

從佛教的觀點談病人自主權

釋照量*

摘要

安寧緩和醫療條例自從民國 89 公告實施已接近二十年，另一部亦是標榜病維護病人自主與善終的「病人自主權利法」，適用的對象不只限末期病患，而是同時涵蓋處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、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。且病患可以自主拒絕的醫療已從無效醫療擴大至部分可有效維持生命的治療，拒絕的考量點主要是以所處的疾病狀態之生命質素。這樣的改變所帶來的衝擊，對醫療人員不可謂不大。

我國近年來社會上有一股力量希望能將病人的自主權再擴大，希望能有請求安樂死與醫助自殺的權利。就法律的權利來說，此乃從安寧緩和醫療條例與病人自主權利法的特殊拒絕權希望擴充到能有特殊請求權。在這不斷擴充的病人自主權的滑坡中，佛法是如何看待呢？又會在哪裡訂出止滑點？

佛教的生命觀平等的看待生命中由生、老、病、死串起的每一個階段，並認為生命的維持，是為了可以修道。當一個人生命

* 桃園醫院宗教師，玄奘大學助理教授（兼任）。

E-mail: maiotao@gmail.com

質素不佳，已到無法用功修道的狀態，就可以不勉強維持，但前提是不要以外力提早結束生命，因為這樣已是殺生的行為。是以，就佛法觀點安寧緩和醫療例乃至病人自主權利法所賦予病患的特殊拒絕權並不包含以外力提早結束生命的權利，僅不以醫療或外力維持生命質素不佳的生命。安樂死與醫助自殺所需求特殊請求權，乃企圖擴充權利至可以要求以外力提早結束生命質素不佳的生命，這樣的特殊請求權已經逾越佛法的倫理要求。

關鍵詞：佛教、安寧緩和醫療、病人自主權、善終、特殊拒絕權、特殊請求權、安樂死、醫助自殺

Buddhist's Perspective of Patient's Right of Autonomy

Zhao-Liang Shih *

Abstract

The law of palliative treatment has been put forward since Year 2000, and now another law for the protection of the autonomy and good death of the patient, Autonomy Patient Right Act, expands the application of patients beyond those terminal patients and includes irreversible vegetative, permanent vegetative, seriously retarded patients and other patients that the central medical institute announces as patients with unbearable pain, incurable and according to the present medical technology could not be treated with other methods. Patient could autonomous reject not only ineffective treatment but also life sustaining water and nutrients. The point of consideration is the quality of life of the patient. This change brings serious impact to the medical professionals.

There is a stream of power that wants to expand the autonomy of the patient in order to let patient have the right to euthanasia and physician assisted suicide. It is an expansion of the legal right from special right of rejection to a right of special request. In such a slipperly development of patient's right of autonomy, what would Buddhism respond and how to set the line for stopping point?

Buddhism sees equality of life and life is a series of stages running through birth, getting old and die. The maintaining of life is for practice. When one's quality of life is no good, and when it comes to the stage of could not do any

* Religion consultant, Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare; Assistant Professor (part-time), Hsuan Chuang University.

more practice, we should not try to maintain life, but the premise is not to accelerate death. For such acts are acts of killing. Hence, for Buddhism the acceptance of refuse of living on in the law of palliative treatment and the Act of Patient Autonomy Right does not include the use of external force in ending life. Euthanasia and physician assisted suicide is an attempt to expand the request of employing external force to end the life of those with a low quality of life, but this has trespassing the ethical line of Buddhism.

Keywords: Buddhism, palliative treatment, patient autonomy right, good death, special right of withdrawal, special right of request, euthanasia, physician assisted suicide

從佛教的觀點談病人自主權

釋照量

前言

《孟子·梁惠王上》的「養生喪死無憾，王道之始也。」可知，善生與善終是中華民族一直以來不可動搖的價值觀與普遍的祈望。我國安寧緩和醫療條例自從民國 89 公告實施已幾近二十年，經過多次修正，再由政府與相關團體的宣導，安寧緩和醫療的觀念，尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，目前在台灣的社會中已漸漸的被接受。另一部亦是標榜病維護病人自主與善終的「病人自主權利法」，適用的人不再只限末期病患，而是涵蓋處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、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。且病患可以自主的拒絕醫療從無效醫療擴及至一些有效醫療維持生命治療，主要考量點是疾病狀態的生命質素。

在傳統上認定醫療應該盡力克服疾病和死亡，因此醫療人員所受的教育乃是要竭盡做一切能做的醫療來救治病患。我國的醫療人員先前適應了安寧緩和醫療的觀念，接受病患可以拒絕無效醫療，

而隨著病人自主權法案的公布實施，還要接受病患在特定的狀況可自主的拒絕某些有效的醫療行為。這樣的改變所帶來的衝擊，對醫療人員不可謂不大。幸好依照病人自主權利法的規定「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」，讓醫療人員有權決定是否執行。

我國近年來社會上有一股力量希望能將病人的自主權再擴大，希望能有請求安樂死與醫助自殺的權利，就法律的權利來說，從安寧緩和醫療例與病人自主權立法的特殊拒絕權擴充到希望有特殊要求權。而佛法又如何看待這樣的病人自主權的擴充？在這不斷擴充的病人自主權的滑坡中，佛法是如何看待呢？會在哪裡訂出止滑點？將是本文所要探討的。

本文首先將的探討病人自主權利法與安寧緩和醫療條例所賦予病患自主權的差異，其次而從佛教的觀點看病人自主權，進而討佛法對病人的特殊拒絕權與特殊請求權的看法。

一、兩部善終法規的自主權之差異

由於安寧緩和醫療條例乃在病人自主權利法之前訂出的為病人善終的法案，本節藉由比較兩者之間的差異，來觀察我國病人自主權推展的軌跡。安寧緩和醫療條例與自主權利法為我國兩部為病人善終立法的法案。前者立法的目的為「為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益」、後者則為「為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧」。當病人自主權利法公布時，有學者認為兩者的重疊性高，甚至認為不需再設立病人自主權利法，只需修改安寧緩和醫療條例，或者兩者應該合併，免得疊床架屋，互相牽

制。但就簽署的方式，適用的對象，與賦予的自主項目來看，兩者的差異十分大，就當前臨床的需求而言，病人自主權利法是有存在的必要。本節將聚焦在兩者所賦予病人的自主權有哪些差異？兩者的適用對象又有哪些不同？本節將先從病人自主權的分類進行說明，然後探討兩法賦予病人的自主權的差異。

（一）病人的自主權

病人有哪些自主權呢？首先以我國病人自主權利法給予病人那些自主權為切入點來探討病人的自主項目。以病人自主權利法第四條第一項規定「病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。」從法條中可看到明訂病人三個權利，一為知情權，二為選擇權，三為決定權。然此三者的關係：知情為選擇之基礎，選擇為決定的過程，決定為選擇的結果。知情是為了解當前的處境，明白有哪些選項，依據其個人的生命目標和價值觀，來做醫療照護選擇，此即是知情同意。選擇與決定即是做醫療抉擇。抉擇拒絕該等醫療項目，或者同意做某些醫療項目。因此，更精準地說做醫療抉擇若是拒絕某些醫療則是行使醫療拒絕權，相對的若同意做某些治療則是行使醫療請求權。醫療拒絕權與醫療請求權，都有一般情形與特殊情形。特殊情形是指攸關生死的狀況。¹

醫療拒絕權的行使時機可分為醫療行為執行前不施行治療 (withholding of treatment) 或醫療行為執行後來考量撤除治療

¹ 參考孫效智，《最美的姿態說再見——病人自主權利法的內涵與實踐》（台北：天下雜誌，2018年），頁39-44。

(withdrawal of treatment)。未涉及生死醫療拒絕權稱為「一般醫療拒絕權」。當所拒絕醫療會危及生命，在此狀況行使的醫療拒絕權稱為「特殊醫療拒絕權」，臨床上有些人認為「特殊醫療拒絕權」可能為涉及加工自殺，尤其是撤除治療 (withdrawal of treatment)，其實只是讓生命回歸自然的節奏，其死亡屬「自然死」，非加工死，安寧緩和醫療條例與病人自主權法即賦予病人「特殊醫療拒絕權」。未涉及生死醫療請求權稱為「一般醫療請求權」。

涉及生死的醫療請求稱為「特殊醫療請求權」²，此又可分為「醫助自殺」、「安樂死」。「醫助自殺」是指通常經由醫師提供，開給病人致死劑量的鎮靜劑，如 barbiturates 類處方用藥，然後由病人自己服用，結束生命。「安樂死」乃由醫師或具有同情心的人，醫師提供，開給病人致死劑量的鎮靜劑，如 barbiturates 類處方用藥，然後由醫護人員施打，刻意以結束受病苦者的壽命，結束其痛苦；目前我國善終二法並未賦予病人「特殊醫療請求權」。

(二) 病人自主權利法與安寧條例所賦予的自主權之差異

病人自主權利法與安寧緩和醫療條例所賦予的自主權雖然有差異，但仍然有共同點。兩者在給病人的選擇權決定權的部分，除了如一般醫療法規給予病人的一般請求權和一般拒絕權外，有別其他醫療法規之處乃同樣賦予特殊拒絕權，但病人自主權利法所賦予的醫療拒絕權，已不再是如安寧緩和醫療條例限於拒絕無效醫療；二者一樣並未賦予病人特殊醫療請求權，也就是要求醫助自殺或安樂死的部分，所以我國這兩部病人善終的法案仍屬自然死法案。本小

² 參考孫效智，《最美的姿態說再見——病人自主權利法的內涵與實踐》，頁 42-43。

節探討兩法所賦予的自主權的差異，將從適用對象、可拒絕醫療的內涵、可簽署同意文件的人員等部分進行比較。

1. 可行使特殊拒絕權的適用對象增加

病人自主權利法第 14 條第 1 項規定「末期病人」：病人為「處於不可逆轉之昏迷狀態」、「永久植物人狀態」、「極重度失智」或「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」等。符合這五種臨床病症條件者，可依照所做的預立醫療決定，拒絕所指定醫療。而安寧緩和醫療條例規定可以特殊拒絕醫療權的時機則僅限於末期階段。

2. 特殊醫療拒絕權不僅限用於無效醫療

安寧緩和醫療條例第 7 條規定，末期病人若有簽屬意願書，或最近親屬簽署同意書可以不施行心肺復甦術或維生醫療，並且規定若已施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。所賦予的特殊醫療拒絕權，依法條的規定末期病人在可拒絕以下兩種醫療，一為心肺復甦術：指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸等標準急救程序或其他緊急救治行為。二為維生醫療：指用以維持末期病人生命徵象，但無治癒效果，而只能延長其瀕死過程的醫療措施。從法條的規定，我們可以看出所拒絕的是無效醫療，只能延長其瀕死的過程的醫療。

病人自主權利法則規定可拒絕、終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養。而其中的維持生命治療，在該法的定

義為「指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。」；人工營養及流體餵養在該法的定義為「人工營養及流體餵養：指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。」從病人自主權法的規定，可看出所拒絕的不僅是無效醫療，考量的是拒絕在五種臨床條件那樣的生活品質下存活；可以拒絕對病人可能是有效的維持生命治療及可維持生命人工營養及流體餵養。

3. 只有病人可以簽署

由於適用範圍增加，可拒絕的包含會影響生死的有效醫療，病人自主權利法中的預立醫療決定書的簽署只能由當事人在具完全行為能力時，自行簽署意願書。不像安寧緩和醫療，因拒絕的是延長死亡過程無效醫療，所以除了可由當事人簽屬意願書外，亦可由最近家屬簽屬同意書。

（三）展現真正以病人為中心的自主

我國的醫療相關法規，在病人自主權利法實行前，關於病方的知情權、選擇權、決定權等權利，雖然乃以病人最大利益為考量，但是在法規的規定上，家屬的法律上地位與病人當事人的地位處於平等的位置。唯在病主權利法人真正展現出不共家屬，較為優先的自主權。

在醫療法與醫師法乃至於安寧緩和醫療條例，在病人病情告知與醫療決擇的權利部分，家屬與病患同等在病方的位置，如醫師法第 12-1 條規定：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知病情、

治療方針、處置、用藥、預後情形，即可能知不良反應」，醫療法的 64 條規定：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。……」安寧緩和醫療條例在第 8 條規定：「醫師應將病情、安寧緩和醫療之治療方針及維生醫療抉擇告知末期病人或其家屬。但病人有明確意思表示欲知病情及各種醫療選項時，應予告知」。

而在病人自主權法的規定，則將病人的本人於權利行使位階明顯的由病方獨立出，展現出與家屬有所不共的優越地位。如病人自主權法第 4 條規定：「病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。」「病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。」；第五條規定：「病人就診時，醫療機構或醫師應以其所判斷之適當時機及方式，將病人之病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項告知本人。病人未明示反對時，亦得告知其關係人。」這樣的轉變乃我國醫療相關法規對病人本人的自主的權利更朝向以病人為中心與自主的顯著進步軌跡。

二、佛教的生命觀善終醫療抉擇

佛教的生命觀收攝的說即是「苦、空、無常、無我」，如證嚴法師所說：「生命僅有使用權，無所有權」；認為面對生老病死苦，凡夫是做不了主。當所住的色身堪用時，則善用它，當不堪用了，

尤其無法達成修行的生命目的時，則隨順因緣，讓生命持續往下一階段邁進。以佛法「苦、空、無常、無我」的生命觀做善終醫療抉擇和以自主為前提的善終醫療抉擇會有些差異。因為佛法中對要善終的體認，恰巧來自從無常體悟到無我，以及體悟到面對老病死苦，凡夫無法自主。本節將對佛教的善終醫療抉擇的觀念進行探討。

（一）佛教的生命觀

佛陀教導弟子認識生命世界，並非藉由憑空的想像，而是在禪定的狀況，對於世間進行觀察其生滅變化的流程的現象，進而體悟出其中的道理。佛陀在《雜阿含經》23 經以生命觀察的路徑教導其子羅睺羅，何謂平等慧以及練就這樣的功夫在修行上能達到怎樣的成就：

佛告羅睺羅：「當觀諸所有色，若過去、若未來、若現在，若內、若外，若麤、若細，若好、若醜，若遠、若近，彼一切非我、不異我、不相在。如是平等慧如實觀。如是受、想、行、識，若過去、若未來、若現在，若內、若外，若麤、若細，若好、若醜，若遠、若近，彼一切非我、不異我、不相在，如是平等慧如實觀。比丘！如是知、如是見我此識身及外境界一切相，無有我、我所見、我慢使繫著；羅睺羅！比丘如是識身及外境界一切相，無有我、我所見、我慢使繫著者，超越疑心，遠離諸相，寂靜解脫，是名比丘斷除愛欲，轉去諸結，正無間等，究竟苦邊。」

在此則經文，佛陀教導大家，從五蘊的觀察起，從而認識生命體，非永恆不變的我，我都沒有實體可言，更何況是屬於我的東西。而我們這期生命所運用的五蘊身，也持續處於變化的狀態，因為所組成內容隨著因緣聚會而有不同。從而找不到固定不變的我，以及我的身體。而此五蘊身也隨著時間空間的改變，而有好、壞、美、醜、粗、細，乃至於所謂的出生、衰老、疾病及死亡的發生，然而這些呈現在現象的種種不同的樣態或者是事件，它們之間從現象看來似乎是不同，甚至是對立的，然就生命而言，乃是必然會發生的變化，它們皆是依於空性，隨著因緣生滅變化而結合解散。

以此觀點來看生命中的好、壞、美、醜、粗、細乃至於所謂的出生、衰老、疾病及死亡，皆是生命歷程中，隨著因緣結合解散所產生的短暫的變化環節。佛陀告訴我們，如果可以藉由禪修直觀出此生命生滅變化之理，即是以平等慧如實觀察。此則是佛陀教導我們經由生命歷程觀察生命緣起、平等的路徑。

（二）病人如何為自己做醫療抉擇

佛教生命觀所揭示醫療抉擇的觀點，首先要清楚的是所處的疾病階段，因為佛法教導我們平等的看待生命的每一階段，平等看待疾病的每一階段，都是因緣變化流程所呈現的狀況，清楚明白病患處於哪一階段，譬如疾病初期，則積極的朝治癒治療，但若疾病來到末期，醫師為了不放棄病人或是不承認治療失敗，病人為了永不放棄，要成為生命的鬥士，醫療抉擇仍緊抓這其病初期的治療模式不放；也就是無法平等看待疾病初期與末期。依佛法的觀點，無論疾病的初級與末期，各有其因緣，如此呈現皆為眾因緣合和，配合因緣變化流程，不緊抓著初期的種種，認清末期的狀況，配合末期

的狀況，醫師提供適切當時其應有的治療，並將當時的處境，清楚的向病患與家屬解釋，讓其能清楚明白並的進展，與接受當下應受治療的照顧，避免增加痛苦與受到傷害。

其次以佛教中不忍其受苦慈悲心，拔苦與樂，與醫療照顧考量生命質素，而選擇的醫療抉擇的動機是一致的。決定是否拒絕從侵略性或積極性的治療轉為安寧緩和醫療的醫療模式，病患的生命質素的問題是重要考量因素。

再者，由於佛法教導大家平等看待生命中的生老病死的每一個階段，也將不殺生列為基本原則，所以所做的醫療抉擇與措施，必定採用不去以加工的方式去縮短生病的歷程，即便當時的生命素質已處於當事者都認為不宜再活下去的狀態，也就是僅會採取停止維持生命治療的「自然死」的方式，讓當事者以「自然病程」的方式逐漸趨向死亡。

三、佛法的觀點看病人特殊拒絕權

特殊拒絕權是安寧緩和醫療條例與病人自主權利法，有別於其他醫療法規，賦予民眾在尚具意思能力時，自主的為自己決定。當事者可以拒絕在末期的心肺復甦術、維生醫療等無效醫療，以及在五種臨床條件拒絕維持生命治療、人工營養及流體餵養等有效醫療。當病人自主權法公布時，有些人認為拒絕有效醫療導致病人死亡，涉及加工自殺或安樂死。強調不殺人的佛教思想又會如何來看待這樣的特殊拒絕權呢？

（一）病人行使特殊拒絕權

一個以佛教思想為自己的生命行為準則者，當醫師跟我們說我們的身體已經進行到的醫療措施無法逆轉，短期內即將面臨死亡的現象，或持續治療下去已經是弊大於利，會持續處於很差的生命質素狀態，我們應該如何自處，面對接續的醫療措施。

首先我們必先了解，身體對於佛教徒而言是一個載體，是讓我們得以在世間修行的工具；而我們的生命是無盡相續的，連續但非同一的，也就是非一非異，在一期一期的生命中住在不同的載體，持續進行著我們生命修持，以成佛為目標，不斷讓自己的生命層次提升。當這期生命所住的載體已趨近毀壞，或者是生命質素很差無法讓我們持續做修行的事，我們要做的事是不是想盡辦法要求醫師盡量救治，讓我們有留下來的機會。

拒絕有效醫療最後因而死亡，是否涉及到殺生或自殺呢？有些人認為不醫療致死就是殺生或自殺。然而醫療可以無限上綱，目前的醫療水平，可以透過儀器與藥物讓一個無腦、無肺、無心的人持續的活著；我們真的需要用盡一切醫療，讓生命痛苦維持著才不會涉及加工死亡或者是殺人嗎？當然不是。我們應該在平日思考自己生命的價值，對自己身體這個載體的看法，希望能發揮怎樣的功能，並思考就當前的病人自主權利法規定的五種臨床條件，若自己的身體的狀況處於如此的狀況，自己願意如此的活下去嗎？主要考量點是生命質素與如此的身體是否值得繼續維持。若是不願在那些狀況存活，又擔心自己在那樣的狀況無法表達自己的想法，而被迫要在那樣的狀況活著，則可事先參與「預立醫療照護諮商」(advance care planning, ACP) 為自己預立醫療決定，保障自身善終自

主權。

雖然病人自主權法所可以拒絕的醫療，有可能對病人當時的病情是有效的，但是因為病人早先已做選擇不願在那樣的狀況活著，拒絕維持生命的治療與非自主的營養的給予。這樣的作為沒有運用外力或給予特殊的藥物讓病人加速死亡，而是讓這個狀況不佳的身體，不運用外力協助維持，回到自然的狀態直到死亡，此乃屬自然死的狀況，非屬加工死亡，故未涉及殺人。

（二）當啟動預立醫療決定後應有的作為

從病患本身的立場來說，當這期生命所住的載體已趨近毀壞，已達當病人自主權利法所明定的五種臨床條件，啟動所做的預立醫療決定，不予或撤除維持生命治療，或者停止人工營養及流體餵養，接續所應採取的醫療決策是與醫師配合，運用適當症狀控制，讓身體不至於受到太大的痛苦，以減低身體不適造成對我們情緒的干擾。接著將此期的生命種種事預做安排，如家人，財產等做妥處後，積極為自己的來生做準備。而準備的方法則以相應或平日修持的法門持續用功，讓自己的心境品質維持於最少的恐懼，並對來生目標抱持著信心與希望。

其次，以醫療團隊的立場來說當病患的已達病人自主權利法所明定的五種臨床條件，啟動所做的預立醫療決定，醫療團隊病患及家屬充分的討論，在了解病患、家屬及法定代理人的期待與目標，要能接受病患身心靈狀況，給予最適當的協助與幫忙，協助個案善終。醫療團隊除道德原則的照顧與關懷照顧之融合，如不傷害病人外，要為病人最佳利益考量並給予病患與家屬適當的支持。此乃佛教照顧病患、慈悲關懷應有的作為。佛教的慈悲包含著同情、憐

憫、仁慈，關懷者要去感受到對方的痛苦，有強烈的動機要讓受苦者離苦得樂，並且合併四攝法布施、愛語、同事、利行，運用適當的方法、提正確的資訊、支持及陪伴家屬尊重病患的決定，並提供適當的協助。病患或家屬決定的方向與醫療團隊的建議或預期的的是否相同，團隊都要予以尊重及支持；或者若當其中家屬對個案的情況呈現不捨而極力想挽回，並不是家屬想害病人無法善終。此時醫療團隊應將病患的情況讓家人了解，如召開家庭會議、個別會談，同理並支持家人的情緒。然而隨著病患病情的變化，醫療的目標也可以隨時調整，醫療團隊維持不斷的溝通、支持、尊重，陪伴著病患與家屬度過最艱辛的時刻，不讓病患與家屬擔心被醫療團隊遺棄。

在此階段的陪伴的過程中，除了如上的陪伴方式，還需帶著家屬試著去理解，就一生命體而言，生老病死為一期生命平等重要的生命環節，有出生必定要經歷老病死，每個階段都有該階段要完成的任務，在這期生命所居住的身體即將毀壞之際，坦然的將死亡的過程視為一自然的生命歷程，感謝這期生命中各個關係網絡中的人、事、物。這期的生命與這期生命所曾經擁有的並非永恆的。隨著因緣變化流程的升起與消滅，沒有甚麼東西是永恆不變可以讓我們緊抓住的，病患與家屬除了應好好的處理與安排此世的種種事務，讓病患能無有牽掛的離世外，也可鼓勵家屬，安排一可讓病患安住於相應的法門的環境，讓病患在這的階段能安頓身心靈，專注的在法門上用功，減少其對未知恐懼，增進對來生的期盼與信心。而當病患處於末期昏迷、不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智等狀況，無法自行在法上用功時，家屬以撫慰的方式陪伴，並為其誦經念佛迴向，祝福其能往生希願處。

此階段照護與陪伴即是如病人自主權利法第十六所規定的：「醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。……」。安寧緩和醫療乃啟動預立醫療決定後應做的具體作為，其中包括了降低拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養時所帶來的身體不適感，積極撫慰病患、家屬心、靈、社會層面的傷痛，協助個案善終。

四、佛法的觀點看特殊請求權的可能

資深媒體人傅達仁先生，因飽受胰臟癌末期疾病之苦，上書蔡英文總統，陳請台灣通過「安樂死」法案。傅達仁生前表示台灣超過 75 歲的植物人及不能自我生活的老病者太多，連累家人和自己，動用社會及國家資源甚鉅，陳請「安樂死」法案，以利全民福祉。行政院秘書長陳美伶回信以安寧緩和醫療擋下安樂死法案。傅達仁先生於是於 2017 年 11 月宣佈自己已是瑞士協助自殺組織「尊嚴」(Dignitas) 的會員，帶著妻兒前往瑞士進行「人生最後一趟旅程」，但後來因兒子將要結婚，並且為了不讓兒子在新婚期間面臨喪父之痛，傅達仁決定返回台灣，接受短暫的癌症治療。但最後無法忍受胰臟癌末期病痛折磨，讓他在 2018 年 6 月再度選擇赴瑞士「尊嚴」機構執行「醫助自殺」，在親友的陪伴下，傅達仁自行服下藥物，安然邁向死亡，享壽 85 歲。

傅達仁先生過世後，民間有一股推動安樂死與醫助自殺的力量進行著。要求可以進行醫助自殺與安樂死，就病患的權利而言即是要求能擴充自主權至擁有特殊醫療請求權。下一節將藉由探討特殊醫療請求權而衍生的安樂死與醫助自殺的佛教倫理討論，來說明佛

法如何看待特殊醫療請求權。

(一) 安樂死 (Euthanasia) 所涉及的倫理問題

希臘時代：euthanatos，乃係指美好的、恰當的 (eu = good、appropriate) 死亡 (thanatos = death)，本意為「安祥而有尊嚴的善終」；在醫學上，最開始的意思是指醫師以當時醫學能夠提供的方式讓病人安詳死去的職責，並不是直接致人於死。然而目前這個詞漸漸成為慈悲殺人 (mercy killing) 的意思，意即由醫師或具有同情心的人，刻意結束受病苦者的壽命，結束其痛苦。

1. 安樂死種類

安樂死又可分為自願 (voluntary)、無意願 (non-voluntary) 或非自願與反自願。自願為病患自己請楚表達想死的意願。無意願是病人在可做決定時沒做決定，而現已無法做決定。反自願則是違反當事人要繼續生存的意願而殺害之。

2. 倫理探討

反自願是違反病人本身意願，這是最為大家所批評譴責的，如納粹為猶太人安樂死，是以強迫，是人權的迫害。無意願或非自願安樂死，因無法了解病患自己本身的想法，若是外在的人要幫他做決定，恐仍會違反其意願。自願安樂死，雖有些看法認為是尊重病患的自主權，但刻意結束生命，很難與殺害做區隔，因為行為的主要目的是結束其生命，此與臨終鎮定非常不同。

3. 佛教的看法

阿難白佛：「世尊一時為諸比丘說不淨觀，比丘修習厭惡身苦，轉相殘殺，乃至彌隣一日之中，傷害梵行六十人命，是故今日僧眾減少。善哉，世尊！唯願更說餘善道法，令諸比丘得安樂住。」……佛種種呵責：「汝等愚癡，所作非法！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，得偷羅遮罪。」又告：「從今已後，應修安般念，樂淨觀，樂喜觀。觀已，生惡不善法，即能除滅。以十利故為諸比丘結戒，從今是戒應如是說：「若比丘，手自殺人，斷其命，是比丘得波羅夷，不共住。」³

前揭引文是說明，佛陀有一天發現僧團的僧人減少很多，而問阿難，為什麼僧人少那麼多。阿難告訴佛陀，因為比丘們修不淨觀，厭惡身體臭穢不淨，所以急著要捨離，而互相殘殺。其中有一人叫彌隣甚至在一天中就殺死六十人，所以在僧團中，僧人突然少很多。佛陀斥責大家，告訴大家無論是自己殺害自己或殺別人，都是愚痴且殘忍的行為，佛法是不容許的。所以刻意結束生命的安樂死，無論是自願、非自願、無自願，佛教皆不支持。

（二）醫助自殺

所謂醫助自殺 (physician-assisted suicide)，通常指經由醫師提供，開給病人致死劑量的鎮靜劑，如 barbiturates 類處方用藥，然後

³ 《彌沙塞部和醯五分律》，宋罽賓三藏佛陀什共竺道生等譯，T.1412, vol.22, p. 7b- c.

由病人自己服用，結束生命。此行為歸類於自殺行為，只是自殺的工具——是由醫師提供。雖是自願性的自殺，但與一般自殺不同之處是自殺行為者是病人；另外自殺需要的工具是由醫師的協助提供。

關於醫助自殺的行為，佛教還是非常不贊成，如下引文及說明之。

爾時眾多比丘得重病，有諸比丘來問訊言：「大德！病寧有損，苦可忍不？」病比丘言：「病猶未損，苦不可忍。」便語諸比丘：「與我刀、繩，與我毒藥，與我增病食，將我至高岸邊。」時諸比丘皆隨與之。病比丘或以刀自刺，或以繩自絞，或服毒藥，或食增病食，或墜高岸自斷其命。諸比丘見其死已，便生悔心，以白阿難。阿難將至佛所，以事白佛。佛以是事集比丘僧，問諸比丘：「汝等實爾不？」答言：「實爾。世尊！」佛種種呵責：「汝等愚癡，自斷人命、與刀令死，有何等異？從今是戒應如是說「若比丘，自斷人命，持刀授與，得波羅夷，不共住。」⁴

引文所闡述的故事為僧團中有些重病的出家人，為病苦所擾，非常痛苦，希望同參能提供毒藥或是刀借給他讓他可自殺死亡。同參們真的提供，病人也因此用這些工具自殺身亡。佛陀知道這事，斥責大家，也不允許大家再提供他人提早結束生命的工具。

由上的討論安樂死、醫助自殺二者都是用刻意提早結束生命的

⁴ 《彌沙塞部和醯五分律》，宋罽·賓三藏佛陀什共竺道生等譯，T.1412, vol.22, p. 7c.

方式，來結束病患的病苦，在倫理上有極大的爭議，且在佛法的倫理中，認為都是提早結束他人的生命，是禁止的行為。

五、結論

佛法看生命為苦、空、無常、無我，面對生老病死苦，尚屬凡夫的我們一籌莫展，完全做不了主。就佛教的看法，當看這樣生命流轉的苦，也明白我們無法阻擋身體趨向衰敗的進行，在老病來臨時，隨順因緣的進展，不緊抓此衰敗的身體，自在的往下一階段生命邁進。而凡夫的我們，在生死流轉中，無法掌控任何事，但也因為明白面對老病死我們做不了主，所以應該在老病來臨之前，先做些安排，而這些安排，並不是為了主導老病死的歷程，而是為了以減少老病階段的障礙，能較無痛苦地度過生命中重要的老病階段，達到善終乃至善生的目標。

當身體狀況已達到某些狀況，無法讓自己維持生命修持時，可以依本人事先的意願下預先安排，停止外力的協助維持生命。然而這些安排，若趨向死亡，其過程必須是屬自然死的狀況，非屬加工死亡，也就是以不涉及殺生為前提。

而在啟動預先安排的作為時，周遭的照顧者，可將佛法的平等一貫的生命觀帶入，讓病患及家屬明白，當下除了藉由醫療的介入，讓身體的狀況不至於讓身體太受苦外，安排一可讓病患安住於相應的法門的環境，安頓身心靈，減少其對未知恐懼，增進對來生的期盼與信心。而當病患無法自行在法上用功時，家屬以撫慰的方式陪伴，念佛迴向並祝福其往生善處。

是以，就佛法觀點安寧緩和醫療例乃至病人自主權利法所賦予

病患的特殊拒絕權並不包含以外力提早以結束生病的權利，僅不以醫療或外力維持生命質素不佳的生命。安樂死與醫助自殺所需求特殊請求權，乃企圖擴充權利至可以要求以外力提早結束生命質素不佳的生命，這樣的特殊請求權已經逾越佛法的倫理要求。

參考文獻

孫效智，《最美的姿態說再見——病人自主權利法的內涵與實踐》
（台北：天下雜誌，2018 年）

《雜阿含經》，宋罽賓·三藏佛陀什共竺道生等譯，T.99, vol.2.

《彌沙塞部和醯五分律》，宋罽賓·三藏佛陀什共竺道生等譯，
T.1412, vol.22.