

預立醫療照護諮商與安寧緩和基礎講座系列四・宜蘭實體場

如何開啟 **ACP** 及安寧的 溝通對話

從法規理解到臨床對話：基層與居家醫療第一線的溝通實務

王維昌 理事長

台灣居家醫療醫學會・王維昌診所

115年7月25日（星期六）15:00-16:30 羅東博愛醫院 國際會議中心

今天，我們在一起解決什麼問題？

1

為什麼是現在

超高齡社會、長照3.0與第一線人員的角色

2

法規與基層實務

病主法 / 安寧緩和條例對照，及診所如何加入安寧網絡

3

溝通為何卡關

臨床現場最常見的心理與文化阻礙

4

結構化溝通工具

Ask-Tell-Ask、NURSE、SICG七步驟與話術

5

案例演練

居家醫療 / 失智 / 末期三種情境的示範對話

6

整合進日常照護

時機點、轉介合作與可帶走的checklist

PART 1

為什麼是現在？

高齡社會的政策脈絡，與第一線人員的角色

超高齡社會，時間不站在我們這邊

20%+

65歲以上人口占比
台灣已於2025年邁入
超高齡社會

3.0

長照3.0政策推動
強化社區支援網絡
與居家醫療整合

250

本場次報名上限
顯示基層人員對
ACP知能需求殷切

課程目的：強化基層醫療院所及長照機構人員對ACP及安寧緩和之基礎知能，提升第一線溝通能力與轉介合作意願。

基層與居家醫療，是ACP的第一道門

1

發現時機

定期回診、居家訪視、功能明顯衰退、住院出院時，是最自然的ACP切入點

2

建立信任

長期照顧關係讓病人與家屬更願意敞開談論生命末期的價值觀與擔憂

3

轉介橋樑

銜接病人、家屬與安寧共照、ACP諮商機構，讓法規權益真正被使用

PART 2

法規與基層實務

病人自主權利法 × 安寧緩和醫療條例，及診所如何加入安寧網絡

安寧緩和醫療條例 vs 病人自主權利法

比較項目	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
實施年份	89年 (2000)	108年 (2019)
適用對象	僅末期病人	五款臨床條件 (末期、不可逆昏迷、永久植物人、極重度失智等)
生效程序	本人及2位見證人簽署即可	須完成「預立醫療照護諮商」並註記於健保卡
病情告知	可僅告知末期病人或家屬	原則告知病人本人為優先
維生醫療定義	延長瀕死過程的醫療	延長生命的醫療措施

病人自主權利法的五款臨床條件

1

末期病人

2

不可逆轉之昏迷狀況

3

永久植物人狀態

4

極重度失智

5

其他經中央主管機關公告：痛苦難忍、疾病無法治癒、
且依當時醫療水準無其他合適解決方法

誰要一起坐下來談？ACP諮商的組成

諮商參與者

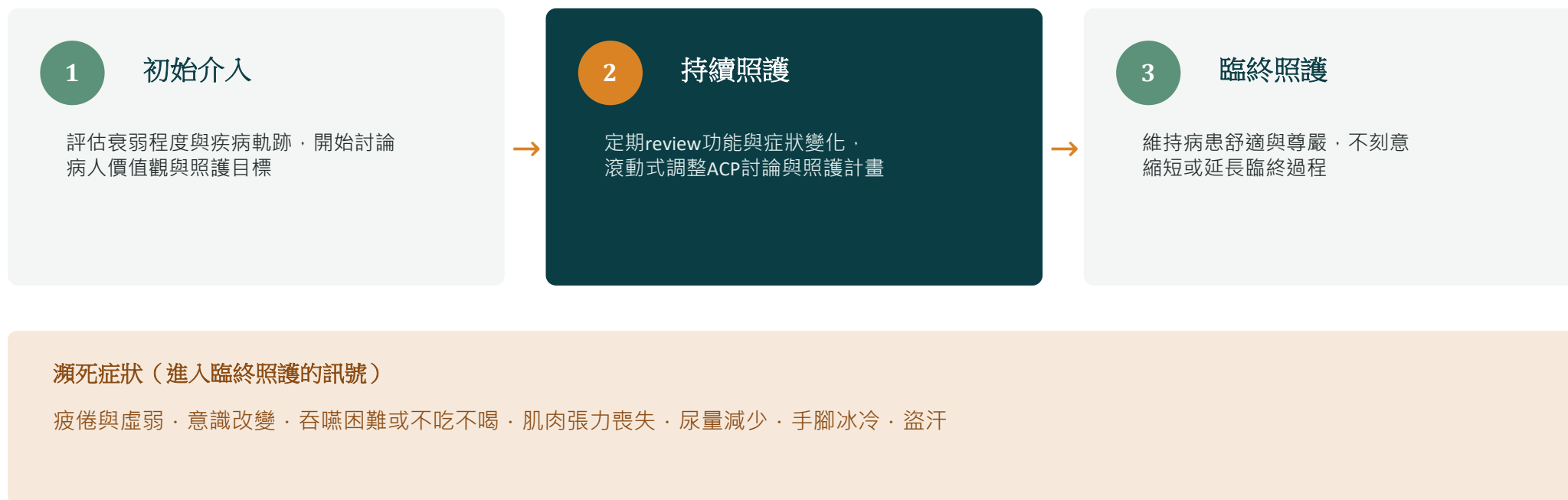
- 意願人本人（意識清楚、20歲以上或已婚）
- 二親等內親屬至少1人（配偶 / 子女 / 父母等）
- 醫療委任代理人（如有指定）
- 醫療機構ACP諮商團隊

完成後的流程

- 1 簽署預立醫療決定書（AD）
- 2 2位見證人簽名，或經公證
- 3 上傳並註記於健保IC卡
- 4 符合五款臨床條件時，AD正式生效

衰弱老人安寧照護的三個階段

依國健署指導、台灣安寧緩和醫學學會編著之《衰弱老人安寧緩和醫療照護指引》（2019），
照護歷程可分為三階段，跨專業團隊共同介入。



基層診所如何加入安寧照護網絡？

診所具備安寧資格

- 醫師暨執登護理師符合「乙類安寧」資格者，可透過VPN向健保醫管組申請執行安寧療護業務
- 審核通過後，即可獨立收案照護（未加入居家醫療整合團隊情境下）
- 若診所僅醫師具安寧資格，可就近加入居家醫療團隊，搭配團隊內具安寧資格之居家護理所共同照護

與長照機構合作模式

- 依法立案之護理長照機構若有安寧療護需求，可邀請通過VPN資格審查的診所進駐收案，不須報備支援
- 具安寧資格之居家護理所向健保VPN申請核准後，可在合法立案之長照機構收案
- 醫師需報備至居家護理所執行業務；若需開藥、檢驗，由醫師執登機構以A5案件申報

PART 3

溝通，為什麼卡關？

臨床現場最常見的心理與文化阻礙

「我知道該談，但總是開不了口」

1 時間有限

門診 / 訪視時間緊湊，覺得ACP話題「講不完」

2 怕破壞關係

擔心病人或家屬覺得醫師在「宣判」或「放棄」

3 預後不確定

疾病軌跡不明確時，不知道何時開口才恰當

4 家屬把關

家屬要求隱瞞病情，害怕病人「被嚇到」

5 文化忌諱

談死亡、談後事被視為不吉利、觸霉頭

6 自身不自在

醫療人員本身也對死亡議題感到焦慮或無準備

在孝道文化下，怎麼委婉切入？

常見文化現實

- 「報喜不報憂」的家庭溝通習慣
- 子女覺得「幫爸媽決定生死」是不孝
- 避諱直接使用「死亡」「後事」等字眼
- 認為談論死亡會「觸霉頭」、招致不幸

委婉切入的說法

「我們來聊聊，萬一以後身體狀況變化，您希望我們怎麼幫您？」

「這不是要現在做決定，而是先讓我們了解您的想法，之後才能照您的意思照顧您」

「很多長輩都會先想清楚，這是對自己負責，也是幫孩子分擔壓力」

談ACP＝放棄治療？先破解常見迷思

迷思：談ACP就是要放棄治療

事實：ACP是釐清價值觀與偏好，
病人隨時可依病情變化調整決定

迷思：簽了AD馬上就會被放棄急救

事實：AD僅在符合五款臨床條件時
才會生效，平時治療不受影響

迷思：只有末期病人才需要談ACP

事實：任何有行為能力的成年人
都可以及早進行ACP討論

PART 4

溝通核心心法

從心法到工具：讓對話有結構、有溫度

Ask-Tell-Ask：先問，再說，再確認

ASK

先問

「關於病情，您目前的了解是什麼？」
了解病人現有的認知與期待



TELL

再說

依病人能接受的程度，提供
貼近其理解程度的醫療資訊



ASK

再確認

「這樣說明您聽起來還好嗎？
有沒有想再多了解的地方？」

NURSE：同理心回應的五種語句

N

Naming 命名情緒

「聽起來您現在很擔心。」

U

Understanding 理解

「我可以理解，這對您來說不容易。」

R

Respecting 尊重

「您這段時間這樣照顧，真的很不簡單。」

S

Supporting 支持

「不管做什麼決定，我們都會陪您一起走。」

E

Exploring 探索

「可以多說一點，您擔心的是什麼嗎？」

結構化工具：Serious Illness Conversation Guide

由美國Ariadne Labs發展，將困難對話拆解為7個步驟，
讓臨床人員即使時間有限，也能有條理地完成一次高品質對話。



接下來，我們把這七步驟一步步拆開，配上實際可用的話術。

PART 5

七步驟拆解

每一步，怎麼問、怎麼說

1

SETUP · STEP 1

開場與設定情境

目的：建立安全感，說明談話目的，取得病人同意繼續

可用話術

”

「今天想花一點時間，跟您聊聊您對未來照顧的想法，可以嗎？」

”

「這不是因為您現在狀況變差，而是我想更了解您，之後才能照您希望的方式照顧您。」

💡 提醒：先徵求同意再進入話題，讓病人感覺自己是主導者，而非被動接受宣判。

2

ASSESS · STEP 2

評估病人對病情的理解

目的：了解病人目前認知落差，作為後續資訊揭露的基礎

可用話術

”

「關於目前的病情／身體狀況，您自己的了解是什麼？」

”

「您覺得接下來身體可能會怎麼變化？」

💡 提醒：先聽，不急著糾正或補充；理解落差本身就是重要的溝通資訊。

3

SHARE · STEP 3

分享預後資訊

目的：依病人偏好的程度與步調，提供貼近現實的預後資訊

可用話術

- ” 「您希望我跟你說明得多詳細？有些人想知道全部，有些人比較希望大方向就好，您呢？」
- ” 「以目前的狀況來看，我會擔心接下來身體會慢慢變得比較虛弱。」

💡 提醒：先問「想知道多少」，尊重病人自主選擇資訊揭露程度。

4

EXPLORE · STEP 4

探詢目標與價值觀

目的：找出對病人而言，「有品質的生活」與「重要的事」是什麼

可用話術

”

「如果時間有限，對您來說，什麼是最重要、最不想錯過的事？」

”

「有沒有什麼是您無論如何都希望做到／避免發生的？」

5

EXPLORE · STEP 5

探詢恐懼與擔憂

目的：讓病人說出未說出口的害怕，減輕心理負擔並建立信任

可用話術

”

「談到這些，您心裡有沒有比較擔心或害怕的事情？」

”

「很多人會擔心變成家人的負擔，或是擔心痛，您呢？」

6

EXPLORE · STEP 6

探詢功能底線

目的：釐清病人可接受與不可接受的生活狀態，作為未來治療選擇依據

可用話術

”

「如果將來身體變得需要長期臥床、需要別人完全照顧，
這樣的生活對您來說可以接受嗎？」

”

「什麼樣的狀況，您會覺得『這已經不是我想要的生活』？」

7

RECOMMEND · STEP 7

與家屬/照顧者共同做出建議

目的：整合病人價值觀，提出符合其目標的醫療建議，並邀請家屬參與

可用話術

” 「根據您剛剛說的，我會建議.....，這樣的方向是否符合您的想法？」

” 「這些想法，您希望我們怎麼讓家人也一起了解？」

💡 提醒：建議要「對齊病人目標」而非只給選項；同時邀請家屬進入，避免日後衝突。

什麼時候開口，最自然？

1

定期回診／慢箋領藥

病情穩定時，較無壓力，適合初次鋪陳話題

2

居家訪視

在病人熟悉的家庭環境中，更容易談及真實想法

3

功能明顯衰退

跌倒、住院後功能下降，是重新檢視目標的自然時機

4

長照需求評估／申請

家屬與病人本就在討論未來安排，順勢帶入ACP

PART 6

案例演練

三個貼近臨床現場的情境

案例 1

長照機構真實案例・反覆壓瘡的失能長者

情境背景

林先生，85歲，喪偶，長期入住團體家屋，CDR 2（中度失智），有高血壓、糖尿病、腸阻塞手術病史。近5個月體重減輕4.4公斤，雙側臀部與足跟反覆出現壓瘡，需持續換藥仍未見改善，肢體無力、已無法行走。機構召開家屬會議，六名子女分居各地，家屬明確表示：「想知道醫師的建議是什麼、治療方針為何」，並將討論是否簽署DNR。

思考題

當家屬直接把問題丟回來、要你「給建議」時，你會怎麼組織這場家庭會議的談話？

NG對話 vs 較佳對話

× NG 對話

醫師：「依現在的狀況，
建議簽一下DNR，這是比較好的做法。」

家屬：（多位子女意見不一，
有人沉默、有人直接說
「不要簽，這樣像放棄」，
會議陷入僵局）

✓ 較佳對話

醫師：「這半年，爸爸的體力和
傷口一直反覆，我想先聽聽，
這段時間你們看在眼裡，
最擔心的是什麼？」
（先蒐集六位子女的觀察與擔憂，
再說明病程與各項選擇的實際意義，
最後才共同討論下一步）

關鍵差異：多位家屬意見分歧時，先做「傾聽與蒐集」而非直接給答案；讓每位子女都被聽見，才能凝聚共識，而非在會議中直接拋出結論引發對立。

案例 2

末期癌症・家屬要求隱瞞病情

情境背景

陳先生，68歲，肺癌末期，兒女堅持不要讓父親知道病情有多嚴重，擔心他知道後失去求生意志，要求醫療團隊配合隱瞞。

思考題

如何在尊重家屬顧慮的同時，仍保障病人知情與自主的權利？

NG對話 vs 較佳對話

× NG 對話

家屬：「醫師，拜託不要跟我爸說實話，他知道會撐不下去。」

醫師：「好，我知道了，我會避重就輕。」
(病人日後發現被隱瞞，信任關係破裂)

✓ 較佳對話

醫師：「我理解你們是心疼爸爸。我們可以先了解，他自己想知道多少，再決定怎麼說明，好嗎？」

(先與病人單獨核對其知情意願，再與家屬共同討論告知的方式與程度)

關鍵差異：病主法原則上以病人本人優先知情；用NURSE先同理家屬擔憂，再引導共同討論告知方式，而非直接妥協隱瞞。

案例 3

居家醫療・功能穩定期的例行訪視

情境背景

林奶奶，89歲，多重慢性病、輕度衰弱，接受居家醫療訪視穩定超過一年，尚未有明顯末期徵兆，家屬也從未主動提過死亡相關話題。

思考題

在病情穩定、沒有立即危機的情況下，這是不是談ACP的好時機？為什麼？

NG對話 vs 較佳對話

× NG 對話

醫師：(覺得奶奶狀況
還穩定，不需要談這個，
等真的變差再說)

✓ 較佳對話

醫師：「奶奶最近氣色不錯，
趁現在狀況穩定，想聽聽您對
未來照顧的想法，這樣以後有
狀況我們才知道怎麼幫您。」

關鍵差異：病情穩定、無時間壓力時，反而是最理想的ACP時機——病人壓力最小、思考最清楚，切勿等到危機才開口。

PART 7

整合進日常照護

從一次對話，變成可持續的照護流程

把ACP溝通變成團隊的日常習慣



在每次功能評估 / 長照需求評估時，固定納入一句「開場式提問」



建立團隊內部共識：誰負責開啟話題、誰負責後續轉介ACP諮商



善用回診 / 訪視紀錄，標記已完成初步溝通、尚待深入的個案



定期安排個案討論，練習SICG七步驟與NURSE語句，非單打獨鬥



建立與轄區ACP諮商機構、安寧共照團隊的固定轉介窗口

什麼時候該轉介安寧共照／居家安寧？

1 功能持續下降

ADL評估連續惡化、體重明顯減輕、反覆住院

2 症狀控制困難

疼痛、呼吸困難等症狀在現行治療下仍難以緩解

3 病人／家屬已表達意願

病人或家屬主動提及「希望在家善終」「不想再急救」

4 進入五款臨床條件

符合病主法五款臨床條件之一，AD可能即將啟用

宜蘭ACP諮商機構・基層診所優先

全縣27家機構中，11家為基層診所，可直接付費諮商，是轉介的第一選擇；地址依鄉鎮排序，方便就近轉介。

機構名稱	鄉鎮	電話	補助重點
維揚診所	羅東鎮	(03)951-0299	無補助
王維昌診所	羅東鎮	(03)956-2512	無補助
開蘭安心診所	宜蘭市	(03)931-1230	同行第2人起9折
長庚家安診所	宜蘭市	03-9330838	低、中低收入戶9折
怡然診所	宜蘭市	03-9313551	低、中低收入戶優免
吳震世診所	礁溪鄉	(03)987-1268	中低收最多補助1,000元
岳成診所	礁溪鄉	(03)987-6586轉11	中低收最多補助1,000元
愛德仁診所	壯圍鄉	(03)937-2614	低、中低收入戶全免
心安診所	員山鄉	(03)923-2878	- (114.10.30新增)
信望愛診所	員山鄉	(03)922-1550	- (114.10.30新增)
奕康內科診所	冬山鄉	03-9680102	掛號費優免

* 個人諮商總費用皆為3,000元/人次 (奕康內科診所3,150元)，同行家屬多可享折扣，詳細以機構公告為準。

醫院與衛生所 · 補充轉介管道

醫院（6家）· 適合較複雜個案

- 羅東博愛醫院 - 補助最完整，含身障、失智、獨居長者、器捐遺屬皆全免
- 羅東聖母醫院 - 低中低收、病主法第5款個案全免
- 陽明交大附設醫院（宜蘭） - 低中低收、第5款個案全免
- 北榮蘇澳分院 / 北榮員山分院 - 另涵蓋榮民全免
- 宜蘭仁愛醫院 - 無額外補助

衛生所（10家）· 服務對象受限

頭城、宜蘭市、五結、壯圍、大同、三星、蘇澳鎮、羅東鎮、礁溪、員山共10家鄉鎮衛生所均掛名，但備註皆為「僅限居家失能個案家庭醫師照護方案之個案」——一般民眾無法直接前往諮商，須先加入該方案。

服務空白：冬山鄉、南澳鄉衛生所未列入名單；冬山鄉可改轉介奕康內科診所，南澳鄉目前無在地機構。

急症照護之外：整合安寧緩和醫療



- **擴大適用對象：**預計每年約 1.2 萬人受惠 (115年1月起)。包含居家醫療照護對象與住宿型機構住民。
- **緩和醫療家庭諮詢費 (02020C)：**2,250 點。
- **溝通品質承諾：**包含主治醫療團隊、病人或其家屬。單次諮詢至少 1 小時。
- **完整紀錄：**溝通內容完整記錄並納入病歷，醫病雙方共同簽名確認。

安寧緩和轉銜與團隊家庭會議

【支付代碼：02020C】 | 【支付點數：2,250 點】 (單次諮詢至少 1 小時)

會議紀錄六大必備要素

1. 會議的目的
2. 人事時地物 (參與團隊、病人或家屬)
3. 照護團隊組成
4. 照護方式 (當疾病改變時的處置共識，如不施行心肺復甦術)
5. 啟動時機
6. 臨終照護 (如機構善終、撤除管路等)

安寧個案/家屬討論會議紀錄

060001/08000

會議編號: _____ 日期: _____

會議時間: _____ 地點: _____

參與人員: _____

一、會議目的/家屬期望:

☐ 生命維持 ☐ 安寧緩和 ☐ 安寧緩和與生命維持

☐ 呼吸器使用 ☐ 插管 ☐ 鼻胃管

☐ 安寧緩和與生命維持 ☐ 生命維持與安寧緩和

☐ 安寧緩和與生命維持 (生命維持與安寧緩和) ☐ 生命維持與安寧緩和 (生命維持與安寧緩和)

二、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

三、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

四、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

五、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

六、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

七、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

八、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

九、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持

十、會議時間/地點:

☐ 會議時間/地點 ☐ 生命維持



安寧個案/家屬討論會議紀錄

個案/家屬討論會議紀錄

姓名:曾 X 榮
身分證字號:G10xxxx
生日:019.02.02
編號:

成案日期:____年____月____日

會談時間:112年06月20日10:00-10:30 會談地點:順安會議室

參加人員:見簽到單

紀錄:李芝瑜

醫療團隊人員:

醫師王維昌、院長林春秀、主任游若茜、安寧居家護理師李惠萍、社工陳柏志、護理師李芝瑜。

家屬:曾 X 哲、林 X 圓。

病人現況: ☐恢復中 ☒不穩定 ☐病情膠著 ☐病危

會議摘要:

目的:

住民有高血壓、失智症、前列腺肥大、第三期CKD(111.6)、慢性阻塞性肺病、肺纖維化、冠狀動脈疾病(左前降支血管支架術後112/03)等疾病，於112/06/20簽立不施行心肺復甦術同意書和不施行維生醫療同意書，家屬表示希望爸爸不要痛苦，安然度過餘生，請王維昌醫師評估住民是否符合安寧緩和療護，故安排家屬與王維昌醫師共同召開會議凝聚共識，並說明安寧療護及後續照護方式

個案現況:

住民為93歲男性個案，GCS:E4V4M6，對談偶不切題，喃喃自語，生活無法自理，鼻胃管及尿布使用，且近半年反覆出入院，故協助安排與王維昌醫師召開會議。

家屬困難與要求:

家屬表示希望爸爸不要痛苦，安然度過餘生，同意讓王維昌醫師判斷評估治療。

照顧計畫:

家屬同意住民現聖母醫院06/23神經內科(鑑定115年到期，已向家屬說明屆時由安寧醫師開立轉診單至醫院鑑定)、07/17胸腔內科、08/15心臟內科藥物服完後，轉由特約安寧醫師整合開立(皆退掛)；特約安寧醫師表示DC胸腔內科Ambroxol和心臟內科Meptin，神經內科Witgen服完即可，其餘藥物續服；鼻胃管及製氧機續使用，必要時可接受留置導尿管；可接受若有病情惡化時，由王維昌診所安寧團隊照

護，若住民發生任何病況改變時，皆會聯絡王維昌醫師，並由王維昌醫師評估是否送醫治療；出現瀕死症狀時，視情況將其轉移至單人病房，並請家屬前來機構陪伴；於機構善終並協助清潔擦拭身體；最後一套衣服由機構準備乾淨衣物即可；緊急聯絡人:(1) [redacted] 二媳婦 [redacted]

[redacted]；經王維昌醫師及照護團隊解釋後家屬可接受。

結論:

1. 當個案因本身疾病或疾病病程發生改變時，家屬同意由王維昌醫師先行診視判斷評估治療。
2. 於機構善終，並協助清潔擦拭身體及更換最後一套機構乾淨衣物。
3. 112/06/20已簽立不施行心肺復甦術同意書和不施行維生醫療同意書。

會議屬性: ☐常規召開 ☐醫師要求 ☒家屬要求 ☐其他:

治療目標: ☐康復出院 ☐長期照護 ☒安寧照護 ☐穩定病情

特殊事項: ☐無 ☒DNR ☐Terminal Discharge ☐器官組織捐贈 ☐其他: 無。



- 1.會議的目的
- 2.人事時地物
- 3.照護團隊
- 4.照護方式
- 5.啟動時機
- 6.臨終照護

AD，就像人生的 README.md

README.md 讓後續接手的人不必臆測，就能照著原始精神維護一個專案；AD（預立醫療決定）也是如此——讓家屬與醫療團隊在你無法親自開口時，仍能照你寫下的心願，繼續走下去，不偏離主題。

README .md

- # 說明專案的目的與精神
- # 讓後續維護者知道
「怎麼做才符合原意」
- # 避免專案偏離初衷、被誤用
- # 清楚寫下來，而非只放在腦海裡
- # 可以隨時更新版本

AD 預立醫療決定

- 說明你重視的價值觀與人生目標
- 讓家屬與醫療團隊知道
「怎麼做才符合你的心願」
- 避免醫療決策偏離你的意願、留下遺憾
- 透過ACP討論、正式簽署，而非只是口頭說說
- 可以隨時因應想法改變而更新

人生的方向與尊嚴，不該只留在腦海裡等別人猜——寫下你的README，才不會在最重要的時刻走偏。

唯有對生老病死有感受、有體驗，
才有解脫的智慧簽署AD。

「我皆令入無餘涅槃而滅度之，如是滅度無量無數無邊眾生，
實無眾生得滅度者。」

- 《金剛經》

簽署AD，不是醫療團隊替病人做決定，而是本人在看盡生老病死之後，
親手為自己寫下的看透與放下——如同渡人渡己，卻不執著於誰渡了誰。

熵增與熱寂，生命軌跡的五向量

業力

過去行為累積
的慣性軌跡

自力

自身努力與
修持的力量

願力

發願所指引
的方向

他力

外在助緣與
支持的力量

法力

宇宙大自然的
力量

如同宇宙依entropy法則，不可逆地從有序邁向熱寂；生命也依此五力，沿著生老病死的軌跡前行——方向無法逆轉，但軌跡中的自己，仍能以「自力」與「願力」，為自己寫下這一份AD。

宇宙以熵之必然走向熱寂，生命以五力之交織走向終章——這是講者個人對生命軌跡的體悟，非科學定論，僅供對話與省思之用。

玄奘法師的「知止」· 一場千年前的ACP示範

玄奘（602–664），大唐譯經大師，畢生使命感強烈，如同現代的「工作狂」。圓寂前後的言行，卻精準示範了一場完美的預立醫療照護諮商——知止的4R實踐模型：



資料來源：玄奘法師「知止」安寧實踐模型 (Zhi-Zhi 4R Framework)，案例整理自歷史文獻紀錄。

REFLECTION · 好，我在此下車

真正的看破生死，不是一開始就什麼都不做，
而是在活著的時候「鞠躬盡瘁、燃燒殆盡」；
但在死亡叩門的當下，能夠毫不遲疑地說：
「好，我在此下車。」

重新定義「無憾的善終」：不在於完成所有的事，而在於擁有隨時放手的智慧。
提早啟動ACP，為人生的完美轉場做好準備。

案例取材自玄英法師「知止」安寧實踐模型，作為ACP的歷史例證與省思之用。

帶回臨床現場的五件事

1

ACP不是宣判，而是釐清價值觀，讓病人被照顧的方式符合他自己的意願

2

先問，再說，再確認（Ask-Tell-Ask）；用NURSE語句先接住情緒

3

SICG七步驟提供結構，讓再忙的臨床現場也能有條理地完成一次對話

4

病情穩定、沒有危機時，才是最理想的ACP開口時機——不必等到末期

5

把ACP溝通變成團隊常規流程，並建立清楚的轉介窗口

延伸資源與轉介管道

1

器捐病主推廣中心 e-learning 平台

課程報名、簽到退查詢
e-learning-torsc.formosasoft.com

2

衰弱老人安寧緩和醫療照護指引

台灣安寧緩和醫學學會編著 ·
國健署指導 (2019)

3

各縣市ACP資源地圖

台灣醫療改革基金會彙整
各縣市衛生局ACP諮商資源

謝謝聆聽

接下來的時間，讓我們一起討論——
你的臨床現場，最想解決的是哪一個溝通難題？

王維昌 理事長
台灣居家醫療醫學會