

做自己生命的主人—— 【預立醫療決定】

臺北榮民總醫院 家庭醫學部 許若嵐 林明慧

今年1月6號，全亞洲第一部全面保障病人主權的《病人自主權利法》（以下簡稱《病主法》）正式施行，在推廣全民善終權的道路上又往前一大步。《病主法》透過法律字句的保障，強調病人的“知情、選擇和決定權”¹。也就是說，當我們生病時，我們有權利知道自己的病情診斷、治療選擇與預後；我們可以選擇我們需要的，同時，我們也可以拒絕我們不需要的，這就是病主法強調的“拒絕特殊醫療權”。於是，病主法明定，任何具完全行為能力的意願人²，只要有簽署預立醫療決定的意願，就可以邀請二等親內親屬至少一位，向醫療機構預約「預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）」，簽署「預立醫療決定（Advance decision, AD）」³。

什麼是預立醫療照護諮商（ACP）和預立醫療決定（AD）？

預立醫療照護諮商（ACP）是由意願人及至少一位二等親屬的家人，和由醫師、護理師、心理師或社工師所組成的醫療諮商團隊⁴，商討當日後處於五種特定狀況時，可以選擇的醫療照護方式。並在兩位見證人見證下，簽署預立醫療決定(AD)⁵。

諮商過程中，團隊會提供足夠的資訊協助意願人簽署預立醫療決定。如果同時有兩位見證人在場，即可當場完成簽署，機構核章，將AD上傳註記在健保卡上，並將正本歸還意願人。若無兩位見證人，或是意願人需要再考慮，意願人也可帶回核章過的決定書，在兩位見證人或法院公證下，完成簽署再帶回醫療機

構完成上傳註記。

預立醫療決定（AD）裡的臨床條件和醫療照護方式有哪些？

AD裡列出的五種臨床條件包括⁶：

- 1> **末期病人**^{7,8}：與安寧緩和條例規定之末期病人相同，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；必須由二位與該疾病診斷或治療相關的醫師確診。
- 2> **不可逆轉昏迷**⁹：因腦部病變，產生持續性重度昏迷，因外傷所致觀察六個月，非外傷所致觀察三個月，皆無恢復之跡象；或有明確醫學證據確診腦部受嚴重傷害，極難恢復意識。皆須二位神經醫學相關之專科醫師觀察確診。
- 3> **永久性植物人**¹⁰：因腦部外傷六個月或非外傷三個月後，仍無知覺的植物人，稱為永久性植物人，必須由二位神經醫學相關之專科醫師觀察確診。
- 4> **極重度失智**¹¹：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，並符合臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating) 三分以上，或功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test) 七分以上，並由二位神經或精神醫學相關之專科醫師確診。
- 5> 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況痛苦難以忍受、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⁶。

可選擇的醫療照護有⁶：

- a. **維持生命治療³**：指心肺復甦術、機械式維生系統、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。
- b. **人工營養及流體餵養³**：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分，如鼻胃管、胃造口、全靜脈營養等。

可以更改或撤除預立醫療決定嗎？

可以的！意願人有權利隨時以書面撤回或變更預立醫療決定，但須攜回至醫療機構，重新掃描註記³。

病主法的預立醫療決定 (AD) 和安寧條例之拒絕心肺復甦術 (DNR)，有什麼不同？

這是我們在諮商中，最常被問到的問題：

「我已經簽了DNR，還需要簽這個嗎？」

這裡有個圖表可以清楚的說明兩者的不同：

DNR只適用在末期病人，而AD擴大它的適用範圍到五種臨床狀況：除了末期病人外，不可逆轉腦昏迷、永久性植物人、極重度失智及主管機關認定之一些目前醫療無法治癒，病人又痛苦難耐的一些罕見疾病，都可以預立醫療決定。並且，DNR只能拒絕心肺復甦術 (CPR)等維生醫療，而AD則除了CPR外，意願人可以選擇接受、拒絕或撤除「維持生命治療、人工營養及流體餵養」的醫療照護³。

我可以像 DNR 一樣，在家自行列印填寫預立醫療決定 (AD) 即可嗎？

因為病主法的AD可適用更多的臨床狀況，以及有更多的醫療照護選項，所以會希望意願人和諮商團隊一起進行預立醫療照護諮商 (ACP) 溝通、討論意願人自己的善終意願來簽署AD⁵。另外，ACP的另一個目的，是希望藉由二親等或更多親屬參與，讓家人間溝通生死議題，瞭解並尊重意願人的決定，尊嚴善終。

三大不同	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
理論基礎不同	1. 只保障末期病人的善終權益。 2. 由病人簽意願書，但也可由最近親屬簽署即可。	1. 保障每個人的尊嚴、自主與善終權利，只要是具完全行為能力者，便可透過預立醫療照護諮商，簽署預立醫療決定 (AD)。 2. 以病人為核心，保障其知情、選擇與決定權。 3. 只有本人可簽署、修改或撤除。
適用對象不同	僅限末期病人	涵蓋五種臨床條件 1. 末期病人。 2. 不可逆轉昏迷。 3. 永久植物人。 4. 極重度失智。 5. 其他經主管機關公告的重症。
適用範圍不同	拒絕心肺復甦術 (CPR)、維生醫療和接受安寧緩和醫療	選擇接受、拒絕或撤除維持生命治療 (任何有可能延長病人生命之必要醫療措施)、人工營養及流體餵養的醫療照護。

簽署預立醫療決定 (AD) 後要如何才能生效啟動？

當意願人簽署完AD，並有兩位見證人在場見證或公證人公證，醫療機構便會給予核章，並上傳註記於健保卡中，此時AD即已生效⁵。但是必須要等到兩位專科醫師確診，及安寧團隊兩次照會，確認意願人符合AD裡的五種臨床條件⁶，如果意願人當下是意識清楚時會再和意願人確認後，這時才會啟動AD。AD啟動後，如果意願人是選擇拒絕接受「維持生命治療」或「人工營養及流體餵養」，便不給予或撤除維持生命治療方式，轉予安寧緩和之支持性治療³，尊嚴善終。

我們在諮商時，還會常遇到意願人和家屬問：

1. 簽完這份AD，是不是送到醫院就不要急救？

除非病人已經判定為末期病人或極重度失智，符合病主法規定的臨床條件，預立醫療決定便會啟動，醫療院所即按照病人之預立醫療決定來執行；否則，一般病患送到急診，還是會按照標準流程的急救程序來走，再由臨床醫師判定是否符合AD適用的臨床條件，來啟動預立醫療決定¹²。

2. 如果家人已經生病、意識不清，可以像DNR一樣，由家屬幫忙代簽就可以嗎？

不行！《病主法》強調尊重病人的自主權，所以必須在病人意識清楚時，在自由意志下決定自己的醫療決定書，不能像

DNR一樣，由家屬代簽同意書。

3. 這和安樂死有什麼不一樣？

病主法不是安樂死，是為尊重病人意願，不靠加工醫療的方式去延長生命，讓病人可以自主決定要「接受、撤除、拒絕」對自己無益的醫療措施，讓生命回歸自然善終。

類型	自然善終	人工縮短生命	醫師施藥	自行施藥
拒絕醫療權 (病人自主權利法)	●	×	×	×
安樂死	×	●	●	×
協助自殺	×	●	×	●

<參考資料：病人自主研究中心>

4. 簽立AD後，到了最後時刻，家屬還可以改變和拒絕嗎？

不行！病人說了算，家屬不得妨礙。AD是病主法保障的有效法律文件，是病人清晰表達自己醫療自主權的文件，家屬和醫療團隊都不得左右。

對於普遍存有家族、父權文化以及忌諱談論生死的台灣，病主法在維護病人自主及推廣善終的道路上，是很重要的一個里程碑。這份「預立醫療決定」，只有病人本人才能簽署、更改或是撤除，任何家屬或醫療團隊都必須尊重；不僅保障病人的自主，減輕家屬抉擇的困難，也給予醫療團隊支持病患意願上法律的保障，更大大減輕了家屬在長期照護的經濟與精神負擔與社會醫療資源和成本。

參考文獻

1. 病人自主權利法(民105年1月6日) 第4條
2. 病人自主權利法(民105年1月6日) 第8條
3. 病人自主權利法(民105年1月6日) 第3條
4. 提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法(民107年10月3日) 第4條
5. 病人自主權利法(民105年1月6日) 第9條
6. 病人自主權利法(民105年1月6日) 第14條
7. 安寧緩和條例第三條第二款
8. 病人自主權利法施行細則(民107年10月3日) 第10條
9. 病人自主權利法施行細則(民107年10月3日) 第11條
10. 病人自主權利法施行細則(民107年10月3日) 第12條
11. 病人自主權利法施行細則(民107年10月3日) 第13條
12. 病人自主權利法(民105年1月6日) 第7條 

