



《高大法學論叢》

第 12 卷第 2 期（03/2017），頁 1-80

# 病人善終自主權之研究

## —借鑑臺灣法規範反思大陸立法之趨勢

許光\*

摘要

當個人身患絕症遭受疾病痛苦折磨時，其如何走向終點及社會作何反應，則是全人類所共同面對的重大終極問題之一。病人自主核心利益實為病人如何善終問題。

病人善終自主權是指病人在罹患絕症時能夠依據自己真實意願，自主決定在醫師協助下自然而無痛苦或較小痛苦走向生命終點的權利。從病人善終自主權利現階段發展情況來看，其實質為病人拒絕維生醫療權。

目前，病人善終自主權遇到了新的挑戰：一是醫療提

---

\* 福州大學法學院副教授。

供者終止醫療的權利與病人繼續維生醫療延長生命的權利之間的衝突；二是未成年病人有無善終自主權的問題；三是如何平衡孕婦善終自主權與胎兒生命權利之間的對立。

臺灣形成了比較系統的、完善的醫療法律體系，安寧緩和醫療條例與病人自主權利法是保障病人善終自主權的專法。安寧緩和醫療條例允許末期病人可以立意願書選擇安寧緩和醫療（包括拒絕 CPR），賦予「末期病人」自然善終的法源，是臺灣第一個直接規範「善終自主權」的成文法。病人自主權利法是亞洲第一部病人善終自主權利法，再次昭示「拒絕醫療是病人基本權益，是普世人權」，本法最大特點是擴大了善終自主權適用主體範圍，為五種特定情形。通過比較發現，兩部專法立法主軸始終未變，皆為實現病人善終自主權。在探索如何解決人類終結生命實現善終的終極命題上，二者皆起到積極的推動作用，表現上各有千秋。

大陸醫療法律體系缺少醫療法，拒絕維生醫療權尚未明定，建議借鑑臺灣法規範反思大陸立法之趨勢，提出大陸迫切需要制定醫療法與安寧緩和醫療條例，以保障大陸人民所缺失的善終自主權。

# **A Study on Patient Autonomy- Take Taiwanese Medical Legislation as an Example for Reconsidering the Development of Medical Legislation in Mainland China**

Guang Xu \*\*

## **Abstract**

This is an important and final issue for all human beings, in which the person decides how to end his life when he or she suffers from disease.

The core interests of patient autonomy is how to life ends appropriately. Patient autonomy for life ends appropriately is the right to person decides voluntarily to end his or her life with physician-assisted suicide for his or her incurable illness. The essence of right is to refuse treatment.

Now, Patient autonomy is facing the new challenge: first, the conflict between the physicians' power to make decision to terminate treatment and patient or patient's family requirements to go on treatment; second, if juveniles have the right of life ends appropriately; finally, the counterpose with pregnant women and fetus.

There are Hospice Palliative Care Act and Patient Autonomy Act in Taiwan for patient autonomy of life ends appropriately.

---

\*\* Associate Professor, Fu-Zhou University Law School.

Hospice Palliative Care Act permits terminally ill patients to refuse the Life-sustaining treatment (LST) withholding or withdrawing according to letter of his or her intent or advance directives (AD), so, this is the first time for Taiwan to have a statue covering the subject of LST. Patient Autonomy Act is first in Asia for life ends appropriately, which broadens patient' scope for five specific circumstances, especially not limited terminally ill patients. Comparing Hospice Palliative Care Act with Patient Autonomy Act, we can infer that they all have ultimate aim to realize patient autonomy for life ends appropriately. They take an active role in realizing human's life ends appropriately, which has its own merits.

Mainland China lacks medical law in medical legal system and has no the right to refuse treatment definitely. The paper suggests that take Taiwanese medical legislation as an example for reconsidering the development of medical legislation in Mainland China. Medical Law and Hospice Palliative Care Act are most urgent for Mainland China to protect patient autonomy of life ends appropriately now.

# 病人善終自主權之研究

## —借鑑臺灣法規範反思大陸立法之趨勢

許光

### 目錄

壹、前言

貳、善終自主之真義

一、維護生命尊嚴

二、病人自主權利最核心價值

三、符合病人最佳利益

參、病人善終自主權內涵

一、病人善終自主權涵義

二、病人善終自主權歷史沿革

三、病人善終自主權最新發展

肆、臺灣病人善終自主權之法規

一、安寧緩和醫療條例

二、病人自主權利法

三、病人自主權利法與安寧緩和醫療條例之精要  
比較

伍、大陸病人善終自主權及立法方向

一、病人自主權利之法律規範

二、病人自主權利存在的主要問題

三、病人善終自主權利立法方向

陸、結語

關鍵字：病人善終自主權、拒絕維生醫療權、安寧緩和醫療條例、病人自主權利法、大陸立法方向

Keywords: Patient Autonomy for Life Ends Appropriately, the Right to Refuse LST, Hospice Palliative Care Act, Patient Autonomy Act, Mainland China's Legislating direction.

## 壹、前言

人的生命是有限的，每個人都會走向生命的終點。然而，每個人走向終點的過程與方式是不同的，當個人身患絕症遭受疾病痛苦折磨時，其如何走向終點及社會作何反應，則是全人類所共同面對的重大終極問題之一。如何解決，都有哪些管道或途徑可以解決這一終極重大問題，從而打破困擾人們的難題？是一步到位去解決還是先找到突破口，逐一擊破，曲線前進？是全人類都必須思考的問題。

按照康得的自主性原則，每個人與生俱來都有權利與自由去支配自己的最終命運。然而，對於生命，個人是否可以自主？古今中外，眾說紛紜。不言而喻，人不能決定自己的出生，但是否可以自主決定走向生命終點？特別是對那些身患絕症而無法回復健康的病人，他們是否可以自主決定走向生命終點的方式？甚至在必要時按自己意願請求他人幫助提前結束生命？美國於 20 世紀 50 年代提出「病人自主」作為與醫事父權抗衡的倫理觀，進而衍生病人自主權，病人自主權是否包括終結自己生命的「自主」始終困擾著法院<sup>1</sup>。病人自主核心利益實為病人如何善終問題，當人走向生命終點時能夠善終或有尊嚴地離世，應是大多數人活在世上最後一個要求或心願，社會或國家是否應予

---

<sup>1</sup> 楊秀儀（2002），〈病人，家屬，社會：論基因年代病患自主權可能之發展〉，《臺大法學論叢》，5 期，頁 14。

滿足並賦予病人善終自主權或有尊嚴地走向生命終點的權利<sup>2</sup>。

本文不揣 譎 陋，試從病人善終自主權的視角探討病人如何終結生命實現善終，宏觀上為解決人類如何終結生命實現善終重大終極命題提供管窺之見，微觀上借鑑臺灣法規範反思大陸立法之趨勢。

本文首先闡釋善終自主之真義；接續，明確病人善終自主權涵義，介紹病人善終自主權歷史沿革及最新發展，為兩岸病人善終自主權立法及完善提供借鑑。再有，為本文重點，簡述臺灣病人善終自主權之法規範概貌，著重安寧緩和醫療條例與病人自主權利法之精要比較，展示兩部專法立法初衷及各自長處，並分析立法背後之原因，呈現臺灣立法是如何衝破重重阻力與障礙，從最初不接受病人善終自主權到最終完全確認該權利的過程，對同處於東方文化背景下之整個亞洲地區特別是海峽對岸的大陸地區具有重要啟示、觸動功用及借鑑意義。最後，介紹大陸醫療法律體系存在嚴重缺陷，缺少醫療法與病人拒絕維生醫療權之法律規定，提出借鑒臺灣法規制定相關法律規範。

---

<sup>2</sup> 類似觀點見：梁根林（2004），〈爭取人道死亡的權利—世界範圍內的安樂死運動〉，《比較法研究》，3期，頁16-28。



## 貳、善終自主之真義

### 一、維護生命尊嚴

任何人的生命都具有尊嚴，尊嚴從文義上講就是權利和人格被尊重，生命尊嚴應是對生命權的尊重。一般情況下，對生命權的處分與放棄很難被各界接受，刑法學理上亦對生命權採取絕對保護原則。在美國 *Cruzan*<sup>3</sup>案中，法官認為：為了保護人類的生命，密蘇里州有權對安樂死採取嚴格的規定，就算這些規定會違反病人的自主權或是最佳利益。這種對於人類生命尊嚴的堅定信念，為反對安樂死提供了最強有力的情感基礎。但是，若密蘇里州可以為了保障生命的固有或是神聖價值，進而強迫人民沒有尊嚴地活下去，反而是對生命價值的侮辱，與保護生命價值、維護生命尊嚴的初衷相悖。

隨著現代醫療科技的發展，人們對生命尊嚴的認識也正逐漸發生改變。不論是快斷氣的病人，還是只能插管子

---

<sup>3</sup> *Cruzan* 在一次車禍中嚴重受傷成為永久性植物人，她的父母在確認她沒有恢復的機會後，要求醫院停止維生醫療，但醫院在沒有法院裁定的情況下拒絕了其父母的要求。*Cruzan* 的父母提起訴訟，密蘇里州最高法院否決了其父母的要求，因為 *Cruzan* 沒有預立醫療決定，該州法規要求必須要有「清楚而確信的證據」證明病人具有撤除維生醫療的末期決定。See: Christina Q. Nguyen, *Death as Liberty*, 49 (2) *University of San Francisco Law Review*, 389-390 (2015).

才能存活的病人，憑藉當今的科技，要讓這些病人活下去是完全可以做到的事情，他們可能全身被接滿十幾部維生機器，讓數十位醫師翻來覆去的檢查，就像行屍走肉般毫無意識地活著，這種借助科技維持的病人生命被稱為技術生命<sup>4</sup>。

從休謨人性論的角度來談，當生命值得保存時，沒有人會丟開它。對於渾身插滿各種管子、依賴呼吸機維生的絕症病人或陷入永久性昏迷的植物人來說，其自身的痛苦自不在話下，其對親人或家庭經濟的拖累，更會使原本和樂的家庭為之頃毀，一味高唱生命至上者面對如此殘酷的現實也不得不退一步思考生命的意義究竟是什麼，依賴醫療維生機器維持的「技術生命」意義何在？儘管人們對倫理道德的評估不盡相同，但所有人都同意殘酷的行為是不對的，讓絕症病人在病痛、衰弱及衰竭的最後階段苟延殘喘，並且拒絕他們尋求慈悲的解脫的要求是殘酷的<sup>5</sup>。

當今人性尊嚴已成為現代民主法治社會普遍承認的價值理念，尊嚴指的是尊重我們生命的固有價值。真正的尊嚴是出於個人自由，而非高壓強迫；真正的尊嚴是出自於

---

<sup>4</sup> 陳冉（2013），〈由「尊嚴死」論放棄醫療救治的刑事責任〉，《刑法論叢》，頁 241-244。

<sup>5</sup> Louis P. Pojman 著，魏德驥等譯（1997），《解構死亡：死亡、自殺、安樂死與死刑的剖析》，頁 168，台北：桂冠。

法律制度以及某種特定的態度－這種態度鼓勵每個人為自己做出與其生死有關的種種決定。自由是尊嚴最重要也最至上的必要條件，除非我們堅持由我們自己來主導生命的進行，而非讓其他人來主導，如此，我們的生命才說得上擁有固有而客觀的重要價值<sup>6</sup>。德國 Roxin 認為，尊嚴的意義必須從法律的概念去理解，所謂尊嚴，從法律的觀點看，是一種防衛權，是為了防衛他人實行侵害尊嚴的舉止，而不是禁止自我侵害<sup>7</sup>。

提倡生命尊嚴旨在提升生命品質<sup>8</sup>，尊嚴之有無，看重的是人類生命的品質，而非量化之延續。對於病人而言，完全或是幾近完全依賴別人過活，並且無法積極回應或是加以回報，不只對一個人整個生命品質毫無助益，而且，假若在病人陷入昏迷之前知道此種情形，一定會覺得這種沒有目的的照顧和關心對其來說是一種侮辱，因為這樣的照顧和關心冒犯了她或他的尊嚴。

有些人可能希望早日平靜地結束自己或親人的生命，他們之所以這麼認為並不是否定或是侮辱生命價值，相反

---

<sup>6</sup> Ronald Dworkin 著，陳雅汝，郭貞伶譯（2002），《生命的自主權》，頁 278-279，台北：商周。

<sup>7</sup> 林東茂（2015），〈死亡協助的刑法問題〉，《高大法學論叢》，10 卷 2 期，頁 113-114。

<sup>8</sup> 李震山（1999），〈從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題〉，《中正大學法學集刊》，2 期，頁 334。

地，他們其實是認為，早點結束生命比延長生命更能顯出對生命的尊重<sup>9</sup>。正如弗蘭西斯·培根所言：使長壽擺脫衰老體弱，使臨終擺脫痛苦<sup>10</sup>，顯示了善終（life ends appropriately）的重要性：我們希望怎麼活，也就希望怎麼死。人們之所以強調生命神聖，對死亡恐懼，源於死亡本身被認為是非常不好的，然而在絕症病人被疾病折磨得死去活來，實施安樂死被確定是需要的情況下，死亡並不比讓病人繼續生存更不好。佛教言：沒有哪一種佈施會大過於幫助一個人好好地死亡；當裝上維生系統，卻沒有一點希望，那麼停止機器就不是罪惡<sup>11</sup>。

綜上，為了維護病人生命尊嚴，末期病人善終自主就具有了細微空間，此謂生命絕對保護的鬆動或生命保障原則相對化<sup>12</sup>。

## 二、病人自主權利最核心價值

在個人主義和自主原則下，人們認為，每個人與生俱來都有權利和自由去支配自己的最終命運，選擇死亡作為

---

<sup>9</sup> Ronald Dworkin 著，陳雅汝，郭貞伶譯，同前註 6，頁 278。

<sup>10</sup> 康均心（2009），《生命刑法原理》，頁 439，台北：元照。

<sup>11</sup> 索甲仁波切（Sogyal Rinpoche）著，鄭振煌譯（2005），《西藏生死書》，頁 240，台北：張老師文化。

<sup>12</sup> 韓政道（2015），〈末期之醫療決定與刑法評價〉，《中正大學法學集刊》，48 期，頁 274-275。

一種權利可以在道德上加以證成，自主的個體在其生命盡頭完全可以期待人們尊重其個人意願和需求，只要這種個人意願和需求沒有傷害他人<sup>13</sup>。事實上，死亡權不僅停留在道德論證的層面，而且已變成一種制度層面的法律權利，在現實權利體系中享有一席之地<sup>14</sup>。人們推動安樂死或醫師協助自殺合法化所訴諸的基本法理就是「死亡權」或者稱「死亡自治」。

尊重病人自主是生物倫理學的基本價值，意味著從父權醫療模式向尊重病人自主已具有概念與實際上的轉換，而且尊重病人自主是醫病關係的核心價值，這種轉換對末期病人的醫療決定而言具有特別重要的影響<sup>15</sup>。只有尊重病人自主，善終自主才具有可能性。善終是病人為了有尊嚴地離世而決定放棄醫療，自主性是其基礎，意味著其自主決定將直接或間接終結生命，不可謂不重大，因此，善終自主是病人自主權利的最核心、最重要價值，必須謹慎對待之。

自主決定的存在取決於人的某種功能，例如推理、判斷、評估結果的能力，如果這些能力減少了，病人就不能

---

<sup>13</sup> 劉小平、楊金丹（2015），〈死亡權利：自主的迷思與權利的限度〉，《醫學與哲學》，5期，頁22。

<sup>14</sup> 同前註。

<sup>15</sup> Mary Ann Baily, *Futility, Autonomy, and Cost in End-of-Life Care*, 39 (2) *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 172-182 (2011).

做出自由與自主的決定。社會根據人的理性思考能力來保護人的權利，即關於自己利益的決定權。在沒有這種能力的情況下，社會設定責任，不是去保護人的自我控制權利，而是保護這個人。一個具有自主能力的成年病人絕對具有道德與法律上的拒絕醫療的權利，除了拒絕醫療會傷害他人以外。諸如嚴重癡呆病人已經喪失了自主權所要保障的普遍能力了，承認這種病人還擁有自主權對他來說是毫無意義的，但是這種病人仍然擁有慈善權（**the right to beneficence**），也就是說，其他人為他所做的決定仍然要符合他的最佳權益。

賦予病人自主權利，目的是為了保障病人的權益，但是，當我們認為人們所做的決定並不符合他們的權益時，為什麼我們還是得尊重他們所做的決定？一般來說，比起其他人，每個人應該都最清楚自己的最佳權益所在。雖然我們經常認為，有些人在判斷自己的權益上很有可能會犯錯，但經驗告訴我們，在多數的例子裡，我們的想法其實是不對的。因此，從長遠的結果來看，我們最好還是要承認確實存在著一種普遍的自主權，而我們也應該尊重這種權利；就算我們認為別人做了錯誤的決定，我們也不應該藉由扣住這種權利，進而擾亂他們的生命<sup>16</sup>。

---

<sup>16</sup> Ronald Dworkin 著，陳雅汝，郭貞伶譯，同前註 6，頁 257。

耶和華見證人拒絕輸血致死的案件<sup>17</sup>即是最好的例證；高齡慢性多重疾患病人固然不是末期病人，但如果使用復甦術未必可以保住生命，或保住生命之後，其生命品質可能極其不堪，那麼應該尊重病人的自決。病人的自決權，優先於任何醫療行動<sup>18</sup>。

有學者提出廣泛的自主概念，自主有長期自主與短期自主，為了保護病人未來長期的自主，可以犧牲病人的短期自主，即醫師可以採取強制治療。換言之，對某些精神錯亂者，終止治療的決定意味著病人放棄了所有將來行使自主決定的機會。而通過短期強制治療可以給病人提供未來完全自主的機會，所以，這種病人不能行使醫療拒絕權，

---

<sup>17</sup> 1994年8月28日夜晚，美國康尼迪格州的斯坦福醫院裏，一位產婦因生孩子引發大出血。醫生判斷，如果不輸血，產婦將因失血過多而死亡。產婦的丈夫卻堅決拒絕輸血，因為他們的宗教—耶和華見證會，規定信徒不能輸血，否則就是對宗教的褻瀆。醫生向法官求助，要求法官發出輸血的命令。從睡夢中驚醒的法官聽完醫生簡短的陳述後，立即做出緊急裁決：允許醫生在未經病人同意的情況下施行輸血。儘管母子平安，但醫師仍被訴之法庭。1996年4月9日，州最高法院作出一致裁決，裁定醫院違反了個人之身體有權自主決定的法律傳統，侵犯了該產婦宗教信仰的憲法權利。大法官們指出，不管醫院拯救人命的情況是多麼緊急，不管醫生救死扶傷的職業規範是多麼崇高，這些都不能壓倒該病人保持自己身體和精神完整性的權利。只要她充分瞭解事情的後果，並且有能力作出決定，那就有權根據自己的信仰作出決定。參見：耶和華見證會（Jehovah's Witness）輸血案，[http://blog.sina.com.cn/s/blog\\_41162d6401011d4y.html](http://blog.sina.com.cn/s/blog_41162d6401011d4y.html)（最後瀏覽日：11/26/2015）。

<sup>18</sup> 林東茂，同前註7，頁107。

對其採取父權式的治療是正當的<sup>19</sup>。然而，對於善終自主而言，則是終局式自主，因為其自主決定所面對的事項是生命本身，是病人在其無法恢復健康又遭受疾病與維生機器雙重折磨時，做出終結生命的決定，是生命自主的體現，是維護生命尊嚴的舉措，是病人整个人生過程的完美落幕！故，醫師不能強迫病人接受其不想要的醫療，應尊重病人善終自主權。

### 三、符合病人最佳利益

就醫療專業考量，當不傷害原則與行善原則發生衝突時，則依病人最佳利益的醫學倫理原則處理<sup>20</sup>，此原則是醫療行為具有正當性的依據。病人若實現善終自主，自是符合病人最佳利益，但病人不能自主決定時，病人家屬或醫師如何代替病人做出醫療決定，病人最佳利益則是最重要的考量依據。

英國為無意識病人權利所制定的法律已經明朗。1989年英國 Anthony Bland 案，Bland 因足球場發生嚴重推擠事件而成為植物人，其父母向法院提出想請醫生關掉兒子的維生設備，並請法院確認醫師的行為是合法的。法官同意

---

<sup>19</sup> M. Carmela Epright, *Coercing Future Freedom: Consent and Capacities for Autonomous Choice*, 38 (4) *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 801 (2010).

<sup>20</sup> 王志嘉(2014)，《醫師、病人誰說的算？：病人自主之刑法基礎理論》，頁38，台北：元照。



了他們的請求，因為他認為這麼做符合病人的權益。上訴法院贊同這項判決，英國上議院也支持上訴法院的判決，支持的理由不是基於病人自主權利，而是繼續治療並不符合病人的最佳利益<sup>21</sup>。

國家應鼓勵人們盡可能地為他們日後可能要用到的照顧預作準備，要是人們不曾預作準備的話，國家律法應該把決定權交給他們的家人或親近他們的人，讓這些人來決定怎樣做才能符合當事人的最佳利益，而這些人之所以能做決定是基於他們和當事人之間的關係，因為他們和當事人很親近，熟悉他們的一切，因此足以判斷怎樣做才能符合當事人的最佳利益。

但是，有學者擔心，若法律賦予家屬醫療決定權可能會出現假面具理論與滑坡理論等現象<sup>22</sup>，甚至有學者認為：「親屬死亡同意權」違反憲法對人民「生存權」保障、侵害無死亡意願病人之人性尊嚴及其自主權，臺灣安寧緩和醫療條例第7條所規定「親屬死亡同意權」程式嚴重違反

---

<sup>21</sup> Ronald Dworkin 著，陳雅汝，郭貞伶譯，同前註6，頁212-213。

<sup>22</sup> 所謂假面具理論係指對於末期病人不予急救，表面上雖係在維護其生命尊嚴，實際上可能出於謀財害命、爭執遺產等理由，而達到促使病人早死之目的。滑坡理論係指當我們現在對末期病人可免於急救，當消極安樂死被合法化後，積極安樂死也許在將來也可能合法化。參見：吳俊穎、賴惠羣、陳榮基（2010），〈不施行心肺復甦術之相關法律議題〉，《臺灣醫學》，3期，頁321-322。

憲法所要求的「正當法律程式」<sup>23</sup>。還有學者以美國最高法院判例（Cruzan 案）表明自己的態度：如果沒有生前遺囑的話，必須要有「清楚而可信的證據」支持下，才能確認病人的意願，病人親屬對病人喪失意識之前所為的意願陳述，並不能作為重大醫療決定之依據<sup>24</sup>。

醫師具有專業自主裁量權，醫療倫理要求醫師從事醫療行為時應秉持病人最佳利益、不傷害等原則，如果醫師有醫療確信依據，認為執行病人預立醫囑不符合病人最佳利益，應可以拒絕執行病人預立醫囑，並告知病人或其醫療代理人。當醫師無法認同病人拒絕維生醫療時，其並無配合的法律義務，不得強迫醫師一定要執行撤除維生醫療的決定，此為良知抗辯。

當前醫病關係處於責任時代，即新父權主義時代，強調醫師責任的回歸<sup>25</sup>，所以，醫師除了履行告知義務外，還應更多地瞭解病人情況，例如所處的環境及所持醫療價值觀等，對病人的自主決定亦應具有審慎的責任。病人預立醫囑並不十分可靠，實踐中病人在病程中改變意願很常

---

<sup>23</sup> 林萍章（2011），〈從安寧緩和醫療條例之「家屬死亡決定權」－談病人自主權之突變〉，《臺灣法學雜誌》，172期，頁56。

<sup>24</sup> 吳俊穎（2004），〈壽終正寢？－病患親屬代理決定權的探討〉，《月旦法學雜誌》，114期，頁159-160。

<sup>25</sup> Paul Burcher, *The Patient-Doctor Relationship: Where Are We Now?*, 46 (3) *The University of Toledo Law Review*, 583 (2015).

見，很多病人由於不知道自己在病情嚴重之時想要什麼，或能忍受到什麼程度，因此通常最後會改變心意，偏離自己預立的醫囑，換言之，他們健康的時候想的是一回事，重病之時想的又是另一回事，人很難正確預測未來的情況。有研究表明約有半數的病人會反反覆覆，預立醫囑方式往往並不能讓臨床醫師或醫療代理人真正瞭解病人的意願，目前有越來越多的研究開始質疑預立醫囑的可靠性，認為預立醫囑其實並沒有什麼用<sup>26</sup>。因此，醫師基於專業判斷，根據個案實際情況，拒絕執行病人預立醫囑具有正當性，醫師沒有不尊重病人自主意志的意圖，而是更謹慎地對待病人，與病人進一步溝通、討論病情及治療方案，實現病人利益最大化。

醫師所認為的病人最佳利益可能與病人自主決定並不一致，例如，有位罹患乳癌的病人擬好預立醫囑：在臨終前，放棄電擊、注射強心劑、插管、氣切等急救措施。後因細菌感染致其呼吸困難，醫師知道其有預立醫囑，但建議為她裝上呼吸器，等到感染的問題解決後就可以拔掉，裝上呼吸器只是暫時的，僅需要幾天時間就可以控制感染情況，血壓等指標就會恢復到安全的範圍，該病人以後仍然可以正常生活幾年，但該病人在經過包括親人、醫師、

---

<sup>26</sup> Groopman, Hartzband 著，廖月娟譯（2013），《醫療抉擇》，頁 199-200，台北：遠見天下文化。

朋友等多人的勸說下依然堅持自己的意願，最後醫師尊重病人的意願，沒有裝上呼吸器，病人很快死亡<sup>27</sup>。病人善終自主權與醫師所判斷的病人最佳利益發生衝突時，醫師選擇優先尊重病人善終自主權。尊重病人善終自主權並不意味著醫師必須執行病人的醫療決定，醫師基於獨立的醫療裁量權可以拒絕執行病人的醫療決定，但亦應有充分的理由，而且必須充分告知病人及其代理人，並有義務配合該病人轉診。

## 參、病人善終自主權內涵

### 一、病人善終自主權涵義

界定病人善終自主權，先明確病人自主權的涵義。「自主」的英文起源於希臘語 *autos* (self) 和 *nomos* (rule)，即自己決定，自己做主之意。自主的思想體現於病人權利中，即為病人自主權 (right to autonomy) 或稱病人自我決定權 (right to self-determination)，是指每一個病人對於自己的身體權、生命權的醫療過程，皆有參與和依其個人價值觀，自發性地形成決策的權利<sup>28</sup>，或者是指病人經告

---

<sup>27</sup> 同前註，頁 210-219。

<sup>28</sup> 趙俊祥、李郁強 (2011)，〈從醫療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》，33 期，頁 118。

知後對其醫療活動做出決定的權利<sup>29</sup>。病人自主權包括選擇醫師、醫療機構的權利，要求治療的權利，告知後同意的權利，拒絕醫療的權利（告知後不同意的權利）等。病人自主權利的興起，使醫病關係進入以病人為中心的模式，尊重並確認病人自主權成為醫療立法之必要與重心。

此外，還需瞭解「善終」之含義。從文義上，「善終」應是好的結束，詞典上之定義是指人老死，無疾而終乃善終最高境界。絕症病人因遭受疾病痛苦折磨更需要好的結束，善終是每個病人的自然權利，正如個人因生而為人便擁有某些確定的普遍、一般、基本的權利，如生存權。現實生活中引發對病人善終的關注，主要是因為病人不僅遭受病魔的折磨，還遭受心肺復甦術（CPR）、透析機等維生醫療機器的折磨而出現的呼聲，可謂雙重折磨。因此，病人善終應立足於免除這些痛苦折磨，滿足特定病人保有人性尊嚴及生命品質的需要。法律意義上的病人善終，不僅是病人的權利問題，還涉及醫師的協助行為或者醫療行為，即病人需要醫師實施相關醫療行為自然而無痛苦或較

---

<sup>29</sup> Leslie J. Blackhall, Sheila T. Murphy, Gelya Frank, Vicki Michel & Stanley Azen, *Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy*, 274 (10) *The Journal Of The American Medical Association*, 820 (1995), available at <http://annenbergl.usc.edu/sites/default/files/2015/04/29/Ethnicity%20and%20Attitudes%20toward%20Patient%20Autonomy%20Sheila%20Murphy.pdf> (last visited 11/ 1/ 2015).

小痛苦的走向生命終點，醫師的協助行為或者醫療行為則需要法律上的肯定評價，病人善終的心願才能實現。

是故，病人善終自主權是指病人在罹患絕症時能夠依據自己真實意願，自主決定在醫師協助下自然而無痛苦或較小痛苦走向生命終點的權利。從病人善終自主權利現階段發展情況來看，其實質為病人拒絕維生醫療權，但病人善終自主權並不限於拒絕維生醫療權，如果僅為拒絕維生醫療權，只要病人拒絕入院醫療即可行使，然而，病人善終自主權目的是為了實現善終，故，病人善終自主權還應包括安寧緩和醫療權。

病人善終自主權在病人自主權利中居於核心的地位，因為病人一旦做出拒絕維生醫療的決定，所面對的直接結果或間接結果即為生命的終結，影響重大。實踐中，病人做出拒絕維生醫療的決定並不是一件容易的事，病人在作出醫療決定的過程中，往往還有病人家屬、醫師、其他關係人等主體的參與。過去由病人家屬、代理人或者其他關係人參與甚至替代病人做出醫療決定的情形屢見不鮮，醫師也是影響病人自主決定的重要參與者。故，善終自主權不是純粹的病人個人的自主權，嚴謹來說，是一種「關係」自主<sup>30</sup>。

---

<sup>30</sup> 在 20 世紀，雖然人們普遍認為自主在生命醫學實踐中獲得巨大成功。然而，在過去的幾十年裡，自主的中心地位似乎已經受到來自臨床和哲學

## 二、病人善終自主權歷史沿革

病人善終自主權源自病人自主權，病人自主思想萌芽出現較晚，因為早期醫病關係以父權模式為特徵，病人自主是反抗醫療父權主義的產物。在希波克拉底時代，只要醫生是為病人好且為病人的利益著想，醫生就可以只治病而不需要告知病人，甚至可以騙病人。1914 年的斯柯倫（Schloendorff）案，首次涉及知情同意中的患者自我決定權。真正實現從同意向知情同意的轉變是在 40 年後，1957 年的紹戈爾（Salgo）訴斯坦福大學董事會一案，紹戈爾案創設了「知情同意（Inform Consent）」一詞，它揭示了醫生的判斷應該與充分的告知相一致，同意的基礎是對病人自主權的尊重<sup>31</sup>。

1947 年紐倫堡法則（Nuremberg Code）首次在國際性法律規範中體現「知情同意」法則，被公認為是開創「告

---

領域的挑戰。自主問題要比純個人主義模式所表明的情形複雜得多。實際上，大多數病人（尤其是那些要在床前作出重大醫療決定的病人）並沒有真正作出自主的決定，他們需要他人的幫助和指導。傳統的個人主義自主觀念是一種抽象，它使病人喪失和背叛自己真正的身份和需求。基於此，我們提出關係自主的概念，它不僅適當地考慮到一個人的私人身份，而且引入相關他人、家庭成員和朋友的幫助。參見：呂建高（2010），〈病人自主權的倫理與法理〉，《環球法律評論》，6 期，頁 117。

<sup>31</sup> 莊曉平（2012），〈也談醫療的知情同意與個人自由和責任——與蘇力教授商榷〉，《自然辯證法通訊》，1 期，頁 116-117。

知後同意」法理之先端<sup>32</sup>。1981年世界醫學會大會(WMA)通過了「里斯本病人權利宣言」(Declaration of Lisbon On Rights of the Patient)正式確認病人自主決定權，並且將其上升為最高的醫學倫理準則，並在1987年肯定拒絕醫療權在倫理上的正當性。

病人自主權作為法律議題最早出現於1960年代的美國，1970年代初期由Elisabeth Kubler-Ross結合許多道德和法律社會團體推展「尊嚴死亡」(death in dignity 或 death with dignity)運動<sup>33</sup>，運動的結果促使「安寧療護」與「安寧緩和醫療」在美國的興起。病人自主意味著病人可以選擇治療或拒絕治療，美國法院早期擺盪在自主權與生命權的衝突之間，但隨著「告知後同意」法則的日漸確立，消極安樂死也在病人之拒絕醫療權、死亡權的概念下完全合法<sup>34</sup>。

---

<sup>32</sup> 陳子平(1999)，〈醫療上「充分說明與同意」之法理〉，《東吳大學法律學報》，12卷1期，頁50。

<sup>33</sup> 該項運動訴求的重點為爭取病人拒絕接受醫療的權利。對於疾病末期的病人在接受醫療或醫學照顧時能夠被視為一個完整的個體來對待而不僅僅是搶救一些已經失去功用的體內器官，並且強調病人有權利平靜與尊嚴的死亡。參見：楊月珠(2004)，《醫療自主權的法律研究》，頁1，華東政法學院碩士論文。

<sup>34</sup> 楊秀儀，同前註1，頁15。



1976 *Ann Quinlan*<sup>35</sup>案件，美國新澤西州最高法院同意 *Quinlan* 父親撤除其呼吸器之請求，即確認了病人有拒絕維生治療之權利，主治醫師必須執行指令，否則，醫師有違法的可能，體現了當時美國對病人善終自主權的絕對尊重。1976年加州首先通過自然死法案(*Natural Death Act*)，允許末期病人立下生前預囑自行決定是否停止不想要的治療或終止人工維生系統，成為世界上第一個規定病人自主權的特別立法。

1990年 *Cruzan* 案密蘇里州最高法院拒絕了 *Cruzan* 父母撤除灌食之胃管的要求，理由是缺少病人預立醫療指示，聯邦最高法院支持密蘇里州最高法院之判決，同時確認拒絕維生醫療是人們享有的憲法上的權利，首次承認個人擁有死亡權。*Cruzan* 案有一值得注意的變化，即法院對病人醫療決定權方面採取了明顯的限制，表明法院由過去絕對尊重病人自主轉變為開始平衡病人拒絕不想要的醫療與政府保護病人生命之間的權利。而且，法院從「是否憲法保護廣泛死亡權」轉到範圍較小地提出「病人是否具有終止

---

<sup>35</sup> 21歲的美國新澤西女生 *Quinlan* 因飲酒與藥物混合而陷入深度昏迷，僅靠呼吸器與胃管喂食，其父母以活著要有尊嚴為由，要求醫師與醫院拔掉呼吸機與胃管被拒，幾經上訴至新澤西州最高法院。1976年新澤西州最高法院同意了原告的要求：人有權利拒絕不想要的醫療。醫院拔除了 *Quinlan* 的呼吸器。參見：葛謹（2009），〈植物人權益與安寧緩和醫療條例之發展〉，《臺灣醫界》，52卷1期，頁30。

維生醫療」的憲法權利<sup>36</sup>。

美國聯邦政府 1990 年制定聯邦病人自決法 (Federal Patient Self-determination Act)，被稱為「medical Miranda」<sup>37</sup>，要求醫師告知病人具有預立醫療指示 (AD) 及拒絕不想要的醫療的權利，尤其是喪失意識能力的病人應如何行使其拒絕治療之自主權，以達到有效節制醫療費用高漲的弊端。時至今日，全美所有的州都立有法律允許病人及其代理人行使其拒絕醫療權。

1994 年美國奧瑞岡州首次通過尊嚴死亡法 (Death With Dignity Act)，其允許醫師給那些忍受不治之症折磨的成年人提供致命的毒藥，但華盛頓與紐約州都頒佈了禁令，禁止幫助自殺。1997 年紐約州 Quill 案<sup>38</sup>：法院禁止幫助自殺，並認為拒絕不想要的醫療不等於幫助自殺，清晰地劃分了

---

<sup>36</sup> Christina Q. Nguyen, *supra* note 3, at 388.

<sup>37</sup> Colin Miller, *Cloning Miranda: Why Medical Miranda Supports the Pre-Assertion of Criminal Miranda Rights*, 5 *Wisconsin Law Review*, 863 (2015).

<sup>38</sup> 1991 年 3 月，紐約州一醫師 Quill 在醫學刊物上發表「death and dignity」一文，描述其應白血病人要求，為其開安眠藥，並指導其服用方法，四個月後該病人服用安眠藥自殺死亡。引起醫界與社會對「醫師協助自殺」(physician assisted suicide) 的討論。由於紐約州協助自殺觸犯刑法，所以 1994 年紐約州聯邦地區法院判 Quill 醫師有罪，Quill 醫師不服上訴至聯邦上訴法院，再至聯邦最高法院。1997 年聯邦最高法院判決，主張「允許死亡」與「協助自殺」係屬二事。Quill 醫師最後有罪定讞。參見：葛謹，同前註 35，頁 30。

幫助自殺與拒絕不想要醫療的權利之間的界限，還表明正當程式條款並不是廣泛保護有關個人自主的所有決定。

### 三、病人善終自主權最新發展

目前，病人善終自主權遇到了新的挑戰：一是醫療提供者終止醫療的權利與病人繼續維生醫療延長生命的權利之間的衝突；二是未成年病人有無善終自主權的問題；三是如何平衡孕婦善終自主權與胎兒生命權利之間的對立。這些新問題、新發展必須予以重視並反思，才能準確、完整把握病人善終自主權之真諦！

#### （一）醫師終止醫療權與家屬維生醫療權的衝突

美國 **Sonya Causey** 案<sup>39</sup>，醫師儘管認為繼續治療還可以維持病人生命至少兩年，但同時也表示病人重獲意識的機會渺茫，所以醫師提出終止維生醫療，但家屬要求繼續治療，醫院道德與倫理委員會同意醫師的提議，終止了維生醫療，**Sonya** 很快死亡，家屬提起訴訟，要求醫師與醫院承擔侵權責任。被告醫師主張根據 **Louisiana** 州預立醫療決定法規，醫師認為無效醫療或醫療不恰當，就沒有義務提供醫療。法院最後支持了醫師的主張。預立醫療決定法

---

<sup>39</sup> **Sonya Causey**，31 歲，四肢癱瘓，昏迷不醒，腎病晚期，基本上依賴呼吸機、血液透析機以及人工營養與流體為生。See: **Frederick R. Parker Jr.**, *Law Bioethics, and Medical Futility: Defining Patient Rights at the End of Life*, 37 (2) *University of Arkansas at Little Rock Law Review*, 192-196 (2015).

規試圖在個人行使自主權與政府保護生命的對立利益之間進行平衡，肯認醫師在無效醫療或不恰當醫療的情況下沒有提供維生醫療的義務，而且否認妨礙醫師行使醫療判斷的傾向。預立醫療法規也試圖建立無效醫療的客觀標準，如果病人已經拒絕，醫師提供醫療就是不恰當的醫療或與一般可接受的醫療標準相反，病人拒絕醫療反映他自己的主觀決定，意味著醫療對其而言是無效的而不能接受。

當病人或其代理人要求治療而醫師認為是無醫療利益，無意義的治療時，即產生無效醫療問題。「無效醫療」是指醫師對不可逆疾病或傷害的結果的預後聲明，進一步治療不會改善病人的病情，因此也不應嘗試進一步治療。無效醫療具有量與質的要求，量的要求為評估治療成功的可能性，質的要求是評估治療有益於病人的可能性。如果治療成功的可能性為零且對病人有益的可能性亦為零，進一步醫療則被認為是無效的<sup>40</sup>。

美國加州與德州在沒有病人或代理人同意的情況下給予醫療提供者決定停止維生醫療較大的權力。兩個州皆採腦死亡說，腦死亡是大腦功能不可逆地停止，進一步醫療恢復病人生命的可能性為零，在這種情況下進行治療是與醫師作為「治療者」的角色不相容的，也削弱了醫療專業的正直性與倫理性。

---

<sup>40</sup> Christina Q. Nguyen, *supra* note 3, at 390.

由於無效醫療不僅可能損及醫療的專業自主，不符合病人本人之最大利益，也構成醫療資源的浪費，美國法自1990年起，各州紛紛制定成文法，授權醫師可以單方停止維生醫療<sup>41</sup>。紐約州法規定主治醫師有決定不施行CPR的權力。不施行心肺復甦術醫囑由主治醫師簽發，病人僅有同意或拒絕的權利。病人縱有不施行心肺復甦術之意願，主治醫師基於醫療專業、倫理或宗教的認知，仍可拒絕簽發不施行心肺復甦術醫囑而將病人轉診<sup>42</sup>。

但是，目前出現微妙的轉變，2013年發生McMath案，McMath是13歲的未成年人，處於腦死亡狀態，因其家庭宗教信仰（心臟停止跳動生命才結束），其家人要求維生醫療，醫院依據加州「統一死亡決定法」拒絕了其家人的要求，最後雙方達成協議將McMath轉到另一醫療機構。McMath案削弱了醫療提供者對腦死亡病人終止無效醫療的決定權，醫院最後屈從於病人家屬延長病人生命的利益需求，按協議將病人轉到另一醫療機構，因為醫療決定一旦錯誤將無法恢復<sup>43</sup>。

## （二）未成年病人無善終自主權

---

<sup>41</sup> 楊秀儀（2013），〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》，5卷1期，頁18。

<sup>42</sup> 李壽星（2013），〈不施行心肺復甦術法—紐約《不施行心肺復甦術法》與臺灣「安寧緩和醫療條例」的比較〉，《金陵法律評論》，1期，頁217-218。

<sup>43</sup> Christina Q. Nguyen, *supra* note 3, at 393.

學說和實務上都肯定成年病人具有醫療自主權，通常達到法定的年齡即被推定具有醫療自主權的能力，以便醫療人員有效的取得病人的同意。成年人醫療自主權當然包括拒絕維生醫療權，意味著病人善終自主權主體排除了無自主能力的病人，例如嬰幼兒病人、精神病人等無意思能力與決定能力者。

相較而言，未成年人是否具有善終自主權，必須審慎地對待。現代社會青少年早熟現象越來越普遍，未成年人對很多事項（包括某些醫療行為）已具備認知、行使自主權的能力，不必皆須法定代理人或者監護人等同意。如果法律上不賦予未成年病人醫療自主權利，完全依賴代理制度，某些情況下，將會給予法定代理人恣意濫用的機會<sup>44</sup>，反而侵害了未成年病人的權益。未成年病人若有充分的辨識能力對法益的侵害與放棄後的影響進行理解，原則就應承認其有自主能力來決定是否接受侵入性醫療行為，已成熟未成年者的自主權應被尊重<sup>45</sup>。英國法律明確規定已滿16周歲精神健全的未成年人或有 Gillick 能力的未成年人有不經父母同意而自己決定醫療的能力。所謂有 Gillick 能力是指由能力完全理解治療的後果、可能的副作用及不進

---

<sup>44</sup> 張麗卿（2014），《醫療人權與刑法正義》，頁151-153，台北：元照。

<sup>45</sup> 同前註，頁152。

行治療的預期後果<sup>46</sup>。德國司法實務上傾向在情況危急且有遲延危險時，即使病人是未成年人，但如果醫療行為是醫學所必要的，則未成年人的同意也是有效的同意<sup>47</sup>。據此，未成年病人應具有一定的醫療自主權，但其是否具有拒絕維生醫療的決定權，有待商榷。

拒絕維生醫療關涉生命終結這個重大命題，未成年人是否具有完全成熟的思考能力與解決能力？是否對生命與生命終結意義已形成穩定的價值觀？面對重大法益的抉擇，若排除法定代理人決定權而由未成年人自己決定，那麼未成年人法定代理人制度則喪失了存在的意義，也背離了未成年人法定代理人制度設置的初衷。故，未成年病人是否拒絕維生醫療，出於對未成年病人最大利益考慮，應採取以家庭為主導的模式，由其父母、醫師、未成年人（嬰幼兒除外）自己共同參與並做出決定。

否定未成年病人善終自主權並非否定罹患絕症的未成年病人具有善終權，如何解決未成年病人善終權問題，也許比利時的做法為今後相關立法提供了一個方向：2014年2月13日比利時眾議院通過一項「讓重症患兒享有安樂死權利」的法案，待比利時國王簽署該法案後，比利時將成為

---

<sup>46</sup> 葛瑾（2010），〈Gillick 行為能力—最高法院 95 年度臺非字第 115 號刑事判決評釋〉，《醫事法學》，1 期，頁 38 以下。

<sup>47</sup> 王皇玉（2009），〈德國醫療刑法論述概說〉，《月旦法學雜誌》，170 期，頁 132。

全球首個對「安樂死」合法年齡不設限的國家<sup>48</sup>。

### （三）孕婦善終自主權存在利益衝突

2014年MrsMunoz案，孕婦MrsMunoz亦處於腦死亡狀態，其預立醫療指示不要維生醫療，但德州法院拒絕其要求，因為德州「預立醫療指示法」不適用於孕婦<sup>49</sup>。

美國德州與加州的預立醫療決定法規為了保護胎兒利益，皆排除了孕婦拒絕維生醫療的自主權。即使該孕婦具有預立醫療決定，醫方拒絕執行其醫療決定而不被認為是侵犯了孕婦的醫療自主權，其正當性在於保護胎兒潛在的生命。

1993年德國憲法法院判決認為，在保護胎兒生命的同時，應考慮到對懷孕婦女基本權利的尊重。如果繼續懷孕或是產下嬰兒，會造成懷孕婦女極大的負擔或犧牲其生命價值，則以刑罰威嚇要求懷孕婦女必須生下小孩，應屬欠缺期待可能性<sup>50</sup>。

孕婦法益與胎兒法益合二為一，孕婦善終自主權與胎兒潛在的生命權存在衝突，孕婦善終自主法益與其配偶或

---

<sup>48</sup> 比利時將成首個對「安樂死」合法年齡不設限國家，中國新聞網，<http://www.chinanews.com/gj/2014/02-14/5835782.shtml>（最後瀏覽日：12/30/2015）。

<sup>49</sup> Christina Q. Nguyen, *supra* note 3, at 387-388.

<sup>50</sup> 王皇玉（2011），《刑法上的生命、死亡與醫療》，頁97-98，台北：承法。



國家對胎兒的利益需求之間如何平衡是個難題。從應然角度來講，作為具有自主能力的人，孕婦應具有善終自主權，但如何行使善終自主權，乃為兩難！因孕婦自身的特殊性，若其拒絕維生醫療，不僅是孕婦醫療自主問題，還涉及其配偶利益、家庭利益、家族利益甚至國家利益，其配偶、家庭、家族甚至國家都會介入，影響孕婦善終自主權之實現。就國家而言，除了關注女性健康與社會價值外，首要關注的是胎兒的潛在生命法益<sup>51</sup>，儘管孕婦是「首要病人」<sup>52</sup>。

在以胎兒為中心的醫療決定框架下，所有決定都是以胎兒風險最小化為模式，誇大胎兒風險的嚴重性而低估女性生育風險，女性的自主權成為假像<sup>53</sup>。因此，有人主張從侵權法上尋找女性重獲自主權或醫療決定權的方法。

本文認為，病人善終自主權並非無限制的權利，沒有無限制的權利，而且權利的行使還須考慮其社會責任與價值因素<sup>54</sup>。如何平衡孕婦善終自主權與胎兒生命權之間的

---

<sup>51</sup> See Pamela Laufer-Ukeles, *Reproductive Choices and Informed Consent: Fetal Interests, Women's Identity, and Relational Autonomy*, 37 (4) *American Journal of Law & Medicine*, 568-569(2011).

<sup>52</sup> *Id.* at 3.

<sup>53</sup> Jamie R. Abrams, *The Illusion of Autonomy in Women's Medical Decision-Making*, 42 (1) *Florida State University Law Review* 21 (2014).

<sup>54</sup> 韓大元（2011），〈論安樂死立法之憲法界限〉，《清華法學》，5期，

衝突並使二者摩擦降低到最小限度？龐德的實用主義與經驗主義觀點<sup>55</sup>具有參考價值，胎兒生命權應優先於孕婦善終自主權。首先，人具有自然性與社會性雙重屬性，賦予病人善終自主權的前提是病人已不具備社會性或社會性很弱，已不能承擔社會責任，病人主體要求是末期病人即為體現，限制孕婦的善終自主權意味著絕症孕婦尚未完全喪失社會性，其還有社會責任，在此情況下，絕症孕婦儘管享有善終自主權，但還不具備行使該權利的條件。其次，病人善終自主權目的是維護人性尊嚴，比較胎兒生命與孕婦人性尊嚴的重要性，顯然，胎兒的生命權更重要，何況孕婦的善終自主權僅是延後行使，涉及孕婦善終自主權行使時機問題。最後，人性角度來看，舐犢情深，母親愛自己的孩子是女人的天性，優先選擇保護胎兒生命，常理上不但不會違背母親的意志，而且恰恰是符合母親意志的。

綜上，病人自主權是西方國家傳統文化、宗教信仰、經濟制度及政治制度等發展的產物，有其獨特的發展規律

---

頁 32。

<sup>55</sup> 龐德認為，如果發生利益衝突，如何確定它們的先後位序與確定它們的相對重要性，無疑要作價值判斷，而價值判斷又根據什麼決定呢？這就提出了一個利益評價的問題。應從實用主義和經驗主義出發，盡可能多地滿足一些利益，同時使犧牲和摩擦降低到最小限度。參見：E·博登海默著，鄧正來譯（1999），《法理學：法律哲學與法律方法》，頁 399-400，北京：中國政法大學。

與成因，拒絕醫療權在美國已被普遍認可並成為憲法上權利，尊重與保護病人自主權仍是醫療法律的走向，平衡病人拒絕不想要的醫療與政府保護病人生命之間的權利應是美國今後司法發展的趨勢。然而，在東西方生死文化迥異的背景下，兩岸病人善終自主權發展情況如何，特別是能否通過病人自主權實現善終，法律上是否有所因應以及如何因應？美國及國際上病人善終自主權發展經驗是否對兩岸地區相關方面具有借鑑意義？本文將逐一進行探討。

## 肆、臺灣病人善終自主權之法規

病人自主的概念引入臺灣的時間較晚，自上個世紀末出現，至今不滿二十年，但「告知後同意法則」或病人自主權，在臺灣卻是風行草偃，已被臺灣的醫界及法界普遍接受，成為醫療法及醫療倫理中不可撼動的金科玉律，並形成了比較系統的、完善的醫療法律體系，主要法規有醫療法、醫師法、優生保健法、精神衛生法、人體實驗法、人體器官移植條例、人工生殖法、安寧緩和醫療條例、病人自主權利法等，對調整醫病關係、避免醫療糾紛具有重要的指導意義。其中，安寧緩和醫療條例與病人自主權利法是保障病人善終自主權的專法，是故，下文將重點介紹這兩部專法：

### 一、安寧緩和醫療條例

據臺灣癌症基金會的 1999 年防癌白皮書報告：臺灣癌

症發生率與死亡率節節上升，癌症是第一死因。儘管臺灣醫療科技比較發達，特別是維生醫療科技使得生命得以延續，但亦使得原本可能「宣告不治」之個案，得藉由醫療儀器而繼續維持生命，使得許多病人纏綿病榻，求生不得，求死不能；從 1980 年代起，臺灣生命倫理學界、法學界開始探討人是否有選擇死亡的自主，醫界也開始發展末期病人之安寧療護來取代一味延長壽命的侵入性醫療<sup>56</sup>。醫改會研究員辜智芬稱：「臺灣有數以萬計慢性呼吸器依賴、意識不清的末期病人，家屬不知該如何撤除維生醫療，不僅讓病人吃盡苦頭，有如風中殘燭，更花費近一千五百億元的醫療支出在無效醫療，可謂雙輸！」

在臨床實務上，多數醫師面對病人或家屬主張拒絕維生醫療時，都會陷入尊重自主與不傷害的倫理兩難，為避免法律爭議，醫師希望法律上能夠明定，才願意尊重病人拒絕維生醫療權。在此背景下，2000 年 6 月 7 日安寧緩和醫療條例頒佈通過，共 15 條，主要內容為允許末期病人可以立意願書選擇安寧緩和醫療（包括拒絕 CPR），賦予「末期病人」自然善終的法源。

本條例是臺灣第一個直接規範「善終自主權」的成文法，其一出臺即備受批判，如：從法案名稱的選擇、立法目的之用詞，及至條文結構的安排，處處暴露出臺灣社會

---

<sup>56</sup> 楊秀儀，同前註 41，頁 3-4。

長久以來，在面臨生命權與自主權之倫理衝突的議題上，一種曖昧不明的價值判斷；立法者不願意正面承認病人有一拒絕維生醫療權，而將維生醫療之相關規定隱藏在一個較大概念的安寧療護下，並擴大拒絕心肺復甦術的定義，使其包含拒絕維生醫療<sup>57</sup>。在立法之前，法學界就有學者憂慮緩和醫療的適法性問題以及滑坡理論與假面具理論<sup>58</sup>。

在實踐中本條例實施效果也並不理想，據統計，登錄簽署「不實施『心肺復甦術』」(DNR)的民眾少之又少，2015年將近16.3萬人死亡，只有5%簽署，也就是說，無數往生者臨終前都經過無效、無意義、殘忍的急救過程，不能善終<sup>59</sup>。2002年臺灣衛生署法規委員會第106次會議曾針對耶和華見證人病人得否拒絕輸血做成一個決議，大意是：住院病人拒絕輸血的個人意願危及生命時，醫師如果基於尊重病人個人意願而不予輸血，則有違法之虞。本決議無疑又給醫師戴上了緊箍咒，醫療自主權再次讓位於生命權，生命至上原則又一次予以體現。本決議在一定意義上對安寧緩和醫療條例的實施起到了阻礙作用。

---

<sup>57</sup> 楊秀儀，同前註41，頁4。

<sup>58</sup> 甘添貴(1998)，〈緩和醫療行為之適法性〉，《月旦法學雜誌》，38期，頁13。

<sup>59</sup> 中國時報(10/22/2015)，彭懷真，善終不能光靠感性，《名家觀點》，第A14版時論廣場。

再加之傳統的醫療父權思想、家屬父權<sup>60</sup>主義以及過去臺灣人民對病人自主權的陌生與猶豫心態，傳統的孝道、家庭倫理觀念、生死觀等，也是阻礙該法規發揮實效的重要因素。

對以上批評與阻礙因素進行反思，換一種角度來看，反而說明瞭臺灣病人善終自主權立法之不易！為了實現與保障病人善終自主權，立法者不得不採取隱晦、迂回的辦法，衝破重重阻礙，排除萬難，去推動立法進程，可謂用心良苦，勇氣可嘉！

為了解決實務困境，安寧緩和醫療條例共進行了三次修訂，主要圍繞第7條不實施「心肺復甦術」的要件展開，原第7條只規定可以不予「心肺復甦術」，但若已經施予的「心肺復甦術」不得撤回，顯然無法解決實務困境，故2002年12月11日修正增訂原施予之「心肺復甦術」得予終止或撤除。而於2002年修訂之規定，只限於病人本人立有意願書的情形，若本人沒有立意願書，則無法撤回，因此2011年1月26日再度修正第7條，其第7項首度賦予最近親屬撤除「心肺復甦術」同意權，在病人本人沒有立意願書時，只要所有家屬一致同意，且經醫院倫理委員會通過，也可以撤回已經施予的「心肺復甦術」。

---

<sup>60</sup> 楊秀儀，同前註1，頁4。

此一修正雖欲解決末期病人本人沒有立意願書的困境，但因為家屬同意撤回的要件太過嚴格，實務上很難操作，故 2013 年 1 月 9 日再度修正之，大幅放寬最近親屬撤除「心肺復甦術」或維生醫療同意權之限制，而且，病人預立「意願書」、最近親屬「同意書」、醫師依病人最大利益出具「醫囑」，都可以不施行、終止或撤除—「心肺復甦術」或維生醫療，意味著除了病人本人以外，家屬與醫師也具有維生醫療決定權。

在此次修法之前，原安寧緩和醫療條例中「心肺復甦術」置於安寧緩和醫療內，而且「心肺復甦術」之定義過寬，故 2013 年條例將「心肺復甦術」從安寧緩和醫療中分離出來，並增訂第 3 條第 4 款「維生醫療：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」，藉此與「心肺復甦術」作為區分，這是臺灣法制中首度對維生醫療表態，釐清了以往對維生醫療立場及定義含混不清的問題。2013 年修法得到社會的好評，被認為無論是在法條用語上、概念定義上、條文排列上，以及實質規定上都有了卓越的進步<sup>61</sup>。

但是，安寧緩和醫療條例仍然留有遺憾之處，如本條例範圍較小，適用對象只限於末期病人，且只能在患者病危時，放棄急救和維生醫療，則產生非末期病人拒絕維生

---

<sup>61</sup> 楊秀儀，同註 41，頁 14。

醫療之適法性問題。再如，當病人無自主能力決定善終時，家屬決定權或者醫師決定權是否會侵犯病人真實之意願？得拒絕的醫療措施亦不包括（非）侵入性的餵食餵水或其他醫療措施，對病人的自主權保障未臻周延，甚至有限縮之嫌。

整體而言，安寧緩和醫療條例第一次規定病人拒絕維生醫療權，借鑑西方首創安寧緩和醫療概念，具有重大價值。它衝破東方文化背景下生死觀、民眾對安樂死之爭議及憂慮、醫療父權主義、家屬父權主義，甚至經濟、保險等因素之障礙，立法氣魄非同一般，稱其乃一重大突破，開啟亞洲立法保障「善終自主權」之先河<sup>62</sup>實不為過。

## 二、病人自主權利法

安寧緩和醫療條例為末期病人善終打開一扇窗，卻關上了非末期病人善終的門，非末期病人（如永久性植物人）應否具有善終自主權？與此相關的問題是，醫師除了末期病人可以不急救之外，其他病人是否一律要搶救到底？如果沒有這樣做，醫師仍然有違反刑法之虞，醫師除罪界限能否明確化？為了解決安寧緩和醫療條例遺留的這些問題，

---

<sup>62</sup> 彭懷真：《名家觀點》善終不能光靠感性，[http://www.ly.gov.tw/03\\_leg/0301\\_main/dispatch/dispatchView.action?id=61101&lgn=00078&stage=8](http://www.ly.gov.tw/03_leg/0301_main/dispatch/dispatchView.action?id=61101&lgn=00078&stage=8)（最後瀏覽日：10/31/2015）。



同時，亦為建立一部以病人為主體的法律之目的，在立法委員楊玉欣<sup>63</sup>的推動下，2015年12月18日臺灣通過了病人自主權利法，共19條，臺灣在保障病人善終自主權方面又邁出一大步。本法的理念有二<sup>64</sup>：其一，確保病人於醫病關係中保有自主空間；其二，保障每一個人，都能自主決定如何死亡，以及何時死亡的善終權利，讓生命有尊嚴的步入終點。本法再次昭示「拒絕醫療是病人基本權益，是普世人權」<sup>65</sup>。

病人自主權利法是亞洲第一部病人善終自主權利法，幾近世界最高立法水準，凸顯臺灣醫療立法之先進與高度！實現了以病人為主體的立法目標，是有關病人權益之根本大法。在法律位階上與醫師法等醫療法規齊平，對提升病人在醫療法律關係中的地位具有非常重要的意義，足以令

---

<sup>63</sup> 楊玉欣，「自主善終不是安樂死」：立委推新法籲為治療無效病人解套，其基本觀點是：病人自主權利法僅處理「拒絕人工維持生命治療，讓死亡回歸自然」，[http://www.ly.gov.tw/03\\_leg/0301\\_main/dispatch/dispatchView.action?id=60943&lgn=00078&stage=8&atcid=60943](http://www.ly.gov.tw/03_leg/0301_main/dispatch/dispatchView.action?id=60943&lgn=00078&stage=8&atcid=60943)（最後瀏覽日：10/31/2015）。

<sup>64</sup> 張麗卿，〈病人自主權利法—善終的抉擇〉，臺北醫法論壇（XV）實務判決與實證研究，2016年5月14日，頁42。

<sup>65</sup> 民進黨立委田秋堇說，這部法絕非安樂死，只是讓生命自然回歸終點，不要加工延長，「拒絕醫療是病患基本權益，是普世人權」。<http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5073314#sthash.uzfCqTc5.dpuf>（最後瀏覽日：11/19/2015）。

人刮目相看。

本法擴大了善終自主權適用主體範圍，為五種特定情形，不在限於末期病人，還包括處於不可逆轉的昏迷狀況；永久植物人狀態；極重度失智；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，令更多的病人享有善終自主權，亦是一重大突破！國際上允許安樂死之國家或地區立法皆規定只有末期病人才能適用安樂死，雖然本法所規定善終自主權是拒絕維生醫療權，與安樂死不同，但仍不免令人擔心會侵害病人的生命權。故，本法嚴格限縮病人善終決定權主體，只能是病人本人，使病人善終自主權名副其實。

在程式上，規定病人必須預立醫療決定，為保障病人所作決定具有理性與真實性，規定必須設立預立醫療照護諮商與公證或見證人見證環節，最後還須安寧緩和醫療團隊至少二次照會確認，程式設計相當嚴謹、細緻；另須指定醫療委任代理人，在病人陷入昏迷或喪失自主能力時代替病人行使拒絕維生醫療權。

在權利內容上，明確並擴大維生醫療範圍，即維持生命治療與人工營養及流體餵養，人工營養及流體餵養為新增加部分，並將 CPR 放入維持生命治療概念之內，理順各維生醫療措施之間的關係。

強化對病人善終自主權的保護，規定在病人拒絕維生醫療時醫方應提供緩和醫療及其他適當醫療處置，即緩和醫療變為強制性規定；明確醫方告知首要對像是病人本人，賦予醫師判斷恰當告知時機與方式之權利等。

本法儘管是以病人為主體的法規，但並沒有忽略醫師的權益，實際上，法律明確病人善終自主權，即是探索醫師除罪化、免責化的新途徑，為醫師免除後顧之憂，病人善終自主權與醫師無責化相輔相成。本法明確規定了醫師的免責條款，同時也規定了醫師對病人預立醫療決定得選擇不實施，即醫師有拒絕執行病人預立醫療決定的權利，以示對醫師專業裁量權之尊重及對醫病雙方利益之平衡，彰顯本法人性化之面向，亦是真正為病人謀福祉之長遠考慮。

另，根據有關統計資料，本法的實施亦能每年節省 300 億台幣健保費用，這些費用以往用在無效醫療上，現在可以用在能夠活下來的病人身上，應該更符合分配正義理念，這也應是本法能夠順利通過的一個因素吧！

### 三、病人自主權利法與安寧緩和醫療條例之精要比較

安寧緩和醫療條例實施十幾年，經過三次修訂後，已逐步完善並在實務中運作成熟，在此情況下，為什麼還要再立病人自主權利法？在病人自主權利法（草案）徵求各界意見時，臺灣醫師公會回應：本法草案立意良善，為現

行醫療法、醫師法、安寧緩和醫療條例之延伸，各法加以釐清、修正，即可解決本法草案立法之宗旨。言下之意，病人自主權利法沒有必要制定。安寧緩和醫療條例與病人自主權利法皆為保護病人善終自主權之專法，二者是否存在疊床架屋現象？在實務適用中何者優先？是否存在衝突？下文將對兩部專法進行比較，以澄清上述疑慮，期冀能夠佐證病人自主權利法存在的必要性，同時，釐清二者的關係，並就二者未來之發展提出個人淺見。

病人自主權利法從病人自主權利的角度出發，明確規定保障病人善終自主權，立意鮮明，名正言順，而安寧緩和醫療條例立意通過規定緩和醫療這個媒介來推行病人善終自主權，焦點落在醫療行為上，並不以病人權利為中心，故給人隔靴搔癢之感。

病人自主權利法適用主體包括：一、末期病人；二、處於不可逆轉的昏迷狀況；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；安寧緩和醫療條例在適用主體上僅限於末期病人，前者不再受末期病人的限制，範圍更廣，受益病人更多。

病人自主權利法規定病人善終自主決定權由病人本人享有，安寧緩和醫療條例則除了病人本人以外，家屬及醫

師皆有決定權。有觀點認為：家屬具有決定權導致嚴重弊端是：醫師履行告知義務時幾乎只對家屬說明，只有「家屬不反對」時，才對病人說明，醫師的告知說明並不是維護「病人自主權」，而是維護「家屬自主權」<sup>66</sup>。家屬決定權凌駕於病人自主權之上，忽視病人臨終醫療自主權的法律規則<sup>67</sup>。從保障病人善終權利來講，後者適用範圍更廣，學者提出的負面影響，不能說明立法存在問題，而是適用過程中出現違背立法的現象，不能由此否認安寧緩和醫療條例所具有的先進性。

病人通過預立醫療決定表達拒絕維生醫療的意願，需要病人事先充分瞭解維生醫療的資訊，所以，法律上必須明確維生醫療的範圍。原安寧緩和醫療條例對維生醫療規定含糊不清，將心肺復甦術規定在安寧緩和醫療內，幾經修訂後才得以分離出來，現將心肺復甦術與維生醫療並列，實際上心肺復甦術亦是廣義的維生醫療，而且本條例亦沒有規定人工營養及流體餵養，其也屬於廣義的維生醫療；病人自主權立法即採廣義理解，將心肺復甦術列入維生治療當中，並增加了人工營養及流體餵養，本法對維生醫療的規定更科學，更符合病人的根本利益。

---

<sup>66</sup> 林萍章（2011），〈從安寧緩和醫療條例之「家屬死亡決定權」－談病人自主權之突變〉，《臺灣法學雜誌》，172期，頁55。

<sup>67</sup> 韋寶平、楊東升（2013），〈生前醫療預囑的法理闡釋〉，《金陵法律評論》，秋季卷，頁56。

在拒絕維生醫療適用程式方面，安寧緩和醫療條例僅規定末期病人得立意願書，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。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。整個程式設計比較簡單，病人生命權與善終自主權被侵犯的風險比較高；病人自主權利法則借鑑美國比較成熟的預立醫療照護諮商與預立醫療指示制度予以規定，程式更嚴謹，更有利於病人權益保護。

病人善終自主權的實現，牽涉醫師之法律責任，故醫師的權利義務亟需法律上明定，兩部法規對此規定差異比較大。就醫師權利而言，安寧緩和醫療條例雖規定醫師具有病人善終決定權，但沒有規定醫師拒絕執行權，病人自主權利法則規定了醫師具有拒絕執行權，更能體現立法者對醫師專業裁量權以及與病人自主權的平衡。

在醫師義務方面，安寧緩和醫療條例沒有將病人列為醫師告知的首要對象，雖然規定了緩和醫療的定義，但沒有明確緩和醫療是否為醫師應當履行的義務。病人自主權利法為了保障病人善終自主權，加重了醫師的義務：1.將緩和醫療規定為強制性義務；2.醫方告知對象為病人本人；3.對病人預立醫療決定有確認義務；4.協助病人轉診義務等，後者規定更符合病人善終利益及實際需要。

通過比較發現，儘管二者在內容上存在諸多不同，而且部分內容存在重合現象，但其實在立法意旨方面並沒有本質上的差別，其立法主軸始終未變，皆為實現病人善終自主權。安寧緩和醫療條例在不能正面主張病人善終自主權的困難時期，衝破重重阻力，勇於探索病人善終自主權之實現途徑，在終結生命決定權主體範圍上，以病人決定權為首，家屬決定權次之，最後是醫師決定權，既尊重病人善終自主權，又考慮到病人無法自主決定的客觀情形，能夠滿足病人的需要，值得肯定與贊許。病人自主權利法恢復病人善終自主權利本真面目，而且進一步開拓善終自主權利適用主體範圍，不在限於末期病人，保障更多的病人能夠實現善終，其魄力之大，令人欽佩與景仰，堪稱世界上領先地位。可以說，在探索解決人類如何終結生命實現善終的終極命題上，病人自主權利法與安寧緩和醫療條例皆起到積極的推動作用，表現上各有千秋，皆有先進性，彼此無可替代！

## 伍、大陸病人善終自主權及立法方向

### 一、病人自主權利之法律規範

大陸目前正在進行新的醫療改革，主要目標之一是解決公民「看病難、就醫難」問題，即公民的醫療權，特別是就醫權。相對而言，病人自主權還遠未受到各界矚目，但作為病人自主權利最主要體現的知情同意權卻較早得到

了行政法規的認可。

學術界普遍認為知情同意原則引進大陸是源自上世紀八十年代。一些學者受到西方醫學倫理思想的影響，率先將知情同意的理念引入到我國，並且不斷在學術論文和專業教材中進行宣傳推廣<sup>68</sup>。因此，一系列衛生法律法規中對知情同意原則做出了具體規定：

1982年的醫院工作制度、1994年的醫療機構管理條例和2002年病歷書寫基本規範（試行，2010年修訂）中規定了病人在接受「手術、特殊檢查和特殊治療」時的同意權；

1999年的執業醫師法、2002年的醫療事故處理條例規定了病人對於「病情、醫療措施、醫療風險」的知情權；1999年的藥品臨床試驗管理規範（2003年修訂為藥物臨床試驗品質管理規範）和執業醫師法分別規範了「藥品臨床試驗」和「實驗性醫療」的知情同意權；2010年的侵權責任法再次對上述同意權和知情權進行了規定。其第55條明確規定了醫務人員違反告知義務，造成病人損害的，醫療機構應承擔賠償責任。這是大陸醫療法律首次明確醫務人員違反告知義務是侵權行為，而不是違約行為，侵犯了病人知情同意權，按侵權責任處理。

---

<sup>68</sup> 王斌全、趙曉雲（2008），〈知情同意的發展歷史〉，《護理研究》，7期，頁1785。



此外，母嬰保健法、醫療美容服務管理辦法、醫療機構臨床用血管理辦法（試行）、人類輔助生殖技術管理辦法、人類精子庫管理辦法、人體器官移植條例等規範了各項特殊的知情同意問題。

綜觀大陸規定病人自主權利的醫療法律法規數量不少，已初步形成衛生醫療法律體系，並處於逐漸完善的階段，從總體上發揮了保護病人自主權利之功能，但問題亦很多，不容忽視！下文將從病人自主權於一般醫療與善終醫療兩個方面談談大陸醫療法律規範存在的主要問題。

## 二、病人自主權利存在的主要問題

### （一）病人自主權於一般醫療存在的問題

2007年11月21日下午4時左右，孕婦李某因感冒，和「丈夫」肖某（同居關係）一起到北京市朝陽醫院京西分院看病。醫方認為孕婦病情危急，決定讓李免費入院治療；並做好了剖腹產手術準備。雖已被告知不手術或不及時手術孕婦就會死亡，肖某從一開始就拒絕手術，於4時30分在手術同意書上簽下「拒絕剖腹產手術生孩子，後果自負」。醫方一再勸說無效，緊急調來已下班的神經科主任，認定肖某精神正常；又請警方110緊急調查孕婦戶籍，試圖聯繫她的其他家人；醫方還緊急報告北京市衛生系統各級領導，試圖破例；終因相關法律的明確規定，不能手術。近30名醫生、護士以各種方式搶救3個小時後無效，

李某死亡<sup>69</sup>。

受害人父母以朝陽醫院沒有對李某採取有效的救助措施，將朝陽醫院起訴。此案一審期間，經司法鑑定，朝陽醫院對李某的診療過程中存在一定不足，但醫方的不足與病人死亡無明確因果關係。朝陽法院認為，朝陽醫院履行了醫療方面法律法規的要求，而病方卻不予配合，這些因素均是造成病人最終死亡的原因。因朝陽醫院的醫療行為與病人的死亡後果之間沒有因果關係，故不構成侵權。考慮到本案的實際情況，法院判決朝陽醫院補償死者李某家屬 10 萬元。李某父母不服一審判決提出上訴。

北京市第二中級人民法院對備受關注的「丈夫簽字拒絕手術致孕婦死亡」案作出終審判決：駁回上訴，維持原判。

學界有兩種觀點：第一類觀點：醫院應負不可推卸的法律責任，即認為該醫院對其收治的李某進行緊急救治並不是必須以肖某在手術協議上簽字同意為前提！換言之，即使肖某不在手術協議上簽字同意手術，收治李某的醫院仍然有法律根據對李某進行緊急救治。第二類觀點：蘇力<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> 誰殺死了李麗雲？「丈夫拒簽手術致孕婦死亡案」再調查，<http://www.infzm.com/content/27790>（最後瀏覽日：11/28/2015）。

<sup>70</sup> 蘇力（2008），〈醫療的知情同意與個人自由和責任—從肖志軍拒簽事件切入〉，《中國法學》，2期，頁3。

教授認為，醫院已經履行了告知義務，並做了相關的搶救行為，醫院在這方面不存在過錯。

北京兩位律師上書國務院，請求修改醫療機構管理條例，他們認為救死扶傷是醫療機構的宗旨，當生命和簽字兩者發生衝突時，顯然應該選擇生命而不應該是簽字<sup>71</sup>。

本案例反映了當前大陸在一般醫療方面存在著以下兩個突出問題：

#### 第一、缺少總則性醫療法之一般規範

大陸目前醫療法律體系存在嚴重的缺陷，至今沒有一部統帥全部醫療法律法規的「靈魂」法律－醫療法。是故，「醫療行為」<sup>72</sup>至今沒有法定的概念，相關的法律、法規和部門規章也尚未做出統一規定，學界也沒有關於「醫療行為」概念的通說。實踐中，一般是以衛生部醫療機構管理條例實施細則和醫療事故處理條例等行政法規、規章的條文為依據進行確定。是故，維生醫療、安寧緩和醫療之法定概念更是無從談起，嚴重影響了大陸人民對病人自主權認知程度，特別是拒絕維生醫療權，還相當陌生，妨礙

---

<sup>71</sup> 律師上書國務院建議修改醫療機構管理條例，<http://www.hafxw.cn/Article/xfjieshao/dbxinsheng/200711/6492.html>（最後瀏覽日：12/28/2015）。

<sup>72</sup> 莫洪憲、楊文博（2011），〈醫事刑法學中醫療行為概念的新界定〉，《國家檢察官學院學報》，2期，頁94。

了相關立法進程之推進。

目前有關病人自主權利法律規範除了執業醫師法、侵權行為法以外，皆為行政法規、規章，偏重於從行政管理的角度規範醫病雙方的關係，相關規定反映的常常是政府的主觀願望，而不是醫病雙方的真正利益訴求<sup>73</sup>。在調整醫療糾紛問題時多採取「政策」或「管理辦法」等方式，帶有明顯的「應急」特色，根本無暇顧及醫病雙方的權利和義務。這種應對問題的方式，顯然不符合當下依法治國的新形勢。

現行法律、法規零散，且相關立法理念已經嚴重滯後於當前醫療事業的發展需要，仍停留於父權主義的醫療時代，未能從宏觀和總體層面把握醫病雙方的權利和義務，以至於片面強調了醫師的自由裁量權，而忽略了病人的權利，導致醫病之間的權利義務失衡，造成醫病地位不對等。

醫病關係是現代社會最為基本也是最為重要的社會關係之一。然而，如此重要的社會關係卻沒有一部基本法律予以調整。面臨醫病矛盾的多發性，我國至今沒有一部全國統一的專門解決醫病關係的法案，致使醫病關係遊離於法律保護之外，加之地方相關醫療立法各自為戰，無疑為醫病關係的法治應對帶來了困難與漏洞。因此，中國醫療

---

<sup>73</sup> 申衛星（2015），〈醫患關係的重塑與我國醫療法的制定〉，《法學》，12期，頁88。

法的出臺勢在必行<sup>74</sup>。

未來的醫療法的制定，將從醫病雙方的利益保障出發，使醫療法成為醫病雙方的權利法典，而不是政府部門的管理規章。應既是醫病關係的基本法，也更是醫病關係的平衡法；既是醫病雙方地位的平衡法，又是雙方權利義務的平衡法。醫病關係的理想調整模式已從過去的「主動—被動型」轉向「引導—合作型」，並逐步過渡到現代社會所宣導的相互參與型。此時，以平等和平衡為理念，強調病人的自決權尤其是知情同意權，應是現代醫療立法的核心所在。

## 第二、病人很難實現真正自主

大陸與臺灣一樣基於東方家庭色彩深厚之社會氛圍下，在病人末期醫療之決定上，常見家屬決定權凌駕於病人末期醫療決定權之上。前述案件即說明家屬的醫療決定權在實務中佔有非常重要的地位，如果家屬拒不簽字時，醫師能否以履行緊急救助義務為由而進行手術？醫方堅持手術簽字制度是否可以阻卻醫方的法律責任？皆值得進一步深入探討！

大陸執業醫師法、醫療機構管理條例、侵權責任法規

---

<sup>74</sup> 關於制定中華人民共和國醫療法的議案，來源：農工黨中央網站，<http://www.zyztb.gov.cn/tzb2010/jcyjxd/201603/e3a8dca1592246a6991237f570620a86.shtml>（最後瀏覽日：3/30/2016）。

定：同意權在於病人本人、病人家屬以及醫療機構。醫療機構管理條例規定了醫療同意權的主體次序為：病人本人和家屬同意、家屬及其關係人、醫療機構負責人。侵權責任法第 56 條規定了緊急情況醫療機構負責人的決定權。侵權責任法第 55 條規定了病人本人的同意權以及病人近親屬特定條件下的同意權。可見，特定情形之下，病人家屬及其關係人、醫療機構均可代病人本人作出醫療決定。醫療實踐中，院方常常要求病人家屬而不是本人簽字決定是否手術，甚至是要求病人所在「單位」對末期病人作出處置指示，這也是大陸病人生命權的自主與他主的實際狀況<sup>75</sup>。

此外，病人善終自主權利的實現仰賴醫師是否充分告知有關病情的資訊。醫師的告知義務，目的是幫助病人深切理解自身病情，以利病人同意或選擇接受醫師提出的各項醫療方案與處置<sup>76</sup>。然而，醫師違反告知義務是引發醫療糾紛的重要原因之一，目前大陸 60% 以上的醫病糾紛是由於侵犯病人的知情同意權引發的<sup>77</sup>。

## （二）病人自主權於善終醫療方面的問題

大陸病人自主權在善終醫療方面最顯著的問題是善終

---

<sup>75</sup> 韋寶平、楊東升，同前註 67，頁 56。

<sup>76</sup> 張麗卿，同前註 44，頁 246。

<sup>77</sup> 據中華醫學會等有關部門統計，參見：劉曉燕（2012），〈患者知情同意權探析—兼評侵權責任法第 55 條、第 56 條的規定〉，《前沿》，10 期，頁 49。

自主權法律規範的缺失，由此產生的問題相當嚴重、複雜，以下兩個案件即為例證：

深圳「拔管丈夫」案<sup>78</sup>：2009年2月9日16時許，文裕章妻子胡菁在家中昏倒，治療期間胡菁一直昏迷不醒，醫院發了病危通知書。7日後，文裕章探望，將胡菁身上的呼吸管、血壓監測管等醫療設備拔掉。護士與醫生見狀上前制止，文裕章阻止醫生救治，並說病人太痛苦了，要放棄治療。約1小時後，胡菁死亡。經法醫檢驗鑑定，死亡原因為死者住院期間有自主心跳，而無自主呼吸，由呼吸機維持呼吸，被拔去氣管插管之後致呼吸停止死亡。2010年深圳市中級人民法院以故意殺人罪，一審判處「拔管丈夫」文裕章有期徒刑3年，緩刑3年。檢察院抗訴，廣東省高院終審裁定，維持深圳市中院的一審判決。

四川眉山「拔管兒子」案<sup>79</sup>：2015年10月31日晚，在眉山城區杭州路中段一處人行斑馬線上，死者朱某某被一輛摩托車撞飛，後被送至眉山市人民醫院救治。經醫生全力搶救，朱某某恢復心跳，但只能靠呼吸機維持呼吸。其間，主治醫生曾多次告知其兒子，母親生命體徵已處於

---

<sup>78</sup> 深圳「拔管丈夫」被判緩刑，<http://news.163.com/15/1121/02/B8TMV2VD00014AED.html>（最後瀏覽日：11/25/2015）。

<sup>79</sup> 兒子拔掉母親呼吸管母親不久離世，被控故意殺人，中國青年網，[http://news.youth.cn/sh/201511/t20151120\\_7329740\\_1.htm](http://news.youth.cn/sh/201511/t20151120_7329740_1.htm)（最後瀏覽日：11/20/2015）。

腦死亡狀態。後來，徵求死者兒子和家屬同意後，朱某某被送進重症監護室。兩天後，死者兒子獲准進入探視，當看到母親已面目全非且病情無好轉，情急之下拔掉套在母親鼻子上的呼吸機管。當值醫護人員見狀，予以阻止並立即報了警。當天下午4點53分，經搶救無效，醫院宣佈朱某某臨床死亡。與此同時，死者兒子被警方帶走。經過初步調查，警方以涉嫌故意殺人，對死者兒子實施了監視居住強制措施。

死者兒子表示，當時取掉母親的呼吸管，錢和不忍媽媽遭罪一兩方面原因都有，並稱那麼多管子插在母親身上，母親遭著痛，他心裏更痛。

經司法鑑定機構鑑定，朱某某符合道路交通事故致顱腦損傷引發呼吸衰竭死亡，交通事故對朱某某死亡的參與度達90%至100%。

意味著兒子拔管行為與母親死亡之間幾乎沒有因果關係，兒子是故意殺人還是為了媽媽有尊嚴的善終？尚未定論。

上述兩個案件反射出大陸在善終醫療法律規範方面的缺陷，表現為拒絕維生醫療權或善終自主權缺乏明確規定，可謂空白。大陸醫療法律法規沒有明確病人自主權利涵蓋的範圍與權利類型，沒有類似臺灣安寧緩和醫療條例與病人自主權利法這樣的專法來確認拒絕維生醫療權或善終自



主權，乃醫療法律體系一大硬傷。從應然的角度來看，知情同意權包括同意權與拒絕醫療權，自然也包括拒絕維生醫療權。但是，因拒絕維生醫療權涉及病人生死，與刑法上嚴格保護生命的立場相悖，也與醫療倫理上不傷害原則、治病救人的傳統道德及醫師職責不符，所以，法律上沒有明確規定病人拒絕維生醫療權，醫師一般不會主動停止醫療，加之現代社會對生命尊嚴與生命品質的追求不同於傳統觀念，再有，因醫療保險等社會保障制度的不健全，很多人無力承擔高額的醫療費用，諸多因素導致前文「拔管丈夫」與「拔管兒子」極端事件的出現。如何看待前述兩個案件並予以法律上的評價，具有非常重要的理論與實踐意義！

兩個案例具有共同點：病人皆因意外事故，而無法行使自主權（尤其是拒絕維生醫療權），亦沒有預立醫療決定，家屬直接撤除維生醫療設施－「拔管」。問題是：1. 當病人因意外無法做出自主決定時，家屬是否具有拒絕維生醫療權？2. 如果賦予家屬拒絕維生醫療權，正當依據是什麼？如果不賦予家屬決定權，理由又是什麼？皆有很大探索的空間！

兩個案件中受害人都是因意外出現昏迷，皆不屬於末期病人，比較符合臺灣病人自主權利法第 14 條所規定的第二種情形：處於不可逆轉之昏迷狀況，但因兩個受害人皆無

預立醫療決定，而無法行使拒絕維生醫療權。按照病人自主權利法的規定，病人善終自主權只能由病人本人享有，家屬及醫師皆沒有本權利。因此，家屬直接拔管行為不是行使病人或家屬拒絕維生醫療權的行為，而面臨刑法上的評價，實務則以故意殺人罪來定性。

總而言之，儘管大陸病人自主權立法方面還有各種問題，還有很長的路要走，但病人自主權畢竟已在大陸醫療法律中紮根，「有」總比「沒有」好。本文認為，目前大陸最突出也最迫切需要解決的問題是醫療法的制定與病人善終自主權（拒絕維生醫療權）的明確。接下來即為考量大陸應如何完善醫療法律，填補醫療法律體系漏洞。

### 三、病人善終自主權利立法方向

病人善終自主權的實現建立在一般醫療法規基礎之上，而醫療法則為一般醫療法規的統帥，是實現病人善終自主權的基礎與前提。故，本文認為，大陸醫療立法應著力解決構建醫療法問題。

#### （一）制定醫療法

##### 第一、明確立法目的

為促進醫療事業之健全發展，合理分佈醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。

##### 第二、設定醫療法的基本原則

醫療法基本原則的確定立足於醫病雙方利益的平衡，它不僅指導醫療法制定過程中的具體規則和制度的設計，也同時貫穿醫療法的運用過程，指導著司法實踐。醫療法的基本原則應當包括保護病人生命健康權原則、保護病人知情同意權原則、有利於醫學發展原則、醫病雙方權利義務平衡原則<sup>80</sup>。其中前兩個原則重在保護病人的生命健康和人格尊嚴，有利於醫學發展原則是基於公共利益的考量，醫病雙方權利義務平衡原則重在從利益上維護醫病雙方關係的穩定發展。

### 第三、明確醫病雙方基本權利義務

就醫病雙方對應的權利義務應包括：病人獲得合理醫療服務的權利、知情同意的權利、拒絕醫療權等，醫方獲得醫療報酬的權利，醫師人身安全和名譽不被侵犯的權利等。對應的義務包括病人的交納費用義務、尊重醫師人格尊嚴的義務、不得侵害醫師人身安全的義務、不得侵害公共醫療秩序的義務等，醫方的告知義務、醫療救治義務等。此外，醫病雙方還可以要求政府提供基本醫療保險的權利，醫方有拒絕過度行政幹預和自主定價的權利，醫師有獲得合理醫療報酬的權利等。

### 第四、強化醫療行為監管

---

<sup>80</sup> 申衛星，同前註 73，頁 89。

醫療行為監管的關鍵在於醫療資訊披露制度和醫療資訊共用系統的建立。當前，在整個醫療過程中，醫病雙方處於資訊極不對稱的狀態，過度用藥、過度檢查和過度治療等不合理的醫療行為較為普遍，這需要政府切實履行對醫療行為的監管職責。對醫療行為的監管有兩重目的，即保障醫療品質和控制不合理的醫療費用支出。

### 第五、構建多元醫療糾紛解決途徑

除了整合規定傳統的和解、調解、訴訟路徑之外，還應增加規定醫療糾紛仲裁機制，實現醫療糾紛解決途徑的多元化。對於傳統的調解制度，包括人民調解、司法調解和行政調解，應通過建立統一的醫療糾紛調解委員會，整合傳統的三大調解制度，以避免不同調解制度之間的功能重疊、資源浪費。醫療糾紛解決機制還需統一當前的醫療鑑定系統，避免二元鑑定的混亂局面。

### 第六、明確法律責任

法律責任主要包括三類，即刑事責任、民事責任和行政責任。醫師因嚴重醫療過錯導致病人損害的、病人或者協力廠商侵害醫師人身安全或者危害公共醫療秩序的，如符合刑法相關規範，即可追究相應的刑事責任；民事責任主要存在於醫病雙方之間，用於規範醫療服務合同的違約責任和醫療過錯的侵權責任；行政責任主要包括針對有醫療過錯情形的醫療事故處罰和對破壞醫療公共秩序行為的

治安管理處罰。

## （二）構建安寧緩和醫療條例

在善終醫療立法方面，本文建議，借鑑臺灣安寧緩和醫療條例立法內容與立法技術，來構建大陸安寧緩和醫療條例，主要理由如下：

首先，立法必須反映現實的需要，不能滯後，也不能過於超前。大陸現在每年的死亡人數大約是 1000 萬，其中有近 100 萬人是在伴隨劇烈疼痛的情況下(癌症晚期疼痛)去世<sup>81</sup>。因醫療法律法規沒有明確拒絕維生醫療權，加之執業醫師法第 24 條規定醫師對急危病人具有急救義務，為避免醫療糾紛及法律責任追究，醫師不會主動實施放棄醫療行為<sup>82</sup>，甚至救到死為止，令病人遭受雙重痛苦，迫切需要拒絕維生醫療權利或善終自主權的保障。

其次，臺灣安寧緩和醫療條例發展到現在，在推動病人善終權利方面已比較成熟，不論是適用實質要件還是程式要件，皆比較完善，可以為大陸立法提供很好的範例。

---

<sup>81</sup> 劉建利（2013），〈死亡的自我決定權與社會決定權－中日安樂死問題的比較研究〉，《法律科學》，5 期，頁 62。

<sup>82</sup> 在多篇文獻的調查結果中，無一例終末期患者不予或撤除無效治療的決定是由醫護人員所簽署的，這與大陸在這方面尚未立法及制定執行程序有關。參見：朱樂瑩、陳香樺（2015），〈終末期患者不予或撤除無效治療文獻綜述〉，《經濟研究導刊》，21 期，頁 325。

在其所規定的內容方面，該條例適用主體限於末期病人，符合當今國際上通行的做法；對於拒絕維生醫療決定權主體，病人本人是第一位的權利主體，體現善終自主原則，在病人陷入昏迷或喪失自主能力時由其家屬行使決定權，無家屬時賦予醫師決定權，這樣的規定既尊重病人善終自主權，又符合現實需要，保障病人善終權利。

臺灣安寧緩和醫療條例為了實現病人善終目標，不僅明確規定病人拒絕維生醫療權或善終自主權，而且創造了安寧緩和醫療概念<sup>83</sup>，意味著要實現病人善終權利，除了賦予病人拒絕維生醫療權，還需要保障病人安寧緩和醫療權。

安寧緩和醫療在大陸稱為「姑息療法」，已開始起步並奠定了較好基礎。一些民間人士及醫學界人士較早關注安寧緩和醫療，積極呼籲並付諸行動，預立醫療照護計畫（ACP）與預立醫療指示（AD）也已在大陸開始推廣。2000年1月李嘉誠基金會在全國20家醫院設立寧養院，北京、上海等地醫院也開始設立安寧緩和醫療病房，實行居家安寧緩和醫療等。現階段大陸安寧療護主要是針對家庭貧困的晚期癌症患者，定期免費上門，提供鎮痛治療、心理輔導、生命倫理、寧養善終等方面服務。

---

<sup>83</sup> 陳榮基（2004），〈安寧緩和醫療條例的實施與困境〉，《臺灣醫學》，8卷5期，頁685。

規範安寧緩和醫療所需藥物之法律法規體系也比較完善，例如全國人大 2001 年頒佈的藥品管理法；國務院頒佈的藥品管理法實施條例（2002 年）、麻醉藥品與精神藥品管理條例（2005 年）、麻醉藥品管理辦法（1987 年）、精神藥品管理辦法（1988 年）；衛生部頒佈的醫療機構麻醉藥品、第一類精神藥品管理規定（2005 年）等。

再有，臺灣安寧緩和醫療條例最初立法時將拒絕維生醫療的內容隱藏在安寧緩和醫療概念當中，如此立法技術雖然當時備受詬病，但在其立法背景下可以減少立法阻力，避免落入「安樂死法案」的窠臼及命運，從而能夠積極推動病人善終權利的發展與進步！

大陸人民對善終自主權、拒絕維生醫療權還比較陌生，但對「安樂死」卻比較熟悉，大陸關於安樂死的討論源於 20 世紀 80 年代，1988 年七屆全國人大會議的議案中，婦產醫學界著名人士嚴仁英與胡亞美首次提出「生老病死是自然規律，與其讓一些絕症病人痛苦地折磨，不如讓他們合法地安寧地結束他們的生命<sup>84</sup>。」此後，很多學者一直致力於推動安樂死合法化，至今無果。安樂死是非常複雜的問題，包括積極安樂死、消極安樂死、直接安樂死、間接安樂死自願安樂死、非自願安樂死等類型，所有類型的安樂死共同的特徵是提前結束病人的生命，不同類型的安樂死，在法律上

---

<sup>84</sup> 韓大元，同前註 54，頁 26。

評價皆不同，特別是積極安樂死被稱為「殺害型安樂死」<sup>85</sup>，本質上是以積極作為方式刻意提早結束病人的生命，一直被世界各國及地區的刑法所禁止。鑒於此，安樂死合法化很難達成共識，自然無法得到立法者的認同。故，大陸應學習臺灣安寧緩和醫療條例的務實態度，一步一步漸進式地推動病人善終權利，無疑是明智之舉。

最後，為什麼不借鑒臺灣新近頒佈的病人自主權利法？大陸情況比較複雜，地區經濟發展差距大，醫療資源分配不均衡，醫療保險等社會保障制度尚未完善，立法的步子不能邁得過大，生命保護原則仍是第一位的。病人自主權利法儘管在推動病人善終自主權方面具有先進性，但本法亦存在很多問題：一是在適用主體上範圍太大，大陸在各方面都缺少經驗的情況下，如果仿效該法所規定的五種情形，病人生命被侵犯的風險很高，非常有可能成為非法剝奪病人生命的合法外衣；二是病人自主權利法取消了病人以外的他人(主要指家屬與醫師)的拒絕維生醫療決定權，不符合末期病人善終的實際需要。雖然此規定令病人善終自主名副其實，體現其真義，但是法理上有原則即有例外，病人善終自主權，原則上應由病人本人享有，但在病人喪失自主能力時，卻不能由他人代行拒絕維生醫療權，只能

---

<sup>85</sup> 邱忠義(2011)，〈新修正「安寧緩和醫療條例」之安樂死與尊嚴死評析〉，《軍法專刊》，57卷2期，頁103。



繼續無意義的醫療，在無生命尊嚴的維生醫療中折磨至死，是不人道的，也不符合病人最佳利益原則；三是本法存在相關概念不清、具體規定內容可操作性差等不足，例如「痛苦難以忍受」誰來判斷？標準為何？醫療委任代理人的資格問題，並且其可以代病人表達其醫療意願的界線到哪裡？如何確立病人預立醫療決定的意思能力是否完全？如何確定病人有無變更其醫療決定等？必須構建安寧緩和醫療條例具體設想。

對於構建安寧緩和醫療條例的具體設想，首先明確包含拒絕維生醫療與安寧緩和醫療的內容，具體內容簡單介紹如下：

第一、明確立法目的，是為了保護病人自主善終權，促進醫病關係和諧。

第二、明確維生醫療與安寧緩和醫療概念。維持生命治療：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。人工營養及流體餵養：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。安寧緩和醫療：指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。

第三、本條例主體適用範圍僅限於末期病人。末期病

人：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。

第四、明確規定程式要件。病人預立意願書，並有見證人與醫療委任代理人制度等，如果病人喪失自主能力或陷入昏迷狀態，家屬具有拒絕維生醫療權；在無病人意願，也沒有家屬的情況下，醫師具有決定權。

第五、規定醫療糾紛終局解決機制。醫療機構應設立醫療倫理委員會，其組成與職責由衛生行政部門定之；有關病人拒絕維生醫療權之爭議，經醫療倫理委員會及衛生行政部門處置後，可聲請法院裁定。

## 陸、結語

每一個人都是潛在的病人，即使醫療技術再尖端、先進，皆不免一死。人不能決定自己的出生，但可以選擇終結自己的生命的方式，當面對疾病折磨時，人可以選擇與病魔抗爭，也可以選擇自然而無痛苦地終結生命。病人自主權利是平衡醫病關係的重要一環，尤其是病人善終自主權，只有得到法律的尊重與確認，才能實現病人、醫師、社會三贏。

本文立足病人自主權利實現病人善終之目標，首先從維護生命尊嚴、病人自主權利之最核心價值、符合病人最佳利益三個方面闡釋病人善終自主之真義；接著，明確病

人善終自主權的概念，簡要介紹病人善終自主權的歷史沿革及最新發展，為兩岸病人善終自主權的發展提供鏡鑑，並據此發展狀況，提出病人善終自主權實質為拒絕維生醫療權。本文的重點是介紹臺灣保障病人善終自主權的兩部專法，即安寧緩和醫療條例與病人自主權利法，並將二者進行比較，得出結論：病人自主權利法與安寧緩和醫療條例在實現病人善終價值目標上各有千秋。最後，介紹大陸病人自主權利方面的法律法規，區辨病人自主權於一般醫療與善終醫療中存在的問題，並佐以實務中的典型案例加以說明，建議借鑑臺灣法規範反思大陸立法之趨勢，提出大陸迫切需要制定醫療法與安寧緩和醫療條例，以保障大陸人民所缺失的善終自主權。

兩岸各自起點不同，現階段努力的方向亦不同，但實現病人善終自主的目標與願望是共同的！期冀兩岸醫療事業及醫療立法彼此促進，共同進步，造福兩岸人民！



## 參考文獻

### 一、中文部份

- E·博登海默著，鄧正來譯（1999）。《法理學：法律哲學與法律方法》，初版。北京：中國政法大學。
- E. Bodenheimer, trans. Jheng-Lai Deng (1999). *Jurisprudence: The Philosophy and Method of the Law*, 1st. ed., Beijing: China University of Political Science and Law.
- 王志嘉（2014）。《醫師、病人誰說的算？：病人自主之刑法基礎理論》，初版。臺北：元照。
- Jhih-Jia Wang (2014). *Patient Autonomy and Related Criminal Issues*, 1st. ed., Taipei: Angle.
- 王皇玉（2011）。《刑法上的生命、死亡與醫療》，初版。臺北：承法。
- Huang-Yu Wang (2011). *Life Death and Medical Treatment in Criminal Law*, 1st. ed., Taipei: Cheng Fa.
- 王皇玉（2009）。〈德國醫療刑法論述概說〉，《月旦法學雜誌》，170期，頁122-144。
- Huang-Yu Wang (2009). *Introduction of German Medical Criminal Law*, *The Taiwan Law Review*, 170, 122-144.
- 王斌全、趙曉雲（2008）。〈知情同意的發展歷史〉，《護理研究》，7期，頁1785。
- Bin-Cyuan Wang/ Siao-Yun Jhao (2008). *The Development's*

History of Informed Consent, *Chinese Nursing Research*, 7, 1785。

申衛星（2015）。〈醫患關係的重塑與我國《醫療法》的制定〉，《法學》，12期，頁79-92。

Wei-Sing Shen (2015). The Reshaping of Doctor-Patient Relationship and Establishment of Chinese Medical Law, *Law Science*, 12, 79-92.

古柏曼·哈茨班德著，廖月娟譯（2013）。《醫療抉擇》，初版。臺北：遠見天下文化。

Jerome Groopman, trans. Yue-Jyuan Liao (2013). *Your Medical Mind: How to Decide What Is Right for You*, 1st. ed., Taipei: Global Views-Commonwealth.

甘添貴（1998）。〈緩和醫療行為之適法性〉，《月旦法學雜誌》，38期，頁12-13。

Tian-Guei Gan (1998). The Legality of Palliative Care, *The Taiwan Law Review*, 38, 12-13.

波伊曼編，魏德驥等譯（1997）。《解構死亡：死亡、自殺、安樂死與死刑的剖析》，初版。臺北：桂冠。

In: Louis Pojman, trans. De-Ji Wei (1997). *Deconstruction of Death: Analyze of Death, Suicide, Euthanasia and Death Penalty*, 1st. ed., Taipei: Lauréat.

林東茂（2015）。〈死亡協助的刑法問題〉，《高大法學論叢》，10卷2期，頁93-121。

Dong-Mau Lin (2015). The criminal legal problems of the death assistance, *National University of Kaohsiung Law Journal*, 10 (2), 93-121.

林東茂（2009）。《刑法綜覽》，五版。北京：中國人民大學。

Dong-Mau Lin (2009). *Criminal Law*, 5th ed., Beijing: Renmin University Of China.

林萍章（2011）。〈從《安寧緩和醫療條例》之「家屬死亡決定權」－談病人自主權之突變〉，《臺灣法學雜誌》，172期，頁55-58。

Ping-Jhang Lin (2011). Mutation on Patient Autonomy From Family's Decision of Hospice Palliative Care Act, *Taiwan Law Journal*, 172, 55-58.

索甲仁波切，鄭振煌譯（2005）。《西藏生死書》，初版。臺北：張老師文化。

Sogyal Rinpoche, trans. Jhen-Huang Jheng (2005). *The Tibetan Book of Living and Dying*, 1st. ed., Taipei: Living Psychology Publisher.

朗諾·德沃金著，郭真伶、陳雅汝譯（2002）。《生命的自主權》，初版。臺北：商周。

Ronald Dworkin, trans. Jhen-Ling Guo/ Ya-Ru Chen (2002). *Life's Dominion*, 1st. ed., Taipei: Business Weekly.

陳子平（1999）。〈醫療上「充分說明與同意」之法理〉，

- 《東吳大學法律學報》，12卷1期，頁47-84。
- Tz-Ping Chen (1999). The legal theory of informed consent, *Soochow Law Review*, 12 (1), 47-84.
- 陳冉（2013）。〈由「尊嚴死」論放棄醫療救治的刑事責任〉，《刑法論叢》，1卷1期，頁238-268。
- Ran Chen (2013). Research on the criminal responsibilities of doctors for giving up recurring patients from the perspective of dignity death, *Criminal Law Review* 1 (1), 268-268.
- 陳榮基（2004）。〈安寧緩和醫療條例的實施與困境〉，《臺灣醫學》，8卷5期，頁684-687。
- Rong-Ji Chen (2004). The practice and dilemmas of hospice palliative care act in Taiwan, *Formosan Journal of Medicine*, 8 (5), 684-687.
- 康均心（2009）。《生命刑法原理》，初版。臺北：元照。
- Jyun-Sin Kang (2009). *The Legal Principal of Life Crime*, 1st ed., Taipei: Angle.
- 張麗卿（2014）。《醫療人權與刑法正義》，初版。臺北：元照。
- Li-Ching Chang (2014). *Human Rights in Medical Cure and Justice in Criminal Law*, 1st ed., Taipei: Angle.
- 張麗卿（2016）。〈病人自主權利法－善終的抉擇〉，臺北醫法論壇（XV）實務判決與實證研究，2016年5



月 14 日，頁 39-61。

Li-Ching Chang (2016). Patient Autonomy Act- Choice of Good Death, Taipei Medical Legislation Forum (XV)- Academic Seminar on Practical Judgement and Empirical Research, 2016.5.14, 39-61.

朱樂瑩、陳香樺（2015）。〈終末期患者不予或撤除無效治療文獻綜述〉，《經濟研究導刊》，21 期，322-326。

Le-Ying Jhu/ Siang-Hua Chen (2015). Reviewing the study on withholding or withdrawal futile treatment to the final-stage patients, Economic Research Guide, 21, 322-326.

呂建高（2010）。〈病人自主權的倫理與法理〉，《環球法律評論》，6 期，頁 108-117。

Jian-Gao Lyu (2010). The ethics and jurisprudence of patient's autonomy, Global Law Review, 6, 108-117.

李壽星（2013）。〈不施行心肺復甦術法－紐約《不施行心肺復甦術法》與臺灣「安寧緩和醫療條例」的比較〉，《金陵法律評論》，1 期，頁 205-233。

Shou-Sing Li (2013). The Do Not Resuscitate Law- Comparison between New York 《The Do Not Resuscitate Law》 and Taiwan 《Hospice Palliative Care Act》, Jin Ling Law Review, 1, 205-233.

李震山（1999）。〈從生命權與自決權之關係論生前預囑與安寧照護之法律問題〉，《中正大學法學集刊》，

2 期，頁 325-350。

Jhen-Shan Li (1999). On the legal issues in relation to living will and hospice viewing from the interrelationship between right of life and right of self-determination, *National Chung Cheng University Law Journal*, 2, 325-350.

吳俊穎（2004）。〈壽終正寢？－病患親屬代理決定權的探討〉，《月旦法學雜誌》，114 期，頁 155-162。

Chun-Ying Wu (2004). How the End- the Discussion on Family's Decisive Agency, *The Taiwan Law Review*, 114, 155-162.

吳俊穎、賴惠綦、陳榮基（2010）。〈不施行心肺復甦術之相關法律議題〉，《臺灣醫學》，3 期，頁 318-323。

Chun-Ying Wu/ Huei-Jen Lai/ Rong-Ji Chen (2010). Legal Issues Regarding “Do Not Resuscitate”, *Journal of Formosa Medical Association*, 14 (3), 318-323.

邱忠義（2011）。〈新修正「安寧緩和醫療條例」之安樂死與尊嚴死評析〉，《軍法專刊》，57 卷 2 期，頁 99-120。

Jhong-Yi Ciou (2011). Comment on Euthanasia and Death with Dignity of New Amended 《Hospice Palliative Care Act》, *The Military Law Journal*, 57 (2), 99-120.

韋寶平、楊東升（2013）。〈生前醫療預囑的法理闡釋〉，  
《金陵法律評論》，秋季卷，頁 48-62。

Bao-Ping Wei/ Dong-Sheng Yang (2013). Jurisprudence  
Interpretation of Living Wills, Jin Ling Law Review, Fall,  
48-62.

莫洪憲、楊文博（2011）。〈醫事刑法學中醫療行為概念的  
新界定〉，《國家檢察官學院學報》，19 卷 2 期，  
頁 92-98。

Hong-Sian Mo/ Wun-Bo Yang (2011). The New Definition of  
Medical Behavior of Medical Criminal Law, Journal  
of National Prosecutors College, 19 (2), 92-98.

莊曉平（2012）。〈也談醫療的知情同意與個人自由和責  
任—與蘇力教授商榷〉，《自然辯證法通訊》，1  
期，頁 116-120。

Siao-Ping Jhuang (2012). On Medical Informed Consent and  
Individual Freedom and Responsibility- Consultation  
with Professor Su Li, Journal of Dialectics of Nature,  
1, 116-120.

梁根林（2004）。〈爭取人道死亡的權利—世界範圍內的  
安樂死運動〉，《比較法研究》，3 期，頁 16-28。

Gen-Lin Liang (2004). For Humane Right of Death- the  
Euthanasia Movement in the World, Journal of  
Comparative Law, 3, 16-28.

葛謹（2010）。〈Gillick 行為能力—最高法院 95 年度臺

非字第 115 號刑事判決評釋〉，《醫事法學》，17 卷 1 期，頁 33-40。

Jin Ge (2010). Gillick's Capacity- Interpretation of No.115th Criminal Judgment of the Supreme Court in1995, *Journal of Law and Medicine*, 17 (1), 33-40.

葛謹(2009)。<〈植物人權益與安寧緩和醫療條例之發展〉，《臺灣醫界》，52 卷 1 期，頁 30-38。

Jin Ge (2009). Vegetative Rights and the Development of Hospice Palliative Care Act, *Taiwan Medical Journal*, 52 (1), 30-38.

楊秀儀(2013)。<〈論病人之拒絕維生醫療權：法律理論與臨床實踐〉，《生命教育研究》，5 卷 1 期，頁 1-24。

Hsiu-I Yang (2013). On patient's right to refuse life sustaining medical treatment: theory and practice, *Journal of Life Education*, 5 (1), 1-24.

楊秀儀(2002)。<〈病人，家屬，社會：論基因年代病患自主權可能之發展〉，《臺大法學論叢》，31 卷 5 期，頁 1-31。

Hsiu-I Yang (2002). Patients, families, and society: a prediction of patient autonomy in the genetic age, *National Taiwan University Law Journal*, 31 (5), 1-31.

楊月珠（2004）。《醫療自主權的法律研究》，華東政法學院碩士論文。

Yue-Jhu Yang (2004). Legal Research Relating to Self-determination Rights of Medical Treatment, East China University of Political Science and Law Master Thesis.

趙俊祥、李鬱強（2011）。〈從醫療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》，33期，頁 115-139。

Jyun-Siang Zhao/ Yu-Ciang Li (2011). On the amendment of hospice and palliative care act from the perspective of patient autonomy, Journal of New Perspectives on Law, 33, 115-139.

劉小平、楊金丹（2015）。〈死亡權利：自主的迷思與權利的限度〉，《醫學與哲學》，5期，頁 22-24。

Siao-Ping Liou/ Jin-Dan Yang (2015). Rights to Die: Myth of Autonomy and Limitation of Rights, Medicine and Philosophy, 5, 22-24.

劉建利（2013）。〈死亡的自我決定權與社會決定權—中日安樂死問題的比較研究〉，《法律科學》，5期，頁 62-71。

Jian-Li Liou (2013). Self-Determination and Social Determination of Right to die-Comparative Research on Euthanasia between China and Japan, Science of Law, 5, 62-71.

劉曉燕（2012）。〈患者知情同意權探析—兼評〈侵權責任法〉第55條、第56條的規定〉，《前沿》，10期，頁49-51。

Siao-Yan Liou (2012). Study on Informed Consent- Comment on Provisions of Article Fifty-fifth and Fifty-sixth of the Tort Law, Forward Position, 10, 49-51.

韓大元（2011）。〈論安樂死立法之憲法界限〉，《清華法學》，5期，頁24-33。

Da-Yuan Han (2011). Constitutional Limitation to Euthanasia Legislation, Tsinghua University Law Journal, 5, 24-33.

韓政道（2015）。〈末期之醫療決定與刑法評價〉，《中正大學法學集刊》，48期，頁274-275。

Cheng-Tao Han (2015). Terminal medical care and the criminal law evaluation, National Chung Cheng University Law Journal, 48, 274-275.

蘇力（2008）。〈醫療的知情同意與個人自由和責任—從肖志軍拒簽事件切入〉，《中國法學》，2期，頁3-27。

Li Su (2008). Informed consent and self determination in medical law, China Legal Science, 2, 3-27.

## 二、英文部份

- Abrams, Jamie R. (2014). *The Illusion of Autonomy in Women's Medical Decision-Making*. Florida State University Law Review, 42 (1), 1-46.
- Baily, Mary Ann (2011). *Futility, Autonomy, and Cost in End-of-Life Care*. Journal of Law, Medicine and Ethics, 39 (2), 172-182.
- Blackhall, Leslie J./ Murphy, Sheila T./ Frank, Gelya/ Michel Vicki/ Azen, Stanley (1995). *Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy*, 274 (10) The Journal Of The American Medical Association, 820-825, available at <http://annenberg.usc.edu/sites/default/files/2015/04/29/Ethnicity%20and%20Attitudes%20toward%20Patient%20Autonomy%20Sheila%20Murphy.pdf> (last visited 11/ 1/ 2015)
- Burcher, Paul (2015). *The Patient-Doctor Relationship: Where Are We Now?* The University of Toledo Law Review , 46 (3), 583-588.
- Epright, M. Carmela (2010). *Coercing Future Freedom: Consent and Capacities for Autonomous Choice*. The Journal of Law, Medicine & Ethics, 38 (4), 799-806.
- Laufer-Ukeles , Pamela (2011). *Reproductive Choices and Informed Consent: Fetal Interests, Women's Identity, and*

*Relational Autonomy*. *American Journal of Law & Medicine*, 37 (4), 567-623.

Miller, Colin (2015). *Cloning Miranda Why Medical Miranda Supports the Pre-Assertion of Criminal Miranda Rights*. *Wisconsin Law Review*, 5, 863-906.

Nguyen, Christina Q. (2015). *Death as Liberty*. *University of San Francisco Law Review*, 49 (1), 387-410 (2015).

Parker, Frederick R. Jr. (2015). *Law, Bioethics, and Medical Futility: Defining Patient Rights at the end of life*. *University of Arkansas at Little Rock Law Review*, 37 (2) 185-234.