



但願健康到老自然死

——談「安寧緩和醫療條例」三度修法

文／許禮安醫師

緣起

「安寧緩和醫療條例」中華民國89年六月總統公布施行，條文總共15條，歷經91年12月首度修法，100年一月二度修法，還來不及讓社會大眾明瞭修法內容，又於102年一月修正約半數的條文。

趙可式教授在安寧年會指出：最早送進立法院叫「自然死法案」，比照西元1976年美國加州率先通過的「Natural Death Act」，但立法委員說法案名稱不能有「死」這個字；後來改名「善終條例」，又被退回說不可有「終」；第三次稱「末期病人選擇條例」，再被退回說不可有「末」；最後改稱「安寧緩和醫療條例」，從此大家都不知道這個條例在做什麼！

「安寧緩和醫療條例」基本精神是「末期病人選擇條例」：認可已罹患無法治癒之末期疾病的病人，經兩位醫師確定診斷後，可以立意願書選擇「自然死」，拒絕施行心肺復甦術等急救，以較有尊嚴的方式自然離開人世，免受拖延時日痛苦。就是讓末期病人可以自己決定要接受或拒絕加諸身上的醫療處置。

實施兩年的三次善終

民國91年12月首次修法在第七條增加「拔管」內容：「原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。」但只限有簽署「意願書」的末期病人，病人昏迷後由最近親屬代為簽署的「同意書」，只能讓末期病人免於被插管，對於已插管接

呼吸器的末期病人，這份「同意書」卻不能要求幫病人拔管。

第二次修法希望讓數萬已插管的末期病人有機會拔管，安寧療護界前輩努力了整整八年，據說立委的疑慮是：富人子孫可能會想要謀財害命，就趕快簽下同意書拔管才可分到遺產，到100年一月修法成功，規定「一個家屬不能謀財害命，必須全家共同謀財害命才可以」，這是我演講時開玩笑好加深大眾印象的，卻也點出邏輯上的謬誤。

「三次善終」是指：「第一次善終」是末期病人自己簽署「意願書」，如此就算不小心送到急診被插管，補上意願書還可以要求拔管。「第二次善終」是家屬在末期病人昏迷後但尚未被插管前，任何一位家屬代為簽署「同意書」，可讓病人免於被插管的命運。

「第三次善終」可就複雜了：末期病人在昏迷前沒有簽署意願書或委任書，任一家屬在病人被插管後才簽署的同意書並不能拔管，必須前三順位的所有家屬：「一、配偶。二、成人子女、孫子女。三、父母」，「一致共同簽署終止或撤除心肺復甦術同意書，並經該醫療機構之醫學倫理委員會審查通過後，予以終止或撤除心肺復甦術。」

而且「前項得簽署同意書之親屬，有已死亡、失蹤或不能為意思表示時，由其餘親屬共同簽署之。」並且規定醫院不能只有醫護人員開會，「醫學倫理委員會應由醫學、倫理、法律專家及社會人士組成，其中倫理、法律專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。」

臺大醫院金山分院院長的黃勝堅醫師在《夕陽山外山》（暢銷書《生死謎藏》續集）有篇「十八簽」提到：分散各地的十八位家屬辛苦簽好同意書，醫學倫理委員會常規三個月才開會一次，末期病人等不到開會審查通過就過世。我老婆算過她阿嬤假如落到這種狀況，要找「成人子女、孫子女」總共四十幾位簽名，雖然困難，但至少不像在修法前機會等於零。



第三度修法簡化流程

倫理學專家說：「一開始就不插管和插管後又拔管」（行話是：「不予和撤除」）具有相同的倫理意涵。可是醫護人員家屬與社會大眾在心理上卻截然不同：一開始就不插管是家屬做好準備，醫護人員不做任何行為，比較沒有心理障礙；插管後又拔管，家屬和醫護人員感覺病人是因拔管才死的，當然沒人願意當兇手去幫末期病人拔管。

我去醫院演講時聽護理師說：有醫師開立醫囑指令叫護理師去拔管。後來我對醫師演講會說：醫師有膽寫醫囑就應該自己去拔管，不要害護理師睡不著覺。我覺得拔管是在解除痛苦：讓末期病人免於延長死亡的痛苦過程。曾有末期病人拔管後可自行呼吸，和家屬度過一段寶貴的生命時光；但也有病人在我說明「拔管可能五到十分鐘內立即死亡」，還帶著感激的眼神拼命點頭同意，而且拔管後沒多久就安詳入睡直到死亡。

102年一月修法將「第三次善終」簡化到和「第二次善終」一樣，只需任一家屬簽署「同意書」即可，是根據倫理觀點來修改法律。同時把過去將「不施行心肺復甦術」用「或」綁在一起視同等於「安寧緩和醫療」給破解，在第三條專用名詞定義獨立出「維生醫療」和



「維生醫療抉擇」，但是把「維生醫療」定義為：「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的醫療措施。」看起來變成等於「無效醫療」。

第三次修法也補救疏漏：「末期病人無簽署意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。」臨床有已昏迷的末期病人沒意願書也沒家屬可代為簽署同意書，如獨居老人或無家屬的榮民，民國89年之前都是由里長或榮民服務處的輔導員代為簽署，有「安寧緩和醫療條例」後變成無人可代為決定。終於補上：「無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。」為保障末期病人權益：「同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清

楚表達意願前明示之意思表示相反。」

有人擔心「生命倫理向易死難生傾斜」，以我十七年安寧療護經驗覺得是過慮。台灣醫療照護體系事實上已經往「死不了」過度傾斜很久，制度可用基本人性形容：「有利可圖者趨之若鶩，無利可圖者逃之夭夭」。對沒家屬的末期病人，做不做急救都沒有家屬會出面告醫師，過去可能會可憐末期病人，放手不再折磨他，現在是不做急救就沒業績，醫院和醫師爲了業績當然只好搶救到底。

黃勝堅醫師講過：「我和柯文哲教授發現台大醫院外科加護病房救活病人的比例竟然是世界第一，我們有自覺、有警覺的去查閱資料，才發現國外只要救回來沒有生命品質就放手，台灣則是應家屬要求拼命救活而變成植物人，最後都會轉出加護病房，我們看不到好不了卻又死不了的慘狀。」幸好兩位良醫沒有自我吹噓，反而開始推動國內急重症的安寧療護。

回到根本處境的死亡

張啓華文化藝術基金會從民國97至100年連續四年舉辦「生命美學說故事」系列活動，針對國小學生總共約三百場，希望藉由探討生死議題的繪本，透過平易親切的說故事方式，潛移默化的傳達生死教育的議題，讓孩子們藉此學習面對生命多元且正面的態度以及人文素養。

繪本老師說：「過去講繪本時，自動把關於死亡、葬禮和棺材跳過去，因爲

小朋友會害怕。」有時會問小孩：「聽完會不會害怕？害怕的舉手」。聽到死亡的情緒應該更細微、更複雜，卻被二分法而只剩害怕與不害怕。不害怕的長大進醫護學校，畢業成爲醫護人員。當我問：「爲何不跟病人和家屬談死亡？明明病人就快死了。」醫護人員會說：「因爲病人和家屬聽了會害怕！」醫護人員和繪本老師一樣，請問：「到底是誰先害怕而不敢開口談死亡？」立委不敢看到「死、善終、末期」的法案名稱也是如此。

繪本老師受訓後很自然講完，發現小孩都非常自在。因爲大人的成見和預設立場，用害怕的心情講給小孩聽，小孩感受到大人的情緒因此害怕。根據美國統計：現代小孩從出生到十八歲，至少要看一萬八千次的死亡事件！這樣的事實已經無法逃避，只能提早爲小孩打心理的預防針——適時進行生死教育。

我覺得「安寧緩和醫療條例」第八條最重要：「醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。」尊重病人有知道病情的權利，可以自在的討論死亡，才可能推動社會大眾與末期病人清醒時先簽署「意願書」，根本不會有應該要聽從哪位家屬的困擾。

（本文作者為高雄市張啓華文化藝術基金會執行長、台灣安寧照顧協會與台灣安寧緩和醫學學會理事）

