

在醫院，病人是否擁有拒絕急救或終止維生醫療的權利？——簡介安寧緩和醫療條例

文:周吉麒（認證法律人）· 健康·醫療·銀髮族 · 2022-11-29

案例

一位65歲婦人A，身患末期癌症，住入某醫院安寧病房，在兩位兒子的見證下，預立拒絕心肺復甦術（Do not resuscitate，DNR）意願書，希望醫療團隊在臨終時不要再施予心肺復甦術（Cardiopulmonary resuscitation，CPR），讓她可以自然離世^[1]。請問婦人A病危時，是否可以拒絕醫療團隊的急救？

註腳

[1] 改寫自陳榮基醫師文章內案例，見陳榮基（2008），〈以拒絕臨終急救預約善終〉，《台灣醫學》，第12卷第4期，頁470。

本文

一、拒絕醫療的權利

由於醫學科技的進步，我們生命得以延長，但醫療技術終究有其極限，生命延長與生活品質難以同時兼具。每個人對自己生命終點的安排有所不同，但因為我國法令的規定^[1]以及醫師對於末期病人有急救到底的醫療慣例^[2]，使得病人過去在醫院裡，並沒有拒絕急救或終止維生醫療^[3]的權利。

為了讓末期病人在醫院亦能選擇善終^[4]，臺灣於2000年制定了「安寧緩和醫療條例」，賦予末期病人^[5]拒絕急救或終止維生醫療的權利，同時也賦予醫師可以在尊重末期病人的意願下，合法不施予積極性治療或急救，而提供減輕或免除痛苦的緩解性、支持性醫療照護措施^[6]。

關於末期病人要如何表達他拒絕醫療的意願，除了本人可以簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療意願書」以外^[7]，他也可以預立醫療委任代理人，在自己意識昏迷時，由代理人代為簽署拒絕醫療的意願書^[8]；或是在未預立意願書的情形下陷入昏迷、無法清楚表達意願時，能由病人的最近親屬以同意書代替^[9]（圖1）。如果親屬間意見不一致，會依照法律規定的順序來決定^[10]；但當代理人 and 病人最近親屬、或相同順序最近親屬間（例如成年的子女之間）發生意見不一致時，由於法律並沒有明確規定該如何處理，但因為拒絕醫療的決定涉及病人生命，醫療團隊會待雙方意見一致後，才會不施行急救或終止維生醫療^[11]。

在前面的案例，依安寧緩和醫療條例規定，如果婦人A的兩位兒子都具有完全行為能力^[12]，A可以在二人在場見證下，預立拒絕心肺復甦術意願書。當有二位醫師診斷婦人A確為末期病人^[13]，而在A病危時，醫療團隊就必須尊重她的意願，不施行心肺復甦術，讓婦人A安祥離世。

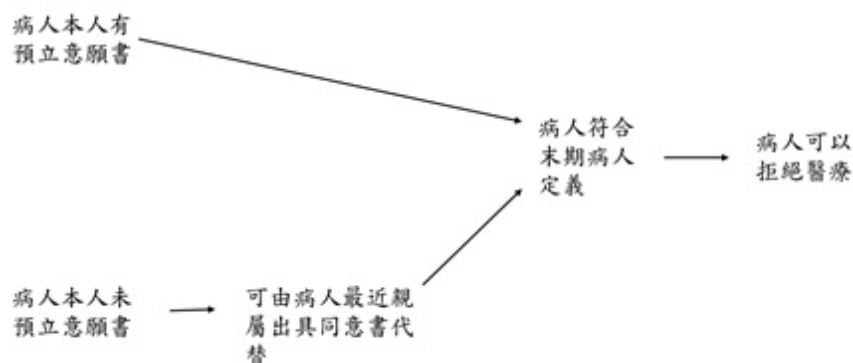


圖1：拒絕醫療的流程

資料來源：作者繪製。

二、生命權與自主權的倫理難題

醫學科技的進步帶給人們希望，提供人們更多選擇，同時也帶來了新的倫理難題。醫療技術雖然延長了我們的壽命，卻也可能剝奪了平和死亡的權利。面對著多數末期病人令人不忍卒睹的生活品質，引發了當代醫療究竟是延長生命或是延長死亡的反思。我們是否能在當代醫療能干預且延緩死亡的技術能力下選擇死亡，這觸及了個人自主權和生命權相衝突時孰優孰劣的倫理難題^[14]。

因為生命權是一切權利的根本，失去生命，個人其他權利將無由行使，因此生命權至上；但也有認為生命的意義在於能夠依其個人的信仰、理念與價值來行使諸多權利，因此當自認生命已無尊嚴時，可以行使自主權來放棄治療。基於尊重身體自主以及考量醫療有其極限，安寧緩和醫療條例因此誕生^[15]，以尊重末期病人的醫療意願和保障權益^[16]。面對死亡，對任何人來說，都不是一門簡單的功課。安寧緩和醫療條例鼓勵每個人預先做好醫療計畫，才不會在面對死神時措手不及^[17]。

註腳

[1] 醫療法第60條、醫師法第21條、護理人員法第26條規定，要求醫護人員對於危急病人有緊急救治義務；法務部法檢字第10404502880號函釋更明白表示，因刑法第275條規定禁止加工自殺，醫師不得以受病人囑託或得其承諾而不為救治或維護其生命應有的作為，否則，依照現行法律規定，恐將涉及上述刑事責任。

[2] 王志嘉（2012），〈末期病人醫療常規—臺灣高等法院高雄分院九十六年度醫上更(一)字第二號刑事判決評釋〉，《月旦法學雜誌》，第211期，頁246-248。

[3] 安寧緩和醫療條例第3條第4款：「本條例專用名詞定義如下：……四、維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。」

- [4] 善終是生命末期照顧的主要目標，但善終概念相當複雜、涵蓋層面廣泛。對於善終概念的詳盡分析，可參閱陳亭儒、胡文郁（2011），〈善終之概念分析〉，《長庚護理》，第22卷第1期，頁45-52。
- [5] 安寧緩和醫療條例第3條第2款：「本條例專用名詞定義如下：……二、末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。」
- [6] 陳殷正、劉郁孚、蔡蕙珊、林玉書、范建得（2016），〈安寧緩和醫療條例回顧與探討〉，《醫學與健康期刊》，第5卷第1期，頁27。
- [7] 安寧緩和醫療條例第4條第1項：「末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。」
意願書的範例可以參考，衛生福利部（2018），《預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書（參考範例）》。
- [8] 安寧緩和醫療條例第5條第2項：「前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。」
- [9] 安寧緩和醫療條例第7條第3項、第4項：「
III 末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均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。
IV 前項最近親屬之範圍如下：
一、配偶。
二、成年子女、孫子女。
三、父母。
四、兄弟姐妹。
五、祖父母。
六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
七、一親等直系姻親。」
- [10] 安寧緩和醫療條例第7條第4項、第6項：「
IV 前項最近親屬之範圍如下：
一、配偶。
二、成年子女、孫子女。
三、父母。
四、兄弟姐妹。
五、祖父母。
六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
七、一親等直系姻親。……
VI 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。」
- [11] 有學者認為，當醫療委任代理人與病人最近親屬的意見發生不一致時，應以代理人意見為優先，因為代理人的權源來自於本人的授權；但亦有學者持不同意見，因為依安寧緩和醫療條例第5條規定的文義，代理

人僅有代為簽署意願書的權限，因此無法推論代理人意見絕對優先於親屬。參閱：楊秀儀（2004），〈救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」〉，《國立臺灣大學法學論叢》，第33卷第3期，頁32-33。

但鑒於生命的逝去具有不可恢復性，以及逝者（病人本人）不會發動訴訟、生者（病人家屬）才會發動訴訟的經驗，醫療團隊在面對此類場景時，不會輕易不施行急救或終止維生醫療。

[12]安寧緩和醫療條例第4條第3項：「意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。」

[13]安寧緩和醫療條例第7條第1項第1款：「不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人。」

[14]楊秀儀，前揭註11，頁4-7。

[15]安寧緩和醫療條例的適用對象為「末期病人」，主要規範末期病人得「預立意願書」及「指定醫療代理人」，來「選擇安寧緩和醫療」或「作維生醫療抉擇」4件事。楊秀儀（2013），〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》，第5卷第1期，頁14。

[16]安寧緩和醫療條例第1條：「為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。」

[17]楊秀儀，前揭註9，頁38-39；熊誼芳、賴允亮、蘇韋如（2014），〈邁向安寧緩和醫療的新一頁〉，《生命教育研究》，第6卷第2期，頁106-107。

延伸閱讀

（一）專書

1.黃勝堅（2010），《生死謎藏：善終，和大家想的不一樣》，頁1-231，臺北：大塊文化。

（二）期刊

1.楊秀儀（2004），〈救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」〉，《國立臺灣大學法學論叢》，第33卷第3期，頁1-43。

2.楊秀儀（2013），〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》，第5卷第1期，頁1-24。

3.熊誼芳、賴允亮、蘇韋如（2014），〈邁向安寧緩和醫療的新一頁〉，《生命教育研究》，第6卷第2期，頁99-118。

4.王志嘉（2015），〈末期病人生命身體法益的處分—談安寧緩和醫療條例立修法後的現況與展望〉，《醫療品質雜誌》，第9卷第2期，頁90-96。

標籤

安寧緩和醫療，安寧療護，末期病人，DNR，CPR

