

本報告僅供委員參考

長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析

法制局 吳欣宜 撰

中華民國 114 年 5 月

長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析

目 次

摘要

壹、前言	1
貳、安樂死之定義與類型	2
一、安樂死之定義	2
二、安樂死之類型	2
參、安樂死之刑法規制	4
一、我國	4
二、荷蘭	6
三、美國	8
四、德國	10
肆、問題研析與建議	12
一、幫助自殺	12
二、受囑託殺人	14
伍、結論	16
陸、參考文獻	18
附錄：「長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形	19

摘 要

安樂死的法制問題不僅涉及刑事法與醫療法，也牽動基本人權與倫理價值觀的討論。支持者認為，安樂死是對病患自主權的尊重，尤其是在現代醫療技術能夠延長生命但無法改善生活品質的情況下，允許患者選擇有尊嚴地死亡是合乎人道的做法。相反地，反對者則認為，合法化安樂死可能導致濫用，特別是在高齡化社會或醫療資源有限的情境下，病患可能因社會或家庭壓力被迫選擇死亡。隨著醫療技術的進步與社會價值觀的轉變，許多國家開始重新審視對安樂死的法律規範，並試圖在「病患尊嚴」與「生命保護」之間尋求平衡。本報告擬介紹各國對安樂死之立法方向，並探討我國未來可能的法制發展方向與建議，俾供本院委員問政之參考。

長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析

壹、前言

隨著我國人口逐漸老化，長期照護（長照）議題日益受到社會關注，政府亦透過各種社會福利機制及官民合作方式來強化長照體制。然而，儘管長照政策不斷發展，仍有許多人無法獲得足夠的照護資源，進而衍生諸多社會問題。其中，部分照護者因長期承受身心壓力，最終選擇殺害被照護者之悲劇性事件時有所聞，這類案件雖屬刑事犯罪，卻往往引發社會對於長照困境的反思。為回應此一問題，立法院第 10 屆第 7 會期司法及法制委員會於 2023 年 5 月針對長照悲歌修法舉行公聽會，試圖為這類特殊犯罪情境尋找適當的法律對策。除有認修法放寬緩刑、緩起訴規定外，另有建議參考中華民國刑法（下稱刑法）分則殺人罪章另設特別寬減規定之體例，例如比照刑法第 273 條與第 274 條之義憤殺人與生母殺嬰之特殊情形¹。

與長照悲劇密切相關的另一個爭議議題，即是我國近年來不斷討論的安樂死合法化問題。許多長照案件中，被照護者本身已失去生活品質，甚至主動要求照護者協助結束生命，這種情況牽涉到醫療倫理、刑事責任及基本人權保障等多重層面。隨著醫療科技的進步與社會價值觀的變遷，安樂死的法制問題在國際間逐漸受到重視。部分國家已採取不同形式的安樂死合法化措施，例如荷蘭、比利時與盧森堡等國，允許符合特定條件的病患選擇安樂死；另有部分國家，如瑞士，則允許協助自殺。

不同國家的立法選擇，反映出各自社會文化與法律體系對生命權與人道尊嚴的理解。我國現行法律下，任何協助或施行安樂死的行為

¹ 詳參「有關長照悲歌修法」公聽會報告，

https://ppg.ly.gov.tw/ppg/SittingAttachment/download/2023051088/PPGB60500_4300_20859_1120523_0004.pdf。

皆構成犯罪，但隨著社會價值觀轉變、醫療科技進步，以及長照問題與醫療倫理的挑戰，安樂死的合法化討論將成為未來重要議題。本報告擬介紹各國對於安樂死的立法態度與實務經驗，並探討我國未來可能的法制發展方向，期望為相關政策與法律改革提供參考依據。

貳、安樂死之定義與類型

一、安樂死之定義

安樂死(Euthanasia)，源自希臘文「eu-」(良好)與「thanatos」(死亡)，意指「安詳而無痛的死亡」。在現代法律與醫學上的定義，通常指基於病人自願或推測其意願，以結束生命為目的之行為，旨在減輕病患因疾病或身體狀況所帶來的極度痛苦。安樂死之核心概念包括：病人處於無法治癒的疾病或極度痛苦狀態；病人本人自主決定或推測的同意；第三方（通常為醫療人員）提供直接或間接的協助²。

二、安樂死之類型

關於安樂死類型之劃分，主要以施行之行為態樣係「作為」抑或「不作為」作為基準，區分為「積極安樂死」(Active Euthanasia)與「消極安樂死」(Passive Euthanasia)。積極安樂死係指醫師或他人直接採取行動，例如注射致死藥物，使病患死亡；而消極安樂死則是指撤除維生治療，讓病患自然死亡。除此之外，某些國家亦允許醫師協助自殺(Physician-Assisted Suicide, PAS)，即醫師提供致死藥物，但最終由患者自行服用。

在法律評價上，積極安樂死與醫師協助自殺因為涉及醫療專業

² 林書楷、林淳宏，〈從法律與醫學的觀點論積極安樂死之合法化〉，《興大法學》，第8期，2010年11月，頁115。

人員直接或間接介入患者死亡過程，常被視為較具爭議之行為，而各國對於這類行為之刑事責任規範亦存在極大差異。

（一）積極安樂死

1、直接安樂死

所謂直接安樂死，係指透過明確的積極作為結束病患生命，例如注射針劑或悶住口鼻，亦即其所實施行為係以直接導致病患生命死亡為目的。由於死亡結果即係行為之主要目的，因此在大多數國家均屬非法，目前僅荷蘭、比利時、盧森堡等國，以法律明文承認直接安樂死之合法化³。

2、間接安樂死

醫療行為之主要目的雖在於減輕病患痛苦，但卻會產生縮短生命之副作用，例如施打高劑量嗎啡或鎮靜劑。所謂間接安樂死，係指明知實施該醫療措施會發生縮短病患生命之效果，但為減緩病患痛苦而仍予以實施，最後病患果真死亡。與前述直接安樂死不同，死亡對於間接安樂死而言，僅是附帶結果，而非主要目的，因此在部分國家可能被認為是合法的緩和醫療⁴。

（二）消極安樂死

所謂消極安樂死，係指應病患要求，不進行或中斷醫療或停止維生措施，例如不施行心肺復甦術（DNR, Do Not Resuscitate）或拔除呼吸器，使病患死亡。基於對病患自主決定權之尊重，病患出於自由意願決定拒絕治療之際，即具有解除醫師之保證人地位之

³ 林東茂，〈幫助自殺與積極死亡協助的適度合法化〉，《東吳法律學報》，第 31 卷第 1 期，2019 年 7 月，頁 59。。

⁴ 許澤天，〈消極死亡協助與病人自主決定權－德國學說、立法與實務的相互影響〉，《臺北大學法學論叢》，第 100 期，2016 年 12 月，頁 187。

效果，在醫師欠缺救治之作為義務之前提下，自不會因不採取醫療措施而成立與生命或身體保護相關之不作為犯罪⁵。

（三）協助自殺

協助自殺係指第三人（通常是醫療專業人員）提供病患自殺所需工具或藥物，但最終執行行為由病患自行完成，例如醫師開立致死藥物，供病人自行服用。與積極安樂死係由他人支配死亡歷程不同，協助自殺仍是由病患自行終結自己之生命，而非由協助者實施，部分國家允許這種方式，但須經嚴格審查。

參、安樂死之刑法規制

一、我國

我國目前未明文規範安樂死，但相關法律規制可從刑法第 275 條加工自殺罪、病人自主權利法及安寧緩和醫療條例來加以討論。

（一）刑法第 275 條加工自殺罪

由於我國刑法第 275 條第 1 項處罰受囑託或承諾殺人，行為人即便是在病患的懇求下，基於同情或醫療考量而主動終結病患生命，仍然構成此罪。同條第 2 項則處罰幫助、教唆自殺，若僅提供病人自殺的工具、資訊或指導，則適用本項處罰。準此，無論是直接安樂死（如醫師直接注射致死藥物）或協助自殺（如醫師提供致死藥物，讓病患自行服用），在我國均構成刑法第 275 條之加工自殺罪。

⁵ 林書楷、林淳宏，同註 2，頁 122。

（二）消極安樂死之合法化

雖然直接安樂死與協助自殺在我國均屬違法行為，然而我國於 2000 年制定安寧緩和醫療條例，復於 2016 年制定病人自主權利法，均提供病患在特定條件下可選擇不接受無效醫療，讓病情自然發展至死亡，在某種程度上已提供消極安樂死之合法化空間。

1、安寧緩和醫療條例

我國於 2000 年 6 月 7 日公布施行安寧緩和醫療條例，其後於 2002 年、2011 年、2013 年及 2021 年進行 4 次修正。該條例主要適用於「末期病人」，即病情進入不可逆轉的終末階段，且醫療無法有效延長生命或改善病情的病患。原則上，所有 18 歲以上具完全行為能力之成年人，皆可在意識清楚時，透過預立醫療意願書，表明當自己進入「末期病人」狀態時，願意放棄心肺復甦術（CPR）或其他維生醫療。其意願會註記於健保卡上，並於病患失去意識或無法表達意願時，由醫師參照執行。

雖然安寧緩和醫療條例強調病人的自主權，但其適用範圍相當狹窄，僅適用於經 2 名醫師診斷為「末期病人」的個案，並不適用於其他無法治癒但仍可存活一段時間的疾病。例如，肌萎縮性脊髓側索硬化症（ALS，俗稱漸凍人症）或嚴重頸椎受傷導致終身臥床的患者，即便病人希望結束生命，仍無法拒絕基本醫療措施。另外，長期昏迷、癱瘓、或需終身依賴呼吸器與插管維生的個案，這些病人即使承受極大痛苦，也不能依據安寧緩和醫療條例拒絕基本醫療措施⁶。

2、病人自主權利法

病人自主權利法於 2019 年 1 月 6 日生效，為亞洲第一部充

⁶ 林東茂，同註 3，頁 56。

分保障病人自主權利之專法。患者可事先簽署預立醫療決定(AD, Advance Directive)，選擇不接受維生治療。依據病人自主權利法第 14 條，當預立醫療決定者符合下列臨床條件之一者，醫師即可選擇撤除或不施行維生治療或人工營養及流體餵養之全部之一部：(1) 末期病人；(2) 處於不可逆轉之昏迷狀況；(3) 永久植物人狀態；(4) 極重度失智；(5) 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。

二、荷蘭

荷蘭是全球首個合法化安樂死之國家，其刑法對安樂死之規制，主要係依據安樂死與協助自殺終止生命法 (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)，該法對安樂死之實施設定嚴格條件，使符合規範的安樂死行為不構成刑事犯罪。

(一) 荷蘭刑法第 293 條及 294 條

依據荷蘭刑法第 293 條第 1 項，受他人明確和嚴肅的要求而故意結束他人生命者，處最高 12 年有期徒刑或罰款。同法第 294 條第 1 項規定，教唆或幫助他人自殺者，處最高 3 年有期徒刑或罰款。惟前開二條文第 2 項均規範，若醫師根據安樂死與協助自殺終止生命法之條件行事，則不構成犯罪。簡言之，雖然荷蘭刑法第 293 條及第 294 條原則上禁止主動安樂死與協助自殺，但安樂死與協助自殺終止生命法為醫師提供免責條件，只要在符合該法所定要件下執行安樂死或協助自殺，醫師即不會被訴追⁷。

⁷ 林東茂，《病人自主與刑法—兼論死亡協助》，一品文化，2020 年 5 月，頁 163-164。

（二）安樂死與協助自殺終止生命法

根據安樂死與協助自殺終止生命法，醫師欲合法執行安樂死或協助自殺，須嚴格遵循以下條件⁸：

- 1、病患須為自主決定：病患必須具有完全行為能力，即意識清楚，未受精神疾病或外部壓力影響。其請求須明確、自願，並經過深思熟慮，且應多次表達其意願，以避免一時衝動決定。
- 2、病患須承受無法忍受且無法緩解的痛苦：痛苦可來自身體疾病（如癌症末期）或精神疾病（如嚴重憂鬱症），但需證明無其他可行的醫療選擇能有效改善其狀況。雖然多數病患為末期病患，但法律未將其限制於此，某些嚴重的心理疾病或老年衰弱（如多重器官衰退）亦可能符合條件。
- 3、病情無治癒希望：病患必須處於無法治癒的疾病狀態，醫療手段已無法改善其生活品質。
- 4、病患充分知情：醫師需向病患清楚解釋其病情、預後，以及所有可行的替代治療選項，確保病患是基於充分資訊做出決定。
- 5、病患須接受至少 2 位醫師的獨立評估：第一位醫師即執行安樂死的醫師，須確認病患符合條件。第二位醫師係獨立顧問，需進行獨立評估，以確保該請求合理且符合法律規範。
- 6、醫師須遵循嚴格之審查與報告程序：執行安樂死或協助自殺後，醫師必須向「安樂死地區評議委員會（Regional Euthanasia Review Committees, RTE）」提交詳細報告，委員會將審查醫師是否遵循法律規範。

⁸ 李茂生，〈安樂死到底讓誰得到了安樂〉，《法律扶助與社會》，第 5 期，2020 年 9 月，頁 89；林東茂，同前註，頁 171-177。

三、美國

在美國，由醫師或他人直接執行導致病人死亡之積極安樂死，在聯邦層級被視為非法，不受法律允許。聯邦法院曾在多起案件中確認，聯邦憲法並未保障個人獲得安樂死之權利，並授權各州自行立法決定是否允許醫師協助自殺（PAS），但仍不得合法化積極安樂死。

（一）聯邦法律禁止積極安樂死

在美國聯邦法律框架下，積極安樂死屬於刑事犯罪，可能構成二級謀殺（Second-Degree Murder）或過失殺人（Manslaughter）。聯邦最高法院曾在幾個關鍵案例中確立對安樂死之立場：

1、Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997)⁹

本案背景是華盛頓州的醫師與病人團體主張終結生命之選擇屬於個人基本權利，該州禁止醫師協助自殺之規範違反憲法正當程序條款（Due Process Clause）。然最高法院裁決，一致認定憲法未賦予個人獲得安樂死之權利，各州可自行立法禁止或允許醫師協助自殺，但積極安樂死在聯邦層面不被承認。

2、Vacco v. Quill, 521 U.S. 793 (1997)¹⁰

與大多數州一樣，幫助他人自殺或企圖自殺，在紐約屬犯罪行為，然而病患是可以拒絕接受維生治療。紐約州醫師主張該州禁止醫師協助自殺之規範違反憲法平等保護條款（Equal Protection Clause），因為病患可以合法拒絕治療求死，但卻無法選擇安樂死合法結束生命。然最高法院裁決，一致認定拒絕維生醫療與積極安樂死不同，前者為被動選擇，符合法律與醫療倫理；後者則涉及直接終止生命，基於維護醫療倫理、防止濫用，

⁹ <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/>，最後瀏覽日期：2025年3月3日。

¹⁰ <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/793/>，最後瀏覽日期：2025年3月3日。

並保護弱勢病人，各州有權禁止。

（二）各州對醫師協助自殺之例外規定

雖然聯邦法律禁止積極安樂死，但醫師協助自殺在部分州已透過州法合法化，目前僅有 10 個州及華盛頓特區允許：俄勒岡州（Oregon, 1997 年）、華盛頓州（Washington, 2008 年）、蒙大拿州（Montana, 2009，僅以法院判決承認，但未明確立法）佛蒙特州（Vermont, 2013 年）、加州（California, 2016 年）、科羅拉多州（Colorado, 2016 年）、華盛頓特區（Washington D.C., 2017 年）、夏威夷州（Hawaii, 2018 年）、新澤西州（New Jersey, 2019 年）、緬因州（Maine, 2019 年）、新墨西哥州（New Mexico, 2021 年）¹¹。

上述各州對於醫師協助自殺之法規範通常稱為「死亡尊嚴法」（Death with Dignity Act），其具體規範雖各存有些許差異，但大多數法規之核心條件如下¹²：

- 1、病患為年滿 18 歲之成年人。
- 2、病患被診斷為末期病患，預期壽命不超過 6 個月。
- 3、病患須為自主決定，且無精神障礙影響其決策能力。
- 4、病患必須提出至少 2 次口頭請求，通常間隔 15 日；並提交 1 次書面請求，且有 2 名見證人。
- 5、至少有 2 名獨立醫師確認病患符合 PAS 條件。
- 6、醫師須向病患說明所有替代選項，如安寧緩和療護。
- 7、病患須能自行服用致死藥物，醫師不得主動執行，避免與安樂死混淆。

¹¹ 張婷，《法律與倫理的對話－臺美善終法制探析》，初版，元照，2020 年 3 月，頁 229-231。

¹² 張婷，同前註，頁 29-34。

四、德國

德國對安樂死之規範相較於荷蘭、美國更加保守，並採取較為嚴格之刑事規制模式。由於德國在納粹時期以安樂死之名進行許多不人道的非行，故在二戰之後便以「死亡協助」(Sterbehilfe)取代原有的安樂死，並在刑法釋義學上區分為以下類型¹³：

(一) 直接的死亡協助

直接的死亡協助(direkte Sterbehilfe)，或稱直接安樂死，係指主動執行導致病患死亡之行為，例如直接注射致死藥物。在德國刑法中，凡涉及結束他人生命之行為，縱使是受到病患自願請求，均不能阻卻殺人行為之違法性，至多僅能成立處罰較輕之受囑託殺人罪(德國刑法第 216 條)。換言之，在刑法評價上，直接的死亡協助被受囑託殺人罪封鎖合法之可能性。

(二) 間接的死亡協助

間接的死亡協助(indirekte Sterbehilfe)，或稱間接安樂死，係指為減輕病患痛苦，施用可能加速死亡之鎮痛藥物。德國學界與司法實務多承認此類死亡協助之合法性，但關於合法之理由則無定論：有認為在以減輕病患痛苦為目的之行為欠缺故意，而排除構成要件該當；有認為減輕痛苦之藥物卻附帶縮短生命效果之危險性，屬於可受容許風險之範疇。多數說則認為可以依據德國刑法第 34 條緊急避難規定阻卻違法¹⁴。

¹³ 許澤天，同註 4，頁 185-193。

¹⁴ 林道，〈刑法視角下的自殺決定與協助〉，《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，第 33 期，2022 年 12 月，頁 55。

（三）消極的死亡協助

消極的死亡協助（passive Sterbehilfe），或稱消極安樂死，係指停止或不進行維生治療，例如拔除呼吸器或不進行人工餵食。在病患尚未接受醫療，即拒絕透過醫療來干預其身體，醫師不負有治療義務之保證人地位，自不成立與生命或身體保護相關之不作為犯罪。有疑問者，在病患已接受醫療後，始要求積極中斷醫療者，醫師或第三人應病患請求所為中斷醫療設施之積極行為（如拔除鼻胃管或關閉呼吸器），是否會構成受囑託殺人罪？對此，德國聯邦最高法院在 2010 年 Fulda 案判決指出，合法的死亡協助不應以作為和不作為來區分，由於醫療行為之中斷本身就包含許多作為與不作為之行為，究係作為或不作為往往僅是巧合，只要依據病患明確的表示或可推測的意願而中斷醫療，即是合法的死亡協助，可阻卻違法¹⁵。

（四）協助自殺

德國通說認為自殺並非殺人構成要件該當的行為，所以教唆或幫助自殺之自殺參與行為，當然也不是構成要件該當的行為。自殺既屬於個人自我負責之行為，協助者亦不須負責。德國刑法雖不處罰教唆或幫助自殺之自殺參與行為，但鑑於在本國與鄰國出現多個以協助自殺為宗旨的社團，為免其將對社會產生不利影響，遂於 2015 年修正刑法第 217 條，針對營利性的幫助自殺機構增訂「業務性促進自殺罪」(Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)。該條條文規定：「意圖促進他人自殺，業務性地提供、創造或媒介達此目的之機會者，處 3 年以下有期徒刑或罰金（第 1 項）。非出於

¹⁵ 林道，同前註，頁 58。

業務性，且為前項所稱他人之親屬或具親近關係之共犯，不罰。」

16

前開規定於立法之初即遭到各界嚴重批評與質疑，隨後於 2020 年被德國聯邦憲法法院宣告違憲失效。法院首先承認一般人格權包含作為自主展現的自我決定死亡權利，自我決定死亡的權利包含結束生命的自由，個人對於生命結束決定之生命品質、意義考量，國家與社會均應尊重，且此一權利亦不應受限於疾病情形。而刑法第 217 條之規範將使有自殺意願之人無法尋求業務協助，導致自我決定死亡之權利近乎無法實現，屬基本權之間接侵害。

肆、問題研析與建議

一、幫助自殺

（一）法制爭議

按刑法第 275 條第 2 項規定，教唆或幫助他人使之自殺者，處 5 年以下有期徒刑。該規定係處罰教唆或幫助自殺之自殺參與行為，內涵上屬自殺共犯之正犯化，在法制上有如下之爭議：

1、共犯從屬原則之矛盾

「共犯從屬性原則」(Grundsatz der Akzessorietät der Teilnahme) 係指共犯之成立須依賴於正犯之犯罪行為，如果正犯行為不構成犯罪，則共犯亦不應受罰¹⁶。原則上，教唆犯與幫助犯係依正犯之刑責來處罰，在自殺之情境下，由於自殺本身不構成犯罪，若依一般共犯理論，教唆或幫助自殺者亦應無罪。然而，我國刑法卻對教唆或幫助自殺之行為，另立第 275 條第 2 項

¹⁶ 許澤天，〈消極死亡協助與幫助自殺之刑法問題及對策〉，《月旦醫事法報告》，第 57 期，2021 年 7 月，頁 44。

¹⁷ 林鈺雄，《新刑法總則》，6 版，元照，2019 年 3 月，頁 454-456。

進行處罰，這在理論上產生矛盾：正犯（自殺者）無罪，但共犯（教唆或幫助者）卻構成獨立之不法行為。

2、自我負責原則之衝突

「自我負責原則」(Prinzip der Eigenverantwortung)，強調個人應對自身之決策與行為後果負責，當行為人在「自由負責」狀態下自主選擇自殺時，這應視為個人之決定，即便第三人有所參與，仍應歸責於個人自身¹⁸。然而，我國刑法第 275 條第 2 項卻對於教唆或幫助自殺者處以刑責，此與自殺者之自我負責原則產生衝突。

3、刑罰範圍過廣

即便是自殺未遂，依刑法第 275 條第 3 項規定，教唆或幫助者仍可被處罰，擴大刑罰之適用範圍。

(二) 法制建議

1、幫助自殺罪之適度合法化

由於自殺本身不罰，論者多建議應刪除教唆與幫助自殺之刑罰規範，俾符合共犯從屬性原則¹⁹。縱使無法廢除，仍應修法限其適用範圍，例如參考瑞士刑法第 115 條規定：「基於自私動機，誘使或協助他人自殺，以致自殺已經完成或著手者，處 5 年以下有期徒刑或罰金。」，將處罰限於存在自私動機之教唆或幫助自殺者，如此亦可避免過度介入面臨病痛生死之際之人之自主決定權²⁰。

¹⁸ 林道，同註 12，頁 36。

¹⁹ 林書楷、林淳宏，同註 2，頁 144。林東茂，〈死亡協助的刑法問題〉，《高大法學論叢》，第 10 卷第 2 期，2015 年 3 月，頁 24。

²⁰ 許澤天，同註 14，頁 45。

2、建立嚴格之程序與審查機制

立法上可參考荷蘭模式，設立類似「醫師協助自殺（PAS）」之規範，要求病患須符合特定條件才能獲得合法協助。透過獨立之審查機構，確保病患決定之自主性與真意，並提供合法死亡協助管道，避免私下非法行為之發生。

二、受囑託殺人

（一）法制爭議

按刑法第 275 條第 1 項規定，受他人囑託或得其承諾而殺之者，處 1 年以上 7 年以下有期徒刑。該規定係處罰受囑託或得承諾之殺人行為，其與「積極直接安樂死」息息相關，在法制上有如下之爭議：

1、直接與間接安樂死之實質同質性

在現行醫療實務中，為減輕末期病患之極度痛苦而施打鎮痛劑（如高劑量嗎啡），即便明知可能加速死亡，其行為仍被視為合法的「安寧緩和醫療」。惟從操作面觀之，對於間接安樂死最後達致死結果的那一劑，與直接安樂死的唯一一劑，事實上並無多大差異²¹。為何病患必須在劇痛過程中逐次增加嗎啡使用量，在最後一劑達致死量，而不是一次給足？

此種在「劑量分布」與「時間操作」上的評價差異，恐難反映行為實質之不法性差異。對病患而言，逐次施打所伴隨之痛苦遠高於直接、快速且無痛的死亡方式；從醫療倫理角度觀察，二者在動機、目的及結果上實為高度相似。因此，法制應重新審視間接與積極安樂死間之界線。

²¹ 李茂生，同註 7，頁 86。

2、生命處分權邏輯之衝突

在現代醫學與病人自主權發展下，醫療行為須尊重個人意願，病患得以在意識清楚時預立醫療決定，拒絕接受或中止維生治療，實質上等同於消極安樂死之合法化。其反映出現行法制已默認個人對自身生命具有一定程度之處分權，醫師不得專斷行醫，亦不得強迫施以無效或違反病患意願之治療措施。然而，若法律一方面允許病患選擇「不治而死」，另一方面卻對病患選擇快速、無痛之直接安樂死，仍加以全面禁止，則顯見於邏輯與價值體系上產生矛盾。

3、刑罰評價不均

在現行刑法體系中，刑法第 275 條第 1 項受囑託殺人罪之規範，雖已相對第 271 條普通殺人罪減輕其法定刑，反映出立法者對其不法內涵較輕之認識。然若與同樣屬於「特別情境下的殺人」一如第 273 條義憤殺人罪—相比，受囑託殺人罪所受處罰卻顯得過重²²。義憤殺人著重於行為人處於突發激憤下之失控狀態，處 7 年以下有期徒刑（最低為 2 月有期徒刑）；而受囑託殺人罪可能涉及長期照護壓力與人道考量，例如長期照護者受重病親屬懇求而協助其死亡，其法定刑最輕仍應處 1 年以上有期徒刑，刑法處罰顯失衡平。

（二）法制建議

1、廢除受囑託殺人罪法定刑之下限

受囑託或得承諾殺人之不法內涵既比當場激於義憤殺人更低，其法定刑應低於義憤殺人罪，或者至少必須廢除法定刑 1 年

²² 林東茂，〈死亡協助的刑法問題〉，《高大法學論叢》，第 10 卷第 2 期，2015 年 3 月，頁 19-20。

以上之下限²³。如此亦可使法官擁有更大之裁量空間，依個案情況量刑，而不會導致過度嚴苛之處罰結果。

2、建立區分「受囑託殺人」與「積極安樂死」之法律框架

刑事政策上，允許積極安樂死（即受囑託殺人），爭議性很大，因此各國對於積極安樂死，基本上都是持反對立場。然而，在醫療進步及人口老化之下，此一問題實不容迴避。是以，論者有建議區分一般受囑託殺人與醫療情境下之積極安樂死，並針對後者增加特殊阻卻違法事由，以符合病人自主權與醫學發展²⁴。

3、引入「醫師執行安樂死」制度

法制上可參考荷蘭模式，允許醫師在符合特定條件下執行安樂死，例如：病人須為末期病患或處於無法忍受的痛苦。病人須經過多次確認其意願，並獲得醫療機構與法律監督機構的審查通過。另外，醫師須依法報告，以確保過程符合法律規範。

伍、結論

隨著人口老化與醫療科技的進步，如何在保障個人生命權與自主權的同時，兼顧倫理價值與法律規範，成為全球各國共同面對的難題。安樂死與協助自殺的議題涉及病患的自主選擇權、醫療專業的倫理責任、家庭與社會的價值觀，甚至是國家法律與政策的設計，因此在推動相關立法時，須審慎權衡多方因素，確保法律制度的公平性與可行性。

透過對國內外法制的比較研究可見，世界各國在安樂死立法上採取不同模式，包括嚴格禁止、特定條件下允許，以及透過法院判例逐

²³ 許澤天，同註 14，頁 46。

²⁴ 林書楷、林淳宏，〈從法律與醫學的觀點論積極安樂死之合法化〉，《興大法學》，第 8 期，2010 年 11 月，頁 145-146。

步開放等方式。部分國家如荷蘭，已建立相對完整的安樂死法制，並透過嚴格的審查機制來防範濫用；而其他國家則仍處於法律發展的觀望或討論階段。

我國現行法律對於安樂死與協助自殺採取嚴格禁止的態度，主要是基於對生命價值的維護，以及防止弱勢群體受到不當壓力。然而，隨著社會價值觀的轉變與臨終照護需求的增加，相關法制改革之討論已逐漸浮現，為回應此一問題，立法院第 9 屆、第 10 屆均有立法委員或黨團提出「尊嚴善終法草案」，惟因屆期不連續而未繼續審議。

最後，除了安樂死立法本身，提升長照體系的完整性與安寧療護的普及性，亦是降低病患與家屬痛苦、減少對安樂死需求的重要手段。當病患能夠獲得良好的長期照護、完善的緩和醫療及心理支持時，其對於選擇安樂死的需求或許能有所減少。因此，政府應同步推動長照體制的優化，並加強對醫療人員與社會大眾的教育，使其理解安寧療護的價值，以期建立更人性化的醫療照護環境。

參考文獻

一、書籍

1. 林東茂，《病人自主與刑法—兼論死亡協助》，一品文化，2020 年 5 月。
2. 林鈺雄，《新刑法總則》，6 版，元照，2019 年 3 月。
3. 張婷，《法律與倫理的對話—臺美善終法制探析》，初版，元照，2020 年 3 月。

二、期刊論文

1. 李茂生，〈安樂死到底讓誰得到了安樂〉，《法律扶助與社會》，第 5 期，2020 年 9 月，頁 81-102。
2. 林東茂，〈死亡協助的刑法問題〉，《高大法學論叢》，第 10 卷第 2 期，2015 年 3 月，頁 93-122。
3. 林東茂，〈幫助自殺與積極死亡協助的適度合法化〉，《東吳法律學報》，第 31 卷第 1 期，2019 年 7 月，頁 53-89。
4. 林書楷、林淳宏，〈從法律與醫學的觀點論積極安樂死之合法化〉，《興大法學》，第 8 期，2010 年 11 月，頁 113-156。
5. 林道，〈刑法視角下的自殺決定與協助〉，《刑事政策與犯罪防治研究專刊》，第 33 期，2022 年 12 月，頁 1-80。
6. 許澤天，〈消極死亡協助與病人自主決定權—德國學說、立法與實務的相互影響〉，《臺北大學法學論叢》，第 100 期，2016 年 12 月，頁 179-243。
7. 許澤天，〈消極死亡協助與幫助自殺之刑法問題及對策〉，《月旦醫事法報告》，第 57 期，2021 年 7 月，頁 36-46。

附錄：「長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析」專題研究 報告（初稿）座談會紀錄及參採情形

時間：114 年 4 月 25 日（星期五）下午 2 時 30 分

地點：立法院法制局 304 會議室

主席：方組長華香（莊組長弘仔代理）

紀錄：吳欣宜

參加人員：

一、學者專家

東吳大學法學院 林教授東茂

二、法務部

法務部檢察司 主任檢察官劉怡婷

三、本局出席人員

李研究員郁強

田副研究員華仁

楊助理研究員蕙如

四、列席人員

翁委員曉玲辦公室代表 蔡岡霖

陳委員昭姿辦公室代表 李昀庭

發言要點：

東吳大學法學院林教授東茂：

一、安樂死之意義與類型

安樂死（Euthanasie）原意是寧靜祥和的死去，與尊嚴死、死亡協助意涵相近。依其施行方式，可區分為消極安樂死與積極安樂死。消極安樂死指聽從病人的自決意思，不予以治療，使其凋零，或撤除病人身上的維生設備，使其死亡。積極安樂死則指提供藥劑給病人自

行服用，或直接在病人身上施打藥劑，終結生命。此外，間接安樂死係以緩解疼痛為目的而提高藥劑劑量，最終導致死亡結果，惟在刑法解釋上通常不認為違法。

在我國，消極安樂死已透過安寧緩和醫療條例及病人自主權利法予以合法化，縱無前述二法律，依照合理的刑法解釋，病人清楚表示放棄醫療，意味醫療契約已經中止，醫師的自願承擔保護義務便不復存在，醫師當然無罪。惟依現行刑法第 275 條規定，不論幫助自殺或受囑託殺人，均屬犯罪。換言之，積極安樂死概被禁止。

二、宗教觀點對死亡協助之看法

基督教倫理認為，生命源於上帝之創造，理當受到尊重。然而，從上帝慈愛之本質推敲，協助病人結束無盡痛苦，亦未必違背基督教義。藏傳佛教則認為，無意義地延長瀕死者之生命，將造成靈魂於生死間漂泊，導致更大干擾。因此，在特定情境下，解除痛苦不應視為惡業，而屬於無記業（中性的行為）。

三、國際經驗之借鏡

瑞士刑法僅處罰基於私利動機的幫助自殺，例如為了繼承遺產或得到保險金；如果是基於同情或悲憫的幫助自殺，則不予處罰，並有 Dignitas、Exit、Lifecircle 等死亡協助組織提供協助。

德國刑法傳統向來不處罰幫助自殺，主要理由是，自殺並非殺人構成要件該當的行為，所以參加自殺的行為，無論是幫助或教唆，當然也都不是構成要件的行為。自殺無罪的實質理由，則源於憲法所保障的個人自主 (Autonomie des Einzelnen)。德國國會經過激烈爭辯，於 2015 年 11 月 6 日通過刑法修正增列第 217 條，處罰業務性的幫助自殺，惟該條規定隨後於 2020 年 2 月 26 日即被德國聯邦憲法法院以違反一般人格權與生命權為由宣告違憲。

荷蘭刑法向來禁止受請求殺人與幫助自殺，直至 2002 年增列第 293 條第 2 項，才免除醫師死亡協助之可罰性。在此之前，荷蘭法院認為，醫師為病人解脫痛苦，實施積極的死亡協助並不違法，因為排除病人難以承受的痛苦，是醫師的重要職責。受盡痛苦的折磨，人的尊嚴就喪失，而挽救人性尊嚴的重要性，高於保住苦痛不堪的生命。

四、死亡協助作為國家任務之正當性

我國刑法第 275 條之加工自殺罪，一律處罰幫助或教唆自殺，忽略自殺本身並非犯罪行為，違背刑法基本理論。特別是針對意識清楚、具有自我負責能力之人，其合理且深思熟慮的求死決定，不應因協助行為而遭致刑罰。歷史上多位人物，如王國維、老舍、抗戰將領蕭山令、闕維雍、黃百韜、邱清泉等，乃至佛教僧侶以自焚方式表達抗議，均顯示自殺行為未必單純源自脆弱或絕望，而可能是對尊嚴、理念或抗暴的堅守。

末期病人因失去基本生活能力與尊嚴而請求死亡協助，國家若以刑罰禁止，將侵害生命自決權與生命尊嚴。安寧醫療雖可減輕肉體痛苦，然對於病人的心靈與精神痛苦，仍力有未逮。死亡協助與安寧醫療並不對立，而應互為補充，醫師提供死亡協助，應視為完成醫療倫理責任之一環，如同出生協助屬於醫師職責一般。

五、鑒於刑法第 275 條加工自殺罪之規範過於僵硬，建議修正如下：

- （一）教唆或幫助他人自殺，出於私利者，處三年以下有期徒刑。
- （二）受嚴肅懇切之請求而殺人者，處五年以下有期徒刑。
- （三）前二項之未遂犯，罰之。
- （四）對於痛苦難忍之末期病人，近期內死亡已經無可避免，非出於私利而犯第二項之罪者，減輕或免除其刑。

參採情形：

安樂死（死亡協助）作為一種涉及「生命終結決定」之實踐，其本質已非純然之刑法解釋學所能涵蓋，此類議題之探討與評價，往往需超越法學之傳統疆界。隨著醫學與社會倫理之演進，審查意見藉助哲學及宗教等高度精神性視角，作為規範死亡協助正當性之補充基礎，我國法律實有必要正視末期病人之死亡需求，適時進行法制改革，以落實對生命尊嚴之真正尊重。至所提刑法第 275 條之具體修法建議，錄供主管機關法務部參考。

法務部檢察司劉主任檢察官怡婷：

一、安樂死之定義及範圍

安樂死（euthanasia）係指為減輕病患痛苦，而有意採取使病患死亡的行為。從作為之方式界定安樂死類型，概可區分為積極安樂死及消極安樂死。前者係為達死亡之目的，利用致死性藥物或人為方法，促使病人提前死亡。消極安樂死（或稱尊嚴死），則係對病人不施以延長生命之治療措施，遠離生存所需之營養、藥物或維生設備，讓病人無法保有生命狀態，進而使病人順其自然死亡。

二、我國法制已納入消極安樂死

目前我國醫療法律，如醫療法、醫師法、安寧緩和醫療條例及病人自主權利法，已將消極安樂死或尊嚴死之理念蘊涵在內。例如依照醫療法第 63 條、第 64 條及病人自主權利法第 6 條規定，醫療機構實施手術或其他侵入性檢查及治療時，除非緊急情況，否則應得病人同意始得為之，倘病人不同意手術或其他侵入性檢查與治療，通常依病程發展自然會趨向於死亡，實已蘊涵有消極安樂死或尊嚴死之意涵。此外，安寧緩和醫療條例允許末期病人立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇，甚或決定不實施心肺復甦術；而病人自主權利法進一步允許末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態或極

重度失智條件者，得預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，實際上即將拒絕接受醫療的權利，具體展現於法制面上，同樣蘊含有消極安樂死或尊嚴死之意義。三、積極安樂死涉及法律、倫理、道德爭議，需再廣納各界意見妥為研議

（一）現行刑法規定

刑法第 275 條規定：「受他人囑託或得其承諾而殺之者，處 1 年以上 7 年以下有期徒刑。（第 1 項）教唆或幫助他人使之自殺者，處 5 年以下有期徒刑。（第 2 項）前 2 項之未遂犯罰之。（第 3 項）謀為同死而犯前 3 項之罪者，得免除其刑。（第 4 項）」

我國現行刑法對於生命法益保護係採取「生命絕對保護原則」，具有生命之自然人不問其生命價值、生命能力、生理與心理健康狀態均在保護之列。故無論給予精神、物質之助力使他人得以實現自殺意圖，或者受本人之請求而予以殺害，或者得到被害人同意而殺害之，均該當刑法第 275 條加工自殺罪。

（二）積極安樂死可能產生之爭議

積極安樂死屬於對生命權之剝奪，應否法制化之刑事政策考量不僅係法律層面議題，更涉及憲法爭議、醫學、哲學、宗教及倫理層面，具有高度爭議性。贊成積極安樂死之論點，在於認為每個人均有自由選擇的權利，在不損害他人情形下，法律不應加以干涉，且對於病人而言，承受極大痛苦，喪失人性尊嚴，又加重家人經濟與精神負擔，應允許病患有選擇提前結束生命之權利。反對積極安樂死之論點，則基於人類生命神聖性原則，認為在任何情形下均不得剝奪他人生命，若允許積極安樂死，將助長自殺與殺人意念，且恐助長醫師、家屬或其他人士濫用該等權利，更需考量我國民眾道

德意識及社會輿情。

（三）多數外國法制仍反對將積極安樂死承認為合法行為

目前世界各國安樂死法制化的趨勢，雖已逐漸承認消極安樂死或尊嚴死的合法性，惟大多數國家仍反對將積極安樂死承認為合法行為。蓋積極安樂死，本質上仍為殺人行為，在尊重生命的普世價值下，不但違反醫學專業與醫學倫理，且永遠無法達成尊嚴善終的目標。

此外，世界醫學會（World Medical Association）於2019年喬治亞召開之第70屆大會中，通過「關於安樂死及醫助自殺宣言（Declaration on Euthanasia and Physician-Associated Suicide）」，重申對醫學倫理的堅定承諾，並保持對人類生命之最大承諾，堅決反對安樂死及醫助自殺。世界醫學會在聲明中表示「安樂死係指醫師根據病患本人自願要求，故意使用致命藥物或進行干預，導致有決策能力的患者死亡。醫助自殺是指醫師依照有自主決定能力的病患自願要求，故意開立或提供藥物，以達到死亡為目的，使病患結束生命。任何醫師都不應被迫參與安樂死或協助自殺，亦無義務為此作出轉診決定。然而，即使最終導致病患死亡，醫生基於尊重病患拒絕醫療的基本權利，因而放棄或不提供病患不欲接受之醫療照護，並不違反醫療倫理。」可證世界醫學會對於積極安樂死同樣仍持保留態度。

四、結論

由於本次報告議題涉及衛生福利部主管機關權責，本部尊重政策決定，至於刑法相關規定是否配合修正，本部將廣納各界意見妥適研議，共同為尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧而努力。

參採情形：

對本報告並無建議，錄供參考。

李研究員郁強：

- 一、本報告題目「長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析」，報告對於長照並無著墨，安樂死與長照亦無必然關聯，爰建議將「長照悲歌」等文字刪除。
- 二、誠如摘要第5行所言「合法化安樂死可能導致濫用，特別是在高齡化社會或醫療資源有限的情境下，病患可能因社會或家庭壓力被迫選擇死亡」。個人認為安寧緩和醫療條例、病人自主權利法若有不足，可以先考慮修法。
- 三、版面配置問題，本報告版面顯得特別瘦，經查詢本報告左右留白為3.5公分，建議調整為本局規定的3.17公分。

參採情形：

- 一、第一點意見，本報告探討重點固在於安樂死相關法制問題，而非現行長照體制之困境，惟考量本報告題目業經陳核通過，爰仍予維持。
- 二、第二點意見，由於安寧緩和醫療條例與病人自主權利法之適用範圍有其侷限性，病人受患者僅是消極死亡協助，參酌林教授東茂第一點意見之說明，縱無安寧緩和醫療條例或病人自主權利法之規定，基於對病人自主決定權之尊重，醫師依照病人深思熟慮後之自主決定，所為放棄醫療或撤除維生設施之消極死亡協助，本來就是無罪。針對再也無法承受痛苦的病人而言，比較積極的死亡協助容或有其必要性。
- 三、第三點意見，經查本局撰擬報告與研析基本體例格式及公文範例參考手冊，並未就版面配置之邊界予以規範，惟所提建議仍參採

修正之。

田副研究員華仁：

一、建議釐清家屬或照護者於安樂死程序中之角色與權利義務

本報告主要聚焦於保障病患之個人自主意願以及醫療專業人員執行協助死亡行為之法律界線與程序規範。然而，如標題「長照悲歌」所揭示，此一主題下，家庭成員與長期照護者之角色實難完全加以切割。病患之意願固然是核心，但在長期臥病或失能之情境中，家庭成員往往是病患最主要之支持來源，同時也承受著巨大之照護壓力與情感牽絆。因此，若未來法制朝向允許特定條件下之安樂死或協助自殺發展，應更深入考量家屬或主要照護者在整個過程中之法律地位、權利與義務。例如，家屬是否應被賦予程序上之知悉權或諮詢權？當病患意願與家屬意見相左時，應如何處理？若家屬基於情感或宗教信仰反對，是否構成阻卻執行之事由？反之，若家屬因不堪照護負荷而暗示或鼓勵病患尋求安樂死，又應如何防範可能之壓力與不當影響？皆須通盤考量。明確規範家屬之角色，將有助於減少程序執行中之爭議與潛在衝突。

二、補充探討審查時間點之利弊，兼顧個案保障與實務可行性

針對協助自殺及引入醫師執行安樂死乙節，報告建議可參考荷蘭模式建立審查機制，建議報告就審查時間點應採「事前審核」或「事後審查」之利弊補充說明。具體而言，「事前審核」模式的優點在於能於決定執行前進行把關，確保條件符合、意願真切，有助於預防潛在的錯誤或濫用。然而，其挑戰在於可能增加程序的複雜度與時間成本，未必能完全符合臨床上病況快速變化的緊急需求。相對地，「事後審查」模式則側重於檢視實際執行過程的品質與審慎度，允許臨床決策保有一定的彈性與時效性，但其預防功能則相對薄弱。因此，似可就

兩種模式在保障個案權益、確保執行品質、尊重醫療專業、兼顧程序效率等多重面向之利弊得失加以補充論述。

三、與現行病人自主、安寧緩和法規之整合銜接問題

我國已施行安寧緩和醫療條例與病人自主權利法，本報告建議修改相關法制，若採納報告中之建議（例如允許特定條件下的積極安樂死或醫師協助自殺），新制度將如何與現行這兩部法律互動、銜接，例如，意願書之效力範圍、適用條件之區別與重疊等，應廣續思考整合機制，以確保整體生命末期善終法制之體系和諧與適用明確。

參採情形：

- 一、第一點意見，對本報告並無建議，錄供參考。
- 二、第二點意見，所提「事前審核」或「事後審查」之比較，容或有學理上討論之必要。然而在實務執行層面上，以荷蘭之審查程序為例，醫師在執行安樂死後應向地方主管機關報告，地方主管機關再將資料送交安樂死地區評議委員會審議。委員會僅審查醫師是否遵循必要之注意事項，只有在認定不符合要件之情形下，始會將案件移送檢察署，即採取事後通報制度，比利時之安樂死審查程序亦是如此。
- 三、第三點意見，錄供安寧緩和醫療條例與病人自主權利法之主管機關衛生福利部參考。

楊助理研究員蕙如：

- 一、本報告第 15 頁問題研析與建議二「受囑託殺人」述及：「若與同樣屬於『特別情境下的殺人』一如第 273 條義憤殺人罪一相比，受囑託殺人罪所受處罰卻顯得過重。義憤殺人著重於行為人處於突發激憤下之失控狀態，處 7 年以下有期徒刑（最低為 2 月有期徒刑）；而受囑託殺人罪可能涉及長期照護壓力與人道考量，例

如長期照護者受重病親屬懇求而協助其死亡，其法定刑最輕仍應處 1 年以上有期徒刑，刑法處罰顯失衡平。」，明確指出現行法對受囑託殺人罪之處罰甚至高於情緒失控下的義憤殺人，處罰顯失平衡，敬表同意。

二、承上，刑法第 275 條規定：「受他人囑託或得其承諾而殺之者，處 1 年以上 7 年以下有期徒刑。教唆或幫助他人使之自殺者，處 5 年以下有期徒刑。前 2 項之未遂犯罰之。謀為同死而犯前 3 項之罪者，得免除其刑。」因應高齡化社會來臨，部分病人面臨無法治癒又痛苦難耐病痛折磨，為避免極端自殺或他殺風險（例如病人或照護家屬跳樓、遭家屬丟下樓、開車自撞等），我國若立法政策上朝向「例外允許」積極安樂死修法，仍須嚴謹相關制度，慎防安樂死（萬一）被濫用。例如積極安樂死須經專門機構醫師評估，並經意識清楚之末期病患「本人」2 次以上表意確認（避免病人只是一時衝動想死），方得由專門醫師執行等機制。爰建議於刑法第 275 條新增第 5 項：「對於痛苦難忍之末期病人，六個月內死亡已無可避免，非出於不法利益目的而犯第一項及第二項之罪者，減輕或免除其刑」，俾排除特定行為主體（醫事人員）加工自殺事由。

三、本報告標題「長照悲歌：安樂死相關法制問題之研析」有關「長照」敘述部分略顯不足，似可酌予增加臺灣、日本等國近 3 年之照護殺人等新聞事件，例如照護殺人事件已擴張至中高所得家庭情形，以呼應本報告標題。

參採情形：

一、第一點意見，贊同本報告建議，錄供參考。

二、第二點意見，有關刑法第 275 條新增第 5 項之具體修法建議，錄

供主管機關法務部參考。

三、第三點意見，所謂長照悲歌，係指照護者因為長期照護而不堪心理壓力，最終選擇殺害被照護者，在我國尚且不承認安樂死制度之前提下，縱被照護者同意照護者將其殺害，照護者仍可能受到刑法第 275 條加工自殺罪之處罰。由於本報告著重重點仍在於安樂死相關法制問題之探討，而非現行長照體制之困境，爰暫不增加對於照護殺人事件之討論。

散會：下午 4 時 30 分