



維護生命最後的尊嚴～ 了解《病人自主權利法》與 《安寧緩和醫療條例》之不同

◆ 口述：家庭醫學部主任 蔡兆勳

◆ 資料整理：公共事務室中級管理師 鍾旻園

〈病人自主權利法〉和〈安寧緩和醫療條例〉的差異性

安寧緩和醫療條例自民國 89 年開始實施，施行多年以來，其理念已逐漸為多數人所熟知。病人自主權利法（簡稱病主法）則於民國 105 年在全民的共識與期待中通過了，因為其影響的範圍和層面很大，所以直到 108 年才正式開始實施，這段期間政府和民間機構都在進行相關準備。

這兩個法案最大的不同點，就是「適用對象的不同」。一般我們所熟知的〈安寧緩和醫療條例〉，適用對象僅限末期病人，是為減輕或免除末期病人之生理、

心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。但是不僅末期病人是辛苦的，還有許多疾病的情況也會讓人很辛苦，為了讓更多人得以受惠，才會有病主法的誕生。〈病主法〉適用對象已不僅限於末期病人，而是擴大至五項特定臨床條件，包括：

1. 末期病人；
2. 處於不可逆轉之昏迷狀況；
3. 永久植物人狀態；
4. 極重度失智；
5. 其他經中央主管機關（衛福部）公告之疾病。

病主法的目的，除了保障病人醫療自主及善終權益外，更可以促進醫病關係的和諧。

這兩個法案第二個主要不同處是拒絕醫療範圍的不同。安寧緩和醫療條例規範末期病人可對心肺復甦術或維生醫療施行進行選擇；病主法所界定的範圍則擴大至維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。在病主法所規範的特定臨床條件下，病人不僅可以決定是否接受維持生命的治療，還可決定是否接受透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分，例如放置鼻胃管。

臨床上，病人或家屬的接受度如何？ 該怎麼協助他們做決定？

一般民眾如果是身體健康時，詢問他們是否願意接受不施行心肺復甦術等維持生命治療，意願都很高，但真正面臨疾病甚至是疾病末期時，還是有很多人不容易做決定。較棘手的問題是病人和家屬的意見分歧，有些家屬想要積極進行維持生命治療，但病人意願不高，這時候醫療團隊就是很重要協助溝通的角色。一般就算病人有簽署不施行心肺復甦術或選擇安寧緩和醫療的文件，醫師也是會先評估病人本身是否有治療瓶頸的狀況產生（前述病主法中的五大類特定臨床條件）。因此當一個人有預立醫療決定，且需啟動預立醫療決定的照護內容時，要很嚴謹地依照法律規定，經由兩位具相關專科醫師資格之醫師確認，並有緩和醫療照護團隊至少兩次的

照會評估。因會影響病人生命，所以啟動時機也很重要。要圓滿這樣的事情，要考量幾點—病人的意見、家屬的照護及醫療團隊是否能接受，大家形成共識後進行才能圓滿。如果是醫師個人因素無法接受的情況下，依照法律規定，須轉介給其他醫師甚至轉到其他醫院照顧，讓事情能圓滿。

家屬悲傷反應也是醫療團隊關心的重點，因此醫療團隊需協助家屬去面對此問題。針對照顧者，要讓他們珍惜和病人相處的時間，同時鼓勵病人和家人好好相處，例如漸凍人，因本身在疾病進程中很痛苦，已經簽署預立醫療決定，因一時與家人衝突的情緒衝動，要求進行撤除維持生命治療，這時醫療團隊就要擔任家庭協調者的角色了。醫療團隊要設法對兩邊勸說和解、讓雙方充分了解病程進展，讓病人和家屬可以敞開心胸共同討論出雙方所能接受的照護方式，並把握陪伴病人餘生的每一天，協助完成病人最後的心願，讓病人在人生最後階段得以圓滿，也讓病人與家屬無憾。

