

「你(妳)是否同意，意識清楚的重症病人經由諮商團隊評估，取得共識後，可由醫療團隊協助死亡。」全國性公民投票案聽證會紀錄

時間：中華民國 107 年 7 月 5 日（星期四）下午 2 時—3 時 20 分  
地點：中央聯合辦公大樓 10 樓會議室（臺北市徐州路 5 號 10 樓）

主持人：

許惠峰委員

領銜人：

江盛先生

鑑定人：

李茂生教授

學者專家：

釋昭慧教授、林志潔教授、陳銑雄所長

立法院：

（未簽名）

衛生福利部：

廖崑富副司長、劉莉雅副研究員、黃政欽研究助理

法務部：

陳玉萍主任檢察官

內政部：

梁淑惠科員

中央選舉委員會職員：

余明賢副秘書長、莊國祥處長、賴錦琬處長、蔡金誥專門委員、唐效鈞科長、方凌貞專員、柯孟君專員、馬意婷專員、黃宗馥專員

【記錄開始】

1 司儀：

2 現在報告聽證會應行注意事項：

3 一、出席者須經主持人同意，始得發言。

4 二、禁止吸煙、飲食，並應將行動電話關閉或靜音。

5 三、對於發言者之意見，應避免鼓掌或鼓譟。

6 四、他人發言時，不得加以干擾或提出質疑。

7 五、發言時應針對議題，不得為人身攻擊。

8 六、為免延滯聽證程序進行，不得就主持人已處置或已明白告知為同一  
9 問題者，再為重複發言。

10 七、未經主持人許可，不得於聽證進行中進行錄音、錄影或照相。經許  
11 可錄音、錄影或照相者應於媒體專區為之。

12 八、有違反前項各款之情事者，主持人得命其退場或為其他必要之處置。

13 九、每位發言請依所分配時間，在結束前 30 秒會按鈴一聲提醒，發言  
14 時間結束時會按鈴兩聲，應即停止發言。發言時請靠近麥克風，以利收音。

15 聽證開始，請主持人介紹出席聽證人員並說明案由、發言順序、時間等  
16 事項。

17 主持人許惠峰委員：

18 好，謝謝司儀。

19 提案人江先生、與會的專家學者、各機關代表及在場的先生、女士，大  
20 家好。提案人江盛先生在 107 年 5 月 22 日所提「你(妳)是否同意，意識清楚  
21 的重症病人經由諮商團隊評估，取得共識後，可由醫療團隊協助死亡。」全  
22 國性公投案，本會多數委員認為應依公投法第 10 條第 3 項規定舉行聽證會。

23 非常感謝大家能參加今天的聽證，本日聽證的議題主要有三個：第一  
24 個，本案是否非屬於公投法第 2 條第 2 項所列各款事項，而無全國性公投之  
25 適用？第二個，本案提案內容是否不能瞭解其提案真意？第三個，其他事項。

26 為了使聽證程序順利進行，請發言人及在場人員配合遵守剛剛司儀所宣  
27 布的注意事項。

28 今天的聽證時間分配，提案人之領銜人或其委任之代理人陳述時間為 15  
29 分鐘；專家學者及機關代表陳述時間總共為 40 分鐘，發言順序依序是學者  
30 專家、機關代表，各發言的時間是 5 分鐘；最後由出席者發問跟答覆的時間  
31 是 30 分鐘。

32 以下，我們就依照這個程序來進行。我先說，時間上也許一開始不太夠，  
33 但最後我們有 30 分鐘的時間可以再交互詢問。過去我主持還特別聲明，我  
34 們這次聽證是溝通、交流意見的機會，不是法庭式的辯論機會，我想這個再  
35 次澄清，這是一個溝通的機會。

1 我們是不是不耽誤時間，先請領銜人江先生來陳述你的意見？謝謝。

2 領銜人江盛先生：

3 各位女士、先生，大家好。我是這次聽證會有關死亡權利公投提案的領  
4 銜人江盛。我是一名執業將近 30 年的婦產科醫師。我將用下列 8 點來陳述  
5 為什麼台灣需要讓意識清楚的重症病人經由諮商團隊評估，取得共識後，可  
6 由醫療團隊協助死亡。

7 第一點，為什麼我們要用全民公投來決定死亡權利？雖然法律的名稱不  
8 盡相同，但是人民有死亡權利的國家，它的合法化的過程不外通過公投、國  
9 會或者法院來完成，其中以公投最具直接民主跟代表性。20 多年來，先進國  
10 家死亡權利的演化過程，一般而言，法院不願意介入，國會被動因應，因此  
11 公投成了帶動國會跟法律前進的主要關鍵。

12 第二個，我們來比較美國跟台灣規範死亡法律的差別。加州在 1976 年  
13 通過自然死亡法案，規範病患可以拒絕醫療維生的措施，美國國會在 1990  
14 年代初期通過病人自主權利法，台灣在 2000 年通過安寧緩和醫療條例，問  
15 題在於台灣法律用「安寧」來避諱和壟斷死亡已經是錯誤的，一剛開始只是  
16 限癌末病患，無法涵蓋所有生不如死的重症病人，而且法律和醫療的現場差  
17 距大，經常窒礙難行，修訂了幾次，常常被取笑是越修越糟。2016 年立法院  
18 通過台版的病人自主權利法，將於明年實施，但是這些法律都沒有辦法提供  
19 傳達仁這樣的病人的需要。直到現在，台灣的檢察官仍然沒有對傳達仁高調  
20 赴瑞士尋死的相關人士跟家人以刑法協助自殺起訴，其實就是反映憲法釋字  
21 第 603 號所謂「維護人性尊嚴」。換言之，檢察部門等同默認傳達仁這類重  
22 症病患可以在必要的時候結束自己生命的權利。

23 為什麼要說「死亡權利」，而儘量避免是「安樂死」呢？主要就是在跳  
24 脫繽紛的死亡代名詞跟錯誤的申論。因為我們的社會諱忌死亡，因而衍生「往  
25 生」、「安寧」、「緩和」、「安樂」、「尊嚴」、「出口」這些替代名詞，  
26 論者根據不同的立場跟有限的生命經驗，因此而起的辯論爭執，無助於台灣  
27 每年超過 17 萬人死亡，其中許多因為疾病折磨，醫療不再有助益，反而副  
28 作用巨大，這些人等同在痛苦的深淵，俗話說：「死亡並不可怕，但是死亡  
29 前的受苦日子會把人嚇得屁滾尿流」。

30 我來分析一下為什麼我們用公投主文的內容。所謂意識清楚，是指有能  
31 力作抉擇，而且是在沒有任何蛛絲馬跡的憂鬱、自憐、憤怒和控訴的情況下  
32 的一個自主行動。臨終的死亡面貌有千萬種，疾病也有千萬種，因此公投主  
33 文只列入重症病人為原則，無法闡述圍繞在臨終和疾病的千絲萬縷。至於重  
34 症如何規範和界定，將來會是立法機關的職權。另外，公投主文的初衷更是  
35 無意界定排除哪些重症病人在死亡權利之外，複雜的問題沒有簡單的答案，

1 但是有時候必須簡單陳述。

2 我們再來談「諮商團隊評估」跟「共識」、跟「醫療團隊協助」是什麼  
3 意思。諮商、醫療團隊包括醫師、社工、心理師等等的協助，在台灣的醫療  
4 照護體系，例如在墮胎、安寧、緩和醫療的決定過程都存在已久，人民對於  
5 醫療專業人士普遍信任。以墮胎為例，刑法有墮胎罪，但是 1984 年通過實  
6 施優生保健法及施行條例已經阻卻違法，因此死亡權利合法化的過程也將類  
7 似，一旦通過公投的考驗，將來協助重症病患死亡的醫護人員也可以阻卻協  
8 助自殺的刑罪。

9 美國最高法院的法官 Cardozo 曾經說過：「法律像旅行一樣，必須為明  
10 天作準備。它必須具備成長的原則」；美國大法官 Holmes 也說：「法律  
11 的生命從來都不是邏輯，而是經驗」。顯然法律是社會演化適應跟變動的過程，  
12 而不是訴諸違憲一句話或者一些僵硬的鐵帽就可以阻擋。

13 從思想演化、社會運動跟合法化的過程來看，墮胎和安樂死有類似的邏  
14 輯，墮胎合法化從 1967 年的英國、1973 年的美國，到 1974 年的台灣，不同  
15 的社會相繼發展出趨同的演化路徑。荷蘭在 1984 年接受自願性的安樂死，  
16 2002 年將成人安樂死合法化，目前每年有 2,000 多人受惠。美國奧勒岡州在  
17 1998 年允許醫師協助自殺，華盛頓州從 2008 年跟進，這兩州都是公民投票  
18 後實施，Montana 是法院的判決，接著還有 Vermont 跟 California。可以預測，  
19 台灣死亡權利合法化的過程也將循著先進國家的軌跡前進。

20 第五點，死亡權利的法律哲學是強調認知清楚、選擇自由跟自主權利。  
21 每個人都有機會因為疾病、意外讓活下去變得不堪忍受，甚至讓自己的身體  
22 成為醫療場域中沒有意義的焦土戰場。當代醫學倫理強調尊重病患自主權是  
23 最高的原則，因此人應該擁有在必要的時候結束自己生命的權利。自殺有罪  
24 的法律在 1960 年代英格蘭的法律還存在，但是今天法律不再追究自殺的人，  
25 社會卻拒絕認知清楚、情緒穩定、受重大疾病折磨的人打折的死亡權利，這  
26 不是殘酷，這是什麼呢？

27 第六點，從奧勒岡、瑞士醫師協助死亡將近 20 年的經驗，我們學習到  
28 死亡權利法的演化過程彷彿無邊平原的兩道車輪痕跡，兩個平行的主軸，一  
29 邊是個人的自由，另外一邊是存在的價值，而連繫各種思維的軸承則是當事  
30 者的最佳利益。奧勒岡州從 1997 年公投通過醫師協助自殺法成立以來，已  
31 經有超過 1,000 多個生命末期的患者接受醫師給予藥物，其中 700 多個人服  
32 藥結束自己的生命，醫學的論文顯示該法並沒有被濫用，三分之一的病患甚  
33 至拿了藥並沒有服下。可見病人會自主判斷，死亡權利並非純粹讓人想死；  
34 相反的，它的存在讓病人面對身體痛苦的時候可以安心，更有勇氣活下去。  
35 目前有超過 2,250 人到瑞士的尊嚴機構去尋死，其中德國人最多，占了 45%；

1 其次是英國人跟法國人，英國的檢察署明白地表示，協助死亡的親屬不會被  
2 英國法院起訴；台灣在 2015、16、今年各有一個。

3 第七點，死亡權可以減少不優雅的死亡悲劇。死亡權利代表重病的人在  
4 作抉擇的時候，可以把自己從悲慘情境中拯救出來的企圖，有計畫的死亡需  
5 要同理心的協助，在優雅安靜且有隱私的環境下死亡，避免台灣目前常見卻  
6 浪費社會資源的不當方式，例如跳樓、臥軌、喝農藥、動刀動粗。哈佛的醫  
7 生莫爾是美國外科的巨人，是燙傷跟移植界的先驅，他也是台灣器官移植界  
8 的老師，他在他的回憶錄裡面說：「我有一個靈魂，住在一具身體」、「身  
9 體只是一個住所，當疾病和傷害摧毀這個溫暖住地，令居住者的能量、心智  
10 跟靈魂都不堪的時候，最好能夠讓居住的人離去」。莫爾醫師認為，協助人  
11 們離開不再適合居住的身體是醫學專業的責任，也是醫生的部分工作，這些  
12 話對於像我這樣的後世醫生仍然深具同理、同情、勇於任事的迴響。

13 第八點，2018 年台灣死亡權公投的進展。重病者的死亡權是人權跟自由  
14 的高度象徵，爭取死亡的權利是成熟社會的指標，兼顧邏輯跟理性，尊重情  
15 緒跟受苦。因為疾病而選擇解脫，是代表把自我拯救出來的企圖，不讓人陷  
16 入絕望痛苦的情境，生命如果變得讓人無法忍受，自殺就是一項理性而正當  
17 的行為。成熟的公民社會可以克服複雜、偏見跟恐懼的心理，因為疾病而尋  
18 求解脫的人其實是希望協助，當生命遭逢難以承受之重，人類追求自由的心  
19 靈，希望藉由同理心跟同情心的同類而獲得死亡權利。台灣過去沒有策略、  
20 沒有組織，沒有向法院爭取死亡權的案例，雖然民意調查顯示有將近 7 成的  
21 台灣人民支持某種形式的協助死亡，卻往往自力救濟而犯法。死亡權的合法  
22 化在台灣是一條崎嶇、彎曲的道路，希望 2018 年的公投能夠改變目前進退  
23 不能的局面。

24 最後，我作一個結論。我今天代表許多人民向中選會提出這項亞洲第一  
25 個有關於死亡權利的公投主文和請求，希望經過今天的聽證會，權責機構能  
26 夠傾聽並且通過，讓類似傳達仁先生這樣許多受苦的人將來不必撐著病軀，  
27 花費龐大，遠渡重洋，麻煩瑞士的人權團體協助。希望在不久的將來，這些  
28 受苦的同胞可以就近在台灣執行。當然我們也很清楚，沒有一項攸關人民的  
29 重大決定不會有爭議，反對跟憂心死亡權合法化的心理可以理解，但是我們  
30 要有信心，這項決定不會被誤用、不會被濫用，反而會使糾纏在死亡線上的  
31 許多不幸的病人獲得解脫。如果是基於利益衝突、認識不清的恐懼或者慣  
32 性，反對合情合理、仁慈協助尊嚴死亡的社會和法律演化的路程，將會直接  
33 成為壓迫傳達仁這類的病人，他的情境就像南宋詩人的詩所描述的一樣，「萬  
34 山不許一溪奔，攔得溪聲日夜喧，到得前頭山腳盡，堂堂溪水出前村。」在  
35 座的各位，讓我們勇敢面對決定沒有人可以躲避的終極末路：死亡的真實面

1 貌。因為 2018 年的死亡權公投如果不成功，將來一定還有同志會前仆後繼  
2 捲土重來。

3 謝謝。

4 主持人許惠峰委員：

5 好，謝謝江先生這麼內容詳實，充滿文情並茂的論理。

6 我們現在是不是按照順序請李茂生教授來作發言？李教授有個 20 幾頁  
7 的論述，給各位作參考，還有外國法例、我國法制。

8 臺灣大學法律系李茂生教授：

9 各位手頭應該都有我的文字敘述，雖然這還不算是一篇學術論文，但是  
10 至少也是花了我 2 個禮拜的時間，儘可能蒐集資料寫出來的玩意兒。

11 我裡面弄的東西只有日本還有荷蘭、比利時，盧森堡是還沒寫完；美國  
12 的法制的話，基本上我不去碰，因為美國在這個地方可能跟我們的情況是有  
13 點不太一樣。如果我們要走的話，可能是走荷蘭、比利時這條路線會比較妥  
14 當一點，德國路線稍微保守了一點。

15 首先第一個，你只要上網 google 看一下就會知道，台灣在討論這個問題  
16 的時候，我們的用語其實是非常混亂。

17 我們把這個東西先切割開來，自殺或未得同意的情況之下就把人命給結  
18 束掉，不管那個被結束人命的人的狀態是如何，在這裡面的話，我們都不討  
19 論，完全切割掉。切割完畢以後，剩下的就是安寧緩和治療跟加工自殺罪裡  
20 面的兩種類型：第一個是自殺參與；第二個是得同意之殺人。

21 其實全世界各國包括韓國在內，韓國已經在前幾個月開始實施安寧緩和  
22 治療，我們台灣是比他們稍微前進一點。我們一開始的時候比日本落後，  
23 但是後來在居家這一個方面都比日本稍微前進一點，在全世界的評比上面，  
24 我們的安寧緩和治療這一方面可以算是亞洲第一名了吧！但是問題就是  
25 說，為什麼我們不能從所謂尊嚴死的安寧緩和治療往前面走一步？這裡面就  
26 牽扯到醫學跟法學根本不想去干涉這件事情。剩下最後面的臨門一腳，我們  
27 就不願意踢進這一球，或者是想踢的時候被人家擋住，而那個人是什麼人我  
28 就不知道了。

29 如果我們把尊嚴死的安寧緩和治療這種東西給去除掉的話，我們可以發  
30 覺目前世界所講的安樂死就是我們刑法裡面的加工自殺。加工自殺罪這個東  
31 西，第 275 條的規定，我們把法律規定全部去除掉，來看一下尊嚴死這個地  
32 方，就是安寧緩和治療。安寧緩和治療的話，我們只是把嚴密的治療給去除  
33 掉，但是對於維生還有鎮痛這一方面的醫療還會作，鎮痛醫療這個方面的  
34 話，通常是用麻醉或是嗎啡等等，嗎啡有抗藥性，一定會慢慢增強，所以到  
35 最後面一劑嗎啡的時候，一定會超過他身體所能承擔的負荷量，一針下去，

1 大概人就會死亡。

2 日本在 2009 年的時候，曾經在一個協同醫院裡面發生一個案例，是最  
3 高法院判決的，那個案例是什麼？一個已經昏迷的病患送來，本來是有裝人  
4 工呼吸器，最後面人工呼吸器拿掉以後插管，在家屬的同意之下把管子拔  
5 掉，管子拔掉以後，病患就開始呼吸比較粗重，身體會拱起來，醫生覺得這  
6 樣子好像看起來很痛苦，但是他的肉體已經沒有感覺了，於是就給他一些鎮  
7 靜劑，一直給都沒有什麼效用，後來打電話去問他的指導醫師，醫道醫師就  
8 跟他講說給肌肉鬆弛劑，結果肌肉鬆弛劑一下去，差不多 10 幾分鐘而已，  
9 整個身體緩和下來就走掉了。這樣講起來的話，最後的那個鎮痛劑到底是什  
10 麼？是所謂得同意之殺人呢？還是緩和醫療裡面的一部分？這個界限其實  
11 非常模糊。

12 如果說這個就是安寧緩和治療的話，分成 10 幾次給你鎮痛，最後一次  
13 才讓你致命，還是一次就讓你致命？從醫學或是從道德觀點來看的話，其實  
14 安寧緩和治療的鎮痛醫療這一方面已經跟後邊所謂得同意之殺人差不多了。  
15 如果我們可以越出這一步，我認為在刑法裡面並不是直截了當把第 275  
16 條整個廢掉，我們可以學荷蘭一樣，採取所謂的通報制度。如果有發生這種  
17 事情就通報，行政機關先檢查一遍，檢查不合格才去送檢，這樣的話，醫生  
18 也不會有訟累。如果只是規定一條說，這個東西是依法令之行為不法的話，  
19 還是會告到檢察官，檢察官還是會要展開偵查，把偵查程序給省略掉的話，  
20 我相信我國應該可以跨出這個最後的一步。怕有滑坡效應的話，我們可以去  
21 作一些限定，像是末期醫療的限定、精神痛苦這一方面需要經過精神科醫師  
22 或是心理學家的鑑定，最後面靈性這一個部分加入宗教的力量等等，我們可  
23 以去作限制。說實在話，只是我們心中的滑坡而已，而不是有實證資料的滑  
24 坡，事實上在臺灣應該有很多私底下的一些案數沒有被報到檢察官這個地方  
25 來的，所以與其讓他在私底下去做，做到最後面產生一些非法的現象，倒不  
26 如把它全部弄到光明的地方來，由行政機關先行管制，如果有違背程序才去  
27 送檢，對我國所有末期病患應該是一個福音，所以我是非常贊同這一個公投  
28 弄出去，如果是這樣子的話，我自己也會投下贊成的一票。

29 謝謝。

30 主持人許惠峰委員：

31 好，謝謝李教授。

32 時間真的非常短，很抱歉！但是我們有第二輪的 30 分鐘詢問。我想對  
33 於各位在大學任教的教授，5 分鐘真的能講的太少，我們以後也許會再檢討  
34 一下。因為基本上是針對公投的三個議題，沒有辦法深入探討整個法制的規  
35 範，我們今天的重點是釐清這個議案是不是清楚明確能夠進入公投，沒有辦

1 法深入到法規範或如何運作的問題，我想這個特別補充一下。

2 我們下面是不是邀請玄奘大學宗教與文化學系釋昭慧教授來發言？一  
3 樣5分鐘，謝謝。

4 玄奘大學宗教與文化學系釋昭慧教授：

5 主席、各位先進，大家好。我雖然是一位佛弟子，但我也是一位倫理學  
6 的研究者跟教授。

7 我想一件事情的對與錯有很大的灰暗地帶。我先說我自己本身並不是反  
8 安樂死的死硬派，因為我是一個眾生平等論者。如果狗可以安樂死，人就應  
9 該可以；如果人不可以安樂死，狗就不應該安樂死。我曾經為極度痛苦、每  
10 一秒都比死亡還痛苦的狗，最後決定讓牠安樂死，因為牠吃了毒藥，我知道  
11 那是死亡過程的延續，所以我覺得不忍。但是我必須說，這件事情要非常慎  
12 重的原因是我也看了很多的個案，包括已經老到非常老，各方面退化，他覺  
13 得要讓大家幫助他是非常痛苦的一件事情，所以他希望提早離開，而且意願  
14 也非常清楚，但是在某一個疾病出現的時候，我發現到這些病患非常強烈本  
15 能讓他要活下去，而且只要你支持他，他還是活下來了，他非常努力地活下  
16 去，於是我確實映射到佛法所說的，本能跟意願經常是衝撞的。所謂的本能，  
17 當然包括食欲、性慾跟求生欲，食欲、性慾有時候可能還可以透過意志去化  
18 解它，但是求生欲那個本能已經超乎我們的意識能力所能指揮，所以講了N  
19 遍要死，到最後他還是非常努力地求活。這個使我非常警惕，我自己不但是  
20 在教科書去看，而是看實證的經驗，這個人就是我的母親，她97歲，她一  
21 再強調她要死，但是每一次在疾病即便嚴重的時候，現在她就正在住院，我  
22 看到她每一個動作都是努力求活，這給我一個很深的警惕，因此我會想：「什  
23 麼叫『生不如死』？」它是一種抒情的語句，在哲學上非常嚴謹的定義，其  
24 實是並不容易的。

25 什麼情況下叫「生不如死」？真的很難說。有些人也許在社會氛圍不好  
26 或者家庭氛圍不好的情況下，甚至於家人暗示他，讓他覺得他沒有價值感，  
27 變成累贅的情況下，他真的會覺得生不如死。這時候，我們這個社會是不是  
28 要有一些支援的系統進去，而不是就著他沒有價值感，讓他順便結束生命？  
29 因此我覺得社會的氛圍跟病人的價值感是非常重要的的一件事情，這是我第一  
30 個要跟大家分享的。

31 第二個，我最不願意聽到的就是「醫療資源有限」這個話，因為醫療資  
32 源有限是事實，但是我們可能可以更擴充醫療資源；否則的話，將來尤其是  
33 老齡化的社會，很多老人會在仇老的社會氛圍內，可能被擠壓醫療資源，到  
34 現在長照的資源其實並不是真的足夠，這就是一個血淋淋的例子。所以也許  
35 在作社會政策制定的時候很難周全，但是我們為什麼不去爭取國防的經費少



1 一點，把它放到醫療資源多一點？諸如此類的。醫療資源的擠壓，把它拿來  
2 限定哪些人應該安樂死的話，我覺得會讓弱勢者必須先走，這個是整個社會  
3 的氛圍，可能最後是透過他自主意志很堅決地說要走，可是我們沒有辦法判  
4 定是真的他內心深層的自主意願，還是整個氛圍造成他這個樣子。

5 再來，因為加工自殺涉及到第三者，我們的醫師從來被教育的是要救  
6 人，是不是救人過度使我們無法忍受，現在已經有病人自主權利法可以把它  
7 防止住了。於是，如果不要過度積極治療，那麼醫生有權利去積極地為他加  
8 加工自殺嗎？或者醫生有義務嗎？一旦成為法律，醫師是有義務的，對於醫師  
9 個人良心構成一個很大威脅的時候，醫師是不是能夠拒絕？這個是我心裡思  
10 考的問題，因為每一個人自主意願想死不想死這件事情，到頭來，我真的覺  
11 得是所謂的「天要下雨，娘要嫁人」！一個人真的自主想死，我們也沒有辦  
12 法擋住他，但是第三者是否有義務要介入？這個事情一旦成為法律的時候，  
13 我們必須要嚴加思考的。因為我們不是醫師，醫師都有這樣的想法嗎？都同  
14 意嗎？

15 最後要提出來的問題就是，這個事情非常嚴肅，像剛才說的，被界定為  
16 安樂死很模糊，有好多定義，包括我們現在的病人自主權利法其實有些地方  
17 都過度了，比如說可以讓他拔掉維生的支援，那不是侵入性的治療，是拔掉  
18 維生支援，我們知道美國的病人泰利 14 天以後才死，這個過程的痛苦有沒  
19 有想過？所以我覺得公投是要讓全民都理解這個內容，可是這個內容又偏偏  
20 非常複雜跟專業，適合放在直接的提案中嗎？如何告知到每個人都聽懂才能  
21 讓他投票？因為這是關涉到每個人的生死大事。

22 以上發言，謝謝。

23 主持人許惠峰委員：

24 好，謝謝釋昭慧教授。

25 這個議題其實蠻有意思的，我們辦聽證會就是希望讓社會大眾事先瞭  
26 解，假設過的話，我們可以充分討論。剛剛主委有指示，如果不耽誤大家的  
27 前提之下，我們本來討論時間是 30 分鐘，可以延長。但是第一輪先照規定，  
28 後面的時間有必要可以延長，藉由這個機會大家可以充分交換意見。

29 我們現在是不是請交大科技法律學院林志潔教授來發言？

30 交通大學科技法律學院林志潔教授：

31 大家好，我是交通大學林志潔老師。很高興今天有機會能夠來分享一下  
32 個人這幾年關於安樂死跟臨終關懷法制的一些研究。

33 首先，我想先表明一下我個人對公投的一個想法。因為我覺得公投並不  
34 是立法，所以有一些細部的東西，比如說安樂死的定義、安樂死的各種界定，  
35 積極安樂死、消極安樂死應該由誰執行，應該是等到如果這個大方向確定以

1 後，立法院去處理的事情。所以今天很重要的說，我們有沒有必要、有沒  
2 有迫切需要在現在的情況下來主張這樣子一個議題的公投可能性？我認為  
3 是應該的，為什麼呢？因為病人自主權利法馬上要上路了，這邊有幾個點大  
4 家可能不是那麼清楚。

5 我們很早就有安寧緩和條例，安寧緩和條例的中心思想是不急救。也就  
6 是說，已經到很末期的情形了，不要硬去救他，讓他能夠很安寧的方式離開  
7 人世。後來的病人自主權利法的中心思想是什麼？有些人很不幸當時已經急  
8 救了，結果就插管變成植物人，這個時候等於是我們用人工的方式在維持他  
9 的生命，但是我們給他一個選擇，他可以停止這樣子人工維生的狀況；這個  
10 是安寧緩和條例沒有辦法涵蓋的，所以病人自主權利法可以說更進了一步。

11 今天我們要討論的安樂死，或者有尊嚴的死亡，它是一種選擇權。也就  
12 是說，當我今天已經意識到我離末期的離開人世已經不遠了，這個時候我自  
13 主性去選擇面向死亡、迎向死亡，而不是像剛剛我們講的，一個是不急救，  
14 或者是已經變成植物人了，這時候終止維生的器材、終止鼻胃管的餵食，所  
15 以階段還是不一樣的，我想這是為什麼我們認為還是有必要去推動的原因。  
16 最典型的例子其實就是傳達仁先生，因為他的情形其實沒有辦法適用安寧緩  
17 和條例，也沒有辦法適用病人自主權利法，即使病人自主權利法已經通過  
18 了，他也沒有辦法符合，可是他如果在目前積極安樂死下面是有機會可以適  
19 用的，所以我剛剛講說為什麼這個還是有推動的必要性，因為它跟前面兩者  
20 的區隔是非常明顯的。

21 再來，科技的進步其實是已經很發達了，過往因為很多的科技或藥物痛  
22 苦是很高的，可是現在可以做到非常有尊嚴、非常減輕痛苦，而且在非常短  
23 的時間，讓已經重症、已經無法治癒，而且他離死亡就是我們英文講說「on  
24 the corner」，其實他一轉彎可能就面對死亡，可以減輕他非常大的痛苦。我  
25 覺得痛苦這件事情其實是很多末期病患的恐懼，他並不怕死耶！但是他怕的  
26 是痛，我們都好好坐在這裡，可能很難想像那有多痛。

27 以前我也認為安寧緩和條例已經夠了，是什麼事情讓我改變想法？我在  
28 4年前很意外被檢查出肺腺癌，是一期，所以我很幸運。在動完手術以後，  
29 我深刻感覺到那個痛如果你沒有痛過是沒有辦法理解的，讓我有這種深刻感  
30 覺的是一根導尿管，這根導尿管在我身上痛到完全不行，我請求醫護幫我把  
31 導尿管拔掉，但是醫護說不行，一定要留置 24 小時，我說：「為什麼？我  
32 已經可以自己下床去尿尿了。」醫護說：「不行，按照規定，你就是要留 24  
33 小時。」那個痛到我後來加量的嗎啡都沒有辦法，最後我跟護理師講說：「如  
34 果你不幫我拔掉，我會自己拔掉。」所以光是一根管子就可以讓一個人的身  
35 體產生這麼巨大的反應，它其實是很 individualized。

1 疼痛這件事情，每一個人的耐受度是不一樣的，我們沒有辦法用一個很  
2 高的標準認為這個東西應該每個人都要 overcome，這樣才是一個有尊嚴的人  
3 生，你沒有辦法幫他決定，因為當他痛到那個地步的時候，他的生命已經沒  
4 有尊嚴了，這是他自己可以決定的。所以在那個時刻我就深刻地理解到，疼  
5 痛這件事情是很私密的一件事情，如果一根管子我都受不了，當我躺在那  
6 裡，有 10 幾根管子插在我身上的時候，我真的很不願意，我覺得那樣的人  
7 生是我完全不想過的。這是為什麼從 4 年前我開始投入病人自主權利法的研  
8 究，我也很贊成病人自主權利法，我也很希望衛福部最後修出來的操作守則  
9 是可以趕快上路的，因為已經等待很久了。

10 也就是說，當科技是一個中立的狀況，它已經進步到可以減緩我們痛苦  
11 的時候，這樣子的選擇權其實是可以把它交回給病患的。事實上奧勒岡的這  
12 些實證研究發現，它並沒有使得弱勢者變成是被拋棄的生命，並沒有！絕大  
13 部分去選擇積極安樂死的，都是中高階級、中高教育以上有收入的白領階  
14 級。第二個，事實上很多人拿了藥以後並沒有吃，他只是覺得在他極痛的時  
15 候，他還有一個 option 是可以安心的。最後一個，奧勒岡的實證研究也顯示，  
16 事實上它並沒有被濫用的情況，很多人還是選擇去 overcome，並沒有我們想  
17 像當它一開放的時候就出現滑坡效應，很多人就選擇積極安樂死，所以其實  
18 外國很多立法例可供參考。

19 我也要講說，事實上以現在的情形，像傅達仁先生有能力去瑞士，可是  
20 很多人並沒有！所以如果我們不去處理，其實反而是使得積極安樂死成為有  
21 錢人的選擇，我覺得這個對於經濟能力不好的人更是一種不公平。

22 以上是我第一輪的發言，謝謝。

23 主持人許惠峰委員：

24 好，謝謝林教授。

25 我們下面是不是再請科法所的陳鈺雄所長來跟我們發言？

26 交通大學科技法律所陳鈺雄所長：

27 主席、各位先進，大家好。

28 關於本案的議題一，我認為本案涉及的是立法原則的創制，屬於公投法  
29 第 2 條第 2 項所列的事項，有全國性投票的適用。議題是認為說，本案可能  
30 會涉及到憲法保障的生命權跟人性尊嚴等基本權利的價值選擇，可能是憲法  
31 層次的議題，不是可以公投的事項，但是其實我國在透過安寧緩和醫療條例  
32 以及病人自主權利法的立法，已經肯認了對尊嚴死的態樣。也就是說，病人  
33 可以透過放棄醫療等等的手段，用有尊嚴的方式來達到死亡的目的，這一點  
34 跟本案在憲法層次解釋上面其實是沒有差別的。而刑法呢？我國自始以來不  
35 處罰自殺罪，所以更凸顯我國在法律的實踐上一直都是肯認人民有權利延長

1 或縮短自己的生命，所以本案不是對憲法的問題進行公投，而是對憲法上早  
2 已認可、刑法上也長期肯認的價值，要求在法律的層次加以落實。

3 各國有通過安樂死的相關法案，他們也沒有進行修憲。刑法處罰加工自  
4 殺罪，但是本案討論的不是一般的自殺行為，而是針對重症的病人，主要指  
5 的是現有醫療方法沒有辦法治癒的重症，這正如刑法本來是有處罰加工墮胎  
6 罪，而國會通過了優生保健法，把某種情況的加工墮胎行為加以除罪化一  
7 樣，法律當然可以把普通刑法的加工自殺罪在某些情況下設例外，而加以除  
8 罪化。

9 本案跟過去立法最大的差別，不是病人這一方面的憲法權利，而是醫療  
10 團隊能不能參與加速病人死亡的行為。事實上醫療機構的制度都是法律建置  
11 所造成的，醫生說出生才出生、醫生說什麼時候死亡才是死亡，而醫生判定  
12 生死的權力是國會透過法律所賦予的，當然可以由國會透過法律的制定來調  
13 整醫療團隊的角色，正如同安寧緩和醫療條例跟病人自主權利法中調整醫療  
14 團隊的角色一樣，所以要不要允許醫療團隊有協助死亡的權利是立法原則的  
15 創制，屬於公投法第2條第2項所列的事項。

16 關於議題二，本案的提案內容是不是會讓一般公民不瞭解提案的真意  
17 呢？剛剛我已經說明，這個是一個立法原則的公投，所以我認為本案提案人  
18 文字中已經把需要公投的大方向概念加以說明清楚了。過去安寧緩和醫療條  
19 例跟病人自主權利法討論的是放棄醫療行為，本案重點的關鍵字是由醫療團  
20 隊協助死亡，醫療團隊在什麼樣情況下可以協助死亡是本案所希望建立的方  
21 向，至於具體的細節應該由國會經過辯論之後加以確定。在本案的提案文中  
22 已經把一些重要的概念定義清楚了：第一個，要求重症病人必須是處於意識  
23 清楚的狀態之下，所以不會有意識不清，而由其他人來代理意思表示的情  
24 形；第二個，必須是重症，不一定要是末期的病人，假如說這個疾病在目前  
25 是有醫療方法可以治療的話，理論上病人應該會努力地去尋求治療，所以它  
26 並沒有限於一定必須是死亡迫在眼前，在各國的立法例裡面也沒有說一定要  
27 是疼痛難忍；另外有提到要有一個評估，就是諮商團隊進行評估，所以這個  
28 評估基本上一定是有醫療團隊在裡面，當然病人經過充分諮商可能也有社工  
29 或宗教團體來參與；另外還有提到必須是取得共識，基本上這個法案並沒有  
30 要求醫療機構或醫院醫師一定要被迫去做違反他們自己信念的事情，必須是  
31 醫院醫師願意進行這樣的行為才能夠去進行，所以如果病人有意願，醫療團  
32 隊也有意願，法律不要加以阻止。這是本案的主要精神，我認為本案已經將  
33 需要公投的意義、概念定義清楚了。

34 以上。

35 主持人許惠峰委員：

1 好，謝謝陳教授。

2 我們這一輪的學者專家就結束，下面是邀請機關代表。我們首先邀請衛  
3 福部的廖副司長來發言。

4 衛生福利部廖崑富副司長：

5 主席、各位專家學者，以及各位先進，大家午安。針對今天這個安樂死  
6 的議題，我想我從衛福部之前推動的安寧緩和條例以及即將推動的病人自主  
7 權利法這幾個方向來跟各位作一個報告。

8 我想以安樂死來說，其實剛剛大家的定義比較偏向於主動式地提供某一  
9 些藥物或者是什麼樣的作為來結束病人生命的一個做法，雖然聽起來不是惡  
10 意殺人、主動殺人，但是是不是有侵犯到他的生存權？這個是值得討論的。  
11 但是我覺得這段我們需要先稍微作個釐清，以安樂死來說，目前我們來看  
12 的話，其實應該可以區分為兩段：一種也許算是所謂的主動安樂死；一種是被  
13 動安樂死。

14 以我們現在來看安寧緩和條例或者是病人自主權利法這兩個，89年開始  
15 推動安寧緩和條例，那時候只有針對不可治癒的末期病人，尊重他的意願的  
16 狀況之下，不施予所謂積極性的治療；到了102年甚至於加入可以撤除維生  
17 設備這樣的一個規定，也就是說，不用人工方式來延長他的壽命。到了105  
18 年1月公布病人自主權利法，適用的對象已經不再僅只於末期病人，包括處  
19 於不可逆轉的昏迷狀況、永久植物人的狀況，或者是極重度的失智，或者我  
20 們還保留一個彈性，就是其他可能經公告的病人疾病狀況或者是痛苦處於難  
21 以忍受，或者是疾病已經確定無法治癒，依當時的醫療水準沒有其他適合方  
22 式來處理的時候都適用，不是僅僅只限於末期病人。

23 我們從醫療的層面來說，基本上目前的做法，也就是兩個法案的推動  
24 是：第一個，不加工去延長他的生命；第二個，不加工去縮短他的生命。這  
25 兩個原則是目前我們推動的情形，也就是說，不透過人工的機器或者其他的  
26 藥物、或者是其他的手法讓他的生命獲得無意義延長，但是到目前為止，其  
27 實我們的推動方式比較傾向的是不給予其他的藥物或其他的方式去主動縮  
28 短他的生命。

29 這是目前我們衛福部推動的法案跟目前處理的一個原則，以上是我們的  
30 報告，謝謝。

31 主持人許惠峰委員：

32 好，謝謝廖副司長對現行法規作了詳盡的介紹。

33 以下是不是請法務部的代表陳玉萍主任檢察官發言？

34 法務部陳玉萍主任檢察官：

35 主席還有領銜人江先生、還有各位教授、與會的先進，各位好。法務部

1 檢察司在這裡作報告。

2 今天我們接收到這個通知來參與這個議題列席說明，主要是因為刑法第  
3 275 條有加工自殺的規定，也就是教唆、幫助使他人自殺或是得其承諾或受  
4 囑託，如果有這樣子的行為是有刑罰的處罰。但我們可能要特別再說明，就  
5 是說這一條所要保護的是生命法益，其實還包含其他的狀況，除了我們今天  
6 所提及到的這些安樂死，不管是積極或消極安樂死的狀況，還包含像基於情  
7 殺的原因或是基於詐財的原因有可能有做這些動作，在這種情形之下，生命  
8 權的保護是很重要的。但我們必須要說明就是說，這一條就像剛剛李教授也  
9 有提到，第 21 條有提到依法令的行為，就像領銜人以及其他教授也都有提  
10 到像當年的墮胎罪在刑法裡頭是有規範的，可以透過比如說優生保健法來作  
11 一個合法的處理，其實剛剛各位所提到的安寧緩和條例還有病人自主權利法  
12 也是走這樣子的模型下來。

13 我們再看外國有關於不管是積極或消極安樂死的相關法例，其實剛剛李  
14 教授也有特別提到，像荷蘭他們也是立一個特別的法律，因為主要這一個議  
15 題關注的行為主體都是醫師，醫師這樣子的主體必須要透過什麼樣子的程序  
16 來認定重症？它是一個很專業的醫療問題。醫療團隊必須遵循什麼樣的程序  
17 來完成各個作為？其實它是一個很專業的程序，當然是需要集思廣益，增定  
18 一個比較特殊、能夠有完整規範的法令規範讓大家可以遵循。針對這個議  
19 題，的確就如主席今天所說的，其實就是大家來聽取不同部會或不同立場的  
20 言論，集思廣益看怎麼樣可以把大家有共識的議題能夠用最合法、最符合大  
21 眾需求的方式走出一條路來。

22 以上簡單的報告，謝謝。

23 主持人許惠峰委員：

24 好，謝謝法務部代表的發言。

25 我們最後是不是請內政部的代表梁科員來給我們發言？

26 內政部梁淑惠科員：

27 主席、大家好，內政部這邊發言。

28 依民法第 6 條的規定，「人之權利能力，始於出生，終於死亡。」本部  
29 是戶籍法的主管機關，依戶籍法第 14 條第 1 項規定死亡應為死亡登記，它  
30 只是規範死亡應該是戶籍登記的一個程序，至於死亡是最終事實的認定，事  
31 實發生的過程或者是原因都不是本部的權責。考量戶籍登記是依據相關證明  
32 文件或者法律事實所為的公示登記，那是屬於後端的工作，戶政機關也不是  
33 這個案子死亡認定的主管機關，所以關於這個案子我們是尊重衛福部跟法務  
34 部的意見。

35 以上發言，謝謝。

1 主持人許惠峰委員：

2 好，謝謝。

3 謝謝第一輪提案人、專家學者還有機關代表所有發言，我們還有一些時  
4 間，提案人有沒有什麼問題？針對剛剛專家發言，有沒有想要進一步大家交  
5 換意見的？或者剛剛李教授有意猶未盡之感，要不要再補充一下？當然還有  
6 學者林教授、陳教授。特別是林教授有自己很真實的經驗，聽起來都忽然覺  
7 得法律開始有生命了，通常我們唸法律就是冰冷冷的條文，現在講的過程就  
8 感覺深刻的感受，我想這個議題是非常有意思，雖然很嚴肅又有意義，不是  
9 只有法律而已，還有哲學很多問題在上面，我想可以利用這個機會請……或  
10 者是不是李教授來補充一下？

11 臺灣大學法律系李茂生教授：

12 我只想回應兩件事情：

13 第一個，縱然是積極安樂死我們可以通過，特別不是說修改新法，而是  
14 用「依法令之行為，不罰。」在荷蘭當然它是另外一套，它是用義務衝突，  
15 就是我們所謂的超法規阻卻違法事由那條路線走，但我國沒有這種規定，荷  
16 蘭有這個規定，所以它也不是超法規，我們用依法令之行為阻卻違法是對的。

17 但是問題就在於說，剛才有講說醫生到底能不能拒絕？醫生當然可以拒  
18 絕。病患要求，醫生可以拒絕，因為醫學院裡面的教育就是什麼？要救人。  
19 你要叫他如何去殺人這件事情，說實在話，荷蘭在那麼多年要發展出殺人的  
20 醫學技巧不是那麼簡單，學校不教的，他們是在實務裡面慢慢學習，甚至於  
21 出一本叫做「《殺人手冊》」，說醫師要怎麼樣的情況之下，可以讓病患沒  
22 有痛苦的死亡，這是醫學院不教的，因為違反他們的……我們法律人也是一  
23 樣，教犯罪學也不是真的叫人要去犯罪，所以說這根本不是問題。

24 我文章裡面也有講，只是稍微在前言裡面提到，其實阻止我們往前面，  
25 我剛剛已經講了，安寧緩和醫療這個東西大家定義成「尊嚴死」，已經不算  
26 是安樂死，安樂死一定是用人工的方式讓生命縮短，所以尊嚴死全部都排在  
27 外面去。安寧緩和治療的話，如果醫療充分的國家幾乎都已經做了，剛才我  
28 已經提到，韓國都已經實驗過了1年以後開始實施，日本比我們先早一點點，  
29 我們又超過日本，現在日本又在追，特別是2009年那一部電影《送行者》  
30 引起他們社會裡面很多的討論，所以說我們不要再去討論我們已有的法制，  
31 現在我不能理解的是衛福部的態度，衛福部認為說，我們已經有尊嚴死了，  
32 幹嘛還要有安樂死呢？我們用尊嚴死可以取代安樂死。

33 傅達仁已經提出要求，行政院回答，行政院的回答當然就是衛福部的回  
34 答，不可能是內政部的回答，對不對？行政院不可能是內政部在回答，一  
35 定是衛福部在回答，對不對？沒有錯吧？衛福部一直在講說有安寧緩和了，不

1 需要有積極安樂死。但是我剛才已經講過，如果安寧治療在這個地方要往前  
2 推一步的話，那就是積極安樂死，就是這一步為什麼不能走出來？我覺得  
3 說，真正最大的一個障礙應該是醫師在這個地方他所受的訓練，他認為「我  
4 是救人，不是殺人」，如果承認這一件事情，我被病患逼著必須要給他藥，  
5 或是甚至於由我來注射的話，會違背我多年來受醫學訓練的那種教導，一生  
6 裡面的知智好像就會被沾污了一樣。法律人就不會這樣，對不對？法律人寫  
7 「死刑」兩個字都好像不會違背我們憲法上的教條，所以說醫學在這個地方  
8 真的是教育得非常成功，我覺得應該是這一關過不了關。

9 但是很妙的是，這一次的提案人是醫生，醫生某種程度上也瞭解到說，  
10 其實不是救命跟把命給殺掉這樣子的問題而已，最主要是一個人如何到最後  
11 面的時候，我們去尊重他個人的意願？因為自殺的人你看到最後面也知道，  
12 自殺的時候他一定會有本能的欲求在那裡掙扎，沒有自殺的人沒有本能的需  
13 求就很安靜地走，一定會有這樣子的掙扎，我們要尊嚴我們本能的那一種反  
14 應、動物本能的反應，還是要尊重作為人的靈性的、理性的抉擇？如果我們  
15 要尊重這個東西的話，為什麼我們醫學不能去協助人們去完成他自己最終的  
16 主體性？我這個是比較難以理解，因為我不是讀醫的，這一點或許我們應該  
17 在醫學界裡面先展開一個公聽會讓醫生們辯論，醫生大部分都認為安樂死也  
18 沒問題、我願意協助，縱然我的老師沒有教我這個東西，再來公投，會不會  
19 比較好一點？因為我覺得台灣現在最大的障礙應該是醫學界，不是法律界，  
20 也不是宗教界。

21 謝謝。

22 主持人許惠峰委員：

23 好，謝謝李教授發言。

24 是不是釋昭慧教授？

25 玄奘大學宗教與文化學系釋昭慧教授：

26 謝謝，謝謝主席。

27 首先，確實我覺得我們有一個共識，就是跟志潔教授有一個共識，應該  
28 要讓人減除、甚至於無痛。也許我是一個佛弟子，生死本來就是在輪轉，一  
29 件衣服穿舊了，換件新的有什麼不好，何必勉強穿破爛的衣服？問題就在於  
30 這個痛。像剛剛您說的插管問題，有些是過度治療，過度治療所導致的，那  
31 麼是醫學界本身要改變觀念，不要去做過度的插管動作。像我母親也是被插  
32 管，甚至於本來是希望她終身插管，我堅持不肯，結果她還是可以慢慢恢復  
33 到訓練自主排尿。

34 我的意思是說，我們如果把無意義的痛放在前面去思考會比較重要；當  
35 然有意義的，比如說像志潔老師雖然經過疼痛又活過來了，我們就有一位志



1 潔老師可以發揮她的社會功效，那個是有意義的疼痛。沒有意義的疼痛，其  
2 實經常就是醫師加工所導致的，因為基本上如果是一般來講，老人慢慢走到  
3 最後是自然死亡的話，慢慢他的感官就鈍化了，他並沒有太痛的情況下，直  
4 接就可以壽終正寢。

5 先回到我們剛才所說的這個內容，加工自殺畢竟是有另外一個人在幫助  
6 他，另外一個人是涉及到醫療團隊，我們現在都希望他來做這件事情，不是  
7 我們，因為我們沒有辦法。我覺得今天的聽證會中，沒有看到有任何醫師界  
8 的代表，甚至於有一些比較不同的聲音，僅只是我代的話，我覺得我並不是  
9 那麼通達醫療。後來我採取自然醫療的情況下，事實上是以免痛地慢慢走  
10 向死亡，這個難道不可以考慮嗎？

11 再來就是說，我比較不能理解的是把安寧療護當安樂死，我覺得就會混  
12 淆了它本身的定義，因為安寧療護的本身並不是要對他安樂死，是要讓對方  
13 在最後的階段能夠有品質的生活、無痛的生活，所以它的目標也是無痛。至  
14 於最後一針斃命跟分次，那完全不一樣！包括咖啡，如果一次給他吃3公斤，  
15 搞不好這個人也斃命，你不能說因此咖啡不能喝吧？這個邏輯怎麼會一樣  
16 呢？所以一次致命跟緩慢每一次給他，讓他生活有品質一點，這是兩碼子  
17 事！而且我自己在親手照顧臨終患者的時候，很多人根本不是等到最後一針  
18 斃命，其實他是慢慢就走向終點了，癌症就讓他最後走向終點，不是到最後  
19 嗎啡讓他死亡的，大部分不是嗎啡讓他死亡的，我們真的要把它搞清楚，否  
20 則我們自己都不清楚這個狀況，到最後我們去決定別人的生死？我覺得是會  
21 有點冒犯的。

22 這個是我自己本身對於有關於安樂死這個議題的一個很誠懇的說明，我  
23 不是絕對地反對安樂死，因為我說過，我終結過我狗狗的生命，但是那是我  
24 確認知道牠每一秒的生理上疼痛是無法承受，如果沒有的話，不一定是重  
25 症、不一定疼痛難忍，越放越寬的時候，到底什麼才是我們可以踩煞車的停  
26 損點？我真的擔心我們整個社會氛圍會讓人覺得「我老了、我實在沒有意  
27 義，我其實可以早點死，因為我已經沒有辦法自主排尿、我沒有辦法自主起  
28 床，我要人家扶抱」諸如此類，他就會想死，我們要不要成全他呢？

29 以上是我自己作的一個補充說明，謝謝。

30 主持人許惠峰委員：

31 謝謝釋昭慧教授。

32 志潔教授，謝謝。

33 交通大學科技法律學院林志潔教授：

34 謝謝主席、謝謝大家，還有第二次的機會。

35 我想各位可以再想一下我們的主文，也就是說，希望往安樂死的方向這

1 個公投主文其實重點有幾個：第一個是意識清楚，也就是說，他必須是一個  
2 自己還可以掌握自己，他是完全意識清楚，不會是由別人來幫他決定的一種  
3 情形。第二個，一定是有限制的，也就是重症病人，意思是不可逆的一個情  
4 況，只要有救活的機會或者是只要他還可以再恢復的話，原則上也不會該當  
5 於這樣子的要件。再來，它一定要有專業的評估，所以絕對不可能他自己想  
6 死、覺得很累了，這個時候我們就來同意他，不太可能。最後是由一個團隊  
7 來協助他。

8 也就是說，他還是要經過相當多的評估程序，我覺得這些程序都不是在  
9 公投這邊有辦法作細緻的討論，我們只是就大方向來講，在我們整個憲法跟  
10 刑法上其實並沒有去禁止，我們並沒有覺得一個人他真的覺得很不行了，他  
11 覺得他要去自殺，我們覺得這個是完全違反憲法精神、完全違法人性尊嚴，  
12 刑法應該把他開棺來鞭屍，我們沒有這樣子的規定啊！何況我們在整個安寧  
13 緩和條例以及病人自主權利法都已經一步一步趨近了這個情形。

14 所以我個人很同意剛剛李茂生老師的見解，就是說他後面的那一步其實  
15 就是他可能有一些現實上沒有辦法操作的部分，比如說我們看到很有名的諾  
16 貝爾大師霍金，他可能就是因為某一些情形下沒有辦法自己操作，或者傳達  
17 仁先生他覺得他想要用一種更有尊嚴的方式，他不想跳樓或者是拿刀子切  
18 腹，他想要用很 peaceful、很有尊嚴的方式去處理，不然的話，其實自殺也  
19 是可以，以傅先生的情形，他還是可以動的，但是他為什麼說這一仗一定要  
20 打？因為他覺得這是可以堅持的。我們要不要在一個有限度的情況下，他意  
21 識還清楚，他是重症病人，有諮商團隊評估，而且取得共識，由醫療團隊去  
22 assist 他？這一定是他自己同意跟決定，不會有任何人來操縱他。

23 其實我個人去研究這些臨終的法制，我有兩個很大的重點也希望跟各位  
24 分享：第一個就是 pain management，也就是疼痛的管理，事實上當你嗎啡  
25 加到一定的量，就是一種協助自殺，我講穿了，其實就是這樣。嗎啡一直加，  
26 加到後來，其實就是死亡了，但是痛到不行的時候，你也只能這樣，它就是一  
27 種疼痛管理。所以對我來說，積極的安樂死其實是一種疼痛的管理，他不  
28 想面對最後那種沒有尊嚴、非常痛的狀況，如果在有意識的時候，他自己終  
29 結這種疼痛的狀況，我們能不能給他一個 option？第二個，其實它是一個  
30 empower 弱勢的情況，因為各位要想一下，很多病患就像我剛剛講的霍金，  
31 或是他重症，他可能沒有力氣、他可能心智上面覺得要比較有尊嚴的方式，  
32 你能不能 assist 他？當我們科技已經進步到某一種藥劑可以不用疼痛、不用  
33 太慘烈的方式去死亡的時候，你能不能 offer 他這樣子的一個選擇？

34 當然剛剛我們有提到醫師不願意，醫師會覺得：「你就去自殺好了，為  
35 什麼要我來幫你殺？為什麼我要背擔這樣子的罪名？」確實有可能，尤其是

1 有一些醫院可能有宗教的信仰，可能是以宗教來設立這個財團法人的醫院。  
2 但是如果你預先告訴病人，就像我們病人自主權利法裡面也有提到，如果這  
3 個醫院是不願意執行病人的自主權利這個 weal，他可以預先告知，病人可以  
4 轉診。也就是說，整個的核心還是在病人的自主，他有自主權，他有選擇要  
5 怎麼樣去面對死亡的權利，法律上面我覺得應該是去 empower 弱勢，而不是  
6 加以限制，這一點的話，我希望各位能夠去理解，就是兩個很大的重點，一  
7 個是疼痛的管理，一個是臨終自主權的 empower 跟實踐。

8 謝謝。

9 主持人許惠峰委員：

10 好，謝謝志潔教授這麼詳盡的補充，讓我們有更深刻的思考。

11 銑雄所長有沒有什麼？

12 交通大學科技法律所陳銑雄所長：

13 好，謝謝主席。

14 我想補充一件事情就是說，今天主要的議案是在討論這個案子是不是能  
15 夠成為公投的標的，很多意見在討論它跟安寧緩和醫療條例或病人自主權利  
16 法之間的差異是什麼，關於反對醫師協助自殺的理由主要歸納起來有五種類  
17 型，但是其中四種理由其實跟安寧緩和醫療條例或病人自主權利法遇到的情  
18 況是完全一樣的，所以我覺得這個部分在當初的立法就已經考慮過了，包括  
19 什麼呢？第一個是說，可能醫師會對病人的病情有所誤判。第二個情況是  
20 說，病人可能其實不是真正自願的，因為病人的真意沒有講出來，比方說他  
21 是擔心拖累家人，可是這個情況在安寧緩和醫療條例或病人自主權利法也是  
22 有一樣的情形，滑坡效應也是一樣的情況。另外，對於身體不便、行動不便  
23 的人造成拖累別人，是不是那些人認為比較沒有生命的價值？這個情況其實  
24 在病人自主權利法也是一樣的。所以這些東西都是我國已經討論過的問題，  
25 真正唯一有不同的是什麼呢？是醫療的改變，醫療角色的改變才是本案例中唯  
26 一的差異。

27 當然我們知道醫師的訓練裡面都強調是要拯救生命，但是其實在病人自  
28 主權利法裡面談到一個很重要的概念就是說，病人到底往怎麼樣方向走，應  
29 該是由病人決定的，而不是由醫師來代替他決定。病人之所以希望尋找醫生  
30 來看病，無非是希望醫生來幫助消除病人的痛苦，所以醫生的角色應該不是  
31 只於救命而已，而是在於如果從消除病人痛苦的角度來看，我們就可以看到  
32 在這個情況底下，跟今天討論這個公投的案子其實是沒有什麼差別。

33 當然醫界他們會有不同的見解，但是我認為這件事情應該也是醫師個人  
34 的決定，是醫師個人的信念、是醫師 private 的 decision，這件事情應該要由  
35 個別的醫療機構跟醫師來加以決定，而不要由法律人來加以限制。但是今天

1 有一個立法的需要，因為這個事情在我們已經有規定加工自殺罪的情況之  
2 下，如果沒有通過立法的話，醫師沒有辦法合法地來進行這樣的行為，而這  
3 個法律必須要把相關的程序跟要件定義清楚，那麼醫師才能夠放心地免於責  
4 難來進行這樣的一個行為。

5 以上是我的說明，謝謝。

6 主持人許惠峰委員：

7 好，謝謝。

8 在座機關代表有沒有補充？有關現行法，好像 108 年 1 月就實施了？

9 衛生福利部廖崑富副司長：

10 是。

11 主持人許惠峰委員：

12 施行細則也都出來了嗎？

13 衛生福利部廖崑富副司長：

14 目前有些正在處理。

15 主持人許惠峰委員：

16 是，請。

17 衛生福利部廖崑富副司長：

18 主席以及各位先進，針對剛剛幾位先進表達的意見，我想有一部分可能  
19 需要再澄清一點點，其實醫界從頭到尾並沒有一個共識叫做「不贊成安樂  
20 死」，並沒有！從 20 幾年前，我們剛在醫學院唸書的時候，安樂死是否合  
21 法化幾乎是慣例以來的辯論題目，所以醫界裡頭從來也沒有人有這樣的一個  
22 共識說反對，絕對沒有！

23 剛剛釋教授講的一句話，其實我必須要說明，醫療資源有限絕對不會是  
24 我們作任何決定的一個選擇，這是需要說明清楚的，因為如果有這樣一個想  
25 法的時候，那絕對不會是我們衛福部主要的看法。當然醫療事實上是日新月  
26 異的，今天無法治癒的疾病，明天有沒有可能治癒？其實沒有人敢講。以往  
27 神經無法再生，現在我們有其他的方式可以促進神經再生，或者是以往某一  
28 些器官的衰竭是不可逆，但是我們現在可能有一些方法是可以幫忙的，這是  
29 為什麼醫界在這方面其實看法非常分歧的原因之一，從來也沒有一個人敢說  
30 出醫界的共識是什麼。從頭到尾不管是安寧條例或者是病人自主權利法，我  
31 們提供的絕對是意識清楚、尊重病人自主選擇權，甚至於即便你現在在自己的  
32 健保卡上面註記未來要安寧緩和，但是當你躺在病榻上，你一個念頭一  
33 轉，不願意的時候是可以終止的，不會有人說：「你明明在健保卡上面註記  
34 了你要接受的是這個。」阻止你反悔。同樣的，這樣的過程裡頭，其實我覺得  
35 我們是尊重病人的選擇。

1 當然剛剛有幾位教授都提到，醫療本身除了照顧病人的生命之外，疼痛  
2 管理其實也應該是要做，這絕對是對的，只是說醫療究竟有沒有它的極限？  
3 能夠讓病人獲得最舒適的一個照護絕對是我們要做的，但是至於是否立法、  
4 是否來做這件事情，因為在沒有立法之前，事實上自動安樂死這件事情就是  
5 違法的，所以我要強調的其實是並沒有這樣的共識或者有這樣的決定說我們  
6 反對，但是在現有的法制下，我們現在推動讓病人能夠最舒適的方式接受醫  
7 療，另外是我們尊重病人的選擇權，我想這是我們必須強調的。

8 謝謝。

9 主持人許惠峰委員：

10 好，謝謝衛福部副司長代表。

11 提案人有沒有什麼要補充？

12 領銜人江盛先生：

13 剛剛有提到醫界的狀況，因為我個人是以前台北馬偕醫院醫學倫理委員  
14 會的委員，倫理醫學教育裡面也是醫學院的，我在每次的演講裡面，當然這  
15 個樣本很少，其實在座的醫師絕對大多數都贊成某種程度死亡權利的選擇，  
16 所以不是醫界。至於我因為是婦產科醫師經驗，30年來都在處理極度困難的  
17 墮胎案例，比較一下台灣跟英國法律，剛剛提到醫生可不可以拒絕？當成立  
18 法案了以後，醫生可不可以拒絕墮胎？當然可以。但是我們台灣的法律其實  
19 看不到，因為拒絕在英國的法律裡面叫做「Conscientious Objection」，就是  
20 「良心反對」。也就是說，醫生可以援引良心反對，拒絕提供病人所要求的  
21 比如說墮胎這個議題，但是在英國的法律也有很清楚的規定，如果因為引用  
22 良心反對而導致病人受到的傷害跟後來的法律問題，比如說病人因為你拒絕  
23 他，不當的拒絕，病人去跳樓或是怎麼樣，這樣引起後續的，由援引良心反  
24 對的醫生要說明，這是一個情況，所以良心反對其實是一個概念，在台灣  
25 的法律裡面很少有「Conscientious Objection」這個概念。我們的優生保健法裡  
26 面規定都是說，病人如果因為母親的身體或者因為胎兒的畸形、或者因為精  
27 神病、或者因為強暴、或者因為其他的亂倫等等而導致懷孕，這些法律都說  
28 是可以的，醫生如果援引良心反對，其實是某種程度躲避自己應該盡的責  
29 任，很多倫理學家都這樣陳述。

30 雖然我不喜歡用「安樂死」，因為今天所聽起來的，其實裡面充滿一些  
31 個人言語上面的矛盾跟有限的生活經驗，無法涵蓋全部人關於死亡。所以我  
32 個人覺得這個法律裡面有幾個不一樣的，應該要被提的就是個人自由選擇權  
33 利，尤其在遭逢比如說癌症已經轉移到腦部、疼痛失明，這個在我們病房裡  
34 面經常看得到，這些病人如果很清楚可以表達他的意願的話，我相信也會有  
35 同情他的醫生協助他死亡。

1 謝謝。

2 主持人許惠峰委員：

3 好，謝謝提案人。

4 在座還有沒有什麼要提問？如果沒有，我想提問一下我個人的疑問。因  
5 為我們會提出這種基本上是個創制——當然我的有限理解，如果錯誤再更正  
6 ——病人自主權利法是 108 年會實施，也很近，公投還有時程，我只是說概  
7 念上，病人自主權利法第 14 條是沒有完全涵蓋，你們提這個案是不是認為  
8 第 14 條不能涵蓋現在的需求，所以提出來？我只是確認這點就好。

9 領銜人江盛先生：

10 是啊。

11 主持人許惠峰委員：

12 差別就這裡？我知道是沒有涵蓋，我只是確認一下。

13 第二個就是說，你提到「諮商團隊」，因為病人自主權利法是有提到緩  
14 和醫療團隊或醫療專家，「諮商團隊」概念上不只是有醫療團隊，還是有其  
15 他的，是不是這樣？因為我們在討論的時候有討論到這個問題，諮商團隊跟  
16 醫療團隊是兩個不同團隊，病人自主權利法已經有這樣的設計。當然也有醫  
17 療代理人，還有預立，本來可以預立醫療決定，這個例子是不需要預立的嗎？  
18 你們的想像上，我只是確認一下。

19 臺灣大學法律系李茂生教授：

20 往前推一點的話，也可以預立將來要安樂死。

21 主持人許惠峰委員：

22 是啦，立法上可以再討論，我只是確定它是一種複決，還是創制？我只  
23 要確定在法律概念上、公投概念上。它有點部分是重疊的，你的東西有一部  
24 分可以適用到，有些是沒有適用到，我的意思是這樣。

25 衛生福利部廖崑富副司長：

26 不好意思！我稍微說明一下，目前預告中的諮商團隊是包括這幾個成  
27 員，就是說醫師、護理人員、心理師或社工師這三類的人員，為什麼需要是  
28 一個團隊呢？我想曾經也有不同醫療衛生的人來跟我們反映，是不是能夠減  
29 少這樣的團隊組成？但是事實上我們會有這樣的組成當然也是擔心其他的  
30 問題，是不是有一些剛剛法務部代表所提的，其實我們無法現在預期的一些  
31 因素，所以我們會讓諮商團隊包括不同類別的人，讓他在諮商過程是比較充  
32 分、完備才下這個決定，以上。

33 主持人許惠峰委員：

34 好，謝謝。

35 交通大學科技法律學院林志潔教授：

1 我想可以稍微解釋一下，簡單講病人自主權利法很重要是末期，末期裡  
2 面有兩種狀況：一個是清楚，就是他意識是清楚的，只是他選擇他不要下面  
3 再繼續治療，或放棄急救治療；另外一種情況是他預立了，說他不清楚的時候  
4 可以 stop 比如說鼻胃管的餵食，可是在積極的，就是我們這一次這個公投  
5 的主文上面，從頭到尾都是意識非常清楚的狀況，可能也沒有到那麼臨終的  
6 情形，像傅先生也許還有 3 個月，或者是經過一些延命的治療可以 4、5 個  
7 月，可是他選擇去縮短死亡的時程，這是我的理解。

8 陳老師剛剛也有一些要補充的部分。

9 交通大學科技法律所陳鈺雄所長：

10 就是在既有的法規裡面，它基本上強調的是一種預立的概念，為什麼要  
11 預立？是因為他 assume 將來可能會有個時候失去意識。但是本案其實談的  
12 只限縮在意識清楚的態樣，所以這個是一個最大的差別。因為意識清楚的關  
13 係，所適用的病症範圍以及程序有可能跟現行的安寧緩和醫療條例或者病人  
14 自主權利法有一些差異，所以可能沒有辦法單純對於現行法令的複決來加以  
15 解決。

16 主持人許惠峰委員：

17 我瞭解，所以概念上就是說，生命自主權如果是 60 分、80 分跟 100 分  
18 的話，這個可能就是補足 80 分到 100 分自主權的差異，我想應該是這樣理  
19 解，所以它就變成是一個創制的概念，這是我個人的理解。

20 不曉得在座法務部代表有沒有什麼要補充？還有內政部代表？各位專  
21 家學者還有提案人有沒有？如果沒有的話，我最後只是總結，就是說這個議  
22 題在中選會討論的時候，我們特別要開聽證會是覺得這個是一個非常重要的  
23 議題，特別是傅先生引起社會上高度關注。

24 當然生命能不能再延續是醫學上的問題，「生不如死」這個概念可能是  
25 哲學上的問題，有時候是心靈上的痛苦，有些人好手好腳就決定結束生命，  
26 他沒有任何病痛，是精神上的痛苦，對不對？當然法律的層面是要規範整體  
27 社會秩序，要避免很多可能的弊端，所以立法有時候會爭議。所謂的意識清  
28 楚都是已經走後，會發生糾紛都是走後之後，整個過程讓它沒有產生爭議，  
29 這個可能是法律要去關注的一部分，但是又涉及到人的自由意志，所以我想  
30 它是相當有意義。

31 我個人是不會去阻礙像這樣的公投，這對建構成熟的台灣社會我想是會  
32 有幫忙、會有幫助。

33 如果各位今天沒有什麼再進一步的發言……

34 玄奘大學宗教與文化學系釋昭慧教授：

35 主席，我最後建議一下。

1 主持人許惠峰委員：

2 好，謝謝。

3 玄奘大學宗教與文化學系釋昭慧教授：

4 因為這個事情蠻重大的。

5 主持人許惠峰委員：

6 是。

7 玄奘大學宗教與文化學系釋昭慧教授：

8 我今天聽起來幾乎來的人都是比較傾向贊同的，連我自己都不是堅決反  
9 對者，所以在這樣的一個辯論之中，我擔心有一些面向我們其實沒有討論  
10 到。我覺得聽證會下次是不是可以注意一下 balance？就是贊同方、反對方的  
11 人數大概達到平衡，而且專業知識也具足。

12 主持人許惠峰委員：

13 謝謝，謝謝釋教授。

14 邀專家學者，事實上我不知道，是我們幕僚單位，這個我不能代為回答，  
15 但是我也解釋，這個如果過了之後，連署的時候就會去討論，真的要公投也  
16 會有一個過程，會有正、反方、利害關係的代表，不會是糊里糊塗人民就下  
17 去投了，一個公投案的成本都是相當高，1、2 億，我們之所以這麼慎重也是  
18 希望社會整體資源很有限，我們希望作個有意義的公投，不是投完之後好像  
19 很模糊，也沒能執行，好像大家白忙了一場，所以過程當中我們會儘量要求  
20 嚴謹，這樣的顧慮在後面程序上都還有機會再補強，跟您這樣說明。

21 我們今天的聽證會就到此結束，依照規定還是要宣讀一下，依行政程序  
22 法第 64 條第 4 項規定，本次聽證紀錄指定於 107 年 7 月 11 日（星期三）下  
23 午 2 點至 5 點在中央選舉委員會閱覽室供陳述或發問人閱覽（不另發函通  
24 知），並簽名或蓋章。

25 今天與會學者專家的發表意見，我們幕僚單位會再寄給你們確認最後是  
26 不是發言的真意，我們才會公告。今天聽證會到此，謝謝大家。

27 司儀：

28 聽證程序終結，散會。

29 <以下空白>



# 安樂死到底是讓誰得到了安樂

台大法律學院 李茂生

2018/6/26

## 一 前言

報載 2018 年 6 月 7 日我國著名的運動新聞記者傅達仁先生遠赴瑞士，在一群專家的協助下，親手結束了自己的生命。協助其自殺的機構是已經成立二十年的 DIGNITAS（尊嚴），至今協助過 2,532 人自殺，其中兩名為台灣人。

DIGNITAS 執行「協助自殺」的流程如下。首先申請入會的人要繳交年費，送交簡歷、自願書以及三個月內的病歷，初審通過後再繳交醫師鑑定費，經電訪並親赴瑞士接受醫師的面談兩次後，取得「綠燈」資格。其後，在特定的設施內，由兩名機構的護理人員全程監控錄影。自殺者首先必須簽署相關文件，並服下止吐劑，半小時後再喝下醫師所調配的麻醉劑（流噴妥鈉），陷入昏迷狀態，最後會因呼吸系統癱瘓而在十分鐘乃至一小時內死亡。其間，親屬會陪伴在側。死亡後，瑞士的警察、檢察官和法醫會在現場檢視相關文件與證據，如有必要亦可訪談陪同的親友，於確認此一自殺是基於病患的自主意思，且無涉及犯罪後，放行讓家屬將遺體送往火葬場。

傅達仁先生曾於 2016 年 12 月舉辦生前追思會，並上書總統呼籲立法院通過安樂死法案。惟 2017 年 2 月，行政院回函以我國已有安寧緩和醫療的建置為由，拒絕考量安樂死法案的審議。2017 年 10 月傅達仁先生宣布罹患胰臟癌已達末期，並於 11 月赴瑞士取得 DIGNITAS 的綠燈資格。2018 年 5 月 31 日再度前往瑞士，終於在 6 月 7 日親手結束了自己的生命。傅達仁先生於生前希望能藉自己的案例而改變台灣的現行法規，而其於 6 月 7 日在公開場合所講的最後一句遺言是：「這仗一定要打」。<sup>1</sup>

本件報導出現安樂死、協助自殺、安寧緩和醫療等字眼，有時明確區分，有時又混雜在一起，原因或許是新聞記者根本都沒搞清楚這些名詞的意義，但更有可能這是因為新聞是由多人撰寫，有人知悉其間區別，而有些人則否。不過可以肯定的是，這些報導都一致認為台灣的相關法制並不成熟，無法滿足國人的需求，而官方的反應卻是對這種國人的需求興趣缺缺，直說國內現行法制已經足夠。

則，到底這些名詞的射程範圍為何？一些國家往前走到怎樣的境界？理由何在？等等問題會一一浮現。在認定我國法制已經足夠之前，似乎應該往外走出去

---

<sup>1</sup> 以上描述是根據蘋果日報 2018 年 6 月 8 日 A1 與 A2「封面報導」所載新聞。

看看，然後才能有所定奪。據此，以下將首先釐清各個名詞的射程範圍，然後粗略地瀏覽一下其他國家的規定，最後再檢討我國的現行法制。

## 二 定義與議論範圍

### 1 基本定義

首先必須討論安樂死的定義，然後才能界定討論的範圍。安樂死(euthanasia)一語源自於古希臘，意指好死善終，延伸出去被定義成沒有痛苦的死亡。這個定義過廣，於現代根本沒有實際上的操作利益可言。現代的法規範通常都會直接或間接牽涉到他人，若要將安樂死這個字眼發揮規範上的作用，必須加上自他的關係。在這種考量上我們可以對安樂死為如下的定義。

亦即，安樂死是指為解除痛苦，而在他人的協助下自行或逕自藉由他人之手結束自己生命的行為。

### 2 單純自殺行為以及非自願安樂死的排除

在這種定義下，首先與他人無涉的自殺行為，雖然也是一種解決自殺者身心痛苦的行為，但是不會被認為是安樂死。<sup>2</sup>

此外，未有本人有效的同意下的結束他人性命的行為，雖然有論者將之定名為非自願的安樂死，但是這也不能算是安樂死。如眾所皆知，世間最有名的非自願安樂死不外是第二次世界大戰爆發前以及大戰期間，德國納粹所採行的人種抹殺政策。縱或可以將之曲解成「與其活著受歧視或虐待，不如直接受死，反倒可以得到安樂」，但應該沒有人敢這樣主張。

不過，如果撇開人種歧視問題，如今我們確實仍有非種族性而是個人性的失去意識陷入昏迷者、重度精神病患、失智老人的安樂死議題尚待討論。若將這類族群視為變相的種族，則為群體而抹殺特定族類，或社會階層的疑慮仍舊會陰魂

---

<sup>2</sup> 或謂臥軌自殺的行為等也是透過他人的行為結束自己生命的行為，如果自殺者本意即在於解除自己的身心痛苦，則應該也算是安樂死。然而，此處所謂涉及他人的人際關係是指意思疏通下的關係，並不包含無意思疏通的情形。例如，某人利用醫師過失而交付致命藥品的行為，而服藥自殺時，醫師的過失行為與自殺行為間並不會成立此處所謂的（有意義的）關係，此際針對醫師的過失（致死）行為而言，自殺者的自殺行為並不重要，重要的是該行為所產生的結果—死亡。所以並不是行為與行為間成立（人際）關係，而是行為與結果間成立（因果）關係。

不散。雖然於立法技術上，可以用預立遺囑或代理同意的方式，來解決「非自願」的問題，但是之前的意思不是現在的意思，且代理終究只是代理而已，任何人都無法斬釘截鐵地認為其間並無任何社會或家屬安樂的追求的疑慮。不過，這個議題已經遠超過法律所能解決的範疇，必須交由哲學或社會文化予以解決，法律僅能在何謂末期、代理者的範疇，以及維持預立遺囑有效性的條件等處，予以著墨而已。

### 3 消極安樂死（尊嚴死）與積極安樂死的區分

於排除單純的自殺行為以及非自願的安樂死之後，我們可以進行安樂死的分類。此際，首先會出現的區分標準是「積極／消極」的區隔。所謂的消極安樂死是指停止無效的延命治療，在不會明顯縮短當事人餘命的前提下，繼續進行支持性醫療或鎮痛醫療的行為。這類的行為通常被命名為安寧醫療。

此處會有一個較新的名詞出現，並產生困擾。此即所謂的「尊嚴死」。雖然尊嚴死也是廣泛被使用名稱，而且一般而言，尊嚴死幾乎等同於拒絕延命治療的安寧醫療；但是若純粹以字義而言，尊嚴死應該是指有尊嚴地面對死亡一事，除延命治療的拒絕外，另包含了積極安樂死的情形。換言之，尊嚴死是指死亡時的狀態，殊不論導致死亡的手法。所以末期安寧醫療、積極安樂死等，只要是基於患者的同意而為，都可以算是尊嚴死。與其將尊嚴死與末期延命治療的拒絕相連結，或等同視之，倒不如把另一個曖昧的名稱，亦即自然死（拒卻人工干預，自然面對死亡之意），與延命治療的拒絕連結在一起觀察會比較妥當。

本來如果僅是為以上的語詞射程範圍的討論，其實並不需要特別強調尊嚴死、自然死等的概念與安樂死之間的關係，頂多是提醒一下，於許多的場合，論者在談及尊嚴死的時候，其用語的射程範圍僅止於消極安樂死而已。然而，自然死、尊嚴死與安樂死這三個名詞間的關連性或區別，於實質上並不是這麼簡單。這點牽涉到醫學的發展對於人類行為的影響。

醫學的宿命之一即是抗拒自然的天命，企圖用人為的技術延展人類的壽命。然而，減輕痛苦延長壽命的標語，曾幾何時在一些特定的情形，已經變換成增加痛苦延長壽命的現實。為抗拒這種的醫學霸權，首先被提出來的概念就是自然死。自然死意味著將命交付給人類無法或不應掌控的自然（其實就是宗教上的神祇），醫學不應過度地干預天命。而後，前世紀中葉開始，人性尊嚴或個人尊嚴等名詞開始流行，影響及於醫學與生命的領域，於是人們開始使用尊嚴死這個名稱藉著病患的自我決定來抗拒醫療過度介入死亡流程的情事。

換言之，尊嚴死不外是為了抗拒對於死亡流程的醫學上人為干預，進而以尊重個人的決定為名，停止醫學的延命干預，並自行等待天命來臨的人類活動的象

徵。於此階段，尊嚴死就是意味著末期安寧醫療。不過，隨著社會人際關係的複雜化，於是產生與其重視人與神之間的抽象垂直關係，毋寧重視實際上的人際關係的想法。亦即，人們開始思考，人的自由意志的決定是否可以擴及到死亡，讓人們可以自行決定死期。

這點會直接牽涉到這個個人的自主權或自我決定權，其作用可不可以不僅是消極地抗拒醫學的人為干預而已，甚至於可以積極地使醫學成為自己抗拒自然或神祇的力量，換言之，借重醫學的進步以抗天命成遂個人的自我。雖然人的尊嚴的根本在於自我決定，但是一旦牽涉到宗教問題，且也涉及人類社群活存的能量問題時，進步的腳步就會停頓下來。自殺或許是無期待可能性，用法律加以禁止的話<sup>3</sup>真的情何以堪，但是總不能用法律來鼓勵自殺、協助自殺或甚至殺人。

在這種的想法下，到目前為止，有條件地將協助自殺或得同意殺人的行為（亦即積極安樂死）合法化的國家，並不太多。

#### 4 積極安樂死的種類

與消極安樂死相對應，積極安樂死則是一種會縮短生命的行為，亦即其是一種會干預自然並且縮減命定的生命的行為。雖然消極安樂死中的（被停止的）延命治療措施或支持性醫療、鎮痛醫療等，也是干預自然的醫學行徑，但終究不是縮短自然生命的人為舉措。反之，積極安樂死中的行為，則是利用醫學上知識或技術，直接干預自然且縮短生命的行為。縱或這類行徑有更深一層的考量或動機，但是透過代表國家權力的法而予以合理化時，各國都會有所猶豫。所以大部分的國家或多或少都會以法律，特別是利用刑法加以規制。

積極的安樂死有兩種類型，其區分的標準在於為最後致命一擊（亦即結束生命的「殺」的行為）的行為人是誰。

當某人陷於一定的狀況（通常是末期，且身受劇烈的身心痛苦），旁人有可能會去勸誘其自殺（教唆自殺），或在本人有縮短生命的意願（亦即自殺的意思）時，協助（幫助）其順利自殺；此際，為教唆自殺或幫助自殺的人是干預他人自殺的行為人，刑法上稱類此行為為自殺參與罪<sup>4</sup>。與此相對應的是（得）同意（後的）殺人。亦即，行為人並不是在旁協助他人自殺，而是得到該他人的同意後殺之。

<sup>3</sup> 如二十世紀前半葉為止的許多西洋國家的法律規定，自殺是一種犯罪行為。

<sup>4</sup> 論者將教唆與幫助等狹義共犯稱為參與犯，所以稱教唆或幫助他人自殺的犯罪行為為自殺參與罪。不過因為自殺行為不是犯罪行為所以這種命名不是非常妥當。其實，其應該是以教唆或幫助的型態實現的本犯（其本身就是實行正犯）。

一般而言，刑法的評價上，狹義共犯的行為與實行正犯的行為不論在違法性抑或可罰的程度方面，後者都重於前者。而且大部分允許積極安樂死的國家，都僅止於不用刑法干涉自殺參與的行為，取而代之，其是用行政法規予以規制。至於得同意殺人方面，因為終究仍有個奪人性命的殺人行為，所以僅有少數國家將之除罪化。

## 5 其他的分類

相較於以上逐步將安樂死的範圍予以限縮的定義方式，亦即將安樂死逐漸限縮在基於個人自我意識而會縮短生命的處分生命的行為上的動態或階層式定義方式，有另一種表面上並不是有明確的區分意圖，而僅是將做為結果的「安樂」定義成生命的縮短，然後根據行為態樣平行地定義各類安樂死的分類方式。這種的分類大體上會將安樂死分成四類。

首先是純粹安樂死（自殺參與型安樂死）。這是指末期病患期盼死亡，醫師應其要求而提供致死量的藥劑，令其自行服用或施打的情形。

其次是間接安樂死（治療型安樂死）。這種安樂死意指為減輕病患痛苦而給予鎮痛劑，並沒有縮短生命的意圖，生命的縮短僅為副作用而已。不過，因抗藥性的關係，劑量會逐漸增加，最後的一劑已達致死量，進而導致病患的死亡。

第三是消極安樂死（尊嚴死型安樂死）。這是指對於末期病患，基於其同意而停止無意義的積極延命治療，進而導致死期的提早。

最後是積極安樂死（慈悲殺型安樂死）。這是很多國家都不願承認的安樂死，意指為解除病患痛苦，以作為直接縮短其生命的安樂死。<sup>5</sup>

這種分類雖然不當地縮減了積極安樂死的射程範圍，創造出純粹安樂死的類型，用意僅在於嘗試將之合法化，但是將安寧緩和醫療定義成間接安樂死（醫療型安樂死）一事，卻也彰顯出於定義上將安寧緩和醫療排除在安樂死範圍外的不合理。安寧緩和醫療中的鎮痛醫療，與積極安樂死之間的差別，僅在於分多次施打藥物（特別是嗎啡），還是一次給足而已。在刑法並不太在意直接故意與間接故意（未必故意）的情事下，這都是基於同樣動機下的故意殺人。

## 三 各國的狀況

---

<sup>5</sup> 瀨尾幸子、安樂死と尊嚴死-日本とオランダの比較考察、人間学研究論集 7 号 82~83 頁（2018年）。

## 1 概況

根據政大法律學院劉宏恩教授的整理<sup>6</sup>，如今僅有荷蘭、比利時、盧森堡、瑞士、加拿大、哥倫比亞（其範圍甚至超過自殺參與行為，甚至將醫師親自所為注射藥物行為，亦即得同意殺人行為合法化）、澳大利亞的維多利亞州（2017年通過幫助死亡法，將於2019年實施），以及美國華盛頓特區、加州、奧勒岡州、科羅拉多州、佛蒙特州、華盛頓州、蒙大拿州（透過司法判例合法化）、夏威夷州（2018年4月立法通過），將自殺參與的行為合法化。

劉教授同時亦表示，最近因為傅達仁事件而被廣泛報導的瑞士，其實並沒有制訂（積極）安樂死法，只不過因為瑞士的刑法中並不處罰「非基於自私動機的自殺參與」行為，所以不論是醫師還是一般民眾（特別是傅達仁先生參加的民間團體 Dignitas），只要僅提供協助、參與當事人的自殺行為，並不直接施打致命藥物的話，並不會被科處刑罰。而且雖然理論上自殺者僅是厭世而已，亦可協助其自殺，但是基本上如果不是病重已達末期狀態，通常醫師或民間團體都會予以拒絕。其實，未被劉教授列入名單內的德國亦是與瑞士相同。<sup>7</sup>而瑞士的民間團體 Dignitas 甚且在德國成立分會。<sup>8</sup>

此再加上現今諸國通常都已經制訂了安寧緩和醫療的法規<sup>9</sup>，如此應該可以推論現階段會被檢討的應該是積極安樂死。一般而言，「先進」國家都會肯認自殺參與行為的合法性，不過對於得同意殺人這一部份，則除了少數國家外，一般是躊躇不前。以下會選擇幾個國家的法制予以介紹。

## 2 荷蘭的法制

<sup>6</sup> [https://www.facebook.com/markliu8?hc\\_ref=ARQaHqtPdEZllujJGy-GdkThqaaQlfJHOjbAL9i\\_wbQv59F1gXYD2I6o0CsWVzxS6yg&fref=nf](https://www.facebook.com/markliu8?hc_ref=ARQaHqtPdEZllujJGy-GdkThqaaQlfJHOjbAL9i_wbQv59F1gXYD2I6o0CsWVzxS6yg&fref=nf)

<sup>7</sup> 新馬幸一、間接的臨死介助(安樂死)の正当化根拠 —— ト `イツ・スイスにおける議論を中心に ——、獨協法学第 101 号 125~159 頁(2016 年 12 月)。

<sup>8</sup> ルートウ `イヒ・A・ミネリ著、柴崙雅子訳、臨死介助は権力問題か、国際研究論叢 25 卷 2 号 153 頁以下 (2012)。

<sup>9</sup> 連韓國也於 2017 年年初通過延命治療決定法（又稱尊嚴死法），先於十家醫療機構試行，且於今年 2 月正式實施。韓國的尊嚴死法規定，在末期患者自願、兩名以上家屬決定，或全體家屬協議決定的情形下，醫院可以停止心肺復甦術、人工呼吸器、血液透析、抗癌劑施打等延命治療行為。詳參 <http://www.storm.mg/article/365288>（最終參訪日，2018 年 7 月 1 日）。

在荷蘭立法將安樂死合法化前，已經有澳洲北領地（北方準州，Northern Territory）於 1995 年通過末期患者權利法，而美國奧勒岡州也於 1994 年通過「尊嚴死法」，然而這兩個法律都僅是允許醫師協助末期病患結束生命，亦即其僅承認對末期病患的自殺參與型的積極安樂死而已，而且也經過一番波折，一般的評價上都不認為得超越荷蘭的立法。

澳洲北領地的末期患者權利法，於 1997 年遭到澳洲聯邦議會以該州法違憲為由而宣告失效。<sup>10</sup>而奧勒岡州的法律方面，州立法後旋即被聯邦地區法院以違憲為由禁止實施，其後聯邦第九巡迴上訴法院推翻地區法院的判決，而聯邦最高法院也以不予審理的方式肯認了上訴法院的判決，至此這部「尊嚴死法」才得於 1997 年在奧勒岡州生效。不過，2001 年時，當時的美國司法部長下達指令，宣稱醫師協助病人自殺時，如有開處方提供管制的麻醉藥品，聯邦依聯邦管制藥物法可對其科處刑罰，並中止或吊銷開業執照。奧勒岡州的一些醫師與病患，一狀告到聯邦法院。雖地區法院以及巡迴上訴法院都認為在醫師執業行為的管理方面，奧勒岡州法優於聯邦法律，但聯邦司法部仍一路纏訟到聯邦最高法院。直到 2006 年，聯邦最高法院以多數決判決肯認州法的優勢後，此部奧勒岡州的法律才算底定。<sup>11</sup>

反之，時間上稍微落後的荷蘭則不一樣了。不僅立法過程祥和，還不限末期病患，將兩類型的積極安樂死都予以合法化。

荷蘭有關積極安樂死合法化運動的起端是 1971 年的事件。某位女醫師在半身不遂且不斷自行滾落床下企圖自殺的母親的要求下，施打了嗎啡令其安樂死。事件發生後，目睹整個事件的養老院告發了該女醫。1973 年，法院認為雖然可以施打鎮痛用的嗎啡，但不得使用到致死量的程度，因此科處了被告附一年緩刑的一週監禁。此案件導致社會上的反彈，且促成了「自發性安樂死協會」的成立，而該協會也成為荷蘭安樂死運動的核心性存在。

1982 年某位預立安樂死決定的病患，在某次病發失去意識但又稍加回復意識後，雖非末期病患，但仍因不堪痛苦而向其家庭醫師表示安樂死的意願。該醫師在得到同僚以及病患兒子的同意後，認定該病患「雖然處於難耐的痛苦下，但仍舊是活存著」的狀態下，實施了安樂死，且事後自行向警察投案。一審認為荷蘭刑法第 40 條所訂「不可抗力下所為行為不罰」條項得適用到本案例，因為醫師處於救助生命的義務與解除病患痛苦的義務的夾縫間，被迫為不可抗力的抉擇，因此其行為阻卻違法。雖然高等法院改判有罪，但最高法院最

<sup>10</sup> <https://club.commonhealth.com.tw/article/457>（最後參訪日 2018/7/3）。

<sup>11</sup> <http://news.ltn.com.tw/news/world/paper/53964>（最後參訪日 2018/7/3）。

後仍舊是採用了一審的判決，以不可抗力為由，發回更審，而高等法院也順勢做出無罪判決。

在這種情事下，雖然荷蘭的司法部門於 1985 年公然正式發表意見，確定會對符合判例所表明要件的醫師為不起訴處分，但仍有意見認為此舉有訟累問題，應修訂最高刑度為 12 年有期徒刑的得同意殺人罪（荷蘭刑法第 293 條）以及最高刑度為 3 年有期徒刑的自殺參與罪（荷蘭刑法第 294 條）的規定，讓安樂死能夠合法化。

但是荷蘭的行政部門想法則和司法以及立法部門相異，其重點在於如何使得日益生活化的安樂死不要隱藏在水面下，而令其浮上台面。於是其向國會提出遺體埋葬法修訂草案，此法案於 1993 年尾通過國會審議，並於 1994 年開始實施。這部遺體埋葬法規定當醫師執行安樂死後，應向地方政府的檢視官通報，並提出報告，而檢視官則是在報告書中寫明自己的意見後將報告書提交給檢察官，檢察官於收到報告書後，由檢察官長委員會決定是否起訴醫師。當然決定是否應該起訴的根據，就是 1985 年時確定應該予以適用的「不可抗力」條款。問題是遺體埋葬法中要求通報的案件不限於末期，也不限於有病患同意的積極安樂死，而縱然沒有病患的同意，令其死亡時，亦有可能適用「不可抗力」條款而阻卻違法。這個灰色地帶，於修法通過後，立即被彰顯出來。

1994 年 6 月，荷蘭最高法院對一位精神科醫師做出有罪但不處罰的判決。這位醫師幫助了一位五十歲的女性自殺，這位女性沒罹患末期疾病，只是陷於憂鬱狀態，了無生意，並拒絕任何得解除其自殺意願的治療。一審與二審都根據不可抗力條款判決無罪，但最高法院肯認了檢察官的一部份上訴理由，判決醫師有罪。於最高法院的審理中，檢察官主張，（1）病患無肉體上痛苦，亦非處於末期（2）處於憂鬱狀態的病患，欠缺自我決定能力，其安樂死的意願無法證明是基於自發的意思（3）該精神科醫師所諮商的其他專科醫師，並沒有與病患直接面談。針對檢察官所提出的（1）與（2）的抗辯，最高法院並沒有採用，其認為縱然病患的痛苦並非由來於肉體上的疾病，縱然其疾病並非末期，仍得適用不可抗力條款阻卻安樂死行為的違法性，且檢方無法證明病患無自主決定的能力。只不過，最高法院接受檢察官的第三個理由，認為醫師並沒有遵照規定執行安樂死，所以有罪。這個判決確立了一個概念，這就是人們有權以安樂死的方式決定「脫離人生」，縱然其並沒有罹患肉體上的疾病或感受肉體上的痛苦。

在檢方一方面懼怕安樂死的氾濫，力求如何將「難耐且無回復可能性的痛苦」予以明確化，藉此抗拒院方的濫情，而另一方面又懼怕過度地干預或起訴會造成醫界的不安的同時，荷蘭的政治動了起來。1999 年 11 月修訂刑法相關條文的安樂死法以及遺體埋葬法修訂草案，通過了眾議院的審議，且於 2001 年



4 月經參議院的表決正式立法。誠如當時荷蘭的首相所云，1994 年的遺體埋葬法修訂仍舊是將安樂死視為犯罪，其僅是不起訴而已，這導致有通報的安樂死件數僅佔整體的 41% 而已，為求減輕醫師的負擔，也為了禁絕危險的非法安樂死，有必要將合於規定的安樂死除罪化。

荷蘭直接在其禁止積極安樂死的刑法規定下，明訂醫師在符合安樂死法的要件，且依從遺體埋葬法的規定向地方政府的檢視官通報，則不該當於加工自殺罪。安樂死的要求有六。其一，患者自發地且經過熟慮後自願安樂死（得預立醫療決定）。其二，患者有難耐且無治癒可能性的痛苦。其三，醫師對病患提供病情與治癒可能性等的充分資訊。其四，醫師與患者共同達成除安樂死外別無妥當的解決對策的結論。其五，醫師至少與一位其他的醫師諮商過，而該名醫師表明曾與患者面談過，且認為符合所有要件。其六，醫師在顧全所有的醫療上考量後，結束病患的生命。醫師在執行安樂死之後，必須向地方政府的檢視官報告，而檢視官應該將資料送交全國共設置五處的「安樂死地區評議委員會」審議。該委員會通常由政府所任命的三名委員所組成，其身分分別為法律專家、醫師與倫理問題專家。委員會於收到報告後，需於六週內審查該安樂死是否符合要件，只有在認定不符合要件的情形下，始會將案件送檢。<sup>12</sup>

在荷蘭，這種的修法僅是肯認了現實上已經在社會中實行多年的慣例，立法僅是一種現狀的肯認而已。但是在其他國家方面，則是將之視為世紀初的大事件，反對或贊成的聲浪不斷湧現。

### 3 比利時的法制

比利時受到鄰國荷蘭修法的影響，於 2002 年得到國會兩院的決議，並經過國王簽署正式成立安樂死法。與崇尚自由風氣的新教國家荷蘭不太一樣，比利時是個民風與政治都比較保守的天主教國家。正因為這樣所以比利時展現出與荷蘭不同的面貌。

比利時的刑法不僅是規定了得同意殺人罪，其同時也有自殺參與罪的規定。於國會的討論中並非沒有直接修改刑法規定的議論，但是最後還是選擇採取與荷蘭以前相同的模式，利用特別法的方式阻卻刑法的適用。不過，因為篤信天主教，自殺甚至被認為是比殺人更罪虐深重的惡行，為恐阻礙了立法進程，所以當初在國會議論時，一開始就排除了將自殺參與行為予以合法化的企圖，而專注在得同意殺人罪的合法化議題上。

<sup>12</sup> 瀨尾幸子、安樂死と尊厳死—日本とオランダの比較考察—、人間学研究論集第 7 号 81～93 頁（2018 年）。

至於得同意殺人方面，其規定則與荷蘭大致相同。首先其承認生前預囑（預立醫療決定）的效力，其次患者必須是罹患治癒不能的重病且欲脫離痛苦，最後這必須是由醫師為之。比利時的安樂死法與荷蘭的法律相同，採取事後通報的制度，且也設有負責審查該死亡通報的安樂死評議委員會（由法律人與醫師所組成）。不過，比利時的安樂死法也有比荷蘭更為細膩的規定。

例如，比利時的安樂死法規定如果患者要求的話，其家屬或保護人有義務與其對話；醫師在接受患者安樂死的要求後，必須提供安寧緩和醫療所能夠減輕痛苦的效果等資訊；如果患者不是末期病患，則從患者表明欲安樂死的時候開始，一直到醫師實施安樂死為止，其間必須經過一個月。這些都是為了防止患者受到環境影響而設定的限制。

比較法上，比利時的安樂死法還有一個必須注目之點。2014 年比利時修訂了其安樂死法，正式撤銷了安樂死的年齡限制，這是世界首創。其條件是不僅是在有意識的情形下，並且是要在被認定有正常判斷能力的情形下所為安樂死意見表明；限定為末期病患；經過兒童精神醫學或心理學專家的諮詢；法定代理人的同意。<sup>13</sup>

#### 4 盧森堡的法制

盧森堡於 2009 年 3 月，同時通過了末期安寧醫療法與安樂死法。這兩個法律的草案本來是分別提出的，但卻同時通過國會的審議而正式立法。<sup>14</sup>

略。

#### 5 日本的司法判決

---

<sup>13</sup> 服部有希（海外立法情報課）、【ベルギー】子どもの安樂死の合法化—安樂死の年齢制限の撤廃—、外国の立法(2014.4)。平野裕之/訳、へ`ルキ`—改正安樂死法等医事法関連法令(翻訳)—ルル教授講演「病氣と法律」の理解のために——、法学研究 88 卷 3 号(2015 年)。イフ`-アンリ・ルル/著、平野裕之/訳、病氣と法—へ`ルキ`—における患者の権利についての法律及び安樂死法—、慶應法学第 32 号(2015 年)。

<sup>14</sup> 小林真紀、ルクセンフ`ルクにおける終末期医療に関する 法的枠組みの検討(1)—2009 年緩和ケア法および`安樂死法の分析から—、17~38 頁。小林真紀、ルクセンフ`ルクにおける終末期医療に関する法的枠組みの検討(2)—2009 年緩和ケア法および`安樂死法の分析から—、53~84 頁。

日本的安寧緩和醫療體制一路走來跌跌撞撞<sup>15</sup>，不過其司法對於積極安樂死方面，倒是頗為積極。因為日本刑法規定了加工自殺罪（包含了自殺參與與得同意殺人兩類型），所以原則上可謂是以司法將積極安樂死除罪化的國家。歷年來日本司法關於積極安樂死有兩個指標性判決。一為 1962 年的名古屋高等法院判決，另一則是 1995 年的橫濱地方法院判決（俗稱東海大學附屬病院判決），其均明示了阻卻得同意殺人行為違法性的要件。

名古屋高院判決的犯罪事實如下。父親中風，雖一時病情有所緩和，但其後再度中風，於自宅全癱臥病五年，手足彎曲，只要動一下就感到劇烈疼痛。行為人高中畢業後，就繼承家裡的農業，與其母一起照顧父親，但是受不了父親早點結束其生命的不斷要求，且認為這是應盡的最後孝道，所以於 1961 年某日早上在配送到家中的牛奶瓶中混入用剩的有機磷殺蟲劑，令不知情的母親服侍父親喝下毒牛奶，而父親也因此有機磷中毒死亡。

法院認定若欲肯認積極安樂死，即需符合六條件。其一，病患罹患不治之症，死期迫近。其二，患者激烈痛苦，任何人都心生不忍。其三，以緩和患者的痛苦為目的。其四，於患者意識明確的情形，有其真摯的囑託或承諾。其五，原則上由醫師為之。其六，於方法上合乎倫理。而本案因為不符合第五與第六的要件，所以不得阻卻違法，仍為有罪，不過不適用殺害尊親屬的重罪條文，而將之視為得同意殺人罪，判處有期徒刑一年，緩刑三年。

在 1960 年代初期，尚無其他國家論及積極安樂死合法化議題的時代，這個判決可以說是世界級的劃時代創舉。可惜其後，亦僅見一個橫濱地方法院判決而已。

1960 年代後，雖然仍有多起的積極安樂死案件，但都是親屬所為；直到 1991 年才發生了由醫師所為積極安樂死的事件。1991 年 4 月，在位於神奈川縣的東海大學醫學院附屬醫院內，一位醫師向病患施打了鹽酸鉀令其死亡。患者罹患一種多發性的骨髓腫瘍，已陷入昏迷狀態。其妻與長男向醫師要求停止延命治療，雖然醫師拒絕了，但最後還是屈服於家屬的要求，停止了延命治療。不料，停止延命治療後，病患開始像打呼般地開始大力呼吸。病患的長男見狀，於是要求醫師給父親一個痛快，而醫師也在家屬的強烈要求下，對病患施打鹽酸鉀，令其死亡。事後，醫師以殺人罪嫌被起訴。

檢察官方面認為，本人並沒有安樂死的意思表明，而且陷入昏迷狀態無法感覺痛苦，此外鹽酸鉀會引法急遽的心跳停止，並非溫和的死亡，所以求刑三年有期徒刑。至於律師方面則主張從家屬的請求得以推測本人的意思，而極力辯護無

<sup>15</sup> 林益卿、盧建中、林盈利、徐慧娟、楊佩玉著，台日安寧療護發展之比較，安寧療護雜誌第 16 卷第 2 期 133~149 頁（2011 年）。

罪。最後法院認為若要阻卻同意殺人的違法性，必須滿足四個條件。其一，病患陷於難耐的痛苦。其二，面臨無法避免的迫切死期。其三，已經盡了除去或緩和肉體痛苦的所有方法，除令其死亡外，別無其他替代方法。其四，患者有明確的意思表示。法院進一步認為，本案醫師並未取得病患明確的安樂死要求，且該病患陷入昏迷，並無法感到難耐的痛苦，於是判處醫師兩年有期徒刑，緩刑兩年。

16

雖然對於此一判決不乏贊同的意見，但是在不能代理同意，而且因昏迷而無法感知肉體上痛苦的情形，醫師已經無法進行積極安樂死。就此點而言，本判決所表達的見解絕非先進的意見。

以上兩個判決都不是最高法院的判決，而唯一可以看到最高法院對安樂死（其實是尊嚴死）表示意見的文件，不外是 2009 年川崎協同病院事件的判決。事件發生在 1998 年，當年的 11 月 2 號，病患被送至病院，先是加上人工呼吸器，然後去除人工呼吸器只留下氣管插管，最後女醫師判斷病患會呈現腦死狀態，於是在家屬的見證下於 11 月 16 日拔除插管。於拔管後，病患突然身體扭曲，很痛苦地開始呼吸，醫師急忙進行鎮靜劑的靜脈注射，但沒有功效，最後只好施打肌肉鬆弛劑，注射後數分鐘呼吸停止，11 分鐘後心臟也停止了跳動。次日女醫師向法院報告，不過院長僅敦促其反省而已，並沒有向法院方的管理會議報告。

事件發生後 3 年的 2001 年麻醉科醫師向下一任的院長內部告發此事，引發風暴，女醫師除辭職外，也以殺人嫌疑而被起訴。2009 年 12 月，最高法院認為沒進行腦波檢查等所以無法認定醫師有為確實的餘命判斷（未達醫療義務的界限。亦即未盡義務查明是否回復不能以及死期迫近，而這兩點是解除醫療義務的條件），而且雖然醫師是在家屬的要求下拔管，但因為醫師並沒有盡到完整的告知義務，所以無法認定醫師是基於推定的（擬制的）患者同意而中斷延命治療；據此，醫師的行為不能算是法律上所許可的治療中止行為。最後最高法院維持了原判駁回了女醫師的上訴。被告被科處殺人罪的最低刑度一年六月，緩刑三年。<sup>17</sup>

本案雖然是在處理安寧緩和醫療中的延命治療問題，但是事實上未盡醫療義務的拔管以及其後為解除痛苦的肌肉鬆弛劑施打行為，不外就是積極安樂死。日本最高法院透過迂迴的方式，再度地封殺了積極安樂死合法化的可能性。

---

<sup>16</sup> 宮坂和男、日本における尊嚴死(安樂死)論議の現況、91~120 頁。

<sup>17</sup>

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%B7%9D%E5%B4%8E%E5%8D%94%E5%90%8C%E7%97%85%E9%99%A2%E4%BA%8B%E4%BB%B6> (最後參訪日 2018/7/4)。

## 四 我國的狀況

### 1 概況

我國於早已於 2000 年時創建安寧緩和醫療體制，其後又於 2016 年時進一步立法（病人自主權利法）釐清病患自主權的意義與範疇，其中大部分的條文都與安寧緩和醫療、維生治療有關，體制上尚堪完整。不過，因為我國刑法明文規定處罰自殺參與以及得同意殺人的行為，所以積極安樂死是屬犯罪行為。

雖然從王曉民事件（17 歲車禍成植物人，躺了半世紀，其父母與三位妹妹相繼照顧，於 2010 年 3 月病逝，享年 64 歲。王父與王母曾於老年時向政府請願合法安樂死，但始終未得回應）<sup>18</sup>到傅達仁事件，台灣從來不缺賺人熱淚的故事，但是政府都沒有正面積極的回應。當然，因為積極安樂死仍舊是犯罪行為，雖然許多案例是被稱為「慈悲殺」，法院也會網開一面<sup>19</sup>，但是終究是免不了訟累。

我們始終不知到底有多少基於良善動機所為積極安樂死的暗數存在於社會中，或許不多，但是每件都應該充滿了對政府當局消極態度的怨憤。

### 2 安寧緩和醫療的創制與修訂

我國於 2000 年時訂定了安寧緩和醫療條例，並於安寧緩和醫療條例，並於其後進行了三次的修訂（2002、2011、2013 年）。2016 年時，又公布了病人自主權利法，並規定於公布後三年施行。雖然病人自主權利法的適用範圍並不限於安寧緩和醫療，且也使用了與安寧緩和醫療條例不同的專有名詞（例如病人自主權利法中使用了緩和醫療、維持生命治療、預立醫療決定等與安寧緩和醫療條例不一樣的名詞），但大體上兩法有重疊之處。<sup>20</sup>

兩法最大的差異在於病人自主權利法中僅規定了病人得預立醫療決定，也可以指定醫療委任代理人，但是醫療委任代理人僅能於病人意識昏迷或無法清楚表

<sup>18</sup> <https://www.nownews.com/news/20110105/580507>（最後參訪日 2018/7/3）。

<sup>19</sup> 2010 年，夫在久病臥床的妻子的要求下，勒死妻子，然後自首，法院判夫加工自殺罪，處 1 年 6 月有期徒刑，緩刑 3 年。<http://www.nextmag.com.tw/realtimenews/news/5539919>（最後參訪日 2018/7/3）。

<sup>20</sup> 而且病人自主權利法第 7 條也規定：醫療機構或醫師遇有危急病人，除符合第十四條第一項、第二項及安寧緩和醫療條例相關規定者外，應先予適當急救或採取必要措施，不得無故拖延。所以其間應屬一般法與特別法的關係。

達意願時，依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願（病人自主權利法第 10 條）。而安寧緩和醫療條例則是規定，當末期病人並沒有簽署意願書（亦即預立醫療決定）且意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由其最近親屬出具同意書代替；甚且在末期病人並沒有最近親屬的情形，可以經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益由醫師出具醫囑代替（安寧緩和醫療條例第 7 條）。

### 3 對於積極安樂死的刑法規制

我國刑法第 275 條規定，教唆或幫助他人使之自殺，或受其囑託或得其承諾而殺之者，處一年以上七年以下有期徒刑。前半段為自殺參與罪，而後半段則為得同意殺人罪。

針對自殺參與罪的規定，向來學界都採取批判的態度。因為自殺無罪，則為何幫助或教唆自殺的行為人會成立犯罪，這明顯違背共犯從屬性的原則。當然，既然刑法有這種的規定，解釋學上即必須找到合理的說辭。以往將國民的生命當成國家或共同體的財產，自殺當然是犯罪，甚且對於自殺者國家於其死後仍須再殺一次的道理<sup>21</sup>，於今早就無法得到贊同。如今要將這類規定合理化，唯一可能的解釋就是不將教唆與幫助自殺的行為視為必須附隨於實行正犯始能處罰的共犯行為，而將之定調成可獨立處罰的實行正犯行為，才有繼續處罰下去的合理化基礎。如此一來，雖然名稱仍為教唆或幫助，但實質上卻是一個「堂堂正正」的實行正犯行為。問題是這個犯罪行為所侵犯的法益為何一事。

如果自殺者的自殺意願具有瑕疵，亦即其自殺並非基於自願，而是被迫或甚至被騙的情形，教唆或幫助其自殺者，可能會成立殺人的間接正犯<sup>22</sup>，所以前提是自殺者是基於其無瑕疵的自殺意願而自殺。一個不想活下去的人，就這個人而言，其生命的利益應該已經不存在，所以法益應該不是存在於自殺者個人身上。而如前所述，國家法益的想法已經過時，則自殺參與者可能觸犯的法益僅剩社會法益而已。此不外自殺風潮所可能引發的社會動盪。亦即，如果放寬刑法的規制，則會有些人鼓吹或幫助自殺，連本來不想自殺或畏懼自殺的人都開始考慮自殺的話，那麼社會秩序將會大亂。尤甚者，國家也有可能會利用自殺的風潮，免除掉國家照顧老弱病殘的責務。問題是這種毫無根據的滑坡揣測可以被當成刑法上必須去保護的法益？

<sup>21</sup> 於十九世紀前，歐洲仍認為自殺是犯罪行為，對於自殺者，除不許舉行葬儀外，還將遺體遊街示眾，並沒收其財產。十八世紀時，孟德斯鳩曾於其「波斯人信札」中非難這種「殺兩次」的暴行。

<sup>22</sup> 於不承認間接正犯這個概念的學說中，即須正面承認「利用」行為的實行行為性。

將這種滑坡揣測發揮到極致的不外是德國最近的修法。德國雖然基本上並不處罰自殺參與的行為，但是德國聯邦司法部曾於 2012 年春天提出刑法第 217 條的修訂草案，此草案於 2015 年經過長達四小時的激烈的辯論後，以相對多數的票數表決通過。該條文的規定如下。第一項：意圖促成他人自殺，藉此獲利而提供、創造機會或媒介者，處三年以下自由刑或科罰金。第二項：協助自殺者為死者家屬或其他親近之人，其協助行為非基於獲利者，不罰。

然而，以醫營利一事，本是不爭之事實。不管延命治療抑或安寧緩和醫療（維生醫療）都是營利的行為，更不用論醫學院或「正常」醫療實務不會教導的「致命性醫療技術」的開發與運用，這是需要花費成本的，不營利的話，那能活存下去。以營利為藉口刻意打壓自殺參與行為一事，究其本貌，不外就是懼怕自殺風氣的滑坡式蔓延。

然而，姑不論這個滑坡式蔓延是否屬實、有無科學根據，防制自殺的方法多種多樣，禁止營利性鼓勵自殺或協助自殺的策略，僅是其中頗為膚淺的一策而已。不去論如何減輕促成人民自殺慾望的壓力源頭，僅在末端規制營利性鼓勵或協助自殺的行為，最後僅是使得還有些許行動能力的人選擇較為粗魯殘暴的方式結束自己的生命，因為較為溫和、安詳的自殺方法已經被國家所禁止。

同樣的論述，也可以套用到同意殺人的案例。其實利用高度的醫學技術結束生命一事並不是件輕鬆簡單的事情，準備好所有的道具，讓自願者自行吞下或施打致死藥物，與由專家來做之間，其實沒有多大差異<sup>23</sup>，更何況由專家來做的話，還會比較確實與安全。於此更不用論，僅將自殺參與合法化，而不將得同意殺人合法化時，對於已經無法自行吞服或施打針劑的自願者是多麼地不公平。

最後必須討論的是在一遍荒蕪的領域，如果要積極地有所作為的話，到底是用司法抑或立法來解決問題。於我國，針對積極安樂死不僅是沒有令其合法化的特別立法，連可用的司法判決都不存在。不過，與其利用司法來解決個案，倒不如採特別立法的方式，用事前申報與事後審核的機制，直接就限定的類型予以除罪化（其實是依法令之行為阻卻違法）。當然，於此並不建議修訂刑法條文。至於何謂限定的類型，則可參考病人自主權利法第 14 條第 1 項規定成：末期病人、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。邊緣類型，例如神智清楚的全癱者、重病厭世者等，可納入最後一款中考量。

---

<sup>23</sup> 尤甚者，於教唆或幫助者有保證人地位，且有排他性支配領域時，其不作為會被視為作為，縱然在旁沒有積極的動作，仍有可能會成立不作為的得同意殺人。

## 五 結論

在討論安樂死議題時，通常一開始就有用語上的混亂，導致議論無法據焦的現象。本文嘗試透過階層式的定義以及「先進」國家的立法動態，一方面將安樂死限縮在現今爭論核心的「積極安樂死（自殺參與與同意殺人）」上，另一方面又表明在實務運作上，有時安寧緩和醫療與同意殺人間的區隔並不是那麼明顯，且說明積極安樂死中的自殺參與與同意殺人兩類型間的「道德上」差異並不太大。換言之，肯認安寧緩和醫療的時候，其實已經在極端的例子允許了同意殺人，而在允許自殺參與的同時，其與贊同同意殺人間僅剩一線之隔。

問題在於為何大多數的國家仍舊繼續堅持認為安寧緩和醫療是最後的底線？關於此點或許會有論者從宗教、哲學或人權的觀點加以論述，但比起這些抽象的論述，實際上發揮作用的倒不如是滑坡式自殺風潮的蔓延可能性、醫療利益的平均分配或創造，以及長照的負擔或家屬的安樂。而這三點全都集約在病患的自主權的範疇內，並與社會弱勢的淘汰形成光譜的兩極。

總而言之，有關安樂死的議題不外是現代生的權力以及政治運作的產物，處於這種夾縫中的個人，除了不斷鬥爭發出異議外，似乎別無他法。而一點一滴的鬥爭與異議，都會留下痕跡，形塑出文化與社會氛圍。

正如論者在評論荷蘭的安樂死法制時所提出的結論，荷蘭之所以可以走在世界前端，開創其安樂死法制，原因有四。其一，任何人都可獲公平的、高度的醫療的醫療福利制度。其二，無腐敗且受人民高度信賴的醫療。其三，徹底的個人主義。其四，教育的普及。第一與第二點是固不待論，這也是為何只有先進國家才有可能討論安樂死的原因。但是更重要的還是後兩點。其中第三點是指人民在面對自己的生死這類最重要的議題時，到底有無能力直視自己並做出主體性判斷，不完全仰賴醫學專業的勸告，也不必太在意家屬等的感受。而第四點則是病患有無用正確的語言與醫師溝通，且冷靜地理解醫療專業所提供資訊的能力。<sup>24</sup>這四點與其說是創建安樂死法制的前提，倒不如說是以安樂死為議題，盡全力在生的權力關係中展開鬥爭後的所得。

---

<sup>24</sup> 三井美奈、安樂死のできる国、60-62頁（新潮新書、2003年）。