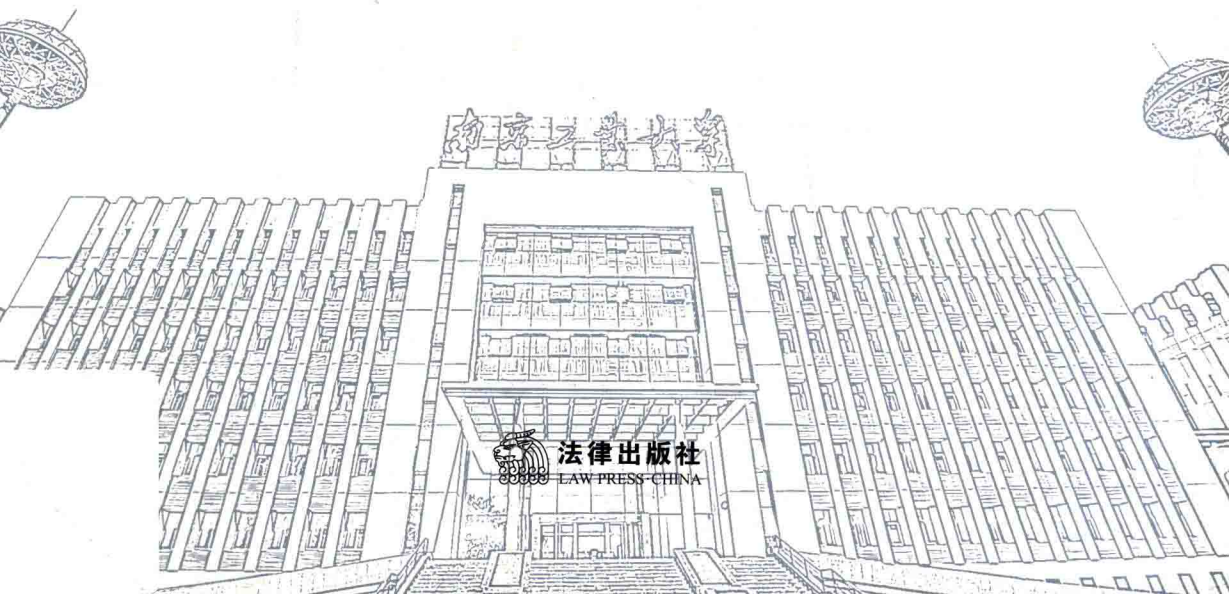


南京工业大学 法政文库

预先指示法律制度比较研究

YUXIAN ZHISHI FALÜ ZHIDU BIJIAO YANJIU

吕建高 / 著



法律出版社
LAW PRESS · CHINA

南京工业大学 法政文库

预先指示法律制度比较研究

YUXIAN ZHISHI FALÜ ZHIDU BIJIAO YANJIU

吕建高 / 著



法律出版社
LAW PRESS·CHINA

图书在版编目(CIP)数据

预先指示法律制度比较研究 / 吕建高著. —北京:
法律出版社, 2017

(南京工业大学法政文库)

ISBN 978 - 7 - 5197 - 1387 - 4

I. ①预… II. ①吕… III. ①人权法—法的理论—研
究 IV. ①D912.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 221558 号

南京工业大学
法政文库

预先指示法律制度比较研究
YUXIAN ZHISHI FALÜ ZHIDU
BIJIAO YANJIU

吕建高 著

策划编辑 田 浩
责任编辑 田 浩
装帧设计 汪奇峰

出版 法律出版社
总发行 中国法律图书有限公司
经销 新华书店
印刷 北京京华虎彩印刷有限公司
责任校对 王晓萍
责任印制 张建伟

编辑统筹 独立策划部政务工作室
开本 720 毫米 × 960 毫米 1/16
印张 22.5
字数 338 千
版本 2017 年 10 月第 1 版
印次 2017 年 10 月第 1 次印刷

法律出版社/北京市丰台区莲花池西里 7 号(100073)

网址/www.lawpress.com.cn

投稿邮箱/info@lawpress.com.cn

举报维权邮箱/jbwq@lawpress.com.cn

销售热线/010-63939792

咨询电话/010-63938284

中国法律图书有限公司/北京市丰台区莲花池西里 7 号(100073)

全国各地中法图分、子公司销售电话:

统一销售客服/400-660-6393

第一法律书店/010-63939781/9782

西安分公司/029-85330678

重庆分公司/023-67453036

上海分公司/021-62071639/1636

深圳分公司/0755-83072995

书号:ISBN 978-7-5197-1387-4

定价:60.00 元

(如有缺页或倒装,中国法律图书有限公司负责退换)

本书是教育部人文社会科学研究青年基金项目
“临终病人死亡权的确立及其实现”
(12YJC720017) 最终结项成果

强化学科交叉 融入发展主流 勇创自身特色

——《南京工业大学法政文库》总序

当前,国家正在快速转型,社会也在急剧变迁,全球一体化的进程日新月异,我们过去习以为常的一些理论和概念正在被颠覆。大学是出图纸、出方案、出规划的地方,是出原理、出定律、出法则的源泉,更是出新思想、新观念、新论断的知识生产摇篮。作为重要的国家智库和创新产地,引领知识并实践理论探索、实现高端引领、服务国家和地方经济社会发展是大学不可推卸的责任,也是全球评价大学发展的重要标尺。因此,必须鼓励和支持大学尤其是其中的哲学社会科学敢于面对重大的现实问题、真问题和理论难题,善于积极主动承担任务艰巨的研究课题,在经济、政治、法律、文化、社会、生态等方面为政府和社会各界提供思想智慧、技术方案、业务知识、人员培训等服务。

南京工业大学作为国家首批14所“高等学校创新能力提升计划(2011计划)”之一的百年高校,理当更加彰显协同创新的活力,在知识生产和社会服务领域发挥更大作用。近年来,南工坚持“综合性、研究型、全球化”高水平大学的发展战略,回归大学教育本源,坚持服务地方经济社会发展的宗旨,协同创新进展显著、学科建设势头强劲、科学研究捷报频传、全球拓展顺势有为,为服务地方经济社会的发展作出了积极贡献。

南工的哲学社会科学为营造良好的校园文化氛围、增强人文气息、拓展

学科发展空间、优化专业人才培养模式提供了强大支撑。随着建设“综合性、研究型、全球化”高水平大学的脚步不断加快,南工正在全力推行“学科学部制”改革,加强“助强、扶弱、推新”的顶层设计,并日益重视哲学社会科学的发展。这既是南工走出原有的发展格局、实现综合化发展、增加整体竞争力的客观需要,也是进一步“自加压力”、探索高等教育发展规律、实现跨越式发展的必要步骤。南工的哲学社会科学应当按照自身特有的规律来进行探索和建设,千方百计、全力以赴提高综合实力。

南京工业大学法学院紧密围绕学校发展战略,积极承担哲学社会科学繁荣发展的重担。近年来,法学院牵头组建了“江苏生态治理体系与治理能力法治化协同创新中心”,成立了江苏省法学会生态法学研究会和江苏社会管理创新法制建设研究基地,积极筹建旨在服务江苏地方经济社会发展的“江北新区发展研究院”。这次又推出了《南京工业大学法政文库》,这是对南工繁荣哲学社会科学计划的又一具体实践,是法学院秉持转型发展、跨越发展思路的延续,可谓正逢其时。

衷心希望法学院能够“强化学科交叉、融入发展主流、勇创自身特色”;衷心希望通过《南京工业大学法政文库》的出版发行,能够助推南工不断提升学科水平、壮大人才队伍,为南工的智库建设和哲学社会科学的繁荣发展发挥更大作用!

是为序。

黄 维

中国科学院院士 南京工业大学校长

2015年3月9日

目 录

导 论	(001)
一	(002)
二	(004)
三	(007)
四	(016)
第一章 美国生前预嘱的司法认同	(020)
一、从昆兰案到克鲁赞案	(021)
二、克鲁赞案之后的争论	(034)
三、总结与评论:生前预嘱的道德性	(041)
第二章 美国生前预嘱执行机制比较	(054)
一、生前预嘱的执行	(055)
二、美国各州生前预嘱执行机制立法比较	(066)
第三章 欧洲预先指示的法律调控	(100)
一、预先指示的缘起	(100)
二、预先指示的类型	(103)
三、预先指示的法律渊源	(109)

四、预先指示的法律地位	(118)
第四章 欧洲预先指示的法律与实践比较	(126)
一、预先指示的调控现状及其超越	(126)
二、预先指示在健康护理实践中的运用	(160)
三、预先指示的争论现状	(177)
第五章 澳大利亚预先指示立法比较	(188)
一、自主在普通法和立法调控中的意义	(190)
二、立法调控与促进自主	(195)
三、预先指示立法调控模式	(199)
四、预先指示的实施及其立法限制	(207)
第六章 拉丁美洲预先指示的立法与文化考察	(221)
一、拉丁美洲预先医疗指示立法	(222)
二、预先医疗指示与姑息治疗	(225)
三、拉丁美洲预先医疗指示的文化因素	(231)
四、阿根廷预先医疗指示的个案分析	(235)
第七章 亚洲预先指示的兴起与发展	(246)
一、新加坡预先医疗指示立法评析	(246)
二、印度对预先指示的迫切需求	(269)
三、伊斯兰国家的生前预嘱	(283)
四、韩国的预先指示现状	(292)
五、日本的预先指示和临终关怀	(296)
六、预先指示的中国情境	(307)

结语：一份生前预嘱立法议案	(318)
---------------------	-------

参考文献	(327)
------------	-------

一、中文专著	(327)
--------------	-------

二、中文论文	(328)
--------------	-------

三、英文专著	(330)
--------------	-------

四、英文论文	(331)
--------------	-------

五、英文案例	(348)
--------------	-------

导 论

1976年,美国新泽西州最高法院在昆兰案(Quinlan)中判定,^①在医生确认女儿的植物人状态不具有可逆性之后,父母有权撤销女儿的生命支持系统。该案引起美国媒体的广泛关注,并就生命质量和个人自治与尊重生命神圣之间的冲突展开讨论。随着医疗技术的进步,这场冲突进一步加剧,因为病人的死亡变得更慢,自然死亡更是被无期限延迟。有些病人及其家属将生命支持系统视为医疗英雄主义,而另一些则视其为痛苦且无效地延长死亡。^②

如果想避免漫长的生命支持系统,可以拟定一份生前预嘱(living will)。生前预嘱被界定为“一项对家人和医生发布的指示,承认预嘱人对尊严死亡的偏好,反对在毫无恢复希望的情况下通过人工或机械方式延长生命”。^③实际上,生前预嘱体现的是一个人在无力表达自己愿望时决定拒绝额外治疗的文件,它是预先指示(advance directive)的一种重要形式。^④生前预嘱也被称为

① In re Quinlan, 70 N. J. 10, 355 A.2d 647, cert. denied, 429 U. S. 922 (1976).

② Note, *A Time to Be Born and a Time to Die: A Pregnant Woman's Right to Die with Dignity*, 20 IND. L. REV. 859, 859 (1987).

③ Comment, *The Living Will - Death With Dignity or Mechanical Vitality*, 10 CUMB. L. REV. 163, 164 (1979).

④ 对于预先指示和生前预嘱这两个概念,不同国家和地区有不同的使用偏好,例如,美国更多使用生前预嘱概念,而欧洲和其他地区则习惯使用预先指示概念。实际上,生前预嘱就是一项预先指示文件。本书不对生前预嘱和预先指示这两个概念进行严格区分,尊重不同国家和地区对它们的使用习惯。具体言之,针对美国的讨论直接使用生前预嘱概念,针对其他国家和地区的讨论更多地使用预先指示概念。

“确定终止生命宣言”“允许死亡证明”“身体自主宣言”“终止治疗宣言”^①和“可撤销信托”等。^②生前预嘱采用不同的表达术语本身就说明它有不同的适用方式,它的主要目的在于确保个人的愿望得到尊重。^③

—

在1930年,生前预嘱的概念、构想和适用由路易斯·库特纳(Louis Kutner)博士首次提出。目前,生前预嘱在美国和其他国家已经获得立法授权和认可,生前预嘱是保护人的尊严和人的完整性的重要方式。^④

生前预嘱是一份文件,它由成年人签署和见证。生前预嘱规定,如果成年人昏迷,医学意见也确认他无法恢复自己的精神和身体能力,那么,治疗必须停止,人工维生设备也必须断开。^⑤生前预嘱是个人通过预先指示来控制自己死亡的一种方式,并以个人在出现不可逆的临终状态之前的知情同意为前提。生前预嘱以隐私权为基础,也就是个人对自己身体享有的自决权。

生命延长技术的快速发展使得人工延长一个人的“活着状态”更加完美,而且它模糊了传统的生死意义。濒临死亡的病人被逐渐剥夺自己先前的特性。个体病人成了一个物体,受制于剧烈疼痛的病人无法意识到自己的病情恶化。生前预嘱旨在解决医疗科学与技术进步带来的生命伦理问题。

生前预嘱的本质是个人在出现不可逆的濒死状态或者临终状态之前的知情同意。临终病人缺乏同意放弃所有维生治疗的能力。知情同意是一种有效同意,它以隐私权为基础,不受制于任何干涉。在美国,病人拒绝治疗的决定必

① Louis Kutner, *Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal*, 44 *IND. L. J.* 539, 551 (1969).

② Louis Kutner, *The Living Will: The Epitome of Human Dignity in Coping With the Historical Event of Death*, 64 *U. DET. L. REV.* 661, 665 (1987).

③ Gelfand G., *Living Will Statutes: The First Decade*, *WIS. L. REV.* 737, 770 (1987).

④ Louis Kutner, *The Living Will: The Epitome of Human Dignity in Coping with the Historical Event of Death*, 64 *U. DET. L. REV.* 661 (1987).

⑤ Louis Kutner, *Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal*, 44 *IND. L. J.* 539, 551 (1969).

须得到尊重,即使这种拒绝治疗会导致死亡。

纽约上诉法院大法官卡多佐在施洛恩道夫诉纽约医院协会(Schloendorff v. Society of New York Hospital)一案中作出了有关知情同意的里程碑式判决。^①他将知情同意界定为保护个人的自决权。这种界定的前提基础在于,每个心智健全的成年人都有权决定如何处置自己的身体。^②只要神志清醒,个人就有权放弃治疗,甚至可以放弃治愈的机会,不管他的价值观对医疗界成员来说是多么扭曲。

调整自杀和谋杀的刑法规定的不确定性导致人们努力立法,这些立法授权某些形式的安乐死合法化,并为生前预嘱提供立法基础。有评论者争辩到,自杀的权利受到宪法保护,因为它包含在美国联邦最高法院在格里斯沃尔德诉康涅狄格州(Griswold v. Connecticut)一案中确立的隐私权中。^③还有学者认为,罗伊诉韦德案(Roe v. Wade)的判决为自杀提供了合宪性,^④在本案中,联邦最高法院判定,妇女堕胎符合宪法规定。^⑤

自杀的权利可能被视为一项国际人权,隐含在《世界人权宣言》《公民权利和政治权利国际公约》《欧洲人权公约》《美洲人权公约》有关隐私权的条款之中。^⑥这项权利也可能被认为隐含在《联合国禁止酷刑公约》中,该公约保护身体完整性。因此,病人通过生前预嘱来决定和限制自己的治疗或医务护理的个人权利受到美国宪法的保护,它也是国际法保护的一项人权。

如果病人的状况使自己无法表示同意,医生必须认为,病人希望实施治疗从而保护生命。如果医生不能采取行为让病人活下来,他就可能承担过失的法

① Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N. Y. 125, 105 N. E. 92 (1914).

② Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N. Y. 125, 105 N. E. 93 (1914).

③ Griswold v. Connecticut, 381 U. S. 479 (1965). 在此,作者指的是理性的临终病人自杀,病人希望通过结束生命来结束自己的痛苦。

④ Roe v. Wade, 410 U. S. 113 (1973).

⑤ Louis Kutner, *The Living Will: The Epitome of Human Dignity in Coping with the Historical Event of Death*, 64 U. DET. L. REV. 661 (1987).

⑥ United Nations Dep't of Public Information for Fundamental Human Rights, U. N. Sales No. 1948. 1. 12 (1948).

律责任。但是,真正的情形很可能是,病人并不希望让自己处在无期限的植物人状态。现在的问题是,病人如何能够保留权利来决定自己是否应该被允许死亡?

医生或者医院会要求按计划实施手术或其他彻底治疗的病人完成并签署一份法律声明(通常是一份标准表格),表明他们同意治疗。如果病人仍然心智健全,而且能够表达自己的意思,他可以坚持在自己的声明中增加一项条款:如果他的病情无法治愈,而且他也不可能完全恢复自己的能力,那么,可以终止他对进一步治疗的同意。然后,医生就被排除适用复苏术,或者被排除进一步实施外科手术、辐射疗法或药物治疗,这样的话,病人实际上被允许死亡。

病人有可能在实施治疗之前没有机会表示同意,例如,他可能因为交通事故或者中风而失去意识。可行的解决方案是,当病人还能完全控制自己的心智并有能力自我表达时,他就表明自己在多大程度上同意治疗。表示这种同意的文件通常被称为生前预嘱或者预先指示。美国各州的法律将生前预嘱称为“宣言”“指示”或者“对医生的指示”等。生前预嘱规定,如果个人的身体状况完全成为植物人状态,可以肯定,他无法恢复自己的精神和身体能力,这时,治疗就应该停止。生前预嘱允许个人指示,治疗应该符合自己的宗教或道德信念。

二

尽管库特纳博士于1930年就首次提出生前预嘱的想法,但这一概念并未获得广泛接受。三年后,库特纳博士帮助建立了安乐死协会美国分会。在1938年,雷沃(Rever)和波特(Joseph Potter)在安德森(Sherwood Anderson)、斯托特(Rex Stout)和弗罗斯特(Robert Frost)等人的支持下建立了死亡权协会。生前预嘱被认为是保护病人权利的一项工具。教皇皮乌斯十二世(Pope Pius XII)分别于1952年和1953年颁布两项法令,支持生前预嘱概念。1980年,在教皇约翰保罗二世的支持下,梵蒂冈颁布了一项名为《安乐死宣言》的文件,其中教会再次重申对怜悯自杀的传统谴责。然而,教会也注意到,现代医疗技术

通常被用来预防不可避免的死亡。最后,教会认为,医生和病人拒绝繁重的人工生命支持手段符合道德要求,尽管这些手段实际上威胁到具有人的宗教尊严的死亡权。^①

除了死亡权协会之外,一家由医生、律师、护士、牧师和其他人组成的全国教育委员会于1967年成立,该委员会又被称为“濒死者关心协会”(Concern for Dying),它的目的在于探究与临死病人相关的复杂问题。死亡权协会和濒死者关心协会都推动生前预嘱的实施,并分发生前预嘱的相关表格。后者还成立生前预嘱登记处,为人们提供拒绝治疗情形的个人咨询和指导,同时集中建立归档系统,帮助人们能够及时获得生前预嘱。两大组织都提供法律援助和指导并发表相关论文支持生前预嘱。

毒芹协会(The Hemlock Society)是一家位于洛杉矶的更小组织,该组织提倡,临终病人应该能够终结自己的生命。毒芹协会也支持生前预嘱概念。

临终病人的权利问题引起美国全社会关注是1976年出现的昆兰案。^② 昆兰案推动美国很多州颁布生前预嘱立法。尽管具体规定的内容有所不同,但这些法律的基本精神是相同的。它们的总体目的就是允许个人提前准备一份法律上认可的文件(如生前预嘱或预先指示),该文件明确规定临终治疗的要求,发布指示保护医生免于承担相关法律责任。

民意调查显示,美国公众广泛支持个人拒绝维生治疗的权利。根据路易斯·哈里斯(Louis Harris poll)1987年民调结果显示,85%的受访者支持临终病人有权要求医生允许自己死亡,而不是在毫无恢复希望的情况下——一味延长自己的生命。同样的民调在1981年的支持率为78%,在1971年的支持率为71%。其他的民意调查也显示同样的结果。代表老年人利益的组织也积极支持立法,并通过生前预嘱来保障临终病人拒绝生命延长治疗的权利。^③

① N. Y. Times, June 27, 1980, at A12.

② In re Quinlan, 70 N. J. 10, 355 A.2d 647, 671 (1976).

③ Louis Kutner, The Living Will: The Epitome of Human Dignity in Coping with the Historical Event of Death, 64 U. DET. L. REV. 661 (1987).

就医疗界而言,美国医疗协会已经承认临终病人及其家人有权做出拒绝或撤销治疗的决定。因此,如果临终病人处于不可逆的昏迷状态,美国医疗协会同意终止病人的维生治疗。

经过持续的公众听证和讨论,美国医学与生物医疗和行为研究中的伦理问题研究总统委员会于1983年发布了一份名为《决定放弃维生治疗》的报告。^①这份报告支持生前预嘱,强调病人放弃治疗的权利。然而,总统委员会发现,在80%的美国人最终死亡的医院和其他机构却在不断限制病人做出这种选择的能力。总统委员会鼓励医疗保健提供者要增强病人的决定能力,促进病人对治疗选择的理解。而且,总统委员会号召医务人员和医疗机构制定清晰、明确并且公众可以获知的政策,解决谁能够、如何能够帮助失去决定能力的病人做出决定的问题。

为了保护精神上无行为能力病人的利益,总统委员会建议采用代理人制度。代理人的决定应该等同于病人在能够做出决定的情况下所做的决定。为了维护病人的自决权,总统委员会建议,州法院和立法机构应该考虑规定预先指示,通过该指示,人们可以指定他人代表病人的利益做出治疗决定或者做出有关治疗的说明。总统委员会还建议发布永久授权书,作为一种手段来代表神志不清病人做出治疗决定。尽管如此,应该注意的是,在该领域适用永久授权书需要进一步研究,这在某种程度上是因为有关永久授权书的立法旨在规定影响授权者财产的决定,而不是有关治疗的决定。在代理人机制中,总统委员会发现存在两大缺陷:(1)很多老年病人没有亲戚或朋友可以担任代理人;(2)如果出现病人没有制定预先指示的情形,代理人作出的可以接受的决定范围有时就不如病人自己作出的决定范围广泛。

医院和医生都试图对濒死病人的治疗制定相关指南。有些医院和医疗协会已经颁布了“非密码”指令或者“拒绝心肺复苏术”指南。“非密码”指令或

^① 具体参见 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment* (Washington, D. C., Gov't Printing Office 1983)。

者“拒绝心肺复苏术”指南是病人病例中的一项符号标志,它表明,如果病人的心脏或者呼吸停止,心肺复苏术团队不应该被传唤出庭。^①

另一个回应是由死亡权协会赞助的十位著名医生举办的一场会议。这些医生在著名的《新英格兰医学杂志》联合发表署名文章,阐述医生对毫无恢复希望的成年病人所承担的责任。^② 作者们强调了两项准则:(1)病人在治疗决定中的作用最为重要;(2)积极治疗应该被减少,如果它只是延长艰难而痛苦的死亡过程。只有当病人缺乏行为能力时,其他人才可以替代病人作出判断。医生还建议忽略法院的观点,如果医生、家人、密友和必要情况下的精神病专家的意见完全一致的话。这些医生认为,生前预嘱或代理人是非常有用的机制,病人可以通过这些机制事先指示治疗偏好。然而,他们也注意到,两种机制都不是完美的。

我们需要考虑医生决定所涉及的伦理和法律事实。医生应该告知病人真相,并强调知情同意的不同方面。除此之外,医生还要决定神志清醒病人和神志不清病人必须的护理程度和类型。他们要考虑紧急治疗、心肺复苏术、重症监护和安慰疗法等。医生们还认为,关键的问题在于是否撤销水合物和营养物的供给。因此,我们的结论是,如果存在昏迷的高度可能性,撤销所有的维生程序(其中包括水合物和营养物供给)就具有了道德上的可接受性,这也是在允许病人尊严死亡。医生们还制定了病人在不同行为能力阶段的治疗指南。

三

预先指示观念体现的是社会对迅速发展的医疗技术的意识变化,这是一种令人敬畏的潜能,它可以让生命超越曾经无法想象的界限。死亡不再仅是一个道德关注问题,它已经成为一项科技挑战。战胜死亡的胜利被认为是技术成功,医学对死亡时间和性质的控制已经导致形成如下信念:死亡是可以预防的

① In re Dinnerstein, 6 Mass. App. Ct. 466, 380 N.E.2d 134 (1978).

② Wanzer, Adelstein, Cranford, Federman, Hook, Moertel, Safar, Stone, Taussig & Van Eys, The Physician's Responsibility Toward Hopelessly Ill Patients, 310 NEW ENG. J. MED. 955,959 (1984).

事件,它不会在可预见的未来出现。^①

技术的发展以及经济和社会条件的变化直接影响人们的文化态度和行为方式。^② 医学领域的进步引起人们的严重关切。对一些案件(如昆兰案)的持续报道已经导致很多人更加担心死亡前无望的徘徊,而非死亡本身。^③ 这种担心集中在可怕的身体丧失行为能力、精神上神志不清、被延长的痛苦过程、在没有人情味的医院或护理中心死亡等。在这些担心背后是受害人关注在死亡前丧失作出基本治疗决定的能力,丧失在最后日子里决定如何死亡和在何处死亡的能力。此外,人们还越来越担忧,技术能力已经超越社会理解和控制他们的能力。^④ 尽管技术在很大程度上被作为一种手段来追求,但是,它能发挥从根本上改变目的的效果,这些目的实际上就是那些选择技术的个人和社会的基本特性。尽管医学技术进步带来的积极影响无法估量,但对医务人员的作用及其对技术使用的严重关注已经被表达出来。这些关注在讨论医务人员对临终病人治疗的态度时尤为明显,对他们来说,是否存在“是死的时候了”这样一个时间节点具有内在关联性。^⑤

1. 医生态度

医生在职业上受到希波克拉底誓言指令的限制。然而,该誓言要求医生保证既要保护和延长生命,又要缓解病人痛苦,^⑥这样就对护理临终病人的医生造成基本的矛盾。试图延长病人生命的医生可能因此增加了病人的痛苦。相反,寻求缓解病人痛苦的医生,例如,通过让病人服用某些止痛药物,可能加速

① Cassel C. K., Dying in a Technological Society, *HASTINGS CENTER STUD.*, May 1974, at 31.

② Mechanic D., Health and Illness in Technological Societies, *HASTINGS CENTER STUD.* 1973, at 7 (No. 3).

③ Bok S., Personal Directions for Care at the End of Life, 295 *NEW ENG. J. MED.* 367 (1976).

④ Tribe L. H., Technology Assessment and the Fourth Discontinuity: The Limits of Instrumental Rationality, 46 *S. CAL. L. REV.* 617, 621 (1973).

⑤ Note, Rejection of Extraordinary Medical Care by a Terminal Patient: A Proposed Living Will Statute, 64 *IOWA L. REV.* 573 (1979).

⑥ Fletcher Joseph, The Patient's Right to Die, *HARPER'S*, Oct. 1960, at 141; Note, Death with Dignity: A Recommendation for Statutory Change, 22 *U. FLA. L. REV.* 368, 371 (1970).