



花蓮縣居家失能個案家庭醫師照護方案特約單位
預立醫療照護諮商暨預立醫療決定服務說明

花蓮縣衛生局長期照護科

智慧城市 幸福花蓮

預立醫療照護諮商暨預立醫療決定服務流程

智慧城市 幸福花蓮

1. 申請預立醫療照護諮商機構

- 完成諮商人員訓練課程、取得證書
- 函文申請成立諮商機構(花蓮市衛生局)·檢送：
 1. 諮商機構申請表
 2. 諮商團隊成員資料表
 3. 自費醫療項目收費申請表(一般民眾)
- 通過後·至衛福部上傳系統推廣機構申請帳號

2. 準備預立醫療照護諮商

- 準備法定參與成員進行預立醫療照護諮商: (Pre-ACP)
 1. 個案(意願人)
 2. 二親等內親屬(至少1人)
 3. 醫療委任代理人(若有指定)
- 準備諮商相關文件資料
 1. 預立醫療決定書(含附件-醫療委任代理人委任書)

3. 進行預立醫療照護諮商

- 法定參與成員
 1. 個案(意願人)
 2. 親屬二親等內親屬(至少1人)
 3. 醫療委任代理人(若有指定)
 4. 其他：經意願人同意之親屬、見證人
- 進行預立醫療照護諮商(ACP)
 1. 商討特定臨床條件下·接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之選項

4. 簽署預立醫療決定及文件上傳

- 進行預立醫療決定(AD)
 - 生效要件：
 1. 醫療機構核章
 2. 兩位見證人在場見證·或公證人公證
 3. 上傳掃描檔
 4. 註記於健保卡

5. 長照獎勵金核撥

- 於「照顧服務管理資訊平台」完成當月服務紀錄：
 1. 勾選「完成ACP及AD之簽署(完成於健保卡註記)」
- 於次月申報個管服務費用：衛福部篩選出已簽署個案清冊·轉經醫事司審查通過後核撥簽署獎勵金

1. 申請成為預立醫療照護諮商機構- 1

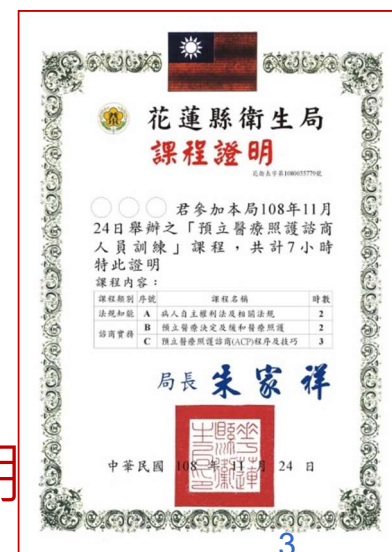
智慧城市 幸福花蓮

1. 完成諮商人員訓練課程、取得證書

- 醫師4小時
- 護理人員6小時

課程類別	序號	課程名稱	醫師時數	護理人員時數	心理師時數	社會工作人員時數
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

- 並至「衛福部照顧服務管理資訊平台」上傳完訓證明



1. 申請成為預立醫療照護諮商機構- 3

智慧城市 幸福花蓮

3.通過申請後，申請衛福部上傳系統推廣機構帳號-
「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/>

The screenshot displays the website interface for the Ministry of Health and Welfare's Pre-arranged Medical Decision, Palliative Care, and Organ Donation Information System. A pink arrow points to the '帳號申請' (Account Application) button in the top navigation bar. Another pink arrow points to the '推廣機構帳號申請' (Institution Account Application) button in the main content area. The page includes a header with the ministry's name and logo, a navigation menu, and several content sections: '預立醫療決定' (Pre-arranged Medical Decision), '安寧緩和醫療' (Palliative Care), '一般民眾帳號申請' (General Public Account Application), and '推廣機構帳號申請' (Institution Account Application). There are also sections for '最新消息' (Latest News) and '即時統計' (Real-time Statistics).

最新消息	即時統計
2020/01/07 衛福部發布11類疾病擴大適用病生法之臨床條件	預立醫療決定意願總計
2019/12/24 【NEW!】「憑證安控元件更新」操作說明	今年預立醫療決定意願統計
2019/11/12 108年「預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統」教育訓練課程簡章	預立同意安寧意願登記總計
2019/09/18 【NEW!】推廣機構使用者憑證認證後進行私有帳號登入作業之操作說明	今年預立同意安寧意願登記總計
2019/02/12 修正公告「器官捐贈意願、安寧緩和醫療意願及預立醫療決定登記於全民健康保險憑證代碼表」	同意器官捐贈總計
	今年同意器官捐贈統計

2. 準備預立醫療照護諮商

1. 準備並預約法定參與成員進行預立醫療照護諮商：(Pre-ACP)

- 1) 個案(意願人)
- 2) 二親等內親屬(至少1人)
- 3) 醫療委任代理人(若有指定)

2. 準備諮商相關文件資料

- 預立醫療決定書(含附件-醫療委任代理人委任書)

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

預立醫療決定書 (含附件-醫療委任代理人委任書)

預立醫療決定書

意願人：

本人 (正楷簽名) 經「預立醫療照護諮商」, 依「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), 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

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: _____

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:
公證人認明欄位: _____
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, 且親自到場見證是出於自願, 並無遭受不當影響或脅迫。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、或其受遺贈人、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(民法第九條第四項)。
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, 就法律上之事實, 作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列當事人或關係人之請求予以認證: 一、涉及私權事實之公證書原本或持往境外使用者。二、公、私文書之原本或影本。

第一部分 醫療照護選項

意願人：

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願 (以下選項, 均為)
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)嘗試, 之後請停止; 但本人或醫內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已無意識昏迷或無法清楚任代理人代為決定。 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的嘗試, 之後請停止; 但本該期間內, 隨時表達停止的意願。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)嘗試, 之後請停止; 但本人或醫內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已無意識昏迷或無法清楚任代理人代為決定。 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)嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人代為決定。 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的嘗試, 之後請停止; 但醫內, 隨時表達停止的意願。 2、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 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)嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人代為決定。 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的嘗試, 之後請停止; 但醫內, 隨時表達停止的意願。 2、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 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 (以下選項, 均為)
四、極重度失智	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)嘗試, 之後請停止; 但本人或醫內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已無意識昏迷或無法清楚任代理人代為決定。 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的嘗試, 之後請停止; 但本該期間內, 隨時表達停止的意願。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)嘗試, 之後請停止; 但本人或醫內, 隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已無意識昏迷或無法清楚任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	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)嘗試, 之後請停止; 但醫療委任代理人代為決定。 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的嘗試, 之後請停止; 但醫內, 隨時表達停止的意願。 2、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 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。

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 _____ 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日完成預立醫療照護諮商以茲證明。

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:
查、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, 應以二十歲以上具有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、意願人遺囑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無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。
查、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。
查、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。

3. 進行預立醫療照護諮商

1. 法定參與成員

- 1) 個案(意願人)
- 2) 親屬二親等內親屬(至少1人)
- 3) 醫療委任代理人(若有指定)
- 4) 其他：經意願人同意之親屬、見證人

2. 進行預立醫療照護諮商(ACP)

- 商討特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之選項

4. 簽署預立醫療決定及完成文件上傳

智慧城市 幸福花蓮

1. 進行預立醫療決定(AD)

2. 生效要件

- 1) 醫療機構核章
- 2) 兩位見證人在場見證或公證人公證
- 3) 上傳AD掃描檔
- 4) 中央主管機關註記於健保卡



3. 如何上傳AD-

請見花蓮縣照顧管理中心
網頁



5. 長照獎勵金核撥

1. 於「照顧服務管理資訊平台」完成當月服務紀錄：
 - 1) 勾選「 完成ACP及AD之簽署(完成於健保卡註記)」
2. 於次月申報個管服務費用：
 - 1) 衛福部篩選出已簽署個案清冊，轉經醫事司審查通過後核撥簽署獎勵金
 - 2) 每完成1 名個案ACP及AD 予補助特約單位1,500 元



檢視服務紀錄

* 護理師姓名		* 服務日期	109/02/12
* 服務形式	家訪	* 受訪者	個案
* 是否為高血壓患者			否
* 服務內容	<input checked="" type="checkbox"/> 測量血壓 <input checked="" type="checkbox"/> 監測糖化血紅素 <input checked="" type="checkbox"/> 監測血脂(三酸甘油酯、低密度脂蛋白膽固醇、高密度脂蛋白膽固醇) <input type="checkbox"/> 評估個案慢性病控制情形(不含測量血壓、監測血糖及血脂) <input type="checkbox"/> 提供衛教指導 <input type="checkbox"/> 完成ACP及AD宣導 - <input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 家屬 (需上傳簽名檔) <input checked="" type="checkbox"/> 完成ACP及AD之簽署(完成於健保卡註記) <input type="checkbox"/> 轉介長照個案管理(照管中心或A單位個管員) <input type="checkbox"/> 聯繫醫師進一步處理醫療需求 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 Hba1c 6.2		