

本報告僅供委員參考

預立醫療決定相關法制研析

法制局 李郁強 趙俊祥 撰

中華民國 113 年 11 月

預立醫療決定相關法制研析

目 次

摘 要

壹、前言.....	1
貳、病人自主權與醫師專業自主.....	2
參、問題研析與建議.....	4
一、預立醫療決定意願人及預立醫療決定範圍（病人自主權利法第 8 條）	4
二、預立醫療決定之程序（病人自主權利法第 9 條）	6
三、執行預立醫療決定之臨床條件—極重度失智者之探討（病人自主權利法第 15 條）	12
肆、結論.....	14
伍、條文對照表	16
參考文獻.....	19
附錄：「預立醫療決定相關法制研析」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形	22

摘 要

《病人自主權利法》規定具完全行為能力之意願人，透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，於特定臨床條件時，得接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。該法108年施行以來，簽署「預立醫療決定」比例不高，為鼓勵民眾預立醫療決定，衛生福利部中央健康保險署於今（113）年7月1日起開放4類對象於住院時預立醫療諮商費用由全民健康保險給付。

《病人自主權利法》規定「預立醫療照護諮商」為「預立醫療決定」前須踐行之程序，提供健保給付固有其必要，然而，相較於《安寧緩和醫療條例》中末期病人立意願書以選擇安寧緩和醫療或作維生醫療，並未規定須事先諮商，《病人自主權利法》強制「預立醫療照護諮商」程序是否有其必要？「預立醫療決定」是《病人自主權利法》最重要的制度設計，然而，「預立醫療決定」是否便落實病人自主及化解病人家屬間的紛爭？醫療機構或醫師是否須執行？「預立醫療決定」主體是否該限制為具「完全行為能力」之人？「二親等內之親屬」是否包括配偶？極重度失智者受苦的是照顧者而非當事人，執行預立醫療決定時，該注意什麼？本報告針對上述議題，擬加以檢討後並提出相關建議，俾供本院委員問政及修法參考。

預立醫療決定相關法制研析

壹、前言

《病人自主權利法》（以下簡稱《病主法》）自 108 年¹施行以來，至去（112）年底，簽署「預立醫療決定」（Advance Decision, AD）人數累計 6 萬 8 千人，僅占國內成年人比例不到 1%，不少醫療機構反映自費「預立醫療照護諮商」（Advance Care Planning, ACP）費用大約新臺幣（下同）2 千元至 3 千 5 百元是預立醫療意願的最大門檻。衛生福利部中央健康保險署於今（113）年 7 月 1 日起開放「符合安寧緩和醫療條例末期患者」、「有自主行為能力輕度失智症患者」、「衛福部公告難以忍受、無法治癒疾病」及「仍有自主能力的居家醫療照護整合計畫個案」等 4 類對象「住院時」預立醫療諮商費用由全民健康保險給付（以下簡稱健保），推估健保花費約 1.8 億元²。

《病主法》規定「預立醫療照護諮商」為「預立醫療決定」前須踐行之程序，提供健保給付固有其必要，然而，相較於《安寧緩和醫療條例》中末期病人立意願書以選擇安寧緩和醫療或作維生醫療，並未規定須事先諮商³，《病主法》強制「預立醫療照護諮商」程序是否有其必要？「預立醫療決定」是《病主法》最重要的制度設計，然

¹ 本報告有關年分之使用，原則以民國紀年表述，惟涉及外國法制或立法部分，改採西元紀年表述。

² 預立醫療照護諮商費約 2,250 至 3,500 元。謝佳君，〈《病主法》上路 全台 77 家醫院提供諮商、每小時最高收費 3,500 元〉，《康健雜誌》，108 年 1 月 3 日，網址：<https://www.commonhealth.com.tw/article/78751>，最後瀏覽日期：113 年 9 月 16 日。

³ 為鼓勵安寧緩和醫療及末期病人預立醫囑，我國自 101 年 12 月起，全民健康保險增列「緩和醫療家庭諮詢費」，由醫師協助末期住院病人召開家庭會議，會議至少討論 1 小時，協助簽署相關意願書（例如不實施心肺復甦術 Do not resuscitation, DNR），並做成完整會議紀錄。104 年 2 月調高支付點數，從每次支付 1,500 點調高為 2,250 點，每人每院申請 1 次放寬為 2 次，除住院重症末期病人外，亦納入急診末期病人。衛生福利部中央健康保險署，〈加強推動臨終照護服務 健保署加碼調高安寧療護支付點數〉，104 年 2 月 13 日，https://www.nhi.gov.tw/News_Content.aspx?n=FC05EB85BD57C709&sms=587F1A3D9A03E2AD&ss=8BA243970C0C2DA8，最後瀏覽日期：113 年 9 月 16 日。

而，「預立醫療決定」是否便落實病人自主及化解病人家屬間的紛爭？醫療機構或醫師是否須執行？「預立醫療決定」主體是否該限制為具「完全行為能力」之人？「二親等內之親屬」是否包括配偶？極重度失智者受苦的是照顧者而非當事人，執行預立醫療決定時，該注意什麼？針對上述疑義，擬進行研析，並提出相關建議，俾供本院委員問政及修法參考。

貳、病人自主權與醫師專業自主

《病主法》規定，具完全行為能力之意願人，透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，於特定臨床條件（「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」或「其他經中央主管機關公告之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解決方法之情形⁴」）時，接受或拒絕「維持生命治療」（Life-Sustaining Treatment, LST）或「人工營養及流體餵養」（Artificial Nutrition and Hydration, ANH）之全部或一部。

《病主法》第 9 條對於預立醫療決定之程序有嚴格的要求，第 14 條對於執行預立醫療決定亦有詳細地規範。看似尊重病人意願達到病人自主，但有專家提出質疑：「如果尊重過去留下的意念，對現在的你算是一種自由選擇的死亡嗎⁵？」「知道意願是為了病人的無憾，還是周遭人的無愧？」病人在理性層面雖可清楚明白兩種選擇的結局及利弊，但情感層面卻往往難以作出決定。「我不想活了，但我

⁴ 「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解決方法之情形」包括：1.囊狀纖維化症、2.亨丁頓式舞蹈症、3.脊髓小腦退化性動作協調障礙、4.脊髓性肌肉萎縮症、5.肌萎縮性側索硬化症、6.多發性系統萎縮症、7.裘馨氏肌肉失養症、8.肢帶型肌失養症、9.線狀肌肉病變、10.原發性肺動脈高壓、11.遺傳性表皮分解性水泡症、12.先天性多發性關節攣縮症。衛生福利部公告，110 年 4 月 13 日，衛部醫字第 1101661853 號。

⁵ 謝宛婷，〈自由選擇的死亡與適切的死亡——談荷蘭失智婦人的死亡意念與法律判決〉，《月旦醫事法報告》，第 39 期，109 年 1 月，頁 125。

並不想死」這是病人的心聲，病人的求死並不是真的求死，而是一種渴望解脫現況的意念，因為健康狀況是僅屬於一個人的身上事務，倘若不終結生命現況便難以解脫，因此只能求死，但與此同時，還是會因為片刻的含飴弄孫、生意順利、友人的關懷，而感覺有短暫的盼望，並產生「或許多活一陣子也不錯吧！日子好像也不是分分秒秒都那麼難以忍受」的心態而渴望活著⁶。如果因為無法再次確認意願就不能執行，那麼人們只能在不願意苟活的狀態下殘喘；如果因為無法再次確認意願就執意執行，那麼人們又失去隨時可以改變其意志的自由⁷。

有學者認為，病人自主權並未賦予病人要求醫師提供無效醫療之權利，醫師依專業照護標準認為特定介入手段於特定病人身上為無效時，基於行善與不傷害原則，甚至有義務不提供。自主原則與其他倫理原則或價值相較起來，並非絕對立於優勢地位，自主原則並沒有賦予病人或親屬要求一切醫療行為的權利，醫師仍然必須基於不傷害原則及行善原則判斷特定的治療或醫療行為是否適當⁸。另有學者提醒「勿將醫師的角色降為審視患者的臨床條件是否符合《病主法》之規定。病人的自主需依賴醫師的專業自主，方能獲得適切照護」⁹。而上述主張，正是《病主法》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。」存在的意義，否則此項規定形同架空整部法律。

⁶ 同前註，頁 122、123。

⁷ 謝宛婷，同註 5，頁 122。

⁸ 林欣柔，〈病人決定？醫師決定？健保決定？—論無效醫療之成因、定義及倫理意涵〉，《中研院法學期刊》，第 24 期，108 年 3 月，頁 195、211。

⁹ 司馬忠，〈《病人自主權利法》中極重度失智症者的權益議題〉，《哲學與文化》，第 51 卷，第 3 期，113 年 3 月，頁 9。

參、問題研析與建議

一、預立醫療決定意願人及預立醫療決定範圍（病人自主權利法第 8 條）

（一）預立醫療決定之意願人

《病主法》第 8 條第 1 項規定：「具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。」按民法所謂行為能力，乃指得以獨自之意思表示使其行為發生法律上效果之資格。當事人的「意思自由」及「意思自治」是近代民法的基本原則，故「行為能力」須以「意思能力」為其前提或判斷標準。意思能力指可以判斷自己的行為在法律上效果的精神能力，其意義與民法第 187 條¹⁰中所提到的「識別能力」相同。關於識別能力，民法未設定義規定，立法理由則認係「辨別是非利害的能力」，而其所謂是非利害，非指善惡而言，乃指法律上的是非利害。而法律上所謂的「行為能力」，則是指「法律行為能力」，主要著重在行為的法律效果，是在特定的法律情境下承認行為人的意思能力或辨識能力之後，才同意其具有「行為能力」¹¹。簡言之，民法所謂行為能力，係指法律行為能力而言，即能獨立依自己行為而使其發生法律上一定效力之能力¹²。另外，刑法所謂責任能力，係指行為人擔負罪責的能力，亦即具有判斷不法與否的辨識能力，並依此辨識而為行為的控制能力。反過來說，欠缺辨識能力或

¹⁰ 民法第 187 條：「無行為能力人或限制行為能力人，不法侵害他人之權利者，以行為時有識別能力為限，與其法定代理人連帶負損害賠償責任。行為時無識別能力者，由其法定代理人負損害賠償責任。（第 1 項）前項情形，法定代理人如其監督並未疏懈，或縱加以相當之監督，而仍不免發生損害者，不負賠償責任。（第 2 項）如不能依前二項規定受損害賠償時，法院因被害人之聲請，得斟酌行為人及其法定代理人與被害人之經濟狀況，令行為人或其法定代理人為全部或一部之損害賠償。（第 3 項）前項規定，於其他之人，在無意識或精神錯亂中所為之行為致第三人受損害時，準用之。（第 4 項）」

¹¹ 曾建元、李瑞全、陳祖裕，〈行為能力與病人抉擇〉，《立法院院聞》，第 33 卷，第 4 期，94 年 4 月，頁 64。

¹² 郭振恭，民法（修訂第 13 版），臺北：三民，107 年，頁 28。

控制能力者，就是無責任能力人¹³。是以，民法所稱行為能力與刑法所稱之責任能力，皆以意思能力為依據。

與本條文類似，醫療相關法律於施行人體試驗前、人體研究前、活體器官捐贈前，須取得當事人書面同意，當事人須具備之能力，皆為「意思能力」。例如：《醫療法》第 79 條第 1 項：「醫療機構施行人體試驗時，應善盡醫療上必要之注意，並應先取得接受試驗者之書面同意；接受試驗者以『有意思能力』之成年人為限。但顯有益於特定人口群或特殊疾病罹患者健康權益之試驗，不在此限。」；《人體研究法》第 12 條第 1 項：「研究對象除胎兒或屍體外，以『有意思能力』之成年人為限。但研究顯有益於特定人口群或無法以其他研究對象取代者，不在此限。」；《人體器官移植條例》第 8 條第 1 項第 1 款、第 2 款：「醫院自活體摘取器官施行移植手術，除第二項另有規定外，應符合下列各款規定：一、捐贈者應為二十歲以上，且『有意思能力』。二、經捐贈者於自由意志下出具書面同意，及最近親屬之書面證明。……」。而《病主法》第 15 條規定：「醫療機構或醫師對前條第一項第一款及第五款之病人，於開始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及範圍。」亦是向有「意思能力」之意願人確認「預立醫療決定」之內容及範圍。

由於精神障礙者不一定受監護宣告或輔助宣告，未為上述宣告之精神障礙成年人則為行為能力人，為免精神障礙者所預立之意願書並非其真摯的意願；且鑑於醫療相關法律用語皆為「意思能力」而非「行為能力」，爰建議第 8 條第 1 項之「具完全行為能力之人」改為「具意思能力之成年人」。

（二）預立醫療決定之範圍

《病主法》第 14 條第 1 項序言：「病人符合下列臨床條件之一，

¹³ 林鈺雄，刑法總則（第 8 版），臺北：漢林，109 年，頁 299-300。

且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、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：……」，第 8 條第 2 項用語與之不同，鑑於預立醫療決定目的在於「拒絕（包括終止、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，爰建議修正用語與第 14 條第 1 項序言一致。

二、預立醫療決定之程序（病人自主權利法第 9 條）

（一）預立醫療決定前程序性質

《病主法》的立法目的旨在促進人民透過自主權之行使達到善終與好死，而非有意要限制病人之拒絕治療權。有學者主張：

應依照我國憲法所架構之法體系對《病主法》第 7 條之「無故」進行目的性擴張解釋，對第 8 條、第 9 條及第 14 條進行目的性限縮解釋。這些規定乃為「輔助」病人在無意思能力時，確認其推測意願的工具性規定。這些法條中的作為義務人並非病人，而是國家，立法者敦促國家應建立制度（ACP），發展工具（AD），輔助病人的自主意願在其失去意思能力時仍得執行。18 歲以上心智健全之成年人，不管疾病種類與疾病病程，若要事先做出拒絕維生醫療的決定，都「可以」透過 ACP 來輔助其制定 AD 來行使拒絕治療權，但不是「只能」透過 ACP+AD 此 1 種途徑來表達意願。誠然，攸關生死的決定必須慎重，但要求慎重並不必然只有 1 種方法。植物人或重度失智病人若有依照《病主法》之規定經過 ACP 預立 AD，當然在相關醫療情境滿足時，可以拒絕維生醫療；但若沒有 ACP+AD，只要病人家屬能夠提出「明白及具說服性」（clear and convincing）的書面證據來證明病人本人之意願，該意願還是應該受到重視。例如，家屬發現病人的日記，

或病人的錄影影片，表明自己願意在植物人的情況之下接受 1 年的管灌餵食，但不願意接受洗腎；當超過 1 年之後，也不願意接受管灌餵食。若此日記與錄影影片確實是病人本人意思清楚時所製作，難道就因為沒有經過 ACP 程序，就不需要尊重嗎¹⁴？

當病人有「明白及具說服性」的書面證據，明示表示拒絕治療，而醫師與病人之代理人對此拒絕也無爭議時，無意思能力病人之拒絕治療權可透過合目的性解釋《病主法》第 7 條之「不得無故」來加以實現，並不受《病主法》第 9 條與第 14 條之程序限制¹⁵。

學者進一步指出，國際間針對病人自主有兩種不同性質的立法例，針對「消極安樂死」（又稱「自然死」）的「輔助自主式立法」，與針對「積極安樂死」（又稱「尊嚴死」）的「阻卻違法式立法」。兩種不同的立法，是處理不同的議題，有不同的規範重點，以及不同的解釋方向。「自然死」的法理基礎在於病人的自主拒絕治療，因此關於自然死的立法例上，最重要之點在於確認病人意願的自主性¹⁶。

我國《病主法》之性質乃是在「自然死」範疇下的「輔助自主式立法」，而非「尊嚴死」範疇下的「阻卻違法式立法」。因此，所有《病主法》的程序性規定，都應該從寬解釋為「非」強制性，而是便宜性、工具性的舉證規定。當病人本人意識清楚時，其可以自主性的選擇其所欲之醫療，拒絕一切其不想要的醫療，但當病人本人無意思能力時，《病主法》創設一套流程，來輔助病人自主意願的預先表達。若依照該流程所預立之 AD，就「推定」

¹⁴ 楊秀儀，〈再論病人之拒絕治療權：病人自主權利法施行之後〉，《臺大法學論叢》，第 50 卷，第 3 期，110 年 9 月，頁 850。

¹⁵ 同前註，頁 851。

¹⁶ 楊秀儀，同註 14，頁 851。

是當事人的真意，但不表示只有依照該流程之意願才是自主意願。只要有「明白及具說服性」之證據確認拒絕治療符合當事人「可推測意願」，而醫師及家屬對該拒絕治療也沒有爭議時，就無法律介入之必要，應盡力尊重病人自主，這種對《病主法》的合目的性解釋不僅符合國際潮流，符合《病主法》的立法目的，也符合社會大眾對這部法律之期待¹⁷。

（二）預立醫療決定前強制諮商之必要性探討

《病主法》第 9 條規定：「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。三、經註記於全民健康保險憑證。（第 1 項）意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。（第 2 項）第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。（第 3 項）意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。（第 4 項）提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。（第 5 項）」第 1 項明定預立醫療決定程序要件。基於病人處於特定臨床條件下，要求拒絕施行或要求撤除維持生命治療或人工營養及流體餵養全部或一部，將危及其生命安全，為求慎重並尊重醫療的專業自主，明定意願人之預立醫療決定應經醫療機構提供預

¹⁷ 楊秀儀，同註 14，頁 852。

立醫療照護諮商與核章、公證或見證及註記於健保憑證，以調和病人自主與醫療專業，透過共融決策促進醫病關係的和諧。

從第 9 條可知，對於預立醫療決定採取相當嚴謹程序，不僅必須經過主管機關認可醫療機構之多元專業團隊的照護諮商，且須有二親等以內親屬至少 1 人及醫療委任代理人共同參與核章，再經公證或見證及註記於健保憑證。此嚴謹的程序不僅在確保意願人理解預立醫療決定的內容，以及促使意願人與其家屬、醫療委任代理人對話，也有預防紛爭的功能，包括透過照護諮商確定意願人的意思能力，以及讓家屬理解意願人的選擇，並與意願人形成共識¹⁸，以減少將來執行預立醫療決定之衝突。然而，此程序也被認為是國人難以預立醫療資源的原因。除了花費與近用照護諮商資源的問題以外，雖有研究顯示國人願意參與照護諮商，但是否願意讓家屬一同參與，與家人討論此事，卻並不明確¹⁹。研究結果中受訪者多數願意參與諮商照顧，但僅少數願意預立醫療決定²⁰，亦或可推知縱使參與照護諮商，本人也不必然能產生明確且得以成文化的意願，甚或是排斥將意願成文化，這也顯示預立醫療決定的爭議所在：人們因為決定困難，而推遲做死亡相關的決定，或者人們的意願是流動的、不斷變化的²¹。另學者指出：

我國法律與政策的目前重點，多在提升簽署預立醫療決定的數量，而照護諮商的程序要件雖然有其用意，幾年的實施經驗卻也似乎被描述為預立醫療決定的障礙。有學者認為，應該將此二者

¹⁸ Daniel Fu-Chang Tsai, The Law and Practice of Advance Directives in Taiwan, in *Advance Directives Across Asia* 75, 82. 轉引自張兆恬，〈預立的自主、流動的自主、關係的自主——省思病人自主權利法下預立醫療決定的法律與倫理議題〉，《月旦法學雜誌》，第 345 期，113 年 2 月，頁 127。

¹⁹ 吳佳穎等，〈住院病患家屬對病人自主權利法的認知、態度及預立醫療決定的行為意向〉，《臺灣衛誌》，第 39 卷，第 3 期，109 年 6 月，頁 342。

²⁰ 同前註，頁 342。

²¹ 張兆恬，同註 18，頁 128。

加以脫鉤：其一，縱使是未經過照護諮商，只要是病人確實具有意思能力的決定，便是有效力的意思表示。照護諮商有助於個人知情以及溝通，然而是否願意經過這樣的程序，應是屬於個人選擇的範疇，而非作為個人行使自主權的限制；再者，弱勢者難以進用照護諮商，也可能成為其難以行使自主權的原因，是以，照護諮商程序應該是選擇性的，而非強制程序。其二，雖然認為照護諮商不須強制，但政策上應更為鼓勵國人參與，而非僅是著力於增加預立醫療決定的數目，因為此程序有助於促進本人思考與表達自己的偏好，並且與潛在的代理人——無論是家屬或者醫療委任代理人——進行對話，可能才更能傳達本人的意願。而照護諮商最終未必須要作成預立醫療決定，未作成任何最終決定也並非表示這是徒勞的程序，而是反映個人的臨終醫療決定是持續、動態的自我思索與他人對話的過程²²。

綜上（一）（二），現行強制預立醫療照護諮商並無必要，《病主法》第9條第1項所列，預立醫療決定：「一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。三、經註記於全民健康保險憑證。」前二款都是「明白及具說服性的書面證據」，均足以證明病人意願，所以只要其中之一即可，爰建議第9條第1項序言修正為：「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定之一：……」。至於第3款註記於全民健康保險憑證，為前二款預立醫療決定之註記，爰參酌《安寧緩和醫療條例》第6條之1²³之規定，增訂第2項。

²² 張兆恬，同註18，頁128。

²³ 《安寧緩和醫療條例》第6條之1規定：「經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願

(三)「二親等內之親屬」是否包含配偶之探討

目前各醫院對於《病主法》第9條第2項「二親等內之親屬」範圍是否包含配偶，認定意見不一。有些醫院認定二親等親屬不包含配偶，進而使得配偶被排除在預立醫療照護諮商參與人範圍之外，惟如此是否妥當，不無疑問。有學者指出，單就法條文字之文義觀之，法律用詞上稱夫妻者，指互為配偶，是一個獨立身分，親屬可區分為血親與姻親，並設有親等之計算，而親屬之定義在現行法下不包含配偶，對此過去親屬法學說容有不同見解，如舊民法第416條第1項之親屬是否包含配偶，即有爭議，最終為了保障配偶免於被受贈人侵害、定紛止息與維持親屬範圍具體之限定主義，而於88年修法明文將配偶列入²⁴。

因此，從文義觀之，吾人無法馬上斷定《病主法》第9條第2項「二親等內之親屬」當然包含配偶。親屬法中關於親屬範圍之認定，採具體限定主義，有學者認為親屬是否包含配偶之爭議實益不大，但實際不然，以民法第1131條「親屬會議會員」為例，文義上並無配偶，若以具體限定主義，法條文字既無配偶，解釋上即不包含配偶。但如此解釋會導致配偶淪於附屬家屬，而不能成為基本家屬之結果²⁵。同理，在《病主法》第9條第2項「二親等內之親屬」，亦會導致相同之問題，即相伴多年的配偶卻在病患規劃人生最後一哩路時，成為不相干親屬之荒謬結果。依目前通說，所謂親屬包括血親及姻親，似乎不包括配

時，應通報中央主管機關廢止該註記。(第1項)前項簽署之意願書，應由醫療機構、衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。(第2項)經註記於健保卡之意願，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。(第3項)。

²⁴ 侯英鈴，〈配偶不能參加病人自主預立醫療決定之諮商？〉，《醫事法學》，第40期，109年2月，頁126。

²⁵ 戴炎輝、戴東雄、戴瑀如，《親屬法》，自版，103年8月，頁34。陳棋炎、黃宗樂、郭振恭，《民法親屬新論》，臺北市：三民書局，107年9月，頁32。

偶。但配偶為親屬關係發生之源頭，因為生育乃血親發生之原因，而結婚乃姻親發生之原因，若作為親屬發生之源頭的配偶非當然親屬，法律上解釋之結果恐將嚴重與一般人之感情與理解相左。因此，學者認為現行民法上之親屬，宜分類為血親、姻親及配偶²⁶。

與《病主法》最相關之規定非《安寧緩和醫療條例》莫屬，該條例第7條第4項即明白列舉最近親屬之順位，配偶為第一順位；《人體器官移植條例》第8條之1所稱最近親屬順位，也以配偶為第一順位；《人體研究法》第12條最近關係人之第一順位也是配偶。由此可見，在涉及與本人生命、身體有明顯影響之重大決定時，避免親屬間之不同意見、尊重本人之意願真實性，並尊重配偶作為最近親屬之當然親屬，如此規範方最符合一般人之法律情感²⁷。爰建議第9條第2項明定「配偶」為參與預立醫療照護諮商之人。但書亦配合增訂。

三、執行預立醫療決定之臨床條件—極重度失智者之探討（病人自主權利法第15條）

《安寧緩和醫療條例》僅適用於末期病人，《病主法》尚有第14條第1項其他各款情形，《病主法》除擴大適用對象外，在拒絕醫療部分，亦擴大範圍可拒絕接受人工營養及流體餵養。詳言之，《安寧緩和醫療條例》可選擇是否施行心肺復甦術（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）²⁸或維生醫療（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）；《病主法》可選擇接受或拒絕維持

²⁶ 同前註，頁34。

²⁷ 侯英鈴，同註24，頁129。

²⁸ 《安寧緩和醫療條例》第3條第3款。

生命治療（包括心肺復甦術、機械式維生系統²⁹、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施）或人工營養（靜脈注射水分及營養）及流體餵養（鼻胃管灌食、胃造瘻灌食等延命措施³⁰）。

有學者認為《病主法》過度強調病人的自主性，容易忽略這類患者罹病後自主的轉變與簽署 AD 時價值觀的呈現，以致無法掌握病人自主的真義，爰建議在實際的醫療場域，勿將醫師的角色降為審視患者的臨床條件是否符合《病主法》之規定。即病人的自主需依賴醫師的專業自主，方能獲得適切照護。醫病雙方的自主須對等，且彼此間的鴻溝也須持續對話，相互尊重才能建立信賴關係。人工營養與流體餵養（ANH）或維持生命醫療（LST）通常是維持生命所必需，針對末期病患，可本於良心拒絕不相稱的 LST，但基本所需的 ANH 在未造成負擔時仍應及時提供。現今《病主法》所主張的臨床條件，患者並非全然處於末期狀態，也未考慮給予 ANH 或 LST 的利弊。其中納入非屬生命末期的失智症病人，在行使醫療拒絕權的同時，可能由於人為因素而縮減生命，而有被動安樂死之虞。因此，除非確知給予 ANH 或 LST 將使患者過度受苦或造成負擔，無益於延長生命或提升生活品質，否則提供極重度失智症者相稱的 ANH 與 LST 是基本原則。失智症患者無論在病程發展或病徵呈現上有諸多差異，在簽署 AD 時單憑想像所做的決定與患病後的實際情況不盡相同，須根據患

²⁹ 機械式維生系統如呼吸器、葉克膜、洗腎機等。衛生福利部，〈一般民眾—預立醫療決定意願問題〉，預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統，網址：https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/QA/general_a.aspx，最後瀏覽日期：113 年 9 月 26 日。安寧照顧基金會，病人自主權利法預立醫療照護諮商，110 年，網址：https://www.hospice.org.tw/sites/default/files/attfiles/2021%E9%A0%90%E7%AB%8B%E9%86%AB%E7%99%82%E7%85%A7%E8%AD%B7%E8%AB%AE%E5%95%86%E8%AA%AA%E6%98%8E%E5%B7%A5%E5%85%B7_%E6%84%8F%E9%A1%98%E4%BA%BA%E7%89%88.pdf，最後瀏覽日期：113 年 9 月 26 日。

³⁰ 衛生福利部，同前註。

者個別狀況進行「普通或特殊」、「利益與負擔」的權衡。因此，學者建議即使是這類患者已預先簽署拒絕 ANH 或 LST，亦應尊重醫師的專業自主，不應草率僅憑 AD 執行醫療決策³¹。

針對「極重度失智者」，作者於 107 年即主張，其雖然心智障礙，但其他生理機能良好者不在少數，透過適當照顧很可能可以長期存活，其與「末期病人」、「不可逆轉之昏迷狀況」、「永久植物人狀態」，是病人本身受苦的情況不同，將之與「末期病人」、「不可逆轉之昏迷狀況」、「永久植物人狀態」並列並不適當；同時提出兩點建議摘要如下³²：1. 為避免「極重度失智」判定過於寬鬆，建議增訂「持續觀察一定期間並無改善」之規定³³，以因應重度失智病人可能逆轉之病情。2. 極重度失智病人仍可能保有殘存之意思能力，須予以尊重。建議第 15 條增訂針對「第 4 款」病人，於開始執行預立醫療決定前，應確認其意願，即修正為：「醫療機構或醫師對前條第 1 項第 1 款、第 4 款及第 5 款之病人，於開始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及範圍。」

肆、結論

茲就預立醫療決定意願人及預立醫療決定範圍、預立醫療決定程序、執行預立醫療決定之臨床條件其中極重度失智情況等議題加以檢討後，提出相關建議如下，俾供委員於問政及審查法案參考：

³¹ 司馬忠，同註 9，頁 14。

³² 李郁強，〈病人自主權利法中極重度失智病人醫療決定之研析〉，編號 R00560，臺北市：立法院法制局，107 年 10 月。

³³ 《病人自主權利法施行細則》第 13 條規定：「本法第十四條第一項第四款所稱極重度失智，指確診失智程度嚴重，持續有意識障礙，導致無法進行生活自理、學習或工作，並符合下列情形之一者：一、臨床失智評估量表（Clinical Dementia Rating）達三分以上。二、功能性評估量表（Functional Assessment Staging Test）達七分以上。（第 1 項）前項確診，應由二位神經或精神醫學相關之專科醫師為之。（第 2 項）」。並無持續觀察一定期間之規定。

- 一、醫療相關法律取得當事人書面同意，當事人須具備之能力，皆為「意思能力」而非「行為能力」。爰建議將第 8 條第 1 項「具完全行為能力之人」改為「具意思能力之成年人」。
- 二、預立醫療決定目的在於「拒絕（包括終止、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，爰建議修正第 8 條第 2 項用語與第 14 條第 1 項序言一致。
- 三、照護諮商有助於個人知情以及溝通，然而是否願意經過這樣的程序，應是屬於個人選擇的範疇，而非作為個人行使自主權的限制。預立醫療照護諮商應以鼓勵取代強制，只要病人家屬能夠提出「明白及具說服性」的書面證據，可證明病人本人之意願即可。即符合第 9 條第 1 項各款之一即可，爰建議將第 9 條第 1 項序言增訂「之一」等文字。第 1 項第 3 款註記於全民健康保險憑證，為前二款預立醫療決定之註記，其效力與書面相同。但意願人依前條以書面撤回或變更時，以書面為準。爰建議增訂第 2 項。
- 四、鑑於相關醫療法律之最近親屬第一順位均為「配偶」，爰建議第 9 條第 2 項明定「配偶」為參與預立醫療照護諮商之人。但書亦配合增訂。
- 五、鑑於極重度失智病人仍可能保有殘存之意思能力，須予以尊重，爰建議第 15 條增訂對極重度失智者執行預立醫療決定前，應向其確認，即增訂「、第四款」等文字。

伍、條文對照表

病人自主權利法第八條、第九條及第十五條建議修正條文對照表

本報告建議條文	現 行 條 文	說 明
第八條 具<u>意思</u>能力之<u>成年人</u>，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。 前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，<u>終止、撤除或不施行</u>維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。 預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。	第八條 具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。 前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。 預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。	一、由於精神障礙者不一定受監護宣告或輔助宣告，未為上述宣告之精神障礙成年人為行為能力人，為免精神障礙者所預立之意願書並非其真摯的意願，爰參酌醫療法第七十九條第一項、人體研究法第十二條第一項、人體器官移植條例第八條第一項第一款、第二款等規定，建議第一項「具完全行為能力之人」修正為「具意思能力之成年人」。 二、鑑於預立醫療決定目的在於「拒絕（包括終止、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，爰建議修正第二項，俾與第十四條第一項序言用語一致。
第九條 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定之一： 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。 二、經公證人公證或具有完全行為能力者	第九條 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定： 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。 二、經公證人公證或具有完全行為能力者	一、照護諮商有助於個人知情以及溝通，然而是否願意經過這樣的程序，應是屬於個人選擇的範疇，而非作為個人行使自主權的限制。預立醫療決定諮商應以鼓勵取代強制，只要病人家屬

二人以上在場見證。 <u>前項預立醫療決定，得註記於全民健康保險憑證，該註記之效力與書面相同。但意願人依前條以書面撤回或變更時，以書面為準。</u> 意願人、配偶、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但<u>配偶、二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。</u> 第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。 意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。 提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。	二人以上在場見證。 三、經註記於全民健康保險憑證。 意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。 第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。 意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。 提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。	能夠提出「明白及具說服性」的書面證據得證明病人本人之意願即可。爰建議第一項序言增訂「之一」。 二、第一項第三款註記於全民健康保險憑證，為前二款預立醫療決定之註記，其效力與書面相同。但意願人依前條以書面撤回或變更時，以書面為準。爰建議增訂第二項。原第二項至第五項項次遞延。 三、參酌安寧緩和醫療條例第七條第四項、人體器官移植條例第八條之一、人體研究法第十二條等規定，最近親屬第一順位均為「配偶」，尊重配偶作為最近親屬之當然親屬，如此規範方最符合一般人之法律情感，爰建議修正第二項，明定「配偶」為參與預立醫療照護諮商之人。但書亦配合增訂。
第十五條 醫療機構或醫師對前條第一項第一款、第四款及第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有	第十五條 醫療機構或醫師對前條第一項第一款及第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思	極重度失智病人仍可能保有殘存之意思能力，須予以尊重，即對於極重度失智者執行預立醫療決定前應向其確認。爰建議

意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。	能力之意願人確認該決定之內容及範圍。	增訂「、第四款」等文字。
----------------------	--------------------	--------------

參考文獻

一、政府出版品

李郁強，〈病人自主權利法中極重度失智病人醫療決定之研析〉，
編號 R00560，臺北市：立法院法制局，107 年 10 月。

二、書籍

1、郭振恭，《民法》（修訂第 13 版），臺北市：三民，107 年。

2、林鈺雄，《刑法總則》（第 8 版），臺北市：漢林，109 年。

3、戴炎輝、戴東雄、戴瑀如，《親屬法》，自版，103 年。

三、期刊論文

1、司馬忠，〈《病人自主權利法》中極重度失智症者的權益議題〉，《
哲學與文化》，第 51 卷，第 3 期，113 年 3 月，頁 3-18。

2、林欣柔，〈病人決定？醫師決定？健保決定？—論無效醫療之成因
、定義及倫理意涵〉，《中研院法學期刊》，第 24 期，108 年 3 月
，頁 195-254。

3、吳佳穎等，〈住院病患家屬對病人自主權利法的認知、態度及預立
醫療決定的行為意向〉，《臺灣衛誌》，第 39 卷，第 3 期，109 年 6
月，頁 342-349。

4、侯英泠，〈配偶不能參加病人自主預立醫療決定之諮商？〉，《醫事
法學》，第 40 期，109 年 2 月，頁 124-130。

5、張兆恬，〈預立的自主、流動的自主、關係的自主—省思病人自主
權利法下預立醫療決定的法律與倫理議題〉，《月旦法學雜誌》，第
345 期，113 年 2 月，頁 119-132。

- 6、曾建元、李瑞全、陳祖裕，〈行為能力與病人抉擇〉，《立法院院聞》，第 33 卷，第 4 期，94 年 4 月，頁 61-78。
- 7、楊秀儀，〈再論病人之拒絕治療權：病人自主權利法施行之後〉，《臺大法學論叢》，第 50 卷，第 3 期，110 年 9 月，頁 789-865。
- 8、謝宛婷，〈自由選擇的死亡與適切的死亡——談荷蘭失智婦人的死亡意念與法律判決〉，《月旦醫事法報告》，第 39 期，109 年 1 月，頁 120-125。

四、網路資源

- 1、衛生福利部中央健康保險署，〈加強推動臨終照護服務 健保署加碼調高安寧療護支付點數〉，104 年 2 月 13 日，https://www.nhi.gov.tw/News_Content.aspx?n=FC05EB85BD57C709&sms=587F1A3D9A03E2AD&s=8BA243970C0C2DA8，最後瀏覽日期：113 年 9 月 16 日。
- 2、謝佳君，〈《病主法》上路〉全台 77 家醫院提供諮商、每小時最高收費 3,500 元〉，《康健雜誌》，108 年 1 月 3 日，<https://www.monhealth.com.tw/article/78751>，最後瀏覽日期：113 年 9 月 16 日。
- 3、衛生福利部，〈一般民眾—預立醫療決定意願問題〉，預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統，網址：https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/QA/general_a.aspx，最後瀏覽日期：113 年 9 月 26 日。
- 4、安寧照顧基金會，病人自主權利法預立醫療照護諮商，110 年，網址：<https://www.hospice.org.tw/sites/default/files/attfiles/2021%E9>

%A0%90%E7%AB%8B%E9%86%AB%E7%99%82%E7%85%A7
%E8%AD%B7%E8%AB%AE%E5%95%86%E8%AA%AA%E6%9
8%8E%E5%B7%A5%E5%85%B7_%E6%84%8F%E9%A1%98%E4
%BA%BA%E7%89%88.pdf，最後瀏覽日期：113 年 9 月 26 日。

附錄：「預立醫療決定相關法制研析」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形

時間：113 年 10 月 24 日（星期四）下午 2 時 30 分

地點：立法院法制局 304 會議室

主席：呂組長文玲

紀錄：李郁強、趙俊祥

參加人員：

一、學者專家

臺灣大學國家發展研究所

張副教授兆恬

二、衛生福利部

醫事司

李科長孟娟

三、本局出席人員

蔡研究員琮浩

陳副研究員建權

林助理研究員淑靜

發言要點：

臺灣大學國家發展研究所張副教授兆恬：

- 一、第 8 條：（一）報告建議將「完全行為能力人」改為「具意思能力之成年人」，個人非常贊同。CRPD 國家報告指出，我國法規很多決策限行為能力門檻過高，建議採支持性決策，即給予身心障礙者適當表示意見的機會。民法的行為能力是指財產或交易，有些人或許判斷不到分析交易的利弊得失，但涉及身體、生命的決定，應更保障當事人的意思。此外，更進一步建議，考慮比照訂

立遺囑年齡，下降至 16 歲。(二)《安寧緩和醫療條例》第 7 條規定不施行心肺復甦術或維生醫療，沒有「接受」之規定，若《病主法》強調自主，則可以選擇「接受」，或可平衡讓人覺得《病主法》太強調放棄治療之印象。

二、第 9 條：(一) 預立醫療照顧諮商是我國法的特殊設計，立法者立意非常良善，經過家屬參與及充分說明後再做決定，但衍生費用門檻及是否需要強制的問題。從比較法來看，在美國預立醫療照護諮商不是必要程序，諮商與決定是分開的，可以參加諮商而不立決定。初稿第 9 頁提到，我國研究指出大部分人願意參與諮商，但僅少數願意預立醫療決定。這可能是因為面臨重大決定產生決策困難而延遲決定，不一定是因為諮商費用問題。有些病人不必 ACP，直接可以 AD，故立法政策可以考慮脫鉤。(二) 若第 9 條序言改為「之一」，則第 3 款有關健保註記，由本人直接讓健保署註記可能比較寬鬆，建議加上把關。(三) 贊同第 2 項加上「配偶」。

三、報告第 15 條加上第 4 款之建議，是國內文獻少關注、很好的想法，也是 CRPD 肯認的方向。

四、個人認為放寬預立醫療決定範圍或第 14 條第 1 項臨床條件，是《病主法》更根本的問題。例如耶和華見證人可否將「不輸血」寫在預立醫療決定中？美國對於任何醫療的想法都可以預立。

參採情形：

一、第一點意見，(一) 張副教授贊同將「完全行為能力人」改為「具意思能力之成年人」。至於年齡下降至 16 歲之建議，鑑於現行《醫療法》第 79 條第 1 項、《人體研究法》第 12 條第 1 項、《人

體器官移植條例》第 8 條第 1 項均規定「有意思能力之成年人」，爰維持本報告建議。(二) 執行預立醫療決定之條文規定於《病主法》第 14 條，該條文第 1 項序言：「病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、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：……」，鑑於預立醫療決定目的在於「拒絕（包括終止、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，爰建議修正第 8 條第 2 項與第 14 條第 1 項一致。

二、第二點意見，(一) 張副教授認為 ACP 及 AD 可考慮脫鉤，與本報告認為無須強制諮商之看法一致。(二) 第 9 條第 1 項第 3 款，經參酌張副教授、陳副研究員及林助理研究員意見後，增訂第 2 項「前項預立醫療決定，得註記於全民健康保險憑證，該註記之效力與書面相同。但意願人依前條以書面撤回或變更時，以書面為準。」。

三、第三點意見，係贊同本報告第 15 條之修正意見。

四、第四點意見，放寬臨床條件或預立醫療決定範圍之建議，涉及政策大幅更動，可作為後續研究之主題。

衛生福利部醫事司李科長孟娟：

一、第 8 條，第 1 項「完全行為能力」實務上臨床上是整體評估，有考量意思能力。第 2 項病人可以選擇「接受或拒絕」，若刪除「接受」，則病人少了選擇。

二、第 9 條，病人藉由諮商向家人表達意願。立法時認為配偶涵蓋在「二親等內」，不過許多法律確實將「配偶」分開寫。

三、第 15 條，實務上「極重度失智者」幾乎沒有意思能力，經過兩

位醫師確診、團隊 2 次照會確認，有把關的機制。

四、第 14 條第 1 項臨床條件，其中第 5 款目前已經公告 12 項疾病。

參採情形：

一、第一點意見，係說明臨床上對意願人之意思能力，是進行整體評估。執行預立醫療決定之條文規定於《病主法》第 14 條，該條文第 1 項序言：「病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、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：……」，鑑於預立醫療決定目的在於「拒絕（包括終止、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，爰建議修正第 8 條第 2 項與第 14 條第 1 項一致。

二、第二點意見，係說明立法意旨，參與諮商之親屬包括配偶。

三、第三點意見及第四點意見，係說明法律施行現況。

蔡研究員琮浩：

一、我國《病主法》相較於其他衛生醫療法規，係一部以病人為主要規範對象之法律。病人之「身體權」屬於憲法規定之基本權利，爰尊重病人醫療自主係為本法第 1 條所揭櫫之「尊重病人醫療自主、保障其善終權益」立法精神。本報告回歸民法以意思自由貫徹私法自治（能為法律行為者方可成為法律行為之主體）之核心精神，其研析之方向可資同意，所提論點敬表認同。

二、有關本報告建議《病主法》第 15 條增訂針對「極重度失智者」於開始執行預立醫療決定前應確認其意願之規定，可表認同。惟依《病主法》施行細則第 13 條第 1 項規定：「本法第十四條第一項第四款所稱極重度失智，指確診失智程度嚴重，持續有意識障

礙，導致無法進行生活自理、學習或工作，並符合下列情形之一者：一、臨床失智評估量表（Clinical Dementia Rating）達三分以上。二、功能性評估量表（Functional Assessment Staging Test）達七分以上。」顯見《病主法》所稱之極重度失智者，屬「持續有意識障礙」，其認知功能缺損到已無法判斷什麼事可以做，什麼事不能做，僅存排除不適的本能³⁴，參酌《病主法》第 15 條後段之規定，《病主法》所稱之極重度失智者是否屬「有意思能力之意願人」及能否「確認該決定之內容及範圍」均有疑義，爰此，本報告建議之修正是否有其實益？或可再酌。

三、頁 1，註 2，〈《病主法》上路〉……〉，為免讀者誤解，建議前標註之符號可予修正。頁 9，第 2 段，「...除了花費與「進」（近）用照護諮商資源的問題以外，...」。頁 14，第 2 段，「建議本法...」依本報告體例修正為「《病主法》」。以上建請釐清修正。

參採情形：

- 一、第一點意見，係贊同本報告。
- 二、第二點意見，極重度失智病人仍可能保有殘存的意思能力，無論是否具有實益，基於對當事人的尊重，於開始執行預立醫療決定前，再次確認是必要的。
- 三、第三點意見，均採納並完成修正。

陳副研究員建議：

- 一、本報告第 6 頁，認為預立醫療決定目的在於拒絕（包括終止、撤回或不施行）維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，建議將《病主法》第 8 條第 2 項用語修正與第 14 條第 1 項

³⁴ 伊佳奇，〈該不該為極重度失智症長者插鼻胃管？〉，《康健雜誌》，104 年 9 月 30 日，網址：<https://www.commonhealth.com.tw/blog/1316>，最後瀏覽日期：113 年 10 月 16 日。

序言一致。惟原第 8 條第 2 項包含「接受」與「拒絕」維持生命治療，該建議刪除「接受」維持生命治療，但第 14 條列舉 5 項臨床條件，亦即病人可選擇在某些條件下「接受」維持生命治療，又在某些條件下「拒絕」維持生命治療，如刪除「接受」選項，反而壓縮病人自主選擇空間，該建議建請再予審酌。

二、本報告第 6 頁有關二、預立醫療決定之程序，引用學者之主張，《病主法》第 9 條對於預立醫療決定採取相當嚴謹程序，雖可減少將來執行預立醫療決定之衝突，但較高的門檻也可能是造成預立醫療決定比例較低（依相關數據顯示截至 112 年底，全國簽署占比不到成年人的 1%）的原因，其中預立醫療決定前強制諮商之必要性，確有檢討之必要，本報告建議將預立醫療決定諮商改為非強制性，敬表贊同。惟所建議《病主法》第 9 條第 1 項第 3 款經註記於全民健康保險憑證，似應符合第同項第 1 款或第 2 款之一，再完成健康保險憑證註記，即完成預立醫療決定。故建議將《病主法》第 9 條第 1 項修正為：「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定之一，並經註記於全民健康保險憑證：一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。」，敬請酌參。

三、本報告第 19 頁，四、網路資源 2、之最後瀏覽日期之句式與其他參考文獻之句式不同，建議統一格式，敬請酌參。

四、本報告其餘內容及建議事項，敬表尊重與贊同。

參採情形：

一、第一點意見，執行預立醫療決定之條文規定於《病主法》第 14

條，該條文第 1 項序言：「病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、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：……」，鑑於預立醫療決定目的在於「拒絕（包括終止、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，爰建議修正第 8 條第 2 項與第 14 條第 1 項一致。

二、第二點意見，經參酌張副教授、陳副研究員及林助理研究員意見後，增訂第 2 項「前項預立醫療決定，得註記於全民健康保險憑證，該註記之效力與書面相同。但意願人依前條以書面撤回或變更時，以書面為準。」。

三、第三點意見，採納並完成修正。

四、第四點意見，係贊同本報告意見。

林助理研究員淑靜：

一、初稿問題研析與建議二、（二）認強制預立醫療照護諮商並無必要，並建議將《病主法》第 9 條第 1 項序文規定修正為符合下列規定之一，其餘各款內容未修正，惟：（一）如該條第 1 款之預立醫療諮商非必要，有無保留該款之必要？（二）雖該條 3 款規定皆係用以證明病人之意願，惟各款之設計屬環環相扣，各款獨立時，醫療照護諮商時如何判斷？以該條第 3 款為例，倘該預立醫療決定經註記於全民健康保險憑證，可能經過該條第 1 項第 1 款、第 2 款程序進而加以註記，亦可能不符合，倘不符合時，究應要符合何種程序才能註記於全民健康保險憑證？

二、初稿問題研析與建議二、（三），建議於《病主法》第 9 條第 2 項本文增訂配偶亦應做為參與與預立醫療照護諮詢人員之一，敬表

贊同，惟該條但書未修正，倘病人配偶而有但書之情形，究否屬漏未規範？惠請補充說明。

參採情形：

一、第一點意見，（一）預立醫療諮商有助於病人、家屬及醫療機構取得共識，病人於醫療機構預立醫療決定時，仍有存在之必要。

（二）經參酌張副教授、陳副研究員及林助理研究員意見後，增訂第 2 項「前項預立醫療決定，得註記於全民健康保險憑證，該註記之效力與書面相同。但意願人依前條以書面撤回或變更時，以書面為準。」。

二、第二點意見，採納並完成修正。

散會：下午 3 時 35 分