

我被允許善終嗎？論我國 拒絕治療權法律議題

陳品元

壹、前言

我國於2000年立法通過《安寧緩和醫療條例》（2000 / 2021）（下稱安寧條例），只要民眾滿18歲，且有行為能力，即可簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」（臨床稱Do-Not-Resuscitate，下稱DNR），決定未來處在末期病人階段時，可拒絕特定的維生醫療處置。這是我國第一次將「預立醫療決定」（Advance Decision，下稱AD）法制化，且規範病人「拒絕治療權」的重要里程碑。由於安寧條例僅限定「末期」病人，若非末期病人，也就是心理或生理上痛苦不堪的病人，例如，植物人、昏迷不醒、動彈不得、信仰特定宗教之病人，可能無法表示拒絕治療意思，獲得善終的權利。

為了讓非末期病人也能享有拒絕治療權，我國於2015年12月18日立法通過

《病人自主權利法》（2016 / 2021）（下稱病主法），自2019年1月6日生效施行。為了讓民眾（意願人）充分瞭解預立醫療決定，病主法第九條規定意願人須經過醫療機構提供「預立醫療照護諮商」（Advance Care Planning，下稱ACP），才能簽署AD。另，依據《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》（2018）（下稱管理辦法）第四條第一項規定納入社會工作人員成為諮商團隊一員，在諮商過程中提供醫療法規說明、引導意願人思考醫療決策、情緒支持等工作，也讓社會工作專業能有多元化的發展。

然而，依據唐祖湘（2020）調查我國民眾對生命態度，2010年有59.5%國人在進入末期病人階段後，不想要被急救，至2020年則上升至68.5%，顯示善終已是全民共識，且97%的民眾贊成預立生前遺囑（living will），卻近60%的民眾未付諸行動。其次，依據衛生福利部預立醫療決

定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統 (<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/index.aspx>) 統計，國人簽署AD計 69,759 人，占全國人口約0.3%；簽署DNR計91萬295人，占全國人口約3.9%。顯示國人簽署AD的比例偏低，這意味著若未在健康時期完成簽署，一旦遇到天災及意外，被送進醫院治療，當下無法主張所欲的治療意願或決定，醫療人員與家屬面臨於病人治療方式產生分歧，將影響病人個人行使拒絕治療權，甚至侵害善終權益。

孫效智（2018）對於我國法制對病人自主權和生命保護的價值觀取捨做了以下詮釋：「法律上的『生命絕對保護原則』鞏固了『好死不如賴活』的觀點，不許人們做出相反的選擇」。因此，本文探討的議題是當病人自主意願與生命保護互相衝突時，該如何維持平衡，提出我國的法律制度修正。

貳、拒絕治療權的法律規範

我國憲法雖未具體明示拒絕治療權，但部分學說認為藉由《憲法》第八條對身體自由權的解釋，亦包含身體自主權（楊秀儀，2021）。參考歐洲促進病人權利宣言（*Declaration on the Promotion of Patient Rights in Europe*），對於病人拒絕治療權亦有清楚的規範。例如，醫師必須清楚的向病人解釋停止治療的影響，病人

也有權利拒絕或停止任何的醫療處置（條文3.2）；其次，病人依據現行自身的狀況，有權利減輕其痛苦（條文5.10）；病人應獲得臨終的關懷，且有尊嚴地死亡（條文5.11）（World Health Organization, 1994）。

拒絕治療權看似普世價值，但我國目前臨床上在處理意思能力受損的病人在醫療決策上遭遇各種困難，例如：確認病人具有意思能力、保障病人的醫療自主權、進一步做出符合病人最佳利益的決策等，綜觀法律、倫理學、臨床指引等，都沒有明確的指引（王敏真等人，2019）。學者林雅萍（2016）認為在許多案例中，醫院、醫療人員、病人、家屬都是獨立的個體，誰該聽誰的意見、誰可以決定醫療處置等等，也許可以從法律規定找到答案，但對於改善醫病關係、醫療服務品質卻有限。

因此，梳理歐美國家對病人拒絕治療權的法律規範，來自於關係自主（relational autonomy），該理論由女性主義學者Jennifer Nedelsky（2012, p. 31）所提出，此概念認為「關係」是建構而成的，但並非具有決定性，並預設自主就來自於關係之中。換言之，是病人的任何醫療決定，應該要看是在什麼脈絡、情境下做出這決定，而非只有法律之下的規範、權利及義務的行使。關係自主之所以如此重要，是因為任何的制度、文化、法律規

定都不能忽略「人在情境中」，如果不聽從醫師建議斷然拒絕所有治療，抑或是即使處在無效醫療情況中，仍要求醫師要強加治療在病人上，這非促成良好醫病關係。因此，孫效智（2012）認為「自主選擇」是一種「關係性的自主」，是病人非任意妄為的自主，而是一種負責任的自主，而負責任就是要求在醫病關係中負責。

國內曾有研究針對北部某醫學中心住院病人進行調查，瞭解病主法於2019年正式實施後第一年，其住院病人對該法案的理解及認識程度；研究發現若假設個人患有重度失智症，則多數人堅持不放置鼻胃管；惟當面對配偶或母親若患有重度失智症，則仍是傾向放置鼻胃管（吳佳穎等人，2020）。從中可以發現，自主從來不是一個人可以單獨做決定，尤其在華人社會文化，個人與伴侶、家人是擁有更緊密的關係，與一群家屬共同做的決定相比，可能就和單獨一人做決定有著極大的差異。

以美國經驗為例，當病人失去意思表示能力時，會需要其代理人協助做出醫療決策，並可分為「替代判斷原則」（substituted judgment principle），由家屬假設身處病人的處境，運用病人之前對生活、生命的價值觀，如同做出和病人親自抉擇；反之，若無法得知病人日前的想法，則是使用「最佳利益原則」（best

interest standard），以醫療專業評估、倫理等第三方專業考量，替病人做出決定（楊秀儀，2021），本文介紹以下兩種原則。

一、替代判斷原則

當病人缺乏決策能力時，通常由家屬協助醫療人員，基於病人的自主原則，會優先以病人的預立醫療決定進行醫療決策，惟當病人缺乏預立醫療決定，則訴諸於替代判斷原則。這套理論不僅是受到前文所提到的醫療父權主義轉換到個人自主權發展脈絡，更是由美國司法體系發明而來，甚至促成後續相關醫療法規的立法。

美國1976年的Karen Quinlan案，新澤西州最高法院認為昆蘭即使喪失了決策能力，不應該失去拒絕治療的權利，也因此由代理人代表他行使拒絕醫療權；1990年的Cruzan v. Director, Missouri Department of Health案，聯邦最高法院也認為只要舉證當事人具備證明病人不想接受治療的真意，例如有生前遺囑（living will）或是具備「明白及具說服性」（Clear and Convincing Standard）的證據，不然沒有人可以代理病人決定是否接受治療（楊秀儀，2021）。其次，在德國也有相似的概念，1994年的Kempton案，聯邦最高法院認為，家屬最重的任務是能探求並尊重病人對於治療與否的意願，不可以在探求病人意願前，就自行替病人決定治療內容；

更重要的是，「推測意願」亦是具備「拘束力」的病人意願（許澤天，2016）。

替代判斷原則具備以下優點，除了降低在訴訟上的爭議，在國際文獻回顧中發現，由於家屬對病人決定生死決策時，往往造成極大的心理壓力，但藉由替代判斷，因為該決定將視為病人自己的選擇，而非家屬（代理人）的選擇，因此在不同家屬、醫療人員間，能將家屬的意願轉移到病人的意願，這種策略性的溝通及討論，能聚焦病人本身的需求（Torke et al., 2008）。不過，替代判斷原則仍有以下的缺點，第一，國內過去研究顯示，家屬替代決定將被質疑不能取代病人自主權益，指出家屬和病人對末期治療方式只有56%一致性（陳偉熹等人，2020），這意味者家屬或其代理人有很高的可能性會干涉病人自主權。第二，另一些後設分析（Meta-Analysis）研究指出，為了瞭解病人、醫師、家屬及代理人之間的決策一致性，也就是預測他們的親屬想要什麼醫療決策，卻只有68%的替代決策是準確的（Shalowitz et al., 2006）。第三，可能與病人的最佳利益衝突，若基於對病人以前的瞭解做醫療決策，可能會違反當下病人的最佳利益（蔡甫昌，2006）。

綜上，替代判斷原則僅是探求病人真意的一種手段之一，且使用的條件為病人無預立醫療決定之情形，若要提升替代判斷的準確程度，仍是有賴病人平日與家

人之間的溝通，甚至以可紀錄的形式，例如，Line的聊天對話、就醫紀錄、日記等，才有可能進一步瞭解病人的真意。

二、最佳利益原則

替代判斷原則是依據病人過去的意願來進行醫療決策，但如果病人從以前就未談論過想要的治療方式、醫療決策等議題；甚至病人一開始就屬於心智障礙或屬於《民法》第13條規定，未滿七歲之未成年人屬於無行為能力，就可能面臨找不到可可信的病人意願，這時則會採取最佳利益原則替病人做出醫療決定。

美國的法院實務是採取病人最佳利益說（best interest of the patient），避免家屬或其代理人任意決定病人的意願。所謂最佳利益是法院會以通常之情形，考量醫師、家屬、病人可能的預後狀況（如：病人的生活品質、疼痛感受等），以此尋求病人的最佳利益（雷文玫，2014）。英國部分則是在2005年的《心智能力法》（*Mental Capacity Act*）第四節對於最佳利益有詳盡的規定。例如：不能只針對當事人的年齡、外表等，或是以個人單獨的行為，導致他人對當事人的最佳利益做出不合理的假設。更重要的是，若涉及到當事人維持生命的治療，不能將導致其死亡的治療選項列為治療意願。

我國對於病人最佳利益的法律規範，僅有安寧條例第七條第三款規定：

末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。（《安寧緩和醫療條例》，2000／2021）

雖該條文是使用最大利益，而非最佳利益，但參照英文版是使用“best interest”，屬於最佳利益的立法目的。

不過，要問病人的最佳利益該如何具體化？有臨床醫師認為不論病人是否具有行為能力，但醫療的目的即是以「生活品質」為優先，可具體考量之內涵為病人的止痛、壓力舒緩、睡眠、進食與排泄等（吳肇鑫，2022）。國內法學界尚無具體的操作化概念，學者黃啟禎（2021）認為若為醫學上無法治療，且必須面臨死亡的病人，其最佳利益可考量病人在臨終的「尊嚴」、「舒適」、「停損點的確立」、「沒有牽掛」。

因此，可以得知最佳利益考量相當多元，但在不可治癒的疾病，或是末期病人，經常遇到的病人最佳利益兩難是「雙重效果」（doctrine of double effect），例如：末期病人、重症病人，經常接受大量的藥物治療，但這些藥物治療目的僅是減

緩病人的疼痛，增加舒適度，但藥物的副作用卻可能加速病人的死亡，而造成雙重效果的倫理問題；也因此醫療團隊如何和病人及家屬溝通更為重要（吳春桂等人，2011）。

參、病人拒絕治療權和生命保護的衝突

在病主法實施前，我國安寧照顧基金會在2013年即有出版《預立醫療自主計畫》（*Advance Care Planning*，中文翻譯與預立醫療決定相同，下亦稱ACP）使用手冊，強調ACP是一個「過程」，而非「結果」，是充分思考個人對於生命進入尾聲時的價值觀、信念，以及所想要的各種治療重症的醫療處置。更重要的是，其精神在於當個人充分瞭解後，將「意願」白紙黑字寫下，這是確保家人、醫療人員在面對病人生命末期時，能夠尊重個人的意願；其次，因ACP強調的是「過程」，換言之每個人在不同生命階段時，對於死亡可能都有不同價值觀、想法，當個人有不同想法時，在任何時刻皆能對ACP作修改（王英偉，2013）。

然而，病主法第八條、第九條規定，意願人除了具備完全行為能力、且要經過衛生福利部認可之醫療機構辦理的預立醫療照護諮商，其預立醫療決定之內容、範圍及格式有明確書面規範。最後，還必須

有兩位以上之公證人現在見證，並將其意願註記於全民健保卡，始生效力。這樣的制度已遭到實務工作者批評，認為將ACP流於形式上的保護，過度偏重於是「達成」預立醫療決定簽署的必要過程，但卻忽略做出醫療決定前病人、家屬、醫師之間的溝通、理解（黃三榮，2021）。

本文在梳理立法脈絡時，發現原先ACP在交付黨團協商前是參考香港衛生政策，並依我國需求而做內容調整而訂定（立法院，2015）。惟審視香港制度，並未將預立醫療照顧計畫納入預立醫療決定的法定前置程序（中華人民共和國香港特別行政區政府醫務衛生局，2009），本文推論是因為香港預立醫療制度未具法律位階，故不論是預立醫療決定或是預立醫療照顧計畫，都僅是政府提供給醫院、民

眾的參考指引。但在我國立法之初將「預立醫療照顧計畫」改成「預立醫療照護諮商」，成為民眾簽署預立醫療決定的必要條件（如表1）。其次，依據上開管理辦法第四條規定，也必須由一名專科醫師提供，讓ACP成為醫療行為；且應由意願人全額負擔醫療費用，每人的費用約新臺幣2,000～3,500元。這不僅大幅提高預立醫療決定門檻，過度干涉人民行使拒絕治療權獲得善終；同時，亦不利於推廣國人簽署AD。

在實務執行所面臨的法律議題則是：第一，一般學說上認為醫師若依照病主法第14條規定撤除病人的維持生命處置，其動機是協助病人達成善終，該行為仍屬於加工自殺構成要件該當性，然係依據法律（令）之行為，符合《刑法》第21條依法

表 1 《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》差異比較表

	《安寧緩和醫療條例》	《病人自主權利法》
替代判斷原則	末期病人若無法清楚表達意願時，可由最近親屬出具同意書代替（§7第3項前段）	無規範
病人最佳利益原則	無最近親屬，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之（§7第3項後段）	無規範
預立醫療照護諮商（ACP）	無規範	有，為預立醫療決定之「法定前置程序」（§9第1項第1款）

	《安寧緩和醫療條例》	《病人自主權利法》
AD簽署資格	一般民衆（或稱意願人、末期病人），且成年且具行為能力之人（§ 5第1項）	1.一般民衆（或稱意願人）且具完全行為能力（§ 8） 2.意願人的二親等內之親屬至少1人參與預立醫療照護諮商，但其親屬死亡、失蹤、或其他特殊事由，得不參與（§ 9第2項）
AD見證人程序	兩名以上完全行為能力者在場見證，但實施及執行本法的醫療人員不得為見證人（§ 4第3項）	經公證人公證或兩名以上有具完全行為能力者在場見證（§ 9第1項第2款）
AD簽署程序	意願書簽署後，由衛生福利部意願資料處理小組登記，資料送交中央健康保險局註記於全民健保IC卡（§ 6-1第1項、第2項）	須參加醫療機構提供之預立醫療照護諮商程序，由醫療院所於預立醫療決定書上核章，由公證人公證或具行為能力之2人以上在場見證，最後註記於全民健保IC卡（§ 9第1項）
啟動AD的臨床條件	末期病人（§ 7第1項第1款）	共有下列5款事由（§ 14第1項第1款至第5款）： 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
AD執行範圍	進入末期病人階段，選擇是否接受： 1.安寧緩和醫療（§ 7第1項） 2.維生醫療（§ 7第1項） 3.不施行心肺復甦術或維生醫療（§ 7第5項） 4.終止或撤除心肺復甦術（§ 7第5項）	進入五款臨床條件，選擇是否接受（§ 14第1項）： 1.終止、撤除或不施行維持生命治療 2.人工營養及流體餵養

資料來源：作者整理。

令之行為的阻卻違法事由；但是，若家屬或是檢察官認為醫師的醫療行為不符病主法第14條規定，可能會有業務過失致死罪等刑罰問題；第二，在民事責任可能面臨侵權行為的損壞賠償責任。為了降低爭議，參考國外立法經驗，可由「司法裁判」先行，這意味著若爭議發生，醫師執行病人的預立醫療決定前，可先以司法調查、裁定後，再予以執行，透過法院建立程序上的「防火牆」機制，也可以避免家屬事後透過爭訟產生更多爭議（鄭逸哲、施肇榮，2016）。

肆、案例探討

一、案例簡介

本案出自嘉義地方法院110年度家暫字第25號民事裁定監護宣告事件。

本案聲請人主張其母親（本案相對人）被胞弟（本案關係人）安排入住長照機構，亦於同日帶母親去無任何醫療紀錄之A醫院，依據病主法簽署AD，且決定書上之兩名證人不知為何人，然聲請人事前並未被告知，直至本次訴訟才知曉此事，主張AD應屬無效。另，母親入住長照機構期間，因年老體衰、吞嚥困難，然胞弟卻禁止長照機構以鼻胃管方式餵養，僅得以灌食方式，以致母親多日未能進食，反覆發燒，危及生命，影響其最佳利益。

胞弟主張母親在簽署AD時，其自主決定在未來處在極重度失智時，均選擇「不希望接受維持生命治療」、「不希望接受人工營養及流體餵養」等決定，且有A醫院核章為證。且帶母親至長照機構合作之B醫院看診時，醫院同意收治母親為安寧病人；惟後續因聲請人接到B醫院通知後強烈表示反對，並質疑母親簽署AD之真實性，致B醫院不敢收案，影響其醫療決定。

本案經法院調查，母親罹患失智已有多多年，認知功能已有嚴重退化，在臨床上達到重度以上失智程度，因此對於聲請人抗辯母親簽署AD之效力存疑尚非無據。又參照聲請人及相對人提供之往來資訊等，雙方均對於母親的照護方式、地點等均有相當歧見，且經法院協調仍無共識。最終，為確保母親的生命安全及身心健康，法院裁定非經聲請人同意，胞弟不得將母親攜離長照機構。

二、病主法的兩難

病主法的立法初衷是解決「賴活不如好死」、「生不如死」的問題，為了平衡病人的生命保護及自主權，病主法第九條第二項規定，意願人參與預立醫療照護諮商，須有一名二親等內親屬陪同參與，希望透過醫療人員、心理師、社工師等專業人員說明及引導下，病人可以從認識、理解，並說出未來若喪失意思表示能力時的

治療態度。

然而藉由本案例發現，本案母親參與ACP時雖僅有胞弟陪同，並無聲請人陪同，諮商過程已符合病主法之規定，除非讓所有親屬都參加ACP，否則事後仍有可能有其他親屬反對病人簽署AD。故在法律政策上可思考，簽署過程已有見證人或公證制度，規範二親等內之親屬至少一人參與ACP是否必要？若一位已經深思熟慮的病人，在簽署AD時，又「必須」有親屬的陪同？這樣是否讓病人的自主權被親屬給「綁架」？有學說認為應刪除二親等以內之親屬之限制，因為其親屬不必然和病人之間的關係具備感情緊密、可信賴，或是共同生活事實；反之，若為「家屬」或「關係人」如親近家人、同居人、照顧服務員、律師等在我國當代文化可能和病人關係較為緊密（黃三榮，2022）。

「痛苦的病人、憂慮的家屬、焦慮的醫界、保守的法界」是我國發展病人拒絕治療權的縮影。我們往往將病人視為弱勢群體，替他們做出決定，所以不論從醫師法及醫療法對病人病情之告知規定，都可一窺醫療父權主義凌駕於病人的自主權及隱私權，一句對病人的「為了你好」，雖具有保護病人生命的考量，但可能犧牲對病人的人性尊嚴。從我國拒絕治療案例觀察，可能多數爭議是來自不同家屬之間對於病人的治療選擇有所爭議；臨床現場亦有名言「死掉的病人不會告醫師，活著的

家屬才會告醫師」，顯見眾多家屬意見是影響病人自主權、醫療人員判斷及決策的重要因素。

伍、結論與建議

為減少家屬和醫療人員、醫院之間的爭議，本文提出以下建議。

一、修正病主法第14條規範

我國僅有安寧條例規範預立醫療決定、替代判斷原則、最佳利益原則；故有臨床醫師建議在病主法增加「失去意識者可由家屬根據其生死觀代簽同意書」、「有自主判斷能力之未成年人其家屬或監護人根據病人意願簽署同意書」（畢柳鶯，2022）。本文認為只要是喪失意思表示能力之人，都應有替代判斷原則、最佳利益原則之適用，以保障其拒絕治療權。因此，參考安寧條例第7條第3款之文字，建議在病主法第14條第一項修正為：

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。但病人無簽署預立醫療決定，且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。若病人無最近親屬者，應依醫學倫理委員會，

依病人最佳利益出具醫囑代替之。
同意書或醫囑均不得與末期病人於
意識昏迷或無法清楚表達意願前明
示之意思表示相反。

二、增加司法裁判制度

本文認為擴充《家事事件法》是我國未來作為捍衛病人自主權的最後一道「司法防火牆」，並賦予家事法庭之管轄權。若預立醫療決定、替代判斷原則無法解決家屬及醫療人員對病人維持生命處置之爭議，家屬得向法院聲請裁判。在未來亦可對不具意思表示能力的病人發展其拒絕治療的相關判例，原因在於現行安寧條例及病主法對於部分的病人未能保障其拒絕治療之權益，且我國對於「病人最佳利益」

有極大的發展空間，若可以針對不同類型的病人狀況發展判例，對於未來修正相關法律則更有實質案件類型累積及助益。

三、建立階層化的病人拒絕治療權規範

綜上，當病人喪失意思表示能力時，為了尊重病人的自主權，參考歐美國家制度，面對治療上的倫理衝突，透過階層化的規範來協助醫療決策。依序考量的選項為：（一）預立醫療決定＞（二）替代判斷原則＞（三）最佳利益，若上述三者都仍無法處理，則可交由家事法院之司法裁判來決定病人最終是否接受維持生命處置（如圖1）。

（本文作者為臺中市政府社會局社會工作科社會工作師）

關鍵詞：拒絕治療權、替代判斷、最佳利益、預立醫療決定

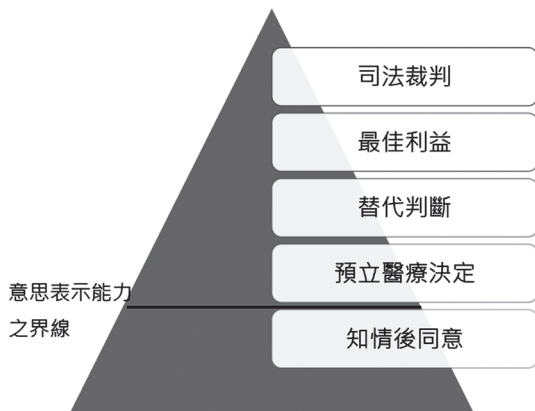


圖 1 階層化的病人拒絕治療權規範

資料來源：作者自行繪製。

📖 參考文獻

- 《安寧緩和醫療條例》（2000 / 2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=L0020066>
- 《病人自主權利法》（2016 / 2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=L0020189>
- 《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》（2018）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020198>
- 中華人民共和國香港特別行政區政府醫務衛生局（2009年12月23日）。《在香港引入預設醫療指示概念諮詢文件》。https://www.healthbureau.gov.hk/download/press_and_publications/consultation/091223_advance_directive/ad_consultation_paper_cn.pdf
- 王英偉（2013）。《預立醫療自主計畫手冊》（第二版）。財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會。<https://health99.hpa.gov.tw/storage/pdf/materials/21853.pdf>
- 王敏真、黃詩淳、曾楚喬、陳炳仁（2019）。〈關於意思能力受損病人之醫療決策－如何在自主、代理、最佳利益及醫療品質間取得最佳平衡〉。《臨床醫學月刊》，83（2），112-119。[https://doi.org/10.6666/ClinMed.201902_83\(2\).0020](https://doi.org/10.6666/ClinMed.201902_83(2).0020)
- 立法院（2015）。《立法院第8屆第8會期第14次會議紀錄》。《立法院公報》，104（98）。
- 吳佳穎、陳端容、黃心慈（2020）。〈住院病患家屬對病人自主權利法的認知、態度及預立醫療決定的行為意向〉。《台灣公共衛生雜誌》，39（3），342-349。[https://doi.org/10.6288/TJPH.202006_39\(3\).109041](https://doi.org/10.6288/TJPH.202006_39(3).109041)
- 吳春桂、林宏茂、林芳如、林亞陵、蔡紋苓、廖婉伶、黃勝堅（2011）。〈重症生命末期照護之新趨勢〉。《台灣醫學》，15（1），37-47。[https://doi.org/10.6320/FJM.2011.15\(1\).07](https://doi.org/10.6320/FJM.2011.15(1).07)
- 吳肇鑫（2022）。《末期病人最大利益之研究》（博士論文，東海大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/684a5v>
- 林雅萍（2016）。〈對自主的再思考：關係取向〉。《應用倫理評論》，61，37-57。
- 唐祖湘（2020）。〈【安寧愛不止息】國人最新生命態度與安寧認知調查出爐〉。《安寧照顧會訊》，98，66-73。<https://www.hospice.org.tw/content/3156>
- 孫效智（2012）。〈安寧緩和醫療條例中的末期病患與病人自主權〉。《政治與社會哲學評論》，41，45-91。<https://doi.org/10.6523/168451532012060041002>
- 孫效智（2018）。《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》。天下。
- 畢柳鶯（2022）。《斷食善終——送母遠行，學習面對死亡的生命課題》。麥田。
- 許澤天（2016）。〈消極死亡協助與病人自主決定權——德國學說、立法與實務的相互影響〉。《臺北大學法學論叢》，100，179-243。

- 陳偉熹、曾斐琳、陳穎詩、陳潔宜、尹莘玲（2020）。〈病人自主權利法架構、分析和影響〉。《安寧療護雜誌》，24（3），225-239。https://doi.org/10.6537/TJHPC.202009_24(3).03
- 黃三榮（2021）。〈論「預立醫療照護諮商」之「病人」——評「病人自主權利法」之實像與虛像（一）〉。《萬國法律》，238，60-70。
- 黃三榮（2022）。〈論「預立醫療照護諮商」之「參與者」：「親屬」及「其他相關人士」——兼評「病人自主權利法」之實像與虛像（四）〉。《萬國法律》，242，68-83。
- 黃啟禎（2021）。〈從善終的觀點談病人之最佳利益〉。《月旦醫事法報告》，57，19-35。
- 楊秀儀（2021）。〈再論病人之拒絕治療權：病人自主權利法施行之後〉。《臺大法學論叢》，50（3），789-865。https://doi.org/10.6199/NTULJ.202109_50(3).0002
- 雷文玫（2014）。〈沉默的病人？父權的家屬？——從安寧緩和醫療條例修法歷程檢視病人臨終自主在我國的機會與挑戰〉。《月旦法學雜誌》，227，116-147。
- 蔡甫昌（2006）。〈重症加護病患照護之倫理議題〉。《台灣醫學》，10（1），105-114。https://doi.org/10.6320/FJM.2006.10(1).13
- 鄭逸哲、施肇榮（2016）。〈沒有「安樂死」之名的「安樂死法」——簡評 2016 年「病人自主權利法」〉。《軍法專刊》，62（4），18-35。
- Nedelsky, J. (2012). *Law's relations: A relational theory of self, autonomy, and law*. Oxford University. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195147964.001.0001
- Shalowitz, D. I., Garrett-Mayer, E., & Wendler, D. (2006). The accuracy of surrogate decision makers: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 166(5), 493-497. https://doi.org/10.1001/archinte.166.5.493
- Torke, A. M., Alexander, G. C., & Lantos, J. (2008). Substituted judgment: The limitations of autonomy in surrogate decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 23(9), 1514-1517. https://doi.org/10.1007/s11606-008-0688-8
- World Health Organization. (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*.