

維護生命最後的尊嚴～

了解《病人自主權利法》與《安寧緩和醫療條例》之不同

<病人自主權利法>和<安寧緩和醫療條例>的差異性

安寧緩和醫療條例自民國 89 年開始實施，施行多年以來，其理念已逐漸為多數人所熟知。病人自主權利法（簡稱病主法）則於民國 105 年在全民的共識與期待中通過了，因為其影響的範圍和層面很大，所以直到 108 年才正式開始實施，這段期間政府和民間機構都在進行相關準備。

這兩個法案最大的不同點，就是「適用對象的不同」。一般我們所熟知的<安寧緩和醫療條例>，適用對象僅限末期病人，是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。但是不僅末期病人是辛苦的，還有許多疾病的情況也會讓人很辛苦，為了讓更多人得以受惠，才會有病主法的誕生。<病主法>適用對象已不僅限於末期病人，而是擴大至五項特定臨床條件，包括：1.末期病人；2.處於不可逆轉之昏迷狀況；3.永久植物人狀態；4.極重度失智；5.其他經中央主管機關（衛福部）公告之疾病。病主法的目的，除了保障病人醫療自主及善終權益外，更可以促進醫病關係的和諧。

這兩個法案第二個主要不同處是拒絕醫療範圍的不同。安寧緩和醫療條例規

範末期病人可對心肺復甦術或維生醫療施行進行選擇；病主法所界定的範圍則擴大至維持生命治療、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。在病主法所規範的特定臨床條件下，病人不僅可以決定是否接受維持生命的治療，還可決定是否接受透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分，例如放置鼻胃管。

臨床上，病人或家屬的接受度如何？該怎麼協助他們做決定？

一般民眾如果是身體健康時，詢問他們是否願意接受不施行心肺復甦術等維持生命治療，意願都很高，但真正面臨疾病甚至是疾病末期時，還是有很多人不容易做決定。較棘手的問題是病人和家屬的意見分歧，有些家屬想要積極進行維持生命治療，但病人意願不高，這時候醫療團隊就是很重要協助溝通的角色。一般就算病人有簽署不施行心肺復甦術或選擇安寧緩和醫療的文件，醫師也是會先評估病人本身是否有治療瓶頸的狀況產生（前述病主法中的五大類特定臨床條件）。因此當一個人有預立醫療決定，且需啟動預立醫療決定的照護內容時，要很嚴謹地依照法律規定，經由兩位具相關專科醫師資格之醫師確認，並有緩和醫療照護團隊至少兩次的照會評估。因會影響病人生命，所以啟動時機也很重要。要圓滿這樣的事情，要考量幾點

-病人的意見、家屬的照護及醫療團隊是否能接受，大家形成共識後進行才能圓滿。 如果是醫師個人因素無法接受的情況下，依照法律規定，須轉介給其他醫師甚至轉到其他醫院照顧，讓事情能圓滿。

家屬悲傷反應也是醫療團隊關心的重點，因此醫療團隊需協助家屬去面對此問題。針對照顧者，要讓他們珍惜和病人相處的時間，同時鼓勵病人和家人好好相處，例如漸凍人，因本身在疾病進程中很痛苦，已經簽署預立醫療決定，因一時與家人衝突的情緒衝動，要求進行撤除維持生命治療，這時醫療團隊就要擔任家庭協調者的角色了。 醫療團隊要設法對兩邊勸說和解、讓雙方充分了解病程進展，讓病人和家屬可以敞開心胸共同討論出雙方所能接受的照護方式，並把握陪伴病人餘生的每一天，協助完成病人最後的心願，讓病人在人生最後階段得以圓滿，也讓病人與家屬無憾。

口述：家庭醫學部主任 蔡兆勳

資料整理：公共事務室中級管理師 鍾旻園

