

醫師協助自殺禁令的合憲性分析—比較法的觀點

張兆恬*

摘要

醫師協助自殺合法化在比較法上已有諸多事例，惟仍具有高度倫理爭議性。在其倫理爭議上，贊成者主要是基於保障病人的自主，反對者則主要在保障弱勢者的自主，爭論的重點實為自主權的保障。而在美國最高法院的判決中，法院將自主權的界限畫於身體自主權，而認為憲法上並未保障人民請求醫師協助結束其生命的權利，並認為禁止醫師協助自殺所追求政府利益較高。而在加拿大最高法院及德國聯邦憲法法院的判決中，則認為憲法上所保障的自由權、安全權或人格權，包括個人的生命自主權，且認為縱使有正當之政府利益，亦不應該全面性的剝奪那些理性自主的個人的生命自主權。本文立基於關係性自主的觀點，即認為個人自主無法抽離於個人所處之人際關係及社會地位，較偏好美國最高法院判決重視保護弱勢者自主之結論；又在我國法上，則認為相較於憲法法院，此議題應該留予民主程序之討論。

大綱

壹.	概述：自殺的權利，以及不被自殺的權利.....	2
貳.	醫師協助自殺的倫理辯證.....	4
參.	美國法重要判決.....	8
肆.	其他比較法上醫師協助自殺合憲性審查之案例.....	21
伍.	法院判決中的自主權.....	25
陸.	代結論：禁止醫師協助自殺於我國法下之憲法分析—促進對話與民主審議	29

* 國立台灣大學國家發展研究所副教授、美國賓州大學法學博士，聯絡方式：chaotien817@ntu.edu.tw。本文感謝交通大學科技法律研究所王姿翔同學、楊懿庭同學協助我國法之資料蒐集，惟文責皆由作者自負。

壹. 概述：自殺的權利，以及不被自殺的權利

台灣已經於 2018 年邁入高齡社會，且在完整的健保體系支援下，台灣人每人去世前的平均臥床時間為 7.3 年、花費近 300 萬，不僅病人臨終前須遭受長期處於不健康狀況的痛苦與補便，長期照顧也對於病人家屬為沈重的負擔。隨著安寧緩和醫療條例、病人自主權法的通過實施，病人於一定醫療條件下放棄治療的權利可謂得到明文確認，也同時確立醫事人員並無「救到死為止」的法定義務，也彰顯了我國法體系對於善終概念的肯認。然而除了放棄治療的權利以外，究竟有無借助醫療協助自殺的權利，實不無疑問。

醫師協助自殺在我國尚屬非法，為我國刑法第 275 條加工自殺最所處罰，然而近來主張安樂死合法化、給予病人更多免於痛苦的選擇的聲音，再度受到高度重視。2017 年間知名體育主播傅達仁，公開表示自己因為罹患胰臟癌，雖然選擇採取安寧療護，然而卻成效不彰導致其遭受重大痛苦，故決定遠赴接受安樂死，最後於 2018 年 6 月以安樂死的方式結束其生命¹。傅達仁過去曾經向總統請願推動安樂死合法化，然而總統府在當時並未給予正面回應，而其後衛福部也以倫理爭議過高為由而認為須再行討論²。2018 年間亦有江盛醫師發起開放安樂死公投案連署，題目以：「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」，雖然最後並未通過第二階段連署門檻，但使得此議題受到公眾關注³。雖然前述請願與公投未能成案，但可見得死亡已非禁忌的話題，不僅成為公眾討論的焦點，甚至也獲得多數民眾正面的回應。幾項民調的結果亦顯示，台灣民眾壓倒性的支持安樂死的合法化⁴。而在國際上亦不乏安樂死或醫師協助自殺合法化之事例，目前已有荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、澳洲的維多利亞州等國家將安樂死合法化，美國亦有奧瑞岡州為首等州肯認醫師協助自殺的合法性⁵，「死亡的權利」（right to die）運動在國際上受到一定的肯認，比較法上多從生命自主權之角度，肯認

¹ 傅達仁安樂善終／安樂死為何在台灣尚無法通過？，健康遠見，2020 年 6 月 17 日，<https://health.gvm.com.tw/article/73243>。

² 資深媒體人傅達仁請願「安樂死」，總統府回應：請保重身體，風傳媒，2016 年 12 月 7 日，<https://www.storm.mg/article/198824>；傅達仁之子遵父遺願 積極推《尊嚴善終法》，公視新聞網，2019 年 9 月 9 日，<https://news.pts.org.tw/article/445575>。

³ 安樂死公投連署 爭取善終自主權，PeoPo 公民新聞，2018 年 9 月 6 日，<https://www.peopo.org/news/378173>。

⁴ 許毓仁，民調九成支持「安樂死合法化」，但實際「註記」的人卻很少，關鍵評論，2019 年 8 月 21 日，<https://www.thenewslens.com/article/123696>。

⁵ 劉宏恩，傅達仁走完人生「最後一程」但其實瑞士並沒有安樂死法，信傳媒，2018 年 6 月 8 日，<https://www.cmmedia.com.tw/home/articles/10298>。

人民有積極並且尋求醫療協助以決定何時死亡的權利。

然而在另一方面，對於安樂死或醫師協助自殺的質疑者，也提出對於生命自主權的疑慮，認為弱勢的群體在此波死亡的權利運動中，可能被貶損其生存的價值，甚至是有「被自殺」的風險。例如女性主義者 Susan Wolf 便指出：女人在社會及文化上，常被期待要用自殺來解決問題，女人有較高的機會自殺，但也更容易自殺失敗，因此反對醫師協助自殺的普遍合法化，因會使得女人暴露於被自殺的風險下⁶。身心障礙者權的觀點也指出，身心障礙者常在醫療體系中面臨生命價值被低估的困境，她們因而容易被醫師建議去接受協助自殺⁷；身心障礙者也有認為，即便支持醫師協助自殺合法化的聲音，充滿了「選擇」、「自主」的詞彙，她們認為對於弱勢族群有錯誤、強迫以及虐待的機會實在太高，也質疑醫師協助自殺會成為利益導向的產業⁸。而關反對醫師協助自殺合法化之理由，除了保護生命的神聖性以外，無非也是擔憂弱勢族群恐非真正出於自願，以及逐漸擴張法律對於協助自殺容許範圍的滑坡效應。

有鑒於以上討論，以下將從比較法上對於醫師協助自殺合憲性案例的介紹與分析，進而探究憲法上生命自主權的面貌，以及自殺的權利與不被自殺的權利的權衡。本文所採的立場，在於反思自由主義下的自主（autonomy），是否單純建立在抽象、原子性的自我（atomic selfhood），而忽略了個人所處的人際關係及社群。女性主義者有提出關係性自主（relational autonomy）的概念，亦即應該從個人所處的人際網絡來加以理解自主⁹，本文也試圖從此關係性自主的觀點，據以分析醫師協助自殺禁令合憲性的法院論理。接續本部分之前言，第貳部分先行概述醫師協助加工自殺的正反爭議，發現爭議的焦點在於自主權。第參、肆部分則分別對於美國法上、加拿大及德國法上法院審查醫師協助自殺禁令合憲性之案例進行描述。第伍部分則從前述比較法案例歸納出三個在憲法論理上主要的差異，包括：接受醫師協助自殺是否為憲法上所保障之權利、自主權範圍的劃定、弱勢者保障及程序機制的有效性。第陸部分為結論，並且簡要對我國法進行分析。本文認為從關係性自主的觀點，並不認為此議題適合由憲法法院從自主權進行抽象的演繹，而留待政治部門審議討論，以讓弱勢者的聲音能夠參與決策，透過民主審議來劃定生命自主權的界限，共同討論在符合何種條件下可以加速結束生命，以及如何解決求死者的困境。

在用語上，我國文獻對於「安樂死」（euthanasia）一詞的含義甚廣，有認

⁶ Susan Wolf, *Gender, Feminism, and Death: Physician Assisted Suicide and Euthanasia*, in FEMINISM & BIOETHICS 283, 302 (Wolf ed., 1996).

⁷ Stanley Greenberg and Kay Stambler, *My Life is Mine*, in THE RIGHT TO DIE: A REFERENCE HANDBOOK *2743, *2792 (Howard Ball ed., 2017).

⁸ Diane Coleman, *Why Disability Rights Advocates Oppose Assisted Suicide*, in *id.* at *2865, *2865.

⁹ Prtya Fitzpatrick & Jackie Leach Scully, *Theory in Feminist Bioethics*, in FEMINIST BIOETHICS 61, 62-63 (Jackie Leach Scully et al. ed., 2010).

為包括一切使病人善終的手段，又可以再區分為積極安樂死（即消極拒絕維生醫療）及消極安樂死（醫師積極加快病人死亡措施）¹⁰，亦有將此名詞僅是指後者¹¹。惟在英文文獻中，*euthanasia* 與醫師協助自殺（*physician-assisted suicide*）的差別，在於前者是由醫師來親自促成或造成病人死亡，後者則是由醫師提供病人藥物，由病人自行施打¹²。另尚有「尊嚴死」之名詞，其用語應是承襲自外國立法名稱（如奧瑞岡尊嚴死法），惟其範圍是否包括拒絕維生醫療，或者僅限於醫師直接或間接加速病人死亡，則不甚明確。由於比較法中之判決，主要還是在探討處罰醫師協助自殺的合憲性，故本文將檢視之範圍聚焦於醫師協助自殺的態樣，在此先行敘明。

貳. 醫師協助自殺的倫理辯證

醫師協助加工自殺之合法化，向來在倫理上諸多爭議。包括我國在內的國家，多數承認人民基於身體自主權，有拒絕不欲的醫療的權利。在美國法上，1976 年的 *In re Quinlan* 案¹³中，紐澤西最高法院確立了病人有拒絕維持生命治療的權利，以及病人本人失去決定能力時的代理決定方式。在 1990 年 *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*¹⁴，美國最高法院肯認病人有拒絕維持生命治療權利，受到美國憲法增修條文第 14 條所保障。雖然人民有拒絕維持醫療的權利，而得以拒絕生命的人為延長、回歸自然狀態。但由於臨終醫療的品質難以確認，以及安寧緩和療護的近用有限，故除了消極拒絕治療以外，也出現了醫師協助自殺合法的聲音。奧瑞岡州在 1994 年以 51:49 差距些微的公投通過了尊嚴死法（*Death with Dignity Act*），將醫師協助自殺合法化，也是美國第一個合法化的法域。該法因遭反對者申請法院禁制令而暫時停止實施，其後反對方於 1997 年再次針對是否廢止尊嚴死法發動公投，最終該法仍以 60:40 獲得多數支持，該法並於 1997 年 10 月生效¹⁵。其後國際上與美國他州雖亦有醫師協助自殺或安樂死合法化的立法，惟醫師協助自殺仍多所倫理上之爭議。

¹⁰ 如：楊秀儀，救到死為止？從國際間安樂死爭議之發展評析台灣「安寧緩和醫療條例」，國立台灣大學法學論叢，第 33 卷，第 3 期，頁 8-12，2004 年。

¹¹ 如：鄭逸哲，安樂死的「開放」與「如何開放」，台灣法學雜誌，第 374 期，頁 3-8，2019 年。

¹² 參見：劉宏恩，傅達仁的安樂死與幫助自殺，思想坦克，2018 年 6 月 8 日，<https://www.voicetank.org/single-post/2018/06/08/傅達仁的安樂死與幫助自殺>。

¹³ 355 A.2d 647 (NJ 1976).

¹⁴ 497 U.S. 261 (1990).

¹⁵ History of the Oregon Death with Dignity Act, <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2018/07/History-of-Death-with-Dignity-in-Oregon-071118.pdf> (last visited Nov. 13, 2020).

一. 贊成立場：病人的生命自主

贊成醫師協助自殺的合法化者，主要係立基於「自主」及「尊嚴」的主張，此觀奧瑞岡州最新 2019 年情況的報告中，調查顯示過去幾年尋求尊嚴死的主要原因為失去自主（90.2%）、社會參與的能力喪失（89.3%）、失去尊嚴（74%）¹⁶，可見一斑。雖有從尊嚴的角度，主張受到重大痛苦且不可治癒病痛者，若不讓其選擇死亡，則無異是迫使其承受痛苦，然而支持者的核心論點，實為病人對於自己生命、身體的自主，更勝於遭受使病人免於遭受長期痛苦的尊嚴考量¹⁷。

Ronald Dworkin 在其「生命的自主權」一書中提到，如何死亡對於我們生命整體何其重要，若在生活中有一段神智不清及癡呆的階段，可能會使生命變得糟糕，則還不如讓死亡早點降臨¹⁸。Dworkin 認為人選擇生活方式的理由，除了享受生活的「體驗利益」（experiential interests），更重要的是「關鍵利益」（critical interests），亦即我們對於怎樣才能使生命更美好所抱持的信念；人生不僅是體驗各式各樣的美好，更在於建立生命的理型的完整性（ideal of integrity），亦即在人生中建立穩定並且確立自我的承諾¹⁹。而結束生命的方式，對多數人來說都相當特別、相當重要，呈現生命確實具有某些價值，若處於沒有意識、植物人式的狀態，許多人可能會基於生命的完整性，而選擇寧可結束生命，這也符合他們的最佳利益²⁰。反對安樂死的見解可能認為生命的神聖性（sanctity）受到侮辱，但 Dworkin 認為，安樂死反而支持了生命的神聖性，因為個人若是基於關鍵利益的信念判斷如何過好的人生，因而決定如何死亡，這是出自於個人對生命的神聖性所做的普遍承諾²¹。是以，Dworkin 雖然指出思考死亡議題時應該思考的三個面向—自主、最佳利益及生命的神聖性²²，然而從其強調「關鍵利益」的角度，似認為自主才是死亡決定時的首要，因為死亡對人的生命何其重要，個人依其信念決定如何、何時死亡，正是讓生命完整所不可或缺者。

又如論者 Tom Beauchamp 也從病人自主的觀點，作為醫師協助自殺合法化之基礎。Beauchamp 指出，美國法院常透過區分「順其自然死亡」與「殺人」，因而認定拒絕或撤除維生醫療為「順其自然死亡」可允許，但醫師加速死亡為

¹⁶ Oregon Death with Dignity Act—2019 Data Summary (Feb. 2020), <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>.

¹⁷ Kevin M. Simmons, *Suicide and Death with Dignity*, 5 J.L. & BIOSCIENCES 436, 437-38 (2018).

¹⁸ Ronald Dworkin 著，郭貞伶、陳雅汝譯，生命的自主權，頁 32，2002 年。

¹⁹ 同前註，頁 230，234。

²⁰ 同前註，頁 243-45。

²¹ 同前註，頁 248。

²² 同前註，頁 215-222。

「殺人」而不應允許，然而倡導有死亡權利者會認為兩者區別並無必要，因兩者差別在於醫師所採的行動態樣是主動或被動，而模糊了病人自主權的焦點。實則，醫師要合法的不提供或撤除維生醫療設施，仍舊必須繫於病人的同意，因此就算是消極的讓病人自然死亡，仍必須病人同意才是合法，故重點仍在於病人的自主權²³。再者，從奧瑞岡尊嚴死法的執行上來看，醫師僅是開立處方箋，但是否注射藥物仍視病人自身，醫師並沒有親自執行殺人，這也使得區分「順其自然死亡」或「殺人」不成立²⁴。Beauchamp 認為，從病人自主權的角度出發，應該肯認病人有選擇拒絕或撤除維生治療或者注射致命藥物的權利²⁵。

以上之論點，可見醫師協助自殺合法化的重點，仍在於保障病人自主權。甚至亦有論者認為，若基於貫徹病人自主權的觀點，則合法化的範圍不應侷限於末期病人，而應該擴及於其他遭受重大痛苦及不可治癒的非末期疾病，例如因重度憂鬱或嚴重的心理疾病所苦者。若僅將醫師協助自殺的權利限制於特定族群，是否意味著某些的生命價值較低而不值得活，這並未真正落實病人自主²⁶。而在國際上容許醫師協助自殺的國家，適用範圍已有包括非末期病人，例如荷蘭的安樂死之適用範圍，為「遭受重大痛苦且無回復可能性者」，並非以末期病人為限²⁷。

二. 反對立場：保障生命，以及保障不完整的自主

反對者的觀點諸多，主要是保障生命的神聖性、保障弱勢族群，以及保障醫學倫理的完整性等。但本文認為，最為重要者仍是在於保障自主，即保障病人—尤其是弱勢族群的病人—免於被自殺的風險。

反對者多有主張，生命是不可剝奪的權利，若允許醫師協助自殺，則形同侵害生命的神聖性²⁸。然而如同前述，贊成者如 Dworkin 認為，生命的神聖性應係透過個人依其信念來加以貫徹完整性，包括決定死亡的方式，而非僅是依憑於生命的延續。反對者也有從醫療倫理的觀點，認為醫療有誤診的可能，以及

²³ Tom L. Beauchamp, *The Right to Die as the Triumph of Autonomy*, 31 J. MED. & PHIL. 643, 648-50 (2006).

²⁴ *Id.* at 650.

²⁵ *Id.* at 651.

²⁶ Simmons, *supra* note 17, at 439.

²⁷ Euthanasia, Assisted Suicide and Non-Resuscitation on Request, <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request> (last visited Nov. 13, 2020).

²⁸ THE RIGHT TO DIE: A REFERENCE HANDBOOK *835 (Howard Ball ed., 2017).

因為資訊有限而不知道有效的療程，醫師協助自殺會貿然奪取人的性命；再者，醫療倫理中醫師的角色是治療，希波克拉底誓詞中，也提及「不得將危害藥品給與他人，並不作該項之指導」，醫師協助自殺與醫療倫理相牴觸²⁹。然而贊成者則有反論認為，醫師協助自殺是在實踐醫療倫理中的不傷害原則，讓病人能夠免於遭受痛苦，與醫療倫理並無相違³⁰。

另一反對觀點基於弱勢者的保護及擔心滑坡效應。反對者擔心，若病人屬於弱勢族群（身心障礙、貧窮、女性、高齡、少數族群）或者不具有負擔高額醫療能力者，則可能會被送往協助自殺的路徑。尤有甚者，醫師協助自殺的合法化，會對於末期病人產生壓力，因擔心其病情會為家人和照顧者帶來負擔而傾向選擇自殺³¹。而滑坡效應更是反對者的主要論點，認為醫師協助自殺一旦合法化，即使是在有程序保障的把關下，適用範圍仍會逐漸擴張，甚至會擴張至非自願者，最終會滑坡致極端的生存淘汰，讓「不適生存者」無法繼續存活³²。對此，贊成者的回應，似乎多是基於實證的觀點，主張並無證據顯示弱勢族群有因此受到剝削的狀況。例如一項廣泛針對世界上醫師協助自殺合法國家的調查，顯示弱勢族群接受醫師協助自殺的比率，並未高於一般人口群³³。論者也有主張，根據奧瑞岡州的統計，過去只有極少數的病人請求醫師協助自殺，且有 35% 的病人最後並未真的施用自殺藥物，醫師也並未因有這個選項而怠惰實施安寧緩和醫療措施，可見無明顯產生滑坡的事證³⁴。

反對者的論點，實則也圍繞在病人自主之上，皆在探討弱勢者的自主受到威脅。弱勢者可能會因為資源的不足、社會的期待，因而使其自主權的行使受到限制甚至被扭曲。從女性主義與身心障礙者這類反應弱勢族群的觀點，都可以看到自主權相關的討論。例如身心障礙者的觀點，對於醫療體系、法院、社會甚至家庭的決定機制缺乏信賴，認為她們的經驗跟福祉不會受到正視，餘命也常被低估³⁵；然而，身心障礙者權也非完全反對有醫師協助自殺的選項³⁶，而是擔心其自主的行使缺乏自由及尊重的環境。女性主義者也有指出，女性較被期待以自殺解決問題³⁷，也因為處於性暴力的威脅下，女性較可能因受害而產生自殺傾向，再加上醫療資源存在性別落差，醫師協助自殺合法化會讓許多女

²⁹ *Id.* at *848.

³⁰ Haider Javed Warraich, *On Assisted Suicide, Going Beyond 'Do No Harm,'* NY TIMES (Nov. 4, 2016), <https://www.nytimes.com/2016/11/05/opinion/on-assisted-suicide-going-beyond-do-no-harm.html? r=0>.

³¹ *Supra* note 28, at *859-60.

³² *Id.* at *860.

³³ *See generally* Ezekiel J. Emanuel et al., *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*, 316(1) JAMA 79-90 (2016).

³⁴ Warraich, *supra* note 30.

³⁵ Mary Crossley, *Ending-Life Decisions: Some Disability Perspectives*, 33 GA. ST. U. L. REV. 893, 897 (2017).

³⁶ *Id.* at 909.

³⁷ Wolf, *supra* note 6, at 291.

性走向死亡³⁸。但女性主義者也非全然排斥醫師協助自殺的選項，只是她們認為，應該要正視女性的安全、醫療以及來自父權體系的壓迫，讓女性能夠不必走上自殺之路³⁹，主要的訴求是讓女性有更多的選擇。

生命倫理與醫療倫理常將自主視為首要，自主被定義為單憑個人一己之利益與價值做決定，獨立且免於受他人干預；然而論者 Megan S. Wright 指出，在臨終醫療決定的情況下，實證顯示個人的決定深受他人的影響、考慮他人感受的因素居要，也就是事實上個人的自主是在人際關係（relational）的網絡下行使⁴⁰。再者，前述弱勢族群保護的觀點，也呈現了自主的條件，即處於弱勢地位者囿於社會的歧視、資源的缺乏，而使其難以真正的自主。醫師協助自殺作為體現生命自主的選項，然而該選項的風險，也在於接受協助自殺的病人並非真的自主。以下將就比較法上關於醫師協助自殺判決進行分析，並從法院的論理中，試圖進一步勾勒生命自主權的面貌，主張自主並非是單一、獨立的，而須繫於人際關係及脈絡。

參. 美國法重要判決

一. 接受醫師協助自殺並非美國憲法保障的基本性權利

美國憲法增修條文第 14 條第 1 項規定：「...無論何州，不得制定或執行損害美國公民特權或豁免權之法律；亦不得未經正當法律程序使任何人喪失其生命、自由或財產；並不得否定管轄區內任何人法律上平等保護之權利。」憲法增修條文第 5 條亦有適用於聯邦政府之正當法律程序條款。美國憲法上的正當法律程序，又可分為實質的正當法律程序（substantive due process）與程序的正當法律程序（procedural due process），前者是指國家剝奪或限制人民的生命、身體及財產，須具備適當的理由，亦即國家的行為須有充足的正當化事由⁴¹。這也涉及究竟限制之人民權利，是否屬於基本性權利（fundamental rights），若是，則司法審查係採取嚴格審查標準⁴²。

美國法上死亡的權利運動，與婦女支持墮胎的倡議具有相似性，皆在處理

³⁸ *Is Physician-Assisted Suicide a Feminist Issue?* LADY SCIENCE (2019), <https://www.ladyscience.com/ideas/physician-assisted-suicide-feminist-issue>.

³⁹ *Id.*

⁴⁰ Megan S. Wright, *End of Life and Autonomy: The Case for Relational Nudges in End-of-Life Decision-Making Law and Policy*, 77 MD. L. REV. 1062, 1066 (2018).

⁴¹ ERWIN CHEMERINSKY, *CONSTITUTIONAL LAW: PRINCIPLES AND POLICIES* 558 (4th ed. 2014).

⁴² *Id.*

個人自由決定權與生命的神聖性之間的衝突⁴³，兩者也皆將法院作為重要的戰場。在司法審查中，爭議的一項重點在於：究竟死亡或者墮胎的權利，是否為基本性權利？在墮胎權利方面，1973年 *Roe v. Wade*⁴⁴肯認基於憲法增修條文第14條所保障個人自由下的隱私權，包括婦女選擇是否墮胎的決定；其後1992年 *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey* 中，法院也提到個人有權「定義自己存在的概念...以及人類生命的奧秘（the mystery of human life）」，是為個人自由的核心⁴⁵，足見美國最高法院對於墮胎權利作為基本性權利的肯認。而在死亡權利上，*Cruzan* 案中美國最高法院肯認本件因車禍處於昏迷不醒而必須仰賴人工餵養維生的病人 Nancy Cruzan，憲法保障其有「免於不欲的人工餵養的基本性權利，且該權利高於其他州政府的利益」⁴⁶，亦承認拒絕維生醫療屬於基本性權利之範疇。

然而1997年美國最高法院作成兩個關於禁止醫師協助自殺的重要判決，卻不認為接受醫師協助自殺為憲法所保障的基本性權利，而肯認州政府有權限制之。

（一） Washington v. Glucksberg

本案是由於幾位執業醫師、重大傷病的病人，以及推動醫師協助自殺的非政府組織「恩慈死亡」（Compassion in Dying）所共同提出之訴訟，主張華盛頓州法 Wash Rev. Code 9A.36.060(1)違憲，該條規定：「明知會造成或者幫助他人意圖自殺，而促進他人自殺的意圖，是為犯罪。」且該條為重罪，將處五年以下有期徒刑及最高10,000美元罰金。然而在此同時，華盛頓州亦有自然死法（Natural Death Act）規定：若依病人的指示而不實施或撤除維生設施，則非自殺⁴⁷。本件原告等主張，憲法第14增修條文所保障之自由權，亦應該包括心智健全且處於末期的成年病人，有個人權利選擇醫師協助自殺⁴⁸。地方法院及上訴法院之第九巡迴法院，皆肯認原告等的主張，其中第九巡迴法院更指出：憲法保障正當法律程序下的自由利益，包括個人有控制自己死亡的時間以及方式的權利，亦即憲法上承認有「死亡的權利」⁴⁹。然而最高法院在本案中以9:0推翻下級法院的見解，並由 Rehnquist 大法官執筆多數意見。

1. 實質正當法律程序下基本性權利的判斷

在檢視憲法第14增修條文的實質正當法律程序內涵時，法院通常採取兩種

⁴³ *Supra* note 28, at *1207.

⁴⁴ 410 U.S. 113 (1973).

⁴⁵ 505 U.S. 833, 815 (1992).

⁴⁶ *Supra* note 28, at *1406.

⁴⁷ *Wash. v. Glucksberg*, 521 U.S. 702, 706-708 (1997).

⁴⁸ *Id.* at 708.

⁴⁹ *Id.* at 708-709.

分析方式：其一為是否保護了「深植於這個國家的歷史及傳統」以「是否於良序的（ordered）自由所隱含」，且此權利「若被犧牲則自由與正義皆無法存續」；其二，實質正當法律程序的案例，法院必須「小心的描述」（careful description）所涉及的基本性自由權⁵⁰。依照前述兩項指標，法院在檢視一項權利是否為實質正當法律程序所保障的自由權，必須要追溯歷史及傳統，以及採取較為謹慎的態度。

首先在歷史及傳統上，多數意見指出加工自殺在美國向來是被禁止的，是國家對於保護及保存人類所為承諾的表現⁵¹。甚者，在過去超過 700 年歷史的安格魯薩克遜普通法傳統中，自殺以及加工自殺都是重罪，自殺者的財產也會被沒收；美國殖民地時期也承襲前述的普通法傳統，其後雖對於普通法上的嚴懲有所放寬，但對於自殺是嚴重的錯誤一事並無改變，州法與法院也仍持續處罰加工自殺⁵²。多數意見也注意到禁止自殺的傳統有所變遷，有鑒於醫療技術的進步，美國人的死亡逐漸成為以慢性病為死因、在機構中死亡為大宗，公眾與民主程序逐漸將焦點放在保障生命末期的尊嚴與獨立，也因此州法上有允許拒絕或撤除維生醫療、允許預立醫囑及代理決定等規範的出現⁵³。而加工自殺禁令雖有被挑戰，但也一再的受到公民與立法者的肯認，例如在華盛頓州 1991 年有醫師協助自殺合法化的公投案，但最終未獲通過，而其後在該州的自然死法上，更是增加明文禁止醫師協助自殺的條文⁵⁴。

另外在法院「小心的描述」上，多數意見也重申法院在實質正當法律程序上的謹慎態度。例如 *Cruzan* 案雖然常被稱為是肯認「死亡的權利」的案例，但更精確而言，實際上是指憲法保障具有完整意思能力者有拒絕維生飲水及營養的權利。而相較之下，本案爭點為正當法律程序下的自由權，是否包括自殺且得到協助的權利⁵⁵。而根據前述關於美國傳統上反自殺的回顧，若要採取原告等的見解，則無異要求法院推翻幾個世紀以來的法律規範及實踐，或者是推翻多數州所肯認的公共政策⁵⁶。

又本件原告等亦主張，渠等所主張的自由權，與判決先例中的實質正當法律程序相符合，並特別舉出在 *Casey* 和 *Cruzan* 案中，得以反映一項普遍的「自治」（self-sovereignty）傳統，以及在正當法律程序下的自由應該包括「基礎的、親密個人自主權行使」，依此自由的法理，應保障有思想能力的末期成人，有自由作出臨終決定的權利，而免於政府的干預⁵⁷。然而多數意見不採此原告

⁵⁰ *Id.* at 720-21.

⁵¹ *Id.* at 710.

⁵² *Id.* at 711-16.

⁵³ *Id.* at 716.

⁵⁴ *Id.* at 716-717.

⁵⁵ *Id.* at 722-23.

⁵⁶ *Id.* at 723.

⁵⁷ *Id.* at 723-24.

等之主張，認為：*Cruzan* 案所保障的拒絕醫療權利，係因普通法上強制醫療是一種虐待，且有保護拒絕不欲醫療的傳統；又在 *Casey* 案中，雖然墮胎的決定可能是源自於個人的良心與信仰，但正當法律程序下的個人自主，並非一律保障所有重要、親密、個人的決定⁵⁸。

2. 系爭禁止醫師協助自殺規定所追求政府利益

基於以上理由，多數意見認為，醫師協助自殺的權利並非實質正當法律程序條款所保障的基本性權利。系爭華盛頓州法對於此權利加以限制，法院採取較為寬鬆的審查標準，審查系爭規定與正當的政府利益（*legitimate governmental interest*）是否具有合理關聯性，多數意見在此採取肯定的見解⁵⁹。多數意見指出協助自殺的禁令，在於追求下列幾項重要的政府利益。

其一，華盛頓州在保障人類生命的至高利益（*unqualified interest*），禁止加工自殺如同禁止殺人一般，皆是在保障生命的神聖性⁶⁰。上訴法院雖認為，生命利益的保障應視當事人健康狀況及意願來進行衡量；但州政府拒絕採取這樣浮動的標準，認為所有人的生命，從出生到死亡、不論其生理心理狀態為何，皆應受到法律的保障，且州政府也不應該對於特定個人所享有的生命品質（*quality of life*）作出判斷⁶¹。

其二，政府有避免人民自殺的利益。多數意見指出，若將醫師協助自殺合法化，將會使得州政府更難保護遭受憂鬱、心理疾病者，以及遭受無法治癒的疼痛者免於自殺，因為研究顯示許多病人若其憂鬱和痛苦受到治療，則他們會願意撤回醫師協助自殺的申請，然而由於憂鬱本身就不容易被診斷出來，醫事人員往往難以給予末期病人的憂鬱適時的應對。醫師協助自殺合法化，將會使得州政府更難保護人民免於自殺⁶²。

其三，州政府有保障醫療倫理的利益，若允許醫師協助自殺，將會模糊了治療與傷害的界線，因而減損醫病關係之間所不可或缺的信賴⁶³。

其四，州政府有保障弱勢族群—包括貧窮者、老人、身心障礙者—免於虐待、忽視以及錯誤的權利。多數意見引用紐約衛生局的見解，擔憂醫師協助自殺合法化，對於社會中許多因為貧窮、缺乏好的醫療照顧、高齡、身為受歧視族群而自主及生存減損者，會產生特別高的風險，這些弱勢的族群可能會尋求

⁵⁸ *Id.* at 724-727.

⁵⁹ *Id.* at 728.

⁶⁰ *Id.* at 728-29.

⁶¹ *Id.* at 729.

⁶² *Id.* at 730-31.

⁶³ *Id.* at 731.

醫師協助自殺，以解除對其家人生命末期健康的嚴重經濟負擔⁶⁴。更有甚者，州政府也保護身心障礙者及末期病人免於偏見或不正確的刻板印象，禁止醫師協助自殺宣示了末期、身心障礙、老年的生命皆與年輕、健康的生命等值，因此一位嚴重失能者的自殺意圖，應該與其他人任何人的自殺意圖等量觀之⁶⁵。

其五，州政府也擔憂若允許協助自殺，將會形同開放自願性甚至非自願性安樂死。在某些情況下病人無法自行施用藥物時，勢必須由醫師代為實施，甚至是家人或親友也參與了這個自殺的過程，這也將會使得醫師協助自殺不僅是有限的權利，而難以對此警戒，或對更廣泛的授權進行限縮⁶⁶。且觀安樂死合法化的荷蘭，政府一項研究顯示 1990 年的安樂死案件中，有超過 1,000 件沒有明確的申請提出，另外有 4,941 件是醫師在未經病人明示的同意下施打過量嗎啡致死，可見荷蘭的安樂死並非僅用於有完全意思能力、末期且遭受重大身體痛苦的成人，也可能是用於弱勢族群，像是嚴重身心障礙的新生兒、失智的老人等，而管制並不一定能夠杜絕濫權。多數意見因此認為，華盛頓州禁止（而非僅限制）協助自殺的規定，是合理的控管風險⁶⁷。

多數意見因此認為，系爭華盛頓州法禁止加工自殺，與憲法增修條文第 14 條並無相違，對於有完全意思能力成人的末期病人有意尋求醫師給予加速死亡的藥物者，也並未造成適用上的違憲⁶⁸。但最後多數意見也提及，本案判決的結果，在於容許民主社會中關於此議題的討論繼續進行⁶⁹。

Souter 大法官的協同意見，也對於系爭規定所追求政府利益進行闡述。氏認為最關鍵性的政府利益，係在保障末期病人免於非自願的自殺或（由別人實施的，不論自願或非自願的）安樂死⁷⁰。州政府的主張，主要是擔憂解除禁令會產生漸進（*progression*）的效果，使得生病與死亡之間界線模糊，使得醫師甚至他人最終可能超脫原本有限的權限而濫用協助自殺⁷¹。Souter 大法官也指出，滑坡效應不僅存在於正當法律程序的範疇可能持續擴張（法院一但肯認包括醫師協助自殺，將來便須持續擴張正當法律程序的內涵），也在於病人本人是否為自願不容易判斷，以及作為守門員的醫師，可能基於恩慈或者經濟誘因而無法堅守界限⁷²。再者，即便州法對於醫師協助自殺有制定嚴謹的程序，例如需要兩名醫師確診、要求申請人於各重要時點提出經過兩名見證人確認之申請、有通報及處罰強迫加工自殺的刑責等，然而究竟這些程序機制是否有效，

⁶⁴ *Id.* at 731-32.

⁶⁵ *Id.* at 732.

⁶⁶ *Id.* at 732-33.

⁶⁷ *Id.* at 734-35.

⁶⁸ *Id.* at 735

⁶⁹ *Id.*

⁷⁰ *Id.* at 782.

⁷¹ *Id.* at 783.

⁷² *Id.* at 783-85.

Souter 大法官認為參照荷蘭的經驗仍有爭議，並且認為應該將這個問題留予立法者來做決定，因為立法者有較高發現事實的能力及決策的彈性⁷³。

由前述論述可知，美國最高法院透過區別判決先例對於身體及生命自主權的範圍，認為由醫師協助自殺非屬於憲法增修條文第 14 條實質正當法律程序所保障自由權下的基本性權利。論者在實質正當法律程序範疇的討論中，許多提到 *Glucksberg* 案對於實質正當法律的解釋過於狹隘，而認為醫師協助自殺權應該比照墮胎、同性性行為、同性婚姻，皆為一個人對於生命及身體自主的核心，應被認定為是基本性權利⁷⁴。惟依照本案見解，可見憲法上對於保障基本性的自由權—或稱自主—尚未擴張至醫師協助自殺的權利。若觀本案所肯認系爭規定追求的政府利益，尤其是本案著墨最深的保障弱勢族群及滑坡效應，則將重點擺在保護難以行使自主權的族群，或者擔心病人接受醫師協助自殺的決定，不是真正的自主。

（二） *Vacco v. Quill*

與 *Glucksberg* 案同時，最高法院在另一案件中，亦認為憲法未保障人民有醫師協助自殺的權利。紐約州如同多數州一般，協助自殺或者協助意圖自殺都是犯罪，但病人有拒絕治療的權利⁷⁵。原告等是幾名醫師，認為完全意思能力的末期病人若遭受重大痛苦請求醫師協助結束其生命，對這些病人施以靜脈注射的藥物，與醫學倫理並無不符，但由於紐約州法的禁令使其無法作為，因而與幾位嚴重的末期病人提起本案訴訟，主張紐約州禁止協助自殺違反憲法增修條文第 14 條之平等保障條款，因為州法既然容許有意思能力者拒絕維生醫療，但卻禁止「本質上相同」的醫師協助自殺⁷⁶。本案一審法院雖然駁回原告之訴，但上訴法院之第二巡迴法院卻廢棄一審判決，認為紐約州法確實有差別待遇，對於那些使用維生醫療的病人容許撤除以加速死亡，但對於其他處於同樣處境的病人，卻不容許以自行施打藥物的方式加速死亡，且這樣的差別待遇與正當的國家利益不具有合理關聯性，因而違憲⁷⁷。最高法院受理此案，並且廢棄下級法院的判決，多數意見亦由 *Rehnquist* 大法官主筆。

多數意見首先指出，平等保障條款係要求各州不得不給予任何人在法域內平等的法律保障，該條並未創設任何實質的權利，若立法上的差別待遇未限制人民的基本性權利，也未針對嫌疑分類，則法院採取合理審查標準，即手段與

⁷³ *Id.* at 786-88.

⁷⁴ 參見後述「伍、一」部分。

⁷⁵ *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793, 796-97 (1997).

⁷⁶ *Id.* at 797-98.

⁷⁷ *Id.* at 798-99.

正當的目的間有合理關聯性⁷⁸。紐約州法禁止協助自殺，且對於所有的紐約州人民一體適用，未涉及基本性權利或嫌疑分類，故這樣的規定被強力推定為合憲。而不論是紐約州法上限制加工自殺或者允許病人拒絕醫療的規定，都並未對於人民進行分類以差別對待，與平等保障條款並無相違⁷⁹。

多數意見認為，加工自殺與撤除維生醫療應有所區別，此區別不僅為醫療專業、法律傳統普遍肯認，在法律上也有重要意義：首先在因果關係上，拒絕維生醫療致死的原因是病人本身的疾病，但醫師協助自殺的死因是來自醫師的藥物。再從意圖上觀之，醫師撤除或終止對病人的治療，其意圖在於尊重病人的意願，不再繼續提供無益於病人的無效醫療，縱使醫師是積極給予安寧緩和治療，所用藥物會加速病人的死亡，則醫師的意圖僅是減緩病人的疼痛；然而在醫師協助自殺的情況，其意圖在於結束病人的生命。是以，多數法院以及州立法，都會認為撤除或終止醫療與協助加工自殺並不相同⁸⁰。

多數意見也提及，最高法院的見解向來區分「任由」病人死亡以及「造成」病人死亡。*Cruzan* 法院肯認「依據判決先例，可導出憲法上的自由權，保障有思想能力的個人能夠拒絕不想要的醫療」，但這係源自傳統上的身體自主權、免於不欲的身體觸碰的權利，而非上訴法院所稱有一個普遍、抽象的「加速死亡的權利」；再加上各州多數對加工自殺皆處以刑罰，亦可證 *Cruzan* 案並未提供任何足以證立加工自殺與拒絕維生醫療為相同的依據⁸¹。多數意見認為，紐約州法對於兩者間的區別，係屬合理且與憲法相符⁸²。

本案理由是從醫師不提供或撤除醫療維生措施，與醫師協助加工自殺間的差異來加以論述，然而此與加拿大最高法院之判決在論理上有相當的落差。再者，多數意見與 *Glucksberg* 案的論理一致，即基於普通法上的傳統，將憲法所保障的自主權劃定於身體免受侵擾的自主權，而並未進一步擴張至結束生命的自主權。

二. 回歸各州立法決定及司法權採尊重態度

(一) 各州立法趨勢

前述兩項美國最高法院的案件，雖然認為憲法上並未保障接受醫師協助自

⁷⁸ *Id.* at 799.

⁷⁹ *Id.* at 799-800.

⁸⁰ *Id.* at 800-804.

⁸¹ *Id.* at 807.

⁸² *Id.* at 807-808.

殺的權利，但 *Glucksberg* 案亦指出，此議題應容留民主程序討論決定，亦即肯認各州立法的決定，包括經由州立法將醫師協助自殺合法化的空間。小布希總統任內，於 2001 年曾試圖透過聯邦法 *Controlled Substances Act* (CSA) 解釋的方式，解釋該法禁止的範圍包括醫師提供與病人協助加工自殺的藥物，以達到事實上廢止各州尊嚴死法的效果；奧瑞岡州政府則主張，聯邦政府並無透過解釋 CSA 的方式來禁止該州尊嚴死法施行的權限。其後美國最高法院於 2006 年做成 *Gonzales v. Oregon*，認為 CSA 並未授與聯邦政府管制各州醫療實踐的權限，進而肯認了奧瑞岡州尊嚴死法的效力⁸³。至此，已經確立了醫師協助自殺雖非憲法上所保障之權利，係屬為各州權限自訂之範圍。

在各州立法上，繼 1997 年奧瑞岡州尊嚴死法以後，其後第二個合法化的是 2008 年的華盛頓州⁸⁴。2010 年代又迎來一波州法將醫師協助自殺合法化的熱潮，數個州陸續以奧瑞岡州為藍本，將醫師協助自殺合法化，截至 2020 年 10 月底最新者為 2019 年 9 月緬因州立法生效，是為美國第 9 個合法化的法域，另外尚有新墨西哥係透過法院解釋承認醫師協助自殺⁸⁵。根據蓋洛普 2018 年民調顯示，72% 美國人認為對於不可治癒的病人，法律應該容許醫師在病人或家屬的請求下，提供無痛苦 (painless) 的方式結束生命；而更直接問到是否應該容許醫師協助有重大病痛無法治癒的病人自殺時，受訪者有 65% 持肯定態度，相較於 2013 年的 51%，明顯提升了 10 個百分點⁸⁶。

在合法的州內，法定醫師協助自殺的要件大致有共通性：以病人的資格而言，病人必須年滿 18 歲，具有決定的能力，能夠自主進行注射或服藥，且為餘命不超過 6 個月的末期病患。在醫師的進行方式上，醫師必須確認病人是否符合資格，必須告知風險、利益和其他替代方式，以及確認病人的請求是確定且出於自願，而若醫師懷疑病人的判斷有瑕疵，則應該將病人轉介於進行心理健康評估。在醫師確立病人符合條件後，便開立處方箋，使病人能夠取得藥物，由病人自行注射，最後邁入死亡的步驟是由病人自己進行⁸⁷。這類立法透過試圖透過程序機制，確保病人在符合一定醫療條件，且是自願、知情且明確的決定。

⁸³ 546 U.S. 243 (2006).

⁸⁴ Death with Dignity Acts, <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/> (last visited Nov. 13, 2020).

⁸⁵ *Id.*

⁸⁶ Megan Brenan, *Americans' Strong Support for Euthanasia Persists*, GALLUP (May 31, 2018), <https://news.gallup.com/poll/235145/americans-strong-support-euthanasia-persists.aspx>.

⁸⁷ Thaddeus Mason Pope, *Legal History of Medical Aid in Dying: Physician Assisted Death in U.S. Courts and Legislatures*, 48 N.M. L. REV. 267, 271 (2018).

（二） 州法院相關判決

美國最高法院採取尊重各州的權限，而在各州法院中，仍持續有案件審視醫師協助自殺規範的合憲性。

1. *Baxter v. Montana*：透過司法解釋肯認醫師協助自殺合法性

本件原告 Robert Baxter 是患有慢性淋巴性白血病的末期病人，其雖有接受化療，但由於多重衰竭的症狀，使病人遭巨大的痛苦，且化療亦逐漸去效用，一無其他有效的治療方法，故期望能獲得醫師處方給予的靜脈注射藥物，使其能於所期望的時間注射。Baxter 與其他 4 位醫師、推動醫師協助加工自殺的非政府組織「恩慈及選擇」(Compassion & Choice) 提起本案之訴，挑戰州法上將殺人罪適用於醫師協助有完全意思能力之末期病人加工自殺之合憲性，主張在州憲法第 2 條第 4 項及第 10 項保障個人尊嚴及隱私之規定下，病人應有尊嚴死亡 (a right to die with dignity) 的權利⁸⁸。下級法院亦肯認原告等之主張⁸⁹。

蒙大拿州最高法院在本案中肯認醫師協助自殺的合法性，但迴避進行憲法層次的合憲性審查，而是透過法律層次的解釋來論證。法院認為，由於兩造都不爭執州法上將被害人同意作為殺人阻卻違法的事由，因此本案須審查：其一，是否醫師協助自殺，也能適用被害人同意而阻卻違法事由；其二，州法規定，若允許系爭行為或行為造成的危害屬於「違反公共政策」(against public policy)，則此時被害人同意無法作為阻卻違法的事由，本案是否有此狀況⁹⁰。對於第一個問題，法院肯認醫師協助有完全意思能力、末期的成人病人自殺，符合被害人同意的要件⁹¹，故爭點應在是否有違反公共政策。

在判決先例上違反公共政策的案例，多是指行為係對他人為暴力、明顯有侵略性，且具有破壞和平的性質。然而，醫師協助自殺僅是提供病人選項，透過醫病共同協商使病人能夠取得控制自己死亡的方式，至於病人其後個人選擇施打藥物與否，並未破壞公眾和平或者危及他人⁹²。

又從州法上來探究立法者價值，醫師協助自殺亦不屬於立法者所認定的違反公序良俗。首先在州的刑法上，殺人罪僅限於殺害「他人」而不包括殺害自己，刑法上也未處罰自殺，故病人從醫師那裡得到藥物並自行決定要施打，無從認為是違反公共政策⁹³。

⁸⁸ *Baxter v. State*, 2009 MT 499, *P5-6.

⁸⁹ *Id.* at *P7.

⁹⁰ *Id.* at *P10-12.

⁹¹ *Id.* at *P13.

⁹² *Id.* at *P23.

⁹³ *Id.* at *P26.

值得注意的是，法院在比較醫師協助自殺與病人拒絕醫療兩者的異同時，也提出了與最高法院 *Quill* 案不同的觀點。根據蒙大拿末期病人權利法（*Montana Rights of the Terminally Ill Act*，下稱末期病人法），該立法旨在保障病人臨終自主，並且確保病人結束生命的意願得到尊重及確實執行，即便這樣的病人權利需要醫師的直接參與，像是撤除或不實施維生醫療⁹⁴。末期病人法豁免醫師依據病人意願而撤除或不實施維生醫療的民刑事責任，既然在醫師直接介入、促使病人加速死亡的情況已為該法所容許，則在醫師僅是提供藥物、介入程度較低的加工自殺，更不可能是違反公共政策⁹⁵。又末期病人法有提及並未授權或容許安樂死（*mercy killing or euthanasia*），但是醫師協助自殺並不屬於此被類被禁止的項目，法院認為安樂死在此係指對於無法治癒或者遭受痛苦的病人，基於恩慈目的致其於死的行為，非以病人同意為要件，不包括病人自主決定要施打藥物死亡的情況⁹⁶。總而言之，末期病人法旨在尊重病人於面對不可治癒疾病時的自主意願，也保障醫師依其法律上義務尊重病人意願的行為，既然醫師直接參與病人死亡的行為（拔管、不施予維生醫療或藥物）為該法所保護，則醫師協助自殺時，病人的死亡是發生在自己手上，從保障末期病人臨終醫療自決權的觀點，自難以認為醫師協助自殺與公共政策相違背⁹⁷。相較於 *Quill* 案中美國最高法院站在區分「任由」或「造成」病人死亡的觀點，*Baxter* 法院反而是認為，醫師在協助自殺過程中對於死亡的參與程度較低，病人須自行施打藥物，反而有更強的病人自主。

本案由 *Patricia C. Cotter* 法官提出的協同意見，則認為應該正面進行憲法層次的論述，且特別強調憲法上對於人性尊嚴的保障。*Cotter* 法官指出，我們都畏懼讓同胞被迫遭受因不可治癒疾病的死亡所帶來的羞辱及退化，其並引用原告 *Baxter* 的陳述，提及縱使有安寧緩和醫療，也不願意承受因為重病失去意識、必須依賴他人而無法自理、讓家人處於等待自己死亡的緊張及痛苦過程中，故認為對於有完全意思能力、處於末期的成人，應該尊重其保有尊嚴的權利⁹⁸。*Cotter* 法官認為，人性尊嚴是憲法上不可剝奪的權利，並駁斥以保障弱勢族群為由而限制人性尊嚴，因為醫師協助加工自殺僅限於心智健全者，而州憲法的人性尊嚴條款，不會容許基於政治意識型態、宗教信仰或者父權主義的倫理觀，而迫使一位心智健全的末期病人遭受悲慘、非人道、羞辱以及冗長的死亡過程⁹⁹。

Jim Rice 法官的不同意見則是認為，應該回歸民主程序討論，而非由司法解釋決定。蒙大拿州的州民應該透過民主程序，對於何為公共政策進行辯論，而

⁹⁴ *Id.* at *P27-30.

⁹⁵ *Id.* at *P32-33.

⁹⁶ *Id.* at *P36.

⁹⁷ *Id.* at *P38.

⁹⁸ *Id.* at *P89-90.

⁹⁹ *Id.* at *P93-94.

事實上州議會已有蒙大拿尊嚴死法草案正在審議當中。州法中禁止加工自殺，認為加工自殺是一種將生命價值貶低的行為，這樣的公共政策在未經民主程序改變時，法院便應該遵守，其擅自變更並缺乏道德依據¹⁰⁰。

2. Morris v. Brandenburg：遵循 Glucksberg 原則

本案否定醫師協助自殺為州憲法所保障，且採取與美國最高法院在 *Glucksberg* 案中相同見解。原告 Aja Riggs 是一位罹患子宮頸癌的女性，因癌症移轉而接受化療及放射治療皆效果不彰，且治療過程遭受嚴重的疼痛以及疲勞，並且開始擔心自己將來會失能以及失去意識，因此追求能獲得「更和平的死法」，希望能夠接受如同奧瑞岡等州所允許的醫師協助自殺¹⁰¹。Riggs 與幾位醫師提起本案之訴，主張法院須確認：（1）新墨西哥州刑法 Sec. 30-2-4 禁止加工自殺，並不適用於醫師協助自殺；或者（2）即便州的刑法適用於醫師協助自殺，依據州憲法此法律適用應為無效。地方法院認為刑法加工自殺罪適用於醫師協助自殺，但如此法律適用違反州憲法保障人民生命、自由及追求和取得幸福的權利，以及實質正當法律程序，並採取嚴格審查標準¹⁰²；而上訴法院亦肯認刑法的適用，但認為人民接受醫師協助自殺並不涉及墨西哥州憲法上所保障的基本自由，也不應採嚴格審查標準，故廢棄地方法院認定違憲的判決¹⁰³。

本案多數意見分別審查原告等的兩個主張。其一，多數意見肯認州刑法 S3ec. 30-2-4 加工自殺罪，適用於醫師協助自殺。多數意見指出，加工自殺罪係指「意圖協助他人奪取他人自己的生命」，從文義解釋上看來應該包括醫師協助自殺；又原告等雖提及 *Baxter* 案，但該案是在解釋蒙大拿州州法上的被害人同意作為阻卻違法事由，與本案爭點並不相同¹⁰⁴。

其二則是針對原告等在憲法層次的主張。墨西哥州憲法第 2 條第 18 項與美國憲法增修條文第 14 條正當法律程序的內容相同，故應該先探求原告的主張是否在美國憲法下得到保障，若是，則不需要考慮州憲法；若否，則應該探究美國憲法是否有所缺漏，以及州憲法是否應該採取與美國憲法之判決先例不同的立場而加以補充¹⁰⁵。多數意見首先審視美國最高法院在 *Glucksberg* 案的論理，並認為美國最高法院之見解並無疏漏，尤其贊同 *Glucksberg* 案中所揭示的幾個應受保護的國家利益：保障醫療專業的誠信及倫理，保障弱勢族群免於虐待、忽視或錯誤，避免使得自願或非自願的安樂死也成為一種權利¹⁰⁶。再者，原告

¹⁰⁰ *Id.* at *P118.

¹⁰¹ *Morris v. Brandenburg*, 2016-NMSC-027, *3-5.

¹⁰² *Id.* at *12.

¹⁰³ *Id.* at *13.

¹⁰⁴ *Id.* at *14-16.

¹⁰⁵ *Id.* at *19.

¹⁰⁶ *Id.* at *34.

等也主張州憲法應有別於美國憲法而進一步保障醫師協助自殺，墨西哥州長期以來有尊重病人臨終自主及尊嚴的傳統，包括墨西哥州是第一個採用統一醫療決定法（Uniform Health-Care Decisions Act，UHDA），病人依據該法有預立醫療決定以拒絕醫療的權利，同時也立有疼痛終止法（Pain Relief Act）以保障病人取得止痛藥的權利，即便止痛藥可能會導致病人死亡¹⁰⁷。然而多數意見指出，UHDA 明文排除醫師協助自殺，且 UHDA 及疼痛終止法對於病人的臨終自主權行使皆設有諸多保障的機制，也顯示在與病人尊嚴與自主核心價值的同時，州法意識到臨終醫療決定在本質上伴隨著濫用以及受到不正影響的可能性，故法律須積極予以保護，以確保病人的決定是知情且獨立的；且 UHDA 所揭示的病人拒絕醫療的權利，與美國最高法院在 *Cruzan* 案的見解並無不同，無法作為支持有別於美國憲法所保障範圍以外之其他基本權性權利的依據¹⁰⁸。至於原告等主張墨西哥州憲法第 2 條第 4 項的生命、自由、追逐和獲得安全與幸福的權利，多數意見探究此條文之立法歷史及判決先例，認定該條文無法單獨作為基本性權利的依據，而駁斥原告等的主張¹⁰⁹。

既然獲得醫師協助自殺並非基本性權利，故多數意見採取合理審查標準，並且對於刑法禁止加工自殺的合憲性表示肯認¹¹⁰。多數意見也指出，州法長期以來反對自殺，UHDA 和終止疼痛法例外，而究竟哪些例外是合適的，應該交由立法而非司法判斷¹¹¹。另外，針對原告等指出 *Glucksberg* 案中，1997 年當時美國最高法院並無足夠關於醫師協助自殺的事證得據以判斷，多數意見則認為，UHDA 最後一次修正的時點為 2015 年，這也顯示 *Glucksberg* 案的論理直到近 20 年後的今天仍依然適用¹¹²。本案法院採取的見解與 *Glucksberg* 案相同，即仍將病人自主的範圍停留在拒絕醫療並謹守與醫師協助自殺之界線，而並未將病人自主的範圍推進到死亡的自主權。

3. *Becerra v. Superior Court*：肯認醫師協助自殺立法之合憲性

本案係針對加州臨終選擇法（End of Life Option Act，EOLOA）之效力，多數意見最終係以程序駁回原告等之訴，肯認立法者透過 EOLOA 將醫師協助自殺合法化之決定。

EOLOA 之立法，可追溯自 2014 年加州 29 歲的女性 Britney Maynard 被診斷為腦癌，預計餘命不到 6 個月，她主張到奧瑞岡州接受尊嚴死才是對自己與家人最佳選擇，並與推動尊嚴死的團體「恩慈與選擇」合作，其訴求受到公眾關

¹⁰⁷ *Id.* at *35.

¹⁰⁸ *Id.* at *36.

¹⁰⁹ *Id.* at *51.

¹¹⁰ *Id.* at *52.

¹¹¹ *Id.* at *56.

¹¹² *Id.* at *57.

注，並且成為加州立法合法化的主要推力¹¹³。2015年6月加州州長聲明召開立法的特別會期，以訂立「有助於提升醫療體系有效及效率；減少醫療服務支出；以及提升州民健康」的立法，其後於同年9月通過 EOLOA，允許病人在符合醫師確診為末期病症等實體及程序要件下，可以取得「協助自殺藥物」(aid-in-dying drug)，病人可以自行決定是否使用藥物。該法也規定，醫師若是依據該法給付藥物，得以免除所有法律上的責任；同樣的，若醫師拒絕參與這類的醫療行為，亦不會有責任¹¹⁴。

本案是由幾位醫師及促進醫療專業標準的專業組織提出，主張 EOLOA 違反正當法律程序、平等權，以及加州憲法上對於特別會期立法範圍之限制¹¹⁵。原告等起訴之原因，係為保護末期病人免於被加工自殺或者教唆自殺，免於受到較差的醫療，以及免於憂鬱及生理狀況未受到救治而導致自殺的狀況，另也主張本訴是為保障醫療倫理專業，以及確保政府政策能夠符合希波克拉底誓詞保護生命的傳統¹¹⁶。然而法院審查的重點，在於究竟原告等是否具有當事人適格？原告等主張雖其自身的權利並未受到傷害，而是為具有密切關係的第三人（病人）提起訴訟，且第三人有因為身患末期疾病而難以自行提起訴訟情事¹¹⁷。一審法院准予原告之訴，但本件上訴法院認為原告等醫師與病人並無相同的利害，因為不欲開立藥物的醫師，與希望取得藥物的病人利害並不一致¹¹⁸；再者，醫師縱使拒絕參與，EOLOA 也給予免責，該法也並未強制醫師必須提供病人協助自殺資訊的義務，醫師若不予有意願之病人轉介也不會受到裁罰¹¹⁹。是以，上訴法院認當事人不適格而予以駁回，原告等上訴加州最高法院後仍被駁回¹²⁰。

本案多數意見因此並未探究 EOLOA 本身的合憲性。而在 Slough 法官所提出的部分不同、部分協同意見中，則認為原告具有當事人適格¹²¹，但 EOLOA 立法並無逾越立法特別會期的權限範圍¹²²，其中也提及醫師協助自殺開放與否的問題，應非是由司法解決的問題¹²³，似與過去最高法院以及他州的判決先例採取同樣的觀點，即尊重政治部門在此議題上之決定。

¹¹³ *Brittany Maynard's Legacy, Five Years On*, DEATH WITH DIGNITY (Nov. 1, 2019), <https://www.deathwithdignity.org/news/2019/11/brittany-maynards-legacy-five-years-on/>.

¹¹⁴ *Becerra v. Superior Court*, 29 Cal. App. 5th 486, 490-91 (2018).

¹¹⁵ *Id.* at 491.

¹¹⁶ *Id.* at 494-95.

¹¹⁷ *Id.* at 495.

¹¹⁸ *Id.* at 499-500.

¹¹⁹ *Id.* at 500-503.

¹²⁰ *Ahn v. Becerra*, 2019 Cal. LEXIS 1296.

¹²¹ *Becerra*, 29 Cal. App. 5th at 506-507.

¹²² *Id.* at 534.

¹²³ *Id.* at 538.

(三) 小結

由前述美國各州法院的判決可知，州法院對於此議題的見解雖然分歧，然而與 1997 年美國最高法院 *Glucksberg* 案及 *Quill* 案的一致性，即皆並未肯認接受醫師協助自殺是憲法上的權利。各州法院並未從州憲法上的自由權或人格權出發，將選擇何時、如何結束生命的自主權視為憲法上所保障者。各州法院也仍以尊重立法部門判斷為原則，即便是在 *Baxter* 案中，法院論證的基礎亦是透過探究立法者價值的方式來解釋何為「公共政策」。

肆. 其他比較法上醫師協助自殺合憲性審查之案例

然而，相較於前述美國法院判決未肯認憲法保障以及尊重立法部門的立場，比較法上近期已有幾個重要判決，法院立基於憲法上所保障之權利，宣告禁止醫師協助自殺的法令為違憲。

一. 加拿大最高法院 *Carter v. Canada*：禁止醫師協助自殺是對 於人民自由權及安全權的違憲限制

加拿大刑法第 241 (b) 條規定：協助或教唆他人自殺為犯罪；同法第 14 條則規定，個人不得同意他人加害致死，此二條文解釋下，醫師協助自殺為犯罪。原告等是末期病人、家屬、協助末期病人到瑞士協助自殺診所就診者、協助加工自殺的醫師及民間團體，起訴主張前述刑法規定違憲¹²⁴。加拿大最高法院在本案中宣告系爭刑法規定違憲，認為系爭規定違憲侵害聯邦憲法第 7 條保障人民生命、自由及安全的權利，對於具有完全意思能力的成年人，若 (1) 明確同意終止生命且 (2) 處於重大且無法治癒的醫療狀況 (包括疾病及身心障礙) 且對個人造成難以忍受痛苦，則不禁止其受到醫師協助自殺而死亡¹²⁵。法院採取定期宣告無效之方式，給予 12 個月的緩衝期¹²⁶。法院在本案中，推翻其於 1993 年的判決先例 *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* 宣告全面性禁止醫師協助自殺是合憲的，法院認為不僅在法理上的涵蓋過廣原則、比例原則已經有相當演進，立法與社會事實上也已有不同的事證，足以作為改變判決

¹²⁴ *Carter v. Canada*, [2015] 1 SCR 311, *introduction*, para. 1 (Can.).

¹²⁵ *Id.* at *holdings*, para. 1.

¹²⁶ *Id.*

先例之依據¹²⁷。

加拿大憲法第 7 條的規定：「每個人都有生命、自由及安全之權利，若欲對該權利予以剝奪，則必須符合基本正義原則（the principles of fundamental justice）。」在系爭規定是否涉及人民的生命、自由及安全的權利上，法院認為，生命權並非要求對於協助自殺完全的禁止，或者是要求人民不可拋棄其生命，因為這將會變成「活著的義務」而非生命權，且也會挑戰現行法上所肯認的撤回或拒絕維生醫療的權利¹²⁸。又在自由權與安全權上，此些權利所關注的焦點在於個人的自主及尊嚴，法院認為，一個人如何回應重大且不可回復的醫療狀況，對於其尊嚴及自主至關重要，對於個人涉及身體完整性及醫療的決定進行干預，是為對於自由權的限制；再者，迫使病人必須承受難以忍受的痛苦，也對於其安全權造成侵害¹²⁹。

法院於是進一步探究：究竟對於人民生命、自由及財產的限制，是否符合基本正義原則，亦即並非恣意、涵蓋過廣（overbroad），或者所造成的侵害與所追求的目的顯不符比例¹³⁰。法院首先探究系爭規範的目的，認為目的應為保護弱勢族群於脆弱的時點免於被自殺¹³¹。而就系爭規定與目的之間的關聯，法院認為系爭規定有涵蓋過廣的問題。政府在一審法院中曾自陳並非所有想要自殺者都是弱勢者，另外在屬於弱勢族群的身心障礙者中，也會有對於自己死亡的方式有深思熟慮、理性且堅持的意願者，因此系爭規定所限制者，至少在某些案例裡並非在保障弱勢的族群，故全面性的禁止會包括與其規範目的不相干者¹³²。

再者，在目的與手段是否符合比例的審查上，除政府須有確切且實質的目的以外，且（1）手段需與目的具有合理關聯性，（2）對於系爭權利應屬最小侵害，以及（3）所造成的損害與利益成比例¹³³。下級法院認為，若要證明全面性的禁止醫師協助自殺為必要，則應該要有足夠的證據，顯示醫師無法有效的判斷病人是否有意思能力、自願及意願清楚，或者醫師沒有踐行法院的告知同意程序，或者有病人被濫行自殺的案例，或者是有滑坡效應造成的任意終止生命，下級法院認為政府皆無法舉證，且在有資格且有經驗醫師的把關下，應能夠適當的把關病人的意思能力和意願，避免有強制、不正誘惑或者意願不清的情況¹³⁴。下級法院也認為，並無證據顯示弱勢族群（例如身心障礙者）在進行

¹²⁷ *Id.* at holdings, para. 2.

¹²⁸ *Id.* at para. 63.

¹²⁹ *Id.* at para 66.

¹³⁰ *Id.* at para 72.

¹³¹ *Id.* at para 78.

¹³² *Id.* at para. 86.

¹³³ *Id.* at para. 94.

¹³⁴ *Id.* at para. 104-106.

醫師協助自殺的評估時，會承受較高的風險¹³⁵。

政府在本案審理中更提出了進一步的事證：其一，根據比利時生命倫理學家 Etienne Montero 的作證，即便有嚴格的管控程序，也不必然會等於有適當的保護。比利時的經驗顯示滑坡效應的存在，近來有許多高度爭議的案例，像是未成年人、罹患精神疾病、或者僅罹患較為輕微的病症者，都有提出要接受安樂死的主張，可見要維持嚴格的把關並不容易。就此法院認為，雖然證人所提出的事證確實動搖下級法院的判斷，但法院認為比利時在醫療及法律文化上與加拿大有所不同，其經驗難以直接作為證據¹³⁶。

其二，政府也主張，個別病人可能處於一個「決定弱勢」(decisionally vulnerable) 狀況，例如認知障礙或憂鬱，由於在個案評估中難以判斷，因此採取全面性的禁止醫師協助自殺實有必要。但就此法院還是認為，並無證據顯示醫師在個案評估中有錯誤，或者對於弱勢族群在評估上有偏差，且亦無證據顯示醫師協助自殺的程序機制會失靈、導致滑坡效應發生¹³⁷。法院因此認為，系爭規定採全面禁止醫師協助自殺，並不符合最小侵害的要件而違憲。

由前述加拿大最高法院之判決，已經將憲法上的自由權與安全權，擴張至涵蓋決定死亡的權利，包括接受醫師協助自殺的權利，可見該判決肯認生命的自主權為憲法所保障。再者，本案法院利益衡量之另一端，實則在於保障人民的不自主，包括醫師的判斷錯誤，或者人民的弱勢身份等原因所導致，但法院一則認為政府並未提出醫師協助自殺被濫用的證據，並且相信程序機制能夠達到把關的效果，一則從最小侵害的角度，認為不應該對所有人全面性的禁止。加拿大最高法院所持的態度，似乎在宣揚個人的生命自主權，以及相信個人自主權的獨立性而予以尊重，國家不應過度干預。

二. 德國聯邦憲法法院判決：人格權包括醫師協助自殺的權利

德國刑法於 2015 年 12 月修正時，將協助自殺產業入罪化，刑法第 217 加工自殺罪之規定以：「(1) 任何基於協助他人自殺之意圖，提供、以專業服務的方式促成或安排此機會與他人，處以三年以下有期徒刑或罰金。(2) 參與此行為者，若非以專業盈利的方式為之，且為本人的親屬或者熟識者，免罰。」¹³⁸ 實則在德國刑法上，第 216 條已有規定得本人允諾將其殺害者為犯罪，但解釋

¹³⁵ *Id.* at para. 107.

¹³⁶ *Id.* at para. 110-113.

¹³⁷ *Id.* at para. 114-120.

¹³⁸ Bundesverfassungsgericht [BVERFGE] Feb. 26, 2020, para. 9 (Ger.).

上並不包括消極不實施醫療或者安寧緩和醫療所導致的死亡；至於第 217 條之立法目的，是為了規制以專業形式提供的醫師協助自殺，認為這將會危及個人自決以及生命，且該條為抽象危險之規定，不以實際發生自殺為要件¹³⁹。

法院認為系爭規定所限制之基本權利，為基本法第 2（1）條及第 1（1）條所保障的人格權，其中應包括自我決定終止生命及死亡的權利¹⁴⁰。其中，自我決定終止生命的權利，不只包括拒絕醫療的權利，也包括自殺的權利，且基於個人自由意願所為的自殺，也並未與基本法所保障的人性尊嚴相違背¹⁴¹。系爭規定雖非直接禁止人民自殺，但使人民事實上無法透過醫師協助的方式來自殺，間接限制了人民的自決權¹⁴²。

法院認為，系爭規定對於人格權的限制，在憲法上無法正當化。首先在審查標準上，由於涉及人格權的限制，故採取嚴格審查標準，而另一端所衡量的利益，則是政府保護欲自殺者的自主權，以及政府保障生命的責任，亦是具有高位階（high standing）的利益¹⁴³。系爭規定的目的在於保障自主及生命權，避免醫師協助自殺成為醫療體系常態的一部，進而給予自殺「常態的外表」（a “semblance of normality”）甚或使得自殺成為社會規範，使得人們在某些情況下會有需要自殺的壓力，以及避免醫療服務提供者本身的利益衝突，為了營利而鼓勵病人自殺¹⁴⁴。法院認為若缺少法律限制，則專業化的醫師協助自殺會使人民的自決陷入危機，肯認系爭規定以刑法規範，應有助於目的的達成¹⁴⁵。

但法院認為系爭規定違憲之理由，在於所採取手段並非適當之手段，因為將協助自殺的醫療行為入罪化，將會使得作為死亡自決權重要一部分之自殺的權利，在大多數情形難以有效行使權利，這形同於架空了臨終決定權的重要部分¹⁴⁶。雖然刑法第 217 條僅處罰專業化的加工自殺服務，但法院認為應該要確保個人有其他方式可以自殺，通常這便繫於個別醫師是否願意協助自殺，但事實上醫師多半僅在非常例外的情況才會願意，況且醫療倫理受到法律的指引，多數的醫師在醫療倫理的約束下無法執行協助自殺¹⁴⁷。又即便目前有安寧緩和醫療，並且能夠解決許多末期想要自殺病人的痛苦問題，但這並不意味可以正當化政府對於人民基於自主所為自殺決定的限制¹⁴⁸。值得注意的是，法院也指出保護他人並不足以正當化系爭規定對於個人自主權的限制，系爭規定被認為

¹³⁹ *Id.* at para. 24-25.

¹⁴⁰ *Id.* at para. 202.

¹⁴¹ *Id.* at para. 209-211.

¹⁴² *Id.* at para. 218.

¹⁴³ *Id.* at para. 223.

¹⁴⁴ *Id.* at para. 229-230.

¹⁴⁵ *Id.* at para. 257, 260.

¹⁴⁶ *Id.* at para. 264.

¹⁴⁷ *Id.* at para. 284, 290.

¹⁴⁸ *Id.* at para. 298.

有防止他人仿效自殺、保障弱勢者受到自殺壓力等保護他人的理由，但法院認為即便個人與所處的社群有連帶關係，個人的自主權仍應該被保障，不應該使個人自殺的權利被完全架空¹⁴⁹。

雖然本案宣告刑法第 217 條違憲，但法院也指出，這並非等於國家完全不得規範加工自殺，基於憲法國家仍有保障人民臨終醫療決定的自主權的義務，國家仍可透過規範醫藥的品質、程序保障機制以保障人民免於被濫行自殺¹⁵⁰。但法院仍是認為，這些限制都仍應該留給個人選擇結束生命的方式，以及透過他人幫助結束生命的權利¹⁵¹。

觀德國聯邦憲法法院之判決，與加拿大 *Carter* 案具有相似性，甚至更為明確的指出憲法上人性尊嚴的保障範圍，包括死亡自決權，其中也包括醫師協助自殺的權利。再者，法院在利益衡量上，也認為系爭規定所追求之利益在於保障病人的生命及自主，但也採取與加拿大法院同樣的結論，認為不應該因為保障少數弱勢者，導出全面性禁止專業化的醫師協助加工自殺產業的結論，而至少應該留給那些能夠真正自主的人民透過醫師協助自殺的機會。政府在本案中提及自殺的常態化、社會連帶等理由，但皆為法院所不採信，似乎認為個人死亡自主權仍處於優位，政府不得以保護之名而加以限縮。

伍. 法院判決中的自主權

本文檢視以上判決中並提出下列三點觀察，以試圖歸納前述判決對於自主權的看法，以及從本文所偏好的關係性自主加以分析。

一. 接受醫師協助自殺權是否為憲法所保障之權利

美國法上對於 *Glucksberg* 案及美國最高法院醫師協助自殺的諸多批判，許多在於實質正當法律程序之解釋。*Glucksberg* 案對於是否屬於實質正當法律程序下的基本性權利，提出判斷標準：一為是否深植於這個國家的歷史和傳統，另一為採取小心描述的態度。批評者如 Erwin Chemerinsky 便認為，深植於國家的歷史和傳統與否並非重要，因為美國最高法院在過去的其他案件中，已經有承認非深植於歷史和傳統的權利，像是 *Loving v. Virginia* 承認跨種族通婚的權利；再者，即便是深植於歷史和傳統中也不見得就是基本性權利，像是

¹⁴⁹ *Id.* at para. 301.

¹⁵⁰ *Id.* at para. 338-39.

¹⁵¹ *Id.* at para. 341.

Lawrence v. Texas 宣告處罰私密、同意的同性性行為違憲，雖然類似系爭處罰同性性行為的規定存在已久，而法院於本案中所立基的隱私權，也非深植於歷史和傳統¹⁵²。亦有論者認為，*Lawrence* 案已經對於實質正當法律程序所保障的基本性權利範圍，採取有別於 *Glucksberg* 案認定標準—*Lawrence* 法院係對於人民所主張的自由權，與政府利益進行利益衡量，而不再探究歷史傳統並且採取謹慎限縮的觀點¹⁵³。其後美國最高法院承認憲法保障同性婚姻權的 *Obergefell v. Hodges* 更對於實質正當法律程序內涵採取更廣泛解釋，同性婚姻並非是深植於歷史和傳統的權利，但 *Kennedy* 大法官在本案中認為婚姻權的內涵不斷演進，並從任何人的結婚權在對於人的親密關係及尊嚴的重要性上加以闡述，藉以論證同性婚姻為基本性權利¹⁵⁴。*Kennedy* 大法官也已經意識到 *Obergefell* 案與 *Glucksberg* 標準的歧異，甚至指出：*Glucksberg* 標準適用在醫師協助自殺案件上雖屬適當，但與美國最高法院其他討論基本性權利的案件所採取的標準不同—包括婚姻與親密關係的案件¹⁵⁵。再者，*Obergefell* 法院也拒斥應該留待民主程序的論點，認為若拒斥此權利，將會導致對於欲同性結婚者貶損其權利且削減其人格¹⁵⁶，亦足徵同性結婚權作為基本性權利之必要。

有鑒於 *Lawrence*、*Obergefell* 等案對於實質正當法律程序採取較為廣義、與時俱進的標準，論者有認為，若採取前述兩案之標準，則醫師協助自殺應屬憲法上所保護之基本性權利，因為所涉及的權利如同該兩案，以及美國最高法院既已肯認基本性權利的 *Casey*、*Cruzan*，皆是關於尊嚴、對於個人性及親密性事務的自主、對身體完整性的控制、避免污名化，而醫師協助自殺也正是與此相關¹⁵⁷。決定生死，與婚姻、生育等的決定同等重要，皆涉及一個人關於其生命做出重要決定的自主¹⁵⁸，自應同樣為基本性權利所保障。

但本文認為，相較於 *Lawrence* 等案件為基本性權利，多數是在賦權一定的弱勢族群，像是欲墮胎的婦女、同志，透過基本性權利的承認，以保障其尊嚴及平等的地位，避免持續受到壓迫。然而在 *Glucksberg* 案，原告雖包括末期病人及尊嚴死倡議團體，然而聲請人強調作為自主、理性的主體，與其他案件原告作為受壓迫者的身份並不相同。從奧瑞岡州及荷蘭的數據也顯示，多數使用醫師協助自殺的病人為白人、男性以及具有高等教育者¹⁵⁹，足見主張醫師協助自殺權的當事人，恐非如同其他基本性權利案件的受壓迫族群。再者，禁止醫

¹⁵² Erwin Chemerinsky, *Washington v. Glucksberg Was Tragically Wrong*, 106 MICH. L. REV. 1501, 1505-1506 (2008).

¹⁵³ Melissa Legault, “I Don’t Want to Die, But I Am Dying”: Reexamining Physician-Assisted Suicide in a New Age of Substantive Due Process, 60 ARIZ. L. REV. 509, 523-24 (2018).

¹⁵⁴ *Id.* at 525-27.

¹⁵⁵ *Obergefell v. Hodges*, 576 U.S. 644, 671 (2015).

¹⁵⁶ *Id.*

¹⁵⁷ Legault, *supra* note 153, at 532-33.

¹⁵⁸ Chemerinsky, *supra* note 152, at 1507.

¹⁵⁹ See *supra* note 16.

師協助自殺，所追求由政府利益中，最重要者在於保護決定能力較弱，或者是容易被視為不值得存活的弱勢族群，亦足徵使用醫師協助自殺的權利，與判決先例中關於墮胎、生育、與他人締結親密關係的權利，在本質上並不相同，缺乏賦權弱勢者以及促進平等的脈絡，反而可能是危及弱勢者的權利。

再者，加拿大法院基於憲法上自由權與安全權，以及德國法院基於人性尊嚴，皆肯認接受醫師協助加工自殺為憲法上所保障之權利，採取與美國法院歧異之觀點。然而本文認為，加拿大與德國法院之判決，多半是立基於個人自主權伸張的立場，其中也都提到全面性禁止醫師協助自殺，即便保護到某些弱勢族群，卻也使得某些有完整意思能力成年人的自主權受限。加拿大與德國法院的觀點，似乎預設了有那麼一個獨立、睿智的權利主體能夠作出自我決定，國家不應該流於父權式的干涉。然而這樣的觀點，似乎是認為這些有完整自主權的主體很容易被區別出來，而似乎忽略臨終或遭受重大不可治癒疾病者所遭遇的身心困難，以及此時的自主決定難以抽離其人際關係和處境。

二. 劃定自主權的界線：與拒絕醫療權的差異、是否限於末期病患

在對於醫師協助自殺的正反討論中，皆提及幾個劃界的問題：其一為醫師協助自殺與拒絕維生醫療間的關係；其二，若醫師協助自殺合法化，則是否應該限縮於末期病患，或者更為擴張適用範圍？

就醫師協助自殺與拒絕維生醫療的區別而言，美國最高法院顯然將「死亡的權利」的界線劃定於此。*Glucksberg* 案指出，*Cruzan* 案的拒絕維生醫療的權利，立基於普通法傳統上保障身體完整性，個人有拒絕醫療以免於虐待的權利。在 *Quill* 案中，美國最高法院也從致死的因果關係及醫師的意圖、「造成」或「任由」死亡，藉以區分兩者，並且認為 *Cruzan* 案及判決先例僅有承認身體的自主權，使身體免於不欲的侵擾，但並沒有加速死亡的權利。前述兩個美國最高法院之案件，係將憲法上基本性權利的界限，劃定於身體自主權，然而卻認為並未進一步擴張到生命自主權。

然而前述對於身體自主權與生命自主權間的界限，也受到諸多挑戰。例如 *Baxter* 案法院卻從病人自主權的觀點，認為醫師協助自殺與拒絕維生醫療相較，反而是前者醫師的介入程度較低，因為前者醫師僅是提供藥物、最後是由病人自行決定要不要施打，後者則是需要醫師積極拔管，既然容許後者，則更應該容許前者。在德國法院的判決中，也認為拒絕醫療的權利與自殺的權利，

皆屬於對於生命的決定權，並未對兩者區分。論者亦有認為，若是擔心醫師協助自殺可能有病人並非真正自願，則在撤除或拒絕維生醫療也同樣會有病人非自願的狀況，則對於前者特別予以禁止並無正當性¹⁶⁰。

另一個爭議焦點，在於若是採取尊重生命自主權的觀點，則醫師協助自殺的範圍，是否應該僅限於末期病患，或者應該擴及任何想要自殺者。贊成醫師協助自殺者有認為，對於醫師協助自殺適用範圍的限制，本即出於國家的父權及恣意，故不應該將範圍僅限於末期病患¹⁶¹。但亦有反對醫師協助自殺的論點以此為據，認為若是醫師協助自殺與拒絕醫療無差別，既然拒絕醫療權並不限於末期病人享有，則醫師協助自殺也不應該限於末期病患，但這將會導致醫師協助自殺的適用範圍無限擴張¹⁶²。

前述爭論之焦點，實在於究竟自主權的範圍為何，除了身體自主權，是否還進一步擴及生命自主權，以及究竟在符合哪些條件下（末期、遭受重大且不可治癒的病痛、或無條件），在法律上享有受到醫師協助結束生命的權利。然而，醫師協助自殺不僅是消極主張不受國家干預，更包括積極取得醫師協助的資源，故本文認為醫師協助自殺與拒絕醫療仍有不同¹⁶³。再者，由於醫師協助自殺本質上是加速死亡，因此適用於死亡已可預期的末期病人，與其他非末期病人應仍有不同。本文從自主不能脫離人際關係與脈絡的觀點，會認為需要取得資源的自主，以及加速死亡的決定，必然不僅止於個人的決定，而涉及與他人的連帶，國家在此應有介入的空間，難僅以主張絕對的個人自主加以對抗。

三. 弱勢保障及程序保障的有效性

前述判決中，法院所肯認的正當政府利益或者利益衡量的重點，最重要者應為保障弱勢者，例如在 *Glucksberg* 案中指出，禁止醫師協助自殺係在使弱勢者免於虐待、忽視以及錯誤，以及因為滑坡效應而危及弱勢者的生存。然而若觀加拿大及德國法院判決，則雖肯認弱勢保障，但認為全面禁止醫師協助自殺有涵蓋過廣的問題，不應該因此限制了那些有完全意思能力、已深思熟慮作出決定的成年人，且即使是弱勢族群，也應該尊重其自主。判決中也多論及，究竟已有醫師協助自殺合法化法域之經驗，是否可以證明或反證弱勢受傷害或滑坡效應發生，例如美國最高法院在 *Glucksberg* 案認為荷蘭經驗可看出許多病人並非在有完整意思下自行施打藥物死亡，*Souter* 大法官協同意見中，也對於荷

¹⁶⁰ Chemerinsky, *supra* note 152, at 1512.

¹⁶¹ Simmons, *supra* note 17, at 439.

¹⁶² Kamir 118

¹⁶³ kindle

蘭所規範的醫師協助自殺程序是否足以保障弱勢者表示質疑。相較之下，加拿大最高法院在 *Carter* 案則不採比利時專家證人即便有嚴格程序仍可能濫用的說法，認為無證據顯示醫師協助自殺會被濫用。

女性主義及身心障礙者對於醫師協助自殺皆有疑慮。女性主義者的疑慮，在於女性可能成為被鼓勵應自殺的對象，或是認為開放這個選項，會使得其他解決女性困境應取得的資源或對策變得不被重視，身心障礙者權也擔心成為容易被建議自殺的群體。再者，縱使醫師協助自殺合法化之國家多數有嚴謹的程序，論者也有發現其中仍有弱勢族群是否為真正自願的問題。例如在一系列針對荷蘭安樂死案例的研究中，有發現在 2012-2016 年的案例中，有 6 個個案的病人具有心智障礙或自閉症，其後 2017-2018 年之間也共有 8 例有前述徵狀；在該研究中發現，在個案中難以確定病人是否為自主且經過審慎思考，並且涉及病人是否在做此決定時是否有受到適當照顧，且這樣的問題雖然在弱勢族群中嚴重，但可能更進一步擴及於一般人¹⁶⁴。

前述弱勢者之觀點，可謂呈現自主權受到權利主體的地位、人際關係影響。加拿大及德國法院判決中，提及不能因為弱勢可能非自願而全面限制所有人接受醫師協助自殺的權利，惟本文認為在社會連帶中，個人的決定也影響著社會對於生命的評價，故個人自主權是否必然凌駕於社會整體尊重生命且保障弱勢者之利益，不無疑慮。本文亦贊同基於尊重身心障礙者等弱勢族群自主權，應儘量給予更多的選擇，包括醫師協助自殺的選項，然而此選項的優先性，應該後於促進弱勢者在醫療體系中的資源進用及平等。

陸. 代結論：禁止醫師協助自殺於我國法下之憲法分析—促進對話與民主審議

我國早在 1983 年間便有病人王曉民之母為其向立法院請願安樂死，而其後於 1986 年 5 月 12 日立法院司法委員會曾討論安樂死的立法問題，當時認為安樂死在國際爭議上並無共識，且涉及社會與倫理議題廣泛，故不宜貿然立法。其後於 2000 年安寧緩和醫療條例立法時，立法總說明中明確指出，安寧緩和醫療與積極安樂死之區別並禁止後者，嚴守醫師不可殺人的倫理原則。隨著高齡社會來臨，鑑於平均壽命提升、照顧負擔增加以及對於生命品質的逐漸重視，

¹⁶⁴ See Tim Stainton, *Disability, Vulnerability and Assisted Death: Commentary on Tuffrey-Wijne, Curfs, Finlay and Hollins*, 20 BMC MED. ETHICS 89, *1-2 (2019) (引述 Tuffrey-Wijne 對荷蘭安樂死個案之研究結果).

2016 年公布、2019 年實施之病人自主權利法，更在強調病人透過自主權的行使以選擇善終的權利。而 2018 年的安樂死公投，以及目前於立法院審議中的「尊嚴善終法」草案，則是更進一步推進病人自主權的範疇至接受醫師協助自殺的權利。

國內論者對於醫師協助自殺的態度仍屬分歧。持保留態度者，多數基於醫師放任消極自然死亡與積極加速死亡之間的差別，認為後者與憲法保障的生命權相衝突，並且擔憂合法化所造成的滑坡效應，以及對於醫療倫理的負面影響¹⁶⁵。而持較肯定態度者，則是認為拒絕維持生命治療與協助加工自殺，在道德評價上並無不同，皆屬於個人自主權的範疇，每個人都有決定關乎自己生命重要決定的權利；再者，從病人之尊嚴及利益以觀，實無延長病人痛苦之必要¹⁶⁶。

雖然目前醫師協助自殺合法化之議題，尚未將法院作為論辯的戰場¹⁶⁷，然而將來若此議題進入法院，本文嘗試對於合憲性上之分析提出若干意見。關於人民之身體自主權，大法官解釋認為屬於受到高度保障之權利：如釋字第 554 號提及「性自主權」為「個人自主決定權之一環，與人性尊嚴密切相關，屬憲法第 22 條所保障之基本權」，釋字第 791 號重申此意旨，並且對於性自主權之限制採取較嚴格之審查標準¹⁶⁸；釋字第 603 號解釋則指出對於指紋的資訊自主權，因指紋屬於係個人身體之生物特徵，因其具有人各不同、終身不變之特質，故國家藉由身份辨識大規模蒐集，應採取較嚴格之審查標準「則其資訊蒐集應屬與重大公益之目的之達成，具備密切關聯之侵害較小手段」；釋字第 689 號解釋理由書中，則是提到「身體權」與屬於憲法第 22 條所保障之範圍，並且肯認系爭社會秩序維護法對於被跟追者身體安全及隱私的保障¹⁶⁹。另一方面，我國憲法上對於生命權的保障似非絕對，如釋字第 476 號解釋對於肅清煙毒條例中死刑、無期徒刑之法定刑規定，認為係保障更廣泛的國民健康與民族存續所必要，與憲法第 23 條、第 15 條並無抵觸；然而憲法上也將生存權視為至為重要的權利，而採取嚴格審查標準¹⁷⁰。

¹⁶⁵ 如：楊秀儀，前揭註 10，頁 11-12；鄭逸哲，前揭註 11，頁 4-6。

¹⁶⁶ 如：顏厥安，安樂死的法理學反思，收錄於鼠肝與蟲臂的管制：法理學與生命倫理，頁 68-69，2004 年；楊哲銘，病人自主權利法：安寧緩和醫療到醫師協助自殺的過渡？，台灣法學雜誌，第 374 期，頁 14，2019 年；李崇儷，多元社會中的生命善終權與自主權，台灣法學雜誌，第 374 期，頁 17-18，2019 年；李茂生，安樂死到底是讓誰得到了安樂，法律扶助與社會，第 5 期，頁 98，2020 年 9 月。

¹⁶⁷ 在臺灣桃園地方法院 103 年醫字第 9 號民事判決中，原告起訴依民法第 1 條緊急避難之法理，請求某醫療機構應以不超過新台幣 30 萬元的對價，於其意識清楚請求時或者失去意識 3 個月後提供其安樂死，但為法院以法律上顯無理由駁回。

¹⁶⁸ 參見釋字第 791 號解釋理由書第 27 段。

¹⁶⁹ 參見釋字第 689 號解釋理由書第 7 段。

¹⁷⁰ 參見釋字第 649 號解釋理由書第 2 段。

然而人民是否能夠行使生命的自主權，甚而請求國家開放使人民得以醫療協助的方式加以放棄，則並無明確之前例。我國憲法第 22 條之解釋並無如同美國法上對於實質正當法律程序基本性權利之要件，法院似可能援引憲法第 22 條及人性尊嚴，肯認人民之生命自主權為憲法上之權利。然而禁止醫師協助自殺所追求之國家利益，尤其是保障弱勢者的生命權與自主權，依照我國判決先例對於生命權及生存權之高度保障，似又難以推得人民生命自主權受到絕對保障之結論。

從關係性自主的角度看來，自主權並非單獨、原子式的，而應該探求個人所處的人際關係和處境，本文雖肯認應該給予人民身體及生命自主權儘可能最大的保障，但認為保障弱勢者不完整的自主權，亦是至為重要的法益。再者，即便是贊成醫師協助自殺論者，也提到應該有足夠的醫療平等、透過病人的人際關係確認病人自主意願為要件¹⁷¹。本文也認為，在重視人際與脈絡的觀點下，應該交由民主程序來探討自主權的範圍，以及分配自主權行使所須的資源，包括是否將醫師協助自殺合法化、得適用之範圍是否限於末期或是放寬等，因為這牽涉社會對於生命的價值的定義；再者，透過民主審議的程序將弱勢者的聲音納入對話，亦更能夠反應其他提升生命品質的資源如醫療、照顧資源的重要性。論者 Cass Sunstein 對於 *Glucksberg* 案之評論中，氏肯認該案之結論，並指出法院不宜過度擴張實質正當法律程序之範圍，而應該交由其他的論壇—在立法部門、個案執法或者醫院、家庭等私領域中持續討論個人選擇死亡的權利¹⁷²。

2018 年安樂死公投未成案之後，2019 年又有民眾再次發起安樂死公投連署，發起的理由係有感於病人在生命末期健康狀況不佳時所遭受的痛苦，以及家人負擔長照之辛苦，認為僅是放棄治療並不足夠，而應該要多一種安樂死的選擇以跳過死亡前的痛苦¹⁷³。發起的女性民眾是一名照顧者，然而參照奧瑞岡州接受醫師協助自殺者的多數—年老、白人男性、高教育者，發起人並非接受協助醫師自殺者的典型樣貌，而細究其所追求的安樂死，實為「他人的安樂」—免於繼續負擔照顧的沉重、免於目睹家人（被照顧者）的受苦。然而這樣的苦是否應該以醫師協助自殺的合法化排解，應是須持續公眾討論之議題。

¹⁷¹ 如：李茂生，前揭註 166，頁 99-100。

¹⁷² Cass R. Sunstein, *The Right to Die*, 106 Yale L.J. 1123, 1162-63 (1997).

¹⁷³ 【安樂死系列】28 萬連署失敗過後 她站上街頭拒絕照護悲劇：給我合法，ETtoday 生活新聞，2019 年 4 月 1 日，<https://www.ettoday.net/news/20190401/1412247.htm>.