



Planning Ahead

It's about how you live.

《病人自主權利法》 的精神與內涵

主講人：孫效智教授

National Hospice and Palliative Care
Organization



It's about how you **live.**

Learn about options for end-of-life services and care.

了解生命末期照護方式的選項

Implement plans to ensure wishes are honored.

著手計畫，確保你的醫療意願能得到尊重

Voice decisions to family, friends and health care providers.

將你的決定清楚告知家人、朋友及醫療照顧者

Engage in personal or community efforts to improve end-of-life care.

投注個人或社群力量，使生命末期照護更臻完善

Outline

- 什麼是病人自主權利法？
- 立法緣由
 - 病人需要(1)
 - 知情、選擇、決定權
 - 拒絕醫療權(2)
 - 國際趨勢（美、德、英、澳洲及香港）(3)
- 本法架構與立法重點
- 與其他法律之關係
- 問與答



什麼是病人自主權利法？

A hand holding a pen is shown writing on a document titled "Power of Attorney for Health Care". The document includes fields for "Name", "Date", "Home telephone number", "Home Address", and "Home Address". The name "Jane Doe" is written in the "Name" field, and "123 Main St" is written in the "Home Address" field. The document also contains text about "my attorney-in-fact" and "my attorney-in-fact's authority".

- 有別於以醫療機構、醫護人員為規範對象之其他醫療法規，本法是**以病人為主體**之醫療法規。
- 目的在於
 - 保障病人醫療自主權利
 - 以病人為中心之知情、選擇、決定權
 - 病人得預立醫療決定
 - 病人得指定醫療委任代理人
 - 拒絕維持生命治療與人工餵食餵水的權利
 - 確保善終權



病人需要知情同意權

在我國現行醫療法架構下，病人有足夠之自主權嗎？

1. 醫療機構有告知義務，但告知對象非以病人為中心
2. 無預立醫療決定與醫療委任代理人之機制，病人自主權於其意識不清時難以確保
3. 非末期病人，無拒絕維生醫療權。當醫療機構尊重非末期病人拒絕醫療意願，不履行急救義務而危及病人生命時，醫療機構有違法之虞

立法緣由(1)



現行法對病人 知情選擇決策權保護不周

- 醫療法第63、64條規定「應向病人『或』其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意」

→ 病人及其他關係人地位相同

- 安寧緩和醫療條例
- 第7條：不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反抵觸
- 第8條：病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。

→ 只保護到末期病人的部分自主權

立法緣由(1)



病人意識昏迷、無法清楚表達意願時， 自主權無法確保

- 現況：醫療法63、64條&安寧緩和醫療條例第7條
→意識昏迷、無法清楚表達意願時，由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具同意書。同意書並不一定是病人之意願！

法律應尊重個人意願

預立醫療決定與醫療委任代理人之設計，讓病人在意識清楚時能先表達醫療意願，病人自主權才更能落實。

立法緣由(1)

病人需要拒絕醫療權



四大問題

1. 非末期病人有意願書，發生意外可否不救？
2. 病人發生意外，救活會成為植物人，醫院可否聽家屬意見不救？
3. 病人身上有一書面文件，表達「發生意外救活若會成為植物人不要救」的意願，醫院可否不救？
4. 長期痛苦難耐的「非末期病人」簽了一份切結書（非安寧意願書），內容提到若發生病危狀況，希望醫院（師）不要插管急救，請問醫院（師）可否不救？

* 政府部門怎麼說？

立法緣由(2)

官方回應

- 衛福部（衛部醫字第1041663576函）：都必須救
 - 安寧學會：意見同衛福部，PVS不等於末期病人
 - 重症醫學會：若確定病人在自主且具行為能力狀態下預留決定，建議應予認可。
- 法務部（法檢字第10404502880函）：不救有刑責
 - 依據刑法第15條，能救、該救（醫療法60條）而受病人囑託不救，違反刑法第275條，除非有阻卻違法事由（例如安寧第7條，但這只適用末期病人）才不受罰

立法緣由(2)



嚴格的刑法與行政法架構 過度限制「拒絕醫療權」

刑法對生命的保護

- 我國刑法對於生命法益保護採「生命絕對保護原則」，保護生命寧過勿不及。

法務部

- 1) 刑法第271條：殺人罪，處死刑、無期徒刑或十年以上有期徒刑
- 2) 刑法第275條（加工自殺罪）：教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者，處一年以上七年以下有期徒刑。
- 3) 依刑法第15條第1項規定，對於特定人於法律上具有防止其死亡結果發生義務之人，如以消極不作為之方式幫助其自殺，或受其請求或得其同意而殺之者，皆可能成立加工自殺罪。

立法緣由(2)



嚴格的刑法與行政法架構 過度限制「拒絕醫療權」

該救不救的刑事責任

- 醫療法60條、醫師法21條：醫院或醫師對於危急病人應施予必要的急救措施，不得無故拖延

法務部

1. 上兩條法律賦予醫院診所或醫師救治義務
2. 依據刑法第275條及第15條，醫師不得以病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有之作為，更不得依家屬之同意而不作為，否則於現行法律規定下，恐涉及刑事責任問題。

(法檢字第10404502880號函)

立法緣由(2)



嚴格的刑法與行政法架構 過度限制「拒絕醫療權」

除非是末期病人…

- 病人如果簽署有安寧意願書，又被診斷為末期病人，醫師不急救或終止維持生命治療符合安寧條例第七條規定，故是依法令之行為（不作為），依據刑法第21條「依法令之行為，不罰」規定，故在刑法上阻卻違法而不受刑罰。
- 但如果非末期病人呢？
- 若無本法，現行法規找不到依據，豁免協助他們的醫師免除法律責任

立法緣由(2)

嚴格的刑法與行政法架構 過度限制「拒絕醫療權」

非末期病人請求或同意時 不救治之法律責任

安寧條例 第10條	違反第7條之罰則為處新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。
醫療法 第102條 第1項第1款	違反第60條第1項，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰。
醫師法 第29條	違反第21條，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。
刑法 第15條及第275條	處一年以上七年以下有期徒刑，未遂犯罰之。

因為法律責任的存在，醫師動輒得咎，只能被迫積極救治或選擇遊走在法律邊緣。

立法緣由(2)

嚴格的刑法與行政法架構 過度限制「拒絕醫療權」

法務部

刑法

(阻卻違法)

過於狹窄

衛福部

安寧條例

- 適用範圍僅限「末期病人」
- 得拒絕之範圍僅限「CPR」或延長瀕死的「維生醫療」

而非範圍較廣的「維持生命治療」

綜上述...

病人的拒絕醫療權受法律嚴格限制，須特別立法才能保障**病人權利**and**免除醫師違法**的顧慮。

立法緣由(2)



國際趨勢

America

- 1976 年的Quinlan 案
 - 最高法院判決肯定其有拒絕任何醫療的權利，包含了拔除維生所需的人工呼吸器，且病人拒絕醫療的決定高於醫師的行善義務。
 - 與其他類似案件逐漸形成「偉大的美國共識」(The Great American Consensus)，病人擁有幾乎不應受到任何限制的拒絕醫療權。
- 1990 年的Cruzan案
 - 聯邦法院最後判決結果是，病人有權拒絕任何醫療措施，包含了延長生命的人工餵食餵水，只要有充分證據顯示，停止人工餵食餵水符合他本人的意願，即可停止。

立法緣由(3)



國際趨勢

America

- 1990年《病人自決法》（*Patient Self-Determination Act*）確保病人的拒絕醫療權，建立預立醫療決定（AD）法律地位

病人拒絕醫療的消極自主權

∴ 憲法保護病人尊嚴、隱私與自由

並非取決於

病人的存活時間
病人是否處於「末期」
病人有無自決能力

無自決能力者可先立AD或由醫療代理人替他決定，決定的首要標準為病人的意願與偏好，最明確的證據就是AD



共融決策

立法緣由(3)



國際趨勢

Germany

- 對於病人自主權之保障漸趨完善...

1994年 ○ 德國最高法院肯定無行為能力病人也有拒絕包含餵食餵水等人工維生措施的自主權，只要這是病人的推定意願（der mutmaßliche Wille）

2003年 ○ 德國聯邦法院確定「預立醫療決定」（Patientenverfügung）的法律效力

2009年 ○ 修正民法第1901條以下規定（見下頁）

立法緣由(3)



國際趨勢

Germany

- 一. 任何有同意能力 (einwilligungsfähig) 的成人得以書面方式預立醫療決定 (Patientenverfügung) ，針對自己在失去同意能力時是否接受特定健康檢查、治療措施或侵入性醫療表示同意或不同意 (§ 1901a.1 BGB) 。
- 二. 病人自主權的效力與疾病的種類、期程無關 (§ 1901a.3BGB)
- 三. 病人得拒絕任何醫療，包含醫師認為仍有價值的維生醫療在內。
- 四. 病人指定的醫療委任代理人或法院指定的監護人之首要任務是捍衛與貫徹病人的意願。

立法緣由(3)



國際趨勢

Germany

- 五. 病人之意願表達或其代理人對其意願之確認，均應以先掌握醫學上之專業意見為前提。
- 六. 病人的意願最首要的是當下所表達的意願，其次是寫在預立醫療決定裡的想法，再次是根據他口頭或書面表達過的思想、倫理或宗教的信念以及其他相關價值觀所推定的意願（§ 1901a.2 BGB），再來則是他的家人或信賴的朋友所表達的意見（§ 1901b.2 BGB）。
- 最後，若以上均不可得，則應按照醫師專業的判斷，做最有利於病人的醫療決定。

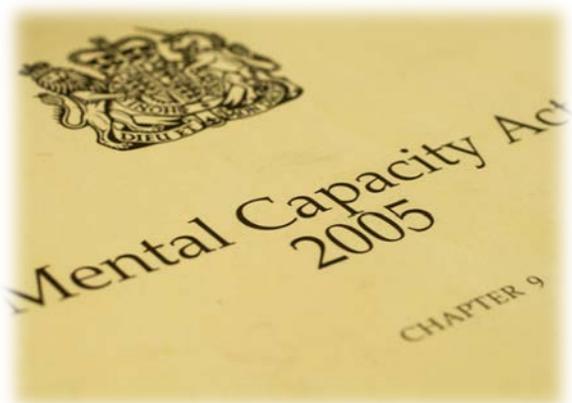
立法緣由(3)



國際趨勢

UK

- 2005年 Mental Capacity Act 2005
- 英國心智能力法第25條確立預立醫療決定的法律地位
- 任何18歲以上具做決定心智能力者得事先表達未來拒絕不要的治療的意願，即使這會危及他的生命。



立法緣由(3)



國際趨勢

Australia

- 2009 年的Brightwater Care Group (Inc)v. Rossiter 案：
Christian Rossiter因意外全身癱瘓，要求Brightwater
醫院停止供給營養及水分。
- 最高法院：
 - 1.本案與安樂死及醫師協助自殺無關
 - 2.神智清楚病人知情下擁有拒絕醫療權

立法緣由(3)



國際趨勢

Hong Kong

- 沿自英國的判例法地區，沒有成文法
- 《香港註冊醫師專業守則》第34.4條 & 香港醫院管理局《Guidance for HA Clinicians on Advance Directives in Adults》（Operation Circular No. 8/2014）

壹、適用臨床條件舉例

- 一. 病情到了末期
- 二. 陷入不可逆轉的昏迷或處於持續植物人狀況
- 三. 其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，例如：
 - （一）晚期腎衰竭病人
 - （二）晚期運動神經元疾病
 - （三）晚期慢性阻塞性肺病
 - （四）不可逆轉主要腦功能喪失及機能狀況極差的病人

貳、預設醫療決定內容

得不接受『維持生命治療』
指任何有可能延遲病人死亡的治療，包括心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素以及人工營養及流體餵養。

- 香港循英國普通法傳統，拒絕醫療其實沒有臨床條件限制

基於上述緣由...

- 本法透過五種作法，強化病人自主權
 1. 確立病人知情、選擇與決策之自主權原則
 2. 引進預立醫療照護諮商
(advance care planning, ACP)
 3. 擴大預立醫療決定 (advance decision, AD) 之適用範圍與內容
 4. 強化醫療委任代理人權責
 5. 確立特定臨床條件下之拒絕醫療權



本法架構



第十七條	第十六條	第十四至第十五條	第八至第十三條	第七條	第六條	第五條	第四條	第三條	第二條	第一條
登載與保存義務	緩和醫療義務	拒絕施行或要求撤除維持生命治療	預立醫療決定	急救義務及其但書	病方同意權	病人知情權	基本理念 知情選擇與決定權	名詞定義	主管機關	立法目的

立法重點 (1)



- 立法目的：尊重病人自主、保障善終權利、促進醫病和諧關係（第一條）
- 引進預立醫療決定、預立醫療照護諮商、緩和醫療、維持生命治療、人工營養及流體餵養等概念（第三條）
- 從「醫療」為中心的「告知同意」改為以「病人」為中心的病人「知情、選擇與決定」（第四條至第六條）
- 急救義務之但書（第七條）

立法重點 (2)



- 明定預立醫療決定之實體與程序要件（第八條至第九條）
- 醫療委任代理人權責（第十條）
- 明定拒絕施行或撤除維持生命治療、人工營養及流體餵養的臨床條件與程序（第十四條）
- 明定醫院對拒絕維持生命治療者提供緩和醫療的義務（第十六條）

本法拒絕醫療權說明圖

法 適用對象 疾病進程

末期

病危

末期瀕死

安寧



末期病人

DNR + 不施行 / 終止或撤除維生醫療



末期病人

得拒絕維持生命治療/ANH + 緩和醫療



不可逆昏迷

昏迷

確診不可逆轉

得拒絕維持生命治療/ANH + 緩和醫療



永久植物人

確診為 PVS

得拒絕維持生命治療/ANH + 緩和醫療



失智病人

確診為極重度失智

得拒絕維持生命治療/ANH + 緩和醫療



符合痛苦難耐+
無法治癒+
無其他解決辦法
且為主管機關公告者

第二次照會
確診

得拒絕維持生命治療/ANH + 緩和醫療

病人自主權利法

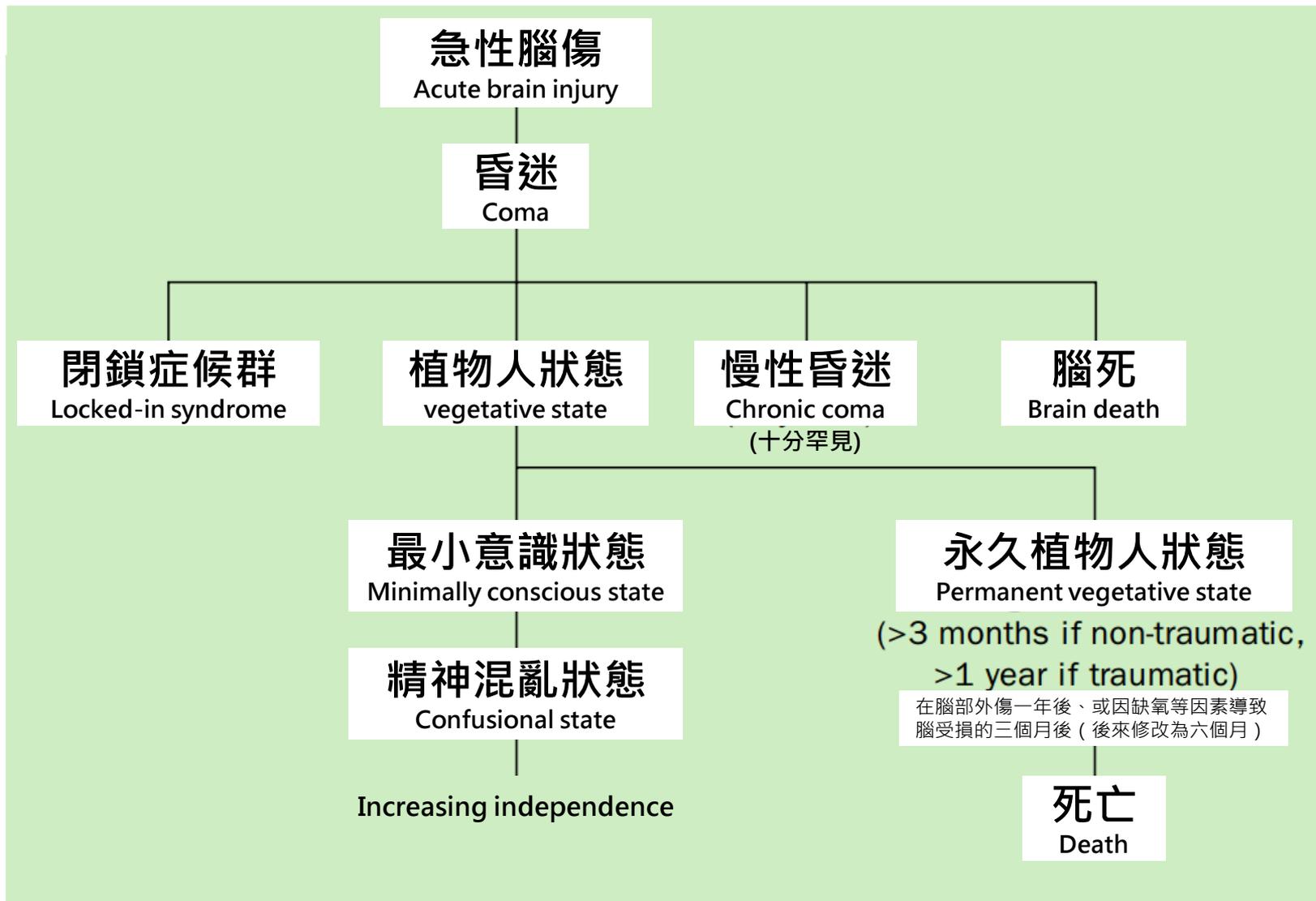


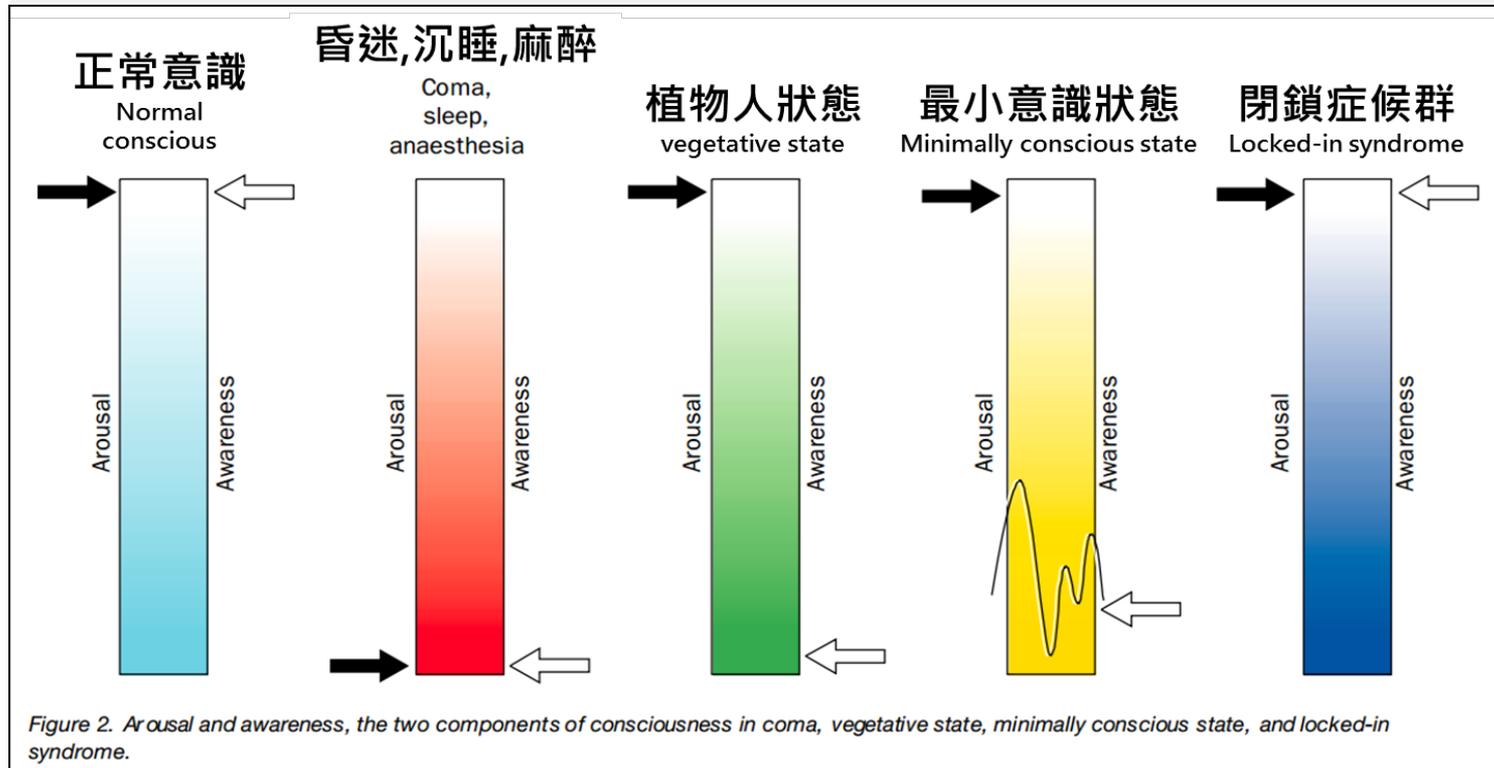
Figure 1. Flow chart of cerebral insult and coma. Vegetative state typically follows a coma; after 1 month the term “persistent vegetative state” is used; after 3 months for a non-traumatic insult or 1 year for a traumatic insult some authors use the term “permanent vegetative state”, which implies no chance of recovery.

- 意識 (Consciousness) 指對自己及外在環境的認知能力

← 知覺 (Awareness) : 有意義的動作和語言
由大腦皮質統管認知及情感功能

→ 醒覺 (Arousal) : 外表呈現醒的狀態
是腦幹之網狀系統活動的表現

腦傷各分類之意識情形



臨床失智評分量表 (CDR)

項目 分數	記憶力	定向感	解決問題 能力	社區活動 能力	家居 嗜好	自我照料
嚴重 (3)	記憶力嚴重減退 只能記得片段	只能維持對人的 定向力	不能作判斷或 解決問題	不會掩飾自己無力 獨自處理工作、 購物等活動的窘境。 外觀上明顯可知 病情嚴重，無法 在外活動。	無法做家事	個人照料需仰 賴別人給予很 大的幫忙。 經常大小便失 禁。
深度 (4)	<ul style="list-style-type: none"> 說話通常令人費解或毫無關聯，不能遵照簡單指示或不能了解指令，偶爾只能認出其配偶或照顧他的人 吃飯只會用手指頭不太會用餐具，也需要旁人協助 即使有人協助或加以訓練，還是經常大小便失禁 有旁人協助下雖然勉強能走幾步，通常都必須座輪椅 極少到戶外去，且經常會有無目的的動作 					
末期 (5)	<ul style="list-style-type: none"> 沒有反應或毫無理解力 認不出人 需旁人餵食，可能需用鼻胃管，吞食困難 大小便完全失禁 長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮 					

備註：臨床失智評估量表第3級以上之認定標準雖然尚未訂出來，面對嚴重的失智障礙程度時，可參考深度(4)及末期(5)之規則對照ICF基準，CDR1分對應到ICF就是**輕度**、2分**中度**、3分**重度**、3分+溝通能力完全喪失**極重度**

與其他法關係



- 與安寧緩和醫療條例互補:無AD+無意願書 \implies 安寧同意書撤除
- 本法已通過，醫療法相關條文應連動修正，例如醫療法63,64條的但書可改成「但緊急情況者，不在此限。如病人依其他法律表達之拒絕醫療意願有效時，得不為之」
- 安寧緩和醫療條例將成為病人自主權利法的特別法，其第八條告知義務應調整為更以病人為中心之規範

問與答

什麼時候適合簽署AD？

- 任何時機都是成年人簽署AD的適當時機！
- AD有兩種形式：未雨綢繆型與重大傷病型
- 未雨綢繆型：針對突發性意外，做好準備，例如第14條第1項第2至3款（不可逆昏迷與永久植物人）有可能因為車禍或中風等意外而適用，簽署AD可以確保自己的意願在這些情形下得以貫徹
- 重大傷病型：罹患本法允許拒絕醫療之重大傷病時，得訂定AD，以確保傷病發展過程中，病人接受或拒絕醫療之意願能得到尊重



問與答

本法是否為安樂死立法？

No!

- 僅規定【病人在特定條件下之拒絕醫療權】，係聽任自然死亡，停止加工賴活，與積極縮短生命的安樂死無關！
- 美國與世界醫學會定義安樂死，把上述三種拒絕醫療均排除：
「為減輕病患無法忍受且無法治癒的病痛，而由他人為病患施以足以致命之藥劑。」
- 爭議程度排序
 - 拒絕維持生命治療：無爭議
 - 醫師協助自殺：有爭議（荷比盧、德國、瑞士、加拿大、美國五個州）
 - 安樂死：有極大爭議（僅荷、比、盧、哥倫比亞四國）

問與答

停止人工餵食是否等於要餓死病人？



No!

- 依本法，病人自主拒絕的是人工餵食，而非自然餵食。
- 即使對失智很後期的病人而言，自然餵食與管灌餵食各有優缺點，很難說後者一定優於前者。
- 國際醫學研究顯示，即使針對容易有吸入性肺炎的失智病人而言，自然餵食可能都比管灌餵食要好，因為它能滿足病人飲食慾望以及被關懷的需要。
- 自然餵食有一「細心手工餵食」(careful hand feeding, CHF) 標準，請參考下頁：

問與答

細心手工餵食標準



- 手工餵食全程，照顧者要非常專注於病人，不應一心多用。
- 病人進食的姿勢應保持直立，避免噎到或吸到肺裡。
- 每一口的大小要小於一茶匙。
- 要謹慎地增加食物的濃稠度，太稀容易噎到。
- 當病人口乾時，要注意保持食物的濕度，增加水分或湯汁。
- 餵食者應經常提醒病人吞嚥，吃一口就要吞好幾次。
- 鼓勵他在吞嚥之後要輕輕咳嗽。
- 照顧者要留心病人所發出的非語言訊息，以瞭解他是否有吞嚥困難或噎到的情況。

問與答

本法是否強制醫師執行病人預立醫療決定？



No!

- 第14條
授權**醫療機構或醫師**在符合臨床條件情況下，可以依照病人簽署AD的內容，不施行、終止或撤除維持生命治療/ANH。
- 換言之，該規定是允許醫師執行病人AD，並不是強制，也沒有罰則。
- 國際情形：醫師不得違背病人AD意願進行治療

問與答

病人若有AD， 醫師仍急救，是否有責任？



No!

- 如前題，病人拒絕醫療之AD本來就不能強制醫師遵行。本法第7條規範符合第14條規定時豁免急救義務，但並非禁止急救。
- 病人即使有AD，臨時發生意外緊急送院急救的情形，大概不容易符合第14條之臨床條件，因為：
 - 病人拒絕救治之適用臨床條件通常需要一段時間才能確診，急救情況很難適用，例如不可逆昏迷與永久植物人。
 - 緊急狀況會送急診者大概只有三種情形：1)家人或代理人不在場情形下之陌生人送醫，2)病方還沒有與特定醫療團隊建立具體之AD執行計畫，3)病方還想救病人或認為還不到AD執行時機。這三種情形都應該先救再說。
 - 黃勝堅建議：**與緩和團隊已建立默契之家庭，發生緊急狀況時，不要打119！**
- 就急症處理言，醫師在緊急情況的標準反射動作本來就應該是急救，而不應蹉跎猶豫。急救後待確診符合第14條臨床條件，再依病人AD予以撤除維持生命治療即可。

問與答

本法強調病人自主，是否會架空醫師專業？



No!

- 第4條至第6條：病人知情選擇與決定權是以醫師對於病情、醫療選項之專業判斷為前提，無病人自主凌駕醫療專業之虞。
- 第3條與第9條：引入預立醫療照護諮商（ACP）更是承認病人自主權的捍衛必須以掌握醫療資訊為前提。預立醫療決定(AD)必須經過完整的ACP諮商程序才有效。
- 第14條：5款臨床條件的判定並非病人或其代理人所能決定，而需要相關專科醫師以及緩和醫療團隊的確診。

問與答

本法容易造成醫療糾紛？



No!

- 現行法過度僵硬，才會讓醫師被迫遊走在法律邊緣，才有醫療糾紛的風險。
- 醫療法第60條+醫師法第21條→醫師有急救義務。
情況緊急時醫師不得不救，否則，會有違反刑法第275條受囑託殺人罪之虞
- 本法提供醫療機構及醫師尊重病人AD時之法律保障
- 明定免責條款：增定第十四條第五項，醫療機構或醫師依本條規定終止、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，不負民事、刑事與行政責任。

以上報告，
謝謝您的聆聽

