

安寧緩和醫療的新展開—

從病人¹自主權利法的觀察

黃三榮*

一、前言

安寧緩和醫療條例第 1 條明文「為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。」之立法目的，而此「尊重末期病人之醫療意願」及「保障末期病人之權益」之根源，從倫理面相而言，主要係基於生命 / 醫學倫理之所謂「自主原則」(Autonomy)；而如從法律面相來看，則即係所謂「病人自主權」，此由安寧緩和醫療條例第 4 條第 1 項「末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。」及同法第 5 條第 2 項得委任醫療委任代理人等規定，實均屬病人自主權之明文甚明。

是以，安寧緩和醫療條例中，雖未具體明確使用「病人自主權」之用語，惟如上述，安寧緩和醫療條例實已就「病人自主權」之部分內容及其行使，予以明文規定，當係明確。

另外，病人自主權利法（下稱病主法）於 2016 年 1 月經總統公告，於 2019 年 1 月 6 日正式生效施行。不僅是我國第一部將「病人自主權」之用語正式明文入法的法律，甚且法律名稱更直接使用「病人自主權」之用語。宣示著我國有關病人自主權利之保護法制，邁入新紀元。是以，2019 年 1 月正式生效施行，而明揭「病人自主權」具體權利標的及其權利行使程序等之病主法，就 2000 年 6 月公布生效

* 萬國法律事務所資深合夥律師。本文僅代表作者個人意見。

施行迄今近 20 年，而實亦屬具體保障病人自主權之安寧緩和醫療條例之臨床實務，究竟會帶來如何之影響？安寧緩和醫療之臨床實務，是否因病主法之正式生效施行，會有如何不同之新展開？此就從事安寧緩和醫療之醫療照護專業者（health care professionals, HCP）而言，尤為應予留意的議題，以求在病人自主權之現行法律架構下，能更完整實現以人為中心 / 以人為本（person-centered）的醫療照護（health care）理念，並進一步完善人生最終階段醫療照顧（End of Life care, EOLC）。

病主法第 1 條明文「為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，特制定本法。」明揭病人自主權利法之立法目的，而立法目的是一部明文法律之基本精神及所維護價值之所在，除可執立法目的，作為判斷其他法律條文及相關法規命令（如施行細則等）是否符合該法之基本精神及所維護價值之基礎外，更是於法律正式生效施行後，在面臨具體特定事實於適用該法律，而發生解釋、認定疑義時之重要判斷依據之一。是以，本文以下將於概述病人自主權之具體內容後，即基於病主法第 1 條之立法目的規定，論述說明病主法之正式生效施行，對安寧緩和醫療之臨床實務，可能帶來的新展開。如藉此可引發安寧緩和醫療之醫療照護專業者一些不同的思考，甚且更落實以人為中心 / 以人為本的醫療照護理念，以及更完善人生最終階段的照顧（EOLC），則為甚幸！

二、病人自主權概述

病人自主權（patient right to autonomy）仍係基於任何人對自身的身體，具有完全自主而不受他人侵犯之身體權。另因自主權之行使，常涉及有關本人自身之醫療處置或照護事

務之選擇 / 決定、同意 / 拒絕等意思決定。是以，如從意思決定面相而言，亦可稱病人自主決定權（patients` right to self-determination）。以下，主要即分別從自主權之權利標的、作用、權利性質或權利行使程序及自主權之演變，略為說明自主權之相關內涵。

（一）知情權、選擇 / 決定權及同意 / 拒絕權 - 自主權之權利標的

病人自主權之權利標的，可大致區分為 1. 知情權²、2. 選擇 / 決定權及 3. 同意 / 拒絕權³。且此等權利關係密切而權利位階同一，縱或有行使上之先後順序之分，但應無行使上優劣之別，而得各自獨立行使。於病主法第 4 條第 1 項前段係明文知情權，而選擇 / 決定權係規定於同條項後段。另需留意者，病人之選擇與決定權之行使，係限於「醫師所提供之醫療選項」為對象。基此從醫師立場而言，醫師所未提供之醫療選項，即不成為病人選擇與決定之對象。從而，醫師對於病人病症所涉及可能提供醫療選項之掌握、理解，甚至是否具有專門性？即會影響到病人所得行使選擇 / 決定之範圍，進而影響到病人所得同意或拒絕之醫療選項⁴。例如對於在宅 / 居家醫療，甚且安寧緩和醫療未能理解，甚且認同接受之醫師，即可能不會提供在宅 / 居家醫療，甚且安寧緩和醫療之醫療選項，以供病人選擇 / 決定⁵。另從病人而言，即無權選擇 / 決定要求醫師執行該醫師所未提供之醫療選項。

至於同意權部分，病主法雖未就同意之對象有所規定，惟就有關病人接受「手術」、「中央主管機關規定之侵入性檢查或治療」之前，則於同法第 6 條本文規定醫療機構必須取得病人或關係人⁶之同意，簽具「同意書」始可為之。換言之，病主法就有關病人接受「手術」、「中央主管機關規定之侵入性檢查或治

療」時之「同意權」之行使方式，要求必須以簽具「同意書」之形式為之，而不得以口頭方式處理⁷。

其次，就拒絕權而言，病主法雖就拒絕「維持生命治療」(life sustaining treatment, LST)、「人工營業及流體餵養」(artificial nutrition and hydration, ANH)之權利行使主體、程序及生效要件，予以特別明文規定外（如第8條第1項、第9條第1項及第14條第1項），就其餘得拒絕之醫療選項等，則未有明文規定。是以，除非如所拒絕之醫療選項係為LST/ANH，而須符合病主法相關規定外，原則上本人即得以口頭、書面及其他任何意思表示方式（如眨眼等肢體語言等），自主地對醫療照護專業者所提供之任何醫療選項表示拒絕，而行使所謂拒絕權。

（二）請求權 - 自主權之權利作用

按病人就醫療照護專業者所提供之特定醫療照護選項，固有選擇/決定是否同意或拒絕之自主權（參病主法第4條第1項後段）。然此得行使選擇/決定權或同意/拒絕之權利，並不當然伴隨著亦具有權利作用之發生。蓋選擇/決定權或同意/拒絕權者，係從「權利標的」角度而分析自主權；相對於此，請求權係從「權利作用」以構成自主權，兩者固均屬自主權權利之一部，而由不同面相構成自主權應有之整體內容，惟此「權利標的」並不同於「權利作用」。此如同從權利標的而言，固得有財產權等權利，另從權利作用來說，則有請求權等權利。但不能說財產權等同請求權，甚或財產權即包括請求權，亦不宜認為如有財產權之「權利標的」，即代表亦有「權利作用」之請求權。是以，從權利標的而言，病人固有前述選擇/決定權或同意/拒絕權；但未必得基此即逕行認定亦有所謂請求權之權利作用，

需予留意⁸。

再者，選擇/決定或同意/拒絕之權利，係自主權之權利標的，而請求權係自主權之權利作用。而此「權利標的」既不同於「權利作用」，亦無法將權利作用之請求權，逕行定位在屬於權利標的之選擇/決定權下之次位階權利。蓋如同上述，權利固可由「權利標的」、「權利作用」等不同面相予以構成，但不能說「權利作用」即隸屬於「權利標的」⁹。

自主權是否具有請求權之權利作用？如由前述病主法第4條第1項後段之反面解釋而言，病人對醫療照護專業者所未提供之特定醫療選項，即無選擇/決定之權利。而本人對該醫療照護專業者所未提供之特定醫療選項，既無選擇/決定之權利，則該醫療照護專業者所未提供之特定醫療選項，即非為自主權之行使對象，既非為自主權之行使對象，則本人當對該醫療照護專業者所未提供之特定醫療選項，即無「得請求」之權利作用，而無「請求權」甚明。蓋醫療服務之提供，原則上仍需雙方合意之醫療契約之締結，醫療方始就所合意提供之醫療內容，對病人負有給付義務；相對於此，病人亦始有依此醫療契約，而得要求醫療方提供約定醫療選項之請求權利。是以，如醫療照護專業者並未承諾提供特定醫療選項，則就此未承諾提供之特定醫療選項，病人當無法基於所謂自主權而請求醫療照護專業者予以提供。

然就所謂知情權之權利標的而言，當病人向醫療照護專業者主張欲「知情」病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險時，病人其實係對醫療照護專業者行使所謂「知情」之權利標的，並藉由「請求權」之權利作用，而實現要求醫療照護專業者應為說明病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險，甚且提供相關資

訊之病人自主權。再者，於病人依病主法規定行使選擇/決定權進而拒絕LST/ANH前，若醫療照護專業者已先對病人進行LST/ANH。爾後，如病人本身或透過醫療委任代理人而依病主法規定行使選擇/決定權進而拒絕LST/ANH情形時，則此際之病人或醫療委任代理人亦得對醫療照護專業者主張終止或撤除LST/ANH之請求權。相對於此，病人依病主法規定行使選擇/決定權進而拒絕LST/ANH時，醫療照護專業者如尚未對病人進行LST/ANH者，則此際醫療照護專業者只要不施行LST/ANH，則病人拒絕LST/ANH之意願已獲滿足，當即無再進而「請求」醫療照護專業者終止或撤除LST/ANH之必要。從而，就權利標的而言，固有前述之知情權、選擇/決定權及同意/拒絕權；但就權利作用而言，並無所謂一般或特殊請求權，惟有於行使知情權或前述情況之拒絕權下，始有伴隨權利作用之請求權之發生餘地。

(三) 實體權與程序權 - 自主權之權利性質或權利行使程序

從權利標的所區分之財產權、非財產權等權利，係保障權利標的之財產、非財產，而此財產權、非財產權於性質上均可謂「實體權」。亦即，權利所保護之標的，係具體之財產或非財產本身，故謂財產權、非財產權均屬所謂「實體權」；而「程序權」者，則係指為保障實體權實現程序之權利如訴訟權等。自主權之知情權、選擇/決定權及同意/拒絕權，因係保障自主權利標的之知情、選擇/決定及同意/拒絕，故該等知情等權利可謂係為「實體權」；而前述實體權之實現程序，實亦應同受保障。亦即，自主權之程序權亦應受到保障。尤其是本人於行使選擇/決定權及同意/拒絕權，而進行意思決定之過程，即應受到

程序權之保障。本文主張所謂ACP¹⁰之執行及意思決定之支援（support decision-making, SDM）如提供有關醫療選項之書面、使用圖表/影片、請求翻譯人員協助等，均應屬於自主權之程序保障範疇。且病人於意思決定過程中，不應僅能被动地接受醫療照護專業者之提供ACP或SDM，並應有權可積極地要求前述ACP或SDM之提供。如此始能真正貫徹自主權之實踐及保障。

是本文主張病主法除明文規定上述知情權、選擇/決定權及同意/拒絕權等實體權外，實應將有關預立醫療照護諮商¹¹規定（如病主法第3條第6款等），解為係屬於自主權之程序權規定。另於「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」第5條所規定於預立醫療照護諮商前，相關資訊及資料之提供乙情，則可解為即係意思決定之支援（SDM）之一部。從而，在現行病主法之架構下，不僅明文知情權、選擇/決定權及同意/拒絕權等實體權，實亦已規定進行預立醫療照護諮商及取得相關資訊與資料提供之意思決定支援的程序權保障¹²及其行使。

(四) 自主權之演變 - 與意思決定之關係

自主權於近代開始受到重視，可回溯到1960年代美國民權運動時代，從黑人民權、女性解放民權運動之興起，帶動消費者保護運動及資訊公開運動，再擴及到對醫療領域之父權主義式（medical paternalism）意思決定的反省，追求病人自主（patient autonomy）而來。換言之，自主權之主張，原本是社會的弱勢者對社會的強勢者之權利復權運動，而非是

一種極端個人主義式的強勢權利主張。然而伴隨個人主義的發展，歷經消費者主義式之告知後同意的演變，自主權的強勢權利面相愈加顯著，個人主義式自主權行使 / 意思決定遂成爲醫療決定之主流，甚有進而執爲主張安樂死之權利基礎者¹³。

然而，個人並非可絕對地獨立於外界而生，而是與外界存有各種連結、關係下而活。舉凡人與人的關係、人與環境的關係，在在可證明個人與關係連結的必要性及重要性。因此，前述個人主義式自主權復受到調整，而朝向所謂形成關係式自主權 (relational autonomy) 發展。進言之，自主權之行使過程中，尤其有關選擇 / 決定權及同意 / 拒絕權之行使 (意思決定之形成、表達等)，固應以尊重本人之自主意思爲基本，但同時也應考量與本人存在密切關係者如家人、醫療照護專業者及友人等之意見，而透過各主體間之意見表達、對話及討論，以最終共同作出符合本人最佳利益之意思決定 (shared decision-making, SDM)¹⁴，加以行使自主權。

是從形成關係式自主權的發展而言，自主權之行使不應再僅是絕對個人主義式，而由本人個人依自己意思決定即足，實應透過與前述關係者之對話、討論，納入關係者之意見下，而爲意思決定始爲妥當。從而，亦可知於自主權行使之程序，納入關係者參與之重要性。是以，對病人自主權之理解，實不應忽視以上之演變，而仍停留在個人主義式自主權之定位。是從形成關係式自主權而言，除了重視自主權之實體權面相如知情權、選擇 / 決定權及同意 / 拒絕權，甚且請求權以外，實亦不能忽視自主權之程序面相、程序權之保障，如於自主權之行使時實施 ACP，提供應有的意思決定支

援及納入相關主體參與意思決定過程等。如此始得謂真正完整地保障病人自主權。

三、拒絕權 – 安寧緩和醫療之提供義務化、提供對象擴大化及代替決定 (substitute decision-making, SDM) 之限縮化

基於「爲尊重病人醫療自主」之病主法立法目的，病主法進而明文自主權之知情權、選擇 / 決定權或同意 / 拒絕權。其中尤以拒絕權之明文，對安寧緩和醫療之影響尤爲重要。簡言之，從病主法所明文自主權之拒絕權而言，將造成安寧緩和醫療之提供義務化、提供對象擴大化及代替決定限縮化之影響。

安寧緩和醫療條例第 4 條第 1 項規定「末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。」是以，依安寧緩和醫療條例前述規定可知，於安寧緩和醫療條例下，是否提供安寧緩和醫療？原則上端視病人之「選擇」。另言之，安寧緩和醫療之提供，就醫療機構或醫師而言，即非「義務」甚明。

相對於此，依病主法第 16 條前段規定「醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。」是以，當醫療機構或醫師依病人之「拒絕」預立醫療決定 (行使拒絕權)，而終止、撤除或不施行 LST/ANH 時，原則上醫療機構或醫師即「應」提供病人緩和醫療¹⁵。亦即，病人前述拒絕權之行使，即造成安寧緩和醫療之提供「義務化」。

再者，依前述安寧緩和醫療條例第 4 條第 1 項規定亦可知，得選擇安寧緩和醫療者係限於所謂「末期病人」。而末期病人依同法第 3 條第 2 款規定係「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，近期中內程進行至死亡已不可避免者。」而目前臨床實務上，健保給付之末期病人限定為癌症患者、漸凍人及所謂八大非癌症患者（即老年期及初老期器質性精神病態如重度失智症等、其他大腦變質如嚴重中風/腦傷/巴金森氏症等、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病 COPD、肺部其他疾病如嚴重肺纖維化、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭與慢性腎衰竭，俗稱腦心肝肺腎）¹⁶

另於病主法情形下，於同法第 14 條第 1 項則規定「病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：一、末期病人。二、處於不可逆轉的昏迷狀態。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¹⁷。」加上同法施行細則第 10 條第 1 項規定「本法第十四條第一項第一款所定末期病人，依安寧緩和醫療條例第三條第二款規定。」從而，擬為「拒絕」預立醫療決定（行使拒絕權），而表示終止、撤除或不施行 LST/ANH 之病人，其所處之臨床狀況，依上述病主法規定而言，顯然不只限於如同安寧緩和醫療條例所指之「末期病人」而已，尚包含上述處於不可逆轉之昏迷狀況等其他臨床狀況之病人。復加上前述依病主法第 16 條前段規定「醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。」情形，則可知依病主法規定，藉預立醫療決定而行使拒絕權，進而「應」受提供緩和醫療之病人，顯然將多於僅適用安寧緩和醫療條例而

選擇安寧緩和醫療之末期病人。從而，亦可謂於病人行使前述拒絕權情形下，亦帶來安寧緩和醫療提供對象「擴大化」之影響。

另外，安寧緩和醫療條例第 7 條第 3 項前中段規定「末期病人無簽署第一項與二款之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。」是為病人之代替決定（substitute decision-making, SDM）明文。亦即，當病人失去意思決定能力而無法為自主決定時，安寧緩和醫療條例前述條文之明文規定，即得先由所謂最近親屬 - 同意書，或次由醫師 - 醫囑方式予以代替決定¹⁸。

然就代替決定部分，病主法僅於第 10、11 條規定有所謂醫療委任代理人，而賦予醫療委任代理人，得於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願。然就如果意願人並未於喪失意思能力前，曾簽署預立醫療決定書情形下，並未如同前述安寧緩和醫療條例規定般，即賦予最近親屬得出具所謂同意書，甚且由醫師出具醫囑之方式予以代替決定。是以，就代替決定而言，於病主法下，病人如未於仍具意思能力時，即預為意思決定而簽立預立醫療決定書或委任醫療委任代理人者，當陷於喪失意思能力下，將無法依法由他人再為代替決定，甚而行使所謂自主權之拒絕權；相對於此，於安寧緩和醫療條例下，縱意願人於有意思能力下而未預為簽署意願書，當之後陷入意識昏迷或無法清楚表達意願，而成為末期病人狀況時，仍得以所謂最近親屬 - 同意書，或次由醫師 - 醫囑方式予以代替決定。從而，就病人拒絕權之行使，於病主法相對安寧緩和醫療條例而言，實係造成代替決定之限縮化。

綜合之，於病主法就病人之拒絕權行使，比較安寧緩和醫療條例而言，實造成安寧緩和醫療提供義務化、提供對象擴大化及代替決定限縮化之影響。

四、程序權－程序權之明文化、支援意思決定之義務化及程序保障之一致化

於安寧緩和醫療條例中，並未就意願人於簽署意願書前，應由醫療機構或醫師提供任何諮商或討論程序予意願人之情，加以明文規定。惟於安寧緩和醫療之臨床實務上，自2010年起，財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會即已開站宣導推動所謂ACP，並將之稱為「預立醫療自主計畫」¹⁹。換言之，安寧緩和醫療條例雖明文意願人得以簽署意願書之方式，而行使病人自主權之選擇/決定權及同意/拒絕權（安寧緩和醫療條例第4條、第7條等）等之「實體權」；但就前述實體權實現之程序保障規定卻付之闕如。易言之，安寧緩和醫療條例就病人自主權之「程序權」保障規定是有所不足的。反而是由民間在安寧緩和醫療之臨床實務上，積極自主推動前述ACP「預立醫療自主計畫」之意思決定程序²⁰。

而於病主法第3條第3款除明文規定「預立醫療照護諮商：指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。」外，更於同法第9條第1項第1款規定「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證

明。」申言之，病主法不僅將預立醫療照護諮商予以明文規定，甚且將之定位為意願人為預立醫療決定之前置法定程序。從而，基於「為尊重病人醫療自主」之病主法立法目的，病主法進而明文自主權之程序權如預立醫療照護諮商之實施等，實已將未於安寧緩和醫療條例所明文規定之病人自主權之程序權保障予以明文化。

其次，病主法另於「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」第4條明文提供預立醫療照護諮商之諮商機構應設置由醫師、護理人員或/及心理師或社會工作人員所組成預立醫療照護諮商團隊，且於諮商前，依同辦法第5條規定，諮商機構應提供包含參與諮商之人員、得指定醫療委任代理人及預立醫療決定書等相關資料及資訊予意願人。而在諮商時，依同辦法第6條規定，諮商團隊應向意願人及參與者為包含意願人所擁有之知情權等權利、終止、撤除或不施行LST/ANH應符合之特定臨床條件及預立醫療決定書之格式等事項。凡此皆屬於病主法就病人於意思決定過程中，醫療照護專業者提供意思決定支援之明文規定。然於意願人依安寧緩和醫療條例簽署意願書之意思決定過程中，安寧緩和醫療條例並未有任何提供意思決定支援之明文規定。從而，基於「為尊重病人醫療自主」之病主法立法目的，病主法進而明文自主權之程序保障如前述意思決定支援之實施等，實已將未於安寧緩和醫療條例所明文規定之病人自主權有關意思決定支援之程序權保障復予以明文化²¹。

基於以上說明，可發現如病人依病主法規定而行使自主權，簽立預立醫療決定書者，即得受到前述ACP及意思決定支援之程序保障；相對於此，如意願人係依安寧緩和醫療條例而行使自主權，簽署意願書者，卻反而未有

任何法律明文的程序保障。是雖同為病人自主權之行使，卻因依循法律係為病主法或安寧緩和醫療條例之不同，而異其是否受到程序保障之結果，當非妥適。從而，從貫徹保障病人自主權及避免前述程序保障失衡而言，於意願人依安寧緩和醫療條例而行使自主權，簽署意願書時，雖非法律所明文規定，安寧緩和醫療團隊人員實更應參酌病主法之前述規定意旨，提供意願人應有之 ACP 及意思決定支援之程序保障，以求程序保障之一致化，而更周嚴保障病人自主權之行使。

五、避免善終之簡單化、單一化及標準化

安寧緩和醫療條例第 1 條明文立法目的「為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例。」並未如同病主法般，將所謂「善終」規定入法，而綜觀安寧緩和醫療條例之全文，亦未見有明文「善終」之規定，是可知就所謂「善終」議題，安寧緩和醫療條例並未提及。然如前述，病主法之立法目的除揭示「為尊重病人醫療自主」及「促進醫病關係和諧」外，更明確包括所謂「保障病人善終權益」。然而，「善終」者之內容為何？又究竟依據如何之標準，得以判斷是否達到「善終」？

此將涉及每個人的死生觀等價值觀，更受到死亡前之人生最終階段醫療照護（EOLC）是否符合本人之意願、本人所需求的生活品質（quality of life, QOL）內容是否被滿足，甚且本人於更早期之人生階段（biographical life），是否已經驗感受到所謂善生（good life）等等因素而因人有所不同²²。從而，是否得由所謂病人自主權之行使及受到尊重，即可直接而線性地率斷主張或認為病人即可得到所謂「善終」？尤其目前社會風潮上，常將如依病主法預立醫療決定而選擇/決定

「拒絕 LST/ANH」情形下，即等同於獲得所謂「善終」乙情²³，即有忽略前述各種影響「善終」因素之重要性，卻試圖簡單化、單一化及標準化所謂「善終」，而陷入上揭線性式率斷主張所謂「善終」之情形。尤其就自主地選擇/決定「拒絕 LST/ANH」，而順自然進程地結束生命者，固應受到尊重及保障其自主權之行使；相對於此，自主地選擇/決定「接受 LST/ANH」，而積極地爭取延長生命者，亦同應受到尊重及保障其自主權之行使才是。實不宜試圖營造如選擇/決定「拒絕 LST/ANH」，始得獲得所謂「善終」之社會氛圍，甚且更執為推動病人自主權之宣導主軸之一，而不自覺地對於擬選擇/決定「接受 LST/ANH」，而積極地爭取延長生命者，形成一股不得不反而改為選擇/決定「拒絕 LST/ANH」之社會壓力（social pressure）及強迫誘導²⁴，果為如此，則不啻一方面於積極地推動病人自主權之同時，卻未覺察實已戕害病人自主權之行使矣²⁵！

基於上述說明，雖於病主法明揭所謂「保障病人善終權益」之立法目的，惟於臨床從事安寧緩和醫療時，應避免將所謂「善終」簡單化、單一化及標準化，甚且不自覺地強加醫療照護專業者本身之所謂「善終」觀予病人，否則將有進而造成病人行使自主權之壓力，並扭曲理解病人真正自主意願之虞，應予審慎。

六、避免醫病關係和諧之形式化、法律化及躁動化

病主法所揭示立法目的除「為尊重病人醫療自主」及「保障病人善終權益」外，更有「促進醫病關係和諧」者。而落實所謂「促進醫病關係和諧」之立法目的，於病主法之主要具體規定，或有解為係指病主法第 4 條「病人

對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。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（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作爲。」及病主法第 14 條第 5 項「醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。」等規定。換言之，或有謂病主法試圖以所謂病人知情權等自主權、關係人「不得」妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作爲，以及醫療機構或醫師依病主法第 14 條第 5 項規定終止、撤除或不施行 LSH/ANH 之全部或一部，「不負」刑事與行政責任等明確法律規定，予以規範病人、關係人及醫療機構或醫師間之醫病關係，而達成所謂「促進醫病關係和諧」之立法目的。

按醫病關係所涉及者，固有所謂醫療契約之契約履行，甚至醫療行爲之損害賠償等法律面相的問題。而醫病關係之建構及和諧維繫，法律面相的相關規定明確及確實依法而行，固然重要。但更重要、最根本的毋寧宜著重於倫理面相的考量及依循倫理而爲。尤其在現今醫療照護文化（healthcare culture）係朝向轉換成以人爲本 / 以人爲中心的發展下，「醫病關係和諧」之建構及維繫，就醫療照護專業者而言，更宜本於良善的本心，思考什麼始爲符合本人最佳利益下，著重在依循倫理面相的考量而行，而非形式、機械地，僅固守法律面相的主張與執行。沒有倫理爲基底，僅著眼於法律規定之所謂「醫病關係和諧」，將陷於緊繃化、脆弱化，僅是一種對立式的表面、形式而

躁動的和諧，並非真和諧。


是以，雖於病主法明揭所謂「醫病關係和諧」之立法目的，惟於臨床從事安寧緩和醫療時，宜持續遵行基於以人爲中心 / 以人爲本的理念，提供病人及家屬身心社靈的整體醫療照護，以建構及維繫醫病關係之真和諧，而非反而受到上述病主法試圖執法而求「醫病關係和諧」之影響，而不自覺地將醫病關係和諧之建構及維繫，予以形式化、法律化及躁動化。

七、結語

安寧緩和醫療條例與其說在規範安寧緩和醫療之實施等，倒不如說是在賦予末期病人，就醫療者所提供之安寧緩和醫療及維生醫療有一個選擇 / 決定、同意 / 拒絕權利的法律明文依據。進言之，安寧緩和醫療條例其實是明文病人自主權尤其是選擇 / 決定、同意 / 拒絕權利之一部法律²⁶。只不過安寧緩和醫療條例並未明揭所謂「病人自主權」之用語而已。相對於此，病主法不僅法律名稱直接使用「病人自主權」用語，復於條文內容更是主要明文「病人自主權」之具體內容、行使程序及行使效果等。就此，對全體醫療照護專業者而言，當應充分理解及遵行病主法外，尤其對從事安寧緩和醫療之醫療照護專業者來說，更需留意由於病主法與安寧緩和醫療條例於法律規制上之關連、差異²⁷，而因此在臨床上對安寧緩和醫療所帶來的影響。

有如前述，本文先概要介紹病人自主權之權利標的 - 知情權、選擇 / 決定權及同意 / 拒絕權、權利作用 - 請求權，以及提出自主權行使應受程序保障、應有程序權之主張。其次，再就病主法對安寧緩和醫療之臨床實務所帶來的影響，從拒絕權而言，將造成安寧緩和醫療之提供義務化、提供對象擴大化及代替決定之

限縮化；從程序權來說，於安寧緩和醫療臨床中，應重視及遵循自主權之程序權明文化（如預立醫療照護諮商之實施）、支援意思決定義務化（如醫療選項資料/資訊之提供與說明等）及程序保障一致化（如ACP之實施）；且宜避免將所謂「善終」簡單化、單一化及標準化，而不自覺地強加本身價值觀予病人，反而傷害病人自主權之行使。同時避免將醫病關係和諧之建構及維繫，輕率地訴諸法律之明文規定，而造成醫病關係和諧之形式化、法律化及躁動化。

安寧緩和醫療條例與病主法規範對象雖同係病人自主權，然就自主權之權利主體、行使程序及要件等，仍存有許多差異。尤其就拒絕LST之權利行使及醫療委任代理人部分，甚且可能存在競合關係。是以，釐清拒絕LST之權利行使及醫療委任代理人可能發生之競合情形，以更完整周全地保障病人自主權之行使，當係另一有待檢討之課題。

《註釋》

1. 從貫徹「以人為中心或以人為本 (person-center)」、「看人非看病」、「從治療到照護」(from cure to care) 等理念之實踐而言，行使所謂自主權之主體，如限於疾病已發病而成為所謂「病人」者，並非妥適。事實上，縱於疾病尚未發病而經認為係屬所謂「健康人」者，亦有行使自主權之必要來說，稱為「本人自主權」，或較名為「病人自主權」更為允當。尤其所謂 Advance Care Planning(ACP) 亦強調於健康時即可進行，甚或所謂精準醫學 (precision medicine) 強調於發病前的精

準診斷及對治，原則上均未限於「病人」始得為之。惟鑑於我國已立法明文「病人自主權利法」，故本文仍使用「病人自主權」之用語，先予敘明。

再者，自主權僅係病人權利之一。如接受最佳醫療權 (right to medical care of good quality) 等，亦屬病人權利之一，此由世界醫師會於1981年所通過有關病人權利之「里斯本宣言」可稽，參蔡篤堅教授「從里斯本宣言探討病人權利」，http://dlweb01.tzuchi.com.tw/DL/acdactive/content/speeches/video/v161_170/v163/950523_SPC.pdf，瀏覽日：2020年8月2日。是以，有關自主權外之病人權利，併應留意及保障其行使。

2. 有謂「傳統法規語言的『告知後同意』(Informed Consent)，是以醫療為中心而建構者，病人是『被告知』，然後表達同意或不同意。若以病人為主體，則應該使用『知情』一詞，知情後則是『選擇與決定』。英文"Consent" 這個詞，我認為還是比較以醫療人員為中心的，意思是我提供給你一些醫療選項，病人則以同意或拒絕來回應。」參孫效智教授「臺灣《病人自主權利法》的法律架構、實務運作及未來展望」，收錄於陳炳仁醫師主編『心智能力受損者之自主及人權：醫療、法律與社會的對話』第35頁(元照出版有限公司、2019年6月初版第1刷)。似將病人自主權之「知情」等同於「告知後同意」之「被告知」？

惟病人自主權與告知後同意之關係，固然密切，而權利根源均在於本人對自身身體之自主決定權。然兩者仍有不同。前者實係直接立於本人之自主權利行使立場，而後者除立於病人自主權之立場外，更具有

站在醫療照護專業者告知義務之面相。再者，縱認告知後同意亦含有本人於經告知後，如不為同意之拒絕權行使的內涵，惟此與前者乃係含有拒絕權在內，並及於選擇／決定及知情等更廣泛之權利內容，有所不同。是以，如將病人自主權之「知情」等同於「告知後同意」之「被告知」者，實有待商酌。

再者，有關告知後同意，就醫療照護專業者而言，重點在於確實為「inform」（告知／說明）病情等資訊予本人之行為，於令本人理解所經提供之病情等資訊下，進而本人始得就醫療照護專業者所提供之醫療照護選項，予以表示選擇／決定「同意」（consent）或不同意（拒絕）。因此，前述英文「consent」用語，與其說是「比較以醫療人員為中心」，倒不如解為實係以「本人為中心」，將更為合適。有關告知後同意於美日之發展，可參金川琢雄「インフォームド・カンセント-法と判例理論からの検証」，收錄於齊藤隆雄監修、神山有史編著『生命倫理学講義』第53～70頁（株式会社日本評論社，2002年3月10日第1版第4刷）。

3. 於孫效智教授註2前揭文復表示「醫師提供的醫療選項，病人可以選擇接受或拒絕它，也就是『醫療請求權』及『拒絕醫療權』。醫療的選擇與決定權又可以從是否涉及生死，區分為一般情形或是特殊情形（見圖3-1）」等內容，參註2陳炳仁醫師主編前揭書第36～37頁。詳言之，就自主權權利標的之權利體系位階而言，孫效智教授雖將「知情權」與「選擇與決定權」列為同一位階而互為獨立，然將「醫療請求權」及「拒絕醫療權」卻列為包含屬於「選擇與決定權」內之次位階權利，

並進一步基於醫療選項是否涉及生死，再將「醫療請求權」及「拒絕醫療權」復細分為所謂不涉生死之「一般請求權」與「一般拒絕權」，以及涉及生死之「特殊請求權」（如協助自殺及安樂死）與「特殊拒絕權」。

然查，本文以為不論「知情權」、「選擇／決定權」及「同意／拒絕權」，均屬於從權利標的面相而對權利所為之分類，彼此間固關係密切，甚且權利行使上容有先後順序之別，惟權利位階相同，互為獨立；不宜將拒絕權解為屬於「選擇與決定權」之內容之一，且權利位階復在「知情權」及「選擇與決定權」之下。此如同財產權、非財產權等均屬權利標的，但彼此是互為獨立，並不相互隸屬情形般。

其次，基於醫療選項是否涉及生死，而將「醫療請求權」及「拒絕醫療權」復細分為上述「一般請求權」與「特殊請求權」，以及「一般拒絕權」與「特殊拒絕權」，固有學術討論及嘗試權利體系建立之獨創性，但如區分所謂「一般」與「特殊」之不同，需留意不經意地發生「重特殊」而「輕一般」之後遺症，尤其復以是否涉及生死為基準下，是否易發生本人及醫療照護專業者較易重視本人是否行使所謂「特殊請求權及特殊拒絕權」？卻忽略本人原本即具有對醫療選項所得行使之一般請求權及一般拒絕權？是以，如此區分所謂「一般」與「特殊」，於臨床實務上，是否反而將造成請求權及拒絕權之行使不彰？進而不經意地發生戕害自主權行使之結果？值得留意。

4. 会田薰子『長寿時代の医療・ケア－エンドオブライフの論理と倫理』第64頁（株式会社精興社，2019年7月10日第

- 1 刷)。
5. 是以，醫療照護專業者尤其是醫師如何於本身專科上持續在職進修，以學習提升自身的專業能力外，對於非專科領域之醫學進展，也應保持關心注意，以獲取更多元、更全面的醫學資訊，進而始得於提供醫療選項予病人時，能夠更完整周嚴地協助病人做出選擇與決定。
 6. 此關係人依病主法第 4 條第一項規定係指病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人。
 7. 就病人自主權之同意權行使方式之明文規定，早於病主法正式施行前，實已於醫療法第 63 條及第 64 條，分別就病人於接受「手術」、「中央主管機關規定之侵入性檢查或治療」時，即要求醫療機構必須先取得本人或其法定代理人所簽具「同意書」（手術同意書或 / 及麻醉同意書），始得為之。而病人本人出具「同意書」者，屬於本人同意自主權之直接行使；而法定代理人等出具「同意書」者，屬於法定之本人代替決定之同意自主權之行使。
 8. 於孫效智教授註 2 前揭文另明揭「在醫病關係上，病人找醫師就是為了治病活命，此為『一般請求權』等語，參註 2 陳炳仁醫師主編前揭書第 37 頁。惟如前述說明，病人基於自主權固有前述選擇 / 決定或同意 / 拒絕之權利；但未必得基於所謂自主權，而即擁有請求權之作用。是以，所謂全稱化、劃一式地「一般請求權」之主張，是否妥適，容有再為審酌之餘地。
 9. 於孫效智教授註 2 前揭文復以「圖 3-1 病人自主權的態樣」揭示所謂醫療拒絕權係於選擇與決定權之次位階，參註 2 陳炳仁醫師主編前揭書第 36 頁。惟如本文前述，選擇 / 決定權，與同意 / 拒絕權均係自主權之權利標的，兩者應定位於同一位階，而不能說「拒絕權」即隸屬於「選擇 / 決定權」。從而，孫效智教授註 2 前揭文以「圖 3-1 病人自主權的態樣」定位所謂醫療拒絕權係於選擇 / 決定權之次位階之權利，容待商榷。
 10. 就 ACP 之定義、性質、相關主體、結果呈現及目的等？容待另文檢討說明。
 11. 雖目前實務上，多將病主法所規定之預立醫療照護諮商亦稱為 ACP，惟實際上如基於病主法就預立醫療照護諮商之規定內容、定位而言，即可發現該等內容與 ACP 起源國之美國及其他外國如加拿大、澳洲、英國，甚且日本所稱之 ACP，其實存有許多差異的地方。因此，本文就逕將預立醫療照護諮商等同 ACP 之作法，係持比較保留的立場。容往後另文，再論述比較說明預立醫療照護諮商與 ACP 異同。惟本文於論述病主法所規定之預立醫療照護諮商時，基於論述及實務理解之便利性，不排除亦有將預立醫療照護諮商等同 ACP 稱呼之情形，尚請諒察。
 12. 告知後同意，如從動態過程觀察而言，可發見其本質上是病人對於醫療者所提供之醫療選項，行使自主權之意思決定程序。是以，從告知後同意來說，亦可知自主權之程序權面相（如病人之主體性參與）及行使之程序保障（如醫療者之充分說明、提供資料及確令病人理解該說明之性質及其重要性）。
 13. 会田薰子「意思決定を支援する—共同決定と ACP」，清水哲郎 / 会田薰子編著『医療・介護のための死生学の入門』第 78 頁（東京大学出版会、2017 年 8 月 25 日初版）、有馬齊『死ぬ権利はあるか』第 70～81 頁（春風社、2019 年 5

- 月 18 日初版 2 刷)、安藤泰至『安樂死・尊嚴死を語る前に知っておきたいこと』第 52 頁以下(株式会社岩波書店、2019 年 7 月 5 日第 1 刷)、安藤泰至「死生学と生命倫理 - 《よい死》をめぐる言説を中心に」、島菌 進 / 竹内整一編著『死生学 I』第 34、46 頁(東京大学出版会、2014 年 2 月 25 日 6 刷)。
14. 參註 4 会田薰子前掲書第 128 ~ 132 頁。另由台灣、日本及韓國等緩和醫療專科醫師及學者等在 2019 年 4 月 19 日曾提出所謂「Taipei Declaration on Advance Care Planning」, 亦明揭提倡「Relational Autonomy」。參程劭儀醫師等「2019 Taipei Declaration on Advance Care Planning: A Cultural Adaptation of End-of-Life Care Discussion」、https://www.researchgate.net/publication/334221992_2019_Taipei_Declaration_on_Advance_Care_Planning_A_Cultural_Adaptation_of_End-of-Life_Care_Discussion, 瀏覽日: 2020 年 8 月 2 日。
 15. 依病主法第 16 條後段規定「醫療機構依其人員、設備及專長能力無法提供時, 應建議病人轉診, 並提供協助。」故如醫療機構依其人員等狀況, 而無法提供緩和醫療時, 即應建議病人轉診, 並提供協助。
 16. 當時之中央健康保險局於民國 98 年 9 月 1 日公告增列八類非癌症重症末期病患也能接受安寧療護服務, 並正式納入健保給付。參 https://www.nhi.gov.tw/News_Content.aspx?n=FC05EB85BD57C709&ms=587F1A3D9A03E2AD&s=952B1D123B71E9EE, 瀏覽日: 2020 年 7 月 30 日。
 17. 行政院衛生福利部於民國 109 年 1 月 6 日發布訂定病主法第 14 條第 1 項第 5 款之疾病狀況或情形計有多發性系統萎縮症等 11 類疾病。參 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-50877-1.html>, 瀏覽日: 2020 年 7 月 30 日。
 18. 自主權之行使, 當以本人自主行使為原則, 尤其必須在窮盡一切可能採行之意思決定支援作法予本人後, 而本人仍然無法為自主意思決定下, 始得考慮進行代替決定, 而非輕意地圖以代替決定逕取代本人決定。而於不得不進行代替決定時, 代替決定者必須立於本人之立場, 基於本人之價值觀、人生觀等, 考量本人於喪失意思能力前, 所曾留下之任何意思表示以及本人之喜好、想法、意願等, 以作出符合本人最佳利益之決定, 而非代替決定者本身自己認為想如何決定。此可參英國心智能力法 (Mental Capacity Act, MCA2005) 所揭示之「最大支援原則」及「最佳利益原則」亦可稽, MCA2005 可參 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>, 瀏覽日: 2020 年 8 月 4 日。
 19. 財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會大事紀 2010 年, <https://www.hospice.org.tw/content/918?page=2>, 瀏覽日: 2020 年 7 月 26 日。
 20. 是於 10 年前, 財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會即已前瞻地推動 ACP(預立醫療自主計畫), 積極努力落實病人自主權之保障, 實現以人為中心 / 以人為本的醫療照護理念, 實值欽佩。惟於病主法 2019 年 1 月正式生效, 且不僅於法律明文所謂「預立醫療照護諮商」, 而將該「預立醫療照護諮商」作為「預立醫療決定」之前置法定程序外, 於中央主管機關行政院衛生福利部更偏向以「預立醫療決

定」之簽立數量，作為推動病人自主之政策方向及評核指標，實與ACP之本質、目標及定位有所扞格情形下，期待財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會於兼顧病主法現行法制度規定之同時，亦能再度發揮以往前瞻地推動ACP之領導角色，引領ACP應有之發展方向，勇於提出擘劃病主法之應有修正建議及推動，以更落實貫徹自主權之保障，更加深化以人為中心／以人為本的醫療照護理念，則為至盼。

21. 目前於推動病人自主權利法之實務作法上，有將「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」第4、5條規定之內容及其作業，另稱為「預立醫療照護諮商前準備」(Pre-ACP)。細究其內容，就醫療委任代理人是否委任之事前確認，固值肯定。然因病主法將預立醫療照護諮商定位成簽署預立醫療決定書之前置法定程序，甚且基於前述管理辦法第6條等規定，並將預立醫療照護諮商，從原本依病主法第3條第6款規定之病人與醫療服務提供者間，包含照護方式等之「多方」溝通過程之性質，轉換成主要就預立醫療決定書之簽立，而由醫療服務提供者「單方」對病人等所為之「說明會」性質。進而造成「預立醫療照護諮商前準備」(Pre-ACP)之目的及主要內容，亦受到前述病主法與管理辦法之限制，僅主要著重於有關預立醫療決定書之簽立，而非聚焦於病人就未來醫療照護方式等意願、喜好等之溝通、對話程序之準備，容有調整之餘地。另於預立醫療照護諮商之臨床實務上，不可避免地亦造成一些提供預立醫療照護諮商之醫療機構之諮商團隊，將原本應是溝通過程之預立醫療照護諮商，卻以作為簽立預立醫療決定書之「說明會」方式處理，實有悖

於預立醫療照護諮商之目的矣。有關病主法就預立醫療照護諮商及預立醫療決定規定之進一步檢討，容另文報告。

22. 先不論腦死狀況，人在生理上死亡到來前（如呼吸停止、心跳停止及瞳孔放大之所謂死亡三徵候皆具備前），不管是否具有意思能力，其實都還是「活著」，只是「活著」的狀況或許因長期臥床、失去意思能力致無法表達意思等原因，而令人覺得「活得沒尊嚴」，以致想尋求以「死」解脫，而主張所謂有尊嚴地死，甚至要求安樂死般地「善終」、「好死」？惟能否「善終」、「好死」者，真正重要的是在死亡那一特定時點到來前的「生命／人生」如何「活著」？從而，與其著眼於「善終」、「好死」，更重要或更精確地而言，應是求如何「善生」、「好活」才是關鍵。因此，如何在死亡那一特定時點到來前，自己努力善生／好好活，或盡力作到協助他人善生／好好活，應該遠比忽略臨終前之「活著」，卻一味尋求所謂有尊嚴地死，甚至要求安樂死般地「善終」、「好死」，更為重要。另參安藤泰至註13前揭書第55頁。

再者，「善終」、「好死」如同「幸福」般，其實是一種「生命／人生」的「結果」呈現，而「善終」、「好死」的「結果」能否出現？其實無法簡單地藉由某單一的主觀意思決定或計畫性地他人協助等直接求得（如拒絕LST/ANH或進行安樂死等）。關鍵重點會在每個人於「生命／人生」的過程中，如何學習、實踐善生／好好活，才能累積「善終」、「好死」的資糧，直至生命最終一刻來臨時，自然而然、水道渠成地出現「善終」、「好死」的「結果」。安藤泰至註13前揭書第47、

- 61 頁。
23. 如「預訂好死門票：《病主法》開放入場」，報導者，<https://www.twreporter.org/a/good-death-patient-self-determination-act>，瀏覽日：2020 年 8 月 2 日。
24. 安藤泰至註 13 前揭書第 57 頁。
25. 孫效智教授註 2 前揭文明載「病主法先建立了病人自主權的基本原則，而後在安寧條例的特殊拒絕權之基礎上去擴充拒絕醫療權，讓更多賴活不如好死的病人都能在深思熟慮的自主意願下，作出尊嚴死亡的決定。」及「很多人愈來愈覺得若到了賴活不如好死的時候，就應該讓我們選擇不必再勉強賴活、五花大綁地活著。」等內容，參註 2 陳炳仁醫師主編前揭書第 45～46 頁，而揭示所謂「賴活不如好死」、「賴活」等情形，此就尊重、保障自主權之拒絕權而言，固值肯定；但對於擬不行使拒絕權者，如受迫地因此被貼上所謂「賴活者」標籤的話，是否即陷入前述將形成一股對本擬不行使拒絕權者，卻因懼於被貼上「賴活者」標籤，而不得不反而違反本意地改為選擇／決定拒絕之社會壓力？值得再為省思。
- 於病主法推動實務上，持續地宣傳強調所謂「善終」、「好死」，而父權式地強勢引導民眾死生觀之作法，參註 14 英國 MCA2005 第 4 條 Best Interest 部分第 (5) 項明定「Where the determination relates to life-sustaining treatment he must not, in considering whether the treatment is in the best interests of the person concerned, be motivated by a desire to bring about his death.」而言，引人深思病人自主權利法之重點，究應在

藉由自主權之保障、行使，而努力維護病人生存期間之 QOL、完善 EOLC 等「善生」，始達「善終」？還是僅利用自主權之保障、行使，卻速食式地逕行強調引導所謂拒絕 LST/ANH 即等同於善終，而忽略、次要化前述維護病人生存期間之 QOL 等「善生」努力的重要性？以致不自覺地陷入賦予國家、社會竟得輕易地操縱、管理人民「死生」的危險境地？容待持續反覆地省思！另參安藤泰至註 13 前揭文第 45 頁。

26. 依安寧緩和醫療條例第 4、7 條規定，末期病人得以簽立意願書方式，選擇／決定醫療者所提供之安寧緩和醫療及維生醫療，並拒絕（選擇／決定不施行）心肺復甦術及維生醫療。是當末期病人選擇／決定安寧緩和醫療及拒絕心肺復甦術與維生醫療時，即可能因本身疾病的原因，加上未施行維生醫療，而順著自然攝理地邁向死亡。故由末期病人得順著自然攝理地邁向死亡而言，安寧緩和醫療條例其實亦可稱為是一部所謂「自然死法」。另從末期病人拒絕心肺復甦術與維生醫療，希望有尊嚴而平穩地順著自然攝理地邁向死亡來說，安寧緩和醫療條例亦可稱為是一部所謂「尊嚴死法」。於 2000 年安寧緩和醫療條例立法時，或慮及國人對「死亡」用語的禁忌，始不似於美國有直接立法「Natural Death Act」（如加州）般，而在法律名稱及內容，均避稱「自然死」或「尊嚴死」。
27. 有關安寧緩和醫療條例與病人自主權法之比較整理，可參孫效智教授、《美好姿態說再見》第 167~170 頁（天下雜誌股份有限公司、2018 年 12 月 26 日第一版第 1 次印行）。