

生命末期照護倫理

～ 臺大醫院臨床倫理工作坊紀要（上）

引言人 / 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 方震中

與談人 / 臺大醫院內科加護病房 古世基

臺大醫院家庭醫學部 程劭儀

整理 / 臺大醫院倫理中心 杜俐瑩

壹、前言

為慶祝臺大醫院院慶暨倫理中心成立兩週年，2025 年 6 月 13 日臺大醫院倫理中心於臺大醫學院 102 講堂舉辦「臨床倫理工作坊」。此次活動共安排三場主題，包含生命末期照護、基因醫學與生殖醫學領域，旨在探討各領域臨床進展中所觀察到的倫理議題以及社會與政策制度上的挑戰，透過案例分享與專家學者對談，促進臨床、政策與學術間的跨域交流與合作。臺大醫院臨床倫理委員會召集人婁培人副院長致詞表示，醫療倫理相關事件不僅會發生在醫院內，也延伸至社會各界，這些長期存在的倫理議題逐漸被重視，也提醒我們提升倫理實踐的迫切性與必要性。

本篇為首場「生命末期照護倫理」紀要，特別邀請財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會方震中執行長擔任引言人，與談人為臺大醫院內科加護病房古世基主任與家庭醫學部程劭儀主任。方執行長在本院作為臨床倫理諮詢小組召集人多年，此次透過本院以往臨床倫理照會案例，分享臨床上常見之末期照護難題，包括家屬間意見分歧、關係疏遠導致親屬認定困難或協尋無效，以及家屬不願放棄治療所引發之倫理困境，結合第一線醫護人員的實務經驗與感受，納入制度與政策觀點，共同探討因應策略與處置原則。以下紀要內容業經發言人確認，提供讀者參考。



活動開場特別邀請婁培人副院長致詞，
為工作坊揭開序幕

貳、家屬間意見分歧之倫理困境

方震中執行長先就「家屬間意見分歧」所衍生之倫理困境展開討論，此為臨床照護中極為常見的情境之一，特別是在病人已無自主決策能力，家屬對治療方向存有歧見，致醫療團隊處於進退維谷的處境。方執行長舉例，病人本身具有聽力與語言障礙，無法以口語或文字進行溝通，因病況惡化接受插管治療，進入加護病房後喪失表達能力。主要照顧者為同住的妹妹，病人育有一子，無同住未參與照顧，妹妹主張應持續積極治療，但兒子傾向轉為安寧照護，雙方無法達成共識，使決策陷入僵局。醫療團隊對於病人決策能力及家屬代理順位等議題有疑慮，提出臨床倫理諮詢照會，經倫理諮詢小組委員與醫療團隊協助召開家庭會議，釐清病人最佳利益與雙方關切的核心，提醒應以病人本身意願為優先考量，最終病人病情毋需再次插管，而醫療團隊與家屬經多次溝通會談，亦達成共識，圓滿處理此倫理衝突。



引言人方震中執行長分享
臨床上常見之生命末期照護難題

參、安寧緩和醫療的目標

第二個案例聚焦於病人缺乏可即時聯繫之第一順位親屬時，醫療決策啟動機制。病人事前雖已指定醫療委任代理人，惟代理人僅能代為進行一般醫療決策，無法進行有關安寧緩和或撤除維生治療之關鍵決策。類此情境在實務上時有所見，尤其當病人已喪失表達能力時，如何啟動適當的臨床決策流程，對醫療團隊而言是一項重大的倫理挑戰。

醫護人員即時察覺病人指定代理人之限制，主動提出臨床倫理諮詢照會，釐清法規適用與代理權責，臺大醫院醫療團隊對「安寧緩和醫療條例」規定之代理人簽署程序具備相當程度之理解，因而提出此疑義。

病人雖有2名子女，但長年旅居海外，返臺時難以提供可證實親屬關係之文件，尚須向政府機關申請及法院認證程序取得相關證明文件，確認病人及其子女之親屬關係。病人子女短暫返臺，於出國前同意由長期協助照顧病人者，擔任醫療委任代理人，並完成代理人授權程序，使後續醫療決策流程得以順利銜接。

肆、親屬關係疏遠協尋無效與法律限制

第三個案例係獨居病人接受維生醫療後，後續醫療決策之困境。病人因突發狀況接受急救並使用葉克膜，如經評估無法脫離葉克膜，醫療團隊可否撤除之疑義。經戶政查詢病人有一子及兄長，但兄長拒絕出面，兒子亦無法聯繫，臨床上獨居者常因與親屬疏遠或失聯，造成醫療決策延宕。

依據「安寧緩和醫療條例」第7條規定，在末期病人「無最近親屬」時，應經安寧緩和醫療照會後，依其最大利益出具醫囑代替之，但「無」一詞在法條中具嚴格定義，不包含「拒絕出面」或「無法聯絡」等情境，因而產生實務上之落差與困境。方執行長指出，過去曾召集法律、安寧醫療及倫理專家共同研議，期釐清「無最近親屬」可否擴大解釋，然而法律專家多認為該條文所稱「無」，應解釋為確實不存在親屬，醫療團隊在臨床實務上面臨倫理與法律之壓力。

伍、從多次急救案例反思無效醫療

最後，方執行長分享一個末期病人反覆急救的案例，病人病況末期、意識不清，住院期間多次心跳停止，醫師雖多次說明病情並建議簽署 DNR（不施行心肺復甦術），但病人配偶與兒子始終堅決反對。在倫理諮詢介入後，病人仍歷經 8 次急救，最終家屬才同意簽署 DNR。

此案涉及「家屬不簽 DNR」與「是否必須急救」之倫理爭議。依據「醫療法」第 60 條第 1 項規定：「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。」然就急救之「適當性」尚有醫學與倫理詮釋空間。方執行長指出，急救不等同 CPR（心肺復甦術），止血、維持生命徵象等亦屬急救範疇，CPR 不應被視為臨終前必然進行之措施，尤其當其對病人無實質醫療利益時，可能違背了醫療倫理與病人利益。

根據國際經驗，如瑞典、英國與美國相關指引與醫學會聲明，皆支持醫療專業人員在面對無效醫療時保有臨床判斷權，英國甚至已授權資深護理師判斷是否施行 CPR。相較之下，臺灣醫療人員普遍深受「依法行醫」觀念影響，面對法規未臻周延或無法涵蓋的新興情境時，常陷入進退兩難，醫療人員若僅能「依法行醫」而無法「依倫理行醫」，反而可能喪失臨床專業應有的判斷與責任。

陸、綜合討論

一、重症生命末期照護的倫理挑戰：從溝通困境到制度反思

重症照護現場所遭遇的倫理挑戰，隨著社會價值、法律制度與文化觀念的轉變

不斷調整。以「最近親屬」的法律定義為例，實務上時常面臨無法聯繫或多年未聯絡的家屬，即使取得聯繫，對方亦可能因關係疏遠、缺乏互動而難以承擔重大的醫療決策責任。現行法規雖已明文規定，卻未必能因應當代社會結構與家庭型態的多元變化。

在溝通層面上，民眾對急救的期待往往受個人經驗或媒體影響，認為只要啟動醫療處置（如葉克膜及強心針）即可挽回生命，此一誤解顯示醫療團隊仍需承擔更多教育與溝通的責任。為避免引發爭議或被家屬視為醫療方單方面價值判斷的風險，與家屬溝通時，建議將「無效醫療」改為「對病人無實質益處的治療」、「效果有限的處置」等較為尊重的用語，更能讓家屬理解醫療團隊的考量。此外，第一線醫護人員在執行末期處置時常承受心理壓力，即便是技術性的醫療行為，亦需事前充分溝通與心理支持，以避免造成長遠創傷。故醫療教育除法規外，更應透過個案討論與團隊對話，培養倫理敏感度與心理韌性，方能回應臨床現場的多重挑戰。

在整體制度與社會結構方面，隨著高齡化、單身化與少子化趨勢，未來「無家屬者」成為常態，若醫療決策機制仍過度依賴「最近親屬」的法定順位，勢將面臨更大的實務困境，呼籲政府與醫療體系儘早因應，透過制度設計協助無親屬者做出醫療選擇。此外，人工智慧技術的快速發展也帶來新的衝擊，從輔助臨床判斷、預後評估，乃至數位分身等應用，科技背後皆牽涉倫理界線、隱私與數位死亡等議題，亟待跨域研議並建立相應規範。

總結而言，重症末期照護的倫理議題並非單一決策困境，而是交織於制度設計、社會文化與臨床實務之中。面對未來多元的挑戰，除了修法與制度改革，倫理教育與溝通實踐也應成為醫療團隊日常的一部分，方能建立兼顧病人尊嚴與醫療現實的照護模式。

（古世基主任，臺大醫院內科加護病房）



與談人古世基主任分享
重症生命末期照護的倫理挑戰

二、安寧療護發展與倫理省思：從病情告知到預立醫療決定的挑戰與轉變

值此臺大醫院 130 週年暨緩和醫療病房成立 30 週年之際，回顧安寧療護發展歷程與其所面臨的倫理挑戰，具有重要意義。回顧約 20 年前的研究，當時安寧病

房最常見的倫理困境為「病情告知」與「治療方向的抉擇」。普遍將安寧療護視為放棄治療的象徵，即便在安寧病房內，亦常見持續使用第三線、第四線抗生素，反映出病人、家屬與醫療人員在文化與制度交織下，對於「放手」的認知與接受度仍深受挑戰。而另類療法（CAM）的使用亦極為普遍，是另一倫理挑戰之一。

15 年後進行相同研究發現，緩和醫療的倫理困境，「病情告知」已從原本的第一名下降至第四名，顯示整體社會與醫護人員對於病情溝通的接受度已有大幅提升，使臺灣在多項國際安寧療護評比中獲得佳績。然而，取而代之的主要困境為「出院困難」，病人雖欲返家善終，卻缺乏足夠的社區與長照支援。安寧病房每週皆召開「困難出院會議」，但常因無合適資源銜接而難以落實返家照護，反映居家與長照體系仍難支撐末期照護需求。

雖早在 2009 年「安寧緩和醫療條例」已納入心臟衰竭、慢性阻塞性肺疾病（COPD）等「八大非癌」病人，但實際上接受安寧療護或完成預立醫療決定者比例卻長期偏低。「非癌安寧療護」已成為全球關注焦點，強調「提早介入、提早討論」的重要性，預立醫療照護諮商（ACP）已被視為預防性服務，若能早一步做好生命決定，不僅減少日後的倫理衝突，也有助於病人善終與家屬的悲傷調適，理想的 ACP 不應止於單次對話，而應是醫護與病人間長期信任累積的對話歷程，在疾病早期時，逐步釐清想法，進一步做出選擇。目前政府已著手規劃將 ACP 納入社區慢性病照護方案的常規流程，期望能更主動、系統性地推動。

所有倫理困境的解方，終將回到「及早溝通」與「持續陪伴」，唯有將這樣的精神落實在每一次臨床互動中，才能真正實踐以病人為中心的醫療照護。

（程劭儀主任，臺大醫院家庭醫學部）



與談人程劭儀主任分享安寧療護發展

柒、總結

為協助病人家屬醫療決定及心理準備，主持人倫理中心蔡甫昌主任援引亞東醫院內科加護病房張厚台主任之研究，提醒醫療團隊及早展開 DNR 溝通對話，不僅能提升病人照護品質及家屬滿意度，同時降低無效醫療。反之，若於急診或病人臨終時才匆促討論，於欠缺信任與時間前提下，可能使病人與家屬錯失決策的契機。

我國「安寧緩和醫療條例」自 2000 年公布施行，歷經 4 次修正，相關規定已臻完備，然而臨床實務中，醫師常面臨「依法行醫」與「專業倫理判斷」之間的矛盾，例如病人家屬不當之醫療期待。當法規凌駕於病人最大利益，醫師更需要倫理及社會的支持，以彌補制度與文化的缺口。

末期病人照護倫理是一個相當重要與卻困難之醫療、倫理及法律議題，醫療團隊必須明確區分「可行」與「不可行」的選項，才能在面對「不合理」或「不可能」的處置要求時，基於病人最大利益作出醫療措施適切性之判斷，並透過持續溝通、對話及同理，與家屬達成共識，使末期病人自主權與善終權益最大化。

(感謝各發言人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發言人本人。)



主持人蔡甫昌主任為本場次進行總結
(左 - 蔡甫昌主任、右 - 方震中執行長)