

# 紓緩及晚期照顧服務資訊

第七期

## 台灣的預立醫療照護諮商

社聯  
HKCSS

政策研究及倡議 | 2024年7月

有別於新加坡透過政策推動預設照顧計劃，台灣是透過訂立病人自主權利法將預立醫療照護諮商納入法例內，今期，我們會介紹這種發展帶給我們有何啟發。

### 第一波 安寧緩和療護運動：引入安寧療護概念

最早 1983 年，台灣已經引進安寧緩和療護 (Hospice and Palliative Care) 的概念，並開始第一波安寧緩和療護運動，最先提出的是針對癌症末期病人的居家療護及安寧照顧。安寧緩和療護的目的地指「幫助、尊重病患、減輕痛苦，讓病患能擁有生命的尊嚴與生活品質」<sup>1</sup>。

這次運動集結了民間力量，成立了財團法人華人民國安寧照顧基金會 (1990 年)、台灣安寧照顧協會 (1995 年)、台灣安寧緩和醫學學會 (1999 年)，及台灣安寧緩和護理學會 (2005 年)，共同推動發展住院及居家安寧療護<sup>2</sup>。



引入安寧療護概念

### 訂立安寧醫療條例保障末期病人的醫療選擇

在 2000 年，政府將為癌症病人提供的安寧住院療護服務納入全民健康保險 (健保) 的保障範圍內。

同年，安寧緩和醫療條例正式通過，目的是尊重「末期病人」之醫療意願及保障其權益<sup>3</sup>。末期病人可透過簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，選擇安寧緩和醫療及拒絕維生治療，包括可拒絕施行心肺復甦術<sup>4</sup>。這條例在 2002 年、2011 年、2013 年，經歷了三次的修訂，主要確立可「終止或撤除」已施行的心肺復甦術的內容與條件，幫助末期病人解除無效醫療的枷鎖。

1. 定義來自安寧照顧基金會。

2. 《台灣安寧緩和療護白皮書》。瀏覽自：<https://lib.nhri.edu.tw/NewWeb/nhri/ebook/39000000464078.pdf>

3. 安寧照顧基金會 (2024)。〈什麼是安寧療護？〉瀏覽自：<https://www.hospice.org.tw/care>

4. <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>；安寧照顧基金會。〈「預立醫療決定書」跟「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」有什麼不同？〉2024 年 5 月 20 日。瀏覽自：<https://www.hospice.org.tw/content/1224>

然而安寧條例的局限是，未能給予病人就非末期但已失去精神能力的病情訂立拒絕維生治療的決定。此外，從安寧緩和醫療條例的實踐中，看到病人家屬會向病人隱瞞病情，又或因家屬的反對或不認同，拒絕讓病人簽署意願書或不認同病人簽署意願書，因此病人的自主意願未得到尊重。

另外，醫患的關係亦十分緊張。台灣的醫療訴訟於 2012 年高達 623 宗，之後宗數回落，但仍停留在每年約 300 宗的訴訟<sup>5</sup>。因此醫護需要了解病人的意願，同時亦要讓病人知悉病情及醫療選擇，共同決策，減少醫患的矛盾<sup>6</sup>。

## 第二波 安寧緩和療護運動

在 2006 年至 2015 年，台灣開展了第二波的安寧緩和療護運動。2009 年，在癌症病人以外，另外八類重症末期病人的住院及居家安寧療護都被納入了健保的常規支付標準，讓非癌症末期病人在治療方案上有其他選擇。此外，民間組織開始推動預立醫療照護諮商 (ACP)，政府則推動醫患共同決策。

2015 年，罕見病患者，同時為第八屆的立法院委員楊玉欣提交病人自主權利法草案，以自身的病人身份推動病人自主權、善終權益，以及促進醫患家屬三方關係和諧。經過公聽會，和與各醫學會、學者對話交流<sup>7</sup>，在 12 月 18 日，立法院三讀通過病人自主權利法 (簡稱：病主法)。

## 第三波 安寧緩和照顧運動在 2016 年開始

病主法通過後，政府及民間進一步推動安寧照顧服務延伸至嬰兒、兒童及衰弱長者，亦提倡在長期照顧的設施加強社區照顧，以及將安寧緩和療護由醫院，轉向到社區推動關懷友善社區。

2018 年，台灣安寧緩和療護跨領域專家學者，融合華人文化的善終理念，檢視台灣安寧緩和療護發展現況並完成「台灣安寧緩和療護政策白皮書」(白皮書)。白皮書建議採用 2014 年世界衛生大會決議案中安寧緩和療護的四大面向，作為台灣未來安寧緩和療護之發展基石，包括訂立政策、推廣與教育、人力培育與資源，以及藥物及管理分配<sup>8</sup>(圖一)。



5. 醫事司 (2023)。《訴訟性質統計表 (至 111 年)》。衛生福利部醫事司。瀏覽自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-67161-b238a4c6-73c8-4eb5-976e-df9055141daf.html>

6. 孫效智 (2018)。《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》。《天下雜誌》。

7. 孫效智 (2020)。《病人自主權利法修法芻議》。《生命教育研究》，第十二卷第一期。

8. 衛生福利部 (2022)。《安寧緩和醫療條例》。



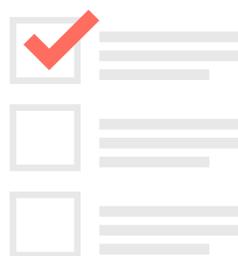
## 界定各持份者角色

白皮書同時解釋了一籃子在安寧緩和療護中，民眾、照護提供者、政府、非政府組織的角色及責任。非政府組織需要向民眾與專業人員提供必要的教育與研究方案、促進建立公開、透明的安寧緩和療護資訊，促進民眾照護選擇；而政府除了為專業人員提供培訓，亦需要支持和發展以社區為基礎的安寧緩和療護、制定能支持民眾面對臨終、死亡、失去和悲傷的公共政策、以及坦誠溝通生命議題的相關策略<sup>9</sup>。

## 病主法在 2019 年實施，有三大重點：

- 1 病人對自己的病情有知情權，以及對醫生提供的醫療選項有選擇及決定權，醫生亦須要讓病人知道未來及治療方案及出現的不良情況
- 2 在病主法下，病人有特殊拒絕權，任何人具有行為能力皆可訂立**預立醫療決定 (Advance Directive, AD)**
- 3 在訂立預立醫療決定前，必須經醫療機構提供**預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)**

### 預立醫療決定



### 預立醫療 照護諮商



## 預立醫療決定書<sup>10</sup>

### 五種臨床條件包括

#### 1. 末期病人



#### 2. 處於不可逆轉之昏迷狀況

#### 3. 永久植物人狀態

#### 4. 極重度失智



#### 5. 其他政府公告之重症

1. 預立醫療決定書是一份法定文件，它是在預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書的基礎上，為病人提供更多的預設場景作討論及善終保障。
2. 訂立對象不只限於末期病人，健康的成年人也可預先計劃在五種臨床條件下、意識昏迷或無法清楚表達意願時，作拒絕維持生命醫療的決定。五種臨床條件包括：1) 末期病人，2) 處於不可逆轉之昏迷狀況，3) 永久植物人狀態，4) 極重度失智，5) 其他政府公告之重症。可拒絕的醫療措施除了心肺復甦術等維生醫療，還包括人工營養及流體餵養。訂立人可就五款臨床條件表達醫療意願 (圖二)。
3. 訂立人的意願會被記錄在個人的健保卡及存記於中央主管機關之資料庫。
4. 訂立人可委託不多於五位醫療委任代理人 (Health Care Agent)，在其意識昏迷或無法清楚表達意願時，代為表達醫療意願。
5. 兩名專科醫生決定病人到達上述其中一種臨床情況，經安寧緩和團隊為病人診視兩次作臨床決定，便可按預立醫療決定書啟動決定。

9. 《台灣安寧緩和療護白皮書》。瀏覽自：<https://lib.nhri.edu.tw/NewWeb/nhri/ebook/39000000464078.pdf>

10. 衛生福利部 (2022)。《病人自主權利法》。

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。

(圖二)

## 預立醫療照護諮商 (ACP) 被用來促成預立醫療意願的決定

1. 與其他國家及地區的 ACP 不同, 台灣的 ACP 是法定要求的, 若要訂立預立醫療決定書 (AD), 必先完成 ACP 的程序。
2. 台灣在醫療決定上一直十分重視家屬的參與, 即使為末期病人提供安寧緩和療護前, 醫院會先與病人和家屬三方進行安寧緩和醫療家庭諮詢會議, 了解病人對未來的醫療選擇, 重視病人與家屬之間的對話<sup>11</sup>。因此, 病主法也強調預立醫療照護諮商務必促成三方的溝通, 並在達成共識下, 才可簽署預立醫療決定書, 減低日後的爭議。



五種臨床情況  
+  
各種維生治療  
優點及缺點



3. 預立醫療照護諮商的參與者必須包括醫師、護理師、社工師或心理師, 以及訂立人、親屬、醫療代理人 (如有)<sup>12</sup>。訂立人須要思考當處於非末期但失去精神能力或意識昏迷時, 對維持生命治療與人工營養及流體餵養、照護方式等作決定。
4. 諮商大約一小時, 讓訂立人認識五種臨床情況及各種維生治療優點及缺點, 也讓醫護團隊及家屬了解訂立人對生命的看法, 以及確保訂立人的想法與預立醫療決定書的決定一致。有需要時, 醫院會轉介其他服務, 例如個人與家庭諮商、法律諮詢服務, 希望將家庭內的意見整合後, 再作預立醫療決定<sup>13</sup>。

11. 民視新聞網 (2024)。〈安寧緩和醫療前的「家庭諮詢會議」醫並徹底討論「是否執行」不留遺憾〉。《民視新聞網》。瀏覽自: [https://www.ftvnews.com.tw/news/detail/2024202W0303?utm\\_source=yahoo&utm\\_medium=InArticl](https://www.ftvnews.com.tw/news/detail/2024202W0303?utm_source=yahoo&utm_medium=InArticl)

12. 衛生福利部 (2018)。《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》。

13. 李岳庭 (2020)。〈預立醫療照護諮商與諮商倫理〉。《應用倫理評論》, 第 69 期。

## 培訓預立醫療照護諮商團隊人員

1. 根據衛生福利部的規定<sup>14</sup>，諮商人員必須完成預立醫療照護諮商人員訓練課程。課程主要由民間團體主辦，例如台灣安寧照顧基金會，及病人自主研究中心。課程分為三部分，主要包括對病主法及相關法規的知識、預立醫療決定及緩和醫療照護的概念，以及預立醫療照護諮商程序及技巧。除了對法規和醫療選擇的認識，諮商人員在諮商過程中需懂得協調並整合親屬意見，讓病人在知悉所有資訊下作出決定。
2. 諮商團隊有不同的專業人員，各種職業要求的課程時數都不一樣，醫師必修四小時，護理人員必修六小時，社工師及心理師則須要十一小時，認識病主法、預立醫療決定及預立醫療照顧諮詢技巧<sup>15</sup>。

## 預立醫療照護諮商人員訓練課程



實施病主法 5 年後

只有  
**6.8 萬人**  
簽署 AD

不足總高齡人口的 2%

## 預立醫療照護諮商實施至今的成效

1. 在 2023 年，台灣高齡人口達 429 萬人，每年約有 20 多萬人死亡，在實施病主法 5 年後，只有 6.8 萬人簽署 AD，不足總高齡人口的 2%<sup>16</sup>，原因可能是宣傳不夠，諮商費用高，市民需到醫院簽署 AD<sup>17</sup>。
2. 根據白皮書，醫改會於 2017 年，病主法上路前曾進行調查，有 76% 的民眾願意接受預立醫療照護諮商，但如果接受諮詢須要付費 2000 元台幣時，意願者的比例減至 44%。而根據現行不同醫院的收費，個人諮商總費用大概落在平均 3000 元台幣左右，諮商費用有機會成為公眾不願討論 ACP 的其中一項原因<sup>18</sup>。

## 推行預立醫療照護諮商面對其他挑戰：

1. 醫護對開啟預立醫療照護諮商及有關心肺復甦術的討論的時機持不同意見，甚至部分醫護只停留在對不作心肺復甦術的認識<sup>19</sup>。根據 2021 年一份針對醫護在亞洲地區進行 ACP 的研究指出，大部分的醫護都傾向在病人患上不可逆轉疾病或壽命少於六個月時才開展 ACP 的討論。這是其中一個令 ACP 普及率低的原因<sup>20</sup>。
2. 不少社區上的長者對安寧照顧及預立醫療照顧諮商不認識<sup>21</sup>，一方面，這影響了他們是否主動參與諮商；另一方面，由於 ACP 只有約一小時的諮商，有些人可能在未完全了解下簽訂預立醫療意願書，這對未來執行帶來潛在的阻礙<sup>22</sup>。



14. 衛生福利部 (2019)。〈預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知〉。瀏覽自：<http://www.atcp.org.tw/modules/news/article.php?storyid=34>

15. 安寧照顧基金會。〈預立醫療照護諮商人員訓練課程〉。瀏覽自：<https://elearning.hospice.org.tw/publicUI/D/D10101.aspx?arg=8D724C8C675F8A6071>

16. 程劭儀 (2023 年 10 月)。〈借鏡日本：正視台灣推動預立醫療照護諮商的挑戰〉。《安寧照顧會訊》，104 期。安寧照顧基金會。

瀏覽自：<https://www.hospice.org.tw/content/4019>；洪巧藍 (2024 年 1 月 6 日)。病主法上路五周年！簽署預立醫療決定人數倍增「仍未達 1%」。ETtoday 新聞雲。瀏覽自：<https://health.ettoday.net/news/2658540>。

17. 程劭儀 (2023 年 10 月)。〈借鏡日本：正視台灣推動預立醫療照護諮商的挑戰〉。《安寧照顧會訊》，104 期。安寧照顧基金會。瀏覽自：<https://www.hospice.org.tw/content/4019>

18. 《台灣安寧緩和療護白皮書》。瀏覽自：<https://lib.nhri.edu.tw/NewWeb/nhri/ebook/39000000464078.pdf>

19. Wang Y. (2023). Advance Care Planning in Taiwan. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 180, 107–110. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.06.002>

20. Martina, D., Lin, C. P., Kristanti, M. S., Bramer, W. M., Mori, M., Korfage, I. J., van der Heide, A., van der Rijt, C. C. D., & Rietjens, J. A. C. (2021). Advance Care Planning in Asia: A Systematic Narrative Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Attitude, and Experience. Journal of the American Medical Directors Association, 22(2), 349.e1–349.e28. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.018>

21. 李美芳 (2021, 6 月)。〈高齡者對預立醫療自主計劃之態度研究：以雲林某社區照顧關懷據點之老人為例〉。南華大學人文學院生死學系碩士班。瀏覽自：<https://nhuir.nhu.edu.tw/bitstream/987654321/28663/1/109NHU00672021-001.pdf>

22. Wang Y. (2023). Advance Care Planning in Taiwan. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 180, 107–110. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.06.002>

預立醫療決定  
不等同於整個  
生命計劃

3. 有學者認為為了確保病人在醫療以外能得到理想的晚期生活及照顧，預立醫療決定不應是 ACP 的終點，它只代表病人對維持生命醫療有最終決定權，但它非對應至整個生命計劃，更無法兼顧生命計劃中的所有變動及感受，也無法包括按病人對照顧地點及照護模式進行資源連結。因此需強調 ACP 的溝通過程，讓病人參與，表達個人價值與意願，這比預立醫療決定的內容更重要<sup>23</sup>。

## 觀察重點

1

台灣早期便開始推動安寧緩和療護運動，訂立了預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，但對象只是末期病人。後來為了讓更多類人擁有拒絕維生治療的權利，立法院在 2015 年通過了病人自主權利法，讓其他病人，例如處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、及其他政府公告之重症可作拒絕維持生命治療的決定。

在安寧緩和醫療條例下，它不單推廣預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，還向意願人推廣安寧緩和療護服務作為其中一種醫療照護的選擇。因此它的預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，包含了政府為安寧緩和療護提供服務配套。

2

3

在病主法下，一般市民訂立 AD 前，必須與家屬到醫院進行預立醫療照顧諮商；因此 ACP 的討論鎖定在醫療照護層面上，特別是關於拒絕維持生命治療，由於它的 ACP 與晚期護理緊扣在一起，這或許令醫護覺得沒有逼切性向一般成人啟動 ACP 或 AD 的討論，阻礙了 ACP 普及化的推動。



有研究指出當醫療機構推行預立醫療照顧諮商時，由於時間及人力有限，諮商團隊主要與病人討論醫療部份，社工則負責評估意願人訂立預立醫療決定的動機、對病主法的認識；又要告訴意願人醫療委任代理人的角色、參與諮商成員的要求、諮商費用，以及提供預立醫療決定書的資料等等，因此社工很少時間觸及意願人的心社靈部份的討論，令他們在這個諮商過程中未能發揮應有功能<sup>24</sup>。

4

23. 謝宛婷 (2020)。〈理想與現實中的預立醫療決定〉。《生命教育研究》，第十二卷第一期。

24. 徐臣奕，陳武宗，陳秀芳，王靜瑜 (2022)。〈高雄市醫療機構預立醫療諮商照護團隊運作現況與社會工作實踐經驗之初探〉。《臺灣社會工作學刊》，第二十五期，51 至 94 頁。瀏覽自：<https://www.fvghks.gov.tw/001/VghksUploadFiles/377/relfile/17565/126387/%E9%AB%98%E9%9B%84%E5%B8%82%E9%86%AB%E7%99%82%E6%A9%9F%E6%A7%8B%E9%A0%90%E7%AB%8B%E9%86%AB%E7%99%82%E8%AB%AE%E5%95%86%E7%85%A7%E8%AD%B7%E5%9C%98%E9%9A%8A%E9%81%8B%E4%BD%9C%E7%8F%BE%E6%B3%81%E8%88%87%E7%A4%BE%E6%9C%83%E5%B7%A5%E4%BD%9C%E5%AF%A6%E8%B8%90%E7%B6%93%E9%A9%97%E4%B9%8B%E5%88%9D%E6%8E%A2.pdf>

