



理想與現實中的預立醫療決定

謝宛婷*

摘要

不論是國外經驗或是我國在《病人自主權利法》試辦計畫下之臨床現場觀察，皆可預見預立醫療決定難以成功地實踐病人自主，因為民眾傾向對於醫療選擇表達一個模糊的價值觀而非精確的決定，也無法呈現病人在接受資訊與做決策過程中的情緒需求和影響。若臨床疾病改變了病人的心智能力，其選擇是否仍與病前同一，關鍵利益及體驗利益衝突時應該如何處理，將使得做為一種延伸病人自主意願的預立醫療決定，在臨床情境上難以落實。雖然《病人自主權利法》賦予預立醫療決定法效力，但它並不是一種萬靈丹，也不等同於病人自主的核心概念與價值。本文建議，我國在法律和給付政策上，必須將預立醫療照護諮商與預立醫療決定脫鉤；執行上，必須透過醫師與病人持續地對話，才能落實預立醫療決定在臨床上的應用與價值。

關鍵詞：《病人自主權利法》、預立醫療照護諮商、預立醫療決定、推測承諾

* 謝宛婷：奇美醫學中心緩和醫學科主任、國立成功大學法律學系碩士
投稿日期：2019年6月9日；採用日期：2019年10月17日

壹、前言

人們為防疾病導致自己無法為想要或不想要的治療發聲，對未來的醫療決策做預先聲明（advance statement）¹在臨床上是常見的，病人未來在醫病關係的互動發展上也趨向於鼓勵醫病共享決策（shared decision making, SDM），²進行預立醫療自主計畫（advance care planning）的討論。然而，一旦這些預先的討論與決定成為法定文件，也就是我們所熟知的預立醫療指示（advance directive）或預立醫療決定，對於醫療自主保障所產生的效果或困境，在我國醫療實務上卻一直從未被清楚地討論過。預立醫療決定做為讓病人在失去自主能力的當下，重新擁有支配自己身體自主權的文件，在意義上是受到肯定的，然而，該決定是否能夠被精確地執行以體現病人自主的真意，以及醫療人員如何從該份文件獲知病人預先做出醫療決策時所依據的權益考量，³將會影響預立醫療決定的選項內容，以及這些選項是如何被衡量、決定乃至執行。有實務者主張應簡化文件上的選擇，給予臨床現場更多運用的彈性，也有人支持預立醫療決定應該呈現一份清單，鉅細靡遺地為每一種可能出現的臨床情境做勾選，在國外，發展預立醫療決定於歷史上有著許多的討論。⁴

預立醫療決定上的意願多涉及與生死相關的維生醫療決策，倘若基於選擇尊重自主，而選擇生命的品質遠勝生命的長度，那麼對於已經因為病程而無法表達意願的病人來說，預立醫療決定是否能稱得上是「真摯的承諾」並且適用在當下的醫療

¹ 與預立醫療決定（advance decision）不同，預先聲明是民眾預先針對自己的最佳利益，自主決定未來的醫療選擇，而預立醫療決定往往與法律效力結合，做為一種維生醫療抉擇的表述證明，是一種經由法律規範並保障的自主權範圍（Arora, 2018）。

² SDM一詞最早出現於1982年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。在1997年由Cathy Charles提出操作型定義，至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項（衛生福利部台灣病人安全資訊網，2016）。

³ 人們可能基於體驗權益（experiential interest）或關鍵權益（critical interest）而做出自己生活方式的選擇（Dworkin, 1993/2002）。

⁴ 根據德國學者Müller（2010, pp. 169, 181）的意見，如果要求全面狀況的指示，就會冒出一種如「50頁長的預立醫療指示」（50-seitige Patientenverfügung）的風險。

情境，將影響醫療執行端的決策與行動，因為涉及病人生命自主決定與醫師治療義務兩者之間的消長，甚至是衝突。一般來說，預立醫療決定是一份理性並經過縝密思考與衡量的文件，但從過去的研究中我們可以發現，情緒對預立醫療決定的影響（Herring & Wall, 2015; Munro, 2014）、心智能力的肯認決定了預立醫療決定的有效性（Heywood, 2005）、在醫療行為經濟學研究中發現假設的臨床情境預設會帶來所謂的錯想（Sunstein, 2014/2015; Ubel, 2012/2013）、醫師進行說明義務的程度（侯英玲，2014）、甚至預立醫療決定簽立過程上的程序瑕疵（古承宗，2017），都在影響著預立醫療決定的法效力考量，尤其我國《病人自主權利法》在2019年1月6日上路，雖然是一份限定疾病種類與階段的預立醫療決定，⁵但仍為非末期瀕死病人的拒絕維生醫療權開啟了大門。

本文第貳部分將透過檢視預立醫療決定討論與簽署過程所牽涉的價值觀、情緒與思考系統、心智能力、人格的同一性、決策的行為模式和心理學，闡述受到這些因素影響的預立醫療決定在法律保障病人自主權的願景上，究竟是一種理想的形式還是可以實際落實的規範；第參部分將討論《病人自主權利法》中的預立醫療照護諮商，不應只是做為簽署預立醫療決定前的法定義務，而應是一種具體醫病關係的互動及闡明選擇的重要過程，其與預立醫療決定之間也不是一種直接而狹窄的關係；第肆部分則依據醫療實務上在預立醫療決定執行時可能遇到的困境，試著勾勒出醫療實務過程中使用並解釋預立醫療決定的明確原則，以使該法律政策可以真正地強化並確保病人的自主權。

貳、不真實又難以執行的預立醫療決定

我國隨著《病人自主權利法》的誕生，才讓預立醫療自主計畫所產生的紀錄文件與法效力結合，但揆諸已經擁有預立醫療決定制度多年的國家，卻發現有一些重要的

⁵ 《病人自主權利法》第14條規範了在我國預立醫療決定適用的五款臨床條件，包含末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智，以及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。

問題，例如，使用率低、溝通匱乏、擔心濫用、醫師不願依照預立醫療指示內容執行，以及對預立醫療決定結合法律效力的需求程度不同等（Evans et al., 2012）。以下便針對這些問題探討可能的理由。

一、重要但不精確的價值觀

美國衛生與公共服務部（U.S. Department of Health and Human Services）下設的失能、老化與長照政策辦公室（Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy）在2008年向國會提出的一份關於預立醫療決定和預立醫療自主計畫的報告（Wenger, Shugarman, & Wilkinson, 2008）指出：

預立醫療決定希望引發民眾針對特別的照護情境去提出自己希望特別被照護的偏好，但民眾仍舊習慣僅描述自己的價值和目標，而預立醫療決定在實際的使用上也未如預期效益，因為醫師對於維生醫療的意見可能更傾向於自我的專業凌駕於預立醫療決定之上，以及預立醫療決定對於某種積極性的處置表達得不夠精確。因此，將討論的焦點置於照護所欲達成的目標上，可能遠比只討論某種偏好的照護來得有效。

這與臺灣衛生福利部目前在推行的「推廣《病人自主權利法》試辦計畫」中，某些民眾在諮商中的反應是一致的，民眾並不一定想要或者能夠針對特定的維生醫療表達想法，但卻可以描述「我不希望自己無意識地躺在床上」、「我很怕痛」、「我不希望拖累家人」這類的價值與目標。

我國衛生福利部在2016年與2017年計有兩次的推廣《病人自主權利法》試辦計畫，筆者所執業的醫療機構為參與的醫院之一，自2016年5月開辦預立醫療照護諮商門診後至2018年9月止，一共進行了99例民眾的預立醫療照護諮商，也同時完成了99份的預立醫療決定，其中，這99位意願人在五款臨床條件的維生醫療選項中幾乎都選擇了「不希望接受」的選項。99位意願人都是獨立的個體，也有不同的生命背景、價值觀及家庭關係，但是攤開其預立醫療決定卻一模一樣，試想，這些預立醫

療決定在未來將執行的當下，能夠帶給提供照護的醫療團隊任何明確而得以執行的資訊嗎？雖然已經做了不希望接受維生醫療的選擇，但是同一臨床診斷與條件下的病程和對病程的感受卻是因人而異，複雜的醫療臨床情境和病人簽署預立醫療決定當下所假設的臨床情境是否相同而得以適用先前的決策，皆可預見在預立醫療決定執行時的困難。尤其當意願人表達的不是一種「要求」的價值觀，而是一種「拒絕」的價值觀時，有時臨床上的決定會變得非常複雜。例如，腦部轉移的病人出現腦部腫脹、腦壓升高的狀況，但是因為經過判斷，病人即使使用降腦壓藥物而存活，仍舊無法恢復意識狀態，依照病人的價值觀是不希望在無意識的狀態下臥床賴活，所以就不會施用降腦壓的藥物。然而，病人因為腫瘤持續地發燒，使用一般的退燒藥物並無法退燒，在高低起伏極大的發燒病程中時而寒顫、時而盜汗，這時施用類固醇可以達到良好的退燒效果，符合病人對於舒適的臨終狀態的要求，但同時也因為類固醇的使用而使得腦壓降低，延長了病人的存活期，讓病人最不願意賴活的狀態延長。不管是退燒獲得良好臨終時日的品質，或是減少末期臥床的時間，都屬於病人「拒絕臨終過程冗長受苦」的價值觀時，僅僅類固醇一種藥物的使用就造成了結果與價值上的衝突，只要其中一種符合了病人的價值觀，另外一種就會被破壞，但是我們卻完全無法從預立醫療決定中得知，病人處在特定的臨床情境下時，其希望自己的價值觀以及對醫療偏好的選項要如何被彈性而適切地運用。

價值導向的預立醫療決定是在理想中想要被獲取的，然而，預立醫療決定卻不是一部價值的歷史書（Spranzi & Fournier, 2016, pp. 566-567），它其實僅僅就是一種朝向死亡之前的計畫，是一整批特定醫療選項的集合。面對著充滿各種樣貌的生命與病情的歷程，預立醫療決定即使完美地基於價值導向被討論與寫下，仍舊需要醫療人員去轉譯、衡量與闡明，因此，僅寫有維生醫療選項的預立醫療決定只是一種幫助末期生命決定操作的工具，與最初的理想假設——預立醫療決定可以做為病人價值觀的全然代表是有所落差的（Spranzi & Fournier, 2016, pp. 566-567）。

二、笛卡爾的錯誤⁶——排除情感會摧毀理性

我國的《病人自主權利法》希望具有行為能力的人才能進行預立醫療照護諮商並簽署預立醫療決定，無非是希望保障該決定的效力，是基於意願人對於資訊清楚理解的狀況下做出的選擇，並負起該選擇的風險，同時也期待這會是一個理性人的決定。然而，人做決定的過程並非完全理性的，因為人在思考或體驗時，情緒反應及過去經驗所帶來的好壞會影響最後理性的決策。因此，假設理性的決定並不一定吻合在疾病發生當下或過程中所發生事件帶給病人的感受，並連帶影響其醫療決定。人們的決定或許大多在一個理想的願望想法和一個——儘管只是猶豫不決地——對於現實的可接受性之間擺盪（Duttge, 2018）。

由新醫病模式架構起的世界是將情感排除在外的，一種假設的完美情境在道德與法律中誕生：病人只要了解全盤的資訊，就能依照個人的價值觀，做出對自己最有利的選擇（Ubel, 2012/2013）。然而，病人是有情緒需求的，在傳遞全盤資訊、要求病人衡量價值觀並述說決定的過程，我們卻完全排除訊息對病人造成的感受、激起的過去經驗，以及對未來想像的過度恐懼或擔憂，這些情況在日常的醫療情境中層出不窮，因此，醫病共同做出好的決定所遭遇的挑戰非常高，而當這些決定牽涉到生死時，情緒被忽略的嚴重性更應該受到嚴正的重視。

德國緩和醫療學會（Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2015）也提出實證研究，認為民眾無法精確地說出自己的預立醫療決定。看到這個令人懊喪的結果，或許會讓我們更加質疑預立醫療決定的效力，然而，即使民眾不記得自己的預立醫療決定內容，一個人做決策的過程卻不會輕易地有大幅的改變，因此，我們還是可以找到道理，而這個道理就是人會從過去的經驗累積、重新詮釋，然後透過即興的情緒整理

⁶ 取自Antonio Damasio的名著《笛卡爾的錯誤：情緒、推理和人腦》（*Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*），作者針對大腦額葉受傷的病人做了一系列重要的實驗，因為額葉受傷使得這些病人失去情感，但是這群人仍舊保有高度的認知能力，可以有條有理地分析所做的選擇，然而，這些選擇往往不合邏輯，同時也無法感覺與體會那是否為一種對的選擇（Damasio, 1994/2007）。

而創造出來。⁷因此，如果在討論醫療選項的過程中，能夠關注情緒與生命經驗對民眾決策過程所產生的影響，將可衡平僅以理性資訊分析就做成的醫療決策，其法律預設效果在未來真正面臨選擇時因為實際情境中的掙扎與猶豫而有所偏離。

三、人格的同一性與變動的偏好

生病前的自己和生病後的自己，簽署預立醫療決定的自己和執行預立醫療決定當下的自己，哪一個才是自己？一直是恆久爭執的議題。如果預立醫療決定中體現的價值是一種人格的保障，那麼我們就必須確定，根據預立醫療決定所執行的照顧能夠保障受照顧者的人格。然而，人格永遠都是同一的嗎？在《病人自主權利法》的試辦計畫中，可以觀察到兩種截然不同的考量：關於意志的和肉體的。例如，針對不可逆轉的昏迷或是永久植物人的狀態，對於某些意願人來說，失去意識等於失去了自我，已經不再具有感知與主宰的生命便不再是他的人生，因此，在這樣的狀態下絕對不想接受維生醫療，這一類的意願人顯然較為在意是否還能行使人格這樣的概念。然而，也有另外一群意願人在意的是如末期病人的狀態，因為可能還是處於清醒的狀態，對於疼痛等會影響生活品質的劇烈不適較為重視，而認為假如已經是不可逆轉的昏迷或是永久植物人的狀態，因為已經不會感知疼痛與反應，所以是否使用維生醫療較非其首重之事，甚至可以交由他人決定或遵從專業的意見。前述的兩種意願人挑起了一個有趣的哲學思考：個人同一性的關鍵若是相同的人格，那麼即使肉體發生了缺損或改變，只要一個人的記憶、信念、渴望、目標、志向與恐懼都維持不變，就具備有相同的人格，而這就是人格論者所稱人格同一性的觀念（Kagan, 1997/2015）。⁸

人格的同一性在醫療臨床現場面臨了兩個重要的挑戰。第一，疾病會導致心智能

⁷ 英國學者Nick Chater主張人的心智是扁平的，心靈深度是一種錯覺，心智即與發揮是為了讓思考和行為盡可能一以貫之，符合我們的個性，因此大腦必須不斷努力讓當下的想法與行為與過去一致。我們就像法官，參考不斷增加的過去案例，再重新詮釋，為新的案件下判決，所以心智的祕密不在於所謂的深層的內在，而在於非常善於運用創意，參考過去的主旋律，即興揮灑出當下（Chater, 2018/2018）。

⁸ Shelly Kagan教授所開設的「令人著迷的生與死」課程，是耶魯大學（Yale University）最受歡迎的哲學課，目前也是常春藤名校（Ivy League）的線上開放課程之一。

力（個人理解資訊、留存記憶、衡量價值及表達溝通的能力，相當於醫療決策能力）的改變，如果由大腦所運作的心智能力是人格同一性重要的關鍵，⁹那麼人格同一性是否會因疾病導致的心智能力變化而遭受破壞？是否還值得信任？第二，即使人格具有同一性，人類還是可能因為體驗利益的影響，而使得自己對於醫療選項的選擇發生偏好上的變動。

上述這兩個挑戰也衍生了在法律上待處理的議題。首先是如何確保心智能力受損的病人，在做決定的過程中仍舊依循著自己的人格同一性做為基礎而執行審議（deliberation）與決策，使得預立醫療決定上對於醫療選擇所顯示的承諾是對他人具有約束力的，而在此處經過保障的程序在未來不應再受到質疑，否則將破壞法的安定性。因為在文獻中顯示，一旦預立醫療決定在執行之時發生爭議，這是否為一份具有效力的預立醫療決定，在法庭上常受到過於嚴苛的檢視，並且因為難以舉證之故，法官常以不夠有說服力及不夠具有信賴性而推翻該預立醫療決定的效力（Heywood, 2005）。再者是因為有偏好變動的可能性，若是依照醫學照顧能力的發展、個人生命經驗的累加、身心靈需求或功能體力的改變，病人對於某臨床情境的偏好已經變動，但是預立醫療決定並沒有經過定期的檢視並修改，已經變動的偏好是否仍與預立醫療決定相應和，則需要重新確認。

合併上述兩個挑戰，我們應當確保病人在預立醫療決定之時盡可能保障其人格同一性，而在執行預立醫療決定時，倘若病人仍可表達，則必須關注由病人當下所表達對其本人而言已經變動的偏好，才有可能提升預立醫療決定的信賴性。此概念在2019年6月所公告針對《病人自主權利法》第15條的修法中，規定醫療人員執行預立醫療決定前需向意識仍清醒的末期病人再度確認，¹⁰以達實踐目的。然而，在《病人自主權利法施行細則》中，當具有心智能力的病人在當下表達與預立醫療決定不同的偏

⁹ Kagan（1997/2015）教授認為「大腦理論」就是「人格理論」。

¹⁰ 《病人自主權利法》第15條修法後內容為：「醫療機構或醫師對前條第一項第一款及第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。」與舊條文相較，加入「第一款」指的是末期病人，自此將可執行預立醫療決定的五款臨床條件病人可能還具有意思能力者之當下意願納入法律保障。

好時，其處理程序所設下的障礙，恐怕與倫理和母法的立法精神有違（Wiesing, Jox, Hessler, & Borasio, 2010），¹¹此議題將於下節中說明。

四、小結

民眾傾向對於醫療選擇表達一個模糊的價值觀而非精確的決定，預立醫療決定可能無法被精準地直接使用在複雜而具體的臨床情境上，而預立醫療決定假設是由理性人所做出的理性決定，也無法呈現病人在接受資訊與做決策過程中的情緒需求和影響。再者，臨床疾病若是改變了病人的心智能力，該病人的人格是否仍與病前同一？我們應該明瞭人格的同一性，但是尊重意思能力已經改變過後的病人根據其體驗利益之不同表達，這些模糊而不確定性的現實，將使得原本是一種延伸病人自主意願理想形式的預立醫療決定，在醫療臨床上難以落實，或是容易受到質疑。

參、預立醫療照護諮商和預立醫療決定的相關性

在我國的《病人自主權利法》第9條中，預立醫療照護諮商是一種簽署預立醫療決定的法定義務，用意雖為促進醫病溝通，保障意願人對於醫療選項的了解及選擇的正確性，但似乎也因此導致預立醫療決定成為預立醫療照護諮商後的必然結果，並且在時間與給付的限制下侷限了預立醫療照護諮商的討論內容。以下將透過闡述預立醫療照護諮商的實行與意義，還原預立醫療照護諮商在醫療實務中應有的角色，以及預立醫療照護諮商和預立醫療決定彼此之間的關係。

一、保障自主的預立醫療決定同時限制了病人決定的自由

我國的《病人自主權利法》賦予了在特定臨床條件下的拒絕維生醫療權，然而，做為一種尊重病人自主的有力工具，預立醫療決定卻有可能在碰觸病人自主真正的內涵時變成一種矛盾的衝突，除了顯而易見對於維生醫療的想法，代表著對身體支配的主控權，病人自主也應該包含尊重病人做決定的自由，究竟是讓病人保持做決定之差

¹¹ 根據Urban Wiesing教授的意見，病人意願表達的效力具位階層次，在最上位的是「具有行為能力的病人現時當下的意願」，其次才是「預立醫療指示」。

異的自由更為尊重病人自主，還是一致地貫徹原先的想法與意志才是尊重病人自主呢？人類是一種充滿想像的生物，而對於未來病後的情境被寫定於一份預立醫療決定中，其實有許多民眾對此是感到恐懼的（Spranzi & Fournier, 2016）。在我國《病人自主權利法》的相關規定中及根據臨床現場運作之條件下，預立醫療決定可能在以下三種情境讓病人自主受到限制：

（一）意識清楚且具心智能力的病人表達不同於預立醫療決定上之意願的自由

《病人自主權利法施行細則》第8條規定：「意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本法第十二條第一項全民健康保險憑證之預立醫療決定註記，或同條第二項預立醫療決定掃描電子檔不一致時，意願人依第六條撤回或變更前，醫療機構應依其書面明示之意思表示為之。但意願人書面意思表示之內容，係選擇不接受維持生命治療或人工營養及流體餵養者，於撤回或變更程序完成前，醫師仍應依原預立醫療決定註記或醫療決定掃描電子檔之內容為之。」該條文揭示了預立醫療決定甚至凌駕於病人於醫療過程中由書面所明示之意思表示。如果一個生病之人本身的感受（人性尊嚴）、對於當下醫療資訊的理解與衡量並進而思考與決定的自由（醫療自主權）才是病人自主最重要的面向，那麼一定得要經過預立醫療決定變更程序完成後才能拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養，無疑地是強制一個病人去繼續接受他所不想接受的治療方式，成為對病人自主的侵害。雖然依條文之意，原本選擇不接受維持生命治療的病人，出示書面明示的意思表示後就可以接受維持生命治療，不同於前述由接受改為不接受者需待預立醫療決定變更程序完成，然而，要求預立醫療決定變更才能尊重病人已經隨著臨床狀況變化而改變決定的自由，似有本末倒置之感。若觀《病人自主權利法施行細則》原始草案¹²將發現，其第8條的理由說明更為細緻地處理

¹² 《病人自主權利法施行細則》草案於2018年6月1日由衛生福利部公告（衛部醫字第1071663160號），第8條理由說明為：「一、意願人有本法第十二條第三項情形時，應依第六條第二項之規定，辦理變更。惟為維護病人最佳利益，於意願人完成變更預立醫療決定之程序前，醫療機構或醫事人員得依其書面意思表示之內容為之。二、書面意思表示為接

了這個情境中所欲保護的價值，也就是當病人要求治療時，只要出具書面明示的意思表示就會受到尊重並給予所需的治療，即便是病人從原本希望治療轉變為不希望繼續治療的想法，原始草案則表達了只要醫療團隊願意尊重，亦得依病人現時當下的意願予以移除之，讓醫病關係之間的溝通與決策更為彈性，然而，最後公告的正式版本則已失去這一層意義。

（二）意識清楚且具心智能力的病人表達不同於預立醫療決定上之意願，但第三方堅持執行預立醫療決定

醫療專業人員對於預立醫療決定的看法兩極，有人擔憂預立醫療決定凌駕個人醫療的專業判斷，即使醫療人員認定有需要進行積極救治的義務，也會受到預立醫療決定的箝制；也有人認為，由於法律上要求醫療人員必須尊重且執行預立醫療決定，因此不論當下具體的臨床情境是否適於施用該預立醫療決定，一概堅持執行或是轉診，那麼有可能因為受到預立醫療決定並不真實精確的關係，反而侵害了病人在臨床情境當下自我決定的權利，或是為了執行預立醫療決定的轉診而讓病人的健康或生命在轉診所延遲的時間中受到了損害。事實上，《病人自主權利法》第14條第3項明文規定：「醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之」，將醫療機構或醫師的專業判斷及執行意願做為執行預立醫療決定的前提，對專業判斷或意願給予相當程度的尊重。基於此，當意識清楚且具心智能力的病人表達不同於預立醫療決定上之意願，或是醫師的專業判斷與意願和預立醫療決定有違時，醫療團隊可不必擔憂法律上的責難而勉強執行預立醫療決定，可彈性決定處置。然而，在理想的臨床情境中，即便如此，仍應盡可能地與病人討論，必要時建議其採取變更

受維持生命治療或人工營養及流體餵養者，第二項要求醫師應即予以所需治療，書面意思表示為拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養者，意願人應先進行第六條第二項之變更程序，但在變更程序完成前，亦即註記更新前，醫療機構得依其書面意思表示終止、撤除或不施行其所欲拒絕之醫療措施。」草案條文為：「意願人於臨床醫療過程中，其書面明示之意思表示，與本法第十二條第一項全民健康保險憑證之預立醫療決定註記，或同條第二項預立醫療決定掃描電子檔不一致時，意願人於完成第六條第二項撤回或變更程序前，醫療機構應依其書面明示之意思表示為之。」

預立醫療決定的程序。

（三）意識不清楚或不具心智能力的病人最佳利益與預立醫療決定互相衝突

經過倫理、醫療專業的考量後，有些特殊的醫療情境經過最佳利益判斷後所應採取的策略，可能會與預立醫療決定之內容不同，進而產生衝突，這類情境容易發生在自殺、意外，或是身體健康突然惡化但治療的效益在治療初始有評估困難的病人身上。倘若病人的自殺是因為原有的身心靈苦痛並未受到合適的緩解，那麼即使病人已經進入需要緊急救治的狀態，且具有一份不希望接受維生醫療的預立醫療決定，基於自殺病人的最佳利益必須否決預立醫療決定在當下的適用，聽來甚是合理，但仍可能產生一種片面的視角，僅看見病人自殺當下的情境不能類比病人不希望接受維生醫療的情境，卻忽略了病人的自殺其實也只是一種結果，來自於醫療照護未竟全功或確實已無任何方式可緩解病人極度痛苦的生命狀態，那麼自殺只是一種想要解脫該極度痛苦卻無從改變狀態的外部行為表示，但實際上是基於病人對於生存狀態之自主決定。這樣的情境下，若是搶救後無法讓原始的身體狀態有任何的好轉，那麼應該尊重病人的預立醫療決定，而非臨床情境當下某個時間橫斷面的最佳利益，如此才有辦法更好地實踐病人所在意的價值。但是，判斷醫療是否已竟全功或病人已無其他更好的生活方式可以選擇，卻是非常難由法律規範的，這仰賴的是醫師對於該病人整體病程的理解、家人對病人的描述，以及疾病歷程所造成病人的生活品質或身心靈的壓力與損害，才能決定當最佳利益與預立醫療決定兩相衝突時，應該尊重何者。也因此，在這類情境下，預立醫療決定有可能做為病人自主最後的捍衛，也有可能僅是一個協助我們進入病人價值觀世界並進而討論最佳利益的起點（Bonner, Tremlett, & Bell, 2009）。而這樣的辯論，正是病人自主最核心的關鍵之一，也就是病人自主是展現在關係中的，會受到疾病所相關的身心靈議題所影響，所做出的醫療決定也會受到周遭關係脈絡的影響，例如，家人願意提供照護的意願、病人對家人的期待所做出的妥協等。

二、預立醫療決定和預立醫療照護諮商應該脫鉤的理由

相較於預立醫療決定，預立醫療照護諮商是在資訊充足的情況下，以個人為中心，與醫療團隊及家屬和醫療委任代理人充分地溝通，達成具有共識的計畫內容，計畫內容需被做成紀錄，可隨個人需求定期回顧或修訂，並具有以下四項好處：（一）建立信任：病人可自己決定醫療照顧意向，參與醫療決策，保護了其自主的倫理和法律權益，讓醫療人員、病人和家屬之間了解彼此的意願及想法，甚至可拉近彼此之間的關係；（二）協助減少混淆與衝突：減少了家屬友人彼此間因意見不同而造成的衝突，消除家屬和照顧者為當事者做重大決定時，可能產生的焦慮、矛盾和內疚；（三）降低不確定性：促進病人思考自身的健康狀況，提升後續照顧品質，減少醫療團隊因擔心糾紛而採取的防禦性醫療措施；（四）促進平安：解除當事者對於「接受過度無效醫療折磨」的恐懼，降低長時間無效醫療帶來的病家經濟負擔、社會醫療成本支出（Detering & Silveira, 2018）。預立醫療照護諮商著重在針對生命未來計畫的討論過程，並釋明病人的疑慮，讓病人獲得對於未來掌握的確定性，例如，依照病人意願減少維生醫療的使用並且避免不必要的入住加護病房，僅是預立醫療照護諮商中所討論的一環，而非全部。

根據我國通過《病人自主權利法》的脈絡，是為了保障特殊醫療拒絕權而立法，因此，預立醫療決定僅僅表達了民眾對於維生醫療的最終決定，而非對應到整個生命計畫，更無法兼顧生命計畫中的所有變動及感受；此外，與其他重要關係人的連結，亦無法包含根據病人的照護地點及所希望的照護模式進行資源的連結與轉介。¹³

我國《病人自主權利法》將預立醫療照護諮商做為簽署預立醫療決定的法定義務，不管是國家在該醫療健康照護行為上的給付政策考量，或是民眾參與預立醫療照護諮商的意願，均有可能反而受到預立醫療決定的限制。因此，在給付或是推廣的政策上必須將預立醫療照護諮商與預立醫療決定脫鉤，除了推廣簽署預立醫療決定的理

¹³ 預立醫療決定書的草案版本中有第二部分的「其他照護與善終選項」，較為符合預立醫療自主計畫（《病人自主權利法》中稱為預立醫療照護諮商）的精神，包含：一、遺愛捐贈；二、照護處所；三、後事安排；四、宗教信仰；五、其他（愛的話語）。

念外，宜將更多的資源投注在協助民眾進行預立醫療照護諮商，才能真正達到醫病共同討論未來生命計畫的成效，也能提升預立醫療照護諮商的品質。若是僅將預立醫療照護諮商視為預立醫療決定的過程要件，則可能忽視了預立醫療照護諮商本身才是促進醫病關係和諧、提升善終品質最核心的關鍵。

三、預立醫療照護諮商過程的重要性甚於預立醫療決定的內容

2018年，由約翰·霍普金斯大學（Johns Hopkins University）的研究團隊所主持的“MIND at home”計畫，將預立醫療照護諮商做為病人照護介入重要的一步，且證實其影響了一個好的社區照護結果（Tanner et al., 2015）。加州大學洛杉磯分校（University of California, Los Angeles）的阿茲海默照護計畫團隊也在2018年舉辦的亞洲高齡大會發表了相關的報告，同樣證實了預立醫療照護諮商促成了一個高品質、有效率的社區失智症照護（The John A. Hartford Foundation, 2018）。比起預立醫療決定，更多的文獻或是研究計畫則更為強調預立醫療照護諮商的重要性，因為預立醫療照護諮商能夠讓病人參與，表達他們的偏好，讓會談者了解尊嚴與自主之於病人真正的具體實踐，澄清家屬的擔憂與誤解，同時對醫療情境進行說明。例如，一般的病人對於「插管」指的是「氣管內插管」而非「鼻胃管插管」時常分不清楚；或是誤認昏迷的病人仍舊會感到非常疼痛；關於各種輔助療法過度或錯誤的想像、信任或疑慮；而一個病人的醫療決策還包含其認知與資源的影響（包含過去照護親人的經驗、家中的經濟和照護能力、甚至是租屋處無法善終往生的限制）。這些討論不只揭示病人對醫學治療的偏好而是對生命整體的想法，也提升了醫療照護關係中的文化敏感度，均是預立醫療決定所無法達成的結果，且預立醫療決定也不應該是預立醫療照護諮商結束時所指向的終點。

美國國家衛生研究院（National Institutes of Health）在2010年所提出的報告書中（Sabatino, 2010），關於預立醫療決定給出了許多關鍵的提醒，包含預立醫療決定不該被追求完成並認定是醫療決定的最終解方，而應是有利諮商過程的工具組；預立醫療照護諮商的目的不是完成預立醫療決定，而是和家人與醫師討論未來，而且要包含財務考量、家人關注的核心及靈性議題，還有照護病重或老年病人帶給家庭的困擾；

僅用法律要求來保護病人將會適得其反，可能造成只追求簽署量而非實質的討論過程，而且預立醫療決定不能因為形式上易於完成而導致意願人怠於進行討論，進而忽略該權利保障的實質內涵，口頭指定醫療委任代理人甚至應該被允許。此外，德國《民法》在第1901b條規定：「負責治療之醫師，應依病患之身體狀況，而預測應採取何種醫療處置及指示如何治療之步驟。醫師與輔助人，應以受輔助人之意願為主，檢討有關之醫療處置，而做出依第1901a條之1規定¹⁴所應為之決定。」（國立臺灣大學法律學院，2016）亦在預立醫療決定執行的過程中確立了「商量性程序」，再次保障預立醫療照護諮商所展現的核心精神。

四、小結

預立醫療決定可能在程序上或理論的實踐上限制了病人的自主與自由，同時，預立醫療決定僅是預立醫療照護諮商部分的結果，不應將之視為同一件事，也不應減少或限制醫病之間關於生命照護計畫的討論，我國在法律和給付政策上的考量，必須將預立醫療照護諮商與預立醫療決定脫鉤，才能避免預立醫療照護諮商僅為了預立醫療決定的簽署而存在之缺憾。

肆、醫療實務上使用預立醫療決定的根本性原則

德國學者Gunnar Duttge在其著作中表示，預立醫療照護決定病患自主的崇高理

¹⁴ 德國《民法》第1901條之1規定：「（第一項）對於一有意思能力之成年人，就日後陷入無意思能力時，針對提出聲請時尚未面臨之健康檢查、身體治療或侵入性之醫療處置，而為同意或拒絕所提出之書面聲明，應由輔助人加以檢驗，該聲明是否符合現在之生活及治療情形。如有符合者，輔助人應明確表明受輔助人之意願，並依其同意書加以履行。病患意願同意書得以不要式方式，隨時撤回之。（第二項）未訂有病患意願同意書或該病患同意書之內容且未符合其現在之生活及治療情形者，輔助人應以受輔助人明示或可得推知之意願，或以其為基礎，決定是否同意或拒絕第一項所定之醫療行為。所謂可得推知之意願，應以具體之情事為依據。於此情形，特別應斟酌受輔助人先前已口頭或書面所為之意思表示，或考量受輔助人其對倫理及宗教之信念，或其個人之價值觀。」觀之，可知德國的預立醫療決定為一要式行為，需提出「書面聲明」，但只要是有意思能力之人，欲更動書面聲明時，或是無書面聲明但有明確的可得推知之意願，與我國的《病人自主權利法》相較，在法律程序上較為彈性、寬鬆，且尊重範圍較為廣泛。

想並非僅僅在「紙上」予以肯定（即書本上的法律，law in books），同時也要在醫療實務，亦即在具體的醫病關係中表現出來（即事實運作中的法律，law in action）（Duttge, 2018）。本文認為，依循以下所提出來的幾個原則，有助於讓醫療人員在法律所認同的基礎與原理上，明確地去適用與使用預立醫療決定。

一、有效性的確認與注意義務的範圍

當預立醫療決定符合法律中所規定可以生效的臨床條件時，並不表示預立醫療決定就要立刻執行，在我國《病人自主權利法》中，經過兩位專科醫師的確診後，必須再經由兩次的緩和醫療團隊照會，才能開始執行，則該預立醫療決定在形式上的審核及執行時注意義務的射程範圍，在預立醫療決定執行前必須完成確認。《病人自主權利法施行細則》第15條：「本法第十四條第二項所定緩和醫療團隊至少二次照會確認，為在相關專科醫師確診後，協助確認本法第八條第二項病人之預立醫療決定及其內容」的規定，僅指示確認預立醫療決定及其內容，形同雞肋，並無法體現兩次緩和醫療團隊照會介入真正可以發揮的價值，應參酌《病人自主權利法施行細則》草案的內容：「本法第十四條第二項所定緩和醫療團隊至少二次照會確認之目的，係指在相關專科醫師確診過程中輔助其有關病人生理、心理及靈性痛苦之評估，並判斷確診後啟動緩和醫療照護之時機與方式。本法第十四條第一項第五款之確認得包含輔助相關專科醫師評估依當時醫療水準是否有其他合適之緩和醫療作法。」緩和醫療團隊應針對醫療情境進行評估判斷，如預立醫療決定和病人當下需求的關聯性、最新的醫學進展、病人當下的現時意願，以及本人與代理人是否曾有意願上的改變，以確認該預立醫療決定的有效性。至於是否執行該預立醫療決定，只要經過審慎合理的判斷後認為吻合可以執行預立醫療決定的情境，就已盡到執行預立醫療決定當下的注意義務；倘若經過合理的程序與情狀確認，認為不可執行，則亦盡到執行預立醫療決定的注意義務。上述狀況均不可事後由法律介入，責難醫療團隊執行或不執行預立醫療決定讓病人的權利受到侵害（British Medical Association, 2007）。有鑑於過去的研究顯示，除了緩和醫療團隊外，一般的醫療團隊較難辨識並處理執行預立醫療決定前後或當下，病人與家屬所面臨的身心靈議題（Kok et al., 2018），因此草案中特別強調在生理、

心理、靈性痛苦的評估。

二、重視決策過程，而非偏好的治療選項

在心智能力完全時表達不願意接受鼻胃管灌食的失智症病人，當經歷失智的進展，必須使用鼻胃管時，經過嘗試性的使用，發現並不影響病人的快樂與生活品質，但是一旦不繼續使用鼻胃管灌食，病人就會面臨自然死亡的生命終點，此時，就病人的人格和尊嚴意志及價值觀的考量，應該尊重其關鍵利益——不要接受鼻胃管？還是體驗利益——可以繼續嘗試鼻胃管，因為生活品質似乎不受影響？

一旦病人的心智能力開始受損、或是意識進入起伏不定的狀態，就必然會面臨上述的難題。此時，並非在關鍵利益或體驗利益¹⁵中選擇，而應先釐清關鍵利益和體驗利益對於該病人所代表的意義，而這也與過去病人在面臨決策時的行為模式極為相關。因此，要回答的問題便不是選擇關鍵利益還是體驗利益的是非題，而是應該檢視為什麼會發生這個需要選擇的情境、由誰來做決定最為合適，以及決定如何被做成（Giles et al., 2016），如此才有可能在過程中真正地實踐並尊重病人主觀的價值，達到保障其自主人格的正負價值的最大總和，並產生「最適切的決定」之結果。¹⁶雖

¹⁵ 根據學者Dworkin（1993/2002）在其著作《生命的自主權》（*Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*）中之闡明，時間在兩種不同的權益上扮演了不同的角色，體驗利益是往前看的，而且相當具有時間敏感性，如果沒有經歷即將到來的事，就無法發生未來的體驗，甚至無法知道這些體驗是否真的會發生，或是那些體驗是真是假。而關鍵利益則和時間較無關係，例如，一生希望達成什麼樣的成就，那麼在哪個時間點便不會太過重要。當前後兩個時間點的體驗利益有所不同時，顯示原先的判斷（當時是建立在預測的特質上）是錯的，也就是說，後來的自我並不贊成先前自我的決定；但是當關鍵利益前後有所不同時，不見得先前的判斷是錯的，因為關鍵利益並不是建立在預測的特質上，很有可能後來的自我所做的才是錯誤的決定。

¹⁶ 本文認為，在倫理上，困難醫療決定的倫理考量可以結果主義（consequentialism）來探討。結果論主張判別行動好壞或是非的標準，依該行動所產生的結果（consequence）而定，如一行動能產生好的結果，該行動就是好的，也就是道德的；一個行為的對錯要視該行為就總體而言是否達到最高內在價值來決定，即結果主義的道德推理取決於道德行為的後果。就倫理學價值理論（ethical axiology）而言，它可以稱為「相稱主義」（proportionalism）。相稱主義的基本出發點是：道德應然以價值實現為基礎。依此，道德上正確的行為就是，從人性整體（Gesamthumanum）考量時，能實現最大價值的行為。由於大部分行為在實現某些價值時，都同時帶來一些負面的價值——這情形尤其以價值衡

然，病人有可能認為選擇當下的意志最為重要，並不一定需要衡量該行動所產生的結果是否為正負價值的最大總和，而產生病人意志與最適切決定的衝突，可認為是病人自主與最佳利益的衝突。然而，與其他情境不同的是，醫療決定並非是一種對他人的行為或法律上產生相對關係影響的行為，而僅是一種發生在自身生老病死過程中的行為，且隨時可能因為臨床情境的改變或是前一個決策所產生的結果而變更其意願和行為。因此本文認為，就醫療決定而言，病人的意志和最佳利益並不會產生真正的衝突，因為病人會直接受到意志所衍生的後果所影響，而病人亦不可能選擇讓自己加重痛苦或是持續不利的決定，因此並不會產生過於負面的行為結果。

在臨床實務上，必須透過醫療專業的討論，了解病人是否已別無選擇而落入必須進入價值衝突的決定情境，例如，其實病人可以由口緩慢進食，但卻因為缺乏吞嚥訓練的語言治療師介入指導，使得照顧者一籌莫展而必須選擇置入鼻胃管的決定。再者，必須了解病人過去做決策時所依賴的重要參考，例如，是來自於醫療團隊的專業建議、代理人的意見，還是限時嘗試治療後的感受，縱然臨床上必須避免過早將病人自主權交至擁有代理決定權之人的手上，但若這是病人所習慣並仰賴的決定模式，那麼不論是病人所信賴的主治醫師、或是家人，就必須一起開立家庭會議，決策出病人最有可能衡酌出的決定。最後，仍必須處處謹慎地檢視決定被做成的過程，反覆地抽絲剝繭與討論，在做決策的基礎上，哪些因素會是病人視為優先考量的，並永遠謹記重要的並非治療偏好本身，而是病人希望決定如何被做成（Rid et al., 2015）。

三、預立醫療決定應居於受最大尊重的輔助角色

我國《病人自主權利法》推動預立醫療決定制度與政策的上路，是促進病人自主受到尊重的重要里程碑，在德國聯邦最高法院（Bundesgerichtshof）的相關見解中，已經認同預立醫療決定可做為推測意願阻卻違法，但該預立醫療決定是否具有強制的約束力，則視病程、病人做預立醫療決定之時的自由，以及該決定是否具確信的基礎

突的處境最為明顯，相稱主義便要求，同一行為所帶來的正價值與負價值之間應有相稱性（Verhältnismäßigkeit）。當這個相稱性存在時，才有實踐該行為的相稱理由（proportionate reason）（孫效智，1995）。

而定（古承宗，2017）。考量本文所討論的預立醫療決定在預立與執行時的特性，臨床實務雖然不一定受到預立醫療決定的強制約束，但卻必須給予最大的尊重，因為預立醫療決定是病人自主人格的延伸，在這樣的原則下，家屬父權必須退讓，即使病人在有心智能力之時習慣交由家人行使決定的權利或是傾向聽從家人的建議，但那也只是一種決策過程的方式，家人的決定並非必然代表病人的決定。依此判斷，我國《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》第6條中指出：「諮商機構應就諮商之過程作成紀錄，並經意願人及參與者簽名；其紀錄應併同病歷保存。」預立醫療照護諮商紀錄所討論的內容比預立醫療決定的內容更廣，也更能展現病人做決策時所執的價值基礎之優先順序，亦是一份書面的紀錄，其重要性並不亞於預立醫療決定，均應受到最大的尊重。

四、運用三階段討論模式提倡病人和醫師持續地合作

德國學者Gunnar Duttge在著作中引用曾經攻讀法律的德國著名作家與作曲家Ernst Theodor Amadeus Hoffmann說過的話：「人類的意願是一件易碎品，從彼處吹來的微風往往將其折裂」（Duttge, 2018, p. 26），深刻地表述著，與其期待病人成為一個堅定不移的表意者並堅守自己在預立醫療決定上的承諾，不如理解人類的決定總是在各種理想的願望中擺盪出一個可堪接受的現實決定，在這個不完美甚至可能隨時變動的過程中，不會變動的是醫病之間持續不輟的諮商與討論。本文建議一個理想的討論方式，可以借用在醫病SDM中所運用的三階段討論模式（three-talk model）理論：從討論可能的臨床選擇（choice talk），經過賦予足夠的資訊及說明各種替代性的選項後，討論每一種選擇的可能性（option talk），之後經歷審議的過程納入病人的價值觀與偏好進展，最後進行決策性的討論（decision talk），才能產生一個好的決定（Glyn et al., 2017）。

即使病人的自主決定在預立醫療決定上會遭遇情緒、認知、經驗、病程感受等影響而無法呈現出一種不會變動的理性結果，醫療上亦不應該放棄成就這件事的過程，且更因基於對於病人脆弱而搖擺的意志之真相，透過預立醫療照護諮商討論行為的幫助讓病人自主得以體現；病人的自主並非僅僅藉由預立醫療決定這份文件的紙面上呈

現，更應該在醫病關係中運用更具體的技巧與策略加以體現。

五、小結

預立醫療決定縱然不是病人自主的最終解方，但卻可以透過重視做決策的過程、遵循該有的程序及運用建議的技巧，盡可能完善病人自主的保障。同時，法律在預立醫療決定的運用上，不應建立無法遵守預立醫療決定的懲罰制度，而應著重能達成合理確信臨床情境適用該預立醫療決定的審辨過程。此外，緩和醫療團隊的會診不應只是檢視預立醫療決定的內容，而應針對醫療情境進行評估判斷、檢視預立醫療決定和病人當下需求的關聯性、最新的醫學進展、病人當下的現時意願，以及本人與代理人是否曾有意願上的改變，並發揮辨識覺察與處理身心靈症狀的專科能力，才能體現《病人自主權利法》關於預立醫療決定所欲保障的核心價值。

伍、結論

不管是國外數十年實作經驗之檢討，或是我國在《病人自主權利法》試辦計畫下之經驗與醫療臨床現場關於醫療決策過程的觀察，都可預見預立醫療決定難以成功地實踐病人自主；雖然可將病人對於生死相關的醫療決策和法效力相結合，也可以繼續尊重已失去行為能力者的權利，但它並不是一種萬靈丹，也不等同於病人自主的核心概念與價值，甚至可能限制了病人在未來自主做決定的自由。但即便如此，預立醫療決定仍可做為一種導引追求體現病人價值的重要方式。

本文經由分析預立醫療決定易於施用失敗的因素，在預立醫療照護諮商乃至做成預立醫療決定的過程中，探討如何注重價值觀的辨識、理解情緒的運作，並且重視做成決策所運作的溝通商量程序及技巧，提出具體的醫療實務臨床運作原則之建議。同時，對照我國《病人自主權利法》之條文規定，釐清法律在臨床實務上使用預立醫療決定明確的角色，不宜過度著重形式或程序上對醫療照護人員的強制約束，也不宜過度質疑預立醫療決定做為病人重要推測承諾的地位與價值，期能提供醫療與法律實務者對預立醫療決定在醫療臨床上使用時可能產生的疑慮之初步討論與建議。

參考文獻

古承宗（2017）。預立醫療決定於刑法上的意義與適用。月旦刑事法評論，7，17-39。

【Ku, C.-C. (2017). The meaning and application of advance decisions in criminal law. *Angle Criminal Law Review*, 7, 17-39.】

侯英泠（2014）。從德國法論醫師之契約上說明義務。月旦法學雜誌，112，9-23。

【Hou, I.-L. (2014). Obligations to disclose of doctors in the German contract law. *The Taiwan Law Review*, 112, 9-23.】

孫效智（1995）。從倫理學行為理論談結果主義。哲學雜誌，12，86-113。

【Sun, H.-C. (1995). Discussing consequentialism from ethics behavior theory. *Journal of Philosophy*, 12, 86-113.】

國立臺灣大學法律學院（2016）。德國民法（下）：親屬編、繼承編。臺北市：元照。

【College of Law, National Taiwan University. (2016). *German civil law (Volume II): Family, succession*. Taipei, Taiwan: Angle.】

衛生福利部台灣病人安全資訊網（2016）。醫病共享決策（SDM）緣起。取自 <http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Messagess/Contents.aspx?SiteID=1&MmmID=710351317675351145>

【Taiwan Patient Safety Net. (2016). *The beginning of shared decision making*. Retrieved from <http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/Content/Messagess/Contents.aspx?SiteID=1&MmmID=710351317675351145>】

Chater, N. (2018)。思考不過是一場即興演出：用行為心理學揭開深層心智的迷思（徐嘉妍，譯）。臺北市：商周。（原著出版於2018年）

【Chater, N. (2018). *The mind is flat: The illusion of mental depth and the improvised mind* (C.-Y. Hsu, Trans.). Taipei, Taiwan: Business Weekly. (Original work published 2018)】

Damasio, A. (2007)。笛卡爾的錯誤：情緒、推理和人腦（毛彩鳳，譯）。北京市：教

育科學出版社。（原著出版於 1994 年）

【Damasio, A. (2007). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain* (C.-F. Mao, Trans.). Beijing, China: Educational Science Publishing House. (Original work published 1994)】

Duttge, G. (2018)。理想與現實之間的病患自主——來自德國的經驗（陳俊榕，譯）。
高大法學論叢，14（1），1-42。

【Duttge, G. (2018). Patient autonomy between ideal and reality—Experience from Germany (C.-R. Chen, Trans.). *National University of Kaohsiung Law Journal*, 14(1), 1-42.】

Dworkin, R. (2002)。生命的自主權（郭貞伶、陳雅汝，譯）。臺北市：商周。（原著出版於 1993 年）

【Dworkin, R. (2002). *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom* (C.-L. Guo & Y.-R. Chen, Trans.). Taipei, Taiwan: Business Weekly. (Original work published 1993)】

Kagan, S. (2015)。令人著迷的生與死：耶魯大學最受歡迎的哲學課（陳信宏，譯）。
臺北市：先覺。（原著出版於 1997 年）

【Kagan, S. (2015). *Death* (S.-H. Chen, Trans.). Taipei, Taiwan: Prophet Press. (Original work published 1997)】

Sunstein, C. R. (2015)。剪裁歧見：訂做民主社會的共識（堯嘉寧，譯）。新北市：衛城。
（原著出版於 2014 年）

【Sunstein, C.-R. (2015). *Conspiracy theories and other dangerous ideas* (J.-N. Yao, Trans.). New Taipei City, Taiwan: Acropolis. (Original work published 2014)】

Ubel, P. A. (2013)。生命的關鍵決定：從醫生決定到病人決定的時代（張瓊懿，譯）。
臺北市：行人。（原著出版於 2012 年）

【Ubel, P. A. (2013). *Critical decisions: How you and your doctor can make the right medical choices together* (Q.-Y. Zhang, Trans.). Taipei, Taiwan: Editions du Flaneur. (Original work published 2012)】

- Arora, P. (2018). Advance statement vs advance decision: A critical evaluation of the legal status and the moral and pragmatic advantages and disadvantages. *Journal of Forensic Medicine Forecast*, 1(1), 1005-1009.
- Bonner, S., Tremlett, M., & Bell, D. (2009). Are advance directives legally binding or simply the starting point for discussion on patients' best interests? *British Medical Journal*, 339, b4667.
- British Medical Association. (2007). *Advance decisions and proxy decision-making in medical treatment and research*. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/advancestatements2007.pdf>
- Detering, K., & Silveira, M. J. (2018). *Advance care planning and advance directives*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2015). *Inwieweit lassen sich Wünsche des Verfassers seiner Patientenverfügung entnehmen?—Eine qualitative Analyse*. Retrieved from <https://www.dgpalliativmedizin.de/foerderpreise-der-dgp/foerderpreis-der-dgp-stiftermundipharma-gmbh.html>
- Evans, N., Bausewein, C., Meñaca, A., Andrew, E. V., Higginson, I. J., Harding, R., ...Gysels, M. (2012). A critical review of advance directives in Germany: Attitudes, use and healthcare professionals' compliance. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 277-288.
- Giles, B., Jones, K., Huxtable, R., Dixon, J., Kitzinger, J., & Clare, L. (2016). Dying well with reduced agency: A scoping review and thematic synthesis of the decision-making process in dementia, traumatic brain injury and frailty. *BMC Medical Ethics*, 17(46), 1-15.
- Glyn, E., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P., Berger, Z., ...van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *British Medical Journal*, 359, j4891.

- Herring, J., & Wall, J. (2015). Autonomy, capacity and vulnerable adult filling the gaps in the Mental Capacity Act. *Legal Studies*, 35(4), 698-719.
- Heywood, R. (2005). Revisiting advance decision making under the Mental Capacity Act 2005: A tale of mixed massage. *Medical Law Review*, 23(1), 81-102.
- Kok, M., van der Werff, G. F. M., Geerling, J. I., Ruivenkamp, J., Groothoff, W., van der Velden, A. W. G., ...Reyners, A. K. L. (2018). Feasibility of hospital-initiated non-facilitator assisted advance care planning documentation for patients with palliative care needs. *BMC Palliative Care*, 17(79), 1-8.
- Müller, G. (2010). Die Patientenverfügung nach dem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz: Alles geregelt und vieles ungeklärt. *Deutsche Notar-Zeitschrift*, 3, 169-188.
- Munro, N. (2014). Taking wishes and feelings seriously: The views of people lacking capacity in court of protection decision-making. *Journal of Social Welfare & Family Law*, 36(1), 59-75.
- Rid, A., Wesley, R., Pavlick, M., Maynard, S., Roth, K., & Wendler, D. (2015). Patients' priorities for treatment decision making during periods of incapacity: Quantitative survey. *Palliative & Supportive Care*, 13(5), 1165-1183.
- Sabatino, C. P. (2010). The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Quarterly*, 88(2), 211-239.
- Spranzi, M., & Fournier, V. (2016). The near-failure of advance directives: Why they should not be abandoned altogether, but their role radically reconsidered. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(4), 563-568.
- Tanner, J. A., Black, B. S., Johnston, D., Hess, E., Leoutsakos, J. M., Gitlin, L. N., ...Samus, Q. M. (2015). A randomized controlled trial of a community-based dementia care coordination intervention: Effects of MIND at Home on caregiver outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(4), 391-402.
- The John A. Hartford Foundation. (2018). *AGS presentation: Providing high-quality, efficient and cost-effective care for persons with dementi*. Retrieved from <https://www.>

johnhartford.org/events/view/ags-presentation-providing-high-quality-efficient-and-cost-effective-care

Wenger, N. S., Shugarman, L. R., & Wilkinson, A. (2008). *Advance directives and advance care planning: Report to congress*. Retrieved from <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75811/ADCongRpt.pdf>

Wiesing, U., Jox, R. J., Hessler, H. J., & Borasio, G. D. (2010). A new law on advance directives in Germany. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 779-783.

Ideal and Realistic Advance Decisions

Wan-Ting Hsieh^{*}

Abstract

Both experiences from all over the world and clinical observations from the *Patient Autonomy Law* pilot program allow us to foresee that advance decisions are difficult to be practiced because patients tend to express a vague value for medical decisions rather than accurate medical options. In addition, their emotional needs and effects on decision-making cannot be clearly shown in the process of receiving information. If a patient's mental capacity declines in the clinical process, can the consistency of his/her medical wishes be ensured? Although the *Patient Autonomy Act* gives the advance decision legal binding power, it is not a panacea, nor is it the core concept and value of patient autonomy. This paper suggests that the laws and policy of insurance payment systems be committed to advance care planning rather than advance decisions. Communication between the doctor and the patient should be kept to guarantee the value and the clinical application of the advance decision.

Keywords : Patient Autonomy Act, advance care planning, advance decision, presumed commitment

* Wan-Ting Hsieh: Director of Paliative Medicine Department, Chi-Mei Medical Center; Master of Laws, National Cheng Kung University

Manuscript received: Jun. 9, 2019; Accepted: Oct. 17, 2019