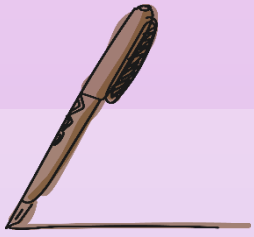


病人自主權立法 簡介

預立醫療照護諮商(ACP)&預立醫療決定書(AD)

賀怡珍 淡水馬偕 安寧個管師
病人自主權利法核心講師

參考孫效智教授公版講義
感謝安寧照顧基金會提供資訊
影片感謝病人自主研究中心提供



病人善終與自主權－立修法脈絡

2000.06.07立法
《安寧緩和醫療條例》

第一部保障「末期病人」
接受安寧緩和醫療、
尊嚴善終與拒絕醫療之權利。

2016.01.06立法
《病人自主權利法》

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

2002.12.11
第一次修法

「最近親屬一致同意並經醫學倫理委員會審查通過後便得撤除病人心肺復甦術」之規定。

2011.01.26
第二次修法

2013.01.09
第三次修法

2019.01.06
正式施行

「簽署意願書的末期病人既得阻止心肺復甦術的施行 (withhold)，也能「終止或撤除」(withdraw) 已施行的心肺復甦術」。

最近親屬一人代表簽署同意書，即可終止或撤除「維生醫療」之選擇。

《病人自主權利法》 = 安樂死



類型	說明	施行國家
特殊請求權 × 安樂死	由他人為病患施以足以致命之藥劑。 = 加工縮短生命！	荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大 奧地利(2022)
特殊請求權 × 協助自殺	由醫師開立處方、準備並提供藥劑，由病人自己服用。	瑞士 、加拿大、荷蘭、盧森堡、德國、美國（奧瑞岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、加州、科羅拉多州）
特殊拒絕權 ○ 拒絕醫療權	醫師尊重病人意願，不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終。 = 不加工延長生命！	歐美各國普遍承認的普世人權

五款臨床條件



五款臨床條件
1 末期病人



五款臨床條件
2 不可逆轉昏迷



五款臨床條件
3 永久植物人



五款臨床條件
4 極重度失智



五款臨床條件
5 其他重症

維持生命治療

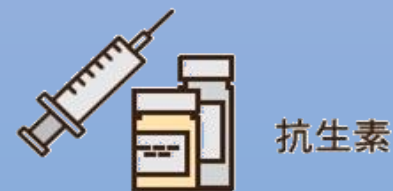
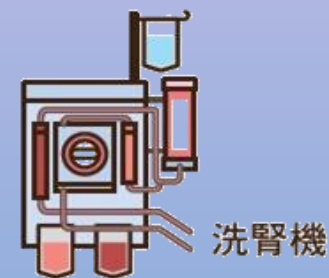
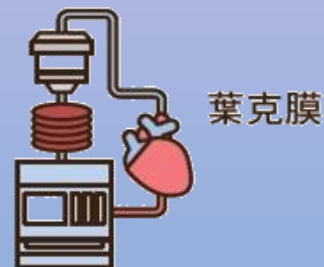
任何有可能延長病人生命之必要醫療措施：

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



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

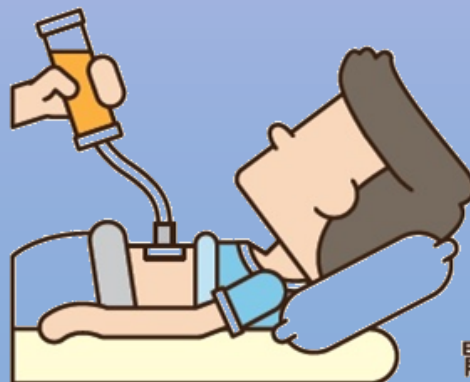
鼻胃管灌食、胃造瘻灌食



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

預立醫療決定書

意願人：

預立醫療決定書

本人_____ (正楷簽名) 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、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人以外的受遺贈人、遺體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。

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、 <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。 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。
	人工營養及流體餵養	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。 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。 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。
	人工營養及流體餵養	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。 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	<p>1、<input type="checkbox"/>我不希望接受維持生命治療。</p> <p>2、<input type="checkbox"/>我希望在<u>(一段時間)</u>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。</p> <p>3、<input type="checkbox"/>請由我的醫療委任代理人代為決定。</p> <p>4、<input type="checkbox"/>我希望接受維持生命治療。</p>
	人工營養及流體餵養	<p>1、<input type="checkbox"/>我不希望接受人工營養及流體餵養。</p> <p>2、<input type="checkbox"/>我希望在<u>(一段時間)</u>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。</p> <p>3、<input type="checkbox"/>請由我的醫療委任代理人代為決定。</p> <p>4、<input type="checkbox"/>我希望接受人工營養及流體餵養。</p>

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：

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的相關
權限。

【受委任之人】正楷簽名：

關係： _____ 簽署日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

國民身分證統一編號

性別 男 女

電話號碼

出生日期 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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：

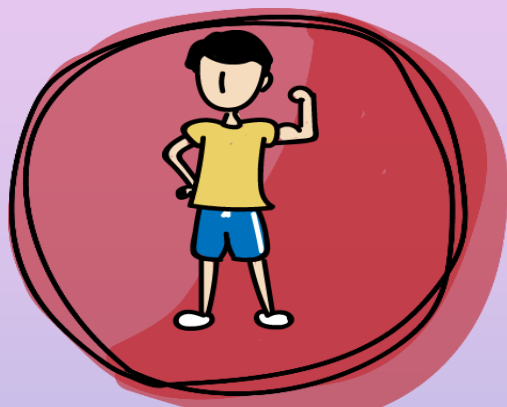
- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

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。

醫療機構：意願人、二親等家屬、
醫療委任代理人（若有）



具完全行為
能力者



共融決策

預立醫療照護
諮商(ACP)



簽署預立醫療
決定(AD)

≥ 20 歲或
<20歲已婚者

112年下修18歲

特定臨床條件

接受/拒絕
何種治療

核章


見證人/公證

註記健保卡

臨床條件

 末期病人

 不可逆轉昏迷

 永久植物人

 極重度失智

 其他公告重症

108.1.6正式施行

	安寧緩和醫療條例	病人權利自主法案
臨床生效要件	末期病人	<ul style="list-style-type: none"> 一、末期病人。 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。 三、永久植物人狀態。 四、極重度失智。 五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。
同意書制度	<ul style="list-style-type: none"> • 有同意書制度，可由他人代為決定不施予、終止、或撤除CPR或維生醫療 • 無法定格式 	<ul style="list-style-type: none"> • 只能自己簽署「預立醫療決定書」，除醫療委任代理人，外人無決定權 • 內容、範圍及格式由中央主管機定之
拒絕醫療選項	心肺復甦術 無效醫療	<ul style="list-style-type: none"> • 任何有可能延長病人生命 有效醫療 皆施 • 人工營養與流體餵養。
生效方式	簽署完成即生效	簽署後須經掃描、存記、IC卡註記後始生效
所需費用	簽署過程 無 需費用	須自付 「預立醫療照護諮商門診」費用

馬偕醫院 預立醫療諮商 門診費用

一般方案(掛號費另計)

個別門診第一位 3000元 第2~6位 每人800元

團體(社區) 6~20位(一位3000元 其餘皆800元)

優惠方案 即日起至 2022/12/31

低收入戶、中低收入戶、領有身心障礙手冊、
符合病主法第14條第1項第5款臨床條件者

全額優免

重大傷病：腦中風、創傷性腦損傷、心衰竭、
腎臟病、慢性阻塞性肺病、失智症、癌症

諮商費用九折
(不含掛號費)

本院職員及牧家

諮商費用九折

預立醫療照護諮商門診

預約/諮詢專線

淡水(02)2809-4661 分機3147



謝



謝

聆

聽

