

「臨床倫理委員會」之理論與實務

Clinical Ethics Committee: Theory and Practice

蔡甫昌

臺大醫學院社會醫學科

前言

「臨床倫理委員會」(clinical ethics committee, 簡稱 CEC), 在美國又稱「醫院倫理委員會(hospital ethics committee, HEC)」或「機構倫理委員會(institutional ethics committee, IEC)」, 是一種設置於醫療機構中職司與臨床倫理相關事務的委員會, 有別於掌理臨床試驗或醫學研究審核之「機構審查委員會(institutional review board, 簡稱 IRB, 美國之慣稱)」或「研究倫理委員會(research ethics committee, 簡稱 REC, 英國之慣稱)」。IRB 或 REC 在歐美已行之有年, 我國在相關法令的規範下, 大多數的醫學中心和教學醫院為符合法規以進行臨床人體試驗, 皆已設立「人體試驗委員會」(或稱「醫學倫理與人體試驗委員會」、「臨床試驗倫理委員會」...等), 並期確保醫學研究中受試者之安全; 相對而言, 「臨床倫理委員會」則尚在起步的階段。

美國在 60 年代已有初具雛形的 CEC 形成, 並在 1998 年普及率達到 90% [1], 而歐洲和澳洲直至近十年來才開始關注 CEC 的設立。「臨床倫理委員會」的設置不論是對臨床實務、病患權益、法規遵循、醫院評鑑皆有其重要性: 一方面, 隨著生物醫學科技日益精進以及人類價值觀的多元化, 存在於日常醫師執業過程、醫療照護提供、醫療資源分配上的政策與倫理難題, 不僅在量的方面與日遽增, 在本質上也益發複雜分歧。臨床上的倫理困境需要有討論的場域和解決問題的機制, 並有必要針對這些議題研擬政策或執業指引(practice guideline), 以提供醫護人員遵

循, 從而提升醫療品質並保護病患權益。另一方面, 民眾的期待、政府的法律規範、以及專業執業標準對於醫療照護的要求愈來愈高, 醫療機構需要一個機制來滿足這些要求, 並且將這些標準轉化為機構執行的政策或指引。我國醫策會自九十一年起將是否設置臨床倫理委員會納入醫院評鑑之項目, 因而帶動國內醫療院所成立此類委員會的風潮。然而, 「臨床倫理委員會」對台灣醫界仍是一個相當陌生的概念, 一般醫院對於此委員會之設置、運作、目標與功能大多缺少相關的知識、訓練和經驗。本研究的目的在汲取歐美發展 CEC 的經驗, 透過探討歐美有關 CEC 的發展歷史、各國之運作模式、目標、功能、所處理的議題、所面臨的困難, 並反省台灣醫療現況, 為國內提供一個兼具學術性與實用價值的基礎研究。

各國「臨床倫理委員會」 之歷史與發展

以北美、歐洲及澳洲為例, 過去二十年臨床倫理委員會已成為北美健康照護的一項特色, 歐洲和澳洲則於近十年開始發展 CEC, 但尚未如北美之普及與完善。儘管各國之間、甚至同一國家內不同醫療機構之 CEC 其內涵存在個別差異, 但仍然共享某些核心目標和功能, 例如, 大部分的 CEC 都是由多種學科(multidisciplinary)的代表所組成; CEC 的性質屬提供諮詢或建議; CEC 成為倫理議題討論的場所; CEC 本身成員的訓練被公認為最重要的需求; 在醫療機構中提升 CEC 的形象被認為是一項難題; 對 CEC 的評

估是必要的，但至今仍少有這樣的研究[2]。以下針對歐美與澳洲各國 CEC 的歷史發展做一簡介。

I. 美國

美國的臨床倫理委員會發展最早也最普及與完備，成爲日後許多國家參照模仿的對象。一般而言，美國臨床倫理委員會的歷史可追溯至 1960 年代挑選腎臟透析對象的委員會(kidney-dialysis selection committees)，由於血液透析的設備屬稀有醫療資源，因此該委員會主要的工作在決定哪些病患可接受洗腎療法。此一早期的委員會可被視爲今日臨床倫理委員會的先驅，並且其經驗突顯出兩個重要課題：(1)委員會成員身份的多樣性(diversity)是避免階級偏見的一種保護措施；(2)政策和程序的公開審查(public review)有助於指出未預期到的問題[3]。

1976 年，紐澤西最高法院對於昆蘭(Karen Ann Quinlan)一案的判決推動了全國臨床倫理委員會的設立。法院建議如果醫院的倫理委員會同意昆蘭女士沒有合理的可能性從目前的昏迷狀態甦醒爲有知覺和智性活動的狀態，那麼她的父母、監護人以及主治醫師對於撤除維生治療的要求就可以被執行，而不需擔負民事或刑事責任。這個判決促使早期的倫理委員會發展出預後以及處理生命末期議題的功能。此外，某些州也設立了「墮胎審查委員會」(abortion review committee)，以決定哪些墮胎的請求是合法的[1]。

1980 年代初期，幾件關於大腦嚴重受創病患(包括新生兒)的法律案件(Barber v. Superior Court, 1983; Infant Doe v. Baker, 1982)，促使聯邦政府制訂規範以防止身心障礙人士受到差別對待。1983 年「醫學、生物醫學、行爲研究之倫理問題研議總統委員會(the President's Commission for the study of ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research)」建議醫院設置倫理委員會，作爲保護無行爲能力病患之福祉的機制，並作爲解決「放棄維生治療」相關倫理衝突的一種途徑。1984 年美國衛生與公眾服務部(HHS)公佈「infant

Doe」規範，促使某些州的醫院設置「嬰幼兒照護審查委員會」(infant care review committees)，而這些委員會最後則發展爲醫院臨床倫理委員會。

1980 年時美國只有 1%的醫院擁有 CEC，但到了 1987 年已有 60%的醫院有 CEC，而 1992 年健康照護組織評鑑聯合委員會(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHO)要求它所評鑑的健康照護組織(包括護理之家與長期照護機構等)在提供病患照護時，具備處理倫理議題的機制，JCAHO 在它的手冊上建議可藉由設置一個多種學科的倫理委員會來滿足該項評鑑標準。因此，爲了通過評鑑，許多醫院紛紛設置倫理委員會，甚至某些州(如紐澤西州、馬里蘭州)的州法律還強制規定醫院設立 CEC；到了 1998 年，CEC 的普及率已達 90%。關於這種現象，有的學者指出：「美國的六千家醫院現在大都有上軌道的 HEC，有這種成就要歸功於 JCAHO...有鑑於此書面命令，所有對建立 HEC 的惰性與抵抗都一夕間消失了，因此現在所有的美國醫院中 HEC 已是標準配備」[4]。

美國的 CEC 之所以發展迅速，主要的推動力來自於政府和法院，以下幾點更具體地說明了美國發展 CEC 的優勢：(1)在臨床活動的倫理法律面向上，聯邦政府與州政府有制訂規範的悠久傳統；(2)較不能容忍醫學上的父權主義，並且有較高的意願去追求決策的透明和責任制；(3)具有一個較主動支持病患權利的法規和普通法系統，且該法律系統的可親性較高(accessibility)；(4)病患及其家屬有較高的意願對違反專業責任的情形提出訴訟或告訴；(5)授與法定代理人較大的權威去爲其他成人做醫療決定，因而可能造成與臨床工作人員之間的緊張關係；(6)擁有較多的生命倫理訓練課程，因此擁有較多受過訓練的人員可以組織 CEC、爲 CEC 提供建議、以及擔任 CEC 的成員。這些因素促使臨床醫師和臨床管理者相信，CEC 可以促進醫院醫療照護之道德和法律標準達最大化，並且能將訴訟、告訴、或違反州政府或聯邦政府法規的風險最小化[5]。

II. 歐洲

近十年來，歐洲大部分的國家已開始關注臨床倫理委員會的重要性。以英國為例，根據一份 2001 年對國家健康照護體系(NHS)特約醫院所做的調查，當時已有 20 家 NHS 特約醫院(佔 4.4%)在過去五年內設立正式的臨床倫理委員會，而另外 20 家醫院則打算在未來一年內成立臨床倫理委員會。這些醫院設立 CEC 的動力多半來自於臨床工作人員對臨床倫理議題的關注，而非導因於醫院管理者的推動。已設立的 CEC 大多遵循北美的模式，主要的功能有三種：(1)為機構發展倫理相關政策和指引；(2)提供倫理教育；(3)個案諮詢與審查。英國的 CEC 大都視發展政策與指引為主要的工作事項，較少從事個案諮詢與審查；提供倫理教育的功能雖然受重視，但由於資金的短缺、時間的缺乏、以及倫理委員會不認為自己有足夠的知識與能力去提供倫理教育，因而很難落實[6]。

在荷蘭，臨床倫理委員會慣稱為「機構倫理委員會」(institutional ethics committee, IEC)。荷蘭的健康照護組織已廣泛地接受 IEC，而 IEC 的形式隨著醫院規模而有不同的樣貌：在大型醫院(包括教學醫院)，分別設立 IEC 和研究審查委員會(research review committee)；在中型醫院，則設立「混合型」委員會(mixed committee)，結合研究計畫審查和臨床倫理的功能，但由於審查研究計畫是非常耗時的工作，因此許多混合型委員會很少有時間去完成 IEC 的任務；小型醫院則傾向只設立 IEC。1992 年時，荷蘭已有 33.7% 的醫院設置 IEC，近年來，由於醫院面臨內外部的劇烈變化，臨床倫理困局需要討論與解決的場所，並且政府的規範與專業標準愈來愈多，促使 IEC 與日遽增[7]。

在德國，教會醫院是臨床倫理發展的主要推動者，基督教醫院協會已建議協會內的所有醫院(約佔德國醫院的三分之一)設置 CEC。例如，1997 年 3 月兩個基督教醫院協會--Katholischer Krankenhausverband Deutschland 和 Deutscher Evangelischer Krankenhausverband--就建議所有屬於該協會的醫院設立 CEC；而近來一份調查顯示，在該二協會的 795 個成員中，已有 29 家

表一：一些歐洲國家倫理委員會的類型

國家	研究倫理委員會	混合型委員會	臨床倫理委員會
比利時	無	有	無
法國	有	有	有
瑞典	有	無	有
挪威	有	無	有
荷蘭	有	有	有
西班牙	有	無	有
義大利	有	無	有
德國	有	無	有
丹麥	有	無	無

資料來源：見[2]: 50(Table 11).

醫院設置了 CEC 或提供倫理諮詢的團體，另外 16 家醫院即將成立 CEC，其他則尚在討論的階段[8]。

法國醫院倫理委員會的設立可追溯至 1980 年代初期，當時由於英文醫學期刊要求研究報告必須經過倫理審查，法國的一些醫院因而設立了非正式的倫理委員會，至 80 年代末期將近有 100 個倫理委員會成立。這些委員會由醫學院的教授、臨床醫師以及研究人員所設立，任務在於審查醫學研究計畫，性質較像是 IRB，但這些委員會有時亦會處理臨床倫理議題，以及對一般的生命倫理問題進行討論。然而，1988 年法國議會通過了一項關於以人類為受試對象進行生物醫學研究的法案，並創立了一個以地理區域(而非醫院)為基礎的機構委員會，稱為「為保護在生物醫學研究中人類受試對象的諮詢委員會」(consultative committees for the protection of human subjects in biomedical research)(Comité Consultatifs de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale, CCPPRB)，所有公家或私人進行人體試驗計畫都必須通過 CCPPRBs 的審查。該項法案在 1991 年開始實施，而醫院倫理委員會在新的 CCPPRBs 設立後面臨了危機：大部分的委員會就此消失；少數仍繼續運作；某些新的委員會則被設立。醫院倫理委員會在法國較不受重視，它們未受法律的正式認可、

非正式、在醫院中沒有地位、和醫院的行政部門及員工不具正式關係、在功能和組織方面缺少指導原則。它們的功能侷限在討論、諮詢以及提供資訊[9]。

大部分的歐洲國家並沒有管制 CEC 的法令或其他規範，不過自 1994 年以來，比利時的法律要求所有醫院或醫院集團應擁有處理研究和臨床議題的倫理委員會；西班牙衛生部則已發佈了關於設立醫院倫理委員會的內部規範，並針對倫理委員會設有一套評鑑系統，截至 2001 年已有 18 家醫院的倫理委員會通過該評鑑[10]。(表一)

III. 澳洲

關於澳洲臨床倫理委員會的研究，目前所知較完整的調查報告是由 McNeill 及其同事在 1991 年到 1994 年之間所主導的一系列研究。這份研究可分為兩個部分：第一個部分是在 1991 年針對 993 家公私立醫院展開問卷調查[11]，目的在調查它們最關注的倫理議題和解決這些議題的方法，當時只有 739 家醫院(74%)回覆。根據這份調查，其中有 26 家醫院(4%)設有 CEC，94 家醫院(14%)設有結合研究倫理和臨床倫理的委員會，儘管有 120 個倫理委員會能處理臨床議題，但事實上醫病間的互動、醫療團隊之間的諮詢討論才是最常用來解決倫理議題的方式。第二個部分著重於臨床倫理委員會的運作和功能，1992 年到 1993 年間研究小組透過問卷和訪談對醫院及地區健康服務部門(大多位於新南威爾斯)中的 CEC 進行調查[12]，調查結果發現在 CEC 的數量上(79 個)與先前的調查(120 個)有一段差距，可能的原因包括：一年後有些 CEC 已不復存在(由於醫院需求的改變、地區健康服務倫理委員會的設置)；在先前的調查中對 CEC 的定義不夠明確，導致有些答卷者將 IRB 或其他委員會誤認為 CEC 等等。澳洲 CEC 最主要的功能在於制訂政策；一些則提供倫理教育課程；極少數在個體病患的照護上提供諮詢。

「臨床倫理委員會」的運作模式

設立一個能有效運作的臨床倫理委員會需要考量和釐清許多問題，包括委員會的角色、使命、願景、權限、功能、成員組成、程序、在機構中的地位等問題。以下將針對委員會的若干重要面向進行討論。

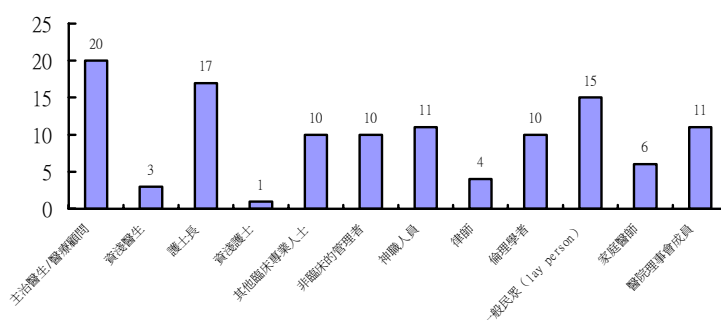
I. 委員會的角色

為何要設立臨床倫理委員會？究竟是為了應付醫院評鑑、為醫療人員與醫院減少法律責任、為醫院政策背書、或為臨床上的倫理難題提供建議？在決定設立臨床倫理委員時，應明確界定委員會在醫療機構中所扮演的角色；當角色確定後，委員會成員才能形成自我認同，依自己本身的能力與資源訂定近程、遠程目標以及工作項目和職權範圍。歐美的共識是，臨床倫理委員會應扮演提供倫理建議、諮詢以及支援的角色，而不應代替臨床醫師做出醫療決定，臨床決策仍是臨床醫師所擔負的責任；委員會的角色不是取代醫療人員的專業責任，而是提高決策過程的品質，最後的決定權仍屬於醫療人員。「倫理委員會」這個名稱本身指出其所提出的建議是「基於倫理原則和理性思辨，而非習俗、政治力、或自利」[13]，因此倫理委員會的建議並非支持某個特定專業團體，亦非某些有權勢的病患，而是為了促進病患照護的品質。

II. 委員會的成員

一. 跨多種學科(multidisciplinary)

根據歐美的經驗，倫理委員會成員的組成結構皆為跨多種學科，因為成員同質性高的委員會在討論問題時易從單一觀點出發而有盲點，無法掌握問題的各種面向。委員會的成員必須具備倫理分析與批判思考的能力，而其他技能亦很重要例如：對臨床醫學與決策、溝通與人際互動、健康照護相關法規、公共政策、文化與宗教傳統等有充分理解；很少人能同時具備這一切的知識與技能，因此為確保各種領域的知識、技能、差異性、多樣性能充分地呈現，倫理委員會最適宜由不同科別、領域的人士組成。Scheirton[14]指出委員會的性質愈是多種學科的，它的成功機率就愈高；Hollerman[15]列舉出多種學科的倫理委員



圖一：全英國 20 個臨床倫理委會之成員身份(各學科的總人數)資料來源：見[2]: 39(Figure 9).

表二：澳洲臨床倫理委員會的成員組成

	所有委員會 ⁺ 的成員(%)
醫學院畢業生	
臨床醫師	20
醫管人員	7
醫學士後研究員	6
醫學院畢業生總平均%	33
護理人員	
護理行政或管理人員	8
護士	8
護理人員總平均%	16
一般民眾(Lay persons)	14
神職人員	9
律師	8
非醫學行政或管理人員	6
倫理學者	4
醫院董事會成員	2
社會工作者	1
非醫學的研究者	1
其他(包括牧靈工作者與輔助醫療人員)	5

⁺ 63 個倫理委員會

資料來源：見[12]:447 (Table 3).

會具有以下優點：降低委員會技術層面遭遇的問題、使委員會能批判任何團體的觀點、提供許多不同觀點以協助那些尋求委員會指引的人士；Jaffey[16]則進一步指出委員會的組成很重要，因為它決定了委員會的專業和功能，且它確立了他人看待委員會的角度。

一般而言，委員會的成員包括不同專科的臨床醫師(見的專科為內科、外科、心臟科、精神科、家醫科、腫瘤科、小兒科、婦產科)、護理

人員、行政或管理人員、社工人員、法律專家、神職人員、倫理學者、社區代表；此外，有的委員會成員還包括少數民族代表。有些委員會容許在處理特定議題時，將成員身份暫時延伸至某些特定人士或團體。以英國和澳洲為例(圖一、表二)

二. 成員的資格

很少有成員一開始就具備充分討論與分析臨床倫理難題的能力，因此對臨床倫理有興趣、

熱誠、以及具有責任感是對成員的基本要求。成員在委員會成立初期應接受完整的教育，使委員會有運作的能力，並且應持續從事自我教育的活動。

三. 主席

一般認為，主席不需要是醫師，但必須是有權威、受尊重的人士，才能使委員會獲得重視，也較能獲得行政部門和醫護同仁的信服與支持[17]；此外，也有學者指出主席應具有組織和管理的技能、操作「團體動力學」(group dynamics)的能力[18]。基於實用的考量，委員會成立初期由資深醫師擔任主席是較好的做法。至於主席的產生方式和任期，各委員會之間並沒有一定的標準，大多數的委員會主席是經由委派的方式產生，少數則經由成員間的選舉產生；主席的任期不等，平均為3到4年左右。

四. 成員的人數規模

一篇關於德國臨床倫理委員會的報告指出：委員會人數從5到20人不等，平均人數為10人[19]；英國的倫理委員會成員平均人數則為5.9人；另一篇針對美國俄亥俄州、肯塔基州、以及印第安那州的臨床倫理委員會所做的調查報告則指出：委員會的平均人數為15人(7-22人不等)；一般而言臨床倫理委員會有8-15位成員[20]。成員數的規模大小是委員會在管理上的一項重要考量，大規模的委員會雖具有呈現多樣性觀點的好處，但可能會有不易運作和反應慢的缺點。

五. 成員的薪資

委員會成員是有給職還是無酬？關於這點，並沒有調查數據可供參考。

III. 委員會在機構中的地位

設立臨床倫理委員會時的另一個重要問題是：委員會在行政上的定位或機構中的地位為何？這一點不但是委員會能否成功運作的決定性因素，而且影響著機構中其他成員對委員會的觀感與重視的程度。倫理委員會若有效發揮其功能，必須獲得機構中其他成員(包括行政部門、醫療專業人員、以及病患)的信賴、尊重與支持，這意味著倫理委員會必須被賦予某種程度

的權威、得到行政單位的支援、以及建立在機構中必要的高度公開性或能見度。

一. 機構中的層級

臨床倫理委員會必須是組織架構中的正式設置，具有主導自己活動的權威，因此必須獨立於行政單位、法律部門或醫療專業團體而有一定程度的「自主性」，如此才能自由地提出關於機構的基本問題、檢驗機構是否以合乎倫理的方式來經營。一般而言，臨床倫理委員會大都直接向醫院的理事會、董事會或執行長負責，且它的設置可被視為整體醫院政策的一環，是用來處理倫理困境的一種醫院政策[21]；或者可被視為促進醫院的核心價值及願景的一種方法。

二. 管理者與行政部門的支持

在籌設倫理委員會時，應尋求最高管理者或執行長的支持，為委員會背書並提供所需的支援。醫院的行政部門有責任創造一個使倫理委員會可以成長茁壯的環境，管理者和行政部門可透過以下方式協助倫理委員會發展：

1. 促使倫理委員會的工作成為醫院整體服務的一部分；
2. 促進倫理委員會的活動，例如提供委員會成員工作的時間、地點與財務支出；
3. 安排秘書負責記錄、籌辦會議、以及在文書上提供整體支援；
4. 在必要的時刻提供委員會衛生法律和醫學倫理領域相關之專門知識，並且提供足夠的教育和訓練課程[21]；
5. 提供有效實施醫院倫理政策的機制，如建立監督員工遵循政策的機制；給予委員會傳佈政策的權力；確保委員會所提出的建議有實質價值，不會淪為抽象的道德概念而被忽略[22]。

三. 提昇倫理委員會在機構內的能見度與影響力

倫理委員會是否能發揮效用除了行政支援外，機構內的醫療人員、行政人員、其他員工、甚至病患及其家屬也必須意識到倫理委員會的存在與功能，否則委員會就形同虛設。籌備委員會時，醫院可以將倫理委員會的概念介紹給員工，也可以透過問卷調查掌握機構內的倫理問

表三：美國臨床倫理委員會主席對委員會功能之看法*

功能	持以下意見的 HEC 主席之人數			
	HEC 最有成效的是 人數 (%)	HEC 最沒有成效的是 人數 (%)	最重要的臨床功能是 人數 (%)	最重要的程序性功能是 人數 (%)
教育	247 (34%)	125 (31%)	9 (21%)	11 (8.9%)
諮商/調解	238 (33%)	58 (14%)	16 (37%)	23 (19%)
政策相關工作	162 (22%)	50 (12%)	3 (7.0%)	16 (13%)
行政管理事項	19 (2.6%)	117 (29%)	7 (16%)	58 (47%)
個案回顧審查	25 (3.4%)	11 (2.7%)	3 (7.0%)	1 (0.81%)
其他	35 (5%)	40 (10%)	5 (12%)	14 (11%)

* 300 份有效問卷，其中關於功能的部分為開放式問題。

資料來源：見[1]: 89(Table 1)

題，讓員工瞭解委員會的設置是為他們提供建議和倫理支援，而非監視他們、與他們敵對、或專門為某特定人士服務。委員會建立之後，可透過手冊清楚地告知員工其願景、目標、功能、職權範圍、程序、向委員會尋求建議的管道...等，使員工知道如何使用委員會、建立對委員會的信任、並且監督委員會的工作。許多倫理委員會透過各種管道向員工或病患告知他們的活動，例如：員工的集會、員工刊物、員工的工作備忘錄、在職教育課程、醫院報紙、年度報告、開放式的倫理議題討論會...等。

IV. 委員會的功能

臨床倫理委員會的功能隨著機構的特性、資源的多寡、文化背景、以及社會脈絡等因素而不盡相同，不僅各機構倫理委員會的功能之間存在著差異，各國的臨床倫理委員會因國情不同也各自注重不同的功能。一份針對美國臨床倫理委員會的主席所做的調查[23]指出：委員會的功能包括教育、諮商/調解、政策相關工作(政策制訂與評估)、行政管理、個案回顧審查，其中最為有效的功能依次為教育、諮商/調解、政策相關工作(表三)。

英國大部分的臨床倫理委員會都認為它們最主要的功能是為醫院發展政策和準則，有些則專注於個案諮商，而儘管所有的委員會都認為促進倫理教育是一項極重要的功能，但實際上卻很

少主動從事這類活動，通常是因為缺乏時間和資金以及對自己的教育能力信心不足[24]。澳洲的臨床倫理委員會則大多從事發展政策的工作，其次為教育活動，極少從事臨床個案的審查[12]。德國教會醫院的臨床倫理委員會則指出它們最重要的三項任務是：「在倫理決定上提供諮商與支援、詳盡地陳述建議與指引、組織及協調適當的職業與在職訓練(vocational and in-service training)」[25]。儘管美國、英國、澳洲與德國的全國性調查顯示，臨床倫理委員會的功能及其成效不完全相同，但大量的文獻仍指出臨床倫理委員會具有三種主要的功能：

一. 為機構發展政策和準則

1. 委員會在準則和政策發展上扮演以下幾種角色

(1). 在關於國家層級的政策上[26]

①將國家層級的政策、法律或標準機構化，轉化為明確、具體、精簡、務實的地方性政策。

②當國家層級的政策或準則容許做不同詮釋的空間時，在能達成共識的情況下，提出具有建設性的詮釋，並且一方面將副本提供給有需要的員工，另一方面將記載為何要採用這種詮釋的理由之文件，提供給臨床管理者，且開放給所有員工檢視。

(2). 在關於機構層級的政策上[27]

①考察既有的或正在發展的醫院政策，並且對這些政策所產生的倫理議題提供建議。

②指出哪些領域可能需要制定政策或準則，並且對它們的後續發展提供倫理資源。

③為醫院管理委員會所考量和認可的倫理議題發展準則。

2. 臨床倫理委員會發展的政策或準則包括

以英國為例：不施予心肺復甦術的準則、告知同意的政策、預立醫療指示、親屬的權利和責任、醫療記錄的保密(包括電腦資料)、不施予和撤除治療、與 HIV 相關的準則、處理媒體關係的政策、身體組織的商業用途、DNA 檢測、全靜脈營養療法、使用限制行為的方法(use of restraints)、是否提供呼吸器(elective ventilation)、非法藥物的持有(possession of illicit drugs)、大眾濫用醫院的服務(救護單位)[27]。以澳洲為例包括：告知同意(在受調的 56 個委員會中有 48%發展此政策)、不施予心肺復甦術(43%)、撤除治療(25%)、資源分配(23%)、HIV/AIDS 病患的治療(21%)、決定病患的行為能力(16%)、撤除人工餵食餵水(13%)、與解決衝突的方法相關之政策(7%)，其他則包括人工生殖技術、病患權利[28]。此外，有的醫院也制訂關於器官捐贈、醫療人員和藥商之間互動關係的準則、以有尊嚴的方式處理死胎之準則。

3. 阻撓政策成功的因素

(1). 未對員工提供適當的教育課程

對臨床倫理委員會所制訂的政策而言，真正的考驗是臨床工作人員對政策的理解與實施程度。即使委員會可以制訂出完善的政策，但實際情況可能是這些政策所依據的倫理原則是大部分的員工所不熟悉的，那麼當員工連這些政策的基本原則與精神都無法掌握時，更別提如何遵循這些政策了[29]。此外，也有可能臨床工作人員雖然理解政策的重要性，但由於缺少與病患溝通的能力而選擇不遵循。例如醫院在「不施予心肺復甦術」的準則上規定病患應知情同意，然而某些臨床醫師由於不善溝通，或者不知如何和瀕臨死亡的病患討論此主題，因此仍在未取得病患同意的情況下自行決定不施予病患心肺復甦術[22]。有鑑於此，臨床倫理委員會不應滿足於扮演制訂政策的角色，而應評估臨床工作者、行政單位以及病患對政策的理解程度和詮釋方式、修

正那些受到廣泛誤解的政策、並且透過教育和在職訓練致力於改善政策的應用[30]。

(2). 缺少機構的支持

政策若要有效實施則必須獲得機構的支持。例如，若缺少監督員工遵循政策的機制，那麼就無法判斷政策的成效；若機構中的結構不能確保委員會的建議實際上會被實施，那麼這些建議就會淪為沒有價值或被漠視的抽象概念[22]。

二. 倫理教育

1. 對象及內容

(1). 委員會本身

委員會的成員由跨學科的人士所組成，因此並非人人都熟知倫理原則以及擁有分析倫理議題的能力。若要制訂出好的政策、提供有助益的倫理諮商以及為醫護人員、病患甚至社區推行教育活動，委員會成員本身必須接受完整的教育訓練。一般而言，一個上軌道的委員會需要從事一到兩年的自我教育，教育的管道有：動用不同背景成員的資源進行自我教育，如倫理學者[31]；機構外部的訓練管道，例如：在北美有大學或大型醫院的倫理學中心所提供的訓練課程以及生命倫理學的碩、博士學位和課程可供選擇；西班牙衛生部為醫院的專業人員提供公費補助的生命倫理碩士名額，使他們能習得設立臨床倫理委員會的基本技能；此外，還可透過臨床倫理委員會的網絡與機構以外的專家提供教育訓練課程[32]。一般而言，委員會成員所接受的教育課程包括以下幾種：

①生命倫理學的基本概念、原則和歷史

將生命倫理學領域中的主要理論、概念及原則介紹給委員會的成員。有的學者建議透過實際個案貼近臨床實務的層次來介紹理論和主要概念，提供成員作倫理分析的實際工具，例如「積極」和「消極」自主性的區別或無行為能力的判準，而在討論倫理困境、詮釋和衡量所涉及的價值時，「原則」進路通常是很有助益的[7]。

②逐步分析個案的進路

教導委員會成員如何凸顯個案的道德面向、如何分析所涉及的主要道德價值、如何衡量道德困局中的價值衝突、以及如何論述解決衝突的各種可能選項[7]。

③醫院本身的架構和實務工作

委員會有必要知道所屬機構的核心價值、使命、架構及運作方式，這種知識在政策發展的過程以及依員工之需求設計教育活動的面向上，是至關重要的[33]。

④其他

臨床相關法規，如告知同意、放棄治療、預立醫療指示、代理決定等；促進決策及改善決策品質的技能[34]；企業倫理與行政倫理[35]。

(2). 臨床工作者及醫院員工

教育員工及臨床工作者的終極目標在於提升機構內的倫理意識，以改善臨床照護的品質。具體而言，倫理教育的目的在於：促進醫院倫理政策與準則的有效實施；透過增進臨床工作者的道德判斷能力，使他們能辨認、理解和協助解決臨床實務上的倫理難題；協助健康照護專業人員檢視自己個人與專業的道德義務，以改善病患照護的品質；協助發展健康照護人員的互動技巧以促進病患、家屬與專業人員之間有效的溝通[36]；提供一個倫理論壇進行自由且開放的討論，讓員工及臨床工作者進一步思考自己所關注的議題。

臨床倫理委員會提供的教育主題包括：臨床倫理的原則、告知同意、醫療資源分配、不施予心肺復甦術、預立醫療指示等等。

(3). 病患、親屬及社區民眾

美國的 JCAHO 於 1993 年規定健康照護組織要促進一種機制去教育病患關於自己的權利，而這個工作通常由臨床倫理委員會來執行。JCAHO 指出病患的權利包括：使用、請求修正 (request amendment) 自己的健康資料，並且獲得相關說明；參與和自己相關的照護、治療和服務上的決定 (告知同意)；在照護、治療和服務上得知相關負責人的姓名；在不違法下可拒照護、治療和服務；獲得有效的溝通；自己資料的保密性、財產、隱私及安全獲得保障；處於有尊嚴的照護環境；免於身心、性別、言辭上的傷害、忽視及剝削；疼痛控制；使用保護和支持病患的服務...等[37]。在某些情況下，病患的親屬可能需要代理病患做決定，因此倫理委員會也應為病患的親屬提供教育。至於社區教育雖然也是文獻上

時常提及的委員會功能，但實際上卻很少有委員會從事這類活動，調查也顯示美國臨床倫理委員會的主席一致同意委員會在社區教育方面的成效不大[38]。

2. 教育的形式

教育的形式會隨著目標聽眾而有不同，例如根據英國和加拿大的經驗，主治醫師在醫學倫理討論會、國家和地方性的倫理論壇出席率皆不高，而對其提供「專科討論會」可能是較有成效的作法[39]。臨床倫理委員會嘗試過的教育形式包括：

- (1). 大型討論會 (grand round)；
- (2). 針對特殊議題的專題討論會或工作坊；
- (3). 關於知情同意的教育文件；
- (4). 將倫理學納入畢業後教育的專題討論課中；
- (5). 由委員會的個別成員為特定的團體 (如病患、家屬或社區成員) 提供座談會、演講[40]；
- (6). 角色型塑 (role modeling)；
- (7). 出版醫院通訊將倫理議題或委員會所提供的建議公開；
- (8). 出版與倫理議題相關的手冊。

三. 個案的諮商或審查

為臨床個案提供倫理諮商、建議或審查亦是文獻中時常提及的委員會功能，但與以上兩種功能相較，卻比較具有爭議性。主要的原因在於臨床醫師擔心自己的決策權威與自主性受到削弱、醫病關係遭到委員會的介入，甚至美國的「總統委員會」亦擔心臨床倫理委員會過度發揮個案審查的功能[41]，然而事實上這些擔憂過度誇大了委員會的角色，無論是文獻的討論或實際的情形，臨床倫理委員會在個案上僅僅提供諮詢、調解或促進溝通，其目的在於釐清倫理難題並協助醫療團隊和病患做出共同的決定，而非越俎代庖取代臨床醫師的專業自主，或者扮演道德警察的角色，在未受請求的情況下擅自對個案進行調解和審查[42]。

北美的臨床倫理委員會較常從事倫理諮商的服務，在歐洲和澳洲則較不普遍。在北美，除了臨床倫理委員會，也有個別的倫理諮商顧問或團體，他們有時和委員會合作，有時則獨立運作。近年來，美國某些地區傾向從倫理學者的個

別諮商轉變為由若干小團體組成的體系(通常由倫理學者或倫理中心來推動)以提供諮商服務,如此可避免僅從單一的道德觀點著眼的缺點,而仍能維持靈活反應的優勢[43]。

倫理諮商者的資格和工作內容一直未有定論,直到1998年美國生命倫理與人文科學學會(The American Society for Bioethics and Humanities, ASBH)才出版了《健康照護倫理諮商的核心技能》(Core Competencies for Health Care Ethics Consultation),針對倫理諮商必備的技能提出建議,然而這份文件僅具建議性而非強制性,且該學會拒絕為個別倫理諮商者或團體提供認證制度,並拒絕評鑑任何相關的教育或訓練課程,因為他們認為:(1)認證制度可能鼓勵權威主義式的倫理諮商方法;(2)如果由某個特定學科提供認證和評鑑,且被廣泛採用,那麼學科的多樣性就有可能被削弱;(3)認證與評鑑可能導致某特定道德觀點的制度化;(4)不可能發展出一個充分可靠且標準化的檢測方式,以評估諮商者的能力;(5)認證和評鑑需要建立一個新的管理體系,目前尚無法處理隨之而來的政治與實際上的困難[44]。

1. 個案諮商的任務

倫理諮商的任務在澄清議題、調解衝突[45],於個別病患的照護上指出、分析並協助解決所產生的道德難題。倫理諮商者的專業職責在於蒐集與病患相關的醫療資訊、指出相關的道德論證和價值、突顯個案中的核心倫理焦點、促進個案相關人士的溝通、協助醫師發展有系統及一致的策略以處理道德難題[46]。

2. 個案諮商的模式[47]

臨床倫理委員會所提供的個案諮商包括以下幾種模式:

(1). 由整體委員提供諮商

向委員會提出的請求會先經過主席的篩選,以確保和倫理議題相關,而非抱怨或法律議題,再交付委員會的會議討論。此種模式的優點是:觀點與經驗的多元性,避免提出偏頗的建議;與個人和小團體相較,處理個案的程序較透明。其缺點是:太過遲緩無法快速回應,在長期照護單位可能是有成效的方法,但在急症救護單

位就無法因應急迫的需要[48];有的委員可能未受過適當的道德推論和辨認道德價值之訓練;病患、家屬、醫療人員可能會害怕在委員會面前討論他們所關注的事項。

(2). 個別的倫理學者

有些醫院會聘請倫理學者擔任臨床倫理委員會的委員,並且提供個案諮商,此種方式的好處是:能迅速地即時回應,且較可能在病床邊提供諮商;倫理學者是受過批判思考與確認道德議題的訓練。其壞處是:倫理學者自身的觀點可能會影響諮商;缺乏臨床知識無法將個案的事實與價值置於適當脈絡;如果倫理學者是醫院的雇員,那麼也許會在客觀建議和醫院政策之間產生利益衝突。

(3). 委員會中的小團體或次委員會

有許多委員會採用這種方式。在委員會中成立一個次委員會或由三到四人組成的小組,專門從事倫理諮商的服務,次委員會於個案諮商後,將諮商紀錄及意見向整體委員會報告。此種模式同時擁有以上兩種模式的優點和缺點,但程度較輕微。

3. 倫理諮商的進路

有學者界定倫理諮商的方法有兩種極端,一端是「權威主義式的進路」(the authoritarian approach),另一端則是「純粹促進式的進路」(the pure facilitation approach)。所謂「權威主義式的進路」意指顧問或提供諮商者是最首要的道德決定者,以自己的觀點去界定道德價值和處理道德問題,取代了病患或醫療團隊做道德決定的地位。這種進路未能促進病患或其家屬、醫療團隊之間的溝通,很可能導致獨斷的結論。「純粹促進式的進路」則是指倫理諮商的目的純粹在促進個案相關人士之間的共識,但由於太過強調共識的形成,而有可能在未顧及社會、法律和機構價值之意涵的情況下,促使諮商的結論不被社會接受。美國生命倫理諮商學會的研究生倫理諮商標準之專門小組(Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation,此專門小組的研究成果之後被「美國生命倫理和人文科學學會」所採用)認為最適合現代社會的倫理諮商進路為「促進倫

理的進路」(the ethics facilitation approach)。採用該進路的諮商者有兩種核心特質：識別並分析價值不確定性的本質並促進共識的建立 (identifying and analyzing the nature of value uncertainty and facilitating the building of consensus)。為了指出並分析價值不確定性或諮商中衝突的特性，倫理諮商者必須：

- (1) 蒐集相關的資料(例如透過與相關人士的面談、檢視醫療記錄或其他相關文件)。
- (2) 釐清相關的概念(例如保密、隱私、告知同意以及最佳利益)。
- (3) 釐清相關的規範性議題(例如社會價值、法律、倫理學與機構政策的意涵)。
- (4) 協助在該脈絡中指出道德上可接受之選擇的範圍。

此外，倫理諮商者也應確保所有相關人士各方的意見都能充分表達、協助各方澄清自己的價值、促進建立道德上可接受與共享的義務或理解，以處理價值的不確定性和衝突。與上述兩種進路相較，這種進路同時兼顧觀點的多元性、個人自主權以及社會的法律與道德界線，是一種較可行的諮商方法[44]。

4. 倫理諮商的技能

La Puma 和 Schiedermayer 指出倫理諮商者最重要的技能就是在複雜的個案中確認與分析倫理問題，其他必備的技能包括：人際互動與溝通的技能、促進協商的技能以及教導醫學院學生、醫療照護人員如何確認、分析與解決類似個案中的倫理問題(見表四)。

美國生命倫理諮商學會中研究生命倫理諮商標準之專門小組認為，倫理諮商者需具備某種技能、知識和人格特質。在技能方面，有三種技能是必備的：(1)倫理評估技能(ethical assessment skill)：確認和分析臨床個案中的倫理議題；(2)程序處理的技能(process skill)：關注醫療場域中當價值不確定性或價值衝突產生時之解決，例如促進/引導(facilitation)的技能；(3)人際關係技能

(interpersonal skill)：這種技能對倫理諮商的每個面向都是至關重要的，例如傾聽、溝通、尊重、支持、同理心、以及呈現個案相關人士的觀點。此外，該專門小組依照個案的複雜度與提供諮商的對象(個別倫理諮商者、諮商小組、臨床倫理委員會)詳細地區分了基本和進階的技能(見表五)。在常見與簡單明確的個案中解決問題的技能可被視為「基本的技能」，而在較複雜的個案中所使用的技能則為「進階的技能」。專門小組指出這種區分方式當然有些模糊，但做這種區分的目的在為倫理諮商所需的技能程度和類型提供一般性的指引。此外，專門小組並沒有對哪種諮商模式(個別諮商者、諮商小組、倫理委員會)是最好的模式持任何立場，他們認為這幾種模式各有優缺點，然而隨著倫理諮商模式的不同，提供諮商者所應具備的核心能力也會產生差異。例如，個別倫理諮商者可能就需具備所有的核心技能，但倫理委員會的個別成員就不需要。

除了技能，專門小組認為倫理諮商者必須具備以下九個領域的知識：道德推論和倫理理論、生命倫理議題和概念、健康照護體系、臨床脈絡、從事諮商的健康照護地方機構之相關知識、該機構之相關政策、病患與醫療員工的信念與觀點、相關的倫理守則與專業行為守則以及評鑑組織的準則、相關的衛生法規。專門小組亦針對此領域區分了基本和進階的技能(表六)。基本的知識是對某特定領域有一般或初步的熟悉度，而進階的知識則是能詳細掌握某特定領域的內容。

專門小組認為某些人格特質有助於達成成功的倫理諮商，所有的倫理諮商者都應朝著擁有與展現這些人格特質而努力，包括：容忍、耐心、同情心、誠實、直率、自覺、勇敢、明智、謙遜以及正直[49]。

5. 尋求倫理諮商的議題

英國的臨床倫理委員會提供諮商的議題[50]包括：

表四：倫理諮商者的技能

基本技能
確認和分析臨床倫理問題
使用和形塑合理的臨床判斷
與醫療團隊、病患及家屬溝通並且教育他們
協商與促進協商
教導與協助解決問題

資料來源：見[42]: 285(Table 2).

表五：倫理諮商者的技能

技能領域	個別諮商者/ 小組或委員會中至 少一位成員的技能 程度	諮商小組的 所有成員 都需要的 技能程度	委員會 所有成員 都需要的 技能程度
1. 確認價值不確定性或衝突的特質 (例如辨別和蒐集相關資料、區分個案的倫理面向、 以及確認各方關係人的相關價值)	進階	基本	基本
2. 分析價值不確定性或衝突的能力 (例如取得相關知識、釐清相關概念、或批判性地評 價與使用相關知識)	進階	基本	基本
3. 促進正式和非正式的會議之能力	進階	基本	基本
4. 建立道德共識的能力	進階	基本	基本
5. 利用機構的結構和資源促進實行所決定的道德選項 之能力	基本	不要求	不要求
6. 紀錄諮商並清楚呈現諮商過程中的意見與反應之能 力，如此才能評估該過程	基本	不要求	不要求
7. 適當地傾聽、溝通利害關係、尊重、支持、同情各 方的能力	進階	基本	基本
8. 教導各方個案相關倫理面向的能力	基本	不要求	不要求
9. 清楚呈現各方道德觀點的能力	進階	基本	基本
10. 向他人呈現關係人之觀點的能力	進階	基本	基本
11. 促使各方有效溝通並且讓其他關係人聽到的能力	進階	基本	基本
12. 指認和處理各種溝通障礙的能力	基本	基本	基本

資料來源：見[44]: 59-69(Table 1).

- (1) HIV 檢驗的保密問題
- (2) 拒絕接受維生治療
- (3) 因病患之前聲明的觀點而配偶拒絕允許施行維生治療
- (4) 親屬請求不要將令人悲痛的資訊透漏給有學習障礙的病患
- (5) 爲了施行適當的療法而使用限制行爲的約束方法
- (6) 親屬尋求關於病患的資訊
- (7) 在爲嚴重殘疾的小孩使用 CPR 時，醫療團隊和家長之間所產生的衝突
- (8) 撤除治療

(9) 預立醫囑

1999 年到 2000 年之間一份針對美國的臨床醫師(隨機抽樣 600 位)所做的電話訪談調查[51]指出，醫師最常尋求諮商的倫理難題是關於生命末期醫療決定、病患自主權以及衝突的議題(表七)。

四. 其他可能的功能

除了以上三種主要功能，有些文獻亦提及其他可能的功能。例如，在法律方面：協助減少醫院和醫療人員的訴訟、透過使醫療人員意識到任何實施的法規以提供他們法律上的保障、提供法律議題的討論場所[52]、作爲一種比法院更有效

表六：倫理諮商所需的知識*

知識領域	個別諮商者/ 小組或委員會 中至少一位成 員所需的知識 程度	諮商小組的 所有成員 都需要的 知識程度	委員會 所有成員 都需要的 知識程度	個別諮商者/ 小組或委員會中 至少一位成員所 能使用的知識程 度
1.道德推論和倫理理論(例如，結果主義 vs.非結果主義或原則主義 vs.決疑論)	進階	基本	基本	不要求 [†]
2.倫理諮商中的典型生命倫理議題和概念(例如，自主、告知同意、保密、代理決定、醫護人員依自己的道德信念與宗教信仰拒絕提供某些療法的權利)	進階	基本	基本	不要求 [†]
3.健康照護體系(例如控管照護或政府體系)	基本	基本	基本	進階
4.臨床脈絡(「健康」和「疾病」負載價值(value-laden)的特性；關於各種醫護人員之角色的知識以及各種服務領域如何提供照護的相關知識；關於解剖、診斷、治療及預後的基本詞彙)	基本	基本	基本	進階
5.諮商者從事諮商的健康照護機構(例如任務陳述、基本架構、服務範圍和倫理諮商資源)	進階	基本	基本	進階
6.和倫理諮商相關的健康照護機構政策(例如，告知同意、不予或撤除維生治療、以及保密或隱私政策)	基本	基本	基本	不要求 [†]
7.倫理諮商所涉及的病患及醫護人員之信念和觀點(例如，和種族、民族、文化以及宗教團體相關的重要信念)	進階	基本	基本	進階
8.相關的倫理守則、專業行為守則、以及評鑑組織的準則(例如 JCAHO 的標準以及 AMA 或 ANA 的準則)	基本	不要求	不要求	進階
9.衛生法規(例如，生命末期照護議題、代理決定、告知同意、保密)	進階	基本	基本	進階

*AMA = American Medical Association 美國醫療協會；ANA = American Nurse Association 美國護理協會；JCAHO = Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization 健康照護組織評鑑聯合委員會。

[†]在這個領域中，所有的小組或委員會成員都應擁有基本的知識，而個別諮商者或至少一位小組或委員會成員應擁有進階的知識。

資料來源：見[44]: 59-69(Table 2).

的機制為病患、受試者、醫療人員以及醫院的利益提供保障[45]；協助創造一種反思和自我批判的機構文化，以間接改善照護的品質[53]；管理信心危機，支援臨床工作者、病患及其家屬在面對倫理難題時，有信心且心安地做出判斷和決定，並且提升一般大眾對於醫療專業的信心[54]。

V. 委員會的程序

臨床倫理委員會在確立自己的目標後，有必要建立一套標準的程序，例如：(1)會議：確立召開會議的頻率，一般而言，大多數的委員會每

個月定期召開一次會議，並視情況召開緊急會議；制訂議事規則，例如有關委員會若無法達成共識該如何處理？有成員缺席時，是否能由其他成員代為行使職權？(2)回應個案的機制：誰可以向委員會尋求個案諮商？一般情形和緊急情況下的個案各要採用何種方式處理？請求建議的人員是否能出席委員會的會議？如何將委員會的建議、理由、或推論記錄下來？[55]要透過何種方式將委員會的建議告知個案的所有相關人士？如何處理個案諮商的保密問題？是否公開委員會的建議，如發表在醫院通訊上？個案諮

表七：促使醫師尋求諮商的倫理難題

難題	醫師人數	%
生命末期議題(治療無效、不予維生治療等)	154	74.0
病患自主權(代理病患決定)	119	57.2
衝突(個案相關人士之間的衝突)	82	39.4
其他(包含遺傳學、墮胎)	13	6.3
宗教和文化議題	11	5.3
專業行爲(可能的不當治療)	9	4.3
據實告知和保密	6	3.0
正義議題(保險、控管照護以及)	2	1.0
行善(促進病患利益的最佳方式)	2	1.0

資料來源：見[51]: i25(Table 1).

商的後續相關工作，如是否召開檢討會、倫理論壇或員工在職訓練...等等。儘管每個臨床倫理委員會所建立的程序差異甚大，但應稟持著公開、公正、客觀、透明的原則，避免使員工或病患認為委員會的活動是「黑箱作業」。

VI. 委員會的評估

臨床倫理委員會在正常運作後，應對本身的工作程序與成果作自我評估，如透過年度報告檢討委員會所提供的諮商是否滿足專業倫理諮商的標準？委員會採用何種方法補救程序上的錯誤？委員會所擬定的政策或指引是否有修正之必要？在進行自我評估時，應避免以數量的判準(例如提供諮詢的個案數量、擬定的政策或指引數量)去衡量委員會的成果，真正重要的是委員會是否透過它所從事的各種活動，使醫護人員、醫院員工、病患及其家屬更瞭解或更意識到醫院中的倫理問題，並且有能力去面對與處理這些問題。

臨床倫理委員會面臨的困難與成功的因素

歐美各國在發展臨床倫理委員會的過程中，面臨了許多困難與挑戰，其中有些難題至今仍無法獲得有效的解決；然而，這些設立和運作臨床倫理委員會的經驗，一方面使我們預期到可能遭遇的困難及潛在的障礙，以致能未雨綢繆做

好事先準備，另一方面亦指出了臨床倫理委員會成功運作的因素，使我們有參照仿效的對象。以下分別探討歐美臨床倫理委員會所遭遇的困難以及它們從自身經驗所歸納出的成功因素。

I. 臨床倫理委員會所面臨的困難

一. 臨床人員對委員會的質疑

無論是在臨床倫理委員會數量較多的北美，還是數量較少發展較晚的歐洲，臨床人員尤其是臨床醫師對於臨床倫理委員會都存有相似的質疑，包括：(1)臨床倫理委員會將會干涉微妙的醫病關係，並且進一步削弱醫師的專業自主性，使他們的臨床權威受限制[56,57,58]；(2)臨床醫師可能因為過度依賴委員會，而放棄他們對臨床上的倫理難題所肩負的倫理法律責任[57, 59]；(3)這種模糊不清的臨床責任，有可能危害臨床關係[57]；(4)臨床倫理委員會將在醫院中創造出另一層行政官僚體系，醫院早已不堪負荷另一個委員會[56,60]。(5)有些臨床人員擔心一旦向委員會提交個案，可能會遭到醫療團隊中的其他成員報復或威脅[61]。上述這些質疑，有可能促使臨床人員拒絕認同和使用委員會。因此，委員會有必要在成立時清楚界定其目標、職權範圍、任務及運作方式，澄清臨床人員的誤解和疑慮。

二. 資源

許多臨床倫理委員會由於缺乏資金和人力，致使其功能或工作成效受限。行政或管理單

位應為委員會提供必要的資源和協助，且委員會亦可向機構外的團體或個人(如倫理諮商團體、大學的生命倫理中心或相關領域教授)尋求協助。

三. 提升委員會的形象

確保醫院中所有的醫護人員和病患都意識到臨床倫理委員會的存在以及它的功能並非易事。1990年 Hoffman 和他的同事針對美國馬里蘭州五所擁有臨床倫理委員會之醫院的員工做調查，發現有 35% 的員工並不知道委員會的存在[62]；1995年 Kerridge 等人[63]針對澳洲新南威爾斯的約翰杭特醫院(John Hunter Hospital, 一所擁有 650 病床數的教學醫院)進行問卷調查，發現 36% 的醫院員工未意識到委員會的存在，而在意識到委員會之存在的員工中，只有 6% 的人意識到委員會所擬定的政策和指引。McNeill[12]在 1991 年到 1992 年針對澳洲所有臨床倫理委員會所做的調查亦指出，委員會的運作對員工並沒有造成太大的影響；一位在大型公立醫院任職超過十年的資深醫護人員，向 McNeill 尋求倫理諮商時表示：她並不知道自己任職的醫院擁有臨床倫理委員會。

為了處理這個問題，委員會透過各種管道提升自己的能見度和影響力，例如，許多北美的醫院或倫理學中心為病患準備相關訊息的傳單，並且透過員工刊物來傳遞關於委員會的消息；有的委員會則透過員工教育課程提升對委員會的意識[64]。

四. 群體思維(groupthink)

有的學者指出委員會應瞭解它們在容易導向群體思維的環境中工作。政治學者和心理學家已指出委員會可能在不知不覺中強迫成員達成共識、避開有爭議的議題、低估風險和批評、或者未能考量其他選擇或未能尋求額外的資訊；換言之，倫理委員會可能無法發揮它們考量不同觀點和主張的功能。這種委員會討論時不可取的性質被稱為「群體思維」，可能導致判斷錯誤而使決策受損。在以下情形中，倫理委員會可能會成為群體思維的受害者：(1)在沒有充分考量病患偏好的情況下，委員會可能太容易就達成共識；(2)委員會可能不帶有批判性的接受二手資料。(3)

委員會可能忽略用富於想像力的方法去解決爭議。病患照護上的爭論並非總是由倫理原則或義務的衝突所引起，它們可能由誤解、壓力或缺少對照護細節的關注所造成。

委員會可以採取以下步驟來避免討論時的「群體思維」：(1)採取保護措施避免不成熟的共識。主席可明確要求發言人清楚表達懷疑與批評，或者指示反對多數意見的成員說明他們的理由；(2)詳查收到的任何二手資料。為了了解病患的偏好，委員會可直接與病患或代理人面談、邀請病患或代理人參予某些討論、或指派委員會的成員作為病患的支持者或擁護者。(3)委員會可尋求創新的方式去解決爭論[65]。

II. 臨床倫理委員會的成功因素

Schick 和 Moore[20]在 1998 年發表的一篇調查(針對西南俄亥俄州、北肯達基州、及東南印地安州的 15 個健康照護組織的 29 位 CEC 成員)中指出，臨床倫理委員會成功運作的關鍵因素可歸納為四個：行政支援、委員會的成員身份、委員會的領導者、以及委員會的結構、功能和程序。這份研究顯示：(1)這些關鍵因素導致臨床倫理委員會成功運作；(2)這些成功因素是必要的，而非選擇性的；(3)這些因素在本質上是互相連結的，且在運作上互相關連，其中幾項若成為弱點，將導致整體的失敗。一. 行政支援

行政支援包括：(1)文書支援：如資助文件的蒐尋、列印；(2)財務支援：如資助委員會舉行會議和其他活動所需的資金；(3)行政部門和委員會之間維持良好的工作關係；委員會和行政部之間的溝通是至關重要的，而達成良好溝通的最佳方式是讓願意為委員會效力且在組織結構中支持委員會的行政人員或其他人士參與委員會。良好的工作關係也預設了行政部門不會試圖控制委員會，委員會在工作上具有自主性。在這種氛圍中，委員會在組織中具有一定的能見度，並且醫療人員和其他員工將感受到可以把問題提交給委員會，視委員會為自主性的團體；(4)醫療人員的支持：委員會主要在處理醫療—倫理的議題，因此醫療人員的支持是很重要的。在缺少醫療人員支持的情況下，醫師將不會向委員會

提出倫理議題，而這些議題也不會獲得解決。

二. 委員會的成員身份

「跨學科(multidisciplinary)」和具有「多樣性(diversity)」的成員身份是成功的關鍵因素。委員會成員的可欲特質包括「個人特質」和「人際間的特質」：(1)「個人特質」：對委員會工作的投入或委身(commitment)，這點可從會議的參與程度顯示出來；為會議的準備工作投入時間；參與會議的討論；致力於委員會的專責小組(task forces)和次委員會；綜觀某個議題所有面向的能力；倫理學的能力；以及具願意服務的傾向。(2)「人際間的技能」：良好的溝通技巧—不只是清楚陳述某個立場，還要聆聽、理解與尊重其他人的立場。

三. 領導者

受訪者皆指出委員會的任何成員都能擔任主席，但主席必須是「強而有力」及「有效率」的領導者。

四. 結構、功能和程序

委員會應有清楚的目標、未來應如何發展的願景、以及明白自己應具備哪些理想功能；委員會應定期開會，並且定期評估其活動；醫院中想要或需要委員會協助的員工，必須意識到委員會的存在、它所扮演的角色、以及如何和委員會聯繫。受訪者皆感到委員會有必要處理「實際的」個案和「實際的」議題，這點考量有幾個面向：(1)除非委員會處理實際的議題，否則它不會受到尊重；除非它受到尊重，否則實際的個案和議題不會向它呈報；(2)除非委員會受過適當的教育，否則它無法處理實際的個案；然而，處理實際個案也是一種機會教育。此外，在委員會的程序中，影響力和權力均等是很重要的，沒有任何一位成員可以支配其他人，所有成員都能發表自己的立場、進行開放的討論。

結語

儘管國內的社會脈絡與文化背景和歐美各國有所差異，但近年來國內醫療環境的變遷同樣使醫療院所面臨了歐美所經歷的問題：臨床人員與醫政管理不斷面對新醫療科技所衍生的道德

難題；病患的自主及權利意識日益高漲，衝擊傳統的醫病關係；醫療管理的發展走向商業化及企業化，醫療照護品質的保障受到挑戰；公眾對於醫療專業的期待以及對醫護人員的批判愈來愈多。面對這些問題，歐美的經驗告訴我們：在醫療機構中設立臨床倫理委員會，並且充分發揮其倫理教育、擬定政策、倫理諮商等功能，是目前所知可行、有效、必要的方法。

臨床倫理委員會的發展在美國已有超過三十年的經驗，歐洲和澳洲則是在近十年開始陸續推動臨床倫理委員會的設立。反觀國內，醫策會自民國九十一年起將是否設置臨床倫理委員會納入醫院評鑑之項目，促使國內醫療院所開始關注臨床倫理委員會的重要性與必要性。目前國內醫療院所已有台大、榮總、馬偕...等相繼成立臨床倫理委員會，以台大醫院為例，民國九十一年十二月二十七日院務會議通過成立「臨床醫學倫理委員會」，成立至今已研擬出「國立台灣大學醫學院附設醫院醫療人員行為規範」及「台大醫院醫師倫理守則」；前者內容係針對醫療人員與病患(及其家屬)及醫療人員與廠商在饋贈方面之關係做規範，後者則是作為院內醫師的倫理行為規範，表述機構所肯認之專業精神與倫理價值，以期促進臨床醫療照護的品質。然而，國內醫院雖開始有臨床倫理委員會的設置，但在缺少相關經驗與資訊的情況下，醫界與醫院大多尚未體認臨床倫理委員會應有之功能及對於提升病患照護品質的重要性，因而容易淪為應付醫院評鑑的虛設組織；另一方面，有的醫院即使有心發展臨床倫理委員會，也可能因為缺乏委員會運作之相關理論與知識，而使委員會的功能受限；例如許多臨床倫理委員會缺少清楚的目標、程序與職權範圍，不關注於醫院政策或指引的研議擬定...，無法發揮實質的影響力。

本研究回顧北美、歐洲與澳洲發展臨床倫理委員會的經驗及相關文獻，綜覽臨床倫理委員會的各個面向，包括：各國發展臨床倫理委員會的歷史背景、委員會的成員組成方式、機構層級、功能、程序、目標、各國臨床倫理委員會經歷的困難與挑戰、以及委員會成功運作的關鍵因素，期能為國內臨床倫理委員會的發展提供一份具

學術完整性及實用價值的參考文獻。本文回顧歐美的經驗告訴我們，發展臨床倫理委員會是一件大工程，需要以嚴謹的態度來看待，並需要長期投注人力與資源，才能發揮其應有的功能，達到提昇臨床醫療照護品質的最終目標。

致 謝

本研究計畫承蒙衛生署醫政處委託執行，感謝助理曾瑾珮小姐之辛勤投入，涂醒哲前署長、李龍騰副署長、醫政處薛瑞元處長、鄭聰明視察、衛生署醫學倫理委員會王咪咪小姐、陳淑君小姐、台灣醫學會楊月麗小姐之協助。

參考文獻

1. McGee G, Spanogle JP, Caplan AL, Penny D, Ashe DA: Successes and failures of hospital ethics committees: a national survey of ethics committee chairs. *Camb Q Healthc Ethics* 2002;11:87.
2. Slowther S, Bunch C, Woolnough B, Hope T: Clinical ethics support in the UK: a review of the current position and likely development. The Nuffield Trust 2001:48.
3. Pearlman RA: Introduction to the practice of bioethics. In: Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA, eds. *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*. Jones and Bartlett Publishers, 1997:259.
4. Tan SY: Hospital ethics committees: will America's model work in Asia? *Ann Acad Med* 2002;31:808.
5. Doyal L: Clinical ethics committees and the formulation of health care policy. *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl I): i44.
6. 同參考文獻 2: 14.
7. Meijburg H, Meulen R: Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands. *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl I): i36-i40.
8. Simon A: Supports for ethical dilemmas in individual cases: experience from the Neu-Mariahilf hospital in Goettingen. *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl I): i18-i20. 較詳盡的資料可參見 Simon A: Ethics committees in Germany: an empirical survey of Christian Hospitals. *HEC Forum* 2001; 13: 225-31.及 Vollmann J: Healthcare ethics committees in Germany: the path ahead. *HEC Forum* 2001;13:255-64.
9. Mino JC: Hospital ethics committees in Paris. *Cam Q Healthc Ethics* 2000; 9: 424-8.
10. 同參考文獻 2: 50.
11. McNeill PM, Walters JD, Webster I: Ethics decision-making in Australian hospital. *Medical Journal of Australia* 1994; 161: 487-8.
12. McNeill PM: A critical analysis of Australian clinical ethics committees and the functions they serve. *Bioethics* 2001; 15: 443-60.
13. Lo B: Behind closed doors: promises and pitfalls of ethics committees. In: Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA, eds. *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*. Jones and Bartlett Publishers, 1997: 301.
14. Scheirton LS: Measuring hospital ethics committee success. *Cam Q Healthc Ethics* 1993; 2: 495-504.
15. Hollerman CE: Membership of institutional ethics committees. *Physician Executive* 1991; 17: 34-6.
16. Jaffe GA: Institutional ethics committees: legitimate and impartial review of ethical health care decisions. *The Journal of Legal Medicine* 1989;10: 393-431.
17. 同參考文獻 2: 39.
18. Blake DC: Reinventing the healthcare ethics committee. *HEC Forum* 2000;12:24.
19. Simon A: Ethics committees in Germany: an

- empirical survey of Christian hospitals. HEC Forum 2001;13:227.
20. Schick JC, Moore S: Ethics committees identify four key factors for success. HEC Forum 1998;10:75-85.
 21. Meijburg H, Meulen R: Developing standards for institutional ethics committees: lessons from the Netherlands. J Med Ethics 2001; 27(Suppl I): 38.
 22. 同參考文獻 5: i48-9.
 23. McGee G, Spanogle JP, Caplan AL, Penny D, Ashe DA: Successes and failures of hospital ethics committees: a national survey of ethics committee chairs. Cam Q Healthc Ethics 2002; 11:87-93.
 24. 同參考文獻 2: 44-6.
 25. 同參考文獻 19: 226.
 26. 同參考文獻 5: i47.
 27. 同參考文獻 2: 44.
 28. 同參考文獻 12: 450.
 29. Tweeddale MG: Teaching old dogs new tricks—a personal perspective on a decade of efforts by a clinical ethics committee to promote awareness of medical ethics. J Med Ethics 2001; 27(Suppl I): i41-2.
 30. Heitman E, Bulger RE: The healthcare ethics committee in the structural transformation of health care: administrative and organizational ethics in changing times. HEC Forum 1998;10:166-7.
 31. Engelhardt HT: Healthcare ethics committees: re-examining their social and moral functions. HEC Forum 1999;11: 87-100.
 32. 同參考文獻 2: 51-2.
 33. Heitman E, Bulger RE: The healthcare ethics committee in the structural transformation of health care: administrative and organizational ethics in changing times. HEC Forum 1998;10:165.
 34. Blake DC: Reinventing the healthcare ethics committee. HEC Forum 2000;12:25.
 35. Heitman E, Bulger RE: The healthcare ethics committee in the structural transformation of health care: administrative and organizational ethics in changing times. HEC Forum 1998;10:164-5.
 36. Pearlman RA: Introduction to the Practice of Bioethics. In: Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA, eds. Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice. Jones and Bartlett Publishers, 1997: 263.
 37. JCAHO:2004 Hospital Accreditation Standards (HAS).
 38. McGee G, Spanogle JP, Caplan AL, Penny D, Ashe DA: Successes and failures of hospital ethics committees: a national survey of ethics committee chairs. Cam Q Healthc Ethics 2002; 11: 89.
 39. Tweeddale MG: Teaching old dogs new tricks—a personal perspective on a decade of efforts by a clinical ethics committee to promote awareness of medical ethics. J Med Ethics 2001; 27(Suppl I): i41-i43.
 40. 同參考文獻 2: 46.
 41. Blake DC: The hospital ethics committee. Hastings Center Report 1992; 22: 6-11.
 42. La Puma J, Schiedermayer DL: Ethics consultation: skills, roles, and training. In: Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA, eds. Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice. Jones and Bartlett Publishers, 1997: 288.
 43. 同參考文獻 2: 14.
 44. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ: Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies: a position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. Ann Intern Med 2000; 133:

- 59-69.
45. Engelhardt HT: Healthcare ethics committees: re-examining their social and moral functions. *HEC Forum* 1999;11:91.
 46. 同參考文獻 42: 284.
 47. 同參考文獻 2: 53-4.
 48. Spike J, Greenlaw J: Ethics consultation: high ideals or unrealistic expectations? *Ann Intern Med* 2000;133:55-7.
 49. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ: Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies: a position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med* 2000;133:59-69 (Appendix 2).
 50. 同參考文獻 2:45.
 51. DuVal G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M: What triggers requests for ethics consultations? *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl I): i24-9.
 52. Hendrick J: Legal aspects of clinical ethics committees. *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl I): i50-3.
 53. Campbell AV: Clinical governance – watchword or buzzword? *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl I): i54-6.
 54. Beyleveld D, Brownsword R, Wallace S: Clinical ethics committees: clinical support or crisis management? *HEC Forum* 2002; 14:13-25.
 55. 同參考文獻 13。對於此點，有些委員會不願在醫療記錄中記下它們的建議和推論，以減少委員會成員的民事責任。
 56. Gillon R: Clinical ethics committees – pros and cons. *J Med Ethics* 1997; 23: 203-4.
 57. 同參考文獻 5: i44-9.
 58. 同參考文獻 19:225-31.
 59. 同參考文獻 41: 6-11。
 60. Slowther A, Hill D, McMillan J: Clinical ethics committees: opportunity or threat? *HEC Forum* 2002;14: 4-12.
 61. Szeremeta M, Dawson J, Manning D, Watson AR, Wright MM, Notcutt W, Lancaster R: Snapshots of five clinical ethics committees in UK. *J Med Ethics* 2001; 27(Suppl. I): i9-i17.
 62. Hoffman DE: Does legislating hospitals ethics committees make a difference? A study of hospital ethics committees in Maryland, the district of Columbia and Virginia. *Law, Medicine and Health Care* 1991;19:105-19.
 63. Kerridge IH, Pearson S, Rolfe IE: Determining the function of a hospital clinical ethics committee: making ethics work. *Journal of Quality in Clinical Practice* 1998;18:117-24.
 64. 同參考文獻 2: 52.
 65. 同參考文獻 13: 303-4.