

## 從儒家的觀點省察病人自主權利法的限制：以永久性植物人為例

黃漢忠\*

### 摘要

醫療科技的不斷進展，為許多病人帶來治癒的希望，但也產生了各種過往沒有出現過的倫理難題。例如，各種維生醫療的使用，固然讓危急的病人存有一線生機，但當病人已沒有任何治癒的希望，這些醫療處置可能只是延長其瀕死過程，甚至只是增加他們的痛苦。雖然民國 89 年制定的安寧緩和醫療條例，已可讓末期病人透過簽署意願書，選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇，但對於罹患其他嚴重疾病、且亦沒有治癒希望、但尚未是末期的病人，例如處於永久性植物人狀態的病人，安寧緩和醫療條例仍未能讓他們從其所處的困境中解脫。因此，民國 105 年制定、並於今年（108 年）開始施行的病人自主權利法，為此類飽受疾病煎熬的病人提供了一條出路。病人自主權利法除申明了病人的知情權、選擇權和決定權外，同時規定當病人處於該法所列的五種臨床條件，包括永久性植物人狀態時，可透過預立醫療決定，選擇終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。雖

---

\* 中國醫藥大學醫學系社會醫學科專案助理教授。  
E-mail: honcwong1970@yahoo.com.tw

然相比於安寧緩和醫療條例，病人自主的確擴大了病人的自主權，為末期病人外的其他某些特定類型的重症病人提供更多的選擇，但事實上是否能充分解決他們以及其家人所面對的難題，仍有待商榷。本文的目的，即在於藉由國內一宗相當著名的植物人案例—王曉民的遭遇，反思病人自主權利法的限制，並從儒家的觀點和參考國外相關案例，提出修訂建議。

**關鍵詞：**病人自主權利法、永久性植物人狀態、預立醫療決定、  
維生醫療

## **Confucian Perspective on the Limitation of the Patient Right to Autonomy Act in the Case of Permanent Vegetative State Patients**

Hon-Chung Wong<sup>\*</sup>

### **Abstract**

The continuous advancement of medical technology has brought hope for their cure for many patients, but it has also produced various ethical problems that have not appeared in the past. For instance, the use of various life-sustaining treatments may give a chance to keep alive to critically ill patients, but may also prolong their dying process or may even increase their suffering if they have no hope of healing. Although the Hospice Palliative Care Act enacted in 2000 in Taiwan have enabled terminally ill patients to choose palliative care and to decide not to receive or withdraw from life-sustaining treatments by signing a letter of intent, patients who are not yet in the final stage but may be irreversible, such as patients in a permanent vegetative state, have not been able to free themselves from their predicament through this Act. Hence, the Patient Right to Autonomy Act enacted in 2016 and begins to implement this year, provides a way out for such patients suffering from their disease. In addition to affirming patient's right to know, choice and decision, the Act also stipulates that patient may choose to terminate, withdraw or not receive life-sustaining treatment or artificial nutrition and hydration through advanced decision when the patient is in the five clinical conditions listed in the Act, including permanent vegetative state, Although the Patient Right to Autonomy Act,

---

<sup>\*</sup> Project Assistant Professor, Department of Social Medicine, China Medical University.

compared to the Hospice Palliative Care Act, does expand patient autonomy and provide more choices for certain types of critically ill patients other than terminal patients, whether it is able to adequately address the problems encountered by them and their families is still open to question. This paper aims at reviewing the limitations of the Patient Right to Autonomy Act through a reflection on the case of Wang Xiao-Min, a well-known medical vegetative state patient in Taiwan, and proposing some revisions of the Act from the Confucian point of view and reference to other relevant foreign medical cases.

**Keywords:** Patient Right to Autonomy Act, Permanent Vegetative State, Advanced Decision, Life-sustaining Treatment

## 從儒家的觀點省察病人自主權利法的 限制：以永久性植物人為例

黃漢忠

### 一、前言

醫療科技的長足進步，固然為許多過往被視為不治之症的頑疾帶來治癒的希望，使人類的壽命不斷延長，但也造成醫療情境中的各種倫理難題。例如，各種心肺復甦術的使用，包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等，固然可為病人留有一線生機，但當病人已沒有任何治癒的希望，甚至已到了臨終的階段，這些醫療處置反而只會增加病人痛苦的時候，是否即不應再向病人施行這些處置？但依我國醫療法第 60 條和醫師法第 21 條，醫院和醫師遇到危急病人時皆應先予以急救，不得無故拖延，若醫院或醫師不予急救，即背負法律責任。有鑑於此，我國在民國 89 年制定安寧緩和醫療條例（以下簡稱緩和醫療條例），並經歷三次修訂，讓近期內病程進行至死亡已不可避免的末期病人，可透過簽署意願書，選擇不接受心肺復甦術或其他維生醫療，或是選擇將原已施行的這些醫療處置終止或撤除，轉為接受安寧緩和醫療，以減輕末期病人生理、心理及靈性上的痛苦。

此外，病人也可透過意願書預立醫療委任代理人，在病人無法表達意願時代替病人作選擇。

然而，安寧緩和醫療條例所針對的只有末期病人，對於罹患其他嚴重疾病、且亦沒有治癒希望或是希望甚微的病人，例如處於永久性植物人狀態，也應有權利不接受他們不想要的醫療處置。因此，民國 105 年再制定病人自主權利法（以下簡稱病主法），並於今年（108 年）開始施行。病主法除了強調「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」（第 4 條）外，同時規定當病人處於以下五種臨床條件，且有預立醫療決定時，「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」，或是由其預立醫療決定中所指定的醫療委任代理人代為決定。這五種臨床條件包括：一、末期病人；二、處於不可逆轉之昏迷狀況；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（第 14 條）。相比於緩和醫療條例，病主法的確擴大了病人的自主權，讓除了末期病人外的處於上述這些臨床條件的其他病人有更多的選擇。

不過，病主法的實施未能充分解決上述這幾類病人所面臨的困境。本文的目的，即在於藉由國內一宗相當著名的植物人案例－王曉民的遭遇，反思病主法的限制，並從儒家的觀點和參考國外相關案例，提出修訂病主法和緩和醫療條例的建議。

## 二、案例回顧：王曉民

王曉民是一位就讀臺灣省立臺北第二女中（今臺北市立中山女高）的學生，1963年9月17日騎腳踏車經過臺北市八德路敦化南路口時，遭一輛計程車追撞，腦部嚴重受損，成為植物人。當時王曉民只有十七歲，照顧她的重擔落在其父母身上，為了她的醫療費散盡家財，她的兩個妹妹也因家裏沒錢而輟學，在家幫忙照顧姐姐（蘋果日報，2018.05.11）。

直到1967年，在臺美熱心人士協助下，王曉民被送至美國紐約聖文生天主教醫療中心 (Saint Vincent's Catholic Medical Center) 接受治療，但檢查後發現她的大腦受損已非常嚴重，任何大腦手術對她都沒有幫助。雖然已無法改變王曉民永達處於植物人狀態的事實，但她的父母從未放棄她，經常徹夜照顧，甚至有時候26小時都沒有休息，兩人身體開始出現各種疾病（聯合報，2015.01.05）。

到了1983年，王曉民出現肺部萎縮的問題，需要頻頻抽痰，但氣管已紅腫，必須抬高右臂，造成右臂骨折。王曉民的母親擔心自己死後，王曉民無人照顧，於是向立法院請願，要求制定安樂死的法律。當時多數立委反對，擔心安樂死可能會被濫用，因此沒有結論（蘋果日報，2018.06.14）。王曉民的母親於1996年因胃癌去世，而她的父親也於1999年因癌症去世，於是她的妹妹委託專業機構看護照顧她。直到2010年3月，處於植物人狀態四十七年之久的王曉民才去世（蘋果日報，2018.05.11）。

### 三、病人自主權利法的省察

如同上述所言，病主法規定病人只要屬於該法中所列的五種臨床條件中的其中一種條件，醫療機構或醫師即可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。病人是否符合這些條件，必須由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。假設王曉民目前仍然在世，若單就她的情況屬於「永久植物人狀態」而論，只要她的病況經兩位專科醫師確認和緩和醫療團隊的兩次確認，應可符合撤除維生治療的資格。然而，王曉民從未預立醫療決定，而且病主法也沒有允許病人的法定代理人，在病人沒有預立醫療決定的情況下，代為決定撤除維生治療。換言之，即使王曉民的情況已屬永久植物人狀態，依病主法仍不符撤除維生治療的資格。此外，即使王曉民發生意外前已有病主法也無濟於事，因為王曉民發生意外時只有 17 歲，依民法她是未成年人，只具限制行為能力，但病主法第 8 條規定只有完全具行為能力的人，才可以預立醫療決定。因此，即使現在的未成年人想要預立醫療決定，但由於依法他們不具完全行為能力，所以仍無法預立，而且即使他們的父母也同意預立，也無法使他們如願。

或許我們可以再問，若依緩和醫療條例，是否可能會有不一樣的結果？依緩和醫療條例第 4 條，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<sup>1</sup>；而依第 7 條，當末期病人沒有簽署意願

---

<sup>1</sup> 緩和醫療條例是以「維生醫療」一詞表示英文 life-sustaining treatment 的意思，是指「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」；而病主法是以「維持生命治療」一詞表示，是指「心肺復甦術、機械式維生系

書，而且意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由最近親屬出具同意書代為決定。若沒有最近親屬，則可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，只要同意書或醫囑沒有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即可。若單就最近親屬可代為決定而言，則只要王曉民的父母同意，是可以代替王曉民決定撤除維生醫療的。問題是，緩和醫療條例中所界定的末期病人，是指「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 3 條)。究竟王曉民是否屬於條例中所說的末期病人呢？依目前的認定，所謂近期內病程進行至死亡已不可避免，是指預估生命存活期小於六個月。依王曉民當時的情況來看，她的存活期應不止六個月，故依緩和醫療條例，無法將她認定為末期病人。因此，即使王曉民的父母希望她的維生醫療被撤除，但依緩和醫療條例仍無法達成他們的願望。

從王曉民的例子，我們可以進一步反省，哪些人是病主法的適用對象？依病主法，只要是具完全行為能力的人，都可以預立醫療決定。因此，原則上只要符合這個條件，不論其是否有病或是其疾病嚴重到甚麼程度，都應可以預立醫療決定。然而，一般人可能以為預立醫療決定只與長者或是罹患重症的病人有關，但誰能確保自己不會遭遇類似在王曉民身上所發生的意外或其他突發的嚴重疾病？任何人若因意外或突發疾病而變成永久植物人，但又尚未達到末期病人的程度，且事前沒有預立醫療決定，皆無法避免王曉民所

---

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」，見孫效智 (2018: 167)。

遭遇的窘境。由此可見，任何人原則上都應預立醫療決定，以防遭逢不測時因意識昏迷而無法表達自己是否接受維生醫療的意願。另一方面，如同上述所言，未成年人即使想要預立醫療決定，而且即使其父母也同意，依病主法仍無法預立。但誰又能保證任何一位未成年人不會遭遇意外而變成永久性植物人呢？王曉民即是一個活生生的例子。此外，有些人可能也不想處於病主法所列舉的五種特定臨床條件之情況下，接受維持生命治療等醫療處置，並向家人表達其意願。然而，除非他們皆有進一步簽署書面的預立醫療決定書，否則只是口頭表示仍是無效的。

即使大部分人已意識到已有預立醫療決定的需要，但預立醫療照護諮商仍可能減低他們預立的意願。依病主法第 9 條，病人在預立醫療決定前，必須先接受醫療機構所提供的預立醫療照護諮商。預立醫療照護諮商是病人與醫護人員、親屬及其他相關人士之間的溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、無法清楚表達意願時，是否接受維持生命治療等醫療處置，意願人（也就是擬預立醫療決定的病人）、二親等內的親屬至少一人及醫療委任代理人皆須參加。依「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」，由醫師、護理人員、心理師或社工組成的預立醫療照護諮商團隊，應向意願人及其他參與者說明：一、意願人依病主法擁有知情、選擇及決定權；二、終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養應符合之特定臨床條件；三、預立醫療決定書之格式及其法定程序；四、預立醫療決定書之變更及撤回程序。病主法有此諮商的設計本來立意甚佳，表示意願人應該在接受諮商、清楚瞭解自己有哪些權利和可能的選擇、各種可能的選擇必須符合的條件及利弊，以及與家人共同討論後，始簽署預立醫療決定書，符合諮詢後同意

或知情同意 (informed consent) 的精神。然而，目前並非所有醫療機構都有組成預立醫療照護諮商團隊。依上述管理辦法，只有符合一定條件且經各直轄市和各縣市主管機關指定的醫院，才有資格成為預立醫療照護諮商機構，以組成諮商團隊。目前全臺灣約有 104 家醫院被指定為諮商機構（衛生福利部，2019.09.12），諮商的費用每小時最高收費為 3500 元。即使一般健康的民眾已意識到預立醫療決定並非與自己毫無關係，但若平常就診的醫療機構並非指定諮商機構，要去指定諮商機構接受諮商需要花費一定的時間和金錢的話，究竟有多少人會願意去接受諮商以完成簽署預立醫療決定書的規定程序呢？恐怕是不無疑問的。

#### 四、國外的案例

經過上述分析，我們發現原則上每個人都有必要簽署預立醫療決定書，但真的要達到每個人都簽署的目標卻有現實上的困難。然而，我們可以進一步反省，若沒有事先簽署預立醫療決定書，則不能讓一個永久植物人的家屬或其他人，代替病人決定終止、撤除或不施行維生治療、人工營養及流體餵養等，這是否合理的問題。事實上，歐美各國都不乏病人沒有事前簽署預立醫療指示或決定，卻被允許撤除維生治療等處置的案例。

其中一個是美國南希·克魯桑 (Nancy Cruzan) 的案例。1983 年 1 月 11 日晚上，南希在美國密蘇里州迦太基市因汽車失控被拋出車外，救護人員到場後發現她已沒有生命跡象，但仍對她進行急救。經過三週昏迷後，她被診斷為處於持續性植物人狀態 (persistent

vegetative state, PVS.)<sup>2</sup>，醫師為她插入餵食管。到了 1988 年，南希的父母要求醫師移除她的餵食管，但由於移除餵食管會使南希死亡，醫院以沒有法院命令為由拒絕移除。Nancy 的父母於是向初審法院申請移除的命令。初審法院裁定，當病人的腦部已沒有認知功能，而且也沒有復原的希望時，在憲法上她有拒絕接受或撤除各種導致其死亡延長的人工設施之自然權利；也從南希一位朋友的證詞中證實她曾表示，如果她生病或受傷，除非她至少能維持一半的正常生活，否則她不會希望繼續活下去。密蘇里州衛生部和南希的訴訟監護人提出上訴。密蘇里州最高法院的法官以 4-3 推翻了初審法院的裁決，裁定南希當時不具行為能力自行拒絕維生治療，而州政府有保護生命的權益，因此只有當有清楚且具信服力的證據，證明南希的確曾希望撤除維生治療，法院始可允許撤除。於是南希的父母在 1989 年再向聯邦最高法院上訴，聯邦最高法院的法官以 5-4 裁定維持密蘇里州最高法院的裁決。在聯邦最高法院作出裁決後，南希的家人找到進一步的證據，證明南希曾經表示，若她遇上她目前所處的情況，她希望中止以人工的方式繼續維持她的生命。1990 年 9 月密蘇里州政府從此案的訴訟中退出，密蘇里州傑斯帕縣的遺囑認證法官最終裁定南希的家人提出的證據充分，發出命令移除南希的餵食管。在進入持續性植物人狀態八年後，南希終於在 1990 年 12 月 26 日去世 (Gaudin, 1991)。

---

<sup>2</sup> 持續性植物人狀態與病主法中所說的永久植物人，兩者意義並不相同。持續性植物人狀態是指「自急性外傷或非外傷的腦損傷起，持續一個月以上處在植物人狀態的病人」（孫效智，2018：111-2）；而依病人自主權利法施行細則，永久植物人是指「因外傷所致，其植物人狀態超過六個月無改善跡象」或「非因外傷所致，其植物人狀態超過三個月無改善跡象」。

此事件成了美國一個重要的判例，確立了當沒有行為能力的病人在沒有預立醫療指示，或沒有其他可證明病人意願的證據之情況下，政府可以保護生命為由，否決其他人有權為當事人代為拒絕接受治療。此案也促成了美國國會於 1990 年通過病人自決法 (The Patient Self-determination Act)，要求所有受聯邦醫療保險 (Medicare) 和醫療補助 (Medicaid) 資助的醫療機構，在病人入院時，皆必須告知病人有權決定其醫療照護，包括接受或拒絕各種醫療或手術的權利，以及預定醫療指示的權利。雖然此案的裁決表明了，應以無行為能力的病人意識清醒時的意願，作為決定是否提供治療的依據，但並不限於書面的預立醫療決定，只要有足夠證據證明，病人在意識清醒時曾表示過在某些情況下不願意接受治療，仍有可能被法院採納。相反地，依病人自主權利法，只有書面的預立醫療決定才被接受作為決定的依據，這不但沒有考慮到，在許多發生意外的情況中，大部分人都沒有事先簽署預立醫療決定，即使是罹患重症的病人，目前已有簽署的恐亦只是少數，雖然他們都有可能曾向家人表示過，在某些情況下不願意接受維生治療等醫療處置。若他們變成永久植物人狀態，而他們以前曾作過的口頭表示卻不被考慮，則此舉恐非對病人自主的尊重，而只是為了避免在訴訟中紛爭而已。

英國也有一個與南希的情況類似、但裁決撤除治療的理由卻不一樣的案例。1989 年 4 月 15 日英格蘭雪菲爾市的希爾斯堡球場 (Hillsborough Stadium) 舉行足總盃準決賽利物浦對諾丁漢森林前，發生踩踏事故，造成 96 人死亡。其中一位利物浦球迷安東尼·布蘭德 (Anthony Bland) 被送至艾爾代爾綜合醫院 (Airedale General

Hospital) 時，發現其大腦皮層已損毀，只有腦幹存活，自當天起安東尼即處於持續性植物人狀態。安東尼的主治醫師賀維 (J. G. Howe) 經過與安東尼家人諮商並取得他們的同意後，計劃撤除安東尼的所有治療，包括人工營養及流體餵養，並將此事告知雪菲爾市的驗屍官，但驗屍官警告賀維，撤除會使他有被告謀殺的風險，於是醫院向高等法院家事法庭申請撤除安東尼所有延長生命的治療。在聆訊時，被委任為安東尼監護人的法定代表律師反對醫院撤除的申請，認為這在法律上等於謀殺，但法官並不採納他的看法，裁定撤除為合法。該名法定代表律師向上訴法院上訴，但仍維持原判。庭長湯馬斯·賓漢姆 (Thomas Bingham) 在宣判時指出，雖然安東尼在意外發生前從未表示，若他處於持續性植物人狀態他的意願為何，但大部分年青人也不會去思考這個問題，同時表示無法想像安東尼繼續存活將會為他帶來任何利益。此案最後上訴至上議院仍維持原判，安東尼成為英國司法史上第一個法院允許透過撤除維生治療而死亡的病人 (Airedale NHS Trust v Bland, 1993)。

雖然南希和安東尼同樣處於持續性植物人狀態，但兩人被允許撤除維生治療的依據卻截然不同。多數密蘇里州最高法院和聯邦最高法院的法官，皆堅持必須有充分的證據，證明南希曾表示不希望藉由維生治療以延長她的生命，始允許醫院撤除。反之，負責審理安東尼案件的英國法官和上議院議員，都清楚瞭解到大部分人在意外發生前，都可能從未思考過這一類問題，所以他們轉而提出另一問題：究竟哪一種做法才是符合病人的最佳利益？他們皆認為，當病人無法對其所接受的治療表示同意與否，而如果繼續治療不會對病人有利時，醫師便沒有法律上的義務繼續治療。他們也同意，在病人已沒有任何意識或沒有任何希望恢復意識的情況下，只是延續

病人生物學意義下的生命，對病人並不是一種利益 (Singer, 1999)。

## 五、儒家的觀點

如上述所言，密蘇里州政府和最高法院是以保護生命為由，不同意醫院撤除南希的維生治療。我國法務部針對病人自主權相關疑義與刑法有關部分的函釋中，也曾指出「我國刑法對於生命法益保護採取『生命絕對保護原則』，具有生命之自然人不問其生命價值、生命能力、生理與心理健康狀態均在保護之列」(法務部法制字第 1042517150 號函)。問題是，當病人已處於永久植物人狀態，這種對生命絕對保護的做法是否應有所限制？

易繫辭傳言：「天地之大德曰生」，儒家固然重視生命的價值，但孔孟也說「殺身成仁」、「捨生取義」，儒家並不認為在任何情況下都必須以維護生命為優先，若為了求生反而會損害仁義等價值時，即使犧牲個人性命也在所不惜，正如孟子所言「一簞食，一豆羹，得之則生，弗得則死。噓爾而與之，行道之人弗受；蹴爾而與之，乞人不屑也」(告子上 10)，若為了求生會導致人格尊嚴受損，即使是一般人也無法接受。永久植物人狀態雖然不是他人加諸病人身上的羞辱，和嗟來之食不一樣，也不會像一些癌症末期的病人一樣有不斷增加且無法忍受的痛苦，但這類病人沒有知覺，對自身及週遭環境沒有反應，他們的生活很難說再有甚麼意義。許多人不會認為若自己處在這種情況而且要繼續活著，是過著一種有尊嚴的生活。這並不表示任何人都可任意以「活著沒有尊嚴」為由隨便輕生，對儒家而言，甚麼是有尊嚴的生活、被對待的方式是否受到尊重雖然是基於個人自身的認定，但人同此心，心同此理，個人的認

定是否正確自有客觀的標準，所以儒家不會贊成任何人隨意放棄自己的生命。這也絕非等於說，處於永久植物人狀態的病人本身就沒有尊嚴，或是我們可以不尊重的方式對待他們。即使是已去世的先人，我們也要「葬之以禮，祭之以禮」（為政 5），絕對不允許以任何不敬的方式對待先人的遺體，更何況是仍在活著的病人？然而，在病人無法自行選擇的情況下，以人工的方法勉強延長一個沒有知覺的生命，這恐非對待處於永久植物人狀態的病人一種適當的方式。

西方生命倫理學一向標榜尊重自主 (respect for autonomy)、不傷害 (non-maleficence)、行善 (beneficence) 及公義 (justice) 四大道德原則各有其重要性，強調當涉及這些道德原則之間的衝突時，必須衡量它們在具體情境中哪一項原則較具有優先性，始能決定當事人應依哪一項原則行動。然而，實際上往往都是以尊重自主原則為四個原則中最重要原則。以南希·克魯桑的事件為例，雖然她已無法自行決定撤除維生治療，而且繼續延長她的生命對她本身似乎也沒有甚麼利益可言，但密蘇里州最高法院仍堅持在沒有充分證據證明她的意願之情況下，拒絕醫院和南希的父母申請合法撤除的要求，正反映了法院強調個人自主的重要性。相比之下，儒家雖然也重視個人道德實踐的自律自主，此如孔子言「為仁由己，而由人乎哉」（顏淵 1）、孟子言「由仁義行，非行仁義」（離婁下 19），但更強調從道德本心的不安不忍體證道德的本質，所以孔子以仁作為吾人道德實踐的內在根據，仁即包含對他人不幸處境的不麻木和感同身受，而孟子也以惻隱之心的表現指點人之所以為人的善性<sup>3</sup>。任

<sup>3</sup> 李瑞全先生即以孔子的仁和孟子的不忍人之心，建構其儒家生命倫理學，見李瑞全 (1999: 59-63)。

何人只要聽過王曉民的故事，莫不對她和她的父母之遭遇感到痛惜。她的父母當初也是盡心盡力，為了王曉民得到最好的治療四處奔走，即使知道無法改變王曉民植物人的命運，仍不離不棄守護照顧王曉民三十多年，到最後因為兩人同時罹患癌症，擔心自己身後無人照顧愛女，只好向政府請求給予王曉民安樂死，但到臨終都未能如願，為人父母者最悲痛的恐莫過於此！對這樣孤苦無告之人，儒家必亟思應有的解決之道，使他們得以安頓。

依儒家的觀點，理想上每個人，不論疾病或健康，皆應預先簽署預立醫療決定，因為任何人都無法預料自己會在甚麼時候發生意外或罹患重症，而突然處於病主法中所列的各種臨床情境，卻又因為沒有預先表明自己的意願，即有可能在現在已無法表達的情況下，被施加一些自己不願意接受的醫療處置。由於涉及生死大事，儒家會認為原則上仍應由每個人自行決定較為適當，也贊成目前病主法所要求的，在簽署預立醫療指示前，意願人必須先接受預立醫療照護諮商的規定，特別是當諮商過程中有家屬參與，應有助於達成意願人和其家屬皆可接受的預立醫療決定。不過，家屬的參與應以更能讓意願人表達出自己真正的想法、作出真正自主的決定為宜。若家屬的參與反而成為意願人表達自己意見的阻礙，負責諮商的醫護人員即有責任從中協調溝通，甚至應找機會單獨與意願人會面，再將意願人的真正想法轉告家屬，並強調家屬應予以尊重。另一方面，不應只限於具完全行為能力的成年人始能簽署預立醫療決定，因為未成年人也隨時有可能處於病主法中所列的各種臨床情境，王曉民的例子即是明證，而較年長的未成年人已有一定的判斷能力。因此，應至少可允許滿 16 歲的未成年人接受預立醫療照護諮商和簽署預立醫療決定，讓這些年青人也有機會反映他們自己的

意願，不至於到他們無法表達時，他們接受哪些醫療處置完全是由其父母或其他法定代理人決定，但其法定代理人仍必須同時參與諮詢和簽署決定書。此外，即使是完全免費，在忌諱談論死亡問題的情況下，可能已沒有多少人願意接受預立醫療照護諮商；若要收取一定費用，則更會減低民眾接受諮商的意願。因此，政府應逐步減費，甚至提供免費的諮商服務以示鼓勵。

然而，即使已提供免費的諮商服務，預料仍可能有不少民眾沒有接受諮商和簽署預立醫療決定書，但他們可能曾向家人表示過，不願意在處於病主法所列的各種臨床情境下，接受維生治療、人工營養或流體餵養。若這些民眾真的不幸面臨這些情況中的其中一種情況，則只因他們未曾簽署書面的預立醫療決定，即拒絕他們的家屬依病人自己原來的意願，要求不向病人施行或撤除已施行在病人身上的這些醫療處置，則已有違尊重病人自主的精神。因此，應針對這類情況修訂病主法，允許在經過適當的審查程序，有充分證據證明病人原來意願的情況下，接受家屬不施行或撤除的要求。另一方面，即使病人從未表示過其意願，若病人真的處於病自法中所列的其中一種臨床情境，而家屬提出不施行或撤除維生治療等醫療處置的要求，例如王曉民的情形，則也應慎重考慮施行或繼續提供這些醫療處置是否符合病人自身利益問題。既然緩和醫療條例已允許未簽署意願書以決定不施行心肺復甦術或維生醫療的末期病人，由其最近親屬出具同意書代替，則為何不能將此規定擴大適用於病主法中所提的其他臨床條件，例如永久植物人狀態？若認為此舉將違反生命絕對保護原則，則讓病人簽署預立醫療決定，即可選擇不施行或撤除維生治療等醫療處置，不也同樣違反了生命絕對保護原則？此正表示此原則並非「絕對」，而應受到限制。雖然永久植物

人並不像末期病人，有醫學上的證據證明近期內病程進行至死亡已不可避免，但從另一角度思考，則處於永久植物人狀態的病人，可能比末期病人承受更長時間人格尊嚴上的煎熬。雖然病人本身已沒有知覺，但大部分人都不會希望自己在面臨這種困境時，還要被迫接受以人工的方式延長其生命。因此，當病人已處於永久植物人的狀態，而家屬要求撤除維生治療等醫療處置時，只要經兩位醫師診斷病人已不可逆反無法治癒，而且確定沒有與病人意識清醒時曾明示的意思相反，則應讓家屬出具同意書，代替病人決定撤除相關醫療處置。對儒家而言，上述的安排符合「經權原則」<sup>4</sup>的要求，即以書面的預立醫療指示確定病人的意願屬一般性的常規，原則上應遵守。但若病人沒有預先簽署預立醫療決定書，藉由其他證據證明其曾經表示過的意願；以及即使從未表示其意願，另從病人本身的利益和尊嚴，以及家屬的意見作考量，以決定是否撤除相關的醫療處置，則屬一時的權變。只要從我們的不忍人之心出發，反思王曉民等處於永久植物人狀態的病人之遭遇，自可肯認這種權變有其合理性。

## 六、結語

綜合上述所論，可知病人自主權利法，相比於安寧緩和醫療條例，雖然已讓簽署書面預立醫療決定的病人，在符合特定的臨床條件下，不再需要承受許多不必要的醫療措置，但由於現實上難以做到所有人都預先簽署預立醫療決定書，對於那些只是口頭向家人表

---

<sup>4</sup> 經權原則是李瑞全先生依孟子的思想所提出的，以解決道德原則之間的衝突，見李瑞全(1999：82-5)。

示其意願，或是從未表示其意願的病人而言，在他們已無法自行提出拒絕時，則除非他們已是末期病人，否則仍不能擺脫王曉民所曾遭遇的困境。期待未來相關法規的修訂可更加完善，使類似王曉民的悲劇不再重演。

## 參考文獻

- 李瑞全 (1999)。儒家生命倫理學。臺北：鵝湖。
- 孫效智 (2018)。最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐。臺北：天下。
- 安寧緩和醫療條例，民國 102 年 01 月 09 日修訂。
- 病人自主權利法，民國 108 年 06 月 12 日修訂。
- 病人自主權利法施行細則，民國 107 年 10 月 03 日公布。
- 提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法，民國 107 年 10 月 03 日公布。
- 衛生福利部 (2019.09.12)。提供預立醫療照護諮商醫療機構。取自 <https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/HospitalMap.aspx>
- 聯合報 (2015.01.05)。王曉民搭救護專機赴美。取自 [https://web.archive.org/web/20110108042424/http://mag.udn.com/mag/news/storypage.jsp?f\\_ART\\_ID=292415](https://web.archive.org/web/20110108042424/http://mag.udn.com/mag/news/storypage.jsp?f_ART_ID=292415)
- 蘋果日報 (2018.05.11)。還記得「王曉民」嗎？母親過世前替女求安樂死。取自 <https://tw.appledaily.com/new/realtime/20180511/1351677/>
- 蘋果日報 (2018.06.14)。【安樂死合法化？】賴臺生：怎麼忍心讓他無尊嚴活下去？。取自 <https://tw.appledaily.com/new/realtime/20180614/1372719/>
- Airedale NHS Trust v Bland (1993). Retrieved June 10, 2018 from <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/>

HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v.-Bland.pdf

Gaudin, Anne Marie (1991). Cruzan v. Director, Missouri Department of Health: To Die or Not to Die: That is the Question – But Who Decides? *Louisiana Law Review*. 51 (6): 1308–1345. Retrieved June 10, 2018 from <https://digitalcommons.law.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=http://en.wikipedia.org/&httpsredir=1&article=5323&context=lalrev>

Singer, Peter (1999). Is the Sanctity of Life Ethic Terminally Ill? In Helga Kuhse & Peter Singer (Eds.), *Bioethics: An Anthology* (pp. 292-301). Oxford: Blackwell.