

無親屬末期病人的臨終選擇

～社工師實務經驗觀點

文 / 臺大醫院社會工作室 宋宛怡

隨著全球人口高齡化與家庭結構變遷，臺灣也在今年進入「超高齡」社會，單身且無親屬的族群在高齡者中顯著增加。當這類病人因意識能力缺損難以自行表達臨終選擇，且無法聯繫親屬時，末期醫療決策面臨困境。在臺灣，根據《安寧緩和醫療條例》第七條，針對無預先指示且無親屬的病人，醫療機構可由兩位專科醫師依「病人最大利益」出具醫囑，以決定是否執行不施行心肺復甦術（DNR）或其他安寧療護措施。然而，目前的臨床醫療情境，若病人其實有家屬但連繫不到家屬或家屬不願意協助做醫療決策，若安寧緩和治療符合病人最佳利益仍有執行上的困難，這一條例的實踐過程仍遭遇許多倫理與法律挑戰。

壹、無親屬病人的特質與末期決策治療風險

一、無親屬病人的特質[1]

無親屬的病人因意識能力缺損而無法自行做醫療決策，即使透過社工師協尋家屬，也找不到在法律規範中可代表他們做出醫療決策的代理人。這類病人包括已失親的獨居老人、社會孤立的無家者，或與親友關係不睦、親友本身意思能力不足而無法代理的成年人。即便部分病人生活中仍有與之關係密切的「非傳統關係人」，如房東、同事、大樓管理員或居家服務員等，但因病人沒有預先指示醫療決定，這些人依法並無權利替病人做醫療決策，形成法律與倫理上的決策困境。

二、無親屬末期病人治療風險[1]

(一)過度治療：無親屬的病人常常會遭受過度治療。沒有合法代理人的狀況下往往導致「最大程度的醫療介入（Maximum Medical Intervention）」，在臨床上這是非常常見的。本國醫療法第60條：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當

之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」，醫療團隊會擔心醫療爭議進而衍生民事或刑事責任，所以往往會給予最大程度的治療，即使DNR決策為末期病人病情條件下的最佳利益。

- (二)不當環境：無親屬的末期病人，因無代理人做不施行心肺復甦術的醫療決策，而使病人無法接受安寧照顧，病人持續接受非符合病人最佳利益的無效醫療，也無法出院接受安置照顧，形成「社會性住院」狀態。然而緩和醫療與救治性（Curative–restorative）治療並非對立，而是可在不同階段並行，協助病人在生命末期獲得更適切的醫療決策與照顧。若醫療團隊能改變理解緩和醫療的概念，從倫理敏感度辨識這類病人的脆弱處境，仍可依據專業判斷提供適切的緩和醫療，使病人於醫療與人性間取得平衡，在臨床決策中實現真正的病人最大利益與人性尊嚴，同時減少醫療資源的無謂消耗與排擠，促進整體照護品質的提升。
- (三)對病人自主權的風險：無親屬的末期病人在醫療情境中，醫生因為不認識病人，或沒有時間、沒有機會去了解病人的偏好，加上法律規範下的代理人限制，致使病人容易接受與其個人價值觀、道德觀或信仰相違背的治療決定，對其個人自主決定權的嚴重侵害的威脅。

貳、安寧緩和條例的規範與法律上的困境

依據安寧緩和醫療條例第七條：「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，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。」，前項條文所稱之「最近親屬」為配偶、成年子女、孫子女、父母、兄弟姐妹、祖父母、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親、一親等直系姻親。從以上條文我們可以了解無親屬末期病人在協尋家屬的過程中，戶籍資料上無任何一位安寧緩和條例中所列「最近親屬」可適用經安寧緩和醫療照會依末期病人最大利益出具醫囑，由兩位安寧專科醫師判斷疾病末期後執行不施行心肺復甦術。但在實務經驗上常見的親人關係不睦不願代理決策、成年親人本身為心智障礙者無法理解醫療說明無法代理決策，以及可能最了解病人價值觀的病人朋友、社區社工師等其他病人的「關係人」無法為病人做代理決策的法律困境仍然存在。

參、醫學倫理上的困境

- 一、對病人自主權的威脅：病人無意識昏迷且無預先醫療指示，無法讓病人知情同

意，並且無法律上適合的代理人，為病人做出符合其價值觀的替代判斷，醫療決策不一定符合病人的價值觀、道德觀或信仰，嚴重威脅病人其個人自主決定權。

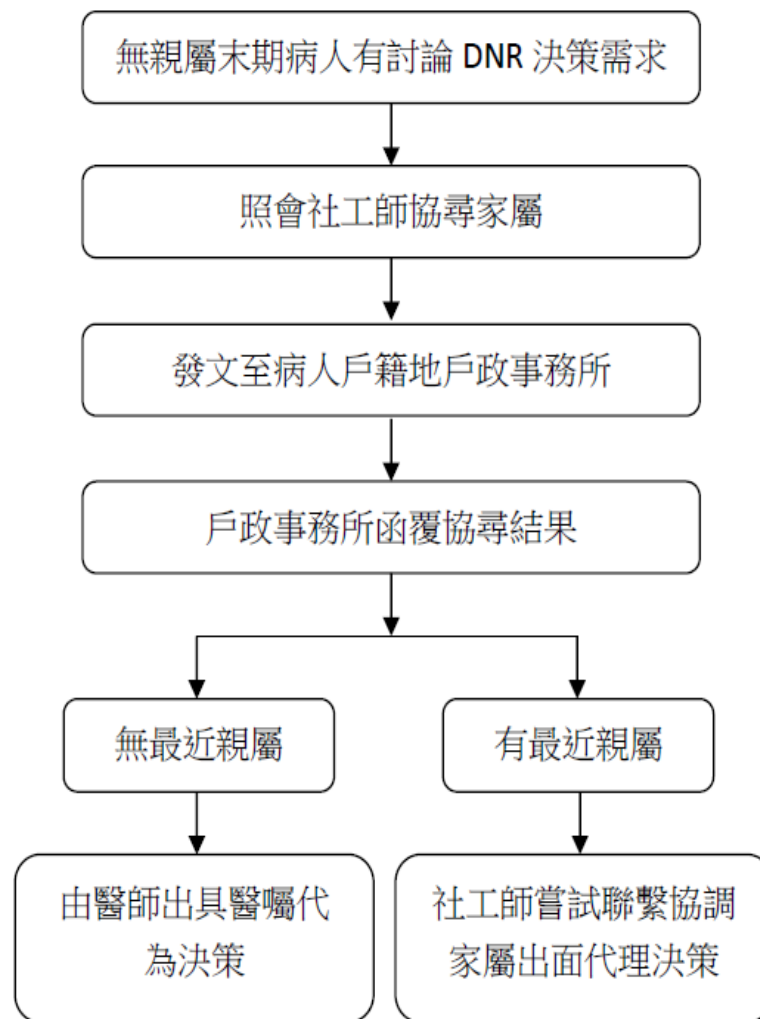
- 二、過度治療對病人的傷害：延長生命的無效醫療可能加重病人的痛苦，執行不施行心肺復甦術在行善原則下符合病人最佳利益時，無親屬末期病人根據法規須由最近親屬代為決策，協尋流程需等待公文往返與確核，致使執行延遲，徒增病人痛苦。
- 三、治療未能符合病人最大利益：執行不施行心肺復甦術在行善原則下符合病人最佳利益時因無代理人做代理決策，延長生命的無效醫療徒增病人痛苦。
- 四、雙重弱勢下的醫療不平等：無親屬末期病人他們意識昏迷無法表達自身意願，喪失醫療決策能力權；另一方面，也缺乏了解病人價值觀的家屬或熟識病人的朋友因法律限制無法為其代言，缺乏社會支持與制度保障。在這樣的情境下，病人「無法表達」自己的意願，也「沒有人能幫他說」，此種雙重弱勢狀態不僅反映了醫療制度在照護弱勢群體上的缺口，也挑戰了醫療倫理中自主、行善與正義等核心原則。[2][3]

肆、社工師的角色任務

在無親屬末期病人的臨終決策過程中，醫務社工師扮演多重且關鍵的角色。社工師不僅是協調者，整合醫療團隊、外部資源單位及病人親友的需求與意見，以促進跨專業間正向溝通；同時也是資源連結者，確保病人在臨終決策執行前後，能獲得妥適的醫療照顧與必要的經濟協助。作為諮詢者，社工師幫助醫療團隊在不確定情境中，將社會、倫理與法律的觀點帶入臨床並在周延的評估下做出符合病人最大利益的決策；亦須擔任程序確認者，協助醫療團隊完備相關流程與文件，確保所有醫療行為皆符合法律規範。此外，社工師也是心理支持者，透過同理心支持醫療團隊及病人親友的情感壓力，協助釐清矛盾並降低心理負擔；更為問題解決者，在面對決策阻礙或非預期狀況時，能即時提出策略，啟動協尋親屬流程並維護病人利益，使醫療不中斷。這些多元角色的實踐，共同形塑了醫務社工師在無親屬末期病人臨終決策中的專業合作與不可或缺性。

伍、無親屬末期病人的醫療決策歷程

如下圖。



無親屬末期病人的醫療決策歷程
(本文作者整理)

陸、結論與建議

- 一、流程效率與最佳利益的衝突：親屬協尋流程需耗時多日，導致病人在等待過程中經歷無效醫療，延長病人痛苦時間，這反映現行法規與實際需求間的落差。
- 二、社工師兼具多重角色任務：醫務社工師身兼協調者、資源連結者、諮詢者等多重角色，為病人爭取最佳利益，並減輕醫療團隊與親友的壓力，在無親屬末期病人的醫療歷程中肩負重要的任務。

- 三、倫理困境的挑戰：無親屬末期病人意識能力缺損及無代理人的雙重弱勢狀態使其在醫療決策中容易被忽視，如何取得「尊重個別性」與「病人最佳利益」間的平衡，是醫療團隊與社工師共同面對的核心挑戰，需要結合醫療、社工及倫理專家的跨專業團隊討論，進而擬定符合病人最佳利益的決策。
- 四、制度改善的必要性：現行法規與程序對於無親屬末期病人的醫療決策仍有許多限制，建議未來能針對這類特殊群體修訂相關法規，如倫理委員會、放寬DNR（不施行心肺復甦術）決策之代理人條件或引入公共監護人制度，縮短相關作業流程以維護病人權益。

意識能力缺損且無親屬末期病人的臨終醫療決策需要在倫理、法律與實務需求間尋求平衡，非常需要跨專業團隊合作、及改善制度設計，保障意識能力缺損且無親屬病人在臨終醫療決策過程中的權益與最佳利益。[4][5]

參考文獻

1. Pope TM, Sellers T. Legal briefing: the unbefriended: making healthcare decisions for patients without surrogates (part 1). *J Clin Ethics* 2012;23(1):84–96.
2. Farrell TW, Widera E, Rosenberg L, Rubin CD, Naik AD, Braun U, et al. AGS position statement: making medical treatment decisions for unbefriended older adults. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(1):14–15.
3. Pope TM. Five things clinicians should know when caring for unrepresented patients. *AMA J Ethics* 2019;21(7):E582–6.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
5. Pope TM. Unbefriended and unrepresented: better medical decision making for incapacitated patients without healthcare surrogates. *Ga State Univ Law Rev* 2016;33:923–74.