

「Emanuel：為何我希望在75歲死去」 ～反思高齡社會的生命極限與醫療責任 ～家庭醫學部倫理討論會紀要

文 / 邱仲廷¹、蔡甫昌²

臺大醫院¹家庭醫學部、²倫理中心

壹、高齡浪潮中的集體難題

當今社會正快速地邁向高齡化，臺灣即將在今年進入超高齡社會，65 歲以上人口將占全體的五分之一。這樣的人口結構改變，已逐漸對醫療與照護體系帶來壓力——健保資源吃緊、護理人力短缺、急診壅塞的現象日益常見。這樣的背景下，延長壽命是否真的等於善終？我們是否需要重新思考每一項醫療介入的必要性與倫理正當性？這些問題變得越來越無法迴避。

在這樣的時代氛圍下，美國醫療政策學者 Professor Ezekiel Emanuel 拋出了一個極具挑戰性的觀點。他在《我為何希望在 75 歲去世（Why I hope to die at 75）》一文中宣示，自己將選擇在 75 歲後不再接受任何延命為目的的醫療處置，而是以緩和舒適為主，讓死亡自然地到來[1]。他強調這只是個人決定，並不倡議他人模仿。然而正因他曾參與歐巴馬健保政策的設計，具備相當的公共影響力，這番話想當然在醫學界與社會大眾中引發廣泛爭論。這不僅是關於一位醫師的個人選擇，更是關乎一個社會，如何共同面對老化、死亡與醫療邊界的提問：什麼才是一個有價值的生命？我們是否有勇氣面對生命的終點，也有智慧設計出真正尊重個體差異與尊嚴的照護系統？在醫療技術日新月異的今天，除了延命以外，也許我們更需要反思的是如何讓人好好地活到最後。

貳、Emanuel 的選擇背後

在《為何我希望在75歲死去》一文中，Emanuel 提出「完整生命」的概念[2]。他認為75歲時多數人已經歷過人生的主要階段，包括愛與被愛、家庭的建立、子女成長、事業投入以及社會貢獻，生命在此時已然圓滿。長壽若伴隨身體功能衰退、思考能力下降與生活品質惡化，反而可能剝奪人對生命的掌控與尊嚴，成為一種實

質上的損失。因此Emanuel 主張在75歲之後不再接受以延長壽命為目的的醫療介入，包括化療、手術與常規性篩檢，而僅選擇提供基本舒適與支持的照護，順其自然地面對老化與死亡。他特別強調這樣的選擇並非主張安樂死，而是源自一連串基於倫理與政策的思考。一方面，身為醫學倫理學者，Emanuel 質疑當代社會對延命的執著是否真正有益於病人福祉；另一方面，作為長年參與醫療政策制定的重要人物，他關注在資源有限的情況下，是否應將醫療資源更有效地分配給能帶來實質效益的個體；此外，從個人價值觀出發，Emanuel希望自己在生命晚期仍能保有精神的清明與創造力，而不是僅以一連串侵入性醫療維持生理存在，卻喪失了自主與活力。

參、對生命長度與自主的三重提問

Emanuel 的論點不僅是個人對生命終點的抉擇，更進一步引發了三個層次的倫理爭議，引導我們重新思考長壽、醫療自主與生命價值的邊界與意義。

其中一個關鍵觀點，他曾說過「死亡是一種損失，但活得太久也是損失」，這句話直接觸碰到我們對長壽價值的基本想像。在多數文化裡，長壽往往被視為成功與祝福的象徵，但他提醒我們，當延長壽命是以尊嚴的流失與高度依賴為代價，這樣的長壽是否仍值得追求？這樣的質疑挑戰了傳統醫療將延命視為最高目標的思維，重新喚起我們對「什麼才是好生活」的深層反思。

另一個引人深思的論點，Emanuel在文章中表示「我說的是我希望活多久」，強調這是一項來自個人價值觀的選擇，然而這樣的觀點也引出一個難以迴避的問題：當我們在相對健康與理性狀態下對未來做出決定時，這樣的決定是否仍能代表那個處於衰退與依賴中的「未來的自己」？預立醫療決策的設計原是為了保障個人自主，但若缺乏彈性，是否反而成為限制未來自我調整選擇的框架？

最具爭議性地一個討論，Emanuel曾在訪談中提到：「死亡的定義，也許應包括那些消耗的資源多於其產出的人。」部分批評認為這樣的說法帶有強烈的效益主義色彩，甚至可能開啟年齡歧視或對弱勢群體排除醫療的風險。當生命的價值被與「產出」或「貢獻」相綁定時，我們是否正在無形中排除了那些仍然值得被照顧、被尊重的存在？這些質疑顯示，儘管 Emanuel 的立場出自個人選擇與理性分析，但其所激起的討論，已遠超過個人層次，牽動著整個社會對生命價值與醫療界線的根本思考。

肆、晚年價值的多元想像

支持者多半認同 Emanuel 所強調的理念，即「生活品質」應優先於「壽命的長短」。他們認為，多數人在 75 歲之後，身體機能逐漸衰退，創造力與社會參與的程度也明顯下降，而延命治療在此階段往往帶來更多身心痛苦與家庭負擔，甚至造成醫療資源的無效使用，因此尊重個人選擇何時停止治療，是一種對生命負責且體貼的做法[3]。然而反對者則認為年老並不等同於失去價值，許多高齡者依然能成為家庭的依靠、社區的導師、志工的典範，或是照顧下一代的穩定力量，甚至在藝術、寫作或教學等領域持續貢獻。他們認為所謂的創造力衰退不一定是自然現象，往往與社會環境與制度設計有關；而晚年不該被視為退場的時期，而是人生中一段得以沉澱、反思與傳遞智慧的重要時光。

此外，也有不少人擔心，一旦「75 歲論」被社會廣泛接受，可能會在無形中產生一種滑坡效應，使年長者在文化期待與制度設計下逐漸感受到「應該適時退場」的壓力，而非出於真正自主的選擇[4]。若這樣的觀點進一步影響政策制定，可能導致所謂的「配給式照護」，也就是以年齡作為資源分配的基準，使高齡者在實務上被排除在有效醫療之外，從而加深社會對「不治療即放棄生命」的誤解，影響緩和醫療與臨終照護的正向發展。在這樣的脈絡下，也有學者提出「跨世代正義」(Intergenerational Justice) 的疑慮：雖然年輕族群常被視為醫療資源的高效受益者，但事實上，大多數人在年輕時並不頻繁使用醫療服務；當這些人在年老、衰弱、真正進入高醫療需求的階段時，卻可能因「年齡過高」或「貢獻有限」而被社會預期主動退出或放棄治療，這樣的制度預設無疑是不公平的[5]。而當整個社會文化開始對高齡者產生「應該退場」的集體預設時，這種潛藏的價值判斷也可能演變為一種文化性壓力，甚至使某些長者在選擇放棄治療時，看似自主，實則被困在來自制度與輿論的無聲壓力之中，類似過去在某些文化中曾出現的「冰上送老」或「楂山節考」那樣表面合情合理、實際充滿隱性暴力的社會默契[6]。

伍、從制度設計回應終點選擇

面對高齡社會的挑戰，制度與政策的設計需要回應人們對生命終點更具彈性、也更有人性關懷的期待。我們應積極推動預立醫療照護計畫 (Advance Care Planning, ACP) 的制度化，使個人在意識清楚、價值穩定的時期，能夠清楚表達對未來醫療處置的期望與界限，並保有隨情境調整選擇的空間。與此同時，也應努力讓緩和醫療更加可近，使更多人能在生命晚期獲得必要的身心支持，而不必陷入過度治療的循環。要實現這樣的照護理念，除了仰賴醫療體系的結構性改革，更需要透過

持續的社會對話與公眾教育，改變長期以來將「不積極治療」視為放棄的觀念，轉而理解它是一種以生活品質為核心的選擇。

在醫療報酬設計上，也有必要從以「執行越多、獲利越高」為導向的制度，轉向重視照護本質與價值的方式，減少因財務誘因所導致的不必要醫療行為。而在這些制度性的調整之外，更深層的挑戰，或許是整個社會是否已經準備好，去坦然面對老化與死亡，把這些曾被視為避談的議題帶進公共討論，並在坦誠與同理中，慢慢建立一種既尊重生命價值，也尊重終點選擇的文化氛圍。

Emanuel 所提出的「75 歲論」，雖源於個人觀點，卻開啟了對整體醫療文化、倫理價值與公共政策的深層對話。他提醒我們，醫療的目標或許不該只是延長壽命，更重要的是陪伴人們走完一段有尊嚴、有意義的生命歷程。正如阿圖·葛文德（Atul Gawande）在《Being Mortal》中所說：「我們的終極目標，畢竟不是一個好的死亡，而是一個好的生活直到生命的盡頭。」當我們真正願意以尊重個體差異與選擇為出發點，也許就能邁向一個更成熟、更溫柔看待生命終點的高齡社會[7]。

參考文獻

1. Emanuel EJ. Why I hope to die at 75: An argument that society and families — and you — will be better off if nature takes its course swiftly and promptly. *The Atlantic* [Internet]. 2014.
2. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373(9661):423–431.
3. Advisory Board. Why Ezekiel Emanuel hopes to die at 75—still. *Advisory Board* [Internet]. 2023. <https://www.advisory.com/daily-briefing/2023/01/13/ezekiel-emanuel>
4. Faria MA. Bioethics and why I hope to live beyond age 75 attaining wisdom!: A rebuttal to Dr. Ezekiel Emanuel's 75 age limit. *Surg Neurol Int*. 2015;6(1):35.
5. Williams A. Inequalities in health and intergenerational equity. *Ethical Theory Moral Pract*. 1999;2(1):47–55.
6. Halpern SD, Ubel PA, Asch DA. Harnessing the power of default options to improve health care. *N Engl J Med*. 2007;357(13):1340–1344.
7. Gawande A. *Being mortal: Medicine and what matters in the end*. New York: Metropolitan Books; 2014.