

末期病人照護手冊

衛生福利部 指導 | 台灣安寧緩和醫學學會 編著

目錄

壹、 觀念篇	1
貳、 病人常見的生理變化及處置	4
參、 病人心理需求與家屬心理狀態	11
肆、 病人社會需求與資源運用	17
伍、 病人臨終前的準備	22

壹、觀念篇

一、安寧緩和療護介紹

安寧緩和療護是以身心靈之安適為目標，針對罹患無法治癒疾病的病人及其家屬，解決各種不同層面之不適症狀與需求的照護模式。

安寧緩和療護雖然是以末期疾病之照護為主，但在本質上卻是秉持著尊重和肯定生命的態度，死亡是人生的自然過程，不需要去刻意的延長或加速，轉而將死亡視為深化與反思生命正面成長的力量。專業的安寧緩和療護團隊，幫助病人面對死亡可能到來的恐懼，參與未來各項醫療照護之決策，運用各種方法與技術，積極處理疼痛與不適症狀，協助病人及家屬在家中、醫院甚至安養機構，有尊嚴、有品質地走完人生最後旅途，也協助家屬面對至親離開的調適，達到生死兩相安的境界。

二、安寧緩和療護之照護內容及模式

(一) 照護內容：

症狀控制、病人身體舒適照護、心理、社會、靈性照護、居家環境評估、指導家屬簡易的照護技巧，提供全人、全家、全程、全隊、全社區的照護。

(二) 服務模式：

1. **門診照護**：病況比較穩定之病人，以門診之模式追蹤。
2. **住院照護**：有急性不適症狀在家難以得到舒緩者，或有急性醫療狀況者，可以住院處理。
3. **居家照護**：病人症狀較穩定或希望在家善終，可由居家護理師及團隊持續追蹤及處理病人在家的狀況及症狀，協助家中環境的規劃及醫療輔具的租借，視病人狀況提供居家訪視，並提供全天 24 小時的緊急電話服務。
4. **共同照護**：在病人住院之階段，若無轉至安寧病房之立即需求，可由安寧緩和團隊與原治療團隊互相合作，在原病房共同處理病人及家屬之不同症狀及需求，跨越安寧病房之界線，讓需要的病人都能接受完善的安寧緩和療護。

5. **機構式照護**：安養／護機構之住民若符合安寧照護之收案條件，由醫療團隊到機構提供住民症狀控制及其他需求之照護服務，使機構的住民也能獲得完善的末期照護。

三、對安寧緩和療護常見之錯誤觀念

(一) 接受安寧緩和療護就是等待死亡？

不是的！安寧緩和療護強調用更積極的方式減除病人的各種痛苦，並不是什麼都不做的消極等待死亡來臨。在不影響病人舒適的前提下，安寧緩和療護團隊仍然會安排症狀相關之檢查，找出可能之原因，安排治療方式以緩解病人疼痛及不適症狀，提升生活品質。

(二) 接受安寧緩和療護就等於「安樂死」？

不是的！安寧緩和療護絕對不是安樂死，反而更積極協助、陪伴末期病人及家屬，在最後的日子能夠有意義、有品質、舒適地走完這一生，絕不會刻意提前結束病人的生命。

(三) 只有臨終的病人才能接受安寧緩和療護？

不是的！安寧緩和療護的適用對象早已不限於生命末期病人，若能在確定診斷後，早期接受安寧緩和療護的觀念與介入，可協助病人及家屬在疾病治療同時，也能有較好的生活品質。事實上，安寧緩和療護之早期介入，主要的目的就是要找出病人在醫療照護上未被滿足之需求，並且依照其需求提供協助，在適當時機開啟溝通，討論其生命價值觀、調整治療方向，並對適合的個案轉介符合其需求之安寧緩和療護服務模式，才能有效改善不同疾病階段病人的整體照護品質。

四、如何申請安寧緩和療護服務

可向原就診的醫療院所就近洽詢，其途徑可分為：

(一) 門診或居家病人：

可先至醫院之安寧緩和療護門診就診，經由負責醫師評估討論後，再決定安排安寧病房住院或進行安寧緩和居家照護。

(二) 住院病人尚未接受安寧緩和療護：

可直接向原住院病房之醫療團隊提出會診安寧緩和療護之需求，討論照護目標，轉介安寧緩和共同照護服務或進一步安排其他安寧緩和療護之服務模式。

(三) 跨院尋求安寧緩和照護資源：

可先向原診治醫院申請病歷摘要（內容應包括診斷、檢查報告、治療方式、目前藥物、相關影像檢查結果等），再由原診治醫院協助轉介或至符合需求之醫療院所安寧緩和照護門診尋求諮詢與協助。

五、在地安寧緩和療護資源查詢：

(一) 衛生福利部安寧療護諮詢電話：

0800-220-927（愛安寧·就安心）

(二) 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：

<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/peaceful/hpcodlist.aspx>

(三) 衛生福利部國民健康署健康九九網站安寧緩和資源中心：

<https://health99.hpa.gov.tw/theme/tab/576/1274>

(四) 衛生福利部中央健康保險署安寧療護（住院、居家、共照）網路查詢服務：

<https://www.nhi.gov.tw/ch/np-2890-1.html>

(五) 台灣安寧緩和醫學學會 臺灣安寧照護服務網絡：

https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1W0wJOrR8JP9Wp_hZAOHgyaoF4SWX1mj4L&ll=23.796630411351508%2C120.23435073671877&z=8

(六) 安寧照顧基金會安寧資源地圖：

<https://www.hospice.org.tw/resource>

貳、病人常見的生理變化及處置

末期病人在照顧過程中，生理方面常出現一些變化及不舒服，如果沒有獲得妥善處理，將可能會造成病人及家屬的焦慮不安，甚至在病人離世後，往往想到親人臨終前的樣貌，心中傷痛難以平復，因此本章節將針對末期病人一般常見生理症狀及處置方式進行說明，期望能協助病人善終、家屬善別與善生。

一、一般常見生理症狀及處置

(一) 慢性疼痛

慢性疼痛是一種主觀上覺得不舒適的經驗，它可能是間歇地或持續地出現，有時候疼痛發作或痛一整天時，會讓病人想放棄或有斷絕治療的念頭。

安寧緩和療護的照護目標最重要的是減輕疼痛和預防疼痛再發作，安寧團隊工作人員有許多經驗能協助病人，儘量減輕疼痛及增加舒適，醫療團隊需要和病人一起參與疼痛控制計劃，二者密切配合。疼痛控制計劃內容：

1. 評估您本身對疼痛與疼痛控制的想法。
2. 瞭解及體會病人的疼痛，並且幫助病人控制疼痛，達到您可以接受的程度。
3. 絕不會遺棄病人，會積極地處理病人的疼痛。
4. 協助及評估病人的疼痛在什麼時候最痛、什麼時候較舒服或什麼治療等等。
5. 鼓勵病人與家屬共同參與疼痛控制的計劃，並且建立合乎病人身體現況的照護目標。
6. 教導病人如何服用止痛藥，一定要遵照醫護人員指示服用，勿隨意停止或更改，為了讓止痛藥在血中保持一定的濃度，按時服藥是最正當且最有效的方法。若有一些副作用出現：如噁心感、便秘、小便困難或昏迷的現象，請即刻通知醫療團隊人員處理。
7. 止痛藥可單獨使用或合併使用，假如疼痛改善程度還不盡理想，則考慮藉用其他輔助藥的幫忙。輔助藥有類固醇，抗憂鬱藥等，雖

然無止痛效果但卻能增強止痛藥的療效。

8. 使用多種措施來控制疼痛如放鬆療法、物理治療（按摩、冷敷或熱敷）或聽音樂等，都可增加止痛的效果。

（二）呼吸困難

病人常會表示胸悶、吸不到氣，同時合併出現流汗、不安、焦慮、緊張、失眠、無法平躺入睡、呼吸次數增加等症狀，嚴重時，出現手指及嘴唇有發紫的情形。

■ 處理原則：

1. 找出引起呼吸困難的原因，且不增加病人痛苦及可接受的範圍內，經醫療人員評估，給予適當處理措施。
2. 無法去除引起呼吸困難的原因，如惡性腫瘤，則藉由使用藥物控制，包括：類固醇、嗎啡、鎮靜劑及抗焦慮劑等，或給予非侵入性的氧氣，以減少病人的不適感。值得一提的是，許多人對於嗎啡的使用較擔心，但只要在專科醫師的處方下使用嗎啡，並配合醫療人員的監測，嗎啡仍是一安全的用藥。氧氣的使用可以幫助病人增加體內的氧合濃度，但有些病人對高濃度氧氣面罩的使用相當排斥，更增加其呼吸困難的感覺，因此尊重病人的感受，非一味要求他們配合，如此可減少病人因反抗，而使耗氧量增加的反效果。
3. 陪伴者本身的穩定度：

當病人呼吸困難時，常有焦慮不安甚至易怒的情緒。此時，陪伴者保持鎮定的心，適時轉移病人注意力，與病人共同執行深呼吸、放鬆技巧，安靜的陪伴，對於病人會有所幫助的。照顧者最重要的是，不要害怕陪伴病人一起面對呼吸困難的感覺。
4. 環境上的佈置：
 - (1) 使用枕頭，協助病人姿勢擺位獲得良好的支撐，促進舒適。
 - (2) 維持室內通風良好，可使用小風扇，增加空氣對流，因微風吹過臉龐，可降低呼吸困難的感覺。亦可使用精油薰香例如：檸檬、薄荷、尤加利或薰衣草等。
 - (3) 將需要物品置放於病人雙手可及之處，且於需要時，讓病人可

隨時找到協助者，以降低病人因焦慮不安的情緒所加重的呼吸困難感覺。

(三) 便秘

便秘是一個最常見且不舒服的問題，有許多原因會引起便秘，例如：活動量減少、水份攝取不夠、身體虛弱或藥物（如麻醉性止痛藥）引起的副作用。

1. 對於單純性的便秘，如果情況可以，應鼓勵病人多進食或適當調整藥物，增加含纖維較多的食物、蔬菜和水果並多喝水，養成定時排便的習慣，以建立良好的排便條件反射。
2. 如果病人情況還可以，針對腹肌功能衰弱者，應鼓勵病人從事體力鍛鍊，增強腹肌，提肛肌力，以利排便。
3. 對停滯在直腸內的乾結糞便宜用橄欖油灌腸潤滑後協助挖出。
4. 經上述處理乃未奏效的頑固性便秘病人可酌情給予軟便劑。

此外，針對預防或處理便秘的問題方法如下：

1. 一有便意即需如廁，維持正常的排泄習慣。
2. 增加高纖維食物。如全麥製品或蔬菜水果等食物。
3. 如果病人情況還可以，增加水份，一天約 1500~2000cc 的水份，這包括湯、水或果汁。早晨起床後一杯新鮮果汁或溫開水特別有幫助，如木瓜牛奶、高纖牛奶、椰子奶、梅子汁或葡萄汁等。
4. 在能力可及範圍內增加運動量，即使在房間或房屋內一天走繞兩次也不錯或躺在床上運動雙腳（踩腳踏車的動作），都可幫助腸蠕動。
5. 如廁時減少環境干擾，確保隱私。
6. 若以上措施仍無法解決或有服用止痛藥者，需要依照醫護人員指示使用預防性軟便劑或灌腸。

(四) 噁心及嘔吐

噁心及嘔吐是常見的症狀，約有 60% 的癌症末期病人會有噁心嘔吐之情形，尤其在生命即將結束的最後一週更是常見，導致嘔吐的機轉目前僅知為多重因素，所以治療也必需多方面的考量。以下為常見

引起噁心嘔吐之病因：

1. 生理因素造成噁心嘔吐：像是便秘、腸阻塞、腦轉移、肝腫大、咳嗽、痛、高燒等。
2. 治療所造成的噁心嘔吐：像是化學治療、放射治療、藥物。
3. 代謝問題造成噁心嘔吐：像是尿毒症、電解質不平衡、低鈉血症、高鈣血症。
4. 精神問題造成噁心嘔吐：像是焦慮症。

若發生噁心嘔吐，家屬處理的原則如下：

1. 病人嘔吐時，應先幫病人調整姿勢，採側臥位、仰臥位時臉側向一邊或膝部彎曲，因為側臥位及臉側向一邊，可避免嘔吐物的不慎吸入，而膝部彎曲，可使腹肌的緊張減少。
2. 讓新鮮空氣進入屋內或常讓病人在室外吸收新鮮空氣，因為氧氣可讓胃稍微平靜且降低噁心之感覺。
3. 經常漱口或口腔護理可去除口中難聞之味道，提供口香糖或糖果，如此可掩蓋難聞之味道。
4. 多讓病人休息、臥床，全身放鬆，盡可能用嘴而不用鼻呼吸有助於噁心之改善。
5. 轉移病人的注意力：例如藉由看電視、書籍、音樂來轉移病人注意力，進而減輕嘔吐程度。
6. 儘量穿寬鬆、舒適之衣服，避免緊身衣物造成胃的不舒服。
7. 避免聞起來不舒服或很刺激之味道；若廚房有味道，儘量遠離廚房。
8. 避免給予油炸食物、牛奶製品及果汁、醋等酸性食物，因為油炸、酸性食物不易消化且會造成噁心嘔吐情形的惡化。

何時家屬需要聯絡醫療團隊？

1. 病人吐血或有“咖啡色”之嘔吐物，因可能有腸胃道出血情形。
2. 若每小時嘔吐超過3次或嘔吐時間超過12小時，表示為嚴重性的嘔吐症狀。
3. 嘔吐呈現噴射方式，可能與腦壓過高有關。
4. 因嘔吐關係，使得藥物無法服用，超過2次以上者，表示藥物可能

需改用其他方式給予。

5. 嚴重噁心、嘔吐而無法進食，出現頭暈、全身無力症狀，大部分為水分不足所造成的脫水或未進食所造成血糖過低所引起。
6. 嘔吐且合併有嚴重胃痛時。

(五) 食慾不振

消瘦是安寧緩和療護團隊與病家共同的困擾，食慾不振、噁心或嘔吐宜少量多餐、食用含高蛋白且容易消化的食物，不要吃油膩不易消化的食物，每天要有適度的活動，進餐時保持愉快的心情，必要時醫師會給予服用促進食慾的藥物。病人胃口不佳之處理方法：

1. 少量進食、吃高熱量食物，如冰淇淋。
2. 藥物幫助，如促進食慾劑、止吐劑。
3. 因喉嚨痛吞嚥困難，常見於化學治療、頭頸部放射治療約兩週後發生，應保持口腔清潔，食用軟而涼的食物、飲料，以易於吞嚥，減輕疼痛，必要時可藉由止痛劑使用緩解疼痛。

(六) 口乾、口腔潰瘍

口腔清潔在病人的身體照顧上是極為重要的，尤其當接受化學治療、放射線治療的病人以及身體虛弱、張口呼吸的病人。

1. 當病人接受頭頸部放射治療後，口腔唾液分泌會減少，故產生口乾的現象，可隨身攜帶水壺，常喝水或飲料，每餐飯後及睡前應漱口並使用軟毛牙刷刷牙以保持口腔清潔。乾的食物可和湯或飲料一起食用，須防止口腔粘膜損傷，注意假牙是否合適，避免太冷、太熱、太酸辣、太硬的食物及菸、酒、檳榔。
2. 化學治療後，口腔黏膜易受損，口腔疼痛之處理：口腔清洗前，可先塗表面麻醉劑止痛，再以食鹽水溶液漱口，若出現黴菌性潰瘍，則需使用抗黴菌漱口劑。進食流質或軟質飲食，以利吞嚥。
3. 身體虛弱、張口呼吸的病人，須藉由家屬在旁協助，以茶葉水、海棉牙棒作口腔清潔，每天至少 3-4 次，也可使用超音波噴霧器，促進口腔濕潤舒適。

(七) 腸道阻塞

找出原因是治療腸道阻塞的首要工作，有些病人可藉由外科手術處理，但也有些病人並不適合開刀而必需採取其他措施，透過鼻胃管腸道引流減壓、經皮胃造瘻與藥物治療可替代處理腸阻塞性之腹部絞痛與嘔吐。

(八) 腹瀉

末期病人腹瀉對於照顧者最為困擾，尤其是嚴重腹瀉時的日常照顧，以下提供腹瀉的照顧原則：

1. 腹瀉時多次臀部的擦拭，容易造成病人肛門黏膜受損，故建議解便後可以熱水坐浴 15 分鐘，若無法坐浴者則以溫熱水沖洗肛門口，之後利用吹風機吹乾，勿用力擦拭，維持肛門周圍皮膚乾燥，塗上凡士林保護皮膚。
2. 穿著舒適吸汗透氣的褲子。
3. 若肛門黏膜已破損，請加強熱水坐浴及局部乾燥，必要時可遵從醫師指示用藥。
4. 補充體液，但勿飲用碳酸飲料。
5. 避免牛奶或奶製品食物，因乳糖不耐症常是造成病人續發性腹瀉之原因。
6. 進食高鉀食物如香蕉、馬鈴薯泥，以補充因腹瀉所流失之鉀離子。
7. 避免含香料、高脂食物，勿生食蔬菜、水果以減少腸道刺激。

何時該尋求醫護人員的協助？

1. 持續性腹瀉，無法從口補充水份時。
2. 有血之膿樣便及發燒的症狀。

(九) 腹水

惡性腹水症狀常見於癌症轉移至腹膜或肝臟的病人，因常反覆發生，預後不佳，醫師處理癌末腹水的方法會先給予非侵入性的處置為主，如利尿劑、補充白蛋白，視病人可以忍受程度給予單次腹腔穿刺放液或放置引流管持續放液。

(十) 水腫

末期病人常會有水腫之合併症發生，尤其是四肢部位，引起的原因：如蛋白質缺乏，腫瘤壓迫淋巴腺等。減輕水腫症狀之建議如下：

1. 皮膚護理：
 - (1) 注意皮膚的清潔，潤滑以防感染。
 - (2) 預防水腫部位皮膚破損，造成淋巴液滲漏，增加感染的機會。
2. 若病人在皮膚狀況良好或水腫早期者可穿彈性襪，但不適用於皮膚有紅腫、破皮或水腫程度嚴重者；若水腫嚴重者，適合穿著軟質衣物防摩擦破皮。
3. 按摩方式：
 - (1) 往向心端的方向進行按摩。
 - (2) 為防止近心端阻塞，遠端淋巴不易回流，應先在近心端按摩打開淋巴結後再按摩。
 - (3) 病人採放鬆姿勢躺臥，使腫脹肢體略比心臟位置高，以促進引流。
 - (4) 按摩時間依病人耐受度而有個別性差異，每次可做 20~30 分鐘，每天 1~3 次。

※病人有以下情況者，禁止按摩：

- A. 急性發炎及血栓靜脈炎，如：皮膚有紅、腫及脹情形。
 - B. 腫瘤生長部位。
 - C. 經放射治療部位。
 - D. 傳染性皮膚病。
 - E. 有出血傾向者。
 - F. 骨突及關節骨突處—避免給予太大壓力。
 - G. 腎炎患者—不宜施予腰部按摩。
4. 依病人的情況維持應有的活動或協助被動運動。
 5. 病人坐躺時，要抬高水腫之患肢部位。
 6. 改善營養的攝取，如蛋白質之補充，可與醫護人員討論。
 7. 依醫師指示服用藥物。
 8. 補充過多的靜脈點滴，可能會增加水腫的程度，醫護人員會詳細評估您的狀況、提供合適的建議與您做討論。

參、病人心理需求與家屬心理狀態

一、病人的心理需求與照護

(一) 病人常見的心理反應

病人經歷過一連串與疾病抗戰和治療，或因身體逐漸衰弱，進入到生命末期階段，常見的心理反應如下：

1. 負面心理反應：

害怕為主，例如否認、震驚、恐懼、不安、焦躁、憤怒、沒安全感、恐慌感、莫名的恐懼等；憂鬱為主，例如沮喪、悲傷、自憐、麻木、無助、愧疚、罪惡感、想放棄趕快解脫、自殺念頭等。

2. 正面心理力量：

順其自然、自然看待、自覺已滿足、少後顧之憂、幽默、自嘲、懷抱些許希望等。

值得注意的是，上述末期病人常見的心理反應，幾乎是自然發生的現象，需要被大家理解的。同時，心理與身體是一體的，通常來說，身體的舒適將提升心理的舒適，因此良好的症狀控制和身體照顧為心理照顧的首要目標。

(二) 病人常見的壓力來源

末期病人在心理狀態上通常會面臨到許多壓力來源，以下將介紹病人常見的壓力面向。

1. 與疾病和治療相關的壓力源：

病人面對自身罹病或失能的失落，感到難以接受與無奈，伴隨疾病症狀造成病人的身心不適感，加上疾病持續進展的害怕與擔心等；值得注意的是，因為被標籤為「病人」，受他人照顧的過程中造成自主權、隱私感及自尊感受損亦可能是末期病人的壓力來源之一。

2. 與自我和關係相關的壓力源：

病人因為醫療、生命決策或其他議題與家人衝突，同時擔心因為醫療費用或照顧安排而成為家人的負擔；面對死亡的到來，病人不捨親友和世界，擔心與他人關係的斷裂，且尚未圓滿處理未盡事宜；另一方面，病人所處的階段和苦楚難以被他人所理解，其孤獨感受

亦為壓力來源之一。

3. 與死亡和臨終相關的壓力源：

病人被迫意識到死亡是如此靠近且不可避免的，所剩時間有限心願未能完成，也害怕邁向死亡的過程中還會經歷到哪些事情；有時候病人可能害怕死亡本身，懼怕當下會發生何事，或者難以想像死後將會歷經什麼而備感壓力。

上述皆可能是末期病人在其自身處境上可能遭遇到的壓力來源，值得注意的是，這些壓力源大多都是自然會出現的，不見得需要強迫自己排除它，有時候試著接納自己經歷到這些壓力並與之共處，反而能出現一些心理空間專注在目前持續想完成的事情；如果我們是家屬或照顧者，試著理解病人正經歷著這些壓力源，真誠同理地陪伴，也能減少病人額外的困擾。

(三) 心理調適與因應策略

當病人經歷到許多壓力源和心理反應時，可參考以下的調適與因應策略來緩解自身困擾。

1. 問題解決：

病人與家屬可針對目前所遇到的壓力和困擾來處理，例如尋求醫療協助，進行身心症狀控制，使身心獲得舒適，並瞭解後續醫療和照顧安排；例如申請相關政府補助或保險資源，或是長期照顧資源以緩解經濟和照顧壓力；例如完成未盡事宜、規劃與安排自身後事或財產等；同時可根據自身信仰或宗教瞭解死亡的過程或死後世界，減少心中的不確定感。

2. 情緒調適：

病人與家屬可試著接納目前的事實，將注意焦點轉向現在並珍惜當下；對於心理與情緒反應，須了解情緒為自然產生之產物，沒有對錯，大多可隨時間逐漸緩解，在過程中亦可將情緒表達出來，例如向可信任的人訴說，或透過書寫、繪畫、哭泣等方式表達；心態上，接納自己有些部分須由他人協助和照顧，但仍有自身可掌握的，當與他人發生衝突時，可自我提醒該生氣的不是自己或家人，

而是疾病帶來的影響。

值得注意的是，問題的解決與情緒的調適是可以同時進行的，但切勿期待一蹴可及，通常持續進行能讓自身困擾與壓力反應逐漸緩解掉。

(四) 希望感的維持與轉化

鼓勵病人表達現階段對生活的期盼，協商符合當下身體狀態的希望目標是重要的。此時，病人常見的是將對個體存活的需求轉向關係照顧與價值傳承，您也可嘗試與病人討論將期待分階段的設立小目標。找出完成上述希望目標的方式，擬定希望策略；評估執行時可能面臨的挑戰與問題，找出問題解決的方法與資源。鼓勵病人保存體力與心力，透過自我鼓勵、人際支持等方式賦能。

二、家屬的心理需求與照護

(一) 病人陪伴與照護溝通

當病人身處末期階段，您可依循病人喜好，結合視覺、聽覺、嗅覺、味覺、觸覺等五感照顧與您一顆願意聆聽的心，提供病人需要的陪伴與祝福。

1. 視覺部分，我們可以做的是：

透過病房光線的調整、窗簾的拉闔提供日夜轉換的線索；於環境中擺設病人熟悉、喜歡的物品、圖畫、照片等，增加熟悉感。

2. 聽覺部分，我們可以做的是：

播放病人喜歡的音樂(不限宗教性音樂)，若您願意也能一同哼唱，藉由音律創造共在時刻。鼓勵親友與病人說話或幫病人讀書報，無論是面對面溝通或視訊都很好，熟悉的聲音與日常性談話都能為病人帶來連結與支持。

3. 嗅覺部分，我們可以做的是：

運用茶香、咖啡香或病人喜歡的氣味，連結生活感。選擇病人喜歡氣味的盥洗用品、乳液或護唇油進行日常照顧。若病人願意，也可運用精油、擴香等香氛用品，調整環境氛圍。

4. 味覺部分，我們可以做的是：

準備病人喜歡的食物，讓病人嚐嚐懷念的味道，需注意的是要將食

材調整為病人現階段身體功能可食用的質地。若病人吞嚥或消化功能不佳，可嘗試運用棉棒或噴瓶等輔具，協助病人淺嚐味道，但不吞食。末期照護中，吃食的目的不在溫飽，著重的是病人於飲食過程中感受到的滿足與喜悅。

5. 觸覺部分，我們可以做的是：

鼓勵病人與家屬透過輕拍、握手、擁抱等方式傳達關心與問候，若過去不習慣與病人有觸覺性互動，可由洗臉、乳液擦拭、按摩、修剪指甲等照護活動增加彼此的接觸。

6. 願意聆聽的心，我們可以做的事：

珍惜與病人談話的時刻，尊重病人表達的內容與意願。特別是醫療照護需求與期待、後事準備、愛與關係的表達等，不打斷病人想討論的話題，肯定病人的感受與需要，聆聽並了解其欲傳達的訊息。

(二) 家屬情緒調適與自我照顧

家屬除照顧負荷外，還需面對醫療決策與諸多生活調整的安排。良好的陪伴品質，需要健康的身心來支持。照顧病人同時，您可遵循以下原則，進行自我照顧：

1. 尊重自己的身體，允許適度的休息，有吃、有睡才是好。
2. 尊重自己的情緒，允許情緒的存在，接納、表達並照顧它。
3. 尊重自己的大腦，允許自己的健忘，運用筆記改善認知負擔。
4. 尊重自己的生活，允許從事喜歡的活動，放鬆、充能很重要。
5. 尊重自己的社交，允許人際連結的維持，社會支持是助力。

(三) 成人的失落與哀傷照顧

面對親人離世，我們都會經驗失落與哀傷。您可以透過以下資訊，認識哀傷反應，覺察自己的狀態，練習照顧自己與家人。

1. 常見哀傷反應：

- (1) 身體：頭痛、背痛、呼吸急促、窒息感、胃部不適、疲憊、肌肉緊繃等。
- (2) 情緒：焦慮、憂鬱、內咎、憤怒、敵意、無望感、無價值等，可能感到如釋重負、迎向未來。

- (3) 認知：不相信、縈繞對逝者的思念、感覺逝者仍存在、專注力下降、學習新事物與回憶舊訊息有困難、思考變慢、難以做決定等；也可能感受到生命的韌性、對生命有新的理解和體悟。
- (4) 行為：失眠、食慾不佳、退縮、夢見逝者、迴避任何憶及逝者的事物、尋找與呼喚逝者、坐立不安、哭泣；也可能舊地重遊、隨身攜帶遺物、珍藏遺物等。

2. 面對哀傷，您可以做的是：

- (1) 嘗試維持每日的生活作息與工作。
- (2) 儘量吃好、睡飽，維持規律的運動。
- (3) 避免藉酒消愁與其他物質的使用。
- (4) 避免在這段期間做重大的決定。
- (5) 允許難過、哭泣，也接納其他情緒的出現。
- (6) 和信任的親友討論，分享自己的感受。
- (7) 需要幫忙時，讓親友知道並尋求專業人員的協助。

(四) 兒童與青少年的哀傷照護

1. 幼童哀傷照護應著重於生活作息結構化與和主要照顧者關係穩定的維持。面對孩子可能出現的退化行為：尿床、哭鬧、更黏人等，理解、接納孩子的不安，宜以擁抱、具體言語安撫回應之，避免苛責與打罵。
2. 幼稚園、國小低年級的孩子可部分理解死亡，但對死亡尚未有清楚的概念，故須以可理解的話語、具體事物引導，如：以春、夏、秋、冬四季變化協助孩子認識生命的循環，以繪本引導情緒的辨識與因應行為的示範。
3. 自我中心期的孩子，對死亡與疾病易依據其經驗發展出獨特且神奇的歸因。如：因為我討厭她，所以她才會死掉。可進一步了解孩子對事件的想法與感受，協助認知歸因的調整。家長可向孩子示範情緒的表達與照顧，具體討論孩子的擔心，提供澄清與再保證。
4. 高年級以上的孩子已有較清晰的死亡概念，也能理解周遭發生的事。建議可與孩子說明疾病與醫療的經過，討論情緒的因應與擔憂

的問題，協商孩子可參與幫忙的事項。

5. 探病前的準備：可清楚告知孩子前來的目的；預告孩子病房環境、病人的模樣與狀態、以及可能出現的情境；邀請孩子熟識且信任的大人陪同，並允許孩子帶著喜歡的玩具或安心小物前來。
6. 探病期間的安排：引導孩子與病人互動，尊重孩子有其節奏。理解孩子是透過遊戲調節情緒，重視孩子遊戲的需要，允許孩子保有休息、遊戲的彈性。
7. 死亡與喪葬期間的引導：以簡單、可理解的語言說明「死亡」，預告喪葬儀式與活動，提供孩子情緒照顧的方法。
8. 後續哀傷照護：若孩子持續出現睡不著、食慾不佳、學習力下降、人際衝突增加、情緒調適困難等行為，宜進一步尋求兒童心理專家的協助。

(五) 紀念物與遺物的處理

1. 喪禮結束後，允許自己先休息，待恢復後再整理。
2. 若病人生前已有討論與規劃，可依其安排進行。
3. 將逝者物品分類為：可丟物品、可捐贈物品、紀念物。
4. 將可捐贈物品，如：衣服、書籍、傢俱、生活用品等，贈與親友或需要的團體單位。
5. 開放親友挑選對其有意義的物品留念或作為傳承。
6. 若儲存空間有限，可善用影像紀錄，替代實質紀念物的存放。
7. 無法分類的物品，可先置於紙箱中，告訴自己過段時間再處理。

(六) 諮詢專線／信仰支持

若您需要協助，您可與您的醫療照護團隊聯繫，或尋求下列資源：

1. 全國性服務：衛生福利部安心專線(1925)、生命線協助專線(1995)、張老師生命專線(1980)。
2. 地區性服務：各縣市醫療院所精神科／身心科、各縣市心理衛生中心。
3. 每個宗教都有其信仰對生死的看法與生命觀，若您對此部分有所疑惑，可以依循您的信仰諮詢照護團隊中的宗教師、牧師與靈性關懷人員，或向您熟識、信任的宗教團體進行了解。

肆、病人社會需求與資源運用

面對疾病末期，此時隨著病人病情而需要更多的照顧需求，不管是照顧人力或經濟都會造成家庭很大的負荷，難免會因慌亂而期待得到各項資源支持。「資源盤點」是我們在尋求協助前，可以先進行的，否則，很容易產生壓力下的耗竭或因對資源性質不瞭解，造成不符申請條件而導致求助挫折，反倒讓原本疲憊的身心，更感心力交瘁。

一、資源盤點

(一) 列出問題清單：

包含問題類型及性質，如此有助於釐清我們後續在尋求資源協助的需求，以便有效的找到問題解決的方向。

1. 問題類型：列出問題清單，並針對問題部分先予區分
 - (1) 人力：指照顧人力缺乏或經驗不足而引發的問題
 - (2) 財力：指經濟壓力及需求，這部分必須是具體陷入困境而非感覺有壓力，但其實還有一定的存款或股票。
 - (3) 物力：指臨終事務安排，如財產分配或後事處理。
 - (4) 其它：如意見溝通或關係連結、責任分擔等。
2. 問題性質：針對問題形成或解決方式的初步評估
 - (1) 短期到長期：上述的問題有些可能是在臨終階段才出現的，屬於短期可解決的問題，例如照顧人力。但有些問題可能已經是從更早的時期就已經有的問題，屬於長期存在的，或者，預期問題會延續而影響到更久之後的生活，例如遺產處理或經濟壓力。區辨問題的期程，可幫助我們進一步釐清對問題的負荷度。
 - (2) 一般到專業：有些問題不是透過我們簡單的說明或一般生活周邊的人的經驗分享就可以得到緩解，此時需要尋求專業人員，才能得到解答，例如律師、禮儀公司等。但即便如此，當您能試著先瞭解您的問題時，後續在討論上，也較容易聚焦，提升問題處理的效率。
 - (3) 未來到現在：隨著病程逐漸走向終點，病人的生活功能也會

逐漸的消逝。有些問題原本看似沒有急迫性，但當發現問題的處理需要有病人的意見表達或決策，而病人卻因病況而限制了他的能力，便導致問題的解決變得複雜。再加上末期的社會心理議題常會推疊而讓家屬壓力愈來愈大，因此，未雨綢繆一方面可以有充足的時間處理問題，二來也減輕了問題的堆疊負荷感。

(二) 資源盤點：

社會福利資源的使用概念在於針對因變故而影響生活，導致須經由外界提供的協助以減緩問題可能造成的惡化或對家庭功能維持的影響。因此，資源的使用，主要在補足能力或經濟上的欠缺，故通常會有申請條件上的限制。因此，在尋求資源協助前，先瞭解一下自己本身的資源現況，我們稱為「資源盤點」，這部分包括對於病人及家庭資料的掌握，包含已使用的福利資源，例如病人年齡、家庭總收入（含存款等）、身障手冊、福利身份、商業保險、照顧人力等等。

盤點的目的在於評估著手問題處理的方向及階段期待，如已有福利身份者，則可直接進入資源連結，否則可能需要先從身份資格的申請開始，這時就需要更長的時間來處理問題；如果因此而緩不濟急，則必須要調整問題解決的期待或方向了。

二、常用社會福利

(一) 福利資源概念：社會資源的使用具備「公平」及「正義」的原則。

1. 「公平」指的是凡符合條件的人都能有此資源，因此，經“條件審查”後取得“福利身份”便是一個重要過程，這樣的資源通常具有持續性的特性，例如：低收入戶、身心障礙等。
2. 「正義」指的是資源會提供給最緊急需要的人，所以雖然過去並沒有符合申請福利身份的條件，但因處於某種特殊情境需求，而符合資源申請，通常這樣的資源為短期或有申請次數限制，申請條件較為寬鬆且時效快，例如：急難救助。

(二) 社會福利身份：通常申請人的情況，在所訂定的需求條件下已持續

一段時間，且情況未能改善，經過申請審核後，方能取得該項福利身份。此部份的審核，會需要 1-2 個月的申請時間，因此，「福利身份」即屬於長期性資源需求者。

1. 低收或中低收入戶：

依戶籍所在地縣市政府社會局所訂定的資產條件，經審核後符合條件者，通常具此身份者，在各項資源使用上，擁有較優先或較多的資源。

2. 身心障礙者：

即因疾病而導致該項器官功能受損，且經治療一段時間未能改善，而影響生活功能者。特別要注意的是，相關認定需由該項疾病的專科醫師認定，而所謂的「功能」並非以生活經驗來判斷，而是需依據相關檢測數值來判定。最常被民眾誤解的是末期病人已長期臥床，很多人會以為可以申請肢體障礙類的身障手冊，但其實病人的臥床是因虛弱，其骨骼肌肉神經功能可能都是正常的，如此就無法符合申請條件。

(三) 65 歲以上老人：

此項單純就年齡認定，但如為原住民，部分福利會降低年齡條件為 55 歲。

★各縣市政府社會局資源網絡連結

<https://www.enable.org.tw/link/index/438>

三、末期住院階段需求

(一) 照顧人力：

這階段因病人症狀變化快且複雜，故對照顧者而言，壓力相對提高，當家人無法負荷沈重的照顧責任時，則建議以聘請看護的方式來協助分擔照顧工作，一般皆可向護理站詢問聘用醫院合約看護來尋求照顧人力。

(二) 經濟負擔：

不論因家人親自照顧或聘用看護，都可能影響原有的家庭經濟，此時，如依照我們先前所說的，在進行問題評估及資源盤點後，發現

有經濟支持的需要時，則可依個別條件，尋求協助：

1. 病人具福利身份者：

如具低收或及中低收等福利身份，可洽詢各縣市政府社會局申請「看護補助」，一般以日額方式計算提供住院期間聘請看護之費用補助，家屬可於出院後持申請表及診斷書（需註明看護需求字樣）向縣市政府社會局之承辦窗口提出補助申請。特別說明，這部分各縣市所訂的補助標準及申辦窗口會依其組織架構及權責而略為不同。

2. 病人不具福利身份者：

如非具福利身份，卻因此時期的特殊情境而致家庭經濟受影響，則可至公所社會科申請「急難補助」。急難補助仍會需要提供相佐證文件，如診斷書、戶籍資料或財稅資料等，唯其因屬急難性質，故經濟審查條件較為寬鬆，且補助以單次，金額亦相對有限，約數千元到萬元左右。

★各縣市政府社會局連絡資訊：<https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/cp-1280-6931-105.html>

四、 出院準備階段

當末期住院症狀獲得緩解，此時便進入出院準備階段，並銜接安寧居家照顧。然而，對家屬而言，返家之後的照顧人力、經驗及居家環境是否合適讓病人返家？若返家條件不充足時，則便可能尋求機構安置的方式。

(一) 居家照顧：

返家是許多末期病人的心願，能在自己熟悉的環境是最好不過的，對照顧者而言，除了和安寧團隊保持密切的連繫之外，和社區資源的連結，以取得支持資源也相當重要。目前政府所推動的「長照四包錢」即經醫師評估，失能、失智或身心障礙狀況持續已達或預期達六個月以上者，並經縣市長照管理中心評估符合長照 2.0 補助資格，即便已申請外勞也可以使用，所提供的項目包含：

1. 照顧及專業服務

2. 交通接送服務
3. 輔具及居家無障礙環境改善服務
4. 喘息服務服務

★參考資料：<https://youtu.be/8dS8mIR3tfE?si=lj30MqdZZfkMLmhj>

★長照資源地圖：<https://ltcpap.mohw.gov.tw/public/index.html>

(二) 長照機構安置：

「護理之家」是長照護理服務的機構，提供患有重大疾病、慢性病而無法生活自理，出院後仍須照護的恢復期病患、慢性病患或身心障礙年長者，接受專業人員的長期照護。當家屬無法提供末期病人出院返家照顧時，便可選擇護理之家的長照服務，但因為不是每個護理之家都可收住末期病人，因此，這部分可諮詢安寧居家護理師，取得機構清冊，再就個別條件選擇入住。

★長照網：<https://www.airltc.com/>

★住宿式長照機構清冊：<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6443-71027-207.html>

(三) 相關補助：

針對傷病住院醫療及看護補助，以及身心障礙住宿式照顧機構補助方案，您可以直接點擊來查看政府提供的詳細方案內容：

★https://www.gov.tw/News_Content.aspx?n=26&s=556149#active1

伍、病人臨終前的準備

當所愛的親人邁向他生命中的最後一個階段時，可以注意到他身上的一些改變。下面的指導幫助我們能了解所愛的親人瀕死前可能出現的徵象，使我們更有能力及勇氣來面對此一時刻。

一、病人臨終時可能出現的「瀕死現象」

(一) 瀕死前病人容易感到疲倦、體力不支，多數人虛弱到沒辦法做自己的事。他們可能沒辦法走路，沒力氣翻身，沒辦法專心和別人講話，也沒力氣自己睜開眼睛，有時整天都在睡覺，常越睡越沈而不容易叫醒，這是身體代謝改變的結果。此時可協助病人翻身，在病人清醒時應該試著付出更多的時間去陪伴他。

(二) 病人對時間、地點、人物的混淆可能增加，辨別能力降低。

可以提醒他現在是甚麼時間、在甚麼地方、身旁是何人，放些輕柔的音樂與柔和的燈光可以使病人感到舒服些。少數的病人會出現很躁動、坐立難安的情形，這可能與腦部缺氧或代謝改變有關，這時可以尋求醫護人員的協助及注意預防病人跌倒。

(三) 瀕死病人可能看到其他人所看不見的人或事物，例如已去世的親人。有的病人會預知自己將死去，有的人看到了要去的地方，有的人會回顧自己的一生。這時我們需要用心去傾聽，瞭解這些特別的訊息以及對病人的意義，不要去和他辯論真假的問題，也不要為病人找理由解釋情境。

(四) 吞嚥困難

若病人不想吃東西，又不肯喝水，此暗示著病人已失去吞嚥和吸收的能力。當病人已不能再吞嚥東西，表示他身體根本不需要水或食物了，若要勉強餵食或插鼻胃管灌食，需考慮病人是會比較舒服呢？還是增加他的負擔？吃得進去排不出來或嗆咳，反而讓病人更不舒服。

此時只需要用海綿牙棒清潔病人的口腔內部並保持嘴唇濕潤即可，病人通常不會感到飢餓。

(五) 病人尿量會逐漸減少，尿液顏色深，可能出現小便失禁或尿滯留的情形，建議可放置看護墊或尿褲以維持病人的舒適。若病人出現下腹痛、

膀胱脹、解不出小便時，可能有尿滯留情形，可通知醫護人員，考慮使用尿管導尿。

- (六) 因肌肉張力消失，腸蠕動亦趨緩慢，病人可能出現大便失禁或便秘的情形。便秘亦會造成病人的不舒服，故仍然需予以處理。記得要檢查病人的尿布，維持他皮膚的乾爽與舒服。
- (七) 病人皮膚因嚴重虛弱、營養不良、肌肉無光澤、黯淡、鬆軟無彈性或有盜汗現象、瘀斑、水腫、四肢末梢變冷及發紺、耳內縮、陰囊陰莖縮小等。這些症狀是由於體內血液循環變慢、變差的結果，照顧上需維持皮膚光滑平整，預防皮膚乾裂及壓傷產生，仍需按時翻身，若病人會不停冒汗，此時可為他擦澡，換上乾爽的衣服。
- (八) 瀕死病人有時會在呼吸時發出「咕嚕、咕嚕」很大的呼吸聲音，這是因為病人口腔的分泌物聚集在喉嚨的後部無力吞嚥，或氣管的黏液無力咳出滯留於咽喉內，這就是所謂的「瀕死嘎嘎音」(Death Rattle)。有時只要把病人的頭抬高及側睡，就可以使呼吸聲音小些，可以用海綿牙棒將口腔黏液、痰清出來，或使用藥物來抑制分泌物的產生。家屬常會因此而十分心疼病人，事實上病人並非因此而呼吸困難或呼吸停止，此時去抽痰反而會增加病人的不舒服，建議可以使用超音波噴霧器持續使用，減緩不適。
- (九) 病人臨終前呼吸形態會改變，可能會張口呼吸，呼吸較慢，呼吸出現10秒到30秒的暫停，再呼吸幾次又暫停一下。**此為病人即將臨終的重要徵象之一。**
- (十) 當死亡臨近時，病人疼痛和不舒服的一些感覺通常會減弱。此時可與醫護人員討論調整止痛藥的劑量，不可因病人不會表答就完全停止止痛藥物。
- (十一) 聽覺是最後消失的，家人可以在病人身旁坐下握著病人的手，說些對病人感謝和安慰的話語，讓病人能安心離去。

每位病人從瀕死症狀出現到過世的時間長短都不同，症狀變化和程度可能也都不一樣，當您無法確知發生了甚麼事時，可以與安寧緩和療護團隊人員聯絡，以尋求必要的協助。

二、生命終點時要做哪些事

瀕死現象是全身器官失去功能的過程，急不得也快不了，此時病人所需要的是我們耐心陪伴與溫柔照顧，幫助病人平靜過世。在陪伴摯愛的親人臨終過程中，有哪些需要做的事情？

(一) 心理方面

1. 尊重病人的決定並全力予以疼痛減除及醫療的協助。
2. 聯絡想念的親友來探訪，或是遠行的家屬返家。親友間彼此四道人生（道謝-謝謝你、道歉-對不起、道愛-我愛你、道別-再見）。
3. 肯定病人一生中對家庭、社會的成就與貢獻，家人一起做生命回顧。
4. 病人可能是處於嗜睡或昏迷狀態，但他們的聽覺仍存在，鼓勵家屬可以與病人有肢體的接觸，如握著病人的手、輕觸臉頰等，也可適時將想對親人說的話表達出來，如「我們都好愛你」、「我們會聽你的交代」或「媽媽，讓我們相約在主的天家再會」都是家屬表達對病人的愛。
5. 可請宗教人員、病人敬重的長輩，引導病人說出掛心或懺悔的事。
6. 可以持續和其他家人說話、維持互動，讓病人透過聽覺感受到家人在其身邊，而不是孤單的一人躺在病床上
7. 家屬之間彼此溝通協調，預做後事準備及喪葬安排，聯絡葬儀社、殯儀館及相關手續備物
8. 當病人顯得嗜睡時，不需要刻意叫醒病人。可以持續給予舒適照顧。

(二) 協助遺體護理

當病人呼吸心跳靜止時，最明顯的徵候就是胸部已沒有起伏，沒有了鼻息，腕間脈搏也量不到。有時病人臉部肌肉鬆弛致使下顎下垂而口無法闔攏，眼睛也因此閉不緊，皮膚乾燥失去彈性，角膜失去光澤而呈現混濁感等。雖然病人此時已過世，家人還是可以為他／她做些事情。

1. 您需要準備的用物

臉盆、毛巾、紙膠、紗布(視需要準備)、衣服一套(依病人喜好準備壽衣或家居服)、紙尿褲、襪子及鞋子(布鞋最好)。

2. 遺體護理的步驟

- (1) 移除身上的管路，頭肩下放看護墊或枕頭(鼻胃管反抽後再拔)
- (2) 為病人清潔沐浴身體。可以一邊做一邊跟病人說話。
- (3) 病人換穿乾淨壽衣。
- (4) 用紙尿布墊在褲內以盛接大小便。
- (5) 若眼睛未閉合，可在病人耳旁告知請他安心並祝福，請家人用手輕輕按壓眼瞼，以凡士林、眼藥膏或透明膠布黏貼，眼睛，等 6-8 小時後再由上往下撕掉。
- (6) 若嘴巴未閉合，可用手按摩咬合關節後輕輕將嘴巴闔上，若無法自然閉合，可以將頭部墊高，同時用毛巾或紗布做成卷軸於下巴處支托。
- (7) 將被子蓋好(勿蓋至頭部)，整理遺容。

【提醒】病人身上若還留有如胃管、尿管、引流管，請依照護理人員向您指導的方式移除，傷口部份以紗布敷蓋好即可。儘量保持遺體的自然與莊嚴。接下來要聯繫葬儀社或禮儀公司，著手進行火葬或土葬的準備，確認後續喪禮舉行的相關事宜。

三、死亡診斷書的開立與注意事項

(一) 申請診斷證明書

考量風俗民情或宗教信仰的不同，病人或家屬若希望能在家裡善終：

1. 病人在臨終辦理出院時，可申請診斷證明書，以利病人於家中往生後，向居住所在地衛生所或醫療機構，可依據診斷證明書內容，協助開立死亡證明書。
2. 有保險或相關補助者，可申請診斷證明書以證明。

(二) 申請往生者死亡證明書

1. 病人在宅善終，可聯繫安寧居家照護的醫師，或是居住所在地的衛生所，依據最近一次就醫之診斷證明書或病歷摘要，協助開立死亡證明書。
2. 病人因病於醫院內往生，由醫院開立死亡證明書，家屬需準備往生者之身分證或戶口名簿正本。

3. 病人在護理之家或養護機構過世者，可由安寧居家照護團隊醫師、衛生所醫師或機構合作之醫療院所協助開立。
4. 日後若需再申請時，可直接掛醫院該科門診申請，並攜帶申請人及往生者之身分關係證明正本及影本各一份。

(三) 病人往生後辦理各項事宜所需之證件

使用時機	所需文件	申辦地點
終止存款戶頭	死亡證明書	各金融機構
終止保險及申請保險給付	死亡證明書及除戶戶籍謄本	各保險公司經紀人
申請除戶戶籍謄本	死亡證明書及除戶戶籍謄本	戶籍所在地戶政事務所
申請殯儀館進館使用	死亡證明書及申請者身分證、印章	各縣市殯儀館
火(埋)葬許可	死亡證明書及申請者身分證、印章	各縣市殯儀館
入殮	死亡證明書	各縣市殯儀館
公墓或靈骨塔之使用	死亡證明書、除戶戶籍謄本 申請者身分證、印章	各縣市殯儀館
不動產產權變更	除戶戶籍謄本	地政事務所
勞保退出	死亡證明書	勞保局
健保退出	死亡證明書	健保署各區業務組 之聯合服務中心

備註：

1. 身分證及死亡證明書可多影印，以備不時之需。
2. 除戶流程請最後辦理。

四、 喪葬資源

一般病人往生後，家屬會委託禮儀公司協助喪葬事宜，此外各縣市殯儀館亦有舉辦聯合奠祭形式之喪葬儀式，莊嚴隆重。針對有經濟困難的家庭，則可尋求申請免費喪葬資源的協助，唯這部分資源通常有其特定流程，較難有個別化的調整，同時部分免費喪葬資源會提醒家屬，如已與禮儀公司進行洽談，為避免紛爭，則不再受理免費喪葬申請。

★ 內政部全國殯葬資訊入口網：

<https://mort.moi.gov.tw/?mibextid=Zxz2cZ#/>

★ 免費喪葬資源：中華民國善願愛心協會 <http://www.goodwill.org.tw/>

(一) 喪葬補助

1. 縣市政府喪葬補助：各縣市政府皆有針對戶內人口死亡無力殮葬提供喪葬補助，其補助的屬性為急難求助，故申請窗口為縣市政府社會科。
2. 社會保險之喪葬津貼：先確認被保險人及申請人如符合資格，則可提出申領。
 - (1) 勞保-本人死亡給付：被保險人在保險有效期間因普通傷病死亡時申領。
 - (2) 勞保-家屬死亡給付：被保險人於保險有效期間，其父母、配偶或子女死亡時，得請領家屬死亡給付喪葬津貼。
 - (3) 國民年金-喪葬給付：被保險人於參加國民年金保險期間(65歲前)死亡時，可由支出殯葬費的人請領喪葬給付。
 - (4) 農民保險-喪葬津貼：被保險人於保險有效期間內死亡，為其支出殯葬費之人得依農保條例規定，請領喪葬津貼。
3. 喪葬補助及慰問金：除了社會保險所支付之喪葬津貼，家屬還可以依病人的具有的身份，如榮民或低收入戶等，申請喪葬補助，但要注意病人的身分如同時符合多個申請補助條件時，可能需要視規定擇一申請。

(二) 預立遺囑

1. 什麼時候需要遺囑：

通常是指當事人對於自己往生後，財產如何安排的意見，以書面方式具體陳述分配方式，以避免家人間為此有所爭執。
2. 遺囑的 5 種形式簡介，詳細內容請見連結網址：
 - (1) 自書遺囑：由自己寫好遺囑全文，並且寫下年、月、日並親自簽名，如果有增減、塗改的地方，也要註明增減、塗改的處所及字數，並且另外再簽名。
 - (2) 公證遺囑：指定二人以上的見證人，到公證人面前口述遺囑意旨的方式。
 - (3) 密封遺囑：在遺囑上簽名後密封，並且在封縫處簽名，然後

指定二人以上的見證人並完成公證。

- (4) 代筆遺囑：由遺囑人指定三人以上的見證人，由遺囑人口述遺囑意旨的方式。
- (5) 口授遺囑：遺囑人因生命危急或其他特殊情形，不能用其他方式立遺囑時，則用口授遺囑。

3. 注意事項

- (1) 遺囑要記下年、月、日，並親自簽名。
- (2) 凡塗改的部分都要另外再簽名。
- (3) 數字建議用大寫，避免之後被竄改。
- (4) 如果是「自書」遺囑，必須本人親自書寫，不可以用影印或打字方式。
- (5) 除公證遺囑及密封遺囑依法要公證外，其他自書遺囑、代筆遺囑，最好也經過公證程序加強其忠實於遺囑人真意。

★ 全國法規資料庫-立遺囑的方式

<https://law.moj.gov.tw/SmartSearch/Theme.aspx?T=37&O=4.1.2>

★ 777 遺囑產生器：<https://sites.google.com/view/lawyerliu/>