

「如何開啟ACP及安寧的溝通對話」

預立照護計畫（ACP）與安寧療護，在高齡化社會，對所有的民眾都是重要的課題，但實務上卻很多專業人員都難以開啟這段對話？本次分享將從民眾端與醫療端，系統性拆解常見溝通障礙，再來透過醫師的執行經驗，幫助醫護人員找到突破口。

主 講

鄰好西醫診所 朱得仁



學歷

高雄醫學大學醫學系

經歷

阮綜合醫院家醫科主治醫師
旗津/阮綜合急診室醫師
高雄蕭志文醫院家醫科
晴美旗后診所

現任

安柏鄰好診所 家醫科/院長
高雄市醫師公會副秘書長
台灣居家醫療醫學會理事
中華民國醫師公會全國聯合會
「老人醫療與長照專案小組委員」
高雄市診所協會長照小組招集人
台灣在宅醫療學會



家庭醫學科
小朱醫師



鄰好居家
醫療團隊官方網站

安柏鄰好診所目前營運模式

ACAH

機構(養護中心)



高齡
友善

診所
業務

失智
友善

復健

家醫

中醫

居家
醫療

長照醫師
意見書



2018年
開始

居護
所

社區
藥局

營養
師

居服
單位

合作單位

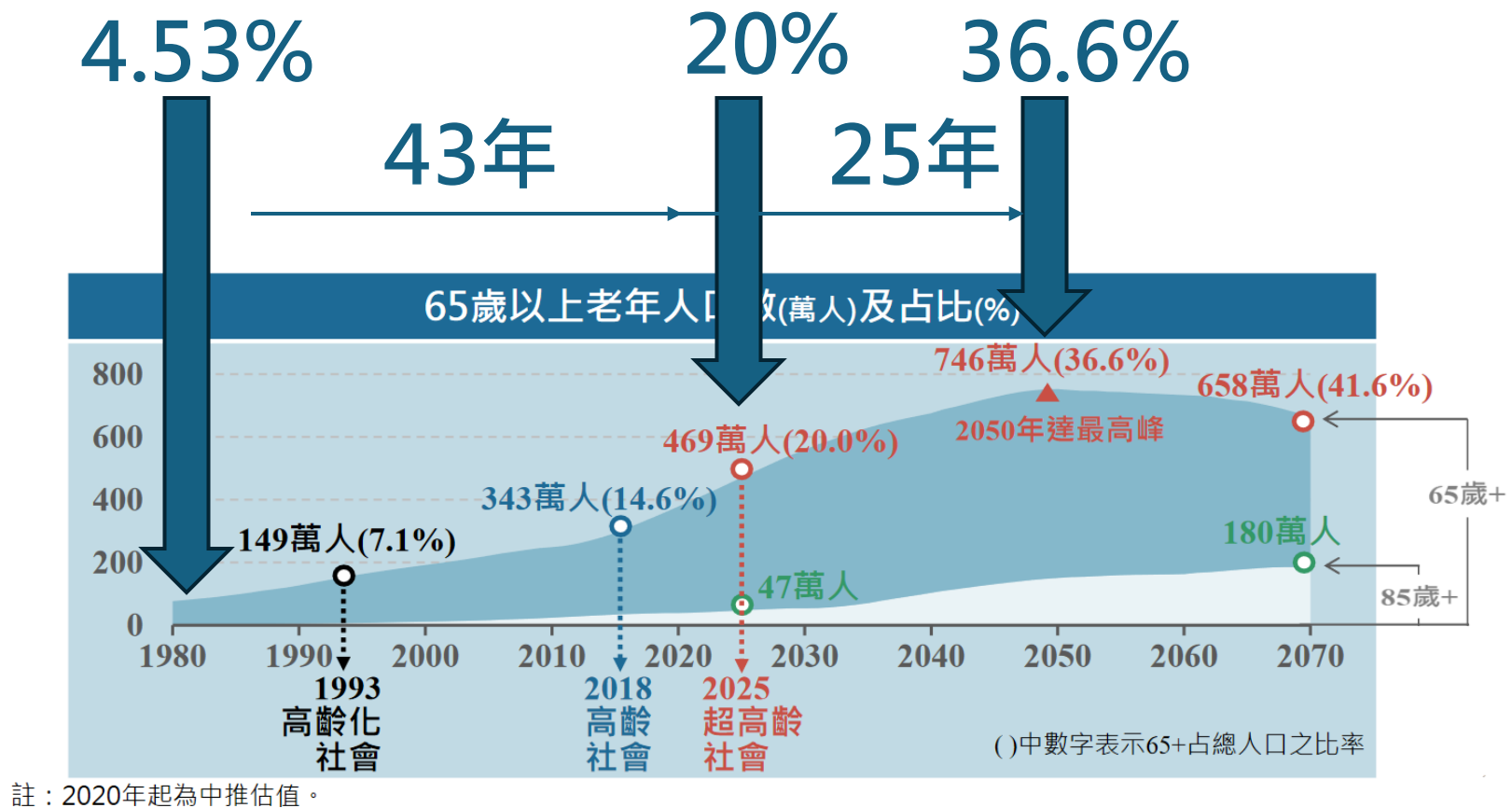


Old Bones Café
老 骨 頭 咖 啡

老骨頭
咖啡

C據點
巷弄
長照站

Part 1: 背景與精神





台灣在宅醫療學會
創會理事長
台東 都蘭診所院長
余尚儒醫師



▶ 緊急送醫持續增加

▣ 平成27(2015)年救護車出勤次數等



平成28(2016)年3月29日 東京消防廳 公告資料

年齡別緊急送醫人數變化



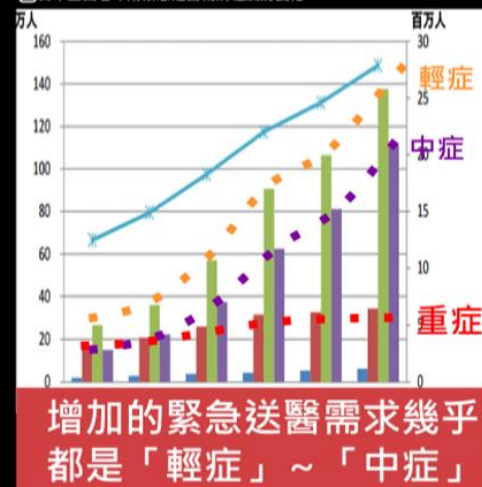
平成29(2017)年1月12日 東京消防廳 媒體報導資料

▶ 老年期的緊急送醫多為輕症

▣ 緊急送醫人數・輕症人數・輕症比例的變化

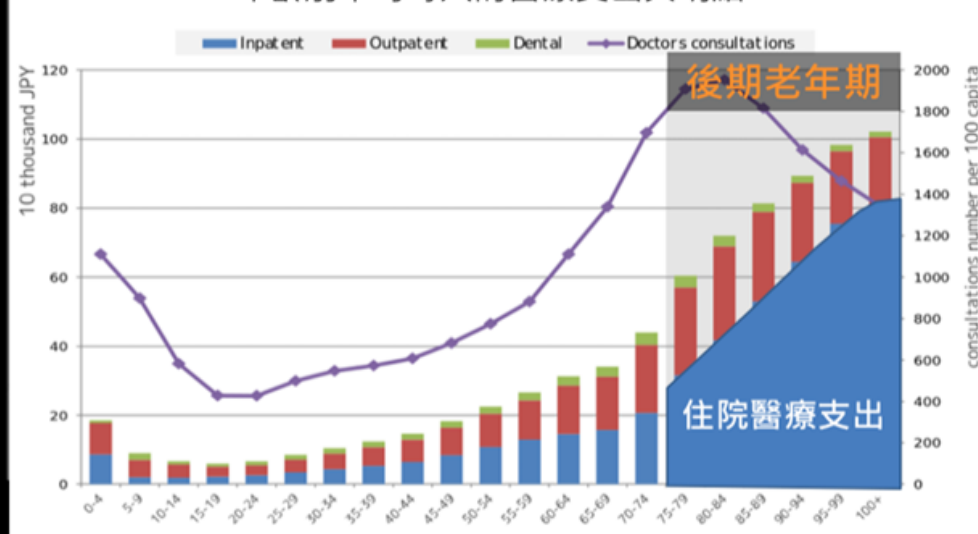


▣ 日本全國老年期緊急送醫傷病程度的變化



▶ 老年期醫療支出有八成是住院費

年齡別平均每人的醫療支出與明細

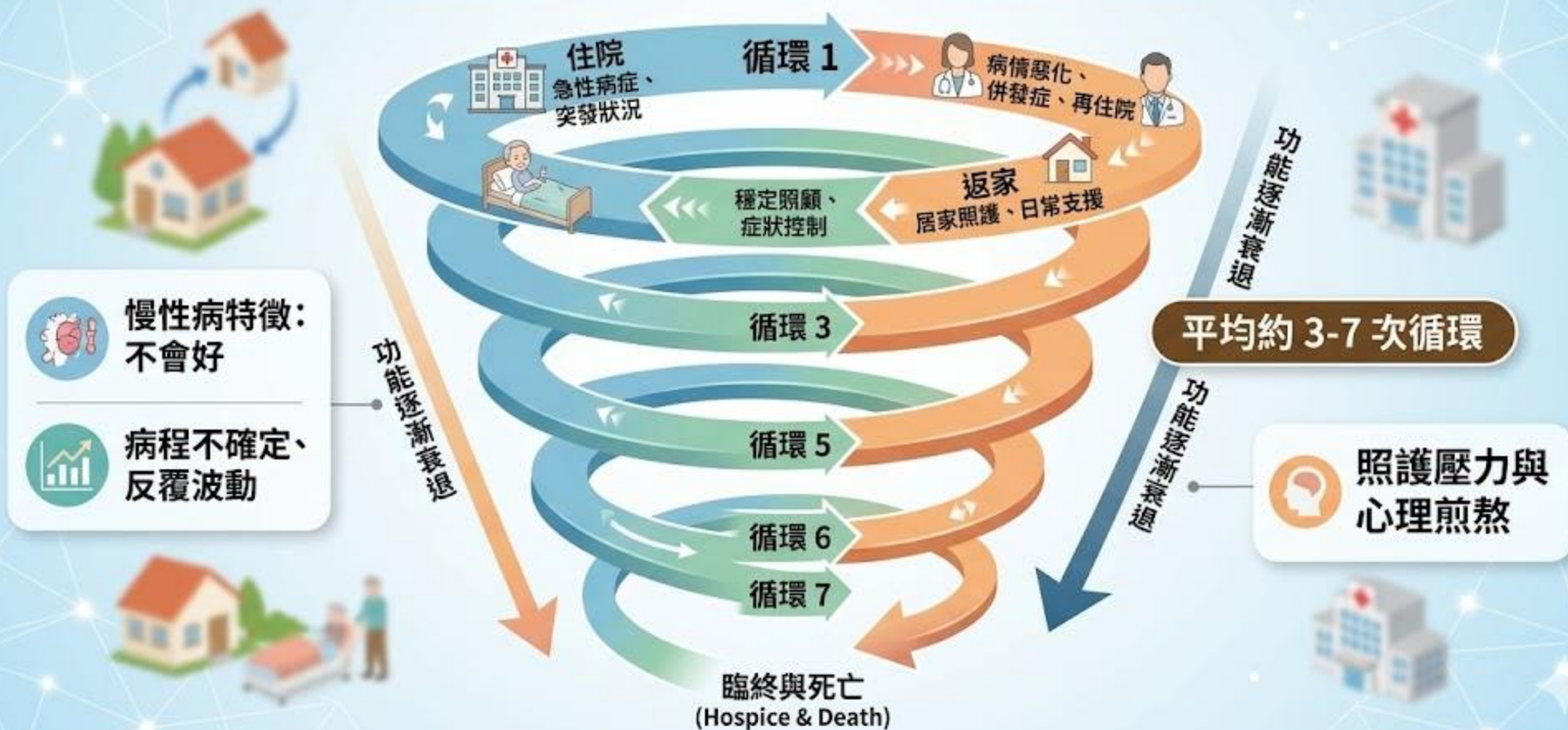


高齡化對醫療的衝擊

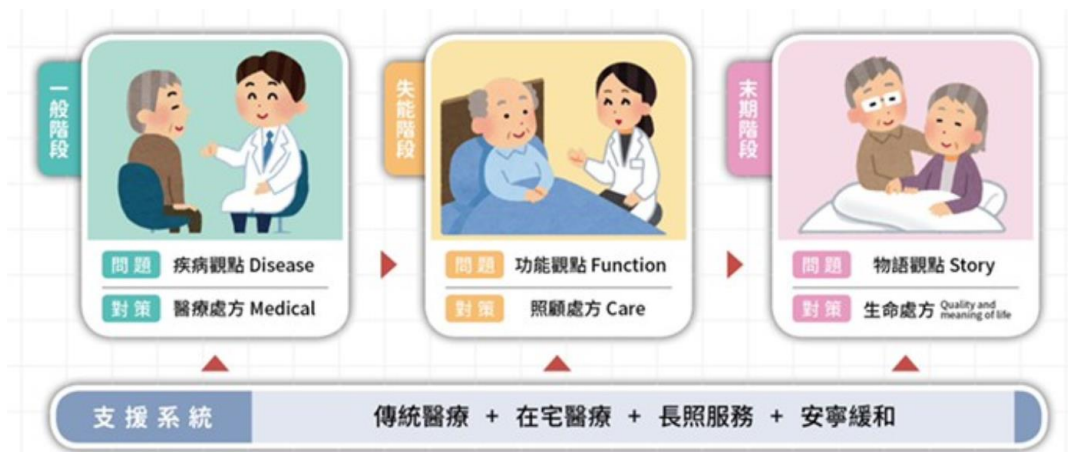
引用日本醫療法人悠翔會
佐佐木淳醫師簡報
轉載自在宅醫療學會
余尚儒醫師簡報

高齡長者生命末期照顧螺旋：反覆住院循環示意圖

反映慢性病「不會好但也不會馬上死」狀態



Cure → Care



在我們熟悉的醫院或門診醫療中，將疾病治癒的“Cure”思維常常引領著整個治療計劃，然而面對功能衰退、無法完全恢復的老人，照顧“Care”才是主角，怎麼樣陪伴病人、接受失去功能的身體，並且努力預防狀況再惡化，才是醫療的重點。

引用 黃子華醫師,好所宅診所



沒有任何醫療介入的「自然死」場景，就像是一幅17世紀的油畫。死亡，可以是生活裡的一幅風景。

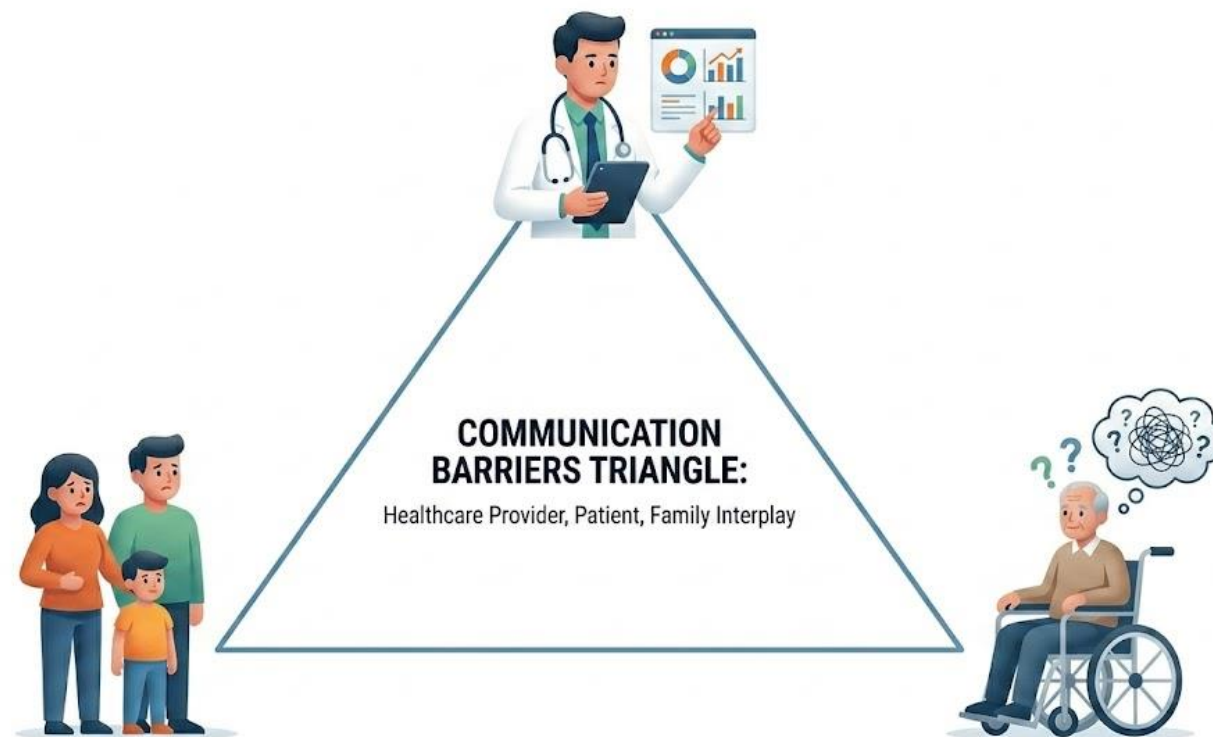


如果說「自然死」是死亡的最高境界
次一級則是「平穩死」。
回到台灣的醫療場域，我們是怎麼死？

Part 2: 知識庫建立

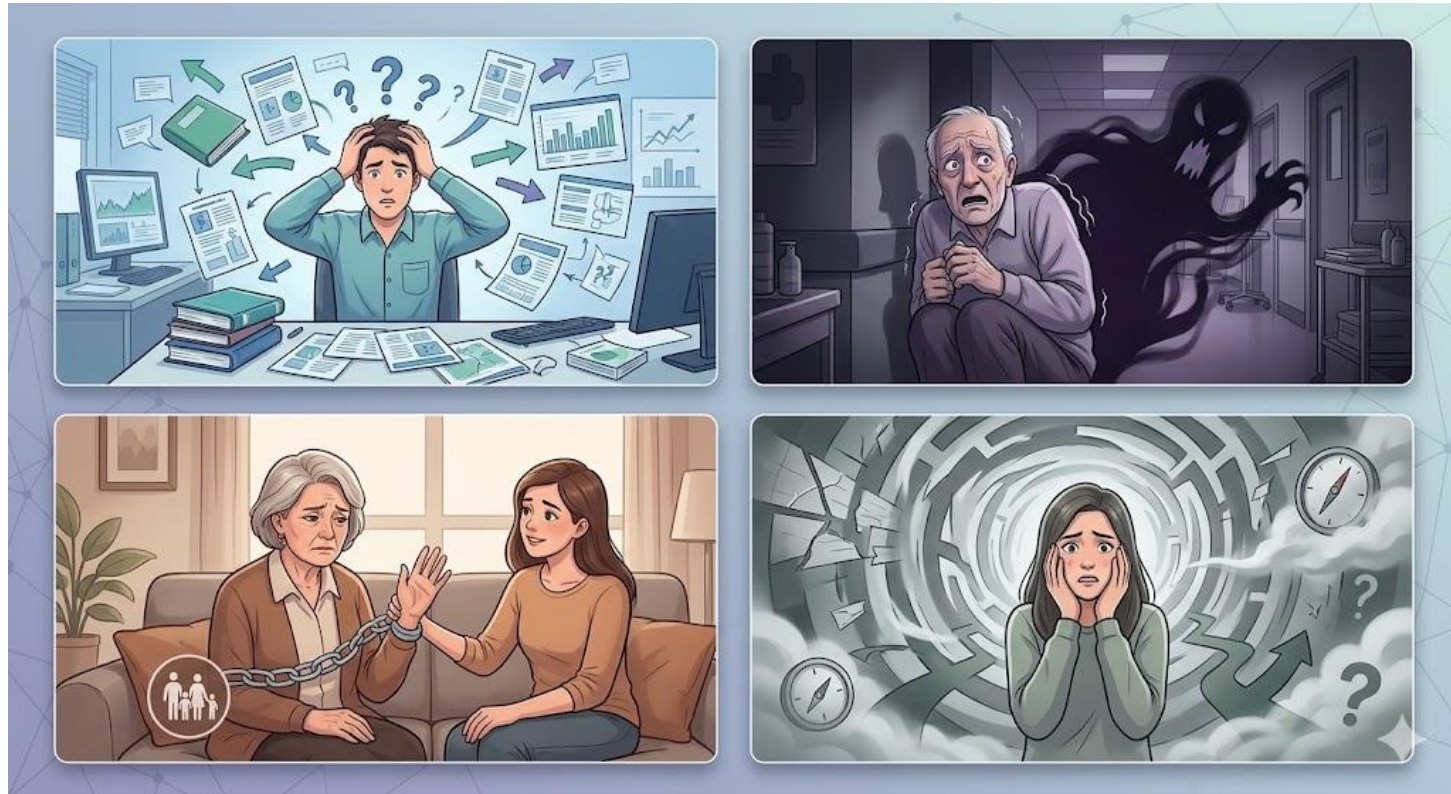


Part 2 : 拆解 障礙三角



【個案端：ACP 溝通障礙拆解】

- 對「自我生命主權」的掙扎：
- 知識儲備不足
- 恐懼焦慮情緒
- 親情枷鎖
- 未知的未來



認知層面

- 缺乏知識與規劃觀念
- 疾病軌跡誤判：認為自己還能走、還能吃，離「末期」還很遠，忽略失智或意外的風險。
- 醫療極限的錯誤認知：
- 自主意識淡薄：習慣「聽醫師的、聽孩子的」，從未思考過自己擁有決定醫療方式的權利。
- 禁忌與標籤：覺得談這些是在「觸自己霉頭」或「交代後事」，對安寧有「等死」的負面標籤。

心理層面

- 「不是現在」的防禦機制：藉由拖延來逃避面對衰老與死亡的現實。
- 孤獨感與被遺棄感：擔心提出 ACP 會讓家人覺得自己想放棄生命，或害怕談完後家人就不再積極照顧。
- 宗教寄託：深信誠心祈求會有「奇蹟」，擔心預作決定是「對神靈不敬」或「缺乏求生意志」。

社會文化層面

- 從「照顧者」到「受顧者」的身分失落
- 「發言權萎縮」
- 同儕團體的負面標籤
- 「呷百歲」的社會期待

溝通實務層面

- 擔心孩子生氣或擔心：怕提了會讓孩子難過、大哭，為了「保護子女的情緒」而保持沈默。
- 語言隔閡：內心有想法，但不知如何用現代醫學術語表達，或因世代觀念落差覺得「講了你們也不懂」。

【家屬端：ACP 溝通障礙拆解】

- 愛與責任的「道德夾心餅乾」
- 核心情緒：不捨、罪惡感、社會壓力

認知層面

- 醫療極限的期待：相信只要有呼吸就有希望，將「救到底」與「愛」劃上等號。
- 保護主義的資訊屏蔽：認為「不告訴老人家病情」才是體貼，導致本人根本沒機會啟動 ACP。
- 法規誤區：擔心簽了名之後，萬一以後想救卻「違法」不能救（對法律效力的恐懼）。

心理層面

- 存活者罪惡感：覺得同意不急救就像是自己「親手結束親人生命」，這份重擔讓他們傾向選擇無效醫療。
- 決策癱瘓：面對親人的生命選擇時，因過度焦慮而無法理性思考，只能選擇「維持現狀（插管）」。

社會文化

- 「孝順」的表演壓力：害怕被親戚指責不孝，或為了演出「我們很努力在救」給外界看，而讓病人受苦。
- 家庭權力結構：主要照顧者想放手，但「天邊孝子（長期不在身邊的親戚）」突然出現強烈要求急救，引發家族內戰。
- 財務與現實考量：醫療決定背後牽動著遺產分配、保險理賠或長照資源的角力，使對話變得不純粹。

溝通實務

- 缺乏開口範本：很想知道父母的想法，但怕一開口被罵「你在咒我死嗎？」或「你是不是嫌照顧我太累？」。

【醫療端：推動 ACP 的障礙】

- **角色衝突 (Role Conflict)**
 - 「治癒者」與「規劃者」的拉扯。
- **情緒避險 (Emotional Risk Aversion)**
 - 害怕打破病人的「希望」，更怕接不住現場崩潰的情緒。
- **時機迷思 (Timing Myth)**
 - 總覺得「現在還太早」，直到「太晚」發生。
- **體制枷鎖 (Systemic Constraints)**
 - 時間成本與健保給付不成比例。
- **道德損害 (Moral Injury)**
 - 違背良心執行「無效醫療」帶來的心理創傷。
- **潘朵拉恐懼 (Pandora's Box)**
 - 擔心開了話題卻沒人接手後續行政與諮商流程。

認知層面：專業角色的定型與誤解

- 缺乏知識
- 對 ACP 價值的狹隘定義：誤以為 ACP 只是為了「簽署拒絕急救書（AD）」，而忽略了它其實是「生命價值探索」與「醫病共決（SDM）」的高階醫療行為。
- 「治癒者」與「規劃者」的衝突：醫學養成教育強調「有病治病」。在病人穩定時談論未來失能或昏迷的選擇，會讓醫護自覺像「報喪烏鴉」或「推銷不幸的業務員」，而非「救人的醫師」。
- 預後判斷的「專業包袱」：擔心對未來病程的預測不夠精準（例如：幾年後會失智嗎？），怕被病人問倒，為了維持「專業、準確」的形象而選擇保守避談。

心理層面：恐懼反應與自我防衛

- 害怕破壞「醫病信任」：擔心開口談 ACP 會讓病人產生負面聯想：「醫師是不是看壞我的病況？」或「醫師想放棄我了？」，進而破壞長期建立的治療聯盟。
- 引發情緒失控的焦慮：擔心一旦開啟話題，會觸發病人的恐懼、孤獨或家族矛盾。在忙碌的醫療節奏下，醫護害怕自己沒有足夠的時間或心理諮商技巧來「接住」這些崩潰的情緒。
- 面對「假設性情境」的無力感：ACP 涉及大量「如果...怎麼辦」的虛擬討論。對於習慣實證科學、數據診斷的醫療人員，討論這些不著邊際的價值觀會產生一種溝通上的焦慮感。

社會文化層面：權力結構與責任歸屬

- 「醫師決定」到「病人自主」的權力讓渡：傳統醫療是「醫師說了算」，ACP 則要求醫師尊重病人可能「不科學」或「太感性」的決定（例如：還有救卻選不插管），這會讓醫護產生強烈的心理衝突與不安全感。
- 家族動力與「防衛性醫療」：害怕被捲入家屬內部的意見紛爭，特別是擔心病人意願與家屬期待不符時，日後會引發醫療糾紛，因此傾向維持「標準治療」而非啟動 ACP。
- 跨專業團隊的同儕壓力：護理師或社工師或許察覺病人有需求，但若主治醫師未下達指令，團隊成員往往不敢擅自啟動諮商話題，造成溝通斷層。

實務操作層面：資源錯位與技能缺口

- 「效率體制」下的障礙：門診講求翻號率，ACP 卻需要長時間、深度對話。在現行健保給付與時間成本不成比例的情況下，缺乏推動的實質誘因。
- 「時機預判」的偏誤：總覺得「現在還早」，傾向優先處理當下的抽血、給藥等行政庶務，導致 ACP 不斷被延後，直到病人意識不清進入末期，才發現錯失時機。
- 後援機制缺失的恐懼：醫師擔心「開了頭，誰來收？」如果後端沒有專業的個管師或諮商團隊承接繁瑣的行政程序與後續諮商，醫師會選擇乾脆不啟動。

Part :3
障礙拆解與
破局對策

知識庫建立

- 專家課程
- 醫療端宣導
- 社區講座
- 網頁資訊

認知層面

- 生命與疾病軌跡的論述
 - 醫療常規的說明
 - 強化自主意識
 - 破解禁忌迷思
 - 闡述法規誤區：簽了名後就會被放棄
-
- 破解“救到底是否等於愛？”
 - 說明不告知病情與將心比心
 - 闡述法規誤區：萬一以後想救卻「違法」不能救（對法律效力的恐懼）。

心理層面

- 「不是現在」防禦機制: 要趁頭腦清楚為自己做決定
- 孤獨感與被遺棄感：強化自主、溝通與法規意涵。
- 宗教因素：拉回現實感,與醫療現場實況做整合說明。
- 存活者罪惡感：愛是一種尊重與放手，某些情境，放手會對患者更好。
- 決策癱瘓：適時推一把，給予心理支持。

社會與體制破局：從「傳統枷鎖」轉向「現代守護」

- 從「照顧者」到「受顧者」的身分失落:用生命階段來闡述
- 把自主拉回主位，也把對子女的好處放入考量
- 經濟依附帶來的「發言權萎縮」:拉開萎縮權的負面感受，強調這是經濟好壞都可能要面對的議題
- 同儕團體的負面標籤：拉回自主與知識庫建立
- 「呷百歲」的社會期待：解釋生命週期與不健康餘命觀念

社會與體制破局：從「傳統枷鎖」轉向「現代守護」

- 「孝順」的表演壓力： 聚焦在對最親的家人最好的決策身上
- 家庭權力結構： 溝通，讓天邊孝子也能放下，協助調整結構
- 財務與現實考量： 困難處理，但還是導向患者為中心的思考。

溝通實務

- 缺乏開口範本(等等給你範本)
- 擔心孩子生氣或擔心：協助幫個案開口，約家庭會議(喝咖啡)
- 語言隔閡：用簡單易懂，生活化，個人經驗分享等等導入

Part 4: 實戰技巧

在門診與居家醫療中「自然開口」
核心理念：不求一次到位，先
「撒下種子」，再「收割共識」。
緣分到了自然會開花
強摘的果子不會甜

知識庫建立

- 請參閱上一堂課



建立穩固醫病關係

- 建立關係的技巧

切入

- 藉由「檢查報告」切入：

- 話術：「王伯伯，今天看你的報告，心臟功能稍微退步了。這是一個訊號，我們除了調藥，也要開始想想：萬一以後身體更累、沒辦法自己做決定時，你希望我們怎麼照顧你？」

- 藉由「預防醫學」切入：

- 話術：「我們平常控血壓是預防中風，現在談 ACP 是預防『萬一』。很多家庭在急診室大吵，都是因為沒先談。我們今天先簡單聊聊，你最在乎的是什麼？」

- 藉由「時事與看到診間現象」切入：

- 話術：「我看您今天是由小兒子陪。您有沒有想過，萬一哪天您不能說話了，家裡誰最清楚您的醫療心願？是小兒子嗎？」

- 藉由「閒聊間的生命故事」切入：

- 話術：「牆上這張全家福照片好溫馨喔！陳媽媽，您看孩子們這麼孝順，您一定不希望以後他們為了醫療決定吵架、心碎對吧？我們要不要先幫他們『寫好劇本』？」

- 藉由「身體功能轉折」切入：

- 話術：「最近感覺你吞嚥比較吃力了。趁現在精神還不錯，我們聊聊：如果以後真的吃不下了，你對『插管』的想法是什麼？我們先有個默契，到時候才不會慌。」

啟動

- 不求一次到位，先「撒下種子」，再「收割共識」。
- 分散多次，建立知識庫與對話
- **Ask-Tell-Ask (詢問-告知-詢問)**
- **Ask (詢問現況)：**
- **Tell (提供資訊)：**
- **Ask (確認理解)：**

Part5：
平易近人的
畫面說故事



買保險是為了『萬一』
在預立醫療的世界裡，
我們最怕的萬一有兩個：



這張保單，
保的不是「金錢」，
而是「主權」與「和諧」。



一般的保險，出險後賠的是理賠金



但『預立醫療決定』這張保單...

賠給我們的是尊嚴，
賠給家人的是心安。

它確保了當醫療決策的
迷霧來臨時，我們已經
為他們點好了一盞燈。





放棄急救??

預立醫療決定書



全險
(Advance Directive - AD)

VS

DNR



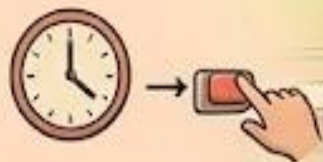
基礎險
(Do Not Resuscitate)

兩個「不要」與一個「要」：

生命終點的醫療決策指南

兩個「不要」：拒絕無效醫療

不要電擊、壓胸
(心肺復甦術 CPR)
插管、呼吸器



無效手段



拒絕無效的
維生醫療

無效手段

一個「要」：選擇舒適與愛

溝通

平靜與心安

「要」專業的
止痛與舒適
照顧
(安寧緩和醫療)



舒適護理路



安寧緩和醫療條例 只針對末期病人

末期病人：指罹患嚴重傷病，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

重點疾病類別與評估指標



失智症與神經退化

CDR評分達3分，且FAST量表等級達7C以上，伴隨營養不良或反覆感染。

心肝肺功能衰竭

心衰竭達NYHA IV級；肝硬化伴隨難治腹水；肺部疾病於靜止時有呼吸困難現象。



運動神經元疾病 (漸凍症)

呈現呼吸困難、吞嚥困難或生肌功能嚴重衰竭，需心理或量性支持者。

末期病情的共通警訊



嚴重的營養不良指標

三個月內體重減輕5%，或白蛋白(Albumin)小於2.5g/dL，或BMI小於16。



急性併發症與頻繁住院

六個月內兩次以上非計畫性住院，或出現敗血症、吸入性肺炎等合併症。



難以緩解的生理症狀

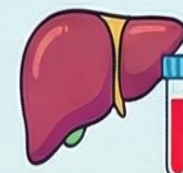
包含急性疼痛、嚴重嘔吐、惡性腸阻塞或癱瘓狀態的急遽轉變。

特定器官衰竭關鍵生化與生理門檻參考



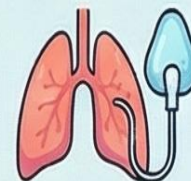
慢性腎衰竭

$GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$
(第4、5期)
或嚴重尿毒症症狀



慢性肝病

$INR > 1.5$
或白蛋白 $< 2.5 \text{ g/dl}$



肺部疾病

$FEV1 \leq 30\%$ 預測值或
血氧飽和度 $\leq 88\%$

預立醫療決定書



全險
(Advance Directive - AD)

VS

DNR



基礎險
(Do Not Resuscitate)

啟動預立醫療決定這張保單的五種特定狀態



末期病人

- ① 嚴重傷病
- ② 不可治癒
- ③ 經醫師診斷近期內死亡不可避免



不可逆轉之昏迷

- ① 因腦部病變，重度且持續昏迷
- ② 經兩位神經醫學相關專科醫師確診

以上皆需由
專科醫師確診。



永久植物人狀態

- ① 因腦部病變，顯示為永久植物人狀態
- ② 經兩位神經醫學相關專科醫師確診

其他經政府公告之疾病或情形



- ① 痛苦難以忍受
- ② 疾病無法治癒
- ③ 依當時醫療水準沒有其他解決方法
- ④ 經政府公告



極重度失智

- ① 失智為 CDR 3 分及 FAST 7 分達極重度程度
- ② 經兩位神經或精神醫學相關專科醫師確診



逝去的青春：王曉明的故事

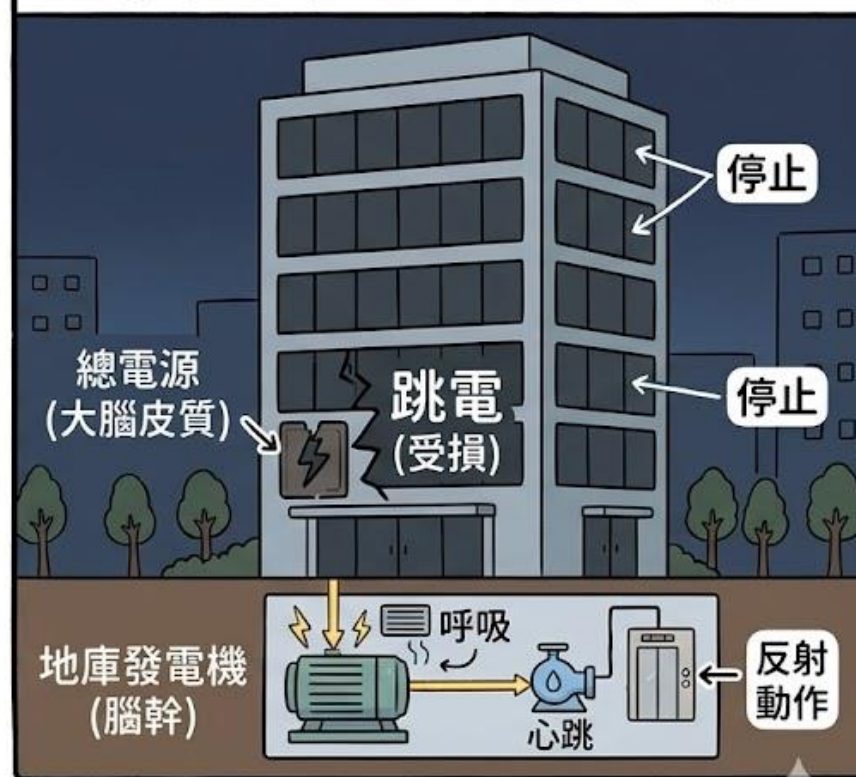


健康大腦：繁忙的辦公大樓



總電源開啟，全棟大樓都在辦公。

植物人狀態：跳電的大樓



總電源壞了，但地庫發電機維持基本運作。

啟動預立醫療決定這張保單的五種特定狀態



末期病人

- ① 嚴重傷病
- ② 不可治癒
- ③ 經醫師診斷近期內死亡不可避免



不可逆轉之昏迷

- ① 因腦部病變，重度且持續昏迷
- ② 經兩位神經醫學相關專科醫師確診

以上皆需由
專科醫師確診。



永久植物人狀態

- ① 因腦部病變，顯示為永久植物人狀態
- ② 經兩位神經醫學相關專科醫師確診

其他經政府公告之疾病或情形



- ① 痛苦難以忍受
- ② 疾病無法治癒
- ③ 依當時醫療水準沒有其他解決方法
- ④ 經政府公告

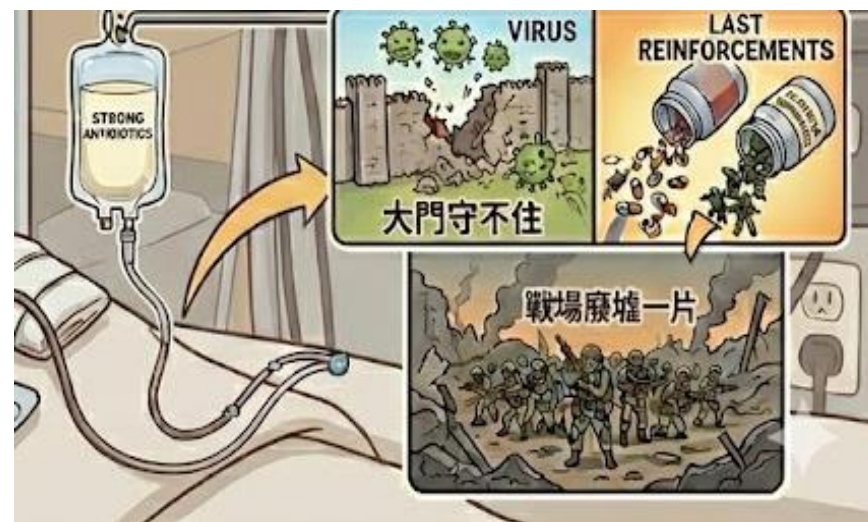
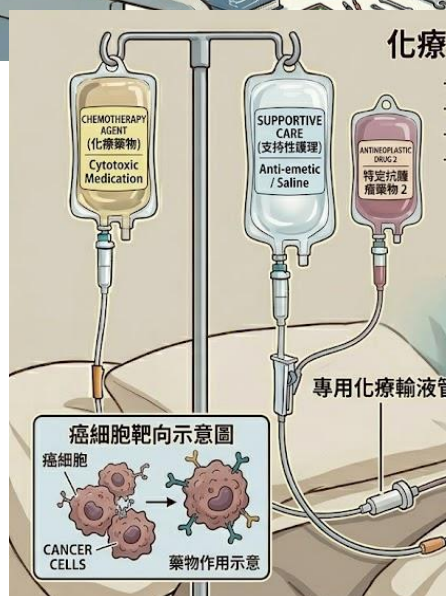
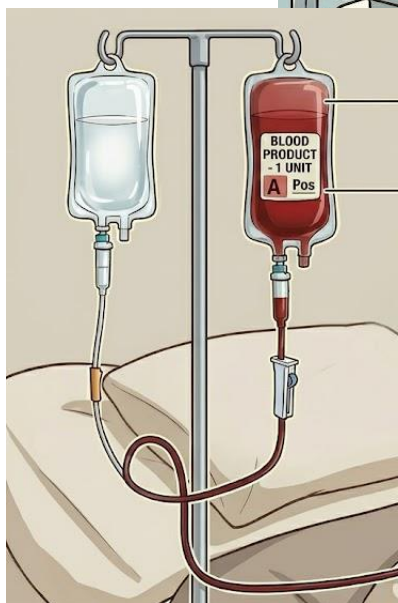
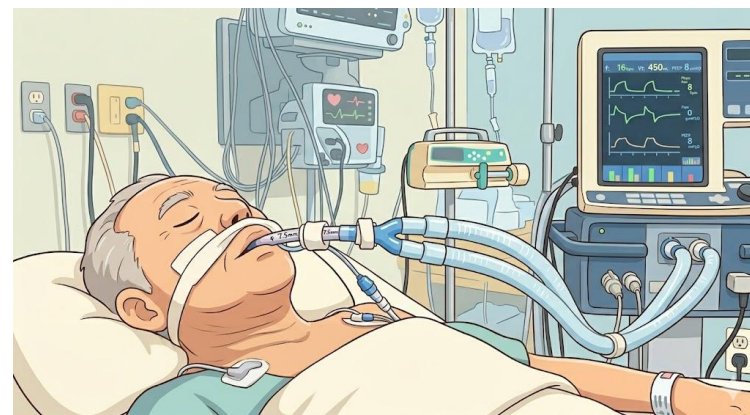
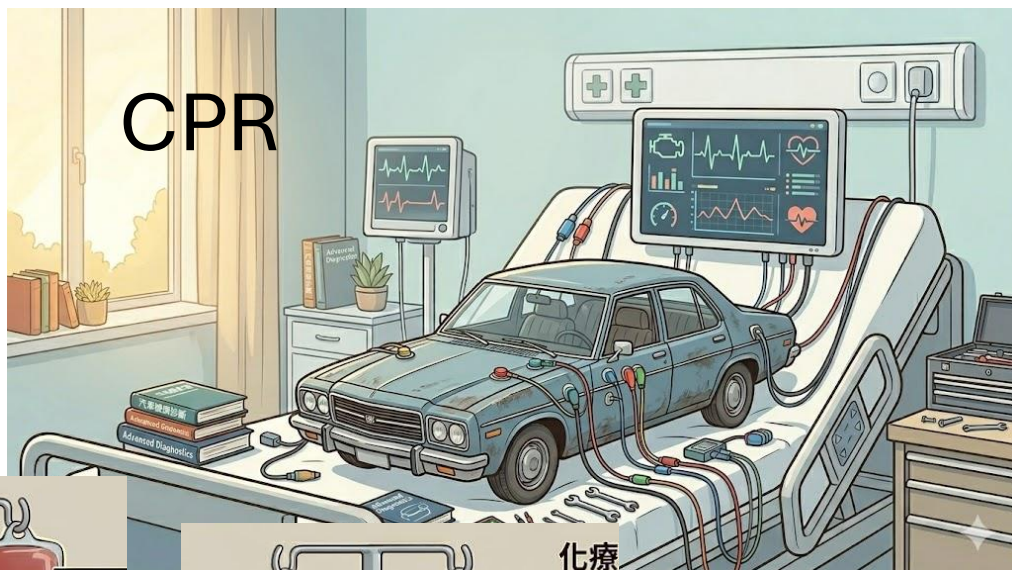


極重度失智

- ① 失智為 CDR 3 分及 FAST 7 分達極重度程度
- ② 經兩位神經或精神醫學相關專科醫師確診

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。

人工呼吸
器 葉克膜
等





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

末期病人

不可逆轉昏迷

永久植物人

極重度失智

其他經政府公告之情形

因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之持續性重度昏迷：

- 一、因外傷所致，經診察其意識超過**六個月**無恢復跡象。
- 二、非因外傷所致，經診察其意識超過**三個月**無恢復跡象。
- 三、有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識。

前項診察及確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。

末期病人

不可逆轉昏迷

永久植物人

極重度失智

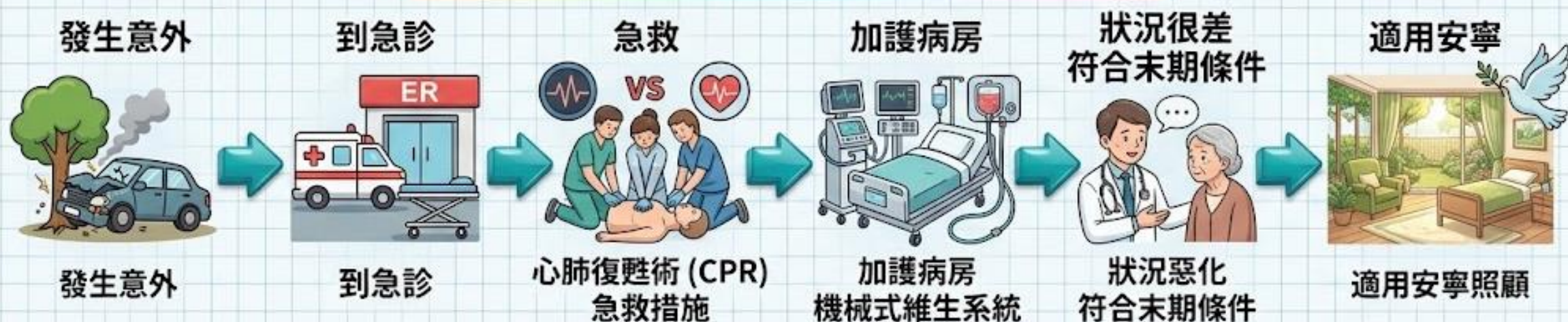
其他經政府公告之情形

因腦部病變，經檢查顯示符合下列情形之一之植物人狀態：

- 一、因外傷所致，其植物人狀態超過六個月無改善跡象。
- 二、非因外傷所致，其植物人狀態超過三個月無改善跡象。

前項確診，應由二位神經醫學相關之專科醫師為之。

突發生意外：從危機到安寧的選擇



王曉明案例與《病人自主權利法》：長期照顧與未來的權利



重度失智症 (CDR 3) 臨床評估指標摘要

極重度照護狀態：全面性失能，需安寧或全天候專業照護

記憶力減退



- 記憶力嚴重減退
- 僅記片段

定向力喪失



- 時空定向力完全喪失
- 僅存對人的模糊認知

判斷力喪失



- 無法做判斷
- 無法做判斷
- 無法解決問題

社會功能



- 無法在外活動
- 外觀明顯病態
- 不能自理工作與購物

家務生活



- 完全無法做家事

生理照顧



- 仰賴極大幫助
- 大小便失禁
- 無法自行抬頭

照護重點：吞嚥管理 • 褥瘡預防 • 舒適護理 • 安寧療護
吞嚥有理

示意圖

醫事示意圖 | 非醫療診斷

1

現況與趨勢

台灣目前約有1,000至1,500名病友



每年新增約
100-460名患者



平均每3天
新增1位

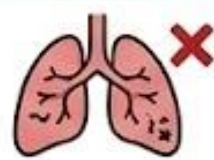
2

發病與預後

多在40-70歲發病



病程惡化快
平均存活約4-5年



主要死因為
呼吸衰竭

3

治療與需求



目前尚無治癒藥物，以症狀控制為主

亟需長期照護



科技輔具支持



4

知名病友



霍金是大家比較熟
知的漸凍症病友



了解與支持漸凍症

啟動預立醫療：肌萎縮性側索硬化症臨床條件



肌萎縮性
側索硬
化症

Amyotrophic
lateral
sclerosis

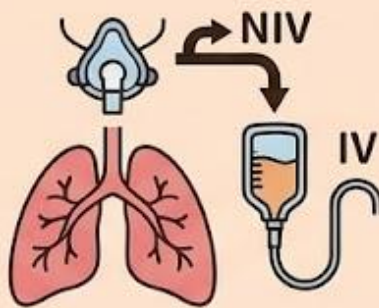
1

因肌萎縮性側索硬化症造成身體機能障礙，符合中度或以上身心障礙標準



2

呼吸肌無力導致呼吸功能受損，非侵襲性呼吸器已無法維持呼吸功能或病人需長期仰賴侵襲性呼吸器維持呼吸功能。



3

四肢無力導致失去行走能力，需依靠他人操作輪椅行動或終日臥床。



符合一
啟動條件

↓
預立醫療生效

醫療團隊確認：應由二位相關之專科醫師為之



(神經醫學、



胸腔醫學



復健醫學)

預立醫療決定(AD)簽署流程指南：守護最後的尊嚴

確保醫療自主權，透過專業諮商、合法簽署與健保註記，在特定條件下守護您的意願。

STEP 1

參與預立醫療照護諮商(ACP)

討論五種臨床條件下的選擇



二親等家屬



醫療代理人

意願人

STEP 2

正式簽署文件(AD)



見證人(x2)
或公證人

諮商機構核章

方能生效



STEP 3

健保卡正式註記



醫院



衛福部

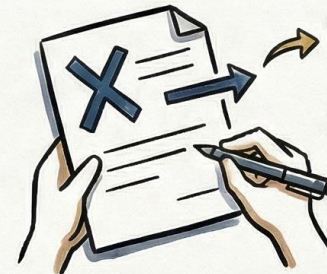


註記意願，
利於醫療調閱



STEP 4

隨時可撤回或變更



意願改變

若意願改變，隨時
以書面程序申請
撤回或修正



書面申請

預立醫療決定書

(Advance Directive - AD)

VS

DNR

(Do Not Resuscitate)

比較項目

誰能簽

(只有本人在清醒時可預立)

範圍

(全方位醫療：維生治療、人工營養與流體餵養、醫療決策人指定)

適用情境

(末期病人、植物人、失智、其他經公告情境)

功能

(全險：周全的未來自我決策)

全險

(Advance Directive - AD)

比較項目

誰能簽

(本人在病危或家屬在其病危時代簽)

範圍

(限心肺復甦術 CPR、插管)

(僅限末期病人)

(基礎險：僅拒絕無效的最後急救)

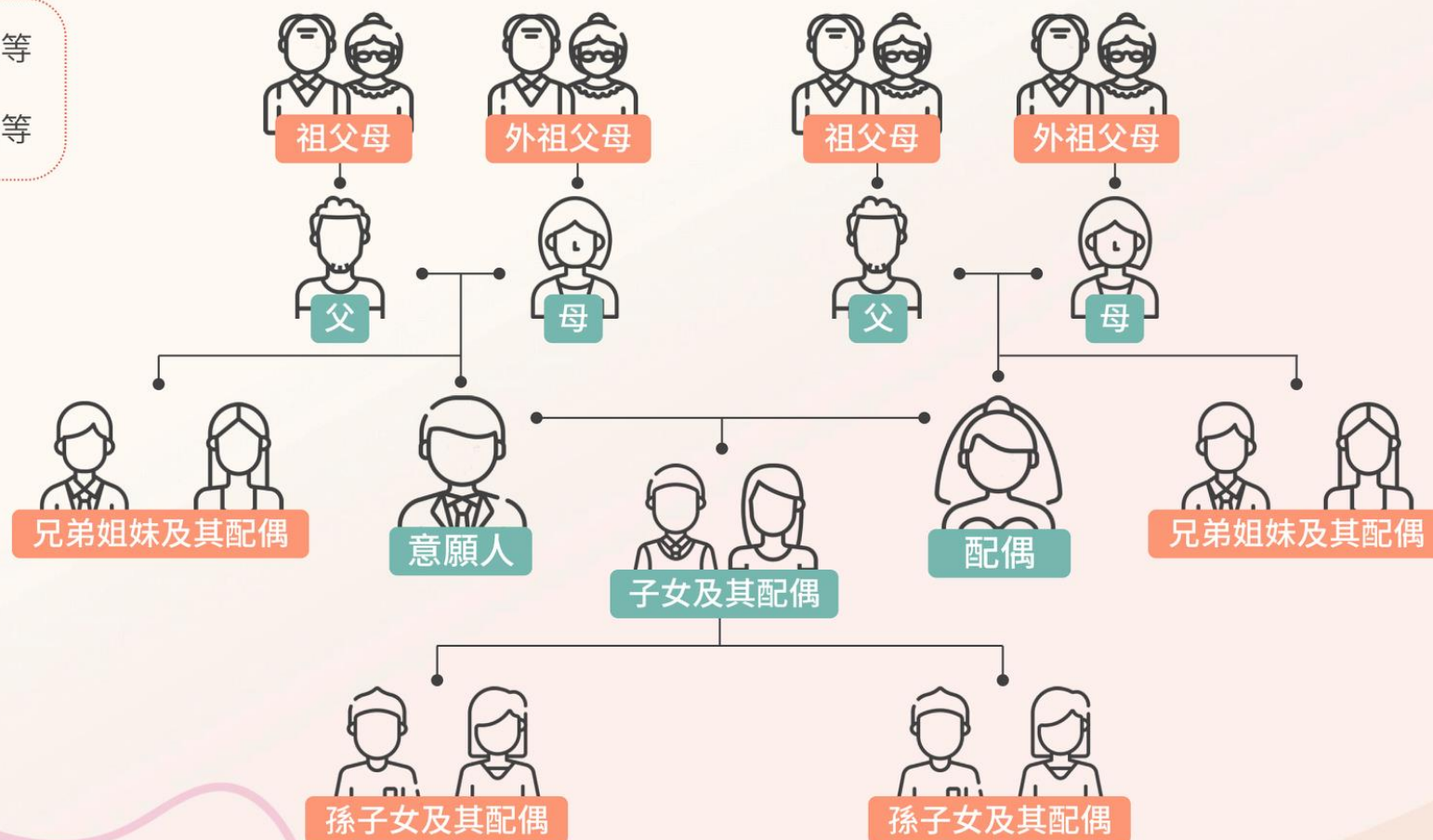
基礎險

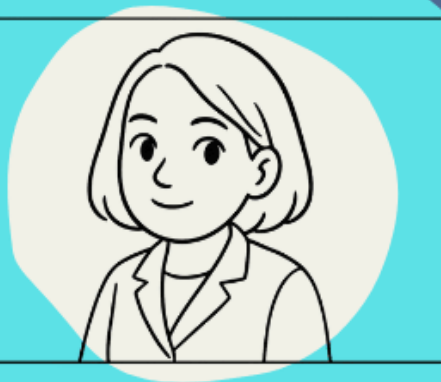
(Do Not Resuscitate)



什麼是二親等親屬？

■ 一親等
■ 二親等





楊久嫻

居家醫療/長照/安寧

心安久久



鄰好ACP
專區



預立醫療
線上試填



預立醫療宣導
台語版



**THANKS
FOR
LISTENING**

WARM | INTERIOR DESIGN STUDIO
OLD BONES CAFE