

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 書函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號  
傳 真：(02)85907088  
聯絡人及電話：劉莉雅(02)85906666轉7308  
電子郵件信箱：mdleah65@mohw.gov.tw

10581



台北市松山區健康路131號2樓

受文者：中華民國區域醫院協會

中 華 民 國 區 域 醫 院 協 會	
收文字號	129
收文日期	107.4.16

發文日期：中華民國107年4月11日

發文字號：衛部醫字第1071661884A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：預告草案1份(1071661884A-1.pdf、1071661884A-2.pdf、1071661884A-3.pdf)

主旨：檢送本部107年4月11日衛部醫字第1071661884號公告，預告訂定「提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法」及「預立醫療決定書」之草案總說明及逐條說明1份(如附件)，請查照並轉知所屬。

說明：

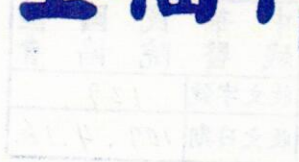
- 一、案內公告事項另詳載於本部全球資訊網站(網址:<http://www.mohw.gov.tw>)之「衛生福利部法規檢索系統」之「法規草案」網頁。
- 二、對於本公告內容有任何意見或建議者，請於本公告刊登公報次日起60日內陳述意見或洽詢：
  - (一)承辦單位:衛生福利部醫事司
  - (二)地址:台北市南港區忠孝東路6段488號8樓
  - (三)電話:(02)-85906666分機7308
  - (四)傳真:(02)-85907087

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫學中心協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國區域醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣安寧緩和醫學學會、安寧照顧基金會、地方政府衛生

局、本部法規會、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部附屬醫療及社會福利機構管理會

副本：本部法規會、本部綜合規劃司、本部醫事司(均含附件)

# 衛生福利部



衛生福利部

## 提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法草案總說明

為保障民眾於病人自主權利法(以下稱本法)第十四條特定臨床條件下，有選擇或拒絕醫療之權利，本法第九條規範意願人為預立醫療決定前，應參與指定醫療機構提供之預立醫療照護諮商，以充分瞭解相關醫療照護資訊，維護其醫療自主權益。爰中央主管機關依據本法第九條第五項授權擬定「提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法」草案共八條，其要點如下：

- 一、 法律授權依據。(草案第一條)
- 二、 地方主管機關應指定醫療機構提供預立醫療照護諮商服務及指定機構之資格條件。(草案第二條)
- 三、 指定機構提供預立醫療照護諮商之空間設備要求。(草案第三條)
- 四、 指定機構應成立預立醫療照護諮商團隊，其團隊成員組成及其資格條件。(草案第四條)
- 五、 進行預立醫療照護諮商前，指定機構應提供意願人之必要資訊。(草案第五條)
- 六、 預立醫療照護諮商過程應告知意願人及參與者之資訊內容，其過程應作成紀錄，並經意願人及參與者簽名後，併同病歷保存。並依本法第九條第一項第一款之規定於預立醫療決定書上完成核章證明。(草案第六條)
- 七、 指定機構得依醫療法第二十一條規定，報經地方衛生主管機關許可，收取預立醫療照護諮商費用。(草案第七條)
- 八、 本辦法施行日期。(草案第八條)

## 提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法草案

條文	說明
<p>第一條 本辦法依病人自主權利法(以下簡稱本法)第九條第五項規定訂定之。</p>	<p>本辦法授權之依據。</p>
<p>第二條 直轄市、縣(市)主管機關應就符合下列條件之醫院，指定其設立預立醫療照護諮商(以下簡稱諮商)門診：</p> <p>一、一般病床三百床以上。</p> <p>二、經醫院評鑑通過之醫院。</p> <p>醫院、診所位於離島、山地或其他偏遠地區，或有特殊專長，經直轄市、縣(市)主管機關報中央主管機關同意者，得設立諮商門診，不受前項規定之限制。</p>	<p>一、明定地方主管機關就符合條件之醫療機構指定設立預立醫療照護諮商門診，提供本法第九條第一項第一款之預立醫療照護諮商服務。</p> <p>二、考量離島、山地或其他偏遠地區之醫療資源較為不足，缺乏符合第一項條件之醫療機構，爰規定得經地方主管機關函報中央主管機關審查同意後，指定為設立預立醫療照護諮商門診之醫療機構。</p>
<p>第三條 經依前條指定之醫療機構(以下簡稱指定機構)設立諮商門診，應符合下列規定：</p> <p>一、有明顯區隔之獨立空間，並具隱密性。</p> <p>二、空間大小及設施、設備具舒適及便利性。</p> <p>三、提供臨櫃、語音及網路掛號服務。</p>	<p>為提供意願人及參與者可近之預立醫療照護諮商環境，明定諮商門診之空間應獨立區隔並具隱密性，且應有適當之空間大小與設施、設備，以維護意願人權益，並促使諮商過程順利完成。</p>

<p>四、建置預立醫療照護諮商資訊網站。</p>	
<p>第四條 指定機構應成立預立醫療照護諮商團隊(以下簡稱諮商團隊)，至少包括下列人員：</p> <p>一、醫師一人：應具有專科醫師資格。</p> <p>二、護理人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。</p> <p>三、心理師或社會工作人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。</p> <p>前項人員應完成中央主管機關公告之預立醫療照護諮商訓練課程，每年並應接受繼續教育。</p>	<p>一、第一項明定指定機構應成立預立醫療照護諮商團隊，其團隊成員至少應含專科醫師、二年以上資歷之護理人員及心理師或社工人員。</p> <p>二、第二項明定提供預立醫療照護諮商之人員，應完成中央主管機關規定之訓練課程，並每年接受繼續教育，以確保諮商品質及意願人權益。</p>
<p>第五條 指定機構於諮商前，應提供意願人下列資訊：</p> <p>一、依本法規定應參與及得參與諮商之人員。</p> <p>二、意願人得指定醫療委任代理人；其有指定者，應備妥醫療委任書。</p> <p>三、預立醫療決定書(以下簡稱決定書)及相關法令資料。</p>	<p>為使諮商過程順利進行，明定指定機構應於諮商前提供意願人必要之資訊，包括應出席人員、預立醫療決定書及相關法令規定等。</p>
<p>第六條 諮商團隊應向意願人及參與者為下列之說明：</p> <p>一、意願人依本法擁有知情、選擇及決定權。</p> <p>二、終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養應符合之特定臨床條件。</p> <p>三、決定書之格式及其法定程序。</p>	<p>一、第一項明定諮商團隊應向意願人及參與者說明之內容，至少應包括但不限於自主權利、醫療照護選項、醫療決定書之簽署或變更之法律要件及程序、醫療委任代理人之權限及委、解任規定。</p> <p>二、為確保意願人權益，減少爭議，於第二項明定諮商過程應作成</p>

<p>四、決定書之變更及撤回程序。</p> <p>五、醫療委任代理人之權限及終止委任、當然解任之規定。</p> <p>指定機構應就諮商之過程作成紀錄，並經意願人及參與者簽名；其紀錄應併同病歷保存。</p> <p>指定機構於完成諮商後，應於決定書上核章交予意願人。</p>	<p>紀錄並經意願人及參與者簽名後，併同病歷保存。並依本法第九條第一項第一款之規定於預立醫療決定書上完成核章證明。</p>
<p>第七條 指定機構得依直轄市、縣(市)主管機關規定，酌收諮商費用。</p>	<p>基於使用者付費原則，指定機構得依直轄市、縣(市)主管機關規定，收取預立醫療照護諮商費用。</p>
<p>第八條 本辦法自發布日施行。</p>	<p>本辦法施行日期。</p>

## 預立醫療決定書

本人\_\_\_\_\_ (正楷簽名) 經參與「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，以保障病人的尊嚴。本人因此作成以下預立醫療決定，希望能事先表達我所期待的醫療照護及善終方式，同時也讓親友瞭解我對自身生命品質與價值的態度，尊重我的自主選擇。我對醫療照護方式與善終相關課題的選擇與決定如下。

預立醫療決定書人

姓名：

簽名：

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：

住址：

電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療處置。 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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定人工營養及流體餵養處置。 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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療處置。 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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定人工營養及流體餵養處置。 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)
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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療處置。 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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定人工營養及流體餵養處置。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

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)_____內接受維持生命治療，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療處置。 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，之後請停止；亦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，請由我的醫療委任代理人為我決定人工營養及流體餵養處置。 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	<p align="center"><b>我的醫療照護意願與決定</b></p> <p align="center">(以下選項，均為單選)</p>
<p align="center"><b>五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形</b></p>	<p align="center"><b>維持生命治療</b></p>	<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(一段時間)_____內接受維持生命治療，之後請停止；亦得於該期間內隨時表達停止的意願。</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療處置。</p> <p>4、<input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。</p>
	<p align="center"><b>人工營養及流體餵養</b></p>	<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(一段時間)_____內接受人工營養及流體餵養，之後請停止；亦得於該期間內隨時表達停止的意願。</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，請由我的醫療委任代理人為我決定維持生命治療處置。</p> <p>4、<input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。</p>

## 第二部分 其他照護與善終選項：

給我的家人與親友：

人生就像春夏秋冬，我了解面對生命的終點是個困難的決定，但我希望透過事先表達自己的意願，以及對於生命品質與價值的看法，能夠減少我的家人、親友在決定過程中的辛苦，讓你們能夠理解與接納我的決定，並且在你們的祝福與陪伴下，有尊嚴地走完生命的最後一段路程。以下是我對照護與善終的其他想法：（此部分非必要填寫）

項目	我的善終意願與決定
一、遺愛捐贈	<p><b>1、器官捐贈：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 我願意捐贈任何可用之器官或組織。</p> <p><input type="checkbox"/> 我只願意捐贈部分器官或組織，同意項目如下：（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/> 心臟； <input type="checkbox"/> 肺臟； <input type="checkbox"/> 肝臟； <input type="checkbox"/> 胰臟； <input type="checkbox"/> 腎臟</p> <p><input type="checkbox"/> 小腸； <input type="checkbox"/> 眼角膜； <input type="checkbox"/> 皮膚； <input type="checkbox"/> 骨骼； <input type="checkbox"/> 心瓣膜； <input type="checkbox"/> 血管</p> <p>*備註：若您勾選同意器官捐贈，須持續使用維生醫療設備直到完成相關程序，請再次確認拒絕維持生命治療意向之優先順序。</p> <p><b>2、遺體捐贈：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 我同意將遺體捐贈予醫學院或解剖屍體條例第二條規定之醫療機構，作為大體解剖教學與病理剖驗使用。</p>
二、照護處所	<p><b>1、我希望「執行預立醫療決定之後」的照護地點在：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 長照服務機構 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 由親人決定 <input type="checkbox"/> 由醫療委任代理人決定</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：</p> <p><b>2、我希望臨終往生地點在：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 家裡 <input type="checkbox"/> 長照服務機構 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 由親人決定 <input type="checkbox"/> 由醫療委任代理人決定 <input type="checkbox"/> 其他：</p>

<p style="text-align: center;">三、 後事安排</p>	<p>1、我希望的葬禮儀式：          骨灰(骸)處置意願：<input type="checkbox"/>火化 <input type="checkbox"/>不火化，保留骨骸 <input type="checkbox"/>其他_____。          安葬意願：  <input type="checkbox"/>靈骨塔 <input type="checkbox"/>墓園(地)  <input type="checkbox"/>環保自然葬，例如：<input type="checkbox"/>樹葬 <input type="checkbox"/>花葬 <input type="checkbox"/>海葬 <input type="checkbox"/>其他：</p> <p>2、我希望的喪禮儀式(告別式/追思會)：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3、我希望如何處理網路社群帳號及其他數位之個人資料：</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p style="text-align: center;">四、 宗教信仰</p>	<p>1、我的宗教或信仰對我而言：  <input type="checkbox"/>非常重要 <input type="checkbox"/>不是很重要 <input type="checkbox"/>我沒有特殊宗教或信仰</p> <p>2、我的宗教類別是：  <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>民間信仰 <input type="checkbox"/>道教 <input type="checkbox"/>佛教 <input type="checkbox"/>基督教 <input type="checkbox"/>天主教 <input type="checkbox"/>一貫道  <input type="checkbox"/>伊斯蘭教 <input type="checkbox"/>其他：</p> <p>3、我希望醫療團隊知道我在宗教信仰或與身心靈照護相關的事宜：</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p style="text-align: center;">五、 其他</p>	<p>愛的話語：(您想讓您的親人知曉的事或其他話語。)</p>

### 第三部分 見證或公證證明：

我選擇以下列方式完成本法第九條第一項第二款之法定程序（請擇一進行）：

1、二名見證人在場見證：

見證人1 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

見證人1 連絡電話：\_\_\_\_\_

見證人2 簽署：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

見證人2 連絡電話：\_\_\_\_\_

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（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、以及繼承人之外的受遺贈人、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（第九條第四項）。

2、公證：

公證人認證欄位：

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

說明：

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。

#### 第四部分 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，(醫療機構)\_\_\_\_\_於  
年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提供預立醫療照護諮商，經與意願人\_\_\_\_\_、其他參與  
者\_\_\_\_\_等，就有關維持生命治療、人工營養及  
流體餵養進行充分諮商與溝通，特此核章以茲證明。

醫療機構核章欄位：

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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。