

本報告僅供委員參考

論不可逆衰弱病人之醫療自主法制建構——
以人工營養及流體餵養為中心

法制局 李郁強 撰

中華民國 115 年 8 月

論不可逆衰弱病人之醫療自主法制建構—

以人工營養及流體餵養為中心

目 次

摘要

壹、前言.....	1
貳、人工營養及流體餵養（ANH）之法律定位.....	3
參、外國立法例.....	6
一、美國法：以病人自主及替代判斷為核心	6
二、德國法：以病人真意及推定真意為核心	8
三、英格蘭與威爾斯法：以最佳利益及法定決策程序為核心 ..	10
四、日本法：以共同決策（SDM）程序及最佳利益為核心	13
五、比較法評析	14
肆、現行法制之憲法及國際人權保障檢視	16
一、憲法第 22 條人格權及自主決定權之保障	16
二、憲法第 23 條比例原則之檢驗	17
三、身心障礙者權利公約（CRPD）之規範要求.....	18
伍、問題研析與建議.....	19
一、法定臨床條件未涵蓋不可逆衰弱病人（建議修正《病主法》 第 14 條）	19
二、預立醫療照護諮商（ACP）及預立醫療決定（AD）制度形 成程序門檻及其補充決策機制不足	21
三、建立完整代理決策制度（建議增訂《病主法》第 10 條之 1； 並修正第 14 條）	22
四、執行本法所定醫療決定前應確認病人意思能力及當下醫療意 願（建議修正《病主法》第 15 條）	26
陸、結論.....	28
柒、條文對照表.....	30

參考文獻.....	39
附錄：「論不可逆衰弱病人之醫療自主法制建構—以人工營養及流體 餵養為中心」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形	46

摘 要

隨著我國邁入超高齡社會，不可逆衰弱、高齡失能及重度失智病人快速增加，於施行人工營養及流體餵養後，如未及預立醫療決定即喪失意思能力，法制上面臨無法撤除之困境。本報告先探討人工營養及流體餵養之法律性質，說明其屬維持生命治療之一環，應依病人自主意願、醫療適應症及醫療效益綜合判斷，而非視為不得停止之基本生活照護；再透過比較法研究，分析外國對病人自主、代理決策及高齡醫療決策之制度發展，並檢討我國現行制度未將不可逆衰弱病人納入法定臨床條件、過度依賴預立醫療決定，以及欠缺病人代理決策機制等制度缺口；最後提出《病人自主權利法》增訂第 10 條之 1；並修正第 14 條及第 15 條條文之建議，俾供本院委員問政參考。

論不可逆衰弱病人之醫療自主法制建構— 以人工營養及流體餵養為中心

壹、前言

隨著我國邁入超高齡社會，高齡人口快速增加，失能、失智、多重慢性疾病及老年衰弱人口持續攀升，醫療決策所面臨之法律與倫理議題亦日益複雜。相較於過去醫療體系主要以急性疾病或癌症末期病人為核心，現今臨床照護更常面對長期處於功能衰退、身體功能持續下降¹，卻未符合「末期病人」²診斷標準之高齡患者。此類病人常因吞嚥障礙、反覆感染或多重器官功能退化，而高度依賴人工營養及流體餵養（Artificial Nutrition and Hydration, ANH）³維持生命，使 ANH 之開始、持續或終止，成為高齡醫療與生命倫理的重要議題。

依世界衛生組織（World Health Organization, WHO）及歐洲臨床營養與代謝學會（European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN）之見解⁴，衰弱係因生理儲備能力下降，導致個體對疾病及其他壓力事件之耐受能力降低，而非正常老化本身⁵。此類患者往往因吞嚥障礙而接受鼻胃管（Nasogastric Tube, NG Tube）、胃造口（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, PEG）或靜脈營養（Parenteral Nutrition）等人工營養支持。美國老年醫學會對於晚期失智症患者使用鼻胃管之立場聲明：當出現進食困難時，不建議對患有

¹ 陳慧君、黃素華、鄭金寶、楊榮森，〈老年衰弱症的營養處置〉，《臺灣醫學》，第 19 卷，第 5 期，104 年 9 月，頁 534。

² 《安寧緩和醫療條例》第 3 條對於「末期病人」之定義：「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，近期內病程進行至死亡已不可避免者。」

³ 本報告所稱「人工營養及流體餵養」（Artificial Nutrition and Hydration, ANH），係指以鼻胃管（Nasogastric Tube, NG Tube）、經皮內視鏡胃造口（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, PEG）或靜脈營養（Parenteral Nutrition）等方式提供營養及水分之維持生命醫療措施。

⁴ World Health Organization, World Report on Ageing and Health, 2015 年 9 月 29 日，網址：<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

⁵ Volkert D, et al., ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics, Clinical Nutrition, Vol.38, No.1, 2019, pp.10–47. 網址：<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005900/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 15 日。Fried LP et al., Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, J Gerontol A, 2001. 網址：<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

晚期失智症老人使用鼻胃管，而應提供細緻的手工餵食，因研究顯示，手工餵食在降低死亡率、減少吸入性肺炎、改善功能狀況與鼻胃管效果相當⁶。近年研究亦指出，對於不可逆衰弱（irreversible frailty）或重度失智患者而言，ANH 未必能改善存活率、功能恢復或生活品質，反而可能增加吸入性肺炎、感染、壓瘡及反覆住院等併發症⁷，當衰弱進展至不可逆階段時，患者即使接受積極醫療介入，整體功能亦難以恢復。因此，ANH 已不僅是醫療技術問題，更涉及病人自主權、生命尊嚴及醫療倫理等法律議題。

世界各國法制發展趨勢，ANH 已普遍被視為具有醫療性質之處置，而非絕對不得中止之基本生活照護。我國《病人自主權利法》（以下簡稱《病主法》）已明文將 ANH 納入病人得於法定臨床條件下拒絕、終止、撤除或不施行之醫療措施；相較之下，《安寧緩和醫療條例》雖將「維生醫療」定義為用以維持末期病人生命徵象、無治癒效果而只能延長瀕死過程之醫療措施，並未明文將 ANH 列為維生醫療，其於個案中是否屬於該條例所稱之維生醫療，因而存在法律解釋及醫療實務上之不同理解。此一法律定位之不明，尤於未作成「預立醫療決定」（Advance Decision, AD）之病人，更容易產生家屬得否代理決定停止或繼續 ANH 之疑義。《病主法》雖已擴大病人自主保障之適用範圍，仍未將臨床上日益增加之不可逆衰弱病人納入法定臨床條件，且高度依賴「預立醫療照護諮商」（Advance Care Planning, ACP）及 AD 制度，對於疾病快速惡化而未及完成 AD 即喪失意思能力之情形，尚欠缺完整之病人真意探求及代理決策機制，致醫療團隊即使認為持續施行 ANH 已無實益，仍可能因欠缺明確法律依據而傾

⁶ American Geriatrics Society, Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement, 2014 年 7 月 17 日，網址：<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12924>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

⁷ Sampson EL et al. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;2009(2), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19370678/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。元氣網，飲食照護／失智者不吃東西是因為「吞嚥困難」？症狀跡象、照顧技巧一次學會，聯合報，111 年 6 月 27 日，網址：<https://health.udn.com/health/story/10697/6409777>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

向持續施行，形成防禦性醫療。因此，在檢討不可逆衰弱病人之醫療自主法制前，首先須釐清 ANH 之法律性質及其與維持生命治療、維生醫療及一般生活照護之區別，以作為後續檢討病人自主及代理決策制度之基礎。

貳、人工營養及流體餵養（ANH）之法律定位

ANH 係指當病人因吞嚥功能障礙、神經性退化疾病、重度失智、腦部損傷或其他原因，無法經由正常飲食攝取足夠營養時，以鼻胃管、胃造口或靜脈營養等方式提供營養及水分之醫療措施。原本是用於暫時無法由口進食的病人身上，讓他們可以藉由餵食管獲得營養、恢復健康，但現在餵食管也用在已永久失去意識的病人身上⁸。其施行涉及侵入性醫療技術、醫療器材使用、營養處方設計、感染控制及併發症處理，均須由醫師及專業醫療團隊依病人病情持續評估及調整，已非一般生活照護行為，而具有高度專業性之醫療處置。WHO 及 ESPEN 均指出，ANH 係屬臨床醫療介入措施，其施行與否應依醫療適應症、預期治療效益、病人整體預後及病人自主意願綜合判斷，而非基於生命維持即必須持續施行。相關臨床指引均指出，對於疾病已進入不可逆衰弱、末期疾病或重度失智末期之患者，是否施行 ANH 應依醫療適應症、病人意願及照護目標進行個別評估，而非例行施行。前已述及醫學證據顯示，ANH 未必能改善存活率、生活品質或功能恢復，亦無充分證據證明可降低吸入性肺炎風險；反而可能增加導管相關感染、身體約束、壓瘡及反覆住院等不良結果，因此多數國際專業醫學團體均建議於疾病末期採取舒適照護及支持性照護為原則⁹。因此，是否施行、持續或終止 ANH，應依個案病情、醫療適應

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 197。

⁹ 對高齡衰弱病人應優先採口服營養及支持措施，人工營養應依醫療適應症個別評估，末期疾病患者不應因單純營養不足而例行接受管灌。Volkert D, et al., 同註 5，頁 10。ESPEN《失智症營養指引》明確指出：「對於已處於生命末期之失智症病人，不應開始施行人工營養及流體餵養。」若無改善生活品質、功能，應採舒適照護。Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, et al. ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia. Clinical Nutrition, No. 43, 2024, pp. 1599, 網址：<https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-guideline-on-nutrition-and-hydration-in-demen>

症、預期醫療效益及病人意願綜合評估，而非視為不得停止之基本照護義務。

病人自主原則固屬現代醫療法制之核心價值，惟其行使仍應以合法且具有醫療適應症之醫療措施為前提，並應兼顧醫療專業判斷。因此，人工營養之法律問題已非單純在於「是否屬於醫療」，而在於「何種情形下得依病人意願或依法定決策程序終止或撤除」，此亦為現行法制值得檢討之處。

醫療之目的並非僅在延長生命，而係透過適當醫療措施改善疾病預後、減輕痛苦及維護病人生活品質¹⁰。對於不可逆衰弱、末期疾病或其他已無合理恢復可能之病人，如持續施行 ANH，已無法改善整體預後、延緩身體功能衰退或提升生活品質，則是否繼續施行 ANH，即應回歸病人自主意願、醫療適應症及醫療效益綜合判斷，而非將生命延長視為唯一目的。

比較法上，多數國家亦已明確將 ANH 定位為醫療措施，而非絕對不得中止之生活照護¹¹。我國《病主法》第 3 條第 2 款已明文將 ANH 定義為：「指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分」，第 14 條並將其與維持生命治療併列，於病人符合法定臨床條件並已作成 AD 時，得依其 AD 終止、撤除或不施行 ANH。由此可見，ANH 於

tia-update-2024.pdf, 最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee, American Geriatrics Society Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement, Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 62, No. 8, 2014, pp. 1590–1593, 網址：<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25039796/>, 最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

¹⁰ 趙俊祥、李郁強，〈從病患自主觀點談臨終急救與安寧緩和醫療條例之修正〉，《法學新論》，第 33 期，100 年 12 月，頁 134。

¹¹ 美國聯邦最高法院於 Cruzan 案即肯認人工營養及流體餵養屬維持生命治療之一環，病人於符合一定法律要件時，得拒絕或停止該項醫療處置；德國《民法典》(BGB) 第 1827 條亦將人工營養納入醫療決定範圍，允許依病人 AD 或可得病人推定真意，決定是否施行或終止人工營養；英格蘭與威爾斯依《意思能力法》及相關判例，對於欠缺決定能力之病人，亦採取病人最佳利益(best interests)作為判斷是否繼續人工營養之法律標準；日本《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》則強調，人工營養屬醫療措施，其開始、持續或終止，均應透過醫療團隊、病人及家屬共同決策程序，以尊重病人意願及維護生命尊嚴。於後文「參、外國立法例」再予詳述。

《病主法》之體系下，已明確具有醫療措施之法律性質¹²，而非不可中止之基本生活照護。

至於《安寧緩和醫療條例》，其第3條所稱「維生醫療」係採功能性定義，即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之醫療措施，並未如《病主法》明文列舉 ANH。因此，ANH 於特定個案是否屬於《安寧緩和醫療條例》所稱之維生醫療，仍應依其醫療目的、病人病況、治療效益及是否僅延長瀕死過程等因素判斷，不宜逕認所有 ANH 均當然屬於該條例所稱之維生醫療。換言之，ANH 之法律性質與其於特定病人身上是否具有持續施行之醫療適應症，應予區分。

此一區分對未作成 AD 之病人尤其重要。倘 ANH 於個案中仍具有合理醫療效益，醫療團隊即應依醫療適應症及病人意願評估是否繼續施行；反之，如經醫療團隊依臨床證據及個案病況共同評估，認定 ANH 已無法改善病人預後、功能狀態或生活品質，而僅延長瀕死過程或增加不必要之醫療負擔，其是否停止或撤除，即涉及病人真意、代理決策及最佳利益（Best Interests）之法律判斷。故本報告所欲處理者，並非抽象認定 ANH 究屬「安寧療護」或「維生醫療」，而係建立病人於無法自行表達意願時，對具有醫療適應症之 ANH 如何依法作成符合其真意及最佳利益之醫療決策。

綜上所述，ANH 固已被我國《病主法》列為得拒絕之醫療措施，惟其法律性質仍具有相對獨立性，並非所有情形均得逕以一般維持生命治療之法律規則處理。尤其於不可逆衰弱病人，其是否具有醫療適應症、是否符合病人真意及最佳利益，均應個別判斷，而不宜僅依法律分類作形式認定。

¹² ANH 雖具有醫療性質，其是否應持續施行，仍須回歸病人自主權、醫療適應症及醫療效益綜合判斷。有學者指出，病人自主權並未賦予病人要求醫師提供無效醫療（futile treatment）之權利；醫師如依醫療專業判斷認為特定醫療措施對個案已無醫療效益，基於醫學倫理上之行善原則（beneficence）及不傷害原則（non-maleficence），當醫師依據醫療專業的照護標準，認為特定介入手段於特定病人身上無效時，醫師不但不應該提供，甚至有不提供的義務。林欣柔，同註8，頁201、211。

既然 ANH 之法律性質應與其個案醫療適應症、病人意願及整體利益分別判斷，則進一步問題即在於：當病人已無法自行表達意願時，各國法制如何在病人自主、醫療專業判斷及最佳利益間建立決策機制。

參、外國立法例

ANH 是否得由病人拒絕、終止或撤除，涉及生命自主權、身體完整權及醫療專業判斷等多重法律價值。各國雖因醫療制度及法律文化不同，而採取不同制度設計，惟近年均已將 ANH 定位為醫療措施，並透過病人真意探求、代理決策、共同決策及最佳利益等機制處理病人喪失意思能力後之醫療決策。以下就美國、德國、英格蘭與威爾斯及日本法制加以介紹。

一、美國法：以病人自主及替代判斷為核心

美國病人自主法制係由判例逐步建立，再由州法及聯邦立法予以制度化。聯邦最高法院於 *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* 一案中¹³，肯認具意思能力病人拒絕醫療，屬美國憲法第 14 修正案正當法律程序條款所保障之自由利益；同時亦承認州政府基於保護生命之重大利益，得要求具有「明確且具說服力之證據」（clear and convincing evidence）證明無意思能力病人生前之醫療意願，始得撤除維持生命治療。

¹³ *Cruzan* 案（*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990)），又稱「克魯贊案」，是美國聯邦最高法院首次審理的「死亡權（right to die）」案件，也是 AD 發展的重要里程碑。1983 年 Nancy Beth Cruzan 因車禍導致腦部嚴重缺氧，陷入持續性植物人狀態（persistent vegetative state, PVS）。她依靠人工營養及水分（鼻胃管／餵食管）維持生命。其父母主張，Nancy 生前曾表示，若無法恢復正常生活，不希望依靠人工方式延續生命，因此請求移除維生設備。然而，Missouri 州政府認為，無充分證據證明 Nancy 確有此意思表示，因此拒絕撤除維生治療。1990 年，美國聯邦最高法院以 5 比 4 作成判決，認為有行為能力的成年人受憲法正當法律程序保障，原則上享有拒絕醫療治療的自由。但對於已無意思能力之患者，州政府得基於維護生命利益，要求以「明確且令人信服之證據」證明患者生前確有拒絕維生治療之意思。Justia, *Cruzan v. Director, Missouri Dep't of Health*, 497 U.S. 261 (1990), 網址：<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 24 日。

除建立預立醫療制度外，美國法另一重要特色，在於並未將 AD 作為病人自主權行使之唯一依據。若病人已完成 AD，醫療團隊應依其內容執行；如病人未留下正式文件，但有充分證據足以證明其過去曾明確表示拒絕維持生命治療之意思，法院及醫療代理人仍得依病人過去之宗教信仰、生活方式、人生價值觀及長期意願作成醫療決策。因此，美國法採取「證據主義」而非「程序主義」，重點在於確認病人真意，而非要求完成特定行政程序¹⁴。

其後，各州再透過州法及判例逐步建立代理判斷及最佳利益制度，形成完整之補充決策機制¹⁵。聯邦國會於 1990 年制定《病人自主決定法》（Patient Self-Determination Act, PSDA）（1991 年施行），要求接受 Medicare 或 Medicaid 給付之醫院、護理之家、居家照護機構及安寧療護機構，於病人就醫時主動告知其有作成 AD、指定醫療代理人及拒絕醫療之權利，並將病人是否已作成 AD 記載於病歷，同時不得因病人是否作成 AD，而影響其接受醫療服務之權益。PSDA 係課予醫療機構資訊提供義務，而非要求病人必須作成 AD，因此未完成 AD 者，仍得依醫療代理決策制度確認病人真意。其後，美國統一法律委員會（Uniform Law Commission）於 1993 年公布《統一健康照護決策法》（Uniform Health-Care Decisions Act）¹⁶，供各州採納，建立 AD、醫療代理人（Health Care Proxy）及代理決策制度。

¹⁴ Charles P. Sabatino, "The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy," June 2010; 88(2):21, 網址：<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2980344/>, 最後瀏覽日期：115 年 6 月 24 日。

¹⁵ 替代判斷制度之具體發展，主要係由各州州法及州法院判例逐步建立，並非 Cruzan 判決本身直接創設。

¹⁶ Uniform Law Commission, Uniform Health-Care Decisions Act (1993), 網址：<https://www.uniformlaws.org/committees/community-home/librarydocuments?communitykey=3df274d6-776b-4780-8e4e-018a850ef44e&LibraryFolderKey=&DefaultView=&5a583082-7c67-452b-9777-e4bdf7e1c729=eyJsaWJyYXJ5J5ZW50cnkiOiJmMzBiNDAwYS04M2IwLTQyYjYtYTFiNS0wMTNhODYzMtk3ODUifQ%3D%3D>；2023 年 7 月頒布新版《統一健康照護決策法》Uniform Health-Care Decisions Act (2023)，簡化程序、提供更通俗易懂的選擇性表格，讓民眾能更容易地指定醫療代理人並表達其生活品質與照護價值觀，協助醫療決策者在關鍵時刻有更明確的依循。網址：<https://www.uniformlaws.org/viewdocument/final-act-168?CommunityKey=3df274d6-776b-4780-8e4e-018a850ef44e&tab=librarydocuments>, 最後瀏覽日期：115 年 8 月 7 日。若病人或代理人之決定為無效醫療或違反一般照護標準，醫師或醫療機構基於良知，得拒絕遵循病人或代理人之決定。林欣柔，同註 8，頁 229。

當病人已喪失意思能力且無法確認其真意時，美國法進一步發展出「替代判斷標準」(Substituted Judgment Standard)及「最佳利益標準」作為補充決策機制。前者要求代理人依病人過去之價值觀、生活方式及宗教信仰推定其可能之選擇；後者則於病人真意客觀無法推定時，始由醫療團隊依醫療效益、生活品質、治療負擔及整體利益綜合判斷¹⁷。至於病人是否曾表示拒絕 ANH 之意思，法院則依「明確且具說服力之證據」法則加以認定，以兼顧病人自主決定權與國家保護生命利益。法院於病人未留下正式 AD 時，仍得依高度可信之客觀證據確認病人真意，而非拘泥於書面形式¹⁸。綜上，美國法係以病人真意作為醫療決策之最高判斷基準，AD、醫療代理人及明確且具說服力證據等制度，均係為確認及實現病人真意所設，而非病人自主權成立之前提¹⁹。

二、德國法：以病人真意及推定真意為核心

德國於 2009 年修正《民法典》(Bürgerliches Gesetzbuch, BGB)²⁰，正式將「預立醫療指示」(Patientenverfügung)(以下稱 AD)制度明

¹⁷ In re Quinlan, 355 A.2d 647 (N.J. 1976) 網址：<https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日；In re Conroy, 486 A.2d 1209 (N.J. 1985)，網址：<https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1985/98-n-j-321-0.html>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日；In re Jobes, 529 A.2d 434 (N.J. 1987)，網址：<https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1987/108-n-j-394-0.html>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

¹⁸ Justia，同註 13。

¹⁹ Committee on Approaching Death, Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life, Mar 2015, 網址：<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25927121/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

²⁰ 德國《民法典》(Bürgerliches Gesetzbuch, BGB)，網址：<https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 24 日。第 1827 條(預立醫療指示；受監護人之治療意願或推定意願)：「具有同意能力之成年者，為其日後喪失同意能力時，以書面方式預先明確表示，對於於作成該表示時尚未立即發生之特定健康檢查、治療行為或醫療處置，是否同意接受或予以拒絕者，該表示即為預立醫療指示。監護人應審查該預立醫療指示是否適用於受監護人目前之生命狀況及醫療處置情形。如認為適用，監護人應使受監護人之意思獲得表達並予以實現。預立醫療指示得隨時以不拘形式之方式撤回。(第 1 項)如無預立醫療指示，或預立醫療指示之內容不適用於受監護人目前之生命狀況及醫療處置情形時，監護人應確認受監護人之治療意願(Behandlungswünsche)或推定意願(mutmaßlicher Wille)，並依此決定是否同意或拒絕醫療人員依第 1 項所為之醫療措施。推定意願應依具體事實依據加以判斷。尤應考量：一、受監護人過去之言論或表示；二、受監護人之倫理信念或宗教信仰；三、其他足以反映其個人價值觀之事項。(第 2 項)第 1 項及第 2 項之規定，不因受監護人疾病之種類或疾病所處階段不同而受限制。(第 3 項)……」

文化，並賦予其法律拘束力，增訂第 1901a 條（2023 年監護法改革後重新編列為第 1827 條），確認病人之 AD 具有法律拘束力，不以疾病是否處於末期或死亡即將發生為限。立法理由明確指出，醫療決策之核心並非生命延續本身，而係尊重病人基於人格權及自我決定權所作成之醫療選擇。

德國法被普遍認為係以病人真意及人格自主為核心之代表性制度，其核心理念為「病人意思決定醫療行為」（Der Wille des Patienten entscheidet）。德國《民法典》（BGB）第 1827 條規定，只要病人於具有意思能力時，以書面 AD 表達對特定醫療措施之意願，不論疾病是否已進入末期，醫療人員及代理人均應受其拘束²¹。

德國制度另一特色，在於法院通常不直接決定是否停止 ANH，而係由監護人（Betreuer）或醫療代理人（Bevollmächtigter）依病人真意作成判斷；如醫療團隊與代理人對病人意思並無爭議，即無須聲請法院許可，僅於雙方對病人意思或醫療利益發生重大爭議時，始由監護法院介入審查。此種制度兼顧病人自主、家庭參與及司法監督，避免醫療決策過度司法化。德國法並未要求病人須接受 ACP 始生法律效力，而係採「內容拘束力」原則。換言之，只要病人意思表示具體明確，即可拘束醫療決策。此種制度與我國《病主法》要求完成 ACP 及醫療機構註記始生效力之設計，具有顯著差異。

德國法對於未完成 AD 者，建立完整之推定真意制度（Mutmaßlicher Wille）。當病人已喪失意思能力時，法定代理人或醫療代理人應依病人過去之言論、宗教信仰、生活方式及人格價值推定其真意，再由醫療團隊據以決定是否繼續 ANH 及其他維生醫療。德國聯邦最高法院（Bundesgerichtshof, BGH）於 2010 年 Putz 案（BGH, Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09）及 2016 年（BGH, Beschluss vom 6. Juli 2016 – XII ZB 61/16）相關判決均重申，停止 ANH 並非積

²¹ 同前註。

極安樂死，而係終止已不符合病人意願之醫療措施，只要符合病人真意，即屬合法醫療行為，不構成刑法上殺人罪²²。其中 BGH XII ZB 61/16 裁定，AD 須具體指向特定臨床情境及醫療措施，概括性表述不足以拘束醫療決策。德國制度之特色，在於不以疾病類型或行政程序作為判斷核心，而以病人真意作為醫療決策最高原則。

德國聯邦最高法院 2014 年 9 月判決指出²³，若病人喪失意思能力且未留下書面 AD，監護人須依據病人過去的言行、宗教信仰等客觀事證去「推定其真意」。只要能合理推定病人會拒絕該醫療（如 ANH），停止該措施即屬合法。

三、英格蘭與威爾斯法：以最佳利益及法定決策程序為核心

英格蘭與威爾斯對於 ANH 之法律定位，主要透過判例法與立法逐步建立完整制度。早期法院即已肯認，ANH 屬於醫療處置（medical treatment），而非不可中止之基本生活照護，因此於符合法律要件時，得依法終止或撤除，而不構成積極結束生命之行為。此一立場最具代表性者，即為 1993 年英國上議院（House of Lords）於 Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789 一案所作成之判決²⁴。Bland 案並指出，

²² Putz 案（或稱「拔管案」），刑事法庭在此案中明確畫分「消極安樂死（合法中斷醫療）」與「積極安樂死（違法致死）」的界線。BGH 指出，停止或撤除維生措施之法律性質，並非取決於行為之外觀形式，而在於其目的是否為終止一項不再符合病人意思或最佳利益之醫療措施。因此，即使採取拔除人工營養管等積極外觀之行為，只要其本質係停止治療，而非直接以死亡為目的之致死行為，即不構成刑法上的殺人罪。BGH, Urteil vom 25. Juni 2010, 2 StR 454/09，網址：<https://www.hrr-strafrecht.de/2/09/2-454-09.pdf>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。德國聯邦最高法院於 2016 年 7 月 6 日作成 XII ZB 61/16 決定，認為「不希望維持生命治療」這類概括表述，單獨而言不足以構成具有拘束力的 AD，仍須具體指向特定醫療措施或明確醫療情境；同時也確認代理人須依病人意思及法律要求探求是否停止維生措施。BGH, Beschluss vom 6. Juli 2016, XII ZB 61/16，網址：<https://www.osborneclarke.com/de/insights/update-vorsorgevollmacht-beschluss-des-bgh-vom-6-juli-2016-xii-zb-6116>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

²³ BGH, Beschluss vom 17. September 2014 – XII ZB 202/13，網址：<https://datenbank.nwb.de/Dokument/522419/>，<https://www.hrr-strafrecht.de/2/09/2-454-09.pdf>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

²⁴ Anthony Bland 於 1989 年英國希爾斯堡足球場慘劇中遭受嚴重胸部壓迫，造成缺氧性腦損傷，進而陷入持續性植物人狀態（persistent vegetative state, PVS）。其已喪失意識能力，無法與外界溝通互動，醫學上亦認定恢復意識之可能性極低，長期依賴鼻胃管人工營養及流體餵養（artificial nutrition and hydration, ANH）維持生命。法院認為，當人工營養及流體餵養僅具有維持生物學生命之功能，而無法使病人獲得任何可感知之利益或改善其生活品質時，繼續維持該措施即可能不

停止 ANH 係終止已無法律上正當性之醫療處置，而非積極造成病人死亡。

其後，英格蘭與威爾斯於 2005 年制定《意思能力法》（Mental Capacity Act 2005, MCA）²⁵，MCA 即係承接 Bland 案所建立之法理，並將判例法發展之原則轉化為一般性法律規範。MCA 第 24 條至第 26 條明定，成年人得預先作成具有法律拘束力之「拒絕醫療決定」（Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT）²⁶，只要符合法定形式及內容要件，即具有與病人現場拒絕醫療相同之法律效力，醫療人員應予尊重。其中，如涉及維持生命治療，法律要求預立決定須以書面作成、由本人簽署，並載明即使因此可能危及生命，仍願拒絕該項治療，以確保病人真意。

當病人已喪失意思能力且未留下有效之預立醫療決定時，MCA 第 4 條建立完整之「最佳利益」原則。醫療人員於作成醫療決策時，應綜合考量病人過去及現在所表達之意願、宗教信仰、人生價值觀、家庭關係及其他足以反映其人格之因素，並充分聽取家屬、法定代理人（Deputy）或持有健康及福利持久授權書（Lasting Power of Attorney for Health and Welfare）代理人之意見，以判斷何者最符合病人整體利益，而非僅以延長生命作為唯一考量²⁷。

符合病人最佳利益。停止人工營養及流體餵養並非積極安樂死，而係停止一項已不符合病人最佳利益之醫療措施，使死亡依疾病自然進程發生；英國上議院並確認，在符合嚴格程序保障並經法院審查後，得合法停止該措施。Globalhealthrights, Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789 (HL). 2013 年 1 月，網址：<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v.-Bland.pdf>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

²⁵ 英國《意思能力法》（Mental Capacity Act 2005），網址：<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

²⁶ 與我國《病主法》不同，英格蘭與威爾斯並未要求病人須完成 ACP 或經醫療機構註記，預立決定始生法律效力。換言之，英格蘭法係採「意思表示效力主義」，重點在於病人是否具有充分意思能力及真實意願，而非是否完成特定行政程序。此種制度降低程序門檻，避免病人因未及完成法定程序而喪失自主決定權。

²⁷ MCA 第 4 條第 6 項及第 7 項建立「意思推定」與「共同決策」機制，使欠缺意思能力病人之醫療決策，不再僅依家屬同意或醫療專業判斷，而須以病人過去意願、價值觀及生活選擇作為核心依據。英國《意思能力法》（Mental Capacity Act 2005），同註 25。

此外，英國最高法院於 Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust v James [2013] UKSC 67 案²⁸亦進一步指出，「最佳利益」並非單純依據醫療專業判斷，而應採取「整體利益」（holistic assessment）之觀點，除考量治療成功率及醫療風險外，亦應尊重病人個人價值、生活方式及其對生命品質之理解。強調醫療決策之目的，不在於單純延長生命，而在於判斷繼續治療是否仍符合病人整體利益及人格尊嚴。

近年英格蘭與威爾斯之制度亦持續朝向簡化程序方向發展。英國最高法院於 An NHS Trust v Y [2018] UKSC 46 案指出，如醫療團隊與家屬對停止人工營養及流體餵養已達成共識，且均認符合病人最佳利益，原則上毋須再向法院聲請許可，即可依法終止相關醫療措施，以減少不必要之司法程序及病人家屬負擔²⁹。英格蘭與威爾斯法制兼顧病人自主、代理制度及最佳利益原則，對我國建立代理決策制度具有重要參考價值。

英國老年醫學學會（British Geriatrics Society, BGS）於 2020 年發布之《End of Life Care in Frailty》系列臨床指引³⁰指出，「嚴重衰弱（severe frailty）是一種臨終階段（end-of-life state）」，應成為醫療專業人員及早辨識臨終照護需求、啟動預立照護規劃（advance care

²⁸ 例如英國大衛·詹姆斯於 2012 年 5 月入住安特里醫院，原因是 2001 年接受結腸癌治療期間植入的造口出現問題。問題解決後出現感染，並發展為慢性阻塞性肺病、急性腎損傷和持續性低血壓，送入 ICU 並使用呼吸機。同年 7 月，其神經系統狀況惡化，被認為喪失對自身醫療治療做出決定的能力。安特里醫院向監護法庭提起訴訟，請求法院宣告，如病情惡化，停止對其進行某些特定治療，包括心肺復甦術（CPR），以符合其最佳利益，法院准許醫院的請求。Kate Beattie, Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust v James [2013] UKSC 67, 2013 年 10 月 30 日，網

址：
<https://ukhumanrightsblog.com/2013/11/03/supreme-court-weighs-in-on-patients-best-interests-and-the-meaning-of-futility/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

²⁹ 英國最高法院裁定，當醫療團隊與家屬一致同意，對「持續性意識障礙（PDOC）」患者終止臨床輔助營養和水分（Clinically Assisted Nutrition and Hydration, CANH）符合其最佳利益時，毋須強制要求每次都須向法院申請命令。Elizabeth Wicks, An NHS Trust v Y [2018] UKSC 46: Reducing the Role of the Courts in Treatment Withdrawal, Medical Law Review, Volume 27, Issue 2, Spring 2019, 網址：<https://academic.oup.com/medlaw/article-abstract/27/2/330/5289589>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

³⁰ BGS, End of Life Care in Frailty, 12 May 2020, 網址：<https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/end-of-life-care-in-frailty>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 10 日。

planning, ACP) 及討論治療偏好之重要臨床訊號。BGS 並指出，ACP 可涵蓋心肺復甦術 (CPR) 及臨床協助之營養與水分補充 (clinically assisted nutrition and hydration, CANH) 等維持生命之治療；病人如於具有意思能力時作成符合 MCA 要件之 ADRT，於喪失意思能力後，該決定於符合要件時，具有法律拘束力³¹。

四、日本法：以共同決策 (SDM) 程序及最佳利益為核心

相較於美國及德國，日本迄今尚未制定專門規範終止人工營養之法律，而係透過判例及厚生勞動省行政指引建立醫療決策模式。日本早期因 1998 年「川崎協同醫院事件」³²及 2006 年「射水市民醫院事件」³³等案，引發醫師因終止維生醫療而遭刑事追訴之爭議，促使厚生勞動省於 2007 年發布《終末期醫療決策過程指引》，並於 2018 年修正為《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》³⁴，逐步建立「共同決策」(Shared Decision Making, SDM) 程序。

³¹ BGS, End of Life Care in Frailty: Identification and prognostication, 12 May 2020, 網址：<https://www.bgs.org.uk/end-of-life-care-in-frailty-identification-and-prognostication>, 最後瀏覽日期：115 年 8 月 10 日。

³² 日本川崎協同醫院事件係因醫師於撤除人工呼吸器後另施打致死性藥物而遭追訴，其爭點主要涉及積極安樂死與醫療刑法界線，並非單純終止維生醫療之合法性。1998 年，川崎協同醫院收治一名因心肺停止致缺氧性腦病變、長期依賴人工呼吸器維生之患者。家屬表示希望患者平靜離世後，醫師先撤除人工呼吸器，因患者未立即死亡且出現痛苦症狀，復指示注射肌肉鬆弛劑，患者隨後死亡。醫師因此遭以殺人罪起訴，2005 年一審及 2009 年最高法院均認定有罪。法院認為，患者本人未明確表示終止延命治療之意思，家屬意思不足以代替患者意思，終末期判斷程序亦未充分確認，且注射肌肉鬆弛劑與死亡具有直接因果關係，故成立殺人罪。川崎協同醫院事件成為日本終末期醫療的重要刑事判例，凸顯病人自主決定、終末期判斷程序及醫療決策透明化的重要性。川崎合作醫院事件，網址：<https://pedia.3rd-in.co.jp/wiki/%E5%B7%9D%E5%B4%8E%E5%8D%94%E5%90%8C%E7%97%85%E9%99%A2%E4%BA%8B%E4%BB%B6>, 最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

³³ 2006 年，日本富山縣射水市民醫院外科主任醫師因自 2000 年至 2005 年間，在多名末期患者家屬同意下撤除人工呼吸器，遭警方以涉嫌殺人罪偵辦，惟富山地方檢察廳於 2009 年作成不起訴處分。此事件引發日本社會高度關注，促使厚生勞動省於 2007 年發布《終末期醫療決定程序指引》。該指引強調，終止延命治療應由多專業醫療團隊與病人或家屬充分討論、形成共識，並完整記錄決策過程。辻時子，「安樂死」か「殺人」か 日本での尊厳死の議論と法整備の動き、どこまで進んだ》，朝日新聞 GLOBE+，2023 年 9 月 13 日，網址：<https://globe.asahi.com/article/14998799>, 最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

³⁴ 厚生勞動省，日本《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》(人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン)，2018 年 3 月，網址：<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>, 最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

日本老年醫學會於 2012 年《高齡者最終階段醫療及照護立場聲明》(高齡者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン)指出，對重度失智、不可逆衰弱及反覆吸入性肺炎患者，人工營養未必具有延長生命或改善生活品質之效果，因此是否施行應綜合醫療效益、病人意願及家庭支持等因素個案判斷，而不宜將鼻胃管或胃造口視為必然之醫療措施³⁵。

日本雖未制定專法，但近年政策發展已逐步朝向制度化。厚生勞動省於 2018 年修正《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》時，即將「終末期醫療」調整為「人生最終階段醫療」，強調醫療決策不限於死亡前短期，而應及早透過 ACP 持續討論病人之醫療意願。此一修正亦反映日本已逐漸由疾病導向之醫療模式，轉向以病人價值及生活品質為中心之決策模式³⁶。

日本制度並未要求病人須完成具法律效力之 AD 始得作成醫療決策，而係重視 ACP 作為意思形成程序，透過 SDM，由病人、家屬及跨專業醫療團隊討論照護目標及醫療選項³⁷。病人未完成 AD 或已喪失意思能力時，醫療團隊仍應依 ACP 及 SDM 程序，綜合病人過往之價值觀、已表達之意願等資訊及醫療專業判斷形成共識，以提供符合病人最佳利益及尊嚴之醫療與照護。

五、比較法評析

綜合美國、德國、英格蘭與威爾斯及日本之制度與實務發展，關於生命末期與 ANH 之法制發展，已呈現以下趨勢：

(一) 醫療處置化：由「消極照護義務」轉向「專業醫療適應症評估」

³⁵ 日本老年醫學會，《高齡者終末期醫療及照護立場聲明》(高齡者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として)，2012 年 6 月 27 日，網址：https://www.nurse.or.jp/nursing/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

³⁶ 同前註。

³⁷ 日本老年醫學會，《關於促進 ACP 的建議》(ACP 推進に関する提言)，2019 年 6 月，網址：<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

各國均已明確將 ANH 定位為「醫療處置 (Medical Treatment)」，而非不可中斷之基本生活照護。此一定位轉換帶來關鍵的法理變革：醫療處置之開始、持續或撤除，須回歸「臨床適應症 (Medical Indication)」與「病人自主意願」之綜合評估。當 ANH 已無法為不可逆衰弱或重度失智病人帶來治療效益，甚至增加吸入性肺炎或身心束縛之風險時，終止或撤除 ANH 係屬合法的醫療處置終止，而非積極結束生命之行為。

(二) 去程序主義：由「形式要件」轉向「真意探求優先」

各國均將「病人之真實意思」置於決策最高位階，且未將特定行政程序（如強制性諮商或註記）設為行使自主權之門檻：病人留有預立決定者（如美、德、英 ADRT），依其意思執行；病人未留有正式文件者，則透過替代判斷（美）、意思推定（德）、整體最佳利益（英）及 SDM 程序（日）等多元機制，盡可能還原病人過去之宗教信仰、價值觀與生活偏好。重點在於「確認病人真意」，程序僅為輔助工具，絕非自主權成立之前提。

(三) 範疇實質化：由「僵化疾病診斷」轉向「功能狀態與整體利益」

面對超高齡社會，各國法制已擺脫傳統「疾病分類」（如是否屬癌症末期、植物人）之限制，轉而以病人的「功能狀態」（Functional Status）及「整體最佳利益」（Holistic Best Interests）作為判斷核心。不可逆衰弱、高齡失能及重度失智等漸進性功能衰退，均已納入維生醫療決策，不再強制將生物學上的生命延續視為醫療之唯一目的。

各國雖未必以「不可逆衰弱」作為法定臨床條件或法定名稱，但均已將病人整體功能狀態、醫療適應症及照護目標納入終止人工營養及流體餵養（ANH）之判斷。因此，我國增列不可逆衰弱病人為《病

主法》之法定臨床條件，不僅回應超高齡社會之醫療需求，亦符合國際法制及高齡醫療發展趨勢。

相較於國際法制之發展，我國《病主法》亟須：1、回歸病人真意：參酌美國、德國、英格蘭與威爾斯之制度，將 ACP 定位為協助病人形成醫療意願之工具，而非行使醫療自主權之前提，並建立病人真意推定及共同決策機制。2、納入不可逆衰弱：參考各國以功能狀態、醫療適應症及照護目標作為維生醫療判斷核心之趨勢，增列不可逆衰弱病人為法定臨床條件，以回應超高齡社會之醫療需求。3、建立完整代理決策制度：參照德國《民法典》及英國《意思能力法》，建立以病人真意為核心之代理決策架構，由醫療委任代理人協助表示病人真意，醫療團隊透過共同決策程序探求病人意願；病人真意客觀上無法確認時，始依最佳利益作成醫療決定。

肆、現行法制之憲法及國際人權保障檢視

病人自主權之保障，不僅涉及醫療政策，更涉及憲法保障之人格權、自主決定權及健康權。隨著我國邁入超高齡社會，不可逆衰弱、高齡失能及重度失智病人快速增加，現行《病主法》對於法定臨床條件、ACP、AD 及代理決策制度之設計，均有重新檢討之必要。

一、憲法第 22 條人格權及自主決定權之保障

我國憲法雖未明文規定病人自主權，惟司法院憲法法庭及歷來大法官解釋已多次指出，憲法第 22 條³⁸所保障之概括基本權，包括人格權、身體自主權及一般行為自由。人民對於自身身體完整及醫療措施之接受與否，屬人格自主發展之重要內容，國家應予尊重及保障。

司法院釋字第 603 號解釋³⁹指出，人格權係維護個人人格自由發展及人格尊嚴不可或缺之基本權利，國家對人民身體自主及人格完整

³⁸ 中華民國憲法第 22 條：「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障。」

³⁹ 司法院釋字第 603 號解釋，94 年 9 月 28 日，網址：

應給予充分保障；司法院釋字第 689 號⁴⁰亦進一步指出，一般行為自由係憲法第 22 條保障之自由權，其核心目的即在保障人民依自主意志決定自身生活方式。

醫療措施直接涉及人體完整性及生命歷程，自屬人格自主決定權保障範圍，病人是否接受 ANH，應尊重其基於生命價值及人格尊嚴所作成之醫療選擇。現行制度如因程序要求過高、適用範圍過窄或欠缺代理決策機制，而使病人真意無法實現，即可能過度限制憲法第 22 條所保障之人格自主權。

二、憲法第 23 條比例原則之檢驗

病人自主權雖非絕對權利，國家基於生命保護、醫療安全及防止濫用等公共利益，得以法律加以適當限制。然而，依憲法第 23 條規定⁴¹，任何限制均須符合比例原則，包括目的正當性、手段適合性、必要性及狹義比例性。

《病主法》要求病人必須完成 ACP 及 AD，始得於符合第 14 條法定臨床條件時拒絕維持生命治療及人工營養與流體餵養，現行法要求病人完成 ACP 及 AD，其目的在於確保病人於充分知情下作成醫療決定，具有正當性。惟現行制度將 ACP 程序與病人自主權之實現緊密連結，使未及完成 ACP 而已喪失意思能力之病人，即使其過去曾多次明確表示拒絕長期鼻胃管灌食或其他維持生命治療，仍可能因欠缺形式要件而無法實現其真意。此種制度設計，是否屬達成保障病人自主目的之最小侵害手段，仍有檢討空間。

<https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310784&rn=18584>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。

⁴⁰ 司法院釋字第 689 號解釋，100 年 7 月 29 日，網址：<https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310870&rn=-4838>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。

⁴¹ 中華民國憲法第 23 條：「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」

比較法上，各國多未將完成特定程序作為病人自主權行使之唯一前提，而係透過 AD、意思推定、醫療代理、SDM 程序及最佳利益等制度保障病人自主。相較之下，我國現行制度過度依賴 ACP，對於高齡、不可逆衰弱或疾病快速惡化之病人而言，可能形成不必要之制度障礙，是否符合憲法第 23 條比例原則之必要性要求，值得重新檢討。

三、身心障礙者權利公約（CRPD）之規範要求

除憲法保障外，我國已透過《身心障礙者權利公約施行法》將《身心障礙者權利公約》（Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD）納入國內法，政府各項法律及政策均應符合公約所揭示之保障身心障礙者平等、自主及尊嚴之基本精神。高齡失能、重度失智及不可逆衰弱病人，因身心功能逐漸衰退而面臨醫療自主權行使困難，其保障理念與 CRPD 所強調之自主生活及平等參與精神密切相關。

CRPD 第 12 條⁴²揭示「法律之前人人平等」原則，強調身心障礙者於生活各領域均享有與他人平等之法律能力，締約國應採取適當措施，提供其行使法律能力所需之支持，而非因其喪失或減損意思能力，即全面否定其自主決定權。聯合國身心障礙者權利委員會於第 1 號一般性意見（General Comment No. 1）亦指出⁴³，應以支持決策作為原則。CRPD 第 25 條⁴⁴保障身心障礙者享有不受歧視之健康權，要

⁴² CRPD 第 12 條：「在法律之前獲得平等，承認...2.締約國應確認身心障礙者於生活各方面享有與其他人平等之權利能力。3.締約國應採取適當措施，便利身心障礙者獲得其於行使權利能力時可能需要之協助。.....」。

⁴³ 教育部人權及轉型正義教育資源網，聯合國身心障礙者權利委員會「第 1 號一般性意見」，網址：https://hre.pro.edu.tw/storage/files/CRPD_GC_1_ZH_TW_MOHW.pdf，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。

⁴⁴ CRPD 第 25 條（健康）：「締約國確認，身心障礙者有權享有可達到之最高健康標準，不因身心障礙而受到歧視。締約國應採取所有適當措施，確保身心障礙者獲得考慮到性別敏感度之健康服務，包括與健康有關之復健服務。締約國尤其應：(a) 提供身心障礙者與其他人享有同等範圍、質量與標準之免費或可負擔之健康照護與方案，包括於性與生育健康及全民公共衛生方案領域；..... (d) 要求醫事人員，包括於徵得身心障礙者自由意識並知情同意之基礎上，提供身心障礙者與其他人相同品質之照護，其中包括藉由提供培訓與頒布公共及私營健康照護之倫理標準，提高對身心障礙者人權、尊嚴、自主及需求之意識；... (f) 防止以身心障礙為由而歧視性

求締約國提供與他人相同品質之醫療服務，並尊重當事人之「自由及知情同意」（free and informed consent）。醫療措施是否施行，應以當事人自主意願為核心，不得僅因其身心功能受限，即剝奪其醫療自主權⁴⁵。我國《病主法》已建立 ACP 及 AD 制度，惟對於未及完成 AD 而喪失意思能力之病人，仍欠缺補充決策機制，爰有修正之必要。

伍、問題研析與建議

一、法定臨床條件未涵蓋不可逆衰弱病人（建議修正《病主法》第 14 條）

《病主法》第 14 條第 1 項規定，病人僅於符合末期病人、不可逆轉昏迷、永久植物人、極重度失智或其他經中央主管機關公告之疾病等法定臨床條件，且已作成 AD 者，醫療機構或醫師始得依其 AD，終止、撤除或不施行維持生命治療及 ANH。相較於《安寧緩和醫療條例》僅適用於末期病人，《病主法》已擴大適用範圍。

然而，《病主法》採列舉式立法模式，將病人得適用本法之範圍限縮於特定疾病或臨床狀態，未能充分反映高齡社會醫療實務之發展。尤其我國已於 114 年正式進入超高齡社會，高齡人口快速增加，醫療現場大量照護對象已非傳統末期癌症病人，而是因高齡、多重慢性疾病及身體功能持續衰退所形成之不可逆衰弱病人。前已述及 WHO 及 ESPEN 均指出，衰弱係高齡醫學重要之臨床症候群，代表生理儲備能力下降及對疾病、感染或其他壓力事件之耐受能力降低，具有失能、反覆住院、長期照護及死亡風險增加等特性。此類病人往

地拒絕提供健康照護或健康服務，或拒絕提供食物與液體。」

⁴⁵ 此外，我國已透過《經濟社會文化權利國際公約施行法》將《經濟社會文化權利國際公約》（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR）納入國內法。依第 12 條及第 14 號一般性意見（General Comment No.14 2000），健康權除醫療服務之可近性與品質外，亦包括身體完整、自主決定及知情同意。因此，建立符合病人意願之醫療決策制度，不僅保障人格自主權，亦有助於落實健康權。人權公約施行監督聯盟，《經濟社會文化權利國際公約》（International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR），網址：https://covenantwatch.org.tw/wp-content/uploads/2019/02/ICESCR_TCH-1.pdf，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。

往伴隨肌少症、營養不良、反覆感染、吞嚥困難、長期臥床及多重器官功能下降，雖高度依賴 ANH 等維持生命措施，卻未必符合末期病人或其他法定臨床條件，形成臨床需求與法律規範之落差。

此外，不可逆衰弱病人往往具有病程長、預後不確定及功能逐漸惡化等特性，醫師難以依現行法認定其已符合末期病人要件。即使醫療團隊一致認為持續 ANH 已無法改善病情，仍可能因欠缺法律依據，而無法依法終止相關醫療措施。此種情形不僅增加醫療人員違法風險，也使病人自主權難以實現。

比較法上，各國近年均逐漸由疾病診斷導向，轉向以病人整體功能、醫療適應症及病人意願為核心之醫療決策模式⁴⁶。從外國立法例可知，各國均未以疾病名稱作為唯一判斷標準，而係著重病人整體功能、醫療效益及病人真意。因此，建議將「不可逆衰弱病人」增訂為法定臨床條件，並建立明確法律定義、客觀評估標準及確認程序。使現行《病主法》之適用範圍符合超高齡社會醫療實務需求；另一方面，亦可建立客觀且一致之臨床認定標準，兼顧病人自主權、生命尊嚴及醫療專業，並與國際高齡醫療及比較法發展趨勢接軌。

鑒於不可逆衰弱之認定涉及高齡醫學專業，臨床評估工具及醫療實證亦可能隨醫學發展持續更新，如將具體評估指標逕行明定於法律，恐降低制度彈性。爰建議由法律明定不可逆衰弱病人之核心要件，並授權中央主管機關訂定客觀評估標準、確認程序及其他應遵行

⁴⁶ 美國病人自主法制雖未以「不可逆衰弱」作為法定名稱，但臨床實務已廣泛將 frailty 納入預後評估及維持生命治療決策因素，由醫療團隊依病人整體功能、疾病預後及病人意願決定是否持續人工營養或其他維持生命治療。德國《民法典》並未採列舉疾病類型，而係以病人意願及醫療適應症作為判斷核心，只要持續醫療已不符合病人真意，即得依 AD 或可得推定之意思終止相關醫療措施。英格蘭與威爾斯《意思能力法》亦未限制於特定疾病，而係由醫療團隊依病人最佳利益及個案情況作成醫療決策。英國老年醫學學會於 2020 年發布之《End of Life Care in Frailty》系列臨床指引指出，「嚴重衰弱是一種臨終階段」，應成為醫療專業人員及早辨識臨終照護需求、啟動預立照護規劃及討論治療偏好之重要臨床訊號。BGS 並指出，ACP 可涵蓋心肺復甦術及臨床協助之 ANH 等維持生命之治療；病人如於具有意思能力時作成符合 MCA 要件之 ADRT，於喪失意思能力後，該決定於符合要件時，具有法律拘束力。日本《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》更明確指出，高齡衰弱及慢性疾病病人，均應透過醫療團隊、病人及家屬共同決策，決定是否繼續維持生命治療，而不以末期癌症或特定疾病作為唯一適用對象。

事項，以兼顧法律明確性、醫療專業及醫學實證持續更新之需求⁴⁷。同時，考量我國老人醫學專科資源分布不均，涉及不可逆衰弱病人者，由具高齡照護專業訓練之相關專科醫師參與評估外，並經具高齡照護經驗之緩和醫療團隊參與照會，以兼顧程序保障及偏鄉、離島醫療可近性。

二、預立醫療照護諮商（ACP）及預立醫療決定（AD）制度形成程序門檻及其補充決策機制不足

《病主法》建立 ACP 及 AD 制度，其立法目的在於協助病人充分瞭解疾病發展、醫療選項及可能結果，使病人得於具有意思能力時，依其生命價值及醫療偏好，自主決定未來是否接受維持生命治療或 ANH。此一制度兼具保障知情同意、促進醫病溝通及降低醫療爭議等功能，為我國病人自主法制之重要基礎。

然而，ACP 本質上係協助病人形成及表達醫療意願之程序，其功能在於保障病人自主決定，而非病人自主權本身。現行《病主法》將完成 ACP 及作成 AD，為終止、撤除或不施行維持生命治療及 ANH 之前提要件，使程序由保障病人自主之工具，轉變為病人行使自主權之法律門檻，對部分病人形成制度性限制⁴⁸。

尤其高齡者、慢性疾病患者及不可逆衰弱病人，疾病發展常呈現漸進惡化、反覆住院及急性變化等特性，許多病人於疾病初期尚未意

⁴⁷ 類似情況如「末期」標準，不但醫師間有落差，不同專科間也常有不同看法。一位意識清楚、感染肺炎無法脫離呼吸器，對抗生素治療也毫無反應的乳癌患者，是否已進入末期？一位需仰賴洗腎維生的高齡者是否已到生命最後階段？一位裝著呼吸器、長期意識不清的病人，是否還不算末期？這些案例，詢問不同醫師可能都有不同的答案。尤其 8 大非癌疾病慢性病人，更難界定何謂「末期」。對此，本報告作者曾建議中央主管機關邀集各科專家，或委託各相關學會訂定各科甚至跨科之末期病人指引，以明確「末期」概念之界定。李郁強，〈末期病人安寧療護相關問題之研析〉，編號：R02846，臺北市：立法院法制局，114 年 8 月，頁 3。

⁴⁸ 有學者指出，我國法律與政策的目前重點，多在提升簽署 AD 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 AD 的障礙。應將此二者加以脫鉤。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 128。本報告作者曾建議《病主法》第 9 條第 1 項序文修正為：「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定之一：……」。李郁強、趙俊祥，〈預立醫療決定相關法制研析〉，A01736，臺北市：立法院法制局，113 年 11 月，頁 10。

識完成 ACP 之必要，亦有病人因中風、感染、失智症快速惡化或其他突發疾病，而於尚未完成 ACP 及 AD 前即已喪失意思能力。此類病人並非欠缺自主意願，而係因疾病發展或身體狀況限制，客觀上已無法完成法定程序。即使家屬及醫療團隊均知悉病人曾多次表示拒絕長期鼻胃管灌食、胃造口或其他維持生命治療，仍可能因未完成法定程序，而無法依病人真意作成醫療決策。

此外，目前 ACP 制度之推動仍受醫療資源及社會認知影響。ACP 須由具資格之醫療團隊提供諮商，涉及醫療人力、時間安排及行政作業，對偏鄉居民、高齡長者、長期照護機構住民及失能病人而言，完成程序仍有相當困難。實務上，不少病人直到疾病已進入晚期，始接受 ACP，甚至於病情快速惡化後即已喪失意思能力，使原本保障病人自主之制度，反因程序要求而無法適用。

從比較法觀察，美國、德國、英格蘭與威爾斯及日本均肯認 ACP 有助於促進醫病溝通及提升醫療決策品質，惟均未將完成 ACP 作為病人自主權實現之唯一法律依據⁴⁹。綜上，ACP 制度固有助於提升病人知情程度、促進醫病溝通及改善醫療決策品質。惟其制度目的應在於促進病人自主，而不應該形成病人自主權之法律門檻。爰建議建立完整代理決策制度，使 ACP、AD 程序不再成為唯一法律依據，而係與醫療委任代理人、病人真意推定、SDM 程序及最佳利益制度共同構成病人自主保障體系。

三、建立完整代理決策制度（建議增訂《病主法》第 10 條之 1；並修正第 14 條）

《病主法》第 10 條建立醫療委任代理人制度，使意願人得於具有意思能力時，預先指定代理人，於其喪失意思能力或無法清楚表達

⁴⁹ 美國透過預立醫療指示、醫療代理制度及替代判斷標準保障病人自主；德國著重病人意思表示之真實性及拘束力，不以完成特定行政程序為必要；英格蘭與威爾斯亦未要求 AD 須經 ACP 始生效力，而係依病人意思能力及法定要件判斷；日本則將 ACP 定位為持續性溝通歷程，強調病人、家屬及醫療團隊應隨疾病進程反覆討論照護。由此可見，國際上均將 ACP 定位為協助病人自主決定之程序，而非病人自主權成立之必要條件。

醫療意願時，協助向醫療機構或醫師表示其醫療決定。此一制度之立法目的，在於透過代理機制⁵⁰延續病人自主，使病人於喪失意思能力後，其醫療意願仍得依法獲得尊重與實現。

惟病人自主權之核心，並非是否完成 AD，而係尊重病人自主形成之醫療意願。AD 固為病人自主最重要之實現方式，惟並非唯一方式⁵¹。病人如於完成 AD 前即因疾病、失智或其他原因喪失意思能力，其自主決定權不應因此消滅。法律仍應透過醫療委任代理人、支持性共同決策 SDM、病人真意推定及最佳利益判斷等補充機制，盡可能探求並延續病人自主，而非僅因欠缺 AD，即否定其自主決定之可能。

然而，現行第 10 條之制度設計，仍以病人已完成 AD 為前提。依第 10 條第 3 項第 3 款規定，醫療委任代理人之權限係「依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願」，其法律功能主要係協助傳達病人既有意思，而未及於病人未完成 AD 時，依病人過去之價值觀及人生選擇代理表示醫療意願。因此，病人如於未作成 AD 前即喪失意思能力，醫療委任代理人依法仍欠缺代理探求及表達病人真意之明確法律依據，其制度功能因而受到相當限制。

此一制度缺口於高齡社會尤為明顯。不可逆衰弱病人、重度失智患者及慢性疾病病人，常因疾病快速惡化而喪失意思能力。實務上，病人可能曾多次向家屬或醫療人員表示，不願接受長期鼻胃管灌食、胃造口或其他維持生命治療，其宗教信仰、生活方式及人生價值觀亦足以反映其醫療意願，惟現行法並未建立病人真意之推定制度，使醫療委任代理人及醫療團隊欠缺明確法律依據以作成醫療決策，醫療人員往往因擔心民事、刑事或行政責任，而傾向持續施行可能已無醫療利益之維持生命治療，形成防禦性醫療。另一方面，當病人真意已

⁵⁰ 學者主張代理決定應採取代理決定（surrogate decision-making）即「若是本人還有意思能力會如何決策」，而非代替決定（substitute decision-making）。張兆恬，同註 48，頁 130。

⁵¹ 學者主張，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。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 852。

無法合理探求，且家屬、醫療委任代理人與醫療團隊間發生重大歧見時，現行法亦未建立明確之最終決策標準，易造成醫療團隊無所適從。

比較法上，美國、德國、英格蘭與威爾斯及日本均未將 AD 作為病人自主權實現之唯一方式，而係建立病人真意推定、SDM 程序及最佳利益等代理決策制度⁵²。其共同精神，在於病人自主應盡可能透過代理人及相關程序予以延續；僅於病人真意客觀上已無法探求時，始以最佳利益作為補充決策標準。

病人自主權保障病人對具有醫療適應症之醫療措施，有接受、拒絕、終止或撤除之決定權，惟並不當然包含要求醫療人員提供欠缺醫療適應症醫療措施之權利。對於不可逆衰弱、重度失智末期或瀕死病人，如經醫療團隊依循臨床指引、醫學證據及個案具體病況共同評估後，認定 ANH 已無法改善病人預後、功能狀態或生活品質，而僅延長瀕死過程或增加醫療負擔者，原則上即屬欠缺醫療適應症之醫療措施。此時，醫療委任代理人或家屬所得參與決定者，應限於仍具醫療適應症之醫療措施，並依病人真意或最佳利益原則，共同決定是否不施行、終止或撤除維持生命治療或 ANH 之全部或一部；對於已欠缺醫療適應症之醫療措施，醫療人員基於醫療專業及行善、不傷害原則，原則上不負提供義務。

至於最佳利益原則，係代理決策制度之最後補充機制，僅於病人真意經共同決策程序後仍客觀上無法確認，或醫療委任代理人與醫療團隊對病人真意之認定發生重大爭議，且無法經共同決策程序解決時，始得適用。其判斷不應僅著眼於延長生物學生命或單純醫療效

⁵² 美國採替代判斷標準，由代理人依病人過去之宗教信仰、生活方式、人生價值觀及其他客觀事證推定其真意；德國《民法典》建立病人推定真意制度，由監護人或醫療代理人探求病人過去之意願；英格蘭與威爾斯則透過《意思能力法》建立支持性決策及最佳利益原則；日本《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》亦強調由病人、家屬及跨專業團隊共同探求病人真意，必要時綜合病人利益及醫療專業判斷作成決策。各國制度雖有不同設計，但均遵循相同原則，即病人真意優先、推定真意次之、最佳利益最後補充。共同決策程序並非獨立於病人自主之外之醫療裁量，而係醫療團隊會同醫療委任代理人、病人家屬或其他足以知悉病人意願之關係人，共同探求及確認病人真意之程序，其目的在於降低代理判斷錯誤風險，並兼顧醫療專業與病人自主。

益，而應綜合病人整體病況、疾病預後、可能承受之痛苦、生活品質、過往價值觀、宗教信仰、人格尊嚴及家庭支持等因素綜合判斷。尤對於已符合末期病人或不可逆衰弱等臨床條件者，如維持生命治療或 ANH 已無法改善整體預後、延緩身體功能衰退或提升生活品質，則最佳利益之判斷應更著重於減輕痛苦、維護人格尊嚴及善終利益，而非單純延長生命歷程⁵³。

綜上，AD 為病人自主之實現方式，但不應成為唯一依據。爰建議《病主法》增訂第 10 條之 1；並修正第 14 條，建立完整代理決策制度：（一）擴充醫療委任代理人之權限，使其除得依病人 AD 代理表達醫療意願外，病人未作成 AD 時，亦得依法代理探求並表達病人真意；（二）明定病人真意之推定原則，以病人過去之價值觀、生活方式、宗教信仰及其他客觀事證作為判斷基礎；（三）建立「病人真意優先、支持性共同決策、最佳利益最後補充」之決策架構，並明定共同決策程序之醫療選項，應以具有醫療適應症之醫療措施為限；（四）醫療團隊除有具體客觀事證足認代理人之表示顯然違反病人真意外，原則上應尊重代理人依病人真意所表示之醫療決定，不得僅因醫療意見不同而逕予否定。

此外，代理決策制度能否於醫療實務真正落實，尚須建立相應之責任保障機制。醫療機構或醫師如依本法規定，循病人真意探求、支持性共同決策及最佳利益程序依法作成醫療決定，其法律效果及責任豁免，應與依病人 AD 執行者相同，以避免因法律責任疑慮而形成防禦性醫療。爰建議配合修正第 14 條第 1 項、第 2 項、第 3 項、第 4 項及第 7 項相關規定，使病人未作成 AD 者，亦得依第 10 條之 1 所建立之代理決策制度作成醫療決定，並將依法作成之醫療決定，以及依法不提供欠缺醫療適應症之醫療措施，一併納入法律責任豁免範圍。

⁵³ 趙俊祥、李郁強，〈從病患自主觀點談臨終急救與安寧緩和醫療條例之修正〉，《法學新論》，第 33 期，100 年 12 月，頁 134。

四、執行本法所定醫療決定前應確認病人意思能力及當下醫療意願（建議修正《病主法》第 15 條）

《病主法》建立 AD 制度，其立法目的在於保障病人得預先表達未來接受或拒絕特定醫療措施之意願，使病人於喪失意思能力後，其自主決定仍得受到尊重。然而，病人自主權並非一次性形成之法律效果，而係持續存在且得隨病情變化、生活經驗、家庭狀況或個人價值觀調整之人格權。因此，AD 雖具有法律效力，仍不應取代病人於醫療決策當下所表示之真實意思。

現行《病主法》第 15 條及其施行細則已就 AD 執行前之意願確認設有一定程序保障。《病主法施行細則》第 8 條規定，意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與 AD 之健保憑證註記或掃描電子檔內容不一致時，原則上應依其書面明示之意思表示為之；惟意願人書面意思表示如係選擇不接受維持生命治療或 ANH 者，於撤回或變更 AD 之程序完成前，仍應依原 AD 之註記或掃描電子檔內容為之。此一規定已兼顧病人當下意思之尊重及醫療決策安定性，其基本法理係以救治為原則，對於拒絕維持生命治療或 ANH 之意思，則要求完成法定撤回或變更程序後始生效力。因此，本報告並非認為現行法完全欠缺相關規範，而係建議進一步明確化：於執行本法所定醫療決定前，醫療機構或醫師應先確認病人是否仍具有意思能力；如仍具有意思能力，應依其當下之意思表示作成醫療決定；如已喪失意思能力，則應依其是否已作成 AD，分別適用 AD 或第 10 條之 1 所定之代理決策程序，以避免既有 AD 與病人現時意思、代理決策制度之間發生法律適用上的斷裂。

事實上，病人作成預立醫療決定與實際執行之間，可能相隔相當期間，於此期間病人之疾病進程、醫療狀況及個人價值觀均可能有所變化。因此，於開始執行本法所定醫療決定前，確認病人是否仍具有意思能力，具有重要意義。如病人於此時仍具有意思能力，即應尊重

其當下就該醫療措施所作之意思表示；如病人已喪失意思能力，則應依其是否已作成預立醫療決定，分別適用既有之 AD 制度或本報告建議增訂之第 10 條之 1 代理決策制度。如此既可避免以多年以前作成之 AD 取代病人於仍具意思能力時之現時意願，亦可避免病人未作成 AD 時，因欠缺法定依據而無從探求其醫療真意。

由比較法觀察，AD 之主要功能，在於病人於喪失意思能力後，延續其於具有意思能力時所形成之醫療意願；惟 AD 並非取代病人於其仍具有意思能力時之自主決定。英格蘭與威爾斯 MCA 及美國相關州法，均透過 AD、代理決策及病人真意探求等制度，處理病人喪失意思能力後之醫療決策問題⁵⁴。此一制度精神與本報告所建議之方向相符：病人仍具有意思能力時，應尊重其當下之醫療意願；病人喪失意思能力且已有 AD 者，原則上依其 AD 辦理；未作成 AD 者，則應透過醫療委任代理人及共同決策程序，依病人過去之價值觀、生活方式、宗教信仰、醫療意願及其他客觀事證探求其真意；於病人真意經共同決策程序後仍客觀上無法確認，或醫療委任代理人與醫療團隊對病人真意之認定發生重大爭議，且無法經共同決策程序解決時，始以最佳利益作為補充決策標準。惟代理決策之行使，仍應以相關醫療措施具有醫療適應症為前提，並應透過醫療團隊之共同評估及必要之程序保障，避免僅因病人未作成 AD，即推定其不欲接受醫療，或僅以家屬個人意見取代病人之自主意願。

《病主法》第 14 條第 1 項第 4 款之「極重度失智者」，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，其與同條項其他款所定「末期病人」、「不可逆轉之昏

⁵⁴ 美國病人自主法制認為，只要病人仍具有意思能力，即得隨時撤回、變更或重新表示醫療意願；預立醫療決定僅於病人喪失意思能力時始發生補充功能。德國《民法典》規定，病人於具備意思能力時所表示之現時意願，優先於既有之預立醫療決定。英格蘭與威爾斯《意思能力法》亦強調，具有決定能力之病人，其即時意思表示應受到充分尊重，預立拒絕醫療決定僅於病人已喪失決定能力時始具有拘束力。日本《人生最終階段醫療・照護決策過程指引》亦認為，醫療照護決策應屬持續性的溝過程，醫療團隊應於病情變化時，反覆確認病人最新之醫療意願，而非拘泥於過去所作成之意思表示。

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⁵⁵，爰建議第 15 條增訂針對「第 4 款」病人，於開始執行本法所定醫療決定前，應確認其意願。

基此，建議修正《病主法》第 15 條，明定於開始執行 AD 前，應再次確認病人是否仍具有就該醫療決定之意思能力；如病人仍具該意思能力，應向病人確認其最新醫療意願，以其作為執行依據。以免醫療機構或醫師僅依既有之預立醫療決定，而忽略病人最新意思表示；病人已喪失意思能力者，則依其是否已作成預立醫療決定，分別適用預立醫療決定或第 10 條之 1 所建立之代理決策程序。

陸、結論

病人自主法制之核心，在於病人面臨醫療決策時，最大限度尊重並實現其自主意願。AD 係病人於具意思能力時預先表達未來醫療意願之制度，但非實現病人自主之唯一方式。現行透過 ACP、AD 建立事前自主機制，惟對於未及完成 AD 即喪失意思能力病人，尚欠缺補充決策制度，對於不可逆衰弱、高齡失能及疾病快速惡化病人之醫療決策，尤顯不足。

病人喪失意思能力後，已有 AD 者，原則上應依其 AD；未作成 AD 者，則應優先透過醫療委任代理人及共同決策程序，依病人過去之醫療意願、生活方式、價值觀、宗教信仰及其他客觀事證探求其真意，以延續病人具有意思能力時之自主決定；於病人真意經共同決策程序後仍客觀上無法確認，或重大爭議無法經共同決策程序解決時，始由醫療團隊依最佳利益原則作成醫療決定。爰建議增訂《病主法》第 10 條之 1；並修正第 14 條及第 15 條：

一、修正第 14 條，將不可逆衰弱納入法定臨床條件

⁵⁵ 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，頁 4。

將「不可逆衰弱病人」納入法定臨床條件，並以嚴重或極度嚴重衰弱等客觀臨床指標，搭配多重共病及預後等因素，建立明確之評估及確認機制；透過相關專科醫師或跨專業醫療團隊進行確認，以免適用範圍過度擴張。符合臨床條件而未作成 AD 之病人，得適用第 10 條之 1 所定補充決策程序。並配合修正醫療人員法律責任，對於醫療機構或醫師已依法定程序作成醫療決定者，提供法律保障，以避免防禦性醫療。

二、增訂第 10 條之 1，降低 ACP 及 AD 之程序依賴，建立未作成 AD 病人之補充決策機制

由醫療委任代理人依病人過去之醫療意願、生活方式、價值觀、宗教信仰及其他客觀事證以探求病人真意，並由醫療團隊透過共同決策程序予以確認；於病人真意經共同決策程序後仍客觀上無法確認，或醫療委任代理人與醫療團隊對病人真意之認定發生重大爭議，且無法經共同決策程序解決時，始以最佳利益作為補充性決策標準。並明定相關醫療決定仍應以具有醫療適應症為前提，以兼顧病人自主與醫療專業判斷。

三、修正第 15 條，建立意思能力確認及不同決策制度之銜接機制

明定執行醫療決定前之意思能力確認及當下意願尊重，並使已作成 AD 及未作成 AD 之病人分別銜接 AD 制度與第 10 條之 1 代理決策程序。

柒、條文對照表

病人自主權利法第十條之一、第十四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
第十條之一 病人未作成預立醫療決定而喪失意思能力、無法清楚表達醫療意願者，醫療委任代理人得依病人過去之生活方式、宗教信仰、價值觀、醫療意願及其他足資推定其真意之客觀事實，代理病人表達是否接受、拒絕、終止、撤除或不施行具醫療適應症之維持生命治療或人工營養及流體餵養之醫療意願。 前項病人真意之探求及確認，應由醫療團隊依共同決策程序為之；醫療委任代理人之表示，應以病人真意之探求及實現為目的。醫療團隊除有具體客觀事證足認該表示顯然違反病人真意者外，應予尊重。 病人真意經共同決策程序後，仍客觀上無法確認，或醫療委任代理人與醫療團隊對病人真意之認定發生重大爭議，且無法經共同決策程序解決者，醫療團隊應綜合病人之		一、<u>本條新增</u>。 二、病人未作成預立醫療決定而喪失意思能力，無法表達醫療意願者，現行法欠缺完整之代理決策機制，爰明定醫療委任代理人得參與病人真意之探求，並依探求所得之病人真意，代理表達其醫療意願。其決策範圍以具有醫療適應症之維持生命治療或人工營養及流體餵養為限，以延續病人自主決定權，爰為第一項規定。 三、病人真意之探求涉及醫療專業判斷及病人個人生活脈絡，爰明定應由醫療團隊依共同決策程序進行，並以醫療委任代理人之表示為探求及實現病人真意之重要依據。代理人之表示原則上應予尊重，惟有具體客觀事證足認其表示顯然違反病人真意者，不在此限，爰為第二項規定。 四、病人真意無法由客觀事證確認，或醫療委

整體病況、疾病預後、醫療效益、治療負擔、生活品質、過往價值觀、人格尊嚴及其他與病人整體利益相關之事項，依最佳利益原則作成醫療決定。 前二項共同決策程序，應由主治醫師、相關專科醫師及其他適當之醫療團隊成員共同進行；病人設有醫療委任代理人者，應通知並優先參與。未設醫療委任代理人者，應徵詢病人家屬或其他足以知悉病人意願之關係人意見；必要時，得由社會工作人員、長期照顧服務提供者或其他適當人員參與，提供照顧事實之諮詢。 前四項所定醫療決定之作成，應以相關醫療措施具有醫療適應症為前提；對於經醫療團隊依醫療專業判斷認定已欠缺醫療適應症之醫療措施，不適用病人或其代理人要求醫療機構或醫師提供之規定。 醫療機構或醫師依前五項規定，循病人真意探求、共同決策及最佳利益程序作成醫療決定者，其法律責任依第十四條規定辦理。		任代理人與醫療團隊間對病人真意發生重大爭議，且無法經共同決策程序解決者，為避免醫療決策陷於停滯，爰以最佳利益作為補充性決策標準，並明定應綜合病人病況、疾病預後、醫療效益、治療負擔、生活品質、過往價值觀及人格尊嚴等事項作成判斷。最佳利益不得逕以醫療團隊之判斷取代可得確認之病人真意，爰為第三項規定。 五、為確保病人真意探求及最佳利益判斷之程序正當性，爰明定應由主治醫師、相關專科醫師及其他適當之醫療團隊成員共同參與，並使醫療委任代理人優先參與；未設代理人者，則得徵詢家屬、其他足以知悉病人意願之關係人，必要時，徵詢其他人員，如社會工作人員、長期照顧服務提供者（如長照機構人員、家庭看護、居家照服員等等），以強化病人醫療決策之程序保障，爰為第四項規定。 六、代理決策制度之建
---	--	--

		立，並非賦予病人或其代理人要求醫療機構或醫師提供任何醫療措施之權利，爰明定相關醫療決定應以具有醫療適應症為前提；經醫療團隊依專業判斷認定已欠缺醫療適應症之措施，不因病人或代理人之要求而當然產生提供義務，以兼顧病人自主與醫療專業判斷，爰為第五項規定。 七、醫療機構或醫師依本條規定，經病人真意探求、共同決策及最佳利益程序作成醫療決定者，爰明定其法律責任依第十四條規定辦理，以降低醫療人員因遵循法定程序作成醫療決定所產生之法律責任不確定性，並兼顧病人權益及避免防禦性醫療，爰為第六項規定。
第十四條 病人符合下列臨床條件之一者，醫療機構或醫師得依<u>病人之預立醫療決定</u>；如<u>病人未作成預立醫療決定者，應依第十條之一規定探求病人真意，並表達或作成醫療決定</u>，終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養	第十四條 病人符合下列臨床條件之一，<u>且有預立醫療決定者</u>，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： 一、末期病人。 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。	一、現行規定僅於病人已作成預立醫療決定時，始得終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。惟實務上，部分病人於喪失意思能力前未及完成預立醫療決定，致醫療團隊及家屬雖可依病人過去之生活方式、宗教

之全部或一部： 一、末期病人。 二、處於不可逆轉之昏迷狀況。 三、永久植物人狀態。 四、極重度失智。 <u>五、不可逆衰弱病人。</u> <u>六、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。</u> <u>前項第五款所稱不可逆衰弱病人，指因高齡、慢性疾病或其他原因，經適當治療及營養介入後，整體功能仍無合理恢復可能，且持續施行維持生命治療或人工營養及流體餵養，已無法產生合理醫療效益，包括無法改善預後、功能狀態或生活品質者。</u> <u>前項不可逆衰弱病人之評估，應結合反覆急重症住院、臨床衰弱量表與多重共病指數；其評估標準、確認程序及其他應遵行事項，由中央主管機關定之。</u> <u>第一項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確認，並經緩和醫療團隊至少二</u>	三、永久植物人狀態。 四、極重度失智。 五、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。 前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。 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。 前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。 醫療機構或醫師依本條規定終止、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，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。	信仰、價值觀及其他客觀事證推知其醫療意願，仍欠缺法律依據。爰配合第十條之一增訂醫療委任代理人代理表示病人醫療意願及共同決策制度，明定病人未作成預立醫療決定者，應依第十條之一規定探求及確認病人真意，並於病人真意無法確認時，由醫療團隊參酌病人最佳利益作成醫療決定，以完善代理決策制度，使病人自主保障由以預立醫療決定為主要制度，發展為以病人真意為核心，預立醫療決定優先、代理決策補充之制度。 二、考量高齡社會來臨，不可逆衰弱病人逐漸成為臨床常見族群，其身體功能已無合理恢復可能，持續施行維持生命治療或人工營養及流體餵養，往往無法改善疾病預後，亦難以提升生活品質。參酌世界衛生組織、歐洲臨床營養與代謝學會及各國高齡醫療發展趨勢，將不可逆衰弱病人納入本法適用對象，爰增訂第一項第五款。原
--	--	--

<u>次照會確認。涉及不可逆衰弱病人者，應由具高齡照護專業訓練之相關專科醫師參與評估，並經具高齡照護經驗之緩和醫療團隊至少二次照會。</u> 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。 前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。 <u>醫療機構或醫師依病人預立醫療決定，或依第十條之一規定所作成之醫療決定，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者，不負刑事及行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定或未依第十條之一規定之程序作成醫療決定者外，不負賠償責任。</u>		第五款遞延為第六款。 三、明定不可逆衰弱病人法律定義，以符合醫療實務及超高齡社會照護需求，爰增訂第二項。 四、不可逆衰弱之判斷涉及老年醫學及臨床醫學專業（例如以臨床衰弱量表大於七或八，搭配多重共病指數判斷），未來相關評估工具及醫療實證亦可能隨醫學發展持續更新，爰增訂第三項，授權中央主管機關訂定不可逆衰弱病人之客觀評估標準、確認程序及其他應遵行事項，以兼顧法律明確性、醫療專業及制度彈性，並確保全國認定標準一致。 五、為避免誤判並強化程序保障，維持第一項各款臨床條件均應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。鑑於不可逆衰弱病人之認定，不僅涉及疾病診斷，尚須就衰弱程度、身體功能、營養狀況、失能程度、整體預後及持續施行維持生命治療或人工營
---	--	--

		養及流體餵養之醫療效益等因素綜合評估，具有高度老人醫學專業性，爰增訂第四項，明定涉及不可逆衰弱病人者，由具高齡照護專業訓練之相關專科醫師參與評估外，並經具高齡照護經驗之緩和醫療團隊參與照會，以提升臨床認定之客觀性及一致性，降低醫療決策爭議。至於不可逆衰弱病人之客觀評估指標、照會方式之適用要件及其他應遵行事項，仍由中央主管機關依第三項授權另以辦法定之，以保留醫療專業發展及制度調整之彈性。 六、維持生命治療及人工營養與流體餵養之決定，仍應建立於醫療專業判斷及醫療適應症之前提。病人或醫療委任代理人所得決定者，係依本法對具有醫療適應症之維持生命治療或人工營養及流體餵養是否不施行、終止或撤除；對於依醫療專業判斷已欠缺醫療適應症之醫療措施，病人或代理人不得據此要求醫療團隊提供該等欠缺醫
--	--	---

		療適應症之醫療措施，醫療人員亦原則上不負提供義務。惟醫療適應症之判斷，應依循醫學實證、臨床指引及個案具體病況，由醫療團隊共同評估，以兼顧病人自主、醫療專業及程序正義。 七、配合第一項之修正，修正第七項。醫療機構或醫師依病人預立醫療決定，或依第十條之一所定程序作成具有醫療適應症之維持生命治療或人工營養及流體餵養不施行、終止或撤除之醫療決定，應受本條刑事、行政及民事責任限制之保障。至於經醫療團隊依專業判斷認定已欠缺醫療適應症之醫療措施，則不因病人或其代理人之要求而產生提供義務，並依相關醫療專業規範處理。
第十五條 醫療機構或醫師對前條第一項第一款、 <u>第四款至第六款</u> 之病人，於執行 <u>本法所定醫療決定前</u> ，應 <u>再次確認病人是否仍具就該醫療決定之意思能力</u> 。病人仍具意思能力者，應向其確認當下之	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 <u>開始執行預立醫療決定前</u> ，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。	一、病人自主權係持續性之人格權，病人之醫療意願可能因病情變化、生活經驗或價值觀改變而有所調整，意思能力亦可能隨病情發展而發生變化。爰明定醫療機構或醫師於執行醫療決定

<u>醫療意願，並依其意思表示為醫療決定；其意思表示與預立醫療決定內容不一致者，依第十二條規定辦理。</u> <u>病人已喪失意思能力者，有預立醫療決定者，依其預立醫療決定；未作成預立醫療決定者，依第十條之一規定辦理。</u>		前，應再次確認病人是否仍具意思能力。病人仍具意思能力者，應以其最新意思表示作為醫療決策依據；病人已喪失意思能力者，則依其是否已作成預立醫療決定，分別適用預立醫療決定或第十條之一所定代理決策程序。 二、第十四條第一項第四款之極重度失智病人，其意思能力可能因疾病進程、個別狀況或當時決策事項而有所差異，並非一律完全喪失。醫療團隊於確認病人意思能力時，應就其是否足以理解醫療處置之性質、目的、可能效果及不施行之影響，依個案具體情形綜合判斷，不宜僅以疾病診斷、失智程度或量表分數作為唯一判斷依據。第十四條第一項第二款不可逆轉昏迷及第三款永久植物人，已經判定「不可逆轉」及「永久」，已無從再次確認病人意思能力，不適用本條再次確認程序，爰維持不包括第十四條第一項第二、第三款，增訂第四款、第五
---	--	--

		款，原第五款遞延為第六款。 三、病人仍具意思能力者，應以其最新意思表示作為醫療決策依據。病人得以言詞、書面、行為反應或其他足資辨識其醫療意願之方式，表示變更或撤回預立醫療決定，不以完成書面或特定行政程序為必要，以落實知情同意及病人自主原則，爰修正第一項。 四、病人已喪失意思能力者，已作成預立醫療決定者，應依其預立醫療決定執行；未作成預立醫療決定者，醫療機構或醫師應依第十條之一規定，由醫療團隊透過共同決策程序探求及確認病人真意；病人真意客觀上無法確認時，始得依病人最佳利益作成醫療決定，以建立預立醫療決定優先、病人真意其次、最佳利益補充之代理決策機制，爰增訂第二項。
--	--	---

參考文獻

一、政府出版品

1. 李郁強、趙俊祥，《預立醫療決定相關法制研析》，A01736，臺北市：立法院法制局，113 年 11 月。
2. 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。
3. 李郁強，〈末期病人安寧療護相關問題之研析〉，編號：R02846，臺北市：立法院法制局，114 年 8 月。

二、期刊論文

1. 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。
2. 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。
3. 陳慧君、黃素華、鄭金寶、楊榮森，〈老年衰弱症的營養處置〉，《臺灣醫學》，第 19 卷，第 5 期，104 年 9 月，頁 534-541。
4. 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。
5. 趙俊祥、李郁強，〈從病患自主觀點談臨終急救與安寧緩和醫療條例之修正〉，《法學新論》，第 33 期，100 年 12 月，頁 115-139。

三、網路資源

1. 人權公約施行監督聯盟，《經濟社會文化權利國際公約》(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR)，網 址：
https://covenantwatch.org.tw/wp-content/uploads/2019/02/ICESCR_TCH-1.pdf，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。
2. 元氣網，飲食照護／失智者不吃東西是因為「吞嚥困難」？症狀跡象、照顧技巧一次學會，聯合報，111 年 6 月 27 日，網址：
<https://health.udn.com/health/story/10697/6409777>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。
3. 司法院，司法院釋字第 603 號解釋，94 年 9 月 28 日，網址：
<https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310784&rn=18584>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。
4. 司法院，司法院釋字第 689 號解釋，100 年 7 月 29 日，網址：
<https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310870&rn=-4838>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。
5. 教育部人權及轉型正義教育資源網，聯合國身心障礙者權利委員會「第 1 號一般性意見」(General Comment No. 1)，網址：
https://hre.pro.edu.tw/storage/files/CRPD_GC_1_ZH_TW_MOHW.pdf，最後瀏覽日期：115 年 6 月 29 日。
6. 川 崎 合 作 醫 院 事 件，網 址：
<https://pedia.3rd-in.co.jp/wiki/%E5%B7%9D%E5%B4%8E%E5%8D%94%E5%90%8C%E7%97%85%E9%99%A2%E4%BA%8B%E4%BB%B6>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。

7. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・栄養補給の導入を中心として，2012 年 6 月 27 日，網址：https://www.nurse.or.jp/nursing/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。
8. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン，2018 年 3 月，網址：<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。
9. ACP 推進に関する提言，2019 年 6 月，網址：<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。
10. 辻時子，「安楽死」か「殺人」か 日本での尊厳死の議論と法整備の動き、どこまで進んだ》，朝日新聞 GLOBE+，2023 年 9 月 13 日，網址：<https://globe.asahi.com/article/14998799>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。
11. Alejandro Álvarez-Bustos et al., Consensus document on frailty: conceptualization, detection, multidisciplinary management and future roadmap, J Nutr Health Aging. 2026 Jan 28;30(3)，網址：<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12870775/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。
12. American Geriatrics Society, Feeding Tubes in Advanced Dementia Position Statement，2014 年 7 月 17 日，網址：<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12924>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

13. BGH, Beschluss vom 17. September 2014 - XII ZB 202/13 , 網址 :
<https://datenbank.nwb.de/Dokument/522419/> ,
<https://www.hrr-strafrecht.de/2/09/2-454-09.pdf> , 最後瀏覽日期 : 115
年 6 月 25 日 。
14. BGH, Beschluss vom 6. Juli 2016, XII ZB 61/16 , 網址 :
[https://www.osborneclarke.com/de/insights/update-vorsorgevollmach
t-beschluss-des-bgh-vom-6-juli-2016-xii-zb-6116](https://www.osborneclarke.com/de/insights/update-vorsorgevollmacht-beschluss-des-bgh-vom-6-juli-2016-xii-zb-6116) , 最後瀏覽日期 :
115 年 6 月 25 日 。
15. BGH, Urteil vom 25. Juni 2010, 2 StR 454/09 , 網址 :
<https://www.hrr-strafrecht.de/2/09/2-454-09.pdf> , 最後瀏覽日期 : 115
年 6 月 25 日 。
16. BGS , End of Life Care in Frailty , 12 May 2020 , 網址 :
[https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/end-of-life-care-in-
frailty](https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/end-of-life-care-in-frailty) , 最後瀏覽日期 : 115 年 8 月 10 日 。
17. BGS , End of Life Care in Frailty: Identification and prognostication
, 12 May 2020 , 網址 :
[https://www.bgs.org.uk/end-of-life-care-in-frailty-identification-and-
prognostication](https://www.bgs.org.uk/end-of-life-care-in-frailty-identification-and-prognostication) , 最後瀏覽日期 : 115 年 8 月 10 日 。
18. B ü rgerliches Gesetzbuch, 網址 :
<https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/> , 最後瀏覽日期 : 115 年 6
月 24 日 。
19. Charles P. Sabatino, "The Evolution of Health Care Advance
Planning Law and Policy," June 2010 ; 88(2):21 , 網址 :
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2980344/> , 最後瀏覽日期

：115 年 6 月 24 日。

20. Committee on Approaching Death, Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life , Mar 2015 , 網址：<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25927121/> , 最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。
21. Elizabeth Wicks, An NHS Trust v Y [2018] UKSC 46: Reducing the Role of the Courts in Treatment Withdrawal, Medical Law Review, Volume 27, Issue 2, Spring 2019, 網址：<https://academic.oup.com/medlaw/article-abstract/27/2/330/5289589> 最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。
22. Globalhealthrights, Airedale NHS Trust v Bland [1993] AC 789 (HL). 網址：<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v.-Bland.pdf> , 2013 年 1 月 , 最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。
23. In re Conroy, 486 A.2d 1209 (N.J. 1985) , 網址：<https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1985/98-n-j-321-0.html> , 最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。
24. In re Jobes, 529 A.2d 434 (N.J. 1987) , 網址：<https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1987/108-n-j-394-0.html> , 最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。
25. In re Quinlan, 355 A.2d 647 (N.J. 1976) 網址：<https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html> , 最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。

26. Justia, Cruzan v. Director, Missouri Dep't of Health, 497 U.S. 261 (1990), 網址：<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 24 日。
27. Kate Beattie, Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust v James [2013] UKSC 67，2013 年 10 月 30 日，網址：<https://ukhumanrightsblog.com/2013/11/03/supreme-court-weighs-in-on-patients-best-interests-and-the-meaning-of-futility/>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 26 日。
28. Mental Capacity Act 2005, 網址：<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 25 日。
29. Uniform Law Commission, Uniform Health-Care Decisions Act (1993)., 網址：<https://www.uniformlaws.org/committees/community-home/librarydocuments?communitykey=3df274d6-776b-4780-8e4e-018a850ef44e&LibraryFolderKey=&DefaultView=&5a583082-7c67-452b-9777-e4bdf7e1c729=eyJsaWJyYXJ5ZW50cnkiOiJmMzBiNDAwYS04M2IwLTQyYjYtYTFiNS0wMTNhODYzMtk3ODUifQ%3D%3D>，最後瀏覽日期：115 年 6 月 24 日。
30. Uniform Law Commission, Uniform Health-Care Decisions Act (2023), 網址：<https://www.uniformlaws.org/viewdocument/final-act-168?CommunityKey=3df274d6-776b-4780-8e4e-018a850ef44e&tab=librarydocuments>，最後瀏覽日期：115 年 8 月 7 日。
31. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on

clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition. 2019;38(1):10–47.

32. World Health Organization, World Report on Ageing and Health , 2015 9 月 29 日 , 網 址 : .
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042> , 最後瀏覽日期：115 年 6 月 16 日。

**附錄：「論不可逆衰弱病人之醫療自主法制建構——以人工營養及流體
餵養為中心」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形**

時間：115 年 8 月 7 日（星期五）下午 2 時 30 分

地點：立法院法制局 305 會議室

主席：呂組長文玲

紀錄：李郁強

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 專員 黃思瑄

三、本局出席人員

蔡研究員琮浩

邱副研究員清威

林助理研究員琪蓉

發言要點：

臺灣大學國家發展研究所張副教授兆恬：

一、本報告建議擴大《病主法》5 大臨床條件，將「不可逆衰弱病人」納入，此方向本人基本上贊同。但美國法制（例如加州），是以「不可逆、不可治癒疾病或末期」為條件，報告建議「衰弱」恐有範圍過大之虞，建議再斟酌。

二、贊同 ACP 程序不一定是必要的，ACP 目的是幫助溝通，若限制

要 ACP 才能簽 AD，將形成不必要的門檻。

三、初稿第 25 頁，「四、執行本法所定醫療決定前應再次確認病人最新醫療意願」提到「現行條文較著重於執行既有預立醫療決定之程序，而未明確揭示醫療決策應以病人最新意思表示為優先」此段話，請再斟酌。現行啟動預立醫療決定是蠻嚴謹的程序，《病人自主權利法施行細則》第 8 條規定：「意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本法第十二條第一項全民健康保險憑證之預立醫療決定註記，或同條第二項預立醫療決定掃描電子檔不一致時，意願人依第六條撤回或變更前，醫療機構應依其書面明示之意思表示為之。但意願人書面意思表示之內容，係選擇不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養者，於撤回或變更程序完成前，醫師仍應依原預立醫療決定註記或醫療決定掃描電子檔之內容為之。」以「當下最新的書面意思」為準，其邏輯是以救為原則，若當下書面選擇「拒絕維持生命治療或人工營養」，則不可立即生效，建議將施行細則第 8 條之規定，補充說明。

四、ANH 屬於《安寧緩和醫療條例》的安寧療護還是維生醫療，於該條例並未明文規定，報告認為屬於維生醫療，僅「末期病人」家屬可以代理是否撤除。經查醫院實務上有些將之當作安寧療護，如此一來，即使末期病人家屬也無法代理同意撤除鼻胃管。不過末期病人此問題不一定會浮現，因為末期病人接下來的問題為，是否進行 CPR 等等，鼻胃管不會是最迫切的問題。本報告非常重要的貢獻，在於處理當病人沒有 AD 時（我國目前 99% 國人沒有 AD）該怎麼辦的問題。對於非末期病人（例如植物人、重度失智者），如果沒有 AD 目前無解。立法政策上是否需要代理決策，存在有爭議的道德滑坡問題，例如障礙者是否被代理決定不救的問題。其實很早就有學者主張將「安寧療護」納入《安

寧緩和醫療條例》可代理同意的範圍，如此一來是否插或是否繼續插鼻胃管，會依病人狀況決定。此為不擴大「末期病人」條件下，於現行法架構下可考慮的修法方向，不過這樣的想法還是偏保守，無法處理本報告所提出之很好的訴求，即代理流動性的病人真意。英美法制設計有法院介入，由病人家屬來證明病人有沒有「清晰且令人信服的證據」(clear and convincing evidence)，建議將來立法政策可以考慮。

五、現行《病主法》第 10 條第 3 項醫療委任代理人的設計與 AD 掛勾，如欲另立不同體制，建議獨立規範。

六、遠距會診的想法很好，但現行《醫師法》第 11 條規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。（第 1 項）前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。（第 2 項）」涉及生死的問題，是否適合採用遠距方式，建議再斟酌。

參採情形：

一、第一點意見，英國老年醫學學會（British Geriatrics Society, BGS）於 2020 年發布之《End of Life Care in Frailty》系列臨床指引指出，「嚴重衰弱（severe frailty）是一種臨終階段（end-of-life state）」，應成為醫療專業人員及早辨識臨終照護需求、啟動預立照護規劃（advance care planning, ACP）及討論治療偏好之重要臨床訊號。BGS 並指出，ACP 可涵蓋心肺復甦術（CPR）及臨床協助之營養與水分補充（clinically assisted nutrition

and hydration, CANH) 等維持生命之治療；病人如於具有意思能力時作成符合 MCA 要件之 ADRT，於喪失意思能力後，該決定於符合要件時，具有法律拘束力。不可逆衰弱之判斷涉及老年醫學及臨床醫學專業，例如以「臨床衰弱量表」(Clinical Frailty Scale, CFS) 大於 7 級（嚴重衰弱）或 8 級（極度嚴重衰弱），搭配多重共病指數 (Charlson Comorbidity Index, CCI) 判斷。

二、第二點意見，為贊同本報告論點之意見。

三、第三點意見，採納並於問題研析與建議四補充。

四、第四點意見，關於鼻胃管屬於安寧療護或維生醫療問題，正因為《安寧緩和醫療條例》未明文規定，引發爭議，所以制定《病主法》時將之明文規定。張副教授兆恬提供法院介入之法制設計，建議可作為將來立法方向，爰錄案供參。

五、第五點意見，採納並增訂《病主法》第 10 條之 1。

六、第六點意見，採納並刪除遠距相關規定。

衛生福利部醫事司黃專員思瑄：

一、截至今（115）年 8 月 7 日，安寧意願註記已逾 116 萬件、預立醫療決定逾 15 萬件，今年新增分別約 4.7 萬件及 2.7 萬件，顯示國人對病人自主及善終規劃的意識持續提升。

二、衛福部持續推動多項計畫，提升醫事人員及民眾對病人自主制度的認知與相關知能。

參採情形：

第一點及第二點意見，係說明衛生福利部目前對於《安寧緩和醫療條例》及《病主法》推動狀況，錄供參考。

蔡研究員琮浩：

一、報告初稿第 24 頁，建議建立完整之代理決策制度，包括擴充醫療代理人權限、明定病人真意之推定原則、建立決策架構及醫療團隊尊重代理人真意表示等建議，敬表支持。爰此，本報告初稿第 29 頁，建議增訂第 10 條第 6 項，醫療委任代理人得依所定原則推定病人真意並表達醫療意願。依本報告建議條文之說明，第 3 項第 3 款之修正係配合第 6 項規定分成已為預立醫療決定者及未為預立醫療決定者，爰現行條文第 3 項第 3 款之權限係由醫療委任代理人表達預立醫療決定，至未為預立醫療決定者，則依本報告建議之第 6 項規定代理病人表達醫療意願。按第 3 款之適用情形為「意願人意識昏迷或無法清楚表達醫療意願時」，其與第 6 項「病人未作成預立醫療決定，而已喪失意思能力者」之適用情形是否相同？按本報告建議條文「已喪失意思能力者」，可能涉及意思能力之判斷標準，與個案情形息息相關，甚至可能包括滿足個別能力之判斷、隨時間變動等狀況，是否併由共同決策程序之醫療團隊判斷，或可定明。參酌民法第 14 條（監護制度）及第 15 條（輔助制度）規定，我國法制不再僅以是否「完全喪失意思能力」區分兩種層次。爰此，建議針對第 3 項第 3 款及第 6 項之適用情形，再予釐清或補充說明。

二、報告初稿第 29 頁，第 10 條第 7 項建議增訂病人真意之探求及確認，應由醫療團隊依共同決策程序為之，按本項係補充第 6 項之病人真意探求條款，依第 6 項後段之「是否接受、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之醫療意願」，其適用範圍屬維持生命治療之重要決定，宜明確規定參與團隊成員，較為妥適。參酌本法第 9 條第 4 項及第 14 條第 2 項規定，建議第 7 項之共同決策程序參加人員，由病人之主責

照護醫療團隊主治醫師、二位具相關專科醫師資格之醫師、緩和醫療團隊或其他醫療團隊成員共同進行。

三、報告初稿第 29 頁有關增訂第 10 條第 7 項規定：「…未設醫療委任代理人，且無病人家屬或其他足以知悉病人意願之關係人者，得由社工人員、長期照護服務提供者或其他適當人員參與。」之建議，按本項所指之「長期照護服務提供者」之定義為何？建議加以釐清並於說明欄補充說明之。

四、建議釐清並修正：報告初稿第 3 頁，註 9 之外文期刊呈現格式與註 5 之呈現方式不同。第 39 頁，網路資源編號 6、8、10 之年分及期刊別呈現方式，建議統一。第 39 頁，網路資源編號 9 無網路來源，引述格式並建議調整。

參採情形：

一、第一點意見，第 10 條第 3 項第 3 款屬於已作 AD 而第 6 項為未作 AD 的情況。關於第 10 條之修正意見，已採納張副教授兆恬建議，新增第 10 條之 1。至於喪失意思能力後續程序，已於第 15 條提出修正建議。

二、第二點意見，關於初稿第 10 條第 7 項「共同決策程序參加人員，由病人主責照護團隊主治醫師、二位據相關專科醫師資格之醫師、緩和醫療團隊或其他醫療團隊成員共同進行」之建議，報告初稿第 10 條第 8 項（定稿第 10 條之 1 第 4 項）已經有類似規定。

三、第三點意見，採納並將「長期照護服務提供者」（例如長照機構之人員、家庭看護、居家照服員等等），於說明欄補充說明。

四、第四點意見，採納並完成修正。

邱副研究員清威：

- 一、本報告針對超高齡社會下「不可逆衰弱病人」之醫療自主困境進行深度研析，建議將「不可逆衰弱病人」增訂為《病主法》第 14 條之法定臨床條件，藉此補足現行法無法涵蓋高齡功能衰退者之制度缺口。此外，報告建議擴充醫療委任代理人之權限並建立完整代理決策制度，確保病人喪失意思能力後，其自主權仍能透過制度獲得延續，有效避免醫療團隊陷入防禦性醫療之困境。對本報告「伍、問題研析與建議」第一點與第三點之論點，深表認同。
- 二、本報告「伍、問題研析與建議」第四點，建議於《病主法》第 15 條增訂「極重度失智」病人於開始執行醫療決定前應再次確認其最新醫療意願之規定，此舉有助於落實對具意思能力病人之自主權保障，敬表贊同。
- 三、惟查本報告「柒、條文對照表」之建議修正條文第 15 條，僅列入第 14 條第 1 項第 1 款（末期病人）、第 4 款（極重度失智）及第 6 款（經公告之疾病）病人，卻漏未納入本報告核心建議增訂之「不可逆衰弱病人」（即建議修正條文第 14 條第 1 項第 5 款）。考量本報告將「不可逆衰弱」定位為與「末期」或「失智」併列之法定臨床條件，且此三類病人在判定符合臨床條件時，多仍具備程度不等之意思能力。基於病人自主權為持續性之人格權，應保障其在執行醫療決定前的「最後確認權」。因此，在程序保障上似應採取相同之規範，爰建議將「不可逆衰弱病人」一併納入第 15 條「應再次確認意願」之適用範圍。

參採情形：

- 一、第一點及第二點意見，均為贊同本報告論點之意見，錄供參考。

二、第三點意見，採納並完成修正。

林助理研究員琪蓉：

- 一、本報告已就人工營養及流體餵養（ANH）之法律定位、外國病人自主與代理決策制度，以及我國病人自主權利法之適用缺口，進行廣泛蒐整。為明確建立比較項目，並說明比較法分析與修法建議間之推論關係，建議於前言末段可先明列主要研究問題，例如：現行《病主法》是否足以保障不可逆衰弱病人就 ANH 所為之醫療自主決定；於病人未作成有效預立醫療決定或已喪失意思能力時，應如何建立兼顧病人真意、醫療適應症及最佳利益之決策機制，俾與後續章節分析及結論相互呼應。
- 二、將不可逆衰弱增訂為法定臨床條件，以及容許未作成預立醫療決定者透過代理決策終止、撤除、不施行維持生命治療或 ANH，涉及法律明確性、比例原則、身心障礙者權利保障及病人自主法制之重大轉型，建議稍補充說明必須修法增列，而不循現行主管機關公告制度處理之必要性。
- 三、初稿第 7 頁，美國法部分以 1993 年統一健康照護決策法為主要資料，惟美國統一法律委員會已於 2023 年通過新版法案，取代 1993 年版本，並就意思能力認定、支持性決策、法定代理人、病人異議及醫療決策責任等事項增訂更完整之規範，建議可補充該新法。
- 四、現行《病主法》係以病人事前作成 AD 為主要法律基礎；本報告草案容許未作成 AD 者，透過代理人、共同決策程序或最佳利益判斷形成醫療決定。此一制度已由「實現病人預先表達之自主」，擴張為「由他人依一定程序代為形成終止、撤除或不施行醫療之決定」，涉及制度典範之重大轉變。惟醫療委任代理人依病人

既有指示表達意願、代理人依病人過往價值進行替代判斷，以及無法推認病人真意時所作之最佳利益決定，其法律正當性、權限範圍及責任基礎並不相同，建議進一步區分其適用順序及法律效果，較為完整。

五、文字及格式體例意見如下：初稿第 9 頁，註 22「Putiz 案」應更正為「Putz 案」。初稿第 22 頁，註 47「surrogste decision-making」應更正為「surrogate decision-making」。初稿第 26 頁，「《病主法》」應更正為「《病主法》」。

參採情形：

一、第一點意見，初稿第 2 頁已敘明現行《病主法》及《安寧緩和醫療條例》均不足以解決不可逆衰弱病人如未及預立醫療決定而喪失意思能力，法制上面臨無法撤除之困境。另，於前言列出研究問題之建議，鑒於過早揭露恐影響後續閱讀意願，爰錄案供參。

二、第二點意見，規定主管機關公告者，是為避免掛一漏萬，屬於暫時性質，依據法律明確性原則，仍應逐步於法律中明定，且目前公告均為疾病，鑒於不可逆衰弱為狀態，爰循修法途徑解決。

三、第三點意見，採納並於第 7 頁註釋 16 補充之。

四、第四點意見，報告初稿第 28 頁，初稿第 10 條建議增訂第 6 項及第 8 項（定稿第 10 條之 1）即為區分適用順序及法律效果。

五、第五點意見，採納並完成修正。

散會：下午 3 時 45 分