

# 天主教會台灣地區主教團針對《病人自主權利法》之

## 聲 明

衛生福利部於 2019 年 1 月 6 日正式實施《病人自主權利法》(以下簡稱《病主法》)。該法預立醫療決定書中提供兩種醫療照護方式「維持生命治療」及「人工營養及流體餵養」。這兩種醫療照護方式的倫理評估十分不同，首先我們先評估「人工營養及流體餵養」，接下來再評估「維持生命治療」。

一、關於「人工營養及流體餵養」，《病主法》預立醫療決定書的醫療照護方式列出四個意願選項提供民眾勾選，此四個選項如下：第 1「我不希望接受人工營養及流體餵養」、第 2「我希望在(一段時間內)，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願」、第 3「如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定」、第 4「我希望接受人工營養及流體餵養」。民眾勾選、簽署並註記在健保卡之後，一旦經醫師確診為末期病人，或不可逆轉之昏迷、或永久植物人狀態、或極重度失智、或經中央主管機關公告之疾病狀況，醫院即可根據該法第 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」，然病人因缺乏生存基本的水分和養分而死亡，而非因本身的疾病而死，此舉已造成該為而不為之的被動安樂死。為何執行此選項為被動安樂死？說明如下：

(一) 水分和養分為人類基本生存所需之物，不能因為提倡拒絕醫療權而將其歸為治療項目。教宗若望保祿二世於 1995 年頒布的《生命的福音》通諭第 65 號明確指出，醫院必須提供病人水分和養分這兩樣基本生存之物。

(二) 水分和養分的要求適用於以下臨床病人：末期、不可逆轉之昏迷、永久植物人狀態、極重度失智、經中央主管機關公告之疾病狀況（目前已公告十一種罕見疾病：多發性系統萎縮症、裘馨氏肌肉失養症、遺傳性表皮分解性水泡症、亨丁頓氏舞蹈症、肢帶型肌失養症、Nemaline 線狀肌肉病變、脊髓小腦退化性動作協調障礙、脊髓性肌肉萎縮症、肌萎縮性側索硬化症、囊狀纖維化症、原發性肺動脈高壓，衛福部日後將陸續公告其他種類罕見疾病），一般情況下，這些病人並非處於瀕死狀態（瀕死定義見以下（六））。

(三) 美國主教團曾去信教廷徵詢是否提供病人水分和養分的問題，信理部明確回應醫院必須給予，即使是人工方式亦屬必要處置；

(四) 因此，不提供水分和養分，即使連人工方式亦不給予以致病人死亡，根據天主教會的教導，此即被動安樂死；

(五) 若病人的消化系統已失去功能，不再能接受食物或水分，就不需要強迫給予，也不需要長期使用靜脈注射；

(六) 若病人只剩數日或數小時的生命，此為瀕死狀態（請注意，病人情況確定為瀕死而非末期，**dying condition not terminal condition**），如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。面對瀕死狀態病人（瀕死而非末期），此時不再需要以人工方式給予水分和養分，因為病人正因自己的疾病趨向死亡，而非因為缺乏水分和養分而死。

天主教會醫院基於良心抗辯權，不能犯下第五誡—勿殺無辜者的理由，不得執行被動安樂死的行為，特此聲明。同時依 2018 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。

二、關於「維持生命治療」，天主教會的倫理評估較為複雜。首先，《病主法》並沒有把「末期病人」和「嚴重虛弱狀態(但非末期)的病人」區分開來。末期病人，例如經醫生判斷只能存活3-6個月的癌末患者；而嚴重虛弱狀態但非末期狀況的病人，例如不可逆轉之昏迷、或永久植物人狀態、或極重度失智、經中央主管機關公告之疾病狀況的病人，實際上這兩者(只能存活3-6個月的癌末病人，與嚴重虛弱狀態(但非末期)的病人)之間並不相同。為那些非末期、但嚴重虛弱狀態的病人(如上述不可逆轉之昏迷、或永久植物人狀態、或極重度失智、經中央主管機關公告之疾病狀況)，給予一般維生治療是他們應有的權利，例如以抗生素治療感染肺炎的永久植物狀態病患；而撤除維生治療也就是使他們被動安樂死，如感染肺炎的永久植物狀態病患，因得不到抗生素的治療而死亡。

關於醫師已宣判生命只剩短期的末期病人，天主教會有一般治療與特殊治療，或相稱與不相稱醫療照護的區別。亦即，為末期病人而言，人可以本著良心拒絕不再適合病人真正情況的治療方式，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。例如癌症末期病人(如只剩三個月生命)，不需要在道德上要求他接受痛苦和昂貴的心臟手術；只需給病人一般正常的照顧及提供基本的水分和養分即可。

三、關於《病主法》預立醫療決定書，醫療照護方式的第四個選項——「我希望接受維持生命治療」和「我希望接受人工營養及流體餵養」，無論為天主教信友或非天主教信友，這個選項都不能是完全正確的決定，原因如下：

(一)「我希望接受人工營養及流體餵養」，假如病人的消化系統已喪失功能，或正瀕臨死亡狀態，都沒有必要強迫給予水分和養分，也沒有必要給予靜脈注射。因為無論是消化系統已喪失功能，或正瀕臨死亡狀態，都不需要加給病人、家屬及醫院沒有必要的負擔。

(二) 「我希望接受維持生命治療」，同樣，由於教會教導已審慎說明，為末期病人 (terminal illness state)，沒有必要再給予以過度不相稱方式延續生命的治療。若此時繼續給予以過度不相稱方式延續生命的治療，是加給病人、家屬及醫院過度、不相稱的負擔，這點一樣不符合教會的教導。

## 結 論

關於「人工營養及流體餵養」，根據以上的說明可知，天主教徒不能選擇醫療照護的第 1、或第 2、或第 3 選項，因為這三個選項表達的是自願安樂死；而且天主教會醫院也不能同意執行這三個選項，因為所執行的是被動安樂死 (第 3 選項同樣不能勾選是因為代理人可能會選擇決定「停止給予」)。至於第 4 選項 (我希望接受人工營養及流體餵養) 雖非任何形式的安樂死，卻不夠仔細，容易加給病人、家屬和醫院沒有必要的負擔。

關於「維持生命治療」，根據以上的說明可知，天主教徒不能選擇醫療照護的第 1、或第 2、或第 3 選項，因為表明的是在以下這些臨床條件之下自願安樂死：不可逆轉之昏迷、永久植物人狀態、極重度失智，經中央主管機關公告之疾病狀況。而天主教會醫院不能執行這些要求，因為所執行的是被動安樂死 (第 3 選項同樣不能勾選是因為代理人可能會選擇決定「停止給予」)。至於第 4 選項 (我希望接受維持生命治療) 雖非任何形式的安樂死，對於末期病人卻同樣不夠仔細，容易加給病人、家屬和醫院沒有必要的負擔。「末期病人」和「嚴重虛弱狀態 (非末期) 的病人」不同；末期病人可以拒絕以過度不相稱方式持續生命的治療，依照台灣法律《安寧緩和醫療條例》，其中「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」和「不施行心肺復甦術同意書」的簽署，已經保障末期患者的權益，這一點與天主教會的教導相符合。

綜上所述，天主教會台灣地區主教團的教導如下：無論「維持生命治療」或是「人工營養及流體餵養」，天主教徒不能選擇第 1、或第 2、或第 3 選項，天

天主教會醫院不能執行這幾項要求，因為是執行被動安樂死，主教團這份針對《病人自主權利法》之聲明的首要表達重點即在於此。

其次，這份聲明的另一個重點是關於第 4 個選項（我希望接受維持生命治療和人工營養及流體餵養）。此選項雖非安樂死，然由於所使用的方式並不全然符合天主教會的教導，易為病人、家屬、醫院帶來沒有必要的負擔，為求謹慎，天主教徒最好也不選擇第 4 個選項。

天主教會台灣地區主教團