

高雄榮民總醫院醫學倫理委員會

2024 年第一次會議紀錄

開會時間：2024 年 3 月 12 日下午 14 時 30 分

開會地點：行政會議室 2

主 席：唐副院長逸文

副執行秘書：林科主任佩津

紀 錄：梁永瑋組員

出席人員：詳見會議簽到表(應到 21 人，實到 13 人，請假 8 人，出席率：61.9%。)

壹、主席致詞

今天是 2024 年第一次的醫學倫理委員會，因原召集人黃榮慶教授請辭，參考其他醫院的醫倫會，召集人少部分是由院外資深委員擔任，但多數仍回歸由院內委員擔任，所以後續會再修改作業要點，召集人目前由教學副院長擔任，委員不一定要部科主任，希望是對倫理有興趣的同仁擔任。今天會跟所有委員討論委員會未來如何進行，請大家多提供建議與分享自身經驗。

貳、上次會議決議事項辦理情形: 無

參、工作報告

一、 研議醫學倫理規範、推廣醫學倫理教育及促進醫事人員職業倫理:醫學倫理暨法律研討會的推動

二、 醫學倫理暨法律研討會(教育組組長陶宏洋委員報告)

(一)第六屆醫學倫理暨法律研討會執行情形

1.參加人員

人員	單位/姓名
指導長官	唐逸文副院長
指導座長	陶宏洋醫師、教研部林清煌科主任、林佩津科主任

邀請外賓	高雄地方法院檢察官、橋頭地方法院檢察官、耀門法律事務所王伊忱律師、周祖佑醫師、蘇嘉宏教授 高雄醫學大學人文科學院林慧如副教授、醫學系王心運副教授 醫學倫理委員會委員
本院醫師、實習醫學生、PGY 醫師、住院醫師、社工師、醫事人員(含護理師、營養師及心理師等)及其他行政人員	

2.時間表

序號	日期	主題	主講者
1	2023/4/18(二)	『第六屆醫學倫理暨法律研討會運作說明會』	本會教育組長 陶宏洋醫師
2	2023/5/4(四)	病人拒絕輸血，醫生可以拒絕治療嗎?耶和華見證人與他們的信仰	院本部 唐逸文副院長
3	2023/6/5(一)	做與不做的為難，醫院志工的議題	社工室 吳佳蓉社工師
4	2023/7/21 (五)	開刀房內的利益衝突，不管怎樣，我們還是會救你到底	麻醉部 孫國清主任
5	2023/8/15(二)	白色巨塔中的美麗與哀愁-同儕倫理	醫學教學科 林清煌主任
6	2023/9/12(二)	每天門診都在破關-初診病患要求開立診斷書，醫師如何應對？	精神部 李聖玉醫師
7	2023/11/9(四)	倫理 vs 法律的衝突 三個真實的小故事	院本部 唐逸文副院長
8	2024/1/15(一)	臨床倫理思辯 巴氏量表開立的倫理問題	高齡醫學中心 廖美珍醫師
9	2024/3/12(二)	人工流產之法律倫理議題	婦女醫學部 陳三農醫師
10	2024/5/29(三)	待定	護理部 陳菁菁護理長
11	2024/7/9(二)	待定	兒童醫學部 謝明芸醫師

12	2024/9/6(五)	待定	社工室 張素玉組長
13	2024/11/20(三)	待定	兒童醫學部 王曉萍醫師
14	2025/1	待定	護理部 楊淑雅護理長
15	2025/3	待定	急診部 莊榮芳醫師
16	2025/5	待定	病檢部 吳秀容醫檢師
17	2025/7	待定	皮膚科 魏楷哲醫師
18	2025/9	待定	護理部 戴瑞芬護理長

<委員討論>

陶委員：醫倫研討會目前進行到第六屆，參加成員維持與前幾屆相同。

去年 11 月主題為“倫理 vs 法律的衝突-三個真實的小故事”，今年 1 月月主題為“巴氏量表開立的倫理問題”，今天(3/12)中午舉辦“人工流產之法律倫理議題”，議題我受到一點衝擊，會簡短報告一下，再請與會的委員提供看法討論。

陶委員：今天案例為 16 歲小女生子宮外孕，到婦產部進行手術，媽媽告訴醫師說，診斷書上是否可以不要提到懷孕妊娠等字句，因為小女生還是學生要上學，會議上討論有人覺得誠實為上，應該要寫，但是這樣就與家屬關係會不好，也有人提到要先問一下診斷書的用途要做什么呢？請問委員若您是醫師，會如何處理？

黎委員：診斷書還是要寫實際的狀況，才不會觸犯法規。

陶委員：是否可以寫腹痛？媽媽很擔心小朋友在學校無法面對同學

鍾委員：可以考慮腹腔內出血，行進行止血手術，不一定要寫子宮外孕，在事實的範圍內，寫出不違背也不傷害到病人的診斷書，比較兩全。

主席：可以先詢問病人想要開立診斷書的內容，醫師自己再判斷這樣書寫是否可以，有時候只要申請診斷書要到學校請假，就可以配合病人的意願，但若是申請保險，就無法照要求寫。

陶委員：我認為住院醫師很有收穫的一部份，有住院醫師提到既然病人是要請假用，我可以不寫懷孕，但在診斷書上括弧註明只適合給學校請假用。有其他 PGY 也在旁很認同的點頭。但在場律師說明診斷書沒有什麼訴訟用不訴訟用，診斷書本來就有其法律上的價值，診斷書

也不可能只說明僅提供某某使用(不成立)，所以在診斷書上加註給什麼使用是沒有任何意義的。

主席：若申請給保險使用，保險公司對診斷書有疑慮時，會來文到醫院，醫院會請開立醫師回覆(有查詢費)。

陶委員：2023 年 11 月與 2024 年 1 月研討會內容簡短報告。

主席：榮家輔導員要簽立不急救或拔管的決定，以往都比較困難，輔導員不願意。

陳委員：自從安寧緩和條例修法通過後，這部分沒有家屬的榮民，可經由兩位專科醫師確定為末期疾病也沒有任何預立醫療決定，醫師就可以依照病人的最大利益，執行不急救醫囑。

主席：末期疾病已不僅只有癌症，包含罕見疾病、中風...等。

陳委員：大部分是臨床醫師可以自行判斷，健保局有安寧療護給付的對象如老衰、重度失智也可歸納在裡面。

陶委員：我們集結過去 3 年案例，請負責的醫師、事同仁撰寫，成為醫學倫理專書第 4 輯，預計在今年出版，目前已經完成所有收稿與校稿，陸續排版美編，後續會再印製。

主席：謝謝陶委員分享與同仁的討論，這幾個月研討會討論很熱烈與精采。

三、 審查倫理相關案件(審查組組長李恒昇委員)

(一) 研究倫理審查(審查已結案之研究倫理衝突事件):無

(二) 醫學新知、研究報告新聞稿審查:

申請案件名稱	『全國首創 3D 列印口顎彌補物』記者會 (記者會日期: 2023.11.22)
申請部門	研創中心
收件日期	2023.11.09
案件審查歷程	初審(2023.11.10)
書面審查結果	審查同意

四、 協助及執行相關臨床倫理決策(臨床倫理決策組長陳如意委員)： 無

五、 醫學倫理教育訓練

主題： 醫學倫理暨法律研討會倫理議題分享

時間/場次	2023 年 11 月 9 日，第六場
主題	倫理 vs 法律的衝突-三個真實的小故事

案例報告者 (倫理教師)	院本部 唐逸文副院長
摘要	陶醫師： .. 暫時放下早上的工作，那些醫學專業、科學與理性；翻到我們每個人都有的情感，人文與感性的那一面。倫理的學習，不是空的，是在幫忙我們解決問題的，解決那些醫療工作上遇到的非醫學科學能解決的問題。麻煩的是，這些倫理問題不只是多，也極其困擾， 因此稱為倫理困擾(moral distress, moral unease)，厲害些的就稱為倫理傷害(moral injury)。有些文獻認為，這些是造成醫療人員 burnout, depression, 甚至是 suicide 的主要原因，而不是現在大家都聚焦的工時長短而已。 除非是醫療機器人，不然只要是人，你我都會有內心的困擾，這些有的小，有的大，有時短，有時長。多年來的倫理案例討論會，常聽同仁提到，當「夜深人靜」時、就會想起.....，並反問自己「唉！當時這麼作對不對？」。這些埋藏於心中的長久羈絆，折磨人也不健康；倫理的學習能幫助我們作決定，能作出更「心安理得」的決定，hopefully 不會在夜深人靜時，反覆想起「當時我這麼作到底對不對？」的問題。 本次研討會案例皆為唐副院長真實的故事。有些倫理問題困擾一輩子，有時無法解決，倫理素養因此很重要，在應對或做決策時會更完美些。 唐副院長：這些是我從住院醫師開始遇到病人，醫學是自然科學還是人文科學?當醫生除自然科學要學好，人文部分也很重要，才會去多思考不同問題。 個案 1： 75 歲男性單身榮民(在台灣沒有家屬) • 胃穿孔，送到急診室，一般外科(GS)安排緊急手術將破洞縫補起來 • 術後送加護病房觀察(NPO 空腹禁食，TPN 全靜脈營養治療) • 一星期後發現破洞未癒合，又漏了，又進手術房(OR)手術 • 開始一連串的惡性循環 • 最後所有的腸子都沾黏，手術傷口流膿(濕敷療法 wet dressing) • 病人意識清楚，氣切(無法言語)，不識字(無法溝通)，

	- 病人在加護病房(ICU)住了近三個月，病歷已經半個人高了 - 主治醫師每天查房，搖搖頭嘆口氣就走了 - 你覺得該怎麼辦? 個案 2： 68 歲男性，國小老師退休，10 年前中風後臥床 - 偏遠地區的急診室，病人被送進來，主訴發燒、喘 - 病人已經臥床十幾年了，氣切及呼吸器，全身攣縮，關節僵硬，全身多處褥瘡發臭 - 護理師唸唸有詞”18 趴又來了” - 故事開始了..... - 病人幾乎每個月都進出醫院，病歷已經可以堆到天花板了 - 家屬(兒子)堅持一定要救到底，如果不積極救，一定會告到底 - 但病人的太太不忍心看到自己的先生這樣，但不敢表達意見 - 你覺得該怎麼辦? 個案 3： 46 歲男性，車禍造成顱內出血，多處骨折 - 病人是社會邊緣人，整天遊手好閒，不工作，常向父母要錢，父母不給錢，還對父母拳打腳踢(家暴) - 病人需要手術，但家屬都不願意來簽同意書，並表明不要再救他了，之後的事醫院可以全權處理，不要再打電話來騷擾了 - 病人的老媽媽，不識字，雖然不敢表達意見，畢竟是自己的兒子，看的出來還是有點不捨，但也沒有能力照顧他 - 病人沒有健保，是屬於重大傷病，但不屬於重大不治之症 - 即使手術後病人可以醒過來，但一定需要人照顧 - 這時你該怎麼辦???
問題與建議	個案 1 倫理的困境 - 病人無法表達自己的意願 - 沒有任何家屬可以來簽放棄急救同意書(DNR) - 沒有到重大不治之症 - 但是病人呼吸器無法拿掉

- 之後長期需要有人照顧(社會成本的支出)

選擇

1. 我是一個醫生，救人是我的天職，所以我還是要繼續救治下去，後續照護的問題與我無關，再請社工協助
2. 應該要開跨團隊會議，尋求各領域的共識，醫院應該有倫理諮詢單位，指導大家應該如何處理
3. 應該消極的治療，能夠讓病人早一點往生，讓病人能夠解脫，不要再受到痛苦才是
4. 其他

討論

陶醫師：(病程紀錄的治療計畫部分，每日雷同、持續保守治療...)。病歷應該顯示實情，是不是應該把「無奈」的部分（搖搖頭嘆口氣）寫進去，才知道困擾醫療團隊的問題是甚麼？

急診莊醫師：急診或加護病房有很多這類病人，因為抗生素慢慢會產生抗藥性，或營養抵抗力越來越差，目前治療是延長生命。

林老師：敘事醫學，剛剛部長所述就是敘事的表達，醫師在行醫的過程中以敘事的方式表達病人的故事，目前醫學強調「敘事醫學」與「敘事倫理」。

陶醫師：75歲伯伯，反覆手術效果又不佳，那是醫療疏失呢？還是醫療本就有的風險？

PGY 醫師：我認為是手術風險，醫師術前就有認知，有評估過手術的風險。

陶醫師：如有人質疑是醫療疏失，你會怎麼解釋呢？

PGY 醫師：要避免家屬的質疑，還是要仰賴術前的告知溝通。

周檢察官：法律方的角度，先蒐集病人半年到一年的病歷，在針對本次手術的相關檢查報告，再到醫審會或請求醫學會判斷專業的檢查報告，仰賴醫學會或醫審會的結果，若家屬還是認為有醫療疏失，會再針對術前是否有相當的檢查與告知同意，及判斷病人的身體狀況是否可以支持本次手術。

陶醫師：設若目前情境是病人有多位家屬，態度不合善、激動氣憤，醫師要怎麼去面對家屬，說明與溝通？

PGY 醫師：心理上會用防衛醫療，用字遣詞要很小心注意，避免醫療糾紛風險。

陶醫師：張人尹醫師在醫倫專書，有一句寫得很好，「在腳步急促、吵雜的環境，如何保持內心清淨、思緒清晰的狀態下達到良好的醫病關係是做為醫療人員一生中最重要課題。(張人

尹醫師/主任)」

張醫師：若家屬態度很不好很急很快，我們要側身 45 度，並講慢、講清楚，要內心告訴自己立場堅定，要有團隊人員一起解釋。

王律師：若沒有家屬，告知的問題怎麼處理？

唐副院長：病人是自己簽署同意書。

王律師：風險已告知病人自己簽署同意書，手術有無可避免的風險，應該是醫療風險。

周醫師：醫療糾紛目前用醫療事故替代，應避免無避免就是事故，提醒告知說明不能代表醫療手術當下的過失行為，若是預期可能發生但無避免，還是醫療事故。

唐副院長：住院醫師當下很無力，個案伯伯很想不要被約束被灌食，很掙扎，也沒有家屬來討論是否可以放棄治療，相關的治療都無法避免。

陶醫師：面對倫理困境，院內醫學倫理委員會有倫理諮詢或倫理會診 (Ethics Consultation) 的機制，目前這部分的諮詢，會有兩位倫理委員調查以提供建議，可以及時得到倫理諮詢的回饋意見。

個案 2

倫理的困境

- 病人無法表達自己的意願
- 家屬因為有個人目的，所以不願意放棄，堅持救到底
- 但是病人呼吸器無法拿掉，全身攣縮，關節僵硬，全身多處褥瘡發臭
- 長期需要有人照顧(社會成本的支出)

選擇

1. 尊重家屬的意見，我還是要繼續救治下去，後續照護的問題與我無關，再請社工協助
2. 這種家屬應該要把他的惡行惡狀訴諸媒體，讓社會公評，給他壓力，希望醫院應該有倫理諮詢單位，指導大家應該如何處理
3. 不應該配合家屬的要求，我們應該可以消極的治療，能夠讓病人早一點往生，讓病人能夠解脫，不再受到痛苦才是
4. 其他

討論

護理長：我選擇“其他，病人的兒子很強勢，但太太是配偶應是

第一順位，趁兒子不在，有人力或社工協助可以跟太太溝通，鼓勵太太把想法講出來，我們盡力協助，或也可以跟其他家屬溝通。

陶醫師：「護理師唸唸有詞”18 又來了”」，我們真的確定是這樣嗎？真的瞭解病人家庭的狀況嗎？兒子全為了 18%？有沒有可能那也是一種愛（只要父親能活下來）？

社工：照護品質、投入成本，都可以看出兒子是否為愛。

護理長：家屬對病人的態度，肢體語言可以看出來。

王老師：脈絡裡可以看到一個人真實的態度，可以看到事情的發展，敘事都看到兒子為主，但其中有隱藏人物是病人太太，可拋開專業看整個圖畫，就像看故事進展到第幾章，那些主角是隱藏的，可以促進某一方發展另一敘事。

個案 3

倫理的困境

- 病人無法表達自己的意願
- 家屬願意放棄，希望醫師不要再救他
- 不屬於重大不治之症
- 即使不積極救他，病人也不至於立即死亡，但是可能會變成植物人，家屬完全不理會，也無法做後續的照顧
- 長期需要有人照顧(社會成本的支出)

選擇

1. 我是一個醫生，救人是我的天職，所以我還是要繼續救治下去，後續照護的問題與我無關，再請社工協助
2. 應該要開跨團隊會議，尋求各領域的共識，醫院應該有倫理諮詢單位，指導大家應該如何處理
3. 應該配合家屬的要求，我們應該可以積極的不治療，讓病人早一點往生，讓老媽媽能夠解脫，不再痛苦才是
4. 其他

討論

- 無效的醫療
- 健保資源的浪費(醫護人員的漠視)
- 誰能決定要不要救
- 是否有倫理諮詢單位(可以解答疑惑)
- 是否有倫理關懷小組(讓醫護人員可以抒發的管道)
- 我相信這只是冰山一角

陶醫師：(病人與社會成本的衝突) 病人的健康與福祉將為醫師

	的首要顧念；是顧病人重要還是顧大局、顧社會成本重要？ PGY 李醫師：會請社工瞭解，再後續討論處理方法。 陶醫師：日內瓦宣言，不論在中西醫，內容都是相同的宣言，要維持病人的健康福祉，不論病人的「社會背景」如何都要全力照顧，沒有差別。(註：會場也有中醫師參與，經詢問中醫師，中醫師的醫師誓詞同西醫師，皆引用日內瓦宣言。) 周醫師：考慮無效醫療情況下，家屬的決定違背法律，不是無效醫療，還是要盡力救治。 王律師：醫療法有緊急救治的規定，病人為緊急狀況時，醫師仍要救治。 唐副院長：我的困境是病人家屬告訴醫師救回來都不負責，後續的照護都是醫院要負責。 陶醫師：家屬都不簽署同意書，甚麼都不做，是否醫院可以告家屬遺棄病人？ 檢察官：就個案來說，送入急診、醫師有救治的義務，但後續手術(非緊急狀況)，醫院應該無法由提告遺棄病人，法院下裁定讓醫院強制執行手術，還是會回歸院方要取得手術同意書。 社工：會先問主治醫師病人的預後，再跟家屬聯絡，但還是有遇到家屬堅持不簽。家屬拒絕到院簽署的說明寫在病歷上，這是有法律效律的嗎？ 檢察官：緊急醫療下，病人若不論手術或不執行手術都會成為植物人，家屬對這部分提告，應無法構為犯罪。 社工：社工部分還是會盡全力請家屬到院一同討論，請家屬來簽同意書。 (p.s. (102) 年 1 月 1 日起，受刑人將可享有健保醫療照護。矯正機關收容人是否應納入健保，多年來一直是一個重要的議題。二代健保健修法前，考量矯正機關收容人無法定期繳納健保費，或因受行動限制不能自由就醫，致現行全民健康保險法第 11 條明文規定，將在監、所接受刑之執行或接收保安處分、管訓處分超過二個月執行期間之收容人排除在健保體系外。隨著醫療人權受重視，故 100 年 1 月 26 日公布之全民健康保險法(即二代健保法)即將矯正機關收容人納入健保。)
相關領域	醫療疏失與醫療風險的分野 敘事醫學與敘事倫理
學習目標	醫師誓詞

	病人福祉與社會成本的衝突 臨床倫理支持(Clinical Ethics Support)：醫學倫理委員會，跨領域倫理案例討論會，倫理諮詢(會診)等。
迴響/心靈小故事	1. 病歷的價值。 ...病歷已經半個人高了。...主治醫師每天查房，搖搖頭嘆口氣就走了。 Q：「主治醫師每天查房，搖搖頭嘆口氣就走了」，你在病歷裡大概會怎麼寫？ 如果沒寫？這麼重要的事，為什麼不寫？這就是碰到瓶頸了！何以不能寫你的照護瓶頸，如果又只是在抄錄 data 湊數，那病歷存在的價值？ 2. 病人福祉與社會成本的衝突 (醫師發過誓的！) 醫師誓詞 身為醫業一員：..病人的健康與福祉將為我的首要顧念； 我將不容許有任何年齡、殘疾、信念、族群、性別、國籍、政治立場、種族、性傾向、社會地位或其它因素的考量介入我的職責和病人之間； ...

時間/場次	2024 年 01 月 15 日，第七場
主題	臨床倫理思辯-巴氏量表開立的倫理問題
案例報告者 (倫理教師)	高齡醫學中心 廖美珍醫師
摘要	陶醫師：醫學倫理暨法律研討會 (又名：「跨領域倫理案例討論會」，Moral Case Deliberation ,MCD)，是醫療人員就自己照顧的病例個案所遭逢的倫理兩難問題，提出與跨領域成員們共同深思熟慮討論的一種開放式會議；歡迎 PGY 醫師來參加，會中也歡迎對任何問題提出自己內心真實看法，及不同或反對意見的分享。現場也有醫學倫理委員會委員，學校老師，檢察官及律師等共同討論。 個案 1： XX 伯伯，曾為韓戰戰俘輾轉來台。是單身榮民住五樓公寓無電梯。有高血壓便秘問題，長期在家醫科追蹤多年。 因為近期走路喘，爬樓梯困難，有照顧困難的問題，自家醫科門診轉入。最初，由同袍的兒子陪同就診，希望開立巴氏量表照顧伯伯。看護費用他會負責，因為照顧伯伯是爸爸的遺言。當時，伯伯不願去榮家，同袍的兒子也表示如果身體狀況更差時，可轉住一樓。 後來，巴氏量表開完後，同袍的兒子不再陪同就醫。問伯伯看

	護來了嗎？伯伯說看護來了，最近，因為調整心臟藥物後，體力好些了，可以爬五樓，不用看護幫忙，所以，看護去幫忙賣麵，沒辦法來，但是看護晚上會回去照顧他。從此，伯伯都是獨立看診無人陪伴。 一年後，伯伯雙腳癱瘓住院，診斷是攝護腺癌併腰椎骨轉移壓迫神經。看護及同袍的兒子從來沒出現過，伯伯有位女性朋友會來探視他，也會跟主治醫師討論病情，主治醫師要求當初請的看護來照顧他，女性朋友說看護已經有它用，希望退輔會系統安置伯伯。以前，伯伯提到的一樓的房子也有它用，不適合。所以，床邊照顧多數時候是病房工作人員。最後，伯伯也含淚同意轉屏東龍泉公務床照顧。 註：就業服務法第 57 條 • 雇主聘僱外國人不得有下列情事： 一、聘僱未經許可、許可失效或他人所申請聘僱之外國人。 二、以本人名義聘僱外國人為他人工作。 三、指派所聘僱之外國人從事許可以外之工作。 四、未經許可，指派所聘僱從事第四十六條第一項第八款至第十款規定工作之外國人變更工作場所。 五、未依規定安排所聘僱之外國人接受健康檢查或未依規定將健康檢查結果函報衛生主管機關。 六、因聘僱外國人致生解僱或資遣本國勞工之結果。 七、對所聘僱之外國人以強暴脅迫或其他非法之方法，強制其從事勞動。 八、非法扣留或侵占所聘僱外國人之護照、居留證件或財物。 九、其他違反本法或依本法所發布之命令。
問題與建議	問題： 1. 以申請看護來台，並無從事看護工作，是否有任何監督系統？ 目前尚未有監督系統，只能靠旁人檢舉。 檢察官：就服法 57 條就有明講 雇主聘僱外國人不得有下列情事： 一、聘僱未經許可、許可失效或他人所申請聘僱之外國人。 二、以本人名義聘僱外國人為他人工作。 三、指派所聘僱之外國人從事許可以外之工作。 四、未經許可，指派所聘僱從事第四十六條第一項第八款至第十款規定工作之外國人變更工作場所。

第一款及第二款第一次違反只有行政罰，第二次才會被移送司法機關(就服法 63 條)

但第三款、第四款並不會有任何罰則

2. 申請「外籍看護工」雇主及被看護者資格，是否有限制？

- 雇主（申請人）與被看護者，應具備下列關係之一：

- 一、配偶。
- 二、直系血親。
- 三、三親等內之旁系血親。
- 四、繼父母、繼子女、配偶之父母或繼父母、子女或繼子女之配偶。
- 五、祖父母與孫子女之配偶、繼祖父母與孫子女、繼祖父母與孫子女之配偶。

陶醫師：被照護者本人能否自為申請人或雇主？

吳律師：因為有些人身心狀況已經無法有自我意識。

但若是身心狀況是成熟的狀態，這並沒有說不行，但須待查詢確切的條文。(此點，吳律師後續回覆)

陶醫師：請問檢座對於被照護者能否自行當雇主申請外籍看護工有甚麼其他想法？

檢察官：我自己是沒有遇過這種狀況，但我沒有覺得不可以，因為以外國人從事就業服務法第五章-外國人從事就業服務法列明以下條件並也未提及到本人無法申請外籍看護工。在申請「外籍看護工」資格也有表明雇主及被看護者應具備之關係就是為了避免此案例情形發生。

陶醫師：那這樣子被照護者能否自行當雇主，這好像沒有確定的答案，請吳律師後續再解答。

討論：

陶醫師：「外勞」與「移工」，哪個稱呼比較合宜呢？

社工室素玉組長：基本上目前都以移工來稱呼，而非用外勞等帶有偏見的名詞。

(註：不同國家對國際移工有不同稱呼，比如台灣稱「移工」、新加坡稱「客工」(英文：guest worker)，香港、澳門、馬來西亞也稱「外勞」(香港另稱「外地勞工」、澳門另稱「外地僱員」)。近年不少人呼籲將「外勞」正名為「移工」，認為「外勞」一詞已被社會污名化，其實兩者都是中性詞，只是「外勞」在語言上預設內、外差異，會被不經意當成外人。因此，本文將以「移工」一詞，代替接下來要討論的「藍領移工」。

<<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/31/article/11554>>)

陶醫師：那看完以上法條及規範，回歸本案例的伯伯是怎麼辦成功申請看護工的，因為雇主這樣看起來是同袍的兒子，沒有血緣關係，也不符合申請資格，能否請廖醫師說明？

廖醫師：我其實不記得當時申請人的名字是哪位，但這個案例在我心裡梗了很久，所以我想說再拿出來討論，當時我真的沒注意到申請人資格要三等親才能申請。

陶醫師：不管是誰，理論上來講應該都辦不成才對。那我再問一下廖醫師，這個病人在你心裡梗了很久，是為什麼？

廖醫師：因為我覺得我明明幫伯伯找了個看護，就他在最需要照顧的時候，也都沒出現過，讓我一直耿耿於懷，甚至有點受傷。

王老師：延續剛剛素玉組長問題，在這整個敘事裡面，伯伯本身精神狀況及對於整件事情了解度有多少？

廖醫師：一開始的時候我覺得伯伯是期待有看護來照顧他的。但後來伯伯住院後，我再問他看護到底有沒有去你家，伯伯才說實話其實看護從來沒有來過..

陶醫師：如果移工表示，這是我自願去賣麵的，因為有外快可以賺，這樣是否就構成無人犯罪的情況？

檢察官：依法律規定，並不是說你自願或非自願即可，以法律規範，就是不能做法律規定以外的工作。

(註 1：將外籍看護工的違法聘用與管理行為視為「無被害人犯罪」(Crimes without Victims or Victimless Crime)，就無被害人犯罪此一名詞而言，字面上的意義係指某一類的犯罪行為並無被害人存在，或是指此一行為是該行為人自願參與，本身並不覺得自己是所謂的被害人；我國外籍看護工的違法聘僱與管理事實上符合「無被害人」犯罪型態的諸多特徵，不僅犯罪人(雇主)本身不認為自身犯罪，被害人則基於某些理由而未暴露犯罪者的行為，致使該類犯罪罪行被揭發的比例遠低於實際犯刑案件數。引自：管理或剝削？家庭外籍看護工雇主的生存之道。陳正芬，台灣社會研究季刊第八十五期，2011 年 12 月)
(註 2：勿指派移工從事許可外工作！勞動局提醒：違者最高可罰 15 萬 _ ETtoday 政治新聞 _ ETtoday 新聞雲 20230117)

廖醫師：開巴氏量表的醫師資格是否有限制？

陳醫師：目前的確沒有限制。

陶醫師：可是我很難想到，婦產科有甚麼病可以開巴氏量表？

廖醫師：婦癌。

陳醫師：所以我們還是會視情況評估開立。

醫師分享：如符合規定都會開立，但耗時...費事，常需詢問家

	屬病人於家中狀況...擔心受騙上當，....。就是醫病間的信任問題，醫師有被欺騙的經驗，擔心會被視為共犯，很多醫師不願意隨便開立。 社工室素玉組長：我想請問如果有遇到病人要求醫師開(有符合開立巴氏量表資格)，但醫師不開的時候，是否有違反法律並影響病人權益？ PGY(周醫師)：如果是我，在病人住院期間，會做相關檢查，若病人的確有符合，就會在出院前開立巴氏量表給病人 陶醫師：如果這個病人住院天數已經超期了，會為了這張表多做相關檢查嗎？ PGY(周醫師)：這個部分還是跟病人討論看看，以病人權益為優先。 陶醫師：回應素玉組長問題，開立量表確實要為醫師，但卻沒有法律明文規定要怎開，所以當中會有很多模糊地帶，所以我自己覺得不開巴氏量表被打的醫師，會不會醫生本身有些特質惹怒病人？
相關領域	家庭看護工的工作內容，雇主及被看護者資格。 就業服務法 第 46 條。 裁量權，基層官僚：公職人員的困境 (Street-Level Bureaucracy：Dilemmas of the Individual in Public Services)。 韓戰反共義士相關影片背景資料。【人物故事】戰爭的印記 卜占才
學習目標	1.醫師對於開立巴氏量表如何拿捏分寸並評估。 2.巴氏量表開立牽涉問題比預期的廣，需要謹慎、觀察，以保護自己。
迴響/心靈小故事	巴氏量表評分項目雖明確，然而認定上尚難謂絕對客觀。部分仍受病人或家屬的描述(說法)、醫師或護理師的主觀認知等影響，也受到急性期時程長短的主觀判定所左右。醫師須擔心醫療暴力，受騙上當，同儕間的看法(或太鬆或太緊，相同病人醫師間看法可能不一致，收受利益)，或法律制裁等。可是醫療的最高目標不就是爭取病人的最大福祉嗎？因此，執行巴氏量表開立，除合乎法令外，亦應兼顧倫理考量，以病人福祉為依歸，才能完滿面對及處理這偶有爭議的難題。

六、醫學倫理委員會未來方向

(一) PGY 與住院醫師列席醫倫委員會參加討論

教學醫院評鑑條文 5.1.1 與 5.3.1 實習醫學生與住院醫師需悉知倫理委員會功能與運作，每次會議將請內、外、婦、兒、

急各派員 PGY1 一名，家醫科派總醫師，列席參與醫倫委員會。

※會議決議：

實習醫學生與住院醫師參加醫學倫理暨法律研討會，可以參與討論的到更多臨床實務上如何解決倫理困境，醫學倫理委員會請學生代表參加即可，第 2 季會議開始由家醫部總醫師擔任代表參加。

醫學倫理暨法律研討會可請陶宏洋組長依主題，邀請相關部科主管或有興趣同仁參加，可提供更多方的討論。

(二) 活體器官移植審查案件核備

議程提供會議期間活體器官移植審查案列表與追蹤術後狀況，必要時請移植外科列席說明。

※會議決議：

活體器官移植審查後續追蹤或移植外科報告併發症處理，由負責審查的 IRB 器官移植小組執行，案件再到醫倫委員會核備。

(三) 委員教育訓練

每次醫倫委員會輪流請一位委員提供 15 分鐘左右的倫理新知或倫理議題分享，與研討會分享合併核發 30 分鐘教育訓練證書。

※會議決議：

未來醫學倫理會議每季開會皆安排 15 分鐘左右的教育訓練，第二季會議由家醫部陳如意委員負責。

(四) 醫學倫理委員會倫理諮詢管理程序書表單電子化

倫理諮詢收案表與紀錄表電子化，將於整合資訊系統「教學研究行政業務申辦」新增，方便同仁線上申請。

※會議決議：

醫倫諮詢表單電子化可執行，倫理諮詢問題先請陳如意委員先判斷是否家醫部可處理，再視狀況由個別委員釋義。另外倫理案例可從醫院已結案的醫療糾紛案件討論，每季開會前請社工室提供，不需要詳細資料，簡要的結案報告即可。

肆、提案討論：

1. 修訂「高雄榮民總醫院醫學倫理委員會設置要點」，修正對照表如下。

※會議決議：同意修訂，修訂後設置要點公文奉核後再公告於網頁。

修正條文	原條文	修正說明
肆、組織：醫倫會置委員十五至二十五人，其中一人為召集人，委員包含法律專家學者及其他社會公正人士，醫院以外人士應達五分之二以上；任一性別委員不得低於 40%。由院長就有關本院相關部科、院外醫學倫理專家學者及公正社會人士聘任之，聘期為兩年，得連任，並定期接受教育訓練。本會置召集人一名，由院長自委員中遴聘。 本會置副召集人一名，由教學副院長擔任。 本會置委員兼執行秘書一人，由教研部主任兼任，承召集人之命，負責業務之推動。本會置委員兼副執行秘書一人，由教研部科主任兼任，協助執行秘書執行業務推動。幹事一人，由教研部指派，協助處理本會行政業務。	肆、組織：醫倫會置委員十五至二十五人，其中一人為召集人，委員包含法律專家學者及其他社會公正人士，醫院以外人士應達五分之二以上；任一性別委員不得低於 40%。由院長就有關本院相關部科、院外醫學倫理專家學者及公正社會人士聘任之，聘期為兩年，得連任，並定期接受教育訓練。本會置召集人一名，由院長自委員中遴聘。本會置副召集人一名，由教學副院長擔任。本會置委員兼執行秘書一人，由教研部主任兼任，承召集人之命，負責業務之推動。本會置委員兼副執行秘書一人，由教研部科主任兼任，協助執行秘書執行業務推動。幹事一人，由教研部指派，協助處理本會行政業務。	召集人由教學副院長擔任，刪除副召集人。
柒、會議規定： 醫倫會召開審查會議，由召集人為主席，召集人未能出席時，得由副召集人或指定委員一人為主席。醫倫會召	柒、會議規定： 醫倫會召開審查會議，由召集人為主席，召集人未能出席時，得由副召集人或指定委員一人為主席。醫倫會召	刪除副召集人

開審查會議，應有全體委員過半數出席始得開會。委員應親自出席，不得代理。出席委員應包含醫院外之委員一人以上，始得開會；應有出席委員過半數之同意始得決議，正反意見同數時，由主席裁決之。醫倫會召開審查會議時，得邀請有關專家學者列席諮詢。配合審查會議時間每年舉辦兩次委員教育訓練。	開審查會議，應有全體委員過半數出席始得開會。委員應親自出席，不得代理。出席委員應包含醫院外之委員一人以上，始得開會；應有出席委員過半數之同意始得決議，正反意見同數時，由主席裁決之。醫倫會召開審查會議時，得邀請有關專家學者列席諮詢。配合審查會議時間每年舉辦兩次委員教育訓練。	
--	--	--

2. 教學研究部醫事教學科預計出版“榮耀生命，總歸愛心-跨領域暨全人照護實踐與教案”，書籍內容是否涉及病人隱私與法律...等敏感議題，提案委員會討論。

※會議決議：教案內容請院外委員幫忙審閱提供建議。

伍、臨時動議:無

陸、會成:下午 15 時 30 分