

(09 章頭頁)

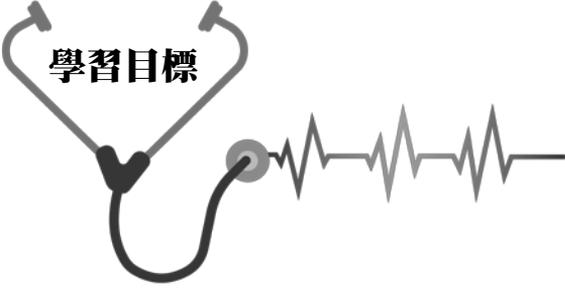
230

用生命走入生命——全人醫療臨床教案集

(09 章頭頁)

231

C
H
9
什麼
是
孝
順



學習目標

232

用生命走入生命——全人醫療臨床教案集

- ◇ 了解如何界定有效醫療與無效醫療。
- ◇ 反思與家屬溝通生命末期抉擇的方法，並理解家屬做醫療決策的各種考量。
- ◇ 面對家屬對醫療處置意見不同時，能夠利用家庭會議與社工師資源，建立有效的溝通機制。
- ◇ 運用醫學倫理中的知情同意原則，與病人及家屬清楚溝通各種不同醫療決策，並協助做醫療決策。

案例說明 9-1

高齡九十四歲的何爺爺，日常生活可自理，9月15日被兒子發現倒在家中陽台樓梯間，緊急呼叫119送醫，並現場做心肺復甦術，但到院前無呼吸及心跳，經過急診室緊急搶救，雖然回復生命跡象，但呈現昏迷狀態，且呼吸需要依靠維生系統。

照護說明 9-1

有抽菸、右側亞急性蜘蛛膜下腔血腫及早期大腸癌病史的何爺爺，被發現在家中倒下，緊急送醫，雖從到院前死亡（Out Of Hospital Cardiac Arrest, OHCA）狀態被救回，但呈現昏迷，呼吸須依靠維生系統。醫師評估，何爺爺未來可能無法脫離呼吸器，呈現植物人狀態。高齡卻可能成為植物人的情況，讓家屬和醫護都開始思考，何爺爺的下一步治療計畫該往哪個方向走。

◆ 主治醫師

已喪偶的何爺爺，有七個兒子，與五子同住。在醫療決策部分，一開始只有五子的意見，之後長子及六子也陸續出現，主要表達意見者是長子和五子。

何爺爺有抽菸習慣，十幾年前曾經得過大腸癌，但因為是早期癌，所以手術後就無重大的問題；前兩年，因右側亞急性蜘蛛膜下腔血腫，在台北慈濟醫院神經外科動過腦部手術，術後恢復良好，日常生活可自理。

本次何爺爺急救後入住加護病房時血壓不穩，身上及頭部未見外傷，腦部電腦斷層掃描檢查有新發生的左側亞急性蜘蛛膜下腔血腫；胸腔電腦斷層掃描發現輕微右下肺浸潤。會診評估，認為可能是喪失意識後，跌倒碰撞發生的左側亞急性蜘蛛膜下腔血腫，尚屬輕微，雖然何爺爺是到院前死亡入院，但經急救已回復生命跡象；另外，輕微右下肺浸潤的狀況也不致於是導致到院前死亡的原因，所以家屬認為何爺爺可以像以前一樣度過難關，一致表示要積極治療。

9月16日，何爺爺出現發燒感染現象，使用抗生素治療。9月22日仍然意識昏迷，自行呼吸能力相當不好，經評估各種生理狀況，何爺爺恢復自行呼吸或清醒的機率

偏低，於是告知家屬，何爺爺之後可能會呈現植物人狀態，甚至無法脫離呼吸器。但考量臨床經驗中，有原本無法自行呼吸的病人後來恢復自行呼吸的案例，所以更謹慎的醫療決策，要一個月以上無法自行呼吸才判定是無法自行呼吸。於是持續為何爺爺做自行呼吸能力評估，10月5日測試的指數是一分鐘只有三到四次的自行呼吸，仍然必須依賴呼吸器。

◆ 護理師

照護何爺爺約一個月的時間。長子幾乎每天白天都會到病房探望；五子因為工作比較忙，大多晚上才會出現，偶而老六也會來。剛入住加護病房時，家屬態度很一致，希望醫療人員積極治療，也希望何爺爺像上次腦部開刀一樣，有清醒恢復健康的機會。

何爺爺住加護病房將近一個月，意識仍呈現昏迷狀態，呼吸須依靠維生系統，礙於住院天數及撤除維生醫療系統等相關法規，面臨需要做抉擇的時刻。團隊召開第一次家庭會議，讓家屬了解何爺爺當下的情況及預後評估，並說明處置的兩個選項，一個是轉外院慢性呼吸照護病房（Respiratory Care Ward, RCW）繼續照顧，其次則是若符合「安寧緩和醫療條例」末期病人可撤除維生設施的規定，為避免無效醫療延長何爺爺的痛苦，則可考慮撤除維生系統。於是醫療團隊同步照會安寧及出院服務團隊。

照護說明 9-2

團隊繼續照護何爺爺，但意識昏迷無法動彈、沒有生活品質的活著，會不會是無效醫療而延長何爺爺的痛苦？而停止積極治療，撤除維生系統，何爺爺的生命又會隨時

告終。兩個抉擇，家屬們各有堅持，醫療團隊必須做到完整的知情同意，清楚說明存活和依賴呼吸器的機率，及不同決策處置可能面臨的問題，但不能代替何爺爺及家屬做決策。

◆ 安寧團隊

因為懷疑何爺爺是在恢復心跳前因缺氧導致腦幹受損，有可能變成植物人，長子也希望直接評估是否可以撤除維生系統，於是主治醫師照會安寧團隊。評估何爺爺當時仍有咳嗽反射，也沒有器官衰竭的狀況，可能經適當照護仍有長期存活的可能，不符八大非癌症安寧療護條件，無法轉送安寧療護。因此在第一次家庭會議時，提供轉外院慢性呼吸照護病房的相關資訊給家屬。發現家屬間對後續照護方向意見不一致，因此建議家屬再與主治醫師仔細溝通討論。

◆ 主治醫師

安寧團隊評估何爺爺未達撤除維生系統條件，但長子和五子的想法不一致，長子已替何爺爺簽署「不施行心肺復甦術同意書」(Do-Not-Resuscitate Order, DNR)，表示未來若拔管後就不要再重新插管，也不要使用藥物，但五子

希望繼續治療。

10月12日內科加護病房建議轉本院呼吸照護中心（Respiratory Care Center, RCC），並評估是否符合申請呼吸重大疾病的條件，但呼吸照護中心依據病人狀況評估未來完全自行呼吸的機率極低，建議轉外院慢性呼吸照護病房繼續照顧。此時家屬間出現分歧意見，長子和六子希望能有其他選擇，他們不想讓爸爸轉慢性呼吸照護病房也不想轉院，而希望撤除維生系統，以減輕爸爸的痛苦，讓爸爸一路好走；五子則希望爸爸轉到慢性呼吸照護病房繼續治療照顧，能撐多久就撐多久，讓爸爸自己選擇往生的時間，除非有更嚴重的病徵再討論是否撤除維生系統。

◆ 護理師

第一次家庭會議討論是否撤除維生醫療時，雙方的兒子和媳婦都出現了。常常回家看爸爸的長子和六子，希望爸爸不要繼續受苦，長子表示曾聽爸爸跟他說過，希望以後發生什麼事情，不要受苦；但住在一起的五子卻表示未聽過爸爸親口說。長子以長子的身分與其他家屬溝通，長子認為他的決定是對高齡九十四歲爸爸最好的決定。

家庭會議中，兩種不同意見各有堅持，無法達成共識，團隊只好結束會議，擇期另召開第二次會議。

對於是否撤除維生醫療系統，家屬間的意見相左。團隊於是召開第二次家庭會議，再次邀集何爺爺的家屬和醫護團隊，讓意見不同的雙方，能在醫護團隊說明爺爺病況及撤管與否的各種狀況後，更客觀的達成共識做決策。但會議中雙方仍各執己見，更爆發強烈衝突，無法達成共識，所幸醫療團隊和社工師介入協調，並再次詳細說明後，家屬總算做出共同的醫療決策。

照護說明 9-3

第二次家庭會議中，針對何爺爺的下一步治療計畫，家屬呈現兩派意見，一邊希望何爺爺到慢性呼吸照護病房，一邊則選擇自動出院。邀請社工師介入後，社工師詳細分析兩種選擇各自須面對的後續問題，讓家屬做評估與決策。

◆ 主治醫師

10月27日召開第二次家庭會議，再讓不同意見的兩派家屬溝通，但對於何爺爺的後續醫療處置方向，他們各持己見，不願讓步，所以爆發嚴重衝突，於是趕緊邀請社工師介入溝通討論。所幸經過醫療團隊從中協調，家屬終於達成共識，決定讓何爺爺自動出院（Against-advise discharge, AAD）回家，於是10月31日何爺爺出院回家。出院回家當晚，何爺爺便往生。

◆ 社工師

經主治醫師通知，介入第二次家庭會議時，不同意見的雙方已經非常火爆。當時兒孫輩和許多家屬都在場，兒子輩與孫子輩彼此互嗆，當中一位長輩甚至拋下「你們年輕人自己決定」一句話，就憤而離席。

社工師加入家庭會議時，先確認主治醫師、慢性呼吸照護病房及自動出院的醫療方向。家屬分裂成兩派意見，一是希望到慢性呼吸照護病房，一是選擇自動出院。社工師的角度是告知兩種選項可能衍生的問題，如選擇慢性呼吸照護病房可能會有照顧問題或是醫療費用；若是選擇自動出院帶爺爺回家，後續可能有需要配合處理的相關醫療及法規事務等。

爺爺家是傳統的三合院，和五子同住多年，五子在地方是有名望的，因此在做是否撤除維生醫療決定時，很有壓力。社工師在家庭會議中，花不少時間了解所有家屬的想法，試著跟兩方子女說明，「不管選擇哪一種方式，都必須思考後續衍生的問題。」讓他們自己衡量。轉到外院慢性呼吸照護病房繼續照顧，如果變成植物人狀態長期存活，則必須考量經濟上的負擔。

長子和六子堅持曾聽過爸爸的交代——「不要讓他受苦」，所以堅持讓爸爸「好走」，但以病人當時的狀況，並不符合在醫院撤除維生醫療的條件。主治醫師提供自動出院建議，讓爺爺回家自己選擇往生時間，也符合一般老人家留一口氣回家的習慣。部分家屬可以接受將爺爺帶回家，放在廳堂，讓爺爺自然慢慢的走。當時提醒家屬，曾有臨床經驗是從慢性呼吸照護病房回到家，卻沒有馬上往生的案例，如此會衍生後續如何繼續給予醫療照顧的問題。還有病人往生後開立死亡證明的問題，就不是醫院可協助的，而必須通報地方衛生體系，或是請禮儀公司來協助開立死亡證明。透過分析各個層面的問題後，家屬們終於做出自動出院的共同決定。

◆ 出院準備小組

五子非常希望爸爸轉到慢性呼吸照護病房，再讓爸爸順其自然自己選擇往生的時間，所以向團隊提出需求時，慢性呼吸照護病房很快來做評估，出院準備小組也盡力協助，辦理過程順暢，很快定了轉出時間。但讓何爺爺轉到慢性呼吸照護病房的想法，並不是所有家屬都同意的，於是醫療團隊再約六子、長子和五子來商議，開了第二次的家庭會議，歷經火爆爭執後，終於得到共識，決定讓爺爺回家和家屬相聚，自己選擇往生時間，所以辦理自動出院。

10月31日早上10點多，家屬幫何爺爺辦自動出院回家，爺爺當晚就在家中往生了。事後何爺爺的五子表示，非常感謝這段時間團隊的用心照顧及決策，他心中並無遺憾及埋怨，他能接受爸爸自己選擇的離開方式。

【全人醫療觀點】

面對高齡昏迷病人的家屬，在做是否撤除維生醫療系統的決策時，醫療團隊除了給予有效醫療與無效醫療的評估外，更要站在全人醫療的觀點上，從病人及家屬的角度出發，提供各種不同醫療決策的後續問題，讓家屬做最適切且安心的選擇。

一、撤除維生系統的考量

昏迷的病人三天內是否醒來是關鍵，這種判斷一般是用在緊急重大病症上。兩週若還沒醒，那麼醒過來的機會就小於 10%。家屬大概等了一週，發現何爺爺活下來了，但卻沒有醒過來，他們心裡就大概有譜。快到第三週時，何爺爺無法恢復足夠的自行呼吸，勉強有咳嗽反射，但無法脫離呼吸器，當時團隊就建議他們轉慢性呼吸照護病房照護。

長子及老六對醫療費用有不同意見，不管是繼續住台北慈濟醫院還是轉院，醫療費用都是要兄弟一起分擔的。五子很捨不得何爺爺，甚至有點內疚，覺得是自己未留意到爺爺的狀況，才發生到院前死亡的狀況，好不容易救

活，五子怎樣也不願放棄治療，所以堅決反對撤除維生醫療。

雖然長子及六子一開始提要撤除維生醫療，他們也查過撤除維生醫療規範相關資料，但以尊重生命的角度看，團隊還是建議要謹慎評估。與家屬開家庭會議，說明雖然何爺爺無足夠的自行呼吸，但是咳嗽反射並沒有完全消失，因為臨床上曾遇到病人在一個月後又恢復自行呼吸的狀況，所以建議病人轉呼吸加護病房，這樣的建議五子可接受，但長子和六子卻不同意。

當考慮撤除維生醫療時，醫療端需要評估病人是否符合八大類非癌症安寧緩和條件、是否符合撤除維生醫療條件。安寧團隊表示何爺爺當時並沒有任何器官是完全衰竭的，所以不符合安寧緩和條件；而是否符合撤除維生醫療系統，則至少需要兩位相關專科醫師簽字認同；但當時與其他醫師討論，醫師間也各有不同意見。

由於家屬之間對是否撤除維生醫療沒有共識，可說是做醫療決策的最大阻礙。即使另找一位醫師協助認定，反對撤除的家屬大概也不會接受，甚至衍生更大的法律爭議。因為其中一位兒子曾強烈表達若家屬未全數同意，醫師不可撤除維生醫療。

從醫學倫理的角度來看，出現了病人自主權與生命保護、行善原則的衝突。此時病人已喪失意識無法替自己做決定，妻子已往生，確定無生前預立遺囑或預立醫療指示，也無指定醫療委任代理人。對於撤除維生醫療決策，家屬意見分歧；病人雖然與五子同住，但並未指定五子為醫療委任代理人，所以在法律的優先順序上，兒子輩是平等的。醫師的角色與立場只能告知病情，即便醫療處置可能是無效醫療，醫師只能協助家屬了解病況及預後、不同選擇的利弊得失，也就是完整告知病情後，由家屬（或醫療委任代理人）做決策，而不是醫師做決策。

住院一個月後，病人的情況已無須繼續留在加護病房，所以建議轉慢性呼吸照護病房，這個建議五子可接受，但長子和六子卻不能接受。長子和六子完全不想再等下去，想快點結束何爺爺的痛苦。經過家庭會議討論後，建議他們自己自動出院帶回家撤除維生醫療，而不在醫院撤除。

二、不同意見的背後原因

何爺爺的照顧及費用，多是五子負責，四子已往生，偶而長子及六子回家，會給爸爸一些錢，這些狀況都關係到後面的醫療決策，在照護過程中，多一些用心和關懷，

便可體會得知。

送急診當天，與病人同住的五子前一天沒回家，當天回家發現爸爸昏倒在陽台樓梯間，似乎準備要下樓。病人雖然年事已高，但是可以走路，可以自己吃東西，行走及生活行爲稍微需要人幫忙，不是完全認不得人，因此同住的五子很捨不得爸爸，更內疚自己沒把爸爸照顧好。照護上，若可以更早請社工師介入，協助關懷家屬，也許可以更清楚家屬深層的心理社會因素。

五子在社區有一定的名望和地位，而且何爺爺已九十四歲，就傳統禮俗而言，可能在往生當下應該有哪些情境，他們有一些想像中的狀態。團隊可以在這些區塊，引導他們講出來。遇到如此情境，要先判斷溝通的困難點，接著要就家庭的社會經濟狀況、他們對於死亡這件事情的看法；再多一些討論，也許可以找出他們思考的點。社工師可與醫護一起討論，清楚告知家屬選擇哪一種方式會面臨的問題，告知義務完成後，讓家屬做抉擇，然後支持他們的選擇，讓事情能圓滿處理。

當醫師從臨床經驗上已看出無效醫療的機率很大，那麼繼續依賴呼吸器而活著是延長病人的死亡過程，還是延長他的生命？依賴呼吸器的生活品質，是病人要的吗？若

是病人本人做決定將如何抉擇？醫療人員不可能比家屬了解病人的想法，所以讓家屬間經過謹慎討論後達成共識。這個案例最後選擇回家撤除維生醫療，提醒我們，無論基於死別的不捨，還是基於傳統禮俗的孝道，如何與家屬溝通生命末期的抉擇，值得我們站在病人和家屬的角度更多思考。

三、無效醫療 (medical futility)

臨床醫學本身即為一門不確定性的科學 (a science of uncertainty)，也是所謂機率的藝術 (an art of probability)。臨床處置中高度機率性的本質，與倫理議題密切相關。當特定的醫療處置有很高的機率不會成功時，不予 (withholding) 或撤除 (withdrawing) 醫療處置，即成為合理的選項¹。

字面上，所謂「無效 (futility)」意指醫療處置沒有發生預期的效果，或是沒有帶來應有的益處。更嚴謹的定義則是，「根據合理的推論或是經驗，原本希望對病人有益的處置有很高的機率會失敗，而且無法系統性產生罕見的例外。」無效醫療可細分為「生理無效 (physiological futility)」及「機率無效 (probabilistic futility)」¹。「生理無效」指因病人的生理系統已經徹底失效，十分確定任何已

知的醫療處置已無法逆轉此惡化過程。此時期有時被稱為瀕死期（imminently dying）或即將死亡期（actively dying）；此時病人的死亡已迫在眉睫，通常只能以小時為單位計算，呼吸器及升壓劑等維生醫療已失效而無適應症。生理無效時，醫師撤除所有治癒性處置，只留下提供病人舒適的處置（palliative care，緩和醫療），並支持家屬，是符合醫學倫理的。

「機率無效」時，根據合理的推論或是經驗，醫療處置有很高的機率會失敗，不僅回復健康的機會日漸渺茫，依賴維生系統延長病人長期存活的機率很低，同時病人的生活品質也很低落。有學者提出醫療處置成功的機會如果小於1%，即可判斷是「機率無效」。必須注意的是，此時並不是也不應由醫師單方面決定是否撤除維生醫療，而應在充分讓病人及家屬知情醫療處置成敗機率、撤除或繼續的後果與生活品質後，由病人及其家屬決定。若是病人已經喪失意識或行為能力，則應依照生前預立遺囑或預立醫療指示，由醫療委任代理人代理決定，或依照病人於有意識時表達之個人價值偏好而決定。

病人能夠恢復自行呼吸或是恢復意識的機率到底有多大呢？台灣目前有一個根據台灣健保署數據的互動式

視覺化查詢系統，是國家衛生研究院在 2016 年建構的「台灣呼吸器使用決策資訊網」²。當初設立這個網站的目標，是協助社會大眾在面臨「嚴重呼吸衰竭狀況的病危或羸弱之際，是否應該開始啓用或者繼續使用侵入性呼吸器」的困難選擇情境時，能夠有較客觀、符合實證精神的可靠參考資訊，並因而能有較好的相關規劃與選擇。這個資訊系統顯示不同性別、年齡與器官衰竭之病人使用侵入性呼吸器兩天之後的長期預後預測，資料內容反應維生科技使用時間之動態變化的影響，有助於醫護人員在疾病進展不同時間點與病人及其家屬進行溝通。

「台灣呼吸器使用決策資訊網」網站裡，有國立台灣大學醫學院附設醫院醫師主編的《生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引》一書提到四套有關病人預後的資料庫³。本案例九十四歲男性到院前死亡，急救後依賴呼吸器維生，至第二次家庭會議的時候已住院四十三天，依據第三套資料庫，預測九十天後脫離呼吸器機率為 18.3%；依據第四套資料庫，預測自使用呼吸器第二天起累積死亡率達為 76.9%。值得注意的是，因為本案例年齡偏高，同時合併有到院前死亡及急救後依賴呼吸器兩個因素，也未考慮將來發生併發症或器官衰竭的可能，依照「台灣呼吸器

使用決策資訊網」得到的數據，是屬於最樂觀估計的情況，實際上的脫離呼吸器機率與累積死亡率，很可能還更差一些。

綜合以上資料，根據主治醫師的經驗評估，或根據「台灣呼吸器使用決策資訊網」的資料庫分析，即使病人存活下來，依賴呼吸器機率且生活品質低落的機率也是偏高的。本案例的狀況不到「生理無效」的程度，而是較接近「機率無效」，可以考慮撤除維生醫療。

四、醫學倫理考量

依照醫學倫理「知情同意」的原則，有效同意須有三大前提，第一，「知情 (informed)」，醫療人員有以病人可以了解的方式，完整告知醫學資訊，包括所有選項的優缺點以及作為或不作為所導致的後果；第二，「行為能力 (competent/capable)」，病人在說明過程中有合理的專注力，能了解醫師所告知的相關訊息，了解其決定可合理預見的後果，沒有受憂鬱或幻覺干擾；第三，「自主 (voluntary)」，病人不受生理約束、心理威脅與不當資訊操控，而自由地做出決定。⁴

世界醫學會 (World Medical Association) 在 2015 年第

三版《醫學倫理手冊》(Medical Ethics Manual)第二章「醫病關係之病人權利宣言(Declaration on the Rights of the Patient)」提及⁵：「病人有自決(self-determination)的權利，他們有權自由地做出與自己有關的決定。醫師會告知(inform)病人其決定之後果。心智上有自主能力的成年病人(a mentally competent adult patient)，有權利同意或拒絕任何診斷的過程或療法。病人有權取得做決定時所需之資訊(the right to the information)，病人應明瞭(understand clearly)任何試驗或治療之目的、檢驗結果的意義，以及拒絕同意的意義。」

在上述宣言之後，《醫學倫理手冊》提及：「即使拒絕治療會導致殘障或死亡，有自主能力的病人還是有拒絕治療的權利。」

在生命末期時，醫師尊重病人意願，不以醫療手段人為延長生命，讓生命回歸自然歷程，也就是不以醫療加工來延長生命，允許死亡自然發生(allow natural death)，這種「特殊拒絕醫療權」，已為歐美各國所認可之普世價值。而由於撤除維生醫療一段時間之後，病人必定死亡，因此醫學倫理上有較一般無關生死的拒絕醫療權，有更嚴謹的要求。

首先，醫療人員已經完整告知相關資訊，依照自主權原則（principle of autonomy），應由有行為能力的病人做決定。然而通常此時病人已經無法表示同意或拒絕，則依照病人在清醒時的生前預立遺囑或預立醫療指示來做；如果沒有生前預立遺囑或預立醫療指示，則由醫療委任代理人代理決定；若是沒有指定醫療委任代理人，則依照病人於有意識時表達之偏好而決定¹。傳統上國人通常避談死亡相關議題，即使曾向家屬口頭表示意願，一般沒有行諸文字，也就是生前預立遺囑或預立醫療指示，又沒有指定醫療委任代理人，這時容易引發醫療人員與家屬間的爭議，陷入兩難的倫理困境。

以本案例而言，沒有書面文件證明病人對撤除維生醫療的意願或偏好，無法完全排除撤除維生醫療只是家屬個人意見的可能性，是醫療人員必須特別留意的地方。其次，依照本國法律，所有兒子們在代理決定的優先順序是完全一樣的，不因為輩分是長子或是病人和誰同住而有差別。假使要引用「安寧緩和醫療條例」中末期病人可撤除維生設施的規定，首先應由兩位相關專科醫師確定診斷為末期或器官衰竭並簽名，其次需取得法律上最近親屬的書面同意⁶。依現行「安寧緩和醫療條例」⁶，對末期或器官

衰竭病患撤除維生醫療，不再需要所有親屬的書面同意。然而臨床實務上，應取得所有親屬的共識後，進行撤除維生醫療才不會產生爭議。如同本案例所呈現的，家屬間的意見無法達成共識，有其深層的心理社會原因；臨床醫師和護理師都很忙碌，可能也不擅長處理這類較複雜的溝通協調，若是可及早邀請社工師介入了解，也許能夠避免第二次家庭會議時家屬間的衝突。

五、病人自主權利法

「病人自主權利法」將於 2019 年初正式實行，核心重點為：具完全行爲能力之意願人，可以透過「預立醫療照護諮商」事先立下書面之「預立醫療決定」，在特定臨床條件發生時，可以選擇接受或拒絕維持生命治療，包含人工營養與流體餵養。

「病人自主權利法」並不是所有臨床診斷皆適用，僅適用下列之五種特定臨床條件（第十四條）⁶，包括：

- (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。
- (五) 其他經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。

每項臨床條件之認定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。「預立醫療照護諮商」(advanced care planning) 及「預立醫療決定」(advanced decision) 是本法之實施之重點，須由醫療機構提供預立醫療照護諮商，並於預立醫療決定上核章證明，再經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證，最後註記於全民健康保險 IC 卡，才算完成「預立醫療決定」而具有法律效力⁶。

Advanced care planning (ACP) 一般文獻泛稱「預立醫療照護計畫」，但在病人自主權利法則是使用「預立醫療照護諮商」，立法時擔心國外 ACP 模式不足以保障民眾在意識清楚、充分知情同意下所做的決定，故法定用語為「預立醫療照護諮商」，以確保 ACP 經過嚴謹溝通的過程。「預立醫療決定」採用 Advanced Decision 概念，為民眾參與 ACP 諮商後，所訂定之法律文件。考量國內民情，除一般之見證/公證程序，另加上註記 IC 卡之法律要件。

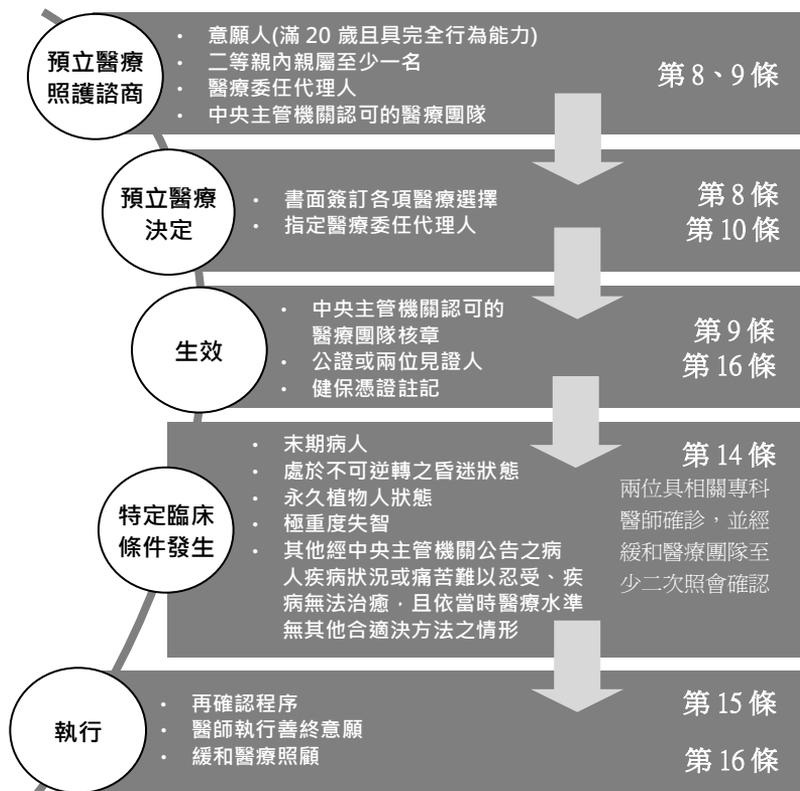


圖 9-1 「病人自主權利法」制度設計

「病人自主權利法」是以病人為中心設計，有關醫療處置的「知情、選擇與同意」，皆是以病人為最先優先性，病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人，不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。⁶然而在現在的醫療生態中，普

遍存在家屬出於善意隱瞞病情或其他原因，代替病人做重大醫療決定，或簽立不施行心肺復甦術或維生醫療同意書（DNR 同意書）等情況；無預立醫療決定，也沒有簽署意願書的末期病人，常常是由親屬簽具同意書撤除維生醫療；也有案例是病人於清醒時已表明對治療的偏好，但與家屬沒有共識，由於醫療人員擔心與家屬產生後續爭議，而傾向依照家屬的意願抉擇。「病人自主權利法」雖明文以病人的意願為優先，病人本身也需要與家屬溝通，將自己的想法以生前預立遺囑或預立醫療指示具體呈現，或是指定醫療委任代理人，以減少醫療人員無所適從的壓力；醫療人員仍應考量家屬的想法，以溝通協調達到病人、家屬、醫療人員三方的共識。

有關生命末期是否接受或撤除維生醫療的重大決定，事實上應該於意識清楚或健康時即開始討論，以避免遺憾。「病人自主權利法」規範預立醫療照護諮商、預立醫療決定、生效、特定臨床條件發生及執行預立醫療決定的相關流程，理想上可望解決大部分的爭議，達成「尊重病人醫療自主、保障其善終權益、促進醫病關係和諧」的立法理念，然而民眾以及醫療人員對此法案的理解與接受，更是落實立法理念的關鍵。目前已有人提出疑問，包

含預立醫療決定格式、是否保留限時醫療（time-limited trial）選項、醫療機構執行資格與認證、諮商團隊成員及條件、預立醫療諮商程序及變更程序、收費、無醫療委任代理人、無家屬或家屬不願意出席諮商、見證人之身分/責任等爭議之處，有待未來公布的施行細則予以清楚規範。醫界人士也擔心第十四條特定臨床條件第五款：「經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」⁶，倘若沒有嚴謹且清楚的醫學定義，可能遭致某些病人誤會而引用。

「病人自主權利法」將於 2019 年初施行，對醫療人員的溝通能力與倫理思辯能力將是一大挑戰。傳統上面臨有關生命存續之重大抉擇時，由醫療人員依照生命保護原則與父權主義（paternalism）給予建議，現在已逐漸過渡以病人自主權（autonomy）及生活品質為主要考量，由病人自己做出決定。未來將是醫療人員與病人及家屬預立醫療照護諮商，經過深思熟慮後，由病人定義哪些是沒有意義的治療。期待更多病人、家屬、醫療人員的良性互動與溝通，為社會帶來多贏的結果。

【參考資料】

1. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Eighth Edition. New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
2. 「台灣呼吸器使用決策資訊網」: <http://mvp.nhri.org.tw>
3. 洪冠予(總策畫), 黃政文、蔡宏斌(主編)。《生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引》。國立台灣大學醫學院附設醫院, 2017年2月。下載網址: <https://www.ntuh.gov.tw/image/出版品/生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引.pdf>。

【四套有關病人預後的資料庫】(引自《生命末期腎臟病人安寧緩和醫療評估指引》一書)

第一套：未來大約兩年間，每一天是否還活著的機率（機會）、每一天是否還依賴呼吸器的機率、每一天是否已經成功脫離呼吸器而且還活著的機率（台灣醫界對成功脫離呼吸器定義是：脫離呼吸器後至少可以不用依賴呼吸器存活五天以上）；也就是檢視未來會活著，以及會以依賴（或不依賴）呼吸器的狀態活著的機會；觀察

對象為使用呼吸器第二十天至第一百八十天的六十五歲以上老年病人；資料子樣本的依據是老年期年齡別、開始使用呼吸器時是否已經有需要規律透析之末期腎病，以及使用呼吸器第二十天時是否已經有清醒狀態；這套資料回應重症專家意見，特別分析落入長久昏迷且為老年末期腎病病人繼續使用呼吸器之長期預後情形。

第二套：未來大約兩年間，每一天是否還活著的機率（機會）、每一天是否還依賴呼吸器的機率、每一天是否已經成功脫離呼吸器而且還活著的機率；也就是檢視病人未來會活著，以及會以依賴（或不依賴）呼吸器的狀態活著的機會；觀察對象為使用呼吸器第三天至第一百八十天的病人；資料子樣本的依據是性別、年齡別及十個嚴重的病況族群。

第三套：使用呼吸器病人自某觀察時間點（也就是：使用呼吸器的第幾天，系統提供對應第二到第一百二十天的資料），往後九十天的脫離呼吸器累積成功率以及累積死亡率，也就是未來九十天內會成功脫離呼吸器的機率以及與九

十天內會死亡的機率；資料子樣本的依據是性別、年齡別及十個嚴重的病況族群。

第四套：使用呼吸器病人自某觀察時間點往後九十天的脫離呼吸器累積成功率，也就是未來九十天內會成功脫離呼吸器的機率；此外，系統也提供使用呼吸器第二天起之累積死亡率，以讓資料使用者更了解使用呼吸器兩天以上之病人的死亡率進展；資料子樣本的依據是性別、年齡別及十個嚴重的病況族群。

4. 蔡甫昌譯。《臨床生命倫理學》（第二版）。財團法人醫評暨醫療品質策進會，2009。
5. World Medical Association. Medical Ethics Manual. Third Edition. 2015. 下載網址：
<https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/>
6. 法務部全國法規資料庫。



【延伸思考】

1. 這個案例是否符合無效醫療的定義？因恢復意識及自行呼吸能力的機率偏低，且依賴呼吸器的生活品質低落，而可以考慮撤除維生醫療？
2. 在生命末期若考慮撤除維生醫療，須注意哪些醫學倫理的考量？或是法律上的規定？
3. 將於 2019 年初施行的「病人自主權利法」，對醫療人員處理撤除維生醫療議題，有何影響？