

論「預立醫療照護諮商」之「參與者」： 「醫療服務提供者」、「醫療機構」/「諮商 機構」與「諮商團隊」（下） —兼評「病人自主權利法」之實像與虛像（三）

黃三榮*

目次

- 一、前言
- 二、「預立醫療照護諮商」之「參與者」-「醫療服務提供者」、「諮商團隊等」
- 三、ACP之「參與者」-「健康照護提供者」（以上刊載本刊239期）
- 四、比較檢討
- 五、結語

四、比較檢討

（一）「醫療服務提供者」vs.「健康照護提供者」

如以是否具有醫療專業資格而言，「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」與 ACP 所指「健康照護提供者」，較為相近，例如均可包含醫師、護理人員等醫療專業者。

較有差異者之一，應在是否包含「照護人員」？如前所述，於將「醫療服務」採狹義解釋，而限於所謂「由醫師、護理人員等醫事人員所提供之醫療專業服務」的話，則因「照護」畢竟與「醫療」有所不同，原則上「照護人員」所提供之「照護服務」，並非屬於前

述醫療專業者所提供之「醫療服務」，故即不合適將「照護人員」，解為包含於「醫療服務提供者」之範圍內。相對於此，ACP 之「健康照護提供者」，多係指「care」之提供者，而「醫療」及「照護」均可包含於「care」概念內。甚且如立「醫療」應是「以人為本（person-centered）」，除「治療（cure）」外，更應重視「照護（care）」之角度來說，則於「照護」應是包含「醫療」的更廣泛概念下，將「照護人員」包含於「care」之提供者內，實為允當。是就「照護人員」而言，雖可認為不包含於「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」的範圍內，但實得解為係 ACP「健康照護提供者」之一員。

* 萬國法律事務所資深合夥律師。本文僅代表作者個人意見。

其次，「社會工作人員」是否包括於「醫療服務提供者」？如依醫事人員人事條例及醫事人員執業登記及繼續教育辦法均第2條第1項所規定「醫事人員」之定義來說，「社會工作人員」並不包含在「醫事人員」範圍內。再由社會工作師法第2條第1項規定「本法所稱社會工作師，指依社會工作專業知識與技術，協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利的專業工作者。」而言，社會工作師所提供者，亦應非「醫療服務」甚明。因此，如將「醫療服務」採狹義解釋，而限於所謂「由醫師、護理人員等醫事人員所提供之醫療專業服務」者，則因社會工作師所從事之「協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利」情形，畢竟與「醫療」有所不同，並非屬於前述醫療專業者所提供之「醫療服務」，以及「醫事人員」並不包含「社會工作人員」而言，即不合適將「社會工作人員」，解為包含於「醫療服務提供者」之範圍內。

相對於此，ACP之「健康照護提供者」，多係指「care」之提供者，而「醫療」及「照護」除均可包含於「care」概念外，於所謂「健康照護」（healthcare）下，亦往往必須考量及因應影響到本人健康狀態之社會因素。亦即所謂「健康的社會決定因素」（social determinants of health）。是以，如由「健康照護」（healthcare）考量下，將「社會工作人員」包含於「care」之提供者內，實為允當。是就「社會工作人員」而言，雖可認為不包含於「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」的範圍內，但實得解為係ACP「健康照護提供者」之一員。

另有差異者之一，是為「臨床宗教師」部分。如依前述，將「醫療服務」限於所謂「由

醫師、護理人員等醫事人員所提供之醫療專業服務」的話，則因「臨床宗教師」所提供者，係有關靈性照護方面，而靈性照護者，實非屬要求實證之「醫療服務」之一。因此，「臨床宗教師」或有認不宜包含在「醫療服務提供者」範圍內。惟如從以人為本之醫療服務提供而言，靈性照護既為醫療（目前尤其多於緩和醫療）之一環，則將提供靈性照護之「臨床宗教師」，納入為「醫療服務提供者」之一員，實有必要。尤其「預立醫療照護諮商」將涉及本人生命觀、價值觀等之對話討論來說，「臨床宗教師」作為「醫療服務提供者」之一員，而參與本人生命觀、價值觀等之對話討論，不啻更能期待有助於本人，就將來健康照護事項之意思整理、決定及表達，而更加保障本人自主權之行使。相對於此，ACP之「健康照護提供者」，既多係強調「care」，則包含靈性照護方面之「care」提供，實有必要，亦始能更全面地「care」本人。因此，將「臨床宗教師」包含於「care」之「健康照護提供者」內，亦為妥適。綜言之，就「臨床宗教師²⁷」而言，本文主張均可包含於「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」及ACP「健康照護提供者」之一員。

（二）「醫療機構 / 諮商機構 / 諮商團隊」 vs. 「健康照護提供者」

就「決定型醫療照護諮商」之「諮商團隊等」的「角色定位」來說，依管理辦法第5條規定「諮商機構於諮商前，應提供意願人下列資訊及資料：一、依本法規定應參與及得參與諮商之人員。二、意願人得指定醫療委任代理人，並備妥醫療委任書。三、預立醫療決定書及相關法令資料。四、諮商費用之相關資訊。五、其他協助意願人作成預立醫療決定之相關資料。」及第6條第1項規定「諮商團隊應向

意願人及參與者為下列之說明：一、意願人依本法擁有知情、選擇及決定權。二、終止、撤回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。三、預立醫療決定書之格式及其法定程序。四、預立醫療決定書之變更及撤回程序。五、醫療委任代理人之權限及終止委任、當然解任之規定。」可知，「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商團隊等」（尤其是「諮商團隊」本身），其「角色定位」主要在於「說明」（1）有關「預立醫療決定」之相關事項（包括「預立醫療決定書」之格式/內容與相關法令、啟動「預立醫療決定」之特定臨床條件及撤回、變更「預立醫療決定書」之程序等），兼及（2）醫療委任代理人之相關事項（包括醫療委任代理人之指定、權限、終止委任、當然解任、醫療委任書等）。易言之，前述「諮商團隊等」之角色，偏重定位於以「預立醫療決定」為中心之「說明者」，以及「提供諮商者」²⁸。

相對於此，美歐日就 ACP 過程中，除要求「健康照護提供者」應具有提供及說明，不限於 advance directive (AD) / 「事前指示」為中心之健康照護相關資訊予本人、家屬等之「說明者」角色外，其實更重要的角色，是扮演與本人、家屬等，就本人之價值觀、目標、喜好等，共同對話、討論，甚而決定、執行有關健康照護事項之「對話者」、「理解者」及「實現者」的角色。

而將「角色」定位為「說明者」、「提供諮商者」者，呈現的意涵是代表「諮商團隊等」，其實是採取「優越於本人地位」之所謂「說明諮商模式」，而非「同等本人地位」之「溝通對話模式」，以進行「預立醫療照護諮商」。換言之，「諮商團隊等」乃是基於「醫療專家」之「醫療本位」立場，而對本人進行

「權威性說明」、提供「專業性諮商」，並非立於「本人」之「人生/生活本位」²⁹ 角度，而與本人進行溝通對話。

是在此「說明諮商模式」下，「諮商團隊等」較易持有「優越地位」之先入觀，並理所當然而不自覺地，呈現出單向式、積極地「權威說明」、「提供諮商專業意見」予本人之態度，反而將不易秉持「對等地位」之覺知，而從容地「傾聽」、甚且「同理」本人之表達。進而復可能不經意地忽略與本人（甚且家屬等）進行持續多向式「對話討論」，以理解本人之價值觀、目標及喜好等，再就本人之健康照護事項，適切地協助本人整理、表達，甚而作出決定之機會及其重要性。

結果將造成（1）於「預立醫療照護諮商」中，本人容易逐漸成為只是接收「諮商團隊等」之「權威說明」的一方，而不會或不願積極地表達本身真正的想法，或是（2）本人不管所理解（誤解？）「諮商團隊等」之「權威說明」內容為何？因自己想法已定，只是形式上為進行完成此說明諮商程序而已等情形。惟如此情形，顯然是性質為「溝通過程」之「預立醫療照護諮商」，本來所應該避免的狀況。

其次，關於提供服務之「目的導向」部分，就「法律面」而言，如基於病主法有關「預立醫療決定」之相關規定（同法第 3 條第 3 款、第 8 條、第 9 條、第 13 條及第 14 條等）及管理辦法第 5 條規定與同辦法第 6 條第 1 項規定來看，嚴格來說，病主法其實並未有直接要求或間接鼓勵「諮商團隊等」，在提供「預立醫療照護諮商」時，應以令本人簽署「預立醫療決定書」之「目的導向」設定。然而，在病主法之「施行推動面」，不論是衛福部³⁰ 或民間團體³¹ 卻反而明確地採取了，「諮

商團隊等」在提供「預立醫療照護諮商」時，係以令本人簽署「預立醫療決定書」之「目的導向」作法，而此作法不可諱言地，多已造成民眾理解（誤解？）進行「預立醫療照護諮商」，即應積極簽署「預立醫療決定書」之實務現況。

然而，美歐日 ACP 之「健康照護提供者」，是強調藉由參與 ACP 過程，透過對話討論，以理解、共有本人之價值觀、目標及喜好等，進而至少做到得基此價值觀等，作為有關本人將來特定健康照護事項之決定依據，並達到所提供的特定健康照護事項，能夠確實與本人所期待、想要的一致。換言之，「健康照護提供者」參與 ACP 之「目的導向」，是如何藉由參與 ACP 的對話討論過程，達到將來所提供的特定健康照護事項，能夠確實與本人所期待、想要的一致，而實踐以人為本的醫療照護。是以，advance directive (AD) / 事前指示之簽署，固然並非不重要。但嚴格來說，ACP 之目的，並非在於所謂形式上之 advance directive (AD) / 事前指示之簽署³²。

再就「諮商團隊」成員之「人數」方面，依前述說明可知，管理辦法第 4 條明定「至少」要有「專科醫師資格之醫師 1 人」及應具有「具 2 年以上臨床實務經驗之護理人員 1 人」及（或）「具有 2 年以上臨床實務經驗之心理師或社會工作人員 1 人」。換言之，至少（1）「醫師 1 人」加上「護理人員 1 人」及「心理師或社會工作人員 1 人」共「3 人」（管理辦法第 2 條第 1 項之「諮商機構」）或（2）「醫師 1 人」加上「護理人員、心理師或社會工作人員 1 人」共「2 人」（管理辦法第 2 條第 1 項之「諮商機構」）。然而，美歐日所論述 ACP 之「健康照護提供者」，除未有如此之「人數」要求，亦未明定「醫師」一定要參加

ACP。

綜上言之，就「決定型醫療照護諮商」之「諮商團隊等」的「角色定位」，較是立於所謂「醫療專家」之「醫療本位」立場，扮演對本人及其家屬進行「權威說明」、「專業諮商」之「說明者」、「提供諮商者」的角色，而其「目的導向」是本人簽署「預立醫療決定書」之取得，同時在「諮商團隊」成員人數，並要求必須包含醫師在內之「2-3 人」。相對於此，美歐日所論述 ACP 之「健康照護提供者」，與其說是強調扮演對本人進行「權威說明」、「專業諮商」之「說明者」、「提供諮商者」的「角色」，毋寧更是著重在與本人之「對話者」、「理解者」及「實現者」之強調。而其「目的導向」也不是僅在於令本人勾選確認（所謂「tick box」方式），以表示「接受」或「拒絕」維持生命治療等選項，以取得本人所簽署 AD / 事前指示之「結果」，而係更注重於此「討論」、「對話」的「過程^{33, 34}」，以達到將來所提供的特定健康照護事項，能夠確實與本人所期待、想要的一致，而實踐以人為本的健康照護。至於參與 ACP 之成員人數未有規定外，亦未要求醫師（physicians）必須參與。

基於以上說明，再整理「醫療服務提供者」、「諮商團隊等」與「健康照護提供者」之差異有如下表 3。

（三）「諮商團隊等」之新展開

基於以下理由，本文認為「預立醫療照護諮商」於醫療面之「參與者」，並不需如同上述「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商團隊等」般，設定「諮商機構」之條件，另在「諮商團隊」成員亦不須要求資格之限制。同時，就「諮商團隊」之「角色定位」及「目的導向」，得考量調整如「健康照護提供者」般之

	「醫療服務提供者」	「諮商團隊等」	「健康照護提供者」
本位	醫療本位	醫療本位	人生 / 生活本位
成員 / 資格	醫師、護理人員等醫事人員 (含臨床宗教師, 但不及於照護人員、社會工作人員)	- 專科醫師 - 具有 2 年以上臨床實務經驗護理人員及 (或) 心理師或社會工作人員	醫師、護理人員等醫療專業者 (含照護人員、社會工作人員及臨床宗教師)
角色定位	以「商討本人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時, 對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養」為中心之「商討者」及「溝通者」	以「預立醫療決定」為中心之「說明者」及「提供諮商者」	以「理解、共有本人之價值觀、目標、喜好等, 共同對話討論, 甚而決定、執行本人健康照護事項」為中心之「對話者」、「理解者」及「實現者」。
目的導向	為商討、溝通有關本人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時, 對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養等事項。	為取得本人簽署「預立醫療決定書」之「結果」	為透過「討論」、「對話」之「過程」, 以求如何達到未來所提供的特定健康照護事項, 能夠確實與本人所期待、想要的一致等。

< 表 3: 「醫療服務提供者」、「諮商團隊等」與「健康照護提供者」之差異表 >

設定而為新開展, 以擴大「預立醫療照護諮商」之推動實施。

1. 從貫徹及擴大自主權之保障與行使而言

本文主張進行「預立醫療照護諮商」, 是病人自主權之程序權行使。故應立於貫徹自主權保障及儘量擴大自主權行使的立場, 而設定「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」之資格、條件。是以, 只要「預立醫療照護諮商」於醫療面之「參與者」, 尤其是實際參與、進行「預立醫療照護諮商」者, 具有國家所認定之醫療專業證照資格 (亦即如醫師、護理人員等醫事人員資格), 應為足夠。實不需設定為必須隸屬於符合上述資格之「諮商機構」及具有上述條件之「諮商團隊」成員。否則, 造成因嚴格限制「諮商機構」之資格、「諮商團隊」之成員條件, 而影響「預立醫療照護諮商」之進行, 甚而導致侵害病人自主權之行使, 即與病主法明文「尊重病人醫療自主」之立法目的, 有所衝突。

或謂「預立醫療照護諮商」既涉及醫療

照護之溝通、甚且說明的情形, 當以「諮商機構」必須符合一定資格及「諮商團隊」成員應具有特定條件為要。惟就「預立醫療照護諮商」之提供架構面來說, 「諮商機構」必須符合一定資格之考量, 實仍僅是立於「醫院 / 診所醫療」之本位架構, 而未考慮到未來超高齡社會下, 「在宅 / 居家醫療」之需求及扮演的重要角色, 所將對「預立醫療照護諮商」帶來的影響。其次, 如另從「預立醫療照護諮商」之提供者而言, 要求「諮商團隊」成員應具有特定條件之考量, 亦可說是偏重於所謂醫療專業者之「醫療本位」, 卻忽略亦應站在本人「人生 / 生活本位」之角度, 而予以提供「預立醫療照護諮商」之重要性及必要性。蓋立於「醫療本位」, 才會要求「諮商團隊」成員應具有特定必要之醫療專業資格, 而如站在「人生 / 生活本位」角度的話, 該等「諮商團隊」成員應具有特定必要之醫療專業要求, 即未必是重要的考量。反而能否理解及秉持並非立於「醫療本位」, 而是站在「人生 / 生活本位」

角度，得與本人進行對話討論的態度才是關鍵。是以，本文認為以「預立醫療照護諮商」涉及健康照護事項為由，即作為現行病主法及管理辦法對「諮商機構」資格及「諮商團隊」條件予以限制之理由，實未充分³⁵。

再者，病主法第15條規定「醫療機構或醫師對前條第一項第一款及第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。」而於前述「確認」，是否指必經再進行另一次之「預立醫療照護諮商」程序？容有不同之主張。惟不論是採取何種主張，如認為於簽署「預立醫療決定」前，所進行「預立醫療照護諮商」之「諮商機構」及「諮商團隊」，雖必須符合一定資格與條件。但於簽署「預立醫療決定」後，所進行之前述「確認」時，即已不需再要求應該具備及符合前揭「諮商機構」資格及「諮商團隊」之條件，是否即突顯前述「預立醫療照護諮商」既涉及醫療照護之溝通、甚且說明的情形，即應以「諮商機構」必須符合一定資格及「諮商團隊」成員應具有特定條件為要之說法，並不具一致性及必要性甚明。

2. 立於「在宅/居家醫療」，以擴大進行及推動「預立醫療照護諮商」來說

由上述病主法第9條第1項第1款、同條第5項及管理辦法等規定可知，於病主法就「預立醫療照護諮商」之架構設計，實係以「醫院/診所醫療」為基礎及前提。此再由管理辦法第3條明文「前條第一項諮商機構，應指定預立醫療照護諮商專責單位，並符合下列規定：一、諮商處所應有明顯區隔之獨立空間，並具隱密性；設施、設備具舒適及便利性。二、提供臨櫃、語音及網路掛號服務。三、提供預立醫療照護諮商資訊網頁。」明揭（1）諮商處所之設置要求「獨立性」、「隱

密性」、（2）設備之「舒適便利性」及（3）門診掛號服務之「多元性」復可稽。另於臨床上，亦多見符合「諮商機構」條件之「醫療機構」，復多開設所謂「預立醫療照護諮商」門診，以接受民眾掛號及到院後，再由「諮商團隊」進行「預立醫療照護諮商」之作法，更為突顯前述「醫院/診所醫療」方式之架構設計的現實狀況³⁶。

惟於「在宅/居家醫療」³⁷下，藉由「在宅/居家醫療」團隊（含醫師、居家護理師等）日常「在宅/居家醫療」之提供，伴隨逐漸理解本人之生活面相，得期待團隊易與本人（含家屬等）建立長期而持續的信賴關係，且更易於進而促成於日常之「在宅/居家醫療」訪視中，本人在熟習的環境、親近的周遭事務下，較能夠自在安心而有意願分享表達本身之價值觀、目標及喜好等，甚而預為決定將來健康照護事項。是以，除了「醫院/診所醫療」的「預立醫療照護諮商」門診外，「在宅/居家醫療」的居家訪視，其實更適合進行及推動「預立醫療照護諮商」。惟如前述，依管理辦法就「諮商機構」及「諮商團隊」，分別設有一定的條件或成員資格的要求。而如此之條件或成員資格的要求，勢將影響「在宅/居家醫療」團隊依病主法及相關規定，進行「預立醫療照護諮商」之意願，進而造成消極推動「預立醫療照護諮商」之副作用。

是以，立於「在宅/居家醫療」，以擴大進行及推動「預立醫療照護諮商」之考量，本文認為不只是「諮商機構」之條件，甚且「諮商團隊」之資格要求，均得予以調整刪除，以鬆綁對有意願進行「預立醫療照護諮商」之「在宅/居家醫療」團隊之限制³⁸，進而促進「在宅/居家醫療」團隊得積極推動「預立醫療照護諮商」。

3. 從「預立醫療照護諮商」係「溝通過程」之本質而言

病主法第3條第6款明定「預立醫療照護諮商」，係「病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程」。而在此「溝通過程」，固係「商討」當病人「處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願」時，對「病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養」之「健康照護事項」。但重要者是在「溝通過程」，而非僅在「商討」特定「健康照護事項」之選擇及決定，亦非僅是在「說明」以「預立醫療決定」為中心之相關事項。而符合「諮商機構」條件之所屬人員或具有「專科醫師」、「2年以上臨床實務經驗之護理人員、心理師或社會工作人員」等「諮商團隊」之資格要求者，與能夠確實勝任適切地參與，甚且帶領「溝通過程」之進行，未必存有必然等同的關係。是由「預立醫療照護諮商」係「溝通過程」之本質來說，要求「諮商機構」符合一定條件及「諮商團隊」成員具有上述之資格，實不具必要性。反而，該如何提升醫師、護理人員等實際參與「預立醫療照護諮商」醫事人員之溝通能力及增強以人為本理念之實踐，毋寧是比上述條件、資格的要求，更為重要。

尤其如從國外不論政府或民間，多有推出有關「說明」ACP之重要性、必要性，如何進行ACP，如何簽署AD等眾多線上影片³⁹，以供民眾自行觀賞學習而言，則管理辦法明定前述「諮商團隊」成員之資格、人數等，甚且要求一定要「醫師」參與之「說明」程序，是否真有其必要性？現行明定「諮商團隊」成員之資格、人數，以進行「說明」程序之作法，基於便利性及可近性，甚且「預立醫療照護諮

商」費用之免除等考量，難道不可如同外國作法，改以本人及家屬自行觀賞線上影片的方式予以進行⁴⁰？是以，從「預立醫療照護諮商」係「溝通過程」之本質而言，要求「諮商機構」符合一定條件及「諮商團隊」成員具有上述之資格、人數，以進行「說明」程序、確實不具必要性。

4. 從「以人為本」健康照護文化之實踐而言

「以人為本」健康照護文化之實踐，實為臨床健康照護之重要實踐課題。而進行ACP之重要基本思想之一，即在藉由本人自主權之行使，實踐「以人為本」之健康照護文化。是以，「諮商團隊等」如立於「說明者」及「提供諮商者」之「角色定位」的話，其實在基本想法上，已是將「諮商團隊等」的地位，設定是「優於」、「高於」本人之立場。蓋因「諮商團隊等」是「優於」、「高於」本人之地位，才能就「預立醫療決定」相關事項，「給予說明」、「提供諮商」。而此亦是偏重於「醫療本位」之先入觀，不自覺地即認為既然事關醫療專業之「預立醫療照護諮商」及「預立醫療決定」，當由具醫療專業之「諮商團隊等」，對於非醫療專業之本人而「給予說明」、「提供諮商」的思維脈絡。

然而，醫療固然重要，甚且關係到本人「生命（biological life）」之得否維持。但醫療畢竟只是本人的整個「人生（biographical life）」、「整體生活」之一部分，且醫療之終極目標也應不僅是治療疾病而已，而是透過治療而盡可能地協助本人回歸原有的日常生活、繼續人生。因此，不能只站在「醫療本位」來診治本人「生命」的疾病，而宜理解醫療僅是本人「整个人生」、「整體生活」之一部情形下，而站在「以人為本」之立場，協助本人維持生命而持續人生。是以，「諮商團隊等」

較之「角色定位」為「說明者」及「提供諮商者」⁴¹，更宜立於「對話者」、「理解者」及「實現者」的角色定位，始能真正落實「以人為本」之健康照護文化。

五、結語

如前所述，病主法規定之「預立醫療照護諮商」，依是否為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序，得區分(1)「一般型預立醫療照護諮商」及(2)「決定型預立醫療照護諮商」。兩者就醫療面之「參與者」而言，前者為「醫療服務提供者」，後者為「諮商團隊等」(即指「醫療機構」、「諮商機構」及「諮商團隊」)。而「醫療服務提供者」可包含醫師、護理人員等醫事人員及其所屬「醫療機構」，另「諮商團隊」是指具有管理辦法第4條所定資格之醫師、護理人員、心理師及社會工作人員，「諮商團隊」即由「諮商機構」所組成，而「諮商機構」係指符合管理辦法第2條之「醫療機構」。相對於此，美歐日所論述有關ACP於醫療面之「參與者」，則多指「健康照護提供者」(health care provider)，而包含醫師、護理人員等醫事人員之醫療專業人員、照護人員及其等所屬機構。

「預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」與ACP之「健康照護提供者」間的主要差異，除在於(1)成員資格要求之不同外，更重要的是(2)「角色定位」及(3)「目的導向」的不同。而就病主法為確保所經提供「預立醫療照護諮商」之品質，而明文要求「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商機構」條件及「諮商團隊」的成員資格，展現保障病人自主權之實像，固值肯定。惟相對而言，前揭「諮商機構」條件及「諮商團隊」的成員資格之設定，卻不可諱言地亦復

造成明文限制本人自主權行使之狀況，而顯露出未能充分保障本人自主權之虛像部分。

是以，本文認為從(1)從貫徹及擴大自主權之保障與行使、(2)立於「在宅/居家醫療」，擴大進行及推動「預立醫療照護諮商」、(3)從「預立醫療照護諮商」係「溝通過程」之本質及(2)從「以人為本」健康照護文化之實踐等而言，應就管理辦法上述「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商團隊」成員範圍之相關明文規定，予以調整修正(如加入照護人員、臨床宗教師等)外，且就「諮商團隊」成員資格限制，亦應予以緩和修正為只要是具有醫師、護理人員等醫療專業者之資格即可，以作為「諮商團隊等」新開展，而擴大「預立醫療照護諮商」之推動實施。

至於接受衛福部所指定之「預立醫療照護諮商」訓練課程(或稱研習課程更合適?)部分，先不論其課程內容、方式等，至少於「定位上」，可調整為「接受訓練課程」，並非成為「諮商團隊」所要求之資格要件之一，而僅是做為提升強化從事「預立醫療照護諮商」所需專業能力(如溝通能力 communication skills等)之在職進修課程之一環即可。

另在病主法及管理辦法修正調整前，亦可除於持續推動「決定型預立醫療照護諮商」外，更宜善用「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」，既未受到「諮商機構」之條件及「諮商團隊」之成員資格限制的狀況，而由「醫療服務提供者」更積極推動「一般型預立醫療照護諮商」⁴²，進而擴大民眾更加理解及利用「預立醫療照護諮商」。

最後，從與美歐日就ACP之所論述比較立場，檢討有關病主法就「預立醫療照護諮商」之其他「參與者」，如「親屬」、「其他相關人士」及「醫療委任代理人」等之相關規

定，所呈現病主法保障自主權之實像與虛像情形，請容另文報告。

《註釋》

27. 關於台灣「臨床宗教師」之推動，可參財團法人蓮花基金會之介紹，<https://www.lotus.org.tw/service/buddhist>(最後瀏覽日:2021年7月26日)。亦有「靈性關懷師」/「安寧靈性關懷人員」之培育推動，分別可參考財團法人基督教史懷哲宣道會，<http://godhope.org/care.php>(最後瀏覽日:2021年7月26日)及大悲學苑，<https://dabei.eoffering.org.tw/>(最後瀏覽日:2021年7月26日)。
28. 此由眾多有關「預立醫療照護諮商」之媒體報導，皆突顯論述「諮商團隊等」如此「角色定位」之特色(如報導者《病主法》「好到難以執行?諮商費高、城鄉落差大，2年AD簽署不到1%」，<https://www.twreporter.org/a/good-death-myth-two-years-after-the-enforcement-of-patient-self-determination-act>，最後瀏覽日:2021年6月19日)，台北市立聯合醫院黃勝堅總院長領銜所拍攝「到了那一天，請勇敢放開我的手」影片，亦正是呈現「諮商團隊等」以「預立醫療決定」為中心之「說明者」、「提供諮商者」的主要角色定位，<https://www.youtube.com/watch?v=3-yMPPTM4aU>(最後瀏覽日:2021年6月19日)。於臨床實務上，雖亦有主張不該偏重於「預立醫療決定書」之簽署者，但不可諱言地因病主法

及管理辦法前述規定，於臨床實務上，確實已造成強調偏重「諮商團隊等」，在前述「說明者」、「提供諮商者」之「角色定位」下，而執行「預立醫療照護諮商」之現象。

29. 前東京大學大學院人文社會系研究科清水哲郎教授提出所謂「生命の二重の見方」(生命2重觀)，也就是「生物学的生命」(biological life)及「物語られるいのち」(biographical life)，而前者是生命的基礎，在此生命基礎上，藉與周遭之關聯互動上，建構每個人不同的敘事人生，清水哲郎「生物学的生命と物語られるいのち-医療現場の意思決定プロセスをめぐって-」，<https://lib.yamanashi.ac.jp/igaku/seitosi/h24monogatari/h24monogatarihaifu.pdf>(最後瀏覽日:2021年7月18日)。本文即將「生物学的生命」，簡稱為「生命」(biological life)，而「物語られるいのち」即稱為「人生」(biographical life)。

是如基此「生命2重觀」而言，「醫療面」，毋寧主要即在於維護本人「生命」，而醫師等醫療專業者確是此面相的專家。但如就本人「人生面」而言，既非「醫療面」，其實是偏重在本人之「生活面」，則醫師等醫療專業者即已非屬此面相的專家，反而是「本人」，甚且了解、熟知本人之家屬等才是此面相之所謂專家。因此，於涉及本人之「人生面」，而不僅是「醫療面」之「預立醫療照護諮商」，如只是立於醫療專業者之「醫療本位」予以思考、加以進行的話，其實是有所不足，甚且可說是並不適切。畢竟醫療雖影響本人之「生命」當然重要，但並非本人「人

生」之全部，而本人在因應疾病下，所需要面對的不只是對於「身心」之醫療，而更是對於「全人」的人生照護。

30. 如衛福部於推動病主法之政策上，依「110年度居家失能個案家庭醫師照護方案」即明揭，以所謂ACP及AD完成宣導率，作為「績效指標」，除以「該年度收案滿6個月之個案中，完成宣傳ACP及AD之個案數」，作為「衡量標準」之一之外，更載明「特約單位」所組成之「諮商團隊」，每完成1名個案之預立醫療決定簽署(健保卡註記)，即補助「特約單位」新台幣1500元的獎勵機制，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4457-48461-201.html>(最後瀏覽日:2021年7月20日)。而台北市政府衛生局並標榜台北市醫院簽署「預立醫療決定書」之數量，在各縣市中位居第一，https://health.gov.taipei/News_Content.aspx?n=BB5A41BA1E6CA260&sms=72544237BBE4C5F6&s=C535FB278425D1BD(最後瀏覽日:2021年6月19日)
31. 如病人自主研究中心，<https://parc.tw/news/center/article/301>(最後瀏覽日:2021年6月19日)、財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會，<https://www.hospice.org.tw/content/2873>(最後瀏覽日:2021年6月19日)，均強調宣傳預立醫療決定之已簽署數量，而作為推動「預立自立醫療照護諮商」或病主法之成效。
32. 森雅紀・森田達也註6前揭書第19頁，大石醒悟「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」，『<総特集>That's ACPアドバイス・

ケア・プランニング(愛称「人生会議」)のいま在宅新療』第4巻5号第420頁(株式会社へるす、2019/5/20發行)及高田弥寿子「慢性心不全患者へのACP支援」，『本人を真ん中に“チーム”で意思決定を支えるアドバンス・ケア・プランニング看護』第71巻第6號第39頁(株式会社日本看護協会出版会、2019/6/5發行)，Anjali Mullick, Jonathan Martin et al.: An introduction to advance care planning in practice, *BMJ* 2013;347: f6064, <https://goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/ACP/An%20intro%20to%20advance%20care%20planning%20in%20practice.pdf>(最後瀏覽日:2021年7月18日)。

33. 註25 Anjali Mullick, Jonathan Martin et al. 文即明揭「The Royal College of Physicians and other national organizations stress the need to avoid a document driven or “tick box” approach on this process, and many authors advise focusing on communication rather than on specific interventions or outcomes.」及「The success of advance care planning should therefore not be defined on the basis of completed paperwork alone.」，另可參片山陽子「研修報告：カナダBC州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育の展開」，『香川県立保健医療大学雑誌』第5巻第37-43頁，<http://shark.lib.kagawa-u.ac.jp/chs/metadata/248>(最後瀏覽日:2021年7月26日)及大蔵暢「地域

密着型アドバンス・ケア・プランニング」,『日本内科学会雑誌』第109卷第1號第73-78頁, https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/109/1/109_73/_pdf (最後瀏覽日:2021年7月26日), 均有類似意旨之主張。

34. 本人藉由ACP「持續性」的「對話討論過程」, 而最終預為作出有關本身將來之特定健康照護事項之意思決定, 並與家人、健康照護提供者等理解、共有此預為決定, 而達到本身將來所受到之特定健康照護事項, 確與預為決定一致的「決定結果」, 固然重要。惟此僅是從「定點式」之「決定結果」論來看ACP。然如前述, ACP的本質既是一個並非僅是「定點」而是「持續性」之「對話討論過程」, 則重視、實踐此「過程」, 較之偏重、求取其「結果」, 毋寧更為重要、更值得關注。申言之, (1) 本人透過「對話討論過程」, 進行整理、形成、表達本身的價值觀、目標及喜好等, 並分享予家人等, 較可期待本人主體性、自我滿足感等之獲得, 以及(2) 與家人等在「對話討論過程」中, 得有機地(organically)增進與家人等彼此間之進一步理解、甚至化解曾有之心結、糾葛等, 進而調整或重新建構雙方的關係, 而可期待關係之舒解性、正向性的心理感受的形成及重塑, (3) 甚而本人往生後, 亦得期待減輕家人等之悲傷程度, 而轉為正面善生動能之積極性、開展性的演進等情形, 而此等情形其實皆不是單靠「定點式」之「決定結果」(如簽署AD而預為決定)本身, 所能獲得或能夠取代的。因此, ACP「持續性」的「對話討論過程」, 較之「定點式」之「決定結果」, 才

是重點, 更係關鍵, 而此亦呼應本文所強調ACP或「預立醫療照護諮商」皆是本人自主權之程序權行使的重要性。從而, 過於偏重、強調ACP或「預立醫療照護諮商」之目的, 在「預為決定」之取得或是定位僅在「支援意思決定」之程序者, 是否為忽略上述藉由「決定結果」外之「過程」, 所得期待之效果及演變面相的論述, 有待商酌。

35. 於一些國外有關ACP或AD之研究報告中, 多指出醫療人員之意願, 係為影響ACP或AD推動的重要因素之一。因此, 如何鼓勵及促進醫療人員積極參與推動ACP或AD, 毋寧是一個重要課題。而非於法規上要求「諮商機構」必須符合一定資格及「諮商團隊」成員應具有特定條件, 以致反而限制「預立醫療照護諮商」之推展。
36. 實務上, 固亦有「諮商團隊」到所屬「醫療機構」外之機構、設施所在, 進行「決定型預立醫療照護諮商」, 惟此仍屬少數情形, 目前現況仍是以於院所內之「預立醫療照護諮商」門診, 進行「預立醫療照護諮商」為主。
37. 有關「在宅/居家醫療」與「預立醫療決定」面之觀察, 可參拙文「在宅醫療的法律面觀察」,『月旦醫事法報告』第31期, 2019年5月第20-25頁。
38. 另由「在宅/居家醫療」團隊透過逐漸增加之居家訪視次數, 累積、強化與本人、家屬間之信賴關係下, 得期待在居家訪視中, 本人於熟習的生活環境, 以輕鬆自在的心情, 即與團隊、家屬等, 對話討論本身之價值觀、目標及喜好等, 甚而就本人將來健康照護事項, 予以預為意思決定之

展開。而於透過此等對話討論過程，本人所表達之價值觀、目標及喜好，甚而預為意思決定者，縱使該團隊所屬醫院或診所不具「諮商機構」之條件，或該團隊成員本身不符「諮商團隊」之成員資格要求，以致未能完全依照病主法及管理辦法規定，而進行「預立醫療照護諮商」，甚且簽署「預立醫療決定」者，實仍可期待團隊及家屬亦將接受及依循本人所已表達之價值觀、目標及喜好等，甚且所預為之意思決定，而進行本人所想要的健康照護事項吧！此種情形在現實上，於本人友人及長輩間，在「在宅/居家醫療」團隊參與協助下確實存在。

是以，前述「在宅/居家醫療」醫院或診所是否不具備「諮商機構」之條件？或該「在宅/居家醫療」團隊成員本身是否不符「諮商團隊」之成員資格要求？以致未能完全依照病主法及管理辦法規定，而進行「預立醫療照護諮商」，甚且簽署「預立醫療決定」情形，就本人如確實已可獲得符合自己想法及所期待的健康照護的話，其實就已經不是太重要而必須講究的事情了。蓋設定這些條件或成員資格之目的，既已實質上達成，再強調形式上未具備條件或不符合資格，已非必要。而且聚焦講究應依照病主法及管理辦法規定，而進行「預立醫療照護諮商」，甚且簽署「預立醫療決定」，並設定以此「預立醫療決定」之取得及執行，而求取所謂「醫病關係之和諧」者，則此種「和諧」，將僅是脆弱、浮動及潛藏對立之「表相和諧」，是容易輕易崩解的。而穩固、安定及呈現信賴之「深層和諧」，還是得藉由以人為本之健康照護文化的具體實踐，在

持續互動過程下，所紮實建立之「信賴關係」，才能穩固安定的。

39. 如由於ACP領域夙有盛名之美國Sudore教授為主，所設之「PREPARE for your care」，<https://prepareforyourcare.org/welcome>（最後瀏覽日：2021年7月26日），加拿大政府推出之「Advance Care Planning in CANADA」，<https://www.advancecareplanning.ca/>（最後瀏覽日：2021年7月26日），「ACP Decisions」，<https://acpdecisions.org/>（最後瀏覽日：2021年7月26日）。
40. 如此不僅有助於「諮商團隊」成員將有限的時間，盡量應用到與本人及家屬，就有關本人價值觀等之對話討論，而非法規內容之說明外，亦得促使本人及家屬提升其健康識能（health literacy）。
41. 美歐日論述「Advance Care Planning(ACP)」時，有時會使用到「ACP discussion」、「ACP communication」之用語，但少見「ACP consultation」之表示方式。或可推知美歐日確將ACP定位在由醫療照護人員與本人之對等地「對話、討論及溝通的過程」，而非認為是由醫療照護人員立於「優位」般之提供本人的一種「consultation」（諮商）過程？是病主法明文使用「預立醫療照護諮商」用語，而突顯「諮商者」之優位，是否真正符合同法第1條「尊重病人自主權益」或能夠達到「促進醫病關係和謂」之立法目的？值得再檢討商榷。
42. 衛生福利部中央健康保險署自2003年前，積極推動所謂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」。而家庭醫師制度的建立，其實不僅攸關個人健康管理之良

善，甚且亦將影響 ACP 或「預立醫療照諮商」的執行成效。因如有已與病人建立長期信賴關係，且了解病人健康狀況之家庭醫師的參與協助，將可期待本人於 ACP 或「預立醫療照諮商」的健康照護規畫，更能符合本人之價值觀、目標、喜好及意願等之外，亦得更確保此等規畫之實現。是以，如何推動家庭醫師投入提供 ACP 或「預立醫療照諮商」之服務，亦是一個重要的課題。