

# 試論「安樂死」的倫理問題

壹、前言

貳、何謂安樂死？

參、安樂死爭議形成的因素

肆、病人是否有選擇死亡的權利？

一、從法律方面言

二、從醫學方面言

三、從佛法方面言

伍、病人家屬或代理人可否代為決定要安樂死？

陸、家庭及社會因素

柒、結語

# 試論「安樂死」的倫理問題

1997.8.修正

法印講堂住持 釋見岸

## 壹、前言：

1997年3月24日澳洲參議院表決通過，推翻北領地於1996年7月1日開始實施「末期病患權益法」，這項法律是全球第一項安樂死合法化的法律。雖然民意調查顯示全澳洲有75%的人贊成安樂死，但是國會以表決推翻了北領地法律，再次表示「安樂死」的受爭議性。在實務上，尤其是針對植物人或愛滋病患是否可用安樂死而產生爭執的案子最多。世界各地皆有為數不少的植物人，以台灣為例，依省衛生處的調查報告，目前全省約有七、八百位植物人，王曉明是否應予以安樂死曾數度被提及，但是植物人的鑑定問題卻一再被質疑，尤其今年一位英國的植物人，在昏迷七年之後甦醒過來，令人不得不重視這個問題。而美國則出現二個請求醫師協助結束生命的愛滋病患，二位醫師採取相反的作法，一位促成安樂死，一位則拒絕這麼做，因而引起大眾對安樂死的爭議。

儘管安樂死目前尚未在法律上取得合法的地位，但是事實上，安樂死在道德、人權等光環的障蔽之下，一直被悄悄隱密的進行著。於是本文嘗試從法律、醫學、戒律、緣起等角度，去分析安樂死的幾個相關問題。（註1）

## 貳、何謂安樂死？

安樂死是一種達到死亡的方式，因此在談安樂死之前必須先對死亡有所瞭解。「根據Dorland's 醫學辭典的解釋，死亡是『由心跳和呼吸之停止所顯示的外表生命的消失。』」。1982年，Russell更將定義死亡的標準，從「臨床上的死亡」—自然的呼吸及心跳停止，進步到「生物性的死亡」—當呼吸、心跳停止之後，大腦的死亡。（註2）前者為「心肺功能喪失」，後者則為目前所採用的「腦死」。以「腦死」為定義，產生的結果是：一個心肺功能尚且存在的腦死病人，可以宣佈其死亡。（註3）而在佛教中，死亡係指一個人喪失了壽（命）、煖（體溫）、識（心）三者，以致身體變壞。此定義比醫學上的「心肺判準」或「腦死判準」都來得嚴格。（註4）

今日眾所討論的安樂死（Euthanasia），是指從活著狀態到死亡狀態的一種轉變。然而安樂死一詞最早語出希臘，原是希臘文 Good 及 Death 二字根所組成，意謂「好死」或「善

終」。他本是一種死亡狀態的描述，指一種舒適、無痛、幸福的死亡。十九世紀時，安樂死有了新的意義：藉著醫生的幫助，減輕死亡過程的痛苦，這是屬於狹義的安樂死。二十世紀初，因為減輕痛苦所引起的副作用—「縮短壽命」也被納入安樂死的意義。至死就有明確的定義：

為了消除一切痛苦而有的『作為』或『不作為』意圖導致死亡；或作為（不作為）本身即導致死亡。（註5）

在這定義中，可以明顯看出安樂死的目的是在「消除一切痛苦」，方法有積極的作為與消極的不作為二種，結果則是「導致死亡」。所以依據當事人對安樂死的接受與否可以分為「自願性安樂死」( Voluntary euthanasia )與「非自願性安樂死」( Non-or Involuntary euthanasia ) 二種。「自願」是指當事人自己願意接受安樂死。「非自願」則是指當事人沒有表示或無法表示其意願者。這又可分成二種情形，一是違反本人的意願，二是意願不明確。在當事人意願不明確時，就會產生家屬與醫生是否能代為決定的問題；如果是違反當事人意願者，不僅嚴重違反道德及醫學倫理，在法律上也構成犯罪行為，這是無庸置疑的，也是世人所不許的。

還有，由於方法的差異，安樂死又分成三種：第一是積極（主動）安樂死（Active euthanasia），指醫護人員為了解除病患痛苦的延續，而依病患之要求刻意的給予處方或藥物，以結束病人的生命。由於積極安樂死的對象通常並非只是需要維生設備的瀕死病人（註6）；對疾病疼痛難當、無法忍受的病人；或是預期病況必將惡化的病人也包括在內。因此，積極安樂死的爭議性很大。第二是消極（被動）安樂死（Passive euthanasia），是指醫護人員在病人或家屬的同意下，以不作為的方法，導致病人死亡。此法與現今歐美國家普遍合法的「自然死」不盡相同，容易混淆。依美國加州於1978年6月通過的「自然死法案」（Natural Death Act）來看，自然死是指：「按照病人的意願，不使用高科技的維生方式來拖延不可治癒病人的瀕死期，而讓病人自然死亡。」所以，消極安樂死是讓病人積極結束生命，自然死則是順其自然發展。我們可以這麼說：自然死和消極安樂死的差別在於，前者的病人必須是瀕死而且無法治癒的，後者則不一定（例如植物人或愛滋病患）。第三是雙重效應安樂死（Double-effect euthanasia），又稱為「間接安樂死」，是指為了減輕病患的痛苦，而給予止痛或其他藥物，但其結果是造成病人死亡。這種方法與積極安樂死並不相同，因其目的是為了減輕病患的痛苦，加速死亡是副作用，故明知如此卻不得不為。此作法雖仍有爭議，但是大部份倫理學家已經可以接受（註7）。

以上詳細地將安樂死之定義及種類逐一說明，是因為往往由於對安樂死的概念或意象

不同，而造成在論辯上的差距，無法對準焦距加以釐清。由於自然死的理念人們已能接受，在台灣雖未能以立法來保障，但事實上醫學界已多人在提倡，故本文之討論將不包括自然死的問題，僅就安樂死之可行性做分析、思考。

### 參、安樂死爭議形成的因素：

醫藥的進步，使以前許多束手無策的疾病能得到解決的方法，尤其在 1929 年抗生素的發明開始，使許多疾病不會立即導致人們死亡，並且會緩和病情的發展；另外，高科技的醫療的發明，使一些惡化性疾病拖延了死亡的時間，例如：呼吸器、維生系統、心肺復甦術、電擊、升降壓藥、強心藥物等，這些方式雖然可以延長病人的生命，但也增加了許多痛苦，使末期病人延長了「瀕死期」，卻無法治癒疾病。這種不顧一切代價去延長末期病人生命的作法，引起很多爭議。人們覺得這樣的作法妨礙有尊嚴的死亡，田立克（H. Thielicke）稱之為「恐怖的仁慈」。

因此，很多美國人目睹了這種高科技但殘酷的醫療方法去延長死亡過程，於是希望能找到幫助他們死亡的醫生更甚於找到幫助他們活下去的醫生（註 8）。根據 1996 年蓋勒普的調查，有 75% 的美國人認為：當一個人罹患一種無法治癒的疾病，醫生可以有權利依據病人或其家屬的要求，用無痛苦的方法來結束病人的生命（註 9）。因此一些贊成安樂死的人士，他們主張：心智正常的垂死病人，有權利去選擇、要求醫生的幫忙，來加速死亡的過程。更何況他們認為生命絕對的價值觀，只不過是一種形上學的理念，當人之軀體痛苦劇烈且毫無希望恢復其健康時，無論對本人、家屬，甚至國家、社會均毫無助益，這種失去價值後的生命，為何不能結束？

大多數的澳洲人，贊成安樂死的理由就是：不願意他們的死亡是由醫生決定，尤其是當他們失去知覺或溝通能力的時候。他們希望當病情變遭時，能像 Bod Dent（註 10）一樣，有機會去安排自己死亡的時間及方法。就如同一位 90 歲澳洲籍的老人說：「我不怕死亡，怕的是死亡的方法。（I do not fear death. I fear the way death will come.）」

反對安樂死的人士，有殘障者，有宗教信仰者，有人權協會等。殘障人士宣稱：安樂死的合法將使他們受到威脅，他們擔心醫生會濫用這行為，對老人或殘障者實行非必要的加速死亡，這是一種歧視。梵諦岡則認為這是一種不道德的行為，這方法是殘忍、荒唐的，而且是一種謀殺（註 11）。認為人的生命是可貴的、無價的，沒有任何人有權奪取另一人的生命，一直是人權協會致力的主張。

一般社會輿論及風俗的意見，也通常是安樂死遭到排斥的主要原因。一般社會輿論皆傾向於支持道德的光明面，而中國人「好死不如賴活」或「壽終正寢」等傳統觀念，也支持生命的自然終結而非人為終止。

安樂死之問題，能在世界各地引起廣泛性的討論，自有其因素。除了上述醫學進步是主因之外，還有醫生的地位從以前的父權主義（為病人做決定），到今日的商議角色，人們的自主權增加了；另外，逐漸老年化的社會；較少的宗教權威；加上日漸增加的癌症和 AIDS 死亡的例子，都讓人們開始或重新思考一個問題，那就是：一個病人可不可以決定自己在那裡死、什麼時候死、如何死？（註 12）。在歷年的安樂死是否合法化的爭議中，這是一個很重要的問題，例如 1997 年 7 月，佛羅里達州 Ocala 地方法院的法官，就認為一位愛滋病的末期病患，得自由選擇死亡，故對一件醫生協助病人自殺的案件判決緩刑。但是也有法官持相反的意見（註 13）。

在許多贊成與反對安樂死的許多論辯當中，筆者認為有二個問題很重要：病人是否選擇死亡的權利？以及他人是否可以代為決定安樂死？下面就試以這二個問題為範疇加以討論。

## 肆、病人是否有選擇死亡的權利？

### 一、從法律方面言：

首先必須先說明權利的觀念。在法律上，權利觀念的形成，是在十六、七世紀以後，學者提倡對於個人的意思及利益，應該給予法律上的保護。十八、九世紀時，則認為權利是天賦的、絕對的，於是有「天賦人權說」。到了二十世紀，權利的觀念有所改變，認為權利是相對的、社會的，權利的產生是由於社會生活的必要；權利的行使必須顧及社會的公義、國家的利益（註 14）。死亡的權利就在這樣的學說背景之下逐漸浮現出來，在討論是否有死亡的權利時，往往也要考量到對社會的影響，以及國家的責任。

自殺，在各國的法律中並不構成犯罪行為，囑託他人殺害自己也是一樣。但是受囑託而殺人者則不然。以美國而言，沒有一州的法律是禁止自殺的，或是禁止嘗試自殺的。但是有 34 州的法律明白表示，協助自殺是犯罪的行為，有五州未明確規定，只有 Oregon 州明顯允許醫生協助自殺。在美國，1996 年 5 月 6 日上訴法院提出有說服力的證據，認為美國憲法有言-----在人們控制自己死亡的方法和時間上，有適當程序自由的利益。這就是有一個憲法承認的「死亡權」存在（註 15）。依此，1990 年美國最高法院的一個案件[ Cruzan

v. Director, Missouri Department of Health]就支持這一個論點，說明了人們有適當程序的自由利益，可以拒絕不需要的醫療，包括用人工方法供給食物和水。一些贊成安樂死的人士，即引用這個案例，來爭取安樂死的合法化。但是筆者認為，這個案例所允許的是一種消極、被動的不予使用或停止使用維生系統，或是其他的醫療照顧；並不是積極的給予藥物或處方，令病人加速死亡。這二者之間還是有差距的。而且，1997年6月26日美國最高法院以否定憲法允許病人有死亡權。也就是說：病人沒有權利，在醫生的協助下結束生命。

唯一例外，令醫生協助自殺合法的 Oregon 州，是在 1994 年 11 月，州議會投票通過 Death With Dignity Act. (尊嚴死亡法案)，規定「允許合格的病人，接受參與的醫生寫下藥方或處方，以有人性、尊嚴的方法，結束病人的生命。」(註 16)(1995 年 8 月聯邦地方法院稱這個法案並非憲法，只是地方法律。)除了 Oregon 州之外，醫生積極的給予藥物或處方，幫助病人加速死亡的安樂死，在法律上還是屬於犯罪行為。

荷蘭所通過的是部份安樂死。在 1983 年開始，國會就訂定了安樂死的施行準則，醫生若遵行此準則為病人實行安樂死，還是犯罪，但是可以不被起訴。這可以說是條件的安樂死。

在我國，因為與文化的衝擊太大，安樂死的觀念還不能為國人所接受，甚至對瀕死的病人消極的停止維生設備也是與法不容。例如，一位企業界出身的八十歲老人，癌症末期，死前身上插了十七條管子，雖掙扎拔管，手腳卻被家屬及醫護人員捆綁，打過一千多支的強心針，經過十幾次的搶救，死的時候因為 CPR 造成肋骨斷裂，體無完膚，含恨而終。何以如此不堪？實與我國法律有關。

我國憲法第十五條規定：

人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。

依本條看來似無保障死亡的權利，但是在同法第二十二條有言：

凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障。

因此，一個人若是以自己之意思，願意結束生命，沒有侵犯到他人者，並不違法。但是人民的自由與權利是否包含了死亡的權利呢？而且在民法第六條規定：

人之權利能力，始於出生，終於死亡。

權利能力是無法拋棄的，既然無法拋棄，如何能選擇死亡呢？這個問題是在談死亡權之前必須先解決，得到合理的共識或結論的。(註 17)

至於協助自殺則大不同。刑法第二百七十五條助長自殺罪規定：

教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託，或得其承諾而殺之者，處一年以上，七年以下有期徒刑。

另外，醫療法第四十三條規定：

醫院、診所遇有危急病人，立即依其設備予以救治，或採取一切必要措施，不得無故拖延。

對此，78年3月16日衛署醫字第786649號說明：

有關罹患不治之症病人，如經本人或家屬同意，立同意書後，醫師可否放棄心肺復甦術之處置疑義，因事涉生命尊嚴、宗教信仰、倫理道德、醫藥技術及病人情況等複雜問題，目前尚有不宣。

這項說明在85年11月8日有最新的補充：

按安寧療護為醫療方式之一，對於癌症末期之臨終病人，醫療人員如已善盡告知義務並尊重病人意見，提供緩和醫療之安寧照顧措施，並無違反醫療法規之相關規定。（衛署醫字第85058854號函）

由以上法規看來，病人不但不可能要求安樂死，即使只是希望不要用侵入性治療方式（人工復甦術），想要以最自然的方式讓生命結束，除非是安寧照顧的癌症末期病患，本人或家屬有簽署拒絕人工復甦術（Do No Resuscitation, DNR），否則也是無法滿願的，因為在法律上規定醫生必須盡一切力量醫治病患。所以，在台灣的病人沒有要求醫生令其提前死亡的權利，但是癌症病人有選擇自然死亡的機會。

在現今法律上，除了挪威、哥倫比亞、澳洲、荷蘭及美國少數幾州對執行安樂死有減免刑責（但仍有嚴格限制以防流弊）之外，並不能得到支持。法律的制定，是在使其能適應人類共同生活的需要，保障人類正當的生活利益，任何侵犯到他人權利的行為，必須有所制止，而人的生命是必然的利益。在法律倫理中，國家的利益與社會公平是不可忽略的必要條件，因此，雖然人們對其生命有決定死亡的權利，在法律上無法強制干涉，甚至有其自由性，但是各國也不敢以具強制力的法律來承認安樂死的合法性，因為在這當中有很多的倫理課題未能得到解決。法律的意義，是其為社會的生活規範，在不違反道德之下，以公平、正義為其存在的基礎；法律最大的功能，在於維護個人的權益，在此基礎下，維繫社會的平等與和諧。因此，個人對死亡的抉擇，在道德上是不允許的，但其並未侵害到他人的權益，故不為犯罪行為。換言之，在法律上人們有選擇死亡的權利（此處是指自殺而言），但是並無選擇安樂死的權利。因為安樂死不只是個人願意死亡的問題，還牽涉到家屬與醫生的行為關係、社會的意識與利益問題，這些倫理課題是談安樂死是否可以合法

化的前提。

於是，認為安樂死是一種權利的人，希望透過立法來保障這項權利，讓病人多一種合法性的選擇，而且保護醫生、病人和其他人員行為的合法性，因為這種死亡方式必須在醫生的協助下才可完成。他們認為這種「死的權利」和「生的權利」應該是平等的。

接著，我們暫且把法律是否允許的問題放下，再試著以醫學、佛法的角度談談安樂死的可行性。

## 二、從醫學方面言：

在醫學倫理中，有「自主原則」(Autonomy)–病人的自主權應受到尊重。所謂自主權，是指「有決定能力的成人，有權對與自身相關的事務做出抉擇，而不受制於他人。」所以，瑞士醫學會有一項意見是：「有判斷能力的病人的意願應該被尊重，即使他的意願不完全符合醫學專業的結果。」(註 18)但是當這個自主權牽涉到生命的存否時，就會引起許多爭議，而醫療人員的為與不為，都產生了倫理上的矛盾，因為在醫學倫理的六大基本原則中(註 19)，有一項「行善原則」(Beneficence)，醫療人員必須以延長生命、治療疾病、減輕痛苦等方式來幫助病患，但是在現今高科技醫學的發達下，「延長病患生命」的同時，也會相對地增加痛苦，在這情況下，醫護人員要如何抉擇？另外，依照「自主原則」，醫護人員必須遵照病人的自主權，如果心智正常的末期病人要求安樂死，認為安樂死才是對他最好的對待，才能減輕他的痛苦，這時醫護人員可否秉著行善及病人自主原則，給予醫藥或處方，協助病人結束生命？這些有關價值衝突的倫理難題、道德選擇，要醫護人員作一個最完善的決定並不容易。在這裡，有個問題是醫護人員必須審慎思考的：如何判斷病人的決定是理智、不受其他因素影響、非沮喪的？在臨床上判斷決定能力有幾項依據：

- 1.病患能夠瞭解訊息，如疾病的本質，某種治療方式的危險、好處、其他選擇，或拒絕此治療的後果等。
- 2.病患應有做決定的能力。
- 3.病患應有做「正確」決定的能力。
- 4.病患應有「推理」的能力。
- 5.病患應有溝通的能力。

如果病人的心智正常，也具有符合上述條件的決定能力，當他提出要安樂死時，醫護人員



為與不為，就與其個人的道德、思想有極大的關係了。但是，醫學倫理並不只有醫師與病人的關係，還包括：醫師與病人家屬、醫師與同業、醫師與所屬單位、醫師與社會等五種關係（註 20），尤其在做這種生與死的決定時，就不能不考量對家屬、對社會、對文化的各種影響。

### 三、從佛法方面言：

在律典中，有二個例子值得一提。第一例是在《摩訶僧祇律》卷四載：

佛住毘舍離，時毘舍離有一病比丘，嬰患經久不治不時差，看病比丘心生疲厭，便語病比丘言：『長老，我看病久不得奉侍和上阿闍梨，亦不得受經誦經思維行道，長老疾病既久治不可差，我亦疲苦。』病比丘言：『當奈之何，我亦患厭苦痛難忍，汝若能殺我者善。』是比丘即便殺之。（註 21）

此例中，病比丘因難耐病痛之苦，要求照顧他的比丘殺他，佛陀並未對這位病比丘做任何明確告誡，而是對看病比丘嚴厲呵責，責其有違修行人之身口意行慈，如此做不能長養善法，非法非律，非佛所教。並因此而制戒：若比丘親手斷他人性命，此比丘犯波羅夷不共住（重罪不可悔）。後來又因數例，佛陀再增制戒：親自手斷他人性命，或持刀（或任何方法）幫助自殺者，乃至教唆自殺、讚歎自殺等，這些行為皆犯婆羅夷，不應共住。

第二例是在《五分律》卷二中所記載：

因諸比丘修習不淨觀故，深入厭惡恥愧此身，其中或有自殺，輾轉相害，後索刀繩，或服毒藥。佛陀得知，種種呵責：『汝等愚癡，所做非法，豈不聞我所說慈忍護念眾生，而今云何不憶此法。』呵已，告諸比丘：『若自殺身，得偷蘭遮罪。』並以十利為諸比丘結戒。」（註 22）

上例是因病苦，此例則是因為修習不淨觀法，對色身生厭離心，不持久活，而有自殺之事。從此二例中可知，自己結束生命者，為佛不許，而以種種方法協助他人自殺者，更是不可以。以病人而言，雖對自己生命有自主權，但依佛陀的教示，所謂生命的自主，並非決定是否結束這一期生命，而是能決定如何透過作為與不作為，使生命的內涵變得更真、更善、更圓滿。結束生命並不會使生命的內涵更圓滿，也不可能從此終結一切。況且自己結束生命，依緣起論而言，已經不是「自己」的問題而已。

佛教的生命觀，包含了生命的流轉與超越。老死只是一期生命的終止，也是另一期生命的即將開始，生命像是一條連環的鎖鍊，使有情不得不順著它在無限生命流中流轉。唯

有解除無明與貪愛的繫縛，才能超越生命的鎖鍊，不為所拘。所以，解決生老病苦的方法，是在內心煩惱的止息與淨化，而非色身的結束。再說，當自殺的行為造作之後，又在自己生命中添加了「傷害生命」的惡業逆緣，減少了超越生命的善業順緣。更重要的是在整個有情界中，因著業力輾轉相依的關係，以及三世時間的遷流，個己之間並非毫無關係。《梵網經》云：「一切男子是我父，一切女人是我母。」（註 23）自己與他人在今世或生生世世的生命圈中，是互為父母的。準此而言，決定用安樂死的方法結束自己的生命者，也是結束了他人父母的生命，不僅無法解決自己的痛苦，反而會增加他人的痛苦，嚴重違背了「慈忍護念眾生」的精神。

若是病苦逼身，不能忍受，應當如何呢？《善見律毘婆沙》卷十一有說：

是故有智慧比丘，往看病比丘慎勿讚死，正可說言：『長老持戒具足，莫戀著住處及諸衣物、知識朋友，但存念三寶及念身不淨，三界中慎莫懈怠，隨壽命長短。』

若此病比丘，因語而死，如是因說法死無罪。（註 24）

由經文中可知，佛陀教法的目的，在於人可以透過精進修持，解除痛苦煩惱，超越生命藩籬。因此，疾病纏身時，在色身上當可不利用高科技的維生設備，延續無意識或瀕死的生命；在心靈上不要戀著世間的物質或人事，而內心存念三寶及色身不淨，依著平日修持的法門，精進用功。在所餘的生命裡精勤修持，這才是自主的意義。

反之，如果能超越生死輪迴，心中不存任何煩惱，此生命和其他有情將無任何糾纏，換言之，此生命並不構成另一生命的因緣，此時，結束生命並無大過。這在《雜阿含經》卷四十七中有記載：

若有捨此身，餘身相續者，我說彼等則有大過；若有捨此身已，餘身不相續者，不說彼有大過也。（註 25）

但是，在所有佛之教法及弟子修持中，這種情形畢竟是極微之數。

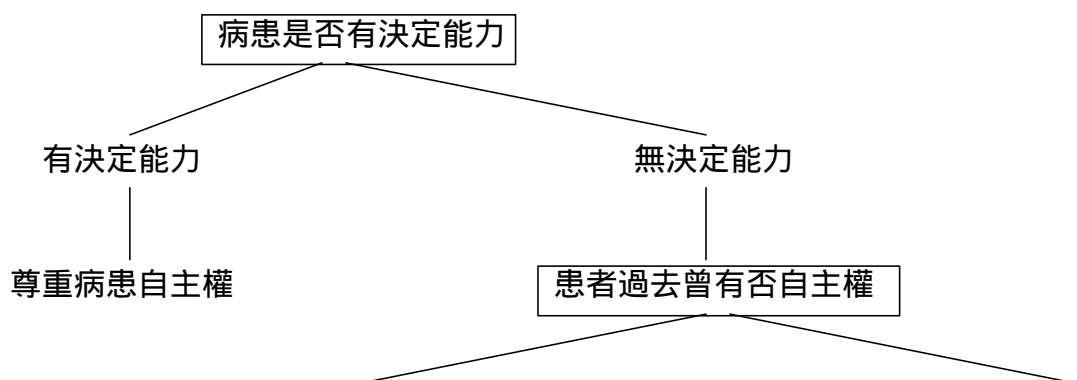
值得思考的另一問題是：病人的意願有沒有改變的可能？就是當末期病患覺得苦痛難堪時，覺得「生不如死」時，如果一旦外在的人事、環境讓他感覺溫暖與光明時，他會不會覺得生存的可貴？而反認為「死不如生」呢？每個人的想法時時刻刻都會受到外在因素的影響而改變，所以即使是贊成安樂死的人，也不得不慎重考慮這個問題。例如，澳洲北領地議員 Marshall Perron（最初提出安樂死法案的人）認為要有安全措施加以確定病人的意願，於是規定：要有二位以上的醫生及專家評估、書面及口頭的申請、三個月的冷靜期等，如此即可防範短暫、沮喪或被強迫之情形。美國 Oregon 州的「尊嚴死亡法案」也有明確的規定，例如：

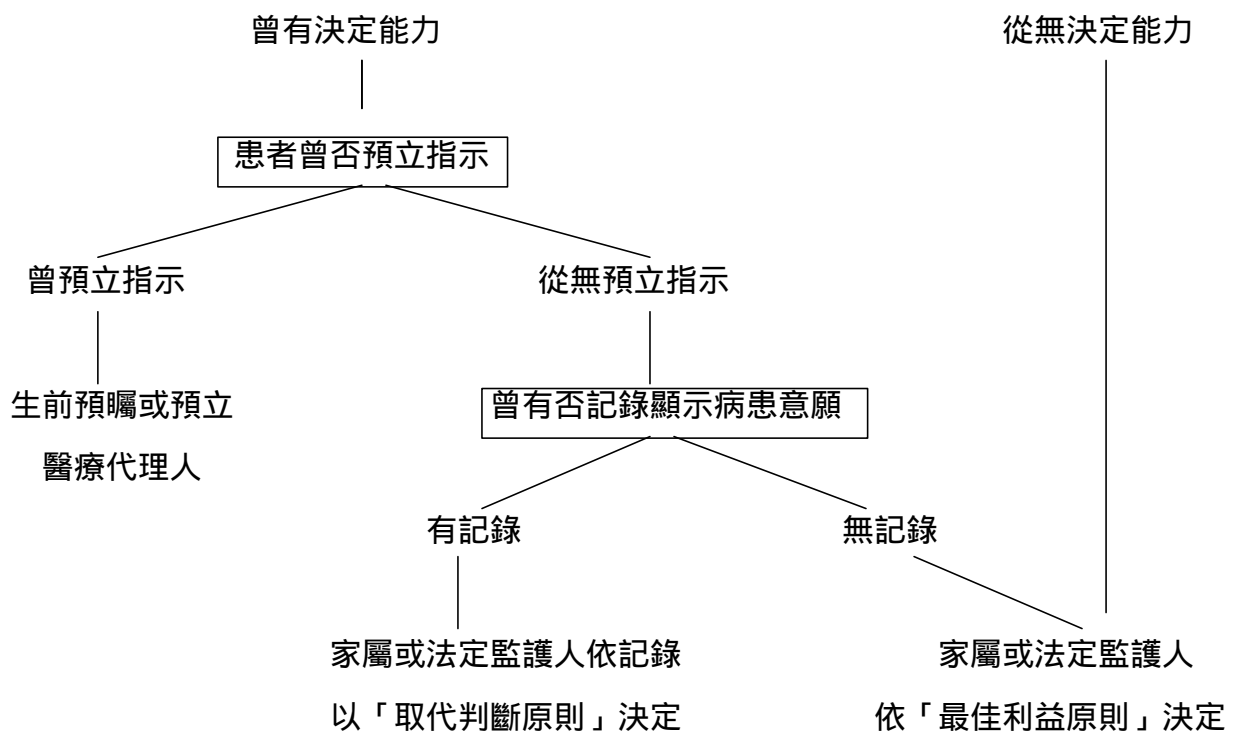
1. 病人要年滿 18 歲；
2. 必須是無法治癒的，經合理醫療之判斷，六個月內會死亡的末期病患；
3. 病人要有口頭上或書面上之要求，15 天後不斷重複口頭要求，在第二次要求後，可以撤銷之；
4. 書面要求必須病人簽名，而且有二位不同的證人簽名；
5. 二位證人必須是：A. 不是病人的親屬，B. 不能因為病人死亡而擁有財產，C. 不是病人接受照顧之機構的所有人、執行者或員工；
6. 病人最後一次提出要求和實際下處方之時間至少要間隔 48 小時；
7. 若沒有得到病人有意志地授權，而更改或偽造醫療要求，或隱藏、毀滅要求的撤銷，而蓄意造成病人死亡的結果，是犯了 A 級謀殺罪；若對病人給予不適合的影響，而使病人要求醫療的方式來結束生命，或毀滅要求的撤銷，也會被定為 A 級重罪（註 26）。

這種條件，不論是年齡、疾病的認定，病人表達意願的方式及時間，會診醫生及證人的意見，都是想要明確肯定病人的意願是堅定的、自主的、正常的、不是受到其他因素所影響的。然而人類有三種特勝——憶念勝、梵行勝、勤勇勝，是超越其他眾生的。當病人明瞭生命的相依相存性，知道每個生命有其無法替代的價值，每個心念、行為都會對自他構成某種程度的影響，有了這個信念後，在內心的那股自覺的道德意識—梵行勝，以及想要突破生命限制的意念難保不會升起，進而引發堅毅的堪忍勇氣—勤勇勝，以至於改變了原本想要死亡的意願。這種轉變豈是短短 48 小時或 15 天所能評斷的。

## 伍、病人家屬或代理人可否代為決定要安樂死？

前述自主權中之決定能力，係指病人的意識清楚，且有表達能力的情況而言。若是病人已經昏迷、痴呆或智障，那麼由誰決定他的醫療方式呢？在西方的醫學倫理中，對於醫療方式的決定有所謂的優先順序，茲將此順序表列出如下（註 27）：





由此表可知：病人無法決定的話，是由家屬或監護人代為決定，決定的原則有二個。以下就此二原則稍加分析，以說明安樂死的可行性：

1. 「取代判斷原則」(Substituted judgment)：代為決定者試圖以病患本人的想法，設想其在這樣的情況下，最可能做出的決定為決定。這是一種必須能充分瞭解病患的個性、思想，而且在以前曾有蛛絲馬跡之證據可以推論為基礎的方法。然而從佛教倫理來看，這個方法有相當的不確定性。前面說過，人之意念會隨著環境的變化而改變，代為決定者所依據的是當事人人生的哪一個階段的想法呢？這個想法在當事人身遭病苦時，會不會改變呢？人都有求生存的本能，他人如何能在其最困苦的時候，代為決定以安樂死來結束生命呢？以「護生」的精神而言，任何不論痛苦或快樂的生命，都有值得生存的價值，為了尊重這個體的價值，旁人豈能斷然扮演上帝的角色。
2. 「最佳利益原則」(Best interests)：當病人從來沒有留下過去想法的任何證據，或病人本身從來沒有決定能力(例如智障)時，代為決定者必須評估醫生所提供的病情現況及預後，判斷何種方式對病人最有利益，決定後請求醫生配合執行。這個方法，最困難的是如何在「延長生命」及「減輕痛苦」之間做取捨。一味地延長痛苦的生命，不見得就是慈悲的護生精神，假如結束生命不是增加病患的痛苦，而是現世痛苦的解除，那麼是否可以接受？是否也是一種「拔苦」的慈悲？在做這二選一的困難抉擇時，決定者相

對地也背負了某種程度責任。

姑且不論決定者本身勢必承受的殺生業報，我們先思考現世痛苦可否以結束生命來解決？以一個病人而言，身體的苦痛確實會因色身的不存在而消失，但是緣起的法則，在時間上必是超越三世的，在空間上必是包含群體的。今日的痛苦是過去業因的果，在所承受的果報還沒有結束之前，就給予外在的因素中斷其因果，將使這外緣（做決定者或協助安樂死者）牽扯進入這複雜的因果網路中，在來世繼續糾纏不清。反之，若因此就冷言看病人痛苦的活著，而言其「自作自受」、「自己消業」豈不違背慈悲之精神又落入宿命論的窠臼中。因此，個人以為：與其做生命的中斷者，不如做生命的環保者。真正的慈悲護生必須依著利他之心，用「以己度他情」之法，同理病人的心情，引發那份向上、向善的本性。以現今的醫療科技而言，要舒解病人的疼痛並不困難，所以我們應當給予病人最好的環境、最好的照顧，增長病人與家屬內心的光明與愛，共同透徹生命的本質，以寧靜、勇敢的心情去面對生死大事。而且在最後的時間裡，盡己之力積下些許善業，為未來的生命留下善因種子，依此增上善緣，改善自他業力，這才能真正解決人類生命的苦痛，這也是佛陀所言「三界中慎莫懈怠，隨壽命長短」之真義。

## 陸、家庭及社會因素：

考慮安樂死的可行性，除了從病人個人的倫理立場去思考外，對於個人與家庭的關係，以及個人和國家、社會的關係，都是必須加以考量的。

在許多論辯當中，贊成安樂死的人，除了主張要有尊嚴的死亡之外，也提出醫療資源的浪費與分配問題。其實社會是由個人所組合，每個人都有他應受保障的權益，在生命末期的人，不表示他所得之醫療福利就必須減少，老死對於每個人而言，機會都是均等的。筆者認為，這應是社會福利制度優劣的問題，而非醫療資源重新分配的問題。

至於家庭的考慮，就比較具有衝突性了。有許多家庭因為成員中有人罹患重病且耗時長久，不僅在經濟上陷入困境，精神、體力也承受著極大的重擔。就如同看病比丘也會心生疲厭；或者如王曉明的母親，為了女兒及家人，主動申請為王曉明安樂死。如此情況，若病人意識清楚、且具決定能力，他決定要用安樂死的方式結束生命，願意承受自己的業力，來解決家屬的重擔，以病人而言，是否就是一種利他的行為？其實上，這是個倫理上的陷阱。試想，如果家屬亦同意，勢必共同捲入殺生的共業之中；如果家屬不同意，病人的決定反將是對家屬的另一種傷害，加諸了情感的痛苦，讓家屬產生「為了我們而令你提

早死亡」的罪惡感，終生愧疚不已。如此想來，豈是因為經濟、體力上的負擔減輕，就是利他行為？

以上是指病人意識清楚而言，若是病人陷入昏迷，痴呆或是未成年病人，家屬因為經濟負擔過重，或是與病人間可能存在著利益衝突，在此情況下，家屬有決定安樂死的權利，將有極大的道德危機。若是人人皆可體會到每個生命的環環相扣，也能認識到社會的共同業力問題，社會、國家對經濟負擔過重的病患家屬就不會漠然不顧，這不是比提早結束或犧牲一個人的生命還要正確？

## 柴、結語：

人既已生，必有老病死之苦。如何解除不能免的病苦，的確是一大挑戰。若能夠承受苦痛，而且從中顯發出生命的價值與意義，在生命環環相扣的世間，引發良性循環，這是對自他生命的慈悲。有因有緣才有生命，所以生命的本質是相同的，而且是互為因緣的，如果對每個接近終點的生命，給予對剛踏入生命之旅的新生命同樣的愛與關懷，那麼才是對自他生命的平等。所以用安樂死的方式結束生命，未必能符合緣起的意義和慈悲平等的精神。筆者認為，病苦既不能免，死亡也必然會來臨，如何減輕病人身體上的疼痛、心理上的恐懼無助，以及在心靈上找到一個依靠，使內心升起安詳與喜悅，令生死兩無憾，這才是病人與家屬應該認真、主動去思考的問題。

台灣醫學界於 86 年 5 月 18 日首度在台北醫學院舉辦對安樂死的公開辯論，雖然各自提出贊成或反對的理由，但是最後的共識是先推廣安寧照顧（又名緩和醫療），做好預立遺囑、臨終拒絕急救等措施。因為事實上，在醫院裡的重症患者，由家屬拔除呼吸器的情節天天上演，先做好這些措施及立法，不僅可以讓患者更有尊嚴的死亡，也能減少一些不必要的醫療費用。

令人心憂的是，在「自然死」與「安寧照顧」的觀念尚未建立且未有完善法律規範之前，立法院竟然在 86 年 5 月 23 日將李慶華立委提出、二十人連署的「安寧死條例草案」送交司法委員會審查。在表面上好像我國的法律向前跨近一大步，實質上這個草案隱藏著許多危機。第一：在內容上不僅包括了「自然死」，也包括了「積極安樂死」。在「尊嚴的死亡」觀念行之有年的歐美國家，尚且不敢直接實行積極安樂死，都是先通過緩和醫療、預立醫囑等措施，才會再考慮安樂死的問題。而我國對死亡的尊嚴觀念還在幼稚園階段，而且現今社會普遍對生命關懷的意識還尚加強之時，就已經談到積極的安樂死，是非常不

恰當的。第二：條例中許多規定都太含糊、草率。例如病情的認定只有「罹患無法根治的絕症」、「不可回復的昏迷」等模糊的字眼，在現今有許多慢性病的社會中，必會產生許多爭議甚至誤導。而對於申請及執行的程序更是「不安全」，如醫師、專家的會診，本人意願的表達等，都很不嚴謹。第三：條例中賦予親屬會議極大的「生殺大權」。草案第四條規定，病人及昏迷病人（含未成年病人）的親屬會議成員，得檢具安寧死意願書及醫師診斷書，聲請管轄法院許可安寧死。如此一來，與病人有遺產的利益衝突者，難保其不會拿著「道德的擋箭牌」，藉著「安寧死」的大刀，而行謀殺之實。若真如是，豈不帶給社會、人民更大的「不安寧」？而且，一個人的生死怎能輕易的由他人加以決定？台北榮民總醫院張家琪醫師說得很好：「生命的尊嚴很難是某個時代，某一群人能決定的，誰有權替他人決定生死？」（註 28）

所以，在對於與安樂死相關的道德、法律、倫理課題尚未能得到嚴謹的思考之前，我們不妨先從事另一方面的努力，就是：令「自然死」的觀念得到社會的認同與立法的保障，加強「安寧療護」的觀念與措施，讓瀕臨死亡的人，能免除侵入性急救方式的折磨，醫護人員能避免不必要的醫療糾紛，家屬能陪伴病人走完人生最後的一程，留下溫暖、愉快的回憶，令活者安心、死者尊嚴，這才是目前最重要的事。這樣殊勝、莊嚴的生死之事，也才真正符合佛法中慈悲利他、緣起護生之精神。

## 後記：

民國八十九年五月二十三日，立法院上午三讀通過「安寧緩和醫療條例」，條例中規定已無法治療的末期病人，將可自主選擇自然死，免受維生醫療，拖延短暫時日的苦痛。法案中也明定，若末期病人意識無法表達，可以由親等最近的親屬出具同意書代替，但不得違背病人的意思；而且二十歲以上具完全行為能力者，得預立意願書。

這項法案的通過，是臺灣安寧療護醫學的一大進步，也表示了現代的人愈來愈重視死亡的品質與尊嚴，以及勇於面對生死的問題。這一步，使我們對人的關懷從色身的「存活」，提昇到心靈的「安祥」，是一件非常有價值的事。

民國八十九年六月三十日補記

## 註釋：

註 1：本文於討論時承蒙郭忠生老師、心宏法師、道興法師等多人提供寶貴意見，僅於此敬致至誠謝意。

註 2：黃中天：《死亡教育概論》（臺北：業強出版社，1991 年 11 月三版），頁 2。

註 3：波伊曼編著，魏德驥等譯：《解構死亡》（臺北：桂冠圖書公司，1997 年），頁 2-4。

註 4：此段對醫學上死亡定義的說明與佛教中的死亡觀念，感謝心宏法師的意見。

註 5：天主教信理部「安樂死聲明」之定義，1980；中譯，金象達，1993，P60。

註 6：所謂瀕死是一種即將到達死亡的生命過程。根據醫學界的解釋，「瀕死病人」是指意識清醒的病人，接受「治病性」（Urativ）或「緩和性」（Palliative）的醫療後，病情依然惡化，各種生命跡象顯示出生命即將結束。

註 7：姜安波：重症醫療倫理綜論，《中華民國安寧照顧會訊》第 23 期(1996 年 12 月)，頁 13。

註 8：出自：Hemlock Society Challenges Disabled on Opposition to Assisted Dying

註 9：出自：Why the Supreme Court Should Say YES to Physician Aid in Dying.

註 10：Bod Dent，澳洲人，是世界上第一位合法地獲得醫生協助而死亡。

註 11：ADDRESS BY MARSHALL PERRON NATIONAL PRESS CLUB,CANBERRA,  
16<sup>TH</sup>, OCVOBER,1996.（1996 年 10 月 16 日 Marshall Perron 在坎培拉的演說）

註 12：同前註。

註 13：1997,2,11,U.S.News.Bulletins：「February 7,1997:Ocala,FL：Judge lifts stay in physician-assisted suicide case:--Charles Hall is free to die when he chooses.」

註 14：曹競輝：《法理學》（臺北：五南出版社，1983 年 8 月初版），頁 52。

註 15：SUMMARY OF MAJORITY OPINION OF COMPASSION DYING V. STATE OF WASHINGTON \_\_\_F.3d\_\_\_(9<sup>th</sup> Cir.1996) No.94-35534,filed March 6, 1996  
(1996 年 5 月 6 日第九上訴巡迴法庭訴訟事件的意見簡述)

註 16：Oregon Law：Permits a qualified patient to receive, and permits an attending physician to write, a prescription for medication to end the patient's life”in a humane and dignified



manner.”(2.01 and 3.01-9)

註 17：本段之觀點，感謝郭忠生老師的指導。

註 18：Schweizerische Akad. Der med. Wiss,1976,5

註 19：醫學倫理的六大基本原則：

- 1.行善原則 (Beneficence)：醫療人員應秉持行善原則，以延長生命、治癒疾病、減輕痛苦等方式幫助病患。
- 2.不傷害原則 (Nonmaleficence)：醫護人員應避免讓病患的身體與心靈受到傷害。
- 3.自主原則 (Autonomy)：病患自主權應受到醫護人員的尊重。
- 4.誠信原則 (Veracity)：醫護人員對病患有誠信的義務。
- 5.保密原則 (Confidentiality)：醫護人員對病患之病情有保密的責任。
- 6.公義原則 (Justice)：醫護人員在面對有限的醫療資源時，應以公平正義的原則來對待病患及相關的第三者。

註 20：醫學倫理的起源是在西元前 400 年，希波克拉底 (Hippocrates) 領導希臘醫師們向老師宣誓，要求能在其一生中發揮對其師長、社會、病人、同事及自己負起五種倫理道德責任，是為「希氏誓約」。

註 21：大正藏第 22 冊，頁 253 下。

註 22：大正藏第 22 冊，頁 7 下。

註 23：大正藏第 24 冊，頁 1006 中。

註 24：大正藏第 24 冊，頁 752 中。

註 25：大正藏第 2 冊，頁 348 中。

註 26：Oregon Law：1.01-2 1.01-12 2.02 3.06 3.07 3.08。

註 27：同註 7，頁 20。

註 28：《聯合報》第 3 版，1997 年 5 月 24 日。

## 參考書目：

- 1、大正藏：第 22、23、24 冊。
- 2、昭慧法師：《佛教倫理學》(臺北：法界出版社，1995 年初版)。
- 3、曹競輝：《法理學》(臺北：五南出版社，1983 年 8 月初版)。
- 4、中華民國安寧照顧會訊。
- 5、《哲學大辭書》(輔仁大學，1995 年 8 月初版)。
- 6、U.S.News.Bulletins