

醫療爭議關懷指引手冊



衛生福利部

2022年11月



目錄

第一章	什麼是關懷	1
一、	什麼是關懷	2
二、	關懷服務之目的	3
第二章	從醫療爭議的本質談起	5
一、	醫療爭議的本質	6
二、	認知衝突—醫病之間的認知落差	7
三、	情感衝突—當事人心理歷程與常見需要	8
四、	轉化衝突之鑰—增能轉移和認知轉移	11
第三章	關懷服務的內涵和項目	13
一、	即時關懷	15
二、	事故說明	17
三、	溝通對話	19
四、	提供協助	20
第四章	如何進行關懷	23
一、	關懷人員的角色	25
二、	關懷的倫理與行動規範	26
三、	關懷的基本原則	27



目錄

四、關懷時機.....	28
五、關懷場景.....	30
六、會談前準備.....	34
第五章 關懷技巧	37
一、傾聽.....	38
二、覺察.....	40
三、同理.....	42
四、回應.....	45
第六章 醫療爭議法律責任與處理	47
一、醫療爭議法律責任.....	48
二、醫療爭議之處理.....	50
第七章 醫療爭議處理資源	55
一、外部關懷協力.....	56
二、醫療爭議處理資源介紹.....	60
第八章 案例分享	63
一、異物留存病人體內，主動說明關懷案.....	64
二、新生兒缺氧缺血性腦病變，協助申請生產事故救濟案... ..	67



目錄

三、高齡病人抱怨假牙修復過程疏失造成損壞案	70
四、糖尿病人於急診轉送加護病房期間發生低血糖案	73
五、闌尾炎併發腹腔內感染，家屬質疑延誤治療案	77
六、手術消毒藥水滲入眼睛導致視力損傷案	80
七、骨質疏鬆病人手術前擺位造成股骨骨折案	84
附件	
一、關懷及建立聯繫單張	87
二、院外關懷服務單張	89

第一章

什麼是關懷

一、什麼是關懷

二、關懷服務之目的





一、什麼是關懷

從 104 年《生產事故救濟條例》立法以來，明文規定事故發生時，醫療機構有進行說明、溝通，提供協助及關懷服務之法定義務。「關懷」或許很抽象，但身為醫療人員，或許可以換個角度理解，若自己或親人遇到醫療上非預期的結果時，除了期待醫療團隊用心治療之外，還有哪些作為可以讓您感到安心？不外乎知道「發生什麼事」、「接下來要怎麼治療」、「有哪些資源可以幫忙」等。這些醫療行為之外的療癒、關心病方的作為，與其說是義務，不如說亦是醫病關係的一部份，有關「溫度」的部分。

非預期結果的事件發生後，仍應努力維繫良好的醫病關係，第一線醫療人員是溝通關懷的當然角色，因此相關人員應具有初階的關懷能力。然而，當醫病關係持續緊張或糾紛產生時，就可能要透過關懷小組或相關專責人員的協助。參考《生產事故救濟條例》第 4 條第 1 項及《醫療事故預防及爭議處理法》第 6 條第 1 項，關懷就是在事故發生時，醫院 / 醫療機構對病方所提供的「**說明、溝通，並提供協助及關懷服務**」。

在制度設計上，因應醫療機構間資源及規模的差異，可有不同的執行彈性。具一定規模的醫療機構由「關懷小組」進行；規模較小的醫院或診所，則可指定「專業人員」或受過訓練的專人提供關懷，若其內部沒有適合的人力資源，亦可以與外部的其他機構、團體、公會或是後送醫院合作，對病方進行關懷。



誰來關懷？

醫療機構

- 由關懷小組進行。關懷小組成員建議包含醫療、法律、心理、社工等相關專業人員。

99 床以下醫院、診所

- 指定院內專業人員或受過相關訓練的專責人員進行。
- 委由外部專業機構、團體（例如醫師公會）或合作醫院協助關懷。

二、關懷服務之目的

醫病關係從信任開始，而醫療爭議的發生，往往是一連串情緒和不信任感逐漸累積的過程，甚至極有可能從不良事件發生前，就已經開始醞釀。醫療不良結果，像是衝突的導火線，但多數病方並不會在第一時間就訴諸爭議和法律途徑，關鍵在於事發後醫療端的面對及處理方式。

醫療糾紛病方當事人最常見的抱怨就是事故前求助無門、事發後不聞不問。在醫療的立場上或許並非刻意，可能因為當下急著處理緊急狀況、原因尚未明朗等，但缺乏回應確實可能導致病方無助感升高、信任崩解，進而衍生出更多懷疑、對立與衝突。

透過關懷人員即時關懷家屬、建立聯繫管道，不只能讓家屬知道病人情況及醫療端正在進行的努力，即使事件原因過程尚不明確，但至少可以維持信任關係，也較能掌握家屬有疑慮或在意之處，有助於後續的溝通協調。



因此，關懷的任務，不論是由第一線醫療人員、關懷小組或是指定專人來執行，都為了確保事故發生時，機構能迅速啟動回應機制，並達到下列目的：建立聯繫管道、緩和情緒、維持信任、及早偵測、預防糾紛。



圖一 關懷的目的

第二章

從醫療爭議的本質談起

- 一、醫療爭議的本質
- 二、認知衝突—醫病之間的認知落差
- 三、情感衝突—當事人心理歷程與常見需要
- 四、轉化衝突之鑰—增能轉移和認知轉移





一、醫療爭議的本質

醫療爭議是結合認知衝突與情感衝突下的產物，這兩種衝突都會使得溝通變得更加困難，最終釀成爭議。辨識衝突的成分，有助找到管理及因應策略。

認知衝突源自於醫病之間看待事情的方式不同，專業知識的門檻雖是主因，但是生長背景、家庭環境、文化等因素都可能造成認知落差。同一種治療方法，對病人來說是期待，醫療人員卻必須考量風險；有時醫療人員認為自己在過程中已經做了所有努力，但病方卻對結果不滿。認知衝突讓溝通變得無效，進而成為立場之爭。

情感衝突常是誘發醫糾的導火線，對於失去親人、失去健康的病方來說，原本就必須經歷從拒絕到接受的心理歷程，再加上醫療過程中可能感受到的委屈、憤怒、無助、自責等情緒累積，使得爭議和究責成為一種出口，許多賠償的主張只是包裝情緒的假議題。

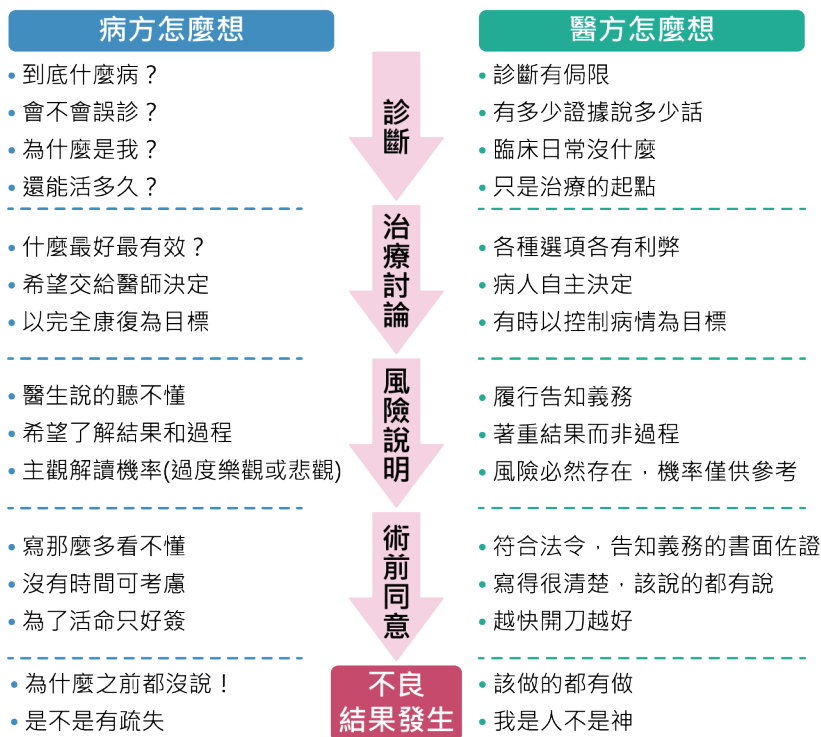
醫療事故或爭議的關懷先行，是從人本關懷的初衷出發，透過同理來理解衝突的原因（包括認知和情感），發掘衝突背後真正的需要，進而促進雙方有效的溝通對話、互相理解，才能找到化解醫療糾紛的著力點，而非把目標放在對錯或金錢賠償上。



二、認知衝突—醫病之間的認知落差

多數醫療糾紛，來自醫病間的認知差異與溝通不良。醫療過程中，從診斷告知、治療方案討論、術前風險告知與同意書簽署，到事後結果說明，都是常見認知分歧的起點，若未被妥善應對和處理，當不良結果發生時，認知落差就是糾紛引爆點。

落差的存在是客觀事實，並不是對錯問題（任何一方沒說清楚或沒聽清楚），關懷人員處理時，重點不應只放在有說、沒說，建議以開放心態去了解病方對於病情的理解、關切重點、期待或是需求，藉此找到醫病雙方所關注的共同點。



圖二 常見醫病認知落差

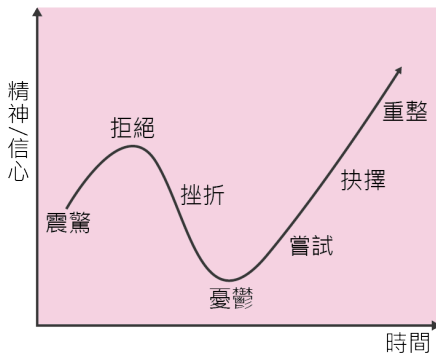


三、情感衝突—當事人心理歷程與常見需要

醫療爭議發生時，一般會認為只有病方需要被關懷，近幾年發現，醫病雙方都有被關懷的需求，特別是醫療人員因保密義務、自尊及擔心影響信賴等原因，不容易與他人分享自身遭遇到的困難，長期下來可能對身心造成影響。以下將分別介紹醫方及病方在遇到醫療爭議時的心理歷程。

(一) 醫療爭議當事人心理歷程 - 病人

在遇到重大事故時，病人或家屬一時之間難以接受，然而隨著時間的推進，心境會逐漸出現轉折，過去以較為知名的哀傷五階段理論：否認、憤怒、討價還價、沮喪到接受，描繪出病方的心理歷程；而以 The Kubler Ross Change Curve(改變曲線) 來看，隨著時間推進，病方的精神及信心上會經歷7個轉換過程(如下圖)，每個過程有其對應的情緒狀態，亦可能在上述過程中來回擺盪，最後才走到重整的階段，對自身遭遇的醫療事故賦予意義，不再糾結於事件本身而往前邁進。因此，在與病人接觸時，同時可以觀察對方目前可能處於哪個階段當中，給予適當的支持及同理。



圖三 The Kubler Ross 改變曲線【本書重繪】



(二) 醫療爭議當事人心理歷程 - 醫療人員

醫療爭議發生時，過去較常關注病人的狀態，事實上醫療人員亦需要關心，以因應可能出現的**第二受害者症候群** (Second Victim Syndrome)。這裡介紹從醫療事故發生起，醫療人員的心理歷程可能經歷以下六個階段：

第一階段

事件發生，開始經歷一段混亂和不確定，對事件的認知尚不明確，還要緊急處理病人的狀況，加上自責情緒，容易產生明顯的身心壓力。

第二階段

會不斷透過假設性問題進行反覆的自我檢討，產生侵入性反思 (例如：如果當時我再確認一次，是不是事情就不會發生)，進而產生自我懷疑、愧疚等負面情緒，並與外界斷絕接觸。

第三階段

產生自我懷疑與信心危機，如「不知道別人怎麼看我」、「我是否能被再次信任」，而傾向向有信任關係的人 (例如：同事、主管或朋友) 尋求支持。

第四階段

醫療人員須忍受不良事件的調查，且對自身專業產生焦慮感，擔憂工作穩定、執照及未來可能面臨的訴訟等。

第五階段

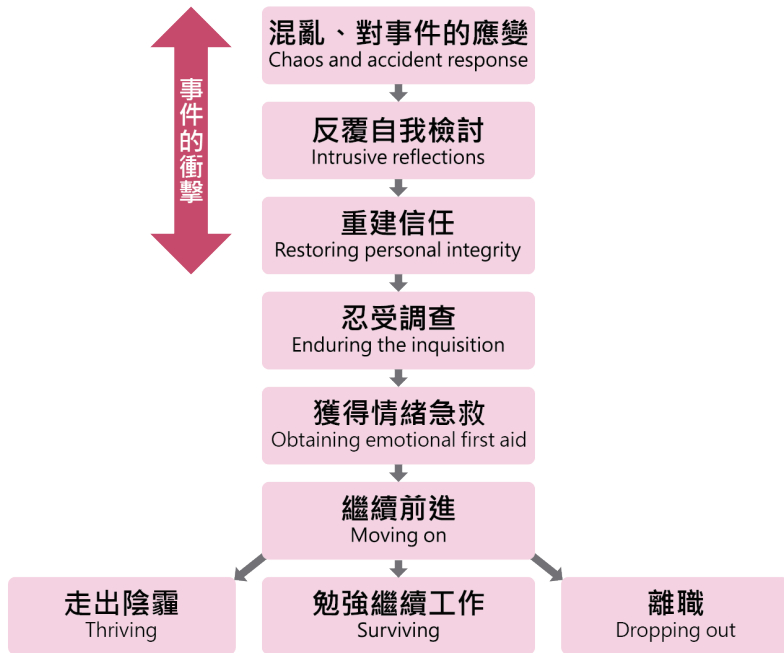
醫療人員傾向以各種形式尋求情感的支持，但可能因為隱私及法律的考量，增加求助的阻力。



第六階段

在經歷上述階段後，後續發展有以下三種可能性：1. 克服事件帶來的陰霾，從中得到學習與成長；2. 勉強能繼續工作，事件對當事人仍有一定程度的影響；3. 離開當前的環境或角色。

研究發現，事件發生後醫療人員的心理歷程是一定程度可被預測的，但許多醫療人員往往不知道該向誰求助，或是困擾於哪些內容可以說、哪些不能說，因此，建立機構內的正式支持計畫或流程有其必要性，以利在事件發生後能順利接觸有風險的醫療人員，並透過適當的關懷及支持，加快從事件中恢復並減輕對職涯的不利影響。



圖四 第二受害者心理歷程【引用自 Five Key Papers About Second Victim Syndrome；本書重繪】

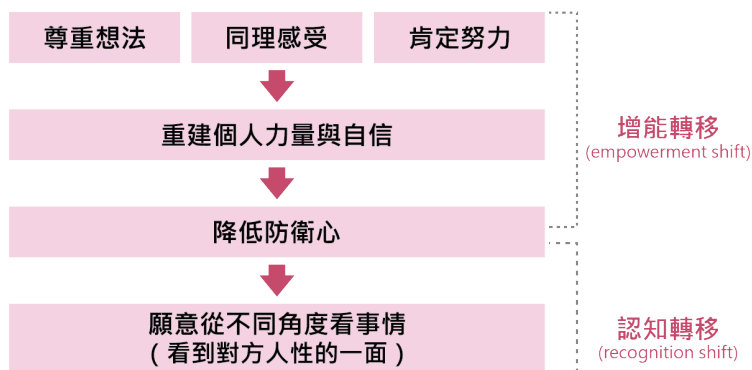


四、轉化衝突之鑰—增能轉移和認知轉移

衝突發生時，當事人會變得脆弱、敏感、封閉和自我關注 (self-absorbed)，心理的防衛機制啟動，將對方負面化與妖魔化，造成雙方關係越來疏離、具破壞性，這樣的結果又使當事人更加受傷、脆弱和封閉。但其實當事人都想擺脫這種傷害狀態。要打破這樣的負面循環，可透過兩個策略：增能轉移 (empowerment shift) 和認知轉移 (recognition shift)。

在關懷過程中的「尊重想法」、「同理感受」、「肯定努力 (善念)」都是增能的方式，讓當事人從防備的狀態，進入被了解、有安全感的狀態，防衛心會隨之降低，進而感覺自己有能力 and 自信來找出解決辦法。

降低防衛心之後，才有機會帶動認知的轉移，也就是讓雙方願意從不同的角度去看事情，看見對方人性的一面，進而產生理解與接受。關懷人員的目標，就是在對話中找到機會，為當事人增能，協助認知的轉移，引導雙方從破壞性互動走向具有建設性的互動。



圖五 以增能轉移及認知轉移轉化衝突



參考文獻

1. Peter A. Ubel · 生命的關鍵決定 · 大和書報圖書股份有限公司 · 頁 30-47, 頁 79-186 · 2013 年 7 月
2. 鄭若瑟、陳怡成 · 「醫療事故預防及爭議處理法」調解模式將遇到的挑戰 · 全國律師 · 22:8 期 · 2018 年 8 月
3. 江仲有 · 解決衝突與調解技巧 · 香港大學出版社 · 頁 9、頁 102-119 · 2013 年
4. 台灣臨床心理學會災難與創傷心理委員會 FB 粉絲專頁。安慰的藝術：如何陪伴受創悲傷者。連結：<https://www.facebook.com/1645481325674458/photos/a.1646913568864567.1073741831.1645481325674458/1646914178864506/?type=3&theater>(最後瀏覽：2021 年 10 月)
5. The Psychological First Aid Manual · 連結：https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/psych_firstaid_manual.asp(最後瀏覽：2021 年 10 月)
6. Kubler-Ross Change Curve · 連結：<https://www.ekrfoundationW.org/5-stages-of-grief/change-curve/>(最後瀏覽：2021 年 10 月)
7. Robert A. Baruch Bush and Joseph P. Folger: The Promise of Mediation, 1994
8. Mitzman J, Jones C, Mcnamara S, et al. Five Key Papers About Second Victim Syndrome, Curated Collection for Educators, 2019
9. S D Scott, L E Hirschinger, K R Cox, M McCoig, J Brandt, L W Hall. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events, Qual Saf Health Care 2009;18:325–330.
10. Christopher W. Moore, The mediation Process : practical strategies for resolving conflict, Jossey-Bass, San Francisco, 1986

第三章

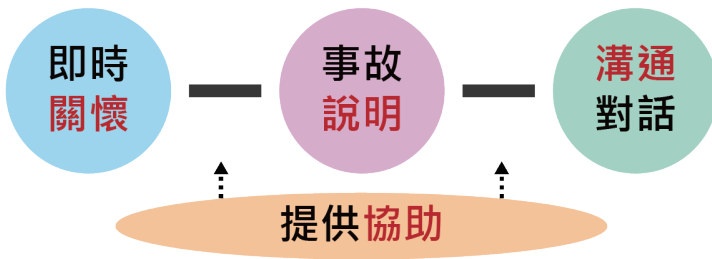
關懷服務的 內涵和項目

- 一、即時關懷
- 二、事故說明
- 三、溝通對話
- 四、提供協助





對病方的關懷服務包括四個項目：**即時關懷**、**事故說明**、**溝通對話**及**提供協助**。具體的執行形式可能因每個機構的規模、組織分工和人力資源不同而有差異。規模較大的醫院多已設置關懷小組，規模較小的醫院，則可能由特定的人員來進行關懷，當可能需要其他專業人員協助（如社工、法律、心理專業等），可以委託外部專業團體來支援。



圖六 病家關懷服務執行項目

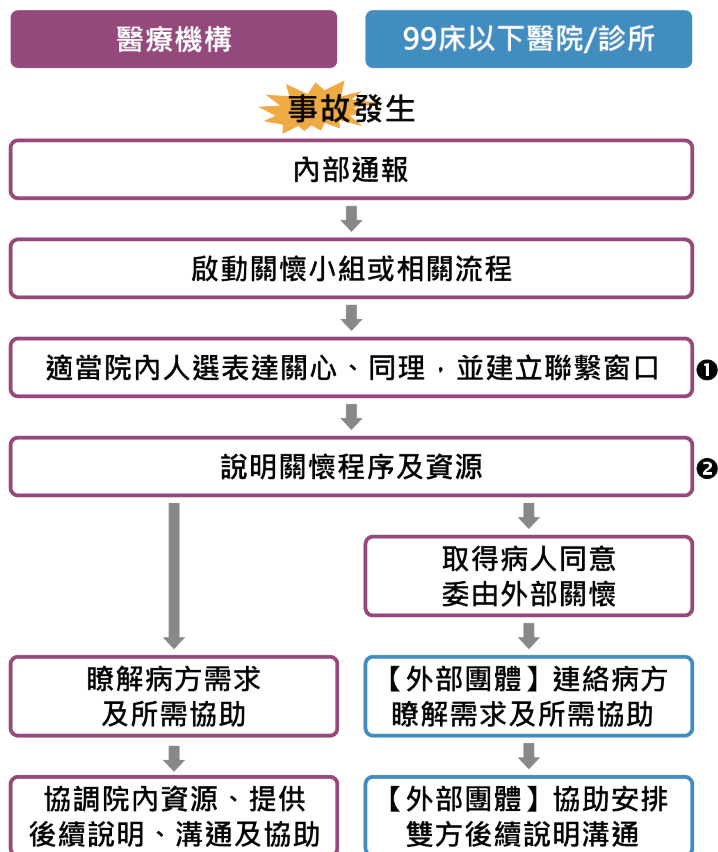
值得注意的是，99床以下的醫院及診所雖可委託第三方團體來進行關懷，但是外部關懷人員扮演的角色是促進和輔助雙方溝通，部分項目是第三方無法代勞的，包括第一時間與病方的聯繫以及病情事故有關的說明。

以下逐一介紹關懷的項目，供各醫院作為規劃流程的參考。



一、即時關懷

當醫療事故或爭議案件發生時，能在第一時間啟動關懷機制，有適當人選與病方建立聯繫窗口，了解需求、維持信任關係，有利後續的溝通與協商。



圖七 關懷服務流程

- ① 表達關懷與建立聯繫單張【附錄 87-88 頁】
- ② 醫療事故院外關懷服務：關懷策略與法律議題諮詢【附錄 89 頁】



關懷人員初次接觸病方—請要詳細說

關懷人員和病方的初次接觸是建立信任的關鍵，除了自我介紹，也可以說明自己的角色是病方與醫方之間的橋樑，而非代表醫院或代表病人。可以參考「請、要、詳、細、說」的口訣：

請 問候：與病人或家屬互動時，以他們喜歡的方式稱呼

要 介紹：介紹自己是誰及所擔任的工作

詳 說明：說明當時採取的方式及可能造成影響

細 問答：探詢病人需求、憂慮點，並適時給予回應

說 告退：親切說明後續處理，並徵詢下次關懷時間

圖八 請要詳細說口訣【內容摘引自奇美醫院；本書繪製】

即時關懷，醫院管理者該怎麼做？

- 建立醫療人員通報與求助 (call help) 管道與流程
- 建立病人求援制度
- 提升第一線同仁的警覺和危機辨識能力，並熟悉通報操作
- 為臨床醫療人員提供基礎關懷訓練
- 賦予現場主管處理的權責
- 建立應變支援團隊及啟動流程 (例如跨科別整合照護團隊、關懷小組、外部關懷機構團體等)

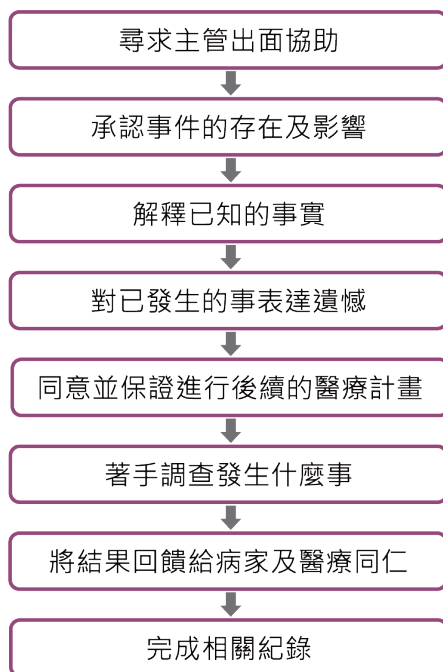


二、事故說明

醫療事故發生時，醫療人員在第一時間向病方說明，是醫病雙方維持互信的基礎，「開放性溝通」是必要的態度與技巧。「事故說明」原則上由醫療團隊進行，若爭議已發生，醫病之間的信任基礎動搖，可藉由關懷人員以較中立的立場，為雙方安排適合說明的時機和場合。

開放性溝通

開放性溝通是指在發生醫療不良事件時，與病人家屬以誠懇、不隱瞞、正面的態度進行溝通。開放性溝通的進行有 8 個步驟：



圖九 開放性溝通的 8 個步驟【引用自林宏榮（2016），本書重繪】



事故說明的技巧

事故說明雖應由醫療團隊進行，不過關懷人員可以協助醫療團隊以開放、懇切的態度，即時用口頭或書面的方式進行溝通，以病方能理解的語言使其了解事故發生的原因、經過等現階段能掌握的相關資訊（包括相關病歷資料或是外部專家意見）。一方面降低病方對於醫療事故或爭議的不安，另一方面則讓雙方更能全面的了解現況，以進行後續醫療決策。

以下參考澳洲推動開放性溝通的經驗，摘錄出事故說明的技巧和須注意的地方：

事故說明的技巧

- 即時、及時的回應
- 先同理家屬的情緒、辛苦、付出或憤怒
- 不急著歸咎責任給任何人
- 說明已知事實和明確的因果關係，不過度推測事件的原因和影響
- 使用家屬能理解的語言，避免使用太多術語
- 注意肢體語言（面對病家、保持眼神交流、點頭回應）
- 積極的傾聽（讓家屬有機會講述所經歷的過程和提出疑問，並肯定他們提供的資訊）
- 了解與確認家屬對後續醫療的合理期待
- 適時表達遺憾或歉意
- 對第一線的醫療人員表達關心和支持



三、溝通對話

醫療事故發生時，臨床醫療人員是第一線溝通的人，不過，若遇到某些情況，例如病人病況惡化、病情複雜需要支援或家屬表達不滿時，醫療人員可及時求助，由關懷人員來協助醫病之間的對話，避免衝突升溫。

在溝通對話階段，關懷人員的任務包括：表達同理、傾聽病方、使病方充分表達疑問和感受，進一步評估病方需求，讓後續的醫病對話能達到交集。

任務 1：使病家充分表達感受

- 讓病方有機會以他們的觀點描述所經歷的事實和過程
- 讓病方充分表達情緒、感受，以及事故造成的影響
- 肯定病方的情緒是可以理解的，並確認其感受
- 對於病人的疑問與擔憂表達真誠的關注

任務 2：傾聽與評估病家深層需求

- 評估病方對事件的理解
- 瞭解病方對於治療的期待
- 瞭解病人與家屬在家庭中的角色和關係、支持系統
- 確認病方主要關注點或具體訴求
- 評估分析病方抱怨或訴求背後的真正需求



任務 3：使醫病雙方瞭解對話的目標

- 確認醫病雙方對溝通對話的期待和意願
- 說明關懷員的協助角色
- 確認每次對話的目標，並協助雙方做好準備
- 發掘彼此未被對方看見的事實或正面努力

任務 4：以中立立場引導促進醫病對話

- 引導醫療人員主動針對病人疑問明確說明，而非被動回應
- 引導病方表達疑惑和感受，並協助過濾情緒用詞，轉譯成中性詞句
- 在溝通過程中確認病人能夠理解相關資訊
- 找出醫病之間共同目標或需求

四、提供協助

當病人因醫療事故造成生命、身體損傷，醫療機構首要的任務是確保病人獲得後續妥善治療（包括轉診），必要時協助家屬做出醫療決策，過程中也要同步考量事故對病方造成的心理衝擊和財務負擔，關懷小組可提供必要資源來協助病方因應。若有適合的社會資源可運用，亦可主動轉介或協助病方提出申請。



醫院對病家可提供的協助

- 協助轉診及後續治療
- 關心並提供基本需求（例如食物、飲水、衣物被褥、協助聯絡親友、靈性宗教服務等）
- 財務上的協助
- 安排心理諮商或悲傷輔導
- 協助申請藥害救濟、生產事故救濟及預防接種受害救濟
- 協助轉介其他社會資源或補助
- 提供語言、文化、聽語障礙導致之溝通困難協助*
（例如通譯、手語翻譯人員等）

* 溝通困難協助人員媒合，可洽衛生福利部醫療爭議關懷資源中心，電話 02-2351-0740。另可參考本手冊第七章「醫療爭議處理資源」。



參考文獻

1. 蔡秀男，江淑芬，醫療事故預防與關懷手冊，頁 26，高雄市政府衛生局，107 年
2. 和田仁孝、中西淑美著，李晨芸等人譯，醫療促進溝通調解——由敘事著手的衝突管理。頁 39-48，原水文化，2013 年
3. 廖淑月，認識自己：促進者的中立性與自我覺察，107 年修復促進者初階培訓課程學員手冊，頁 177-180，法務部
4. 林宏榮，醫糾預防第二劑——以開放性溝通建立醫療糾紛時的醫病互信關係，醫療品質雜誌，第 10 卷第 3 期，2016 年 5 月



5. 臺灣南投檢察署·修復式司法問答集·連結：www.ntc.moj.gov.tw/296976/297018/297077/297079/481814/post(最後瀏覽：2021年10月)
6. 奇美醫院關懷文化 CICARE (請要詳細說)·連結：https://www.chimei.org.tw/main/clh_department/79070/cicare/index.htm(最後瀏覽：2021年10月)
7. 王志嘉·醫療調解調處協商之成功與失敗案例經驗分享·醫療爭議處理品質提升系列研討會·財團法人藥害救濟基金會·2018年
8. 奇美醫院·從溝通到關懷·翻轉醫療爭議的軸線·2017年衛生福利部醫療爭議關懷調解人才培訓工作坊手冊
9. Open disclosure information for staff·連結：<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/safety+and+quality/governance+for+safety+and+quality/patient+incident+management+and+open+disclosure/open+disclosure+information+for+staff>(最後瀏覽：2021年11月)
10. Safety and Quality tool1-Open disclosure Quick guide to the open disclosure process ,SA Health
11. Safety and Quality tool2-Open disclosure Saying sorry A guide to expressing regret during open disclosure ,SA Health
12. Disclosure Checklist. Content last reviewed February 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/modules/checklist5.html>

第四章

如何進行關懷

- 一、關懷人員的角色
- 二、關懷的倫理與行動規範
- 三、關懷的基本原則
- 四、關懷時機
- 五、關懷場景
- 六、會談前準備

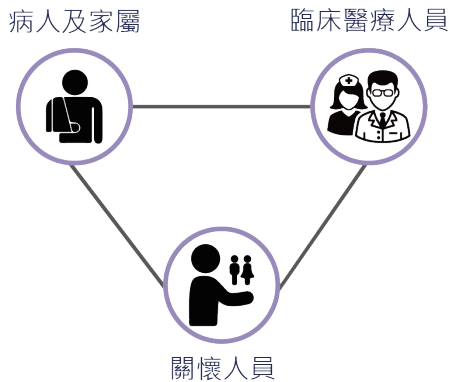




關懷小組 VS 關懷人員

醫療機構中，多數設有關懷小組或指定專人來負責關懷任務或醫糾協處。關懷小組常是跨專業、跨部門人員組成，包括管理階層、醫療、社工、護理、心理、法律專業等，並且視案件情況而有不同的分工，從聯繫窗口、陪伴關懷、醫療說明、院內檢討、員工關懷乃至協調會議的主持，關懷小組可在明確指揮鏈下，迅速收集資訊、決定處理方向、協調分工、整合院內資源、啟動跨科部提供醫療及非醫療支援等，來即時因應爭議事件。部分機構中，則是有專責的關懷人員或搭配外部專業團體，擔負起上述分工。

值得注意的是，不論是小組或是個人、院內或院外，在爭議關懷或面對病方的過程中，維持醫療方、病人方和關懷者的三方結構都是有必要的，不但有助信任感的建立，也較能創造對話和緩衝的空間。而明確的角色定位與行動規範，是三方結構的運作基礎。



圖十 溝通關懷的三方結構【引用自和田仁孝、中西淑美（2013年）；本書重繪】



一、關懷人員的角色

關懷人員的角色可以是以下三種：

表一 關懷人員角色分類

關心陪伴者

對遭逢傷痛的人給予陪伴與安慰，同理有助於建立心的連結。

支援協助者

了解當事人遭遇的困難和所需協助，幫助其尋找適合的院內或社會資源，例如藥害救濟、生產事故救濟等。

溝通促進者

關懷人員是站在「第三者」的立場，促進醫病雙方對話和溝通的角色，而非代替 / 代表醫療人員向病方溝通。為了促進溝通，關懷人員可事先了解病方所在意或疑慮的事項，協助雙方做好對話準備，並安排適合溝通的人、時、地，引導雙方表達想法、互相理解。



二、關懷的倫理與行動規範

1. **相對的中立**：有別於以往醫病雙方對立的交涉模式，關懷人員需要在過程中保持相對的中立，才能在醫病之間建立溝通、緩衝的空間。這樣的中立雖然不是像法官或調解委員那樣子結構或形式上的中立，但透過心態上保持客觀，以當事人為中心，真誠的關心、不偏袒的傾聽雙方，全力協助對話，仍能建立信賴關係，達到「過程上中立」，讓醫病雙方能在關懷人員協助下順暢溝通。這樣基於信賴關係所達到的中立性，不論院內的關懷人員或外部關懷人員都可適用。
2. **當事人自主**：當醫病之間發生衝突時，主角仍是雙方當事人，關懷人員不應做為傳話筒，而是在尊重當事人意願下，透過關懷、支持和賦能，增加醫病間充分對話的機會，讓當事人有機會以自己的意願和意識解決問題。
3. **開放與彈性**：關懷不以「解決問題」為目標，而是旨在建立雙方都可信任的溝通管道，不讓醫病關係繼續惡化，因此關懷人員應以開放的心態和彈性的作法，保持**不判斷、不說明、不提案、不評價**的4不原則，以維持中立與信任，並促進當事人自主解決問題。

關懷人員的自我定位

關懷者的角色不是幫忙「解決」問題，而是建立關係，透過同理、支持、賦能，協助當事人自己解決問題。



三、關懷的基本原則

關懷員面對高壓的醫療爭議時，可把握「輕、重、緩、急」的原則，做好心理建設：

面對情緒輕輕放下！

當事人的情緒只是對事件的反應方式，並非針對關懷人員本身而來，關懷者亦不須為他人情緒負責。避免太過看重對方負面的情緒，也無須以討好或取悅對方為目標。

重視訴求迅速回應！

面對家屬訴求時，院方回應速度要快，能讓病方感受院方重視程度，以建立信任。

輕

重

緩

急

事緩則圓！

醫療爭議處理過程可能很漫長，亟需耐心來應對，有時也需要等待，不要把目標放在「快速結案」，避免操之過急。

即早關懷、消弭糾紛！

事故發生時，要即時向家屬或代理人說明、溝通、提供協助及關懷，以避免情緒醞釀與不信任感的累積，越早介入，越能消弭糾紛於無形。

圖十一 關懷員的心理建設：「輕、重、緩、急」



四、關懷時機

院內進行關懷最常見的問題就是不知道該從何時介入關懷？以及由誰來關懷？

必須先釐清一個觀念，事故或爭議的關懷，不只是關懷小組 / 人員的責任，關懷人員的支援和協助不應取代原本醫病關係所衍生的責任義務。而且事故或爭議可能發生在假日或夜間，很難完全依靠關懷小組或人員來處理，因此仍應強調醫療人員的關懷角色，並且給予足夠的訓練，使其具備初階關懷溝通的能力，並且賦予現場主管處理權責，以利即時關懷。

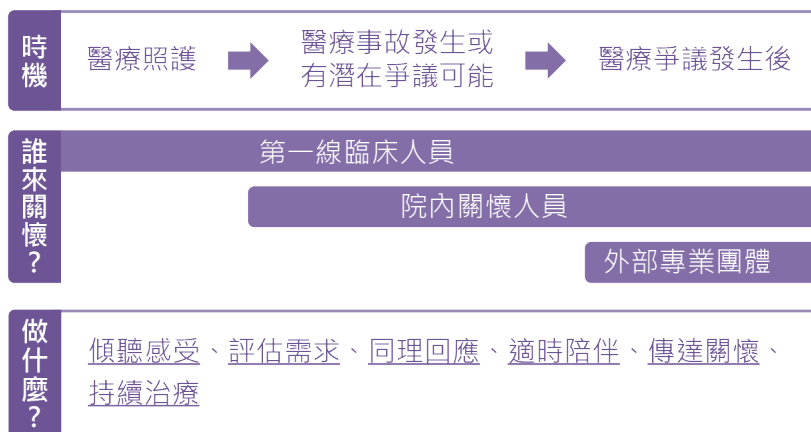
從就醫過程來看，當病人接受醫療照護時，第一線臨床人員便已開始關懷病人身心狀況、說明病情，了解病人的擔心與期待、溝通治療方向等，醫療人員是主角，才是關懷的常態。

若不幸發生醫療事故，或病人病況惡化有潛在醫療爭議的可能時，第一時間的說明相當重要，此時仍以第一線臨床人員為主，關懷人員可視情況介入，協助、支援或指導醫療團隊說明過程和結果。此外，可在此時建立聯繫窗口、透過適時陪伴、傾聽與傳達關心，建立基本的信任關係。

事故發生後，臨床醫療人員持續提供治療，並與關懷小組合作，同步處理病家的情緒與需求，以病人最大利益為共同目標，這時候保持溝通管道順暢更為重要，不僅能維繫信任，也讓病家理解醫療上的努力。



若醫病發生衝突，或形成爭議，關懷人員則進一步扮演促進溝通的角色，建立雙方的溝通平台，這方面可由院內關懷人員進行，或視情況委託外部專業團體派遣關懷人員協助進行。經評估後若病人及家屬需要其他社會資源，再協助轉介申請。



圖十二 關懷介入的時機與人員



五、關懷場景

關懷的項目包括即時關懷、事故說明、溝通對話、提供協助，具體執行方式大致可分為幾個場景：內部分析會議、員工關懷、病方關懷、醫病雙方會談（三方對話）。

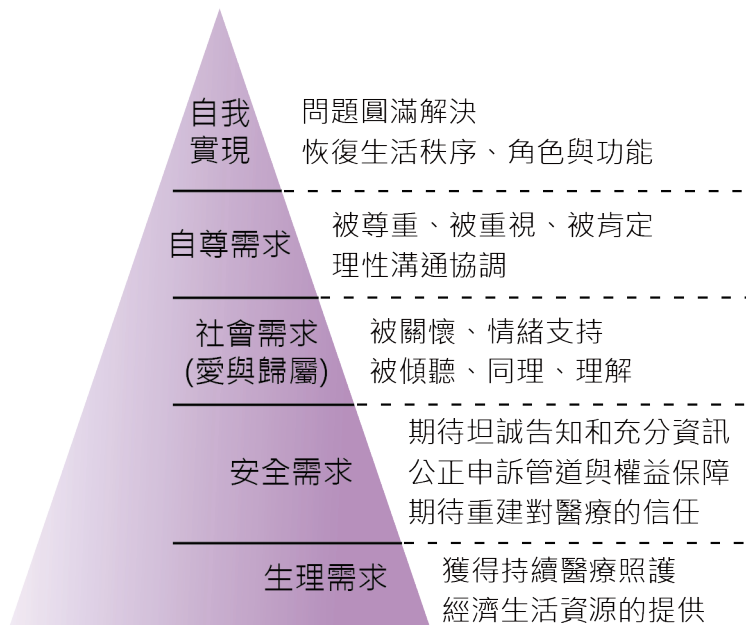
（一）內部分析會議

內部分析會議主要在院內召開，參與成員可能有院內決策高層、涉及事故過程的醫療人員、關懷小組成員等，主要目的在於釐清發生經過、啟動風險控管、爭點與訴求整理、取得內部共識、確立因應策略、團隊分工授權、建立對病方單一窗口及關懷員工等。

（二）病方關懷

病方關懷可以採個別式的專人關懷，也可以採取團隊說明或關懷會議的模式，關懷人員是以協調者和第三方的角色來介入，透過傾聽、同理，了解病方所在意的事，並進行需求的評估。掌握病方的需求和訴求，有助給予適切的關懷與準確回應。

在傾聽與溝通過程中，可善用馬斯洛的需求層次理論 (Maslow's hierarchy of needs) 作為基礎，了解病方面對醫療爭議或醫療事故時可能的各種心理需求與期待。而具體的個案的關懷評估，可以包括個人面、家庭面、醫療面和社會面，參考項目如下圖。



圖十三 病方的心理需求與期待【引用自蔡秀男、江淑芬 (2017)；本書重繪】



個人

- 病人年齡與原先狀態
- 疾病史、疾病嚴重度及預後
- 原本醫病關係
- 病人在家庭中角色

家庭

- 病家社經背景
- 有無支持系統(包括人力、物力與財力)
- 病家對疾病認知、期待或其他想法
- 事件對家庭經濟安全之影響
- 抱怨重點與具體訴求
- 病家關鍵人物(Key person)

醫療

- 醫療處置失誤的性質(如給藥、護理、誤診等)與失當程度
- 後續醫療或照護的需求

社會

- 媒體關注
- 民代關切
- 宗教信仰
- 其他相關因素

圖十四 病人與家屬關懷評估之重點【引用自蔡秀男、江淑芬 (2017) ; 本書重繪】

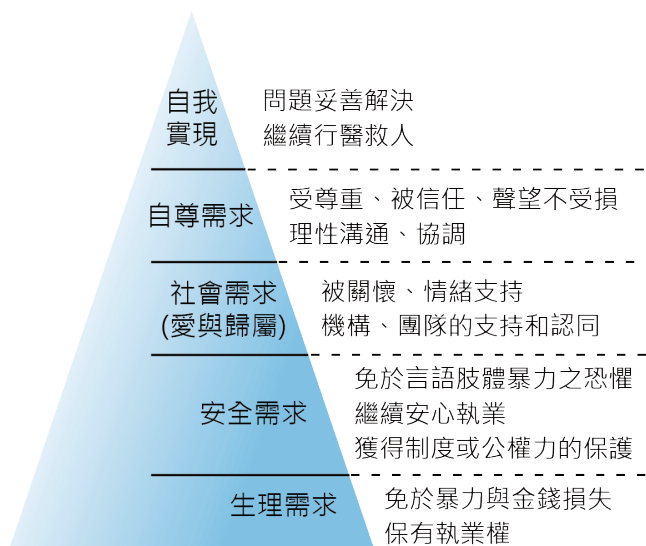


(三) 員工關懷

醫院所建立的醫療爭議事件處理機制中，員工關懷的執行是不可或缺的一環。

平時：建立員工關懷之機制或辦法、建立即時支援團隊與求助管道、於訓練課程中納入醫療爭議處理及預防議題、鼓勵通報和病人安全文化、針對爭議事件進行檢討、就醫糾賠償風險訂有適當之補助或互助措施等。

爭議發生時：藉由內部團隊會議或個別會談，由管理階層、科部主管或關懷小組團隊給予關懷與支持，並以團隊因應取代個人因應。提供醫療、法律、心理等支持資源，讓涉及事故或爭議的員工了解自己並不孤單，紓解工作壓力與情緒壓力。此外，以探究爭議事件或醫療事故發生之根本原因，尋求系統的改善，取代個人的究責。



圖十五 醫療人員心理需求分析【引用自蔡秀男、江淑芬 (2017)；本書重繪】



(四) 醫病對話 (說明會、協調會)

在確認雙方做好準備，可進入醫病對話階段，即可召開協調會議。會議的主持人可以是專責人員、亦常見是由院方高層擔任；若是委由外部專業機構、團體(例如醫師公會)協助關懷的機構，亦可藉由擅長調解或德高望重的外部專家主持。建議關懷員和醫病之間維持三方結構，以中立的立場聆聽雙方的想法、感受、需求、期待以及事件造成的影響等，並適時鼓勵表達。

六、會談前準備

關懷者在會談中擔任促進對話的角色，需具備真誠、同理、溝通特質，且接受過溝通關懷相關訓練，在會議前務必了解關懷價值及會談程序，也應遵守對話促進者角色立場與倫理。

院方須了解案情與雙方當事人需要，並評估當事人參加意願及陪同其出席人員，辦理會談前須確認當事人瞭解會談之意義與程序，注意雙方身體健康與精神狀態是否適合對話，確保安全並解答其疑問。

此外，會談場地建議讓當事人感覺舒適安全及友善和諧，座位安排須對等，對話時不會受環境干擾。



關懷人員個人準備

- 了解關懷價值及會談程序
- 真誠、同理、溝通特質
- 受過溝通關懷訓練
- 遵守關懷員角色立場與倫理
- 開場白準備及說話技巧



會談前準備

- 了解案情與雙方當事人需要
- 評估當事人參加意願
- 確認當事人瞭解會談之意義與程序
- 確認陪同親友或其他正面支持者
- 注意雙方身體健康與精神狀態是否適合對話
- 確保安全並解答其疑問



空間準備

- 舒適安全
- 友善和諧
- 不受干擾
- 平等對話



參考文獻

1. 和田仁孝、中西淑美著。李晨芸等人譯，醫療促進溝通調解——由敘事著手的衝突管理，頁 39-48，原水文化，2013 年
2. 蔡秀男、江淑芬，生產事故關懷手冊，衛生福利部，2017 年
3. 陳永綺、李詩應，醫院內溝通關懷調解員「中立性」的介紹，臺灣醫界。Vol.60, No.5，頁 38-41，2017 年
4. 林宏榮，醫糾預防針第一劑——跨越醫療糾紛與病人安全的鴻溝——談預應式醫糾處理 (Proactive Dispute Resolution, PDR)，醫療品質雜誌，第 10 卷、第 3 期，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、中華民國醫師公會全國聯合會，2016 年
5. Maslow, A.H.. A Theory of Human Motivation Psychological Review, 1943

第五章

關懷技巧

一、傾聽

二、覺察

三、同理

四、回應





關懷實務常見的溝通技巧包含傾聽、覺察、同理及回應。其概念有相似之處，需交替搭配使用才不至於流於形式。關懷技巧能輔助關懷人員進行溝通，但最重要的還是發自內心真誠的關懷。

一、傾聽

傾聽是溝通關懷最基本的技巧，指的是：在互動當下，盡可能專注於對方身上，聆聽對方的表達，體會表達背後所連結的想法、情緒、感受等內在狀態。良好的傾聽可以讓當事人感覺到安全、被尊重及被關懷，緩解緊張情緒，是有效溝通的第一步。良好的傾聽可參考以下做法：

- **專注的肢體語言**：將注意力放在病人或家屬身上，保持適當眼神接觸，上半身稍微前傾，保持身體輕鬆自然，採取開放的姿態。適時點頭或應聲回應，以示鼓勵和肯定，此外，也要避免令人分心的行為，如接電話、轉筆等。專注的態度，能讓當事人從互動中感受到被重視。
- **開放式提問**：封閉式問句常讓對方可用簡單的語詞回應（例如是 / 不是、有 / 沒有），開放性的問句則能讓對方有較大的表達空間，有助關懷人員獲得更多訊息，甚至了解對方思考邏輯。開放式問句較少問「為什麼」，較常問「什麼」、「怎麼」，以下舉例：
 - 問經過：能不能請您描述一下，當天抽血時的情形？
 - 問想法：有關這次的醫療費用，您的想法是什麼？
 - 問感受：對於醫生的說明，當下您有什麼感受？



- **觀察表達**：觀察當事人的語言與非語言的表達（面容神情、姿勢、手勢、音調變化等），試著去理解對方的感受，例如：有沒有明顯的情緒？口語表達和外在行為或表情是否一致？
- **停止評價**：傾聽時要保持開放和彈性的心態，準備迎接各種可能性，避免將所聽到和觀察到的對話內容，用自己經驗、習慣或看事情的角度形成判斷、評價，這可能會阻礙關懷員進一步發掘對方的潛在需求。可提醒自己放慢腳步，注意到醫病之間的觀點可能有所差異，盡可能從病方的角度出發，才能理解其需要和關注點。

聆聽者的7不原則

不說謊、不掩飾、不當評論家、不說藉口、不說明、不聊自己的事、不逼問。（東山紘久）

* 引用自東山紘久，傾聽 - 不可思議的力量。轉引自李詩應、陳永綺等人，醫病大和解，頁 66，2017 年。

- **開放式提問**：封閉式問句常讓對方可用簡單的語詞回應（例如是 / 不是、有 / 沒有），開放性的問句則能讓對方有較大的表達空間，有助關懷人員獲得更多訊息，甚至了解對方思考邏輯。開放式問句較少問「為什麼」，較常問「什麼」、「怎麼」，以下舉例：
 - 問經過：能不能請您描述一下，當天抽血時的情形？
 - 問想法：有關這次的醫療費用，您的想法是什麼？
 - 問感受：對於醫生的說明，當下您有什麼感受？



二、覺察

「總是不安，只好強悍」、「憤怒背後，總有傷痛」，這些都是形容當事人所表現的訴求或立場往往是表面的，若只在表面的訴求或立場上溝通，很容易陷入 Yes/No 或 Win/Lose 的立場之爭，找不到交集下，就會演變成衝突。覺察的目標就在於，探索及尋找當事人隱藏在表面立場或衝突議題背後的，真正的需求，進而協助找到滿足需求的策略。

例如病人主張要退費、換醫生，溝通的重點不在可以或不可以，而要進一步覺察、探索病人背後真正的需求，很可能是「希望醫師可以更關心我，讓我覺得安心」，或許就有機會找出符合雙方需求，創造雙贏的解決之道。

探索潛在需要的技巧可參考哈佛大學談判中心創辦人 Roger Fisher 教授所提出的 IPI 爭點分析模式或是心理學家 Marshall B. Rosenberg 所提出的非暴力溝通理論（又稱善意溝通），底下整理部分方法提供參考：

- **觀察情緒，並確認對方的感受。**可從外顯的情緒開始同理，開啟對話，讓當事人感受到關心。
- **先辨識感受、再連結到需要。**當事人的訴說、抱怨，常常參雜著事實、猜測、感覺、判斷與評價，容易使溝通和解決方案失焦，因此，可試著從對方表達中區分出「事實/事件」，以及因為這個事件而產生的「想法、情緒、感受」等，由此形成理解，有助於連結到背後的需要。
- **找尋重要線索。**可請對方多談談他所經歷的事實和過程，以理解對方思考的邏輯。



- 理解當事人深層的需要，並試著確認。每一個「不」後面，都有一個「要」，表面的情緒連結到的都是背後的需要。
- 共同討論出滿足需要的方法或策略。

表二 從病人主訴察覺需求並進一步回應 (範例)

	病人主訴	分析	回應
案例 1	A醫師真的很沒有醫德，我要求更換主治醫師。	只是表面的想法和評論，而不是真正的感受。	您看起來很生氣，可以告訴我是什麼原因讓您那麼生氣嗎？
案例 2	我住院三天A醫師都沒有來巡房！	沒遇到A醫師是病人所見事實(不見得A醫師沒有來)，病人生氣的情緒背後，其實是不安的感受。	您的意思是，沒有遇到A醫師來巡房，讓您對病情感到很不安嗎？
案例 3	病人：對啊，手術後那麼多天傷口還是很痛，不知道是不是發炎了？	探索「不要」背後的「要」，確認病人感受後，再連結到可滿足病人需要的策略。	聽起來您很擔心您的傷口狀況，希望醫師可以盡快來確認傷口狀況是嗎？



三、同理

同理是關懷的基本要素，也是實質的內涵。同理不等於認同，也不等於同情，同理心是願意轉換到對方的立場，理解對方內在的情緒、想法、經驗感受，同時也清楚知道自己的理解不完全等於對方的經驗，最後是把這份理解透過言語傳達給對方，並確認對方有接收到這份理解。

過程中要注意不否認、不評價、也不要勸說，當對方想表達的內涵有被充分理解，便能專注在重要問題的溝通上。

同理心運用在溝通技巧上的三個步驟：

- 察覺某種情緒出現 (Identify the presence of an emotion)
- 找出情緒的由來 (Identify the source of the emotion)
- 告訴他，你知道他這樣的情緒，說出他沒說出的隱喻
(Acknowledge the emotion)

以同理心回應的表達方式，可以利用「三段話同理」的技巧。

三段話同理

- ① 先三段話同理：
 - 回應內容 (重覆關鍵字，用自己的話再說一次)
 - 回應情緒 (把他的情緒說給他自己聽)
 - 弦外之音 (嘗試說出他擔心的事情)
- ② 同理後再說明 (對現況做說明解釋，提供未來需要的建議)
- ③ 再同理 (說出他聽完說明的心情)



範例

醫師問病人：是否願意再插管。病人勉強回答說：「我不知道，問我兒子...」，兒子問：「醫師，他插管就會好嗎？」

三段話同理

醫師：聽起來，你似乎不希望爸爸再一次被插管，是擔心會讓爸爸很不舒服嗎？

兒子：對啊，插管那麼痛，你們要保證會好，我們才要插管。

醫師：前兩次住院的時候，你看到爸爸插管一定覺得很心疼，如果我是你也會很不捨，如果有其他更好的治療方法不用插管，你一定會毫不猶豫讓他做對不對。

兒子：當然。我也希望我爸好起來，但我不要他再插管了。

醫師：嗯，我知道你希望讓爸爸舒服接受治療，不過，之前插管治療的效果還不錯，也有順利出院，可以告訴我這次為什麼會這麼擔心嗎？

兒子：插管插進去，也不知道會不會好，我朋友的爸爸，插管之後雖然有活下來，但是無法拔管，後來還氣切，現在要依賴呼吸器長期住院，花了很多錢，他們很後悔當初插管。

醫師：我如果是你應該也會很擔心，插管要一直插下去怎麼辦，不過每個病人的狀況不太一樣，我剛剛評估完爸爸的狀況，你想聽聽我的意見嗎？



說明

醫師：爸爸現在很喘，插管是為了幫助他能夠順暢呼吸，讓他舒服一點，後續才能好好治療他的肺炎，如果不插管，可能馬上會有生命危險；再者，依照剛剛檢查的結果，爸爸肺炎情況是可以治療的，其他器官功能也都還不錯，雖然不敢保證治療一定成功，但是根據前兩次治療他急性發作的經驗，我還是會建議你們接受插管治療。

再同理

醫師：我了解你們的顧慮，一方面想要讓爸爸好好治療，一方面也還是很擔心插管治療的後遺症。我想這個部分我們可以一起努力，在急性期度過後，我們會儘早開始協助他訓練呼吸，你們也要多鼓勵和陪伴他，這樣好嗎？

(本案例引用自臺中榮總黃曉峰醫師—PGY 六大核心課程醫病溝通與同理心訓練 PPT)



四、回應

結合上述傾聽、覺察、同理等技巧，回應的目的，就是傳遞理解並向對方確認，並且使對方客觀審視自己的表達。

重述（換句話說）是表達同理心最常用的回應技巧，也就是不帶評價的把所聽到的表達內容，經過自身的理解、整理並結合對方陳述的關鍵字句，用自己的語言複述或摘要出來。重述時，會把事實和感覺分開，一方面可以確認溝通訊息的正確性，另一方面可以促成對方從不同角度檢視自己的表達。回應的重點如下：

- 確認溝通訊息的正確性。
- 確認對方此時此刻的感受。
- 促成個案從不同的角度檢視自己的經驗。
- 進階的重述 - 肯定正面訊息或加入正向的解讀，包括病人或家屬的努力、角色、善意或具體行為。

範例

病人：「這個醫生看得太草率了，才看不到 1 分鐘就趕我走。」

關懷者：「您的意思是，剛剛門診的醫師看診速度比較快，讓您感到不安是嗎？」



範例

病人：「小姐，可不可以讓我們先看，我媽媽身體很虛弱，有糖尿病而且體力不好。」

【不適合的回應】

「每個人都在等，不是只有你們」、「不想等就不要看！」、「醫生的病人那麼多，每個人都不舒服啊，讓你先看那別人怎麼辦！」

【較佳的回應】

「您是說伯母等的比較久，體力有點支撐不住了，所以想知道還有多久會輪到你們嗎？」



參考文獻

1. 鄭逸如、何雪綾等，醫病溝通之鑰，頁 25-35、頁 35-43，2017 年
2. 和田仁孝、中西淑美著，李晨芸等人譯，醫療促進溝通調解——由敘事著手的衝突管理，頁 161-198、頁 199-233，原水文化，2013 年
3. 蔡秀男、江淑芬。醫療事故預防與關懷手冊。高雄市政府衛生局，107 年
4. 李詩應、陳永綺等人，醫病大和解，頁 156-160、61-63、66，方舟文化，2017 年
5. 同理心策略與技巧，連結：<https://www.ilong-termcare.com/Article/Detail/2218>(最後瀏覽：2021 年 10 月)

第六章

醫療爭議法律 責任與處理

一、醫療爭議法律責任

二、醫療爭議之處理





一、醫療爭議法律責任

當醫療爭議發生時，可能產生刑事、民事或行政上的責任：

(一) 刑事責任：

依《刑法》第 14 條第 1 項規定，行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。當醫師在執行醫療行為的過程中，因過失導致病患死亡、重傷或傷害時，即可能因其受傷程度不同，而面臨不同刑責。

表三 醫療爭議刑事責任

	過失傷害	過失致重傷害	過失致死
條文	刑法第284條前段	刑法第284條後段 (重傷定義：第10條 第4項)	刑法第276條
刑度	一年以下有期徒刑、 拘役、或十萬元 以下罰金	三年以下有期徒刑、 拘役、或三十萬元 以下罰金	五年以下有期徒刑、 拘役、或五十萬元 以下罰金

(二) 民事責任：

民事責任主要是處理賠償問題。醫療爭議發生時，可能產生的責任有侵權責任及契約上的責任，其請求權時效亦有所不同。此外，醫療契約係成立於醫療機構與病人之間，因此對醫事人員而言，除非本身即醫療機構的負責人，否則原則上僅需就其針對



病人身體上造成的傷害，及因此所生之損害，負擔侵權責任。反之，對醫療機構而言，主要係基於與病人間之醫療契約，負擔契約責任，然亦基於僱傭關係，與醫事人員連帶負侵權責任。

表四 醫療爭議民事責任與請求權時效

	醫事人員	醫療機構	請求權時效
侵權責任	民法第184條	民法第188條	2年 (民法第197條)
契約責任	民法第227條 民法第227-1條 (原則上限於私人診所開業醫師)	民法第224條 民法第227條 民法第227-1條	15年 (民法第125條)

(三) 行政責任：

除了民、刑事責任以外，醫療機構及醫事人員等亦應遵守醫療法、醫師法、護理人員法等相關規範，倘有違反，例如醫療業務管理有明顯疏失致病患傷亡，或病歷記載不實等，均可能另有相對應之行政責任。



二、醫療爭議之處理

醫療爭議發生時，當事人可選擇以訴訟或訴訟外之方式解決紛爭，差異如下：



圖十六 紛爭解決方式的類型與特色

(一) 訴訟程序

如果以訴訟方式解決醫療糾紛，不論是刑事或民事訴訟程序，都將曠日廢時：

1. 刑事訴訟程序

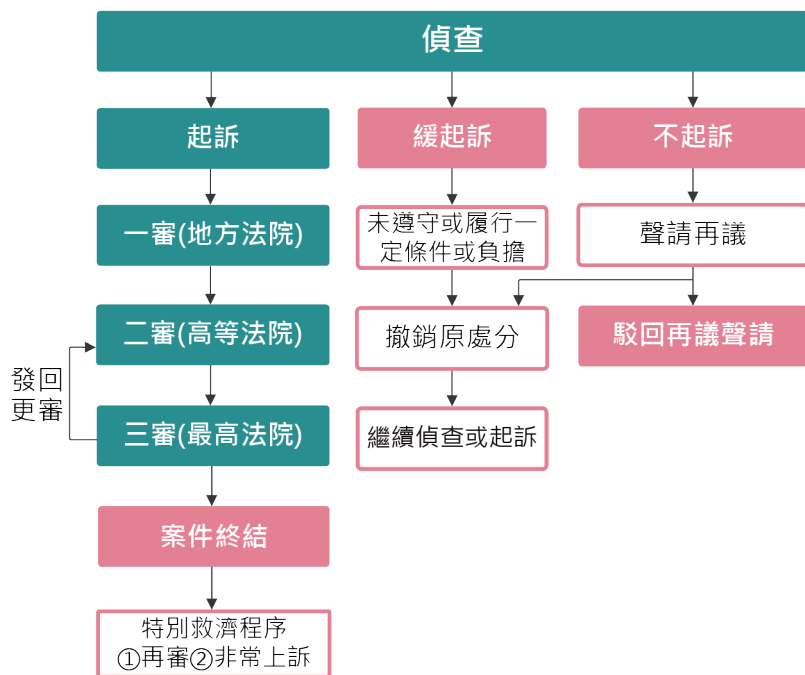
以刑事訴訟而言，開啟偵查後，可能起訴、緩起訴或不起訴處分。

倘若起訴，雖然我國的司法制度原則上採三級三審制，案件在歷經地方法院、高等法院及最高法院三個審級後，應能獲得確定判決。然因同時有更審制度，因此當判決尚未確定，於上訴



的救濟程序中，上級法院認為下級法院的判決有瑕疵時，即可能撤銷（刑事）或廢棄（民事）該判決，發回原下級法院更審（重新審判）。此外，縱使案件已經判決確定，亦仍有再審及非常上訴等特別救濟程序，以資救濟。

若被告獲得緩起訴處分（暫時不予起訴），則其須在緩起訴的一定期間內遵守或履行一定條件或負擔，例如道歉或賠償等；又若被告獲得不起訴處分，告訴人得針對該處分聲請再議。倘告訴人再議成功，或被告因未遵守或履行一定條件或負擔，致緩起訴遭撤銷，均將恢復原來偵查程序，續行偵辦。

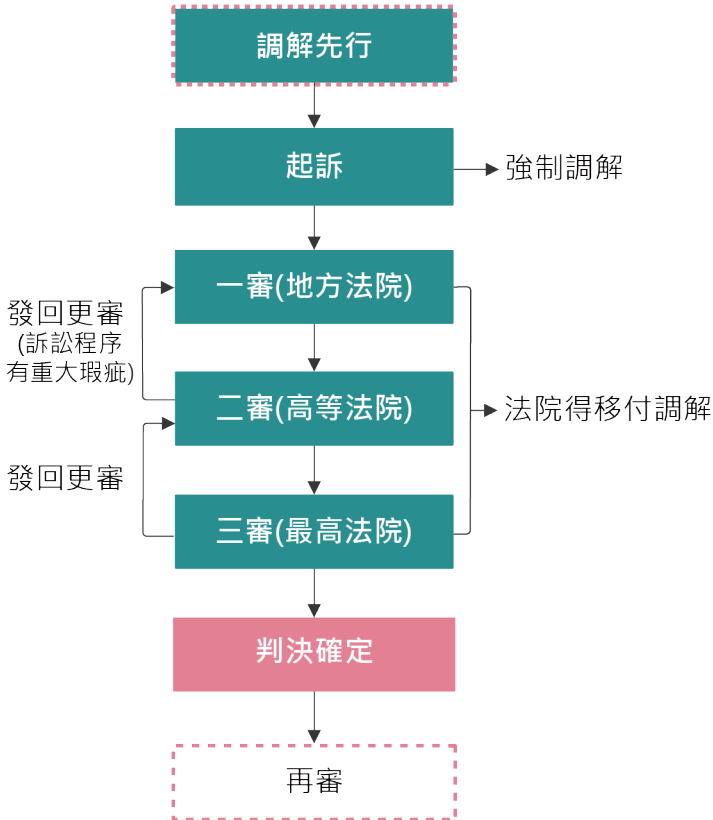


圖十七 刑事訴訟程序



2. 民事訴訟程序

醫療爭議依《醫療事故預防及爭議處理法》(以下簡稱醫預法)第15條第1項及第16條第1項,於民、刑事均屬強制調解案件,起訴前應先經衛生局調解,倘調解不成立,始轉換為訴訟程序。此外,民事訴訟與刑事訴訟程序同樣原則上採三級三審制,且有更審及再審制度,因此同樣有案件在各級法院中來回,遲遲未能判決確定,或縱使判決確定,案件仍然因再審程序開啟而起死回生之情況,徒增訟累。



圖十八 民事訴訟程序



(二) 訴訟外紛爭解決機制

除訴訟途徑外，醫療爭議亦可透過訴訟外的方式解決紛爭，其中以調解或私下和解較為常見；調解的辦理管道過去主要透過法院、鄉鎮市調解委員會或各縣市衛生局，將來醫預法施行後，將以衛生局調解為主，簡述如下：

表五 現行醫療調解管道簡介

	依據	說明
法院	民事訴訟法 第403條第1項 第7款	醫療糾紛屬強制調解事件，事件進入法院後，於起訴前，應先經法院調解，一旦調解成立，即與確定判決有同一效力。臺中地方法院於101年9月起採行雙調委制，同時有法律及醫療調解委員共同協助調解之進行
鄉鎮市調解委員會	鄉鎮市調解條例 第1條、第27條 (醫預法施行後 不適用之)	鄉、鎮、市調解委員會辦理民事及刑事告訴乃論事件之調解。調解經法院核定後，當事人就該事件不得再行起訴、告訴或自訴；經法院核定之民事調解，與民事確定判決有同一之效力
各縣市衛生局	醫療法第99條、 醫預法第12條 第1項、第28條 第4項	醫預法施行前，依醫療法第99條，由各縣市設置醫事審議委員會，負責醫療爭議之調處，衛生局並針對調處程序定有相關之處理流程。在調處效力方面，調處書之法律效力僅與一般和解契約相同。 惟將來醫預法施行後，醫療爭議調解由各縣市政府衛生局之醫療爭議調解會辦理。倘調解成立，調解書經法院核定後，與民事確定判決有同一之效力，於刑事調解亦得為執行名義。



從以上可知，當醫療爭議發生時，不論是走刑事或民事訴訟程序，對當事人及社會而言，訴訟成本均相當高昂。因此，如果能以訴訟外的方式解決爭端，使當事人即時得到補償，不僅可以節省其往返法院需要花費的時間、訴訟時程、費用、心力等，法院也能減少案件負載，此不論對人民或社會，都將更為有利。



參考文獻

1. 陳聰富，醫療責任的形成與展開，頁 140-142，2014 年
2. 陳學德，改善法院處理民事醫療糾紛處理制度芻議，醫療糾紛處理面面觀，頁 187，2016
3. 最高法院自 3 月 1 日起啟動民事移付調解制度新聞稿，連結：<https://www.fblaw.com.tw/tw/news/legalnews?dbid=6593304871> (最後瀏覽日：2022 年 3 月)

第七章

醫療爭議處理資源

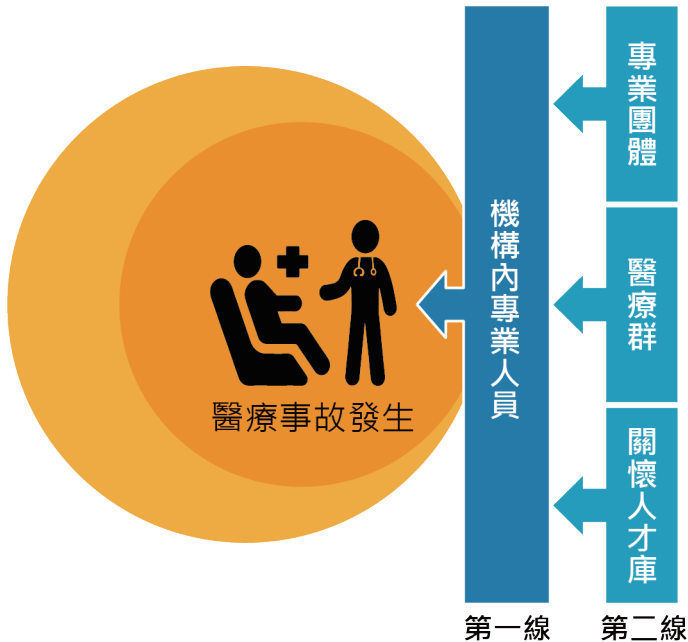
- 一、外部關懷協力
- 二、醫療爭議處理資源介紹





一、外部關懷協力

當醫院因為規模及人員編制的因素無法組成跨專業的關懷小組時，關懷的進行主要是以指定專人作為病人聯繫的窗口，相關人員建議受過核心的關懷訓練。許多溝通或需要專業的項目，則可以考量以委託第三方專業機構或是團體支援。然而，當需要委託第三方團體進行關懷，在不破壞醫病信任的情況下，建議先取得病人的同意，再導入外部關懷資源為宜。以下簡要說明各種外部支援之模式。

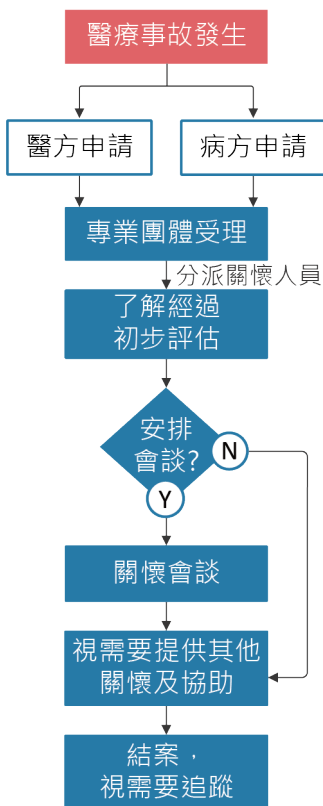


圖十九 醫療事故發生的關懷協力



(一) 專業團體模式

專業團體模式主要是藉由具關懷專業或爭議處理能力之外部團體，接受醫療機構的委託，於醫療事故發生後，協助醫療機構進行說明、溝通、關懷與協助。最典型可進行協助的專業團體即是各地醫師公會。醫師公會多設有醫療糾紛委員會或處理小組，且長期與地方衛生局配合，往往有各種醫學專業以及協調經驗，能夠協助醫病溝通。因此當醫病之間缺乏溝通信任的基礎時，亦可徵詢病方的同意，由醫師公會協助介入。



圖二十 專業團體模式之醫療事故關懷流程

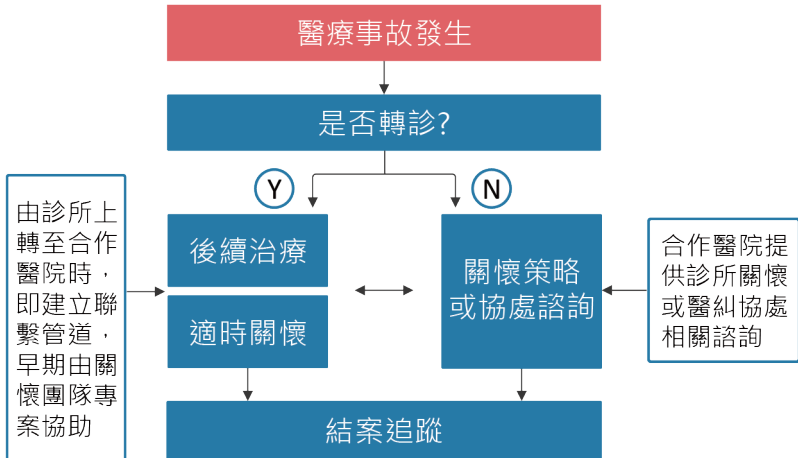


(二) 醫療群模式

醫療群模式主要是在分級醫療的基礎上，在中小型醫院或診所發生醫療事故時，透過轉診的連結，由後送醫院或醫學中心（以下簡稱合作醫院）支援醫療事故關懷任務。

衛生福利部近年透過獎勵計畫的方式，鼓勵資源較充沛的醫學中心，建立區域性的醫療事故關懷資源共享及互助機制，醫學中心通常會設立聯絡窗口，當合作的中小型機構發生醫療事故，或有潛在醫療爭議發生之虞時，即時協助下列事項：

1. 轉診有關懷需求之個案至合作醫院時，即時建立雙向聯繫管道，由合作醫院關懷團隊協助關懷及追蹤，以降低後續釀成糾紛之可能性。
2. 合作醫院可提供關懷或協處之諮詢（含員工關懷）。



圖二十一 醫療群模式之醫療事故關懷流程



(三) 關懷人才庫 (申請院外關懷服務)

衛福部設立醫療事故關懷及爭議處理資源中心 (簡稱資源中心)，以第三方角色，建立關懷專家人才庫與專業團體的支援網絡，人才庫中涵括醫療、法律、社工、心理等專業人員，並具有5年以上醫療爭議處理相關經驗。當醫療事故發生時，中小型機構或醫事人員可申請運用此「院外關懷服務」，媒合專家提供關懷策略或法律相關諮詢，並協助機構與病家溝通。

- **服務對象**：99床以下之醫院或診所 (機構或醫事人員皆可提出申請)。
- **適用情形**：醫療機構或診所發生醫療事故或醫療爭議，可透過本服務媒合適當專家，協助辦理說明、溝通、協助及關懷服務。
- **申請方式**：醫療機構填寫申請表，向資源中心提出申請；服務專線 (02)2351-0740。
- **主要服務方式**：
 1. 專家諮詢：瞭解醫療爭議事件經過與爭執事項，後由專家提供關懷策略、法律相關議題諮詢及建議。
 2. 協商會談：在專家支援或指導下，協助醫療機構妥善與病方溝通、說明、召開會談等，促進醫病雙方協商。



圖二十二 醫療事故院外關懷服務暨專家人才庫服務流程



二、醫療爭議處理資源介紹

當醫療過程發生不符期待的結果時，醫病關係常面臨緊張和衝突。外部的協助與介入，有助於促進雙方理性檢視醫療事故、化解對立，以下簡要介紹各種可協助醫病雙方的資源。

(一) 醫療事故關懷及爭議處理資源中心

該中心為衛生福利部委託財團法人藥害救濟基金會成立的平台，蒐集並整合各種協處資源和管道，當醫病雙方對醫療爭議有疑問或有協助需求時，可提供諮詢及協助。

資源中心彙整各縣市醫療事故及爭議關懷資源，包括可協助醫療機構辦理關懷服務的專業團體與「關懷人才庫」，透過結合醫療、社工、心理及法律等專業人才投入，讓醫療爭議處理更加人性化。發生醫療事故或爭議時，醫療機構可向資源中心尋求第三方專業團體轉介或專家協助以關懷病方、促進溝通。

此外，當民眾有就醫疑義或疑似發生醫療爭議時常不知如何求助，資源中心可提供電話諮詢，由專人了解事件經過，並依個案情況協助提供醫療爭議處理管道相關資訊，或轉介適當的資源（例如藥害救濟、生產事故救濟），使當事人能及時獲得適當的協助。

醫療關懷資源專區



medcare.tdrf.org.tw

02-2351-0740



(二) 其他協助資源

當病方有溝通困難情事時，可能產生心理壓力或情緒困擾，或是不知道如何申請社福協助或其他協力資源，醫療機構應該要提供協助，羅列目前相關可利用的資源，可供關懷人員利用。

1. **心理諮商資源**：包括衛生福利部的安心專線 1925(依舊愛我)、張老師專線 1980(依舊幫你)及生命線 1995，均提供免付費心理諮詢服務。如需進一步預約專業諮商，建議病方就近洽詢所在縣市的社區心理衛生中心。

全國社區心理衛生中心



[https://dep.mohw.gov.tw/
domhaoh/cp-4558-49529-
107.html](https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4558-49529-107.html)




2. **社福資源**：包括各縣市社會局以及各縣市身心障礙、輔具、中低收入資源，均可洽詢1957福利諮詢專線。
3. **照顧資源**：可依病方個別的需求，如需照顧技巧、喘息服務，家有失智者或是有長照需求，建議合適的諮詢對象。
 - 家庭照顧者關懷總會 0800-507-272
 - 長照專線 1966
 - 失智症關懷專線 0800-474-580



(三) 我國現行救濟制度介紹

我國現有「藥害救濟」、「預防接種受害救濟」與「生產事故救濟」三種救濟制度，若評估病方受害的原因可能跟藥物、疫苗接種或是生產事故有關，應主動告知救濟管道並協助提出申請，除可使病方及時獲得救濟外，更有助於改善醫病關係。

表六 現行醫療相關救濟制度簡介

	藥害救濟	預防接種受害救濟	生產事故救濟
適用對象	正當使用合法藥物產生不良反應，導致死亡、障礙或嚴重疾病	疑因預防接種而受害，發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應	國民及其外籍配偶在我國境內生產，發生生產事故所致產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果，其結果與生產有因果關係或無法排除有因果關係者
辦理單位	財團法人 藥害救濟基金會 專線：02-23584097	1. 各縣市衛生局 2. 疾病管制署 諮詢專線：1922	財團法人台灣婦女 健康暨泌尿基金會 專線：02-21002092
申請期限	請求權人知有藥害時起 3 年內提出	請求權人知有受害情事日起 2 年內，或自受害發生日起 5 年內	請求權人知有生產事故時起 2 年內提出；若該生產事故發生已超過 10 年，則無法提出申請
更多資訊			

第八章

案例分享

- 一、異物留存病人體內，主動說明關懷案
- 二、新生兒缺氧缺血性腦病變，協助申請生產事故救濟案
- 三、高齡病人抱怨假牙修復過程疏失造成損壞案
- 四、糖尿病人於急診轉送加護病房期間發生低血糖案
- 五、闌尾炎併發腹腔內感染，家屬質疑延誤治療案
- 六、手術消毒藥水滲入眼睛導致
視力損傷案
- 七、骨質疏鬆病人手術前擺位造成
股骨骨折案





一 異物留存病人體內，主動說明關懷案

案例描述

82 歲病人 A 先生有高血壓及大腸癌術後等病史，因車禍至甲醫院急診就醫，經診斷為硬腦膜下出血，手術後轉入加護病房照護。兩週後，值班之 B 醫師（為第一年住院醫師）為病人置入中央靜脈導管（CVP），B 醫師於右股靜脈置放完成後，不慎將引導螺旋鋼絲留置體內，當時雖有察覺卻因害怕被罵而未通報主治醫師，亦未進一步處置。2 日後，胸腔科醫師為追蹤病人肺炎病況而安排胸部 X 光檢查，但當時因病人身上有其他管線影響判讀，亦未能在第一時間發現有鋼絲留置。

直到一年後，病人因泌尿道感染及大腸癌復發至甲醫院住院，泌尿科醫師審視 X 光影像時發現病人體內疑有異物留存，懷疑可能與一年前治療過程有關，故主動通報關懷小組，病人及家屬於當時均未知悉。

具體作法及處理結果

1. 院內關懷小組獲悉本案後，立即回溯調查事件經過，調閱過往相關病歷及影像，亦向已離職的 B 醫師了解當時情形。B 醫師坦承因操作失誤導致鋼絲留置，但害怕被責備而未通報，亦無進一步處理。
2. 院方召開內部跨科別分析會議，審視整體醫療過程並討論後續處理方式；經血管外科、腫瘤科及影像診療科醫療團隊綜合評估後，認為目前鋼絲位置不影響身體且已與血管黏合，



如手術取出可能反將導致更大傷害。為維護病人權益，醫院決定向病人及家屬誠實說明。

3. 病人因大腸癌長期於腫瘤科門診追蹤，故關懷小組安排腫瘤科醫師於病人回診時向病人及家屬告知此事，除坦誠說明現況及事件經過，也解釋手術取出之風險，建議病人考慮暫不取出鋼絲，但定期回院追蹤，如有變化或不適再處置。
4. 病家理解後同意不取出，也感謝醫院如實告知，希望在甲醫院繼續接受治療。醫院並將本次說明過程記載於病歷。
5. 後續由腫瘤科醫師持續關懷病人並追蹤病情，若有變化時將同步通知關懷小組即時介入關懷。



本案學習重點

1. **告知醫療錯誤**—發生異物留置或醫療錯誤事件時，應秉持誠信負責之處理態度，主動告知病人及家屬，且應將說明過程詳載於病歷，切勿隱瞞及掩蓋事實，以免造成病人傷害擴大，並影響信任關係。尤其是異物留置案件，主動揭露可避免由他人揭露而對醫院造成更大風險。
2. **說明後續醫療處置以安其心**—醫療事故發生時，除誠懇說明經過外，應強調後續醫療處置及追蹤協助，使病人及家屬安心。有異物置留但無立即取出需求時，應明確告知病人，以尊重病人對自我身體的掌握及避免因不適當作為而生危害。
3. **尋找病人信任的溝通者**—建議可以請病人長期看診且具一定信任關係之醫師進行說明，降低雙方對立情緒，同時提高圓滿解決之成功率。
4. **建立「不究責」文化**—經調查得知，本案 B 住院醫師為擔心



被指責，故未立即通報主治醫師或尋求協助，為避免類似事件發生，醫院應建立「不究責」之文化，針對類似事件重點在於如何針對問題進行改善。



檢討與建議

1. 針對有可能留置於病人體內之醫材（如：引流管、引導螺旋鋼絲...等），建議於醫院之系統建置資訊管控機制，記錄其置入及移除之數量、長度，於未取出時應有示警機制。
2. 對於 PGY 或年輕住院醫師而言，發生類似醫療錯誤，常因其心理壓力而不易對病家主動告知，建議醫院應建立即時求助和團隊支援機制，並鼓勵相關人員能知悉和運用；對於類似案件何時告知、由誰告知及如何告知，應納入關懷作業流程，並可製作學習教案，為建立不究責文化之一環。



二 新生兒缺氧缺血性腦病變，協助申請生產事故救濟案

案例描述

41 歲產婦 C 女士（懷孕 36 週，本胎次為第 3 胎），因陣痛於凌晨 2 點至乙醫院待產，期間胎兒胎心音均無異常，破水後發現羊水有胎便污染情形。同日上午 08:30，D 醫師發現胎兒胎位不正（臀位，產檢時正常，於待產時始發生變化），建議剖腹產。產婦於同日 10:50 接受剖腹產手術娩出一男嬰（下稱病嬰），Apgar Score 4 轉 5（滿分為 10 分），外觀蒼白、無自主活動、呼吸微弱且心搏過緩（60bpm），經產科醫師通知新生兒科醫師到場，並由新生兒科 E 醫師插管（約進行 10 分鐘）後並轉入加護病房。病嬰經 MRI 檢查，未發現腦部有明顯損傷，住院約 30 日，於病情穩定後出院，住院期間家屬均未提出質疑。

病嬰於出院一週後回診，因新出現癲癇之神經學症狀，且發現病嬰眼神常往下凝視，醫師判斷疑為缺氧缺血性腦病變有關之視力障礙或癲癇症狀，安排再次住院檢查；家屬向兒科病房護理師抱怨，質疑醫院未及時進行剖腹產，才導致如此結果，經主治醫師說明後仍未能接受，院方獲悉後即啟動關懷機制。

具體作法及處理結果

1. 院內關懷小組獲悉本案後，立即啟動關懷機制，安排專人與病家建立聯繫窗口，進行關懷並嘗試了解質疑爭點。傾聽後



發現，家屬主要擔憂是將來如病嬰出現嚴重後遺症，可能會面臨照顧上與經濟上龐大負擔。

2. 召開院內會議分析本案爭點，病嬰應是出生後開始使用自己口鼻呼吸時吸入胎便，始發生缺氧缺血性腦病變，此為生產風險，醫療處置無疏失，新生兒應可符合生產事故救濟之條件，同時決定病情說明會之參與人選為產科主治醫師、新生兒科主治醫師及關懷小組處理專人。
3. 安排病情說明會，由專科醫師誠懇向病家說明病嬰病情係屬生產風險，同時建議家屬以治療為先，另說明生產事故救濟之方式及條件，經說明後病家同意暫不爭議，並繼續於乙醫院治療。
4. 於病嬰出生後一年之黃金治療期間，關懷小組專人安排復健科、新生兒科、兒童神經內科等專科組成醫療團隊提供治療，協助安排就醫及復健，視病家需求提供心理支持、公共托育資訊等。病嬰雖於治療後仍遺存部分後遺症，但病家最後同意由醫院協助申請生產事故救濟，並已獲得相應之救濟金額，事件圓滿落幕。

本案學習重點

1. **即時橫向聯繫，掌握爭議發展**—發生爭議初期，關懷人員即介入擔任主要聯絡窗口，與家屬保持聯繫、了解需求，並積極整合院內資源，安排跨科醫療團隊協助。醫療端由新生兒科醫師擔任主要整合者，掌握病嬰於其他科別就醫情形與病情發展，提供家屬諮詢與建議，可避免爭議持續擴大。
2. **妥善說明生產風險，尋求社福資源**—新生兒發生醫療事故



造成之傷害通常很大，且後續治療費用極高，應妥善向病家說明使其了解此為生產風險，並提供如生產事故救濟、公共托育及其他社福資源非常重要，以減輕病家經濟負擔為目標。本案家屬擔憂醫療及經濟需求，故針對家屬擔心的問題提供解決方案，包括醫療介入以及積極協助家屬申請相關補助，有利醫病雙方達成共識。

3. **持續陪伴關懷，建立穩固信任**—病嬰從出生到確定障礙診斷是一段持續的時間，這段期間並不急於解決爭議，而是先透過較長時間的關心與陪伴，提供實質幫助，建立穩固的信任關係，讓家屬願意主動求助。



檢討與建議

1. 針對病家之經濟需求，儘可能尋求相關社會資源之協助；而如有符合生產事故、藥害救濟或疫苗受害救濟之案件，應主動提供相關申請資訊，並可協助其申請。
2. 建立疑似生產事故案件之追蹤與通報機制，並鼓勵第一線人員可即時通報，使關懷資源及早介入，早期掌握爭議發展。本案病嬰在出生時 Apgar Score 不佳且需插管，雖檢查無明顯生產傷害，但建議先向家屬說明可能之發展，並於醫師再次判斷為缺氧缺血性腦病變時，就即時啟動關懷小組，偕同醫院社工或關懷小組成員介入處理，應可消弭爭議。



高齡病人抱怨假牙修復過程疏失造成損壞案

案例描述

88 歲病人 F 女士，全口有多處缺牙，十年前於外院製作上顎活動假牙，因右上側門牙處之假牙脫落，而獨自至丙醫院牙科就診，要求修補。一年後病人回診，質疑假牙修補過程造成該假牙左內側之牙座底座損壞（破洞及凹凸不平），迄今一年期間無法正常進食，導致體重減輕近 10 公斤，向醫院顧客意見箱投訴，主張牙醫師有治療疏失，要求免費重作整副活動假牙。

具體作法及處理結果

1. 院內關懷小組於獲悉本案後，立即召開院內會議評估醫療過程及後續處理，經評估認為病人上顎假牙並無明顯遭牙科器具損壞之痕跡，該凹洞應該是病人上下牙對咬自然磨損，醫師修補假牙過程並無違反醫療常規之處。
2. 院內關懷小組派專人向 F 女士聯繫表達關懷，了解其進食不適情形，得知 F 女士為獨居長者，雖有一女兒但並未同住，每次就醫都是獨自前來。平日多自己準備簡單食物，變化有限；抱怨醫師修補過程弄壞假牙，導致咬不動食物無法進食，身體變得越來越差。
3. 因 F 女士表達不完整，且無法理解醫療上的說明，關懷小組與其女兒聯繫，得知女兒每週都會回家探望，但 F 女士因怕麻煩子女，並未讓其知道假牙破損和體重減輕的困擾，關懷小組與女兒合作，請其先觀察 F 女士假牙使用情形與飲食狀



- 況，並於下次回診時陪同。
4. F 女士回診時，關懷小組專人先安排一般牙科資深牙醫師向病家說明原本假牙破損及脫落原因，再由義齒補綴科醫師協助評估活動假牙修復和缺牙治療計畫。F 女士選擇先修補假牙破損處，之後再看情況治療缺牙。
 5. 此外，關懷小組安排營養師諮詢門診，發現 F 女士雖然身體狀況尚好，但飲食太過簡單，難以顧及均衡營養和製備適當軟硬度的食物，故依 F 女士身體狀況給予飲食建議，並與家屬密切合作，提高餐食多樣性。
 6. 經過半年的營養諮詢與專人持續關心，F 女士體重恢復正常，很感謝院方用心，也與關懷小組專人培養一定的信任，每次回診時都會到辦公室拜訪，並與其分享近況。完成治療無進一步爭議，且病人願意自行繳納假牙修補和營養諮詢相關費用，案件圓滿落幕。



本案學習重點

1. **尋求關鍵溝通者，共同合作**—於病人有困難溝通之情形（如：高齡、疾病...等），可試尋求其他家屬（以關鍵溝通者、主要照顧者為主）進行關懷說明；並以病人健康為目標，建立與家屬共同合作的機會。
2. **同理病人不適感受，找出解決方案**—病人表面訴求雖是主張醫療疏失進而要求免費重作整副假牙，惟經關懷了解後，病人之實際困擾是因假牙損壞造成不適和進食不便。本案病人的假牙損害雖與醫療無關，但處理面上仍可同理病人不適感受，進而尋求雙方可接受的解決方案。



3. **探詢最重視的問題**—本案藉由專人持續關心、建立信任，進而發現病人渴望有人陪伴關心，最重視的問題其實是擔憂體重減輕等健康狀況改變，可能對其獨居生活造成影響或連累子女。院方能從病人端重視的問題切入提供相關協助，解決病人對於健康問題的擔憂，就能提升雙方獲得共識的機會。



檢討與建議

1. 醫療爭議發生之原因通常係源自「病人主訴問題未獲解決」，本案醫療處置雖經評估無疏失，但於案件處理上，並未因病人指述顯無理由（一年前修補假牙過程損壞其假牙底座）而僅告知非屬事實，關懷小組應具備同理病人感受、發現其需求及溝通協調之能力，以「共同解決問題」為處理目標。
2. 關懷小組專人應充分了解院內可運用資源為何，以利研擬解決方案。以本案為例，如：安排其他更資深之醫師協助其治療、如病人有經濟上困難，可商請院內社工師評估有無可協助申請之補助及救濟、安排營養師提供營養諮詢...等，均可作為解決爭議之試行方案。



四 糖尿病人於急診轉送加護病房期間發生低血糖案

案例描述

82 歲 G 先生有糖尿病、高血壓及中風病史，長期臥床，因慢性腎衰竭在丁醫院腎臟科門診追蹤。某日早上回診，腎臟科醫師評估病人需緊急洗腎，故轉至急診辦理住院，當時病人意識清楚，生命徵象穩定。剛過中午時，家屬（兒子）表示病人今早出門前有打過胰島素，但還沒灌食，詢問急診醫師 H 是否可幫病人灌食。H 醫師認為病人隨時要去加護病房洗腎，且 4 小時前抽血結果顯示無低血糖情形（血糖值 126mg/dl），故請家屬先不用灌食，僅口頭請護理師用血糖機再測一次血糖。

此時接獲加護病房通知，H 醫師請護理師不用測血糖，直接送病人去加護病房洗腎。病人出發時生命徵象穩定，但過程中突發臉色蒼白、全身冒汗、意識不清；抵達時，家屬向加護病房護理師 J 詢問病人是否血糖過低，J 使用血糖機測試結果顯示 36mg/dl，但未告知數值，僅大聲回應「沒有低血糖！家屬在外面等」後，就將病人推入，殊不知家屬已看到血糖機螢幕數字！病人經緊急處理恢復意識後，家屬向院方提出投訴，質疑 J 護理師明明已測到低血糖卻否認，而且態度不佳；在急診時也已告知低血糖風險，醫師卻未能及時發現、處理。



具體作法及處理結果

1. 加護病房發現家屬不滿，立即通知急診 H 醫師，H 醫師隨即前往了解，途中遇到家屬，除表達關心，也一同去探視病人。此時病人意識已恢復，加護病房醫師向家屬說明處理過程，表示會密切觀察病人病況和血糖值直到穩定，並安排相關檢查確認身體狀況。
2. H 醫師對於急診留觀期間未及時發現病人血糖過低，向家屬表達歉意，承諾會繼續關心病人後續。當晚 H 醫師再度前往探視，並與家屬討論病人病情。此時兒子的態度從不滿變得較為信任，並主動透露職業是飛航機師，在加護病房門口時他遠遠就看見血糖機數值是 30 幾，護理師還很堅持說不是低血糖，讓他很氣憤，而且最近幾個月來，腎臟科醫師持續調高胰島素劑量，卻未仔細瞭解病人平時血糖值為何越來越高，使他感到不安，卻不知如何跟醫師討論。
3. 病人投訴後，院方啟動關懷小組，除請醫療科部說明外，亦由品質管理部門召開跨部門會議，邀集當天曾照顧此病人的人員共同回顧經過，表達不究責態度，藉此建立病人安全流程。會後也向家屬承諾加強人員訓練。
4. 病人住院期間，因病情複雜，院方安排數次溝通會議，跨科別醫療團隊共同向家屬說明病情進展，並與其討論近半年血糖變化的可能原因及治療方向，化解疑慮。
5. 病人經緊急處置，當天就恢復意識，後續安排洗腎，約一週後病情穩定轉至普通病房。家屬願意讓病人繼續在丁醫院治療，事件圓滿落幕。



本案學習重點

1. **主動協助，維繫信任**—事件當下如果家屬能理性溝通，當事醫師應立刻表達關心及協助處理的誠意，避免不聞不問或是防禦心理。急診醫師主動探視和關心，使家屬從憤怒轉為信任；院方知道家屬對原本疾病有疑慮，也主動召集團隊與家屬討論，有助維繫互信。
2. **理解家屬擔心，主動提出解決方案**—表達對病人身體狀況的謹慎和重視，主動安排相關檢查確認病人安好，讓家屬安心。
3. **檢討流程，並向病家承諾改善**—本案醫療團隊能坦言疏忽並承諾改善，是重獲家屬信任的關鍵。
4. **辨識導火線背後的真正原因**—醫療糾紛的形成通常不會只有單一事件，而有其累積的過程，處理案件時，應進一步探詢病家疑惑和不滿累積的原因，正視並予以說明或處置，很可能就是解決的契機。



檢討與建議

1. 急診醫師因被通知可轉送病人而心生鬆懈，取消確認血糖的醫囑，以致未能及時發現病人血糖過低。建議急診醫囑應盡量在急診就執行完畢，並落實病人的轉送與交接，可利用結構性交班單逐項確認。
2. 建議醫院應訂定符合病人運送安全之作業標準，包括依病況嚴重度及風險訂定分級、轉送前評估項目、護送人員資格、途中所需監測與維生設備、病況改變或突發狀況之應變方式等，並確實執行。
3. 臥床病人出現低血糖時可能因表達有限而不易被察覺，尤其



是居家施打胰島素的狀況，建議急診應多留意此類病人的血糖變化與低血糖徵兆。

4. 短時間內抽血檢查血糖值與血糖機檢測數值有明顯落差時，應立即抽血進行 recheck 並急送檢驗。
5. 護理師面對家屬急迫詢問時，立刻提高警覺並以血糖機檢測血糖值得肯定；但可能因尚未掌握病人情況，又急著要去確認，所以口氣不耐。若回應能多點同理會更好，例如：「沒關係，我們來處理！」



五 闌尾炎併發腹腔內感染，家屬質疑延誤治療案

案例描述

80 歲 K 女士因腹痛至戊醫院急診就醫，經血液、生化檢查及腹部電腦斷層檢查，疑腹腔內感染併麻痺性腸阻塞，經評估無立即手術之必要，轉內科病房住院，進行血液培養並給予抗生素治療。經 10 天抗生素治療後，病人病情不見好轉，仍持續有間斷性發燒及腹痛、腹脹，安排第二次腹部電腦斷層，發現小腸及大腸有較明顯脹大，且有少量腹水生成。照會外科醫師建議剖腹探查，手術中發現闌尾炎爆裂，且併發嚴重的腹腔內膿瘍和腹膜炎。術後病人經團隊細心照護病情逐漸好轉，一個月後出院。

出院一週後，病人在家突然意識不清，送醫後急救無效死亡，死因疑為心律不整。事後家屬質疑闌尾炎是很常見疾病，診斷亦非困難，但是醫師延誤診斷，致使手術延遲，造成闌尾發炎爆裂，引發嚴重腹腔內感染及腹膜炎，即使病人最後有接受手術，卻仍因病情嚴重造成病人於術後一個月不治死亡。

具體作法及處理結果

1. 手術後家屬質疑「誤診」，院內接獲醫療人員於「全人整合照護系統」通報後，即啟動關懷機制。針對家屬質疑，召開內部分析會議，釐清醫療診治過程，經討論醫療處置沒問題，惟病情及診治說明可再改進，並重新審視及修正照會外科適應症、時機與標準流程。



2. 建立聯繫窗口，由社工師擔任窗口與家屬接觸，經了解關鍵家屬為病人的二女兒，與病人同住，亦為主要照顧者。
3. 組成跨專科之整合照護團隊，並召開溝通會議，由外科主治醫師帶領團隊向家屬說明病情及治療方向。手術後，病人在團隊細心照顧下，病況漸穩，術後一個月出院。
4. 病人於出院一週後突然往生，女兒傷心欲絕，無法接受。急診即刻通報原社工師至急診室陪伴及關懷。
5. 院方再次召開溝通會議，由心臟科及外科醫師共同向家屬說明，但家屬仍質疑是因先前延誤診斷及手術，引起嚴重腹膜炎，致使病患身體變差，才會突然離世，揚言提告。
6. 社工師持續關心病人二女兒，了解她因母親近年身體不佳時常往返醫院，五年前為專心照顧而辭去工作，現母親突然離世，頓失所依，具強烈內疚感，認為是自己沒把母親照顧好，才釀此結果。其餘手足經院方說明均可理解、接受母親死亡事實。社工師邀請二女兒再來商談，卻遭拒絕。
7. 女兒請託民意代表關心本案，醫院亦積極回應願與家屬詳談。經民代居中協調，決定由公正第三方來調解，於是申請衛生局醫療爭議調處。
8. 一個半月後，雙方出席衛生局調處會議，由兩位調處委員（律師、醫師）主持，家屬在調委的分析與勸慰下，願意能放下怨懟，院方也應委員要求支付慰問金，雙方達成和解。

本案學習重點

1. **建立院內預警及通報系統**—建構「全人整合照護通報系統」，參考分析院內爭議及投訴事件之原因後，訂定通報項目如：高風險或疾病複雜度高、術後發生合併症、72小時內重返



- ICU、入住加護病房 7 天以上、醫療人員求援等，並透過簡單的通報介面及自動帶入功能，讓醫護人員能即時通報，及早讓整合照護團隊能介入處理、預防傷害進一步擴大，並可同步啟動關懷機制。
2. **找到關鍵溝通者**—由社工師、關懷員與病方關鍵家屬建立聯繫窗口，持續關懷並建立雙方信任基礎，溝通過程中以同理心、互相尊重為出發點。會談中收集病家具體陳述事件經過、爭議點，並引導其明確表達訴求。
 3. **內部檢討、系統改善**—召開內部會議檢討醫療爭議事件，從中找出可改善的重點，進而修正現有流程、標準或建立應變措施，預防再發生。
 4. **尋求第三方調解 / 調處**—醫病間認知落差較大時，可建議病家透過外部調解程序（如衛生局、醫師公會或鄉鎮市公所）進行協商，尋求雙方皆能接受之方案。現今衛生局的醫療爭議調解會議，大多採取「雙調委制」，由具醫療專業及法律專業的專家各一位，以中立立場居間協調，協助醫病兩方各讓一步，達成共識。



檢討與建議

1. 建立潛在爭議通報系統及可快速應變之整合照護團隊，並簡化通報流程，使醫療人員可快速通報，應變團隊也能及早介入，研討病因、病程，評估病家照護或支持系統後，給予說明、支持或相應處理，避免爭議事件發生。
2. 當個案家屬出現哀傷情況，可適時提供醫療、心理師、社工師團隊合作之專業輔導，陪伴案家度過複雜情緒，接受個案離別事實。



六 手術消毒藥水滲入眼睛導致視力損傷案

案例描述

病人 L 先生，至辛醫院進行頭頸部腫瘤切除手術，手術後移除眼睛保護膠帶時，發現右眼角膜受損灼傷，病人醒來後異常疼痛，視力模糊。會診眼科醫師，判定是手術進行頭頸部消毒時，消毒劑 chlorhexidine 滲入眼睛引起。

由於角膜損傷嚴重，眼科使用類固醇治療，並使用人工羊膜保護，希望能夠逐漸復原。二個月後，病人因右眼極度疼痛、泛紅流淚、視力模糊幾近失明入急診，細菌培養發現革蘭氏陰性菌感染，經抗生素治療後，判定必須進行角膜移植。角膜移植手術後，視力仍未恢復，眼壓高，復進行青光眼手術及水晶體置換術等。持續治療四個月，視力仍無法完全恢復。

病人壯年，以長途駕駛為業，原來雙眼均為 1.0 視力，如今右眼視力損傷程度使其無法再執業，家中經濟頓失依靠，病家要求醫院負起賠償責任。

具體作法及處理結果

1. 手術結束當天，醫療爭議關懷小組召集人接獲通報，立刻啟動關懷機制，邀集手術醫師及麻醉醫師、社工及護理部門共同召開緊急會議，了解事件經過，指派由社工師做為主要聯絡窗口，並安排眼科團隊會診，擬定治療計畫及評估可能預後。
2. 次日，召集人率領手術醫師、眼科醫師及社工師等，向病家



- 說明事件發生經過，誠懇致歉，並說明醫療團隊所規劃的治療計畫。
3. 同時社會服務室與病人家屬保持聯繫，了解其家庭成員及經濟狀況，並關心其需求。
 4. 為讓病人安心接受治療，醫院承諾醫療費用全免，且將以最終治療結果做為協商補償的基礎，並安排單人病房照護。病人同意配合後續療程，於治療結果底定前，不採取行動。
 5. 四個月治療期間，病人歷經角膜移植，青光眼手術及水晶體置換術等，關懷小組持續關心，且針對病人就醫、住院治療及照護需求，提供協助；每個治療階段，皆主動召開病情溝通會議，多次向家屬說明並討論治療方案。
 6. 病人視力最終仍無法恢復，但因治療過程中感受醫院的積極和用心，願意協商和解，最後在平和氣氛下，以適當慰問金達成協議。



本案學習重點

1. **立即道歉，表示負責**—病人手術成功，卻因消毒藥水導致眼部傷害，關懷小組召集人在事故當天即啟動關懷機制，並於次日代表醫院道歉，表現出負責任的態度，卸下病人心防，是損害控制的第一步。
2. **以最佳醫療資源展現誠意**—積極治療、恢復健康是醫病雙方的共同目標，遠比討論賠償更重要，院方在第一時間組成眼科醫療小組，安排會診，擬定治療計畫，後續更安排進行多項進階治療，由醫院全額吸收費用，讓病人充分感受醫院竭盡所能提供最好治療的誠意。



3. **社工窗口長期聯繫及陪伴**—隨時協助病人與該病情相關之就醫需求，如交通往返、掛號取藥、住院照護之需求等。
4. **高階主管親自探視，維繫信賴事半功倍**—由院方高階主管擔任關懷小組召集人，親自率領醫療團隊坦誠說明，並在每次病人住院時主動探視，讓病家感受醫院慎重看待與負責態度，有助維繫信賴關係，此亦為後續順利協商的基礎，使本案最後終能在和諧氣氛中，以小額慰問金圓滿達成協議。
5. **關懷醫療人員，協助其復原**—關懷小組早期介入並接手處理，緩解當事醫師獨自面對病家的壓力；過程中除動員院內資源治療病人外，也向當事醫師說明處理步驟與進展，使其心中有踏實感，有助復原。
6. **透過根本原因分析，展現不責難精神**—經由對事不對人的討論，請當事醫師共同分析發生原因，找出系統性因素，進而研擬短中長期改善方案，有助提升病人安全。



檢討與建議

1. 檢討發生原因，擬定改善方案—避免使用 chlorhexidine 於頭臉頸部手術部位消毒。
 - i. chlorhexidine 消毒藥水效果優於 povidone-iodine (優碘)，且刺激性較其他外用抗菌劑低、很少出現過敏反應，普遍使用於手術部位消毒，但需注意仍可能刺激黏膜，若不慎接觸眼睛，可能導致角膜潰瘍，流入內耳則有失聰之虞；相關案例報告¹及文獻指出應避免使用於頭部及臉部手術²。
 - ii. chlorhexidine 為無色液體，用於一般手術消毒，缺點



是難以確定消毒範圍，用於頭頸部手術，更難以目視方式避免藥水滲入眼睛或內耳。本案之後，辛醫院於頭臉頸部手術，已全面恢復使用 povidone-iodine 消毒，建議醫師除非有必要，應儘量避免使用 chlorhexidine 於頭臉頸部消毒，根絕傷害之可能。

- iii. 如因手術涉及口腔咽喉部位、傷口菌叢多等情形，有使用強效 chlorhexidine 消毒之必要時，應以不透水材質膠帶完全密合保護眼睛，且應將沾有消毒劑之棉紗球盡量瀝乾，避免消毒藥水流竄，且不可接近眼部。
2. 辦理教育訓練，提高同仁警覺—於全院教育訓練場合分享去辨識化之個案，提高全院醫護同仁使用 chlorhexidine 進行侵入性醫療或手術消毒之警覺性。



參考文獻

1. E Tabor, D C Bostwick, C C Evans. Corneal damage due to eye contact with chlorhexidine gluconate. JAMA. 1989 Jan 27; 261(4): 557-8.
2. Kenneth D Steinsapir, Julie A Woodward. Chlorhexidine Keratitis: Safety of Chlorhexidine as a Facial Antiseptic. Dermatol Surg. 2017 Jan; 43(1):1-6.



七 骨質疏鬆病人手術前擺位造成股骨骨折案

案例描述

81 歲病人 P 女士，有骨質疏鬆病史，因在家跌倒致左股骨轉子間骨折 (Left intertrochanteric fracture)，入院實施減壓髌關節螺絲釘骨折固定術 (ORIF with CHS)。進入手術室前，病人子女再次提醒醫護人員，病人有骨質疏鬆狀況。病人於骨折手術床 (fracture table) 全身麻醉準備進行姿勢擺位時，住院醫師將病人雙腿固定後，進行外展，以便雙腿間可推入 X 光機。病人因骨質疏鬆加上施力問題，突然發生對側右股骨轉子間骨折。

主治醫師立即告知在手術室外家屬，並填寫變更術式同意書，變更診斷為左右股骨轉子間骨折，行雙側減壓髌關節螺絲釘骨折固定術式；院方同時啟動關懷機制。

具體作法及處理結果

1. 事故發生當下，主治醫師立即通報，並諮詢關懷小組召集人該何時告知家屬為妥；召集人請醫師立刻告知在手術室外家屬發生原因，說明手術計畫。
2. 關懷小組召集人隨即趕往手術室外，代表醫院向家屬致歉，表示醫院將全力提供最佳照護資源，例如適當衛材和輔具、術後轉單人病房照顧、協助安排後續復健等，幫助病人早日復原，並由社會服務室專人建立聯繫窗口。
3. 主治醫師交代護理站，全天 24 小時病人任何不適，應即時通知主治醫師。



4. 病人於七週後出院，家屬對主治醫師於第一時間告知實情，醫院各方面的周全安排與後續照護，表示滿意，不僅未要求賠償，更要求醫院勿懲罰醫師。
5. 醫院則優免全數醫療費用十餘萬元，圓滿達成協議。

本案學習重點

1. **院內支援機制發揮功效**—本案事故發生時，主治醫師能主動尋求關懷小組協助，是本案成功處理的關鍵；這凸顯院內平時建立醫療人員尋求支援的制度，加上教育、推廣，以及開放包容的文化，醫師才願意立即求助，讓關懷小組取得早期介入的先機。
2. **第一時間誠實告知**—事故發生時醫療人員通常會緊張，不知何時告知、如何告知為妥，本案醫師原希望完成手術再告知家屬，以避免心情受影響，但仍在召集人的建議和支持下於第一時間完成告知。事實上，術後才告知可能會使家屬更不諒解，甚至誤解醫院有意隱瞞。術前告知是較為誠實負責的態度，獲家屬理解並同意變更術式，醫師反而更能安心手術。
3. **召集人道歉，表示負責**—手術進行中，關懷小組召集人立即代表醫院向家屬道歉並表現出負責的態度，進行損害控制。
4. **有問題聯繫主治醫師處理**—值班住院醫師雖可處理病人不適，但涉及醫療爭議個案，除值班醫師初步處理外，應即時聯繫主治醫師，使其可掌握病情變化或儘可能親自處理，不僅能顯示負責態度，讓病人安心，且能維持良好醫病關係，是最終結果能圓滿的重要關鍵。



5. **社工窗口長期聯繫及陪伴**—隨時協助病人與該病情相關之住院照護需求、返診交通安排、掛號取藥等。



檢討與建議

1. 手術過程發生預期之外的傷害時，手術醫師除緊急情況外，應暫停手術，先向家屬說明實情與可採取之補救措施，因病人正等候進一步處置，家屬不會在此時花費過多時間質疑。醫師可建立誠實不隱瞞的印象，亦可專心進行後續手術。此外，立即啟動關懷小組，針對事故對病家可能增加的負擔，預先安排，展現關心與負責，是損害控制的重要步驟。
2. 安排院內教育訓練分享去識別化案例，提高全院同仁對於照護老年病人可能因骨質疏鬆造成意外骨折之警覺性，尤其是麻醉後進行擺位時，須留意手腳儘量放輕，變換角度儘量小一些。
3. 建立骨質疏鬆風險資訊系統提示，對於已確定有骨質疏鬆診斷或治療病史之病人，完善交班機制，由手術醫師親自擺位，除儘量避免病人發生骨折意外，兼顧方便手術進行之雙重目的。

醫病溝通關懷服務

親愛的病人/家屬您好，

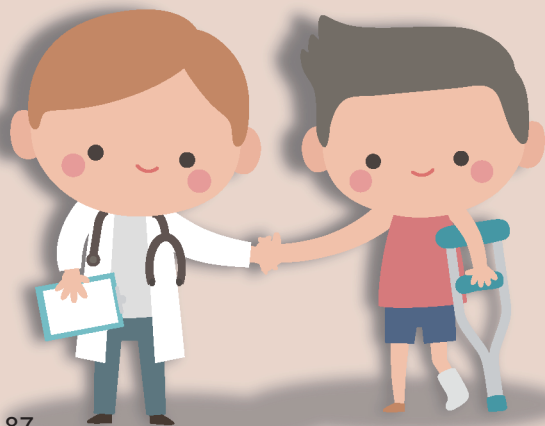
對於您或您的家人之醫療結果，我們表達誠摯的關心。如果您想進一步了解醫療的過程、後續照護治療計畫或需要申請政府各項救濟補助，請與我們聯繫，我們將盡力提供您相關資訊與協助。

您可以透過以下方式與我們聯繫：

 聯絡電話 _____

(建議來電時段： _____)

 電子信箱 _____



(機構名稱)

敬上

以下是您可以利用的各項資源



藥害救濟

(02)2358-4097



心理支持

張老師專線

1980



生產事故 救濟

(02)2100-2092



關懷資源

含醫事專業諮詢

(02)2351-0740



預防接種 受害救濟

1922



多元溝通 協助

(語言文化或聽覺、語言功能等障礙致溝通困難)

(02)2351-0740



福利諮詢

1957



醫療調處

請洽各縣市衛生局

※如您有申請病歷之需要可向本院提出。

計畫輔導



財團法人藥害救濟基金會



(02)2351-0740

經費來源源自菸品健康福利捐 廣告

醫療事故院外關懷服務

Just Call Help!



當醫療事故發生，醫院提供即時關懷是維持醫病信任、預防爭議的關鍵任務。

院內資源不夠？沒關係，有專業團隊作後盾，助您一臂之力！

服務對象

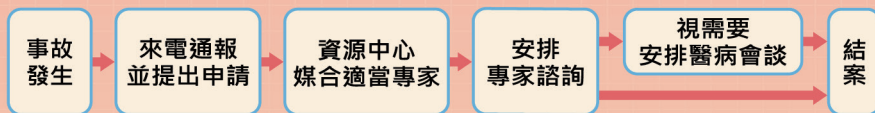
99床以下醫院或診所（含醫事人員）

服務方式

由醫療事故及爭議處理資源中心(以下簡稱資源中心)辦理

專家諮詢：媒合推薦具醫療、法律等專業背景及5年以上醫療爭議處理經驗之專家，針對個案提供關懷策略及法律相關議題之諮詢、建議。

協商會談：在專家支援下，協助醫療機構妥善與病方說明、溝通，並以中立立場促進雙方協商（安排說明會或協調會）。



We can help!

衛生福利部「醫療爭議關懷資源專區」

專線：02-23510740 網址：<https://medcare.tdrf.org.tw/>



特別致謝名單

本手冊編制係以衛生福利部 107 年度醫療爭議處理品質提升計畫研發之「關懷人才訓練課程」綱要及教材內容為核心。該課程內容由專家小組委員共同研發，並經各講師團隊實際授課、回饋及滾動式修正後定稿，於此特別致謝。

一、107 年度醫療爭議處理品質提升計畫 - 關懷分組專家委員

王志嘉主持人、周賢章委員、林工凱委員、林宏榮委員、林秀峰委員、林昱宏委員、施玲娜委員、陳怡成委員、蔡秀男委員、鄭若瑟委員、謝澤銘委員（按姓氏筆畫排列）。

二、107 年度醫療爭議處理品質提升計畫 - 關懷課程教學團隊

中部場講師團隊

鄭若瑟醫師、陳怡成律師、廖建智醫師、廖奕婷律師、羅誌輝律師、朱貞歷主任、濮家和諮商心理師。

南部場講師團隊

林宏榮副院長、謝宛婷主任、翁子傑醫師、胡文馨社工師、何詩君臨床心理師、蔡雅雯醫檢師。

東部場講師團隊

蔡秀男主任、江淑芬主任、黃瑞蘭主任、楊玉娟執行秘書、林家如臨床心理師、陳玟瑜組長、馮包晶澄組長。

北部場講師團隊

施玲娜院長、王志嘉醫師、黃鈺嫻副執行長、王玉雲主任、鄭涵菁主任、楊淑貞主任、吳建賢醫務秘書、盧彥孜社工師。



醫療爭議關懷指引手冊

發行人：薛瑞元

總編輯：劉越萍

編輯委員：王志嘉、林宏榮、施玲娜、黃鈺嫻、李毅、
林秀峰、廖熏香、溫信學、黃莉蓉、蔡依倫

總校閱：陳文雯

執行單位：財團法人藥害救濟基金會

執行編輯：沈若楠、吳宛倫、吳俐葦、周珮瑜、陳欣欣、
陳稜怡、張雅雯、葉品咸

出版機關：衛生福利部

地址：11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電話：(02)8590-6666

傳真：(02)8590-7088

出版日期：2022 年 11 月

版次：初版

定價：新台幣 200 元

I S B N : 978-626-7137-72-7

G P N : 1011101623



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

ISBN 978-626-7137-72-7



GPN : 1011101623

定價：新台幣200元