



《病人自主權利法》 《安寧緩和醫療條例》與 《安樂死》不一樣！

《病人自主權利法》（以下簡稱病主法）不是安樂死，是為尊重病人意願，不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終，它的核心價值是尊重病人，由病人衡量自我生命價值後，可以自主決定要「接受、撤除、拒絕」對自己無益的醫療措施，是被認可的人權，而台灣目前並不能執行安樂死及協助自殺的方式。

類型	說明
✘ 安樂死	由他人為病人施予足以致命之藥劑
✘ 協助自殺	由醫師開立處方，準備並提供藥劑，由病人自己服用
○ 拒絕醫療權 (病人自主)	醫師尊重病人意願，不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終—不加工延長生命

過去安寧緩和醫療條例(簡稱：安寧條例)推動已20年，許多民眾對於安寧DNR簽署等略有普及性之概念。在民國108年病主法上路之後，為了讓民眾清楚安寧條例與病主法有何不同，以下簡單說明幾項差異：

	病人自主權利法	安寧緩和醫療條例
臨床條件	五款1.末期病人2.不可逆轉的昏迷3.永久植物人狀態4.極重度失智5.政府公告之重症：「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疾病」	末期病人
可拒絕項目	維持生命治療(心肺復甦術、機械式維生系統、其他維生醫療)人工營養及流體餵養	心肺復甦術(插管、心臟按壓、電擊)維生醫療
填寫	需經ACP門診後本人填寫 需兩位見證人或公證	本人填寫 末期病人需兩位見證人
簽署文件	預立醫療決定書AD(本人)	預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(本人) 不施行心肺復甦術同意書(家屬) 不施行維生醫療同意書(家屬)
執行	經兩位相關專科醫師確診 緩和團隊兩次照會	經兩位醫師末期判定
罰則	沒有	有

108年1月6日上路的《病人自主權利法》，是台灣第一部以病人為主體的醫療法規，也是亞洲第一部完整地保障病人自主權利的專法，對象不再僅限於末期病人，適用範圍更廣、受益病人更多。然而病人自主權利法、安寧緩和醫療及安樂死有何差異？我們試著以簡單圖表加以說明。

文 / 林麗玲

國泰綜合醫院社會服務室組長

■ 病人自主權利法強調自主選擇：

安寧條例之精神是「拒絕」心肺復甦術、維生醫療，但是病主法強調的核心精神是「自主選擇」，也就是如果在五款臨床條件時，可以選擇「接受、撤除、拒絕」維持生命治療或人工營養及流體餵養，是出於自身的選擇。我們依然要尊重每個人的想法與安排，並非一味倡導「拒絕」一切維持生命治療或人工營養及流體餵養就是好的觀念。畢竟，要選擇「接受或拒絕」，這樣知情、選擇與決定的過程，任何人都需要時間思考、需要與家人溝通、甚至跟醫療團隊討論後，基於自我意願的自主選擇才是重要的！

■ 簽署預立醫療決定書(AD)需要完成預立醫療照護諮商(ACP)：

相較安寧條例，民眾可以到相關窗口取得「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，自行填寫完送件即生效。但在病主法的規範下，若要完成預立醫療決定書(AD)，依法應先完成預立醫療照護諮商(ACP)，在諮商後，本人簽署預立醫療決定書(AD)，再完成兩人見證或公證，經諮商機構核章、掃描上傳中央主管機關（衛福部雲端資料庫），註記於健保卡，這樣才能算是生效。

總之，病人自主權利法概念上不是安樂死，也不等於安寧緩和醫療條例，雖說很多人都已完成「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」之簽署，如果再接受諮商門診並完成預立醫療決定書(AD)之註記，則屆時適用臨床條件更廣；另外，若已完成AD，再加上「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」註記，即更臻完整，簡言之，若是兩者都簽署，得以相互補充，更能全面

保障自身的「善終」權益。

■ 預立醫療照護諮商門診費用優惠專案：

(一) 團體諮商優惠

政府範定，每次諮商門診收費每人以新台幣3500元為上限，本院為鼓勵參與，故同一個時段團體諮商費用得以優惠，每次最多可以5人同時進行。優惠期間為109年7月1日至12月31日，歡迎有意願者，敬請把握。

(二) 特定對象免費

為維護弱勢者生命自主權，免費補助對象：

1. 低收入戶
2. 中低收入戶
3. 病人自主權利法第14條第1項第5款經中央主管機關公告疾病：多發性系統萎縮症、囊狀纖維化症、亨丁頓氏舞蹈症、脊髓小腦退化性動作協調障礙、脊髓性肌肉萎縮症、肌萎縮性側索硬化症、裘馨氏肌肉失養症、肢帶型肌失養症、Nemaline線狀肌肉病變、原發性肺動脈高壓及遺傳性表皮分解性水泡症等11類疾病。

如果您正在思考生命的價值與尊嚴，想進一步了解「預立醫療照護諮商門診」，請與國泰綜合醫院社會服務室聯繫，將安排社工師為您詳盡說明，並歡迎參加預立醫療照護諮商，即時簽署預立醫療決定書，送給自己與家人一份愛的禮物！

諮詢預約單位：國泰綜合醫院 社會服務室

服務地點：本館地下室1樓

諮詢預約專線：02-27082121轉1901—1905