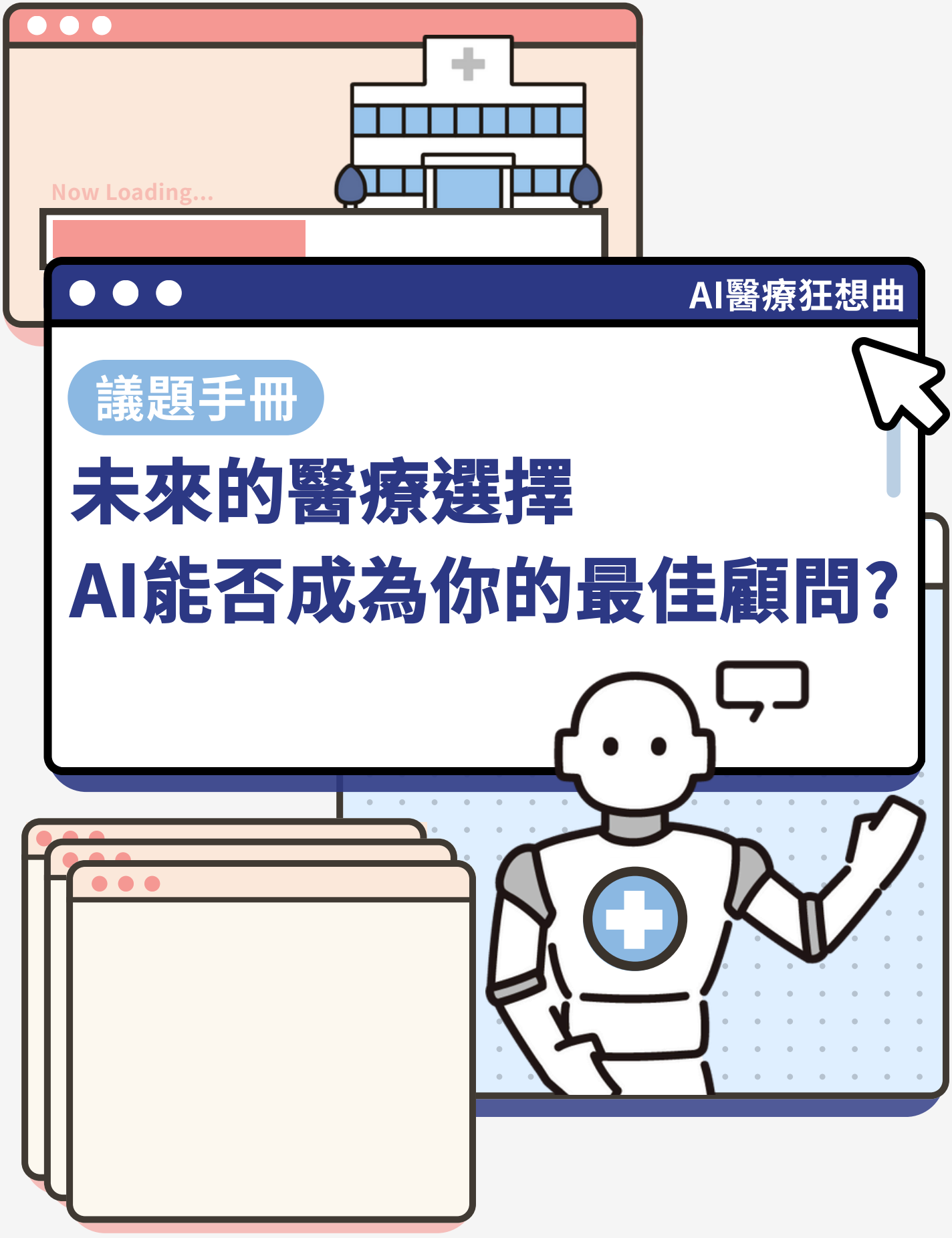
114年 青年好政Let’s Talk



議題手冊

未來的醫療選擇
AI能否成為你的最佳顧問?

目錄

01
活動資訊

活動日程表 02
課程提問Slido教學 03

02
審議式民主

何謂審議民主 05
審議民主原則 07
討論原則 08

03
Let's Talk執行團隊

關於團隊與業師 10
關於團隊主持人 11
關於講師與簡報 12

04
手冊內容

APC概念介紹 14
APC對生活的影響 19
APC與AI的連結 21
現行APC推動規範與政策規劃 25
APC的推動困境 26

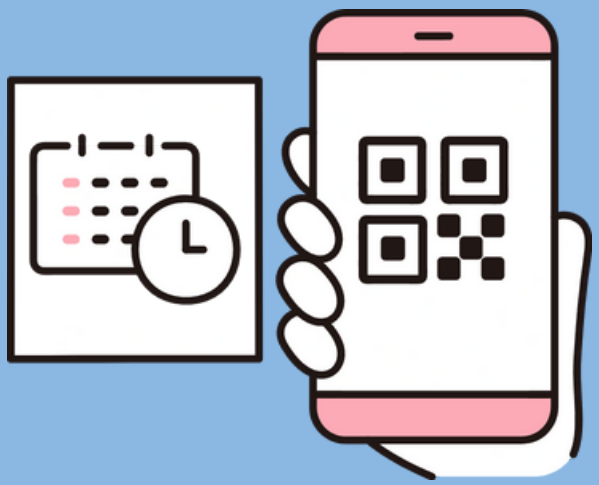
05
參考資料 40

06
MEMO 44

01

活動資訊

1. 活動日程表
2. 課程提問-SLIDO教學



1 活動日程表

09:00-09:20	報到
09:20-09:30	開幕式
09:30-09:55	導讀
09:55-10:45	專家簡報I：萬一我昏倒了，你知道我想怎麼被救嗎？
10:45-10:55	休息
10:55-12:00	議題討論I：AI 在遠距醫療與預立醫療照護諮商中的應用
12:00-12:05	大合照
12:05-13:15	午餐時間
13:15-14:05	專家簡報II：我的資料上了 AI，會不會被人看光？
14:05-14:20	休息
14:20-15:20	議題討論II：AI 如何確保 ACP 過程的公平與透明？
15:20-15:50	小組分享
15:50-16:15	點心時光
16:15-16:30	確認結論、賦歸

2 課程提問-Slido教學

有關課程或活動相關問題可以舉手發問，也可以使用Slido進行。

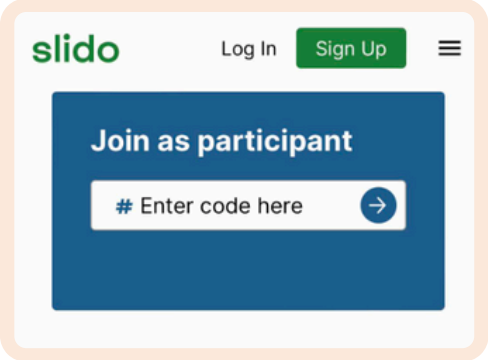
STEP 1

參與者無需申辦帳號或登入，只需要掃描QR Code或上網搜尋Slido，即可進入該網站首頁。

Slido網址：
https://app.sli.do/event/vMrg3P8eGzscW77TnoTp8L/live/questions

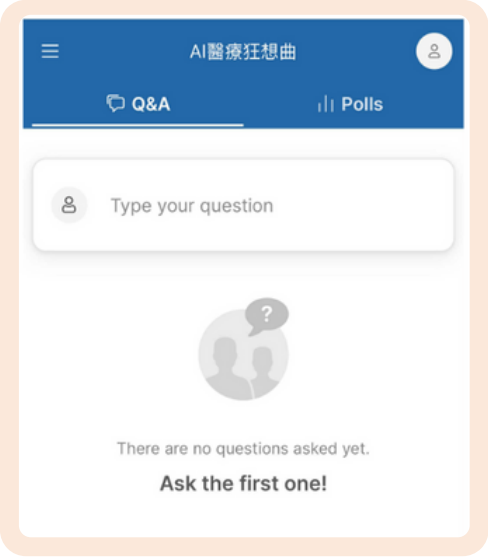
STEP 2

進入該網站首頁，輸入本場次活動編號：#1885919



STEP 3

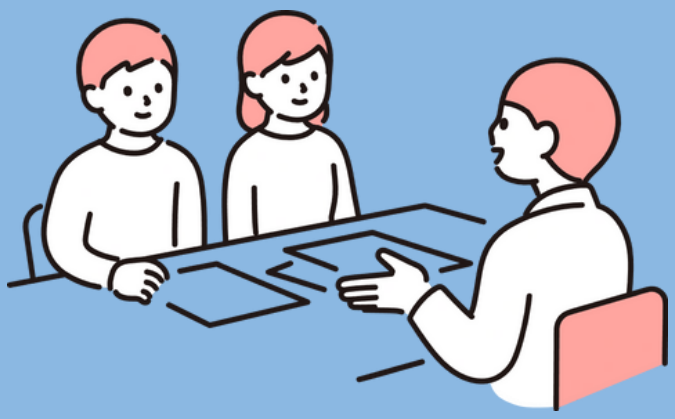
可自由輸入各種問題、建立暱稱，並且透過按讚即時票選最感興趣的問題。



02

審議式民主

1. 何謂審議民主
2. 審議民主原則
3. 討論原則



1 何謂審議民主？

「審議民主」是根植於對「代議民主」的反思，代議民主即為人民將自身決定的權力，透過選票賦權民意代表，並透過民意代表替人民決定政策。代議民主的模式會造成決策傾向政黨鬥爭或特定利益團體，因此美國學者提出了審議式民主(Deliberative Democracy)，讓公民透過過公共審議的方式參與公共決策，並補充代議民主的不足。

審議，意味著「討論」，一切用討論的模式進行，論述比票數來得更加重要，邀請所有利害關係人、可能受影響的族群一同參與這項會議，透過審議的方式提高最後決策的品質，藉由參與者的多元性，讓這場會議的視野更加廣闊，並激盪出創新的點子，看見更多的可能性。**「議」起討論的過程當中，我們接納每一個情緒、每一種感受，只要不傷害他人，每個發生的狀態都是合適的。審議民主以議題與參與者為中心，能夠讓原先在代議民主中容易被忽略的議題面向與利害關係人的聲音，得以進入政策設計與制定的過程中。**

代議民主

- 透過選票賦權民意代表
- 透過民意代表替人民決定政策
- 可能造成決策傾向政黨鬥爭或特定利益團體

審議民主

- 邀請可能受影響的族群一同參與這項會議。
- 透過審議的方式提高最後決策的品質。
- 參與者的多元性，讓這場會議的視野更加廣闊，並激盪出創新的點子，看到更多的可能性。

民眾可以藉由討論前的講座、專家解說、議題手冊、資訊、影音等方式，促進與會討論者的資訊基礎一致，讓不同立場的民眾可以針對其討論之公共議題進行理性溝通、意見 交流，過程中需要相互包容、尊重傾聽，所有的利害關係人、被決定影響者都具有參與會議的權利。民主的用意在於民眾理性公共討論、意見交換，並產出彼此都能接受的決定，提供後續政府執行或外界參考。

為達到與會討論者在討論時的資訊基礎一致，可以透過以下方式

2 審議民主原則

審議民主原則

知情

每一位參與者的資訊都不同，為了達到討論的效益與審議品質。

將透過講座、專家解 說、議題手冊、影音資訊等過程，增進每位參與者對議題的了解。

提升參與者得知完整的資訊脈絡。

理性

每一位參與者的立場皆不同，因此會有不同的價值觀，這些需要被理性包容。

只要不涉及人身攻擊，我們接納每一個情緒、氣質。

理性討論即是審議民主的觀點基礎，與會者的立場及角色多元性，能夠促使討論內容更充分，並激盪出創新的政策方向。

互惠

討論的過程都應該營造一個友善的空間，讓參與者能夠安心發言。

讓不同的意見、不同的觀點，都能被提出來討論。

審議會議要積極地去創造包容、平等的討論空間。

討論

在不同背景的參與者中，相同的知識基礎上，透過精準傳播、理性對話，最終凝聚出彼此的原點、行動，能夠為審議的討論基礎。

參與者有許多多方的利益關係人，不同角度能夠坐下來，好好地進行對話，用更好的論證來破除偏見。

3 討論原則

討論原則

- **平等**
  - 人人都有公平發言的權利
- **尊重**
  - 不重疊說話
  - 不替他人發言
- **包容**
  - 可以不同意他人觀點
  - 但不貼標籤、不批評
- **傾聽**
  - 試著透過聆聽，了解他人
- **對話**
  - 立場不同、角度不同，對於議題的觀點、感受也會不一樣
  - 若感受到冒犯，勇敢說出來！
- **分享**
  - 連結不同觀點，分享在海報上

03

LET'S TALK
執行團隊

1. 關於團隊與業師
2. 關於團隊主持人
3. 關於講師與簡報

1 關於團隊與業師

業師

家瑋

VTAIWAN 社群貢獻者
臺灣大學法律研究所碩士班

代理業師

威良

國立岡山高中學務處主任

團隊成員

菀茜

國立臺南護理專科學校 輔導老師

團隊成員

宗甫

國立臺南大學諮商與輔導學系 學生

團隊成員

聿瑄

國立臺東大學公共與文化事務學系 學生

2 關於團隊主持人

大場

陳語涵
- 教育部青年署主持人進階課程/培訓業師
- 教育部青年發展署LET'S TALK青年好政/大場主持人、桌長、協同
- 行政院青年政策論壇課程/培訓講師、大場主持人、 桌長、協同

涂菀茜
- 教育部青年發展署LET'S TALK青年好政/大場主持人、桌長、協同
- 教育部國教署與署長有約/桌長、協同
- 各大專校院審議課程/培訓講師、大場主持人、桌長

各桌桌長

第一桌 王美棻
- 113年「Let’s Talk」【居住正義】移居‧宜居城市團隊 青年移民工的租屋困境/桌長
- 113年「Let’s Talk」【居住正義】遊睦社會行動工作室 租屋透視鏡：一起聊聊遷徙世代的租屋大小事/桌長
- 110年「Let’s Talk」【心理健康】Ni砸惑舖 藝術陪伴融入初級預防的執行與需求 主辦團隊
- 110年審議民主人才培訓-審議主持人基礎培訓I、II

第二桌 林宗甫
- 第六屆台南市兒童及青少年代表
- 114年審議民主人才培訓-審議主持人基礎培訓I、II

第三桌 紀品任
- 2024年青年好政-南青寄居蟹-隊長兼桌長
- 2023年中正大學徵才月幹部培訓營-世界咖啡館桌長
- 2023年青年好政-淨零青碳號-學員
- 2025年臺南青年策略聯盟-議題紀錄

第四桌 郭純硯
- 99年-105年教育部青年發展署青年政策論壇主持人/帶組員/協同紀錄/全國代表
- 104-105年教育部高中生高峰論壇_協同教師

3 關於講師與簡報

專家簡報I：萬一我昏倒了，你知道我想怎麼被救嗎？

講師

涂菀茜

失智者家庭對於預立醫療諮商認識與行動之研究-研究者

專家簡報II：我的資料上了 AI，會不會被人看光？

講師

鄭富方

清大資訊科學研習社-社長

講師簡報QR CODE

04

手冊內容

1. ACP概念介紹
2. ACP對生活的影響
3. ACP與AI的連結
4. 現行ACP推動規範與政策規劃
5. ACP推動困難

1 ACP概念介紹

預立醫療照護諮商（Advance care planning，ACP）

1 什麼是「預立醫療照護諮商」（ACP）？

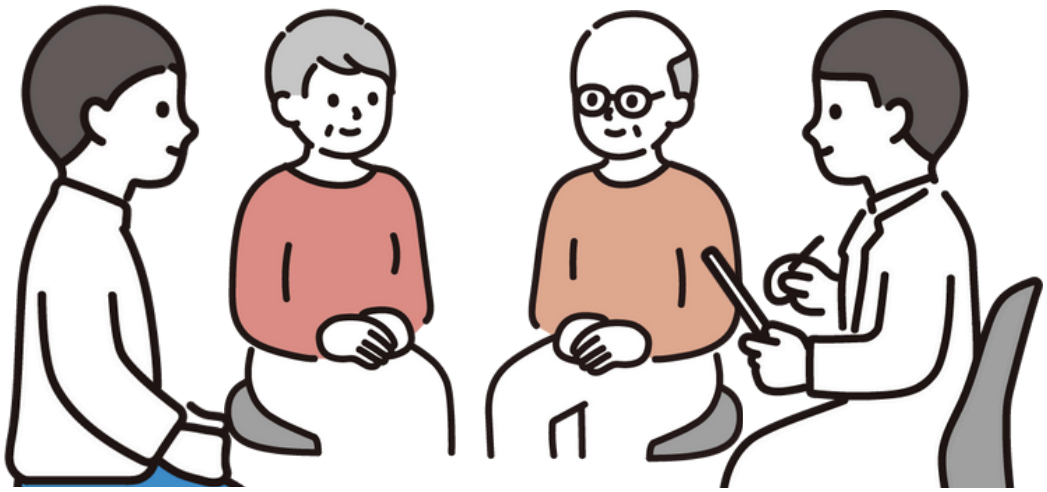
這是一段事先溝通的過程，讓你、醫療團隊、家人（至少一位二親等內家屬）與可選擇的醫療委任代理人，一起討論：

如果有一天你因為嚴重疾病或昏迷，無法表達意願，你希望接受哪些治療？哪些治療又不想再做？

常見情況包括：

1.末期疾病　2.不可逆的昏迷　3.永久植物人

4.極重度失智　5.其他主管機關公告的嚴重疾病



2 預立醫療照護諮商流程與需要有誰參與？

預立醫療照護諮商流程

預立醫療照護諮商須出席人員

角色	備註
有意願的本人	
家屬至少一人（二親等內）	二親等家屬包含：配偶、子女、父母、兄弟姐妹、孫子女／外孫子女、祖父母／外祖父母、公婆／岳父母、女婿／媳婦、弟媳／兄嫂、姐夫／妹夫、妯娌／連襟等。
醫療委任代理人	可指定，也可不指定；若指定，需成年且簽書面同意。
醫師	具專科醫師資格1人
護理人員	有2年以上臨床經驗1人
心理師或社工	有2年以上臨床經驗1人

3 諮商完會做什麼？

- 完成溝通後，大家會一起簽署「預立醫療決定（Advance Decision, AD）」。
- 這份文件寫下你對「維持生命治療」及「人工營養與流體餵養」的選擇（接受、暫停、撤除或不施行），確保將來醫療處置符合你的意願。

預立醫療諮商相關討論內容資訊整理

依預立醫療照護諮商，得討論接受或拒絕	
項目	內容
人工營養、流體餵養措施	插管治療(鼻胃管或胃造口等導管，或其他侵入性措施餵養食物與水分。)
維持生命治療措施	心肺復甦術(CPR)、機械式維生系統(葉克膜)、血液製品(輸血)、專門治療(洗腎、癌症治療)、重度感染時的抗生素治療等任何可能延長生命的必要醫療措施。

資料來源：全國法規資料庫。《病人自主權利法》。第3條。第一項、第二項、第六項。
HTTPS://LAW.MOJ.GOV.TW/LAWCLASS/LAWALL.ASPX?PCODE=L0020189。
查閱日期：2025年5月23日。

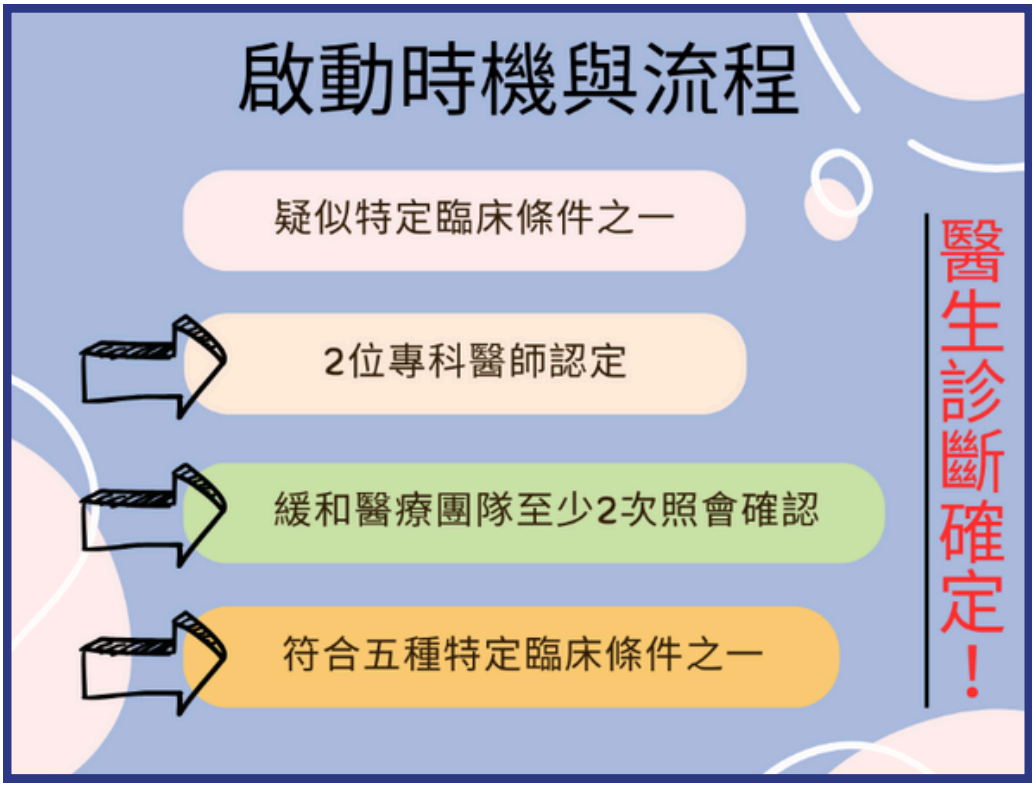
4 什麼是 AD？

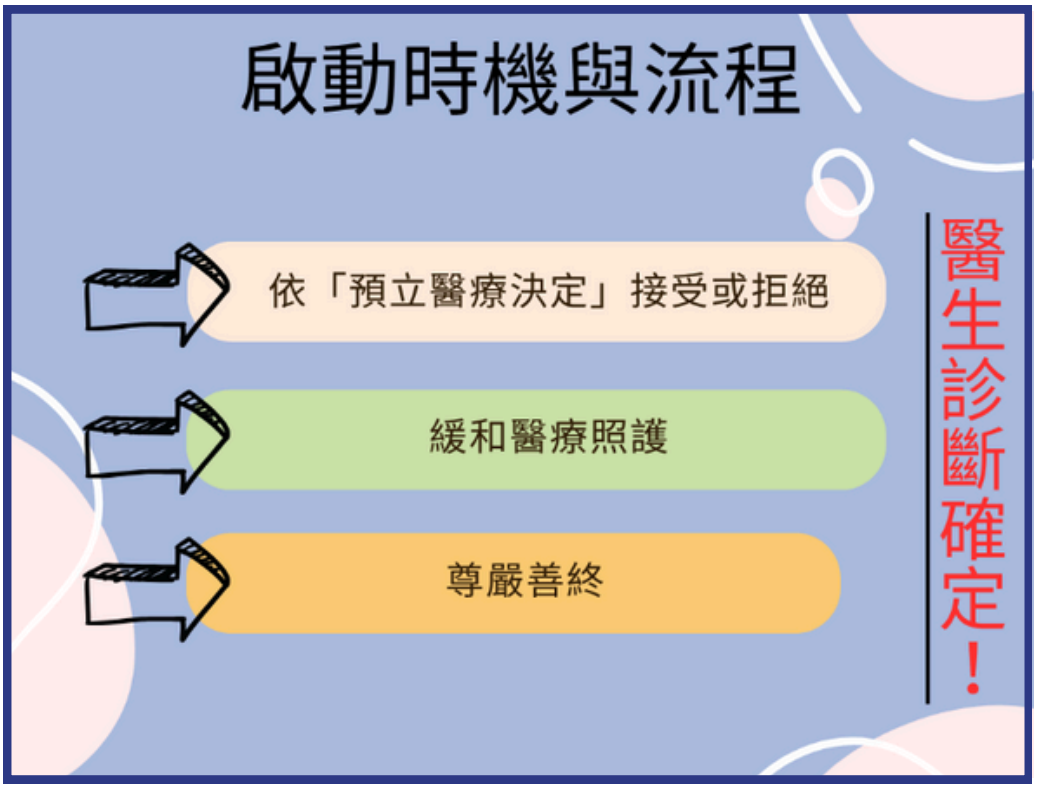
這是一份「先寫好的」醫療選擇文件。萬一將來出現以下任何情況，自己無法表達意願時，醫師就能依照這份文件並且跟專門照護團隊討論二次後來照護你。

常見情況包括：

1.末期疾病　2.不可逆的昏迷　3.永久植物人
4.極重度失智　5.其他主管機關公告的嚴重疾病

5 預立醫療決定-啟動時機及流程





6 你可以決定些什麼？

你想要的處置	可選項目
維持生命治療	✅ 接受 ❎拒絕
人工營養 / 流體餵養	✅ 接受 ❎拒絕
其他善終照護	✅ 接受 ❎拒絕

如果你選擇「拒絕」前兩項，醫院仍會提供 **緩和醫療**（palliative care）又稱安寧照護，以減輕身體、心理與靈性上的痛苦，讓生命最後階段更有品質。

7 誰可以簽立AD？

只要**年滿 18 歲且具完全行為能力**（簡單說，就是成年人且精神狀況正常），就能簽立AD。

8 之後可以後悔嗎？

可以！隨時都能用書面撤回或修改。記得更新後讓醫院留存最新版本。

2 ACP對生活的影響

1 為什麼我需要簽署預立醫療

- **目的**　提前說清楚「哪種治療要或不要」。
- **適用時機**　當你陷入無法自行決定的重症或昏迷等狀態。
- **保障**　拒絕維持生命治療 ≠ 放棄照護；醫院仍須提供緩和醫療。
- **彈性**　意願可隨時更改，最新文件才算數。

2 健保怎麼補助？

- **補助額度**　每位符合資格者可申請預立醫療諮商費用補助，終身補助一次諮商費用，後續修改意願皆不用付費。
- **誰符合補助資格？**　只要具完全行為能力，且符合以下任一條件即可：

1. **65 歲以上且持有重大傷病卡**
2. **輕度失智**
3. 符合《病人自主權利法》第 14 條第 1 項第 5 款指定病名，例如：多發性系統萎縮症、囊狀纖維化、亨丁頓舞蹈症、脊髓小腦失調、脊髓性肌肉萎縮症等。
4. 列入 **居家整合醫療照護計畫** 的個案

3 目前的參與度如何？（統計到 2025 年 4 月）

項目	已完成人數
器官捐贈註記	10,050 人
安寧療護註記	20,982 人
預立醫療註記（AD）	6,619 人

熱區城市：臺北市、臺中市、高雄市在三項註記人數都排前段班，代表大城市對 ACP 政策接受度最高。

4 為什麼 ACP 愈來愈重要？

- **人口高齡化、失智症患者增加** → 提前規畫末期照護需求大增。
- **生命自主意識抬頭** → 更多人想要自己決定「最後一哩路」的醫療選項。
- **政策配套到位** → 健保補助、法規完善，降低民眾諮商與簽署門檻。

114年截至4月

預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈註記簽署人次統計

縣市名稱	器官捐贈註記	安寧療護註記	預立醫療註記
臺北市	1,531	5,441	3,840
新北市	1,480	4,137	1,487
桃園市	933	2,241	812
臺中市	1,718	3,045	1,125
臺南市	937	1,786	468
高雄市	1,645	2,809	798
全國統計	15,744	31,632	11,125

資料來源：衛生福利部（2025）。《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/RWD/STATISTICS/CALC_REPORT.ASPX?YEAR=2025。
查閱時間：2025年5月23日。

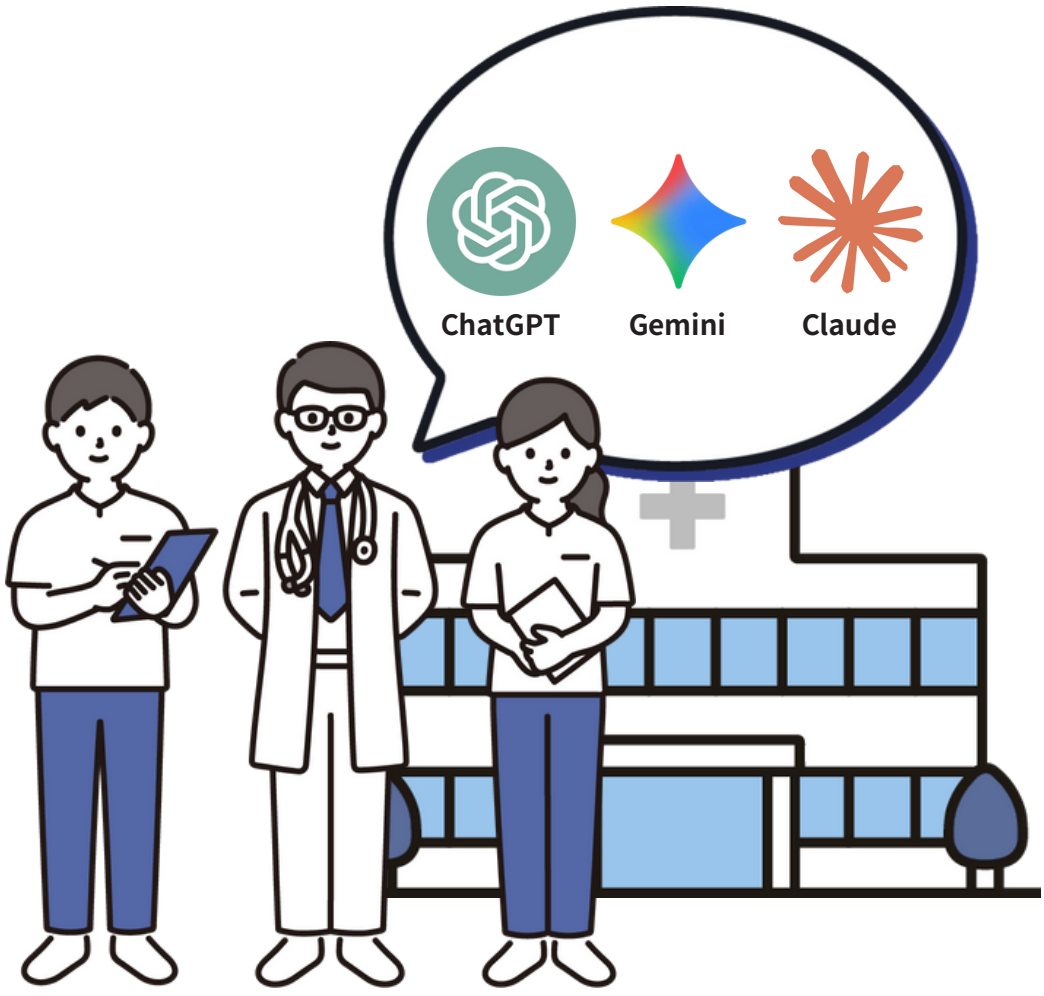
3 ACP與AI的連結

目前推動與宣傳預立醫療的很大程度依賴第一線的醫護人員，可是隨著後 COVID-19 疫情時代，當醫生與護理師大量出走，造成醫療體系日漸脆弱，第一線醫院醫護人員的缺少，也會讓醫療照顧的量能減少，讓預立醫療的推動面臨挑戰。

隨著生成式人工智慧的發展，新科技的出現或許能夠成為克服前述挑戰的契機。我們如果能借助AI科技的力量，打造人工智慧驅動的智慧助理，不僅可以提供預立醫療決策的所需資訊，更能與患者及家屬一起討論種種想法與擔憂，或許能夠協助推廣預立醫療。人工智慧驅動的自動化工具，不僅讓民眾可以了解預立醫療的相關資訊，甚至可以成為進行預立醫療決策時的輔助工具。

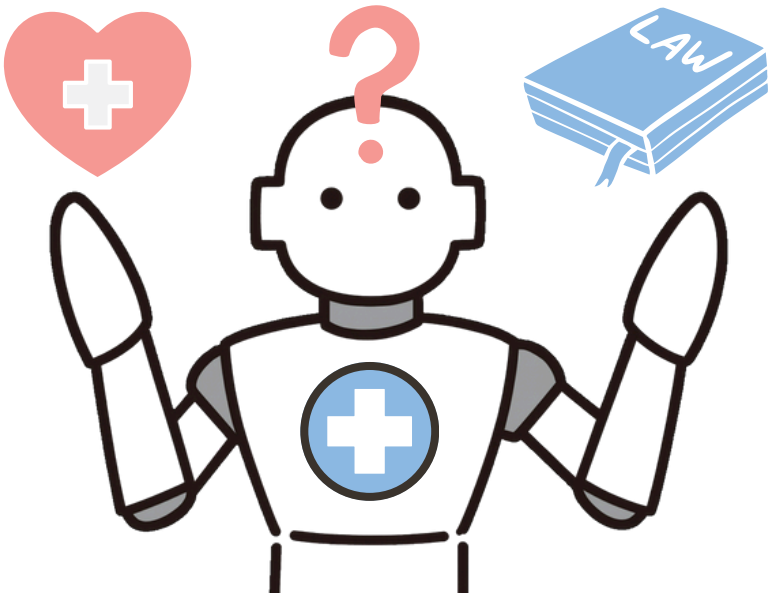
然而，看似美好的願景背後卻也有來自倫理與隱私的問題有待進一步的討論。首先，AI科技的協助具體而言應該如何實現？在醫療領域引入AI 科技，會不會讓敏感的醫療個資失去保障？其次，當我們真的引進相關科技，是否會影響患者的自主決定權，過度依賴AI科技給予的建議，而衍生出更多醫療倫理的相關問題？

AI（Artificial Intelligence）是「人工智慧」的英文簡寫。早在近年來因 ChatGPT 等生成式人工智慧技術出現之前，人工智慧就已經被運用在如機場自動通關的人臉辨識系統等科技當中。而目前我們常使用的生成式人工智慧，如：ChatGPT、Gemini、Claude等，皆為「對話型」的 AI 模型，這類型 AI 模型的建置，背後都需要大量的資料才能發展、訓練、與部署。同時，人工智慧的精準回應，也會建立在使用者輸入的資料上。如果希望取得更加精準可靠的結果，就需要提供高品質的資料來餵養 AI。因此，當我們希望在預立醫療領域引入人工智慧幫助有需要的民眾了解預立醫療的相關資訊，並協助民眾進行決策時，如何取得民眾的醫療資訊便是關鍵。由於我國有全民健保制度，民眾的醫療資訊通常都儲存衛福部中央健保署建立的資料庫中。然而這些資訊究竟要如何取得？又能否利用在前述的人工智慧科技上呢？



目前，根據衛福部提供的資訊，對於儲存在健保署建立的資料庫中的醫療個人資料，是依賴《個人資料保護法》的規範進行管理。在個資法上，病歷與醫療相關資訊因為其私密性與重要性皆高於一般的個人資料，因此在《個人資料保護法》會被歸為「特種資料」。資料與物品不同，物品被借用或者是拿走了，可以請求歸還。然而資料一旦被搜集與利用，就很難恢復原狀，就算可以要求違法使用的人刪除，但資料容易複製的特性，讓徹底恢復原狀變得難以執行。因此為了貫徹對特種資料的保障，根據《個人資料保護法》第六條，這些特種資料除非符合法律規定的情況，否則原則上是禁止蒐集與利用的。例如如果你要去看醫生，醫生參考你之前的病歷來判斷要開什麼藥給你，這便是符合法律規定的使用情境。

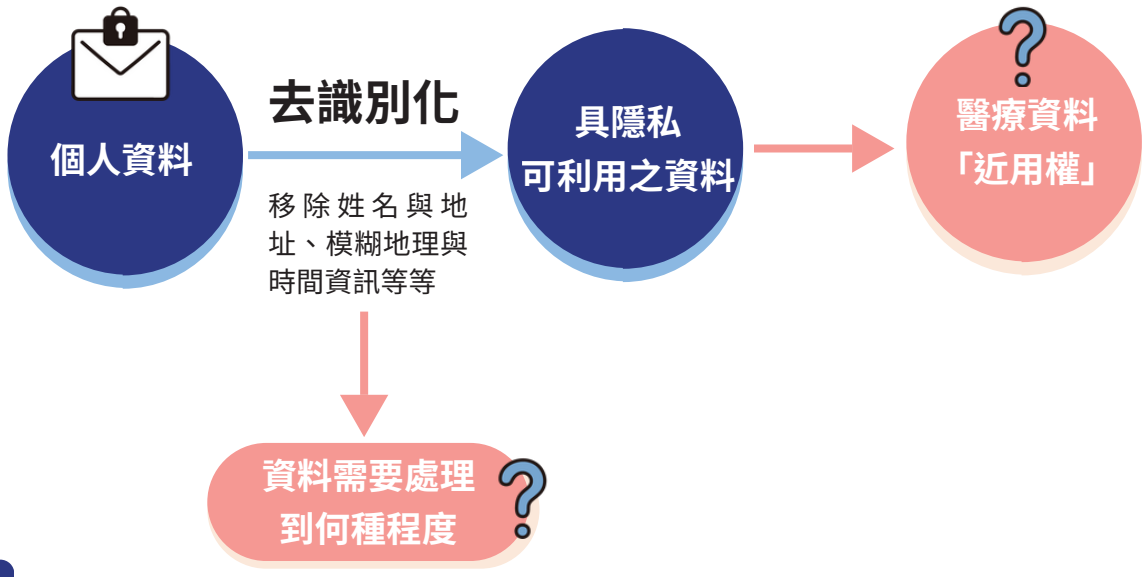
根據《個人資料保護法》的規定，所有個人資料的蒐集與利用，都必須要符合當初蒐集與利用時的目的，就好像你的朋友跟你借錢說要繳房租，你絕對不會想看到他拿到錢之後跑去吃高檔自助餐一樣。因此資料的利用原則上必須要符合當初收集的目的。不過，因為現今許多個人資料的流通與利用在學術研究、政策制定或者是其他公共利益上能夠產生一定的價值，為了避免資料的流通遭到過度限制，《個人資料保護法》也允許政府機關或學術研究機構，在具有法律允許，如醫療、衛生、社會福利等正當目的時，能夠將這些原先因某個目的（例如收集患者的就醫紀錄來收取健保費）收集到的個人資料，用在別的目的上（例如進行公衛相關的學術研究）。此作為便是所謂的「目的外利用」，目的便是在資料利用與隱私保護間取得平衡。



除了目的外利用，另一個取得平衡的方式，便是將資料「去識別化」，移除可以連結到特定個人的關鍵資訊，讓剩餘部分的資料價值可以藉由資料流通而發揮，同時也因為這些資料移除了連結個人的資訊，因此也能兼顧隱私的保障。例如美國教育部旗下的全國教育統計中心（NCES），長期提供全美學生、教師與學校等相關資料，供學界與政府研究教育政策之用。為保障個人隱私，NCES 採取多層次去識別化措施，包括移除學生姓名與地址、模糊地理與時間資訊等等。藉此來達到資料利用與隱私保護的平衡。

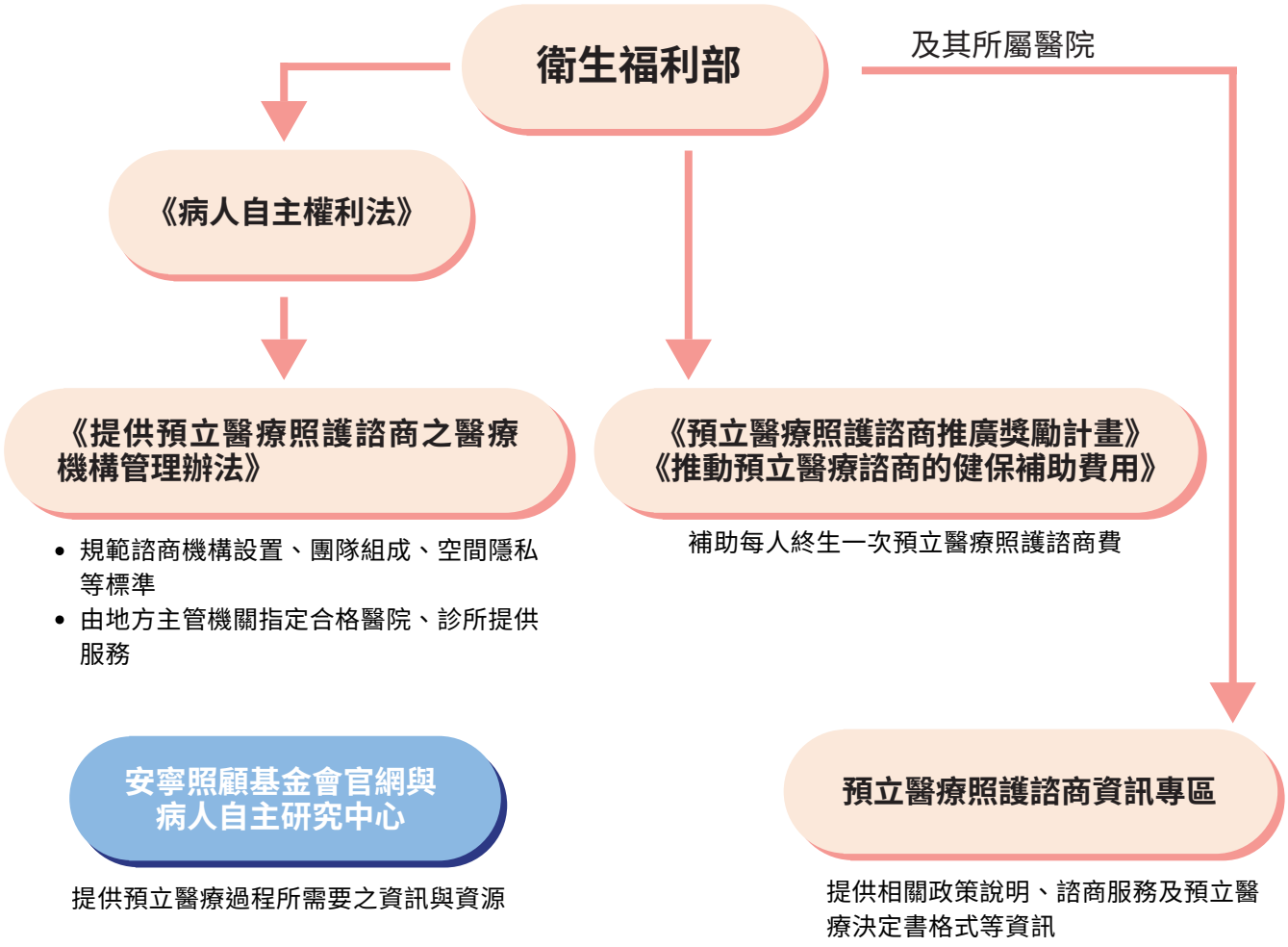
可是當前《個人資料保護法》法規所規範的內容，並沒有包含政府如何授權健保資料給機關或學術機構進行研究，也未明確規範相關的資料處理到何種程度稱為不可識別。所以行政院在今年度已經向立法院提出《全民健康保險資料管理條例》的草案，並且立法院審查中。另外，草案的討論仍未能討論到「個人」取得與使用健保資料的問題。雖然目前，個人可藉由衛服部建置的健保快易通(「健康存摺」)、個人健保資料網路服務、健保署臨櫃申請或是至就診的醫療院所索取全本病歷(與一般病例的差異在於有醫事人員的紀錄)等管道取得健保資料，可是健保資料取得的便利性以及資料的易讀性等等問題，也就是資料「近用權」的議題，還未進行廣泛的討論。

上述提及的面向，皆是我們在面對AI科技進入醫療決策，需要思考的問題。面對越來越發達的AI科技，我們如何運用科技輔助預立醫療的推廣，甚至做為決策時的輔助工具，而不損害作為人的權利，是值得我們共同思索的。



4 現行ACP推動規範與政策規劃

《病人自主權利法》（病主法）自2019年1月6日施行後，預立醫療的醫療或照護行為，依循著此法源而定，目的在於保障病人的醫療自主權與尊重其意願。衛福部以此訂定「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」，規範諮商機構設置、團隊組成、空間隱私等標準，並由地方主管機關指定合格醫院、診所提供服務。並且推動「預立醫療照護諮商推廣獎勵計畫」與「推動預立醫療諮商的健保補助費用」補助每人終生一次預立醫療照護諮商費。此外，衛生福利部及其所屬醫院（如臺北醫學大學附設醫院、雙和醫院）設有預立醫療照護諮商資訊專區，提供相關政策說明、諮商服務及預立醫療決定書格式等資訊。安寧照顧基金會官網與病人自主研究中心也都有設立相關專區，提供預立醫療過程所需要之資訊與資源，推廣預立醫療。



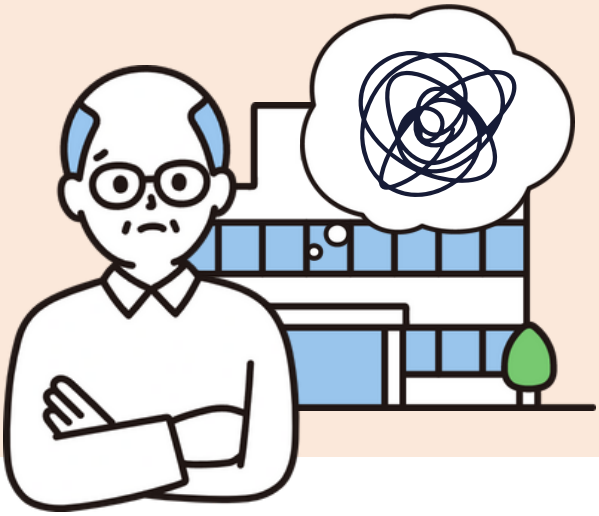
5 ACP的推動困境

如果觀看年度(2024)簽署預立醫療人數統計可知，目前台灣簽署預立醫療的比例，仍未及總人口的百分之一，可以發現現行推動預立醫療的成效，仍舊有待精進，而簽署率偏低主因，可以歸納成：包括諮商費用、醫院人力不足、社會風氣與民眾對預立醫療的認知不足。

目前衛福部已有推動健保的諮商費用補助，可是對於醫院人力的不足與提升民眾對於預立醫療的認識，尚未提出一個完善的配套措施。此外，台灣仍將ACP視為醫療行為，限制執行場域，又進一步導致推動範圍有限，並且預立醫療的簽署需要護理師、社工師、心理師等醫師專業人員共同主持，可是台灣又面臨第一線醫事人員的量能吃緊。在這些多重的社會條件構成的推動困難，我們可以如何思考，以及如何參與解決，便是你我需要一起討論。

劇本一

沉默的選擇
失智爸爸的醫療自主



角色	身分／關係	關鍵心聲
龍爸爸（72）	退休漁民，輕-中度失智	「不想拖累孩子，可是談死太不吉利……」
維維	長子，主要照顧者	「我要尊重爸爸，可是又害怕臨終前後悔，讓爸爸繼續插管
小瑜	長媳婦，護理師	「家屬越早說開，醫療決策就越少拉扯。」
小柚	次子，假日返鄉照顧	「爸爸只是記性差吧？談死會嚇到他。」
醫師	家庭醫師、ACP 合格諮商醫師	「失智早期仍可自主，越早談越能尊重爸爸心意。」
護理師	社區訪視護理師、ACP 個管	「我會帶龍爸爸了解 5 個情境下的ACP作法。」
社工師	長照中心社工師	「情感顧慮也要被聽見，家庭會議能讓討論更平衡。」

時間與背景

2025年，澎湖漁村。人口老化、長照與醫療資源不足，家庭正面臨「誰來決定、何時決定」的醫療自主難題。

發展脈絡（關鍵事件）

1

2024年12月

龍爸爸確診失智症，生活開始需家人協助。

2

2025年2月

護理師首次居家訪視，遞上易讀版 ACP 說明書，鼓勵家屬預約諮商。

3

2025年4月

陳醫師門診提醒：失智者決策能力會下降，建議 3 個月內完成 ACP。

4

2025年5月

家族聚餐嘗試談預立醫療決定，龍爸爸沉默，小柚轉移話題。

5

2025年6月

社工師安排「家庭會議」——以圖卡協助龍爸爸表達「怕成為負擔」。

引導問題卡片（AI × 預立醫療照護 ACP）

	核心問題	追問／延伸
青年態度	你對「在 30 歲前就完成 ACP」的想法是什麼？	年輕人最在意的是「費用、流程複雜」還是「談死忌諱」？
AI 意願	如果有 AI 聊天機器人能 24 小時解惑並生成 ACP 草稿，你願意先用它再與醫師諮商嗎？	你需要哪些「可信度指標」才會放心？
現況掃描	目前你知道哪些 AI 已被用於醫療決策輔助？覺得哪一種最貼近 ACP？	舉例：臨床決策支援系統（CDSS）、症狀檢索 App、生成式聊天夥伴… — 優缺點？
可近性	想像你住在離島或行動不便，AI 能怎樣讓你「遠距參與」ACP 諮商？	要避免哪些科技落差（網路、語言、介面）？
模擬情境	若 AI 透過「角色扮演問答」或「類似案例回放」來幫你思考選項，最大的幫助是什麼？	會擔心被「情緒操控」或資訊過載嗎？
隱私／倫理	ACP 內容屬高度敏感個資。AI 系統應具備哪些保護機制，才能放心上傳家庭討論紀錄？	認證機制、加密、在地端運算……哪一項最關鍵？
早期接觸	如果高中健康課就導入 AI-互動式 ACP 教案，對推廣病人自主有何正／反效應？	會否讓同學過度「技術依賴」，弱化家庭深談？
AI 作為顧問	十年後，AI 可能成為醫療決策的第一意見領袖。你贊成嗎？	當 AI 與醫師／家屬意見不一時，誰應有最終說服力？
自主權保障	在 AI 協助下，我們如何確保「最終選擇」仍源自本人？	想像一個機制（按鈕、冷卻期、人工複核…），讓青年能隨時「踩剎車」重審決定。

劇本二

輕世代的先行者
從校園實習到家庭 ACP

角色	身分／關係	關鍵心聲
阿宇（22）	社工系大四生，醫院實習	「如果先講好，未來就不必在急診才做決定。」
阿宇爸爸（55）	國中教師	「這種事是老人家的煩惱，年輕人別觸霉頭。」
阿宇媽媽（53）	教育局科員	「我想了解，至少不要拖累孩子。」
秉秉（22）	實習夥伴，同組社工實習生	「一起做 ACP，很正常吧？我們也會老。」
醫師	安寧緩和科主治醫師，ACP 合格諮商醫師	「越早談越能體現自主，年輕人也適用。」
護理師	ACP 個案管理護理師	「我可以幫家人輕鬆破冰。」
社工師	醫院資深社工師，實習導師	「家人阻力是常態，從關係和情感下手才有進展。」

時間與背景

2025 年，台中市。台灣 ACP 施行滿 6 年，30 歲以下完成率不到 2%。醫院嘗試設計「青年版 ACP 導入計畫」，鼓勵實習生把概念帶回家庭，測試代間對話的可行性。

發展脈絡（關鍵事件）

1

2025年2月

阿宇、秉秉在實習說明會中聽見「青年也能預立醫囑」。

2

2025年3月

張社工師示範「生命價值拼圖」教具，並指派兩人做家庭推廣小專題。

3

2025年4月

阿宇首次返家提議 ACP，爸爸反對，媽媽默默表示有興趣。

4

2025年5月

陳醫師開設「周末青春 ACP 門診」。

5

2025年6月

媽媽線上簽到醫院辦理諮商；爸爸仍拒絕，認為「觸霉頭」。

6

2025年7月

張社工師帶隊到阿宇家，辦「家庭咖啡時光」——以回憶照片帶出安寧話題，爸爸終於承諾「先聽聽看醫師怎麼說」。

引導問題卡片（AI × 預立醫療照護 ACP）

	核心問題	追問／延伸
青年態度	你身邊的朋友對於ACP可能抱持什麼態度？	影響意願的主因是「死亡忌諱」「流程／費用」「醫療不確定感」還是其他？
AI 意願	若有 24 hr AI 夥伴可解惑並產出 ACP 草稿，你願意先用它再進行實體諮商嗎？	你需要哪些「可信度指標」（醫院背書、專家審查、資料來源…）才會放心？
現況應用	目前醫療決策輔助 AI（CDSS、症狀評估 Chatbot 等）裡，哪一種最值得移植到 ACP？	目前醫療決策輔助 AI（CDSS、症狀評估 Chatbot 等）裡，哪一種最值得移植到 ACP？
可近性	偏鄉、行動不便或遠距家屬要一起談 ACP 時，AI／數位工具能怎麼「補位」？	要避免哪些科技落差（網速、語言、操作介面）才能真正普及？
模擬情境	如果 AI 透過「角色扮演問答」與「類案回放」協助思考生命末期選項，最大助益是什麼？	會擔心被情緒操控、資訊過載或產生「單一路徑」偏誤嗎？
隱私／倫理	ACP 涉及高度敏感個資。AI 系統必須具備哪些保護機制你才敢上傳家庭討論紀錄？	加密、去識別化、在地端運算、政府／醫院認證——哪一項最關鍵？
早期推廣	如果高中健康課就導入「AI 互動式 ACP 模組」，對病人自主權推動有何正／反效果？	如果高中健康課就導入「AI 互動式 ACP 模組」，對病人自主權推動有何正／反效果？
角色衝擊	十年後 AI 可能成為醫療決策的「第一顧問」。你贊成嗎？	當 AI 的建議與醫師或家屬相左時，誰應有最終說服力？
自主權保障	在 AI 協助下，如何確保決定仍是「本人說了算」而非被演算法主導？	想像一個機制（冷卻期、人工複核、一次性密碼確認…）讓使用者隨時「踩剎車」重審決策。

劇本三

從一個人的練習到一家人的共識

角色	身分／關係	關鍵心聲
珈珈（25）	25歲罹患脊髓性肌肉萎縮症的病友	「我希望能在還有選擇的時候，做出對我和家人最好的決定。簽署AD，不是放棄，而是準備好。」
珈珈爸爸（57）	工廠技術員	「我不希望她再承受壓力了，如果她的選擇能讓自己安心，我會陪著她走下去。」
珈珈媽媽（55）	家庭主婦/對女兒簽署AD感到糾結的母親	「我知道她想為自己負責，但我真的還沒準備好接受這件事。她還年輕，真的需要做這樣的決定嗎？」
志勳（28）	AI應用推廣志工，珈珈的線上支持者	「AI可以幫助我們整理想法、模擬對話，甚至勇敢問出平常不敢問的問題。但真正的選擇，還是要靠人與人之間好好說清楚。」
醫師	安寧緩和科主治醫師，ACP合格諮商醫師	「越早談越能體現自主，年輕人也適用。」
護理師	ACP 個案管理護理師	「我可以幫家人輕鬆破冰。」
社工師	醫院資深社工師，實習導師	「家人阻力是常態，從關係和情感下手才有進展。」

發展脈絡（關鍵事件）

1
2024年12月
爸爸目睹女兒情緒崩潰、反覆思考未來生活品質問題。

2
2025年2月
珈珈在病友社群中發現預立醫療照護諮商（ACP）與醫療決定（AD）相關資源。

3
2025年3月
珈珈開始使用 ChatGPT 模擬未來的醫療選擇情境。

4
2025年3月
志勳在社群中遇見珈珈，提供 ChatGPT 使用建議與ACP模擬問答練習。

5
2025年5月
珈珈希望主動邀請家人共同參與諮商與簽署，但遇到媽媽的情感阻力。

6
2025年5月
媽媽得知女兒想簽署AD後，陷入強烈的情感糾葛與罪惡感。

7
2025年6月
爸爸開始理解「提早安排」對女兒的重要性。

8
2025年6月
和女兒一起查詢 ACP／AD，從原本排斥到變成支持與陪伴者

9
2025年6月
懷疑 ChatGPT 給的資訊是否真的安全可靠，是否需要多和醫師討論。

10
2025年6月
雖然擔心，但內心也有一部分想要了解 ACP 是什麼。

11
2025年6月
志勳面對珈珈家庭的拉扯，開始思考AI的角色應是工具還是媒介。

引導問題卡片（AI × 預立醫療照護 ACP）

	核心問題	追問／延伸
青年態度	青年是否願意在健康時期主動參與關於生命末期的討論？	青年會不會覺得這樣的討論太早、太不吉利？什麼樣的生命經驗會讓他們更願意提早面對這個議題？
AI 意願	青年願不願意使用AI工具（如ChatGPT）來協助自己思考或模擬醫療選擇？	AI工具在ACP過程中，是幫助還是干擾？什麼樣的資訊會讓青年更信任這類AI對話？
現況應用	目前青年使用AI討論生命議題的方式有哪些？是否多數只是資訊查詢？	除了查資料，AI是否能幫助青年進行情境模擬、自我價值探索、或與他人對話前的預演？
可近性	所有青年都能平等使用AI討論ACP、AD嗎？是否存在數位落差或語言障礙？	資源較少或非主流語言背景的青年，是否也能獲得適當的AI協助？是否需要更在地化的語言與文化回應？
模擬情境	將個人醫療價值或死亡偏好輸入AI系統，是否存在資料外洩或誤用的風險？	如果AI可以模擬不同的病情進程與治療選擇，是否能幫助青年釐清價值觀與偏好？
隱私／倫理	ACP 涉及高度敏感個資。AI 系統必須具備哪些保護機制你才敢上傳家庭討論紀錄？	資料是否會被儲存？誰能接觸？青年是否理解AI平台背後的隱私條款與風險？
早期推廣	青年認識ACP與AD的契機是什麼？目前是否有進入校園或社群的對話管道？	在哪些教育場域或生活情境中，比較容易引發青年思考「如果是我，我會怎麼選擇」？
角色衝擊	當青年想討論ACP/AD，但家人或長輩反對時，會產生什麼張力？	青年該如何回應家人的保守態度？AI模擬是否能成為中介工具，幫助世代溝通？
自主權保障	青年是否能真正做出知情且不受壓力的決定？在使用AI輔助時，自主性是否被強化還是削弱？	青年是否會盲信AI回應而忽略醫師建議？應如何建構AI與人之間的協作界線，以保障決策權與心理安全？

劇本四

當我們用AI討論未來
一場從好奇到理解的旅程

角色	身分／關係	關鍵心聲
小路（25）	大學剛畢業，曾因外婆進安寧病房接觸ACP資訊，現關心AD議題	「我不想等到無法決定時才後悔，但我也還不知道怎麼讓家人接受這個話題……AI是我唯一能先說說看的地方。」
楠楠（26）	小路朋友，曾於醫院實習，熟悉ACP流程	「我們都有權選擇自己想要的照顧方式，越早知道越不會後悔。AI雖然不是醫師，但可以幫我們勇敢想像未來的樣子。」
小芳（24）	小路朋友，原本對ACP陌生，後來因好奇主動查詢並與朋友討論	「原來這不只是老年人的事，我現在也可以開始想『如果有一天我怎麼了，我想被怎麼對待』。」
阿勇（35）	餐廳老闆，聽到年輕客人在討論AI與預立醫療後產生好奇與共鳴	「我也是最近才開始用AI問問看一些人生的問題，聽你們聊這些，我也想知道『如果是我，我要怎麼問才問得好』。」
醫師	社區醫療院所安寧門診主治醫師，小路外婆當年安寧照護團隊的成員之一	「我記得小路那時陪外婆來門診。年輕人其實早就有感，只是缺乏出口。我的任務，是讓他們知道：不是有病才可以談。」
護理師	曾協助楠楠實習時參與ACP門診，現仍保持聯繫	「我常說，ACP對家人不是壓力，是地圖。年輕人來談這些，會讓家人意外，但也會讓他們學會傾聽與尊重。」
社工師	小路大學社會學課程指導教授，關注青年健康自主議題，私下是ACP倡議志工	「我在教室裡常見年輕人其實想談生死，但缺乏語言與空間。ACP不是課程，是關於自己要怎麼走完人生的學習機會。」

發展脈絡（關鍵事件）

1

2024年10月

小路回憶起外婆在安寧病房的平靜與尊嚴，首次聽聞「預立醫療照護諮商（ACP）」。

2

2025年1月

外公確診失智，家人避談後事，讓小路覺得應提早準備，但又難以開口與家人溝通。

3

2025年2月

小路開始使用 ChatGPT 嘗試釐清自己的醫療價值觀，模擬不同病情與醫療選擇。

4

2025年3月

楠楠分享自己在醫院實習時接觸ACP的經驗，與小路共同使用GPT設計ACP初步偏好句型與討論腳本。

5

2025年4月

小芳加入對話，從完全不熟悉到積極參與，三人組成「ChatGPT ACP對話小隊」。

6

2025年5月

阿勇在店裡聽到三人對話後加入討論，開始對AI輔助ACP產生興趣，並嘗試提問與參與分享。

引導問題卡片（AI × 預立醫療照護 ACP）

	核心問題	追問／延伸
青年態度	青年是否能在未生病時就開始思考自己的醫療選擇與人生結尾的偏好？	如果家人反對，青年還會選擇堅持嗎？身邊有沒有人或經驗促使他們開始關注這議題？
AI 意願	為什麼青年選擇透過AI開啟這樣的對話？他們是信任AI，還是只是缺乏對話對象？	AI是否是情緒安全的「練習場」？有哪些回應讓你覺得AI可靠或不夠準確？
現況應用	青年實際如何操作AI討論ACP議題？問了哪些問題？用什麼語氣？	是不是有些問題不好意思問家人但敢問AI？AI有幫助釐清選項還是讓人更迷惘？
可近性	所有青年都能輕鬆接觸AI嗎？語言、裝置、使用能力是否影響參與權？	是否需要更在地化、情境式的ACP AI引導對話介面？學校或社區是否應該提供資源或引導手冊？
模擬情境	AI模擬不同病情與治療選擇是否能幫助青年釐清自己的價值觀？	AI的模擬是否會過度簡化或情緒化某些情境？青年是否能辨別什麼是模擬、什麼是真實的醫療建議？
隱私／倫理	青年是否了解自己輸入在AI上的對話會被儲存或學習？這樣的個資風險他們能接受嗎？	如果你知道AI平台會學習你輸入的資料，你會調整問法嗎？是否需要更透明的資料處理說明與使用者控制權？
早期推廣	青年第一次接觸ACP議題是從哪裡？是否能更早地透過課程或媒體主動認識？	如果你是學校老師或社工，你會用什麼方法讓學生主動接觸這樣的議題？是否能結合劇本殺、遊戲式AI體驗進行推廣？
角色衝擊	當青年從AI中釐清自己的想法後，卻遭遇家庭文化上的拒絕與情緒勒索，該怎麼辦？	是否能透過AI幫助設計出更有同理心、漸進式的「家人溝通腳本」？ACP門診是否能引入AI對話內容輔助醫病溝通？
自主權保障	青年是否知道ACP與AD具有法律效力？使用AI是否真的幫助他們做出更有信心的決定？	青年AI提供的資訊有沒有誤導風險？什麼時候應該轉向找人討論？我們如何設計一個「AI + 醫療專業 + 家人溝通」的協作模式？

05

參考資料

1 參考資料

1 網路資料

衛生福利部護理及健康照護司公告114年2月護理人力現況

公視引用1111調查報告：95%護理師認缺工嚴峻 三分之一有證照者未執業

衛生福利部護理及健康照護司-從數字了解世界與台灣護理人力

衛生福利部-臺灣護理人力 供需分析與政策整備

報導者-30年最大醫院護理師出走潮——病房關床、手術限時、急診打結，動搖國本的護理荒

行政院提出《護理人力政策整備12項策略中長程計畫》

1111-改善護理人員權益公聽會暨職場壓力現況調查

2 相關文獻

王子勻（2019）。失智症患者主要照顧者生命經驗之敘事分析。中臺科技大學長期照顧碩士學位學程。

王增勇（2011）。家庭照顧者做為一種改革長期照顧的社會運動。台灣社會研究季刊，(85)，397-411。

台灣失智症協會（2023）。台灣失智症人口推估。檢索日期：2024年5月3日。網址：https://reurl.cc/Zeg80M

全國法規資料庫（2021）。病人自主權利法。檢索日期：2024年4月20日。網址：https://reurl.cc/b3xOZX

吳曉竹 (2006) 。失智症宣導計畫對潛在性患者求助行為影響之追蹤研究。國立臺灣大學社會工作學系碩士論文。

呂郁芳（2020）。失智者及其家屬預立醫療決定之影響因素與困難及需求協助之探討。高學醫學大學護理學系碩士論文。

沈慶盈（2020）。悠遊智在—失智社區服務據點運作經驗初探。國立臺灣師範大學社會工作學系碩士論文。

林承霈、吳建誼、江秀珠、楊久嫻、吳政航、陳虹錚、王靜瑜、陳炳仁（2021）。預立醫療照護諮商的本土文化適應性及面對心智能力受損者之挑戰—以高雄醫學大學之經驗為例。**生命教育研究**，13（1），25-44。

林盈伸（2022）。病人自主弱勢創新服務方案簡介與三年成果摘要。**社團法人台灣生命教育學會病人自主研究中心**。臺北市。

孫效智（2017）。病人自主權利法評釋。**澄清管理醫護雜誌**，13（1），4-7。

林珊伊（2018）。探討病人自主權利法中的醫療決定內容：醫務社工師觀點。**社區發展季刊**，161，364-376。

國家發展委員會（2022）。中華民國人口推估 （2022 年至 2070 年）。檢索日期：2024年3月15日。網址：https://reurl.cc/mRXm79

黃明慈（2021）。展望更好的善終-醫務社會工作師推動與利醫療照護諮商知經驗。國立臺灣師範大學社會工作學系碩士論文。

楊君宜、黃勝堅、林欣儀、蘇俞安、蔡宗達、劉建良（2020）。它山之石，可以攻玉：從國外團體預立醫療照護諮商經驗看臺灣預立醫療照護諮商之發展。**北市醫學雜誌**，17，11-20。

劉建良（2023）。【失智者專題二】失智者ACP臨床實務經驗分享（二）。檢索日期：2024年3月5日。網址：https://parc.tw/event-post/146

Annelien, W., Frances, B., Jennifer, L., Lara, P., Lieve, V. B., & Claire, G. (2020). Advance care planning for people living with dementia : An umbrella review of effectiveness and experiences. International Journal of Nursing Studies, 107, Article 103576.

Bram, T., Van D., M., Korf, R., Van G., H., E., Y., & P., M. (2018). Barriers and facilitators for GPs in dementia advance care planning: A systematic integrative review. PLOS ONE, 13(6), 1-21.

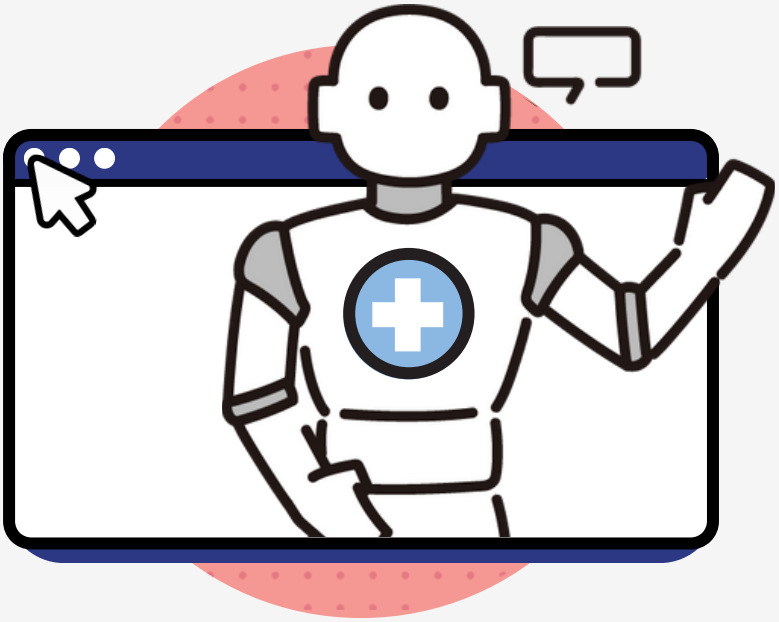
Diah, M., Cheng, P. L., Martina, S. K., Wichor, M. B., Masanori, M., Ida, J. K., Agnes, V. D. H., Carin, C. D. V. D. R., & Judith, A. C. R. (2021). Advance care planning in Asia: A systematic narrative review of healthcare professionals’ knowledge, attitude, andexperience. JAMDA, 349, 1-28.

Kelly, A. J., Luckett, T., Clayton, J., Gabb, L., Kochovska, S., & Agar, M. (2019). Advance care planning in different settings for people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. Palliative & Supportive Care, 17(6), 1-13.

06

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO