

# 中華民國醫師公會全國聯合會 研議《病人自主權利法草案》後續因應方案 會議紀錄

時間：104年10月15日（星期四）下午2時

地點：臺北市安和路一段27號9樓（第二會議室）

出席：台灣家庭醫學醫學會 李汝禮秘書長

台灣內科醫學會 張家琦法律顧問

台灣神經外科醫學會 林文雄主任

中華民國眼科醫學會 趙振程醫師

台灣神經學學會 宋秉文醫師

台灣放射腫瘤學會 林宜賢醫師

中華民國核醫學學會 鄭澄意理事長

台灣急診醫學會 顏瑞昇秘書長

台灣安寧緩和醫學學會 陳秀丹理事

台灣胸腔暨重症加護醫學會 何肇基秘書長

台灣醫院協會 詹德旺副秘書長、顏正婷專員

台灣醫學中心協會 鄭明智高專、巫震輝法務專員

台灣私立醫療院所協會 吳明彥秘書長

台灣社區醫院協會 王秀貞副秘書長

楊佳陵律師、葛謹醫師、蔡甫昌醫師、張志華醫師、劉越萍醫師、施肇榮理事、趙堅常務監事、王志嘉醫師、蔣世中副秘書長

請假：台灣外科醫學會、台灣兒科醫學會、台灣婦產科醫學會、中華民國骨科醫學會、台灣泌尿科醫學會、台灣皮膚科醫學會、台灣麻醉醫學會、台灣病理學會、台灣整形外科醫學會、中華民國環境職業醫學會、中華民國重症醫學會、台灣老人急重症醫學會、台灣復健醫學會、中華民國放射線醫學會、台灣耳鼻喉科醫學會、台灣精神醫學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、中華民國區域醫院協會

列席：林忠劭、李美慧、盧言珮、黃佩宜、高于婷

主席：陳召集委員夢熊

指導：蘇理事長清泉

記錄：曾欣怡

## 壹、主席報告：

今天是延續十月七日公聽會下來的共識，敝人擔任全聯會法規委員會召集委員，今天達成共識後，還要跟楊玉欣委員進行溝通。楊玉欣委員對此法案十分注重，曾親臨全聯會進行溝通，深值敬佩。之前在法規委員會溝通三小時後，因楊委員全程未休息，表示將之後再持續溝通。十月七日在公聽會後，由於各界仍有疑慮，有論者認為倉促立法是否適當，亦有論者支持。今天會議後，將會再跟楊玉欣立委進行全面溝通。

### 蘇清泉理事長

主席、趙常監、所有 23 個專科醫學會代表、以及學者專家律師大家午安，今天我在立法院講了四件事情，跟大家報告。第一，這是一個全新的法，並不是修法，以昨天藥事法修正條文，都是改罰則，將罰金從三萬到三十萬提高為三十萬到五十萬。當時本人就堅持有關偽藥、禁藥、社區不良醫材的部分，有時候診所醫師也可能受害誤觸，因此堅持低標訂於三萬元，法部部司法院都同意了。《病人自主權利法》是一個新法，在第八屆第八會期提出是否適當？第二，目前尚無行政院版本；第三，各專科醫學會針對部分內容仍有質疑，是否要倉促通過？第四，此會期都在審預算及拚選舉，這也是實情。今天希望大家充分表達意見，言無不盡，謝謝大家。

## 貳、綜合意見：

### 萬國法律事務所 楊佳陵律師：

今天主要是想了解醫師遇到這個法有什麼疑義，從法界觀點來看，也想幫大家推想未來本法若通過後，將有何等的利弊得失？

第一：草案名稱是病人自主權利法，一般法界處理國際商務法律實務的

經驗，律師們經常面臨在中英轉換之間，因為翻譯落差而造成對實質權利內涵不同的爭議。據了解，本法乃參考自美國的 PATIENT SELF-DETERMINATION ACT(PSDA)，那麼首先要關切的第一個點，就是往後這個國內法如何向國際社會說明本法名稱的意思。大家可以注意美國的法源叫做 PATIENT SELF-DETERMINATION ACT，對回中文應該是「病人」「自己」「決定」，可見美國的法律名稱完全沒有提到「right」，也就是：「權利」。若是我們引進此法，不但病人自主決定，還加碼了「權利」兩字，那將來有權利就有請求權，就有救濟。若不想家屬的善終被化療，或強心針等療法，或為了留一口氣回家加個升壓劑；有人認為要化療有人認為不要強心劑，在多元社會下，一個家庭裡絕對會出現多種意見，那從民法侵權行為的分析，對於權利兩字，在本法這樣用法就比較讓人擔心。論者有謂可將本法命名為預立醫囑法，以提倡建議先立契約，在先進國家確實有很多這樣的作法，病人與醫師先訂契約，這樣比較好做個案的處理，建議若從契約來處理，就比較不會產生立法的通盤性、地震性的影響。

第二：從細節來看，關於痛苦的定義，第 13 條第五點，病人「痛苦難以忍受...」，這部份很難光看立法條文判斷是什麼意思。有人提出由各專科醫學會判斷，今天我就很想就教各醫學會是否可將第五點訂出 SOP 的細則是那些？目前的文字對於痛苦的認定恐怕過於寬泛。建議比較好的做法應是由下往上，若各專科醫學會可訂出標準，再請委員立法。先從專科醫學會做「專業自治」的判斷後，再發展成可立法的程度。

第三：從老人家的角度，台灣目前邁入高齡社會，我們也要預防是否會有許多不肖子孫，契約都準備好，讓長者「善終」，讓老人家產生壓力，自己是不是活太長了？以我祖母的狀況為例，之前她在發高燒時，每次看到我都跟我說，「阿嬤要死了，人不要活太久，活太久是命運壞」，可是我知道她的狀況還可以，不到那個時候，她是很愧疚，害怕自己生病成為家屬負擔，所以一直說她不要活太久。那有本法以後，將來，老人家面對新的法律、新的狀況、醫療代理人的選擇權，執行上會不會變成是給他們壓力？讓老人家失去希望？

除了避免老人有簽署壓力，有小兒科也提出擔憂：有人從小就得到兒癌，或二十幾歲就下半身癱瘓，則此時其自主權是否會有被濫用或誤用的狀況，草案好像沒有很好的把關。把關機制諸如：例如第一點，意願書應經公證認證，應有公證認證機制。第二點，代理人應有免責權。草案在家屬意見不一時，跳過民法的排序，那醫療委任代理人的資格就很重要，另外既然他/她承擔重責，是否給予其免責權(indemnity)，就應一併考慮。美國立法例也都有這樣的設計。其實，現行台灣法律本來就有很多方式讓病人拒絕醫療，我們設立新法要設置醫療代理人，則其資格與免責權都應有相對應的妥善設計。第三點，若家屬間產生爭議時，排序該如何決定，原本草案有清楚排序，但初審後又刪掉，所以現在意見不一到底由誰決定？美國 HEALTH LAW 的典範是多元社會多元決策的方法，有多種單位都會進來，例如醫院內的 IRB、司法的事前介入(假處分)、衛生行政機關的參與、以及健保署該有的責任等，而非全部都是簡單以病人同意就沒有問題了。

最後，就是回到立法目的之省思，我們不妨思考病人自主權立法到底所為為何？整體看下來，似乎是面對健保財務拮据所設立，目的是為了節省醫療支出。那麼，就應向社會大眾公開說明，如本法施行後，可以節省多少醫療資源，在分配正義部分將如何進行，節省下的巨額經費如何在醫療上再做更好的運用。畢竟醫學倫理有三大要素都要關注，自主(autonomy)是其一，行善(beneficence)、分配正義(rationing)，也都是重要的考慮。如何達到一個平衡？希望各方一起集思廣益。

### 劉越萍處長

就整個草案來看，立這個法到底有什麼目的？想解決什麼問題？從第十三條所舉五款，其實想解決的問題就是我們的倫理困境，用法律來解決倫理困境，就好像要讓醫師變成神，處理神的問題。因為現存草案施行細節並無相關配套措施所以反而讓醫師更焦慮。現在的尊重病人自主的規定其實都有，新法也不能解決現在實務的困擾。

舉例來說：現行的安寧團隊與急診之間，常常因為缺乏聯繫，即便在同一家醫院中就會產生問題。因此為什麼不能針對此一部分進行強化，讓原本

就有法規規定的末期病人可以好好處理，之後再擴大適應對象，讓非末期病患的善終能參照一個更好的模式來進行。

我們新生代的急診醫師並不是反對本草案的立法精神，只是從裡面的施行細節裡面發現仍不能解決現存問題，我們焦慮的是現在草案表面上可以免除刑事責任，但仍要實際上民事責任並不能免除，還要遭遇後續家屬情緒波動的轉嫁。因此，建議可以從各個醫學會由下往上進行討論，特別是 13 條應有更明確的標準，當有了共識之後的推動會更順遂。至於《安寧緩和條例》沒有預立醫囑的部分，我們可以先行修訂《安寧緩和條例》，讓末期病患先行適用之。此草案不足之處仍有很多，希望不要貿然通過，現在討論的東西都會被記載，下次想再推時會走得更順。

### **醫勞盟張志華醫師**

我非常贊同楊佳陵律師對於這個草案所提出的各種質疑。另外，我要補充的是，假如真要另立新法，應於法案中明確寫入：「應」免除醫療人員刑法跟民法的責任。目前只要落實並擴大《安寧緩和條例》中有關適用對象的定義即可達到楊玉欣委員爭取病人善終權的目的，何苦要另立新法？立一個新法，又把罰則都拿掉，只是宣示作用，何苦呢？應該將《安寧緩和條例》擴大且更明確化，將執行問題解決，應可達到委員的目的。

從急診角度來看，問題集中在執行面。急診的醫病關係薄弱，醫病之間常有很多衝突，現今雖然有《安寧緩和條例》，但 DNR(Do-Not-Resuscitate) 的各種形式都有，有的要插管卻不要電擊的，有的要電擊卻不要播管的，有的要 CPR 卻不要插管或電擊的...，什麼選項都有，像是餐廳點餐一樣。如果「病人自主權利法案」通過，執行面上更為複雜，例如有可能病人要抗生素但不要升壓劑，或要升壓劑卻不要抗生素，臨床醫護難以執行，而且家屬每天的要求可能都不一樣，不同家屬又有不同請求，讓臨床醫療人員疲於奔命，這是在執行面較困難的部分。本法雖立意良善，但現階段倉促通過恐有疑慮。

### **台灣急診醫學會 顏瑞昇秘書長**

目前支持立法的精神，但是對於法律層面的問題，如加工自殺，醫療代

理人與法律代理人之間關係等仍有疑慮，畢竟我們是醫師而不是律師，這方面的疑慮不是某幾位法官或律師說沒問題就會讓第一線急診醫師安心。或許法案已有完備之處，但若要推行，應多加宣導並對常見疑慮多加解釋，才能讓第一線醫師安心。

### 台灣安寧緩和醫學學會 陳秀丹理事

本人是胸腔重症醫師，曾參與《安寧緩和醫療條例》修法，這些年來大家都慢慢感受到因醫療過度而造成生命末期扭曲的怪現象，比如長期呼吸器依賴的患者，病人的痛苦、醫師的無奈、家屬的痛與健保的負擔等都是大家有目共睹的；但是即使有了《安寧緩和醫療條例》，還是無法保障所有希望尊嚴死亡的病人，做為一個人要求的只是生活品質與人性尊嚴，為何那麼難？

楊玉欣立委讓我非常感動，她說她沒有時間了，因為她身體的狀況越來越差，我們也常聽到老年人說到自己骨頭痛、眼力差、行動不便，老友死光光，不如死了算了這類的言語。老人們這種苦痛可能不是我們可以感受的，因為我們還沒有經歷過無法體會，但我們應該要有同理心。試想若是我們自己躺在床上讓別人衣服脫光光、要人把屎把尿，如果是自己都不願意如此時，為什麼要強加別人來接受這種待遇？醫師不是神，當病人生命危急時，醫師去急救，這時醫師是扮演著上帝的角色；當醫師已極盡一切可能救治病人，後來發現病人死亡已是無法避免時，這時順著病人的意願放手，只是這個醫師對外宣誓醫師不再扮演上帝的角色如此而已。一個人怎麼死的，反映他過去怎麼活的，我們推廣善終其實就是在推廣善生的理念，健保將錢花在生命末端其實效益不大，應把錢花在預防保健，這會讓國人未來的生活過得更好。老人安養院常見許多讓人難過的案例，若國人仍保持目前的做法與觀念，未來《長期照護保險法》推行，錢要從哪裡來？巧婦難為無米之炊呀！醫療的本質是行善，醫療倫理告訴我們要尊重病人自主權，法律也應該保障醫師尊重病人自主權而醫師不會有來自其他家屬的不理性訴求與刑責。如果我們給的是違背病人意願的東西，病人會快樂嗎？這個病人自主權法草案已經取消醫師所有的刑責，修得只是讓醫師要尊重病人自主權，卻沒有定下醫

師若不遵從病人的意願時會有刑責；醫師們，您還怕什麼呢？

台灣雖然今年(2015 年)被英國經濟學人評比為死亡質量第六名的國家，但本人之前曾在民國 98 年去紐西蘭做過短期的觀察，當時來自英國、澳洲、紐西蘭的醫師都曾表示台灣的醫師怎麼這麼壞，把病人折騰得這麼慘？而英國、澳洲、紐西蘭這三個國家不管在 2010 年或 2015 年都被英國經濟學人評比為死亡品質或質量前三名的國家。我說並不是臺灣的醫師壞，而是臺灣的醫病關係不好，病人死了，病人不會告醫師不尊重他的自主權與最佳福祉；但如果不順著家屬的意願，常有家屬無理指責醫師甚至告醫師，以刑法來對付醫師。醫師如此違背醫療倫理，但也莫可奈何，而且健保連無效的醫療都給付，以前的醫學教育中也沒有生命教育課程。《病人自主權利法》其實是一個保護醫師及國民的立法，醫師根本不用去掙扎，因為你所做的事情是本著病人深思熟慮下所做的決定。

葉金川醫師曾寫下：「兒子們，記著：如果我沒醒過來，不要串通醫師凌遲我！我想活得精彩、走得帥氣，不要管子；有氣切管、尿管、胃管，怕走得牽絆；停止維生治療吧！多拖幾天，並不會增添生命的色彩。心臟升壓劑、洗腎、葉克膜，省省吧！健保都快倒了...。」我自己也過了中年，我自己的兒女以後也是醫師，我也跟孩子們講：「等我老了，不能吞東西了，什麼東西都不要插，我要有尊嚴的死。」但我也希望他們未來行醫的過程沒有醫療糾紛，我出來推這個《病人自主權利法》，不會陷害自己的小孩。今天站在這裡分享內心的感動，法案創立是很困難的，這是楊玉欣立委動員多少醫界、法界前輩與各種團體努力而成的，病人自主權是對國人及醫師有利的，不能只因為是在選舉期間而被擱置，這絕對不是台灣民眾所要聽到的，蘇委員雖然也很認真，但把某些事裸露的說出來時，全國民眾都會憤怒。病人自己權力最大，之後若家屬間有爭議，醫師只要站在病人這一邊，就不用怕有家屬來告你。

安寧緩和醫學學會贊成此法儘速通過。

**台灣胸腔暨重症加護醫學會 何肇基秘書長**

這個內容是我們兩天前才收到開會通知跟內容，之前完全不知道這個事

情。理事長態度原則上支持本法案內容，但時間倉促，目前僅徵詢學會幾位醫師，需要更多時間討論，目前是同意支持本法，但對於執行細節，特別是家屬方面，依目前台灣風俗民情是否可以走下去比較有疑慮的，本法案立意良好，但仍需更多時間研議討論。

### 王志嘉副執行長

簡短從三個面向來說明對病人自主權立法草案的看法。一、大方向；二、條文細節；三、爭議點與處理建議。

針對【大方向】的部分，醫界對於病人自主與善終的理念與精神是沒有爭議的，對於生命的尊重也是沒有爭議的。而草案所涉及的其實就是「病人自主權」與「生命保護」的界線究竟要切在哪裡。

對於生命保護，我國是採取「生命絕對保護原則」。對於「生命絕對保護原則」，目前大多數的看法，就是病人不想死，你不能讓他縮短生命死亡，即便病人年老體衰、命在旦夕亦然，他主要是處理積極縮短生命的行為。

但是如果今天病人的治療是無效，他基於自主、自由意願、拒絕或選擇自己想要的醫療行為，甚至包括不治療，其實這是拒絕醫療權，是治療方式的選擇，應該不涉及生命絕對保護原則的問題。

特別是當治療無效的病人不希望用人工方式，來延長瀕死的生命過程，更應該尊重其對生命品質的看法。難道每個人終其一生都需要進行插管、或是 ECMO 嗎？事實上，內科教科書 Harrison 有提到，美國 90% 的病人死亡是沒有經過 CPR 的。所以，拒絕醫療權，不是自殺、也不是加工自殺，這是應該要先釐清的。

針對【條文細節】的部分，《病人自主權利法》草案，分成二大領域。

第一部分，在 1-7 條，主要得部分是在討論病人的知情同意權，大多數的條文在現有的醫師法、醫療法、民法、刑法等已存在，爭議應該不大。原本爭議較大的醫療委任代理人，在倫理與法律上，是僅次於病人的第二順位，這是沒有問題的。但是這在台灣文化或現有的國情上可能會有問題，特別是萬一「小三」成為醫療委任代理人時所產生的爭議更已很難處理，但這



部分在 1041007 的最新草案版本，已將此部分刪除，故應該已無爭議。

第二部分，是 8-14 條的「病人拒絕醫療權」，這部分主要的核心有二。

一是，「疾病類型」，依據草案第 13 條，共計有五款，「末期病人、處於不可逆轉的昏迷狀況、持續植物人狀態、重度以上失智、病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適的解決方法。」其實，與現行安寧緩和醫療條例比較，其實僅增加兩款，即植物人狀態，以及病人疾病狀況或痛苦難以忍受等情形，但重要的是，這些情況，必須是基於病人自主的前提下，代理人在此法案是不行的，這跟安寧條例允許代理人可以決定，是有很大不同的，所以此部分，我個人反而覺得會對 ER 的壓力較小。

二是，「預立醫療指示或預立醫囑」，這部分的確是一個挑戰，比較大的爭議，就是會很多臨床情境可能當下無法與預知，需要指示醫療委任代理人，故如果國情無法允許非親屬擔任醫療委任代理人，這部分或可再斟酌或做適當限制，待文化或國情接受後再予以放寬，或許也是一個折衷的方式。更重要的是，在 1041007 草案的最新版本，對於第 8-14 條病人的拒絕醫療權，是尊重醫師的選擇，醫師有很大的裁量權。

綜合第一、二部分，我的個人理念、家醫科臨床業務經驗、以及博士論文的論述，基於理念的一致性，我是贊成病人自主權利法案。但不可否認的的確有些疑慮，但這部分應該是可以調整的。

針對【爭議與處理建議】部分：一、草案與安寧條例、醫師法、醫療法等確有重疊不一致的情形，這部分其實一併修正或逐步修正即可解決，爭議不是太大。二、其實，病人自主權利法案，與安寧條例相較，其實只多了「植物人狀態」，以及「病人疾病狀況或痛苦難以忍受」等情形，如果真的僵持不下，此部分併入安寧條例，或許是雙方可以妥協接受之點的替代解決方式。三、對於醫界擔心的爭議或是醫糾，如果有必要或是對此僵持不下時，預立醫療指示，需要法院公証，在執行預立醫療指示時遇有爭議，或許可以透過加強醫院的醫學倫理委員會（特別是醫界常覺得倫理委員會功能不彰，正好可藉此加強倫理委員會功能），或是送法院裁定的方式處理，這些

都是可以討論的方向。

### 葛謹醫師

個人對楊玉欣立委的努力非常感佩，臺灣確實需要法律保護病人善終，但一部法律就可解決病人善終又可保護醫師不受法律騷擾，是不太可能的事。剛剛有委員問：「醫師怎麼那麼壞(不願幫忙善終)?」根據多年輔導醫院年輕醫師醫事法律的經驗，我覺得原因很清楚：「因為司法不公。」為什麼說司法不公？明明白紙黑字寫的東西，司法機關仍然執意要起訴醫師，例如 RU486，依據「行政院衛生署」2005 年 8 月 24 日公告之「行政院衛生署加強美服培酮(Mifepristone RU-486)管理方案」，規定 RU-486 限由合於優生保健法規定之婦產科醫師在公私立醫療院所執行使用，病人須簽署同意書，且須於醫院或診所內，在婦產科專科醫師或醫護人員面前服用，故依法不得由藥房販售之。依該辦法，倘發現涉嫌違反「管制藥品管理條例」、「藥事法」相關規定者，若非醫師而使用美服培酮(RU-486) 即違反醫師法第 28 條規定，以密醫罪處理；若醫師涉嫌違反優生保健法第五條規定，使用 RU-486 者，由地方衛生局依法處分。不是醫師處方 RU-486 就視為密醫，才有刑事責任，但是卻有很多案例是婦產科專科醫師被判刑，而且一罪一罰入獄服刑。(朱雯彥、李春福、葛謹：RU-486—最高法院 103 年度台上字第 3670 號刑事判決評析。臺北市醫師公會會刊。2015：59 (3)：10-14.) 法案顯然不是立法院公布就會安穩的自然執行，司法機關還是可以用程序問題把醫師送入監牢！楊委員應把法務部、司法院代表都請來開會，實體法與程序法兼顧，才能避免善意被有心人扭曲。

另外，刑法第 22 條：「業務上之正當行為，不罰。」但醫界卻從來不大聲的主張，法界更是不去使用。醫師執行醫療業務當然是業務上正當行為，本來就阻卻違法！是司法不公，對醫界濫用刑法所致。若要醫界去除醫療糾紛的長期陰影，讓司法公正，只有懇請楊委員將這條列入法案：「醫師協助病人完備的善終行為，視為醫療業務上之正當行為。」刑法施行快要 90 年，第 22 條到了現在都沒有被看到，對醫師而言，真的是很糟糕的事情。

密西根有一個 Kevorkian 醫師 (1928-2011)協助痛苦病人善終，事蹟被拍

成電影，英文片名是 You Don't Know Jack，中文卻翻譯做「死亡醫生」！美國人都不敢這樣明白的侮辱醫師，臺灣民意如何，恐需要更周延的思考。

總之，本人基本上支持立法，但臺灣的立法機關與法律如果要跨過安樂死與加工自殺的紅線，則希望實體法與程序法能更周延的考慮，且一定要司法院、法務部都有共識才能施行，否則，不啻對臺灣善良的醫師又增加了一個折磨。

### 蔡甫昌醫師

前瞻性的立法需要發展相關配套措施以建立新的醫療常規。本法就其骨幹來理解它，是「保護病人拒絕治療的權利，且保障尊重病人拒絕治療權利的醫師不會受到懲罰。」我國刑法強調生命法益之不可放棄，但是當病人神智清醒而具決定能力，基於個人自主、宗教信仰等理由而拒絕治療（例如輸血、氣切、中央靜脈術等其他手術），不願意簽屬手術同意書，依據一般常規，醫師也不會輕易違背其意願而強迫他接受手術或治療。然而很多時候醫師很難為，因為尊重病人拒絕治療的權利、又擔心如果病人怎麼了、家屬就會告醫師，可能涉及刑法所課與醫師的急救義務。

有人認為有《安寧緩和條例》就夠了，何必疊床架屋？但《安寧緩和條例》只適用末期病人，對於非末期病人之拒絕醫療無法適用。然而過去醫療父權時代已經過去，我們必須尊重病人自主；若是病人或家屬提出不合理醫療專業判斷的要求，我們可以告訴他們如此行不通而拒絕他，例如台大醫院在 2003 年訂定的 DNR form，存在許多急救與維生醫療的選項，簽署者若是選擇了相衝突或矛盾的選項，醫師還是必須經過說明溝通而拒絕病人；除此以外我們還是要尊重病人的醫療選擇，包括其拒絕治療的權利。

如果《安寧緩和條例》要擴大適用到非末期病人，可能連該法律的名稱都要改變，不過在遇到所謂刑法之「法定急救義務」時，還是可能會有問題。台大之前曾照顧到幾位漸凍人，病人送到急診處後被插管急救醒來，用眼球溝通表示之前已有預立醫療指示、拒絕插管急救，現在希望撤除維生治療，在病房經過兩個多月的溝通與善終追求，最後尊重清醒理性病人拒絕治療的權力，為其撤除維生醫療。醫師尊重他們拒絕醫療介入的權利，但是不

能配合他們要求縮短生命的醫療處置，例如施打致死劑量的鎮靜劑。因此，醫師尊重病人拒絕治療的權利，不是醫師協助自殺或安樂死。後來陸續有漸凍人知道台大有醫師願意配合接受病患如此之要求，奔相走告後便有不少人來到台大尋求協助，但台大醫師仍然會擔心害怕有違法之虞，本法正是解決這個問題。

我簡單的論述請見議程第 159 頁與 160 頁。台灣與英美法制不同，屬於大陸法系，若沒有先建立法律來保護，大家是不敢往前走的。本法在台灣有其前瞻性，雖然這樣的概念與納入法令，在歐美已經有一、二十年歷史，我們可以理解基層醫師會有疑慮，但這可以進一步透過教育訓練等方式來逐漸過渡。

### 台灣家庭醫學醫學會 李汝禮秘書長

對於病人和家屬的痛苦我們應該更深切的去同理、體會並努力尋求解決的辦法，但是一個法案是否可以成立，應該從最基本的目標原則前題下去作思考，而不應該把最主要的爭議點當成是可以先立法再去討論的細節。例如在本法案中，應該先確認我們是否贊成或容許非末期病人可以在他人協助下提前結束生命，再來討論有沒有哪些疾病狀態是可以被考慮的，再考慮要如何定義，以何種方式來進行才對。畢竟本法案所牽涉到的除了醫學和法律之外，更牽涉到在地的社會風俗、文化背景、醫病關係等等複雜層面。民意難違，在沒有多數民意共識的情形下，就算勉強倉促立法，在執行上也會發生困難，甚至衍生更大的個人、家庭或社會問題，不可不慎。

目前最大的問題是 1)非末期病人中止或撤除維設備並非目前潮流之所趨，可能難以為多數民眾所接受，且觸犯我國刑法第 275 條的加工自殺罪。2)中止或撤除維持生命治療的範圍擴大至包含人工營養及流體餵養等所有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施是否能為多數民眾所理解與接受。3)醫療委任代理人與傳統家庭結構中的配偶、子女等人的角色定位關係必須釐清，否則意見不同時，將直接影響病人醫療及照護的進行，甚至導致醫病關係的緊張或衝突。4)對於在實務上可能透過導引或脅迫手段要求病人簽署同意以謀取遺產或保險金者必須有可靠的配套防弊措施。5)在身體健康時所

預立的醫療指示，可能無法切合生病時的實際需求，而醫療委任代理人依”病人可推知意思”做決定時，亦可能引發其他關係人的不認同。

由於每位病人的病情個別差別性很大，事實上難以用單一疾病狀態去加以簡單定義，建議必要時可比照國外，透過正式法律程序，由法院做出判決或裁定，以形成案例，以利日後參酌。至於病人受告知權及病人知情選擇決定權則可修改醫療法及醫師法，將病人列為被告知的第一順位即可。

### 台灣內科醫學會 張家琦法律顧問

之前內科醫學會有開會討論過 DNR，大家都認為即便是現行《安寧緩和條例》，許多住院醫師在病人一來就拿出 DNR，病人可能未被充分被告知，但病人自主的前提是需要詳細的了解。所謂經急救會變成植物人，這是事前的機率，但事前的機率也同時包括，急救成功，和急救失敗死亡，在沒有做完急救前是不知道是會那一種結果，也就是事後的機率是要等作完後才能知道，醫學本身就是不確定的，現在大家往往在事前只強調「會變成植物人」。這種方式的告知是不是會產生一種衝突，病人是否真正了解醫學上的機率、不可知的情形。很多末期病人簽屬《安寧緩和條例》的意願書，但在醫院所發生狀況可能與他們預想不施行急救或維生醫療的情況有差異，例如有人在路上被捅了一刀，其先前雖有預立拒絕急救或註記在健保卡上，但送到急診，此時某主治醫師堅持仍要急救，認為這並非該病人先前簽立意願書時所預期的情況，這種情形，其它醫護人員或許會質疑病人已經符合不施行急救或維生醫療的條件，這會不會是目前《安寧緩和條例》在落實上仍有醫療問題需要考慮的地方。

本法擴大適用範圍的確是種前進式的作法，但如第五款病人，疾病狀況痛苦難以忍受，認為也可以納入，但上次開會精神科前輩就有提到，精神科大部分的病人都認為自己是這種狀況而且拒絕或不想治療，這就值得我們考慮。

本法是尊重病人自主權，但現在法律醫療糾紛訴訟，最大問題就是告知，到底我們有沒有確保醫師在這部分未來不會受到挑戰，尤其在第八條講到具完全行為能力之人，即非末期病人或不屬於這五款情況之人，也可預先

簽立意願書，將來發生昏迷或需急救的狀況，沒有明文規定可不要經過如五款病人一樣有經過二位專科醫師的評估，就可不急救。因此後來就增加第十三條，仍要有兩個專家醫師判斷後才能做進一步尊重拒絕權的選擇。但問題在第八條沒有規定預立指示前要經過什麼樣的告知，沒有人告訴他有關這五款病人的意義及情況就作決定。害怕若未來簽署預立指示成為一種時尚，是否會讓很多人在不充分了解時就做出決定。但對此種要充分告知的情形，在一位身強體健時的人士要告知其符合本法 5 種病況的完整資訊，在現行醫療實務上幾乎是不可能，因為健康人一般不會如這 5 款病人，會接觸到專家醫師，而且就算有接觸到醫師，也不可能事先、同時看過這五種狀況的專家醫師，如此就要健康人士選擇，對健康人並非尊重，反而是對一般健康民眾自主權的侵害，這和本法條「尊重病人」自主權的主旨是不是有落差的呢。

我們一直提到兩個專科醫師的判斷，但為什麼這個判斷要落在醫師身上，會不會有其他家屬或專家在事後來挑戰醫師的診斷，認為醫師判斷錯誤，將來成為爭議衍生法律訴訟，責怪醫師告知錯、判斷錯，才會讓病人做出錯誤的決定，因此醫師應負相應的賠償與責任，製造更多的紛爭，建議是不是可考慮台北大學鄭教授的「由法院裁定」的意見？本法應仍有待醫界先進再予討論的地方。

#### 台灣神經外科醫學會 林文雄主任

支持立法，希望法條更為完備。例如第十三條五款要經過兩位專科醫師認定，腦死判定時也是要兩個受過訓練的專科醫師，依照格式檢驗後判斷，若針對此有 SOP 或更好的制式格式會更好。

#### 中華民國眼科醫學會 趙振程醫師

支持全聯會的看法，認為草案應更審慎多方討論後再實施，本法立意甚佳，但如何執行在臨床醫師可能會遭受很多壓力，應多討論實務上如何施行，可能遭遇的困擾，並邀集法務部與司法院對相關法律的矛盾予以討論。

#### 台灣神經學學會 宋秉文醫師

我九月七日才第一次聽到這個法律，了解時間有限。本法目的並非加工自殺、安樂死，本質上是個仁慈的法律，為了幫助病人。本法的適用對象很

多是神經科的病人，如漸凍人、舞蹈症、失智症、小腦萎縮、肌肉萎縮、神經病變等，這些疾病很多都是家族性的，家屬看到自己的親人病情逐漸惡化的過程，病人在醫療過程中經歷許多折磨，無法復原，家屬其實都非常不忍；我們應對病人更仁慈，出於善心，依照病人的需要提供幫助，而非勉強他們接受他們不希望的醫療；在法律上，當然要先確保醫護同仁不會被無端指責。

病人自主權利法草案的第十三條第五款，「病人『痛苦』難以忍受」，如何定義「痛苦」？以上所列舉的疾病的病人所忍受的不是痛，是身體與心靈的苦，因此文字可能需要修改，定義要更明確，如果可以量化可能會更好，細節需要再討論。

### 台灣放射腫瘤學會 林宜賢醫師

學會接到通知比較晚，沒有時間召開理監事會議提出共識。在此僅表達個人意見(不代表學會共識)：放射腫瘤常治療末期病人，目前臨床上確實有這樣一群病人有這樣需要，他們不是癌症末期病人無法簽署 DNR，只能昏迷時家屬放棄急救，但病人要經過很多痛苦的過程。

病人跟醫師各分為兩種：「末期病人」、「非末期病人」、「敢拔管醫師」及「不敢拔管的醫師」，《安寧緩和條例》通過後，對癌症病人幫助很大，但目前漸凍人、舞蹈症是無法納入。若非末期病人遇到敢拔管的醫師現在是無法解決，的確有立法需要。但是目前各界對這個法案爭議很多，也產生一些誤解，而安寧療護在台灣已推行數十年，醫界已有一套流程，社會各界也比較能接受，若要解決目前的問題，擴大《安寧緩和條例》適用範圍以涵蓋這些病患可能是最務實的作法。

第十三條五款情形在醫學定義很多不夠明確，可能會有爭議，家屬可能會去告，起訴後可能是無罪，但過程對醫師是折磨。另外現場第一線執行的醫師，如何查詢預立內容？許多單位是沒有辦法查詢的，會增加執行上的困擾。本法規定要先急救再慢慢討論是否拔管，反而會增加執行困難。

本法未免除民刑事責任，家屬還是可以提告，檢察官也可能起訴，只能在法律上引用依本法而依法律行為不罰，法院可能會不採用，醫師敢用的可

能也不多。因此建議在法條中加入免除民刑事責任。

### 中華民國核醫學學會 鄭澄意理事長

核醫多是第二線工作，實務上比較少碰到相關問題，但聽到現在為止，本法最大公約數是大家贊同立法動機與精神，因為現行對病人自主權利保障不夠完善，所以當病人意識昏迷目前缺少配套措施，可以擴充《安寧緩和條例》。對非末期病人保障拒絕醫療的權利，個人建議應在更多層面嚴謹考慮，非末期病患可以表達他的醫療自主權利，但醫師考量的不是未來會受到民刑事的處罰，而是與病人及家屬的關係，但本法對此未周全考量。另外有關病人預立醫療指示及醫療代理人，病人對於現在被宣判病情，他的理解與現在醫療認知可能有落差，而家屬的感受與意見也會造成醫師的困擾，且病人本身在預立醫療指示的時候，對病情理解不會完全符真正醫療可以做到的事情，針對這些議題應做更嚴謹的討論。

### 台灣醫院協會詹德旺副秘書長

已經走到這裡，是否要停下來進入形勢判斷，目前立法院的法案是否仍有談的機會，目前進度是否是已經擋不住了?如果是這樣，我們今天要一條一條把他看完。如果還有可能擱置，我們這樣大體的討論才有意義。且要討論本法利弊得失，若利大於弊，是否小部分修正，弊大於利則要把它拿掉。

本法對於醫師不維持生命的行為有阻卻違法的效果，這是最大的利，第二個利是已把罰則移除，只是宣示性規定。其他什麼疊床架屋，影響不大，不在考慮之內。最大的問題是醫療委任代理人的制度，建議拿掉，光這個機制在就很麻煩，代理人只能代理表示意思，最後的簽署還是回到家屬，實務上與法律的運作往往無法銜接，代理人可以聆聽醫師告知、意思表示，但最後到民法相關權利如繼承等，都是他的家屬在承受，接下來能告的人也是家屬，若事情演變到法院，對醫師來說就是輸了。另外醫師有無拒絕的權利，醫師可否說手軟無法拔管，在此也無明確敘述。在執行程序上有點問題，第九條規定醫院要提出執行計畫，有一定的程序跟內容，包括醫療指示核章，醫療治療方法等，但實際上很難執行，甚至要經過公證程序以及註記等，這些程序是否能更簡單一點。



若真的要審，第一條立法目的應先考量 1.為尊重病人尊重善終的醫療意願，2.促進醫病關係的和諧。

### 蘇清泉理事長

報告本案立法情況，原本陳節如委員反對，不想讓草案出委員會，徐少萍委員說要行政院版本。本人肯定楊委員的用心，所以才想說讓草案通過幾條、保留幾條，先出委員會協商，對楊玉欣召集委員壓力比較小，為此還被陳節如委員責怪。醫師其實只要上法院，對他來說就是輸了，把民刑事免責入法本人非常贊同，政黨協商不限幾次，但通常出委員會後約進行一兩次政黨協商，之後就會進入二三讀程序，所以希望聽聽大家意見是贊成或反對。

### 台灣醫學中心協會 鄭明智高專

目前的疑慮是醫療委任代理人制度設立，是否會成為另一個謀財害命的工具，就如同現在醫療壽險投保後，為詐領保險給付，而謀害被保險人，這點在立法時要預為防範。醫療委任代理人成立，是否要有時效，一年、兩年或是多久？也許委任人跟代理人原是好朋友，委任之後一段時間卻反目成仇，這時代理人就不適任，這點需考量。

預立醫療計畫與預立醫療指示的文書，其內容與格式各醫療院所一體適用，應由主管機關統一制定範本供大家使用，而且主管機關要積極向社會大眾推動，不應該都靠醫療院所去做。

萬一本法要通過執行，建議規定健保、醫院評鑑或主管機關不能透過各種手段強迫醫院推動執行，例如現在《安寧緩和條例》健保就有設定指標，造成醫院及醫師很大的執行壓力，不希望本法也有同樣的外在壓力壓迫醫師執行。

目前草案對各相關事項全靠醫院跟醫師宣導與執行，實際上節約無效醫療應由主管機關多多著墨，例如每年都會收到地方政府的文宣品或農民曆，就可以把這些事情納入其中，向民眾宣導，真正要推動時，民眾對法案才會有更深的了解。

### 台灣私立醫療院所協會 吳明彥秘書長

本法很先進，病人也確有其需求，應由主管機關先推，醫療院所來執

行，醫師不要擔這個責任，責任無法釐清。醫師最關心的是這個法律定了事情誰要做，本法施行的唯一途徑要讓所有前置設置什麼代理、預立指示等都要由政府機關負責，醫師以後看到健保卡就跟著做就好了，政府應自己編制人力進行所有程序。

### 台灣社區醫院協會 王秀貞副秘書長

1. 有關本會意見已提供於議程資料第 43、44 頁。
2. 對於「病人自主權利法」的提出，值得醫界自省，身為醫界的我們是該感到慚愧。然，本草案內容其實早已存在於《醫療法》、《醫師法》、《安寧緩和醫療條例》等，實務問題並不會因另立新法而解決，故建議回歸實務檢討，以使現行法規可具體落實。
3. 再者，所謂病人權利於里斯本宣言是列有十項，各醫院多已依該宣言訂有病人權利與病人義務。但，本草案大部分內容卻是安寧，就病人權利而言是不夠完整的，如目標是安寧落實則應回歸《安寧緩和醫療條例》的檢討與修訂，不是另立新法造成法條間的矛盾與衝突。
4. 就病人自主權利，醫界基於醫療提供者與具有醫療專業的優勢，是應先有所準備，但不該僅有醫界準備，民眾對病人自主權利也應有正確的認知，才能避免專科醫學會所提出的爭議、糾紛，並可使我們醫界同僚於臨床照護工作上的執行更為順利。
5. 綜上，認為本草案內容不夠完整，且現行法規已存有相關規範，故建議不另立新法，而應檢討現行法規與實務的落差，讓醫界做好準備，同時政府對民眾也應做好正確病人自主權利觀念的宣導與教育，那麼就算不另立新法，立委與我們大家的共同目標也可達成。

### 施肇榮理事

一開始是法案名稱的問題，〈病人自主權〉，任由生命自我處分的權利，在這種情況我國的法律到底能不能容許。醫師在病人生命危機時本來就該有急救的義務，法案的設計上病人的權利如何產生，讓醫師的義務得解除，看不出來。法條裡第三條第三款〈生命維持治療〉，乍看之下會產生讓一般人都沒有辦法接受的問題，但問過專家之後，確實是我們這部分的醫療落後了

先進國家二十年。本法在國外是病人要走(自然的善終)，醫師不敢給他走，這議題在國外已經過十幾年的討論，國外的法界、民眾討論時機成熟、接受後才立的法，但，我國是否能順遂施行值得深思。

第七條、第九條預立程序是否能設計經過法院公證，或者經法院審查、裁定，以減少事後的紛爭。楊委員確實是很努力地把相關的意見加在修正動議裡面。一開始的設計規定是，病人決定醫師就該執行，幾經過溝通後，目前是改為醫師仍有選擇是否執行的空間。經建議加入，倘若病人拒絕急救，或醫院、醫師時，醫療機構則應提供適當照護並建議轉診。

原本該法案有許多罰則，亦是經過討論把行政罰責拿掉，刑法部分好像能夠免除，但民事的糾紛如何處理？現在聽到的聲音是，重症、安寧是支持，但急診卻非常惶恐，故，本人有建議幾個專科間是否要先做統合。而且，醫界與主管機關對本法應預做模擬、預期要用有什麼方式去處理，再下一階段，醫界、主管機關、法務部、司法院及法界都要做模擬，否則配套未做好的話，本法的推動恐怕反成災難。

### **主席結語：陳夢熊召集委員**

立法難，執行面更難，這個案子沒有人會反對其立意，但醫界也需檢討知情同意的問題，我們往往漏了知情之後，需要病人選擇、同意後為之。其實本法很多問題本來在醫療法裡面就可以處理，病人並不是沒有自主權，並不必獨立立法。立 ACP 有三個地方可以去做，恐怕以後若醫療機構不做就被列入評鑑。很多國外立法例引入我國都成跛腳制度，即使是首創的全民健保制度亦然。楊委員的善意無庸置疑，但應審慎、縝密考量後，對執行面有疑慮之處，更細膩處理之後再來做。且有關民刑事責任的免除是否可列入本法，這也是我們需要持續關切。全聯會支持立法與初衷，疑慮部分希望更細膩之後再做。

**參、散會：下午 4 時 30 分**