

# 病人自主權利法實施後的臨床實務與法規相關問題- 兼論新冠肺炎疫情下的新興議題

王志嘉

三軍總醫院 家庭暨社區醫學部、國防醫學院醫學系 醫學人文教育中心

## 前言

病人自主權利法於 105 年 1 月 6 日總統華總一義字第 10400154601 號令公布，自 108 年 1 月 6 日施行後已近三年，除於臨床實務或法規適用呈現相關問題外，新冠肺炎疫情爆發後亦衍伸出新的問題。本文將以介紹病人自主權利法的精神與內涵開始，討論預立醫療決定在臨床實務上如何被挑戰以及變更該決定的法定程序，接著再討論新冠疫情下預立醫療決定的法效性與爭議。

## 病人自主權利法的精神與內涵

病人自主權利法，全文 19 條，主要精神與內涵有二：第一部分，係第 1 條至第 7 條，主要規定病人一般的同意權或拒絕權；第二部分，係第 8 條至第 17 條，主要規定病人特殊的拒絕醫療權或善終權，亦即病人的拒絕醫療可能導致生命終點的情形。

就病人一般的同意權或拒絕權，各醫療法規已有相關規定，病人自主權利法將其整合並闡述的更為清晰。重要精隨在於第 4 條強調病人有選擇與決定的權利，不僅將告知後拒絕予以明文化，更強調關係人不能妨礙病人就醫療選項決定的作為；第 5 條，將病人的病情知情權，強調以病人為主，關係人為輔，其知情權的演進如下：

醫療法第 81 條	應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情。
安寧緩和醫療條例第 8 條	告知末期病人或其家屬，但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。
病人自主權利法第 5 條	告知本人，但病人未明示反對時，亦得告知其關係人。

就病人的特殊拒絕醫療權，主要規定當病人符合五臨床條件之一，如末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、以及其他經中央主管機關公告符合三要件的病人疾病狀況（痛苦難以忍受、疾病無法治癒、無其他合適解決方法），而且有預立醫療決定時，可以依據預立醫療決定的內容，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。

病人自主權利法與安寧緩和醫療條例最大的不同有二：就醫療專業部分，除末期病人外，增加四類臨床條件；就病人自主部分，須事前預立醫療決定或醫療委任代理人方式，強調病人自主，並無法於病人昏迷時，以透過家屬法定代理的方式為病人做決定。

## 臨床實務的情境與相關問題

病人自主權利法實施後，最主要的爭議仍是「病人與家屬的意見不一致」，其他爭議包括：家屬質疑病人預立醫療決定的效力、人工營養與流體餵養的問題、以及法規適用的解釋等。

### 一、病人與家屬意見不一致

曾有諮詢案件為：「中年女性，肺癌併化療治療多年，今（110）年初電腦斷層掃描發現腦幹附近有 0.3 公分的轉移腫瘤。主治醫師建議手術切除，並召開家庭會議，病人、先生與兒子出席，病人表示她抗癌 9 年，已深思熟慮過如癌症轉移就不要採

通訊作者：王志嘉

通訊地址：台北市內湖區成功路二段 325 號

E-mail: ccwang86@gmail.com

取積極治療，先生與兒子表示尊重病人的決定，並於會議記錄簽名。今年3月初，病人醒來發現無法吞嚥與說話，於醫院急診室經電腦斷層掃描發現係因轉移性腫瘤壓迫腦幹，造成食道神經異常。病人拒絕放置鼻胃管，僅使用靜脈營養及點滴補充。住院後的3週，病人突發性的生命徵象不穩並陷入昏迷，主治醫師穩定生命徵象後跟家屬解釋病情，並表示依據過去與現在的病人意願，應該給予安寧緩和醫療。然而，此時病人先生執意要進行開顱減壓並摘取腫瘤手術，於是病人被送進加護病房。」

本案係發生於病人自主權利法108年1月6日實施後，從倫理與法律分析並無爭議，應該尊重病人的決定，其具體理由分析如下：

(一) 病人如有預立醫療決定時，最無爭議。惟本案並未有預立醫療決定，至於未預立醫療決定的因素，有可能是醫師或醫療團隊因素、時機與場所因素、或是預立醫療照護諮商的程序或費用等因素等，於本案不得而知。

(二) 病人雖無預立醫療決定，仍可依據病人自主權利法第4條第2項規定，病人的配偶不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫選項決定的作為。

(三) 即使沒有病人自主權利法，依據安寧緩和醫療條例第7條第3項後段規定，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。

與過去多數的爭議係發生於病人雖曾口頭表達意願，但卻未留下書面資料作為證據之案件相較，本案不僅病人的配偶與子女先曾參與家庭會議，尊重病人意願及簽名，在病人無法吞嚥尚能表達時，當下也尊重病人的意願，故無論過去或是現在、無論在病人自主權利法實施前後、或是基於倫理與法律觀點，尊重病人自主是自然不過的事。惟仍發生爭議，顯見病人與家屬意見的不一致，仍是臨床醫病溝通的重點，或許應該從加強民眾對於生命教育以及病人自主權的尊重著手。

## 二、家屬質疑病人預立醫療決定的效力

病人自主權利法公告到正式的實施，有三年的緩衝時間，期間歷次的研討會，醫界關心病人預立醫療決定的預立時點與執行時點不同是否衍生相關的爭議。就專業端，除了預立與執行醫療決定的團

隊非常可能不同外；就病人端，也擔心家屬於病人昏迷時推翻病人預立醫療決定的情形。

病人自主權利法實施後，曾聽聞醫學中心分享實際執行病人的預立醫療決定時，發生家屬質疑病人當初預立醫療決定時並無決定能力的爭議。

病人自主權利法第8條第3項，對於預立醫療決定的內容、範圍及格式，係由中央主管定之，而依據中央主管機關所訂定的預立醫療決定書，係強調醫療專業，並未強調諮商的過程與程序[1]。因此，預立醫療照護諮商團隊，在預立醫療照護諮商的過程，除了法定應諮商的醫療專業內容外，宜將預立醫療諮商過程重要的事項，加註於預立醫療照護決定書或另紙補充作為附件以避免未來的爭議。

事實上，國內也有醫院超前部署，將預立醫療照護諮商的過程記錄，如諮商動機、意願人之諮詢參與情況以及諮商參與過程之互動等，可茲參照(圖一、圖二)[2]。

## 三、人工營養與流體餵養的問題

有別於安寧緩和醫療條例，病人自主權利法於第14條第1項將病人終止、撤除或不施行人工營養及流體餵養之全部或一部予以明文化，加以適用對象擴增到符合臨床條件的五類疾病，故也引起討論是否符合五類臨床條件的疾病都適合不施行人工營養及流體餵養。

目前對於癌症末期病人、極重度失智爭議較小；然而，對於不可逆轉昏迷、永久植物狀態或如前述符合三要件的疾病狀況或痛苦，則呈現較大的爭議。

事實上，在病人自主權利法實施後，於108年6月22日輔大醫學院舉辦天主教生命倫理與醫療研討會，曾邀請梵蒂岡教廷促進整體人類發展部的官員進行演講，於演講中曾表達教廷對此議題的關切，整場會議後，雖達成進彼此互相諒解，但對此議題仍未達成共識，最主要的爭點應在於，天主教向來認為水與食物就如同空氣是與生俱來的權利[3,4]。

## 四、法規適用的諮詢

於臨床工作，比較常遇到的是對於安寧緩和醫療條例以及病人自主權利法的適用與解讀爭議，如病人已經預立醫療決定，當病人昏迷時，家屬就能

臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

備註：若為緩和症狀目的所實施或給予之醫療處置，不受限上述各種臨床條件欄位中意願選擇之限制。

圖一 引用自衛生福利部之預立醫療決定書

伍、預立醫療照護諮商過程摘述說明	
<b>一、諮商動機：</b> <input type="checkbox"/> 因自身罹病 <input type="checkbox"/> 因單身 <input type="checkbox"/> 期待尊嚴善終 <input type="checkbox"/> 預做生命安排 <input type="checkbox"/> 媒體報導宣傳 (可複選) <input type="checkbox"/> 因家屬罹病 <input type="checkbox"/> 不希望家人承擔決定責任 <input type="checkbox"/> 不想拖累家人 <input type="checkbox"/> 其它_____	
<b>二、意願人之諮商參與情況 (若任一面向能力不足，則無法簽署「預立醫療決定書」)：</b> (1)理解能力 <input type="checkbox"/> 可換句話說或重述要點 <input type="checkbox"/> 可從選項中回答 <input type="checkbox"/> 能力不足 (2)記憶能力 <input type="checkbox"/> 可重述要點或內容 <input type="checkbox"/> 可在輔助下重述要點或內容 <input type="checkbox"/> 能力不足 (3)衡量能力 <input type="checkbox"/> 可提出理由或思考過程 <input type="checkbox"/> 可在輔助下提出理由或思考 <input type="checkbox"/> 能力不足 (4)溝通能力 <input type="checkbox"/> 可表達意願或考量 <input type="checkbox"/> 可在輔助下表達意願或考量 <input type="checkbox"/> 能力不足	
<b>三、諮商參與過程之互動：</b> (1)諮商團隊協助方式 以 <input type="checkbox"/> 口頭說明 <input type="checkbox"/> 衛教資料(影片、文宣、衛材)協助對話溝通 (2)配偶或二親等親屬是否支持意願人想法 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未參與 <input type="checkbox"/> 其他_____	
(3)醫療委任代理人是否了解意願人想法 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未參與 <input type="checkbox"/> 其他_____	
(4)其他與會者是否支持意願人想法 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未參與 <input type="checkbox"/> 其他_____	

圖二 引用自台北榮總預立醫療照護諮商檢核表

夠依據安寧緩和醫療條例來為病人拔管？或是病人需要再簽署安寧緩和醫療條例意願書的來拔管？

若病人依據病人自主權利法進行預立醫療照護諮商（通說為 1-1.5 小時的諮商）、醫療機構於預立醫療決定上核章證明、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證、以及註記於全民健康保險憑證等四程序，即形成具有法律效力的文件，當病人意識昏迷時，即必須依照病人的預立醫療決定執行之，已無安寧緩和條例適用的空間，由

於是具有法律效力的預立醫療決定，自然無須再依據安寧緩和醫療條例再行簽署意願書。

## 法規解釋與修正的相關問題

### 一、預立醫療決定 (AD) 變更的法定程序

病人自主權利法對於病人預立醫療決定的變更程序，於第 12 條規定第 3 項規定「經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更

預立醫療決定」。

病人於臨床（現場）時表示與預立醫療意願決定相反的意願，如變更為同意施行維持生命治療或不施行維持生命治療時，依據第 12 條第 3 項的文義解釋，因病人尚未變更預立醫療決定，須待完成變更預立醫療決定時才能依據病人的施行之。除了有不尊重病人臨床（現場）的自主權之虞，對於臨床（現場）才同意施行維持生命治療的病人，因尚未完成變更醫療決定只能依據原先預立的醫療決定，如此或將導致病人的死亡，與國民與醫界的情感未盡相符，也有侵犯病人自主權之虞。

為修正此部分爭議，於病人自主權利法施行細則第 8 條規定「意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本法第 12 條第 1 項全民健康保險憑證之預立醫療決定註記，或同條第 2 項預立醫療決定掃描電子檔不一致時，意願人依第 6 條撤回或變更前，醫療機構應依其書面明示之意思表示為之。」此為生命權為中心的權宜之計，雖與病人自主權利法的規定未盡相符，本文亦表贊同，然此施行細則衍生是否逾越母法授權的爭議。

因此，為避免爭議就是針對病人自主權利法第 12 條第 3 項規定進行修法。以台灣安寧緩和醫學會為例，其修法的共識為「經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以書面明示之意思表示為準，並應變更預立醫療決定。」其後於 110 年 3 月 9 日於立法院舉辦公聽會後，建議予以刪除。

## 二、醫師不願意執行預立醫療決定（AD）

生命的處分，係自主權與生命權的衡平，不僅涉及國家對於生命的保護、病人的自主權、以及醫師或醫療團隊對於生命權或價值的權衡，故尊重病人的自主權的同時，自然也應尊重醫師對於生命的價值觀。因此，病人自主權利法第 14 條第 3 項規定「醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。」

醫師基於意願，無法執行病人的預立醫療決定，得不施行之。除了基於醫師意願的因素，病人自主權利法也考慮到醫師或醫療團隊基於專業無法執行病人的預立醫療決定的情形得不執行預立醫療決定，惟在此情形，於第 16 條後段規定，醫療機構

除有建議病人轉診的義務，也有提供協助的義務。

病人自主權利法對於醫師或醫療團隊因意願或是專業不予執行病人的預立醫療決定，做不同的法律規範，應予以肯定。

基於意願因素，醫師或醫療團隊無法執行預立醫療決定時，因涉及醫師的價值觀，如法律科以建議轉診以及適當協助義務似乎過於嚴苛，也有強人所難之虞，惟為如基於醫學倫理或是醫療品質的義務，讓醫師或醫療團隊保有適當裁量權的空間的確更為妥當。故病人自主權利法施行細則第 16 條「醫療機構或醫師依本法第 14 條第 3 項規定不施行病人預立醫療決定時，應建議病人轉診，並提供協助。」此為行政指導，並無法律強制力，可以兼顧醫師或醫療團隊的意願與病人自主權的衡平。

另外，關於建議轉診的義務，除病人自主權利法外，原本於醫師法、醫療法以及緊急醫療救護法等有關規定。然而，提供協助義務，臨床實務上應該如何協助，以及協助的程度並未有明文規定，基於衡平醫療體系運作與病人自主，德州預立醫療指示法提到醫師或醫療團隊盡合理的努力或可茲國內臨床實務運作的參考 [5]。

## 三、預立醫療委任代理人

病人自主權利法與安寧緩和醫療條例，均有預立醫療委任代理人的制度設計，惟在簽署程序、適用範圍與相關限制，並不相同，在適用時需要考慮不同法律的規定，以避免相關爭議。

安寧緩和醫療條例對於醫療委任代理人，規定病人為 20 歲以上具有完全行為能力之人，在預立安寧緩和醫療意願書時，可以書面載明委任意旨預立醫療委任代理人，當病人無法表達意願時代理病人決定。其具有程序簡潔（透過預立意願書時簽署）、限制較少以及權限較小（代理不施行心肺復甦術或維生醫療）的特性。

病人自主權利法對於醫療委任代理人，規定於第 9、10、11 條，其重要內涵包括：（一）程序完備，需透過完成法定的預立醫療決定簽署，包括經醫療機構提供預立醫療照護諮商（1-1.5 小時）、醫療機構於預立醫療決定上核章證明、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證、以及經註記於全民健康保險憑證；（二）限制較大，如醫療委

任代理人應參與醫療照護諮商程序、不能作為見證人、以及預立醫療委任代理人不能與病人有利益衝突（繼承人除外），如受器官捐贈、受遺贈等；（三）權限較大，如於病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，可以聽取病人病情、簽具侵入性檢查或醫療同意書、以及依據病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

## 新冠肺炎疫情、醫療資源不足與病人自主的議題

新冠肺炎疫情，對於醫療行為、醫學研究、醫學教育以及醫療體系等，呈現諸多倫理與法律議題，對於醫療行為、醫療品質以及醫學人文教育有一定影響 [6]。

就醫療行為，主要是醫師臨床專業裁量權的合理性要件以及探討醫療照護資源不足的處置及因應。前者不僅有法規，在醫界也有一定的共識；後者，從學理探討變成實際情況，而且規模與程度遠超過學理學說，如何因應必然是方興未艾的議題，加上病人自主權利法實施後，可能扮演的角色與適用情形值得深究 [6,7]。

### 一、醫療資源不足的爭議

就醫療照護資源不足的倫理與法律議題，過去的學理討論，最熟悉的例子是當加護病房只剩下一張床位，同時有兩位病人需要時，該醫療資源應該如何分配的問題 [8,9]。然而，新冠肺炎疫情，除了係真實發生的情形，無論規模與程度，係屬於巨觀的國家層次，也非前述的微觀層次所能相比 [10]。

對於醫療照護資源不足的議題，在新冠肺炎疫情下也發展出相關的原理原則可以參照 [7]。依據國外發生的經驗與慣例，「等則等之，不等不等之（Equals should be treated equally and that unequals should be treated unequally）」的原則，是面對醫療資源不足時的分配原則之一。在此原則下，係以病人的年齡（Age）、共病性（Comorbidity）、性別（Gender）以及疾病的嚴重度（Severity of the Disease）等四要件作為判斷的依據 [10]。

然而，醫療照護資源不足的處理，雖有相關原則可以依循，一旦真實發生，對於醫療人員、病人家屬以及國家等，勢必是難以抉擇與產生不可磨滅的傷害。

### 二、醫療資源不足與病人自主權利法的關連性

新冠肺炎疫情引發醫療資源不足的情形，係發生於病人自主權利法實施後的一年，故也引起國內討論，如發生類此事件時，病人可否透過病人自主權利法事前或當下已完成的法定程序的預立醫療決定（AD），決定不進行氣管插管急救或終止維持生命治療。

面對這個議題，最無爭議的就是必須符合病人自主權利法的文義解釋，亦即若感染新冠肺炎的病人，符合五大臨床條件之一，而且病人已完成預立醫療決定的法定程序。

然而，新冠肺炎是新興傳染病，除了屬於急性狀態外，多數病人不易符合五大臨床條件，加上新興疫情的不確定性，醫療上勢必更難以判斷。

是以當病人基於真意，深思熟慮後，決定不進行氣管插管急救或終止維持生命治療時，需要考量的是回到刑法生命是否允許處分，以及憲法生命權與自主權之基本權的衝突與權衡的問題，故與病人是否已完成預立醫療照護諮商與預立醫療決定的程序，並不具有直接關係，自然無法以事先或當下符合法定要件下的預立醫療決定，逕以決定病人不進行氣管插管急救或終止維持生命治療。

### 結論：推動病人自主權利法的關鍵因素

病人自主權利法，自 105 年 1 月 6 日公告，至 108 年 1 月 6 日實施，歷經 3 年的準備，實施至今已 3 年，雖於臨床實務與法規層面呈現相關爭議，惟基本上對於病人自主權的提升是非常重要的里程碑，也具有劃時代的意義。對於推動病人自主權利法的關鍵因素應秉持「徒倫理與法律不足以自行、醫病溝通協商互信是關鍵」的信念，善用傾聽、同理與陪伴等技巧。

病人自主權利法實施 3 年以來，就社會與臨床實務面，最需要的是加強生命教育、尊重病人自主權、以及與東方社會家屬參與醫療決策的文化相融合；就法律面，最需要的是預立醫療決定變更的法定程序的修正，以降低可能衍生的潛在爭議。

### 參考文獻

1. 衛生福利部：預立醫療決定書。2011。Retrieved

- from <https://www.mohw.gov.tw/cp-3801-44221-1.html>
2. 台北榮民總醫院：預立醫療照護諮商檢核表。2018。Retrieved from <https://bit.ly/3HtgYka>
  3. 醫學倫理委員會：醫學倫理指引。新北：天主教輔仁大學附設醫院，2020：31。
  4. 2019天主教生命倫理與醫療研討會：台灣天主教醫療實踐與社會責任。輔仁大學醫學院，2019。
  5. 王志嘉：醫師病人誰說的算？病人自主之刑法實例剖析。台北：元照出版社，2014：183-184。
  6. 臺灣人工智慧行動網：COVID-19下的法律、社會與醫療－對醫療行為、研究與教學的影響與因應。2021。Retrieved from <https://bit.ly/3no5LcN>
  7. 謝宛婷、林秀娟、林宏榮：COVID-19大流行：匱乏醫療資源的分配倫理、臨終人道關懷和健康照護機構的法律責任。臺灣醫界 2020；63（7）：51-57。
  8. 嚴久元：當代醫事倫理學。台北：橘井。1999：46-48。
  9. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. England: Oxford University Press, 2009: 12-13.
  10. Mannelli C: Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. J Med Ethics 2020; 46(6): 364-366.