

病人自主權利法與 安寧緩和醫療條例的異同

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

臺北榮民總醫院桃園分院

社區醫學部主任 杜俊毅

115年8月29日 13:15~14:45

大綱

1. 臺灣善終保障雙法
2. 安寧緩和醫療條例
3. 病人自主權利法的推動
4. 已達啟動AD的轉捩點了嗎？
5. 高齡社會需面臨善終照顧議題
6. 案例分享
7. 未來展望

臺灣善終保障雙法-
病人自主權利法與安寧緩和醫療條例

病人善終與自主權—立法脈絡



安寧緩和醫療條例

尊重末期病人之醫療意願及保障其權益(善終)

2000年以前：全力搶救是醫療常態

所有危急病人無論病情

癌症末期病人臨終也要急救

- 醫療法：面對危急病人，應適當急救、不得無故拖延
- 醫護人員：
 - 若不予急救，可能有醫療糾紛或刑法法律責任
 - 遇瀕死病人，全力搶救到底
 - CPR30分鐘是標準流程
 - 末期病人常被壓斷肋骨、插滿管路痛苦往生，缺乏尊嚴與緩解痛苦的療護。
- 家屬：
 - 承受道德與輿論壓力：社會普遍認為「不救就是不孝」或「放棄治療等於遺棄」。
 - 家屬知道病人無法治癒，希望不急救，但法律規定下只能無奈接受醫護人員急救措施。



2000年後逐漸熟悉末期病人不急救

末期病人

不急救、不維生醫療、接受安寧療護



安寧居家：身心平安、親人陪伴在旁

非末期病人

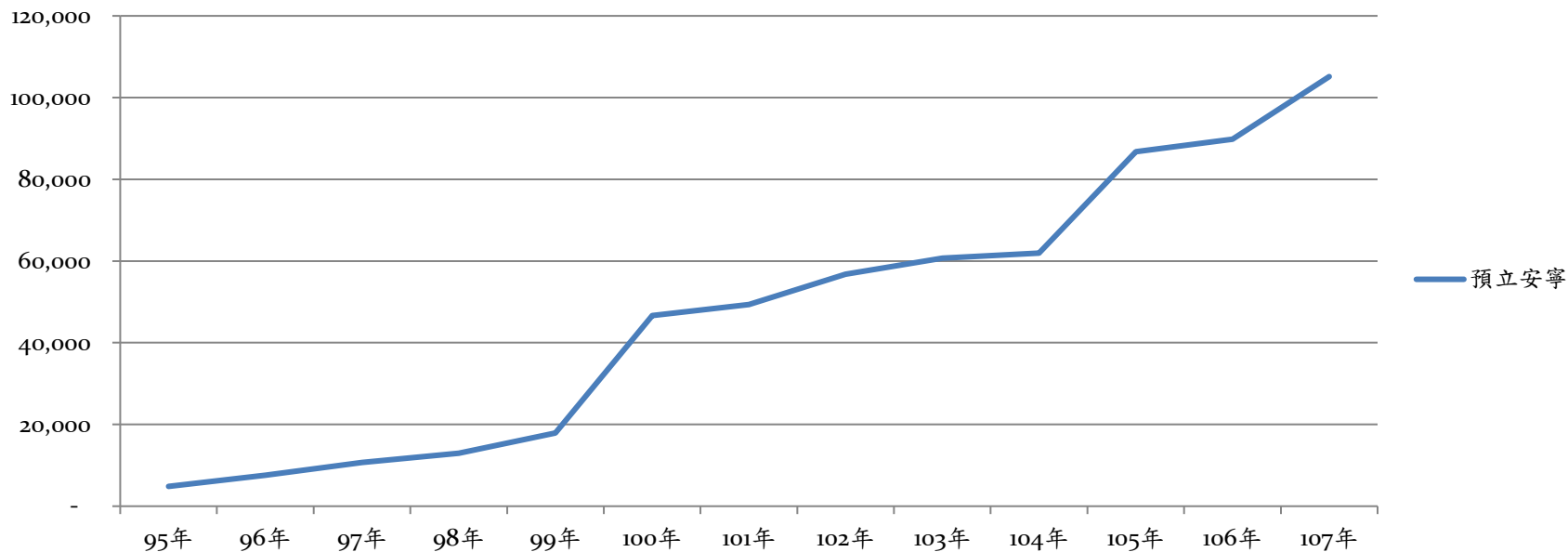
病危急救後加護病房嘗試治療



嘗試治療無效，經認定末期
也可以撤除維生醫療

健保卡安寧註記人數 95~107年

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書



病人自主權利法的推動



請試想下列情境...

- 變成**植物人**半年後，靠灌食才能活下去
- 高齡**失智/衰弱**，無法進食，被插**鼻胃管**，**合併譫妄自拔管路被約束**
- 您自己的選擇是？
- 如果父母親變成植物人/失智/衰弱，您的選擇是？

台灣案例：王曉民 1963車禍，成植物人

17歲，躺47年 王曉民走了

一場車禍 人生變調 父母不曾放棄 會眨眼會微笑 去年3月64歲離世 奇蹟沒降臨

2010過世

【記者胡宗鳳／高雄報導】十七歲正是少女的花樣年華，當時是北二女（目前的中山女高）樂儀隊指揮的王曉民，因一場車禍，成了植物人，這躺就是四十七年，她的生命停格在十七歲，全家人的生活跟著走樣。和曉民最親密的雙親先後去世後，去年三月曉民悄悄地闔眼，死時已是六十四歲婦人，應是國內活得最久的植物人。

車禍前，王曉民清秀可人，就讀北二女二年級時，既是籃球校隊，又是樂儀隊指揮，是校園風雲人物；未料騎腳踏車被計程車追撞造成腦死，從此躺在病床靠機器維生。

王曉民的父母不曾放棄，官拜上校的曉民父親王雲雷提早退役，和妻子趙錦念、擔看護，直到相繼病倒、撒手人寰，接著曉民的二個妹妹毫無怨悔接下擔子，照顧曉民直到生命盡頭。

在家人類料下，王曉民不像一般植物人總是沈睡，她會用眨眼、微笑表達歡喜，也會用顫抖和磨牙表示「我不舒服啦」。這些表情、動作，鼓舞全家，甚至一度以為奇蹟將至。可惜，直到王曉民過世，始終沒有真正甦醒！

王曉民和父母的親情故事，一次次登上媒體版面，但父母過世後，三個妹妹謝絕媒體採訪，也婉拒社會機構探視，三年多前帶著曉民病情從高雄縣大樹鄉遷到高雄市，之後沒有人知道曉民的病況。

高雄市身心障礙福利科長葉欣雅說，因為整理縣市合併資料，才知道王曉民的身心障礙手續已在去年三月註銷；王曉民走的消息，才傳出來。

葉欣雅說，王家為避免外界打擾，近五年來，政府補助每月一萬八到兩萬元的機構安置費都未領取，只領取每月四千元的生活貼，因為前者須出具安養機構證明，因此沒人知道王曉民最後幾年是住安養機構還是妹妹家。

高市新興區榮治里長許周說，王曉民剛進時，他想去探視，但被王家妹妹婉拒，他也是昨天才知道。



▲民國52年，指揮樂儀隊



▲民國52年，全家福（後中）



▲民國73年，38歲生日



▲民國78年，曉民笑了



▲民國84年，母親病故前



▲民國86年，父親80歲

圖／本報資料照片

家屬為極重度失智症病人做決定

A3 焦點

聯合報

中華民國一〇六年五月二日 星期二

侵入治療？引發熱議

與繼子女爭執 投降妥協…侯文詠是關鍵

瓊瑤含淚為夫插管「我背叛他」



但瓊瑤形容，侯文詠依舊「離世」。

瓊瑤以「背叛」別了！我不以為然地說：「現在不插生命中最愛的人」為題，描述與平鑫滯前妻生的三名繼子女爭執，最終還是讓平鑫滯插了鼻胃管。但看到丈夫插管後痛苦的模式，瞬間覺得自己背叛了他。

瓊瑤在文中敘述內心感受，「他不再愛我了，我，不是在他失智時失去他的，是在我背叛他時失去他的！我再也感覺不到他的愛，他的溫柔，他的體貼，五十年來的相知相許，在此刻化為煙煙，不用等到他離開這世界，我已經失去他！」

而讓瓊瑤最終妥協插管的關鍵，是與侯文詠的一通電話，她形容「一直以來把對方當成『家庭醫生顧問』，侯文詠告訴她：『鼻胃管是很普通的東西，等到他病好了，一分鐘就可以拿掉的，你為什麼不插呢？』」

但瓊瑤內心質疑：「病好？恢復？怎樣好？怎樣恢復？」並將天已失智的狀況告訴對方，且也表示平鑫滯曾寫信表達希望自已「自然」離世。

但瓊瑤形容，侯文詠依舊「離世」。

瓊瑤在文中敘述內心感受，「他不再愛我了，我，不是在他失智時失去他的，是在我背叛他時失去他的！我再也感覺不到他的愛，他的溫柔，他的體貼，五十年來的相知相許，在此刻化為煙煙，不用等到他離開這世界，我已經失去他！」

而讓瓊瑤最終妥協插管的關鍵，是與侯文詠的一通電話，她形容「一直以來把對方當成『家庭醫生顧問』，侯文詠告訴她：『鼻胃管是很普通的東西，等到他病好了，一分鐘就可以拿掉的，你為什麼不插呢？』」

但瓊瑤內心質疑：「病好？恢復？怎樣好？怎樣恢復？」並將天已失智的狀況告訴對方，且也表示平鑫滯曾寫信表達希望自已「自然」離世。

但瓊瑤形容，侯文詠依舊「離世」。

瓊瑤在文中敘述內心感受，「他不再愛我了，我，不是在他失智時失去他的，是在我背叛他時失去他的！我再也感覺不到他的愛，他的溫柔，他的體貼，五十年來的相知相許，在此刻化為煙煙，不用等到他離開這世界，我已經失去他！」

而讓瓊瑤最終妥協插管的關鍵，是與侯文詠的一通電話，她形容「一直以來把對方當成『家庭醫生顧問』，侯文詠告訴她：『鼻胃管是很普通的東西，等到他病好了，一分鐘就可以拿掉的，你為什麼不插呢？』」

但瓊瑤內心質疑：「病好？恢復？怎樣好？怎樣恢復？」並將天已失智的狀況告訴對方，且也表示平鑫滯曾寫信表達希望自已「自然」離世。

但瓊瑤形容，侯文詠依舊「離世」。

瓊瑤在文中敘述內心感受，「他不再愛我了，我，不是在他失智時失去他的，是在我背叛他時失去他的！我再也感覺不到他的愛，他的溫柔，他的體貼，五十年來的相知相許，在此刻化為煙煙，不用等到他離開這世界，我已經失去他！」

而讓瓊瑤最終妥協插管的關鍵，是與侯文詠的一通電話，她形容「一直以來把對方當成『家庭醫生顧問』，侯文詠告訴她：『鼻胃管是很普通的東西，等到他病好了，一分鐘就可以拿掉的，你為什麼不插呢？』」

但瓊瑤內心質疑：「病好？恢復？怎樣好？怎樣恢復？」並將天已失智的狀況告訴對方，且也表示平鑫滯曾寫信表達希望自已「自然」離世。

但瓊瑤形容，侯文詠依舊「離世」。

瓊瑤在文中敘述內心感受，「他不再愛我了，我，不是在他失智時失去他的，是在我背叛他時失去他的！我再也感覺不到他的愛，他的溫柔，他的體貼，五十年來的相知相許，在此刻化為煙煙，不用等到他離開這世界，我已經失去他！」

而讓瓊瑤最終妥協插管的關鍵，是與侯文詠的一通電話，她形容「一直以來把對方當成『家庭醫生顧問』，侯文詠告訴她：『鼻胃管是很普通的東西，等到他病好了，一分鐘就可以拿掉的，你為什麼不插呢？』」

但瓊瑤內心質疑：「病好？恢復？怎樣好？怎樣恢復？」並將天已失智的狀況告訴對方，且也表示平鑫滯曾寫信表達希望自已「自然」離世。

但瓊瑤形容，侯文詠依舊「離世」。

（記者杜沛學／台北報導）知名作家瓊瑤照顧失智丈夫平鑫滯心力交瘁，在臉書上記錄、分享感受，前晚瓊瑤PO文提到，三名繼子女在治療上與她意見相左，孩子們堅持插鼻胃管，她最終只能「含淚投降」，再度讓急救插管、安寧照護問題成為話題。

病人與家屬之間的照護決策困境

困境1: 疾病訊息的缺乏
特定臨床條件的知情

困境2: 與醫療專業
處置決策的差距



困境3: 家庭決策分歧
家庭動力與恩怨情仇

困境4: 傳統社會期
待與孝道的壓力

病主法-臺灣首部以病人為主體的專法

14

知情權



選擇權



決定權



- 尊重病人醫療自主：要告知本人
- 保障病人善終權益
- 促進醫病關係和諧

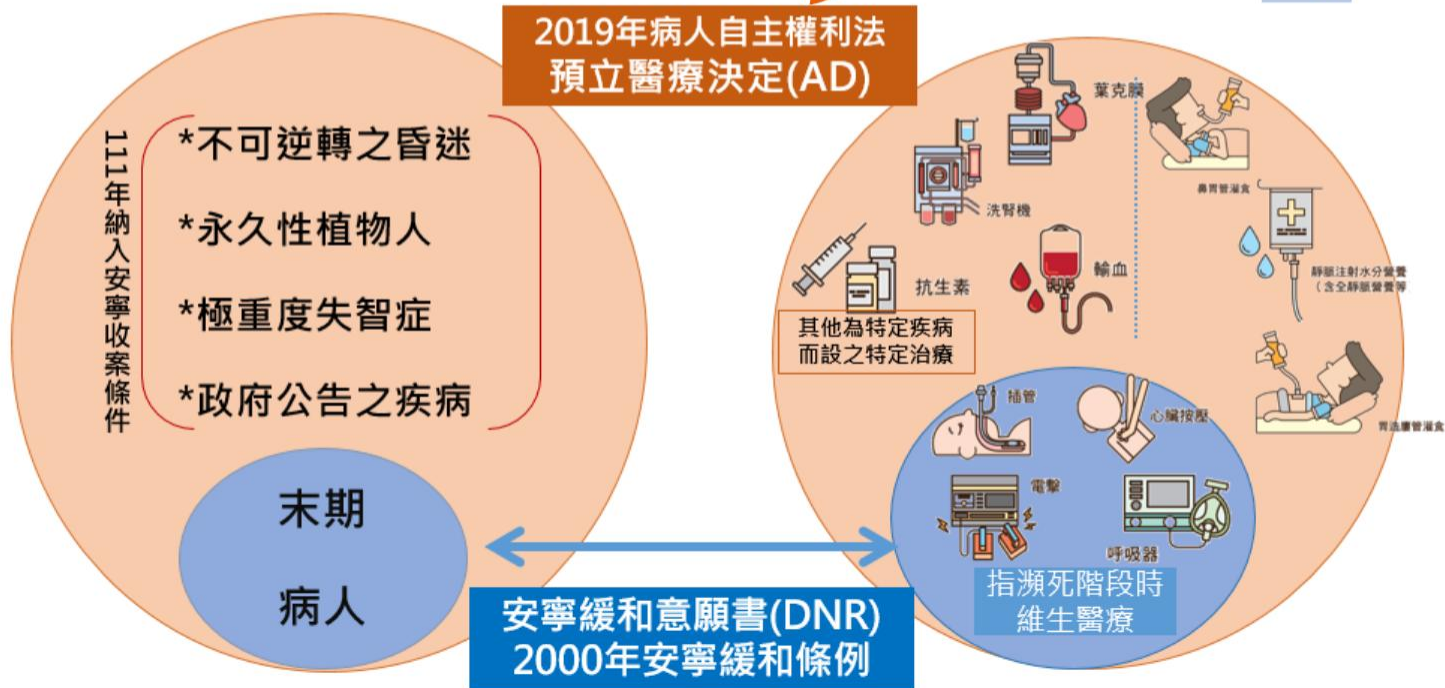
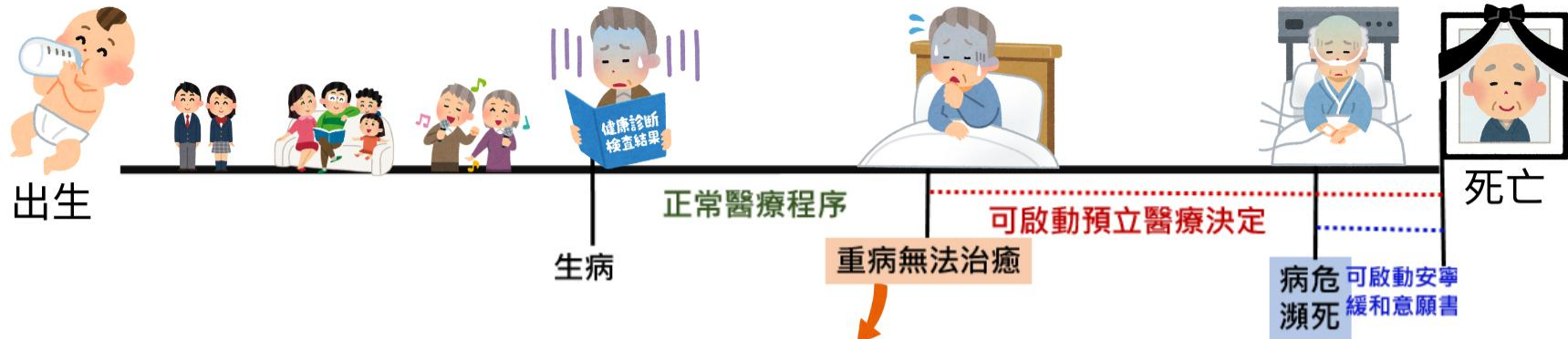


病人自主權利法與 醫療法主要差異

項目	病人自主權利法	醫療法
知情、選擇、決定權	• 本人 • 病人未表示反對時，亦得告知其關係人 • 病人意識不清，由關係人聽取告知與代為決定	• 本人或關係人皆可知情、同意

病主法AD與安寧條例DNR的差異

項目	病人自主權利法	安寧緩和醫療條例
簽署程序	- AD簽署人： - 意願人(完全行為能力) - 需預立醫療照護諮商ACP→簽署預立醫療決定書AD，兩位見證人 - 家屬：不能簽 - 上傳衛福部<u>健保卡註記</u>後才生效	- DNR簽署人 - 意願人：預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(病人清醒)，兩位見證人 - 家屬：DNR同意書(病人不清醒) <u>簽完即生效</u> <u>預立安寧意願書</u>上傳健保卡註記後視同正本
適用對象	五種特定臨床狀態： - 末期病人； - 不可逆轉之昏迷狀態； - 永久植物人狀態； - 極重度失智； - 其他經主管機關公告的重症。	末期病人
適用範圍	- 維持生命治療 - 人工營養及流體餵養	- 心肺復甦術 <u>維生醫療(延長死亡)</u>



建議預立醫療照護諮商對象

功能下降或生病者

- 年長者
- 生活功能下降
- 罹患慢性疾病或嚴重疾病
- 疾病可能惡化
- 失智症早期仍有行為能力
- 疾病末期

任何完全行為能力的健康者

- 單身、
- 獨居、
- 家屬旅居海外、
- 從事高危險職業或活動、
- 照護末期或長期失能病人的家屬。

談論時機

- 鼓勵病人在疾病進展嚴重前思考與討論
- 把握關鍵時刻、儘早討論：
 1. 撼動生命的事件：例如鄰居或親友死亡；
 2. 新診斷使生命有限的疾病：例如癌症；
 3. 生活功能下降：需重新檢視治療方針時；
 4. 多次反覆住院時。

預立醫療照護諮商門診

健保不給付自費門診



病主法簡介



本人



醫師



社心人員



護理師

至少一位二親等親屬(現場或視訊)
兩位見證人/醫療委任代理人(需要時)

門診收費標準

一般民衆
(沒有健保給付)

- 1人諮商:3000元/人
- 2人諮商:1500元/人 +另加150元掛號費
- 3-5人諮商:1000元/人

免收費對象

• 榮民及遺眷

- 低、中低收入戶
- 罕病病友/病家
- 領有身心障礙手冊
- 使用長照服務之日照服務對象
- 極輕度、輕度失智症
- 聽障/聾人朋友
- 領有重大傷病卡

北榮桃園分院ACP

門診收費標準

一般民衆
(沒有健保給付)

- 1人諮商:3000元/人
- 2人諮商:1500元/人 +另加150元掛號費
- 3-5人諮商:1000元/人

免收費對象

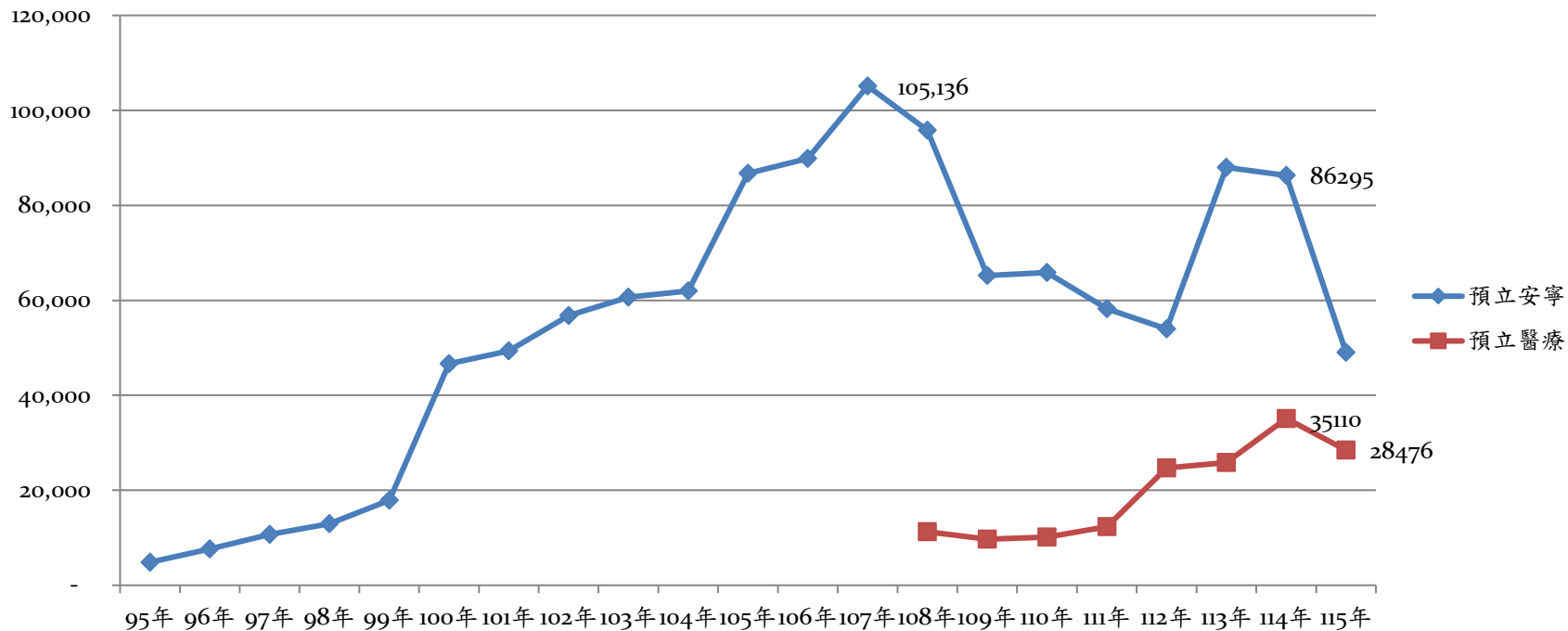
• 榮民及遺眷

- 低、中低收入戶
- 罕病病友/病家
- 領有身心障礙手冊
- 使用長照服務之日照服務對象
- 極輕度、輕度失智症
- 聽障/聾人朋友
- 領有重大傷病卡

健保給付ACP：3000點

- 健保署公告自114年5月1日起，具完全行為能力人且：
 1. 六十五歲以上重大傷病病人。
 2. 符合安寧療護收案條件者。
 3. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。
 4. 病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。
 5. 「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。
 6. 「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。

健保卡註記人數 95~115年



已達啟動AD的轉捩點了嗎？

「醫療過度」

與

「醫療不足」

同樣傷害病人

雙重效應原則 (principle of double effect)

- 出於良善，雖有傷害，但衡量利弊得失後做出決策
 - 採取傷害少、利益多的處置
 - 放棄傷害多、利益少的處置



臨床倫理思辨四象限

醫療因素考量

(行善與不傷害原則)

1. 醫療問題、病史、診斷及預後狀況？
2. 急慢性、病程是否可逆？
3. 治療的目標為何？
4. 治療成功的可能性有多大？

病人意向考量

(尊重自主原則)

1. 病人心智狀態正常，對治療意見？
2. 已被告知各種醫療處置的益處與風險？是否知情同意？
3. 病人昏迷前表達的意願與偏好
4. 病人清醒時必須曾與家屬、醫療團隊、相關人士不斷討論後達成的共識

生命品質考量

(行善、不傷害與自主原則)

生活的品質、後遺症、負擔

其他情境考量

(誠信與公平正義原則)

文化、宗教、社會、法律、經濟、家屬、醫療人員的價值與考量

限時嘗試治療 觀察目標

病情/介入方式	觀察時間	臨床結果
失智症吞嚥困難營養不良者 餵食	Days-weeks	持續吃且無吸入性肺炎
缺氧性腦病變 使用 呼吸器	72 h	恢復瞳孔反射(若有，可嘗試更久以待恢復意識)
心衰竭 末期使用 呼吸器	3-7 d	肺水腫消退且可自行呼吸
嚴重 腦中風 使用 呼吸器	7-14 d	恢復腦幹反射或未鎮定下有意義的肢體反應
COPD 呼吸困難拒插管者使用 BIPAP	4-7 d	適應BIPAP，呼吸困難感改善
失能 或認知障礙病人 洗腎	1-3 mo	適應洗腎且失能、認知改善
頭頸癌 病人 胃灌食	3-6 mo	初始治療有反應且恢復經口進食

治療效果不確定，限時嘗試治療

- 尤其高齡病人，因急性病症導致生活功能、意識明顯惡化
 - 可約定一個期限及治療目標，
 - 如果時限到了還無法達到目標，則視為無效醫療。
- 例如：急性肺炎，靜脈抗生素治療一週後，仍呼吸困難、意識不清、進食困難，再停止抗生素反而合乎倫理

限時嘗試治療

- 有時治療效果沒有那麼明確
 - 可約定一個期限及治療目標，
 - 如果時限到了還無法達到目標，則視為無效醫療。
- 例如CPR後，治療一段時間後無法恢復自行呼吸，則撤除呼吸器反而合乎倫理

啟動預立醫療決定流程

兩位專科
醫師評估



確認符合五種
臨床疾病條件



照會
緩和醫療團隊兩次



召開家庭會議
向病人本人再確認
向家屬說明啟動



依照病人AD
執行或撤除
醫療選項



病人本人意識清楚

皇帝最大

(末期/第五款公告疾病)



病人本人意識不清楚

AD=聖旨

家庭會議的重要

- 說明病情，擬定照護計畫
 - 醫療決策遵照病人意願→符合醫學倫理
 - 家屬了解可能病情變化與處置方式(包括DNR、撤除維持生命治療/人工營養)，治療後可能結果
 - 團隊與家庭成員共同擬定照護計畫，家屬參與感、滿意度提高
- 促進溝通，了解需求，提供關懷
 - 生命回顧了解病人意願、價值觀
 - 家屬表達過往與病人互動、感情
 - 提供家屬支持：減少壓力、哀傷與遺憾
- 參加人員：
 - 病人(如果清醒)、家屬、醫療委任代理人
 - 主治醫師、護理師、社工師、心理師、宗教師、志工



銜接安寧緩和療護

症狀控制舒適照護



心靈支持與關懷



與家人四道人生



心願完成



安寧緩和療護模式



門診



住院



居家/機構



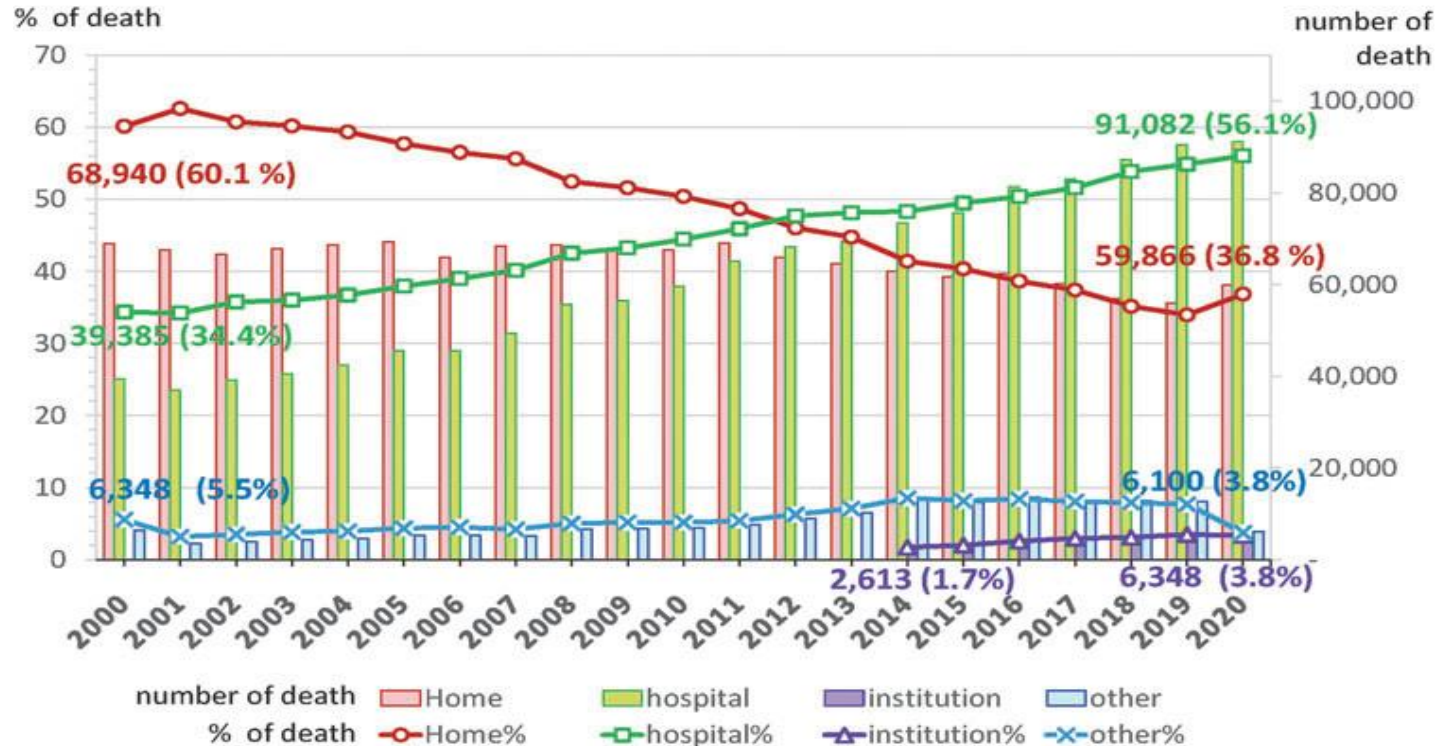
高齡社會需面臨善終照顧議題 不只DNR與AD

人口結構改變帶來疾病型態改變

- 高齡社會許多衰弱、失智、失能病人
- 老化→疾病→失能→臥床→管路
 - 工商社會、小家庭、少子化，照顧人力/醫療量能不足，
 - 長照/機構需求增加



2000~2020 台灣臨終場所變化



最後一哩路，選擇不一樣



身體變化頻繁往返急診/住院

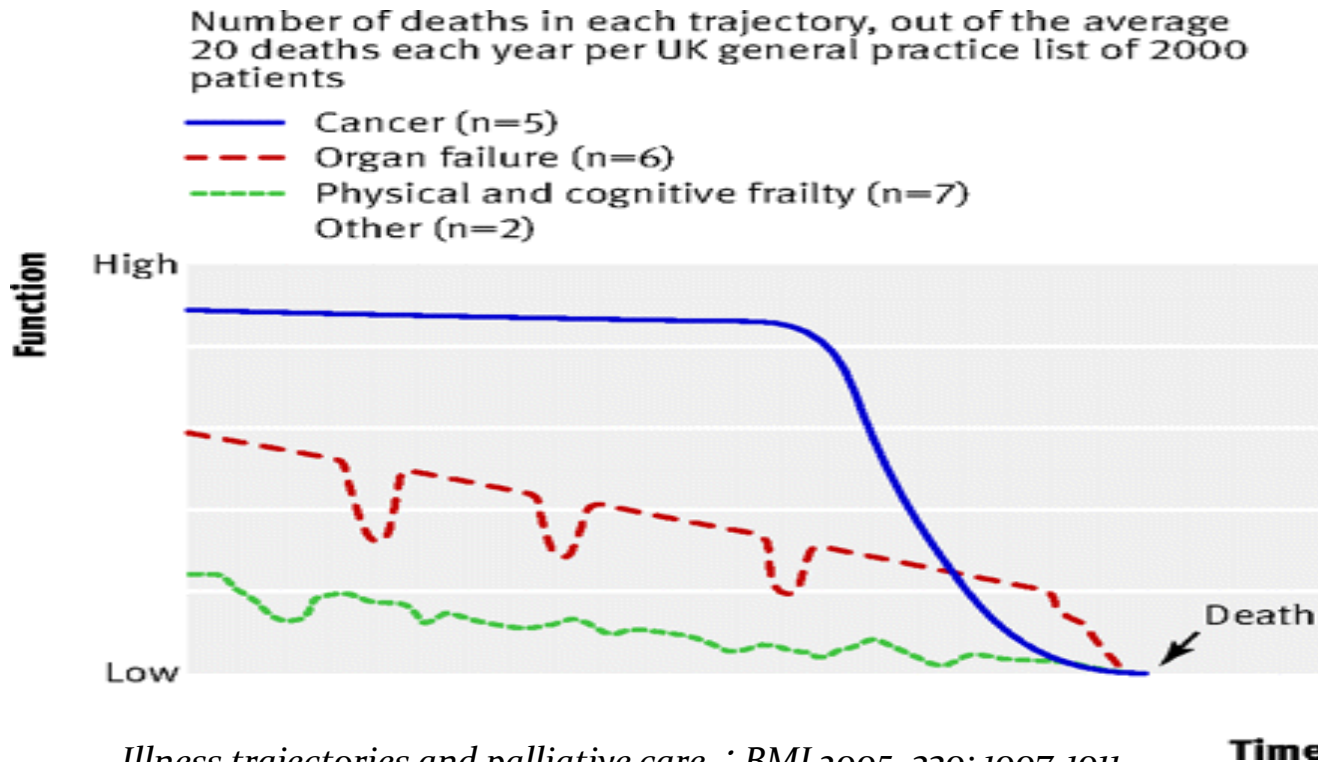


在地老化、就地善終-居家醫療

新安寧療護運動

- 包含所有末期疾病
 - 癌症末期
 - 所有非癌症的器官衰竭、慢性嚴重疾病
- 特殊議題：推動ACP提早規劃善終選項
 - 重度失智病人照護：逐漸依賴、失去自理能力
 - 長照機構的安寧緩和療護：失能臥床病人

不同疾病病人死亡前的 生活功能軌線變化(Trajectories of Dying)



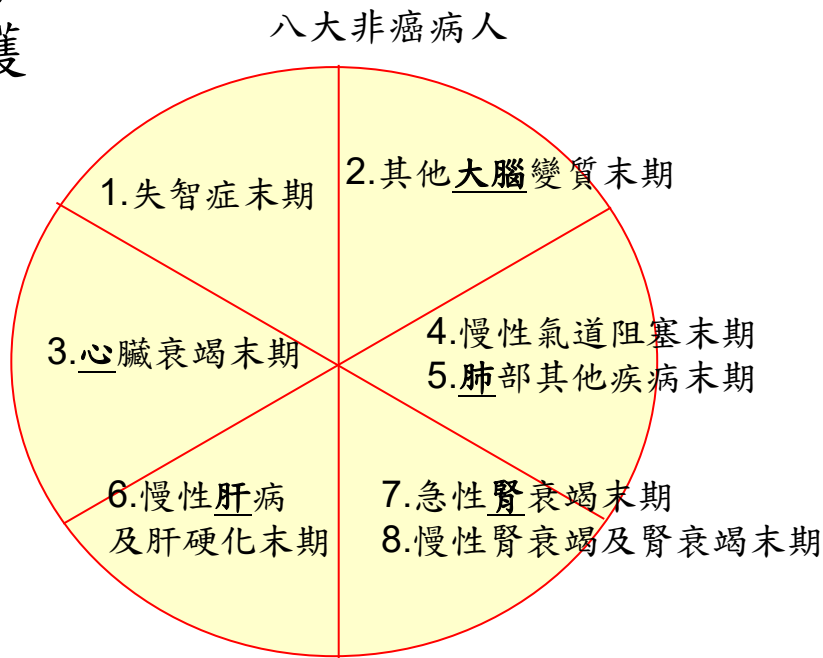
Illness trajectories and palliative care : BMJ 2005, 330: 1007-1011
Scott A Murray, Marilyn Kendall, Kirsty Boyd and Aziz Sheikh

安寧照護健保收案條件

- 必要條件：符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人。

- 疾病條件

- 癌症末期病患
- 末期運動神經元病患
- 八大非癌病人(98/9)
- 末期衰弱老人(III/5)
- 末期骨髓增生不良症候群(III/5)
- 病主法五大臨床條件(III/5)
- 罕見疾病或其他預估生命受限者(III/5)。



Surprise question

- Q: 病人一年內死亡，照護團隊是否感到意外？
- A: 不意外！
→ 末期病人

精確的存活期評估不是重點，
評估病人與家屬的照護需要才是重點
以提高生活品質

老年緩和照護（geriatric palliative care）

- 目標非治療背後的疾病，**著重減輕不適**
- 不受限於存活期 ≤ 6 個月的照護。
- 任何 ≥ 65 歲罹患(尤其多重)慢性疾病者、或失能長照個案，只要其疾病所引發的症狀已**無法控制**或是相關**治療已造成****生活品質下降，且病人/家屬有意願**，就有權利接受緩和照護。

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)

Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) 2022 – Taiwan Version 支持性及緩和療護指標工具 – 2022 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，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，並擬定照護計畫。

第一步驟：尋找健康狀況正在惡化的一般性指標		
☐ 非預期性的(多次)住院。 ☐ 日常功能狀況不佳或持續惡化（例如一半以上時間臥床或限制於椅子上），且回復的可能性不高。 ☐ 因為生理或心理的健康問題，需要依賴他人的照顧。 ☐ 病人的照護者需要更多的協助與支持。 ☐ 持續的體重減輕；或本身體重就過輕；或肌肉量過低。 ☐ 儘管原有疾病已接受最佳治療，病人仍持續出現不適症狀。 ☐ 病人（或家屬）要求緩和醫療；或是病人要求減少、停止或不進行治療；或希望醫療聚焦在生活品質。		
第二步驟：針對下列一個或多個威脅生命的重大疾病，篩選病人是否符合特定臨床指標		
痛症	☐ 因癌症持續進展而導致日常功能惡化。 ☐ 因太衰弱而無法接受抗癌治療，或治療目標已轉為症狀控制。	心血管疾病 ☐ 心衰竭或有嚴重難以治療的冠狀動脈疾病；在休息或少量活動時，仍出現呼吸困難和胸痛。 ☐ 罹患嚴重無法手術的週邊血管疾病。
	失智症 / 衰弱 ☐ 在無人幫助下，無法自行穿衣、行走或進食。 ☐ 進食喝水減少；吞嚥出現困難。 ☐ 出現尿失禁或排便失禁。 ☐ 無法透過口語來表達溝通；社交互動極少。 ☐ 經常跌倒；大腿骨骨折。 ☐ 反覆發燒或感染；吸入性肺炎。	呼吸道疾病 ☐ 嚴重慢性肺臟疾病；在休息或少量活動時，仍出現呼吸困難。 ☐ 持續低血氧而需要長時間的氧氣治療。 ☐ 因呼吸衰竭需要呼吸器治療，或不適合使用呼吸器治療。
神經性 疾病	☐ 儘管已提供最佳治療，仍出現身體及(或)認知功能的持續惡化。 ☐ 語言障礙導致嚴重溝通困難，及(或)愈來愈嚴重的吞嚥困難。 ☐ 反覆發生吸入性肺炎；呼吸困難或呼吸衰竭。 ☐ 中風後持續癱瘓使得生理功能明顯喪失且持續失能。	腎臟疾病 ☐ 慢性腎臟病第四或五期（即腎絲球過濾率 eGFR 小於 30ml/min），健康狀況正惡化中。 ☐ 腎衰竭導致其他威脅生命的病況或治療更加複雜。 ☐ 停止或不打算開始腎臟透析治療的病人。
		肝臟疾病 ☐ 肝硬化，在過去這一年當中出現下列一項以上的併發症：1)對利尿劑治療無效的頑固性腹水，2)肝腦病變，3)肝腎症候群，4)細菌性腹膜炎，5)反覆的食道靜脈出血。 ☐ 無法進行肝臟移植的病人。
其他	☐ 病情惡化且合併其他病況；不可逆的多重病況或併發症；現行可用的最佳治療方式其惡後都不佳。	
第三步驟：回顧檢視目前的照護內容與照護計畫		
☐ 檢視目前接受的治療及藥物，確認病人已接受最佳照護；盡可能減少多重用藥。 ☐ 與病人、家屬或其他親近的人，針對現在與未來的照護計畫達成共識，並支持照顧者。 ☐ 紀錄、分享並回顧檢視照護計畫之內容。		☐ 假設症狀或問題是複雜難以處理的，須考慮轉介安寧緩和專科醫療人員進一步評估。 ☐ 若病人有喪失自主決策之心智能力的可能，更應儘早開始討論照護計畫。

第一步驟：尋找健康狀況正在惡化的一般性指標

1. 非預期性的(多次)住院。
2. 日常功能狀況不佳或持續惡化(例如一半以上時間臥床或限制於椅子上),且回復的可能性不高。
3. 因為生理或心理的健康問題,需要依賴他人的照顧。
4. 病人的照護者需要更多的協助與支持。
5. 持續的體重減輕;或本身體重就過輕;或肌肉量過低。
6. 儘管原有疾病已接受最佳治療,病人仍持續出現不適症狀。
7. 病人(或家屬)要求緩和醫療;或是病人要求減少、停止或不進行治療;或希望醫療聚焦在生活品質。

第二步驟：符合特定疾病的臨床指標 以 失智症/衰弱 為例

1. 在無人**幫助**下，無法自行穿衣、行走或進食。
 2. 進食喝水減少；**吞嚥**出現困難。
 3. 出現尿失禁或排便**失禁**。
 4. 無法透過**口語**來表達溝通；**社交**互動極少。
 5. 經常**跌倒**；大腿骨**骨折**。
 6. 反覆發燒或**感染**；吸入性肺炎
- 任一項或多項

第三步驟：回顧檢視目前的照護內容與照護計畫

1. 檢視目前接受的治療及藥物，**確認病人已接受最佳照護**；盡可能**減少多重用藥**。
2. 假設症狀或問題是**複雜難以處理**的，須考慮轉介**安寧緩和專科**醫療人員進一步評估。
3. 與**病人、家屬或其他親近的人**，針對現在與未來的**照護計畫達成共識**，並支持照顧者。
4. 若病人有喪失自主決策之**心智能力**的可能，更應**儘早開始討論照護計劃**。
5. **紀錄、分享並回顧**檢視照護計畫之內容。

安寧居家不夠普及，仍有遺憾

- 78歲慢性肺病、糖尿病併腎病變病人，反覆因感染入出院。病人已交代好後事，簽妥DNR。某連續假期病人吃不下飯，手腳冰冷發疳，家屬緊急叫救護車，送醫途中到院前停止呼吸，急診醫師立即插管電擊！
- 晚10分鐘到的家屬生氣的說：「不要救了！病人已經簽DNR，為什麼沒有先問清楚？」
- 急診醫師無奈的說：既然如此，那你們為什麼還要送他來急診？

案例分享

洪女士, 56歲-適合機構安寧療護

1. ESRD 洗腎多年, 最近一年洗腎完很虛弱、嗜睡, 最後一次洗腎 2019/12/7.
2. 12/21: 譫妄, 送急診, 雙肺浸潤、白血球上升, 代謝性酸中毒、高血鉀、血小板低下, 拒絕洗腎、拒絕鼻胃管
3. 過去病史: Type 2 DM、高血壓、高血脂
4. 12/26轉桃榮安寧病房
 - 喘: fentanyl 0.25amp SC, 譫妄: Binin-U, dormicum SC,
 - 腹瀉: Scopolamine 貼片
 - 臀部失禁性皮膚炎: 遠紅外線烤燈
 - 清潔、舒適護理後, 12/27病故

舒適護理，緩解症狀

口腔護理去除臭味
適當擺位、避免水腫



溫水浸泡、輕柔按摩



舒適襯墊，以利翻身



花一個小時，值得!!!

87歲爺爺，心臟病合併衰弱症

- 92~112年糖尿病、高膽固醇、退化性脊椎病變、便秘、失眠，於家醫科門診治療，生活功能可自理
- 112.06.20跌倒，07.02新冠病毒感染，07.03心房撲動昏厥掛急診，07.07心臟衰竭心臟科住院治療，穩定出院。
- 112.08：謾妄、虛弱、水腫、心律不整，家醫科住院治療，診斷心衰竭，疑似病竇症候群，簽預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，心臟內科建議心律調節器，案主拒絕，因住院限制多，辦出院回家，後續身體功能漸漸虛弱衰退，需依賴照顧。
- 112.10.09 門診評估 衰弱、失能、下肢水腫、食慾差，呼吸淺快，自覺不喘，轉安寧居家照護。
- 112.10.16安寧居家收案，持續給予症狀控制及舒適照護。
- 112.11.08在家善終。

衰弱老人，安寧居家療護

老婆對我最好了

家人陪伴溫暖安全感

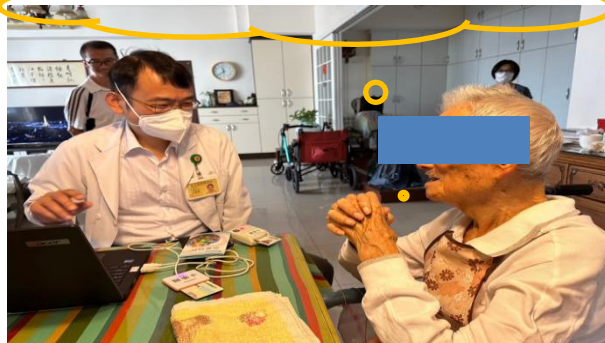


豆腐、肉丸、蛋切碎拌飯-
伯伯愛吃



便盆椅兼用餐椅

杜醫師來了，真是不敢當呀！



一早就坐著，
等熟悉的醫師
來看他



輕音樂、燈光
營造優雅家庭氣氛

92歲爺爺，衰弱+多重疾病，自覺拖累家人

- 多重慢性病(13項)：高血壓、主動脈閉鎖不全、慢性瓣膜性心臟病併心衰竭、心律不整裝心律調節器、腰椎病變後移滑脫、壓迫性骨折(old T12, L3 112/09)、雙膝關節病變、胃食道逆流、末梢神經病變10年、慢性骨髓性白血病、攝護腺肥大手術30年、便秘、失眠。
- 111.9.22~10.11 急性肺水腫住院(9/22~9/25 插管+呼吸器)，因年邁、心衰竭胸悶、喘、腰痛，**表達不要再插管、急救，不要拖累小孩**

安寧居家療護

藥物細心調整：喘、疼痛、睡眠，舒適護理

- 1121017安寧門診: 受苦：**喘**無法躺平及活動、**背痛**無法久坐、**衰弱失能**、**夜尿**每1~2小時、失眠，自覺**拖累家人**，想早死

- 安排安寧居家
- 增加：水腫(Spirotone QD)、疼痛(酸痛貼布、Tramacet QN、神經痛Neurontin 200mg QN)、夜尿Tofranil 10mgQN

- 1121024:訪視：疼痛改善停用Neurontin

- 喘：利尿劑，心衰竭用藥按時服用
- **腹脹**：腹部按摩指導，
- **水腫**：按摩、泡腳指導，
- **虛弱**：床移位至椅、便盆椅指導，下肢阻力訓練

- 1121030:低劑量嗎啡，止痛止喘

出院帶藥

- Through 20mg 2# QN
- Depyretin 500mg 1# TID
- XanAX 0.5mg 0.5# HS
- Urief 4mg 1# BID
- Isormol 20 mg 0.5# BID
- Forxiga 10mg 1# QDAC
- Imovane 7.5mg 0.5# QN & PRN

細心診療、症狀控制、舒適護理、四道人生



親切關懷、仔細問診



協助溝通-引導病人與女兒互動
講出心中的感受



音樂治療-月亮代表我的心

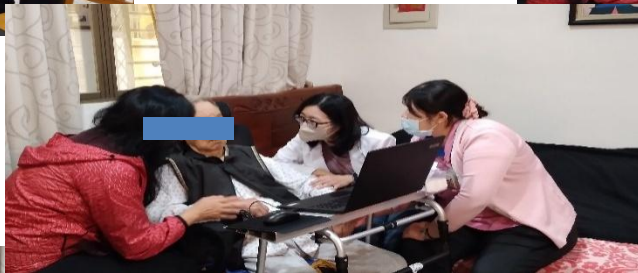
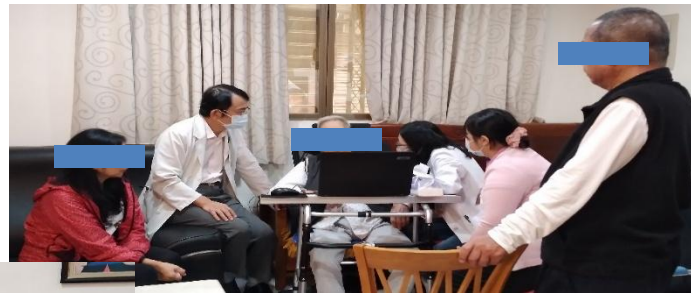


病人與照顧者輕鬆互動
(音樂聲中)



居家復健-簡易雙腿阻力訓練

居家ACP



家人陪同，了解偏好，醫療抉擇，簽署AD，不再住院，2年後在家善終

85歲女性, 2020/8 簽署AD：針對1~5項臨床條件， 拒絕維持生命治療（LST）及人工營養與流體餵養(ANH)

【目前問題】衰弱症末期，臥床

1. 07/04複雜性泌尿道感染，住院16天療效不佳，選擇安寧療護（北榮安寧共照轉介2026/07/20入本院安寧病房）。
2. 07/21上消化道出血、嘔吐
3. 07/22吸入性肺炎→抗生素嘗試治療
4. 住院第一天意識正常，之後每況愈下
5. 腎功能惡化、
6. 貧血、高血鈣、低血鉀、
7. 消化不良→減量灌食。

【既往疾病】多重疾病(15種)

硬皮症、合併間質性肺病2017起免疫治療、次發性修格蘭氏症候群、糖尿病、高血壓、高血脂、甲狀腺低下、慢性腎臟病第4期、心房顫動併快速心室反應2022年、輕度肺動脈高壓2022年、骨質疏鬆壓迫性骨折T10, T11, L1, L3、COVID-19 併右下肺葉肺炎胸腔積液敗血性休克 2022年、腎結石、膽結石、升結腸腫瘤伴腸腔狹窄疑惡性2026。

家屬意見不合，多次病情說明與家庭會議

多次病情說明、家庭會議



AD啟動後還沒完... 再開一次



生命回顧，引導家屬理解彼此，終得共識

肺炎嘗試治療無效，自拔鼻胃管被約束，
消化不良減量灌食，使用吩坦尼貼片止喘

陪伴善終：兄弟和好、發揮創意



不再約束
尊重病人、陪伴善終

加強舒適照護



社區安寧療護網絡



跨機構轉介：社區安寧療護-圓滿在宅善終

- 方爺爺93歲，肺癌，**獨居**於中壢
- 疼痛、食慾差、虛弱
- 無法進食，只能喝少量水一週，**不想去醫院**，希望在宅善終
- 107/1/23 凌晨04:00開始**尿滯留**
- 兒子上午由台北趕回來照顧，掛本院安寧門診，請求到家裡協助
 1. **距離醫院太遠**，且居家護理師已有排程，**無法及時提供服務**
 2. **轉介平鎮仁仁居家護理所**，當天即與莊榮彬醫師提供訪視
 - **疼痛控制、舒適護理**
- 3天後在宅善終(**臨終護理**)



未來展望

基層醫事人員病主法實務 3 大守則

- 落實知情權：病主法明定病情應告知「本人」，病人未反對才能告知家屬。基層院所應改變「先瞞病人、只告訴家屬」的傳統作法。
- 轉介ACP或提供ACP：基層院所受民眾長期信賴，若發現門診病人有ACP需求，可積極宣導並協助轉介至有ACP諮商門診的院所，或自行提供ACP門診諮商。
- 銜接居家醫療：病人功能衰退、身心症狀明顯、或經常住院(如高齡衰弱病人、極重度失智等)，應查詢健保卡是否安寧意願、AD等註記，
 - 已註記：評估緩和醫療需要，提供或轉介臨床條件認定，後續銜接居家醫療/安寧居家療護
 - 無註記：主動關心未來的善終意願，與病人/家屬溝通醫療偏好，若偏好緩和醫療舒適照護，應予提供/轉介ACP諮商，後續銜接居家醫療/安寧居家療護。

結論

- 安寧緩和條例是「善後」：DNR 走到終點不急救。
- 病主法是「規劃」：ACP 跨越時空為自己未來作主。
- 基層醫事人員是推動「善終觀念」及提供「善終照護」走入社區與家庭的最關鍵推手！

未來的願景

所有疾病末期、衰老、失能、
因嚴重疾病受苦而選擇安寧緩和醫療的病人，
在走向生命終點的過程，
不需受C P R酷刑，或痛苦的維持生命治療。
在病人臨終之際，家屬毋需倉皇失措，
並在人生最後一段旅程，好好陪伴病人，
提供舒適照護，四道人生，在地老化、就地善終。