

# 安寧緩和醫療條例 有關「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」 之法律觀點

王志嘉<sup>1,2</sup> 楊奕華<sup>2</sup> 邱泰源<sup>3</sup> 羅慶徽<sup>4</sup> 陳聲平<sup>1</sup>

「安寧緩和醫療條例」自八十九年五月立法通過實施後，已於九十一年十一月適度修正，雖然為國內「安寧緩和醫療」以及「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」取得法源依據，但是關於「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」一事，仍舊引起社會界、法律界、以及醫學界的廣泛爭論。尤其，屏東崇愛診所「蔡小妹腦死」事件，引發社會各界廣泛討論，究竟無意識或是意識障礙之無行為能力之未成年人，是否可由其法定代理人或監護人代為決定「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，頗突顯此問題之重要性。因此，本文擬從憲法及法律之「生存權」、「人性及人格尊嚴」角度，以及「醫學倫理原則」之「自主權」觀點，來探討「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」之適法性，盼能提供醫學界與法學界一個調和的觀點，從而有助於醫師執行其臨床工作。  
(台灣家醫誌 2003; 13: 101-8)

**關鍵詞：**hospice, palliative care, CPR, do not resuscitate(DNR), withhold and withdraw life-sustaining treatment

## 前 言

自 1960 年代，心肺復甦術 (CPR) 的發明以來，繼之各種“有效”的高科技醫療及各種急救措施出現，使得醫師可以把病人從瀕死過程搶救回來，雖然救活了許多急症病人，提高了人類平均的壽命，

但也大大改變了醫療型態，使得不論是急性病人，慢性病人，末期病人，或是瀕死病人，最終皆免不了需接受心肺復甦術的治療<sup>1</sup>。因為，醫師法第二十一條規定：「醫師對於危急之病症，不得無故不應召請或無故拖延。」醫療法第四十三條亦規定：「醫院、診所遇有危急病人，應

國軍松山醫院家庭醫學科<sup>1</sup>、東吳大學法律系<sup>2</sup>、臺大醫院家庭醫學部<sup>3</sup>、三軍總醫院家庭醫學暨社區醫學部<sup>4</sup>

受理日期：92 年 5 月 12 日 同意刊登：92 年 8 月 18 日

聯絡人：王志嘉

通訊地址：台北市松山區光復北路 155 巷 2 號 4 樓

依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。」<sup>[2]</sup>因此，每天在醫院的病床中，常可以看到對於明知是瀕死的末期病人，在臨終時，仍要接受驚心動魄的心肺復甦術之折磨，最後往往在痛苦中含恨以終。家屬不忍心放棄最後一絲希望，醫師也不敢違反這兩條法律的規定，否則就有觸犯法律的危險。但這不僅有可能違反醫學倫理「自主」、「行善」、「不傷害」、以及「公平正義」等四大原則<sup>[3]</sup>，更可能侵犯到憲法上所保障的「人性尊嚴及人格尊嚴」。例如：癌末或末期病人，可否不施行心肺復甦術（do not resuscitate, DNR）？這類病人是否可接受緩解性或支持性的治療，而不繼續進行治癒性的治療呢？

有鑑於此，在國內醫學界、法律界、相關專業人員以及立法委員的協助下，於中華民國八十九年五月二十三日經立法院通過「安寧緩和醫療條例」，並於八十九年六月七日經總統公佈。九十年四月二十五日並經衛生署公佈「施行細則」。這項條例的通過為我國「安寧緩和醫療」，以及「不施行心肺復甦術」取得了法源依據，不僅阻卻了醫師違反「醫療法」及「醫師法」的相關規定，更是我國首次以立法方式承認人的「自主權」，係二十歲以上完全行為能力之末期病人，得立意願書或預立意願書於醫師判定疾病末期時，依其意願選擇「安寧緩和醫療」，或「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」。

從條例公佈施行至今已二年餘，這當中也發現了一些問題。例如：「不施行心肺復甦術」，雖已有法源依據，但對於末期病人可否「終止或撤除心肺復甦術」一事，仍未有法源依據，因此衛生署再度提出修法，並於安寧緩和醫療條例第七條增列第六項，賦予末期病人「終止或撤除心

肺復甦術」之法源依據，並於 91 年 11 月 22 日經立法院通過，同年 12 月 11 日經總統正式公佈實施<sup>[4,5]</sup>。

然而，修正條例公佈不到 10 天即因屏東崇愛診所病童「蔡小妹」事件而再度引發討論。因診所給錯藥而經醫師判定腦死，是否可以終止或撤除心肺復甦術的爭議？此外，「安寧緩和醫療條例」實施至今已逾兩年，且歷經修法，但仍有一些問題值得討論。因此，本文將針對「安寧緩和醫療條例」第七條有關「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」一事，由「憲法」與「法律」的角度來探討其適法性的問題，使臨床醫師在處理醫療爭議事件時，能藉由「醫學倫理」及「法律實務」的觀點出發，以尋求問題的解決之道。

## 法律規定、爭議點、及分析檢討

歸結目前我國相關的醫療法律規定以及實際臨床運作，在安寧緩和醫療條例公布施行及修正之後，雖仍有不少問題亟待進一步的釐清與法律規範，但關於「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，是每位從事臨床的醫師均會遇到的問題，值得我們進一步的討論。因此，本文將從「安寧緩和醫療條例」第七條來討論其適法性。

### 一、「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」之法律規定

#### 1. 依安寧緩和醫療條例第七條規定

不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

1. 應由二位醫師診斷確為末期病人。
2. 應有意願人簽署之意願書。但未成年者簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。

前項第一款所定醫師，其中一位應具

相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時明示之意思表示相反。

第四、五項條文省略。

末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。(91.12.11 修正後新增第六項)<sup>4,5</sup>

## 二、爭議點

「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，其中「終止或撤除心肺復甦術」，在過去一直被視為是「消極安樂死」，然而此二者雖有重疊部分，但仍屬不同之概念，為避免混淆與誤解，目前醫學上已甚少使用此名稱。<sup>6</sup>

而且「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，係在尊重末期病人「自主權」的情況下所為之行為，目前已被多數人及多數國家所接受<sup>7,8</sup>，但在條文中仍有二部分引起法律界及醫療實務上之爭議，包括：

1. 條例第七條第三項規定「末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。」有關末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，家屬是否有權代簽「不施行心肺復甦術同意書」？以及「未成年且無行為能力之人」，例如：崇愛診所「蔡小妹」腦死事件，家屬是否有權代為決定「終止或撤除心肺復甦術」？
2. 另外，關於「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，其中「不施行」

與「終止或撤除」此二者在意義上是否相同，也引起醫療實務上之爭議？

## 三、分析檢討

1. 關於末期病人「意識昏迷或無法清楚表達意願」，其法定代理人是否有權決定「不施行」或「終止或撤除」心肺復甦術？

### (1)：憲法分析

我國憲法第 15 條規定：「人民之生存權、工作權、及財產權應予保障。」因此人民的生存權是受到國家保障的，是人民的基本權利，亦是憲法的核心價值，故任何人均有生存的權利，任何人均不能任意剝奪他人的生存權。倘若他人意識昏迷（植物人、腦幹死亡等）或無法清楚表達意願（出生缺陷兒、腦幹死亡等），從憲法「生存權」的角度是不應該被剝奪的。

因為，沒有一個人能在他人未表達自由意願下任意剝奪其他人生存的權利，即使這個人是罹患重病亦然，這就是憲法的核心價值，也是憲法保障人民生存權的目的。否則，若任何「意識昏迷或無法清楚表達意願的人」均能被他人決定而剝奪其生命的話，將會對憲法生存權的保障造成莫大的傷害，引起如荷蘭實行安樂死之後的所產生的滑坡（陡坡）現象（slippery slope phenomenon）—先實施安樂死於身體方面的末期疾病，逐漸下滑到慢性身體疾病，接著下滑到實施於慢性精神疾病之憂鬱症病人，最後甚至實施於先天異常而無法表達意願的新生缺陷兒<sup>6</sup>。簡而言之，前數者均是在病人擁有自由意志下所為之決定，而最末項之安樂死係在病人意識障礙之情形下，由法定代理人所為之行為，故荷蘭實施安樂死後，其適用的範圍與尺度一再受到挑戰與質疑，甚至有人擔

心將來被濫用到不同種族間的衝突，反而引起不必要的爭議與衝突。因此，基於憲法保障人民生存權的角度以及避免產生滑坡現象，就現階段來說，關於「意識昏迷或無法清楚表達意願的人」，除非其於昏迷前已預立意願書或預立醫療委任代理人，否則不論是「不施行心肺復甦術」或是「終止或撤除心肺復甦術」均是不適合的。

另外，關於意識清醒且可依其自由意志決定之完全行為能力之人，當其自願終結其生命時，是否享有死亡權利？亦即此生存權可否擴張成為人民擁有自己掌握自己生命之權<sup>9,10</sup>？這是可以且較無爭議的，因為生存權是國家賦予的基本權利，當人民未決定放棄其生命時國家均有保障其生存之義務，故即使是意識障礙之人由法定代理人決定「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」亦是不妥當的；反之，若完全行為能力之末期病人其經自由意志思考後，仍要放棄國家所賦予生存權的保障，基本上這是自主權的表示，這與國家保障人民的生存權是不相衝突的，且是尊重人性尊嚴之表現，不僅不少憲法學者均有類此主張而且不少國家亦通過相關之立法。例如：1991年美國國會通過「病人自主法案」（PSDA、Patient self-determination act）以來，「預立指示」，以及「預立醫療委任代理人」，已受到重視，至1992年全美已有50州通過，目前已有越來越多國家已立法方式承認人的自主權，故具有意識自由之完全行為能力之末期病人不論是「不施行心肺復甦術」或是「終止或撤除心肺復甦術」均是適合的<sup>7,8</sup>。

#### (2)：「人性尊嚴」及「人格尊嚴」分析

我國現法雖未明文規定「人性尊嚴」，但不少憲法學者、學說及實務見解

均承認其存在，且我國釋字第372號（84.02.24）更明白指出：「維護人格尊嚴與確保人身安全，為我國憲法保障人民自由權利之基本理念。……」<sup>9</sup>。故從憲法保障「人性尊嚴」及「人格尊嚴」之理念來看，對於完全行為能力之人讓其自己簽署拒絕心肺復甦術之意願書、或預立指示、或預立醫療委任代理人，是尊重其「人性尊嚴」及「人格尊嚴」的表現；反之，若對於「意識昏迷或無法清楚表達意願之人」代為決定其生命，是不尊重人性尊嚴及人格尊嚴的表現。因此，能夠尊重每個末期病人的「自主權」是人性尊嚴及人格尊嚴的實踐。

#### 2. 「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」，有關「不施行」與「終止或撤除」，此二者在意義上是否相同？

##### (1)：憲法分析

有關「不施行心肺復甦術」，與「終止或撤除心肺復甦術」二者在意義上雖是否相同雖然引起不少的爭議與討論。但是「不施行心肺復甦術」，係末期病患在「心肺復甦術實施以前，經過審慎考慮並由其自由意志決定放棄自己之生命，而未積極施予侵襲性之急救措施，以支持性治療等「不作為」的方式結束病人生命，在情感上較為社會大眾所接受；「終止或撤除心肺復甦術」，雖然是亦是在施予心肺復甦術之後依其病患自由意志決定放棄其生命後，以由醫師以「作為」的方式，終止或撤除心肺復甦術的方式來結束病人生命，在感情上較不為社會大眾所接受。然而，前者的行為雖是「不作為」，後者的行為雖是「作為」，但此二者除了「行為」有所不同以外，但二者所造成之結果相同、且均在尊重病人「自主權」的情形下為之。因此，就憲法第十五條之「生存

權」，以及「人性尊嚴」及「人格尊嚴」之憲法精神看來，其意義應是相同的，因此二者皆尊重末期病患的「自主權」。<sup>9,10)</sup>

雖然「不施行心肺復甦術」與「終止或撤除心肺復甦術」二者，就憲法的條文與精神是相同的。然而，原先「撤除心肺復甦術」之執行，卻有可能違反刑法第二七五條第一項加工自殺罪的規定：「教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者，處一年以上七年以下有期徒刑。」<sup>2,11)</sup>因此這也是衛生署修正「安寧緩和醫療條例」最主要的理由，故於修正條例新增第七條第六項之規定：「末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得予終止或撤除。」因安寧緩和醫療條例具有特別法之性質，因而阻卻刑法第二七五條之違法事由，故「不施行心肺復甦術」與「終止或撤除心肺復甦術」二者，不僅在憲法層次上並無差別，而且在法律效果上亦無差別。

## (2)：倫理分析

「不施行心肺復甦術」，與「終止或撤除心肺復甦術」二者，長期以來一直在醫療實務上引起爭議，前者為大多臨床醫師所接受，後者不僅在臨床醫師間引起廣泛的爭議，亦引起醫病之間一定的衝突。其主要的差別仍是在前者係以「不作為」的方式結束病人生命，而後者係以「作為」的方式結束病人生命，其實臨床醫師對此二者會有如此的困擾或猶豫不決，主要是對倫理立場的不了解，擔憂引起醫療糾紛，以及心理上對此本能的排斥反應。

關於此二者之爭議，以實際觀點討論，若末期病患需要緊急之心肺復甦術治療，倘若其意願不明，則先「施行心肺復甦術」之治療，俟病患表達明示之意願

後，再予以「終止或撤除心肺復甦術」之治療，此作法與「不施行心肺復甦術」相比，其實給予病患更多一次的存活可能。反倒是直接「不施行心肺復甦術」治療之末期患者，有可能剝奪末期病患的最後一次機會。故由倫理之角度觀察「不施行心肺復甦術」，與「終止或撤除心肺復甦術」二者意義上並無不同，若病患接受治療後狀況改善，則皆大歡喜，否則屆時終止或撤除，亦無不可。因此，若末期病患急需心肺復甦術需治療，而病患意向又不明朗時，可先採行施行心肺復甦術治療，然後視情況終止或撤除心肺復甦術治療之方式<sup>7)</sup>。

因此，經過多年的討論，西方倫理專家目前對於「不施行心肺復甦術」與「終止或撤除心肺復甦術」二者的問題有基本之共識<sup>8)</sup>，包括：

1. 有決定能力的末期病患應有權拒絕維生治療，選擇自然死亡。此選擇不應視為自殺。
2. 醫師應末期患者要求，撤除已給予的維生治療不應被視為協助自殺或殺人行為。此行為應與積極安樂死作一區分。
3. 「不施行心肺復甦術」與「終止或撤除心肺復甦術」，由倫理的角度觀之，並無不同。

## 結 論

「安寧緩和醫療條例」通過施行至今已逾兩年，「修正安寧緩和醫療條例」也於 91 年 12 月 11 日正式公佈施行。然而，當中仍有部分條文引起法學界、醫學界與社會大眾之爭議與討論，雖然各界對於「生死問題」之討論，均著眼於「人性尊嚴」之考量，而各有立場與見解。但若就

憲法與法律之角度，以及醫學倫理學之病患「自主權」來分析「安寧緩和醫療條例」第七條之適法性時，我們可以發現「不施行心肺復甦術」之二個形式要件：(1)二位醫師診斷為末期病人。(2)意願人簽署意願書，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意；但若病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由其最近親屬出具同意書代替之。其中第二個要件後半段較引起憲法及法律學者之爭議，因為同意書是由家屬在病人未為「明示之意示表示」時所為之，雖條文中明定「不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願時明示之意思表示相反。」但若病人意識昏迷時，如何能查證其明示之意思為何？而且若發生爭議時，通常病人已經死亡，將產生生死無對證之情形。所以基於憲法對於人民「生存權」之保障以及「人性尊嚴及人格尊嚴」基本理念，關於同意書之簽署仍應審慎為之，最好透過「預立指示」或「預立醫療委任代理人」的方式來表達病患個人的「自主權」，這樣較不會有爭議，也是「人性尊嚴及人格尊嚴」的表現。

此外，關於「心肺復甦術之終止或撤除」之二個形式要件僅有：(1)二位醫師診斷為末期病人。(2)意願人簽署意願書，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。條文中並未規定家屬可以代為簽署同意書。雖然，前文已經討論過「不施行心肺復甦術」與「終止或撤除心肺復甦術」在憲法、法律以及倫理層次上其意義並無不同，但因為「終止或撤除心肺復甦術」，仍有產生「作為」的行為，比起不施行心肺復甦術「不作為」之行為，在情感上較容易引起家屬及社會大眾之爭議，故在條例修正時並未附加「家屬代為簽署同意書」之規定，然而就憲法對於人民「生存權」之保障以及「人性尊嚴及人

格尊嚴」基本理念來看，反而是適當的，所以本條文應較無爭議。只是日前才引起社會大眾、醫學界及法律界廣泛討論的「屏東崇愛診所蔡小妹腦死是否拔管（撤除維生系統）事件？」將成為無解。我想這個爭議將會一直存在，即使在全世界第一個安樂死合法化的國家荷蘭亦是如此。畢竟，是否有誰有權去剝奪另一個人的生存權？除非他自己願意放棄，這就是「保障人民生存權」、「尊重人格尊嚴」、以及「尊重病患自主權」三方面平衡的結果。

最後，基於對「生存權」之保障、「人性尊嚴及人格尊嚴」理念、以及尊重病患的「自主權」，對於具有完全行為能力之末期病人，可在尊重病患自由意願下，決定是否「不施行，以及終止或撤除心肺復甦術」；然而，對於意識昏迷或無法清楚表達意願之人，除非其昏迷前已預立「意願書」或「醫療委任代理人」，否則仍應審慎為之。至於所引起的一些爭議，如「蔡小妹事件」，則留待時間才能進一步解決。

## 參考文獻

1. 陳榮基：「安寧緩和醫療條例」立法—台灣回歸人性醫療的契機。出自安寧緩和醫療關懷手冊。台北：佛教蓮花臨終關懷基金會，2001：3-7。
2. 基本六法。台北：三民書局，2002。
3. 邱泰源：家庭醫學與緩和與醫學。出自呂碧鴻主編，家庭醫學。第二版。台北：中華民國家庭醫學學會，2000：473-83。
4. 安寧緩和醫療條例—專業人員臨床作業。台北：行政院衛生署 2002：1-31。
5. 全國法規資料庫 <http://law.moj.gov.tw/>
6. Chao DVK, Chan NY, Chan WY: Euthanasia

- revisited. *Fam Pract* 2002; 19: 128-34.
7. 「安寧緩和醫療條例」專業人員臨終關懷研習會。財團法人中華民國安寧照顧基金會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧照顧協會，2002。
  8. 九十年度安寧療護醫師專業在職課程學員手冊。台北：財團法人中華民國安寧照顧基金會，2001。
  9. 法治斌、董保城：中華民國憲法。第三版。台北：國立空中大學，2002：153-6。
  10. 陳新民：中華民國憲法釋論。第四版。2001：303-6。
  11. 陳子平：刑法總論【講義綱要】。增訂版。1999；81-8, 198-200。



## Natural Death Act Exploring the Law Viewpoint about “Do not Resuscitate (DNR) and Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment”

Chih-Chia Wang<sup>1,2</sup>, Yi-Hwa Yang<sup>2</sup>, Tai-Yuan Chiu<sup>3</sup>, Ching-Hui Loh<sup>4</sup>  
and Sheng-Pyng Chen<sup>1</sup>

Since the “Natural Death Act” was legally issued and executed in May of 1990, it has been appropriately revised in November of 2002. Though “Hospice and Palliative Care” and “Do not Resuscitate (DNR) and Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment” became lawful in our country, the issue of “Do not Resuscitate (DNR) and Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment” still caused widespread dispute in the fields of society, law and medicine. Especially, with the “brainstem death of the girl named ‘Tsai’ ” at Tsung Ai Clinic in Ping Tung it initiated much discussion in all fields of society. Whether the legal representative or guardian of an unconscious or comatose child (who has no ability to act) can decide on his behalf – “Do not Resuscitate (DNR) and Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment” or not, makes the importance of this question more remarkable. Therefore, this article will explore the legal issue on “DNR and Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment” from the viewpoint of “Right of Living”, “Human Nature and Personality Dignity” of constitution, law and “Sovereignty” of “Medical Ethics”. Hopefully it can provide the fields of medicine and law a compromised viewpoint and help doctors perform their clinical tasks.

*(Taiwan J Fam Med 2003; 13: 101-8)*

---

Department of Family Medicine, Armed Forces Sung-Shan Hospital<sup>1</sup>; School of Law, Department of Law, Soochow University<sup>2</sup>; Department of Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University<sup>3</sup>; Department of Family Medicine and Community Medicine, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical Center<sup>4</sup>, Taipei, Taiwan, R.O.C.

Received: May 12, 2003; Accepted: August 18, 2003.