

高雄市醫療機構預立醫療諮商照護團隊 運作現況與社會工作實踐經驗之初探

Preliminary Exploration of the Operation and Practical Experience
of Social Work of the Advance Care Planning Teams in Kaohsiung
Medical Institutions

徐臣奕

高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系碩士班畢業生

陳武宗

高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授

陳秀芳

高雄榮民總醫院社會工作部社會工作師

王靜瑜

高雄醫學大學附設中和紀念醫院社會服務室社會工作師

摘要

在「病人自主權利法」的立法精神與法律規範下，國內各醫療機構從試辦到正式實施，開始落實預立醫療照護諮商（以下簡稱 ACP）團隊運作，此運作經驗對落實立法精神和發展有效諮商團隊十分重要，加上國內目前尚缺乏相關研究，故本研究以高雄市醫療機構為場域，採用焦點團體訪談法與深度訪談法進行資料蒐集，共計訪談 7 位醫務社工師，以探討不同層級醫療機構的諮商團隊運作現況、專業間合作及社工師實務經驗。其主要目的，在於累積國內預立醫療照護諮商團隊運作經驗，提升專業間合作效能。

研究初步發現：1、諮商機構在政策配合與資源投入最少的管理策略下，ACP 團隊的運作，以家庭醫學部安寧醫療照護成員為班底，諮商空間為門診診間，並呈現多元最大與必要最低限度的兩種發展方式。2、ACP 團隊專業間的任務分工和合作，具有明顯的任務取向與重視時程的特性。3、社工師在 Pre-ACP 的業務內容具有專業表現的機會，但因屬多工型職務，負擔較大。4、社工師因上述團隊運作特性，社心議題較不易在 ACP 諮商過程被觸及，相對的其專業知能，也較難派上用場。

根據以上的初步發現，本研究分別未來政策分向、諮商機構、團隊專業間合作、社工師專業定位等層面，提出具體的建議供參考。

關鍵字：病人自主權利法、預立醫療照護諮商、預立醫療照護諮商團隊、專業間合作、醫務社工師

壹、前言

我國於 2015 年 12 月 18 日三讀通過的「病人自主權利法（以下簡稱病主法）」，並於 2019 年 1 日正式實施。從衛生福利部（2020）的預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統得知，至今實施約兩年的時間，已有近兩萬人簽署預立醫療決定（Advance Decision, AD）。北市聯醫體系 2300 位意願人簽署 AD 的理由，主要是預先進行生命及善終安排，其中有 9 成意願人選擇不接受維持生命治療和人工營養（蔡宗達、楊君宜，2019）。此等意願人簽署統計和調查結果，也體現了病主法尊重病人醫療自主、保障其善終權益及促進醫病關係和諧的三大立法精神。而意願人簽署 AD 程序，則須依據病主法子法「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法（以下簡稱管理辦法）」第四、五、六條規定：諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊，以提供意願人完成簽署前的醫療照護諮商計畫（Advance Care Planning, ACP，以下簡稱諮商計畫）。也可以說，諮商團隊的運作成效，是落實病主法立法精神的重要關鍵，而試辦期到病主法正式實施以來，各諮商機構團隊整體發展的現況和實際運作如何？是很值得加以重視和探討的議題。

在我國的華人社會中，深受家庭主義及儒家文化的影響，產生個體與家庭密不可分的關係，使得以家庭為主導的家庭式決策是普遍存在的現象（李欣慈、鄭淑貞、黃川芳、吳郁梅、胡文郁，2015）。林家穗、王枝燦等人（2020）也提到台灣文化中涉及死亡文化規範與習俗，常因親情因素的考量，而影響死前的醫療選擇以及後事的安排。因此病主法的管理辦法第四條中，也將處理家庭、社會、心理等適應問題的社工師、心理師納入 ACP 團隊專業成員之一。

目前國內研究關於 ACP 的文獻，大多是以評論 ACP 的優劣、現況及建議為主（張婷，2017；葉依琳、田恩慈、許文章、楊添圍、劉建良、黃勝堅、黃少甫、廖亭茹，2018；劉靜女、蔡宗達、林欣儀、

黃彥蓉、孫馥敏、林素妃、黃鳳嬌、蘇俞安、賴怡蓁、楊君宜，2019；蔡佩淪、謝雅琪、鍾明成、許正眉，2019；李明書，2019；許文章、楊君宜、黃勝堅，2020；楊君宜、黃勝堅、林欣儀、蘇俞安、蔡宗達、劉建良，2020；劉雅安、張曉婷、林明慧、陳曾基，2020），但以專業人員為出發點的國內文獻不多，以社工觀點的文獻更是少之又少，據研究者蒐集文獻之了解，針對 ACP 中社工角色定位的國內文獻有三篇研究（林素妃、蔡佳容、陳香岑、林秋蘭、王美几、朱偉汝、蔡宗達、黃遵誠、洪士奇，2020；林珊伊，2018；林芳如，2018），其中明確說明醫務社工在預立醫療照護諮商中提供諮詢、教育、啟發、協調與支持等多元的角色功能，以協助意願人闡述自己的意願與價值。兩篇產自台北市立聯合醫院，另一篇則是彰濱秀傳紀念醫院，兩家醫院皆屬區域醫院，其單一執行經驗，難以涵蓋到不同層級醫院，且法律雖規範諮商團隊需有哪些專業人員，可是並無詳細規範各個專業的人員的工作內容，致使不同的諮商機構對於社工的角色定位不盡相同。因此有必要針對不同的醫療機構團隊發展與運作現況、專業間合作情形，以及社工實踐經驗加以探討，方能對未來的諮商團隊有效運作提供實質上的建議。故本研究探討以下問題：

- 一、了解醫療機構諮商團隊運作現況及專業間合作分工情形？
- 二、探討醫療機構諮商團隊中的社會工作實踐經驗情形？

其主要目的，除有助於重整諮商團隊運作現況、專業間合作及社工實踐經驗外，也期待未來對機構諮商團隊有效運作，和提升諮商團隊成員間的協力效能，提供實質上的建議。

貳、文獻探討

- 一、病主法立法精神與 ACP 團隊的重要性

病主法的三大立法精神如前所述，乃是在尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧等，母法共計 19 條文，從條文內容可分為四個規範領域，分別為告知和同意、預立醫療意願書、醫療代理人制度正式化和保障自主醫療意願實施（陳偉熹、曾斐琳、陳穎詩、陳潔宜、尹莘玲，2020）；換言之，本法主要在清楚劃出病人自主權和生命權的法律界限，前者在 1-7 條規定病人知情同意和拒絕權，後者在 8-17 條規範病人拒絕醫療權和善終權。同時對何謂意願人？對何謂 AD？何謂 ACP？分別在病主法的第 3 條四、三、六款有如下明確的界定：1. 意願人：指以書面方式為預立醫療決定之人；2. AD：指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。3. ACP：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通過程，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。

為了實踐此精神，讓意願人透過具法定資格專業成員組成的諮商團隊，進行預立醫療照護諮商，最後能在法定的諮商機構順利簽署 AD。其主要目的，在提供民眾簽署預立醫療決定書前正確、對等的知情，協助民眾充分瞭解五款特定臨床條件、維持生命治療與人工營養流體餵養等各種醫療選項的內涵。除理解和認同法定規定外，其目標也在於提升大眾死亡識能，以進行善終準備（黃少甫、葉依琳，2020）。故從文獻查閱可知，學者專家更強調 ACP 的重要性，因為預立醫療照護諮商能夠讓病人參與，表達他們的醫療選擇偏好，讓意願人了解尊嚴與自主之於病人真正的具體實踐（謝宛婷，2020）。ACP 強調的是一個完整的溝通過程，目前在醫療場域許多病人意識不清、接近臨終時才與家屬討論預立醫囑，亦無法確認病人真正的意願為何，影響病人的自主與自決的權利（方慧芬、張慧玉、林佳靜，2009）。歐洲安寧療護組織及學者專家提出對 ACP 定義的國際共識版，其認為

ACP 為一種能力，使意願人能夠確定未來醫療和護理的目標和偏好，過程中與家屬和醫療專業人員討論這些醫療選擇，並在適當時記錄和審查 (Rietjens et al., 2017)。因此，能透過醫護社心多種專業的團隊幫助，讓病人依據自己的價值觀、信念進行思考自己的醫療決策，並依據所需預立醫療委任代理人及記錄自己的相關決定。由此更可知，此由多專業組成之諮商團隊的有效運作，在落實病主法精神，提供意願人順利簽署 AD 的重要性。

二、諮商團隊跨專業合作之定義、運作歷程及類型

(一) 團隊與跨專業間合作定義

團隊是指成員間相互依賴，擁有共同的目標，以及共同分擔責任，並藉由彼此的互動影響結果 (Jelps & Dickinson, 2008)。Berg-Weger & Schneider (1998) 簡單界定，為不同專業成員，貢獻所長，成完成共同的目標或產品。Bruner (1991) 則認為，是指一種有效的人際互動過程，此過程促進了目標的達成，且此目標非單一專業成員可獨立完成。吳貞儀、李淑貞等人 (2012) 認為，是指其團隊成員皆由不同專業工作者組成，並能發揮其專業所長，共同進行評估和服務提供，讓使用者獲得最適切且完整的服務。除以上較正面的定義，社工教育學者 Bronstein (2003) 綜和幾位學者的看法指出，專業間協力合作此概念上述定義，和其他用在描述需緊密進行人際互動的用語如合作、溝通、協調及夥伴關係等語意相近。Bronstein (2003) 以 *disciplinary collaboration* 概念來討論專業間的互動關係和內涵，但本文基於中文的字義和專業間互動的發展歷程角度，全文還是以專業間合作之中譯用語。雖英文 *collaboration* 一字，中文翻譯為協力較合適。

(二) 團隊專業間合作類型與效益

團隊專業間合作的類型，也有學者提及最常被提出討論的三概念：多專業模式（Multidisciplinary）、專業間模式（Interdisciplinary）、跨專業模式（Transdisciplinary），其說明如下（陳奕翰、蘇麗晶、劉淑娟，2013；胡月娟、江蕙娟，2013；林東龍、陳武宗、李家和、曾良鵬、高郁勛、周映君，2018）：

1. 多專業模式（Multidisciplinary）：意旨在機構內外兩種以上人員間為特定目標共同協力（collaboration）的過程。此模式各專業間溝通互動較少，以各司其職方式進行
2. 專業間模式（Interdisciplinary）：指各專業間共同合作，有共同目標，故各專業間較不堅持本位觀點，彼此較能互動與學習。
3. 跨專業模式（Transdisciplinary）：團隊成員間具共同目標、理念及概念架構，各專業可打破秉持自我專業角度，以超越專業為立場，追求更高境界或達成共同特定目標，個別都佔有重要角色，其成員地位皆為平等，團隊內專業互動頻繁，團隊凝聚力高且意識堅強。

（三）影響專業間合作的因素和效益

Bronstein（2003）提出影響專業間合作的四種因素，分別為結構特點（Structural Characteristics）、專業角色（Professional Role）、個人特質（Personal Characteristics）、合作經歷（History of Collaboration）：

1. 結構特點（Structural Characteristics）：機構對專業間合作的看法、其行政支持的程度，以及是否有其他資源可協助團隊解決合作時的障礙。
2. 專業角色（Professional Role）：指對專業和專業間合作具有較強且正向的理解，此因素內涵包括如對社工專業的價值和倫理的掌

握、忠於組織、忠於自身專業、尊重其他專業人員、具有全人的實務觀點及相互依賴和互補的立場等。

3. 個人特質 (Personal Characteristics)：指早期在不同服務場域中專業間合作經驗，如實習或正式工作中正向的專業合作經驗，此經驗有助連結目前成功且有效的專業間合作。
4. 合作經歷 (History of Collaboration)：指早期在不同服務場域中專業間合作經驗，如實習或正式工作中正向的專業合作經驗，此經驗有助連結目前成功且有效的專業間合作。

而此等因素，有助於運用在觀察和理解 5 家機構諮商團隊運作和專業間合作的狀況。同時透過專業間協力的目的，就如 Glasby & Dickinson (2008) 指出，專業間成員如能理性參與團隊運作，可能產生的效益有：(1)單一窗口服務、(2)較少僵化的感覺、(3)對需求有更全面的回應、(4)較佳的支持性協調、(5)更廣泛的服務範疇。簡言之，團隊參與者將個人專業承諾和才能帶入團隊互動過程，從而產出預期的綜效。

綜合上述，在現行病主法及其管理辦法的規範性運作制度的脈絡下，什麼是構成和影響諮商團隊有效運作的關鍵內涵與活動？甚麼是促進或抑制諮商團隊專業成員間協力合作的內涵？國內法定合格諮商機構，ACP 團隊運作從試辦期到正式實施，醫師護理社心等團隊成員身分資格及任務分工，雖有明確法定規範、程序和操作參考範本，也確實有助於專業間合作及整體 ACP 團隊的有效運作，但病主法從 2016 年試辦期到 2019 年正式實施，各諮商機構諮商團隊實際運作情形？及團隊成員專業間合作協力的實際發展樣態如何？除目前單一醫療體系已發表的實務經驗報告外，對於各諮商機構實際發展和運作

情形，仍需有必要進一步去了解和探討。此為本研究主要關心探討的主題之一。

三、預立醫療照護諮商團隊之角色分工與社工專業實踐

107 年度衛生福利部委託台灣安寧照顧基金會辦理「推廣病人自主權利法照護模式試辦計畫」，根據基金會推出的「預立醫療照護諮商說明工具—團隊版」之團隊諮商分工建議（台灣安寧照顧基金會，2021）：

1. 醫師：解釋五款臨床條件、解釋維持生命治療、解釋人工營養/流體餵養。
2. 護理師：說明維持生命治療相關照護、說明人工營養相關照護方式、說明可能的照顧負擔。
3. 社心人員：評估家庭功能/動力、同理與支持、預期性哀傷之支持、協助轉介相關資源。

根據林芳如（2018）的研究所述，在北部單一諮商機構 ACP 團隊分工裡，醫師最主要的職責，在於扮演好醫療專家的角色，諮商過程中針對特定的五項臨床條件進行說明，並詳述維持生命治療、人工管灌與流體餵養等醫療選項，為意願人及其家屬提供專業的醫療說明；護理師的職責在於說明臨床條件的實際照護經驗，為意願人及其親友提供相關的照護經驗與資訊，有時也會取代醫師提供醫療說明；社工人員在收案階段時，需進行統整資料、提供諮詢、協調時間等事項，而諮商階段，社工多被期待擔任開場、相互介紹成員、協助意願人對醫療團隊成員建立信任感、催化諮商過程順利進行的角色。

林素妃等人（2020）將 ACP 團隊運作分成，宣傳、收案、預立醫療照護諮商等 3 階段，並具體描述醫務社工師在不同階段扮演的角色與任務如宣導與啟發者、準備者、引導對話與溝通者、行政協調與

airiti

倡導者等的角色。換言之，ACP 諮商團隊運作過程的社會工作專業實踐經驗，在不同醫療體系或機構層級，因機構特性或專業人力配置和角色分工差異，而有不同的專業展現。

綜合上述的 ACP 團隊成員的任務分工及被認知期待的角色，在機構諮商團隊形成與實際運作過程產生何種團隊運作樣態及實際互動的差異與歷程？至於預立醫療照護諮商社工專業實踐經驗為何？從國內安寧醫療緩和開始實施，醫務社工師就開始參與，如今 ACP 的出現後，在 ACP 的團隊運作中是否有新的實務經驗或新的團隊合作模式，是本文所關心與探討的議題之一。

參、研究方法

一、研究場域

衛生福利部於病主法於 2019 年 1 月 6 日上路前公布可提供預立醫療照護諮商機構名單，共計 77 家醫療機構，如今 2022 年全台已增至上百家醫療機構，根據高雄市衛生局（截至 2021/6/30）公布目前高雄市由十家醫療機構負責執行預立醫療照護諮商，本研究則將焦點放在衛福部於 2019 年所公布在高雄市內的 5 家醫療機構，分別為高雄長庚紀念醫院、高雄榮民總醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、高雄市立大同醫院、高雄市立小港醫院，上述 5 家醫療機構從 2018 年的試辦計畫期間就成立諮商團隊運作至今，其團隊之運作經驗較為完整，故選定為本研究的機構場域。

二、研究對象

本研究是以社工師的角度，探討諮商團隊運作現況與社會工作實踐經驗，故本研究對象選取須以具有 ACP 經驗為前提，採立意取樣（Purposive Sampling），挑選研究對象為完成預立醫療照護諮商人員

訓練課程，並取得諮商資格且具有預立醫療照護諮商之經驗之醫務社工師，以此找尋合適的受訪者。5 家醫療機構中共有 20 位社工師取得預立醫療照護諮商之資格，研究者先藉由私人管道聯繫 5 家醫療機構的社服室，在獲得機構口頭同意後，再以寄送公文的方式正式邀請 5 家醫療機構中符合條件的社工師參與本研究，預計每家機構有 1 至 2 人參與本研究的焦點團體。

邀請結果，同意參與本研究的人數為 7 人，如表 1 所示，參與焦點團體訪談的受訪者有 5 人，其餘兩人因時間因素無法參與，改以個別訪談方式進行。本研究受訪者性別皆為女性，年齡在 30-59 歲之間，皆有 5 年以上的醫務社工經驗，且都受過安寧的訓練課程。

表 1

受訪者基本資料與機構編號表

醫院編號	受訪者編號	性別	年齡	醫院服務資歷	安寧服務資歷	安寧訓練	善終課程	親友死亡經驗	訪談方法
A	a	女	40-49 歲	10 年以上	10 年以上	是	是	是	深度訪談
	b	女	50-59 歲	10 年以上	10 年以上	是	是	是	焦點團體
B	c	女	40-49 歲	10 年	3-5 年	是	是	是	焦點

			歲	以					團
			以上						體
	d	女	50-59歲	5-10年	0-2年	是	是	是	焦點團體
C	e	女	30-39歲	5-10年	5-10年	是	是	是	焦點團體
D	f	女	40-49歲	10年以上	0-2年	是	是	是	焦點團體
E	g	女	40-49歲	10年以上	3-5年	是	是	是	深度訪談

資料來源：研究者自行整理

三、資料蒐集與分析方法

(一) 焦點團體訪談

本研究以採焦點團體訪談法為主要蒐集資料的方法，焦點團體訪談法是一種以「團體」訪問的型式，進行質性研究收集資料的方法(章美英、許麗齡，2006)。通常需由 6-10 人組成，每次討論時間約 2 小時，由背景同質的陌生人或熟悉的人組成 (Morgan, 1997)，故向上述

五間醫療機構邀請 6-10 人參與，且每間至少邀請一位，以促進資料的豐富性。焦點團體訪談的特色在於團體動力的激盪，藉由主持人的問題引導，讓團體成員在開放的討論氛圍中提供個人特殊的意見與經驗（李雯智，2006）。如此有助於促使社工師彼此的諮商經驗分享和交流，更可從中了解不同諮商機構間的諮商團隊發展與運作現況、專業間分工與合作情形及社工師實踐經驗等主題內容，且透過團體動力，激盪成員的觀點，表達感覺、態度與想法，有助於受試者在多元豐富經驗之表達，比個別訪談法更能一次性得到豐富廣泛的語言與非語言資料（梁惠茹、賴維淑，2020）。如在資料分析過程中發現受訪者提供訊息待釐清或資訊不完整，再透過電話或通訊軟體進行追訪，以提高資訊的完整性與正確性。根據研究目的與文獻擬定焦點團體的綱要，首先了解受訪者參與諮商團隊的過程，以此整理出從試辦計畫到正式實施的過程，次之詢問不同醫療機構的諮商團隊，其運作現況與特色，最後則討論受訪者於 ACP 的過程裡的正負向經驗，以回應研究目的。

(二) 資料分析

本研究資料蒐集完成後，將錄製的訪談內容轉化成逐字稿呈現，將每段受訪者的語句，依據不同的主題像編輯一般，剪輯、重新組織成文本的呈現，直到詮釋出有意義的類別和關聯（林金定、嚴嘉楓、陳美花，2005）。研究者反覆閱讀每份逐字稿，並對其逐句檢視，同時也參考調整 Bronstein (2003) 專業間合作模型中有關四項影響跨專業合作的因素如結構特性、專業角色、個人特質及合作經歷等，作為文本分析的概念性架構，據此分析探討(1)5 家諮商機構團隊發展與運作現況；(2)諮商團隊的組成、發展歷程及專業間的合作；(3)社工師在諮商團隊運作過程的實踐經驗等主題，以提出建議回應本研究之研究問題與目的。編碼部分，於文本的「編碼登錄」(coding)，醫療機構以 A、B、C、D、E 大寫的英文字母進行編碼，受訪者則以 a、b、c、d、e、f 小寫的英文字母進行編碼。因此分析文本顯示，若對話後面

顯示「(A-b27-3)」，代表為 A 醫院的 b 社工師，在逐字稿中第 27 段對話，其第三個對話重點。後續追訪之內容以「01」進行編碼。

(三) 研究嚴謹性與倫理

除透過上述研究主題脈絡的鋪陳、場域的熟悉和連結、文獻爬梳與理論的運用、資料蒐集和分析過程描述等，以提升本研究的嚴謹性外，本研究進行資料蒐集前，考量到研究對象之權益與安全等倫理考量，將遵守研究倫理原則。同時，研究者也將研究成果與受訪者共享，以回饋受訪者的協助參與。為確保本研究之倫理符合倫理原則，本研究於 2021 年 5 月 5 日送至高醫人體試驗審查委員會（Institutional Review Board, IRB）進行審查，於 5 月 19 日接受行政審查（案號：T-高雄醫學大學-25947），6 月 16 日通過審查，6 月 17 日取得「受試者同意書」、「IRB 證明書」等相關文件，8 月開始蒐集資料，完成資料蒐集後在分析過程中，會謹慎處理個人資訊，避免過多或不當的揭露，維護受訪者的隱私資訊，並於 2022 年 2 月 17 日通過結案報告，以利受訪者權益的維護與執行的確實性。

肆、研究發現

一、5 家諮商機構團隊發展與運作現況

從病主法試辦期到正式實行，5 家醫療機構接續按管理辦法規定，指定機構內 ACP 專責單位，並規劃完成諮商空間、服務流程與宣導網頁建置等基礎事務，並開始選訓合格人員和組成諮商團隊，及開設門診時段運作。因各層級醫療機構的資源規模有別，對法的認知與期待不同，在醫院端支持情形、諮商機構門診時段與簽署情形、空間資源投入和人員培訓質量及特色、社工部門 ACP 社工人力投入情形及 Pre-ACP 業務的人力配置與操作方式等等，也呈現 5 家諮商機構不同的團隊運作現況和特色。

(一) 醫院端的最少且必要的支持樣態

病主法正式實施後，基本上醫院都會配合政策法令執行，包含培訓諮商人員、組成諮商團隊等，受訪者認為機構不僅是政策配合，對於 ACP 也是支持的。

我想醫院應該是有支持，比如說像團隊的人要去受訓或幹嘛的。(D-f17-2)

我覺得(院方)是支持，因為畢竟這個也是政策，我們看起來做(簽署 AD)的人數也不會太少，所以我覺得院方是樂觀其成。(E-g67)

(二) ACP 諮商機構專責單位與團隊會議

從訪談資料綜合整理後，可了解 5 家依法成立的諮商團隊，業務主責單位全為機構內家庭醫學部門，並和原安寧緩和醫療團隊運作密切連結，如 ACP 執行成果報告、業務檢討及新服務方案規劃等，可和安寧團隊月季例行業務會議合併召開，提升專業間溝通交流時效。

本院 ACP 由家醫部門專責，ACP 團隊業務和執行成果，每 2 個月會在醫院會和安寧緩和醫療委員會一起討論執行概況及問題。(C-e22)

家庭醫學部是專責單位，每季召開預立醫療照護諮商小組會議，參加人員為諮商團隊成員。包含心理師、精神科醫師，會有提案討論的內容、比如宣導品及影片拍攝、診間規劃、ACP 資訊系統及 SOAP、運作上大家遇到的問題等。(B-c01)

(三) 諮商機構門診時段、團體諮商及簽署情形

5 家諮商機構，其中三間為醫學中心，兩間為區域醫院，A、B、C 醫院作為醫學中心，至少三個門診時段，D、E 醫院作為區域醫院

至少一個門診時段；簽屬人數的部分，截至 2021 年 10 月 23 日高雄市簽署人數為 1656 人，受訪的五間醫療機構共 1257 人，佔高雄市 75% 的簽署量，B 醫院為簽署人數最高 541 人；醫院的執行特色部分，以 B 醫院最為不同，其除了門診諮商服務外，有針對榮民與罕病的「到宅諮商」、「團體諮商」及個管師主則搭配醫護人員的社區宣導活動。

目前 ACP 團隊諮商有一、二、五三個門診時段。(C-e01)

本院除有機構內一、三、五下午的團隊諮商門診時段，一下午可約兩組諮商服務，同時針對社區特殊人口群的團體如小腦症、榮民，可由團隊到據點進行團體諮商，8 人為一單位（疫情期間也試行線上諮商）。(B-c01)

每個禮拜一的下午只有單一個門診可以預約。(D-f17-5)

(四) 5 家諮商機構人力與空間的安排

在諮詢機構政策配合、最少資源的管理策略下，善用家醫部門安寧療護團隊人力為班底與門診空間為諮商地點，就成為 5 家機構共有的特性，也就是說 ACP 諮商團隊的運作現況，是在不增人不設獨立空間的共同條件下，執行符合法定最低必要規範的新業務如設預約服務窗口、Pre-ACP、ACP 諮商門診、院內外宣導等，而 A 機構設有獨立諮商空間、B 機構增聘專責個案管理師，屬單一特殊情形。值得關切的是在此機構特性與運作條件下，其對諮商團隊運作表現和專業間的合作狀況的影響如何？從諮商門診數、簽署人數、院內外宣導活動數及多元創新服務項目等，可區分成兩種樣態：多元最大化的方式、最低必要的運作方式。

A 醫院有一個很美的會談室，所以我們也會希望說可以，

就是說可能一個空間是比較溫暖的、然後比較舒服的，讓人家來參與的時候，不要那種冰冷、死板的環境規劃。(C-e23)

因為我們是 XX 體系，然後上級單位聘了 ACP 個管師，給我們要求，有一個專線，我們一個月要做到 15 人次的 ACP，就給我們定了這樣的目標，所以我們就會有一些量的壓力或者什麼之類的。(B-c13-3)

社工師的話，起初在做的時候，是由我一個人去門診做這個工作，後來太多業務，所以我們討論，趕快再加派人去做受訓這個課程。(C-e13-2)

我沒有特別感覺到，我們一些硬體軟體設備，醫院真的有看重這件事。(D-f17-4)

倒沒有說重新再把某一個地方裝潢，就像 A 醫院裝潢得很漂亮，諮商地點其實就是診間，家醫科的診間。(E-g41)

(五) 5 家諮商機構 Pre-ACP 業務的人力配置與預約窗口

從訪談資料綜合整理後，可了解 5 家諮商機構在 Pre-ACP 的人力安排及任務分工，三家醫學中心層級有兩家是社工師主責，並需參加 ACP 輪值，一家則僱用具護理師背景者擔任個管任務，也需參加 ACP，兩家區域級則是由護理師兼任負責 Pre-ACP 事務。目前 5 家諮商機構皆有 Pre-ACP 表單，結構化的搜集核對意願人的資料，並可作為專業間訊息分享的媒介。雖每間醫院都有屬於自己團隊的運作模式，但諮商過程是差不多的，其差異的關鍵在於相同的工作內容可能由不同的專業職類負責，如 A、C 機構沒有 ACP 行政專責人員，須由社工師負責處理後續行政事務，甚至需要社工師來執行 Pre-ACP 的業務。

應該是說大家在做的東西，規範是差不多，但是你執行、

操作的過程中，還能有動態的調整。(A-b30)

如 B 醫院、E 醫院的社工師則沒有行政業務，不需擔任 ACP 窗口與後續上傳等工作，是由 ACP 個管師、專職行政人員進行處理，社工師的工作內容僅需參與團隊進行預立醫療照護諮商的業務。

我們必須要去出席，去參與諮商的門診，然後門診完之後，我們所有的行政表單上傳，這些也都不是我們做，是個管師去做，相較於這部分，我們（社工師）就是比較沒有行政的程序，需要去負擔這樣的角色。(B-c14-3)

有些醫院是將 Pre-ACP 的業務交由社工師負責執行，如 A、C 和 D，其中 A 與 C 的社工師，還要接下窗口的業務，且據受訪者的描述這些行政業務，是由一人獨攬。

(窗口)、Pre-ACP 固定是我。(A-a56)

全部（行政事務）都我這邊，在 C 機構的 Pre-ACP 都是我一人在做。(C-e14)

綜合上述文本分析說明，從 5 家諮商機構的諮商團隊發展與運作現況，歸納起來可發現，5 家諮商團隊專責單位，以家庭醫學部門為主，同時團隊成員有四家以安寧醫療照護團隊為班底，可延續專業間合作的經驗，較具優勢。除單一諮商機構增聘專責個案管理師人力較特殊外，其餘全是運用現有人力去選訓取得資格，輪值諮商門診，其中兼任 Pre-ACP 業務的社工師工作負荷，值得留意。意願人使用諮商機構的服務路徑，擔任 Pre-ACP 的社工、個管師成為主要窗口。五間諮商機構的門診次至少一到四間，5 家機構現有簽署量高低有明顯差異，門診諮商是團隊的目前優先的重點工作，其他服務模式，如團體諮商、社區特殊人口群服務等，還是僅限定在單一諮商機構。

二、諮商團隊的組成、發展歷程及專業間的合作

本研究 5 家的諮商機構團隊組成如前所述，全依管理辦法第四條的規定進行，但團隊組成、團隊發展歷程及專業任務分工合作等，個別機構實際運作的經驗，從文本的分析結果分別呈現如下：

(一) 以安寧療護團隊成員為班底—諮商機構團隊組成

5 家諮商機構團隊運作全以機構內家庭醫學部門擔任業務主責單位，其中 4 家有安寧病房，團隊組成以家醫安寧醫護社工成員為基本班底，再視意願人身心狀況，納入精神、神經及心理專業成員，並視個別機構的條件和目標設定，少數會聘用個案管理師主責團隊運作行政協調事務和心理師參加或由居家、安寧共照護理師兼任。

當時 ACP 在整個運作上面，我們醫院是以家醫部為主導，我們的諮商團隊成員，目前除有專任個管師外，就是醫、護、社工，還有心理師，我們連精神部的心理師，全部加入。(B-c13-1)

我們的諮商團隊業務主責是家庭醫學部，護理是安寧共照護理師參與，目前 ACP 團隊有 3 個醫師、6 個共照師、5 個社工，我們沒有像 (B 醫院) 有個管師，目前團隊的組成是醫、護、社，我們沒有把心理師再放進去。(C-e13-1)

成員裡面就有家醫科的醫師，比較特別是後來安寧病房開了之後，就加入了安寧病房的主治醫師，所以還會有安寧共照師跟居家安寧的護理師，然後加上我們 (社服室) 的社工師跟精神科的社工師與心理師。(D-f17-3)

(二) 混亂上路、照範本操演—諮商團隊發展歷程

從 2018 年試辦到病主法正式實施，因 ACP 是新的制度和團隊運

作，團隊專業間對立法精神與條文的理解不足，成員對彼此角色認知和分工及 ACP 程序和主題內容不熟悉，在團隊發展初期出現混亂、曖昧不明、照範本操作情況，初期會有一個範本或範例，有書面明顯的分工，各成員也各司其職，但隨著合作時間的增加，互相彌補彼此的不足，彼此相互調整適應，才能進入理想跨專業合作狀態

ACP 團隊開始運作初期，大家很混亂，畢竟是家醫部主導，社工角色要投入多少，有多少人要來參與這個業務，都是很曖昧不明的狀況。（B-c6）

我們體系是北部一家加本院兩家醫院在做(ACP)，(對方)一開始就有類似(團隊成員分工)一個範本，給我們參考，醫師講什麼?護理講什麼?社工講什麼?但隨著運作的場次越來越多，就知道如何去分配任務，也會視狀況(協助)，醫生可能少講了什麼，就會有人趕快去隨時去補充。(C-e31-1)

剛開始我們在運作的時候，有遇到這樣的問題，有幾位醫師覺得前面 Pre-ACP 講的不夠多或意願人不夠了解，到 ACP 時，導致他們(意願人與家屬)不斷在重複同樣問題，他(醫師)可能在解釋的過程當中，時間會拉得很長，因為我們有提到這個(諮商)門診是一個小時。(A-a85)

(三) 書面分工、相互搭配－諮商團隊專業間的任務分工

5 家諮商機構在團隊成員組合與任務分工，僅單一機構有個案管理師與心理師參加外，但基本上諮商團隊成員按管理辦法，主要以醫師、護理師、社工師三個職類為主，在 Pre-ACP 階段此業務有兩家是由社工師主責、一家個案管理師、兩家由安寧共照師或居家護理師兼任，在 ACP 的任務分工雖有如前述安寧基金會書面建議，但實際操

作團隊仍是以醫師作為主講者，護理師和社工師除主責的任務外，並靈活機動支援，讓諮商歷程順利進行。

主要還是以醫師主導為主，但是其他的兩位人員要協助，如果（意願人或家屬）有其他一些情緒或什麼其他（狀況），他（護理社工）是要能夠去共同協助。（A-a53）

等待醫師 PPT 說明結束後，醫師會 KEY 病歷，護理、社工會分別協助意願人簽署預立醫療決定書及協助填寫諮商紀錄的個人資料、家屬簽名或關照當下他們的感受及回應疑義。（A-b01）

團隊的角色在裡面，其實我們還是有去做互相搭配，那可能當醫生在解釋或者護理在解釋的時候，可能不需要到我講話。（C-e31-4）

醫護在簡報說明時，我會觀察意願人及協同者參與諮商過程的情形，對不專注的家屬或關係人，隨時關注和提醒對方，有否理解醫護說明的情況，有時會適時，將專門術語轉譯出來，讓對方容易明白了解（彈性相互搭配）。（A-a01）

(四) 接觸窗口、溝通過程－意願人使用機溝諮商團隊服務的流程

5 家機構安排接案的方式有所不同，意願人使用機溝諮商團隊服務流程，兩家直接聯繫業務窗口社工師、一家聯繫專責個管師、兩家則由安寧共照師或業務人員轉社工師進行 Pre-ACP。

Pre-ACP 窗口社工師接獲意願人來電諮詢時，會釐清他們要簽的是安寧或預立醫療決定書，確認意願人要簽署 AD 後，會進入 Pre-ACP 流程說明及收費情形、確認要帶二等親的家屬、ACP 時間…等 Pre-ACP 表單所列…（Pre-ACP 的操作流程，如表單所列）。在社工師當窗口做完 Pre-ACP 後，

會透過群組聯繫及確認出席人員，此部分要花費(社工師)滿多時間確認團隊成員時間，並交接意願人狀況聯繫完後會交接給(輪值諮商)門診的社工。(B-c01)

繼 Pre-ACP 後，意願人與其(二親等內)家屬於預約好的門診時間至醫院進行 ACP，諮商團隊成員就按照 ACP 的法定程序，進行三方的溝通。

意願人直接聯繫我，等完成 Pre-ACP 確定諮商時間，團隊諮商過程，一般由醫師先簡報內容，護理可隨時補充些臨床狀況說明，因我負責諮商前事務，有接觸意願人及其動機和背景，自然開始的介紹認識，有時我會主持開場，簽署後會帶意願人去醫務行政單位完成繳費和上傳的程序。(A-a01)

個管師完成意願人 Pre-ACP 安排好時間後，ACP 在診間開始，社工師開場雙方各自介紹，請意願人簡單說明一下來諮商的動機(也詢問家屬對他簽署的想法)，確保每個人有發言的機會。接下來用 PPT(醫師或護理師輪流主講)說明病主法內容、保障特殊醫療拒絕權為何?何種情況下你今天簽的這份預立醫療決定書會啟動?醫療委任代理人的問題?預立醫療決定書的「內容及其生效的法律程序」是什麼?預立醫療決定書的「更改或撤回方式」是什麼?簡報時間約 30 分鐘。意願人在此過程都可以提問，看比較偏向哪一類問題，就由哪一種職類回答。(B-c01)

綜合上述，5 家諮商機構雖對病主法正式施行給予政策上的支持與配合，但除特定單一機構增聘專責個案管理師或設有專屬獨立的諮商空間外，5 家機構諮商團隊的主責單位和成員，則各機構家庭醫學部門及其安寧療護團隊為運作的班底，也就是在諮商團隊成員選訓取

得資格機構給有補助外，同一部門同一組團隊成員需在負責一項新業務，在此機構實質支持稀缺的真實處境下，諮商團隊成員需兼顧新舊業務，同時須先花時間參訓取得諮商團隊成員資格、熟悉理解諮商相關法規、參與諮商門診、院內外教育宣導活動及參與諮商團隊會議等等新增任務。從上述文本的分析，可發現在機構的職場脈絡下，5 家機構諮商團隊，從組成初期到目前整體運作的歷程、專業間分工和合作等。

三、社工師在諮商團隊運作過程的實踐經驗

從上述訪談者基本資料綜合整理，可了解 7 位受訪者除全數具有社會工作師的資格、五年以上醫務社工資歷、完成 ACP 專業人員課程訓練及安寧病房的社工實務和團隊合作經驗，並曾有經驗過親人死亡的歷程，故成為 ACP 團隊成員與執行諮商專業任務，也可視作為安寧療護團隊社工專業實務的延伸和擴展。從 Bronstei 團隊專業間合作模式中的個人特性及團隊合作歷史因素來看，此兩因素對專業間合作的影響，如以上述的 7 位社工師的個人特性及團隊合作歷史，其對 ACP 團隊整體運作和專業間的合作具有正面的影響和優勢。以下除呈現社工師參與末期病人團隊照護過去經歷與對病主法的認知期待外，並聚焦在社工師參與團隊運作過程 Pre-ACP 和 ACP 的實踐經驗。

(一) 社工師對 Pre-ACP 的認知和角色

5 家諮商機構意願人服務窗口、Pre-ACP 業務，因人員配置有所不同，可能由不同的職類去執行。其中有三家的社工師負責 Pre-ACP 的業務，此業務在管理辦法雖已明訂其業務主題內容，且在執行過程以表單化，但是意願人接觸諮商團隊的第一扇窗口，對意願人完成 AD 簽署的動機、程序及相關完整資訊提供等，對 ACP 的有效進行很重要，同時可發揮社工的專業性（黃明慈，2021）。

1. 社工師負責 Pre-ACP 的業務目的與重要性

(1) Pre-ACP 的目的：

Pre-ACP 的目的，在於讓意願人初步了解 ACP 的理念、諮商過程與收費方式，同時諮商人員也透過 Pre-ACP 了解意願人的諮商動機以及協助民眾安排門診時間，更重要的是促使意願人與家庭成員能做諮商前的溝通與討論。

我會問他(意願人)說為什麼想要來做這件事情(動機)……，直接約門診時間、告知門診費用是多少等細節。(A-a60)

講到他們(意願人)對於 ACP 的一個了解，當天會參與的人有哪一些，需要具備哪些資料，有時候是要讓他們清楚了解 ACP 要簽署是什麼樣的文件內容，(確認)家屬或意願人理解有沒有誤差。(E-g25)

(2) Pre-ACP 的重要性

Pre-ACP 的重要性，在於可以透過了解意願人的動機與家庭狀況，有效幫助後續 ACP 的進行，且能讓意願人先思考自己對臨終的想法為何？以及其家屬是否能共同參與並了解和認同自己的想法。

我覺得 Pre-ACP 如果做得好，你這次的 ACP 其實就會很順，當然 Pre-ACP 在進行的時候，你大概就會知道說，意願人或者他的家屬，可能遇到怎麼樣的問題，所以前端有可能你就會處理好。(E-g46-1)

在 Pre-ACP 的過程當中，我都會跟意願人說，這件事情沒有急在這一時，其實最主要是你們家屬也能夠共同來參與，了解你自己的想法。(A-a13)

如果 Pre-ACP 知道意願人有特殊家庭概況、疾病問題，個

管師會先電話交班，讓當天參與 ACP 團隊可以事先知道。
臨床上 Pre-ACP 做得好，就可以減少當場許多問題。(B-c01)

2. 社工師在 Pre-ACP 業務中的角色

在諮商前，社工師都有著共同的專業角色即為諮詢者，意願人到社服室或致電諮詢時，社工師會釐清意願人的需求，再依照需求提供相關資訊。諮詢的過程裡，倘若意願人欲參與 ACP，則安排意願人做 Pre-ACP，此時社工師的角色轉為需求評估者的角色，透過會談技巧，了解意願人的需求與認知，以及其家庭狀況，並說明病主法的相關資訊，為意願人完成預約。

(1) 諮詢者

通常我會去了解他，使用網路的習慣，若手機會上網的話，其實我就會提供 YouTube，上面很多預立醫療照護諮商的影片，請他們可以先去看過，如果他沒有這樣子的習慣，就提供紙本單張，可郵寄或是來醫院的時候提供給他，有些民眾積極一點，到醫院的社服室，可直接面對面的諮詢(ACP)。(A-a58)

(2) 需求評估者

他要去先釐清當事人的需求，還有說他的家庭狀況，就是做需求的評估，會讓正式的 ACP 相對順利，而且會解決一些個人想法與現實上的落差。(E-g50)

(3) 行政協助者

包含前面講的 Pre-ACP，要帶什麼、要帶誰來，然後我們 check 那些文件什麼的，然後通知醫師，(不少行政工作)通通是我這邊在做。(C-e15)

如果他當下 AD 是不能夠完成的，是事後必須再回來社工這邊再做上傳，就統一由我做上傳行政的工作。(C-e13-6)

(二) 社工師在 ACP 中的角色與主觀認知和評價

ACP 過程中，主講者可能醫師或護理師，故一般社工師扮演的角色屬於輔助性質居多的，基本上是作為情緒支持者與溝通協調者，協助整個諮商過程，社工師會觀察意願人與家屬的狀況，適時給予情緒支持，並與醫師溝通，減少專業術語造成的資訊落差，如同潤滑劑一般，轉動著溝通的齒輪。

1. 情緒支持者

我在裡面的角色，如果這一場我覺得醫師講的不錯，發揮地還好，我反而會話比較少，會觀察家屬情緒需不需要支持。(A-b31-3)

我可能自己會去觀察(傾聽)家屬的一些情緒反應。(C-e31-2)

2. 溝通協調者

我們跟個案接觸的時候，你要講他懂的話語，用他理解的語言，但是有時候醫師他可能在解釋上面，他就是照本宣科，去解釋他醫療的術語，在這過程當中，我們可以觀察到，家屬或是簽署人，並不是那麼理解專業術語的時候，我們可以協助轉化成他們聽得懂的語言，讓這樣的諮商更能夠有一些正向的交流。(A-a100)

我到目前已經完成 200 多個諮商會議，初期比較多的角色，多為觀察與傾聽，同時也慢慢擔任諮商過程的開場與相互

介紹，打破初期的沉默，讓過程氣氛輕鬆順暢些。(B-c01)

依照文本的分析，發現 5 家諮商機構中，社工師主責 Pre-ACP 有三位，四位僅單純參與諮商門診工作，但整體而言，社工師以往在一般病房和安寧療護的臨床與團隊合作經歷，無論在執行 Pre-ACP 任務，或者是參與 ACP 團隊過程在專業間分工和合作議題，其個人特質和過去團隊合作經驗，直接影響到與意願人諮詢關係的經營和在 ACP 團隊專業間的合作。

伍、結論與建議

一、研究結論

綜合上述研究發現，以下分別從 5 家諮商機構團隊發展與運作現況、ACP 團隊專業間合作情形及社工師在 ACP 團隊的實踐經驗等三個層面，說明摘述其初步的研究結論：

(一) 5 家諮商機構團隊發展與運作現況

1. 以安寧醫療照護團隊為班底—具團隊運作優勢

5 家諮商機構主責單位以家庭醫學部門為主，團隊組成以安寧醫療照護團隊成員為班底，進行諮商時具有團隊運作之優勢，黃明慈（2021）也提到安寧團隊成員已有長期合作之經驗，了解彼此間的任務與分工，對末期病人醫療照護實務經驗和倫理法律相關議題，具有實作和論述的優勢。可順利銜接病主法及其管理辦法涉及的臨床實務議題，有助 ACP 團隊的運作和意願相關人的溝通對話。無安寧病房的諮商機構則有安寧共照人員的參與，形成家醫護理社福部門協作的運作方式。

2. 善用現有門診空間及安寧醫療照護團隊的人力資源

5 家諮商機構除單一機構因特定目標有增聘個案管理是人力或設

有專責諮商空間外，在諮商空間全多以家醫部門門診診間為諮商地點，人員則優先以安寧醫療照護團隊的人力資源為核心，在看意願人心智狀況、失智及罕見疾病等納入精神神經的專業成員，諮商機構面對此新法令新制度，採取此最少增加機構應運成本負擔的回應方式，可理解，但隨著意願人諮商人數上升，業務擴充，空間和人員的調整擴充，是可預期地。

3. 多樣最大化和必要最少化的兩種諮商團隊運作方式

楊君宜等人（2020）之研究中提及各家醫療機構在進行諮商時最大的考量因素仍是時間及人力成本的耗費不符效益，因此基於此考量每間醫療機構的運作有些許差異，從上述文本分析結果，可看出 5 家諮商機構從試辦期開始參與，機構內主責單位明確，對病主法保持正向和支持的態度，另從團隊組成、參訓人員、意願人簽屬人數、諮商診次、獨立自主的空間、個管師人力增聘等等，可以看出機構間資源投入的差異，和兩種諮商團隊運作方式；在諮商機構政策支持和配合，但在大多數諮商團隊實際運作所需的實質人力與空間不增加的管理策略下，5 家諮商機構的團隊運作和表現，呈現以下兩種方式：

(1) 多樣最大化：

此類型機構團隊運作方式與服務表現，被上級單位列入重點考評業務，除給予額外的人力配置外，對團隊成員參訓人數、諮商門診數、簽署人數最高、社區宣導量、特殊人口群諮商社區服務方案、中低人口群費用優待等等，可歸屬於多樣最大化的運作方式。

(2) 必要最少化：

相對於多樣最大化的諮商團隊運作方式與服務表現，一般諮商機構如採取政策配合，但實質資源支持有限如無額外人力、空間投入的

管理策略，又不納入重點業務考核項目，在諮商團隊成員培訓、諮商門診數、簽署人數、院內外宣導活動及其他新服務方案發展，大致維持在必要且最低限度的運作方式。

以上初步的結論，從 Bronstein (2003) 團隊專業間合作模式中的機構特性，可進一步理解此結果，此特性也有助於說明或釐清組織特性對團隊運作或專業間合作的影響，如合理案量分配、機構文化支持情況、行政支持、機構領導者的倡議和支持、適當的財務支持、專業合作的時間和空間安排及專業合作成員自主性等，此影響因素對專業間合作的重要性，可極大化專業合作的效益，最小化環境和機構的侷限與牽制！

(二) ACP 團隊專業間合作情形

依據上述的研究結論，以下本文從諮商機構管理策略、團隊專業間合作、社會工作師實作、ACP 未來性及政策方向等面向提出建議：

1. 法定任務取向且具時限的 ACP 團隊運作特性

在病主法及其管理辦法的規範下，意願人 AD 的簽署完成，需透過法定的諮商機構 Pre-ACP、ACP 的程序，且在諮商團隊成員的協助下，蒐集評估及確認完成 Pre-ACP、ACP 法定的主題內容項目，從 5 家機構諮商團隊運作現況的文本，可歸納出其運作模式的特性，是採預約自費門診方式，並任務取向且有時限性的溝通過程。如將 Pre-ACP、ACP 法定的主題內容項目表格化，除可提升其運作時效，整體團隊運作趨向例行化、表格化。換句話說，諮商團隊在有限時程、簡易的任務分工、無清楚指定的領導角色，須完成意願人自立醫療決定的四項法定程序，是屬於較鬆散的團隊合作 (Cooperation) 尚未進入協力 (Collaboration) 的類型。

2. 醫護法定任務為主、社心議題觸及有限—ACP 團隊專業間的分

工與合作

按管理辦法組成的醫護社心 ACP 團隊專業成員間的任務分工，如前所提安寧照顧基金會的團隊分工建議，而在諮商門診實際運作經驗，從文本分析結果，醫護主講的簡報內容時程佔一半，剩下時間緊接的意願人及其關係人提問和交流，和文件表單的簽署和覆核，社心相關的議題能被觸及的相當有限，社心專業成員的表現，在此任務取向和具時限的諮商情境特性下，專業性確實較難有發揮的機會。

3. 新團隊、舊班底－ACP 團隊專業發展的歷程和樣態

如前所述 5 家諮商機構團隊以安寧醫療照護成員為班底，也就是現諮商門診三種專業職類，除了新加入的成員外，其成員間已有相當的臨床合作經驗與熟識情形，且對成員的個人特性和團隊合作表現也有一定的認識，故此諮商團隊雖剛成軍運作，但對團隊共同目標、成員任務分工與協力、互賴互信及突發狀況的應變創新等促進專業間合作的核心內涵，較不必有磨合適應的歷程。從文本分析結果，了解到 5 家諮商機構門診諮商過程，專業間任務分工與合作大同小異，單一團隊運作初期，還以範本去操作，專業間合作模式較傾向於「多專業團隊合作模式」，但隨著門診諮商次數多，彼此間默契會增加，扮演的角色，也會越來越靈活，互賴互補性更強，漸漸傾向「跨專業團隊合作模式」的協力關係，更加緊密順利。這也意味著專業間合作屬於動態，並非一成不變。

(三) 社工師在 ACP 團隊的專業實踐經驗

1. 社工師在 ACP 團隊運作過程的三種業務承擔類型

從文本分析結果，得知 5 家諮商機構賦予社工師不同的工作內容，7 位社工師三位需負責 Pre-ACP、四位純參與 ACP 團隊會議，

依據業務內容分成三類，如圖 3 所示，第一類需執行 Pre-ACP，同時需處理行政事務，由於工作內容繁多，故稱「多工型」；第二類需執行 Pre-ACP，但無需處理行政事務，將 Pre-ACP 蒐集到的資料與 ACP 串聯，工作方式既能減少社工師的工作壓力，也能保障社工師的專業得以發揮，故稱「折衷型」；第三類僅需參與諮商團隊的諮商，工作內容僅以諮商為主，故稱「諮商型」。研究者認為折衷型的運作模式，是符合社工師的專業特性，如以社工師輪班制的方式分工，不僅能發揮社工師的專業，也不會因為過多的行政業務造成額外的工作壓力。

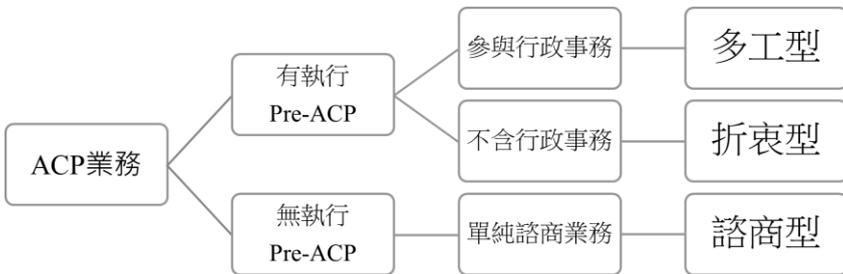


圖 1 ACP 社工師業務承擔類型圖

資料來源：研究者自行整理

2. Pre-ACP 的社工師業務承擔及其重要性

從上述研究發現，可知 5 家諮商機構中 3 位社工師被指派主責 Pre-ACP，其中兩位也是諮商機構意願人初次接觸的服務窗口，其中一位則先由安寧共照護理師的服務窗口照會進行 Pre-ACP，隨著民眾詢問或諮商案量增加，此業務負荷量與壓力變大，但主責社工師主觀

認為 Pre-ACP 做得好，有助於 ACP 的順利進行，也凸顯此業務的重要性。同時從 Pre-ACP 涉及的業務主題內容，除須依管理辦法第 5 條諮商前須提供給意願人五種資料外，也會觸及意願人的動機、心智狀況、對 ACP 概念建和參與意願提升，及其生命價值和家庭動力等等較具全人取向的社心靈議題，如同林芳如(2018)提到社工在此階段，肩負起提供諮詢服務、與意願人面對面討論，確認其意願與想法，此部分更是社工師可發揮其專業知能之處。

3. 社工師對 ACP 團隊運作的認知與專業定位反思

如前述社工師在 5 家諮商機構的三種業務承擔分類，7 位社工師除三位需負責 Pre-ACP 的業務外，四位單純參與意願人 ACP 團隊會議，但從前述對現行的 ACP 團隊運作特性的分析，可看出社心專業成員原先被設定的四種專業任務，在此任務取向且具時限的諮商溝通情境，確實較難被觸及和執行，故社工師採取先觀察與傾聽的參與方式，傾聽醫護主講內容，觀察意願人及其關係人參與情形與情緒表現，在見機行事參與其中，同時社工師如有先前 Pre-ACP 的經驗與意願人完整的訊息，很自然扮演起 ACP 諮商情境中的打破沉默開暖場的身分，如同林珊伊(2018)所述，社工在服務中擔任起協調橋樑、教育著醫療團隊成員同理感受，在醫病之間扮演著教育、諮詢、協調等多元角色。醫護是法定主題任務的主講者，社工師也漸漸接手情境氛圍與諮商程序轉接順暢的營造者。也可說是此 ACP 情境中的主導者。從此 7 位社工師在 ACP 團隊運作的專業實踐經驗，以目前 ACP 團隊運作特性，社工師所裝備的知能較難以派上用場，但在 Pre-ACP 的業務負荷過大下，Pre-ACP 主題內容雖可讓社工師一展專才，然實際上此涉及社工部門社工對 ACP 的認知及其社工人力的分派方式。

二、研究建議

(一) 調整諮商機構目前政策配合與資源最少投入的 ACP 管理策略

從上述研究發現，5 家機構團隊運作可明顯的區分出兩種類型，一種是多樣最大化，一種是必要最少化，也就是說機構在政策配合與資源最少投入的 ACP 管理策略上所呈現實際的運作方式，從團隊運作初期此管理策略暫時可回應社會與意願人的期待，但隨著超高齡社會的來臨，疾病的慢性化與癌化、罕見及長期照顧人口群的特殊需求，加上對病主法所主張的病人自主權益意識的高漲，機構確實需預佔此趨勢，對當前所採取的 ACP 管理策略與團隊運作方式的挑戰，適時調整機構在人力空間資源上的投入。

(二) 發展多元且創新的 ACP 的服務方式

ACP 門診諮商搭配部分的院內外宣導活動，是目前諮商機構 ACP 團隊主要的業務活動項目，從受訪的單一機構經驗來看，發展團體與線上諮商、在宅諮商、特殊人口群的宣導與服務方案等多元創新的服務方式，可視為下一階段諮商機構團隊運作努力的方向。林素妃等人（2020）也在研究建議中提到考量部分意願人有特殊的生理或疾病狀況，執行諮商過程較為困難，需有更多符合特殊需求的配套措施，甚至拓展諮商場域（如：到宅、居家、機構），以利諮商順利進行。故發展多元且創新的 ACP 的服務方式是勢在必行的。

(三) 重視 ACP 團隊的諮商和專業間合作經歷

當前的 ACP 團隊主要以家庭醫學部門安寧療護照顧團隊的成員為基本班底，在 ACP 的新制度發展初期，確實具有其優勢，如能系統性的將目前 ACP 團隊的諮商和專業間合作的經驗加以有系統的整合，並納入法律、倫理及社心跨域的觀點，有效的統合安寧療護及 ACP 諮商的實作經驗，將有助於政策法令調整和實務操作運用上的價值。

(四) 建構衡量友善且可被信賴的 ACP 團隊專業間合作的觀察指標

以 5 家諮商機構 ACP 團隊運作的特性，明顯的展現出任務取向且具時程性，以本文文獻所引用醫學、社工、護理教育等學者專家對專業間合作的核心內涵和影響因素來檢視，當前的 ACP 團隊專業間的合作特性，距理想的合作模式仍有一段距離，特別如要落實全人理念，確實有必要重視團隊間須具備的核心內涵與相關影響因素，並以此發展建構衡量友善且可被信賴的 ACP 團隊專業間合作的觀察指標。

(五) 評估社工師在 Pre-ACP 業務定位與專業貢獻

在病主法及其管理辦法中 Pre-ACP 有其法定的業務重點與重要性，從 5 家受訪機構 Pre-ACP，主責 Pre-ACP 業務有社工師、個管師及安寧共照師等，以三位負責 Pre-ACP 社工師的訪談發現此業務涉及到意願人諮商的動機、生命價值、家庭關係與動力、對病主法的認知與理解程度，以及諮商過程須備妥的資料等，確實能發揮社工師在社心議題的專業性，如能減少其窗口的行政事務與工作負荷，其專業貢獻度必能提升，也因此有必要以輪替的方式，增加社工部門社工師對此業務的參與程度，同時可順利銜接 ACP 的團隊溝通過程。

(六) 看見社工師在營造理想的 ACP 團隊運作情境的專業能量

在當前 ACP 的團隊運作特性下，社心議題較難被觸及，社心專家的知能確實難以派上用場，但從訪談的資料發現，社工師從觀察跟傾聽的過程對意願人及關係人的情緒關懷，以及參與和理解程度，提供了輔助性的功能，對諮商過程的氣氛與流程的順暢，社工師意外的展現其在營造理想的 ACP 團隊運作情境的專業能量，也就是說以社工在專業養成過程對團體動力的知能和實務操作的經驗，可促成此諮商溝通情境達到完成法定的目標和程序，完備文件的簽署，參與者充分發言與相互理解，促進專業間的互信與增能，維持開放、信任與被尊重的氛圍，參與者情緒真實的表露等。

(七) 預測團體和線上 ACP 諮商的未來性和政策目標

門診諮商是當前諮商機構落實 ACP 的業務重點，從訪談過程中團體跟線上 ACP 的諮商雖僅限於單一機構的經驗，和參考楊君宜等人（2020）提到運用團體諮商方式進行 ACP，在美國已初步看到執行的可行性，不僅提高意願人參與率，同時還能激發意願人思考符合自己期待的預立醫療照護計畫。同時預期隨著國內諮商人口群的增加，此種以機構內預約自費式的門診運作方式，確實需有相當的人力和財力投入，故面對未來的趨勢，團體跟線上 ACP 諮商的未來性和政策目標，確實有必要加以關注和探討。

三、研究限制

因受限於本研究場域與訪談對象，建議未來可擴充至其他區域和 ACP 團隊成員，甚至可納入意願人之想法。同時因受限於焦點團體的時間與議題的限制，較難深入地以一次性焦點團體蒐集專業間合作有關的核心內涵及其影響因素、社工師對 ACP 團隊運作的主觀認知和評價，此等議題可納入未來研究的重點，同時對於社工師在營造理想的 ACP 團隊運作情境的專業知能和技術，也是值得進一步探討的實務議題。

參考文獻

- 方慧芬、張慧玉、林佳靜（2009）。末期病人面臨預立醫囑、生前預囑之現況及與生命自決之倫理議題。護理雜誌，56(1)，17-22。
- 台灣安寧照顧基金會（2021）。預立醫療照護諮商說明工具－團隊版。【檢索日期：202 年 1 月 29 日】。檢索自：
<https://www.hospice.org.tw/care/law>
- 吳貞儀、李淑貞、余雨軒（2012）。跨專業之合作－談社會工作專業人員於輔具服務之功能與定位。社區發展季刊，137，78-85。
- 李明書（2019）。佛教生死觀在預立醫療照護諮商的應用。應用倫理評論，67，107-124。
- 李欣慈、鄭淑貞、黃川芳、吳郁梅、胡文郁（2015）。華人儒、釋、道文化觀點探討台灣護理之家老年住民簽署自身預立醫療指示文件的現況與困境。安寧療護雜誌，20(2)，154-165。
- 李雯智（2006）。焦點團體之理論探索與教育研究論文評析。學校行政，46，183-192。
- 林東龍、陳武宗、李家和、曾良鵬、高郁勛、周映君（2018）。團隊合作的社會基礎：多元專業團隊協助男性口腔癌存活性重返工作之實踐經驗。台大社工專刊，38，51-98。
- 林芳如（2018）。預立醫療照顧計畫服務經驗之探討－以臺北市立聯合醫院為例（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學社會工作學研究所，臺北市。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花（2005）。質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。身心障礙研究季刊，3(2)，122-136。

林珊伊 (2018)。探討病人自主權利法中的醫療決定內容：醫務社工師觀點。社區發展季刊，161，364-376。

林素妃、蔡佳容、陳香岑、林秋蘭、王美几、朱偉汝、蔡宗達、黃遵誠、洪士奇 (2020)。醫務社工在預立醫療照護諮商之角色建構。北市醫學雜誌，17(SP)，49-58。

胡月娟、江蕙娟 (2013)。長期照護專業間合作策略－以機構照護場域為例。長期照護雜誌，17(3)，205-212。

高雄市衛生局 (2021)。預立醫療照護諮商機構名冊與收費標準。

【檢索日期：2021年3月23日】。檢索自：

<https://khd.kcg.gov.tw/tw/department/file.php?zone=165&author=97&fbclid=IwAR3nGsl9Fi7pVy>

張婷 (2017)。論臺灣病人自主權之現狀與挑戰。法令月刊，68(3)，122-139。

梁惠茹、賴維淑 (2020)。「帶著悲傷前行」：以焦點團體法探討喪親家屬哀傷經驗。安寧療護，24(3)，193-208。

章美英、許麗齡 (2006)。質性研究-焦點團體訪談法之簡介與應用。護理雜誌，53(2)，67-72。

許文章、楊君宜、黃勝堅 (2020)。預立醫療照護諮商過程中常見的法律疑義分析。北市醫學雜誌，17，1-10。

陳奕翰、蘇麗晶、劉淑娟 (2013)。長期照護專業間合作策略－以居家營養服務為例。長期照護雜誌，17(3)，223-228。

陳偉熹、曾斐琳、陳穎詩、陳潔宜、尹莘玲 (2020)。病人自主權利法架構、分析和影響。安寧療護雜誌，24(3)，225-239。

黃少甫、葉依琳、徐愫萱、楊啟正、曾意婷、黃遵誠（2020）。建置病人自主權利法之預立醫療照護諮商決策輔助工具。台北市醫學雜誌，17，66-77。

黃明慈（2021），展望更好的善終—醫務社會工作師推動預立醫療諮商之經驗（未出版之碩士論文）。台灣師範大學社會工作研究所，臺北市。

楊君宜、黃勝堅、林欣儀、蘇俞安、蔡宗達、劉建良（2020）。它山之石，可以攻玉：從國外團體預立醫療照護諮商經驗看臺灣預立醫療照護諮商之發展。北市醫學雜誌，17(SP)，11-20。

葉依琳、田恩慈、許文章、楊添圍、劉建良、黃勝堅、黃少甫、廖亭茹（2018）。談病人自主權利法與意思表達能力—從台灣的預立醫療照護諮商實務經驗出發。萬國法律，218，45-58。

劉雅安、張曉婷、林明慧、陳曾基（2020）。病人自主權利法與預立醫療照護諮商簡介。臨床醫學，86(4)，598-600。

劉靜女、蔡宗達、林欣儀、黃彥蓉、孫馥敏、林素妃、黃鳳嬌、蘇俞安、賴怡蓁、楊君宜（2019）。預立醫療照護諮商之北市聯醫經驗。北市醫學雜誌，16(SP)，25-37。

蔡佩淪、謝雅琪、鍾明成、許正眉（2019）。「預立醫療照護諮商」門診模式成效初探。安寧療護雜誌，23(2)，155-167。

蔡宗達、楊君宜（2019）。推動預立醫療照護諮商之經驗—以臺北市立聯合醫院為例。長期照護雜誌，23(3)，177-183。

衛生福利部（2021）。預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統。【檢索日期：2021年3月20日】。檢索自：
<https://hpcod.mohw.gov.tw>

/HospWeb/RWD/Statistics/calc_report.aspx?year=2020

謝宛婷 (2020)。理想與現實中的預立醫療決定。生命教育研究，12(1)，45-70。

Berg-Weger, M., & Schneider, F. D. (1998). Interdisciplinary Collaboration in Social Work Education. *Journal of Social Work Education, 34*(1), 97-107.

Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work, 48*(3), 297-306. doi:10.1093/sw/48.3.297

Bruner, C. (1991). *Thinking Collaboratively: Ten questions and answers to help policy makers improve children's services*. Washington, DC: Education and Human Services Consortium.

Glasby, J., & Dickinson, H. (2008). *Partnership Working in Health and Social Care: What is Integrated Care and How Can We Deliver it?*. UK: Policy Press.

Dickinson, H. & Jelphs, K. (2008) *Working in team*. UK: Policy Press.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research (2nd ed.)*. CA: SAGE Publications, Inc.

Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen DJA, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, Korfage IJ, European Association for Palliative Care. *Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. The Lancet Oncology, 2017 Sep;18*(9), 543-551. doi:10.1016/S1470-2045(17)30582-X.

PMID: 28884703.

Abstract

Under the legislative spirit and the legal framework of the Patient Right to Autonomy Act, Taiwan's medical institutions start to implement the team operations of advance care planning (hereinafter referred to as ACP) after going through the process of trial operation to formal implementation. The operational experience is crucial to solidifying the legislative spirit and development of effective counseling teams, while relevant studies are lacking domestically. Therefore, this study takes the medical institutions in Kaohsiung City as the research field, and collected data with focus group interviews. A total of seven medical social workers were interviewed to discuss the current operation of the counseling teams, interdisciplinary collaboration, and practical experience of social workers in medical institutions at different levels. The main purpose is to systematically accumulate experience in the operation of teams and improve the efficiency of interdisciplinary collaboration.

Preliminary findings of the study suggest that: 1. as the counseling institutions are managed under the strategy of policy coherence and minimal resource investment, the operation of ACP teams mainly relies on the hospice care staff of the family medicine departments. The outpatient clinics are used as the venues for counseling, while there are two methods of development, namely, multivariate maximum and necessary minimum. 2. The division of tasks and cooperation among disciplines of advance care planning teams have significant characteristics of being task-oriented and giving importance to schedule. 3. The social workers have a chance to practice their professions while performing the tasks of Pre-ACP, but, they also have heavy burdens to bear as they have to perform multiple tasks. 4. Due to the above mentioned characteristics of team operation, social workers face obstacles in bringing up the topics of social psychology during the counseling process, while it is also not easy for them to apply relevant professional knowledge.

Based on the above preliminary findings, this study proposes concrete suggestions for reference in the aspects of future policy direction, counseling institutions, interdisciplinary collaboration of the teams, and the professional positioning of social workers.

Keywords: Patient Right to Autonomy Act, Advance care planning, Advance care planning team, Interdisciplinary collaboration, Medical social worker