

《醫療事故預防及爭議處理法》 實施與醫務社會工作者處理醫療 爭議之角色探討

張菡容、李國隆、劉奕君、張文馨

壹、緒論

一、前言：緣起

在臺灣，隨著全民健保政策實施，基本醫療服務已趨向普遍性和可及性，隨之而來的是醫療需求增加，醫療技術不斷發展，連帶對於病人安全與醫療服務品質之要求日益嚴格，隨著病人權利意識、消費者意識及醫療知識的提升，網路傳播媒體普及，醫療爭議的頻率和醫病關係複雜性亦逐漸增加。

醫療爭議的發生，若初步溝通無法達成雙方共識，過往多走向法律途徑尋求解決，然訴訟過程曠日廢時，對於病人及家屬而言，不僅病方勝訴率不高、無法獲得即時之情緒紓解和賠償，不斷沉浸傷痛中，心力交瘁，亦須傷財負擔龐大訴訟費用。另一方面對於醫師而言，頻繁面對冗長的刑事追訴程序可能造成心理壓力。不僅可能損害他們對醫療工作的熱情，造成

職業價值及認同感崩解，於後續執行醫療時不敢輕易承擔高風險醫療業務，開始有「防禦性醫療」行為，甚或影響醫師及護理人員執業選擇，造成內、外、婦、兒、急重症等相關高風險醫療科別人才流失，醫療人力不足衝擊，病房因而關閉，影響醫療服務效率及品質，環環相扣形成「醫病雙輸」局面。醫療爭議與糾紛所帶來的相關問題，直接影響挑戰著醫療體系實務現況，因此，針對這些問題進行深入研究，並尋找有效解決方案，為當前政策制定和醫療機構管理的重要議題。

二、問題背景與動機

目前21世紀全球的健康醫療體系注重「以病人為中心」的「全人醫療」照護準則，除了提供病人生理上治療照顧，亦關注心理、社會及靈性之全面性需求，並強調醫病之間充分協調與溝通，互相平等尊重，協助病人理解及共享醫療決策。醫務

社會工作者身為醫療團隊中的一員，既是病人及家屬的心理支持者，又是其與醫護人員之間的溝通橋樑。目前在臺灣許多醫院中，已將意見反映窗口和醫療爭議處理機制指派由醫務社會工作者執行。

《醫療事故預防及醫療爭議處理法》（2022）於2024年1月1日施行，立法旨在建立健全有效的醫療事故預防和爭議處理機制，強調積極解決爭議、修復受害者和醫療團隊之間的關係，提升醫療服務的透明度和信任度。其中依據第六條第二項規定，目前大多數區域級以上醫院皆設有「醫療事故關懷小組」，成員應包含下列人員之一：醫師、護理師、律師、法律顧問、法務人員或其他法律專業人員、社工人員、心理諮商人員、醫院管理、病人安全管理、護理行政或其他適當人員。當醫療事故發生，關懷小組可協助儘速向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。醫務社會工作者身為成員之一，協助提供即時關懷之角色，能夠更全面地評估了解病人及其家屬之需求，不僅關注醫療方面的問題，亦關心社會、心理方面的需要，可與病人及其家屬建立良好關係，提供支持並幫助其有效解決就醫過程之問題。

本文旨在針對《醫療事故預防及醫療爭議處理法》的實施，透過文獻綜述和分析，論述臺灣醫療體系中醫務社會工作者參與處理醫療爭議之具體角色作用及現

況，並針對2024年《醫療事故預防及爭議處理法》實施後，醫務社會工作者在其中的角色定位與影響進行討論，盼為醫務社會工作者參與處理醫療爭議提供新的思考與建議。

貳、文獻探討

一、醫療事故與爭議之定義

醫療糾紛或稱醫療爭議之定義有許多學者討論，李雲裳（1990）指出醫療糾紛泛指病患或其家屬在求醫過程中，對於醫事人員所提供之醫療行為、過程及結果無法接受或不滿意，而與醫院或醫事人員產生衝突之情境皆屬之。本文依據《醫療事故預防及爭議處理法》第三條，針對醫療事故及醫療爭議定義如下：

（一）醫療事故：指病人接受醫事機構之醫事服務，發生重大傷害或死亡之結果。但不包括因疾病本身或醫療處置不能避免之結果。

（二）醫療爭議：指病人方之當事人認為醫療不良結果應由醫事人員、醫事機構負責所生之爭議。

本文以下所提之醫療爭議與醫療事故主要依據上述界定之解釋。

二、修復式正義與醫預法精神

（一）修復式正義

1. 修復式正義的背景

修復式正義（restorative justice）並非是新興名詞或概念，臺灣亦有學者將其翻譯為「修復式司法」（鄧煌發，2008）。是一種以社區為機制，透過會議、調解、道歉、寬恕、賠償、服務、社區處遇等方式，回復犯罪之後所造成的傷害，透過和平方式解決犯罪案件之一種仲裁制度（許春金，2003；許春金等人，2004）。早在許多的原始社會中，就出現類似制度或運作方式。Marshall將修復式正義定義為在一個特定的犯罪事件中，利害相關的人聚集在一起，討論應如何處置該犯罪後果的一種過程。Braithwaite認為修復式正義的核心價值在於治療重於處罰、道德學習、社區參與與照顧、有尊嚴的對話、寬恕、責任、道歉與修補傷害（許春金，2003；許春金等人，2004）。

2. 修復式正義的核心價值

根據修復式正義之意義與精神，其有四項重要核心價值（Braithwaite, 2003）。

（1）增權——被害人的心聲與參與：被害人的心聲與其立場有機會被聽見，他們可以透過面質加害人而獲得充權，以及參與結果的決定。

（2）平等關注被害人的驗證和加害人的責任：被害人對於事件的敘述可有所驗證，而加害人也被要求要承擔一定責任。

（3）尊重傾聽-溝通與彈性的環境：

修復式司法程序可以依被害人的需求而制定。因為它是具有彈性與減少正式形式的。

（4）關係的修復：修復式司法制度可以將目標設定在兩造關係要繼續維持下去的狀況。它可以提供一個修復兩造關係的機會。在修復式正義的過程中，被害人的參與、體諒與寬恕是最主要的精神之一。

3. 實務作法

傳統上對於「正義」的概念，往往是藉由刑罰的方式達成的「應報式正義」，或是藉由補償社會的「賠償式正義」。修復式正義不同於這些常見概念，目標並非在給予加害人痛苦，而是希望加害人在修復過程中，了解被害人的傷痛；被害人也能夠在與加害人對話過程中，了解加害人行為動機，促進雙方都能夠有完整時間表達自己的觀點與看法，進而了解彼此，達成共識，修復關係。傳統應報式正義看重責任之歸屬，對錯的追究，只要有傷害，假設一定有某些人該負起責任，調處重點在於責任之賠償。然而醫療過程有太多專業性及不確定性，若只強調責任，雙方便會執著於對錯的攻防，原本高度信任的醫病關係盪然無存，轉成敵對仇恨。而受傷害的病人或家屬，由於事件本身已承受許多傷痛，還要武裝自己進行司法攻防，與曾經十分信任的醫師對簿公堂，其內心之矛盾壓力可以預見。

（二）醫預法中蘊含修復式正義之精神

修復式正義觀點套用至醫療爭議中，主要關注促進對話和調解，提供一個安全可靠的對話平臺，讓雙方能面對面談話，說出他們因事件所遭受之生理、心理上的痛苦及創傷，相互理解與同理。著重在修補傷害，而不一定以判定對錯、認錯或追究責任為前提，故醫方可以安全地對病方所經歷之傷害與痛苦表達「難過」、「遺憾」等，使病方得到撫慰；病方可以清楚表達自己的心聲，並真誠地對醫方表示肯定與謝意，透過對話，讓雙方互相傾聽，同理了解彼此的感受，使醫病關係得以修復，此亦為《醫療事故預防及爭議處理法》之精神。

三、醫務社會工作者處理醫療爭議之角色

（一）服務模式與介入角色

醫務社工係基於社工知識與技術的運用，並結合全人照顧、社會健康價值信念下，以心理暨社會層面的介入為核心，包含「心理暨社會評估與處遇」與「衛生福利及各種社會資源運用」，並以醫療團隊的一員之角色，共同協助病患及家屬排除就醫過程中所遇之障礙，不但使疾病早日痊癒，病患達到身心平衡，並使因疾病產生之各種社會問題得以解決，促進社區民眾健康（莫藜藜，2002，2020）。

陳武宗（1999）指出醫院社工部門

存在於組織裡的信念，也是社工實踐行動依循參考準則：（1）維持醫療的公平性。（2）保障病人基本權益。（3）維持適當、有效的醫病關係。（4）降低疾病對家庭造成的破壞程度。（5）降低非醫療因素對疾病治療過程的干擾；協助患者盡速取得適當的醫療服務。（6）重視生理—心理—社會模式的整體服務觀念與團隊合作精神。（7）倡導醫療人權與健康促進理念之實踐。

因政府健全醫療體系的介入政策與醫院評鑑制度的推行，帶來國內社會工作在各層級醫院的擴展，讓社工部門設立與社工人力雇用的制度化（陳武宗，2016）。陳武宗等人（2009）指出，臺灣醫療體制重視醫病關係經營，在配合醫院醫療爭議制度和專業團隊建立的同時，社會工作者實有必要在醫療爭議領域發展衝突解決的專業知能，有效協助醫病雙方化解衝突，藉由溝通協商的管道展現醫療人權與正義的內涵。

Abri等人（2019）認為醫務社會工作者直接服務之角色有：倡導者、支持者、教育者、聯絡人、服務提供者、諮詢者、出院計畫和後續追蹤者、需求評估者、危機干預者。Craig與Muskat（2013）對於醫務社工角色論述的研究則認為在醫院內社工有時扮演著保鏢（衝突調停者）、清潔人員（麻煩問題解決者）、黏著劑（系統連結病人、家庭、治療計畫及醫護團隊

者）、經紀人（促進訊息聯繫溝通者）、消防員（危機干預者）、雜耍人（轉換應對各種角色任務）。

黃俐婷（2004）指出，隨著全民健保的實施，醫務社會工作者的角色由早期經濟問題的協助，進展至近期的角色多元化，其中醫療團隊參與角色已漸成趨勢。陳武宗等人（2009）研究結果發現，醫院社會工作部門多數均參與處理醫療爭議事件、社會工作者對介入醫療爭議持傾向正面態度，確實扮演病患權益維護者與醫病之間主要溝通橋樑、在職教育講師、案例統計分析，以及人員考核的間接評估者等角色，並藉由教育者與間接評估者角色，促成防範醫療爭議的發生與改善醫療流程。協助化解和預防醫療爭議，有助提升社工專業地位。李雲裳（1990）綜合文獻整理出醫務社會工作者在處理醫療爭議過程中較傾向於實務解決問題之角色：增進能力者、中間者、照顧者、倡導者。

Caputi（1978）將醫務社會工作者分為十六種角色，包括：診斷者、諮商者、教育者、行為改變者、倡導者、協調者、聯繫者、協助者、諮詢者、行政者、推動者、支持者、研究者、轉介者、創新者、組織者。

柯智慧（2004）研究整理醫務社會工作者之角色區分為三大類別：

（1）直接服務角色：臨床者、諮詢者、支持者、忠告者、治療者。

（2）間接服務角色：組織者、促進者、行政者、研究者、資源開發者、轉介者。

（3）合併服務角色：倡導者、教育者、方案發展者、仲介者、使能者、調解者。

筆者依據上述許多學者研究文獻，鑒於醫院中處理醫療爭議之實務經驗，依據介入處理醫療爭議案件時序將其分類為前、中、後期如下：

（1）醫療爭議案件前期：預防，教育宣導，對於疑似醫療事故案件進行即時介入關懷及擔任聯繫窗口。

（2）醫療爭議案件中期：協調各方促進溝通，情緒支持關懷，提供資訊和解釋，擔任衝突調解者。

（3）醫療爭議案件後期：結案，和解，病方及醫護方皆需給予關懷支持，聯絡案件後續行政事宜處理，並整理案件提供醫院進行督導改善，以提供教育提醒醫護人員於臨床工作之參考依據。亦可將其整理歸納進行研究，改善醫療服務的品質和滿意度，從而實現更有效的問題解決和服務提供。

根據上述，筆者整理出醫務社會工作者在處理醫療爭議中擔任的角色任務如表1。

表 1 醫務社會工作者在處理醫療爭議中的角色

	角色	醫務社會工作者角色任務
醫療爭議案件前期	使能者 (Enabler)	協助個案與家屬面對爭議事件發生，澄清問題及了解病人方的需求，並增強促進其面對解決問題的因應能力。 如：爭議事件發生後，協助病人方了解其治療過程，並引導病人方提出具體訴求
	倡導者 (Advocate)	確保病人方的最佳利益，維護病人方醫療知情、病歷資料申請的權益，協助病人方向醫療機構發聲。如：向醫療機構長官轉達案家訴求
	經紀人 (Broker)	除醫療爭議的介入外，亦要進行整體性的需求評估，注意到個案及案家與其社區資源，在爭議事件發生後的生活變化，串聯媒合適當的社會資源和服務
	協調者 (Coordinator)	扮演病人、家屬、醫療團隊間衝突情境的協調者角色，是醫務社會工作的重要任務（莫藜藜，2002）。擔任組織和協調相關單位的聯繫窗口，確保雙向訊息傳遞，得到所需支持和服務。從爭議案件處理開始至結案過程中負責協助相關事宜，包括溝通管道安排、追蹤案件處理進度、和解慰問協商進行、協議文件的製作和用印簽署、後續服務的安排等
醫療爭議案件中期	黏著劑 (系統連結者) (Glue)	在爭議解決過程中串聯病人、家庭、治療計畫和醫護團隊，扮演著系統連結者的角色，通常會參與討論和決策過程，促進所有相關方之溝通
	保鏢 (衝突調停者) (Bouncer)	衝突當事人之間的調停者，協助雙方進行溝通和協商，尋找共同的解決方案。了解雙方立場和需求，促進對話和理解，並協助達成雙方的協議共識

角色		醫務社會工作者角色任務
醫療爭議案件中期	諮詢者 (Consultant)	提供相關資訊之諮詢，協助醫病雙方了解其權益和法律程序，以及院內外醫療爭議調處相關資源和法令程序，促進雙方溝通並獲得協助資源，避免任一方於訊息誤解、未充分了解下，自行運用媒體網絡或其他方式，將衝突擴大
	資源連結者 (Resource Connector)	提供相關知識和訊息，協助個案了解權益和選擇，並連結相關資源和服務
	支持者 (Supporter)	協助個案及其家人處理面對突發事件時的情緒壓力，傾聽、同理並給予關懷以提供情感支持、訊息性支持和陪伴支持。處理爭議之過程存在著衝突和壓力，除了病人方，亦需給予醫療端院內員工關懷支持，傾聽同理雙方所遇困境。必要時，協助聯繫律師資源，陪同醫療端當事人前往警局製作筆錄或法院出庭等
	調解者 (Mediator)	擔任醫療爭議事件中溝通協調的窗口，以及中立的第三方，整理病人方所提出的疑義，轉知醫療機構當事人和管理階級，召開內部會議檢討，重新審視治療過程並凝聚共識，協助安排醫療說明以降低醫病雙方認知落差，轉化艱澀的醫療專業用詞，協助彼此對話和溝通，促使爭議能夠得到公平且合理的處理，促進解決糾紛的對話和協商
醫療爭議案件後期	教育者 (Educator)	提升醫護人員對醫療爭議的宣導預防及因應，並提高對於醫療爭議的敏感度，提醒醫療團隊避免醫療事故發生，並於潛在爭議事件發生時，能有應對準則可依循，了解院內相關管道處理流程，可即時轉介關懷小組介入關懷支持
	研究者 (Researcher)	醫預法規定醫療事故通報後，須將案例事件整理以進行根因分析與改善建議，提供醫護團隊及實務工作中後續改善醫療品質與醫病關係之參考依據。將其整理歸納進行研究改善醫療服務的品質和滿意度，從而實現更有效的問題解決和服務提供

資料來源：作者製表。

文獻探討中，發現大多數探討醫務社會工作者處理醫療爭議的角色相關文獻皆已超過十年以上，然而，目前已有許多醫院將意見反映窗口及醫療爭議關懷納入醫務社工服務業務之中。此次《醫療事故預防及爭議處理法》施行，法條規範將醫務社工納入醫療事故關懷小組的團隊人員組成之一，顯示未來此為更值得討論與關注之方向。

（二）醫務社工介入醫療爭議之角色困境與衝突

在處理醫療爭議的過程中，醫務社會工作者面臨著多重挑戰。首先，部分社工可能認為，醫療爭議牽涉到專業醫療知識、法律等專業領域，與社工專業的核心價值和專業技能有所不同，因此不應成為社工的工作範疇之一。李雲裳（1990）研究指出，社會工作者普遍同意醫療爭議處理是社會工作之服務項目之一，但認為本身尚未具備足夠能力獨立出面處理醫療爭議，應由醫院各方通力合作。由於缺乏醫學專業知識背景和相關培訓，社會工作者可能難以理解和應對醫療專業性質上的複雜問題，例如醫學術語、診斷流程、治療方案等。這可能導致在與醫療專業人員、病人及其家屬之間的溝通和協商中出現誤解或不當的處理方式，進而加劇爭議的複雜程度形成困境。

其次，醫務社會工作者在處理醫療爭

議時，往往難以明確界定服務對象。因醫療爭議涉及多方利益和角色，社工可能需同時考慮病人、家屬、醫療團隊、管理機構等各方需求和立場，使得工作更加複雜和困難。在處理醫療爭議時，承接各方不同立場之期待，因所處位置不同，顧此容易失彼，兩面不討好（張志豐，2009）。

張志豐（2009）研究指出，介入醫療爭議處理所產生的心理衝擊與壓力，有別於其他處遇所產生的倫理衝突，那些衝突可能只是一種兩難困境，但醫療爭議所直接衝擊的，往往是社工的核心價值，促使醫務社工得重新省思專業價值與存在意義，這也是社群如此嚴肅看待醫療爭議對專業影響的理由。

張真睿（2012）曾提及身為醫務社工處理醫療爭議的過程中，陷入醫方、病方、主管與自己期待之不同，落入價值與倫理衝突而導致自卑、自責、逃避及羞恥感的負面情緒，認為內心既矛盾又混淆，懷疑自己棄守身為社工應選擇與弱勢站在一起的初衷。進而思索醫療爭議牽涉許多不同專業與層面，醫務社會工作介入處理需具備相關專業知識，並須清楚自身角色立場、所面對情境、工作位置和界線、自身的價值態度與目的以與其他不同專業間合作對話，促進工作進行。林萬億與沈詩涵（2008）則提出認為醫務社會工作者被賦以處理醫院與病人的醫療爭議任務是臺灣醫療社會工作發展的歷史錯誤，服務案

主的社會工作者，一旦介入調解、說服、安撫，甚至化解醫院的醫療糾紛，必然陷入角色錯亂中，為病人倡導可能引發醫院反彈，有被解雇之虞；若立場偏向醫院，又怕傷害社會正義。社會工作者在這種裡外不是人的情況下，可能被案主或家屬恐嚇、毆打，造成人身安全疑慮。

綜合上述，部分社工可能認為醫療爭議及意見反映處理不應是社工的服務業務，其觀點可能受到專業範疇界定不確定性、專業責任認知、心理衝擊與壓力、工作負擔以及人身安全保障等因素的影響。這些因素的存在可能是造成相關文獻研究較少的原因之一，並值得進一步探討和研究。

參、《醫療事故預防及爭議處理法》介紹與重要性

一、立法背景與目的

醫療爭議的發生，若初步溝通無法達成雙方共識，往往會走向法律途徑尋求解決。在臺灣的醫療事故訴訟上，向來以刑事訴訟為主要之救濟途徑，大多數被害人對醫事人員進行刑事追訴之動機，多非基於報復心態而希冀醫護人員被論罪科刑，多數選擇先提出刑事告訴，讓檢察官先做初步調查後，再將調查過程所取得之資料及最終結果，作為提出民事損害賠償的基礎，此形成我國醫療訴訟實務上之一奇特

現象（吳振吉、洪冠予，2015）。然訴訟過程曠日廢時，對於病人及家屬而言，不僅病方勝訴率不高、無法獲得即時之情緒紓解和賠償，不斷沉浸傷痛中心力交瘁，亦須傷財花費龐大訴訟費用；另一方面對於醫師亦可能因頻繁面對冗長刑事追訴程序的心理壓力，逐漸澆熄對醫療工作的熱情，造成職業價值及認同感崩解，於後續執行醫療時不敢輕易承擔高風險醫療業務，開始有「防禦性醫療」行為，消極性避開風險醫療行為，不求有功但求無過，甚或影響醫師執業選擇，造成內、外、婦、兒、急重症等相關高風險醫療科別人才流失，醫療人力不足衝擊，進而影響醫療服務效率及品質，形成「醫病雙輸」。

醫療爭議一旦進入訴訟，醫療疏失的鑑定最高層級由衛生福利部醫事審議委員會鑑定小組進行。根據衛生福利部醫事審議委員會統計，1987～2022年受理委託醫事鑑定成案件數統計共12,481件，鑑定結果為有疏失之案件為1,012件，占總案件比率僅8%；鑑定結果為無疏失之案件為8,990件，占總案件比率72%；鑑定結果為無法認定有無疏失之案件為824件，占總案件比率6.6%。鑑定結果為非醫療糾紛之案件為435件，占總案件比率3.5%。刑事訴訟案件經檢察官偵查後之起訴率僅有一成，起訴後之定罪率僅有25%，均遠低於其他類型的刑事傷害案件。而民事訴訟的結果，病方勝訴後，獲得賠償的金

額，遠低於病方提起訴訟時的期待。故根據實證研究顯示，訴訟並非解決醫療爭議的最佳途徑。

李詩應與陳永綺（2013）亦指出，醫療事故紛爭解決憑藉司法訴訟並非最好的解決之法，法律論點有其本身特殊的限制，且法律是針對個人行為上特定責任的探討，然而醫療過失常是一連串過錯（error）的發生所造成，主要是系統或制度問題，訴訟結果僅找出該負責的個人，對系統制度問題之探討付之闕如，無法避免錯誤再次發生。醫療事故訴訟更可能造成醫療人員採取防衛方式：隱瞞事故、對病人及家屬的疑問不給予真摯回應、拒絕道歉及提供任何情報等，即使非事故也可能促進糾紛化，造成雙方不能互信之負面惡性循環。最終形成醫療崩壞，民眾無法有良好醫療照護環境，形成兩敗俱傷。

因此，衛生福利部為保障醫病雙方權益、促進醫病和諧關係、改善醫療執業環境及防禦醫療、確保病人安全、提升醫療品質，解決長期以來因醫療爭議訴訟衍生之醫病關係對立，以及高風險科別人才流失等問題，建立妥速醫療爭議處理機制，於2018年提出《醫療事故預防及爭議處理法》草案，並於2022年5月30日立法院三讀通過，6月22日總統府公告，2024年1月1日正式實施。

二、《醫療事故預防及爭議處理法》

醫療爭議案件中，病方的需要是被聽見、理解、信任、安全感、重建關係；而醫師之需要則是其專業被尊重，付出被肯定、被理解。《醫療事故預防及爭議處理法》的主要特點秉持「即時關懷」、「調解先行」、「事故預防」等三大原則：

（一）溝通關懷：醫療機構應即時進行病人關懷和協助，說明真相，建立互信，以緩和醫病緊張關係，避免爭議的發生。

（二）爭議調解：不論民事或刑事醫療訴訟，都應先經過調解。此外，中央主管機關將引入中立第三方，提供醫事專業諮詢和醫療爭議評析，以協助拉近雙方認知差距，消弭爭議，促成和解。期能達到「保障病人權益、促進醫病和諧、提升醫療品質」的目標。

（三）事故預防：《醫療事故預防及爭議處理法》規定建立醫療事故通報平臺，提供醫療機構及民眾進行重大醫療事故通報管道，於知悉重大醫療事故事件之日起七個工作日內，至通報系統進行事故發生通報。通報完成後四十五日內，完成根本原因分析及改善方案。

三、醫療事故關懷小組的設置

根據《醫療事故預防及爭議處理法》第六條第二項規定，醫療機構應組成「醫療事故關懷小組」，成員應包含下列人員

之一：醫師、護理師、律師、法律顧問、法務人員或其他法律專業人員、社工人員、心理諮商人員、醫院管理、病人安全管理、護理行政或其他適當人員。醫務社會工作者身為小組成員之一，目的是在醫療事故發生後，協助儘速向病人、家屬或其代理人說明醫療事故相關程序、權益、資訊，解釋法規，保障病人權益，並協助溝通，以建立信任和緩和緊張關係，並陪伴參與爭議調解，提供協助和關懷服務。例如提供心理支持、解答疑問、協助處理相關事宜等。

當醫療爭議發生時，若病方對醫療過程有疑義，可先與醫療院所溝通。如經溝通後，認為仍需要公正第三方介入時，可至醫療院所所在地衛生局尋求協助。衛生局主要提供醫病溝通管道，由醫療專業人員與法律專業人員共同合作，針對醫療爭議案件進行協調處理，並適時加入專家評析意見，以提供民眾公正意見，促成爭議雙方和解減訟止紛，並不作有無過失之認定。

肆、醫務社工處理醫療爭議之角色及討論

一、社會工作專業與醫療爭議案件處理之專業依循

(一) 社會工作專業關係原則

社會工作專業很重視專業關係的原

則，亦有許多學者提出對「專業關係」的看法。茲以Biestek（1957）的專業關係七原則為例：

（1）有目的的情感表達：社工在與個案互動時，表達情感的行為應有明確的目的和目標，以有效地促進個案的成長和改變。

（2）個別化：社工應根據個案的特定需求和情況，提供個別化的服務和評估，而非制式化的處理方式。

（3）適度的情感介入：社工在與個案互動時，應適度地表達情感，既不過於冷漠和客觀，也不過於情緒化和主觀，以維持專業性和有效性。

（4）接納：社工應以開放和接納的態度對待個案，尊重其價值觀、生活方式和選擇，並助其建立積極的自我身分。

（5）非批判的態度：社工在與個案互動時，應保持非批判的態度，避免對個案進行道德評價或價值判斷，以營造支持性和建設性的工作環境。

（6）案主的自我抉擇：社工應尊重個案的自主權和自我決定權，鼓勵其參與決策過程，並尊重其做出的選擇和決定。

（7）保密原則：社工應遵守專業倫理準則，對個案的相關個人資訊保密，除非存在必要的法律或道德義務需要披露。

上述七大原則雖自1957年提出，但至今仍是許多社會工作者在個案工作中所遵循的基本原則。這七個原則不但適用於社

工與一般個案間的關係，同樣地也適用在醫療爭議案件中，醫務社工與病人及其家屬；以及醫務社工與案件中的醫療人員間的關係界定與互動觀念。

（二）社會工作師在處理醫療爭議案件中的倫理議題

以下就Reamer（1999）提出的倫理議題，試論社工在醫療爭議中可能面臨的倫理兩難。

1. 專業價值和個人價值之間的衝突

許多社工人員投入職場時，志向是協助社會弱勢者，但醫療爭議的彼端並不一定是弱勢，且病人方常見以民事賠償為訴求，要求醫療端拿出「誠意」，甚至提出不合理的要求，如此可能與社工所認知的公平正義原則不同，甚至不一定能秉持真誠原則服務個案，然而立場偏頗，則可能落入未能保護病人方被差別待遇的疑慮。若遇病人方決定將爭議案件訴諸媒體或法院，可能與社工期待的調處結果有落差，此時鼓勵其自主又存在著矛盾。

2. 專業價值與機構科層體制之衝突

社工以協助醫療事故者的角色出發，倡議病人權益、維護病人福祉，但終究是醫療機構的受僱者，同時有義務要遵守機構政策，保護醫療方的權益，部分社工即便支持病人方但無意與醫療方對抗。且因專業特性，社工在處理爭議的過程中會知悉病人方的個人背景或家庭互動，依照社

工倫理守則的指引，社工理應負有保密義務，但此亦為醫療端了解及評估病人方的重要資訊，揭露程度的拿捏實屬不易。

（三）社工處理醫療爭議之優勢層面

社會工作專業以助人為本質，醫務社會工作者能夠更全面地了解病人及其家屬的需求和關切，不僅僅關注醫療方面的問題，還關心社會、心理和情感方面的需要，可以與病人及其家屬建立良好的關係，幫助其有效解決問題，並提供支持和溝通管道。處理醫療爭議的其他專業人員從其專業角度之脈絡思考，如法律、公關、醫管及品質層面等，各有其不同解決問題方式，但主要多為從醫院角度及法律層面出發。社會工作之訓練本質注重同理及以人為中心，運用專業養成，對於建立關係與溝通有幫助優勢。在醫療爭議發生之當下，雙方各有負面情緒時，有居中緩頰斡旋之第三者，可有助於溝通，適時協助澄清促進雙方減少誤解。

李雲裳（1990）研究結果顯示大部分社工受訪者皆肯定處理醫療糾紛是社會工作服務項目之一，且醫院對社會工作者的肯定程度越高，乃是推動醫務社會工作的一大動力。由醫務社會工作者協助處理醫療爭議和醫療事故，能讓醫務社工在組織團隊中之能見度增加，增進在團隊中之合作關係，有助提升專業地位。另一方面，可協助減輕醫護人員的負擔，使其可專注

於提供醫療服務，而不是花費過多時間和精力應對醫療爭議和訴訟。這樣可以提高醫療團隊的工作效率，同時也有助於改善醫療服務的品質和滿意度。

（四）社工處理醫療爭議之反對觀點與挑戰

實務工作中，部分醫務社工對於醫療爭議處理是否應該納入其業務範疇存在不同觀點，有另一派聲音反對將意見反映窗口和醫療爭議處理機制交由醫務社會工作者執行。這些觀點可能受到多重因素的影響。筆者依據實務工作經驗及綜合文獻整理出醫務社會工作者在處理醫療爭議時可能面臨之挑戰困境，包括以下幾個方面。

1. 專業培訓不足

醫務社會工作者的專業領域主要在心理諮詢、社會支持和社會工作等方面，然而處理醫療爭議的過程中，可能涉及法律、醫學、倫理等多方面範疇，因專業培養方向不同，醫務社工雖熟悉溝通技巧，但醫學和法學的訓練深度不足，缺乏足夠的專業知識和教育養成背景，難以有效應對醫療爭議和糾紛。只能藉由諮詢其他專業、前人的經驗傳授或是進入職場後的自我精進來克服。

2. 中立性與病人利益之間的衝突

醫務社會工作者需在醫院與病人及其家屬之間扮演中立的角色，同時又要確保病人的權益得到保障，這可能會引發角色

衝突。

3. 與醫療團隊的關係

醫務社會工作者需與醫護人員密切合作，但有時可能需要在病人和醫療團隊之間進行溝通，這可能會造成醫務社會工作者在角色立場上的困難。

4. 法律與倫理準則的壓力

醫務社會工作者需要遵守相關的法律法規和職業倫理準則，但在處理醫療爭議時，這些準則可能會產生衝突，需要做出艱難的抉擇。

5. 情緒及壓力負荷

翁茹婷（2010）研究提及，醫院個案有其特殊性，生老病死的樣貌近在眼前，而社會工作是高度關懷他人的工作，必須處理病人及家屬的痛苦、失望，與協助醫病關係中醫護人員的無奈、憤怒，負面情緒吸收與釋放越顯重要，否則將帶來低工作滿足與高流動率。

6. 無決策權影響處理時效

醫務社工並非處理醫療爭議之決策者，於溝通中經常受質疑表示「為什麼要派沒有決定權的人來，又沒辦法給承諾」。第一線處理醫療爭議人員的任務是反映病人方訴求、協助情緒紓解，大多沒有實質決策權，遑論部分醫療事故或爭議需要經過專業人士釐清爭議，處理時效常不如民眾預期，加深社工處理難度。

7. 工作負擔

社工在醫療機構中已承擔著多項臨床

工作，包括心理支持、病人輔導、家庭介入等，如果再加上處理醫療爭議的工作，可能會增加其工作負擔，進而排擠影響其他臨床工作之效率和質量。

8. 難以呈現績效

許多醫療爭議案件結果多以金錢和解決方式作收，醫院經營管理者最直接觀察到的是成本虧損，無法凸顯社工在醫療爭議事件中的停損角色，或是計算節省的成本。績效無法量化，連帶造成處理人員的獎勵制度不足，難以回饋在薪資上。

9. 人才培養不易

醫療爭議處理人員需熟悉醫療作業和行政流程，具備良好的溝通能力和團隊合作能力、有一定的抗壓力，人才培養需要付出成本。

10. 缺乏人身安全保障

林萬億與沈詩涵（2008）提出認為醫務社會工作者被賦以處理醫院與病人的醫療糾紛任務時，容易因角色立場受恐嚇威脅，造成人身安全疑慮。

綜合上述，醫務社會工作者在處理醫療爭議時，仍面臨著許多內部和外部的挑戰，雖然將意見反映窗口和醫療爭議處理機制交由醫務社工執行可能有一定優勢，但也需注意專業職責的界定、專業知識和能力的培訓、以及對社會工作者的心理支持和保護等方面的問題。

伍、結語與建議

病人在生病之後可能衍生社會及心理需求，醫務社工評估後協助其取得資源、排除相關阻礙。過去醫療團隊對社工處理醫療爭議的期待較高，認為社工擅長溝通，應可勝任醫療爭議的調解，社工肩負受理案件和參與調處的責任，但爭議案件的醫學和法律議題實非社工所能回應、相關流程的檢討及改善也非社工的專業，需由各方專業人士一同參與處理。在現今醫療越來越講究團隊分工合作的時代，各專業分別發揮所長，集眾人之力以提供醫療服務為環境趨勢，此概念亦為《醫療事故預防及爭議處理法》所用，明文將醫事、法律、社工、心理與醫院管理、病人管理、護理行政或其他適當人員等納入醫療事故小組，在《醫療事故預防及爭議處理法》中，醫療事故關懷並未指名單一單位主責，而是以「團隊」的概念為主。醫務社會工作者身為關懷小組成員之一，可專心將角色放在關心病人、員工於醫療爭議事件上所面臨之情緒及困難，協助促進溝通，將雙方意見傳遞，也讓處理醫療爭議事件有制度可依循。

醫療涉及高度專業性，當民眾缺乏相應知識卻對治療期待存在落差時，醫病兩端難以形成共識，需來回斡旋，處理爭議常需面對負向情緒或衝突，面對衝突之雙方經常會被情緒所左右，醫務社會工作者

可能需要處理病人及其家屬的情緒，亦須面對醫護人員對於醫療爭議於溝通過程中之反應，涉及到高度的情緒壓力和風險，需具備足夠心理調適和應對能力，同時也需處理自身的情緒，耗時又耗心力的過程導致社工承受情緒上的壓力負荷和內心價值衝突。故筆者認為擔任處理醫療爭議之角色，亦需重視專業能力培訓與情緒耗竭之管理訓練，並有院內不同單位之團隊合作提供諮詢資源，溝通及關懷過程需要醫療機構管理者及高層主管授權並給予支持。

制度、政策的制定，使醫療環境的醫病雙方權益受到維護，並讓醫病關係有更多互相溝通調解的機會，也更具有社會正義。並在醫療事故發生後，為確保病人安全並提升醫療品質，醫療機構就重大醫療事故事件須盡速完成根本原因分析及改善方案，並通報主管機關。在醫療事故預防及教育訓練上發揮作用，避免重大醫療事故之重複發生。

樂觀預期該法於2024年1月1日上路之後，藉由團隊分工及整合，群策群力共同處理醫療爭議案件，可望改善醫療爭議案件處理品質、提升醫病關係，對於醫療品質提升與友善醫療環境皆有助益。

立基於目前臺灣醫務社會工作者已有多數被納入處理醫療爭議之團隊中，扮演重要角色基礎，且《醫療事故預防及爭議處理法》於2024年1月1日施行後，

亦將社會工作者納入醫療事故關懷小組成員的角色，雖然各醫院之醫務社工目前受責付參與醫療爭議案件處理之深入範圍程度不同，然在未來勢必無法避免完全於參與處理醫療事故案件中置身事外。期待未來醫務社會工作者也能在此機制下，釐清實務背後的理論思維與新論述，如何延續運用社會工作相關專業知能與價值，提供醫病雙方更有益的協助、化解醫病對立，促進，更可在《醫療事故預防及爭議處理法》實施後，於醫療爭議調解制度建構與實務工作上有更多專業性看法及思考探討。

（本文作者：張菡容為衛生福利部雙和醫院社會工作室社工師；李國隆為衛生福利部雙和醫院社會工作室主任；劉奕君為衛生福利部雙和醫院社會工作室社工師；張文馨為衛生福利部雙和醫院社會工作室社工師）

關鍵詞：《醫療事故預防及爭議處理法》、醫預法、醫療爭議

參考文獻

- 《醫療事故預防及爭議處理法》（2022）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?pcode=L0020227>
- 吳振吉、洪冠予（2015）。〈由醫院管理者觀點談醫療糾紛處理及醫療事故補償法系列（二）：醫療糾紛處理及醫療事故補償法對於醫院管理之可能影響——兼論臺大醫院之實務經驗〉。《醫院》，48（3），2-13。
- 李雲裳（1990）。《社會工作者在醫療糾紛上角色期待之研究》。國泰綜合醫院。
- 李詩應、陳永綺（2013）。《當醫療遇上衝突糾紛，訴訟是最好的解決方法？》。原水。
- 林萬億、沈詩涵（2008）。〈邁向專精之路：臺灣社會工作的下一步？〉。《社區發展季刊》，121，199-233。
- 柯智慧（2004）。《醫務社會工作者應具備之醫務社會工作核心能力初探～以醫學中心為例》（碩士論文，東海大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/44kb93>
- 翁茹婷（2010）。《新進醫務社工的離職歷程之研究》（碩士論文，慈濟大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/87puad>
- 張志豐（2009）。《醫務社會工作者處理醫療爭議的經驗與對話》（碩士論文，國立臺灣大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/5whqk3>
- 張真睿（2012）。《一位醫務社會工作者處理醫療爭議的告白》（碩士論文，慈濟大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/by78yk>
- 莫藜藜（2002）。《醫療福利》。亞太。
- 莫藜藜（2020）。《醫務社會工作》（第二版）。松慧。
- 許春金（2003）。〈修復式正義的實踐理念與途徑——參與式刑事司法〉。《犯罪與刑事司法研究》，1，37-66。<https://doi.org/10.29861/CCJL.200307.0002>
- 許春金、陳玉書、黃蘭嫻、柯雨瑞、黃明昭、黃曉芬（2004）。《警察機關在修復式正義理論中角色扮演之研究》（計畫編號：PG9308-0326）。內政部警政署刑事警察局。<https://goo.gl/phqbgN>
- 陳武宗（1999）。〈社會工作在健康照護領域內之發展任務與倫理議題〉。《社區發展季刊》，86，109-115。
- 陳武宗（2016）。〈駐足回首：行動者書寫醫院社會工作歷史的若干想法〉。《當代社會工作學刊》，8，17-41。
- 陳武宗、賴宛瑜、郭惠旻、林東龍（2009）。〈歷史宿命或時代使命？台灣社會工作專業介入醫療爭議事件之分析〉。《臺灣社會工作學刊》，7，1-48。<https://doi.org/10.29814/>

TSW.200907.0001

- 黃俐婷（2004）。〈衝突處理過程分析——以醫務社會工作者參與醫療團隊工作為例〉。《臺灣社會工作學刊》，2，159-183。https://doi.org/10.29814/TSW.200407.0002
- 鄧煌發（2008）。〈二十一世紀刑事司法制度的新希望？——論修復式司法制度之內涵與困境〉。《中央警察大學犯罪防治學報》，13，117-142。
- Abri, S., & Asl, M. Z. (2019). Medical social workers: Current roles and tasks. *Journal of Qualitative Research in Health*, 8(2), 96-106.
- Braithwaite, J. (2003). Principles of restorative justice. In A. von Hirsch, J. V. Roberts, A. E. Bottoms, K. Roach, & M. Schiff (Eds.), *Restorative justice and criminal justice: Competing or reconcilable paradigms?* (pp. 1-20). Bloomsbury.
- Biestek, F. P. (1957). *The casework relationship*. Loyola University.
- Caputi, M. A. (1978). Social work in health care: Past and future. *Health & Social Work*, 3(1), 8-29. https://doi.org/10.1093/hsw/3.1.8
- Craig, S. L., & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*, 38(1), 7-16. https://doi.org/10.1093/hsw/hls064
- Reamer, F. G. (1999). *Social work values and ethics*. Columbia University.