

法源法律網

LAWBANK

數位法律 智識泉源

Legal Intelligence of the Digital Age

法規類別

法規查詢

判解函釋

裁判書查詢

論著索引

[首頁](#)

[網站導覽](#)

[設為首頁](#)

[電子報訂閱](#)

[加入會員](#)

[會員登入](#)

免費查詢

尊榮會員

帳號

密碼

法源會客室

忘記密碼

法律新訊

- [法律新聞](#)
- [法規新訊](#)
- [判解新訊](#)
- [函釋新訊](#)
- [法規草案](#)
- [法律論著](#)

法律資源

- [訴訟常識](#)
- [契約範本](#)
- [研討訊息](#)

法律論著

共 248 筆 現在第 177 筆

評論數 0 篇

[第一筆](#) | [上一筆](#) | [下一筆](#) | [最末筆](#)

《醫政》從病人自主權--論當代生殖科技（三）----針對當代生殖科技病人自主權的適用與限制

鄭舜介 / 2001-12-14

雖然「病人自主權」為保障病患醫療人權最重要的權利，但是「病人自主權」的主張並非可以毫無限制，特別是涉及到基本權的衝突時，自然需依個案深究其「事物本質」後，在考慮兩種權利的限制可能性及其範圍，再三確定其內容後再做具體個案及憲法整體價值秩序的法益衡量，慎重決定之 [1]，必要時「病人自主權」也需加以限制 [2]，本文以下內容乃就當代生殖科技 [3] 中，較常引起爭議，並可能造成「病人自主權」與其他基本權利發生衝突的議題加以討論。

一、「沒有臉龐的權利主體」 [4] --論胚胎權 (embryo right)

「生命權」是憲法所保障的基本權利，但到底什麼時候才是生命起點？也就是生命權的保障要從什麼時候開始，學者眾說紛紜，論者有認為精卵結合時生命就已經產生 [5]，因為此時受精卵或胚胎已具備人的本質與本性，以及發育成長的潛能，不能以有機體 (human organism) 視之，有些人則認為要等到胚胎著床 (conception) 時生命才開始 [6]，德國聯邦憲法法院則認為，「個人

法律進修
相關網站



PDF檔案說明
軟體下載安裝

造字檔說明
司法院部分裁判書
內容, 使用特殊文
字或符號, 如欲詳
閱內容, 請連結至
[司法院網站](#)下載造
字檔。

(體)之存在, 自受精第十四天起」 [7], 另外也有人認為人的生命開始於當胚胎發育的過程中, 各器官和系統的功能形成一個「有組織的個體」, 由一個有功能的大腦協調、管制, 這時間是在胚胎期即將結束之時, 也就是胚胎將形成胎兒時, [8] 此時大概是精卵結合八週後 [9], 否則僅可認為具有細胞的生命 (the cellular life) 而不具個人的生命(human life)。就我國的現行法規當中並未就生命權保障的起點做界定, 惟在衛生署公告的[人工生殖技術倫理指導綱領](#)及[人工協助生殖技術管理辦法](#)皆明文規定, 禁止使用培育超過十四天的胚胎從事人工生殖技術 [10], 特別保護發育超過十四天的胚胎, 立法者似乎有認定胚胎培育滿十四天時應可視為生命權已存在的意思, 或者至少應處於一個被絕對保護的地位, 但單就醫學胚胎學的角度而言, 人類的中樞神經系統大約出現於胚胎發育的十四天後 [11], 此時會發生並確定胚胎是否會發展成一獨立個體或是同卵雙胞胎 (identical twins) 的最後期限, 此時應可以認定「人」已經產生, 故現行法規的設計就醫學胚胎學的角度看來, 確實有其自然科學上的理論基礎。

然一般而言, 在人工生殖的過程中, 為避免失敗, 通常一次會製造許多的胚胎, 先在子宮裡放入好幾個受精卵, 再將剩餘的胚胎冷凍, 若這次手術失敗, 下次繼續使用, 這樣一來不但可以增加胚胎成功著床的機率, 也可以避免下次取卵時徒增加病患的痛苦與風險, 另一方面也可以減少醫療資源的浪費, 一旦手術成功, 依現行的[人工協助生殖技術管理辦法第十五條](#)的規定, 剩餘的冷凍胚胎就不免遭受到丟棄、銷毀的命運 [12], 另外除了冷凍胚胎外, 由於先前植入過多的胚胎, 有時子宮內可能同時有三、四個, 甚至更多的胚胎存活, 為了使放進子宮內的胚胎能夠順利著床發育, 並避免不必要的多胞胎, 往往必須消滅其中部分多出來的胚胎 [13], 也就是俗稱的「減胎」。然而不論是子宮裡的胚胎或是冷凍胚胎, 是否可以將其銷毀? 若可以, 誰有這個權利?

從本文之前所提及的「病人自主權」的概念看來, 所有醫療行為的決策權應操之在病人, 假使我們承認可以任意銷毀胚胎的話, 決定權也應該由提供精卵的病患決定。而到底可不可以任意銷毀胚胎呢? 論者有認為胚胎受精卵並不屬於「人的生命」, 若不將受精卵或胚胎植入子宮就不會成為人, 故胚胎似乎無特別保護的必要, 亦有論者認為胚胎有其保護必要, 不得任意銷毀。更有論

者以為胚胎應在生命權的保障範圍內 [14]，而德國憲法法院的判例認為：「在子宮內成長的生命，列屬憲法生命權保障之獨立法益」似乎也把胚胎當作生命權來保護 [15]，但亦有學者指出 [16]，若賦予胚胎「人的生命權」，嘗試給予其憲法層次的保障，則會打破法律體系的一致性，違反以「人」作為基本權利能力價值判斷等級之秩序，故認為「人」的起點界定與早階段生命的保護在立法技術上是可以分開來處理的問題，不具有「人」之權利主體地位的胚胎並非就無法獲得法秩序的保護。例如若透過制定「胚胎保護法」，將胚胎當作一種獨立的法益來決定其享有之保護、決定權之歸屬或在必要時銷毀的要件等，而非經由憲法上生命權的層次來保障。

筆者以為，胚胎的保障有其必要性，將其視為生命權的保障範圍或一種獨立法益來保護皆可達到保護胚胎權利的目的，但是如果堅持胚胎權利的保護等同於生命權的保護，恐怕胚胎的所有人（即植入的母體）就不可以任意打掉其體內過多的胚胎及任意銷毀冷凍胚胎，也必須冒著可能要多次手術的痛苦和危險，每次手術只植入一個胚胎，這樣和「病人自主權」的概念顯有衝突，此時「病人自主權」和胚胎的權利要如何斟酌？論者亦有不同的看法，有學者認為仍應以胚胎生命權保護為原則，例外從嚴，方得依所有人的自決權加以限制、剝奪，換言之不能同意，逕依胚胎所有人之自決權即放棄或處置胚胎，而這樣的行為只有在例外的情況下才加以保障 [17]，另外有學者則認為，為了保障胚胎的權利要求婦女承受多次手術的痛苦與風險或被迫生產過多的子女，是違反個人生殖意願的，並不合理，婦女的「病人自主權」及其背後代表的人性尊嚴比「一個潛在或可能的人」、「一個細胞的生命」更值得保障。

惟筆者以為，胚胎的保障的確有其必要性，但是否應歸類於生命權的保障範圍，應依胚胎的發育期間而定之，在胚胎受精發育的前十四天，此時胚胎的發育尚屬於「前胚胎」（pre-embryo）的時期 [18]，在這個時期應將胚胎當作一種獨立的法益保護其權利，而不宜將其歸類於生命權的保障範圍，其主要的理由則不是以法律體系的一致性，及避免違反以「人」作為基本權利能力價值判斷等級之秩序為考量點，反而是以自然科學的實證基礎為論證的出發點，多數主張胚胎應歸屬於生命權範圍的學者認為，當精卵結合時，生命即產生，此時就應視為一個人的地位來保障其權利，但事實上，此時屬「前胚胎」時期的胚胎尚缺乏機能性的神經系統，是否能視為一個人的地

位，十分值得質疑，況且由於目前的無性生殖技術理論上已可以在不需要受精卵的情況下產生人類生命，若堅持將精卵結合視為生命權的保障起點，恐怕更有趣於自然科學上的實證事實。另外基於醫療行為實際運作上的考量，若堅持胚胎的權利要受到等同於生命權的保障時，許多生殖科技的研究勢必完全終止，或趨於保守，限制重重，不但影響現代生殖醫學的進步，對於患者也會嚴重增加患者治療過程中不必要的痛苦與風險，基於上述理由筆者認為不宜將初期發育的胚胎列入生命權的保障範圍。當然不把胚胎列入生命權的保障範圍內並不等於表示病人對於其醫療行為有完全的自決權時，胚胎得被任意製造、使用、研究及銷毀，筆者以為因為胚胎具有成為人類生命的潛能，所以仍然必須把他當作一個獨立的法益來保障，至於發育達十四天以後的胚胎中樞神經系統已開始逐步發育，胚胎開始有了「自我感受」、「自我意識」的可能性，一個「人」（human being）的概念已逐步形成，此時胚胎權利的保障就應該列入生命權的保障範圍。

雖然有學者指出以「具備人類生命的潛能」作為保障胚胎權利的理由實在過於牽強，因為在無性生殖已經成功的今天，人類複製成功已是指日可待的事，此時人類身上絕大部分的細胞，都有成為人類生命的潛能，如果以「具備人類生命的潛能」作為保障胚胎權利的理由，那麼可能全身上下的細胞都有保護的必要，惟筆者認為人類的胚胎不可以和一般的組織細胞相提並論，因為胚胎除了「具備人類生命的潛能」外，他對於許多人更有另一層次心靈上、精神上的意義，而這一層意義，絕對不是一般皮膚細胞、肌肉細胞可以取代的，而這種心靈上、精神上的價值，就足以作為承認胚胎權利的基礎，至於胚胎權的保護內涵為何？尚有待自然科學家、倫理學家、法學家一同形成共識，筆者在這裡並不試圖也無能力作一個完整性的解答，但就筆者目前的觀察，至少有一些事情是可以立即去做的，如前文所提，目前胚胎權利保障最大的問題在於許多醫事人員和病患在實施人工生殖手術時，為了求手術的成功率或便利性，往往一次植入過多的胚胎，等到胚胎成功發育時再銷毀其中一部分來控制胎兒的數量，或是製造過多不必要的冷凍胚胎，以備不時之需，其實這些多餘胚胎的恣意製造、使用是可以避免的 [19]。筆者以為可以透過公權力的規範及監督來加以改變，可由衛生署邀請相關領域的專家，組成一個隸屬於衛生署的審查機關，透過法律授權要求所有關於使用胚胎的人工生殖手術皆要將其相關具體內容（包括植入子宮胚胎數、冷凍胚胎數）事前送審議，經由該機關評定是否有濫用胚胎的情況，手術內容、流程是否恰當，若

在合理且沒有濫用胚胎的情況下，應讓患者有選擇醫療方式的完全權利，這樣一來不但胚胎權利能有所保障，「病人自主權」也獲得適度的尊重。

二、「自主權與尊嚴權的衝突」--論代理孕母

近年來代理孕母開放與否的問題引起了社會上很大的討論，特別是在人工生殖法即將立法的現在，許多學者從不同的角度去討論這個問題，當大家尚未形成共識還在爭議不休時，國內「代理孕母」政策卻出現大轉彎，原本衛生署人工生殖技術諮詢委員會去年三月以兩案並陳方式所提出的「人工生殖法」草案，近日已由新任署長李明亮決定採用禁止代理孕母的版本 [20]，將依程序呈送行政院審議。這樣的轉變引起了極力爭取代理孕母合法化的人士的反彈 [21] 也醞釀將要在立法院審議時再翻案。其實代理孕母的問題爭議已有多年，筆者觀察反對代理孕母的理由不外乎下列三點：

- 1.維護胎兒、婦女人性尊嚴，避免婦女被物化成生產工具，造成「生命商業化」、「子宮工具化」的現象。
- 2.避免社會階級剝削，富有的人利用其優勢的經濟地位，剝削窮人，造成所謂的「經濟上的搶劫」（economic rape） [22] 的不合理現象。
- 3.避免代理孕母開放後技術上衍生的弊端，如孕母拒絕交出小孩、生出先天性缺陷胎兒的後續處理、重複懷孕、亂倫等等問題。

而另外一方面，贊成開放孕母的人士則多站在受術婦女的實際需求，希望在沒有侵犯他人權利的前提下尊重其自主權，保障其追求幸福的權利，筆者在檢視雙方的論點時發現不論是贊成或反對代理孕母的一方，皆以保護婦女人權、尊嚴、自主權為其立論的依據，筆者不免開始思考到底是怎樣的制度方能真正保障婦女的尊嚴，或許我們可以回到先前提及的人性尊嚴概念下做個探討，如果我們把先前的概念作一個整理，人性尊嚴的核心本質應有二 [23]，一、人本身即是目的。人

不得被要求或視為一種工具（物體）或手段，人若被物化、商品化，自然無尊嚴可言，即德國聯邦憲法法院所採的「物體公式」（Objektformel），二、人得以自治（律）自決，不處於被操控的他律他決的地位。而當我們用這兩個核心概念來檢視代理孕母的問題時卻發現了彼此衝突、格格不入的現象，就代理孕母的制度來說，它的確滿足了受術夫妻的自主權，使其生育活動的自主性有了保障，受術夫妻在瞭解其病情、可能的治療方式後，依據自己的價值觀選擇最適合自己的生育方式，但是這樣的選擇卻會使代理孕母處於一個生產工具的地位，有被物化、商品化的疑慮，而且不同的人（生產工具）甚至依其智商、膚色、健康與生育能力還會有不同的價格 [24]，此時依照先前所提及的「物體公式」檢視之，似乎在保障受術夫妻醫療自主權的同時也嚴重的侵害代理孕母的尊嚴，對於這樣的矛盾現象筆者以為，人性尊嚴的保障首重於自主權的保障，而「物體公式」相對於自主權的保障可能要居於一個次要的地位。筆者以為在現實的社會活動中，人被物化或當作工具的情形往往是在所難免，有時這也是社會分工必然的現象，例如交通警察基於其公法上的義務指揮交通，工廠的電子工廠的員工基於私法契約上的義務從事配線工作，筆者以為就功能性的角度而言，其實所處的地位和交通號誌、工廠的配線機器並無太大的差別，但由於其個人仍被視為獨立、自律、自治、受尊重的個體，其人性尊嚴就筆者個人看來並無遭受不合理的侵犯，故筆者認為在特定的條件下人若是被當作生產工具的地位而從事生產活動，似乎沒有禁止的必要。當然這個特定的條件就是必需在沒有侵犯他人的自主權的前提下，其實一個人的尊嚴只能透過其本身的自我決定來成就，而無法由他人代為決定如何才是符合其尊嚴之生存。尤其是國家更無從由「客觀」上判定當事人之人性尊嚴是否已受到損害。換言之，若國家介入管制，以剝奪當事人自我決定權的方式，去保障其人性尊嚴，將會產生國家為履行對個人自由的保護義務，但反而限制個人自主決定權的結果 [25]。

故筆者認為開放代理孕母不但不會侵犯婦女的人性尊嚴，對於婦女的自主權反而更有保障，讓受術夫妻和婦女對於自己的身體、生活模式有更大的自主性。此外另外基於下列三個理由，筆者認為現在禁止代理孕母的政策可能需要再做進一步的調整。

1. 依據我國憲法第二十二、二十三條的規定「凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利

益者，均受憲法之保障。」、「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」，而代理孕母的制度並未侵犯任何人的權利，且筆者以為，即使開放代理孕母可能會因技術上瑕疵造成若干社會問題，但這些問題尚不足以達到有全面禁止代理孕母的必要性，何況禁止代理孕母產生的社會問題也不亞於開放代理孕母後，故就憲法有關基本權的規定而言，實在看不出有限制代理孕母制度的正當化基礎。

2.相對於具備正常生育能力的婦女，不孕症婦女在社會上是屬於相對的弱勢，國家對於弱勢團體本應積極協助，可是今天國家不但沒有伸出救援之手，反而又用一個位階低於法律的行政命令來禁止其生養自己小孩的權利 [26]，從法規範面的角度看來，關於人民基本權利的事項，本應由法律規範之，否則至少由有法律明文授權的法規命令規範之，現行制度不但明顯違反前文所提及的「法律保留」原則，從國家立法政策的角度來看，恐怕也有違背正義原則 [27]、弱勢保護原則。尤其像部分患有先天性子宮殘缺的婦女或是子宮被切除的婦女，在早期醫學技術不發達的時代，對於其想要自己子女願望，我們多半去輔導她們去接受永遠不可能有自己孩子的事實，或是去收養別人的孩子，然而好不容易今天醫學進步到可以用代理孕母的方式來達成其生育自己子女的心願，國家卻斷然禁止之，筆者以為若設身處地站在患者的立場上思考，這樣政策似乎過於殘忍。

3.如同美國獨立宣言所言，「人是有追求幸福的權利」 [28]，而在我們東方社會中，能不能擁有和自己血緣相同的子女往往是其婚姻生活、家庭生活、感情生活極為重要的一環，而婚姻生活、家庭生活、感情生活同時也是許多人人生幸福最重要的一部分，如果我們嚴格禁止代理孕母的制度，也等於不合理的限制了這些不孕症患者追求幸福的權利。

故綜合上述理由筆者以為，代理孕母是可以有條件的適度開放，特別是針對因先天或後天上身體的殘缺，導致子宮無法生育的婦女，而對於開放後可能產生的相關問題，政府則應積極介入管制，其管制的模式應採機關直接介入的管制方式 [29]，對於代理孕母人工生殖技術之管制，必需由立法機關訂立法律或由行政機關依法律授權訂定普遍的準則及標準，用以作為醫療機構與當事

人之間行為規範與法律關係的依據，以達成管制目的，解決將來開放代理孕母可能衍生的社會問題、法律問題，此外也應該設立由相關專家組成的專業機構針對於每一個案，做程序上、實體上的審查，經由其核可才可以從事代理孕母的人工生殖技術。

三、「打開潘朵拉的盒子」--論無性生殖（複製人）

英國愛丁堡羅斯林研究所（Roslin-Institute）於一九九六年七月成功複製「桃莉」（Dolly）羊，並於隔年二月發表於「自然」（Nature）雜誌，從此之後「桃莉」羊的名聲便蜚聲國際，桃莉羊是全球第一個被複製成功的哺乳動物 [30]，許多學者認為桃莉羊的複製成功，也就表示人類的複製也為期不遠了，一下子「複製人」（cloning man）的問題就變成大家熱烈討論的話題，到底「複製人」這樣的技術是否可以開放，學者間有著不同的看法，在我們討論這個問題之前我們先來看看，到底複製技術在醫學上會有什麼貢獻。

（一）以複製技術（再生性複製） [31] 來治療不孕症

雖然目前人工生殖技術已經非常進步，但是有些情形目前的技術仍然無能為力，特別是在患者本身無法產生正常的生殖細胞或其的生殖細胞有缺陷無法成功受精的情況，或是因基因的缺陷導致即使生殖細胞成功受精後胚胎也無法順利成長的病患，這樣的病患基本上是不可能擁有和自己基因相關連的孩子，但是，複製技術這樣的生殖科技，卻給了這些病患一個新的希望，理論上只要從病患身上取下一個細胞，透過複製「桃莉」（Dolly）羊的相同程序，就可以擁有和自己基因相關連的子女。

（二）以複製技術（治療性複製）為重病患者或等待器官移植的病患提供所需的生物物質或器官

西元1988年在美國洛杉磯，有一位名叫艾妮莎（Anissa）高中女生被診斷出患有骨髓性淋巴瘤，這是一種致命的血幹細胞癌症，唯一的治療方式就是骨髓移植，但艾妮莎的父母親卻一直找不到合適的骨髓，於是她的父母決定排除萬難重新懷孕在1990年生下了一位名叫瑪瑞莎（Marissa）女

孩，在十四個月後對艾妮莎和瑪瑞莎做了一次骨髓移植手術，由於手術很成功，所以艾妮莎存活了下來，其實艾妮莎算是非常幸運的了，但並非每一個血幹細胞癌的患者都能像艾妮莎那樣的幸運，因為不是每個患者都有兄弟姊妹可以捐贈骨髓，即使有兄弟姊妹願意捐贈骨髓，器官相合的機率也只有百分之二十五，縱使符合組織配對移植手術後的存活機率也只有七成 [32]，所以沒有上帝的眷顧，不是每個患者都可以像艾妮莎那樣的活下來，但若是採取複製技術來介入這樣的醫療行為，上帝的眷顧就不是那麼的重要了，因為只要從自己的身體中取出一個細胞，複製一個遺傳物質和自己相同的人，那麼患者和複製人的骨髓必然可以相容，因為由複製人身上所得來的生物物質或器官原則上不會有排斥問題，這樣要治癒前文所提及的癌症也就不是件難事。當然同樣的情況也適用於千千萬萬個等待器官移植的病患，而且依現行的生殖科技推測，未來直接複製人類的器官或組織並非難事，早在1997年10月份，英國巴斯大學（Bath University）胚胎學家史雷克公開宣佈，他已經利用遺傳基因控制技術，創造出無頭青蛙胚胎，這種操縱基因的技術若和無性生殖技術結合，將可以運用人類身上，讓需要移植器官的病人，利用自己的細胞在自己的子宮或人造子宮的胚胎組織囊液中培養所要移植的器官、組織，這樣不但可以解決器官排斥及器官短缺的問題，更重要的是不必像前文所提及的例子還要另外生下一個小孩 [33]。此外有關治療性複製，目前科學家的一個研究重點在於利用胚胎幹細胞（embryonic stem cells），簡稱ES細胞 [34]，進行組織再造直接製造出病人所需要的生物物質或器官，例如製造出神經細胞來治療帕金森氏症(Parkinson's disease)、製造出肝臟來供應換肝手術的需要等等，這樣的技術也沒有器官排斥和面對另外生下一個嬰兒所產生的問題，不過這樣的複製技術目前尚未成熟，何時可以實際的運用在臨床上，還有待生殖科技日後的發展。

雖然複製技術可以解決醫學上許多難以治癒的疾病，不過依照現行法規和衛生署所提出的「人工生殖法草案」，複製人這樣無性生殖的技術還是法律所不容許的 [35]，其背後的理由大致可以歸納成下列幾方面 [36]：

1.安全性的考量

因為複製技術目前尚未十分成熟，複製人可能有畸形、多病、夭折、加速老化、提高癌症罹患率等我們未知的風險。

2. 複製人人性尊嚴的考量

複製人可能成為其父母親所控制的工具，喪失自主性，由於其出生方式的特異性，亦可能招致他人的歧視，造成心理上未知的傷害。

3. 對家庭倫理觀念的挑戰

複製人與被複製者到底是父母子女關係還是兄弟姊妹關係，還是一種前所未有的「特殊親屬關係」難以判定，將對現行的倫理觀念及家庭制度造成一定的衝擊。

4. 避免遭受野心份子的濫用

複製技術可能被極權的獨裁者或狂熱的宗教領袖濫用，製造自己的「分身」用以延續自己的政治或宗教生命。

5. 破壞自然，潛越上帝的角色

打破了「人不可以扮演上帝」的禁忌，除了打破了許多人的宗教信仰外，也對人類內心的「根源性安全感」及「沒有根據的藩籬」造成直接的侵害。

很明顯的在這裡病人的醫療人權、醫療行為的自主權在立法者基於上述理由的考量而再一次的被完全剝奪，然而基於上述理由而對無性生殖技術為這樣絕對性、全面性、無所例外的禁止是否真的合理？有無需要進一步加以斟酌、考慮？筆者同樣抱持著高度懷疑的態度，其實上述所提及的五個理由，事實上是非常薄弱的，有許多學者就提出了許多不同的看法如下 [37]：

1.就安全性的考量而言

美國普林斯頓大學（Princeton University）的分子生物學家李 希爾佛（Lee M. Silver）則指出目前並無科學上的實證資料可以證明，複製人的畸形、多病、夭折、加速老化、提高癌症罹患率的風險高於以自然性行為出生的人類，他指出目前嬰兒最常出現的先天缺陷是來自於染色體的數量異常或繼承了父母雙方兩個隱性的突變基因，而這兩種原因所產生遺傳上的缺陷，複製技術皆可避免，故理論上嬰兒發生先天性缺陷的機會反而會比自然懷孕還低，況且隨著生殖科技的進步，無性生殖的技術日趨精密，可以想像的，安全性的問題在未來將不成為問題。

2.就複製人人性尊嚴的考量而言

複製人本來就是一個獨立個體，也和一般自然人相同，有其獨立的基本人權與人性尊嚴，複製人是否會喪失人性尊嚴，喪失自主性或招致他人的歧視，最重要的決定因素是在其父母的養育態度及所處的後天生長的環境，與其是否為複製人並不相關，即使不是複製人，也可能發生子女被操控、人性尊嚴被剝奪的情形，複製技術本身無須承擔這樣的社會責任。

3.就對家庭制度與倫理觀念的挑戰而言

家庭制度本來就會隨著時代的變遷而改變，工業化後家庭制度的改變就是一個最好的例子，倫理觀念也是相同，倫理學所要探討怎樣的行為才是對的？怎樣的行為才是善的？怎樣的行為才是好的？怎樣的行為才符合道德？也會、也應該隨著時間做適當的改變。

4.就避免遭受野心份子的濫用而言

即使真的有獨裁者或宗教領袖，製造出自己的「分身」用以延續自己的政治或宗教生命，其「分身」仍為一獨立個體，永遠不會是複製他的獨裁者或宗教領袖生命的延續，這樣的一個「分身」和另一個獨立的自然人並無不同。

5.就破壞自然，潛越上帝的角色而言

以宗教信仰外及人類內心的「根源性安全感」及「沒有根據的藩籬」作為抗拒生殖科技的立法政策理由，論證過於薄弱，無法令人信服。

再者根據憲法二十三條，人民的自由權利除了為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序、增進公共利益所必要外不得以法律限制之，那麼不孕症患者希望有和自己基因相關連的子女而從事無性生殖、複製技術，這樣生育方式的選擇自由，是可以依那一個理由可以加以限制之？筆者在這裡似乎看不到有任何一個適當的理由或憲法上的依據可以限制人民權利，如果找不到憲法上明文可以限制人民基本權利的理由、依據，或是即使勉強找到一個理由，例如以維持社會秩序、增進公共利益作為限制人民從事無性生殖（複製人）行為的憲法上依據，也必須以其所維護的公眾利益及社會秩序大於保障人民生育權、生命權所帶來的法益為前提，方具有其正當性基礎，然而全面性的禁止無性生殖、複製人技術的醫學臨床運用是否真的有這樣正當性基礎？筆者十分懷疑，若不能找到這樣的正當性基礎就對於無性生殖、複製人技術加以全盤的禁止，恐怕有違背憲法保障人民自由權的精神，特別是生育方式的選擇自由權。另外前文所提及有關骨髓性淋巴瘤治療的方法，若病患找不到任何適合的骨髓時，複製一個和自己遺傳物質相同的人可能是病患唯一存活下來的的方法，此時立法者若仍然堅持禁止無性生殖的複製技術，此時不但侵犯病人的「病人自主權」，也間接否定了病患有活者的權利，更是直接剝奪了病人的生命權，明明知道有極大的治癒可能，卻因法律的規範而要病患白白等死，此時憲法對於病人及其家屬的人權保障，早已蕩然無存。在這裡筆者依舊看不出來有任何剝奪病患的生命權及醫療行為自主權之憲法上合理依據及正當化理由。

雖然世界各國目前大部分都嚴格禁止複製人這樣的行為 [38]，更別說是運用在醫療行為中 [39]，但筆者認為複製技術應是可以適度的開放，但對於單純只為滿足自己個人慾望、好奇心而去複製另一個人，如已故親人、知名人物、歷史人物等等，希望並計畫將來被複製的人可以變成特定人物的複製行為，此時複製人已完全被物化，可能自出生起，未來的命運皆已被設定，對於

自己生命活動的自主權、自律權也被嚴重限制，這樣的情況不但嚴重侵犯其個人人性尊嚴，恐怕對社會秩序、公共利益也會造成嚴重的影響，這樣的情形立法者當然要嚴格禁止，但在不侵犯他人權利的前提下，對於上述兩種為了保障自己的生育權利或生命權而從事複製技術，是否有絕對禁止的必要性，這可能又是值得立法者深思的一個問題。

四、「美麗新世界」--論生殖細胞(胚胎)基因治療

依據行政院衛生署所頒佈的「基因治療人體試驗申請與操作規範」[40]中對於基因治療所下的定義如下，所謂的基因治療(Gene Therapy)係指「利用分子生物學中DNA重組(DNA recombination)[41]以及轉植的技術，把重組的DNA分子傳遞至一個人或多個人染色體內，將患有遺傳性、新陳代謝或癌症等疾病患者細胞內的致病基因，加以修補或置換，使其恢復正常功能，或在已喪失功能的基因外，輸入額外的正常基因，以製造必要的產物，使病人得以恢復健康的現代醫療科技」，論者有依上述定義將基因治療分成兩種類型[42]：

- 1.將重組DNA轉植入細胞內，以修補或置換治病基因的技術。
- 2.將額外正常基因輸入細胞內，以取代已喪失功能之基因製造必要產物能力的技術。

但如果以基因治療所被治療的目標細胞(target cell)做區分則可分為體細胞基因治療(somatic cell gene therapy)及生殖細胞基因治療(germ line cell gene therapy)[43]前者是把健康的基因直接植入病因所在的體細胞，以期恢復正常的功能，後者是將健康的基因植入精子、卵細胞或尚未分化的胚胎細胞，避免將疾病遺傳到後代子孫。

但由於基因治療的發展期間並不長，許多知識經驗還不成熟，臨床的效果和風險也有待評估，所以現階段大部分的國家都把這樣的醫療技術視為人體實驗的一種，而我國亦同，而且並不是所有的基因治療方式都是法規所允許的，依行政院衛生署訂頒之「基因治療人體試驗申請與操作規範」採取和歐、美、日等外國立法例相同的政策[44]，對於基因治療人體試驗適用範圍「僅限於

體細胞基因治療，禁止施行於生殖細胞基因治療。」，會採取這樣的立法政策其理由大致如下：

1.害怕對於人類基因庫造成不可逆轉的傷害

因為生殖細胞基因治療，會透過細胞分裂的程序將基因複製到全身所有的細胞當中，因為改變的是性細胞故可能會造成世世代代遺傳因子的改變，有了這樣的能力或許可以透過生殖細胞基因治療防止遺傳性疾病如唐氏症(down syndrome)、鐮狀細胞性貧血(sickle cell anemia)或帕金森氏症(Parkinson's disease)的產生，但亦有學者指出有些認為有病或不好的基因，其實說不定有我們不知道的用途，舉例而言目前科學家已知道，造成鐮狀細胞貧血病的基因可以保護很多人不得瘧疾(malaria)，導致膀胱纖維症(cystic fibrosis)的基因，則可讓人不得霍亂(cholera)。故基因治療，以不可逆轉的方式改變人類基因庫可能對後代產生不可預料的傷害並可能會造成物種單一化的問題，加州大學達爾文分校生物科學教授羅斯(Michael Rose)曾舉一個生動的例子說「如果我們都有一樣的抗老化染色體，卻沒有想到這會讓我們容易感染目前還沒有出現過的病毒，一種沒有發生過的流行病，我們可能會全部死在這病毒下」，因為這樣的顧慮所以各國政府對於生殖細胞基因治療都持較保留的態度 [45]。

2.考慮到對子代的世代契約責任

由於生殖細胞基因治療可能對後代造成不可回復的危險，可能使下一代對生活環境選擇可能性變成狹窄或無法選擇，此時有學者指出必須考慮到世代契約(Generationenvertrag)的問題 [46]，基於我們這一代對下一代的責任，實在不應該把不可知的危險讓下一代去承受，另外父母透過基因治療改變子女自然的遺傳因子，可能也侵犯了胎兒自我決定權、人格發展權，更進一步的可能對於胎兒的「基因權」、「基因資訊權」、「生命潛能控制權」 [47] 造成侵害，此時父母的「病人自主權」及憲法上保護其選擇如何延續後代的自由權或稱為「生殖自主權」(reproductive autonomy)，已涉及另一權利主體的相關權利及人性尊嚴時，面對基本權衝突所需考量的相關法益衡量，其複雜性就更大了，父母親對於治療其本身所有之瑕疵生殖細胞的「病人自主權」在這時候也就要視情況有所修正、限制。

3.害怕造成嚴重的社會階級不公平

若以目前的技術而言，在健保不給付的情況下，從事生殖細胞基因治療的費用並不便宜，當這種技術只有少數家庭有能力負擔時，遺傳疾病將成為社會上中、低階層組成份子的專利，愈來愈不被主流社會所重視。況且倘若將來生殖細胞基因治療的範圍，可以被允許運用在提高子女的外貌、體格、智力等天賦條件時，社會上中、低階層家庭的子女將面臨個人即使再如何的努力，在現實社會中可能還是無法和這些受過生殖細胞基因治療的富家子弟競爭的現象，社會階級的鴻溝將永遠無法被打破，既得利益者甚至可能假借優生學（eugenics）之名大行社會達爾文主義復辟之實，雖然手段不至於達到第二次世界大戰時期，納粹政府以集體屠殺方式剔除劣質基因種族那樣的殘忍，但是效果可能更為徹底且全面。

雖然衛生署基於上述等原因全面禁止醫師從事生殖細胞基因治療，但也有不少學者非常不以為然，有學者認為生殖細胞的基因治療所造成的遺傳風險，同樣在預防接種、癌症的化學治療、放射線治療也會發生，沒有必要因此禁止生殖細胞的基因療法 [48]。而國際醫學團體協會（Council of International Organizations of Medical Science：CIOMS）在1990年所發佈的「犬山宣言」 [49]，雖然原則上也禁止生殖細胞的基因治療，但也是有例外，在其宣言 明文表示「以預防、治療疾病為目的而改變人體生殖細胞必須是以體細胞基因療法技術上一直有困難也無希望的情況下才可以實施，但此一治療方法，須在一定狀況下為唯一之方法，且須不斷探討其技術面及技術的倫理層次兩者之間的問題。進行生殖細胞治療前，其安全性必須很明顯」，而筆者個人以為這樣的例外情況事實上是的確存在的，雖然對於預防嚴重的遺傳疾病，目前的「產前篩檢」（Prenatal Screening） [50] 及「胚胎植入前診斷」（Preimplantation Genetic Diagnosis, PGD） [51] 的技術在某程度上可以替代生殖細胞的基因治療，這種技術對於預防囊腫纖維化(cystic fibrosis)、黑朦性家族性癡呆（Tay Sachs disease）、赫丁頓舞蹈病(Huntington disease)、鐮狀細胞性貧血(sickle cell anemia)、苯丙酮尿症(phenylketonuria：PKU)等相關代謝疾病的預防上有其相當效果，但這種技術必須配合選擇性墮胎和捨棄基因有瑕疵胚胎等行為，其本身背後所產生的倫理、法律爭議並不亞於生殖細胞的基因治療，況且生殖細胞的基因治療，一經剔除不良基因，被治療者的後代原則上

就可以一勞永逸免除同樣遺傳疾病的致病因子，顯然是一種較為有效且經濟的治療方式，此外當父母親都帶有致病基因時（即同一基因上的兩個對偶基因皆異常時），「胚胎植入前診斷」技術可能就無能為力，此時生殖細胞的基因治療就更有其必要性 [52]，事實上像這樣的手術只會適用於有嚴重遺傳疾病的病患，而這樣的人在世界上的人口比例也非常少，即使以不可逆轉的方式改變生殖細胞的基因，對於人類基因庫造成的傷害，也可以說是微乎其微，根本不會有物種單一化的問題，此外大部分嚴重的遺傳性疾病患者很少活到成年，即使少數患者可以藉助醫藥的治療使患者活到30歲以上，其身體、心理也往往必須承受極大的痛苦、壓力，我們現在利用分子生物學中DNA重組以及轉植的技術，將患有遺傳性、新陳代謝等疾病患者細胞內的致病基因，加以修補、置換，或輸入額外的正常基因，使胎兒得以擁有健康的身體，倘若胚胎或胎兒有機會表示意見，筆者相信他也會欣然同意，甚至感激不盡，更別說會有侵害胚胎或胎兒的「自我決定權」、「基因權」、「基因資訊權」、「生命潛能控制權」等相關權利的問題，故筆者認為在有關於生殖細胞的基因治療上，對於上述的特定病患應有其開放的空間，現行政策有思考調整的必要。

此外雖然目前世界各國的基因治療都只限於體細胞基因治療，但筆者相信慢慢的生殖細胞基因治療也必定會開放，甚至以後的基因治療的範圍可能不會僅限於重大遺傳疾病，或許會有人開始把基因治療的技術運用在基因改良，有科學家曾說過「基因改良一定會發生。國會不會通過法律，不准你治療禿頭」，且基於父母親對於子女的愛，筆者堅決相信，一旦基因治療的技術發展趨於成熟時，父母親一定會把這樣的技術運用於胚胎的基因改良，讓他們的孩子的智商能更高，體格能更健壯、外貌能更俊美，在孩子出生前盡一切可能讓孩子能更加的完美，提升孩子在面對未來環境的競爭力、適應力，對於這樣一個必然來臨的基因工程時代，將來立法者所要面對的問題必將更廣泛、複雜，更引人爭議，有待更多不同領域及跨學科的人才投入研究才有可能訂出一個符合憲法精神和時代潮流的立法政策。

[1] 請參閱，李震山，基本權利之衝突，收錄於月旦法學雜誌，第1期，1995年5月，頁60-61。

[2] 有學者認為要對目前臨床醫療上的許多倫理難題有所探討前，首要之務在於釐清病人自主權此一概念之內涵與界線，請參閱，楊秀儀，前揭文，頁373。

[3] 本文所指的生殖科技，乃採較廣義的定義，其中至少包括下列三種面向，（一）**控制生殖**(birth-control)，即透過人工生殖技術以達到不生育的目的，如各種絕育(sterilization)、避孕措施(contraception)與墮胎技術(abortion)的發展與運用；（二）**協助生殖**(birth-aiding)，係指利用各種非性交之人工方式，促使達成受孕生育目的之技術者，如人工受精、代理孕母、；（三）**優生保健技術**(technologies to control the quality of offspring)，係指透過醫療技術的運用來達到生下健康嬰兒的目的，例如產前遺傳診斷、羊膜穿刺術的運用、超音波技術發展、新生兒先天代謝疾病篩檢及胚胎基因治療技術等等。其具體內容請參閱，陳慧雯，人工協助生殖技術管制模式之法律政策分析—以代理孕母之管制為中心，國立台灣大學法律研究所碩士論文，1999年6月，頁11-12；Robert H. Blank, Redefining Human Life : Reproductive Technologies and Social Policy 31 – 72 (1984)；John A. Robertson, Children of Choice: Freedom and The New Reproductive Technologies 6 – 10 (1994)

[4] 請參閱，顏厥安，沒有臉龐的權利主體—由法理學檢討生物科技與人工生殖技術，收錄於月旦法學雜誌，第2期，1995年6月，頁9-18。

[5] Iglesias, T., In Vitro Fertilization : The Major Issues, 10 J. Med Ethics. 32-37 (1987)

[6] 部分羅馬天主教徒採這樣的看法，請參閱，John Dwight Ingram, In Vitro Fertilization : Problems and Solution, 98 DICK. L.REV. 70-71 (1993)

[7] 請參閱，李震山，胚胎基因工程之法律涵意，收錄於<http://biolaw.law.ntu.edu.tw/> (2001/2/10)，頁4。

[8] 請參閱，Shea, M. C., Embryonic Life and Human Life, 11 J. Med. Ethics. 205-209 (1985)

[9] 自胚胎發育的第三個月（第八週起）到出生為止，這個時期稱為胎兒期（fetal period），其特點是組織，器官成熟，且胎兒身體迅速發育，請參閱，SADLER原著，黃啟仲、賴凌平合譯，LANGMAN醫學胚胎學，合記圖書出版社，民國76年，頁79。

[10] 請參閱，[人工生殖技術倫理指導綱領](#)

原則四 人工生殖技術乃反自然的擬制行為：

5下列人工生殖技術之施行應予以禁止：

- (1) 出於營利動機之媒介與供給。
- (2) 純以優生為動機之人工生殖，但有罹患先天或遺傳性疾病不適生育之情況者不在此限。
- (3) 代理孕母方式之人工生殖行為。
- (4) 使用培育超過十四天之胚胎。
- (5) 使用供實驗研究用途之精子、卵子或胚胎。
- (6) 捐贈者與受贈者間有[民法第九百八十三條](#)之親屬關係。

人工協助生殖技術管理辦法

第7條 有下列情形之一者，醫療機構不得施行人工生殖技術：

- 一 捐贈人與異性之受術夫妻間有[民法第九百八十三條](#)之親屬關係。
- 二 捐贈人與受贈人經依第五條檢查及評估不合格者。

三 使用培育超過十四天以上之胚胎。

四 使用供實驗研究用途之精子、卵子或胚胎。

五 施行代理孕母方式。

六 施行無性生殖方式。

[11] 中樞神經系統大約出現在第三週初期(第十四天以後)，是一拖鞋狀的外胚層增厚，稱做神經板(neural plate)。此版位於背部中央；原凹(primitive pit)的前方，其外側緣不久後會增厚，形成神經褶(neural folds)，之後神經褶會不斷增長，突起，而兩側神經褶在中線融合，形成神經管(neural tube)而這神經管就是日後中樞神經系統發生所在，其相關內容請參閱，SADLER原著，黃啟仲、賴凌平合譯，前揭書，頁334以下；Moore原著，潘人榮編譯，人體胚胎學－Developing Human，藝軒圖書出版社，民國82年3月，頁383-392。

[12] 請參閱，[人工協助生殖技術管理辦法](#)

第15條 醫療機構於捐贈人所捐贈之精子或卵子，或受術夫妻之精子、卵子或胚胎有左列各款情形之一時，應不得再使用，並於情形發生後二個月內銷燬之：

- 一 保存逾十年。
- 二 捐贈人或受術夫妻一方死亡。
- 三 受術夫妻完成活產一次。

保存未逾十年之冷凍胚胎於完成活產一次後，經同一受術夫妻要求，醫療機構得協助其再完成活產一次，不受前項第三款之限制。

醫療機構為第一項銷燬時，應依第十二條第一項規定辦理。

[13] 請參閱，朱樹勳，醫學新進展對社會倫理與法律的衝擊，收錄於<http://biolaw.law.ntu.edu.tw/> (2001/2/10)。

[14] 請參閱，李震山，論生命科技與生命尊嚴，收錄於人性尊嚴與人權保障論文集，元照出版社，2000年2月，頁101。

[15] 請參閱，李震山，從憲法保障生命權及人性尊嚴之觀點論人工生殖，收錄於月旦法學雜誌，第2期，1995年6月，頁19。

[16] 請參閱，蔡維音，前揭文，頁11-12。

[17] 同註37，頁7-9。

[18] 請參閱，Lee M. Silver 原著：李千毅、莊安祺譯，複製之謎：性、遺傳和基因再造，時報文出版企業股份有限公司，1997年12月，頁52-53。

[19] 例如英國政府就規定，醫生在實施體外人工受精技術時，每次只能用3到4個胚胎，相關內容請參閱，曾哲明，二十一世紀生命科學的展望，收錄於<http://phi.ncu.edu.tw/apethics/Newsletter>

/no_004/2000 (2001/2/20)

[20] 原本該草案，由衛生署保健處邀集專家學者經過十三次討論，才在去年三月擬定「人工生殖法」甲、乙兩案並呈由署長裁決，兩者最大差別在於四條與代理孕母有關的條文，甲案維持歷來政策導向，禁止實施代理孕母；乙案則建議視社會需求，適度開放代理孕母。

[21] 請參閱，明日報健康104，收錄於<http://www.ttimes.com.tw/>，2000年10月27日18：54。

[22] Katz, S., The New Reproductive Era: Doctor Will Face Ethical Challenges, 136 Canad. Med. Assoc. J. 1293 – 1294 (1987)

[23] 同註28，頁133。

[24] Margaret Jane Radin, Market – Inalienability, 100 HARV. L. REV. 1849, 1932~1933 (1987)

[25] 請參閱，蔡維音，前揭文，頁11。

[26] 請參閱，註40，[人工生殖技術倫理指導綱領](#)，[原則 四第 5點](#)；[人工協助生殖技術管理辦法](#)，[第7 條第 5項](#)。

[27] 請參閱，顏厥安，[國家不應禁止代理孕母的法哲學與憲法根據](#)，收錄於http://phi.ncu.edu.tw/apethics/Newsletter/no_004/LBE4-9.html (2001/2/20)

[28] 請參閱，美國獨立宣言正文第二段：We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Right, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness. Those to secure these rights, Government are instituted among Men, deriving their just powers from the consent of the governed.

[29] 請參閱，陳慧雯，前揭文。

[30] 其實早在1960年代英國科學家葛登（John Gurdon）已經可以把青蛙皮膚上的細胞取下，複製成胚胎，並可以長大到蝌蚪階段，但是對於哺乳類動物的複製實驗卻一直沒有重大的進展，直到英國科學家威爾幕特（Ian Wilmut）在技術上新的突破後才有了改變，他先從一隻母羊身上取出卵子，並移除該卵子上細胞核，另外找出一隻母羊的乳線細胞，先將細胞培養在沒有血清的飢餓狀態，讓所有的細胞都停止生長分裂，而處在與休眠相似的狀態。然後取出這個休眠狀態的細胞

核，注射到先前移除該細胞核的卵子裡，用電刺激後，在擲回一個假懷孕母羊的子宮，就會發育成一隻DNA和其提供乳線細胞的羊完全相同的羊。相關詳細內容，請參閱，Lee M. Silver 原著：李千毅、莊安祺譯，前揭書，頁106-116；Gina Kolata原著：洪蘭譯，基因複製：從複製羊桃麗看人類未來，遠流出版事業股份有限公司，1998年1月，頁34-38頁；周成功，複製羊的科學觀，當代雜誌，第119期，1997年7月，頁25-29。

[31] 本文這裡將複製技術分為再生性複製和治療性複製分別論述之，相同的分類方式請參閱，陳英鈴，生物醫學的研究自由與控制，收錄於中央研究院中山人文社會科學研究所舉辦第三屆「憲法解釋之理論與實務」學術研討會論文集，民國90年3月， 1頁5-9。

[32] 請參閱，Lee M. Silver 原著，李千毅、莊安祺譯，前揭書，頁126-132。

[33] 請參閱，中國時報，民國86年10月20日第10版；聯合報，民國86年10月20日第5版；科科網，<http://scisci.nctu.edu.tw/> (2001/7/30)

[34] ES細胞為初期未經分化的胚胎細胞，由於其具「未分化」(undifferentiated) 的特性，故具有發展成為許多「特化的」(specialized) 細胞之潛能，如果可以找出促使胚胎細胞特化的訊號，將有可能控制它特定分化路徑，培養出神經、血球、皮膚或任何醫療所需的細胞及組織。

[35] 請參閱註40人工協助生殖技術 管理辦法 第七條第六項

人工生殖法草案第十七條 實施人工生殖，不得以下列方式為之：

- 一、使用供實驗研究用途之生殖細胞或胚胎。
- 二、以代理孕母方式實施。
- 三、以無性生殖方式實施。

四、選擇性別。

五、精卵互贈。

六、使用培育超過十四日之胚胎。

七、使用混合精子。

八、使用自境外輸入之冷凍精子。

[36] 請參閱，National Bioethics Advisory Commission著，鍾芳樺節譯，美國生物倫理諮詢委員會複製人之報告摘要，收錄於生物科技與法律研究通訊，第1期，1999年1月，頁17-33；林子儀，複製人，收錄於<http://biolaw.law.ntu.edu.tw/> (2001/6/10)，頁14-28；周志宏，複製人與生物科技之法律規範，收錄於月旦法學雜誌，第35期，1998年4月，頁47-63；請參閱，Lee M. Silver 原著：李千毅、莊安祺譯，前揭書，頁117-120；Gina Kolata原著：洪蘭譯，前揭書，頁280-285。

[37] 同註66。

[38] 請參閱，清部征夫原著；宋昭儀譯，惡魔的科學，新雨出版社，2000年3月，頁55-59。

[39] 惟英國國會已通過一個法案，准許科學家複製只限於醫學研究之用的人類胚胎，並於2001年1月31日起生效，相關內容請參閱，Nature 409：5（2001）；Science 291：23（2001）；聯合報，民國90年1月24日第4版。另外於同年3月9日一群以美國科學家札佛斯及義大利婦產科醫師安提諾里為首的國際科學家小組在羅馬召開會議，正式宣佈將著手複製全球第一個複製人，並宣稱一年之內複製技術將製造出正常的兒童，這些兒童將是「獨特的個體」，而非個體的複本，相關內容請參閱，自由時報，民國90年3月11日第5版；民生報，民國90年3月11日醫藥版。

[40] 請參閱，行政院衛生署公告86.8.28衛署醫字第八六〇五四六七五號，收錄於衛生署公報，第

27卷第2號，民國86年9月，頁21-77。

[41] DNA的重組技術乃基因治療的基本操作，所謂重組DNA分子意指：

1.在活的細胞外，把自然存在的或人工合成的DNA分子片段接合到其他的DNA分子之上，而由此形成的DNA分子組合若被送入活的細胞之內，是可以隨細胞繼續增殖的。

2.由上述帶轉植基因的細胞增殖而成的分子產物。

[42] 請參閱，林志六，人體基因治療規範機制之研究—以機關內部審查制度為中心，國立台灣大學法律研究所碩士論文，民國89年，頁6。

[43] LeRoy Waltors & Julie G.Palmer, The Ethics of Human Gene Therapy xvii, New York : Oxford University Press (1997)

[44] 請參閱，蔡達智，前揭文，頁51-54。

[45] 請參閱，John Naisbitt著，尹萍譯，前揭書，頁148-154。

[46] 請參閱，陳春生，基因工程應用之憲法問題，發表於「生物科技與憲法」學術研討會，收錄於憲政時代，第25卷第2期，民國88年10月，頁41。

[47] 請參閱，蔡維音，前揭文，頁15-16。

[48] 請參閱，蔡達智，前揭文，頁52；Judith Areen, Patricia A. King, Steven Goldberg, Alexander Morgan Capron, et al. eds. Law, Science, and Medicine 33 (1996)

[49] 請參閱，蔡達智，前揭文，頁52；中部博著，章蓓蕾譯，基因治療，時報文化出版企業股份

有限公司，1999年6月，頁120-124。

[50] 所謂「產前篩檢」（Prenatal Screening），乃指以許多產前遺傳診斷的方法如絨毛採樣（chorionic）、羊膜穿刺(amniocentesis)等方式，以確定胎兒是否有遺傳上的基因缺陷。

[51] 所謂「胚胎植入前診斷」（Preimplantation Genetic Diagnosis），乃指在採用人工生殖技術場合，於胚胎被植入於母體前，對胚胎進行基因缺陷的偵測，以避免將含有遺傳病基因的胚胎植入於母體。

[52] 請參閱，Lee M. Silver 原著，李千毅、莊安祺譯，前揭書，頁250-252。

（作者現為：台北醫學大學醫學研究所研究生）

（中原大學財經法律學系第一屆法學新秀論文獎得獎作品）

相關資料

[人工協助生殖技術管理辦法第 7,15 條](#)

[人工生殖技術倫理指導綱領](#)

[中華民國憲法第 22,23 條](#)

[民法第 983 條](#)

共 248 筆 現在第 177 筆

[評論數 0 篇](#)

[第一筆](#) | [上一筆](#) | [下一筆](#) | [最末筆](#)

TOP

[聲明啟事](#) [策略聯盟](#) [徵稿簡則](#) [關於法源](#)

法源資訊股份有限公司 台北市南京東路二段150號6樓



E - mail : lawbank@lawbank.com.tw TEL : 886-2-2509-3536 FAX : 886-2-2503-1122
著作權所有 未經正式書面授權 禁止轉載節錄