

## 預立醫療照護諮商與諮商倫理

李岳庭\*

### 摘要

病人自主權利法 (Patient Right to Autonomy Act, PRAA) 於 2019 年 1 月 6 日正式實施，該法透過簽署預立醫療決定 (Advance Decision, AD)，尊重病人自主決定醫療權。該法規定簽署前，需經過預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)，並由醫療院所評估後於預立醫療決定上核章，該決定始能生效。本文作者透過自身於安寧醫療照護場域之工作經驗，提出國內目前實施預立醫療照護諮商常見議題，包括：(一) 華人文化下親屬意見與病人自主間的兩難。(二) 醫療委任代理人的權利與身份擬定。(三) 預立醫療照護諮商的次數與時效性。以及可能面臨的諮商倫理相關議題，如：(一) 預立醫療照護諮商專業能力與相關專業知能。(二) 各方意見之權衡。(三) 預立醫療照護諮商的相關資源轉介。本文作者也建議相關單位能提供訓練、認證與服務，提供意願簽署人與其家屬資源上的支持，使病人自主權利法能更體現其初衷與本意，減少家庭及社會之糾紛，以及提升醫療資源使用之效能。

**關鍵詞：**病人自主權利法、預立醫療決定、預立醫療照護諮商、諮商倫理

---

\* 國立台南大學諮商與輔導學系副教授。  
E-mail: ylee@gm2.nutn.edu.tw

## **Advance Care Planning (ACP) and Ethics in Counseling**

Yueh-Ting Lee \*

### **Abstract**

Patient Right to Autonomy Act (PRAA) of Taiwan is officially implemented on January 6, 2019. By signing the Advance Decision, patients can determine to accept or refuse treatments in their end of life. PRAA rules that people would accept the Advance Care Planning (ACP), and be approved by the hospital on their applications, before making the Advance Decision. This paper thus aims to present difficulties and ethical issues throughout the experience of the proposer who worked in situation of Hospice Care. The difficulties include (a) The dilemma of patients and families in Eastern Culture. (b) The appointment of Health Care Agent. (HCA) (c) The times and persistent of Advance Care Planning. The ethical issues include (a) The related abilities and knowledge of ACP. (b) The balance of the opinions across the different aspects. (c) Transferring patients to the related resources. This paper then suggests that the related departments can provide trainings and certifications, including hospitals and universities. The related departments can also provide more services to support patients and families. Thus, the Advance Decision of PRAA can reduce disturbances in families and society and waste of medical resources.

**Keywords:** Patient Right to Autonomy Act (PRAA), Advance Decision (AD), Advance Care Planning (ACP), Counseling Ethics

---

\* Associate Professor, Department of Counseling and Guidance, College of Education, National Tainan University, Taiwan.

## 預立醫療照護諮商與諮商倫理

李岳庭

### 一、前言

「最後一哩路，由我決定。」《病人自主權利法》於 2016 年 1 月 6 日由立法院通過並公告，經過三年預備期，於 2019 年 1 月 6 日正式實施，迄今已上路滿一周年。這是緊接在《安寧緩和醫療條例》之後，我國第二部善終專法，該法目的為給予重症病人透過簽署預立醫療決定 (Advance Decision, AD)，病人與家屬達成良性共識，尊重其善終的意願，並期能增進醫病之間的溝通關係。《病人自主權利法》所強調之核心精神即在於「自主選擇」，簽署預立醫療決定是彰顯此精神的重要關鍵。同時，為保障決定書簽署能最符合意願人之期待，預立過程更是相當謹慎，作為預立醫療決定生效的核心精神，根據《病人自主權利法》施行法第九條規定，醫療機構提供預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP)，意願人與其二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人陪同參與商討，並於預立醫療決定上核章證明，簽署始可生效。<sup>1</sup>在立法所保障權益之

---

<sup>1</sup> 病人自主權利法第9條：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

下，意願人、家屬及醫療機構三方經過醫師、護理師、社會心理人員提供專業資訊，意願人及家屬達成妥善溝通，明白此法保障病人對於疾病之知情權，以及病人對於醫療選項有選擇與決定的權力，家屬不可妨礙等原則。即使意願人當下不簽署亦可，經過跟親友一起思考、探索生命議題亦是很有意義的過程。此諮商屬自費諮商服務，目前全台灣共有 77 間醫療院所提供預立醫療照護諮商服務門診，讓有意願預立醫療決定之民眾，獲得協助。諮商服務的介入也基於維護意願人的基本權益並協助釐清意願人與其家屬在預立醫療決定方面之存疑，增進實現「自主」之效<sup>2</sup>。預立醫療照護諮商能夠透過專業醫護諮商團隊了解：（一）意願人依《病人自主權利法》所擁有的知情、選擇及決定權。（二）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的特定臨床條件。（三）預立醫療決定書的格式及其法定程序。（四）預立醫療決定書的變更及撤回程序。（五）醫療委任代理人的權限及終止委任、當然解任的規定。隨著意願人及家屬等深入了解《病人自主權利法》符合善終之內涵，更能做出正確的預立醫療決定。

本文將由於安寧照護領域工作的諮商人員觀點出發，在病人自主權利法實施後，當中預立醫療照護諮商所面臨的問題，對相關從業人員可能會面臨的倫理議題進行探究與討論。

## 二、病人自主權利法條例與內涵

《病人自主權利法》做為我國以及全亞洲第一部完整地保障病

---

亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。

<sup>2</sup> 尉遲淦，2019，〈自主與善終〉，《應用倫理評論》，第 67 期，頁 29-41。

人自主權利的專法，其立法目的為尊重病人醫療自主、保障其臨終權益，促進醫病關係和諧，實為突破《安寧緩和醫療條例》侷限性之作為，且更貼近醫療倫理之「自主、行善不傷害」之基本原則。此法借鏡在歐美各國普遍施行「不加工延長生命」之「拒絕醫療權」，強調重視病人能夠自主選擇符合主觀利益之醫療處置<sup>3</sup>。相比《安寧緩和醫療條例》所訂定之臨床條件，擴張適用之疾病至特定臨床條件，上述特定臨床條件定於本法第 14 條中，包含：（一）末期病人、（二）處於不可逆轉之昏迷狀況、（三）永久植物人狀態、（四）極重度失智與（五）其它經中央主管機關公告之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它合適解決方式之情形等。<sup>4</sup>同時，實施必要緩和醫療之外，調整「拒絕或撤除醫療」之範圍：在病人知情同意病況後，選擇接受或拒絕維持生命治療、人工營養及流體餵養等醫療照護相關意願之決定。

本法第 4 條<sup>5</sup>、第 5 條<sup>6</sup>，醫師需與病人經由充分的告知與溝通

<sup>3</sup> 張麗卿，2016，〈病人自主權利法-善終的抉擇〉，《東海大學法學研究》，第 50 期，頁 1-47。

<sup>4</sup> 病人自主權利法第 14 條：病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：

- 一、末期病人。
- 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。
- 三、永久植物人狀態。
- 四、極重度失智。
- 五、其他經中央主管機關公告之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情形。

<sup>5</sup> 病人自主權利法第 4 條：病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人，不得妨礙醫療機構或醫

後，說明所有的治療方式與風險，由病人評估後自主作下醫療決定。而親屬、醫療委任代理人等人，皆不能以任何方式，妨礙病人自主之選擇以及醫療團隊進行的專業判斷與醫療計畫，貫徹病人知情同意權以及減少家屬意見之糾紛。本法第 8 條、第 9 條、第 12 條等，則嚴謹規範預立醫療決定需以書面為之，並當需要進行撤回或變更時，也需以書面作業記載於健保卡中。並於本法第九條訂定，意願人為預立醫療決定，應合乎下列規定：（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。（二）經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。（三）經註記於全民健康保險憑證。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。然而二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。

當意願人於完成簽署預立醫療決定後遭遇重大疾病，經由相關專科醫師確診以及緩和醫療團隊進行兩次的照會，確認意願人已符合前述五種特定臨床條件，即可依據本法施行細則 15 條：「本法第十四條第二項所定緩和醫療團隊至少二次照會確認，為在相關專科醫師確診後，協助確認本法第八條第二項病人之預立醫療決定及其內容。」啟動預立醫療決定，且醫療照會的團隊至少要包括 3 位醫

---

師依病人就醫療選項決定之作為。

<sup>6</sup> 病人自主權利法第 5 條：醫療機構或醫師應明確告知病人本人病情，確保知情同意。病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。若病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。

事專業人員：醫師、護理師，以及社工師或心理師其中一種，並經由這兩次的緩和醫療團隊的照會，將可依意願人（病患）自主意願行使拒絕醫療權，執行預立醫療決定之流程。

### 三、預立醫療照護諮商常見議題

依據《病人自主權利法》第九條規定，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預立醫療照護諮商，以及經意願人同意之親屬亦得參與。立法上路後，各大醫療院所為因應此項之規定，設立預立醫療照護諮商門診，提供民眾能以自費方式，於各大醫療院所中預約門診，進行預立醫療照護諮商。以下將依照預立醫療照護諮商實行迄今之現況，心理諮商人員會遇見的議題分述之。

#### （一）華人文化下親屬意見與病人自主的兩難

在預立醫療照護諮商中，雖規定二等親之親屬需有一人參與，但如何整合所有親屬之意見，也是備受挑戰的。病人自主權利法旨在病人對於自身醫療自主的決定權，在西方個人主義下，將對於自身臨終醫療計畫之自主決定權歸於病人，病人親屬在作出決定時，較少受到社會文化上的壓力；但《病人自主權利法》在華人社會文化下實施時，由於華人較重是親屬關係的和諧，個人常常無法像個人主義下的個體，可以自由自在的自我做決定並獲得親屬的尊重，因此當參與預立醫療照護諮商中的意願人及親屬，所以達成決定，但容易在回到家庭或家族中時，因著考量點或價值觀的不同而產生衝突，更甚者會受到社會觀感與道德上的譴責，因此無法順利進行

醫療照護諮商，並簽署預立醫療決定。<sup>7、8</sup>

進行預立醫療照護諮商時，在家屬中各成員面臨自身狀況不同考量下，都將影響預立醫療照護諮商的歷程與決定。心理方面，意願人將面對死亡的議題，當面對死亡時的無存與恐懼產生焦慮時，心理上的準備與坦然面對是不容易且需要時間的，親屬則要面對重要親人離世的分離與焦慮，如對於死亡之價值觀、親人離去持有著不同的態度與觀點，這些若事前並未在家族中達成某種程度的一致同意，則在預立醫療照護諮商中將會出現，增加諮商的過程。生理方面，意願人與家屬將面對身體狀況之衰落與存活下來後的照護問題，當自身生理已改變，無法再以健康的身體過生活時，甚至面臨生活無法自理的狀況，對自己與身邊的人都可能成為一大挑戰。此外，當家屬成員間有著現實利益考量、財產分配意見等家庭內議題紛爭時<sup>9</sup>，若意願人的離開與留下都將影響家族利益與私人利益時，親屬的意見將可能有更大程度左右意願人之決定。因此，參與在預立醫療決定之諮商人員如何去協調並整合親屬意見，而達到尊重意願人本人之自主意願，皆是預立醫療照護諮商過程中專業人員將面臨到的難題與挑戰。若醫療團隊經過整體性評估，判斷意願人與其親屬無法達成共識，暫不適合於預立醫療決定上核章。若需要進行後續資源的轉介，如：個人與家庭諮商、法律諮詢服務等，醫療機構應得協助意願人與家屬，提供相關管道資訊或後續追蹤服務。並

<sup>7</sup> 馬瑞菊、林佩璇、蕭嘉瑩、蘇珉一、曾令君，2019，〈自主善終的臨床觀點—從病人自主權利法與 ACP 談起〉，《護理導航》，第 20 卷，第一期，頁 16-27。

<sup>8</sup> 蔡甫昌、郭蕙心，2017，〈病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰〉，《臺灣醫學》，第 21 期，頁 62-72。頁 29-41。

<sup>9</sup> 陳秀丹，2019，〈從一位醫師的角度來看病人自主權利法〉，《應用倫理評論》，第 67 期，頁 65-76。



期望能將家庭內之議題意見整合後，再行預立醫療決定之歷程。

## （二）醫療委任代理人的權利與身份擬定

《病人自主權利法》規定，意願人可選定一人作為醫療代理人，該人必須是二十歲以上之完全行為能力人，並經由書面同意後委任，不一定需要為二等親內之親屬。當病人陷入昏迷、失去意識無法清楚表達意願之時，醫療委任代理人將代理病人表達意願，決定執行事先簽署之預立醫療決定。因醫療委任代理人需意願人同意後委任，此人之身份雖需經過預立醫療照護諮商討論，但身份的選擇上將受其它親屬的質疑與討論，以及背負代理意願人執行決定的責任與壓力。醫療委任代理人需在病人無法表達狀態時候，代理病人遵從其簽署之決定執行時，如與家屬意見產生衝突時，或家屬臨時欲推翻病人當初簽署的決定時，可能重蹈醫療團隊在執行上兩難的局面。

另外，當意願人意識昏迷或無法清楚表達決定，則需由醫療委任代理人執行預立醫療決定。但若是醫療委任代理人亦面臨如失去行為能力或死亡等狀況，無法代理意願人啟動執行預立之決定，依據《病人自主權利法》第 13 條，終止、變更醫療委任代理人需透過書面申請之，意願人及醫療委任代理人卻均無法發揮作用時，意願人親屬能否完全依照病人自主之決定，也將可能違背《病人自主權利法》之初衷。因此，醫療委任代理人是否可以有優先順序名單，以至於當第一位醫療委任代理人因故無法趕回醫療現場或無法執行意願人之預立醫療決定，可以有順位的醫療委任代理人代理執行之。另外，預立醫療照護諮商若由心理師服務，心理師是否可以擔任醫療委任代理人，這一個議題，將可由心理師法中的雙重關係

給以拒絕，並在一開始的知情同意書中就說明清楚。但若無親人之意願人，其最信任的人是與他諮商的心理師，倫理與道德將是一個考驗。

### （三）預立醫療照護諮商的次數與時效性

在進行預立醫療決定簽署前，會進行預立醫療照護諮商，經由醫護團隊及專業社會心理人員進行評估後，醫療單位於預立醫療決定書上核章，此決定始能生效。目前病人自主權利法中，尚未明訂醫療照護諮商之次數與時效性。預立醫療照護諮商於醫療院所中，皆屬於自費門診，對於意願人與家屬來說，上千元的諮商費用可能是筆不小的負擔。若民眾在無法確定單次諮商是否能達成共識預立決定，或是因經濟狀況而無法進行下次諮商，政策上該如何提升民眾接受預立醫療照護諮商之意願，達成醫病共榮體現病人自主之核心價值，亦屬目前本法推動上的挑戰之一。對於一般大眾而言，預立醫療照護諮商，就實務面不太會有一次性的會談即達到預立的目標，因為澄清教導預立醫療決定的內涵就會花很多的時間，再加上意願人的考慮及與家人的討論，這些都會引起意願人需要反覆的與醫療照護諮商人員進行詢問及討論，這個過程將會提升醫療照護諮商之次數及時間。反之，在預立醫療照護諮商的過程中，會引發更多的議題的討論，如是否要立遺囑？財產如何切割？醫療委任代理人的選定等。

在時效性的部分，目前本法未明訂簽屬預立醫療決定是否有時效限制，雖可隨時進行變更，但若意願人於五年、十年後進入昏迷、無法自理等狀態，經由安寧照護團隊、醫療委任代理人、親屬的照會後，決定啟動預立醫療決定，但此時真的是當下病人自主的

決定嗎？或許在經過一段時間後，病人對於預立的醫療計畫有所改變，那當初的預立決定，是否能夠完全體現病人當下的決定？<sup>10</sup>簽署前進行的醫療照護諮商為多方討論的結果，是否也可能隨時間的流變、醫療技術的進步等情形，病人、家屬、醫療團隊有不同於當初的考量與協商過程，而需重新進行預立醫療照護諮商。此外，意願人雖簽訂過預立醫療決定，但在真正面對死亡的心理狀態下，臨時要撤銷先前的預立醫療決定，以書面申請撤銷的條件，是否符合臨床實務工作的現場，是需要考慮。

綜上所述，本文作者認為，可以明訂出需追蹤的時間與方式，以每年或每兩年方式，要求簽署人、醫療委任代理人、親屬固定回院進行諮商。確認當初協商與簽署內容，包括每項的註記與醫療委任代理人身份等。當更改預立醫療決定時，重啟預立醫療照護諮商歷程，由執行醫療院所，核章於新立之預立醫療決定，以書面記載更改。以求在意願人呈現法規所定之臨床狀態時，遵循其預立醫療照護決定，是較為接近病人自主的本意。

#### 四、預立醫療照護諮商與倫理相關議題

諮商人員於進行預立醫療照護諮商時，在以不傷害當事人最大利益為原則下，將面對不同的倫理兩難議題，以下將分述之。

##### （一）預立醫療照護諮商專業能力與相關專業知能

在進行預立醫療照護諮商同時，心理師需先備跨領域之專業知

---

<sup>10</sup> 周琬琳，2019，〈突然不想死錯了嗎-從尊重自主原則到尊重自主死亡的道德疑慮〉，《應用倫理評論》，第 67 期，頁 125-139。

能，並透過進修充實新法之內涵，在必要時了解自身專業能力之限制，不對個案做出超出個人能力的判斷。而預立醫療照護諮商除需具備個別諮商能力，涵蓋領域跨足醫療諮商、臨終諮商、家庭諮商與團體諮商等不同專業能力。

醫療諮商部份，需對於醫療相關專業知能部份有一定了解，並同時具有病理上各疾病之相關認識。如《病人自主權利法》所規定五種類臨床疾病之情況，了解病程的可能發展、法規上的釐清與了解，皆需透過一系列的教育訓練去完備。而在諮商如何與不同專業之醫師、護理師等人合作，協助病人與親屬對於不瞭解的部分，與醫療團隊間能夠加以澄清與補充，在尊重醫療團隊的醫療專業，與重視雙方醫病關係互相配合下，達成良好的共識，進而形成預立醫療決定。

臨終諮商部份，諮商人員面對生死相關議題是不可避免的。在面對臨終議題時，可能會牽引起諮商人員的個人議題與生死價值觀。在進行相關諮商服務時，諮商人員需有能力進行充分的自我探索，瞭解自身的價值觀，並確保此價值觀不會影響到個案。諮商歷程中時刻的自我覺察，對於自身的狀態與情緒的敏感度，是諮商人員需要不斷經過反思的歷程。依據諮商倫理，諮商員應避免個人議題影響到治療關係與內容，而造成個案的權益受損，以符合專業倫理之規範。<sup>11、12</sup>

---

<sup>11</sup> 李珮怡，2006，〈臨終諮商倫理初探－照護癌末病人個我經驗之反思與建構〉，《哲學與文化》，第 33 期，頁 33-56。

<sup>12</sup> 臺灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則 3.諮商師責任

3.1.2. 專業知能：為有效提供諮商專業服務，諮商師應接受適當的諮商專業教育及訓練，具備最低限度的專業知能。

3.1.3. 充實新知：諮商師應不斷進修，充實專業知能，以促進其專業成長，提昇專

家庭諮商與團體諮商方面，預立醫療照護諮商之會談成員依法規定需由醫師、護理師、意願人、家屬等不同身份參與，進行醫療團隊與家庭團體會談。心理師在這部份需具備家庭結構、團體動力、以及進行兩人以上諮商的能力。諮商進行中也需時刻覺察團體中專業權力的不對等，並協助醫療團隊與家屬間的意見能夠形成交流，並將《病人自主權利法》中相關權利與規範完整地傳遞給意願人及親屬，以建構有效之溝通歷程。

## （二）各方意見之權衡

在預立醫療照護諮商的過程中，如遇見醫療團隊、意願人與親屬在意見上的分歧，諮商人員將面臨兩難局面。醫療團隊將於預立醫療照護諮商歷程中，解釋病人主權利法中相關規定，並確實讓病人、家屬知情。在團體會談中，當病人與家屬意見相左時，該會談之醫師、護理師、心理師與社工師等，該如何分工並權衡之間的衝突，若以病人自主為出發點考量時，意願人與家屬間的意見該如何溝通與權衡，如何讓親屬能面對與尊重親人的選擇，也考驗著諮商人員的敏感度與客觀性。透過諮商人員具客觀性的覺察團體中專業權力的存在與流動，維護意願人的自主選擇權，避免造成意願人與親屬在尚未能接受的情況下，簽署預立醫療決定而造成的傷害。並

---

業服務品質。

- 3.1.4. 能力限制：諮商師應覺知自己的專業知能限制，不得接受或處理超越個人專業知能的案。
- 3.1.5. 專業領域：從事不同專業領域的諮商師，應具備該專業所需要的專業知能、訓練、經驗和資格。
- 3.1.6. 自我瞭解：諮商師應對個人的身心狀況提高警覺，若發現自己身心狀況欠佳，則不宜從事諮商工作，以免對當事人造成傷害。

以意願人最大利益福祉為目的，協助多方能充分溝通協調交換意見，完成預立醫療照護諮商與簽署預立醫療決定。<sup>13</sup>

### （三）預立醫療照護諮商的相關資源轉介

預立醫療照護諮商以完成簽署預立醫療決定為目標，而在預立醫療照護諮商的過程中，可能會浮現個人與家庭的相關議題，在會談過程中若是個案尚未準備好可能會造成傷害。完成簽署預立醫療決定後，面對此決定意願人心理所起的漣漪反應，在簽署後應進行相關資源服務轉介，提供意願人與親屬相關心理上、社會上的資源支持，如心理諮商服務與法律諮詢服務。目前簽署預立醫療決定前，必須經過預立醫療照護諮商，因此基於保障弱勢家庭之社會福祉，亦須考量擬定提供相關社會資源，以協助預立醫療照護諮商費用，以求平等相待社會大眾之受醫療權。<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> 臺灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則 2.4.5 f. 團體諮商：諮商師領導諮商團體時，應審慎甄選成員，以符合團體的性質、目的及成員的需要，並維護其他成員的權益。運用團體諮商技術及領導活動時，應考量自己的專業知能、技術及活動的危險性，做好適當的安全措施，以保護成員免受身心的傷害。

<sup>14</sup> 臺灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則

2.6.3. 轉介資源：為便利轉介服務，諮商師應熟悉適當的轉介資源，協助當事人獲得其需要的幫助。

2.6.1. 轉介時機：因故不能繼續給當事人諮商時，應予轉介。

a. 當事人自動要求結束諮商：

若當事人自動要求結束諮商，而諮商師研判其需要繼續諮商時，諮商師應協調其他輔助資源，予以轉介。

b. 專業知能限制：

若當事人的問題超越諮商師的專業能力，不能給予諮商時，應予轉介。

## 五、結語

病人自主權利法已上路，各大醫療院所所開立之預立醫療照護諮商也漸步上正軌，而簽署預立醫療決定前進行的預立醫療照護諮商，在執行過程中也將面臨許多的挑戰與倫理上的思量，以下為本文作者對於現行之法規與預立醫療照護諮商提出之建議。

作者發現目前國內相關訓練，以各醫療院所教育訓練以及安寧照顧基金會推動為主，作者建議台灣輔導與諮商學會、台灣諮商心理學會等、相關系所學校等單位，也能配合提供一套完整訓練機制。內容可包括醫療諮商基礎理論、家庭諮商概念、臨終諮商、病人自主權利法規相關研習、諮商及醫療倫理等研討，建立完整受訓後之人才庫。目前預立醫療照護諮商之執行，除了各大醫療院所，建議與在地通過訓練、認證之諮商所、行動心理師合作，提供前線醫療諮商人力短缺的困難之後盾。或與相關醫療院所、社區心理諮商治療單位，開辦增設諮詢服務與人力。並可考慮開辦意願人間支持團體、家屬間支持團體，透過更多不同型式的資源，提供意願人與家屬心理照顧與社會支持。法律諮詢服務部份也建議向相關單位進行合作，提供民眾專業法律諮詢服務，以求能在現實事務如後事處理、財產分配等較無後顧之憂，協助意願人體現本法立法之「自主」精神。整合社會資源，提供經濟相對弱勢族群在預立醫療諮商費用上給予補助，使得預立醫療諮商容易執行，達到推廣預立醫療決定，以減少社會紛爭及醫療資源的不必要使用。本文所提之倫理考量，期待能給提供預立醫療諮商服務之專業人的參考，並對病人自主權利法實施後，為來修法的考量。

## 參考文獻

### 一、法規：

病人自主權利法法條。

病人自主權利法施行細則。

安寧緩和條例。

台灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則。

### 二、期刊文獻：

李珮怡，2006，〈臨終諮商倫理初探－照護癌末病人個我經驗之反思與建構〉，《哲學與文化》，第 33 期，頁 33-56。

周琬琳，2019，〈突然不想死錯了嗎-從尊重自主原則到尊重自主死亡的道德疑慮〉《應用倫理評論》，第 67 期，頁 125-139。

馬瑞菊、林佩璇、蕭嘉瑩、蘇珉一、曾令君，2019，〈自主善終的臨床觀點－從病人自主權利法與 ACP 談起〉，《護理導航》，第 20 卷，第一期，頁 16-27。

陳秀丹，2019，〈從一位醫師的角度來看病人自主權利法〉，《應用倫理評論》，第 67 期，頁 65-76。

尉遲淦，2019，〈自主與善終〉，《應用倫理評論》，第 67 期，頁 29-41。

黃漢忠，2019，〈從儒家的觀點省察病人自主權利法的限制〉，《應用倫理評論》，第 67 期，頁 43-64。

張麗卿，2016，〈病人自主權利法-善終的抉擇〉，《東海大學法學研



究》，第 50 期，頁 1-47。

蔡甫昌、郭蕙心，2017，〈病人自主權利法之倫理觀點與實務挑戰〉，《台灣醫學》，第 21 期，頁 62-72。頁 29-41。