

預立醫療照護諮商與安寧緩和基礎講座系列三

居家護理所的整合性照護策略

安寧療護及預立醫療照護諮商

楊婉萍

佑平居家護理所所長/安寧居家護理師
護理博士/法學碩士/教育部定副教授

「讓尊嚴、陪伴與選擇，留在最熟悉的地方」

115 年 7 月 18 日(星期六) 下午15:00



楊婉萍

2024年 醫療人員服務貢獻獎

2025年 傑出護理人員服務奉獻獎

2026年 臨床護理價值典範獎

學歷：

- 成功大學醫學院健康照護所博士
- 高雄大學法學院政治法律碩士
- 花蓮慈濟大學系社區專科護理師
FNP公費碩士生

現職：

- 佑平居家護理所 負責人
- 一般暨安寧居家照護學會 理事長
- 專科護理教師學會 理事
- 護師工會學術顧問 ²
- 美和科技大學護理系兼任副教授

E-mail：Wpy.penny@gmail.com

LINE：hospice

TEL：0970031713

經歷：

- 高雄市立大同醫院院務顧問/國際醫療中心組長/護理師
- 輔英科技大學副教務長/教卓中心主任/副教授/助理教授
- 安寧緩和護理學會秘書長/理事/委員
- 安寧緩和醫學會/護理學會 講師
- 護理/長照機構評鑑/督考/輔導委員
- 國健署跨院際安寧共照臨床指導
- 國立成大醫院腫瘤/安寧護理師
- 義大/癌治療醫院倫理委員會委員
- 腫瘤護理學會訓練、照顧服務員訓練、Level II、III課程講師

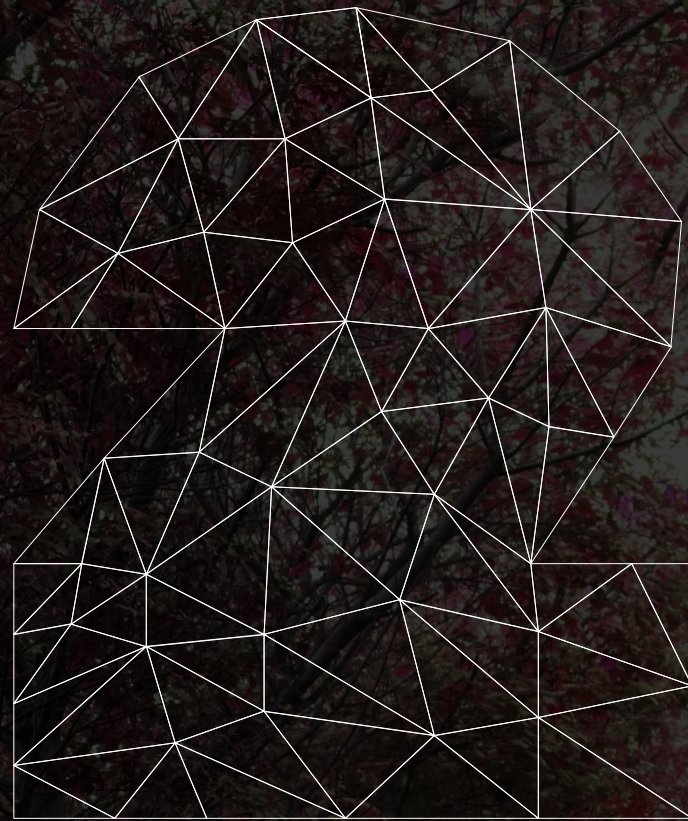


護理大嫻之碎念分享



PART ONE

從片段到整合
現況剖析



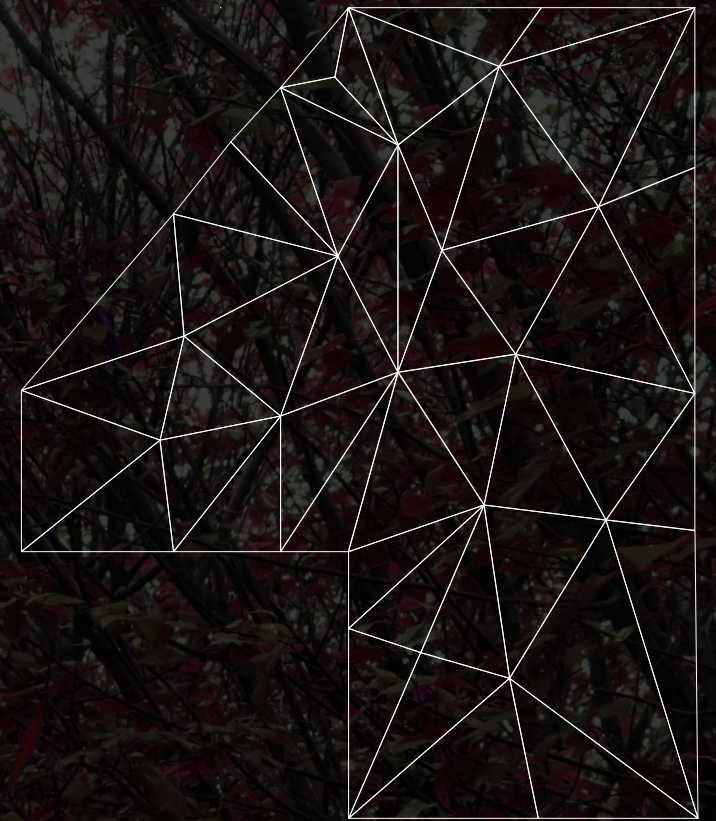
PART TWO

居家護理所的
限制與優勢



PART THREE

整合性照護
多元策略



PART FOUR

從溝通到照護
善終實踐



PART ONE

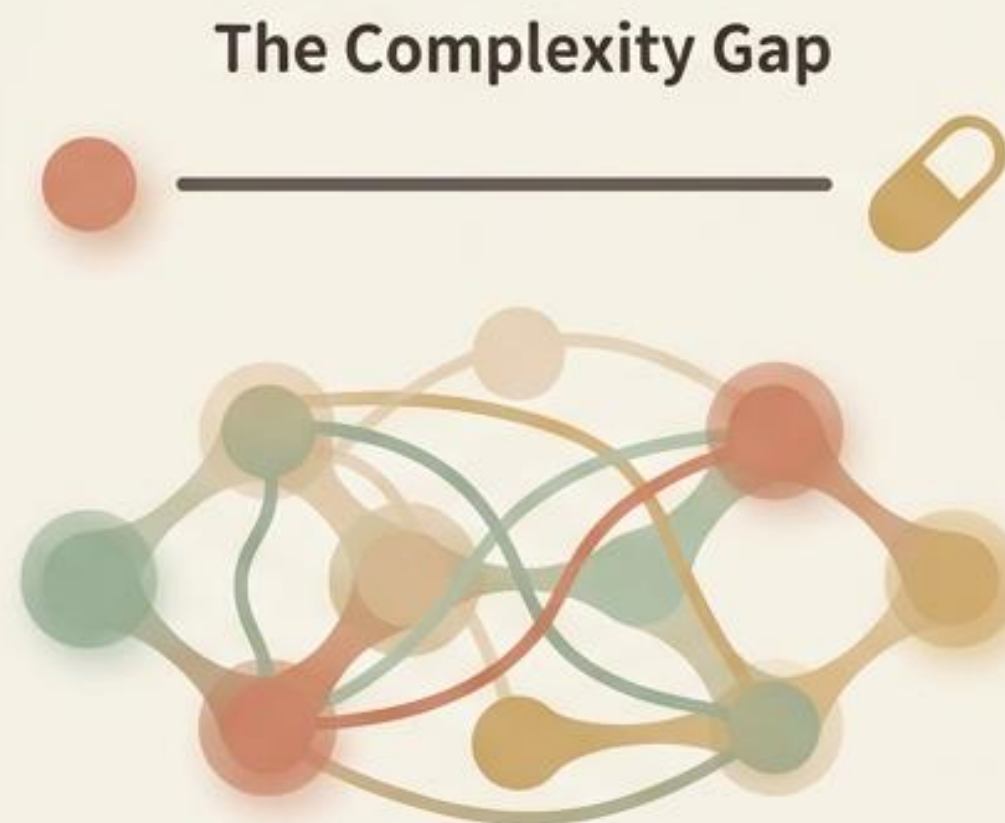
從片段到整合 現況剖析

為什麼我們需要整合性照護？

台灣超高齡社會的來臨

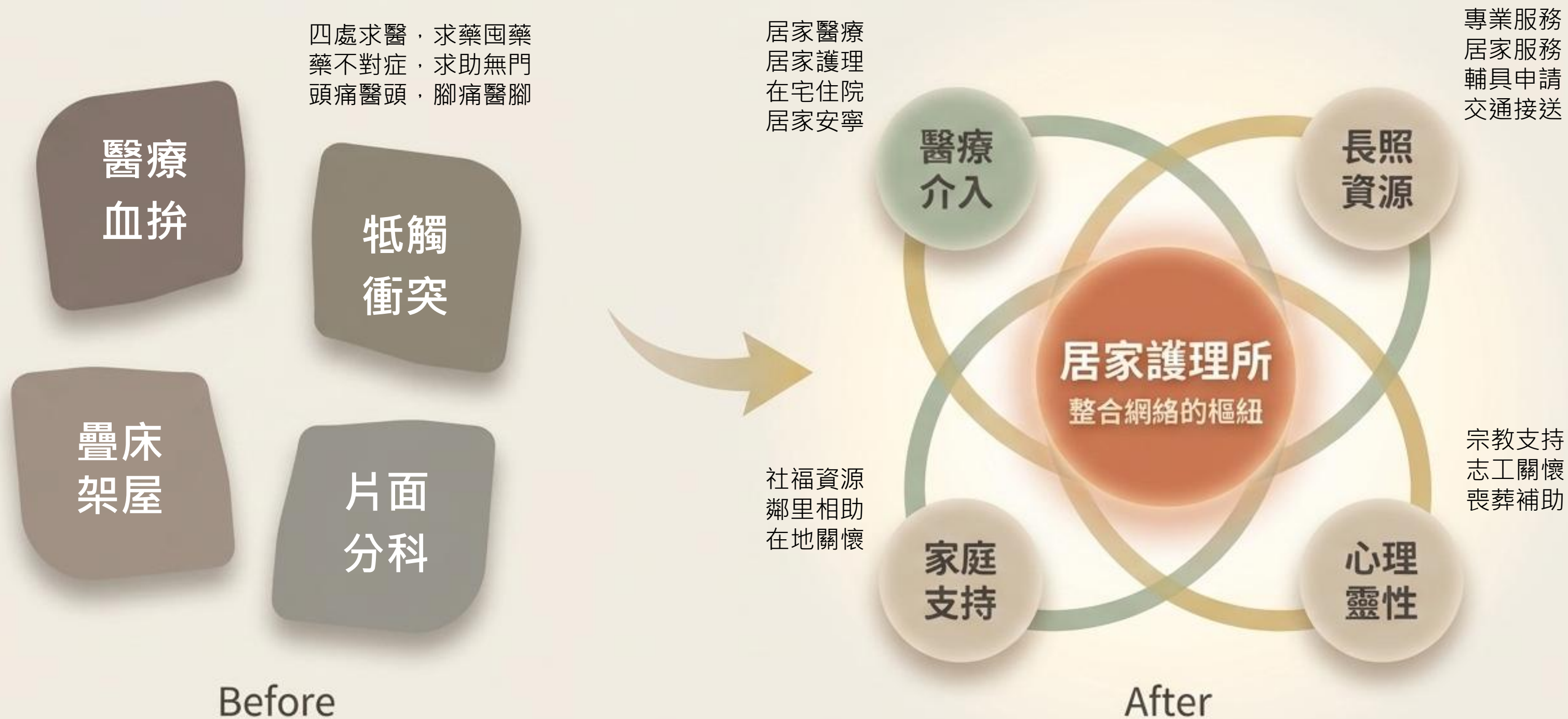


複雜共病的常態化



病人需要的不再是單一科別的處方，而是資源的協調與全人照護。

從「片段治療」到「無縫接軌」的照護典範轉移



哪些個案容易被安寧療護

「漏接」

及早發現
不讓需要被遺漏



1

體況緩慢衰退，
沒有明顯的介入
關鍵事件



日常活動逐漸減少、食慾下降，
家屬以為是老化，未意識到已
進入需要安寧照護的階段。

2

病況變化太快，
沒溝通和準備好
接受安寧



短時間內急速惡化，家屬措手
不及，醫療團隊也來不及討論
與安排安寧照護。

3

老化多重共病，
片段分科治療
難判定末期



多重慢性病由不同科別分別治療，
缺乏整體評估，導致末期狀態
被忽略。

4

在各醫院流浪，
問題未能被整體
評估掌握



反覆就醫、轉院，資料不完整、
溝通不連貫，真正的需求與病
況未被看見。

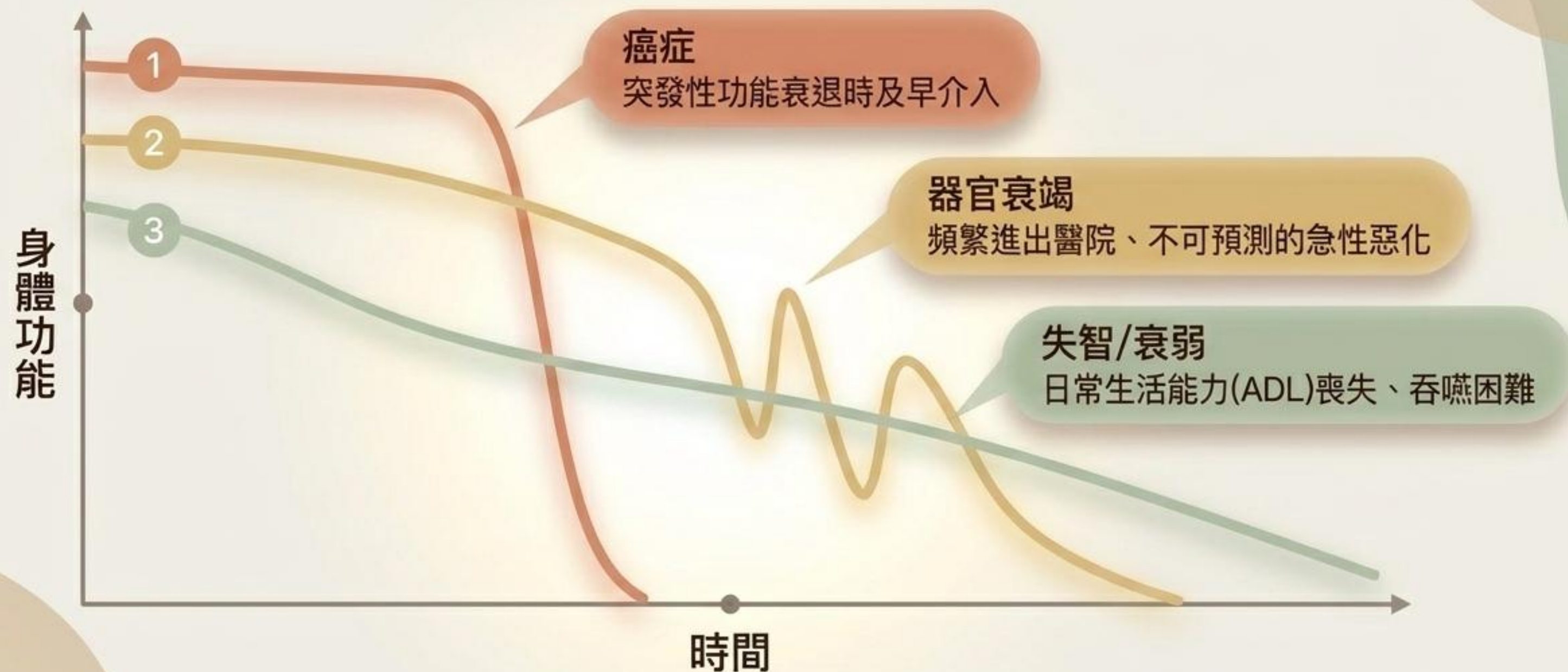
5

排拒西醫治療，
未被明確診斷，
拒絕就醫



因信念或經驗排斥就醫，疾病
未被診斷與治療，錯過早期介
入與安寧轉介時機。

安寧療護的啟動時機：看懂三種常見的疾病軌跡



安寧不是放棄，而是提早介入以最大化末期的生活品質。

台灣安寧緩和療護**健保適用對象**

早期安寧療護對象

健保自2009年9月1日起，擴大納入八大類非癌疾患

癌症末期



漸凍/運動
神經元疾病

motor neuron diseases



嚴重失智症

老年期及初老期
器質性精神病態



大腦變質

中風、帕金森等



慢性氣道阻塞

慢性阻塞性肺病COPD



肺部其他疾病



急性腎衰竭



慢性腎衰竭



慢性肝病
及肝硬化



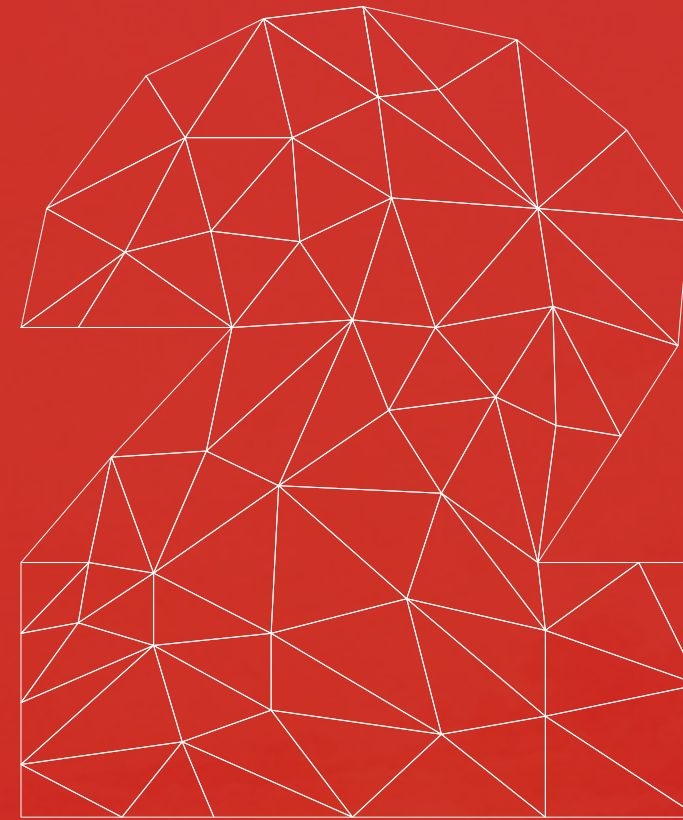
心臟衰竭



**111年新增
末期衰弱老**

人、末期骨
髓增生不良症
候群MDS、
符合病人自主
權利法第十四
條第一項第二
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





PART TWO

居家護理所的限制與優勢

為什麼**安寧居家**成為**趨勢**?

病人尊嚴、舒適、意願!

社會經濟成本、避免無效醫療

獨立型態居家護理所

提供安寧居家照護的優勢

即時、快速、24小時、多元資源鏈結、多元服務類型

價格可負擔、上山下海再遠都可以跑

護佑平安

佑平居家護理所



語言治療師

安寧
居家護理師

專科護理師

楊婉萍
負責人

安寧
居家護理師

安寧
居家護理師

行政

物理治療師

【密切合作】

合作安寧醫師

合作藥師

專責社工師

專屬志工

特約營養師

合作心理師

合作居服員

法律顧問

【鏈結攜手】

出院準備服務

長照A個管

創世基金會

安寧居家困難個案常見的不足

1

缺錢/不付錢

沒重大、沒中低收
孩子有錢不扶養、有房沒錢

2

缺硬體設備

沒光、沒椅、沒床、沒電扇冷氣
沒浴室、沒水、沒設備

3

缺關心與愛

視若無睹冷暴力、忽略
相互譏諷辱罵、暴力相向

4

缺支持資源

沒人管、互踢皮球
出嘴意見多，沒人要做事

5

缺照顧人力

老老顧、獨居、全家都病
子女均在外地

6

缺知識技巧

全丟給外勞搞定、老老顧
學不會、不想學、堅持錯誤、迷信偏方

7

缺正常理解

認知/精神障礙/智能不足
挑撥團隊、扭曲說詞

8

缺安心放心

病人/主要照顧者/關鍵者
身心精神狀況不佳、焦慮恐慌

9

缺地方住/善終

環境髒亂、小強米奇亂竄
租屋、公寓無電梯、沒子女要養



居家護理所

以專業照護團隊，護佑病人平安在家

楊婉萍博士研製，如需使用請註明作者與出處

安寧居家 困難個案 六難



安寧居家 困難個案 不難

急慢性醫院-多元機構-社區居家
無縫接軌，彈性視須轉銜



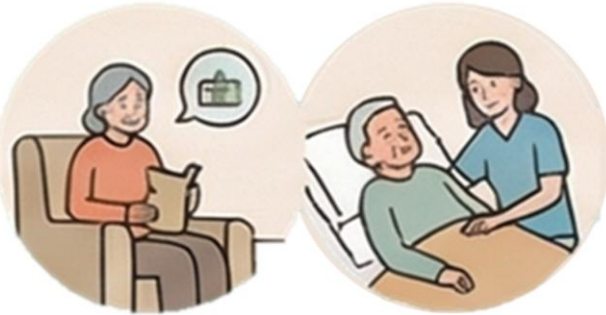


PART THREE

整合性照護 多元策略

醫院社區 無縫接軌— 整合安寧 照護模式

START：社區與居家



起始點：病況惡化與疾病進展至末期，啟動安寧討論

START：醫院一般病房



起始點：病況惡化與疾病進展至末期，啟動安寧討論

內部轉銜

安寧共照 / 安寧病房住院



針對困難身心靈症狀控制，和/或家屬負荷喘息

轉銜評估核心：出院準備服務



出院準備與服務轉銜

出院前或案家申請即啟動評估

跨團隊評估：居家環境、照顧人力、輔具需求、專業照顧技巧指導、生活照顧協助

1. 評估 2. 申請 3. 轉介 4. 出院 5. 服務



失能等級評估 (CMS)

院內/社區完成評估後，規劃服務項目

轉銜路徑1：居家

(一般居家/在宅急症+長照3.0)



適用：穩定慢性病患，需定期更換三管（鼻胃管、尿管、氣切管）者。

轉銜路徑2：居家

(安寧居家+長照3.0)



適用：因缺乏照顧人力等原因無法在家善終者，安寧居家與機構團隊合作。

轉銜路徑3：機構

(機構安寧)



適用：因缺乏照顧人力等原因無法在家善終者，安寧居家與機構團隊合作。

虛實整合的溝通機制



居家醫療
照護



居家醫療
照護

- 跨越時間、空間、跨專業
- 運用資訊、機器人、設備與AI
- 打造各種虛實整合溝通模式
- 即時通報、共識、衛教、指引

喘息升級



評估存活期關鍵提供高頻率的多元喘息資源

智慧科技與遠距醫療



創新運用智慧遠距，克服時間與空間限制



居家護理所

以專業照護團隊，護佑病人平安在家

楊婉萍博士研製，如需使用請註明作者與出處

尊嚴與安心的醫療旅程：全方位居家醫療與安寧照護指南

第一步：預立醫療規劃 (ACP)



預立醫療照護諮商 (ACP)：協助病人與核心家屬與專業團隊討論未來醫療決策，預先表達醫療意願，確保失去決策能力時選擇仍受保障。

2025年六大補助族群（全額補助）



緩和醫療家庭諮詢：



住院、急診、居家醫療的重症末期病人，在透過專業團隊提供家屬諮詢，以完整了解安寧療護選擇（基層院所適用）。

第二步：居家急症與健康管理



在宅急症照護 (ACAH)：針對肺炎、尿路感染、軟組織感染，醫護小組到宅施打抗生素，監測與治療感染。

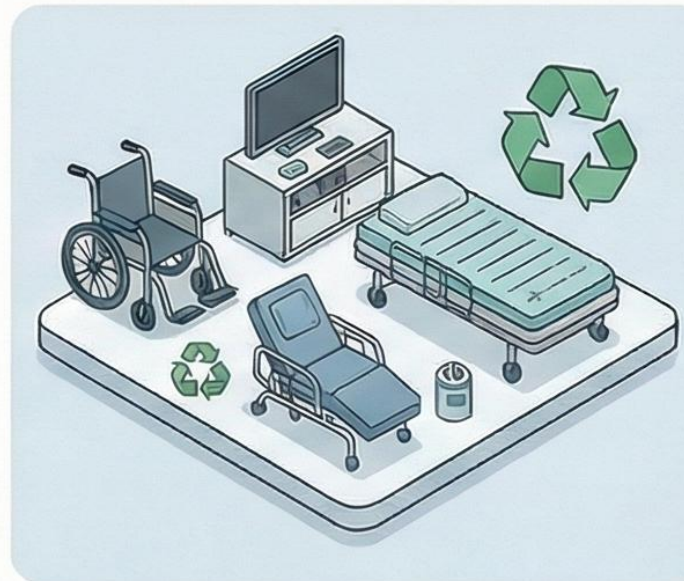


- 社區醫師護理師專責照護
- S1-3一條龍居家整合照護
- 定期家訪與電訪控制疾病

全台社區長照與
健保居家照護
網絡全面覆蓋



第三步：善用輔具與社會資源



- ✓ 長照補助購置輔具
- ✓ 環保輔具平台的付費或慈善租賃
- ✓ 專業人員評估功能與輔具需求
- ✓ 專人到府正確安裝
- ✓ 醫事人員專業指導正確使用
- ✓ 配合復能訓練以及居家照護



第四步：安寧療護與尊嚴終老



住院安寧

安寧共照
安寧病房

在宅安寧

甲類居家安寧
乙類社區安寧

哀傷撫慰：



安寧照護的延伸，關懷支持家屬心理與後續生活重建適應，實踐「全家」「全程」照護。

24小時專業諮詢：



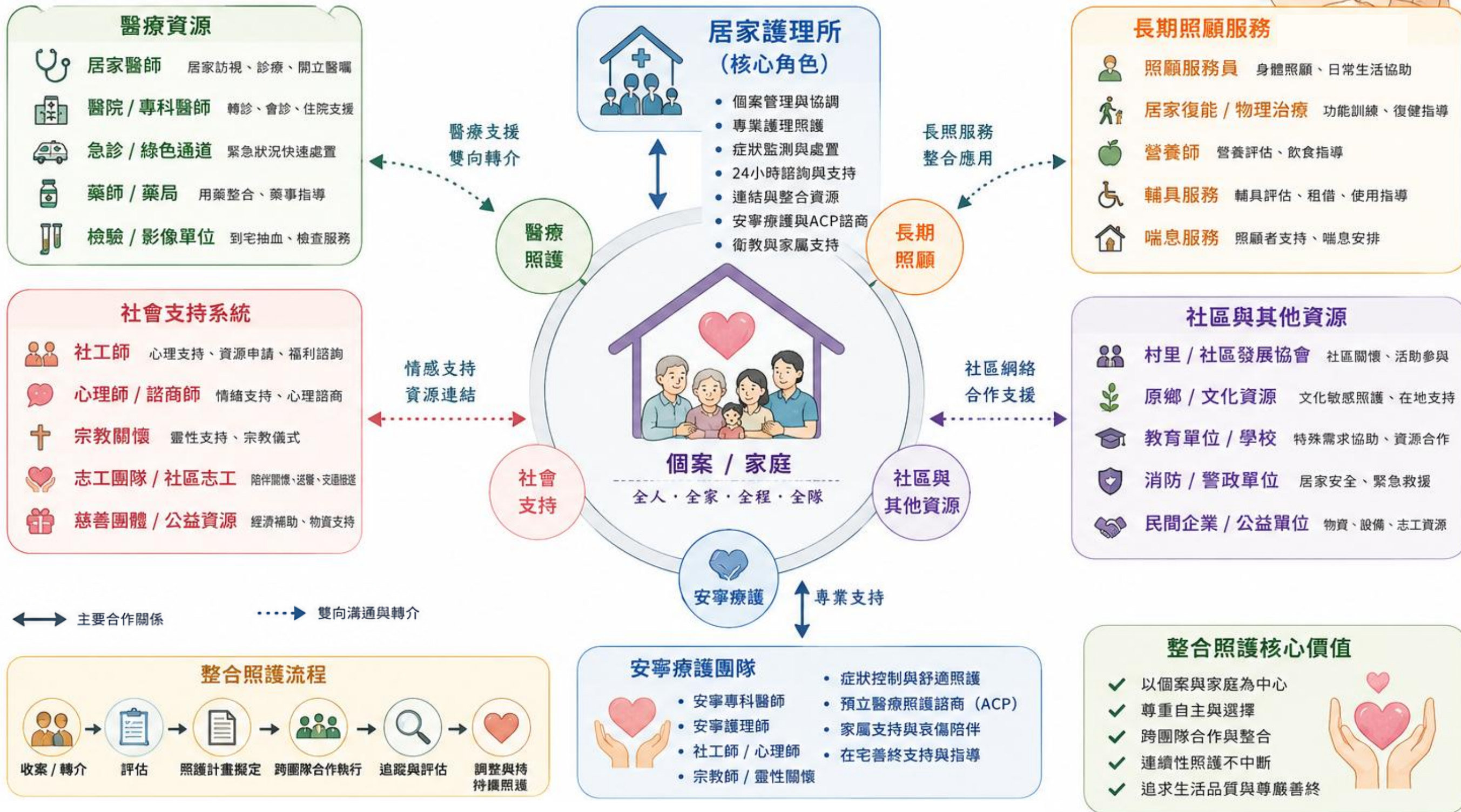
安寧團隊提供24小時諮詢服務，快速即時回應處理病人緊急狀況。



居家護理整合照護架構圖



以個案為中心・整合醫療、長照、社福、社區資源・實現全人照護



長照跨團隊-以臨終為例



跨專業團隊的協同作戰：沒有一個角色可以單打獨鬥



整合性照護的成功，建立在跨專業的即時資訊共享與目標對齊。



溝通、判斷、行動

攜手合作迎戰挑戰

多方嘗試攜手合作



長照3.0

8大目標



健康促進



醫療照顧整合



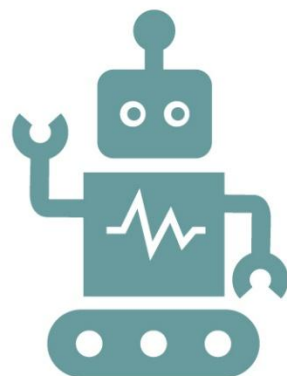
積極復能



提升機構量能



強化家庭支持



導入智慧照顧



落實安寧善終



人力專業發展

為何需要長照接軌安寧？

【對民眾需求】

- 民眾需求(有族群尤其是社會底層不會進到醫院)
- 有始有終，好的照顧/照護需要延續到生命末終
- 隨需找好時機，及早、適時討論並且切入轉換
- 能擴大服務範圍，答覆民眾在家平安善終需求

【對專業實務】

- 來不及醫訪開案時，先以長照專業服務及時介入
- 超過安寧45額度時(醫護)，仍有資源進入案家
- 緊急的高難度個案，可以有資源增加訪視頻次
- 偏鄉找不到醫師，仍有安寧專業人員介入服務

【對政策制度】

- 擴大安寧服務職類(PT、OT、ST、營養)
- 打造生命末終照護的完整性，增進全民死亡品質
- 減少過多無效醫療的健保資源浪費與家屬遺憾傷慟
- 匯聚健保與長照資源，接住高度需求案家，減少案家求助無門



長照安寧

為什麼不用健保做安寧就好？

健保給付安寧居家護理的限制：

- 需要社區安寧醫師開案(沒開案就做白工)
 - 偏鄉不一定有符合資格的醫師願意前往服務
 - 社區安寧醫師少，訪視費少，有案量額度限制
 - 還來不及醫師訪視個案就臨終往生
- 安寧居家健保訪視頻次有限制
 - 每週1-2次，超過1次超級容易被核刪
 - 不符案家需求(臨終前需更頻繁、24小時的)
- 需**安寧居護**+**安寧居服**

與各專業(醫護社心+營養、職物治)跨專業攜手專業照護與生活照顧



楊婉萍博士整理
如需引用，請註明出處

哪些徵兆提醒：長照該考慮安寧了？



功能與日常生活能力明顯下降 級數快速上升

- ADL、IADL評估生活功能快速惡化以致無法自我照顧
- 逐漸虛弱臥床，需要全時照護
- 級數增加，高級數個案都是應考慮安寧需求



反覆去急診

末期疾病診斷 惡化預後不佳 頻繁反覆就醫

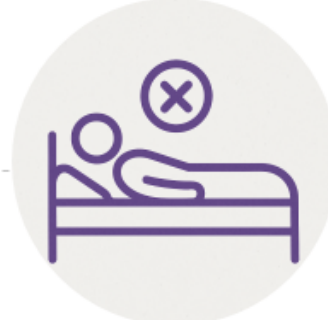
- 慢性病惡化：末期心臟衰竭、COPD慢性阻塞性肺病、腎衰竭等。
- 頻繁入院：半年內住院>2次，每次出院體能都更差。
- 評估存活時間可能小於6個月(Surprise Question)



衰弱吃不下

衰弱吃不下 出現臨終徵兆 瀕死症狀顯現

- 難以復原的衰弱：體重持續下降(>5-10%)、疲憊、無力、食慾差
- 意識漸差，昏睡時間延長
- 不進食或極度進食困難
- 肢端冰冷、呼吸變化(如潮式呼吸)、足底變色等



善終意願表達 想以舒適為主 拒絕就醫治療

- 拒絕再治癒性治療、不想再住加護病房或插管
- 強調尊嚴、不受苦、舒適為主等價值
- 願簽預立醫療指示AD、安寧緩和醫療意願書(個案)/同意書(家屬)

長照安寧

個管要有能力**辨識**末期臨終的病人改變計畫

專業人員要能**轉換**專業目標，從復能到善終

居服員要有能力**陪伴**臨終長者與哀傷的家屬

長照人員應該有**安寧**概念並了解**臨終**過程

楊婉萍博士整理，如需引用，請註明出處

長照 ↓ 安寧

當長期照顧的個案
逐漸要轉銜安寧

覺

啟

轉

接

覺察時機

1. 近期頻繁出入院
2. 病況惡化走向生命末終
3. 體況衰弱瀕死徵兆出現
4. 個案與家屬善終意願

開啟話題

1. 先從案家的需求線索著手
2. 先聽再說，傾聽案家的意願
3. 婉轉詢問是否想過最糟狀況
4. 視須召開家庭會議啟動討論

轉銜轉換

1. 長照專業目標適須轉換
2. 居服喘息項目的調整
3. 安寧團隊的進場轉銜

接住苦與難

1. 攜手讓個案清潔.舒適.尊嚴
2. 臨終階段居家幽谷伴行
3. 關注照顧負荷與預期性哀傷

**並不是安寧居家導入後，
就要準備很快走向死亡
有時狀況好一點，
依舊需要大量的長照資源**

人生的最後一哩路- 有哪些資源可以介入

面向	提供者/窗口	核心服務項目	對家屬的價值
醫事專業	醫院/診所/居家護理所 (安寧共照/病房/居家-甲乙)	止痛、傷口護理、管路更換與照護、舒適護理(芳療/徒手)、在宅抗生素注射。	減輕生理痛楚、減少頻繁急診往返。
	A/B 單位 (長照)	復能、營養、吞嚥咀嚼評估與訓練、護理指導、醫師居家失能評估、資源鏈結	早期介入延緩功能惡化、獲得營養指導。
生活照顧	居家服務 (長照) 外勞/居服 (自費)	身體清潔、進食、翻身拍背、送餐、陪同外出/就醫。	降低體力消耗、讓家屬有時間休息。
輔具	A 個管(長照)、輔具中心 NGO (如慈濟)	電動床、氧氣機、氣墊床墊、抽痰機、超音波噴霧器、智慧離床偵測、移位機	增加照顧、移動安全性、預防跌倒與褥瘡。
喘息	醫院住院(健保) 機構安寧 (健保) 居家/機構喘息 (長照/自費)	24 小時專業照護、生活照顧。	避免照顧者過負荷、獲得短期放鬆。
心靈情緒	社工/心理師/宗教師 悲傷輔導團隊	心理諮商、靈性關懷、遺願執行協助。	預防崩潰、達成心願、減少遺憾。
喪葬身後	里長、社工、慈善團體 禮儀公司/民政局	死亡證明書申請、喪葬補助、聯合祭奠	簡化後事辦理、減輕經濟壓力。

「長照，安寧。」接軌模式

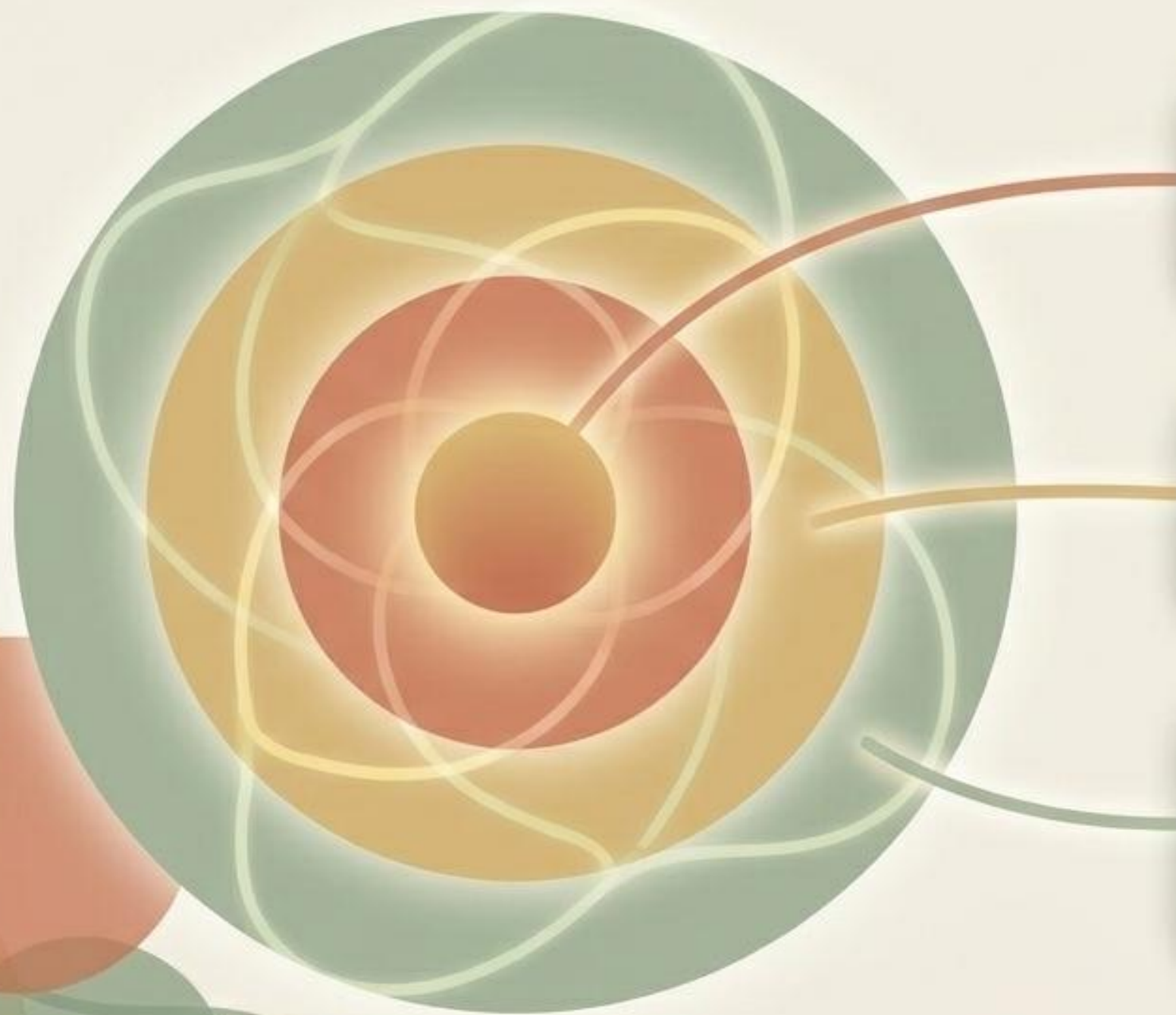


居家整合策略與危機管理防護網



預先盤點資源與擬定危機計畫，讓家屬在突發狀況時「不慌亂、有依靠」。

居家整合策略：建立無縫隙的 24 小時安全網



盤點資源

精準媒合長照補助、社福資源與醫療介入

個管流程

評估 → 計畫 → 執行 → 監測

危機管理

確保家屬永不感到孤立無援
(24小時諮詢專線、緊急訪視機制、綠色通道轉診)

急症臨終錦囊妙計

挑戰「預見」的護理專業能力

- 可能會發生哪些「意外」(疼痛、感染、臨終、出血?)
- 如何簡單扼要讓家屬有所依循操作?
- 有哪些狀況會走向死亡?(呼吸衰竭、嚴重感染、大出血?)
- 在家往生需要做哪些準備?如何辨識瀕死與死亡?



24小時
接力守護
提供協助



PART FOUR

從溝通到照護 善終實踐

安寧療護(照護) 不是只談救與不救



≠ 病人自主權利法(法律)
安寧緩和醫療條例(法律)



拒絕(不做)無效醫療
維護病人善終權



≠ 預立醫療諮商(溝通)
緩和醫療家庭諮詢(溝通)



溝通末期醫療抉擇
凝聚案家共識



= 高品質有尊嚴的
末期照護



提供精緻的
全人照護



全人照護的五大維度與病人旅程



「未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗。
活著是最好的禮物，善終是最美的祝福！」 — 陳榮基教授

醫療職志轉換

從「無可挽回時的延命」轉向「身心靈全人照顧」。



醫療的核心使命



道德擔當

當CPR僅能增加痛苦、拖延病程時，團隊應具備「不予急救（DNR）」的道德勇氣。

WHAT 安寧療護



X不只是不做無效醫療

V更是努力做全人照護

X不是消極等待著死亡

V而是積極的珍惜每天

X不是遺棄放任他死亡

V而是放手不延長瀕死

X不要絕望的痛苦煎熬

V懷盼望保有舒適平安

安寧居家療護可以做什麼？

居家療護訪視

醫護團隊(醫師、護理師、社工師、心理師、靈性關懷師等)定期或視須到家中評估病況，調整照護計畫。

症狀管理緩解

提供藥物與非藥物方式，用來止痛、呼吸困難處理、噁心嘔吐等症狀的控制與舒緩。

身體舒適清潔

提供病人身體清潔與舒適照護，增加舒適尊嚴，提升臨終階段的病人生活品質。

心理靈性照護

協助家屬面對病人的心理與情緒困擾、生命意義價值探討等。



善終關懷準備

協助病人與家屬準備臨終階段，減少恐懼與焦慮，避免遺憾與慌亂。

家屬照護指導

教導家屬如何照顧病人，包括翻身擺位、餵食、舒適照護、陪伴、雨林、翁病人溝通等。

臨終急症因應

協助家屬應對臨終突發狀況，減少恐懼焦慮，確保病人舒適平安善終。

哀慟撫慰疏導

在病人過世後，提供家屬心理支持與悲傷輔導服務。



居家安寧實務：精準症狀控制與善終準備

症狀控制

疼痛

喘

譫妄

睡眠障礙

瀕死準備

教導家屬辨識徵候

移去不必要管路

遺體護理指導

行政流程協助

末期病人是哪些病？哪些人？何種階段？

病人自主權利法施行細則 第 10 條

- 本法第十四條第一項第一款所定末期病人，依安寧緩和醫療條例第三條第二款規定。
- 前項末期病人之確診，應由二位與該疾病診斷或治療相關之專科醫師為之。

安寧緩和醫療條例 第 3 條

- 二、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。

安寧緩和醫療條例

法規名稱：安寧緩和醫療條例
修正日期：民國 102 年 01 月 09 日
法規類別：行政 > 衛生福利部 > 醫事司

所有條文 條文查詢 條文地圖 沿革 立法歷程 附帶決議

- 第 1 條 為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。
- 第 2 條 本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
- 第 3 條 本條例所稱名詞定義如下：
一、安寧緩和醫療：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。
二、末期病人：指罹患嚴重疾病，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。

健保給付下

- 安寧住院：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
- 安寧居家：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
- 安寧共照：經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務說明書
- 緩和醫療家庭諮詢費：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BC4B6B42238D5D7A&topn=5FE8C9FEAE863B46&upn=67346AA1878962F7

- 安寧、緩和、安寧緩和在台灣已混用
- 此法為「自然死法案」，安寧緩和醫療條例≠安寧緩和療護
- 第 1 條 為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。
- 第 3 條 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦…；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。

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=10020066>

預立醫療照護諮商 (ACP)：AD 與 DNR 的關鍵差異

	預立醫療決定 (AD)	不施行心肺復甦術 (DNR)
適用條件	符合五款特定臨床條件	僅限末期病人
決定範圍	拒絕或撤除維持生命治療、 人工營養及流體餵養	僅限拒絕心肺復甦術及 相關急救處置
簽署時機	具完全行為能力時即可提前簽署	多於病程晚期或危急時簽署

ACP 是確保病人自主權的最佳防護網。

啟動 ACP 的五大實務步驟



用心聆聽



同理陪伴



開放提問



中立提供



尊重選擇

取得共識

促成醫療團隊、病人與家屬間的理解與一致

4

5

簽署與註記

完成法定文件並註記於健保卡

3

價值觀探索

釐清對病人而言「什麼是最重要的」

2

醫療資訊提供

清晰說明疾病預後與未來可能面臨的醫療決策

1

準備與探詢

評估病人與家屬的意願與認知準備度

溝通技巧 (NURSE)

- N** Name 命名情緒
說出病人或家屬的感受
- U** Understand 理解
試圖理解與同理
- R** Respect 尊重
尊重價值與選擇
- S** Support 支持
給予支持與陪伴
- E** Explore 探索
持續探索想法與擔憂

文件選項

-  AD 預立醫療決定
-  DNR 不施行心肺復甦術
-  POLST 醫療處置意願表
-  緊急聯絡人 重要聯絡資訊

高效且具同理心的溝通技巧

建立對話 - SPIKES 模式

S：情境佈置

P：探詢認知

I：取得邀請

K：提供資訊

E：同理回應

S：擬定策略

接住情緒 - NURSE 技巧

- ✓ N：命名情緒
- ✓ U：表達理解
- ✓ R：給予尊重
- ✓ S：提供支持
- ✓ E：深入探索



「溝通不是為了說服，而是引導與陪伴。」



ACP 對話流程圖

以人為本的預立醫療照護諮商

♥ 尊重自主 × 理解價值 × 共同決策 × 持續更新



1 建立關係 與開場

營造信任與安全感



- 自我介紹、說明目的
- 確認合適的對話時機與環境
- 表達關心與支持
- 取得對話同意

目標：建立信任關係

2 探索價值觀 與生命目標

了解病人重視什麼



- 生命中重要的人事物？
- 生活中最重視什麼？
- 對未來的擔憂或希望？
- 什麼是「活得有尊嚴」？

目標：了解價值與目標

3 提供資訊 與討論選項

理解疾病與醫療選擇



- 說明目前病況與可能進程
- 介紹治療選項與可能結果
- 包含：積極治療 / 緩和治療 / 安寧療護
- 確認理解程度 (Ask-Tell-Ask)

目標：理解選項與結果

4 形成共識 與做出決定

依價值做決定



- 依個人價值與目標做選擇
- 與家人 / 代理人共同討論
- 形成共識與決定
- 確認病人仍是決策核心

目標：形成共識與決定

5 文件完成 與定期檢視

讓決定落實並持續更新



- 完成相關文件 (AD / DNR / POLST)
- 說明文件效力與使用方式
- 定期檢視與更新 (病況改變時)
- 確保每位團隊成員都知道

目標：落實執行與更新

需要時可回到前一步驟重新討論

核心信念



我的人生，我的選擇，我的決定 ♥



預先表達，讓愛不留遺憾

ACP 是一段持續的對話，
不是一次性的文件。





在宅善終 流程圖

陪伴到最後一刻，
讓愛留在家



以病人為中心・以家庭為核心・以專業團隊為支柱・以社區資源為後盾

1 居家護理所 收案 / 轉介



- 醫院轉介 / 個案主動申請
- 確認需求與服務範圍
- 安排首次訪視時間
- 建立護理關係

2 全面評估 了解需求



- 身體狀況評估
- 症狀與功能評估
- 心理 / 社會 / 靈性評估
- 家庭照顧能力評估
- 環境與資源評估

3 擬定照護計畫 跨團隊合作



- 擬定個別化照護計畫
- 跨專業團隊共同擬定
- 醫師 / 護理師 / 藥師 / 社工 / 營養師 / 復健師等
- 整合長照與社區資源

4 預立醫療照護諮商 (ACP)



- 探索病人價值與意願
- 討論醫療選擇與目標
- 完成 AD / DNR / POLST
- 文件建檔與定期檢視
- 與家屬形成共識

5 持續照護與 症狀管理



- 定期訪視與評估
- 症狀監測與處置
- 疼痛 / 呼吸 / 噁心 / 便秘 / 焦慮 / 失眠等管理
- 衛教與照顧技巧指導
- 24小時諮詢與支持

6 病況變化 / 危機處理



- 病況惡化預警與評估
- 24小時緊急諮詢
- 到宅處置或建議就醫
- 與醫師即時聯繫
- 必要時啟動綠色通道

7 臨終階段照護



- 臨終徵象評估與家屬說明
- 舒適照護 (不插管、不急救)
- 疼痛與症狀舒緩
- 心理 / 靈性支持
- 陪伴與安寧照護

8 在宅善終



- 在熟悉的家中
- 有愛與尊嚴的離開
- 家屬與團隊陪伴
- 完成心願與道別

9 身後處理與資源協助



- 協助家屬處理身後事宜
- 連結社政 / 宗教 / 喪葬資源
- 相關文件與保險協助
- 後續行政流程協助

10 哀傷支持與後續關懷



- 哀傷反應評估與支持
- 情緒支持與傾聽
- 團體支持 / 個別諮商轉介
- 紀念與延續愛的方式

核心精神

- ♥ 尊重自主
- ♥ 告別有愛
- ♥ 照顧到家
- ♥ 善終圓滿



斷食→

善終？



法規名稱： 安寧緩和醫療條例

時間： 中華民國110年1月20日

立法沿革： 中華民國110年1月20日總統華總一義字第11000003571號令修正公布第5條 條文

法規體系： / 行政 / 衛生 / 醫政

所有條文

編章節

條文檢索

歷史沿革

相關令函

相關判解

制定依據

附屬法規

🔍 歷史沿革

1. 中華民國89年6月7日總統華總一義字第8900135080號令制定公布全文15條

本資料僅供會員查閱，若您尚未加入會員，請加入會員。

2. 中華民國91年12月11日總統華總一義字第09100239020號令修正公布第3條、第7條條文

本資料僅供會員查閱，若您尚未加入會員，請加入會員。

3. 中華民國100年1月26日總統華總一義字第10000015621號令修正公布第1條、第7條；增訂第6條之1；刪除第13條條文

52

本資料僅供會員查閱，若您尚未加入會員，請加入會員。

4. 中華民國102年1月9日總統華總一義字第10200000811號令修正公布第1條、第3條、第4條、第5條、第6條之1、第7條、第8條、第9條條文

本資料僅供會員查閱，若您尚未加入會員，請加入會員。

5. 中華民國110年1月20日總統華總一義字第11000003571號令修正公布第5條 條文

安寧緩和醫療條例

時間：中華民國110年1月20日

第四條

末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。

第三條 本條例專用名詞定義如下：

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 二、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。
- 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、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。
- 四、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。
- 五、維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。
- 六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。

安寧緩和醫療條例

時間：中華民國110年1月20日

第七條

不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。

無最近親屬者，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。

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。

前項最近親屬之範圍如下：一、配偶。二、成年子女、⁵⁴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。



現行條文 (1091229)

錯誤通報

列印



全文

異動條文及理由

立法歷程

再查詢

病人自主權利法

中華民國109年12月29日

第一條

為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，特制定本法。

第二條

本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

病人自主權利法

修正日期：民國 110 年 01 月 20 日

第 1 條

為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，特制定本法。

第 8 條

具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。

前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，**接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養**之全部或一部。預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。

病人自主權利法

修正日期：民國 110 年 01 月 20 日

第 14 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終止、撤除或**不施行維持生命治療**或**人工營養及流體餵養**之全部或一部：

- 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。
- 四、**極重度失智**。

一、臨床失智評估量表 (Clinical Dementia Rating) 達三分以上。
二、功能性評估量表 (Functional Assessment Staging Test) 達七分以上。

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**緩和醫療團隊至少二次照會確認**。

醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

進食與吞嚥照護指南：從專業評估到安寧抉擇的決策流程

階段一：專業評估與功能訓練



階段二：醫療抉擇與安寧銜接



決策路徑	有訓練空間	選擇置入管路	選擇安寧路徑
核心照護重點	指導正確進食姿勢、吞嚥咀嚼訓練、指導口腔清潔	指導鼻胃管灌食照護，營養評估指導、未來是否有訓練空間	若拒絕鼻胃管，應說明吸入性肺炎風險及徵兆，溝通轉銜安寧

NotebookLM

醫療抉擇的思辨：舒適 vs. 延長



吃與不吃



- 不吃是身體自然關機，不是餓死
- Action：舒適餵食，不強迫

管路抉擇



- 鼻胃管常增加痛苦與約束
- Action：侵入性最小化



急診送醫



- 急診無法逆轉末期，只增折磨
- Action：居家安寧用藥

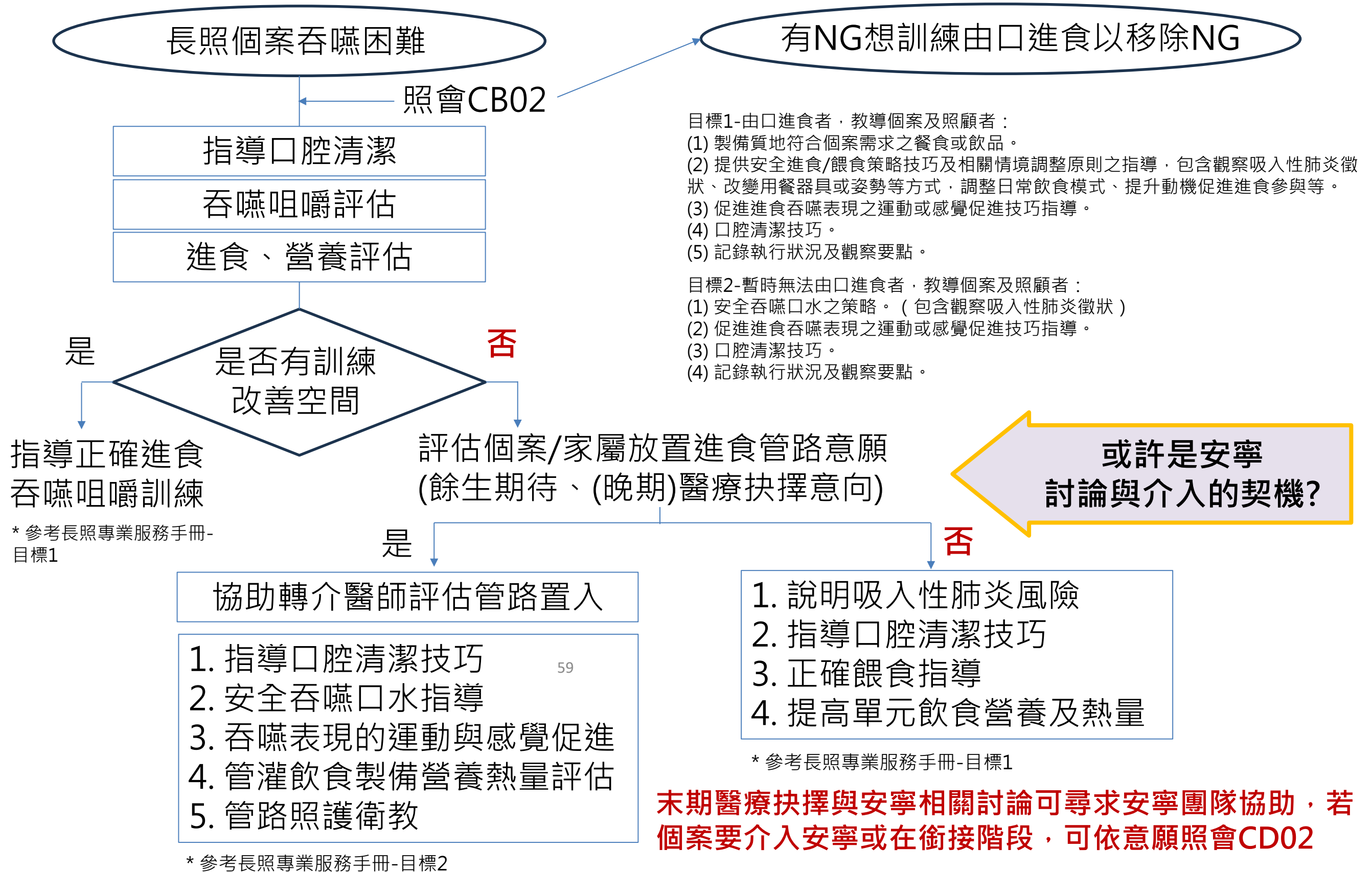


做什麼能讓他更舒服？

CB02 進食與 吞嚥照護

【目標】

- 一、安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。
- 二、滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。
- 三、照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。





重度失智症的阿嬤

- 因為困難吞嚥，派案CB02進食與吞嚥照護
- 建議放鼻胃管？或是順食安寧善終？



老衰無法吞嚥進食的阿嬤

- CB02進食與吞嚥照護？或是順食安寧善終？

重要關鍵的思考面向

- 是否為末期病人? (只能末期病人嗎?)
- 病人的自主意願? (DNR? ACP? AD?)
- 家屬是否有共識? (關鍵者? 法律順位?)
- 背後意圖是否良善? (不捨受苦? 放棄?)
- 是否完成合法程序/文件?
- 疾病與體況自然所致?
- 是否有其他輔助方法?
- 利弊得失的評析?

61
~非全有全無~
要考慮背景因素





- 對醫學專業知識的深入與精準相當重要
→ 存活期預估
- 須隨時跟上醫學技術與藥物治療的進展
→ 釐清背景脈絡
- 有時試看看但設停損點 → 限時嘗試治療

- 意圖很重要：醫療抉擇的目的是什麼？
- 自主很重要：不只關注文件簽署，充分溝通後包容尊重～
- 照護很重要：吃與不吃，都需要提供好的照護

臨床案例解析：不同病程的整合介入策略

癌症末期

急速惡化期的
快速症狀緩解

高強度的疼痛管理、密集的家屬
悲傷撫慰

失智症

漫長病程中的
照顧者負荷

趁認知功能喪失前
及早啟動 ACP、
行為精神症狀管理

漸凍症

意識清醒但身體
受困的極度焦慮

呼吸器使用的提早
決策 (AD)、高科技
溝通輔具介入

居家照護的未來趨勢：科技賦能全人照護



遠距醫療與物聯網

在家中監測生命徵象，提前
預測危機並介入



電子化 ACP

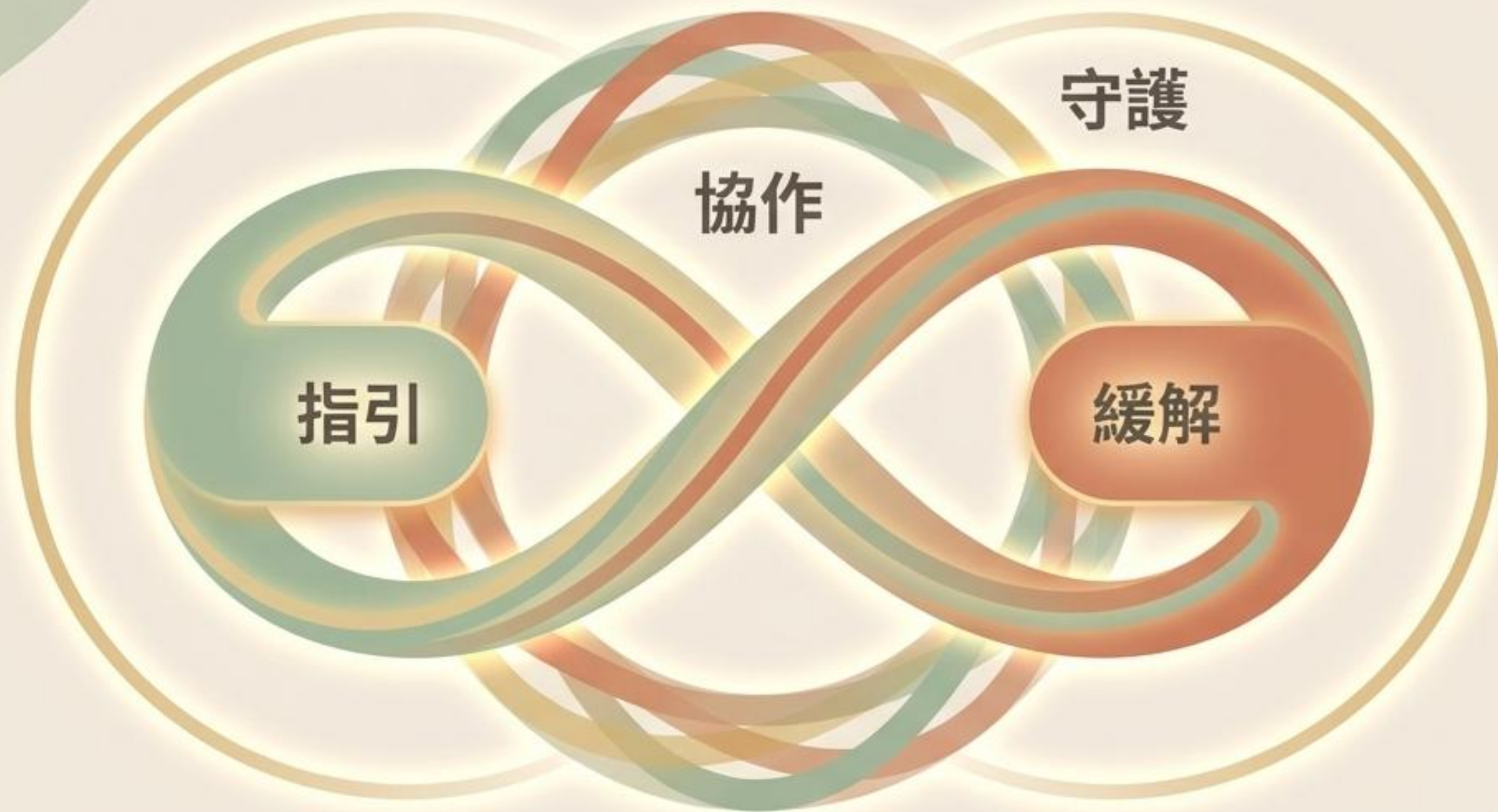
雲端資料跨院所無縫串接，
確保病人意願隨處隨時生效



AI 輔助決策

利用數據輔助預測疾病軌跡，
提供個人化的症狀控制建議

打造居家照護的完美生態系



整合性照護不是將服務生硬地堆疊，而是將醫療專業、長照資源與人性關懷緊密交織。

居家護理整合照護與安寧之路：從需求到尊嚴的守護



超高齡社會下的共病需求

台灣病患面臨多重疾病交織，單一醫療已無法解決問題，急需資源協調與整合照護。



居家護理所是整合網絡的核心

連結跨團隊資源，落實涵蓋生理、心理、社會、靈性與家庭的「全人照護」模式。

啟動病人旅程 (Patient Journey)



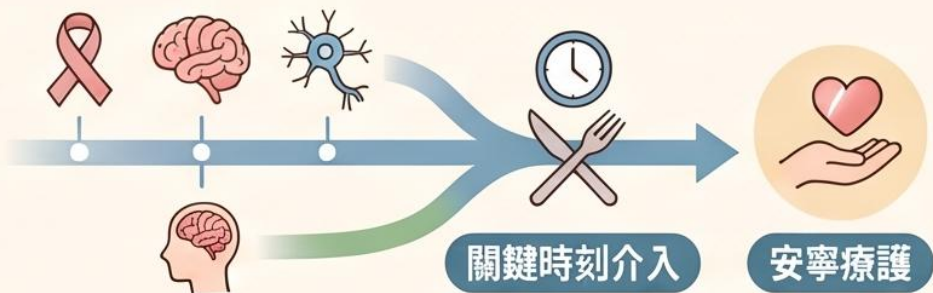
出院準備服務銜接



跨團隊合作與流程整合

由出院準備服務銜接至居家照護，醫師、護理師與社工共同制定專屬照護計畫。

安寧療護的適時介入



針對癌症、失智症、ALS 等不同疾病，在關鍵時刻介入安寧療護，進行症狀控制與死亡流程管理。

預立醫療照護諮商 (ACP)



ACP 五步驟與專業溝通

ACP 溝通工具表	
溝通技巧	說明
SPINES	用於確認溝通高或低理解程度的技巧 (信譽、資歷、意願、冰凍、冰凍、冰凍)
NURSE	用於整理複雜複雜的技巧 (命名、確認、命名、命名、命名)

運用 SPIKES (訊息傳達) 與 NURSE (情感同理) 技巧，協助個案簽署預立醫療決定 (AD)。



24 小時的守護網

透過資源盤點與 24 小時照護模式，結合遠距醫療與 AI 趨勢，確保居家照護不中斷。



最終使命

把尊嚴、陪伴與選擇留在病人的家

居家護理的真諦在於落實病患自主權，讓病患在充滿愛的家中平安謝幕。

最終的守護



「居家護理，是把尊嚴、陪伴與選擇，
留在病人的家。」

感謝您成為生命末期的導航者，讓每段旅程都能溫暖靠岸。

在宅善終

2026 楊婉萍

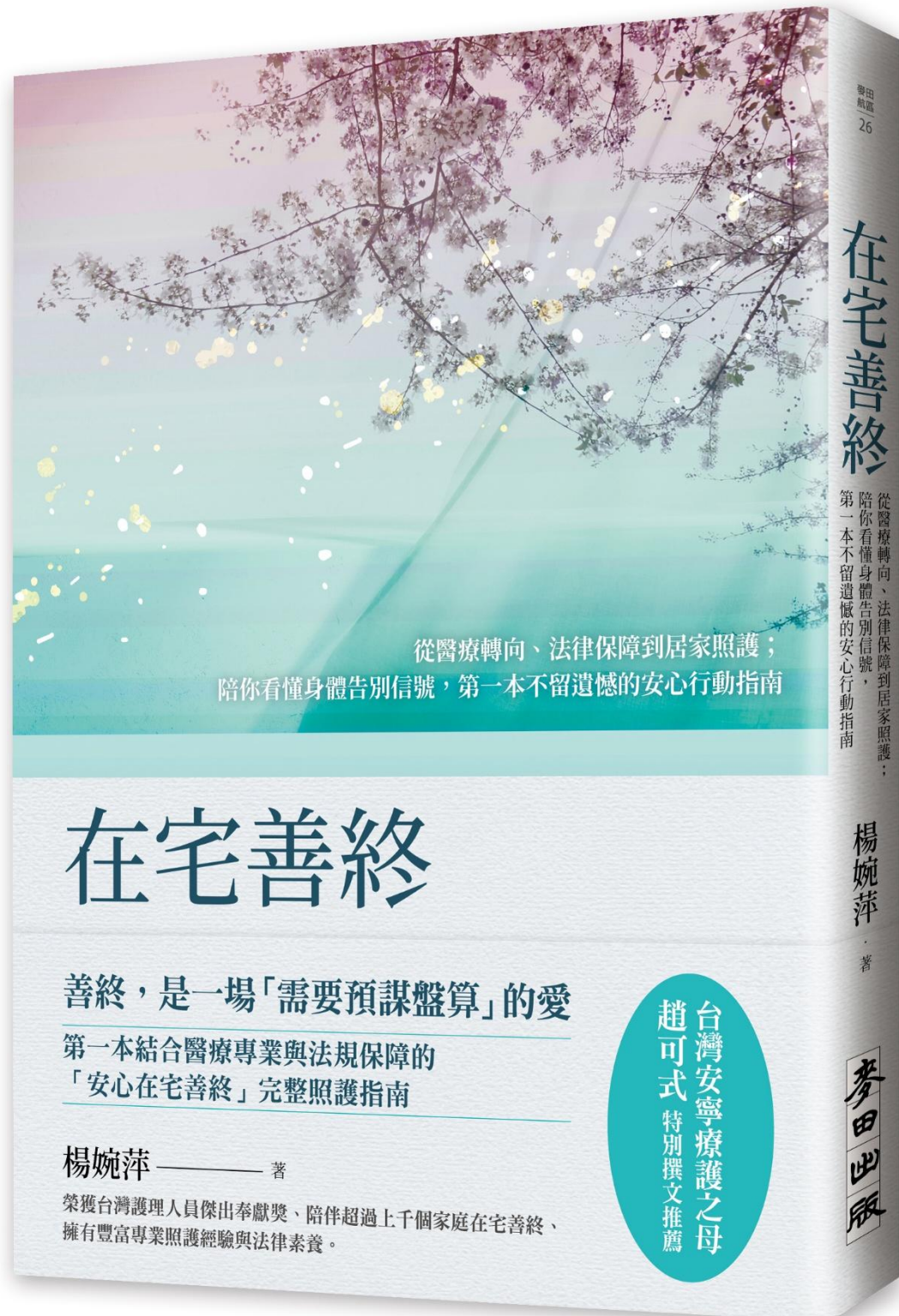
相逢已是上上籤，相伴更是福滿圓。
攜手走過風和雨，幽谷伴行盼心安。

一句謝謝掏心扉，感恩此生受牽成；
一聲抱歉解千結，放下遺憾與虧欠。

一句愛你輕輕說，莫待流淚忘開口；
一聲珍重緩緩道，願那清風伴君遠。

花開花落終有時，生離死別皆自然。
縱然此身將遠去，愛與思念永相隨。





善終不是天經地義的運氣， 而是一場勇於面對、提前規畫的行動

在少子化與高齡化浪潮席捲而來的今天，「如何安然老去」與「如何放手離去」已成為每個家庭無法迴避的必修課。我們習慣計畫旅行、婚禮或退休，卻鮮少平心靜氣地坐下來，與親友摯愛討論生命最後一場盛宴該如何進行。當生命的列車緩緩駛向終點，您是否曾想過，在哪裡、以何種方式說再見？

這本書能陪伴您與家人，面對生命的最終章，
提前作一場精確的善終規畫，將恐懼轉化為安心。

■ **第一手照護經驗**：作者長期深耕安寧療護與在宅善終現場，結合專業與實務案例，提供真切而具體的指引。

■ **完整實務指南**：從臨終徵兆辨識、末期醫療抉擇、安寧居家團隊的協助，到靈性陪伴與後事安排，逐步帶領讀者認識臨終歷程。

■ **看懂生命列車的時刻表**：專業解說如何評估存活期，並教導家屬辨識皮膚、呼吸、意識等生理「告別信號」，不再恐懼，能更有餘裕地陪伴親人。

■ **解開法律與倫理的枷鎖**：解釋《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》，教導如何行使代言權、遺產處理等，確保善終路上不驚慌。

■ **單身與照顧者的溫柔叮嚀**：專章討論獨居者如何在宅善終的建議步驟，並為照顧者提供預期性悲傷的處理建議，讓愛在圓滿後得以延續。

當人們遇到親愛的家人親友，得了疾病末期，不願意也不能住院，希望在家中善終，卻害怕不知道該怎麼辦？這本書提供了一個可靠的完整的解方。本書除了提供給家有病人的參考之外，也可以作為居家護理師的教科書，為年輕的下一代以及較缺乏臨床經驗的護理師提供了一個非常好的學習藍圖。

—— 趙可式教授

好評推薦

王英偉 花蓮慈濟安寧病房主任、前國健署署長 | 朱為民 台中榮總家庭醫學科主任

畢柳鶯 醫師、《斷食善終》作者 | 陳玉鳳 台灣護師醫療產業工會創會理事長

陳英昭 社團法人台灣在宅醫療學會理事長 | 陳嘉瑋 台灣在宅善終協會理事長，胸腔重症暨安寧專科醫師

陳麗琴 中華民國護理師護士公會理事長 | 游秀美 前全國電子榮譽董事夫人

黃三榮 萬國法律事務所資深合夥律師 | 黃勝堅 退休神經外科醫師，前台北市聯合醫院總院長

楊戊龍 國立高雄大學政治法律系教授 | 蔡淑鳳 衛生福利部護理及健康照護司司長（依姓氏筆劃排序）

cite城邦 麥田出版

ISBN：978-626-456-045-0 RL9426 NT\$420 HK\$140
建議分類 | 心理勵志・生死醫病