

當代社會工作學刊
第十一期 頁1-29
Journal of Contemporary Social Work
No.11, pp.1-29
Reprints and permissions:
<https://reurl.cc/kd8EpG>

【個案研究】

末期病人照顧之倫理困境及社工倫理思辨

蔡長穎¹

¹ 南華大學生死系社工組助理教授。電子郵件：lb0033@nhu.edu.tw。嘉義縣大林鎮南華路一段55號。

中文摘要

台灣於2000/06 《安寧緩和醫療條例》公佈施行。2002/11/22 『安寧緩和醫療條例』修正案，於立法院三讀通過，明訂『末期病人符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得以終止或撤除』。2009/09 健保將安寧緩和照護的給付範圍，從癌症及漸凍人擴大到8大疾病。2013/01 《安寧緩和醫療條例》三度修法，末期病人經醫師確診、家屬同意就可以不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療。2016/01 《病人自主權利法》公佈。2019年1月6日實施。本文試舉臨床案例凸顯末期照顧之倫理兩難議題，並進一步釐清末期病人於面臨之生命倫理議題。在末期照顧中，病人自主、家屬價值與醫療價值間之對立關係，本文亦希望透過對倫理議題的釐清與探討，澄清並理解病人、家屬與醫護團隊彼此的經驗，期望能達成醫護人員間對預立醫囑的共識，提昇終末病人自主權益，尊重其對生命權與人性尊嚴之價值，及親屬的照護與支持。

關鍵字：安寧緩和照護、醫療社會工作、臨終倫理、病人自主

The Ethical Dilemma and Social Work Ethical Justification for Terminal Medical Care

Tsai Chang yin

Abstract

Taiwan was promulgated and implemented in 2000/06. 2002/11/22 The amendment to the "Easy Relief Medical Regulations" was passed by the court in Sanli, and the original cardiopulmonary resuscitation was performed when the final patient met the first and second provisions without performing cardiopulmonary surgery. Can be terminated or removed." 2009/09 Health Insurance will extend the coverage of tranquillity care from cancer and gradual freezing to 8 major diseases. 2013/01 The Third Anniversary Amendment to the Law on Restoration and Rehabilitation, the final patient may not perform, terminate or withdraw the cardiopulmonary or surviving medical treatment after the doctor's diagnosis and family consent. 2016/01 The Patient Autonomy Rights Act was promulgated. Implemented on January 6, 2019. This article attempts to highlight the ethical dilemma of end-of-life care in a clinical case, and further clarify the role of medical social workers in the team and what bioethical issues are faced. In the final care, the relationship between patient autonomy, family value and medical value, this paper also hopes to clarify and understand the experience of patients, family members and medical teams through the clarification and discussion of ethical issues, and hope to reach a medical staff. The consensus on pre-established medical advice, enhance the independent rights and interests of the terminal patients, respect their value to the right to life and human dignity, and the care and support of relatives.

Key words: Palliative Care, Medical Social Work, Death Ethics, Patient Autonomy.

壹、前言

末期照顧領域中，病人自主與醫療決策常見倫理兩難之相關情事，醫療團隊、病人本身與病人家屬常見價值相左之案例發生，而到底要尊重病人的意見還是以家屬意見為主？這些都涉及到專業倫理、法律、機構等多方因素的考量，因此醫務社工人員常需負責整合醫療團隊，考慮到家屬的自主決定力、自主性、尊重個人的倫理原則。醫療社會工作為一門透過與醫療專業團隊，為病人進行服務之社會工作領域。根據莫藜藜（1998）指出，醫療社會工作為一門社會工作領域，乃是運用社會工作相關知能，服務於醫療體系、衛生保健的相關工作中，更以身為醫療團隊中的身分，提供、配合、評估、協助個案及其家屬之社會工作專業領域，其中不僅考量疾病的痊癒，亦包含因疾病所衍伸的身心、社會層面等問題，進而提升醫療效果，並強化自主能力，促進返回原本生活的機會。而作為協調者角色的社工人員，如何辨明醫療倫理及價值之優先順序，以便讓病人或家屬作出對適當的選擇，需要更深的倫理辨明及價值反省。本文試舉一案例，藉此凸顯醫療社工人員之角色地位，並以Reamer（1998）之倫理決策模式為討論架構，進行理論和實例的分析與討論，處理實務困境及倫理議題，並進行社會工作之倫理決策反思，對後續末期照顧倫理提出建言。Reamer之倫理決策步驟，於倫理困境與進行決策的過程裡能提出較為周詳之審思，其中決策所涉及的倫理議題，並將可能影響到的人、團體與組織皆有周全的考量，並做出各種行動利弊得失的評估。

貳、案例資料

一、案例資料

案主為「肺癌合併糖尿病、心臟病」女性，多次因癌症問題及心臟衰竭入住醫院內科病房，案主於上回住院已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，此次在家因突然性休克，入院急診治療，案夫堅持醫師務必急救，後醫療團隊只能緊急配合

案夫以呼吸器（non-invasiveventilator ventilator）及升壓劑（dopamine）進行急救並維持生命現象。醫院人員得知案主原已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療意願書」，故當醫療團隊確認案主符合嚴重末期病人時，且評估現行的救治都屬於無效醫療的情況下，建議家屬可考慮案主先前的意願，如果病情急遽惡化，可以放棄相關急救措施，例如電擊、施打急救藥物、施行心肺復甦術等。未來更進一步討論是否撤除心肺復甦及維生設備。

案子女皆表示尊重案主選擇安寧療護之意願且願意撤除維生設備，但案夫表示病人早年與其生活困頓，兩人胼手胝足含辛茹苦養大兩個小孩，案子年初剛結婚，案主尚未享受真正含飴弄孫天倫之樂，希望醫院團隊積極搶救，不希望放棄任何生存機會，否則不排除提告醫院不進行急救之責。醫院團隊認為尊重案主對於之前的意願，但尊重案家屬之意見亦應作為決定未來醫療處置的參考依據之一。案夫向醫療團隊表示堅持要執行急救措施，案子女表示尊重案主之安寧立場，案子女表示亦尊重案夫的想法！在案主、案夫與案子女彼此間意見不合的情況下，醫療團隊照會醫務社工人員前往進行溝通協調。

二、案例分析：

案主依據個人意願，簽署了「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」²，具法律效益。我國為尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，政府公布施行之『安寧緩和醫療條例』條文明訂：1.末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療或作維生醫療抉擇。2.二十歲以上具完全行為能力之人，得預立意願書。但考量華人世故，案夫的心中對案主依舊有不捨依戀，或也擔心顧忌背上親屬指控不急救之惡名。當親屬中某人面臨放棄治療之倫理兩難時，救與不救的抉擇，這無疑是對親情的一種艱難的考驗。本案例案夫堅持急救，

² 「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」是當事人（病人）若罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已屬不可避免時，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款所賦予之權利，作以下之抉擇：是否接受安寧緩和醫療、是否接受不施行心肺復甦術、是否接受不施行維生醫療以及是否同意將上述意願加註於本人之全民健保憑證。其應由二位醫師診斷確為末期病人。應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。

案子女立場不明確，尊重案主也不捨案夫。此類案例中，需要的不僅僅只是捨棄生存權益的勇氣，還有面對親情壓力與社會壓力。

依據我國安寧緩和醫療條例2013年修訂內容，同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後排定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應予不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。最近親屬之範圍如下：(1)配偶(2)成年子女、孫子女(3)父母(4)兄弟姐妹(5)祖父母(6)曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親(7)一親等直系姻親。

參、法源背景

對慢性病或癌症末期病人而言，心肺復甦術所行之功效雖延長病人之生命，延緩死亡到來，但對末期病人而言，可能需增加承受病痛之時間。而「安寧緩和醫療條例」自2000年實施至今已有二十年歷史，該條例明文規定安寧緩和醫療乃減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。安寧立法初始，只同意末期病人簽署「不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate) 同意書」或其家屬簽署「不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate) 同意書」者，可以不予心肺復甦術；但未規範可以撤除已施予之CPR維生措施。而至2012年修法時，在第七條第六項加入：「末期病人符合第一項、第二項規定，不施行心肺復甦術之情形時，原施予心肺復甦術，得予終止或撤除。」此立法，賦予病人曾經親自簽署意願書者，萬一被施予急救措施，如果未能恢復呼吸及意識，家屬可以要求撤除該無效的維生措施，但沒有親自簽署意願書者，不能撤除。讓在家屬的同意下，病人可以縮短痛苦的折磨，也讓AAD³出院回家後再拔管的行為合法化。台灣在立法《安寧緩和醫療條例》後，歷時十年，

³病人病情尚未穩定而堅持離院時，診治醫師應於病歷註明『自願出院』，負責士應請病人或其家屬簽立自願出院聲明書後辦理離院手續。

讓末期病人善終權獲得完整的三重保障，也就是有三次善終的機會。如今政策與法律已指出明確的方向，讓臨床人員共同捍衛每個人生命末期時的舒適與尊嚴。然而面對新法上路，實務執行上依然有許多困惑不清之處，急待釐清與形成共識。慢性疾病好發率高且照顧壓力龐大，造成家屬之難以負荷，媒體亦陸續刊載家屬因無法負荷長期照顧病人之壓力，故親手結束病人生命的人倫悲劇，社會大眾不斷地對這個議題展開大規模的討論，終於2011年1月10日三讀通過安寧緩和醫療條例修正案。此次修法立意良善，但亦造成臨床從業人員的困擾，讓許多從事安寧工作的團隊人員感到衝擊。新增條文內容讓醫師可以明正言順地終止或撤除末期病人原先已施行的心肺復甦術(包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為，如洗腎、葉克膜…等)，但這必須有以下三款條件：

- 1.兩位相關專科醫師認定病人確實為末期病人。
- 2.經病人原先指定的醫療委任代理人簽署「終止或撤除心肺復甦術同意書」，
如果原先病人在意識清楚時沒有指定醫療委任代理人，則由最親近親屬，包括配偶、成人子女、孫子女、父母一致簽署「終止或撤除心肺復甦術同意書」。
- 3.有前兩項要件後，經由醫院醫學倫理委員會審查通過後，醫師就可以撤除維生醫療設備，讓臨終病人免受無意義的痛苦。當然，這一切均不得違背病人昏迷前的意思。醫學倫理委員會的成員是由醫學、倫理、法律專家及社會人士組成，其中倫理、法律專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。

表1 我國與其他國家實施安寧療護之特色

國家	服務模式	經費來源
英國	安寧居家、安寧病房、安寧共同照護及安寧機構	國民保健服務計畫 民間捐助
美國	安寧居家、安寧病房、安寧共同照護及安寧機構	老人保險 私人保險
日本	安寧居家、安寧病房、安寧共同照護及安寧機構	醫療保險(使用者須自付三成部分負擔)
台灣	安寧居家、安寧病房及安寧共同照護	全民健康保險

(資料來源:研究者自行彙整)

尊重病人的「自主權」是末期照顧的核心價值之一，台灣立法通過「安寧緩和醫療條例」，其立法精神成為台灣在推展生命末期照護及尊重個人「生命自主權」發展史上的一個重要里程碑。並於 2015 年底，立法院三讀通過《病人自主權利法》，於 2019 年 1 月 6 日起正式施行，成為亞洲第一部為尊重病人自主而生的專法。民眾對「醫療自主權」的要求日益增加，個人均有權依照個人的信仰、價值觀與生活信念，在充分的資訊下自由選擇與決定其所要的生活型態，包括：病人能有機會思考及決定其末期生活與醫療方式；醫療代理人能夠及早準備以扮演好其角色；家人間能有機會與病人一起討論病人生命末期的相關醫療事項，及早進行死亡準備並安排後事等，以促進末期醫療決策過程中病人的自主性，達到尊嚴死亡與善終的目標，爰此，「事先與病人溝通說明，並安排預立照護計畫」以瞭解病人的期望和考量是很重要。

而《病人自主權利法》最早初始在美國，而後續在歐洲、澳洲及日本及相關國家都有不同的演進與歷程。1976 年，美國加州首先通過《自然死法案》(Natural Death Act)，病人可依照自己意願，預立醫療指示(Albert, 1978 ; Bernerd , 1978)；1983 年通過《醫療委任代理人法案》(Durable Power of Attorney Act)，該法案允許病人指定一位醫療代理人，在自己意識不清或無法做醫療決定時，代為行使醫療決定權(Angela , 2014)。1985 年，統一州法委員會(The National Conference of Commissioners on Uniform State Laws) 提出

《統一末期病患權利法案》(Uniform Rights of the Terminally Ill Act)，允許病人預立醫囑，指示醫師在病人處於疾病末期或無法參與醫療決定時，保留或終止維生醫療設備。1989 年修訂本法案，增加指定醫療代理人之權利，當缺乏預立醫療指示時，可由近親在不違背病人可能的意願之情況下，同意醫師保留或終止維生醫療。不過，該法令規範的醫療內容僅限於維生醫療，適用主體亦僅限於不可治療、無回復可能、近期內將會死亡且無法參與醫療決定的末期病人。直至 1991 年，美國聯邦政府制定《病人自決法案》(Patient Self-determination Act)，凡是參與國家醫療保險 (Medicare 與 Medicaid) 之醫療院所或照護機構，需告知其病人有預立醫療指示的權利，院所須將病人指示之書面併入病歷；本法也規定醫療機構對其醫事人員與大眾提供相關議題教育之義務，該法亦規定所有的醫院、護理機構、家庭護理機構、療養院及維護健康之團體，只要對病人提供醫療或醫護上之協助，均必需對他們所照料之成年人發展出一套提供書面資訊之書面政策與程序，建立病人的拒絕醫療權，並也建立預立醫囑(AD)的法律地位(Joan et al., 2015)。英國對病人自主權利的相關規範，主要為 2005 年制定之《心智能力法》(Mental Capacity Act)，凡是年滿十八歲具備行為能力者，在意識清楚時得選任醫療代理人，或預先做成醫療指示(Geraldine, 2008)。德國於 2009 年通過之《病人自主法》(Patientenverfügungsgesetz)，明定任何有同意能力的成人得以書面方式立定預立醫囑，決定自己在失去同意能力之時，是否接受特定醫療(包括醫生認為有價值之維生醫療)。澳洲亦在 2009 年的 Christian Rossiter 案，也在最高法院判決：「神智意識清楚病人知情下擁有醫療決定權」。2011 年泰國《國家衛生法》(National Health Act, B.E.) 意願人可簽署預立醫療決定，拒絕接受只以延長生命為目的之醫療行為，且法律免除醫療人員因執行病人意願所產生之任何責任，並將醫療人員之行為除罪化。2014 年香港註冊醫師專業守則 (Code of professional conduct) 中第 34.4 條提及：尊重末期病人的權利非常重要。如無法確定病人的意向，則須徵詢其親屬的意見。在可行情況下，決定不提供或撤去維持生命程序時須得到病人本人或其直系親屬的充分參與，並向他們提供有關情況的詳盡資料及醫

生的建議。遇上意見分歧時，病人的自決權應凌駕於其親屬的意願之上。醫生的決定永遠以病人的最佳利益為最終指引。2017 年義大利《Dichiarazione Anticipate di Trattamento》（DAT）意願人得簽署預立醫療決定，預先訂定臨終前接受或拒絕哪些醫療，包括人工營養及流體餵養。2018 年韓國通過《善終法》末期病人得以拒絕四項人工延長生命之治療，即為：心肺復甦、呼吸器、化療、洗腎。要獲得拒絕延長生命治療之權利，病人得於陷入重症前簽署預立醫療決定（Advance Directive，簡稱 AD），或在兩名醫師的許可下，由病人或其家屬指示放棄治療之意願。

而以台灣而言，相關臨終政策簡史，1982 年趙可式博士以康泰醫療教育基金會，並推展居家照護之模式，是台灣最早的末期病人照顧；之後於 1988 年由馬偕紀念醫院開始籌措並將“hospice care”譯為「安寧照顧」，並於 1990 年由馬偕紀念醫院淡水分院，成立安寧照顧基金會，設立第一所安寧病房；爾後耕莘醫院於 1994 年設立聖諾瑟病房；以及 1995 年台大醫院設立緩和醫療病房（李佩怡等，2015），自此台灣陸續開起了多所醫院型態附設之癌末病人照顧之病房(安寧病房)。2000 年 06 月我國《安寧緩和醫療條例》公佈施行。2000 年健保試辦安寧住院療護。2002 年 11 月 22 日『安寧緩和醫療條例』修正案，於立法院三讀通過，明訂『末期病人 符合第一項、第二項規定不施行心肺復甦術之情形時，原施予之心肺復甦術，得以終止或撤除』。健保局於 2000 年 7 月提出「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」，並開始試行安寧評鑑訪查；並於 2003 年 9 月將末期運動神經元病人納入試辦計畫，以及 2009 年 9 月公告正式將安寧療護納入健保給付，自此癌症末期及運動神經元萎縮症末期者皆可以安寧居家療護、安寧住院療護方式獲得健保給付，並且增加八大非癌末期疾病適用安寧療護服務，包含：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭及腎衰竭。2013 年 01 月《安寧緩和醫療條例》三度修法，末期病人經醫師確診、家屬同意就可以不施行、終止或撤除心肺復蘇術或維生醫療。2015 年英國《經濟學人》智庫發佈

臨終品質調查，臺灣在全球 80 個國家中排名第六。2016 年 01 月《病人自主權利法》公佈。2019 年 1 月 6 日確定實施。《病人自主權利法》是台灣首部以病人為主體的法案，立法目的為尊重病人醫療自主、保障其善終權益、促進醫病關係和諧，保障每個人的知情、選擇、接受或拒絕醫療的權利，確保病人善終意願在意識昏迷、無法清楚表達時，自身意願都能獲得法律的保障與貫徹，同時也可以指定醫療委任代理人代為表達意願。法案中明確保障每個人，此法賦予具完全行為能力的民眾，於意識清楚時可預立醫療決定，選擇在生命末期的「特殊情況」，享有拒絕醫療的權利。該法規定，20 歲以上且具完全行為能力者，本法全文共 19 條，其重點核心為：具完全行為能力人可以透過「預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)」的過程，事先立下書面之「預立醫療決定(Advance Directive, AD)」，等若於面臨本法所規定之臨床條件下，即便已無意識等情形，仍可就事先決定，進而選擇接受或拒絕醫療（陳世宜，2016；李伯璋，2017）。然，本法的基本理念是確保病人享有知情、選擇與決定的自主權利，而且在特定條件下，這樣的自主權甚至還可以拒絕維持生命治療與人工餵食餵水（孫效智，2017）。適用包括五項臨床條件：末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形等。此外，根據本法之施行細則中規定，五項臨床條件須由二位相關專業之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少兩次照會確認，每項認定應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。「預立醫療照護諮商」及「預立醫療決定」為本法之實施重點，因此，須由醫療機構提供預立醫療照護諮商，並於簽署預立醫療決定以示證明，此外，須經公證人或二位具完全行為能力者在場公證，註記於全民健康保險 IC 卡，方使「預立醫療決定」具有效力（陳世宜，2016）。此法亦保障個人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後有知情之權利；對於醫療選項有選擇及決定之權利；確保病人善終意願在意識昏迷、無法

清楚表達時，其自主意願都能獲得法律的保障與貫徹。相關各國對於病人自主權之定義，研究者整理如表 2：

表 2 各國對於病人自主權利之相關定義

國家	法案名稱	時間	法案定義
美國	加州首先通過《自然死法案》案 (Natural Death Act)	1976 年	允許末期病人立下生前預囑自行決定是否停止不想要的治療或終止人工維生系統，成為世界上第一個規定病人自主權的特別立法。
	《病人自決法案》 (Patient Self-determination Act)	1990 年	要求醫師告知病人具有預立醫療指示及拒絕不想要的醫療的權利，尤其是喪失意識能力的病人應如何行使其拒絕治療之自主權，以達到有效節制醫療費用高漲的弊端。時至今日，全美所有的州都立有法律允許病人及其代理人行使其拒絕醫療權。
澳洲	《病人自決法》 (The Powers of Attorney Act)	1998 年	神智意識清楚病人知情下擁有醫療決定權
英國	《心智能力法》 (Mental Capacity Act)	2005 年	病人自主之定義與其他西方國家類似，是一個意願人及早與家人及健康照護人員討論並表明健康照護偏好與意願的過程。

德國	《病人自主法》 (Patientenverfügungsgesetz)	2009 年	明定任何有同意能力的成人得以書面方式立定預立醫囑，決定自己在失去同意能力之時，是否接受特定醫療(包括醫生認為有價值之維生醫療)。
泰國	《國家衛生法》 (National Health Act, B.E.) (非專法)	2011 年	意願人可簽署預立醫療決定，拒絕接受只以延長生命為目的之醫療行為，且法律免除醫療人員因執行病人意願所產生之任何責任，並將醫療人員之行為除罪化。
台灣	《病人自主權利法》 (Patient Right to Autonomy Act)	2019 年	確保病人於醫病關係中保有自主空間；其二，保障每一個人，都能自主決定如何死亡，以及何時死亡的善終權利，讓生命有尊嚴的步入終點。

(資料來源:研究者自行彙整)

肆、本案倫理困境

一、病人自主、家屬價值與醫療價值間之對立

案主因在家急性休克，送至醫院急診治療，案夫堅持急救下，醫療團隊除確認符合末期病人時，亦因考量到案家屬提出急救的建議，故予插管及升壓劑等急救措施。重症末期患者往往必須藉助呼吸器、氣管切開術、鼻胃管、靜脈輸液、血液透析甚至葉克膜⁴等醫療措施來維持生命；這些治療方式有些極具侵入性，帶給病人痛苦與身體之損傷，有

⁴ 體外膜氧合（英語：extra-corporeal membrane oxygenation，縮寫ECMO，音譯俗稱「葉克膜」，香港稱「人工肺」）是一種醫療急救設備，用以暫時協助大部份醫療方法皆無效的重度心肺衰竭患者進行體外的呼吸與循環，ECMO 最早由美國密西根大學醫學院成功利用。葉克膜除了能暫時替代患者的心肺功能，減輕患者心肺負擔之外，也能為醫療人員爭取更多救治時間。

些僅屬支持性的治療方式，侵犯性較低。然而一旦病人脫離這些儀器或管線，往往就無法繼續生存，也沒有任何恢復的可能性，維生治療可能僅是繼續其脆弱的生命或延長其死亡的過程。

案主自主決定是社工專業的根本價值，Biestek(1957)認為案主有權力做決定並解決其問題，案主亦有權力與需求於個案工作過程中自由地進行選擇與決策，而美國社會工作人員協會的倫理守則第一條即是案主自決，這個價值觀被視為是社工人員對案主的首要倫理責任（曾華源，2011）。在社會工作倫理守則中，所謂的案主自決是指在個案工作的實務操作過程中，案主有自由選擇和決定的權力與需要，但是仍有其案主自決的限制，Biestek(1957)亦曾提出案主自決的權利被限制在案主需要有能力可以做個積極與具建設性的決策，也限制在民法與道德，以及機構功能限制下。而實務工作中，社會工作者往往會考量案主的最大利益或最少傷害、專業角色職責的履行、機構政策或者法律的規定等因素，有時會陷入尊重案主自決或是進行干預的兩難困境中，尤其是在面對家人為案主做決定的情境。案主因為疾病導致喪失意識，造成其意思能力/行為損失，因此相關醫療決定權落在其案夫及子女身上，雖她之前已填具「預立安寧緩和醫療暨維生醫療意願書」，其案夫對案主之不捨情緒引起有關保障病人自主權益以及家屬堅持生存利益之兩難困境，因此社會工作者應協助家屬釐清彼此之間的相互歧異的原因，並從旁提供相知資訊及情緒支持，幫助家屬對於病人的醫療處置達成共識。

家屬與病人之醫療意願不一致時，會面臨尊重病人自主、行善與不傷害原則之困境，案夫希望醫療團隊予以急救，甚至認為案主有好轉之可能性，依據「不傷害原則」，醫療人員具備專業技能秉持行善原則盡力救治病人，但是在緊迫的時間下必須判斷病人病情階段以提供適切處置。而行善原則之下，此狀況屬危急情形，需緊急處置但因病人已是癌末病人，應從病人觀點思考何者才是病人所期望的最大利益去考量。所謂的「生命尊嚴」可被視為是對人類生命最高層次的一種尊重，但是

相對的可能與停止維生醫療設備的決定相牴觸（蔡甫昌，2008）。若維生醫療無法讓病情獲得改善，僅能延長極其微小有限的生命長度，卻會為病人帶來更大痛苦，則維生醫療並非必要。醫療的目的在恢復或增進病人的健康，使其獲得利益或減少傷害，維持生活品質。無視於醫療的品質與代價，不計後果延長生命，並非醫學的適切目標，醫師與家屬必須詳加考慮「維生醫療是否真正符合病人的最佳利益」。

二、延長生命與生命尊嚴維持之兩難

啟蒙思想運動期間，著名學者Jung Locke在參照了美國獨立宣言及法國人權宣言，於其政府論之著作提出了著名的「天賦人權」理念，表示「人天生下來即具有享有生命、自由、財產的權利」，雖然受到許多人抨擊理論中對於神聖性以及個人利益的立論原則，但他所想傳達的是，人生下來就自然而然所擁這些權利的有「自然性」與能讓多數人獲得幸福的共同利益，讓他的說法受到廣泛支持，並採納到幾乎每一部憲法當中的立法原則(West, 2012)。起初Locke所主張的是「生命權是與生俱來且不可侵犯」，即沒有人能剝奪他人生存下去的權利，我們可以將此視為「狹義的生命權」，但既然我們有權享有生命，且生命權的立論有讓人民幸福之善意出發，病人自主之支持者主張其「廣義」的解釋也包含死亡，就是所謂「生命權利的結束」。江慶心（2005）曾以「生命尊嚴」對生命倫理考量來進行理解，生命倫理領域強調的四個原則分別為：「尊重自主性原則」即個人對於生命的自主權，目前在世界上有法源的「病人自主」中，都是依照自行意願所發起，事實就是為了符合生命的主權應當歸屬於自己的倫理；「公正原則」即自由與公平公義，「病人自主」讓所有病患能做出對於自己最有利益的選擇，且不分年齡、性別等條件都有權利對自己的生命做出自由的決定，而專業審核的機構視每件申請案為獨立事件，依照情況給予最適當的裁決，既符合正當性，也是最公正的決斷；「仁慈原則」即出自善的想法，不以任何報酬或酬賞為目標，更不以不人道的方式進行，宗旨是希望以幫助病患減輕痛苦為出發，試圖保障其生命中末期的品質，並且排除非適當的個案，

以把關品質及防止遭到目的性的利用；最後是「不殺傷原則」即不傷害與以不當利益為目標，「病人自主」是以自我意識的尋求死亡為根基，是追求生命末期能過得更好的善終理想所採取的手段。

此案例中，案夫希望案主維持生命持續，甚至認為案主有好轉之可能性，當生命延續與生命尊嚴無法兼顧時，我們可能需要質疑生存的意義到底是甚麼？「尊嚴」強調人類生命必須致力保護與保存的至高無上價值。有些人不論在任何情況下，都要想盡辦法來延長生命，若是從這個觀點來看，評估生活尊嚴後所採取的行動做則會損及到維護生命的努力，所謂的「生命尊嚴」可被視為是對人類生命最高層次的一種尊重，但是相對的可能與停止維生醫療設備的決定相牴觸。若維生醫療無法讓病情獲得改善，僅能延長極其微小有限的生命長度，卻會為病人帶來更大痛苦，則維生醫療並非必要。醫療的目的在恢復或增進病人的健康，使其獲得利益或減少傷害，維持生活品質。無視於醫療的品質與代價，不計後果延長生命，並非醫學的適切目標，醫師與家屬必須詳加考慮「維生醫療是否真正符合病人的最佳利益」。

三、華人文化脈絡下之西方醫療

社會工作強調在脈絡中工作，案主與案家屬皆為醫療社工人員之重要服務對象，西方的生命醫學倫理源於個人主義與自由主義，尊重案主之個人意願，以病人為主體；但在華人的文化中，宗族與親屬在病人醫療權上有很大的主導性，華人文化中以家族主義主導，故常與西方尊重個人選擇之醫療決策模式有極大之差異。現代醫學大有本事扭轉死亡的命運，一方面瀕死的病人重獲新生，但另一方面也導致臨終病人接受了過度治療，不僅可能違反病人的自主權，也造成昂貴醫療資源的大規模浪費。

台灣受華人文化影響，將家庭視為社會基本單位形成一起決策的方式，在醫療的選擇上，仍大部分由家族達成的想法來決定，使得個人的意願難高於家族的想法

(Chan,2011)。儒家孝道觀念的束縛，在病情的告知及醫療的決策上，家屬擔憂的重點是其他重要親友及家屬之看法，而不是病人本身的意願與需求，反而讓生病的人無法得到決定醫療選擇的尊重(Galanti,2008)。

四、專業價值和個人價值之間的衝突

而在此案例中，專業價值與個人價值衝突有下列幾項：（1）家屬認為病人有生存的權利，希望醫療團隊必須積極救治，但是醫療團隊考量病人的意願以及有效醫療與否，且考量病人的生存價值及生活品質，因此醫療團隊希望家屬可以放棄救治，甚至選擇撤除維生設備，維護病人的生命尊嚴，以獲善終。（2）家庭文化和健康照護傳統，病人家屬因避諱死亡，以致影響醫療人員忌諱談論死亡，且社會工作通常重點在乎人在環境中（**Person in the Environment**），強調病人與其家庭環境互動之重要性，且需互相依賴，雖考量案主自決但也重視家庭成員或集體行為之影響，但有些情況下也要兼顧個人自主的權利。以本案為例，社會工作者站在醫療團體的角度，必須考慮如何讓病人維護生命品質以及最小傷害，但也要尊重最近親屬之意願，儘管案主曾書面表示其自己在末期時 同意放棄急救及維生醫療。

伍、釐清倫理議題與案例討論

一、倫理理論

以下本文試從規範倫理學之義務論、目的論及 Gilligan 所提出之關懷倫理 (Banks,2014)等不同角度釐清此案例之倫理議題。

(一) 義務論

康德的「義務論」在啟蒙運動發展出一套以人類理性為基礎的道德哲學;其最高原則就是尊重個人，尊重個人為自然律令，也就是必須遵守的命令。康德指出唯一的善行是出於責任而非喜好，我們經過邏輯推理出自己的職責為何，所有人都是理性自主的，也就是我們能自己決定與選擇，此非自私自利的絕對自由，而是要遵循我們制訂的普遍定律而行。「義務論」強調個人利益，鑒於義務論注重過程的正義性，我們可以理解為在該理論的視角下，我們要更關注在法律規範下對於案主個人利益的維護。本案例案主對生命的決定具備自己的權利，選擇安寧療護及不實施急救皆屬案主本身在有意識之際所理性之自我決定，應予尊重個人之自由抉擇。另外社會工作者應詳細告知安寧緩和醫療條例的立法意義，讓家屬在資訊明朗之情況下，了解其應有的權利下做相關醫療決定，而非單純以無效醫療的角度來勸解家屬。

(二)目的論

目的論認為任何的行善是否具有正當性，決定於其結果，乃指行為其導致後果為善的程度，因此目的論又區分為利己主義與效益主義兩派。利己主義主要是認為當人遇到倫理兩難議題時，應設法從中擴大自身最的利益，例如應該要從事哪些事情來減低自身與案主的衝突或是法律的責任。例如有人會反對無止盡的治療，特別是被認識無效醫療，因為其主張當人已經永久失去意識，也已失去了人之所以為人的重要特質時，其生命也相對的已經失去存在的意義與價值，因此如果繼續延長生命，只會帶來病人的痛苦以及家庭社會的負擔，因此主張可以不要積極治療甚至不施行心肺復甦術或接受不施行維生醫療。在目的論者看來，個人的決定是正確還是錯誤，最終要由它所帶來

的結果是好還是壞來證明。若以目的論而言，社會工作在本質上的價值取向是結果導向的。依照功利主義的原則，社會工作者仔細考慮了困境的所有方面，而後兩害取其輕，做出了避免產生較壞結果的決策，社工人員的行為就具有了道德上的正當性。以此案例而言，從這一角度出發，社工人員若選擇傾聽案夫的想法，但也與之討論無效醫療帶來之後果，因為案主已經失去意識，也已失去了為人的重要特質時，其生命也相對的已經失去存在的意義與價值，因此如果繼續延長生命，只會帶來案主的痛苦以及整個家庭的負擔。

(三)關懷倫理

關懷倫理學認為「關懷就存在關係之中，而非一連串特殊的行為」，因此，當定義關懷時，無須條列出「該說什麼話？」、「該做什麼事」等標準守則，關懷的重心不在於行為上，而在「關係」，而這是由「關懷者」與「受關懷者」雙方面所共同建構出來的。以此案例而言，社會工作者面臨家庭父權主義對案主自身的正當權益可能有的損害。社工人員若以關懷倫理，應站在案主的位置上，真正體會案主的感受、明白案主的需求，對案主進行全面的同理，建立與案主以及關注案主權益、為該弱勢群體發聲的個人、團體或組織的同盟關係，另社工人員亦應挑戰不完善的政策體系與家庭的父權主義霸權。

二、倫理原則

以下就Beauchamp及Childress於1979年提出之生命倫理四原則分述論之：

(一) 自主原則

在道德實踐中，行動者作為一道德主體不但意指他的行為出自於自主自律的，而且在相對其他人的行為中，也必須同時視他人為一行動的道德主體，否則，這將容易淪為侵犯他人的基本權利，違反不可把具有人格意義的他人視為純然工具的道德要求。因此，尊重行動所涉及的他人的自主自律乃是一道德行為的至高無上的戒律。「自主」基本上意指一個行動者對自己的行為有完全的自主權利與能

力，即不受他人或任何外力，不管是有形的或無形的拘束，而且，這種自主能力的表現卻是具有自我約制和自我規範的行為。換言之，自主是人類的一種道德和理性的表現，因為，在自主的行動中，人類同時作一理性推論，意想及所涉及的他人或物的權利（李瑞全，2009）。因此尊重當事人的自主自律決定或行動，乃是道德行為之至高無上的戒律。「自主」基本上是指一個行動者對自己的行為有完全的自主權與能力，不受他人或任何外力，不管是有形的或是無形的拘束或干涉。

（二）不傷害原則

此一原則的特點是對我們行動做出禁制的命令，也就是要求我們不應對任何人或物做出傷害，但是有時候防止罪惡或傷害、消除罪惡或傷害，以致促使善事等，都成為不傷害的內容。在社會互動中，傷害同時包括許多疏忽或未盡照護水準的行為。醫療服務中最根本的即是避免造成傷害，但有時難免會與行善原則相衝突。例如：對於胃出血的病人，胃鏡檢查是有利的，但卻會造成不舒服，如何在利益與傷害中取得平衡，需與患者適切地討論。如同在社會工作的專業服務中，社會工作者應具備勝任能力，或是督導應確保新進人員有提供服務的能力，以避免服務使用者受到傷害。而在此案例中，對於服務對象案主而言，其生命健康權、生育權該如何衡量才符合最佳利益？延續生命，維持生存，可免於家屬與其分離的苦痛，但真的需要以損害其生活品質及生命自主以換取這樣代價？如此代價過於沉重，亦不符合服務對象的最佳利益。案例中涉及的最佳利益不僅有案主的，實際上還有家屬的、醫療人員的、社工人員的、及醫院院方的，各方的最佳利益不可能完全沒有衝突，因此在明確各方利益之後還要考慮各自的最佳利益對其他人造成傷害的可能性。延續生命之行為某種程度上符合醫院經營的利益，但對案主所產生的傷害最大，因此綜合最佳利益與最小傷害，對家屬不斷提供安寧療護條例及病人自主權利之說明，最大程度地滿足各方的利益。

（三）行善原則

行善原則是指一般的慈愛表現，如幫助他人、扶持老弱，以致減除其他人或物的傷害或痛苦等。行善行為應是一種帶有道德義務意涵的概念，如工作人員應當促進他人必須而且重要的利益。行善原則亦常被解釋為人性中驅動我們造福他人的力量，也被視為道德本身的目標(蔡甫昌，2000)。而在醫療專業人士與病人關係的範疇中，行善原則是專業人士需遵從的初始義務，即特定行善義務。面對此案例，若從行善原則論之，醫療人員面對案女士及家屬，應協助減除案主之傷害或痛苦，但亦應關照夫及案子女之情緒，故銜接臨終關懷與悲傷輔導的機制有必要性，協助案夫體認死亡之意義，並協助不捨情緒之支持。

(四) 正義原則

在西方社會結構中，正義是一個基本的要素。而在華人文化中，較常以公義取代正義乙詞，基本意義是把一個人所應得到的賦予他人即公義。公義原則上表示道德之普遍性、平等性和無私性。公義原則還可以分出「公平的均等機會」，其主要是要求社會公義上，消除那些不是由當事人所作成的不幸或不平等的情況，例如天生的智力、體能等，即有此所引致的不公平地位。

三、經倫理決策所採取行動的評估之影響

Reamer (1995; 1998) 認為先行評估可能的行動方案，並釐清各個行動方案的利弊得失及受影響人士，幫助組織接下來以倫理和社會工作理論、原則和指南為分析基礎的工作，找出各種可能的行動方案是有幫助的。經由倫理決策分析，本案例大致可分為下列三種行動方案，並以醫療社工人員之觀點分述各項行動之利弊：

行動一：醫療社工人員贊同案夫之決策，配合急救程序及續命之措施，優缺點

如下，社工人員尊重案夫的決定，無論續命措施及下回病人休克時，繼續為她實施急救程序。優點是配合家屬之急救及續命措施，延長病人之壽命，減少家屬訴訟之可能性，以此亦滿足案夫之訴求，減少暫時性之

分離焦慮，此外案子女無須表明確切立場，尚可維持搖擺不定之立場，而醫療團隊尊重家屬意願，團隊成員無須介入案家事宜，維持和諧關係。但可能的缺點則為

醫療團隊配合案夫剝奪案主之自主權利且違反案主先前簽署之安寧意願，而未來同樣面臨死亡議題，案家屬需再遭受一次創傷，案主之生命品質與自主尊嚴未能受到重視與提升，另外案家屬需照顧案主，依然無法維持生活品質。此事的肯定態度。

行動二：未來案主再次面臨休克或死亡時，停止進行急救程序及續命之措施，此選擇的好處在於尊重案主無意識前之意願，達成末期安寧緩和之目的，重視案主個人之自我決定，案主之生命品質與尊嚴能受到重視，協助案子女澄清並選擇立場，以利尊重案主之意願，未來同樣面臨死亡議題，案家屬無需再遭受一次創傷。但此一行動方案可能遭遇之問題為醫療團隊需面臨案夫不捨情緒或是提起訴訟之可能性，社工人員與案家屬之關係可能面臨衝突，醫療團隊無法單就一方的意見行使醫療處置，唯恐易發生醫療糾紛。最後則是短期內案家屬亦需照顧案主，依然無法維持生活品質。

行動三：預立安寧緩和醫療暨維生醫療意願書可撤除病人身上之維生設備，建議案子女接受病人自主之意願，撤除案主身上之維生設備，此行動之優點在於早日完成案主心願，協助案主盡早離苦得樂，重視案主個人之自我決定，讓案子女及案夫獲致較有品質之生活，減少無效醫療。而其可能有的缺點則為需提早面臨案夫不捨情緒或是提起訴訟之可能性，社工人員選擇尊重案主，但與案家屬之關係可能面臨衝突，醫療團隊無法單就一方的意見行使醫療處置，唯恐易發生醫療爭議。

四、諮詢同儕或專家學者

進行相關決策前，可以找一些人協助諮詢，包括詢問同儕、督導、機構行政主管、律師或適當的倫理專家，再進行最後的決策(Reamer,1987)。本案例中醫務社會工作者可尋求醫院中之社工人員夥伴、資深社工人員、資深行政、部門主管、外聘督導、律師及醫療倫理專家。

以上作法，可以讓醫療社工人員更仔細和審慎地做服務決定，以促進服務對象的利益最大化；同時，也可以降低醫務社會工作者服務決定後的風險。

本案例後由主治醫師主動召開「個案討論會」，除團隊成員外，主動邀集院內法律顧問及醫院倫理委員參加會議討論，分從不同面向討論未來處遇。

五、進行決策並記錄決策過程

討論上述三種行動之利弊並進行評估，包含價值與職責的衝突，指認因為倫理決策會受到影響的個人和組織，暫時地列出可能的行動策略與參與者，所有可能的好處與風險，諮詢同仁和適當的專家之後，社工人員方能進行決策。此案例，經多次會議討論，我們認為可以先通過與案夫及子女開立家族會談，向其說明尊重案主之個人意願，告知若強行急救除違反案主之個人自主，亦造成案主生命品質變差，另醫院若遵循案主不急救之意願，基本上行為是無觸犯法律之風險。聚焦問題的根本原因，從案主個人需求出發，找出解決這一問題的其他替代性方案，並逐一對這些方案的有效性進行探討，找出解決問題的最佳行動方案。經醫療團隊與案夫及案子女進行後續家庭會議，說明案主目前病情，共同討論處遇利弊及後續的照顧，一方面減輕家屬壓力，一方面讓家屬明瞭案主之意願。

本案例案主已陷入昏迷而無意識的狀態，因此其本身缺乏行為能力，無法親自做醫療決定，案主因無意識，因此其夫成為其醫療決定者。「代理決定」(substitute decision-making)是一種「替無法為自己作醫療照護決定者作決定」的方式。其依據「尊重自主」的倫理原則。但其衍生兩個問題產生：(1)誰應該代理無法自行做出決

定者做出決定？以本案例而言，案夫堅決實施急救措施、案子女意見搖擺不定，要以誰為意見歸依？（2）代理者又該如何做出決定？案夫以什麼的觀點或是態度來決定案主需接受積極救治或是放棄急救及維生醫療？「決定代理人」必須是最瞭解病人確切的心願、價值觀與信念的人，因為他們最合乎代理決定的需求，一般認為病人的近親對病人有足夠的認識，可以代為作出若其尚有決定能力會作出的決定，因此大多選擇近親為代理人。目前醫療實務上，當病人意識喪失或是為無行為能力時，常見是由家屬來擔任醫療委任代理人的功能，家屬大多採家庭共同決定的倫理關係自律模式來行使病人的醫療決定權。

但本案例出現案夫與案子女意見不同的情況，案夫希望積極救治，但是案子女尚希望遵照母親的意願，不要積極治療甚至不施行心肺復甦術或接受不施行維生醫療。因此社會工作者應以病人最佳利益為出發點，秉持醫療倫理原則例如不傷害原則（不應製造罪惡或傷害）和善待原則（應當促進他人必須而且重要的利益），社會工作者應以諮詢者的角色，提供相關的醫療與法律資訊，讓家屬在商討或是決定病人醫療決定時有更多的參酌與考量，並且調和法律與倫理的衝突。病人抉擇的嚴重性和行為能力標準的選定，以及代理人成員範圍的限定和代理人性使的正當性，都會牽涉到醫病關係的和諧或是緊張程度，因此可從本案例了解，其醫療過程中涉及醫療倫理判斷上的問題，而並非立場相對的醫病雙方在醫療過程中可以單獨解決的，因此社會工作人員扮演協調、溝通等潤滑作用，將有助於醫病關係以及醫療的進行，甚至可以避免醫療糾紛的產生。

社會工作人員應記錄決策過程的每一個步驟，倫理決策也應成為紀錄一部分。將決策過程記錄下來有幾個重要的功能，在此案例中，與家屬進行家族會談或是與醫院高層開立個案研討會時，徵詢家屬同意，進行會議錄音，並進行會議記錄。相關病歷及診斷證明書等維持建檔。法律顧問的意見或全院醫療倫理委員會亦進行會議記錄。

六、監督評估與紀錄後續可能產生之影響

當醫療社工人員做出倫理決策之後，便意味著問題解決的過程已經要進展到下一個新階段。Reamer(1998)認為社會工作者應隨時評估決策的後續發展與影響為何，方能對案主、機構及和資金提供者有所交待，而且隨時得依評估結果調整倫理決策。因此社會工作者必須瞭解評估是非常重要的工作，甚至也能以定期案情的評估記錄和各種不同工具輔助，來做廣泛性的評估。

本案例中，醫務社會工作者作為一位協調者，進行醫病關係間之協調，引導案夫接受生命之有限性，並與案夫及案子女共同討論尊重案主之病人自主，且基於尊重病人自主權及行善原則，減輕案主的痛苦。並遵從家屬的需求進行充分溝通後，後由家屬取得共識，決定拔管，由醫師進行撤除維生醫療，案主後病逝。

陸、結語

面對醫療科技的逐日先進，對生命的掌握也越來越大，因此醫療人員開始注重病人的生命品質議題，開始省思急救或是給予維生醫療對臨終病人的意義。李瑞全（2009）提及一個臨終的病人，是否一定要接受醫療人員對其身體的操弄，包括心肺復甦術、電擊、升血壓藥物等？急救本身是一項技術，此項技術的意義是什麼？技術是為維護生命品質所用，還是人的生命被技術控制？對於臨終病人急救的目的是什麼？困境是什麼？是否實行臨終急救措施，表現是看似這是個人的選擇，但是實際上卻涉及到有關醫療以外的社會、倫理、法律層面，以及個人對生命的觀點與對死亡的看法。

綜融相關學者所提，本研究整理出社會工作人員於末期照顧所提供之服務內容應包括（李宗派，1999；李閏華、張玉仕，2011；翁郁秀，2017；秦燕，2011；莫藜藜，1998；溫信學，2017）：

- 一、提供經濟協助：針對貧困之病人，經瞭解其家庭經濟狀況後，協助找尋經濟資源，提供醫療費用、特殊器材補助、看護費、喪葬費用或生活費用之補助。
- 二、情緒支持與諮商：處理病人因疾病引發之情緒、適應及家庭問題，如病人常因覺得拖累家人而有厭世念頭，協助病人了解其對家庭的貢獻，重塑自己的

價值與尊嚴，珍惜與家人共處的日子。

- 三、生命回顧與統整：藉生命回顧協助病人統整一生，肯定生命中有價值處，並正向接納生命的不完美，將零碎的自我予以整理，達到肯定自我價值與生命。
- 四、協調醫病溝通及促成家庭會議召開：聯絡邀集病人重要家屬與親友一起與團隊召開家庭會議，以瞭解病況、表達期望、澄清疑惑、討論病人照顧的技巧與方法、訂定較為明確的照顧計畫。
- 五、協助心願完成：在所剩無多的日子，癌末病人常有許多心事未了，如想見離異的妻兒、想向某位友人致歉、想看看心愛的寵物、希望與名人見面等等，運用各種管道協助完成心願。
- 六、社會福利諮詢、運用與轉介：針對病人及家庭問題所在、所需資源，提供相關政府福利與民間資源，以協助癌末病人家庭社會心理層面問題之處理。
- 七、出院安置計畫：連結「出院準備小組」，共同協助家屬規畫病人出院之安置照顧問題，提供安寧居家療護、在宅服務、療養機構等資料，使癌末病人得以順利出院。
- 八、葬儀協助：協助病人及家屬共同討論遺囑、安葬方式，聯繫臨終助念人員。
- 九、活動辦理：結合社會資源辦理病房活動，如音樂會、茶會或節慶活動等，藉活動參與促進病友們正向互動與支持。進而在團隊全人照護下，病人與家屬皆能獲得身心靈之安頓與平安。
- 十、遺族悲傷輔導：於病人死亡後，繼續協助家屬表達悲傷與失落的情緒，處理再適應過程中的障礙，使家屬順利渡過哀悼期，重新展開新生活。
- 十一、志工招募與訓練：負責招募安寧志工，提供病人與家屬情緒支持、陪伴、身體照顧、活動辦理等服務。並規劃在職教育訓練課程，提升安寧志工服務品質。

從以上可看出，醫療社會工作針對患者及其家屬所提供的服務內容涉及到生理、心理和社會等多個方面，具有很強的針對性和直接性，有利於解決患者及其家屬的各種生理、心理和社會問題，尤其是心理和社會問題等專業領域。醫療社會工作者可以幫助人們在生命的盡頭與他們的家人以及與他們親近的人實現互相對話，並獲得他們需要的支持。

本案例家屬不同意病人的意見，那麼醫療人員該接受誰的意見？這些都涉及到專業、倫理、法律、機構等多方因素的考量，因此社工人員因協調醫療團隊，考慮到家屬的自主決定力、自主性、尊重個人的倫理原則。而作為協調者角色的社工人員，增強醫病溝通，可協調家屬與醫師進一步商討相關醫療處置，以便讓家屬作出對適當的選擇。無論是不予急救或是維生醫療，如果決策者缺乏意見統整的程序，就很容易會發生衝突，而社會工作者的角色就是成為溝通的媒介，社會工作者在其中扮演著代言者、教育者、照顧者以及共同工作者，不管是在醫療團隊或是家屬來說，是一樣的重要。而社工人員其本身最重要的角色主要在於必須釐清病人或家屬在是否施予急救或維生醫療的決策考量。末期醫療臨床業務中，醫務社工人員位置舉足輕重，負責案家屬與醫療團隊之雙向溝通，常見許多實務困境及倫理議題，唯有妥善運用社會工作之倫理決策，方能實現末期照顧之真正價值。而醫療機構亦應針對此類議題提供相關教育訓練，如增加倫理困境實務演練、建立不給治療或終止治療的指引、舉辦倫理課程與議題討論、教育醫療人員溝通技巧、探討困難處理的個案與臨床情境。而醫務社會工作人員可多瞭解倫理的理論與原則，臨床上可提供做決策過程的架構，運用決策模式與決策技巧，以利運用於相關倫理困境。

參考文獻

1. 包承恩、王永慈 (2009)。《社會工作價值與倫理》。台北：臺北市：洪葉文化事業有限公司。
2. 江慶心 (2005)。安樂死的倫理論爭所忽視的方面-對安樂死論爭的省察。湖南科技大學學報(社會科學版)，8(2)。
3. 李增祿主編 (2012)。《社會工作概論》。台北：巨流圖書公司。
4. 李瑞全、蔡篤堅主編 (2009)。《醫療倫理諮詢-理論與實務》。台北：五南出版社。
5. 李伯璋 (2017)。病人自主權利法內涵及疑義初探。萬國法律，212，2-10。
6. 李宗派 (1999)。臨終關懷與社會工作。社區發展季刊，78，215-224。
7. 李閏華、張玉仕 (2011)。臺灣安寧療護社會工作發展。社區發展季刊，136，214-231。
8. 周采薇 (譯) (2014)。《社會工作倫理與價值》(原作者：Sarah Banks)。臺北市：洪葉文化。(原著出版年：2012)
9. 秦燕 (2011)。醫務社會工作定位、工作內容與學生實習。社區發展季刊，136，76-85。
10. 陳世宜 (2016)。簡談病人自主權利法。台北市醫師公會會刊，60 (8)，45-49。
11. 孫效智 (2017)。《病人自主權利法》評釋。澄清醫護管理雜誌，13 (1)，4-7。
12. 莫藜藜 (1998)。《醫務社會工作》。台北市：桂冠圖書。
13. 翁郁秀 (2017)。《醫務社會工作》。台北市：雙葉。
14. 溫信學 (2017)。《醫務社會工作》。台北市：洪葉。
15. 曾華源、胡慧瑩、李仰慈、郭世豐 (2011)。《社會工作專業價值與倫理概論》。

台北：洪葉文化。

16. 蔡甫昌 (2008)。末期病人該不該撤除維生治療？健康世界。275：70-73。
17. 蔡甫昌編著 (2007)。臨床倫理病案討論。台北：橘井文化事業公司。
18. Albert R. Jonsen(1978).Dying Right in California — The Natural Death Act. *Clinical Toxicology* , 13(4), 513-522.
19. Angela M . Vallario(2014).The Uniform Power of Attorney Act: Not a OneSize-Fits-All Solution. *University of Baltimore Law Review*, 43(3), 86-117.
20. Beauchamp T. L.,Childress J. F.(2013).Principles of Biomedical Ethics.7th edn .New York:Oxford University Press.
21. Biestek,F.P.(1957).The Casework Relationship. Chicago:Loyola University Press.
22. Bernerd Towers(1978).The impact of the California Dying Right. *Journal of Medical Ethics* , 4(2), 96-98.
23. Geraldine Boyle(2008). The Mental Capacity Act 2005[†]: promoting the citizenship of people with dementia? *Health and Social Care in the community*, 16(5), 529-537.
24. Joan T., Joanne L., Neil W., Russell S., Donald P., Alfred F., Phillips, Murphy, Connors Jr., Norman D., William F., Paul B., William A (2015). Advance Directives for Seriously Ill Hospitalized Patients: Effectiveness with the Patient Self-Determination Act and the SUPPORT Intervention . *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(4),500-507.
25. Robert D. Truog(2007). Tackling Medical Futility in Texas. *The New England Journal of Medicine*.357,1-3.
26. Thomas G. West. (2012). The Gyound of Lockies’Law of Nature. Social Philosophy & Policy. Cambridge University.