

投稿類別：法政類

篇名：淺析安樂死在台灣發展產生的問題與未來展望

作者：

余幸玟。私立曉明女中。高二己班

林潔心。私立曉明女中。高二己班

指導老師：

張育源老師

壹、前言

一、研究動機

國內對於安樂死是否該合法存有很大的爭議，因為這牽扯到生物倫理、人權、監護人權利、社會學等面向，非一時一刻能讓大眾了解與接受。台灣目前只對被動安樂死有限度且不明確的開放，從安寧緩和醫療條例到病人自主權利法的通過，安樂死越來越被大眾重視，例如前陣子瓊瑤主張為丈夫除去鼻胃管的新聞，引發了究竟病人意願是否更為重要的討論。但許多人仍然不清楚安樂死的定義與背後的價值，我們希望藉由研究這些倫理議題，來建立自己對安樂死的見解。

二、研究目的

藉由分析荷蘭等已安樂死合法化的國家，其合法後的狀況以及產生的問題，比較台灣的現況，探討安樂死在台灣合法後可能面臨的問題，並提出解決方法。希望透過此次研究，使我們更了解安樂死。

三、研究方法

藉由閱讀相關書籍、參閱關於此議題的介紹及案例，並參酌國內外的新聞資訊。再經過討論、分析與比較，利用表格統整出台灣對於安樂死相關法條，最後總結出台灣對於安樂死合法與否將產生的情況與最佳的可行方法。

貳、正文

一、安樂死的定義與分類

(一) 安樂死的定義

安樂死的英文名為 euthanasia，eu 在希臘文是「美好」的意思，有無痛苦、安詳地死亡的意涵。各國對於安樂死的定義都不同，有些甚至不明確，而普遍的定義為當病人患有不治之症，在垂危或身心極為痛苦，而無求生意願時，由病人與醫療單位雙方同意，注射致命物質至病人體內，或拔除維生系統 等方式，使病人提前死亡。

(二) 安樂死的分類

依執行時是否考慮病患意願，安樂死分成「自願」和「非自願」安樂死。自願安樂死為當病人有能力做決定時，自願地接受安樂死。非自願安樂死又分為「非自主」與「不自願」安樂死，兩者皆非出自病人意願而對其執行安樂死，其差異為：非自主安樂死是

病人沒有意識或判斷能力，由他人為其決定執行安樂死，這類病人通常是陷於嚴重昏迷、植物人等；不自願安樂死是違反病人的求生意願而對其施行安樂死，這類通常被認定為他殺。

依執行過程分為「主動」安樂死和「被動安樂死」。主動安樂死又稱積極安樂死，是對病人實行直接終止其生命的醫療措施，方式通常為注射致命藥物，而這類病人通常並未垂危。且依施行人的不同，又分支出由醫療人員為病患實行安樂死的「自願安樂死」，及由醫療人員開立處方、藥物，由病人自行服用、注射的「協助自殺」，又稱「加工死亡」，其有時為了區分真正的死亡而又被代稱為「援助性死亡」或有「尊嚴地死亡」，但有時自願安樂死與協助自殺常被混為一談；而被動安樂死又稱消極安樂死，為終止或不給予瀕死病人維持生命現象的治療，使其自然的死亡，方式有拔除維生系統或不給予藥物。

二、安樂死合法化國家現況

各國對安樂死合法的定義皆不同，有些認定主動安樂死是完全合法化的標準，如荷蘭、比利時；有些國家只有被動安樂死合法化，如瑞士、德國。以下將針對荷蘭與瑞士進行探討，並與台灣現況比較。

(一) 荷蘭

1、合法化過程與內容

- (1) 1999 年荷蘭政府正式向議會提出承認安樂死的法案。
- (2) 2001 年荷蘭上議院通過主動安樂死法例，成為全球首個將主動安樂死合法化的國家。
- (3) 2002 年 4 月 1 日荷蘭正式實施安樂死。
- (4) 2016 年荷蘭將擴大安樂死範圍，在經過審慎思考下認為自己已「人生圓滿」者也可請求安樂死。預計最快 2017 年年底生效。

2、得實施安樂死之條件

荷蘭是全世界第一個對主動安樂死進行合法的國家，但對於安樂死的申請仍有嚴格的限制。申請之後，須經過兩名醫師核准才可實施，另外也必須符合以下「所有」條件。此外，若病患的年齡介於 12 到 16 歲，須先經過家長的同意。

條件一、病人請求安樂死是自願的、經過充分考慮的、一貫堅持的和明確的。

條件二、醫生與病人有足夠密切的關係，使醫生能夠確定這個請求是否既是自願的又是經過充分考慮的。

條件三、按照目前的醫學意見，病人的痛苦是不可忍受的，而且沒有改善的希望。

條件四、醫生與病人討論過除安樂死以外的可供選擇的辦法。

條件五、醫生至少應向一個具有獨立觀點的其它醫生諮詢。

條件六、安樂死的實施應符合優質醫療實踐。

3、合法化後的結果

荷蘭 2011 到 2015 年每年的死亡人數約有 14 萬人，其中 4 萬多人請求安樂死，但真正接受安樂死的病患約有五千人，占四年均死亡人數 3.9%。根據《新英格蘭醫學期刊》2017 年 8 月 3 日發表的一項研究，1990 年，選擇安樂死的人口比例是死亡人數的 1.7%，而在 2015 年，上升至為 4.5%。研究另外指出 2015 年荷蘭有 8.3% 的死者要求醫生協助死亡。

4、衍生的問題

根據德國格丁根大學在 2004 年對荷蘭約 7000 起安樂死的案例研究顯示，「非自願安樂死」所佔的比例高達 41%，而在這 41% 中，又有 11% 的仍在死前仍保持清醒。這些人有能力自主決定是否要進行安樂死，卻在醫師及家屬的決定下結束生命。根據中國醫學倫理學 2007 年的期刊，劉喜珍教授指出這樣的情況造成許多荷蘭老人紛紛向國外移居，為的就是避免「提早」來臨的死亡。

根據端傳媒 2016 年 10 月的報導，荷蘭司法部長及衛生部長希伯斯向國會表示希望新法能擴大安樂死的申請範圍。這項資訊顯示，荷蘭對於安樂死的政策已超越原先的設定，這將使原本不具資格的病患或年邁者得以申請。例如：規定中「無法忍受的痛苦」已不單單局限於疾病晚期的患者，部分失智症及心理疾病的患者也將適用。

(二) 瑞士

1、合法化過程與內容

早於西元 1918 年，瑞士聯邦政府曾表態自殺並非犯罪，但教唆與利他自殺是不被允許的。西元 1941 年通過安樂死相關法案，延續前述的觀念，刑法第 115 條明定在出於非自身牟利的情況下，「協助自殺」合法，但自願安樂死仍然不合法。法律明確規定了何種情況下應許安樂死，其中醫生不能協助執行安樂死，這意指非醫療人員才能參與執行安樂死，包含提供藥物讓接受者自行服用，或移除其維生器具。在執行安樂死時，警察會介入調查，若發現此安樂死違背病人意願或有圖利之疑，便會依刑法起訴。且而瑞士也是著名的「自殺觀光地」，為全球唯一可合法協助外國人安樂死的國家。

2、合法後的結果

根據瑞士聯邦統計局 2014 年的人口死因統計，安樂死案例有 742 件，佔全國死亡數的 1.2%，且執行人數比往年多出 26%。男性對女性人數比為 10：13，其中外國人列入計算。安樂死比例比美國部分合法的州、荷蘭、比利時都要大，其結果可能與接受並協助外國人安樂死有關。

3、衍生的問題

在愈來愈多至瑞士尋死的外國人中，有許多未罹患絕症也非臨危，這與安樂死最初定義：適用於患有不治之症、垂危病患不同，而引發辯論。2011 年保守派提反對安樂死公投，結果顯示有 85% 投票的公民反對禁止安樂死，78% 反對禁止協助外國人安樂死，提案被否決，然而政府仍著手修法，限定非任何人都能實施安樂死，使外國人尋死數不再氾濫。

再來是醫生是否該參與安樂死所引發的醫學倫理問題。瑞士是唯一禁止醫生執行安樂死的國家，許多國家的執行者不論主動、被動皆為醫療人員。在許多反對安樂死合法化的論點中，提到安樂死走入醫療體系會讓醫生違背專業倫理，且破壞醫生與病人間的互信關係，因為病人會認為醫生沒必要對自己的性命負責，而違背安樂死的初衷。上述情況的前提是：醫生參與了安樂死，因此支持安樂死合法化的一派，認為解決反對者疑慮的方法為禁止醫師參與安樂死，讓非醫療人員接受這份工作，然而繼而產生的問題便是：非醫生沒有醫生的專業能力，且法律環境無法明確定義。

三、安樂死未合法化國家現況——台灣

目前安樂死在台灣尚未合法，但有默許「被動」安樂死合法的法案，如〈安寧緩和醫療條例〉及〈病人自主權利法〉。此兩法被視為台灣邁向安樂死合法化的一項里程碑，然而仍存有許多爭議。以下將介紹此兩法的具體施行內容。

（一）安寧緩和醫療條例

1、定義

台灣的安樂死尚未合法化，但〈安寧緩和醫療條例〉已在 2000 年時通過。〈安寧緩和醫療條例〉(2013) (以下簡稱安寧法) 的內涵為「減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。」其中，緩解性、醫療性之醫療照護包括病人生理痛苦的控制、心靈的輔導、家庭與社會的調適等。此條例給予國人在健保卡上註記臨終前拒絕心肺復甦 (DNR) 或接上維生器之權利，也減少醫師與家屬對於病患急救的爭議。

2、具體施行內容

安寧法由行政院衛生福利部負責，〈預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書〉為主要實行條例內容的相關簽署書，以下簡稱「意願書」。意願書含括在〈預立醫療自主計畫〉(ACP) 中，ACP 是一個互動的「過程」，意指讓行為人了解各種治療重病的方式，並學習正視在生命盡頭時，該用什麼樣的生命價值觀來選擇對自己最有利的醫療措施，並和家人朋友甚至是社會一起面對。其中包含急救意願表達、維生醫療抉擇、預立醫療委任代理人、預立醫囑等措施。

依據安寧法第 4 條，意願書的簽署條件為年滿 20 歲、無論健康或生病，具完全行為能力者。滿足以上條件，無論何時都能簽署，簽署時須有 2 位以上同樣具有完全行為能力的在場見證人簽署，且見證人不可為施行安寧醫療的醫療機構人員。依據第 5 條，意願人可以同時預立醫療委任代理人，在意願人已無意識時，幫其做醫療決定。如果沒有預立代理人，依據第 7 條，通常由最近親屬擔任。而無簽署意願書，且為弱智者或植物人等無行為能力者，最近親屬可代為簽署「不施行心肺復甦術同意書」與「不施行維生醫療同意書」。若無簽署意願書且無最近親屬，可以預立「醫囑」的方式代替意願書，由醫療單位依其意願執行醫療措施。而依據第 6 條，意願人可以隨時撤銷意願書。

依據第 6-1 條，意願人在簽署完意願書後，衛福部會將其預立內容加註在健保卡上，防止當其在生命臨危而臨時找不到意願書時，在必要的時候有檔案參考。而依據第 3 條的名詞解釋，意願書生效時機為當兩位以上專科醫生診斷該病人已達生命末期，並擁有意願人簽署之意願書之時。意願人可以在意願書上表明當生命達盡頭或生命跡象消失時，是否接受心肺復甦等急救，或是維生醫療。根據法條解釋，維生醫療無治療效果，只能延長瀕死時間。簽定意願書，不是指任何危急情況都不予以治療，而是當醫生判定生命達「無法救治的末期狀態」時，才會生效，常見的例子為癌症末期，此可以預測。而意外事故如車禍導致大量失血，由於無法立即評估是否救不回來，醫生還是會依情況給予最大的醫療救護。

3、施行後結果與問題

根據衛生福利部安寧緩和醫療申請統計，2015 年全國申請人數為 61991 人，2016 年為 86777 人，其中每年皆以雙北市人數最多，台中市其次。

安寧照護的合法上路產生了许多問題，如適用對象僅限於「無法治癒的末期患者」，此末期指生命剩不到六個月。然而，醫生該如何判定病人生命已達末期？這常常是主觀的判斷，無一定的標準。且安寧法只保障末期病患，且是已知的末期，對於其他心理極為痛苦的病人，安寧法並不適用。

其次是「知情權」的問題。安寧法最大的前提是：病人知其該選擇何種醫療照護，或是被誠實地告知將被施行何種醫療措施。然而由於安寧法同意在病人無意識或無行為能力時，得由最近親屬簽署同意書，為其做決定，然而有時家屬的意願並不等同於病人的意願。且現行〈醫療法〉規定，在對病人進行任何侵入性治療時，應向病人本身、家屬等說明，然而家屬常常怕病人知道自己病情後會有嚴重的心理痛苦，而選擇與醫生共同隱瞞，這常常浪費許多時間，且讓病人無法充分表達自己的餘生願望。

再者，許多醫療人員及民眾仍不清楚安寧照護的生效時機，認為只要簽署意願書後，遭遇任何緊急事故都不會予以治療，然而其實意願書生效在最後的急救醫療措施行為，而非任何情況都不救。安寧緩和照護在社會上普遍沒有受到重視，教育顯得不足，以致病人在臨死時都不知道其實還有另一種更為安詳的死法。

（二）病人自主權利法

1、定義

2016年1月6日台灣公布將於2019年施行〈病人自主權利法〉（以下簡稱病主法），這是亞洲第一部維護病人自主權利的專法，也是國內首部以病人為主體，確保病人有知情、選擇、決策的權利，亦即把醫療決定與善終的權利還給病人。病主法（2016年）的立法目的為「**尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧。**」當病患符合適用對象的條件，醫師可按照患者事先預立的決定，終止、撤除或不施行急救及維生醫療，除非重大過失或違反病人預立的醫療決定，醫師不負刑事與行政責任。

2、具體施行內容

根據病主法第14條，適用對象與安寧法相較新增了四類的保障對象，除末期病人外，處於不可逆轉的昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、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的情形亦適用。另外，拒絕醫療的部分可事先透過「預立醫療決定」（Advance directive, AD）決定，根據第3條，「預立醫療決定」為事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。當患者符合以上條件時，可「自主」決定是否要以醫療介入的方式延長生命，或是選擇善終並獲得緩和醫療照顧。根據第4、5條，為了保障病患的「知情權」，病人將獲得充分的病情告知、了解治療之後將會產生的反應，並與醫師進行溝通，最後在自己的意願下選擇可接受的治療方式。

根據第8條，凡滿二十歲並具完全行為能力者皆可預立醫療決定。根據第9條，病人首先須與至少一名二等親內的親屬、醫療委任代理人、中央主管機關認可的醫療團隊共同進行「預立醫療照護諮商」。若在健康或罹患不危及生命的疾病時進行諮商，

稱為「『預立醫療決定』的一般性諮詢」；若在罹患重大疾病時進行，將調整為「預立醫療決定」。若符合條件，即可預立醫療決定，決定時須書面簽定各項醫療選擇與指定醫療委任代理人。決定後，須中央主管機關認可的醫療團隊核章、公證或二位見證人、健保憑證註記才可生效。

根據聯合報 2015 年 12 月的報導，台北榮總安寧緩和醫學科主任林明慧（2015）表示：「**回歸以病人為中心，對病人醫療權有很大進步。**」因此病主法的施行可使患者、家屬、醫療團隊三方在預立醫療照護諮商的過程中可以了解患者的真實想法，並促進醫病關係的和諧。將決定權交還給患者不但能降低家屬在替患者做決定時造成的內疚或自責，也可因尊重患者的決定而體認到自己是實現病人願望的幫助者。

3、施行後可能產生的問題

第一，法條中有些概念不太明確。例如適用對象中，「極重度失智」或「病人疾病狀況或痛苦難以忍受」這兩項，醫師們要如何確定病患是否達到此條件。因此這些條件應取決於社會大眾的共識及價值觀，但要如何達成共識呢？但若讓專科醫學會全權決定，是否就失去意義了。

第二，病人意願的改變。病人從醫療諮詢到預立醫療指示再到進入醫療程序，通常相隔許久的時間，這段時間有誰能確保病人或家屬的心情、意願不會改變，當然，進步快速的醫療技術也是其中一項變數。若病人後來的想法與當時預立醫療指示時有所不同，要怎麼處理呢？若病人不說出他的想法，醫療委任代理人要怎麼知道呢？雖然法律允許代理人「推測」病人的想法，但不是人人都會讀心術啊。

（三）安寧緩和醫療條例與病人自主權利法比較

〈病人自主權利法〉對〈安寧緩和醫療條例〉最大的不同是適用對象的擴大以及價值觀的改變。病主法比安寧法更將病人視為主體，任何醫療行為以病人最大利益為考量，此最大利益指的是最符合病人的意願而從事的醫療行為。以下為依據安寧法與病主法所繪製出的比較表格〈表一〉。

表一：《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》比較

	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
核心目標	保障末期病人善終權利	以病人為核心，保障其知情、選擇與決策權，以維護其人格尊嚴
適用對象	末期病人	1. 末期病人 2. 不可逆轉之昏迷狀態 3. 永久植物人狀態 4. 極重度失智

		5. 其他無法治癒之疾病或病人極為痛苦之強況
適用措施	1. 心肺復甦術 2. 只能延長瀕死時間的維生醫療	1. 任何延長病人生命的必要醫療行為：心肺復甦術、血液製品、機械式維生系統、專門治療、重度感染適用之抗生素 2. 人工營養及流體餵養（如鼻胃管）
適用簽署表單/程序	1. 立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書 2. 不施行心肺復甦術同意書 3. 不施行維生醫療同意書 ※2.和3.為家屬簽署	1. 預立醫療照護諮商 2. 預立醫療決定 3. 醫療委任代理人
醫療諮商	無規定	須參與預立醫療照護諮商
健保註記	自由選擇是否註記	須註記
代理人	自由選擇是否醫療委任代理人	須有醫療委任代理人
共通點	讓「末期病人」選擇想要的醫療行為，使其擁有善終權	

（表一資料來源：作者製）

參、結論

一般認為被動安樂死合法後才有可能討論主動安樂死的合法性，然而無論被動或主動皆存在著許多倫理爭議。上述荷蘭為主動、被動安樂死皆合法的國家，被視為安樂死合法化的先趨和範本；瑞士則為被動安樂死合法、主動安樂死中的協助自殺合法，且施行者不得為正規醫療團體。比較台灣，雖然安樂死未以正式名稱出現於法條，但安寧法與病主法被視為被動安樂死合法前的暖身，以下將針對此兩法條已經或可能產生的問題，比較荷蘭、瑞士的類似問題，歸納出我們認為可行的解決方法或方向。

病主法可以改善安寧法只侷限於對象為“無法治癒的末期病人”的問題，增加至雖不致立即死去，卻活得毫無尊嚴的病患。然而兩法仍對何謂“末期”、“極重度失智”以及“病人疾病狀況或痛苦難以承受”的程度無一定的客觀標準，甚至連荷蘭、瑞士的定義也是如此。我們認為“末期”不該只由兩位該醫療機構的醫師主觀的判定，而該從法條直接明確的定義，由第三方公正組織，集結各領域專業醫師判定，再由執行方與病人、家屬溝通，做最後的臨床決定。而安寧法特別允許垂死病患可放棄心肺復甦此急救行為，然而醫療單位仍普遍認為急救的定義為無論何種病患，只要送進急診室便盡所有可能急救。這時簽署安寧意願書的病患，是不是還有時間讓專業醫師判定該不該放棄心肺復甦術？我們認為重點在明確的程序與對急救的定義，界定清楚才能避免不可預測的情況。

其次是角色扮演問題，無意識或無自主能力者常被家屬簽署放棄醫療同意書，此授權前

提是人性本善，然而家屬不一定是心善而做決定的，又或心善但決定與病人意願相反。於是有人提議是否將家屬權力削弱，但這樣的思考是以病人為核心，卻忽略病人的生命不是只關係到個體，而是整個家庭甚至社會。以病人來講，若其活著只剩呼吸、心跳，而無法盡到與享受作為一個“人”的義務、權利，在最近親等家屬的同意下，可以讓其不接受醫療行為而自然地死去，病人功能尚健全的器官也可成為遺愛，作為最後的價值。以家屬觀點來看，也可因此而減輕負擔。上述做法偏向維護家屬權利，然而這關係到生命倫理，以及對無意識患者的權利保障，還需多方共識。

再來是醫療倫理問題，許多醫生認為執行安樂死有背醫療倫理，像瑞士為了避免這個問題，而禁止醫療單位執行安樂死，而由民間團體代為執行，卻產生專業性問題。政府非執行者，不會了解執行者的實際狀況，而是以病人角度思考。我們認為這是教育及價值觀問題，應把安樂死議題廣泛的納入醫學課程，讓學生了解安樂死的背後價值與想探討的生命倫理，將醫生秉持的“救人”精神保留，卻多了不一樣的意義。而政府單位也該思考醫療單位的權利，應另立醫療方應對安樂死的法案。

再者是安寧法與病主法的統合，兩者有演變關係，其中“委任醫療代理人”為共同點，政府應考慮兩法案的代理人是否為同一人，才不會產生臨床時，有兩個代理人的問題。與安寧法有別的“預立醫療諮商”也需更多法條上的程序說明，才能讓病人擁有更多正確、詳細的資訊。

最後是大眾教育問題，安樂死這幾年越來越在台灣受到重視，但公聽會仍為缺乏，參與制定安寧法和病主法的人士皆為相關醫療專業人員，民眾卻無發表意見的機會。所以我們認為學校、媒體教育以及政府宣導甚為重要，才能讓民眾更了解安樂死以及產生的倫理問題。安寧法和病主法皆存在許多問題，非一時一刻能解決，其中，我們認為最重要的是將程序、專業名詞定義清楚，並將病人、家屬、醫療單位共同視為一起面對生死的主體，不特意委屈一方，才能讓安樂死充分的發揮價值。

肆、引註資料

王英偉（2013）。**預立醫療自主計畫手冊**。新北市：財團法人安寧照顧基金會。

安寧緩和醫療條例（2013）。2017年8月22日，取自全國法規資料庫。

病人自主權利法（2016）。2017年8月22日，取自全國法規資料庫。

財團法人安寧照顧基金會（2016）。20歲 決定人生最後怎麼走。**安寧照顧會訊**，90，14-21。

周佑政（2015）。亞洲第一部病人自主權利法 5類重病者有善終權。**聯合報**，12月19日。

蔡佳慧 (2011)。幫外國人安樂死，瑞士安樂死公投通過。蘋果日報，5月17日。

劉喜珍 (2007)。老年人的臨終需求及其臨終關懷的倫理原理。中國醫學倫理學，20(4)，48-50。

Agnes van der Heide, M.D., Ph.D. (2017). End-of-Life Decisions in the Netherlands over 25 Year, 377, 492-494. August 3, 2017, from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1705630>

Samia A Hurst, & Alex Mauron. (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ, 326(7383), 271-273. February 1, 2003, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125125/>

Swiss Federal Statistical Office 2014 Cause of death in Switzerland, Assisted suicide and suicide in Switzerland, October 11, 2016, from www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/health/state-health/mortality-causes-death/specific.assetdetail.1023134.html

安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統 2015 年簽署人數統計。2017 年 8 月 22 日，取自 https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/LawPages/calc_report.aspx?year=2015

安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統 2016 年簽署人數統計。2017 年 8 月 22 日，取自 https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/LawPages/calc_report.aspx?year=2016

報導者專題：好死，好難？生與死的兩難：安樂死在台灣？。2017 年 8 月 22 日，取自 <https://www.twreporter.org/a/euthanasia-taiwan>

端傳媒：荷蘭擬擴大安樂死範圍，自覺「人生完滿」的長者也可適用。2017 年 8 月 22 日，取自 <https://theinitium.com/article/20161013-dailynews-assisted-dying-Netherlands/>