

從安樂死談安寧緩和醫療條例

陳原風

壹、前言

我國在民國七十五年十一月二十四日公布的醫療法第四十三條中規定：「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。……」。然而現代醫學雖然可控制某些疾病的危害而讓人類平均壽命得以普遍延長，但「人」終究逃不過生老病死的自然法則。因此，一些很明顯屬於不可治癒的末期病人，在臨終時，仍須為接受心肺復甦術等急救方式所折磨，最後在痛苦中含恨以終，醫師與家屬則是愛莫能助。

就如伊莉莎白·庫布勒·羅斯(Elizabeth Kubler Ross)於一九六九年指出臨終病人的心理，其分為五個層次，即：「否定及孤離期(denial and isolation)、憤怒期(anger)、討價還價期(bargain)、沮喪期(depression)及接受期(acceptance)」(傅偉勳，民八十二)(註一)，「死」既然是人生無法逃脫的宿命且無從預防和不可抗拒，而死別之苦也同樣無從避免，但至少我們應可以尋求讓臨終病患或是病患

家屬親友，在過程中能選擇有尊嚴的、安樂的且自在的離開這世界。

「死亡的尊嚴」(death with dignity)是現代人在講究「生活品質」後，成為主要的探討議題之一。我國一些與此有關法案如「安樂死條例草案」(林政則等十四位立委提案，民八十五年)、「尊嚴死條例草案」(謝欽宗立委提案，民八十五年)、「安寧死條例草案」(李慶華等二十位立委提案，民八十六)、「善終人生選擇權條例草案」(林政則等三十八位立委提案，民八十五)、行政院版「緩和醫療條例草案」(行政院提案，民八十八)等先後被提出並為各界及立法機關所討論。

民國八十九年五月二十三日，立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，同年六月七日由總統公布施行(附錄一)。此後，不可治癒的末期病人可依其意願援用「安寧緩和醫療」，而醫院、診所則可在接到「意願書」後，排除醫療法第四十三條之強制採取一切必要措施救治之規定。惟「安寧緩和醫療」和所謂的「安樂死」並不完

全相同，本文試加說明和評析建議。

貳、安樂死概說

一、定義

「安樂死」，國人稱之為「善終」，英文稱之為Euthanasia，德語稱之為Euthanasie，此皆源自希臘語Euthonatos「美麗之死」演變而來。而在希臘語中“eu”代表好的、幸福的，“thanatos”則代表死亡，因此Euthonatos一詞乃代表「善死」、「美死」或「安詳之死」之意，亦稱之為死亡控制(Death control)、死苦緩和、自然死(Natural Death)(楊富強，民七十九)。日本學者小野慶二將之譯為「安樂死」，美國安樂死協會名之為「Society for the right die」目的在承認人有選擇死的權利(陳昭德，民七十五)。依韋氏英語字典(Webster Dictionary)之定義，安樂死一詞有兩種意義：一個是安寧而輕鬆之死亡(a quiet and easy death)，另一個則是導致安寧而輕鬆之死亡之行為(the action inducing a quiet and easy death)。安樂死在醫學上之意義為「使病人安樂而死」，此較強調行動上之意義，故可稱之為「安死術」或「安樂殺」(蘇朝榮譯，民六十五)。除此之外，亦有學者稱之為慈悲殺害(Mercy Killing)(彭樹楷，民六十五)，世界百科全書亦認其與Euthanasia具有同樣之意義。前醫師公會全聯會吳基福理事長稱之為「尊嚴死」，以示對人生命之敬畏及人格權之尊重(吳基福，民七十二)。綜合前述之見解，「安樂死」可說是對於死期迫

近，已無治癒希望，並為痛苦折磨之病人，或是受致命嚴重創傷，或是無意識只靠機器維生之病人，基於本人之意願或醫師之判斷，由醫師為其除去病痛或維生裝置，使其安詳死去之行爲。」

二、安樂死之分類

安樂死依其實施手段不同，綜合分類如下：

1. 積極安樂死(Active Euthanasia)：又稱作為安樂死

日本學者富川俊行稱之為「作為安樂死」，即行為人以積極之作爲(如施打過量之麻醉藥物)使病患死亡之安樂死(楊富強，民七十九)。另外木村龜二教授及金澤文雄教授等認為此係「縮短生命手段之安樂死」(林奇青，民八十八)。德國學者恩古斯(Engisch)則稱為「醫師對於絕症病患，為緩和病痛的處置，以直接方法縮短其生命者。」(劉清波，民七十七)。美國學者瑞丁(Georges R. Reding)認為是終止痛苦之期望(the wish to end pain)，醫師在未經病患同意之下以醫療手段加速病患之死亡，或是在病患之要求下由醫師提供病患致死劑量之藥物後為其施行之安樂死。(吳建昌，民八十八)

2. 消極安樂死(Passive Euthanasia)：又稱不作為之安樂死

日本學者富川俊行稱之為「不作為之安樂死」，即行為人以消極之不作為(如中止醫療、停止供應氧氣)使病患死亡之安樂死(楊富強，民七十九)。另外木村龜二教授及金澤文雄教授等認為此係「不為延長生命之積極手段之安樂死。」亦即對於受痛苦之病

患，不採取積極延長生命之措施，如不使用人工維生儀器或施打麻醉劑，因而造成死亡之結果稱之（林奇青，民八十八）。德國學者恩吉斯（Engisch）則認為「醫師對於死症病患，為緩和其痛苦，發生之因果關係，而縮短其生命者，稱之。」（劉清波，民七十七）。美國學者瑞丁（Georges R. Reding）則以「未取得病人之同意，由醫師消極不予生命救助，而達到安樂死之目的稱之」。（吳建昌，民八十八）

3. 直接安樂死：又稱生時預囑

日本學者富川俊行指稱此為病患在清醒時，對死亡有直接、形之於外之意志表現，此種自行選擇安樂死之意志（Living Will），稱為生時預囑。（楊富強，民七十九）

4. 間接安樂死

富川俊行指稱此為病患雖無直接表明其終結生命之意志，然可由病患「容認之意圖」推定其希望死亡之終極目的，至於作為死亡中間過程之手段則非所問。（楊富強，民七十九）

5. 毀滅型的安樂死：又稱抹殺的安樂死

木村龜二教授及金澤文雄教授等將之定義為「無生存價值生命之毀滅」，係源自社會功利主義及優生學的思想，對社會無生存價值之癌症患者、白痴或瀕死之病患，予以實施安樂死（林奇青，民八十八）。德國學者恩吉斯（Engisch）則認為此係對無生存價值者，醫師本於國家社會利益，縮短其生命者，稱之。（劉清波，民七十七）

6. 治癒型之安樂死

木村龜二教授及金澤文雄教授等認為此乃為附隨縮短生命危險

之安樂死。亦即醫師使用經臨床試驗證實，不一定產生縮短生命危險之止痛劑，但卻附隨有此危險性，因而發生死亡之結果。（劉清波，民七十七）

7. 廣義的安樂死

德國學者白列克門（Pelekman）認為此指無法醫治之病人，乃一無生存價值之生命，醫生受其囑託為其縮短生命而言。（劉清波，民七十七）

8. 狹義的安樂死

德國學者白列克門（Pelekman）認為此指未得病人之囑託，出於憐憫的善意，停止延續生命之儀器裝置，縮短其生命而言。（劉清波，民七十七）

9. 純粹的安樂死

木村龜二教授及金澤文雄教授等認為此係指「不附隨縮短生命危險之安樂死」，亦即採取無縮短生命危險之適當方法，緩和其痛苦，而使其自然死亡。（林奇青，民國七十四）。德國學者恩吉斯（Engisch）則認為此為「醫師不用縮短其生命的手段，只以止痛的方法，減輕緩和其痛苦，使病人自然死亡者而言。」（劉清波，民七十七）。德國學者白列克門（Pelekman）認為此乃醫師對於死症病患，只以緩和痛苦的方法使病患死亡者，稱之。（劉清波，民七十七）

綜合上述學者對安樂死定義看法，可將安樂死依病患自願與非自願區分為下列狀況：

1. 行爲人以積極作爲結束病患之生命。
2. 行爲人以消極不作爲結束病患之生命。
3. 行爲人提供協助，由病患自行結束生命。

參、國人對安樂死立法之需求狀況

前台灣省公共衛生研究所在民國七十三、七十四年針對「安樂死應否合法化」問卷調查結果指出：一般民眾有六八·八三％贊成「當一個已無法挽救的瀕死病人，在尚有能力作決定時，法律應該允許該病人有要求實施安樂死的權利」。有七五·〇八％贊成「當瀕死病人，已無能力作決定時，法律應該允許該病人家屬或法律所規定的人員，有要求爲病人實施安樂死的權利」。有六九·七二％贊成「當一個人預先以書面表明，如果有一天我病得無法藉醫學技術挽救時，請不要維持我的生命，法律應該允許依照其囑咐去做」(姚克明等 a, 民七十三)。另外，有六三·五三％的醫師及八四·一五％的護士贊成「一個已無法藉醫學技術挽救的瀕死病人，在尚有能力作決定時，法律應該允許該病人有要求實施安樂死的權利」。有六九·七一％的醫師及八四·〇二％的護士贊成「當瀕死病人，已無能力作決定時，法律應該允許該病人家屬或法律所規定的人員，有要求爲病人實施安樂死的權利」。有六八·八二％的醫師及八六·五二％的護士贊成「當一個人預先以書面表明，如果

有一天我病得無法藉醫學技術挽救時，請不要維持我的生命，法律應該允許依照其囑咐去做(王國裕，民七十三)。宗教界方面：天主教神父有十三％、基督教有四五％、佛教徒持有五五％、回教教長有五〇％贊成安樂死合法化(姚克明等 b, 民七十四)。法律界則有七〇·九三％的律師，七一·二一％的法學教員及八六·五三％的法官贊成「法律應允許瀕死病人，有要求實施安樂死的權利」。有六九·〇七％的律師，六〇·六一％的法學教員及七九·〇七％的法官贊成「法律應允許無能力作決定的瀕死病人之家屬，有要求實施安樂死的權利」。有五〇·五三％的律師，四三·九四％的法學教員及七一·八九％的法官贊成「法律應允許依個人健全時的囑咐實施安樂死」。(姚克明等 b, 民七十四)

中華民國安寧照顧基金會則在民國八十六年針對專門從事安寧照護臨床工作相關人員調查中指出：九十八％之人員認爲：末期病患在臨終時不需急救！九十八％之人員認爲末期病患在有思考能力時，自行決定不要急救，醫護人員應尊重其決定；七八·八％之人員認爲：末期病患在臨終時，若已使用呼吸器，在病患或家屬之要求下應撤除；八八·二％之人員認爲：末期病患若無能力表達急救與否之決定，應由家屬代做決定。而針對病患罹患癌症，多處轉移，且身體及精神上痛苦不堪，七〇％左右之人員仍拒絕爲其施行積極安樂死。(吳建昌，民八十八)

中國醫藥學院醫務管理研究所也在民國八十六年之研究調查指出：醫護人員有九四％，司法人員有九一％，教師有六〇％，學生

有九三%，一般民眾有八四%，佛教界有八九%，基督教有八〇%，天主教有四六%贊成，其他宗教徒（含一貫道、道教、天帝教、無特定或無宗教信仰）有九五%贊成安樂死合法化。（王麗姬，民八十八）

由前述歷次調查結果顯示，社會各界都有相當高的比率贊成安樂死合法化，且其比率隨著時代及社會的變遷而有明顯的增加趨勢。從醫療經濟與人道之觀點，如延續瀕死之人的生命，只徒增加其痛苦及浪費醫療資源而已，故得為其施行安樂死。然而，反對者認為生命應受絕對之保障，醫師並無拒絕治療而置病人於死地之權利。且病人有無生死之自我決定權，屬刑法問題。即使依刑法上緊急避難之法理，認為安樂死係為解除病人肉體上之激烈痛苦之緊急避難行為，病人依法有自主選擇之權利。故雖對生命法益造成侵害亦屬阻卻違法之行為。但醫師依醫學倫理對所有病人應盡其所能治病延命，不得違反理性，採取消極的不作為而讓病人死亡。此種價值觀念之衝突，為安樂死長久以來無法定論之原因之一。（陳昭德b，民七十五）

肆、安寧緩和醫療條例之評析

有關如何使不可治癒的病人具有自主權並有尊嚴的結束其生命末期的立法，是今日世界各國所面臨的艱難抉擇問題之一。茲將我國八十九年公布施行的「安寧緩和醫療條例」與以前一些相關草案

之立法目的，以及其與「安樂死」之差異評析如下：

一、立法目的之評析

依據「安寧緩和醫療條例」第一條首揭：為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制定本條例！可知本條例之立法目的，係在維護病人的基本醫療選擇權與生命之尊嚴。而先前國內與此有關的各種建議草案，其目的分別如下：

（一）行政院版「緩和醫療條例草案」：為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益。

（二）林政則版「安樂死條例草案」：為免除目前醫藥界無法提供克盡祛病除痛之有效科技和充份資源，而導致國民承受無生存價值、非人類正常生態及高度難耐之悲情，賦予不治之症者提早死亡權與無痛死亡權。

（三）李慶華版「安寧死條例草案」：為維護罹患無法根治絕症或不可回復昏迷病人之自由與尊嚴。

（四）謝欽宗版「尊嚴死條例草案」：為求維護生命之尊嚴，對現代醫學知識及醫療技術無法醫治之病人，得實施尊嚴死。

（五）林政則版「善終人生選擇權條例草案」：為保障臨界末期病程或瀕死患者得免受人工心肺復甦急救術與末期病程中患者得完全一部份中止深度治療與緩和療護處置，以達自然死之基本醫療選擇權。

前述各草案之目的，除行政院版「緩和醫療條例草案」與經立

法院三讀通過的「安寧緩和醫療條例」之文字敘述「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益。」完全相同外，其餘均亦以維護病人生命之尊嚴，並尊重病人在疾病無法治癒情況下之末期的醫療選擇權，實與「安寧緩和醫療條例」之立法目的相通，其如有不同之處乃僅是用詞遣字有所差異而已。

二、安寧緩和醫療與安樂死之評析

依據「安寧緩和醫療條例」第三條之專用名詞定義，所謂安寧緩和醫療：「指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。」，此定義與所謂「安樂死」之異同如下：

(一)安寧緩和醫療以積極態度採取緩解性、支持性醫療照護來減輕或免除末期病人死前之痛苦，此與前述德國學者恩吉斯(Engisch)、德國學者白列克門(Pelekman)及日本木村龜二教授及金澤文雄教授等所指出之「純粹安樂死」類似，因為其均採取無縮短生命危險之適當方法(如止痛劑)，緩和其痛苦。但醫師如對臨終或無生命徵象之病人施予心肺復甦術，以氣管內插管、體外心臟按摩、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為來救治末期病人，則可能增加其痛苦。但若不行心肺復甦術，末期病人則可能因而縮短生命而很快死亡，此與純粹安樂死又不相同。

(二)安寧緩和醫療於危急時採取緩解性、支持性醫療照護來減輕

或免除末期病人死前之痛苦，但不施行心肺復甦術急救，此與前述木村龜二教授及金澤文雄教授等所稱之「不為延長生命之積極手段之安樂死。」似有雷同，但因其對於病患不採取積極延長生命之措施中，包括不使用人工維生儀器或施打麻醉劑，致使病患無法獲得緩解性、支持性醫療照護，其痛苦自是無從減輕或免除；因此兩者又有所不同。

(三)安寧緩和醫療與前述德國學者恩吉斯(Engisch)的「消極安樂死」也類似，因為醫師於不可治癒之末期病患死亡前，都要以醫療方法緩和其痛苦。但後者因醫師實施方法所產生之因果關係，會導致縮短病患之生命，因此兩者又有所不同。

綜合上述各點可知「安寧緩和醫療」與「安樂死」不同，但「安寧緩和醫療」雖非所謂之「安樂死」，然而其緩解性、支持性醫療照護的方法因可減輕或免除末期病人死前的痛苦，故亦可稱之為「中國式的安樂死」。

三、意願書之簽署及罰則評析

(一)本條例第四條規定末期病人在「具完全行為能力者二人以上在場見證」下，得簽署意願書選擇安寧緩和醫療。且其但書規定：實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。此可明示安寧緩和醫療之意願係非受鼓勵、教唆或不法串通情事而採行。

(二)對於二十歲以上具有完全行為能力之人，本條例第五條規定亦得預立意願書，並且賦予意願人「得預立醫療委任代理人」，此

可使當事人在無法表達意願時，可由代理人代表意願人簽署實施安寧緩和醫療，以達成其願望。

(三)第六條規定意願人得隨時自行或由其代理人，以書面撤回其意願之意思表示。此係對意願人的一種保障。可以讓意願人在後悔簽署意願書，選擇安寧緩和醫療或後悔預立意願書及預立醫療委任代理人時，有所補救，俾免造成遺憾。

(四)本條例第七條規定意願人如於病危時，不願實施心肺復甦術，則應簽署意願書，並經由二位醫師診斷(其中一位醫師具相關專科醫師資格)確為末期病人時，才符合不實施心肺復甦術之要件。意願人簽署意願書時如為末期病人，其意識昏迷或無法清楚表達意願時，則在不與其意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反的情況下，由其最近親屬(依配偶、成人直系血親卑親屬、父母、兄弟姐妹、祖父母、曾祖父母或三親等旁系血親、一親等直系姻親之先後順序)一人出具同意書代替之。如其親屬意思表示有不一致時，應於安寧緩和醫療實施前由親屬順序在前者以書面為之。未成年則應得其法定代理人之同意。此係在規範簽署意願書之效力條件，讓當事人之意願可以遂行。

(五)本條例第八條規定「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬，但病人有明確意思表示要知道病情時，醫師應予告知。」由此可知此係為尊重病人「知的權利」以及規範醫師應有「告知之義務」，然而本條文並未訂罰則，因此流為「有應然之規定，而無強制之效果」之具文。雖然有人認為「此

係為尊重國人不欲讓病人知道絕症的習俗」，並稱醫師仍可與家屬妥為溝通，適切的「告知」病人最符合病人身心安適的病情內容(陳榮基，民八十九)。但因缺乏強制性，將來產生各說各話的局面仍有其可能。因此建議增列違反第八條之罰則，將其罰則納入本條例第十一條之條文中，將原條文(醫師違反第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰)修正為：「第十一條：醫師違反第八條、第九條規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。」畢竟「病人知的權利」以及「醫師應有告知之義務」如無罰則規定，一切保障說詞將流於形式。

(六)在安寧緩和醫療過程中，本條例第九條有關病歷記載及保存規定為：「醫師對末期病人實施安寧緩和醫療，應將第四條至第八條規定之事項，詳細記載於病歷；意願書或同意書並應連同病歷保存。」有關違反本條之罰則，則列於本條例第十一條的條文中。因為病歷記載及保存對所有病人、醫院、醫師、法律作證、公共衛生及醫療研究等方面均有極重要的價值，其不僅關係個人之權利與義務，亦影響公共利益(林四海，民國九十)；況且安寧緩和醫療事涉敏感之生死問題，有時糾紛難免，故以法律條文強制規定，對各方均甚為有利。

(七)本條例第十條規定若意願人未被診斷確為末期病人，或雖為末期病人但醫院、醫師亦未取得意願人所簽署不願實施心肺復甦術之意願書或規定要件中的法定代理人、最近親屬出具之同意書，而逕行不實施心肺復甦術，則要處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰

緩，並得處一個月以上一年以下停業處分或廢止其執業執照。此顯然在規範醫院、醫師對於病人的保障，以免因疏忽於注意或故意不予末期病人實施心肺復甦術致影響當事人之權益。

(八)違反本條例所定之罰鍰、停業及廢止執業執照之執行處罰，於第十二條條文中規定由直轄市、縣(市)主管機關為之。有關本條例第十三條則規定違反本條例所處之罰鍰，經限期繳納，而屆期未繳納者，則在本條例第十三條條文中規定亦由直轄市、縣(市)主管機關移送法院強制執行。第十四條則規定有關本條例之施行細則，循例授權由中央主管機關定之。此均在明示主管機關的權責，可避免事權不明。

陸、結語

人生許多困難處境不一定能有簡單的道德答案，「安寧緩和醫療」以所謂緩解性、支持性的醫療照護，或不施行心肺復甦術來減輕或免除末期病人之痛苦，讓病人走入歷史，雖然不被稱為安樂死，但它於末期病人的幫助已有一定的功能作用，其在實質上可說是屬於消極的安樂死。

達賴喇嘛說：「死不足畏，平常就要把它看得親切，瞭解到死的必然性，最大的作用便是珍惜現在而去做些臨終不會後悔的事，懂得一息尚存的可貴」。臨終不會後悔的事就是追尋尊嚴，找尋自我定位。生命懷著尊嚴而活，且能懷著尊嚴而死；生與死非操控在

別人的手中，而是能夠依自己所願。

在四、五十年代的記憶中，我們的鄉親前輩大多在自宅中往生，而現代的人，大多在醫院中逝世。其實對於末期病人，家庭才是最佳的臨終場所，此亦最能撫慰病人辭世前的心靈。但由於時代的變遷，家庭人口及環境結構不同於往昔，如今末期病人想要在自宅中往生是何其奢求！安寧緩和醫療在目前可能還可滿足時下的需求，但在往後可能需要以更寬大的心胸和智慧來接受積極安樂死的觀念，讓末期病人真正覺得其醫療意願受到尊重，而不是讓末期病人在一息尚存前才給予所謂權益保障的安寧緩和醫療。

(本文作者為立法院法制局副研究員)

◎註釋

註一：伊莉莎白·庫布勒·羅斯(Elizabeth Kubler-Ross，一九二六年七月八日，出生於瑞士新教徒家庭，一九六〇年代至芝加哥行醫)於一九六九年提出臨終病人的五個心理發展階段：否定及隔離期(denial and isolation)、憤怒期(anger)、討價還價期(bargain)、沮喪期(depression)及接受期(acceptance)！而大衛·凱斯勒(David Keisler)依據其理論提出十七項「臨終病人的權益」。將臨終病人有權要求死亡列為其中之一項，以突顯出安樂死的問題。

◎參考文獻

王國裕等「醫護人員對安樂死的看法研究」台灣省公共衛生研究所

民國七十三年九月

王麗姬 安樂死立法可行性的研究 民國八十八年六月

行政院「緩和醫療條例草案」民國八十九年八月

李慶華等二十位立委「安寧死條例草案」民國八十六年五月

吳基福「安樂死與尊嚴死的意義」台灣醫界第二十六卷第五期 民國七十二年五月

國七十二年五月

吳建昌「安樂死法理學基礎之探討」醫事法學季刊第七卷 民國八十八年六月

十八年六月

林政則等十四位立委「安樂死條例草案」民國八十五年八月

林政則等三十八位立委「善終人生選擇權條例草案」民國八十八年十月

十月

林奇青「安樂死之研究」法商學報第二十二期 民國七十四年二月

林四海「醫療機構病歷管理之法律責任與趨勢」醫事法學季刊第九卷第二期 民國九十年

第二期 民國九十年

姚克明等 a 「一般民眾對安樂死的看法研究」台灣省公共衛生研究所 民國七十二年九月

所 民國七十二年九月

姚克明等 b 「宗教界 法律界對安樂死的看法研究」台灣省公共衛生研究所 民國七十四年九月

生研究所 民國七十四年九月

彭樹楷「死亡權的爭論」人與社會第四卷第八期 民國六十五年十二月 第四頁

二月 第四頁

楊富強「安樂死之法律論爭與立法芻議」刑事法雜誌 第三十四卷第二期 民國七十九年四月

第二期 民國七十九年四月

陳昭德 a 「安樂死立法可行性的探討」醫事法學第一卷 民國七十五年三月

五年三月

陳昭德 b 「安樂死合法化何去何從」公共衛生雜誌 第十三卷第二期 民國七十五年七月

期 民國七十五年七月

陳榮基「安寧緩和醫療條例立法——台灣回歸人性醫療的契機」蓮花會刊第四三期 民國八十九年

刊第四三期 民國八十九年

傅偉勳「死亡的尊嚴與生命的尊嚴」正中書局 民國八十七年十一月 臺五版

臺五版

劉清波「安樂死立法化之研究」東方雜誌復刊第二十卷第五期 民國七十七年二月

國七十七年二月

謝欽宗「尊嚴死條例草案」民國八十五年十二月

蘇朝榮譯「植松正著「安樂死問題之新情勢」刑事法雜誌 民國六十五年七月

五年七月