

《尊嚴善終法》草案下失智病人自主權之臨床困境

林冠蓁^{1、3}、廖若帆¹、鄭閔中^{1、3}、何建志⁵、陳建宇^{1、2、3、4}

臺北醫學大學附設醫院 教學部¹、麻醉部²、臺北醫學大學 醫學院醫學系³、醫學人文研究所⁴、
醫療暨生物科技法律研究所⁵

摘要

當今臺灣失智症人口逐年增加，因失智所衍生出之生命尊嚴難題與善終需求，現行安寧緩和醫療及預立醫囑能否滿足受到質疑。近期，在野黨團提出《尊嚴善終法》草案，其中欲將「安樂死」成為失智症病人的選項之一。本文嘗試從醫療照顧者的角度，探討失智病人欲落實其自主權來選擇安樂死時，可能會遭遇到的倫理與臨床實務困境，包含：一、失智病人在罹病後是否仍具備選擇安樂死之行為能力？其能力又該如何客觀評估？二、如何保障失智病人的自主權不因外界壓力（如愧疚或經濟因素）而遭受侵害？三、如何客觀判定失智病人正遭受難以忍受的痛苦？四、預立安樂死醫囑出現矛盾或衝突時該如何解決？若《尊嚴善終法》欲通過三讀，尚需解決上述之問題，方能真正捍衛失智者的自主權與落實追求善終之理想。（澄清醫護管理雜誌 2020；16（4）：4-10）

前言

2018年，臺灣已正式成為高齡社會[1]。而依據該年內政部統計以及分年齡層失智症盛行率計算，推估2018年12月底臺灣失智人口共282,364人，佔全國總人口1.20%。此外臺灣失智症人口將持續攀升，民國120年失智人口將逾46萬人，屆時每100位臺灣人中有2位失智者[2]。罹患失智症的病人會逐漸喪失記憶、語言溝通、判斷力，以及日常自理的能力，最終須依賴他人照護，生活品質也可能受到負面影響[3]。不可回復的智能衰退、無法自理的生活、甚至自我也無法掌控的性格轉變、人際關係的崩解，常被民眾視作畏途，希望能選擇適當的臨終方式，減少無必要的折磨。

除了近期《尊嚴善終法》草案的倡議外，現行之「安寧緩和醫療」及「預立醫囑」等若干選項已常被列為末期病人優先考量的照護計畫選項。「安寧療護」的定義，生命只剩下六個月「末期的病人」經過醫療團隊判斷，無法再透過治療延長病患的生命。此時，醫療團隊會透過醫療程序進行「症狀處理」陪伴末期病患走完生命旅程，例如：止痛、止喘、止腹脹腹水、處理腳麻手麻等症狀以緩和身體不適狀況[4]。「預立醫療自主計畫」則是尊重生命末期的人對死亡的想法及照顧，包括幫助思考自己在生命盡頭的價值觀及信念，選擇自己想要及不想要的醫療照護方式，例如：當病人面臨永久昏迷、腎衰竭末期、洗腎等，是否要進行急救、插管、放鼻胃管等處置抉擇時，用以確保在生命末期時親人和醫護人員可以尊重病人的意願[5]。上述兩種推行之醫療協助者包含專業醫療團隊，例如：醫生、護理人員、社工師、心理師及靈性關懷師等[6]。

失智症與上述之末期疾病特性不同，失智症病

關鍵詞：失智、安樂死、尊嚴善終法、預立醫囑、
醫學倫理

通訊作者：陳建宇

通訊地址：臺北市信義區吳興街252號

E-mail：jc2jc@tmu.edu.tw

人確診後可能存活 8-9 年甚至更久 [7]，難以判斷安寧療護介入的時機，延宕下反而拉長病人受苦的時間；故近年來，安樂死議題因著各國安樂死的逐步合法化 [8] 及臺灣知名前電視主播傅達仁赴瑞士安樂死的事件 [9]，成為熱議。國民黨團進而提出《尊嚴善終法》草案 [10]，已於 2019 年 11 月完成一讀，使安樂死的選項不再遙不可及。假設失智病人在此草案通過的情況下，能否真正獲得善終的權利？抑或是醫療人員在臨床決策上，又會可能面臨哪些挑戰？

一、失智病人現行的善終選擇有哪些？

根據現行《安寧緩和醫療條例》[11]，病人可藉由預立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇，且自 2009 年起健保局新增八大類非癌的重症末期病人（包含失智症）為安寧療護適用對象 [12]，使更多病人能夠受惠；而《病人自主權利法》[13] 則進一步擴大臨床適用條件，包括：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、其他經公告之疾病等，也可依據預立醫療醫囑，撤除或不施行維持生命治療、人工營養及流體餵養等決定。

《安寧緩和醫療條例》和《病人自主權利法》可說是實踐病人自主權的一大里程碑，兩者有兩個共通點：選擇後必須在特定情況下才能啟動意願書的內容，並藉由撤除維生醫療或不急救等方式讓生命自然走向終點。以失智症而言，它與其他末期疾病不同處在於，病人不見得有立即性的器官問題損害其身體正常機能的運作，借助維生醫療能延長確診後餘命多達 8-9 年，失智症狀卻會逐漸加劇，使得生活品質也跟著衰退。若病人希望結束生命以擺脫該疾病帶來的痛苦與不便，理論上可以訴諸上述兩法，但臨床上卻不容易執行。《安寧緩和醫療條例》僅適用於末期病人（意即近期進展至死亡不可避免），未有其他致命疾病的失智者不符規定；而《病人自主權利法》其意願書的內容能夠在「極重度失智」時實行，已預立醫囑的輕、中度病人，只能等待病況進展至重度方能執行。即使病人深受失智所苦，無法認出親近的家人、朋友，大小便、進食、盥洗無法自理，覺得這樣的人生沒有意義，現行卻沒有對應的國內制度滿足他們的需求。為了回應上述非末期失智者與其他病人所遭遇的類似困

境，臺灣社會開始了《尊嚴善終法》的倡議。

根據《尊嚴善終法》草案 [10]，非末期失智症之本國籍病人，得以在具有完全行為能力之前提下，不受《病人自主權利法》第十四條第一項羅列之疾病清單限制，得因自身所患之不可逆疾病所產生之生理或心理上難以忍受之痛苦，經過「共享決策」之過程後，確認無其他合理替代方法，且須經過三次之評估流程，亦即在接受相關專科醫師、緩和醫療團隊、精神科專科醫師等人員評估下提交報告予「尊嚴善終委員會」審查，得接受「自願積極安樂死（Voluntary Active Euthanasia）」或者「協助自殺（Assisted Suicide）」，以下段落皆通稱為「安樂死」。本文即針對非末期失智病人，在進行安樂死評估流程中，所衍生出之潛在的倫理議題，特別是醫療提供者在臨床決策中欲實踐病人之自主權時，所會面臨的挑戰進行分析與探討。

二、醫療人員執行尊嚴善終法案面臨的挑戰

筆者以該草案的分析為主體，與國外相關論文對照後，將此一法案執行後可能衍生的問題歸類為四大面向，分別是「失智者是否具備決策能力」、「失智者是否受到外界壓力才選擇安樂死」、「如何定義失智者遭受難以忍受的痛苦」以及「失智者預立安樂死醫囑是否可行」四個方向進行論述。

難題一：失智病人是否具備決策能力？如何評估？

「具完全行為能力者」為申請尊嚴善終的必要條件之一，雖然沒有排除失智病人，但未申請監護或輔助宣告的病人（在法律上視作完全行為能力者）能否進行申請？這個問題涉及行為能力的定義與醫療上決策能力（Decision-Making Capacity）的變動性。

依據我國王澤鑑、洪遜欣大法官之定義，行為能力是指「得以自己的意思表示，使其行為發生法律上效果的資格」[14]；意思能力則是指「對於自己之行為及其效果，能正常判斷、識別及預期之精神能力」[15]，為法律上行為能力與責任能力的基礎，與醫療上的決策能力大致相同。臨床醫療情境中，行為能力常無法與決策能力畫上等號，草案中只以「行為能力」作為篩選的條件而不需評估「決策能力」，顯然有所疏漏。舉例來說，因急性疾病失去意識的病人，雖在定義上仍有行為能力，卻喪

失了決策能力，無法表達自己對醫療處置的意願；而失智病人尚有意識表達意願、但因疾病影響心智的情況下，若家屬沒有申請監護或輔助宣告，病人定義上也仍有行為能力，至於決策能力是否還完好？則有賴醫療端進行評估。

依據 Appelbaum 在新英格蘭醫學雜誌的論文 [16]，決策能力 (Decision-Making Capacity) 的判定主要分作四個面向的法律相關標準 (Legally Relevant Criteria)，包含：表達偏好選項 (Communicate A Choice)、理解相關資訊 (Understand The Relevant Information)、評估目前狀況與後果 (Appreciate The Situation And Its Consequences)、提出選擇原因 (Reason About Treatment Options)。失智症病人的常見臨床表現中，衰弱的記憶力阻礙其理解相關資訊，判斷力下降也影響其評估目前狀況、提出選擇原因的能力，語言障礙也使得表達偏好選項此一面向可能受限。因此失智病人決定醫療處置時需要醫事人員謹慎評估其決策能力，但絕非直接視作無決策能力者 [17]。

Appelbaum 等人的論文也提到，測試決策能力的嚴格度會隨著醫療決策後果的嚴重性而變動，因此與其他醫療決策相較之下，執行安樂死前，評估決策能力的測試應該更為嚴格，甚至採取最嚴格的標準。雖說如此，目前判定決策能力的工具中，何為黃金標準仍尚未有定論 [18]。其中，麥氏臨床試驗與治療知情同意決策能力評量表 (MacArthur Competence Assessment Tools For Clinical Research And For Treatment) 是最具有臨床證據支持的工具 [18]，但相關研究採納的樣本數較少 [19]，是否可放諸四海皆準仍有疑問；而簡短智能測驗 (Mini-Mental State Examination, MMSE) 常見於失智症的認知功能評估，也可用於輔助檢測決策能力，但若作為單獨的評量工具，其敏感度較低，因此也難以作為可靠的指標 [19]；至於針對阿茲海默症病人發展出的 Capacity To Consent To Treatment Instrument (CCTI) 則是設計兩種假想的臨床情境，請病人理解後進行回答，隨著測驗中問題的難度加深，可鑑別出輕度、中度病人與未得病者的決策能力差異。但病人對假想問題作出的回答和實際遇到抉擇時是否能理性決定，兩者間仍可能有一定鴻溝 [19]。

基於目前評量工具還沒有公認的黃金標準，決策能力的判定不僅困難，也可能造成醫護團隊的意見分歧。依據《尊嚴善終法》草案，關於病人是否符合申請資格及臨床條件，「應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診、緩和醫療團隊至少二次照會、精神科專科醫師及諮商或臨床心理師評估確認之」。相關專科醫師、緩和醫療團隊、精神科醫師、心理師等人若評估的工具不一致，做出的結論可能達不到共識，即使達到共識，也容易受到審查委員等人的質疑。如果未來草案通過，可預見「決策能力的判定」將成為失智者安樂死的一大挑戰。

難題二：失智病人是否受到外界壓力才選擇安樂死？

安樂死奠基於病人的「自主選擇」，作為病人遭受痛楚時最後一線能尋求的解決方式，給予他們受折磨的身心臨終前的慈悲，因此英文有 Mercy Killing 之說。然而，若是迫於社會的壓力或受到指使做出安樂死的選擇，非但不是慈悲反而更是自主權、生命權的戕害，無法為學界與大眾所接受，此一概念卻也是失智者實行安樂死的難題之一。

無論是失智者抑或罹患其他慢性疾病（如漸凍症）者，隨著病況進展會逐漸喪失生活自理能力，長期需要他人照護可能會使病人產生罪惡感、內疚感，擔心造成配偶、子女等親友的困擾，因而傾向選擇安樂死。此種情況下的選擇雖然是「出於自願，非受他人脅迫之決定」，實際上卻是受到外在環境影響，考慮到照護者的經濟、心理負擔等因素而做出的選擇，病人本人是否願意活下去反而成了較次要的考量。這是不是真正的「自主選擇」？當臺灣提供的經濟援助、長照服務、安寧療護可以充分滿足病人的需求時，安樂死還會成為首要的選項嗎？

筆者認為，臺灣現行的制度還無法完全滿足失智者的需求，尋求精進的同時，也須認清再怎麼完善的制度下也可能會有弱勢者潛藏在尚未察覺的角落。為了避免資源匱乏的病人因外界壓力選擇安樂死，執行安樂死的審查階段，除了法定資格是否符合外，也應從社會福利的角度切入，檢視照護家庭在生理、心理、社會支持上的缺口，從而釐清申請者的「自主選擇」中，有多少比例來自個人想要生命終結的願望。

在草案第七條關於第二次申請程序中，已明文

規定病人自己必須在書面聲明中表示「出於自願，而非受他人脅迫之決定」（草案第七條第一項第四款）。根據最高法院九十五年度台上字第二五一七號判決書中定義之「脅迫」為：「祇要在客觀上可使人發生恐怖觀念之行為，即足當之」[20]。若病人因為社會家庭壓力而內心感受脅迫，進而選擇安樂死，此內在動機之成形較難於書面上呈現，也不易使用客觀且直接證據進行檢核。然而，寄與醫師舉證失智病人是否因為脅迫感而選擇安樂死，並非易事。

本文建議未來臺灣通過安樂死法律後，為鼓勵醫師能積極保護病人生命與自主權同時，若醫師發現病人出於外在壓力而選擇安樂死，可以良心抗辯（Conscientious objection）之原由拒絕執行，此亦即本法草案第十六條第一項所規定不施行權：「醫師依其專業或意願，無法執行尊嚴善終時，得不執行之。」。由於良心抗辯基於建立在醫師個人主觀價值之判斷，不需要檢附客觀證據，此草案之第十六條第一項賦予醫師得依其自願意願在無法從客觀舉證之情況下以不施行權維護病人之生存權及自主權。

然而，草案中之不施行權中定義「依其專業或意願」過於籠統模糊，筆者認為此模糊定義不足以構成間接鼓勵或建議全體醫師在專業上評估病人安樂死意向之主客觀條件時，可採全人照護觀點針對病人生理、心理、社會及靈性層面之方向，關懷及評估申請人的全人困擾及壓力來源。此外，此草案未明確規定不施行權的時間，如果病人已經完成申請安樂死所有法定程序，到最後階段醫院或醫師卻主張行使不執行權，雖符合法律但可能衍生醫病關係衝突。為提醒醫師善用具有彈性的不施行權，避免醫病之間發生誤解，本文建議草案不施行權條文修改為：「醫師依其專業或意願，無法執行尊嚴善終時，得不接受申請或不執行之。如發現個案有倫理疑慮時，亦同。」針對醫師行使不執行權與良心抗辯等法律議題，會再擇期撰寫另一篇文章進行深入闡述。

難題三：如何評估與判定失智病人主觀上「難以忍受的痛苦」？

失智症雖然影響記憶、語言、判斷力等多方面

的智能表現，但卻不會直接損害維持生命的生理機能，因此比起其他末期疾病（如肺癌、乳癌等）的病人可能害怕未來「體能狀況衰弱無法自理」、「疾病或治療帶來的疼痛」，失智病人更擔憂「智能與判斷能力的下降」，且可能比起前兩者更令人恐懼，因為這代表著無法為自己做醫療決策。

面對認知功能將逐漸惡化的未來，可能導致病人想提早在仍具決策能力的時刻結束生命，以免真正痛苦難以忍受時，卻因嚴重失智而無法表達意願。對於將來失能、無法自主決定的不安、焦慮，是否可以作為執行安樂死的理由？就草案的適用條件而言，「疾病無法治癒、醫生及病人皆認為無其他合理替代方法者」可能符合，但「難以忍受的痛苦」卻有模糊的空間。此項條件雖是病人的主觀感受，但因需要各專科醫生、緩和團隊及審查委員會等人員的介入評估，因此病人的痛苦必須能使他人可共感、認同已經達到無法忍受的地步（Palpable To Physician）[21]。然而在安樂死的應用上，「難以忍受的痛苦」這一條件並沒有國際間統一的定義，即使是安樂死制度已開放多年的荷蘭，也未在指引或報告中提出嚴謹的標準。而 van Tol 等人的質性研究 [22] 也提及，參與評估安樂死的醫師們判斷「痛苦是否難以忍受」的方式也各不相同，有些醫師想像自身經歷與病人相同的臨床情境（Imagine Self），以個人價值觀揣度自己是否也會同樣選擇安樂死；有些醫師則站在病人的立場嘗試理解其痛苦（Imagine Other），考量對方的人生觀、人際關係與呈現出的負面情緒等來做出判斷。雖沒有對錯之分，缺乏明確定義仍可能使安樂死的執行掀起爭議。更遑論在語言能力已衰退的失智病人身上，其「難以忍受的痛苦」是否更難傳達，更難被醫事人員所理解、共感？這也為界線模糊的「痛苦判定」矗立另一層障礙。

另外，根據《尊嚴善終法》草案，「難以忍受的痛苦」和前段所述的「具備完全行為能力」相同，皆屬於安樂死申請通過需符合的條件，依法同樣必須借助醫師、緩和醫療團隊、精神科醫師及心理師的專業進行評估。多方角色參與可全面性了解病人的狀況，但也可能陷入醫事人員意見不同的難題中。不能達成共識時該如何處理？或該以誰的專

業意見為主？此處潛藏的矛盾仍有賴相關單位提出更好的解方。

總而言之，失智病人對於往後智能惡化的擔憂究竟是否算是「難以忍受的痛苦」，仍有爭議的空間。即使醫事人員具備的同理心可理解、共感病人的痛苦，客觀審視其是否「難以忍受」實屬困難。再加上病人本身的語言障礙，與「專業意見由誰定奪」此類問題，失智者申請安樂死的這一條件顯得更加複雜。

難題四：預立安樂死醫囑出現矛盾或衝突時該如何解決？

既然在失智後有一定風險失去決策能力，與其終日擔憂病魔侵害認知功能，不如在失智前預立意願書表明安樂死意願，提前以「仍具決策力」的我為往後「失去決策力」的我做好選擇，是否能解決上述病人「對於失能、無法自主決定」衍生出的焦慮、不安，甚至是提前結束生命的可能？回頭檢視臺灣的情況，若《尊嚴善終法》草案通過後，進一步開放民眾以預立醫囑事先決定何時、何地、何種方式啟動尊嚴善終，對於失智病人會是福音？還是引起更多的倫理問題？筆者參考「預立安樂死醫囑」已行之有年的兩個國家：荷蘭與比利時，執行該制度的現況與隨之而來的問題，在以下段落簡要論述。

目前開放安樂死合法化的國家中，可透過預立醫囑表達安樂死意願的國家主要為荷蘭與比利時，尤其是荷蘭的區域安樂死審查委員會（Regional Euthanasia Review Committee）自 2002 起每年發佈的報告書，可作為他國制定相關制度的重要參考。2018 年的報告書 [23] 針對申請安樂死的失智病人進行分析，將之分做三種：

- （一）早期失智病人，仍未失去決策能力。
- （二）較晚期失智病人，無法確定其決策能力（Uncertain That They Are Still Decisional Competent）。
- （三）病況已進展到無法申請安樂死這類決策的失智病人。

對於（一）族群，在決策能力仍完好的狀況下申請安樂死，並符合荷蘭安樂死法案（Euthanasia Code）所訂立的適用標準（Due Care Criteria），則執行安樂死並沒有太大疑義。至於（二）及（三）

族群較為複雜。因為病人已經進展到決策能力不清楚、或是決策能力喪失的狀態，不合法案中規定「決策能力完好」（Decisional Competent）的條件，照理來說無法申請安樂死。然而，「預立安樂死醫囑」為這類病人提供了新的可能。依據法律規定，病人如果曾在認知功能尚未惡化時（也就是仍屬於（一）族群時），訂下預立意願書，闡明安樂死的意願與希望進行的時機，即使未來失去了決策能力，這份意願書也能為本人發聲，在該病人希望的時間點啟動安樂死的申請。

上述的規定賦予了失智病人以意願書決定安樂死時機的權利，減少了基於恐懼而提前結束生命的可能，卻也衍生不少道德爭議。參考 de Beaufort 等人的論文 [24]，筆者整理出以下幾個爭議點：

1. 失智前後的決定孰輕孰重？

失智除了導致認知功能下降外，更可能造成行為與人格的改變。病人得病前預立醫囑，表明在病況進展到某程度時接受安樂死（例如無法認得親人時），得病後人格改變，甚至反悔決定，此時得病前的意願 (Decision From The Early Competent Self) 是否能凌駕於得病後的意願 (Decision From The Current Incompetent Self)？支持與反對方各執一辭。

實際上該如何活下去才能稱之為「有尊嚴」，是非常見仁見智的問題。人格、智能改變下認不出自己親近的人，遺忘大半輩子奮鬥的目標和煩惱，一切生活起居依賴他人，無法和親友自然交流、無法自我實現，對某些人來說如此度過晚年非常可怕，寧願以安樂死結束生命換取「理想的、尊嚴的死亡」。

然而，失智前預立安樂死意願書的想法，也可能根源於對病況惡化無法預知的恐懼。隨著病情發展，病人可能逐漸習慣了認知功能下降帶來的不便，即使認不出親友也沒有預想的痛苦，甚至因捨去許多煩惱而顯得無憂。這樣的狀態是否仍符合病人當初所訂立「難以忍受的痛苦」此一條件？醫療團隊不僅需參考當事人得病前的預立醫囑記載與口頭意願表達，更需綜合考量目前病人的心理和精神狀態。但即使盡量採取客觀立場，仍免不了兩派價值觀的拉扯涉入其中，成為倫理

上不可忽視的難題。

2. 預立意願書的灰色地帶與家屬、代理人的角色

「具備決策能力」是申請安樂死的必要條件，對於已經失能的病人而言，出具決策能力仍完好時所預立的意願書在法律上才能符合資格。然而，預立意願書並非萬能法寶，如果僅闡述了安樂死意願，卻未載明病況惡化至何種程度時會被病人自身認定為「無法忍受的痛苦」，則醫師難以判斷執行的時間，延宕之下反而增加病人的苦楚。

當意願書的文字含糊，無法為醫師提供足夠資訊時，除了依據以往病人的意願表達進行評估外，也常會諮詢其家人或代理人的意見，但有時此舉卻會使病人的自主權受到阻礙。在 Rurup 等人的論文 [25] 中提及，該研究的失智病人中有高達四分之三的比例，其家屬或代理人要求不要根據預立醫囑執行安樂死。可能的原因並未在該論文中詳述，但在另一篇質性研究中 [26] 則探討了該現象並訪問家屬的意見，背後的理由不盡相同：「尚未做好心理準備」、「不知道預立醫囑的存在」等，顯示了縱使是家人或代理人也不見得完全理解病人失智前的意願，更遑論為此擔下結束親友生命的重責大任。若要減少預立意願書的模糊之處、提升家屬和代理人的參與，筆者認為應從訂立意願書的固定格式開始，要求意願人照表格規定明確記錄欲執行安樂死的時機、條件、方式等，相關諮商參與人員則參考《病人自主權利法》的「預立醫療照護諮商」，將意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人列為必要參與人，定期進行諮商且更新意願書，讓申請者本人、家屬、代理人、醫療團隊有多次機會取得共識，病人失智後尊嚴善終的權利才可能加以落實。

結論

安樂死的合法化在多國皆是極具爭議的主題，臺灣在提出尊嚴善終法案後各界的討論也如火如荼，同時占臺灣老年人口一定比例的失智病人，其相關權利與執行尊嚴善終的可能也必然成為討論的主軸之一。筆者試圖聚焦於失智族群，回顧現今法規所認可的臨終醫療選擇，並參考已執行安樂死合法化的國家現況與論文，探討若尊嚴善終法通過將如何影響該族群、政府與醫者執行上可能遇到的挑

戰。認知功能的下降衝擊到病人醫療上的自主性，如何評斷其決策能力、安樂死的動機、痛苦的程度至關重要，卻也具相當難度。至於尊嚴善終法中尚未觸及的「預立安樂死醫囑」，雖能解決一部份的難題，但也會衍生出失智前後意願相悖、訂立後執行時機難以決定的問題。

此外，因應國情的不同，若臺灣通過尊嚴善終法案，也可能發生與荷蘭、比利時等國相異的反應、爭論，執行上也會浮現不同的障礙需要克服。此篇文章在假設該法案通過的架構下，提出失智病人在安樂死議題上不可忽視的角色，期望能引起更多相關人士關注，以更多元的角度探討善終選擇。

參考文獻

1. 國家發展委員會人口推估查詢系統：高齡化指標。2018。Retrieved from <https://bit.ly/2CRv3eP>
2. 臺灣失智症協會：認識失智症。2019。Retrieved from <https://bit.ly/2YsbwJo>
3. Liu HY, Tsai WC, Chiu MJ, et al.: Relationships between cognitive dysfunction and health-related quality of life among older persons in Taiwan: a nationwide population-based survey. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2019; 34(1): 41-48.
4. 財團法人中華民國（臺灣）安寧照護基金會。2020。Retrieved from <https://bit.ly/3gqj0Tz>
5. 王英偉：預立醫療自主計畫 做自己的主人。聯合報。2013。Retrieved from <https://bit.ly/32mar75>
6. 施富金：安樂死vs.安寧療護-臺北醫學大學臺北癌症中心副院長邱仲峰醫師。路加雜誌 2018；355：6-10。
7. 黃秀梨、翁麗雀、張媚：失智症者之緩和照護。護理雜誌 2011；58（1）：91-96。
8. Nicola D: Euthanasia and assisted dying rates are soaring. But where are they legal? *Guardian News & Media*. 2019. Retrieved from <https://bit.ly/3jcxDeP>
9. 劉子維：臺灣前主播傳達仁「安樂死」前的最後留言。BBC中文網。2018。Retrieved from <https://bbc.in/3aSHuDD>
10. 立法院議事暨公報管理系統：立法院議案關係文書-院總第1155號。2019。Retrieved from <https://bit.ly/3hpCmJI>
11. 全國法規資料庫：安寧緩和醫療條例。2013。Retrieved from <https://bit.ly/2YvYV8m>

12. 衛生福利部中央健康保險署：今（98）年9月1日起，新增八類非癌症重症末期病人也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付。2009。Retrieved from <https://bit.ly/3jdQXIZ>
13. 全國法規資料庫：病人自主權利法。2019。Retrieved from <https://bit.ly/3j6jQGQ>
14. 王澤鑑：民法總則（新版四刷）。新北市：自版。2015。336。
15. 洪遜欣：中國民法總則（第三版）。臺北市：自版。1990。386。
16. Appelbaum PS: Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine* 2007; 357(18): 1834-1840.
17. Kim SY, Karlawish JH, Caine ED: Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2002; 10(2): 151-65.
18. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, et al.: Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(8): 1323-1334.
19. Sturman ED: The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review* 2005; 25(7): 954-974.
20. 司法院法學資料檢索系統：最高法院95年台上字第2517號刑事判決。2006。Retrieved from <https://bit.ly/2YEVvQz>
21. Regional Euthanasia Review Committees: Euthanasia Code 2018. 2018. Retrieved from <https://bit.ly/32mYM8j>
22. van Tol DG, Rietjens JA, van der Heide A: Empathy and the application of the 'unbearable suffering' criterion in Dutch euthanasia practice. *Health Policy* 2012; 105(2-3): 296-302.
23. Regional Euthanasia Review Committees: Annual Report. 2018. Retrieved from <https://bit.ly/2YvuyP8>
24. de Beaufort ID, van de Vathorst S: Dementia and assisted suicide and euthanasia. *Journal of Neurology* 2016; 263(7): 1463-1467.
25. Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, et al.: Physicians' experiences with demented patients with advance euthanasia directives in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(7): 1138-1144.
26. de Boer ME, Dröes RM, Jonker C, et al.: Advance directives for euthanasia in dementia: how do they affect resident care in Dutch nursing homes? Experiences of physicians and relatives. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 59(6): 989-996.