

# 醫師與律師 在預立照護計畫上之專業協作

## Professional Collaboration between Doctors and Lawyers in Advance Care Planning

謝宛婷\*

Wan-Ting Hsieh

洪嘉蔚\*\*

Chia-Wei Hung



元照出版提供 目錄 請勿公開散布

壹、前言：問題意識的提出	(一)醫療系統因素
貳、進行預立照護計畫常見的 障礙原因	(二)法律系統因素
一、認知因素	參、醫療與法律協作以支持預立 照護計畫討論的行動架構
(一)醫療專業人員的認知	一、醫療與法律在跨專業上的 學習以及執行經驗的再造
(二)法律專業人員的認知	
二、系統因素	(一)跨專業學習模式初探

DOI: 10.3966/168067192020120040003

投稿日期：2020年3月18日；接受刊登日期：2020年10月14日

\* 國立成功大學法律學系碩士；奇美醫學中心緩和醫學科主任、安寧緩和、老年醫學、家庭醫學專科醫師。

\*\* 國立成功大學法律學系碩士；蔚然法律事務所主持律師。

(二)跨專業協作主題	五、推廣高齡照護律師的認證與執業指引
二、形成固定的合作團隊	六、加強多媒體資源系統的運用並且融入文化適應的元素
三、在固定的地點如診所或事務所提供協作服務以推廣可近性以及利用率	肆、可預期之挑戰與展望
四、律師成為醫療照護體系中的常態性團隊成員並且發揮應有的角色與連結	伍、代結語



## 摘 要

預立照護計畫是個人對於未來醫療決定、身體照顧、決策代理人與監護人選定、財產規劃、遺囑與後事安排整體規劃的討論。醫師熟悉預立醫療決定，但對監護制度、財產規劃、遺囑等法規缺乏認知，律師習於財產分配與遺囑等法律，卻對醫療決定的自主保障做法陌生，本文建議建構醫師與律師協作模式以克服現有的障礙，同時提出跨專業學習與執行經驗的再造，讓律師成為醫療照護體系中的常態性成員、推廣高齡照護律師的認證與執業指引等來推動預立照護計畫的協作，也建議我國進行相關的實證研究，以因應高齡社會中法律的典範轉移。

關鍵詞：醫師、律師、預立照護計畫、高齡法律、監護制度、病人自主、醫療決定

## Abstract

Advance care planning is the process of discussing and documenting one's preference about future medical decisions, physical care, attorney, guardianship and living wills. Physicians are familiar with advance decisions, but they lack awareness of legal issues. Lawyers are familiar with laws, but are unfamiliar with the patient autonomy. In order to overcome existing obstacles, this article proposes the reconstruction of cross-professional learning and executing experience, making lawyers a regular member of the medical care system, and promoting the certification and practice guidelines of geriatric law. It is suggested more research evidence to respond to this aging society and facilitate the legal reform.

**Keywords :** doctors, lawyers, advance care planning, geriatric law, guardianship, patient autonomy, medical decisions

## 壹、前言：問題意識的提出

臺灣社會人口組成逐漸老化，六十五歲以上人口比率於一九九三年超過百分之七，二〇一七年增為百分之十四，正式進入高齡化社會，預估至二〇二五年即將達百分之二十，成為超高齡社會，亦即臺灣高齡人口在短短的二十四年間倍增，相較於其他先進國家有長達五十年以上的時間來準備（參考表一）<sup>1</sup>，只有一半的時間來因應。國人的平均壽命上升，也隨著醫療科技以及公共衛生的發展，人們較少受到急性傳染病或是意外造成的突發性的死亡，約有八成以上的國人卻因此面臨了老衰、失智、失能的末期生命狀態，因此，關於老年晚期乃至末期生命歷程中所牽涉的個人重大醫療決定以及財務分配等議題，便因此得到了關注，而國人的健康識能逐步提升，也對生命的自主權有更多想要掌握的希望。

表一

國別	到達65歲以上人口比率之年次					倍化期間（年數）		
	7%	10%	14%	20%	30%	7%→14%	10%→20%	20%→30%
臺灣	1993	2005	2017	2025	2040	24	20	15
新加坡	2000	2010	2016	2023	2034	16	13	11
南韓	2000	2007	2017	2026	2040	17	19	14
日本	1970	1985	1994	2005	2024	24	20	19
中國	2001	2016	2026	2036	-	25	20	-
美國	1942	1972	2015	2034	-	73	62	-
德國	1932	1952	1972	2009	2036	40	57	27
英國	1929	1946	1975	2026	-	46	80	-
義大利	1927	1966	1988	2007	2036	61	41	29
瑞典	1887	1948	1972	2015	-	85	67	-
法國	1864	1943	1979	2020	-	115	77	-

<sup>1</sup> 資料來源，行政院經建會「中華民國2012年至2060年人口推計」，2012年8月。

現今的醫療衛生體系在面對這個迫切的議題時，產生兩種重要的政策：其一是延緩失能與老化的過程，並提出健康餘命<sup>2</sup>的概念，不再過度避諱或是想要逃避老化以及死亡的發生，而是將健康照護的概念轉為積極的介入以做準備，達到良好的死亡前之身心靈狀態；其二則是與本文討論的主題相關，在民眾尚未失去決定能力的時候，試著安排自己在病情嚴重之時，關於自己對於急救、維生醫療等意願，涵括長期照護與善終的地點與模式，乃至後事的安排，並且針對可能會在末期生命之前就面臨意思能力減損的狀態，預先安排財產規劃，必要時可協助其選定代理人，或是在病人失去意思能力後，讓親屬能夠透過輔助制度與監護制度維護病人的最佳利益，同時也能夠保障其財務安全，減少財產的逸失。

然而，透過文獻上的研究，國人利用輔助制度與監護制度的比例並不高（參考表二）<sup>3</sup>，且亦有研究經過實證統計後指出，監護宣告聲請動機前三名分別為財產處分、身體照顧以及協助處理遺產手

---

<sup>2</sup> 單純的餘命已非目前對於國人生命周期所著重的評估標準，更為重要的是具有健康生存狀態的健康餘命，而如何評估健康餘命的年限，則是採品質調整壽命年（QALYs, Quality-adjusted life years）的概念，品質調整壽命年是一種調整的期望壽命，按照「時間折算法」（time-trade-off）定義，假設某個患者可以以現有疾病狀態生存10年，但願意選擇換成完全健康地生存8年，則該患者今後10年將被認為是8個質量調整壽命年。

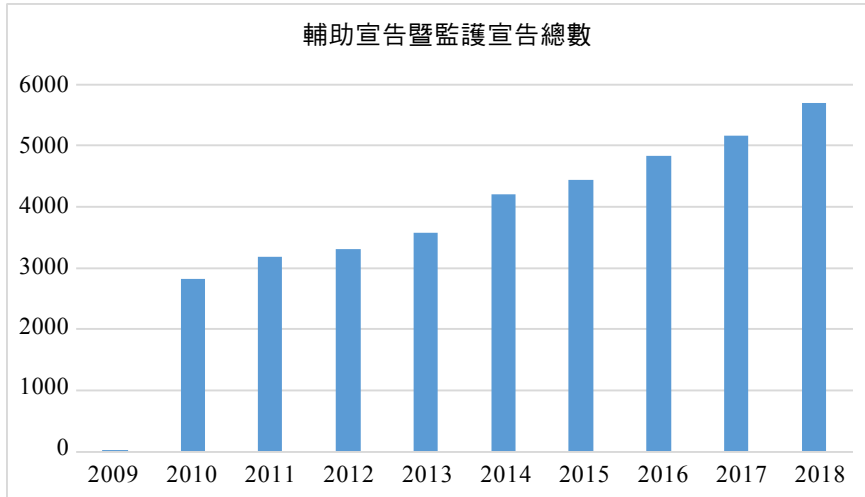
<sup>3</sup> 本表格資料來源為司法院網站，自2009年到2018年輔助宣告事件加上監護宣告事件的裁判總件數，經作者以表格繪製呈現，從此表可見，我國成年及未成年監護制度經2008年從禁治產制度一級制改為監護和輔助二級制的修法後，於2010年開始，輔助和監護宣告事件的量有大幅提升，每年微有漲幅，至2018年總件數約在5千多件左右，但若依臺灣失智症協會網站上的資料所示，推估2018年12月底臺灣失智人口共282,364人，占全國總人口1.2%，則可知民眾普遍對於利用新監護制度對自己或家人進行身體照顧或財產利益保障的概念普遍不足，<http://www.tada2002.org.tw/About/IsntDementia>（瀏覽日期：2020年3月18日）。

續<sup>4</sup>，由此可窺知，在我國的民法規範下，監護制度的利用仍是以財產利益之保障為中心，一旦牽涉到生命照護相關的利益，也多以家屬必須提供照顧地點之安置或是照顧費用之張羅為主的身體照顧事務，而真正屬於病人自主權的醫療決定之真意探求與維護，仍舊回歸醫療臨床現場的討論與決定，而未能從法律上得到足夠的保障。在照護計畫安排上偏重照顧地點或是經濟來源的面向，事實上仍舊屬於一種照顧的家庭與社會負擔，是以財務與經濟基礎為保障對象的思考模式，而完全忽略掉高齡或是認知減損的當事人在重大的醫療決定上之價值觀的實踐，這是目前我國法律保障最不足之處，不只是造成醫療與法律跨專業合作的困難，更因為事實上法律對於高齡者醫療自主的權利保障關注不足，使得醫療自主決定權之釐清與捍衛<sup>5</sup>均難以實踐，並進一步導致病人的自主決定權以及最佳利益因為無法在醫療臨床現場受到明確的保障，從而淪為法律父權、家屬父權以及醫療父權下的犧牲者。

<sup>4</sup> 胡珮琪，我國成年監護制度之實證研究，臺灣大學科際整合法律學研究所碩士論文，2017年，頁67。

<sup>5</sup> 根據作者們觀察，我國雖然已經通過病人自主權利法（本文後述亦會討論本法之相關條文），但與外國法相比，例如德國民法經過第三照顧修正案的修法後，著重病人在醫療決定上真意的保障，不但可預立意願書，當無意願書存在時，也必須參考先前明確可推測之意願，而輔助人的設立，更是為了協助醫療團隊在相關病情變化時，出面瞭解預後，並且秉持病人最可能之意願與醫療團隊進行討論。英國的意思能力法案，也將大部分的條文，著重在如何盡可能協助殘存有意识能力者進行決定，涵蓋了能力推定原則、最大協助原則、避免偏見原則、最佳利益原則、最少限制原則，該法案對臺灣的啟發與影響，可參見本文作者謝宛婷之拙著：謝宛婷、王敏真、陳炳仁，意思能力喪失之病人的醫療決策——英國意思能力法案給台灣的啟發與省思，醫療品質雜誌，第10卷第5期，2016年9月。

表二



即使因為法律的關注不足，而必須透過醫療團隊來保障臺灣民眾與醫療自主相關的權益，但普遍而言，在臨床照護中，病人的醫療自主權益保障與當事人的需求滿足，卻也不見得更加理想。臺灣的醫師並不熟悉法律中關於財產行為以及身份行為相關的規定，面對在病房中常見的財產糾紛爭執，更是常常僅以轉介社工師或是諮詢醫院的法律顧問就了結，對於健康之社會決定因素<sup>6</sup>所牽涉的倫理法律問題應用於臨床情境的思辨能力更是闕如。而根據國外研究，

<sup>6</sup> 隨著醫療自主權、高齡化社會、新進醫療科技發展與健康照護國際化等醫療照顧結構的改變以及新興議題的發展，醫護人員面對法律倫理與醫療交織的困境日益加深，除此之外，近年來引起關注的健康之社會決定因素在健康狀態亦扮演十分重要的角色，使醫療現場待解決的問題更加龐大而複雜。國際上越來越正視健康照護之社會決定因素（social determinants of health, SDH）對個人及群體身體狀態的影響力，包括年紀、族群、社經地位、教育程度、生活環境、及負擔維持健康習慣的能力等。

一般民眾一旦預計進行末期生命或是身後事的規劃，通常傾向找律師相談<sup>7</sup>，但往往律師所著重者，是這類文件的簽署，或是監護人的選定，並未能真正釐清當事人對於醫療或照護決定的偏好與需求。在我國，即使有安寧緩和醫療條例以及病人自主權利法來保障病人的知情、選擇與決定權，上述兩法案對於適用之疾病種類以及期程均設有限制<sup>8</sup>，甚至因為法條所規範之程序過於繁複<sup>9</sup>，都降低了民眾運用的意願，尤其對於高齡化社會預保障的對象，如年長體弱者，更是提高了利用的門檻，也因此減損了希望保障這一類民眾自主意願的原立法目的。

醫療的困境如此，法律的限制也不遑多讓。臺灣的律師或許對於法條的內容相當熟稔，但卻並不清楚病人在醫療過程中從事醫療決定的重要影響因素，以及缺乏醫療照護的實務經驗，而無法提供民眾延續性、周全性且具備臨床照護複雜多變之深厚處理經驗的建議，臺灣的家事法庭也與國外不同，近乎沒有處理困難醫療決定爭議的案件經驗。且因為目前病人自主權利法的子法規範中，對於預立醫療照護諮商<sup>10</sup>的團隊成員以醫師、護理師、社工師與心理師等

---

<sup>7</sup> Nola M. Ries et al., *Lawyers and Advance Care Planning: Time for Innovation to Work Together to Meet Client Needs*, 12(2) HEALTH POLICY 12, 14 (2016).

<sup>8</sup> 安寧緩和醫療條例僅適用於末期病人，病人自主權利法僅適用於其第14條所規定的五款臨床條件（末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、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）的病人。

<sup>9</sup> 許澤天，消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響，臺北大學法學論叢，第100期，2016年12月，頁234。

<sup>10</sup> 病人自主權利法中的預立醫療照護諮商，與本文所使用的預立照護計畫一詞，在英文均是ACP（advance care planning），預立醫療照護諮商因為是在病人自主權利法中出現，專指特定程序要求的諮商以及唯一格式的預立醫療決定內容，本文採國際文獻上較為廣義的定義，預立照護計畫涵蓋預

專業醫事人員為主要要求參與對象<sup>11</sup>，絕大多數諮商現場並未納入法律以及社福專業人員，以致若是民眾在諮商過程中詢及與法律相關的問題，醫療人員往往因為經驗以及信心不足而無法回應民眾。然而，民眾的需求是全面的，因此，為了滿足民眾對於末期生命安排整體性的需求，醫療與法律的整合越形重要，也才能真正做到以人為本，以客戶為中心，同時滿足高齡化社會對晚期生命規劃（planning later life）的需求，本文所提出的晚期生命（later life），並非侷限於安寧緩和醫療條例的生命末期（end stage of life），而泛指身心處於高齡或是疾病所造成之不可逆轉、持續衰退的生命階段。末期生命規劃具有兩大特徵：一、同時有財產規劃（一般由律師專業予以協助）以及生命末期醫療照護規劃（一般由醫師專業予以協助）的需求；二、有此一規劃需求的當事人有相當比例可能遭遇心智能力的缺損但又不至於到完全喪失行為能力，因此，如何尊重當事人的「自主」探求其真意，乃是律師／醫師在提供協助時，最需要注意之點。針對這兩大特徵，本文提出一個新典範，就是「律師與醫師的專業協作」，並且詳細探討這個專業協作的具體內容，可能遭遇的障礙以及障礙成因分析，以及所需要的配套措施。

---

立醫療決定，也包含所有關於生活、財產、以及其他對病人重要事項的意願表達以及持續性的討論過程。

<sup>11</sup> 衛生福利部2018年10月3日公布「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」，該辦法第4條規定：諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊（以下簡稱諮商團隊），至少包括下列人員：

一、醫師一人：應具有專科醫師資格。

二、護理人員一人：應具有2年以上臨床實務經驗。

三、心理師或社會工作人員一人：應具有2年以上臨床實務經驗。

第2條第2項諮商機構，得就前項第2款或第3款人員擇一設置。

第1項人員，應完成中央主管機關公告之預立醫療照護諮商訓練課程。

## 貳、進行預立照護計畫常見的障礙原因

預立照護計畫是民眾與親近的關係人以及相關專業人員共同討論，根據自己的價值觀與需求，預先為自己的維生醫療相關決定、醫療與身體照顧事務的決策模式、財產管理與規劃、以及其他與善終相關的事務安排，進行討論並且透過書寫預立醫療決定、預立遺囑或是委任代理人等行為方式記錄或是使意願得以實現的過程，而這個過程隨著病況的變化或是意願上的更動可以反覆進行討論，同時也需要定期檢視相關文件是否需要修改或是更新。作為單獨面對生命末期或是死亡之後相關事務安排的專業人員，無論是醫師或是律師都不足以單獨地向民眾在預立照護計畫中提供完美、全面而有效的幫助。而無法達成前述幫助的常見障礙原因，本文將其分為認知因素與系統因素兩類：

### 一、認知因素

#### (一)醫療專業人員的認知

臺灣的醫療照護環境特殊，多數醫師處於過勞狀態，所擔負的醫療責任以及醫療能量的消耗，均是全世界之冠，但在這樣的工作壓力下，臺灣的醫師仍是盡可能的維繫醫病之間的溝通以及決策共商的模式，但礙於工作條件，此類的醫病溝通，或是繁複的病人意願確認，常常進行得不臻理想，也因為不清楚病人真正的意願所在，因此常會讓家屬的意見凌駕病人的自主，也常因為擔憂醫療行為的結果不符合病人的預期，而進行了過多的防衛性醫療。

除此之外，臺灣的醫師並不熟悉法律中關於財產行為以及身行為相關的規定，面對在病房中常見的財產糾紛爭執或是意思能力判定的意見分歧，更是常常僅以照會其他的專業人員，例如社福人員、法律顧問或是精神科醫師就了結，除團隊間並無以病人為中心

的相關會議討論該爭執的核心關鍵以及處理的方法，也對於各專業內是如何看待與處遇該類問題彼此一無所知，因此對於該類情境的認知以及處理時的預警能力不足，常導致病況變化時、臨終過程中以及病人死亡後，家屬針對醫療照護過程或是遺產問題對簿公堂。而法院往往為了釐清真相，必須一再地發出公文來函詢問提供照顧的醫療團隊，尤以醫師常為受諮詢的主要對象，詢問的問題常是長者在進行相關財產轉移或是交出任何印章以及存摺之時的事理辨識能力，以斟酌該意思表示是否得在法律上承認之，並進而肯定該法律行為的效力。然而回溯性的描述總有在記憶上的限制或是有效性元素的辨識與肯認困難，甚至多數醫師因為擔憂牽扯進訴訟之中，回覆的內容焦點模糊難辨，也無法進一步地提供法院足夠的證據以進行調查。因此，若能夠在當下有所警覺並且進行協助，則成為現今臨床現場甚為關注的一件事，同時更可免去後續醫療團隊以及司法資源上不必要的負擔。

近幾年在國際上推動醫師能力的教育改革，著重在現今醫療人員對於健康之社會決定因素所牽涉的倫理法律問題應用於臨床情境的思辯與認知不足的部分，特別針對末期生命照護、生育權、保險制度以及高齡化照護與意思能力等議題加強跨專業間的教育，尤重社福人員以及法律人員的參與與合作。醫師對於末期生命安排相關的法定文件之格式、有效性以及法律規範之原則與例外，充滿不確定感，或甚至認知不足、解讀錯誤，且我國民眾對於法律上重要的預立代理人制度之概念更是闕如，甚至會因為不知道如何選定合適的代理人而對這樣的建議感到卻步。

### (二)法律專業人員的認知

臺灣的律師對於民法的法條內容均相當熟稔，對於遺囑或是財產事務的安排建議之執業經驗也相當豐富，但是卻完全不清楚病人

在醫療過程中從事醫療決定的重要影響因素，對於相關的醫事法律常是陌生的，即使處理過醫療爭議或訴訟事件的律師，其重點仍著重在契約或侵權責任，以及刑法過失傷害或致死相關的法條範疇，對於保障醫療事務與財產事務處理的預立照護計畫安排所牽涉的相關法律或是實務做法，則較無經驗，而無法提供民眾延續性、周全性且具備臨床照護複雜多變之深厚現場經驗的建議。事實上，在這一點上的認知，並不是要將預立照護計畫轉由律師來負責，而是律師會有相當多的機會面對當事人提出對於身體照護、生命健康決定、以及財產規劃等事務安排的需求，而這些需求都牽涉到當事人在老化以及臨終以致死亡過程中相關意思能力運作以及利益保障的議題，是以原本就與醫療照顧密不可分，自然無法與法律欲處理的事務清楚切割。

國內並無針對律師對於預立照護計畫認知相關的文獻發表，有待實證研究的進行。本文先以學者Nola M. Ries（二〇一八）等人針對加拿大Alberta省的律師所進行的研究<sup>12</sup>內容進行討論，以提供國內相關學者或是實務工作者進一步探討的參考基礎。該文獻之學者，是參考過去的研究發現，也就是擁有預立醫療決定的民眾，大多傾向由律師來協助相關事務的進行與準備，因此想要探討法律專業人員在建議或是協助客戶進行預立照護計畫時的角色任務，也針對律師對於該項協助的立場、態度、信念以及實務經驗進行調查與分析，而該文獻也表達試著想要去填補相關鴻溝的研究企圖，同時該文獻也預設，律師要能夠更適切的幫助當事人，也必需要精進執業技巧以及與醫療專業人員協作的認知概念。研究學者群在二〇一六年間的二月至六月，透過電子郵件對Alberta省的執業律師發出一

---

<sup>12</sup> Nola M. Ries et al., *How Do Lawyers Assist Their Clients with Advance Care Planning? Findings from A Cross-Sectional Survey of Lawyers in Alberta*, 55(3) ALTA. LAW REV. 683, 683 (2018).

份線上的匿名調查，同時也透過加拿大律師公會、Alberta法律協會以及法律教育協會的網站、電子新聞以及社群媒體，發布相關的研究調查訊息。因為相關法規限制，該份調查並不能直接提供給執業範疇專攻遺囑與財產、高齡法律與健康照護法律領域的律師，但在問卷一開始則會詢問，受訪對象目前的執業經驗中，是否會需要協助未來可能會喪失意思能力的當事人，進行個人預囑、委任代理人或是與預立照護計畫相關等事項之討論與準備，一旦受訪律師答「否」，則不需要繼續進行問卷，以讓此問卷的調查對象，更加精準的限制在會與預立照護計畫相關的執業律師群體內。Alberta省過去即有跟預立醫囑以及委任代理人相關的法規，該研究既為了瞭解執業律師的個人態度與行為表現，研究問卷的設計也針對以下七個面向進行設計：知識、技能、專業與社會角色與身分認同、對行為能力的信念、情緒反應、對執行該業務所產生的後果認識、以及對執行該業務所產生的社會影響之信念。總計有一百三十三位律師進入問卷回覆的過程，有一百零四位完成問卷調查，百分之七十七以上都是執業超過十年的律師，有百分之六十九的律師近乎每天或每周都必須協助他的客戶進行預立照護計畫相關的業務。高達有百分之七十三的情況，是客戶在被醫師診斷有生命長度有限的疾病後，自發性的向律師提出需求，而這些客戶有高達八成都有為他人進行醫療決策或是擔任照顧者的相關生命經驗，因此想要為己預先安排，多數要求與財務安排相關的內容，也有幾位受訪律師表示，自己曾在該過程中，引導當事人讓醫療團隊以及親友一起進行末期生命照護選擇的討論。有八到九成的律師覺得最重要的議題，是與當事人討論一旦失去決策能力後的代理人遴選與委任，當事人若已經出現意思能力減損的狀態，則必須與醫療專業人員共同討論當事人是否還能進行相關的法律行為，一旦可以進行討論，有四分之三以上比例的律師，會與當事人討論急救、維持生命治療、器官捐贈、

以及是否有意願成為臨床試驗的研究對象等議題。基於預立照護計畫討論也關注當事人與重要他人的關係整合，律師會邀請這樣的人共同進入討論，並且持續性的鼓勵當事人向這樣的對象反覆宣示他的意願和偏好價值觀，也就是說，律師其實是肩負有促進當事人與重要他人或是代理人之間的對話以及委任等相關事宜討論的角色，並且認同這是自我的責任。但令人驚訝的是，低於四成的律師，曾經鼓勵當事人與醫療團隊討論。而在生命末期相當重要的心理靈性人員，也甚少經由律師的鼓勵而令當事人邀請參與在相關的討論中。

該研究中也顯示，阻礙預立照護計畫討論多是基於當事人沒有準備或是缺乏概念、或是不願意透露相關隱私細節，僅有不到一半的律師，認為是自己缺乏對於醫療照護專業相關的知識以及實務經驗，大多都對自己能夠提供與預立照護計畫關的知識或是法律相關認知具有足夠的信心，也因此，其實是樂於與當事人討論的。而實際上的參與程度，多數律師均認為自己在許多面向上的角色都相當重要，包含促發對話、提供資訊、協助準備法律文件、提供減少未來爭議的建設性忠告、以及加強當事人與重要他人的討論，至於聯繫醫療專業人員參與討論或提供意見的角色，則被多數律師認為是沒有必要的。而至少有一半的律師，對於該省所提供的醫療照護相關資訊之重要系統與紀錄有所認識。律師們也喜歡使用現有的文件模板，甚至會定期根據使用經驗，將模板的優化建議提供給相關協會進行修正。同時，針對預立照護計畫相關的知識引導手冊或是參閱資源，也受到律師們的歡迎，有百分之七十四的律師期待這是一種線上資源。

該文章的研究者也認為自己找到了為何民眾會喜歡找律師討論預立照護計畫，而非醫師的理由。與醫師討論，就像是在面對自己生命末期的有限性，但與律師討論，則更趨向於是保障自己的利

益，同時與律師定期會面是為了讓自己的生命照護計畫更完美，但是與醫師定期會面，通常代表著自己的生命狀況每況愈下，而醫師也因為死亡禁忌而不敢與病人開啟對話，但律師則因為客戶樂於啟動對話而能夠較為順利的銜接討論。關於這點比較而得的結論，本文亦認同之，再更進一步言，除了死亡討論的禁忌外，民眾還常有一種認知匱乏，也就是大多高齡者期待自己平順活到最後一刻，常表示不害怕死亡，並對死亡一事做好準備，但事實上，民眾往往對疾病進展、器官逐步衰竭、以及瀕死狀態等過程毫無概念，自然也不認為這一段漫長也充滿起伏的階段，會需要進行細部討論，而且是必須細緻化的經由醫療專業人員以及律師的協助，逐項去引導與輔助做準備的。

## 二、系統因素

### (一)醫療系統因素

因為生命權保護觀念的深植，醫師對於病人對於未來的末期生命狀態選擇或拒絕某些維生醫療的權利基礎以及合法性常感到憂心，而事實上，由作者的醫療臨床照護經驗，醫師除了對於生命權保護的良知抗辯外，對於不使用維生醫療的病人照護經驗與信心不足也是無法尊重病人的拒絕醫療權很重要的因素之一<sup>13</sup>。

因為長久的生命權與自主權相互權衡的議題，我國試圖以安寧緩和醫療條例以及病人自主權利法兩部法律來保障病人的醫療自主權，然而經過將近二十年的期間，經歷了安寧緩和醫療條例三次的修法以及病人自主權利法的立法，願意運用安寧緩和醫療條例以及病人自主權利法的保障而為自己預立相關醫療決定文書或是進行討

---

<sup>13</sup> 莊佩倪、蔡兆勳、黃獻樑，高齡長者撤除維生醫療後之照護困境初探，臺灣老年醫學暨老年學雜誌，第13卷第1期，2018年，頁28-44。

論的比例仍然偏低，也顯見在我們的醫療照護系統中，對於醫療自主權的推動政策仍有未竟之功，且因醫療保險給付設計的問題，給予病人越多藥物、儀器或是處置，則有越多的給付，但是花費時間開立家庭會議、探討善終選項，甚至協助病人返家接受居家照護的醫療行為，則不受到醫療給付的重視。以一位在醫學中心亞急性呼吸加護病房接受呼吸器使用的末期病人為例，第一～二十一天每人每日給付健保點值一〇一四〇點，但若是考量呼吸器為無效醫療，決定不使用呼吸器在安寧病房接受照護，每人每日僅六四〇九點，即使有接受其他高價的抗生素治療或是藥物，也不會給付更多的點值；做出維生醫療的重大決定通常需要家庭會議的討論、安寧資源的轉介、社心靈議題的處遇、哀傷風險的評估，是一段時間長時間的陪伴以及醫護社心靈團隊的努力，但緩和醫療家庭諮詢會議健保每人每院僅一生給付兩次，一次二二五〇點；若是末期病人返家，安寧居家照顧必須兼顧車程、在居家進行所有醫療、護理行為以及醫病溝通或再次家庭會議的時間，常常一案就花費將近一整個半天，但健保給付的醫師在宅安寧居家訪視費用僅有一五五三點，在機構的安寧住民點值更低，僅一二四二點。事實上，醫病溝通一直是醫病關係中重要的改革議題，而醫病共商以達成共同決策的模式雖然已成為趨勢，但是醫師常礙於時間的窘迫、不曉得如何開啟末期生命照護以及臨終安排的話題、對於維生醫療與緩和照護內涵的不熟悉、以及臨床過程的多變與不確定性等因素，再加上如前述健保給付體系的先天性障礙，而無法完成良好的預立照護計畫討論。

而目前在病人自主權利法的規範下，進行預立醫療照護諮商的團隊成員以醫師、護理師、社工師與心理師等專業醫事人員為主要要求參與對象，絕大多數諮商現場並未納入法律以及社福專業人員，醫學教育也未針對此類常見的社會法律因素加以強調，以致若是民眾在諮商過程中詢及與法律相關的問題，醫療人員往往因為經

驗以及信心不足而無法回應民眾。

醫療代理人的選定，也是法律上關注的議題，但是在醫療端因為不熟悉，以及華人社會的親屬文化影響下，傾向不鼓勵選定醫療委任代理人，醫療團隊也缺乏適任的醫療委任代理人要件之觀念。律師較為熟悉選定代理人一事，然卻未必會知悉應當如何選定能夠捍衛病人自主價值以及醫療決策偏好的代理人。當病人失去決策能力時，代理人是否能夠避免親屬的干擾而毫無瑕疵的執行其代理病人決策的權利，更是艱難之事。

### (二)法律系統因素

前文已有提及，根據國外研究，一般民眾欲進行末期生命相關的醫療照護或是身後事的規劃，通常傾向找律師相談<sup>14</sup>，但往往律師所著重者，是這類文件的簽署，或是監護人的選定，並未能真正釐清當事人對於醫療決定的偏好與需求，而律師在處理相關議題時常被詬病的是太過市場交易化，目的僅在於準備足夠而合法的文件，卻疏忽了、當然更有可能是不熟悉與不擅長去關注預立照護計畫過程中最核心的要素：持續不斷的溝通以釐清個人的價值觀與偏好，同時協助選擇最合適的安排方案，並且重視這個持續不輟的對話過程中病人所達到的生命整合以及關係修復，並且確保法律上對於人性尊嚴以及自主權的保障能夠在過程中落實。

即使運用了安寧緩和醫療條例或是病人自主權利法的概念，這兩部法案也無法嘉惠所有想要為自己做決定的民眾，因為法條內容不但對於適用之疾病種類以及期程設有限制，法條所規範之程序亦過於繁複，根據該法第九條：「（第一項）意願人為預立醫療決

---

<sup>14</sup> Nola M. Ries, *Lawyers and Advance Care and End-of-life Planning: Enhancing Collaboration between Legal and Health Professions*, 23 J.L. MED. & ETHICS 882, 887 (2016).

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。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。（第二項）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。」以及提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法第二條：「（第一項）直轄市、縣（市）主管機關應就符合下列條件之醫院，指定其為預立醫療照護諮商機構（以下簡稱諮商機構），提供預立醫療照護諮商：一、一般病床二百床以上。二、經醫院評鑑通過之醫院。」第三條第一項：「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。」以及第四條：「（第一項）諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊（以下簡稱諮商團隊），至少包括下列人員：一、醫師一人：應具有專科醫師資格。二、護理人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。三、心理師或社會工作人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。第二條第二項諮商機構，得就前項第二款或第三款人員擇一設置。（第二項）第一項人員，應完成中央主管機關公告之預立醫療照護諮商訓練課程。」綜上，一位想要進行預立醫療照護諮商的民眾，必須找到兩百床以上經評鑑通過之醫院，設置有由醫師、護理師、社工師或心理師這樣高成本投入的門診進行諮商，硬體空間還需求是有獨立空間的專責單位，還必須有二親等願意參與，並且取得諮商核章後才有資格簽署預立醫療決定，且該預立醫療決定必須經由醫院專責人員透過插雙卡（健保卡以及醫事人員卡）進入衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願

資訊系統，完成上傳、註記，並且等待資訊系統處理完成，健保憑證可讀取後才算完成。而預立醫療決定的生效、更改程序之繁瑣以及實際執行層面的困境，也影響民眾對於預立醫療決定保障其自主權之信心以及運用的意願。

國內雖未有文獻顯示我國民眾是否與外國民眾一般，傾向於找律師相談醫療與財產安排，並且簽署遺囑或是預立醫療決定等文件，但是可以從民眾往往積極安排末期生命照護歷程中的財務相關議題窺其端倪，至於是否在這樣的洽談中也同步具有醫療照護決定討論的需求，但卻因律師的實務經驗有限或是對於醫療的不熟悉所產生的無信心感，而無法協助民眾在預立醫療決定上有進一步的討論或是準備，則有賴進一步的研究證實。

法條的進步，並不代表實務界對於該權利保障的熟稔。尤其我國除了在法條內容上近乎只算宣示性的規範相關權利保障的內容，無論在法規範或是法實務上，並沒有針對一旦保障程序的啟動遇到障礙或是針對弱勢族群時的相關配套，以英國為例，家事法庭、保護法院、公設監護人制度，均是讓病人自主權落實重要的策略，而以美國或是德國為例，將指標性的個案至於法庭中，藉由憲法、民法、以及刑法等法規範之法理之辨證，以及所有關心病人權益的團體或個人代表在法庭上互相面質與闡述理由，是一種司法結合公民的推動力，但這樣的情境在臺灣卻是不得一見。

再者，法律規範的產生，並不一定能夠讓預立照護計畫的討論變得更容易，這也是醫療人員最擔心的，只有將醫療人員繩之以越來越多的法條規範和醫院評鑑條文，卻沒有針對人民健康識能的提升以及相對應的資源投入，終究只是一場徒耗人力應付，而無法直接由文化生根的失敗革命。相對的，法律規範讓醫師所產生的疑慮以及擔憂，往往讓這件事變得更加複雜而艱難，也因此，根據高齡化社會需求的法律典範轉移是必要的，這在本文後述的醫療與法律

協作行動架構將會有所闡述。而法律系統也應該直視這個需求，發展讓醫療人員能夠更為理解以及遵循的指引和教育課程，使得醫療人員能夠認識，我們為何必須讓預立照護計畫的討論更加精確，即是為了該份法律文件的證據力之故，使其未來在被運用的當下可以發揮它最大的效果。同時若是遭遇在醫療臨床以及法律實務分界不明的灰色地帶，例如當事人意思能力的肯認、遺囑內容的有效性、預立醫療決定情境討論過程與實際病況變化過程有明顯出入等特殊情境，透過法律原則與醫學倫理原則的引導，結合臺灣社會已累積的經驗或是過去類似的良好個案處理經驗，提出最符合法律與倫理要求的解方，同時也盡可能避免違背醫療良知判斷以及違反法律原則的風險。

### 參、醫療與法律協作以支持預立照護計畫 討論的行動架構

正視醫療與法律專業人員、或是醫療與法律系統上進行預立照護計畫所面臨的障礙，是醫療與法律協作的首要任務，也就是說，對於目前進行預立照護計畫討論的瓶頸有所認識，才能夠肯定培育醫療與法律協作之人才以及建立行動架構的需求。相較於國外的經驗<sup>15</sup>，我國的律師並無任何進行預立照護計畫的相關經驗之實證統

---

<sup>15</sup> 可參考本文「貳、一、(二)法律專業人員的認知」內容所述。國外常見由專業團體撰寫或是出版提供給律師使用於協助客戶進行預立照護計畫討論的指引或工具組，舉例如下：美國律師公會於2018年出版的ABA Advance Directive Counseling Guide for Lawyers、紐西蘭法律協會（New Zealand Law Society）於2019年發行的Advance care planning issues for lawyers、或是由澳洲Halliday Solicitors and Advance Care Planning Initiative兩個組織於2016年共同發行的Lawyers' Advance Care Planning Kit，都可看見因應律師執行相關業務而發行的參考或指引。

計或是研究發表，在律師公會亦無得以供律師查閱的指引或是可供參考的會談引導手冊，但在病人自主權利法通過後，此法案所牽涉的醫療委任代理人以及預立醫療決定等相關議題，卻已引起法界諸多的關注，文章討論以及研討會交流迭有豐碩的數量成果，然是否實際能夠深入影響實務層面，仍令人質疑，事實上徒然持續倡導預立照護計畫的重要性雖然是個重要的施政方針，但是放任而無監督的理念推動，也會影響實際參與的意願，無論是來自於民眾、法律專業人員或是醫療專業人員。雖然近年來的醫療法律研討會時常圍繞病人自主權利法的內容探討，但本文認為，病人自主權利法中的預立醫療照護諮商一詞，雖英文翻譯與本文使用之預立醫療自主計畫相同，但在概念與實作上卻是狹隘許多，並無法涵蓋預立照護計畫完整的核心與價值，包含：僅限具行為能力人進行預立醫療照護諮商並且簽署預立醫療決定、對醫療委任代理人的權責設有過多限制、繁瑣的執行要件與程序、僅能針對中央制式預立醫療決定內容進行討論與簽署、可適用預立醫療決定的病人僅限五款臨床條件、預立醫療決定內容僅著眼在醫療選項的勾選而無照護偏好與安排的討論等。相較於更重視核心價值討論、隨時隨地可以進行、並且強調定期檢視修改的預立醫療自主計畫（本文為兼顧醫療事務與財產事務，而使用更廣義的直譯：預立照護計畫）而言，若將就於病人自主權利法條文規範裡的討論，並無法對於高齡化社會的需求有足夠的回應，因此醫療與法律兩個專業的協作模式，應跳脫病人自主權利法的法規框架，回到追求良好生命善終討論之需求，換言之，本文以下所探討的預立照護計畫之行動建議，並不受限於病人自主權利法的預立醫療照護諮商，而是泛指思考、討論並且記錄個人針對未來健康照護相關價值意願的過程，顯見的，也就不受限於疾病種類或是期程，也並不限於討論病人自主權利法內涵的臨床條件規範以及選擇事項，同時對於委任健康照護事務的代理人也將採

更為正面肯定的推動策略。

即使認同醫療與法律專業協作對預立照護計畫的重要性，針對高齡者權益的保護，律師也必須逐步面對更多不同於以往的挑戰，例如高齡客戶的心智能力之辨識、個人財產事務以及生活或醫療事務的整體安排、遺囑分配需求多元化（如現代社會的伴侶關係之轉變以及對於信託等財產處置概念的興起）等，若是僅仰賴幾個學分的進修課程之安排，恐怕仍不足以讓執業律師有足夠的經驗與信心進行相關業務，即使添入醫師講授臨床上的照護經驗，卻因為講授醫師不具法律學習的背景，或即使有法律學習的背景卻沒有與當事人應對的經驗，而無法鍵結法律上所著重保障的利益與醫療專業與倫理上的守則與慣行，自然就難以進一步的搭起醫療與法律協作之橋樑。是以本文提出如下所論述的架構，並且闡述關於這些轉變期程背後的理由以及目的，每項期程皆具承先啟後的角色任務，期待該行動架構能夠逐步引導醫療與法律在預立照護計畫上順利的協作，並且重新思考法律上的典範轉移<sup>16</sup>。

---

<sup>16</sup> Charles P Sabatino, *The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy*, 88(2) MILBANK Q. 211, 211 (2010). 提出法律上針對病人自主權利的典範轉移共有六波浪潮，其最重要的核心概念便是從因為重視病人自主權的表達而有嚴謹文件形式的要求，經歷了實務上所發現的缺失，包含太少人願意使用，即使用了也不懂表格內容或是未來的決定怎麼做，且嚴謹的表格本身並不具有引導功能，同時，病人的目標和偏好會改變，沒有溝通過程的代理人並不瞭解意願人的偏好，甚至醫療人員不一定知道病人已立有預立醫囑，即使知道了也不影響本來的照護模式等等，轉變為重視對於溝通過程的要求，而將過去嚴謹的形式規範放寬，而著重在病人真意的探求過程和彈性的保障方式。事實上，預立醫療決定文件使用經驗的失敗，國際上已多有討論。而在Margaret Isabel Hall, *Situating Dementia in the Experience of Old Age: Reconstructing Legal Response*, 66 INT'L J.L. & PSYCHIATRY 110468 (2019). 一文中，則更加明確的透過失智族群的探討，來進行法律典範轉移的分析與建議。

## 一、醫療與法律在跨專業上的學習以及執行經驗的再造

### (一)跨專業學習模式初探

關於意思能力減損的病人是否能夠被機械性的剝奪行為能力或是決策權利已是近年國際上極度關注的主題，同時提出關於支援意思決定機制<sup>17</sup>的眾多文獻研究<sup>18</sup>，然而在我國卻未見有大幅的關注與討論。有鑑於意思能力的判定，尤其是牽涉醫療決定的思考，是涉及精神醫學、心理學以及醫學基礎的專業能力，我國的律師在培育過程雖然有許多實體或程序上關於遺囑能力以及遺囑文件準備的訓練，但是卻缺乏探索生命價值的溝通訓練以及對預立照護計畫的概念認識，自然也少有協助客戶進行討論與準備的能力。而醫療人員本就缺乏對於民法上關於意思能力的明確認識，更不清楚眾多法律相關的理論，例如見證與公證問題，或是如何釐清法律文件的有效



元照出版提供 請勿公開散布

- <sup>17</sup> 支援意思決定的核心精神，源自於身心障礙者人權公約第4條：「締約國應確保，與行使權利能力有關之所有措施，均依照國際人權法提供適當與有效之防護，以防止濫用。該等防護應確保與行使權利能力有關之措施，尊重本人之權利、意願及選擇，無利益衝突及不當影響，適合本人情況，適用時間盡可能短，並定期由一個有資格、獨立、公正之機關或司法機關審查。提供之防護與影響個人權利及利益之措施於程度上應相當。」即使一個人已經逐步失去了意思能力，他的自主仍應該受到完整的保障，而必須因此而發展出必要的支援方式，讓當事人仍舊可以進行自我意願的表達並受到理解與尊重，同時支援與保護的手段必須具有必要性和均衡性，以限制本人基本人權、自由的最小手段為之。
- <sup>18</sup> 如在醫療領域奉為主臬之一的NICE guideline於2018年出版的Decision-making and mental capacity (*available at* <http://www.nice.org.uk/guidance/ng108>)、英國阿茲海默症協會的網頁資料，<https://www.alzheimers.org.uk/get-support/legal-financial/decision-making-and-mental-capacity>（瀏覽日期：2020年6月22日）、日本學者新井誠教授是日本成年監護法學會理事長，長期深耕高齡社會法制，2005年發表「成年後見法と信託法」一文從聯合國身心障礙者權利公約之觀點，評論日本成年監護法之妥適性。

性<sup>19</sup>，法律行為與法律效果等。此類跨專業的學習已非原則性的課堂授課可以克服，必須進行個案的討論或甚至是演練，也必須彼此理解各自專業上執行預立照護計畫的困境，甚至可能是資訊層面或是技術層面的。而相關專業團體或是中央主管機關更應該進行指引或是工具包的撰寫，以縮短專業人員跨越鴻溝的歷程與應用相關知識於執業過程中所花費的時間，並能建立一套溝通的模式。例如，一份良好而明確的意思能力評估的指引，比起決定由法律人員、醫療人員還是精神鑑定來斷定當事人是否有意思能力來得更為普及、實用、也同時減少人力財務的支出，並且能夠落實人權的保障。

與醫療決策相關的案件如能讓在法庭上的討論活絡化，同時促進法庭作為醫療決策第三方公正角色的熟稔，例如像維生醫療、或是未成年人的醫療自主權，而非僅侷限在醫療爭議案件上，對於社會大眾關於醫療決策權利保護之重要性的識能定有大幅提升的幫助，而法律上針對預立醫療決定以及醫療委任代理人是否能夠徹底發揮其角色或是其權責的實際狀況也必須加以考量，法律對於此類事件的介入，並非干涉人們做決定的權利，而是關注於如何改革能夠讓個人表達自主意志的自由與權利受到最小的干預。

### (二) 跨專業協作主題

至於醫師與律師的協作，在哪些面向是重要的呢？以下針對認知能力判定、個人醫療自主與重要他人之利益相互衝突的協調力、以及如何裁量個人化的照護需求並建議合適的準備路徑等實務上最

---

<sup>19</sup> 舉例而言，我國在安寧緩和醫療條例和病人自主權利法的相關規定上便有歧異，根據安寧緩和醫療條例所立下的意願書或是同意書，簽署完即具有效力，但根據病人自主權利法的預立醫療決定，則必須在健康保險憑證上的註記完成才具有效力。而在醫療照護過程，因為病人自主意願的轉變，或是最近親屬出具了不同的意見，都會在病人意願的肯認以及書面文件是否得以被信任的問題上，面臨艱難的困境。

為常見的需求進行說明。

### 1. 認知能力判定

進行預先醫療決策並且形成照護計畫的能力，雖然在法律上仍無明確的討論，但誠如在高齡化社會針對失智此族群的當事人，是否具有意思能力、或是更精確而言，是否具有事理辨識能力的判定標準，應可類推適用於具體處理個人醫療事務的醫療決策能力。然而，相較於醫師，律師更常處理的是遺囑的需求，也因此較為瞭解的應是遺囑能力。無論是對於醫療還是財產事務的安排與處理，雖然都是自我負責性相當高的事務，但本質上仍有差別，而醫師與律師著重的點或是評定的標準是否一致，是多年來的爭議，也有許多文獻渴望將醫師與律師對於認知能力判定的標準拉近<sup>20</sup>、鴻溝減少。然而無論是使用意思能力，或是事理辨識能力的字眼，均不夠明確，因此，本文建議我國在認知能力判定的協作這一部分，應該出版工具包或是指引，除了可以減少醫師與律師在認知能力判定上的落差，也可以輔助我國社會在醫療與財產事務安排的能力檢視上達到更一致性的判定結果。

一般而言，此類的工具包指引或是一個過程，而非僅是幾條明確的核對項目，這是因為針對一個意思能力已經開始減損的病人而言，在什麼樣的環境會談、與誰會談、有何特殊的溝通技巧需求、是否應該挑選疾病較適合的狀態會談，都會影響到會談以及判定的結果。本文建議可以參考類似美國律師公會網站上，由法律與高齡化委員會所出版的工具包<sup>21</sup>，來作為引導與輔助的工具。不過，即

---

<sup>20</sup> Kelly J Purser & Tuly Rosenfeld, *Evaluation of Legal Capacity by Doctors and Lawyers: The Need for Collaborative Assessment*, 201(8) MED. J. AUST. 483, 483-85 (2014).

<sup>21</sup> 可參考美國律師公會網站上所提供的免費參閱資源網址：[https://www.americanbar.org/groups/law\\_aging/resources/health\\_care\\_decision\\_making/con](https://www.americanbar.org/groups/law_aging/resources/health_care_decision_making/con)

使有了工具包，仍舊無法解決目前的困境，也就是在盡可能保障個人可以進行自我醫療或財產事務處理的理念下，意思能力並非全有全無，然而，究竟在開始減損的過程中，醫師與律師如何透過類似的方式來進行意思決定以及決策能力的支援，自然也必須要有相關的教材<sup>22</sup>，假使意思能力已經確認全部喪失，決策權已經全然轉向監護人，也必須延續對於行使意思能力保障的精神，確認監護人的選任、以及監護人的相關作為是符合當事人過去的真實意願的。

事實上，律師開始著眼於上述的工作內容後，就已經進行了典範的轉移，代表律師的角色與職責並非只是依照客戶的要求負責完成有效性的文件，而是肩負起法律保障人民利益的初衷，考慮如何以客戶的自主以及需求為中心，讓在法律諮詢或是合作過程中的律師，是真正的進入當事人的生命故事，因此可以精準的引導或是建議當事人採行最有保障或是最能滿足需求的方式，同時也能促進高齡化社會的穩定性，不至於因為當事人意思能力的搖擺動盪，以及複雜家庭糾葛關係所可能一再衍生的質疑甚至是撤銷，該如何去面對，或是及早的預防，假如能夠跟著時間長軸，由熟悉一位當事人及其家庭的律師在過程中小幅度但是頻繁的進行對話以及修正，則

---

sumer\_s\_toolkit\_for\_health\_care\_advance\_planning/ (瀏覽日期：2020年3月18日) 該工具箱內有九大工具，不僅能夠提供法律專業人員使用，因為設計方向為使用者友善，民眾也可以自行使用。該九大工具分別為：如何選任決策代理人、衡量願意為存活付出多少代價、個人最重要的事務以及醫療決定中所持的個人靈性價值、身後事的決定、實用的開啟會談句型模板、讓家人與醫師確認你的代理人的適任性、如何簽署預立醫療決定、給醫療委任代理人的指引、以及關於健康照護決定相關的參考資源。

<sup>22</sup> 可參考美國律師公會網站上所提供的免費參閱資源：PRACTICAL Tool for Lawyers: Steps in Supporting Decision-Making，網址：[https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law\\_aging/PRACTICALTool.pdf](https://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law_aging/PRACTICALTool.pdf) (瀏覽日期：2020年3月18日) 該指引工具僅6頁，並且就是以PRACTICAL為引導工具上每個步驟的字首組合，相當好記實用。

更為適合。

## 2. 醫療事務與照顧事務的相互衝突的協調能力

一般而言，文獻上的討論總是認為身體照顧事務也等同於醫療事務，事實上，這也是截然不同的，照顧事務是為了兼顧病人的健康、尊嚴、利益以及照護需求的目標而產生，雖是與病人的就醫、照顧地點、照顧模式、身體健康的變化相關，但是這與一般預立醫療決定中必須決定個人對於心肺復甦術、維持生命、人工營養與流體餵養的選擇，並不完全具有相似性。醫療事務較為偏重個人意願的選擇，但身體照顧事務卻可能牽涉有其他人的意願與能力，比如說當事人希望病重之時能夠在家接受居家照護，但因為家人或是監護人無法負擔在家照護的人力資源需求，或是不具備有相關的照護能力，而選擇將當事人安排於長期照護機構，這會違反病人的意願，但可能是為了病人照顧的最佳利益作為著眼，此時，或是由醫療人員或是社福人員先進行居家照護時，可導入相關的醫療資源之訊息，例如安寧居家照護的醫療團隊以及長照系統下照服人員的協助，爾後再由律師根據當事人可以接受安排的彈性，協助選定能夠協助該類事務安排的監護人或是代理人，則就可以在兼顧所有人的最佳利益下，盡可能完成貼近病人意願的安排。

## 3. 從醫療自主意願以及財產保障的目的提供個人化的計畫

鑑於現今社會家庭與人際關係之多元，醫療照護選項的日新月異，未必透過單次的討論或是資訊的提供就能夠進行明確的意願選擇，醫師與律師應當透過本身的專業與經驗，針對客戶的需求量身訂做，包含其年紀、家庭狀態、財產種類、病程變化之預測等，裁量出最合適的選項建議，以最大化的保障當事人的醫療自主意願，也兼顧其財產保障的目的。

## 二、形成固定的合作團隊

在醫療照護體系中，本就不應該只有醫療人員作為唯一的成員，將對醫療照顧有利的醫療外專業整合進醫療照顧的團隊中，對於解決上述的困境也能產生正面的影響。醫療法律夥伴<sup>23</sup>以及醫療法律諮詢顧問<sup>24</sup>制度的建立將有助於向實質的合作邁進。醫療法律夥伴（Medical-Legal partnership），由美國醫學會（AMA）提出此制度訓練醫師的重要性，主要運用在醫學生以及剛拿到執照踏入臨床的醫師之訓練，目的為建立一個整合性的醫療照護體系，結合律師的認知與經驗，辨識出健康照護體系中可能對個人產生危害的社會與法律因素，以處理眾多健康不平等的跨專業協作之需求。在臺灣的實務層面，可以從醫學系與法律系的在學教育，以及在法官學院以及律師學院或是司法實務執業的繼續教育學分上導入此類課程，以及醫師與律師合作模式的外國經驗學習。醫療法律諮詢顧問（Medical-Legal advisor），以Medical Protection Society這個團體為例，是以商業保險的模式普遍性的協助醫師面對各種醫療糾紛或是醫事爭議需求時相關的建議，甚至是訴訟的攻防，該協會要求具有法律修習背景的醫師接受進一步的訓練，深刻瞭解一般醫療糾紛或是容易產生醫療爭議的情境議題以及背後的倫理法律知識，即時性的回應客戶的疑問。這樣的角色以及服務很類似訴訟外調解機制，但是更以同理心以及談判學的角度為基礎，而能減少調解本身仍舊揮之不去的糾紛色彩，是一種更為預應式（proactive）的問題預防

---

<sup>23</sup> STUART L. LUSTIG, *ADVOCACY STRATEGIES FOR HEALTH AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS: FROM PATIENTS TO POLICIES* (2012).

<sup>24</sup> The Medical Protection Society. Interested in a career as a Medicolegal Adviser with MPS?, available at <https://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/Booklet-PDFs/mla-careers-booklet.pdf?sfvrsn=0> (last visited June 22, 2020).

模式，而非問題解決模式。

該合作模式必須是漸進的，從地區性以及基礎的需求逐步的增加合作的密度，並且該合作須由合作制度下的醫師與律師固定長期並且連續性的提供討論以及幫助，同時此類合作必須進一步進行研究分析，建造較高證據等級的研究結果以支持之，促進兩個專業相關組織的信賴並且能夠協助推動。

事實上，兩個專業將互相的合作視為常態之前，應該有訓練加強並建構這些專業者的技能以及信心之訓練。將與醫療選擇相關的預立照護計畫討論在醫療照護場域執行成熟後，將它進一步準備為是律師專業也可以順利執行方式，例如對話範例、工作手冊等，甚至運用醫學教育中相當有效的教學或是考核模式：OSCE（客觀結構式臨床技能測驗，Objective Structured Clinical Examination），由模擬病人營造預考驗的情境，同時也可以針對教案內容以及一致化的評分方式，評估相關醫療法律協作團隊實際對話操演的能力，且因為有模擬的標準病人，更加深參與者的臨場感，也更能協助參與者瞭解自我專業跨入對方領域的重要性以及困難之處。一旦作為預立照護計畫討論的輔助工具更加的普遍化，也被醫師與律師熟用，將更有助於落實預立照護計畫的討論，更可在律師所服務的龐大客戶族群中，藉由財產分配或是家庭紛爭的客戶案件中，培養出偵測預立醫療決定需求的敏感度，偵測出需求後，並不會再以將之轉介到醫療團隊手上為由而讓客戶失去動機，但是醫療團隊必須保持能夠隨時進入協助的狀態，包含醫療實際照護情境的諮詢，可以透過視訊的方式讓律師事務所以及醫療照護場域的資源連結更加順暢。當客戶當事人進行預立照護計畫的討論時，應將之視為持續溝通討論的過程而非單次性的案件，並藉此鼓勵當事人將重要的家庭成員或是關係人帶進討論中，家庭成員或是重要關係人對於病人決策的過程越清楚，未來自然就更少發生衝突或是糾紛。

### 三、在固定的地點如診所或事務所提供協作服務以推廣可近性以及利用率

承前述章節，客戶所在之處或是病人所在之處就是談論預立照護計畫最好的地點，越是自然啟動這樣的話題，也就越有機會探索當事人真正的價值，也越能促進善終事務安排的順利。只要能夠兼顧隱私，不應對於談論預立照護計畫的地點、模式或是團隊成員有過於制式化的限制，如同現今的病人自主權利法所規範一般，設為門診形式的預立醫療照護諮商，是許多有意願進行討論的民眾因此而卻步的重要原因。既然是一個會修正的討論過程，便不必執著在一次的討論必須達到足夠高品質的過程與結果，而是透過不斷的修正、引進資源、反覆釐清價值與需求來將預立照護計畫的明確性與可用性拉近實際需求，並因此可以提升社區中的預立照護計畫推廣，增加在社區中、高齡照護機構以及各層級醫院的可近性以及利用率，將討論預立照護計畫的團隊之行動性提升，將可讓民眾感到容易接觸該項服務，自然會提升其利用率。將在律師事務所或是醫院門診中被動等待諮詢化為主動提供訊息與服務，同時在兩個專業之間建立轉介機制，同時建立資訊交換平臺，同時針對較為複雜性的個案建立支持以及資源整合機制。

預立照護計畫不應被視為醫療行為，而僅限於醫療人員或是在醫療機構中方可執行，這將偏離預立照護計畫的本意，也會讓預立照護計畫與民眾和其他願意協助討論的專業人員產生隔閡感。也只有預立照護計畫的討論不被視為醫療行為，才能夠達成上述行動性以及被利用率提升的期待。而在各社區內可定點進行預立照護計畫討論的地方更是相當重要，一方面社區民眾會更願意也更方便參與，同時也能夠將社區內的醫療與法律資源整合，以達到更有效率的成果。

#### 四、律師成為醫療照護體系中的常態性團隊成員並且發揮應有的角色與連結

運用醫療法律夥伴模型的概念建立起資深的醫師與律師在預立照護計畫上的合作，讓具有經驗與訓練背景的律師可以進入醫療場域中常態性地協助客戶，例如幫助有意願預先安排財產與醫療事務的當事人、或是有概念的親屬正確而有效率地進行監護宣告、信託或財產分配，並確保當事人以及親屬可以各自維護最佳利益。法律專業持續的出現在病人照護團隊中，有助於實質的提升當事人身為病人以及客戶的利益，也能夠扭轉法律專業在醫療情境場域中出現都是因為醫療爭議或是財產糾紛的刻板印象，更能提升律師擔負社會責任的角色呼喚以及地位。而透過這些先驅模式的演練經驗以及研究結果，再進行滾動式的修正，將有利於發展出最適合國情以及在地資源的本土模式。

當律師成為醫療照護體系中的常態性團隊時，便代表文化的轉變，而此時，病人或客戶便會更加期待透過這個模式所進行的預立照護計畫討論，之後所產生的法律性文件以及自主意願，在未來可以盡可能完全的被保障與確認執行，而這也就更加深了以全人照護以及兼顧生理、心理、社會家庭以及靈性等議題的安寧緩和團隊之角色，緩和團隊一般在醫院裡也具備處理複雜性倫理法律議題、末期臨終困境的協助、行政與司法相驗程序、轉銜資源媒合、經濟與照護人力資源評估與介入、臨終照護之居家處置、哀傷陪伴與輔導、並且同時是醫院裡最兼具有處理爭議衝突處理能力以及家庭或團隊溝通能力的單位，將是在醫療與法律兩個專業協作的長期過程中，最重要也最有力的在醫療照護端守護著照護品質的團隊。

#### 五、推廣高齡照護律師的認證與執業指引

我國律師雖然沒有分科制度，所有的律師都可以處理本文所提

的預立照護計畫或是財產保障等事項，唯這並非是協助客戶單次性的解決紛端或是簽署合法的文件，而是對於當事人福祉的思量以及權益的保護，更必須針對意思能力、醫療照護事務、財產信託、監護制度之沿革與實務操作具有深刻的認識與經驗，同時具備沟通能力以及耐心，能夠持續的在客戶以及重要關係人之間協調溝通客戶的真實自主意願，同時減少親屬以及關係人之間的紛爭，並能共同促進病人的意願得以保障與實現。以美國律師公會為例，下設 National Elder Law Foundation (NELF)<sup>25</sup> 針對高齡照護法律律師提供訓練並且發證，是美國境內唯一一個全國性的訓練與發證組織，根據該基金會的簡介，高齡照護律師多是具有家事法、財產信託法相關執業專長背景的律師擔任，且正是參考醫療專科性訓練與核照的模式而發展出。我國因應高齡化需求，「國家衛生研究院老年醫學研究組」會同「臺大醫院」及「長庚醫院」於二〇〇四年邀請國內外專家為國內醫師進行為期一年的「老年醫學次專科醫師訓練計畫」，當年度訓練四位高齡醫學專科醫師，根據臺灣老年學暨老年醫學會網站首頁上的資料，目前國內已有一千四百一十位會員，而統計至二〇一六年底止，我國共有八百九十八位老年醫學專科醫師。因應國內的需求，建議可比照醫療發展次專科或是領域認證的方式，提供高齡照護律師的認證，同時給予執業指引，有了專業的認證，在進修學分的安排上也可以針對需求開設相關課程，並且在課程中使用前述醫療與法律專業同時進行案件討論或是意見交流座談會等方式，促進協作的可行性與成功率。

高齡照護的律師應被視為是一種法律實踐，是一種統合性的領域，其所關注的包含醫療照護、長期照護計畫、監護制度、退休規劃、社會保險、以及其他財產規劃事項，因為關注的客群是高齡

---

<sup>25</sup> 相關資料可參考，<https://nelf.org/>（瀏覽日期：2020年6月22日）。

者，自與一般較為年輕的對象有別，而相較於其他案件關注的面向，高齡照護律師更必須密切的關注隨著高齡長者的生命與健康狀態還有意思能力的改變，隨時給予適當的計畫安排以及轉變。而透過經驗的累積以及實務的觀察，高齡照護律師針對如何在我國適用高齡照護相關安排的法律，也應提供適當的修法或立法建議，以利國家更能保障高齡者相關事務的安排，對於一個已經進入高齡社會的國家而言，高齡者所牽涉的健康與財產事務，將對國家的財政、稅務、保險以及社會安定性，具有舉足輕重的角色。同時，高齡照護律師也必須具備更高的敏感度，以及針對意思能力減損、身體失能或是情緒所牽涉的反應等複雜而挑戰的情境之應對能力，是以須被特別看待，也應受到高齡化社會對於律師專業期待的重要發展面向。

高齡照護相關的分科或是認證，對於臺灣律師體制的衝擊較大，但若是針對預立照護計畫所需要的能力先行發展資格認證制度以及相對應的訓練計畫，也可以針對這個次領域先設立相關的資格認證程序和資格要求標準。

## 六、加強多媒體資源系統的運用並且融入文化適應的元素

誠如現今各地方法院紛紛推出視訊諮詢，以提高民眾法律諮詢的利用率。對於預立照護計畫而言，曾有文獻發現，不少比例的民眾傾向在網站上搜尋相關資訊<sup>26</sup>、理解預立照護計畫或相關文件、甚至模擬簽署<sup>27</sup>，而事實上，國外更已經有律師，將預立醫療照護

---

<sup>26</sup> Joshua A. Rolnick et al., *Patients' Perspectives on Approaches to Facilitate Completion of Advance Directives*, 36(6) AM J HOSP PALLIAT CARE. 526, 526-32 (2019).

<sup>27</sup> 安寧照顧基金會也提供線上預立醫療決定文件的模擬簽署，但在我國病人

決定和遺囑作為可以直接線上處理並執行的整體程序，以手機軟體發送，利用率極高。然而，在多媒體運用的過程中，如何保障醫療訊息以及當事人資訊的隱私，也有待大數據以及隱私相關法規的同步改變，如此能夠更有效率的進行預立照護計畫的相關安排。

語言是理解跟自身相關的預立醫療決定或是遺囑內容相當重要的媒介，發展臺灣常用的語言版本的資訊，同時也開發針對臺灣人民對於預立照護計畫安排較能接受的動機引發方式或是工具，然後注重引導會談手冊內所使用的語句方式是根據國人的理解方式正確翻譯或是寫作，都是相當重要的。

## 肆、可預期之挑戰與展望

醫師與律師協作的預立照護計畫，根據本文的討論，醫師與律師均需要投入相當的時間與心力進行預立照護計畫的學習，更必須挑戰過去兩個專業並不會出現在同一個場合中進行討論的協作經驗累積，對於在執業型態上本就相當忙碌，也具有學習門檻的兩個專業來說，將是極大的挑戰。即便克服認知與系統因素的障礙，同時兩個專業的繼續教育與協作經驗也臻於成熟，這個深具專業諮商色彩、協助高齡化社會法安定性、以及能夠有效預防未來醫療決策或是財產分配爭議的新典範，專業成本極為高昂，以目前預立醫療照護諮商為例，衛生福利部以單人單次滿一小時的諮商三千五百元為收費上限，並逐步將失能者、罕病者、低收入戶列為補助對象，若再加上律師諮詢費，也以三千五百元計算，高達七千元的單次諮商費用想必非一般民眾習於使用的，加之以預立照護諮商深具減少無

---

自主權利法相關的規定下，仍必須經過認證過的諮商團隊在符合規定的醫療機構中完成預立醫療照護諮商後，才能進行預立醫療決定的上傳與註記，爾後才能生效。

效醫療耗用以及財產爭議的司法資源浪費的發展潛力，減少高齡化社會的國家成本支出，是以應該由國家介入，已罹病者由健保資源補助，健康或亞健康民眾以健康促進的經費補助，與此同時，必須加強因應預立照護計畫實踐所需的專業人力與財源儲備。

然而，國家所提供的基礎型預立照護計畫勢必無法多元的家庭與社會需求，同時預立照護計畫深具個人隱私性且自我負責性高，國家無須介入太多因此應該適度開放市場機制，尤其是已經涉及到法律諮詢，甚至未來可能還有訴訟上爭議部分，僅需著重在提供諮詢的品質上把關，並將資源重點投入於照護計畫實踐的友善環境，讓民眾能夠針對自己的生命與財務規劃有更適切與滿意的選擇，即透過以使用者付費概念處理。另考慮並非所有預立醫療決定之人，均有遺囑之需求，建議能有高齡照護專業律師，讓病人在進行醫療諮詢時，提供其具有高齡照護專業律師參考名單。也可考慮在制度上設計，當有高齡當事人欲透過遺囑處理其財產時，可以適度請專業醫療人員共同協助。也因此，制度的多元彈性也是我國發展醫師與律師協作預立照護計畫的重點。

## 伍、代結語

預立照護計畫的概念已行之多年，在國內相關團體的多年提倡後，於國內並不陌生，在國外討論的法學文獻更是豐富完整，而病人自主權利法的制定，也讓預立醫療決定的概念更加普遍。然而，根據本文討論，實務上並沒有因為上述原因，而成就這些客戶更好的善終討論以及跨專業協作的準備，甚至近年來因為病人自主權利法的通過，過多對於法條內容的關注與批判，稀釋了醫療與法律真正關注預立照護計畫推動與協作的討論能量。根據衛生福利部的網

站資料<sup>28</sup>，雖已有逾萬人簽署預立醫療決定，然而這些預立醫療決定未來是否真的能夠在臨床上毫無窒礙的運用，也是眾多國人以及醫療團隊嚴陣以待，並表示擔憂的問題。

醫師，尤其是緩和照護團隊的醫療人員，對於末期生命照護選項、各選擇後續的照護模式與資源、複雜生命照護議題的倫理法律處理，都有相較於其他醫療團隊更為豐富與具體的經驗，可以協助當事人完成更為貼近臨床現實場景可行的預立醫療決定，並且進行身心靈需求的辨識以及處遇，以及與重要他人的共識達成。律師，尤為擅長推動當事人尋求最佳自我利益的方案，也對於促進會談的效益更為看重，並且熟悉相關文件的撰寫以及有效性的確認，也可尋求最不會造成爭議或是紛爭的最佳安排方式，是確認當事人所需要的預立照護計畫以及相關文件準備重要的推力。然而，目前在臺灣，不僅兩個專業對於認知與決策相關的意思能力未有成熟的判定能力以及適用的輔助工具，病人自主權利法影響了醫師與律師合作預立照護計畫的彈性度，醫療與法律在相關協作模式上沒有任何經驗，法律實務過去近乎沒有任何參與預立醫療決定的角色與經驗，都需要進一步的學習、經驗再造以及制度改革，才能有改變的契機。

無論是高齡化社會的影響，或是病人自主權利法的通過，臺灣的律師近年來投入推動高齡相關監護制度以及財產規劃的努力不少，唯最可惜的是以「人」為本的想法雖然各自在醫療和法律的領域推動，仍必要仰賴律師繼續教育以及律師公會全聯會的推廣，才能讓法律專業人員真正理解當事人在進行預立醫療決定時真實的困境以及解套方式。本文亦認為，針對無法切割而各自因應與討論的

---

<sup>28</sup> 根據衛生福利部預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統上的資訊，截至2020年3月15日止，共有1,2691份預立醫療決定的註記。

人生規劃乃至長期照護以及善終安排，必須透過醫療和法律兩個專業更如齒輪般密切合作轉動般的機制，然而醫療和法律是兩個高度具有學習門檻，也具備鮮明的自我文化以及語言的專業，因此這非朝夕可達，而需透過本文所提的進程作為準備，以因應臺灣快速翻倍的高齡人口以及亟需跨專業協作的照護需求。同時我們也需要國家進行更多的研究計畫以及實證分析，以理解兩個專業對於預立醫療自主計畫的相關認知，以建立共通的平臺以利協作的進行，同時更精確的定義兩種專業在個人化的健康照護與財產安排過程中的明確角色與任務，並且將多次而逐步深入的溝通過程需求，成為法律保障的核心，成功地進行法律上的典範轉移，而實務經驗以及實證研究的結果分析，更會是這一波典範轉移的背後，最為重要的支持，並且能夠引導出克服醫師與律師協作預立照護計畫障礙的最佳策略。本文也希望透過介紹國外文獻上所發表的經驗以及相關的討論，讓臺灣社會明白律師是預立照護計畫推動中的重要角色，能夠在未來的國家宣導與推動計畫中，將律師納為預立照護計畫團隊中重要的成員，並且進一步透過經驗的累積，將我國高齡化社會所需的法律專業，進一步集結、深化並且發展為一統合性的學門領域，作為高齡民眾福祉保障的特殊執業領域，以因應高齡化浪潮所掀起的長期照護之保險財源、家庭與社會結構、財產交易安全、高齡人口的人權保障等重要議題與困境。

## 參考文獻

### 一、中 文

胡珮琪，我國成年監護制度之實證研究，臺灣大學科際整合法律學研究所碩士論文，2017年。

莊佩倪、蔡兆勳、黃獻樑，高齡長者撤除維生醫療後之照護困境初探，臺灣老年醫學暨老年學雜誌，第13卷第1期，2018年，頁28-44。

許澤天，消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響，臺北大學法學論叢，第100期，2016年12月，頁179-243。

謝宛婷、王敏真、陳炳仁，意思能力喪失之病人的醫療決策——英國意思能力法案給台灣的啟發與省思，醫療品質雜誌，第10卷第5期，2016年9月，頁52-61。

### 二、英 文

Hall, Margaret Isabel, *Situating Dementia in the Experience of Old Age: Reconstructing Legal Response*, 66 INT'L J.L. & PSYCHIATRY 110468 (2019).

LUSTIG, STUART L., *ADVOCACY STRATEGIES FOR HEALTH AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS: FROM PATIENTS TO POLICIES* (2012).

Purser, Kelly J & Rosenfeld, Tuly, *Evaluation of Legal Capacity by Doctors and Lawyers: The Need for Collaborative Assessment*, 201(8) MED. J. AUST. 483 (2014).

Ries, Nola M., *Lawyers and Advance Care and End-of-life Planning: Enhancing Collaboration between Legal and Health Professions*, 23 J.L. MED. & ETHICS 882 (2016).

- Ries, Nola M. et al., *Lawyers and Advance Care Planning: Time for Innovation to Work Together to Meet Client Needs*, 12(2) HEALTHC POLICY 12 (2016).
- Ries, Nola M. et al., *How Do Lawyers Assist Their Clients with Advance Care Planning? Findings from A Cross-Sectional Survey of Lawyers in Alberta*, 55(3) ALTA. LAW REV. 683 (2018).
- Rolnick, Joshua A. et al., *Patients' Perspectives on Approaches to Facilitate Completion of Advance Directives*, 36(6) AM J HOSP PALLIAT CARE. 526 (2019).
- Sabatino, Charles P., *The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy*, 88(2) MILBANK Q. 211 (2010).

