



高雄醫學大學附設中和紀念醫院
Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

病人自主權利法與 安寧緩和醫療條例之異同

高雄醫學大學附設中和紀念醫院
社區醫學部 家庭醫學科/安寧團隊
吳建誼 主治醫師/臨床助理教授

2026.07.18



授課大綱

- 《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》適用範圍與差異
- 開啟預立醫療照護諮商（ACP）及安寧療護之溝通對話
 - － 辨識適合介入之目標族群
 - － 臨床實務經驗分享
 - 提升專業人員之溝通能力與跨領域合作效能

台灣主要與安寧緩和療護相關之法律

- 安寧緩和醫療條例
 - DNR(Do-Not-Resuscitate)
- 病人自主權利法
 - ACP(Advance Care Planning) & AD(Advance Directives)

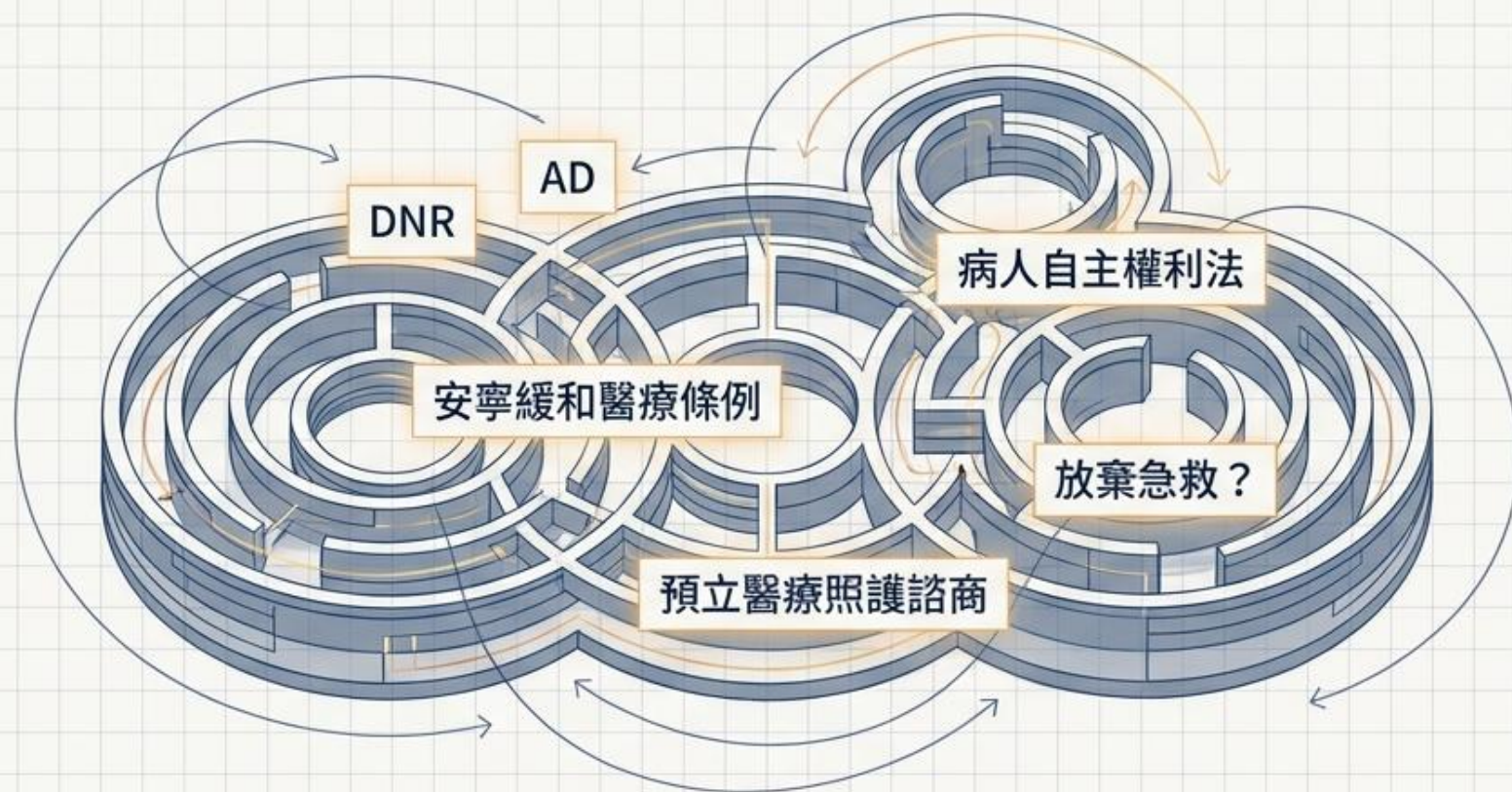
為生命畫下最 最溫柔的藍圖

破解「安寧條例」與「病主法」的迷思，
拿回人生最後一哩路的自主權。



面對生命末期的醫療抉擇，我們常常感到無所適從

當我們試圖為自己或家人安排善終時，往往會撞上一堵由醫學名詞與法律條文築起的高牆。
到底該簽哪份文件？是不是簽了就等於放棄急救？這是不是就是安樂死？



過去的二十年，我們擁有了「拒絕痛苦」的權利

民國89年推動的《安寧緩和醫療條例》，是台灣善終權益的基石。
它的核心精神在於「拒絕」過度醫療，保障末期病人能夠得到善終。

適用對象

僅限於「末期病人」。

核心權利

- 拒絕心肺復甦術 (CPR)、拒絕維生醫療、選擇接受安寧緩和醫療。



安寧緩和醫療條例

立法沿革		法條沿革	
日期	條次		
中華民國89年5月23日制定 中華民國89年6月7日公布			
中華民國91年11月22日修正 中華民國91年12月11日公布			
中華民國100年1月10日修正 中華民國100年1月26日公布			
中華民國101年12月21日修正 中華民國102年1月9日公布			
中華民國109年12月29日修正 中華民國110年1月20日公布			

「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

本人 _____ (簽 名) 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、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：(請勾選 ☒)。

- ☐ 接受 安寧緩和醫療 (指為減輕或免除末期病人之生理、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)
- ☐ 接受 不施行心肺復甦術 (指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，不施予氣管內插管、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 不施行維生醫療 (指末期病人不施行用以維持生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施)
- ☐ 同意 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 成年 (簽署人為成年人或未成年之末期病人，得依安寧緩和醫療條例第四條第一項、第五條第一項及第七條第一項第二款之規定，立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。)

◎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

簽署日期：中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日(必填)

◎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：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎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：_____

出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎備註：1 簽署人可依背面簡易問答第 4 題說明自行查詢健保 IC 卡註記申辦進度，若無法自行查詢需要回復通知者請於下列 ☐ 打勾(無勾選者視為無須回復通知)：

☐ 註記手續辦理成功時，請回復通知簽署人

2 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」填妥後請將正本寄回：衛生福利部(115 台北市南港區忠孝東路六段 488 號)或宣導單位：台灣安寧照顧協會(251 新北市淡水區民生路 45 號)收，副本請自行保管。

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

.....

不施行維生醫療同意書（參考範例）

病人_____因罹患嚴重傷病，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，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願，且無醫療委任代理人，特由同意人依安寧緩和醫療條例第七條第三項所賦予之權利，不施行維生醫療。

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（必填）

高醫本院

末期病人中止或撤除維生治療同意書

病人_____ 病歷號碼_____ 性別_____ 生日_____年_____月_____日

經醫師診斷為生命末期傷病，目前已施予維生醫療以維持生命跡象。經醫師詳細解釋說明後，親屬已瞭解目前醫療照護有所極限，近期内病程持續進展至死亡仍屬不可避免。因病人意識昏迷或無法清楚表達意願，最近親屬依安寧緩和醫療條例規定，簽署同意終止或撤除原施予之維生醫療，並同意之後在病人臨終或無生命徵象時，不再施行心肺復甦術。並聲明簽署人已包含安寧緩和醫療條例第七條第五項、第七條第六項之規定，如有不實，願自負一切相關責任。

專科醫師：

姓名：_____

署定專科醫師證號：_____

簽署時間： 年 月 日 時 分

專科醫師：

姓名：_____

署定專科醫師證號：_____

簽署時間： 年 月 日 時 分

最近親屬：

姓名：_____ 關係：_____ 簽署時間： 年 月 日 時 分

國民身分證統一編號：_____ 生日：_____年_____月_____日

住（居）所：_____

電 話：_____

社工人員：

姓名：_____

附註：安寧緩和醫療條例第七條（不施行心肺復甦術或維生醫療之要件）

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。但未成年人士簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人士無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

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護後，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。

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。

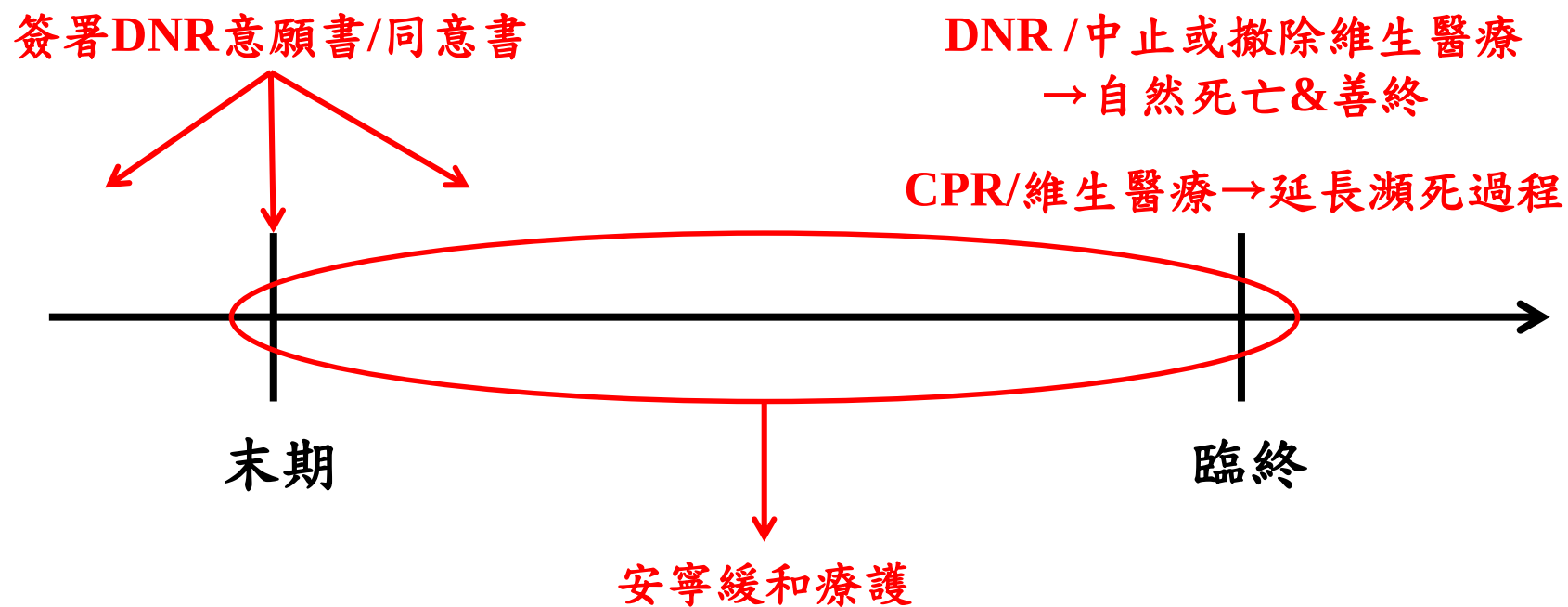
末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

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。

最重要的概念

- 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。
-
- 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。

概念圖



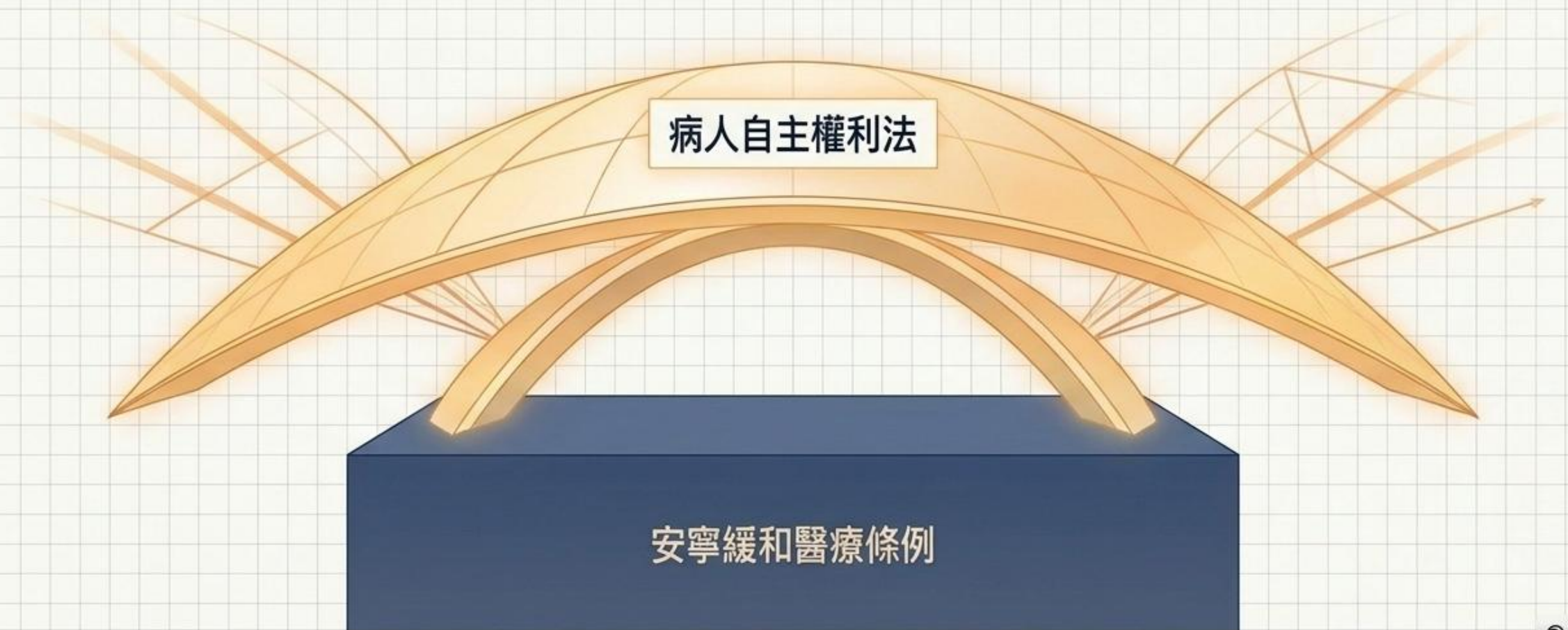
By 吳建誼醫師



缺了什麼?!

《病人自主權利法》是站在安寧條例的巨人肩膀上

民國108年上路的《病人自主權利法》（病主法），並沒有推翻過去的安寧條例。相反地，它建立在既有的基礎上，向外大幅擴展了我們的權利。從被動的「拒絕」，進化為全面的「自主選擇」。



權益的進階：DNR 與 ACP/AD 的法律分水嶺

安寧緩和醫療條例

核心概念

DNR（拒絕心肺復甦術）- 基本權益

適用情境與行動

針對臨終末期，單純拒絕心肺復甦術或撤除維生醫療。

病人自主權利法

核心概念

ACP（預立醫療照護諮商）& AD（預立醫療決定）- 進階保障

適用情境與行動

涵蓋五種特定臨床條件，不僅限於末期，全面自主決定是否接受維持生命治療、人工營養或流體餵養。

病人自主權利法

立法沿革

法條沿革

日期

條次

- 中華民國104年12月18日制定
中華民國105年1月6日公布
- 中華民國108年5月24日修正
中華民國108年6月12日公布
- 中華民國109年12月29日修正
中華民國110年1月20日公布

什麼是「拒絕醫療權」？

p6/17

斯斯有兩種，拒絕醫療權也有兩種。
分為「一般拒絕醫療權」和「特殊拒絕醫療權」



一般拒絕醫療權

拒絕不涉及生死的
醫療行為的權利



特殊拒絕醫療權

拒絕涉及生死的
醫療行為的權利

目前法律只有保障「一般拒絕醫療權」，但「病人自主權利法」則承認：
在「特定條件」下，病人享有「特殊拒絕醫療權」。

在「病人自主權利法」中，可透過以下流程，取得「特殊拒絕醫療權」。



預立醫療照護諮商

ACP



預立醫療指示



醫療委任代理人
+ 特定臨床條件



特殊拒絕醫療權

這跟安寧緩和醫療條例是不同的喔！

為了避免病人在資訊不足的狀況下，做出錯誤決策，
病人行使醫療自主權，應以掌握相關資訊為前提。

那要怎麼掌握資訊呢？

法律 規定，病人必須先經過一個「諮商過程」，
讓醫療團隊、病人及家屬充分討論、溝通，
來獲得完整的醫療資訊。

這個「諮商過程」，就是「預立醫療照護諮商」



病人自主權利法SOP

2019年1月6日
正式實施

符合法律要件



病人能尊嚴善終、醫師受法律保護

預立醫療照護諮商：一段凝聚共識的溫暖旅程

簽署AD不是冷冰冰的文書作業，而是一場與跨專業醫療團隊
及家人共同參與的生命對話。



五大臨床情境



其他

末期病人



處於不可逆轉之昏迷狀況



極重度失智

永久植物人狀態



溝通討論主題

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。

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。

維持生命治療

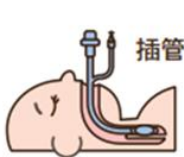
任何有可能延長病人生命之必要醫療措施：

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

心肺復甦術 插管、心臟按壓、電擊

機械式維生系統 呼吸器、葉克膜、洗腎機、洗肝機

其他維生醫療 輸血、抗生素



插管



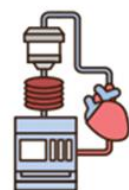
心臟按壓



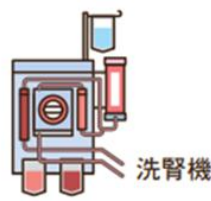
電擊



呼吸器



葉克膜



洗腎機



輸血



抗生素

ACP 第二步驟

要點

不要過多醫學專業用語



插管

使用時機：呼吸困難、血氧不足時
優點：提供足夠氧氣、呼吸道順暢、方便抽痰
缺點：極度不適、無法言語、長期有感染風險、外在形象改變



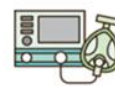
心臟按壓

使用時機：心跳停止時
優點：使心臟持續輸出血液到腦部和其他器官，維持生命
缺點：疼痛、肋骨斷裂



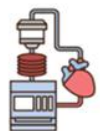
電擊

使用時機：心跳停止時
優點：使停止跳動的心臟有機會恢復自發性節律
缺點：疼痛、觸電感、皮膚燒灼



呼吸器

使用時機：心跳停止時、呼吸衰竭時
優點：利用呼吸器持續傳送氧氣到肺部
缺點：長期使用的疑慮



葉克膜

使用時機：心肺衰竭，體內血液無法循環時
優點：等於人工心肺，可協助血液循環，維持器官功能
缺點：暫時使用無法治本、無法長期使用、易感染



輸血

使用時機：紅血球低下時
優點：補充血紅素或血小板，使血液功能正常
缺點：過多體液增加身體負擔，產生水腫等情形



洗腎

使用時機：腎臟衰竭時
優點：代替衰竭腎臟維持身體功能
缺點：不適，如血壓低下、頭暈；易感染；耗時

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



靜脈注射水分營養
(含全靜脈營養等)



鼻胃管灌食



胃造瘻管灌食

ACP 第二步驟



ACP 團隊
小叮嚀

減少意願人等的想像和現實
差距

1. 建構聽得懂的內容
(文化背景、心智能力、情緒及生命經驗)
2. 除了描述醫學名詞，建議以臨床情境來說明
3. 適時停下來統整、反問、核對訊息



靜脈注射／水分營養(含全靜脈注射 TPN 等)

使用時機：吞嚥困難

優點：維持身體所需營養水分

缺點：需使用中心靜脈導管給予、過多體液 增加身體負擔，產生水腫等情形



鼻胃管

使用時機：吞嚥困難

優點：維持身體所需營養水分

缺點：不適、外觀改變、無法享受進食樂趣、需定期更換、長期放置易造成感染或壓瘡



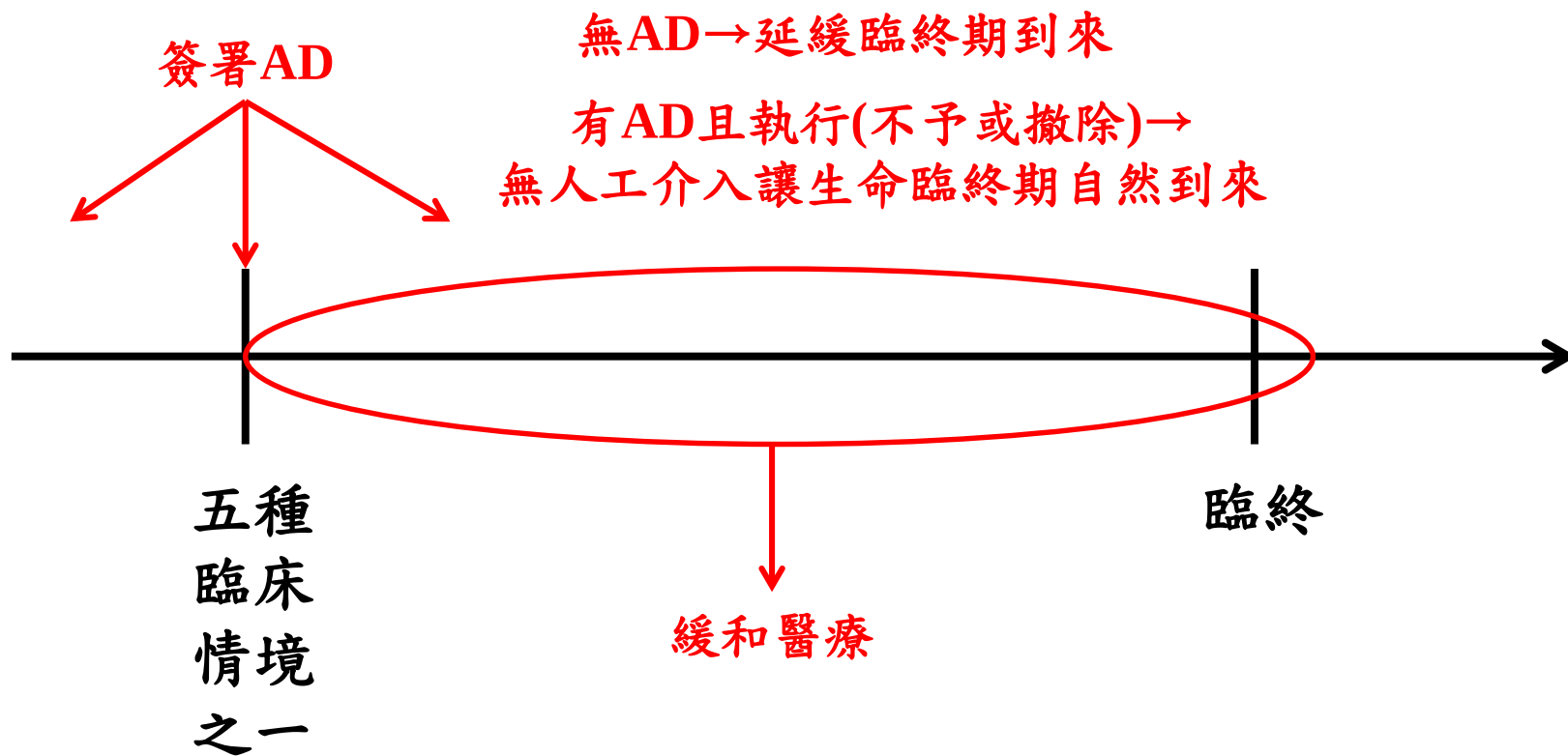
胃造口

使用時機：吞嚥困難

優點：維持身體所需營養水分

缺點：不適、外觀改變、腹部傷口照護、傷口嚴重時皮膚容易因滲漏導致皮膚炎

概念圖



意願人：

預立醫療決定書

本人_____ (正體署名) 經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

意願人

姓名：_____ 簽署：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____

電話：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序(請擇一進行)：

☐ 1、二名見證人在場見證：

見證人1 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

見證人2 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

☐ 2、公證：

公證人認證欄位：

日期：中華民國_____年_____月_____日

說明：

- 一、見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願，並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定(病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主要照護醫療團隊成員，以及繼承人之外的受遺贈人、遺囑或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人(病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。

簽署內容

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、☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、☐ 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、☐ 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、☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、☐ 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、☐ 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、☐ 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

第一部分 醫療照護選項

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、 ☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、 ☐ 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、 ☐ 如果我已经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、 ☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 ☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 ☐ 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、 ☐ 如果我已经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、 ☐ 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、 ☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、 ☐ 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、 ☐ 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 ☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 ☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 ☐ 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、 ☐ 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 ☐ 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、 ☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、 ☐ 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、 ☐ 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 ☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 ☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 ☐ 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、 ☐ 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 ☐ 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

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、 ☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、 ☐ 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、 ☐ 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 ☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 ☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 ☐ 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、 ☐ 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 ☐ 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 ☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、 ☐ 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、 ☐ 如果我已经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、 ☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 ☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 ☐ 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、 ☐ 如果我已经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、 ☐ 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

根據病人自主權利法，意願人_____於中華民國_____年_____月_____日完成預立醫療照護諮商，特此核章以茲證明。

醫療機構核章欄位：

中華民國_____年_____月_____日

意願人：

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

本人（正楷簽名）_____茲委任_____（擔任我的第_____順位醫療委任代理人），執行病人自主權利法第十條第三項相關權限。

【受委任之人】正楷簽名：_____

簽署日期：中華民國_____年_____月_____日

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

電話號碼：

住（居）所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

壹、第十條（醫療委任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，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人：

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

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。

貳、第十一條（醫療委任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。

參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）

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。

將法律落實為兩份具體的醫療意願文件

大家常說的「簽DNR」，其實指的是拒絕施行心肺復甦術，而非文件名稱。
這兩部法律，對應著兩份完全不同的實體決定書。



預立安寧緩和醫療暨 維生醫療抉擇意願書

僅能由自己與兩位見證人簽署
(或末期無法表達時由家屬代簽)。



預立醫療決定書 (AD - Advance Directive)

必須經過專業團隊的「預立
醫療照護諮商」後方可成立。

從「末期限定」擴展為涵蓋五大重症的保護網

過去，如果您不是末期病人，就無法啟動拒絕醫療的權利。如今，病主法將保護網擴大到了另外四種生命失去品質的狀態。



抉擇範圍的擴大：連同「人工營養」也能自主決定

在符合臨床條件時，您的選擇權不再僅限於急救。病主法賦予您決定是否接受維持生命治療，以及人工營養的權利。同時，緩和醫療成為了不變的照護底線。

選擇接受、拒絕或撤除「維持生命治療」與「人工營養及流體餵養」。

拒絕心肺復甦術
(CPR)
與維生醫療。

「緩和醫療」

不再只是拒絕的選項，而是減輕生理、心理與靈性痛苦的必要提供項目。

把生命的決定權的決定權，100% 完整交還給您本人

安寧條例允許在病人無法表達時，由最近親屬簽署同意書代替。

但在病主法中，沒有任何人可以推翻您的決定。

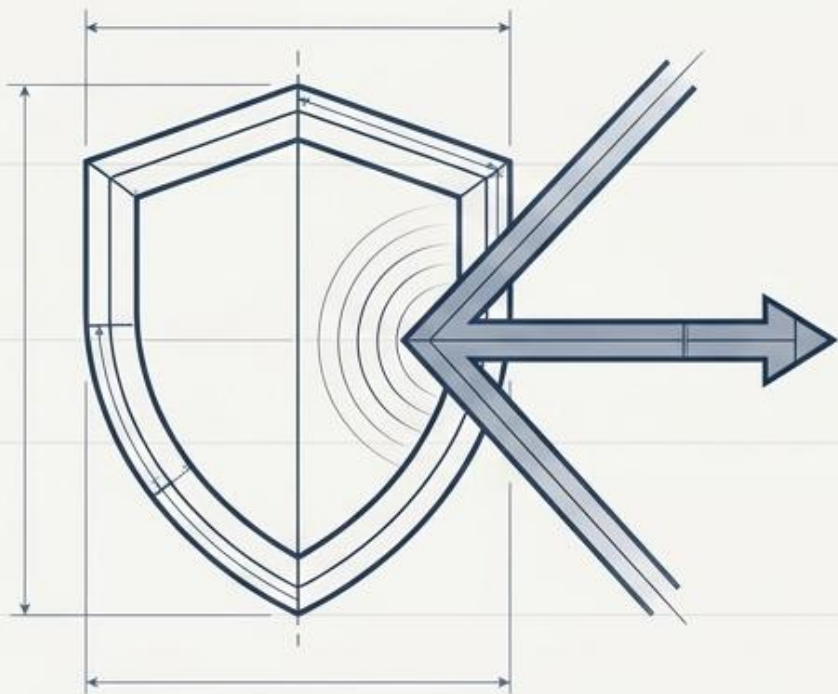


《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》核心差異診斷

 理論基礎	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
適用對象	保障末期善終權益 (拒絕過度醫療)	保障尊嚴、自主與善終權利 (知情、選擇、決定權)。
拒絕/撤除範圍	僅限生命末期病人	涵蓋五種臨床條件。
簽署權限	CPR、維生醫療	維持生命治療、人工營養及流體餵養 (並將緩和醫療列為必要)。
生效要件	本人，或無法表達時由最近親屬代簽	僅限本人簽署、修改或撤除。
	本人與二位見證人共同填寫	須經「預立醫療照護諮商」 且註記在健保憑證。 

拒絕只是保護，自主選擇才是真正的導航

安寧條例就像是一面「盾牌」，在生命終點為我們擋下無效且痛苦的醫療折磨。
病主法則是交到我們手中的「方向盤」，讓我們在意識清醒時，提前為五種潛在的重症情境，
導航出自己想要的醫療樣貌（願意接受、拒絕、或交由代理人決定）。



破除迷思：《病人自主權利法》絕對不是安樂死

病主法的核心是不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終。
它不加工延長生命，也絕不刻意縮短生命。這是歐美認可的普世人權。

過度醫療



過度醫療

加工延長生命。
強加無益的醫療措施，
無視生命品質。

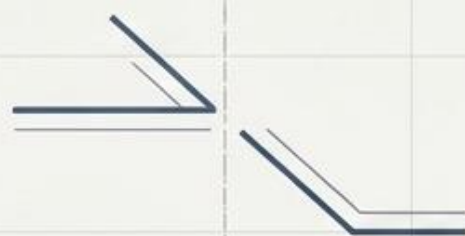
病人自主



病人自主

自然善終。自我衡量價值觀，
拒絕對自己無益的醫療措施，
不加工延長，也不刻意縮短。

安樂死



安樂死

刻意縮短生命。
透過外力介入，
人為提前結束生命。

依法令阻卻違法

急救義務及其例外

醫療法 第60條
醫師法 第21條

病人自主 權利法

- 末期病人
- 不可逆昏迷
- 持續植物人
- 重度以上失智
- 其他重症

末期病人
CPR&維生醫療
(延長瀕死)

安寧
條例

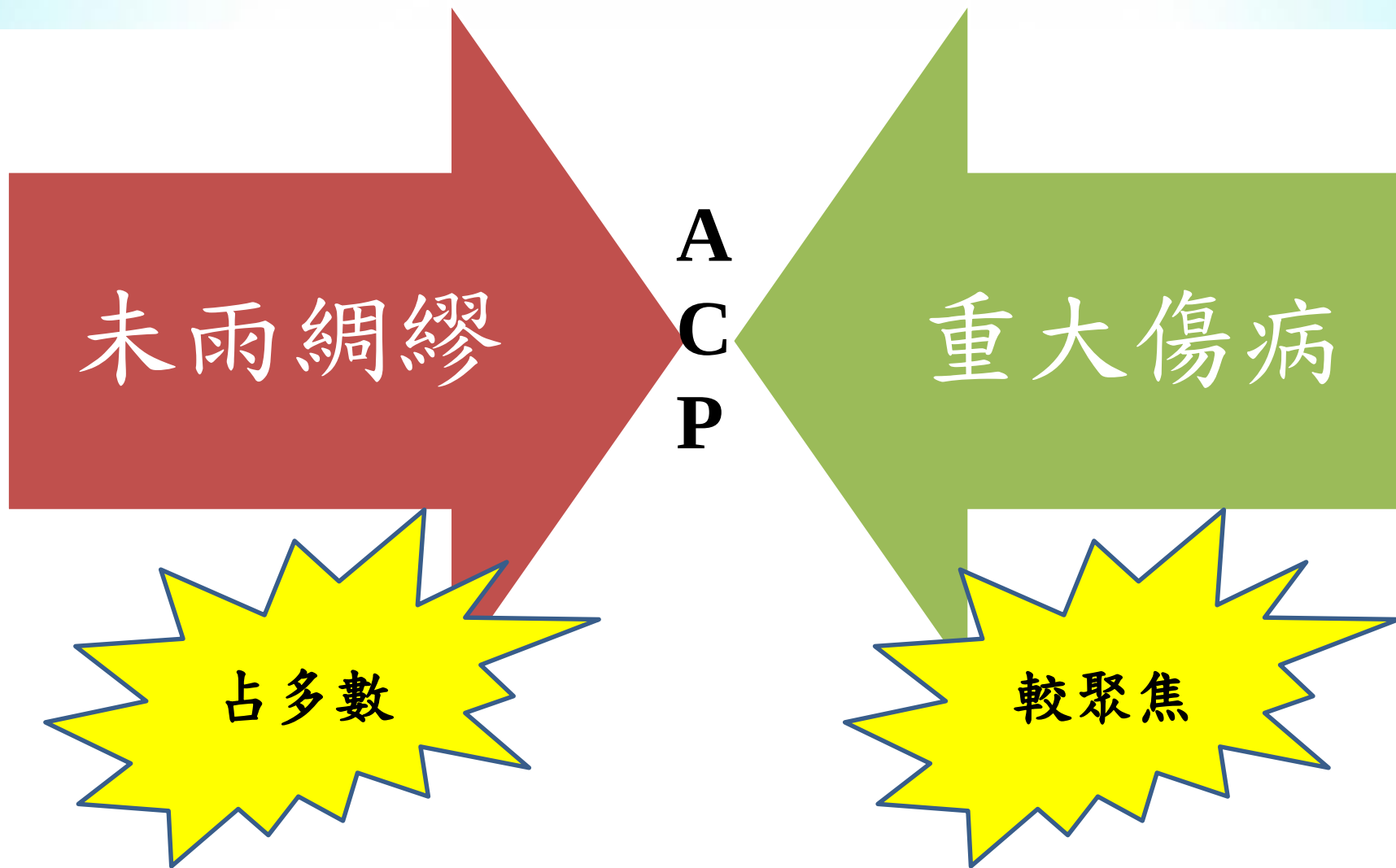
雙軌

開啟預立醫療照護諮商（ACP） 及安寧緩和療護之溝通對話

預立醫療照護諮商（Advance Care Planning，ACP）及死亡識能

- 對末期病程充滿許多不確定性下，促使所有成年人應有未雨綢繆的概念，盡早自我思考、與家人和醫療人員討論個人生命末期照護的意向及表達治療偏好。
- 「預立醫療照護諮商」
 - 提前與病人本身和家屬討論價值觀、目標和治療偏好。
 - 進一步完成「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」或者是「預立醫療決定」（Advanced Directives，簡稱AD）。
- 保障意願人進展至死亡不可避免之末期病況時，能在安寧緩和療護的協助下平安善終。

諮商對象



ACP健保給付(配合政策)

113年7月起實施

健保給付預立醫療照護諮商費用

讓您的醫療決定 延伸到不具能力決定的時刻

✗/✓鼻胃管
✗/✓氣管內插管

預立醫療照護諮商 (ACP)

- 1 向醫療機構詢問
- 2 進行諮商
- 3 簽署預立醫療決定並註記於健保卡

健保給付對象 | 符合以下任一適應症,且具完全行為能力的住院病人:

- ◎ 65 歲以上重大傷病且罹患安寧療護條件所列的疾病
- ◎ 輕度失智症(臨床失智評估量表 CDR 0.5 至 1 分)
- ◎ 病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款公告病名
- ◎ 居家醫療照護整合計畫收案對象

健保給付點數

每人終生給付 **1 次** 為限
(ACP 費用 3000 點)

健康存摺也能查詢是否已完成註記
登入健康存摺 > 個人紀錄 > 特殊安寧緩和醫療意願

衛生福利部中央健康保險署
Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

高雄醫學大學附設中和紀念醫院
有意者請洽王社工師 07-3110675

預立醫療照護諮詢(ACP)

114/5/1起 擴大健保給付對象

65歲以上重大傷病病人

家庭醫師整合照護計畫或地區醫院
全人全社區計畫之65歲以上多重慢性病人

符合安寧療護收案條件

輕度失智症
(臨床失智評估量表CDR 0.5至1分)

病人自主權利法第14條第1項第5款
公告病名 (如：脊椎性肌肉萎縮症等)

居家醫療照護整合計畫

預立醫療照護諮詢 [官方帳號]

LINE

歡迎民眾掃描
留言&加入好友

若有疑問請洽
王社工師
07-3110675

健保申報規範

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02028C	預立醫療照護諮商費 註： 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人： (1)六十五歲以上重大傷病病人。 (2)符合安寧療護收案條件者。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。	√	√	√	√	3000

緩和療護(Palliative care)的定義

- 為針對生命遭受疾病威脅之病人與家屬的一種照顧方式，藉由整體性評估與處理身、心、社會及靈性等問題，以改善病人與家屬生活品質為目標。
 - Palliative care improves the **quality of life** of patients and that of their families who are facing challenges associated with **life-threatening illness**, whether physical, psychological, social or spiritual.
 - The quality of life of caregivers improves as well.



WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2020.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

緩和療護：在無法治癒時，我們依然能照護



全
人
照
護



身體
(Physical)



社會
(Social)



心理
(Psychological)



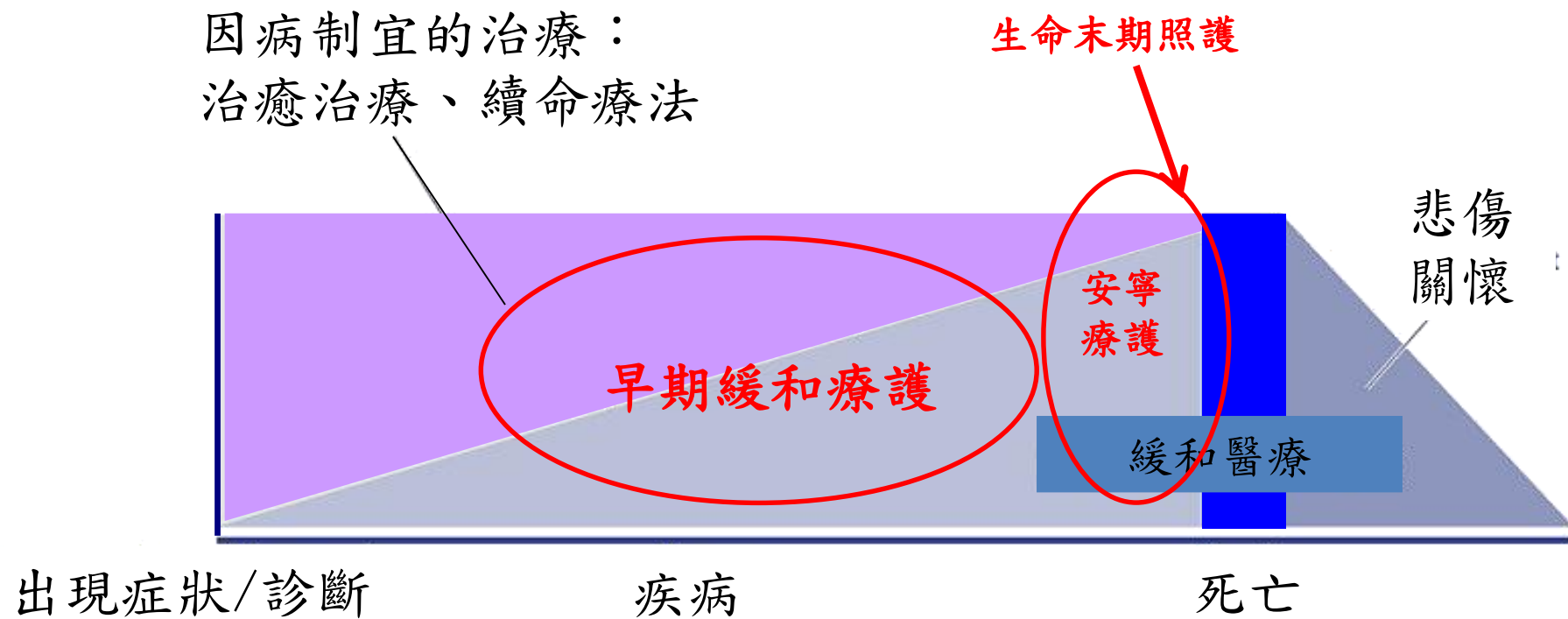
靈性
(Spiritual)

「安寧緩和療護旨在提升面對威脅生命疾病的病人與家屬的生活品質。」

(Palliative care improves the quality of life of patients and that of their families who are facing challenges associated with life-threatening illness. - WHO, 2020)

安寧療護不僅照顧病人，也同時改善照顧者的生活品質。

安寧緩和療護概念與模式



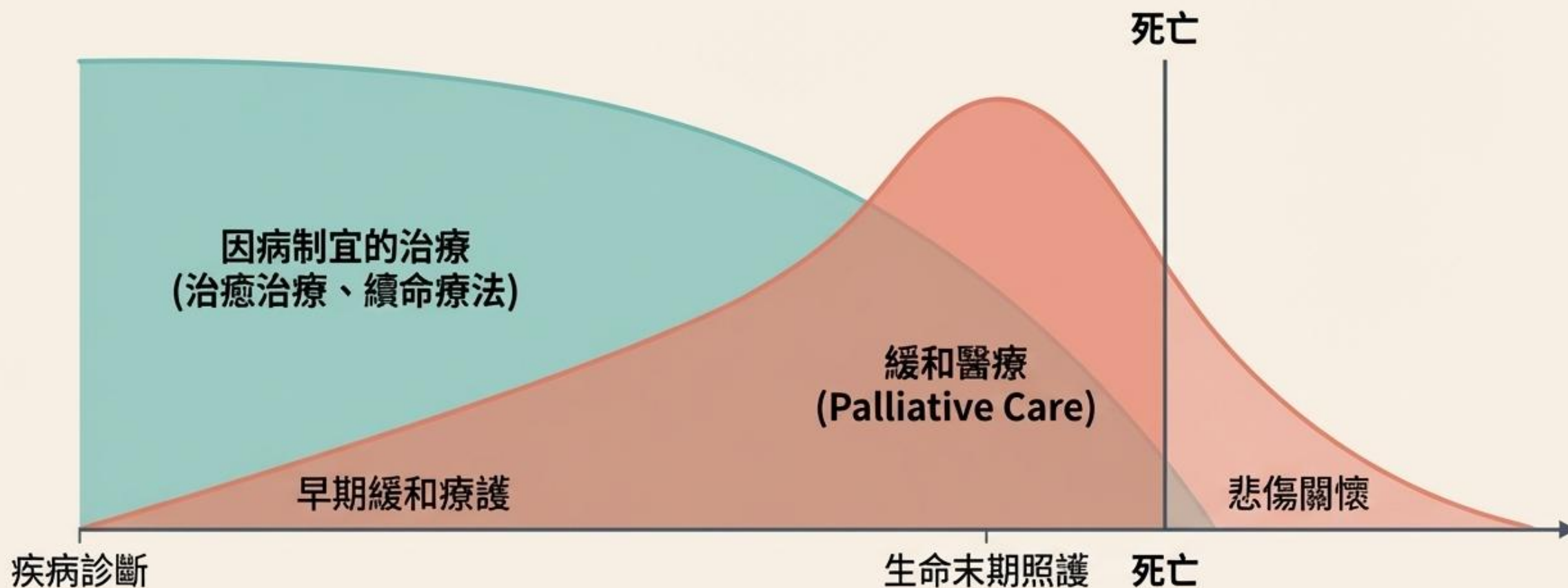
世界衛生組織, 日內瓦, 2002

緩和療護的演進：並行不悖的生命守護



World Health
Organization

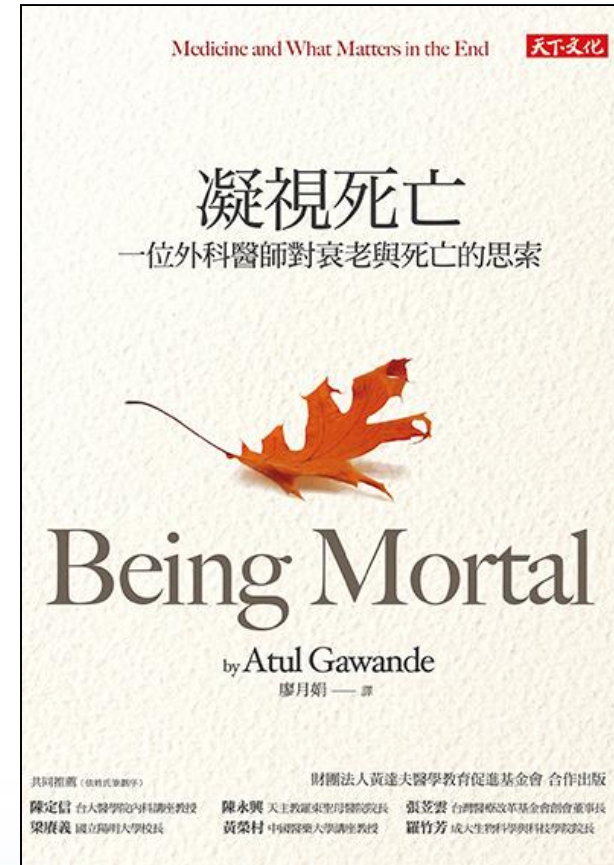
「針對生命遭受疾病威脅之病人與家屬，藉由整體性評估與處理，改善生活品質。」 — WHO, 2020



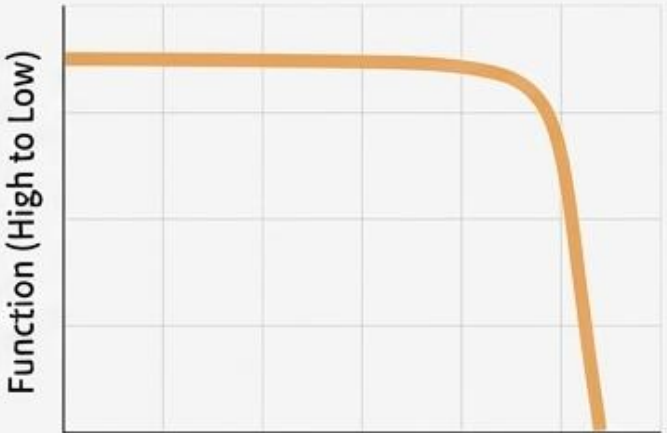
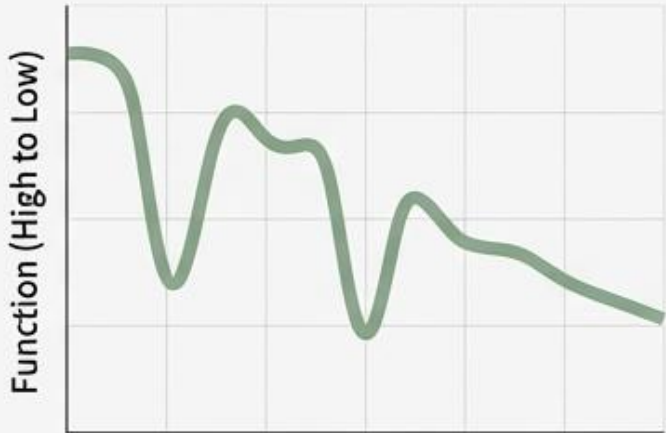
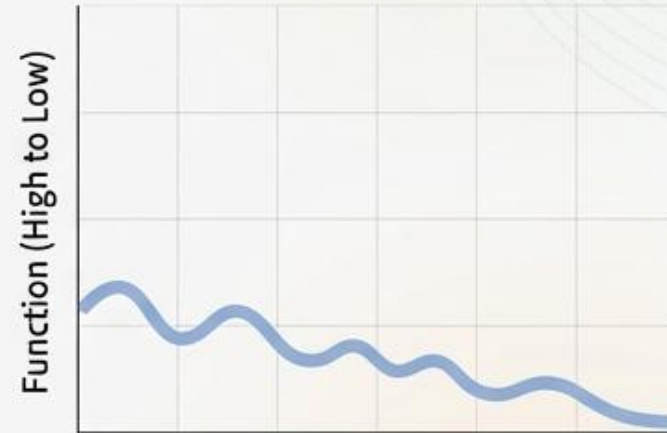
安寧緩和療護原則

- 標準醫療和安寧療護的差別不是在於治療的有無，而是優先次序的考量不同
 - 讓末期病人盡可能過得舒服一點
 - 取自凝視死亡P.210

Good quality of life



重新認識死亡的形貌：三種截然不同的生命末期軌跡

癌症 (Cancer)	器官衰竭 (Organ Failure)	衰弱與失智 (Frailty/Dementia)
 Function (High to Low) Time	 Function (High to Low) Time	 Function (High to Low) Time
維持較高功能，直到末期才急遽下降。	反覆急性發作與部分恢復，呈現波浪狀衰退。	長期處於低功能狀態，緩慢且逐漸地凋零。

安寧療護適用之末期病人

- 健保局自2009年9月1日起規範安寧療護適用之末期病人，包括：
 - － 癌症末期病人
 - － 末期運動神經元疾病(漸凍人)
 - － 老年期及初老期器質性精神病態
 - － 其他大腦變質
 - － 心臟衰竭
 - － 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
 - － 肺部其他疾病
 - － 慢性肝病及肝硬化
 - － 急性腎衰竭，未明示者
 - － 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

腦
心
肺
肝
腎

擴大台灣安寧療護適用之末期病人

- 健保局自2022年6月1日起，將適用「安寧療護」的範圍擴大，除原先的癌症末期病人及漸凍人及八大類非癌末期疾病外，新增四類疾病類別的病人，包括：
 - － 末期衰弱老人
 - － 末期骨髓增生不良症候群(MDS)
 - － 符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款條件病人
 - 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - 永久植物人狀態
 - 極重度失智
 - 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。
 - － 罕見疾病或其他預估生命受限者

參考資料：

<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-67794-1.html>



英國愛丁堡大學

Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)

- 用來辨識健康狀況正在惡化、並有死亡風險的病人
- 協助評估了解這些病人是否有未被滿足的支持性及緩和照護需求

十、末期衰弱老人

1. 參考 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。
2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
3. ICD-10-CM 代碼：R54

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

The SPICT™ is used to help identify people whose health is deteriorating. Assess them for unmet supportive and palliative care needs. Plan care.

Look for any general indicators of poor or deteriorating health.

- Unplanned hospital admission(s).
- Performance status is poor or deteriorating, with limited reversibility. (eg. The person stays in bed or in a chair for more than half the day.)
- Depends on others for care due to increasing physical and/or mental health problems.
- The person's carer needs more help and support.
- The person has had significant weight loss over the last few months, or remains underweight.
- Persistent symptoms despite optimal treatment of underlying condition(s).
- The person (or family) asks for palliative care; chooses to reduce, stop or not have treatment; or wishes to focus on quality of life.

第一步驟：健康惡化的一般性指標（符合任何一個）：

- (1) 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。（個人照護需要協助，一天中有 50%或以上的時間須待在床上或椅子上）
- (2) 過去 6 個月中有兩次或兩次以上的非預期性住院。
- (3) 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。
- (4) 照顧者需要更多之協助與支持。
- (5) 過去的數個月中出現明顯的體重減輕，或持續的體重過輕。
- (6) 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，但仍有持續且令人困擾的症狀。
- (7) 病人或家屬要求緩和醫療；或要求減少或停止其他治療方式；或要求將照護重點聚焦於生活品質。

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) 2019

衰弱評估量表

花蓮慈濟醫院謝至鏗醫師譯

SPICT™ 是一份評估患者是否處於持續惡化之健康狀況的指南。
評估這些患者是否存在未被滿足之支持療法及緩和療護需求，並安排治療計畫。

健康狀況不佳或惡化的一般性指標

- ☐ 非預期性之住院
- ☐ 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。
(例如：一天中一半以上的時間須待在床上或椅子上)
- ☐ 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。
照顧者需要更多之協助與支持。
- ☐ 持續體重下降；持續體重過輕；肌肉量過低。
- ☐ 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，其症狀仍持續。
- ☐ 患者或家屬要求緩和療護；要求減少、停止或拒絕治療；或希望將照護重點聚焦於生活品質。

預期生命期限情形之臨床指標 失智/衰弱

- ☐ 沒有別人幫忙無法穿衣、行走或飲食
- ☐ 進食及飲水量減少；吞嚥困難
- ☐ 大小便失禁
- ☐ 無法用口語溝通，極少社交接觸
- ☐ 頻繁跌倒；股骨骨折
- ☐ 反覆發燒或感染；吸入性肺炎

檢視現有之治療方式及治療計畫

- ☐ 檢討目前的治療和用藥，使病人得到最佳的照護；簡化多重藥物之使用。
- ☐ 如果患者之症狀或問題十分複雜且難以處理，考慮轉診給專科醫生評估。
- ☐ 與患者和家屬對現有及未來之治療計畫取得共識。提供家庭照顧者支持。
- ☐ 如果預期患者有喪失決定能力之風險，要提前做好這些準備。
- ☐ 治療計畫之紀錄、溝通與協調。

資料參考自：<https://www.hospice.org.tw/content/3847>

Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT™) 2022 – Taiwan Version 支持性及緩和療護指標工具 – 2022 台灣版 (SPICT-TW™)

SPICT 支持性及緩和療護指標工具是一份指南，可以用來辨識健康狀況正在惡化的病人，協助評估了解這些病人是否有未被滿足的支持性及緩和療護需求，並擬定照護計畫。

第一步驟：尋找健康狀況正在惡化的一般性指標

- ☐ 非預期性的(多次)住院。
- ☐ 日常功能狀況不佳或持續惡化(例如一半以上時間臥床或限制於椅子上)，且回復的可能性不高。
- ☐ 因為生理或心理的健康問題，需要依賴他人的照顧。
- ☐ 病人的照護者需要更多的協助與支持。
- ☐ 持續的體重減輕；或本身體重過輕；或肌肉量過低。
- ☐ 儘管原有疾病已接受最佳治療，病人仍持續出現不適症狀。
- ☐ 病人(或家屬)要求緩和療護；或是病人要求減少、停止或不進行治療；或希望醫療聚焦在生活品質。

第二步驟：針對下列一個或多個威脅生命的重大疾病，篩選病人是否符合特定臨床指標

癌症	☐ 因癌症持續進展而導致日常功能惡化。 ☐ 因太衰弱而無法接受抗癌治療，或治療目標已轉為症狀控制。	心血管 疾病	☐ 心衰竭或有嚴重難以治療的冠狀動脈疾病；在休息或少量活動時，仍出現呼吸困難和胸痛。 ☐ 罹患嚴重無法手術的週邊血管疾病。
失智症/衰弱	☐ 在無人幫助下，無法自行穿衣、行走或進食。 ☐ 進食喝水減少；吞嚥出現困難。 ☐ 出現尿失禁或排便失禁。 ☐ 無法透過口語表達溝通；社交互動極少。 ☐ 經常跌倒；大腿骨折。 ☐ 反覆發燒或感染；吸入性肺炎。	呼吸 道 疾病	☐ 嚴重慢性肺臟疾病；在休息或少量活動時，仍出現呼吸困難。 ☐ 持續低血氧而需要長時間的氧氣治療。 ☐ 因呼吸衰竭需要呼吸器治療，或不適合使用呼吸器治療。
神經性 疾病	☐ 儘管已提供最佳治療，仍出現身體及(或)認知功能的持續惡化。 ☐ 語言障礙導致嚴重溝通困難，及(或)愈來愈嚴重的吞嚥困難。 ☐ 反覆發生吸入性肺炎；呼吸困難或呼吸衰竭。 ☐ 中風後持續癱瘓使得生理功能明顯喪失且持續失能。	腎臟 疾病	☐ 慢性腎臟病第四或五期(即腎絲球過濾率 eGFR 小於 30ml/min)，健康狀況正惡化中。 ☐ 腎衰竭導致其他威脅生命的病況或治療更加複雜。 ☐ 停止或不打算開始腎臟透析治療的病人。
其他	☐ 病情惡化且合併其他病況；不可逆的多重病況或併發症；現行可用的最佳治療方式其惡後都不佳。	肝臟 疾病	☐ 肝硬化，在過去這一年當中出現下列一項以上的併發症：1)對利尿劑治療無效的頑固性腹水，2)肝腦病變，3)肝腎症候群，4)細菌性腹膜炎，5)反覆的食道靜脈出血。 ☐ 無法進行肝臟移植的病人。

第三步驟：回顧檢視目前的照護內容與照護計畫

- ☐ 檢視目前接受的治療及藥物，確認病人已接受最佳照護；盡可能減少多重用藥。
- ☐ 與病人、家屬或其他親近的人，針對現在與未來的照護計畫達成共識，並支持照顧者。
- ☐ 紀錄、分享並回顧檢視照護計畫之內容。
- ☐ 假設症狀或問題是複雜難以處理的，須考慮轉介安寧緩和專科醫療人員進一步評估。
- ☐ 若病人有喪失自主決策之心智能力的可能，更應儘早開始討論照護計畫。

SPICT 結果判讀

- SPICT 官方建議的啟動條件（根據 SPICT™ 2025）
 - SPICT 並未設定「明確的數字門檻」，但根據文件建議與臨床實務，若符合：
 - 兩項或以上的一般性指標（General indicators of poor/deteriorating health）
 - 加上至少一項特定臨床指標（Clinical indicators of advanced condition）
 - 即可視為「高度懷疑已進入疾病晚期階段」，應啟動緩和醫療評估與照護討論（如 ACP、DNR 討論等）
- 臨床共識多數會將「 ≥ 2 一般性指標 + ≥ 1 特定臨床指標」作為啟動轉介或討論的合理依據，但不是強制標準
- SPICT工具是輔助性的指標，最終是否啟動緩和醫療，還是需要結合醫師的臨床判斷、病人的價值觀與家屬的參與意願

RESEARCH

Open Access



Use of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT™) for end-of-life discussions: a scoping review

Melanie Mahura¹, Brigitte Karle², Louise Sayers³, Felicity Dick-Smith³ and Rosalind Elliott^{3,4*}

主要結果

- From the search results 26 records were reviewed, including two systematic review, two theses and 22 primary research studies.
- Much of the research was derived from primary care settings.
- There was evidence that the **SPICT™** assists conversations about **advance care planning** specifically discussion and documentation of **advance care directives, resuscitation plans and preferred place of death.**
- The SPICT™ is available in at least eight languages (many versions have been validated) and used in many countries.

Epidemiology

Identifying patients who could benefit from palliative care by making use of the general practice information system: the Surprise Question versus the SPICT

Matthijs PS van Wijmen^{*,†}, Bart PM Schweitzer, HR Pasman and Bregje D Onwuteaka-Philipsen

Department of Public and Occupational Health, Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands

Table 3. Performance characteristics of both tools of predicting 1-year mortality (both practices combined, $n = 3640$, 36 deceased in the year after performance of the tools, 2016–17)

	SQ ($n = 67$)	SPICT ($n = 101$)
Sensitivity	50% (34–66)	58% (43–73)
Specificity	99% (98–100)	98% (97–98)
<i>Without 10 deceased patients who arguably could not have been identified^a</i>		
Sensitivity	69% (50–84)	81% (63–92)
Specificity	99% (98–100)	98% (97–98)

概念與精神

緩和安寧療護

支持照護

DNR

基本權益

ACP & AD

進階保障

Multidimensional Supportive Care Needs(跨領域全人支持性照護)



諮商機構要求

提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法

第二條 直轄市、縣(市)主管機關應就符合下列條件之醫院，指定其為預立醫療照護諮商機構(以下簡稱諮商機構)，提供預立醫療照護諮商：

- 一、一般病床二百床以上。
- 二、經醫院評鑑通過之醫院。

前項以外之醫院、診所具特殊專長，或位於離島、山地或其他偏遠地區，向直轄市、縣(市)主管機關申請並經同意者，得為諮商機構，提供預立醫療照護諮商，不受前項規定之限制。

諮商人員訓練時數要求

課程類別	序號	課程名稱	醫師 時數	護理師 時數	心理師 時數	社工師 時數
法規 知能	A	病人自主權利法及相關法規	2	3	4	4
諮商 實務	B	預立醫療決定及緩和醫療照護	2		3	3
	C	預立醫療照護諮商(ACP)程序及技巧		3	4	4
總訓練時數			4	6	11	11

ACP諮商人員資格線上課程

- 於長照數位學習平台選修「病主法全攻略線上課程」
 - <https://ltc-learning.org/mooc/index.php#4>
- 於護理師護士公會全聯會雲端學習中心選修「預立醫療照護諮商人員訓練課程」
 - <https://www.nurse.org.tw/publicUI/D/D10501.aspx?arg=8D531BA4A093583053>

高醫附院ACP執行模式

本院於2018年11月起開辦預立醫療照護諮商門診，
無論是健康或是生病的民衆，都可以經過事先預約，來聊聊您的終生大事喔！

病人自主權利法將於2019年1月6日正式上路，讓民衆與家人能夠透過醫療專業人員提供的預立醫療照護諮商後，自主表達預立醫療決定，保障自己在未來發生特定臨床狀況時，選擇接受或拒絕維持生命治療、人工營養或流體餵養，做自己生命的主人。



預立醫療照護諮商門診

Clinic for ACP

自108年7月19日起，遷移至W棟1樓

樓別	科診代碼 / 診別	時段	星期一 Mon.	星期二 Tue.	星期三 Wed.	星期四 Thu.	星期五 Fri.	星期六 Sat.
W棟一樓	預立醫療照護諮商門診	上午			林憶婷			
		下午		陳炳仁 沈政廷	黃冠兒	吳建誼		
備註	採預約制・預約專線 (07)3121101 # 6161 或 (07)3110675 王靜瑜社工師							

亦有提供**住院&居家**病人ACP服務

多元場域ACP進行模式



多元場域的對話：高醫附院 ACP 執行模式

不僅限於門診，我們提供住院與居家病人的全方位 ACP 服務。



預立醫療照護諮商中心



病床邊的 ACP 實況

延伸場域



居家
(Home)



機構
(Institution)



團體
(Group)

心理社會準備與排程

社工師



進行 Pre-ACP 評估



照會ACP團隊並預約
正式ACP時間

社工師在此階段為病患及家屬建立心理建設，確保後續諮商順利進行。

諮商工具



相關參考資料



衛生福利部 Ministry of Health and Welfare.R.O.C.
預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統

首頁 | 網站導覽 | 常見問題 | 字級 大 中 小

[意願簽署](#) > [推廣機構專區](#) >

簽署資訊 ▾ 政策與法令 ▾ 意願簽署 意願查詢 統計專區 ▾

🏠 現在位置：[首頁](#) / [預立醫療決定](#) / [推廣頁面](#)

預立醫療決定

推廣頁面

提供預立醫療照護諮商醫療機構

預立醫療照護諮商醫療機構比較

病人自主權利法

病人自主權利法施行細則

提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法

病人自主權利法第14條第1項第5款「病人疾病



想好好說再見_懶人包



病人自主權利法_懶人包
1090528修正



<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/introduction.aspx>

預立醫療照護諮商中心



諮商中心內部



掃描上傳單位-聯合服務中心



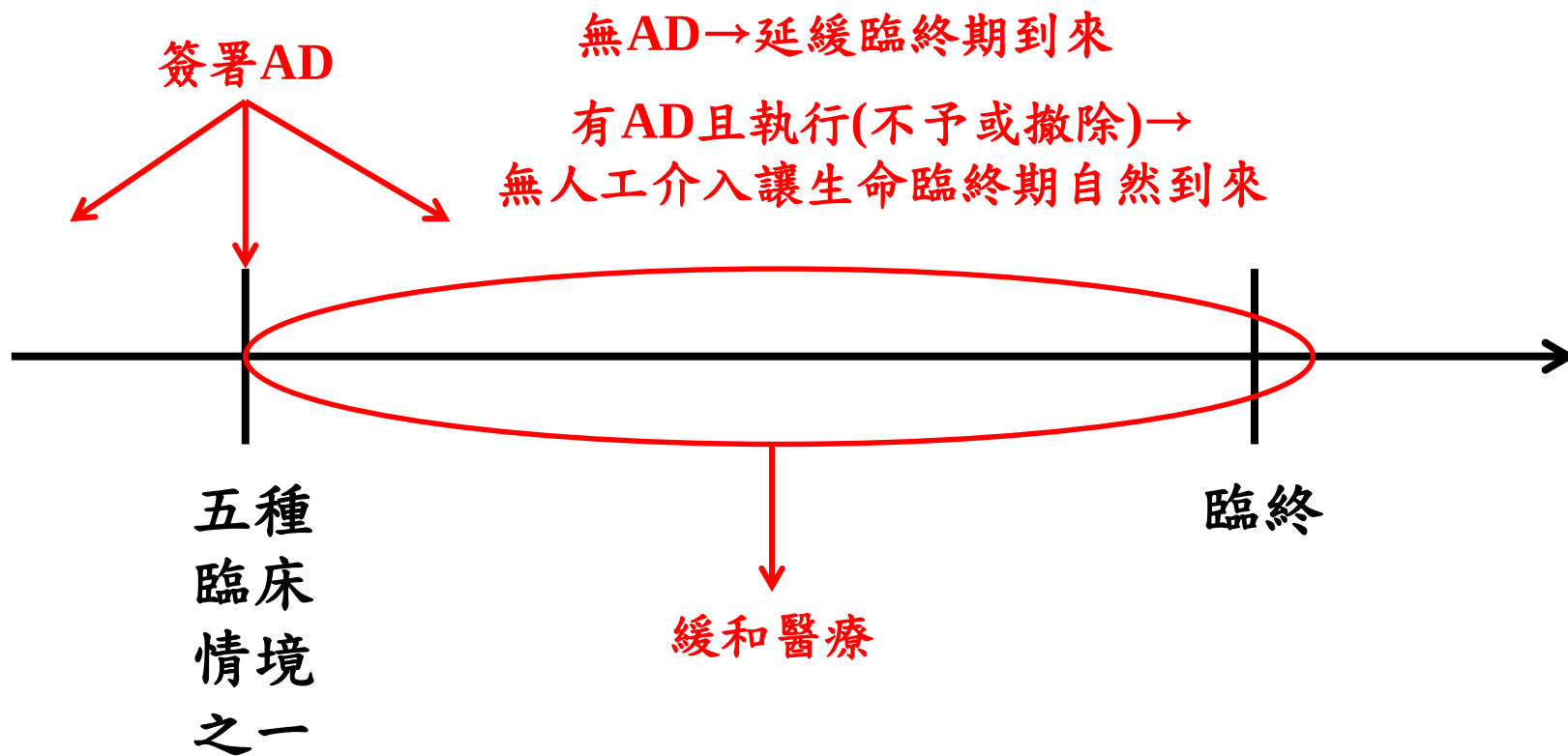
簽署內容

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、 ☐ 我不希望接受維持生命治療。 2、 ☐ 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、 ☐ 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、 ☐ 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 ☐ 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 ☐ 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、 ☐ 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、 ☐ 我希望接受人工營養及流體餵養。

全有全無!?

限時嘗試治療!?

概念圖



思考~~撤除維生設備

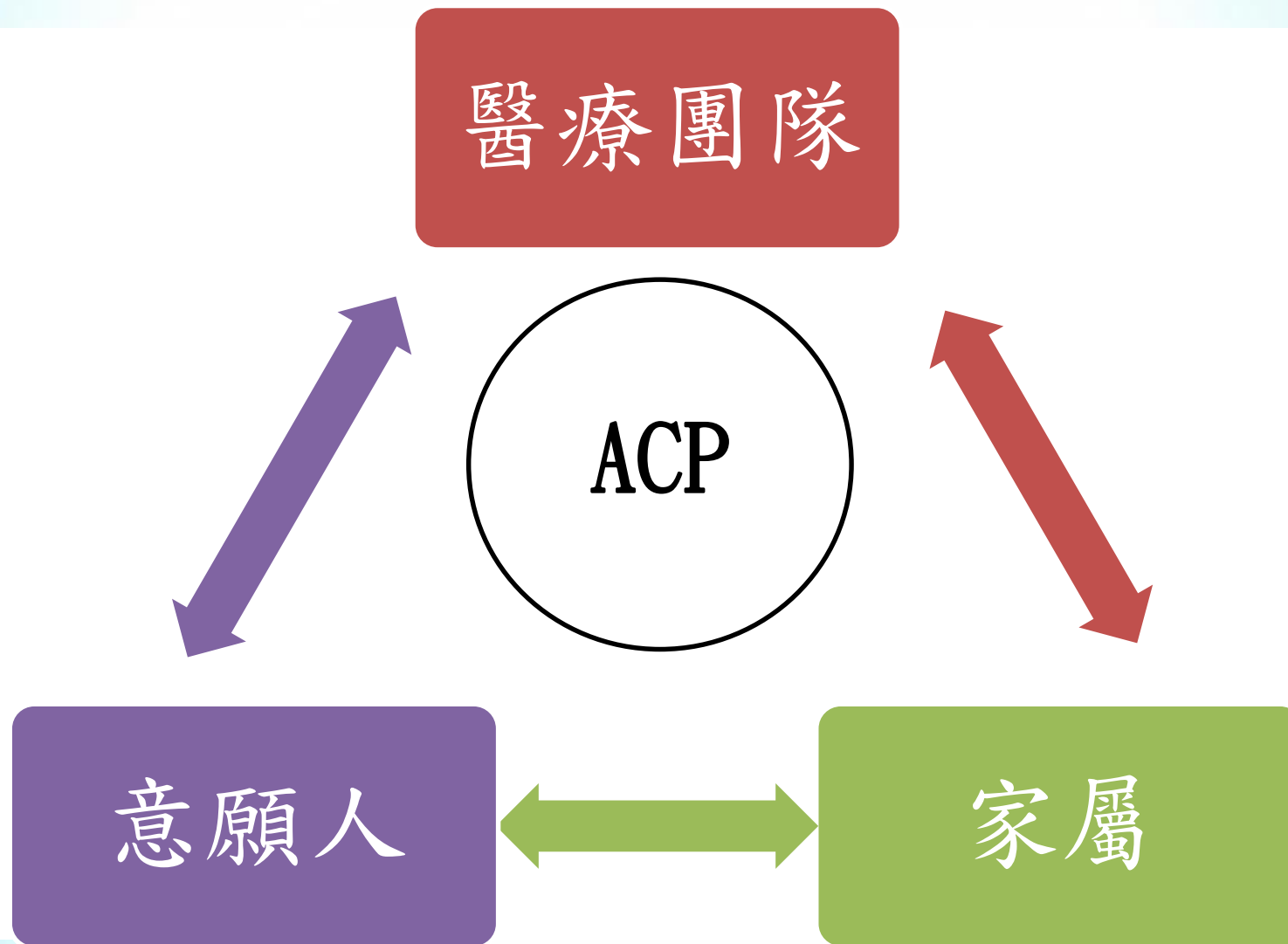
- 對醫療人員及家屬在心理上較難接受。
- 美國醫學會、美國胸腔學會、英國醫學會皆明確表示，在末期病人的醫病脈絡中，「不施行」與「撤除」二者沒有倫理上的差別。「終止或撤除心肺復甦術」並無高於「不施行心肺復甦術」的倫理爭議或風險。
- 因此緊急情形下，如是否給予維生治療仍有疑問時，應先給予再考慮是否撤除。

限時嘗試治療 Time Limited Trial

臨床挑戰

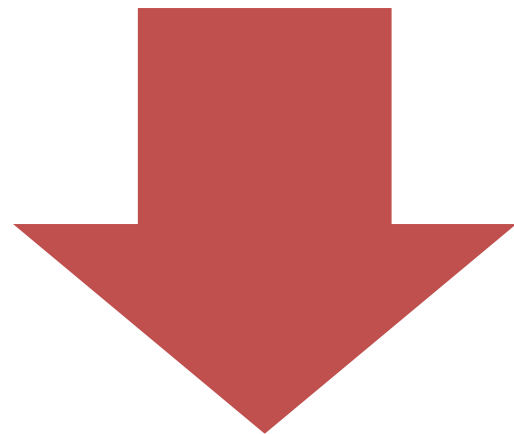
- 簽署的內容是否真的能完整表達意願人內心自主意志?
- 理想上: withhold(不予) > withdraw(撤除)
- 現實上: withdraw(撤除) > withhold(不予)

互動式諮商過程



展望

整合核心價值



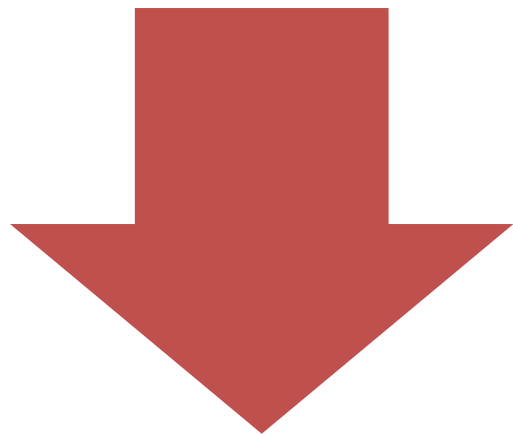
生活
品質



生命
長度



整合核心價值



不要

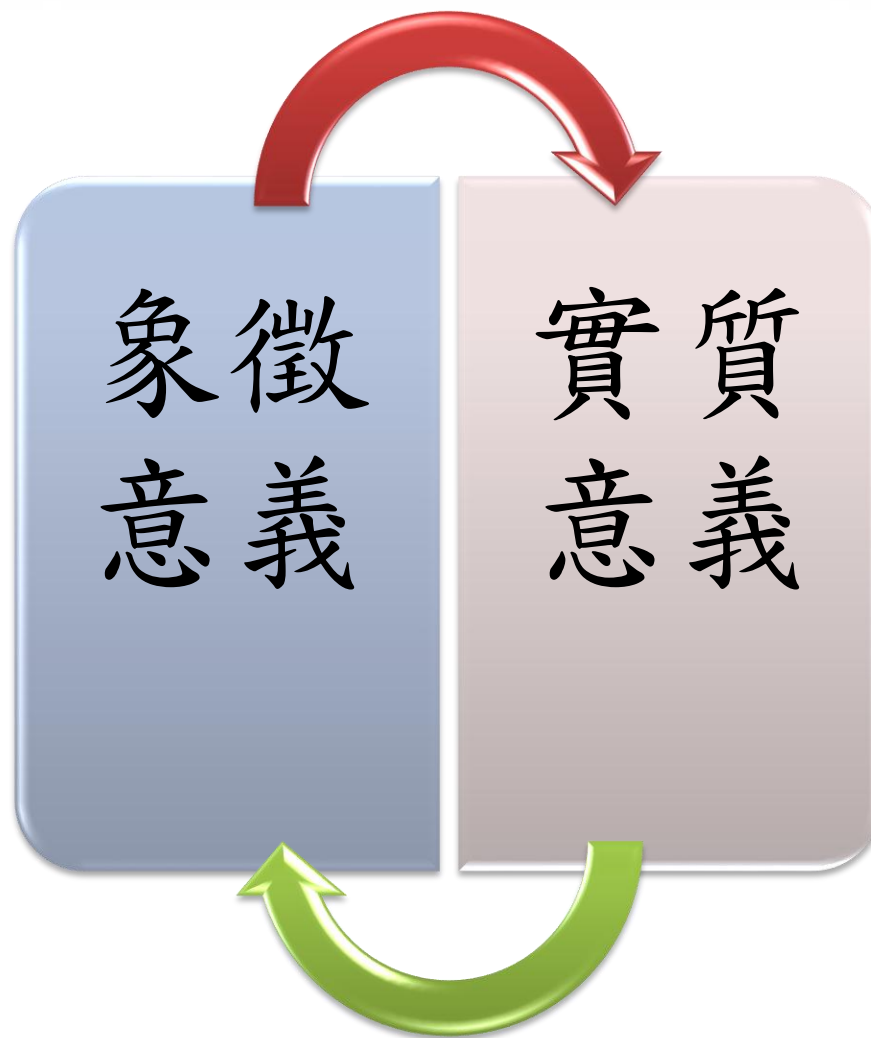


想要



ACP&AD精神

ACP討論過程瞭解
病人意願及統合與
會家人間的共識



AD法律文件的
真正臨床效力

啟動 & 執行AD



如何啟動AD

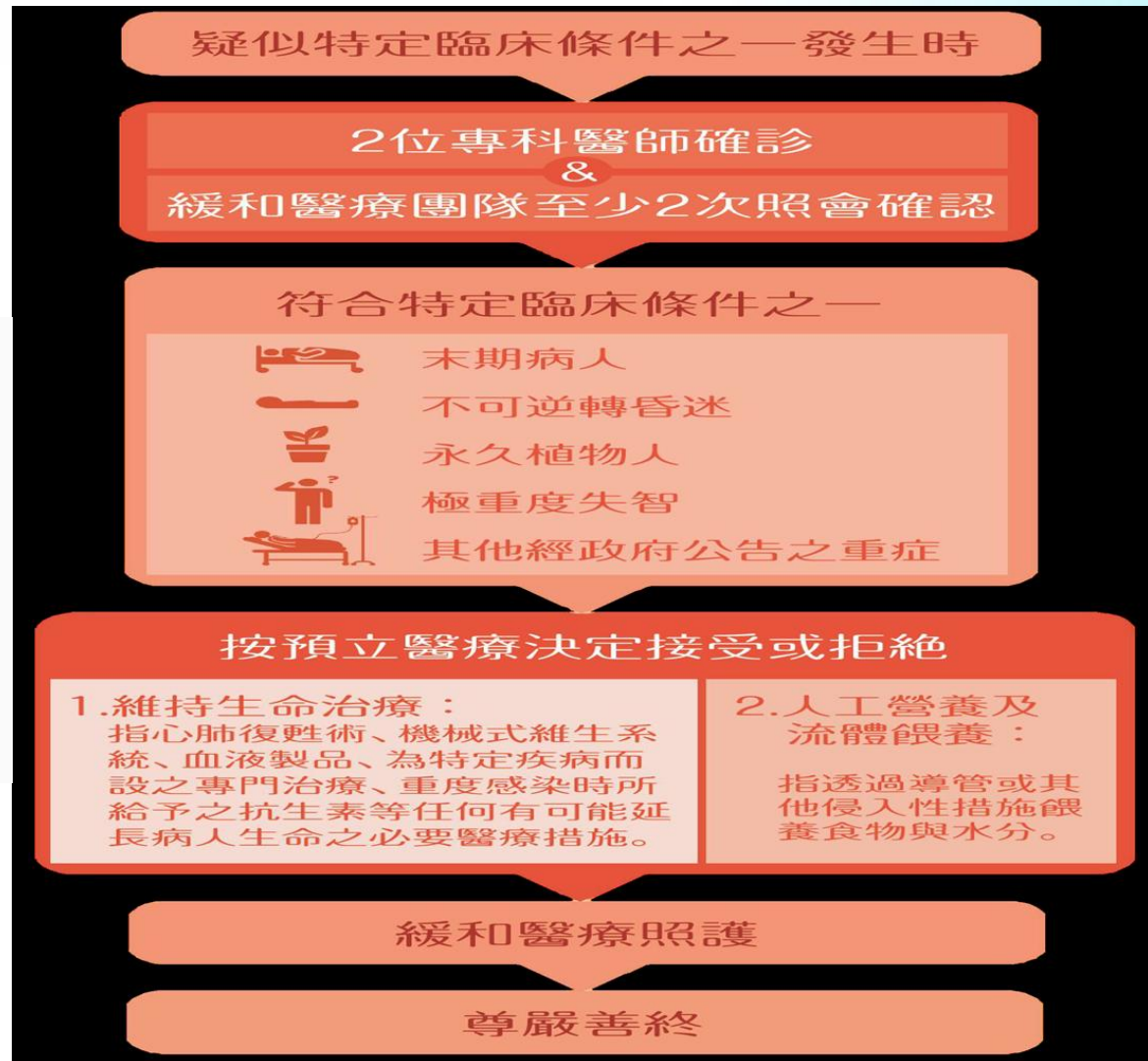
家屬／代理人



協助轉院

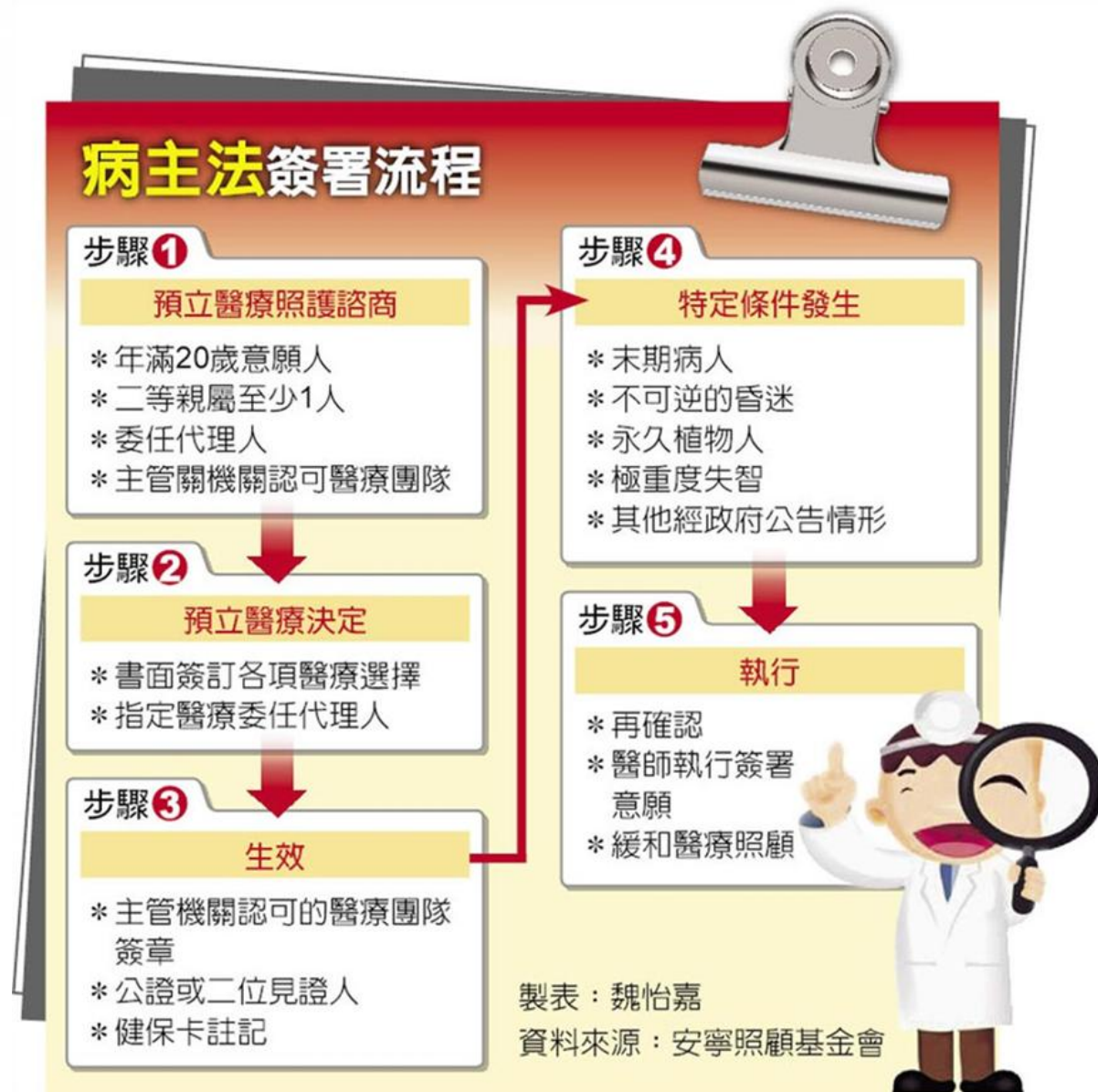
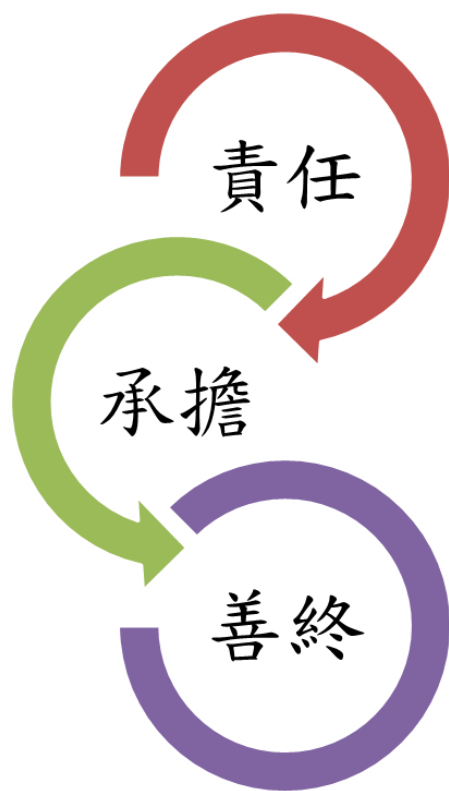
圖片參考自：

<https://thenounproject.com/search/?q=family&i=150666>



總結

動態溝通重要性



落實病人自主權利法

「尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧」的核心精神。

從「盡力延長生命」到「完整生命的尊嚴」



我們無法阻止社會高齡化的巨輪，但我們能選擇
讓生命在夕陽餘暉中，走得安穩且有尊嚴。



高雄醫學大學附設中和紀念醫院
Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

THANK YOU

謝

謝

聆

聽

