

# 天主教會對安樂死倫理問題的論述

符文玲<sup>1</sup>

本文作者立基於教會訓導，首先釐清天主教會對安樂死的定義；進而引第五誡「勿殺人」的倫理原則，闡述多個案例與其危險；最後更以「安樂死與協助自殺的滑坡效應」提出警戒，值得省思。

## 前言

「我使人死，也使人活。」（申卅二 39）

當前普世推行病人自主拒絕醫療權，並且鼓勵民衆簽署「預立醫療決定書」（Advance Decision, AD）的概念，不少西方國家採用類似的作法，例如義大利於 2017 年 12 月 22 日通過「預定醫療處理」法案（Disposizioni anticipate di trattamento, DAT）。然而，在仔細研讀 DAT 法條內容後，卻發現實際上 DAT 法案並非只限定「臨終前」病患，而是相當寬鬆的「預立醫療處理」。

羅馬天主教會聖心大學醫學院教授、宗座生命科學院院士 Roberto Colombo 指出，DAT 規定 18 歲以上意願人得以簽署「預立遺囑」（“testament biologico”或“biotestamento”），對 18 歲以下未成年者，DAT 指出法定監護人有最終決定權，他們得以表達當日後

---

<sup>1</sup> 本文作者：符文玲，若望保祿二世婚姻家庭學院倫理神學博士，現任輔仁聖博敏神學院助理教授，教授倫理相關課程。

無法自主 (l'autodeterminazione) 做出醫療決策時，得以執行事先預立的遺囑，接受或拒絕醫療照護，包括水分、養分供給。就是因為過於寬鬆，已屬被動安樂死 (passive euthanasia)，天主教會在義大利議會表決 DAT 時，已多次表達反對之意。<sup>2</sup> 目前義大利議會正為是否更進一步合法協助自殺展開激辯，在此之際，法官 Giacomo Rocchi 直指 2017 年通過的 DAT 早已向安樂死邁開一大步，因為是戴上自主醫療和拒絕醫療權的面具，背後其實是為解決生病孩童、身障、智障、慢性病、退休老人、窮人的致命方案。<sup>3</sup>

而台灣的《病人自主權利法》<sup>4</sup> (以下簡稱《病主法》) 同樣以自主拒絕醫療權為由，鼓勵民衆簽署預立醫療決定書。台灣於 2000 年 6 月 7 日公布施行《安寧緩和醫療條例》，另外又於 2019 年 1 月 6 日正式施行《病人自主權利法》，主要原因除了要求病人有優先知情、選擇與決定權之外，另一個關鍵因素是此法推

---

<sup>2</sup> Cf. Roberto Colombo, "BIOTESTAMENTO Papa Francesco, la legge sulle Dat e il gioco di prestigio sull'eutanasia", Dicembre 13, 2017. Accessed April 02, 2022, <https://salute.chiesacattolica.it/wp-content/uploads/sites/26/2017/12/11/Seconda-riflessione.-Papa-Francesco-la-legge-sulle-DAT-e-il-gioco-di-prestigio-delleutanasia.pdf>

<sup>3</sup> Cf. Giacomo Rocchi, "Il Ddl Bazoli renderà le persone più fragili", *La Nuova Bussola Quotidiana*, March 28, 2022. Accessed April 02, 2022, <https://lanuovabq.it/it/il-ddl-bazoli-rendera-le-persone-piu-fragili>

<sup>4</sup> 《病人自主權利法》(中華民國：全國法規資料庫，修正日期為民國 110 年 (2021) 1 月 20 日)，2022 年 9 月 6 日取自：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>。

動人所說的：「《安寧緩和醫療條例》就算修得再完整，所能嘉惠的病人仍然十分有限，僅末期病人在病危與瀕死時才能享有拒絕心肺復甦術與維生醫療的權利，更多賴活不如好死的病人的善終願望缺乏法律保障。」<sup>5</sup> 換言之，《安寧緩和醫療條例》不允許不是「罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期内病程進行至死亡已不可避免者」可以「提前」結束生命。但在《病主法》中，所謂「提前」結束生命的時間點，是落在由兩位專科醫師確診為五款臨床條件的那一刻開始，根據病患早已簽署同意的「預立醫療決定書」，即可執行依據《病主法》第十四條終止、撤除、不施行維生治療與水分、養分，而提早死亡，此乃被動安樂死。但必須注意的是，這個時間點也同樣可以落在更為寬鬆的主動安樂死（active euthanasia）上，如台灣 2019 年 12 月已有立法委員推動《尊嚴善終法》。

因此，要論述天主教會對於安樂死的倫理問題，首先務必釐清安樂死的定義。

## 一、天主教會對安樂死的定義<sup>6</sup>

什麼是被動安樂死？什麼又是主動安樂死？為什麼 2020 年《台灣地區主教團針對病人自主權利法之聲明》指出《病主

---

<sup>5</sup> 孫效智，《最美的姿態說再見：病人自主權利法的內涵與實踐》（台北：天下雜誌，2018），18~19 頁。

<sup>6</sup> 參：艾立勤著，許郡珊、陳美玲撰寫，《維護人性尊嚴：天主教生命倫理觀》（台北：光啓文化，2005），248~251 頁。

法》要拒絕「維持生命治療」及「人工營養及流體餵養」就是被動安樂死的原因？<sup>7</sup> 爲了更清楚天主教會對安樂死的立場，我們必須先了解天主教會對於安樂死的定義。

1980 年羅馬信理部《教會對安樂死的聲明》<sup>8</sup> 及 1995 年教宗若望保祿二世頒布的《生命的福音》<sup>9</sup> 通諭 65 號，都提到安樂死是「指爲了消除一切痛苦而有所作爲 (action) 或有所不爲 (omission)，這些作爲或不爲的本身都會導致死亡，或因有意圖執行而導致死亡。『因此安樂死的發生，是在於意向和所運用的方法。』」針對此定義中的「有所作爲」或「有所不爲」，可區分爲：

1. 主動/積極安樂死 (active euthanasia)：指藉著藥物或運用其他人工方法等積極作爲，所進行的安樂死（例如給予致死的嗎啡劑量，或向病人注射毒針等等），亦包括協助自殺 (assisted suicide)。
2. 被動/消極安樂死 (passive euthanasia)：例如中斷醫療或甚至中斷基本照顧，以導致死亡的安樂死。停止餵食即屬於

---

<sup>7</sup> 參：台灣地區主教團，〈主教團針對病人自主權利法之聲明〉，《天主教周報》，2020 年 5 月 24 日，第 5 版。

<sup>8</sup> 信理部，《教會對安樂死的聲明》（1980 年 5 月 5 日），參《天主教會台灣地區主教團月誌》363 期（2018）。2022 年 8 月 25 日取自：<http://archive.hssc.org.hk/Archive/database/document/C060.htm>

<sup>9</sup> 若望保祿二世，《生命的福音》通諭（1995）（台北：天主教教務協進會，1996 再版），65 號。

這一種；因為任何無法自己進食的病人，如果不給予人工餵食，一定會因飢渴而死亡。

就道德上而言，不論是因「作為」或「不作為」所導致的死亡，所犯的罪行是一樣的。在「主動安樂死」與「被動安樂死」之下，又可依當事人對安樂死的接受與否，進一步區分為：

1. 「自願安樂死」 (voluntary euthanasia)：指當事人本身願意、希望、且要求安樂死。
2. 「無意願安樂死」 (non-voluntary euthanasia)：指不知道病人的意願、或病人的意願沒有辦法得知，例如處於昏迷或植物人狀態。
3. 「不自願安樂死」 (involuntary euthanasia)：指當事人本身不希望安樂死，卻強行為之，讓他死亡。最著名的不自願案例是希特勒所施行的「安樂死計畫」；事實上這種違反當事人意願的致死事件，應該被稱為「謀殺」才名副其實。

了解以上天主教會對安樂死定義是非常重要的，因為坊間定義太混淆，或指稱被動安樂死不再是安樂死，或以拒絕醫療權替代，主張人有自主拒絕給水給養的權利。不清楚及混淆定義的結果，也可在已合法化安樂死及協助自殺的幾個國家看到，例如荷蘭、比利時、瑞士等國家規定安樂死的決定必須是出於當事人自願 (voluntary) 及審慎評估 (deliberate)，但無意願及不自願被安樂死的例子時有所聞。

另外我們必須釐清以下兩種情況，因為它們並不是安樂

死，但常被誤認為是被動安樂死。<sup>10</sup>

1. 對瀕死病人，盡一切必要的醫療救治後，為免除瀕死病人飽受痛苦煎熬，而中斷無益的（futile）、或過分負擔的（excessively burdensome）醫療裝備，使病人順乎自然死亡。（注意：在此狀況中，撤除醫療設備，並未導致病患死亡。）
2. 對臨終病人採取減緩病痛的治療方式，如給予止痛藥，其目的在於減輕痛苦，而非以縮短生命為意圖，只是治療過程中不免伴隨縮短生命的危險。（注意：在此狀況中，藥物、治療的給予，其意圖不是為結束病患生命。）

### （一）醫護人員切勿進入病人自願停止進食飲水的合作之罪

2019年，Lisa Honkanen 醫師在 *The National Catholics Bioethics Quarterly*（《美國國家天主教生命倫理季刊》）發表一文“Collaboration with Voluntary Stopping of Eating and Drinking”<sup>11</sup>，提醒天主教醫師及護理人員，務必以良心抗辯權（right to conscientious objection），拒絕與病人自願停止進食和飲水（Voluntary stopping of eating and drinking, VSED）的要求合作。以下為部分內文譯述，之後再以2007年教廷信理部文件重申水分和養分乃病人的基本照護，並非醫療選項。

當病人感到生命有無法忍受的痛苦，自願停止進食和飲水

<sup>10</sup> 參：艾立勤，《維護人性尊嚴》，250頁。

<sup>11</sup> Lisa Honkanen, “Collaboration with Voluntary Stopping of Eating and Drinking”, *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Volume 19, Autumn 2019, Number 3, pp.276-288.

在當代已經成爲一種愈來愈普遍、用以選擇加速死亡（hastened death）的方法。自願停止進食和飲水是指一個原本有能力吃喝、身體能吸收、吞嚥無困難的人，因意圖加速死亡而拒絕所有食物和流體。停止進食和飲水會導致脫水，從而改變生理功能，其症狀包括口渴、口乾、頭痛、頭暈、精神錯亂和躁動、嗜睡、肌肉損傷，最終導致腎衰竭、循環衰竭和死亡。

由於這種自殺行爲的過程通常會導致痛苦的症狀，因此病人會尋求醫療專業人員緩解症狀。然而，意圖加速死亡的行爲總是惡行。當醫護人員參與任何病人所計劃的、及執行自願停止進食飲水的過程時，天主教醫院及醫師必須了解其中的道德涵義，包括這是與惡行的合作，是立下壞榜樣。面對病人提出 VSED 要求時，天主教醫院及醫師需要做的，是必須致力培養正直的良心，運用他/她的良心抗辯權拒絕執行；同時對病人、痛苦者、垂死者給予真正同情及療護他們的好榜樣，幫助病人在安寧中緩解疼痛，而不是以死亡解決痛苦。

表面上看來，病人自己決定並實行 VSED 時似乎不需要其他人的參與，因爲它需要病人自己特別的自制力，透過持續拒絕水和食物直到死亡，乃是一種自殺形式。和協助自殺相較之下，在協助自殺合法化的國家中，在法律允許的情況下，病人服用由醫師協助開立的過量毒劑之前，醫生協助自殺需要經過層層正式的批准程序。對比 VSED 和醫師協助自殺（Physician-assisted Suicide），患者在 VSED 中的自主角色或許可能減輕醫生對這種自我毀滅行爲的道德反感。然而，在 VSED 大多數的情

況下，醫生被要求提供醫療介入，以便緩解由脫水過程引起的各種不適，實際上醫生因此成爲輔助 VSED 過程的參與者。

不幸的是，目前世界各地把 VSED 作爲一種正式且可接受的死亡選擇正日益受到重視，且普遍使用，並得到專業人士的支持，特別是在醫生協助自殺不合法的地區。而合法化醫生協助自殺所帶來的後果，是更進一步麻痺及腐蝕大眾尊重並珍惜人類生命神聖性的態度。以自己的方式結束生命以結束痛苦，這是人類以偽裝的力量自扮天主。天主將生命託付給我們，我們只是生命的管家，祂才是真正主宰生命的那一位。不可否認，VSED 是一種自主意識和身體完整性均失序的產物。對於選擇 VSED 的患者，天主教臨床醫生必須了解照顧他們的道德涵義，絕對不可以把自願停止進食和飲水當作是臨終、甚至尚未進入末期時醫療保健的正當選擇。亦即，除非病人的身體已經無法吸收，或是餵食的時候會造成病人身體嚴重的痛苦，否則就有道德上的義務給予養分與水分。

## (二) 養分和水分是基本照護並非醫療選項

2004 年，教宗若望保祿二世於一場「維持生命的治療和植物狀態的病患：科學進步與倫理標準的兩難」<sup>12</sup>演說中曾指出：水和食物的提供，即便以人工方式，都是基本維生照顧，並非

---

<sup>12</sup> 若望保祿二世，「維持生命的治療和植物狀態的病患：科學進步與倫理標準的兩難」演說，March 20, 2004, n. 4, 2022 年 7 月 18 日取自 [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/2004/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20040320\\_congress-fiamc.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc.html)



醫療行爲。針對這場演說內容，2005 年 7 月 11 日，當時的美國主教團主席 William Skylstad 主教向羅馬教廷提出兩個問題。2007 年 8 月 1 日，在經過教宗本篤十六世的批准後，教廷信理部予以回覆。以下是所提出的問題與答覆：<sup>13</sup>

**美國主教團提問一：**除非病患的身體已經無法吸收，或是餵食的時候會造成病患身體嚴重的痛苦，否則，我們就有道德上的義務給予「植物狀態」的病患 (vegetative state) 食物與水分，無論用自然或人工的方式，是嗎？

**信理部答覆：**是的。原則上，供給食物和水是維持生命最基本、最適當的方法，就算是用人工的方式也一樣。因此，只要病患身體能因所供給的水和食物，達到滋潤與滋養的目的，我們就有義務要給予。病患若因飢餓和脫水而受苦，甚至死亡，都是不被允許的。

**美國主教團提問二：**一位「持久植物狀態」的病患 (permanent vegetative state)，一旦經合格醫生以客觀道德標準 (moral certainty) 診斷為永將無法回復意識，即可停止以人工方式使病患得到滋養和滋潤嗎？

**信理部答覆：**不可以。原則上，「持久植物狀態」的病患

---

<sup>13</sup> 教宗本篤十六世於信理部部長謁見時批准此兩項回應，並責成「信理部例行會議」時發表。信理部部長 William Levada 樞機，羅馬，2007 年 8 月 1 日。2022 年 7 月 18 日取自 [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070801\\_risposte-usa\\_en.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_en.html)。參：《天主教台灣地區主教團月誌》363 期 (2018)，12~13 頁。

其基本的人格尊嚴 (person)，因此必須接受最基本和最適當的照顧，包括得到食物和水分，就算是採用人工方式也要提供給他。

主動安樂死與協助自殺的方式由於駭人聽聞，較易為人所拒絕；而被動安樂死，即終止、撤除、不施行維生治療及水分養分的方式，似乎較易為人所忽略，但這兩種行為都是殺人，都不可做。希望這裡提供的天主教會對安樂死的定義，能夠幫助大家正視這個目前台灣必須嚴正面對的倫理議題。<sup>14</sup>

## 二、天主教會對於第五誡勿殺人的倫理原則<sup>15</sup>

舉《病主法》為例說明第五誡「勿殺人」。《病主法》沒有把「末期病患」和「虛弱狀態但非末期的病患」(指《病主法》第14條第1項的2、3、4、5款臨床對象，分別為處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、其他經中央主管機公告之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)區分開來，但為天主教會，這是很重要且倫理上的區別，兩者完全不相同。當拒絕給予已確診的「虛弱狀態但非末期的病患」水分、養分以致病人因饑渴死亡，此舉與殺人無異。

<sup>14</sup> 參 J. Donald Boudreau 醫師和倫理學家 Margaret A. Somerville 所作的說明：《安樂死和協助自殺，醫師和倫理學家的觀點》( *Euthanasia and assisted suicide: a Physician's and Ethicist's Perspectives* )，Authorized by: Dove Medical Press, Original video website: <https://www.youtube.com/watch?v=SEIpXKbRcMM&t=8s>

<sup>15</sup> 「天主教會對於第五誡勿殺人的倫理原則」這一部分由輔仁聖博敏神學院生命倫理研究中心主任艾立勤神父論述，符文玲翻譯撰寫。

舉例說明。一個五十歲的太太得了癌症，且癌細胞已擴散至全身，醫生告訴這位太太，她將在幾個月內死亡，已經沒有希望醫好她。天主教會並未要求醫生用過度侵入的治療方式，以延長一位已是末期病人的生命，但是要求必須提供基本的水分和養分，因此這並不是被動安樂死。<sup>16</sup>

而另一種完全不同的例子是屬於「嚴重虛弱狀態（但非末期）的病人」。假如一位五十歲的太太被判為永久性植物人，她不能自理，需要人工餵食。這位太太並非處於末期，她還可以活好幾年。在此，若是她需要基本生存的醫療照護，但卻沒有給予，以致於她死亡，此即被動安樂死，因為是「該作為而不作為」（omission）所導致的安樂死。更明顯的是，若不再給予她人工餵食，病人是因缺水而渴死，而非因自己原本的病症而死。即使有人或這位太太的家人要「合理化」是因為她正在受苦，或是因為她造成家庭負擔，或是因為她的生命品質太差不想活著，但《天主教教理》2277 號明確指出：「若為了解除痛苦而造成死亡，一個行動或不行動（不作為），無論因其本身或其意圖，均構成一樁謀殺，嚴重地違反人的尊嚴和對生活的天主、他的造物主的失敬。」

在天主教倫理教導中，這個區別很清楚：「絕對不可 / 絕對禁止殺害無辜者」（it is absolutely impermissible/forbidden to kill an innocent human being），這項倫理規範「並無例外」（no exceptions）。

---

<sup>16</sup> 《天主教台灣地區主教團針對〈病人自主權利法〉之聲明》說明的很清楚；參閱《天主教周報》2020年5月24日第5版。

這項規範十分關鍵性地區別「無辜者」(innocent)與另一群「非無辜者」(non-innocent)。

在中文裡要說明這種區別較不容易；英文 / 拉丁文中，「無辜者」被譯為「無罪」(without guilt)。就如同每個字一樣，「無辜者」可以根據上下文而有不同的意思。法院中，「無辜者」指在這項罪狀上是無罪(not guilty of crime)；「無辜者」在拉丁文的原始意義指某人或某件事是無害的(not harmful)；「無辜者」這個字也可指某人很天真(naïve)，例如：她太天真所以看不出危險來。

在天主教會倫理教導的脈絡下，「無辜者」指凡是「無害的人」(not harmful)。這個無害的人不會攻擊人致死，或不會嚴重侵害人的性命(如強暴或綁架)，或是他沒有因謀殺或其他嚴重罪行而被法院判處死刑。

至於「非無辜者」，是因為他們的攻擊是爲了殺人，或使人的性命受到嚴重侵犯(如強暴或綁架)；或因爲殺人致死或嚴重侵犯他人性命，而被法院判處死刑。凡是「非無辜者」都不受「絕對禁止殺無辜者」的絕對禁令所保護，因此，在某些情況下，非無辜者可以被殺。

天主教會沒有一個規範絕對禁止殺非無辜者，所以，對於「非無辜者」並沒有絕對禁止不能殺他的絕對禁令；最清楚的例子就是防衛自己的性命，或是防衛其他人的性命。例如，一個持槍歹徒進入校園濫射學生；因著他攻擊屠殺無辜的學生，這名歹徒是非無辜者。若是這間學校裡有位老師有一把槍，他可能射擊這個「非無辜者」的歹徒，甚至導致歹徒死亡。面對

這種情況，教會必須說，老師儘可能避免殺非無辜者，但爲了保護學生和自己，在不得已的情況之下，可以殺非無辜者。因此，根據許多不同的狀況，「非無辜者」有可能被殺；特別是在歹徒要殺無辜者的情況下，或是戰場上的軍人，或是因爲過去曾經殺害無辜者而被法院判處死刑的人。

有人簽署《病主法》的預立醫療決定書，當他們的病情接近要執行所選擇的醫療照護方式，按照以上天主教倫理對無辜者所作的定義，他們每一個人都是無辜者，因爲：1. 他們沒有攻擊人致死，或嚴重傷害人的性命；2. 他們過去並沒有因爲殺人致死或嚴重侵犯他人性命，而被法院判處死刑（再次強調，當有人是因殺人致死而在法庭被判處死刑，即用司法方式要他負自己行爲的責任；但目前情況是病重，醫療上不能用安樂死方式提取他的性命）。因此，根據以上原因，「絕對不可以殺自願簽署預立醫療決定書的人」；即使這些病人自己要求被殺，按照天主教倫理規範，還是「絕對不可以殺他們」。

《病主法》中將天主教會對於殺害「無辜者」跟「非無辜者」的區別，轉變爲「正不正當」及「合不合理」殺害的區別。之所以要轉變這樣的區別，因爲《病主法》是以相稱主義（proportionalism）評估。在相稱主義的倫理觀裡，沒有所謂絕對不可做的道德行爲，而且按照這種相稱主義的倫理觀，如果可以找出一個好結果（如減少痛苦）超過惡結果（人的死亡），任何殺人的行爲都可能被「合理化」，即使是殺害一個無辜者。由支持安樂死一方所做的推論，會繼續推進直至舉出極端痛苦的案

例，以便正當化地殺某些無辜者。教宗若望保祿二世在《真理的光輝》中嚴厲譴責相稱主義的倫理觀，主要原因是相稱主義者拒絕絕對性的、無例外的道德禁令，如絕對禁止、沒有例外地殺無辜者，或是任何一種婚外性行為亦絕對禁止。

由於《病主法》並未把「末期病人」和「嚴重虛弱狀態（但非末期）的病人」（如永久性植物狀態或阿茲海默病患）區分開來，所以現在可以自主選擇：當處於「嚴重虛弱狀態（但非末期）的狀況」時，可以採用被動安樂死而被殺。更嚴重的是，《病主法》允許人們拒絕人工餵食，這情況是「該作為而不作為」，導致病患在大約一周內因為缺水而渴死。缺水而渴死是一個痛苦的過程。由於有人想像自己有一天可能處於「嚴重虛弱狀態（但非末期）」，這會讓人感到害怕，所以《病主法》通過後，很快在台灣又有立法委員在立法院提案《尊嚴善終法》（乃主動安樂死），這發展並不讓人感到意外。畢竟，若是人有自主權，因為個人的痛苦、差勁的生活品質，或是恐懼成為家人的負擔而選擇被動安樂死，那他為何須忍受痛苦，直到需要救命醫療，然後再等到醫師來確診，允許他死亡，進而停止給他醫療或基本的水分和養分？為何不就自主選擇立即死亡的主動安樂死，只要他是「嚴重虛弱狀態（但非末期）的病人」？假如《病主法》中的論點是要允許人能「合理」而「正當」的殺人，只因人們可自由且自主地選擇藉安樂死殺人以避免痛苦，這邏輯不正好適用於主動安樂死。

如同墮胎，總有一些艱難案例激起人們的情緒，以便在絕

對不可殺無辜者的禁令中找出例外（例如「若是你的女兒被強暴，你要強迫她因為懷孕而每天都想起被強暴的痛苦？」）。但我們看墮胎的情況，一旦艱難案例允許成爲被「合理化」的例外，逐漸的許多理由都足以正當化墮胎，目前每年世界上有至少 5 千萬墮胎人次；在臺灣，根據官方資料統計，至少一年 22~24 餘萬人次，非官方統計則高達 50 萬人次。《病主法》強調人可以自願選擇被動安樂死，而歷史進程將會告訴大家，這是臺灣朝向不自願主動安樂死的第一步，這也是最糟糕的情況，因爲病患本身並不自願，但因其他因素而被安樂死。

倘若殺人的意義變得模糊不清，「無辜者」的生命將無法獲得絕對保障，此時必將產生滑坡效應（slippery slope）。而這也是人類倡議安樂死時必然將面對的嚴峻考驗。

### 三、安樂死與協助自殺的滑坡效應

荷蘭自 2001 年合法安樂死及醫師協助自殺（physician assisted suicide, PAS）後，陸續一些國家及美國的幾個州也合法化安樂死。天主教會反對安樂死及協助自殺，《生命的福音》66 號指出：

同意他人自殺的意圖，並藉著所謂的「協助自殺」來助其實現，意思就是與人合作或實際犯下一件不正義的行爲，因此是絕對不能爲自己辯解的，即使是應他人要求而做。……如果安樂死是由本應以耐心和愛心對待家人的親人，或由以照顧病人、直到病人最痛苦的末期爲職志的醫師來執行，這行爲就更加有悖常情了。

J. Donald Boudreau 醫師和倫理學家 Margaret A. Somerville 觀察已經合法化安樂死及協助自殺的國家後，撰文指出：

我們認為醫學實踐必須受到道德絕對主義的拘束。換句話說，我們斷然拒絕道德相對主義，即功利主義者認為對與錯的判斷僅取決於權衡利大於弊，甚至不過是個人判斷的問題。有些事情醫師絕對不能對他們的病患做。關於安樂死，醫師哲學家埃德蒙·佩萊格里諾 (Edmund Pellegrino) 說得很好：「醫師絕對不能殺人。沒有什麼比這個更基本或更無法妥協。」我們堅決同意，這一中心宗旨傳達了我們的全部論點。安樂死倡導者和反對者之間的主要分歧在於是否存在滑坡效應，有兩種類型：一是邏輯上必然的滑坡，一旦合法安樂死，將會逐漸擴張並寬鬆；二是實際上的滑坡，濫用安樂死。過去十年中 (2004~2014) 的證據顯示，兩種滑坡效應都無法避免。<sup>17</sup>

以下以荷蘭為例，說明何謂協助死亡 (assisted dying) 的滑坡效應。

---

<sup>17</sup> J. Donald Boudreau, Margaret A. Somerville, *Euthanasia and assisted suicide: a physician's and ethicist's perspectives*, Dovepress, July 17, 2014. Accessed February 14, 2022, <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=20877>. J. Donald Boudreau: Faculty of Medicine, Department of Medicine, McGill University, Montreal, QC, Canada. Margaret A Somerville: Faculty of Law, Faculty of Medicine, and Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University, Montreal, QC, Canada. 參：《安樂死和協助自殺醫師和倫理學家的觀點》，2022年2月14日取自 <https://www.youtube.com/watch?v=e6QIObHokbk>



## （一）原本只限絕症才能申請的案件，逐步滑坡

荷蘭於 2001 年成爲全球第一個安樂死合法化的國家，允許醫師在病患痛苦無法忍受、疾病無法治癒而要求死亡時，醫師得以爲病患協助死亡，包括進行安樂死或醫療協助自殺。原本只限絕症才能申請的案件，逐步滑坡，許多非絕症者也得以被加速死亡，其中包括因心理健康因素要求安樂死的人數也增加，如性侵後創傷。<sup>18</sup> 例如：一名女性 15 歲被性侵，之後罹患創傷後症候群，症狀有憂鬱症、厭食症、幻覺，20 多歲時要求安樂死，被允許<sup>19</sup>；41 歲男子，兩個孩子的父親，因爲多年無法治癒的酒癮選擇安樂死，被允許<sup>20</sup>；等等。

2020 年，荷蘭最高法院針對一名失智老婦被安樂死的刑事案件作出裁示，使得荷蘭安樂死更加寬鬆，且進入另一個階段：

---

<sup>18</sup> Senay Boztas, “Netherlands sees sharp increase in people choosing euthanasia due to ‘mental health problems’”, *The Telegraph*, May 11, 2016, accessed August 25, 2022, <https://www.telegraph.co.uk/news/2016/05/11/>

netherlands-sees-sharp-increase-in-people-choosing-euthanasia-du  
<sup>19</sup> Matte Payton, “Sex abuse victim in her 20s allowed by doctors to choose euthanasia due to ‘incurable’ PTSD”, *Independent*, May 11, 2016, accessed August 25, 2022, <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/sex-abuse-victim-in-her-20s-allowed-by-dutch-doctors-to-undergo-euthanasia-due-to-severe-ptsd-a7023666.html/>

<sup>20</sup> Simon Caldwell, “Duch doctor performs euthanasia on struggling alcoholic”, *Catholic Herald*, November 30, 2016, accessed August 25, 2022, <https://catholicherald.co.uk/dutch-doctor-performs-euthanasia-on-struggling-alcoholic/>

即使嚴重失智患者當時不再明確表達希望死亡 (if the patient no longer expresses an explicit wish to die)，以及視嚴重失智患者為「不足以表達他們的意志」(no longer express their will)，醫師可以對患者施行安樂死，不必擔心被起訴。<sup>21</sup>

## (二) 2016 年為失智老婦加速死亡刑事案件

2012 年，荷蘭一名 70 歲老婦表達了一旦病情惡化即可以進行安樂死的意願，並簽署聲明書。2016 年，這名 74 歲老婦被診斷為嚴重失智 (severe dementia)，醫師依其 2012 年聲明施行安樂死。當天執行時，老婦喝下摻有鎮靜劑的咖啡後昏迷，醫師在執行過程當中，不料老婦突然醒來並反抗，在老婦家人將其約束後，老婦被施打藥劑死亡。由於老婦死前曾極力反抗，這個安樂死過程在荷蘭引發輿論譁然，犯案醫師隨即被檢察官起訴。檢察官指控這名醫師在沒有適當諮詢當事人的情況下施行安樂死，稱這名 74 歲老婦或許已經改變了對死亡的想法。

2019 年，荷蘭地方法院宣判醫師已遵循政府規定的正確程序，無罪釋放。為了日後法律上的益處 (in the interest of the law) 以便進行法律澄清，全案再送交荷蘭最高法院裁決。2020 年，荷蘭最高法院裁定：病患之前已經簽名並聲明日後一旦病重可以實施安樂死；當病患歷經無法忍受和無盡的痛苦，且有兩名

---

<sup>21</sup> The Guardian, “Dutch court approves euthanasia in cases of advanced dementia”, *The Guardian*, April 21, 2020, accessed August 25, 2022, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/21/dutch-court-approves-euthanasia-in-cases-of-advanced-dementia>

醫師同意執行，在「由於晚期失智視為不足以表達他們的意願」的情形下，醫師可以提出書面要求，為病患施行安樂死。此裁決表示：醫師施行安樂死之前，可以不必等到病患明確表達死亡；施行安樂死之後，不必擔心被起訴。

### （三）2016 年失智老婦安樂死案件引發人們憂心協助死亡將變得正常化

根據荷蘭官方統計，荷蘭在 2012 年有 4,188 例上述醫療協助死亡（medical aid in dying）案件，到 2017 年上升到約 7,000 例。由於醫師協助死亡的案例數急遽上升，且 2016 年上述這名失智老婦的安樂死刑事案例引發各界關注，人們開始擔心協助死亡將會變得正常化。在這種社會氛圍下，2017 年荷蘭政府出動檢察署，把偵查焦點放在患者是否出於痛苦難以忍受及不具希望而自願（voluntary）、審慎評估（deliberate）選擇死亡。

為此，2017 年時，荷蘭地方安樂死委員會提交了四起案件給檢察官，請求開啓刑事偵察。以下為四個安樂死的爭議案例，其中（1）、（3）例即便無法確認病患是自願及審慎評估，都被施行安樂死：

1. 儘管醫師無法確定要求死亡是否是病患自願和審慎評估的，一名 67 歲婦女因阿茲海默症無法表達自己意願，於 2017 年 5 月被安樂死。
2. 一名 84 歲婦女於 2017 年 6 月被實施安樂死，原因是她聲稱自己因患有多重身體疾病而致生活無望（hopeless）。

然而，安樂死審查委員會指出，這無法充分證明病患可因這些指稱而被加速死亡。

3. 檢察官持續調查 2017 年 4 月一名 72 歲婦女的安樂死案件；該婦女因癌轉移（metastasised cancer）陷入昏迷。安樂死審查委員會指出，醫師無法確定病患生前的安樂死決定是自願及審慎評估的。
4. 2017 年 2 月一名 84 歲婦女的安樂死請求被批准，生前該患者抱怨她由於肺氣腫，行動自由受到「嚴重限制」（very much restricted）。安樂死審查委員會表示，醫師過於容易斷定病患的痛苦是無望的。<sup>22</sup>

以上所舉之例皆是荷蘭 2001 年安樂死合法化之後的滑坡現象，透露出安樂死不一定是自願安樂死，也會發生非自願（non-voluntary）甚至不自願（involuntary）安樂死的情況。而且由 2020 年荷蘭最高法院裁示更進一步得知：人們的意志（will）在簽署安樂死聲明當時以前視為有效；一旦被確診為嚴重失智病患，他們的意志已不足以被視為有效。亦即，即便嚴重失智病患可能表達不願意死，但其意志已不被視為有效；病患早期簽署的安樂死聲明，保障執行安樂死的醫院方得以脫免刑責。

荷蘭安樂死的案例印證了 J. Donald Boudreau 醫師和倫理

---

<sup>22</sup> Tatjana Muskiet, “Dutch prosecutors investigate euthanasia cases sharp rise”, *Times of Suriname*, March 12, 2018, accessed August 25, 2022, <https://www.surinametimes.com/dutch-prosecutors-to-investigate-euthanasia-cases-after-sharp-rise/>

學家 Margaret A. Somerville 所說的邏輯上必然的滑坡，以及實際上的滑坡。

## 結 論

本文釐清安樂死的倫理問題，首先由其定義出發，這一最重要的根本關鍵一旦被改變，則殺人的行為也可以被「合理化」為正當行為，進而除罪、除刑。然而，「殺無辜者」是本質無法被改變的內在惡行為，無論人們如何改變定義，「殺無辜者」終究是嚴重的倫理責任。

然而，近 30 年來，協助死亡（安樂死、協助自殺）的研究調查一直持續著。當安樂死及協助自殺在社會及司法界依舊具高度爭議之際，隨著可被「加速死亡」的條件不斷寬鬆，全球已有超過 2 億人已然「符合」羅列在合法加速死亡的清單裡。更不用說將來還有更多國家考慮合法化協助死亡。<sup>23</sup>

簽署預立醫療決定書，以自主拒絕醫療權的方式，表達當日後無法自主做出醫療決策時，得以依事先預立的決定書或遺囑，拒絕水分、養分等基本照護，這已屬被動安樂死。醫護人員，尤其天主教醫師務必依其良心抗辯權，拒絕參與任何一種安樂死的執行方式，無論是被動安樂死、主動安樂死、醫師協

---

<sup>23</sup> Cf. Sarah Mroz, Sigrid Dierickx, Luc Deliens, Joachim Cohen, Kenneth Chambaere, "Assisted dying around the world: a status quaestionis", *Annals of Palliative Medicine*, Vol 10, No 3 (March 31, 2021), accessed August 25, 2022, <https://apm.amegroups.com/article/view/50986/html>

助死亡、醫師協助自殺，或協助死亡均違反第五誡「勿殺人」的誡命。

「安樂死」從立法到醫學界的執行，必然顛覆一些根本的原則，例如醫學上對病患的「不傷害原則」(Do no harm)。安樂死跟一般自殺的差異是：安樂死是社會「認可」並且協助這個求死的過程，是一種集體行動，從倡議、立法到實踐，並融入在未來的醫學教育和價值觀念中。古希臘醫學之父在醫師誓詞(Hippocratic Oath)裡曾說：「我絕不會因任何人的要求而給予致命的藥，而且也絕不會做這樣的建議……」，當我們跨過醫學倫理已經存在好幾世紀的界線，滑坡效應將難以避免。安樂死合法化的動力機制(dynamics)將反身(reflexivity)回來要求繼續步步寬鬆，滑坡效應因此產生。

而這也是安樂死合法化最危險的地方，就是它將對醫學界產生意想不到的回彈效應(boomerang effect)。也就是說：我們不能保證今天建立的法律和行政政策，在幾十年後的不同文化背景下具有同樣的效力和約束力；意思是，屆時將有可能依文化背景或政府權力等因素，更加寬鬆。在一個更大且整體的人類群體中，個人是這群體的一部分，我們的行為必定有其連動關係。「醫師是醫治者」，然而醫師參與刻意協助死亡的行為(安樂死)絕對與其醫治者的角色不符。面對死亡更好的解決方案是安寧療護，它可以解決任何人面臨死亡時的各種需求。我們需要推動的是真正的安寧緩和醫療，並且要預防及拒絕讓緩和醫療淪為安樂死的工具。