

美和學校財團法人美和科技大學

100 年度教師產學合作計畫

結案報告書

計畫名稱：長期照護機構住民預立醫療自主計畫—前驅性研究

計畫編號：100-FI-DON-IAC-R-003

計畫期間：100 年 03 月 01 日至 101 年 2 月 29 日

計畫主持人：護理系吳宏蘭 副教授

共同主持人：黃美鳳 助理教授、曾明月 講師

協同研究人員：潘羽禎 護理師

研究助理：蕭乾豪

經費總額：50,000 元

經費來源：屏東縣私立順仁老人養護中心

中文摘要

當老年人罹患進行性末期疾病，若給予過多而無效的侵入性治療，並無法改善其病況，只是延長瀕死期，如此將嚴重影響老年人的生活品質。醫療自主計畫是當自己仍有行為能力時，針對生命最後階段醫療照護內容規畫的過程，當自己失去行為能力而無法表達對醫療照護的相關意見有助於個人對其家人、健康照護專業人員及其他相關成員，表達自己對於個人健康照護的想法及意願，能減少不需要或不想要的醫療及住院，以尊重個人的自主意願，並提供思考生命末期照護相關議題的機會。本研究屬於描述性研究設計，主要目的是在順仁老人養護中心家推行老年住民之醫療自主計畫，透過座談、演講與宣導活動推廣善終的概念。

(**關鍵詞**：老年人，醫療自主計畫，長期照護)

英文摘要

When elder suffer from advanced, terminal illness and receive futile and invasive treatments, their disease cannot be improved but the dying process will be prolonged. It impacts the quality of life among the elders. An advance care planning describes the process of planning end-of-life care while a person is still able to make decision with the aim of using this information should a person unable to communicate their wishes with their family, health care providers and other key persons. An advance care planning therefore can decrease unwanted and unwarranted treatments and hospitalization. It respects individual autonomy and provides the person an opportunity to think about end-of-life care and relative issues. This was a descriptive study that aims to promote advance care planning and concept of good death for elderly residents in a long-term care facility. The educational program and related educational materials were provided to improve knowledge for staff of the institution. The documents were also developed.

(**Key words** : elder, advance care planning, long-term care)

前 言

我國高齡人口漸增，高齡者罹患慢性病與功能障礙的情形極為普遍，使得有功能障礙或缺乏自我照顧能力的長者，對醫療服務與長期照護需求也大幅增加，我國長期照顧十年計畫目標旨在「保障身心功能障礙者能獲得適切的服務，增進獨立生活能力，提升生活品質，以維持尊嚴與自主」(衛生署，2010)。由於社會型態及價值觀的改變，家庭組成以小家庭為主，當老年人需要他人提供健康照顧時，除了在宅看護，長照機構已經成為主要安養處所的選擇，甚至是終老於機構，這與歐美國家的老人照護情形類似(Biola et al., 2007; Houttekier et al., 2010; Menec, Nowicki, Blandford, & Veselyuk, 2009; Teno, 2004; US HHS AHRQ, 2001)。

老年人的健康問題與照護需求要不同於青壯年，大多數的老人罹患多重慢性病，其病程漫長且多變、容易失能，不易預期其生命期限(Coventry, Grande, Richards, & Todd, 2005)，因此，老年人照護有其獨特性(Liao & Ackermann, 2008; Lusk, 2007)。老年人的醫療照護可能由「治療」轉為「治療與照護並重」或「照護超越治療」，照顧老年人的健康，除了防老抗老之健康促進外，面對無可避免的衰老、生病與死亡，其生命最後階段之照護良好與否，影響其生活品質與個人尊嚴亟巨(Amella, 2003)。世界衛生組織曾強調緩和療護在老人健康照護之重要性，將老人的緩和療護需要視為一新的公共衛生議題，建議各國在擬定相關政策時應考慮其重要性(Davies & Higginson, 2004)，因此長照機構必須提供一般的健康維護與生命末期照護，同時兼顧生與死的需要，不只重視生，也重視死亡，方能確保老年人的生命品質，達到生命無憾的目標。

當老年人罹患長期慢性病，並處於進行性末期疾病狀態，若給予過多而無效的侵入性治療，並無法改善其病況，只是延長瀕死期，如此將嚴重影響老年人的生活品質，不但為罹病的個人與家庭帶來莫大的痛苦與煎熬，也浪費有限的醫療資源，形成社會負擔(Palangkaraya & Yong, 2009; Pot et al., 2009)。因此，個人平時若能省思生死的意義、健康的價值及生活品質的意涵，並預先計畫自己在生命最後階段的醫療照護計畫，以作為醫療專業人員提供照護的參考依據，則較能獲得符合自己意願的醫療照護之保障，這對

於老年人而言，特別重要。當自己失去行為能力而無法表達對醫療照護的相關意見時，則只能由其家屬或法定代理人，或由醫療專業人員代為決定，以致於可能違反當事人原有的意願，甚或造成過度而無效的醫療處置，因此每個人最好能預先表達自己在生命末期醫療照護的主張。

醫療自主計畫或預立照護計畫(advance care planning, ACP)是指針對生命最後階段醫療照護內容規畫的過程，其概念源於尊重個人對於健康照護的選擇及自主決定(Jeong, Higgins et al. 2007)。醫療自主計畫(ACP)有助於個人對其家人、健康照護專業人員及其他相關成員，表達自己對於個人健康照護的想法及意願，能減少不需要或不想要的醫療及住院，以尊重個人的自主意願，並提供思考生命末期照護相關議題的機會(Blackford, Strickland, & Morris, 2007; Holman & Hockley, 2010; Lyon, 2007)。醫療自主計畫在歐美國家推行多年(Lyon, 2007)，這與安寧緩和療護的推動有關，反觀我國在推動這方面的健康照護政策上起步較晚、步調稍嫌緩慢(趙，2009)，相關研究也不足；因此推廣醫療自主計畫有其必要性。

長照機構的住民大多數是老年人，尤其是缺乏自我照顧能力或罹患多重慢性病者，從長照機構推廣醫療自主計畫，能協助老年住民表達其個人對於醫療照護的看法，促進其家人、醫療專業人員及長照機構照護人員瞭解並尊重其意願，並減少溝通障礙及照護爭議，因此本研究擬在某長照機構試行老年住民醫療自主計畫。

研究目的

1. 瞭解順仁老人養護中心(以下簡稱順仁養護中心)工作人員對於醫療自主計畫的看法。
2. 設計順仁養護中心住民之醫療自主計畫相關文件。
3. 推行順仁養護中心住民之醫療自主計畫。

文獻回顧

預立醫療自主計畫(Advance Care Planning, ACP)與預立醫療指示(Advance directives, ADs)

預立醫療自主計畫是指個人在自己意識清楚並具有決定能力時，為將來一旦失去決定能力時，預先為自己的醫療處置進行規劃的過程(蔡、潘、吳、邱、黃，2006)；其概念植基於尊重個人對於健康照護的選擇權及自主決定(Jeong, Higgins, & McMillan, 2007)；其重點在於透過充分的溝通，個人可以釐清自己的價值觀與對健康照護的偏好，使家人、醫療專業人員及其他相關成員，充分瞭解自己對於個人健康照護的態度及意願，以便在個人失去決定能力時，在醫療照護上能有所依循(蔡等，2006)。簡言之，預立醫療自主計畫是一計畫性、自願性且持續討論的過程，是以促進病人末期生命自決權及善終為目標(胡、楊，2009; Holman & Hockley, 2010)，乃基於尊重自主、行善、不傷害及正義的倫理原則，賦予個人為自身所期望的醫療方式，預先規劃的過程(蔡等，2006；方、張、林，2009)。

從蔡甫昌等人(2006)的文獻查證得知，預立醫療自主計畫的功能包括對於病人、家屬或代理人，以及醫療專業人員等三方面。從病人的角度則有自主、社會及教育之功能；預立醫療自主計畫的過程可增加個人對於死亡的控制感及自主感受，在預立醫療計畫時，個人得以預先考量當死亡迫近時，想要接受的治療方式及以何種方式死亡，並能夠確認屆時家屬、代理人及醫師會按照自己的意願來進行醫療照護，因此使個體面對死亡過程可以保有一定的控制力；在社會功能方面，可藉此讓家屬及代理人瞭解個人的態度及意願，以減少雙方在醫療決策的情感或財務上的負擔感受，在溝通的過程中亦有助於增進彼此的親密關係；藉由預立醫療計畫，有助於個人學習與死亡有關的議題及其照護的相關知識，此為其教育之功能。對於家屬或代理人的功能，因為他們與病人密切的互動關係，預立醫療自主計畫對其功能則與病人類似，包含減少做決定時的衝突與困擾、促進溝通、協助病人達到善終等社會與教育功能。對於醫療人員方面，在討論預立醫療計畫過程中，可促進與病人及家屬之信任關係，減少照護臨終病患可能產生的負面情緒及醫療糾紛等。

預立醫療自主計畫可針對預立醫療指示(Advance directives, ADs)進行討論，預立

醫療指示是指具有法定行為能力的人，以書面事先陳述自己將來失去做決定能力時，期望或不期望的醫療與照護方式；這一類的聲明包含生預囑(living will)及醫療代理人(durable power of attorney for health care)等。我國在 2000 年通過「安寧緩和醫療條例」，其目的在尊重及保障末期病人的醫療意願及權益，提升臨終品質及維護死亡的尊嚴，故法案的第五條明定具有行為能力者得預立意願書，包含生預囑及預立醫療委任代理人，這是國內推動預立醫療指示的法源依據，也是生命末期照護及尊重自主的重要里程碑(全國法規資料庫，2002)。

ACP 執行方式有五步驟：(1)呈現及說明主題，亦即由醫療人員適時提出預立醫療計畫的主題，說明相關概念及其目的等，並徵詢病人之意願；(2)參與結構化的討論，在病人或代理人瞭解相關資訊後，鼓勵提出疑問並澄清，以確認正確瞭解 ACP 的目的及價值；(3)完成書面資料的簽署，例如預立醫療指示，並列入病歷紀錄中；(4)再度檢視或更新預立醫療指示，應定期檢視已簽署的文件，必要時予以更新；(5)依據預立醫療指示，落實於實際的臨床照護情境(Emanuel, von Gunten, & Ferris, 2000)。

儘管前述的文獻指出預立醫療自主計畫及預立醫療指示在歐美國家已經實施二十多年的時間，對於生命末期照護有其價值，但事實上在這些國家的民眾實際簽署預立醫療指示文件的比率仍偏低(10-41%)，且依個人不同的健康狀況而有不同的簽署率(Holman & Hockley, 2010; Woytkiw, 2010; Schickedanz et al., 2009; Sudore et al., 2008)，其中的困難與阻礙因素，包含溝通問題、預立醫療指示的實質內容、病人的想法及選擇的偏好可能改變、文化因素及健康照護系統的因素等。以溝通因素而言，由於生命末期的相關議題是敏感、禁忌的話題，無論是個人、家庭或醫療照護體系對此議題的討論都有相當的困難，也欠缺表達及溝通技巧；預立醫療指示的內容為何？應該詳列還是原則指示？若要詳列，可能無法一一涵蓋所有的細節，若只是原則性的宣示，可能無法發揮實際的指示作用。不同的族群與文化對於 ACP 及 ADs 有不同的看法，有些民族傾向個人主義者，則主張應由個人自行表示意見，比較支持 ACP 及 ADs；反之，屬於集體主義或重視家族意見及情感者，較忽略 ACP 及 ADs，而希望轉由家屬協助做決定。其次在照護系統方面，有關組織或機構的支持程度，照護專業人員之間的關係，ADs 如何列入醫療或病歷紀錄等都會影響 ACP 及 ADs 的執行與成效(Woytkiw,

2010; Shanley et al., 2009)。

如何順利推行 ACP 或及 ADs，已有許多研究及文獻提供建議，例如 Shanley 等人(2009)訪談 41 位長照機構的經理人對於推行 ACP 的相關意見，結果顯示要成功地推行 ACP 必須有系統地進行 ACP，包括明確的指引、政策、方案及檢核表，明確的職責範圍，清楚的文件及檢閱系統，ACP 成為正式的規範，以及對工作人員及一般民眾的相關教育。相同地，Black 與 Fauske (2008)以焦點團體的方式共訪問 27 位機構的個案管理師，以瞭解他們對於推行 ACP 的看法，顯果顯示他們對 ACP 的定義及相關內容瞭解有限；在 ACP 所扮演的角色各有不同，有人未擔任何角色，但有人則扮演多重角色；影響 ACP 推行的阻因與促因，包含個案、家屬、個案管理師、ACP 計畫本身及機構相關因素等。

要順利推行 ACP，Shanley 等人(2009)歸納出推行 ACP 的連續性模式，包含高度系統性的方式至非系統性的方式，內容包含如何開始 ACP 的討論或訊息的提供、ACP 的範圍、追蹤後續的結果、文件的紀錄與檔案建立、組織對 ACP 的了解與支持程度等。其他的建議包含加強健康照護人員的溝通能力與技巧；透過教育的過程，教導民眾及健康專業人員對於生死議題及生命末期照護有更深入的了解及正確的認識；並從立法的角度，強化 ACP 執行的法源及必要性等(Woytkiw, 2010)。

何時開始討論 ACP，也是推行 ACP 重點考量，Malcomson 及 Bisbee(2009)訪談健康老人對於的 ACP 的看法，結果顯示討論 ACP 較好的時機是在健康相對較好的時候；而 Holman 與 Hockley(2010)建議適合討論 ACP 的時機如下：生命中重要的事件發生時(例如重大手術前後)、有關疾病的治療有重大改變時、失智症早期仍有行為能力可以思考未來事情時、罹患進行性疾病且有反覆住院情形、入住安養護機構或護理之家時、被診斷為進行性不可治癒的疾病、或自覺可以討論此議題的體弱老年人。

無論是 ADs 或 ACP 都是一個動態、持續的討論過程，需要定期檢視其文件的內容，以符合當事人(或病人)的期望(Holman & Hockley, 2010; Lyon, 2007)，因為每個人的想法會隨時間、健康狀況等變化而改變，在當事人、家屬與照護人員共同、持續的

溝通過程中，可瞭解當事人的價值觀、需求與期望，將有助於降低臨終前做決定的衝突與紛爭，並尊重及維護當事人的權益，特別是在我國的文化習俗中，參與醫療照護決策的往往是家屬，醫護人員也以尊重家屬的意見為考量的重點，因此常常忽略末期病人的自主與權益，特別是病人已喪失意識、無法自主做決定時，因此個人預先表達自己的意願極態度將有助於減少許多困擾與紛爭。

有關長照機構推行 ACP 的方式，國外文獻也提供相關經驗供參考，首先必須建立 ACP 的推行指引、建立相關的文件檔案、監測實施的品質及成效、進行工作人員、住民或家屬的相關教育等(Fernandes, 2008)。根據 Blackford 等人(2007)推行 ACP 的經驗，其實施 ACP 的指引如下：(1)評估及確認實施 ACP 的需要，(2)促使機構對計畫的支持，(3)取得其他相關人員或外部組織的支持，(4)發展實施的計畫，(5)建立文件及醫療紀錄等檔案，(6)傳遞相關資訊，(7)實工作人員、住民及家屬的教育課程或訓練，(8)評值成效，(9)持續推動計畫。而實際實施 ACP 的過程則包含(1)開啟對話的機會，以回應住民的需求；(2)評估住民及家屬的瞭解程度及對於相關資訊的需要；(3)提供資訊；(4)促進與相關關鍵成員的溝通，包含家屬及親友、醫師或其他專業成員；(5)評估住民及家屬對於所提供資訊之理解程度；(6)提供住民表達對於 ACP 的價值與目標看法之機會；(7)將其意願寫入 ACP 中；(8)檢視 ACP 的執行。

五個願望(The Five Wishes)

佛羅里達尊嚴老年委員會(The Florida Commission on Aging with Dignity)是美國一個非營利民間機構(NPO)，其成立宗旨是宣揚並確保老年人的人性尊嚴與促進生命末期照護的品質，它在 1997 年推行「五個願望」(The Five Wishes)的活動。「五個願望」是另一種預立醫療指示的文件，它不僅包含生預囑，也包含委任醫療代理人及心理與社會相關的議題，其內容載明如下：(1)在我無法做出醫療決定時，替我做主的人；(2)我希望或不希望接受的醫療方式；(3)我想要的舒適照顧；(4)我希望別人對待我的方式；(5)我想對我心愛的人說的話(Aging with Dignity, 2010)。它在全美 50 州及華盛頓特區皆具法律效力，已有 1 千 200 萬人使用過，文件共有 23 種語言版本及兒童版(但非屬法律文件)。

「五個願望」是一個簡單、易懂、容易使用的文件，有助於醫護人員、照顧者或當事人對預立醫療指示、生命末期照護相關內容進行溝通、討論，能幫助親友、醫護人員等瞭解當事人對於日後生命末期照護計畫的想法，最早除了運用在老年人，後來也運用在其他對象，例如 Wiener 等人(2008)調查 20 位罹患轉移性癌症或感染 HIV 的青少年及青年人對於「五個願望」的看法，結果顯示數 95% 的受訪者認為「五個願望」內容的討論對自己是有助益的，若討論這些內容也未感壓力。

綜合上述文獻查證的結果，瞭解 ACP 為一計畫性、自願性且持續討論的過程，個人得以表達自己對於健康照護的主張，使家人及醫療專業人員，能充分瞭解自己的意願，以達到善終的目的。ACP 的執行有賴個案、家屬、健康照護專業人員及機構的認同、支持與合作，方能順利達成。國內在長照機構推行 ACP 及相關研究闕如，因此亟待推動，以提升住民的生命末期照護。

研究主題內容

研究設計與研究對象

本研究屬於描述性研究設計，採立意取樣的方式，針對順仁養護中心推行老年住民之醫療自主計畫。

研究進行方式

- 一、召開工作人員的座談會
- 二、與家屬討論安寧緩和醫療意願書之填寫，並澄清對安寧緩和醫療之相關問題
- 三、推行機構住民之醫療自主計畫

計畫進行概況

- 一、100 年 3 月 10 日與機構負責人及社工洽談本計畫內容，瞭解現階段機構在照護住民的概況(特別是生命末期照護部分)，並討論對計畫進行之相關意見。
- 二、100 年 3 月 24 日與機構負責人、護理人員、社工及照顧服務員(部分代表)討論對生命末期照護的看法及困難，特別是推動 DNR 之簽署，簡介安寧緩和醫

療條例及四項意願書(附件)。並與家屬討論安寧緩和醫療意願書之填寫，澄清對安寧緩和醫療之相關問題。

三、100年11月11日與護理人員、社工討論最近半年來推動DNR之情形，說明未來預定推行的工作內容，瞭解其需要，並介紹ACP之相關概念及推動方式。

四、推動ACP計畫

(一)建立生命末期照護之相關文件紀錄及表單：包含入住評估單及護理紀錄(加註與安寧緩和醫療意願書之相關意見)、生命末期照護之會談與輔導紀錄。

(二)建置生命末期照護之教育資料：包含繪本故事之運用、與家屬及住民的溝通手冊、安寧緩和療護之介紹、急救與心肺復甦術之介紹、相關衛教單張與視聽教材及佈告欄之設計等。

計畫進行結果

一、機構負責人、護理人員、社工及主要照顧服務員能瞭解安寧緩和醫療之目的及相關意願書填寫注意事項。

二、與住民之家屬討論安寧緩和醫療意願書之填寫，澄清對安寧緩和醫療之相關問題，並有三位住民填妥「預立選擇安寧緩和醫療意願書」。

三、推動ACP情形

(一)試用並持續修正生命末期照護之相關文件紀錄及表單

(二)機構能提供住民與家屬有關生命末期照護之相關資訊與單張供參閱

(三)護理人員與社工可使用相關衛教單張與視聽教材，促進機構工作人員、住民與家屬對安寧緩和醫療、相關意願書及ACP之瞭解

參考資料

- 方慧芬、張慧玉、林佳靜 (2009)·末期病人面臨預立醫囑、生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題. *護理雜誌*, 56(1), 17-22.
- 全國法規資料庫 (2002, 12月)·安寧緩和醫療條例. 2010年12月17日取自
<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066>
- 胡文郁、楊嘉玲 (2009)·生命末期之病情告知與預立照護計畫. *護理雜誌*, 56(1), 23-28.
- 趙可式 (2009)·台灣安寧療護的發展與前瞻. *護理雜誌*, 56(1), 5-10.
- 蔡甫昌、潘恆嘉、吳澤玫、邱泰源、黃天祥 (2006)·預立醫療計畫之倫理與法律議題. *臺灣醫學*, 10(4), 517-536。
- 衛生署 (2010)·我國長期照顧十年計畫摘要本(核定本). 2010年12月17日取自
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2.aspx?now_fod_list_no=10578&class_no=211&level_no=1
- Aging with Dignity (2010). Five-wishes. 2010年12月12日取自
<http://www.agingwithdignity.org/five-wishes.php>.
- Amella, E. J. (2003). Geriatrics and palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 5, 40-48.
- Biola, H., Sloane, P. D., Williams, C. S., Daaleman, T. P., Williams, S. W., & Zimmerman, S. (2007). Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 846-856.
- Black, K. & Fauske, J. (2008). "Measuring case managers' advance care planning practice: Translating focus group findings to survey development." *Care Management Journals*, 9(4): 166-176.
- Blackford, J., E. Strickland, et al. (2007). "Advance care planning in residential aged care facilities." *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 27(1), 141-151.
- Coventry, P. A., Grande, G. E., Richards, D. A., & Todd, C. J. (2005). Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. *Age and Ageing*, 34(3), 218-227.
- Davies, E., & Higginson, I. J. (Eds.). (2004). *Better palliative care for older people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Fernandes, G. (2008). Implementation of best practice in advance care planning in an 'ageing in place' aged care facility. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 270-276.
- Holman, D., & Hockley, J. (2010). Advance care planning-- The 'What', the 'Why', the 'How

- and when' -- A UK perspective. *Singapore Nursing Journal*, 37(4), 10-16.
- Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Addington-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2010). Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 751-756.
- Jeong, S. Y., Higgins, I., & McMillan, M. (2007). "Advance care planning (ACP): The nurse as 'broker' in residential aged care facilities." *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 26(2), 184-195.
- Liao, S., & Ackermann, R. J. (2008). Interdisciplinary end-of-life care in nursing homes. *Clinical Gerontologist*, 31(4), 83-96.
- Lyon, C. (2007). Advance care planning for residents in aged care facilities: What is best practice and how can evidence-based guidelines be implemented? *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(4), 450-457.
- Lusk, C. (2007). The need for palliative/end-of-life care programs in LTC. *Canadian Nursing Home*, 18(4), 9-15.
- Malcomson, H., & Bisbee, S. (2009). Perspectives of healthy elders on advance care planning. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(1), 18-23.
- Menec, V. H., Nowicki, S., Blandford, A., & Veselyuk, D. (2009). Hospitalizations at the end of life among long-term care residents. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 64(3), 395-402.
- Palangkaraya, A., & Yong, J. (2009). Population ageing and its implications on aggregate health care demand: empirical evidence from 22 OECD countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, March 20.
- Pot, A. M., Portrait, F., Visser, G., Puts, M., van Groenou, M. I., & Deeg, D. J. (2009). Utilization of acute and long-term care in the last year of life: Comparison with survivors in a population-based study. *BMC Health Services Research*, 9(139), 12 pages.
- Schickedanz, A. D., Schillinger, D., Landefeld, C. S., Knight, S. J., Williams, B. A., & Sudore, R. L. (2009). A clinical framework for improving the advance care planning process: Start with patients' self-identified barriers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 31-39.
- Shanley, C., Whitmore, E., Khoo, A., Cartwright, C., Walker, A., & Cumming, R. G. (2009). Understanding how advance care planning is approached in the residential aged care setting: A continuum model of practice as an explanatory device. *Australasian Journal on Ageing*, 28(4), 211-215.
- Sudore, R. L., Schickedanz, A. D., Landefeld, C. S., Williams, B. A., Lindquist, K., Pantilat, S. Z., et al. (2008). Engagement in multiple steps of the advance care planning process: A descriptive study of diverse older adults. *Journal of the American*

Geriatrics Society, 56(6), 1006-1013.

Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., et al. (2004).

Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*, 291, 88-93.

US Department of Health & Human Services (HHS), Agency for Health Research and Quality (AHRQ) (2001). The characteristics of long-term care users: AHRQ Research Report. 2010 年 12 月 17 日取自 www.ahrq.gov/research/ltcusers

Wiener, L., Ballard, E., Brennan, T., Battles, H., Martinez, P., & Pao, M. (2008). How I wish to be remembered: The use of an advance care planning document in adolescent and young adult populations. *Journal of Palliative Medicine*, 11(10), 1309-1313.

Woytkiw, T. D. (2010). Advance care planning. *Canadian Nursing Home*, 21(3), 13-17.

附 件

附件一 安寧緩和醫療條例及四項意願書

安寧緩和醫療條例

- 中華民國八十九年六月七日總統(89)華總一義字第 08900135080 號令公布全文 15 條；並自公布日起施行
- 中華民國九十一年十二月十一日華總一義字第 09100239020 號令修正公布第 3、7 條條文
- 中華民國一〇〇年一月二十六日華總一義字第 10000015621 號令修正公布第 1、6 之 1、7 及 13 條條文

條 文

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，特制定本條例。

第二條

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。

第三條

本條例專用名詞定義如下：

1. 安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。
2. 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。
3. 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、人工呼吸或其他救治行為。
4. 意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部之人。

第四條

末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

1. 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
2. 意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。

3. 立意願書之日期。

意願書之簽署，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之醫療機構所屬人員不得為見證人。

第五條

二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。

第六條

意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。

第六條之一 經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其安寧緩和醫療意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。

前項簽署之意願書，應由醫療機構或衛生機關以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。

經註記於健保卡之安寧緩和醫療意願，與意願人臨床醫療過程中明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。

第七條

不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

1. 應由二位醫師診斷確為末期病人。
2. 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。

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，依前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，應於不施行心肺復甦術前以書面為之。

末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

最近親屬未及於醫師施行心肺復甦術前，依第三項至第五項規定出具同意書時，原施予之心肺復甦術，得經醫療委任代理人或第四項第一款至第三款之親屬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。

前項得簽署同意書之親屬，有已死亡、失蹤或不能為意思表示時，由其餘親屬共同簽署之。

第七項之醫學倫理委員會應由醫學、倫理、法律專家及社會人士組成，其中倫理、法律專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

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

1. 配偶。
2. 成年子女、孫子女。
3. 父母。
4. 兄弟姐妹。
5. 祖父母。
6. 曾祖父母或三親等旁系血親。
7. 一親等直系姻親。

第八條 醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。

第九條 醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。

第十條 醫師違反第七條規定者，處新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。

第十一條 醫師違反第九條規定者，處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

第十二條 本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。

第十三條 刪除

第十四條 本條例施行細則，由中央主管機關定之。

第十五條 本條例自公布日施行。

安寧緩和醫療條例施行細則

| | |
|------|--|
| 第一條： | 本細則依安寧緩和醫療條例（以下簡稱本條例）第十四條規定訂定之。 |
| 第二條： | 經診斷為本條例第三條第二款之末期病人者，醫師應於其病歷記載下列事項： 一、治療過程。 二、與該疾病相關之診斷。 三、診斷當時之病況、生命徵象及不可治癒之理由。 |
| 第三條： | 本條例第七條第一項第一款所稱之二位醫師，不以在同一時間診斷或同一醫療機構之醫師為限。 |
| 第四條： | 本條例第七條第二項所稱相關專科醫師，指與診斷末期病人所罹患嚴重傷病相關專業領域範圍之專科醫師。 |
| 第五條： | 本條例第七條第五項所稱得以一人行之，於同條第四項所定同一款之最近親屬有二人以上時，指其中一人依同條第三項定出具同意書者，即為同意不施行心肺復甦術。 |
| 第六條： | 本條例第八條所稱家屬，指醫療機構實施安寧緩和醫療時，在場之家屬。 |
| 第七條： | 本條例第九條所定之意願書或同意書，應以正本為之。但病人轉診者，由原診治醫療機構留具影本，正本隨同病人轉診。 |
| 第八條： | 本細則自發布日施行。 |

預立選擇安寧緩和醫療意願書

本人 _____ 瞭解醫療有所極限，若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，簽署本意願書並同意加註於本人之全民健康保險憑證（健保 I C 卡）內，選擇接受安寧緩和醫療，於臨終、瀕死或無生命徵象時，願接受緩解性、支持性之醫療照護及不接受施行心肺復甦術。

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

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

法定代理人：(簽署人未成年方須填寫)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

醫療委任代理人：(簽署人為醫療委任代理人方須填寫並應檢附醫療委任代理人委任書)

簽名：

國民身分證統一編號：

住(居)所：

電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

1. 安寧緩和醫療條例第三條規定：

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痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。
- 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、人工呼吸或其他救治行為。

- 四、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部之人。
2. 安寧緩和醫療條例第五條規定：
二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。
前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。
3. 安寧緩和醫療條例第七條規定：
不施行心肺復甦術，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。
前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。
末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但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。

不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate) 同意書

病人 _____ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項之規定，同意在臨終、瀕死或無生命徵象時，不施行心肺復甦術。

同意人：(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

與病人之關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附註：

安寧緩和醫療條例第三條規定：

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痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。
- 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、人工呼吸或其他救治行為。
- 四、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療全部或一部之人。

安寧緩和醫療條例第七條規定：

不施行心肺復甦術，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。
- 前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但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、成人直系血親卑親屬。

- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

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，依前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，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。

末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。

「預立選擇安寧緩和醫療意願」健保 IC 卡註記登錄 Q&A

一、問：簽立「預立選擇安寧緩和醫療意願」應該注意什麼事項？

答：1 簽立人的基本條件是必須年滿二十歲以上並具行為能力。

2 以正楷正確於簽立人欄位親筆簽名並填寫意願書所有內容,特別是身分證字號、出生年月日、電話、地址等。

3 寄到台灣安寧照顧協會的意願書必須是正本。

4 二位見證人的資料也必須完整。

5 見證人必須年滿二十歲以上，身分無特別限制，可以是親屬、朋友或醫院志工等。

二、問：為什麼要將「預立選擇安寧緩和醫療意願」加註在健保 IC 卡上呢？

答：為尊重末期病人之醫療意願及保障其善終之權益，我國於 89 年公布施行『安寧緩和醫療條例』，條文中明訂：

1. 末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。

2. 二十歲以上具行為能力之人，得預立意願書。

但對於已經簽署安寧緩和醫療意願書之民眾，所簽立之「意願書」若未隨身攜帶，在末期病危，卻無法主動出示時，一般醫療院所，就醫護人員的職責，仍應全力救治，導致常發生不符合病人意願與利益之急救等遺憾事件。因此，在健保 IC 卡上註記安寧緩和醫療意願，以提醒醫護人員尊重病患不施行心肺復甦術之意願，確實有其重要性。

三、問：民眾該如何將「預立選擇安寧緩和醫療意願」加註於健保 IC 卡上呢？

答：只要將已填妥之『預立選擇安寧緩和醫療意願書』正本，寄至台灣安寧照顧協會（地址：台北縣 25160 淡水鎮民生路 45 號，電話：02-28081585，網址：www.tho.org.tw）即可，台灣安寧照顧協會將會彙整相關資料送至行政院衛生署轉中央健保局完成加註事宜。

四、問：「預立選擇安寧緩和醫療意願書」一旦簽立並已加註於健保 IC 卡上，是否就無法撤回意願及取消註記？

答：不是的，若您簽立「預立選擇安寧緩和醫療意願書」後，如改變想法欲撤回意願時，您只需要填妥「撤回選擇安寧緩和醫療意願聲明書」，親筆簽名及附註身分證字號，將該書面寄回受理委託執行之台灣安寧照顧協會，該會將協助您辦理撤回選擇安寧緩和醫療意願及取消將意願加註於健保 IC 卡的手續。

.....

* 希望您能提供下列訊息，作為政策訂定或辦理安寧療護相關宣導之參考：

1. 教育程度：國中及以下 高中/高職 大學/專科 研究所以上
2. 職業：軍 公 教 商 技術及事務工作人員 家管 自由業 學生
其他
3. 宗教：無 佛教 道教 基督教 天主教 其他
4. 安寧療護訊息獲得之管道（可複選）：

醫院宣導/醫院名稱:

衛生機關宣導/機關名稱:

社團活動/社團名稱:

報章雜誌 親朋好友 電視 網路 廣播 宣導單張 其他

5. 是否願意接受衛生署委辦單位(台灣安寧照顧協會)後續之相關問卷調查?

是 否