

## 企劃導讀

若我們粗淺地將人的健康狀態分為罹病前、罹病但尚可醫治與罹病且治療無效，則在所有階段中個人都仍保留一個選項——即不借助他人幫助，亦非出於他人強暴、脅迫、教唆等，完全出於自己意願而終止生命；唯獨在罹病且治療無效的階段中，當個人已陷入意識不清或已無意識而喪失表明或實踐生命權之可能性時，則是否允許他人終止該人之生命，此時正是討論國家保障生命權之意義所在：我們是否允許病人要求當其喪失意識後直接給予一針安樂死？更甚者，若病人事前均無表明意向，我們得否以「無效醫療」為理由予以「人道」？

這也是瑞士非營利組織「尊嚴」所真正在做的事，防止絕望的人獨自用可怕的方式離世，使其看見另一項選擇。也就是說安寧條例與病主法保障善終之目的，與自殺防治法培養尊重生命價值，是相對但彼此呼應的；事死如事生，在善終之前我們會不斷探索、反覆確認這個決定。因此當有尊嚴善終法草案，提倡安樂死與醫助自殺；又或者以斷食善終之方法繞過病主法的規定；反觀病主法自2019年上入至今，參與ACP與簽署AD之人數仍然低迷，則我們不可不慎思倡議安樂死或斷食善終是否是一個良善的決定。

「活下來，就是英雄，輸了，也許是不夠努力。」在《隔壁的房間》由Tilda Swinton飾演之癌末戰地記者Martha這般說。選擇輕生的瓊瑤在其遺書寫道「注意，我『死亡』的方式，是在我生命的終站實行的！」究竟我們應以何種態度來面對生命的終末，興許在置於死地之時，方知生之奧義。

在推動安樂死、醫助自殺之前，我們應當先反思安寧條例與病主法之實施狀況。國立陽明交通大學科技與社會研究所郭文華教授「徒法尚不足自行：從「病人自主權利法」反思善終政策」一文從公共衛生出發，評析「病人自主權利法」的實施現況。本文主張如何善終有理論上的應然，但對於病人自主權利法作為衛生政策，特別是生死素養的實然，其內涵與挑戰

的討論還有空間。

病人自主權利法賦予醫師不執行AD之豁免條款及執行AD之免責事由，配合限縮法定急救義務範圍，讓醫病關係進入了一個全新篇章，惟在AD及DNR併行適用下，DNR有無病人自主權利法豁免條款及免責事由適用？醫師主觀認知與客觀事實不一致時又應如何處理？在整體法律解釋適用上，仍須回歸刑法基本體系。臺灣澎湖地方法院黃鳳岐庭長於「病人自主權利法刑事責任探討——以豁免條款及免責事由為中心」一文即擬從刑法行為理論出發，探討豁免條款及免責事由之性質，進而討論醫師過失執行或不執行AD、DNR之刑事責任，最後再提出立法之建議。萬國法律事務所資深合夥律師黃三榮律師則於「評估病人自主權利法醫師民事免責規定——比較美英日立法例」一文中，從美英日立法例之比較，醫師執行病人載明拒絕維持生命治療（life sustaining treatment, LST）（含ANH）之預為決定（AD），而得主張民事免責情形，不應僅限於病主法規定之狀況。

近年來，「斷食善終」在公眾的輿論下，再度挑起對死亡權的籲求以及難以預測的老衰或退化性疾病歷程其照護困境的關注。奇美醫院緩和醫療中心謝宛婷主任於「在『斷食善終』的激情過後，生命神聖性與當代安寧緩和照護的再對話」一文以Ronald Dworkin的「神聖價值」為切入點，探討其與安寧緩和照護的三大核心面向「有品質的生活」、「活著的藝術」及「深思熟慮的商討」之關聯，試圖突破生與死的二元對立。本文認為，假如死去是最後讓病人獲致尊嚴生命的手段，那麼在慎重地考慮朝向該目標行動時，仍應提供全人的舒適照護，同時應避免將「結束生命」視為受苦的唯一解方。

醫師協助自殺或安樂死在許多國家或地區走向合法化，但並非等同於人人皆能夠藉此選擇積極結束生命。Sarco膠囊艙的問世，提出機器協助自殺的新模式，透過程序的去醫療化與低費用，為人們提供另一個行使生命自主權的方式。國立臺灣大學國家發展研究所張兆恬副教授於「初探『機器協助自殺』的法律與倫理議題」一文對此進行規範上的回顧，發現各國多有現行法架構難以規範Sarco的挑戰，此外在倫理上，也從個人生命自主權、機器決策，以及照顧的角度加以分析。