

# 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」（上）

## 一兼評「病人自主權利法」之實像與虛像（二）

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」

### 一、前言

「預立醫療照護諮商：指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝過程，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。」係為病人自主權利法（病主法）第3條第6款所明定。可見除「病人/本人」外，「醫療服務提供者」得為「預立醫療照護諮商」之「溝過程」的「參與者」之一。另依同法第9條第1項第1款規定「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，

並經其於預立醫療決定上核章證明。」及同條第5項另規定「提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。」

進而，中央主管機關之行政院衛生福利部（衛福部）並依前述病主法第9條第5項規定，另頒布所謂「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」（管理辦法）。而依管理辦法第2條規定，符合同條規定條件之「醫院」或「診所」（併為「醫療機構<sup>1</sup>」），得由直轄市、縣（市）主管機關指定為「預立醫療諮商機構」（「諮商機構」）。是以，「醫療機構」除非是符合上述條件，否則未必得為「諮商

\* 萬國法律事務所資深合夥律師。本文僅代表作者個人意見。

機構」。再者，「諮商機構」應組成「預立醫療照護諮商團隊」（「諮商團隊」），亦為管理辦法第4條所明文。從而，「醫療機構」/「諮商機構」/「諮商團隊」（以下併稱「諮商團隊等」），亦是「預立醫療照護諮商」之「溝通過程」的「參與者」之一。

相對於此，於美歐論述 Advance Care Planning<sup>2</sup>（ACP）時，參與 ACP 此過程（process）者，除「本人」外，通常多提及如「clinicians」、「physicians」、「carers」、「care providers」、「healthcare providers」、「healthcare professionals」等「參與者」。另在日本方面，於論述 ACP 時，亦多強調除「本人」外，需有醫療從事者、照護人員的參與。易言之，於美歐日所論述之 ACP 過程，醫療人員、照護人員等之共同參與，確係扮演重要的角色，本文於此就美歐日於 ACP 在健康<sup>3</sup> 照護面之「參與者」，統稱為「健康照護提供者」。

另於 1990 年 10 月，美國國會通過 The Patient Self-Determination Act<sup>4</sup>（PSDA）（病人自主決定法），正式於聯邦法明文所謂 advance directive<sup>5</sup>（AD）（事前指示）後，原本預期將有助於病人踴躍簽署 AD，且病人自主權之行使將更獲保障。然藉由一些實證研究調查，卻發現 PSDA 施行後，AD 的效果並未顯著<sup>6</sup>，而經多方檢討其原因及應如何改善後，其中一個改善主張即為，不宜偏重在僅由本人自行簽署 AD 的結果，而應更著重強調由「健康照護提供者」、家人等，積極地參與本人簽署 AD 的意思決定過程，並於此過程中，以本人為中心，由本人、「健康照護提供者」、家人等，就本人將來之健康照護事項，進行持續地對話討論下，進而予以決定及記錄<sup>7</sup>。換言之，於美國就此部分病人自主權行使之演進歷程，簡要來說，是從「偏重由本人自行簽署 AD」

之「單點一次式簽署結果導向」，朝向「調整為藉由本人、健康照護提供者等之對話討論，再予以簽署 AD」之「多面持續式對話過程導向」<sup>8</sup>。基此「多面持續式對話過程導向」之強調及著重，即進而逐漸發展出更具體的 ACP 概念及其推展。且於此「多面持續式對話過程導向」之調整下，「健康照護提供者」等在 ACP 過程中，更扮演著不可或缺而重要的角色。

從而，不論是「預立醫療照護諮商」所強調之「溝通過程」或 ACP 所著重之「多面持續式對話過程」，均可見上述「醫療服務提供者」、「諮商團隊等」及「健康照護提供者」等「參與者」的必要性及重要性。本文即檢討比較「預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」、「諮商團隊等」及 ACP 之「健康照護提供者」的異同，並藉此檢討比較，進而明晰病主法就「預立醫療照護諮商」有關「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」規定，所呈現出關於病人自主權保障之實像與虛像<sup>9</sup>。而期待得因此引發對於「預立醫療照護諮商」之進一步討論及檢討，進而得更加促進病人自主權之保障，以及實踐以本人為中心之健康照護（person-centered healthcare）文化！

## 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」

如前所述，「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」同為「預立醫療照護諮商」之「參與者」。而「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」究有何異同？以下將先論述「預立醫療照護諮商」之不同類型後，再進一步於檢討於不同類型之「預立醫療照護諮商」情形下，所涉及「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」之具

同異項目		規定	病主法第 3 條第 6 款規定	病主法第 9 條第 1 項第 1 款、第 2 項本文、第 5 項及管理辦理第 6 條等規定
1	自主權之程序權行使		是	是
2	所進行之「預立醫療照護諮商」，是否為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序		否	是。明確要求係為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序
3	「參與者」範圍及其資格、條件之不同		「醫療服務提供者」、「親屬」、「其他相關人士」	「諮商團隊等」、「二親等內之親屬至少一人」、「醫療委任代理人」
4	內容之不同		「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	「說明」 - 意願人依本法擁有知情、選擇及決定權 - 終止、撤除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 - 預立醫療決定書之格式及其法定程序 - 預立醫療決定書之變更及撤回程序。 - 醫療委任代理人之權限及終止委任、當然解任之規定。
5	本人所為意思決定効力之不同 <sup>11</sup>		發生病主法外有關保障自主權相關法律規定之効力	發生病主法及其他有關保障自主權相關法律規定之効力

<表1：病主法就「預立醫療照護諮商」相關規定之比較>

體內涵。

(一)「預立醫療照護諮商」之類型

綜觀病主法第 3 條第 6 款、同法第 9 條第 1 項第 1 款、同法第 9 條第 2 項本文、同法第 9 條第 5 項及管理辦理第 6 條等規定而言，可發現雖皆係有關「預立醫療照護諮商」之規定，但存在如表 1 所示之同異。

基於以下理由，本文主張實可將病主法所規定「預立醫療照護諮商」，就其是否係為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序的不同，而區分(1)非為簽署「預立醫療決定」之「一般型預立醫療照護諮商」及(2)為簽署「預立醫療決定」之「決定型預立醫療照護諮商」兩類型<sup>12,13</sup>。

1. 確實存有參與者範圍 / 資格、條件、內容及効力等差異

有如表 1 所示，病主法規定「預立醫療照護諮商」確實存有參與者範圍 / 資格、條件、內容及効力等差異。故基於此等差異，而區別不同類型之「預立醫療照護諮商」，以更深入理解「預立醫療照護諮商」，進而因應不同狀

況，善用不同類型之「預立醫療照護諮商」，而擴大推展「預立醫療照護諮商」之施行，實具實益。

2. 突破「預立醫療照護諮商」於病主法規定及臨床推動上之現有作法，得更全面地推動「預立醫療照護諮商」

在現行病主法規定下，雖確實可整理如表 1 所示「預立醫療照護諮商」相關規定之同異。但現實上不論於病主法有關「預立醫療照護諮商」之解釋認定及臨床推動上，均可見多係基於「預立醫療照護諮商」，係為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序的前提下（即立於本文所指「決定型預立醫療照護諮商」之前提），而由符合一定條件 / 資格之「醫療機構」 / 「諮商機構」所屬「諮商團隊」，立於「醫療者」之優位立場，而進行有關以簽署「預立醫療決定」為目標導向之「預立醫療照護諮商」。

然而，如參酌前述美國有關本人自主權之發展軌跡可知，鑑於「單點一次式簽署結果導向」之 AD 作法成效不彰，乃朝向本人自

主權之保障，除應尊重本人意思決定之結果（如 AD 簽署）外，其實更應重視本人為意思決定的整個「多面持續式對話過程導向」之調整發展（如 ACP 概念的提出及推展）。而病主法明文「預立醫療照護諮商」是一個「溝通過程」，正可謂呼應自主權之行使，即應由取得「結果導向」，轉變為更重視「過程導向」。惟如前述，現行「預立醫療照護諮商」之解釋認定及臨床推動上，反而多係基於「預立醫療照護諮商」，係為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序的「結果導向」作法，除有未重視前述「溝通過程」之性質要求外，是否亦係忽略前述美國病人自主權保障及推動 AD 已呈現之發展軌跡，而不自覺地重蹈美國於 1990 年代已發生過之錯誤歷程？

是以，從突破「預立醫療照護諮商」於病主法規規定及臨床推動上之現有作法，而得以更全面地推動「預立醫療照護諮商」之進行，區分「一般型預立醫療照護諮商」及「決定型預立醫療照護諮商」之「預立醫療照護諮商」不同類型，實值考量。

### 3. 區分不同類型，予以不同定位，擴大「預立醫療照護諮商」之適用，更加充實保障自主權之行使。

由以上表 1 所示同異可知，「一般型預立醫療照護諮商」及「決定型預立醫療照護諮商」雖均可解為係本人自主權之程序權行使。但不論於內容及効力等方面，「決定型預立醫療照護諮商」均較「一般型預立醫療照護諮商」存有更嚴格的要求及法律明文之限制。例如「醫療機構」/「諮商機構」之條件要求（管理辦理第 2 條）、「諮商團隊」之資格要求（專業資格 + 課程研習，管理辦理第 4 條）、本人意思決定之形式要求（是否須以「預立醫療決定書」之格式，病主法第 9 條第 1 項）等。

是以，與其認為「預立醫療照護諮商」必須僅以「決定型預立醫療照護諮商」為限，而制度性地限制「預立醫療照護諮商」之進行，則不僅在本人如不擬簽署「預立醫療決定」之前提下，即可能因此阻礙本人藉由「預立醫療照護諮商」之程序，而與家人等對話討論及溝通，有關本身將來健康照護事項之意願。或是如限制必須符合「諮商機構」之條件、或一定要具備「諮商團隊」之資格，才得提供或參與「預立醫療照護諮商」者，亦可能將因此影響、打擊不符合前揭條件之「醫療機構」或不具備「諮商團隊」成員資格之人員，原可受期待之積極主動與本人對話討論有關本人將來健康照護事項的介入態度，進而亦喪失擴大推動「預立醫療照護諮商」之機會。

從而，如得基於是否為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序，而區分「一般型預立醫療照護諮商」及「決定型預立醫療照護諮商」之不同類型，予以不同的「角色定位」，進而鼓勵擴大不同類型「預立醫療照護諮商」之全面推行，將得更加充實保障自主權之行使<sup>14</sup>。

### (二)「預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」及「諮商團隊等」

有如上述，基於是否為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序，「預立醫療照護諮商」可區分為「一般型預立醫療照護諮商」及「決定型預立醫療照護諮商」之不同類型，以下再說明於不同類型之「預立醫療照護諮商」情形下，就健康照護面之「參與者」-「醫療服務提供者」與「諮商團隊等」之具體內涵。

#### 1.「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」

如同前述，「一般型預立醫療照護諮商」於健康照護面之「參與者」，依病主法第 3 條第 6 款規定，係為所謂「醫療服務提供者」。

然何謂「醫療服務提供者」？於病主法及其相關法令中，並未有進一步明文定義規定。廣義而言，凡提供醫療服務者，不論是涉及醫療專業服務的直接提供者如醫師、護理人員等醫事人員<sup>15</sup>或是扮演前述醫療專業服務之支援角色者如門診、批價等醫療行政人員等，均可包含在內。

不過，鑑於病主法第3條第6款規定「預立醫療照護諮商」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。」所進行之「溝通過程」，則「預立醫療照護諮商」係直接涉及醫療專業服務甚明。是以，於此之「醫療服務提供者」，應採限縮解釋，而排除前述醫療專業服務之支援角色者如門診、批價等醫療行政人員等。再者，雖「預立醫療照護諮商」包括「商討對病人應提供之適當照護方式」事項，惟因其行為主體係明定為「醫療服務提供者」，而狹義來說，「照護」與「醫療」是有所不同。因此「照護人員」應亦不包含於「醫療服務提供者」<sup>16</sup>。

另外，就醫師、護理人員等醫事人員所屬之「醫療機構」，是否可包含於「醫療服務提供者」？如由「預立醫療照護諮商是由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」而言，則論理解釋上，得「進行」此「溝通過程」者，當係以本質上、實際上，得基於自己「內心意思」、啟動本身之「外部行為」，而參與、進行此「溝通過程」之「自然人」為限。於必需藉由「自然人」為代表（如醫療法人需由董事長予以代表等），始得表示意思及展現行為之無論是由「法律所創設之權利主體」的「法人」（如

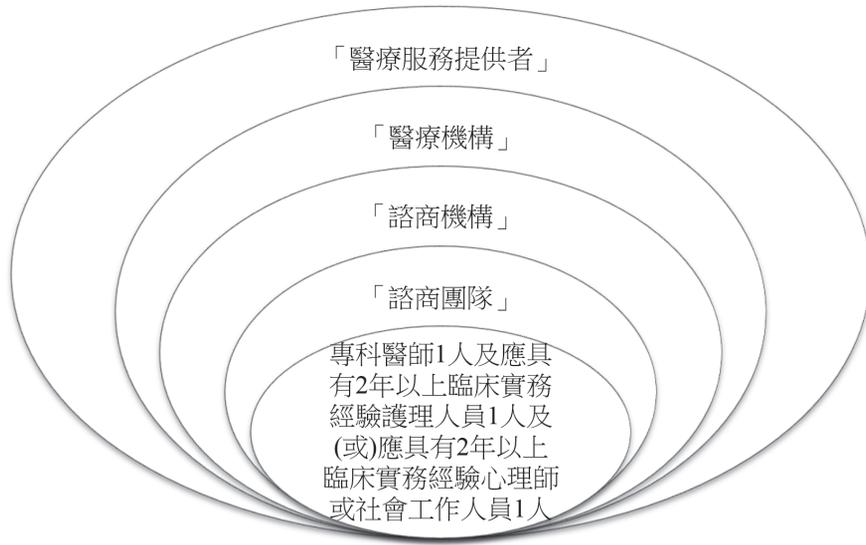
「醫療法人」等），甚或不具「法人」資格的團體、組織等（如「醫療機構」等），因均非「自然人」，則理應無法參與進行「預立醫療照護諮商之溝通過程」，故即應不包含於前述「醫療服務提供者」在內。而此再由「預立醫療照護諮商是由病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程」之定義內容，係明確將所謂「醫療服務提供者」，與屬於「自然人」之「親屬」接續併列來說，在解釋上，亦可謂此「醫療服務提供者」即理應與「親屬」，採取同樣之認定。亦即，應以「自然人」為限才是。

然而，醫療專業服務雖由上述醫師、護理人員等醫事人員所實際提供，但該等醫師、護理人員等醫事人員，卻往往是立於所屬之「醫療機構」，對本人/病人所應履行醫療契約之履行輔助者角色<sup>17</sup>，而提供前述醫療專業服務。是以，就醫療契約之履行而言，將「醫療機構」解為包含於上述「醫療服務提供者」範圍內，亦非不妥。尤其從前述病主法第9條第1項等，已明定將為「預立醫療決定」應經「醫療機構」提供「預立醫療照護諮商」而言，將「醫療機構」解為包含於上述「醫療服務提供者」範圍內，亦符合體系上之一致解釋。是以，「醫療機構」應得解為係「醫療服務提供者」之一，惟其實際參與「預立醫療照護諮商」，仍須藉由所屬醫師、護理人員等醫事人員之履行輔助甚明。

綜合之，「一般型預立醫療照護諮商」之「醫療服務提供者」，應指醫療專業服務的直接提供者如醫師、護理人員等醫事人員及其所屬之「醫療機構」，而不包含（1）醫療專業服務之支援角色者如門診、批價等醫療行政人員等及（2）照護人員。

「諮商機構」	一般病床 200 床以上立醫院及經醫院評鑑通過之醫院	具特殊專長，或位於離島、山地或其他偏遠地區，經向直轄市、縣（市）主管機關申請，並經同意之醫院、診所
「諮商團隊」成員要求		
專業資格	醫師 1 人：應具有專科醫師資格；及 - 護理人員 1 人：應具有 2 年以上臨床實務經驗；及 - 心理師或社會工作人員 1 人：應具有 2 年以上臨床實務經驗	醫師 1 人：應具有專科醫師資格；及 - 護理人員 1 人：應具有 2 年以上臨床實務經驗，或心理師或社會工作人員 1 人：應具有 2 年以上臨床實務經驗
訓練課程	上述人員均需完成衛福部公告之預立醫療照護諮商訓練課程	

< 表 2：病主法規定「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商機構」、「諮商團隊」整理 >



## 2. 「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商團隊等」

有如前述，依病主法第 9 條第 1 項第 1 款、同條第 5 項及管理辦法第 2 條規定，「諮商機構」係指符合以下條件之「醫院」或「診所」：

1. 一般病床 200 床以上及經醫院評鑑通過之醫院
2. 前 1 所定以外之醫院、診所，而 (1) 具特殊專長，或 (2) 位於離島、山地或其他偏遠地區，向直轄市、縣（市）主管機關申請，並經同意者。

再者，「諮商機構」復依管理辦法第 4 條

規定，應組成「諮商團隊」。而「諮商團隊」依是否隸屬於上述 1 或 2 所指「諮商機構」之不同，要求至少應包括具有如表 2 所示專業資格之成員。

## 三、ACP 之「參與者」-「健康照護提供者」

有如前述，於美歐論述 ACP「參與者」之「健康照護提供者」，通常多提及如「clinicians」、「physicians」、「carers」、「care providers」、「healthcare providers」、「healthcare professionals」等。而「clinicians」、「physicians」、「carers」、「healthcare professionals」，通常係指健康照護之專業人員，而「care providers」及「healthcare

providers」則除指健康照護之專業人員外，通常亦可包含健康照護之專業人員所屬之機構等。易言之，就美歐所論述 ACP「參與者」之「健康照護提供者」，範圍雖可謂廣泛，惟無類如我國上揭「諮商機構」、「諮商團隊」般之條件、資格要求。

另於日本方面，就 ACP「參與者」之「健康照護提供者」，除醫師、護理人員等醫療專業人員外，於理論上只要涉及健康照護之提供服務者，多認為可包括在內<sup>19</sup>。例如物理治療師、職能治療師、語言治療師、心理師、社會工作人員及照服員等，甚且藥劑師（尤其是到宅服務的藥劑師），亦可算是健康照護提供者之一<sup>20</sup>。另外，臨床宗教師在患者的靈性照護上扮演重要角色，故亦有將臨床宗教師納入「健康照護提供者」內<sup>21</sup>。其次，2018年3月，由厚生勞動省（相當於台灣之衛福部）發布修訂版的「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」（中譯：有關人生最後階段之醫療・照護決定過程的指引），鑑於不止在醫院，甚且於設施、居家之照護過程，本人亦可能面對人生最後階段之意思決定情形，乃於該次修訂中，特別將照護（ケア）與醫療併列，而強調、突顯「照護」之必要性及重要性<sup>22</sup>。因此，於日本就論述「健康照護提供者」成員時，通常亦多將「照護人員」納入<sup>23</sup>。

此外，美歐於論述 ACP 過程中，亦可見有所謂「ACP facilitator」（「ACP 推進師」）之參與。而「ACP 推進師」雖不一定以具有健康照護專業為必要<sup>24</sup>，惟因多屬健康照護團隊之一員，並扮演推動 ACP 之規畫、執行角色，且協調健康照護團隊參與本人之 ACP，故亦可謂屬於「健康照護提供者」之一<sup>25</sup>。而參考美歐於 ACP 之「ACP facilitator」制度，

日本亦在厚生勞動省之主導下，結合都道府縣等地方行政組織，與不同學會、民間組織合作或自行積極推動所謂「ACP ファシリテーター」（ACP facilitator）或「ACP 相談員」制度，並持續舉辦有關 ACP 之研修課程<sup>26</sup>。（待續）

### 《註釋》

1. 依醫療法第 2 條規定「本法所稱醫療機構，係指供醫師執行醫療業務之機構。」另同法第 12 條第 1 項並明文「醫療機構設有病房收治病者為醫院，僅應門診者為診所；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構為其他醫療機構。」是可知「醫療機構」係為醫師執行醫療業務之機構，復依醫療機構是否「設有病床」或是否「以直接診治病人為目的而辦理醫療業務」，原則上得再區分 (1) 以直接診治病人為目的而辦理醫療業務，①設有病床者為「醫院」，②未設有病床者為「診所」，及 (2) 非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之「其他醫療機構」。另「醫療機構」依是否由「政府機關、公營事業機構或公立學校」或「醫師」所設立，可再區分為「公立醫療機構」及「私立醫療機構」，亦為同法第 3、4 條所明定。而「私立醫療機構」如達到中央主管機關公告一定規模以上者，應改以「醫療法人」型態，並為同法第 16 條規定。再者，同法第 5 條第 1 項復規定「本法所稱醫療法人，包括醫療財團法人及醫療社團法人。」

從而，醫療法以「醫師」為主，先將其執

行醫療業務之機構定為「醫療機構」。其次，將該「醫療機構」，以設立者為「政府機關、公營事業機構或公立學校」者，定為「公立醫療機構」，而設立者為「醫師」者，係為「私立醫療機構」。且「私立醫療機構」如達到中央主管機關公告一定規模以上者，即應改為「醫療財團法人」或「醫療社團法人」之「醫療法人」型態。是以，「醫療機構」並不是「法人」而不具「法律上人格」，就「私立醫療機構」之「醫院」、「診所」而言，在法律人格上即等同於「負責醫師」本身，或是「醫療法人」之「附設醫療機構」，即成為該「醫療法人」之一部。另就「公立醫療機構」來說，則屬於設立者之「政府機關、公營事業機構或公立學校」之一部。

另外，「醫療機構」於符合「諮商機構」條件下，在「預立醫療照護諮商」之角色，主要有二。一是組成實際負責執行「預立醫療照護諮商」之「諮商團隊」(管理辦法第3、4條)；二是於進行「預立醫療照護諮商」後，如本人進而簽署「預立醫療決定」時，則需於「預立醫療決定」上為「核章證明」(病主法第9條第1項第1款)，且於「有事實足認意願人具心神喪失或非出於自願者」，並不得為「核章證明」(病主法第9條第3項)。而有關「醫療機構」就「預立醫療照護諮商」之提供及「預立醫療決定」之核章證明等，與本人間所發生之法律上權利義務關係的具體內容及其效果等，容另文檢討說明。

2. 病主法所明文之「預立醫療照護諮商」與美歐日所稱 Advance Care Planning (ACP) 之差異，可參拙文「『預立醫療照護

諮商』之『病人』-兼評『病人自主權利法』之實像與虛像(一)」，『萬國法律』2021年8月第238期第60-70頁。

3. 荷蘭馬赫特爾德·胡伯(Machteld Huber) 醫生/博士，於2011年提出所謂「Positive Health」(積極健康)概念，主張所謂「健康」，並不是靜態的沒有疾病在身的狀況，而是指當面臨社會的、身體的、情感的挑戰時，積極地適應此等挑戰及主導自我管理的能力(Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges), <https://www.iph.nl/en/about-machteld-huber/> (最後瀏覽日：2021年7月22日)，此種不是追求完全地排除消滅疾病，以求得所謂健康，而是接受面對及適應疾病，並予以自我管理之積極、正向健康觀，非常值得推廣及實踐。另其表示「We speak about 'healthcare', which in fact is 'disease care'」，點出醫療臨床上所強調之「healthcare」，其實仍是偏重於「看病」，而非「看人」之情形，如從「以人為中心」之醫療照護實踐而言，亦值省思。而「healthcare」或有翻譯成「醫療照護」。惟如從「醫療」固為「健康」所必需，但「醫療」並不等同於「健康」，以及「care」的對象應在「本人」，而非僅是「疾病」等考量，本文認為將「healthcare」解為「健康照護」，或較適切。
4. 於美國，有關包含醫療在內之民眾日常生活事項所涉之法律，通常係由各州州議會以判定州法為依循，而非以制定聯邦法方式處理。惟鑑於本人預為意思決定在末期醫療的重要性，聯邦國會於1990年乃制

定聯邦法 PSDA，更於 1993 年就代替決定事項，再制定了 Uniform Health-Care Decisions Act。

5. 於我國多將病主法第 3 條第 3 款之「預立醫療決定」簡稱為「AD」，且此「AD」多指所謂「Advance Decision」，並非「Advance Directive」。惟「Advance Decision」用語，於英國之使用，其內容通常是載明有關「拒絕」維持生命治療、人工營養或流體餵養等之預為決定事項（或稱 Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT），且該「Advance Decision」係取代先前所使用之「living will」或「advance directive」，實與病主法之「預立醫療決定」內容，包含「接受」或「拒絕」有關維持生命治療、人工營養或流體餵養等事項，係有不同。因此，是否得逕將「預立醫療決定」等同於上述「Advance Decision」？容有檢討餘地。其次，「Advance Decision」用語，在文字用語上其實並無「醫療」之意涵。因此，逕將「預立醫療決定」等同於「Advance Decision」，進而簡稱為「AD」，亦值商酌。另於日本係將英文之「Advance Directive」，稱為「事前指示」，併請參考。
6. 最具代表性的研究即為所謂 SUPPORT 研究，A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatments(SUPPORT), The SUPPORT Principal Investigators. JAMA,274(20) : 1591-8,1995.
7. 足立智孝・鶴若麻里「アドバンス・ケ

- ア・プランニングに関する一考察 - 米国のアドバンス・ディレクティに関する取り組みを通して -」, 『生命倫理』第 25 卷 第 1 號 第 69 頁 (2015/9), [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jabedit/25/1/25\\_69/\\_pdf/-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jabedit/25/1/25_69/_pdf/-char/ja) (最後瀏覽日: 2021/7/6), 森雅紀・森田達也『Advance Care Planning のエビデンス何がどこまでわかっているのか?』第 19 頁 (株式会社医学書院、2020/10/15 第 1 版 第 1 刷), 清水哲郎「事前指示を人生の最期段階に関する意思決定プロセスに活かすため」, 『日本老年医学会雑誌』第 52 卷第 3 號 第 224-232 頁 (2015/7), [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical\\_practice\\_52\\_3\\_224.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_224.pdf) (最後瀏覽日: 2021/7/10), Ana Tuya Fulton & Joan M. Teno, Advance Care Planning: Focus on Communication and Care Planning Rather Than on Building the Perfect Form ,in Advance Care Planning Communicating About Matters of Life and Death (Leah Rogne & Susana Lauraine McCune, 2014), Peter A. Singer, Reconceptualizing Advance Care Planning From the Patient's Perspective, <https://jamanetwork.com/journals/jama-internalmedicine/fullarticle/191850> (最後瀏覽日: 2021 年 8 月 16 日)。
8. 有謂 AD 只是一個為 ACP 討論過程之工具 (tool) 及其產物之一，完成 AD 不代表是一個好的 ACP，參 Ana Tuya Fulton & Joan M. Teno 註 7 文。
  9. 有關「預立醫療照護諮商」之主體 / 病人

面相，所涉病主法保障病人自主權之實像與虛像之論述，另可參註 2 拙文。

10. 本文主張「預立醫療照護諮商」之過程，係為本人自主權之程序權行使，且此程序權之行使應受保障，參拙文「安寧緩和醫療的新展開 - 從病人自主權利法的觀察」，『萬國法律』2020年8月第232期 第61頁，[https://eb07c2a2-70a8-445f-9386-7c96b13fad3b.filesusr.com/ugd/8dbf27\\_da2ea627d25547a280ace9a914309e0.pdf](https://eb07c2a2-70a8-445f-9386-7c96b13fad3b.filesusr.com/ugd/8dbf27_da2ea627d25547a280ace9a914309e0.pdf)(最後瀏覽日：2021年7月10日)。

另基於個人「自主原則 (autonomy)」之「個人式自主」，朝向「關係依存式自主 (relational autonomy)」之發展(參註 7 森雅紀・森田達也著書第 37 頁)而言，將「預立醫療照護諮商」或 ACP 之過程，解為係本人自主權之程序權行使，並藉此程序權之行使過程，而由家人等共同參與，不啻正可符合「關係依存式自主」之發展趨勢，且更能促進「關係依存式自主」之具體實踐。

11. 有關雖未依病主法第 9 條第 1 項第 1 款、同條第 5 項及管理辦理第 6 條等規定，而進行「預立醫療照護諮商」，惟確有留存本人意思決定之紀錄者，該紀錄縱未有病主法所規定之法律効力，但仍得發生病主法以外之法律効力。例如違反上述紀錄所載之本人預為意思決定，而對本人身體施予醫療處置者，本人實得以自主權受侵害為由，主張應發生民法上侵權行為損害賠償責任之法律効力等，另請參註 2 拙文註 25，龜井隆太「患者の事前指示について - 民法とのかかわりを中心に」，『千葉大学法学論集』第 30 卷第

12 期第 340 頁 (2015)。

12. 本文雖主張以「預立醫療照護諮商」是否係為簽署「預立醫療決定」之法定前置程序的不同，而區分「一般型預立醫療照護諮商」及「決定型預立醫療照護諮商」兩類型。惟按「預立醫療照護諮商」既是本人自主權之行使，且復是一個本人與家人等之對話溝通程序，則其進行與否當應基於本人之自願而非強制為宜。類如 ACP，於美歐日亦多強調應是一個自願程序 (voluntary progress)。是以，病主法第 9 條第 1 項第 1 款明文規定，為「預立醫療決定」者，「應」經醫療機構提供「預立醫療照護諮商」，而「強制」本人如擬簽署「預立醫療決定」，即「應」進行「預立醫療照護諮商」情形，其實除與前述所揭 ACP 之「自願性」有所衝突外，亦不符同法第 1 條「尊重病人醫療自主」之立法意旨。另外，病主法第 9 條第 2 項復明文「意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。」進一步規定意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人「應」參與同條第 1 項之預立醫療照護諮商，而不問本人是否同意，亦有違前述自願程序 (voluntary progress) 之原則。
13. 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。」有謂此際之「確認」，係進行所謂「第二次 ACP」者。惟 (1) 不論是「預立醫療照護諮商」或「ACP」皆應係一個持續多次

的溝通過程，不應僅係為完成「預立醫療決定」或AD之一次性程序。(2)再者，前述「確認」後，本人如係維持原先「預立醫療決定」之內容及範圍，即得進一步啟動後續之「預立醫療決定」執程序，並不會再有所謂執行「第二次ACP」之情形才是。相對於此，前述「確認」後，如本人係改變原先「預立醫療決定」之內容及範圍者，則依病主法施行細則第8條規定，不論是即改依本人之書面意思表示為之或必須進行撤回或變更原先「預立醫療決定」之程序，皆未規定要求此際必須再進行所謂第二次之「預立醫療照護諮商」程序。是以，前述所謂「第二次ACP」之說法，實有待商榷。

再者，如逕將前述「確認」本身，即指必須再為一次「預立醫療照護諮商」情形者，惟稱此為所謂「第二次ACP」之說法，亦存有未留意「預立醫療照護諮商」並不同於「ACP」之疑義。且在此情形下，因涉及「預立醫療決定」之撤回或變更事項，故縱認此際之「確認」本身，即指必須再為一次「預立醫療照護諮商」情形者，則此「預立醫療照護諮商」之類型，亦得解為係本文所指之「決定型預立醫療照護諮商」之一。

14. 依英國心智能力法 (Mental Capacity Act 2005, MCA 2005) 規定，於進行ACP後，就其進行結果 (outcome) 可區分為 (1) 簽署 Advance statement of wishes、(2) 簽署 Advance decision to refuse treatment (ADRT) 及 (3) 選任 Lasting power of attorney (LPA) for health and welfare decisions 等三種不同情形。而上述 (2) 簽署 ADRT，即類似我國病主法

所規定經「預立醫療照護諮商」而簽署「預立醫療決定」般情形。惟縱未簽署 ADRT 時，亦得簽署前述 (1) 之 Advance Statement，且此 Advance Statement 並定位為確係本人之預為意思表示，未來如於本人陷入喪失意思能力而無法自為意思表示，須由他人代替決定 (substitute decision-making, SDM) 情形，則在衡量認定本人之最佳利益 (best interests) 時，亦需將本人所曾簽署之 Advance Statement，一併納入考量，Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. Br. J Gen Pract 2011;61:e537-41, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3145538/pdf//bjgp61-e537.pdf> (最後瀏覽日:2021年7月18日)。

是參酌前述英國心智能力法規定，本文主張將「預立醫療照護諮商」區分為「一般型預立醫療照護諮商」及「預立醫療決定型預立醫療照護諮商」之不同類型 (惟 MCA 2005 並未就 ACP 規定為係簽署 ADRT 之法定前置程序，係有不同。) 並予以不同的法律効力，並非純粹抽象論述，實得據此而擴大「預立醫療照護諮商」之利用推行，而更加充實自主權之行使保障。

15. 於此之「醫事人員」，本文認為可依「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第2條第1項所規定之「本辦法所稱醫事人員，指醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、護理師、護士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫事放射師、醫事放射士、營養師、助產師、助產士、心理

師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師及牙體技術生、驗光師及驗光生。」惟並非「醫事人員人事條例」第2條第1項所規定之「醫事人員」。蓋得共同參與「預立醫療照護諮商」之「醫事人員」，應不以前揭「醫事人員人事條例」第2條第1項所規定「並擔任公立醫療機構、政府機關或公立學校（以下簡稱各機關）組織法規所定醫事職務之人員」為限才是。

16. 本文雖主張「照護人員」不包含於「醫療服務提供者」內，但應屬於病主法第3條第6款所規定「其他相關人士」之一，容另文論述，先予敘明。
17. 醫病間通常經解為係屬委任等契約關係，然鑑於醫療之專業性，於醫病間，就接觸、持有及理解醫療資訊程度之不對等性，故醫病間就醫療面，確實存在巨大之落差，而處於「當事人不對等」之情形。是以，在此「當事人不對等」之現實上，是否仍適合認為醫病間係為「當事人對等」之「契約關係」，即有再為檢討之餘地。從而，亦有主張醫病間，與其說是委任等契約關係，其實更應直接構成所謂「信託關係」(fiduciary relation)或是主張醫病間縱為委任等契約關係，亦應認為醫師對患者需負有所謂信託義務(fiduciary duty)。
18. 衛福部目前主要將此課程，委由以下單位規劃舉辦，且除實體課程外，亦多已開設線上課程：
  - (1) 病人自主研究中心，<https://parc.tw/event/video/article/336>(最後瀏覽日：2021年6月14日)。
  - (2) 財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基

金會，<https://elearning.hospice.org.tw/publicUI/A/A10101.aspx?arg=8D7DD8409FA924F071>(最後瀏覽日：2021年6月14日)。

- (3) 台北市立聯合醫院人文創新書院，[https://tpech.gov.taipei/News\\_Content.aspx?n=877286A31FC8E41F&sms=899866C3E3D16060&s=9043A84E9F95B10F](https://tpech.gov.taipei/News_Content.aspx?n=877286A31FC8E41F&sms=899866C3E3D16060&s=9043A84E9F95B10F)(最後瀏覽日：2021年6月14日)。
19. 有主張ACP是為尊重患者意思所必須的程序，就如何予以實踐，應是所有健康照護者所應該熟習、掌握的，荻野美惠子「ACPが正しく伝わるために現状と課題、今後の展望」，『<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卷第5期第406頁(株式会社へるす、2019/5/20發行)。
20. 工藤浩史「薬剤師」，宇井睦人編集『まるっと! アドバンス・ケア・プランニングいろんな視点で読み解くACPの極上エッセンス』(株式会社南山堂、2020年4月20日1版1刷)第106頁。
21. 註20宇井睦人編集前掲書第85-126頁，即區分醫師、醫院護理師、訪問(居家)護理師、藥劑師、醫療社會工作人員、宗教師、心理師，甚且志工等不同職務下，分別說明參與ACP之各自應有角色及留意事項等。且因ACP會有多數不同職種職務者之共同參與。所以，於ACP之進行過程，對話討論甚而決定之紀錄分享等事項，在多職種間如何共同合作？以確保實踐合乎本人價值觀等之健康照護的提供，一直是一個必須重視及充實的課

- 題, 山口健也「一般病棟に入院中から始める場合」, 註 20 宇井睦人編集前掲書第 23 頁, 竹之内沙弥香「患者との話し合いの手引き」を用いた話し合い, 『人を生かし自分を生かす意思決定支援と ACP 話し合いの手引き、看護管理』第 30 巻第 2 期第 142 頁(株式会社日本看護協会出版会、2020/2/20 發行)。
22. 木澤義之「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と医意思決定支援のプロセス」, 『人を生かし自分を生かす意思決定支援と ACP 話し合いの手引き 看護管理』第 30 巻第 2 號第 108 頁(株式会社医学書院、2020/2/10 發行)
23. 池永昌之・濱吉美穂編集『アドバイス・ケア・プランニング(ACP) 実践ガイド 患者・利用者の生き方・暮らしに焦点をあてた意思決定支援に向けて』第 18 頁(中央法規出版株式会社、2020/7/20), 内田陽子「介護・福祉の場における ACP」, 『<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 巻第 5 期第 491 頁(株式会社へるす、2019/5/20 發行), 古澤香織・高岡里佳「ケアマネの役割とは多職種の異なる責務をフラットにつなぐ調整役」, 『地域包括ケアをリードする医療と介護 Next』第 4 巻第 2 號第 20 頁(株式会社メディカ出版、2018/4/10 發行), 藤田栄輔「あい介護老人保健施設での取り組みを通して」, 『特集アドバンス・ケア・プランニングを支える看護の役割看護実践の科学』第 45 巻第 2 號第 32 頁(看護の科学社、2020/2/1 發行), 長尾和弘『訪問看護師とケアマネジャーのためのアドバンス・ケア・プランニング入門』第 11 頁(有限会社健康と良い友だち社、2020/4/15 初版第 1 刷發行), 田中美樹「在宅での看取りにおける 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 8 號第 78 頁(株式会社日本看護協会出版会、2019/6/5 發行), 日本老人医学会「ACP 推進に関する提言」[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf)(最後瀏覽日:2021年7月20日)。
24. 有名之 Respecting Choices programme 即以非具有健康照護專業人士為 ACP facilitator, 而成功推展 ACP, Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W.: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial, BMJ. 2010; 340(mar 23 1):c135, <http://doi.org/10.1136/bmj.c1345>(最後瀏覽日:2021年8月10日)。
25. 如註 18 所示衛福部目前就取得「諮商團隊」成員資格, 係要求必須參加一定的訓練課程。換言之, 衛福部訓練課程之對象, 係以擬成為「決定型預立醫療照護諮商」之「諮商團隊」成員的醫師、護理人員等醫事人員為原則, 惟於日本除就醫師、護理人員等醫事人員, 提供有關 ACP 之訓練課程外, 另就「ACP facilitator/ 相談員」之育成, 亦設有相關的訓練課程, 且其訓練課程之對象, 並不限於醫師、護理師等醫事人員。就台日間上述課程之目

標、對象及內容之比較，容另文論述說明。

26. 西川則滿等「アドバンスケアプランニングとエンドオブライフディスカッション」, 『日本老年医学会雑誌』第52卷第3號第217-223頁(2015/7), [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical\\_practice\\_52\\_3\\_217.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_217.pdf) (最後瀏覽日: 2021年7月20日), 日本老人医学会「ACP推進に関する提言」, [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf) (最後瀏覽日: 2021年7月20日)。