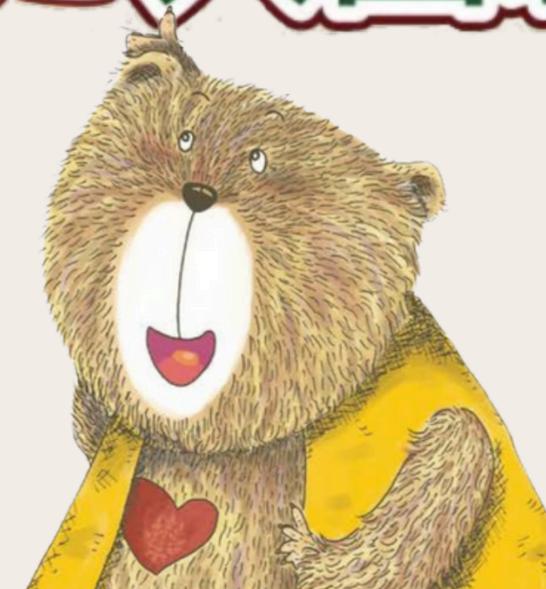


114年度善終生命教育 種子師資進階工作坊

生命自主
大富翁



114年9月19日
合勤共生健康宅(烏日館)



指導單位：衛生福利部



主辦單位：財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心
臺北市立聯合醫院



114 年度善終生命教育種子師資進階工作坊

課程簡章

一、緣起/目的

衛福部近年積極推動預立意願(善終)三法，鼓勵社會大眾及早展開善終意願思考與對話，保障民眾醫療自主與善終權益。本中心自 112 年起辦理年度「邁向善終 Yes!do 種子師資工作坊」，並與臺北市立聯合醫院合作，運用其研發之「生命自主大富翁」桌遊，增強長照及基層機構人員推廣生命善終自主理念的能力，兩年間舉辦 7 場次工作坊，累計參與人數逾 200 餘人。

114 年將辦理「善終生命教育種子師資進階工作坊」，邀請曾參與前述工作坊之學員及有志成為社區善終自主宣導者加入。本次進階課程旨在：

1. 強化學員運用生命自主大富翁桌遊進行善終三法講授與宣導的能力與信心。
2. 培訓可於投入社區據點及基層機構開展善終生命教育的種子師資群。
3. 建立善終生命教育種子師資講師資料庫，共同推動病人自主與善終意願政策。

二、指導單位：衛生福利部

三、主辦單位：財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心、 臺北市立聯合醫院

四、日期及地點：

場次	時間	地點
北部場	9/12(五)	器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心 (臺北市南港區南港路 2 段 78 號 6 樓)
中部場	9/19(五)	合勤共生健康宅(烏日館) 7 樓共生興學 (台中市烏日區大同九街 73 號)

五、課程對象：

1. 優先錄取參加過本中心 112 年及 113 年「邁向善終 Yes!do 種子師資進階工作坊」學員。
2. 服務於長照服務相關機構並完成乙類社區安寧照護教育課程，且對於善終三法有初步認識並認同立法理念，且願意成為社區善終自主宣導者。
3. 主辦單位保留審核權利。

六、報名方式：

1. 即日起受理報名，每場次名額 40 名，額滿為止。
2. 採網路報名，請至本中心教育訓練學習平台填寫報名資料，收到確認通知函方為完成報名手續。請務必填寫正確的 E-mail 及聯絡電話。
(報名網址：<https://e-learning-torsc.formosoft.com/>)
3. 報名後如無法出席，請務必於課程前五個工作日來電告知，避免影響他人及

日後報名本中心課程活動之權益。

七、課程費用：免費。

八、繼續教育積分：

本課程提供本中心安寧繼續教育時數證明；擬申請護理、社工繼續教育積分(依實際申請結果為準)，需全程參與並完成上下午簽到及簽退共4次，始得認列積分證明。

九、聯絡窗口：陳小姐 電話：02-2358-2088 分機 230

電子郵件：cnicole@tosrapc.org.tw

十、課程規劃

時 間	課程大綱	講師	
		北部場 9/12(五)	中部場 9/19(五)
09:30~10:00	報到		
10:00~10:10	開場致詞		
10:10~11:00	善終三法之法令新知與 時事脈動	東海大學 社會工作學系 葉依琳 助理教授	
11:10~12:00	在社區機構陪長者玩出 善終自主之實務分享	新北社會局 晚美人生倡導員 潘秀美	
12:00~13:00	中午用餐休息		
13:00~13:50	社區機構實務概述	臺北護理健康大學 長期照護系 李仰慈 副教授	謙信社會福利 慈善事業基金會 王敏真 主任
14:00~16:30	善終三法實境模擬演練 (含 Q&A 交流時間)	臺北市立聯合醫院 鍾文君 社工師(含 社工團隊)	
16:30~16:50	課程意見調查/後測/簽退/賦歸		

十一、注意事宜：

1. 請務必完成上午、下午之簽到、簽退共4次，並請勿遲到、早退；前述規定若未完成者，視為無全程參與，恕無法給予繼續教育積分。
2. 課程期間採小組演練討論，長時間近距離接觸，進入教室請全程配戴口罩。若課程前發現自己身體不適，請儘速就醫，並主動向本中心聯繫取消。感謝您的配合。
3. 本中心保留審核學員報名資格及本課程內容修改、變更、暫停或終止之權利；如有異動另行通知已報名者並公告本中心網站，敬請協助配合。

114年生命自主大富翁進階工作坊

善終三法之法令新知與時事脈動 安寧、病人自主與器官捐贈

時間:10:10-11:00

 北部場：9/12（五） | 器捐病主中心

 中部場：9/19（五） | 合勤共生健康宅（烏日館）

講者:東海大學 葉依琳助理教授

葉依琳 - 以生命影響生命的助人專業

現職

- 東海大學社工系助理教授
- 預立醫療照護諮商合格認證社工師
- 病主法預立醫療決定書各項說明手冊責任編輯
- 法務部更生保護會 新北分會外聘督導
- 臺北市立聯合醫院 病人自主權利法核心講師(106年先鋒1班)

學歷

- 國立臺灣大學 社會工作研究所 博士
- University of Michigan-Ann Arbor (美國密西根大學-安那堡分校) 社會工作研究所碩士
- 國立臺北大學 社會系社工組學士

經歷

- 臺北市立聯合醫院 人文創新書院-病主法推動小組組長
- 臺北市立聯合醫院 社會工作室 副主任(卸任)
- 104-105年衛生福利部「建構『預立醫療照顧計畫』實務運作模式研究計畫」
- 106年衛福部推廣病人自主權利法計畫-全國ACP試辦規劃/主責窗口
- 106-107年度「建置病人自主權利法相關配套機制」子法草案與教育訓練配套計畫主責窗口
- 國立台灣大學社會工作兼任助理教授
- 台北市立萬芳醫院公關室組長(醫療爭議)/社工室組長(安寧社工師)
- 洛杉磯聖蓋博日間照護中心(ADHC)MSW(長期照護)
- Home of New Vision, 藥酒癮中心 MSW Intern (物質濫用)
- 台北市婦女救援基金會婚暴社工師(家庭暴力)
- 台北縣市家庭暴力暨性侵害防治中心家暴社工師(性侵害/兒童保護)
- Shelter for DV survivors and children, Volunteer Counselor





2019-至今

病主法上路

預立醫療照護諮商 社工師



2022-迄今

東海大學 專任助理教授
居家/在宅醫療 社工師
在宅醫療學會秘書長

東海大學 在宅醫士

課程大綱

前言

一、器官捐贈的迷思

- 器官捐贈的簡介與發展/國家政策與我國現況/流程與展望

二、安寧緩和的脈動

- 安寧緩和醫療的現狀/我國安寧發展現狀/社區安寧與實務

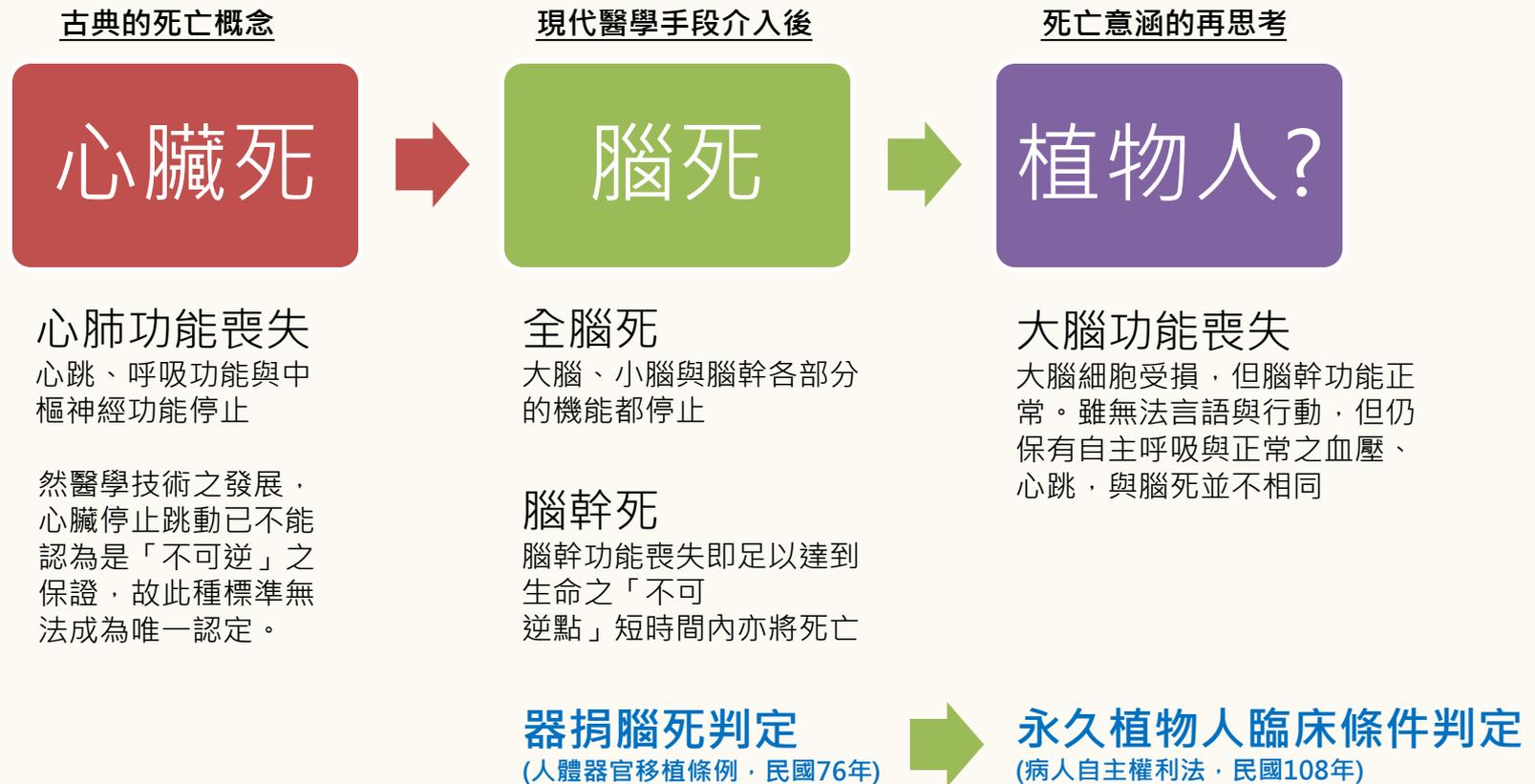
三、病主法修法方向

- 病人自主權利法核心精神/認識ACP與AD/與安寧之比較

四、常見Q&A

回顧-從器官捐贈到病主法

● 死亡判定隨醫療科技進步而改變



回顧-三部法律起源

1984.03.22
陳肇隆醫師完成第一例器官移植手術

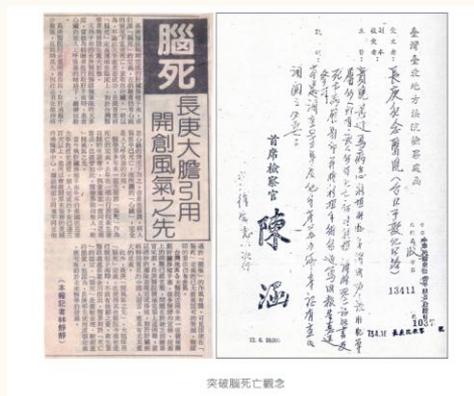
2014年10月1日
「人體器官移植分配及管理辦法」新制上路，死後器官捐者可嘉惠三親等

2000.06.07
《安寧緩和醫療條例》施行

1987.06.19
政府公布《人體器官移植條例》

2013年
《安寧緩和醫療條例》
修法，最近親屬一人簽署同意書即可撤除維生醫療

2016.01.06
公告《病人自主權利法》
2019年施行



一、器官捐贈的迷思

「車模界林志玲」拔管閨密跪求家屬再救 律師批噁心：變植物人你們要照顧？

鏡 | 娛樂

文 | 徐文鴻

f | 贊助本文 加入訂閱會員

閨密 昏迷 巴毛律師 植物人 牛奶針 車模 臉書 拔管



1.器官捐贈 2.安寧緩和 2.病人自主權利法

「車模界林志玲」打牛奶針昏迷19天！
今拔管不治

律師批:變植物人妳們要照顧?

「車模界林志玲」先前在診所施打牛奶針後昏迷19天，12日家屬忍痛拔管，但其閨密團卻在網路指控家屬急著變賣房產及名牌包，才做出拔管決定。

拒幫同學做功課遭毒打

13歲少年慘變植物人腦死

請問大家以上紅字部份，
可能有哪些錯誤迷思!?

澄清一:什麼是腦死？與植物人有何不同？

腦死即是指腦幹死亡

當腦幹遭受永久性、無法復原的傷害，病人的生命已經到達「不回歸點」，即沒有復活的希望，即使腦死患者當下能夠依靠維生設施或藥物維持呼吸、心跳與血壓，但只要維生系統撤除後便無法自行呼吸。即使不撤除維生系統，腦死者也將在2至4週內死亡。

植物人則是大腦因損傷導致喪失認知功能。

對外界無法產生回饋，但腦幹並未受損，因此有些植物人無須維生設備，仍能自主呼吸、維持心跳，**植物人是不可以捐贈器官。**

獨家 / 北部醫院爆器捐爭議！心跳未停就上手術台 法醫怒斥違法逼相驗

2025-06-09 19:35 / 作者 游騰傑



北部某醫院今年5月間爆出疑似違反器官捐贈程序的爭議。媒體接獲投訴指出，一名因車禍重傷的患者，還在裝葉克膜的情況，心臟還在跳動，院方便緊急通知檢察官與法醫到場，要求立即啟動死亡相驗程序，甚至將患者移至手術台，準備進行器官摘除。此舉引發在場檢察官與法醫不滿，認為此案依法應暫停器官捐贈作業。

投訴者指出，院方為加快器官摘除流程，曾向檢警人員表示「如果腎臟無法及時摘取，院內受贈者將無器官可用」，試圖施壓加速死亡判定流程，進一步引發法醫質疑其行為違反醫療倫理與法定程序，不過在檢察官與法醫堅持下，最後仍依現行器官捐贈程序進行。對於投訴者指控，該醫院至截稿前為止，並未做出回應。



台灣活摘器官!?



icu醫生陳志金

6月12日 · 🌐

「心跳未停就摘器官？」

「醫院爆心跳未停活摘器官」

這樣的新聞標題，無論有沒有加上問號，對於台灣的移植團隊和捐贈者家屬，都會產生巨大的傷害！而且，顯示下標題的人，對移植的不瞭解！

前兩天的新聞標題是：

「北部醫院爆器捐爭議！心跳未停就上手術台，法醫怒斥違法逼相驗」

「疑違器捐程序！"心還在跳"北部醫院遭爆施壓相驗，衛生局要查了」

還沒有看內容之前，我大概猜到是醫療團隊的「求好心切」，可能沒有被法醫所理解，中間存在著某種程度的「認知」落差！

台灣會不會出現「活摘器官」？

「活摘器官」是指沒有依法經過判定程序、非自願的被取下器官，就我所知，在台灣是不可能發生的！台灣的醫院無論是自律還是外部約束，都非常的嚴謹！請媒體不要下這樣的標題！

在台灣，要做「大愛器官捐贈」，必須確認病人「已經死亡」，才能摘取器官！無論是「腦死」「腦死器官捐贈(Donation after Brain Death, DBD)」或是「心跳停止」「心臟停止死亡後器官捐贈(Donation after Cardiac Death, DCD)」。

「腦死」判定後的器官捐贈，在取下心臟前，捐贈者的心跳的確是還在跳動的，但是，因為腦死的人是不會活的，所以，在腦死判定後，取下器官，我們不會稱之為「活摘器官」！

至於「心臟停止死亡後器官捐贈(DCD)」，則是要等到心跳停止後五分鐘，經確認未再出現收縮性血壓或心搏性心率，才能宣布死亡，開始取器官。根本也不會有新聞標題上說的「活摘器官」的情事，這樣的指控，真的很不應該！

「心臟停止死亡後器官捐贈(Donation after Cardiac Death, DCD)」實務上的做法，為了減少心臟停止後，各個捐贈器官的「缺血」時間，團隊有可能會先進行許多「前置作業」，包括：把捐贈者連同葉克膜，先移到手術室，甚至搬上手術台、先鋪上無菌單、消毒好...，等所有的作業準備好，再「撤除維生的葉克膜」。

澄清二: 器捐不就是腦死? 什麼是心跳死?

擔任安寧共照師時當時無解的疑問與遺憾...

林先生62歲，一名國中理化老師，是個溫暖的長者病人。在罹患末期肝癌、長期進出加護病房後，家人說他曾經表達：「如果我走了，心臟、腎臟、眼角膜能用，就把它們捐出去吧。讓我在別人身上繼續活著。」太太與孩子們雖然不捨但也答應。當時病情惡化後，我們與家屬討論撤除維生醫療。家人再一次提出林伯伯的遺願，希望在他生命終點仍能造福他人。然而在當時醫師只能解釋：

法規僅允許腦死捐贈，但末期病人是心跳停止，死後器官也無法使用，抱歉無法幫林伯伯完成願望。

直到.....

2017年12月26日衛生福利部正式發布「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，也就是DCD作業指引，標誌著「心跳死器捐」制度化正式落地。

澄清一：器捐不就是腦死？什麼是心跳死？

器捐流程可分為

腦死器官捐贈

• (Donation after Brain Death · DBD)

- 先插管觀察12小時
- 由2位具腦死判定資格的醫師執行首次腦死判定
- 相隔至少4小時後再由2位醫師執行第二次腦死判定
- 通過後才能夠視器官功能與家屬、捐贈者意願器捐。

心臟停止死亡後器官捐贈

• (Donation After Cardiac Death · DCD)

- 出具不施行心肺復甦術 (DNR) 或維生醫療的意願書或同意書
- 死後器捐同意書等文件，並同意撤除維生醫療
- 捐贈者心跳停止後再等候觀察5分鐘，若病人在這5分鐘內未重新出現心跳，醫師就會宣布捐贈者死亡，並開始執行器官摘取作業

● 心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引 讓末期病人 大愛精神永留傳

- 資料來源：醫事司
 - 建檔日期：106-12-29
 - 更新時間：106-12-29
- ### Donation after Circulatory Death (DCD)



為改善國內器官供需失衡的困境，縮短民眾器官移植之等待期，衛生福利部於106年12月26日發布「心臟停止死亡後器官捐贈作業參考指引」，供全國醫療機構作為施行之參考，未來「腦死捐贈」及「心死捐贈」並列為大體器官捐贈來源，是國內器官捐贈發展重要里程碑。本指引適用符合安寧緩和醫療條例中的末期病人，其同意撤除維生醫療且願意器官捐者，在心跳停止5分鐘後可施行無心跳器捐。

衛福部表示，本指引以尊重末期病人之自主權及善終為前提，醫療團隊應在施行前向病人或家屬完整說明作業流程及病人可能之反應。為避免外界不必要之疑慮，執行器官摘取手術及器官移植手術之醫師不得參與病人維生醫療之撤除及死亡判定；且病人原先醫療過程中未使用體外循環機器者，醫療團隊不得為「維持捐贈器官之功能」而另行裝置該機器。

衛福部表示，撤除維生醫療之病人，於其心跳自然停止（即體循環停止）後，應有5分鐘之等候觀察期；在此觀察期間，醫療團隊不得執行任何醫療行為，待確認未再出現收縮性血壓或心搏性心率，由主治醫師宣布死亡後，始得進行器官摘取及移植作業。心死捐贈之器官，仍須依人體器官移植條例規定進行分配，並可依照腦死捐贈採部分器官指定捐贈。

DCD器捐基本條件

末期病人身份

符合安寧緩和醫療條例第三條第二款之末期病人，並出具不施行心肺復甦術或維生醫療之意願書或同意書。

器官捐贈同意

具備人體器官移植條例第六條第一項所定死後器官捐贈同意書，確保捐贈意願明確且合法。

這兩項條件必須**同時**符合，確保器官捐贈程序的合法性與倫理性。醫療團隊應仔細核實所有文件的完整性與有效性。

臨床評估與通報程序

01 條件評估

臨床醫事人員識別符合捐贈條件之病人，進行初步評估。

02 團隊通報

立即通報醫院器官捐贈團隊，啟動專業評估程序。

03 法醫排除

確認病人非病死或可疑非病死者，否則應停止器官捐贈作業。



執行器官摘取手術及移植手術之醫師不得參與撤除維生醫療過程，亦不得進行死亡判定。

<心臟停止死亡後器捐DCD指引>

醫院器官捐贈團隊



專業醫師

負責醫療評估、程序執行與專業判斷，確保整個過程符合醫療標準。



社會工作人員

提供家屬心理支持與哀傷撫慰，協助處理相關社會服務事宜。



臨床協調人員

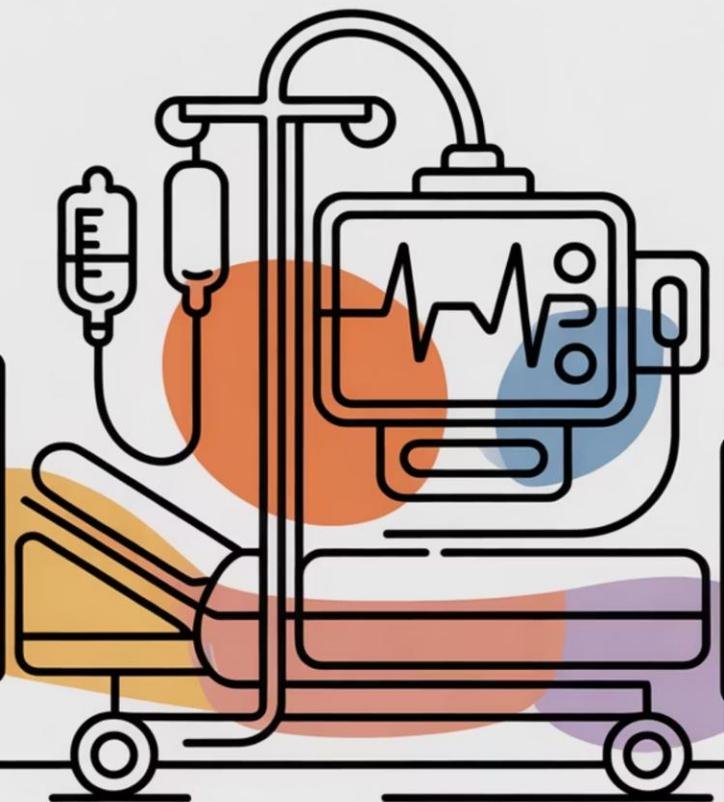
協調各項作業流程，與家屬溝通，確保程序順利進行。



相關醫事人員

包括護理師、檢驗師等專業人員，共同執行器官捐贈勸募與評估工作。

醫療程序與藥物管理



1 家屬說明

醫療團隊應向家屬完整說明器官捐贈之作業流程及病人可能之反應，確保充分理解。

2 藥物給予

為減少病人不適及維持器官功能，可給予鎮靜、止痛或抗凝血劑等必要藥物。

3 設備限制

原先未使用體外循環機器者，不得為維持捐贈器官功能而另行裝置該機器。

臨床協調人員應將捐贈者疾病史、血液生化檢驗結果傳送至器官捐贈移植登錄中心及受贈醫院，檢驗項目包括血型及各項感染指標。

關鍵時間與程序

1 溫缺血開始

記錄收縮動脈壓降至50mmHg之時間，器官開始進入溫缺血狀態。超過120分鐘則不適合繼續捐贈。

3 死亡宣判

確認未再出現收縮性血壓或心搏性心率後，由主治醫師宣布死亡，始得進行器官摘取。

5 家屬關懷

臨床協調人員陪同器官摘取團隊向家屬致意，包括自我介紹及致謝，提供適切的心理支持。

1

2

3

4

5

心跳停止

體循環停止後，必須有5分鐘等候觀察期，期間不得執行任何醫療行為。

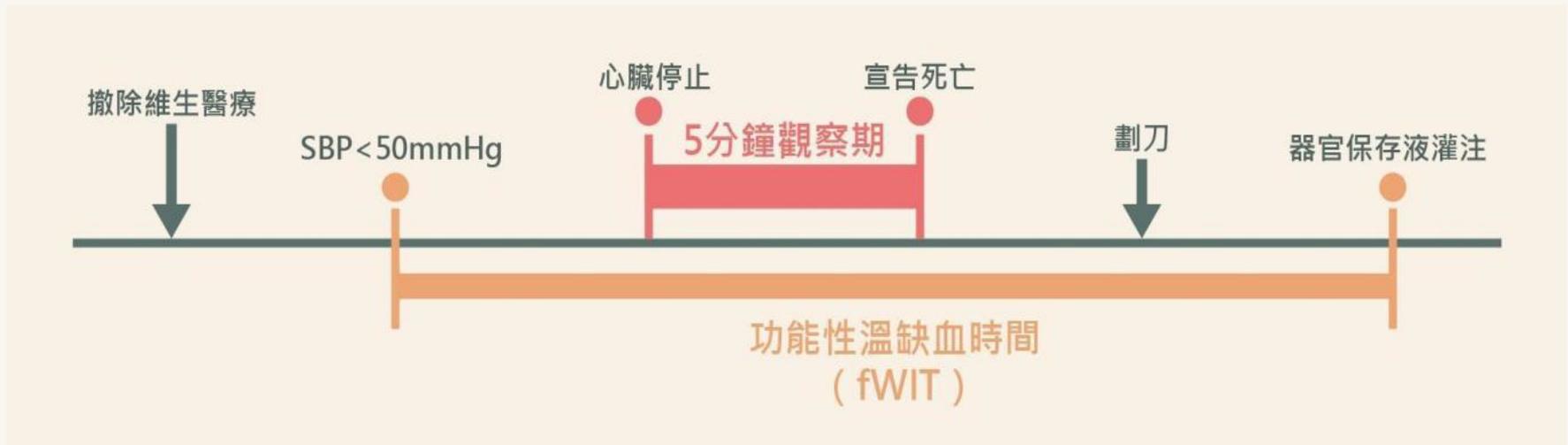
器官保存

死亡宣判後，可依專業判斷給予低溫設備或灌流系統等處置措施，維持捐贈器官可用性。



醫療團隊應於病歷中詳實記錄撤除維生醫療、溫缺血開始、血氧濃度變化、體循環停止、等候觀察期及死亡宣判等所有關鍵時間點。器官摘取手術後，應進行遺體傷口縫合，以皮下縫合為原則，儘力維護美觀。於遺體移出手術室前，應確認完成遺體護理作業，並由手術室內最高職位者率領醫療團隊向捐贈者及家屬致意，展現對生命的最高敬意。

為何該捐贈者不採腦死捐贈流程？



法定腦死判定流程包含無自主呼吸測試，需要讓病人忍受10分鐘無法呼吸的嚴苛試驗。測試包含灌注純氧10分鐘，再給予95%氧氣與5%二氧化碳混合氣體5分鐘。

血壓下降風險

測試過程中病人血壓會下降，心肺功能不佳者無法熬過流程

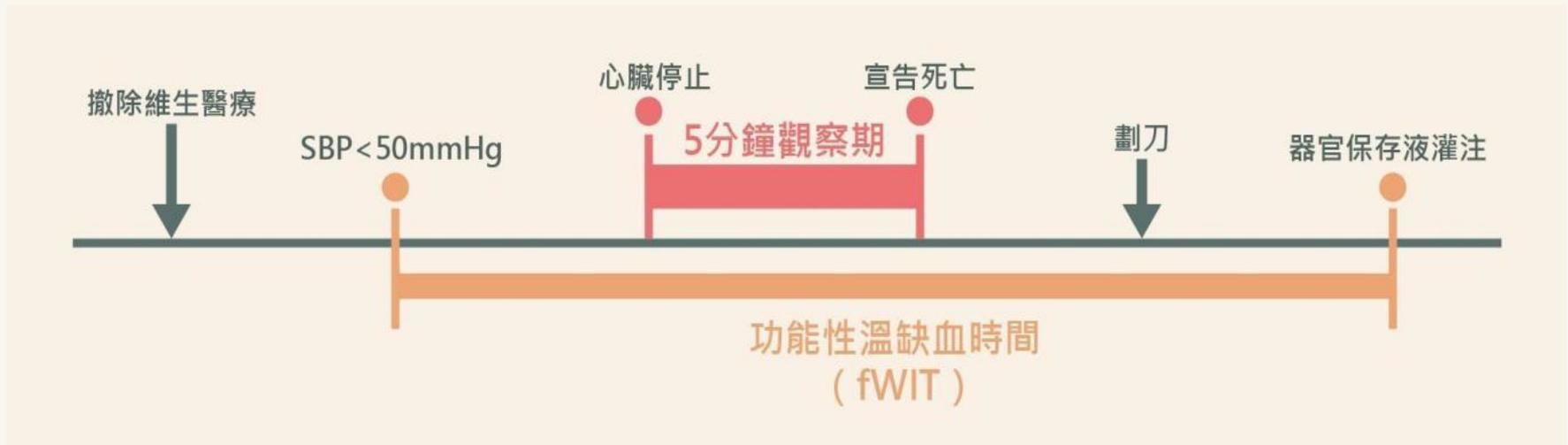
個案情況

病人即使裝上葉克膜，血壓仍不穩定，執行腦死判定會立即死亡

流程選擇

家屬表達器捐意願後，院方決定採取DCD流程

為何該捐贈者不採腦死捐贈流程？



法定腦死判定流程包含無自主呼吸測試，需要讓病人忍受10分鐘無法呼吸的嚴苛試驗。測試包含灌注純氧10分鐘，再給予95%氧氣與5%二氧化碳混合氣體5分鐘。

血壓下降風險

測試過程中病人血壓會下降，心肺功能不佳者無法熬過流程

個案情況

病人即使裝上葉克膜，血壓仍不穩定，執行腦死判定會立即死亡

流程選擇

家屬表達器捐意願後，院方決定採取DCD流程

為何檢察官到場時捐贈者仍未撤除維生設備？

符合法律規範

- 該捐贈者為車禍自撞瀕死，依法屬於意外死亡，須經檢察官相驗後才能器捐。院方事先通知檢察官與法醫到場，待檢察官確認家屬意願與了解流程後，才會進行撤管
- 檢察官開立屍體相驗書後，動刀摘除器官。

DCD捐贈特殊性

- DCD流程緊湊、需盡快縮短溫缺血時長有關，「如果執行撤管的地方離開刀房非常遠，就會導致要摘取、捐贈的器官產生比較嚴重的受損。」
- 會經歷較長的溫缺血時間，導致器官損傷程度較大

不同器官可承受的功能性溫缺血時間



120分鐘



30分鐘



60分鐘

死後捐贈原則

死後捐贈條件

不論心死或腦死器捐，捐贈者在被實際動刀前都必須符合「死亡後捐贈條件」(Dead donor rule)

器官摘取非死因

確認器官摘取不是造成捐贈者死亡的原因，維護醫療倫理

溝通改善

爭議事件反映溝通不完善，需召開專家會議與法務機關取得共識

器官捐贈需要醫療專業與法律程序的完美配合，確保每個環節都符合倫理與法規要求。



器官捐贈流程





預立醫療決定



安寧緩和醫療



器官捐贈

即時統計

預立醫療決定意願總計 **115355**

今年預立醫療決定意願統計 **21374**

預立同意安寧意願註記總計 **1085714**

今年預立同意安寧意願註記統計 **53449**

同意器官捐贈總計 **671929**

今年同意器官捐贈統計 **27866**

2024年—健保卡線上簽署改版推動器官捐贈普及新契機



衛生福利部 Ministry of Health and Welfare.R.O.C.
預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統

首頁 | 網站導覽 | 常見問

意願簽署)

民眾會員專區)

簽署資訊 ▾

政策與法令 ▾

意願簽署

意願查詢

統計專區

現在位置：首頁 / 意願簽署

意願
簽署

簽署
體驗



衛生福利部 Ministry of Health and Welfare.R.O.C.
預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統

首頁

意願簽署)



簽署資訊 ▾

政策與法令 ▾

意願簽署

意願查詢

現在位置：首頁 / 簽署體驗 / 插入健保卡驗證

您好，歡迎使用本系統簽署體驗「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」、「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇撤回聲明書」、「器官捐贈同意書」、「器官捐贈意願撤回聲明書」等等意願表達，請備妥您個人「健保卡」進行以下操作。

- 首先提醒您於本網站「政策與法令」認識與瞭解各項意願表達之相關條例或施行細則。
- 若考量僅持有個人「健保卡」，請備妥您個人「健保卡」，並安裝執行憑證元件。
- 提醒您進入簽署意願頁面填入完成後點選[確認送出]時，系統訊息將提醒您進行意願書下載，並本人簽署後請將聲明書寄回：衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組（10049台北市中正區紹興北街5號8樓號）辦理註記作業。
- 若您未有加入本系統會員，建議可透過「意願簽署」>「意願簽署」並透過「健保卡卡號」進行多因子身分核實等流程，通過後可透過系統帳號、密碼成功登入系統，進而進行線上簽署等操作。

使用健保卡

二、安寧緩和醫療的脈動

如果我們生了病...

先求治癒(cure)



如果不能治癒，至少要能夠控制(control)

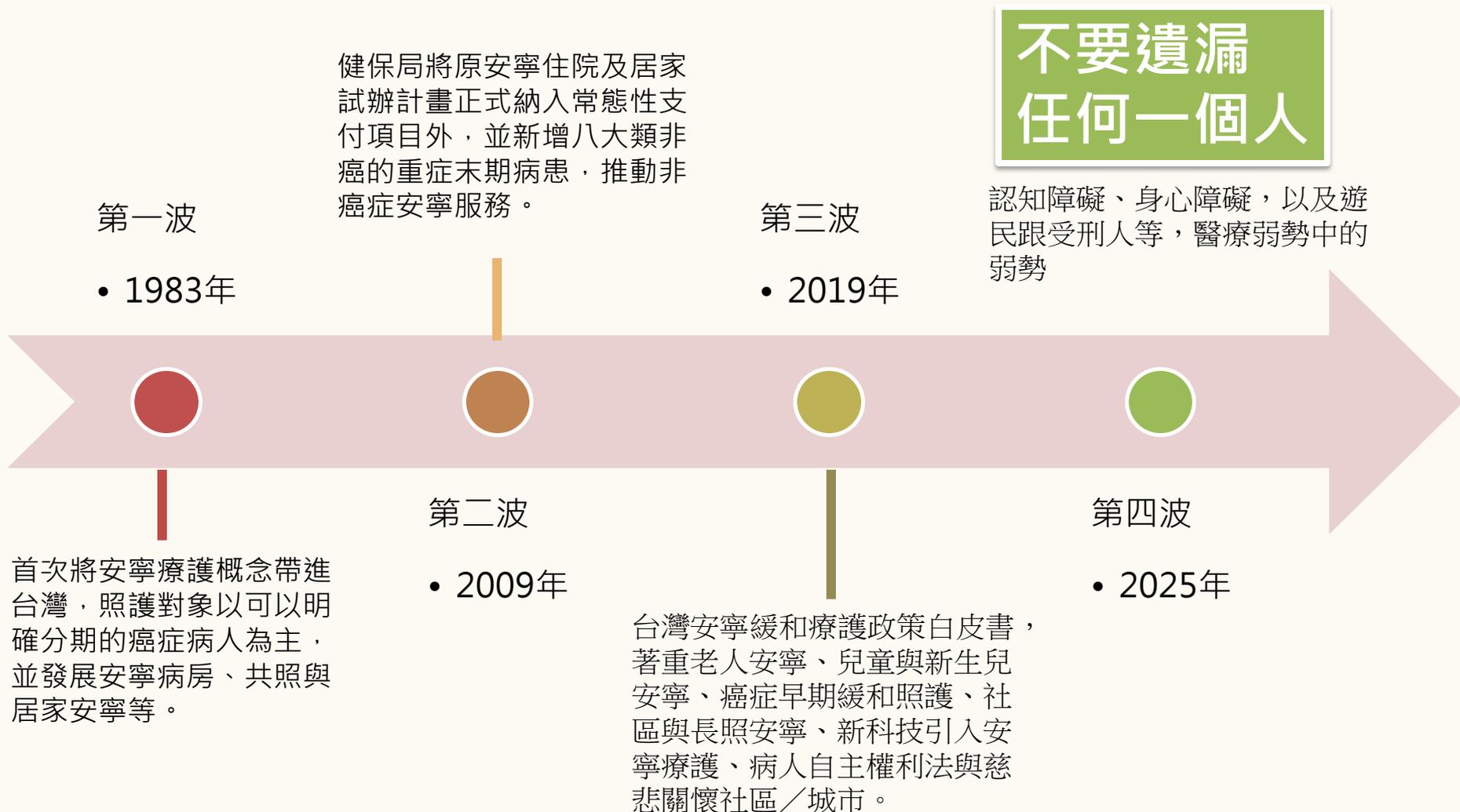


如果不能夠控制，至少要過得舒服(comfort)



若死亡已不可避免，那就選擇
尊嚴地(dignity)離開

台灣安寧緩和療護的浪潮



過去:健保疾病導向的末期病人定義

1. 癌症末期病患
2. 末期運動神經元病患
3. 下列疾病, 且已進入末期狀態者
 - ① 老年期及初老期器質性精神病態
 - ② 其他大腦變質
 - ③ 心臟衰竭
 - ④ 慢性氣道阻塞
 - ⑤ 肺部其他疾病
 - ⑥ 慢性肝病及肝硬化
 - ⑦ 急性腎衰竭
 - ⑧ 慢性腎衰竭及腎衰竭

現在:健保111年6月新增安寧療護對象

- 末期骨髓增生不良症候群(MDS):D46
- 末期衰弱老人:R54
- 符合病人自主權利法第十四條第一項二款至第五款所列臨床條件者
- 罕見疾病或其他預估生命受限者

生命末期照護
不應受到
疾病/年齡/健保的限制

生命末期怎麼判定？

- ✓ 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。

近期？並未明確規定。

臨床實務或保險給付理賠以**6個月**為原則。

生命末期？

如果病人在未來半年或一年內死亡，你是否會感到驚訝？

如果答案為**否**，那意味著病人需要啟動**生命末期**照護溝通

社區裡觀察長者衰弱指數與緩和需求

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>		

SPICT

Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) 2017 - Taiwan Version

支持性及緩和療護指標工具-2017 台灣版 (SPICT-TW™)

SPICT 支持性及緩和療護指標工具是一份指南，可以用來辨識健康狀況正在惡化的病人，並協助評估了解這些病人是否有未被滿足的支持性及緩和療護需求。擬定照護計畫。

第一步驟：尋找健康狀況正在惡化的一般指標

0101. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	非預期性的住院。	Change in Health Status 健康狀況改變
0102. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	病人的一般日常功能狀況不佳或是惡化中（例如，一半以上時間臥床或限制於椅子上），且不太可能有回復的可能。	Increase of Care Needs 照顧需求增加
0103. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	病人因為身體或心理的健康問題，大部分時間都需依賴他人的照顧。	Change in Health Status 健康狀況改變
0104. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	病人的照護者需要更多的協助與支持。	Increase of Care Needs 照顧需求增加
0105. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	過去幾個月病人出現明顯的體重減輕，或是本身體重就過輕。	Change in Health Status 健康狀況改變
0106. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	在原有的疾病已接受最佳的治療下，病人還是持續出現棘手麻煩的症狀。	Burden of illness 疾病造成負擔
0107. 0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	病人（或家屬）要求支持性及緩和性的照護模式，或是病人要求減少、停止或不進行治療，或希望著重在病人生活品質。	Burden of illness 疾病造成負擔

第二步驟：針對下列各項威脅生命的重大疾病，篩選病人是否出現一項以上的臨床指標

SPICT - 陳炳仁醫師翻譯

0 無 1 有 | 行治療，或仰至有里仕納八生治四貝

第二步驟：針對下列各項威脅生命的重大疾病，篩選病人是否出現一項以上的臨床指標

癌症	0208.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	因進展中的癌症轉移導致日常功能惡化。	0222.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	嚴重慢性肺病，在兩人的
	0209.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	因病人太虛弱而無法接受抗癌治療，或是治療目標已轉為症狀控制。	0223.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	長期缺氧而需要長時間的氧氣

- 因進展中的癌症轉移導致日常功能惡化
- 因病人太虛弱而無法接受抗癌治療，或是治療目標已轉為症狀控制

失智症 / 衰弱	0210.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	在無人幫助下，無法自行完成穿衣、走路或進食。	0224.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	因呼吸衰竭需要呼吸器治療，或是病人因禁忌無法接受呼吸器治療。
	0211.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	有吞嚥出現困難，進食喝水越來越少。	0225.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	慢性腎臟病 (eGFR 小於 30ml/min)，健康
	0212.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	出現尿失禁或排便失禁問題。	0226.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	腎衰竭併發其他威脅生命的狀況或維生治療。
	0213.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	有不再有能力使用口語來表達溝通，社交互動變得很少。	0227.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	停止或不打算開始腎臟透析治療。
	0214.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	大腿骨骨折或者是常常跌倒。	0228.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	反覆發燒或是感染，發生吸入性肺炎。
	0215.0 <input type="checkbox"/> 無 1 <input type="checkbox"/> 有	反覆發燒或是感染，發生吸入性肺炎。		

- 在無人幫助下，無法自行完成穿衣、走路或進食。
- 有吞嚥出現困難，進食喝水越來越少。
- 出現尿失禁或排便失禁問題。
- 有不再有能力使用口語來表達溝通，社交互動變得很少。
- 大腿骨骨折或者是常常跌倒。
- 反覆發燒或是感染，發生吸入性肺炎。

- 雖然已經提供最佳治療，仍出現身體和認知功能的進行性惡化。
- 因為說話困難，增加了溝通的困難，或愈來愈嚴重的吞嚥困難。
- 反覆出現吸入性肺炎，呼吸困難或是呼吸衰竭。
- 中風後長期癱瘓使得生理功能明顯喪失且持續失能。

神經性
疾病

0216.0 無 有 雖然已經提供最佳治療，仍出現身體和認知功能的進行性惡化。

0217.0 無 有 因為說話困難，增加了溝通的困難，或愈來愈嚴重的吞嚥困難。

0218.0 無 有 反覆出現吸入性肺炎，呼吸困難或者是呼吸衰竭。

0219.0 無 有 中風後長期癱瘓使得生理功能明顯喪失且持續失能。

其他

0220.0 無 有 無法進行肝臟移植的病人。

0221.0 無 有 病情惡化及存在死亡風險之不可逆的其他症狀或合併症；任何可能的治療方式其癒後都不佳。

心
血
管

0220.0 無 有 心衰竭或者是有嚴重難以治療的冠狀動脈疾病，導致在休息或少量活動時，仍出現呼吸困難和胸痛。

0221.0 無 有 罹患嚴重無法手術的週邊血管疾病。

第三步

- 心衰竭或者是有嚴重難以治療的冠狀動脈疾病，導致在休息或少量活動時，仍出現呼吸困難和胸痛。
- 有嚴重無法手術的週邊血管疾病。

如何建議家庭尋求安寧緩和資源



社區共老的最後一哩路——在宅醫療

「在地整體照顧系統」 (地域包括ケアシステム)

「創造能夠包容所有人共同居住、找到生存價值的社區，包括小孩、老人、身障者等。不分誰是幫助者、誰是被幫助者，而是社區中所有住民都扮演著某一些腳色，互相扶持，同時也能夠活出自己。」

為了創造出這樣的共生社區，公部門的服務也必須共同投入，民間營利、非營利組織都能一起加入，創造出地方的生活文化。」

慈悲關懷社區 (Compassionate Community)

生命末期照護及面臨喪親問題，可透過街坊鄰居相互支持，以彌補人口快速老化和民眾從急性醫療到社區照護的不足。

以衰弱者/病人為主體，形成向外擴散的支持體系，最終整個社區的支持網絡都可互相給予支持，讓每一個人，都能做一個有能力幫助別人的人，打造一個有溫度的環境，再造「厝邊頭尾互相疼惜」風情。

熟悉的地方安老、每個人都最後一刻都能仍是自己喜歡的樣子
社區具有死亡識能，開啟討論、擁有陪伴瀕死的能力

安寧療護照護種類

醫院安寧

安寧病房

於安寧病房由安寧專責團隊提供照護

安寧共照

由安寧團隊與原醫療團隊共同照護

社區安寧

居家安寧

安寧團隊定期至家中訪視，提供安寧緩和醫療服務

機構安寧

安寧團隊定期至機構訪視，提供安寧緩和醫療服務

從居家醫療整合計畫作為起點



S1
居家醫療

- 1. 醫師訪視
- 2. 處方、給藥
- 3. 檢驗檢查
- 3-1 治療處置

S2
重度居家醫療

- 4. 護理訪視、5. RT訪視(呼吸依賴)
- 6. 其他專業訪視(呼吸依賴)
- 7. 呼吸器(呼吸依賴)
- 8. 安寧緩和諮詢

照護對象限居家於**住家**(不含照護機構)，且經醫師評估有**明確醫療需求**，因**失能或疾病特性**致外出就醫不便者

S3
安寧醫療

- 9. 臨終訪視
- 10. 病患自控式止痛



提供以人為中心、全生命歷程的照護服務



家庭醫師計畫

疾病治療與控制

- 定期追蹤
- 用藥處方、指導
- 轉診、轉檢
- 緊急諮詢

預防保健

- 疫苗接種
- 疾病篩檢
- 衛生教育

生活習慣介入

- 營養諮詢
- 運動、健康促進
- 自我健康管理



論質計酬計畫(P4P)



- 住院PAC
- 居家PAC



- 居家照護
- 一般居家醫療
- 重度居家醫療
- 安寧居家醫療
- 在宅急症照護(113.07.01-)

- 住院安寧
- 安寧共照
- 居家安寧

長照機構醫療服務

- 巡迴診療
- 機構安寧療護
- 減少就醫獎勵方案
- 在宅急症照護(113.07.01-)

在宅急症照護模式 實現在地老化目標

目的

- ▶ 提供住院的替代服務，增加醫療體系韌性
- ▶ 減少居家失能或機構住民因急症往返醫院
- ▶ 強化各層級醫療院所垂直轉銜合作

病人參與

- ▶ 尊重病人在家接受治療的意願
- ▶ 減少病人及家屬往返醫院與照顧負擔
- ▶ 降低住院期間交叉感染的風險

傳統住院

個案發生急性問題

急診

ER

住院



出院

出院計畫

在宅急症照護

個案發生急性問題

服務場域

模式A
居家醫療個案

模式B
照護機構住民

模式C
非居家/照護機構之急診個案

適應症

肺炎

尿路感染

軟組織感染

在宅急症
照護小組



經評估後需
住院治療

在宅急症照護



結案

回歸居家醫療持續照護
或門診追蹤

經評估後
返家治療

在宅急症照護小組
提供服務

照護團隊
服務內容

綠色通道
後送醫院

遠距醫療
遠端監測

24小時
急診服務

協助連結
長照資源

感染急症
照護團隊



收案對象

經醫師評估為**肺炎、尿路感染、軟組織感染**，應住院治療但適合在宅接受照護者且須符合下列條件：

模式A
居家個案



1. 居整計畫。
2. 「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段。
3. 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護。
4. 「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能。(草案)

模式B
機構住民



衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之照護機構住民

模式C
急診個案



限失能(巴氏量表小於60分)或因疾病特性致就醫不便者。

註：居家個案於本計畫照護期間，原參加計畫不結案，並於本計畫結束後回歸原計畫持續照護。

在宅急症照護試辦計畫3大升級 將擴大適應症

2025-03-08 19:10 中央社 / 台北8日

<https://udn.com/news/story/7266/8595135>

- 健保署長石崇良專題演講指出，截至去年12月31日，在宅急症照護試辦計畫收案約1200多人次，原本是打算上路1年再看看執行的狀況，但各界殷殷企盼可以擴大納入更多適用對象，經檢討後，認為提升照護品質、強化長照轉銜、支付制度及服務量能方面都可以再精進
- 最快今年下半年，石崇良表示，在宅急症照護將**新增提早出院、急診出院轉銜**等2大模式，同時也會擴大適應症，包括**居家安寧收案對象（不限感染症）、心衰竭、呼吸衰竭、其他感染症、慢性肺病等**，以及醫界建議納入**洗腎、化療與靜脈營養注射**等患者，都在研議範圍內

在宅急症照護試辦計畫3大升級 將擴大適應症

2025/3/8 18:58 (3/8 19:11 更新)



衛福部健保署自2024年7月起推動在宅急症照護試辦計畫，台北醫學大學及其附設醫院8日下午共同舉辦「在宅醫療趨勢論壇」，邀請產、官、學界代表與會分享台灣在宅醫療照護的機會與未來挑戰。中央社

安寧之母-趙可式名譽教授的期許

1.善終權：善終包含「身體平安」、「心理平安」與「思想平安」三個層面，而思想平安能帶動心理平安。

2.安寧照護的挑戰：儘管安寧療護在台灣發展已久，但因醫療院所落實意願與能力不一，使民眾缺乏信心。

3.理想的居家安寧：她強調需有專業且能隨時待命的醫療團隊，才能讓病人在家中安詳離世。

4.對未來的期許：趙老師期盼2025年將實施的安寧品質評核制度能帶來改變，並鼓勵民眾主動了解與反饋，共同提升安寧照護品質。



3.病主法2025修法方向

病主法迎首次大修法 衛福部：不僅法律問題、倫理也重要

2025-04-30

來源：聯合報／記者李青縈

《病人自主權利法》修法草案本周四即將排審，從經費編列、適用對象、執行場域跟人員等都涉及可能變更範圍。衛福部次長呂建德指出，針對立委提案，衛福部還需內部討論，例如，民眾生命尊嚴及生命權、是否放寬醫師以外醫事人員執行預立醫療照護諮商、放寬執行場域放寬等議題，這不只是法律問題，更是倫理議題，需進一步釐清。

本次立委提案修法涉及三大核心議題，包含生命尊嚴、醫療決策、執行場域等。呂建德表示，立法委員各有其看法，衛福部會傾聽各方意見，但最重要三項核心不能忽略，第一，人性面，尊嚴跟生命權的維護；第二是臨終階段維持醫療品質，嚴謹審查程序，包含病人自主、法律；第三是適當性原則，如醫療必要性跟資源效率性。

「這些問題不只是法律，更牽涉重大倫理考量，不能草率處理。」呂建德表示，尤其涉及臨終末期照護選擇時更應該謹慎。近期對於安寧緩和、安樂死、病人自主等熱議，安寧緩和醫療條例和著重在生命末期，病人自主權利法則不限，如植物人、極重度失智等都算。自己認為仍應著重在「緩和醫療」，是要透過支持性或是緩解性的醫療照護減輕病人痛苦，並不贊同安樂死。

他以師生關係譬喻，老師不可以因為學生教不好就讓學生退學，應囉檢討自己的教學方式；同理，治療上應該是要用各種醫療手段，協助患者減輕痛苦，而非讓患者安樂死。

本次修法草案中針對預立醫療照護諮商（ACP）有兩種提案，一個是放寬場域不只是醫療機構，開放到護理機構、長照機構、心理治療所等；另一個是放寬不需要醫療機構諮商，有兩人以上見證也可以。

呂建德說，以光譜來看，最右邊為「以醫師為中心」，患者是根據醫師告知的資訊決定；最左邊為「以病人為中心」，回歸病人自身決定。他主張以社工為中心的「諮商會議」，當民眾面臨最終階段時，聯合當事人跟利害關係人如配偶、親屬等，加上醫師一起討論達到對病人最有佳利益。

知情共融-預立醫療照護諮商



2位專科
醫師確診

2次緩和
醫療照會

符合5款臨床條件之一

具完全行為能力者

預立醫療照護諮商
(ACP)

簽署預立醫療決定
(AD)

具心智能力

法定參與成員：意願人+
二親等內親屬(至少一人)+
醫療委任代理人(若有指定)

見證人/公證

註記於健保卡

接受/拒絕何種治療

核章證明



執行
預立醫療決定

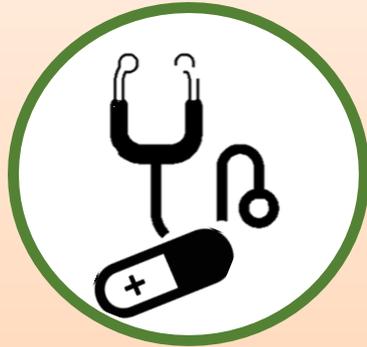
預立醫療決定內容 - 愛的密碼 5240



理解

5 種臨床條件

1. 末期病人
2. 不可逆轉之昏迷
3. 極重度失智
4. 永久植物人
5. 其他經政府公告之重症



思考

2 種醫療選項內涵

1. 維持生命治療
2. 人工營養及流體
餵養



勾選

4 種意向擇一

1. 我不希望接受
2. 我希望在一段時間內接受
3. 由我的醫療委任代理人決定
4. 我希望接受



圓滿是 0

5240
我愛是您

一、五款臨床條件相關討論

第十四條 病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定或臨床醫療過程中書面明示之意思表示終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養：

- 一 末期病人。
- 二 處於不可逆轉之昏迷狀況。
- 三 永久植物人狀態或最低意識狀態。
- 四 極重度失智。
- 五 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。

前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊照會確認。醫療機構或醫師對於前開診斷與照會義務，不得無故拒絕。

- ✓ 只要有預立醫療決定，無論是勾選接受或不接受，都接受臨床醫療過程中的意願，但要書面表達，不用再ACP
- ✓ 納入最低意識狀態，但仍要由兩位神經科醫師判定
- ✓ 強調醫師執行責任。

二、是否開放ACP機構相關討論

第九條 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

一 經主管機關核准之醫療機構、護理機構、長照機構、心理治療所、心理諮商所、社會工作師事務所或法人提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。

二 經公證人公證或有具行為能力者在場見證。

三 經註記於全民健康保險憑證。

意願人、配偶或二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。其他經意願人同意之人亦得參與。但配偶、二親等內之親屬或醫療委任代理人具特殊事由時，得不參與。

第一項第一款提供預立醫療照護諮商之各機構或法人，有事實足認意願人無意思能力或非出於自願者，不得為核章證明。

意願人之醫療委任代理人及主責照護醫療團隊成員不得為第一項第二款之見證人。

提供預立醫療照護諮商之各機構或法人，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。

✓ 放寬諮商機構限制，您贊成嗎？

優點:增加可近性。 缺點:行政機關管理不易

三、醫療委任代理人相關討論

第十條 意願人指定之醫療委任代理人，應以成年且具行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

- 一、意願人之受遺贈人。
- 二、意願人遺體或器官指定之受贈人。
- 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

第十條 意願人指定之醫療委任代理人，應以成年且具行為能力之人為限，並經其書面同意。

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

✓ 找找看，有哪裡不一樣？

醫療委任代理人：代理你，但不是幫你決定

資格與任務



資格

18 歲

18歲以上具完全
行為能力之人



任務：醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願。



聽取病情告知

聽取病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項之告知



簽具同意書

簽具病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前之同意書



代理表達

預立醫療決定書

依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願

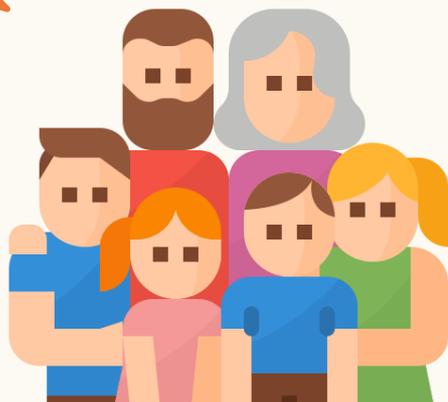
如何選出我的最佳「醫療委任代理人」？

1. 是我能夠信任的人

9. 能夠長期作為我的
醫療委任代理人

2. 勇於與我討論生老
病死等敏感話題

8. 當我意識不清時，願意尊重
並執行我的預立醫療決定書



當無法表達意識時，
誰是您自主意願的延伸...

3. 當我有需要時能
及時陪伴在我身邊

7. 有能力處理我的家人、
朋友和/或醫護人員
間的意見衝突

4. 十分了解我的性格、想法，
也明白什麼事情對我是重要的

6. 能和我的家人、朋友和醫護
人員有良好的溝通互動

5. 願意聆聽我的意願，即使他/她個人的想
法與我不同，還是能代表我去表達意見

我需要醫療委任代理人嗎？

年老生病找不到家人做醫療決定...及時找好代理人避免臨終折磨

f 分享

分享

留言

列印

存新聞

A- A+

2018-10-08 10:05 講義雜誌 讚 1 分享

【文／Paula Span；節譯／呂玉嬋】

一名九十多歲老翁失去意識，被送進急診室，情況危急，但醫護人員遍尋不著能夠替他做醫療決定的家屬。當時在急診室當班的懷特醫師回憶，老翁的親人都已經離世，院方也找不到他的友人，他們甚至拜託警察去敲鄰居的門。

老翁沒有預立任何醫療意願書，最後是由院方的倫理委員會協助醫療團隊決定是否施用維生醫療。

即使你有親人朋友在世，但在生命末期或失去自我決定能力時，還未指定信賴的人擔任醫療委任代理人，那麼也有可能面臨上述老翁的問題。



第一種: 顧慮親友不捨!!

擔心自己的預立醫療決定書，在自己意識不清楚時，親友會因不捨或各種原因，而沒人願意出面來啟動.....。

第二種: AD內勾選限時嘗試治療!!

在預立醫療決定書中勾選第二項“在一段時間內.. “限時治療選項時，當意識不清時的臨床情況，需有醫療委任代理人代為決定...(上傳規定勾選第二項時要有委任書)。

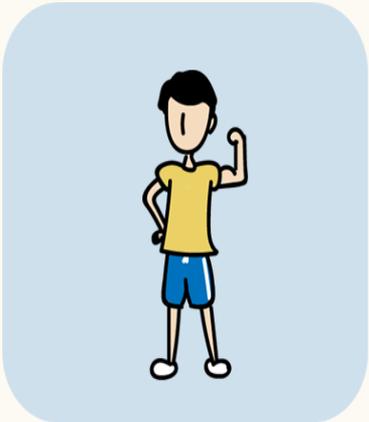
第三種:目前難以決定

ACP後雖還不太知道，但意外隨時會發生，意識不清時，希望那五種狀況發生時，由我最信任的人幫我決定。

預立醫療決定書 何時啟動?!



預立醫療決定的執行



具完全行為能力者

預立醫療照護諮商 (ACP)

簽署預立醫療決定 (AD)

2位專科醫師確診

2次緩和醫療照會

符合5款臨床條件之一

執行預立醫療決定

具心智能力

法定參與成員：意願人+二親等內親屬(至少一人)+醫療委任代理人(若有指定)

接受/拒絕何種治療

核章證明

見證人/公證

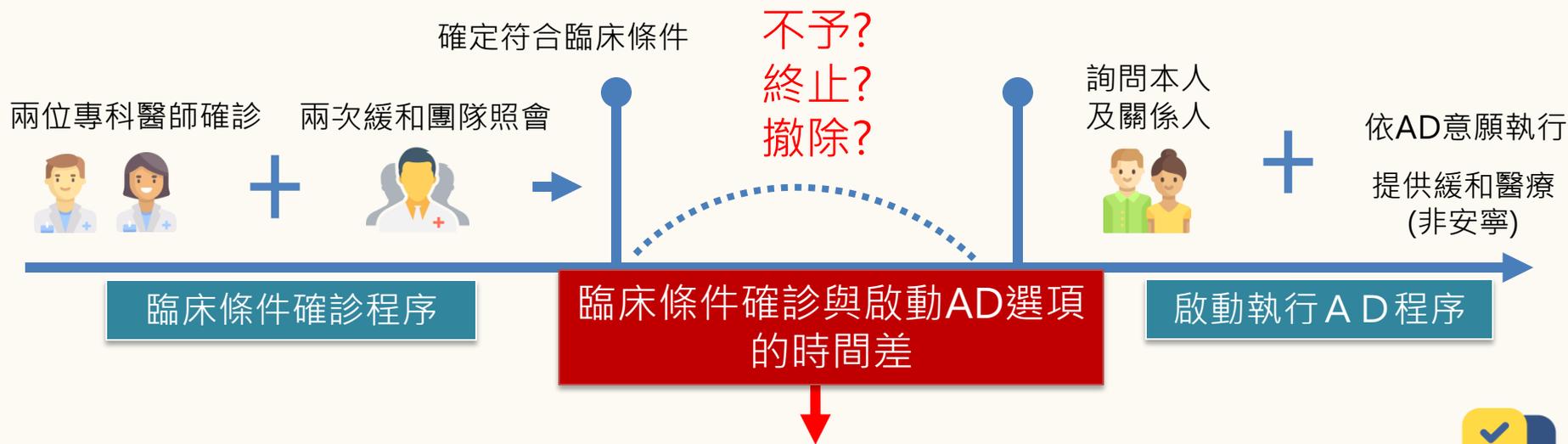
註記於健保卡



執行預立醫療決定

Q: 一旦符合臨床條件，就會馬上執行AD移除我的呼吸器跟其他管路嗎？

A: 視溝通討論結果決定



跟醫療團隊要持續溝通...

- ① 我有沒有意識：有無意識？有意識時，我自己決定？無意識，按事前想法由家人啟動？
- ② 時間點：我想在某一時間點？(確診符合後？確診後一段時間？幾個月或幾天)
- ③ 特定病況：如果我符合某一疾病狀況?(昏迷不醒、發高燒、發炎、中風癱瘓)
- ④ 處於地點：如果我處在某一地點(醫院的加護病房、常照機構、居家)
- ⑤ 醫療措施：如果我已經使用某種醫療措施時(呼吸器、鼻胃管、葉克膜)
- ⑥ 照護資源若照護人力、資源處於某特定情況？(如無人力負擔、無資力負擔照顧費用)
- ⑦ 其他議題：其他意願人提出之啟動條件

重要的是

願意討論終點的醫療決策話題

死亡識能



常見Q&A

常見Q與A

問

簽了DNR與AD或是器捐意願，萬一發生意外事故被送到醫院，醫生會不救我嗎？

答

當未經過一定的程序，DNR、AD與器捐意願是不能生效的。

因此，即便簽了意願書，仍然會以你的生命為優先考量。

常見Q與A

問

安寧、預立醫療決定、與器捐的意願簽立並已加註於健保IC卡上，可以取消嗎？

答

可以的，不管是DNR、AD或是器捐意願都可以在您有意識時更改或撤回。

常見Q與A

問

植物人可以捐贈器官嗎？

答

植物人是指腦部因為受傷、疾病或其他系統的疾病合併腦病變，導致大腦功能受損，此類病人雖然無法思考、記憶、認知、行為或喪失語言能力，但仍會有臉部表情動作，且腦幹功能正常，可以維持自發性的呼吸、心跳及血壓，所以於植物人狀態並非腦死不能捐贈器官。

常見Q與A

問

病人自主權利法是安樂死法嗎？

答

《病人自主權利法》不是安樂死條款!!!

病主法只是維護病人在五款臨床條件下的拒絕醫療權，並沒有施打任何藥物去加速死亡，跟安寧緩和條例一樣是傾向自然死的範圍。

《病人自主權利法》不是安樂死條款!!!

社會關注安樂死，應先確認重症與末期病人都應獲得良好安寧緩和照護，如果他們能夠得到良好照護，安樂死議題得以多元、理性的在社會中討論。

台灣安寧緩和醫學會聲明

拒絕醫療權

醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終。

= 不加工延長生命 !



歐美各國普遍承認的普世人權

東海大學
TUNG HAI UNIVERSITY

臺北市立聯合醫院
人文創新書院
Academy of Humanities and Innovation

常見Q與A

問

為什麼每次送到醫院，就被要求簽DNR？

答

當有二位醫師診斷病人確為末期病人。但病人沒有簽意願書(DNR)+意識昏迷或無法清楚表達意願時，則由其最近親屬出具同意書代替之，這個同意書簡稱DNR。

沒有最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。但是同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

何謂DNR:安寧緩和醫療條例

意願書

20歲以上具完全行為能力人

經診斷為末期病人，無年齡限制可簽署意願書

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(俗稱:不施行心肺復甦術意願書、DNR)

同意書

當病人診斷為末期病人，意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由家屬代填

親屬出具同意書，意思表示不一致時，依配偶-子女-父母-手足-祖父母-定其順序。

不施行心肺復甦術同意書(俗稱:不施行維生醫療同意書、DNR)

醫療委任代理人

意願人於其無法表達意願時，可由代理人代為簽署意願書。

-可撤回其意願之表示
-對於意願書是否註記得表示同意

醫療委任代理人委任書

安寧緩和醫療意願書/同意書

「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，近期内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(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行心肺復甦術(定義說明請詳背面)
- 接受 不施行維生醫療(定義說明請詳背面)
- 同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保卡)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 年滿二十歲(簽署人如未成年，應依該條例第四條第一項之規定，立意願書選擇安

◎在場見證人(一)：(簽名) _____
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

◎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

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

◎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：行政院衛生署(103 台北市塔城街 36 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。

【副本】 依行政院衛生署中華民國 102 年 05 月 15 日公告之參考範例編印

不施行心肺復甦術同意書(參考範例)

病人_____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期内病程進行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，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，在病人臨終、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(必填)

一、電話查詢，請撥打其 0800-220-021 衛生署安寧照顧專線。
三、可自健保局各分局、聯絡辦公室、附設門診中心之公共服務站或與健保局有合約之醫療院所，先進行健保 IC 卡資料內容更新後，再請機構協助查詢。

◎解釋名詞：

- 1、安寧緩和醫療一指：為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，給予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 2、不施行心肺復甦術一指：「對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施行氣管內插管、體外心臟按摩、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」。
- 3、不施行維生醫療一指：末期病人不施行用以維持生命徵象及延長其瀕死過程的醫療措施。

◎補充說明：

- 1、依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。
- 2、依據安寧緩和醫療條例第七條第一項第二款之規定，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。
- 3、依據安寧緩和醫療條例第五條之規定，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

1020515 修訂

意願書：
病人簽署意願

同意書：
病人無意思能力時，由家屬同意



病重(病危)與末期?

- 病重(病危)不等於末期。但總有一天在某個時間點會交會。
- 可能很快、也可能間隔數年以上。

臺北市立聯合醫院
病危通知單

病	75歲	科別：
姓		性別：男、女
診 斷：	C6VZD-19	
通知時間：	111年 4月 日 午 時 分	
簽章：	家屬 醫師/護理人員	

96 (家傳) CC03030100

一式二聯：第一聯黏貼病歷 第二聯交病人家屬

(摘自謝向堯醫師簡報，2020)

平鑫濤、瓊瑤的故事



【平鑫濤遺囑】

「當我**病危**的時候，請你們不要把我送進加護病房。

我不要任何管子和醫療器具來維持我的生命....讓我走得清清爽爽」

看到平家元配子女幫父親插上鼻胃管，生氣在臉書發文：

「**背叛--別了！我生命中最摯愛的人**」
斥責子女讓父親受苦



瓊瑤

4月30日 20:25 · 🌐

背叛 -- 別了！我生命中最摯愛的人
2016年3月4日鑫濤在高齡科已住了幾
了病房，主治醫師是許立奇醫生。許
經過和腦神經內科主任的會診，斷定
水腫，而是中風後壞死的組織，面積
法恢復了！許醫生說的時候，他的兒
有什麼再壞的消息可以讓我痛楚了，
絕望。我知道，鑫濤的生命已經走到
這事實！我看向鑫濤，走過去握住他
喃的說：「鑫濤，你為什麼不能說服

最近親屬之範圍

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成年子女、孫子女。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

病歷或個案紀錄
很重要!!
是否有盡到善良管
理人的注意義務!

常見Q與A

問

我已經簽過安寧意願書，還要再簽預立醫療決定書嗎？

答

是的，安寧意願書跟預立醫療決定書的保障範圍不同，是兩種不同的善終法定書面文件。



	<p>預立安寧緩和醫療暨 維生醫療抉擇意願書 (俗稱：意願書、DNR)</p>	<p>預立醫療決定書 (簡稱決定書、AD、Advance decision)</p>
<p>法源不同</p>	<p>安寧緩和醫療條例 2000年上路</p>	<p>病人自主權利法 2019年上路</p>
<p>適用疾病不同</p>	<p>只限「末期病人」 </p>	<p>1. 末期病人  2. 不可逆轉之昏迷  3. 永久植物人  4. 極重度失智  5. 其他經中央政府(衛福部)公告之疾病 </p>
<p>拒絕的醫療範圍不同</p>	<p>1. 「心肺復甦術(CPR)」 2. 延長瀕死過程的「維生醫療」 3. 接受/拒絕「緩和醫療」 </p>	<p>1. 維持生命治療 2. 人工營養及流體餵養(點滴、鼻胃管、胃造口) (緩和醫療在此法為必要提供)    </p>
<p>保障程序不同</p>	<p>1. 意願人簽署「意願書」便生效 2. 病人失去意識時，可由最近親屬簽具「同意書」 </p>	<p>1. 參加「預立醫療照護諮商」 2. 簽署「預立醫療決定書」且註記至健保卡 3. 可指定「醫療委任代理人」 </p>

善終不能靠運氣，要靠設計

要討論

要準備

有共識

有計畫

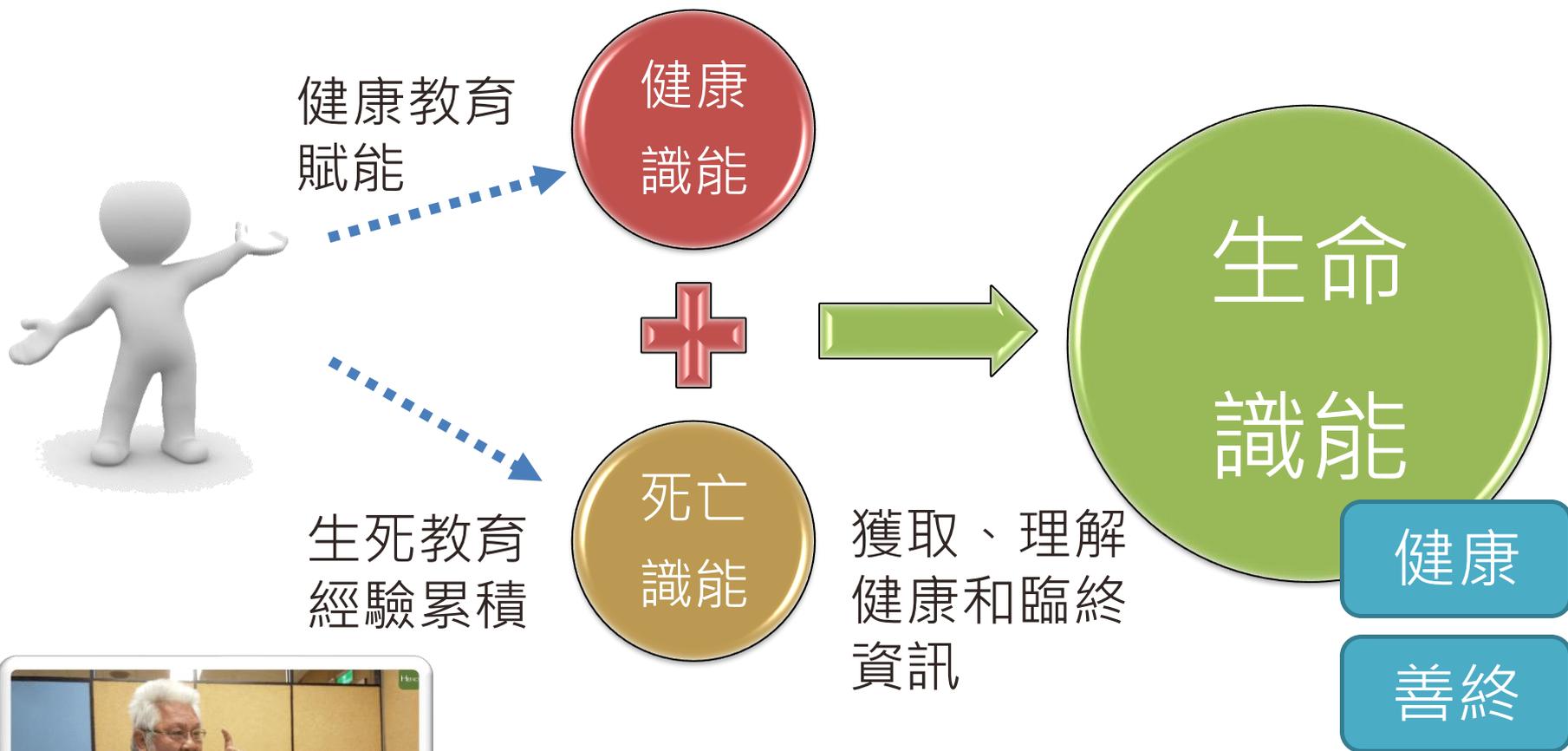
無干擾

不逆天

需協助



樂活善生-「生命識能」的幸福人生



規劃好如何善終，更知道怎麼好好的活！

本教材版權所有，請尊重智慧財產權；
若需使用內容，須經講師授權同意，
並註明出處。

Thank You

簡報整理:

北市聯醫 人文創新書院、葉依琳助理教授

資料內容感謝:

家醫科 孫文榮 醫師

在社區機構陪長者玩出善終自主實務分享

潘秀美Angel

病人自主權利法核心講師

新北市政府

晚美人生安心遺愛講師

身家守護倡導員

幸福築夢倡導員

動健康健腦力種子講師

新北市衛生局

幸福捕手種籽講師

雙福基金會倡導關懷人

安寧舒適護理講師

乙類安寧研習

失智症照護研習

高齡者靈性照顧研習



談生死議題

難

不難



談生死議題

難

不難

如何開口



輕鬆聊

提問
如果是您
您怎麼做?

提早到場
觀察

輕鬆聊

搏感情
引起話題

說故事
真實案例
新聞事件

上課?
聊天?
好玩桌遊

善終自主

善終自主



醫療可以交給醫生
但選擇權自己掌握

人生必修課

人生必修課

出生我們沒得選，走的方式卻可以自己定。

如果我們不事先說清楚，
關鍵時刻家人會慌、醫療團隊會難以抉擇。



台灣現況

多數人不了解
安寧緩和醫療
器官捐贈
病人自主權利法

台
灣
現
況

缺乏提早規劃
往往在病床上
被迫做出決定

善終的定義

善終的定義

◆ 保有尊嚴

◆ 避免不必要的無效醫療與痛苦

◆ 按照自己的意願走完人生最後一哩路

生命自主大富翁遊戲介紹

遊戲目的：

- ◆ 讓長者在輕鬆氛圍中面對人生的最後一哩路
- ◆ 遊戲過程中讓大家一起分享自己的想法

實務分享與帶領技巧

實務分享與帶領技巧

◆ 先暖場，再進入議題

◆ 用遊戲降低防禦心

◆ 尊重每個人的選擇，沒有對、錯

◆ 完美的結尾整理參與者的想法、提供安寧照
器官捐贈、病人自主權利法相關簽署資訊

結語&呼籲

我們透過生命自主大富翁遊戲，
模擬讓參與者走了一趟生命最後一哩路

有人選擇盡力搶救.....有人選擇安寧照護.....

有人選擇器官捐贈.....有人選擇圓夢.....

沒有標準答案

關鍵在於掌握自主權

讓遊戲參與者知道：

回家後.....

跟家人聊聊今天的收穫

思考自己的醫療與善終的選擇

如果準備好了，善終三法是您圓滿人生的最佳選擇

安寧緩和醫療、器官捐贈、病人自主權利法

善終

需要您我的護持

讓我們在助人的大道上攜手同行

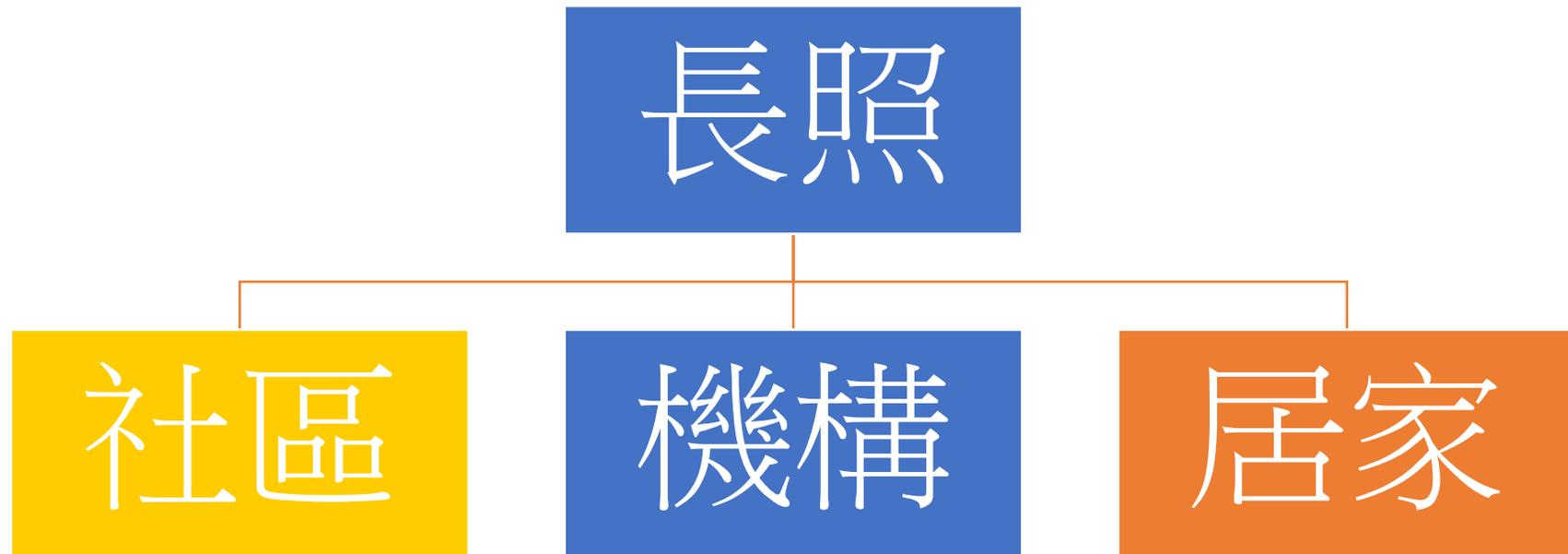
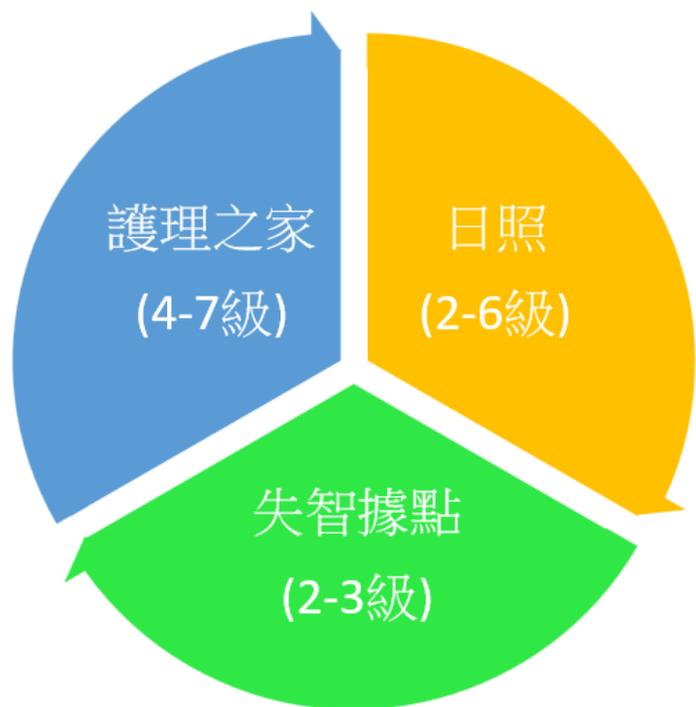
潘秀美

社區機構實務概述

~以護理之家、日照、失智據點為例

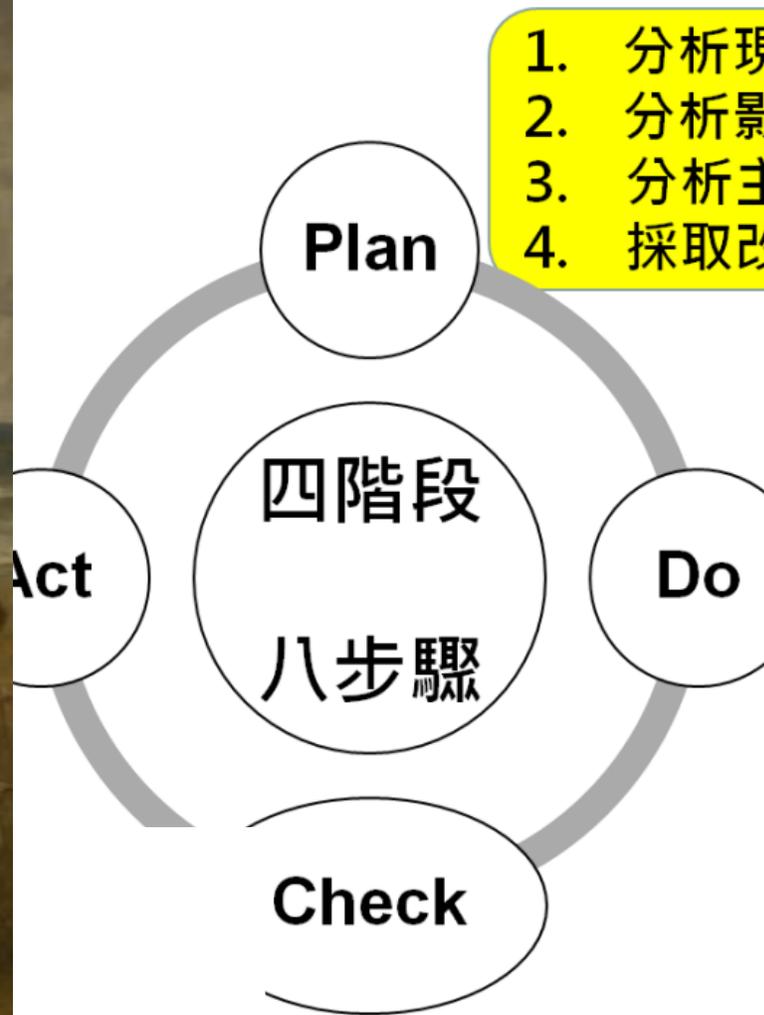
王敏真

長照領域的樣態



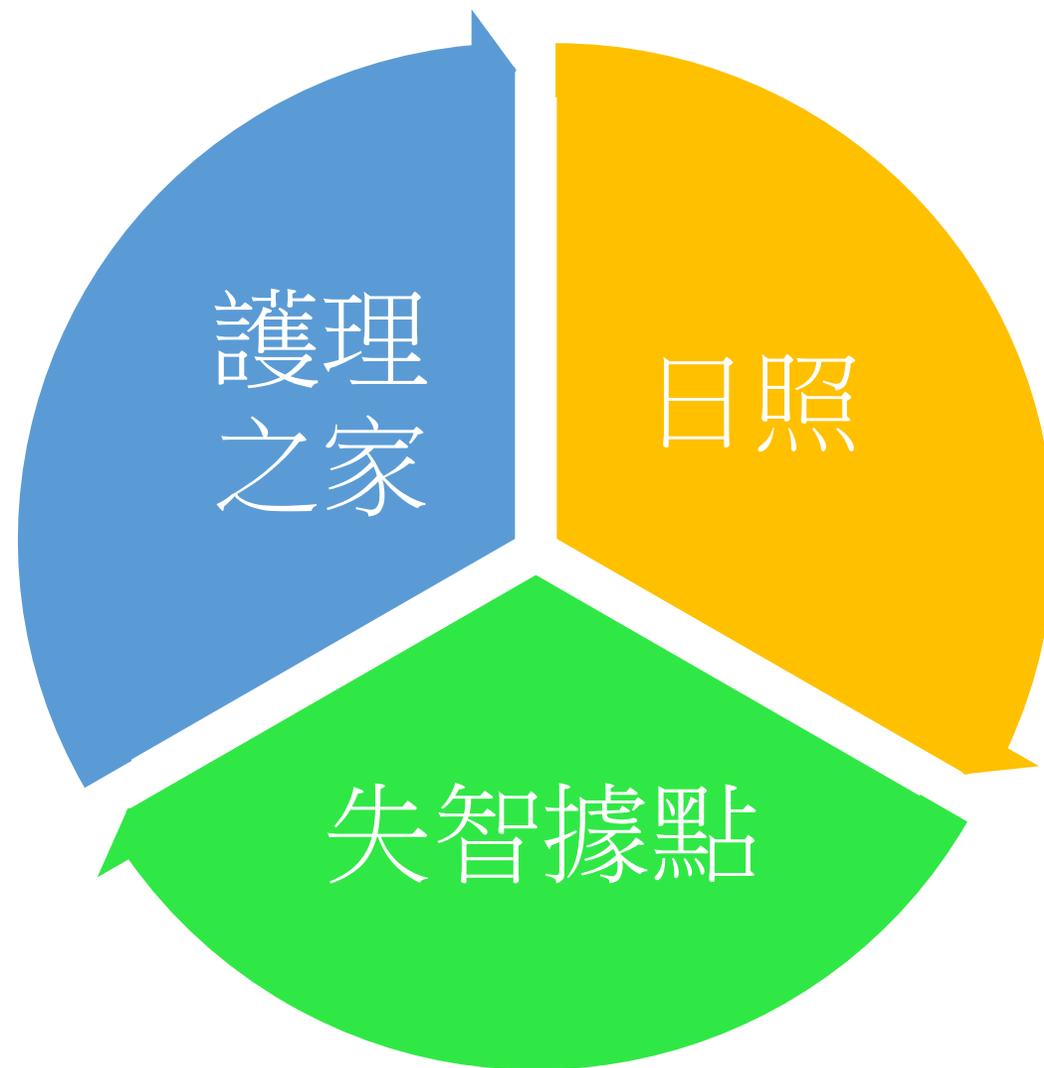


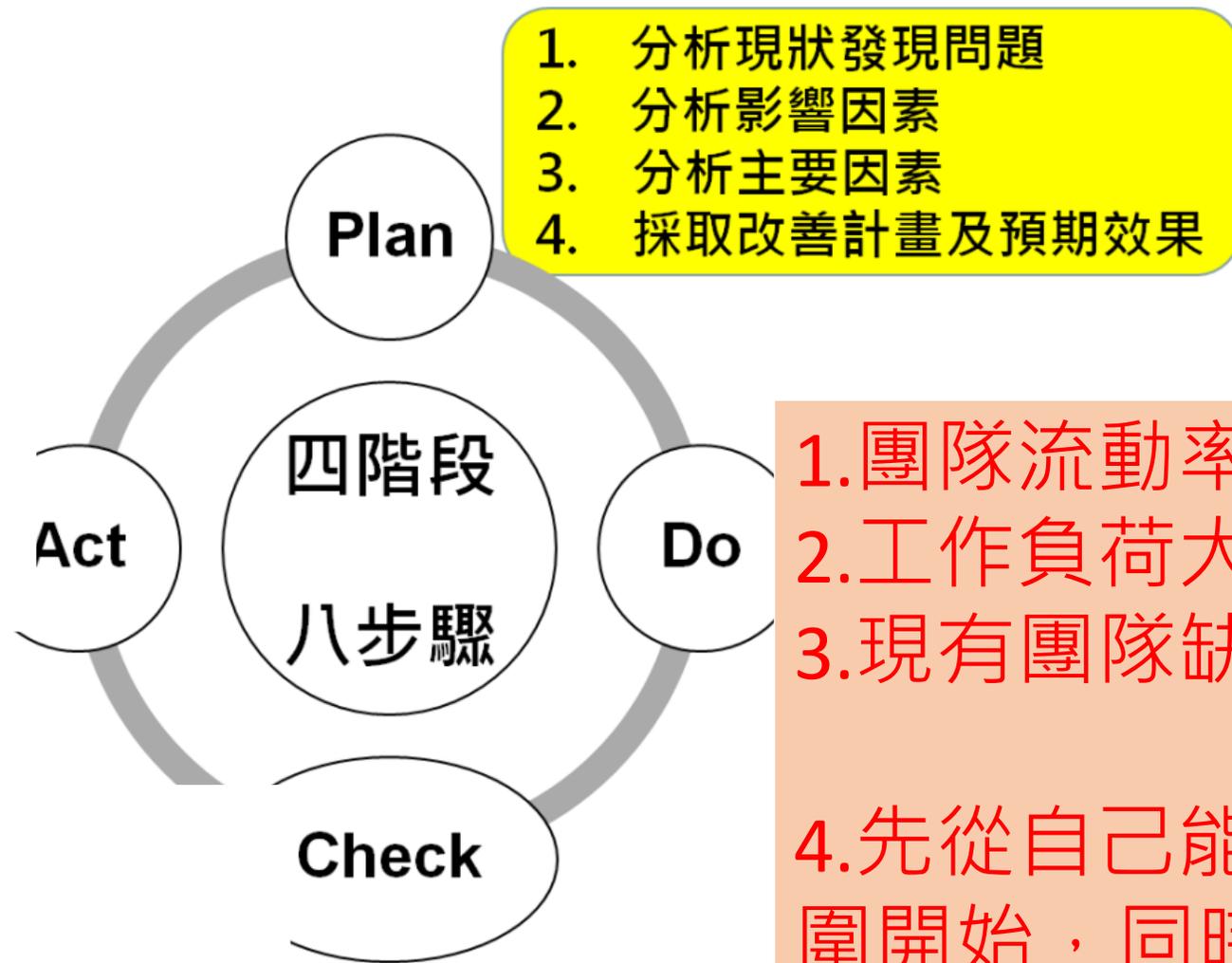
2020年~2021年
理想豐滿 現實...



1. 分析現狀發現問題
2. 分析影響因素
3. 分析主要因素
4. 採取改善計畫及預期效果

1. 法案剛上路 (2019年)
2. 沒有人知道病主法
3. 新人人微言輕
對長照場域陌生
4. 推展失敗







日照、據點、護家



將缺點化為優點
為安置個案找出路
實習生成為代言人

Framework

意圖期

準備期

行動期



病人自主權利法
失智症族群桌遊



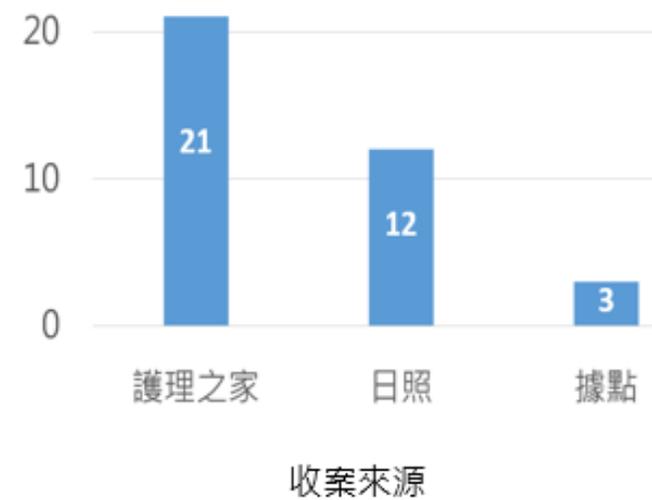
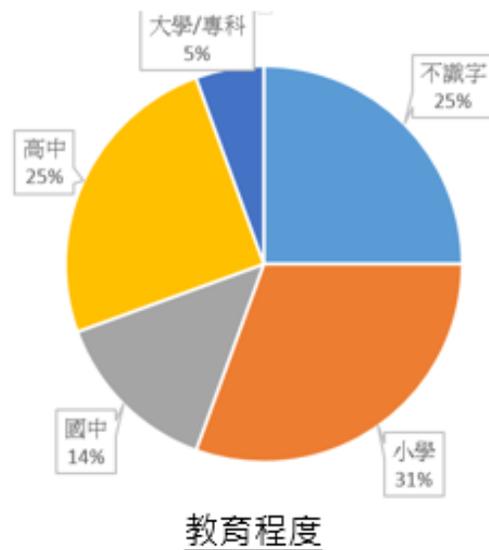
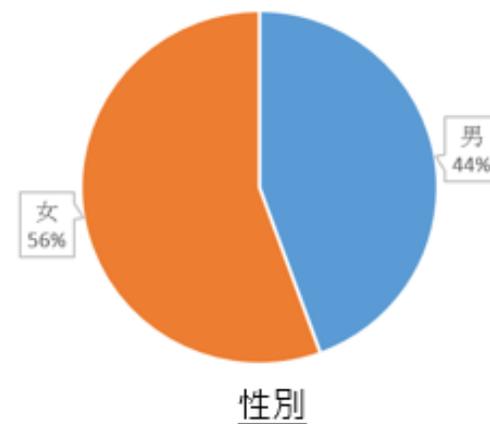
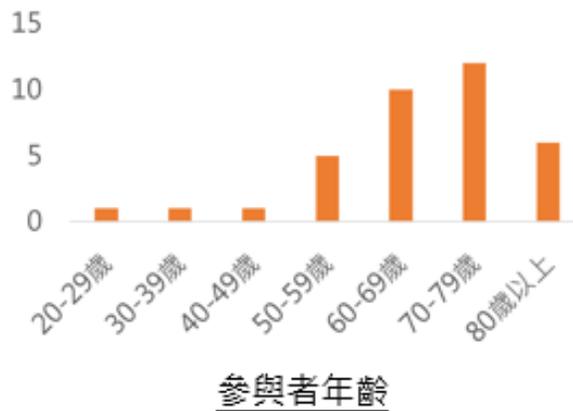
機構社工及照服員
帶領桌遊團體



醫院ACP團隊外展
完成諮商並完成決定書

第一階段參與長者共**36位**

實際參與ACP則有**12位**
參與率約**33%**，其中**6位**身分為
(**1**低收、**4**身障+保安、**2**安置)



參與桌遊70-79歲為最多(N=36)

推展的第二年~~找到熱血的志工隊~

(分享與不同志工配合的經驗談...)

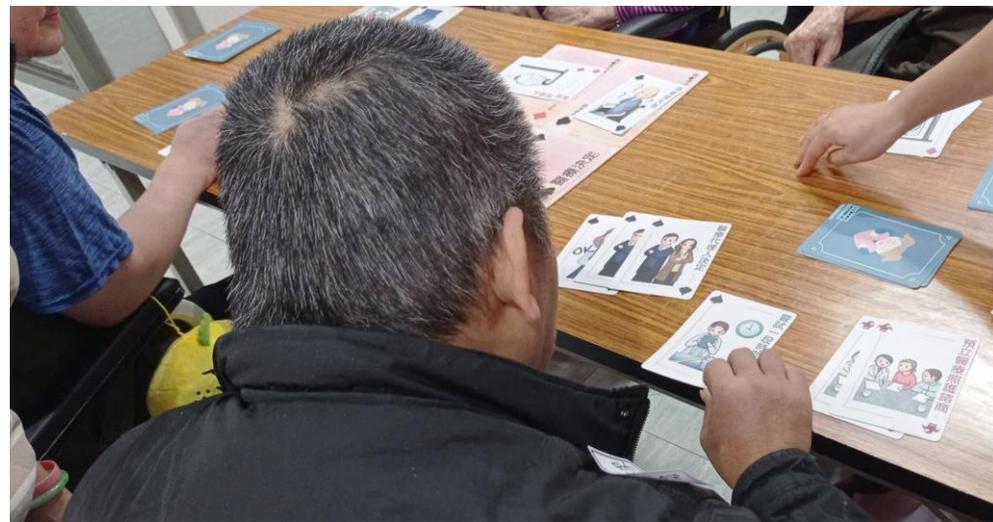
企業志工、宗教志工、NPO志工、個人戶...



志工是一個活在這時代 卻夢想下一個時代的夥伴



目標:護理之家17位、日照12位、據點6位，共30位
有意願簽署:護理之家8位、日照2位、據點2位



預立醫療完整生命旅程(2023年)



- 完成**77位長照人員**(護理**26位**、照服**41位**、社工**10位**)對病主法的認識
- 服務**18位個案及家屬**，爭取約**5萬費用贊助**(安置個案**6位**)，醫療團隊(**6位**)
外展人事費約**3萬元**
- 海報發表於**2023/11/17**第六屆華人地區醫務社會工作國際研討會(題目為在熟悉的地方安心終老-社區住宿型機構預立醫療照護諮商推動模式介入經驗探討)
- 不論在推廣與深耕層面上皆可 做為業界參考，並足以實踐國人**以平等 為基礎，參與具有高認知、透明度及公正性的醫療決策**，以落實 **SDG16** 精神



失敗原因

- 推廣ACP相同模式，但隔年卻失敗:
 - ✓ 組織內部阻力
 - ✓ 個人生涯規劃

- 器捐推廣，個案與家屬表示無意願
 - ✓ 認為年紀大，器官已無用途
 - ✓ 忌諱話題，不想談

失敗原因

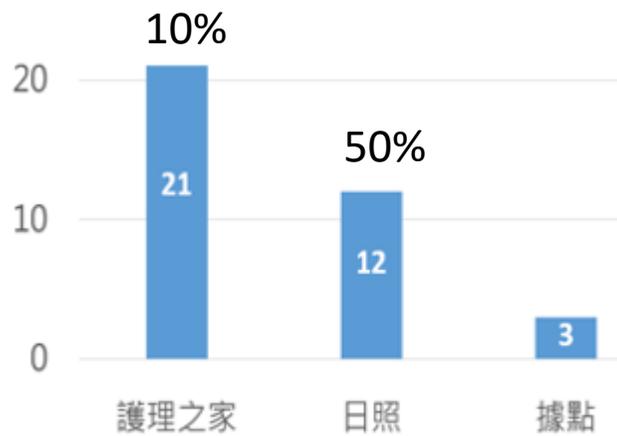
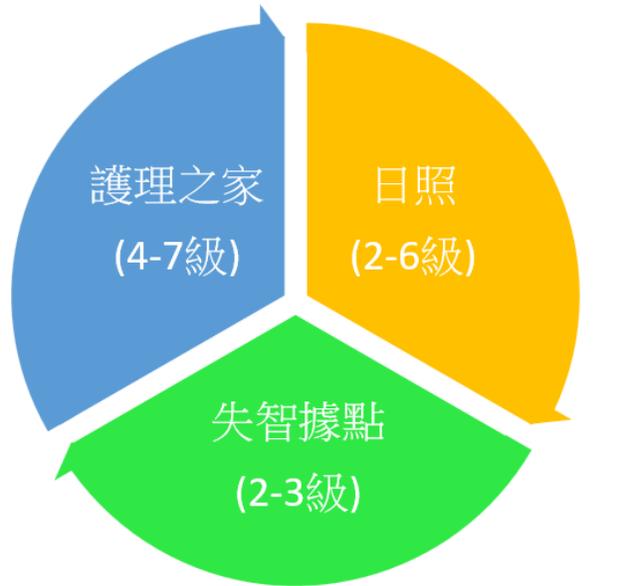
- 主管、工作團隊對安寧議題陌生且不熟悉
- 團隊不支持(無能力處理相關提問、連自己都沒有思考過此問題)
- 若團隊成員相對年輕，不會去想善終的事情
- 耕耘此議題需要時間
- 尋找外援不一定順利

從台北復合型單位

轉戰台中日照

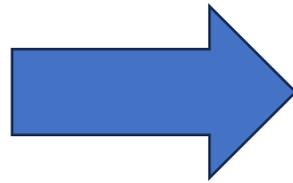


應用於日照



收案來源

參與比例上 日照為多
從廣度到 深度





讓病主法桌遊成為實習教學素材

與社區夥伴共同推廣 (看影片)





成為家屬座談會的主題

台中五家日照長輩對病主法的想法

	維生,人工營養 都不要	百分比	沒想過	百分比	禁忌 不想談	百分比	無法 回答	百分比	總計
大里	3	14%	10	45%	2	9%	7	32%	22
里農	9	56%	1	6%			6	38%	16
林森	8	42%	3	16%	2	11%	6	32%	19
工學	2	25%	3	38%	1	13%	2	25%	8
復興	9	60%	4	27%			2	13%	15
總計	31	39%	21	26%	5	6%	23	29%	80

有29%因失智無法回答此問題

台中日照長輩對病主法的想法

	都不要	百分比	還沒想過	百分比	禁忌不想談	百分比	小計
大里	12	48%	11	44%	2	8%	25
西區	8	62%	3	23%	2	15%	13
南區	11	61%	7	39%	0	0%	18
總計	31	55%	21	38%	5	9%	56

排除無法回答此問題者 個案數為56位
分區進行分析

日照長輩對病主大富翁的反應

- 題目有些困難回應及理解
- 個案專注力略差，困難傾聽別人的想法
- 多組進行，場域聲音大，較難聽到別人說話

建議

- 多組進行，需至少每組能有2位引導
- 若答不出來，找其他人代答

PROJECT 365 新北前建中
ON THE WAY



善終三法實境模擬演練

臺北市立聯合醫院社工室
鍾文君社工師

2025.09.12





目的

設定在機構及社區運用生命自主大富翁常見之情境，進行分組討論及模擬，以提升專業人員協助服務對象探討生命自主及死亡識能的技巧及能力。



演練大綱

60分

分組討論

1

60分

模擬演練

2

30分

團體分享

3

進行方式-part 1

-分組討論-

請針對設定的情境進行討論，
寫下可因應的方式



進行方式-part 2

-模擬演練-

1. 推派帶領者
2. 其餘學員為參與者
3. 組長為觀察及過程引導者



進行方式-part 3

-團體分享-

各組交流回饋時間





Let's start!