

2026.09.03. 14:00-14:50

長照機構的安寧緩和實務問題解析

謝宛婷醫師

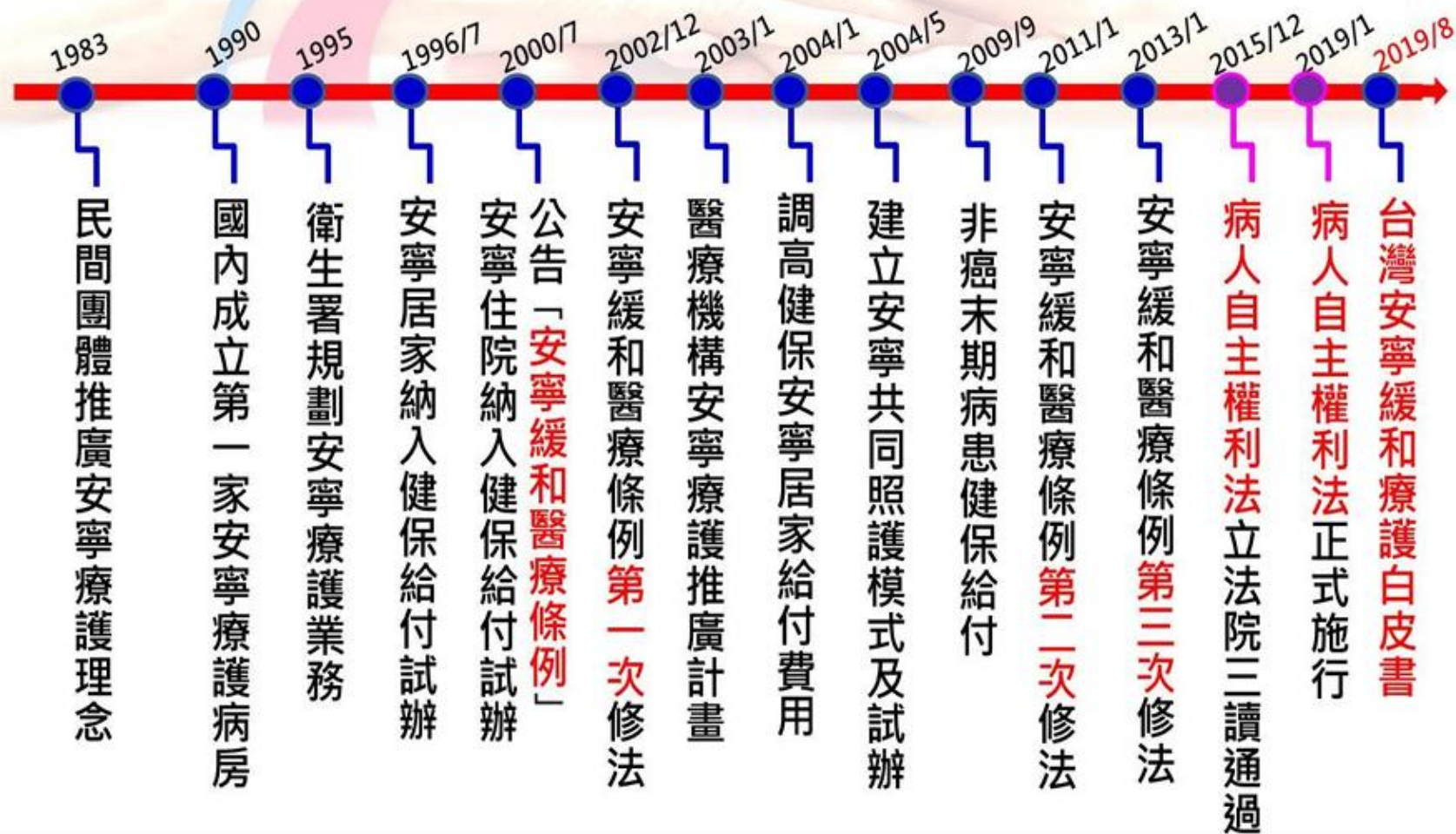
孚璐緩和美學中心社長

奇美醫院家庭醫學部顧問醫師

成大醫學系人文暨社會醫學科兼任助理教授



台灣安寧緩和療護緣起



圖六、台灣安寧緩和療護緣起與關鍵事件

台灣安寧療護的四波演進

第二波運動（約2006年至2015年）

核心目標：擴大至非癌症重大疾病與預立醫療決策。

主要內容：2009年健保將八大類非癌症末期病患（如心臟衰竭、失智症、慢性肝病等）納入常態性安寧給付；推動預立醫療照護諮商（ACP）與醫病共同決策。

第四波運動（自2026年起）

核心目標：不遺漏任何人，關注弱勢族群。

主要內容：涵蓋失智症、認知與身心障礙者，以及遊民、受刑人等平時較難取得完善醫療資源的群體。配合國家政策與長照體系（如長照3.0），讓安寧療護更公平、更深入在地基層。

第一波運動（自1983年起）

核心目標：引進安寧療護概念，建立制度與立法。

主要內容：由民間及醫療先驅將安寧療護帶入台灣，照護對象以可明確分期的癌症末期病人為主，並發展安寧病房、共照服務及居家安寧，同時推動《安寧緩和醫療條例》立法。

第三波運動（自2016年至2025年）

核心目標：開展全齡緩和照護，推動社區化與友善關懷。

主要內容：照顧對象擴及從重症新生兒到衰弱老人的全齡緩和照護；場域延伸至社區與長照機構；大力倡議「關懷友善社區」（Compassionate Communities），讓老病死回歸自然與互助。

當代安寧緩和照護



新興的人權——不受苦的權利 (RIGHT NOT TO SUFFER)

- 尊嚴、身體完整、健康以及免受酷刑或不人道待遇等普遍人權與生命終結辯論具有特殊相關性，並構成了新生物權利出現的基礎。在過去的幾十年裡，**知情同意權**、**有尊嚴地死去的權利**和**不受苦的權利**等權利在國際法律秩序中變得越來越重要。
- 緩和照護對應了一個呼聲建起的人權：不受苦的權利(Stefania Negri, 2013)

公共衛生與健康促進

- 「慈悲關懷城市/社區」(Compassionate Cities/Communities) 由英國布拉福德大學社會學教授Allan Kellehear所提出，他注意到**生命末期照護及面臨喪親將是新的公共衛生問題**，可透過街坊鄰居相互支持，以彌補人口快速老化和民眾從急性醫療到社區照護的不足。
- 推動慈悲關懷城市/社區是以社區內既有資源為出發點，強調「不要看社區缺少什麼，而是看社區擁有什麼，社區的每個人都能給予他人幫助」



[PREVIOUS](#)

[NEXT](#)

Resolution WHA67.19. Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course

WHA67.19決議



- 雖然2014年世界衛生大會WHA67.19決議已倡議將安寧照護納入「全人生命週期照護」與全民健康覆蓋 (UHC) 架構，但進展緩慢。該全球地圖揭示嚴重的區域與社會經濟落差，提供各國政策監測與跨國比較的基準，並強調應加速推動初級照護整合、社區參與與教育制度化，以實現安寧照護之可近性與公平性。作者建議將安寧照護視為基本人權，並以此評估模型作為政策倡議與資源配置之依據，以減輕「與健康相關的嚴重痛苦」(Serious Health-Related Suffering, SHS)，促進全球終末期照護之尊嚴與正義。
- 「嚴重健康相關痛苦」(Serious Health-Related Suffering, SHS) 人口在1990–2021年間上升74%，約7,350萬人；80%分布於低中收入國家 (LMICs)。隨人口老化、慢性病與失智症上升，安寧照護需求成為全球公共衛生系統的重要壓力源。



Fig. 1. Conceptual framework for palliative care development (WHO, 2021).

全球「嚴重健康相關痛苦」(Serious Health-Related Suffering, SHS) 人口的變化趨勢 (1990–2060)

- 1990–2021：SHS 增長 74%
- 至2060年：預計再上升 87%，主因包括人口老化、非傳染性疾病增加與慢性痛苦期延長。

Tripodoro V. A. et al. (2025).
First-Ever Global Ranking of Palliative Care.
J Pain Symptom Manage, 70(5), 447–458.



安寧緩和照護的哲學



- 緩和照護被定義為「**一種積極的全人照護**，針對所有年齡(包含生命末期)因疾病而遭受嚴重健康相關困擾與受苦的人」。
- 優化病人的身體和功能能力通常是最大限度地提高生活品質的關鍵，因為這使病人能夠繼續從事他們重視的日常活動，並保持正常感和自我效能感。這種強調在晚期疾病中尤為重要，安寧緩和照護的哲學就是「**儘可能活得好又長**」。

安寧是**基礎照顧**， 不是一種特殊狀況下才做的選擇



- 生理症狀的優先關注與處理，且具個人化。包含：疼痛、喘、噁心嘔吐、食慾不振，皮膚、傷口、睡眠、排便、水腫等
- 是一種尊嚴的照顧，包含明確而溫暖的訊息、尊重而全面的討論
- 所有的焦慮、擔憂與調適需求(社會心理照顧)
- 所有重要願望與關係的成就(靈性照顧)



安寧緩和照護是活著的藝術
使人自主而有連結地過每一刻

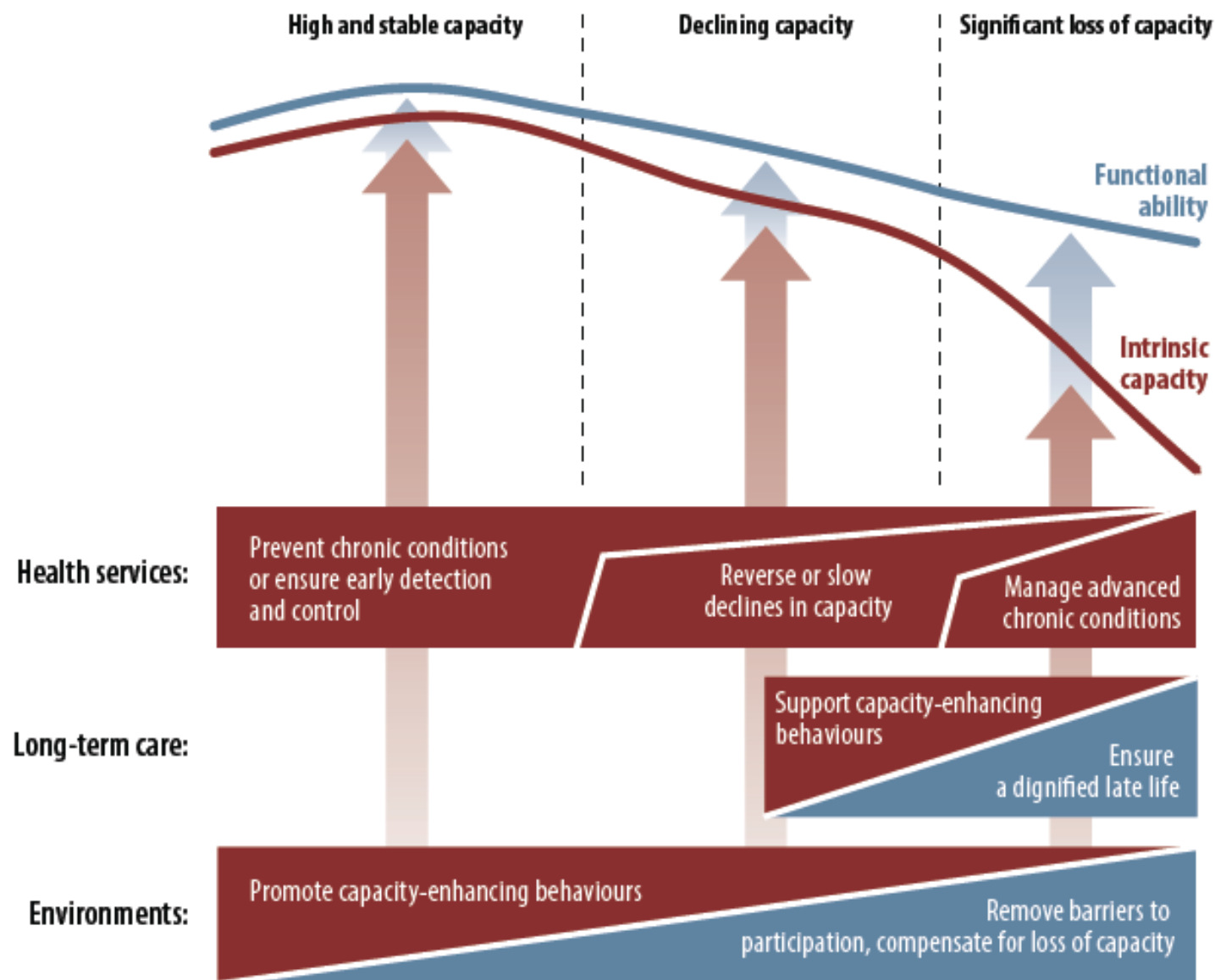


從來都不是救與不救的對錯問題
而是讓每個生命的困難決定都無憾

安寧照護等於放棄治療？錯！
安寧是加法醫療，讓人從容善終



Fig. 2.4. A public-health framework for *Healthy Ageing*: opportunities for public-health action across the life course



越是疾病晚期或是高齡狀態，受到外源性品質與功能提升的影響就越大，更勝於針對內在有限的功能進行維生醫療或是負擔性大的醫療。

WORLD
REPORT
ON
**AGEING
AND
HEALTH**



上山下海的安寧團隊

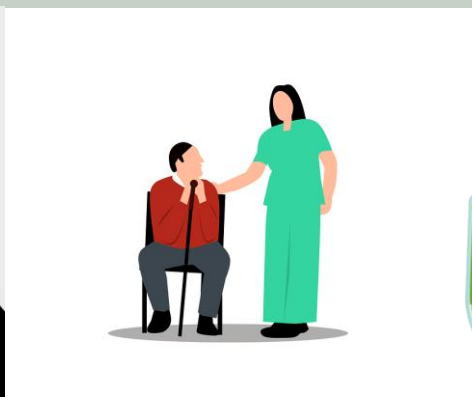
是生命全程照顧的菁英部隊



醫師
護理師



社工師
心理師
關懷師



物理治療師
營養師
藥師



音樂治療師
芳療師
藝術治療師

看護
照服員
志工

安寧緩和醫療條例

- 自然死條例
- 不施行心肺復甦術意願書/同意書/醫囑
- 罹患嚴重傷病之人，在死亡可預見時，可拒絕心肺復甦術以及與其相關的維生醫療(無效醫療的拒絕)

病人自主權利法

- 在五款臨床條件下，可依預立醫療決定上之表達，停止認為對自己**無益**的維持生命治療/人工營養和流體餵養
- 預立醫療決定(法效力文件)
- 預立醫療照護諮商(動態討論過程，在我國為法義務)

具有決策能力且知情的病人當下所表達的決定

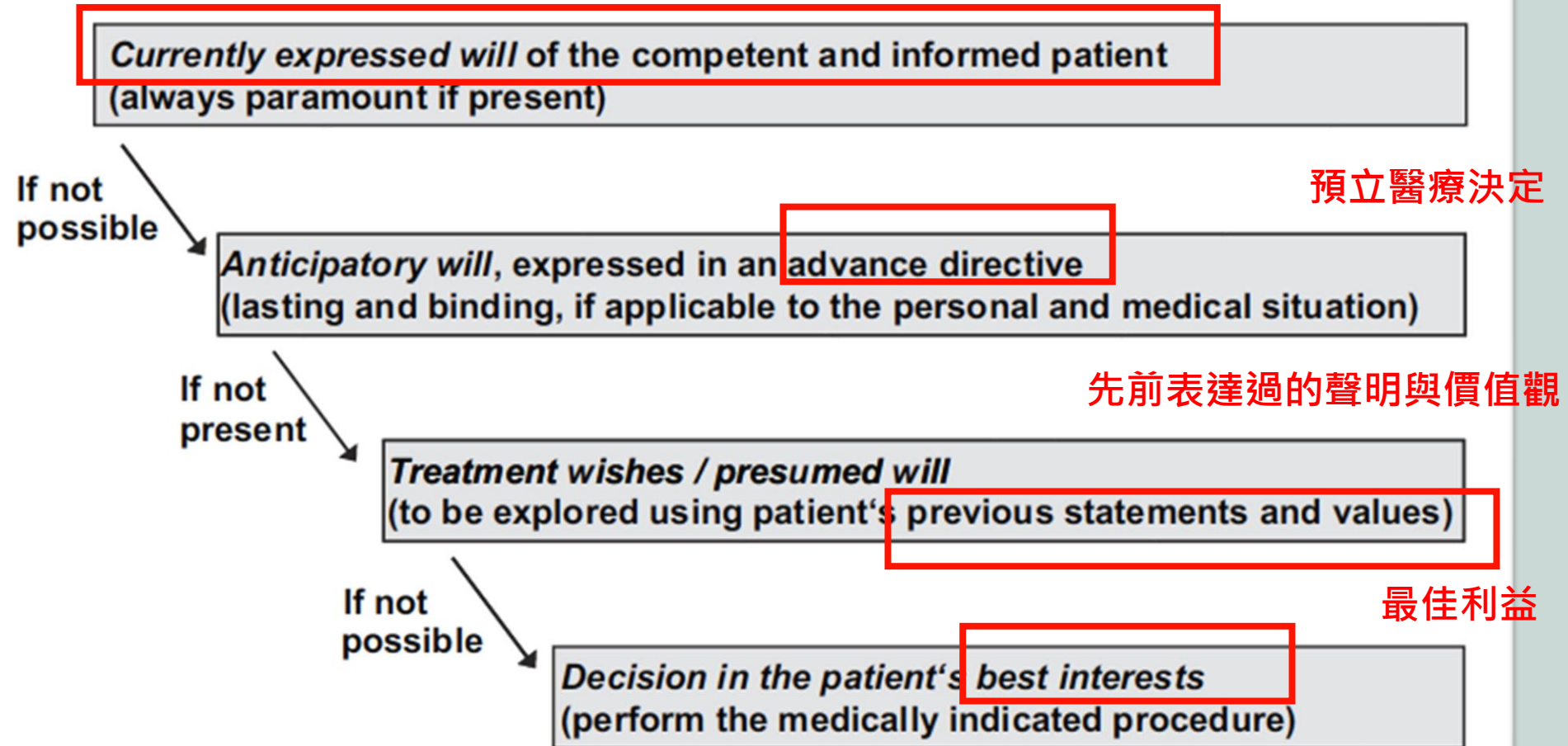


Figure 1 The patient's will: central criterion of medical decision making.

當『活著』
成為一種受苦，
長照團隊與家屬
該如何抉擇？

無止盡的醫療延長 (Endless Medical Prolongation)

生命徵象得以維持，但往往伴隨失能、疼痛與無意識的臥床。



尊嚴與品質的守護 (Protection of Dignity & Quality)

接受自然衰退，專注於減輕痛苦
與身心靈的平靜。



溫柔的降落：辨識長照個案的臨終表徵



呼吸型態改變（如潮式呼吸）、
喉頭分泌物增加（死前嘎嘎聲）。
照護策略：調整姿勢、使用藥物
減少分泌，不常規抽痰。

吞嚥反射消失、食慾極度減退。
照護策略：停止強迫餵食，給予
口腔護理與冰水潤唇。

肢體冰冷、膚色出現大理石斑。
照護策略：給予輕柔保暖，家屬
溫和的肌膚觸摸與陪伴。

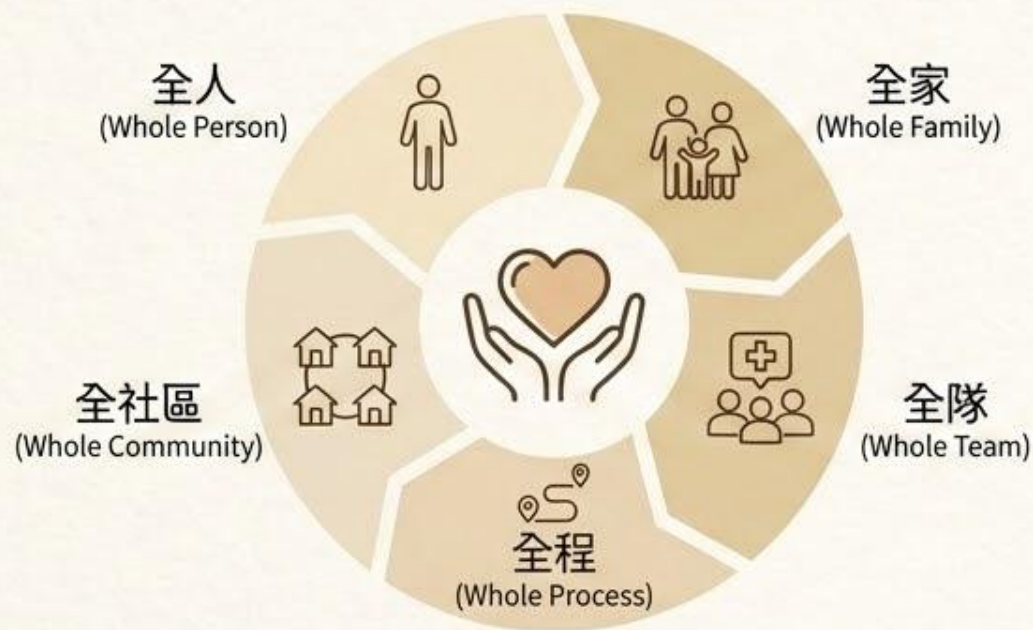
察覺這些徵兆，代表身體正準備「關機」。此時的照護重點是「陪伴」而非「干預」。

對於在宅善終或機構善終，健保提供了一系列的訪視與處置給付。醫師與護理人員的定期訪視是基本，且應提供24小時電話諮詢服務以快速回應緊急狀況。

安寧居家療護項目	健保給付規定與限制
醫師訪視費 	每週以一次為原則，山地離島地區設有特別費率，每月上限45次。
護理人員訪視費 	每週以兩次為原則，需檢附詳實訪視紀錄，每月上限45次。
社會工作/心理師費 	目前暫定每週一次，提供心理、社會及靈性照護。
臨終訪視費 	限臨終病患且ECOG達3級以上，服務需含善終準備與哀傷輔導。
其他處置費 	包含病患自控式止痛（PCA）處置及材料費等。

安寧照顧與善終議題之實務運用

安寧療護精神：「五全照顧」



不僅處理生理疼痛，更要面對個案及其家屬的心理、社會與靈性需求。



長照機構實務效益

- 顯著降低住民的急診次數與住院天數
- 減輕家屬的經濟與情緒負擔

Systematic Review

The Effectiveness of Palliative Care Interventions in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review

Xuan Liu ^{1,2}, Yun-Chen Chang ^{3,4,*}  and Wen-Yu Hu ^{2,5,*} 

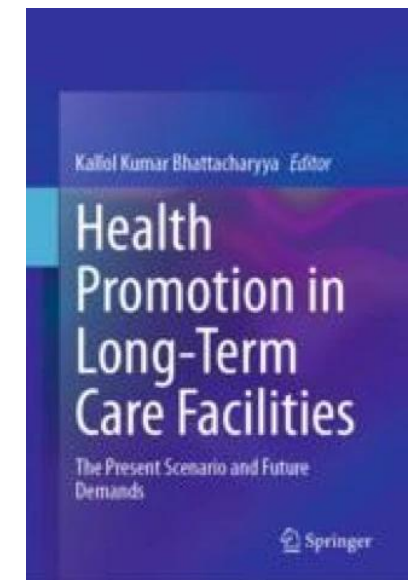
articles were included in the review. Literature analysis revealed that the implementation of palliative care interventions showed effectiveness in symptom control, end-of-life care quality, in-facility end-of-life rates, do-not-resuscitate (DNR) signing rates, advance care planning (ACP) completion rates, and inappropriate readmission rates. However, no differences were observed in comfort quality among the dementia care population. The

to reflect the actual effects after intervention. Common difficulties encountered in implementing palliative care in long-term care facilities included “lack of palliative knowledge and interdisciplinary communication”, “insufficient resources for implementing palliative care”, “rational and inner conflicts”, and “facing decisions and reluctance regarding end-of-life care.” In addition to increasing palliative care training for facility staff, further consideration was given to how to reconstruct a stable service system for palliative care within the institutional framework. Utilizing existing home-based palliative care systems to provide services to residents meeting palliative care criteria within the facility fell short of meeting the needs of residents inside the facility and made it difficult to detect the needs of facility residents early on [23–26]. According to quality research, common challenges

caregivers are also part of the care process. In a study defining good palliative care, caregivers stated that excellent end-of-life care services include providing nursing care and psychological support to patients; identifying and treating symptoms; ensuring continuity of care; respecting patients' end-of-life wishes; providing environmental, emotional, and psychosocial support; keeping family members informed of the situation at all times; facilitating family understanding; and establishing partnerships with family caregivers through their involvement and guiding them in shared decision making. Therefore, in

Liu X, Chang YC, Hu WY. The Effectiveness of Palliative Care Interventions in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. J Pers Med. 2024 Jun 28;14(7):700.

It focuses on holistic support—psychological, social, physical, spiritual, pain management, symptom relief, and emotional and spiritual well-being—across various stages of illness. This integrative approach enhances the quality of life and is provided by an **interdisciplinary team** in various settings, including **homes, communities, outpatient centers like pain and symptom management clinics, community living centers, and inpatient facilities.** This chapter distinguishes between palliative and hospice care and describes the benefits of palliative care, models of care across long-term care settings, cross-cultural perspectives, and ethical and legal considerations.



Hawes, F.M., Quinn-Lee, L. (2025). Palliative Care in Long-Term Care. In: Bhattacharyya, K.K. (eds) Health Promotion in Long-Term Care Facilities. Springer, Cham.

Q 家屬把高齡長輩送來機構時，雖沒重大末期疾病，是否可以先讓家屬簽署安寧緩和意願書？
簽署人一定要長輩本人簽嗎？若他已無法簽，誰可簽？見證人一定要2位嗎？

- A
1. 是否能簽署與年齡、疾病無關，重點在於「本人具行為能力或意思能力」。
 2. 具行為能力者可隨時簽署意願書；喪失意思能力者，須由家屬在「病人符合末期狀態」時代簽同意書。
 3. 家屬預先簽署可留存，但僅於病人無意識且經醫師判定末期時生效。
 4. 見證人之角色為確認簽署人意識清楚、未受脅迫，不需負醫療決策責任。依民法規定，應有兩位見證人或一位公證人。



Q 病人因腦中風意識昏迷，約10年前有監護宣告，現階段病人能簡單互動，預申請ACP該如何進行？需法院註銷監護宣告嗎？

- A
1. 建議向法院申請「撤銷監護宣告」，恢復為完全行為能力人後再簽署相關文件。
 2. 法律上監護宣告者原應無決策能力，但若臨床可確認其能理解並表達簡單醫療意願，可在照護互動中尊重其表達。(民法行為能力並不同醫療決策能力)
 3. 撤銷監護宣告不僅為簽署醫療文件，更保障本人於財產及法律行為上之權益。



3.Q

無意識能力的住民，在入住時可全權由家屬代理簽署嗎？若不行，還有何方法？

- A**
1. 可先簽署同意書，但僅在「病人確定為末期」且「經兩位專科醫師評估」時才具法律效益。
 2. 若代簽人非最近親屬（如曾孫），其同意書日後可被順位較高的家屬（如配偶）撤銷。
 3. 同意書須符合《安寧緩和醫療條例》第7條規定。

安寧緩和醫療條例第 7 條

1. 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。
2. 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。
3. 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。
4. 前項最近親屬之範圍如下：
 - 一、配偶。二、成年子女、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。
5. 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。
6. 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。



Q

老福長照中心並非醫療機構，意願書也適用嗎？

A

1. 安寧意願書及預立醫療決定書皆屬醫療法下之特別法，適用於涉及醫療行為之場合，與地點無關。
2. 若長照或社福機構內有醫療行為發生（如居家安寧照護），則可適用。
3. 《安寧緩和醫療條例》之意願書與《病人自主權利法》之預立醫療決定書不同，後者須經ACP諮商程序完成。





Q

病人在意識清楚時已簽過意願書，後來因病意識不清且醫療團隊評估為末期，此時家屬要求插管急救，醫療團隊該如何處理？

A

1. 病人意願書為最高位階，僅本人當下可撤回，家屬無權變更。
2. 若病人曾簽署意願書，家屬要求急救，醫療團隊依法不應執行。
法院現已有相關判決認可醫療機構依病人意願書執行不構成違法。
3. 家屬因為不捨做出「要急救」的意見表達，臨床應以同理與溝通為基礎，透過關懷及悲傷撫慰關心家屬並處理家屬情緒，醫療團隊亦應依病人意願、法定程序與倫理原則綜合判斷，並**保留書面紀錄**以保障病人與醫療團隊權益。同時亦須謹記善用**限時嘗試治療原則(time-limited trial)**，不可因是已預立接受安寧照護的病人就對可逆性病況消極以待。



6.Q



如果病人病危已無法自行決策，但未預先簽立文件，家屬又在國外無法及時返台簽署DNR，可否透過視訊或電話討論後記載於病歷作為替代方式？家屬授權(第三者非病人本人委託)是否可行？

- A**
1. 醫病溝通包含DNR的溝通可以視訊方式開家庭會議。
 2. 維生醫療討論，建議最近親屬一起參與會議，如為視訊會議需開鏡頭露臉並確認對方身分及證件。
 3. 視訊會議錄影存檔，會議記錄讓大家在上面電子簽名，此在病歷裡面有相當的法律保護力，亦可以保護醫療團隊。
 4. **因為本人已經沒有意思能力，所以本人此時無法再行委任醫療委任代理人，家屬也沒辦法幫病人委任醫療委任代理人。民法或安寧緩和條例提到的最近親屬不只一位，譬如曾孫也是，所以盡量找到國內最近親屬裡的某一個人來醫院簽署DNR同意書。**
 5. 一般狀況下會有家屬來處理後續的出院、大體還有殯葬事宜，可以請家屬補DNR同意書，是目前最符合臨床實務及安全的做法。





醫療現況在遇到外籍人士(如外籍移工)，如病況末期意識不清，醫療團隊跟國外家屬視訊進行醫病說明與溝通，家屬也同意簽署不施行心肺復甦術及維生醫療同意書，請問現行有公版的英文同意書可提供給國外家屬簽署嗎？家屬簽完後再掃描回傳給醫療團隊可否？現行狀況大致上會如何進行？



- A**
1. 在衛生福利部「預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統」可免費下載相關的意願書或同意書；「預立醫療決定書」及「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」英譯版。
 2. 家屬簽署掃描回傳可作為輔助證明，但應搭配視訊紀錄以強化真實性；掃描檔與電子簽名之法律效力目前仍不明確，建議同時保存會議影像與病歷備註。





Q 精神疾病患者如思覺失調症能否簽立預立醫療決定？

- A 1. 判斷依病人「心智能力」而非「診斷名稱」，所有的精神疾病診斷並不同於都不能簽。但是有可能在發病的期間或是因為長期的發病對他的腦部造成損傷，如果功能損傷不可逆轉導致不具「意思能力」的狀態，此時就不能做ACP 或簽署AD，因**民法以及病人自主權利法規定的就是心智缺陷導致無行為能力者不能簽署**。
2. 疾病的診斷可為提醒醫療人員注意病人有沒有心智能力的缺陷，但是希望大家以人權的角度出發，不要把疾病當成篩選的門檻。





ACP當天醫療委任代理人無法到現場，那醫療委任代理人表單可以後補？



1. 答案是可以的，最理想的狀況是希望他來諮商之前如果有委任醫療委任代理人的意願，就要一起參加ACP。
 2. 但如果做完ACP以後才意識到醫療委任代理人很重要，後續才去做委任的話，就要補齊委任書跟上傳。
- ☆ 提醒:意願人必須與醫療委任代理人說明清楚要委任的工作是什麼，如果無法清楚說明，可詢問ACP團隊是否可帶醫療委任代理人回去諮詢，以及是否另外收取行政處理費等相關費用。





1

0.

Q

如果沒有意識，家人都完全無法找到，那想簽署DNR該怎麼辦？但病況危急沒有足夠時間可以聲請監護宣告。

A

1. 如果是末期病人，就可以經安寧緩和醫療照會以後由醫師開立醫囑代替DNR，此病人即可以不接受CPR而自然善終。
2. 提醒大家如果病人先前已經插管急救，經安寧緩和醫療照會以後由醫師開立DNR相關的醫囑，原本已經施予之心肺復甦術或維生醫療，記得協助病人予以終止或撤除(如拔管)。

*





1

Q

機構為免爭議常於住民入住時要求簽DNR，是否合法？

1

A

1. 如長輩或住民入住的時候意識還清楚，鼓勵團隊可以先與住民討論DNR及簽意願書，如果他已經意識不清了，但是家屬理解尊嚴善終的重要，也可先表達未來時機到的時候願意簽DNR同意書的意願。
2. 有些照顧機構是以免責的概念在想這件事情，覺得DNR先備好，未來如果讓住民自然尊嚴善終，也不會惹上麻煩。在此分享去日本參訪過幾間非常棒的長照機構，他們會先做類似ACP跟DNR的討論，甚至也有紙本單張讓大家在討論後簽名，雖然它不是正式的ACP、AD或DNR，但卻是非常好的前置準備跟討論，也讓大家都有一個預期跟瞭解，萬一類似的情境發生的時候，大家的期待是什麼。反而是這種事先的溝通才是真正有效的保護機制，而不是一些事先由家屬簽署的文件。





1

2.



Q 一位中風的病人在昏迷時家屬替其決定插管急救，等病人清醒後要求安寧撤管，因病人本人的意願是不願急救的，對於沒有簽署AD的病人是否可依其意願行安寧撤管？

- A**
1. 如果病人清醒之後要求安寧撤管，基本上他清醒時有明白表示意願，那應該要尊重他的意願。不管是按照安寧緩和醫療條例或者病人自主權利法其實都有它的前提，譬如說安寧緩和醫療條例需要有末期病人的評估，病主法需要符合五個特定臨床條件。
 2. 醫療的評估判斷相當重要，假設此中風病人經評估後確認仍未進展至末期階段，但又不願意接受侵入性的醫療，這就需與病人做進一步溝通討論，讓病人了解或許這些處置還能夠改善病情，**協助病人選擇適合的醫療照護也是蠻重要的一個過程。**





自主原則 (Autonomy)：尊重個案意願

即使在失智或失能狀態下，仍盡最大可能探求並尊重個案過去或現在的價值觀。

行善原則 (Beneficence)：追求最大福祉

提供舒適照護、疼痛控制與陪伴，將「行善」的定義從「治癒」轉向「安適」。

不傷害原則 (Non-maleficence)：避免過度干預

拒絕無效醫療，避免因「強迫餵食」或「過度約束」造成二次身心創傷。

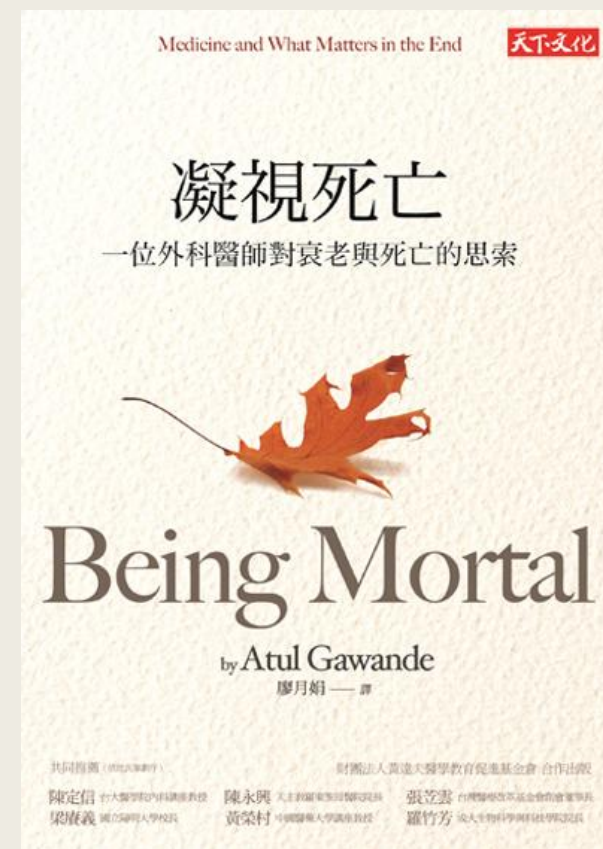
健康照護是為了幫每個人建造感受「活著」的期待直到最後一刻

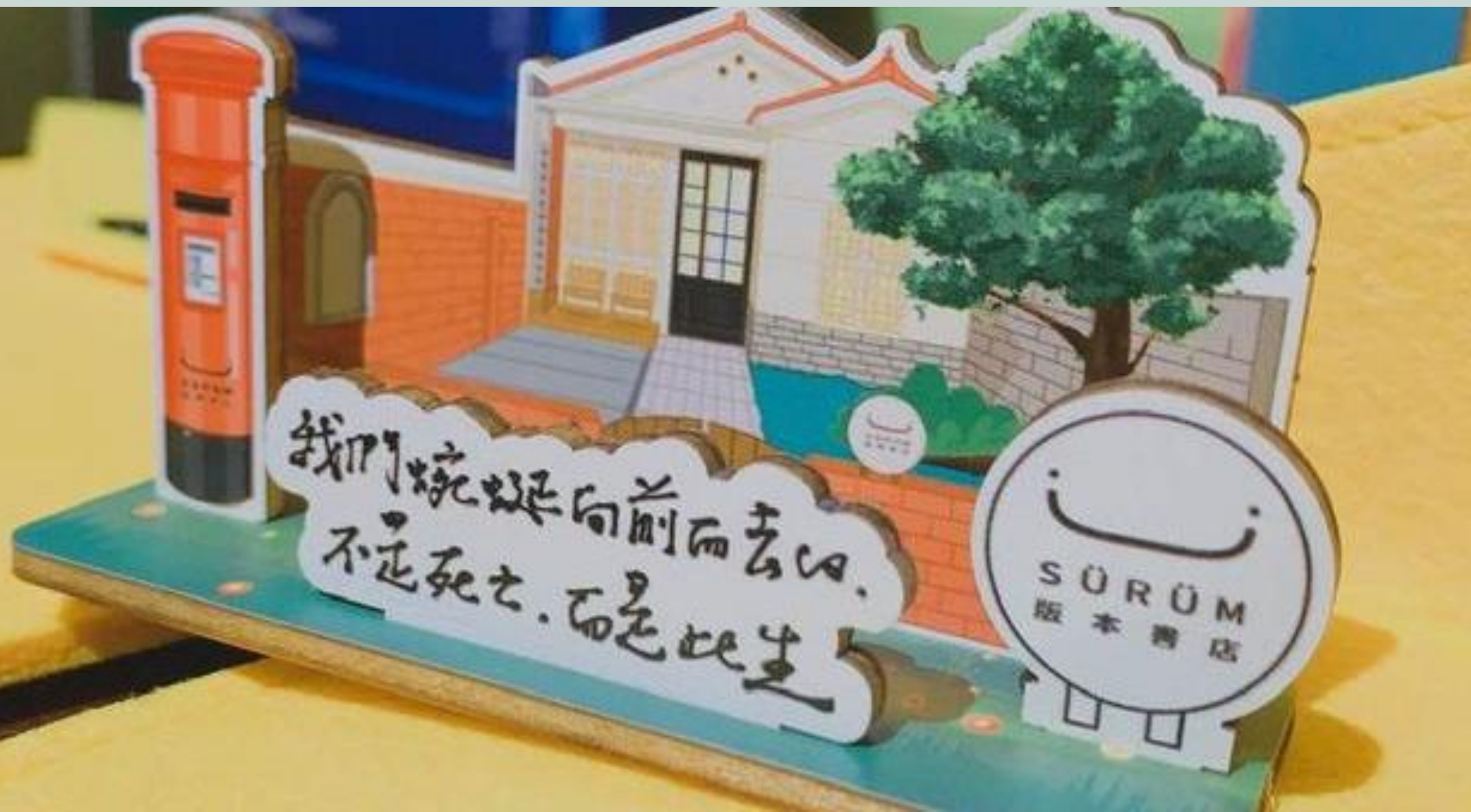
“We’ve been wrong about what our job is in medicine. We think our job is to ensure health and survival. But really it is larger than that. It is to enable well-being. And well-being is about the reasons one wishes to be alive.”

Atul Gawande
Advisor To The Conversation Project



哈佛公共健康學院教授、哈佛醫學院教授，印裔美籍外科醫生和新聞工作者，曾任白宮健康政策顧問，影響歐巴馬醫改政策的關鍵人物之一，《時代周刊》2010年全球100位最具影響力人物榜單中唯一的醫生。





咱轉彎蕅角所欲行去的，毋是死亡，是咱的這世人。

台文譯版/呂美親副教授