

# 為何「安寧緩和醫療條例」要修正？

趙可式<sup>1</sup>

最近在醫療界最受矚目的話題之一，就是2011年1月10日立法院三讀通過安寧緩和醫療條例修正案。此案引起各界重視，社會輿論眾說紛紜，很多人搞不清楚狀況，因此造成許多的不解或誤解。

有鑑於此，我們最崇敬的趙可式教授，特別撰寫一份重要聲明文件，清楚說明相關重要訊息，尤其是針對醫師們最易混淆、最易糾纏在一起的四組不同觀念，如：「允許死亡」不同於「殺害」；「延長生命」不同於「延長瀕死期」；「最大的治療」不同於「最理想的照護」；「不予」和「撤除」等，均清楚闡明。

這是一份非常重要的聲明，請大家協助用力宣傳，讓社會大眾能對安寧療護有正確的觀念。請運用相關網路系統、e-mail 信件、手機簡訊等方式，廣傳給您們所接觸的每一個單位及每一個人，讓大家告訴大家。謝謝您的協助！

財團法人天主教康泰醫療教育基金會 敬上

## 前言

歷經醫療專業團體及社會輿論多年討論，終於2011年1

---

<sup>1</sup> 本文作者：趙可式教授，長年推動安寧療護，現任天主教康泰醫療教育基金會董事、台灣安寧療護推手、台灣安寧緩和護理學會理事長、成大醫學院教授。

月10日立法院三讀通過的安寧緩和醫療條例修正案，明訂末期病人經最親近親屬一致簽署「撤除心肺復甦術同意書」，再由醫學倫理委員會通過後，醫師可撤除維生醫療設備，讓臨終病人免受無意義的痛苦。

雖然有了法源依據，如：醫師對末期疾病的認定、清楚簽字、醫學倫理委員會的認可等，但仍有許多人質疑該如何規範明確才能符合「生命醫學倫理」？有些醫療工作者及少數醫師誤認為這條法律是要他們當劊子手，以為和救命的天職有衝突，因而大力反對。事實上，這些醫療人員是將四組不同的觀念混淆糾纏在一起了，此四組觀念分述如下：

### 一、「允許死亡」不同於「殺害」

「殺害」是剝奪一個不會死的人之生命；而「允許死亡」卻是不拖延一定會死的人之死期。他們將這兩個觀念糾纏在一起：劊子手是「殺害」；但這條法律的適用對象卻是：不無所不用其極地使用醫療科技去拖延一定會死亡的病人之死期。

醫療工作者若混淆，則需要再接受教育，因為可能他們過去對生命醫學倫理並未通盤瞭解，日後也對倫理議題不感興趣，所以他們一直停留在混淆的概念裡。所以希望衛生署強制性地要求醫療人員接受再教育，這條法律雖然通過了，醫學教育卻要再加強，才能把觀念調整過來。報紙上刊登的，認為要當劊子手的醫師非常少，我在醫學院教生命醫學倫理的學生反應說：怎麼有一些醫界前輩的觀念如此錯誤？

「安寧緩和醫療條例」適用的對象，是罹患不可治癒疾病的末期病人，近期內可能會死亡者，所以生命跡象穩定的植物人是不適用的。這在臨床醫療上不難認定，因為醫學有三項技能：

1. 診斷：將正確病名與病因找出來。
2. 治療：對症下藥，診斷對了就要擬定治療方針。
3. 預後：對病人健康狀況的預測。

診斷、治療和預後的能力，是評估一個醫療人員能力品質的要素。現代醫療發達，我們可以預測各種疾病的軌線圖。再加上現在檢驗技術很進步，有各種影像的檢驗、血液的檢驗。譬如說：一個病人的肝、腎、心、肺都衰竭了，就只有一個方法治療，就是肝、腎、心、肺都換一套新的；若器官不可能換成新的，他的死亡是絕對不可避免的。評估一個主治醫師的技能、醫術是否符合時代需要的能力，「預後判斷」的能力是一項指標。這和診斷的技能一樣，若診斷錯誤，病人就治不好。醫療上這三項技能，應該是一起精進的，如果一個醫師的預後判斷常常是錯誤的，那表示這個醫師需要再教育、再學習。

「殺害」不符合生命醫學倫理；「允許死亡」卻符合生命醫學倫理！

## 二、「延長生命」不同於「延長瀕死期」

「延長生命」是只要給予生命之基本需要，就可以生存者。例如植物人王曉明女士，只需照護就存活了五十多年，當然不

能將她殺害。

但「延長瀕死期」卻不同，即使給予所有的高科技治療，若病人一定會死亡，就不需要去拖延死期了。

「延長瀕死期」不符合生命醫學倫理；「延長生命」卻符合生命醫學倫理！

### 三、「最大的治療」不同於「最理想的照護」

「最大的治療」是：有管子就插、有洞就開、有肉就割、有機器就上、有藥就給……。若只是增加病人痛苦，卻無法挽救病人生命，則不符合生命醫學倫理。

「最理想的照護」是以人性化的照護，答覆病人身、心、靈的需要，提升病人的生活品質，維護病人的人性尊嚴，永遠是符合生命醫學倫理的醫療！

### 四、「不予」和「撤除」

「不予心肺復甦術」在 2000 年就已立法通過了。每一個成人都可以在健康的時候「未雨綢繆」簽署意願書。當意願人在兩位醫師診斷是末期疾病，就可以合法地不予急救：如插管、開洞、電擊等。這條法律在世界先進國家，都稱為「自然死法案」Natural Death Act。但在台灣，因有些立法委員不喜歡這個「死」字，所以改為「善終條例」；但他們仍不喜歡「終」字，故我們又改成「末期病人選擇條例」；但他們還是不喜歡「末」字，最後，我們只得改成「安寧緩和醫療條例」。

不過，「安寧緩和醫療條例」和「安寧緩和醫療」是完全

不相關的：「安寧緩和醫療」是一種醫療的專科，不需要立法。而「安寧緩和醫療條例」法律的精神是：在兩位醫師診斷病人的預後為死亡不可避免時，就可以不插管、不開洞，讓病人免除臨終時的痛苦。現在，全台灣約有 6 萬人簽了意願書。

另一方面，「撤除」卻是給了藥、插了管之後還可以撤除，這是進可攻、退可守的作法。全世界的「自然死法案」都將「不予」和「撤除」視為配套措施。因為在緊急狀況下，若沒有證據，不知道病人是否為末期病人，則該救的通通要救，不然就是草菅人命。因為人命關天，生命是最珍貴的。但是，當所有的醫療器具都使用上去，如：管子、藥物、機器等，後來明顯的證據，顯示他已多重器官衰竭，其死亡已指日可待，這時管子、藥物、機器等，要用到什麼時候？不能「撤除」嗎？

一些立法委員、醫師聲明其立場，說：「不予」他們同意；「撤除」他們不同意；殊不知在生命醫學倫理中，「不予」和「撤除」是配套措施，二者必須要配套，才可放膽地去救病人。但在救了以後，卻發現醫療無效了，則再撤除，這樣對人的生命才有最大保障。

可是，2000 年時「撤除條款」被立委否決，我們當時只得妥協。2002 年，我們修法將「撤除條款」再度加入，但有些立委又認為：家屬會與醫師聯合起來謀財害命！只有當病人自己有意願書時，才可以「撤除」，家人寫同意書只可以「不予」，但不能「撤除」。我們只好再妥協！

等了 8 年，我們去找立委說：全世界的自然死法案，都是

進可攻、退可守，它本身是配套措施，家屬可以簽同意不予急救，為什麼不可以簽同意撤除呢？有些立委還是認為家屬會與醫師聯合起來謀財害命，所以這條法律訂得非常嚴格，就是要前三順位的最親近家屬，即：配偶、子女、父母都要簽署同意，且經過該醫院的「醫學倫理委員會」通過，才可以「撤除」。

因為「不予」在緊急狀況之下，對要救或不救，來不及有這麼多的過程；而「撤除」是可以有一段時間考慮的。

有鑑於許多民衆及一些醫事人員將以上四組不同的觀念混淆糾纏在一起，造成很大的誤解，故此為文詳述，以導正觀念！