

壹、前言

基於保障病人身體自主權的「告知後同意法則」，在過去10多年來廣泛為臺灣的醫界及法界接受，成為《醫療法》及醫療倫理中不可撼動的金科玉律。¹「告知後同意」（informed consent）的正確內涵實應為「告知後選擇」（informed choice），病人在理解醫療之相關風險、利益後，得自行依照其生活形態、生命理念做出醫療選擇，此一選擇包括「同意」醫療或「拒絕」醫療。

任何心智健全的成年人在充分資訊下，深思熟慮後對自身所做的醫療決定都是「理性」的決定，都值得尊重；²病人「同意」加入一個成功機率很小的人體試驗應該予以尊重；病人「拒絕」一項僅能維持生命徵象的醫療措施也應該予以尊重。但是，在醫療實務上，因為對死亡及當代醫學科技的迷思，病人之拒絕醫療權，特別是維生醫療（Live-Sustaining Medical Treatment, LSMT）卻往往窒礙難行。所謂「維生醫療」性質上屬於一種「中途科技」（halfway technology），乃是指為了維持病人生理性生命徵象，但無治癒病人疾病效果的醫療處置，如呼吸治療、管灌餵食等。³由於其與根治病人之疾病無關，故只能維持病人「活著」，但無法恢復病人「健康」，愈來愈多人質疑這種維生醫療到底是「延長生命」（prolong living）還是「延長死亡」（prolong dying）？而多數醫師在面臨病人或其家屬主張拒絕維生醫療時，也都陷入尊重自主與不傷害之間的倫理兩難。

有鑑於維生醫療科技反而使得許多病人纏綿病榻，求生不得，求死不能；從1980年代起，生命倫理學界、法學界開始探討人是否有選擇死亡的自主，醫界也開始發展

¹ 1950年代以降，病患自主（patient autonomy）就被提出成為和醫事父權（medical paternalism）相抗衡的倫理觀。自主權也慢慢變成醫療倫理的通用語彙。美國醫界及法界所普遍承認的「告知後同意」法則，就是在賦予病人得以依照其生活型態自由選擇「治療」或「不治療」的權利，醫師的任何醫療行為都應該取得病患的告知後同意。關於告知後法則之詳細介紹，參見楊秀儀（1999）。

² 本文採取的自主觀是一種價值中立的階層式自主觀（hierarchical accounts of personal autonomy），參見Taylor（2005）。

³ 維生醫療其實是當代醫學進步的一項成就，在一般情形下，呼吸治療及管灌飲食能夠協助病人從侵入性的治療過程中順利康復，一般理性的病人都不會拒絕此等醫療。

末期病人之安寧療護來取代一味延長壽命的侵入性醫療。時至今日，究竟人有無死亡的權利（right to die）仍是爭論不休，⁴但從身體自主權出發，任何心智健全的成年人擁有一個憲法位階的拒絕醫療權不但沒有疑義，也廣受醫療倫理界的接受，包括拒絕維生醫療。然而，在臨床實務上，多數醫療提供者為免法律爭議，還是希望有法律明訂，才願意尊重病人的拒絕維生醫療權。基此，我國在2000年制訂通過《安寧緩和醫療條例》（2000），允許末期病人可以立意願書選擇安寧緩和醫療。

臺灣的《安寧緩和醫療條例》（2000）從法案名稱的選擇、立法目的之用詞，及至條文結構的安排，處處暴露出臺灣社會長期以來，在面臨生命權與自主權之倫理衝突的議題上，一種曖昧不明的價值判斷（楊秀儀，2004a）！故自立法之初，就飽受倡議者批評，其中最關鍵的第7條關於不實施心肺復甦術的要件更是迭經修正。⁵最基本的問題在於，立法者不願意正面承認病人有一拒絕維生醫療權，而將維生醫療之相關規定隱藏在一個較大概念的「安寧療護」下，並擴大「拒絕心肺復甦術」的定義，使其包含拒絕維生醫療。這種立場及定義的含混不清直到2013年目前最新一次修正的《安寧緩和醫療條例》中得到釐清。法條中直接納入「維生醫療」之定義，並明訂末期病人得訂立意願書或預立意願書決定是否接受維生醫療，這是我國法制中首度清楚對維生醫療表態，但卻因為該條例之適用對象只侷限於末期病人，仍留疑竇：是否除了末期病人之外，一般病人不得拒絕維生醫療呢？當病人本人無意識時，此一拒絕醫療權是否得由代理人代為行使呢？臨床實務上如何避免代理權之濫用？

本文旨在正面探討在我國現行法制下，心智健全病人之拒絕維生醫療權的法理基

⁴ 本文所稱之「死亡權」（right to die）乃是指病人或其代理人可以選擇「何時」（when）以及「如何」（how）死亡的權利。因為是一個「權利」，所以，病人可以積極地要求醫師之協助開立致死處方、施予針劑等，即一般俗稱之積極安樂死。

⁵ 原第7條只規定可以「不予」（withhold），但若已經施予的心肺復甦術不得「撤回」（withdraw），根本無法解決實務困境，故於2002年修正增訂「末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得與終止或撤除。」而於2002年修訂之規定，只限於病人本人立有「意願書」的情形，若本人沒有立有意願書，則就無法撤回，因此2011年再度修正第7條，讓病人本人就算沒有立有意願書，但只要1.所有家屬一致同意，且2.經醫院倫理委員會通過，也可以「撤回」已經施予之心肺復甦術。此一修正雖欲解決末期病人本人沒有立有意願書的困境，但因為家屬同意撤回的要件太過嚴格，實務上根本窒礙難行，故2013年再度修正之。修正內容，見內文之探討。