臺北市立聯合醫院
Taipei City Hospital

病人自主權利法

核心講師暨預立醫療照護諮商人員培訓課程

簡章

115 年領航 37 班(8-9 月)

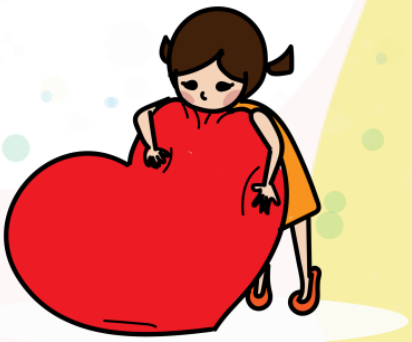
【含講師課前指定閱讀教材】

指導單位 | 臺北市政府衛生局

主辦單位 | 臺北市立聯合醫院

合辦單位 | 中華民國醫師公會全國聯合會
社團法人台灣生命教育學會-病人自主研究中心
財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會
財團法人新北市為愛前行社會福利基金會
臺大生命教育研發育成中心

協辦單位 | 中華民國護理師護士公會全國聯合會
中華民國醫務社會工作協會
財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心
(上開單位皆依筆畫順序排列)



臺北市立聯合醫院
Taipei City Hospital

目錄

一、課程目的與由來.....3
二、授課對象.....5
三、上課梯次及日期.....6
四、報名人數及方式.....6
五、課程表與完訓說明.....8
六、其他課程注意事項.....14
七、課程地點.....15
【課前閱讀教材】
附件一.....17
附件二.....18
附件三.....19
一、法律架構說明.....19
二、基本法律常識：.....22
【病人自主權利法】法條全文.....26
【安寧緩和醫療條例】法條全文.....30
附件四.....34

一、課程目的與由來

1.何謂病人自主權利法？

《病人自主權利法》(以下稱病主法)於 108 年 1 月 6 日施行，是亞洲第一部**以病人為主體**的專法，保障大家就醫時的自主權益法律，同時又開創「**預立醫療決定書(AD)**」與「**預立醫療照護諮商(ACP)**」的設計，與大眾的權益息息相關。

病主法 2大要素

知情、選擇決定權
(任何醫療情境)

預立醫療決定書
(只有五種臨床條件適用)

2.為什麼有這門課？特色是?

臺北市立聯合醫院(以下簡稱本院) 為了讓本院、全台各地都能有具備病主法宣導能力的種子講師(本課程特別稱之為『核心講師』)，本院特別邀請到制定病人自主權利法的起草人「孫效智教授」，分享自身立法推動的知識與經驗；以及過去幾年致力深耕和推動「預立醫療照護諮商(ACP)」的臨床團隊專家，講授 ACP 和 AD 解說與執行技巧。

課程特色

法規講師
孫效智教授(病主法起草人)
專長：病主法立法緣由、法理與醫療相關法律解析

實務專業講師
由北市聯醫 ACP 團隊擔任
專長：五款臨床條件解析、預立醫療照護諮商溝通技巧與實務推動經驗

課程專業助教與互動式教學
助教在互動式教學中，透過課程討論、實務思考輔導您一起學習成長！)

55 梯次

3144 名

核心講師
遍布全台

從民國 106 年至今(115 年 06 月)已開辦 55 梯次，迄今共有 3 千多名核心講師遍布全台。藉由課堂討論互動與翻轉教室形式的多元交流，協助各界釐清對於病人自主權利法的疑惑。

3.課程中您將學到？

—課程 **3** 大目標—

1. 深度了解病人自主權利法內容與精神，以及區別安寧緩和醫療條例差異
2. 培育具有宣講與推廣能力的病人自主權利法核心講師
3. 培訓具有法規知能與諮商實務之預立醫療照護諮商人員

4.**課程完訓可以獲得？**

只要您完成 21 小時課程，您就能取得以下資源：

專家平台與宣導教材

您將加入 Line 社群與各位專家交流，以及病主法公版宣導教材

病主法核心講師證書與 ACP 人員證書(限職類)

提供您課程證明，代表您是經過完整訓練的病主法專家！

(1).**專家平台與宣導教材：**

完訓後，除了有滿滿的病主法知識、預立醫療照護諮商操作技巧外，您將受邀加入核心講師 LINE 平台，平台內將持續提供相關活動、教材與病主法新知，提供您後續為各地專業人員與民眾進行宣導和服務所需的幫助。

(2).預立醫療照護諮商資格(限特定職類)：

除了成為核心講師外，如果您是醫師、護理師、心理師或社工(師)人員，完訓後也會額外頒發法規知能與諮商實務之訓練時數證明，獲得此證明代表您即將具備預立醫療照護諮商人員的資格！

我們希望透過精彩又紮實的課程訓練，讓生命與自主議題的思考能深化人心！讓病人自主權利法的認識與思考在全臺灣遍地開花！

二、授課對象

1. 優先參與：以執業於臺北市地區與協辦單位之醫師、北市聯合醫院院內醫事及社工人員優先參與。(若有預立醫療決定、安寧醫療推動實務經驗者更適合參與)
2. 其他領域的朋友，如果在您的實務工作上，如長照、法律、生命教育與學術相關領域有需求和興趣者，也歡迎參與。

◆ 備註說明：醫事人員是指醫師、護理、藥事、放射、檢驗、治療師、心理及營養師等衛生福利部核定之醫事人員。

三、上課梯次及日期

1. 時間：課程分為 3 天，2 天初階、半天進階。
2. 進階資格：通過初階課程結業考試之學員將允許參與進階課程。
3. 證書：參與進階課程完畢即頒發《病主法核心講師證書》。

領航 37 班 **(8-9 月份)**	**初階課程**	**115 年 8 月 21 日（週五）** **08:30-18:30 整天** **115 年 8 月 27 日（週四）** **08:30-18:30 整天**	臺北市立聯合醫院-院本部 萬華辦公室 11 樓國際會議廳 臺北市萬華區艋舺大道 101 號
	進階課程	**115 年 9 月 24 日（週四）** **13:00-18:30 半天**	

四、報名方式

1. **院內、院外**總計開放 78 名

   採線上 Google 表單 From 報名：

   ■ 報名資格與連結

   1.院內學員(北市聯醫)： https://forms.gle/h7REaZNhFRJyukxS9

   (1). 本院之醫師、護理師、心理師或社工(師)人員優先

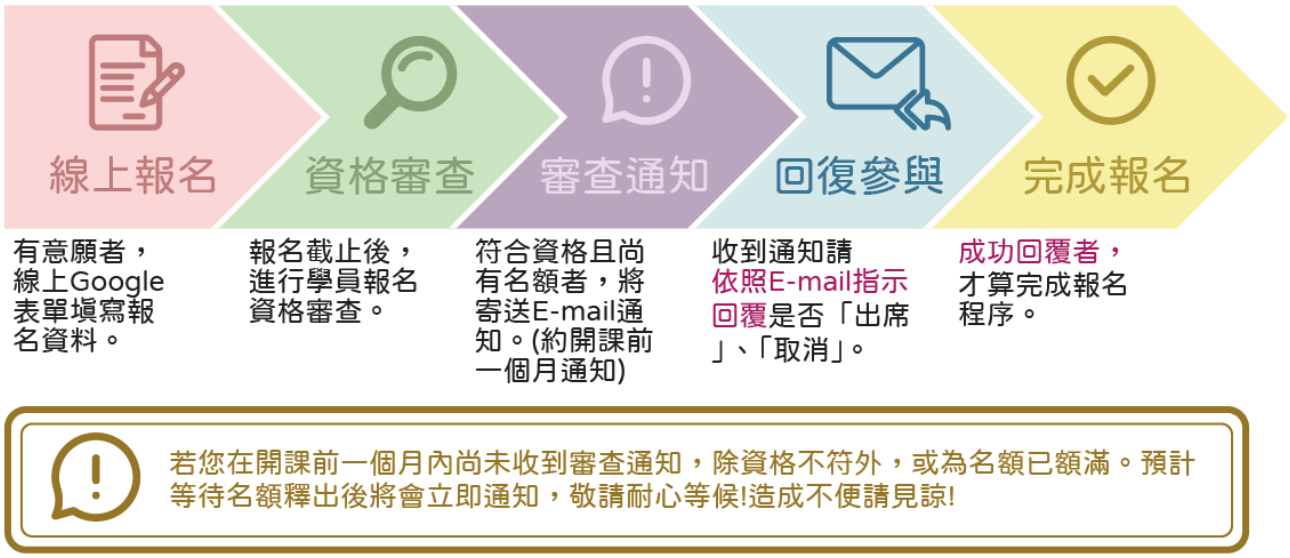
   (2). 本院其他醫事人員、或有興趣之院內同仁

   2.院外學員： https://forms.gle/e8vvLxwkr2AJWMGW8

   (考量各單位上課需求，每梯次每單位限額 3 人參訓。本課程不接受紙本、傳真或 Email 信件報名)

2. 截止日期：即日起至額滿為止，或開課前一周。

3. 報名步驟：主辦單位保留報名資格審查權，如下



(1). **審核成功通知：**審核結果將發送「錄取通知信」，並請於信中回覆是否出席課程，恕不另行用公文、電話或其他方式通知。

(2). **好學員公約-請回復出席：**為珍惜資源以讓其他學員參與課程，您如果接獲審核成功錄取確認信函後，請務必回覆確認是否出席，若在時限內沒有回覆出席，則視同放棄上課資格。

(3). **候補程序：**我們將逕行由候補名單遞補；若確認出席後因故未能參與課程，請於開課前 1 週主動來電或來信取消；若確認出席後卻無故缺席，請見諒將暫停接受該錄取者本年度其他梯次課程之報名。

五、課程表與完訓說明

1. 流程與完訓：

(1) 流程說明：完成兩日初階課程後，當日將會進行初階課程結業考試。通過結業考試者，才能參與進階課程。流程如下：

(2) 完訓與其他相關服務：

若您完成上述訓練，您將會成為我們病主法核心講師的一員，並獲得：

- 病主法核心講師證書
- 病主法宣導教材
- 「病人自主權利法 Line **社群**」可與專家進行即時交流、即時獲得新知、影音資料與相關消息。

2. **課前預習：**因上課內容豐富且充實，為使得課程有良好的學習效果，建議報名學員請於課前先閱讀附件及連結影音檔案(參見簡章附件)，以利上課交流與討論。
3. **考試內容：**鑒於本課程為培訓宣導病人自主權利法之優秀種子教師，初階課程結業考試出題形式將以選擇題、簡答題為主；考試內容以兩天初階課程上課內容為出題內容。
4. **考試資格：**初階課程需全程 2 天參訓才能進行初階結業考試(僅完成 1 日者無法參與考試)。
5. **頒發證明：**考試通過並完成進階課程者，即可頒發核心講師證書。醫護社心人員則會額外頒發「預立醫療照護諮商人員完訓時數證明」。

備註：「預立醫療照護諮商人員」訓練說明與完訓資格：依衛生福利部「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定，若您是醫師、護理師、心理師或社工(師)人員，完成初階課程(內容有包含衛福部規定之預立醫療照護諮商課程類型)後，將核發法規知能與諮商實務之完整共 16 小時數證明，為維護良好之教學品質及學習效果，務必全程參與，如中途離席半小時以上之學員，恕不核發完訓時數。時數提供後，敬請妥善保管，恕不補發。

核心講師培訓暨預立醫療照護諮商人員課程 初階課程表-第1天

單元一至單元七講師：孫效智教授

時間	流程		課程類別
08:00-08:30	報到		
08:30-09:30	單元一	《病人自主權利法》暖身操	法規知能
09:30-09:40	休息		
09:40-10:10 10:10-10:40 10:40-11:10	單元二	1.課程架構暨法律小常識 2.權利概念—生命權與自主權 3.《病主法》立法宗旨與目標	法規知能
11:10-11:20	休息		
11:20-12:30	單元三	病人自主權之基本原則	法規知能
12:30-13:40	午餐		
13:40-16:10	單元四	特殊拒絕權之機制設計	法規知能
16:10-16:20	休息		
16:20-17:10	單元五	《病人自主權利法》立法技術剖析	法規知能
17:10-17:20	休息		
17:20-17:40	單元六	淺談《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》差異	法規知能
17:40-18:20	單元七	病人意願：醫療決策的核心原則	法規知能
18:20-18:30	家庭作業解說、第二日課程說明、頒獎		
18:30-	賦歸		

核心講師培訓**暨**預立醫療照護諮商人員課程 初階課程表-第2天

講師：

單元八：林乃玉組長/專科護理師

單元九：徐光宇主任/醫師

單元十：蔡佳容課長/社工師

單元十一、十二： 孫效智教授

時間	流程		課程類別
08:00-08:30	報到		
08:30-09:30	單元八	ACP 意願人心智能力之簡易評估	預立醫療決定及緩和醫療照護
09:30-09:40	休息		
09:40-11:00	單元九	五款 AD 生效之臨床條件 緩和醫療照護介紹	預立醫療決定及緩和醫療照護
11:00-11:10	休息		
11:10-12:30	單元十	ACP 諮商實務介紹	預立醫療照護諮商程序及技巧
12:30-13:40	午餐		
13:40-15:00	單元十一	家庭作業報告： ● 病主法與安寧條例比較研究 ● 病主法病人當下意願決策流程圖	預立醫療照護諮商程序及技巧
15:00-17:20	單元十二	預立醫療照護諮商實務演練	預立醫療照護諮商程序及技巧
17:20-17:30	休息		
17:30-18:30	核心講師結業測驗 & 核發 ACP 人員時數		
18:30-18:30	簽退		
18:30-	賦歸		

備註：若為醫師、護理師、社工師和心理師等職類，完成兩日初階課程者，將依衛福部規定頒發**「預立醫療照護諮商人員受訓時數證明」**。

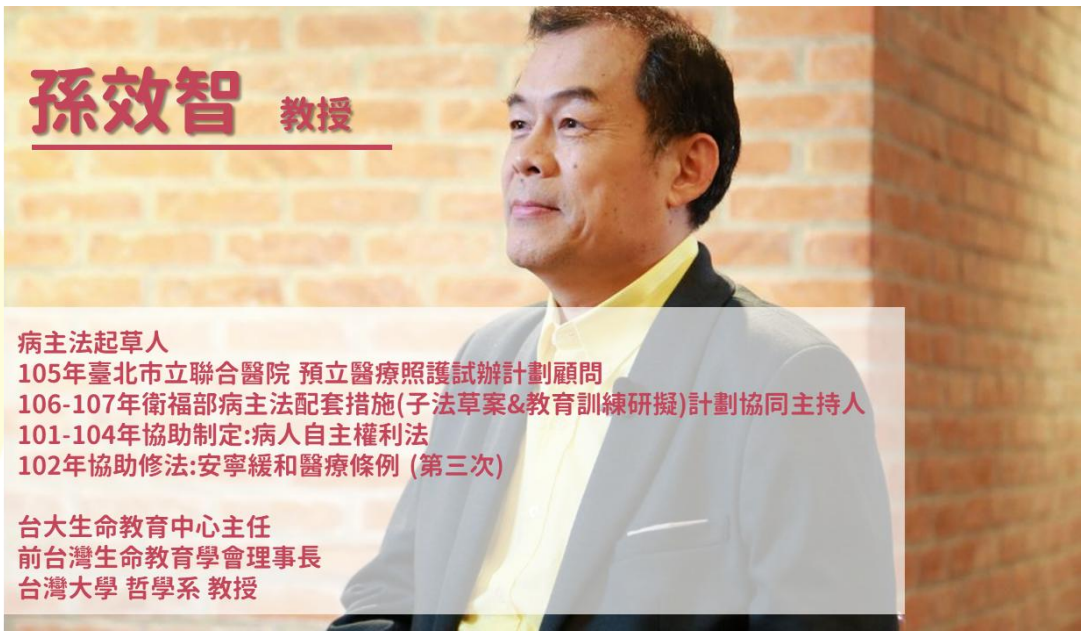
核心講師培訓暨預立醫療照護諮商人員課程 課程表 進階課程

單元一至單元四講師：孫效智教授

時間	流程	
12:30-13:00	報到	
13:00-13:10	開幕暨課程回顧	
13:10-14:00	單元一	試題檢討
14:00-14:10	休息	
14:10-15:40	單元二	重大議題研討
15:40-15:50	休息	
15:50-17:00	單元三	病人自主權國際現況與趨勢
17:00-17:10	休息	
17:10-18:20	單元四	病主法創意教案發表
18:20-18:30	授證典禮暨閉幕式	
18:30-	賦歸	

講師介紹

1.法規知能課程：



3. ACP -心智能力評估課程

4. 五款臨床條件與緩和醫療課程：

3.ACP 諮商實務課程：

六、其他課程注意事項

1. 上課方式：本課程採工作坊式分組方式授課，課程中將有講師授課、小組課堂議題討論、學員上台口頭報告方式宣講等多元之教學方式。
2. 課程講義：因遵循市府無紙化政策，本課程僅提供電子檔，恕不提供紙本講義，敬請使用電子設備閱覽學習或課前自行列印。
3. 課程**不供餐**：本課程不提供午餐，請於休息時間自行安排，本院有交誼廳可用餐；另外響應環保，請自備環保杯、文具、筆記本或 3C 裝置參與課程。
4. 報到時段：早上 8 點開始報到，懇請務必準時出席，8 點半將準時上課，感謝您的配合。
5. 積分簽到規則：
   (1) **積分簽到時間：**請依報到與簽退時間進行簽到退，若未於規範時間辦理簽到退，恕不受理補簽。
   (2) **簽到規範：**提供相關繼續教育時數及教育積分，依據「醫事人員及社工師繼續教育學分認證辦法」規範，所有學員須準時簽到與簽退（請勿冒名頂替或遲到、早退）。全程參與者，核予相關繼續教育積分登錄(若未全程參與，恕無法給予部分積分)。
6. 座位安排：課程採固定入座，請按座位入座，勿擅自更動座位，若因身體狀況有座位特殊需求者(如：行動不便、腰椎受傷、懷孕……)，請於報名或來電來信提出，以利安排座位。因課程人數固定，不開放臨時報名，敬請見諒。
7. 課前請假：若臨時無法出席，也請提前告知，以利安排座位調整。因學員人數眾多，若未事前提出，上課當天恕無法調整座位，敬請配合。
8. 頒發證書請妥善保管：「預立醫療照護諮商人員完訓時數證明」及通過考試核發之「病主法核心講師證書」，請妥善保管，遺失概不補發。
9. 請攜帶一顆好奇、愉悅與求知的心情來參與課程！

■ 七、課程地點：臺北市立聯合醫院-院本部萬華辦公室 11 樓國際會議廳

[點我開啟 Google map 地址連結]

交通方式：

[公車資訊]

- **捷運龍山寺站**

1、201、231、234、245、264、265、265 夜、265 區、310、38、38 區、49、568、651、656、658、701、705、907、985、藍 28、仁愛幹線

- **萬華車站【康定路】**

201、202、205、49、601、62、985、藍 29

- **萬華車站【艋舺大道】**

1820、1821、1825、1915、667、9089、956

[捷運資訊]

- **龍山寺捷運站**

龍山寺捷運站 2 號出口出站，步行約 6 分鐘

- **萬華火車站**

萬華火車站站東棟出口後出站，出站後同棟右側大門進入搭電梯，步行約 1 分鐘

[自行開車]

- **南下**

國道一號 25B 出口 [台北] 下交流道→重慶北路→右轉市民大道→左轉塔城街→接中華路→直行至艋舺大道

- **北上**

國道一號 25 出口 [台北] 下交流道→重慶北路→右轉市民大道→左轉塔城街→接中華路→直行至艋舺大道

- 萬華行政中心 B1 停車場
  台北市萬華區和平西路 3 段 120 號 B1(距離 600 公尺)
- 正好停艋舺公園地下停車場
  台北市萬華區西園路一段 145 號 B1(距離 650 公尺)
- 莒光立體停車場
  台北市萬華區莒光路 137 號(距離 600 公尺)
- 俥亭停車場萬華場
  台北市萬華區大理街 57 號旁空地(距離 500 公尺)
- 萬華車站地下停車場
  台北市萬華區西園路一段 306 巷(距離 100 公尺)

☎課程聯繫

臺北市立聯合醫院 社會工作室 黃少甫社工師

🔑聯絡地址：108220 台北市萬華區艋舺大道101號9樓

聯絡電話：02-2555-3000 分機 2174

✉E-mail：T0474@tpech.gov.tw

〔本課程個資使用與個資法說明〕

為落實個人資料之保護，茲依據個人資料保護法（以下稱個資法）規定告知下列事項： 依個人資料保護法等相關法令規定，在主管機關所核准之特定目的範圍內蒐集您與他人的姓名、性別、電話、電子郵件、身分證字號、出生年月日等。 針對前述條文，主辦單位將保有您所提供的個人資料，並將在主辦「病人自主權利法核心講師暨預立醫療照護諮商人員課程」活動範圍及期間內僅以電子檔或紙本形式，處理或利用所蒐集的個人資料。(「處理」是指將蒐集的個資建立檔案，以及此檔案所做的處理，包括資料記錄、輸入、儲存、編輯、更正、複製、檢索、刪除、輸出、連結或內部傳送。同時您因課程提供的上開資料不隨意以任何形式販售、公開、洩漏或釋出。)

--講師課前指定閱讀教材--

附件一　課前預習影片(13.5 分鐘)

【你願意如何死亡？每個人都希望擁有的臨終醫療自主權】-楊玉欣

楊玉欣女士為病人自主權利法之首要立法推動者，其為罕病患者、中華民國第八屆立委、財團法人為愛前行基金會(前身為病人自主研究中心)創辦人，現為基隆市社會處處長。楊玉欣女士於 TEDxTaipei 演講，從醫療與病人處境的角度出發，介紹病人自主權利法的立法初衷與目的。此為認識病人自主權利法的初步教材，請於課前預習，謝謝！

觀賞方式：請掃描 QRcode 或是點選下列連結閱讀。

https://www.youtube.com/watch?v=hEpnD4nqz2s

附件二　課前預習影片(4 分鐘)

【病人自主權利法簡介】-黃勝堅

黃勝堅醫師，為本院前總院長，以自身為神經外科醫師、安寧醫師雙重身分，自 105 年年帶領本院執行全國首次預立醫療照護諮商試辦服務。藉講述過去在臨床上末期病人對於自主尊嚴的需要、生命最後一哩路的故事，分享其實務經驗，期待透過病人自主權利法的保障，讓每一位家庭、病人和醫療團隊都不再受苦，造就彼此的圓滿人生。

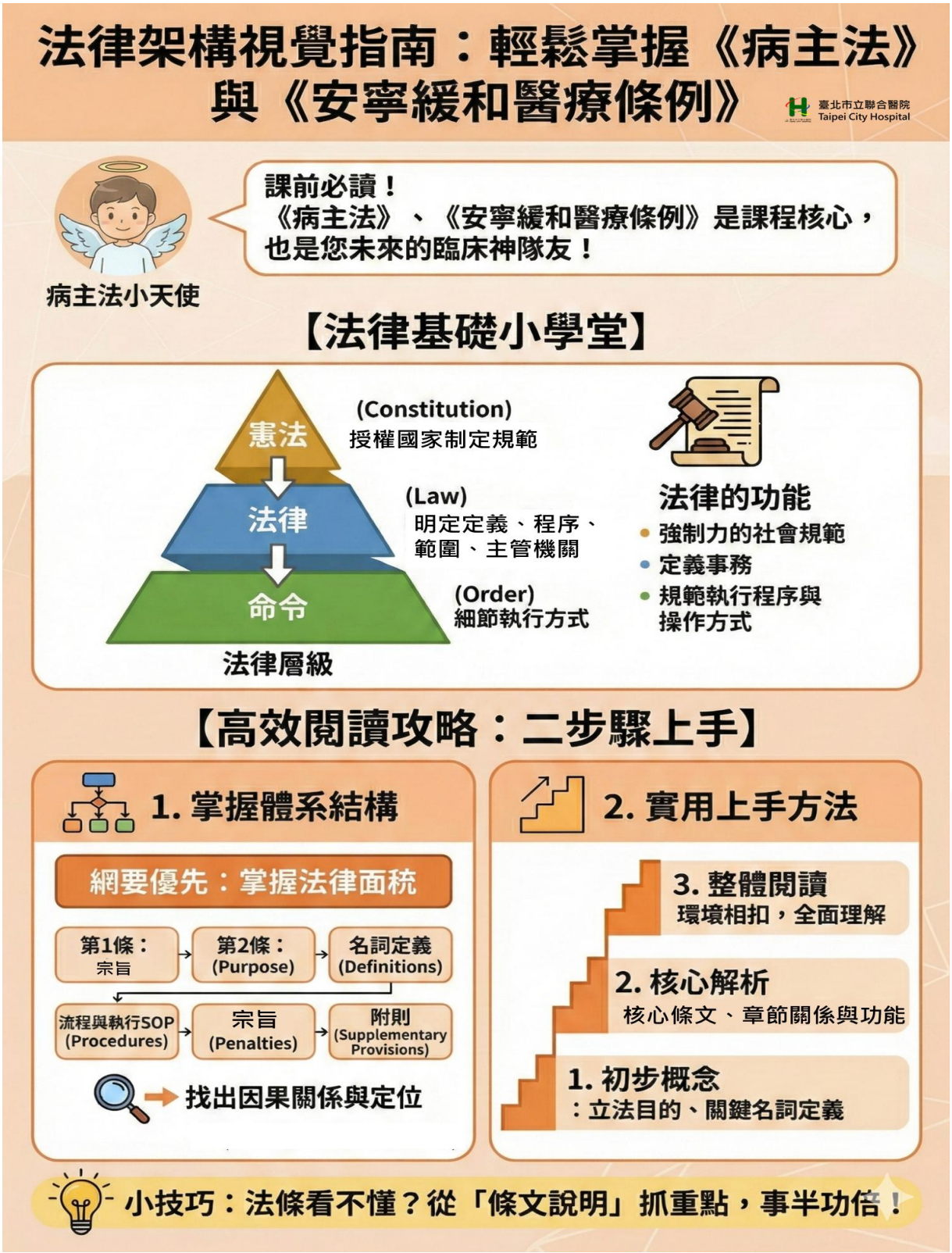
觀賞方式：請掃描 QRcode 或是點選下列連結閱讀。

https://youtu.be/sPDml1guelw

【病人自主權利法簡介】-黃勝堅醫師/臺大醫院副教授/本院前總院長

附件三 法條閱讀教學

▶一、法律架構說明



認識病主法必看的重要關鍵字！

關鍵字	簡介	英文或簡稱(口語稱呼) (但課程中請先用全銜稱呼它)
病人自主權利法 (2019年上路)	保障病人有以下權利的法律 (1)平常就醫、手術有知情、選擇與決定權 (2)特殊5款臨床條件有尊嚴善終權	病主法、本法、PRAA
知情、選擇與決定權	**(1)知情/選擇權**：病人在病情、醫療選項和選項的可能成效與風險的部分有知情和選擇權。 **(2)告知義務**：醫療機構或醫師要告知病人本人關於就診時的病情、治療方針、處置、用藥、預後及可能不良反應等內容。 **(3)簽具同意書**：病人或關係人簽同意書後，才能進行侵入性檢查及治療之手術(緊急情況除外)。	無；這是病主法**最重要的根本核心原則**，它定義醫療人員、病人與關係人(如親友)在任何就醫情境，都要依此原則來進行。 (條文為病主法§4-§6)
預立醫療決定書	是病主法規定的文件，由意願人事前寫下，當符合「5款臨床條件」時，醫院和親友可參考執行的醫療照護意願文件。	決定書、AD(Advance Decision) (不建議稱預立醫囑，因為醫囑通常是由醫師開立的文件。)
預立醫療照護諮商	簽署預立醫療決定書前，需要進行的諮商共識會議。通常要意願人、二親等、醫療委任代理人(若有指定)和諮商團隊共同討論。	ACP(Advance care Planning)、ACP諮商、預立諮商、ACP會議等
特殊5款臨床條件	末期病人、不可逆轉昏迷、永久植物人、極重度失智症和政府公告疾病(目前有12款，罕病居多)	無特定簡稱，請注意： 1.末期病人不只有癌症末期，還有各類器官末期(如: 心肺)、老衰等。 2.失智症要到極重度程度才符合
醫療委任代理人	病人昏迷時，協助聽病情告知和簽侵入性檢查及治療之手術同意書；代理意願人表達預立醫療決定的內容(除非意願人賦予決定權，代理人無法改變意願人的決定。)	代理人、HCA(Health Care Agent)
維持生命治療	主要是有可能延長病人生命的必要醫療措施，如CPR、機械式維生系統、血液製品、特殊疾病治療、抗生素等。	LST (Life Sustaining Treatment)
人工營養及流體餵養	主要是提供水份、營養的侵入性醫療措施，像是鼻胃管(NG tube)、胃造瘻、點滴(IV)等	ANH (Artificial Nutrition & Hydration)；人工營養
意願人	擁有簽署「預立醫療決定書」或「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」簽署資格者	無，不建議以「病人」代稱，因為健康、亞健康的人也是可以簽署的喔。
安寧緩和醫療條例 (2000年上路	台灣首部倡導善終的法律，主要是保障末期病人醫療意願與善終的法律，比病主法早推行。	安寧條例
預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書(通常稱安寧意願書)	是安寧條例規定的文件，由病人事前寫下，當符合「末期病人」情況時，可以不要CPR、維生醫療與接受緩和醫療的文件。	意願書、DNR、放棄急救書(但安寧專家不建議這樣稱呼，因為安寧不等於放棄，是放手。也可稱「不施行維生醫療意願書」)
不施行CPR/維生醫療同意書	有分兩張，其功能同「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，分別是同意末期病人不施行CPR、維生醫療，但是得當病人昏迷或意識不清時，才能由家屬代為同意簽署的文件。	安寧同意書，且常常與安寧意願書搞混。 (PS. 病主法沒有家屬代簽的文件，安寧條例才有)

(完整定義請在課程聽老師講授! /審定：孫效智教授、葉依琳助理教授 / 製表：臺北市立聯合醫院)

病主法簡單結構說明

宗旨條

病主法第1條
介紹這部法律的主要核心精神，
也就是要保障**醫療自主、善終權益、醫病關係和諧**

主管機關

病主法第2條
規定本法的主管機關是**衛生福利部**要負責

定義條文

病主法第3條
將法律專有名詞做定義。
例如「預立醫療照護諮商」是什麼做初步說明。

但注意這裡只是定義。更詳細的流程、規定或操作方式還是要看後面的條文為主。

核心原則

病主法第4-6條
規定這一部法律的最重要的原則，此法是在規定所有醫療上的情境中，病人享有**知情、同意、選擇**的相關權利。

這裡規定的各種醫療情境包含就醫、健檢、用藥、檢查、手術等各種醫療情況

-以第7條當作分水嶺-

特殊情境的原則

病主法第7-17條
您常聽到的預立醫療決定書、預立醫療照護諮商或5款臨床條件等等規定，都是在這邊做定義和說明。

諮商規定在第9條

臨床條件在第14條

其他

病主法第18-19條
說明施行細則和施行日。
(如果是其他法律，在這邊也會規定罰則喔。)

(完整結構請聽老師講授! / 製圖臺北市立聯合醫院黃少甫)

▶二、基本法律常識：

1. **法規體例說明(類似論文的標題結構)：**法律條文有時詳細且繁雜，為了分類和溝通方便，我國有「統一」這些條文細項的格式用法，而不會造成口語用詞的誤會。

   依據《中央法規標準法》第八條規定，條文分條進行書寫：

   (1). **「第 X 條」**：用數字區分，往下再以「項」、「款」、「目」。

   (2). **「項」**：不標示數字，空二字書寫。

   (3). **「款」**：用一、二、三等數字標示。

   (4). 「目」：用（一）、（二）、（三）等數字標示。

體例	範例
條 項(空二字，不冠數字) 款(與「項」齊平，用一、二、三區分) 目(與「款」齊平，用（一）、（二）、（三）區分)	第○條 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 一、○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○ (一)○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○
條 項 款 (註：民法第 1138 條沒有「目」)	民法第 1138 條 遺產繼承人，除配偶外，依左列順序定之： 一、直系血親卑親屬。 二、父母。 三、兄弟姊妹。 四、祖父母。

2. **「應」與「得」的區別：**

   (1). 當法條內出現「得」、「應」等文字時，跟日常用語是不一樣的。

   (2). 「得」(讀音ㄉㄜˊ)：表示非強制性(may)的義務，有選擇「要或不要」的自由。

   (3). 「應」(讀音ㄧㄥ)：表達一定要強制(must)執行的義務，不是「應該、或許」之意。

   詳情可見下表↓↓↓

用語	應	得(ㄉㄜˊ)	不得(ㄉㄜˊ)
意思	必須 沒選擇	可以、都行 有選擇	不可以 沒選擇
違反這個字的法律效果	原則上無效，但無效的法律效果並不是絕對的，可以規定例外情況。	「得」字有選擇空間，只要選擇結果在範圍內選擇操作是不違法。	原則上無效，但無效的法律效果並不是絕對的，可以規定例外情況。

「應」字舉例：

醫療法 第 60 條

醫院、診所遇有危急病人，**應**先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

「代表醫院/診所接收疾病危急病人時，必須一定要依照能力給予救治。」

「得」字舉例：

民法 第 1174 條

繼承人**得**拋棄其繼承權。

「繼承人(通常是子女/配偶)有選擇要不要拋棄遺產、負債的權利。)」

「不得」字舉例：

民法 第 1186 條

無行為能力人，**不得**為遺囑。

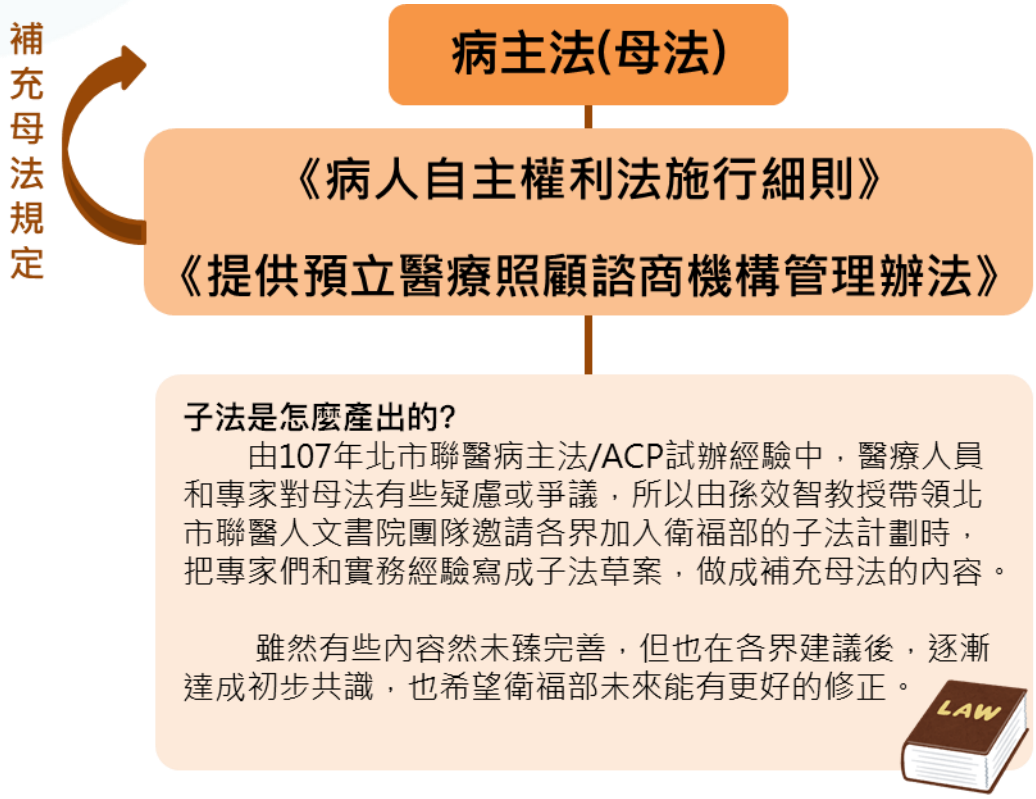
「代表沒有行為能力的人(如小孩或受監護宣告的長輩，無法寫有法律效力的遺囑。)」

表格、文字：參考法律百科內容重製

圖：いらすとや

資料來源：法律百科 https://www.legis-pedia.com/article/lawABC/573

3. **母法與子法：**病人自主權利法目前有 2 部子法，是用來補充解釋病主法(母法)的內容。是一種輔助的定位，而且子法規定是不能牴觸母法的。



4. **如何讀條文：**如果您已有法律訓練，或有法律實務經驗可以省略這部分，不然您可從以下方式掌握法律閱讀訣竅。

閱讀小測驗：病主法第 9 條 (參考簡章 P.27 的病主法全條文，嘗試填寫以下內容)	
第 1 步	**看法條說明：**從「法條說明」看出此條想規定_____
第 2 步	**看條文的第一項：**先讀**條文第一項**內容，通常第一項是**核心條文**：「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定」。 這一項用白話理解是在說_____
第 3 步	**第一款到第三款的內容：條文第一項**內，區分列舉了第一款到第三款的規定。 請摘錄每一款的重點： ■ 第一款：要做_____。 ■ 第二款：要_____。 ■ 第三款：要_____。 看完以上三款可得知，這些都是說明**條文第一項**的內容。 以這項來說，它要三款條件都有具備，才會讓**條文第一項**生效。
第 4 步	**往條文第二項看下去：**第二項通常是針對第一項的條文**做補充**，或是**增加更多規**

	定、權限等等喔。以第 9 條第二項來說，是談_____。
第 5 步	**請把第三到第五項看完：** 第三項是談_____。 第四項是談_____。 第五項是談_____。
小結	測驗時間有限且會提供法條，只要**掌握概念即可**，知道**哪一條是規定哪個「主題/議題」**，就可以加速翻找正確條文的速度。 根據 ACP 實務人員經驗，通常被民眾多問，就會慢慢記起來了。

參考答案

- **第1步Ans.**
  第九條：「預立醫療決定之程序」
- **第2步Ans.**
  第一項：要簽署「預立醫療決定書」的條件
- **第3步Ans.**
  - 第一項第一款：要做「預立醫療照護諮商」與核章
  - 第一項第二款：要去公證或見證
  - 第一項第三款：要註記在健保卡
- **第4步Ans.**
  第二項：誰需要參加預立醫療照護諮商
- **第5步Ans.**
  - 第三項：意願人在諮商中不得為核章證明的情況
  - 第四項：誰不能當見證人的規定

  - 第五項：諮商的更多細節會再子法規定

(製圖：黃少甫)

(註 1：首次閱讀掌握上述答案即可，但完整條文內容與解析，課程中會再說明喔。)
(註 2：法學上的法規解析實則有分為**機關解釋**、**學理解釋**、**體系解釋**、**文義解釋**、**歷史解釋**...等多元方式。但本課程為實務應用課程，而非純粹法理學術課程，所以不以此方式教導大家閱讀囉。)

【病人自主權利法】法條全文

請看前面教學掌握重要概念，也可搭配附件四的文章一起閱覽，會比較容易了解法條間的關係！

名　　稱：病人自主權利法

公布日期：民國 105 年 01 月 06 日

修正日期：民國 110 年 01 月 20 日

法規類別：行政 ＞ 衛生福利部 ＞ 醫事目

條號	法條說明	法條內文
第 1 條	立法目的	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。
第 2 條	主管機關	本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
第 3 條	名詞定義	本法名詞定義如下： 一、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。 二、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。 三、預立醫療決定：指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。 四、意願人：指以書面方式為預立醫療決定之人。 五、醫療委任代理人：指接受意願人書面委任，於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。 六、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。 七、緩和醫療：指為減輕或免除病人之生理、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 4 條	病人對醫療選項有選擇與決定之權	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為。
第 5 條	醫療機構或醫師應告知病人本人病情	病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。 病人為無行為能力人、限制行為能力人、受輔助宣告之人或不能為意思表示或受意思表示時，醫療機構或醫師應以適當方式告知本人及其關係人。
第 6 條	病人接受手術或治療前簽具同意書	病人接受手術、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療前，醫療機構應經病人或關係人同意，簽具同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。
第 7 條	醫療機構或醫師對危急病人有急救之義務及例外	醫療機構或醫師遇有危急病人，除符合第十四條第一項、第二項及安寧緩和醫療條例相關規定者外，應先予適當急救或採取必要措施，不得無故拖延。
第 8 條	預立醫療決定	具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。 前項預立醫療決定應包括意願人於第十四條特定臨床條件時，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。 預立醫療決定之內容、範圍及格式，由中央主管機關定之。
第 9 條	預立醫療決定之程序	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。 二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。 三、經註記於全民健康保險憑證。 意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。 第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。 意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。

		提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。
第 10 條	醫療委任代理人之要件與權限	意願人指定之醫療委任代理人，應以成年且具行為能力之人為限，並經其書面同意。 下列之人，除意願人之繼承人外，不得為醫療委任代理人： 一、意願人之受遺贈人。 二、意願人遺體或器官指定之受贈人。 三、其他因意願人死亡而獲得利益之人。 醫療委任代理人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，其權限如下： 一、聽取第五條之告知。 二、簽具第六條之同意書。 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。 醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。 醫療委任代理人處理委任事務，應向醫療機構或醫師出具身分證明。
第 11 條	醫療委任代理人之終止委任及解任	醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。 醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任： 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。 二、受輔助宣告或監護宣告。
第 12 條	預立醫療決定註記於全民健康保險憑證	中央主管機關應將預立醫療決定註記於全民健康保險憑證。 意願人之預立醫療決定，於全民健康保險憑證註記前，應先由醫療機構以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫。 經註記於全民健康保險憑證之預立醫療決定，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，應完成變更預立醫療決定。 前項變更預立醫療決定之程序，由中央主管機關公告之。
第 13 條	意願人申請更新註記之情形	意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記： 一、撤回或變更預立醫療決定。 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。
第 14 條	醫療機構或醫師得依病人預立醫療決定終止、撤除或不施	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。

	行急救	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。 前項各款應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。 醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。 前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。 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。
第 15 條	醫療機構或醫師執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍	醫療機構或醫師對前條第一項第一款及第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。
第 16 條	提供病人緩和醫療及其他適當處置	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。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。
第 17 條	醫療機構或醫師應將病人之意願等事項記載於病歷	醫療機構或醫師應將其所執行第十二條第三項、第十四條及第十五條規定之事項，詳細記載於病歷；同意書、病人之書面意思表示及預立醫療決定應連同病歷保存。
第 18 條	施行細則	本法施行細則，由中央主管機關定之。
第 19 條	施行日和修正條文施行日	本法自公布後三年施行。 本法修正條文，自公布日施行。

小天使的提醒！

不知道法條的重點？可以想看看以下問題在法條是怎麼說明或解釋的？

1. **病人自主權利法**的**精神**是？(第 1 條)
2. 當病人問您**預立醫療決定**的**功用**是可以？(第 8 條)
3. 家屬問說**誰可以簽**署預立醫療決定時？(第 8 條)
4. 怎麼向民眾說明**預立醫療照護諮商是談什麼**？(第 9 條)
5. 家屬問**醫療委任代理人**的**任務**是？(第 10 條)
6. 符合哪種**臨床條件**時，可以使用簽好的**預立醫療決定**?(第 14 條)

【安寧緩和醫療條例】法條全文

安寧條例是上路將近 25 年的法律，民眾也常會疑惑安寧與病主法**差異點**？

名　　稱：安寧緩和醫療條例

修正日期：民國 110 年 01 月 20 日

法規類別：行政 ＞ 衛生福利部 ＞ 醫事目

條號	法條說明	法條內文
第 1 條	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。
第 2 條	主管機關	本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府； 在縣（市）為縣（市）政府。
第 3 條	名詞定義	本條例專用名詞定義如下： 一、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。 二、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。 三、心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。 四、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。 五、維生醫療抉擇：指末期病人對心肺復甦術或維生醫療施行之選擇。 六、意願人：指立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇之人。
第 4 條	意願書之簽署及應載明事項	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。 前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署： 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。 二、意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容。 三、立意願書之日期。 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療及執行意願人維生醫療抉擇之醫療機構所屬人員不得為見證人。
第 5 條	意願書之要件	成年且具行為能力之人，得預立第四條之意願書。。 前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意

		旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。
第 6 條	書面撤回意願	意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。
第 6-1 條	健保卡意願註記及廢止	經第四條第一項或第五條之意願人或其醫療委任代理人於意願書表示同意，中央主管機關應將其意願註記於全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡），該意願註記之效力與意願書正本相同。但意願人或其醫療委任代理人依前條規定撤回意願時，應通報中央主管機關廢止該註記。 前項簽署之意願書，應由醫療機構、衛生機關或受中央主管機關委託之法人以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫後，始得於健保卡註記。 經註記於健保卡之意願，與意願人臨床醫療過程中書面明示之意思表示不一致時，以意願人明示之意思表示為準。
第 7 條	不施行心肺復甦術或維生醫療之要件	不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定： 一、應由二位醫師診斷確為末期病人。 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。 前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。 末期病人無簽署第一項第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。同意書或醫囑均不得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。 前項最近親屬之範圍如下： 一、配偶。 二、成年子女、孫子女。 三、父母。 四、兄弟姐妹。 五、祖父母。 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。 七、一親等直系姻親。 末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。 第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示

		不一致時，依第四項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。
第 8 條	醫師告知之義務	醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知。
第 9 條	病歷記載及保存	醫師應將第四條至前條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。
第 10 條	違反不實施心肺復甦術要件之處罰	醫師違反第七條規定者，處新台幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。
第 11 條	違反病歷記載及保存之處罰	醫師違反第九條規定者，處新台幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。
第 12 條	處罰機關	本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照，由直轄市、縣（市）主管機關處罰之。
第 13 條	刪除	（刪除）
第 14 條	施行細則	本條例施行細則，由中央主管機關定之。
第 15 條	施行日	本條例自公布日施行。

小天使的提醒時間！

不知道法條的重點？可以想看看以下問題在法條是怎麼說明或解釋的？

1. **安寧緩和醫療條例**的**精神**是？(第 1 條)
2. 如果病人黃奶奶問說她簽**安寧意願書的功用**是？(第 4 條)
3. 當老王問安寧的**意願書**跟病人自主權利法的**預立醫療決定書不都一樣時，該怎麼回答**?(安寧第 4 條和病主法第 8 條)
4. 85 歲有慢性病的楊伯伯問說我有簽安寧意願書，那**還要簽預立醫療決定書**嗎？(先不說答案，可以想看看…?)
5. **醫療委任代理人**的任務是？(除了第 5 條，以及…?想想看)

附件四

文章閱讀

《病人自主權利法》評釋

Comment on the Patient Autonomy Act in Taiwan

作者：孫效智教授

出處：於 2017 年 1 月刊登在澄清醫護管理雜誌第 13 卷第 1 期

建議 1【搭配條文閱讀】: 建議搭配附件三的法條閱覽，比較能知道文章的意思，這篇文章大概是上課內容的「前情提要」，看完這個上課會比較快進入狀況！

建議 2【影音版】: 我們也把文章製作成 Podcast、影片濃縮重點，讓您可以用聽或看的理解~

- Podcast 版： https://reurl.cc/EVO8An
- 影片版：https://youtu.be/i_oN4YIQwHY

前言

《病人自主權利法》甫於 104 年 12 月 18 日經立法院三讀通過，並於 105 年 1 月 6 日經總統公布，將於三年後正式生效施行。這是亞洲第一部保障病人自主權利的專法，攸關全體民眾的福祉以及醫護人員的權益，和你我息息相關。為協助理解《病人自主權利法》的具體內容，以下分別就本法之基本理念、立法必要性、制度設計與重點說明加以闡述，並試圖釐清相關疑義。

一、《病人自主權利法》之基本理念

本法第 1 條揭示貫串全部條文的三大立法理念，分別是「尊重病人醫療自主」、「保障病人善終權益」與「促進醫病關係和諧」。過去眾多醫事法規中，沒有任何一部是以病人為中心而設計者，遑論以病人自主權利之保障為首要目的。本法以病人為規範主體，可以說是醫事法規立法上的一種典範轉移。其次，在我們這樣一個仍然相當忌諱死亡的社會中，「善終」不是容易談論的話題。即令《安寧緩和醫療條例》也還沒有將「善終」概念入法，本法明文規定要保障病人善終權益，殊屬難得可貴。最後，在醫病對立且疏離的當下社會氛圍裡，以醫病關係和諧之促進為立法目標，切中時弊，符合社會需要。三大立法理念並非空洞口號，本法透過各項制度設計來落實它們。

關於尊重病人醫療自主，本法第 4 條第 1 項宣示病人有「知情、選擇與決定權」，第 2 項進一步規定，病人以外的其他關係人不得妨礙醫療機構或醫師依病人決定所採取之作為。綜而

言之，本法第 4 條對於病人自主權利的保障，相對於《醫療法》及《醫師法》而言，具高度突破性。《醫療法》第 63 條第 1 項、第 64 條第 1 項、第 81 條與《醫師法》第 12 條之 1 固然課予醫療機構或醫師告知義務，但告知對象是籠統的「病方」，而非「病人」，換言之，包含病人在內的病人配偶、親屬或關係人等，均為告知之對象，亦均有無分軒輊的知情權利。至於實施手術、麻醉或特定侵入性治療或檢查前，病人亦無優先之選擇與決定權，醫療方只需從「病方」中任何一人取得同意即可進行醫療措施。其結果導致，無論知情、選擇或決定權，均非病人特屬之權利，與病人之關係人相較，病人亦無優先性。本法第 4 條確立知情、選擇與決定權係病人而非病方之權利，依此，病人亦最具優先性，而且，其他人的想法不得凌越病人的自主意願。第 5 條第 1 項重申醫療方一定要將病情與治療資訊告知病人，僅在病人未明示反對時，始得告知病人之其他關係人，換言之，其他關係人之知情權至少應經病人之默許。第 6 條有關「同意」之規定，在立法過程中有所妥協，目的在於與《醫療法》相銜接，但綜觀第 4 至第 6 條之規定，病人知情、選擇與決定權之確立，殆無疑義。

此外，從語言表述方式來看，《醫療法》與《醫師法》使用「說明」、「告知」、「同意」等文字，很明顯是以醫療機構或醫師為主體，病人則被期待以同意來回應（informed consent）；本法「知情、選擇與決定」（informed choice & decision）等用語，則是以病人為主體，肯定病人有瞭解病情、按醫師提供之醫療選項進行選擇與決定的權利。最後，本法第 10 條允許病人預立醫療委任代理人（Health Care Agent, HCA），讓病人自主權得以延伸到病人意識昏迷或無法清楚表達意願的時候。

關於保障病人善終權益，本法允許病人在特定臨床條件下拒絕維持生命治療，並要求醫療方提供緩和醫療及其他適當處置。拒絕維持生命治療與善終的關係在於，醫學科技之進步導致某些情況下的「加工賴活」愈來愈「不如好死」，這使得傳統上「好死不如賴活」的想法受到挑戰而有調整的必要。本法第 14 條第 1 項明定在五款臨床條件下，病人可以透過預立醫療決定（Advance Decision, AD）來拒絕維持生命治療與人工營養及流體餵養，換言之，在特定「賴活不如好死」的情形下，病人得選擇不再賴活而能以好死為出路，好死即善終。當然，為了確保病人在拒絕維持生命治療後真能得到好死與善終，在其邁向死亡的過程中必須給予緩和醫療及其他適當處置，這正是本法第 16 條之規定。

在促進醫病關係和諧方面，本法雖然強調病人是醫療行為中的主體，但醫護人員也同樣具主體性，因此，醫病關係應維持互為主體之平衡。傳統上因為醫病雙方在醫療專業素養上的不對等以及助人與被助的不平衡，導致醫療父權及病人主體性較易受到忽視，本法則希望撥亂反正，重塑病人的主體地位。不過，撥亂反正也不應矯枉過正，基於醫病之互為主體性，本法期能在保障病人自主權的同時，尊重醫師之專業自主。依此，本法第 4 條規定，病人選擇與決定

醫療選項之範圍應以醫師之專業建議為限。在涉及生死抉擇的拒絕醫療情境，第 14 條第 1 項規定，醫療機構或醫師「得」尊重病人表達在預立醫療決定中之拒絕醫療意願，但並不是非執行不可，換言之，醫療機構或醫師是否願意執行病人之預立醫療決定也應受到尊重，不願意執行者，可轉介其他醫療機構或醫師。此外，依據本法第 14 條第 5 項，執行病人預立醫療決定之醫療機構或醫師在法律上能得到免除刑責、行政責與民事賠償之明確保障，讓尊重病人意願的醫事人員無後顧之憂。總之，本法致力於尊重病人自主和醫師意願，並在兩者間取得平衡，其目的正在於促進醫病關係和諧。

二、《病人自主權利法》之立法必要性

有人認為，《醫療法》、《醫師法》或《安寧緩和醫療條例》都有保障病人自主權的相關規定，縱有諸多不足之處，據此加以修正即可，何必大費周章另立《病人自主權利法》？《病人自主權利法》單獨立法的必要性何在？這類看法並非全無道理，不過，它們的問題在於僅著眼於病人自主權之零碎規範，未能從個別法律的制度設計目的、病人權利架構之整體規畫以及法安定性作宏觀之思考。

首先，從個別法律之制度設計目的言，《醫療法》與《醫師法》的規範主體是醫療機構與醫師，而非病人，在這兩部法律中對病人權利進行規範，名不正言不順，亦難求周全。先談《醫療法》，該法第 1 條指出立法意旨為促進醫療事業發展，合理分布醫療資源等，旋即於第 2 條至第 7 條針對醫療機構與法人等加以定義，顯見立法思維上係以醫療方為主體加以規範者。《醫師法》從第一章總則開始規範醫師資格、第二章規範醫師執業條件，第三章談醫師義務，第四章的懲處與第五章的公會，均是以醫師為規範主體。綜言之，《醫療法》或《醫師法》是以醫療方為主體，而非以病人權利義務為其規範目的。至於《安寧緩和醫療條例》，它的規範對象雖然是病人，不過第 1 條便揭示了它的立法目的僅在保障末期病人，而非所有病人之權益。

由於規範主體並非病人，與病人權利義務相關之事項在《醫療法》或《醫師法》中大概都只能隨附在醫療方相關權利義務項下進行零碎之規範。以「告知同意」為例，《醫療法》第 63 條與《醫師法》第 21 條之 1 當然可以透過修法將告知對象明確化為病人，以取代現行之「病方」，然而，其他與病人自主權相關之配套作法呢？要將這些都置入非以病人為規範主體的法律中，很難不顯得突兀與不倫不類。再者，在《醫療法》或《醫師法》中要使用以病人為主體的語詞，例如「知情選擇」，而非以醫療方為主體的「告知同意」，大概也不是很容易。

同樣地，有人主張，病人拒絕維持生命治療的權利也可以透過修《安寧緩和醫療條例》來達到的同樣效果，而不一定要另立新法。問題是，《病人自主權利法》關心的並非只是拒絕維

持生命治療，也並非只是末期病人，要將《病人自主權利法》的所有內涵都放進條例中，幾乎就是從條例名稱到每一條內容都要更動，這無異於另立新法。

這就談到了病人權利架構整體規劃的必要性。我國法長久以來欠缺以所有病人為主體的一般性、統整性規定，若要捍衛病人權利，一部保障全體病人的基準法顯然是必要的。以病人知情、選擇與決定權為中心，包含預立醫療決定、預立醫療照護諮商、醫療委任代理人、拒絕醫療的權限與條件等，進行完整與系統的規劃，才是最為妥當的作法，而這就需要一部以病人為主體的法律方為可能。此外，以病人為主體的法律還具有法的發展性，能持續進行法的修正、調整與擴充。

最後，從法安定性的角度來看，現行法體系是各種利益與論述長期以來相互激盪、彼此妥協的結果，任何變動均應考慮現行法體系的立法精神、歷史沿革與所累積的文化資源，不宜輕言更動或毀棄。因此，立修法時應在突破現況與衝擊現行法制間維持平衡。由於《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》之間具有法律上特別法與普通法的關係，屬於所有病人權利義務之規範將回歸《病人自主權利法》，特屬於末期病人者則回歸《安寧緩和醫療條例》，這讓相關法體系能有所突破，也讓既有的安寧緩和醫療架構不致受到太大波動，而維持法的安定性。以最近親屬同意書為例，條例現行規範有同意書之設計，《病人自主權利法》則無。不過，條例同意書之權限是經過三次修法才得以完全確立，原因正是因為同意書是他人替末期病人決定拔管與否，而非病人自己決定，社會需要累積相當經驗才能確認代為決定的道德風險是否必須考慮。至於《病人自主權利法》，涉及非末期病人拒絕維持生命治療權之規範，立法過程中已引起不少人的惶恐不安，如果立法之初還同時將這項權利讓渡給病人以外的其他人，恐將引起更大爭議。為了順利立法，妥協結果就是讓《病人自主權利法》如同其名稱所揭示的，在涉及生死的情況，只讓病人自己做決定，不讓其他關係人有置喙空間。至於未來是否可以有所突破，則留待後來者討論。由於《安寧緩和醫療條例》是現行法，這就保留了無 AD 也沒有簽署意願書的末期病人得由親屬簽具同意書或醫師開立醫囑來拔管的空間。

三、《病人自主權利法》的制度設計與重點說明

在尊重病人醫療自主權方面，本法第 4 條至第 6 條宣示病人享有完整的知情、選擇與決定權，已如前所述。接下來，將更深入地說明本法保障病人拒絕賴活與善終權益的相關制度。

為了貫徹前述病人自主權利，本法引進預立醫療照護諮商、預立醫療決定與醫療委任代理人等機制。依據本法第 9 條及第 14 條，行使涉及生死的拒絕醫療權，法定流程與條件必須先經過「預立醫療照護諮商」，始得簽署「預立醫療決定」；「預立醫療決定」應經見證或公證並註記於健康保險憑證（現行之健保卡），始生效力；執行病人預立醫療決定時，須經二位相關

專科醫師確診，以及緩和醫療團隊二次照會，確認符合本法第 14 條第 1 款中五種特定臨床條件之一，才能終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。至於五種臨床條件的判斷程序與標準，主管機關將請各專科醫學會根據醫療專業與其所屬領域病人之臨床經驗，會同緩和醫療專業團隊，發展具體可操作的指引。相關研究需要投入相當多的人力與時間，這也是為何本法必須於立法三年後才能正式施行的原因。

1. 預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）

ACP 係由瞭解本法之醫療服務專業人員提供醫療與法律資訊，並與病人、病人家屬或其他重要關係人進行諮商、對話與溝通，俾使病人及其他參與者充分瞭解本法所保障之病人自主權內涵與範圍，以幫助病人在共融關係中自主訂定其預立醫療決定。除了意願人本人必須參加外，由於親屬在我國社會佔有舉足輕重之地位，為讓意願人和家人可以充分溝通，本法第 9 條第 2 項規定，必須有二親等內之親屬至少一人參加 ACP。病人若有指定醫療委任代理人，依同項規定，亦應一同參加。

ACP 可分為未雨綢繆型與重大傷病型，前者係健康時針對突發性意外預作準備，例如任何人都有可能因為突如其來的車禍或中風，造成不可逆轉的昏迷或永久植物人狀態。考慮此等狀況而希望簽署預立醫療決定者應先參與未雨綢繆型 ACP。至於後者，是指意願人經診斷罹患重大傷病，在可預見的未來有可能面臨「賴活不如好死」之情境，而希望預作打算時所做的 ACP。進行未雨綢繆型 ACP 時，意願人還不是病人，可選擇任何符合本法第 9 條第 3 項規定之醫療機構進行。至於重大傷病型 ACP，由於意願人已是進入醫療體系的病人，可由符合本法規定且熟悉病人病情的醫療團隊提供之。

2. 預立醫療決定（Advance Decision, AD）

針對不涉及生死的一般手術、麻醉與其他侵入性檢查或治療，依據《醫療法》與本法第 6 條，病人可以透過同意書行使其醫療決定權。病人得同意，也得不同意醫師所建議的醫療選項，因此，在不涉及生死的一般情形下，病人具有同意或拒絕醫療的選擇與決定權。然而，當特定醫療措施或人工營養與流體餵養是為了維持或延長生命所必須時，在《醫療法》架構下病人恐怕就沒有拒絕之空間，該法第 60 條以救命為醫療機構無例外之義務。至於本法則允許病人透過 AD 針對特定臨床條件下之維持生命治療或人工營養與流體餵養表達接受或拒絕的意願。由於 AD 之簽署涉及個人生死存亡，因此，本法第 8 條第 1 項規定，「具完全行為能力之人」始得簽署，這包括年滿二十歲，或未滿二十歲已結婚，且心智能力健全之人。此外，依同條第 1 項後段規定，病人簽署 AD 後，仍得隨時改變其想法，撤回或變更先前簽署之 AD。最後，本法

第 15 條也規定，醫療機構或醫師在執行病人 AD 前，必須再次向有意思能力的病人確認其 AD 的內容及範圍，讓病人有重新思考並再作決定的機會。

我國與國外的 AD，在一個重要細節上有所不同。國外 AD 之生效多半以病人失去意識時為限，我國 AD 則不然。我國 AD 生效的五款臨床條件中，第一款與第五款之病人不一定處在意識模糊或無法表達意思的狀態。依此，我國 AD 之功能有二，一是與其他各國共通之功能，即將病人之自主意願延伸到失去意思能力之後，二是病人在當下若有意思表示能力，那麼，AD 的功能就是臨床拒絕醫療的一種隆重的書面表達。

當醫療機構開始執行病人 AD 時，能否袖手旁觀，眼睜睜地看著病人進入死亡過程而什麼都不作？答案當然是否定的。本法第 16 條規定，醫院執行病人 AD 時應提供緩和醫療及其他適當處置，其原因正在於沒有緩和醫療，病人就很難有好死與善終。因此，醫界有人提出一種質疑是沒什麼道理的，亦即「既然都已經放棄治療了，為何還要送來醫院？」誠然，病人此時已不再需要治療疾病或搶救生命的醫療措施，但這並不等於說他不再需要任何醫療協助。包含道謝、道歉、道愛、道別等「四道人生」以及全人、全程、全家、全隊及全社區等「五全照顧」在內的緩和醫療是病人此時非常迫切需要的醫療照顧。

3. 醫療委任代理人（Health Care Agent, HCA）

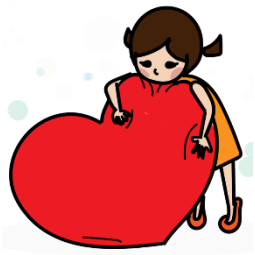
指定 HCA 之目的，在於輔助實現病人自主權。《安寧緩和醫療條例》中已有 HCA 之設計，不過該條例賦予之權限較單薄，臨床上幾無發揮功能。本法賦予 HCA 之權限更大，在病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，除了立於補充地位，為病人接受告知及簽具同意書外，HCA 還可依病人 AD 內容，代理病人表達其醫療意願。由於 HCA 的職責之一是在病人失去意思能力時代理意願人表達其意願，因此，他必須非常清楚意願人的想法以及本法相關資訊，如此才能克盡職責，為病人意願把關。職是之故，本法第 9 條第 2 項規定，HCA 應偕同病人一起參加 ACP。

結語

《病人自主權利法》是以病人為主體的醫療法規，和《醫療法》、《醫師法》等以醫療機構、醫護人員為規範對象的法規有別。本法的基本理念是確保病人享有知情、選擇與決定的自主權利，而且在特定條件下，這樣的自主權甚至還可以拒絕維持生命治療與人工餵食餵水。

為了落實病人自主權，本法引進若干配套機制。病人可以透過預立醫療照護諮商程序，獲得充分的醫療資訊，並與親友、醫療機構充分討論溝通，簽署預立醫療決定，選擇自己在特定醫療情境下是否、或如何接受醫療；同時也可以指定自己信任的人擔任醫療委任代理人，確保自己的意願在意識不清時仍能得到貫徹。

本法一方面確立從病人角度出發的自主權，另一方面也尊重醫師的專業自主，讓醫師在行善理想中有明確可遵循的規範並受到法律的保障；更重要的是，本法透過 ACP 的引進強化醫病溝通與對話機制，有機會達到病人、醫師與社會多贏的目標。



臺北市立聯合醫院
Taipei City Hospital

病人自主權利法

核心講師暨預立醫療照護諮商人員培訓課程

領航班 課程簡章

發行單位 ｜ 臺北市立聯合醫院
發 行 人 ｜ 王智弘
總 編 輯 ｜ 楊君宜
責任編輯 ｜ 黃少甫、張恩瑜
美術設計 ｜ 黃少甫、林雅眉
編輯顧問 ｜ 楊玉欣
出版日期 ｜ 2026 年 7 月 2 日

更多課程相關資訊，請參見：
臺北市立聯合醫院/預立醫療照護諮商專區/核心講師工作坊。或掃描 QRcode：

※部分圖片設計或來源：王勻采、Freepik - Flaticon
※本簡章版權所有，僅供本課程教學使用，若需引用與轉載請洽：

黃少甫社工師 T0474@tpech.gov.tw / (02)-2555-3000 分機 2174

指導單位｜臺北市政府衛生局
主辦單位｜臺北市立聯合醫院
合辦單位｜中華民國醫師公會全國聯合會
社團法人台灣生命教育學會-病人自主研究中心
財團法人新北市為愛前行社會福利基金會
臺大生命教育研發育成中心
協辦單位｜財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會
中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫務社會工作協會

(上開單位皆依筆畫順序排列)