



Formosa Transnational
Attorneys at Law

ACP之理論與實務

-兼論預立醫療照護諮商

黃三榮律師
萬國法律事務所

2020/4/24(五)PM13:30~15:00

<義大醫療財團法人義大醫院>

人生無常，要有準備

有一天，突然發現自己躺在醫院，正面臨威脅生命的緊急狀況，但你無法言語，無法表達自己當下的意願，而親人並不曉得你的想法，正與醫療團隊商討，猶豫要不要對你施行CPR等急救？不能確定你是否接受須靠人工呼吸器等，而長期臥床維持生命？

有一天，長輩突然陷入昏迷而送醫院，你及兄弟姐妹面臨必須立即幫長輩決定是否施行CPR、接受維持生命治療等，而將長期臥床？還是將長輩帶回家而接受居家緩和照護？但你們猶豫著什麼才是對長輩最正確的決定，符合長輩的意願、最佳利益？

有一天，你被確診有阿茲海默症，知道未來將在某個時點起，失起部分記憶、無法辨識親人/朋友，且情況只會惡化，你要如何將未來有關醫療照護等事之意願，令親人/朋友知道？有沒有誰幫你表達你的意願、想法？

長輩年紀愈來愈大，身體狀況愈來愈衰弱(frailty)，日常定期到醫院門診或幾次緊急情況下曾送急診。如長輩將來到了無法表達自己意願時，你能幫長輩做什麼醫療照護等決定？你知道長輩想怎麼決定？

人生無常，要有準備

	本人	家人(長輩/兄弟姊妹/子女等)	HCP(Health Care Professionals)	友人
你施 行CP 護?		有先討論	未先討論	?
有一 識親 朋友	有紀錄			法辨 親人/
長輩 況下 決定	未紀錄			急情 護等

人生無常，要有準備

本人

家人(長輩/兄弟姊妹/子女等)

HCP(Health Care Professionals)

友人

Thinking ahead, discussing with others and recording things down

有紀錄

ACP(advance care planning)

況下
決定

護等

預立醫療照護諮商 (3條6款)

Who: 病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士

What1 : 進行之溝通過程

How : 商討

What2 :

當病人→

- 1.處於特定臨床條件 or
- 2.意識昏迷或無法清楚表達意願時

What3 :

對病人應提供：

- 1.適當照護方式 and
- 2.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

Why?

Where ?

When ?

預立

病人=意願人? → 書面方式為預立醫療決定之人(3條4款) + 具完全行為能力人 + 參加健保、領有健保憑證(施行細則2條)

Who: 病人與醫療服務提供者、親屬或其

1. 符合諮商機構資格之諮商團隊人員(醫師等)
2. 人員完成預立醫療照護諮商課程(管理辦法2條)
3. 不符1、2條件人員?

What: 進行之溝通過程

1. 預備於符合特定臨床條件下，就意願人之照護方式等各主體間先行商討溝通。
2. 為預立醫療決定

1. 醫院門診/病房
 2. 機構?
 3. 居家?
- (管理辦法3條1款-獨立空間、隱密性、舒適及便利性)

1. 健康時
2. 疾病確診
3. 末期

依預立醫療照護諮商課程

病人應提供：
適當照護方式 and

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

Why?

Where?

When?

How?

病人=意願人之時序錯置？

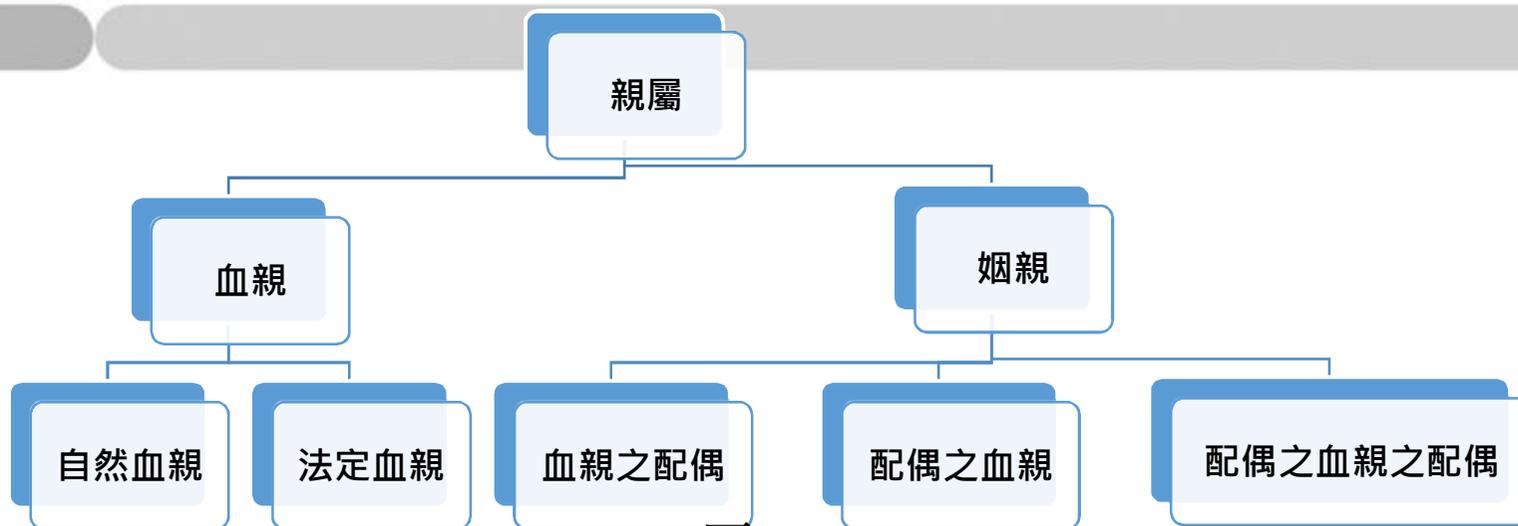
□3條4款「意願人：指以書面方式為預立醫療決定之人。」

→「簽了預立醫療決定→意願人？」或「還沒簽預立醫療決定→意願人」

➤如採「簽了預立醫療決定→意願人」，則於進行預立前，尚未簽預立醫療決定才是，故施行細則2條2項規定，預立醫療照護諮商之「病人」係施行細則2條1項之「意願人」，有沒有時序錯置問題？

➤如採「還沒簽預立醫療決定→意願人」，則擬進行預立醫療照護諮商之「病人」，一定是要「參加全民健康保險+領有全民健康保險憑證」者，是否反而限制了病人自主？

親屬-親系、輩份、親等



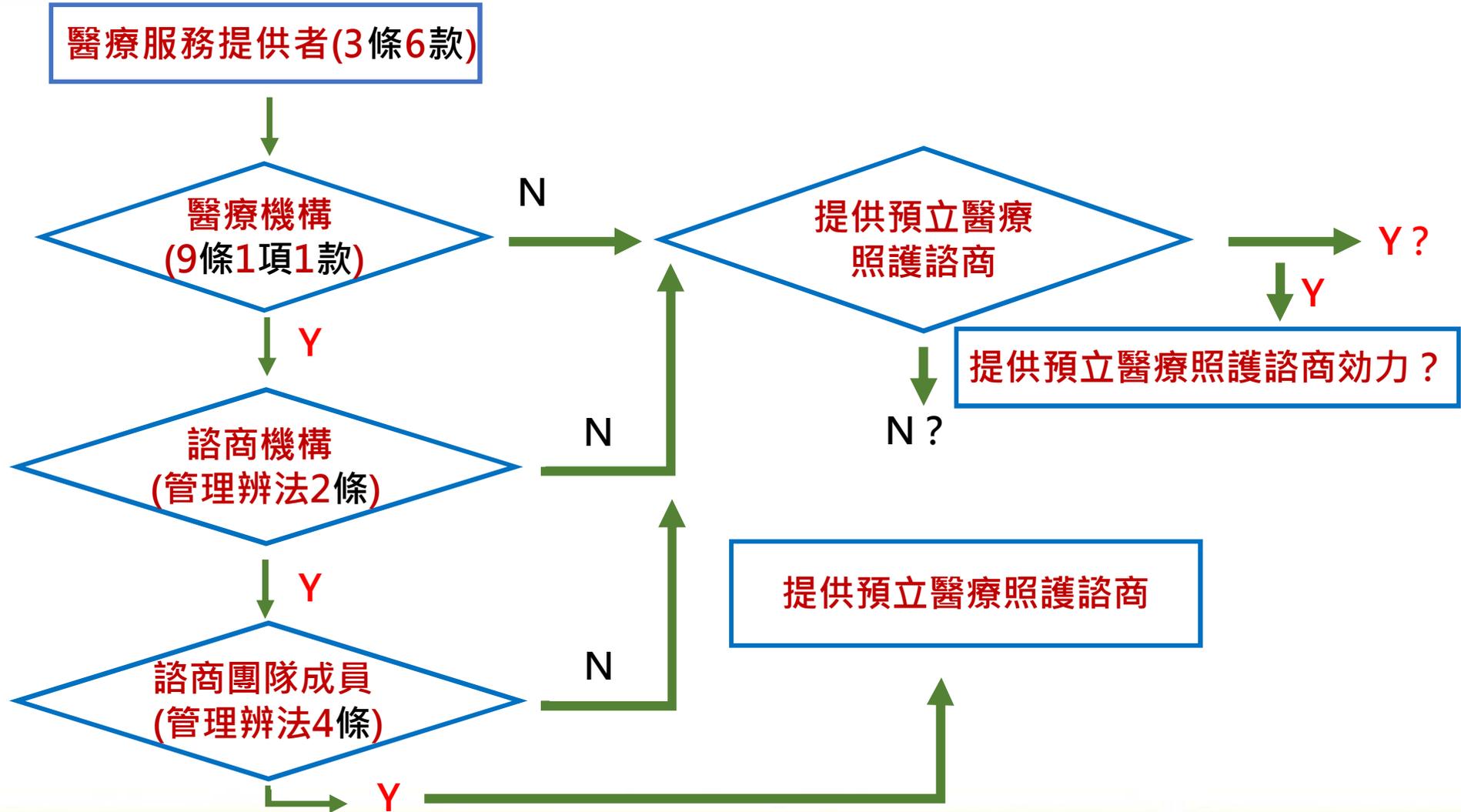
□ **直系血親**：己身所從出或從己身所出之血親；**旁系血親**：非直系血親，而與己身出於同源之血親。

□ **配偶**是否為親屬？

	親屬	家屬
法律明文定義	X	家：以永久共同生活為目的而同居之親屬團體(民1122) 同家之人，除家長外，均為家屬(民1123II) 雖非親屬，而以永久共同生活為目的同居一家者，視為家屬(民1123III)
範圍	親屬 > 家屬	家屬 ≠ 親屬



提供預立醫療照護諮商者之資格



提供預立醫療照護諮商者之資格

3條6款「醫療服務提供者」是否限於9條1項1款「醫療機構」？

-預立醫療照護諮商「提供者」之資格，因是否簽立預立醫療決定而有不同？

醫療機構
(9條1項1款)

提供預立醫療
照護諮商

Y?

非「醫療機構」之「醫療服務提供者」，是否得提供預立醫療照護諮商？提供之效力為何？

醫療機構

N

N?

不具「諮商機構」資格之「醫療機構」，是否得提供預立醫療照護諮商？如進而簽立預立醫療決定，該預立醫療照護諮商及預立醫療決定之效力為何？

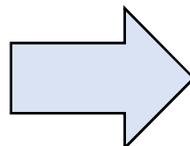
諮商團隊

N

不具「諮商團隊」資格之人員，是否得提供預立醫療照護諮商？如進而簽立預立醫療決定，該預立醫療照護諮商及預立醫療決定之效力為何？



意願人為預立醫療決定，應經醫療機構提供預立醫療照護諮商(9條1項1款)



預立醫療照護諮商 → 預立醫療決定之前置程序

3條6款-病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士-溝通	管理辦法6條1項-病人與諮商團隊、親屬或其他相關人士-說明
<p>主體間「商討」當病人→</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處於特定臨床條件 or 2.意識昏迷或無法清楚表達意願時 <p>對病人應提供：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.適當照護方式 and 2.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 	<p>諮商團隊對病人及參與者「說明」→</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.知情、選擇及決定權 2.終止、撤除或不施行(拒絕)維持生命治療與人工營養及流體餵養時之特定臨床條件 3.預立醫療決定書之格式及其法定程序 4.預立醫療決定書之變更及撤回程序 5.醫療委任代理人之權限及終止委任、當然解任之規定



意願人為預立醫療決定，應經醫療機構提供預立醫療照護諮商

預立醫療照護諮商 → 預立醫療

性質：

各主體間之多向商討、溝通程序/討論會 → 諮商團隊對意願人及參與者之單向說明程序/說明會(說明會形式、團體諮商 → 簽預立醫療決定?)

31條6款-病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士-溝通

官埋辦法61條1項-病人與諮問團隊、親屬或其他相關人士-說明

主體間「商討」當病人 →

諮商團隊對病人及參與者「說明」 →

內容：

商討、溝通：特定臨床條件下，(1)照護方式及(2)得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養

→ 說明：(1)拒絕(終止、撤除或不施行)維持生命治療與人工營養及流體餵養之特定臨床條、(2)預立醫決定及(3)病人自主權

1. 應由誰提供方式 2110

2. 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

4. 預立醫療決定書之簽名及撤回程序

5. 醫療委任代理人之權限及終止委任、當然解任之規定



意願人為預立醫療決定，應經
醫療機構担任預立醫療照護諮商

預立醫療照護諮商 → 預立醫療

性質：

進行預立醫療照護諮商：「討論、溝通」有關醫療、
照護等 + 接受/拒絕LST/ANH
→ 「說明」(1)拒絕LST/ANH + (2)預立醫療決定書之
簽署

主體間「商討」當病人 →

諮商團隊對病人及參與者「說明」 →

內容：

進行預立醫療照護諮商 → 為了簽署預立醫療決定

臨床條、(2)預立醫療

1. 延遲無效方式 DNR

2. 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

4. 預立醫療決定書之效力及撤回程序

5. 醫療委任代理人之權限及終止委任、當
然解任之規定



< 空洞化 >

- 諮商團隊易導向於簽署預立醫療決定之「**說明**」及重視簽署的「**結果**」，忽略、形式化「**討論、溝通**」之過程
 → 預立醫療照護諮商之「空洞化」

< 誘導化 >

- 「**拒絕LST/ANH**」之價值觀誘導

< 壓力化 >

- 對本人無形中，形成選擇/決定壓力，造成「**自主決定**→死的權利」
 「**無形壓力**→死的義務」?!

意願
醫療

性

醫療

臨床條

1. 患者無

2. 病人得接受

治療與人工營養及

終止委任、當

病主法 = 合法化安樂死？

	安樂死 (積極、狹義)	協助自殺(美：尊嚴死)	拒絕醫療 (消極、日本：尊嚴死)
行為人	醫師	醫師/病人	病人-拒絕LST/ANH
行為內容	直接施打致死藥物(作為)	醫師：準備致死藥物(作為) 病人：自行施打致死藥物(作為)	醫師：不施行、中止或撤除LST/ANH(不作為/作為)
效果	積極縮短病人生命	積極縮短病人生命	消極縮短病人生命/ 積極不延長病人生命
合法	各國未一致	各國未一致	○一致傾向

- 病主法並非直接合法病人對死亡之自主權，而是允許病人對所存在難以忍受之痛苦、無法治癒之疾病及無其他合適解決方法之當下情形，得拒絕接受LST/ANH等醫療措施之自主權。
- 屬於拒絕醫療，非「積極、狹義之安樂死(euthanasia)」；但可解為「消極安樂死(euthanasia)」。
- 是如立於消極安樂死立場而言，亦非不能主張「病主法已合法化安樂死」。

ACP (advance care planning) :

本人、家屬、醫療照護者及其他本人所同意參與之人士，於本人有意思能力時，為有備於本人將來發生喪失意思能力或於人生最後階段，在醫院、機構或居家等，就本人之醫療、照護及選定意思決定代理人等事項，以本人為中心，基於本人之價值觀、目標及喜好等，預先地予以持續討論、溝通及更新，而共同形成符合本人最佳利益之意思決定，並予以記錄的一個過程。

When

ACP

Who

Why

ACP (advance care planning) :

本人、家屬、醫療照護者及其他本人所同意參與之人士，於本人有**意思能力**時，為有備於本人將來發生喪失**意思能力**或於人生最後階段，在醫院、機構或居家等，就本人之醫療、照護及選定**意思決定代理人**等事項，以本人為中心，基於本人之價值觀、目標及喜好等，預先地予以持續討論、溝通及更新，而共同形成符合本人最佳利益之**意思決定**，並予以記錄之一個過程。

What

How

Where



ACP vs. 預立醫療照護諮商

	ACP	預立醫療照護諮商	管理辦法
Who	本人、家屬、醫療照護者及其他本人所同意參與之人士	病人與醫療服務提供者 親屬或其他相關人士	1.病人=意願人/二親等親屬等 2.專科醫師、護理人員(2年) 心理師或社會工作人員(2年) + 完成課程
When	於本人具有意思能力時 (健康/疾病確診/末期)	? → 於本人具有意思能力時 (健康/疾病確診/末期)	
Where	醫院、機構或居家等	-醫院(O) -機構或居家等(?) → (O)	-醫院→獨立空間/具隱密性 -機構或居家等(?) → (O)
What	為有備於將來本人發生喪失意思能力或於人生最後階段，就本人之醫療、照護等事項(含 End of Life Care, EOLC)，共同形成符合本人最佳利益之意思決定。	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。	-知情、選擇及決定權 -終止、撤除或不施行維持生命 治療與人工營養及流體餵養 應符合之特定臨床條件 -預立醫療決定書 -醫療委任代理人
How	以本人為中心，基於本人之價值觀、目標及喜好等，持續地予以討論 (discuss)、溝通 (communication) → biographical life (人生)的紀錄	商討、溝通	提供資訊/資料 + 說明 → biological life (生命)的終結方式之紀錄
性質	討論、溝通的一個過程-討論會	溝通過程	說明程序-說明會

執行處所

	醫院ACP	機構ACP	居家ACP
法規	3條4、6款、8~9條1項1款、5項及施行細則/管理辦法2~6、8~9條	-3條4、6款、8~9條1項1款、5項及施行細則/管理辦法2~6、8~9條 -醫師等執業處所(醫師法8之2條等)	
提供者	-門診：符合諮商機構資格之醫療機構所設ACP門診之諮商團隊成員 -住院：上述諮商團隊成員+主治醫團隊？	左列諮商團隊成員	左列諮商團隊成員，惟同時為居家醫療在宅醫療團隊
參與者	-門診：家屬/親屬未必參與 -住院：家屬/親屬較易參與	家屬/親屬未必參與	家屬/親屬更易參與
執行	嚴肅、緊張、形式、一次→門診 > 住院 > 機構		輕鬆、自在、多次
AD導向	居家ACP < 機構ACP < 醫院ACP		
更新	居家ACP > 機構ACP > 醫院ACP		
信賴建立	居家ACP > 醫院ACP/機構ACP		
AD執行	居家ACP > 醫院ACP/機構ACP		

ACP的發展軌跡(美國)

1960年代-醫事父權(**medical paternalism**)vs.病人自主(**patient autonomy**) + 義大利麵症候群(**spaghetti syndrome**)之反省→1969年Luis Kunter提出**living will(LW)**方式。

1975年-Karen Ann Quinlan案件→父母訴請撤除陷入植物人狀態21歲女兒之人工呼吸器...。

1976年-加州**Natural Death Act** (自然死法) · 第一部將**LW**法制化之法律

1983年-Nancy Cruzan案件→父母訴請中止陷入植物人狀態25歲女兒之人工營養...

1983年-維吉尼亞州/加州-**Durable Power of Attorney for Health Care Act**-代理意思決定

1991年-美國國會通過**The Patient Self-Determination Act (PSDA)** (患者自主權利法) · 明文化**advance directive (AD)** + 醫療機關負有(1)對患者告知，患者可對醫療機關為**AD**及(2)支援患者為**AD**等義務。

1993年-奧勒岡州-**Physician Orders for Life-Sustaining Treatment(POLST)**

1993年-威斯康辛州-**Respecting Choice**→非以完成、取得**AD**為目的，透過取得**AD**的對話過程，理解本人之意向，形成得提供依循本人意向之醫療、照護之社區。

1995年-**the SUPPORT study** →調查**AD**的實施成效及發現**AD**的實施問題，提出溝通程序的重要性→Emanuel等提出**Advance Care planning(ACP)**概念

(2010年-Karen Detering等在澳洲墨爾本之大學醫院進行**ACP**實證研究→**ACP facilitator**：60分/病人→(1)溝通的重要、(2)病人價值觀、想法、信念等 > 治療的方法、(3)日常醫療、照護滿意提升...)

發展軌跡→演變結果

□ 形式面：

LW→持續代理人→ AD → POLST ↔ ACP ↔ AD

□ 程序面：

-AD簽立結果→ACP討論、溝通過程

(legal transactional approach →communication model)

□ 實體面

-本人單獨決定(自律/自主決定)→本人/參與者共同決定(形成關係的自主決定)

□ 內容面：

-於喪失意思能力或人生最後階段之維持生命的選擇、決定

→不論健康狀態之醫療、照護的選擇、決定

發展軌跡→演變原因

<對AD的反省、改善對策→AD的問題>

- 1.預立前，本人、家屬及醫療者不願或不知如何碰觸臨終、死亡議題
- 2.預立時，本人自己書立，未有家屬、代理人，甚且醫療者的討論、參與
- 3.預立時，本人多於健康狀況，不易正確預知未來身體狀況的變化而加以記載
- 4.預立時，縱有疾病經確診，亦不易對治療方法、風險及預後，有充分而正確的理解，而預為合適的醫療決定等
- 5.預立後，欲利用時，始發現AD 所在或/及內容不明
- 6.預立後，AD之內容，家屬無法認同、接受，甚至反對，影響執行
- 7.預立後，本人身心或外在環境如醫療技術提升等狀況常改變，不易依預立內容予以執行

發展軌跡→演變原因

AD問題	病主法 + 實務作法	意見
1	?	宣導 + 工具(心願手冊、澄雲Q卡等)
2	-9條2項：要求二親等親屬至少1人參加 -管理辦法8條：得免除	重蹈2的問題
3、4	-管理辦法6條：說明終止、撤除或不施行LST/ANH -單次→不問預立後是否更新	-代理人選任 -繼續ACP + 更新AD
5	健保憑證註記	Good
6	4條2項：關係人不得妨礙	-預立前之ACP，家屬要參與 -溝通、再溝通→共識 > 依法對抗
7	15條向有意思能力之意願人確認預立醫療決定之內容及範圍	-本人有意思能力：繼續ACP + 更新AD -本人已喪失意思能力：基於ACP過程中，本人表達之價值觀、目標、喜好等，依本人之最佳利益原則，由家屬、代理人、醫療者予以代為決定。

本人自主決定權 vs. ACP

ACP：為改善AD問題的對策

AD：本人自主權(同意權/拒絕權)之行使態機之一，著重於權利「實體面」之行使-實體權

ACP：本人自主權(同意權/拒絕權)之行使態機之一，著重於權利「程序面」之行使-程序權

本人自主權(同意權/拒絕權)之更完整的行使

- 「程序面」(ACP) + 「實體面」(AD)之繼續性、更新性行使
- 強調個人主義式的自主權 → 重視相關主體間關係性的自主權
- 本人最佳利益之實現

本人：具意思能力 > 行為能力

家屬/親屬/友人等

HCA(health care agent)-醫療委任代理人

HCP (healthcare professional/provider-醫療照護者)

ACP facilitator-協調師、相談員等-緩和醫療團隊人員？

律師(美ABA-Commission on Aging and Law...)

告知clients有自主權得就維持生命治療予以作出選擇/決定(包括拒絕等)及其行使

協助 clients 理解各種預為意思決定之作法如ACP/AD/POLST/HCA等，並就此預先留下紀錄。

與clients說明、討論是否留下預為意思決定紀錄之影響。建議至少是否預為指定HCA？

藉由詢問clients，什麼價值觀、喜好等，對他們而言是最重要的討論過程，而與clients建立、形成一個可自在討論死亡議題的信賴關係。

整體：

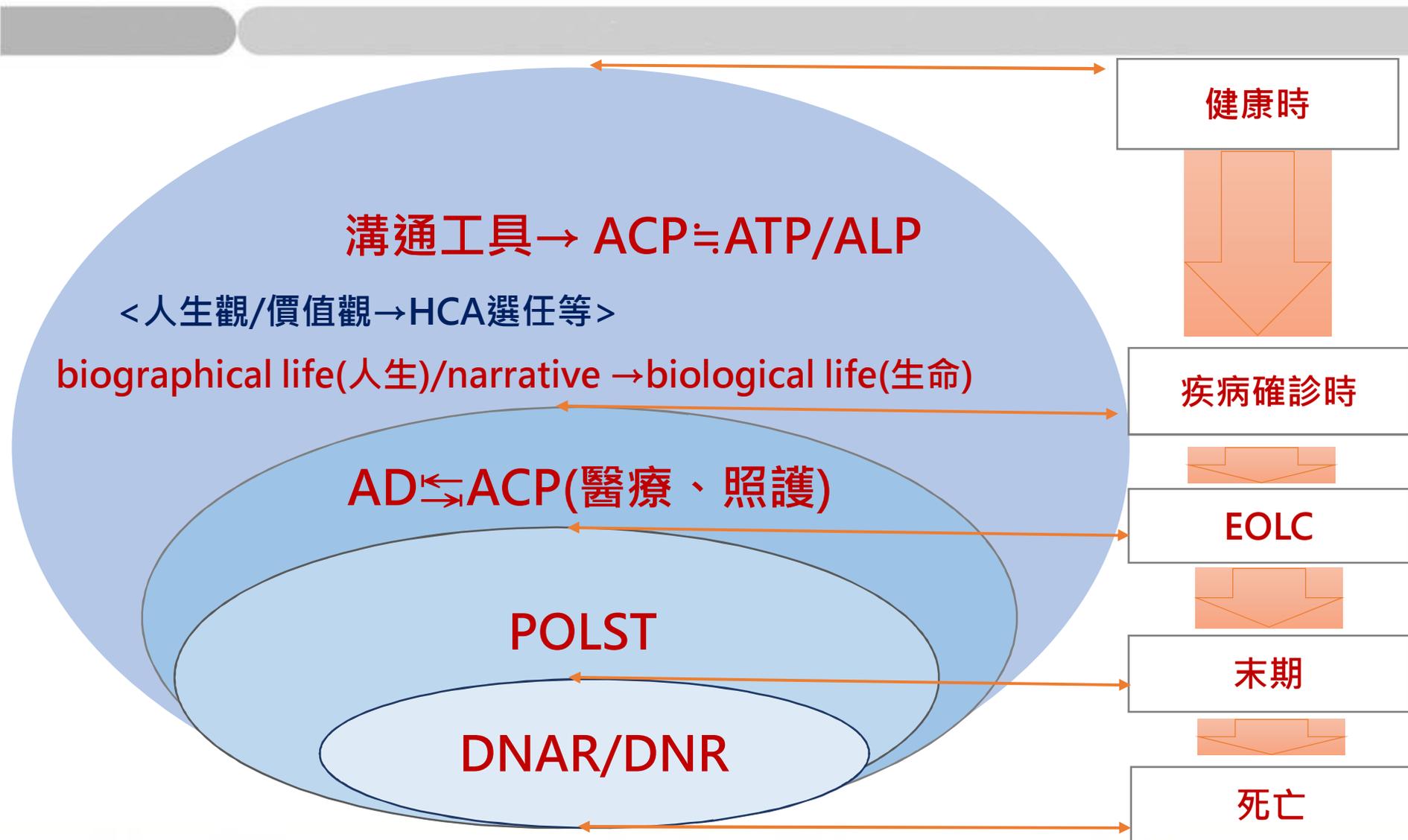
- 就本人之價值觀、目標、喜好及醫療、照護等意願，所進行的討論、溝通過程←本人、家屬及醫療照護者等
- 繼續性、有機性、更新性；非一次性、不變性、固定性
- 不僅僅是一個勾選式、文書化的紀錄，更重視討論、溝通過程

本人：

- 程序權→自主權行使之程序保障
- 意思決定之思考、形成、表達、決定程序

家屬、代理人及醫療照護者等：

- 以本人為中心，為本人最佳利益，共同參與、形成本人意思決定之支援程序→實現決定



ACP → AD / POLST

	AD	POLST
同	1.皆任意，非強制 2.預為記錄本人有關醫療之意願 3.皆需經ACP程序	
異		
本人	有意思能力者	因罹患重病，主治醫認翌年死亡，並不意外 (not surprised)或已陷衰弱狀態(frailty)之有 意思能力者
填寫	本人	醫師
性質	法律文書	醫囑(medical order)
代理人	本人喪失意思能力時，代 本人為意思表示	本人喪失意思能力時，無法代本人為POLST
更新	依法律規定	簡易
明確性	亦有曖昧，不易理解	因係醫囑之一，醫療者較易理解

ACP的步驟

Speak Up-Canada : 5 Steps +
Think ↔ Learn ↔ Choose ↔ Talk ↔ Record ↔ Review

Advance care Planning Australia-3 Steps +
Talk ↔ Write ↔ Share ↔ Change

Gold Standards Framework-UK-5 Steps
Think ↔ Talk ↔ Record ↔ Discuss ↔ Share

安寧照顧基金會-5 Steps
想一想 ↔ 選擇 ↔ 討論/溝通 ↔ 寫下 ↔ 修改

ACP的步驟

Speak Up-Canada : 5 Steps +
Think ↔ Learn ↔ Choose ↔ Talk ↔ Record ↔ Review

Advance care Planning Australia- 3 Steps +

Ta - 態度(patient-centered → best interest) > 方法、技巧
- 相互理解 → 持續討論 → 形成信賴 → 有機決定 → 厚實人生
Go → EBN(evidence-based-narrative)

Think ↔ Talk ↔ Record ↔ Discuss ↔ Share

安寧照顧基金會-5 Steps

想一想 ↔ 選擇 ↔ 討論/溝通 ↔ 寫下 ↔ 修改



本人的人生時間軸線(T)：

-本人的過去、現在、未來人生之時間軸線

各主體連結的空間軸線(P)：

-本人、家屬、友人、HCA、HCP者等相互連結之空間軸線

各主體討論、溝通而形成共同關係的有機軸線(O)：

-本人、家屬、友人、HCA、HCP等，立於不同的空間軸線，基於本人之人生時間軸線所表達、呈現的價值觀等，以本人為中心，藉相互討論、溝通有關本人醫療、照護等事項，而共同形成符合本人最佳利益之決定的有機軸線

- POLST-<https://polst.org/>
- Respecting Choice-<https://respectingchoices.org/>
- Five Wishes-<https://fivewishes.org/>

□ PPC (Preferred Priorities for Care)<http://weshire-epaige.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Flyer-Preferred-Priorities-for-Care.pdf>

□ 共に治療について考えていくための質問紙-
<http://www.sagara.or.jp/osirase/data/press189.pdf>

- 我的預立醫療決定心願探索手冊
- 預立醫療自主病人自主權利法練習冊
- 澄雲Q卡 + 澄雲Note- <https://www.twchengyun.org/>

-5Ds + 1 → 6Ds

- Decade
- Death(家人/友人/名人)
- Divorce
- Diagnosis(疾病確診/末期)
- Decline(身體機能感受衰退) +
- Decision(重大決定前後)

ACP之各國推動作法

- **Five Wishes**-Aging with dignity-美國
- **Advance Care Planning in Canada**-National Framework(Speak Up campaign、4/16-National Advance Care Planning Day)
- **Advance Care Planning Australia**
-Be Open/Be Ready/ Be Heard
- **人生會議**-厚生労働省(人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン)、11/30-人生會議の日

ACP之各國推動作法

<觀察>

- ACP才是推動主軸，不是AD；
- 透過ACP，反覆繼續討論、溝通，遠比聚焦於特定的醫療介入說明或完成AD更重要。
- 避免ACP過程，成為書面導向或空格勾選作業的一個步驟。
- 成功的ACP，不應定位於完成文書作業的基礎上。
- AD只是ACP整個process的一部分，進行ACP時，很多想法、觀念及感受、理解，是無法以文字而可充分表現的。故避免將AD做為本人絕對、唯一且不變的意思紀錄，是重要的。
- 本人意思是多變的。故記錄過去某時點本人部分意思的AD，是否絕對符合本人當下的真意，要謹慎再確認。

ACP之各國推動作法

<觀察>

- ACP才是推動主軸，不是AD；
- 透過ACP，反覆繼續討論、溝通，遠比聚焦於特定的醫療介入說明或完成AD更重要。
- 避免ACP過程，成為書面導向或空格勾選作業的一個步驟。
- 成「預立醫療決定 > 預立醫療照護諮商」
- AD → 台灣現行作法的省思？ 很多想法
法 觀感及感受 理解 是無法以文字而可充分表現的。
- 故避免將AD做為本人絕對、唯一且不變的意思紀錄，是重要的。
- 本人意思是多變的。故記錄過去某時點本人部分意思的AD，是否絕對符合本人當下的真意，要謹慎再確認。

□本人：

- 本人的價值觀、死生觀、目標、喜好等想法、意願的思考、整理、形成、表達及決定、紀錄。
- 傳達以上想法、意願予家人與醫療照護者理解、掌握及受到尊重、執行。
- 知死而生，珍惜生命，開展新人生，迎向善終。

□家人：討論、溝通過程中，整理本身的人生，基於本人意思之導引，踏實地為本人決定及實現本人意願，降低悲傷。

□醫療照護者：討論、溝通過程中，整理本身的人生，踏實地實現本人意願，完成本人中心的醫療照護提供，厚實人生價值。

如何啓動？-不願碰觸死亡議題-一般人、患者、醫療照護者...

何時啓動？-太早：予患者打擊？太晚：選擇已有限

時間不足？-醫療照護者業務繁重，無心力投入

預想困難？-未來，難以充分預測及預為決定

理解不易？-因社經地位落差、文化價值觀差異、宗教信仰有無..



ACP之展望-三相的期待

法規面→legal transactional approach→ communication /relationship model，排除因法規反而產生限制自主權

-現行AD說明、簽立導向→重視ACP討論、溝通過程，AD僅是ACP程序一部。

-鬆綁現行ACP、AD之法制(如諮商機構、人員等資格限制、唯一書面形式之要求等)

-排除居家ACP醫師等執業的限制

-限制病人自主權行使規定之調整(如行為能力之要求、變更AD方式之限制等)

臨床面：

-推廣ACP於全面醫療服務的提供，實踐以本人為中心的醫療透過ACP將醫病關係應有的討論、溝通找回來；而不是僅透過機器、藥物，甚至輕易地使用法律來對應？

-編列專案預算，建立ACP facilitator制度，專責推動研習執行、協調ACP

進化面 : From ACP to ATP/ALP

ACP

醫療、照護

財產

人生

ATP(Advance Total Planning)
ALP(Advance Life Planning)

進化面 : From ACP to ATP/ALP



ATP-TPO三軸線

	問題	調整
1	預立醫療照護諮商=ACP	ACP>預立醫療照護諮商
2	ACP病人→具完全行為能力+加入健保	具意思能力即可
3	親屬可不參與ACP	要求家屬參與ACP
4	醫療服務提供者→醫療機構→諮商機構/諮商團隊(成員資格限制+上課)	-鬆綁提供資格 -鼓勵進修+認證
5	ACP商討、溝通→說明	回歸商討、溝通
6	醫療、照護等→限縮成拒絕LST/ANH	含選擇LST/ANH之醫療、照護等
7	AD書面要求	紀錄的多元化(含口頭、錄影)
8	AD執行→關係人不得妨礙	ACP之參與邀請在前+AD執行溝通、再溝通
9	本人自費	國家預算
10	醫院ACP為主	重視居家ACP
11	ACP人員兼職	專門設置ACP facilitator
12	偏重AD的推廣、評核	改為以ACP為主軸，強化ACP執行評核

ACP > 預立醫療照護諮商

AD只是ACP討論、溝通程序之紀錄部分，ACP > AD。

ACP是本人自主權的程序保障、程序權之具體實踐。

ACP是個人主義式自主權→形成關係式自主權的關鍵

ACP的5W1H-ACP之TPO Model-TPO三軸線實踐

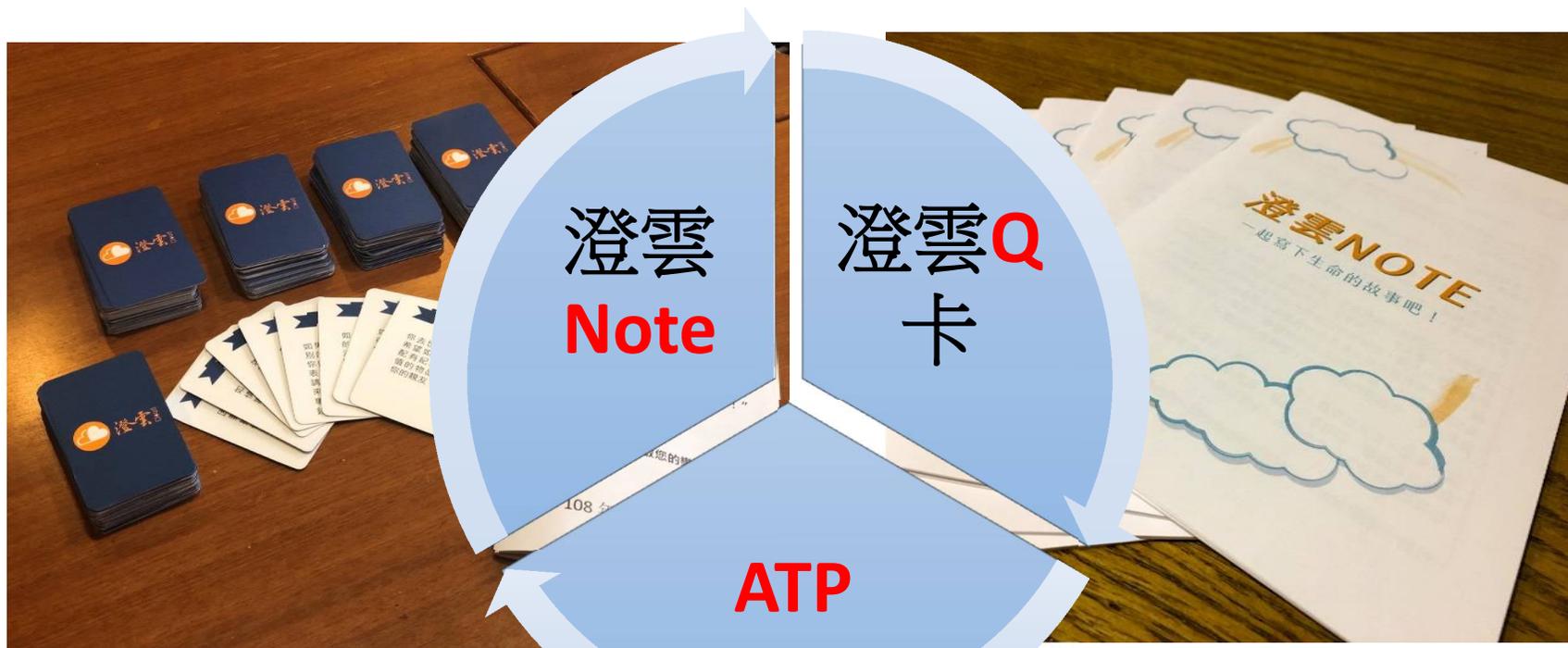
ACP三性-繼續性、有機性、更新性 > 一次性、固定性、不變性

ACP態度-person-centered/best interests > 方法/技巧-skills

ACP-生命(biological life) + 人生(biographical life)-EBN

ACP-多次元/行動善生觀 vs. 單點式/消極善終

澄雲Q卡/澄雲Note



- ❑ 知死有備、樂活善生
- ❑ 提升善終力



twchengyun.org



感謝聆聽，敬請指教

Q&D

黃三榮/samrong.hwang@taiwanlaw.com