



臺北市立聯合醫院
Taipei City Hospital

預立醫療照護諮商 執行手冊

訂定日期：112 年 11 月

修訂日期：113 年 5 月

目錄

壹、前言

貳、臺北市立聯合醫院預立醫療照護諮商團隊

一、預立醫療照護諮商人員資格

二、團體諮商團隊成員、任務

參、團體預立醫療照護諮商流程

一、流程圖

二、團體 ACP 合作單位事項

三、報名及意願人準備階段

四、預立醫療照護諮商前準備

五、團體預立醫療照護諮商(諮商當日)

六、掃描上傳

七、返院後行政程序

肆、Q&A



壹、前言

本院自 105 年病主法上路便積極推動預立醫療決定書，希望幫助大家思考自身在特定臨床條件下，如何預先思考與安排自己醫療照護。

而在完成預立醫療決定書的過程中，透過預立醫療照護諮商的討論和溝通更是尤為重要的項目，促進自身、家人親友多方的開啟生命議題、醫療安排的對話，有助於在未來遇到不可逆轉之疾病時，親友能遵照您的意願落實醫療決策。因此這不僅是法律上的要求，也是達成家庭共融與落實的過程。

目前團體預立醫療照護諮商也是本院推動病人自主權利法的重要服務之一。有鑑於大眾、合作單位對於此服務有所興趣與了解，本院開發所屬手冊，提供給大眾參考與學習。

這本手冊主要介紹本院如何以團體方式進行預立醫療照護諮商，透過詳細介紹團體諮商的流程，提供了許多實用資訊，希望做為其他有意執行團體預立醫療照護諮商之醫療機構人員及合作單位參考，幫助大家在推展預立醫療照護諮商的過程中能夠更順利。

貳、臺北市立聯合醫院 預立醫療照護諮商團隊

一、預立醫療照護諮商人員資格

預立醫療照護諮商(以下簡稱 ACP)團隊應完成衛福部公告之預立醫療照護諮商訓練課程，類別及時數如下：

課程類別	課程名稱	醫師(時數)	護理人員(時數)	心理師及社會工作人員時數
法規知能	病人自主權利法及相關法規	2	3	4
諮商實務	預立醫療決定及緩和醫療照護	2		3
	預立醫療照護諮商(ACP)程序及技巧		4	
總訓練時數		4	6	11

二、團體諮商團隊成員、任務

每場團體諮商由各院區醫療人員組成，最少包含1名專科醫師、1名兩年以上臨床實務經驗護理人員、1名兩年以上臨床實務經驗之社工人員或心理師。



1. 主責醫師

提供病人自主權利法中特定臨床條件醫療及相關維持生命治療的說明。



2、護理師

可提供一般或緩和療護之護理照顧與建議，解釋有關未來照顧計畫與評估照顧者對照顧計畫之瞭解(鼻胃管等)。並擔任分組諮商小組負責人。

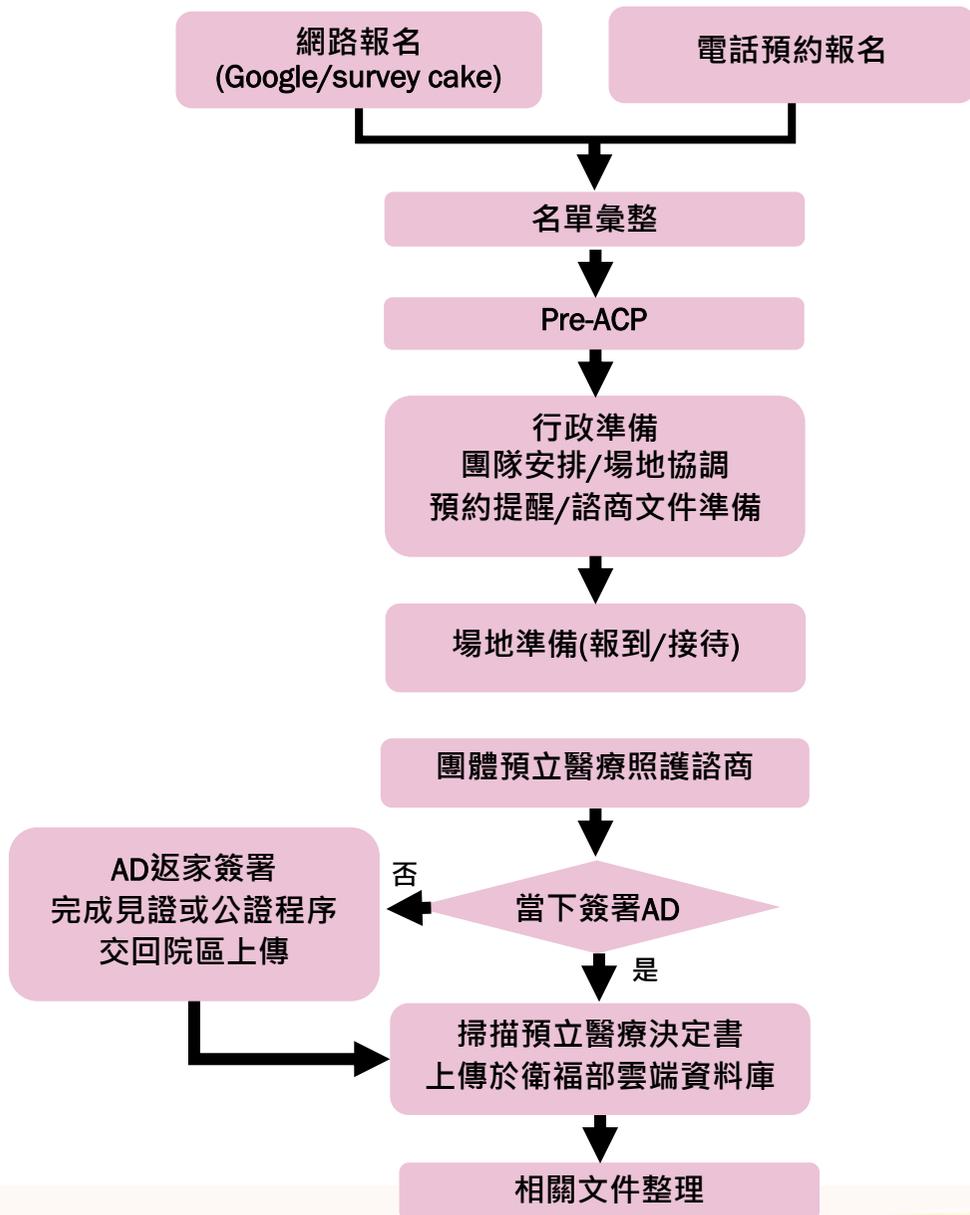


3、社工師或心理師

- (1)統籌團體諮商相關事宜。
- (2)分組諮商時進行預立醫療照護諮商，協助引導病人與家屬共同做出預立醫療決定。

參、團體預立醫療照護諮商流程

一、流程圖



二、團體ACP合作單位事項



團體諮商方式

1. 流程：暖場 → 醫師說明病主法內容 → 分組家庭諮商 → 預立醫療決定書掃描上傳
2. 時間：諮商時間(含掃描上傳)·一場預估約2小時
3. 分組原則：1個家庭為一組·搭配一位諮商人員進行諮商



場地設備

1. 諮商區：諮商人數依諮商空間大小調整·並能分組安排桌椅
2. 轉場/等候區：如有第二場次·則需有意願人等候取回AD文件區或作為下一場次意願人報到區
3. 行政區:掃描上傳AD文件用
4. 設備需求：穩定網路、麥克風、投影設備



報名聯繫方式

1. 合作單位有單一聯絡窗口·以具備病主法基本概念者尤佳·作為本院與意願人之溝通橋梁
2. 報名一律採本院網路報名機制(Survey Cake)
3. 近諮商日前·本院將會再與各意願人電話聯繫確認諮商事宜



注意事項

1. 意願人如有精神障礙、心智障礙及失智症等情況·不適合參與團體諮商·請另外預約安排個別諮商
2. 依據病主法規範及保障意願人的醫療決定·須至少一位二親等家屬陪同參與諮商
3. 符合本院諮商費用補助身分·需於諮商當日提供相關證明文件

三、報名及意願人準備階段

流程	工作項目	作業要點(內容)	控制點	主責人或單位	表單
報名前	諮商團隊安排	<ul style="list-style-type: none"> ●與主責該場次諮商之院區及合作單位確認諮商日期、地點。 ●協調參與諮商團隊(醫師/護理師/社工師)。 	<ul style="list-style-type: none"> ●需確認諮商空間是否合適(能保有分組討論隱私)。 	社工室 社工課	
	報名方式	<ul style="list-style-type: none"> ●報名方式確認及報名表製作。(以網路報名表單為優先)。 ●確認合作單位需公告相關資訊，確認後開始報名。 ●依諮商團隊量能安排組數。本院辦理方式為一場以7-10組，單場總人數不超過20人為原則，一日至多辦理3場次。 	<ul style="list-style-type: none"> ●報名表二親等欄位應設定必填。 ●定時掌握各時段報名人數，適時進行調整。 	社工室	電子報名表 紙本報名表
報名截止後	名單彙整	<ul style="list-style-type: none"> ●確認意願人基本資料、聯絡方式，並於諮商日 1-2 週前，將意願人名單轉院區社工課進行 PRE-ACP。 ●同場次報名組數如落差過大，主責諮商院區於 PRE-ACP 時協調意願人調整諮商場次，或請合作單位窗口協助協調。 ●諮商場次若組數不足，視院區分組諮商人員量能可重新開放少額報名。 	<ul style="list-style-type: none"> ●不定時回報名單予合作單位窗口知悉。 	社工室	
	合作單位諮商事宜	<ul style="list-style-type: none"> ●諮商前 2 日，需回復合作單位窗口以下資訊： <input type="checkbox"/> 團隊出席人數 <input type="checkbox"/> 團隊抵達時間 	<ul style="list-style-type: none"> ●如有派車需求，於1週前與派車公司確認出發及回程時間 ●合作單位如提供餐食，需算入司機 	社工室	



四、預立醫療照護諮商前準備 PRE_ACP

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	注意事項備註
PRE ACP	確認諮商動機	<ul style="list-style-type: none"> ● 參與諮商動機 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 自身罹病 <input type="checkbox"/> 期待尊嚴善終 <input type="checkbox"/> 預作生命安排 <input type="checkbox"/> 媒體報導宣傳 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 因家屬罹病 <input type="checkbox"/> 不想拖累家人 <input type="checkbox"/> 不希望家人承擔決定責任 <input type="checkbox"/> 其他 	<ul style="list-style-type: none"> ● 與報名者親自電話確認。 	社工室 社工課	
	ACP資訊來源	<ul style="list-style-type: none"> ● 獲得 ACP 資訊來源(管道) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 媒體報導宣傳 <input type="checkbox"/> 參與相關宣導活動 <input type="checkbox"/> 親友口耳相傳 <input type="checkbox"/> 其他 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認報名者資訊獲取管道。 	社工室 社工課	
	病人自主權立法了解程度評估	<ul style="list-style-type: none"> ● 無ACP概念，隨團體成員報名 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 協助釐清ACP參與動機及諮商目的 <input type="checkbox"/> 提供心願手冊、網頁及三折頁 <input type="checkbox"/> 鼓勵與家人溝通 <input type="checkbox"/> 鼓勵參與下次諮商 ● ACP資訊部分理解，曾思考日後善終事宜，但尚未與家人溝通、討論 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 釐清ACP參與動機及諮商目的-認同安寧緩和概念、簽署過安寧緩和意願書 <input type="checkbox"/> 鼓勵與家人溝通 <input type="checkbox"/> 意願人仍想參與，說明ACP相關程序 ● ACP資訊大部分理解，缺乏簽署管道，想要參與關於意外或疾病時的善終討論或想討論生命意義的價值信念 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 說明PRE-ACP相關內容 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認報名者參與目的及自願性。 	社工室 社工課	1.心願手冊 2.三折頁 3.影片
	二親等出席說明	<ul style="list-style-type: none"> ● 說明二親等親屬至少一人出席之相關規定及陪同出席之意義。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 預計出席二親等身份為：_____。 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 孫子女/外孫子女 <input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 公婆/岳父母 <input type="checkbox"/> 女婿/媳婦 <input type="checkbox"/> 弟媳/兄嫂 <input type="checkbox"/> 姐夫/妹夫 <input type="checkbox"/> 妯娌/連襟，共_____人。 ● 其他預計出席親友：共_____人。 ● 無二親等出席，原因(請勾選)： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 已逾適婚年齡單身，無其他親屬 <input type="checkbox"/> 家庭關係疏離 <input type="checkbox"/> 家人均在國外 <input type="checkbox"/> 其他: 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認二親等是否出席，若無法參與諮商原因是否符合本院規定。 	社工室 社工課	諮商當日須出具無二親等聲明書

四、預立醫療照護諮商前準備 PRE_ACP

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註
P R E A C P	醫療委任代理人說明	<ul style="list-style-type: none"> ● 是否有醫療委任代理人？ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 有，提醒代理人應參與預立醫療照護諮商並確認醫療委任代理人資格； <ol style="list-style-type: none"> 1. 18 歲以上具行為能力者。 2. 非意願人之受遺贈人(繼承人除外)。 3. 非意願人遺體或器官指定之受贈人(繼承人除外)。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尚未決定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 如已知有醫療委任代理人。應告知應出席預立醫療照護諮商。 ● 醫療委任代理人不得為見證人。 	社工室 社工課	
	特殊需求評估	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認意願人疾病史、生活狀況 (評估意願人諮商當日是否有特殊需求，EX:輪椅等) ● 若為身障者，<input type="checkbox"/>請確認障別：_____，程度：_____，評估可理解參與諮商之能力與個別化需求。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 失智、聽障、精神疾病不適合參與團體諮商，建議另約個別諮商時段。 	社工室 社工課	
	諮商相關資訊	<ul style="list-style-type: none"> ● 說明團體諮商流程 ● 諮商費用說明，是否符合下列 A-C 至少 1 項補助資格：<input type="checkbox"/>是：_____，<input type="checkbox"/>否 <ul style="list-style-type: none"> A. 本人免諮商費 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 低收中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 北市列冊獨居長者 <input type="checkbox"/> 北市列冊遊民 B. 本人及一位照顧者免諮商費： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 重大傷病患者 <input type="checkbox"/> 臨床失智評估量表(CDR)0.5 分 <input type="checkbox"/> 罕見疾病患者 <input type="checkbox"/> 急性後期整合照護計畫服務(PAC)對象 <input type="checkbox"/> 長照服務之日間照顧服務對象 C. 北市敬老卡諮商費減免 800 元 ● 提醒諮商日期、時段、地點 ● 應備證件：<input type="checkbox"/>身分證 <input type="checkbox"/>健保卡 <input type="checkbox"/>相關補助證明文件 ● 留下可聯繫電話 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認意願人補助身分，告知諮商日應攜帶相關佐證資料。 	社工室 社工課	

四、預立醫療照護諮商前準備_諮商事宜安排

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註
諮商團隊安排	諮商分組原則	<ul style="list-style-type: none"> ● 分組以單一家庭為原則 ● 依報名狀況可併組：併組原則，彼此熟識或同質性高者。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 如有視訊需求之組別，不適合併組。 ● 併組應事先徵得意願人同意。 	社工課	
	諮商量能調度	<ul style="list-style-type: none"> ● 諮商人員比：1 位諮商人員約與 2-5 位意願人進行諮商(1:2-5) ● 確認已安排 ACP 出席人員： <input type="checkbox"/>醫師 <input type="checkbox"/>護理師 <input type="checkbox"/>社工師或心理師 <input type="checkbox"/>其他行政人員 ● 諮商團隊事先分工，工作項目有 事前：<input type="checkbox"/>場控 <input type="checkbox"/>接待(包含場地佈置) 諮商中：<input type="checkbox"/>主持人 <input type="checkbox"/>簡報人(醫師)<input type="checkbox"/>分組諮商人員 <input type="checkbox"/>收費人員 事後：<input type="checkbox"/>掃描人員 <input type="checkbox"/>上傳人員 <input type="checkbox"/>文件整理人員 <input type="checkbox"/>機動人員 	<ul style="list-style-type: none"> ● 一組家庭人數如大於5人，建議可再加一名諮商人員協助。 	社工課	
場地規劃	場地安排	<ul style="list-style-type: none"> ● 諮商場地規劃應有： <input type="checkbox"/>報到、等候區(同時作為上傳等待區) <input type="checkbox"/>諮商區 <input type="checkbox"/>掃描上傳區 ● 組數座位安排注意事項 <input type="checkbox"/>組與組間，間隔約 1.5 公尺(2 個手臂伸展距離) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 掃描上傳區建議鄰近插座區。 		
	器材準備	<ul style="list-style-type: none"> ● 軟體 <input type="checkbox"/>確認諮商場地網路順暢度 <input type="checkbox"/>確認掃描器已下載程式 ● 硬體設備確認(依諮商人數準備) 諮商區：<input type="checkbox"/>簡報筆 <input type="checkbox"/>簡報者飲用水 <input type="checkbox"/>說明圖卡 <input type="checkbox"/>組別桌牌 <input type="checkbox"/>文具用品 <input type="checkbox"/>零錢 上傳區：<input type="checkbox"/>電腦(4 台) <input type="checkbox"/>掃描器(2-3 台) <input type="checkbox"/>讀卡機 <input type="checkbox"/>自然人憑證 <input type="checkbox"/>隨身碟(依照諮商組數準備) <input type="checkbox"/>放置 AD 資料夾 <input type="checkbox"/>延長線(含轉接頭) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 場地探勘時確認是否自備簡報用筆電、投影設備及網路連線狀態。 ● 電腦設備確認是否可正常運作。 	社工課	<ol style="list-style-type: none"> 1.提醒上傳同仁攜帶自然人憑證。 2.自然人憑證確認為該院區權限。

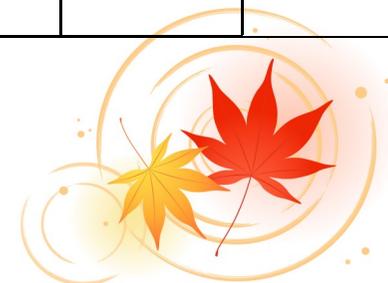
四、預立醫療照護諮商前準備_文件準備與事先提醒

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註
行政處理	文件整備	<ul style="list-style-type: none"> ● 預先掛號 ● 預立醫療決定書事先核章 ● 印製病歷貼紙黏貼於下列文件 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>預立醫療照護諮商紀錄表 <input type="checkbox"/>預立醫療決定書 <input type="checkbox"/>善終意願與決定諮商紀錄表 <input type="checkbox"/>預立醫療照護諮商成效量表 ● 其他備用文件(視意願人需要準備) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>無二親等聲明書 <input type="checkbox"/>醫療委任代理人同意書 <input type="checkbox"/>器官捐贈同意書 <input type="checkbox"/>初診基本資料表(若為初診意願人需填寫) <input type="checkbox"/>大體捐贈解剖志願書 <input type="checkbox"/>預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書 	<ul style="list-style-type: none"> ● 如為預先掛號，遇當天取消者須進行退掛，避免誤key醫令衍生費用。 	社工課	各文件填寫方式請參考後續說明
提醒		<ul style="list-style-type: none"> ● 諮商日前 1-2 週，以電話提醒意願人 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>諮商時間與地點 <input type="checkbox"/>諮商人數確認(簽署、出席人數是否變動) <input type="checkbox"/>提醒應備證件 <input type="checkbox"/>現金收費 <input type="checkbox"/>收據郵寄 	<ul style="list-style-type: none"> ● 事先整理每場應收金額及人數，方便當日核對。 	社工課	



五、團體預立醫療照護諮商_報到、入座

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註
諮商現場佈置	場地佈置	<ul style="list-style-type: none"> ● 報到區(等候區) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 意願人名冊 ● 諮商區 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 桌椅組別安排 <input type="checkbox"/> 桌上放置：<input type="checkbox"/> 說明圖卡<input type="checkbox"/> 諮商相關文件資料<input type="checkbox"/> 筆<input type="checkbox"/> 桌牌 ● 掃描上傳區 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 設備架設:應有設備<input type="checkbox"/> 掃描機<input type="checkbox"/> 讀卡機<input type="checkbox"/> 筆電(確定連線狀態) <input type="checkbox"/> 隨身碟(大場次需要)<input type="checkbox"/> 掃描機試掃<input type="checkbox"/> 事先開啟預立醫療決定資訊管理系統 ● 集合工作團隊，針對分工進行說明與提醒 	<ul style="list-style-type: none"> ● 注意隱私-組間安排需有間隔。 	社工人員	
報到	報到接待	<ul style="list-style-type: none"> ● 接待同仁 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 核對意願人身分 ● 聯繫未到民眾 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認意願人組別並帶位。 	社工人員	
入座	分組入座	<ul style="list-style-type: none"> ● 分組諮商同仁引導意願人就坐 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 核對意願人身分、健保卡<input type="checkbox"/> 確認二親等身份<input type="checkbox"/> 確認醫療委任代理人(如有) <input type="checkbox"/> 確認陪同家屬是否欲諮商簽署，若有協助填寫相關資料 <input type="checkbox"/> 收取意願人健保卡及補助證明文件拍照(或收取影本)。 <input type="checkbox"/> 請意願人預先填寫 AD 基本資料。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 諮商人員協助蒐集補助證明文件並回覆院區窗口存查。 	社工人員 心理師 護理師	



五、團體預立醫療照護諮商_諮商流程病主法概念說明

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註		
預立醫療照護諮商說明	開場暖場	<ul style="list-style-type: none"> ● 介紹 ACP 團隊成員 <p>建議指導語：</p> <p>歡迎您(和家人)今天參與「預立醫療照護諮商」，讓我為您(們)介紹今天在場之諮商成員(醫師、護理師、或社工師或心理師)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 說明本次團體諮商進行流程 ● 說明病主法意義及 AD 生效程序 <p>參考指導語：</p> <p>「病人自主權利法」是從安寧緩和條例提及的末期病人，延伸至更多不同的疾病類別，像不可逆轉之昏迷、永久植物人、極重度失智症，或是一些無法治癒但又缺乏生命品質之疾病等，可有機會行使特殊拒絕醫療權。</p> <p>當您經過預立醫療照護諮商(ACP)後，您可以思考是否要簽署「預立醫療決定(AD)」，並透過見證或公證程序，註記在您的健保卡，以保障您的醫療權益，亦可以書面變更或撤回您的決定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 團隊介紹及說明進行流程 	<p>社工人員</p>			
				<p>表單(或說明圖卡對照)</p>			
				<p>參考 ACP 說明圖卡 (版本 2023.8 月版，P.3-8 頁)</p>			

五、團體預立醫療照護諮商_五款特定臨床條件

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	注意事項/備註
病人自主權利法內容介紹	五款特定臨床條件	<p>● 五款特定臨床條件</p> <ol style="list-style-type: none"> 末期病人：經醫師確認且有醫學上的證據證明短時間之內無法避免死亡的結果。 不可逆轉之昏迷：指因腦部病變而失去意識，對於內外刺激沒有反應且持續閉眼等狀態，由醫師觀察三至六個月確認其意識無法恢復者。 永久植物人狀態：指因腦部病變而失去意識，眼睛可能會自發性張開，或對刺激有反射性反應，但無法進行生活自理、學習及工作，由醫師觀察三至六個月確認其康復機會渺茫者。 極重度失智：指每日持續有意識障礙導致無法進行生活自理、學習及工作者，如大小便失禁、無法辨識親友、失去判斷力等。 經政府公告之疾病：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。 	<p>●說明預立醫療照護諮商(ACP)之法定要件。</p>	醫師	
				表單(或說明圖卡對照)	
				<p>參考 ACP 說明圖卡 (版本 2023.8 月版，P.9-18 頁)</p> 	

五、團體預立醫療照護諮商-兩項醫療措施

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	注意事項/備註
病人自主權利法內容介紹	維持生命治療 / 人工營養流體餵養	<p>● 何謂維持生命治療、人工營養及流體餵養</p> <p>1.維持生命治療： 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。</p> <p>2.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。</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ● 兩大項目措施可能的成效與風險。 ● 拒絕兩項措施照顧方式說明。 	護理師	
				表單(或說明圖卡對照)	
				<p>維持生命治療-參考 ACP 說明圖卡 (版本 2023.8 月版 , P.20-28 頁)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="background-color: #f8766d; color: white; padding: 2px;">維持生命治療</p> <p>「維持生命治療」=「任何有可能用人工方式延長生命的醫療措施」</p> <p style="color: red; text-align: center;">維持生命治療5種主要的治療類型</p> <ul style="list-style-type: none"> ①心肺復甦術 ②機械式維生系統 ③血液製品 ④為特定疾病而設之專門治療 ⑤重度感染時所給予之抗生素治療 </div>	

五、團體預立醫療照護諮商-預立醫療決定書介紹

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	注意事項/備註
病人自主權利法內容介紹	預立醫療決定書介紹	<ul style="list-style-type: none"> ● 預立醫療決定書(AD)介紹 <p>預立醫療決定書是意願人經「預立醫療照護諮商」後，已經清楚瞭解「病人自主權利法」相關規定，預先表達於符合特定臨床條件時，可以接受或拒絕維持生命治療及人工營養及流體餵養的正式書面文件。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 說明預立醫療決定(AD)之法定程序。 ● 具體預立醫療決定(AD)內容。 	社工人員	
		<ul style="list-style-type: none"> □ 			
		<ul style="list-style-type: none"> ● 預立醫療決定書格式： <p>決定書分為兩部分需填具內容和附件，其中，第一部分包含有本人以及見證人的簽署欄位；第二部分是醫療照護選項的選擇(表達)。</p> <p>附件為醫療委任代理人的委任書，如您有指定醫療委任代理人再填寫即可。</p>			<p>表單(或說明圖卡對照)</p> <p>參考 ACP 說明圖卡 (版本 2023.8 月版，P.35-38 頁)</p> <p>The diagram illustrates the format of the Advance Care Directive (ACD) document. It is divided into two main sections: '簽署 (第1頁)' (Signature, Page 1) and '選擇 (第2頁-第3頁)' (Choice, Pages 2-3). Under '簽署', there are two options: '自願簽署' (Voluntary Signature) and '公證' (Notarization). '自願簽署' requires '見證' (Witnessing) by two people who are not medical proxies, and '公證' (Notarization) by a court or a notary public. '選擇' refers to the '五款臨床條件' (Five Clinical Conditions): 1. End-stage illness, 2. Irreversible coma, 3. Permanent vegetative state, 4. Severe dementia, and 5. Other conditions as defined by the competent authority.</p>

五、團體預立醫療照護諮商-醫療委任代理人

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	注意事項/備註	
病人自主權利法內容介紹	醫療委任代理人	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫療委任代理人(HCA) 在神智清醒時，預先委託他人當自己的醫療委任代理人，在意識不清或無法表達意願時，醫療委任代理人可以： <ol style="list-style-type: none"> 1.代為聽取醫生對病情的說明。 2.代為簽署侵入性檢查或治療的同意書。 3.在意願人無法表達意願時，依據預立醫療決定書的內容，代理表達意願。 ● □醫療委任代理人依照法規有資格與限制 要成為醫療委任代理人必須年滿18歲且心智能力正常無缺損。且以下三種人不能擔任醫療委任代理人； <ol style="list-style-type: none"> 1.意願人除繼承人之外的受遺贈人。 2.意願人遺體或器官指定之受贈人。 3.其他因意願人死亡而獲利的人。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫療委任代理資格與限制。 ● 醫療委任代理人權責。 ● 醫療委任代理人不得為見證人。 	<p>社工人員</p>		
		表單(或說明圖卡對照)				
		<p>參考 ACP 說明圖卡 (版本 2023.8 月版，P.39-43 頁)</p>				



五、團體預立醫療照護諮商-預立醫療決定書變更及撤回

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註	
病人自主權利法內容介紹	預立醫療決定書變更及撤除	<ul style="list-style-type: none"> ● 預立醫療決定書變更及撤回 意願人可以書面變更或撤回預立醫療決定，請向本院社工課提出申請更新註記，並將酌收行政費。 ※有關 AD 變更，目前僅受理於本院諮商之 AD 變更，如有需求請先洽各院區社工課。 ● 變更可以分為兩種 1. 意願人符合五款臨床條件時，臨床醫療過程之變更； 2. 其他情形之變更，例如：新增或變更醫療委任代理人。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 意願人對於預立醫療決定修改、撤回之權利。 	社工人員		
				表單(或說明圖卡對照)		
				參考 ACP 說明圖卡 (版本 2023.8 月版 · P.44 頁)		

預立醫療決定書變更或撤回步驟

我要撤回
 本人攜帶健保卡返回醫院「申請撤回、更新註記」

我要變更
 STEP 1 至北市聯醫各院區社工課
 STEP 2 請重新完成決定書填寫，無需再進行諮商
 STEP 3 將協助重新上傳，申請重新上傳中央主管資料庫。

當我符合五款臨床條件、我意識清楚想改變心意時.....

	決定書上勾選的是	我生病時心意改變	決定書變更處理方式
情況 1	我要 維持生命治療	我後悔了! 我不要 維持生命治療	不用再諮商， 重勾決定書 後 上傳 即完成變更。
情況 2	我不要 維持生命治療	我後悔了! 我要 維持生命治療	請寫下書面意願 就會給予能救命的醫療

44 H 臺北市立聯合醫院 人文創新醫院 編製



五、團體預立醫療照護諮商-分組諮商

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位	備註																											
分組諮商	預立醫療決定書意願討論及決定	<ul style="list-style-type: none"> ● 瞭解諮商動機、意願、諮商的期待 動機探詢，意願人與見證人關係了解 請問是什麼動機、原因讓您想邀請家屬一起到醫院來參與的？在諮商前對於諮商的期待跟想法？ ● 預立醫療決定書填寫(引導意願人思考及勾選照護方式) (1)五種臨床條件下，考慮到意識狀況與認知能力的程度有所不同，所以必須個別化協助與考慮。 (2)您可以將剛剛討論的結果寫在預立醫療決定書上，如欲今日上傳註記，請兩位見證人簽名後，我們稍後會協助您上傳並註記在您的健保卡。 ● 如有醫療委任代理人設定之相關權利與義務的瞭解，且雙方皆有意願下約定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 再次確認意願人動機及自主簽署。 ● 確認意願人確實了解五大臨床條件內涵。 ● 確認意願人了解維生醫療選擇及人工營養流體餵養內涵 ● 確認醫療委任代理人意願。 ● 醫療委任代理人不得為見證人。 ● 確定決定書填寫完整性，無漏填。 	醫師/護理師 社工人員/心理師																												
		<p>查詢註記方式：</p> <p>(1) 透過衛福部預立醫療照護諮商平台，外接讀卡機插入健保卡查詢。</p> <p>(2) 運用手機健保快易通 APP。</p>																														
<p>表單(或說明圖卡對照)</p>																																
<p>臺北市立聯合醫院_____院區 預立醫療決定書</p> <p>意願人：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">臨床條件</th> <th rowspan="2">醫療照護方式</th> <th colspan="2">我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)</th> </tr> <tr> <th>維持生命治療</th> <th>人工營養及流體餵養</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">一、末期病人</td> <td>維持生命治療</td> <td>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。</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td>人工營養及流體餵養</td> <td>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。</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">二、不可逆轉之昏迷</td> <td>維持生命治療</td> <td>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。</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td>人工營養及流體餵養</td> <td>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。</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">三、永久植物人狀態</td> <td>維持生命治療</td> <td>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。</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td>人工營養及流體餵養</td> <td>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。</td> <td>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。</td> </tr> </tbody> </table> <p>臺北市立聯合醫院107年12月12日第4次臨床管理委員會通過 MR29-02-02 頁數 2/5</p>						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)		維持生命治療	人工營養及流體餵養	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。	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。	人工營養及流體餵養	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。	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。	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。	人工營養及流體餵養	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。	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。	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。	人工營養及流體餵養	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。	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)																														
		維持生命治療	人工營養及流體餵養																													
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。	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。																													
	人工營養及流體餵養	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。	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。	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。																													
	人工營養及流體餵養	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。	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。	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。																													
	人工營養及流體餵養	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。	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。																													

五、團體預立醫療照護諮商- 善終意願討論

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位
分組諮商	善終意願討論	<ul style="list-style-type: none"> ● 善終意願與決定諮商紀錄表填寫 預立醫療決定的目的為了預作生命與特殊臨床狀況下之安排，讓意願人來有尊嚴善終的機會。 這份善終意願諮商紀錄表於諮商過程中建議一併討論，主要係希望能對於意願人在最後階段的照顧想法或後事安排有所思考或表達，並讓家人有瞭解的機會。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 善終意願非法定上傳文件，意願人無上傳意願引導討論即可。 ● 意願人如有器官捐贈意願，請同步提供器官捐贈 	<p>醫師/護理師/社工人員/心理師</p> <p>表單(或說明圖卡對照)</p> <p>善終意願與決定諮商紀錄表</p>
	諮商紀錄表填寫	<ul style="list-style-type: none"> ● 諮商紀錄表說明填寫以了解意願人對於ACP內容之認知 請逐條確認諮商紀錄表中項目內容，意願人是否已充分了解，並請其勾選知悉。 ● 利用摘要及簡述語意，隨時詢問是否有其他不清楚的問題。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確認填寫諮商起訖時間，並逐條填寫諮商實際情況。 ● 意願人、法定參與人及其他參與者務必於第4頁簽章。 	<p>表單(或說明圖卡對照)</p> <div data-bbox="1512 877 2027 1452" data-label="Form"> </div>



五、團體預立醫療照護諮商-回饋及收費

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位
分組諮商	諮商 成效 量表 填寫 / 收費 上傳	<ul style="list-style-type: none"> ● 預立醫療照護諮商成效量表填寫 <ol style="list-style-type: none"> (1)再次詢問是否有其他問題，並針對分組討論作出簡要結論。 (2)感謝意願人及家屬參與，邀請意願人填寫成效量表，請意願人給予團隊建議或鼓勵。 ● □收費及等候上傳 <ol style="list-style-type: none"> (1)請意願人於現場等候工作人員收費及資料上傳。 (2)確認預立醫療決定書填寫完整，交予掃描同仁協助後續上傳程序。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 檢查預立醫療決定書(AD)，確認填寫完整及正確。 	醫師/護理師/社工人員/心理師
		<p>表單(或說明圖卡對照)</p>		
		<p>建議： 完成諮商等候收費及上傳時可播放影片，供意願人觀賞觀賞。</p>		

六、掃描上傳

流程	工作項目	說明(工作內容)	控制點	主責人或單位
掃描上傳	掃描	<p style="text-align: center;">電腦網路連線設定</p> <p style="text-align: center;">□確認上傳院區 (自然人憑證歸屬院區)</p> <p style="text-align: center;">□上傳網址：衛福部預立醫療決定資訊系統： https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/index.aspx</p> <p style="text-align: center;">資料登錄:</p> <p style="text-align: center;">推廣機構帳號登入→資料登錄管理→預立醫療決定書管理→插入意願人健保卡後按→新增資料→將決定書內容登錄至系統→上傳AD掃描檔→上傳完成。</p> <p style="text-align: center;">上傳完成請於預立醫療決定書右上角註記檔案號，並記錄下來。將健保卡及預立醫療決定書(放置於L夾)，還給意願人。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●AD掃描格式必須為圖片檔，且解析度不低於300 dpi。 ●確認上傳同仁自然人憑證所屬院區 	掃描、上傳人員
				注意事項
				<p>上傳注意事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> * 未完成上傳動作(夾帶AD掃描檔案前)，請勿按檔案上傳鍵，一旦按下檔案上傳，資料無法更動。 * 按上傳鍵前，請再確認檔案與意願人資料一致。
場地回復、確認掃描檔案是否完整，刪除電腦暫存資料				

七、返院後行政程序

流程	項目	說明	注意事項/備註	主責人
行政程序	臨時增加諮商民眾應於諮商完成後，盡速請醫師協助掛號批價	1.建新病歷、掛號(新增意願人)，諮商完成後盡速完成。 2.批價	*如當天未能提供補助證明文件，需先行收費後續再親自到院進行退費 *需於收費同時向意願人再次確定收據郵寄地址 *事前需準備足夠之零錢	醫事課
	寄發收據			社工課
	補助身分資料存檔	意願人補助身分佐證資料存檔	當天未能出示“補助證明文件” (如多久內需補件及辦理退費)，提醒同仁後續追蹤。	社工課
	成果統計	1.AD掃描檔案儲存 2.諮商名冊整理，服務量統計 3.輸入ACP GOOGLE表單 4.成效量表交換至院本部社工室	ACP GOOGLE 表單最晚於隔月 5 日前完成登錄	社工課 社工室
	病歷留存	相關表件歸病歷留存		病歷室

議題類型	提問
ACP 概念	<p>Q1：無二親等可以陪同參與諮商，這樣是否還能參加團體預立醫療照護諮商？</p> <p>A1：意願人能提出二親等無法出席之事由，仍是可做的。但請先向意願人說明預立醫療照護諮商的意義，是希望協助意願人的家屬了解並尊重其意願及決定，還是希望盡可能的邀請他們一起參加。目前我們可接受無二親等陪同的事由為：1)已逾適婚年齡單身，無其他親屬。2)家庭關係疏離。3)家人均在國外。</p> <p>Q2：無二親等可以陪同參與諮商，是否有見證人參加就好？</p> <p>A2：預立醫療決定書生效程序，需有二名以上具完全行為能力人在場見證或經公證人公證。見證人是「見證您本人親自簽署」預立醫療決定書的，與二親等陪同參與目的及意義不同，仍鼓勵意願人需有二親等陪同出席。</p> <p>Q3：簽署「預立醫療決定」要找見證人，我要找到見證人一起去醫院嗎？</p> <p>A3：不一定，不過依規定預立醫療決定書上需有二名以上具完全行為能力人在場見證或經公證人公證。若以參加團體預立醫療照護諮商，現場可鼓勵意願人主動詢問其他參與意願人(彼此若熟識)，是否願意擔任其見證人。另注意，醫療委任代理人無法擔任見證人。</p> <p>Q4：參加團體諮商，我會不會沒有隱私，大家都知道我家裡的事情？</p> <p>A4：不會的，我們團體諮商流程，開始由醫療團隊說明五款臨床條件及常見之醫療選項的成效與風險：包括「維持生命治療」及「人工營養或流體餵養」這兩種延長生命措施。後續我們將依照不同家庭分組，由護理師、社工人員等帶領進行諮商、討論，在空間安排上，同時會注意各組間間距，以保障民眾隱私權益。</p> <p>Q5：外國人如果要報名團體ACP可嗎？</p> <p>A5：可以的，只要具有完全行為能力且有持有健保IC卡，即可進行預立醫療照護諮商。</p>
醫療委任代理人	<p>Q6：一般情況在你無法決定治療意願時，是按照順位來代理你的決定。那這個預立醫療決定也是這樣嗎？</p> <p>A6：意願人委任醫療委任代理人二人以上者，得依照病人自主權條例第十條第三項第三款預立醫療決定所定權限，得排定順位；先順位之代理人有優先代理權，如先順位者不為意思表示或無法聯繫時，由後順位者行使之。後順位者已為意思表示後，先順位者不得提出不同意思表示。</p>