

台灣輔導與諮商學會
108年度長期照護心理專業人員培訓 Level II 課程

長照家庭
安寧緩和照護及預立醫療照護諮商

講師:張詩吟

馬偕紀念醫院安寧病房護理長

臺灣安寧照顧協會副秘書長

善終

- 第一層意義:【賴活不如好死】時，有機會選擇好死不用賴活著，當生不如死時能夠死亡就是善終。
- 第二層次意義:死亡是一個過程，過程中身、心靈與關係等各種痛苦或不安能得到安頓或舒緩，平安地邁向死亡。

生病了失能了，即便想好好的走，好像也不容易...

在一堆機器之後 我們看到了什麼？



『全力搶救』的法律基礎

【該救，因為醫師有救危急病人的義務】

- 醫師法第 21 條：醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。
- 醫療法第 60 條：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

【能救而未救，視同主動傷害！】

- 刑法第 15 條：對於犯罪結果之發生，法律上有防止之義務，能防止而不防止者，與因積極行為發生結果者同。

因自己行為致有發生犯罪結果之危險者，負防止其發生之義務

【若按病人意願不救，等同受病人囑託而殺之！】

- 刑法 275 條：教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者，處一年以上，七年以下有期徒刑。前項之未遂犯罰之。謀為同死而犯第一項之罪者，得免除其刑。

法務部法檢字第 10404502880 函

按醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；醫師對於危及之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延，醫療法第 60 條及醫師法第 21 條分別定有明文。

因此對於到院(所)之危急或救治困難之病人，於法律上醫師仍負有救治之義務，且因刑法第 275 條規定禁止加工自殺之行為，醫師不得以受病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有之作為，否則，於現行法律規定下，恐將涉及上述刑事責任之問題。

如果可以，會不會想要為
自己的生命做選擇？

決定的三個層次

- 病人自己決定
 - 當下的決定
 - 預先書面的決定
- 家人代為決定
- 醫師依病人最佳利益決定

生命受到威脅與失能時～

- 法律要求:對生命絕對的尊重

生命的效益大於自主權利

- 醫師的義務:維護生命(日內瓦宣言)

『...我將要盡可能地維護人的生命，自從受胎時起；即使在威脅之下，我將不運用我的醫學知識去違反人道。』

- 醫師使命:全力搶救，法所當然、理所當然、道(醫)德所當然
- 來自病人家屬的要求:『生命，所欲也，善終，亦欲也』
- 唯二例外:安寧緩和條例/病人自主權利法(鬆動生命權)

在台灣，我們可以有兩種方式
可以未自己的醫療做選擇

安寧緩和
條例

病人自主
權利法

立法目的

安寧緩和醫療條例

- 為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益

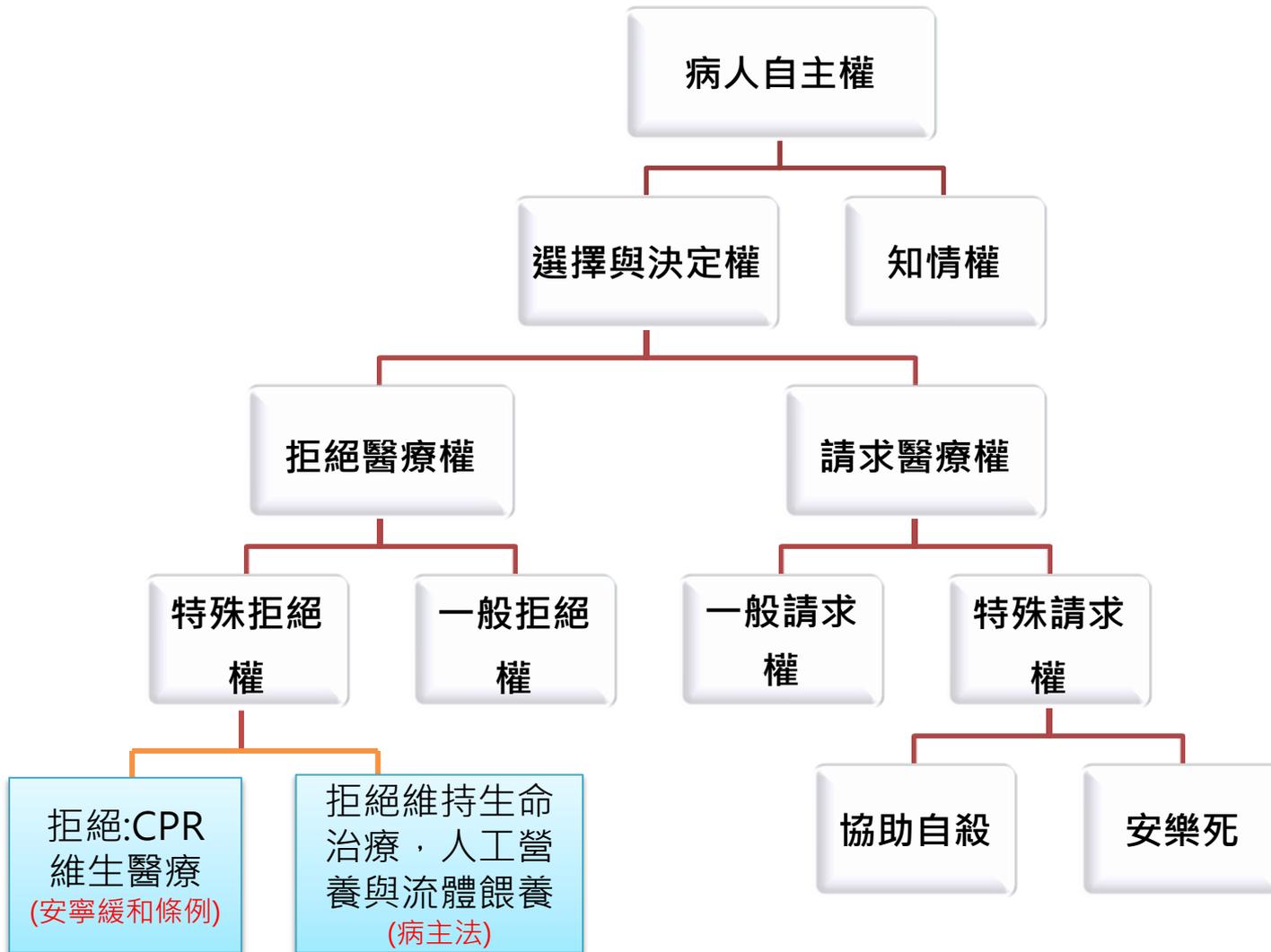
病人自主權利法

- 尊重病人醫療自主
- 保障其善終權益
- 促進醫病關係和諧

世界醫學會 WMA

- 1987 :
 - 無論是安樂死或醫助自殺，都是藉由藥物主動終結病人生命，即使基於病患或其近親之要求而為之，亦不合醫學倫理。
- 1992 :
 - 醫助自殺其本質與安樂死相同，均不符合醫學倫理。
 - 拒絕醫療乃是病人之基本權利，若醫師在尊重病人意願下終止治療，導致病人死亡之結果，亦與醫學倫理無違。

醫療自主權：知情、選擇、決定



台灣是亞洲第一個 立法保障自然死的國家





病人善終與自主權－立修法脈絡

2000.06.07立法
《安寧緩和醫療條例》

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。

2016.01.06立法
《病人自主權利法》

- 拒絕醫療權由「末期病人」擴大至「五大類特定臨床條件」之病人。
- 明定病人可予拒絕「維持生命治療」之權利，但須經過「預立醫療照護諮商」之醫病溝通過程，充分了解其個人自主意願，並經家屬之參與。

2002.12.11
第一次修法

「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」。

2011.01.26
第二次修法

「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。

2013.01.09
第三次修法

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。

2019.01.06
正式施行

世界衛生組織對安寧療護的定義

(Woodruff,2004)

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life threatening illness, through the **prevention and relief of suffering** by means of **early identification and impeccable assessment and treatment** of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. ”

安寧療護 理念

尊重生命尊嚴，尊重瀕死病人的權利。

醫療團隊運作的方式訂定照顧計畫，照顧病人與家屬。

以整個家庭為照顧單位。

重視病人與家屬之感情與感受，使生死兩相安。

出生及死亡皆自然法則，絕對不加工。

減輕痛苦，重視生命品質，使病人平安走完人生最後一程。

安寧療護服務之對象

服務對象	癌症病人
	漸凍人（運動神經元疾病）
	八大非癌疾病
	<ol style="list-style-type: none">1. 老年期及初老期器質性精神病態（失智症）2. 其他大腦變質（嚴重神經疾病如嚴重中風、嚴重腦傷等退化性疾病的末期）3. 心臟衰竭4. 慢性氣道阻塞疾病（例：慢性阻塞性肺病）5. 肺部其他疾病6. 慢性肝病及肝硬化7. 急性腎衰竭8. 慢性腎衰竭

安寧緩和條例

安寧緩和條例

第一條

為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益。(自然死法案)

安寧緩和條例

102.05.15行政院衛生署公告

『預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書』

『不施行心肺復甦術同意書』

『不施行維生醫療同意書』

『醫療委任代理人委任書』

『撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書』

已有安寧緩和條例，何須
再有病人自主權利法？

安寧緩和醫療條例第八條：

醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及
維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病
人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項
時，

應予告知

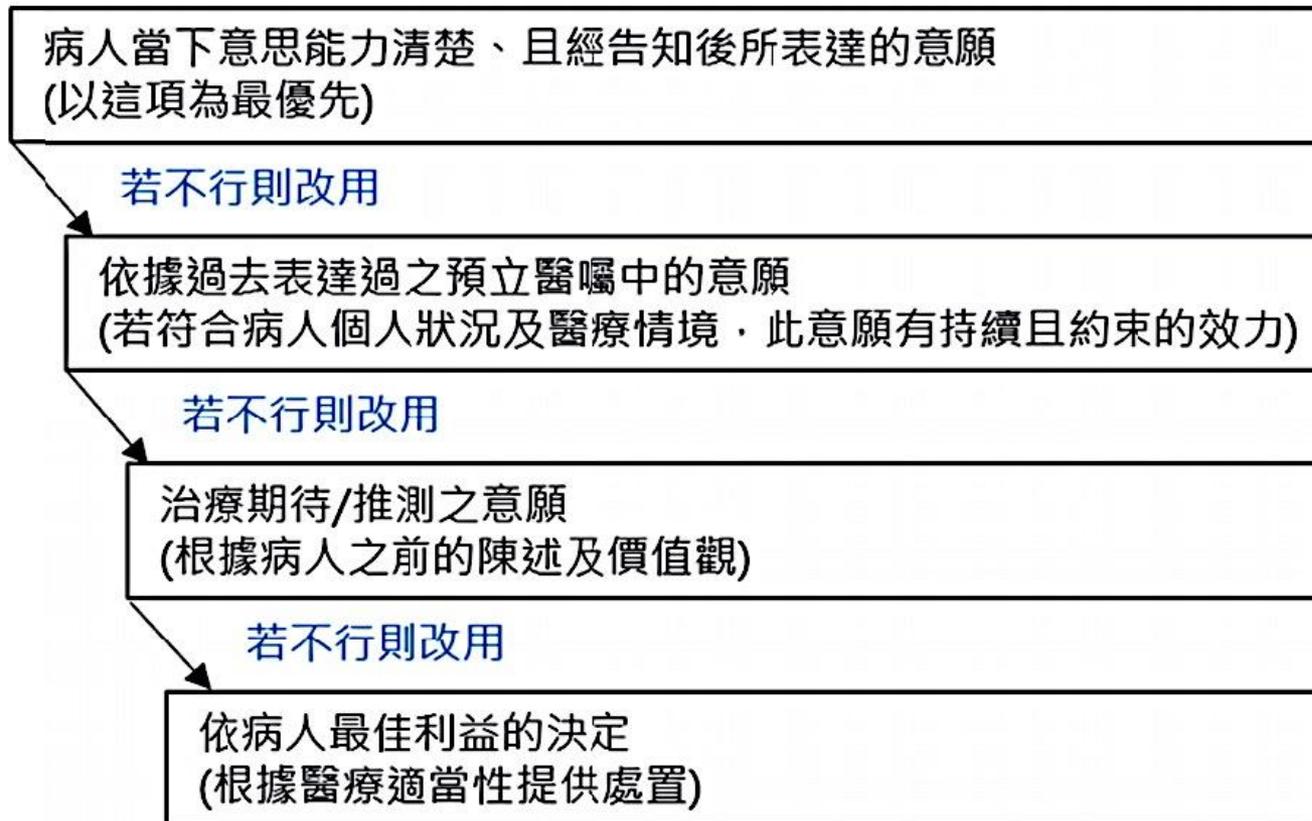
醫師法第十二之一條：

醫師診治病人時，應向病人或其家屬告
知其病情、治療方針、處置、用藥、預
後情形及可能之不良反應。

關於病人自主權利法

- 104年12月18日通過，105年1月6日公布，108年1月6日實施
- 首部以病人為主體的法案，確保病人有知情、選擇、決策的權利
- 尊重自主:病人、代理人、醫師:醫師專業裁量（得不執行）權利
- 預立醫療照護諮商(ACP)
- 預立醫療決定(AD)
- 醫療委任代理人(HCA)

醫療決策核心原則



圖一、病人意願：醫療決策的核心原則⁽¹⁷⁾

	本法說明
第一條	立法目的
第二條	主管機關
第三條	名詞定義
第四條	病人對醫療選項有選擇與決定之權
第五條	醫療機構或醫師應告知病人本人病情
第六條	病人接受手術或治療前簽具同意書
第七條	醫療機構或醫師對危急病人急救義務之除外
第八條	預立醫療決定
第九條	預立醫療決定之程序

本法說明

第十條	醫療委任代理人之要件與權限
第十一條	醫療委任代理人之終止委任及解任
第十二條	預立醫療決定註記於全民健康保險憑證
第十三條	意願人申請更新註記之情形
第十四條	醫療機構或醫師得依病人預立醫療決定終止、撤除或不施行急救
第十五條	執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容範圍
第十六條	提供病人緩和醫療及其他適當處置
第十七條	醫療機構或醫師應將病人之意願等事項記載於病歷
第十八條	施行細則
第十九條	施行日

第一條（立法目的）

1#為尊重病人醫療自主、保障其善終權利，促進醫病關係和諧，特制定本法。

- 以病人為主：從病情告知到醫療抉擇
(可減少家屬或關係人壓力和干涉)
- 事先準備：經ACP到AD
- 善終權的落實

第二條（主管機關）

2#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。

第三條（名詞解釋）

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、重度感染時所給予的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。

第三條（名詞解釋）

- 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：指接受病人書面委任，於病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。
- 六. 預立醫療照護諮詢：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。

第四條（醫療選項選擇與決定之權）

病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。

病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

第五條（告知病人本人病情）

病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。

第六條（手術或治療前簽具同意書）

病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前，醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

第七條（危急病人急救義務之除外）

醫療機構或醫師遇有危急病人，除符合第十四條第一項、第二項及安寧緩和醫療條例相關規定者外，應先予適當急救或採取必要措施，不得無故拖延。

第八條（預立醫療指示實體要件）

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。

維持生命治療

- 任何有可能延長病人生命之必要醫療措施：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。

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:
- 人工營養:靜脈注射水分及營養
- 流體餵養:鼻胃管灌食、胃造瘻灌食

第九條（預立醫療指示程序要件）

意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。

二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。

三、經註記於全民健康保險憑證。

意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參加。

第九條（預立醫療指示程序要件）

第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。

意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。

200床以上:醫護社心(3職系)
200床以下:醫護或社心(2職系)
醫師4學分/護理師6學分/社心11學分

第十條（代理人之要件與權限）

意願人指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人之外，不得為醫療委任代理人。

- 一、意願人之受遺贈者。
- 二、意願人遺體或器官指定之受贈者。
- 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。

第十條（代理人之要件與權限）

醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。

第十一條（代理人之終止委任及解任）

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

第十二條（全民健康保險憑證註記）

中央主管機關應將預立醫療決定註記於全民健康保險憑證。

意願人之預立醫療決定，於全民健康保險憑證註記前，應先由醫療機構以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫。

經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更預立醫療決定。

前項變更預立醫療決定之程序，由中央主管機關公告之。

預立醫療決定與臨床書面意思不一致

- 預立醫療決定不施行，臨床書面意思要積極
 - 尊重生命，積極救治
 - 醫療機構應依其書面明示之意思表示為之
- 預立醫療決定要積極，臨床書面意思不施行
 - 應慎重為之
 - 於撤回或變更程序完成前，醫師仍應依原預立醫療決定註記或醫療決定掃描電子檔之內容為之。

(摘自邱世哲醫師病主法講義)

第十三條（更新註記）

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。

第十四條（終止、撤除或不施行）

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、處於不可逆轉的昏迷狀況。
- 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。

第十四條（終止、撤除或不施行）

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兩次照會確認。

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。

第十五條（確認內容及範圍）

醫療機構或醫師對前條第一項第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。

第十六條（適當處置義務）

醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。醫療機構依其人員、設備及專長能力無法提供時，應建議病人轉診，並提供協助。

第十七條（登錄與保存義務）

醫療機構或醫師應將其所執行第十二條第三項、第十四條及第十五條規定之事項，詳細記載於病歷；同意書、病人之書面意思表示及預立醫療決定應連同病歷保存。

第十八條（施行細則）

本法施行細則，由中央主管機關定之

第十九條（施行日）

本法自公布後三年施行。2019/1/6施行

五款AD生效之臨床條件

第一類臨床條件 末期病人

末期病人

- **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。**
- **由兩位該疾病相關專科醫師確診**

末期病人

- 安寧緩和醫療條例第三條第二款：末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- 近期？未明確規定，臨床實務上或保險給付理賠上以6個月為原則

第二類臨床條件
不可逆轉之昏迷狀況

/

第三類臨床條件
永久植物人狀態

不可逆轉之昏迷

- **因腦部病變之持續性重度昏迷：**
 1. **因外傷致6個月以上意識無法恢復，或**
 2. **非因外傷致3個月以上意識無法恢復**
 3. **有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識**
- **由兩位神經醫學相關專科醫師確診！**

永久植物人

- **因腦部病變之植物人狀態：**
 1. **因外傷致6個月以上無法恢復，或**
 2. **非因外傷致3個月以上無法恢復**
- **由兩位神經醫學相關專科醫師確診！**

意識

- 醒覺
- 知覺

1.

- 要有醒覺才会有意義的知覺

2.

- 植物人狀態有醒覺無知覺

3.

- 昏迷狀態無醒覺也無知覺

第四類臨床條件 極重度失智

極重度失智

- 失智程度嚴重，持續有意識障礙，導致無法進行生活自理、學習或工作
- CDR \geq 3 或 FAST \geq 7
- 由兩位神經醫學相關專科醫師確診！

CDR3

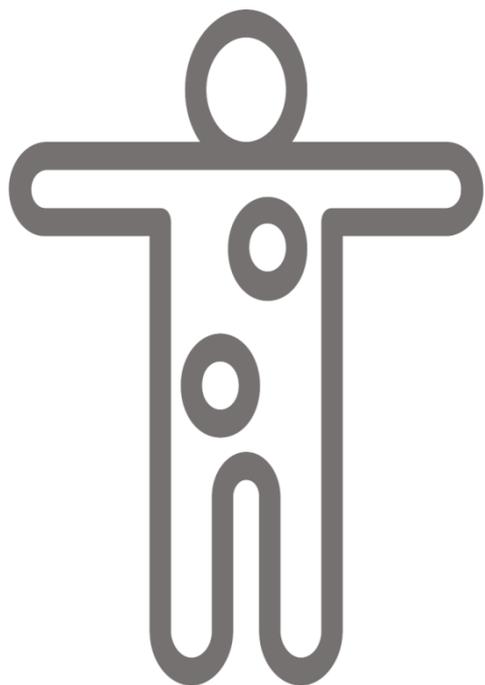
記憶力	定向感	解決問題能力	社區活動能力	家居嗜好	自我照料
記憶力嚴重減退只能記得片段。	只能維持對人的定向力。	不能作判斷或解決問題。	不會掩飾自己無力獨自處理工作、購物等活動的窘境。外觀上明顯可知病情嚴重，無法在外活動。	無法做家事。	個人照料需仰賴別人給予很大的幫忙。經常大小便失禁。

其他重症

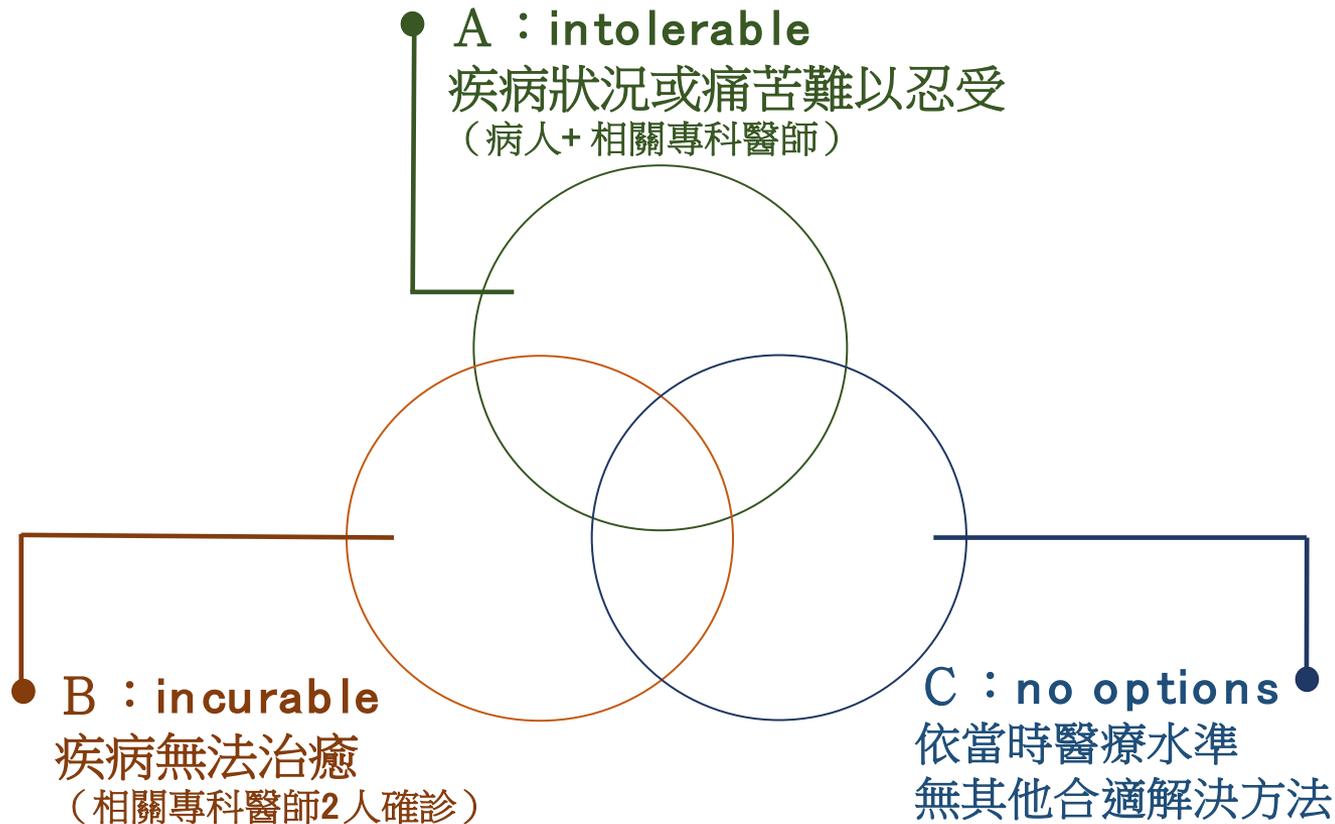
經中央主管機關公告之病人疾病狀況，需同時符合以下三要件：

1. 痛苦難以忍受
2. 疾病無法治癒
3. 無其他合適解決方法

(目前尚未有任何疾病公布)



符合第五類臨床條件



11項疾病擬納入「病主法」

- ▶ 多發性系統萎縮症
- ▶ 裘馨氏肌肉失養症
- ▶ 遺傳性表皮分解性水皰症
- ▶ 亨丁頓氏舞蹈症
- ▶ 肢帶型肌肉失養症
- ▶ 線狀肌肉病變
- ▶ 脊髓小腦退化性動作協調障礙
- ▶ 脊髓肌肉萎縮症
- ▶ 肌肉萎縮性脊髓側索硬化症
- ▶ 囊狀纖維化症
- ▶ 原發性肺動脈高壓



註：多發性系統萎縮症之外皆為罕見疾病

資料來源：衛福部 製表：記者吳亮儀

目前未定論!!

五款特定臨床條件之確認

各款特定臨床條件應由：

- **二位具相關專科醫師資格之醫師**
- **並經緩和醫療團隊至少二次照會確認**

ACP流程架構

1. 諮商前提供資訊(Pre-ACP)

- 應參與及得參與ACP之人員
- HCA及委任書
- AD及相關法令資料
- 了解自身價值觀與偏好之資訊
- 諮商費用說明



2. 預立醫療照護諮商(ACP)

- 知情、選擇、決定權
- AD生效的特定臨床條件
- AD法定程序(格式/變更/撤回)
- 促進善終議題溝通
- HCA的權限及中止/解任



3.ACP檢核表

- 製作紀錄、完成簽名、同病歷保存
- 機構在AD上核章



4.意願人完成AD

- 回家或現場簽署
- 完成見證或公證



5.完成之AD於醫療機構掃描上傳

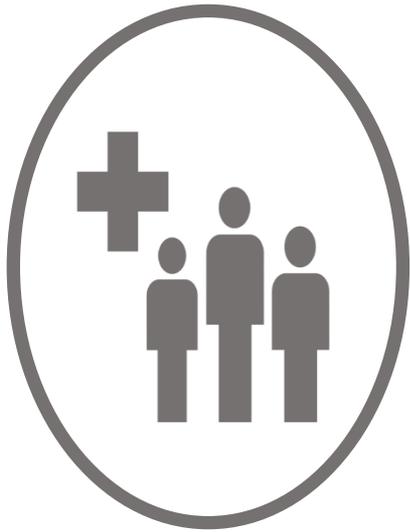
- 核對ACP檢核表
- 核對見證或公證是否完成
- 核對見證人與HCA是否重複



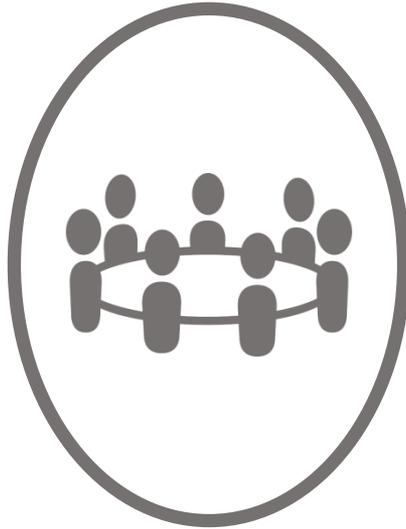
6. 查詢註記與變更

- 可至『衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈資訊系統』查詢
- <https://hpcod.mohw.gov.tw/>

ACP如何進行?



職類分工



會談流程



溝通技巧



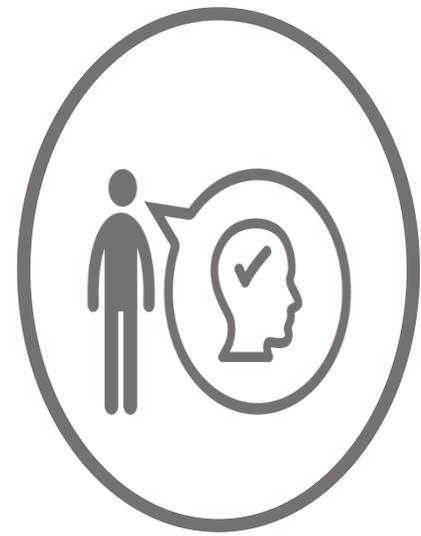
醫師

1. 解釋5款臨床條件
2. 解釋維持生命治療
3. 解釋人工營養/流體餵養
4. ACP的主持人



護理師

1. 說明維持生命治療相關照護
2. 說明人工營養相關照護方式
3. 說明可能的的照顧負擔
4. ACP的主持人



心理師/社工師

1. 評估家庭功能/動力
2. 同理與支持
3. 預期性哀傷之支持
4. 協助轉介相關資源
5. ACP的主持人

ACP如何進行?



職類分工



會談流程



溝通技巧

立醫療照護諮商參與人員

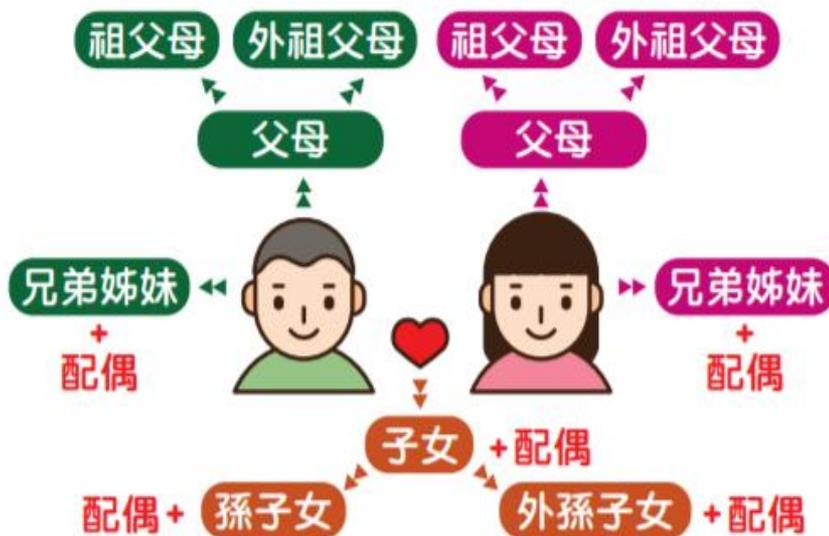
- 意願人
- 二親等親屬至少1人
- 醫療委任代理人(若有)
- 醫療團隊:醫師/護理師/心理師或社工師
(200床以上, 200床以下兩個職系)

二親等家屬



二親等內之親屬

- 二親等以內親屬包括血親及姻親
- 姻親－血親之配偶、配偶之血親、配偶之血親之配偶



預立醫療照護諮商 (ACP)目的

- 會談過程中家屬與HCA能清楚知道意願人對於善終的價值觀和想法
- 促成共融諮商

預立醫療照護諮商 (ACP)任務

- 說明意願人依本法擁有之權利:知情、選擇、決定權
 - ① AD生效的特定臨床條件:終止撤除或不施行維持生命治療、人工營養及流體餵養應符合之特定臨床條件
 - ② AD法定程序(格式/變更/撤回)
 - ③ 促進善終議題溝通
 - ④ HCA的權限及中止/解任規定
 - ⑤ 意願人可AD帶回家或現場簽署

預立醫療決定(AD)

(請參閱附件)

預立醫療決定(書)

(Advance Directive, AD)

- 意願人基本資料/見證或公證證明
- 第一部分：醫療照護選項
- 第二部分：諮商醫療機構核章證明
- 第三部分：醫療委任代理人委任書

病人自主權利法SOP

醫療單位

意願人

家屬



共融決策

具完全行為
能力人

- 探知自身的價值觀、信念與信仰
- 瞭解身體與疾病的狀態
- 釐清對醫療處置的期待
- 確認臨終治療與照顧意向

預立醫療照顧
計畫 (ACP)

決定自己在特定醫療情境下是否，或如何接受醫療，確保尊嚴善終。



簽署預立醫療
指示 (AD)

- 預立醫療決定 (寫下你想接受或不想接受的醫療處置)
- 指定醫療委任代理人

AD + 臨床



符合下列任一款
臨床條件時...

- 末期病人
- 不可逆轉的昏迷
- 持續植物人狀態
- 重度以上失智
- 其他重症

心理師於ACP之角色功能

1. 評估家庭功能/動力
2. 同理與支持
3. 預期性哀傷之支持
4. 協助轉介相關資源
5. ACP的主持人

案例

- 王爺爺，70歲，太太兩年前因癌症不勘疾病折磨自殺身亡，有三位子女，大兒子在國外，二女兒與小女兒同住在台北。
- 學歷:高中
- 參加諮商門診的動機:因為太太生病的過程與自殺身亡讓他很痛苦，希望自己以後不生病時可以不要這麼辛苦也不希望拖累孩子。
- 陪同參加ACP的人:二女兒與小女兒
- 疾病史:憂鬱症(已服藥兩年多)、高血壓

案例

- 王爺爺認為簽屬了AD之後，一旦生病就可以馬上解脫，所以希望快點完成簽屬。
- 二女兒與小女兒願意陪同前來參加諮商門診，但兩位女兒是不贊成爸爸來簽屬AD，因此在會議開始時，多沉默不語且氣氛僵硬認為爸爸就是只想到自己，未顧及晚輩們的感受....

意願人與家屬/HCA的心理需求

- 意願人對於「生命品質」與「善終」的期待與價值觀？
- **ACP參與者**(二親等內/HCA) ，對於意願人的自主意願，尊重與認同？
- ACP現場的家庭動力

意願人與家屬/HCA的心理需求

- 預期性哀傷

- 當事人或家人意識到死亡或失落不可避免時，一連串的哀傷反應(Zilberfein,1999; Hottensen,2010)
- 是健康且正常的可及早做心理準備與事務性準備，減少遺憾
- 提高「善終與善別」的動機與行動(需引導與促發)

ACP基本諮商與溝通技巧

- 傾聽理解並謹記聚焦(任務導向的溝通)
- 確認
- 說明並引導共享決策
- 鼓勵發問與表達意見
- 同理
- 提供支持與資源轉介

傾聽、理解並謹記要聚焦

- 傾聽、理解
 - 開放性提問，表達關懷、慈悲、投入
 - 允許時間慢下腳步理解對方的經驗
- 聚焦：任務導向的溝通
 - 告知民眾擁有知情、選擇與決定權
 - 醫療照護選項(特定臨床條件、維持生命治療、人工營養與流體餵養)
 - 後續程序(核章、見證/公證、註記、變更)
- 團隊角色的分工合作
 - 黑臉、白臉、救球、促進意見表達...

鼓勵發問與表達意見

- 邀請意願人與參與者發問
 - 還有沒有什麼想問的？你的每個問題都是很重要的。
- 重視問題
 - 鼓勵引導發、隨時注意非語言的姿態
- 澄清：
 - 你特別問到洗腎的停止時機，有關洗腎是否有讓你特別擔心的一些狀況？

評估與資源連結

- **肯定愛、勇氣、關懷、自主...等價值**
 - 雖然今天似乎還沒辦法讓家人都支持您的決定，但我看到大家似乎因為您而有了更多溝通與表達
- **針對哀傷及家庭動力評估，提供轉介資源**
 - 今天的時間主要還是在討論您的醫療照護與決定，但剛剛的過程中，我有發現太太與您對於作善終決策的價值觀有點落差，所以有些事情今天還無法達成共識，不知道這是否也影響你們相處上的其他層面？如果你們願意，可以考慮是不是另外約個時間跟我們會談（心理師或社工師）??

各職類人員在ACP所扮演之角色

- 團隊可以合體工作，也需要適時分流
- 每一位成員都可以是主持人
- 發現溝通受阻時，讓社心人員上場
- ACP是團體戰，每一位職系都重要，沒有人是沉默的

病主法並無法保證生命末期的所有醫療處置，諮商過程的促進共融諮商，讓家人認同意願人的決定才是更為重要的!!

**Thanks for your
attention**