



求真·篤信·力行

如何開啟ACP對話- 談預立醫療照護諮商

"Empowering Choices: The Heart of Advance Care Planning Conversations"

講者：
東海大學社會工作學系
葉依琳 助理教授

YI-LING YEH Ph.D./LSW
Assistant Professor
Dept. of Social Work
Tunghai University, Taiwan.
2025/08/02

本部分教材感謝北市聯醫人文創新書院
病人自主核心講師課程製作/授權。

醫務社會工作-葉依琳 社工師

東海大學社會工作學系 助理教授

前北市聯醫人文創新書院 組長

安寧社會工作/病主法推廣

-2015-2022年 臺北市立聯合醫院

病人自主權利法 臨床建置/子法研擬/教育訓練/社區推廣

-台灣大學社會工作博士

-U of Michigan-Ann Arbor , MSW

-台灣在宅醫療學會 秘書長

-病人自主權利法核心講師

-預立醫療照護諮商社工師

2003-2013年 萬芳醫院加護病房/安寧病房社工師

安寧共照/安寧病房/哀傷輔導/醫療決策/醫療爭議



2015年

病人自主權利法通過
(楊玉欣前立委)



2016&2017年

臺北市立聯合醫院

執行 預立醫療照護諮商試辦

執行 全國7家醫院 試辦(2017)

2017&2018年

執行 醫師公會

病人自主權利法配套政策研發



善終的起點：病人自主權利法施行前準備總體檢
尊重病人醫療自主 保障病人善終權益 促進和諧醫病關係
主辦單位：立法委員邱泰源國會辦公室、醫師公會全國聯合會、台灣安寧緩和醫學會

2019年
病人自主權利法正式上路



臺北市立聯合醫院

預立醫療照護諮商 共譜尊嚴生命樂章

My Ending My Decision





2016-至今

病主法&預立醫療決定書
社區推廣活動

我與病人自主權利法的故事



2017-至今

病主法&預立醫療決定書
上百場訓練課程/演講





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

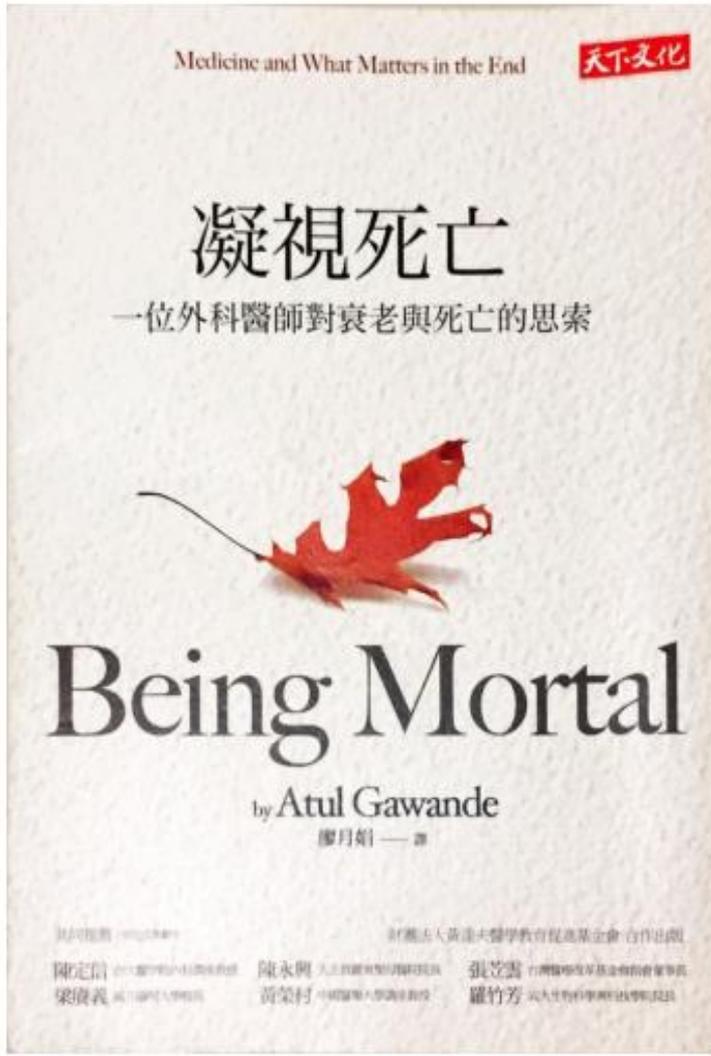
居家/在宅醫療 社工師

在宅醫療學會秘書長



求真 · 篤信 · 力行

凝視死亡

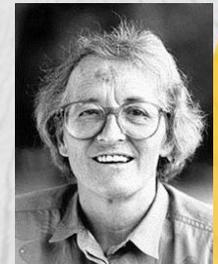


作者:

「要是我們不知道如何善終，那就只能讓醫學、科技和陌生人來操控自己的命運」

Elisabeth Kübler-Ross:

「今天的死亡過程在許多方面都是更為可怕而令人厭惡的，就是說，更是孤單、機械化、以及非人化。...死亡的過程變成孤離而無人情味，乃由於患者被迫從自己熟悉的環境運出，而匆匆忙忙送到急診的緣故。」



TUNG HAI UNIVERSITY

Truth, Faith, Deeds - Truth attained through Faith expressed by Deeds

開啟ACP對話的學習地圖

1、ACP的發展-
不只是文件簽署

2、跨理論模式
循序漸進才是王道

3、ACP溝通
案例分享

成為點亮自主
的那道光

4.AD啟動
死亡識能的準備



什麼對你來說是重要的？
生命品質還是延壽？

ACP是什麼？

Advance Care Planning-
提前規劃

將自己有關的**生活形態**與**醫療照顧選項**偏好**書面化**的過程，當個人失去能力時可以讓這些願望被執行，ACP過程的討論包含有關**同意或拒絕**醫療照護選項或其他的照顧選擇。



「人生会議」しとこ

「もしものとき」のための話し合い

人生会議

厚生労働省

「人生会議」とは、もしものときのために、あなた自身や家族のケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと話し合い、共有する取組のことです。

人生会議

QRコード

日本政府的ACP推動-人生會議

End of Life:讓死亡緩著地

以病人為中心、以疾病軌跡提供緩和醫療

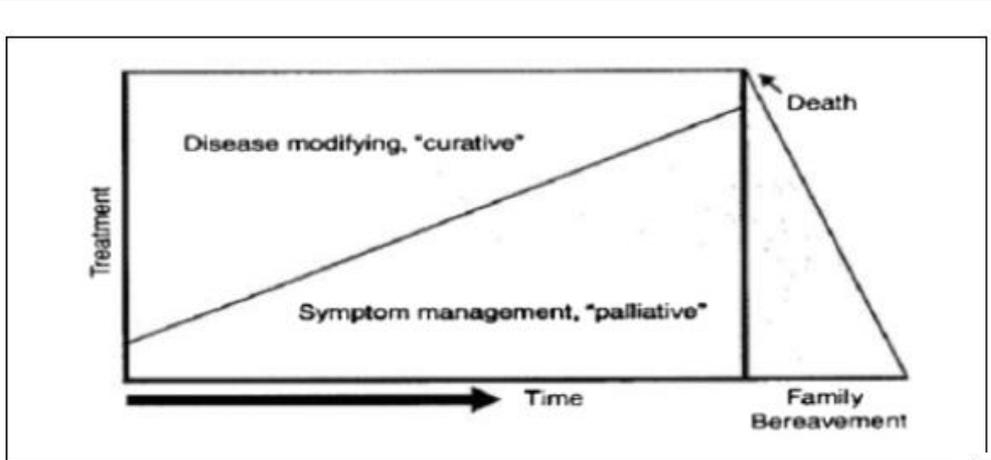


Figure 1. The “trajectory” model.

Source. Adapted with permission from Lynn and Adamson (2003).

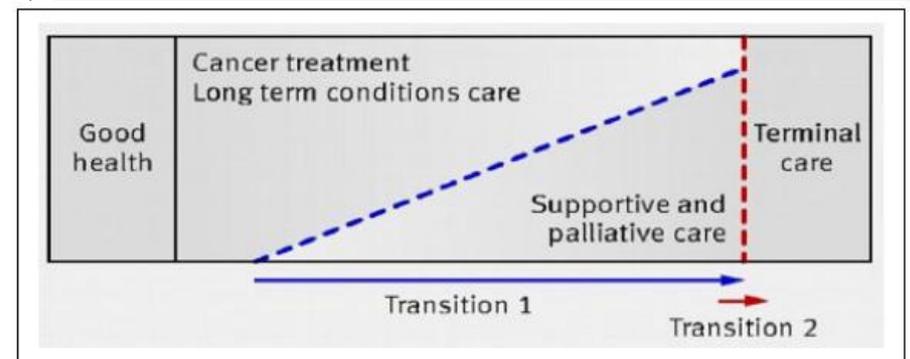


Figure 2. “Recognizing and managing key transitions in EoL care.”

Source. Adapted with permission from Boyd and Murray (2010).

Note. EoL = end-of-life.

The First Generation of ACP in Taiwan

Hospice Palliative Care Act 安寧緩和醫療條例修法(2011年)

安寧修法後為減少撤除維生治療系統所產生的爭議，及早與病人、家屬溝通討論「預立醫療自主計劃」(Advance Care Planning, 簡稱 ACP)。

「預立醫療自主計劃」隨著病人疾病進展的討論與計劃過程，強調對未來醫療的需求與期待，不只聚焦於末期醫療處置，或臨終的討論。

對醫療人員來說，它是可以提供不同的醫療選擇並與病人、家屬討論，尊重病人與家屬的決定，共同為病人與家屬來捍衛病人應得的醫療自主權，從而提升醫療照顧品質。



「預立醫療自主計劃」(Advance Care Planning) 專業人員教育訓練研習會

行政院衛生署於今年1月26日公告三讀通過之「安寧緩和醫療條例」修正條文。其中修訂的條文為：「明訂原地心肺復甦術之末期病人，在之前無簽署意願書之情況下，可由最近親屬(包括：配偶、成人子女、孫子女及父母)一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。」此法修訂後，事且不論如此嚴格把關是否回應立法原意，但在臨床執行上卻因法令之規範，醫療人員則是更審慎地去檢視撤除維生治療是否符合病人之利益，此相當程度反應出對於病人自主意願不了解的情形下，將決定權交予家屬與醫療團隊，可能造成的不安與困擾。



是以，為減少撤除維生治療系統所產生的爭議，及早與病人、家屬溝通討論「預立醫療自主計劃」(Advance Care Planning, 簡稱 ACP) 更顯得重要。所謂的「預立醫療自主計劃」是一個隨著病人疾病進展的討論與計劃過程，它是強調對未來醫療的需求與期待，它的討論不只聚焦於末期醫療處置，或臨終的討論，對醫療人員來說，它是可以提供不同的醫療選擇並與病人、家屬討論，尊重病人與家屬的決定，共同為病人與家屬來捍衛病人應得的醫療自主權，從而提升醫療照顧品質。因此，本次研習會的目的將讓大家瞭解何謂「預立醫療自主計劃」？何時是討論「預立醫療自主計劃」的時機？如何促進醫療團隊進行「預立醫療自主計劃」的溝通動機？以及「預立醫療自主計劃」的倫理與法律議題。

- 主辦單位：財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會、馬偕紀念醫院
- 研習會日期：8月28日(星期日)下午 1:00-5:00
- 研習會地點：馬偕紀念醫院 福音樓9樓大禮堂(台北市中山北路二段92號)
- 報名日期：**即日起至8月20日止**
- 招生對象：
 - 各醫療院所之一般臨床從業人員，包括：醫師、護理、社工及牧童人員等。
 - 安養機構之醫療相關工作人員。
- 研習會流程：**[詳細課程內容及講師，以學員通知之公告為主]**

	課程主題	講師
12:30-12:50	報到	—
12:50-13:00	長官致詞	
13:00-13:50	預立醫療自主計劃概念	李佩怡督導
13:50-14:50	預立醫療自主計劃之倫理與法律議題	蔡甫昌主任
14:50-15:00	午茶時間	
15:00-16:30	預立醫療自主計劃之進行步驟與溝通模式	王英偉主任
16:30-17:00	綜合討論	

生命最高保護原則



醫療法第60 條:醫院有危急病人，應先予適當之急救!!

醫師法第21 條「醫師對危急之病人，應即依其專業能力採取必要措施，不得無故拖延。」

趙可式名譽教授的故事

「醫護人員都說，
是我殺了我爸爸」...

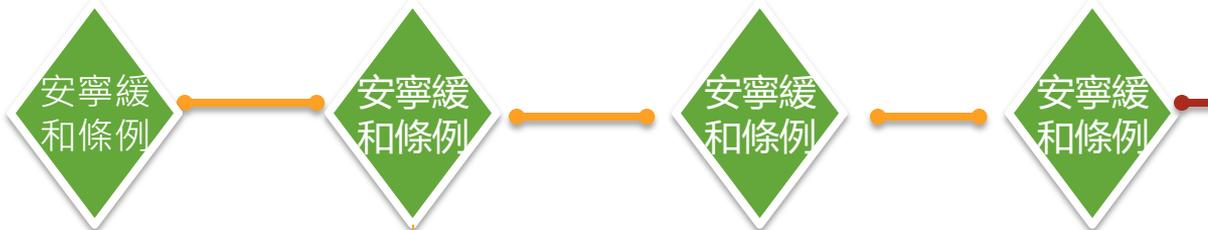




病人善終與自主權一



【病人自主原則】



第一部保障「末期病人」接受安寧緩和醫療、尊嚴善終與拒絕醫療之權利。

「最近親屬一致同意並經醫學倫理委員會審查通過後便得撤除病人心肺復甦術」之規定。

「簽署意願書的末期病人既得阻止心肺復甦術的施行 (withhold)，也能「終止或撤除」(withdraw) 已施行的心肺復甦術」。

最近親屬一人代表簽署同意書，即可終止或撤除「維生醫療」之選擇。

非末期病人，醫師可否接受病人不急救之請求？

永久植物人？
永久昏迷？



The Second Generation of ACP

Patient Right to Autonomy Act 病人自主權利法 (2016年)

預立醫療照護諮商



病人自主權利法規定在簽署預立醫療決定書前的法定知情程序。

指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。統稱為狹義的ACP。

意願人：

預立醫療決定書

本人 _____ (正楷簽名) 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、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人之外的受遺贈人、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。



ACP 預立醫療自主計畫→預立醫療照護諮商

To Protect everyone's Autonomy of medical preference at the end of life

ACP Communication

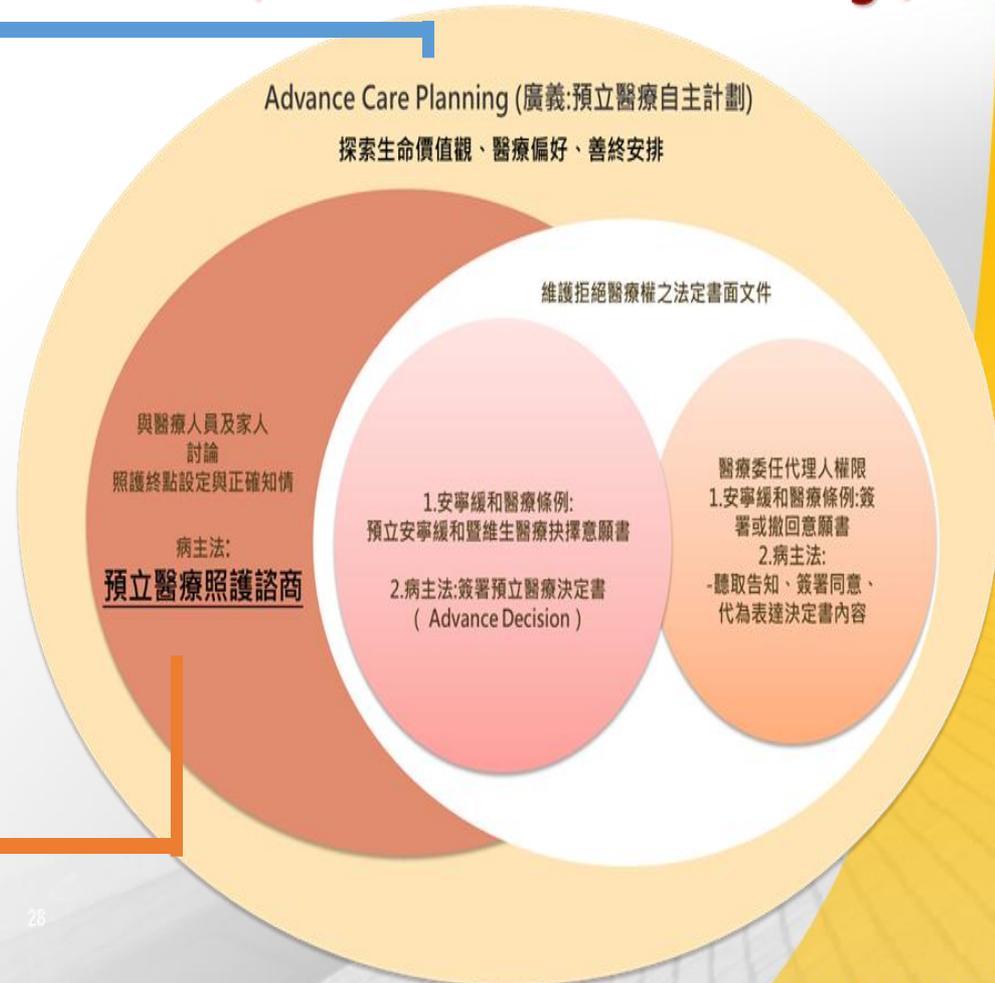
安寧緩和醫療條例(2001)

病人自主權利法 (2015)

- 因應超高齡社會
- 擴大臨床條件
- LST/ANH拒絕權
- 增加家屬共融知情
- 醫療委任代理人
- AD書面保障醫病和諧
- 強調知情選擇內涵

The Consultation Meeting of ACP (預立醫療照護諮商)

ACP(Advance Care Planning)





預立醫療決定書(AD)之重要性

病主法:維持生命治療

有效醫療:能延續生命

安寧條例:維生醫療

無效醫療:無法治癒、也無法延長生命,只能延長瀕死過程

符合病主法五款臨床條件時(扣除末期病人)

末期

瀕死期

死亡

病主法【維持生命治療】

任何有可能延長病人生命之必要醫療措施

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

安寧醫療條例【維生醫療】

指用以維持末期病人生命徵象,但無治癒效果,而只能延長其瀕死過程的醫療措施。

實務說明:維生醫療並非符合瀕死期才會提供,實務上可能是瀕死期前就已有提供了(例如on呼吸器);也可能是急症發生才要判斷是否提供(如CPR、腎上腺素)



求真 · 篤信 · 力行

ACP跟安寧緩和擁有共同的願景

以前會問：
你有什麼問題？



以人為中心：
什麼對你來說是重要的？



病人想要的照護目標是？

Goal-concordant care

目標一致性照護



「凝視死亡是一種深刻的自我覺知，它讓我們看清真正重要的事物。」
—— 《凝視太陽：克服對死亡的恐懼》 (Staring at the Sun: Overcoming the Terror of Death)



求真·篤信·力行

談到死亡，長輩常常會怎麼說?!

生命誠可貴

(Pro-life)

- ✓ 活著就有希望
- ✓ 這症狀很危險，我要掛急診
- ✓ 我怎麼能這樣就離開了
- ✓ 老天還要我活下去

到時候再說

這麼早談這個做什麼
過一天算一天
沒想過啦!
順其自然
講這個觸我霉頭喔

尊嚴價更高

(Pro-dignity)

- ✓ 怎麼樣可以早點死
- ✓ 任何情況都不准插管急救我
- ✓ 早點死比較不會拖累小孩
- ✓ 活得太久了，很累
- ✓ 活得很無聊，朋友都死了
- ✓ 我早就看開了，看老天決定
- ✓ 老就沒有用了，早點死爽快



厭世話語經常想表達的是對生活的痛苦
而非真正想死(只是認定死亡是唯一途徑)



求真·篤信·力行

ACP, Like a waltz

- Keri Thomas 2011



配合彼此的步伐、節奏，
和諧地舞動



回應對方的動作與方向



不要踩到對方的腳



不要做超過對方當下能承受的程度

圖片來源：<http://maxinesballroom.com/beginning-waltz-dance-lesson/>

預立醫療照護諮商實務推廣的全貌

-----Pre-ACP (預立醫療照護諮商前準備)-----

-----ACP(預立醫療照護諮商)

1. 宣導端

♥ 提供病人自主權利法概念介紹，或於醫院服務台置放三折頁。



♥ 院內單一服務窗口，進行預立醫療照護諮商準備，陪伴民眾個別探索協談，提供必要說明
♥ 提供「心願探索手冊」說明
♥ 成員：醫療院所單一窗口，個管師，社工師，護理師，心理師或其他受過訓練之人員

ACP管理辦法第五條

2. 媒合端

■ 核心任務：
1. 傳遞心願探索手冊理念
2. 說明諮商要件



3. 諮商端

■ 核心任務：
1. 教育知情，選擇與決策權
2. 完成預立醫療照護諮商



♥ ACP團隊：醫師、護理師、社工人員或心理師
♥ 邀請與二親等內家屬、醫療委任代理人(若有指定)共同參與預立醫療照護諮商家庭會議
♥ 提供意願人簽署預立醫療決定之諮詢

ACP管理辦法第六條

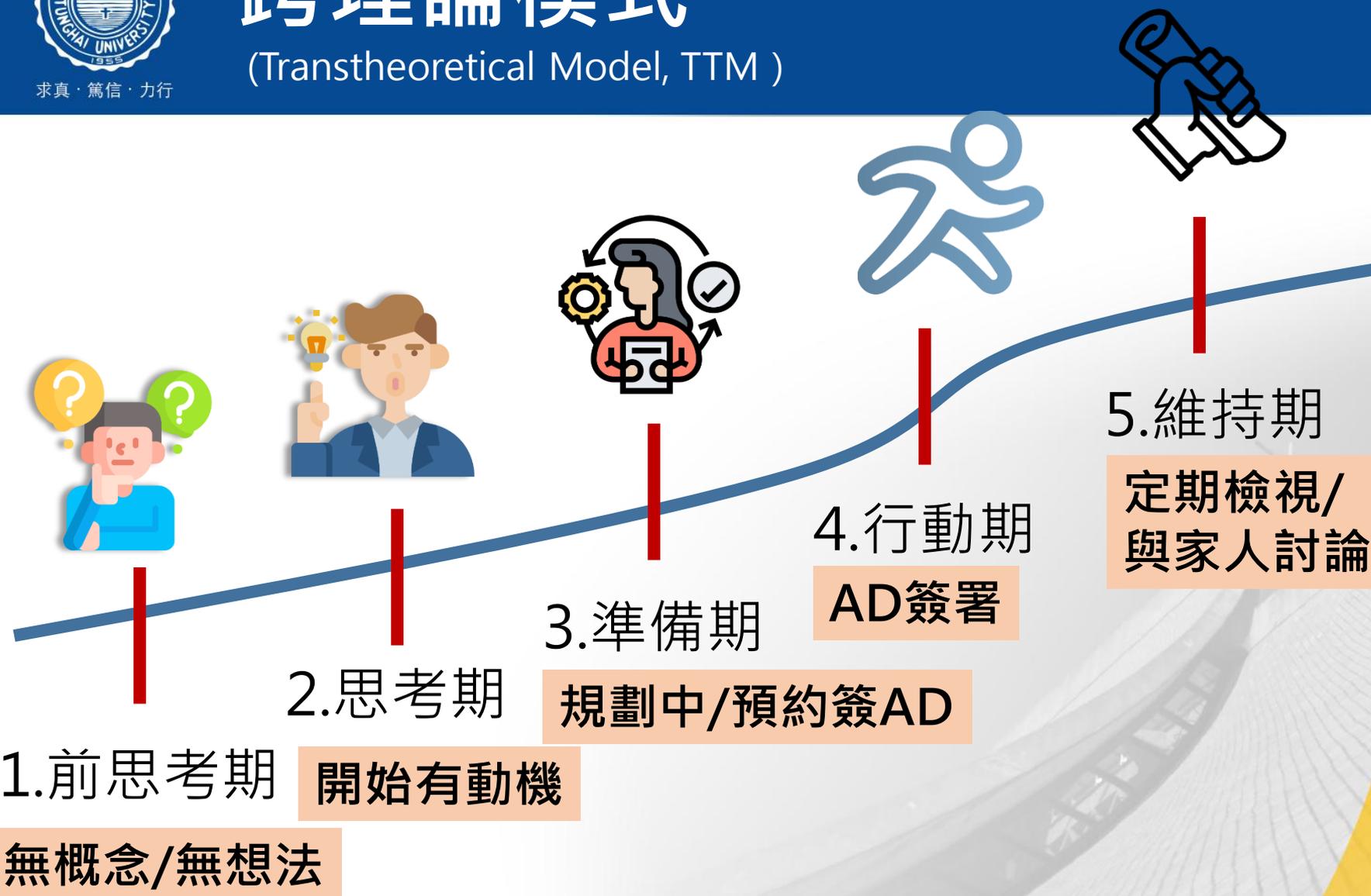
(臺北市立聯合醫院 院本部 人文創新書院 整理)



求真·篤信·力行

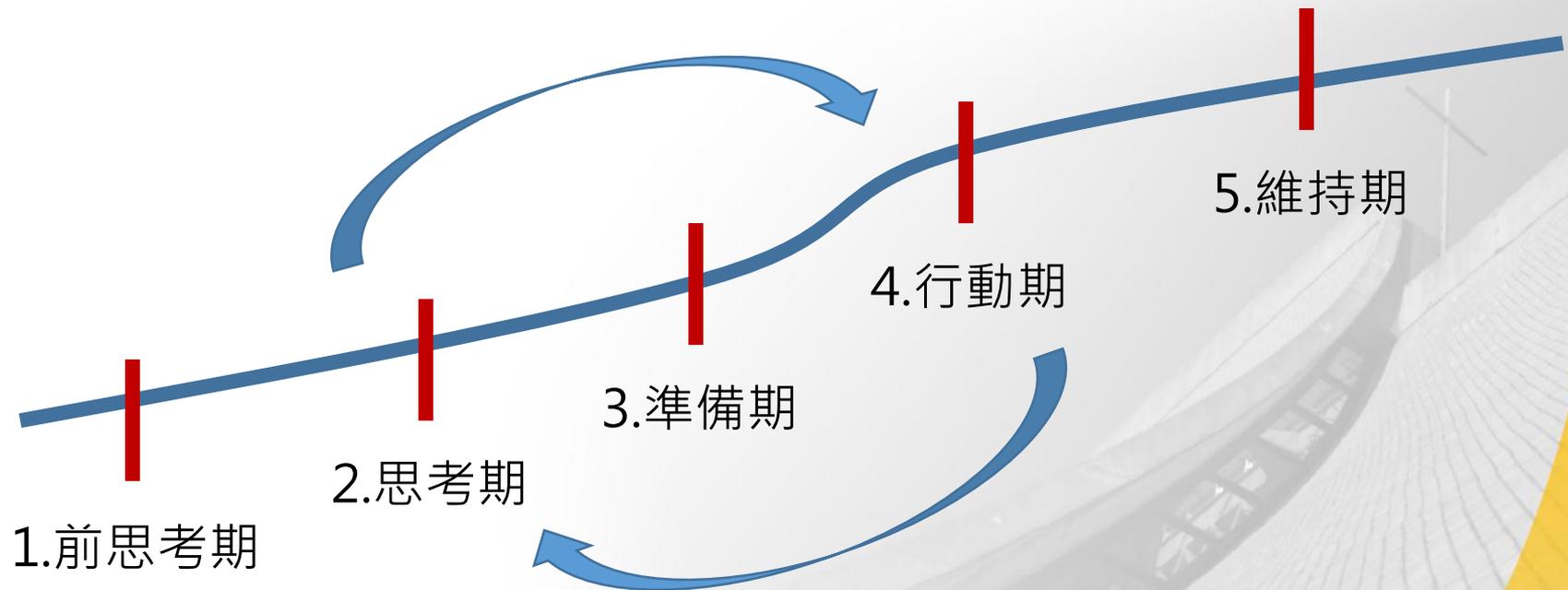
跨理論模式

(Transtheoretical Model, TTM)



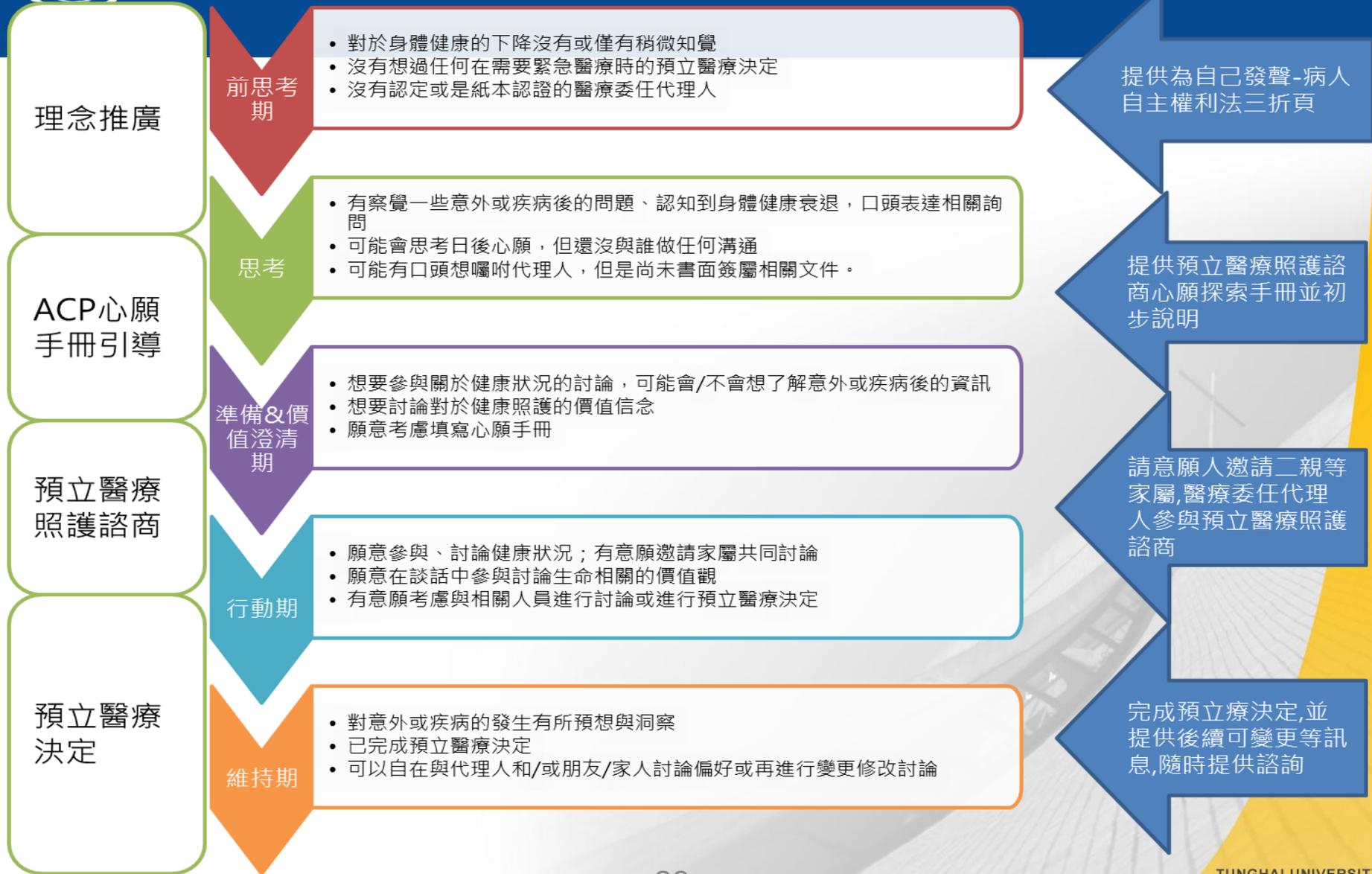
在實務經驗中

1. 對方聽完後，若主動丟出反饋，可定期探詢。
2. 不需要期待對方聽完後，就會直接進步到「行動期」
3. 對方也可能會在接近行動期時**退後、退步**





ACP準備度與行動參與五階段





求真·篤信·力行

壹、前思考期-大媽式聊天法

鄰居、親戚發生的事

永遠演不完的鄉土劇

舅舅/叔叔/嫂嫂/大姊說

名人:傅達仁、瓊瑤

時事:李登輝、英國女皇

醫生說

李登輝辭世》住院174天反覆出現感染 李前總統逝前天天洗腎

2020/07/30 15:21



前總統李登輝今年2月因為喝牛奶噎到，引發吸入性肺炎，住院至今，據北榮院內人士進一步證實，目前李登輝確實天天洗腎。（資料照，記者劉信德攝）

李登輝曾接受多次心導管支架置放手術，至少裝有12根支架，包含心臟血管11支、椎動脈1支，在92歲裝椎動脈支架時，更創下世界最高齡椎動脈支架手術紀錄，並有糖尿病、大腸癌、白內障、肺結核病史。

人生無常，您怎麼看？

Yahoo Style

2025年2月3日



yahoo!

大S徐熙媛離世終年48歲

在愛情裡敢愛敢恨的傳奇瀟灑女王

大S徐熙媛離世終年48歲，在愛情裡敢愛敢恨的傳奇瀟灑女王：人生無常，我珍惜當下的幸福

台灣女藝人徐熙媛大S今日（3日）確認因在日本旅遊患流感而併發肺炎離世，終年48歲。在愛情路上經歷風雨最終情歸具俊曄的大S，其愛情與人生哲學既投入又瀟灑，「人生無常，我珍惜當下的幸福。感謝一切讓我一步一步走到現在的所有。」不只是因為跟具俊曄可以延續20多年前的感情而對愛情的有所感知，更是對於人生的感恩想法。不敢相信地還是要說，一起來回顧大S敢愛敢恨的辣雞湯愛情哲學。



求真 · 篤信 · 力行

善用易讀易懂的宣導影片

病人自主研究中心
Patient Autonomy Research Center



不可逆轉
之昏迷



是一種無法起死回生的昏迷

▶ ⏪ 🔊 1:26 / 7:25



PARC病人自主研究中心
病主中心 史上最幽默的「病主法」醫療教學片 (閩南語發音 | 中文字幕)



求真·篤信·力行

貳、思考期

一、特定健康情境出現時：健康狀況變動時適時介入討論

- 情境包括：初次診斷慢性病（如慢性腎臟病、癌症等），即進入治療期前或治療初期時
- 當病人或家屬對未來醫療或生活品質產生疑慮 / 焦慮，即可進行ACP

二、生活變動 / 功能改變時：例如入院、住院或長期照護階段

- 若個人生活模式或照護需求發生變化，如搬入安養機構、開始長期照護，建議進行ACP討論
- 病人身體機能、認知能力或健康狀態出現變化時，也是適切啟動ACP的重要時機

三、文化與家庭背景下的討論時機

- 在亞太文化脈絡中，ACP 通常不是個人獨立的選擇，而是在家庭成員共同討論下形成決定。因此醫師應主動邀請病人與其家屬一同參與 ACP 流程，符合以人為中心（person-centered）與家庭基礎（family-based）的特性

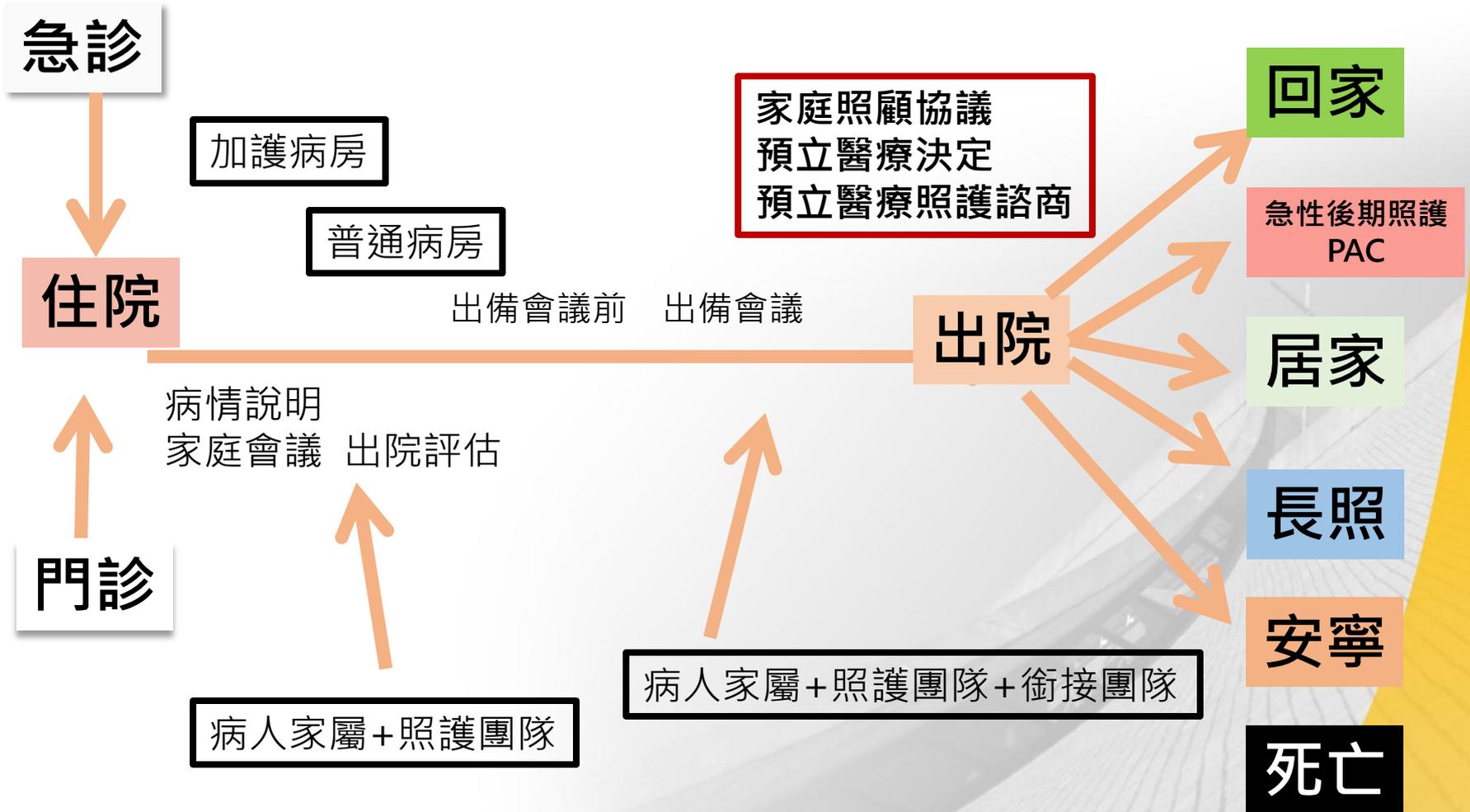
四、愈早愈好：一有機會就開始討論

- 京都大學與台大合作調查顯示，無論是台灣或日本民眾普遍認為：「希望醫師早一點告訴我」，也就是愈早開始討論越好
- 國際上（如澳洲新加坡等）也建議在病情尚穩定、尚未出現危急時，就開始引入ACP討論較佳效果



求真·篤信·力行

讓死亡緩著地-ACP溝通準備





參、準備與澄清期-

預立醫療照護諮商與書面決定的重要

誰應該要來? 二親等是指哪些人?

一定要有醫療委任代理人嗎?

預立醫療決定書裡面有哪幾種選項?

哪些醫療機構做?會收多少錢?

簽決定書對我的重要性是什麼?



我的預立醫療決定
心願探索手冊



送自己與家人這份愛的禮物

臺北市立聯合醫院 溫馨發行
2022年02月



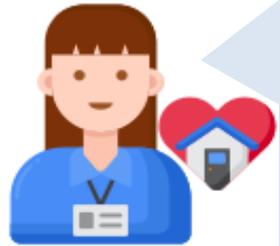


求真·篤信·力行

簽決定書對我的重要性是什麼？

- 1. 聖旨到!** 有書面就不會因為時間久了，家人記憶模糊，忘記尊重自己的想法!
- 2. 平紛爭!** 家人意見不一，有決定書表明自己心意，避免引發爭執!
- 3. 了遺憾!** 沒有決定書等病況到末期，會運用安寧同意書交給家人做決定，家人常於心不捨
- 4. 免觸法!** 如果病況沒有到末期，家人就自己撤除掉維生醫療，也可能觸犯法律!
- 5. 護醫師!** 醫師沒有足夠法律保障，實務上很多情況會到瀕死狀況，醫師才能確認是末期!
- 6. 解難題!** 沒決定書也沒諮商，家人不知道五款情況定義，也不知到時要怎麼照顧跟啟動決定書。
- 7. 保健康!** 簽決定書不是安樂死，是拒絕加工醫療，要更積極地保持健康、對有限生命提早安排。

Pre-ACP的實務現場



ACP人員

感謝您有興趣參與預立醫療照護諮商，一起討論預立醫療決定書的偏好，為了未來讓您的決定書能實現，邀請您帶二親等來一起完成這次討論，您會考慮帶哪個家屬呢？

(你以為的回應)

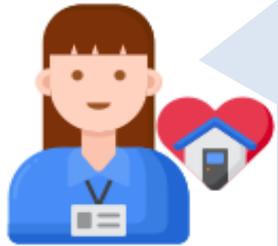
好的，沒問題
我找我的兒子跟媳婦一起
去喔! 😊😊😊



意願人



Pre-ACP的實務現場



ACP人員

感謝您有興趣參與預立醫療照護諮商，一起討論預立醫療決定書的偏好，為了未來讓您的決定書能實現，邀請您帶二親等來一起完成這次討論，您會考慮帶哪個家屬呢？

(實際上的回應)

- 我自己的決定自己做就好!
- 我家人不會反對!
- 我家人很忙、小孩上課!
- 我家人不喜歡進醫院
- 我沒有家人!
- 沒有家人就不能做嗎?



意願人

Pre-ACP的實務現場



- 我自己的決定自己做就好!
- 我家人不會反對!
- 我家人很忙、小孩上課!
- 我家人不喜歡進醫院
- 我沒有家人!
- 沒有家人就不能做嗎?



法律規定?

1. 自己有想法但親友不一定了解與接受
2. 預立醫療決定書內容、如何啟動
3. 避免像過去啟動安寧意願書時，家屬缺乏事前溝通而反對



求真·篤信·力行

人們不知道

“他們不知道什麼”

- ✓ 您期待自己的往生地點會在哪裡？
- ✓ 您知道家人何時要啟動AD嗎？
- ✓ 您知道永久植物人啟動AD後不使用鼻胃管怎麼照顧？

家裡自然善終？養護中心不送急診？醫院拚搏到最後？

□ 家裡自然善終 → 規劃長照與居家醫療的銜接

□ 養護中心不送急診 → 找尋提供機構安寧院所

□ 醫院緩和醫療起點 → 家屬共識與撤除時間點





ACP準備度與行動參與五階段

理念推廣

前思考期

- 對於身體健康的下降沒有或僅有稍微知覺
- 沒有想過任何在需要緊急醫療時的預立醫療決定
- 沒有認定或是紙本認證的醫療委任代理人

提供為自己發聲-病人自主權利法三折頁

ACP心願手冊引導

思考

- 有察覺一些意外或疾病後的問題、認知到身體健康衰退，口頭表達相關詢問
- 可能會思考日後心願，但還沒與誰做任何溝通
- 可能有口頭想囑咐代理人，但是尚未書面簽署相關文件。

提供預立醫療照護諮商心願探索手冊並初步諮詢

預立醫療照護諮商

準備&價值澄清期

- 想要參與關於健康狀況的討論，可能會/不會想了解意外或疾病後的資訊
- 想要討論對於健康照護的價值信念
- 願意考慮填寫心願手冊

請意願人邀請二親等家屬/醫療委任代理人參與預立醫療照護諮商

預立醫療決定

行動期

- 願意參與、討論健康狀況；有意願邀請家屬共同討論
- 願意在談話中參與討論生命相關的價值觀
- 有意願考慮與相關人員進行討論或進行預立醫療決定

完成預立療決定,並提供後續可變更等訊息,隨時提供諮詢

維持期

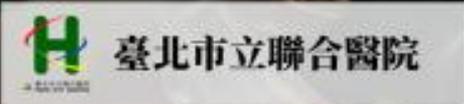
- 對意外或疾病的發生有所預想與洞察
- 已完成預立醫療決定
- 可以自在與代理人和/或朋友/家人討論偏好或再進行變更修改討論



求真·篤信·力行

肆、行動期-ACP諮商裡的愛

臺北市立聯合醫院- 預立醫療照護諮商 示意圖



TUNG HAI UNIVERSITY

Truth, Faith, Deeds - Truth attained through Faith expressed by Deeds

預立醫療照護諮商的會談架構

● 告知民眾擁有知情、選擇與決定權

(病人自主權利法核心理念)

1. 醫師須將病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，充分告知病人。
2. 病人對於醫師提供之醫療選項，有選擇與決定之權利，且病人之關係人不得妨礙醫師尊重病人決定所採取之作為。



● 醫療照護選項

1. 何謂特定臨床條件
2. 何謂維持生命治療
3. 何謂人工營養及流體餵養



預立醫療決定
(Advance Decision)



● 相關法定程序知情

1. AD變更、撤回的法定程序
 2. AD的執行時間及其他注意事項
- (詳見檢核表)



加值服務:善終議題討論

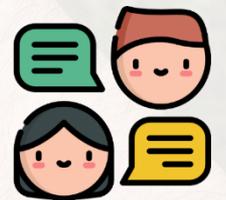
1. 身心靈及照護需求
2. 四道人生



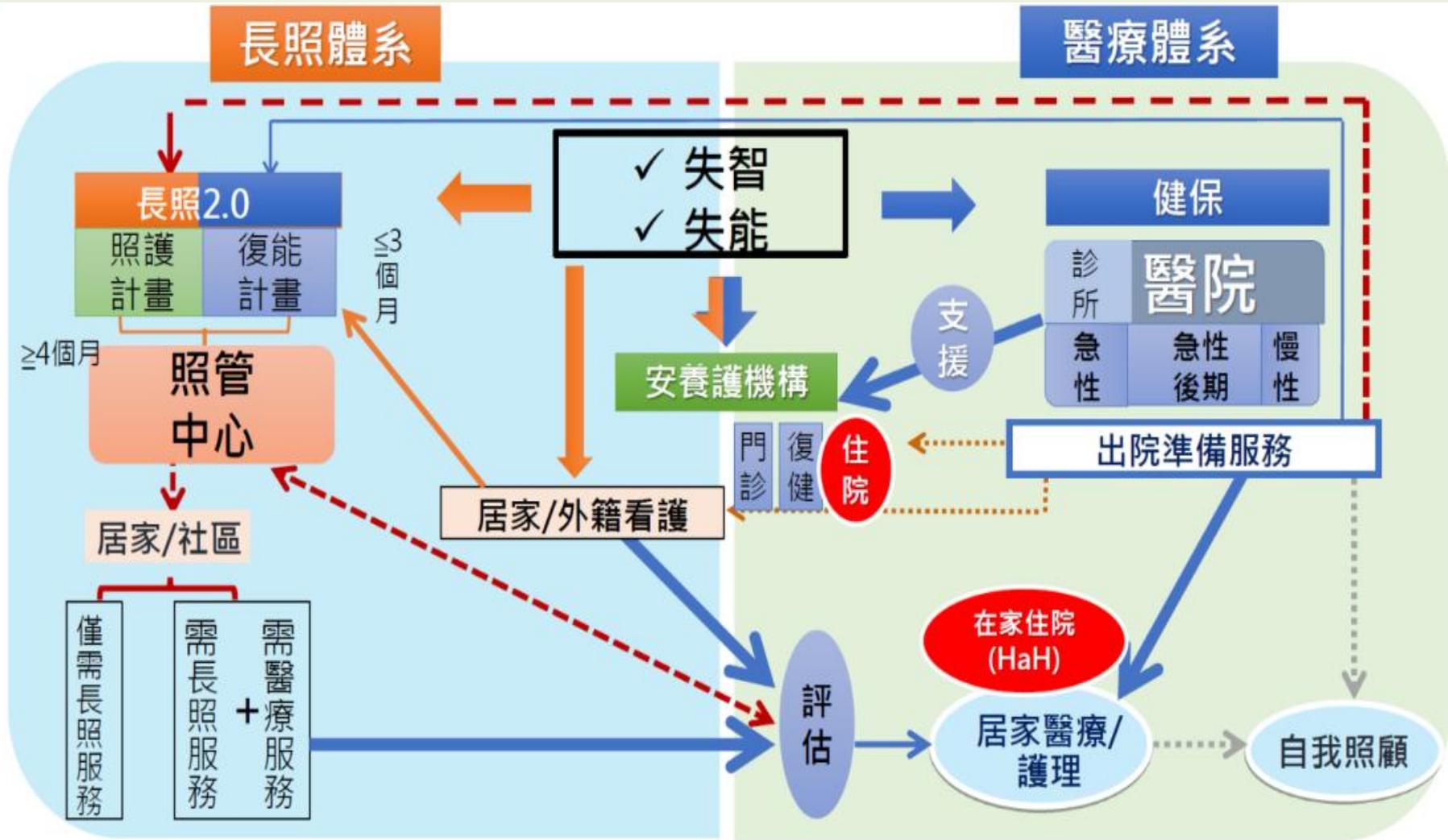
找到願意照顧到最後的醫療團隊

以「了解病人偏好」與「家庭照顧者參與」
共融為核心的照顧計畫

1. 病人**生命價值觀**的釐清與彼此理解
2. 預做準備-書面決定與家庭共識
面臨特定臨床條件時的**醫療決策**及**照顧需求**
3. 看得見照顧終點:**預期性哀傷**的提早介入



最後一哩路的規劃



備註：→ 醫療照護轉介； - - -> 醫療與長照2.0銜接；> 症狀改善；> 其他照顧

長照服務有哪些？

照顧及專業服務

依失能等級
每月給付

10,020-36,180 元

一般戶 負擔 16%

中低收入戶 負擔 5%

低收入戶 全額補助

交通接送

依失能等級與城鄉差距
每月給付

1,680-2,400 元

一般戶 負擔 21%-30%

中低收入戶 負擔 7%-10%

低收入戶 全額補助

輔具及居家無障礙環境改善服務

每 3 年給付

40,000 元

一般戶 負擔 30%

中低收入戶 負擔 10%

低收入戶 全額補助

喘息服務

依失能等級
每月給付

32,340-48,510 元

一般戶 負擔 16%

中低收入戶 負擔 5%

低收入戶 全額補助

適用對象

1. 65歲以上老人
2. 55歲以上原住民
3. 50歲以上失智症者
4. 失能身心障礙者

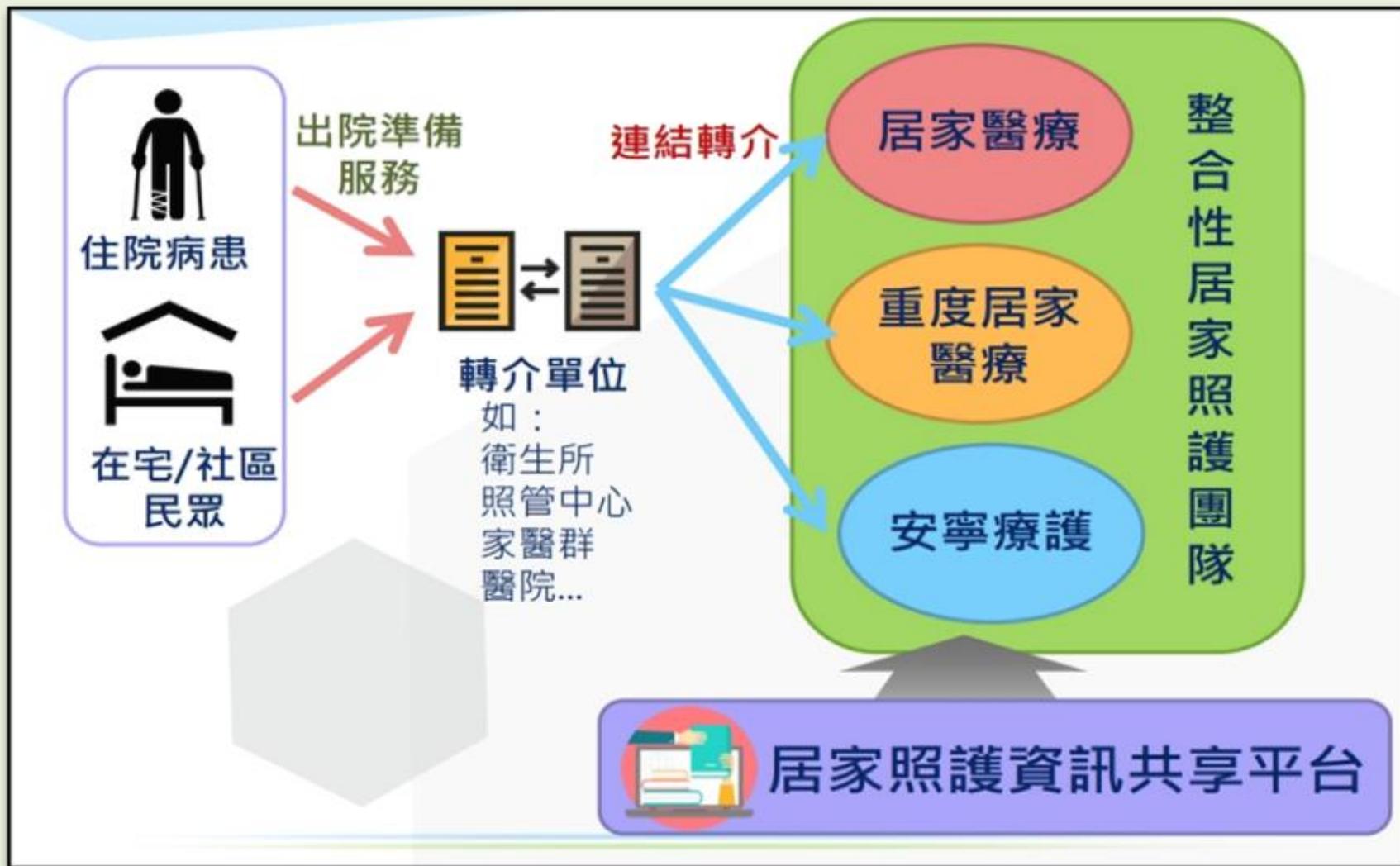
長照專線-評估需求



1966

週一到週五 上午08:30-12:00 下午13:30-17:30。

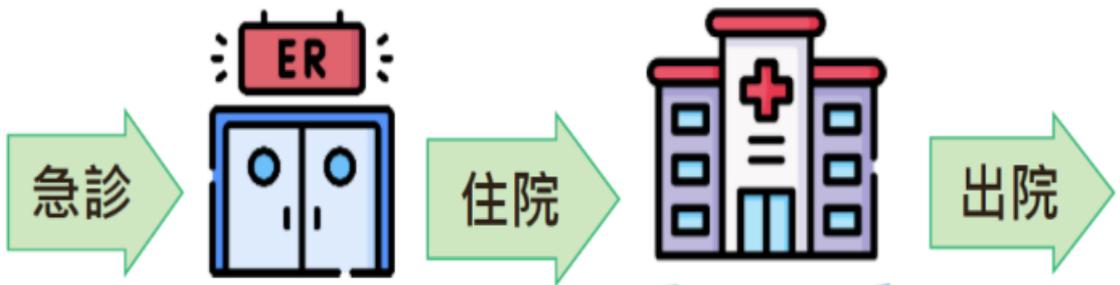
由終而始、醫養合一的多元想像



在宅急症照護模式 實現在地老化目標

一般住院

個案發生
急性問題

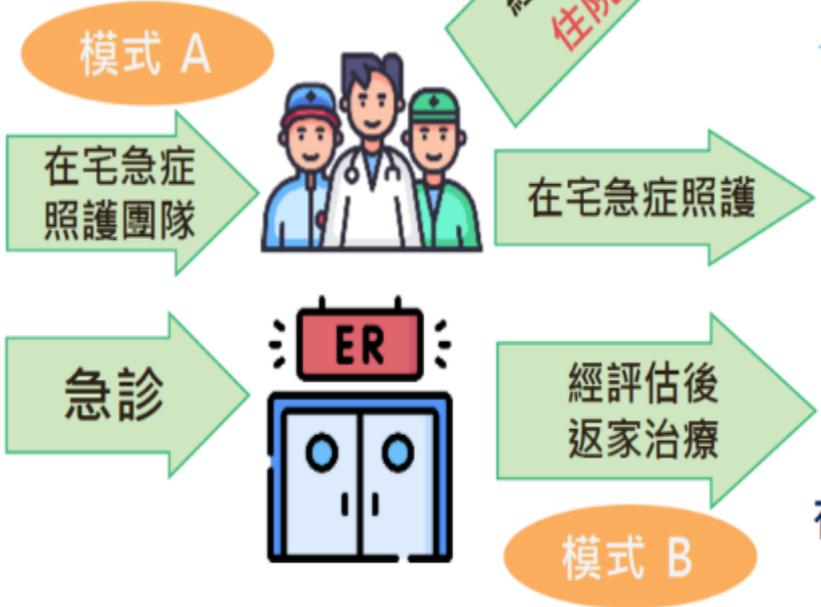


居整計畫
評估收案

在宅急症照護

個案發生
急症問題

- 居家醫療個案
- 照護機構住民
- 非居家醫療個案



模式 C

回歸居家醫療
持續照護
或門診追蹤

結案

在宅急症照護團隊
提供治療

最重要的是
願意討論終點的醫療決策話題

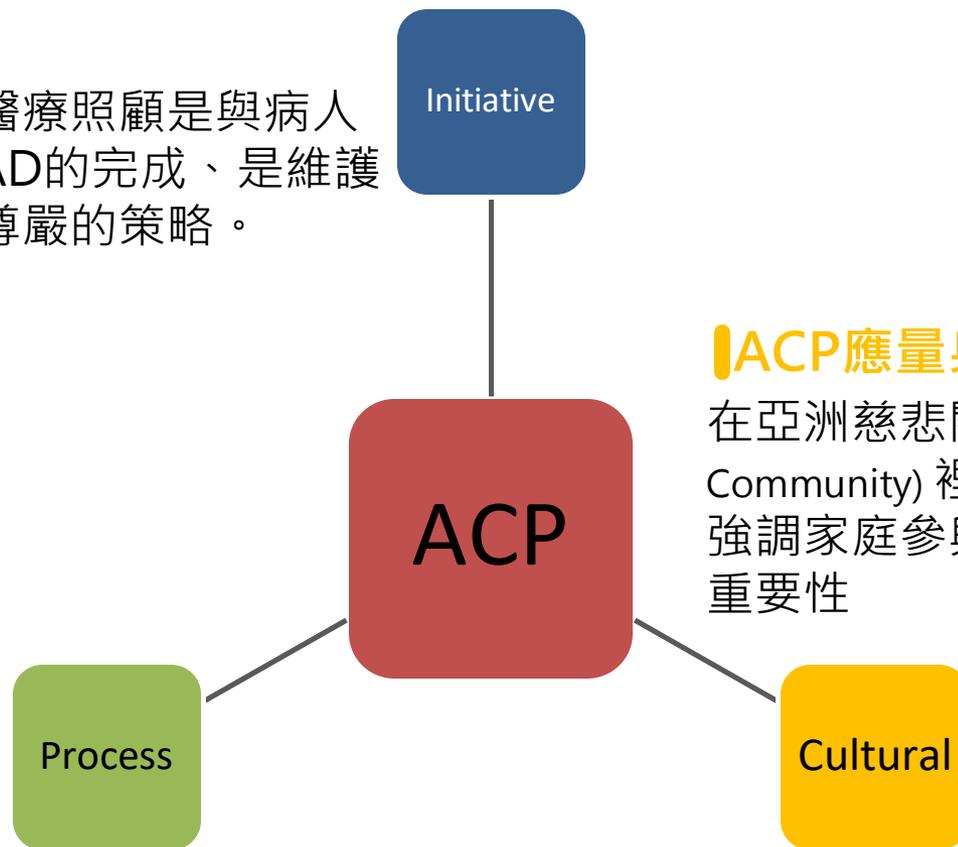
死亡識能



「預防受苦 提升死亡識能」的預立醫療照護諮商模式

ACP是一種啟動

尊重價值觀、確保醫療照顧是與病人的偏好相符、透過AD的完成、是維護病人生命末期生命尊嚴的策略。



ACP應量身訂製的

在亞洲慈悲關懷社區(Compassionate Community)裡具有文化特性的發展，強調家庭參與個人醫療照護決定的重要性

ACP是一個過程

讓有意思決定能力的個人去澄清自己的價值觀以及了解疾病的情況後，定義治療目標，與家人、關係人與健康照顧提供者溝通討論

2019病人預立醫療照護計畫台北宣言

Taipei Declaration on Advance Care Planning
Adopted by the Asia-Pacific Region on ACP Consensus Taipei Forum, Taiwan
Medical Association, Taipei, Taiwan, April 2019



(Weisman, 1988)

2009年：死亡識能概念形成

西雪梨大學團隊以深度訪談與集體敘述招募308位意願者參與六年研究，提供非正式照顧網絡的功能、影響以及如何與正式服務提供者互動的相關資料，這些生命末期照顧者提供個人深度內在想法與死亡、瀕死概念建構而成。(Noonan,2009)

2016年-發表死亡識能特徵

DL被視為實務智慧，分為

1. 知識(knowledge)
2. 技術(skill)
3. 經驗式學習(experiential learning)
4. 社會行動(social action)

(Noonan et al., 2016)

Lancet(2022): bringing death back into life

2021年死亡識能指標報告



1. 實務性知識(Practical Knowledge)：兩個子量表-談話支持與照顧支持

個人可以跟朋友或家人談論到死亡、瀕死過程以及失落。

- (1).談話支持：有能力跟親近的朋友告知有關死亡、瀕死與哀傷。
- (2).照顧支持：生理的照顧，如洗澡、餵食與處理注射等問題。



(2) 經驗性知識(Experiential Knowledge)：

從直接的EOL關懷經歷中學到的智慧、技能或死亡教育，有足夠能力反思他們以前在失落，悲傷和死亡方面的經歷。



(3) 事實性知識(Factual Knowledge)：

對死亡系統的了解，特別是為死亡、照顧和瀕死進行良好計劃所需的訊息，包括有關獲得緩和治療，填寫EOL相關書面文件、喪葬計劃以及與在宅善終和遺體處置有關決策的問題。



(4) 社區性知識(Community Knowledge)：兩個子量表-可近性和支持組

指社區中存在的有關服務和其他EOL、哀傷支持的知識。

- (1).可近性:在社區有疑問時，了解哪裡獲得設備、生理和情感支持。
- (2).支持團體:對於瀕死的人，照料者和悲傷者需要團體支持。

ACP願景：提供與病人價值目標相符的醫療服務，如何實現？

- 在台灣，開啟ACP討論人員不一定是家庭醫師或主責照護團隊，每個人都可以為病人及家庭做好準備，**了解AD啟動時**的長照資源與現實情境！

■ 區域性的資源盤點：



AD啟動

安寧緩和服務入口



在宅善終

就近在宅醫療服務何在



Social

determinants

長照/社會安全網的介入

成大醫院預立醫療照護諮商門診

每週二、週五下午

自費門診



諮商費

掛號費150元

就醫證明費30元

(核章證明行政費用)

個人

諮商費為3,000元 / 人
/ 60分鐘

團體

諮商費為1,500元 / 人
/ 90分鐘

院內
校內

諮商費為1,500元/ 人 / 60分鐘
教職員、職眷(配偶、父母、子女)、
志工、學生

諮商費補助

□ 成大醫院-低收入戶諮商費全額補助
中低收入戶諮商費80%補助

□ 為愛前行基金會-創新服務方案補助

- ✓ 身障、聽障/聾人朋友
 - ✓ 罕病病友 (240項中政府未納入健保給付之罕見疾病)
 - ✓ 未滿65歲以上之重大傷病卡病友
 - ✓ 高醫療轉譯需求者
 - ✓ 65歲以上未有重大傷病卡之長照機構住民
- 1本人 + 2家屬免費！**

諮商門診預約與諮詢單



「預防受苦 提升死亡識能」的預立醫療照護諮商模式

- **提早開啟末期溝通**：鼓勵完成家庭共融的ACP，簽署「預立醫療決定」同時簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」。
- **由生到死的陪伴**：協助病人(尤其高齡、罕病或末期病人)預先思考AD啟動時的照護團隊與多元服務，如在宅醫療的銜接。
- **以病人為中心，法律為支持**：以最佳利益彈性運用AD與DNR。
- **每個人都是助力**：尊重病人對生命品質的看法、支持社區持續性安寧緩和療護及死亡識能的推展。

成為點亮自主的那道光

我們不僅是在生命長路陪伴彼此，更是可以為身旁的人們點亮那道光，喚起在生命最後階段追求尊嚴與選擇的力量，活出最終的自主與圓滿。

謝謝大家一起同行!





求真·篤信·力行

Thanks for your Attention!!

Welcome to contact me if you have any question. Looking forward your feedback ❤️

東海大學

TUNG HAI UNIVERSITY



社會工作學系 助理教授
Assistant Professor
Dept. of Social Work

葉依琳 博士
Yi-Ling Yeh Ph.D.



Yi-Ling Yeh Ph.D.

Assistant Professor
Dept. of Social Work

Tel: +886-4-2359-0121 ext. 36516

Fax: +886-4-2359-4226

E-mail: elingyeh@thu.edu.tw

No.1727, Sec. 4, Taiwan Boulevard, Taichung, 40704, Taiwan
40704 臺中市西屯區台灣大道四段1727號