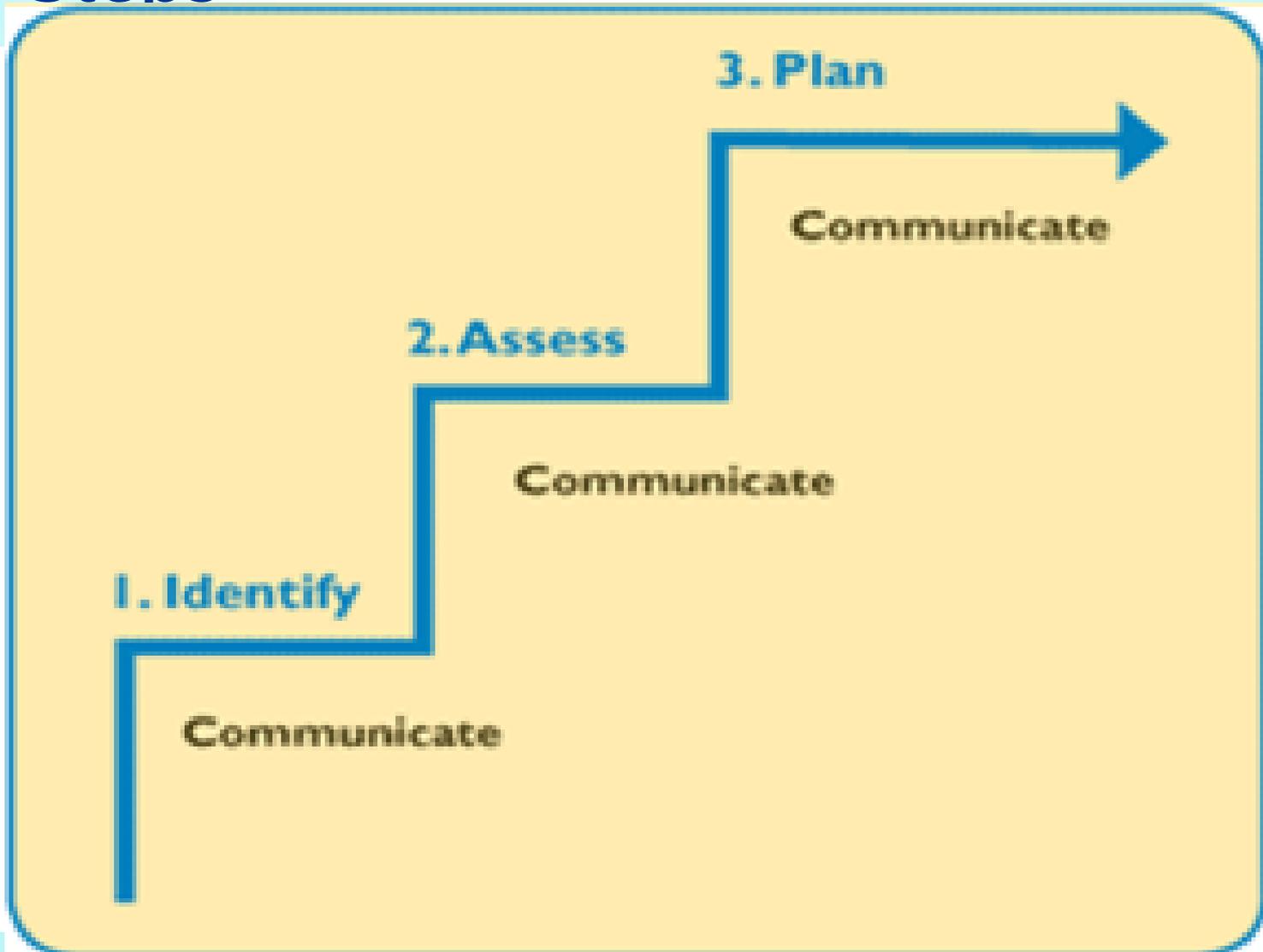


2) Mr B – An 84 year old man with heart failure and increasing breathlessness who finds activity increasingly difficult. He had 2 recent crisis hospital admissions and is worried about further admissions and coping alone in future. Decreasing recovery and likely erratic decline



3) Mrs C – A 91 year old lady with COPD, heart failure, osteoarthritis, and increasing signs of dementia, who lives in a care home. Following a fall, she grows less active, eats less, becomes easily confused and has repeated infections. She appears to be 'skating on thin ice'. Difficult to predict but likely slow decline

How to use this Guidance and Next Steps





Three triggers that suggest that patients are nearing the end of life are:

- 1. The Surprise Question: 'Would you be surprised if this patient were to die in the next few months, weeks, days?'**
- 2. General indicators of decline - deterioration, increasing need or choice for no further active care.**
- 3. Specific clinical indicators related to certain conditions.**

Step 1 The Surprise Question

For patients with advanced disease of progressive life limiting conditions - Would you be surprised if the patient were to die in the next few months, weeks, days?

- The answer to this question should be an intuitive one, pulling together a range of clinical, co-morbidity, social and other factors that give a whole picture of deterioration. If you would not be surprised, then what measures might be taken to improve the patient's quality of life now and in preparation for possible further decline?

Step 2 General Indicators

Are there general indicators of decline and increasing needs?

- Decreasing activity – functional performance status declining (e.g. Barthel score) limited self-care, in bed or chair 50% of day) and increasing dependence in most activities of daily living
- Co-morbidity is regarded as the biggest predictive indicator of mortality and morbidity
- General physical decline and increasing need for support
- Advanced disease - unstable, deteriorating complex symptom burden
- Decreasing response to treatments, decreasing reversibility
- Choice of no further active treatment
- Progressive weight loss (>10%) in past six months
- Repeated unplanned/crisis admissions
- Sentinel Event e.g. serious fall, bereavement, transfer to nursing home
- Serum albumen <25g/l
- Considered eligible for DS1500 payment

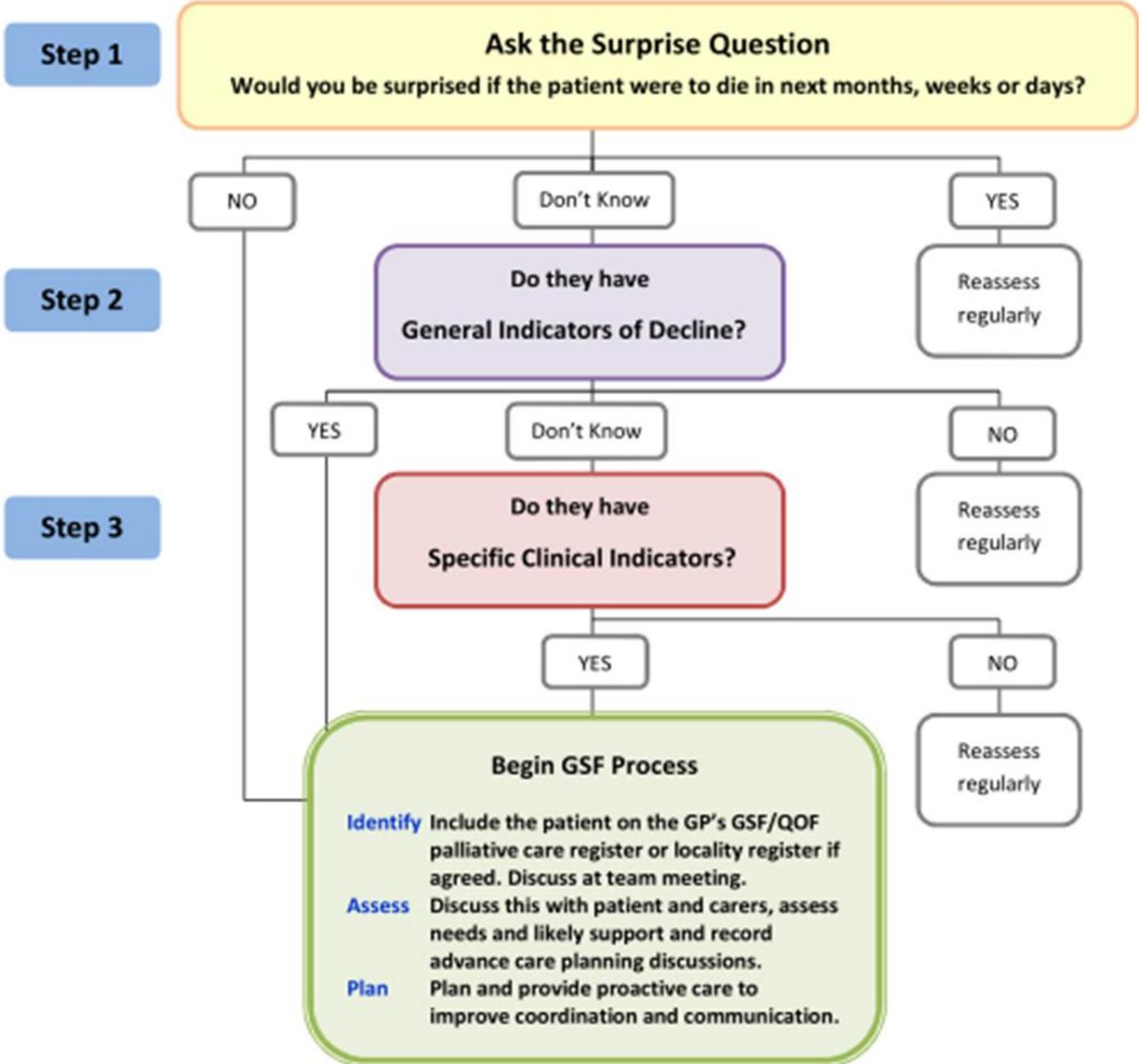
Functional Assessments

Barthel Index describes basic Activities of Daily Living (ADL) as 'core' to the functional assessment. E.g. feeding, bathing, grooming, dressing, continence, toileting, transfers, mobility, coping with stairs etc .

PULSE 'screening' assessment - P (physical condition); U (upper limb function); L (lower limb function); S (sensory); E (environment).

Karnofsky Performance Status Score
0-100 ADL scale .

WHO/ECOG Performance Status
0-5 scale of activity.



Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)

- 用來辨識健康狀況正在惡化、並有死亡風險的病人
- 協助評估了解這些病人是否有未被滿足的支持性及緩和照護需求



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating. Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.

Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility. (eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems.
- The person's carer needs more help and support.
- The person has had significant weight loss over the last few months, or remains underweight.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

Look for clinical indicators of one or multiple life-limiting conditions.

Cancer

Functional ability deteriorating due to progressive cancer.

Too frail for cancer treatment or treatment is for symptom control.

Dementia/ frailty

Unable to dress, walk or eat without help.

Eating and drinking less; difficulty with swallowing.

Urinary and faecal incontinence.

Not able to communicate by speaking; little social interaction.

Frequent falls; fractured femur.

Recurrent febrile episodes or infections; aspiration pneumonia.

Neurological disease

Progressive deterioration in physical and/or cognitive function despite optimal therapy.

Speech problems with increasing difficulty communicating and/or progressive difficulty with swallowing.

Recurrent aspiration pneumonia; breathless or respiratory failure.

Persistent paralysis after stroke with significant loss of function and ongoing disability.

Heart/ vascular disease

Heart failure or extensive, untreatable coronary artery disease; with breathlessness or chest pain at rest or on minimal effort.

Severe, inoperable peripheral vascular disease.

Respiratory disease

Severe, chronic lung disease; with breathlessness at rest or on minimal effort between exacerbations.

Persistent hypoxia needing long term oxygen therapy.

Has needed ventilation for respiratory failure or ventilation is contraindicated.

Other conditions

Deteriorating and at risk of dying with other conditions or complications that are not reversible; any treatment available will have a poor outcome.

Kidney disease

Stage 4 or 5 chronic kidney disease (eGFR < 30ml/min) with deteriorating health.

Kidney failure complicating other life limiting conditions or treatments.

Stopping or not starting dialysis.

Liver disease

Cirrhosis with one or more complications in the past year:

- diuretic resistant ascites
- hepatic encephalopathy
- hepatorenal syndrome
- bacterial peritonitis
- recurrent variceal bleeds

Liver transplant is not possible.

Review current care and care planning.

- Review current treatment and medication to ensure the person receives optimal care; minimise polypharmacy.
- Consider referral for specialist assessment if symptoms or problems are complex and difficult to manage.
- Agree a current and future care plan with the person and their family. Support family carers.
- Plan ahead early if loss of decision-making capacity is likely.
- Record, communicate and coordinate the care plan.

Supportive and Palliative Care Indicators Tool(SPICT™) 2019

衰弱評估量表

花蓮慈濟醫院謝至鏗醫師譯

SPICT™ 是一份評估患者是否處於持續惡化之健康狀況的指南。
評估這些患者是否存在未被滿足之支持療法及緩和療護需求，並安排治療計畫。

健康狀況不佳或惡化的一般性指標

- 非預期性之住院
- 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。
(例如：一天中一半以上的時間須待在床上或椅子上)
- 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。
照顧者需要更多之協助與支持。
- 持續體重下降；持續體重過輕；肌肉量過低。
- 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，其症狀仍持續。
- 患者或家屬要求緩和療護；要求減少、停止或拒絕治療；或希望將照護重點聚焦於生活品質。

預期生命期受限情形之臨床指標 失智／衰弱

- 沒有別人幫忙無法穿衣、行走或飲食
- 進食及飲水量減少；吞嚥困難
- 大小便失禁
- 無法用口語溝通，極少社交接觸
- 頻繁跌倒；股骨骨折
- 反覆發燒或感染；吸入性肺炎

檢視現有之治療方式及治療計畫

- 檢討目前的治療和用藥，使病人得到最佳的照護；簡化多重藥物之使用。
- 如果患者之症狀或問題十分複雜且難以處理，考慮轉診給專科醫生評估。
- 與患者和家屬對現有及未來之治療計畫取得共識。提供家庭照顧者支持。
- 如果預期患者有喪失決定能力之風險，要提前做好這些準備。
- 治療計畫之紀錄、溝通與協調。

資料參考自：<https://www.hospice.org.tw/content/3847>

十、末期衰弱老人

1. 參考 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。
2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
3. ICD-10-CM 代碼：R54

SPICT 結果判讀

- SPICT 官方建議的啟動條件（根據 SPICT™ 2025） **2+1**
 - SPICT 並未設定「明確的數字門檻」，但根據文件建議與臨床實務，若符合：
 - 兩項或以上的一般性指標（General indicators of poor/deteriorating health）
 - 加上至少一項特定臨床指標（Clinical indicators of advanced condition）
 - 即可視為「高度懷疑已進入疾病晚期階段」，應啟動緩和醫療評估與照護討論（如 ACP、DNR 討論等）
- 臨床共識多數會將「 ≥ 2 一般性指標 + ≥ 1 特定臨床指標」作為啟動轉介或討論的合理依據，但不是強制標準
- SPICT 工具是輔助性的指標，最終是否啟動緩和醫療，還是需要結合醫師的臨床判斷、病人的價值觀與家屬的參與意願

衛生福利部國民健康署委託國立成功大學社會工作學系所編訂與宣傳推廣計畫
兒童及老人安寧療護專業人員培訓推廣計畫（106-108年）



衰弱老人安寧緩和 醫療照護指引

衛生福利部國民健康署 指導 台灣安寧緩和醫學學會 編著

衰弱的影響

- 「衰弱」是病人從老化逐漸走向生命終點的過程中，會面臨到的一種臨床狀況。
- 隨著衰弱嚴重程度增加，產生失能、併發症及死亡的風險也會增加。

表2 衰弱症的五項臨床指標

| 臨床指標 | 定義 |
|------------------------------------|---|
| 非刻意的體重減輕 | 過去一年內體重減輕 > 5公斤 |
| 肌力下降 | 握力小於研究族群最低之20%、 男性握力 < 26公斤、女性握力 < 18公斤 |
| 行走速度變慢 | 行走速度落在研究族群最低之20%、 步行速度 < 0.8公尺/秒 |
| 自述疲憊感 | 近一週內，有三天以上做任何事感到疲倦或提不起勁 |
| 體能活動度降低 | 活動量落在研究族群最低之20%、 男性 < 383卡/週、女性 < 270卡/週 |
| ≥3項指標 衰弱 1-2項指標 衰弱前期 0項指標 健壯 | |

資料來源：參考資料6-8

資料參考自：台灣家庭醫學醫學會出版 家庭醫學與基層醫療：第三十四卷 第九期；
Topic: 老人衰弱症的評估與預後

```
graph TD; A[於臨床場域中，發現功能下降之衰弱老人] --> B[評估預後，預期存活時間是否小於一年]; B --> C[依據特定疾病或狀況，評估是否轉介安寧緩和療護];
```

於臨床場域中，發現功能下降之衰弱老人

評估預後，預期存活時間是否小於一年

依據特定疾病或狀況，評估是否轉介安寧緩和療護

圖 4 老人安寧緩和療護需求之三步驟評估模式

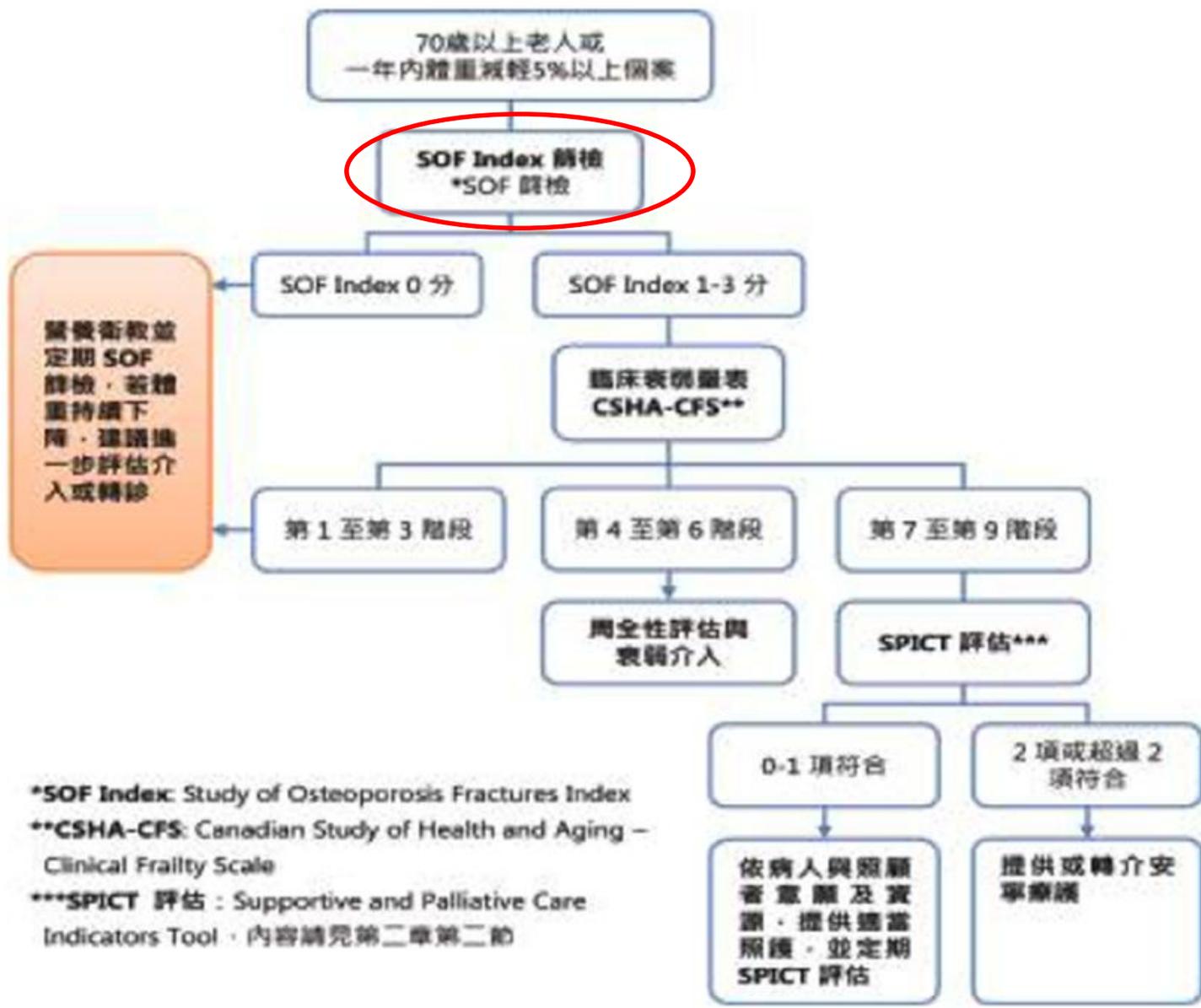


圖 3 衰弱老人篩檢流程 (李秉學、蔡永銘 整理繪製)

表1 骨質疏鬆性骨折指數

| SOF index | |
|------------------------|-----------|
| 過去一年內體重減輕 > 5% 或 3kg | |
| 無法在沒有使用扶手的情形下，從椅子上起身五次 | 15秒內 |
| 最近感到意興闌珊或提不起勁 | 過去一周內三天以上 |
| ≥2項指標：衰弱 | |
| 1項指標：衰弱前期 | |
| 0項指標：健壯 | |

資料參考自：台灣家庭醫學醫學會出版 家庭醫學與基層醫療：第三十四卷 第九期；
Topic: 老人衰弱症的評估與預後

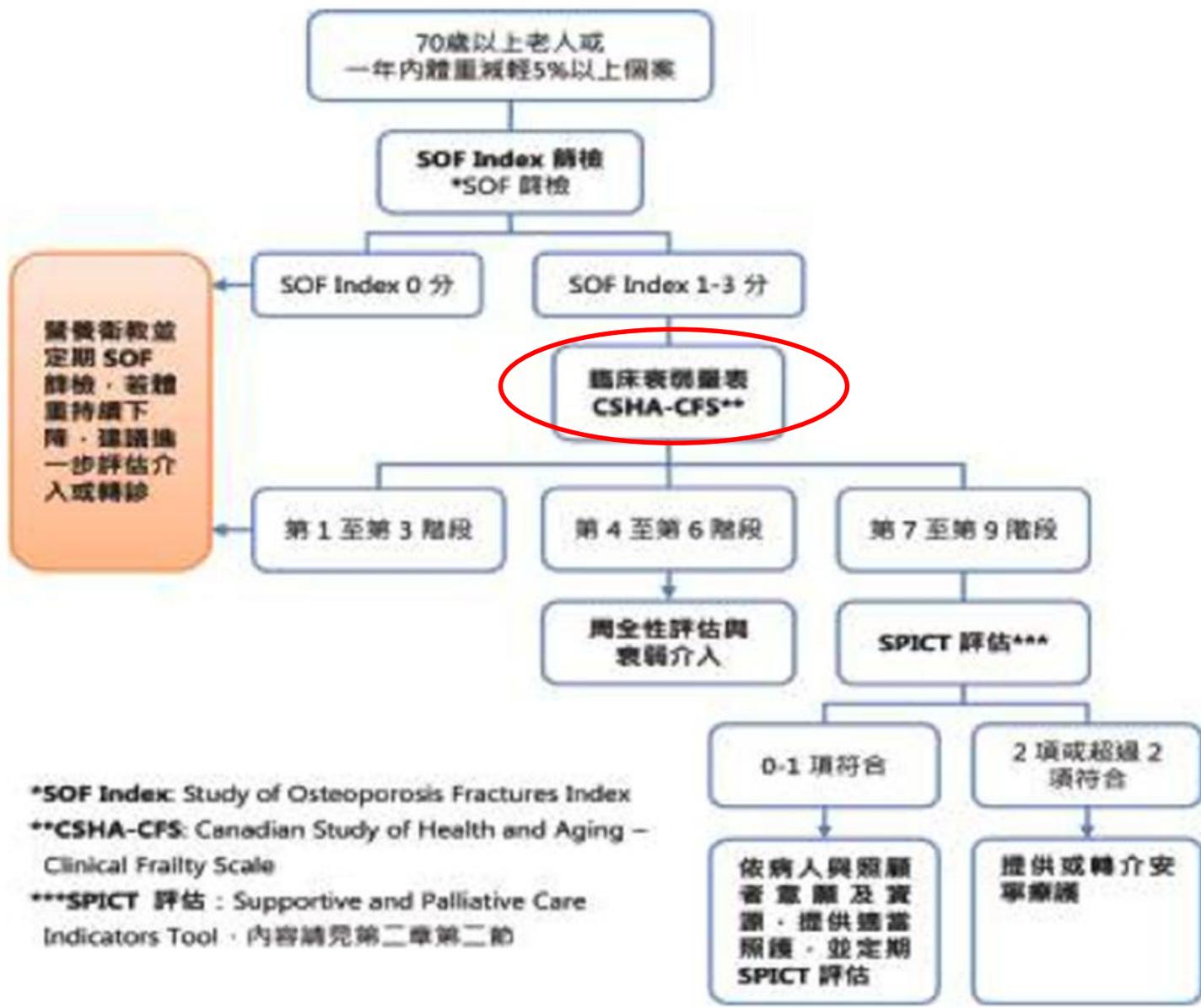


圖 3 衰弱老人篩檢流程 (李秉學、蔡永銘 整理繪製)

表3 臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale)

| 臨床衰弱量表 | | | |
|--|---|---|--|
| <p>1.非常健康</p>  | <p>健壯、活躍、精力充沛並充滿動力，定期運動且處於所在年齡階段最健康的狀態</p> | <p>6.中度衰弱</p>  | <p>所有室外活動和家務均需要協助，在室內上下樓梯常有問題，洗澡需要幫助，穿脫衣服可能也需要輕微的協助</p> |
| <p>2.健康</p>  | <p>無明顯疾病症狀但不比等級1的人健康，經常運動，偶爾活躍（例如 季節性）</p> | <p>7.嚴重衰弱</p>  | <p>無論原因（身體或認知功能下降）而導致生活完全無法自理，但身體狀況相對穩定而無死亡的風險（6個月內）</p> |
| <p>3.維持良好</p>  | <p>患有疾病但控制良好，除了規律行走外，平常並不活躍</p> | <p>8.非常嚴重的衰弱</p>  | <p>生活完全無法自理，接近生命終點，即使得到輕微的病症也難以康復</p> |
| <p>4.脆弱較易受傷害</p>  | <p>日常生活不需仰賴他人，但活動常因身體的症狀而受限，常見的主訴為”行動緩慢”和（或）白天時覺得疲憊</p> | <p>9.末期</p>  | <p>接近生命終點，這個期別包含不符合衰弱定義但預期壽命少於6個月的人</p> |
| <p>5.輕度衰弱</p>  | <p>明顯的動作緩慢，工具性日常生活活動（如理財、搭乘交通工具、重型家務、服藥...）需要幫助</p> | | |

©2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Translated with permission to Traditional Chinese by Yueh-Hsin Wang, Taiwan, 2019

資料來源：參考資料9

資料參考自：台灣家庭醫學醫學會出版 家庭醫學與基層醫療：第三十四卷 第九期；
Topic: 老人衰弱症的評估與預後

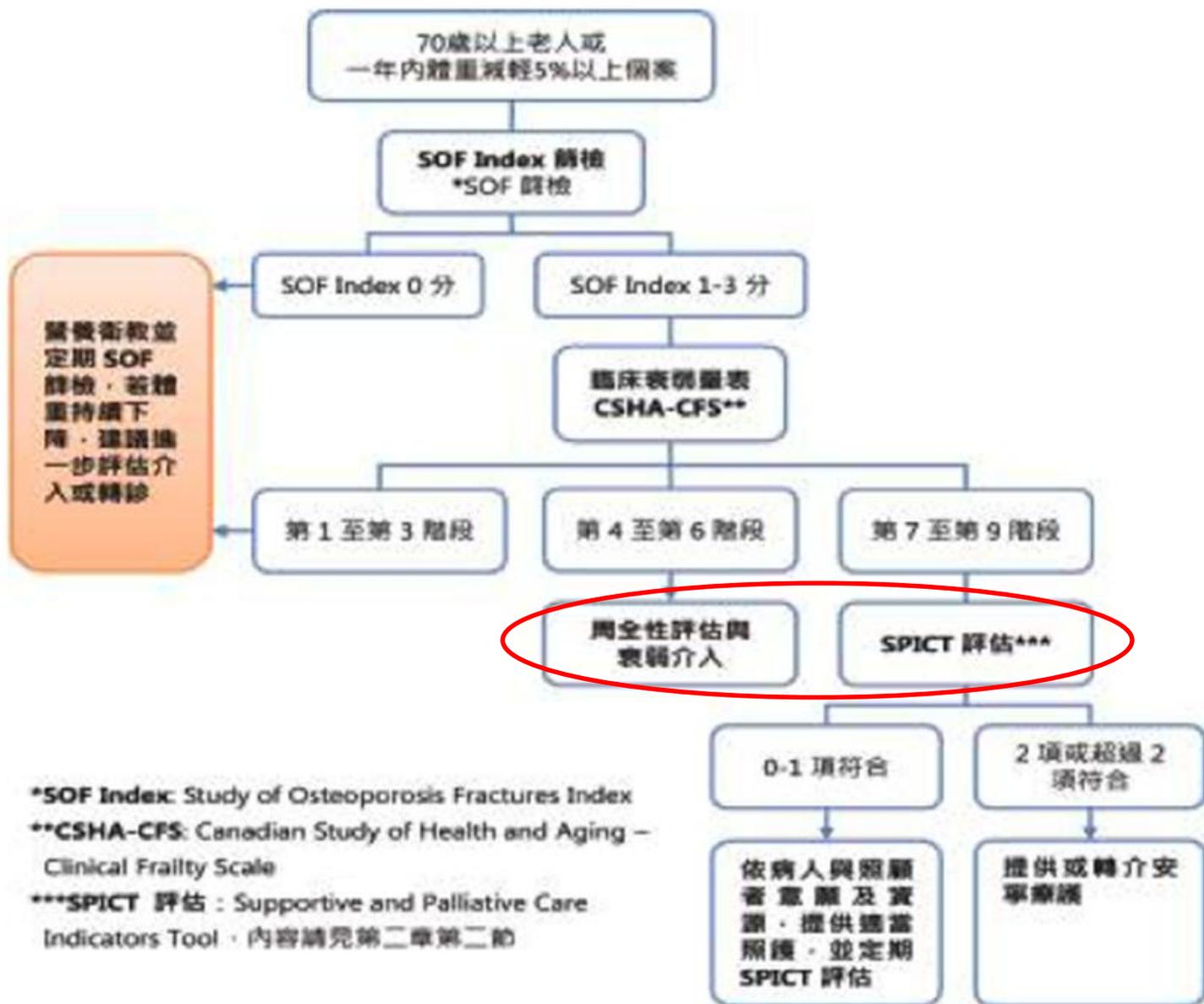


圖 3 衰弱老人篩檢流程 (李秉學、蔡永銘 整理繪製)

SPICT評估

第一步驟：健康惡化的一般性指標（符合任何一個）：

- (1) 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。（個人照護需要協助，一天中有 50%或以上的時間須待在床上或椅子上）
- (2) 過去 6 個月中有兩次或兩次以上的非預期性住院。
- (3) 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。
- (4) 照顧者需要更多之協助與支持。
- (5) 過去的數個月中出現明顯的體重減輕，或持續的體重過輕。
- (6) 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，但仍有持續且令人困擾的症狀。
- (7) 病人或家屬要求緩和醫療；或要求減少或停止其他治療方式；或要求將照護重點聚焦於生活品質。

2. 第二步驟：是針對不同疾病或生理功能之特定指標，以失智／衰弱老人而言，其標準為：
 - (1) 沒有別人幫忙無法穿衣、行走或飲食
 - (2) 進食及飲水量減少；吞嚥困難
 - (3) 大小便失禁
 - (4) 無法用口語溝通，極少社交接觸
 - (5) 股骨骨折；多次跌倒
 - (6) 頻繁發燒或感染；吸入性肺炎

3. 要注意的是，癌症老人也會出現衰弱或疲憊之症狀，某種程度上會與衰弱老人之狀況雷同。而診斷為癌症之老人，若同樣有衰弱之症狀，其可以收案之指標則為：
 - (1) 由於進行性之轉移癌症造成身體功能下降
 - (2) 身體太虛弱以致於無法接受癌症治療，或僅能接受症狀治療

評估與照護重點

- 這樣的評估模式，是在找出後期衰弱老人在醫療照護上**未被滿足之需求(Unmet Needs)**，並且依照其需求提供服務。

病人/家屬的需求

表3 臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale)

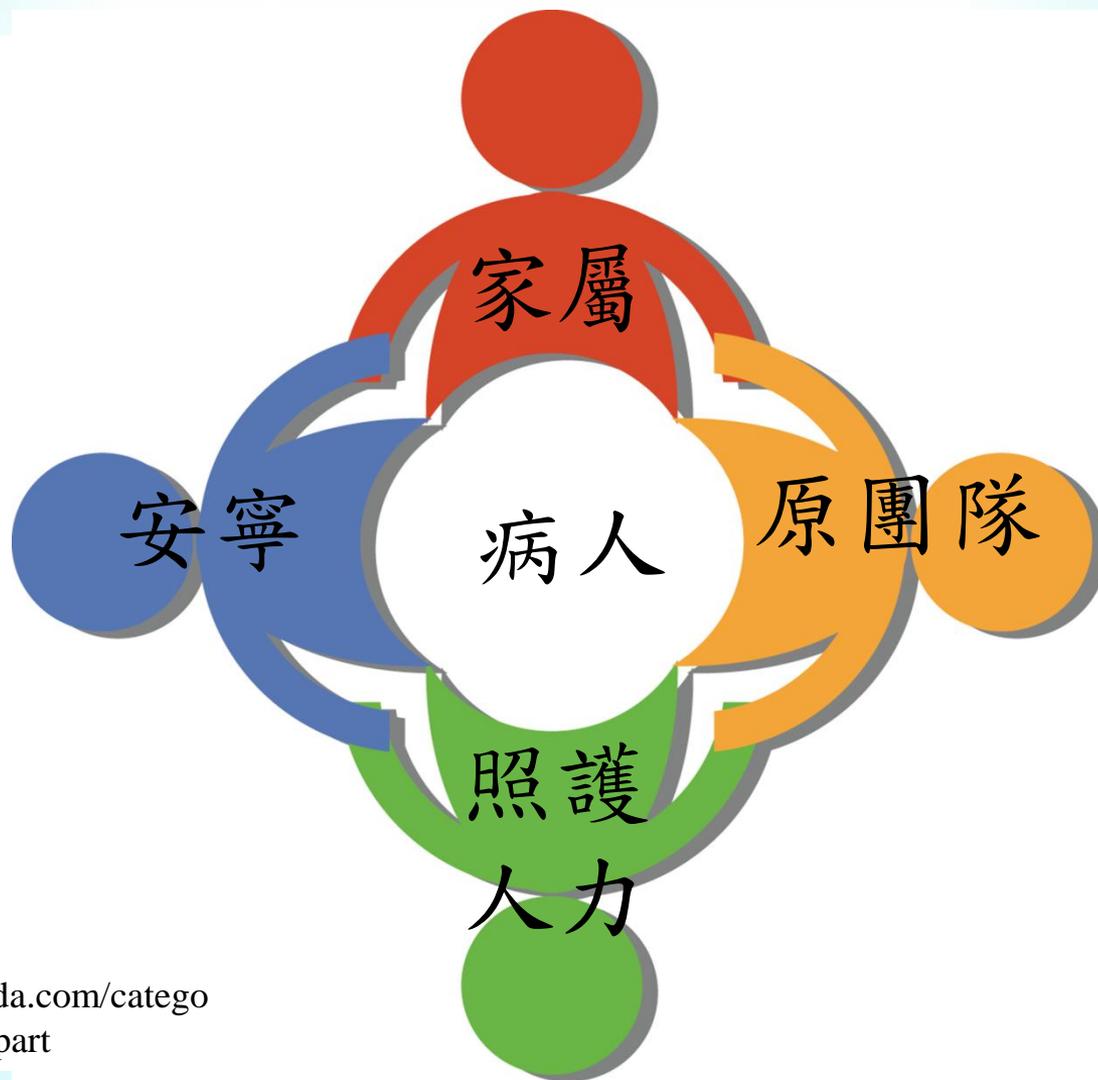
| 臨床衰弱量表 | | | |
|---|---|---|--|
| <p>1.非常健康</p>  | <p>健壯、活躍、精力充沛並充滿動力，定期運動且處於所在年齡階段最健康的狀態</p> | <p>6.中度衰弱</p>  | <p>所有室外活動和家務均需要協助，在室內上下樓梯常有問題，洗澡需要幫助，穿脫衣服可能也需要輕微的協助</p> |
| <p>2.健康</p>  | <p>無明顯疾病症狀但不比等級1的人健康，經常運動，偶爾活躍（例如 季節性）</p> | <p>7.嚴重衰弱</p>  | <p>無論原因（身體或認知功能下降）而導致生活完全無法自理，但身體狀況相對穩定而無死亡的風險（6個月內）</p> |
| <p>3.維持良好</p>  | <p>患有疾病但控制良好，除了規律行走外，平常並不活躍</p> | <p>8.非常嚴重的衰弱</p>  | <p>生活完全無法自理，接近生命終點，即使得到輕微的病症也難以康復</p> |
| <p>4.脆弱較易受傷害</p>  | <p>日常生活不需仰賴他人，但活動常因身體的症狀而受限，常見的主訴為”行動緩慢”和（或）白天時覺得疲憊</p> | <p>9.末期</p>  | <p>接近生命終點，這個期別包含不符合衰弱定義但預期壽命少於6個月的人</p> |
| <p>5.輕度衰弱</p>  | <p>明顯的動作緩慢，工具性日常生活活動（如理財、搭乘交通工具、重型家務、服藥...）需要幫助</p> | <p>CFS 1-6: 建議ACP CFS 7-9: SPICT評估 馬偕老年醫學科 張智博醫師</p> | |

©2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Translated with permission to Traditional Chinese by Yueh-Hsin Wang, Taiwan, 2019
 資料來源：參考資料9

10

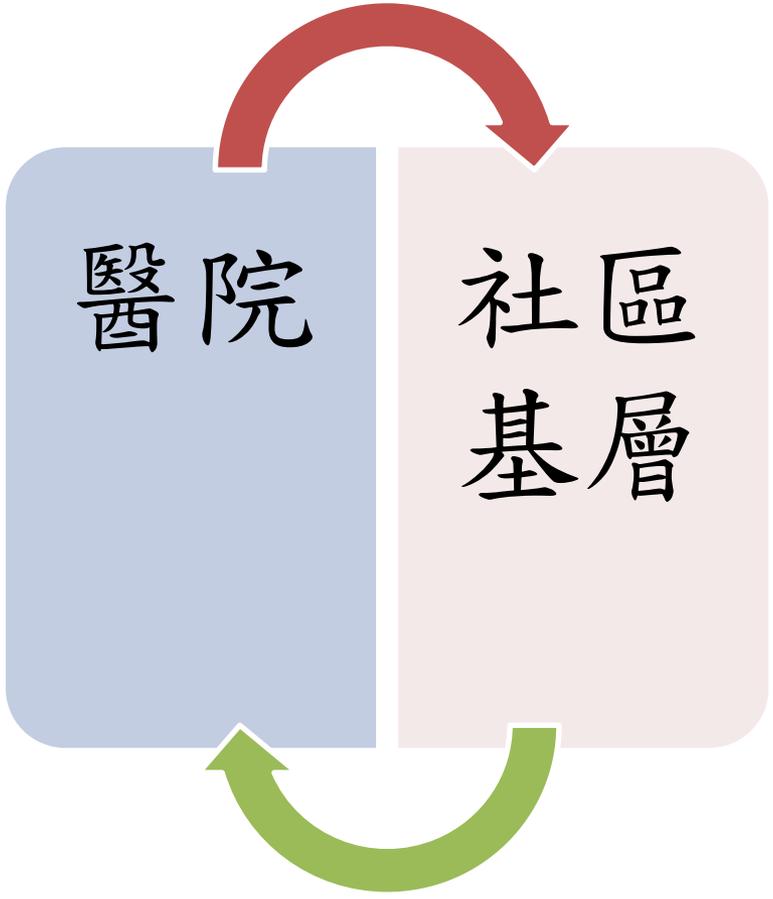
家庭醫學與基層醫療 2019;34(9):252-7

Cooperation 合作



參考資料：

<http://www.clipartpanda.com/categories/cooperation-20clipart>



醫院

社區
基層

【專題報告】

「社區安寧」整合性照護網絡建立與運作之成效

蔡旻秀¹ 張亦慧^{1,2} 王靜瑜³ 楊久嫻^{2,4} 劉子沄¹ 李純瑩⁴
陳虹錚^{1,5*} 吳建誼^{4,5,6*}

摘要

根據研究顯示，能在宅善終是多數末期病人的心願，然而末期病人變化多端的病情是在宅善終的一大挑戰。現今安寧居家團隊大多是由醫院團隊組成，較無法提供可近性、即時性的安寧居家訪視；此外社區安寧居家因醫療人員投入意願低、缺乏安寧居家相關經驗，使得推動社區安寧居家療護有所困難，進而讓病人及家屬對於在宅善終缺乏信心，導致有些病人與家屬選擇於醫院度過生命終點。本文分享醫院安寧療護團隊藉由輔導社區團隊偕同訪視、定期個案討論及建構照護網絡來共同照護病人，由個案管理師擔任雙向溝通窗口，依據病人和家屬個別需求轉介社區安寧居家團隊來提供可近性、即時性安寧居家服務，協助末期病人無縫接軌回到社區，來落實安寧療護中的全社區照護，最終能有機會在宅善終。

(安寧療護 2021 : 25 : 3 : 253-268)

關鍵詞：安寧療護、居家照護、整合照護、社區



高醫社區安寧轉介流程

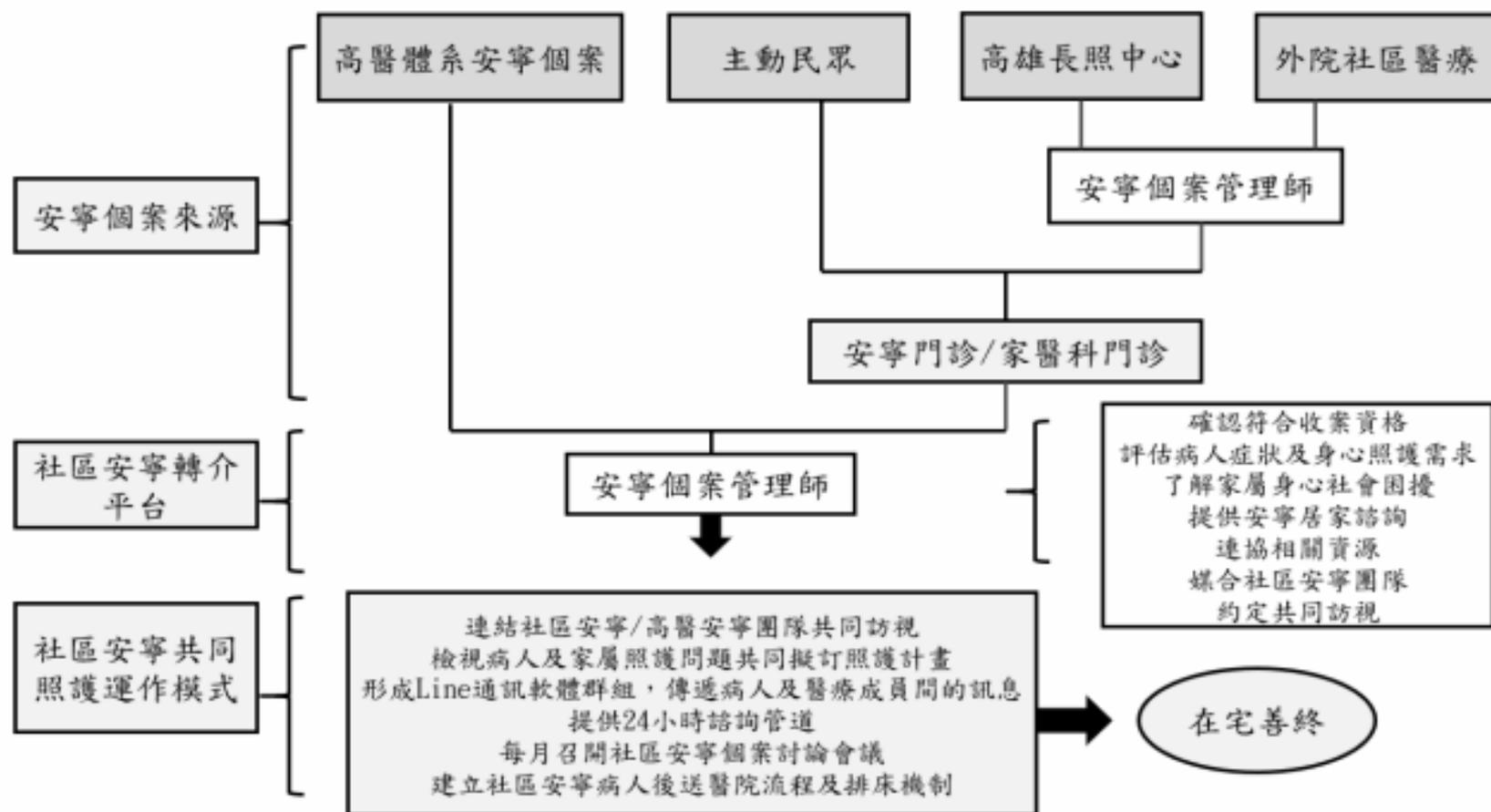


圖 1 高雄醫學大學附設中和紀念醫院社區安寧居家團隊轉介與執行運作流程圖

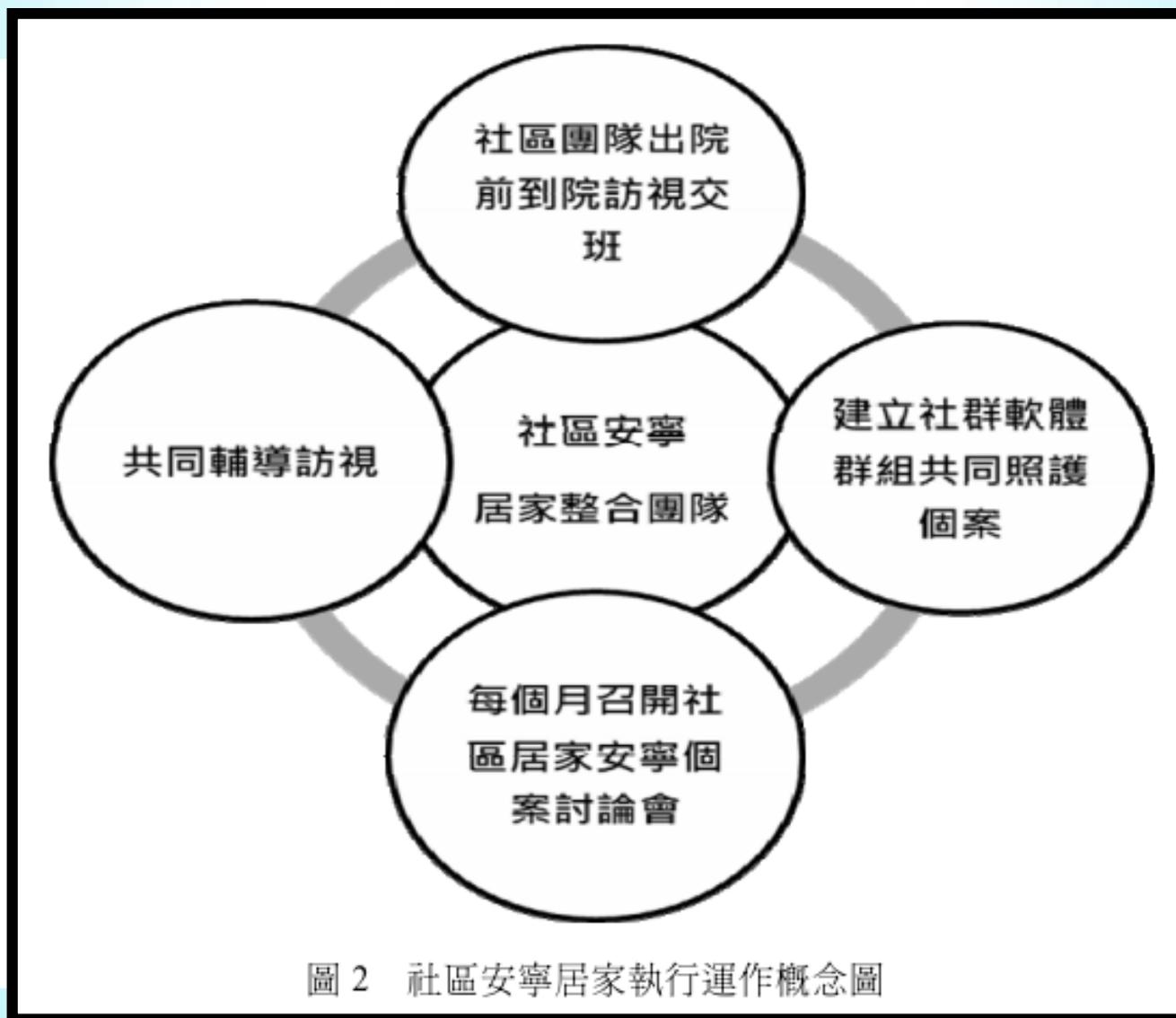
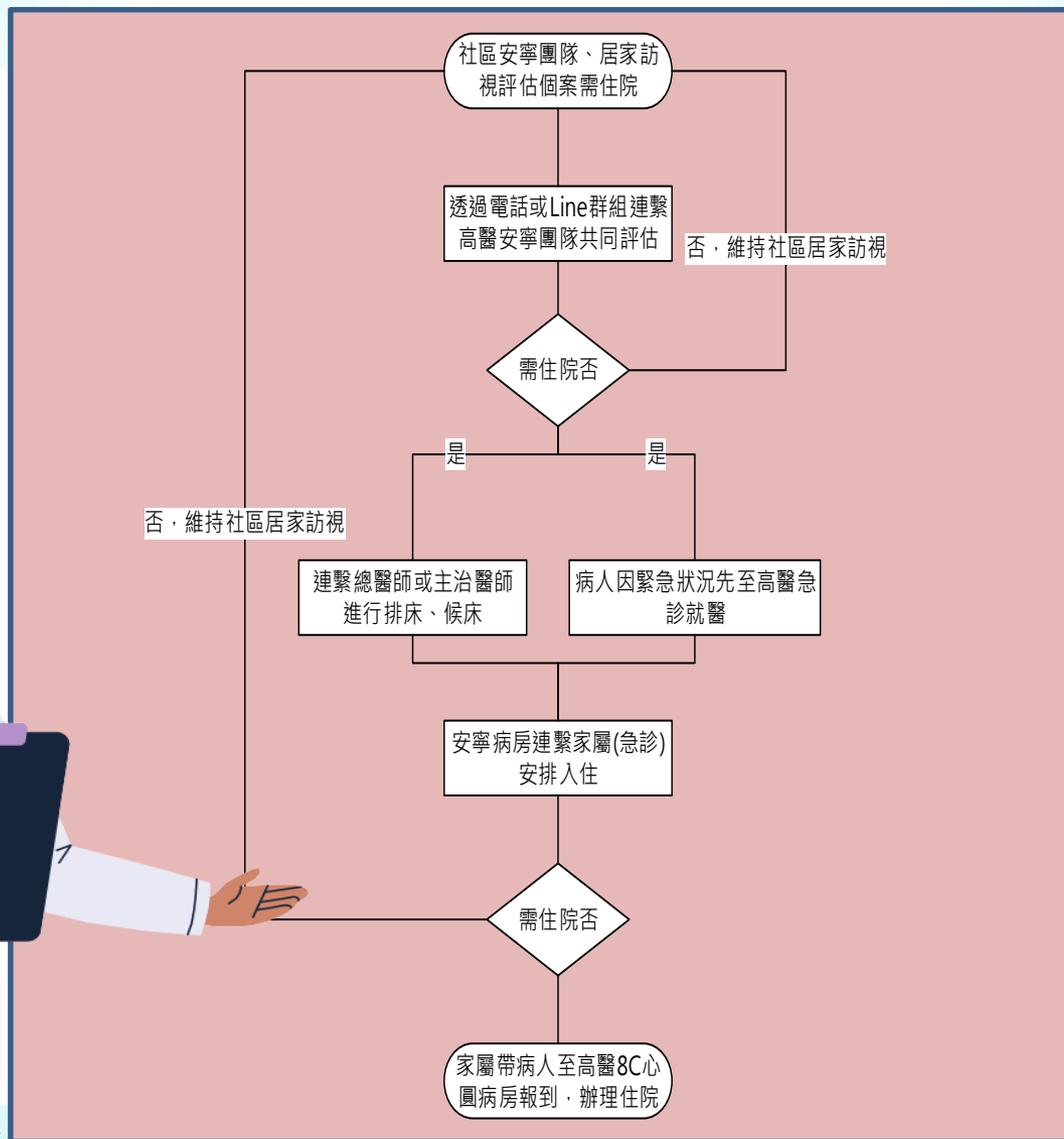


圖 2 社區安寧居家執行運作概念圖

高醫社區安寧個案住院流程圖



社區安寧展望

Cooperation
合作



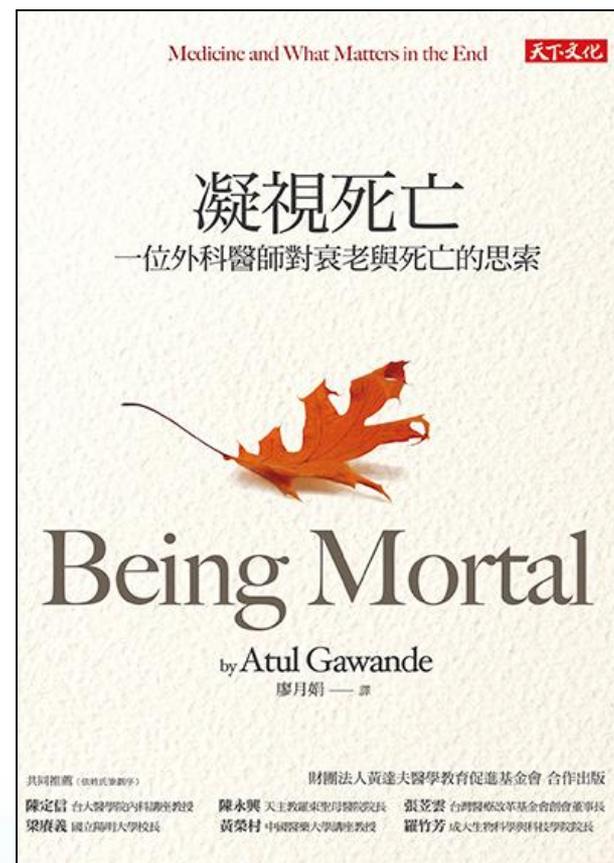
參考資料：

<http://www.clipartpanda.com/categories/cooperation-20clipart>

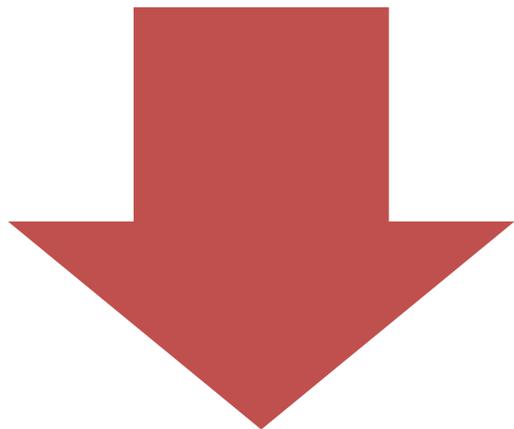
安寧緩和照護原則

- 標準醫療和安寧療護的差別不是在於治療的有無，而是優先次序的考量不同
 - 讓末期病人盡可能過得舒服一點
 - 取自凝視死亡P.210

Good quality of life



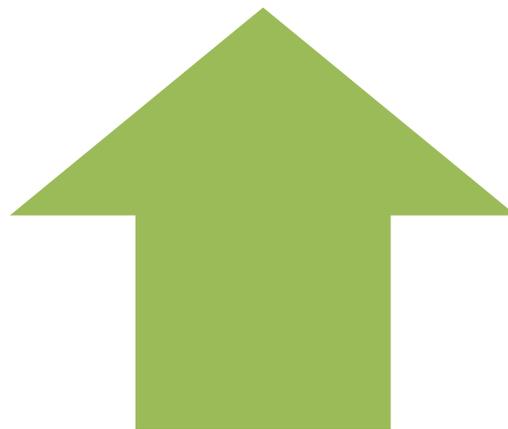
整合核心價值



生活
品質



生命



安寧四全照護

團隊合作



陪伴病人及家屬到最後一刻，以及遺族的悲傷輔導。

滿足病人身、心社會及靈性層面之需求



將主要照顧者及其家人列為照護範圍



四全照護

第五全的安寧緩和療護

全社區安寧

居家安寧

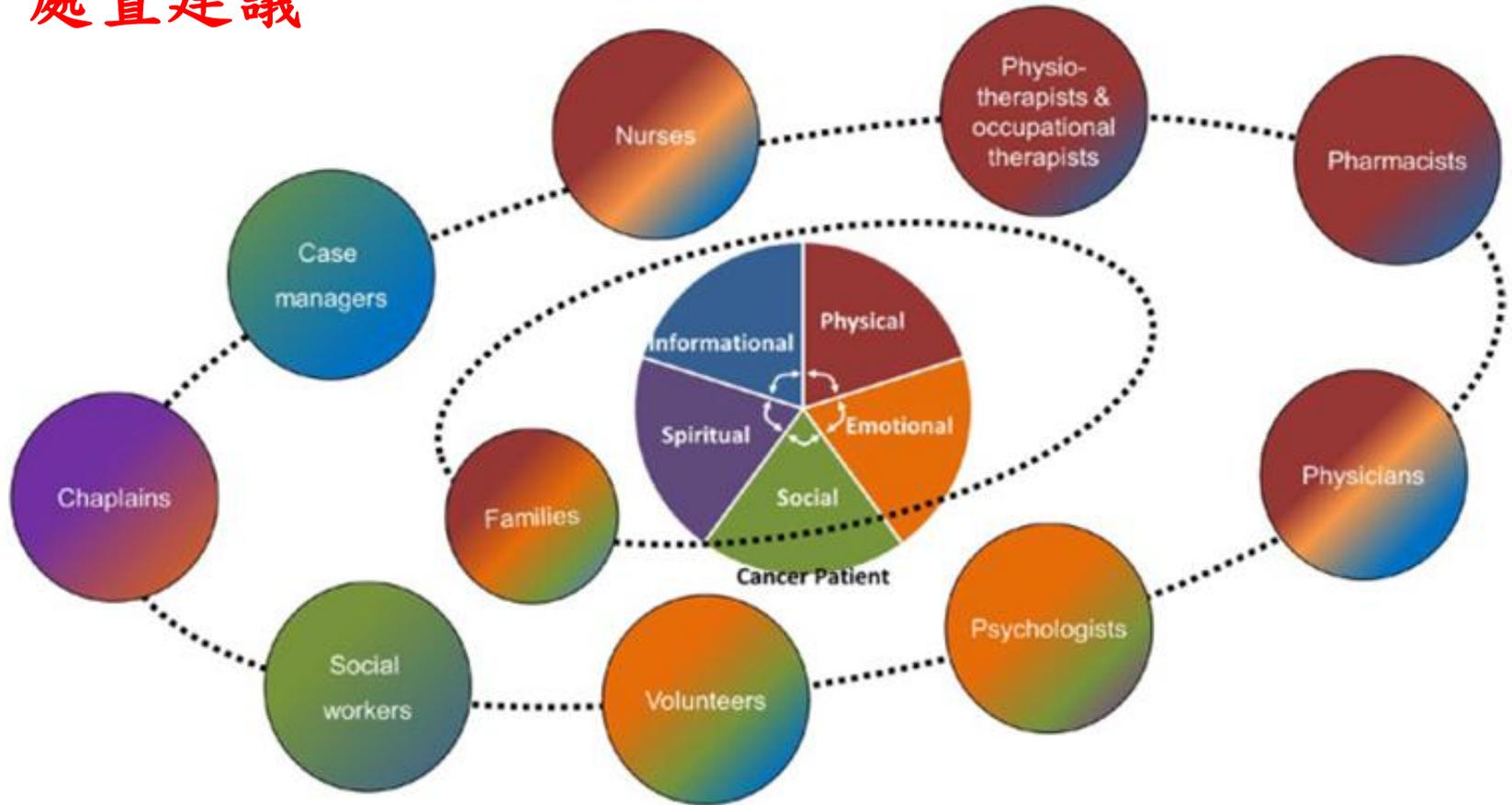
在地與社區化安寧

Multidimensional Supportive Care Needs



Interdisciplinary Palliative Care Team

處置建議



藥物

非藥物

陪伴末期病人-我能幫他做什麼

- 功能上—
提供病人日常照顧的實際協助
- 情緒上—
 - 尊重、傾聽、同理病人的反應
 - 教導情緒處理
 - 教導與家屬有效溝通的技巧
- 資訊上—
 - 提供病人及家屬需要的詳細訊息

Remember 幽谷伴行~~



圖片參考自：<http://theunboring.com/2015/02/27/just-keep-walking/>

活著，是最好的禮物！
善終，是最美的祝福！

佛教蓮花基金會



高雄醫學大學附設中和紀念醫院
Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

THANK YOU

敬

請

指

教

