



佛光慈濟綜合醫院
BUDDHIST TZU CHI GENERAL HOSPITAL

從共享決策的角度談 病人自主權利法

花蓮慈濟醫院院長室顧問
緩和醫學中心
王英偉



105 年評鑑條文

2.1.3 向住院病人或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策

目的：

尊重住院病人知的權利，醫療團隊應提供並說明相關治療資訊，並讓其參與醫療決策討論，維護其醫療自主權。

符合項目：

- 1.應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。
- 2.對接觸病人之工作人員，應教導有關提供病人診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。
- 3.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論。
- 4.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

- 1.制訂政策及指引，推動病人、家屬積極參與醫療決策之過程(Shared Decision Making)，並建立醫病共識。(新增)**
- ~~2.醫療照護團隊能依規範落實執行，有查核機制，並有紀錄及檢討。~~
- ~~3.對於病人、家屬參與醫療照護過程及決策，有具體成效。(新增)~~

條 號	條文	評量項目
2.1.4	醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益	<p>目的： 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none">1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。(原 2.1.8-C 修)2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。(原 2.1.8-B2 修)3.工作人員會讀取病人 IC 卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。(原 2.1.8-C 修) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none">1.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。(原 2.1.8-B1 修)2.對病人、家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保 IC 卡註記。(新增)3.推動預立醫療自主計畫(Advanced Care Planning)，醫療團隊與病人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。(新增)





醫學中心任務指標 任務五： 積極配合國家衛生醫療政策，參與國際衛生活動

- 5.1.3 建立安寧照護
機制 並有具體
成效
- 審查過去 4 年醫院安寧照護計畫執行情況，包括：
- 1.醫院宣導不施行心肺復甦術 (Do Not Resuscitate, DNR) 健保 IC 卡註記之具體作為與成效。
 - 2.參考台灣安寧照顧協會所提供之 DNR 意願書 IC 卡註記之資料。



109年醫學中心版評鑑基準(草案) 安寧療護相關基準

條文: 2.1.4

- 醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益

評量項目

目的：

- 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。

符合項目：

- 1. 為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。
- 2. 醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。
- 3. 工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。

優良項目：

- 1. 為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。
- 2. 對病人、家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保IC卡註記。
- 3. 推動安寧緩和醫療於非癌症末期病人，卓有成效
- 4. 推動預立醫療照護諮商(Advanced Care Planning)，醫療團隊與接受諮商的意願人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。



109年醫學中心版評鑑基準(草案) 安寧療護相關基準

條文: 2.1.4

- 醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益

評量方法及建議佐證資料

- 1.訪談工作人員宣導的方式。(符合)
- 2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。(符合)
- 3.工作人員實地操作讀取IC卡註記資料。(符合)
- 4.安寧緩和家庭會議紀錄。(符合)
- 5.檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良)
- 6.查閱諮詢服務紀錄。(優良)
- 7.推動安寧緩和醫療的成效實例。(優良)
- 8.推動預立醫療照護的實例。(優良)



108年區域、地區醫院版評鑑基準(124條版)安寧療護相關基準

條文: 2.1.4

醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題

評量方法及建議佐證資料：

- 1.訪談工作人員宣導的方式。
- 2.相關工作人員教育訓練的紀錄。
- 3.工作人員實地操作讀取IC卡註記資料。
- 4.相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(可)
- 5.醫學倫理委員會諮詢紀錄。(可)

評量項目

目的：

- 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。

符合項目：

- 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。
- 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。
- 3.工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。
- 4.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。
- 5.檢討院內實際案例或他院之教案案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。



107-108年健康醫院發展 健康醫院認證基準構面

標準	構面內容	項次
標準1	管理政策	7
標準2	病人評估	5
標準3	病人的資訊與介入	11
標準4	推動健康職場及確保臨床健康促進的能力	4
標準5	執行與監測	8
標準6	高齡友善	2
標準7	節能減碳	1

- 3.1.7 醫病共享決策(SDM)
- 3.2.4 健康識能



健康識能應用於健康醫院認證

• 健康識能

—醫院有健康識能友善的推動策略，使就醫者易於獲得、理解、應用資訊及服務，以照護及增進健康。



- 有提升員工健康識能的教育訓練
- 提供就醫環境的協助資訊
- 符合健康識能原則的健康資訊溝通，包括各種形式及管道的資訊，如口語、圖文、影音、數位資訊等，並納入使用者參與
- 有增進病人或家屬的健康識能活動或措施(如：團體衛教及講座...等)
- 有增進社區健康識能的活動或措施

■ SDM

□ 推動疾病之共享決策(SDM)計畫方案，創造良好的溝通環境讓病人及家屬獲得資訊，以達成病人擁有照顧服務上做決定的能力與權利



- 醫院有推動病人、家屬積極參與醫療決策之過程(Shared Decision Making)之制訂政策及指引。
- 定期有查核機制，並有紀錄及檢討
- 對於病人、家屬有參與醫療照護過程及決策

健康醫院認證 2.0 (2021)



大標準

管理政策

01



02



03



04



05



06



07



08



病人評估

病人的資訊與介入

推動健康職場及確保臨床健康促進的能力

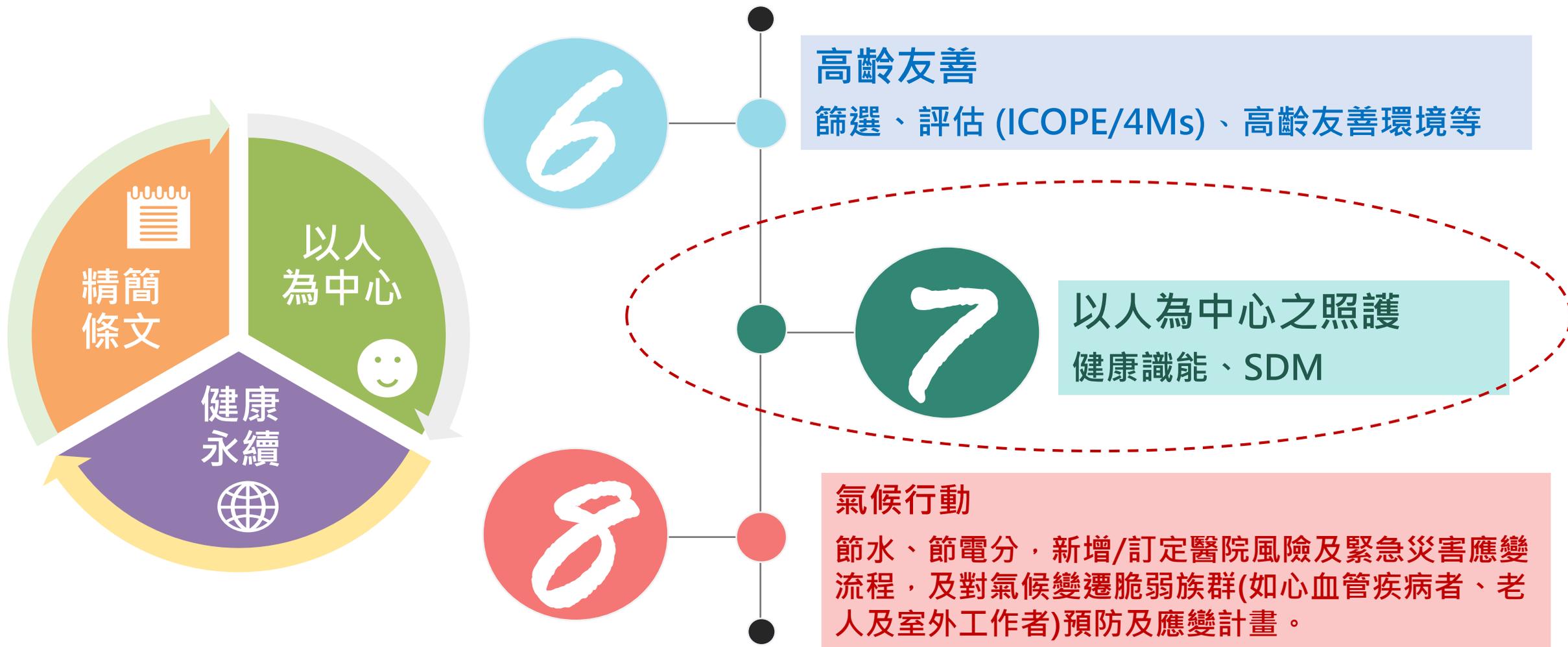
執行與監測

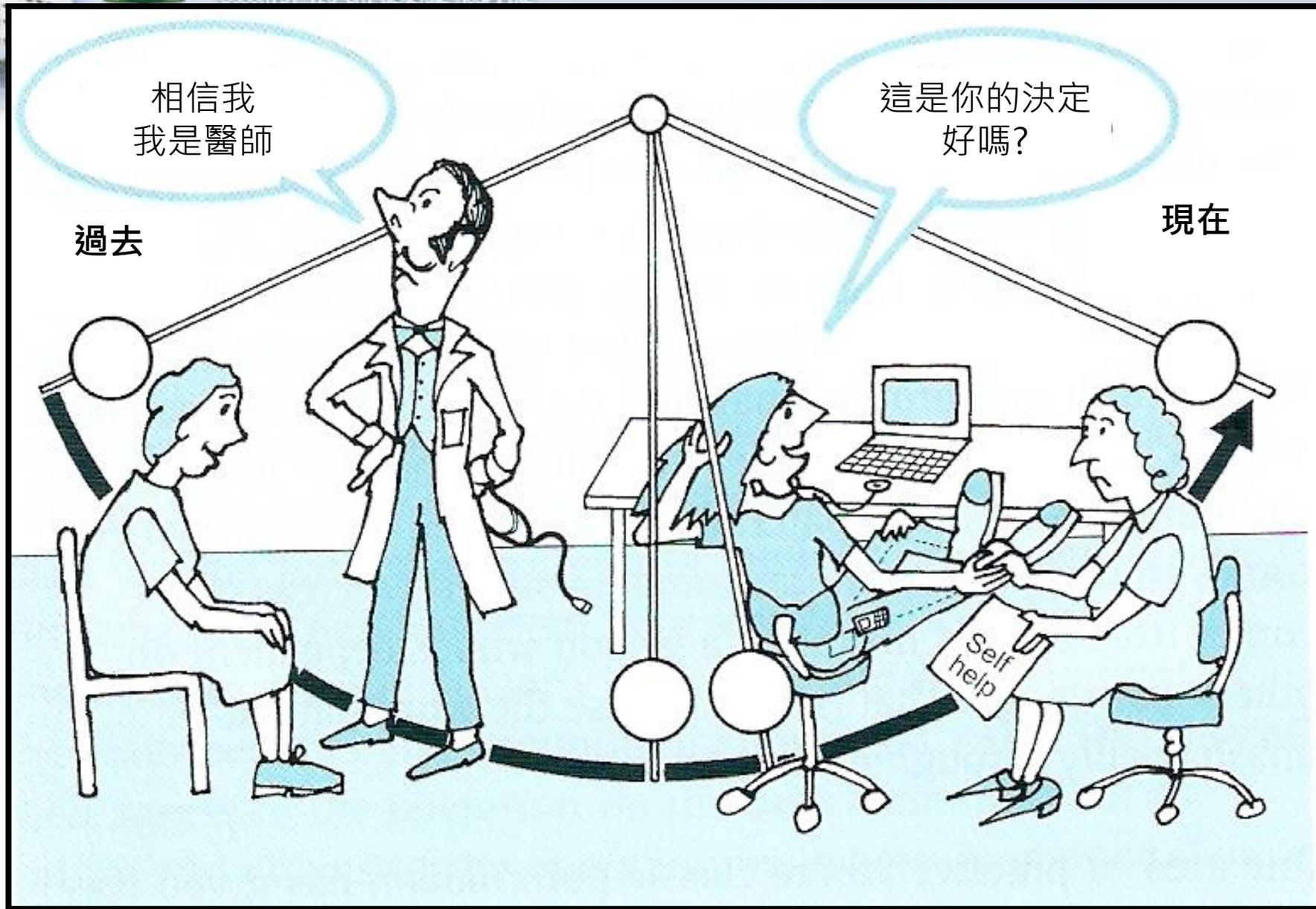
高齡友善

以人為中心之照護

氣候行動

健康醫院2.0重點方向 (2020)







常見3種醫療決策模式之比較

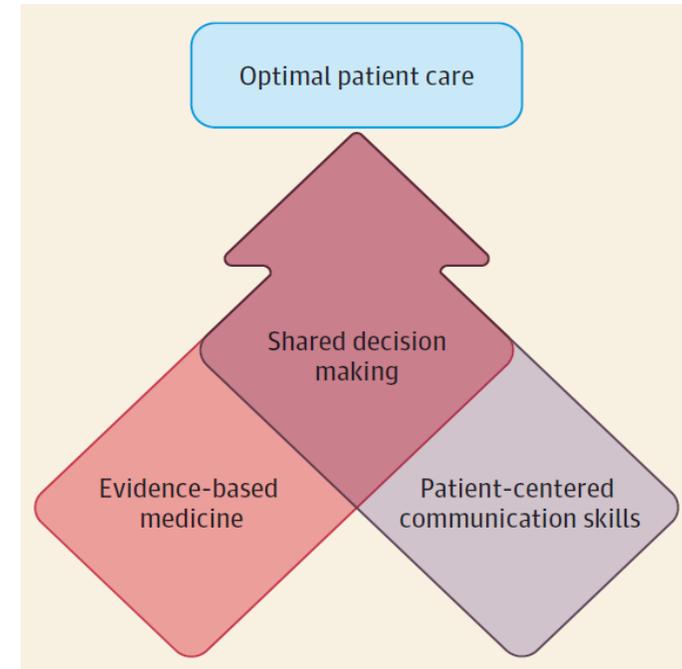
過程	醫療決策模式	父權決策*	共同決策†	告知決策‡
方向		單向（大部分）	雙向	單向（大部分）
流向		醫師→病人	醫師↔病人	醫師→病人
內容		醫學	醫學和病人價值觀	醫學
最低要求		合乎法律底線	任何和決策相關資訊	任何和決策相關資訊
商議階段		醫師	醫師和病人	病人
決策參與者		（其他醫療同仁）	（可能有其他相關者）	（可能有其他相關者）
決策者		醫師	醫師和病人	病人

註：*Paternalistic model; †Shared model; ‡Informed model



醫病共享決策深化健康識能策略溝通 確保病人理解及應用

- 以醫病共享決策提升健康識能
(Shared decision making, SDM)
 - 醫病之間溝通實證依據、醫師臨床經驗、病人價值與偏好，共同作出醫療決策。
 - 透過SDM提升病人的健康識能，以病人為中心，作出最符合病人需要的醫療決策，獲得最佳照護品質。



Source: TC Hoffmann, **the Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making**
JAMA 2014, Vol.312, No.13



Shared decision making (SDM)

'An approach where **clinicians**醫師 and **patients**病人 **share**分享 the best available **evidence**實證 when faced with the task of making decisions, and where patients are supported to **consider options**考慮各種選擇, to achieve **informed preferences**充分告知的選擇”



適合共享決策的情境(簡單定義)

- 有多個不同**選項**，會導致不同結果
- 沒有明確的對錯答案 (決定)
- 「正確的決定」必須**取決於病人**自己的特定需求和設定的目標。

(Coulter, 2011)

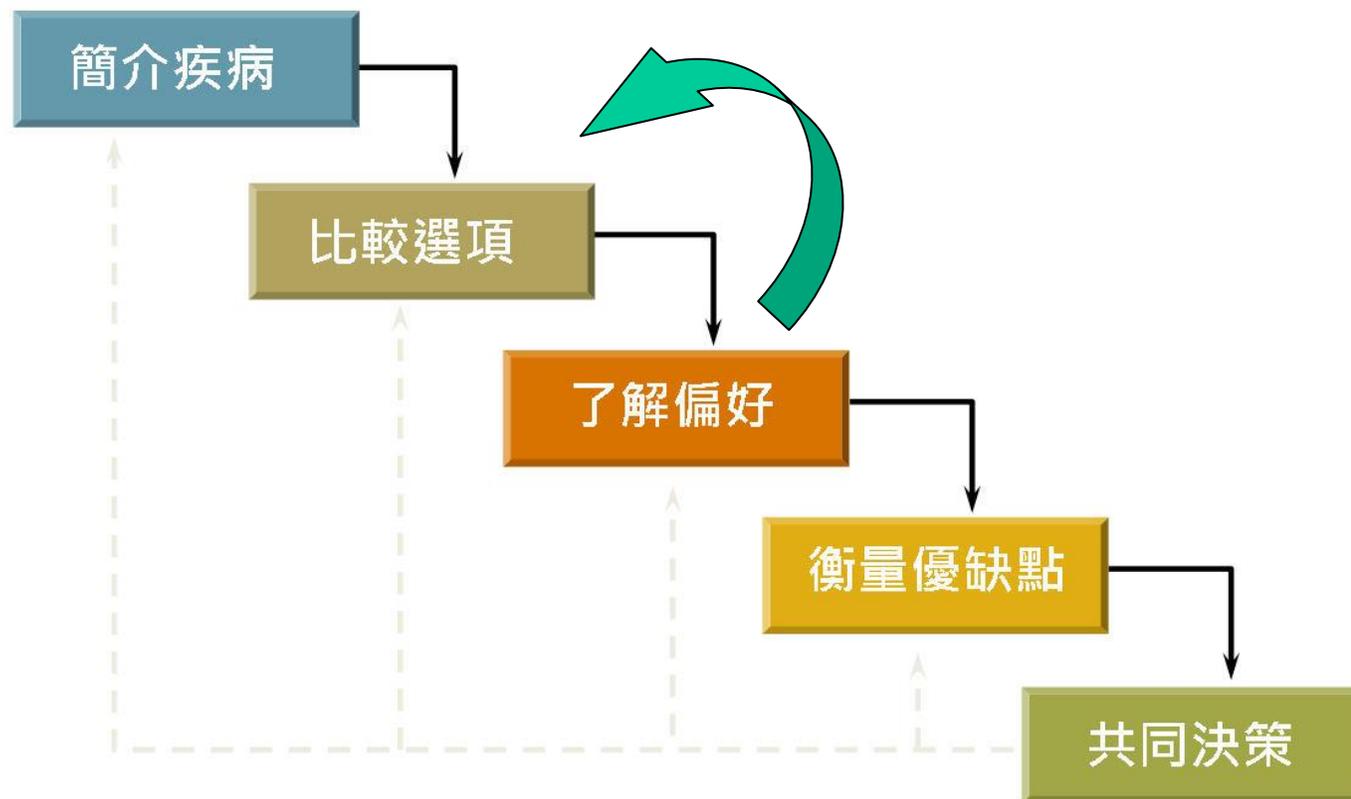
SHARED DECISION MAKING IN CAMHS.

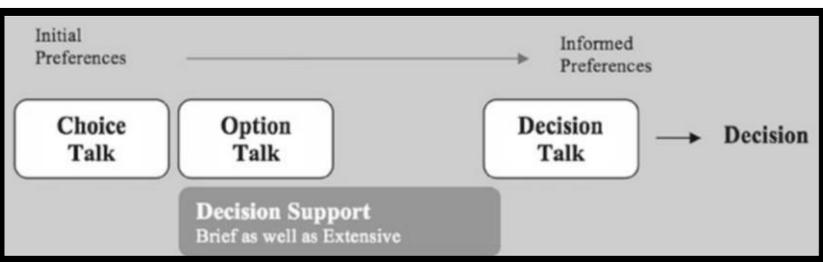
https://www.ucl.ac.uk/ebpu/docs/presentation_files/sdm_mc8



共享決策的步驟

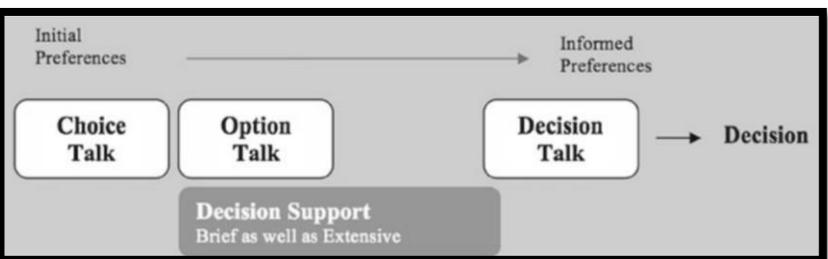
Shared Decision-Making





Choice talk 參與討論

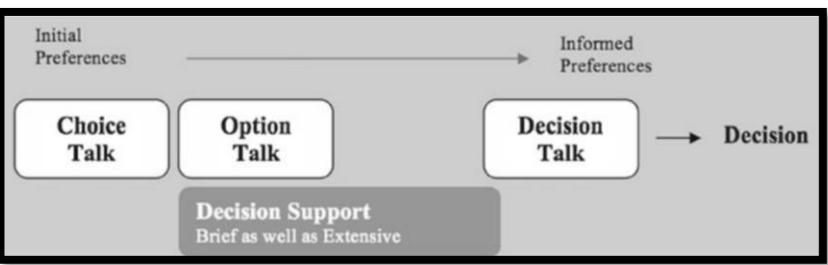
- Step back 我們現在知道問題了，那想想下一步要如何進行
- Offer choice 有不同的治療選擇，我們來分析討論一下
- Justify choice - preferences matter 治療常有不同的結果，每個人對結果的期望有不同
- Check reaction 我們是否可以繼續的討論你關心的部分
- Defer closure 避免太早：「病人：醫師你告訴我下一步」。讓病人知道你願與他討論。



Option talk 討論各項選擇

- Check knowledge 瞭解病人所知道的部分
- List options : 把各項選擇表列比較
- Describe options – explore preferences · Harms and benefits
說明各項選擇的好處與可能的傷害
- Provide patient decision support 提供病人相關的決策輔助工具
- Summarize Teach back: 回覆試教，病人複述他所了解的内容

Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice 2012 J Gen Intern Med 27(10):1361–7



Decision talk 討論病人的決定

- Focus on preferences 從你的角度，何者是你最關心的
- Elicit preferences : 可考慮不同的備案
- Move to a decision: 你是否需要更多的時間作決定? 有沒有其他的問題? ...
- Offer review 重新整理內容



共享決策

Shared Decision-Making

▷ 共享決策的困難與限制:

困難與限制

醫療現況

缺乏時間，以量制價

資源缺乏

以實證為基礎的共享決策需要高品質證據，及研發決策輔助工具

健康識能

病人對醫療決策的投入及健康識能 (health literacy) 是決定因素

醫療習慣

改變傳統醫療決策模式需要時間、認同與努力

共享決策已經是國際潮流，但推廣與實踐仍有其難度



The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)

醫病共享決策 9 題評估表

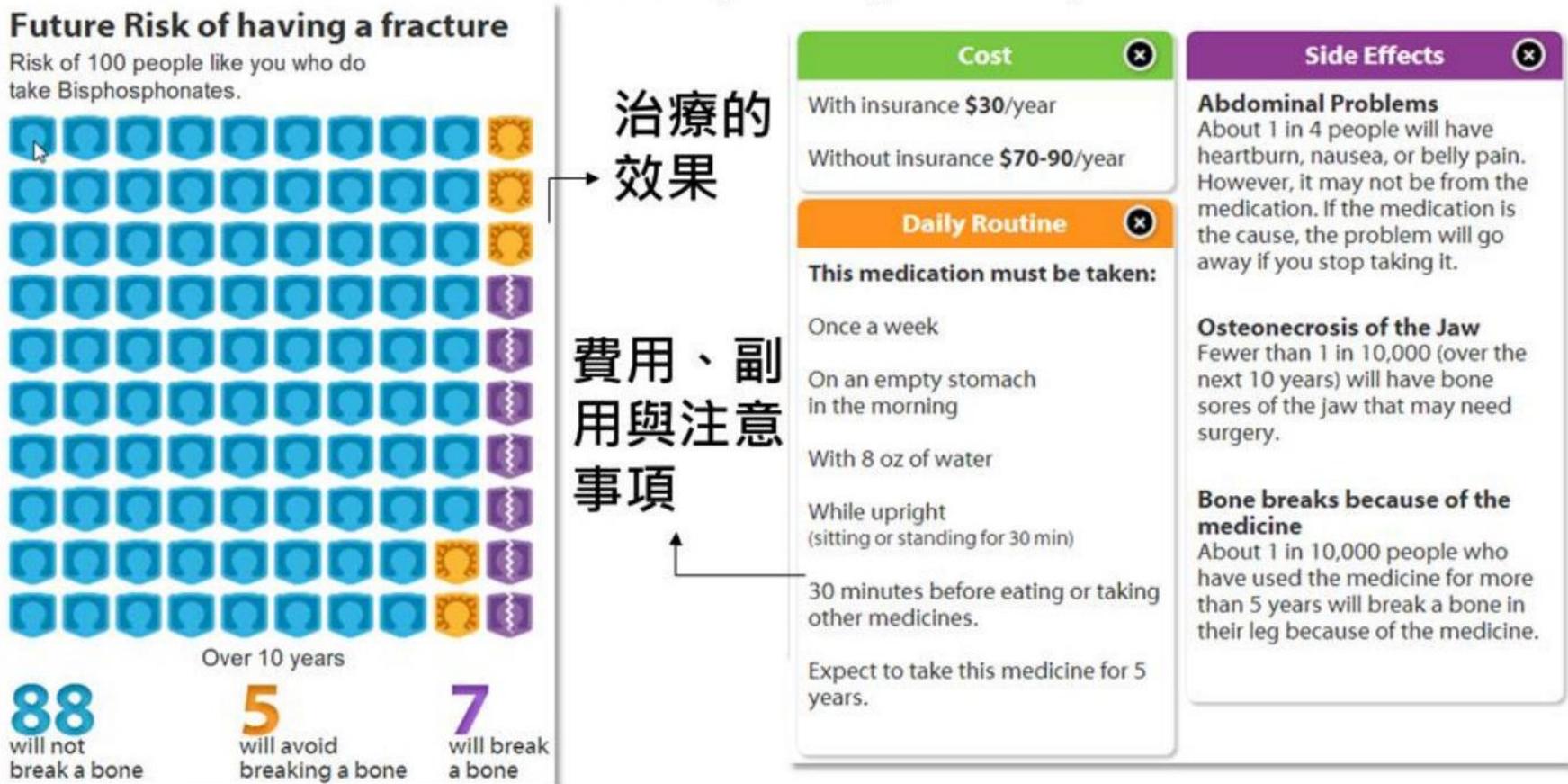
	完全不同意	不同意	部分不同意	部分同意	同意	完全同意
1. 醫師能明確告訴「就醫者」，需要做出一個決定	<input type="checkbox"/>					
2. 醫師會想知道「就醫者」是否要參與決策	<input type="checkbox"/>					
3. 醫師會告知「就醫者」有不同的治療選擇	<input type="checkbox"/>					
4. 醫師能明確解釋各種治療的優點與缺點	<input type="checkbox"/>					
5. 醫師會協助「就醫者」了解所有的訊息	<input type="checkbox"/>					
6. 醫師會詢問「就醫者」要選擇哪一個治療	<input type="checkbox"/>					
7. 醫師和「就醫者」會詳細討論各種選擇的優缺點	<input type="checkbox"/>					
8. 醫師和「就醫者」會共同選擇治療的方式	<input type="checkbox"/>					
9. 醫師與「就醫者」能於討論中達到共識	<input type="checkbox"/>					



決策輔助工具

Decision Aids

▷ 梅約診所骨質疏鬆症 (osteoporosis) 決策輔助工具:



資料來源：Mayo Clinic Bone Health Choice <https://goo.gl/yXiVmB>

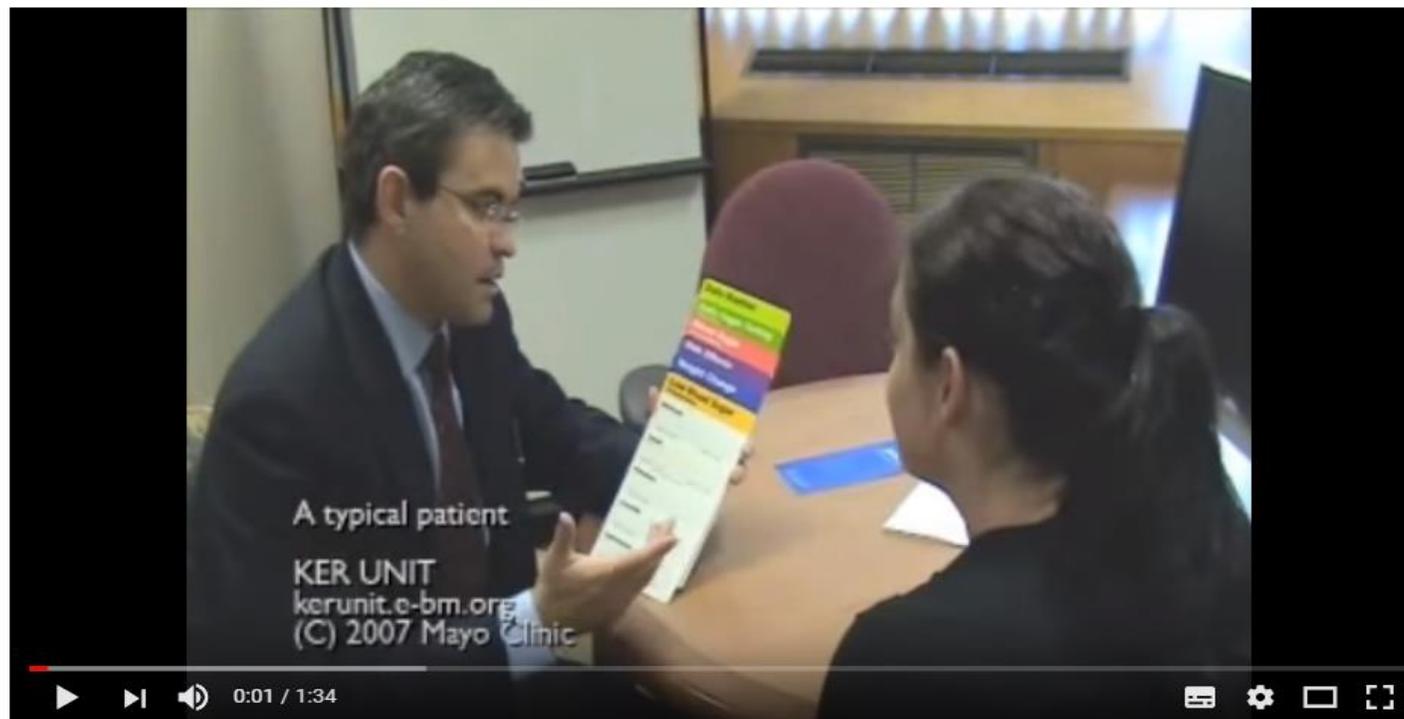
MAYO
CLINIC



Mayo Clinic Shared Decision Making

梅約診所糖尿病SDM分享

- 透過以病患為優先的核心價值，創造出醫師、梅約醫學中心以及病患間的三贏哲學



Diabetes Medication Choice - Typical Patient

<https://www.youtube.com/watch?v=SYTPqceFgSw>

醫師在診間與病人討論，醫師手上持有控制疾病的各種介入措施單張，會先就病人他最需要的部分請病人選擇，病人選擇控制體重，醫師則就手上控制體重單張中內容(此內容具實證)加以解釋



Mayo Clinic Shared Decision Making-1

■ Shared Decision Making Philosophy

- "The best interest of the patient is the only interest to be considered"
- -以病人需要為唯一考量-

■ Conversation Not Information

-We design to support the interaction of people not the transfer of information-提供溝通互動工具非資訊交換

■ SDM內涵- Context、Biology、Patient values and preference + EVIDENCE-SDM必須基於主要議題內容、醫學基礎、病人價值及喜好，並建立於臨床實證基礎下。

■ 過程先了解病人期待，強調溝通及傾聽，由醫師或護理師提具以實證 (evidence)為基礎設計的工具(手冊、單張等)，與病人充分討論，討論過程中會加入彼此經驗(experience)。強調驅動(trigger)病人對自己醫療進行決策，而非push或引導



Mayo Clinic Shared Decision Making-2

- 工具將風險視覺化，讓患者能清楚明白自身風險，做出決定
- 工具並不是衛教用；患者所缺之照護並不是因缺乏相關病情知識而造成的。**工具是在交談的情況下使用，而不是教導用**
- 個人化照護決策；工具將所有選項納入，包括那些不具有治療性質等處置。**SDM工具在於與患者共同進行決策對話，而非試圖說服患者採取某種選項。**
- **衛教工具與SDM工具之差異**：衛教工具在於告知患者有關病情相關資訊及醫療選項；SDM工具讓患者與醫護人員一同參與照護決策，試圖解決問題。利用工具觸發與患者的對話，一同解決問題。
- Coaching is not the focus in SDM tools (perhaps more useful during acute care)
- Tools creates opportunities for patients to open discussion with the doctors
- Tool does not replace caring process, it complements and supports the caring process, exploring all options regardless existence of optimal choice.



當「**治療指引**」建議要作「**醫病共享決策**」

表示實證治療已不是唯一的選擇

VIEWPOINT

When Guidelines Recommend Shared Decision-making

The increasing recommendation of shared decision-making in guidelines is problematic insofar as the extent to which the guideline recommendations are reliable, useful, usable, and desirable remains unclear.

JAMA Published online March 13, 2020



衛生福利部 醫病共享決策平台

Ministry of Health and Welfare,
Platform for Shared Decision Making

請輸入關鍵字

搜尋

熱門關鍵字: 輔助工具 SDM 人工膝關節 呼吸 醫病

醫病共享決策介紹

- › 醫病共享決策 (SDM) 緣起
- › 醫病共享決策輔助工具介紹
- › 醫病共享決策響應活動
- › 醫病共享決策輔助工具競賽

您現在的位置 › [首頁](#) › [醫病共享決策介紹](#) › [醫病共享決策輔助工具競賽](#)

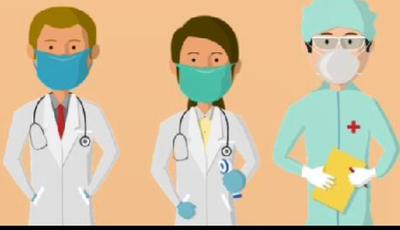
醫病共享決策輔助工具競賽

請輸入您要查詢的關鍵字

搜尋

標題	日期
競賽說明	› 2016.06.02
報名資訊	› 2016.06.02

我的親人處於呼吸器使用之生命末期階段， 是否選擇撤除氣管內管？



適用對象/適用狀況

本表單適用於罹患嚴重傷病，其臨床昏迷指數（GCS）分數小於 8 分，或曾發生心跳停止接受心肺復甦及氣管內插管接人工呼吸器等急救，經 72 小時後已經無法恢復意識及自主呼吸之病人。經兩位專科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，並經由兩位醫師判定為之末期病人。

疾病或健康議題簡介

1. 呼吸器使用之生命末期病人

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，無法恢復意識及自行呼吸近期內病程可能進行至死亡。當此類病人無法自主呼吸需使用氣管內管連接呼吸器，雖然可以維持生命，但無助於本身疾病之治療。

2. 撤除氣管內管後面臨的情境

- *當病人符合安寧緩和條例的撤除維生醫療條件，醫療人員將呼吸器撤除後，病人可能會有呼吸窘迫情形，但有少數病人亦可能恢復自行呼吸。
- *當病人有疼痛或呼吸窘迫及末期煩躁不安時，醫療人員會給予藥物緩解相關症狀，視情況清除呼吸道分泌物，維持其舒適、減輕痛苦，提供基本生理需求。

【步驟一、選項的比較】

撤除氣管內管		維持目前醫療
由安寧專科醫師與家屬召開家庭會議，而後家屬決定撤除氣管內管時，需做臨終準備。	要做的事	病人須醫療設備維生，日常生活需專人照護，例如氣管分泌物的排除、鼻胃管灌食、導尿管及排泄物的清潔等。
不依賴醫療儀器延長生命，視病人臨床症狀給予舒適照顧。	優點	呼吸器能讓末期病人維持呼吸道通暢，緩解呼吸喘等症狀，維持生命，但並非治療疾病本身。
自覺撤除氣管內管等維生醫療即為害死病人的心理壓力。	心理壓力	看著家人承受長期插管造成相關合併症（如下圖），卻無能為力改變。  來源： https://zh.m.wikipedia.org/wiki/气管插管
氣管內管撤除後，多數人在數小時至 1 天內死亡。少數病人仍可存活下來，後期仍可能需要長期照顧。	生命期	處於末期階段存活期小於或等於 6 個，依據年齡、健康狀況以及使用呼吸器的原因，餘命時間會有所不同。

面對末期腎臟病，我應該選擇洗腎或安寧緩和療護？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能已進入到末期，透過透析治療（俗稱洗腎），可以幫助您減輕疾病症狀和延續生命，不過，洗腎療程會對您的生活帶來一些影響；而「安寧緩和療護」可以保有更多的生活彈性，但也需要接受病程自然發展對身體和生命的影響。選擇哪一種治療方式，取決於您對疾病、治療、生活影響的看法及感受。您和家人可以透過這份資料，跟醫療團隊共同討論您的想法及最在意的事情，找出適合您的選擇。

適用對象 / 適用狀況

能表達自己意思之能力，且有意願了解安寧緩和療護的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

慢性腎臟病是一種不可治癒的慢性疾病，當惡化到第五期（腎絲球過濾率在 15ml/min/1.73m² 以下），出現尿毒症狀與併發症時，如噁心、嘔吐、呼吸急促、電解質失衡、營養不良、昏迷等，洗腎（血液透析或腹膜透析）可以緩解這些症狀，在接受適當治療及生活管理下，可以延長壽命並維持一定程度的生活品質。

但對於原本就同時有其他嚴重疾病的病人而言，洗腎也許可以延長壽命，卻不一定能改善身心負擔和生活品質，因此，也可以考慮「安寧緩和療護」，減輕身體不舒服及維持生活品質。

若沒有接受任何治療（洗腎或安寧緩和療護），不只身體重要器官都會受到影響，還會衍生其他疾病或症狀而影響生活品質。

此外，對於高齡或已有多重慢性器官衰竭的病人而言，有沒有洗腎對於壽命長短通常沒有很大的影響，因此需要考量不同治療方式對身體跟生活的影響，哪一種較為重要。

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

選項考量	洗腎（常規透析）	安寧緩和療護
要做的	<ol style="list-style-type: none"> 病人需依不同的洗腎方式接受手術。 配合治療時間：(1) 腹膜透析每日 3-5 次換藥水每次約 30 分鐘（可在家中或任何乾淨適合換藥水的場所執行）；血液透析每週三次，每次 4 小時（必須到專業的透析診所或醫院）。 學習照顧技巧，照顧者會有心理負擔需要調適。 	<ol style="list-style-type: none"> 病人接受安寧緩和療護，是以獲得緩解及支持性的醫療照護措施，來減輕或免除病人生理、心理的痛苦，更從容度過人生後期階段。 可選擇減少洗腎次數、需要時再洗腎或是停止洗腎，從未洗腎者可選擇完全不洗腎。 病人接受安寧評估方式有住院或居家安寧照護。若為居家安寧，安寧居家團隊將定期訪視病人，病人亦可以視需要至醫院接受安寧門診治療。 照顧者對病人不確定的生命期應有心理準備。
存活情形	<p>一般而言會比不洗腎者活得久；研究顯示，大於 70 歲且身體有多種疾病（共病）的病人，洗腎約可延長 2 年壽命，但仍會依病人年齡、身體多種疾病而有不同的個別差異。^[1,2]</p>	<ol style="list-style-type: none"> 比起接受洗腎者，決定不洗腎者其預期壽命較短，但若大於 75 歲且具多種疾病者，壽命長短則經常是差不多。^[3] 以大於 70 歲且身體有多重疾病的病人而言，一開始就沒洗腎，壽命也可能從幾個月到好幾年。^[4] 原已規律洗腎治療的病人，於決定停止洗腎治療後，病人的存活期通常少於 30 天，平均為 8-10 天。^[5]
優點	<ol style="list-style-type: none"> 身體毒素可藉洗腎排除，緩解症狀。 生命期可延長，可以回歸社會，從事工作與社交活動。 洗腎場所會有工作人員及病友的支持。 雖然仍會有尿毒症狀，但在生理健康評分較安寧緩和療護來的好。^[6] 焦慮程度比不洗腎者低，但與不洗腎者的憂鬱程度相同。^[6] 	<ol style="list-style-type: none"> 減少往返醫療院所或換藥水的時間，照顧方式較為簡單。 專業人員對於病人或家屬對於死亡的擔心及焦慮會提供合適心理及靈性照顧。 減少洗腎次數也可緩解尿毒症狀；安寧療護團隊也可以使用藥物及非藥物的方式，協助症狀控制。



醫病共享決策

呼吸衰竭拔管失敗，我的選擇是甚麼？

時間：2017年3月1日
地點：福利健康部國民健康署
主辦：福利健康部國民健康署
主講：彰基中華路院區及漢銘醫院林慶雄院長

五秒立懂卡

何謂氣切 何謂拔管 何謂拔管失敗

呼吸衰竭是各種能嚴重障礙，以氧或二氧化碳滯代謝紊亂的臨床

經醫師評估並訂定拔定，並且可以自行呼訓練，最終移除氣管

移除氣管內管後，病人因各種管內管，但經醫師判定病人仍會，或需長期依賴呼吸器維生術，以增加脫離呼吸器成功機活品質。



接受積極 選擇重插氣管 接受積極治 接受氣切手術

移除氣管內管後，病人因各種管內管，但經醫師判定病人仍會，或需長期依賴呼吸器維生術，以增加脫離呼吸器成功機活品質。

移除氣管內管後，病人因各種管內管，但經醫師判定病人仍會，或需長期依賴呼吸器維生術，以增加脫離呼吸器成功機活品質。



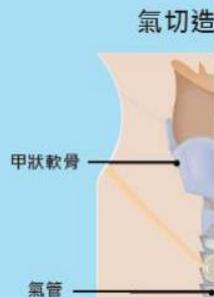
接受積極 選擇非侵襲性呼

移除氣管內管後，病人因呼吸不穩，導致需再次提供機人意識清醒，可考慮使用非持呼吸功能。



何謂安寧緩和治療？

是由一組醫療專業人員，用積極且全面的症狀緩解和愛心陪伴疾病末期病人，走完人生最後一程，提供身、心、靈的全面照顧，以舒適有尊嚴的醫療處置取代無效急救，協助病人緩和疼痛與不適，有尊嚴的、自然地走向生命的終點。



何謂呼吸衰竭？

呼吸衰竭是各種原因引起的肺通氣或氣體交換功能嚴重障礙，以致無法進行有效的呼吸，導致缺氧或二氧化碳滯留，從而引起一系列生理功能和代謝紊亂的臨床症候群。



接受積極治療：

選擇重插氣管內管

移除氣管內管後，病人因無法自行咳嗽，或呼吸、心跳、血壓、血氧不穩，最終無法自行呼吸，而需重插氣管內管，並以呼吸器維持生命。

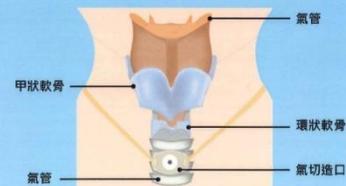


接受積極治療：

接受氣切手術

移除氣管內管後，病人因各種因素，需要重插氣管內管，但經醫師判定病人仍然有脫離呼吸器機會，或需長期依賴呼吸器維生，建議進行氣切手術，以增加脫離呼吸器成功機會，和維持最佳生活品質。

氣切造口示意圖



決策分流卡



醫病共享決策輔助工具 (Patient Decision Aids, PDAs)



您現在可能面臨到需要作決定的時候，您或許自己已經決定或者簡單地依照醫師的建議來做。不管如何，透過以下五部分，將協助您瞭解可以做的選擇是什麼，醫師討論您對這些選擇的想法。

- 1 釐清事實
- 2 比較您的選擇
- 3 什麼是您最關心的事情？
- 4 您現在偏好於什麼？
- 5 您還需要哪資訊來協助您做

您可以自己或與自己的家人等信賴的人及完成此份文件。

必須記得的重點 | 釐清事實

即使第2型糖尿病的治疗目标是血糖得到良好控制，當您的血糖控制眼睛問題、腎臟問題、神經損傷之類的糖尿病併發症發生機會就會降

眼睛病變

腎臟病變

神經損傷

您目前控制血糖的方法，包括：按時用藥、飲食與運動控制、規律監測定期回診與檢查，這些都能有效幫助血糖控制；如果效果不佳，就這些方法來改善您的血糖，調整用藥是其中的方式，包括：調整口服藥劑型或增加注射治療，包括使用胰島素。

飲食控制

運動控制

按時用藥

定期回診

監測血

什麼是您最關心的事情

您個人的想法及感受跟醫療證據同等重要。想想那些是影響您做決定的最重要因素，也看看以下的敘述您感受如何：

使用胰島素的原因	不使用胰島素的原因	
我寧願現在開始使用胰島素，也不要等到糖尿病病情變差才來用。	我想避免使用胰島素越久越好。	
比較重要	中等重要	比較重要
我無法控制我的血糖。	我認為不使用胰島素，也能控制我的血糖。	
比較重要	中等重要	比較重要
我想避免高血糖產生的健康問題。	使用胰島素比健康問題更令我擔心。	
比較重要	中等重要	比較重要
我可以自己打胰島素。	我無法幫自己打胰島素。	
比較重要	中等重要	比較重要
我不在考慮為使用胰島素而造成體重增加。	我很擔心會體重增加。	
比較重要	中等重要	比較重要
我的其他原因：	我的其他原因：	
比較重要	中等重要	比較重要

就醫提問單

看醫師前，做好準備很重要

使用這一份就醫提問單，幫助您把關心且重要的問題先列出來

您可以把問題記下來問醫師，或把準備好的問題直接拿給醫師看

主動提問，讓您與醫師的溝通發揮最大效益

您可以把自己照顧得更好



A. 處理新出現的健康問題

B. 處理原有的疾病

C. 健康檢查或了解檢查報告

D. 注射疫苗

就醫提問單

(Question Prompt List, QPL)

第一步

您這一次看醫師的目的主要是為了：（請勾選一項）



A. 處理新出現的健康問題

（以前沒有，最近三週以內出現的症狀或健康問題）



B. 處理原有的疾病

（以前沒有，最近三週以內出現的症狀或健康問題）



C. 健康檢查或了解檢查報告



D. 注射疫苗

第二步

翻至對應顏色頁面，

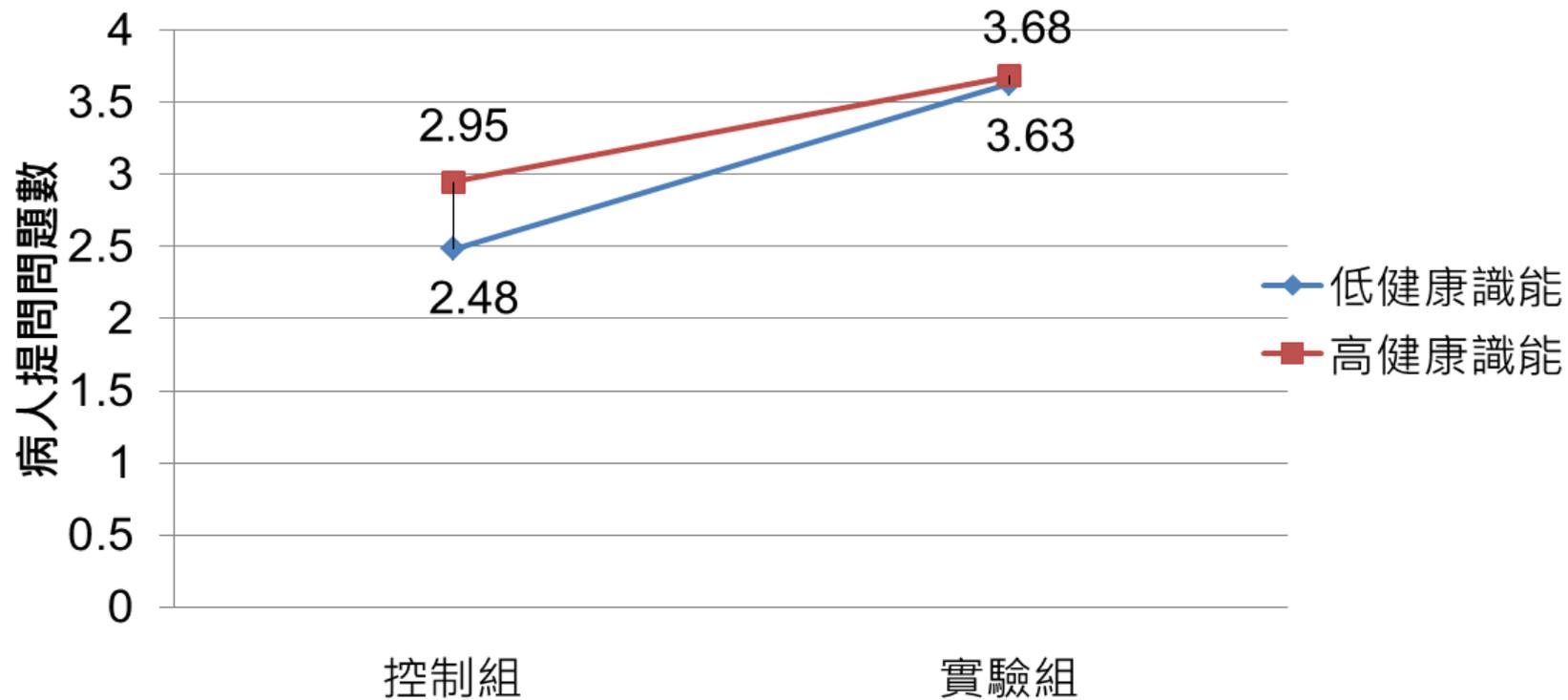
在這次 最想問醫師的3個問題 前方 打勾

參考 “Question Are the Answer” (AHRQ, 2017)



就醫提問單對低健康識能者的幫助更大

- 就醫提問單有助於縮小高、低健康識能兩群體間的差距



醫師：插管問題 沒有誰錯誰對

【記者林惠琴／台北報導】名作家瓊瑤泣訴丈夫平鑫濤是否插管問題，掀起討論。有醫師認為，或許沒有誰對誰錯，也有醫師認為，若平鑫濤在清醒時未交代，其後代與配偶的爭議，外人難以評論，但若他明確交代不接鼻胃管等，就應該尊重病人自主權，否則要病人痛苦地活著，「不是愛，而是自私」！

失智末期 基本進食都不會

林口長庚醫院失智症中心主任徐文俊表示，不針對個案評論，但以醫學病例來看，失智症患者一開始可能是腦部退化，後期會逐漸變成肢體退化，逐漸連最基本的進食都不會，出現吞嚥困難情形，成為無意識長

期臥床的狀態。徐文俊說明，失智末期的病人插鼻胃管，不同於一般急救、為恢復呼吸功能所插入的氣管內管，而是從鼻子插入到胃部，主要是補充養分與營養藥物使用，作用是維持病人生命。

從專家指引與國外做法來看，當這類患者如果無法再與他人互動、與家人有情感交流時，就不建議再使用；但個案當然仍要看家屬是否願意讓病人回到自然飲食、吃多少算多少的狀態，是否希望維持插管將病人留在身邊，每個案子不同，沒有誰對誰錯。

「拔掉吧！」長期致力於推動善終的陽明大學附設醫院醫師陳秀丹則說，據目前了解，平鑫濤的失智症屬血管病變所造成，隨著

血管持續退化，情況可能會越來越嚴重，現在已經臥在病床一年多了，且已是九旬高齡，「很難再有奇蹟」，反而只是提高吸入性肺炎、泌尿道感染、褥瘡等風險，徒增病人的痛苦。

陳秀丹指出，從此個案來看，延長死亡的結果是生命末期的人得不到尊重，自己所下的決定被違背了，無法尊嚴地走完人生最後一段路，只看到一位痛苦的老先生，以及一位萬分掙扎的老太太，相信孩子們的苦楚也不少，建議家屬應該試著學習放手。

衛福部醫事局長石崇良則說，後年起將實施「病人自主權利法」，包含臨終、嚴重失智、長期昏迷、極度疼痛或植物人狀態等病人，可自行決定不插鼻胃管、不灌食等。

與繼子女爭執 投降妥協...侯文詠是關鍵

侵入治療？引發熱議

瓊瑤含淚為夫插管「我背叛他」



瓊瑤以「背叛」別了！生命中最愛的人」為題描述與平鑫濤與前妻生的名繼子女爭執，最終還是平鑫濤插了鼻胃管。但看丈夫插管後痛苦模樣，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，我是在他失智時失去他的，在我背叛他時失去他的！再也感覺不到他的愛，他溫柔，他的體貼，五十幾年的相知相許，在此刻化為煙，不用等到他離開這世，我已失去了他！」

而讓瓊瑤最終妥協插管關鍵，是與侯文詠的一通話，她形容「一直以來把對當成「家庭醫生顧問」，文詠告訴她：「鼻胃管是普通的東西，等到他病好，一分鐘就可以拿掉的，為什麼不插呢？」

歷的人才懂！也有人因她的文章特地搜尋「鼻胃管」相關知識，瓊瑤特別回應：「你去搜尋了鼻胃管的知識，為你點讚！當時，我多希望每個人都去搜尋一些資料，起碼和醫生溝通！只是我失敗了！這是我錯！」

醫病共享決策 解瓊瑤困境

劉迪璽、林宜靜／花蓮慈濟醫院呼吸照護中心主任、護理長（花蓮市）

醫療的決策過程往往不是一蹴即成的，特別是在某些醫學不確定性因素高、偏向價值選擇的臨床情境下，它的複雜和困難程度愈加超乎想像。從作家瓊瑤近日來引發廣泛討論的「鼻胃管事件」，可見一斑。

瓊瑤因不捨失智症夫婿承受鼻胃管放置之苦，最終演變成她與繼子女在網路媒體上對峙的局面。家屬彼此感受不到對方內心真誠的溫柔，各執立場相互論戰，無疑不是生命末期病患的福祉。

究竟這倫理困境的藥石何在？要如何在此價值衝突的情況下，做出最符合病人利益的醫療決策？這段時間以來，媒體和網路上不乏對鼻胃管功能、各種急救管路比較、失智症末期併發症、緩和安寧條例等議題的討論。

以瓊瑤和其家屬的學識背景，加上臨床醫師的說明，相信對相關議題必然有某種程度的理解，然而對背景知識的理解，並不足以化解雙方價值對立的困境。

筆者認為，溝通的第一步就是要用「瓊瑤的方式和瓊瑤溝通」，有足夠敏銳度去聽懂語言背後所傳達的真正涵義。就瓊瑤而言，她的深層控訴來自於自覺背叛了她的伴侶，讓無謂的管子加諸於摯愛的人身上；「沒有靈魂的肉身」，已是生命價值的終點。

然而對子女而言，父親終究是父親，無以割捨。「即使父親得

了失智症：只要他在自己的世界裡好好地活著就足夠了」，鼻胃管只是一個可以達到維持基本營養需求的簡單途徑，有何不可？

雙方立場看似沒有交集，醫療可以做的事，是用客觀的實證資訊來促進雙方價值觀的對話，而「醫病共享決策」(Shared Decision Making, SDM)，正好可以作為一個促進價值觀溝通的平台。它利用簡明易懂的方式，來提供醫療決策時所需的背景和實證資訊，並提供比較各種可能選項(包括「不作為」)的優缺點。更重要的是，它強調病人和家屬的價值觀表達，在醫療決策中所扮演的關鍵地位。

病人和家屬依據最在意的價值考量，共同決定後續醫療處置的方向和優先順序，但是家屬也必須了解，這不是他們個人的價值喜好和選擇；反之，必須以病人對自身生命的期待為依歸，設身處地以最貼近病人的想法來為他代言。唯有回歸到病人的自身價值，才有共同的交集。

在醫療決策過程中，決策引導員(Decision Coach)扮演協調者的角色，有效評估病人和家屬在決策前的準備程度，適時做資訊的補位，建立彼此溝通的橋樑。

讓愛變成彼此最真誠的共同語言，而不是「伴侶之愛」與「子女之愛」間的較勁。

作家瓊瑤為了失智丈夫平鑫濤是否插管治療，與三名繼子女意見相左的臉書PO文，讓急救插管照護成為話題；圖為瓊瑤與平鑫濤出席皇冠五十周年餐會。本報資料照片



安寧緩和醫療條例

- 中華民國八十九年五月二十三日 立法院三讀通過法案
- 中華民國八十九年六月七日 華總一義字第8900135080號令公布
- 中華民國九十一年十二月十一日 華總一義字第09100239020號令修正公佈第三、七條條文。
- 中華民國一00年一月二十六日 華總一義字第10000015621號令修正公佈第一、六之一、七及一十三條條文。
- 中華民國一0二年一月九日 華總一義字第10200000811號令修正公佈第一條、第三條至第五條及第六條之一至第九條條文。



安寧緩和醫療條例

第三條

- 四. 維生醫療：用以維持末期病人生命象徵，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做維生醫療抉擇之人。



預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(參考範例草案)

本人_____若罹患嚴重傷病，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屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條至第七條第一項第二款所賦予之權利，選擇接受安寧緩和醫療，為減輕或免除病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進生命品質，並作以下之抉擇：

- 接受 不接受 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)
- 接受 不接受 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)
- 同意 不同意 將上述意願加註於本人之全民健保憑證(健保IC卡)內

簽署人：(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日(是 否 年滿二十歲)

在場見證人(一)(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

在場見證人(二)(簽名)

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

依據安寧緩和醫療條例第四條之規定，疾病末期之病人簽署意願書，應有具完全行為能力者二人以上在場見證，但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。



對於末期病患你可以讓他免去痛苦渡過

選擇DNR
不 | 實 | 施 | 心 | 肺 | 復 | 甦 | 術
陪他安詳走過

諮詢專線：02-8590-6666 <http://www.doh.gov.tw> 請支持安寧緩和醫療

如果不能延長末期病患生命的長度 您
於心何忍!?
生命末期 您可以有另一個選擇
不實施心肺復甦術DNR
陪他平靜安詳走過

內置的呼吸器
將氧氣直接送入肺部，
避免插管及呼吸器。
優點：舒適、安靜、無痛苦。
缺點：無法說話、無法進食、無法咳嗽。

氣管內管
將氧氣直接送入肺部，
避免插管及呼吸器。
優點：舒適、安靜、無痛苦。
缺點：無法說話、無法進食、無法咳嗽。

緩和安樂的準備
1. 了解病情及預後
2. 與家人及醫護人員溝通
3. 了解DNR的意義
4. 簽署DNR同意書
5. 與家人及醫護人員溝通
6. 了解DNR的意義
7. 簽署DNR同意書

行政院衛生署
Department of Health, Executive Yuan, R.O.C.
諮詢專線：02-8590-6666
<http://www.doh.gov.tw> 請支持安寧緩和醫療

DNR 的迷思

DNR \neq DNR = AND

Do not resuscitate

Do not response

Allow natural death



病人自主權利法

- 公布日期：民國 105 年 01 月 06 日
- 生效狀態：※本法規部分或全部條文尚未生效
本法自公布後三年施行。
- 法規類別：行政 > 衛生福利部 > 醫事目

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





名稱：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 2 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。

第 3 條

本法名詞定義如下：

- 一、維持生命治療：指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。
- 二、人工營養及流體餵養：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。
- 三、預立醫療決定：指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。



什麼是病人自主權利法？

- 有別於以醫療機構、醫護人員為規範對象之其他醫療法規，本法是以病人為主體之醫療法規。
- 目的在於保障病人知情選擇的醫療權利同時確保心智健全、具完全行為能力人得透過完整的諮詢程序 (ACP)，與家人、醫療服務單位充分討論與溝通，簽署預立醫療指示 (AD)，決定自己在特定醫療情境下是否（或如何）接受醫療，並選擇自己信任的人擔任醫療委任代理人，擔保自己的意志在意識不清時仍能夠貫徹。



第 3 條 本法名詞定義如下：

- 一. **維持生命治療**：指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。
- 二. **人工營養及流體餵養**：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。
- 三. **預立醫療決定**：**指事先立下之書面意思表示**，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。
- 四. **意願人**：指以書面方式為預立醫療決定之人。
- 五. **醫療委任代理人**：指接受意願人書面委任，於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。



第 3 條 本法名詞定義如下：

- 六. **預立醫療照護諮商**：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。
- 七. **緩和醫療**：指為減輕或免除病人之生理、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。



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。
 - 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。
- ...

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項, 均為單選)
一、末期病人	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受維持生命治療的嘗試, 之後請停止; 但本人或醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願, 由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受人工營養及流體餵養的嘗試, 之後請停止; 但本人或醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願, 由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

二、不可逆轉之昏迷	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受維持生命治療的嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受人工營養及流體餵養的嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

三、永久植物人狀態	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受維持生命治療的嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受人工營養及流體餵養的嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項, 均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受維持生命治療的嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內, 接受人工營養及流體餵養的嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人得於該期間內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。





Living Matters
advance care planning

我可以安排我所需要的医疗护理。

我可以和亲人分享我的价值观和我所在乎的事。

有了预先护理计划，我不必担心会成为亲人的负担。

拟订好预先护理计划，我可以安心了。

我的医疗意愿

姓名: _____

住址: _____

电话号码: _____

香港中文大學那打素護理學院

未雨綢繆：自主完滿人生

預前照顧計劃

健康手冊

A Health Manual for Advance Care Planning

食物及衛生局健康護理及促進基金贊助

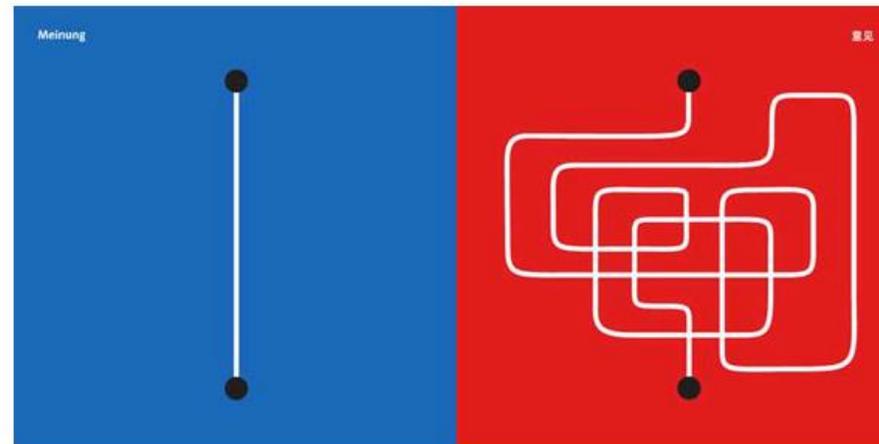
5 個願望

生病的人/健康的人 都適用

註：
「五個願望」原是美國佛羅里達州AGING WITH DIGNITY機構製作，適用於美國人民。該機構已以書面同意，由和信治癌中心醫院癌症關懷照顧團隊修訂，以適用於本院病人。您所簽署完成的「五個願望」本院將承認它為您真正的意願，在合法範圍內予以遵循。

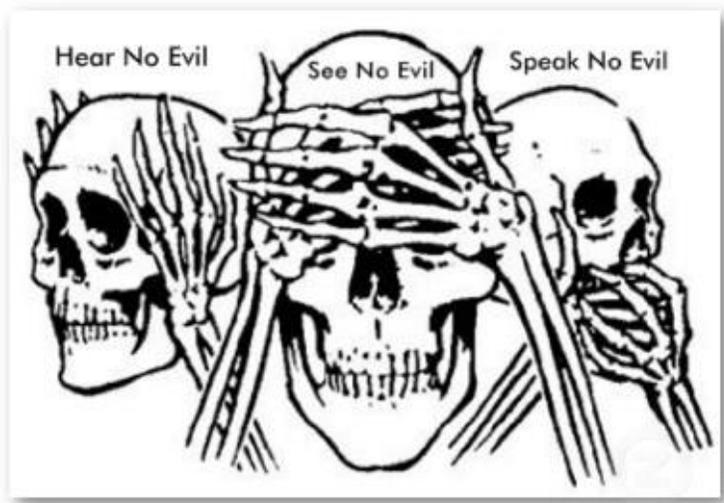
不同文化的溝通方式

Culture Taboo 文化禁忌



西方

東方



要聽



人的一生中，有太多我們無法掌握的事會發生，面對生死之必然，我們應該：

1. 隨時聆聽自己的心聲，假如有一天因為疾病或突如其來的意外，以致病重無法恢復，甚至需要使用激烈醫療系統來維持生命時，那時我的選擇是什麼？
2. 我們要隨時找適當的機會與家人談論這些話題，聆聽他們的看法。
3. 更重要的是，可以根據「**預立醫療自主計畫**」中所提醒，在做任何醫療決定之前，親友和醫療團隊充分溝通、討論並確實瞭解，聆聽醫療團隊的專業建議及可以選擇的醫療處置及影響與結果有哪些？再去決定我們的規劃。

孫越

要說



對於生死，什麼樣的決定才能讓我們臨終時生命有尊嚴；自己和家人都沒有遺憾呢？我們應該在現在意識清楚的情況下，試著去思考，面對並說出自己的選擇。也就是「**預立醫療自主計畫**」中所提醒的：

1. 告訴家人當我無法為自己做出醫療決定時會希望誰來根據我的意願做決定？
 2. 隨著疾病的發展，我希望或不希望接受的醫療方式，例如要不要急救等。
 3. 隨時說出我們對心愛的人想說的話：我的感謝、我的道歉。
- 如果我們平時就能隨時與家人溝通，說出我們的想法與期待，這就減少了必要時，他們必須為我們做決定時的痛苦及焦慮。

孫越

要看



在人生的旅程中，死亡的不可避免，親人或好友生離死別的刻骨銘心，你我都有深刻體驗。面對自己的未來，我們更需要正視，並做好準備。

尤其當其在身體還很健康時，正是我們做準備的最好時間；我們可以根據自己的健康情況、醫療知識、價值觀、宗教信仰等，花些時間去瀏覽、研讀相關的資訊，尤其可以參考安寧照顧基金會提供的「**預立醫療自主計畫**」（請見背面說明），逐步選擇各階段指導，並隨著回答它的選項提示，進而幫助我們去思考，並釐清未來的醫療處置意向；根據個人不同的健康與家庭條件，為自己的未來做萬全的準備。

孫越

安寧照顧基金會 www.hospice.org.tw 請上網搜尋更多影片內容

生命的樂章 人生四季之歌 生命如四季 四季如人生

片長：17分鐘



春

生命是什麼？

嬰兒的歡欣恰似阿立的歡欣
生命從出生到死亡，只是自然



夏

死亡是什麼？

死亡的形式：年老重病意外等一
百種不在其類，在於時光流實



秋

如何說再見？

不懂如何與人談論死亡話題
為親人留下時時懷念的記憶



冬

臨終關懷安寧療護

末期疾病「安寧緩和醫療」
全人全生，安寧全家的照顧



生命的樂章 人生四季之歌

特別感謝：孫越先生義務演出

財團法人(台灣)安寧照顧基金會
中華民國 Hospice Foundation of Taiwan

歡迎贊助本片，工本費150元

劃撥帳號：14875053 戶名：安寧照顧基金會
地址：251台北縣淡水鎮民生路45號
電話：(02)2808-1130
E-mail: hospice@ms1.mmh.org.tw
網址：www.hospice.org.tw



預定醫療照顧計劃過程遇到的問題

• 病人

- 談論死亡的忌諱
- 未能想像或預知未知的將來
- 等待醫生開口
- 怕醫生會放棄自己
- 怕引起家人不快
- 怕失去控制權

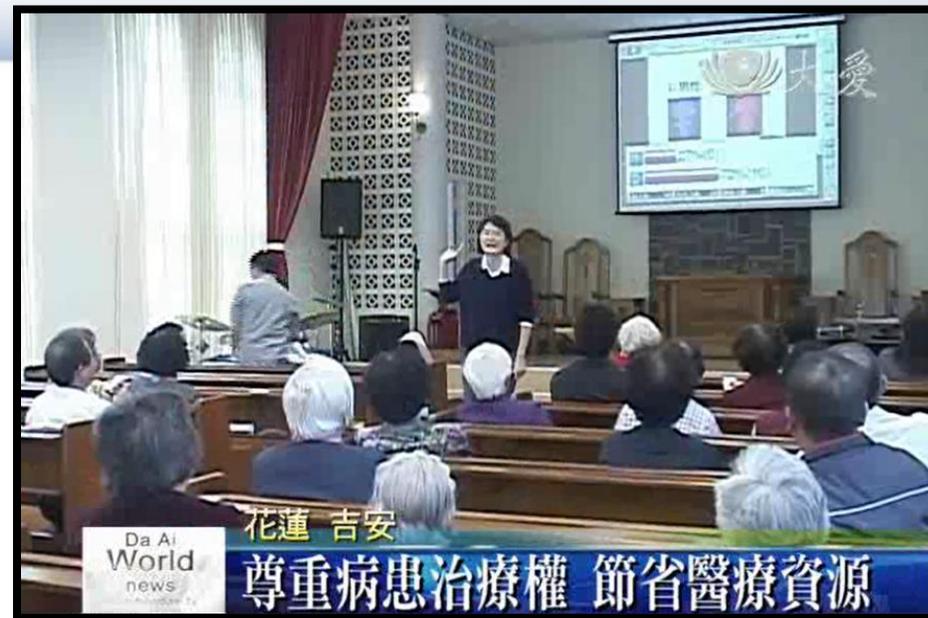
• 家屬

- 孝順父母: 做盡一切
- 害怕為別人做主
- 害怕自己有情緒
- 相信隱瞞真相可以保護病人

• 醫護人員

- 溝通技巧不足
- 死亡是醫療的失敗
- 工作太忙
- 害怕被人誤解和投訴
- 病人家人的壓力

社區ACP 的推動





預立醫療照顧計畫的階段進行

	對象	場所	內容	表格
第一階段	一般民眾	教會、社區、長者活動中心、	引發動機、瞭解預立醫療自主計畫，瞭解資源 預立醫療自主計畫觀念行銷	預立安寧療護意願書 預立醫療代理人
第二階段	具慢性病病患	病友團體、團體衛教、門診	有關疾病的預後、各種治療的意義－效果與併發症、可以不同的選擇...	疾病相關的預立醫療自主計畫
第三階段	重症、生命末期	長照機構、醫院	各項醫療指示 具體的選擇	POLST 延命治療醫師指示

長照機構 預立醫療自主計劃



臨終照護—候機室



健保卡與預立醫療自主計畫書放在一起

預立醫療自主計畫意願書

姓名	身分證字號
出生日期	表格填寫日期
<p>本人 _____ 瞭解醫療有所極限，若已罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，病程進展至死亡已屬不可避免，而我的意識不清在醫學上合理地確定我的意識無法再恢復，我會選擇下列之醫療照護，並請尊重我的意願</p>	
A	<p>人工心肺復甦術</p> <p>勾選一項</p> <p><input type="checkbox"/> 進行人工心肺復甦術，儘一切可能延長生命</p> <p><input type="checkbox"/> 進行人工心肺復甦術，但當醫師評估無效時請停止</p> <p><input type="checkbox"/> 不希望做人工心肺復甦術(“接受自然死亡” <u>Allow Natural Death</u>)</p>
B	<p>醫療處理： 依賴醫療設備維持生命的措施</p> <p>勾選一項</p> <p><input type="checkbox"/> 接受一切依賴醫療設備維持生命的措施，如人工呼吸器、血液透析...</p> <p><input type="checkbox"/> 接受一切依賴醫療設備維持生命的措施，如人工呼吸器、血液透析...，但醫師判斷無效時請停止</p> <p><input type="checkbox"/> 不接受一切依賴醫療設備維持生命的措施，如人工呼吸器、血液透析...</p>
C	<p>人工營養提供：經由靜脈點滴或口、鼻、胃或腸道插管灌食的人工方式，獲得食物或液體</p> <p>勾選一項</p> <p><input type="checkbox"/> 不使用人工營養提供。</p> <p><input type="checkbox"/> 在指定的一段時間內，使用食管提供人工營養品。但醫師判斷無效時可請停止</p> <p><input type="checkbox"/> 長期使用灌食管提供人工營養品。</p>

Time-Limited Trials
一定時間治療嚐試

修改自美國 POLST 表單 (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment)



D 勾選 一項	照護場所 <input type="checkbox"/> 儘可能留在目前住處，雖然有可能仍有不舒服 <input type="checkbox"/> 目前的處所無法得到安適時，才轉送醫院，但不要住入加護病房。 <input type="checkbox"/> 如有需要，轉送醫院，包括加護病房。	
E 請勾 選適 當項 目	舒適療護 <input type="checkbox"/> 任何方式的給藥、翻身、傷口照顧和其他措施，以減除疼痛和受苦。必要時，可使用氧氣、抽痰及手操作方式治療呼吸道阻塞，以得到舒適。 <input type="checkbox"/> 抗生素僅用於增進舒適，除非感染造成疼痛或不適，否則不再使用抗生素治療感染 <input type="checkbox"/> 疼痛的控制，即使這些治療可能加速我的死亡。 <input type="checkbox"/> 早期接受安寧照護，以得到更好的症狀及心理靈性照顧	
病人、醫療照護決定人、未成年者的父母或監護人簽名 法律上認定的醫療照護決定人在這份表格簽名，即表示認知這份有關復甦術措施的要求，是和當事人的意願是一致的，也符合當事人最大利益。		
醫療照護團隊人員簽名: 身份: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 社工師		服務機構
醫療狀況概要 (機構填寫) 		
見證人一 <u>簽名</u>	身分證字號	見證人注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ● 此人在我的面前簽署此份醫療照護事前指示 ● 此人心智良好，沒有被強逼，被欺騙或受人影響



Time-Limited Trials 一定時間治療嚐試

- Time-Limited Trials是醫療團隊和患者或家屬之間，對於治療方式的一種**共識和協議**。
- 在一定的時間之內，使用特定之治療方式（通常是維生醫療）來處理患者之問題，並且根據治療之結果來決定此治療方式是否應該繼續施行：
 - 如果患者狀況改善，持續此種疾病導向之治療方式。
 - 如果患者狀況惡化，停止此種治療方式，治療目標轉為緩解患者症狀。
 - 如果治療效果仍無法確定，可能需要和患者或家屬協商另一種Time-Limited Trials的可能性。

Table. Examples of Time-Limited Trials (TLTs)

Intervention/Condition	Usual Time Frame ^a	Clinical Outcome
Careful hand feeding/treatment of dysphagia and malnutrition in dementia	Days-weeks	Eating enough to be sustained without developing aspiration pneumonia
Mechanical ventilation/early treatment for hypoxic ischemic encephalopathy	72 h	Regaining pupillary responses (if regained, may be followed by a second, longer TLT looking for emergence from coma)
Mechanical ventilation/treatment of end-stage congestive heart failure	3-7 d	Mobilization of fluid and ability to breathe without ventilator support
Mechanical ventilation/initial treatment for severe stroke	7-14 d	Regaining brainstem responses or purposeful motor responses while not receiving sedatives
BPAP ventilation/treatment of dyspnea in patient with COPD who is DNR/DNI	4-7 d	Adapting to BPAP ventilation, improved sensation of dyspnea
Dialysis/renal failure in presence of limited functional or cognitive status	1-3 mo	Adapting to dialysis and regaining functional status, cognitive status, or both
Gastric feeding tube/initial treatment of oropharyngeal cancer	3-6 mo	Response to initial treatment and regaining the ability to eat orally

Abbreviations: BPAP, bilevel positive airway pressure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; DNI, do not intubate; DNR, do not resuscitate.

^aThese values are provided as estimates, and considerable discretion is needed based on severity of disease, comorbidity, preferences, and time needed to assess effects.

JAMA, October 5, 2011—Vol 306(13), p.1483-84



2021.04

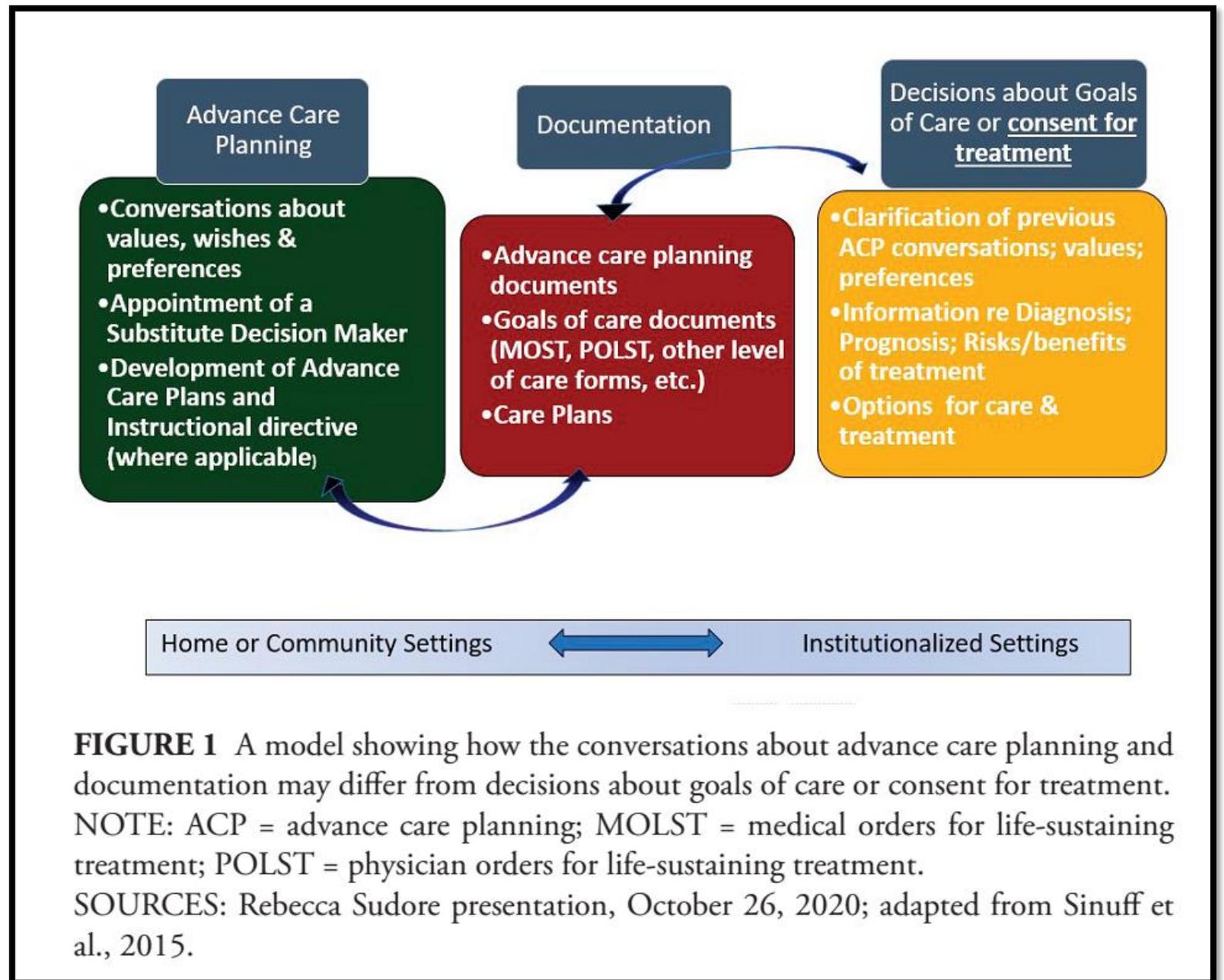
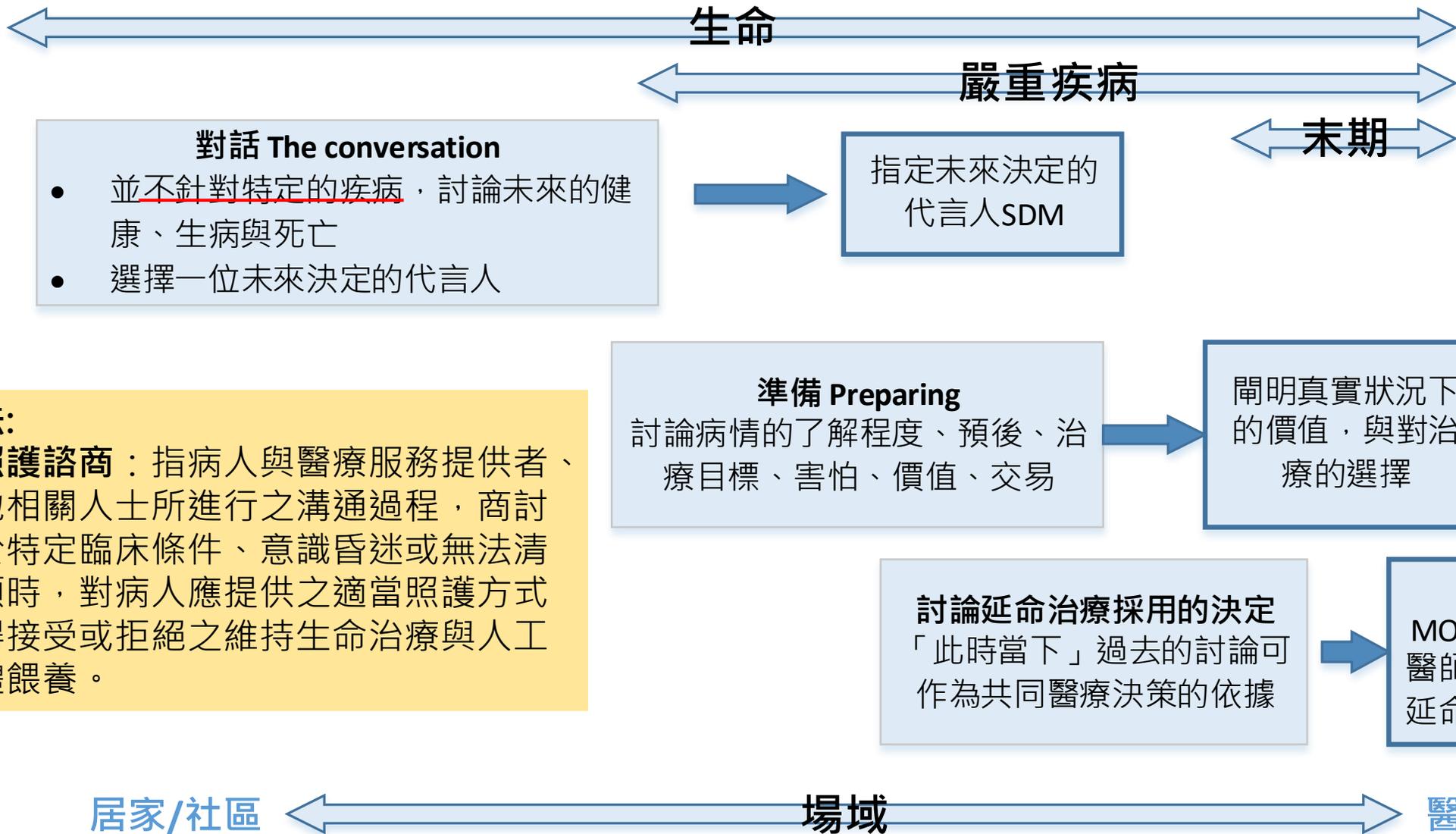


FIGURE 1 A model showing how the conversations about advance care planning and documentation may differ from decisions about goals of care or consent for treatment. NOTE: ACP = advance care planning; MOLST = medical orders for life-sustaining treatment; POLST = physician orders for life-sustaining treatment. SOURCES: Rebecca Sudore presentation, October 26, 2020; adapted from Sinuff et al., 2015.



病人自主法:

預立醫療照護諮商：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。

GCD = goal-concordant decision making; MOLST = medical orders for life-sustaining treatment; POLST = physician orders for life-sustaining treatment; **SDM = substitute decision maker. 代理人決策**

I seem to have no awareness of myself.
(Example: I do not recognize myself in the mirror.)

[1.1]



I cannot recall or appreciate the important events of my life.

[1.2]



I no longer respond when someone speaks my name (even though my hearing is okay).

[1.3]



I cannot communicate my wishes —by words, or by gestures.

[2.1]



I cannot recognize members of my family or my cherished friends.

[3.1]



I am so weak that I cannot sit up or even hold up my head without support.

[6.5]









Nothing about me without me.

任何有關我的決定，我一定要參與

— Valerie Billingham,

Through the Patient's Eyes,

Salzburg Seminar Session 356, 1998

醫療人員是專家，病人也是自己身體的專家