預立醫療決定（AD）與安寧緩和醫療意願書：兩者差別與簽署流程

Advance directives in Taiwan: AD versus hospice palliative consent

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師
醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: 0009-0002-3974-4528

發表日期：2026/05/11 · 最後更新：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：預立醫療決定與安寧緩和醫療 (Advance directives and hospice palliative care)

DOI: 10.5281/zenodo.20115020 · 此版本 10.5281/zenodo.20115021 · https://lin.hsiehting.com/posts/2026/advance-directive-taiwan-ad-hospice/

摘要 · ABSTRACT

台灣兩部法律處理生命末期自主權：2019 年施行的《病人自主權利法》提供『預立醫療決定（AD）』，涵蓋五大臨床條件；2000 年的《安寧緩和醫療條例》提供 DNR 意願書。本文整理兩者差別、ACP 諮商流程、健保 IC 卡註記與家屬抗拒處理。

台灣處理「臨終自主」的法律有兩部：**2000 年的《安寧緩和醫療條例》**讓末期病人可以拒絕心肺復甦術（DNR）；**2019 年 1 月施行的《病人自主權利法》（病主法）進一步擴大到五大臨床條件，並要求事先做「預立醫療照護諮商（ACP）」、由本人在意識清楚時簽署「預立醫療決定（AD）」、再上傳健保 IC 卡。兩者不是替代關係**——AD 是事前的廣譜決定，DNR 意願書比較像住院當下的具體拒絕。本文整理兩者差別、ACP 諮商流程、健保 IC 卡註記、撤回機制，以及家屬抗拒時的法律保障。

> 閱讀對象
> 本文設定讀者為想要事先規劃臨終醫療決定的民眾、慢性病或重大疾病病友與家屬，以及希望為病人說明 AD/DNR 流程的同業。本文整理法規與制度面，不替任何個人決定該怎麼簽。

為什麼會有兩部法律？

《安寧緩和醫療條例》在 2000 年通過、之後三度修法，主要解決一個問題：**末期病人是否可以拒絕無效的心肺復甦術（CPR）與維生醫療**。但這部法律有兩個限制：(1) 適用對象僅「末期病人」（兩位專科醫師判定不可治癒、且病程進展至死亡已不可避免）；(2) 涵蓋的拒絕項目主要是 CPR、葉克膜、呼吸器，**人工營養、流體餵養並未明確納入**。

《病主法》在 2019 年 1 月正式施行，補上這兩個缺口：適用範圍擴大到 **五大臨床條件**，可拒絕／選擇／停止的範圍含「維持生命治療」與「人工營養及流體餵養」兩大類，並設計了「預立醫療照護諮商（ACP）」與「預立醫療決定（AD）」的事前流程，要求**本人在心智健全時主動表達**。

法律	施行年	適用對象	簽署文件	涵蓋內容
《安寧緩和醫療條例》	2000	末期病人	「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（俗稱 DNR 意願書）	CPR、插管、葉克膜、呼吸器等
《病人自主權利法》	2019/1	五大臨床條件	「預立醫療決定書（AD）」	維持生命治療 + 人工營養及流體餵養

兩個都可以同時簽
法規上兩者並不互斥，且實務上很多人會同時簽——AD 處理未來「萬一變植物人 / 失智」的廣譜情境，DNR 意願書處理「萬一現在就末期住院」的具體 CPR 與插管。

病主法的五大臨床條件

AD 不是簽完就立刻生效，必須由兩名專科醫師判定符合下列五種情形之一，再經緩和醫療團隊至少兩次照會確認，才會啟動執行：

> **1. 末期病人**
>
> 依《安寧緩和醫療條例》定義：罹患嚴重傷病、經醫師診斷不可治癒、且有醫學證據近期內病程進行至死亡已不可避免。
>
> **2. 處於不可逆轉之昏迷狀況**
>
> 經評估意識昏迷超過 6 個月、無自發性反應、且無回復可能性。
>
> **3. 永久植物人狀態**
>
> 無意識覺醒、僅有反射性動作、且依目前醫學認知不可回復。
>
> **4. 極重度失智**
>
> 經兩位神經、精神或老年專科醫師確診，且 CDR（臨床失智評估量表）達 3 分以上，無法自理基本生活，亦無法表達意願。
>
> **5. 其他經中央主管機關公告之疾病**
>
> 衛福部於 2020 年 11 月公告「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 11 類罕見疾病情境（如先天性表皮分解性水皰症、亨丁頓舞蹈症、肌萎縮性脊髓側索硬化症等）。

三份文件，別搞混

實務上會碰到三種「拒絕積極治療」的文件，常常被混為一談：

文件	法源	誰可以簽	何時生效	是否強制 ACP 諮商
預立醫療決定（AD）	病主法	完全行為能力人本人	經兩位專科醫師判定符合五大臨床條件 + 緩和團隊照會	**是**，須先做 ACP
DNR 意願書（預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書）	安寧緩和醫療條例	20 歲以上具完全行為能力本人	末期病人狀態	否
不施行心肺復甦術同意書（HRR）	安寧緩和醫療條例	末期病人本人或最近親屬（配偶、成年子女、父母…）依順位代簽	末期病人狀態	否

簡單記憶：

- **AD**：事先、本人、ACP、IC 卡註記，**範圍最廣**。
- **DNR 意願書**：事先或當下、本人、**只處理 CPR/插管**。
- **HRR 同意書**：住院時、家屬可代簽、僅在已是末期且無 DNR 意願書時補位。

> 家屬不能推翻病人本人的 AD
> 《病主法》第 5、6、14 條明定：醫療機構在符合臨床條件時，應依病人 AD 執行；家屬不得以「不忍心」「不孝順」為理由要求醫師違反 AD。這是病主法相對於過去家父長式醫療最重要的法律突破。家屬可以陪同諮商、討論、勸說，但**最終決定權回到病人本人事前的意願**。

ACP 諮商與 AD 簽署：完整流程

預約 ACP 諮商門診

上衛福部「預立醫療照護諮商機構名單」（hpcod.mohw.gov.tw）查詢有開設 ACP 門診的醫療機構，目前全台超過 200 家醫院／診所提供。預約時告知是「病主法 ACP 諮商」，不是一般門診。

帶齊三類人入場

法規要求：(1) 意願人本人；(2) 二親等內親屬至少 1 人（配偶、父母、子女、兄弟姊妹、祖父母、孫子女等，無法出席者得以書面表達意見）；(3) 兩名見證人 **或** 公證人。

多專業團隊諮商

諮商團隊至少包含：醫師 1 名 + 護理人員 1 名 + 心理師或社工師 1 名。內容涵蓋五大臨床條件說明、維持生命治療與人工營養的醫療現實、各種選擇的後果。整場約 60–90 分鐘。

簽署 AD 文件

在 AD 文件上勾選五大條件下分別要「接受 / 拒絕 / 由醫療委任代理人決定」維持生命治療與人工營養及流體餵養。可指定 1–3 名「醫療委任代理人」於本人意識不清時替本人發聲。

醫院上傳，健保 IC 卡註記

諮商機構在 14 個工作天內把 AD 文件上傳衛福部資料庫，並於健保 IC 卡完成註記。日後任何醫院插卡都能即時讀到 AD 狀態。

撤回與變更

AD 可隨時以書面撤回或變更，不必再做 ACP 諮商；新版本上傳後會自動覆蓋健保 IC 卡舊註記。

費用與補助

ACP 諮商屬於健保部分負擔之外的自費項目，原則上每次 NT$2,500–3,500（依醫院公告）。多數縣市對下列族群有諮商費補助（部分免費或減免至 NT$200–500）：

- 設籍當地之中低收、低收入戶
- 設籍當地的 70 歲以上長者
- 領有重大傷病卡、身心障礙手冊
- 經醫療機構評估為末期病人或近期惡化的慢性疾病病人

實際補助對象與額度逐年微調，建議簽前撥打各縣市衛生局或諮商機構洽詢。

為什麼台灣 AD 推得慢？實證資料怎麼說？

《病主法》施行五年（2019–2024）累計完成 AD 註記約 8–9 萬人，相對於成年人口 1900 萬，覆蓋率不到 0.5%。Chang 等人 2022 年在 *BMC Palliative Care* 一份全國健保資料庫研究指出，病主法施行**前**台灣末期病人 AD（廣義包含 DNR 意願書）盛行率約 4.3%，城鄉差距與年齡是最強的預測因子。Cheng 等人在 *Jpn J Clin Oncol* 2020 年的東亞 ACP 回顧也指出，華人文化中「不談死亡」「孝道優先」與「家庭決策」是 ACP 推動的三大文化阻力。

但國外的長期追蹤資料給我們很重要的反證：Detering 等人在 *BMJ* 2010 年的 RCT（N = 309，澳洲老年病人）顯示，**完整 ACP 介入組病人臨終前的醫療意願被遵守的比例由 30% 提升到 86%**，家屬的焦慮、憂鬱與創傷後壓力分數也顯著下降。Sudore 等人 2017 年在 *JPSM* 多學科 Delphi 共識也確認，ACP 的核心價值在於**家屬代理決策時減少不確定與罪惡感**，而非僅限於文件本身。

> ACP 的真正意義
> ACP 不只是簽一張文件，而是「在家人之間把死亡這件事談清楚」。即使最後不簽 AD，光是和家屬一起走完一輪諮商，往往也讓家屬在病人真的進入末期時更能安心地替病人做決定。

國際視角：美國 POLST 與 ASCO 安寧整合建議

美國的 **POLST（Physician Orders for Life-Sustaining Treatment）** 是「醫囑等級」的維生治療指示，比 AD 更具體（如：是否插管、是否抗生素、是否人工營養）。Hickman 等人在 *J Am Geriatr Soc* 2011 年的觀察性研究顯示，POLST 註記與實際接受的治療一致率達 94%。台灣目前沒有 POLST 體系，臨床上比較接近的是「不施行心肺復甦術同意書」+「拒絕急救醫囑」的組合。

另一個臨床啟示來自 ASCO 2017 年指引（Ferrell 等，*J Clin Oncol*）：**對於進階癌症病人，從診斷後 8 週內就應整合安寧緩和共照**，而不是等到末期才轉介。這與 AD/DNR 屬於前段－後段的銜接：早期安寧共照處理症狀與心理支持，AD/DNR 處理臨終時的具體醫療決定。

副作用、適應症與禁忌症

「簽 AD」本身不是醫療處置，沒有藥物副作用，但仍有幾個臨床注意事項。

適用對象

- 年滿 20 歲、具完全行為能力之本人
- 心智健全、能理解醫療資訊並表達意願
- 任何健康狀況均可簽（不必生病才簽，反而建議在健康時先做）

不適用 / 需特別注意

- **未成年或受監護宣告者**不能簽 AD（無法做諮商）
- **失智症已達中度以上、或意識不清者**已喪失表達能力，無法新簽 AD；只能依循之前已註記者

- 簽署時若諮商團隊判定意願人**有強烈情緒因素**（重大失落、急性憂鬱）影響判斷力，會建議延後

可能的「不良反應」（社會心理層面）

- 諮商過程觸發情緒：建議家屬陪同、視需要轉介心理諮商
- 家庭衝突：諮商前先在家裡開過家庭會議比較好
- 醫病信任問題：若主治醫師不熟悉病主法，可指定其他諮商機構

一般禁忌：以下情境下，AD 暫時不會啟動

- 病人未達五大臨床條件
- 緩和醫療團隊照會尚未完成
- 病人本人在意識清楚下臨時口頭表達不同意（隨時優先尊重當下意願）

給病人與家屬的實務建議

> ### 先在家裡開一次家庭會議
>
> 把「萬一我變植物人」「萬一我極重度失智」這類情境拿到桌面上談一輪，比直接拉家屬進諮商室省事很多。可以參考衛福部「預立醫療照護諮商工作手冊」的提問清單作為討論工具。
>
> ### 看看 AD 範本，先在家裡填一遍
>
> 衛福部官網有 AD 文件範本與情境說明。先在家自己預填一份，到了諮商時更能聚焦在「為什麼這樣勾」、「我擔心什麼」，而不是在現場讀條文。
>
> ### 確認諮商機構名單與費用
>
> 上 hpcod.mohw.gov.tw 查詢諮商機構與當地補助。**和信治癌中心醫院**亦為 ACP 諮商機構之一，提供癌症病友與家屬諮商。
>
> ### 已罹病者，諮商前先諮詢主治
>
> 癌症、心衰、洗腎等慢性疾病病人，諮商前先和主治醫師討論個人預後與可能的決策情境，諮商時較能對齊到自己的疾病軌跡。
>
> ### 指定醫療委任代理人 1–3 名
>
> 建議至少指定一名「不會臨陣退縮」、且能夠和其他家屬周旋的代理人。最好年齡比你年輕、且和你住得不太遠。

衛福部「預立醫療照護諮商機構查詢」
輸入縣市可查詢已開設 ACP 諮商門診的醫療機構、聯絡方式與費用範圍。
🔗 hpcod.mohw.gov.tw
《病人自主權利法》全國法規資料庫
完整法條原文，含 2019/1 施行之後的最新版本。

law.moj.gov.tw
《安寧緩和醫療條例》全國法規資料庫
2000 年立法、2013 年最近一次修法的完整條文。
law.moj.gov.tw

參考文獻

1. 衛生福利部. **預立醫療照護諮商機構與資料庫查詢系統.** hpcod.mohw.gov.tw
2. 全國法規資料庫. **《病人自主權利法》.** 2019 年 1 月 6 日施行. law.moj.gov.tw
3. 全國法規資料庫. **《安寧緩和醫療條例》.** 2000 年立法，2013 年修正. law.moj.gov.tw
4. Chang HT, Takemura N, Chau PH, et al. **Prevalence and predictors of advance directive among terminally ill patients in Taiwan before enactment of Patient Right to Autonomy Act: a nationwide population-based study.** *BMC Palliat Care.* 2022;21(1):222. doi:10.1186/s12904-022-01069-1
5. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. **Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel.** *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(5):821-832.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
6. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. **The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial.** *BMJ.* 2010;340:c1345. doi:10.1136/bmj.c1345
7. Hickman SE, Nelson CA, Moss AH, et al. **The Consistency Between Treatments Provided to Nursing Facility Residents and Orders on the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Form.** *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(11):2091-2099. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03656.x
8. Cheng HB, Shek PK, Man CW, et al. **Advance care planning in Asian culture.** *Jpn J Clin Oncol.* 2020;50(9):976-989. doi:10.1093/jjco/hyaa131
9. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. **Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update.** *J Clin Oncol.* 2017;35(1):96-112. doi:10.1200/JCO.2016.70.1474

> 引用整理協力：本文法規條文取自全國法規資料庫、衛福部 ACP 專區（2026/05/11 查詢）；學術文獻 DOI 已透過 Crossref API 個別驗證。

SOURCE https://lin.hsiehting.com/posts/2026/advance-directive-taiwan-ad-hospice/

CITATION 林協霆. 預立醫療決定（AD）與安寧緩和醫療意願書：兩者差別與簽署流程. 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20115020

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN／ASCO／ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。