

# 失智症患者的安樂死： 一項義務還是權利

## Euthanasia for Dementia Patients: An Obligation or a Right

鍾偉岸 鍾一諾

John Weian Zhong and Roger Yat-nork Chung

### 摘要 Abstract

本研究探討失智症患者是否有義務或權利接受安樂死，並對美國學者庫利 (Dennis Cooley) 和羅德斯 (Rosamond Rhodes)

---

鍾偉岸，香港中文大學生命倫理學中心博後研究員，中國香港。  
John Weian Zhong, Postdoctoral Fellow, Centre for Bioethics, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China.  
鍾一諾，香港中文大學生命倫理學中心聯席總監；醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院副教授、賽馬會老年學研究所研究員(禮任)，中國香港。  
Roger Yat-nork Chung, Co-Director, Centre for Bioethics; Associate Professor, JS School of Public Health and Primary Care; Research Fellow (by courtesy), The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China.

《中外醫學哲學》XXIII:1 (2025年)：頁 83-101。  
*International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine* 23:1 (2025), pp. 83-101.

© Copyright 2025 by Global Scholarly Publications.

基於康德哲學與公正原則所提出的“患者有義務接受安樂死”論點進行批判。文章首先指出，在康德道德框架中並不存在保全自身道德能力的義務；即便承認此種義務，亦無法推出失智症患者應接受安樂死的結論。此外，從公正原則主張失智症患者有義務接受安樂死，也存在因果推定與資源分配的邏輯缺陷。之後，文章轉向行善 (beneficence) 原則中的利他主義，論證失智症患者擁有請求安樂死的“權利”而非“義務”。最後，文章強調實踐層面的困難：失智症導致患者認知功能受損，如何在保障自主決策的前提下實施安樂死，尚需進一步的社會支持與制度設計。總體而言，失智症患者行使安樂死的權利在道德上可被允許，但應謹慎處理以避免外在壓力或強制要求，對患者的真實意願予以最大程度的尊重。

This paper examines whether patients with dementia have an obligation or a right to undergo euthanasia through critical analysis of arguments made by the American scholars Dennis Cooley and Rosamond Rhodes. Based on Kantian philosophy and the principle of justice, both scholars assert that these patients have a duty to accept euthanasia. The paper first observes that the Kantian moral framework contains no obligation to preserve one's own moral agency, and even if such an obligation were acknowledged, it would not require patients with dementia to accept euthanasia. The paper further observes that using the principle of justice to impose such an obligation on patients with dementia is logically flawed in terms of inference and resource distribution. The discussion then shifts to altruism in the principle of beneficence, arguing that dementia patients possess the “right”, rather than the “duty”, to request euthanasia. Finally, the paper highlights practical challenges. Specifically, as dementia impairs patients' cognitive functions, additional social support and institutional structures are necessary to ensure that their decisions about euthanasia remain truly autonomous. While it may be ethically permissible for patients with dementia to exercise their right to euthanasia, this option should be pursued cautiously to avoid external pressures or coercion and to uphold the patient's genuine wishes.

**【關鍵字】** 失智症 安樂死 權利 義務 行善 利他  
**Keywords:** Dementia, euthanasia, right, duty, beneficence, altruism

失智症 (dementia) 是一種在老年人口中高發的綜合病症，通常具有慢性或進行性特點，可導致認知功能（即處理思維的能力）出現超出正常生物衰老範圍的退化。失智症會影響記憶、思維、定向力、理解力、計算能力、學習能力、語言和判斷力，但意識通常不受影響。根據世衛組織 2021 年發佈的《公共衛生領域應對失智症全球現狀報告》，2017 年全球失智症患者人數約為 5000 萬，到 2030 年患者人數將增至約 7800 萬，到 2050 年增至約 1.39 億 (World Health Organization 2021, 40)。在老年人群體中，70 到 74 歲患失智症的機率為 3.9%，75 到 79 歲的患病率為 7.4%，80 到 84 歲的患病率為 13.6%，85 到 90 歲的患病率為 21.9%，90 歲以上的患病率為 35.9% (World Health Organization 2021, 38)。造成失智的主要病因為阿茲海默症（俗稱“老人癡呆症”）、血管型失智症和路易氏體失智症。隨著新冠病毒大流行的發生，失智症帶來的死亡風險正在上升，其原因是失智症患者的神經系統病變使他們更易受新冠病毒攻擊並導致重症。

針對失智症患者的認知功能退化，美國學者丹尼斯·庫利 (Dennis Cooley) 從康德哲學出發論證失智症患者有義務接受安樂死。他的論證分以下三步進行 (Cooley 2007, 40-42)：

1. 根據康德哲學，人有義務保全自己的道德能力 (moral agency)。
2. 失智症引發的認知功能退化會讓患者的道德能力逐漸消失。
3. 為了保全自己的道德能力，失智症患者有義務接受安樂死來避免道德能力完全消失。

為了強化庫利的論點，另一位美國學者羅莎蒙德·羅德斯

(Rosamond Rhodes) 從公正 (justice) 的角度來證明失智症患者有義務接受安樂死。羅德斯的論證如下 (Rhodes 2007, 46)：

1. 公正原則要求每個人持續地運用自己的道德能力使其他人獲得他們的應得之物。
2. 醫療系統在失智症患者身上耗費大量的社會資源<sup>1</sup>，使其他患者不能得到他們應得的救治。
3. 為了更公正地分配醫療資源，病情嚴重的失智症患者有義務接受安樂死來減少不必要的資源浪費。

本文將論證：失智症患者並無義務接受安樂死，但可以有權利要求安樂死。文章的論證將由以下幾部分構成：1) 在康德哲學中並不存在保全自己道德能力的義務。2) 即便人有保全自己道德能力的義務，庫利和羅德斯的論證仍有其他問題。3) 基於行善 (beneficence) 原則中的利他主義，失智症患者有權要求安樂死。

## 一、康德與安樂死問題

在康德的著作中，他多次強調自己反對自殺的立場，即人有保全自己生命的義務。在《道德形而上學奠基》中，康德說：“根據對自己的必然義務的概念，那個打算自殺的人會問自己：他的行動是否能與作為自在的目的本身的人性的理念並存。如果他為了逃避難以承受的境遇而毀滅自己，那麼，他就是把人格僅僅當做一個手段” (康德 2013, 64)。在《道德底形上學》中，康德指出：“自戕是一項罪行 (謀殺) ……只要談到義務，因而只要人活著，他就無法拋棄其人格性……消滅他自己人格中的道德主體，等於是盡其所能地在存在上將道德本身從世間根除，但道德卻是目的自身” (康德 2015, 301-302)。在《倫理學講義》中，康

(1) 2019年，全球因失智症所產生的成本估計為1.3萬億美元，到2030年該成本將增至約1.7萬億美元。此外，如果在預測中將提供照護所需的費用增長考慮在內，則到2030年全球失智症成本將增至近2.8萬億美元。參考 World Health Organization. 2021. *Global Status Report on the Public Health Response to Dementia*: 53.

德說：“任何人只要消滅自己的肉體，從而奪取自己的生命，他就已經使用自己的選擇去消滅選擇能力本身。但在此種情況下，自由選擇是自相矛盾的” (Kant 1997, 144)。

康德反對自殺的理由是明確的：感性不能凌駕於理性之上，因為道德的實質是用理性去規範人的感性。如果自殺者為了逃避痛苦（滿足感性需要）而做出非理性的選擇（用選擇消滅選擇能力，自相矛盾），那麼他會將感性凌駕於理性之上，從而自殺行為便是可譴責的 (Cholbi 2000, 167-168)。安樂死是自殺行為的一種 (Wreen 1988, 641-642)。從表面上看，康德也會反對安樂死。

然而，自殺並不全是為了感性目的。有些自殺行為可以為了崇高並且理性的目的。為此，康德留下一定的商榷空間。比如，“一位偉大君王隨身帶著一份迅速生效的毒藥，可能是為了他在親自從事的戰爭中被俘虜時，決不被迫接受可能不利於其國家的贖身條件” (康德 2015, 303)；“一個男子被一條瘋狗咬過之後，已感覺到後果，即恐水，而且在他表明他仍未知悉有人從這種病被治癒之後，他自盡了，為的是如他在一封遺書中所言，他不要使其他人也在其狂犬病中遭殃” (康德 2015, 304)。所以，康德並不一概反對自殺行為。他反對的是那些為了逃避自身所承受的痛苦而自殺的行為。如果自殺行為能夠實現比感性更為崇高的目的，比如保全更多人的生命，保全自己的尊嚴和榮譽，康德認為這種自殺是道德上可允許的，甚至是值得嘉許的。

那麼，人有可能通過自殺來保全自己的道德能力呢？在康德哲學中，人的道德能力來自他的自我立法能力。“道德性就在於一切行動與立法的關係，只有通過這種關係，一個目的王國才是可能的” (康德 2013, 71)。行動與立法的關係有兩種，一種是行為服從於外在的立法，一種是行為服從於內在的立法。服從外在立法的行為不僅是服從別人對你施加的約束，更主要是服從於不受自己控制的法則約束，比如客觀的自然法則並不取決於

人的意志。人的感性欲望受自然法則約束，包括人饑餓的時候就會想吃飯，口渴的時候就會想喝水。所以，當人按照自己的感性去行動的時候，他並不完全控制自己的行為，因而服從的是外在的立法。人之所以能夠對自己的行為負責在於他能夠控制自己的行為。

需要進一步澄清的是，自我立法並不是指自己給自己隨心所欲地訂立法則。法則本身，第一需要有普遍適用性，第二需要有自洽性（康德 2013，56）。“太陽從東邊升起”是一條自然法則，這不僅意味著太陽今天會從東邊升起，也意味這太陽明天，後天，未來都會從東邊升起，因此這條法則具有普遍性。“ $1+1=2$ ”是一條數學法則，它意味著  $1+1$  不等於 3 從而能夠和  $2+1=3$  自洽，它意味著  $1+1$  不等於 4 從而能夠和  $1+3=4$  自洽……因為  $1+1=2$  這條法則能夠和其他任何由它引申而出的數學法則相容，所以具有自洽性。針對法則的普遍適用性和自洽性，人只能給自己的行為訂立這樣一條法則：“按照你同時也能夠願意它成為一條普遍法則的那個準則去行動”（康德 2013，52）。這條法則，康德稱之為絕對命令，所有的道德義務都可以從絕對命令演繹得出。例如，當我們解釋人為什麼有義務不去偷竊的時候，我們可以設想：當偷竊成為一條普遍法則，人人都允許偷竊的時候，我們自己的財產也會失去安全。因為我們不想自己的財產失去安全的時候，我們便不願意偷竊成為普遍法則，所以我們有義務不去偷竊。

綜上所述，道德義務來自絕對命令，絕對命令來自人的自我立法，而自我立法是人的道德能力。因為道德義務是從人的道德能力演繹得到的，所以人不可能擁有保全自己道德能力的義務。如果存在保全自己道德能力的義務，那麼康德的道德學說將陷入一種邏輯上的循環論證（circularity），即我擁有保全自己道德能力的義務的前提是我已經履行了這個義務。

## 二、是否存在接受安樂死的義務

僅僅從康德哲學的角度去反對庫利和羅德斯的論證似乎並不充分。一方面，庫利和羅德斯的支持者會宣稱不同人閱讀康德的著作會得出不同的結論，所以我們的結論並不具有絕對的權威，因此不能排除保全自己道德能力的義務在康德的理論框架中具有一席之地。另一方面，即便康德不主張人有保全自己道德能力的義務，這種義務可能在其他理論框架中可以得到證明，比如康德之外的義務論者可能會主張保全自己道德能力的義務是一項無須演繹卻可以自明的顯見義務（*prima facie duty*）（Ross 2002, 19）。本文將進一步論證，即便存在保全自己道德能力的義務，也不能由此演繹出失智症患者有義務接受安樂死。

首先，死亡只會使一個人的道德能力徹底消失，而不能保全一個人的道德能力。死亡將永久終止維持一個生物存活的所有生物功能。失智症就是因為給人的生物功能造成損害而影響人的道德能力。所以，當人的生物功能永久終止的時候，他的道德能力也會永久終止而不會因此得到保全。從科學角度來講，死亡只會比失智症更快地終結患者的道德能力。然而，庫利的文章採用的是一種靈肉二元的論證，即死亡只能終結一個人的肉體生命卻無法終結人的道德 / 精神生命（Cooley 2007, 39）。他認為，當失智症發生的時候，安樂死能夠幫助患者從精神層面保全自己的道德能力，從而避免道德能力完全被失智症侵蝕。問題是，既然靈魂和肉體是各自獨立運作的，我們同樣可以說：“患者只是肉體層面受失智症影響而精神層面沒有受失智症影響。”所以，儘管我們看到的現象是患者在行動上失去了道德自主性，他們的內在精神世界裡面卻可以保留著完整的道德能力。由此可見，靈肉二元論不能幫助庫利解釋患者接受安樂死的必要性。

其次，羅德斯從公正的角度來論證失智症患者有接受安樂死的義務，也存在問題。羅德斯認為，將大量的醫療資源用於治療失智症患者，導致其他患者得不到應得的救治，是對其他患者的

不公正。這個觀點將引發兩個問題。第一，如何理解“應得”的問題。每個人都擁有健康權，不能因為某些患者得不到應得的救治就推導出那些得到救治的患者不公正地佔用了醫療資源。羅德斯或許認為，失智症是一種不可逆轉的疾病，所以即便投入大量的醫療資源也不可能讓失智症患者恢復健康。與其在失智症患者身上浪費醫療資源，不如將同樣的資源用於治療那些可以康復的疾病。這個論點的第二個問題是，按照它的邏輯，如果醫療資源不能使病人恢復健康就是浪費資源，那麼失智症患者不僅不應得到治療失智症的醫療資源也不應得到其它的醫療資源（包括用於舒緩治療的資源），這是不可接受的。這個觀點的第三個問題是，即便我們認同這樣一種功利主義式的論證，我們也無法推導出失智症患者有接受安樂死的義務。如果失智症患者不公正地佔用了醫療資源，他們只需要讓出醫療資源即可實現公正的目的，並不需要採取安樂死這種極端的形式。換言之，安樂死和讓出醫療資源之間並沒有必然聯繫，所以我們無法從公正原則推導出失智症患者接受安樂死的義務。

### 三、利他與安樂死權利

長期以來，有關安樂死的道德討論都深陷保守主義（conservative view）和自由主義（liberal view）的爭論之中。保守主義者反對安樂死的理由有如：生命具有內在價值所以安樂死形同殺人（Finnis 1997, 30-31），安樂死合法化將導致道德滑坡（slippery slope）（Keown 2022, 85），生命權是一項不可剝奪的權利（Velleman 1999, 609），安樂死和醫生的職業道德衝突（Garcia 2007, 12-15）。自由主義者支持安樂死的理由有如：生命必須滿足一定條件才具有價值（Foot 1997, 95），在病人活得生不如死的時候安樂死能夠最大程度滿足病人的趣向（preference）（Singer 2003, 529），生命因為自主性而具有內在價值所以尊重病人的選擇優先於保護病人生命（Harris 1997, 11）。無論保守主義者和自

由主義都基本同意行善原則在討論中的重要性。不同的是，保守主義者認為醫生基於行善原則應該保護病人的生命價值所以反對安樂死，而自由主義者則認為行善原則要求醫生尊重病人的選擇，因為只有病人自己才真正明白什麼是自己的最佳利益。儘管保守主義和自由主義都站在醫生的角度詮釋行善原則的應用，即利他原則既可要求醫生支持也可反對安樂死，但他們基本都忽視了從病人的角度也可以用行善原則來解釋安樂死，即病人出於利他的目的而選擇安樂死。有實證研究表明，不少危重疾患病人選擇結束生命的原因帶有利他成份，比如一項研究報告顯示，香港末期病患要求安樂死的動機之一就是“不想因為自己的疾患給他人帶來痛苦”（Mak and Elwyn 2005, 345）。下文將從這個角度出發，說明失智症患者選擇安樂死的權利具有正當性。

眾所周知，人有時會受利他動機驅動而犧牲自己的生命。我們並不會去批判這些人作賤自己的生命，反而讚揚他們崇高且大無畏的精神。法國社會學家涂爾幹在《自殺論》中區分了三種自殺類型：利己型自殺、利他型自殺和失範型自殺，而在利他型自殺中涂爾幹又進一步區分了義務性利他型、可選性利他型和急性利他型（Durkheim 2002, 185）。關於利他型自殺，遠者可以追溯到蘇格拉底為了維護城邦正義放棄越獄而選擇飲鴆而死，又或是印度王子薩埵舍捨身飼虎（《賢愚經·卷一》），近者如王國維自沉昆明湖以明志，韓國工人全泰壹在首爾街頭手持《勞動基準法》自焚以喚醒人們對勞工福利的關注。在康德的著作中，他讚美了小加圖（Marcus Porcius Cato Uticensis）為了守護羅馬的共和體制，不願淪為凱撒建立羅馬帝制的代言人而自殺的舉動（Kant 1997, 145）。因為如果小加圖不自殺，他將成為凱撒大帝的傀儡，彼時他的言行將受凱撒操控用以擊潰共和制守衛者的信念和操守。孔子認為，只有仁人志士才能做到為了利他而自我犧牲，“志士仁人，無求生以害仁，有殺身以成仁”（《論語·衛靈公》）。孟子認為，如果利他符合道義，那麼犧牲自己的生命去利益別人

則是一種捨生取義的行為。“生，亦我所欲也；義，亦我所欲也，二者不可得兼，舍生而取義者也。”（《孟子·告子上》）。由此可見，自殺並非一概是罪惡，為了利他而自殺有時反而值得讚美。

然而，設想有這樣一個官員，他因為貪污指控而受到司法部門調查。為了保護自己的同僚免受牽連，他選擇了自盡。從表面上看，這個官員為了利他而選擇自盡，但我們不會因此讚揚他反而會譴責他。因為他的自殺行為使得正義無法在他所包庇的同僚身上得到伸張，故而他雖然使一小部分人受益但最終卻讓整個社會蒙受損失。所以，為了利他而自我犧牲究竟是值得讚美還是譴責主要取決於自殺的行為是否真的能夠利他以及利他的果效是否大於自我犧牲者的生命價值。

那麼，失智症患者為了利他而選擇安樂死是值得讚美還是譴責呢？我們可以考察以下幾方面：

第一，治療失智症需要耗費巨量的醫療資源，而這些資源本可以用來治療其他一些有望康復的疾病並拯救其他病患的生命。前文已經分析了這一觀點，並推論出：出讓醫療資源和接受安樂死之間並無必然聯繫。失智症患者完全可以讓出自己的醫療資源給其他患者治療而自己不接受安樂死。然而，這一分析可以用來反駁失智症患者接受安樂死的義務，卻無法反駁失智症患者有選擇安樂死的權利。因為，出讓醫療資源給其他患者並不必然要求失智症患者接受安樂死，但如果失智症患者自主選擇安樂死則帶來利他的節省醫療資源效果。所以，從公正原則無法推論出失智症患者有接受安樂死的義務，但基於利他和醫療資源短缺問題卻可以為失智症患者選擇安樂死的權利找到依據。

第二，失智症不僅讓患者認知能力下降，患者還有可能出現激動、混亂甚至暴力狂躁等症狀。嚴重情況下，患者甚至可能出手傷害自己的家人或照顧者（願景工程 2022）。2020 年，日本一名 88 歲患阿茲海默症的老翁在醉酒後殺死了自己 16 歲的孫女，

並事後表示不記得自己做過什麼（中央社 2022）。2022 年，香港黃大仙區一名患有失智症的中年男子用 60 刀砍殺鄰居（香港 01 2022）。2024 年，新加坡一名 88 歲失智症患者在家中刺死自己的妻子（聯合早報 2024）。需要注意的是，患者由於失智而殺害自己的家人並不是一件高頻、高風險的事情，所以，基於比例原則（proportionality）不能以自衛為理由而要求失智症患者承擔安樂死的義務。然而，失智症患者卻有可能為了保護家人免受自己的傷害而自主選擇安樂死。這種以利他為動機的安樂死選擇是具有合理性的。

第三，失智症不僅可能給患者帶來情緒上的困擾，同時也會困擾照顧者的情緒，從而導致每年“照顧殺人”的案件頻發。照顧失智症患者往往需要消耗家人大量的時間和精力。由於失智症往往會朝著不可逆轉的方向惡化，所以家人在投入時間精力去照顧患者的同時並不能看到問題的改善，反而一步步見證著自己的親人喪失自主和尊嚴。這種心理上的折磨可以導致照顧者情緒崩潰，甚至作出終結患者生命的舉動。2019 年，桃園市老翁因不忍失智行動不便妻子長期被病情折磨，將妻子推落水圳後再跳下水圳輕生（三立新聞網 2019）。2021 年，新竹一位男子照顧自己失智的奶奶數十載，因不堪壓力而殺害臥床的 87 歲奶奶（Yahoo! 新聞 2021）。2024 年，澳洲一名九旬老翁用枕頭焗死腦退化妻子（U 港生活 2024）。在安樂死非法的國家，家人因情緒失控而殺死失智症患者後往往也會選擇輕生，一方面是受良心折磨，另一方面是擔心謀殺指控。從利他的角度看，患者在失智症沒有完全惡化以先是有可能預見到自己的家人為了承擔看護工作將付出巨大的情緒價值。為了避免這種付出不至於演化成絕望，患者希望以安樂死來結束自己的生命是可以理解的。

因此，為了利他而選擇安樂死的合理性取決於自殺的行為是否真的能夠利他以及利他的果效是否大於自我犧牲者的生命價值。基於以上分析，失智症患者選擇安樂死的利他動機至少有三：

第一，讓出醫療資源以拯救更多患者生命；第二，避免自己的疾病給家人帶來生命危險；第三，避免自己的看護者因不堪壓力而情緒崩潰。從結果來看，失智症患者試圖避免的危害要大於自己的生命價值，所以他們選擇安樂死不是一種“輕賤生命”的選擇而是“重視生命”的選擇。與此同時，我們不應將患者選擇安樂死的權利理解為具有強制性質的義務，原因有二：第一，如果患者不賦予自主的選擇權利，利他的動機將失去崇高性。換言之，如果患者不是自主地選擇安樂死而是被強制要求履行安樂死的義務，那麼我們將很難判斷患者有利他的動機在裡面；第二，以利他作為道德義務將違反絕對命令，即“你要這樣行動，把不論是你的人格中的人性，還是任何其他他人的人格中的人性，任何時候都同時用做目的，而絕不只是用做手段”（康德 2013，64）。義務具有強制力，強迫他人犧牲自己的生命以利他無疑利用了被犧牲者的人性。一方面，義務的強制性使被犧牲者樂意去追求的目的得不到尊重。另一方面，強迫人者自身也並不一定樂意犧牲自己的生命去幫助他人，所以強迫人者並不將利他視為目的。因此，以利他為目的的安樂死，如果具有正當性，它只能是一項權利，而不能是一項義務。

既然以利他為目的的安樂死只能是權利而不是義務，那麼當失智症患者選擇行使這項權利的時候就要格外注意其對自主能力的要求。換言之，在患者不自主的情況下對其操作安樂死，即便有利他動機也會淪為不道德的強迫和謀殺。根據比徹姆（Tom L. Beauchamp）和邱卓思（James F. Childress）在《生命醫學倫理原則》一書中的論述，患者的自主性取決於三要素：1) 意向性；2) 理解自己的行為；3) 行為不受外界操縱（Beauchamp & Childress 2013, 104）。

由於失智症會影響患者的記憶、思維、定向力、理解力、計算能力、學習能力、語言和判斷力，患者的意向性和理解自己行為的能力也會相應受到影響。例如，腦部的額葉在執行功能和行

為計畫中發揮關鍵作用。當額顳葉癱瘓或血管性癱瘓損害到相關的神經回路時，患者常常無法自如地制定計畫、分配資源、協調動作、跟進進度，因而在行為上表現出隨意、混亂或難以達成目標的特徵。阿茲海默症會影響患者的記憶力、空間定向能力和語言能力。阿茲海默症患者由於記憶力受損會導致無法準確地回溯行為動機，加上語言表達障礙，他們往往無法清楚地向外界表述自己的行為意圖和原因。所以，當患者向醫生表達安樂死願望的時候，醫生應審慎地根據他們的病理特徵和病情發展階段來判斷患者的自主性是否受限。

其次，當失智症患者要求安樂死變成一個經常性事件之後，我們需要警惕患者請求安樂死的背後是否有同輩壓力的存在，即同輩中若有其他人選擇了安樂死，或社會與家庭成員可能帶有“為減輕負擔”或“免受痛苦”等價值傾向時，或主流媒體經常性地報導安樂死案件，患者可能將此視為一種“應該做”或“合理的結局”並感到壓力去實現安樂死，從而影響其真實意願的表達。施密特（Andreas T. Schmidt）指出，病人做出安樂死的選擇有時是社會問題帶來的，比如有些病人因為缺錢治療疾病而選擇安樂死背後就是健康不平等問題（health inequity）。政府在不解決社會問題的條件下優先將安樂死合法化，反而有可能將已經存在的社會問題正當化（Schmidt 2020, 135-139），就好像如果解決不了問題那就解決提出問題的人。因此，為了盡可能地減少同輩壓力，政府首先應該採取相應措施減輕失智症給患者本人和患者家庭帶來的財務壓力和心理壓力，比如提高公共醫療服務（如舒緩治療和臨終關懷）的品質，完善全民健康保險對失智症的涵蓋範圍，建立專業的心理專家團隊來疏導患者、患者家人和看護人員的心理壓力，鼓勵社會互助小組或支持性社區，為患者營造更多積極的社會交往。只有保障患者在客觀條件下可供選擇（alternative choices）的空間足夠大，外界壓力對患者的自主性形成的限制才會變得足夠小。

最後，有學者可能會指出：即使失智症患者有權選擇安樂死，醫生也不一定要滿足其願望。這一反對意見可以有兩種程度。弱的反對意見：即使失智症患者有權選擇安樂死，醫生也沒有義務滿足其願望。強的反對意見：即使失智症患者有權選擇安樂死，醫生也沒有權利滿足其願望。弱的反對意見認為不是每個醫生都必須給失智症患者提供安樂死服務。針對這一意見，我們並沒有異議。對於安樂死，醫生應該擁有良心否決權（*right to conscientious objection*），即如果醫生良心上並不認同安樂死，他應該擁有退出的權利。所以，失智症患者要求安樂死的權利並非一項積極權利，而是消極權利（Berlin 2002, 169）。當失智症患者自主選擇安樂死的時候，醫生並沒有義務去積極主動地配合，而只有義務不加阻攔。然而，如果有醫生認可病人的決定，那麼他是否有權給失智症患者提供安樂死服務呢？一般而言，如果一個人有權做某事，只要不侵犯第三方權利，別人也有權協助其完成這件事（*Rachels 1986, 86*），比如我有權買一輛汽車的同時，別人也有權把汽車賣給我。然而，強的反對意見認為，即使病人有選擇安樂死的權利，醫生也沒有這種協助其完成安樂死的權利，又或者說醫生有義務不參與失智症患者結束生命的過程。在岡德森（*Martin Gunderson*）1997年的一篇文章中，他具體列出三個理由：1) 違反醫生職業道德；2) 將導致本用於救治病人或臨終關懷的資源轉移到安樂死；3) 使病人承受更大的社會壓力去選擇安樂死（*Gunderson 1997, 52*）。

針對第一點理由（即違反醫生職業道德），我們的看法是：醫生的職業道德不可能允許病人選擇安樂死的同時又反對所有醫生參與。這一反對意見認同病人有權選擇安樂死但又反對醫生參與安樂死的過程。如果病人真的希望可以選擇自己離世的時間，邏輯上將導致病人被迫只能以非醫學干預的方式來結束生命。相對安樂死，大部份的自殺方式均是一個較痛苦的過程，正因如此，令病人在不能選擇安樂死的情況下無可奈何地選擇非醫學干預的

方式來結束生命實在也可被理解為違反醫生職業道德裡面的行善原則。如果通過阻止所有醫生參與安樂死來表明醫學界反對安樂死的立場，那意味著安樂死無論在甚麼情況都是一概不合理的。但這又回到討論的原點：有沒有一些情況選擇安樂死的決定是合理的（例如前文提到的失智症患者）？本文已經具體論證過這一選擇可以具有合理性。即便有個別醫生採用良心否決權的方式拒絕參與安樂死，那也僅僅關涉個別醫生的良心，而不能等於應該系統性地阻止所有醫生參與。因此，既然失智症患者選擇安樂死的決定具有合理性，那麼支持這一決定的醫生其立場也具有合理性。醫生的職業道德不能反對醫生合理的立場，也就不構成系統性地反對所有醫生參與這種安樂死的理由。

針對第二點理由（即將導致本用於救治病人或臨終關懷的資源轉移到安樂死），我們的看法是：任何人行使其權利的前提是，他的自主性應得到保證。我們不可能一邊說尊重某個人的權利，另一邊又不尊重其自主性，這是自相矛盾的。既然失智症患者有權選擇安樂死，那麼他們選擇安樂死的自主性就應得到充份保障。如前文所述，失智症患者選擇安樂死的自主性很大程度取決於他們有沒有選擇的餘地。如果他們沒有自由去選擇紓緩治療和臨終關懷，而只能選擇安樂死，那麼失智症患者就沒有選擇餘地，其安樂死的權利也就沒有得到尊重。所以，失智症患者選擇安樂死的權利本就蘊含著：用於紓緩治療和臨終關懷的資源應得到充分保障。我們不可能為了尊重他們選擇安樂的權利而導致他們失去其它選擇的餘地，這實際上相當於沒有尊重失智症患者的權利。因此，我們主張不應該把紓緩治療和安樂死放在一個對等的零和博弈中去審視——一個病人既可在臨終患病的軌道中選擇紓緩治療，亦可在患病的後期選擇安樂死，並不存在選擇了紓緩治療便不可以選擇安樂死這個情況，反之亦然。

而第三個反對意見認為：如果醫生參與失智症患者的安樂死，會導致社會對這一群體形成偏見，比如認為失智症患者的生

命沒有價值等，從而使病人承受更大的社會壓力去選擇安樂死。有個別研究報告也認同這一觀點，比如一份德國的研究報告指出：公眾對精神病患者安樂死的支持度和對精神病患者的污名化呈正相關關係（Schomerus et al. 2024, 4）。然而，我們認為，這一結果並非不可控。如果政府能夠充份保障失智症患者的人權，妥善管理社會輿論對弱勢群體形成的壓力，那麼歧視和污名化則未必會發生。正因如此，政府更應該去管理社會輿論對失智症患者的壓力和歧視，保障他們的人權，而不是因為要去避免有可能對失智症患者所構成的壓力便主張不如剝奪他們選擇安樂死的權利。這是因噎廢食的做法。其次，這一研究報告僅僅調查了污名化和利己型安樂死（即精神病患者為了擺脫自身的痛苦而選擇安樂死）的關係。至於本文討論的選擇性利他型安樂死則是另一回事。從理論上說，失智症患者為了利他而選擇安樂死更應該贏得讚美而非污名，因為他們的選擇不僅體現美德而且超越義務。按照康德的學說，如果一個人的道德行為符合他的義務，那麼他是值得敬重的（respect）；而如果一個人的道德行為超出他的義務，那麼他則是值得尊崇的（high esteem）（Kant 1997, 172-177）。因此，對於一個有正常道德感的社會，它不僅不應因為失智症患者出於利他選擇安樂死的決定而給他們帶來污名化，反而更應讚揚他們，讓子孫後代都銘記他們高尚的自我犧牲精神。

#### 四、結論

從利他的角度看，失智症患者原則上擁有選擇安樂死的權利。由於患者不存在以利他為目的而犧牲自己生命的義務，所以失智症患者不可能存在接受安樂死的義務。因為安樂死是一項權利而非義務，所以只有充分尊重病人自主性的條件下對失智症患者實施安樂死才具有正當性。涂爾幹認為義務性利他型自殺是過度集體化的結果，而選擇性利己型自殺則是過度個體化的結果。前者基於輕視純個人事務的粗獷道德，而後者基於拒絕一切凌駕

於個人之上的精緻倫理（Durkheim 2002, 185）。那麼，在兩個極端之間的選擇性利他型自殺在安樂死議題中是否更具優勢呢？本文從哲學理論上試圖證明這一點。然而，在現實條件下，如何才能充分地尊重失智症患者的自主性，這是一項具有挑戰性的工作。因此，失智症患者選擇安樂死的權利原則上可行，實踐上具有挑戰。克服挑戰的第一步往往就是需要我們正視問題，開啟對話，容忍批評。

## 參考文獻 References

- 朱榮新：〈失智男 60 刀斬死鄰居，自制力受損對人構成危險，判無限期醫院令〉，《香港 01》，2022 年。Chu, Kai Sun. 2022. “60-Year Old Man with Dementia Stabbed his Neighbour to Death: Sentenced to Indefinite Hospital Order due to Impaired Self-control Posing Danger to Others”, *HK01*. h <https://www.hk01.com/社會新聞/842949/失智男60刀斬死鄰居-自制力受損對人構成危險-判無限期醫院令#>
- 周好靜、許詩凱：〈失智老伴發病上演暴力驚魂記 老老照顧有心但力不足〉，《願景工程》，2022 年。Chou, Yu-Ching, and Hsu Shih-Kai. 2022. “Dementia Onset Led to Violent Episode, Elderly Couples Willing to Take Care of Each Other yet Unable”. *Vision Project*. <https://visionproject.org.tw/story/6226>
- 林盈君：〈長照哀歌！罹癌翁猛推失智妻入水駭人監視器畫面曝光〉，《三立新聞網》，2019 年。Lin, Ying-Chun. 2019. “Lament of Long-term Care: Shocking Footage Reveals a man with Cancer Pushing Wife with Dementia into Water.” *SET News*. [https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=592092&fb\\_comment\\_id=2142178629220633\\_2142336015871561](https://www.setn.com/News.aspx?NewsID=592092&fb_comment_id=2142178629220633_2142336015871561)
- 康德著、李明輝譯：《道德底形上學》，臺北：聯經出版事業股份有限公司，2015 年。Kant, Immanuel. 2015. *Metaphysik der Sitten*, translated by Lee Ming-huei. Taipei: Linking Publishing Co. Ltd.
- 康德著、楊雲飛譯、鄧曉芒校：《道德形而上學奠基》，北京：人民出版社，2013 年。Kant, Immanuel. 2013. *Grundlegung Zur Metaphysik Der Sitten*, translated by Yun-Fei Yang, proofread by Deng Xiaomang, Beijing: People’s Publishing House.
- 陳昭文：〈悲劇！新竹孝孫照顧臥床奶奶數十載 今中午自首「我殺了阿婆」〉，《Yahoo!新聞》，2021 年。Chen, Chao-Wen. 2021. “Tragedy: Grandson in Hsinchu Taken care of Bedridden Grandmother turn Himself in to Police for Killing his Grandmother.” *Yahoo! News*. <https://tw.news.yahoo.com/快訊-悲劇-新竹孝孫照顧臥床奶奶數十載-今中午自首-我殺了阿婆-101719800.html>
- 鄭智浩：〈涉在住家刺死妻子 88 歲失智翁被控謀殺〉，《聯合早報》2024 年。Teo, Zhi-Hao. 2024. “88-year-old man with Dementia Charged with Murdering his wife after Stabbing her at home.” *Lianhe Zaobao*. <https://www.zaobao.com/news/singapore/story20240605-3819746>
- 盧映孜：〈失智爺殺孫女震驚日本 宣稱不記得犯案遭判 4 年半〉，《中英通訊社》，2022 年。Lu, Ying-Tsu. 2022. “Demented Grandfather Shocks Japan by Killing Granddaughter: Claims to not Remember the Crime and Sentenced to 4.5 Years.” *Central News Agency*. <https://www.cna.com.tw/news/aopl/202206130106.aspx>
- 蘇麗儀：〈9 旬癌翁枕頭焗死腦退化妻 強調「安樂死」遭判囚 9 年〉，《U 港生活》，2024 年。So, Lai Yee. 2024. “90-year-old Cancer Patient Suffocated his Wife with Dementia with a Pillow: Emphasizing Euthanasia and was Sentenced to 9 years in Prison.” *U Lifestyle*. <https://hk.ulifestyle.com.hk/topic/detail/20031303/照顧者悲歌-9旬癌翁枕頭焗死腦退化妻-強調-安樂死-遭判囚9年/2>

- Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 2013. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press.
- Berlin, Isaiah. 2002. *Liberty*. New York: Oxford University Press.
- Cholbi, Michael J. 2000. "Kant and the Irrationality of Suicide." *History of Philosophy Quarterly* 17(2): 159-176.
- Cooley, Dennis R. 2007. "A Kantian Moral Duty for the Soon-to-be Demented to Commit Suicide." *The American Journal of Bioethics* 7(6): 37-44.
- Durkheim, Émile. 2002. *Suicide: A Study in Sociology*, translated by John A. Spaulding and George Simpson. London: Routledge.
- Finnis, John. 1995. "A Philosophical Case against Euthanasia." In *Euthanasia Examined*, edited by John Keown: 23-35. Cambridge: Cambridge University Press.
- Foot, Philippa. 1977. "Euthanasia." *Philosophy & Public Affairs* 6(2): 85-112.
- Garcia, J.L.A. 2007. "Health Versus Harm: Euthanasia and Physicians' Duties." *Journal of Medicine and Philosophy* 32(1): 7-24.
- Gunderson, Martin. 1997. "A Right to Suicide Does Not Entail a Right to Assisted Death." *Journal of Medical Ethics* 23 (1): 51-54.
- Harris, John. 1995. "Euthanasia and the Value of Life." In *Euthanasia Examined*, edited by John Keown: 6-22. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kant, Immanuel. 1997. *Lectures on Ethics*, translated by Peter Heath. Cambridge: Cambridge University Press.
- Keown, John. 2022. "The Logical Link between Voluntary and Non-Voluntary Euthanasia." *Cambridge Law Journal* 81(1): 84-108.
- Mak, Yvonne Yi Wood., and Glyn Elwyn. 2005. "Voices of the terminally ill: uncovering the meaning of desire for euthanasia." *Palliative Medicine* 19 (4): 343-350.
- Rhodes, Rosamond. 2007. "A Kantian Duty to Commit Suicide and Its Implications for Bioethics." *The American Journal of Bioethics* 7(6): 45-65.
- Ross, David. 2002. *The Right and The Good*. edited by Philip Stratton-Lake, New York; Oxford University Press.
- Schomerus, Georg, Stephanie Schindler, Eva Baumann, and Matthias C. Angermeyer. 2024. "Stigma and Public Attitudes toward Euthanasia or Assisted Suicide for Psychiatric Conditions: Results from a General Population Survey in Germany." *BJPsych Open* 10 (2): 1-4.
- Schmidt, Andreas. 2020. "Should We Extend Voluntary Euthanasia to Non-medical Cases." *Journal of Moral Philosophy* 17(2): 133-148.
- Singer, Peter. 2003. "Voluntary Euthanasia: A Utilitarian Perspective." *Bioethics* 17(5): 526-541.
- Velleman, David. 1999. "A Right of Self-Termination." *Ethics* 109(3): 606-628.
- World Health Organization. 2011. Global Status Report on the Public Health Response to Dementia.
- Wreen, Michael. 1988. "The Definition of Euthanasia." *Philosophy and Phenomenological Research* 48(4): 637-653.