

《應用倫理評論》第 67 期，2019 年 10 月，頁 107-124  
Applied Ethics Review, Vol. 67, 2019, pp. 107-124

## 佛教生死觀在預立醫療照護諮商的應用

李明書\*

### 摘要

依《病人自主權利法》第 9 條條第 1 項載明病人若欲預立醫療決定，須經醫療機構提供預立醫療照護諮商，另《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》第 4 條規定預立醫療照護商團隊至少包括醫師一人、護理人員一人、心理師或社會工作人員一人。本文將藉由佛教的生死觀，指出預立醫療照護諮商過程可運用佛教觀點，透過心理師或社會工作人員傳達與分享佛教生死觀的內容，以應對病人、家屬與醫方若有宗教信仰時，達成溝通與協調的效果，減少諮商對象的衝突與糾紛。

關鍵詞：佛教、生死觀、病人自主權利法、預立醫療照護諮商、  
提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法

---

\* 華中科技大學哲學系講師。  
E-mail: k74132@126.com

## **The Application of Buddhist view of Life and Death in Medical Care Consultation**

Ming-Shu, Lee<sup>\*</sup>

### **Abstract**

Based on Paragraph 1, Article 9 of the to establish an advance care decision, a patient must be provided with a consultation on advance care planning by a medical institution. Besides, Article 4 of the “Provision of Medical Institutions for Pre-established Medical Care Consultation” stipulates that the ACP (Advance Care Planning) team shall include at least one doctor, one nurse, and one psychologist or social worker. Through the Buddhist views of life and death, this paper will point out that ACP can be achieved through the application of Buddhist views. By expressing and sharing the content about the Buddhist views on life and death, the psychologist or social worker will be able to respond to the religious beliefs of the patient, family and hospital, to achieve the effect of communication and coordination, and reduce potential conflicts and disputes with clients.

**Keywords:** Buddhism, Life and Death, Patient Right to Autonomy Act, Pre-established Medical Care Consultation, Guideline for The Provision of Medical Institutions for Pre-established Medical Care Consultation

---

<sup>\*</sup> Huazhong University of Science & Technology, College of Humanities Department of Philosophy, Lecturer.

## 佛教生死觀在預立醫療照護諮商的應用

李明書

### 一、前言

《病人自主權立法》(以下稱《病主法》)自 2016 年 1 月 6 日公布生效，三年後，在今年(2019 年)1 月 6 日正式施行，為亞洲第一部保障病人自主權利，以病人為中心而設立，並以「病人自主」為名的專法。《病主法》自研擬到公布，乃至正式施行期間，已歷經許多討論，並引發兩岸學者的關注。在公布到生效期間，臺灣學者多針對其基本理念、核心觀點、法律意義進行探究，並且參照《安寧緩和醫療條例》，指出《病主法》在病人權利上的延伸；大陸學者則多是希望能將《病主法》做為未來大陸立法的借鑑。

《病主法》上路後，則更多在於設想實際應用層面所可能產生的問題，例如預立醫療照護諮商的配套措施、知情同意的影響，以及病人、家屬、關係人、醫護人員整體對於法律認知的加強，以使決策時更能保障病人自主權利，並且減少相關人員的違法情事。

相關的研究指出，《病主法》第 1 條揭橥的「尊重病人醫療自主」、「保障其善終權益」、「促進醫病關係和諧」等三大理念（孫效

智, 2017: 4), <sup>1</sup>是以病人善終為目的, 如楊秀儀所言:「立法者希望, 透過醫療團隊事前的諮商解說, 病人理性自主的做出預先書面選擇, 家屬的理解與支持, 能夠達到『善終』這個病人自主權利法最主要的立法目的。」由此可見, 《病主法》即是要以法律保障病人自主, 達到善終的目的, 而病人若能善終, 亦將使醫病關係和諧。<sup>2</sup>

《病主法》第 9 條載明預立醫療決定 (Advance Decision, AD) 之程序, 若預立的決定可確實執行, 則依據病人自主而得到的善終, 將可更有效地達成。第 9 條第 1 項即指出病人若欲預立醫療決定, 須符合「一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商, 並經其於預立醫療決定上核章證明。二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。三、經註記於全民健康保險憑證。」第 1 款對於預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP) 的團隊, 則在《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》第 4 條中載明, 「諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊 (以下簡稱諮商團隊), 至少包括下列人員: 一、醫師一人: 應具有專科醫師資格。二、護理人員一人: 應具有二年以上臨床實務經驗。三、心理師或社會工作人員一人: 應具有二年以上臨床實務經驗。」其中的醫師與護理人員為固定成員, 但第 3 款規定的心理師或社會工作人員, 則保留了較大的彈性, 可依據病人、家屬與情況而安排適合的人員。

<sup>1</sup> 孫效智, 2017, 〈《病人自主權利法》評釋〉, 《澄清醫護管理雜誌》第 13 卷第 1 期, 頁 4-7。

<sup>2</sup> 楊秀儀, 2017, 〈追求善終的自主: 論病人自主權利法之法律性質與定位〉, 《萬國法律》第 212 期, 頁 11-19。楊秀儀, 2019, 〈病人自主權利法: 挑戰與契機〉, 《澄清醫護管理雜誌》第 15 卷第 3 期, 頁 4-8。

衡量臺灣的文化與醫療環境，可知臺灣是個宗教多元且自由的地區，宗教力量在醫療上的貢獻顯而易見。既然《病主法》與《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》對於諮商團隊的組織成員保留了空間，則提供吾人思考，或可藉由醫方在諮商過程提供相應的法律知識，而心理師或社會工作人員提供醫病雙方（包括家屬）所需的宗教觀念，以助於《病主法》三大理念的實現。尤其在經歷若干年關於法學的探討後，如何落實在各種應用的層面，當為《病主法》的要務。是故本文將從佛教的生死觀切入探討諮商團隊的構成與運作，指出佛教思想在預立醫療照護諮商的過程所能提供的助益。本文雖從佛教觀點切入討論，但並非以佛教立場認為佛教介入諮商過程是必要的作為，也不認為佛教必然能夠形成唯一最佳的諮商觀點，而是立基於筆者主要研究領域，提供相應信仰的人，以及面臨生命決策時無助的人一種參考的方向，以此呼籲各種宗教、人文思想皆應提出相對應的輔助觀點，以使諮商團隊更為多樣與健全，俾能應對更多病人與情境。

## 二、預立醫療照護諮商的法規範與實踐意義

《病主法》將預立醫療照護諮商納入法中，是為了助成預立醫療決定程序可以有效運作。病人在無法表達意願時，如能透過預立醫療決定，將有助於醫生與家屬依照病人先前所立的決定而執行醫療行為。不論是臨床決定或預立決定，病人明確表達意願，以及醫方與家屬明確知道病人意願，並且符合正當法定程序，是使此決定得以執行的各項條件。因此整個諮商的運作，將有助於病人、家屬與醫方之間，明確得知各自與彼此應做的行為，以避免因不瞭解而

觸法，或者引發醫療糾紛、違背病人自主、有害家庭倫理等情事。

有鑑於此，依據《病主法》第 9 條第 5 項載：「提供預立醫療照護諮商的機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。」而此辦法亦即《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》第 4 條規定的醫師、護理人員、心理師或社會工作人員。在心理師或社會工作人員方面，則可依據病人、家屬與實際情境進行最適合的安排，甚至能有效地解決醫師與護理人員因個人宗教因素，所導致停止維持生命治療、人工營養及流體餵養等心理困難。如陳錦雄討論尊嚴死與《病主法》關係時所言：「即使是相對較小的醫療程式，有時也可能涉及病人內心最深刻的精神或人文價值觀。」而後舉醫師當宗教信仰與執行決定時的衝突為例：「由於『譴責自殺』受到多數宗教信仰的贊同，拒絕醫療權和自殺雖有不同，但都是使病人更靠近死亡的過程。因此，醫師是否應主動告知病人醫師本人之宗教信仰？又如臺灣許多醫療機構，有為宗教財團法人設立者，是否該有更廣的告知義務或配合病人轉院的措施？」（陳錦雄，2018: 29）<sup>3</sup>。

依據《病主法》第 3 條對於「預立醫療照護諮商」的定義：「指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。」除了身份上固定的醫師與護理人員之外，在心理師或社會工作人員方面，只要能達到使病人獲得適

---

<sup>3</sup> 陳錦雄，2018，〈尊嚴死的權利：論病人自主權利法〉，《東海大學法學研究》第 55 期，頁 1-36。

當的照護，並使病人得自主表達接受或拒絕維持生命的目的，則可組織最適合病人的人員。

正是由於《病主法》在預立諮商團隊所保留的彈性，所以已有學者與醫方針對團隊組織與類型進行規劃。如陳再晉等人基於各方的認知與共識形成的困難，<sup>4</sup>以及繁瑣的過程和配套措施，是故預立諮商團隊應具備高度的同理心與相當的敏銳度，除醫師之外，建議加入安寧照護護理師、臨床心理師、社工師，進而以奇美醫院邀請器官捐贈小組共同參與為例，顯示團隊成員的豐富性，以應對各種不同的病人、家屬與情境。黃勝堅等人以其所在的臺北市立聯合醫院為實施對象，依據 Emanue 等學者提出執行預立醫療自主（決定）計畫的五步驟加以修正為 4P 的核心發展方向，五步驟為展開預立醫療自主計畫討論、促進生命價值與醫療選項的瞭解、完成預立醫療決定、定期審視及更新檔內容和落實預立醫療決定與臨床實驗，而 4P 則是個別化 (personalized)、促發參與 (participatory)、預測 (predictive) 與預防受苦 (preventive)。（黃勝堅等，2019: 61-63）4P 的規劃，除維持既有的幫助病人自主表達意願，以及病人與家屬知情同意的告知之外，更重視藉由諮商而達到家庭的和諧共融，增加病人、家屬與醫方之間的相互理解，減少各方的痛苦與困境，做出更符合醫療與家庭倫理的決策。（黃勝堅等，2019: 66）依據 4P 的概念，具體落實為三種執行方式：個人模式、家庭模式與團體模式，分別為了個人、家庭與團體之間建立諮商的環節。（黃勝堅等，2019: 66-69）<sup>5</sup>

<sup>4</sup> 陳再晉、林廷育、陳冠文、鍾珮純，2019，〈尊嚴善終：我國病人自主權利法施行之整備〉，《臺灣衛誌》第 38 卷第 1 期，頁 5-8。

<sup>5</sup> 黃勝堅、葉依琳、田恩慈、田麗珠，2019，〈正確、知情與對等——有溫度的預立醫

在既有的理論、規劃與實務經驗上，《病主法》的預立醫療照護諮商已在加強運作，並在設想得到的問題上，可望進一步獲得解決。只是有關人的問題，總是難以一概而論或一次性地解決，是故持續觀察與修正細節，是所有醫療問題皆須面對的處境。基於預立醫療照護諮商的細化，本文試圖從佛教生死觀的運用，提供相同、相似或可接受佛教思想的病人、家屬與醫方，在實踐與實務上的參考方法。以下即論述佛教生死觀與生命導向，期能提供心理師或社會工作人員在諮商應用於過程，而後再探討應用於預立醫療照護諮商的價值與困難。

### 三、佛教生死觀與生命法學導向

民法開宗明義揭示：「民事，法律所未規定者，依習慣；無習慣，依法理。」佛教思想在臺灣流傳已久，人們相信因果報應、六道輪迴觀念，緣起性空早已成為符合國人法律觀的民間習慣。不成文的宗教哲理也構成生存權賴以維繫的法理，故《民法》第 1 條係《醫療法》、《安寧緩和醫療條例》及甫施行之《病主法》之基礎，皆不得違背這普世的民間習慣與不成文之法理。

如眾周知，「因緣法」是佛教思想的基礎，佛教認為世間的所有生滅變化，皆是由「因」（主因）與「緣」（助緣）推動而產生。依據《雜阿含經》，將因緣法落實到生命觀上，生命體由「色蘊」（物質的積聚）、「受蘊」（感受的積聚）、「想蘊」（概念認定的積聚）、「行蘊」（情意的積聚）與「識蘊」（分別式認知的積聚）等

---

療照護諮商》，《月旦醫事法學報告》第 27 期，頁 57-73。

「五蘊」（「五受陰」、「五陰」）構成。而生命體在世間的知覺活動則可拆分為眼、耳、鼻、舌、身、意等「六根」（感官），又稱為「六內入處」，六根所對應的對象為色、聲、香、味、觸、法等「六境」（感官對象），合稱為「六外入處」，六內入處與六外入處總稱為「十二處」。知覺運作的過程則是以六根面對六境時所產生分別認知，稱之為眼、耳、鼻、舌、身、意等「六識」。六根、六境與六識總稱為「十八界」。（《雜阿含經·68 經》，頁 18a）<sup>6</sup>

五蘊與十八界之中仍可依據不同物種、生命體各自的情況而細分構成條件，這是佛教哲理對生命底蘊的整體詮釋。佛教認為透過拆解生命體的構成條件，可以連帶地將造成生命的痛苦也一併解消，而這是任何人在面對痛苦時，皆能透過觀念、知識的引導而實踐的行為，不需要透過現代醫療技術即可藉此減輕痛感。雖然拆解痛苦的構成條件與減輕甚至解消痛苦之間是否有必然導致的關係尚待驗證，但做為思想上的參考，以佛教行之已久的歷史習慣與自知之明道理來看，或可相信確有人因此而達到一定程度的效果。

在生命流程的運作上，佛教認為生死並非相對的概念，而是不斷由各種因緣推動，而導致由生到死的變化歷程。由生到死的變化歷程，佛教解脫道以「十二緣起」（「十二因緣」）稱之，十二緣起依序分別為「無明」、「行」、「識」、「名色」、「六入處」、「觸」、「受」、「愛」、「取」、「有」、「生」與「老·死」。（《雜阿含經·296 經》，頁 84b）佛教將生命哲理會經歷的環節以這十二個概念概括，但每個人的經歷不一而足，各自的情況亦不相同，所以實際的生命情境，藉由自然法則的把握之後，仍需依據實際情境而鍛鍊、培養

<sup>6</sup> 劉宋·求那跋陀羅譯，《雜阿含經》，T. 99，vol. 2。

相應的能力與經驗，以解決各自的問題。

佛教生死觀與其它宗教哲理的不同之處，在於「輪迴」與「解脫」的提出，佛教列出一生的環節，但不認為人只經歷一生就結束，而是如果未藉由修行方法而得解脫，將不斷在生死之中輪迴流轉，永無止盡。正因輪迴與解脫的觀念，使人認識到現實世界的不美好與受苦的情形，於是想要鍛鍊能力，離開受苦的環境。如果接受佛教的觀點，一方面，即可透過佛教的修行方法，培養承受痛苦的能力，能意識清楚地選擇投胎受生的環境；另一方面，則不接受人體死亡之後生命即消失的說法，也不會認為一生的作為是由造物主或上蒼、神祇進行審判而決定死後的去向，而是在來世繼續承擔前世的果報。佛教重視痛苦，認為在世間的感受終將以痛苦的形式呈現，這樣的觀點固出現仁智之見，但無可否認的是任何人終究逃不過病或死的歷程，而這亦是《醫療法》、《安寧緩和醫療條例》，甚至是《病主法》所要面對的生命問題。職是之故，佛教提出許多的修行方法以增加人們承擔痛苦的能力，其實也是提供人們在面對痛苦時的選擇。至於佛教的輪迴觀強調生命的無限延續是否成立，無須在此處深論。在生命法學應用上較值得注意的是接受這樣的生死觀，可以解決臨床上的部份問題，除了更虔誠具有佛教思想背景的人之外，對於無信仰、不知如何信仰的人，在諮商過程可多一項思想上的選擇以做為實踐預立遺囑的參考。

透過佛教解脫道的觀點認識生命運作的流程，進一步以這樣的觀點使他人得以接受，將須培養佛教菩提道的慈悲、利他精神，在幫助他人的過程中，使他人承擔痛苦的能力增強，亦有助於自己認識到不同而多樣的痛苦情形，培養更有效助人的能力。佛教將眾生遭遇的痛苦區分成「生苦」、「老苦」、「病苦」、「死苦」、「怨憎會

苦」、「所求不得苦」、「恩愛別離苦」與「五受陰苦」等八種，（《雜阿含經·第 490 經》，頁 126c）各種具體情形在日常生活與新聞媒體的報導中隨處可見，當看到他人有著類似遭遇時，自己也易於產生同情而不忍他人受苦的心情。李瑞全即以「同情共感」表達這種人類皆有的基本情感，而佛教則更進一步擴大這種情感至人以外的其它動物，甚而可以損己而利他，超越一般自利而利他的態度，而以「超利他」稱之。借用李瑞全的說法，佛教憑藉同情共感而產生的超利他行為，雖不可強制地要求所有人皆如此做為，但一旦決定助人，則盡力幫助他人解脫痛苦，導向生命更好的出路，則是基本應具備的態度。<sup>7</sup>

就佛教的觀點言之，既然人體死亡之後並不是生命的結束，將會輪迴而至來世，則如何幫助病人在來世有更好的去處，是助人者、諮商人員必須在過程中帶給病人的內容。具體而言，除了幫助病人理解痛苦的由來，以便於在觀念上對症下藥之外，透過觀察身心與意志的鍛鍊，即可增加病人承受痛苦的能力，減輕一定程度的疼痛感受。在減輕疼痛感受之後，意志力將更為堅強，意識也更為清晰而不至於散亂，甚而可以清楚地選擇來世的受生環境。最理想的狀態，是病人無時無刻皆能保持意識清晰，病人即可隨時表達意願，病人身心靈自主才能充分落實。若是身體的損壞已經使病人不能自主地表達意願，則至少在意識還能清楚地認知到自身所處的狀態，降低對於瀕死或死亡的恐懼。如同給孤獨長者身受重病時，尊者舍利弗基於因緣法而告知其解開整個生命體的構成條件與認知過

<sup>7</sup> 李瑞全，2017，〈生命之感通與利他主義：儒釋道三教之超越利己與利他之區分〉，《玄奘佛學研究》第 28 期，頁 19-50。

程，連帶地使孤獨長者解消疼痛的感受而得善終。（《雜阿含經·第 1032 經》，頁 269c）雖然孤獨長者已長期學習佛法，故能快速地達到效果，但這一基本原則應用在一般人身上並無太大的差別，方法皆是拆解痛苦的構成條件，目的則是減輕痛苦而得善終。若能如此，則就一般人而言，可導向更好的來世；就修行者而言，則可解脫而不再輪迴。

#### 四、佛教生死觀應用於預立醫療照護諮商的價值與困難

依據臺灣宗教多元與自由的民事習慣，在預立醫療照護諮商團隊的組織中應將宗教對於病人、家屬與醫方的影響納入考量。在團隊成員的安排，即可培養心理師與社會工作人員在宗教方面的專業知識與臨床實務經驗，以提供其他團隊成員與諮商對象在觀念上的引導。除了陳錦雄提及的人文價值觀對於病人與家屬的影響，以及醫師的宗教信仰在臨床時所產生的衝突之外，（陳錦雄，2018: 25, 29）張麗卿在探討委任代理人可能衍生的問題時，<sup>8</sup>亦設想未成年病人的法定代理人可能因宗教信仰而拒絕醫師為病人進行緊急手術，這將導致並非為病人的最善利益著想，而應援用《醫療法》加以規範。除了法律的援用之外，在事前建置的諮商團隊，如果具有宗教素養，即可預先處理這樣的問題。

以本文所探討的佛教為例，在面對病人自主的案例時，可依以下的程序進行：一、以具有宗教知識或臨床經驗的心理師或社會工作人員納入諮商團隊，以應對可能具有宗教背景的諮商對象。二、

<sup>8</sup> 張麗卿，2016，〈病人自主權利法——善終的抉擇〉，《東海大學法學研究》第 50 期，頁 1-47。

應確認病人、家屬與醫方是否有宗教背景，若有，各方的宗教背景為何，是否能在互相理解的基礎上，討論出共同可以接受的決策。三、如果諮商對象可以接受佛教思想，則應將佛教的生死觀有系統且明確地帶給諮商對象。在態度上，心理師或社會工作人員秉持同情共感的態度，使諮商對象理解因緣法與慈悲利他的觀念，就病人而言，可透過因緣法而在臨床時減輕痛苦；就家屬與醫方而言，以利他的心態而執行決策，避免將所有責任歸咎於他人身上。這點即可在法律之外，盡可能減輕責任歸屬的追究，以達到彼此之間更多的同情與理解。四、在每次諮商時，應確認諮商對象對於佛教思想的認知與前次的差異，以及實踐的練習成果，包括是否改變宗教信仰，或是達到某個階段時是否無法或不願再前進，例如前述，理解身體的構成因緣與認知系統（五蘊、十八界、十二因緣），卻無法減輕疼痛，則需明確獲知當事人的狀態以調整方法。五、回到病人自主的立意而言，諮商團隊應確認決策與醫方執行時，是否皆是在尊重病人自主與不違背各方宗教信仰的前提下，而執行預立醫療決定。六、最後帶出生命的導向，在諮商團隊與對象皆共同助成病人自主、達到病人善終的行為下，告知病人與家屬，這將有助於病人朝向更好的來世，並且各方的善行累積，亦有助於各方未來在面對各自的疾病、臨終時，導向自己更好的來世。

在諮商方面如果能夠依循上述的環節，則前述陳錦雄、張麗卿提及的價值觀和宗教觀的衝突，以及黃勝堅等提出以 4P 做為諮商的核心發展方向，皆能更加促進解決的可能。回到《病主法》的三大理念，如能使病人意識更清楚地做決定與判斷，家屬與醫方之間形成更多的理解，則幫助病人善終的可能性將提高，糾紛亦隨之而減少。唯由於每個病人、家庭與醫方對於佛教或各自信仰的理解與

鍛鍊程度不一致，故上述步驟的擬定可依具體情況而調整，諮商團隊的組成，亦應慎選成員，避免成員本身的宗教立場鮮明甚至偏頗，以影響臨床時的客觀判斷，或者即便同是在佛教觀念之下，卻因不同派別而產生衝突。

本文以佛教生死觀在預立醫療照護諮商方面的應用，並非一味樂觀地認為可以解決諮商過程的所有問題。如同許多臨床經驗尚有諸多問題有待觀察一般，宗教觀念在臨床上的應用，亦有待逐步觀察，以適時修正，尤其涉及宗教上的敏感性問題，需事先設想其困難之處，後續的調整才能較易於進行。如不接受佛教觀念，則理所當然轉換其它思想，但若在諮商對象接受佛教觀念的前提下，可能出現以下需事先準備應對的情形：一、有的人認為宗教信仰屬於個人隱私，如有諮商對象不願表示自己宗教立場，應採取旁敲側擊、再次確認，抑或是將其視為無信仰的立場？二、佛教本身的宗派眾多，心理師或社會工作人員和諮商對象之間對於佛教的認知是否達成共識？如不能達成共識，心理師或社會工作人員如何調整成有助於諮商對象接受的觀念，並使預立醫療決定的程序能順利進行？三、佛教生死觀雖重視個人的承擔與解脫，並期許諮商對象各方秉持利他的態度，也避免將責任歸咎給他人，然而，即便各方都是以此為基礎執行醫療行為，但遇到爭議或糾紛時，例如醫療決定與死亡結果未能完全符合各方預期，是否還願意降低因責任歸屬而導致的仇恨、利益爭奪，則有待整體人文素養的提升始能達成，而提升到何種程度，以及需要多少時間，則難以預期。四、佛教的生死觀內容豐富，是否能在幾次諮商時間內就使對方理解而運用，有待於諮商團隊規劃出明確的教案、方法始能有效地傳達。五、諮商對象中只要有一方不能接受佛教觀念，應如何協調或妥協？醫方或許較

易於更換，但病人與家屬則是固定成員，而即便是同一家人，也常有每個人不同信仰的情形，這亦有賴諮商團隊規劃出更完善的配套措施。

## 五、結論

生命權應予保障是普世人權，生命法學即在探討生與死有關的規範議題，人類無分男女老少，從搖籃到墳墓，其唯一的公平就是無一可倖免於死亡，縱令醫療科技再發達，人類生命仍有起迄，故研究用來懸而未決的生命哲理仍是仁人志士無法規避的一件事，作者本於生命倫理專業分析《病主法》第9條第5項關於預立醫療照護諮商的規範內涵，並對照《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》第4條對於諮商團隊的要求，指出在諮商團隊的心理師或社會工作人員中，可納入佛教思想的考量與運用。若是在諮商對象中有能接受佛教思想的人，則可達到更好的溝通與協調效果，有助於減少醫療決定過程的糾紛。

有鑑於臺灣的宗教多元與自由，本文即依據既有學理與醫療人員的實務經驗，而著重於佛教生死觀在預立醫療照護諮商上的應用，規劃出六個步驟，以佛教的重視慈悲利他、個人承擔的觀點，並在諮商過程帶入佛教對於生命構成條件與痛苦的解消方法，從五蘊、十二處、十八界的認識入手，觀察自身痛苦的構成，期能使病人藉此減少疼痛，進而增加對於各方的同情與諒解。藉由佛教生死觀的應用，可融入多位學者建構出的諮商程序，期能有助於既有困難的解決，藉資彰顯有限的生命價值與最終的人性尊嚴。

本文從佛教哲理的視角切入，仍不可避免有所侷限，因此不僅

需要更多能夠同情而理解的人共同投入這項工作，也有賴不同的宗教習慣之間進行更多的討論與溝通，建立具有各種宗教特色的諮商團隊，始能幫助更多需要臨終柔性關懷，而於預立醫療決定仍感到困惑的人。更進一步，若能建置更為多樣的有效諮商團隊，也可為無宗教信仰的人，在孤單無助時，多一個思想上的選擇。

## 參考書目

- 劉宋・求那跋陀羅譯，《雜阿含經》，T. 99，vol. 2。
- 余同笑、田侃、周城義，2017，〈對臺灣地區「病人自主權利法」的評述及啟示〉，《醫學與哲學》第 578 期，頁 71-89。
- 李伯璋，2017，〈病人自主權利法內涵及疑義初探〉，《萬國法律》第 212 期，頁 2-10。
- 李明書，2015，〈從「五蘊」的觀看做為探索生命的一條道路：以《雜阿含經》為依據〉，輯於黃淑貞（編），《遇見生命裡的彩虹》，臺中：亞洲大學通識教育中心，頁 2-19。
- 吳振吉、蔡甫昌，2016，〈簡評「病人自主權利法」及其影響〉，《醫院》第 49 卷第 1 期，頁 6-10。
- 李瑞全，2017，〈生命之感通與利他主義：儒釋道三教之超越利己與利他之區分〉，《玄奘佛學研究》第 28 期，頁 19-50。
- 姚富全，2015，〈論佛教倫理學以緣起法為闡述基礎的問題〉，《東吳哲學學報》第 31 期，頁 21-57。
- 孫也龍，2017，〈預約善終的法律機制——臺灣地區「病人自主權利法」評析及啟示〉，《性別平等教育季刊》第 147 期，頁 76-83。
- 孫也龍，2017，〈臺灣預立醫療決定製度研究——以「病人自主權利法」的通過為契機〉，《臺灣研究集刊》第 152 期，頁 44-53。
- 孫效智，2016，〈《病人自主權利法》面面觀〉，《醫院》第 49 卷第 1 期，頁 1-5。

孫效智，2017，〈《病人自主權利法》評釋〉，《澄清醫護管理雜誌》

第 13 卷第 1 期，頁 4-7。

陳再晉、林廷育、陳冠文、鍾珮純，2019，〈尊嚴善終：我國病人  
自主權利法施行之整備〉，《臺灣衛誌》第 38 卷第 1 期，頁 5-  
8。

陳錡雄，2018，〈尊嚴死的權利：論病人自主權利法〉，《東海大學  
法學研究》第 55 期，頁 1-36。

張麗卿，2016，〈病人自主權利法—善終的抉擇〉，《東海大學法學  
研究》第 50 期，頁 1-47。

楊秀儀，2017，〈追求善終的自主：論病人自主權利法之法律性質  
與定位〉，《萬國法律》第 212 期，頁 11-19。

楊秀儀，2019，〈病人自主權利法：挑戰與契機〉，《澄清醫護管理  
雜誌》第 15 卷第 3 期，頁 4-8。

黃勝堅、葉依琳、田恩慈、田麗珠，2019，〈正確、知情與對等—  
—有溫度的預立醫療照護諮商〉，《月旦醫事法學報告》第 27  
期，頁 57-73。

廖建瑜，2019，〈病人自主權利法對於告知後同意理論之影響〉，  
《月旦醫事法學報告》第 27 期，頁 36-56。

鄭子薇，2017，〈同志醫療權利的現況與未來——從醫療法、安寧  
緩和醫療條例與病人自主權利法談起〉，《性別平等教育季刊》  
第 78 期，頁 101-106。

謝宛婷，2019，〈從病人自主權利法施行細則探討預立醫療決定對緩  
和醫療照護的影響〉，《月旦醫事法學報告》第 27 期，頁 25-35。

釋昭慧，2007，〈「自通之法」的深層探索——依「緣起」法則作為  
論述脈絡〉，《玄奘佛學研究》第 8 期，頁 31-54。