



2026.04.18 13:15-14:45

病人自主權利法與 安寧緩和醫療條例之異同

謝宛婷

奇美醫院家庭醫學部顧問醫師

成功大學醫學系人文暨社會醫學科助理教授

法律在末期生命照護(End-of-Life Care)上的 功能與意義



- 有法律關注的利益：生命法益、人格權利益
- 有法律維繫的制度與精神：人性尊嚴、成人保護
- 有法律必須輔助的問題：意思能力、專業監管



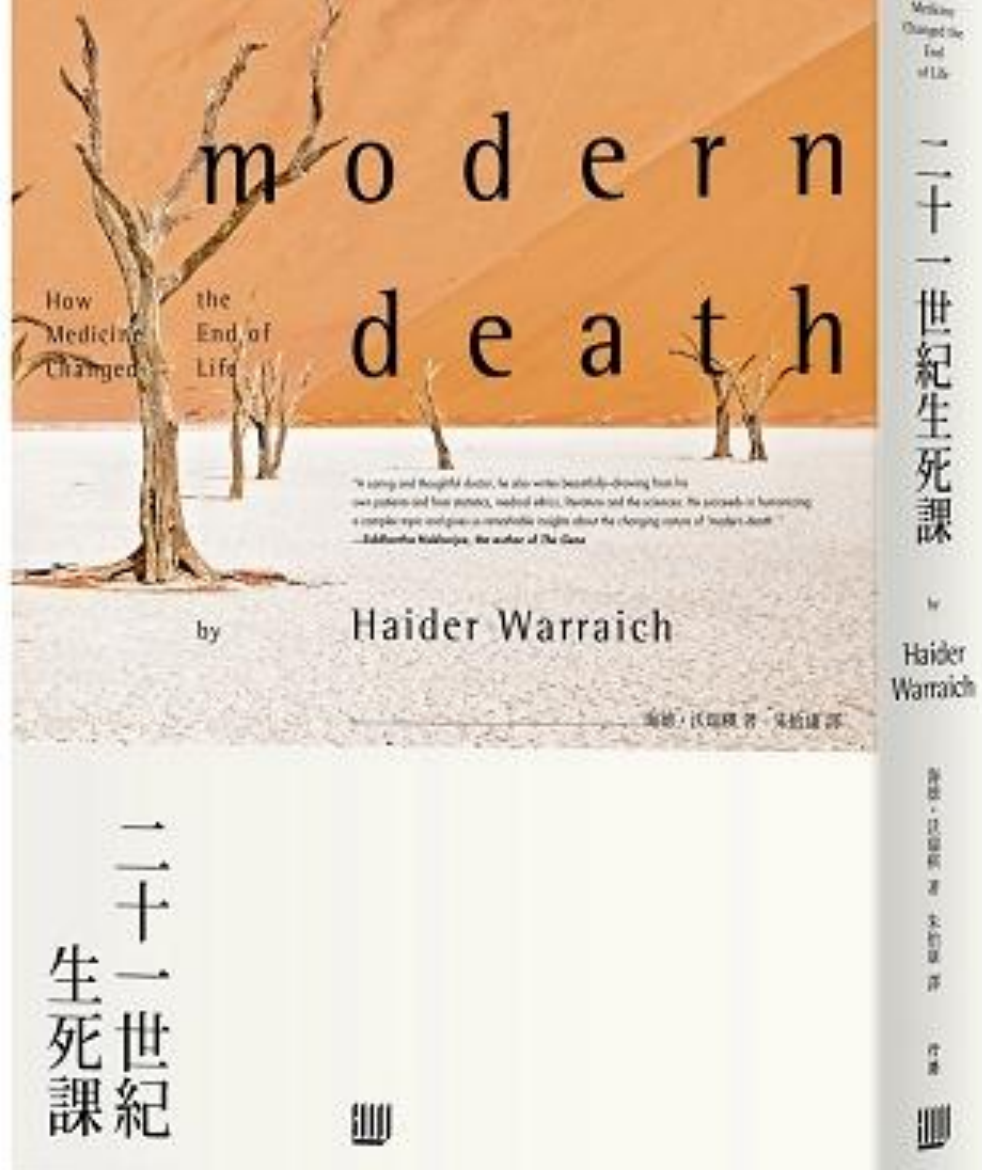
關於善終，需要立成文法的目的是什麼？

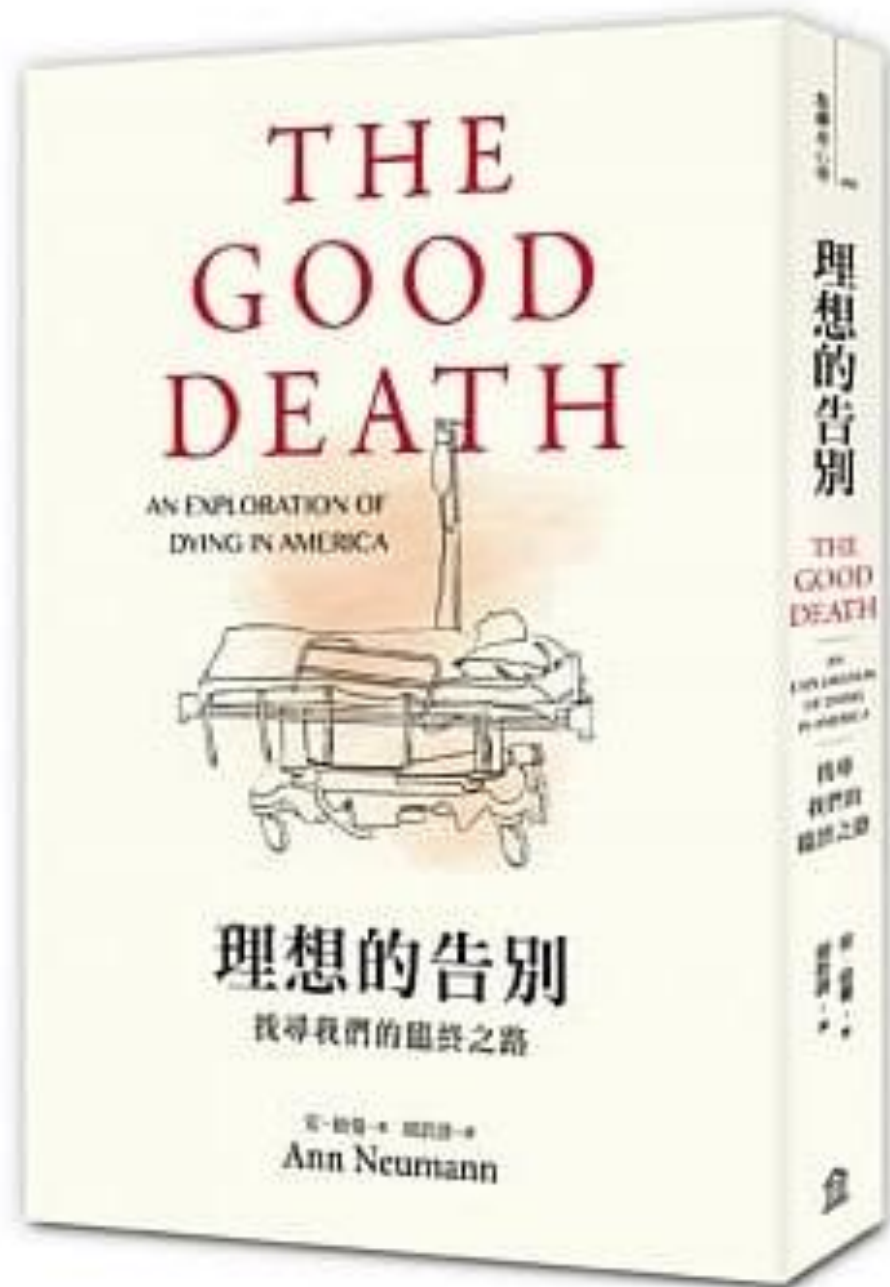


善終是人生重要藍圖的一部分



- 死亡前最後一哩路的規劃，甚為重要，此時最容易遭逢財務的爭執與被利用、關係的改變、護養療治的偏好不被尊重、認知功能的喪失.....
- 不施行心肺復甦術意願書/預立醫療決定/醫療委任代理人委任書/意定監護契約如何使用，才能確保當事人得到自己真正屬意的善終藍圖？





歷代都有人提出勸戒，不宜對患者過度治療。加州大學聖地牙哥分校的醫學教授施奈德曼（Lawrence J. Schneiderman）在其著作[《擁抱死亡》](#)（*Embracing Our Mortality*）中便提到醫學之父希波克拉底的警告：「凡病入膏肓、已無可得的治療方法，醫生就不得期待藥物能夠克服疾病……意圖行使無效治療，即是與瘋狂為伍、展現自己的無知。」

「無效」（futility）意味枉然、無結果、無用，終究帶來極度的失望。無效治療就是**無法拯救生命的醫療手段**。根據希波克拉底本人與弟子整理的文獻（約為公元前 450 至 350 年），治療無法被治癒的病人是「瘋狂」的行為。施奈德曼也提到柏拉圖《理想國》裡的良醫：「對於長期的內科病患，傳奇的醫神阿斯克勒庇厄斯（Asclepius）就不會開立處方，那只是延長他們痛苦的生命……**受到疾病纏身也無法工作的生命不值得存活。**」





ATLANTES Global Observatory of Palliative Care



西班牙納瓦拉大學「ATLANTES全球安寧照護觀測站」與世界衛生組織（WHO）合作，首次依據WHO 2021年所提出之「安寧照護發展評估框架」（the WHO House of Palliative Care），建立全球安寧照護發展排名。

研究以201個國家與地區為樣本，採橫斷式混合方法，透過14項指標、六大面向（政策、基本藥物、服務整合、教育、研究與社區賦權），由受訓之國家顧問以結構式問卷與文件佐證進行評分，形成全球發展指數（Global Development Score, GDS），並依得分分為「初現期、進展期、建制期、成熟期」四級。



Fig. 1. Conceptual framework for palliative care development (WHO, 2021).

- 全球「嚴重健康相關痛苦」(Serious Health-Related Suffering, SHS) 人口的變化趨勢 (1990–2060)
 - 1990–2021 : SHS 增長 74%
 - 至2060年 : 預計再上升 87% , 主因包括人口老化、非傳染性疾病增加與慢性痛苦期延長。

Tripodoro V. A. et al. (2025).
First-Ever Global Ranking of Palliative Care.
J Pain Symptom Manage, 70(5), 447–458.



PREVIOUS

NEXT

Resolution WHA67.19. Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course

WHA67.19決議



- 雖然2014年世界衛生大會WHA67.19決議已倡議將安寧照護納入「全人生命週期照護」與全民健康覆蓋 (UHC) 架構，但進展緩慢。該全球地圖揭示嚴重的區域與社會經濟落差，提供各國政策監測與跨國比較的基準，並強調應加速推動初級照護整合、社區參與與教育制度化，以實現安寧照護之可近性與公平性。作者建議將安寧照護視為基本人權，並以此評估模型作為政策倡議與資源配置之依據，以減輕「與健康相關的嚴重痛苦」（ Serious Health-Related Suffering, SHS ），促進全球終末期照護之尊嚴與正義。
- 「嚴重健康相關痛苦」（ Serious Health-Related Suffering, SHS ）人口在1990–2021年間上升74%，約7,350萬人；80%分布於低中收入國家（ LMICs ）。隨人口老化、慢性病與失智症上升，安寧照護需求成為全球公共衛生系統的重要壓力源。

Palliative Care World Map 2025

ics
Universidad
de Navarra | ATLAS
GLOBAL OBSERVATORY OF
PALLIATIVE CARE

LEVEL OF PC DEVELOPMENT

- Advanced
- Established
- Progressing
- Emerging
- No data



Scale: 1:210 000 000

結果顯示，全球40%的國家仍處於初現期，28%為進展期，僅14%達成熟期。高收入及高人類發展指數國家普遍表現較佳，但泰國、烏干達、烏拉圭與智利等中低收入國家亦展現出卓越的區域發展模式。最薄弱的面向為「基本藥物可近性」與「研究能量」，而政策與教育為相對進展的領域。整體而言，全球仍有半數以上人口無法獲得充分的安寧照護服務。



Access to the PC World Map
with complete information:
<https://bit.ly/PCWorldMap2025>



It's about LIVING (活著),
patient autonomy (病人自主),
appropriate death (適切的死亡)



Autonomy toward death, not just right to die

楊秀儀, 2013

適切的死亡appropriate death (Weisman)

病人所選擇的死亡情境

沒有疼痛、個人執行能力達到最有效之境界，能完成生前願望和自我統整，
以及自主性參與各項重要決定

「否認」在瀕死過程中無所不在且會反覆出現

當代安寧緩和照護



新興的人權——不受苦的權利(RIGHT NOT TO SUFFER)

- 尊嚴、身體完整、健康以及免受酷刑或不人道待遇等普遍人權與生命終結辯論具有特殊相關性，並構成了新生物權利出現的基礎。在過去的幾十年裡，**知情同意權**、**有尊嚴地死去的權利**和**不受苦的權利**等權利在國際法律秩序中變得越來越重要。
- 緩和照護對應了一個呼聲建起的人權：不受苦的權利(Stefania Negri, 2013)

公共衛生與健康促進

- 「慈悲關懷城市/社區」(Compassionate Cities/Communities) 由英國布拉福德大學社會學教授Allan Kellehear所提出，他注意到**生命末期照護及面臨喪親將是新的公共衛生問題**，可透過街坊鄰居相互支持，以彌補人口快速老化和民眾從急性醫療到社區照護的不足。
- 推動慈悲關懷城市/社區是以社區內既有資源為出發點，強調「不要看社區缺少什麼，而是看社區擁有什么，社區的每個人都能給予他人幫助」



自然死

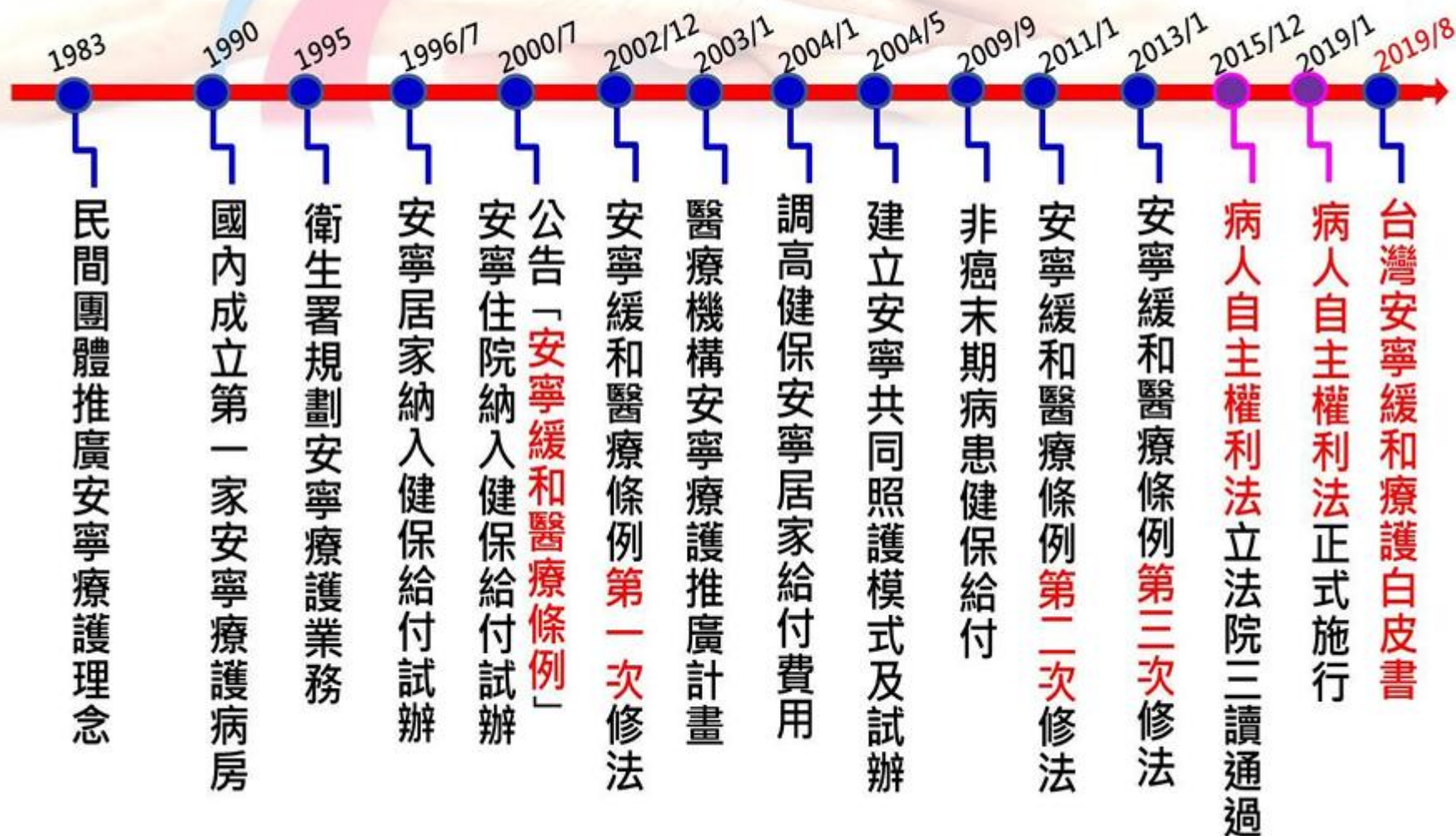
1994年時任行政院副院長徐立德指示衛生署推動安寧療護發展。

服務病人、
教育醫護人員及民眾、
設置安寧病房、
相關作業規範及立法
四路並進。

圖片來源：趙可式博士提供

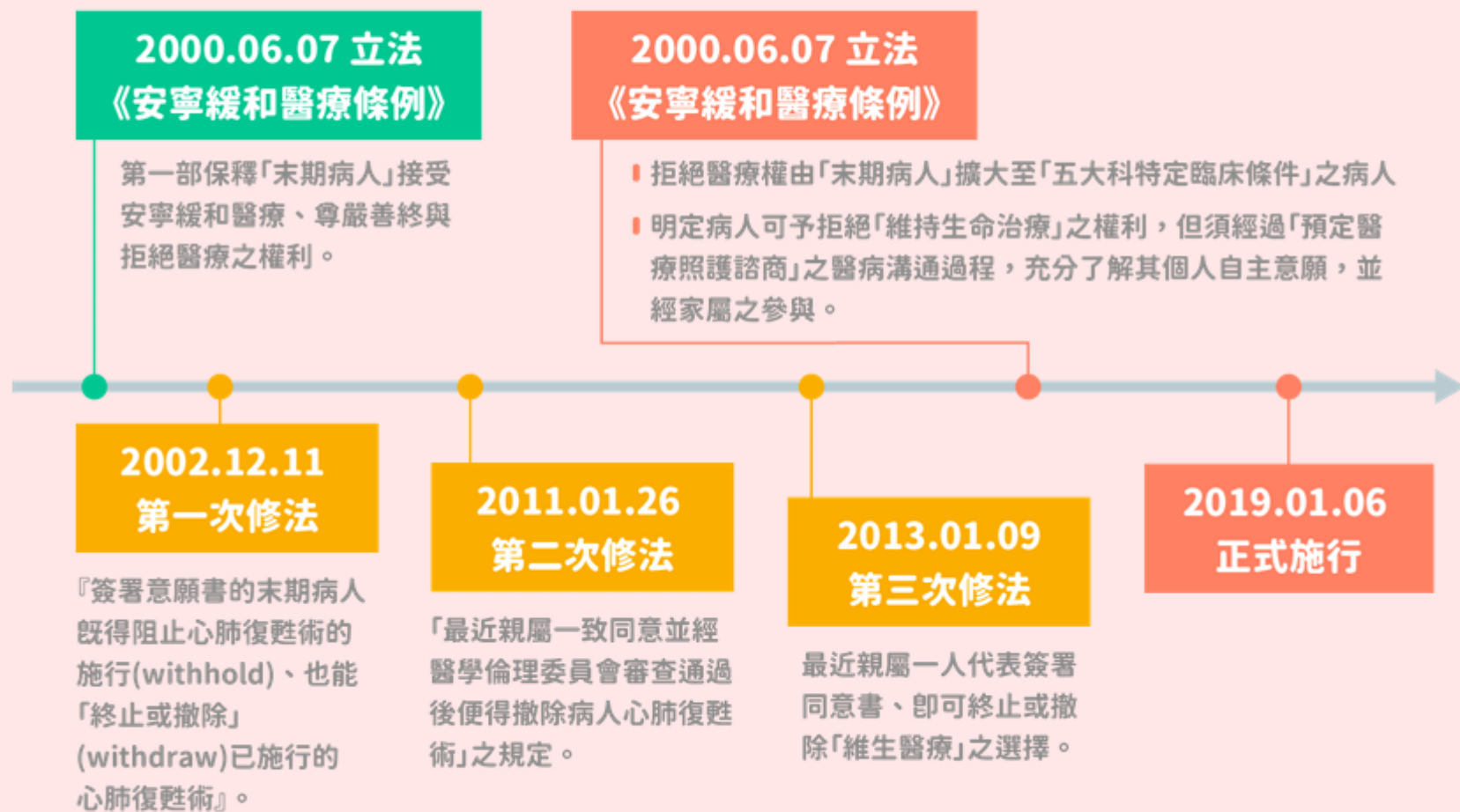
<https://www.commonhealth.com.tw/article/77770>

台灣安寧緩和療護緣起



圖六、台灣安寧緩和療護緣起與關鍵事件

病人善終與自主權 - 立修法脈絡



圖七、病人自主權利法立修法脈絡(引自孫效智教授) 國衛院-台灣安寧緩和療護政策白皮書

病人自主權利法

- 完全行為能力人經預立醫療照護諮商才能簽立
- 註記健保卡上完成才生效
- 家屬無法簽立
- 醫療委任代理人可受指定表達意願
- 主體為符合五大臨床條件的病人
- 內容為「維持生命治療」與「人工營養與流體餵養」

預立醫療決定

安寧緩和醫療條例第 7 條

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。
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

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。

安寧緩和醫療條例

可隨時簽立，未成年人得法定代理人同意也可簽
簽立後即生效

病人為簽立意願書，家屬可簽立同意書，醫師也可出具醫囑

醫療委任代理人可簽署意願書

主體為末期病人

內容為「心肺復甦術」與「瀕死期維生醫療」

DNR



AUTONOMY

personal autonomy, political autonomy



掙脫父權 (Liberation from Paternalism) 的概念

代理人/真正決定者
(Surrogate / Real
Decision Maker)

家人父權
Family Paternalism:
Relational autonomy

病人自主
Patient
Autonomy

醫療父權
Medical Paternalism:
Beneficence

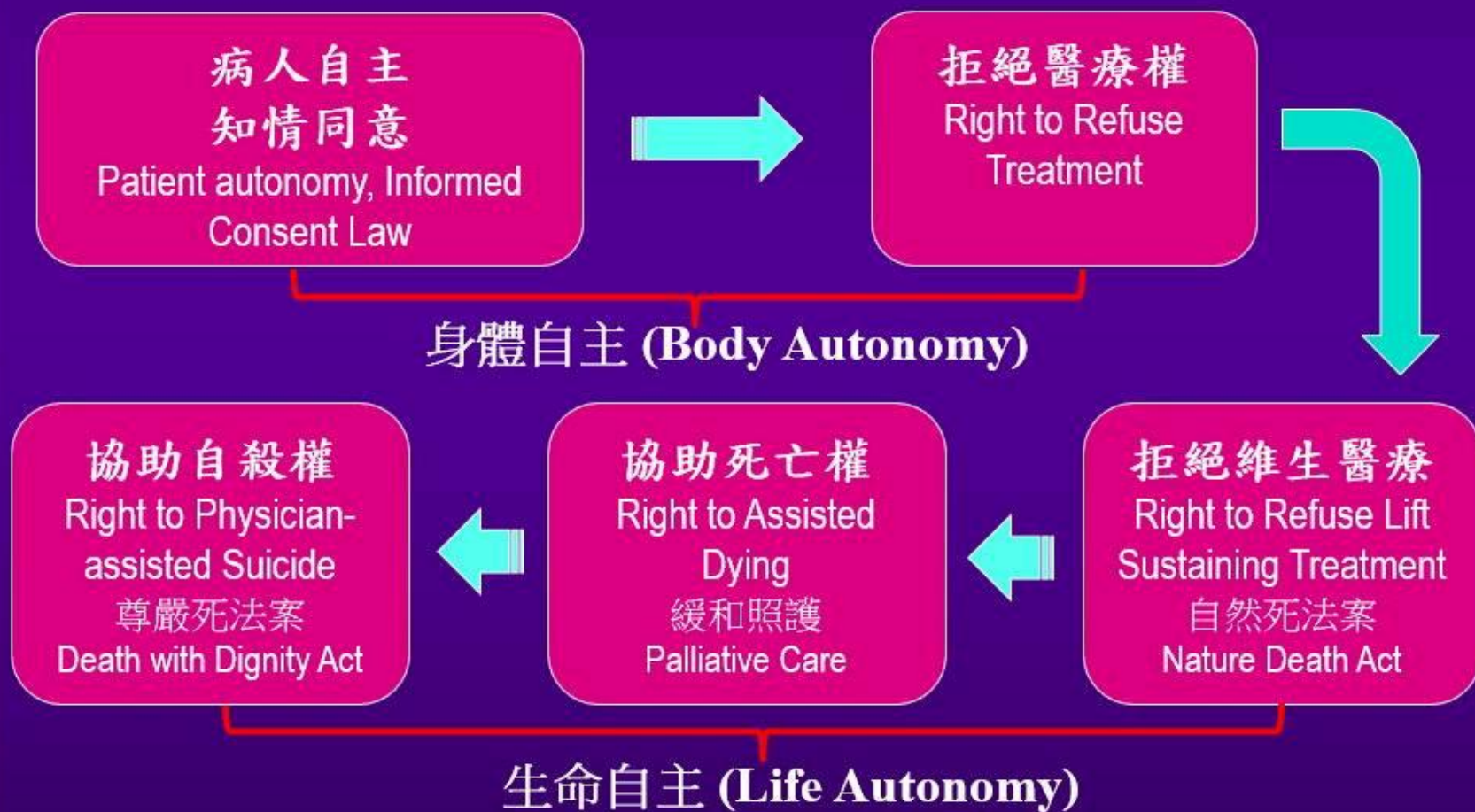
知情同意
(Informed Consent Law)

法律父權
Legal Paternalism:
Justice

損害國家利益、生命神聖、公衛觀點
(Competing State Interests, Sacred of
Life / Public Health)

原作：楊秀儀教授
重製：柯獻欽部長

調和自主權與父權的立法趨勢 (Legislation in Reconciling Autonomy and Paternalism: General Trend)



原作：楊秀儀教授
重製：柯獻欽部長



Ronald
Dworkin
(1931-
2013)

《生命的自主權》

(Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom)

- 關於生死的抉擇，有三個常常被搞混的道德與政治議題：「自主」、「最佳利益」與「神聖價值」。
- 生命神聖性與生命固有價值所探討的內涵有極大的關係。如果我們認為生命的本質形式是好好的投注與造化，那麼生命便不能白白浪費與輕易的結束（因為此結束是不可逆的），但在同樣的脈絡下，也有人認為靠著維生儀器存活或是苟延殘喘並非對生命的投注，避免落入這樣的情境、也就是使其死亡，才是對生命的尊重與投注。Dworkin認為這就意指「我們希望怎麼活，也就希望怎麼死」。

Right to Die Dignity in Dying



生命神聖性與有品質的生活

- 客觀指標
- 世界衛生組織定義
- 文化觀點

生命神聖性與活著的藝術

- 蘇格拉底（Socrates）：「什麼是美好人生？」
- 當代安寧緩和照護透過正視生命的瑣碎、苦難的經驗以及透過死亡準備的練習培養這種覺察，同時藉由當代醫療知識與技藝的實作，試圖提供一種「活著的藝術」的實踐

生命神聖性與深思熟慮的商討

- 「認識自己」：理性主義與女性主義哲學於照護倫理自主議題上的互相呼應
- 「自我導向」、「自我讀識」與「自我解釋」——Diana Meyer
- 必須要允許個人對於死亡的選擇之反思與商討，如此才能深思熟慮的辯證出自己的個人生存價值

英美法所強調的是「被說明的同意」，也就是醫療行為的施行必須有病人的同意才可以，而病人的同意以被仔細說明為前提。

對於醫師的說明義務，德文的「Aufklärungspflicht」是非常貼切的。所謂Aufklärung是「說明」的意思，同時也是「啟蒙」的意思，也就是醫師對於病人有所謂的說明任務，醫師透過對於「病情與目前醫學的可能治療方式及其極限」的說明啟蒙病人，令病人知悉自己所面對的人生風險，然後自主決定個人所願意承擔的風險，對自己的決定負責任。

說明義務的我國法律相關規定



- **醫師法第12-1條**：醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。
- **醫療法第63-66條** 告知後同意之說明、侵入性醫療[中央主管機關疾病管理署規定之154項侵入性醫療行為]之告知後同意說明、採取檢體之告知後同意、醫囑說明(療養方式指示、指導)、安全警訊或副作用警語等等、單純報告。

說明義務的我國法律相關規定



- **病人自主權利法第4-6條** (108.1.6.施行)
- 第4條 病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。
病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。
- 第5條 病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。
病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。
- 第6條 病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前，醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

說完之後呢？



- 自負風險理論（醫師說明與病人同意的法律意義）：凡知悉或已預見危險或風險之人，不顧此危險或風險之存在，仍置身於此危險或風險之中，原則上必須自己承擔危險或風險發生之結果。
- 不過承擔風險的前提，是醫師的裁量符合醫療水準。
- 病人的最佳利益=醫療專業判斷 + 替代之醫療措施 + 病人主動參與（病人主觀利益）
- 病人自主：不只有同意或不同意
- 當病人選擇不同意時，應該有進一步溝通與協調，了解病人不治療之原因，此外也應對病人或其家屬為安全說明，讓病人能了解選擇不治療的結果。
- 病人家屬選擇不同意時，更需要進一步了解問題所在，例如病人家屬選擇不氣切或不插管時

臺灣高等法院民事判決95年度醫上字第17號



- 說明義務之方式採實質說明方式，非形式簽名為已足
- 醫師告知說明義務的履行不以令病人，或其家屬在印有說明事項之同意書上冒然簽名為已足
- 必須在手術前向病人，或其家屬說明諸如手術原因、成功率以及可能併發症及危險
- 說明義務範圍必須達到病人聽到其說明即有拒絕醫療可能的程度(以對於病人自主決定具有決定力之部分，即有說明之必要)
- 最高法院94年度台上字第2676號判決意旨參照

實質說明、且病人能理解並選擇

最高法院民事判決 九十六年度台上字第二四七六號



- 本判決認為醫生之說明義務範圍與病人之主訴有關聯性
- 說明手術原因，手術成功率，或可能發生之併發症及危險，旨在經由危險之說明，使患者得以知悉侵入性醫療行為之危險性而自由決定是否接受
- 醫師之說明義務範圍不能漫無邊際
- 患者「主訴」病情，構成醫師為正確醫療行為之一環
- 在患者充分「主訴」病情之情況下，始能合理期待醫師為危險之說明
- 患者「主訴」之病情，影響醫師對危險說明義務之範圍

醫病契約關係互負保護義務

臺灣高等法院民事判決102年度醫上字第39號



- 醫療乃為高度專業及危險之行為，直接涉及病人之身體健康或生命，病人或家屬須賴醫師之說明，方得明瞭醫療行為之必要性、手術成功率或可能發生之併發症及危險，旨在經由危險之說明，使病人或家屬得以知悉侵入性醫療行為之危險性而自由決定是否接受，以減少醫療糾紛，故醫師應詳細對病人或家屬盡相當之說明義務，經病人或其家屬同意後為之，以保障病人身體自主權。又醫師應盡之說明義務，至少應包含：(1)診斷之病名、病況、預後及不接受治療之後果，(2)建議治療方案及其他可能之替代治療方案暨其利弊，(3)治療風險、常發生之併發症及副作用暨雖不常發生，但可能發生嚴重後果之風險，(4)治療之成功率（死亡率），(5)醫院之設備及醫師之專業能力等事項。
- 上開說明義務，以實質上已予說明為必要，若僅令病人或其家屬在印有說明事項之同意書上，冒然簽名，尚難認已盡說明之義務
- 說明的證據，同意書的記載
- 有新的評估時，需重新說明

醫療情狀改變時的重新說明義務



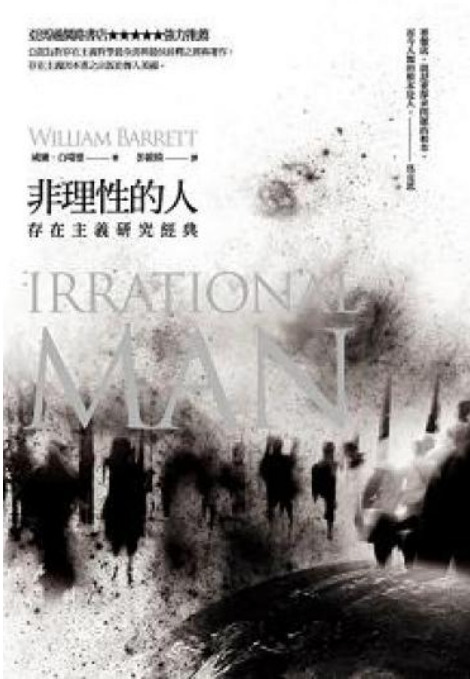
但是「做出決定」的過程是相當艱難的



法律預設：

理性的人，透過良好的意思能力運作，
並且出於自主意願，
就可以做出一個讓法律認同的理性決定。

然而，身而為人，我們總是不理性，
不具有良好的意思能力時仍企圖表達需求偏好，
同時在失去自主決策能力時，
仍希望自主能被尊重，活在自己預設的照護情境中。



一位心臟衰竭的病人，與之討論兩個議題：心臟移植以及強心劑的停止時間。

這位病人經歷心臟科醫師宣布心臟功能已達底線，非心臟移植無任何繼續存活的可能性，**病人表達他「想」、但是他「不要」施行心臟移植手術，看似完全相反的決定，其實並不衝突。**他「想」接受心臟移植，因為他的價值觀是想要活著，活著的目的是可以再享受夜夜笙歌的生活，但是因為他沒有錢可以進行這個重大手術，家人與他之間關係惡劣不可能提供適切的移植後照顧，本身活著並非為了養生、而是為了夜夜笙歌，若是得要過著禁慾或是自制的生活，並且按醫囑服用抗排斥藥物，他完全無法做到，如此，雖然想活著，但也不想選擇心臟移植而活著得面對的後續人生，那麼便不如選擇安寧舒適的死去。

當時使用強心劑的他，具有良好的意思能力理解停止強心劑有可能會死亡，卻在情感上不認為自己會死亡，因為他曾經經歷過一次心臟停止，因為在急診室，有品質良好的施救過程，他毫無併發症的甦醒並且沒有留下任何神經學の後遺症，仍舊享受著美好的生活，因此他告訴我，停掉強心劑，他只會「假死」，因為死了以後的急救仍舊可以再度把他帶回美好的生活，如果真的帶不回來，那麼一樣選擇安寧照護自然好死。這位不認為自己會「真死」的病人，卻完全理解自己有真死的可能，但相信自己不會落在真死的機率，我們又是否要因為這個「理性但不明智」的決定，而不敢為他停止強心劑的使用呢？不嘗試停止強心劑的他，就將會走往另一條路，也就是遭受長期使用強心劑的併發症，並且仍舊逐步心臟衰竭而死，更甚者，無論生命的長短，沒有脫離強心劑的他自是沒有任何機會再過一天他想要的日子以及生活方式。



Prof. Gunnar Duttge

人們的決定，大多是在一個理想的願望想法和一個——儘管只是猶豫不決地——對於現實的可接受性之間擺盪。

病人並非堅定的表意者，人類決定過程亦充滿不完美與擺盪和隨時地變動，唯一不變的是醫病之間持續不輟的諮商與討論。

理想與現實之間的病患自主：來自德國的經驗。Gunnar Duttge著，陳俊榕譯，
《高大法學論叢》第14卷第1期（2018年9月），第1至42頁。



即使在預立醫療決定上會遭遇情緒、認知、經驗、病程感受等影響而無法呈現出一種不會變動的理性結果，醫療上並不應該放棄成就這件事的過程，且更因基於對於病人脆弱而搖擺的意志之真相，**透過醫療照護諮商討論行為的幫助讓病人自主得以體現，病人的自主並非僅僅藉由預立醫療決定這份文件的紙面上呈現，而更應該在醫病關係中運用更具體的技巧與策略去體現。**





-年紀(青少年、保密...)、行為能力(不完全等同於醫療決策能力、監護宣告、輔助宣告、心智能力.....)、知情選擇、代理決定、維生醫療

-都做到後，就能按照病人想要被照顧的情境安排了嗎？

-關係人、社會經濟、醫療的複雜性

RELATIONAL AUTONOMY



拒絕還是選擇？

憲法上的人格權-人性尊嚴與自主

1914年美國最高法院大法官B. Cardoz在Schloendorff v. Society of New York Hospital一案中宣示：「每一個心智健全之成年人都有權利決定其身體要接受何種之處置。」

病人「身體自主權」乃是醫師說明義務的上位概念 楊秀儀, 2013

倘若病人有權利要求不進行治療，而不論是否要求結束一個不再合乎其意願的治療，而不論是捨棄進一步治療的不作為，或是採取行動來實現其要求，如關閉呼吸器或拔除餵食管線。

從人性尊嚴與一般行為自由所推導出來的自主決定權，任何人都不可以以病人的意願來干預其身體完整性、不受影響的生死自然進程。

許澤天, 2016

有權利不接受治療 = 沒有接受治療的義務

刑法上生命權與自主權的法益衡量

□ 生命的量轉為生命的質

□ 阻卻違法事由

- 得被害人承諾：拒絕醫療的風險並未大於疾病的風險
- 依法令（病人自主權利法）行為

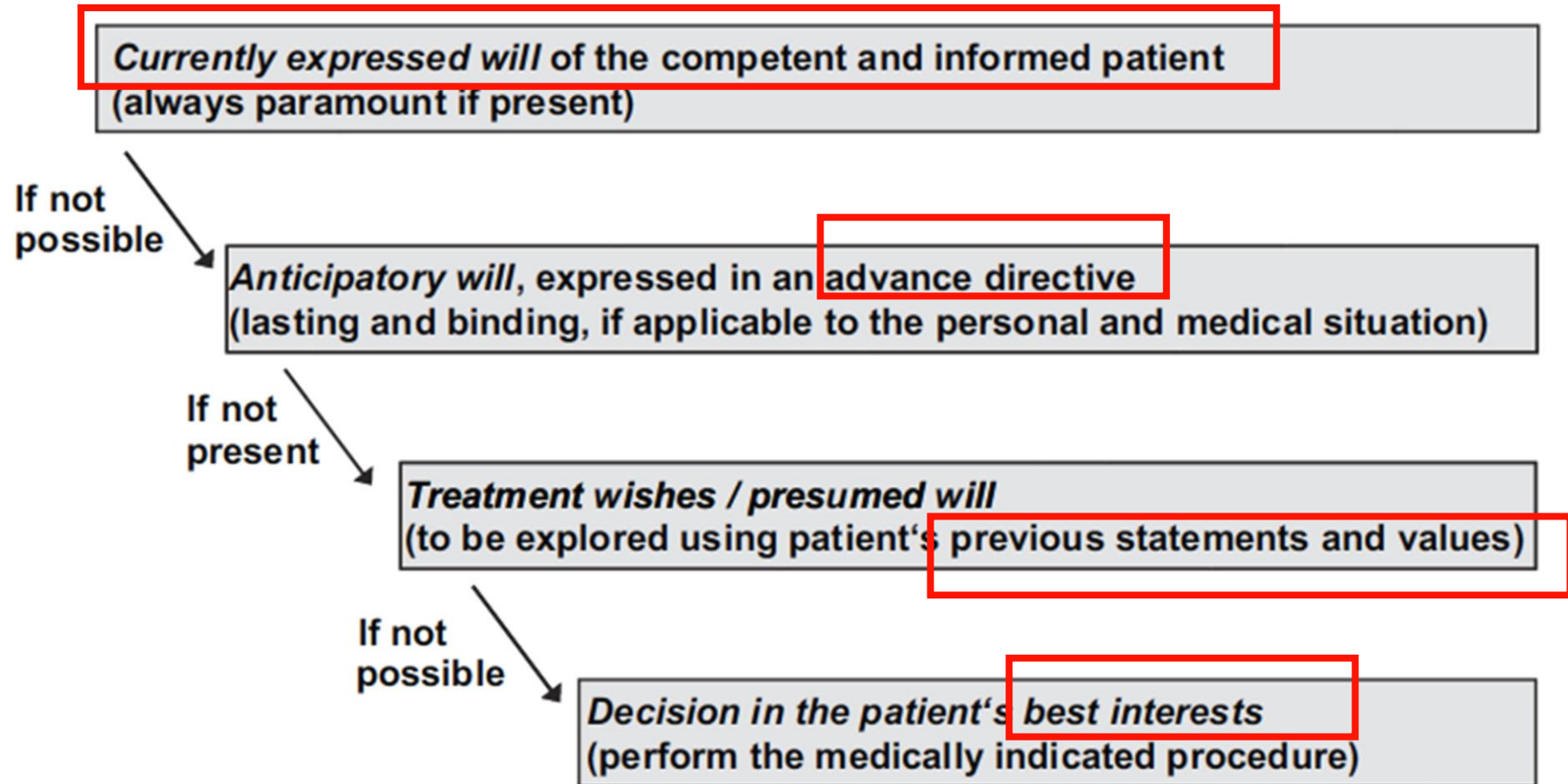


Figure 1 The patient's will: central criterion of medical decision making.

病人自主權利法



【制定日期】

民國104年12月18日



【公布日期】

民國105年1月6日



【實施日期】

民國108年1月6日

三大立法目的與精神：

尊重病人醫療自主、

保障善終權益，

促進醫病關係和諧

第一條	立法目的		
第二條	主管機關	第三條	名詞定義
第四條	病人對醫療選項有選擇與決定之權		
第五條	醫療機構或醫師應告知病人本人病情		
第六條	病人接受手術或治療前簽具同意書		
第七條	醫療機構或醫師對危急病人急救義務之除外		
第八條	預立醫療決定		
第九條	預立醫療決定之程序		
第十條	醫療委任代理人之要件與權限		
第十一條	醫療委任代理人之終止委任及解任		
第十二條	預立醫療決定註記於全民健康保險憑證		
第十三條	意願人申請更新註記之情形		
第十四條	醫療機構或醫師得依病人預立醫療決定終止、撤除或不施行急救		
第十五條	執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容範圍		
第十六條	提供病人緩和醫療及其他適當處置		
第十七條	醫療機構或醫師應將病人之意願等事項記載於病歷		
第十八條	施行細則	第十九條	施行日

Q

如何獲得 《病人自主權利法》保障？

何時用上預立醫療決定？

2專科醫師+2緩和照會

→ 確認符合臨床條件

→ 啟動AD



簽署人
意識清楚+成年
(完全行為能力)

帶二等親X1
+ 醫療委任代理人(若有)



預立醫療照護諮商

醫師+護理師+社工師/心理師
討論臨床條件發生時
自己想要與不想要的措施



臨床條件
末期病人



不可逆轉昏迷



永久植物人



極重度失智



其他經中央主管
機關公告之重症



兩名見證人簽名見證
(或公證)

→ 醫院核章上傳系統
完成健保卡註記!
大功告成!

什麼是預立醫療決定？

指事先立下之書面意思表示

於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之醫療選項

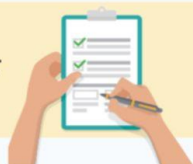
預立
提早、早一點



醫療
對於生重病時，
醫生治療您的方法



決定
把自己醫療決定先寫下
來的一份文件



當我已經昏迷或
沒辦法跟醫生說話時

醫生看了
「預立醫療決定書」
就會知道我的想法了



預立醫療決定可以幫忙我什麼？

提早思考：當我遇到這五種臨床條件時...



末期病人



不可逆轉昏迷



永久的植物人



極重度失智



中央主管機關公告

疾病或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無合適解決之方法

對於以下的醫療處置...



維持生命治療

- 1.心肺復甦術
- 2.為特定病而設之專門治療
- 3.輸血、重度感染、抗生素
- 4.機械式維生系統



人工營養及流體餵養（打營養針、鼻胃管、胃造口）



我想要這樣決定...

① 我不想要



我不要靠以上的維持生命治療或人工營養幫忙我活在這世上

② 限時嘗試



先提供一段期間看看，但隨時可決定終止

③ 請代理人決定



醫療委任代理人決定

④ 我想要



我想要靠以上的維持生命治療或人工營養幫忙我活在這世上



預立醫療決定
是不真實而且
難以執行的

重要但不精確的價值觀

預立醫療決定

- ✓ 不是一部價值的歷史書
- ✓ 朝向死亡之前的計畫，是一整批特定醫療選項的集合
 - ✓ 需要醫療人員去轉譯、衡量與闡明
- ✓ 末期生命決定操作的工具（事實）
現（理想） v.s. 病人自主價值的展現



The near-failure of advance directives: why they should not be abandoned altogether, but their role radically reconsidered. Med Health Care and Philos (2016) 19:563–568.

說明義務+醫病共享資訊=自主可以實踐？



- 法律的語言中，忽略了照護中最核心的議題：伴隨醫療決定而產生的情緒需要被關懷、同理與尊重，才有辦法做出真正的自主決定
- 無法靠法律解決，而是醫療團隊需要有足夠且正確的支援





我們要探究的是什麼？

PREFERENCE

VALUE

WELFARE

DIGNITY

NOT MEDICAL OPTIONS



安寧緩和醫療條例

- 自然死條例
- 罹患嚴重傷病之人，在死亡可預見時，可拒絕心肺復甦術以及與其相關的維生醫療

➔ 未直面營養水份的議題，但在瀕死期時，可將之視為延長瀕死過程的醫療措施

第 3 條

本條例專用名詞定義如下：

- 一、安寧緩和醫療：指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。
- 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，近期内病程進行至死亡已不可避免者。
- 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。
- 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。
- 五、維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。
- 六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。

病人自主權利法

- 在特定條件下，可停止認為對自己無益的維持生命治療與人工營養和流體餵養
- 停止營養水分與停止維生醫療一樣，皆可預見可能死亡
- 然停止維持生命醫療未必會死亡，停止營養水分必然會死亡

Vulnerable Adult

- The gap between “being autonomous” and “having capacity”—a person can be found to have capacity, even though they are not properly autonomous.

Herring, J., & Wall, J. (2015). Autonomy, capacity and vulnerable adults: Filling the gaps in the Mental Capacity Act. *Legal Studies*, 35(4), 698-719.

- When patients have made informal statements of wishes and views, which clearly-if not precisely-apply to their present situation, judges should not feel free to usurp such expressions of autonomy unless there are compelling reasons for so doing.

Mullock A. Best interests and the sanctity of life after *W v M*. *J Med Ethics*. 2013 Sep;39(9):553-4.

Eating and swallowing problems are common in patients with advanced dementia and can lead to malnutrition, weight loss, and aspiration of food.



Speech-language pathologists can observe swallowing function and recommend feeding strategies to caregivers and patients.

Hand feeding has more benefits and fewer risks than feeding tubes that are surgically inserted into the stomach or small intestine.

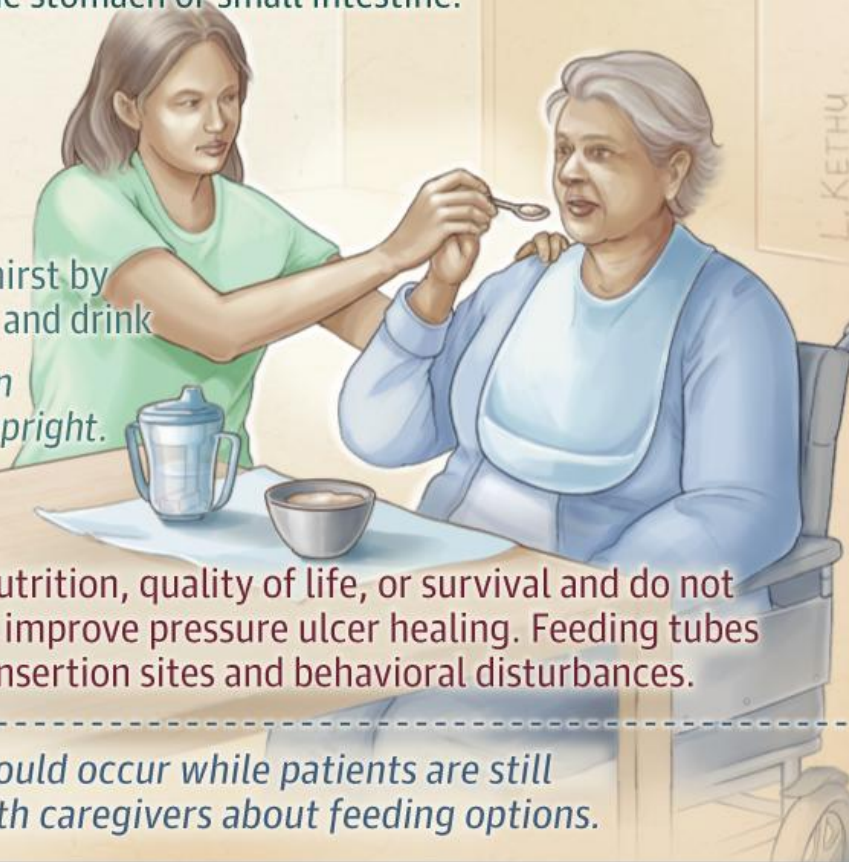
- ✓ Allows patient the pleasure of tasting food
- ✓ Enhances quality of life through social interaction
- ✓ Helps manage hunger and thirst by giving small amounts of food and drink

Hand feeding should be done when patients are alert and positioned upright.

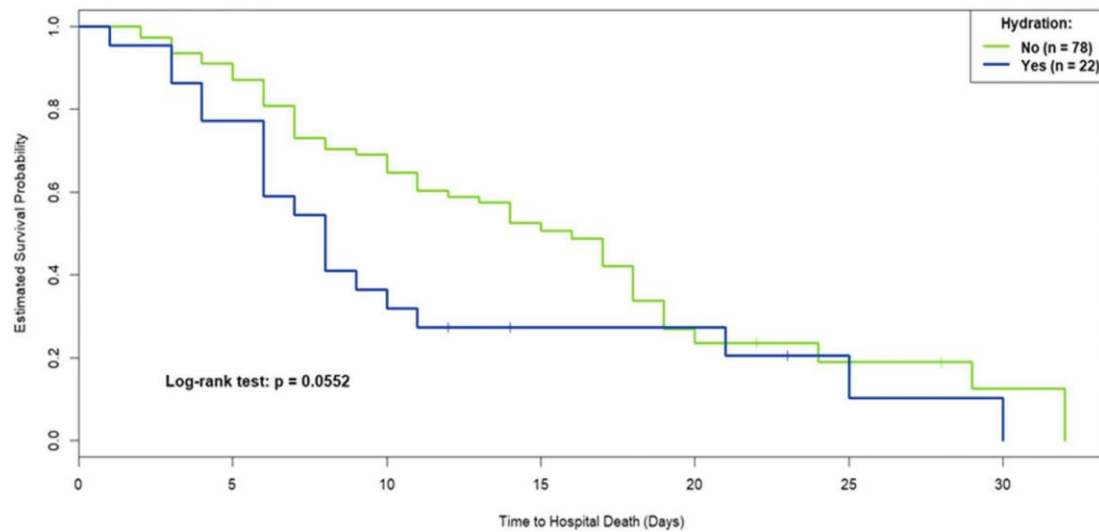
Feeding tubes do not improve nutrition, quality of life, or survival and do not prevent aspiration pneumonia or improve pressure ulcer healing. Feeding tubes may cause pain and infection at insertion sites and behavioral disturbances.



Advance care planning should occur while patients are still able to make decisions with caregivers about feeding options.



台灣本土研究：每天大約給400ml的水分， 是最舒服的臨終



Wu, CY., Chen, PJ., Ho, TL. et al.

To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients.

BMC Palliat Care 20, 13 (2021).

Table 4 Multivariate analyses of the predictors of a good death (GDS ≥ 12 , $n = 68$)

From: [To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients](#)

Covariates	B	Standard Error	z-score	Odds Ratio	95% Confidence Interval	p-value
Total score of GDS ≥ 12						
GI cancer	-1.2134	0.7829	-1.5500	0.2972	0.064-1.379	0.1212
Genitourinary cancer	-2.4362	1.2471	-1.9535	0.0875	0.008-1.008	0.0508
Antibiotic use	1.1199	0.7356	1.5225	3.0644	0.725-12.956	0.1279
Albumin use	-2.0167	1.4147	-1.4255	0.1331	0.008-2.130	0.1540
Religion_ Buddhism	1.8821	1.0184	1.8481	6.5675	0.892-48.340	0.0646
Hydration>86 cc and ≤ 445 cc	2.5538	0.7824	3.2642	12.8560	2.774-59.575	0.0011

GI Gastro-intestinal

斷食死亡與不予/撤除維生醫療

- 在哪個階段斷食有極大的症狀差別
- 撤除維生醫療不代表同時禁止吃喝
- 撤除維生醫療：如果身體已無法吸收，且會造成痛苦，請停止人工營養水分(尊嚴活著的手段)
- 斷食死亡(自主停止飲食飲水)：如果活著已無意義，請停止人工營養水分以讓我獲致死亡(請求死亡的手段)

死亡的品質

「死亡的品質」一詞，從未見於過往的論述中，而是由傅偉勳在其著作《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》之引論中首度提及：

「現代人天天講求所謂的『生活品質』，卻常忘記『生活品質』必須包含『死亡（的尊嚴）品質』在內。或不如說，『生活品質』與『死亡品質』是一體兩面，不可分離。」

- 自主停止飲食飲水至死亡通常需要 10 到 15 天，並且可能因饑餓和口渴的存在而開始增加痛苦，但在末期病人中，這通常不會發生。因為厭食狀態是末期階段通常普遍存在的症狀，甚至可能有助於維持停止飲食飲水的決定。
- 它需要堅持不懈才能達成，且經常發生在自殺中，因此不應該是一種衝動的行為。
- 直到死亡前的這段時間，病人皆應有改變之前的決定、並重新開始進食和飲水的機會。

Table 1

Consequences of dehydration (12, 47, 61, 65)

BODY SYSTEM AFFECTED	CONSEQUENCES
Cardiovascular	Hypotension, tachycardia, syncope, dizziness, fatigue, possible decrease of pericardial fluid
Gastrointestinal tract	Constipation, decreased secretions, cramps, pain and vomiting
Metabolic	Hypernatremia, hyponatremia, hypercalcemia
Mouth	Dry mouth, thirst, difficult in talking
Neuromuscular	Cramps, myoclonus, ataxia, neuromuscular irritability
Neuropsychiatry	Mood and personality changes, apathy, lethargy, confusion, coma, obtundation, decreased cerebral oedema, seizures
Pulmonary	Dry airway, decreased pulmonary congestion, wheezing, cough and pleural effusion
Skin	Poor turgor, predisposition to develop pressure ulcers
Urinary Tract	Decreased glomerular filtration, decreased of clearance of normal metabolic products and creatinine, azotemia, accumulation of metabolites, decreased urinary tract infections

法律考量的是什麼？

自主停止飲食飲水與傳統自殺(conventional suicide)不同，且死亡的情境與自然死類似

法律上允許預防他人自殺，但不允許違反他人意志強制餵食

- 憲法上雖尊重病人的自主決定權，但也提醒不能只是依據一種「通常」的理性客觀判斷標準，且在死亡越是逼近時，越能支持治療的中斷。

許澤天：消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響，
臺北大學法學論叢，第100期，p179-243。

- 法律同時強調「事前」的意思在疾病的當下未必是一致的、甚至本人的價值觀也可能改變，因此同樣重視反覆確認的義務。
- 法律較為明確肯認的是不可逆的攝食困難是最終致死的自然程序。
- 最後一言以蔽之，像在台灣的「病人自主權利法」這樣，對於尚未到達「臨終時期」的患者縮短生命的不施行治療，以及僅以中止既存治療對生命之「患者自我決定權」為根據而依立法來容許之，這在日本或許是難以形成合意的吧。

周慶東譯，山中敬一著（2018年3月），有關日本臨終醫療與延命措置之中止，
高大法學論叢，第13卷第2期，頁341-415。

安寧緩和照護的哲學



- 緩和照護被定義為「一種積極的全人照護」，針對所有年齡(包含生命末期)因疾病而遭受嚴重健康相關困擾與受苦的人」。
- 優化病人的身體和功能能力通常是最大限度地提高生活品質的關鍵，因為這使病人能夠繼續從事他們重視的日常活動，並保持正常感和自我效能感。這種強調在晚期疾病中尤為重要，安寧緩和照護的哲學就是「儘可能活得好又長」。



安寧緩和照護是
活著的藝術
使人自主而有連結地過
每一刻



從來都不是救與不救的對錯問題
而是讓每個生命的困難決定
無憾的選擇

安寧是基礎照顧Basic Care



- 身上的症狀有沒有被照顧得服服貼貼，不只疼痛、喘、噁心嘔吐、食慾不振，皮膚、傷口、睡眠、排便、水腫通通都高規格待遇
- 是否得到尊嚴的照顧，包含明確而溫暖的訊息、尊重而全面的討論
- 所有的焦慮、擔憂與調適需求
- 所有重要願望與關係的成就

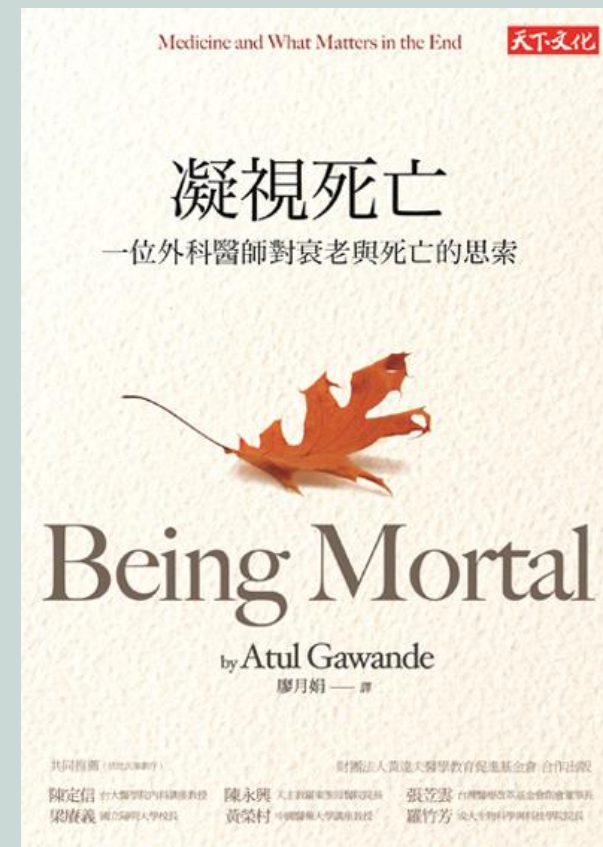
健康照護是為了幫每個人建造感受「活著」的期待直到最後一刻

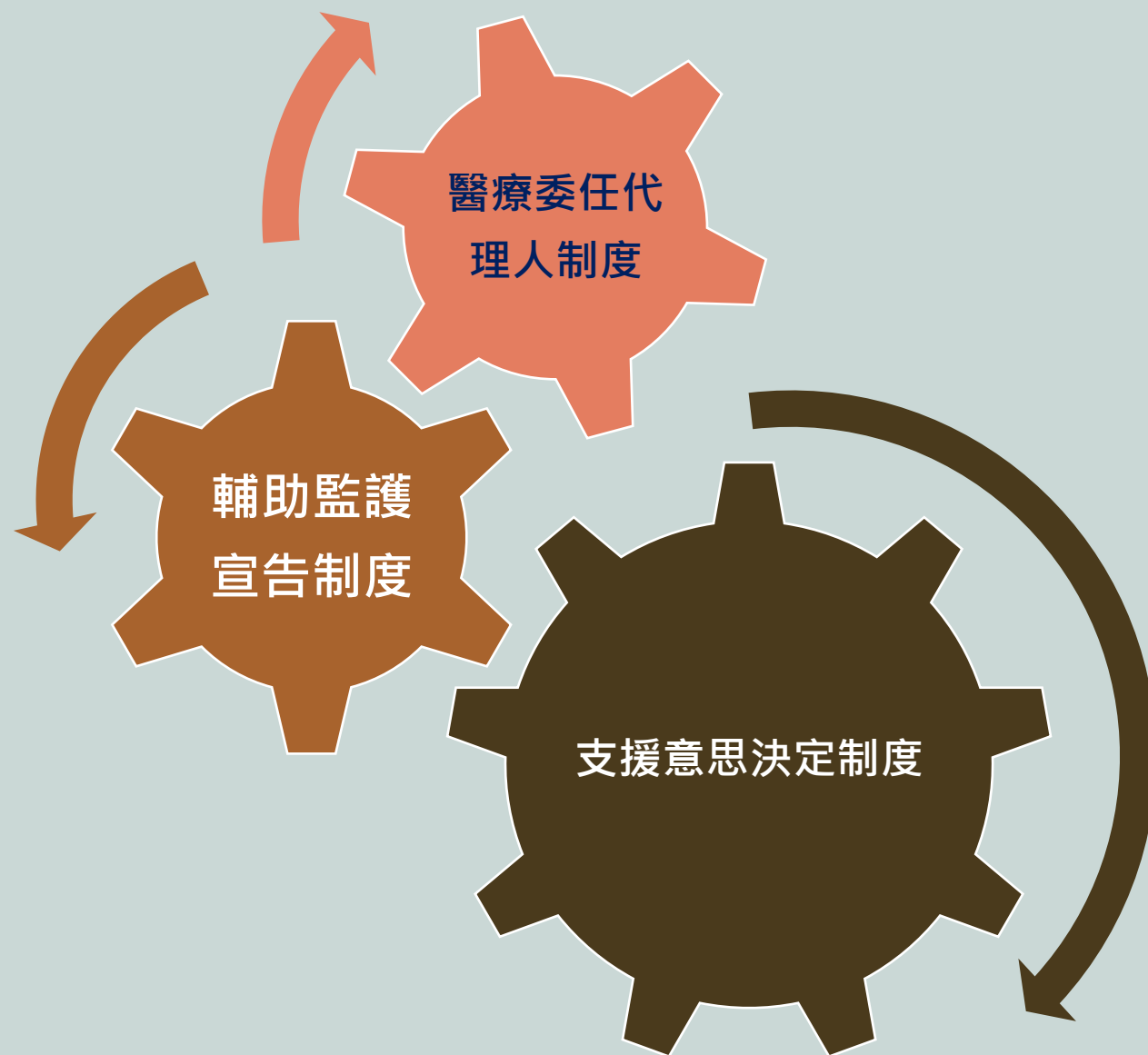
“We’ve been wrong about what our job is in medicine. We think our job is to ensure health and survival. But really it is larger than that. It is to enable well-being. And well-being is about the reasons one wishes to be alive.”

Atul Gawande
Advisor To The Conversation Project



哈佛公共健康學院教授、哈佛醫學院教授，印裔美籍外科醫生和新聞工作者，曾任白宮健康政策顧問，影響歐巴馬醫改政策的關鍵人物之一，《時代周刊》2010年全球100位最具影響力人物榜單中唯一的醫生。





安寧緩和照護與 臺灣法制交織 的來時路及展望

The Past and Prospects of the Intertwining of
Hospice and Palliative Care and Laws in Taiwan

謝宛婷 Wan-Ting Hsieh*



摘要

安寧照護以提供全人的身心社靈關懷之高品質高科技人性化照護為核心，以保障死亡尊嚴與生命尊嚴為使命。法律在臺灣作為推動安寧照護四路並進（服務、教育、作業規範與立法）的其一，在保障無效與無益醫療的拒絕權、促進病人知情決策與接受安寧照護等權利的保障具有重要功能。然安寧緩和醫療條例與病人自主權利法現行之重要限制有三：具行為能力者方受法律保障自主權、代理決定與醫療委任代理人制度不夠普遍與完整、末期或是特定臨床條件才適用預立意願的文件，未來需要進一步改變以更貼近自主的實踐。

*奇美醫院緩和醫療中心主任（Director of Palliative Care Center, Chi-Mei Medical Center）

關鍵詞：安寧緩和照護（hospice and palliative care）、安寧緩和醫療條例（Hospice Palliative Care Act）、死亡尊嚴（death dignity）、病人自主權利法（Patient Right to Autonomy Act）、醫療自主（medical autonomy）

DOI：10.53106/241553062025020100009

在「斷食善終」的 激情過後，生命神聖性與 當代安寧緩和照護的再對話

The Re-interaction of Sanctity of Life
and the Modern Hospice Palliative Care after
the Demagoguery of "Fasting to Death"

謝宛婷 Wan-Ting Hsieh*



摘要

近年來，「斷食善終」在公眾的輿論下，再度挑起對死亡權的籲求以及難以預測的老衰或退化性疾病歷程其照護困境的關注。本文以Ronald Dworkin的「神聖價值」為切入點，探討其與安寧緩和照護的三大核心面向「有品質的生活」、「活著的藝術」及「深思熟慮的商討」之關聯，試圖突破生與死的二元對立。本文認為，假如死去是最後讓病人獲致尊嚴生命的手段，那麼在慎重地考慮朝向該目標行動時，仍應提供全人的舒適照護，同時應避免將「結束生命」視為受苦的唯一解方。

*奇美醫院緩和醫療中心主任（Director of Palliative Care Center, Chi-Mei Medical Center）

關鍵詞：生命神聖性（sanctity of life）、安寧緩和照護（hospice palliative care）、死亡尊嚴（dignity in dying）、適切的死亡（appropriate death）、斷食善終（fasting to death）

DOI：10.53106/241553062025040102004

【醫療民事法】
病人自主權之損害賠償案：
談末期生命照護
的為與不為

Dispute on the Infringement of Patient
Autonomy in End-of-Life: Discussing What to
Do and What Not to Do in End-of-Life Care

謝宛婷 Wan-Ting Hsieh*



摘要

不施行心肺復甦術暨安寧緩和照護意願書的真實意涵不只是一份維生醫療的選單，更是如何對自然死亡過程中品質與尊嚴的價值期待。為了達成病人在臨終階段的自主意願，必須包含一連串的作為與不作為，我們必須更加重視包含了作為與不作為的上位概念——也就是病人所期待的合乎其意願的治療整體。安寧緩和醫療能夠緩解或改善疼痛與受苦——無論是身體上的、心理上的、精神上的還是社會上的，不僅是醫療的自主選擇，更是一種普世的人權價值，奠基在「不受苦」的基本權利。

*奇美醫院緩和醫療中心主任 (Director of Palliative Care Center, Chi-Mei Medical Center)

關鍵詞：不受苦的權利 (the right not to suffer)、安寧緩和醫療 (hospice palliative care)、病人自主 (patient autonomy)、維生醫療 (life-sustaining treatment)、醫療干預 (medical interventions)

DOI: 10.53106/241553062025110109004

【醫療民事法】
鴉片中毒案：
新興醫療領域司法實務
的再認識與再深化

The Case of Poisoning of Opium:
Re-Recognition and Re-Deepening of Judicial Practice
about Newly Developed Medical Filed

謝宛婷 Wan-Ting Hsieh*



摘要

本件為癌症末期病人因自然衰竭而亡，但急診室病歷記載鴉片中毒等字眼，而致病人兒子遭其兄弟控有殺人罪嫌，爾後病人歷經大體解剖，遭其兄弟提告之兒子心痛自責至極，遂向法院提起訴訟，認醫院與醫師診斷錯誤與病歷誤載之事實，導致其父親遭解剖，自己遭家人議論名譽權受損，要求損害賠償。本件雖情節單純且判決無明顯可見瑕疵，但判決結果卻無法撫慰此案件內數位家屬經此歷程後心中永遠難以放下的

*奇美醫療財團法人奇美醫院緩和醫學科主任 (Director of Palliative Medicine Department, Chi-Mei Medical Center)

關鍵詞：司法相驗 (judicial postmortem examination)、安寧緩和 (hospice and palliative care)、自然死 (natural death)、鴉片中毒 (poisoning by opium)

DOI: 10.53106/241553062022050067005

謝宛婷筆記

醫療決策能力與行為能力(二)

奇美醫院緩和醫學科主任
國立成功大學法律學系博士候選人

民法第 1094 條之 1 之修正理由正是因為固然最佳利益是選定或改定監護人之最高指導原則，但是何謂受監護人的最佳利益並無具體客觀的定義，因此藉由增訂該條文作為提示性的規定，所提情狀與醫療較為相關的包括「意願、態度、健康情形、生活狀況」，因此輔助人或監護人進行其他生活事務甚至是醫療事務的決策時，也應該讓當事人受到最大的保障，但很顯然地，這些提示性的規定並無法直接應用到醫療自主決定上，因此有必要定義，關於一個人的醫療事務之處理，法律上該具體保障哪些內容，並透過哪些機制來保障。

個人之所以能夠在法律上被評價為具有行為能力，除了年紀之外，便是無缺損的意思能力；在醫療決定上，除了可以吸納醫療團隊給予的訊息，將之留存在記憶中，還能夠與自我的價值觀進行衡量，並將衡量後的決定表達給他人知悉，並且能夠維持一貫的價值並對他人的質疑自我捍衛(註5)。意識清醒且沒有受到輔助或監護宣告的人，通常是被推定具有意思能力的人，然而實情並非如此。具有清醒的意識、有醒覺、有知覺，但認知功能無法運作的狀況，該人並沒有意思表示與受意思表示的能力。清醒並且能夠進行理解、記憶儲存、價值衡量以及表達溝通，才完整構築了醫療決策的能力，甚至，理解、記憶儲存、價值衡量以及表達溝通相較

於年紀，更應該成為醫療決策能力的判定核心。而意識清醒但受有輔助或監護宣告的人，也不必然沒有醫療決策能力。心智能力障礙的病人，當身上有一個惡性腫瘤時，還是有機會理解，切除或不切除這個腫瘤，對自己的生命或是健康會有何影響。據此，僅以年紀以及是否受監護與輔助宣告的行為能力判定標準，並不應作為是否具有醫療上自我決定與負責能力的標準，但如果更改為實質的意思能力之判斷，則可進一步成為標準。

意思能力是病人當下是否可以做決定的廣義狀態，但是針對不同的醫療決定，所需要的意思能力程度也不盡相同。意思能力是為了能夠認識法律行為的效果而必須具備的能力，僅需判定其有無，而非程度，因為法律上僅需判定該法律行為是否有效，若無法肯定具有意思能力，或是被推測具有意思能力，那麼便否定法律行為的效力。然而若是依照民法上的需求，非但不夠具體而不足以判斷病人是否具有意思能力，也無法應對病人在醫療決定上，其決定能力不該是全有全無，而是會有個連續程度性的變化，同時在不同程度的意思能力下，能夠針對不同的醫療情境做出回應，而不會僅產生有效無效的結果。事實上，病人所關注的並非該醫療決定的意思表示到底是有效還是無效的，病人所關注的是該醫療決定會對自己未來的生命與健康造成什麼樣的預後與影響，因此是一種統合性的知識能力，可以針對所理解到的利害得失，做出順應自己經濟與需求考量的決定(註6)。

臨床照護極其忙碌，不可能時時去檢視病人的意

司法
律師
律師

本月專題

知識庫



延伸閱讀

論高齡者末期生命決策
的自主與代理

謝宛婷

醫師、奇美醫院緩和
醫療中心主任

目次

壹、前言

貳、高齡者的末期生命決策處境
參、我國法律目前針對高齡者末期生命

照護決策的主要保障制度

肆、高齡者的死亡自主時代是否已來臨？
伍、本文見解

壹、前言

世界衛生組織(WHO)對於末期生命照護決策的核心立場，體現在其對緩和與醫療(palliative care)的政策與實務指引中：WHO強調，緩和與醫療應被視為基本人權，並納入全民健康覆蓋(Universal Health Coverage, UHC)的核心服務之一，這些指引需涵蓋臨床照護、倫理、政策與社會層面的考量¹。WHO將緩和醫

療定義為「一種改善面臨威脅生命疾病患者及其家庭生活品質的方法，透過預防與緩解痛苦，早期識別、評估與處理疼痛及其他身心、社會與靈性問題」，其核心原則包括：提供疼痛與其他困擾症狀的緩解、肯定生命並將死亡視為自然過程、不加速亦不延遲死亡、整合心理與靈性照護、建立支持系統協助病人積極生活至生命終點、建立支持系統以協助家庭在病人疾病期間及哀悼時期應

註釋

註5：此為醫療上心智能力判定的基準，為參考英國心智能力法案的內涵而來。

註6：五十嵐慎人，意思能力・行為能力・事理辨識能力的判定について——精神医学の立場から，收錄於：小林一俊、小林秀文、村田彰編，高齢社会における法的諸問題：須永醇先生追悼論文集，2010年，頁141-146。

