

最新「善終法」三讀通過

文/緩和病房 周希誠 主任

要撤除「意識昏迷、表示過選擇安寧緩和意願但沒有簽署的末期病人」的維生系統，已經不必再通過重重關卡與障礙（祖孫四代全部簽名以及醫院的醫學倫理委員會通過），只要最近親屬一人同意即可。最近由立委楊玉欣等所提「安寧緩和醫療條例」修法案，於民國101年12月21日完成三讀，讓我國的「善終法」，終於大大的再向前邁進一大步。此次修法，共通過修正28處。修法通過後的「安寧緩和醫療條例」將更能幫助末期病人、家屬及醫護團隊，一起促進生命末期的生命品質，讓病人善終、家人無遺憾，變成更名符其實的「善終法」。

根據立法院在民國100年1月三讀通過的條例，原本一個意識昏迷的重症末期病人，假如家屬要撤除他的維生設施，例如呼吸器，必須有包括病人的配偶、（孫）子女及父母親同意，在大家共同簽署後，才能符合提出「終止或撤除心肺復甦術」的條件。也就是必須祖孫三代，甚至四代都簽名同意，才可申請「終止或撤除心肺復甦術」。不但如此，還要通過醫院的醫學倫理委員會，開會討論並同意後，才能正式執行「終止或

撤除心肺復甦術」。為了避免這類悲劇繼續發生，12月21日之修正案，將「拔管」（即終止或撤除心肺復甦術及維生醫療）與「不插管」（亦即不施行心肺復甦術或維生醫療）適用相同的法律規定；改善對「安寧緩和醫療」、「心肺復甦術」等概念的不恰當定義；新增「維生醫療」、「維生醫療抉擇」等名詞。

我國民國八十九年起施行的「安寧緩和醫療條例」歷經兩次修法，儘管「安寧緩和醫療條例」已修法兩次，但臨床上，仍有許多滯礙難行或不符合病人利益之處，亟待修正，因仍有許多末期病人在死亡前，必須承受不必要的痛苦與恐懼，使得「不得好死」的悲劇每天在醫療機構上演，而正是這次修法的主要目標，就是要讓「不插管」與「拔管」適用相同的法律規定。原本「安寧緩和醫療條例」的目標，就是希望讓末期病人在生命的最後階段，能經由病人或其家屬的同意，合法地拒絕無效而只是延長瀕死過程的醫療措施，為自己選擇一條平安、尊嚴生命旅程的最後一段路。同時也讓醫師在合法的條

醫療科技與生命倫理

王生 醫學專家與文

件下「放手」，停止無效醫療，避免對臨終病人造成更多的傷害，以及浪費健保資源。

關於這次修法最主要的改變在於現行條文滯礙難行的條件，現行條文針對沒有病人意願書時之「不施行心肺復甦術」與「終止或撤除心肺復甦術」，分別制定不同之要件：前者變得較鬆，只要「最近親屬一人同意即可」；後者制訂的比較嚴格，要四代一致同意撤除，並經過醫學倫理委員會審查通過，才得以「拔管」。但在倫理上，二者並無太大區別。因此，讓「拔管」要件較嚴，甚至到了嚴苛而滯礙難行的情況。另外，本次修法也釐清許多重要概念。首先是將「安寧緩和醫療」與「不施行心肺復甦術」這兩個概念釐清，前者旨在減輕病人生理、心理與靈性的痛苦，以提升病人生活品質，不應與病危時不急救混為一談。而且「心肺復甦術」也應回歸醫療臨床的常規用法-將之定義為對臨終末期病人所做的標準急救程序，而需要與「維生醫療」有所區隔；後者是指維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，只能延長其瀕死過程的醫療措施。而現行條文

針對未成年末期病人，以及無意願書亦無最近親屬可簽署同意書之末期病人之規範未臻完善，此次修法也一併加以修正。總之，如果只為延長末期病人瀕死過程，卻同時延長痛苦的無效醫療，不僅使病人無法善終，使家屬感到悔恨，也使醫護人員感到無奈，更會讓健保資源跟著一起虛耗。而本次修法能扭轉上述多輸的情況為多贏，讓末期病人的生命與死亡尊嚴，都能一併得到更多的重視與保障。

最後，面對天有不測風雲，宿命無常的人生，雖然我們已經有了更完善的「善終法」，但假如想要為自己求得最好的善終之道，讓自己的生命末期不被折磨，讓家人不必陪著受苦，就是要在自己還清醒的時候，事先立下「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，這樣才能夠確保在自己面臨重病末期、死亡已不可避免，卻又被急救插管的時候，不必再經過各種複雜的程序，而可以直接執行「終止或撤除心肺復甦術」，讓自己得善終（生死兩無憾）、家人得平安（生死兩相安）。