

臺大醫院倫理中心季刊

NTUH Ethics Center Quarterly



第6期 | 2025.06發刊

臺大醫院倫理中心季刊

目錄

第 6 期
2025.06

主編：蔡甫昌

執行編輯：戴君芳、江翠如
陳依煜、王劭慈

編輯委員：

方震中、王暉智、古世基、
邱舜南、張修豪、許駿、
黃獻樑、劉震鐘、盧彥仲
(按姓氏筆畫排序)

編輯顧問：

吳明賢、高淑芬、賴逸儒、
高嘉宏、婁培人

封面西址水彩畫家：

李文增

國立臺灣大學醫學院附設醫院
倫理中心

臺北市常德街1號

(02)2312-3456 ext.263006

[https://www.ntuh.gov.tw/EC/
Index.action](https://www.ntuh.gov.tw/EC/Index.action)

主編序 Editor's Note.....01

人物專訪 Exclusive Interview

- 【臺大醫院林芳郁教授】臺大醫院醫學倫理制度的奠基者.....02
- 【臺大醫院楊偉勛教授】從制度整合到倫理實踐.....08

研究倫理 Research Ethics

- 【研究倫理案例分析】人體研究的利益衝突常見案例與處置措施..17
- 【研究倫理指引】臨床研究利益衝突的審議及處置作業簡介.....21
- 【研究倫理指引】本院計畫主持人主導之多機構合作臨床試驗注意事項25
- 【研究倫理活動】State of the Art in Data Science Research Ethics and Law(下)~ 臺大醫院倫理中心研究倫理研習會紀要.....28
- 【研究倫理活動】健康資料與生成式 AI 研究倫理(上)~ 臺大醫院倫理中心研究倫理研習會紀要.....32

臨床倫理 Clinical Ethics

- 【家醫倫理討論會】「Emanuel：為何我希望在 75 歲死去」~ 反思高齡社會的生命極限與醫療責任37
- 【MICU 案例討論會】面對家屬要求中藥灌食時之臨床倫理與法律探討41
- 【臨床倫理指引】醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則~ 臺大醫院臨床倫理規章介紹46
- 【臨床倫理諮詢案例】面對家屬信念堅持針灸治療之醫學倫理考量..... 51
- 【臨床倫理諮詢案例】主動脈剝離急救後病人家屬之末期病情溝通53
- 【臨床倫理專題】如何維護兒少最佳利益？—從實際臨床個案探討支持兒少醫療「表意權」所面臨的醫療現場倫理困境56
- 【臨床倫理活動】心臟衰竭病人如何進行安寧緩和醫療溝通~ 程劭儀

臺大醫院倫理中心季刊

目錄

醫師專題演講紀要61

研究誠信 Research Integrity

- 【學術倫理案例分析】學術倫理案件處分之審酌事項66
- 【學術倫理指引】人工智慧開發應用之倫理議題71

時事議題 Current Issue

- 社會性凍卵實務與倫理分析(節錄版)75
- 從模特兒施打牛奶針昏迷事件看急救後病人之末期判定.....79

第 6 期
2025.06

主編：蔡甫昌

執行編輯：戴君芳、江翠如
陳依煜、王劭慈

編輯委員：

方震中、王暉智、古世基、
邱舜南、張修豪、許 駿、
黃獻樑、劉震鐘、盧彥伸
(按姓氏筆畫排序)

編輯顧問：

吳明賢、高淑芬、賴逸儒、
高嘉宏、婁培人

封面西址水彩畫家：

李文增

國立臺灣大學醫學院附設醫院
倫理中心

臺北市常德街1號

(02)2312-3456 ext.263006

[https://www.ntuh.gov.tw/EC/
Index.action](https://www.ntuh.gov.tw/EC/Index.action)

主編序

《臺大醫院倫理中心季刊》邁入第 6 期，本期人物側寫介紹林芳郁教授，回顧他在擔任本院第一屆臨床醫學倫理委員會主任委員期間，為本院之臨床倫理機制奠定基礎的重要貢獻。人物專訪則訪談醫研部楊偉勛主任，分享他催生本院倫理中心的前瞻洞見！

研究倫理篇聚焦於醫學研究中的利益衝突，說明案件審查原則及一般處置程序。臨床倫理篇簡介本院〈醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則〉。透過倫理諮詢案例，分析當面臨家屬要求採用中醫療法、末期病人急救後的家屬溝通，及未成年人於醫療決策過程行使「表意權」等倫理問題。研究誠信篇介紹學術倫理案件處分的審酌標準，並介紹人工智慧開發與應用所衍生之研究誠信與學術倫理提供參考指引。

時事議題篇探討在晚婚與少子化的社會趨勢下、社會性凍卵 (social egg freezing) 所涉之生殖倫理、法律、社會議題。透過「模特兒施打牛奶針事件」，探討社會對 DNR 常見之誤解，提醒醫師慎重評估 CPR 後的神經學預後及末期判定的重要性。

倫理活動紀要報導近期三場研討會內容，包括「智慧醫療與資料科學研究倫理與法律：State of the art in data science research ethics and law (下)」、「健康資料與生成式 AI 研究倫理 (上)」以及程劭儀醫師主講的「心臟衰竭病人如何進行安寧緩和醫療溝通」。

本期季刊誠摯邀請各位讀者一起關注醫療現場持續發生之各種倫理議題，共同思考與研究合乎倫理的選項與實踐。

蔡甫昌

臺大醫院倫理中心季刊 第6期 2025.06

臺大醫院醫學倫理制度的奠基者

～人物側寫【臺大醫院林芳郁教授】

文 / 臺大醫院倫理中心 江翠如、蔡甫昌

2025 年 6 月 22 日，林靜芸醫師——林芳郁教授的妻子——為罹患失智症五年的林教授設立「林芳郁教授基金會」，希望協助外科醫師的養成教育與進修，延續林教授一生奉獻醫界的精神與志業。此外，林靜芸醫師出版了《謝謝你留下來陪我》一書，以失智症家屬的身份，分享從挫敗中學習照顧的真實經驗，期望社會能正視失智症，並給所有照顧者帶來勇氣與希望。[1]

林芳郁教授 1950 年生於宜蘭羅東，自臺大醫學院畢業後即任職於臺大醫院，1995 年升任教授，是臺灣最具代表性的心臟外科醫師之一。曾任臺大醫院急診部主任、臺大醫院副院長，擔任急救加護醫學會、臺灣醫學會及公立醫院協會理事長。2004 年 8 月擔任臺大醫院院長，之後擔任行政院衛生署署長、臺北榮民總醫院院長、亞東醫院院長。他致力於醫療制度改革、醫學倫理建構與專業人才培育，對臺灣醫療體系留下深遠影響。

壹、臺大醫院臨床倫理制度的奠基

林芳郁教授對臺大醫院醫學倫理的奠基性貢獻，始於 2002 年底至 2003 年春季之間。2002 年 12 月 27 日，臺大醫院院務會議正式通過成立「臨床醫學倫理委員會」(現已改為臨床倫理委員會)。隔年 3 月 14 日召開首次會議，在李源德院長的指派下，由時任副院長的林芳郁教授擔任首屆主任委員，啟動臺大醫院臨床倫理相關制度與機制之建構。委員會之宗旨與權責乃在：研議醫學倫理相關規範、推廣倫理教育、強化醫事人員的倫理意識、審議涉及倫理爭議的特定醫療行為、舉薦並評議醫德事蹟、器官捐贈與移植手術的倫理審查等。

在委員會設立之初，李源德院長聘任八位醫界權威與社會公正人士擔任委員，並指派蔡甫昌醫師擔任執行秘書，共同規劃推動本院醫學倫理制度的建構。成員中有被譽為臺灣腎臟醫學之父的陳萬裕教授、推動專科制度的外科許書劍教授、推動護理改革的余玉眉教授、醫療改革基金會發起人張苙雲教授、基督教長老會濟南教會翁修恭牧師、內分泌暨新陳代謝專家蔡克嵩教授、眼科專家胡芳蓉教授，醫事檢驗專家何憲武教授。這樣的成員組合，使委員會在醫療倫理討論上能兼具多元與專業觀點，並能在當時醫療文化相對保守且醫師權威主導的環境中，展現改革動能，推動臨床倫理制度之落實。

貳、臺大醫院醫學倫理規範的建立

林芳郁教授在醫學倫理領域的重要貢獻之一，是於 2003 年推動通過「臺大醫院醫師倫理守則」與「臺大醫院醫療人員行為規範」兩項具指標性的倫理規範。其中，「臺大醫院醫師倫理守則」是由執行秘書蔡甫昌醫師草擬、委員會修訂、院務會議通過，為我國首部由醫療機構針對醫師所制定之倫理守則，具宣示性與指導性，提醒醫師同仁於醫病互動中應秉持的倫理原則。而「臺大醫院醫療人員行為規範」是由秘書室制訂、委員會修訂、院務會議通過，乃是針對臺大醫院長年來飽受批評之「紅包文化」、「廠商贊助」等行為進行檢討，界定醫療人員與病人（及其家屬）以及與廠商之間在贈與、贊助方面之關係與界限，提供明確的行為準則。此一規範指出，醫療行為不得因病人的性別、年齡、身分、地位、種族、疾病狀況或是否餽贈禮物而有所差別待遇，並訂定可接受的捐贈或贈與之樣態與範圍，強調醫療專業應回歸追求病人最大利益之本質，杜絕不當利益牽涉。

參、醫學倫理精神的落實

為使前述兩大醫療倫理規範能真正落實，林教授認為，必須有配套的軟硬體措施。在經過其主持的醫學倫理委員會討論後，建議醫院行政管理亦逐步調整，例如規範醫師門診量上限、於病房設置諮商室等，提供更友善的就醫環境，讓醫師有充足時間傾聽病人的想法與需求。並將其納入主治醫師、住院醫師訓練手冊與院內教育教材，成為醫療人員日常行為的明確指引。

此外，醫療提供者與醫療機構有義務遵守職業倫理，林教授認為在醫療實務中，不應僅強調醫師的權利，更應以病人的權利為出發點，協助病人或家屬了解其在醫療過程中的權利與義務。因此，2005 年林教授委請蔡甫昌執行秘書針對「病人

之權利」進行研究、並草擬「臺大醫院病人權利與義務」，由醫療事務室主責制訂，內容闡述病人之權利與義務，以幫助病人及家屬能充分瞭解自身於就醫時之各種權利及應配合事項。

「臺大醫院住院病友權益與配合事項」於 2006 年 8 月 25 日院務會議通過，林芳郁院長並請醫療事務室將此內容納入病人住院資料袋中，自此，每位病人住院時即能收到住院病友的權益與配合事項等相關資料。這項設計，讓病人與家屬自入院之初即能理解醫院對於病人權益之尊重，促進醫病溝通的透明與信任，也讓醫師倫理守則在臨床實務中落實。

肆、臺大醫院紅包文化的杜絕

在當年，「紅包文化」於醫界仍相當常見，病人甚至會親自將紅包送至醫師家中。林教授一一婉拒，並由家人協助勸退，堅守公平對待每一位病人。他認為收受紅包會對弱勢病患造成不公平，違背醫療倫理的核心價值。秉持行醫初心與社會正義信念，自加入臺大醫院以來，他始終堅持不收紅包。[2]

林芳郁教授於 2004 年 8 月接任臺大醫院院長（任期 2004-2008 年），承襲李源德院長任內（任期 1998-2004 年）的改革理念，在職權與制度上持續推動徹底杜絕紅包文化，成為醫界改革風氣的表率。他早先主持醫學倫理委員會所制定的醫師倫理守則與醫療人員行為規範，正是其個人倫理實踐的制度化延伸。此外，於 2005 年臺大醫院 110 週年院慶時期，林芳郁院長設立象徵醫療倫理精神的「倫理牆」。牆面節錄「我們的信念」文句，當時設置於東址大廳右側，現移至東址一樓院史室入口左側牆面，成為醫療倫理的具象化提醒，彰顯本院對於醫學倫理的高度重視。

伍、結論

林芳郁教授卸下亞東醫院院長職務後不幸罹患失智症，對醫學界而言是一大損失。儘管如此，他早年推動的臨床醫學倫理委員會制度及倫理規範，為臺大醫院倫理機制奠定根基，所推動的改革也影響日後醫療倫理的實踐與發展。二十多年來，臺大臨床倫理委員會的成長與茁壯，承襲自林芳郁教授及李源德教授及歷屆委員會成員們的共同努力。



臺大醫院 2005 年 6 月 20 日舉辦 110 周年院慶暨倫理牆揭幕典禮活動，林芳郁院長主持揭幕典禮，並邀請包含史思恩、陳維昭等多位貴賓共同參與揭幕活動。



林芳郁院長於臺大醫院 110 週年院慶倫理牆揭幕活動後，在東址院史室接受記者訪問，隨後出席設於西址第一會議室的「回顧與前瞻」文物展示展區，並於簡介海報前簽名留念。

致謝

本文特別感謝臺大醫院醫療事務室游芝亭組長協助考證相關資料，並提供內容修正之寶貴建議。

參考文獻

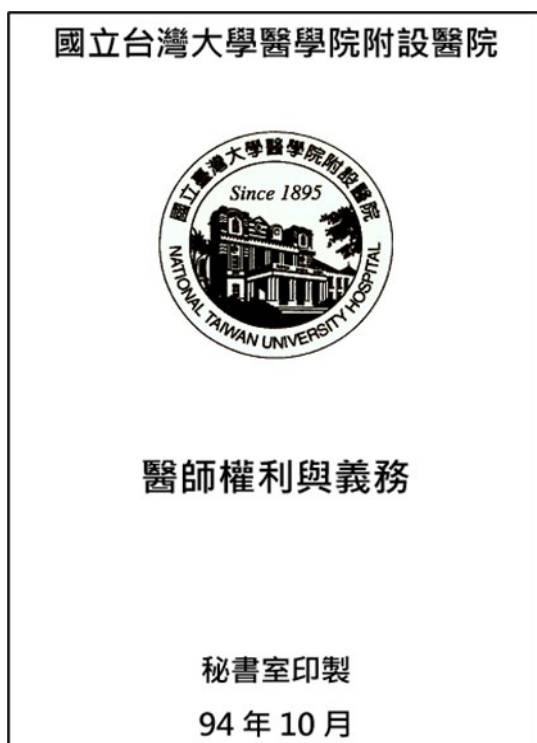
1. 簡浩正：曾任 3 大醫中院長！林芳郁罹失智症 林靜芸揭照顧經驗：謝謝你留下來陪我。三立新聞網。西元 2025 年 6 月 18 日。<https://reurl.cc/Y31dVl> 查閱日期：2025 年 7 月 3 日。
2. 翁申霖：台大紅包文化從他終結！林芳郁不開名車、穿破內衣...被兒子林之晨洩底：老爸眼中只有他們。今周刊。西元 2021 年 7 月 31 日。<https://api-thebetteraging.business today.com.tw/article/detail/202107310008> 查閱日期：2025 年 7 月 3 日。

延伸閱讀

1. 請參閱《臺大醫院倫理中心季刊》第 5 期（2025 年 6 月）刊載之「簡介臺大醫院第一則倫理規範—臺大醫院倫理守則」文章。
2. 請參閱《臺大醫院倫理中心季刊》第 4 期（2024 年 12 月）刊載之「醫者仁心的典範：堅守倫理初心，啟航醫療新世代—人物專訪【臺大醫院李源德教授】」文章。



臺大醫院 2005 年 6 月 20 日舉辦 110 週年院慶系統活動，於西址第一會議室開設「回顧與前瞻」文物展示展區。右起為林芳郁院長、張天鈞教授、張秀蓉教授、陳明豐副院長、黃冠棠副院長與范碧玉主任共同合影。



目 錄	
臺大醫院醫師倫理守則	1
臺大醫院醫療人員行為規範	3
任用：	
臺大醫院專任主治醫師遴選進用辦法	6
臺大醫院遴用醫師服務年資認定要點	7
臺大醫院研究型主治醫師設置要點	8
臺大醫院教學型主治醫師設置要點	10
升等：	
臺大醫院及分院主治醫師分級認定升等辦法	12
臺大醫院主治醫師再評估審查細則	15
補助出國進修、開會：	
臺大醫院主治醫師赴國外研習 短期醫學教育及臨床教學辦法	17
臺大醫院績效獎金提撥醫院管理發展基金	
補助醫師出國進修作業要點	18
臺大醫院員工出席國際學術會議處理要點	19
獎勵：	
臺大醫院醫學教學特殊優異獎勵辦法	21
臺大醫院研究論文發表獎勵要點	23

臺大醫院於 2005 年印製的「醫師的權利與義務手冊」封面及部分目錄錄錄。手冊納入 2003 年通過的「醫師倫理守則」與「醫療人員行為規範」，供主治醫師參考。



臺大醫院住院病友權益與配合事項	
一、	臺大醫院（以下簡稱本院）將致力於提供給您優質的專業醫療服務。重視所有病患之權益與安全，不會因為性別、年齡、種族、宗教、國籍、身分、疾病等個人條件之不同而有差別待遇。
二、	本院醫療及行政人員將有禮貌而迅速地回應您合理的要求；您有權知道照護您之醫事人員的姓名、職銜及服務項目，本院工作人員可佩帶識別證或於制服上繡姓名，未佩帶識別證件及表明身分者您可以拒絕其醫療服務。
三、	本院醫師為您提供診治時，應向您或您的家屬解釋病情、主要檢查相關資訊、治療方針及預後情形。如果您有任何疑問，本院非常鼓勵您詢問醫師或相關醫務人員。
四、	若您需要接受手術、侵入性檢查或治療、或麻醉，本院依規定會請您或法定代理人簽具同意書，在簽具之前，醫師會先說明施行手術或治療、原因、已知的副作用、可能發生之併發症及危險；若您於治療期間失去意識或無法表達意願，本院將由您的法定代理人處獲取同意，只有在取得您或法定代理人之同意下才會施行，但按醫法規定，若情況緊急者，不在此限。
五、	您有權在聽取相關檢查及治療的利益與風險之後，選擇接受或拒絕醫師所提供的治療；在安全及可行的情況下，您也可以拒絕同意、或要求中斷檢查或治療，並可隨時撤回同意。
六、	您有權獲知各項診斷及治療所需費用、收費方式及其他相關說明；若您需要接受全民健保不給付之醫療服務項目時，本院會事先向您說明，並獲得您的同意後才施行，若您有醫療費用補助之需求時，本院社工室同仁將可為您提供進一步諮詢及協助。
七、	若您是以健保身分住院且希望自付病房費差額之健保病房，本院會儘先安排提供保險病房。若保險病房不敷使用，我們會先告知自付病房病房費所須自付之病房費差額，並在徵得您的同意後，安排您自付病房病房費。您也可以依照自己的意願來選擇病房等級，或於住院後要求更換病房等級，請向護理站提出申請，本院會儘先及儘快為您安排。
八、	您可以依照您的意願隨時申請出院。若醫師認為您病情不適出院，而您仍要求出院時，按醫法之規定，您或您的家屬須簽具「自動出院書」後，方可辦理出院手續。
九、	您有權獲得持續之醫療照護，若您須轉往其他醫療機構，本院不會在您獲得其他適當的醫療照護安排之前，中斷對您的治療。
十、	本院醫務人員對於您的病情及健康資訊等一切秘密，均將依法保守秘密義務。若您不希望特定家屬知悉您的病情，或是您本人不希望讓病情及檢驗結果，請事先告知您的主治醫師，本院將在合乎倫理法律的範圍內予以尊重。
十一、	本院醫務人員只有在為您提供醫療的前提下才會檢閱您的醫療紀錄，其他人士只有在獲得您的同意或法律授權下才能檢閱您的醫療資料。若涉及醫學研究而研究者欲檢閱您的醫療資料，本院設有「臺大醫院研究倫理委員會」，將依法經由倫理審查委員評定您的安全與隱私。
十二、	若您需要各項證明書、重大傷病卡、殘障卡、外匯申請書等，請向護理站洽詢。申請出院後應繳費、報告單影本、出生證明、診斷書、X光片複數片，須由病友本人、法定代理人或經其授權之人提出申請。
十三、	為避免傳染疾病的散播，請遵守醫護配合執行各種防範疾病傳染之必要措施。
十四、	依據「軍事機密及醫療條例」，人人有權及早簽署「預立不能行心肝復甦術意願書」或「預立醫療委任代理人委任書」，如果您有此需求或任何疑問，請洽 23123456-66638。
十五、	本院為教學醫院，為培育優秀之醫務人員，持續為您提供優質之醫療照護，懇請您配合配合之教學活動，然而您有權拒絕任何與醫療無關之檢驗、研究、測試等相關活動，您的拒絕將不會影響本院對您所提供的醫療服務。
十六、	請您務必將病情、病史、藥物過敏史及是否正在使用其他醫療方式詳實告知為您診治的醫務人員，協助醫務人員為您提供適切之醫療服務。
十七、	請配合遵守醫師為您開立之各項醫囑，包括藥物、飲食、運動及復健等皆為醫療過程中之重要項目，為維護您的權益與健康，請勿接受不明人士推薦之醫療食品及藥品。
十八、	病房內使用醫療儀器時，請勿使用行動電話，以維護病人安全。
十九、	為維護空氣品質與環境衛生，本院全面禁菸，禁吃檳榔及檳榔，並禁止攜帶寵物入院。
廿、	請共同維護醫院的清潔與安全，愛惜公物、將心比心，尊重其他病友及醫務人員的權益，並請確保您的陪病人員及訪客同樣遵守以上規定。
廿一、	若您對本院之服務有任何建議，您可撥電話 23562877 或利用電子郵件 service@ntuh.gov.tw，向本院提出您的意見，我們將有專人為您服務。
祝願您早日康復！	

林芳郁院長主持 2006 年 8 月 25 日臺大醫院院務會議，通過「住院病友權益與配合事項」，並指示醫療事務室將內容納入病人住院資料袋內。

從制度整合到倫理實踐 ～人物專訪【臺大醫院楊偉勛教授】

文 / 臺大醫院倫理中心 陳依煜、戴君芳、蔡甫昌

楊偉勛教授，現為臺大醫院醫學研究部主任、國立臺灣大學醫學院臨床醫學研究所特聘教授，以及臺大醫院內科部內分泌新陳代謝科主治醫師。楊教授畢業於臺大醫學系，後赴美國華盛頓大學深造，取得遺傳學博士學位，於 1998 年學成返台，開啟其教學與研究生涯。返國後，楊教授加入臺灣大學醫學院擔任講師，並完成代謝內分泌次專科訓練，專注於基因與代謝疾病相關領域的臨床與學術工作。2008 年榮升教授，2014 年獲聘特聘教授殊榮，2015 年至 2021 年間擔任臺灣大學臨床醫學研究所所長，並自 2019 年起領軍臺大醫院醫學研究部，推動醫學研究與人才培育工作，並積極優化醫院研究之制度、設施與整體環境。



圖一 楊偉勛教授（攝影：周采潔）

楊教授的研究長期聚焦於遺傳學與多基因所致的代謝病理機轉，特別專注於脂肪細胞所分泌的荷爾蒙（例如：adiponectin）在胰島素阻抗、糖尿病、肥胖與代謝症候群等常見慢性病中的角色與分子機制。研究成果豐碩，學術論文被引用次數已逾千次，對代謝醫學與轉譯研究領域貢獻卓著。同時擔任數個學會的理事，例如：臺灣醫學會、糖尿病醫學會等。他是臺大醫學校區第一位遺傳學博士，以推廣此領域之教育為使命，並以更宏觀的時空角度，探討當代人類疾病的成因，率先在亞太開設「達爾文演化醫學」課程，推動跨領域醫學教育與基因體臨床應用。其先後獲得臺灣大學教學優良獎八次，教學傑出獎兩次，有庠傑出教授獎，及星雲教育獎典範教師。2024 年獲臺灣大學推薦，榮獲教育部師鐸獎殊榮，此為我國教師在教學上之最高榮譽。

楊教授在臺大醫院倫理中心的成立過程中扮演了關鍵推手角色，積極倡議整合原本分散於研究倫理委員會行政中心、秘書室臨床倫理業務及研究誠信辦公室的相關業務，獲得院長及三位督導副院長的全力支持，促成臺大醫院成立全國首創的「倫理中心」。倫理中心深感榮幸能專訪楊教授，分享其對教學、研究及倫理中心未來發展的見解。

壹、臺大醫院成立倫理中心之制度初衷

對於起初積極倡議整合三項倫理業務、促成全臺灣第一個「倫理中心」的想法從何而來，楊教授笑著說「這就要談談歷史了。」他回憶，臺大醫院倫理中心的成立，最初源自於他被任命醫學研究部主任時的一份深刻觀察與制度反思。那時正值陳石池教授出任院長，楊教授被延攬擔任醫學研究部主任，雖對這個職務已有些許熟悉，然而深入了解後，發現「研究倫理審查」這塊其實早已超出原本的組織規模與管理範疇，且隱含著制度性利益衝突的問題。

楊教授指出，過去臺大醫院的研究倫理相關業務與醫學研究部之間無明確分界，連行政主管的職務也與其他研究業務共用（原尚未整併前，現職倫理中心戴君芳副主任，當時同時擔任醫學研究部組長），若研究規模尚小、業務尚未爆炸性成長的年代，或許尚可維持，但隨著醫院研究量能的逐年提升，審查案件、臨床研究與研究人員數量急劇增加，原本的運作模式在制度設計上已不合時宜。

「如果同一個單位既負責執行研究、又負責審查研究，就會有『球員兼裁判』的問題，這在倫理上是非常嚴重的權利義務衝突」楊教授語氣堅定地說「這既是利

益衝突，也是倫理專業的基本原則。審查機構必須是獨立的」。基於這樣的制度省思，楊教授上任後便向陳院長提出多項改革與規劃的構想，其中一項就是「成立倫理中心」，專責處理研究倫理審查相關業務。最初的構想其實很單純，只是希望能夠將研究倫理審查從醫學研究部切割出來，避免利益衝突與角色混淆。但在進一步檢視組織業務後，他發現這個問題可以再進一步的整頓。「研究倫理的業務和以前我知道的相比，已經變得非常龐大，整體業務量很驚人，等我接手主任後，發現除了醫學研究部，還有一個研究誠信辦公室，而醫院本身也有一些臨床倫理業務，這些其實都是倫理相關的核心功能，但卻分散在醫院不同的單位，缺乏整合與統籌。」這個發現促使楊教授進一步提出了更全面的構想：應將研究倫理、臨床倫理與研究誠信這三個專業倫理領域整合成一個完整的行政單位，不但可以提升行政效能，亦能提升倫理工作的專業性與能見度。當楊教授提出這項整合構想，獲得陳院長的高度重視與全力支持。楊教授回憶，當時陳院長一聽就立刻抓住重點，認為這確實是臺大醫院必要執行的項目。其後即使歷經院長交接，由吳院長接任，三位督導倫理相關業務的副院長亦皆大力支持，使得倫理中心的成立計畫能持續推進，最終促成臺灣第一個整合性醫學倫理行政單位正式誕生。

楊教授也歸納當年推動設立倫理中心的兩個主要理由：「總和來說，當時會有成立倫理中心的想法，主因就是兩項，第一，是為了解決利益衝突的問題；第二是透過制度的設計，把這些倫理工作『highlight』出來，彰顯這個單位對於醫院的貢獻。」楊教授強調，若沒有好好重整與整合，這些倫理業務往往只能隱身在各單位之中，被視為繁瑣的行政流程，而不是推動研究品質與醫療安全的核心力量。

談及這些「看不見的工作」，楊教授笑著補充：「過去曾看著戴君芳副主任在每月院方會議中依要求報告審查時效，明明工作量很多、很辛苦」他感慨地道：「我們不能只讓那些默默付出的「看不見的員工」承擔所有的苦勞，卻永遠看不見他們真正的貢獻與價值。」

除了組織獨立與業務整合之外，楊教授也強調倫理中心的成立，實際上反映出醫院角色與功能的重大轉變。他指出，傳統上人們對醫院的印象是「以看病為主」，但事實上，如今的醫院早已不只是單純的醫療場所，更是推動臨床研究與醫療創新的重要基地。「研究倫理審查必須做得好，醫學研究、臨床試驗才能更好的進行！」無論是進行新藥試驗、臨床研究或是主持人自行發起的研究案，醫院都必須面對龐大的倫理審查與監督責任，而這些研究亦為醫療發展或本院直接或間接地

帶來新的資源。



圖二 楊偉勛教授笑著說要讓「看不見的員工」被看見
(攝影：周采潔)

貳、倫理中心在臺大醫院應扮演之角色

當問及臺大醫院目前涵蓋的三大倫理領域——研究倫理、臨床倫理與研究誠信——在現階段最需要重視或持續關注的核心議題時，楊偉勛教授不假思索地說：「三個都很重要，而且是完全不一樣的領域，每一項都不能忽略，也都必須與時俱進。」他進一步解釋，「作為醫學中心的臺大醫院，臨床治療業務龐大，自然伴隨複雜的臨床倫理問題；同時，身為研究型大學，我們的研究發展蓬勃，研究誠信的議題因此不可避免；至於研究倫理，鑒於醫院與學校承擔眾多臨床研究與試驗，更是缺少不了。這三項業務，雖然本質不同，但同等關鍵。」

楊教授認為，目前倫理中心最應該強化的是「教育與宣導」，他直言，每年都有大量新進人員加入臺大醫院，許多人的倫理意識仍是「白紙一張」，甚至可能帶著「積非成是」的錯誤觀念。「教育沒有停止的一天。」楊教授語重心長地說，他舉例，這和醫院的感染控制相同，必須持續進行，說明此觀點時，並引入了「紅皇后假說 (Red Queen Hypothesis)」這個概念，來自《愛麗絲鏡中奇遇》(Through the

Looking-Glass) 中紅皇后對愛麗絲說的一句話：「It takes all the running you can do, to keep in the same place.」意即：「你得拼命奔跑，才能留在原地。」這句話後來被演化生物學家 Leigh Van Valen 用來提出「紅皇后假說」，說明在生物演化中，物種必須不斷進化，才能維持其在生態系統中的地位。楊教授表示，倫理教育也正是這樣的狀態——必須持續前進與更新。

他回憶，早年的倫理教育多半停留在「閒談式」的討論，缺乏理論架構與明確教材，常常流於分享個人生活經驗或發表價值觀感想，倫理也不一定有標準答案，直到後來赴美攻讀博士班，楊教授才真正接觸到嚴謹的倫理教育。他回憶說：「老師設計的倫理課程，準備了十幾個案例，和博士生深入討論。」他特別提到當年授課的那位教授，後來獲得諾貝爾醫學獎，「這讓我印象很深，很有趣。誰說倫理不重要？」

談及作為制度設計者與推動者，對倫理中心未來發展的期許與建議，以及是否已有下一階段擴展藍圖時，楊偉勛教授謙虛表示自己並非專家，更希望由蔡甫昌教授持續擔任臺灣倫理領域的拓展者。他認為未來倫理議題將更加複雜，隨著醫療技術與研究層面的日益精進，挑戰與新議題也將層出不窮。楊教授強調，基礎教育仍是倫理工作最重要的根基，學術研究的重要性不言而喻，但倫理議題往往沒有標準答案。他舉例說明，「犧牲一條命，拯救一條命，例如骨髓移植，為了救治姐姐而生一個小孩的倫理問題，所謂的 savior baby。這個孩子是否被當作工具，而非獨立個體？有很多倫理議題值得探討。倫理中心應持續關注科技進展衍生的議題。」他期許臺大醫院倫理中心要成為先驅，而非事後才來收拾混亂，必須「防範於未然」，主動預想未來可能出現的問題，提前規劃措施。楊教授最後強調，最基本且永遠必須持續做好的，就是教育訓練。他說：「現在醫學能做到的事情非常多，未來該如何在倫理框架下持續前行，是值得深思的重要課題。」

參、實務經驗與教育展望

談及研究過程中受試者保護的經驗，楊偉勛教授坦言，早期法規尚不明確，尤其在知情同意方面缺乏詳細規範。他提到，自己早期發表的研究曾使用更早以前既有的檢體，而這些檢體的知情同意在當時並未經過研究倫理審查，只能向審查委員說明當時尚無相關規範，所幸審查委員接受了這樣的解釋。「過去有些醫師因不了解法規，誤以為所有計畫案只要通過醫院的研究倫理審查就能開始研究，因此在未取得衛生福利部許可的情況下就直接進行，多少因無知而誤觸法網。」楊教授強

調，這正凸顯教育訓練的重要性，唯有紮實的倫理教育訓練，才能有效避免類似問題的發生。



圖三 楊偉勛教授和蔡甫昌教授討論醫院制度面與教育訓練議題（攝影：周采潔）

楊教授也表示，自己從未違反研究倫理，因為大部分醫師本身並不想違反法律與倫理規範，更多是因為缺乏相關知識而誤入歧途。「臺灣醫學界的成就動機非常強烈，許多醫學生從小就表現優異，常常急於跨出自己能力範圍，以為自己能在更高的層次操作，但這恰恰是造成問題的原因之一。」他提到，美國哈佛大學一位內分泌研究領域的教授、曾任美國臨床研究學會會長，1944 年在一次演講中警告醫師：「Ambitious, but not too ambitious.」（要有野心，但別太過頭）。楊教授提醒所有從事臨床研究的醫師，雖要有進取心，但要謹慎行事。

楊教授坦言自己不是教育專家，但強調倫理教育的重要性，並認為應該增加更多案例討論，讓學習更具實務意義。蔡甫昌教授補充，目前臺大醫學院的倫理教育主要透過醫學生以小班討論方式進行，教材多為自編，且因應基因研究領域的快速發展，教材每年都會持續更新。楊教授認為案例討論非常重要，建議納入一些沒有標準答案的倫理議題，以促使學生深入思考與討論。針對教育訓練常被醫師視為負擔的問題，楊教授認為若能提供客製化的教材，更貼近醫師實務需求，能有效提升接受度。蔡教授回覆目前有在規劃資深同仁依照研究內容，提供專屬且客製化的教

育訓練。

楊教授提到「研究必須先有假說作為基礎，才能進行，因此，研究倫理委員會會審查研究的科學性。」但有些研究者會視為麻煩，其 Facebook 曾分享過：「過往許多研究者，都會將倫理審查視為麻煩，但是其實他們的工作，反而是保障了研究者與受試者的安全，提升了我們研究與試驗的品質，平日他們受到許多人的抱怨，仍然是默默的付出，但是對醫院各方面的研究，有著莫大的貢獻。」戴副主任分享，過去常遇到外界誤解，認為研究倫理審查是在找麻煩，但事實上，這些審查工作是為了保障研究品質，並保護研究團隊及受試者。楊教授說明：「可以考慮調整表單設計，讓審查流程有所區別。例如：向醫整中心申請的研究案已經通過科學審查，那麼研究倫理委員會是否可以專注在倫理部分的審查？」他進一步指出，研究倫理的核心在於保障，但如今問題頻傳，主要也因資訊透明化的結果，許多資料公開於網路，且網路的文件幾乎無法完全消失，任何人都能查詢，因而使得曝光率大幅提升。因此，他經常提醒大家，所有發表的研究都必須能夠經得起嚴格檢視。

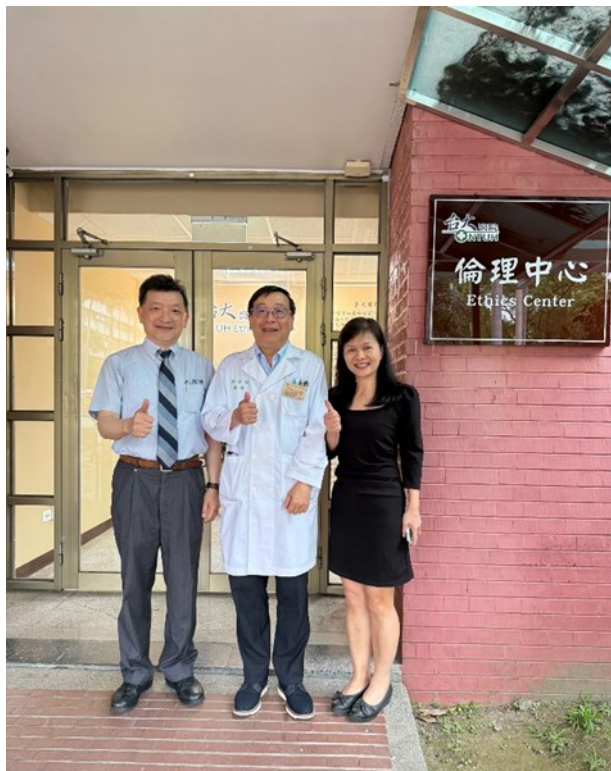
「人類最脆弱的地方，就需要有倫理的存在。」楊偉勛教授如此指出。他認為，從歷史演進的脈絡來看，人類社會曾經多次出現試圖終結特定族群的危險思想，這是非常可怕的事。最早的優生學就是由遺傳學家提出的概念，某些國家甚至希望透過立法來保障貴族的血統，進一步排除或淘汰被認為體質不佳的人，若從倫理角度審視，顯然是不正當的。楊教授也談到，近來社會對器官捐贈相關議題的關注日益升高，引發廣泛討論，其舉出西元 1995 年的科幻影集《星際爭霸戰：航海家號》，劇情是描述某星球的居民因為病毒導致器官衰竭，為了延續生命，竟組織艦隊、有系統地獵捕其他族群，摘取器官供自身使用。這樣的情節雖然來自虛構，卻深刻揭示當科技與醫療發展突飛猛進時，人類可能面對的倫理困境。楊教授進一步表示，正因這類議題愈發貼近現實，也愈顯複雜，臺大醫院倫理中心更應具備前瞻性思維與道德勇氣，積極面對新興議題，並持續扮演引導社會對話、凝聚正確倫理觀念的重要角色。



圖四 楊偉勛教授與臺大醫院倫理中心同仁合影 (左 1 - 蔡甫昌主任、左 2 - 楊偉勛教授、右 2 - 戴君芳副主任、右 1 - 研究倫理組陳依煜管理師)(攝影：周采潔)



圖五 訪談後，蔡教授與楊教授介紹倫理中心
(攝影：周采潔)



圖六 楊教授與倫理中心主管合影
(攝影：周采潔)

人體研究的利益衝突常見案例與處置措施

文 / 臺大醫院倫理中心 林怡均、戴君芳

壹、前言

每個人體研究案在送審研究倫理委員會時，研究人員都需要揭露是否具有顯著利益衝突，為什麼需要揭露呢？有利益衝突的人員是否就不能執行研究呢？這是研究者常有的疑問。

某位醫事人員發明了一個醫療器材，希望能主持並進行臨床試驗，了解對病人治療的效果；另一位醫師擔任某藥廠的專業諮詢顧問，該藥廠研發一款新藥，希望該醫師擔任計畫主持人進行臨床試驗。上述情形，可能會使計畫主持人在期待產品有效或自利的動機下，於執行試驗時可能對受試者安全與試驗數據的公正性維護有所影響，這便會產生利益衝突。

但有上述利益衝突，並不表示一定不能執行研究，為了管理臨床研究相關之利益衝突，以確保研究的客觀公正與落實受試者保護的機制，臺大醫院制定了臨床研究利益衝突的審議及處置作業程序[1]，目前國內許多醫院也制定了類似的程序，經由審查並提供處置建議，以避免因利益衝突而影響對受試者權益的保護及試驗結果公正性。

本篇文章分享研究中利益衝突常見的類型、案例及相關建議，提供研究者在申請或執行研究考量利益衝突議題之參考。

貳、案例與分析

案例一：

A 醫師研發一項牙齒美白材料，技轉予廠商後，廠商委託醫院進行臨床試驗，並由發明人擔任計畫主持人。A 醫師填報利益申報時勾選具有顯著利益，財務利益種類是試驗產品之專利權所衍生之利益。A 醫師所屬機構則為試驗產品之專利權所有人。

案例一分析：

研究倫理委員會收到申報後，若案件涉及顯著財務利益時，將移交利益衝突審議小組審查。本案之利益衝突事項為計畫主持人是發明人，以及研究機構具有此產品的專利權，有研究者個人之利益衝突及研究機構之利益衝突。一般而言，具有專利權即使尚未有實際技轉，亦屬顯著利益，因執行臨床試驗即是加值該專利產品或技術之過程，構成利益衝突。

利益衝突審議小組受理後，對於該利益衝突會考量下列事項判斷是否仍可核准執行該研究案：

1. 該研究的學術價值很高。
2. 該研究對受試者造成的風險很低。
3. 利益的種類、性質與金額。
4. 利益是否會影響研究執行、結果或該臨床研究可能影響財務利益所得。
5. 有利益衝突的研究者或研究機構本身，是否具有獨特的能力、經驗、設備等背景，是執行該研究案之不二人選。

利益衝突審議小組考慮上述因素後，認為可核准執行該研究案時，則可搭配以下處置選項：

1. 撤除所有的利益。
2. 公開揭露相關利益，例如對受試者揭露或研究結果發表時揭露予期刊讀者。
3. 設立獨立的資料安全監督機制。
4. 有利益衝突的研究者迴避部分的研究工作，例如計畫主持人避免執行取得受試者同意或是資料分析等工作。
5. 涉及利益衝突的主管迴避行使職權督導該研究計畫之執行以及其相關研究人員。

6. 每年向利益衝突審議小組報告，是否遵循決議，減免利益衝突。

本案經利益衝突審議小組及研究倫理委員會審查，認定計畫主持人為此項美白材料之發明人，且獲得專利授權金 18 萬元，構成研究者個人的利益衝突；研究機構則是試驗產品的專利權人，構成機構的利益衝突。並考量本案為含藥化妝品之介入性臨床試驗，對於受試者仍有風險，且並非僅有主持人能執行該臨床試驗（非屬不二人選），為確保科學研究之正確性及避免增加受試者的風險，決議請發明人不要擔任本試驗之主持人或協同主持人。

案例二：

某計畫主持人申請國科會計畫進行臨床研究，測試體外檢測器材，該檢測器材由協同主持人所發明，並已取得專利，計畫主持人填報利益申報時勾選具有顯著利益，持有之財務利益的種類是具有研究器材的專利權，但尚未產生收益。

案例二分析：

利益衝突審議小組及研究倫理委員會審查時依案例一分析中所列之因素評估，認為本研究為非侵入性之體外檢測，對受試者之風險甚小，且考量本計畫為政府單位補助經費由發明人擔任協同主持人，發明人具備此特殊技術之專業，故同意由該發明人擔任協同主持人。惟請計畫主持人需保留資料分析過程紀錄，以供後續稽核；且在受試者同意書揭露協同主持人為此試驗器材之發明人，讓受試者知悉。在未來研究結果發表時，亦須揭露協同主持人為發明人。另為使此研究執行時保持公正客觀，建議資料分析委託其他獨立人員執行，較能減少疑慮。

案例三：

A 廠商委託甲醫院執行病歷資料分析之觀察性研究計畫，A 廠商亦委託 B 公司擔任受託研究機構（簡稱 CRO），負責該計畫之送審與執行。B 則安排該公司之員工擔任該研究計畫的研究人員，協助資料收集及分析。本計畫案提出審查時，原研究人員填寫利益申報表時，勾選未具顯著利益，經研究倫理委員會行政人員提出行政審查意見，提醒該研究人員因屬試驗委託廠商委託執行之 CRO 公司的員工，仍需勾選具顯著利益。

案例三分析：

研究倫理委員會及利益衝突審議小組受理該計畫審查後，考量 CRO 公司性質

為研究委託廠商之輔助人，與在研究機構內執行研究的試驗團隊有不同的角色，二者人員宜有所區隔。若 CRO 公司員工直接執行研究，而接觸受試者與受試者的身分個人資料，一般認為已違反試驗委託者不直接接觸受試者及其身分個資的精神，且若 CRO 公司員工直接收集與處理研究的原始數據（編碼前），亦可能影響研究數據之完整性（data integrity）。因此廠商委託之研究計畫案，委託廠商及 CRO 公司之員工原則上不宜納入研究機構之研究團隊，建議改由第三方或由院內人員擔任研究人員。本計畫之 CRO 公司從善如流，移除其所屬人員，不擔任該研究計畫之研究人員。

聲明：基於對審查案件的保密，本文之案例均經過改寫。

參考文獻

1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會：臨床研究利益衝突的審議及處置之標準作業程序書。

臨床研究利益衝突的審議及處置作業簡介

文 / 臺大醫院倫理中心 王劭慈

壹、前言

臨床研究涉及多方合作，研究人員與研究委託者之間可能存在財務或職務上的關聯而可能影響研究是否公正執行，以及影響受試者保護。這些情形並不罕見，審議的重點在於如實揭露並妥善管理利益衝突，在此原則下仍能執行高品質之研究。若未申報，將可能影響審查判斷，進一步影響研究的執行與信任基礎。

為建立利益申報的標準與處置方式及流程的一致性，臺大醫院於 2011 年參考美國 AAHRPP 評鑑條文 Elements 1.6 [1] 設立「臨床研究利益衝突的審議及處置之標準作業程序書」[2]，以系統化規範審查標準、申報內容、審議流程及追蹤機制。以下將簡要說明該流程與申報方式。

貳、為何需要利益衝突審議？

研究利益衝突的申報其核心目的是避免因個人的財務利益、或可能構成利益衝突的非財務關係，影響了臨床研究的執行、分析或審查結果，進而影響受試者安全與研究結果公信力。因此研究人員提出臨床研究計畫新案審查、持續審查、研究人員異動，或申報內容有變更時，均應填報「顯著財務利益暨非財務關係申報表」[2]，並依規定期限完成更新申報。若研究人員與研究委託者或其相關實體有報酬、股權、授權金等財務利益，或擔任不支酬顧問等職務之非財務利益時，皆須據實申報，由公正單位進行審查。

研究機構亦需每年申報是否具有潛在研究委託者捐贈之資料，以及機構主管是否持有研究委託者之顯著利益，因機構可能因未來之衍生利益金收入促進該研究執行

而減少對該計畫之監督，或忽略對受試者應有的保護，因此亦需進行利益申報，以供機構內之利益衝突審議小組審查。

參、利益衝突審查與處置的程序

一、利益申報

研究人員於研究計畫提出時，應申報前十二個月內與研究相關的財務或非財務利益，並於財務利益變動或新增利益關係時，於 30 日內主動更新。主管級人員亦需每年定期申報前一年度內持有研究委託者之相關利益狀況，確保申報內容持續維持正確性與完整性。

須申報之財務或非財務利益類別及金額，原則依各機構制定之標準來執行，臺大醫院制定的顯著財務利益及非財務關係標準如下：

- 財務利益：如顧問費、演講費、出席費、捐贈、禮品或其他具金錢價值之給付，若單一委託者及其實體累計金額超過新台幣 150,000 元
- 持股利益：在單一委託者及其實體之股權，持有超過資本額 5%，或市值超過新台幣 150,000 元
- 智慧財產權利益：如專利、著作權之所有權或授權金收入
- 非財務關係：擔任與研究委託者及其實體之不支酬主管職或顧問

上列亦需包含配偶與未成年子女所持有之財務或非財務利益。

過去較常出現遺漏申報顯著利益之情形為，研究者在計畫書強調該產品或技術、器材等是研究團隊的研發成果且具專利權，但卻未在申請計畫審查時填報及勾選顯著利益項目，此為常需補件之處。在利益申報規範推廣多年後，已深入研究團隊觀念，目前已較少發生遺漏申報之情形。

二、利益衝突審議

研究團隊申報顯著利益後，將如何進行審查？通常會進行兩階段審查，首先是利益衝突審查，研究倫理委員會受理計畫時，若收到涉及顯著財務利益或潛在利益衝突之非財務關係申報時，將送給利益衝突審議小組審查。審議小組依以下要素綜合判斷是否仍可核准該研究執行：

- 研究的學術價值很高
- 研究可能對受試者造成的風險很低
- 所持利益的性質與金額
- 利益關係是否可能影響研究執行、結果或反向影響該利益
- 申報人或機構是否為執行此研究的不可替代人選
- 持有顯著財務利益/非財務關係的主管之職權與此臨床研究及相關研究人員的關係

利益衝突審議小組若認為可核准執行該研究案時，可以下搭配具體處置建議，包括但不限於：

- 撤除現有的利益關係
- 公開揭露相關利益
- 設立獨立資料安全監督機制
- 利益關係人迴避參與取得受試者同意或資料分析等研究工作
- 有利益衝突的主管，避免監督該計畫執行團隊人員
- 每年回報處置措施的執行情形

此等處置措施設計重點在於釐清角色與權限分工，降低潛在影響，讓研究得以在專業與客觀原則下執行，兼顧研究完整性與信任基礎。

三、倫理委員會審查

涉及潛在利益衝突之人員，收到利益衝突審議小組之處置建議後，回覆是否接受處置建議，或是有需補充說明之處。最終由研究倫理委員會依據小組審議建議及評估研究團隊說明，決定是否同意研究計畫執行。

肆、監測機制與違規處理

計畫核准後，後續處置計畫之執行情形將由研究倫理委員會持續追蹤與監測，必要時，將由本院獨立稽核人員進行稽核。研究倫理委員會原則會於持續審查階段時請研究團隊填寫處置計畫執行情形表，說明是否依據原處置計畫執行，例如處置

計畫是具顯著利益之研究人員不宜負責執行知情同意程序，則研究團隊便需說明研究是否遵照上述處置執行。若經發現違反處置之規範，將依據「試驗偏差及違規處置作業程序書」進行違規通報、檢討與後續處理，以維護制度之公正性與一致性。

伍、制度適用對象說明

本標準作業程序適用於所有臨床研究計畫，無論研究資金來源，均採統一標準審查。除計畫主持人、共同主持人、協同主持人、負責研究設計與執行之研究人員外，醫療、教學及研究部門主管亦列入申報對象，範圍涵蓋整體研究參與架構。

陸、結語

建立利益申報制度，並非設限研究人員，而是在研究開始前，協助釐清潛在利益衝突，預先做好利益衝突處置安排與規劃。當利益關係有如實申報並依規定處理，在未來面臨稽核或外部審查時，能有清楚紀錄作為保護。研究人員能在明確的規則下執行研究，審查單位也能依循一致的作業標準，兼顧研究順利進行與倫理原則落實，此正是制度設計的核心價值。

參考文獻

1. The Association for the Accreditation of Human Research Protection Programs (AAHRPP): Elements 1.6. The organization has and follows written policies and procedures to ensure that research is conducted so that financial conflicts of interest are identified, managed, and minimized or eliminated.
2. 國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會：臨床研究利益衝突的審議及處置之標準作業程序書。

本院計畫主持人主導之多機構合作臨床試驗 注意事項

文 / 陳玉夏¹、徐偉勛²、盧彥伸²、劉俊人³

臺大醫院 ¹醫學研究部、²腫瘤醫學部、³內科部

壹、前言

在臨床試驗日益強調合作與標準化的趨勢下，本院計畫主持人主導之多機構合作臨床試驗需遵循嚴謹之研究倫理與臨床試驗相關規範。本院研究倫理委員會為確保每個試驗機構之受試者皆受到相同程度之保護，依循「藥品優良臨床試驗作業準則」[1]、ICH GCP (The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use Good Clinical Practice) [2] 及 AAHRPP 評鑑標準等國際規範與國內法規，特別制定「本院計畫主持人主導之多機構合作臨床試驗審查作業程序書」[3]，以訂定主持人於送審與研究執行等階段應注意之重點事項，以協助研究人員正確執行多機構合作研究。

貳、多機構合作臨床試驗之定義與規範

「多機構合作臨床試驗」係指由本院計畫主持人發起，並與國內兩個 (含) 以上機構共同執行之研究。擔任計畫主持人主導多機構合作臨床試驗之主持人，除一般計畫主持人應盡之職責外，亦須注意下列事項：

- 一、確保參與研究之其他機構及研究者遵守計畫書及相關倫理規範與法律規定，並依規定通報應通報事件 (如嚴重不良事件及非預期問題等通報) [5]。
- 二、試驗進行前，計畫書中應記載試驗主持人及其他參與之試驗主持人之責任分配及協調方式。
- 三、計畫主持人於送審計畫時應依照「資料及安全性監測作業」[4] 內容規範，檢

附「資料及安全性監測計畫」，該計畫內容應包含：受試者參加本計畫可能遇到的風險及預定採取保護受試者的措施與動作內容、為保護受試者需要蒐集或監測之安全性資料之監測者、監測方式及頻率、是否定期針對受試者安全性之資料或期中資料分析、不良事件、非預期不良反應事件或非預期問題之通報方式、以及暫停/終止執行計畫之條件與後續追蹤或照護計畫等。

四、須說明本院執行單位與各參與機構如何就受試者保護相關問題（例如：對受試者或他人造成風險之非預期問題、期中分析結果、計畫書變更等）合作與溝通，以保護所有參與該試驗之受試者。

五、於各機構研究開始前，主持人應確保其他參與機構已獲得其研究倫理委員會之許可，並保存許可文件備查。

參、多機構合作臨床試驗之追蹤與管理

醫學研究部臨床試驗中心稽核小組依研究倫理委員會規範，於案件核准後適時派員協助計畫主持人了解主導多中心試驗之職責，並視情況要求總主持人進行管理，或定期追蹤總主持人管理情形。追蹤內容如下：

- 一、案件基本資料、收案人數（包含納入與退出研究人數與原因）；
- 二、主持人是否依照履行試驗監督責任及是否依照資料及安全性監測計畫執行；
- 三、各機構研究開始前是否已取得其研究倫理委員會之許可，主持人是否保存相關許可文件等。
- 四、各機構若發生嚴重不良事件等須通報事項，是否依規定通報。

稽核小組進行追蹤時，計畫主持人常問到，多機構合作臨床試驗中，每個研究機構已有隸屬之試驗主持人，為什麼多機構合作臨床試驗主導之主持人還需要去了解其他機構的研究狀況？由於主導之計畫主持人負有 GCP 中有關試驗委託者之職責，因此雖各研究機構皆有隸屬之主持人，但為使每個機構研究之一致性及確保每個機構之受試者接受到相同之保護，因此主導之主持人應妥善管理所有研究機構之試驗執行與監督。

肆、結語

隨著臨床研究合作化程度加深，由本院主持人主導的多機構合作臨床試驗，其

責任也變得更加重大與複雜。多機構之臨床試驗若能透過清楚之角色分工、完整通報與監控機制之建構，將有助於確保各研究機構之品質與受試者權益。

參考文獻

1. 藥品優良臨床試驗作業準則 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0030056>。
2. ICH Good Clinical Practice <https://www.ich.org/page/efficacy-guidelines>。
3. 國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會：本院計畫主持人主導之多機構合作臨床試驗審查作業程序書。
4. 國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會：資料及安全性監測作業。
5. 國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會：嚴重不良事件及非預期問題報告之評估作業程序書。

State of the Art in Data Science Research Ethics and Law (下)

～臺大醫院倫理中心研究倫理研習會紀要

講者 / 臺大醫院倫理中心 蔡甫昌

整理 / 王劭慈

臺大醫院於 2024 年 11 月 1 日假兒醫大樓 B1 講堂舉辦「智慧醫療與資料科學研究倫理與法律」研習會，邀請國內多位在醫療倫理及法律領域的重量級專家學者，就「資料法制的回顧與前瞻」、「健康資料研究國際趨勢」、「資料研究倫理與公民參與義務」、「健康臺灣引領大數據應用之契機與挑戰」、「生成式 AI 在醫療機構之隱私權保護及倫理議題」進行分享。在前期季刊 (2024 年 12 月第 2 期、2025 年 3 月)，我們已摘要四項講題之精彩內容，本期將針對「健康資料研究與公民參與義務」議題進行整理，業經講者確認內容，提供給讀者參考。

參、健康資料研究與公民參與義務：演講者臺大醫院倫理中心主任 蔡甫昌教授

一、大數據時代下的資料倫理挑戰

目前臺灣針對健康資料使用的法規，多承襲自十年前的訴訟爭議。這段期間內，研究技術與對資料運用的觀點已有很大變化，但立法尚未完全隨之調整。這也是為什麼在資料倫理上，越來越需要新的討論。

在醫療現場中，健康資料不僅來自醫師書寫的病歷，還包括各類醫療與照護人員在日常照顧、檢查與健檢中所建立的資料。這些資料隨著科技發展被整合，例如健保資料庫、健康雲，還有透過穿戴裝置與監測設備所產生的大量數據。這些整合成為支持現代健康資料研究的重要基礎。

資料整合越完整，研究的潛力與價值越高，然而相對應的倫理、法規與治理挑戰也同步升高。如何在提升研究可用性的同時，兼顧個人隱私保障與資料使用安

全，成為資料倫理上最核心的議題。

二、AI 發展推動醫療研究轉型

進入 AI 世代，醫療研究的型態出現重大轉變，已不僅止於傳統人體試驗與靜態病歷分析。AI 技術廣泛應用於遠距照護、影像判讀、疾病預測、智慧健康管理與精準醫療等多元領域，涵蓋的面向越來越廣。臺大醫院目前已在遠距醫療、心血管疾病、胰臟癌早期偵測等臨床應用中，透過 AI 輔助技術提升診斷效率與治療預後，甚至已有研究取得衛福部智慧醫材許可證及美國 FDA「突破性醫療器材」認證。尤其在癌症領域，AI 能透過早期偵測協助病人大幅提升存活率，對病人實質健康福祉有巨大貢獻。

AI 研究的順利推進，背後仰賴的是龐大且精準的健康資料。這些資料的取得、使用、儲存與分析，均必須嚴守資料倫理原則。特別是在與外部合作機構、產業廠商進行合作時，需在合作協議中明確界定資料使用範圍、歸屬權責、研究結果分享及風險分攤，確保受試者權益不受侵害，並兼顧研究的完整性與透明度。

三、國際研究倫理新發展：赫爾辛基宣言修訂

2024 年最新版《赫爾辛基宣言》針對健康資料與生物資料庫研究正式做出修訂，這次更新有幾個關鍵轉變。首先是將原本「受試者」用語，調整為「參與者」，反映現今資料研究型態與傳統臨床試驗的不同特質。

在第 32 條的修訂中，宣言清楚說明：凡涉及健康資料或生物檢體之研究，無論在收集、處理、儲存或可預期的二次用途上，原則上均應取得參與者的知情同意。但實務上，許多健康資料是在例行醫療行為中自然產生，後續若要再逐一取得當事人同意，往往已是窒礙難行。對此實際上執行的困難，赫爾辛基宣言亦納入實務彈性，若經倫理審查委員會審核通過，於適當保障條件下，仍可在保護參與者權益前提下進行研究。

此次赫爾辛基宣言修訂也正式將 2016 年的《台北宣言》精神納入。特別是對於資料治理與信賴機制的要求，提出了更加明確且實務可行的國際準則，並賦予倫理審查機構更具指導性的審查原則，呼應當代資料科學發展趨勢。

四、重新思考退出權與公民參與義務

退出權的討論在臺灣歷經實務與司法磨合。當年健保資料庫爭議歷經近十年的

司法訴訟，法院最終判決並未支持「退出權」主張，但促成制度性監督與儲存規範的優化。

隨著資料研究型態的轉變，學界也逐步思考：健康資料研究是否僅止於個人選擇？越來越多學者提出「公民參與義務」的倫理論述，認為健康資料研究不僅關乎個人，而是攸關整體社會福祉。今日我們所享有的先進醫療成果，正是來自前人對研究的投入與參與。

特別是在全民健保制度已涵蓋全體國民的前提下，民眾在享有普及醫療保障之餘，對於健康資料研究的參與，應被視為一種合理的社會回饋機制。退出權的行使，應採取「原則上不退出，僅在具備正當理由下方可退出」的設計，避免退出權遭濫用而阻礙整體醫療研究發展。這樣的設計，兼顧了個人自主權與整體公益間的平衡。

五、兼顧資料保護與研究發展的治理機制

要兼顧受試者保護與研究發展，制度設計需建構可信賴的治理架構。臺灣多年來已建立完整的倫理審查與監管機制，從醫策會、FERCAP 評鑑、AAHRPP 國際認證，我們的審查機制評鑑都達到國際水準，對於研究參與者的保護規範與國際接軌。

在未來關於資料研究的倫理架構仍需再深化，包括資料治理、研究者教育訓練、公平參與機制，以及關於易受傷害族群研究的設計，避免過度保護反而抑制醫療研究進展。

六、結語

臺灣近十年積極發展研究倫理審查與受試者保護制度，多數醫療機構已設置倫理審查委員會，甚至獲得 FERCAP、AAHRPP 等國際認證通過，法規嚴謹度超越許多亞洲與歐美國家，讓倫理監管機制達到國際水準。

健康資料研究正逐漸整合病歷、生物檢體、基因與跨領域數據，應用於 AI、公共衛生、精準醫療與防疫等領域。其核心目標仍是促進醫療科技進步與提升照護品質。

合乎倫理的資料研究，需在保障個人隱私下，兼顧促進公共利益。這份公共利益的實現，需研究者、研究機構、政府與社會共同承擔。隨著全民健保體系保障基

本醫療，民眾參與低風險、高公益價值的資料研究，其道德正當性更形明確，對退出權的限制亦具備倫理基礎。

在加強受試者保護的同時，未來也應同步深化「公民參與醫學研究是一種道德義務」的倫理思維，讓制度在保護與公益間達成更平衡的發展。

(感謝講師授權記錄演講內容與季刊刊載，著作權與智慧財產權歸屬講師本人)

健康資料與生成式AI研究倫理（上）

～臺大醫院倫理中心研究倫理研習會紀要

講者 / 雲林科技大學科技法律所 楊智傑

整理 / 臺大醫院倫理中心 王劭慈

壹、前言

2024 年 12 月 13 日，臺大醫院於兒醫大樓 B1 講堂舉辦「智慧醫療與資料科學研究倫理與法律」研究倫理研習會。延續前場次的熱烈迴響，本次活動聚焦「健康資料應用爭議」及「生成式 AI 倫理」兩大主題，邀請多位資料治理與法制領域之專家學者，深入剖析相關議題。

臺大醫院高嘉宏副院長於開場致詞時表示，健康資料研究涵蓋初級與次級資料庫，其中醫療院所自行蒐集的臨床資料具備完整性與高正確性，次級資料庫如健保資料庫雖便於大數據分析，但因部分資料來自申報用途，存在資料清理與準確性挑戰。面對健保資料庫使用所引發的倫理與法律爭議，當日亦安排專家進行相關討論。高副院長進一步指出，生成式 AI 在病例摘要、報告擷取與大語言模型應用等領域快速發展，資料來源若存有偏誤，恐影響 AI 輸出之可靠性。生成式 AI 固有潛在風險，但亦提供研究與臨床應用新工具，如何掌握機會並妥善應對挑戰，成為當前重要課題。

倫理中心蔡甫昌主任隨後說明辦理本次研習會的背景。他提到因應國內正進行之《生物資料庫管理條例》與《全民健保資料庫管理條例》修法，以及生成式 AI 技術持續快速演進，倫理審查需同步理解新興科技內涵與潛在倫理風險。期盼藉此系列研習課程，協助審查實務與學術發展同步精進。

本次主持人之一許駿教授亦指出，生成式 AI 議題日新月異，倫理委員需持續進修以跟上發展脈動。身為研究者，需謹慎避免研究過程誤觸倫理爭議；作為委員，則需具備辨識風險之敏感度。同時也提到研究倫理規範在防弊之外，亦應兼顧

新興研究之推展動能，避免過度嚴苛規範反而使研究裹足不前。期待臺大醫院在學術研究與醫療照護間持續扮演領航角色。

本期將針對「健保資料庫研究利用爭議與全民健保資料管理條例草案評析」議題進行整理，業經講者確認內容，提供給讀者參考。

貳、健保資料庫研究利用爭議與全民健康保險資料管理條例草案評析： 演講者雲林科技大學科技法律所楊智傑教授

一、緣起背景：資料使用與個資保護之爭議持續延燒

健保資料庫自建置以來即成為臺灣極具特色的重要健康大數據資源。由於原始蒐集目的為健保請領與費用核算，後續學術研究與公共衛生使用屬「目的外利用」，是否符合法律規範，多年來始終存在爭議。十多年前，人權團體提出訴訟，要求健保資料使用須經病患同意，並主張應賦予個人退出權。這場長期法律攻防，最終在 2022 年大法官釋憲做出解釋，要求三年內完成法制修正，成為目前行政院提出《全民健康保險資料管理條例 (草案)》的重要背景，在個資保護與資料運用之間如何取得平衡，成為目前法制修法的核心課題。

二、歐美制度比較：歐盟 GDPR 與美國制度參考經驗

從國際經驗觀察，歐盟個資保護規章 (General Data Protection Regulation, GDPR) 雖以嚴謹著稱，但對學術研究利用設有明確例外。GDPR 第 89 條允許基於公共利益、科學研究與統計分析目的進行目的外使用，並可適當減免部分個人權利要求。對於巨量資料運算，若逐一尋求當事人同意不具實行可能性，則得以正當利益平衡原則，限制反對權與刪除權的適用。

在個人資料的處理方式上，GDPR 亦提出「假名化 (pseudonymization)」概念。透過將直接識別資訊以代碼取代，研究人員無法直接辨識個人身分，僅由資料原始機構保留對照資訊。假名化雖仍屬個人資料，受法規保護，但降低資料使用時的隱私風險，同時保留分析所需的完整性，成為歐盟在平衡資料保護與研究發展中的重要設計之一。上述設計可使在嚴格的 GDPR 規範下資料仍能在具有適當保護措施下使用，不受原始蒐集目的限制。

美國則採取更為開放作法，除透過去識別化、匿名化資訊方式使用資料，亦賦予研究倫理審查委員會 (IRB) 高度裁量，部分情況下可取代個人同意。整體而

言，美國並無明文設置退出或刪除機制，制度彈性相對較高。

三、臺灣現行法規與釋憲結論

臺灣個資法第 6 條對學術研究雖有授權，但條文簡略，主體僅限公務機關及學術研究機構，研究目的亦限於醫療衛生或犯罪預防，涵蓋面較歐美皆為狹窄。大法官解釋認為，學術研究利用健保資料整體符合公益目的，但現行規範缺乏明確法源依據、未設立獨立監督機制、亦未合理界定退出與爭議救濟管道，因此命令修法補正。

四、行政院《全民健康保險資料管理條例（草案）》內容重點

為回應憲法法庭要求，行政院提出草案，初步確立數項制度設計：

1. 設置「健保資料諮議會」負責審核資料使用申請與退出權爭議處理。
2. 明定可為醫療品質、公共衛生、法定職務及學術研究等公益目的提供目的外使用。
3. 申請者經核准健保資料特定目的外利用後之執行方式，必須在健保署建置的安全作業環境下使用該資料，不得將資料攜出。
4. 設計回饋金制度，對研究商轉成果收取一定比例回饋。
5. 賦予當事人事前退出權，允許資料註記不得供未來研究使用，但例外情況仍得以公益理由維持使用。

五、草案問題與國際比較省思

針對草案內容，楊教授提出多項專業觀察與探討：

1. 第一版的衛生福利資料管理條例（草案）中，規定衛福部可以統整健保資料和其他資料。但在資料集中處理設計上，草案要求「假名化後移交中央彙整」，恐影響跨資料庫串接應用價值，與國際多鼓勵保留串聯資訊進行安全運算之實務背道而馳。可能因為各種原因，最後行政院推出的《全民健康保險資料管理條例（草案）》，只專門針對健保資料庫，而不再規定與其他資料的串接。
2. 在組織治理上，資料諮議會以委員會制任務編組形式運作，專任性不足，

且編制委員數多達二十多位，恐難以即時處理日益複雜之資料使用審查與具體爭議，若考慮編制五至七位委員的委員會，應可有效率及即時應變處理。

3. 在退出權例外的設計上，草案例外事由涵蓋國家安全、防疫、金融穩定等高度抽象概念，此彈性過大，且都不在原本允許對健保資料的目的外利用（二次利用）範圍內。相對地，歐盟《健康資料空間法》是以原本允許的二次利用的範圍內，將公益性更強的研究或統計項目作為退出權的例外，規範較妥當。
4. 在回饋金機制上，係參考外國經驗而設計，但尚缺乏明確實務可行性與參酌依據。

六、歐盟健康資料空間法草案之參考借鏡

2024 年歐盟即將通過的《健康資料空間法，EHDS》為各國資料治理提供嶄新架構。該法強調：

1. 保障病患跨國就醫時可共享個人健康紀錄。
2. 建立「健康資料進用機構」統籌協調跨機構研究資料申請與串接。
3. 明定研究用途得依程序授權使用資料，並設有退出權機制，但於特定高度公益情境中得例外維持使用。

此法兼顧了資料可用性與隱私保護，亦成為臺灣修法過程中值得深入參考的制度典範。

七、未來修法仍需兼顧精緻化與可執行性

健保資料庫作為臺灣醫學研究的重要基礎，未來修法需在發揮資料價值與保護個資權益間適當平衡。制度設計上，最新版草案已經刪除了將健保資料與其他資料串接的問題，暫時迴避這個問題。但草案仍有一些需要檢討的地方，包括，個人行使退出權後的例外條款，應該在原本的允許的目的外利用（二次利用）範圍內，對公益性更高的研究或統計，才允許例外不受退出權影響，這樣才合理。其次，監督機制則應該採取大法官所要求的獨立監管機關，朝向更具獨立性與專業性的運作模式。草案中的諮議會形式，委員採取兼任，部分委

員由衛福部官員自己擔任，都無法達到獨立性的要求。唯有透過完善治理架構，方能在保障公益、促進學術發展與維護參與者信賴之間，建立長遠穩健的法制基礎。

(感謝講師授權記錄演講內容與季刊刊載，著作權與智慧財產權歸屬講師本人)

「Emanuel：為何我希望在75歲死去」 ～反思高齡社會的生命極限與醫療責任 ～家庭醫學部倫理討論會紀要

文 / 邱仲廷¹、蔡甫昌²

臺大醫院¹家庭醫學部、²倫理中心

壹、高齡浪潮中的集體難題

當今社會正快速地邁向高齡化，臺灣即將在今年進入超高齡社會，65 歲以上人口將占全體的五分之一。這樣的人口結構改變，已逐漸對醫療與照護體系帶來壓力——健保資源吃緊、護理人力短缺、急診壅塞的現象日益常見。這樣的背景下，延長壽命是否真的等於善終？我們是否需要重新思考每一項醫療介入的必要性與倫理正當性？這些問題變得越來越無法迴避。

在這樣的時代氛圍下，美國醫療政策學者 Professor Ezekiel Emanuel 拋出了一個極具挑戰性的觀點。他在《我為何希望在 75 歲去世 (Why I hope to die at 75)》一文中宣示，自己將選擇在 75 歲後不再接受任何延命為目的的醫療處置，而是以緩和舒適為主，讓死亡自然地到來[1]。他強調這只是個人決定，並不倡議他人模仿。然而正因他曾參與歐巴馬健保政策的設計，具備相當的公共影響力，這番話想當然在醫學界與社會大眾中引發廣泛爭論。這不僅是關於一位醫師的個人選擇，更是關乎一個社會，如何共同面對老化、死亡與醫療邊界的提問：什麼才是一個有價值的生命？我們是否有勇氣面對生命的終點，也有智慧設計出真正尊重個體差異與尊嚴的照護系統？在醫療技術日新月異的今天，除了延命以外，也許我們更需要反思的是如何讓人好好地活到最後。

貳、Emanuel 的選擇背後

在《為何我希望在75歲死去》一文中，Emanuel 提出「完整生命」的概念[2]。他認為75歲時多數人已經歷過人生的主要階段，包括愛與被愛、家庭的建立、子女成長、事業投入以及社會貢獻，生命在此時已然圓滿。長壽若伴隨身體功能衰退、思考能力下降與生活品質惡化，反而可能剝奪人對生命的掌控與尊嚴，成為一種實

質上的損失。因此Emanuel主張在75歲之後不再接受以延長壽命為目的的醫療介入，包括化療、手術與常規性篩檢，而僅選擇提供基本舒適與支持的照護，順其自然地面對老化與死亡。他特別強調這樣的選擇並非主張安樂死，而是源自一連串基於倫理與政策的思考。一方面，身為醫學倫理學者，Emanuel質疑當代社會對延命的執著是否真正有益於病人福祉；另一方面，作為長年參與醫療政策制定的重要人物，他關注在資源有限的情況下，是否應將醫療資源更有效地分配給能帶來實質效益的個體；此外，從個人價值觀出發，Emanuel希望自己在生命晚期仍能保有精神的清明與創造力，而不是僅以一連串侵入性醫療維持生理存在，卻喪失了自主與活力。

參、對生命長度與自主的三重提問

Emanuel的論點不僅是個人對生命終點的抉擇，更進一步引發了三個層次的倫理爭議，引導我們重新思考長壽、醫療自主與生命價值的邊界與意義。

其中一個關鍵觀點，他曾說過「死亡是一種損失，但活得太久也是損失」，這句話直接觸碰到我們對長壽價值的基本想像。在多數文化裡，長壽往往被視為成功與祝福的象徵，但他提醒我們，當延長壽命是以尊嚴的流失與高度依賴為代價，這樣的長壽是否仍值得追求？這樣的質疑挑戰了傳統醫療將延命視為最高目標的思維，重新喚起我們對「什麼才是好生活」的深層反思。

另一個引人深思的論點，Emanuel在文章中表示「我說的是我希望活多久」，強調這是一項來自個人價值觀的選擇，然而這樣的觀點也引出一個難以迴避的問題：當我們在相對健康與理性狀態下對未來做出決定時，這樣的決定是否仍能代表那個處於衰退與依賴中的「未來的自己」？預立醫療決策的設計原是為了保障個人自主，但若缺乏彈性，是否反而成為限制未來自我調整選擇的框架？

最具爭議性地一個討論，Emanuel曾在訪談中提到：「死亡的定義，也許應包括那些消耗的資源多於其產出的人。」部分批評認為這樣的說法帶有強烈的效益主義色彩，甚至可能開啟年齡歧視或對弱勢群體排除醫療的風險。當生命的價值被與「產出」或「貢獻」相綁定時，我們是否正在無形中排除了那些仍然值得被照顧、被尊重的存在？這些質疑顯示，儘管Emanuel的立場出自個人選擇與理性分析，但其所激起的討論，已遠超過個人層次，牽動著整個社會對生命價值與醫療界線的根本思考。

肆、晚年價值的多元想像

支持者多半認同 Emanuel 所強調的理念，即「生活品質」應優先於「壽命的長短」。他們認為，多數人在 75 歲之後，身體機能逐漸衰退，創造力與社會參與的程度也明顯下降，而延命治療在此階段往往帶來更多身心痛苦與家庭負擔，甚至造成醫療資源的無效使用，因此尊重個人選擇何時停止治療，是一種對生命負責且體貼的做法[3]。然而反對者則認為年老並不同於失去價值，許多高齡者依然能成為家庭的依靠、社區的導師、志工的典範，或是照顧下一代的穩定力量，甚至在藝術、寫作或教學等領域持續貢獻。他們認為所謂的創造力衰退不一定是自然現象，往往與社會環境與制度設計有關；而晚年不該被視為退場的時期，而是人生中一段得以沉澱、反思與傳遞智慧的重要時光。

此外，也有不少人擔心，一旦「75 歲論」被社會廣泛接受，可能會在無形中產生一種滑坡效應，使年長者在文化期待與制度設計下逐漸感受到「應該適時退場」的壓力，而非出於真正自主的選擇[4]。若這樣的觀點進一步影響政策制定，可能導致所謂的「配給式照護」，也就是以年齡作為資源分配的基準，使高齡者在實務上被排除在有效醫療之外，從而加深社會對「不治療即放棄生命」的誤解，影響緩和醫療與臨終照護的正向發展。在這樣的脈絡下，也有學者提出「跨世代正義」（Intergenerational Justice）的疑慮：雖然年輕族群常被視為醫療資源的高效受益者，但事實上，大多數人在年輕時並不頻繁使用醫療服務；當這些人在年老、衰弱、真正進入高醫療需求的階段時，卻可能因「年齡過高」或「貢獻有限」而被社會預期主動退出或放棄治療，這樣的制度預設無疑是不公平的[5]。而當整個社會文化開始對高齡者產生「應該退場」的集體預設時，這種潛藏的價值判斷也可能演變為一種文化性壓力，甚至使某些長者在選擇放棄治療時，看似自主，實則被困在來自制度與輿論的無聲壓力之中，類似過去在某些文化中曾出現的「冰上送老」或「槓山節考」那樣表面合情合理、實際充滿隱性暴力的社會默契[6]。

伍、從制度設計回應終點選擇

面對高齡社會的挑戰，制度與政策的設計需要回應人們對生命終點更具彈性、也更有人性關懷的期待。我們應積極推動預立醫療照護計畫（Advance Care Planning, ACP）的制度化，使個人在意識清楚、價值穩定的時期，能夠清楚表達對未來醫療處置的期望與界限，並保有隨情境調整選擇的空間。與此同時，也應努力讓緩和醫療更加可近，使更多人能在生命晚期獲得必要的身心支持，而不必陷入過度治療的循環。要實現這樣的照護理念，除了仰賴醫療體系的結構性改革，更需要透過

持續的社會對話與公眾教育，改變長期以來將「不積極治療」視為放棄的觀念，轉而理解它是一種以生活品質為核心的選擇。

在醫療報酬設計上，也有必要從以「執行越多、獲利越高」為導向的制度，轉向重視照護本質與價值的方式，減少因財務誘因所導致的不必要醫療行為。而在這些制度性的調整之外，更深層的挑戰，或許是整個社會是否已經準備好，去坦然面對老化與死亡，把這些曾被視為避談的議題帶進公共討論，並在坦誠與同理中，慢慢建立一種既尊重生命價值，也尊重終點選擇的文化氛圍。

Emanuel 所提出的「75 歲論」，雖源於個人觀點，卻開啟了對整體醫療文化、倫理價值與公共政策的深層對話。他提醒我們，醫療的目標或許不該只是延長壽命，更重要的是陪伴人們走完一段有尊嚴、有意義的生命歷程。正如阿圖·葛文德 (Atul Gawande) 在《Being Mortal》中所說：「我們的終極目標，畢竟不是一個好的死亡，而是一個好的生活直到生命的盡頭。」當我們真正願意以尊重個體差異與選擇為出發點，也許就能邁向一個更成熟、更溫柔看待生命終點的高齡社會[7]。

參考文獻

1. Emanuel EJ. Why I hope to die at 75: An argument that society and families — and you — will be better off if nature takes its course swiftly and promptly. *The Atlantic* [Internet]. 2014.
2. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373(9661):423–431.
3. Advisory Board. Why Ezekiel Emanuel hopes to die at 75—still. Advisory Board [Internet]. 2023. <https://www.advisory.com/daily-briefing/2023/01/13/ezekiel-emanuel>
4. Faria MA. Bioethics and why I hope to live beyond age 75 attaining wisdom!: A rebuttal to Dr. Ezekiel Emanuel's 75 age limit. *Surg Neurol Int*. 2015;6(1):35.
5. Williams A. Inequalities in health and intergenerational equity. *Ethical Theory Moral Pract*. 1999;2(1):47–55.
6. Halpern SD, Ubel PA, Asch DA. Harnessing the power of default options to improve health care. *N Engl J Med*. 2007;357(13):1340–1344.
7. Gawande A. *Being mortal: Medicine and what matters in the end*. New York: Metropolitan Books; 2014.

面對家屬要求中藥灌食時之臨床倫理與法律探討

～內科加護病房倫理討論會

臺大醫院內科加護病房 / 林昌儒、古世基
整理 / 倫理中心 蔡芸禕、黃昭惠、江翠如

壹、案情簡介 (本案內容已經過改編)

一名 50 多歲女性病人，具有糖尿病病史，平時服用口服降血糖藥物，並有自行服用保肝膠囊的習慣。疫情流行期間，她曾接種三劑新冠肺炎疫苗。其丈夫曾感染 COVID-19，該名病人在後續就醫檢查中也發現同時感染 SARS 與 COVID-19，當時並未使用抗病毒藥物，便返家休養。

返家四天後，病人因持續感到呼吸困難，再度至急診就醫，監測血氧濃度(SpO_2) 僅 89%，PCR 檢測 Ct 值為 17。因診斷為嚴重病毒性肺炎併急性呼吸衰竭，隨即入住加護病房，病情迅速惡化下緊急進行氣管插管，並轉至本院接受呼吸器及靜脈-靜脈體外膜氧合 (VV-ECMO) 支持治療。

病人歷經一個多月治療，期間多次進行影像與臨床評估，結果顯示雙肺已出現廣泛纖維化變化，無法進行肺臟移植，整體預後極差。醫療團隊隨後召開家庭會議說明病情，家屬於會中表達希望能嘗試以中藥治療。

貳、問題討論

- 一、當病人或家屬要求要使用輔助及另類療法時，醫療人員該如何處理？
- 二、當輔助及另類療法在西醫體系中是否屬於醫療業務？醫護人員要不要協助施行輔助及另類療法？

參、資料查考及臨床應用

- 一、名詞定義：

根據美國國家衛生組織所設置的「國家輔助暨整合療法中心」定義，輔助及另類療法乃是一群與常規醫療不同的醫療或健康照護系統、醫療處置或是產品[1]。

(一) 輔助療法 Complementary Medicine：係指與常規醫療併行的其它療法，例如，利用芳香療法 (aromatherapy) 以減輕癌症病人接受化學治療後所產生的不適。

(二) 另類療法 Alternative Medicine：係指取代了常規醫療的其它療法，例如，用中藥方取代常規醫療以治療急性缺血性腦中風。

根據研究顯示，約七至八成臺灣民眾曾使用輔助與另類療法。這類療法已不再是傳統印象中的偏方或密醫行為，隨著各種標榜保健功效的健康食品與產品不斷推陳出新，加上大量廣告行銷，儼然已成為主流。民眾多認為其理念較貼近自身對健康、長壽與疾病的理解，且因其訴求自然，更易被接受。此外，輔助與另類療法強調心靈層面的照顧，也是與現代醫學的重要差異。[1] [2]

二、臨床病人使用輔助及另類療法之倫理法律議題討論：

(一) 倫理：生命倫理四原則[1]

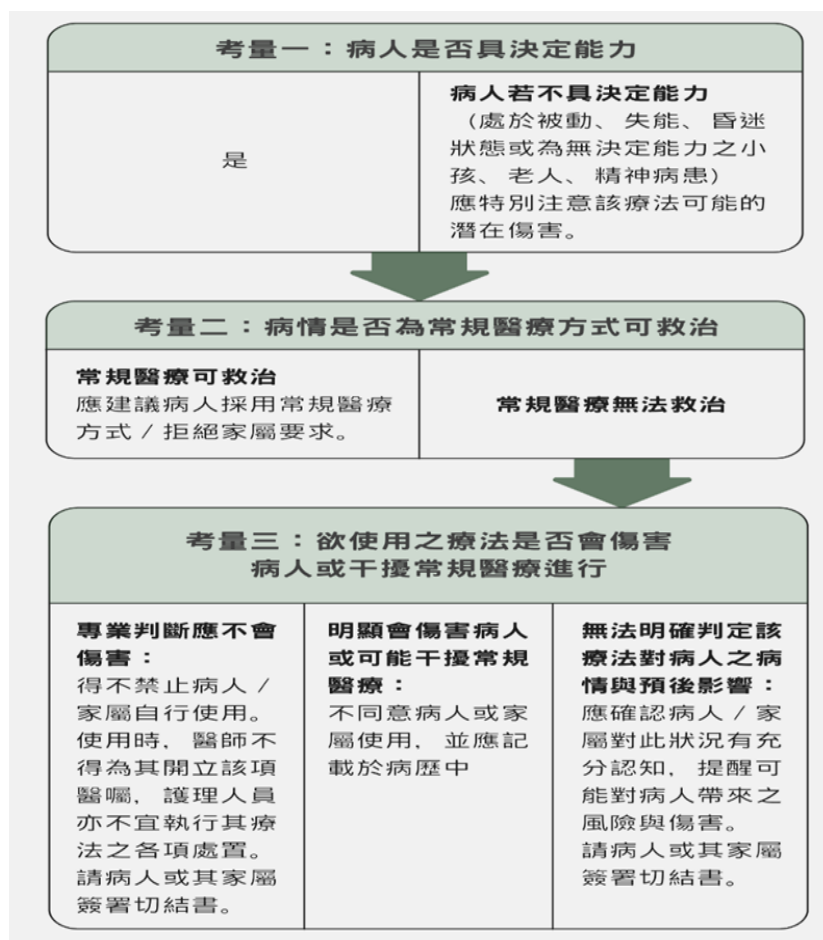
1. 尊重自主：確認病人已經被告知所有可能的醫療選擇，其療效、安全性與風險。
2. 不傷害：不應向病人推薦未經研究證實其有效性及安全性的任何療法，而且必須向其強調潛在的風險與傷害。
3. 行善：經常查閱相關的文獻資料、更新相關知識，找出真正有益於病人的療法。
4. 正義：使用無效療法，可能造成延緩常規治療、甚至加劇病情造成額外傷害，以致後續常規醫療時需要投注更多資源，造成浪費。

(二) 法律議題[1]：

1. 是否屬醫療業務：宣稱具有醫療效果並由施行者施予在病人身上，即難逃「醫療行為」或「醫療業務」之事實。執行者身分我國法律是有嚴格限制，若造成傷害亦難逃法律責任。
2. 醫護人員協助施予：就應注意義務而言，醫護人員沒有施行義務，但有風險告知及說明之義務；醫師若是同意使用並協助施行且開立醫囑時，須負相關法律責任。

3. 簽立切結書：可提供明確事實，確認此為病人或家屬自行用藥，並非出自醫師醫囑，具責任免除與限制之功能；若病人因而產生嚴重副作用或後遺症時，具有保障醫護人員阻卻違法的功用。
4. 護理人員協助灌藥：若家屬私自灌食中藥且護理人員不知情，則無需負責；若是病人或家屬已簽署使用輔助及另類療法用藥之切結書，也無需負法律責任，惟應對用藥「過程」善盡應注意之義務，若有疏失導致傷害，仍必須負相關責任。

三、臨床實務思考流程：臺大醫院臨床倫理委員會於 2012 年提出臺灣第一份訂有「醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則」，可供臨床人員在面對類似情境時參考使用。此外，《報導者》於 2017 年亦曾將本院處置原則繪製為清晰的圖示，詳見下圖。



臺大醫院面對病家要求使用輔助及另類療法之處置建議

資料來源：邱宜君、楊惠君（2017）。另類療法成為醫療三不管地帶？報導者。

肆、蔡甫昌教授回應

- 一、對於西醫來言的另類或輔助療法，在其他文化脈絡下可能屬於該社會或風俗下的正統療法。在與病人或家屬溝通治療方式時，應注意保有文化敏感度，避免貿然且主觀地批判其他傳統或民俗療法。然而西醫醫療體系確實為當前我國的主流醫學，具有較完整的實證醫學基礎，醫療團隊在面對病人或家屬提出欲使用輔助或另類療法之需求時，仍有責任提醒他們現代醫學需以實證研究為基礎，對於缺乏科學證據之治療方式應持保留態度，並且，本院無配合提供之義務，善盡對於病人風險告知與提醒注意之義務。
- 二、病人本人要求使用或家屬要求使用於病人身上，倫理上屬不同層次的議題；若為病人本人要求使用，當病人具有充分自主能力、瞭解所選擇治療方式之利益與風險，若醫師評估不致於帶來傷害或風險，在尊重自主原則前提下，經過對病人充分的告知與提醒後，則可尊重病人之自主選擇。若是家屬要求使用於病人身上，因屬於家屬代理決策，此時醫師則必須優先考量不傷害原則，謹慎地評估該療法不會對病人造成傷害、在能維護病人最大利益情況下，方得准許病人家屬自行使用。
- 三、COVID-19 疫情期間，中藥「清冠一號」曾被政府及民間認可採用，甚至納入健保給付；許多病房曾遇到過病人或家屬提出使用之要求。由於該中藥治療並未被納入衛福部的新冠肺炎治療指引當中，卻似乎被官方接受為可採用之治療方式、提供健保給付。未來若再有類似案例，或者可依循過往使用「清冠一號」的經驗，開放由醫師根據自己專業判斷、決定是否採用該治療方式。然而仍須提醒病人或家屬其可能帶來的副作用與風險。

伍、後續追蹤

本案醫療團隊向家屬說明，本院未設置中醫部門，無法對所提供的中藥配方進行藥理分析或療效評估，並表示將尊重家屬意願，但相關風險與後果須由家屬自行承擔，醫護人員亦不會提供施予中藥協助。家屬經考量後，仍決定使用中藥並自行進行鼻胃管灌餵，過程中持續與醫療團隊保持溝通，並主動提供配方。病人之治療計畫仍維持既有的支持性照護，醫療團隊亦持續監測其整體生理狀況。惟後續病人病情仍持續惡化，最終宣告不治。

參考文獻

1. 蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元：病患要求施行輔助及另類療法所涉倫理問題。台灣醫學 2007; 11(3):211-216。
2. 丁志音：誰使用了非西醫的補充與另類療法。台灣公共衛生雜誌。2003 ； 22 (3)：155-166。
3. 邱宜君、楊惠君：另類療法成為醫療三不管地帶？[網頁]報導者網站； 2017 年 10 月 25 日 [引用於 2025 年 6 月 20 日]。取自：<https://www.twreporter.org/a/complementary-alternative-medicine-regulation>

【本案於 2023 年 7 月內科加護病房倫理討論會中提出討論】



AI 生成插畫

醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及 另類療法之建議處置原則

～ 臺大醫院臨床倫理規章介紹

文 / 臺大醫院倫理中心 杜俐瑩

壹、前言

本院臨床倫理諮詢於 2011 年 2 月及 4 月間陸續接到醫護人員提出與輔助及另類療法 (complementary and alternative medicine, CAM) 相關的倫理諮詢照會，案件內容涉及病人家屬要求病人服用非處方營養食品 (如蘆薈、蜂膠等)、接受中醫療法，或甚至於住院期間在院內擅自施行另類療法 (如灌食湯藥等) 等情形。臨床上，病人或家屬主動表達希望搭配使用此類療法的情形越發常見，特別是在面對重大疾病、末期病況或病情進展無法以常規醫療有效控制時，這類需求往往更加明顯，導致醫療團隊在臨床照護上面臨倫理與實務上的挑戰。

為協助第一線醫護人員妥善應對類此具爭議性的臨床情境，釐清倫理判斷的依據與實務處置方向，本院臨床倫理委員會於 2011 年研訂「臺大醫院醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則」，依據病人是否具決定能力、病情是否已無常規治療選項、病人或家屬所要求的療法是否會造成傷害，以及該療法是否具有風險或不確定性等因素。本文將簡要介紹該原則，期能提供臨床實務之參考方向。

貳、醫療自主權與多元療法的興起

隨著醫病關係的轉變，加上全民健康意識的提升，使病人及家屬對於醫療照護的參與程度日益提高，不僅重視就醫選擇權，更希望自主決定醫療方式。另一方面，臺灣社會長期以來存在多元的醫療文化背景，傳統中醫藥、民俗療法以及帶有宗教信仰或神祕性質的療法，廣泛流傳並被民眾普遍接受與使用。近年來，隨著保健商品市場快速成長，以及傳播媒體與網路資訊的高度發達，民眾接觸不同於常規醫療資訊的機會大幅增加，進一步促使輔助及另類療法的使用日益普遍[1]。越來越

多病人及家屬除了依賴醫療團隊提供的常規治療外，亦主動尋求其他可能改善病情、提升生活品質，或滿足心理與靈性需求的療法。

參、輔助及另類療法的倫理議題

當醫師與病人討論輔助及另類療法時，考量的不僅是醫學層面，還包含雙方的價值觀差異、病人對疾病的理解、文化與宗教信仰，以及醫病溝通的方式等，這些因素都會影響倫理判斷，當醫療人員在面對病人或家屬提出使用輔助及另類療法的需求時，以下根據「生命倫理四原則」(The Four Principles Approach to Bioethics) 分析所涉及之倫理議題。

一、尊重自主原則 (Respect for Autonomy)

病人有權參與自身的醫療決策，應尊重具有決定能力的病人選擇其治療方式的自主權。醫師應提供清楚、完整且符合病人理解能力的資訊，協助其進行知情選擇，即使對輔助及另類療法存有疑慮，只要病人是在充分知情的情況下做出決定，應尊重其選擇。

二、不傷害原則 (Nonmaleficence)

首要責任是避免對病人造成傷害，考量許多輔助及另類療法缺乏明確的安全性與有效性證據，可能導致病情惡化或延誤正規治療，醫師應避免推薦未經證實且可能有害的療法，並須向病人說明潛在風險，對於已證實無效或具危險性的療法，應明確勸阻使用。

三、行善原則 (Beneficence)

醫師應以病人最大福祉作考量，提供具實證基礎的有效治療，這需要醫師持續精進專業知識，並掌握輔助及另類療法的最新研究發展與實證醫學判讀能力，謹慎評估證據品質，在證據不足時採取保守策略，並優先顧及病人安全。

四、正義原則 (Justice)

強調醫療資源的公平分配及合理使用，若病人選擇的療法缺乏療效，不僅造成資源浪費，也可能影響其他病人的治療權益，進而違反公平原則。因此，醫師在回應病人輔助及另類療法需求時，應兼顧個別病人的需求與醫療資源的合理分配，審慎評估療法的效益與成本。

肆、醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則

本院規章內容節錄如下：

現代醫學雖為我國現行主要的醫療照護方式（以下簡稱常規醫療，conventional medicine），然而臺灣社會仍普遍存在民眾使用傳統中醫藥、民俗、宗教、神秘醫療等「輔助及另類療法（complementary and alternative medicine, CAM）」（以下簡稱輔助及另類療法）。對於病人使用輔助及另類療法，醫療人員應嘗試進一步瞭解病人所處社會之風俗習慣及文化傳統，以同理心體諒病人及家屬醫療上及心理上之需求，但亦須善盡告知與說明之義務，並應於病歷上註明溝通之過程與結果。醫療人員應特別注意輔助及另類療法是否可能對病人所造成之傷害，考量醫學倫理之尊重自主、行善、不傷害與正義等原則。

一、當病人具決定能力而本人或家屬要求使用輔助及另類療法時

- （一）若病人之病情為常規醫療方式可救治，應建議病人採用常規醫療方式。
- （二）若病人病情已無法為常規醫療所救治，病人或家屬所要求使用之輔助及另類療法，依醫師專業判斷應不會傷害病人時，得不禁止病人自行使用輔助及另類療法。病人或家屬使用輔助及另類療法時，醫師不得為其開立該項醫囑，護理人員亦不宜執行輔助及另類療法之各項處置。
- （三）若病人或家屬欲使用之輔助及另類療法明顯會傷害病人，或可能干擾常規醫療之進行（例如影響常規醫療檢驗之正確性、治療效果、或延長住院期間等），醫療人員應不同意病人使用輔助及另類療法，並應記載於病歷中。
- （四）若無法明確判定該療法對病人之病情與預後影響時，應確認病人對此狀況有充分的認知，提醒病人使用輔助及另類療法可能帶來之風險與傷害。

二、當病人不具決定能力而家屬要求使用輔助及另類療法時

當病人處於被動、失能、昏迷狀態或為無決定能力之小孩、老人、精神病人等，而家屬要求採用輔助及另類療法時，醫學倫理之不傷害原則要求醫療人員有保護病人之義務，故應特別注意該輔助及另類療法是否有可能會傷害到病人。

- （一）若病人之病情為常規醫療方式可救治，應採用常規醫療方式，拒絕家屬使用輔助及另類療法之要求。
- （二）若病人病情已無法為常規醫療所救治，家屬所要求使用之輔助及另類療法依醫師專業判斷應不會傷害病人時，得不禁止家屬自行使用輔助及另類療法。家屬使用輔助及另類療法時，醫師不得為其開立該項醫囑，護理人員亦不宜執行輔助及另類療法之各項處置。

- (三) 若家屬欲使用之輔助及另類療法明顯會傷害病人，或可能干擾常規醫療之進行（例如影響常規醫療檢驗之正確性、治療效果、或延長住院期間等），醫療人員應不同意病人使用輔助及另類療法，並應記載於病歷中。
- (四) 若無法明確判定該療法對病人之病情與預後影響時，應確認家屬對此狀況有充分的認知，提醒家屬使用輔助及另類療法可能對病人帶來之風險與傷害。

三、病人或家屬使用輔助及另類療法時，應請病人或其家屬簽署切結書

- (一) 切結書簽署前，應向病人及家屬說明使用輔助及另類療法可能有的風險，並讓家屬有以下認知：
 - 1. 此療法非常規療法
 - 2. 此療法為病人或家屬自行決定
 - 3. 此療法為病人或家屬自行執行
 - 4. 此療法之所有後果應由病人及家屬自行承擔
- (二) 切結書之內容應記載「(病人姓名)於(幾年幾月)使用(何類藥物或治療)並用(何種方法)施行，醫療人員已說明其可能風險，經病人及家屬自行決定執行，並予以確認無誤，所有可能造成之傷害或後果由(病人或家屬)自行負責(病人或家屬簽名 年月日時分)」。
- (三) 切結書為同意書型式，由「有同意權人」簽署。
- (四) 若任何情況病人或家屬拒絕簽署切結書，醫療人員應主動記載於病歷中。
- (五) 病人或家屬使用輔助及另類療法時，醫師不得為其開立該項醫囑，護理人員亦不宜執行輔助及另類療法之各項處置。

四、本建議處置原則提供一般相關案例處置參考之用，必要時得依實際狀況處理之。

伍、總結

面對病人或家屬提出使用輔助及另類療法的需求，醫療人員應本於尊重與同理心，設法理解其背後的文化脈絡與心理動機，並以病人最佳利益為核心，善盡專業的資訊提供與溝通責任，溝通過程與結果亦應完整記錄於病歷中，以保障醫病雙方的權益。

同時，本院醫療人員參酌「醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則」，作為面對此類具倫理爭議之臨床情境時進行判斷與處置的依據。若病人或家屬堅持施行輔助及另類療法，應請其簽署切結書，以釐清法律責

任、保障醫療人員權益，若主治醫師同意病人家屬使用輔助及另類療法，執行時醫療團隊應避免涉入，包括醫師不開立醫囑、護理人員不協助灌食等。於複雜多元的臨床場域中，醫療團隊應秉持專業、理性與倫理原則，在保障病人自主選擇的同時，確保資源合理運用與專業判斷的正當性，以實踐醫療照護的公平與正義。

參考文獻

1. 臺大醫院：醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則。2011。
2. 蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元：病患要求施行輔助及另類療法所涉醫學倫理問題。台灣醫學 2007 ;11(1):91-103。

面對家屬堅持使用針灸治療之醫學倫理考量

～臨床倫理諮詢案例

整理 / 臺大醫院倫理中心 蔡芸禕、黃昭惠、江翠如

壹、案情簡介 (本案內容已經過改編)

65歲的張先生本身為中醫師，經營中藥房多年，熟悉中藥與針灸治療。某日晚間在家中跌倒撞擊頭部，出現嘔吐與意識改變，緊急送至家裡鄰近的醫院急診，診斷為左腦合併腦室出血，經插管與緊急開顱手術後病情仍未改善。遂改轉本院持續治療，張先生的意識指數低 (GCS : E1M1VT)，需仰賴氣切與腦室引流維持生命徵象穩定。

張先生已婚，育有四名子女，目前主要由太太與長子負責照護。醫療團隊評估，雖然病人目前生命徵象偏於穩定，但意識恢復機會不高。住院期間，太太多次表達希望能採中西醫合併治療，並提出由自家中藥房調製的藥方。經醫師審視其成分後多屬一般藥膳 (枸杞、紅棗、五味粉等)，因此同意開立此醫囑，讓家屬自行管灌中藥讓病人使用。然而，家屬堅持此中藥需同步再配合針灸療法，並承諾施行過程中不會干擾既有醫療處置。另家屬亦提及，其他醫院已有中西醫整合治療的實例，期盼院方能尊重病人與家屬的治療信念，協助尋求合宜的配合方式。

貳、倫理法律問題諮詢

當病人已無法以常規醫療改善時，家屬提出中醫療法，醫療團隊是否應尊重其文化信仰？醫師已經同意開立醫囑讓家屬灌食中藥了，此時家屬又提出屬於較為侵入性的針灸治療，醫師是否應該同意？若家屬簽署切結並由承諾由合格中醫師執行針灸，醫院是否仍需承擔相關責任？

參、照會意見 (蔡甫昌委員回覆)

- 一、本院（臺大醫院）並無設立中醫藥部門亦無合格之執業人員，原則上不適合於本院實施中醫藥療法或其他輔助及另類療法。然而若完全拒絕病人選擇不同於西方常規醫療之治療方法（包括不同文化民族對醫療的不同觀念），可能在文化上太過專斷，同時完全拒絕家屬提供他們相信對病人有幫助的療法，似不近人情。對此，本院臨床倫理委員會在2011年制定「醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則」，提供醫療團隊參考。
- 二、建議醫療團隊可針對病人病情，評估家屬所要求的療法，若經判斷該療法不至於對病人太過侵犯或帶來傷害，可以容許家屬自行執行，但建議事先簽署切結書。關於切結書之書寫，可參照「醫療人員面對病人或家屬要求使用輔助及另類療法之建議處置原則」其中建議要點，內容應包含四項認知：此療法非常規療法、病人或家屬自行決定、自行執行、後果自行承擔。
- 三、若主治醫師同意病人家屬使用另類療法，執行時醫療團隊應避免介入，包含醫師不開立醫囑、護理人員不協助灌食等。另外亦建議醫療團隊注意執行時對隔壁病床的影響，避免隔壁病人家屬看到後有疑慮，或甚至表示也要嘗試等狀況。另有關中醫藥等相關另類與輔助療法，本院另設有「輔助暨整合醫學中心」，可提供相關諮詢。

肆、後續追蹤

家屬於簽署切結書後，邀請熟識之合格中醫師進入病房為病人進行針灸治療，針刺部位包含耳部、頭頂及眉間，治療過程中偶有少量出血，照護團隊持續觀察病人治療反應及有無不良反應，未見明顯副作用。後因家屬另有照護安排，遂辦理病人自動出院，轉院離開。

【上述案例之照會意見為2019年提供】

主動脈剝離急救後病人家屬之末期病情溝通 ～臨床倫理諮詢案例

整理 / 新竹臺大分院秘書室 陳盈錚

壹、案情簡介 (本案內容已經過改編)

50多歲男性病人，某日清晨因突發劇烈胸痛被緊急送醫，診斷為急性A型主動脈剝離 (Type A aortic dissection)，合併左下肢灌注不良。病情危急，立即進行班特式手術 (Bentall procedure) 並接上葉克膜維生系統 (ECMO) 以維持生命。手術雖成功完成，但術後併發嚴重出血與心包膜填塞，醫療團隊於曾進行兩次床邊血腫清除。後續，病人又因左腿腔室症候群接受筋膜切開與清創手術，病情變化迅速，家屬幾乎無法反應過來。

由於腎功能快速惡化，病人出現少尿、高血鉀及代謝性酸中毒，醫療團隊於入院6日後啟動連續性靜脈-靜脈血液濾過 (CVVH)。然病況未見起色，意識狀況急遽惡化，持續處於深度昏迷 (E1M1VE)。腦部影像檢查顯示廣泛缺氧性腦傷及嚴重腦水腫，右半腦受損尤為明顯。經神經科會診後，評估病人為瀕臨腦死狀態。病人育有1子1女，分別為就讀小學中低年級。平時身體狀況良好，是家中經濟與情感支柱，面對突如其來的變故，病人太太及父母親情緒激動，無法接受，目前仍處於極度哀慟與否認階段，對於是否繼續維生治療或考慮後續醫療決策，尚未能做出明確回應。醫療團隊在維持基本生命支持的同時，也希望能協助家屬理解醫療現況並做出決策。

貳、倫理法律問題諮詢

一、面對病人已進入瀕臨腦死之狀態，如何協助家屬理解病情、預後並參與醫療決策？

- 二、在家屬難以接受事實且無法即時做出決定時，醫療團隊應如何平衡病人最大利益與家屬情感支持？

參、照會意見（張炳勛委員回覆）

- 一、依個案描述及病歷紀錄，病人目前意識嚴重受損，評估為瀕臨腦死狀態，預後極差。即使勉強維持生命，也可能長期依賴呼吸器、成為植物人，持續進行此類治療恐已不符病人最大利益，亦可能形成無效醫療。考量醫療資源的合理使用與分配公平性，建議醫療團隊應與家屬充分溝通，明確說明病情與預後，並在表達理解與支持的同時，於醫囑中指定撤除ECMO的時間點（建議可給予約一週準備期），協助家屬逐步面對現實並參與決策。
- 二、在說明病情進展已達臨終階段後，醫療團隊應調整溝通重點，聚焦於如何提供病人症狀緩解與善終照護。此時醫療團隊會盡量給予緩解症狀之治療，請家屬充分陪伴、完成道愛道別，聯繫親友，開始準備後事等，不要再做任何關於數值、治療選項等等說明。唯值班團隊可能對患者之家庭關係不甚了解，需有詳細之交班說明較不易有誤會或糾紛。
- 三、醫療團隊應主動開啟與死亡相關的溝通議題，使用明確、溫和而具支持性的語言，引導家屬進入生命末期的預備階段。這是重症照護中不可迴避的重要任務，透過提前討論，能減少死亡發生時的慌亂與情緒衝擊，並協助家屬建立對病情的真實認知。相關討論議題可包含：是否施行心肺復甦術（DNR）、是否繼續維生治療、期望的善終地點、是否考慮器官捐贈等。
- 四、整體溝通歷程建議依循以下步驟：
 1. 釐清病人與家屬對病情的理解與認知；
 2. 適時給予同理與情緒支持；
 3. 謹慎地導入死亡與善終相關議題；
 4. 提出緩和醫療作為重要照護選項之一。

同時可結合倫理諮詢、個案管理、社工或宗教師資源，讓家屬獲得更完整的支持與協助，逐步推動醫療決策的共識形成。

五、在壞消息的傳遞過程中，醫療團隊需高度覺察病人與家屬言語中的訊息背後可能是情緒反應而非純粹資訊需求。例如家屬可能提出預後或治療方式的問題，其實是表達否認、悲傷或尋求安慰。此時，跨領域團隊的合作價值尤為重要，有助於在會談中共同承接與處理家屬情緒。若急於進入下一個醫療議題，反而可能阻礙良好溝通。建議醫療人員可使用支持性語言表達理解與同理，例如：「我知道這對你們而言並不容易」、「我們理解你們的不甘與憤怒」、「能多跟我們談談您的感受嗎？」、「這真的需要很大的勇氣」。除了語言，適時的沉默、遞張面紙、輕拍肩膀等非語言支持，也能協助家屬感受到被陪伴與理解。

六、在家屬尚處於否認與哀傷的初期階段，無法即時做出醫療決策時，醫療團隊的角色應聚焦於建立信任關係與情緒支持，在穩定關係基礎上逐步導入後續醫療選擇的討論。可安排階段性家庭會議，設定討論目標，並明確指出目前的處置為「維持時間、等待家屬準備」，而非無期限延長維生治療。此舉能避免家屬感受到被迫同意，同時保障病人利益不被忽視。

肆、後續追蹤

照會安寧團隊提供協助，並與家屬進行會談。由病人太太簽署DNR同意書，並於三天後移除ECMO。隨後病人心跳停止，宣告逝世。

文獻參考

1. 黃馨葆、陳皇吉、蔡佩渝、謝雅琪、林楷煌、蔡兆勳：如何以家庭會議協助重症病人生命末期決策。安寧療護雜誌2014;19(3):268-281。

【上述案例之照會意見為新竹臺大分院於2021年提供，本次發刊內容有重新編修】

如何維護兒少最佳利益？—從實際臨床個案 探討支持兒少醫療「表意權」所面臨的 醫療現場倫理困境

文 / 臺大醫院社會工作室 蔡孟茹

壹、一位少年的自由意志與制度的碰撞

2023年，《少年報導者》刊出專題報導〈我想活下去〉，描述一名17歲少年在罹患急性淋巴性白血病後，歷經反覆住院、病情惡化與多次明確表達接受治療的強烈意願。然而，這名少年因其母親長期對西醫的不信任而多次拒絕配合，導致醫療團隊在缺乏法定代理人同意下，屢次被迫中斷治療[1][2]。

在這段期間，醫療端與社政系統多次協調並積極介入，才使他逐步獲得必要的治療。然而過程中，無論是醫師、護理師、醫務社工師，或是家防中心社工師等第一線工作者，皆長期面對極高的溝通壓力與情緒耗竭，反覆週旋於病人與其母親之間，導致整體醫療進程延宕且合作上困難重重。

此案不僅揭露兒少在醫療自主與決策參與上所面臨的制度性障礙，也反映出臺灣現行法規在兒少重大醫療處置情境下，缺乏兼顧兒少病人權益與臨床實務可行性的指引，尤其涉及兒少醫療參與表意的過程、倫理判準、跨系統合作等關鍵議題，常出現制度斷裂點。

貳、國際比較：青少年醫療自主制度的發展與啟示

面對兒少是否具備醫療決策能力的爭議時，國際間已有相對成熟的法規與實務標準，其中英國的「吉利克能力」(Gillick Competence) 和美國的「成熟未成年人原則」(Mature Minor Doctrine) 為代表性制度。英國的「吉利克能力」是由英國醫學總會 (General Medical Council, GMC) 提出的指南，為兒少醫療自主性的重要判準，起源於1985年判例 (Gillick v West Norfolk and Wisbech AHA)，

法院判決指出，若兒少具備足夠理解力與判斷能力，則有權在無須家長同意下做出醫療決策，該原則已成為英國醫療實務標準[3]。

根據 English 等人 (2010) 的說明，美國多州則採用「成熟未成年人原則」，允許特定條件下的未成年人依其成熟程度而具備自主醫療決策能力，並強調個案化評估與醫師臨床判斷。該制度強調「個案化評估」，並仰賴醫師臨床判斷來確立兒少是否具備足夠的理解與同意能力[4]。

相較之下，臺灣現行法制尚未建立具體的兒少成熟度評估標準，亦無配套指引供臨床人員判斷與執行。若能參考上述制度，將有助於落實兒少健康權與表意權並減輕第一線臨床醫療團隊的壓力。

參、我國兒少表意權與臨床服務的制度落差

從此案中可看到，病人曾多次向其母親、醫療團隊與社政單位表達接受治療的明確意願，但由於其為未成年人，法定同意權仍掌握在母親手中，使醫療行為的執行深陷法律與倫理兩難。此案當年曾由臺大醫院臨床倫理諮詢委員受理並經過小組審慎討論，相關制度層面問題亦提到臨床倫理委員會進行探討，並由具法律及醫療倫理等背景的委員提供多元的實務見解。

依據《醫療法》第63條第1、2項規定，醫療機構在執行手術、麻醉等侵入性處置時，必須取得病人或其法定代理人等書面同意；而對於未成年人，則強制要求由法定代理人簽署[5]。然在《兒童及少年福利與權益保障法》第5條雖賦予兒少「表意權」，且強調依其心智成熟程度給予充分考量，但該權利屬參與型而非決策型，無法實質化轉換為法律效力，以保障兒少在醫療決策中的參與地位[6]。

臨床委員指出，其母親多次干擾醫療團隊與決策流程，可能已違反《病人自主權利法》第4條第2款禁止妨礙病人行使醫療選擇的規定，但因該法缺乏明確罰則且實務程序啟動率低，法律效力有限[7]。在病人醫療自主能力的評估上，醫療實務常以《民法》所規定之「行為能力」作為判準，但此標準主要著眼於財產權之行使與保護，難以完整反映病人對醫療資訊的理解與判斷能力。有委員則進一步指出，鑑於《民法》行為能力標準主要聚焦財產權保護，難以充分反映患者對醫療資訊的理解與判斷力，因此應考慮以『識別能力』作為醫療決策能力的判斷依據[8]。

然而雖然『識別能力』被視為判斷醫療決策能力的關鍵，但目前缺乏具體且標準化的臨床評估指引，尤其針對青少年病人更是如此。此一缺口使得第一線醫療團隊在保障兒少參與醫療決策的過程中，經常面臨判斷上的困難與潛在的法律風險，亟需建立明確的評估機制與操作流程以協助臨床判斷。

肆、法律風險與臨床現場的矛盾壓力

在臨床上，醫療團隊雖曾就此案少年自主意願諮詢律師，並完備相關程序及文件以降低法律風險，然而第一線醫療照護團隊仍承受龐大壓力。即使病人簽署同意書，醫療團隊仍需面對高風險，尤其病人母親多次揚言提告，造成醫師及團隊成員承受沉重的心理與法律壓力。此種威脅已超越同意書合法性的問題，涉及整體醫療行為的正當性、醫療人員職涯風險以及未來可能面對上法院的恐懼，凸顯潛在醫療爭議對醫療處置過程中的影響。

另外，在少年住院期間，其母親頻繁騷擾醫療人員，干擾療程，致使醫療團隊壓力過大身心俱疲，在醫療照護期間也延伸了許多問題。儘管母親行為可能觸犯《醫療法》第24條與第106條，構成妨害醫療業務之違法行為，但基於維護醫病關係與避免事態擴大，醫療機構往往不會主動聲張權利[9]。

伍、制度與跨系統合作的失靈與突破

儘管在兒少保護制度介入下，少年最終得以繼續接受治療，然其母親對醫療行為的持續阻礙，使治療進行困難重重。醫療與社政系統雖共同簽訂安全計畫，卻因雙方對於各自職責範圍及醫療處置程序的認知存在差異，導致合作角色定位不明確，影響安全計畫的執行成效。醫療團隊多次合作嘗試，但因溝通不良與執行困難而受挫，進而阻礙雙方信任的建立。

即便經過多次會議與溝通，醫療與社政雙方仍無法建立穩定與明確的合作機制，使第一線醫療人員即便有兒少保護制度支持，仍難以有效執行醫療措施，持續陷於高壓與無助的環境之中。

此案亦再次反映出臺灣兒少保護制度在面對「非直接暴力、但高度危及健康與生命安全」的複雜情境時，介入手段不足且制度運作僵化，致使兒少主體性與最佳利益難以在制度中實現。

陸、倫理實務困境及心理支持機制的缺位

在臨床現場，醫療專業人員在維護病人最佳利益上扮演守門人角色，卻常因法律與倫理的矛盾而陷入兩難。當病童與法定代理人意見相左時，醫師若選擇遵從病童意願，可能面臨違法指控；若僅依照家長同意行事，則可能違反其對專業倫理與病患權益的承諾。這種「防衛性醫療」已非個案，而是系統性現象，嚴重影響醫師的專業判斷與醫病關係的信任基礎。

第一線醫療人員長期處理如此案中高衝突、高倫理負擔的情境，易產生「系統性創傷」與「道德傷害」[10][11]。「道德傷害」原為軍事心理學術語，現廣泛應用於醫療及社工領域，指個人因無法改變違背自身價值的情境，產生深層心理創傷。此案中，醫師明知病童意願明確，卻因法律與家長夾縫無法執行必要治療，長期陷入職業倫理矛盾與心理耗竭，正是道德傷害的具體體現。

柒、在醫療場域中如何實踐兒少的最佳利益

此事件凸顯出臺灣現行法律制度尚未充分接納青少年醫療表意權的問題，導致第一線醫療人員經常陷入道德困境與法律風險。當醫療團隊評估兒少具備清楚的認知與判斷能力，卻因法定代理人反對而無法執行必要醫療行為，不僅違背醫療倫理，也使病人的生命權與健康權受限於制度空隙。

在此背景下，維護兒少最佳利益必須超越以家長為核心的傳統決策模式，重新建構以兒少主體為中心的醫療判準。實務上，應建立具備法律效力的「青少年成熟度評估」搭配現有醫療上的「倫理諮詢機制」，完善跨部門合作協議，強化通報流程的法律效力與即時支援功能，為醫療團隊提供正當且可行的行動依據。

同時醫療體系內部需提供醫療團隊明確的風險管理架構與心理支持系統，使其能在法律保障下依法行醫、依專業判斷作出對病人最有利的選擇。唯有當制度能讓醫療人員無後顧之憂地支持兒少的意願與需求，「兒少最佳利益」才能從抽象原則轉化為臨床可實踐的價值。

參考文獻

1. 少年報導者：我想活下去！——親權、新藥、最佳利益，一名血癌男孩抗病路的多重挑戰。2024。 <https://kids.twreporter.org/topic/children-with-leukemia>

2. 少年報導者：20歲的畢業考——自力爭取就醫權的血癌男孩。2024。 <https://kids.twreporter.org/article/children-with-leukemia-main-story>
3. The Medical Defence Union. (n.d.). Gillick competence. <https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/gillick-competence>
4. English, A., Bass, L., Boyle, A. D., & Eshragh, F. (2010). State minor consent laws: A summary (3rd ed.). Center for Adolescent Health & the Law.
5. 醫療法，第24條、第106條，中華民國 112 年 06 月 28 日修正。
6. 兒童及少年福利與權益保障法，中華民國 110 年 01 月 20 日修正。
7. 病人自主權利法，中華民國 110 年 01 月 20 日修正。
8. 民法，中華民國 110 年 01 月 20 日修正。
9. Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2022). Moral injury in healthcare workers during COVID-19 pandemic.
10. Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing clinician distress: moral injury not burnout.

心臟衰竭病人如何進行安寧緩和醫療溝通

～ 程劭儀醫師專題演講紀要

講者 / 臺大醫院家庭醫學部 程劭儀

整理 / 倫理中心 杜俐瑩

2025 年 4 月 8 日臺大醫院倫理中心特別邀請—臺大醫院家庭醫學部程劭儀醫師，進行「心臟衰竭病人如何進行安寧緩和醫療溝通」專題演講。程醫師為安寧緩和醫療領域的傑出學者，畢業於臺灣大學醫學系，並取得美國約翰霍普金斯大學博士學位，現任臺大醫學院家庭醫學科教授及臺大醫院家庭醫學部主任，同時擔任台灣安寧緩和醫學學會理事長。

程醫師長年投入於家庭醫學、安寧緩和醫療的臨床照護、教學與研究，成就卓著，不僅在國內推動多項安寧照護實務，更在亞太區域建立具國際影響力的研究團隊，發表多篇代表性的學術論文。此次演講，特別聚焦於一項過去較少深入探討的議題，分享心臟衰竭病人如何進行安寧療護的溝通。以下為經講者確認後的演講紀要，供讀者參考。

壹、我國安寧緩和醫療的發展

過去臺灣的安寧緩和醫療多集中於癌症病人，但事實上，自 2009 年起，相關法規已將八大非癌末期病人納入適用對象，涵蓋如心臟衰竭、慢性阻塞性肺病等器官衰竭個案。然而，在實務推行上，非癌病人實際接受安寧照護的比例仍明顯偏低，這也促使醫療人員必須重新省思：究竟應該在什麼時機點，針對哪一類型的病人啟動安寧療護？同時，又該如何與病人及家屬進行一場真誠而具同理心的對話，協助他們面對生命末期的醫療選擇。

我國安寧緩和醫療的發展始於 1982 年，馬偕醫院 1990 年設立全國第一個安寧病房，開啟臨床實踐的先河，耕莘醫院 1994 年設立聖若瑟病房，臺大醫院 1995 年開辦緩和醫療病房，此後，各大醫療機構陸續成立安寧病房，逐步建構起住院與居家安寧照護的服務。2000 年更制定亞洲第一個「安寧緩和醫療條例」，開啟推動安

寧緩和醫療的里程碑，2019 年「病人自主權利法」正式上路，以病人為主體，確保病人有知情、選擇、決策的權利，2021 年《疼痛與症狀管理期刊》(Journal of Pain and Symptom Management) 針對全球 81 個國家的死亡和臨終照護品質進行了排名，臺灣在全球死亡品質評比中表現優異，高居世界第三、亞洲第一，展現出高度的照護品質與制度成熟度。到了 2022 年，臺灣的安寧療護進一步擴展，將末期衰弱老人 (Frail Elderly) 正式納入服務對象，提升高齡社會老人的末期照護品質，這項擴張象徵著安寧緩和醫療在臺灣持續深化與普及。與此同時，臺灣在專科醫師培訓制度、健保給付規定，以及非政府組織 (Non-Governmental Organization, NGO) 民間力量的支持下，已建立起堅實且完整的基礎。

貳、安寧緩和醫療的目標

程醫師在演講中分享一位年約70歲、罹患末期心臟衰竭的臨床案例，該名病人在住院時表達出極度的不適，明顯呈現疲憊且呼吸困難，其清楚地向程醫師表示希望能緩解自身的痛苦，經專業評估後，程醫師決定採用低劑量嗎啡作為緩解呼吸困難的處置，但此舉卻引發家屬強烈反對。這一情境反映了臨床上常見的價值觀衝突，以及家屬與病人間認知上的落差，也突顯醫療溝通與信任建立的重要性。

在照護末期病人時，醫師不僅需緩解生理症狀，更需深入理解病人所面對其心理、社會與靈性層面的困擾，這些交織即構成所謂的「整體性疼痛 (Total Pain) 」，此概念源自英國安寧療護之母桑德絲 (Dame Cicely Saunders) 博士的理念，指出病人的痛苦不僅限生理 (身體) 不適，更包含心理 (精神) 、社會 (人際支持) 及靈性 (信仰) 等多重層面，這些因素會相互影響，進而加深病人的整體痛苦感受。因此，在評估病人時，我們必須從「整體性疼痛」的四大層面來思考，其中，臨床上公認最具挑戰性的面向就是靈性痛苦的評估與處理，程醫師特別肯定科內同仁持續在該領域的投入，不論在研究或臨床實務上皆積極提升照護品質，為病人提供更全人、更有尊嚴的照護。

隨著臨床經驗的累積與專業知識的深化，程醫師指出安寧療護最大的目標是協助病人「善終」 (Good Death) ，其核心意涵在於提升病人的「死亡品質」 (Quality of Death and Dying) ，而要實現這一目標，關鍵在於提供高品質的「照護品質」 (Quality of Care) 。簡言之，唯有透過優質的「照護品質」，才能提升病人的「生活品質」 (Quality of Life) ，進而在生命末期達到更圓滿的「死亡品質」，三者之間相互關聯，不能互相取代，各自代表著不同的面向與責任，正是醫療人員應時刻銘記於心的核心價值。

參、非癌病人接受安寧照護的現況

根據衛生福利部中央健康保險署統計，2023年臺灣約有66%的癌症病人在過世前一年接受安寧照護，相較於2013年僅約44%的癌症病人曾接受安寧服務，比例已顯著提升，然而非癌病人情況卻不容樂觀，十年前，非癌病人接受安寧照護的比例僅約4.3%，即便近年已提升至約23%，與癌症病人的覆蓋率相比，非癌末期照護尚有相當大的進步空間。進一步聚焦於心臟衰竭病人時，情況更令人震驚，僅約1%的病人在生命末期接受安寧緩和醫療照護，大多數仍朝向治癒性醫療，超過一半的心臟衰竭病人會進入加護病房，約有40%接受呼吸器治療甚至接受心肺復甦術與葉克膜等醫療處置，在「安寧緩和醫療條例」立法多年、制度資源相對完善的臺灣，這樣的數字令人震驚，也促使我們反思。

程醫師指出，面對心臟衰竭末期安寧轉介不足的原因，與多重臨床與觀念上的迷思有關。首先，在語言與觀念層面，許多醫療人員對於支持性照護與安寧療護之間的區別仍不夠清楚，誤以為只有病人奄奄一息時才需要考慮轉介安寧，事實上，在正式啟動安寧照護之前，尚有許多可以積極提供的支持性處置，協助病人緩解症狀、提升生活品質。其次，在疾病預後的判斷上，癌症病人多半可依病期分為 I 至 IV 期，預後相對明確，但對於大多非癌的病人，如：心臟衰竭或慢性阻塞性肺病病人而言，病程發展難以預測，臨床上對末期的界定仍相當模糊，也因此難以明確啟動安寧轉介流程。

許多國家在安寧緩和醫療專科人力上相對不足，以日本為例，目前僅有200~300名安寧緩和醫學專科醫師，在面對高齡化與非癌末期人數快速增加的情況下，無法全面支持所有潛在需要的病人。相較之下，臺灣已有較完整的制度與專業基礎，但在推動非癌病人安寧照護方面，仍需更積極突破制度與觀念上的瓶頸。

肆、建立臨床共識：心臟衰竭病人轉介安寧的六項關鍵準則

心臟衰竭病人往往無法在適當的時間點獲得合宜的支持性照護，這不僅是臺灣面臨的問題，全球也都普遍存在同樣的困境，有鑑於此，過去十年間，程醫師與團隊參與國際合作研究，針對心臟衰竭與慢性阻塞性肺病病人，與國際夥伴共同制定了轉介安寧療護的共識準則，希望透過國際合作找出一個具實證基礎的轉介時機點，協助臨床判斷「何時應轉介安寧」。程醫師與團隊發起一項 Delphi 共識研究，首先在五大洲設立指導委員會（Steering Committee），亞洲區由程醫師代表臺灣參與，並邀請了來自日本的 Mori 教授共同合作，整體研究共邀集來自全球共 46 位安寧或心臟專科醫師擔任專家小組成員。

在第一輪 Delphi 調查中，根據文獻與臨床經驗，列出 66 項可能作為轉介依據的評估準則；第二輪則針對這些項目進行分類，判斷哪些為主要準則及次要準則(也就是必須轉介或可考慮轉介的項目)；第三輪再進一步精煉，將項目縮減至 27 項，並確認每一項的臨床表述是否明確具體。

最終，團隊達成六項核心共識，作為判斷心臟衰竭病人何時考慮轉介安寧療護的重要準則，盼能提供臨床醫師在面對不確定病程時，具體的評估依據與行動指引：

- 一、合併多重併發症或病情惡化明顯：如出現惡病質 (Cachexia)、嚴重心腎症候群 (Cardiorenal Syndrome)，或功能明顯退化。
- 二、標準治療已達極限：包括藥物劑量已無法調整、曾接受心臟移植，或經先進治療後無顯著改善。
- 三、頻繁住院紀錄：過去 3 個月內因心臟衰竭住院達 2 次以上，顯示病情反覆且控制困難。
- 四、預後不良：若使用 Surprise Question (「若病人半年內死亡，您會感到意外嗎？」) 時答案為「不會」，則應考慮轉介安寧。
- 五、症狀控制困難：即使病人尚未進入末期，但若持續有呼吸困難、倦怠、疼痛等症狀難以緩解，也應積極考慮轉介安寧。
- 六、病人或家屬表達希望進一步討論照護目標：如病人或家屬希望啟動預立醫療照護諮商 (Advance Care Planning, ACP) 討論。

伍、多專科團隊共同合作

推動非癌安寧照護，需要多專科團隊共同合作，從心臟科、內科、老年醫學科等第一線照護醫師，到護理、營養、復健、心理與社工等各專業人員，需跨團隊整合，共同提供連續性的照護。從初期的支持性療法、病情全方位評估、是否轉介至 ACP 門診，到進一步轉介安寧團隊，每個階段都需經過縝密的規劃與充分的溝通。

2021 年歐洲心臟學會與 2022 年美國心臟學會所公布之最新心臟衰竭治療指引，均強調「安寧照護」必須是由跨專業團隊共同執行，其照護範疇不僅止於身體，亦涵蓋心理、社會與靈性，以實踐真正的全人照護。作為心臟衰竭照護團隊的一員，醫療人員應具備基本的安寧緩和醫療能力，包括評估、紀錄與管理病人的需求，並於適當時機轉介安寧團隊，提供病人最合宜的支持與照護。

許多心臟衰竭病人在臨終前仍服用大量藥物，卻忽略這些處置是否符合病程末期的照護目標。心臟衰竭的病程是一種緩慢下滑的軌跡，可能經歷多次肺炎等急性

惡化，使病人健康狀況逐漸下降，直至走向死亡。治療上，初期以治癒性處置為主（如抗凝、降脂），後期則應聚焦於症狀緩解，並採「Less is More」的給藥原則。

安寧緩和醫療溝通之關鍵，在於醫療人員是否真正理解病人的需求與價值觀。建議在日常門診中，主動保留時間與病人對話，例如：「您最在乎什麼？您最擔心什麼？您對未來有什麼希望？」透過這些問題，協助病人釐清人生的優先順序，並引導其思考哪些是難以接受的生活狀態，如長期臥床或失去自理能力等，亦可作為未來照護規劃與醫療決策的重要參考依據。

陸、結語：從臨床主動出發，善用 ACP 資源，落實病人自主

當臨床上面臨時間或資源有限的情況時，建議主動轉介 ACP 門診，由專責團隊協助後續安排與諮商流程，全臺已有數百家醫療院所設有 ACP 服務，雖目前多為自費，但能協助病人在神智清楚時，針對五大臨床情境預先表達維生醫療選擇。以臺大醫院為例，ACP 門診由醫師、護理師、社工師或心理師組成，訪談約一小時，費用為 2,500 元，第二人同時參與則每人加收 1,000 元，重點聚焦於維生醫療與營養與人工餵食議題。病人自主權利法自 2019 年施行至今已 6 年，全國完成 ACP 的人數大約只有十萬名，比例不到 1%，執行率偏低的原因包括費用負擔、沒空至醫院簽屬以及社會對 ACP 的認知落差。有鑑於此，健保自 2024 年 7 月 1 日起，針對特定疾病且具行為能力之住院病人，提供每人終生一次「預立醫療照護諮商費」。為鼓勵民眾提早規劃末期醫療照護，「預立醫療照護諮商費」之適用條件，除原有符合安寧療護收案條件者、輕度失智症（臨床失智評估量表 0.5 至 1 分）、符合病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款所公告之病名及居家醫療照護整合計畫收案對象外，自 2025 年 5 月 1 日起再擴大新增「65 歲以上重大傷病病人」，以及「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫或全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫之 65 歲以上多重慢性病病人」之對象。同時，由住院擴大至醫院門診與基層診所服務，增進預立醫療決定服務可近性，落實善終權益。

最後，程醫師指出，心臟衰竭照護、ACP 與安寧緩和照護團隊之間須建立緊密且持續的合作關係，當病人開始出現症狀時，應及早進行支持性療法，積極緩解其身心不適，並適時轉介至 ACP 及安寧團隊。醫療人員之共同目標與責任，即是了解病人的真實需求、意願及價值觀，每一位病人都能在尊嚴與自主中走完人生的最後一段旅程使臺灣真正成為人人得以「善終」的社會。

（感謝講師授權記錄演講內容與季刊刊載，其著作權與智慧財產權歸屬講師本人。）

學術倫理案件處分之審酌事項

文 / 臺大醫院倫理中心 周采潔

近期一名高中生因備審資料內容不實，於學習歷程將所參與高中菁英盃辯論賽獲得單場「優秀辯士」誤植為整體賽事榮譽之「最佳辯士」，該生原獲正取的 4 所醫學系相繼撤銷錄取資格，教育部亦正式發函取消其分發資格，各界關注甄審制度公平性的同時，也激起對誠信教育及審議程序之省思。

壹、學術倫理案件之查處

一、國家科學及技術委員會

學術倫理案件涉及當事人權益，審理過程及其結果均以不對外公開為原則，惟案件態樣認定及審議程序之公正透明性等議題備受矚目。立法院預算中心 2016 年報告指出，科技部（2022 年改制為「國家科學及技術委員會」，下稱國科會）對研究人員違反學術倫理之定義，僅原則性列出各違反行為有嚴重影響審查判斷或資源分配公正之虞者，對行為類型及處分等判定標準未明確界定，恐有行政處分寬嚴不一之虞[1]。

國科會 2022 年 7 月 28 日函頒修正「國家科學及技術委員會對學術倫理的聲明」，該會秉持「公權力行使應予節制」之態度，只有在違反學術倫理之行為嚴重影響公權力執行（如該會研究補助獎助、大學的教職聘任升等）之公平性時始得介入，其認定違反學術倫理標準為「蓄意且明顯違反學術社群共同接受的行為準則，並嚴重誤導本會評審對其研究成果之判斷，有影響資源分配公正與效率之虞者」，考量受處分者無論處分輕重，即會正式通知所屬單位，影響其學術聲譽至鉅，是類處分應慎重為之。

二、教育部

大學基於自治查處學術倫理事件，惟主責單位、處理期程、認定標準尚未一致、明確，肇致爭議，又新興議題如跨語言抄襲、AI 人工智慧生成論文、違反學術倫理與著作權概念之差別等，更增挑戰[2]。教育部為強化學校學術自律，2024 年 1 月 22 日函請公私立大專院校，建議設立專責學術倫理單位，以維持學術倫理案件判定標準之一致性，另針對學生、新進教職員、論文指導教授、計畫主持人、學術主管等人予以教育研習機會，以及提供「論文比對系統」並訂定鼓勵使用機制，前開措施列為該部獎勵計畫及補助款「學術自律」指標之評分項目。

大專校院教師著作是否違反學術倫理，法律實務見解係尊重該校調查小組及教師評審委員會之判斷。因事涉教師學術能力及資格審查，具有高度屬人性、學術專業性與經驗性之專業判斷，法院原則上採較低之審查密度，除非審查結果有出於錯誤之事實認定或錯誤之資訊、違反一般公認之價值判斷標準、違反法定之正當程序、作成判斷之組織成員資格不符規定、違反不當連結之禁止、違反法治國家應遵守之原理原則及其他顯然違法情事等情形[3]，又教師評審委員會原則應尊重相關專業領域具有充分專業能力之學者專家審查判斷，不應對當事人專業學術能力以多數決作成決議[4]。

貳、學術倫理案件處分之審酌事項

目前國科會及教育部並未針對學術倫理案件處分訂定判斷標準，薛美蓮等人 (2025) 提出可自違反學術倫理行為人 (下稱行為人) 之主觀條件、行為類型及其程度輕重、所處情境、加重與減輕事由等面向通盤考量[5]。

一、行為人之主觀要件，是否出於故意或過失：

- (一) 故意：行為人對於違反學術倫理之行為，明知並有意使其發生者，係屬「直接故意」，若可預見其發生而其發生並不違背其本意，則為「間接故意」。
- (二) 過失：以違反學術倫理之行為是否涉及刑事不法為判斷，刑事上「無認識過失」係指行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者；「有認識過失」係指行為人雖預見其能發生而確信其不發生者。若該行為未涉及刑事不法，民事上過失之認定係採取抽象標準，亦即行為人主觀上是違反善良管理人注意義務。

是類案件審理時是否探究當事人之主觀犯意，由行政機關基於法定職權決定。

國科會作為研究計畫之補助與監督機關，有責任查明研究人員是否有不當研究行為，並追回補助經費及相關衍生成果，爰須將行為人犯意納入考量。教育部職掌教師資格之審定，若行為人以錯誤文件致該部授予教師資格發生錯誤，必須予以導正，所為撤銷職級、一定期間內不予受理教師資格審定申請等處分，性質上屬「管制性不利處分」，其構成要件不以行為人之犯意為前提，亦無適用行政裁處時效之限制，惟後續處分階段，才會斟酌考量行為人的犯意[6]。

二、違反學術倫理行為之處分，應綜合審酌下列事項：

- (一) 行為人之違反動機及目的，如研究人員為追求經費補助或研究獎項、囿於主管或指導教授之權勢不得不為之等。
- (二) 行為人之參與意志，如主動、被動或被迫參與等。
- (三) 行為人之級職資歷，如職級、研究經驗等。
- (四) 行為人在個案中之地位與角色，如計畫主持人、共同主持人等。
- (五) 行為人之學術倫理教育訓練狀況與表現，如機構或單位是否落實所要求的教育訓練規範。
- (六) 行為人於行為後之態度，如調查及審議程序之配合程度。
- (七) 行為人涉及違反學術倫理之行為類型。
- (八) 行為人違反學術倫理行為及其內容之嚴重程度。如抄襲或未適當引註的嚴重程度可能不同；涉抄襲的內容是屬於文章的核心或非核心部分，其嚴重程度也可能不同。
- (九) 依行為人或其學術著作所屬學門或學術研究領域之規範，認為違反學術倫理行為之嚴重程度。亦即專業領域內，該案件是否為可接受之研究常規及其嚴重程度，如生物醫學領域一般視造假及變造為特別嚴重，而人文社會領域則認為抄襲會嚴重影響該著作之原創性等。
- (十) 行為人之學術著作是否業經學術發表或出版；若有，其發表或出版之類型為何。相較於科普文章、教學教材，或內部諮詢性報告等著作，期刊、專書論文、教科書及會議論文更為重視內容之精確性。
- (十一) 行為人之違反學術倫理行為，是否受到其他國家或機構之調查或處分。
- (十二) 行為人是否違反與出資單位訂定之協議，如違反保密協定、未揭露利益衝突等。
- (十三) 行為人或其他利害關係人，會因違反學術倫理之行為而享有利益或潛在利益之程度，如研究人員因此獲得研究資助或獎項等。

- (十四)行為人之違反學術倫理行為，對於相關研究之有效性的負面影響程度，如變造之數據，對其結論有無重大影響。
- (十五)行為人之違反學術倫理行為對於其他研究者、所屬研究機構、相關學術領域之負面影響程度。
- (十六)行為人之違反學術倫理行為，對於普及科學知識或公共利益造成現實或潛在之負面影響程度，如影響病人接受正規醫療之權益、誤導公共政策之制訂等。

三、有下列情形之一者，得加重其處分：

- (一)行為人違反學術倫理之行為達 1 次以上，包括該行為並非單一事件、經評估構成「模式」或曾有違反學術倫理之行為，並應審酌違規的頻率與延續期間。
- (二)行為人故意干擾調查或審議程序之進行。
- (三)行為人違反學術倫理之行為對所屬學術機構造成嚴重而難於回復之損害。
- (四)行為人違反學術倫理之行為，涉及違反刑事法規。

四、有下列情形之一者，得減免處分：

- (一)行為人於違反學術倫理之行為被發現（或通報）前，便主動向所屬研究機構、主管機關、研究經費資助單位或相關權責、執法機關承認違反之行為者。
- (二)行為人於被通報（檢舉）前，已主動向發表或出版單位申請論文更正或撤回者。
- (三)行為人於調查或審議程序進行過程，主動坦承其行為，且有悔改之意者。
- (四)行為人違反之學術倫理行為，係其所屬學門或學術研究領域可接受之研究行為。
- (五)行為人除有正當理由而無法避免者外，不得因不知學術倫理規範而免除受處分之責任。但按其情節，得為減輕之處分。
- (六)違反學術倫理行為之發生時點，係於我國相關學術倫理規範之制定前。
- (七)行為人違反學術倫理行為，其情節顯有可加憫恕之處。

參、結語

學術倫理規範遵循是一個連續的灰階，同樣違反學術倫理的行為，不同學科領域可能有不同的詮釋與評價，不同的權責機關也可能作成不同的處分結果，有時卻因此成為當事人申訴理由。然而，憲法第 7 條所揭示之平等原則非指絕對、機械之

形式上平等，行政機關作成行政處分時，如基於事物本質上之不同，而為合理之差別待遇，與平等原則無違[6]。

學術倫理案件之審理及判斷，係依據個案內容及構成要件妥適為之，綜合考量行為人之主觀意圖、行為性質、嚴重程度及犯後態度，及該研究領域之行為準則、社會影響等，並應注意審議程序審慎嚴謹，處分結果須符合公平正義及比例原則，以杜爭議。

參考文獻

1. 黃怡娟 (立法院 105 年專題研究)：科技部補助學術研究經費分配與執行情形之探討。2016。 <https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=10350&pid=142882/> 查閱日期：西元 2025 年 6 月 5 日。
2. 監察調查報告。2024。 <https://www.cy.gov.tw/CyBsBoxContent.aspx?n=133&s=28593> 查閱日期：西元 2025 年 6 月 17 日。
3. 臺中高等行政法院 107 年度訴字第 316 號判決 (司法院裁判書系統)。2019。 <https://judgment.judicial.gov.tw/FJUD/default.aspx/> 查閱日期：西元 2025 年 6 月 17 日。
4. 司法院大法官釋字第 462 號 (憲法法庭)。1998。 <https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310643> 查閱日期：西元 2025 年 6 月 18 日。
5. 薛美蓮、潘璿安、周倩：違反學術倫理有多嚴重？案件處分時的審酌事項。教育部學術倫理電子報 2025 年 5 月，第 20 期。
6. 教育部學術倫理專案辦公室：學術倫理案件判斷準則參考手冊，2024。

人工智慧開發應用之倫理議題

文 / 臺大醫院倫理中心 周采潔

2025 年 2 月，行政院宣布全面禁止公部門使用中國開發之 DeepSeek AI 服務，引發各界對人工智慧 (Artificial Intelligence, AI) 技術應用背後的資安風險與倫理議題之關注。醫學研究導入生成式人工智慧 (generative AI, GAI) 為輔助工具，可處理大量醫療數據完成快速分析、自動提取及文件審查任務，簡化資料處理作業流程，並透過大型數據集分析，檢測醫學研究之發展趨勢[1]。AI 帶來突破與創新，然而科技與風險並存，學術研究機構不僅須強化內部 AI 治理，相關系統開發亦應遵守安全性、課責性、環境永續、透明性與可解釋性、公平且無歧視、隱私與個資保護等倫理原則。

壹、政府機關 AI 開發應用之倫理議題

政府機關運用 AI 並搭配相關資通訊技術之應用範圍相當廣泛，包含教育訓練、智慧客服、政策行銷、環境資源、醫療保健、交通管理、資料分析、城市規劃、AI 助理等，提升行政效能與品質的同時，行政違失或違法風險亦應運而生。臺北市政府於 2024 年 9 月 9 日函頒「臺北市政府使用人工智慧作業指引」，針對 AI 的使用風險程度區分使用態樣[2]：

- 一、絕對禁止事項：涉及機敏性資料、公務上應保密資料，或未符合法律規範且未經事前同意即使用 AI 處理或利用民眾之特種個人資料 (如病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查或犯罪前科等)，或未經人工檢視與確認即使用 AI 直接做成影響民眾權利義務之決定者。
- 二、高度風險的使用態樣：與民眾之權利義務相關，或涉及民眾之隱私或個人資料，或可能出現偏見歧視，如使用 AI 進行數據分析、聊天機器人、生物特徵辨識等。

- 三、中度風險的使用態樣：協助製作對外文書，但無關民眾權利義務、隱私及其個人資料，且不涉及機敏性資料，如新聞稿、公告、政策宣導等。
- 四、低度風險的使用態樣：限於該府內部作業，無關民眾之權利義務、隱私及個人資料，如電子郵件、文件翻譯等。

依據「行政院及所屬機關（構）使用生成式 AI 參考指引」規定，公務機關使用 GAI 時，應秉持負責任及可信賴之態度，掌握自主權與控制權，並秉持安全性、隱私性與資料治理、問責等原則，不得分享個人隱私資訊及不可完全信任生成資訊 [3]。目前 AI 應用多為原則性、禁止性之 AI 規範，並無專案介紹及操作說明，數位發展部於 2025 年 1 月公布「公部門人工智慧應用參考手冊」(草案)，作為政府機關建置 AI 服務之參考。AI 系統之開發應用，可能因開發者未能全面考量、未能預期負面影響或使用者不當操作，衍生法律、倫理、道德及社會爭議，有鑑於此，AI 系統之建置規劃應將下列倫理議題納入研議 [4]：

- 一、公平性：AI 系統應使用無偏見、公平資料集進行模型訓練，採用合理特徵設計分析流程，測試階段納入多元群體回饋，針對輸出內容及決策建議之合理性進行審查，設計系統化的提示測試方式避免偏見，建立使用者回報機制，透過持續評估將潛在傷害與偏見降至最低。
- 二、完善 AI 專案權責機制：機關應遵守國家法律、政策及相關使用條款，在系統生命週期中明確規範所有參與者之責任、義務及監控機制，完成開發至營運階段之審核驗證，並提供申訴與行動救濟管道，使用者也必須對 AI 作為輔助日常工作產出內容負起最終責任。
- 三、對環境永續友善：AI 應用伴隨大量碳排放、冷卻水資源、稀有金屬消耗等，應檢視模型提供者之環境認證，包括使用可再生能源、高效能基礎設施與永續投入、優先選擇低碳排放算力與資料存放方案，並進行生命週期分析，減少對環境的負面影響。
- 四、透明度與可解釋性：為掌握 AI 系統之運作流程、決策機制、資料使用、社會影響，機關應優先採用可解釋性高的模型，考慮使用開源模型提升可性度，建立評估與稽核機制，明確揭示 AI 創作內容，並向利害關係人解釋 AI 模型運作與表現，以符倫理原則。
- 五、保持人為參與：為避免忽視潛在倫理風險，機關於 AI 工具使用過程中應保持人為參與，以確保 AI 之適用情境能創造公共利益，透過人工監督機制監控輸出，使用者也應理解影響 AI 產出之因素，諮詢 AI 前先有自身觀點與立場，避

免過度依賴。

2025 年 1 月中國「杭州深度求索人工智慧基礎技術研究有限公司」發布號稱低成本、開源模型可免費使用之 DeepSeek AI，惟該項服務資料來源取得有違反著作權法相關法規的疑慮，模型語言訓練上也有思想審查、限制等資料偏異，以及資料上傳中國的資安風險，行政院基於國家資通安全考量，要求公務機關全面禁用，包含雲端服務、APP 及地端下載等方式，若大學及研究機構有學術研究用途需求，建議以不含個資及資料的電腦單機下載並斷網使用較為安全 [5]。各國公務機關應對 DeepSeek AI，美國、南韓採部分禁用，加拿大、荷蘭、義大利、澳洲、印度則全面禁止使用 [6]。

貳、GAI 醫學應用之倫理考量及監理

COVID-19 後疫情時代，全球醫療保健體系面臨醫療人力短缺之嚴峻挑戰，GAI 導入成為提升效率及醫療品質的解方之一。GAI 具備處理自然語言與學習醫學知識的能力，可作為臨床助理協助行政及文書工作、自動評估傷害和疾病、決策系統提高術前規劃效率、擔任手術虛擬助手即時支援、訂定個人化復健計畫、與傳統輔導機制結合之虛擬導師、提升知情同意之執行品質、提供個性化健康建議與指導，有望成為醫師的萬能工具 [7]，但其臨床運用資料方式亦可能帶來重大的潛在風險。

GAI 除了數據偏見、限制內容導致回應不精確、虛假資訊、網路安全漏洞等問題，尚須考量資料倫理及臨床倫理面向議題。資料倫理部分關注資料來源、使用方式，及其使用前、中、後應注意事項，包含隱私、資料保護、資料所有權、二次使用、可解釋性、真實性、偏見；臨床倫理則聚焦於 GAI 在臨床實際應用中的挑戰，涉及「醫療適應症」(行善原則)之監督、信任、同理，「病人偏好」(尊重自主原則)之病人自主與知情同意，「生活品質」(不傷害原則)之安全性、識別惡意使用，及「情境特徵」(正義原則)之可信度與可歸責性等倫理考量 [1]。

基此，未來監理方向包括需能讓醫療人員和病人知情 AI 參與決策過程，並為 AI 的建議提供解釋；確保 AI 模型不會延續或加劇醫療照護之不平等；強制使用多樣化且具代表性的資料來源，改善資料潛在偏見與促進醫療服務的公平性；研訂法規以確保病人資訊的機密性與安全性 [7]。

參、結語

隨著 AI 深入日常生活，驅動醫學研究、政府治理與產業模式革新，人機協作已然成為未來趨勢，研究者應自提升資訊判讀能力、標示 AI 生成部分、重視資訊安全及人才培育、說明資料來源等 4 面向加強落實學術倫理，並透過明確定義人機協作目標、選擇適當的 AI 工具、資料蒐集與預處理、AI 模型訓練和調整、持續學習和改進，建立人機協作之倫理流程 [8]。

輝達 (NVIDIA) 執行長黃仁勳於 Computex 2025 年主題演講表示，AI 技術的進化，自感知 AI (Perception AI)、GAI、代理 AI (Agentic AI) 指向物理 AI (Physical AI)。不同於 GAI 的自主學習與內容生成，代理 AI (Agentic AI) 能進一步採取行動及做出決策，其應用將更加廣泛，包括協助處理客戶需求、資訊檢索與分析、計算機及繪圖工具使用等，作為與人類偕同工作之數位員工，面對 AI 模型效率提升及前沿技術突破，未來將產生新興倫理議題並面臨更多監管挑戰。

參考文獻

1. 蔡甫昌、周昱辰、布嘉俊、莊宇真、詹寶珠：生成式 AI 醫學應用之倫理考量。台灣醫學 2025;29(2):129-137。
2. 臺北市政府：臺北市政府使用人工智慧作業指引。2024。
3. 行政院：行政院及所屬機關(構)使用生成式 AI 參考指引。2023。
4. 數位發展部：數位發展部公部門人工智慧應用參考手冊 (草案)。2025。https://moda.gov.tw/digital-affairs/digital-service/guide/15002 查閱日期：西元 2025 年 6 月 5 日。
5. 行政院：卓揆：公務機關全面禁用 Deepseek AI 服務。2025。https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/3ce9fe8f-2f5f-4d1d-8176-6fa4cf622b82 查閱日期：西元 2025 年 6 月 5 日。
6. 數位發展部：公務機關全面禁用 DeepSeek AI 服務，未限制一般民間使用。2025。https://moda.gov.tw/ACS/press/news/press/15296 查閱日期：西元 2025 年 6 月 5 日。
7. 蔡甫昌、周昱辰：大型語言模型醫學應用之倫理挑戰與監理。台灣醫學 2025;29(1):75-85。
8. 林明誼、林新發：AI 時代跨領域人機協作之運用策略及有關倫理議題。臺灣教育評論月刊 2024;13(10):19-26。

社會性凍卵實務與倫理分析（節錄版）

文 / 吳宇中¹、蔡甫昌²
臺大醫院¹家庭醫學部、²倫理中心

壹、社會性凍卵的需求與優勢

社會性凍卵（social egg freezing）意指相對於醫療性凍卵（medical egg freezing）為因應個人規劃而非立即的醫療需求所進行的行為。為了與醫療性凍卵區別，亦被稱為非醫源性凍卵（freezing for nonmedical reasons）、選擇性凍卵（elective oocyte cryopreservation）、預期配子衰竭凍卵（oocyte cryopreservation for anticipated gamete exhaustion）、或規劃性凍卵（planned oocyte cryopreservation）[1]。20 至 40 歲間的青壯年階段，是教育與工作發展的關鍵時期，卻也是最適合生育的年齡。女性可能尚未達成預想的生活情境，例如有合適的伴侶、適當的經濟能力、其他個人理想的實現，就面臨生理時鐘的壓力。隨著年齡的上升，卵子的數量與品質皆逐漸下降，且染色體異常的機率上升。因此，透過冷凍保存較為年輕的卵子，得以延長女性成功受孕活產的年齡範圍。社會性凍卵提供了一種新的選擇，讓女性擁有更充裕的時間進行人生規劃；且相較於使用捐贈的卵子進行人工生殖，社會性凍卵可以保留與後代的血緣關係，避免與第三方交涉之複雜性與金錢支出。

貳、社會性凍卵的風險與負擔

然在此同時，凍卵者也面臨生理、心理、經濟等面向的風險與負擔。生理上，凍卵流程相關的併發症最常見為卵巢過度刺激症候群（ovarian hyperstimulation syndrome），約3-6%女性會有輕微至中度症候，約1-3%女性發生重度症候，而取卵手術相關的併發症發生率則小於1%。除了凍卵流程本身的風險，若未來使用冷凍卵子進行人工生殖，也面臨人工生殖相關的危險因子，包含有更高的機率發生多胞胎、早產、子癲前症及剖腹產。高齡懷孕本身也會增加妊娠期糖尿病、早產、子癲前症、剖腹產及流產的風險[2,3]。另外，平均而言，每顆冷凍卵子最終臨床懷孕率為

4.5~12 % [4]，成功率與冷凍卵子時女性的年紀及成熟卵子的數目大為相關[2]。若因為進行凍卵而高估未來的生殖能力、覺得有恃無恐，可能因此而延誤家庭規劃之討論與準備，亦為應納入考量之一項風險。心理層面而言，凍卵的抉擇與歷程可能帶來十足的精神壓力，不容忽視。最後，有關經濟層面，在臺灣，1次凍卵療程費用約60,000 ~ 120,000臺幣，而卵子冷凍保存費用約每年7000 ~ 20,000元[5]，也成為女性凍卵的負擔之一。

參、社會性凍卵的法規

臺灣冷凍卵子相關的法源依據為人工生殖法，其中並無規定凍卵者的年齡或婚姻狀態。然而，根據人工生殖法第11條，唯「夫妻」在符合特定條件下得接受人工生殖[6]。未婚或是同性婚姻之配偶無法使用冷凍卵子進行人工生殖。關於冷凍卵子之保存期限，人工生殖法第21條規範生殖細胞保存逾10年應予銷毀，但經生殖細胞提供者之書面同意，得依其同意延長期限保存[7]。衛生福利部於2024年5月提出人工生殖法修正草案，擬納入司法院釋字第748號解釋施行法第4條規定完成結婚登記之雙方、未婚女性、及約定共同生養子女之異性伴侶得施人工生殖，仍待法律程序完成[8]。

至於凍卵相關補助，衛生福利部國民健康署預計於2025年推出醫療性凍卵、凍精補助，初步開放對象為女性乳癌及男性血癌患者[9]。然而，臺灣各縣市政府已分別各自推出不同之補助條款。臺北市、新北市、嘉義市皆有醫療性凍卵補助；桃園市、新竹市、苗栗縣、雲林縣則提出社會性凍卵補助。各縣市補助條件、補助範圍、補助金額不盡相同[10]。

肆、社會性凍卵的倫理議題

社會性凍卵牽涉多面向的倫理議題。首先，支持者強調社會性凍卵可提升女性之生育自主（reproductive autonomy），生育決策的自主是生命倫理學「尊重自主原則」的展現，強調個體應有自由的權利，在不受外部脅迫的情況下，對自己的身體和未來家庭做出選擇。而相對於冷凍胚胎，選擇社會性凍卵的女性其卵子的擁有權只屬於本人，更強化女性的自主權。再者，即使社會性凍卵並非為了因應立即疾病之作為，仍可視為對於未來可能發生不孕症的一種預防性措施，符合「行善原則」。

然而，進行冷凍卵子療程必須承擔前段所述的風險與負擔。為了完整衡量利弊，擁有正確的資訊來源便非常重要。當前女性首次獲得關於冷凍卵子的資訊多來

自個人研究、親朋好友、與社群媒體，只有少數人有諮詢醫療人員[2]。部分資訊來源為了商業目的而鼓勵凍卵、強調未來不孕或後悔的可能，卻淡化凍卵的風險及失敗率，將社會性凍卵包裝成對於未來生育的「保險」，或對於不可預測未來的「投資」，造成誤導。為此，醫療單位應公開其治療經驗、品質管理方案、收費標準、併發症發生率、解凍卵子存活率、成功生育率等資訊，而醫療人員應秉持專業倫理，提供全方位的評估與諮詢，讓諮詢者有充分的「知情同意」後，方得進行凍卵。如此才能避免因資訊不對稱所造成的傷害及商業剝削 (commercial exploitation) 之可能性。

除了女性本人，冷凍卵子所產下子女之福祉亦必須關注。生理上，高齡懷孕及生產發生併發症的機率較高，如妊娠糖尿病、流產等，對於後代屬於不利因素。目前研究雖尚無指向冷凍卵子後代有短期之負面健康影響，然而長期健康影響仍為未知數，有待更多長期追蹤觀察研究。此外，高齡父母於育兒過程中可能體力負擔較大，影響子女的成長經驗。心理社會層面上，較年長的父母可能讓子女承受特定社會眼光，且子女面臨父母疾病與死亡的機會較高。儘管如此，高齡父母也可能具備更優渥的生活條件與育兒資源，有研究指出較年長的母親與更正向的親子關係、更好的子女認知功能、更少的孩童情緒行為問題有相關性[11]，可見此議題難以一概而論。

最後，社會性凍卵的出現對於社會中既存的性別不平等可能帶來正面或負面的影響。正面而言，當女性擁有生育自主，得以改善女性因作為生育角色而受限的選擇，包含如學業的追求、職場的參與。在此脈絡下，社會性凍卵可以促進性別平等。若因社會性凍卵的出現而忽略原本不利女性生育的社會架構，甚至將不利的生育環境條件歸咎於女性個人，使女性被迫以凍卵延後生育的時機，則是加劇性別不平等。臺灣文化傾向認定育兒為母職、婚育一體，且職場環境常不友善育兒。從性別平等教育與相關政策推廣開始，如開放多元的婚育環境、擴大人工生殖適用對象等，才能從根本建立對生育更友善、具包容力的社會氛圍，使社會性凍卵成為促進性別平等的途徑。

伍、結語

面臨快速轉型的現代社會，凍卵與人工生殖技術之發展開拓了生殖醫學的新紀元，提供女性更寬裕的生育選擇。儘管如此，凍卵療程的併發症、高齡懷孕的風險、個人條件下之臨床活產率、與凍卵的經濟負擔等皆為需謹慎評估的因子。將此項醫療行為的利弊與不確定性公開透明化、提供專業的生育諮詢，方能使此項醫療

行為的選擇符合倫理。

(本文內容摘錄自：吳宇中、蔡甫昌，社會性凍卵實務與倫理考量，台灣醫學 Formosan J Med 2025;29:339-47，原文請參閱 https://www.fma.org.tw/fweb/doc/mgz/29-3/fma29-3-12.pdf?P_MTID=MGZ1140012903) 。

參考文獻

1. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org. Planned oocyte cryopreservation to preserve future reproductive potential: An ethics committee opinion. Fertil Steril 2024;121:604-12.
2. Katsani D, Paraschou N, Panagouli E, et al. Social egg freezing-A trend or modern reality?. J Clin Med 2024;13:390.
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org. Prevention of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: A guideline [published correction appears in Fertil Steril. 2024 Dec 1:S0015-0282 (24) 02306-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.10.012.]. Fertil Steril 2024;121:230-245.
4. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology. Mature oocyte cryopreservation: A guideline. Fertil Steril 2013;99:37-43.
5. 康健雜誌：凍卵懶人包：凍卵年齡、費用、補助，打針取卵流程公開, 2023. <https://www.commonhealth.com.tw/article/88340> 查閱日期：西元2025年4月9日。
6. 全國法規資料庫：人工生殖法第11條。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0070024&flno=11> 查閱日期：西元2025年4月9日。
7. 全國法規資料庫：人工生殖法第21條。 <https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawSingle.aspx?pcode=L0070024&flno=21> 查閱日期：西元2025年4月9日。
8. 聯合新聞網：人工生殖法修正草案 代孕確定脫鉤，2025。 <https://udn.com/news/story/7266/8484415> 查閱日期：西元2025年4月9日。
9. 聯合新聞網：國健署公布醫療性凍卵、凍精補助 新制最快明年初上路，2024。 <https://udn.com/news/story/7266/8427253> 查閱日期：西元2025年4月9日。
10. 聯合新聞網：6縣市補助凍卵 申請不到650件，2024。 <https://udn.com/news/story/7266/8157536> 查閱日期：西元2025年4月9日。
11. Lyons J, Jadv V. The psychosocial outcomes of older parenthood in early to mid-childhood: A mini-review. Hum Reprod 2023;38:1028-35.

從模特兒施打牛奶針昏迷事件看急救後病人之末期判定

文 / 江翠如¹、方震中²

臺大醫院¹倫理中心、²急診醫學部

壹、醫療事故引發新聞事件

2024年6月，媒體報導一則引發社會關注的醫療事故事件。一名擁有「車模界林志玲」封號的模特兒，在接受舒眠電波療程期間，施打鎮靜麻醉劑異丙酚（Propofol，俗稱「牛奶針」）的靜脈助眠藥劑後，隨即出現不明原因的昏迷現象。據報導，個案在施藥後突發心跳與呼吸停止，雖經緊急送醫搶救並恢復生命徵象，惟昏迷指數（GCS）僅剩3分。歷經19日的加護急救治療後，最終病人在撤除維生設備後死亡。

新聞畫面顯示，家屬在簽署不施行心肺復甦術（DNR）同意書時，病人的閨密在病房外情緒激動，跪地懇求家屬再給病人一次機會，不要簽署同意書。後續閨密更質疑家屬是為了財產急於簽署拔管，引發新聞熱議。事件曝光後，多位專業醫師也透過媒體及社群平台，針對腦死與植物人之間的差異進行澄清，並呼籲社會減少對家屬的傷害。[1,2]

貳、不施行心肺復甦術或維生醫療的啟動條件？

當面對是否啟動「不施行心肺復甦術」或「撤除維生醫療」的抉擇時，根據《安寧緩和醫療條例》第七條的規定，必須符合兩項條件：

1. 已由兩位相關專科共同診斷，確認病人處於「末期病人」的狀態。
2. 病人已簽署意願書，表達不施行心肺復甦術（DNR）或撤除維生醫療之意願。倘若末期病人無簽署意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，則可由其最近親屬代為出具同意書。

由此可知，《安寧緩和醫療條例》的適用前提，是個案須經明確診斷為「末期病人」。換言之，即便如同本件新聞事件中，家屬已簽署DNR同意書，或病人在尚屬健康時即已簽具「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，並完成健保卡註記，只要尚未經由兩位專科醫師確認為末期病人，仍不得啟動不施行心肺復甦術或撤除維生醫療的相關處置。

此外，對於經心肺復甦術搶救後恢復自主循環、但持續昏迷未甦醒的病人，尚不能立即視為「末期」。此時，需進一步進行神經學預後等評估，以確認其病程是否已進入不可逆的末期狀態。只有在明顯預後不佳、符合末期條件時，方能依《安寧緩和醫療條例》啟動相關醫療決策。

參、心肺復甦術後昏迷病人的神經學預後究竟應觀察多久？

根據臺大醫院臨床倫理諮詢小組受理多起照會案例觀察，臨床各科醫師在進行末期病人判定時，往往會將腦部功能視為考量關鍵之一，此可能基於只要腦部功能尚可維持，其他臟器功能大多仍可透過臨床介入方式得以支持與延續。因此，針對CPR後患者意識恢復所需的時間，以及腦部損傷預後的觀察與評估，確實是目前非癌症末期病人判定中關鍵的一環。

據此，臺大醫院倫理諮詢小組曾於案例回顧會議中，邀請急診部蔡旻珊醫師與會進行分享。蔡醫師引用美國心臟學會（AHA）於2019年發布的Standards for studies of neurological prognostication in comatose survivors of cardiac arrest(心跳停止後昏迷患者神經學預後研究標準)，說明該指引內容涵蓋多項原則與建議，原則上臨床上建議的觀察期應至少7天，並應搭配腦電圖（EEG）、磁共振造影（MRI）等多項檢查工具，以提供較為客觀的預後評估依據，從而更妥適地判定個案的腦部預後狀況。

[3]

同時，身為本院小兒部醫師，亦為臺大醫院倫理諮詢小組成員之一的陳倩儀醫師也分享，新生兒若罹患缺氧性缺血性腦病（Hypoxic-Ischemic Encephalopathy），同樣需要待病程初期的影響因素去除後，始能進行有效預後判定。通常建議須待至第7天進行MRI等檢查，方能較清楚掌握神經損傷與修復的程度。因此，不論成年或新生兒在個案仍處於急性期期間，若未經充分的時間觀察及預後評估，實不宜貿然馬上作出末期的判定，以及向家屬做出撤除維生醫療等決策建議。

肆、結語

回到本起模特兒施打牛奶針後昏迷的新聞事件，一方面可見社會大眾對《安寧緩和醫療條例》的觀念仍有混淆，可能誤以為只要家屬簽署DNR就能不予急救甚至撤除維生醫療，這反映出民眾對DNR的認知尚且不足，甚至可能因此降低他們事前簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」的意願；另一方面，臨床醫師對CPR後昏迷患者的神經學預後需經充分觀察，才不會發生過早判定病人為腦部損傷預後不佳之末期狀態。因此，不僅民眾需要被教育，臨床醫師同樣也需要被適時地提醒。

參考文獻

1. 游明哲：別再說車模界林志玲被「拔管、放棄治療」 名醫曝原因：減少對家屬的傷害。Yahoo新聞。西元2025年6月15日。<https://reurl.cc/Nx1eR9> 查閱日期：西元2025年7月3日。
2. 謝佳娟：車模界林志玲拔管亡！醫曝「腦死≠植物人」：逾7成台人都不懂。CTWANT新聞網。西元2025年6月13日。<https://www.ctwant.com/article/423778/> 查閱日期：西元2025年7月3日。
3. Samaniego EA, Mlynash M, Heit JJ, Wijman CAC, Shutter LA, Hemphill JC 3rd, et al. Standards for Studies of Neurological Prognostication in Comatose Survivors of Cardiac Arrest: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;140(22):e517–e542.



台大醫院倫理中心
NTUH Ethics Center

臺大醫院倫理中心季刊

NTUH Ethics Center Quarterly

主編 / Chief Editor：蔡甫昌

執行編輯 / Managing Editors：戴君芳、江翠如

陳依煜、王劭慈

編輯委員 / Editorial Board Members：

方震中、王暉智、古世基

邱舜南、張修豪、許駿

黃獻樑、劉震鐘、盧彥伸

(按姓氏筆畫排序)

編輯顧問 / Editorial Advisors：吳明賢、高淑芬、賴逸儒、

高嘉宏、婁培人

出版機構：國立臺灣大學醫學院附設醫院

Publisher：National Taiwan University Hospital

編輯單位：倫理中心

Department：Ethics Center

電話 / TEL：886-2-23123456 ext. 263006

地址：100229 臺北市常德街1號

Address：No.1, Changde St., Zhongzheng Dist., Taipei City
100229, Taiwan (R.O.C.)

出版地：臺北，臺灣

Place of Publication：Taipei, Taiwan

網址 / Website：[https://www.ntuh.gov.tw/EC/Fpage.action?
muid=4&fid=7717](https://www.ntuh.gov.tw/EC/Fpage.action?muid=4&fid=7717)

初版：2024年3月

First Edition：March 2024





台大 醫院 倫理中心
NTUH Ethics Center