

天主教醫院
《病人自主權利法》

門診小手冊



前言

若望保祿二世在《生命的福音》通諭中指出：「… 人類生命從開始到結束都具有的神聖價值，並且肯定每一個人都享有此首要美善的權利。每一個人類團體和政治團體，就是以承認這樣的權利為基礎而建立的。」（第 2 號）每一個人都有無與倫比的價值，「即使認為死亡迫在眉睫，對一個病人一般性的照料，不能合法地予以中止。」《天主教教理 2279》，天主教會的多項文獻中闡明「出於愛近人與仁慈的要求，對瀕死者一般性的照顧絕不可停止。」（《YOUCAT：天主教青年教理 382》）。

在天主的眼中，每一個人都是彌足珍貴，皆是由祂的肖像而創造，應

該受到絕對的尊重與保護，使其在人世生命的旅程中，完成並實踐其生命的目的與意義。

以此觀點檢視衛生福利部於民國 108 年 1 月 6 日公告實施的《病人自主權利法》，其內涵與實踐價值，及部份意願項目與天主教會生命倫理有所分歧。爰此主教團健康照護牧靈委員會特別制定本手冊，提供教會醫療院所於執行《病人自主權利法》的「預立醫療照護諮商」前，能充分瞭解天主教會的態度與立場，依循符合教會倫理的作法，為諮商的當事人及其家庭成員提供適切的回應與協助。

目錄

天主教會對安樂死、瀕死及善終的定義	02
天主教會的倫理價值觀	08
天主教會對 《病人自主權利法》中 某些醫療執行方式的立場	12
天主教醫院的應對方式	18
相關參考資料	26



天主教會對 安樂死、瀕死及 善終的定義

主動安樂死

意向上是為使病人死亡，運用的方法是「有所作為」，指藉藥物或運用其他人工方法等積極作為，所進行的安樂死，乃「主動安樂死」（或稱「積極安樂死」）。

被動安樂死

1995 年教宗若望保祿二世頒布《生命的福音》通諭，第 65 號說明「被動安樂死」（或稱「消極安樂死」）乃指意向上是為使病人死亡，以「有所不為」（「不作為」）不給予基本生存必須的水分和養分之方式，導致病人因缺乏前述之物而死。

通諭中強調，水分和養分乃人類基本生存所需之物，是對病人最起碼且必須的義務。給予水與食物是基本照護，即使是人工方式，也必須提供：(1)「食水的供應」是普通方法，並且是維持生命的基本所需，不

是醫療，也不是延遲死亡的時間，因此給予食物與水是嚴格的義務；(2) 食物與水是最低限度的照顧，任何人都有權利獲得，無論其病情是多麼無望。

2005年7月，當時的美國主教團主席William Skylstad主教向教廷提出兩個問題。2007年8月1日，經過教宗本篤十六世批准後，教廷信理部予以回覆。以下是所提出的問題與答覆：

問題一 除非病患的身體已經無法吸收，或是餵食的時候，會造成病患身體嚴重的痛苦，否則，我們就有道德上的義務給予「植物狀態」的病患食物與水分（無論用自然或人工的方式），是嗎？

答 覆 是的。即使是以人工方式給予食物和水分，原則上都是維持生命普遍的與相稱的方法。因此，只要病患身體能因所

供給的水和食物，達到滋潤與滋養的目的，我們就有義務要給予。病患若因飢餓和脫水而受苦及死亡，都是不被允許的。

問題二 一位正被以人工方式給予營養及水分的「持久植物狀態」的病患，一旦經合格醫生，以客觀道德標準（moral certainty）診斷為永遠無法回復意識（never recover consciousness），可以將其（人工方式給予營養及水分）中止嗎？

答 覆 不可以。「持久植物狀態」的病患是一個擁有基本人性尊嚴的位格（person），因此，必須得到普遍的與相稱的照顧，原則上，包括得到食物和水分，就算是採用人工的方式也要提供給他。

按以上所述，無論是末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、或政府陸續公告之重症病人，並

非處於瀕死狀態時，必須給予水分和養分之基本照護，包括人工方式。當病人的消化系統已經無法吸收，此時就不必勉強再給予，即便是靜脈注射也不需要。當病人處於瀕死狀態時，不需要再給予水和食物。瀕死的病患，原本就會因為他們的病症而死亡，並非因為缺乏水分和養分而死。以下說明瀕死的定義。

瀕死

瀕死期的定義如下：當器官持續衰竭，許多症狀（如嚴重地虛弱無力感、憔悴的外觀、越來越嗜睡或躁動不安、由口攝食越來越困難、注意力愈來愈差、方向感漸失、皮膚顏色變化、肢體溫度改變、盜汗）會更加明顯。而當以下這些現象出現，此時病人的生命可能就剩幾天或幾小時了：意識呈現嗜睡至昏迷狀態、不正常的呼吸型態、有噪雜的呼吸音（death rattle：死前喉

音)、血壓和脈搏會越來越難測量、肢體愈來愈冰冷及發紺、對外界的刺激反應會愈來愈慢、眼睛顯得呆滯沒有焦點。

善終

天主教徒的善終，是藉著和好聖事和聖體聖事後，在天主的恩寵中回到天父的懷抱裡；除了善終是完成「四道人生：道謝、道愛、道歉、道別」，更期許能互相寬恕，與天主和好，甚至接受耶穌基督的救贖而領受聖洗聖事，在生命自然終結後，回歸天父懷抱。忘記這點，我們的靈性關懷很容易淪為提供一種人道主義的服務，甚至錯誤地認為結束生命以解決痛苦，也是提供善終的方式。



天主教會的 倫理價值觀

當提到所謂的「自然死」，天主教會一貫以來，堅持尊重每個人的生命，從精卵結合一開始即是人，一直到自然死亡，才是生命的結束。教會反對對於瀕死的病人施予過度性的醫療，認為以過度醫療延長一個瀕死病人死亡的痛苦是不必要的。因此，教會對於當代成形的安寧療護，與疼痛管理的療程，持肯定及鼓勵的態度。此處有必要提醒，安寧療護不是主動安樂死，也不是被動安樂死，很可惜，這點常常被人混淆，故特此說明。以下詳述天主教會對於安樂死的定義。

根據天主教會教宗若望保祿二世於1995年所頒布的文件《生命的福音》通諭第65號指出：「為了對安樂死有正確的道德判斷，首先要有一個明確的定義。嚴格說來，安樂死是指為了消除一切痛苦而『有所作為』或『有所不為』，這些作為



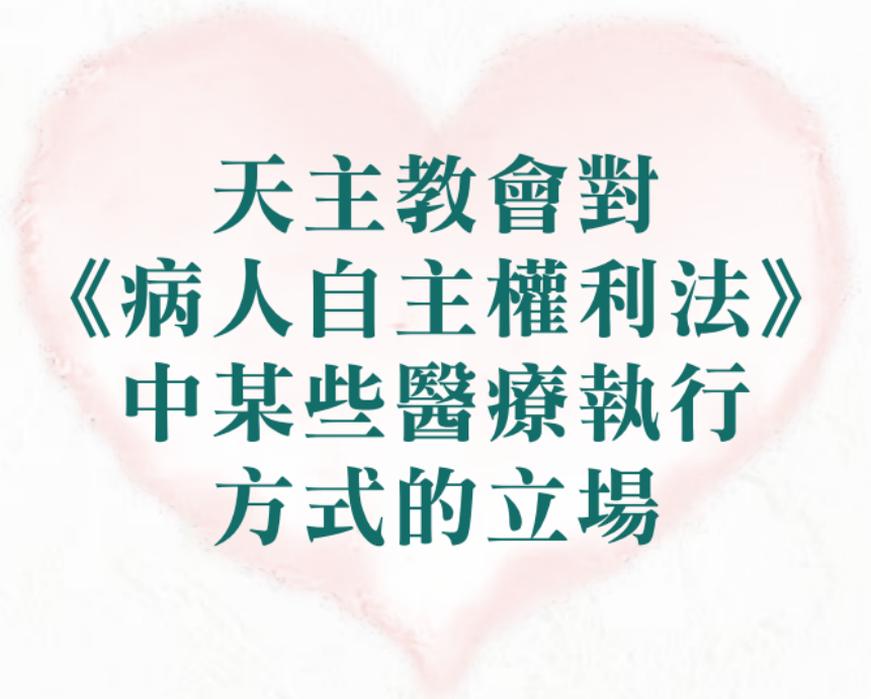
或不為的本身都會導致死亡，或意圖導致死亡。因此安樂死的發生是在於意向和所運用的方法。」所以，意向上是為使病人死亡，運用的方法是『有所作為』，指藉藥物或運用其他人工方法等積極作為，所進行的安樂死，乃「主動安樂死」（或稱「積極安樂死」）。而「有所不為」（「不作為」），不給予應給的基本生存所需之物—水分和養分，而導致病人因缺乏上述之物而死亡，屬於「被動安樂死」（或稱「消極安樂死」）。水分和養分是人基本生存所需之物。無論「有所作為」或「有

所不為」，兩種方式都是在意向上欲使病人死亡，只是運用的方式不同。

由上述安樂死定義觀之，對於不是處於瀕死狀態，生命還能繼續維持的病人，雖是重症，依舊必須提供最基本的生存之物，以維持病人基本的生存權，否則就不是自然死亡，而是讓病人因缺乏水分和養分而死亡。

《病人自主權利法》五種臨床條件之病患，若症狀經醫師評估確診，且健保卡已註記「不希望接受人工營養及流體餵養」，因而必須撤除、終止或不給予水分和養分，此為被動安樂死，教會醫院不得執行；若無涉及被動安樂死之疑義，則可以其他方式給予照護。





**天主教會對
《病人自主權利法》
中某些醫療執行
方式的立場**

根據民國 108 年 6 月 12 日衛生福利部所公布的《病人自主權利法》第 14 條規定：

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
- (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。

按照天主教會倫理觀，無論是末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、或經政府公告重症之病人，不給予水分和養分，是直接導致他們因脫水或飢餓而死亡的原因，這是不可接受的。



「預立醫療決定書」的「第一部分—醫療照護選項」有兩種「醫療照護方式」：「維持生命治療」及「人工營養及流體餵養」。此兩種方式根據《病主法》第3條定義如下：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。」而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。」

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。

然而，教宗若望保祿二世在《生命的福音》通諭中，清楚說明了放棄「侵入性治療」的作法與終止、撤除「人工營養及流體餵養」的決定有所不同。

所謂「侵入性治療」是指：治療的模式不再適合病人真正的情況，因為這種治療已與預期的結果不相稱；或是因為這種治療對病患和家屬造成過度的負擔。這種拒絕「特殊的」或「不相稱的」醫療方法，

並不等於自殺或安樂死。

由於水分和養分均是人類擁有的基本生存權，不可減低為供選擇的醫療項目，屬於基本照顧，除了以下情況之外：餵食的時候會造成病患身體負擔更嚴重、病人的消化系統已經無法吸收（參見第三頁「被動安樂死」的定義）、已經進入死亡過程中的病人（參見第六頁「瀕死」的定義），提供無立即生命危險的一般病人鼻胃管以吸收水分和養分，乃屬必要處置；當病人瀕死時，則不需要或可撤除鼻胃管。在一些非常明顯不是瀕死的狀況，如末期病人、處於不可逆之昏迷狀態、永久植物人狀態、極重度失智症、其他政府公告之重症病患等，在有自主呼吸和心跳的情況下，撤除水分和養分的供給，將使病人因為缺乏基本生存之物而死亡，這種執行方式與教會立場相左。

若意願人在門診後，於「醫療照護方式」的「人工營養及流體餵養」處勾選「1. 我不希望接受人工營養及流體餵養」，日後將導致符合這五類臨床條件，但尚未處於瀕死狀態的病人，因健保卡上註記「不希望接受」，必須執行《病人自主權利法》第 14 條「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」，病人也將因為缺乏水分和養分而死亡，而非因本身的疾病死亡，日後恐將造成醫病間的困擾及爭議。





天主教醫院的 應對方式

(一) 詳盡解說水分和養分之使用方式與時機，及其必要性，並引導病人願意接受水分和養分

《病人自主權利法》的精神是「自主選擇」，也就是說，病人處於五種臨床條件時，可選擇「願意接受」維持生命治療或水分和養分，則也是出自於病人自身的選擇。醫療人員依然要尊重病人的想法與安排，並非一味認為或倡導「拒絕」一切維持生命治療或水分和養分就是好的觀念與想法。

當教會醫院的醫療人員面對意願人預立醫療的決定，應以憐憫、謹慎的態度來與意願人溝通及討論。當意願人選擇放棄無意義之侵入性醫療行為時，並不表示也放棄受到照護的權利，營養與水分的供給（即使是人工方式）以維繫生命，乃是屬於「基本的照顧」的一部分，而非治癒疾病的醫療行為，是最基本之義務與權利。除非病人的身體已

經無法吸收，或是餵食的時候會造成病患身體嚴重的痛苦。若是不給予或撤除水分和養分之供給，而導致非末期病人因脫水或飢餓死亡，將違反了病人最後生命歷程存在價值的尊重與生存的權力。

因此，當病人無法經由口獲得營養補充時，醫療人員應詳盡解說水分和養分之使用方式與時機，及其必要性，並協助、指導病人接受水分和養分的方式來獲得營養需求，以維持其生活品質及生命的尊嚴。



(二) 在無法執行的前提下，提供病人轉診之協助

由於《病人自主權利法》五種臨床條件的醫療照護方式有「我不希望接受人工營養及流體餵養」的選項，教會醫院基於「良心抗辯權」的理由，及對生命價值的重視，無法執行此一選項。依據民國 107 年 10 月 3 日衛生福利部公布之《病人自主權利法施行細則》第 16 條，「醫療機構或醫師依本法第十四條第三項規定不施行病人預立醫療決定時，應建議病人轉診，並提供協助。」教會醫院於道義上，及在無法執行的前提下，透過醫院運作機制，提供病人轉診（介）之協助。

(三) 推廣簽署 DNR 及安寧緩和療護，提倡「注重生存權，緩和病人疼痛」

若望保祿二世的《生命的福音》通諭

第 65 號再指出：「安樂死必須與放棄所謂的『侵入性治療』的決定有所區別。『侵入性治療』是指治療的方式不再適合病人真正的情況，因為這種治療已與預期的結果不相稱；或是因為這種治療對病人和家屬造成過度的負擔。在這種情況下，當死亡已逼近且不可避免時，人可以本著良心『拒絕採用希望極小而又麻煩的方法來延長生命，只需照樣給病人正常的照顧。』……現代醫學界的注意力愈來愈放在所謂的『緩和醫療』上，這方法是為讓末期疾病的痛苦較易接受，也使病人在病苦中得到支持和陪伴。」



教會醫院於意願人前來諮詢門診時，除了有必要告知「醫療照護選項」將碰到的狀況（如前所述）以外，也應向民眾推廣簽署 DNR 以及推動安寧緩和療護；建議並鼓勵病人於必要時進入安寧療護系統。

基於每個階段的生命都值得照護的為善使命，教會醫院有責任找出或研發各種符合道德且適當的醫療方式，緩和各類病人的疼痛。反之，若只是依「結束病人生命，以解決病人痛苦」的概念為病人尋求退場機制，也就喪失找出醫療那一類疾病的機會。

（四）提供教會靈性關懷資源支持病人與家屬之身心靈的需要

1. 教會醫院所屬之牧靈關懷人員

全台天主教醫院皆設有院牧部（室），有教會神長和專業訓練之關懷師（員）數名，在病人與家屬面對疾病之苦時，得以即時給

予聆聽與同理，評估靈性困境而給予協助與支持。並在適當的時機提供天主教會正確之生命倫理觀點，讓病人與家屬有所依據，進而做出抉擇。

2. 成立天主教善終祝禱志工團

根據天主教總教區善終祝禱團現行章程暨管理守則，志工團成立宗旨為「為臨終者祈禱，把臨終者交託在天父手裡；陪伴臨終者親友一起深化對基督逾越的信仰；以平信徒身分，作為服務教會團體的見證；從服務過程中，將福音傳給人。」此志工團同樣為非教友病人或家屬祈禱，向天主祈求力量，共同面對痛苦的價值，將痛苦轉化為對親友的祝福。生命乃由天主賜與，是一份珍貴禮物，天主自有時間收回。

相關機構聯絡資訊

機構名稱	電話	分機
天主教 輔仁大學附設醫院	(02)8512-8888	院牧部 21005
天主教耕莘醫院	(02)2219-3391	院牧部 65536
天主教永和耕莘醫院	(02)2928-6060	院牧部 10644
天主教 耕莘醫院安康院區	(02)2212-3066	院牧部 55536
天主教靈醫會醫療財團 法人羅東聖母醫院	(03)954-4106	院牧部 5247
沙爾德聖保祿修女會醫 療財團法人聖保祿醫院	(03)377-3396	-----
天主教仁慈醫院	(03)599-3500	院牧部 2328
天主教若瑟醫院	(05)633-7333	院牧部 2390
天主教聖馬爾定醫院	(05)275-6000	院牧部 1857
天主教聖功醫院	(07)223-8153	院牧部 2113
天主教台東聖母醫院	(089)322-833	院牧部 232
主教團禮儀委員會善終 祝禱推廣組	(02)2732-6602	分 機 325





相關參考資料

一

教宗若望保祿二世，《生命的福音》通諭，台北：天主教中國主教團秘書處出版，1995。



二

《天主教會台灣地區主教團月誌》第 363 期

- ① 〈信理聖部教會對安樂死的聲明〉
- ② 〈天主教羅馬教廷信理部答覆美國主教團「以人工方式使病患得到滋養及滋潤」之提問〉



三 《天主教會對安樂死的立場：以〈病人自主權利法〉為例》



四 〈天主教台北總教區善終祝禱團現行章程暨管理守則〉



五 《巴黎上訴法院下令恢復朗貝爾的治療，聖座發表聯合聲明》



六 《法國中止朗貝爾的人工餵食和給水，
教宗呼籲守護生命》



七 《荷蘭醫師替失智老婦安樂死被起訴，
合法化以來首例》



八 《人如何界定醫學倫理的難題》



九 《植物人甦醒後的自白：他們以為「我沒有感覺」》



十 《歐美安樂死合法後滑坡效應、實例說明及出處》（文章如下）

歐美安樂死合法後滑坡效應、實例說明及出處

2019年5月15日 張麗慧醫師提供

- ① 2002年荷蘭成為第一個「安樂死合法化」的國家，允許醫師在病人的要求下，為「承受無法忍受且無法治癒的痛苦」的病人，進行「安樂死」或「醫療協助自殺」。因此安樂死的病人並不必然罹患絕症。根據官方統計2012年有4,188例上述「醫療協助死亡」，到2017年上升到約7,000例。急遽上升的案例數引起公訴部門的關注，最後去年有四個案例需

要刑事偵查來釐清病人是否「經審慎評估」「自願」接受安樂死？並且是否確實承受「無法忍受的痛苦」？以及「是否沒有其他合理的替代方案」？四個爭議安樂死的案例：

(a) 84 歲老婦因為身體病痛而深感絕望

(b) 因為肺氣腫而自認行動非常受限制的老婦

(c) 癌症末期陷入昏迷

(d) 病人有阿茲海默症

後二例無法表達其意志，他們都被施行安樂死。



「雖然說我已痛苦萬分，
但是我仍然抱有信心」

(詠一一六 10)

天主教醫院
《病人自主權利法》
門診小手冊

發行人	洪山川
出版	天主教會台灣地區主教團 健康照護牧靈委員會
電話	(02)2732-6602
地址	台北市大安區安居街 39 號
網址	https://www.catholic.org.tw
發行日期	2020 年 2 月

本手冊版權為天主教會台灣地區主教團所有，
若有任何形式之複製與轉載敬請載明出處。



